جامعة قاصدي مرباح ورقلة – الجزائر–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قســم علــم النفــس وعلـــوم التربيـــة

رقم التسجيل: .....

السنة الجامعية: 2018/2017

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث

تخصص علم النفس المرضي المؤسساتي

بعنوان:

الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان

" دراسة ميدانية ببعض مراكز مكافحة السرطان بالجزائر"

من إعداد الطالبة : جهاد براهمية

اللجنة المكونة من السادة:

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
عبد الفتاح أبي مولود	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيسا
نادية بوشلالق	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
لوناس أمزيان	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة	مناقشا
محمد سليم خميس	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	مناقشا
شهرزاد نوار	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	مناقشا
يوسف قدوري	أستاذ محاضر "أ"	جامعة غرداية	مناقشا

كلمة شكر وعرفان

أتقدم بأسمى عبارات الشكر و الامتنان و التقدير إلى من ساعدني على إتمام هذا العمل ولم يبخل علي بتوجيهاته ونصائحه وتشجيعاته

الأستاذة نادية بوشلالق والأستاذ عبد الفتاح أبي مولود .

كما أتقدم بالشكر الخالص إلى والدتي وإخوتي على مساندتهم لي طيلة فترة التكوين

وأصدقاء وزملاء الدفعة على ما قدموه لي من دعم وتشجيع

وساهموا بشكل أو بآخر في هذا العمل.

ماروك فاطمة الزهراء، صالحي فاطمة الزهراء، وعواع صلاح الدين.

جهاد براهمية

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن العلاقة بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى المرضى المراجعين لمؤسسات مكافحة السرطان، ومعرفة الفروق في مستوى الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس، السن، نوع العلاج، ومدة الإصابة، وعما إذا كان مناخ الرعاية يختلف وفقا لمتغير مؤسسة العلاج والمستوى التعليمي للمرضى.

من أجل تحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي وتطبيق مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21) واستبيان مناخ الرعاية الصحية مرفق بتقنية الملاحظة والمقابلة على عينة مكون من 230 مريض ومريضة بمركز مكافحة السرطان لكل من ولاية ورقلة وعنابة.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى مرضى السرطان، مع وجود فروق دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور. كما اتضح وجودها أيضا في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل أي فروق وفقا للسن ومدة الإصابة.

وقد وضحت النتائج وجود فروق في مناخ الرعـاية تعزى لمؤسسة العـلاج حيث بينت أن متوسط درجات المرضى بمركز ورقلة أقل من مرضى مركز عنابة، بينما لم تكن هناك فروق تعزى للمستوى التعليمي.

الكلمات المفتاحية: مناخ الرعاية الصحية، التواصل، الألم النفسي، السرطان.

Abstract :

The present study aims at searching the relationship between health care climate and psychological pain in cancer patients, who attend cancer control institutions; also to discover the differences in psychological pain levels in accordance to gender, age, type of treatment, and duration of the injury. Finally, the study aims to knows the whether care climate varies according to the institution of treatment and the educational level of patients.

In order to achieve the objectives of the study, The descriptive approach was used. Also, a series of measuring tools are applied, observation, interview, depression scale, anxiety and stress Scale (DASS21) and health care climate questionnaire; the sample study consists of 230 patients suffering from cancer in each of Ouargla Province and Annaba.

Results: The Results of the study show

-No statistically significant correlation between the health care climate and psychological pain in cancer patients.

-There exist significant differences in the level of depression, anxiety and stress, according to age and in favour of females.

-there exist significant differences in the level of stress in favor of patients receiving chemotherapy. While there are no differences in the level of Psychological pain according to age and duration of the injury.

- there exist differences in the care climate that are attributable to the treatment institution.

- the average degree of cancer patients in the center of Ouargla are lower than those From the center of Annaba.

-while there were no differences attributable to educational level.

Keywords: climate health care, communication, psychological pain, cancer.

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
كلمة شكر وعرفان.	أ
ملخص الدراسة.	ب، ج
قائمة المحتويات.	د، هـ، و، ز
قائمة الجداول.	ح، ط
قائمة الأشكال.	ط
قائمة الملاحق.	ي
مقدمة.	1-3
الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها	
1- إشكالية الدراسة.	5-8
2- فرضيات الدراسة.	8-9
3- أهداف الدراسة.	9
4- أهمية الدراسة.	10
5- التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.	11
الفصل الثاني: الرعاية الصحية	
المبحث الأول: الرعاية الصحية لمرضى السرطان	
تمهيد.	14
1- تعريف الرعاية الصحية.	14-17
2- الرعاية الصحية كنظام.	17-24
3- مناخ الرعاية الصحية.	24-25
4- مسار الرعاية لدى مرضى السرطان.	26-28
5- الرعاية الصحية لمرضى السرطان في الجزائر.	28-31
خلاصة.	31
المبحث الثاني: التواصل في الرعاية الصحية	
تمهيد.	33

1- تعريف التواصل.	34-33
2- تواصل (طبيب-مريض).	35
3- عناصر عملية التواصل.	36-35
4- أنواع التواصل.	36
5- أساليب التواصل.	37
6- خصوصية التواصل في رعاية مرضى السرطان.	39-37
7- المقاربة التي تركز على المريض في التواصل.	40-39
8- أهمية التواصل في رعاية المرضى.	42-40
خلاصة.	42
الفصل الثالث: الألم النفسي لدى مرضى السرطان	
المبحث الأول: الألم النفسي	
تمهيد.	45
1- تعريف الألم.	46-45
2- تعريف الألم النفسي.	47-46
3- أصناف الألم النفسي.	47
3-1- الاكتئـــاب.	53-47
3-2- القـــــلق.	60-53
3-3- الضـــغط.	67-60
4- دراسات حول الألم النفسي لدى مرضى السرطان.	68
خلاصة.	69
المبحث الثاني: السرطان في التناول النفسي	
تمهيد.	71
1- السرطان من منظور نفسي.	73-71
2- العوامل المؤثرة على استجابة المريض تجاه مرض السرطان.	73
3- التكيف مع السرطان.	74-73
4- علاج السرطان.	77-74

خلاصة.	77
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد.	79
أولا- الدراسة الاستطلاعية.	80-79
ثانيا- الدراسة الأساسية.	80
1- المنهج.	80
2- عينة الدراسة الأساسية.	82-80
3- أدوات الدراسة.	94-83
4- إجراءات تطبيق الدراسة.	94
5- أساليب المعالجة الإحصائية.	95
خلاصة.	95
الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج	
تمهيد.	97
1- عرض وتحليل النتائج الفرضية الأولى.	97
2- عرض وتحليل النتائج الفرضية الثانية.	99-98
3- عرض وتحليل النتائج الفرضية الثالثة.	100-99
4- عرض وتحليل النتائج الفرضية الرابعة.	102-101
5- عرض وتحليل النتائج الفرضية الخامسة .	104-102
6- عرض وتحليل النتائج الفرضية السادسة.	105-104
7- عرض وتحليل النتائج الفرضية السابعة.	106
خلاصة.	107
الفصل السابع: مناقشة وتفسير النتائج	
تمهيد.	109
1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.	110-109
2- مناقشة وتفسير النتائج الفرضية الثانية.	111-110
3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.	112-111

4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.	114-113
5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة .	115-114
6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.	117-115
7- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة.	118-117
خلاصة الدراسة.	120-119
اقتراحات الدراسة.	120
المراجع.	135-122
الملاحق.	173-137

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
01	الهياكل الصحية والموارد البشرية في القطاع الخاص	29
02	بعض عيادات العلاج الإشعاعي والأورام في القطاع الخاص	30
03	مراكز مكافحة السرطان وموظفو العلاج الإشعاعي في القطاع العام.	30
04	يوضح التغيرات التي تحدث للفرد عند تعرضه للضغوط.	67
05	أنماط التكيف مع مرض السرطان	73
06	توزيع أفراد العينة حسب مؤسسة العلاج	81
07	توزيع أفراد العينة حسب الجنس والسن.	81
08	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	82
09	توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة ونوع العلاج.	82
10	الدراسات السابقة التي اعتمدت في تشكيل استبيان مناخ الرعاية الصحية.	84-86
11	يوضح مدى الاتساق الداخلي لبنود استبيان مناخ الرعاية الصحية باستخدام معامل الارتباط بيرسون.	88
12	قيمة معامل الثبات عن طريق Cronbach's Alpha لإستبيان مناخ الرعاية الصحية.	89
13	أبعاد مقياس DASS21	91
14	يوضح مدى الاتساق الداخلي لفقرات بعد الاكتئاب.	92
15	يوضح مدى الاتساق الداخلي لفقرات بعد القلق.	92
16	يوضح مدى الاتساق الداخلي لفقرات بعد الضغط	93
17	قيمة معامل Cronbach's Alpha لمقياس الألم النفسي	94
18	قيم (كا2) بين مناخ الرعاية والألم النفسي(الاكتئاب، القلق، الضغط)	97
19	دلالة الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس	98
20	دلالة الفروق في الألم النفسي(القلق، الاكتئاب، الضغط) وفقا لمتغير السن	99
21	دلالة الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير مدة الإصابة	101

22	دلالة الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير نوع العلاج (كميائي/اشعاعي).	103
23	دلالة الفروق في مناخ الرعاية وفقا لمتغير مؤسسة العلاج.	105
24	دلالة الفروق في مناخ الرعاية وفقا لمتغير المستوى التعليمي.	106

قائمة الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
1	الخط المتصل للصحة‖ المرض	15
2	المكونات الأساسية للنظام الصحي	19
3	أساسيات النظام الصحي	20
4	القوى الفاعلة في النظام الصحي	22
5	نموذج لفهم التواصل بين مقدم الرعاية والمريض في علم الأورام	38
6	عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بالألم النفسي وفقا لمتغير الجنس.	98
7	عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بالألم النفسي وفقا لمتغير السن.	100
8	عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بالألم النفسي وفقا لمتغير مدة الإصابة.	101
9	عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بالألم النفسي وفقا لمتغير نوع العلاج.	103
10	عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بمناخ الرعاية وفقا لمتغير مؤسسة العلاج.	105

قائمة الملاحق

الرقم	الملحق	الصفحة
01	النسخة الأولية استبيان مناخ الرعاية الصحية (بالعربية)	138-137
02	النسخة الأولية لمقياس الاكتئاب،القلق والضغط (بالعربية)	141-139
03	النسخة الأولية لاستبيان مناخ الرعاية الصحية (بالعامية)	143-142
04	النسخة الأولية لمقياس الاكتئاب القلق والضغط (بالعامية)	144
05	قائمة الأساتذة المحكمين	145
06	قائمة الأطباء والأخصائيين النفسانيين المحكمين	146
07	النسخة النهائية لاستبيان مناخ الرعاية الصحية(بالعربية)	148-147
08	النسخة النهائية مقياس الاكتئاب القلق والضغط (بالعربية)	150-149
09	النسخة النهائية لاستبيان مناخ الرعاية الصحية(بالعامية)	151
10	النسخة النهائية لمقياس الاكتئاب القلق والضغط (بالعامية)	153-152
11	دليل المقابلة	155-154
12	وثيقة قبول التربص الميداني	157-156
13	مخرجات spss20 الخاصة بالفرضية الأولى	160-158
14	مخرجات spss20 الخاصة بالفرضية الثانية	163-161
15	مخرجات spss20 الخاصة بالفرضية الثالثة	165-164
16	مخرجات spss20 الخاصة بالفرضية الرابعة	168-166
17	مخرجات spss20 الخاصة بالفرضية الخامسة	171-169
18	مخرجات spss20 الخاصة بالفرضية السادسة	172
19	مخرجات spss20 الخاصة بالفرضية السابعة	173

مقدمة:

من الملاحظ خلال السنوات الآخيرة ارتفاع حالات الإصابة بمرض السرطان على الصعيد العالمي والمحلي؛ وذلك بفعل حدوث تغيرات متسارعة في جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية التي أثرت على نمط الحياة مثل زيادة نسبة التدخين وعدم ممارسة الرياضة، وفرط تناول الأطعمة غير الصحيّة وغيرها من الأسباب والعوامل التي تقف وراء تنشيط الإصابة بالمرض. أما عن نسب الوفيات بالسرطان التي وقعت في العالم، فقد اتضح من خلال الاحصائيات أن أكثر من 70 بالمئة منها وقعت في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط (فتحي،2012).

كما يؤدي السرطان إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالالتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان، وفقدان الشهية، والإسهال، وسقوط الشعر، وفقدان الخصوبة والقدرة الجنسية واضطرابات الجهاز العصبي المركزي، وتغيرات الوزن، هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية مثل القلق والاكتئاب والأرق، و تدهور نوعية الحياة كما يعاني مرضى السرطان من بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة، مثل فقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية **(فقيه، 2003)**. وقد تصل بالبعض إلى عدم الرغبة في العيش ومحاولة الانتحار.

ولغرض التصدي لهذا المرض وانعكاساته فقد كرست الجزائر جهودها في مكافحة هذا المرض كباقي دول العالم، بفتح العديد من المراكز المتخصصة في معالجة السرطان، ومحاولة توفير وتكوين اليد العاملة من مختصين في طب الأورام، ومسؤولين عن توفير خدمات العلاج بالأشعة، بهدف تقديم علاج ورعاية تتناسب مع خطورة المرض. بالإضافة لما يحتاجه المريض من تواصل ودعم نفسي وعاطفي من قبل الطاقم الطبي، والذي يعمل بدوره على تعزيز قدرته على الشفاء ومقاومة المرض.

فإتباع نهج صحي وقائي وعلاجي متكامل في رعاية مريض السرطان يكون مراعيا لاحتياجاته الطبية والاجتماعية والنفسية يساعد في التخفيف من آلامه النفسية والجسدية ويؤدي إلى زيادة احتمال الشفاء والبقاء على قيد الحياة في حالة الكشف المبكر.

وعلى هذا الأساس جاءت الدراسة الحالية لمعرفة طبيعة العلاقة بين مناخ الرعاية الصحية والذي يركز على التواصل(طبيب- مريض) وعلاقته بالألم النفسي لدى مرضى السرطان ومعرفة الفروق في مستويات الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس، السن، مدة الاصابة، نوع العلاج. و فيما إذا كان هناك اختلاف في مناخ الرعاية يعزى لمؤسسة العلاج والمستوى التعليمي للمرضى، وذلك تبعا لخطة تضمنت ستة فصول حيث اشتمل الجانب النظري على:

الفصل الأول: الخاص بإشكالية الدراسة واعتباراتها تم خلاله عرض الإشكالية وأهمية الدراسة وأهدافها، وفرضياتها التي نسعى إلى اختبارها والتعريف الإجرائي لمتغيراتها.

أما **الفصل الثاني:** الرعاية الصحية قامت الباحثة بتقسيمه لمبحثين الأول تناولت فيه الحديث عن تعريف الرعاية الصحية والنظام الصحي بأهم أسسه ومكوناته، مناخ الرعاية ومسار الرعاية لدى مرضى السرطان. أما المبحث الثاني الخاص بالتواصل في الرعاية الصحية فقد تم التطرق فيه لتعريف التواصل، تواصل (طبيب-مريض)، أنواع وأساليب التواصل وخصوصيته في رعاية مرضى السرطان، عرض للمقاربة التي تركز على المريض وأهمية التواصل في رعاية مرضى السرطان.

أما **الفصل الثالث:** الألم النفسي لدى مرضى السرطان ويتضمن مبحثين الأول تناول تعريف الألم والألم النفسي وأصنافه (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) من حيث تعريفها، أسبابها أعراضها وعلاجها، ثم عرض لأهم الدراسات حول الألم النفسي لدى مرضى السرطان.

وأما المبحث الثاني السرطان في التناول النفسي فقد تركز الحديث فيه عن السرطان من منظور نفسي، العوامل المؤثرة على استجابة المريض، التكيف مع السرطان وأهم العلاجات.

أما بخصوص الجانب الميداني فقد تضمن ما يلي:

الفصل الرابع شمل الإجراءات المنهجية للدراسة الاستطلاعية والأساسية الميدانية حيث تم التطرق فيه لمنهج وعينة الدراسة، والأدوات المستخدمة وأخيرا إجراءات التطبيق وأساليب المعالجة الإحصائية.

أما **الفصل الخامس** فكان لعرض وتحليل نتائج الدراسة، وذلك بتناول نتائج كل فرضية وتحليلها. و في **الفصل السادس** تم مناقشة وتفسير نتائج كل فرضية من فرضيات الدراسة على ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة والمعلومات التي تم جمعها بأدوات الدراسة، متبوعة بالخلاصة والاقتراحات وفي الأخير عرض لقائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول:

إشكالية الدراسة واعتباراتها

1- إشكالية الدراسة.

2- الفرضيات.

3- أهداف الدراسة.

4-أهمية الدراسة.

5- التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

1- إشكالية الدراسة:

يعد مرض السرطان من أكبر التحديات التي تواجه الحكومات والنظم الصحية وثاني سبب رئيســي للوفـــاة في العالم، حيث بلغت حالات الإصابة به وفقا لمنظمة الصحة العالمية في عام 2012 إلى 14 مليون حالة جديدة، و8.2 مليون وفاة ومن المتوقع أن يتواصل ارتفاعها على الصعيد العالمي لتصل إلى ما يناهز 13.1 مليون وفاة عام 2030 **(WHO, 2016)**. أما محليا فتشير السجلات الوطنية للسرطان في الجزائر سنة 2015 إلى رصد 41 ألف حالة تضمنت 23122، 18748 عند النساء والرجال على التوالي، ومن المتوقع ارتفاع العدد ليصل إلى 61 ألف حالة بحلول عام 2025 **(Hamdi et al, 2017)**.

ونظرا لخطورة هذا المرض والتأثير الاقتصادي للوفاة والعجز اللذين يسببهما على مستوى العالم والذي بلغ 895 مليار دولار أمريكي، فقد لجأت العديد من الدول إلى تسخير ميزانيات ضخمة من أجل الاستثمار في التدابير الوقائية، التشخيصة والعلاجيه للسرطان. حيت قدرت التكاليف التي خصصتها الولايات المتحدة الأمريكية لرعاية مرضى السرطان عام 2010 بحوالي124.57 مليار دولار، ومن المتوقع ارتفاعها إلى 157.77 مليار دولار في عام 2020 **(Mariotto, Yabroff, Shao, Feuer, Brown, 2011)**. كما بلغت التكلفة الإجمالية للمرض في دول الاتحاد الأوروبي 126 مليار يورو**(Luengo-Fernandez, Leal, Gray, Sullivan, 2013)**. وقدرت الميزانية التي وضعتها الجزائر لمكافحة السرطان وفق للخطة الوطنية الخماسية بـ 180مليار دولار **(Oxford business group, 2016)**.

أما عن تأثير الإصابة بالمرض على المستوى الفردي فقد أكدت العديد من الدراسات إلى أن التشخيص بالسرطان يؤثر على الصحة الجسدية والنفسية للفرد المصاب، بحيث يصبح غير قادر على مواصلة حياته كما كانت عليه من قبل، لظهور مشاكل في جميع الجوانب الشخصية، والعائلية، والحياة الاجتماعية والتي تؤدي بدورها إلى تدني نوعية الحياة سواء أثناء عملية التشخيص والعلاج أو خلال فترة المتابعة**(Landier, 2011)**. ويتسبب السرطان في إصابة المريض بالضيق والاجهاد والألم **(Jadoon, Munir, Shahzad & Choudhry, 2010)** . حيث يعد هذا الأخير

من أبرز الأعراض وأكثرها شيوعا لدى مرضى السرطان، والذي حسب **Cicely Saunders** عادة ما يمس الجوانب الجسدية والنفسية، والاجتماعية والروحية **(Shute, 2013, p20)**.

وقد تناول الكثير من الباحثين دراسة الاستجابات السلوكية والأعراض النفسية المرتبطة بمرض السرطان، حيث توصلت دراسة كل من**(Burhan et al, 2016; Tavoli et al, 2008)** إلى وجود مستويات عالية من الاكتئاب لدى مرضى السرطان. وأشارت **Trill(2012)** في دراسة لها ضمن الجمعية الأوروبية لطب الأورام إلى أن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى السرطان وصل لـ 58٪، في حين قدر معدل القلق ما بين 15٪ – 28٪ ؛ كما أظهرت دراسة**(Schreier & Williams, 2004)** أن انتشار الاكتئاب بين مرضى سرطان وصل إلى ما يقارب 50٪ في السنة الأولى بعد التشخيص وانخفض إلى 15٪ في السنة الخامسة. فمعظم المرضى يشعرون بالقلق والاكتئاب عند تلقي التشخيص والعلاج وذلك قد يكون بسبب الخوف من الألم والجراحة والوفاة؛ والخوف من التَّخلي عنهم.

كما وجدت دراسة أجرتها**(مزلوق، 2014)** بهدف التعرف على مستوى الضغط النفسي لدى مرضى السرطان أن معظم أفراد العينة (88٪) يعانون من ضغط نفسي مرتفع، وحسب **(Li M,2016)** ارتفاع مستويات الضغط يمكن أن يكون لها آثار ضارة على نفسية المريض، مثل العجز، وعدم القدرة على النوم، والعزلة. كما أظهرت نتائج دراسة **(Boivin et al, 2008)** أن المرأة التي تشخص حديثاً بسرطان الثدي تعاني من أعراض عدم الدقة والرتابة في إنجاز الأعمال، وبطء التعلم، وأن هذه الصعوبات المعرفية تكون مرتبطة بالضغط النفسي الناتج عن تشخيص السرطان وليس مجرد التأثيرات الجانبية للإشعاع والعلاج الكيميائي**(بن عمار**، 2010). في حين كشف **(Lauver, Connolly-Nelson & Vang, 2007)** أن الضغوط التي تعاني منها المريضات تمتلث في الشعور بالشك وعدم الثقة بالمعالجة والمتابعة الطبية.

وقد يشعر المرضى بالخوف والقلق في ظل وجود افتقار إلى المعلومات أو المهارات اللازمة لإدارة هذا المرض، وحالات من عدم اليقين بالعلاجات التي غالباً ما تكون صعبة، ومكلفة. بالإضافة

إلى المشاكل النفسية الشائعة لدى مرضى السرطان التي يمكنها أن تأثر سلبا على العلاج، لذا كان لابد من الأطباء مناقشتها مع مرضاهم (**Fagerlind, 2012**).

كما أظهرت دراسة أخـرى أن المرضى الذين يثقـون في القائمين عليهم يكونون أقل قلقا تجاه معاناتهم **(Hadjistavropoulos & Craig, 2004).**

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن احتياجات مرضى السرطان للتواصل عادة ما تكون حول المرض والعلاج وأن معظمهم يرغبون في مناقشة القضايا النفسية والاجتماعية مع الطبيب المعالج بدلا من المهنيين الآخرين مثل الأطباء النفسانيين **(Fagerlind, 2012).**

حيث يشير الكثير من الباحثين Cassileth 1980; Coulter 1998; Fallowfield, et al 1995; Ford, et al. 1995; Meredith, et al. 1996; National Cancer Alliance, 1996.)إلى أهمية التواصل وتوفير المعلومات في مساعدة مرضى السرطان على مواجهة المرض وتخفيض اضطرابات المزاج **(مقداد،الأنصاري، العنزي، 2014، ص9)** والحد من القلق والاكتئاب **(Epstein & Street, 2007)**.

وتوصلت نتائج الدراسة **(Nard et al, 2006)** إلى أن التعاطف، والطمأنة والدعم من قبل الأطباء وزيادة الكشف عن المشاكل النفسية والاجتماعية خلال التواصل تقلل من القلق لدى مرضى السرطان. في حين مهارات التواصل الغير فعالة قد تؤدي لزيادة القلق والاكتئاب. كما وجدت الدراسة **(Vogel, Leonhart & Helmes, 2009)** التي أجريـت على عينة مكونـة من 135 امرأة مصـابة بسرطان الثـدي إلى أن المريضات اللاتي تحصلن على معلومات أكثر حول مرضهن عبرن عن رضاهن الكبير عن تجارب التواصل(الطبيب–المريض) وسجلن انخفاضا في مستوى الاكتئاب.

لذا فإن توفير رعاية عالية الجودة لمرضى السرطان تعتمد أساسا على التواصل الفعال بين المريض والطبيب المعالج، وتساعد على تشخيص وتقديم أفضل رعاية وعلاج للمرضى، حيـث تسمح بتوفيـر الدعم خـلال أزمـة السرطـان وتلبيـة الاحتياجات النفسية، والاجتماعية **(Epstein & Street, 2007).**

ومما سبق يتضح جليا أن فاعلية المؤسسات الصحية المتخصصة في مكافحة السرطان ترتبط ارتباطا وثيقا بمدى توفرها على مناخ رعاية يمتاز بالتواصل الفعال والداعم بين الأطباء والمرضى.

ومما سبق يمكن تحديد إشكالية الدراسة الحالية في الإجابة عن التساؤلات التالية:

1- هل توجد علاقة بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى مرضى السرطان المراجعين لمراكز العلاج؟.

2- هل يوجد فروق في مستويات الألم النفسي (القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس، السن، مدة الإصابة، نوع العلاج؟.

3-هل يوجد فروق في مناخ الرعاية تعزى لمتغير مؤسسة العلاج والمستوى التعليمي للمرضى؟.

2-فرضيات الدراسة:

1- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي (الاكتئاب، القلق والضغط) لدى مرضى السرطان.

2- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي(القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس.

3- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي(القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير السن.

4- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي (القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير مدة الإصابة (أقل أو يساوي سنة و10أشهر/أكبر من سنة و10 أشهر).

5- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي(القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير نوع العلاج (كميائي/اشعاعي).

6- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى لمؤسسة العلاج (عنابة /ورقلة).

7- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى للمستوى التعليمي.

3-أهداف الدراسة:

نسعى من خلال هذه الدراسة للوصول إلى جملة من الأهداف تتمثل في:

- البحث عن العلاقة بين مناخ الرعاية والألم النفسي لدى مرضى السرطان.
- محاولة التعرف على الفروق في مستوى كل من (القلق، الاكتئاب، الضغط) وفق متغير الجنس، السن، مدة الإصابة، نوع العلاج.
- التعرف على الفروق في مناخ الرعاية وفقا لمتغير مؤسسة العلاج والمستوى التعليمي للمرضى.

4-أهمية الدراسة :

4-1-الأهمية النظرية:

تتمثل الأهمية النظرية لهذه الدراسة في الآتي:

- إن مناخ الرعاية الذي يتميز بالتواصل الجيد والفعال من شأنه أن يؤدي إلى التخفيف من الآلام النفسية للمرضى ويسمح لمراكز مكافحة السرطان بالوصول لمخرجات أفضل كالشفاء ، الرضا، تعزيز الصحة...إلخ.
- قلة البحوث العربية وخاصة الجزائرية حسب اطلاع الباحثة حول الرعاية الصحية بمراكز مكافحة السرطان وخاصة المرتبطة بالجانب الإنساني والعلائقي داخلها.
- تعتبر كامتداد للدراسات والأبحات التي اهتمت بفهم المعاناة والآلام النّفسية لمرضى السرطان.
- قد تساهم الدراسة بإثراء المكتبة العربية في مجال البحوث التي تعنى بمناخ الرعاية والتواصل (طبيب- مريض بالسرطان).

4-2-الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة فيما يلي:

- التعرف على مناخ الرعاية السائد بمراكز مكافحة السرطان من وجهة نظر المرضى.
- القيام بترجمة مقياس الاكتئاب القلق والضغط DASS21 من اللغة الانجليزية إلى العربية والذي قد يستفيد منه الباحثين في دراساتهم اللاحقة.
- تصميم وإعداد استبيان لقياس مناخ الرَعاية الصحيّة الخاص بمراكز مكافحة السرطان من وجهة نظر المرضى المراجعين لها، والذي يمكن من خلاله معرفة وتقييم نوعية التواصل في المؤسسات الصحية.
- من المؤمل أن تسهم هذه الدراسة واقتراحاتها في فتح المجال للقيام بمزيد من البحوث والدراسات الأكاديمة التي لها علاقة بمتغيرات الدراسة.

5- التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

5-1-الرعاية الصحية: لقد ركزت الباحثة في تناولها لهذا المتغير على مناخ الرعاية الصحية والذي هو إدراك المريض بالسرطان للتفاعل القائم بينه وبين الأطباء والذي يتم خلاله نقل وتبادل المعلومات المختلفة حول المرض والعلاج والتعاطف. ويعبر عنه من خلال استجابة المريض على الفقرات المكونة لاستبيان مناخ الرعاية الصحية الذي تم تصميمه من قبل الباحثة.

5-2-الألم النفسي: هو حالة انفعالية غير مريحة تتمظهر في شكل اكتئاب، قلق، ضغط ويتم وصفها كالآتي.

5-2-1-الاكتئاب: هو حالة انفعالية غير سارة، عادة ما تكون مصحوبة بالشعور بالإحباط، الحزن والتعاسة وفي بعض الأحيان الإحساس بعدم القيمة وبأن الحياة لا معنى لها، يعبر عنه من خلال استجابات مرضى السرطان على البنود المكونة لبعد الاكتئاب الخاصة بمقياس DASS21 لـ **(Lovibond P.F. & Lovibond S.H)**.

5-2-2-القلق: هو حالة انفعالية غير سارة، تتميز بالشعور بالخوف وتكون مصحوبة عادة ببعض الأحاسيس الجسمية كوجود جفاف في الفم، صعوبة في التنفس، ارتجاف في الأيدي ويعبر عنه من خلال استجابات مرضى السرطان على البنود المكونة لبعد القلق الخاصة بمقياس DASS21 لـ **(Lovibond P.F. & Lovibond S.H).**

5-2-3-الضغط: هو حالة نفسية انفعالية يشعر فيها المريض بالتوتر، الضيق والعصبية، ويجد صعوبة في الاسترخاء.. الخ ويعبر عنه من خلال استجابات مرضى السرطان على البنود المكونة لبعد الضغط الخاصة بمقياس DASS21 لـ **(Lovibond P.F. & Lovibond S.H).**

الفصل الثاني: الرعاية الصحية

المبحث الأول: الرعاية الصحية لمرضى السرطان.

المبحث الثاني: التواصل في الرعاية الصحية.

المبحث الأول: الرعاية الصحية لمرضى السرطان.

تمهيد

1-تعريف الرعاية الصحية.

2-الرعاية الصحية كنظام.

3-مناخ الرعاية الصحية.

4-مسار الرعاية لدى مرضى السرطان.

5-الرعاية الصحية لمرضى السرطان في الجزائر.

خلاصة

تمهيد:

تعد الرعاية الصحية من الاهتمامات الرئيسية للدول وهدف تسعى إلى تحقيقه من خلال مؤسساتها الصحية المختلفة من مستشفيات وعيادات ومراكز عامة وخاصة يتم على مستواها تقديم الخدمات الوقائية، التشخيصية والعلاجية للمراجعين لها.

ونظرا للارتفاع المتزايد في عدد المصابين بالسرطان وخصوصية التكفل بهذا المرض فقد وجهت أغلب الحكومات اهتمامها نحو إنشاء وتجهيز مراكز متخصصة في مكافحة السرطان ووضع خطط واستراتيجيات لغرض توفير الرعاية المناسبة لمرضى السرطان.

1- تعريف الرعاية الصحية:

إن الحاجة لتعريف الرعاية الصحية يستدعي منا تعريف الصحة والرعاية كل على حدة وذلك لجعلها أكثر وضوحا.

1-1- تعريف الصحة:

لقد حظي مفهوم الصحة باهتمام العديد من الباحثين في مختلف المجالات الطبية، النفسية والاجتماعية...الخ. وذلك لما يحمله من المعاني التي تختلف من فرد لآخر وتتنوع بتنوع الثقافات والمستويات الاجتماعية.

غير أن أغلب الباحثين والعلماء اتفقوا على التعريف العالمي للصحة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية **(WHO)** في سنة 1948 والذي يرى أن الصحة هي حالة من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد عدم وجود المرض أو العجز **(Michie & Abraham, 2004).**

ولكن هذا التعريف لم يعدل منذ عام 1948، وقد كان لعلماء النفس المساهمة في تحديد وتقييم المحددات الجسدية والعقلية والاجتماعية للصحة.

(Abraham, Conner, Jones, O'Connor, 2008)

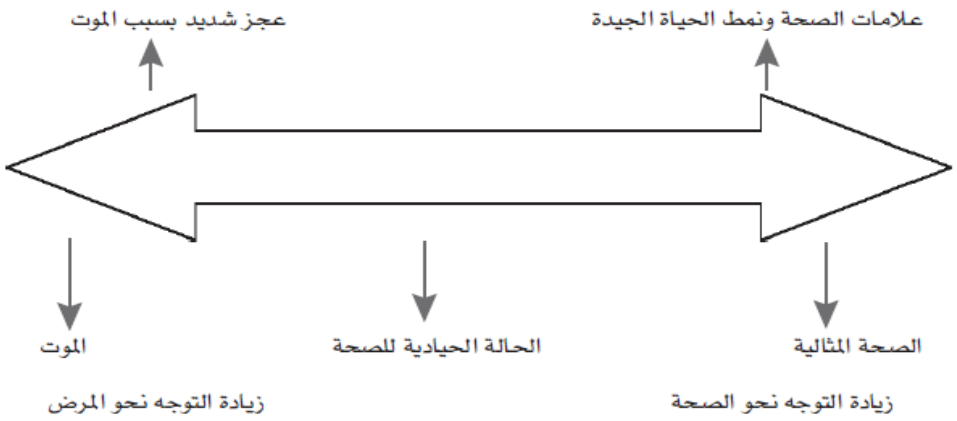
ويرى **هوريلمان(Hurrelmann, 1995)** أن الصحة عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما. وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية

والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكاناته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة (**رضوان، 2002**).

ويعرف **عبد الله (2016)** الصحة على أنها ليست مجرد خلو الجسم من المرض والاضطراب. ولكنها حالة من التوافق التام بين الوظائف البدنية والنفسية المختلفة والقدرة على مواجهة الصعوبات مع الإحساس بالنشاط والحيوية.

ومن جهة أخرى فالصحة والمرض ليس بمفاهيم منفصلة ومستقلة عن بعضها البعض بل هي متداخلة فيما بينها فهناك درجات للصحة أو العافية والرفاه من جهة والمرض أو السقم من جهة ثانية.

فقد وضح آرون أنتونوفسكي **(Aaron Antonovsky, 1987)** عالم الاجتماع الطبي أن الصحة والمرض يمثلان نهاية لخط متصل، فالحالة الصحية للناس تتفاوت فيما بينهم بل تتفاوت لدى الفرد نفسه من وقت لآخر، وهذا ما يعبر عنه بنسبية الحالة الصحية". والشكل الموالي يوضح ذلك:



الشكل رقم(1): الخط المتصل للصحة‖ المرض(عبد الله، 2012)

فمثلا هناك السلوكيات السيئة التي عادة ما يعتمدها الفرد في حياته فتجعله يتجه نحو الطرف الأيسر (الأسوء)، مما يؤدي إلى زيادة حالته المرضية أو يكون عرضة للأمراض مثل: التدخين، زيادة نسبة الكولسترول بسبب تناول الوجبات الدسمة وقلة ممارسة الرياضة...إلخ، وعلى عكس من ذلك فإن اتباع نمط حياة صحي بأن يمتنع الفرد عن التدخين، ويتناول الطعام المتوازن الذي تقل فيه المواد الدسمة مع ممارسة الرياضة والقيام بالفحوصات الطبية المستمرة وبالتالي يؤدي لزيادة التوجه نحو الصحة(**عبد الله، 2012**).

1-2- تعريف الرعاية:

على الرغم من عالمية ظاهرة الرعاية واعتمادها كمفهوم أساسي في التمريض والطب إلا أنـه إلى حد الآن لم يتم وضع تعاريف دقيقة لها.

ففي تحليل فلسفي لمفهوم الرعاية يشير **Noddings (1984)** إلى أن دافع من يقدمون الرعاية هو إزالة أو تخفيف ألم وعدم ارتياح اللذين يتولون رعايتهم.

في حين يرى **Ray (1987)** بأن الرعاية ترتبط ارتباطا مباشرا بالنضج، المهارات التقنية، ومهارات التواصل البينشخصية، والحس الأخلاقي الذي يتمتع به مقدم الرعاية.

وتعرف **Leininger (1988)** الرعاية على أنها القيام بمساعدة ودعم شخص أو مجموعة لتلبية احتياجاتهم العلنية أو المتوقعة من أجل تحسين حالتهم وأسلوب حياتهم.

(Sapountzi-Krepia et al, 2013)

كما وصفتها بأنها جوهر التمريض وحاجة إنسانية أساسية للنمو، والحـــفاظ على الصحة وبقاء الجنس البشري في جميع ثقافات العالم **(Nyberg, 2010)**.

ويرى **Pellegrino** أن هناك أربعة معاني ' للرعاية ' يمكن مناقشتها في الممارسة الطبية:

(1) ' الشفقة ' وتكون بالتعاطف مع مشاعر المريض وتقاسم تجربة المرض والألم.

(2) ' تقديم خدمة للآخرين ' وذلك بمساعدة الأشخاص اللذين قيدهم مرضهم عن القيام بأنشطة الحياة اليومية بمفردهم. وهذا النوع من الرعاية يلاحظ بشكل خاص في عمل الممرضات.

(3) الرعاية ترتبط بالمشاكل الطبية التي يعاني منها المرضى. ومثال على ذلك أن يقوم المريض بنقل قلقه بشأن مرضه للطبيب، وفي المقابل يستخدم الطبيب معارفه ومهاراته لمعرفة وعلاج مشكلته.

(4) ' الاعتناء' يجمع بين الحرص والتنفيد الأمثل لجميع الإجراءات اللازمة أثناء الرعاية.

ويشير **Pellegrino** إلـى أنـه عنـدما يتم تنفيـذ هذه المعـــاني الأربعة معا تتحقق بذلك ' الرعاية المتكاملة ' **(Dobrowolska et al, 2014)**.

وكتب **Montgomery (1993)** عن ممـــارسة الرعـــاية بأنها الشفـــاء من خـــــلال التواصل **(Nyberg, 2010)**.

فـي حـين عرفهـا **Goldin's** علـى أنهـا تقـديم الـدعم العـاطفي، وتوضـيح الإجـراءات بطريقـة تمكـن المـريض مـن فهمهـا، والسـماح لـه بـالتعبير عـن مشـاعره، والاسـتماع باهتمـام إلـى مـا يشـغله والإسـتجابة بتعـاطف معـه والتعـرف علـى المـريض كفـرد يختلـف عـن غيـره ولـيس مجـرد حالـة أخرى **(Bolderston, Lewis & Chai, 2010)**.

فالرعاية مهمة جدا في التعامل مع أي نوع من المعاناة الإنسانية سواء كانت جسدية، نفسية اجتماعية وحتى الروحية كتلك المرتبطة بمرض السرطان.

2- الرعاية الصحية كنظام:

2-1- تعريف النظام الصحي:

عرف التقرير الخاص بالصحة عام 2000 الصادر عن منظمة الصحة العالمية النظام الصحي بأنه *جميع الأنشطة التي ترمي أساساً إلى تعزيز الصحة وإعادتها إلى سالف عهدها*. وللنظم الصحية أهداف ثلاثة أساسية ترمي إلى تحقيقها وتتمثل في تحسين مستوى صحة الشعوب التي توفر لها الخدمات، الاستجابة لتوقعات المواطن القاصد للمؤسسة الصحية، ضمان الحماية المالية من التكاليف المترتبة على الأمراض**(الشاذلي، وآخرون، 2011، ص397)**.

ولنظام الرعاية الصحية أجزاء مختلفة تشكل نظما تعمل مع بعضها لتقديم الخدمات الصحية وفق برامج خاصة أعدت من أجل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والإصابات ومكافحتها وتأهيل العجزة والمعاقين.

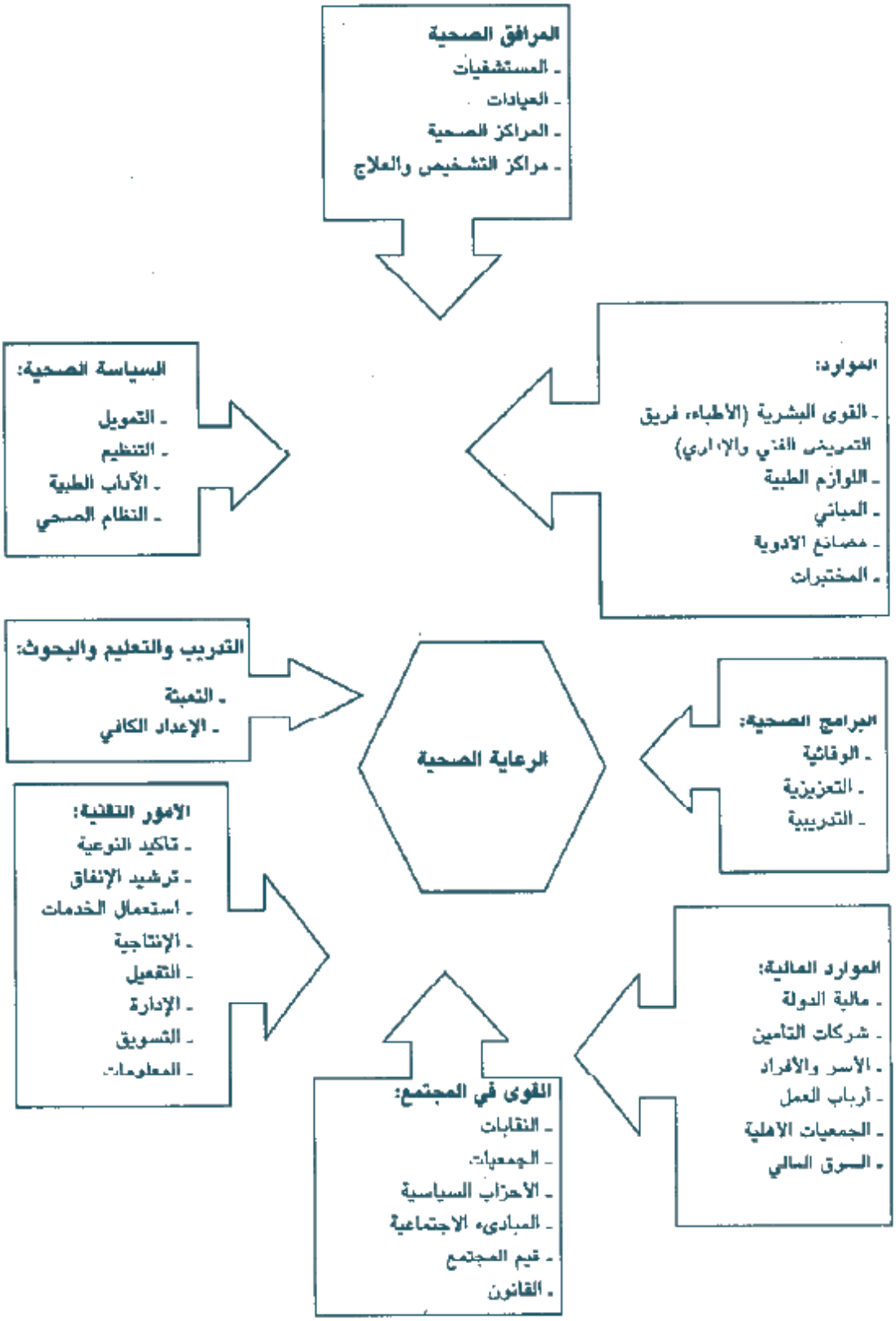
ويختلف هذا النظام من بلد إلى آخر، حيث لا يوجد نظامان متشابهان تماما، ولكن تشترك بعض النظم في اتجاهات معينة، فبعضها يغلب عليه الطابع الحكوميgovernmental، والبعض يغلب عليه الطابع الخصوصي private، والبعض يتم تمويله عن طريق الضرائب الحكومية أو نظم التأمين الصحي health insurance، أو الدفع المباشر. كما وتختلف في درجة تعقيدها وشموليتها تبعا للمستوى العام للبلد وتقدمه الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التعليم العام وطبيعة المشكلات

الصحية في المجتمع. أي أن النظام الصحي لأي بلد لا ينبع من فراغ، وإنما ينمو ويتطور مع الوقت ونتيجة لتأثير جميع العوامل المحيطة به(**الشاذلي وآخرون، 2011، ص400**).

2-2-مكونات النظام الصحي: يمكن القول أن للنظام الصحي خمسة مكونات أساسية هي:

1. الموارد المتاحة وإنتاجها.
2. الدعم المالي.
3. طرق الإدارة.
4. التنظيم.
5. تقديم الخدمة.

ويبين الشكل التالي العلاقة فيما بينها.



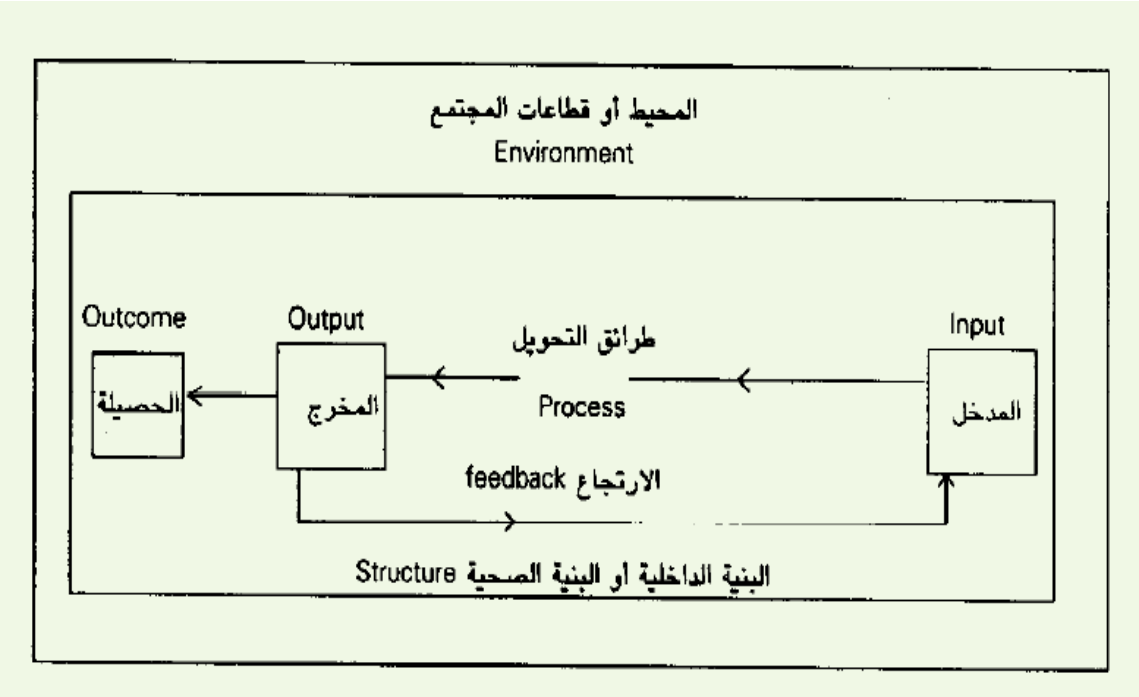
الشكل رقم (2): المكونات الأساسية للنظام الصحي (قرنفل وآخرون، 2007، ص37)

هناك أربعة أنواع من الموارد هي:

- الموارد البشرية مثل الأطباء وأعضاء هيئة التمريض والفنيين والإداريين وغيرهم.
- المرافق مثل: المستشفيات بأنواعها ومراكز الرعاية الصحية والعيادات وغيرها.
- السلع الطبية (اللوازم والمستحضرات): وهي المواد اللازمة لتقديم الخدمات الصحية وأهمها المستلزمات الطبية والأدوية واللقاحات والأمصال.
- المعرفة مثل الإلمام بالطرق الحديثة في تعزيز الصحة والوقاية من المرض والعلاج والتأهيل وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي المستمر.

أما الموارد المالية أحيان تعتبر المورد الخامس وأحيانا أخرى تعتبر وسيطا يتفاعل مع الموارد الأخرى ومع التنظيم والإدارة، ويؤدي هذا التفاعل في النهاية إلى تقديم الخدمات الصحية المطلوبة، كما أن الموارد المالية هي التي تؤدي إلى توافر الموارد الأربعة السابقة أوعدم توافرها **(قرنفل وآخرون، 2007، ص37).**

ويحدد كل نظام من العوامل التالية:



الشكل رقم(3): أساسيات النظام الصحي (قرنفل وآخرون،2007)

1.المدخل Input:

وهو الفرد سواء المريض أو سوي "صاحب الحاجة" والذي يلجأ للنظام الصحي طالبا للـرعاية ويدخل فيه، فتتفاعل معه قوى هذا النظام لغرض تلبية حاجته، تحويلها أو تغييرها.

2.المخرج Output:

ويعرف على أنه الناتج الذي يولده هذا النظام، وسبب وجوده، ويكون الناتج غالبا تحويلا أو تحولا من المدخل، بعد أن كان هذا الأخير قد تفاعل مع كافة القوى التي وُجدت لتؤثر فيه وتحوله إلى ناتج. ويتمثل في الإنسان الذي تغيرت حاجته أو الذي أصبح لديه حاجة أخرى تختلف عن حاجته عند الدخول في النظام المخرج في تعريفنا للنظام الصحي.

3.طرائق التحويل Process:

تعرف طرائق التحويل على أنها وسيلة أو مجموعة الوسائل والأساليب والطرق التي تتفاعل مع المدخل لتحويلها إلى المخرج، وذلك لأن تأثير هذه الطرائق يؤدي إلى تحويل وتغيير حتمي في المدخل، والذي يصبح حينذاك المخرج لهذا النظام.

وتعتبر علاقة الطبيب بالمريض هي أساس طرائق التحويل في النظام الصحي، فلولا تداخل الطبيب وعلاقته بالمريض لما تغيرت حاجة المريض الأساسية والتي أدت إلى دخوله النظام الصحي وتحولت إلى حاجة أخرى أو ناتج آخر. وقد تطورت مع الزمن طرائق التحويل فبعد أن كانت تركز على علاقة الطبيب بالمريض، أصبحت بالواقع تشتمل على علاقة فرد من أفراد الفريق الصحي (الطبيب، الممرض، الفني...) مع أصحاب الحاجة والذين قد يكونون مرضى أو غير مرضى. فالتطور في مبادىء الوقاية وتعزيز الصحة والرقي بها أدى إلى دخول الفرد إلى النظام الصحي دون أن يكون مريضا، ويمكن أن يكون ذلك بدافع الوقاية من المرض أو التأكد من سلامته أو بهدف التثقيف الصحي **(قرنفل وآخرون،2007)**.

4 . حلقة الارتجاع Feedback Loop :

يتضمن كل نظام حلقة للارتجاع وهي تقفل النظام بوصلها للمدخل بالمخرج، فيصبح النظام متكاملا وذا استمرارية وتواصل وتكرارية. وتكمن أهميتها في أنها تعرفنا من خلالها بنتيجة أو نتاج

طرائق، وإذا ماحققت أو أصابت الهدف من تواجد النظام، أي أن النتائج أو المخرج هو الذي يفيد الباحث أو دارس هذا النظام فيما إذا كانت عملية التحويل قد تمت بالفعل، وإذا لم تكن بالمستوى المطلوب فيمكن ضبط الوضع وتقويمه. فالارتجاع في النظام الصحي أساس عملية التقييم لنتائج علاقة المريض بأفراد الفريق الصحي وهو الذي يخبر عن شفاء المريض، هل زال عجزه أو قلت إعاقته؟ هل سيتبع النصائح والإرشادات؟ هل تأثر بالمبلغ الذي تم تسديده للعلاج؟ هل سيعود ثانية إلى نفس المرفق الصحى أو إلى الطبيب ذاته؟

الشكل رقم(4): القوى الفاعلة في النظام الصحي (قرنفل وآخرون،2007)

5 .البنية أو البنيان Structure:

تعتبر البنية في تعريف النظام بأنها المرافق التي تساند عملية التحويل وتطوير المدخل إلى المخرج، وتسهيل التوصيل إلى التنفيد المطلوب. ففي النظام الصحي تعتبر المرافق الصحية

من مستشفيات ومختبرات ووسائل التشخيص والعيادات الخاصة وغرف الطوارىء وغيرها من المؤسسات الصحية كلها بنية للنظام الصحي.

فالمريض(المدخل) يحتاج بصورة أساسية إلى علاقته بالطبيب كي يتوصل إلى تلبية حاجته أو التشافي من مرضه. والبنية هنا ليست أساسية لعملية التحويل المرجوة، ولكن لا يخفى على أحد أهميتها. فباستطاعة الطبيب أو أي فرد من الفريق الصحي تقديم الخدمة الطبية بصورة أفضل إذا توفرت لديه المختبرات ومراكز التشخيص والمستشفيات المؤهلة والعيادات المجهزة.

فالبنية أصبحت تلعب دورًا هاما في تقييم الخدمات الصحية وفي مجالات الاعتماد والاعتراف بالمرافق الصحية ومقارنتها بنظيرتها، وتصنيفها وتفضيل البعض منها على الآخر.

6.البيئة المحيطة Environment :

يعتبر المحيط من أجزاء النظام – فالبيئة التي تحتضن النظام لا بد من أن تؤثر فيه وتتفاعل معه. وتعتبر مختلف القطاعات المتواجدة في محيطه والتي ليست من إختصاصات القطاع الصحي، كالنظام التربوي والاقتصادي والسياسي والحضاري والديني والاجتماعي من البيئة المحيطة بالنظام وهو مدعو دائما للتفاعل معها. وقد لاحظنا في الدراسة وبالجانب الاجتماعي الجمعيات المساعدة لمرضى السرطان كمثال على ذلك.

7 . التدفق أو الجريان Flow:

يعتبر الباحتون أن النظام يشتمل على أركان إضافية غير الأساسية، وهي تتواجد عادة في كل نظام أيا كانت طبيعته؛ ويكون على هيئة معلومات أو موارد، أشخاص أو أوامر.

2-3- تصنيف الرعاية الصحية حسب النظم الصحية:

يعتبر الباحثون حاليا أن أفضل تصنيف لخدمات الرعاية الصحية هو الذي يكون على أساس طرائق التحويل، أي علاقة المريض أو صاحب الحاجة بالطبيب أو بأفراد الفريق الصحي. وهناك نظامان اثنان لهذه العلاقة الأساسية في مجال الرعاية الصحية:

1. العلاقة الفردية: وهي تلك التي تجمع المريض الواحد مع الطبيب الواحد أو صاحب الحاجة الواحد مع أحد أعضاء الفريق الصحي . الذي يطلب منه تلبية حاجته. وهذه الخدمات الفردية تعرف أيضا على أنها خدمات علاجية وبإمكانها أن تكون ذات طابع وقائي أو تعزيزي للصحة أو تأهيلي وليس بالضرورة علاجي.

2. العلاقة غير الفردية: وهي تعرف عندما تكون علاقة الطبيب أو أحد أفراد الفريق الصحي مع مجموعة من أصحاب الحاجة وليس فردا واحدا فقط، وليس من الأساسي بها أن تكون هناك مقابلة أو مواجهة بين أصحاب الحاجة وأعضاء الفريق الصحي، وكانت في السابق تعرف هذه الخدمات بخدمات الصحة العامة التي تعنى بالبيئة والمحيط وسبل مكافحة الأمراض.

كذلك يعتبر الباحثون في مجال النظم الصحية أن هناك عدة مراحل أو حقب للرعاية منها:

1-تعزيز الصحة أو الرقي بالصحة.

2-الوقاية الصحية.

3-الخدمات المسائدة.

4-الخدمات العلاجية.

5-الخدمات التأهيلية.

3- مناخ الرعاية الصحية:

يعتبر المناخ أحد المفاهيم الواسعة التي تناولتها العلوم النفسية والاجتماعية المهتمة بدراسة الإنسان في تفاعله مع البيئة كعلم النفس الاجتماعي، علم النفسي الإداري، علم النفسي التنظيمي، علم النفس البيئي، علم النفس الحربي ويتضح ذلك من خلال تعدد المصطلحات والمسميات التي استخدمت للإشارة إليه مثل البيئة، الوسط والفضاء...إلخ **(عودة، 2002).**

ولقد ظهر استخدام مصطلح المناخ في علم النفس لأول مرة بالبحث الذي أجراه كوفكا (1935) حول "بيئة السلوك" ومفهوم " فضاء الحياة " وقدمه ليوين (1936، 1951)

(Gagnon, Paquet, & Courcy, 2008). وبعدها توسعت استعمالاته لتشتمل المنظمات من خلال إجراء دراسات استقصائية على الموظفين لغرض تقييم الجوانب السلوكية والاجتماعية في بيئات العمل **(Schneider & Barbera, 2014)**. في محاولة للعثور على المتغيرات التي يمكن استخدامها لرصد ومعرفة الفروق الهامة في بيئة المؤسسات.

ولقد بدأ اهتمام الباحثين بدراسة مناخ "بيئة" الرعاية الصحية منذ بداية الخمسينيات من القرن الماضي وذلك في كندا من قبل Humphrey Osmond الذي اهتم بدراسة أثر البيئة المادية في مؤسسات الرعاية الصحية على التفاعل الاجتماعي داخلها **(Clayton, 2012)**. في حين الدراسات التي تناولت الجانب التنظيمي والإنساني لم تكن معروفة في مجال الرعاية الصحية حتى سنة 1980، حيث أشارت التقارير إلى أن العاملين في مجال الرعاية الصحية لديهم مستويات عالية من ضغوط العمل ووجود نقص في القدرة على الإشراف، الدعم وتقديم الرعاية الجيدة للمرضى **(Gershon et al, 2003)** ، فالمرضى يتأثرون بظروف العمل، وأي تغيير في مزاج موظفي الصحة يمكن له أن يضر بهدوء وثقة المريض ويسبب لديه حالة من القلق **(Bitsani, 2013)**.

وقد اتجهت بعض البحوث **(Schmidt et al, 2012 ; Yoon, Roberts, Grau & Edvardsson, 2015 ;Wynia & Osborn, 2010; Wynia et al, 2010** في السنوات الأخيرة إلى الإهتمام بدراسة مناخ الرعاية من وجهة نظر المريض وذلك بالتركيز على الجانب الاجتماعي العلائقي من خلال دراسة التواصل بين الفريق الطبي والمرضى، من حيث نوعيته وفاعليته داخل مؤسسات الرعاية. والذي أصبح يعترف به من قبل العديد من الباحثين على أنه جوهر رعاية المرضى. وسيتم التحدث عنه بشيء من التفصيل في المبحث الثاني.

4- مسار الرعاية لدى مرضى السرطان:

يمر مسار رعاية مرضى السرطان بعدة مراحل أولها الوقاية والكشف المبكر، ويليها التشخيص وبعدها يكون العلاج والرعاية التلطيفية **(Mandelblatt et al, 1998).**

4-1- الكشف المبكر والفحص:

الكشف المبكر هو عبارة عن فحوصات تكشف المشاكل الصحيّة لدى الشخص قبل ظهور أي أعراض للمرض وتكمن أهمية الفحص في الوقاية من السّرطان وذلك عن طريق اكتشاف الأورام الحميدة وإزالتها قبل أن تتحول إلى ورم خبيث، وزيادة فرص الشفاء في حالة اكتشاف الورم في مرحلة مبكرة.

من أهداف الكشف المبكر والفحص للمريض تحديد نوع السرطان قبل أن يغزو الأنسجة المجاورة أو ينتشر إلى مواقع جديدة. على سبيل المثال الفحص البصري للقولون باستخدام منظار يمكن من العثور على الأورام الحميدة التي يمكن إزالتها قبل أن تتحول إلى أورام خبيثة.

(Hewitt & Simone, 1999)

ومن بين الأساليب الشائع استخدامها خلال الفحص والكشف المبكر التصوير الإشعاعي للثدي، ومسحات عنق الرحم ، واختبارات الدم..الخ

4-2- التقييم التشخيصي:

يتم خلاله تحديد نوع الخلايا المسببة للسرطان وذلك عن طريق أخد عينة أو خزعة من الورم ومعرفة ما إذا كان السرطان ذو نمو سريع أو بطيء. فمعظم المرضى يتم تشخيص مرضهم من خلال سلسلة من الاختبارات انطلاقا من اختبارات الدم، الأشعة السينية، وأنواع مختلفة من المسح لتحـديد مدى انتشار المرض. ويعد التشخيص الأولي لأنواع عديدة من السرطان مهم جدا لاختيار الطريقة المثلى للمعالجة لاحقا حسب طبيعة السرطان.

4-3- العلاج:

يتم علاج معظم أنواع السرطان عن طريق الجراحة أو العلاج الإشعاعي والكيميائي أو مزيج من الثلاثة معا. فالعلاج الإشعاعي هو استخدام الأشعة المؤينة عالية الطاقة بهدف تدمير الأورام

الخبيثة وهذه الأشعة تتغلغل في المنطقة المراد علاجها، وتؤدي إلى تدمير الخلايا الخبيثة. ويعتبر العلاج الأساسي لبعض أنواع السرطان ولكن في كثير من الأحيان يتم استخدامه بالتزامن مع عملية جراحية وقد تظهر خلال الاشعاع أعراض جانبية إلا أنها في أغلب الأحيان تكون مؤقتة مثل التعب أو تغيرات تطرأ على الجلد وتتلاشى مع الوقت. وهناك احتمالية أن ينتج عن العلاج الإشعاعي أعراض جانبية طويلة المدى **(Kelvin & Tyson, 2011)**.

أما عن العلاج الكيميائي فيمكن استخدامه لوحده لعلاج بعض أنواع السرطان (على سبيل المثال بعض الأورام اللمفاوية واللوكيميا) ولكنه في كثير من الأحيان يستخدم في تركيبة مع الأشعة والجراحة. وقد يستعمل العلاج الكيميائي مع العلاج الإشعاعي والهدف من ذلك هو زيادة فعالية العلاج الإشعاعي كعلاج مساعد، حيث يساعد في القضاء على السرطان إذا عاود الإصابة به بعد الشفاء منه كعلاج إسعافي أو في حالة انتقال السرطان من الورم الأصلي إلى أجزاء أخرى من الجسم.

4-4- المتابعة بعد العلاج:

مرحلة متابعة الرعاية بعد العــلاج هي أمر ضروري لتحديد المشاكل التي تحـدث بعد علاج السرطان، مثل حالات السرطــان الجديدة أو تكرار حــدوث السرطان نفسه، أو في حالة ما إذا كـــان المريض يعانـــــي من أي أثار جانبيه للعلاج الجراحي أو الكيماوي أو الإشعاعي.

4-5- الرعاية الملطفة:

تحدد منظمة الصحة العالمية (WHO) الرعاية الملطفة في السرطان باسم الرعاية الكاملة للمرضى الذين لا يستجبون للعلاج **(Hewitt & Simone, 1999)**. وتركز هذه الرعاية على التخفيف من أعراض المرض كالألم، الإجهاد والهدف منها هو تحسين نوعية الحياة للمريض والأسرة، والتخفيف من القلق والاكتئاب. ويتم توفيرها من قبل فريق من الأطباء والممرضين وغيرهم من المتخصصين الذين يعملون مع المريض لتوفير طبقة إضافية من الدعم.

وتعد الرعاية المخففة للآلام مناسبة لأي سن وفي أي مرحلة من مراحل مرض السرطان ويمكن أن تقدم جنبا إلى جنب مع العلاج **(Lutz et al, 2013)**.

4-6-الرعاية في نهاية الحياة :

الرعاية في نهاية الحياة تبدأ بعد التوقف عن علاج المرض وعندما يصبح من الواضِح أن المريض لن ينجو، فهي موجهة للمرضى في مرحلة الاحتضـــار ويتم خلالها السيطرة على الأعراض (الجسميــة والنفسيــة) بالإضـــــافة إلى دعم الأسرة الاجتماعي، النفسي والروحي **(Catane et al, 2006)**.

5-الرعاية الصحية لمرضى السرطان في الجزائر:

يحتاج مرضى السرطان إلى رعاية خاصة طوال فترة العلاج، نظرًا لخطورة هذا المرض المزمن على حياة الإنسان. فآخر الإحصائيات الرسمية المقدمة من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تشير إلى ارتفاع عدد الأشخاص المصابين بالسرطان بمعدل45 ألف حالة إصابة «جديدة» سنويا، منها أكثر من 20 ألف حالة لدى النساء، وأكثر من 19 ألف حالة لدى الرجال، حيث أن 70٪ من الحالات المسجلة توجد في مرحلة متقدمة وتؤدي إلى الوفاة، في مقدمتها سرطان الثدي بـ9 آلاف حالة لدى النساء، ثم يليها سرطان عنق الرحم الذي يشهد تراجعا ثم سرطان الأمعاء والمرارة الذي يصيب النساء بين 60 و65 سنة. أما أنواع السرطان المنتشرة عند الرجال، فيأتي سرطان الرئة في المقدمة، متبوعا بسرطان الأمعاء والمثانة، والبروستات والجهاز الهضمي والقولون والمستقيم، والتي شهدت انتشارا واسعا خلال السنوات الأخيرة، أما بخصوص أنواع السرطان المنتشرة عند فئة الأطفال، فسرطان الدم هو الأكثر انتشارا يليه سرطان الغدد اللمفاوية والمخ، وأرجع سبب ارتفاع الحالات المتقدمة إلى التشخيص المتأخر **(شايت، 2013)**.

وللتصدي لهذا المرض وتوفير العلاج للمواطنين الجزائريين كانت تنشط على مستوى الجزائر 6 مراكز لمكافحة هذا الداء أهمها الموجودة بكل من العاصمة، البليدة، قسنطينة، ورقلة ووهران إلا أن المرضى الذين لا يقطنون في هذه الولايات يضطرون لقطع مئات الكيلومترات من أجل الوصول إلى هذه المراكز، الأمر الذي زاد من معاناتهم. كما أوضح رئيس مصلحة طب الأورام بمركز بيار ماري كوري بالعاصمة، أن مدة انتظار المرضى لحصولهم على مواعيد العلاج بالأشعة بمصلحة طب الأورام بالمركز تتراوح بين 6 و9 أشهر **(حريشان، 2015)**. هذا ما يؤدي لتقهقر وتدهور حالات بعض المرضى ويساهم في انتشار المرض لديهم .

إلا أن ضبط مواعيد العلاج بالأشعة عرف انخفاضا وتحسنا ملموسا في الآجال المحددة، خاصة بمركز مكافحة السرطان بالعاصمة وذلك بعد فتح مراكز مكافحة السرطان بكل من ولايات سطيف وباتنة وعنابة، وتشغيل مسرعات بكل من ولاية وهران وقسنطينة وهذا حسب ما صرح به وزير الصحة في الملتقى التقييمي الجهوي لولايات الوسط وأقصى الجنوب، ومن المفروض والمنتظر أن تدخل في الخدمة خلال السداسي الأول لسنة 2016، وأما مراكز ذراع بن خدة (تيزي وزو) وسيدي بلعباس، الأغواط و تلمسان بسعة أحادية تساوي 03 مسرعات إضافة إلى مركز البليدة (02 مسرعات) أي بمجموع 14 مسرع وهو ما سيسمح بتقليص أكبر للمواعيد، في انتظار استلام المراكز الأخرى في كل من أدرار، بشار تيارت، الشلف، بجاية وباتنة. وبالإضافة إلى العلاج بالأشعة الذي كان يشكل هاجس الجميع، حيث تم توسيع شبكة العلاج الكيميائي بمنظور جواري لتفادي عناء تنقل المرضى. كما تم وضع مخطط لإنشاء وحدات جديدة لمعالجة الألم و تطوير الاستشفاء المنزلي لمرضى السرطان وتكوين أطباء من أجل فتح وحدات جديدة؛ للتشخيص المبكّر وعلاج ومتابعة المرضى..الخ **(بوضياف،2015)**.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن مساهمة القطاع الخاص (الجدول 01 و 02) في تزايد ملحوظ وذلك من خلال مشاركته بشكل أكبر سواء في مجال التشخيص أو العلاج.

الجدول رقم (01): الهياكل الصحية والموارد البشرية في القطاع الخاص (بوضياف،2015).

Structures	Nombre
Cliniques avec hospitalisation	163
Cliniques de jour	74
Cabinets Médecins Spécialistes	6 457
Cabinets Médecins Généralistes	6 334
Médecins spécialistes	7 650
Médecins généralistes	6 860

Source : MSPRH, Statistiques sanitaires (année 2011 MSPRH)

الجدول رقم (02): بعض عيادات العلاج الإشعاعي و الأورام في القطاع الخاص (بوضياف،2015).

Etablissements	Nombre de lits	Radiothérapie Equipement	Chimiothérapie Hôpital de jour	Personnel
Constantine Clinique ATHENA	30	Accélérateur 02		Radiothérapeutes 03 Physiciens 04 Manipulateurs 04
Blida Clinique Bergueul	25	Accélérateur 02 Curiethérapie 01	15 lits	Radiothérapeutes 02 Radio physiciens 02 Manipulateurs 08 Médecins 02

كما تم أيضا افتتاح اثنين من عيادات الأورام والعلاج الإشعاعي متعدد التخصصات في القطاع الخاص والمجهزة تجهيزا جيدا بأجهزة العلاج الإشعاعي الحديثة عيادة الأزهر (Dr Khodjabache) في دالي براهيم وعيادة (Dr Mahmoudi) بتيزي وزو.

الجدول رقم (03): مراكز مكافحة السرطان وموظفو العلاج الإشعاعي في القطاع العام (بوضياف،2015).

Etablissements	Equipements	Nombre de lits	Personnel Médical	Personnel Paramédical
CPMC	01 accélérateur (AC), 02 télé cobalts (TC), et 03 sources de curiethérapie (SC)	484	27	201
CAC Blida	01 accélérateur (AC), 02 télé cobalts (TC), 03 sources de curiethérapie (SC), et 01 M3 pour la radiothérapie stéréotaxique	238	24	59
CAC Messerghine (Oran)	02 accélérateurs linéaires (AC)	62	25	35
CHU Oran	02 télé cobalts (TC)	173	27	16
CHU Constantine	01 accélérateur (AC), 02 télé cobalts (TC), et 03 sources de curiethérapie (SC)	40	45	27
Hôpital Central de l'Armée	02 accélérateurs (AC)	600	25	30
CAC Ouargla	01 accélérateur (AC) en cours d'installation et 01 télé cobalts (TC)	120	7	17
CAC Sétif	03 accélérateurs (AC)	140	8	11
CAC Batna	03 accélérateurs (AC)	240	8	7

أما عن أهم مراكز متخصصة في مكافحة السرطان CAC والعلاج الإشعاعي في القطاع العام وما يتوفر بها من معدات وموارد بشرية والتي جاء ذكرها في المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019 موضحة في (الجدول03).

الخلاصة:

نظرا لخطورة مرض السرطان و للارتفاع المستمر في عدد المصابين به في الجزائر كما سبق وذكرنا في هذا المبحث، فقد حظي بالاهتمام من قبل الحكومة الجزائرية حيث خصصت ميزانية ضخمة وخطط لغرض التصدي لهذا المرض وانشاء مراكز متخصصة اضافية لمكافحة السرطان وتكوين الأطباء والمتخصصين في هذا المجال بهدف تقديم الرعاية الشاملة والمناسبة للمرضى.

المبحث الثاني: التواصل في الرعاية الصحية

تمهيد .

1- تعريف التواصل.

2- تواصل(طبيب- مريض).

3-عناصر عملية التواصل.

4- أنواع التواصل.

5- أساليب التواصل.

6- خصوصية التواصل في رعاية مرضى السرطان.

7- المقاربة التي تركز على المريض في التواصل.

8- أهمية التواصل في رعاية المرضى.

خلاصة

تمهيد:

يعتبر التواصل عنصر فعال وأساسي في عملية الرعاية الصحية وذلك لما له من الأثر الايجابي على العلاقات ما بين مقدمي الرعاية الصحية من جهة والمرضى و حالتهم الصحية والنفسية من جهة أخرى.

لذا سنتعرف في هذا الفصل على التواصل، أنواعه، أساليبه، أهميته، خصوصيته مع مرضى السرطان والمقاربة المتمركز حول المريض....الخ.

1- تعريف التواصل:

1-1- في المعنى اللغوي:

مصطلح التواصل في اللغة العربية مشتق من الفعل (وصل). وفي المعجم الوسيط :" وصل الشيء بالشي ء وصلا وصَلَةً: ضمه به وجمعه ولأمه ، وواصله مواصلة ووصالا ضد هجره، وتواصلا خلاف تصارما" **(زرمان، 2009).**

وفي معجم الرائد وردت كلمة التواصل كأن نقول وصل الشَّخصان وغيرُهما اجتمعا واتَّفقا ضدّ تصارما وتقاطعا، وجاءت بمعنى تواصلتِ الأشياءُ أي تتابعت ولم تنقطع**(مسعود، 1992).**

وعليه فالتواصل في اللغة هو إحدى صيغ الفعل التي توحي في معناها العام لمعاني الاقتران والترابط والالتئام والجمع والإبلاغ والتلاقي والاحتكاك والتمازج والتفاعل والتبادل والاتصال المثمر **(زرمان، 2009).**

أما في اللغة الأجنبية فكلمة **communication** تطلق على كل من اتصال وتواصل تعني إقامة علاقة وتراسل وترابط وإرسال وتبادل وإخبار وإعلام. وهذا يعني أن هناك تشابها في الدلالة والمقصود بين مفهوم التواصل العربي والتواصل الغربي **(حمداوي، 2006).**

1-2- في المعنى الاصطلاحي:

يرى عالم النفس **Skinner** أن الاتّصال أوالتواصل هو: استخدام الكلمات والحركات وغيرها من الرموز لتبادل المعلومات.

أما "**روجرز وكين كايد**" فيعرفه: بالعملية التي يتبادل فيها الأفراد معلومات ليصلوا إلى فهم مشترك. ويعرفه "**جورج ليندربرج** " **Lundberg** بأنّه: نوع من التفاعل الذي يتم عن طريق الرموز وقد تكون الرموز حركية أو تشكيلية أو مصورة أو أي شي آخر يعمل كمنبه للسلوك **(رماش،2008).**

في حين يعرف شارل كولي **Charles Cooley** التواصل بأنه " الميكانيزم الذي بواسطته توجد العلاقات الإنسانية وتتطور. وهو يتضمن كل رموز الذهن مع وسائل تبليغها عبر المجال وتعزيزها في الزمان. ويتضمن أيضا تعابير الوجه وهيئات الجسم والحركات ونبرة الصوت والكلمات والكتابات والمطبوعات والقطارات والتلغراف والتلفون وكل ما يشمله آخر ما تم من الاكتشافات في المكان والزمان"**(زرمان، 2009).**

ويرى **أمبرتو إيكو** بأنه:" سيرورة اجتماعية لا تتوقف عند حد بعينه، سيرورة تتضمن عددا هائلا من السلوكات الإنسانية: اللغة، الإيماءات، النظرة والمحاكاة الجسدية والفضاء الفاصل بين المتحدثين ولهذا سيكون من العبث الفصل بين التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي **(بوترعة، 2009).**

أما **schramm 1960** فيرى بأن عملية الاتصال والتواصل لا تقتصر على نقل المعلومات والحقائق فقط بل لها صلة بالمشاعر والانفعالات والأحاسيس وهذه الجوانب لها الأثر الكبير على فاعلية عملية الاتصال والتواصل.

وحسب **Thomas(2006)** التواصل يتضمن نقل المعلومات من المرسل إلى المستقبل، وذلك لغرض زيادة معرفة المتلقي، تمكينه من تنفيذ مهامه، أو التأثير على مواقفه وسلوكه.

و يمكن تعريف التواصل كما يلي:

– أنّه عملية ديناميكية تقوم على التفاعل المستمر بين الأفراد و تحدث ضمن إطار نفسي و اجتماعي معين.

– هو عملية نقل المعلومات و الأفكار من شخص لآخر بحيث تشتمل على استجابة للأفكار والمعلومات.

–هو عملية تفاعل يتفاعل بمقتضاها و يتشارك من خلالها مرسل ومستقبل كما تحوي على هدف أوغرض معين و عادة تسير باتجاهين.

2- تواصل (طبيب- مريض):

وهو نوع من التفاعل يتم خلاله نقل وتبادل المعلومات بين كل من الطبيب والمريض والتعاطف والدعم وكذا اتخاذ القرارات فيما يخص عملية العلاج مما يؤدي إلى رفع قدرة المريض على تقييم الإجراءات الطبية، وفهم كافة التعليمات الملقاة خلالها.

فالتواصل بين الطبيب والمريض يعد جانب أساسي من جوانب الرعاية الصحية الذي يؤثر تأثيرا كبيرا على العلاقة العلاجية. فهو عملية دينامية تفاعلية معقدة لها سياق محدد، يتأثر بكل من سلوكيات المريض والطبيب **(Thorne's et al, 2014)**، وتسلم كل من جمعية الطب العالمية**(2005)** والجمعية الأمريكية لعلم الأورام والمعهد الطبي **(IOM)** بأن التواصل هو مفتاح المهارة الإكلينيكية **(Epstein & Street, 2007)**.

وتلخص عادة الأهداف الرئيسية للتواصل بين الطبيب والمريض في:

- إنشاء علاقة وثيقة وجيدة بين الطبيب والمريض.

-تبادل المعلومات.

-مناقشة القرارات المتعلقة بالعلاج.

-الدعم العاطفي.

3- عناصر عملية التواصل:

يكاد يكون هناك اجماع على أن عناصر عملية الاتصال تشتمل على :

1- المصدر أو المرسل: وقد يطلق عليه البعض المرسل وهو من يقوم بإرسال الرسائل وقد يكون(طبيب/مريض).
2- الرسالة: وهي ما يحاول المرسل أن ينقله أو يرسله إلى الآخرين ويمكن أن تكون لفظية أو غير لفظية.
3- الوسيلة: وهي الوسيلة التي يستخدمها المرسل(طبيب/مريض) لنقل رسالته.
4- المتلقي أو المستقبل: وهو من توجه اليه الرسائل من المرسل(طبيب/مريض).
5- رجع الصدى: وقد يطلق عليه البعض التغدية الراجعة.

6- التأثير: ويشير إلى نتيجة العملية التواصلية أو ما يطرأ على المتلقي من تغيير في المعلومات.

7- التشويش: ونعني به احتمال وجود بعض العوامل التي تعوق وصول الرسالة كاملة.

8- سياق الاتصال أو التواصل: ويقصد بالسياق البيئة المحيطة التي تحدث بها عملية التواصل **(عبد الرحمان، 2012)**.

4- أنواع التواصل: يتفق معظم الباحثين على وجود نوعين من التواصل وهي:

4-1- التواصل اللفظي:

ويسمى أحيانا باللغة اللفظية وهو التواصل الذي يتم بين كل من المرسل والمستقبل بطريقة كلامية أو لفظية. ويستخدم الفرد خلاله الكلمات والألفاظ لتوصيل المعلومات والأحاسيس.

فالتواصل اللفظي والحوار يكون عادة عبارة عن محادثة متبادلة بين الطرفين سواء كانت شفهية أو خطية ويمكن وصفهما بأنهما نظام من الرموز، والقواعد اللغوية التي تشكل معلومات تمكن من التواصل مع الآخرين.

4-2- التواصل الغير لفظي:

يعتقد علماء النفس بأن أكثر من 75 ٪ من تصرفات الناس تتم بصورة لا ارادية وأن 25٪ الباقية تكون ارادية غير لفظية أي عن طريق الايماءات أو الاحاءات أو الرموز وهي ذات تأثير أقوى من التأثير الذي تتركه الكلمات **(الحسنات،2015)**.

وهو يمثل نسبة تتراوح مابين 70-80٪ من حجم المعلومات التي نستقبلها ويستخدم هذا النوع من التواصل في نقل الرسالة من خلال الإشارات أو الحركات ولغة الجسد مثلا وتعبيرات الوجه، حركة العينين، اتجاه النظر، وضع اليدين والكتفين، حركات ووضع الرأس والأرجل، وضع الشفاه، الفم والأسنان ووضع الجسم بشكل عام.

فالتواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي من الأشياء المهمة في استخلاص مشكلة المريض والوصول إلى التشخيص والعلاج المناسب.

5- أساليب التواصل:

هنـــاك اخـــتلاف حـــول أفضـــلية أســـاليب التواصـــل الســـائدة بـــين الطبيـــب والمـــريض بالسرطان(**Claramita et al, 2013**)، فلقد أظهرت الدراسات وجود أسلوبين أحدهما أحادي الاتجاه التقليدي والآخر متمركز حول المريض (التشاركي أو الداعم).

5-1- التواصل التقليدي: يعرفه Hall و زملاءه بأنه ذلك التواصل الذي يرتكز أساساعلى مهارات حل المشكلات والتي تعتمد على " الخبرة " حيث يكون للطبيب أو المعالج الدور المهيمن في التشاور. ويتميز هذا الأسلوب بتركيزه على المرض أو الورم أين يكون المريض غير مرتاح وفي وضعية سلبية أمام الطبيب التقليدي الذي يدركه على أنه هو الخبير (**Salamonsen, 2013**).

فحسب جمعية الطب العالمية(2005) هذا المفهوم التقليدي الذي يرى أن المريض يستسلم لقرارات الطبيب قد ألغي لتعارضه مع القانون والأخلاقيات المهنية.

5-2- التواصل التشاركي(المتمركز حول المريض): فهو سلوك عاطفي-اجتماعي تفاعلي يركز فيه الطبيب على الحالة النفسية والاجتماعية للمريض، ويتميز بالمساواة والانفتاح على مناقشة فـوائد وأخـطار العـلاج، حيث يحتـرم فيه الطبيب رأي المريـض بالـرغم من معـارضته (**Salamonsen, 2013**).

إضافة إلى الاهتمام بحاجات المريض ووجهات نظره، وخبراته الشخصية مع توفير فرصة للمريض للمشاركة في العلاج.

6- خصوصية التواصل في رعاية مرضى السرطان:

يلعب التواصل الصحي الفعال دور هام في الحد من مخاطر السرطان وتعزيز نوعية الحياة عبر مسار الرعاية. ويظهر ذلك في الوقاية من السرطان خلال الحملات الاعلامية التوعوية التي تحفز الناس على السعي نحو الكشف المبكر عن المرض، وأثناء تشخيص وعلاج مرضى السرطان(**Berry, 2007**).

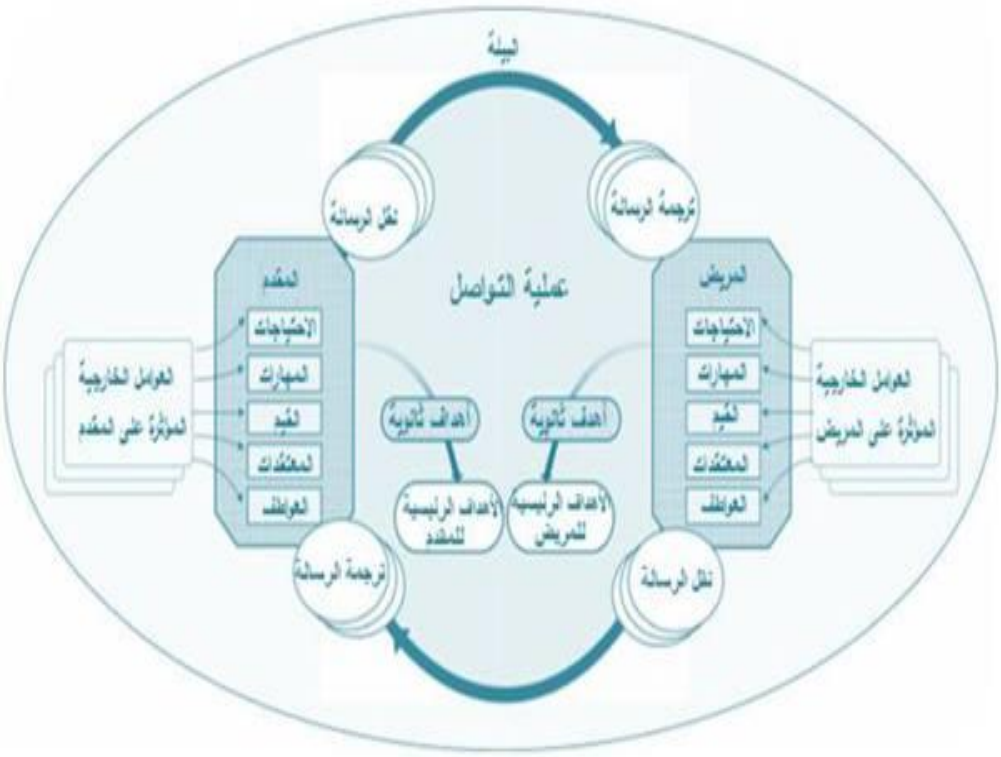
إن العملية التواصلية بين المريض بالسرطان والطبيب، مثقلة بالعديد من المشاكل كون مناقشة مرض السرطان مليء بالمشاعر والعواطف أهمها الخوف عند معرفة التشخيص بالسرطان، وكذا تعقد المعلومات الطبية في حد ذاتها، إضافة إلى عدم اليقين بخصوص مسار المرض والعلاج.

فالتواصل له أهمية بالغة في مساعدة المريض بالسرطان على فهم وإكمال مختلف الخطوات المعقدة اللازمة في مرحلة التشخيص والعلاج**(Siminoff et al, 2000).**

وبالرغم من المعاملة الخاصة التي يتلقاها مرضى السرطان في جميع أنحاء العالم إلا أنها تختلف حسب المناطق والثقافات وكذا منظور كل من المريض والطبيب لأسلوب الاتصال الأفضل.

حيث يرى(**Feldman-Stewart et al**) أن التواصل مع هذه الفئة يتركز على تفاعل أهـــداف كل من الطبيب والمريض مع مراعاة احتياجاتهم، مهاراتهم، قيمهم وعواطفهم ويمكن توضيـــح ذلك من خلال النموذج الموضح في الشكل **(5)**:

يبين النموذج أن لكل مشارك في التواصل لديه أهداف وكل هدف هو تعبير عن واحد أو أكثر من احتياجاته. فالمرضى مثلا يمكن أن تتمثل أهدافهم في فهم الوضع الصحي أو الحصول



الشكل (5): نموذج لفهم التواصل بين مقدم الرعاية والمريض في علم الأورام.

(Feldman-stewart et al , 2005)

على المعلومات والدعم ..الخ، أمـا عن مقدم الرعايــة أو الطبيب فقد يكون هدفه من التواصل هو تقييم الحالة الصحية للمرضى، أو إعلامهم عن نتائج الإختبار. و بالنسبة لمكون سمات وصفات المشاركين من احتياجات، مهارات، قيم، معتقدات ومشاعر فإنها قد تؤثر على توقعات الأفراد وفهمهم للرسائل الواردة. أما المكون الرئيسي فيتمثل في عملية التواصل التي تحدث وفقها نقل واستقبال

الرسائل التي يمكن أن تكون إما لفظية عن طريق الكلام، أو غير لفظية نبرة الصوت، تعبيرات الوجه ولغة الجسد.

وبخصوص البيئة التي يحدث فيها التواصل الاجتماعية، الثقافية، القانونية، والمادية تؤثر على المشاركين والطريقة التي يتواصلون بها وقد تضع حدود وإطارات لما يعتبر مقبولاً للمناقشة.

ويرى **(Epstein & Street, 2007)** إن عملية التواصل في رعاية مرضى السرطان تساعد على تلقي الأخبار السيئة، والتعامل مع التأثير العاطفي لمرض مهدد للحياة، فهم وتذكر المعلومات المعقدة، التواصل مع مختلف مقدمي الرعاية، فهم الاحصاءات المتعلقة بالتنبؤ والتعامل مع حالة عدم اليقين مع الحفاظ على الأمل، بناء ثقة للحفاظ على العلاقة الاكلينيكية لمدة طويلة، واتخاد قرارات في العلاج والمشاركة في التجارب الإكلينيكية.

إن ردود الفعل اتجاه التشخيص تختلف من فرد الى آخر وذلك لوجود مجموعة من العوامل مثل: الشخصية، الدعم الاجتماعي، أساليب المواجهة..الخ فالتواصل عند التشخيص يتطلب تعديل المعلومات، ومعرفة احتياجات كل مريض وكيفية اشباعها.

ففي تواصل الطبيب بالمريض ينبغي تكييف طريقة لإلقاء الأخبار السيئة بحيث يتم إيصال المعلومات التي يحتاجها دون التسبب في ارتفاع الضغط النفسي، والتركيز في التشخيص على الجوانب الأكثر صلة بالموضوع، وترك التفاصيل والخطوات المستقبلية لوقت لاحق، إضافة إلى إيلاء الاهتمام بالخيارات العلاجية **(Schlag et al, 2006).**

ورغم التركيز على أهمية الاتصال والتواصل مع المرضى الذين شخصوا بإصابتهم بمرض السرطان في العديد من الدراسات والبحوث وحتى في المسار التكويني للأطباء بالجامعات العالمية، إلا أن أكثر الشكاوي المقدمة من طرف مرضى السرطان، كانت بسبب قلة التواصل أو عدم كفايته **(Behsidm, 2000).**

7-المقاربة التي تركز على المريض في التواصل الطبي:

في السنوات الأخيرة كان هناك تركيز متزايد نحو تدريب الأطباء على استخدام أساليب التواصل التي تركز على المريض في الاستشارة الطبية.

(Cegala & Post, 2009)

فالرعاية التي محورها المريض يتم خلالها احترام احتياجات وتفضيلات المريض، مما يسمح له بالمشاركة الكاملة في عملية صنع القرار فيما يتعلق بالعلاج وأهدافه النهائية.

ويرى **(Mead and Bower, 2000)** أن التواصل الذي يركز على المريض يسعى لاكتشاف وفهم أعراض و تجربة المرض ويأخذ في الاعتبار دور الأسرة وغيرها من عناصر البيئة الاجتماعية والثقافية للمريض.

وقد أشار ابشتاين وآخرون **(2005)** إلى أن هذا النوع من التواصل يتميز بمايلي:

(أ) يراعي احتياجات المرضى ووجهات نظرهم وتجاربهم.

(ب) يوفر فرص للمرضى في المشاركة بنشاط في رعايتهم.

(ج) يعزز الشراكة والتفاهم بين الطبيب والمريض.

فالهدف النهائي للتواصل مع الطبيب هو بناء علاقة إيجابية بين الطبيب والمريض لتحقيق معالجة أفضل لكل جوانب المشكلة الصحية.

8-أهمية التواصل في رعاية المرضى:

لقد أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث أن التواصل الفعال بين الطبيب والمريض له تأثير على الحالة النفسية والنتائج الصحية للمريض والتي سنعرضها فيما يلي:

8-1- رضا المرضى: إن التواصل الفعال بين الطبيب والمريض له علاقة قوية برضا المرضى عن الخدمات الصحية، ففي دراسة (Jackson, 2001) التي شملت 500 مريض تم مشاهدتهم من قبل 38 طبيب في الرعاية الأولية تبين أن عناصر الاتصال بين الطبيب والمريض مثل الاستماع جيدا لمشاكل المريض، وإعطاؤه الوقت المناسب في الفحص كانت من أكثر النقاط التي تحقق رضا المرضى(Wong & Lee, 2006). وأن المرضى الذين يتعامل معهم الأطباء بعناية واهتمام وبشكل ودي، ويعطونهم وقت أكثر للإجابة عن استفساراتهم وأسئلتهم ويقدمون لهم توضيحات عن حالتهم الصحية هم أكثر رضا من غيرهم.

8-2- الالتزام بالعلاج: إن البحث عن طرق لتحسين توافق المرضى مع العلاج يعتبر ضرورة لمديري الخدمات الصحية وللأطباء وتلعب العلاقة ما بين الطبيب والمريض دورا في ذلك، فقد

تبين في عدة دراسات أن اتجاه الأطباء نحو المرضى وقدرتهم على احترام اهتماماتهم، وتزويدهم بالمعلومات المناسبة، ومراعاة حالتهم النفسية وكسب تعاطفهم وتطوير ثقتهم بالأطباء، يعتبر من المحددات الأساسية لخلق توافق جيد لدى المرضى مع العلاج المقدم (Wong & Lee , 2006) كما أن المرضى سيكونون أكثر التزاماً بالعلاج إذا وجدوا فرصة لشرح مشكلتهم وتوضيح ما يعانوه وإعطائهم الفرصة لطرح الأسئلة.

8-3- دقة المعلومات التي يتم الحصول عليها: إن استخدام الطبيب للأسئلة المباشرة أثناء مقابلته للمريض سيؤدي إلى إعطاء صورة غير مكتملة عن حالته الصحية، وبالتالي جمع معلومات غير دقيقة عنه، كما أن الحصول على معلومات دقيقة يتأثر عندما يستخدم الطبيب مصطلحات طبية غير مفهومة، وقد توصلت دراسة إلى أن **50%**من التفاعل بين الطبيب والمريض يتأثر بشكل سلبي عندما يستخدم الطبيب هذه المصطلحات، بالإضافة إلى ذلك فإن طريقة طرح الأسئلة لها تأثير مهم على المعلومات التي يتم الحصول عليها، واستخدام الأسئلة المغلقة تحد من قدرة المرضى على وصف الأعراض التي يعانون منها بطريقتهم الخاصة. لذلك فإن الأطباء يمكنهم أن يحسنوا من دقة المعلومات التي يحصلون عليها أثناء مقابلتهم للمرضى إذا استخدموا أسئلة مفتوحة وسمحوا للمرضى بالإجابة الكاملة عن الأسئلة دون مقاطعتهم، وتجنبوا استخدام مصطلحات طبية غير مفهومة (South-paul & Others, 2007).

يتبين من خلال العديد من الدراسات أن المشاكل المتعلقة بالعلاقة بين الطبيب والمريض تمثل 71%من دعاوى وشكاوى المرضى أمام القضاء، وتتمثل هذه المشاكل في إهمال الطبيب للمريض، اعطاؤه لمعلومات شحيحة وتقليل من قيمة ووجهة نظره والمقدرة على فهم مشاعره، كما وجد أنه ليس هناك ادعاءات أو قضايا ضد أطباء الرعاية الأولية الذين يستخدمون عبارات التوجيه والتثقيف بشكل أكبر ويأخذون بوجهة نظر المرضى ويتأكدون من فهمهم للتعليمات ويشجعونهم للحديث عن ما يعانوه من ألم. كل ذلك يؤكد على أهمية التواصل ودور العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض في التخفيف من عدم رضا المرضى عن الخدمات الصحية **(كردية،2011).**

8-4- تحسن المخرجات الصحية: حسب (South-paul & Others, 2007) تعتبر دراسة العلاقة بين تحسن الحالة الصحية والتواصل الجيد أكثر صعوبة من دراسة العلاقة بين رضا المرضى والاتصال الفعال، وذلك يرجع إلى أن المخرجات الصحية تتأثر بعوامل أخرى، وعلى الرغم من ذلك

فإن مؤشرات كثيرة تدل على أن التواصل الجيد بين الأطباء والمرضى له علاقة بتحسن المخرجات الصحية، ففي دراسات أجريت تبين أن المرضى الذين يعبرون عن ما يعانوه بحرية ويتلقون معلومات كافية من الأطباء عن حالتهم المرضية مع مراعاة حالتهم النفسية يحتاجون للأدوية المسكنة للألم بشكل أقل ويغادرون المستشفى بشكل أسرع .

وتؤكد على أن التواصل الجيد بين الطبيب والمريض له تأثير ايجابي على عدد من المخرجات الصحية حيث أن **Stewart (1995)** قام بمراجعة **21** دراسة على تأثير التواصل الجيد بين الطبيب والمريض على المخرجات ووجد أن التواصل الجيد له علاقة بتحسن الحالة الصحية والنفسية للمريض ويقلل من الأعراض المرضية ويزيد من التحكم في استقرار الأمراض المزمنة **(كردية،2011).**

خلاصة:

لقد حاولنا من خلال هذا المبحث التعرف على التواصل بشكل عام والتواصل بين الطبيب والمريض بالسرطان بشكل خاص، وتبيين أهميته في مساعدة المريض على فهم المرض وحرصه على الالتزام بالعلاج، وتحسن حالته الصحية.

الفصل الثالث: الألم النفسي لدى مرضى السرطان

المبحث الأول: الألم النفسي.

المبحث الثاني: السرطان في التناول النفسي.

المبحث الأول: الألم النفسي

تمهيد

1- تعريف الألم.

2- تعريف الألم النفسي.

3- أصناف الألم النفسي.

3-1- الاكتئـــاب.

3-2- القـــــلق.

3-3- الضـــــغط.

4- دراسات حول الألم النفسي لدى مرضى السرطان.

خلاصة

تمهيد:

سوف نتطرق من خلال هذا المبحث للحديث عن تعريف الألم والألم النفسي مظاهره وأصنافه المتمثلة في الاكتئاب، القلق والضغط من خلال تعريفها وعرض أسبابها، أعراضها والإشارة إلى النظريات المفسرة لها، بالإضافة إلى ذكر لأهم الدراسات التي تحدثت عن الألم النفسي لدى مرضى السرطان.

1-تعريف الألم:

يعرف على أنه ظاهرة عصبية نفسية معقدة ذات وجوه متعددة الأبعاد(حسية، عاطفية، معرفية، سلوكية) وقابل لتغيير بواسطة عوامل عديدة منها ماهو متعلق بالفرد "عوامل عصبية، فيزيولوجية، نفسانية " ومنها ما هو مرتبط بالمحيط "عوامل اجتماعية" **(دورون و بارو، 1996، ص355)**.

ويرى**(Sieber, 2004)** بأن الألم هو ظاهرة معقدة، تشير إلى خبرة حسية وانفعالية غير سارة مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن، والألم هو خبرة ذاتية أين تكون المكونات الحسية مرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الانفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية **(مرازقة، 2009، ص24)**.

في حين يعرفه ميرسكي **(Mersky (1986** بأنه خبرة مرتبطة بإصابة جسدية يعبر عنها بأسلوب نفسي (مثل الإحساس بالضيق، البؤس، الحزن، عدم الارتياح والتعاسة) فالألم شعور فردي يختلف كثيرا من شخص لأخر، إذ تتداخل فيه عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية فتحدد مستوى وردة الفعل عليه، فهو لم يعد مجرد عرض لمرض بل مرض في حد ذاته **(حدان، 2014، ص ص49-50)**.

ويري**(Watson & Preedy, 2010)** بأن الألم هو ظاهرة تشريحية وفيزيولوجية وعاطفية معقدة ناتجة عن منبهات خارجية أو داخلية ضارة فعلية أو مدركة.

ويرى كل من **(Gellman & Turner, 2013)** الألم هو ظاهرة حسية ضارة توفر معلومات للكائن الحي حول حدوث أو تهديد بالضرر. فالألم تجربة متعددة الأبعاد والتي تنتج من تفاعل معقد بين المكونات البيولوجية والنفسية ويتأثر كذلك بعوامل سلوكية واجتماعية.

وتعرفه **الرابطة الدولية لدراسة الألم** " بأنه تجربة حسية وعاطفية غير سارة المرتبطة بتلف الفعلي للانسجة أو وصفها من حيث هذا الضرر".

(Banyard, 2002; Sarafino et al, 2011; Sanderson, 2013; Gebhart & Schmidt, 2013)

ويعد هذا التعريف الأخير من أكثر التعاريف الشائع استعمالها فهو يشير إلى أن الألم عبارة عن خبرة حسية جسدية مرتبطه ومصاحبة بانفعالات وتكون بفعل اصابة عضوية حقيقية، أو من غيـــر اصابة فعلية كأن يحس الفرد المصاب بالألم من دون وجود ضرر فعلي.

2-تعريف الألم النفسي:

الألم النفسي في الحقيقة لا يقل أهمية عن الأنواع الأخرى للألم الجسدي ولكنه لم يحصل على الاهتمام الكافي، والمشكلة الرئيسية هي عدم التوصل الى اتفاق حول سماته ومميزاته ووضع تعريف واضح له. فقد استخدمت العديد من التسميات للإشارة إلى الألم النفسي كالألم العاطفي، الألم العقلي، الكرب العاطفي والنفسي، المعاناة النفسية والعاطفية.

حيث ترى **جوف joff** و**ساندلر sandlers** أن كل ألم نفسي يشتمل على ألم جسدي ونفسي على حد سواء. في حين يرى**(Blynn et al, 2011)** بأنه تجربة ذاتية تختلف اختلافا كبيرا عن الألم الجسدي الذي غالبا ما يكون مصدره حوافز مادية ضارة.

أما ساندلر **"Sandler"** فعرفته على أنه حالة انفعالية ناتجة من عدم توافق بين الصورة المثالية والفعلية للذات وأشارت أيضا إلى أن الألم هو المعاناة **(tossani, 2013).** في حين يرى **Bolger** بأنه حالة من الشعور بالانكسار الناتجة عن حدث أليم.

أما**Shneidman** فقد وصف الألم النفسي بمثابة تجمع للمشاعر السلبية (على سبيل المثال القلق العجز واليأس) وهو يعكس الاحباط الناتج عن عدم القدرة على اشباع الاحتياجات النفسية الأساسية **(Nahaliel et al, 2014).**

كما عرفه أورباخ **orbach** وزملاؤه على أنه مجموعة واسعة من الخبرات الذاتية التي توصف على أنها إدراك للتغيرات السلبية في الذات.

ويعرف الألم النفسي على أنه شعور غير محتمل أو غير سار ناتج عن التقييم السلبي لعدم القدرة أو العجز الذاتي. ويمكن أن تتراوح شدة هذا الشعور ما بين شعور بضيق بسيــط إلى كــرب جسدي حاد **(Esther et al, 2011)** .

أما **Eriksson and Rehnsfeldt** فهي ترى أن المعاناة أو الألم هو عدم فهم الحياة أو المعنى من الوجود. في حين يصفه آخرون كنتيجة لعدم تحقيق طموح، فقدان الحب، أو من الشعور الشديد بالذنب ...الخ.

ومن هنا يمكن تعريف الألم النفسي على أنه حالة انفعالية غير سارة والتي تم تحديدها بالدراسة الحالية في القلق، الاكتئاب، الضغط.

3- أصناف الألم النفسي:

3-1- الاكتئاب:

لقد أشارت العديد من الدراسات والأبحاث إلى انتشار الاكتئاب بين مرضى السرطان خاصة أثناء التشخيص والتقدم في مرحلة المرض وبعد العلاج الجراحي والكيميائي وذلك بسبب ما يتركه من آثار جانبية سلبية كالاضطراب في صورة الجسم والأعراض الجسدية.

3-1-1- تعريف الاكتئاب:

يعرف الاكتئاب على أنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود، وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه **(السامراني، 2007، ص83)**.

ويرى عجوري بأنه حالة نفسية إنفعالية يتعرض لها الفرد نتيجة الخبرات الصادمة و احباطات يواجهها الفرد في حياته وهي تتمثل في الحزن والتشاؤم والشعور بالذنب وقد تصل إلى فقدان الشهية والإنطواء وانعدام القيمة، وفي الحالات الحادة يصل إلى حد كراهية الذات وايذاء النفس حتى لدرجة الإنتحار **(العجوري، 2007، ص11)**.

وقد عرف حسب الجمعية الأمريكية لعلم النفس **(APA)** بأنه حالة عاطفية سلبية تتراوح مابين التعاسة ودرجة شديدة من الشعور بالحزن والسوداوية التي تعيق الفرد عن أداء وظائفه اليومية، قد ترافقها تغيرات جسدية، معرفية، اجتماعية منها مشكلات في عادات الأكل والنوم أو الدافعية، صعوبات التركيز واتخاد القرار **(APA , 2015)**. كما عرف أبو حامد الغزالي الاكتئاب: بأنه حالة من الألم النفسي تؤدي إلى الإحساس بالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير الذات، والتحسر على الماضي والتفكير فيه والبحث في الفعل والأسباب.

وأشار **(زيور، 1985)** بأنه حالة من الألم نفسي يصل إلى الميلانخوليا مصحوباً بالإحساس بالذنب شعورياً، وانخفاضاً ملحوظاً في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط الإنفعالي والحركي والحسي **(الشمالي، 2015، ص69).**

وتشير آخر الإحصائيات التي صدرت عن منظمة الصحة العالمية أن ما يقارب 7% الى 10% من سكان العالم يعانون من الاكتئاب الذي في أسوء حالاته يمكن أن يؤدي إلى الانتحار، حيت تشير الدراسات إلى انتشاره العالي بين المرضى المشخصين بالسرطان.

3-1-2- أسباب الاكتئاب وعوامله:

إن الاكتئاب بالنسبة لأي شخص عادة ما يكون تراكم لعدد من الأسباب والعوامل التي تجمعت لتؤدي إلى الاصابة به، وقد تكون راجعة للشخص نفسه أو للبيئة المحيطة به ونذكر منها التالي:

أ- العوامل البيولوجية:

لقد أظهرت العديد من الدراسات أن الاستعداد الوراثي له علاقة في الإصابة بالاكتئاب، حيث ترى أن التفسير الوراثي ودراسات التوائم تعود لوجود عامل جيني له دور مهم في الاصابة بالاكتئاب. كما أشارت منظمة الصحة العالمية 2008 إلى أن الاكتئاب ينتشر بين سكان العالم بنسبة 3٪، وكذلك ينتشر بين أقارب المرضى بنسبة 11٪ وبين الاخوة الأشقاء للمريض بنسبة 23٪.

ب . العوامل الفيزيولوجية الكميائية:

أظهرت الدراسات أن الاكتئاب يكون نتيجة اختلال البوتاسيوم والصديوم في الجسم حيث تبين أن نسبة تكثيف الصديوم داخل الخلايا العصبية يزداد ويرتفع لدى المصابين بالاكتئاب، في حين يرى باحثين آخرين أن الاكتئاب راجع أو ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ المسؤولة عن تنظيم الانفعالات**(إبراهيم،1998).**

جـ ـ عوامل نفسية اجتماعية: أظهرت الدراسات أن الاكتئاب يكون نتيجة الأسباب التالية:

-عدم تطابق مفهوم الذات الواقعي مع مفهوم الذات المدرك والمثالي.

-الاحباط أو الفشل المتكرر والقلق.

-الصراع اللاشعوري.

-التوتر الانفعالي والخبرات المؤلمة.

-الحرمان كفقد عزيز، أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو صحة كالإصابة بالسرطان.

-ضعف الأنا العليا والشعور بالذنب واتهام الذات(**سليمان،2014**).

-الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.

-الصراعات المهنية وزوجية أو صعوبات مالية **(willard, 2013).**

3-1-3- أعراض الاكتئاب:

يظهر على الاشخاص المصابين بالاكتئاب مجموعة أو زملة من الأعراض والتي اختلف تصنيفها من مختص لآخر بحسب دراسته لعينات مختلفة وهنا نرى أن الأعراض الشائعة والأساسية للاكتئاب تتوزع في أربعة نواحي هي:

أولا: الأعراض الجسمية:

إنقباض الصدر والشعور بالضيق، فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن، والألم خاصة آلام الظهر، ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي والبطء، البرود الجنسي واضطراب في العادة الشهرية (عند النساء)، توهم المرض والإنشغال على الصحة الجسمية، الشعور بالتعب والارهاق الشديد. **(سليمان،2014).**

اضافة لإضطرابات في النوم(الأرق أو النوم المتقطع) ، إضطراب الجهاز الهضمي (كالإمساك أو زيادة في حموضة المعدة)، الشعور بالتثاقل الشديد في الأعضاء **(رضوان،2009، ص62).**

ثانيًا: الأعراض الإنفعالية والمعرفية:

مزاج حزين ويائس، الانعزال والإنسحاب الإجتماعي، الشعور بالفشل، التردد وعدم الحسم، التشاؤم إنخفاض الدافعية عن المعتاد، توقع الفشل، صعوبة الإدراك، نوبات البكاء، التقييم الذاتي السلبي للأداء المبالغة غير المعقولة وتضخيم الأمور وتهويلها، الصعوبة في التفكير والتركيز واتخاد القرارات

(الشمالي، 2015، ص80). أفكار حول الموت والانتحار(**Wasserman, 2011**)، فقدان الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة تقريبا **(Palazzolo, 2007, p18)** .

ثالثاً: الأعرا ض السلوكية:

فقدان الطاقة، الشعور بالإجهاد لأقل مجهود، التثاقل في آداء الأعمال، نقص التفاعل والتواصل مع الآخرين، التململ والضجر وعدم الإستقرار، نقص الإنتاجية في العمل، إنخفاض الصوت أثناء الكلام تقطع الكلمات وخروجها من الفم بصعوبة، قضم الأظافر، والتدخين القهري **(الشمالي، 2015، ص81).**

رابعا:الأعراض الاجتماعية:

صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين، عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزملاء ..الخ؛ الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية، صعوبة في التعبير عن استيائه أو رفضه للأشياء، الشعور بالوحدة وافتقاد حب الآخرين ودعمهم، الميل للانسحاب، التفاعل المحدود وعدم أوقلة المشاركة مع الآخرين **(إبراهيم،1998).**

3-1-4- النظريات المفسرة للاكتئاب:

أ- النظرية التحليلية:

يرى فرويد أن الاشباع الزائد جدا أو نقص الاشباع خلال المرحلة الفمية يولد شخصية تابعة. فعند تعرض الفرد لخسارة فعلية كموت حبيب أو خسارة رمزية كالرفض فإنه يتولد لديه غضب لاشعوري نتيجة هذه الخسارة ويتحول هذا الغضب إلى غضب من الذات ثم إلى اكتئاب. في حين افترض أبراهم أن الفرد يمكن أن يكون قد اكتسب استعداد للإصابة بالاكتئاب نتيجة عدم حصوله على الحب أو الاشباع خلال مراحل الطفولة الأولى.

ويرى بيبرينخ "**Brbring**" أن الاكتئاب يحدث نتيجة عجز الفرد عن تحقيق الحاجات أو الطموحات ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ما هي الا واحدة من ثلاث احتياجات رئيسية أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان والحاجة لمنح الحب ويحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في ارضاء الأخرين و نتيجة لإحباط أي حاجة من الحاجات السابقة **(ابراهيم،1998).**

ب- النظرية السلوكية:

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاكتئاب ناتج عن عدم الاستعمال الأمثل للمعززات وبمعنى آخر أنه اذا لم تتم مكافأة سلوك معين فإن الفرد يتوقف عن أداء ذلك السلوك، ويصبح غير فعال فينسحب ويصبح مكتئبا.فسكينر ولازاروس يريان أن الاكتئاب ناتج عن حرمان كبير من التعزيزات الايجابية والدعم الايجابي فالناس المكتئبون وفقا لهذه النظرية ينسحبون من الحياة لأنهم ليس لديهم حوافز ليكونوا أكثر نشاطا.

ج- النظريات المعرفية:

يرى ويعتقد **(بيك، 1967)** أن الاكتئاب يحدث نتيجة استعمال الأفراد لصيغ معرفية سالبة تستبعد المعلومات الايجابية عن الذات وتبقي على السلبية، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته وللعالم وللمستقبل، ويضيف أن الإحساس بالضياع هو العامل الأساسي لحدوث الاكتئاب نتيجة التوقعات الكثيرة التي تتميز باللاواقعية أي أن المكتئب يجد نفسه ضائعا أمام لومه لذاته نظرا لوعيه وإدراكه لنقائصه والذي يعطي مفهوما سلبيا عن ذاته، وحسب بيك الأشخاص المكتئبون يميلون لمقارنة أنفسهم بالآخرين وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديرهم لذواتهم وتجعل عملية التقويم الذاتية سلبية.

في حين ربط سيلغمان بين الاكتئاب والعجز المتعلم، حيث يرى أن المريض المكتئب تعلم واعتقد بأنه لا يستطيع السيطرة على مهام بالتخفيف من معاناته، تحقيق إشباعاته أو مواجهة أحداث سلبية في حياته.

وقد اقترح أبرامسون وجود عوامل تعرض الفرد للاكتئاب ويعتبر أسلوب العزو من بين هذه العوامل والذي إما يكون داخليا فيرى الفرد بأنه المسؤول عن الحدث أو خارجيا أي يدرك الفرد أن شخصا أو شيئا معينا آخر هو المسؤول عن الحدث، وعادة يتسم الأفراد المكتئبون بأن لديهم ميلا لعزو داخلي ثابت وشامل للاحداث السلبية، وعزو خارجي وغير ثابت خاص بالاحداث الايجابية**(فايد، 2001)**.

د- النظرية البيشخصية:

تركز في تفسيرها للاكتئاب على ضغوط الحياة وأساليب المواجهة كما اهتمت أيضا بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم ودور التفاعلات في إبقاء واستمرارية الاضطراب الاكتئابي.

ويقترح **(Downy & coyne, 1991)** أن الاكتئاب يفهم كفشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة وقد افترض أن المواجهة الفعالة لهذه الضغوط يمكن أن تقلل من تأثير المشكلات وتساعد على منعها من أن تصبح مزمنة، فالمرضى المكتئبون يظهرون شفاء أقل إذا ما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة كاستراتيجيات التجنب والمواجهة المركزة على الانفعال(مثل التفكير في الخطأ أين يرغب فيه الشخص قتل نفسه، لوم الذات، الوحدة النفسية)، وهي من أهم العوامل التي تساعد في بقاء الاكتئاب **(فايد، 2001)**. كما يعتبرون أن انخفاض المساندة الاجتماعية تبقي على الأعراض الاكتئابية.

3-1-5- علاج الاكتئاب:

لقد تعددت طرق ووسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات التي اهتمت به فنجد الاتجاه الطبي يركز على استخدام الادوية لعلاج الاكتئاب أما الاتجاه أو التيار التحليلي فيسعى للبحث عن الأسباب المؤدية للاصابة بالاكتئاب وازالتها، والتيار السلوكي يعمل على تدعيم السلوك الايجابي وتعديل السلوك السلبي المسبب للعجز، أما المعرفي فيركز في علاجه على تعديل الأفكار الخاطئة وتغيير التصورات السلبية وفيما يلي عرض لأهم العلاجات المستخدمة في التخلص من الاكتئاب:

- **العلاج الدوائي:**

عادة ما تستخدم لذلك مضادات الاكتئاب وهي تعد من الأدوية الفعالة والناجحة حيث تصل نسبة نجاحها في علاجه إلى أكثر من 75٪ ومن بين العقاقير المستخدمة نجد:

مجموعة المركبات ثلاثية الحلقات (**Tricyclic**) والتي تشتمل على عدد من الأدوية منهاAmitriptyline ، Imipramine، Chomipramine والتي تتميز بفاعليتها ضد أشكال الاكتئاب المختلفة وتتمثل وظيفتها الأساسية في تعزيز قوة موصيلات المخ المزاجية في مواضع الاتصال بين الأعصاب. مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية والتي تتضمن كل من Fluoxetine،Paroxetine، Flovaxamine والتي تفيد في علاج العديد من حالات الاكتئاب وبالذات التي تتميز بالخمول وبوجود الأعراض الوسواسية **(سرحان وآخرون،2008)**.

أما عن **العلاجات النفسية** المستخدمة في علاج الاكتئاب فنجد:

-العلاج النفسي التحليلي:

ويركز على الأسباب المؤدية للاكتئاب والتي غالبا يتم إرجاعها إلى خبرات الطفولة والصدمات

المبكرة، حيث يهدف إلى حل الصراعات وتقوية دفاعات الأنا وإعادة التنظيم الانفعالي وتوظيف الطـــاقة النفسية سعيا لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج **(الشمالي، 2015، ص93)**.

-العلاج السلوكي:

وعادة يكون من خلال تقديم مهمات تنشيطية، وتمارين الثقة بالنفس والتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية التي تساعدهم على التعامل مع الاكتئاب والتغلب عليه، كما يمكن أن يتم تعليمه لأساليب جديدة كالاسترخاء الذي يمكنه من ضبط مشاعره والتحكم في انفعالاته السلبية التي تعيقه عن ممارسة نشاطاته المعتادة **(ابراهيم،1998)**.

-العلاج المعرفي:

وذلك يتم عن طريق مساعدته على اكتشاف الأفكار العقلانية التي عززت لديه التفكير الاكتئابي، وتنمية التفكير العقلاني الايجابي من خلال اعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات والعالم وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة لضغوط الحياة وحل المشكلات بدلا من التعامل معها بالتجنب أو الانفعال**(فايد،2001)**.

3-2-القلق:

يعاني الكثير من المصابين بالسرطان من أعراض القلق. فالتشخيص بمرض مهدد للحياة قد يثير مشـــاعر الخوف من العـــلاج أو الآثار الجانبية المتعلقـــة بالعلاج، الخـــوف من عودة السرطان أو انتشاره، حالة عدم اليقين، القلق من وجود تغير في العلاقات والخوف من الموت. فالتعرف على القلق وإدارته هما جزءان مهمان في علاج السرطان.

3-2-1- تعريف القلق:

يعرفه **(زهران، 2005)** بأنه "حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد بخطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، ويمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر".

أما **(كفافي، 1990)** فيرى أن القلق "خبرة انفعالية مُكدرة أو غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد".

أما **(عكاشة،2003)** فهو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر، مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسدية وخاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاارادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ في المعدة أو ضيق التنفس أو الشعور بنبضات القلق، الصداع أو كثرة الحركة.

(حماد، 2012 ، ص23)

ويوصف منصوري مصطفى استجابة القلق بأنها "حالة انفعالية غير سارة، تستثيرها مواقف ضاغطة، وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخوف" **(عقون، 2012)**.

3-2-2- أسباب القلق: لقد اختلف العلماء في تحديد القلق ومسبباته، فمنهم من يعتقد أن القلق ينتج عن عوامل داخلية، ومنهم من يعتقد أنه راجع لعوامل خارجية ومنهم من يرى غير ذلك.

وقد حدد جيروم وإرنست (**Jerome & Ernest**) خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي :

1- الأذى أو الضرر الجسدي: فالعديد من الناس يتملكهم الشعور بالقلق عندما تتهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدي(كالاصابة بمرض خطير مثل السرطان).

2- الرفض أو النبذ: فالخوف من رفض الآخر لنا، ومن أنه لا يبادلنا مشاعر المودة والحب، يجعلنا غير مطمئنين في المواقف الاجتماعية.

3- عدم الثقة: حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في أنفسنا أم في غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدراً للقلق لاسيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يُتوقع منا أن نفعله **(حماد، 2012، ص28)**.

3-2-3-أعراض القلق: يمكن تقسيم أعراض القلق الى قسمين أعراض جسمية وأعراض نفسية:

أولا: الأعراض الجسمية:

كارتفاع في نبضات القلب، نوبات من الدوخة والإغماء تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين، غثيان

أو اضطرابات في المعدة، الشعور بألم في الصدر **(عثمان،2001، ص30)**. حالات من التعرق، برود في الأطراف، توتر العضلات واضطرابات في التنفس **(زهران،2005)**.

ثانيا: الأعراض النفسية:

وضح **(جبل، 2000)** أبرز الأعراض النفسية عادة ما تكون في نوبة من الهلع التلقائي، الانفعال الزائد وعدم القدرة على التركيز والانتباه، نسيان الأشياء. وزيادة الميل الى العدوان، الشك والتردد في اتخاد القرارت، الشعور بعدم الأمان **(محدب،2011، ص62)**.

3-2-4-أسباب القلق: هناك اختلاف في تفسير أسباب القلق وفيما يلي ذكر لأهما:

***أسباب وراثية:**

تؤكد بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق، ومن هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين. كما أظهرت دراسة على بعض الأسر إلى أن 15٪ من أبناء واخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض.

***أسباب نفسية:**

تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، والتعود على الكبت الذي يؤدي فشله إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة.

فقد أرجع فرويد القلق الى صراعات داخلية لاشعورية والتي هي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها البعض ويؤدي تصارعها إلى ظهور الأعراض المرضية، أما أدلر فقد أرجع القلق إلى شعور الشخص بالنقص ومحاولته التفوق، وبالنسبة لاريك فروم فيشير إلى أن القلق ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للتفرد والاستقلال من جانب الوالدين، ويذهب أتورانك إلى أن القلق يرجع إلى صدمة الميلاد.

أما أنصار المدرسة السلوكية مثل دولارد وميلر وبابلوف فيرجعون اضطرابات السلوك عامة واضطرابات القلق خاصة إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها، وتساهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الفرد إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها **(فايد، 2001، ص56)**.

***أسباب اجتماعية:**

تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق وتشتمل هذه العوامل مختلف الضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، والأساليب الوالدية القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني والزواجي **(فرج،2009، ص151-152)**.

والقلق لدى مريض السرطان أمر طبيعي وهو يحدث كرد على تهديد محتمل لفقدان وظائف الجسم وتغيرات في المظهر والأدوار الاجتماعية، التفكك العائلي والموت.. الخ فالقلق يميل إلى الظهور في مراحل حرجة عند التشخيص، بداية ونهاية العلاج وفي تكرار ظهور السرطان.

3-2-5-النظريات المفسرة للقلق: تعددت النظريات المفسرة للقلق، ويرجع هذا التعدد إلى التوجيهات النظرية المتنوعة التي تهتم بتفسيره، فيرى البعض أن القلق يرجع إلى عوامل وراثية، ويرى الآخر أنه يرجع لكبث الرغبات في اللاشعور. بينما يذهب فريق ثالث إلى أن القلق يعود إلى تعلم خاطىء ويجب علاجه باعتباره سلوكًا مضطربًا بينما يعتبر البعض بأنه يرجع إلى جوانب معرفية ومعتقدات مشوهة.

-النظرية التحليلية:

لقد اهتم فرويد بدراسة ظاهرة القلق التي كان يشاهدها بوضوح على معظم حالات الأمراض العصابية، وحاول أن يعرف سببه، حيث لاحظ أن القلق هو عبارة عن خوف غامض، وهو يختلف عن الخوف العادي الذي يكون مصدره خطر خارجي معروف، وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي والقلق العصابي **(فرويد، 1989، ص14)**.

<u>القلق الموضوعي:</u> يكون مصدره خارجيا؛ حيث يعرفه فرويد على أنه ردة فعل لخطر خارجي معروف وقد أطلق عليه عدة مسميات:القلق الواقعي، القلق الحقيقي، القلق السوي **(فرج، 2009 ، ص 129)**.

فهذا النـــوع من القلق يعتبر رد فعل خـــارجي معروف، ومصدر هذا الخطـر ينبـع من العامـل المحيط بالفرد، وهو محدد فعلا وواضح المعالم لدى الإنسان، فيوضح فرويد أن القلق ما هو إلا مجموعة ردود أفعـال؛ حيث هو توقـع صدمة من نـــاحية، ومن نـاحية أخرى تكرار للصدمـة في صـورة مخففـــة **(عثمان، 2001، ص 20).**

القلق العصابي: يعرف فرويد القلق العصابي على أنه "شعور غامض غير سار بتوقع الخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد" **(فرج، 2009 ، ص 130).**

أما عن الآراء التي قال بها المحللون النفسانيون الآخرون فهي كالتالي:

فقد ذهب "رانك" **Rank** إلى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته، وهما خوف الحياة وخوف الموت، وخوف الحياة هو قلق من التقدم والاستقلال الفردي، ويظهر هذا القلق عند احتمال حدوث أي نشاط ذاتي للفرد، وعندما يتجه الفرد بإمكانياته نحو إيجاد ابتكارات جديدة أو العمل على إيجاد تغييرات جديدة في شخصيته، أو عندما يريد الفرد أن يكون علاقات جديدة مع الناس، ويظهر القلق في هذه الحالات؛ لأن تحقيق هذه الإمكانات يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه السابقة، وخوف الموت على عكس خوف الحياة، هو قلق من التأخر وفقدان الفردية إنه خوف من أن يضيع في المجموع، أو خوف من أن يفقد استقلاله الفردي ويعود إلى حالة الاعتماد على الغير **(فرويد، 1989، ص 35-36).**

أما "هورني **Horny**" فتعتقد أن الطبيعة الإنسانية قابلة للتغير نحو الأفضل، وترى أن الثقافة من شأنها أن تخلق قدراً كبيراً من القلق في الفرد الذي يعيش في هذه الثقافة، والنظرية الاجتماعية "لهورني" أظهرت مفهوماً أولياً عندها، ونعني به مفهوم القلق الأساسي **Basic Anxiety**، وقد عرفت "هورني" القلق الأساسي بقولها: "إنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعدوانية ". وترى "هورني" أن القلق استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية **(عثمان ،2001 ، ص23-24).**

ويتفق "سوليفان" **Sullivan** مع "هورني"**Horny** في تأكيدهما على فكرة أن عدم توفر الأمان الاجتماعي يسبب القلق "فسوليفان" ينظر للقلق على أنه حالة مؤلمة للغاية تنشأ من معاناة عدم

الاستحسان في العلاقات البينشخصية. ويعتقد أن القلق حين يكون موجوداً لدى الأم تنعكس آثاره على الوليد، لأنه يستحث القلق من خلال الارتباط العاطفي بين الأم وطفلها. ويعتبر كأحد المحركات الأولية في حياة الفرد. وهو بناءٌ وهدام في الوقت نفسه، فالقلق البسيط يمكن أن يغير الإنسان ويبعده عن الخطر، أما القلق الشامل الكلي فإنه يؤدي إلى اضطراب كامل في الشخصية، ويجعل الشخص عاجز عن التفكير السليم أو القيام بأي عمل عقلي **(عثمان، 2001، ص22-23)**.

-النظرية المعرفية:

يمثل علم النفس المعرفي اتجاها قويا في علم النفس المعاصر، أين أثر في العديد من النظريات ومختلف المدارس.

حيث يرى "بيك" رائد هذا الاتجاه أن القلق ينتج عن أنماط التفكير المشوهة والخطأ في تقييم المواقف، وما يترتب عن ذلك من تكوين مركبات معرفية نشطة، تحول المثيرات البيئية إلى مصادر للقلق تؤدي للشعور بالقلق وظهور أعراضه، فالمشكلة تكمن أساسا في طريقة التفكير، وليست في الانفعال ومنظوماته، كما أن القلق مجرد عرض ولا يمثل العملية المرضية نفسها **(غانم، 2009، ص 313)**. يعد النموذج المعرفي عند "بيك أكثر النماذج المعرفية لتفسيرات القلق؛ إذ يعتبر الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي له وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميزة لمريض القلق مما يلي:

أ.أفكار متكررة عن الخطر: فمريض القلق هو دائما في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حـــدوث وقائع مؤذية.

ب.نقص القدرة على "مجادلة" الأفكار المخيفة: قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، ولــكن قدرتــه على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم معاقة، ومهما بلغ هذا الشكل، فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار.

ج. تعميم المثير (المنبه): يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق؛ بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تغير بيئي أن يدرك بوصفه خطرا **(بيك، 2000، ص 125)**.

ويرى " إليس" أن المرضى الذين يعانون من القلق لديهم ميل لأن يعتنقوا معتقدات غير منطقية التي يرفضها الأسوياء ويصف تفكيرهم بأنه تفكير كوارثي حتى وإن كانت الحادثة ليست على القدر السيء**(ابراهيم، 1998)** .

-نظرية القلق حالة وسمة:

يعتبر "ريموند كاتل" أول من ميز بين القلق كحالة والقلق كسمة، وقد كشفت الأبحاث التحليلية العاملية التي قام بها كاتل وشاير وزملاءهما لكثير من المتغيرات النفسية والجسمية ذات العلاقة بالقلق عن وجود نوعين من مفاهيم القلق "حالة – سمة" حيث يُعتبر هذان النوعان من أكثر أنواعه شيوعاً في التراث النفسي **(حبيب،1991، ص162)**.

وقد قام سبيلبيرجر وزملاؤه بتطوير هذين المفهومين في أوائل الستينات واتبعوا في قياس القلق حالة – سمة (منهج التقرير الذاتي) **(الزعبي، 1997، ص107)**.

أ- **حالة القلق:** تشير إلى القلق كحالة طارئة إنتقالية أو وقتية في الكـائن الحي تتذبذب من وقت لآخـــر وهو يزول بزوال المتغيرات التي تتبعه، فالقلق هنا موقفي بطبيعته ويعتمد بصورة مباشرة وأساسية على الظروف الضاغطة(مصادر الضغوط)،كما أشار "كاتل" إلى أن حالة القلق تتغير بحسب المواقف أي حسب نوعية المصادر ومستواها وشدتها.

ب-**سمة القلق:** تشير إلى القلق كسمة ثابتة نسبيا في الشخصية، من حيث اختلاف الناس في درجة القلق ووفقا لما اكتسبه كل منهم في طفولته من خبرات سابقة واستعداد طبيعي واتجاه سلوكي، ويعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية **(عقون، 2012)**.

3-2-6-علاج القلق:

يختلف القلق من فرد لآخر حسب شدته ووسائل العلاج المتاحة، فعادة ما يستخدم العلاج النفسي مرفق بالعلاج الدوائي خاصة في حالات القلق الشديدة حيث تعتبر مجموعة البنزوديزابين (benzodiazapines) حاليا المجموعـــــة المفضلة في علاج القلق، كمـا تستخدم المهدئـــات العظمى (Antipsychotics) بجرعات صغيرة في علاجه **(الحجاوي،2004، ص293)**.

وإنَ **للعلاج النفسي** دور هام حيث يحاول من خلاله الكشف عن الأسباب والعمل على حلها ويستخدم العلاج السلوكي في حالات القلق أين يتم تدريب المريض على حالات الاسترخاء من خلال تمرينات عضلية وتنفسية ثم يتم تعريضه لمنبهات تزداد شدتها تدريجيا حتى يستطيع المريض مواجهتها.

كما يستخدم **العلاج العقلاني الانفعالي** الذي يعتمد على مناقشة الأفكار الغير منطقية لدى المريض والمسببة للقلق وإحلال الأفكار المنطقية بدلا منها، ومن تم تتغير انفعالات المريض وهذا بدوره يؤدي لتغيير سلوكه المرضي.

كما ولابد أن تراع في خطة العلاج الموجه لمرضى السرطان المصابون بالقلق توفير الأمل والتقليل من حالة عدم اليقين خاصة بعد تعرضهم لخسارة كتشوه في صورة الجسد، فقدان الدور المهني والاجتماعي وقدراتهم.

3-3- الضغط:

يواجه الإنسان في حياته كثيرا من المواقف التي تتضمن خبرات مهددة أو غير مرغوب فيها وتعرض رفاهيته للخطر، ويعتبر مرض السرطان من الأحداث الحياتية الضاغطة والذي له علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية. كما أن الضغط الناتج عن المرض وعلاجه يزداد بفعل عوامل ضاغطة أخرى مثل العائلة، العمل، القلق المالي..إلخ **(الثابت، 2009)**.

3-3-1- تعريف الضغط النفسي:

يرى **Goldman** أن الضغط يشير إلى حالة الفرد (سواء النفسية أو الجسدية) أثناء وبعد تعرضه لحدث أو لأحداث ضاغطة **(غانم، 2009، ص286)**.

أما سيلي **(Selye)** فقد أشار إلى أن الضغط النفسي عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط وهو إستجابة غير محددة من الجسم نحو المتطلبات البيئية مثل التغيير في الأسرة أوفقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت ضغط نفسي **(عبيد، 2008، ص20)**.

فالضغط النفسي حالة نفسية تنعكس في ردود الفعل الجسمية والسلوكية الناشئة عن التهديد الذي يدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف أو الأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة **(الغرير، أبو أسعد، 2009، ص25)**.

ويعرف **Shafer** (1996) الضغط بأنه عبارة عن استجابة مرضية عامة لمثير مؤذ ومزعج للفرد يؤثر عليه من الناحية الفسيولوجية والنفسية ويسبب له الإجهاد والتوتر المؤقت أو الدائم، أو أنه استجابة الجسم غير المحددة لأية مطالب تقع عليه إن كانت بسبب أو نتيجة لظروف سارة أو غير سارة .

فالضغوط عبارة عن حالة من التوتر الناشئة عن المتطلبات أو التغيرات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ونفسية **(عبيد،2008، ص21)**.

في حين يعرف جوردون"**Gordon**"(1993) الضغوط بأنها الاستجابات النفسية والانفعالية والفسيولوجية للجسم اتجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد وهذه التغيرات تقوم باعداد وتأهيل الفرد للتوافق مع الضواغط والتي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها **(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص20)**.

ويعرفه **(Taylor, 2015)** على أنـــــه تجربـــة عاطفيـــة سلبيـــة يرافقهـــــا تغيرات بيوكميائية وفيسيولوجيـــة، معرفية وسلوكية يتم توجيهها نحو الحدث المجهد.

3-3-2- أعراض الضغط: وتصنف الأعراض الناتجة عن الضغوط كالتالي:

أ- **أعراض فيسيولوجية:** يؤثر الضغط سلبا على النواحي الفسيولوجية للفرد ويظهر التأثير كالآتي:

-إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة نسبة لسكر فيه، واضطربات الأوعية الدموية **(Pierro loo, 2003, p3)**.

- ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم مما قد يؤدي إلى تصلب الشريين والأزمات القلبيه، جفاف الفم واتساع (حدقه العين) **(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006)**.

ب- الأعراض الجسدية:

العرق الزائد، التوتر العالي، الصداع بأنواعه، ألم في العضلات وخاصة الرقبه والأكتاف وعدم الانتظام في النوم(أرق ، نوم زائد ، الاستيقاظ المبكر على غير العاده)، احتكاك الأسنان، الإمساك آلام الظهر وخاصه الجزء السفلي الإسهال والمغص، التهاب الجلد، طفح جلدي، عسر الهضم، القرحة التغيير في الشهية، التعب وزياده التعرض للحوادث التي تؤدي إلى إصابات جسدية.

ج- الأعراض الإنفعالية:

سرعه الانفعال، تقلب المزاج العصبية، سرعه الغضب، العدوانيه واللجوء الى العنف، الإكتئاب، سرعة البكاء.

د- الأعراض المعرفية:

النسيان، صعوبة في التركيز واتخاذ القرار، اضطراب في التفكير، ذاكرة ضعيفة أو صعوبة في استرجاع الأحداث، استحواذ فكرة واحدة على الفرد، انخفاض في الإنتاج، انجاز المهام بدرج عالية من التحفظ، تزايد عدد الأخطاء وإصدار أحكام غير صائبة.

و- أعراض خاصة بالعلاقات الشخصية:

عدم الثقة غير المبرره بالآخرين، لوم الغير، نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة، تصيد أخطاء الآخرين التهكم والسخرية، تبني لسلوك واتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين **(عسكر، 2009، ص 45).**

4-3-3-نظريات الضغط: هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير الضغوط النفسية ونورد أهم هذه النظريات فيما يلي:

-نظرية هانس سيلي (Hans.Selye):

يستند "**سيلي**" في نظريته إلى مجموعة من التجارب التي أجراها على الحيوانات والتي أسفرت على أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط **(Stresseur)** فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له آثاره الفيزيولوجية كارتفاع ضغط الدم.

وقد جاء اكتشافه للضغط خلال بحوثه حول الهرمونات الجنسية، فقد لاحظ بعد حقن فئران تجاربه بأنسجة عددية، حدوث ردود فعل غير واضحة منها تضخم في الغدة الأدرنالية، ظهور القرحة في الجهاز الهضمي، وفي تجارب أخرى لاحقة وجد أن هذه الأعراض تظهر مع مصادر أخرى مثل الحرارة، البرد الحقن بالأنسولين...هذه الأعراض سماها زملة التكيف العام (Général Adaptation Syndrome GAS) وهي ردود فعل غير محددة لمصادر الضغط ويكون لها تأثيرات على جوانب مختلفة من الجسم.

واقترح "سيلي" ثلاث مراحل للاستجابة للضغط وهي كما يلي:

1- مرحلة الانذار أو التنبيه: وهي الاستجابة المبدئية الأولى للموقف ويحدث ذلك عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها اشارات عصبية إلى الدماغ وبالتحديد

إلى الغدة النخامية، وهذا بدوره يرسل رسائل عصبية وكيميائية للأجهزة المعنية في الجسم وبذلك يتم افراز الهرمونات في الجسم (الأدرينالين و النورأدرينالين) ويزداد التنفس و تشد العضلات ليتهيأ الجسم لعملية المواجهة .

2- مرحلة المقاومة: تهدف هذه المرحلة للحفاظ على التوازن الحيوي لأنسجة الجسم عندما تتعرض للتحطيم أو التدمير، إلا أنه بعد تعرض الفرد لضغط طويل المدة فإنه سيصل إلى النقطة التي يعجز فيها عن الاستمرار وتصبح الطاقة على التكيف منهكة ومجهدة، وبذلك يدخل الفرد في مرحلة الاعياء أو الانهاك **(عثمان،2001، ص101).**

3-مرحلة الانهاك: أو الإعياء فإذا تعرض الفرد للضغوط لمدة أطول، أو بشكل متكرر فإن ذلك يمكن أن يضعف الجهاز المناعي ويستنزف احتياطات الطاقة المخزنة في الجسم حيث يصل إلى مستوى تكون المقاومة فيه جد محدودة، ويدخل في مرحلة الإنهاك.

وإذا استمرت الضغوط فإن ذلك قد يؤدي إلى الاصابة بالأمراض ويتسبب بإحداث ضرر للأجهزة الداخلية، قد تؤدي به للموت ما لم يستطع التعامل معها ومعالجتها **(Sarafino & Smith, 2011).**

- نظرية العجز المتعلم لـ "سليجمان Seligman:

إن تكرار تعرض الفرد للضغوط مع تزامن اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها فإن هذا يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة. فيبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، أيضا يشعر بعدم قدرته على مواجهتها فيتوقع الفشل، ويدرك أن ما تعرض له في الماضي من فشل وعدم قدرة على المواجهة سوف يستمر معه في المستقبل. ثم يشعر باليأس والسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب فتعرض الفرد لحالة العجز يجعل سلوكه غير تكيفي.

أما عن أسباب العجز المتعلم فهي نوعين من العوامل:

-عوامل بيئية ضاغطة سواء في الحياة الأسرية أو المهنية أو الاجتماعية للفرد.

-عوامل ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائصه الشخصية والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه ازاء الأحداث الضاغطة **(عبيد، 2008، ص ص131-132).**

- نظرية أو نمودج لازاروس وفولكمان:

يرى كل من لازاروس وفولكمان أن استعمال الفرد لأساليب المواجهة الغير فعالة أثناء تعرضه لحدث ضاغط يوقعه في معاناة.

فأساليب المواجهة للضغوط تتحدد من تقييم الفرد للموقف، فعندما يواجه الفرد موقف ويتم تقييمه على أنه ضار أو مهدد فهنا ينشأ الضغط. ويرتكز هذا النموذج على دور العوامل المعرفية في تفسير الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد، وتحدث عادة الضغوط عندما تفوق المطالب البيئية قدرات الفرد على المواجهة.

ويعرف لازاروس (**Lazarus1984-1966**) الضغط بأنه الاستجابة غير المحددة للجسم تجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك سواء كانت سببا أو نتيجة لظروف مؤلمة أوغير سارة **(الغرير، أبو أسعد، 2009، ص24).**

ويرى لازاروس أن التفاعل بين الفرد والبيئة يعتمد على عمليتين: وهي التقييم الأولي والتقييم الثانوي.

عملية التقيم الأولي: في هذه المرحلة يتم تحديد معنى الأحداث إذ قد تدرك الأحداث على أساس أنها قد تقود إلى نتائج إيجابية أم سلبية أو محايدة وتكون سلبية وسيئة بناءا على ما يمكن أن تسببه من أذى تهديد أو تحدي يتجاوز امكانات الفرد.

عملية التقييم الثانوي: تبدأ عملية التقيم الثانوي للموقف في الوقت الذي يتم فيه التقييم الأولي للأحداث ويتم في هذه المرحلة إجراء تقييم للإمكانيات والمصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحدث وما إذا كانت كافية لمواجهة الأذى، التهديد، التحدي أو غير كافية، وتنشأ الخبرة الذاتية نتيجة التوازن بين التقييم الأولي والتقيم الثانوي وكلما كانت إمكانات التعامل مع الموقف عالية فإن الضغط يكون أقل والعكس صحيح.

كما أن لعوامل البيئة الاجتماعية وخصائص شخصية الفرد، وخصائص الوضعية الضاغطة أهمية كبيرة في تحديد الاستجابة للضغط، وبهذا المعنى يتدخل الجانب البيولوجي والنفسي والاجتماعي في تحديد نوعية الاستجابة، وهذا النموذج تعدى المفهوم البسيط للضغط (مثير-استجابة) إذ يبحث

في جميع العوامل التي بمقدورها شرح التغيرات في التفاعل وبالتالي النظر إلى الضغط في منظور تفاعلي **(شارف، 2011، ص24).**

-نظرية سبيلبرجر Spielperger :

تعد نظرية سبيلبرجر في القلق مقدمة ضرورية لفهم نظريته في الضغوط حيث أنه قام بالربط بين قلق الحالة والضغط حيث يعتبر هذا الأخير ناتج عن ضاغط معين مسبباً لحالة القلق. كما ميز بين مفهوم الضغط stress ومفهوم التهديد threat، فالضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة التهديد فتشير إلى التقدم والتفسير لموقف خاص على أنه خطير ومخيف **(الكردي،2012، ص38-39).**

وقد حدد(سبيلبرجر) مفهوم الضغط من خلال ثلاثة أبعاد، الأول مصدر الضغط، وهو يبدأ بمثير يحمل تهديدا أو خطر ما نفسيا أو جسميا والثاني هو ادراك الفرد للمثير أو التهديد، أما الثالث فيشكل رد الفعل النفسي المرتبط بالتهديد، ومن هنا ترتبط شدة رد الفعل على شدة المثير، ومدى ادراك الفرد له.

ويرى أن تقييم موقف بأنه خطر يعتمد على مميزات المواقف، وعلى خبرات الفرد الماضية خلال مواقف مشابهة، ولا يعتبر الموقف مهددا للفرد إلا إذا أدرك أنه يهدده، وبالتالي فان ادراك تهديد المواقف والأحداث تختلف من فرد الى آخر حسب مهاراته، وخبراته في مواجهة المواقف الضاغطة، وفي حال ادراك الفرد لخطر موضوعي بأنه مهدد أو خطر فإنه سوف يشعر بزيادة في القلق وتحديد حالة القلق كاستجابة لذلك **(أبو حبيب، 2010 ، ص36).**

-النظرية النفسية والاجتماعية المفسرة للضغوط:

يرى أصحاب **المنحى السلوكي** أن الضغط هو أحد مكونات الطبيعية لحياة الفرد وأنه ينتج عن تفاعل الفرد مع البيئة ومن ثم لا يستطيع الفرد تجنبه، وأن الاستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تتأثر بطريقة ادراكه للموقف، فالاستجابات السلوكية الغير توافقية التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تكون غير مفيدة في حل المشكلات والتغلب على الموقف

بل أنها تؤدي الى تفاقم الضغوط لديه، كما أن استجابة الفرد الناتجة عن تعلمه إياها. كما أكدت على أن الفرد يتعلم السلوكات والاستجابات للمطالب البيئية عادة من خلال الملاحظة والتقليد.

أما أصحاب **المنحى الفينومنولوجي** ويعتبر من أبرز رواده ماسلو الذي يرى أن الضغوط تنتج عندما يفشل الفرد في اشباع حاجاته الأولية وكذا النفسية، أما روجرز فقد رأى أن مفهوم الفرد عن ذاته يمر بأحد التغيرات التي تسهم في احساس الفرد بالضغط فإذا كان ايجابيا فانه يكون أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغوط أما اذا كان مفهوم الذات سلبي فإنه يدرك الموقف على أنه تهديد وخطر ومن تم يكون عرضة للقلق، الضغوط و الضيق.

بينما **المنحى المعرفي** والذي يمثله ألبرت اليس، أرون بيك فإنه يؤكد على أن العوامل المعرفية السلبية تلعب دورا كبيرا في نشأت الضغوط لدى الفرد. ويرون أن الضغوط والصعوبات الانفعالية تبدأ عندما تكون طريقة ادراك الفرد للحدث مبالغ فيها وتفكيره غير منطقي إذ أن أنماط التفكير الخاطئة لديه تؤثر سلبا على مشاعره وسلوكه.

أما **المنحى البينشخصي** فيرى أن الضغوط النفسية كسلوك غير توافقي تنشأ من العلاقات الاجتماعية المختلة وضيفيا، أي أنها تحدث عندما يكون هناك اضطراب في أنماط العلاقات البينشخصية كما هو الحال في الصراعات الزواجية والتوتر في العلاقات بين أفراد الأسرة ومع الآخرين.

وبالنسبة **للمنحى الايكولوجي والاجتماعي** يرى أن الضغوط وأساليب مواجهتها تحدث وتتحدد في اطار السياق الاجتماعي الذي يحيا فيه الفرد فالاحداث والظروف البيئية يمكن أن تكون مصدرا للضغوط كالحروب والكوارث الطبيعية، الفقر والعنصرية والبطالة والجريمة...الخ واستجابات الأفراد نحوها تختلف باختلاف الأفراد وظروف المجتمع.

4-3-4- آثار الضغط النفسي:

قام فونتانا **(Fontana)** بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للفرد عند تعرضه للضغوط التي تظهر على جوانب مختلفه و تتمثل فيما يلي:

الجدول رقم (04): يوضح التغيرات التي تحدث للفرد عند تعرضه للضغوط.

النتائج الفزيولوجية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط
-زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤدي إلى تنشيط وزيادة رد فعله واذا إستمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلى فشل في تلك الأجهزة مثل إضطرابات الدورة الدموية وأمراض القلب. -زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى زيادة إستنفاذ الطاقة وإذا إستمر هذا الضغط لمدة طويلة يحدث إجهاد ونقص في الوزن، وأخيرا إنهيار جسمي. -زيادة في إفراز الكولسترول يعطي طاقة للجسم وإذا إستمر الضغط لفتره طويلة يحدث تصلب شرايين وأمراض ونوبات القلب. -إضطرابات هضمية بالمعدة. -تفاعلات جلديه حيث يصبح لون الجلد شاحبا بسبب تحول الدم الى مناطق أخرى. -إفراز الكورتيزون بالدم .	-عدم القدرة على التركيز. - تقل الإستجابات السريعة مما يؤدي لإتخاذ قرارات خاطئة ومتسرعة. -يزداد معدل الخطأ. -تدهور في القدرة على التنظيم والتخطيط البعيد المدى.	-زيادة التوترات و تقل القدرة على الإسترخاء. -زيادة الإحساس بالمرض. -حدوث تغيرات في الصفات الشخصية. -تزايد المشاكل الشخصية حيث الحساسية المفرطة و القلق. - ظهور الاكتئاب والشعور بعدم القدرة على التأثير. - الشعور بالعجز و إنخفاض تقدير الذات.	-زيادة مشاكل التخاطب كالتأتأة والتلعتم. -نقص الإهتمام والحماس والتنازل عن الأهداف الحياتية. -إنخفاض مستوى الطاقة و إنحدارها من يوم لآخر بدون سبب واضح. -الالقاء بالمسؤوليات على الآخرين. -ظهور سلوكات شاذة. -حل المشاكل بطريقة سطحية.

(عبيد،2008، ص 36-37).

4- دراسات حول الألم النفسي لدى مرضى السرطان:

يرى (**Meijer & al , 2013**) أن الألم النفسي هو أمر شائع بين الذين يعانون من مرض السرطان وذلك نتيجة التشخيص بمرض يهدد الحياة، العلاجات الطبية والتغيرات التي تحدث في نمط الحياة والآثار المباشرة للورم. ويشير (**Gao & al , 2010**) إلى إختلاف انتشاره حسب نوع السرطان، مرحلة المرض ويتراوح معدله بين 43.4٪ لدى المصابين بسرطان الرئة الى 29.6٪ في السرطانات التي تصيب النساء.

وحسب(**Ettinger, 2009**) يتعرض مرضى السرطان للاصابة بالألم النفسي وخاصة الاكتئاب على طول مراحل المرض وقت التشخيص، أثناء العلاج والرعاية التلطيفية وحتى بعد العلاج.

كما وثقت العديد من الدراسات انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان على نطاق واسع وفي دراسات مختلفة من مستوى منخفض 1٪ إلى أعلى مستوى 50٪.

وفي دراسة(**Nikbakhsh & al, 2014**) حول القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان وجدت أن 44(29.3٪) من المرضى يعانون من القلق معتدل و25(16.7٪) منهم لديهم قلق خفيف بينما شوهد أعراض الاكتئاب في 40(26.7٪). وكانت معدلات انتشار القلق والاكتئاب عالية لدى مرضى سرطان الثدي والمعدة ولدى المرضى الذين تلقوا العلاج الكميائي كعلاج وحيد، وهذا الارتفاع يمكن أن يكون ذو صلة بالتغيرات التي يسببها المرض نفسه أو لتأثير العلاجات المختلفة على المريض فمظهر التعب والشعور بالضيق وفقدان الوزن والنتائج الجراحية هي الأسباب الشائعة للقلق والاكتئاب لدى المرضى. كما بينت دراسة (**Jadoon, 2010**) أن 66٪ من مرضى السرطان يعانون من الاكتئاب والقلق ووجد أنهم كانوا أكثر عرضة للمعاناة من الكرب مقارنة بالأصحاء.

و هو ما تؤيده دراسة (**Gold & al, 2015**) التي هدفت لمعرفة مدى انتشار القلق وأعراض الاكتئاب لدى مريضات بسرطان الثدي أين وجد أنهن يعانون من انخفاض في الرفاهية الجسمية ونفسية واجتماعية، وارتفاع في مستويات القلق مع زيادة المخاوف، اليأس، عدم اليقين، فقدان السيطرة، وانخفاضا في الرضا عن الحياة و القدرة على التكيف نتيجة للمرض والعلاج؛ زيادة شعور بالعزلة؛ وارتياح أقل.

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق له بالمبحث اتضح جليا أن الألم النفسي هو حالة نفسية انفعالية غير سارة عادة ما تكون ناجمة عن عدة عوامل نفسية، اجتماعية وصحية كمرض السرطان وعلاجاته والذي يتمظهر عادة في صورة اكتئاب، قلق وضغط وتختلف أعراضه وشدة الإصابة به من فرد لآخر.

المبحث الثاني: السرطان في التناول النفسي

تمهيد

1- السرطان من منظور نفسي.

2- العوامل المؤثرة على استجابة المريض تجاه مرض السرطان.

3- التكيف مع السرطان.

4- علاج السرطان

خلاصة

تمهيد:

يعتبر السرطان من الأمراض المزمنة الأكثر انتشار في وقتنا الحالي، وأحد أكبر التحديات التي تواجهها الأنظمة الصحية لبلدان العالم، حيث يعد ثاني سبب رئيسي للوفيات بعد أمراض القلب. فهو مرض خطير مهدد للحياة، غالبا ما يظهر بأشكال مختلفة وفقا لموضع الإصابة. وعادة ما يترك آثار وتبيعات جسمية ونفسية خطيرة. وسيتم تركيز الحديث في هذا المبحث عن الجانب السيكولوجي لمرض السرطان.

1- السرطان من منظور نفسي:

لقد حاول العديد من الباحثين إقامة صلات بين المشاكل النفسية، وبداية السرطان ووضحوا أن هناك ارتباط بين الصدمات العاطفية وظهور الأورام (Abse 1964; Abse et al.1973; Bahnson and Bahnson 1964; Bahnson 1969, 1975; Baltrusch. 1956؛1975Booth 1969)

فنجد "**Galen**" في القرن الثاني للميلاد، إعتقد أن النساء اللواتي لديهن أفكار سوداوية كن مهيئين للاصابة بسرطان الثدي. وقد تم تناول هذا الموضوع مرة أخرى في القرن الثامن عشر من قبل **Gendron (1701)**، الذي وجد أن مرضاه الذين يعانون من الاكتئاب والقلق كانوا أكثر عرضة للسرطان. وأضاف **Guy (1759)** المزيد من التفاصيل من خلال ملاحظته التي توصل بها إلى أن المرأة العصبية والهستيرية بعد مرورها على الصدمات والحرمان تطور أو تنمي سرطانا.

في القرن التاسع عشر، تم التأكيد على أن الخسائر، والظروف الاجتماعية–الاقتصادية السيئة هي مصدر السرطانات (Walshe 1846). أما في عام 1926 كان **Evans**، أول من صاغ أساس علم النفس الأورام **(Guex, P., 1989/1994, p18).**

ويمكن للمريض الذي تعرض لخسائر معنية في مراحل مبكرة العودة إلى مرحلة الطفولة واعادة تنشيطها من قبل الأحداث التي تحصل في حياته كبالغ (Wirsching et al.1982) . "فالفقدان" و"النقص" من العوامل التي تكمن وراء الاستعداد للإصابة بالسرطان؛ ولتجاوز هذه الخسارة، يبديء المريض إنكار للمعاناة في الواقع، على حساب حياته العاطفية. وهذا من شأنه أن يسمح لنا بالنظر إلى المريض

بالسرطان على أنه بناء نفسي جسدي، وأهم ما يميز موقفه العقلي الصلابة، صعوبة في التعبير عن الانفعالات، والقدرة المحدودة على تشكيل العلاقات (Marty and M'Uzan 1963; Fain 1966).

بينت دراسة أجراها (**Leshan & Worthington, 1955**) على عينة من 152 من مرضى السرطان و 125 من الأفراد العاديين الذين لا يعانون من أي مرض عضوي، أن مرضى السرطان لديهم صعوبة التنفيس عن الغضب والعداوة وفقدان الاهتمام بالآخرين وفقدان العلاقات الحميمة وقلق الموت. في حين قام (**Leshan 1959**) بدراسة على عينة من 80 مريضا بالسرطان، اتضح أن هؤلاء المرضى يتسمون بسمات خاصة أهمها: انخفاض تقدير الذات واليأس والاكتئاب وكثرة الكبت وإنكار الذات **(حافري،2015 ، ص189)**.

وقد لاحظ (Rusch 1944; Fisher 1967; Vaillant 1977; Greenberg and Dattore 1981) أن مرضاهم لديهم تثبيتات فمية، مما يؤدي إلى تشكيل علاقات غير متكافئة بسبب الاعتماد على الآخرين. فالتعلق بالآخرين هو وسيلة لطمأنة ذاته ومقاومة الاكتئاب. وأي فشل في هذا النظام يظهر في سن الرشد، يؤدي حتما إلى إعادة فتح الجروح المبكرة. فهذا النوع من النكوص النفسي الجسدي، والعزلة الانفعالية، توفر البيئة المناسبة لنمو السرطان. فأولئك الذين تمت اصابتهم بالسرطان في وقت لاحق اتسموا بعدم القدرة على التعبير عن مشاعرهم، ويتصف آباؤهم نحوهم بالبعد والبرود For Reznikoff (1955; Reznikoff and Martin 1957).

فالنساء اللواتي تعرضن للاصابة بسرطان الثدي، غير متكيفين نفسو جنسيا. وقد قام "LeShan " (LeShan and Worthington 1956a; LeShan 1966) بدراسة على 500 مريض بالسرطان لأكثر من اثني عشر عاماً، اكتشفت خلالها أن ثلاثة أرباع منهم كانت لديهم تجربة صادمة في مرحلة الطفولة **(Guex, 1989/1994, pp19-20)** .

كما اتجهت العديد من الدراسات لتحديد نمط شخصية المصابين بالسرطان حيث قام **Morris** و**Greer** في 1980 بتحديدها في النمط **C**، وبعدها قامت **Lydia Temoshok** سنة 1987 بوصفه على أنه نمط يتميز بقمع الانفعالات خاصة السلبية منها كالغضب، الميل للتضحية بالنفس، كما قامت **temoshok** و**fox** بوصف مريض السرطان على أنه اجتماعي، هادئ وصبور في حياته العملية متقن للعمل، يتهرب من النزاعات الشخصية، يتمسك بالروتين، ليس لديه ثقة في نفسه، كما أنه شخص جد

متعـاون، يتميـز بعـدم المنافسـة، والاسـتجابة لرغبـات الآخـرين وعـدم التسـلط، الميـل لمشـاعر العجـز واليـأس، العجـز عـن تفريـغ التـوتر والتعبيـر عـن غضـبه والـتحكم فيـه لأجـل الحفـاظ علـى العلاقـات البينشخصية، والإبقاء على صورة جيدة على نفسه كشخص محبوب **(حافري،2015، ص190)**..

2- العوامل المؤثرة على استجابة المريض تجاه مرض السرطان:

يتحدد ذلك بثلاثة عوامل:

- النظرة إلى التشخيص (مثلاً هل هو تحدى أم خطر).
- الوعى بالقدرة على التحكم (جزئية أم معدومة). **(Kissane, Maj & Sartorius, 2011)**
- وجهة النظر تجاه المآل الذي قد يتخذه المرض (جيد أم سىء).

3- التكيف مع السرطان:

إن ثلث مرضى السرطان يعشون على الأقل خمس سنوات بعد تشخيصهم بالسرطان. وقد ينجم عنه العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمريض، وذلك بسبب كونه مرضا مزمنا 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 إلى الاكتئاب (williamson.2000)، والجدول الموالي يوضح مختلف أنماط التكيف التي يعتمدها مرضى السرطان.

	النظرة إلى المرض	السيطرة	مآل المرض
الروح القتالية	تحدى	سيطرة جزئية	جيد
التجنب أو الإنكار	خطر ضئيل للغاية	لا مبالاة	جيد
التسليم بالقضاء والقدر	خطر محدود	غياب السيطرة	غير مؤكد– مقبول
اليأس والعجز	خطر أو خسارة جسيمة	غياب السيطرة	حتماً سلبي
القلق المسيطر	خطر جسيم	سيطرة غير مؤكدة	غير مؤكد

الجدول رقم (05): أنماط التكيف مع مرض السرطان (Kissane, Maj & Sartorius, 2011).

وقد تبين أن مشكلات التكيف تكون بأعلى درجاتها عند النساء اللواتي سبق وأن تعرضن لضغوط حياتية أو اللواتي لم يكن يتمتعن بالمساندة الاجتماعية (Butler. L.Det al,1999).

وللسرطان آثاره وتبيعاته الجسمية والنفسية الخطيرة، وتنجم الصعوبات الجسمية عادة عن الألم والضيق الناجمين عن السرطان، خاصة في المراحل المتقدمة والنهائية من المرض. فقد يؤدي السرطان إلى هبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم، وهذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى، بما فيها التهابات مجرى التنفس. وهي مشكلات صحية يمكن أن تقلل من نوعية الحياة، كما لا يجب تجاهل ما قد يسببه المرض والعلاج أيضا من تعب وإرهاق، مما يشكل إحدى الشكاوى الرئيسية عند مرضى السرطان **(تايلور، 2008، ص821).**

وقد ينجم عن العلاج صعوبات ومضعفات، فنجد أن استئصال الأعضاء يخلق مشكلات تجميلية كما هو الحال في سرطانات الثدي والرأس والعنق التي تستدعي إزالة جزء من المنطقة المصابة، والقلق حول صورة الجسم لا يحدث نتيجة تغير المظهر بعد الجراحة فقط وإنما بسبب اعتبارات أخرى أيضا تتعلق بالإحساس بأن جسد الإنسان لم يعد مكتملا وقادرا على القيام بوظائفه بشكل سوي.

كما أن العديد من مرضى السرطان الذين يخضعون للعلاج الكيماوي يصابون بالغثيان والتقيؤ نتيجة لهذا العلاج، أو لتأثيره النفسي عليهم، وقد يطور بعض منهم استجابات الغثيان الاشراطية لمثيرات عديدة مرتبطة بالموقف العلاجي مما يؤثر على نوعية حياة المريض **(نفس المرجع،2008، ص ص819-821).**

4- علاج السرطان:

إن علاج هذا المرض يتضمن مجموعة من التدخلات التي تختلف حسب موضع المرض، مرحلة السرطان وحالة المريض وفيما يلي ذكر لأهم العلاجات.

4-1- العلاج الجراحي:

يعتبر الاستئصال الجراحي أقدم طريقة لعالج الأورام السرطانية ولا تزال هي أكثرهاً نجاحا خاصة في المراحل المبكرة وقبل تفشي وانتشار الورم. كما تلعب الجراحة دوراً مهما في التشخيص وتقييم مرحلة المرض قبل العلاج عبر استخلاص خزعة من أنسجته وتحليلها، ثم القيام بإزالة أو استئصال الورم

الخبيث من مكانه حتى لا ينتشر إلى بقية أجزاء الجسم، وهذه الجراحة تعطي نتائج ناجحة في علاجه إذا لم ينتشر قبل البدء بالعمليّة الجراحية، وقد أثبتت هذه الطريقة فاعليّتها في علاج سرطان الثدي خاصّةً عند اكتشافه مبكّراً؛ حيث تمّ شفاء العديد من حالات سرطان الثدي عن طريق إزالة الورم بالعمليّة الجراحية **(الأرناؤوط، 2016)**.

4-2- العلاج الكيميائي:

يعد هذا النوع من العلاج من أكثر العلاجات استخداما وذلك لما قدمه من نتائج مشجعة أدت لتمديد حياة بعض المرضى من خلال تأثيره القوي على الخلايا السرطانية حيث يعمل على ايقاف الانقسام الخلوي أو التأثير المباشر على ADN أو ARN بالاضافة لما يخلفه من آثار جانبية مزعجة كالتعب ، الشعور بالغثيان، سقوط الشعر..الخ **(Delavigne, 2009)**.

4-3- العلاج الإشعاعي:

يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع في تدمير بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة، أو توليد تدفق إشعاعي عالي الطاقة وتسليطه على الأنسجة والخلايا الورمية، بغية القضاء عليها نهائيا أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته.

تكمن فاعلية هذا العلاج في قدرته على تدمير جزيئات DNA في الخلايا السرطانية ويؤدي إلى موتها، غير أن ذلك يؤثر على الخلايا السليمة ويؤدي إلى تدميرها ويسبب آثار جانبية مثل الغثيان، التقيؤ، إسهال، فقدان الشعر، فقر الدم، يمكن لهذه الآثار أن تتبدد بعد أن تأخذ الخلايا وقتا لتتجدد وتستأنف نشاطها الطبيعي.

4-4- العلاج المناعي:

علاج السرطان المناعي يشير إلى مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات العلاجية المصممة لحمل جهاز المناعة لدى المريض نفسه لمحاربة الورم. ومن الأساليب المعاصرة لتوليد استجابة مناعية ضد الأورام استخدام لقاح "بي سي جي المعالج مناعيا" داخل المثانة لعلاج سرطان المثانة السطحي واستخدام الإنترفيرون وغيرها من الخلايا التي تحث على استجابة مناعية في حالات سرطان الخلايا الكلوية وسرطان الجلد.

إن زراعة الخلايا الجذعية المكونة للدم المختلفة جينيا (Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation) أو ما يعرف ب "زرع النخاع العظمي" من متبرع غير متطابق جينيا، تعتبر شكل من أشكال العلاج المناعي، حيث تقوم الخلايا المناعية من المتبرع بمهاجمة الورم في الظاهرة المعروفة باسم تأثير التطعيم ضد الورم. لهذا السبب، تؤدي زراعة الخلايا الجذعية المكونة للدم المختلفة جينيا (HSCT) إلى ارتفاع معدل الشفاء لعدة أنواع سرطانية مقارنة بالزراعة الذاتية، على الرغم من أن الآثار الجانبية تكون أكثر شدة. ويستخدم هذا العلاج جنبا إلى جنب مع غيره من طرق العلاج مثل الجراحة، العلاج الإشعاعي أو العلاج الكيميائي **(https://ar.wikipedia.org)**.

4-5- التدخلات النفسية:

تهدف لمساعدة مرضى السرطان وأسرهم على تحسين الرعاية الصحية وإدارة الجوانب النفسية والسلوكية للسرطان ومن بين التدخلات المعتمدة نجد:

4-5-1- **العلاج النفسي الداعم:** وهو تدخل علاجي يسعى لمساعدة المرضى على التعامل مع مشاعر الضيق، ويعمل على دعم نقاط القوة الموجودة لدى المريض ومساعدته على التكيف مع مرضه. ويتم ذلك ضمن علاقة من الاحترام والثقة المتبادلة بين المعالج والمفحوص **(Watson & Kissane, 2011)**.

ويهدف هذا العلاج لإعادة التوازن الانفعالي للفرد بالتنفيس عن انفعالاته ومخاوفه والتكيف مع ما يؤثر على نشاطه اليومي والتوافق مع الظروف الحالية التي لا يمكن تغييرها، ويلجأ فيه المعالج إلى تقوية الثقة والأمل وتقدير المريض لذاته خاصة شعوره بكفاءته الذاتية للتخلص من معاناته. يعتمد على اكتشاف الفرد لايجابياته الذاتية أو تلك الموجودة في البيئية المحيطة، فهو علاج يتعامل مع الجزء السليم من الشخصية وينميها ويترك جزء من المرض لتناول الأدوية مما يزيد من تحسنه بشكل ايجابي وسريع. فهو يهتم بالواقع الراهن للمريض ويستعمل في الحالات التي يكون المريض فيها بحاجة إلى تقبل مرضه والتعايش معه. ويركز المعالج فيه على الأسس الداعمة لكل مريض بما يتناسب مع حالته وتعديل سلوكاته الصحية عن طريق الفهم والمنطق ليصل لأفضل النتائج. وقد أظهر الطبيب العقلي الأمريكي **David Shpigel** في دراسته 1989 نجاح هذه الطريقة العلاجية مع مريضات سرطان الثدي في مرحلة متقدمة من المرض وأسفرت نتائجها على امتداد مدة العيش قدر الضعفين عند نساء العينة التجريبية

مقارنة بنساء لم يخضعن لهذا العلاج. كما سجلت نساء العينة التجريبية تحسنا في نوعية الحياة **(حافري،2015)**.

4-5-2- **العلاج المعرفي السلوكي (CBT):** هو تدخل معرفي سلوكي يعتمد مع مرضى السرطان ويهدف إلى الحد من حالة عدم اليقين، ومشاعر عدم الكفاية، الارتباك، العجز، وفقدان السيطرة وذلك من خلال توفير معلومات عن المرض والتكيف معه، والموارد المتاحة للمرضى.

وعادة ما يشتمل هذا العلاج التدريب على الاسترخاء ومهارات المواجهة، وإعادة الهيكلة المعرفية. وتركز بروتوكولاته على الاعتراف بالأفكار والسلوكيات الغير متكيف وتغييرها لتخفيف الضائقة وتعزيز الرفاه **(Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise & Zwick, 2003)**.

خلاصة:

لقد حاولت الباحثة من خلال هذا المبحث التطرق لأهم ما يمكن معرفته حول هذا المرض من منظور نفسي، وذكر للعوامل المؤثرة على استجابة المريض تجاه مرض السرطان، مع طرح لأهم الطرق العلاجية المعتمدة في مكافحة السرطان والتصدي لتبيعاته الجسدية والنفسية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

تمهيد

أولا- الدراسة الاستطلاعية.

ثانيا-الدراسة الأساسية.

1- منهج الدراسة.

2- عينة الدراسة.

3- وصف أدوات الدراسة.

4- اجراءات تطبيق الدراسة.

5- أساليب المعالجة الإحصائية.

خلاصة

تمهيد:

بعد التطرق إلى الجانب النظري الذي يعتبر أساس أي دراسة علمية، سوف يتم التحدث في هذا الفصل عن الإجراءات المنهجية المتخذة لمعالجة موضوع الدراسة ميدانيا، وذلك انطلاقا من عرض الدراسة الاستطلاعية وما اشتملت عليه من خطوات ومراحل في سبيل تهيئة واختيار الظروف والمقاييس الملائمة للقيام بالدراسة الأساسية والتي تم تناولها بعد ذلك من حيث وصف المنهج المعتمد، والعينة والأدوات المستخدمة وخصائصها السيكومترية، ثم إجراءات تطبيق الدراسة وأساليب المعالجة الإحصائية التي تمَّ اعتمادها.

أولا:الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات الميدانية التي تمكن الباحث من معرفة إمكانية إجرائه للبحث وتساعده على الوقوف أمام الصعوبات والمشاكل التي قد تواجهه أثناء القيام بالدراسة الأساسية وقد تم إجراؤها في هذه الدراسة وفق مرحلتين:

المرحلة الأولى:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة إعداد وترجمة المقاييس التي تقرر اعتمادها في الدراسة (أنظر الملحق رقم 01)، قامت الباحثة بالنزول إلى ميدان الدراسة وزيارة مركز مكافحة السرطان بورقلة بهدف:

- التحقق من امكانية تطبيق الدراسة والتقرب من أفراد العينة.
- إجراء مقابلة مع الأخصائية النفسية الناشطة به لمعرفة أهم التمظهرات والانعكاسات النفسية الشائعة بين المرضى المراجعيين للمركز.
- تطبيق المقاييس بشكل أولي على بعض المرضى ومعرفة مدى فهمهم لبنودها.
- معرفة ظروف التطبيق وأهم الصعوبات التي ترافقه لتفاديها أثناء اجراء الدراسة الأساسية.

بعد ذلك عرضت الباحثة المقاييس للتحكيم على مجموعة أساتذة التعليم العالي من داخل وخارج البلاد، وبعد فترة وجيزة تم تلقي التصحيحات و إدخال التعديلات المناسبة عليها.

المرحلة الثانية:

في هذه المرحلة قامت الباحثة بتطبيق المقاييس على عينة قدرها 50 مريضة بمركز مكافحة السرطان لولاية ورقلة وذلك خلال شهر جانفي من سنة 2016 ، لغرض التأكد من صلاحية المقياس والاستبيان المعتمد في جمع البيانات، وكذا تطبيق مقياس القلق حالة وDASS21 على 50 طالبة جامعية لغرض حساب الصدق التلازمي بينهما، وتم توضيح النتائج في الجزء الخاص بعرض الخصائص السيكومترية لكل من استبيان مناخ الرعاية الصحية والمقياس المختار لقياس الألم النفسي DASS21.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

1- المنهج:

إن أي باحث في دراسته لموضوع ما يعتمد على منهج معين يسير عليه، وبما أن الإشكالية تدور حول معرفة العلاقة بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى مرضى السرطان. فقد تبين أن المنهج المناسب لهذه الدراسة هو **المنهج الوصفي** الذي يساعد على وصف الموضوع المدروس بشكل دقيق كيفي أو كمي من خلال جمع معلومات مقننة لغرض تحديد المشكلات الموجودة وإيجاد العلاقة بين المتغيرات المختلفة المدروسة.

2- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 230 مريض ومريضة من بين المرضى المراجعين لمراكز مكافحة السرطان بكل من ولاية عنابة وورقلة خلال سنة (2016/2015) والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية حيث راعت الباحثة في اختيارها للعينة أمرين:

- أن يكون المريض في حالة صحية تمكنه من الإجابة على كل من المقياس والاستبيان المعتمد.
- أن يكون المريض على اتصال شبه دائم بمركز مكافحة السرطان وحددنا على الأقل زيارتين أو ثلاثة زيارات سابقة للمريض للمركز وذلك استنادا لما تم ملاحظته والخروج به في الدارسة الاستطلاعية.

وقد تراوحت أعمارهم مابين (18–80) سنة، والجداول التالية توضح توزيع العينة حسب مؤسسة العلاج، الجنس، السن، المستوى التعليمي، وحسب مدة الإصابة ونوع العلاج.

لم تقم الباحثة بتحديد نسبة تمثيل العينة للمجتمع الأصلي نظرا لعدم التمكن من الحصول على إحصائيات رسمية حقيقية حول عدد مرضى السرطان في ولاية عنابة أو ورقلة.

2–1– توزيع العينة حسب مؤسسة العلاج:

جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب مؤسسة العلاج.

مؤسسة العلاج	التكرار	النسب المئوية
مركز عنابة	120	%52.20
مركز ورقلة	110	%47.80
المجموع	230	%100

تبين من خلال الجدول أن أفراد العينة يتوزعون حسب مؤسسة العلاج بنسبة (52.20%) لصالح مركز عنابة و(47.80%) بمركز ورقلة.

2–2– الخصائص الديموغرافية للعينة:

جدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب الجنس والسن.

خصائص العينة	الجنس		السن	
	ذكور	اناث	≤ 49 سنة	50سنة فأكثر
التكرارات	60	170	119	111
النسب المئوية	٪26.08	٪73.91	٪51.73	٪48 .26

يتضح من خلال الجدول وجود فروق في نسب التمثيل بين الجنسين، حيث أن عدد الذكور 60 (26.08٪) بينما عدد الإناث بلغ 170(73.91٪) مصابة بالسرطان. أما بخصوص السن فقد تراوح عمر

المرضى ما بين 18 إلى 80 سنة، حيث بلغ متوسط السن لأفراد العينة 49 سنة وكان غالبية المرضى (51.73٪) من الذين أعمارهم أقل أو يساوي 49 سنة.

2-3- خصائص العينة حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

الخصائص / العينة	المستوى التعليمي				
	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
التكرارات	90	45	27	54	14
النسب المئوية	٪39.1	٪19.6	٪11.7	٪23.5	٪6.1

تبين من خلال الجدول أن المستوى التعليمي بين أفراد العينة غير متماثل حيث بلغت نسبة المستوى التعليمي بين أمي، ابتدائي 58.7%، بينما بلغت نسبة المستوى التعليمي بين متوسط وثانوي 35.2% وأما الجامعي 6.1%.

2-4-خصائص العينة حسب مدة الإصابة ونوع العلاج:

جدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة ونوع العلاج.

الخصائص / العينة	مدة الإصابة منذ التشخيص		نوع العلاج	
	≤ سنة و10 أشهر	> سنة و10 أشهر	كميائي	إشعاعي
التكرارات	154	76	150	80
النسب المئوية	٪66.95	٪33.04	٪65,2	٪34,8

اتضح من خلال الجدول وبعد حساب متوسط مدة الإصابة والذي قدر بـ سنة و10 أشهر أن نسبة المرضى الذين شخص إصابتهم بالسرطان منذ أقل أو يساوي سنة و10 أشهر 66.95٪ وهي أعلى من نسبة المرضى الذين لديهم أكثر من سنة و10 أشهر من تشخيصهم بالمرض وهذا يدل على التزايد في نسبة المصابين الجدد بمرض السرطان.

3- أدوات الدراسة:

لغرض تحقيق أهداف الدراسة توجب على الباحثة اختيار الأدوات المناسبة للمشكلة لغرض جمع البيانات والتوصل لحقائق واقعية تسهم في خدمة الموضوع قيد الدراسة، وتمكن من الحصول على إجابات للتساؤلات المطروحة سابقا وقد اعتمدت في ذلك على:

3-1- الملاحظة:

استعملت كوسيلة بسيطة ومكنت الباحثة من تسجيل ملاحظات عامة حول سير الرعاية بمؤسستي العلاج (ورقلة/ عنابة)، والتعرف على ظروف ومناخ الرَعاية الذي يتم من خلاله تقديم الخدمة الصحية من تشخيص، وعلاج أو متابعة من قبل مقدمي الرعاية للمرضى. وهذا من أجل استغلالها في عملية التحليل والمناقشة.

3-2- المقابلة:

وقد تم اعتمادها في الدراسة بغرض جمع معلومات يتعذر الحصول عليها بالأدوات أو التقنيات الأخرى، حيث تم استعمالها كوسيلة مساعدة على تطبيق الاستبيان والمقياس، لكون أن غالبية عينة الدراسة كانت لا تعرف القراءة والكتابة ولديها مستوى تعليمي متدني، ولهذا استعملت المقابلة لغرض قراءة وشرح البنود للمرضى والحصول على إجابات عن بعض الأسئلة الإثرائية للموضوع (أنظر الملحق رقم 11)، وكذا التحصل على معلومات عن مركز مكافحة السرطان الخاص بكل من ولاية ورقلة وعنابة.

3-3- المقاييس والاستبيانات:

وقد تم اعتمادها في هذه الدراسة من أجل جمع البيانات بصفة دقيقة وخاصة بكل متغير من المتغيرات الأساسية في الدراسة، لغرض تأكيد الفرضيات المطروحة أو نفيها. وقد قامت الباحثة باستخدام أداتين وهما:

- استبيان مناخ الرعاية الصحية من اعداد الباحثة.
- مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21) لقياس الألم النفسي.

3-3-1- استبيان مناخ الرعاية الصحية:

أولا- وصف خطوات بناء الاستبيان:

يهدف هذا الاستبيان إلى التعرف على نوعية التواصل بين الأطباء ومرضى السرطان أثناء تقديم الرعاية من وجهة نظر المرضى.

وفي سبيل بناءالاستبيان قامت الباحثة بالاطلاع ومراجعة بعض الدراسات السابقة التي اعتمدت في تشكيله:

جدول رقم (10): الدراسات السابقة التي اعتمدت في تشكيل استبيان مناخ الرعاية الصحية.

عنوان الدراسة	ملاحظات
Schmidt, K., Gensichen, J., Petersen, J.J., Szecsenyi, J., Walther, M., Williams, G., et al.Autonomy Support in Primary Care—Validation of the German Version of the Health Care Climate Questionnaire.	تضمنت الدراسة التحقق من صحة النسخة الألمانية المترجمة إلى الإنجليزية لاستبيان خاص بمناخ الرعاية الصحية وهو أداة لتقييم دعم وتحفيز الطبيب للمريض, وإشراكه في الرعاية وإشعاره بتحمل المسؤولية اتجاه صحته، حيث تألف من 15 بند للإجابة عليها و تم الاعتماد على مقياس ليكرت الذي يتكون من سبع نقاط تتراوح ما بين 1 لا أوافق بشدة إلى 7 أوافق بشدة. وقد استفيد من هذه الدراسة في تحديد معالم استبيان مناخ الرعاية الصحية الخاص بالدراسة الحالية.
Wynia, M.K., Johnson, M., McCoy, T.P., Griffin, L.P., Osborn,C.Y. Validation of an Organizational Communication Climate Assessment Toolkit	أجرى الباحثون هذه الدراسة لغرض تقييم مناخ التواصل في 13 مؤسسة للرعاية الصحية متنوعة جغرافيا وعرقيا، من خلال أداة تشتمل على 9 مجالات لتقييم (الالتزام التنظيمي، جمع البيانات، تطوير القوة العاملة، المشاركة المجتمعية، المشاركة الفردية، الوعي الصحي، معالجة محدودية معرفة القراءة والكتابة الصحية،احتياجات اللغة في اللقاءات والتواصل بين الثقافات، مراقبة الأداء).
Wynia, M. K., and Osborn, C.Y, Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations..	حاولت الدراسة الكشف عما إذا كانت هناك علاقة بين محدودية معرفة القراءة والكتابة الصحيّة لدى المرضى وعلاقتها بنوعية التواصل داخل المؤسسات المقدمة للرعاية الصحية. وقد تم الاستفادة منها وتحديدا من المقياس المعتمد لقياس نوعية التواصل داخل مؤسسات الرعاية.

كان الهدف من هذه الدراسة هو بناء آداة لتقييم تجارب الرعاية لمرضى السرطان بمستشفى بالنرويج والتحقق من خصائصها السيكومترية وقد استفادت الباحثة من بعد: التواصل بالطبيب، والمعلومات في بناء الاستبيان الخاص بالدراسة .	Iversen, H. H., Holmboe, O., Bjertnæs, O. A.,The Cancer Patient Experiences Questionnaire (CPEQ): reliability and construct validity following a national survey to assess hospital cancer care from the patient perspective.
هدفت الدراسة الى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس يقيس مهارات تواصل الأطباء مع المرضى في محاولة لمعرفة كيف يشعرون اتجاه طريقة تواصل الأطباء معهم. وقد استفادت الباحثة من المقال في صياغة بعض البنود المتعلقة باهتمام وفهم الأطباء للمرضى.	Makoul, G., Krupat ,E., Chang, C.H., Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool.
بحتث هذه الدراسة في الخصائص السيكومترية لـ9 بنود لغرض تقييم كيفية تعامل الأطباء وتواصلهم مع المرضى الكبار في السن. وقد تم الاستفادة منها في الدراسة الحالية بغرض بناء الاستبيان .	Tarn , D. M.,Young, H. N. and Craig, B. M, Development of the patient approach and views toward healthcare communication (PAV-COM) measure among older adults.
هدفت الدراسة للتحقق من الصحة الأولية لاستبانه تقيس تجربة المرضى الخارجيين في التواصل مع موظفي المستشفى حيث كانت الأداة مكونة من 13بند، وقد سمحت للباحثة بالتعرف على أبعاد التواصل القائم في الرعاية المقدمة بالمستشفيات ومؤشراته، والتي تم الاعتماد عليها في صياغة بعض بنود الاستبيان والمتعلقة بكل من الاحترام، التواصل البصري، وحل مشكلة المريض.	Gremigni,P., Sommaruga, M., Peltenburg,M.,Validation of the Communication Questionnaire (HCCQ) to of measure outpatients' experience communication with hospital staff
كان الهدف من الدراسة هو معرفة وتحديد أكثر جوانب الرعاية الصحية تأثير على رضا المريض بالسرطان. حيث تم اعتماد استبيان يشتمل و يركز على كل من المعلومات والتعليم، تنسيق الرعاية، الراحة الجسدية، احترام تفضيلات المريض، مشاركة الأسرة والأصدقاء، استمرارية الرعاية.	Jenkinson, C., Coulter ,A., bruster, S., richards, N., chandola, T., Patients' experiences and satisfacation with health care:results of a questionnaire study of specific aspects of care

Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shieldsa, C .G., Meldruma, S. C., Kravitzd, R. L., Dubersteinb, P. R.,Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations:Theoretical and practical issues	كان الهدف من الدراسة هو توضيح أهمية التواصل الذي يرتكز على المريض، في مساعدة الممارسين على توفير الرعاية التي تتوافق مع قيم المريض واحتياجاته وتفضيلاته، والتي تسمح للمرضى بتقديم التدخلات والمشاركة الفعالة في القرارات المتعلقة بصحتهم ورعايتهم الصحية كما عرضت بعض الأجزاء لمقاييس ركزت على هذا الجانب ومن أهم النقاط التي اهتمت بها الدراسة والتي تم الاستفادة منها في بناء الاستبيان نجد أن في تواصل طبيب مع مريض: –لابد من استخلاص وفهم مخاوف المريض والأفكار والتوقعات والاحتياجات والمشاعر. – فهم المريض ضمن سياقه النفسي والاجتماعي. –التوصل إلى فهم مشترك للمشكلة. – مساعدة المرضى على تقاسم المسؤولية من خلال إشراكهم في الخيارات.

وقد أستفيد من هذه الدراسات في:

1- وضع التصور الأولي لأداة تقيس مناخ الرعاية الصحية بتركيزها على التواصل القائم بين (الطبيب- المريض).

2- الوقوف على أهم الأبعاد والمؤشرات التي تقيس التواصل (طبيب- مريض).

3- صياغة الصورة الأولية لبعض الفقرات المشكلة للاستبيان وبدائل الأجوبة التالية (أبدا- أحيانا- غالبا- دائما)(انظر الملحق رقم 01).

لقد تكوّن الاستبيان في صورته الأولية من 18 بند وإحتوى على ثلاثة بنود سالبة (12، 16، 18)، أما بقية البنود موجبة.

وبعد حساب صدق الاتساق الداخلي للاستبيان أصبح مكون في صورته النهائية من 16 بند (انظر الملحق رقم 09) تتراوح قيمة الدرجات على الاستبيان من 0 كحد أدنى إلى 48 درجة كحد

أعلى، ويجيب المفحوص بأسلوب التقدير الذاتي، وهو مكون من أربع نقاط كما يلي: أبدا (0)، أحيانا(1) غالبا(2) ودائما(3).

ثانيا- الخصائص السيكومترية لإستبيان مناخ الرعاية الصحية:

بعد ما تمت صياغة الاستبيان في شكله الأولي كان لابد من إخضاعه لاختباري الصدق والثبات، وذلك للتحقق من صلاحيته لجمع البيانات.

أ/الصدق: هو أن تستطيع فقرات الاستبيان قياس ما صممت لقياسه، وقد قمنا بالتأكد من صدقه من خلال الصدق الظاهري (صدق المحكمين)، وصدق الاتساق الداخلي لفقراته.

1-صدق المحكمين:

لقد تم عرض الاستبيان في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة والمحكمين لغرض التحقق من مدى فاعليته ودقة قياسه، حيث اشتملت هذه المجموع على أساتذة في علم النفس بتخصصات ودرجات علمية مختلفة والذين بلغ عددهم 7 أساتذة من داخل الوطن وخارجه(أنظر الملحق رقم 5) وأخصائيين نفسانيين وأطباء لا تقل خبرتهم عن 5 سنوات (الملحق رقم 6)، وقد تم ترجمته من العربية إلى العامية بعد ملاحظة تدني المستوى التعليمي عند غالبية المرضى، ووجود صعوبة في فهم العبارات باللغة العربية وتمريره على أساتذة وأخصائيين نفسانيين لغرض التحقق من مدى مطابقة الصورة العربية الخاصة بالاستبيان للعامية.

ولقد تضمنت عملية تحكيم الاستبيان الجوانب التالية:

1-مدى ملائمة العبارات لقياس ما وضعت له.

2-ملائمة التعليمات والبدائل وترتيب الأسئلة.

3-سلامة الصياغة اللغوية للعبارات.

4-إدخال الإجراءات المناسبة من حدف وإضافة وتعديل.

ومن خلال ما سبق فقد تم اعتبار البند صادق في حالة ما تم اتفاق 80٪ من المحكمين على أنه يقيس، مع الأخذ بعين الاعتبار الملاحظات التي قدمت من طرفهم والتي مكنت من الوصول بالاستبيان إلى صورته الأخيرة التي تسمح لنا من الوثوق بالنتائج التي تجمع من خلاله.

2-صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي لاستبيان مناخ الرعاية الصحية بحساب معامل الارتباط بين كل بند من البنود والدرجة الكلية للاستبيان، وذلك بعد تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية التي بلغ عدد أفرادها 50 مريضة.

الجدول رقم (11): يوضح مدى الاتساق الداخلي لبنود استبيان مناخ الرعاية الصحية باستخدام معامل الارتباط بيرسون

الرقم	البند	معامل الارتباط	Sig	النتيجة
1.	إيفهموني الطبة مْليحْ في وش لقَاو عَنْدي.	0,518**	0,000	دال
2.	كي نُقْلقْ عْلَى حَالْتي، يَهْدَرْو مْعَيَا الطْبة ويْفَهموني.	0,569**	0,000	دال
3.	يْقُلولي الطْبة واش يْديرْلي الدواء كي نَعْمْلُو.	0,576**	0,000	دال
4.	يعلموني الطبة بنوع العلاجات لي ممكن تساعدني.	-0,092	0,526	غير دال
5.	يْكَلموني الطبة بلُغَة سَاهْلَة نَفْهَمْهَا.	0,477**	0,000	دال
6.	يْقلولي الطبَة كُلَشْ علَى لَمْرَض تَاعي.	0,541**	0,000	دال
7.	يَحْتَرْمُوني الطُبَة كي نْكُونْ نهْدر مْعَاهَم	0,342*	0,015	دال
8.	كي نْخَاف مَن الدْوَاء، يْفَهموني فيه الطُبَة.	0,474**	0,001	دال
9.	الطُبَة يَتَأكْدُو بَلي فْهَمْت وَاشْ قَالُولي نْديرْ.	0,432**	0,002	دال
10.	الطُبَة يْشَجْعُوني بَاهْ نْزيدْ نْسَقْسيهَمْ.	0,672**	0,000	دال
11.	كي نهدر يسمعولي الطبة مليح.	0,465**	0,001	دال
12.	كي نَحْتَاجْ الطُبَة يْطَوْلُو بَاهْ يْجوْني.	0,659**	0,000	دال
13.	كي يحكو معايا الطُبَة يغزرو فيا.	0,365**	0,009	دال
14.	نقدر نحكي مع الطُبَة وقت لي نحب.	0,538**	0,000	دال
15.	عندي ثيقة الطبة.	0,310*	0,029	دال
16.	الطبة ما يعملونيش مليح.	0,028	0,849	غير دال
17.	يتأكدو الطبة بلي ماعنديش واش نسقسي.	0,547**	0,000	دال
18.	الطبة ما يمدوليش الوقت الكافي بَاه نحكي معاهم.	0,450**	0,001	دال
قيمة r الجدولية : 0.3579عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49// قيمة r الجدولية : 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49				

** دال عند مستوى دلالة 0.05 * دال عند مستوى 0.01

يتضح من خلال الجدول أن قيم معاملات الارتباط المحسوبة لكل من البند رقم (1، 2، 3، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15،17،18) من بنود الاستبيان أكبر من قيم r الجدولية

كما أن قيمة SIG (مستوى المعنوية) الخاصة بنفس البنود أقل من مستوى دلالة 0.05،0.01 وهذا يدل على وجود ارتباط معنوي ومنه تعتبر البنود رقم (1، 2، 3، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 18،17،15) من استبيان مناخ الرعاية الصحية صادقة في قياس ما وضعت لقياسه ومتسقة فيما بينها. بينما البند رقم 04 ورقم 16 غير دال إحصائيا حيث أن قيم r المحسوبة أقل من قيم r الجدولية، أي أنه لا يوجد ارتباط معنوي لذا يتوجب حذفها من الاستبيان. وعليه تصبح عدد بنود الاستبيان 16 بند (أنظر الملحق رقم09).

ب/الثبات: يقصد بثبات الاستبيان أن يعطي النتائج نفسها إذا أعيد تطبيقه عدة مرات متتالية، تحت نفس الظروف والشروط. وبعبارة أخرى الثبات يعني الاستقرار في نتائج الاستبيان وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعه على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة. ولحساب ثبات استبيان مناخ الرعاية الصحية تم اعتماد طريقتين وهما التجزئة النصفية وحساب معامل ألفا كرومباخ.

1-طريقة التجزئة النصفية:

لغرض الحصول على ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون حيث بلغت قيمته 0.79 وهذا يدل على ارتفاع ثبات الاستبيان وصلاحيته للاستخدام.

2-طريقة ألفا كرومباخ:

تم التحقق من ثباث الاستبيان عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ كما هو مبين في الجدول الموالي:

جدول رقم (12): قيمة معامل الثبات عن طريق Cronbach's Alpha لإستبيان مناخ الرعاية الصحية.

استبيان مناخ الرعاية الصحية	معامل Cronbach's Alpha	
	القيمة	عدد العبارات
جميع بنود الاستبيان قبل حذف العبارة رقم 04 و16	0,76	18
جميع بنود الاستبيان بعد حذف العبارة رقم 04 و16	0,80	16

يتبين من الجدول أن قيمة معامل ألفا 0.8 وهي تشير لثبات الاستبيان.

3-3-2-مقياس الألم النفسي: يتضمن الألم النفسي الاكتئاب، القلق والضغط وقد تم اختيار مقياس DASS21 للأجل قياسه.

أولا– وصف مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21):

وصف DASS لأول مرة من قبل **Lovibond** سنة **1980**، وفي وقت لاحق صدر دليل DASS من قبل (Lovibond P.F & Lovibond S.H,1993) والذي يحتوي على عرض مفصل لبنوده ومكوناته الرئيسية، ونشر في مقال لهما سنة 1995 بمجلة Elsevier Science **(Lovibond P.F & 1995 Lovibond S.H,)**. فهو كآداة تستخدم على نطاق واسع لفحص وتقييم أعراض الاكتئاب، القلق والضغط لدى الأصحاء والمرضى البالغين، ويعرف بقدرته وصلاحيته التمييزية بين هذه المتلازمات أو البنيات الثلاث. حيث تكونت النسخة الأولى والمطولة للمقياس من 42 بند **(Gloster. et al, 2008)**. وبعدها تم إصدار نسخة مختصرة قصيرة مكونة من 21 بند وذلك لغرض تقليل الوقت المستغرق في تطبيقه. ويتألف DASS21 من ثلاثة مقاييس فرعية، يتكون كل واحد فيها من 7 بنود، حيث مقياس الاكتئاب الفرعي يقيس اليأس، وانخفاض تقدير الذات، والحوافز؛ ومقياس القلق يقيم الاستثارة اللاإرادية، وأعراض العضلات والهيكل العظمي...الخ ومقياس الضغط يقيس التوتر، والإثارة، والتأثير السلبي **(Tran, T. D., Tran, T., Fisher, 2013)**.

وقد استخدم على نطاق واسع في عينات غير سريرية وسريرية لمعرفة الحالات العاطفية السلبية وللكشف عن الأعراض وكذا المستويات مختلفة من الاكتئاب والقلق والضغط.

(Oei, Sawang, Goh & Mukhtar, 2013)

وطبق المقياس على البالغين والكبار ما بين 18–64 سنة والكبار المسنين ابتداءا من 65 سنة فما فوق، وقد تم ترجمتها والتحقق من صحتها في العديد من اللغات بما في ذلك الصينية، الماليزية الإيطالية، الإسبانية والأسترالية...الخ.

وقد قام **Tran** وزملاؤه بحساب الموثوقية ومعامل الاتساق الداخلي للمقياس حيث بلغ 0.88، أما **Oei** وزملاؤه وجدوا أن معاملات ألفا كرونباخ كانت مقبولة لجميع الأبعاد حيث وصل في الاكتئاب إلى(α= 0.86)، أما القلق فكان(α=0.81)؛ والضغط (α=0.70) كما قدرت قيمة ألفا على DASS21 ككل بـ(α =0.91) وهي قيم تشير إلى موثوقية داخلية جيدة للمقياس.

ويتم التقييم في **(DASS)** باستخدام مقياس ليكرت من 4 نقاط، تتراوح من 0 إلى 3، حيث تكون الإجابة عليه وفق 4 بدائل هي لا ينطبق علي إطلاقا، تنطبق علي إلى حد ما، تنطبق علي بدرجة كبيرة،

تنطبق علي تماما. وتتراوح الدرجات على هذه البدائل من 0 إلى 3 درجات حيث تقدر أدنى درجة على هذا المقياس بـ 0 وأقصاها بـ 63.

ثانيا- الخصائص السيكومترية لمقياس الألم النفسي:

وقد قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية(أنظر الملحق رقم2) والتحقق من صحة الترجمة بعد إرساله لمجموعة من الأساتذة للتحكيم، كما تم ترجمته من العربية إلى العامية لنفس السبب السابق(أنظر الملحق رقم10).

ويتكون المقياس من 21 بند موزعة كالتالي:

جدول رقم (13): أبعاد مقياس DASS21.

البعد	البند
الاكتئاب	3،5، 10، 13، 16، 17، 21
القلق	2، 4، 7، 9، 15، 19، 20
الضغط	1، 6، 8، 11، 12، 14، 18

لقد تم عرض المقياس بعد ترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية على أساتذة مختصين في اللغتين، ومجموعة من الأساتذة في علم النفس بتخصصات ودرجات علمية مختلفة لغرض التحقق من صحة ترجمته والذين بلغ عددهم 9 أساتذة من داخل الوطن وخارجه (أنظر الملحق رقم05)، كما قامت الباحثة بالترجمة العكسية من العربية إلى الإنجليزية للتأكد من تطابق الترجمة.

أ/الصدق:

1- الصدق التلازمي:

لقد تم حساب معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب القلق والضغط **(DASS21)** ومقياس القلق حالة وذلك لمعرفة صدقه ومدى صلاحيته لقياس ما وضع لأجله. حيث وصل معامل الارتباط بين المقياس الأول والثاني لـ **0.763 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على الصدق التلازمي للمقياس.

2-صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لبنود المقياس بعد تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبعد التابعة له.

- **بعد الاكتئاب:**

الجدول رقم (14): يوضح مدى الاتساق الداخلي لبنود بعد الاكتئاب

الرقم	البند	معامل الارتباط	Sig	النتيجة
03	تبانلي ما كنتش قادر نحس بحاجة مليحة خلاص.	0,676**	0,000	دال
05	تجيني صعيبة نوض نقضي صوالحي.	0,688**	0,000	دال
10	حسيت بلي معنديش حاجة نعيش علجالها.	0,530**	0,000	دال
13	حسيت بالاكتئاب والحزن.	0,809**	0,000	دال
16	ماعدتش قادر نتحمس لحتى حاجة.	0,739**	0,000	دال
17	حسيت بلي معنديش قيمة كشخص.	0,721**	0,000	دال
21	حسيت بلي لحياة معندهاش معنى.	0,483**	0,000	دال
قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49// قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49				

يتضح من خلال الجدول أن قيمة r المحسوبة لكل بند من بنود بعد الاكتئاب أكبر من قيمة r الجدولية، كما أن قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى دلالة 0.01 ، 0.05 في جميع بنود البعد وهذا يدل على وجود ارتباط معنوي. ومنه يمكن القول أن بنود بعد الاكتئاب صادقة ومتسقة داخليا.

- **بعد القلق:**

الجدول رقم (15): يوضح مدى الاتساق الداخلي لبنود بعد القلق.

الرقم	البند	معامل الارتباط	Sig	النتيجة
2	كنت علبالي بلي فمي شايح.	0,568**	0,000	دال
4	صراتلي وين ماقدرتش نتنفس مليح.	0,673**	0,000	دال
7	تحكمني الرعشة في يديّ.	0,466**	0,001	دال
9	حسيت بالقلقة من أي حاجة قادرة تصيبني بالخوف، ولا كي منعرفش نتصرف.	0,543**	0,000	دال
15	حسيت بلي رايح نخاف.	0,634**	0,000	دال
19	حسيت بالردكة في قلبي تجي وحدها.	0,748**	0,000	دال
20	حسيت بالخوف بلا سبة.	0,612**	0,000	دال
قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49// قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49				

يتضح من خلال الجدول أن قيمة r المحسوبة لكل بند من بنود بعد القلق أكبر من قيمة r الجدولية، كما أن قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى دلالة 0.05،0.01 في جميع بنود البعد أي أنه يوجد ارتباط معنوي ومنه تعتبر بنود بعد القلق صادقة ومتسقة داخليا.

بعد الضغط:

الجدول رقم (16): يوضح مدى الاتساق الداخلي لبنود بعد الضغط

الرقم	البند	معامل الارتباط	Sig	النتيجة
1	لقيت صعوبة باش نهدا.	0,570**	0,000	دال
6	وليت نزعف بزاف على حوايج ما تستاهلش.	0,688**	0,000	دال
8	حسيت بروحي بلي منرفز.	0,806**	0,000	دال
11	حسيت بَلي كنت عصبي بزاف.	0,871**	0,000	دال
12	لقيت صعوبة باش نصيب راحتي.	0,692**	0,000	دال
14	نقلق من أي حاجة تعطلني على خدمة لازم نديرها.	0,728**	0,000	دال
18	حسيت بلي كنت حساس شوي.	0,614**	0,000	دال
قيمة r الجدولية: 0.38 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية49// قيمة r الجدولية: 0.294 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49				

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة r المحسوبة لكل بند من بنود الضغط أكبر من قيمة r الجدولية، كما أن قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى الدلالة 0.01 ، 0.05 في جميع فقرات البعد أي أنه يوجد ارتباط معنوي ومنه تعتبر بنود بعد الضغط صادقة ومتسقة داخليا.

ب/الثبات:

1- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معامل ثبات مقياس DASS21 بطريقة التجزئة النصفية وقد بلغت قيمته 0.79 وهذا يدل على صلاحيته للاستخدام.

2- طريقة ألفا كرومباخ:

تم التحقق من ثبات مقياس DASS21 عن طريق حساب معامل **Cronbach's Alpha** الموضح في الجدول الموالي والذي نلاحظ من خلاله أن قيمة معامل ألفا تساوي 0.9 وهي تشير إلى ثبات المقياس.

جدول رقم(17): قيمة معامل Cronbach's Alpha لمقياس الألم النفسي.

	مقياس الاكتئاب القلق والضغط (DASS21)	معامل Cronbach's Alpha	
		القيمة	عدد البنود
1	الاكتئاب	0,786	7
2	القلق	0,709	7
3	الضغط	0,591	7
	جميع بنود مقياس الاكتئاب القلق والضغط	0,904	21

4- إجراءات تطبيق الدراسة:

تم إجراء الدراسة الأساسية خلال شهر فيفري ومارس من سنة 2016، حيث تم استخدام الأدوات المقررة سابقا في جمع البيانات وتطبيق كل من الاستبيان والمقياس على شكل مقياسين في أداة واحدة، شملت استبيان مناخ الرعاية الصحية ومقياس الألم النفسي. و لقد أجري التطبيق بشكل فردي بعد الحصول على إذن من مركز مكافحة السرطان لكل من ولاية ورقلة وعنابة، وموافقة المرضى. وحرصت الباحثة على تقديم مجموعة من التوجيهات والتعليمات للمشاركين من أجل التحكم في سير تطبيق الدراسة الميدانية والتي تمثلت في:

- تقديم الباحثة لنفسها والغرض العلمي للدراسة.
- شرح طريقة الإجابة على الإستبيان والمقياس .
- التأكد من فهم المرضى لطريقة الإجابة.
- التأكد من عدم نسيان أي فقرة لم يجيبوا عليها قبل تسليمها.
- التأكد من تسجيل جميع البيانات.
- شكر للمرضى على تجاوبهم أثناء التطبيق.

مع العلم أن غالبية المرضى قمنا باجراء مقابلات معهم والتي تمت من خلالها الإجابة على أداة الدراسة. وقد استغرقت مدة التطبيق مع كل مريض (من 20 دقيقة إلى 1 ساعة) ، أما التطبيق الإجمالي فقد دام شهرين.

5- أساليب المعالجة الاحصائية:

- قمنا باستخدام نظام البرامج الاحصائية في العلوم الاجتماعية **(spss-20).**
- حساب معامل الارتباط بيرسون وألفا كرومباخ وذلك من أجل اختبار ثبات وصدق الأدوات المستعملة في الدراسة.
- حساب التكرارات و النسب المئوية لوصف متغيرات الدراسة.
- حساب المتوسطات الحسابية.
- استخدام اختبار مربع كاي لمعرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين مناخ الرعاية الصحية ومتغير الألم النفسي(الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان.

- استخدام اختبار مان ويتني (u) للدلالة على الفروق في الألم النفسي بين فئتي مدة الاصابة (≤ سنة و10أشهر/>سنة و10أشهر) والجنس (ذكور/انـــاث)/ مؤسسة العـــلاج (مركز عنابـــة/ ورقلـــة)/ نـــوع العـــلاج (كميائي/اشعاعي)/ السن(≤ 49 سنة/ 50سنة فأكثر).
-استخدام اختبار ' كروسكال واليس ' للدلالة على الفروق في مناخ الرعاية وفقا لمتغير المستوى التعليمي.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة من خلال التطرق للدراسة الاستطلاعية والمنهج المتبع العينة والأدوات مع عرض لخصائصها السيكوميترية، ثم التطرق لإجراءات تطبيق الدراسة الأساسية وفي الأخير الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة البيانات.

الفصل السادس :عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1- عرض وتحليل النتائج الفرضية الأولى.

2- عرض وتحليل النتائج الفرضية الثانية.

3- عرض وتحليل النتائج الفرضية الثالثة.

4- عرض وتحليل النتائج الفرضية الرابعة.

5- عرض وتحليل النتائج الفرضية الخامسة .

6- عرض وتحليل النتائج الفرضية السادسة.

7- عرض وتحليل النتائج الفرضية السابعة.

خلاصة

تمهيد:

بعد التطرق في الفصل السابق للإجراءات المنهجية الخاصة بالدراسة سيتم في هذا الفصل عرض وتحليل النتائج المتوصل اليها بعد اختبار الفرضيات ومعالجتها إحصائيا.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

<u>الفرضية الأولى:</u> يوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان.

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار مربع كاي للاستقلال لمعرفة ما إذا كان هناك علاقة ارتباطية بين مناخ الرعاية ومستويات الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان.

جدول رقم (18): قيم (كا2) بين مناخ الرعاية والألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط).

المتغير	كا2	درجة الحرية	SIG	الدلالة الاحصائية
مناخ الرعاية *الاكتئاب	2.85	4	0.58	**غير دال**
مناخ الرعاية *القلق	9.01	4	0.06	**غير دال**
مناخ الرعاية *الضغط	10.96	4	0.02	**غير دال**
قيمة كا2 الجدولية : 13.28 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 4				

من خلال الجدول يتضح أن قيم كا2 المحسوبة تراوحت ما بين (2.85، 10.96) وهي أقل من قيمة كا2 الجدولية (13.28) عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 4، وأيضا قيم احتمال الخطأ (SIG) أكبر من مستوى الدلالة 0.01 وهذا يدل على عدم وجود ارتباط بين مناخ الرعاية ومستوى الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان.

وعليه لم تتحقق فرضية الدراسة القائلة بوجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي(الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

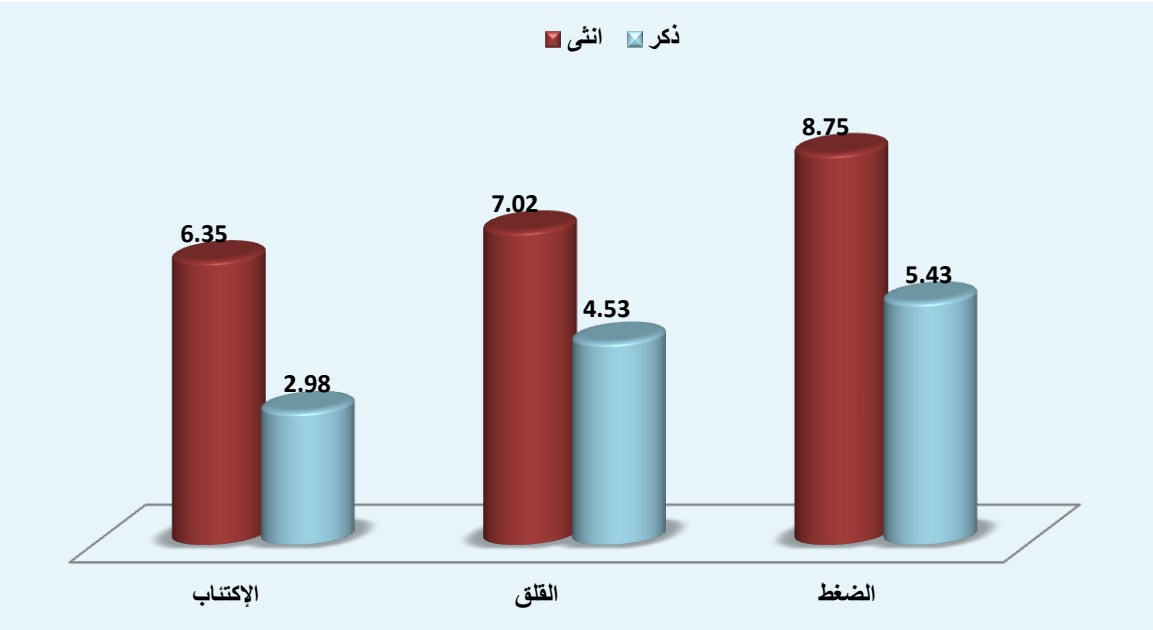
الفرضية الثانية: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس (ذكور/اناث).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني **(u)** للدلالة على الفروق في مستويات الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس (ذكور/اناث).

الجدول رقم (19): دلالة الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (u)	SIG	النتيجة
الاكتئاب	أنثى	170	6,35	4.42	3941.0	0.001	دالة
	ذكر	60	2.98	3.69			
القلق	أنثى	170	7,02	4,15	3472.5	0.000	دالة
	ذكر	60	4,53	3,19			
الضغط	أنثى	170	8,75	4,79	3586.5	0.000	دالة
	ذكر	60	5,43	4,47			

الشكل رقم (6): عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بالألم النفسي وفقا لمتغير الجنس.



من خلال الجدول (19) والشكل رقم (6): تبين أن المتوسط الحسابي للاكتئاب الخاص بفئة الإناث يساوي (6.35) ومتوسط فئة الذكور يساوي(2.98)، أما قيمة مان ويتني قدرت بـ (3941) واحتمال

الخطأ (SIG) بلغت 0.001 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى الاكتئاب تعزى إلى متغير الجنس عند مستوى الدلالة 0.01 وذلك لصالح فئة الاناث.

واتضح أن المتوسط الحسابي الخاص بالقلق لدى الإناث يساوي (7.02) وفئة الذكور يساوي (4.53)، أما قيمة (u) فقدرت بـ(3472.5) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.00 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى القلق تعزى لمتغير الجنس عند مستوى الدلالة 0.01 لصالح فئة الاناث.

كما تبين أن المتوسط الحسابي للضغط لدى الإناث يساوي (8.75) والذكـــور يساوي (5,43) أما قيمة مان ويتني(u) قدرت بـ(3586.5) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.00 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى الضغط تعزى إلى متغير الجنس عند مستوى الدلالة 0.01 لصالح فئة الاناث.

وعليه نقبل الفرضية الثانية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائيا في مستويات الألم النفسي (اكتئاب، قلق، ضغط) تعزى لمتغير الجنس.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

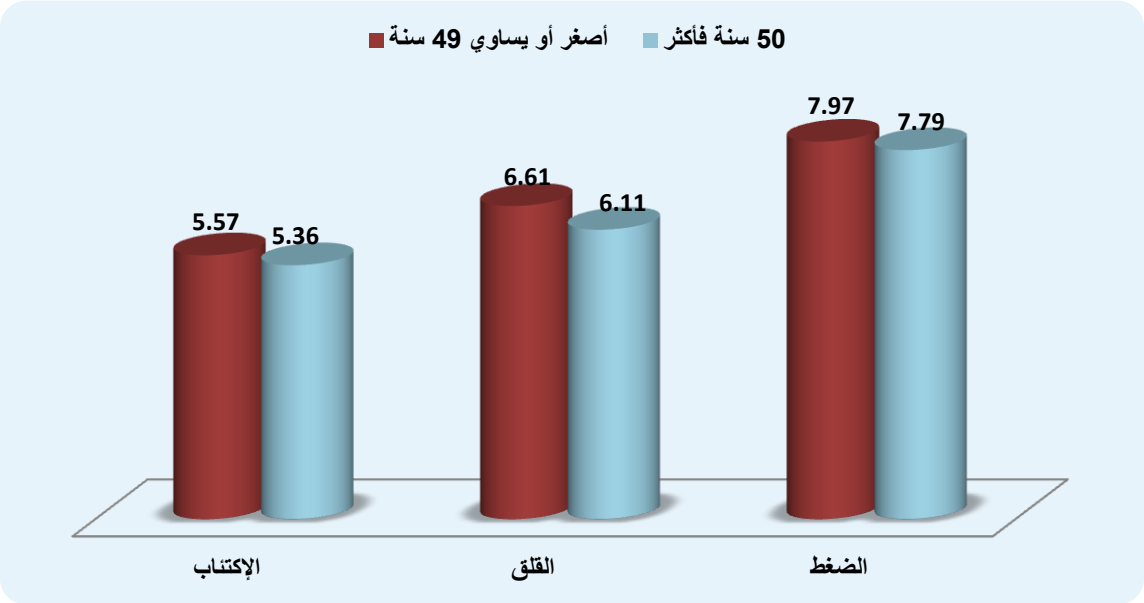
الفرضية الثالثة: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألـم النفسي (القلق،الاكتئاب، الضغط) لـــدى مرضى السرطان تعزى لمتغير السن.

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني **(u)** للدلالة على الفروق في مستويات الألم النفسي حسب السن.

الجدول رقم (20): دلالة الفروق في الألم النفسي(القلق، الاكتئاب، الضغط) وفقا لمتغير السن.

الألم النفسي	السن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(u)	SIG	النتيجة
الاكتئاب	≤ 49 سنة	119	5.57	4.72	6458	0.72	غير دال
	50سنة فأكثر	111	5.36	4.24			
القلق	≤ 49 سنة	119	6.61	4.18	6127	0.26	غير دال
	50سنة فأكثر	111	6.11	3.94			
الضغط	≤ 49 سنة	119	7.97	5.04	6531	0.87	غير دال
	50سنة فأكثر	111	7.79	4.80			

الشكل رقم (07): عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بالألم النفسي وفقا لمتغير السن.



تبين من خلال الجدول رقم(20) والشكل أعلاه أن المتوسط الحسابي الخاص بالاكتئاب لدى الفئة العمرية ≤ 49 سنة يساوي (5.57) وفئة 50 سنة فأكثر يساوي(5.36)، أما قيمة (u) قدرت بـ (6458) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.72 وهي أكبـر من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي لا يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير السن عند مستوى الدلالة 0.01.

واتضح أن المتوسط الحسابي للقلق لدى الفئة العمرية ≤ 49 سنة يساوي (6.61) وفئة 50 سنة فأكثر يساوي(6.11)، أما قيمة (u) فقد قدرت بـ (6127) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.26 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي لا يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى القلق تعزى إلى متغير السن عند مستوى الدلالة 0.01.

وبخصوص الضغط فقد تبين أن المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية ≤ 49 سنة يساوي (7.97) وفئة 50 سنة فأكثر يساوي(7.79)، كما قدرت قيمة (u) بـ (6531) أما قيمة احتمال الخطأ(SIG) بلغت 0.87 وهي أكـبر من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي لا يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى الضغط تعزى إلى متغير السن عند مستوى الدلالة 0.01.

وبالتالي فإننا نرفض H1 ونقبل H0 أي: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي (القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير السن عند مستوى الدلالة 0.01.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

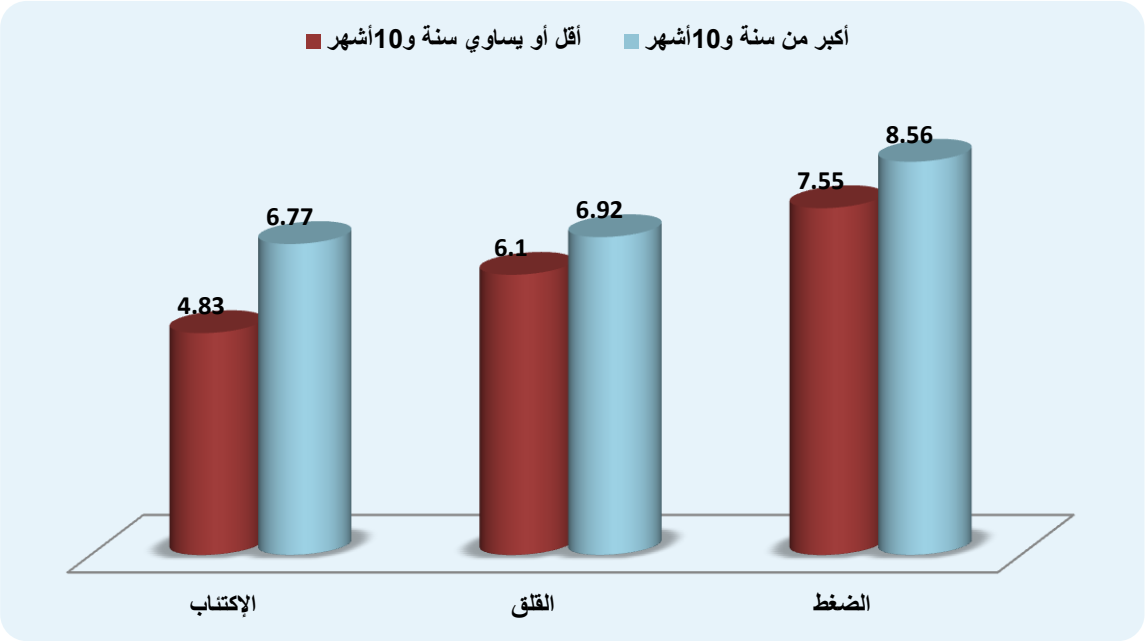
الفرضية الرابعة: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي (الاكتئاب، القلق الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير مدة الاصابة (أقل أو يساوي سنة و10 أشهر/أكبر من سنة و10 أشهر).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني (u) للدلالة على الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير مدة الاصابة (أقل أو يساوي سنة و10 أشهر/أكبر من سنة و10 أشهر).

الجدول رقم (21): دلالة الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير مدة الإصابة.

الألم النفسي	مدة الإصابة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (u)	SIG	النتيجة
الاكتئاب	≤ سنة و10 أشهر	154	4.83	4.38	5018	0.03	غير دالة
	> سنة و10 أشهر	76	6.77	4.45			
القلق	≤ سنة و10 أشهر	154	6.10	4.14	5434.5	0.29	غير دالة
	> سنة و10 أشهر	76	6.92	3.88			
الضغط	≤ سنة و10 أشهر	154	7.55	4.97	5525	0.44	غير دالة
	> سنة و10 أشهر	76	8.56	4.76			

الشكل رقم(08): عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بالألم النفسي وفقا لمتغير مدة الإصابة.



من خلال الجدول رقم (21) والشكل (08) تبين أن المتوسط الحسابي للاكتئاب الخاص بفئة مدة الإصابة أقل أو يساوي سنة و10 أشهر (4.83) وهو أقل من متوسط فئة مدة الإصابة أكبر من سنة و10 أشهر(6.77)، أما قيمة(u) فقدرت بـ(5018) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.03 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي لا يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى الاكتئاب تعزى إلى متغير مدة الاصابة عند مستوى الدلالة 0.01.

كما اتضح أن المتوسط الحسابي للقلق الخاص بفئة مدة الإصابة أكبر من سنة و10 أشهر بلغ (6.92) وفئة مدة الإصابة أقل من أو يساوي سنة و10 أشهر(6.10)، أما قيمة(u) قدرت بـ(5434.5) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.29 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي لا يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى القلق تعزى إلى متغير مدة الإصابة عند مستوى الدلالة 0.01.

وتبين أن المتوسط الحسابي للضغط لفئة مدة الإصابة أكبر من سنة و10 أشهر (8.56) وهو أكبر من متوسط فئة مدة الإصابة أقل من أو يساوي سنة و10 أشهر(7.55)، أما (u) **فقدرت** بـ(5525) وقيمة احتمال الخطأ(SIG) بلغت 0.44 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي لا يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى الضغط تعزى إلى متغير مدة الإصابة عند مستوى الدلالة 0.01.

ومما سبق يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي (الاكتئاب،القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير مدة الإصابة (أقل أو يساوي سنة و10 أشهر/أكبر من سنة و10 أشهر) عند مستوى لدلالة 0.01.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

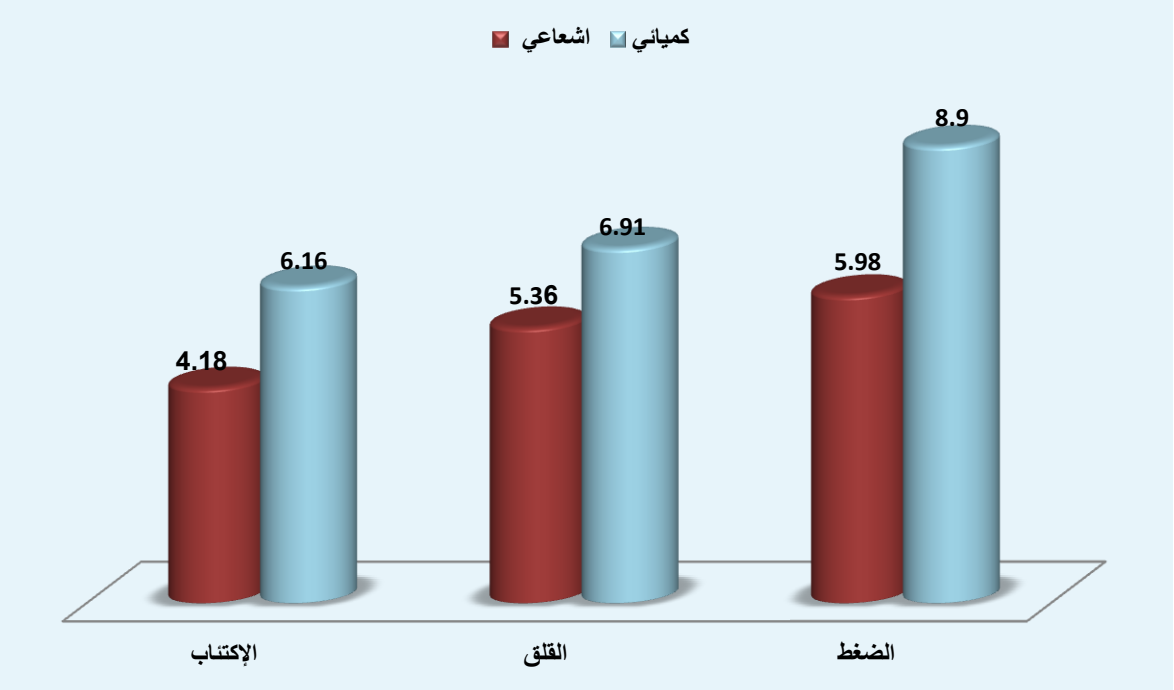
الفرضية الخامسة: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي (القلق، الاكتئاب الضغط) تعزى لمتغير نوع العلاج (كميائي/اشعاعي)

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني (u) للدلالة على الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير نوع العلاج (كميائي/اشعاعي).

الجدول رقم (22): دلالة الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير نوع العلاج(كميائي/اشعاعي).

الألم النفسي	نوع العلاج	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (u)	SIG	النتيجة
الاكتئاب	اشعاعي	80	4.18	4.36	5142.0	0.02	غير دال
	كميائي	150	6.16	4.42			
القلق	اشعاعي	80	5.36	3.77	5105.0	0.02	غير دال
	كميائي	150	6.91	4.13			
الضغط	اشعاعي	80	5.98	4.95	4708.5	0.003	دال
	كميائي	150	8.90	4.61			

الشكل رقم (09): عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بالألم النفسي وفقا لمتغير نوع العلاج.



اتضح من خلال الجدول والشكل أعلاه أن المتوسط الحسابي للاكتئاب الخاص بفئة المرضى الذين يتلقون العلاج الكميائي(6.16) أكبر من متوسط فئة المرضى الذين يتلقون العلاج الإشعاعي والذي يساوي (4.18)، أما قيمة(u) المحسوبة فقدرت بـ(5142.0) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت

0.02 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي لا يوجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب تعزى إلى متغير نوع العلاج عند مستوى الدلالة 0.01.

تبين أن المتوسط الحسابي للقلق الخاص بالمرضى الذين يتلقون العلاج الكميائي يساوي (6.91) وهو أكبر من متوسط فئة المرضى الذين يتلقون العلاج الاشعاعي (5.36)، وقيمة(u) المحسوبة قدرت بـ(5105.0) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.02 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي لا يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى القلق تعزى إلى متغير نوع العلاج عند مستوى الدلالة 0.01.

كما أن المتوسط الحسابي للضغط الخاصة بالمرضى الذين يتلقون العلاج الكميائي يساوي (8.9) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لفئة المرضى الذين يتلقون العلاج الاشعاعي (5.98) أما قيمة (u) فقدرت بـ(4708.5) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.003 وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى الضغط تعزى إلى متغير نوع العلاج عند مستوى الدلالة 0.01.

ومما سبق يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى(الاكتئاب،القلق)، لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير نوع العلاج (كميائي/اشعاعي). بينما اتضح وجود فروق في مستوى الضغط وذلك لحساب مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي عند مستوى الدلالة 0.01.

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

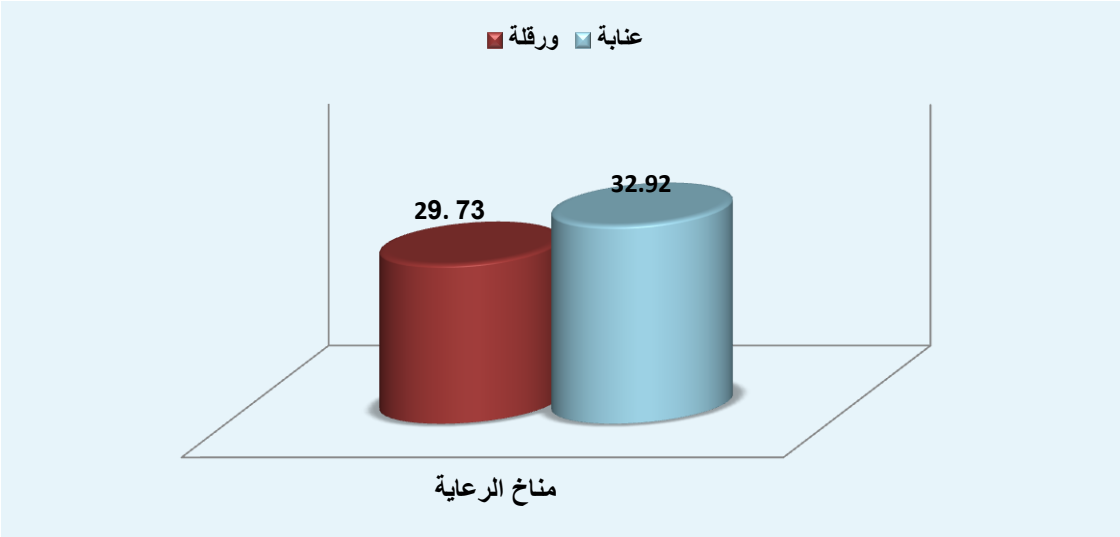
الفرضية السادسة: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية الصحية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى لمتغير مؤسسة العلاج (عنابة / ورقلة).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني (u) للدلالة على الفروق في مناخ الرعاية وفقا لمتغير مؤسسة العلاج (مركز عنابة /ورقلة).

الجدول رقم (23): دلالة الفروق في مناخ الرعاية وفقا لمتغير مؤسسة العلاج.

المتغير	مؤسسة العلاج	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(u)	SIG	النتيجة
مناخ الرعاية	مركز ورقلة	110	29.73	8.27	5366.0	0.006	توجد فروق
	مركز عنابة	120	32.92	7.54			

الشكل رقم (10): عرض بياني لقيم $\bar{x}$ الخاصة بمناخ الرعاية وفقا لمتغير مؤسسة العلاج.



من خلال الجدول والشكل أعلاه نجد:

أن المتوسط الحسابي لمناخ الرعاية الخاص بمركز العلاج ورقلة يساوي (29.73) وهو أقل من متوسط مناخ الرعاية لمركز عنابة (32.92)، أما قيمة (u) فقدرت بـ(5366) واحتمال الخطأ (SIG) بلغت 0.006 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي فإننا نقبل فرضية الدراسة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى لمتغير مؤسسة العلاج(عنابة /ورقلة) عند مستوى الدلالة 0.01.

7-عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة:

الفرضية السابعة: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى للمستوى التعليمي.

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار كروسكال للدلالة على الفروق في مناخ الرعاية وفق لمتغير المستوى التعليمي.

الجدول رقم (24): دلالة الفروق في مناخ الرعاية وفقا لمتغير المستوى التعليمي.

المتغير	المستوى التعليمي	العينة	متوسط الرتب	كا2	درجة الحرية	SIG	النتيجة
مناخ الرعاية	أمي	90	107.83	4.90	4	0.298	غير دال
	ابتدائي	45	110.70				
	متوسط	27	132.43				
	ثانوي	54	122.52				
	جامعي	14	120.50				

من خلال الجدول يتبين أن قيمة كا2 بلغت (4.90) وقيمة (SIG) 0.298 أكبر من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي فإننا نرفض H1 ونقبل H0 أي: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية لدى مرضى السرطان تعزى للمستوى التعليمي عند مستوى الدلالة 0.01.

خلاصة:

يتبين من خلال النتائج المعروضة في الجداول السابقة والخاصة بمعالجة بيانات فرضيات الدراسة أن:

أولا: عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي(الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان.

ثانيا: دلت النتائج على وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الألم النفسي(القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح فئة الاناث.

ثالثا:لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي(القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير السن عند مستوى الدلالة 0.01.

رابعا: توصلت نتائج المعالجة الإحصائية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى (الاكتئاب، القلق،الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير مدة الاصابة (أقل أو يساوي سنة و10 أشهر/أكبر من سنة و10 أشهر) عند مستوى الدلالة 0.01.

خامسا: وانتهت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى(الاكتئاب،القلق) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير نوع العلاج (كميائي/اشعاعي). بينما اتضح وجود فروق في مستوى الضغط وذلك لحساب مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي عند مستوى الدلالة 0.01.

سادسا: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى لمتغير مؤسسة العلاج(عنابة /ورقلة)عند مستوى الدلالة 0.01.

سابعا: بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى للمستوى التعليمي.

وفي الفصل الموالي سيتم تحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة والتراث العلمي.

الفصل السابع: مناقشة وتفسير النتائج

تمهيد

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.

2- مناقشة وتفسير النتائج الفرضية الثانية.

3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.

4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.

5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة .

6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.

7- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة.

خلاصة الدراسة.

تمهيد:

في هذا الفصل سيتم تفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة وذلك على ضوء المنطلق النظري والدراسات السابقة، المقابلات والملاحظات مع عرض لأهم الاقتراحات.

1-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

توصلت نتائج المعالجة الاحصائية والموضحة في الجدول رقم (19) إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي(الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان. في الحقيقة يوجد دراسات قليلة جدا ربطت بين المتغيرين، وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة **(Neuling & Winfield, 1988)** والتي أجريت على 58 مريضة تتراوح أعمارهن بين (34-82) عاماً وقمن بعملية استئصال الثدي أشارت إلى أن المريضات اللواتي تلقين الدعم العاطفي والاهتمام كن أقل قلقاً واكتئاباً من اللواتي لم يتلقين أية دعم من قبل الهيئة الطبية. كما توصلت دراسة **(Vogel et al, 2009)** والتي أجريت على 135 امرأة مصابة بسرطـان الثدي تتراوح أعمـارهن مـا بيـن (19- 75) سنة، إلى أن المريضات اللواتي عبرنا عن رضاهن الكبير حول تجارب تواصل (طبيب-مريض) سجلن انخفاض في مستوى الاكتئاب وخاصة بالنسبة للواتي تحصلن على معلومات أكثر حول مرضهن.

وهناك عدد من الدراسات حول رعاية مرضى السرطان، أثبتت أن سوء التواصل يؤدي إلى ضيق نفسي وانخفاض في القدرة على التأقلم والتكيف ورضا المريض.

ووجد **(Barnet, 2002)** في دراسته التي أجريت على 106 من مرضى السرطان في مراحل متقدمة ومقدمي الرعاية الملطفة بالمملكة المتحدة، أن المرضى الذين تلقوا معلومات أكثر عن المرض والعلاج لم يكن لديهم مستوى عالي من القلق.

في حين أفـادت نتائج دراسـة **(Lerman et al, 1993)** التي أجريت على 97 مريضـة تعـاني من مرض السرطان، بأنه هناك نسبة 84% من المرضى وجدوا صعوبة في التواصل مع الفريق الطبي وارتبطت مشاكل الاتصال المبلغ عنها من قبل المريض بزيادة الاكتئاب والغضب والارتباك.

وقد أشار **(Arraras et al, 2007)** إلى أن المعلومات المقدمة لمرضى السرطان من قبل الأطباء حول مرضهم وعلاجهم قد يكون لها تأثير عميق ايجابي على الرفاه العاطفي، كما تعمل على زيادة الرضا وانخفاض مستويات الكرب العاطفي بما في ذلك الاكتئاب والقلق، وتحسين نوعية الحياة.

كما وأظهرت نتائج دراسة**(Zachariae et al, 2003)** أن ارتفاع درجات انتباه الأطباء وتعاطفهم أثناء التواصل مع المرضى كانت مرتبطة بزيادة كل من الكفاءة الذاتية ورضا مرضى السرطان، وكذا الحد من الضيق العاطفي لديهم بعد التشاور. وعلى النقيض من ذلك، فإن الأطباء الذين اتضح أن لديهم انخفاض في الانتباه والتعاطف ارتبط ذلك بانخفاض رضا المرضى.

وعليه يمكن الاستنتاج أن تواصل الأطباء مع مرضى السرطان والتشاور معهم خلال فترة العلاج يمكن أن يسهم في التقليل من مستويات الألم النفسي(الاكتئاب، القلق، الضغط) إلا أن ذلك لم يتضح في الدراسة الحالية.

2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

يظهر من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (20) أنه يوجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستوى الاكتئاب، القلق، الضغط تعزى لمتغير الجنس عند مستوى الدلالة 0.01 وذلك لصالح فئة الاناث. ومن تم يمكن القول أن المرضى الإناث يعانون من الاكتئاب، القلق والضغط أكثر من المرضى الذكور.

وقد اتفقت هذه النتائج مع ما انتهت إليه دراسة **(العرب،2011)** حول وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر متغير الجنس على مستوى القلق وذلك لصالح الإناث. كما أظهرت دراسة **(الثابث، 2008)** إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي يكون لديهن إحساس مرتفع بالضغوط ويكون توافقهن النفسي والزواجي والاجتماعي منخفض.

ويعود هذا الاختلاف إلى طبيعة المرأة الحساسة والعاطفية، فهي أكثر تأثرا بالأحداث الحياتية والاجتماعية وتعبيرا عن انفعالاتها وما تعانيه من مشكلات نفسية وجسدية مقارنة بالرجل.

وقد لوحظ في دراسة (**Singh et al, 2015**) ارتفاع الضغط لدى الجنس الأنثوي المصاب بسرطان الثدي والأعضاء التناسلية والذي قد يكون بسبب مخـــاوف من التشـــوه في الصورة الذاتية، والتأثيـــر على الدافع الجنسي.

وهناك أدلة كافية إلى أن معظم المصابات بسرطان الرحم والثدي في نهاية المطاف يشعرن بالقلق والاكتئاب عند تلقي التشخيص وذلك بسبب الخوف من الألم والجراحة والوفاة؛ الخوف من التخلي عنهن، بالإضافة إلى التغيرات الجنسية أو الإنجابية المحتملة؛ وعدم القدرة على العمل مع حدوث اضطراب في العلاقات الأسرية **(Farooqi & Chaudhry, 2012).**

ومن جهــة أخرى اختلفـت النتائــج عن بعض الدراسات السابقــة كدراسـة **(Miller et al, 2011)** التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في الاكتئاب، وأشارت إلى أن الرجال والنساء المصابين بالسرطان قد يكونون عرضة للإصابة بالاكتئاب، عندما تواجههم ظروف مجهدة للغاية. ودراسة **(Jadoon et al, 2010)** و**(أبو الخير، 2009)** التي توصلت لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نسبة انتشار القلق والاكتئاب بين الذكور والإناث.

فالدراسات الأخيرة ترى أن مرض السرطان له نفس القدر من التأثير على الرجال والنساء فهم يعانون من نفس المضاعفات النفسية والجسدية، ويحصلون على نفس العلاج لهذا السبب لا يزال مستوى الاكتئاب والقلق متساوي بينهما.

ويمكن التحفظ على النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية بسبب التباين الكبير في نسبة الذكور والإناث أين تمثل نسبة وعدد المريضات **170** (**73.91**٪) وهي حوالي ثلاث أضعاف نسبة الذكور **60** (**26.08**٪).

3-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

يتبين من خلال نتائج المعالجة الإحصائية لبيانات الفرضية الرابعة الموضحة في الجدول رقم (21) أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الألم النفسي(القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير السن.

و هذه النتيجة تتفق مع بعض الدراسات السابقة كدراسة **(Singh, 2015)** التي توصلت لعدم تأثر مستوى كل من الاكتئاب، القلق والضغط بين مرضى السرطان بالفئات العمرية المختلفة. في حين اختلفت عن نتائج ما توصلت إليه دراسة **(Hong & Tian, 2014)** التي أجريت في الصين على 1217 مريض بالسرطان إلى أن معدلات انتشار القلق والاكتئاب كانت 6.49٪ و66.72٪على التوالي، وأن المرضى الأكبر من 60 سنة يعانون من مستويات عالية من القلق والاكتئاب مقارنة بالمرضى الأقل من 60 سنة. ودراسة **(Sehlen et al, 2003)** التي بينت كذلك أن المرضى الأصغر سنا لديهم انخفاض في مستوى القلق، مقارنة بالأكبر سناو الذين يعانون من ارتفاع في مستواه. ووجد **(Drub & Alkediry, 2016)** أن أكثر فئة عمرية مصابة بالاكتئاب من مرضى السرطان هي ما بين سن(46−60). في حين دراسة **(مزلوق ،2014)** توصلت إلى أن مرضى السرطان من فئة الشباب يعانون من ضغوط نفسية كثيرة قدرت بـ96.77٪ إذا ما قورنت بفئة الكهول 87.14٪ وفئة المسنين 65.51 ٪.

ويمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها إلى أن العمر لا يلعب دور كبير في تحديد اختلاف مستويات الألم النفسي لدى مرضى السرطان بقدر ما تلعبه عوامل أخرى، مثل أساليب المواجهة والتكيف مع المرضالتدين والدعم قبل الأهل والأصدقاء...إلخ. وذلك وفقا لبعض الدراسات السابقة وما لوحظ على غالبية المرضى محل الدراسة حيث توصل (**زعطوط،2014**) إلى أن نسبة التدين مرتفع لدى مرضى السرطان حيث بلغت 75٪ و(vallurupelli & al, 2012) الذي وجد أن 94 من المرضى المصابين بسرطان المتقدم يؤكدون على أهمية العامل الديني في مساعدتهم على مواجهة المرض، وما أكده (Sears & Greene, 1994) في أن التكيف الروحي يخفض من مستويات القلق لدى المرضى **(زعطوط، 2014)**. وما أقرت به دراسة **(محمود، 2009)** التي توصلت إلى أنه كلما وجدت المساندة قلت الضغوط النفسية، وكذا دراسة **(Talley & al, 2010)** التي أظهرت أن الدعم الاجتماعي العاطفي الفعال من قبل شريك الحياة يقلل من مستوى الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي.

4-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

يتضح من خلال الجدول رقم (22) والمعالجة الإحصائية لبيانات الفرضية الخامسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى(الاكتئاب، القلق،الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير مدة الاصابة (أقل أو يساوي سنة و10أشهر/أكبر من سنة و10 أشهر) عند مستوى الدلالة 0.01.

ويرجع عدم وجود فروق في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط بين المرضى وفقا لمدة الإصابة إلى أن مريض السرطان عادة ما يعاني من حالات قلق وضغوط نفسية طوال مسيرة مرضه منذ لحظة التشخيص وإجراء الاختبارات والتحاليل وحتى أثناء فترة تلقيه للعلاج الجراحي، الكيماوي والإشعاعي والذي عادة ما يكون خلال الأشهر والسنة الأولى من التشخيص، وكذا أثناء عودة المرض بعد التعافي منه أو انتقاله لموضع آخر كالكبد أو العظام مثلما رأته الباحثة عند بعض الحالات خاصة الذين لديهم أكثر من سنة و 10 أشهر وهم يعانون من المرض.

وقد توافقت نتائج الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة **(Jadoon et al, 2010)** التي أجريت على 150 مريض بالسرطان و 268 من الأصحاء تتراوح أعمارهم بين (18-70) عاماً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدة الإصابة بالمرض ووجود القلق.

في حين اختلفت النتائج مع ما توصلت إليه دراسة **(Farooqi & Chaudhry, 2012)** إلى أن المرضى الذين يعانون من سرطان الرحم لديهم مستوى عالي من الاكتئاب والقلق مقارنة مرضى سرطان الثدي وقد تم إيجاد علاقة بين مدة الإصابة بسرطان الثدي والرحم ومستوى القلق والاكتئاب وتتفق هذه النتيجة مع ما تم التوصل إليه العديد من الدراسات **(Jadoon et al, 2010; Schofield et al , 2003; Nordin et al , 2001)** في عدم وجود علاقة بين مدة الإصابة بالسرطان ومستوى الاكتئاب والقلق.

وقد وضحت دراسة **(Rapoport et al, 1993)** والتي هدفت لتوفير معلومات حول المشاكل النفسية الرئيسية لمرضى سرطان الرأس والرقبة و تغيرها في فترات زمنية مختلفة (بعد0.5-1.5 سنة من التشخيص، 1.5-5 سنوات، وأكثر من 5 سنوات) إلى أن العديد من المشاكل الطبية انخفضت مع مرور الوقت، ولكن المشاكل النفسية بما في ذلك القلق والغضب زادت وتدهورت بشكل ملحوظ . بينما أشار **(Burgess et al, 2005)** إلى عكس ذلك أين أظهرت دراسته أن الاكتئاب والقلق ينخفض

تدريجيا بمرور الوقت حيث تم تسجيل33٪ عند التشخيص، و 24٪ بعد 3 أشهر من التشخيص و15٪ بعد مرور سنة من العلاج.

وفي نفس السياق **(Schreier & Williams, 2004)** وجد في أحد الدراسات بأن انتشار الاكتئاب بين مرضى سرطان الثدي وصل إلى ما يقارب 50٪ في السنة الأولى بعد التشخيص، سرعان ما انخفض إلى 15٪ في السنة الخامسة بعد التشخيص.

5-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

توصلت نتائج المعالجة الاحصائية والموضحة في الجدول رقم (23) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى(الاكتئاب،القلق) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير نوع العلاج (كميائي/اشعاعي). بينما اتضح وجود فروق في مستوى الضغط وذلك لحساب مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي عند مستوى الدلالة 0.01.

وقد اتفقت النتيجة مع ما جاءت به دراسة **(Jadoon et al, 2010)** التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نوع العلاج ومستوى الاكتئاب والقلق لدى مرضى السرطان.

في حين أشـــارت دراسة **(Pereira et al, 2012)** التي هدفت إلى بحث تأثيـــر أنمـــاط مختلفة من العلاج على الاكتئاب، القلق، الضغوط ما بعد الصدمة ونوعية الحياة لمرضى سرطان القولون والمستقيم وشركائهم وذلك على عينة مكونة من 114 مريض و 67 شركاء إلى نتائج مخالفة للدراسة الحالية حيث أظهرت أن المرضى الذين تلقوا العلاج الجراحي لوحده، لديهم معدلات أقل من الاكتئاب والقلق وأعراض الضغوط ما بعد الصدمة، أما المرضى الذين تلقوا العلاج الكيميائي فهم أكثر عرضه لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق من غيرهم. ودراسة **(Nikbakhsh et al, 2014)** التي وجدت أن أعلى معدلات انتشار للقلق والاكتئاب في سرطان الثدي والمعدة كانت لدى المرضى الذين تلقوا العلاج الكميائي.

أما فيما يخص الضغط فقد أظهرت دراسة **(Lauver et al, 2007)** أن الضغوط التي تعاني منها المصابات بعد المعالجة من السرطان تتضمن: الشعور بالشك، عدم الثقة بالمعالجة والمتابعة الطبية والأعراض المرضية، القلق حول المشاكل الجسمية كصعوبة التركيز والاتجاهات نحو الجسد.

ويمكن أن يرجع ارتفاع مستواها لدى المرضى الذين يتلقون العلاج الكميائي إلى ما يسببه هذا النوع من العلاج من آثار جانبيـــة للمريض كالتعب والشعور بالضيق وفقدان الوزن، وتغيـــرات في الـــجلد والأظافر، غثيان وقيء، تعب وألم، فقدان الشعر وضعف عام.

6-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة :

يتبين من خلال الجدول رقم (24) الذي يلخص نتائج الفرضية السادسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية تعزى لمتغير مؤسسة العلاج (عنابة /ورقلة) وذلك عند مستوى الدلالة 0.01 وهذا يعني أن الفرضية تحققت. حيث لوحظ أن متوسط درجات مرضى السرطان على استبيان مناخ الرعاية الصحية بمركز ورقلة أقل من مرضى مركز عنابة. ويمكن تفسير هذا الفرق إلى أن مركز مكافحة السرطان بولاية عنابة يتميز باحتوائه على(9 أطباء /16ممرضين جزائرين) بينما مركز ولاية ورقلة (9 أطباء /28 ممرضين غالبيتهم كوبيين) حسب ما صرح به رئيس قسم طب الأورام بمركز مكافحة السرطان لولاية ورقلة، والذين تم توظيفهم في إطار اتفاقية تعاون في المجال الصحي التي كانت قد أبرمت بين الجزائر وكوبا، لهدف ترقية الخدمات العلاجية وضمان تكفل أحسن بمرضى السرطان في مختلف مناطق الجنوب، إلا أن ذلك أثر على عملية تقديم الرعاية والتواصل بين الأطباء الكوبيين ومرضاهم بسبب حاجز أو عائق اللغة، فقد وجد غالبية المرضى خاصة فئة ذوي المستوى التعليمي المنخفض صعوبة في فهم ما يقوله الطبيب من جهة، وفي توصيل ما يعانونه من أعراض جسدية ومشكلات نفسية من جهة أخرى. وهذا ما تم ملاحظته خلال فترة التربص وما صرحت به احدى المريضات عن الأطباء الكوبيين "ما يفهموني وما نفهمهم"، على الرغم من اعلام الباحثة بوجود مترجم على مستوى المركز.

فقد توصلت دراسة **(Månsson, 2015)** إلى أن المشاكل المرتبطة بالتواصل بين الطبيب والمريض والتي تمثلت أغلبها في الحواجز اللغوية، ونقص مهارات التواصل، مع عدم قدرة المرضى على طرح الأسئلة تؤثر سلبا على الرفاه العاطفي والنفسي للمريض. كمـــا أشار **(Lee, 2003)** إلى أن الحواجز اللغوية قد تقلل من قدرة المريض على إتباع الإرشادات والإلتزام بالعلاج.

كما لوحظ أن مركز مكافحـــة السرطـــان بعنابـــة يتوفـــر على غرف تستوعـــب مريضين على الأكثر، وهو فضاء أكثر أريحية يشجع على التواصل بين الطرفين مقارنة بالمستشفى السابق بنفس

الولاية، والذي كان يحتوي على جناح خاص بالخدمات العلاجية لمرضى السرطان. وكذا مركز ورقلة الذي يصل عدد أفراد الغرفة الواحدة من 3 إلى 6 وهذا ما قد يؤثر على العملية التواصلية وبالتالي عدم تقديم رعاية مثلى للمرضى.

كما لوحظ أن بعض الأطباء الكوبين على الرغم من وجود صعوبة في التواصل اللفظي، إلا أنهم يسعون للاطمئنان على مرضاهم، وذلك من خلال تفعيل مهارات التواصل الغير لفظي بواسطة الإشارات وتلميحات الوجه واستعمال لغة الجسد، والتواصل البصري والابتسامة.

حيث توصلت نتائج دراسة **(Hillen et al, 2015)** إلى أن التواصل الغير لفظي من قبل أطباء الأورام كالتواصل البصري، هيئة الجسم، والابتسامة تعزز الثقة لدى المرضى خاصة الأقل تعليما.

وفي دراسة لـ **(Thorne al, 2013)** توصلت إلى أن مرضى السرطان قاموا بتحديد ثلاثة مشكلات تسببت في فقـــر التواصـــــل ما بين مرضى السرطان والأطبـــاء والتي تمثلـــت في الأخطاء اليومية المتكررة، وسوء الفهم من قبل المرضى والمهنيين، ممارسة الأطباء لأنماط معينة من التواصل مع المريض كإعطاء معلومات متظاربة والتي تعد مصدر مسبب للضيق لدى المريض.

وكما لاحظت الباحثة خلال المقابلات التي أجرتها مع المرضى بمركز عنابة عدم وجود طبيب واحد قائم على متابعتهم وهذا يسبب الإزعاج وعدم الارتياح لدى البعض، فبعد أن قام المريض ببناء علاقة وثقة مع طبيبه الأول يجد نفسه أمام طبيب آخر.

أما عن نقل وتزويد الأطباء للمرضى بالمعلومات الصحية عن المرض والعلاج وتقديمهم للدعم العاطفي اللازم، فقد صرح غالبية المرضى في كلا المركزين بتحصلهم على ذلك. وهذه النتيجة مخالفة لما توصلت لها دراسة**(Steginga et al, 1998)** التي هدفت لمعرفة الصعوبات التي تواجه المصابات بسرطان الثدي في استراليا بعد المعالجة الأولية، حيث أظهرت أن هناك صعوبة في حصول المريضات على المعلومات الصحية الخاصة بمرضهنَّ من قبل الأطباء.

في حين توصلت دراسة **(Coulter & Cleary, 2001)** التي أجريت بكل من ألمانيا، السويد سويسرا، المملكة المتحدة في 1998–2000 على مرضى مقيمين بمستشفيات إلى أنهم يعانون من بعض المشاكل والتي تمثلت أبرزها في عدم وضوح الشروح المقدمة من قبل الأطباء أو الممرضين، والمعلومات

المتضاربة من الموظفين، بالإضافة لشعور العديد من المرضى بعدم كفاية الدعم العاطفي، وسجلت بعض التقارير وجود صعوبة في مناقشة همومهم مع الأطباء أو الممرضات والافتقار إلى الثقة في بعض منهم.

وبينت دراسة **(Lin et al , 2014)** التي أجراها على 352 مريض تم تشخيصهم حديثا بسرطان الرئة من4 مراكز بنيويورك أن المرضى الذين شرح لهم الطبيب المخاطر والآثار الجانبية لعلاج سرطان الرئة ومناقشة فرصهم في الشفاء، وأهداف العلاج كانوا أكثر تقبلا له. حيث يشير**(Faller, 2012)** إلى أن استهداف احتياجات المرضى خلال التواصل بين الطبيب والمريض لا يحسن فقط ارتياح المرضى ونوعية الحياة، والرفاه، ولكن قد يحقق نتائج أفضل للعلاج.

كما اتضح من استجابات المرضى على الاستبيان أن 57٪ منهم يشتكون من قصر الوقت الذي يقضيه الأطباء معهم، وقد يرجع ذلك إلى العدد الكبير للمرضى الذين يتعالجون على مستوى مراكز مكافحة السرطان مقابل عدد الأطباء العاملين بها.

ويبدو أن إدارة التواصل من قبل الأطباء من المرجح أنها تتطلب إستراتيجية للتدخل على مستوى الثقافة التنظيمية ونماذج الرعاية، فالأمر يتطلب تحسينات دائمة تتجاوز مستوى المسؤولية السريرية الفردية إلى إيلاء الاهتمام بالعوامل المهنية والتنظيمية مثل أنماط القيادة، توزيع المهام والأدوار..الخ.

وهذا ما أكده **(Wynia et al, 2009)** من أن التواصل يمكن أن يتأثر بالعوامل التنظيمية أو البيئة الداخلية للمركز أو المشفى والبنية التحتية.

لذا كان لابد من التقييم المستمر للمراكز الصحية ومعرفة إلى أي مدى يوجد تعزيز أو اعاقة للتواصل الفعال داخلها، فمثل هذه التقييمات مفيدة في مراقبة الجودة والحرص على تقديم رعاية أفضل للمرضى.

7-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة:

بينت نتائج اختبار الفرضية الموضحة في الجدول رقم(25) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى للمستوى التعليمي.

وكانت هذه النتيجة غير متوقعة حيث كان في اعتقاد الباحثة أن المرضى ذوي التعليم العالي لديهم قدرة على التواصل والتحدث مع الأطباء ومناقشة حالتهم الصحية أكبر من ذوي التعليم المنخفض.

فحسب **(Siminoff et al, 2000)** تعد عملية التواصل بين المريض والطبيب المعالج ذات أهمية بالغة لمساعدة المريض بالسرطان على فهم وإكمال مختلف الخطوات المعقدة اللازمة في مرحلة التشخيص والعلاج. ففي دراسة **(Wynia & Osborn, 2010)** التي تم إنجازها بـ 13 منظمة للرعاية الصحية على 5929 مريض وجدت أن (53%) من المرضى صرحوا بأن لديهم مشاكل في الحصول على معلومات حول حالتهم الطبية بسبب صعوبة فهم كتب المعلومات و(57%) يحتاجون إلى شخص ما لمساعدتهم على قراءة مواد المستشفى. فالنتائج تشير إلى أن تحيسن نوعية التواصل في مؤسسات الرعاية الصحية قد يساعد على معالجة التحديات التي تواجه المرضى الذين لديهم أمية صحية.

وخلال المقابلات اتضح أن مصدر الحصول معظم المرضى ذوي التعليم المرتفع على المعلومات حول مرضهم وعلاجهم عادة ما تكون الكتب والأنترنات وليس الأطباء، وأن أغلب المرضى الذين هم دون المستوى التعليمي أو ذوي التعليم المنخفض لا يلجئون إلى الاستفسار أو السؤال عن علاجهم ومرضهم وقد يعود ذلك حسب **(Wright et al, 2004**) إلى أن معظم المرضى يعتقدون أن الأطباء خبراء ويتوقعون منهم أشكال اتصال تتسم باحترام قيم الآخرين وتوفر المعلومات عن المرض والعلاج. وهذا ربما ما عكس عدم وجود فروق في مناخ الرعاية من وجهة نظر المرضى تعزى للمستوى التعليمي.

خلاصة الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى مرضى السرطان، ومحاولة الكشف عن مستوى الألم النفسي (قلق، اكتئاب، ضغط) لدى مرضى السرطان المتواجدين على مستوى مراكز مكافحة السرطان بكل من ولاية عنابة وورقلة، والبحث عن الفروق في مستويات كل من (القلق، الاكتئاب، الضغط) وفقا لمتغير الجنس، السن، مدة الاصابة، نوع العلاج والفروق في مناخ الرعاية وفقا لمؤسسة العلاج والمستوى التعليمي للمرضى.

وتكونت عينة الدراسة من (230) مريض ومريضة بالسرطان تم اختيارهم بطريقة قصدية وأعتمد في جمع البيانات على ثلاثة أدوات وهي: الملاحظة، المقابلة والمقاييس المتمثل في مقياس **(DASS21)** واستبيان مناخ الرعاية الصحية.

ويمكن تلخيص نتائجها كما يلي:

1- عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي (الاكتئاب، القلق الضغط) لدى مرضى السرطان.

2- أظهرت وجود فروق دالة إحصائيا فيما يخص مستويات الاكتئاب، القلق، الضغط تعزي إلى متغير الجنس عند مستوى الدلالة 0.01 وذلك لصالح فئة الاناث. ومن ثم يمكن القول أن المرضى الإناث يعانون من الاكتئاب، القلق والضغط أكثر من المرضى الذكور.

3- كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الألم النفسي (الاكتئاب، القلق الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير السن .

4- وتوصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى (الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير مدة الإصابة (أقل أو يساوي سنة و10 أشهر/أكبر من سنة و10 أشهر) عند مستوى الدلالة 0.01.

5- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى (الاكتئاب،القلق) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير نوع العلاج (كميائي/اشعاعي). بينما اتضح وجود فروق في مستوى الضغط وذلك لحساب مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي عند مستوى الدلالة 0.01.

6- ظهور فروق جوهرية في مناخ الرعاية تعزى لمتغير مؤسسة العلاج (عنابة /ورقلة) وذلك عند مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي تحققت الفرضية. حيث وجد أن متوسط درجات مرضى السرطان على استبيان مناخ الرعاية الصحية بمركز ورقلة أقل من مرضى مركز عنابة.

7- كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مناخ الرعاية من وجهة نظر مرضى السرطان تعزى للمستوى التعليمي.

اقتراحات الدارسة:

وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها في الدراسة والملاحظة الميدانية امبثقت العديد من الاقتراحات والتي نسردها كالتالي:

أولا: إجراء دراسات حول المناخ التنظيمي السائد بمراكز مكافحة السرطان ومدى تأثيره على نوعية الرعاية المقدمة للمرضى.

ثانيا: القيام بدراسات حول تأثير بعض العوامل الفردية كأساليب المواجهة والفاعلية الذاتية وعوامل اجتماعية كالدعم الاجتماعي على مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان.

ثالثا: القيام بدراسة حول ظاهرة الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية في مراكز مكافحة السرطان.

رابعا: اجراء دورات تكوينية للأطباء والممرضين حول كيفية التعامل والتواصل مع مرضى السرطان.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

1- ابراهيم، عبد الستار.(1998). **الإكتئاب**. سلسلة عالم المعرفة. الكويت: المجاس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

2- أبو الخير، فداء محمود.(كانون ثاني 2009). **علاقة الجنس والعمر بنسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان**. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية. الأردن.

3- الزعبي، أحمد محمد.(1997). **مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صنعاء**. مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر. السنة السادسة. العدد الثاني عشر.

4- أبو حبيب، نبيلة أحمد.(2010). **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظات غزة**. رسالة ماجستر غير منشورة. جامعة الازهر. غزة.

5- الأرناؤوط، مي رمزي. (2016). **حقائق عن السرطان: مقدمة في علم السرطانيات الحديث**. ط1.منظمة المجتمع العلمي العربي. دون بلد: دار الريان للنشر.

6- الثابث، أوهمان نعمان ثابث. (2009). **الضغوط النفسية وعلاقتهما بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجي لدى المصابات سرطان الثدي المبكر في الأردن**. رسالة دكتوراه في علم النفس منشورة. الأكاديمية العربية المفتوحة. الدانمارك.

7- الغرير، أحمد نايل و أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف.(2009). **التعامل مع الضغوط النفسية**. ط1 . عمان "الأردن": دار الشروق للنشر و الطباعة.

8- العرب، أسماء ربحي خليل. (2011). **قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقته بمتغيرات الجنس والعمر ونوع السرطان**. **الدورية** الاجتماعية، العدد4، 116 – 78 .

9- الثابث، أوهمان نعمان ثابث.(2009). **الضغوط النفسية وعلاقتهما بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجي لدى المصابات سرطان الثدي المبكر في الأردن**. رسالة دكتوراه في علم النفس غير منشورة. الأكاديمية العربية المفتوحة. الدانمارك.

10- الكردي، فوزية إبراهيم رباح.(2012). **الإسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى إفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية.** رسالة ماجستير في علم النفس منشورة. الأكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك.

11- الحسنات، مازن طاهر. (2015). **واقع الاتصال والتواصل بين الفريق الصحي بمديرية الخدمات الطبية العسكرية في قطاع غزة. رسالة ماجستير في برنامج القيادة الادارة.** جامعة الأقصى. فلسطين.

12- العجوري، وجاد حسين إبراهيم .(2007). **فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية.** رسالة الماجستير في علم النفس. الجامعة الاسلامية. غزة.

13- الشاذلي، محمود خليل، وربيع، عطا الله، و أحمد، حافظ محمد، و حجازي، سعد، و السباعي، زهير، و قرنفل، نبيل وآخرون. (2011). **طب المجتمع.** لبنان: أكاديميا إنترناشيوتال بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية.

14- الشمالي، نضال عبد اللطيف. (2015). **العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي – برنامج غزة للصحة النفسية.** رسالة ماجستير في التربية منشورة. الجامعة الإسلامية- غزة.

15- بوترعة، صالح. (2009). **آليات التواصل عند ابن العربي.** رسالة ماجستير في الأدب العربي منشورة. لسانيات الخطاب. جامعة الحاج لخضر باتنة. الجزائر.

16- بيك، أرون. ترجمة عادل مصطفى. (2000).**العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية.** ط 1. بيروت:دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

17- حافري، زهية غنية. (2015). **دور لعبة الفيديو رومسيونRe-Mission في التسيير الذاتي للمرض و إنعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان.** رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة سطيف. الجزائر.

18- حماد، منيا سميح مصطفى. (2012). **القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاض المتكرر.** رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي منشورة. الجامعة الإسلامية. غزة.

19- حدان، إبتسام. (2014). **فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى و غير المرضى بمدينة ورقلة.** رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.

20- حبيب، مجدي عبد الكريم .(1991). **القلق العام والخاص دراسة عاملية لاختبارات القلق،** الجمعية المصرية للدراسات النفسية. بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

21-زعطوط، رمضان. (2014). **نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات.** رسالة دكتوراه منشورة.جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.

22-دورون، رولان ؛ بارو، فرانسواز. (1996). **موسوعة علم النفس.** المجلد 02. ط 1، بيروت لبنان: عويدات للنشر والطباعة.

23-رماش، صبرينة. (2008). **الفعالية الاتصالية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية دراسة ميدانية في الشركة الوطنية للكهرباء والغاز SONELGAZ.** رسالة الدكتوراه في علم الاجتماع منشورة. جامعة منتوري- قسنطينة. الجزائر.

24-زهران، حامد عبد السلام.(2005) **الصحة النفسية والعلاج النفسي.** ط2 . القاهرة(مصر): عالم الكتب.

25-زرمان، محمد .(2009). **فعل التواصل :مقاربة في الابعاد والشروط** . مشاركة في مؤتمر فيلادلفيا الرابع عشر.

26-سرحان، وليد، والخطيب، جمال، والحباشنة، محمد .(2008). **الاكتئاب.** عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

27-سليمان، مهند محمد رقعت رمضان .(2014). **فاعلية برنامج معرين سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة.** رسالة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعيةً. الجامعة الاسلامية غزة. فلسطين.

28-الشاذلي، محمود خليل، وربيع، عطا الله، و أحمد، حافظ محمد، و حجازي، سعد، و السباعي، زهير، و قرنفل، نبيل وآخرون. (2011). **طب المجتمع.** لبنان: أكاديميا إنترناشيوتال بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية.

29-تايلور، شيلي.(2008). ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاكر داود،**علم النفس الصحي**. ط1. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

30- شارف، خوجة مليكة.(2011). **مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين دراسة مقارنة في المراحل التعليمية الثلاث (ابتدائي، متوسط، ثانوي)**. رسالة ماجستر غير منشورة. جامعة تيزي وزو. الجزائر.

31- صالح، عبد المحي محمود حسن. (2003). **الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي**. مصر: دار المعرفة الجامعية. .

32-طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين. (2006). **إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية**. ط1. عمان (الأردن): دار الفكر.

33-الحجاوي، عبد الكريم. (2004). **موسوعة الطب النفسي**. ط1. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

34-عثمان، فاروق السيد. (2001). **القلق وإدارة الضغوط النفسية**. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.

35-عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد.(2008). **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية**. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

36-عقون، آسيا. (2012). **الضغط النفسي والمهني وعلاقته باستجابة القلق لدى معلمي التربية** الخاصة.رسالة ماجستير في علم النفس العيادي منشورة. جامعة فرحات عباس سطيف. الجزائر.

37-عبد الله، محمد قاسم.(2016). مفهوم الصحة النفسية ومظاهرها. في ***مدخل الى الصحة النفسية***.(14-21). الأردن :دار الفكر.

38-عبد الله، محمد قاسم.(2012). مفاهيم علم النفس الصحة ونظرياته، وعلاقته بالعلوم الأخرى. في ***علم نفس الصحة*** . (12-20).الأردن: دار الفكر.

39-غانم، محمد حسن .(2009). **مقدمة في علم الصحة النفسية "تأصيل نظري ودراسات ميدانية"**. ط1. الإسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

40-فايد، حسين .(2001). **الاضطرابات السلوكية : تشخيصها، أسبابها، علاجها**. القاهرة (مصر): دار طيبة للنشر والتوزيع.

41-فرج، عبد اللطيف حسين.(2009). **الاضطرابات النفسية "الخوف-القلق-التوتر-الانفصام-الامراض النفسية للأطفال**. ط1. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

42-فرويد، سيغموند ، ترجمة محمد عثمان نجاتي.(1989). **الكف،العرض، القلق**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

43-فتحي، عبد الفتاح محمد .(2012). **مرض السرطان من منظور.طبي- اجتماعي دراسة تحليلية اجتماعية**. مجلة ابحاث كلية التربية الأساسية.المجلد (12) العدد (1).

44-قرنفل، نبيل، وحلاج، زهير، وصبري، بلقاسم، وعبد اللطيف، أحمد، والخطيب، أسامة، وأرناؤوط، سعيد، وجوخدار، عبد الحليم، والشيخ، غانم، والدرازي، فريدة، والشريجي، نجيب. (2007). **الادارة الصحية**. لبنان: أكاديميا إنترناشيوتال بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية.

45-كردية، أيمن زكي سعيد .(2011). **مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فعالية الخدمة الصحية – من قجهة نظر جمهور المراجعين**. رسالة ماجستر في ادارة الأعمال منشورة. الجامعة الاسلامية –غزة-.فلسطين.

46-كفافي، علاء الدين. (1990). **الصحة النفسية**. ط 4. القاهرة: دار هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان.

47-محمود، ماجدة حسين.(2009). **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي**. مجلة دراسات نفسية.19(2)، 261-311.

48-مقداد، محمد ، والأنصاري، منى، والعنزي، عطاء الله .(2014). **الخبرة المعيشة للمتعافين من السرطان: دراسة فينومينولوجية**. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 17/ديسمبر، -16.

49-مزلوق، وفاء.(2014). **استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميداتية بالعيادة المتعددة الخدمات "قماش أحمد"-سطيف-**. رسالة ماجستير في علم النفس منشورة . جامعة الهضاب02 - سطيف- .الجزائر.

50-محدب، رزيقة.(2011). **الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس وعلاقته بظهور القلق (حالة- سمة) دراسة ميدانية بولاية تيزي وزو**. رسالة ماجستير منشورة. جامعة مولود معمري. الجزائر.

51-مرازقة، وليدة .(2009). **مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتجيات المواجهة لدى مرضى السرطان**. رسالة ماجستير منشورة. جامعة الحاج لخضر باتنة. الجزائر.

المراجع باللغة الاجنبية:

52- Arraras, J.I., Kuljanic-Vlasic, K., Bjordal, K., Yun, Y.H., Efficace, F., Holzner, B., Mills, J., Greimel, E., Krauss, O., Velikova, G. (2007). EORTC Quality of Life Group, EORTC QLQ-INFO26: a questionnaire to assess information given to cancer patients a preliminary analysis in eight countries. *Psycho-Oncology*,16(3), 249-254.

53- Andrade, C., Lima, M. L., Fornara, F., Bonaiuto, M.(2012).Users 'views of hospital Environmental Quality validation the perceived hospital Environment Quality indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, 32(2), 97-111.

54- Abraham, C., Conner, M.,Jones, F., O'Connor, D .(2008).Health Psychology"Topics in Applied Psychology". Britain :Hodder Education.

55- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A. (2005), Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330(7493), 702-705. DOI: 10.1136/bmj.38343.670868.D3

56- Burhan, H. D., Intesar, A. A. (2016). Assessment of Depression among Cancer Patients in Babylon City. kufa Journal for Nursing sciences, 6(1), 9-16.

57- Berry, D. (2007). Health communication: Theory and practice. United Kingdom: Published by Open University Press.

58- Banyard, P. (2002) .Psychology in practice: health. London: Hodder & Stoughton.

59- Bitsani, E. (2013).Theoretical Approaches to the Organizational Culture and the Organizational Climate: Exploratory Research Examples and Best Policies in Health Care Services. *Journal of Human Resource Management*, 1 (4), 48-58.

60- Catane, R., Cherny, N. I., Kloke, M., Tanneberger, S., Schrijvers, D. (2006). Handbook of Advanced Cancer Care. Italy: Taylor & Francis.

61- Cegala, D. J, Post, D. M.(May 2009).The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 202- 208, DOI: 10.1016/j.pec.2009.03.025

62- Clayton, S. D. (Sep 2012).The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology. the United States of America : Oxford University Press.
63- Sanderson, C. A.(2013). Health Psychology. (2nd edition) .New York: Wiley.
64- Claramita, M., Nugraheni, M. D. F., Dalen, J. V., Vleuten, C.V. D.(2013). Doctor–patient communication in Southeast Asia: a different culture?. *Advances in Health Sciences Education*, 18(1),15–31.
65- Drub, B. H., Alkediry, I. A. (2016). Assessment of Depression among Cancer Patients in Babylon City. *kufa Journal for Nursing sciences*, 6(1), 9-16.
66- Ettinger, D. S. (2009). Supportive care in cancer therapy. Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-291-5
67- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). Health Psychology Biopsychosocial Interactions. United States of America: John Wiley & Sons.
68- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shieldsa, C .G., Meldruma, S. C., Kravitzd, R. L., Dubersteinb, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7),1516–1528
69- Epstein, R.M., Street, R.L. (2007). *Patients-Centred Communication in Cancer Care Promoting Healing and Reducing Suffering*. USA: National cancer Institute.
70- European Society for Medical Oncology. (2012). DEPRESSION IN CANCER PATIENTS. 16/04/2016. Available from: http://oncologypro.esmo.org/content/ download/36584/726126/file/anxiety-depression-cancer-patients-Maria-Die-Trill.pdf
71- Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., Sullivan, R. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The Lancet Oncology*, 14(12), 1165–1174.
72- Farooqi, Y. N., Chaudhry, M. (2012). Depression and Anxiety Reported by Patients with Cancer of Breast and Uterus. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(8),189 - 193.
73- Faller, H. (2012). Patient-centered communication in the physician-patient relationship. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* , 55(9), 1106-1112.

74- Fagerlind, H. (2012). *Patient-Physician Communication in Oncology Care: The character of, barriers against, and ways to evaluate patient-physician communication, with focus on the psychosocial dimensions* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis).

75− Feldman-stewart. D., Brundage, M.D., Tishelman, C. (2005). A conceptual framework for patient–professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology*,14(10), 801–809. .

76- Gagnon, S., & Ouedraogo, S. (2011). Climat psychologique et «santé» du milieu de travail. International Journal of Knowledge, Culture and Change Management, 10(12), 1-15.

77- Gao, W., Bennett, M.I., Stark, D., Murray, S., Higginson, I.J. (2010). Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: prevalenc, associated factors and clinical implications. *European journal of cancer*, 46(11), 2036-2044.

78- Gold, M., Dunn, L. B., Phoenix, B., Paul, S. M., Hamolsky, D., Levine, J. D., Miaskowski, C. (2015). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing* , 20, 97-105.

79- Gremigni, P., Sommaruga, M., Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient education and counseling*, 71(1), 57-64.

80- Gellman, M. D., Turner, J. R. (2013). Encyclopedia of behavioral medicine. New York, NY: Springer.

81- Gershon, R.R., Stone, P.W., Bakken, S., Larson, E. (12/2003);. Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 33-40. DOI: 10.1097/00005110-200401000-00008

82- Guex, P. Translated by Heather Goodare.(1994). An introduction to psycho-oncology. London and New York: Routledge.

83- Gebhart. G.F., Schmidt. R F. (2013). Ed 2. Encyclopedia of Pain. Springer Verlag Berlin Heidelberg.

84- Hong, J. S., Tian, J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Support Care Cancer*, 22(1),453–459. DOI 10.1007/s00520-013-1997-y

85- Hadjistavropoulos,T., Craig, K. D. (2004). Pain Psychological Perspectives. Mahwah, N.J., London: Lawrence Erlbaum.

86- Halldórsdóttir, S., Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20(2), 120-128.
87- Hillen, M. A., de Haes, H. C., van Tienhoven, G., Bijker, N., van Laarhoven, H. W., Vermeulen, D. M., & Smets, E. M. (2015). All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. *Breast cancer research and treatment*, 153(1), 161–171. DOI 10.1007/s10549-015-3486-0
88- Hamdi, C. M., Bouharati, K., Kara, L., Rouabah, H., Hammouda, D., Fouatih, Z. (2017). Les cancers en AlgérieDonnées Épidémiologiques duRéseau National des Registres du CancerAnnée 2015. http://www.ennoursetif.org/files/2017_final_brochure_reseau_national_registres_du_c.pdf.
89- Iversen, H.H., Holmboe, O., Bjertnæs, O.A. (2012).The Cancer Patient Experiences Questionnaire (CPEQ): reliability and construct validity following a national survey to assess hospital cancer care from the patient perspective. *BMJ Open*, 2(5), e001437. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001437
90- Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., & Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC cancer*, 10(1), 594.
91- Jenkinson, C., Coulter ,A., bruster, S., richards, N., chandola, T . (2002). Patients' experiences and satisfacation with health care:results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual saf health care*, 11(4), 335-339.
92- Kelvin, J. F., Tyson, L. B. (2011). 100 Questions & Answers About Cancer Symptoms and Cancer Treatment Side Effects . (Second Edition). United States of America: Jones & Bartlett Learning.
93- Kissane, D. W., Maj, M., & Sartorius, N. (Eds.). (2011). Depression and cancer. Chichester, England:Wiley-Blackwell.
94- Lutz, S., Chow, E., Hoskin, P. J. (2013). Radiation oncology in palliative cancer care . USA: John Wiley & Sons.
95- Lovibond, P. F and lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states:Comparison of the depression anxiety stress scales (dass) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.

96- Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K., & Vang, P. (2007) . Stressors and coping among female cancer survivors after treatment. *Cancer Nursing*, 30 (2), 101-111.
97- Landier, W. (2011). Adherence to Oral Chemotherapy in Childhood Acute Lympho-blastic Leukemia: An Evolutionary Concept Analysis. *Oncology nursing forum*, 38(3), 343–352.
98- Miller, S., Lo C., Gagliese, L., Hales, S., Rydall, A., Zimmermann, C., Li M., Rodin, G. (2011). Patterns of depression in cancer patients: An indirect test of gender-specific vulnerabilities to depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(8), 767-74. DOI: 10.1007/s00127-010-0246-7
99- Meijer, A., Roseman, M., Delisle, V.C., Milette, K., Levis, B., Syamchandra, A., Stefanek, M.E., Stewart, D.E., de Jonge, P., Coyne, J.C., Thombs, B.D. (2013). Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 75(1), 1-17.
100- Månsson, J., Kebede, B. G. (2015). *The role of communication in cancer consultations; An exploratory study of doctor-patient-family caregiver communication in Uganda and Ethiopia*. (Master's thesis).
101- Makoul, G., Krupat, E., Chang, C.H. (2007). Measuring patient views of physician,communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient education and counseling*, 67(3), 333-342
102- Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Shao,Y., Feuer, E. J., Brown, M. L.(2011). Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010–2020.J Natl Cancer Inst,103(2), 117–128.
103- Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7),1087-1110.
104- Michie, S. And Abraham, C. (2004) . Health psychology in practice. Australia : blackwell publishing.
105- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise, S. H., & Zwick, M. L. (2003). Psychosocial oncology. Handbook of psychology.
106- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B., & Sjoden, P.O. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: A clinical model. *European Journal of Cancer*, 37(3),376-384.

107- Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian journal of internal medicine*, 5(3),167-70.
108- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029. DOI:10.1080/00207594.2012.755535
109- Pereira, M. G., Figueiredo, A. P,, Fincham, F.D.(2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*,16 (3), 227-232.
110- Paget, L., Han, P., Nedza, S., Kurtz, P., Racine, E., Russell, S., & Von Kohorn, I. (2011). Patient-clinician communication: Basic principles and expectations. Washington, DC: IOM Working Group Report, Institute of Medicine.
111- Palazzolo, J. (2007). Dépression et anxiété " Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge". Paris: Elsevier Masson.
112- Watson, R. R and Preedy, V. R. (2010) .Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. New York: Springer.
113- Rapoport. Y. S., Kreitler, S., Chaitchik, R., Algor, K., Weissler. (1993). Psychosocial problems in head-and-neck cancer patients and their change with time since diagnosis. *Annals of Oncology*, 4 (1), 69-73.
114- Sehlen, S., Hollenhorst, H., Schymura, B., Herschbach, P., Aydemir, U., Firsching, M., Dühmke, E. (2003). Psychosocial Stress in Cancer Patients during and after Radiotherapy. *Strahlentherapie und Onkologie*, 179 (3),175–80. DOI 10.1007/s00066-003-1018-z
115- Singh, R. P. B., Singh, H., Singh, C. J., & Kaur, K. T. (2015). Screening of Psychological Distress in Cancer Patients During Chemotherapy: A Cross-sectional Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(3), 305–310. http://doi.org/10.4103/0973-1075.164887
116- Lee, S. M. (2003). A review of language and other communication barriers in health care. Portland: US Department of Health and Human Services.
117- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. N. H., Beeny, L. J., & Dunn, S. M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14 (1), 48- 56.

118- Schreier, A.M., Williams, S.A.(2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *In Oncology nursing forum*, 31(1), 127-30.
119- Steginga, S., Occhipinti, S., Wilson, K., Dunn, J. (1998). Domains of distress: the experience of breast cancer in Australia. *In Oncology nursing forum*, 25(6),1063-1070.
120- Schlag, P. M., Berlin, H.-J. Senn, St. Gallen. (2006). Communication in Cancer Care, Germany: Springer-Verlag.
121- Siminoff. L.A, Ravdin, P., Colabianchi, N., & Sturm, C. M. S. (2000). Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health expectations*, 3(1), 26-36.
122- Shute, C.(2013). The Challenges of Cancer Pain Assessment and Management. *The Ulster medical journal*, 82(1),40-42.
123- Salamonson, A. (2013). Doctor-Patient Communication and Cancer Patient's Choice of Alternative Therapies as Supplement or Alternative to Conventional Care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(1),70-76.
124- Schneider, B., Barbera, K. M. (2014).The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture. the United States of America: Oxford University Press.
125- Schmidt, K., Gensichen, J., Petersen, J.J., Szecsenyi, J., Walther, M., Williams, G., & Freund, T. (2012). Autonomy Support in Primary Care—Validation of the German Version of the Health Care Climate Questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(2), 206-211. http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.06.003
126- Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. J., Bettencourt, A. (2010).The influence of breast cancer survivors' Perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. Psychology & Health, 25(4), 433-49.
127- Taylor, S. (2015) .Health Psychology. (9th ed).United States: McGraw-Hill Education.
128- Tavoli, A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z. and Melyani, M. (2008) ,Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC cancer*, 8(1), 177.
129- Thorne, S., Oliffe, J. L., Stajduhar, K. I., Oglov, V., Kim-Sing, C., Hislop, T. G. (2013). Poor Communication in Cancer Care Patient Perspectives on What It Is and What to Do About It. *Cancer nursing*, 36(6),445-453.

130- Thorne, S., Hislop, T. G., Kim-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2014). Changing Communication Needs and Preferences Across the Cancer Care Trajectory: Insights from the Patient Perspective. *Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1009-1015.
131- Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115-1145.
132- Tossani, E. (2013).The Concept of Mental Pain. *Psychother Psychosom*, 82(2), 67-73. DOI:10.1159/000343003
133- Thomas, R. K. (2006). Health communication. the United States of America: Springer Science & Business Media.
134- Tarn, D.M., Young, H. N., Craig, B. M. (August 2012). Development of the patient approach and views toward healthcare communication (PAV-COM) measure among older adults. *BMC Health Services Research*, 12(1), 289.
135- Tran, T. D., Tran, T., Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC psychiatry*, 13(1), 24.
136- Yoon, J. Y., Roberts, T., Grau, B., & Edvardsson, D. (2015). Person-centered Climate Questionnaire-Patient in English: A psychometric evaluation study in long-term care settings. Archives of gerontology and geriatrics, 61(1), 81-87.
137- Vogel, B. A., Leonhart, R., Helmes, A. W. (2009). Communication matters: The impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 391–397.
138- Watson, M., & Kissane, D. W. (Eds.). (2011). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. John Wiley & Sons.
139- Wynia, M.K., Johnson, M., McCoy, T.P., Griffin, L.P., Osborn,C.Y. (2010). Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. *American Journal of Medical Quality*, 25(6), 436-443.

140- Wynia, M. K., and Osborn, C.Y.(2010). Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations. *J Health Commun*, 15(Suppl 2), 102–115. doi:10.1080/10810730.2010.499981
141- Wasserman, D. (2011) . Depression. New York: Oxford University Press.

142- Wright, E.B., Holcombe, C., Salmon, P. (2004). Doctors' Communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study, BMJ,10,328 (7444):864.

143- Willard, M. (2013), Soigner la dépression professionnelle par les TCC. Paris: Elsevier Health Sciences.

144- Zachariae, R., Pedersen, C.G., Jensen, A.B., Ehrnrooth, E., Rossen, P.B., von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. British journal of cancer,88(5), 658-665.

المواقع:

145- بوضياف، عبد المالك ، **الملتقى التقييمي الجهوي لولايات الوسط وأقصى الجنوب**،الجزائر ، فندق الرياض 06 و 07 ديسمبر ، التصفح2016/04/20 ،
http://www.sante.dz/Rencontre_evaluation_alger_/allocation_ministre_ar.pdf

146- حريشان، حسام، البروفيسور بوزيد ينتقد سياسة علاج السرطان بالجزائر، **صحيفة الخبر**، 2016/05/12، الموقع: http://www.elkhabar.com/press/article/11793

147- رضوان، سامر جميل.(2002). **الصحة النفسية**. الأردن: دار المسيرة، 21-05-2017 ، الموقع:http://arabpsynet.com/Books/Samer.B1.htm

148- شايت، راضية ، 40 ألف جزائري يصابون بداء السرطان كل سنة، **جريدة النهار**، 2016/04/30 الموقع : http://www.ennaharonline.com/

149- فقيه، عبد الله حسن. (2003). دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة. 2015/03/14 الموقع:
http://www.eajaz.org/index.php?option=com_content&view=article&id=835

150- موسوعة ويكيبديا، السرطان، تاريخ الدخول 2016/03/9(https://ar.wikipedia.org)) .

151- موقع Oxford Business Group، 2014/08/16، www.oxfordbusinessgroup.com

152- World Health Organization(WHO). Cancer. 20/02/2016. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/

الملاحق

الملحق رقم(1): النسخة الأولية لاستبيان مناخ الرعاية الصحية (بالعربية)

نقدم إليك سيدي الفاضل / سيدتي الفاضلة مجموعة من العبارات مرفقة ببعض الأسئلة ، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا، ثم الاجابة عنها بوضع علامة (X) أمام الجواب الذي يناسبك، والقراءة الجيدة لكل عبارة قبل الاختيار، مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة، ونعلمكم السرية التامة لكل المعلومات التي ستقدمونها لنا.

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

السن: .....

المستوى التعليمي:

☐ أمي ☐ إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي

مدة الاصابة بالمرض:.....

نوع العلاج: كميائي ☐ اشعاعي ☐ جراحي ☐

رقم البند	العبارات	أبدا	أحيانا	غالبا	دائما
1	أتلقى معلومات مفهومة من الفريق الطبي عن نتائج الفحوصات الطبية.				
2	لما أشعر بقلق حول حالتي، يناقش الفريق الطبي معي ذلك.				
3	أتلقى معلومات من الفريق الطبي عن مخاطر وفوائد العلاج.				
4	يحرص الفريق الطبي على عرض الخيارات عليّ.				
5	يشرح الفريق الطبي التعليمات حتى أتمكن من فهمها.				

6	أحصل على ما يكفي من المعلومات حول مرضي.				
7	يظهر الفريق الطبي احترام لما أقوله.				
8	لما أشعر بمخاوف حول علاجي، يناقش الفريق الطبي معي ذلك.				
9	يتأكد الفريق الطبي من فهمي للتعليمات التي يقدمونها.				
10	يشجعني الفريق الطبي على طرح الأسئلة.				
11	يستمع الفريق الطبي لي بعناية واهتمام.				
12	يتأخر الفريق الطبي في الحضور إليّ كلما كنت بحاجة اليهم.				
13	ينظر الفريق الطبي لي عندما أتكلم معهم.				
14	إذا كنت في حاجة الى التكلم مع الفريق الطبي أحصل على فرصة لذلك.				
15	أثق في الفريق الطبي.				
16	الفريق الطبي يعاملوني بأسلوب سيء.				
17	يتأكد الفريق الطبي عما إذا كان لدي أي أسئلة.				
18	لا يجلس الفريق الطبي معي الوقت الكافي.				

الملحق رقم(2): النسخة الأولية لمقياس الاكتئاب،القلق والضغط (بالعربية)

الرقم	العبارات بالانجليزية	العبارات بالعربية	الملاحظات
1	I found it difficult to relax	وجدت صعوبة في الاسترخاء.	
2	I was aware of dryness of my mouth	كنت على علم بوجود جفاف في فمي.	
3	I couldn't seem to experience any positive feeling at all	لم أكن قادرا على تجربة أي شعور إيجابي على الإطلاق.	
4	I experienced breathing difficulty (eg, excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	لقد واجهت صعوبة في التنفس (على سبيل المثال، التنفس بشكل سريع، وضيق في التنفس، في غياب مجهود بدني).	
5	I found it difficult to work up the initiative to do things	وجدت صعوبة في المبادرة بفعل الأشياء.	
6	I tended to over-react to situations	أميل إلى المبالغة في ردود الفعل.	
7	I experienced trembling (eg, in the hands)	أصابني ارتجاف (مثلا في الأيدي).	
8	I felt that I was using a lot of nervous energy	شعرت بأنني كنت أستخدم الكثير من الطاقة العصبية.	
9	I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	شعرت بالقلق حول الحالات التي قد أصاب فيها بالذعر، والتي أكون فيها مغفل.	
10	I felt that I had nothing to look forward to	شعرت بأني ليس لديّ ما أتطلع إليه.	

	وجدت نفسي منفعلا.	I found myself getting agitated	**11**
	وجدت صعوبة في الاسترخاء.	I found it hard to wind down	**12**
	شعرت بأني محبط وحزين.	I felt down-hearted and blue	**13**
	تعصبت من الأشياء التي تمنعني من القيام بأعمالي.	I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	**14**
	شعرت بأني على وشك الاصابة بالذعر.	I felt I was close to panic	**15**
	أعجز عن التحمس نحو أي شيء.	I was unable to become enthusiastic about anything	**16**
	شعرت بأني لا أستحق الكثير كشخص.	I felt I wasn't worth much as a person	**17**
	شعرت بأني كنت حساس نوعا ما.	I felt that I was rather touchy	**18**
	شعرت بخفقان قلبي في غياب أي جهد بدني(مثلا زيادة في ضربات القلب، توقف ضربات القلب)	I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (eg, sense of heart rate increase, heart missing a beat)	**19**
	شعرت بالخوف من دون أي مبرر وجيه.	I felt scared without any good reason	**20**
	شعرت بأن الحياة لا معنى لها.	I felt that life was meaningless	**21**

بدائل مقياس الاكتئاب،القلق والضغط (DASS):

البدائل بالانجليزية	البدائل بالعربية	الملاحظات
Did not apply to me at all.	لا ينطبق عليّ اطلاقا.	
Applied to me to some degree, or some of the time .	تنطبق عليّ إلى حد ما، أو في بعض الأوقات.	
Applied to me to a considerable degree, or a good part of time.	تنطبق عليّ بدرجة كبيرة،أو في أغلب الأوقات.	
Applied to me very much, or most of the time.	تنطبق عليّ تماما،أو معظم الوقت.	

الملحق رقم (3): النسخة الأولية لاستبيان مناخ الرعاية الصحية (بالعامية)

نقدم إليك سيدي الفاضل / سيدتي الفاضلة مجموعة من العبارات مرفقة ببعض الأسئلة ، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا، ثم الاجابة عنها بوضع علامة (X) أمام الجواب الذي يناسبك، و القراءة الجيدة لكل عبارة قبل الاختيار، مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة، ونعلمكم السرية التامة لكل المعلومات التي ستقدمونها لنا.

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

السن: .....

المستوى التعليمي:

☐ أمي ☐ إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي

مدة الاصابة بالمرض:.....

نوع العلاج: ☐ كميائي ☐ اشعاعي ☐ جراحي

الرقم	العبارات	مكانش خلاص	قليل	ساعات	ديمة
1	إيفهموني الطبة مْليحْ في وش لقَاو عَنْدي.				
2	كي نُقْلقْ عْلَى حَالْتي، يَهْدَرْو مْعَيَا الطْبة ويْفَهموني.				
3	يْقُلولي الطْبة واش يْديرْلي الدواء كي نَعْمْلُو.				
4	يعلموني الطبة بنوع العلاجات لي ممكن تساعدني.				
5	يْكَلموني الطبة بلُغَة سَاهْلَة نَفْهَمْهَا.				
6	يْقلولي الطبَة كُلَشْ علَى لَمْرَض تَاعي.				
7	يَحْتَرْمُوني الطُبَة كي نْكُونْ نهْدر مْعَاهَم				

8	كي نْخَاف مَن الدْوَا، يْفَهموني فيه الطُبَة.				
9	الطُبَة يَتَأكْدُو بَلي فْهَمْت وَاشْ قَالُولي نْديرْ.				
10	الطُبَة يْشَجْعُوني بَاهْ نْزيدْ نْسَقْسيهَمْ.				
11	كي نهدر يسمعولي الطبة مليح.				
12	كي نَحْتَاجْ الطُبَة يْطَوْلُو بَاهْ يْجوْني.				
13	كي يحكو معايا الطُبَة يغزرو فيا.				
14	نقدر نحكي مع الطُبَة وقت لي نحب.				
15	واثق في الطبة.				
16	الطبة ما يعملونيشش مليح.				
17	يتأكدو الطبة بلي ماعنديش واش نسقسي.				
18	الطبة ما يمدوليش الوقت الكافي بَاه نحكي معاهم.				

الملحق رقم (4): النسخة الأولية لمقياس الاكتئاب القلق والضغط (بالعامية)

الرقم	العبارات بالعامية	لالا	ساعات	بزاف	ديمة
1	تْجيني صْعيبَة بَاشْ نهدا.				
2	كُنْتْ عْلَبَالي بَلي فُمي شَايَحْ.				
3	تْبَانْلي مَا كُنْتَشْ قَادَرْ نْجَرَبْ شُعُورْ مْلِيحْ خْلاَصْ.				
4	صْرَاتْلي وينْ مَاقْدَرْتَش نَتْنَفَسْ مْليحْ (مثلا حكمتني ضيقة في التنفس بلا ما تعبت روحي).				
5	تْجيني صْعيبَة نُوضْ نقْضي صْوالْحي.				
6	وَليتْ نَزْعَفْ بَزَافْ على حوايج ما تستاهلش .				
7	تَحْكَمْني الرَعْشَه في يَديَّ.				
8	حَسيتْ بْروحي بَلي مْنَرفزْ بَزافْ.				
9	نحَس بَالْقُلْقَة كي نْخَافْ، وَلاَ كي مَنَعْرفْش نَتْصَرَفْ.				
10	حَسيتْ بَلي مَعَنْديشْ حَاجَة نْعيشْ عْلَجَالْهَا.				
11	حَسيتْ بْرُوحي مْنَرْفَز.				
12	لْقيتْ صُعُوبَه بَاشْ نصيب راحتي.				
13	حَسيتْ بَلْغُمَة والحُزنْ.				
14	نُقْلَقْ مَنْ أَي حَاجَه تْعَطَلْني على خدمة لازم نديرها.				
15	حَسيتْ بَلي رَايْح نْخَافْ.				
16	مَاعُدْتَشْ قَادَرْ نتحمّس لحتى حاجة.				
17	حَسيتْ بَلي مَعَنْدِيشْ قِيمَة كشخص.				
18	حَسيتْ بَلي كُنْتْ حَسَاسْ شْوِي.				
19	حَسيتْ بَالرَدْكَة في قَلْبي تْجي وَحَدْهَا.				
20	حَسيتْ بَالْخَوفْ بْلاَ سَبَه.				
21	حَسيتْ بَلي لَحْيَاةْ مَعَنْدهَاشْ مَعْنى.				

الملحق رقم (5): قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	الاستاذ	التخصص	الرتبة	الجامعة
01	وازي الطاوس	علم النفس	أستاذ محاضر –أ–	جامعة ورقلة
02	أحمد بن دانية	علم النفس	أستاذ التعليم العالي	جامعة الملك فهد للبترول و المعادن –المملكة العربية السعودية–
03	محمد تيغزة	علم النفس	أستاذ التعليم العالي	جامعة الملك سعود
04	بوفلجة غيات	علم النفس	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران
05	نادية بوشلالق	علم التفس	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة
06	مصطفى عشوي	علم النفس	أستاذ التعليم العالي	الجامعة العربية المفتوحة - الكويت–
07	سليم خميس	علم النفس	أستاذ محاضر –أ–	جامعة ورقلة
08	هادية بن صدوق	لغة أنجليزية	أستاذ محاضر –أ–	جامعة عنابة
09	بن حمادي جميلة	لغة أنجليزية	أستاذة	/

الملحق رقم (6): قائمة الأطباء والأخصائيين النفسانيين المحكمين

الرقم	الاسم	الوظيفة	المركز
1	أمينة بشكي	أخصائية نفسية	مركز مكافحة السرطان بورقلة
2	كاكي فتيحة	أخصائية نفسية	مركز مكافحة السرطان بورقلة
3	خضراوي التجاني	اطار شبه طبي	مركز مكافحة السرطان بورقلة

الملحق رقم (7): النسخة النهائية لاستبيان مناخ الرعاية الصحية(بالعربية)

نقدم إليك سيدي الفاضل / سيدتي الفاضلة مجموعة من العبارات مرفقة ببعض الأسئلة ، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا، ثم الاجابة عنها بوضع علامة (X) أمام الجواب الذي يناسبك، و القراءة الجيدة لكل عبارة قبل الاختيار، مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة، ونعلمكم السرية التامة لكل المعلومات التي ستقدمونها لنا.

البيانات الشخصية:

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

السن: .....

المستوى التعليمي:

☐ أمي ☐ متوسط ☐ إبتدائي ☐ ثانوي ☐ جامعي

مدة الاصابة بالمرض:.....

نوع العلاج: ☐ كميائي ☐ اشعاعي ☐ جراحي

الرقم	العبارات	أبدا	أحيانا	غالبا	دائما
1	أتلقى معلومات مفهومة من الأطباء عن نتائج الفحوصات الطبية.				
2	عندما أشعر بقلق حول حالتي، يناقش الأطباء معي ذلك .				
3	أتلقى معلومات من الأطباء عن مخاطر وفوائد العلاج.				
4	يحرص الأطباء على عرض خيارات العلاج عليّ.				
5	يشرح الأطباء كل التعليمات حتى أتمكن من				

	فهمها.				
6	أحصل على ما يكفي من المعلومات حول مرضي.				
7	يظهر الأطباء احترام لما أقوله.				
8	عندما أشعر بمخاوف حول علاجي، يناقش الأطباء معي ذلك.				
9	يتأكد الأطباء من فهمي للتعليمات التي يقدمونها.				
10	يشجعني الأطباء على طرح الأسئلة.				
11	يستمع الأطباء لي بعناية واهتمام.				
12	يتأخر الأطباء في الحضور إليّ كلما كنت بحاجة إليهم.				
13	ينظر الأطباء لي عندما أتكلم معهم.				
14	في حالة رغبتي بالحديث إلى الأطباء أحصل على فرصة لذلك.				
15	أثق في الأطباء.				
16	يعاملني الأطباء بأسلوب سيء.				
17	يتأكد الأطباء عما إذا كان لدي أي أسئلة.				
18	لا يجلس الأطباء معي الوقت الكافي.				

الملحق رقم (8): النسخة النهائية مقياس الاكتئاب القلق والضغط (بالعربية)

الرقم	العبارات باللغة العربية	لا ينطبق عليّ اطلاقا	تنطبق عليّ الى حد ما	تنطبق عليّ بدرجة كبيرة	تنطبق عليّ تماما
1	وجدت صعوبة في أن أهدأ.				
2	كنت على علم بوجود جفاف في فمي.				
3	يبدو أنني لم أكن قادرا على تجربة أي شعور إيجابي على الإطلاق.				
4	لقد واجهت صعوبة في التنفس (على سبيل المثال، التنفس بشكل سريع، وضيق في التنفس، في غياب مجهود بدني).				
5	وجدت صعوبة في المبادرة بفعل الأشياء.				
6	أميل إلى المبالغة في ردود أفعالي تجاه المواقف.				
7	أصابني ارتجاف (مثلا في الأيدي).				
8	شعرت بأنني كنت أستخدم الكثير من الطاقة العصبية.				
9	شعرت بالقلق حول الحالات التي قد أصاب فيها بالذعر، والتي أكون فيها مغفل.				
10	شعرت بأنه ليس لديّ ما أتطلع إليه.				
11	وجدت نفسي منفعلا.				
12	وجدت صعوبة في الاسترخاء.				
13	شعرت بالحزن والاكتئاب.				

14	تعصبت من أي شيء يمنعني من فعل ما عليّ القيام به.				
15	شعرت بأنني على وشك الإصابة بالذعر.				
16	عجزت عن التحمس لأي شيء.				
17	شعرت بأنه ليست لي قيمة كبيرة كشخص.				
18	شعرت بأني كنت حساسا نوعا ما.				
19	شعرت بخفقان قلبي في غياب أي جهد بدني (مثلا زيادة في ضربات القلب)				
20	شعرت بالخوف من دون أي مبرر مقبول.				
21	شعرت أن الحياة لا معنى لها.				

الملحق رقم (9): النسخة النهائية لاستبيان مناخ الرعاية الصحية(بالعامية)

الرقم	العبارات	مكانش خلاص	قليل	بزاف	ديمة
1	إيفهموني الطبة مْليحْ في وش لقَاو عَنْدي.				
2	كي نُقْلقْ عْلَى حَالْتي، يَهْدَرْو مْعَيَا الطْبة ويْفَهموني.				
3	يْقُلولي الطْبة واش يْديرْلي الدواء كي نَعْمْلُو.				
4	يْكَلموني الطبة بلُغَة سَاهْلَة نَفْهَمْهَا.				
5	يْقلولي الطبَة كُلَشْ علَى لَمْرَض تَاعي.				
6	يَحْتَرْمُوني الطُبَة كي نْكُونْ نهْدر مْعَاهَم				
7	كي نْخَاف مَن الدْوَاء، يْفَهموني فيه الطُبَة.				
8	الطُبَة يَتَأكْدُو بَلي فْهَمْت وَاشْ قَالُولي نْديرْ.				
9	الطُبَة يْشَجْعُوني بَاهْ نْزيدْ نْسَقْسيهَمْ.				
10	كي نهدر يسمعولي الطبة مليح.				
11	كي نَحْتَاجْ الطُبَة يْطَوْلُو بَاهْ يْجوْني.				
12	كي يحكو معايا الطُبَة يغزرو فيا.				
13	نقدر نحكي مع الطُبَة وقت لي نحب.				
14	عندي ثيقة الطبة.				
15	يتأكدو الطبة بلي ماعنديش واش نسقسي.				
16	الطبة ما يمدوليش الوقت الكافي بَاه نحكي معاهم.				

الملحق رقم (10): النسخة النهائية لمقياس الاكتئاب القلق والضغط (بالعامية)

الرقم	العبارات	لالا	شوية	بزاف	ديمة
1	لقيت صعوبة بَاشْ نهدا.				
2	كُنْتْ عْلَبَالي بَلي فُمي شَايَحْ.				
3	تْبَانْلي مَا كُنْتَشْ قَادَرْ نْحَسْ بحاجة مليحة خْلاصْ.				
4	صْرَاتْلي وينْ مَاقْدَرْتَش نَتْنَفَسْ مْليحْ (مثلا حكمتني ضيقة في التنفس بلا ما تعبت روحي).				
5	تْجيني صْعيبَة نُوضْ نقْضي صْوالْحي.				
6	وَليتْ نَزْعَفْ بَزَافْ على حوايج ما تستاهلش .				
7	تَحْكَمْني الرَعْشَه في يَديَّ.				
8	حَسيتْ بَلي كنت عصبي بَزافْ.				
9	حَسيتْ بَالْقُلْقَة من أي حاجة قادرة تصيبني بالخوف، وَلاَ كي مَنَعْرفْش نَتْصَرَفْ.				
10	حَسيتْ بَلي مَعَنْديشْ حَاجَة نْعيشْ عْلَجَالْهَا.				
11	حَسيتْ بْرُوحي مْنَزْفَز.				
12	لْقيتْ صُعُوبَه بَاشْ نصيب راحتي.				
13	حَسيتْ بالاكتئاب والحُزنْ.				
14	نُقْلَقْ مَنْ أَي حَاجَه تْعَطَلْني على خدمة لازم نديرها.				
15	حَسيتْ بَلي رَايْح نْخَافْ.				

16	مَاعُدْتَشْ قَادَرْ نتحمّس لحتى حاجة.				
17	حَسيتْ بَلي مَعَنْدِيشْ قِيمَة كشخص.				
18	حَسيتْ بَلي كُنْتْ حَسَاسْ شْوِي.				
19	حَسيتْ بَالرَدْكَة في قَلْبي تْجي وَحَدْهَا.				
20	حَسيتْ بَالْخَوفْ بْلاَ سَبَه.				
21	حَسيتْ بَلي لَحْيَاةْ مَعَنْدهَاشْ مَعْنى.				

الملحق رقم (11): دليل المقابلة

الجنس:.....

السن:.....

المستوى التعليمي:.....

الحالة الاجتماعية:.....

الوضع المادي:.....

الولاية:.....

نوع المرض:.....

الحالة الصحية:.....

مدة الاصابة بالمرض:.....

مستوى المرض:.....

العلاج المتلقى:.....

عدد دورات العلاج:.....

الأسئلة:

-من أخبرك باصابتك بالمرض ؟ وكيف كان رد فعلك عند سماعك لذلك؟

.....

.....

بعد إصابتك بالمرض كيف أصبحت تنظر إلى نفسك؟

.....
.....

.....
.....

كيف هي علاقتك بالزوج (ة) وأبنائك منذ إصابتك بالمرض؟ هل تغيرت معاملتهم لك؟

.....
.....
.....

الملحق رقم (12): وثبقة قبول التربص الميداني

République Algérienne Démocratique et Populaire

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

ANNABA

Hôpitaux ANNABA

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

المركز الإستشفائي الجامعي

- عنابة -

Annaba, le :..... : عنابة في

مديرية الموارد البشرية

ترخيص بتربص رقم: 118 م.م.ب/ب.غ/المؤرخ في: 24 فيفري 2016

يسمح للمتربصة : براهمية جهاد ، اختصاص: في علم النفس العيادي القيام بتربص تطبيقي بمركز مكافحة السرطان ابتداء من 2016/02/21.

مديرة الموارد البشرية

Adresse postale : C.H.U. 2, Rue de Strasbourg 23000 - ANNABA

الجمهوريـــة الجزائريـــة الديمقراطيـــة الشعبيـــة

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

مديرية الصحـــة والسكـــان ورقلـــة

المؤسسة العمومية الاستشفائية ورقلة

المديريـــة الفرعية للموارد البشريـــة

رقـــم: .....72...../2016

شهـــادة تربـــص

إن السيد مديـر المؤسسة العمومية الإستشفائية بـورقلـــة

يشهـد بأن السيـد:**براهمية جهاد** زوالت تربصها بالمؤسسـة العموميـة الإستشفائيـة بورقلـــة في إختصاص علم النفس العيادي بمصلحـة مركـز مكافحـة السرطان وذلك ابتـداء مـن 2016/01/01 إلى غـايـة 2016/02/20.

*سلمت هذه الشهادة للمعني (ة)لاستعمالها فيما يخولـه القانـون *

- حررت هذه الشهادة

من طرف السيد(ة):بوزقاق/س

16 NOV 2016

ورقلـة فـي:

المـــديـــر

إسماعيل صلاح

الملحق رقم (13): مخرجات spss الخاصة بالفرضية الأولى

Tableau croisé مناخ رعاية * اكتناب					
Effectif					
		مناخ رعاية			Total
		ضعيف	متوسط	جيد	
اكتناب	منخفض	6	72	79	157
	متوسط	5	30	29	64
	مرتفع	1	5	3	9
Total		12	107	111	230

Tests du Khi-deux									
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification de Monte Carlo (bilatérale)			Signification de Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	Intervalle de confiance de 99%		Signification	Intervalle de confiance de 99%	
					Borne inférieure	Borne supérieure		Borne inférieure	Borne supérieure
Khi-deux de Pearson	2.854[a]	4	.582	.552[b]	.468	.637			
Rapport de vraisemblance	2.699	4	.609	.622[b]	.539	.704			
Test exact de Fisher	3.615			.417[b]	.334	.501			
Association linéaire par linéaire	2.143[c]	1	.143	.135[b]	.077	.193	.083[b]	.036	.129
Nombre d'observations valides	230								

a. 4 cellules (44.4%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .47.

b. Basé sur 230 tableaux échantillonnés avec 2000000 au départ.

c. La statistique standardisée est -1.464-.

Tableau croisé قلق *مناخ رعاية					
Effectif					
		قلق			Total
		منخفض	متوسط	مرتفع	
مناخ رعاية	ضعيف	3	8	1	12
	متوسط	68	33	6	107
	جيد	74	34	3	111
Total		145	75	10	230

Tests du Khi-deux									
	Valeur	ddl	Significati on asymptoti que (bilatérale)	Signification de Monte Carlo (bilatérale)			Signification de Monte Carlo (unilatérale)		
				Significa tion	Intervalle de confiance de 99%		Significa tion	Intervalle de confiance de 99%	
					Borne inférieure	Borne supérieure		Borne inférieure	Borne supérieure
Khi-deux de Pearson	9.015[a]	4	.061	.061[b]	.020	.101			
Rapport de vraisemblance	8.822	4	.066	.057[b]	.017	.096			
Test exact de Fisher	9.287			.043[b]	.009	.078			
Association linéaire par linéaire	4.460[c]	1	.035	.030[b]	.001	.060	.009[b]	.000	.024
Nombre d'observations valides	230								
a. 4 cellules (44.4%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .52.									
b. Basé sur 230 tableaux échantillonnés avec 624387341 au départ.									
c. La statistique standardisée est -2.112-.									

Tableau croisé ضغط * مناخ رعاية					
Effectif					
		ضغط			Total
		منخفض	متوسط	مرتفع	
مناخ رعاية	ضعيف	3	7	2	12
	متوسط	42	52	13	107
	جيد	65	38	8	111
Total		110	97	23	230

Tests du Khi-deux									
	Valeur	ddl	Significat ion asymptoti que (bilatérale)	Signification de Monte Carlo (bilatérale)			Signification de Monte Carlo (unilatérale)		
				Signific ation	Intervalle de confiance de 99%		Signific ation	Intervalle de confiance de 99%	
					Borne inférieure	Borne supérieure		Borne inférieure	Borne supérieure
Khi-deux de Pearson	10.968[a]	4	.027	.035[b]	.004	.066			
Rapport de vraisemblance	11.133	4	.025	.043[b]	.009	.078			
Test exact de Fisher	11.307			.026[b]	.000	.053			
Association linéaire par linéaire	9.796[c]	1	.002	.000[b]	.000	.020	.000[b]	.000	.020
Nombre d'observations valides	230								

a. 1 cellules (11.1%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1.20.

b. Basé sur 230 tableaux échantillonnés avec 957002199 au départ.

c. La statistique standardisée est -3.130-.

الملحق رقم (14): مخرجات spss الخاصة بالفرضية الثانية

Statistiques de groupe					
	الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الاكتئاب	انثى	170	6.3529	4.42881	.33967
	ذكر	60	2.9833	3.69834	.47745

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
الاكتئاب	انثى	170	122.32	20794.00
	ذكر	60	96.18	5771.00
	Total	230		

Test[a]			
			الاكتئاب
U de Mann-Whitney			3941.000
W de Wilcoxon			5771.000
Z			-3.219-
Signification asymptotique (bilatérale)			.001
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.004[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.016
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
a. Critère de regroupement : الجنس			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 1314643744.			

Statistiques de groupe					
	الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
القلق	انثى	170	7.0235	4.15947	.31902
	ذكر	60	4.5333	3.19144	.41201

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
القلق	انثى	170	125.07	21262.50
	ذكر	60	88.38	5302.50
	Total	230		

Test[a]			
			القلق
U de Mann-Whitney			3472.500
W de Wilcoxon			5302.500
Z			-4.345-
Signification asymptotique (bilatérale)			.000
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
a. Critère de regroupement : الجنس			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 1502173562.			

Statistiques de groupe					
	الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الضغط	انثى	170	8.7529	4.79251	.36757
	ذكر	60	5.4333	4.47353	.57753

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
الضغط	انثى	170	124.40	21148.50
	ذكر	60	90.28	5416.50
	Total	230		

Test[a]			
			الضغط
U de Mann-Whitney			3586.500
W de Wilcoxon			5416.500
Z			-3.784-
Signification asymptotique (bilatérale)			.000
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
a. Critère de regroupement : الجنس			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 334431365.			

الملحق رقم (15): مخرجات spss الخاصة بالفرضية الثالثة

Test de Kruskal-Wallis

Rangs				
	السن	N	Rang moyen	Somme des rangs
الاكتئاب	أقل أو يساوي 49 سنة	119	114.27	13598.00
	50سنة فأكثر	111	116.82	12967.00
	Total	230		

Test[a]			
			الاكتئاب
U de Mann-Whitney			6458.000
W de Wilcoxon			13598.000
Z			-.358-
Signification asymptotique (bilatérale)			.721
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.739[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.665
		Borne supérieure	.814
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.422[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.338
		Borne supérieure	.506
a. Critère de regroupement : السن			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 624387341.			

Rangs				
	السن	N	Rang moyen	Somme des rangs
القلق	أقل أو يساوي 49 سنة	119	119.51	14222.00
	50سنة فأكثر	111	111.20	12343.00
	Total	230		

Test[a]			
			القلق
U de Mann-Whitney			6127.000
W de Wilcoxon			12343.000
Z			-1.120-
Signification asymptotique (bilatérale)			.263
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.261[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.186
		Borne supérieure	.335
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.148[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.088
		Borne supérieure	.208
a. Critère de regroupement : السن			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 334431365.			

Rangs				
	السن	N	Rang moyen	Somme des rangs
الضغط	أقل أو يساوي 49 سنة	119	116.12	13818.00
	50سنة فأكثر	111	114.84	12747.00
	Total	230		

Test[a]			
			الضغط
U de Mann-Whitney			6531.000
W de Wilcoxon			12747.000
Z			-.161-
Signification asymptotique (bilatérale)			.872
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.896[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.844
		Borne supérieure	.948
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.461[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.376
		Borne supérieure	.546
a. Critère de regroupement : السن			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 1502173562.			

الملحق رقم (16): مخرجات spss الخاصة بالفرضية الرابعة

Statistiques de groupe				
	مدة الاصابة	N	Moyenne	Ecart-type
الاكتئاب	أقل أو يساوي سنة و 10أشهر	154	4.83	4.38
	أكبر من سنة و 10أشهر	76	6.77	4.45

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	مدة الاصابة	N	Rang moyen	Somme des rangs
الاكتئاب	أقل أو يساوي سنة و 10 أشهر	154	110.08	16953.00
	أكبر من سنة و 10أشهر	76	126.47	9612.00
	Total	230		

Test[a]			
			الاكتئاب
U de Mann-Whitney			5018.000
W de Wilcoxon			16953.000
Z			-2.162-
Signification asymptotique (bilatérale)			.031
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.022[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.047
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.013[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.032
a. Critère de regroupement : مدة الاصابة			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 299883525.			

Statistiques de groupe				
	مدة الاصابة	N	Moyenne	Ecart-type
القلق	أقل أو يساوي سنة و 10أشهر	154	6.10	4.14
	أكبر من سنة و 10أشهر	76	6.92	3.88

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	مدة الاصابة	N	Rang moyen	Somme des rangs
القلق	أقل أو يساوي سنة و 10 أشهر	154	112.79	17369.50
	أكبر من سنة و 10أشهر	76	120.99	9195.50
	Total	230		

Test[a]			
			القلق
U de Mann-Whitney			5434.500
W de Wilcoxon			17369.500
Z			-1.040-
Signification asymptotique (bilatérale)			.298
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.270[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.194
		Borne supérieure	.345
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.152[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.091
		Borne supérieure	.213
a. Critère de regroupement :مدة الاصابة			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 926214481.			

Statistiques de groupe				
	مدة الاصابة	N	Moyenne	Ecart-type
الضغط	أقل أو يساوي سنة و 10أشهر	154	7.55	4.97
	أكبر من سنة و 10أشهر	76	8.56	4.76

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	مدة الاصابة	N	Rang moyen	Somme des rangs
الضغط	أقل أو يساوي سنة و 10 أشهر	154	113.38	17460.00
	أكبر من سنة و 10أشهر	76	119.80	9105.00
	Total	230		

Test[a]			
			الضغط
U de Mann-Whitney			5525.000
W de Wilcoxon			17460.000
Z			-.763-
Signification asymptotique (bilatérale)			.445
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.483[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.398
		Borne supérieure	.567
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.230[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.159
		Borne supérieure	.302
a. Critère de regroupement : مدة الاصابة			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 1314643744.			

الملحق رقم (17): مخرجات spss الخاصة بالفرضية الخامسة

Statistiques de groupe					
	نوع العلاج	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الاكتئاب	اشعاعي	80	4.1875	4.36642	.48818
	كميائي	150	6.1600	4.42397	.36122

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	نوع العلاج	N	Rang moyen	Somme des rangs
الاكتئاب	اشعاعي	80	104.78	8382.00
	كميائي	150	121.22	18183.00
	Total	230		

Test[a]			
			الاكتئاب
U de Mann-Whitney			5142.000
W de Wilcoxon			8382.000
Z			-2.197-
Signification asymptotique (bilatérale)			.028
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.035[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.004
		Borne supérieure	.066
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.022[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.047
a. Critère de regroupement : نوع العلاج			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 1335104164.			

Statistiques de groupe					
	نوع العلاج	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
القلق	اشعاعي	80	5.3625	3.77280	.42181
	كميائي	150	6.9133	4.13682	.33777

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	نوع العلاج	N	Rang moyen	Somme des rangs
القلق	اشعاعي	80	104.31	8345.00
	كميائي	150	121.47	18220.00
	Total	230		

Test[a]			
			القلق
U de Mann-Whitney			5105.000
W de Wilcoxon			8345.000
Z			-2.203-
Signification asymptotique (bilatérale)			.028
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.026[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.053
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.004[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.016
a. Critère de regroupement : نوع العلاج			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 329836257.			

Statistiques de groupe					
	نوع العلاج	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الضغط	اشعاعي	80	5.9875	4.95165	.55361
	كميائي	150	8.9000	4.61359	.37670

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	نوع العلاج	N	Rang moyen	Somme des rangs
الضغط	اشعاعي	80	99.36	7948.50
	كميائي	150	124.11	18616.50
	Total	230		

Test[a]			
			الضغط
U de Mann-Whitney			4708.500
W de Wilcoxon			7948.500
Z			-2.977-
Signification asymptotique (bilatérale)			.003
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
a. Critère de regroupement : نوع العلاج			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 1535910591.			

الملحق رقم (18): مخرجات spss الخاصة بالفرضية السادسة

Statistiques de groupe					
	المركز	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
مناخ الرعاية	ورقلة	110	29.7364	8.27805	.78928
	عنابة	120	32.9250	7.54835	.68907

Test de Mann-Whitney

Rangs				
	مركز	N	Rang moyen	Somme des rangs
مناخ الرعاية	ورقلة	110	104.28	11471.00
	عنابة	120	125.78	15094.00
	Total	230		

Test[a]			
			مناخ الرعاية
U de Mann-Whitney			5366.000
W de Wilcoxon			11471.000
Z			-2.760-
Signification asymptotique (bilatérale)			.006
Signification de Monte Carlo (bilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
Signification de Monte Carlo (unilatérale)	Signification		.000[b]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.000
		Borne supérieure	.020
a. Critère de regroupement : المركز			
b. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 1993510611.			

الملحق رقم (19): مخرجات spss الخاصة بالفرضية السابعة

Test de Kruskal-Wallis

	المستوى التعليمي	N	Rang moyen
مناخ الرعاية	أمي	90	107.83
	ابتدائي	45	110.70
	متوسط	27	132.43
	ثانوي	54	122.52
	جامعي	14	120.50
	Total	230	

Test[a,b]			
			مناخ الرعاية
Khi-deux			4.901
ddl			4
Signification asymptotique			.298
Signification de Monte Carlo	Signification		.278[c]
	Intervalle de confiance à 99%	Borne inférieure	.202
		Borne supérieure	.354
a. Test de Kruskal Wallis			
b. Critère de regroupement: المستوى التعليمي			
c. Basée sur 230 tableaux échantillonnés générés à partir de 1241531719.			