

جامعة قاصدي مرياح - ورقلة -
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية
شعبة علم النفس



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي

التخصص: علم النفس العيادي
إعداد الطالبة: صورية آيت سعدي

بـعـنـوان

الضييق الجنسي وعلاقته بكل من القلق والإكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي

(دراسة ميدانية بدار الرحمة ومستشفى محمد بوضياف بورقلة ومركز بيار وماري كوري
بالجزائر العاصمة)

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ: 2019/06/24

أمام اللجنة المكونة من السادة:

الدكتورة : بن مجاهد فاطمة الزهراء..... جامعة قاصدي مرياح ورقلة رئيسا

الدكتور : زعطوط رمضان جامعة قاصدي مرياح ورقلة مشرفا

الدكتورة : وازي طاوس جامعة قاصدي مرياح ورقلة مناقشا

الموسم الجامعي: 2019/2018

كلمة شكر وتقدير

أحمد الله تعالى الذي وفقنا لإتمام هذا العمل الذي رأى النور بفضله أولاً وفضل

الأستاذ المشرف

الدكتور زعوط رمضان الذي لم يبخل علينا يوماً بتوجيهاته القيمة

كما لا يفوتني أن أقدم خالص الشكر لأساتذة المعلومة

والذين كانوا سبباً في وصولنا لهذا المستوى العلمي

كما أتقدم بفائق الشكر والتقدير للنساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي اللاتي قبلن

المشاركة في هذه الدراسة رغم وضعهن الحساس وحساسية الموضوع متمنية لهن ولكل

المرضى بالشفاء العاجل

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

أو بالقليل حتى ولو بكلمة طيبة أو بابتسامة عطرة من عمال مستشفى مممد بوضياف

و دار الرحمة بورقلة وعمال مركز بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة

صورية آيت سعدي

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن علاقة الضيق الجنسي بكل من القلق والإكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي بمستشفى محمد بوضياف في ورقلة وبيدار الرحمة في ورقلة، ومركز بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة، شملت عينة الدراسة 70 مريضة مصابة بسرطان الجهاز التناسلي، وقد إعتدنا المنهج الوصفي الإرتباطي. إستعملنا في دراستنا مقياس الضيق الجنسي المراجع لدى النساء FSDDS-R "للمؤسسة الأمريكية لمرض المسالك البولية" والذي يطبق لأول مرة في المجتمع الجزائري حسب علمنا. وكذلك المقياس الإستشفائي للقلق والإكتئاب HADS.

كما تم تطبيق ترمومتر الضيق النفسي كمحك للتأكد من صدق مقياس FSDDS-R والمقياس الإستشفائي للقلق والإكتئاب HADS.

أشارت النتائج إلى إرتفاع مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي (42% ضيق جنسي منخفض، 11% ضيق جنسي متوسط، 47% ضيق جنسي مرتفع)، وكذلك إرتفاع مستوى القلق (24% حالات حدية، 70% قلق سريري) والإكتئاب (31% حالات حدية، 53% إكتئاب سريري). كما أسفرت نتائج الفرضية الثالثة على وجود علاقة إرتباطية دالة بين الضيق الجنسي وبين كل من القلق والإكتئاب حيث وصل معامل الإرتباط في العينة الكلية إلى $r = 0,64$ وهو دال عند $0,01$.

وخلصت الدراسة إلى أهمية التطرق إلى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي وبناء برامج علاجية لتخفيف القلق والإكتئاب المرتبطان به.

الكلمات المفتاحية:

سرطان الجهاز التناسلي، ضيق جنسي، قلق، إكتئاب

Résumé :

Notre étude vise à explorer la corrélation entre la détresse sexuelle et l'anxiété et la dépression chez les femmes atteintes d'un cancer génital à l'hôpital Mohammed Boudiaf de Ouargla, Dar el Rahma à Ouargla et au Centre de Pierre et Marie Curie à Alger.

Pour vérifier la validité des hypothèses nous avons sélectionnés un échantillon de 70 patientes atteintes du cancer de l'appareil génital.

Cette étude était basée sur l'approche descriptive relationnelle. Nous avons utilisés l'échelle de détresse sexuelle chez les femmes (FSDS-R) appliquée pour la première fois dans la société algérienne. Ainsi que l'échelle d'anxiété et dépression (HADS).

Le thermomètre de détresse psychologique à également été appliqué pour confirmer la validité du FSDS-R et du HAD.

Les résultats montrent un niveau élevé de détresse sexuelle (42% souffrent de faible détresse sexuelle, Tandis que 11% souffrent de détresse sexuelle modérée, Et 47% souffrent de détresse sexuelle élevée). Ainsi qu'un niveau élevé d'anxiété (24% cas aigus, 70% anxiété clinique) et de dépression (31% cas aigus, 53% dépression clinique).

La corrélation entre la détresse sexuelle et la détresse psychique (anxiété et dépression) et significative ($R=64$).

L'étude a conclu l'importance d'aborder la détresse sexuelle chez les femmes atteintes d'un cancer génital et mettre en place des programmes thérapeutique pour soulager l'anxiété et la dépression qui y sont liés.

Les mots clés:

Le cancer génital chez les femmes, détresse sexuelle, anxiété, dépression.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
أ	شكر وتقدير
ب	ملخص الدراسة
هـ	فهرس المحتويات
ز	قائمة الجداول
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
1	1- موضوع الدراسة
5	2- مشكلة الدراسة
8	3- فرضيات الدراسة
8	4- أهمية وأهداف الدراسة
9	5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة
10	6- الحدود الزمنية والمكانية للدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة	
11	1- سرطان الجهاز التناسلي لدى النساء
12	2- الضيق الجنسي لدى مريضات سرطان الجهاز التناسلي
15	3- دراسات سابقة حول الضيق الجنسي لدى المصابات بسرطان الجهاز التناسلي
23	4- الإكتئاب لدى مرضى السرطان
27	5- القلق لدى مرضى السرطان
30	6- دراسات سابقة حول القلق والإكتئاب لدى مريضات السرطان
الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية	
35	1- منهجية الدراسة
35	2- عينة الدراسة
37	3- أدوات الدراسة

40	4- الأساليب الإحصائية
	الفصل الرابع: مناقشة النتائج وتفسيرها
43	1- نتائج ومناقشة الفرضية الأولى
49	2- نتائج ومناقشة الفرضية الثانية
54	3- نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة
72	خلاصة الدراسة
73	توصيات
75	قائمة المراجع
80	الملحق 01: مقياس القلق والإكتئاب HADS
83	الملحق 02: ترمومتر الضيق النفسي DT

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان
36	جدول 01: خصائص عينة الدراسة
43	جدول 02: مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي
45	جدول 03: مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي حسب المتغيرات التصنيفية
46	جدول 04: المتغيرات المرتبطة بالنسب الطرفية الأعلى و الأدنى من الضيق الجنسي
49	جدول 05: مستوى القلق و الاكتئاب في العينة الكلية
51	جدول 06: مستوى الضيق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي حسب المتغيرات التصنيفية
52	جدول 07: المتغيرات المرتبطة بالنسب الطرفية الأعلى و الأدنى من الضيق النفسي
54	جدول 08: معاملات الارتباط في العينة الكلية
56	جدول 09: معاملات الارتباط لدى صغيرات السن
58	جدول 10: معاملات الارتباط لدى كبيرات السن
59	جدول 11: معاملات الارتباط لدى منخفضات التعليم
60	جدول 12: معاملات الارتباط لدى مرتفعات التعليم
61	جدول 13: معاملات الارتباط لدى غير المتزوجات
62	جدول 14: معاملات الارتباط لدى المتزوجات
64	جدول 15: معاملات الارتباط لدى المصابات بسرطان الرحم
65	جدول 16: معاملات الارتباط لدى المصابات بسرطان المبايض
66	جدول 17: معاملات الارتباط لدى المعالجات كيميائيا
68	جدول 18: معاملات الارتباط لدى المعالجات إشعاعيا
69	جدول 19: معاملات الارتباط في العلاج المشترك
70	جدول 20: معاملات الارتباط لدى المعالجات جراحيا

الفصل الأول: تقديم الدراسة

1- موضوع الدراسة

2- إشكالية الدراسة

3- فرضيات الدراسة

4- أهمية وأهداف الدراسة

5- التحديد الإجرائي لمتغيرات

6- حدود الدراسة

1- موضوع الدراسة:

يعتبر مرض السرطان أكبر سبب للوفاة في العالم وقد أخذ ينتشر بشكل وبائي نتيجة غياب الوقاية وإهمال التشخيص المبكر رغم توفر الإمكانيات اللازمة لذلك. حيث أن الإحصاءات الإقليمية والعالمية وضعت الجزائر ، في عام 2017 ، ضمن مجموعة البلدان المتقدمة في مجال رعاية سرطان الثدي، وكذلك لأنواع أخرى من السرطان. وذلك لتوافر الوسائل الرئيسية في هذا المجال. (Huffpost.2018)

رغم ذلك إلا أن معظم المرضى يتوجهون للتشخيص في فترات متقدمة من المرض عندما ينتشر ويصبح أكثر خطورة ويتطلب المزيد والمزيد من العلاج.

يمكن تبرير ذلك إلى عدم ملاحظة الأعراض المبكرة لبعض أنواع السرطان من طرف المرضى بما في ذلك سرطانات الجهاز التناسلي لدى النساء خاصة منه سرطان المبايض، فمعظم النساء لا يكتشفن مرضهن إلا بعد تدهور حالتهم أو عند ملاحظة تغيرات مهبلية أو الإحساس بالآلام حادة على مستوى العضو المصاب، وهذا الأخير يعني أن المرض أو الورم في تطور مستمر ويسير نحو مراحل متقدمة منه، مما يتعذر علاجه.

ومع تسجيل 3000 حالة كل عام ، تحتل الجزائر المرتبة الثانية إفريقيا من حيث إنتشار هذا السرطان (سرطان الجهاز التناسلي) - والذي يخص موضوع دراستنا- وعدم وجود الوقاية والكشف المتأخر يزيد باستمرار هذا الرقم. حيث تكتشف المرأة الجزائرية سرطانها عندما تكون في مرحلة متقدمة من المرض، وعندما ينتشر السرطان بالفعل في جميع أنحاء الجهاز التناسلي وينخفض معدل البقاء على قيد الحياة بنسبة 80%. (Algérie Focus.2012)

كما أن مرض السرطان لا يقتصر على إصابة أحد أجهزة الجسم دون الآخر بل يتواجد السرطان على أنواع عديدة بحسب الجهاز المصاب. كما أن هذا المرض له خصوصية تميزه عن الأمراض الأخرى ألا وهي الإنقسام الغير محدود للخلايا وقدرة هذه الخلايا على غزو أنسجة مجاورة. هذا فيما يخص المرض أما العلاج فعلى قدر خطورة المرض نجد أن العلاج يكون قوي وموجه لكافة الجسم دون إستهداف المرض وحده أو عضو دون الآخر حيث أنه يخلف آثار على صحة المريض سواء من الناحية الجسمية أو النفسية.

و قد ينجم عن مرض السرطان العديد من المشكلات الأخرى في التكيف النفسي للمريض وذلك بسبب كونه مرضا مزمنًا تدوم آثاره لفترات طويلة ، وقد تنتهي بموت المريض خلال فترة غير محددة من تطور المرض.

وقد إرتبط إسم السرطان مع الموت فصار يفزع كل من أصيب به أو حتى سمع عنه ففي الآونة الأخيرة كشفت الإحصائيات عن عدد كبير من المصابين به وهذا ما يزيد من حدة قلق الناس وخوفهم من هذا المرض. فطبيعة المرض وطرق علاجه تفرض قيودا على نشاطات المريض الإعتيادية، وهذا ما قد يولد العديد من الإستجابات النفسية الإجتماعية الأخرى، إضافة إلى الإكتئاب. (تايلور، 2008)

و سواء كان الإكتئاب طويل المدى أو على فترات متقطعة، فإنه يعد من أكثر الصعوبات الناجمة عن المرض.

هذا فيما يخص مرضى السرطان بصفة عامة فماذا لو تحدثنا بصفة خاصة حول سرطان الجهاز التناسلي لدى النساء، الذي يعتبر من المواضيع القليلة إذا لم نقل النادرة التي تم تداولها والبحث فيها وحتى مناقشتها بين المرضى والطبيب أو المرضى والأخصائي النفسي، رغم الأهمية البالغة

والحساسية للموضوع حيث لا توجد دراسات عربية كثيرة قامت بمعالجته. إذ في حدود علمنا تعتبر دراستنا الحالية أول دراسة جزائرية في هذا الموضوع.

وما جعلنا نتلفت لهذه الفئة من المريضات ومحاولة فهم سيرورتهن النفسية ووضعيتهن الجنسية أن الأفكار المسبقة والثقافة والطبوهات الإجتماعية للمرأة الجزائرية قد تدفعها إلى عدم معرفة شدة مرضها ومضاعفاته خاصة فيما يتعلق بالحياة الجنسية في فترة المرض ومتى يسمح لها بممارسة هذه الأخيرة ومتى تمتع عنها، حيث أن المرأة قد تجد أنه بمجرد إصابتها بالسرطان فإنه لا يجب عليها الخوض في العلاقة الجنسية مع الشريك وحتى أنها تتجنب التفكير فيها، بالإضافة إلى أن نوعية العلاج قد تؤثر بشكل كبير على رغبتها الجنسية، مما قد تظر لديها مجموعة من الإضطرابات سواء كانت جنسية أو نفسية كالقلق والإكتئاب، وذلك لعدة أسباب أهمها:

- أن العلاقة الجنسية في نظرها ستضعف من المرض وتطوره.
 - خوفا من الحمل خلال الإصابة بالسرطان.
 - خوفا من نقل العدوى إلى الزوج رغم أن السرطان ليس بالمرض المعدي.
 - الشعور بالذنب تجاه الشريك لتراجع الرغبة الجنسية الناتجة عن الآثار الجانبية للعلاج.
- تجدر الإشارة إلى أنه من بين 21 دراسة في 2004 تتعلق بالعوامل المحتملة التي لها تأثير على النشاط الجنسي بعد إستئصال الرحم فإن 05 منها إهتمت بالديناميات النفسية و 03 إهتمت بالعلاقة الزوجية.

ففي دراسة قام بها Schag على المرضى بعد سنة من التشخيص، لاحظ أنه بين ثلث ونصف النساء يشكون من تغيير في حياتهن الجنسية (Northous,1994)

وفي دراسة قام بها Soleimani وآخرون حول الضيق الجنسي والوظيفة الجنسية لدى عينة من النساء الإيرانيات المصابات بسرطان الجهاز التناسلي، بإستخدام بطاقة المعلومات الديمغرافية

ومؤشر الوظيفة الجنسية للإناث (FSFI) ومقياس الضيق الجنسي لدى النساء- المراجع (FSDS-R). توصلت الدراسة إلى تأثير نوع السرطان والحالة الإقتصادية والدعم الإجتماعي على

الوظيفة الجنسية والضييق الجنسي (Soleimani .2016)

لذلك إرتأينا دراسة الضيق الجنسي وعلاقته بكل من القلق والإكتئاب لدى المصابات بسرطان الجهاز التناسلي، على اعتبار أن هذا الموضوع لم يلقى إهتماما كبيرا من طرف الباحثين، وأن مرض السرطان كما سبق الذكر لديه عدة تأثيرات على المريضة سواءا منها الجسدية أو النفسية أو الروحية.

2- إشكالية الدراسة:

يعتبر السرطان مشكلة صحية كبيرة تمثل 23 % من جميع الوفيات. على الرغم من انخفاض معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والسكتة الدماغية وغيرها من الحالات، فقد ارتفعت الوفيات الناجمة عن السرطان إلى الضعف تقريباً منذ سبعينيات القرن الماضي.

(Jemal et al, 2008)

في المقابل ، فإن صورة البقاء على قيد الحياة أكثر إيجابية للنساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي، والتي تمثل 11 % من جميع حالات السرطان الجديدة لدى النساء. فمنذ سبعينيات القرن العشرين، إنخفضت معدلات الوفيات بأمراض سرطان الجهاز التناسلي لدى النساء بشكل ملحوظ. إنخفاض بنسبة 21 % لسرطان بطانة الرحم ، و 55 % لسرطان عنق الرحم، و 8 % لسرطان المبيض. ومن بين حوالي 80,000 حالة جديدة من أمراض الجهاز التناسلي لدى النساء كل عام، يعيش عدد أكبر من النساء ويعانين بالضرورة من الضغوط المرتبطة بالسرطان التي قد تصبح

مزمنة (Reis et al, 2004)

حيث ما إن يؤكد التشخيص بأن الشخص مصاب بالسرطان ومنذ بدئ العلاج الكيماوي أو الإشعاعي إلى مابعد إنتهائه، لا يفكر في الرومانسية أو الجنس مجدداً ومن الصعب التفكير في الرغبة والحاجة الجنسية مع الإصابة بالسرطان، هذا المرض القاسي الذي تتغير معه معالم الجسد والروح، حيث تكثر الندوب ويتساقط الشعر ويستمر الغثيان والهزال وغيرها من الأعراض التي تؤثر

حتى على هرمونات الجسم (Gubar, 2017)

خاصة إذا كان مكان الإصابة متعلق بالأعضاء التناسلية للمرأة حيث يمكن القول أن المشاعر والأحاسيس السابقة الذكر قد تتضاعف أكثر وأكثر لدى هذه الفئة من المرضى للقيمة والمكانة الرمزية لهذه الأعضاء.

يوضح كل من غونتوبالي أخصائي سرطانات النساء، وكارينتش، في كتابهما "الجنس والسرطان"، أن الجنس يكون أقل متعة بعد الإصابة بالسرطان، وأن جميع أنواع النشاط الجنسي، سواء عن طريق الفم والمهبل والشرج، تنخفض بعد السرطان بشكل ملحوظ (Guntupalli & Karinch 2017)

وبحسب ناجي، فإن السرطان يؤثر على الرجال والنساء في ما يتعلق بالرغبة والقدرة الجنسية، غير أن شدة التأثير تتوقف على المنطقة المصابة. فنجد مثلا المصابات بسرطان الثدي يعانين من جفاف المهبل وآلام الأعضاء التناسلية وانقطاع الطمث المبكر ومشاكل عديدة تتصل بالخصوبة، وهذه كلها تؤثر على الرغبة الجنسية. ويضيف أن تطور الطب وأصبح الشفاء يحالف العديد من المرضى، ورغم ذلك ننظر للجنس على أنه آخر طموح الناجين مع أنه حق مشروع بل يعتمد في الخارج كوسيلة مهمة للشفاء.

أما عطية، فيلفت إلى أن كثيرا من الشركاء الأصحاء يبتعدون عن الممارسة الجنسية خوفا على الشريك من التعب والإجهاد، وهو إعتقاد خاطئ تماما، ف "الحميمية" بأشكالها المتنوعة من أفضل طرق الدعم النفسي والمعنوي للمريض وإشعاره بأنه مرغوب، وهذا ما يزيد قدرته على مقاومة المرض، أما النفور فيدمره (سقا، 2018)

إن السرطان أكثر تأثيرا على الرغبة الجنسية لدى النساء، لعدم تقبل المرأة التغيرات التي تطرأ على جسدها، وشعورها بأنها لم تعد مرغوبة للشريك، بخلاف التغيرات الهرمونية والفسولوجية، وبخاصة مع سرطانات الجهاز التناسلي.

تناولت دراسات مختلفة هذه المشكلة الحساسة ، في محاولة لتقدير تأثير المرض وعلاجه على الحياة الجنسية بطريقة عضوية. (تروتى وآخرون ، 2000)

تكشف بيانات المعهد الوطني للسرطان بالولايات المتحدة في عام 2004 ، عن 40 إلى 100% من العجز الجنسي لدى حاملات السرطان بعد التشخيص والعلاجات المحددة. لخصوصية سرطانات الجهاز التناسلي ، يمتد العجز الجنسي إلى حوالي 50 % من الحالات.

والعديد من الدراسات تجعل من الممكن تأكيد وجود صلة بين السرطان والجنس. حيث أظهرت دراسة بلجيكية التي تم جمعها على (382) مريضة وأقاربها وجود خلل جنسي من (73%) و (59%) لكل منهما وأيضاً فقدان الإهتمام الجنسي (51%) و (40%) للمريضة وأقاربها. (كروزيت ، 2010) الدراسة التي أجراها Poinsoy وآخرون، تقدم تحديناً عن تأثير العلاجات على جودة الحياة والجنس. وأظهرت النتائج تواتر الإضطرابات الجنسية الثانوية للسرطان وعلاجاته (Poinsoy & al, 2006) سوف يؤثر تشخيص مرض السرطان على علاقة المريض بأسرته، وأصدقائه ومن يرعونه، ولكل فرد من هؤلاء طريفته في التأقلم مع هذا الأمر. هذه الآثار الوجدانية والعاطفية الناجمة عن الإصابة بمرض السرطان يمكن أن تستمر طويلاً حتى بعد العلاج. فمن الطبيعي أن يشعر الأفراد بالقلق بشأن الأعراض الثانوية للمرض أو الألم، والخوف من عودة الإصابة بالمرض مع تزايد درجات القلق والإكتئاب.

وكما أشرنا سابقاً أن من أهم هذه الضغوطات، الضغوطات المتعلقة بموضع الإصابة وخاصة إذا تعلق الأمر بالجهاز التناسلي للمرأة، حيث تمثل الأعضاء التناسلية لدى النساء عامة والمرأة العربية خاصة أهمية رمزية، وتلعب دوراً حاسماً في أدائها الجنسي. حيث تؤثر مسائل النشاط والضييق الجنسي والحميمية وتضاعف مشاعر القلق والإكتئاب بشكل كبير على حياة المريضات اللاتي يعانين من سرطان الجهاز التناسلي.

وبناء على ما سبق نطرح التساؤلات التالية:

1. ما مدى إرتفاع مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي.
2. ما مدى إرتفاع مستوى القلق والإكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي.
3. هل توجد علاقة إرتباطية دالة بين الضيق الجنسي وبين كل من القلق والإكتئاب.

3- فرضيات الدراسة:

إنطلاقا من أسئلة الإشكالية واعتمادا على الدراسات السابقة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

1. نتوقع إرتفاع مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي.
2. نتوقع إرتفاع مستوى القلق والإكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي.
3. نتوقع وجود علاقة إرتباطية دالة بين الضيق الجنسي وبين كل من القلق والإكتئاب.

4- أهمية الدراسة وأهدافها:

يعتبر الإهتمام إلى أهمية دراسة الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي أمرا بالغ الأهمية نظرا لما لاحظناه في الميدان من حيث تجنب كل من المرضى والأطباء والأخصائيين النفسيين للنظر في هذا الموضوع والبحث فيه وحتى التحدث حوله مع المريضات، رغم أنه من المواضيع البالغة الأهمية والتي يستوجب على المختصين التحدث فيها مع النساء المصابات بهذا المرض وتوعيتهن وتنقيتهن أكثر في هذا الموضوع.

لذلك نرى أن أهمية الدراسة الحالية تظهر في:

1- فتح المجال للنساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي بالتحدث عن تجربتهن الجنسية خلال المرض والتعرف على مستوى وعيهم بالموضوع.

2- الكشف عن الأهمية الرمزية للأعضاء التناسلية لدى المرأة والدور الحاسم الذي تلعبه في أدائها الجنسي.

3- ترجمة مقياس الضيق الجنسي المراجع لدى النساء (FSDS-R).

4- فتح آفاق لدراسات وبحوث أكثر عمقا.

كما نسعى إلى تحقيق أهداف رئيسية من دراستها وأهمها:

1- التعريف بفئة النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي ومدى الضيق الذي تسببه هذه الإصابة.

2- إكتشاف مستوى كل من القلق والإكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي.

3- إكتشاف الإختلاف بين هؤلاء النساء في مستوى الضيق الجنسي.

5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

أ- سرطان الجهاز التناسلي:

نعتبر في دراستنا المصابات بسرطان الجهاز التناسلي كل المريضات اللاتي تم التأكد من إصابتهن بسرطان الجهاز التناسلي بتشخيص طبي من طرف طبيب مختص، ويتم متابعتهم في مصلحة علاج السرطان بمستشفى محمد بوضياف ودار الرحمة بورقلة ومركز بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة. مع تحديد أنواع سرطانات الجهاز التناسلي التالية:

- سرطان الرحم - سرطان عنق الرحم - سرطان المبايض.

ب- الضيق الجنسي:

يمكن تعريفه إجرائيا في الدرجة التي تتحصل عليها المفحوصات في مقياس الضيق الجنسي المراجع لدى النساء FSDS-R ، المكون من 13 بندا. يسأل FSDS-R النساء عن عدد المرات التي تعرضن فيها للإدراك السلبي (على سبيل المثال: الشعور بالذنب ، والقلق ، ومشاعر عدم الكفاية) أو العواطف (على سبيل المثال: الغضب ، الإحراج، التعاسة) وفيما يتعلق بحياتهن الجنسية بشكل عام ، الإحتمالات الجنسية ، أو العلاقات الجنسية. تم تصنيف البنود على

المقياس من 5 بدائل للأجوبة تتراوح من أبدا إلى دائما ، مع مجموع نقاط تتراوح من 0 إلى 52 ، مع علامات أعلى تشير إلى المزيد من الضيق.

ت-القلق:

يختلف الكثير من العلماء في تقديم تعريف موحد لمستوى أو درجة القلق، وذلك لإختلاف وجهات نظرهم ومنطلقاتهم في تفسيره. إلا أنه يمكن تعريفه إجرائيا في الدرجة التي تتحصل عليها

المفحوصات في المقياس الفرعي للقلق في الـ HADS

ث-الإكتئاب:

يختلف الكثير من العلماء في تقديم تعريف موحد لمستوى أو درجة الإكتئاب، وذلك لإختلاف وجهات نظرهم ومنطلقاتهم في تفسيره. إلا أنه يمكن تعريفه إجرائيا في الدرجة التي تتحصل عليها

المفحوصات في المقياس الفرعي للإكتئاب في الـ HADS.

6- حدود الدراسة:

المحددات الزمنية: أجريت الدراسة في الفترة الممتدة بين 15مارس 2019 إلى 30 ماي 2019.

المحددات المكانية: أجريت الدراسة في كل من مركز مكافحة السرطان بمستشفى محمد

بوضياف ودار الرحمة بورقلة ومركز بيار وماري كوري لمكافحة السرطان بالجزائر العاصمة.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

1- تمهيد

2- سرطان الجهاز التناسلي

3- الضيق الجنسي لدى المصابات

بسرطان الجهاز التناسلي

4- القلق لدى مريضات السرطان

5- الإكتئاب لدى مريضات السرطان

6- خلاصة الفصل

تمهيد:

نحدد في هذا الفصل المصطلحات الأساسية في الدراسة وهي سرطان الجهاز التناسلي والضيقة الجنسي، القلق، الإكتئاب، ثم نقوم بعرض بعض الدراسات السابقة لكل من هذه المتغيرات وذلك للتعرف أكثر على كل من هذه المتغيرات وضبط المفاهيم.

1. سرطان الجهاز التناسلي:

الأورام السرطانية في الأعضاء التناسلية لدى المرأة أو في أماكن أخرى من الجسم هي عبارة عن تكاثر في عدد الخلايا بصفة غير منضبطة ولا تخضع لآليات سيطرة الجسم على النمو. كما أن هذه الخلايا المنفلتة في زيادة العدد لا تقتصر على البقاء في مكانها حيث نشأت، بل تنتقل إلى أماكن أخرى بعيدة في الجسم عبر الدم أو الأوعية الليمفاوية، أو تنتقل مباشرة إلى ما جاورها من أعضاء. وتشمل الأعضاء التناسلية للمرأة المبايض والرحم وعنق الرحم والمهبل وفتحة الفرج الخارجية.

1.2. أسباب الإصابة بسرطان الجهاز التناسلي:

وكل امرأة معرضة بشكل محتمل للإصابة بأي من الأورام السرطانية في الأعضاء التناسلية. والأسباب تتعدد لظهورها، وذلك حسب كل عضو منها. بيد أن التدخين والعوامل البيئية والعمر وربما الوراثة تلعب كلها أدواراً مشتركة في جميعها.

وتلعب جملة من العوامل في المساهمة لتخفيف احتمالات الإصابة، كتناول الغذاء الجيد المحتوى من الفيتامينات والمعادن والأملاح اللازمة لسلامة نمو خلايا الجسم وفق وتيرة منضبطة، والمحافظة على وزن طبيعي له، وممارسة الرياضة البدنية والنشاط في الحركة والبعد

عن الكسل. (جريدة العرب الدولية، 2006)

هذا بالإضافة إلى إتباع النصائح الطبية حول الفحص الدوري للأعضاء التناسلية واختبارات سلامتها من ناحية البنية والوظيفة. مع الأخذ بعين الاعتبار إحاطة الطبيب المتابع للصحة بأي تاريخ عائلي لإصابة قريبات بأي من أورامها.

والدراسات الطبية تؤكد للكثيرين أن أفضل وسائل النجاح في المعالجة والقضاء على الأورام هو أن يُوفق الإنسان إلى تطبيق وسائل الكشف المبكر عنها بغية تشخيص وجودها في مراحل أولية وبدء العلاج السليم لاستئصال خطرها وإزالة تهديدها للسلامة الصحية. وهو ما يجب ألا يغيب عن ذهن المرأة إطلاقاً. (جريدة العرب الدولية، 2006).

2.2. أنواع سرطانات الجهاز التناسلي:

- **سرطان المبيض:** وهو من أشد أنواع سرطان الأعضاء التناسلية فتكاً، وذلك لأسباب عدة، أهمها هو أن الأعراض المبدئية لظهوره عادة ما تكون مبهمه ولا تدل على وجود أمر خطير، والثاني هو أن الخلايا السرطانية في المبيض عالية التكاثر وسريعة الانتشار. ولذا تصنفه المصادر الطبية كخامس سبب للوفيات النسائية من الأورام في مناطق الجسم كلها، وأكبر سبب للوفاة بين أورام الأعضاء التناسلية الأخرى. ويبدأ السرطان في المبيض من طبقتة الخارجية المغلفة له، وهي الطبقة المنتجة للبيوضات الشهرية. وتشمل الأعراض شعور بتغيرات أو عدم راحة في أسفل البطن ومنطقة الحوض كإملاء أو الضغط، إضافة إلى الإحساس بالانتفاخ في البطن مع كثرة الغازات وتغيرات في عدد مرات التبول أو التبرز دون أعراض مصاحبة كحرقة في البول أو إسهال أو غيره. ولذا فإن الأعراض قد تتشابه مع القولون العصبي أو التهابات الجهاز البولي أو الجهاز التناسلي.

وعوامل خطورة الإصابة به تشمل التقدم في العمر خاصة في السنوات المصاحبة لبلوغ سن اليأس وما بعده. ويبدو أن الوراثة أيضاً تلعب دوراً بارزاً بارتفاع معدلات الإصابة لدى من أصيبت إحدى قريباتها المقربات به. وتشير المصادر الطبية إلى أن عدم الإنجاب أو عدم التمكن من إرضاع الأطفال يرفعان من احتمالات الإصابة، بينما الإنجاب وتكراره يخفض بشكل واضح من معدلات ظهور أورام المبايض.

- **سرطان الرحم:** ويبدأ الورم عادة من الطبقة الداخلية المبطنية للرحم لدى النساء ممن بلغن سن اليأس من الحيض، أي من الطبقة التي يتكون منها دم الحيض لدى النساء الأصغر سناً. فالحيض هو عبارة عن تساقط ونزيف من طبقة الأنسجة التي نمت وتكونت كطبقة مُبطنة لجدران الرحم الداخلية خلال شهر. والذي يحصل في سرطان الرحم هو أشبه بنمو مستمر دون سقوط لهذه الطبقة كما يحصل عادة. وتنتشر خلايا الطبقة غير المنضبطة النمو داخل جدار الرحم وينشأ السرطان.

والعلامات التحذيرية لبدء ظهوره أوضح مما في سرطان المبيض، فظهور نزيف دم مهبلي بعد بلوغ سن اليأس وانقطاع الدورة الشهرية، أو نزيف دموي غير منتظم قبل موعد الدورة الشهرية لدى من لم يبلغن سن اليأس، كلها تحتاج إلى تنبه ويبحث في أسبابها. والعوامل التي ترفع من احتمالات الإصابة تشمل السمنة ومرض السكري وارتفاع ضغط الدم وتأخر بلوغ سن اليأس، إضافة إلى تناول الهرمونات الأنثوية. كما أن النسوة اللاتي لم يسبق لهن الحمل أكثر عرضة للإصابة به (جريدة العرب الدولية، 2006)

- **سرطان عنق الرحم:** تشمل أعراضه نزيف بعد الجماع أو زيادة الإفرازات المهبلية أو نزيف مهبلي خارج أوقات الدورة الشهرية، كلها أمور تتطلب أن يبحث الطبيب في سببها. ويعتبر التدخين والتهابات ميكروبات الأمراض الجنسية عوامل ترفع من

إحتمالات الإصابة. والفحص الدوري لمسحة عنق الرحم هي أفضل ما ثبتت فائدة للكشف المبكر والوقاية من التداعيات.

- **سرطان المهبل:** وهو نادر جداً ويبدو كقرحة أو نتوء متفاوت الحجم على أحد الشفرتين. وغالبا لا تشكو المصابة من شيء وإن كان البعض منهم يشكو من تهيج وحكة. وهناك نوعان منه، نوع يصيب النساء ما بين سن 30 إلى 60 من العمر، وهو مرتبط بنفس عوامل خطورة الإصابة بسرطان عنق الرحم. ونوع يُصيب من تجاوزن السبعين، وهو غير واضح الأسباب. (جريدة العرب الدولية، 2006).

3. الضيق الجنسي لدى مريضات سرطان الجهاز التناسلي:

تعاني المصابات بسرطان الجهاز التناسلي من ضعف في صحتهن الجنسية، مع وجود تأثير كبير محتمل على رفاههن العاطفي والعقلي والاجتماعي أو بما يسمى بالضيق الجنسي. حيث تم وصف الضيق الجنسي لدى النساء بأنه تغيرات في الرغبة الجنسية أو الإثارة أو النشوة الجنسية أو الألم الذي يسبب درجة معينة من الضيق.

ومن النساء اللاتي يزداد لديهن خطر الآثار الجانبية الجنسية وهن يتابعن العلاج ل:

- سرطان المثانة
- سرطان الثدي
- سرطان عنق الرحم
- سرطان القولون
- سرطان بطانة الرحم
- سرطان المبيض

• سرطان المستقيم (Beauchemin, 2015)

• سرطان الرحم

• سرطان المهبل

• سرطان الفرج

علاج أي نوع من أنواع السرطان يحمل في طياته خطر التسبب في تغيرات جسدية للجسم والتي يمكن أن تغير صورة الجسم والحياة الجنسية. لكن السرطان يؤثر أيضًا على العواطف، بغض النظر عن نوع السرطان. على سبيل المثال، قد تشعر المصابة بالقلق والضغط النفسي والإكتئاب عند تشخيص حالتها، أو العلاج أو توقعات مسار المرض. ويمكن لهذه المشاعر أن تؤثر أيضًا على موقفها تجاه الجماع والعلاقة الحميمة مع الزوج (Beauchemin, 2015)

1.3. الآثار الجانبية الجنسية الأكثر شيوعًا بين النساء تتضمن ما يلي:

• صعوبة في الوصول إلى نشوة الجماع

• طاقة أقل للنشاط الجنسي

• فقدان الرغبة في الجماع

• الشعور بالألم أثناء الإيلاج

• صغر حجم المهبل

• جفاف المهبل

لا تعاني كل النساء من هذه الآثار الجانبية. ويمكن أن يعطي الطبيب فكرة عما إذا كان العلاج المحدد لمريضة سوف يسبب أيًا من هذه الآثار. وقد تتساءل بعض المصابات بسرطان الجهاز التناسلي هل من الآمن ممارسة الجنس مع أزواجهن أثناء الخضوع لأي نوع من العلاج إلا أن هذا

الموضوع من الأفضل مناقشته مع الطبيب الذي يتابع كل حالة بشكل فردي. حيث وبشكل عام في حالة الخضوع للعلاج الكيميائي مثلا لا توجد مشكلة في ممارسة الجنس طالما أن المريضة تشعر بأنها مستعدة لذلك. إلا أنه يمكن للعديد من العوامل التأثير على القرارات المتعلقة بالعلاج وممارسة الجنس.

وهنا بعض الأمور التي يجب وضعها في عين الاعتبار:

1. نوع السرطان:

قد تتطلب الأمراض السرطانية التي تشمل الجهاز التناسلي الحذر الشديد عندما يتعلق الأمر بممارسة الجنس. وقد يوصي الطبيب بعد إجراء عملية أو علاج يؤثر على الجهاز التناسلي، بالإمتناع عن ممارسة النشاط الجنسي حتى يكتمل التعافي.

2. نوع العلاج الكيميائي المتلقى:

بعض أنواع العلاج الكيميائي يمكن أن تؤدي إلى تغيرات في بطانة المهبل، مما قد يزيد احتمالات الإصابات المهبلية في أثناء الجماع المهبلي. يمكن أن تدخل البكتيريا الطبيعية التي تعيش على الجلد أو في الجهاز التناسلي في مجرى الدم لدى المرأة المصابة.

فإذا كان العلاج الكيميائي يقلل من مستويات خلايا الدم البيضاء التي تحارب الجراثيم، فقد لا تكون المصابة محمية من هذه البكتيريا. قد يوصي الطبيب بتجنب الجماع حتى يرتفع عدد خلايا الدم البيضاء إلى مستويات آمنة.

وفي حالة ما إذا تسبب العلاج الكيميائي في إنخفاض عدد الصفائح الدموية، فقد يؤدي الجماع إلى حدوث نزيف. إذا كان عدد الصفائح الدموية منخفض للغاية، فقد يحدث نزيف حاد (Moynihan, 2015)

كما قد تزاول المصابات بسرطان الجهاز التناسلي مخاوف الحمل إلا أن في حالة العلاج الكيميائي لا يشجع حدوثه بشدة وهذا ينطبق على كل من الرجال والنساء الذين يتلقون العلاج الكيميائي، وذلك بسبب الآثار المحتملة على الأجنة. إذا كان حدوث الحمل ممكناً، فمن المحتمل أن يساعد الطبيب على إختيار طريقة موثوقة لتحديد النسل.

3. الإستعدادية:

خلال العلاج قد يؤدي التعب أو الآثار الجانبية الأخرى التي تشمل التأثيرات على المستويات الهرمونية إلى تقليل الإهتمام بممارسة الجنس. (Moynihan, 2015)

2.3. الآثار الجانبية الجنسية التي يسببها علاج السرطان:

إن علاجات السرطان التي من المرجح أن تتسبب في آثار جانبية جنسية تتضمن ما يلي:

1. العلاج الكيميائي:

يعاني العديد من النساء من فقدان الرغبة الجنسية أثناء وبعد العلاج الكيميائي. وغالبًا ما يمكن أن تتسبب الآثار الجانبية للعلاج مثل التعب، والغثيان، وتساقط الشعر، وفقدان الوزن أو زيادته في أن تجعل المرأة تشعر بافتقاد جاذبيتها.

لكن عادة ما تتلاشى الآثار الجانبية سريعًا بعد إنتهاء العلاج. وقد يستغرق الأمر وقتًا لإعادة بناء الثقة بالنفس لتعود إليها الرغبة في الجماع.

يمكن أن يسبب العلاج الكيميائي فقداناً مفاجئاً لإنتاج هرمون الإستروجين في المبايض. وقد يؤدي هذا إلى أعراض إنقطاع الطمث، مثل ترقق المهبل (ضمور المهبل) وجفاف المهبل، وكلاهما يمكن أن يسبب الألم أثناء الإيلاج.

يمكن للعلاج الكيميائي أيضاً أن يؤدي إلى تلف أنسجة الجسم، بما في ذلك المهبل. وهذا التلف يمكن أن يسبب القرح وقد يزيد من خطر العدوى. كما يمكن أن يسبب التعب أو زيادة النزيف. أثناء تلك الفترة، قد ينصح الطبيب بتجنب الجماع، أو قد لا تشعر المصابة برغبة فيه من الأساس. (National cancer institute، 2017)

2. العلاج الإشعاعي:

إن الآثار الجانبية الجنسية المرتبطة بالعلاج الإشعاعي تكون أكثر شيوعاً في النساء اللواتي يتلقين العلاج لمنطقة الحوض.

يسبب الإشعاع على منطقة الحوض ما يلي:

- **تضرر المبايض:** يعتمد مقدار الضرر وسواء أكان دائماً أم لا على قوة وموضع العلاج الإشعاعي. لا تنتج المبايض التالفة هرمون الإستروجين. وهذا يسبب إنقطاع الطمث والعلامات والأعراض المرتبطة به، مثل جفاف المهبل أو الهبات الساخنة. فإذا كانت المصابة قد دخلت بالفعل في مرحلة إنقطاع الطمث، فمن المحتمل ألا تواجه مثل هذه الأعراض.

- **حدوث تغييرات في بطانة المهبل:** يمكن أن يهيج العلاج الإشعاعي الأنسجة السليمة في مساره. وقد يسبب هذا التهاب بطانة المهبل وضعفها. والإيلاج أثناء الجماع قد لا يكون مريحاً أثناء فترة العلاج ولبضعة أسابيع بعد ذلك. في الوقت الذي تلتئم فيه بطانة المهبل، قد يزداد سُمك البطانة ويصيبها التندب، مما يتسبب في تضيق المهبل وأن يقاوم التمدد

أثناء الإيلاج. وقد يوصي الطبيب باستخدام موسع مهبلي لمنع تندب النسيج بعد الإشعاع.

(American Cancer Society، 2017)

3. الجراحة:

إن مدى تأثير الجراحة على القدرة على الجماع يتوقف على نوع السرطان الذي تعاني منه المريضة ومكانه وحجمه.

والإجراءات الجراحية التي من المرجح أن تتسبب في آثار جانبية جنسية تتضمن ما يلي:

- **الإستئصال الجذري للرحم:** ومن ضمن علاجات سرطان عنق الرحم الإستئصال الجذري للرحم، لإستئصال الرحم والأريطة المتصلة به، فضلاً عن عنق الرحم وجزء من المهبل. وقصر المهبل عادة لا يغير القدرة على الجماع، على الرغم من أن الأمر قد يستغرق بعض التعديل.

قد يستأصل الجراح كذلك المبيضين خلال هذا الإجراء. فإذا كانت المريضة في فترة ما قبل إنقطاع الطمث عند استئصال المبايض، فسوف تواجه إنقطاع الطمث.

- **الإستئصال الجذري للمثانة:** في هذه العملية الجراحية لسرطان المثانة، يقوم الطبيب الجراح باستئصال المثانة والرحم والمبايض وقناتي فالوب، وعنق الرحم، والجدار الأمامي من المهبل والإحليل.

يقوم الطبيب الجراح بترميم المهبل، على الرغم من أنه قد يكون أقصر أو أضيق مما كان عليه قبل الجراحة. وقد يتسبب هذا في الشعور بألم عند الجماع. إذا لم تكن المريضة قد دخلت في فترة إنقطاع الطمث، فسيتسبب إستئصال المبايض في إنقطاع الطمث.

- **إستئصال الفرج:** قد تخضع المريضة لجراحة إستئصال الفرج إذا كانت مصابة بسرطان الفرج. يقوم الطبيب الجراح في هذا الإجراء باستئصال الفرج بأكمله، بما في ذلك الشفاه

الداخلية والخارجية، وكذلك البظر. وهذه الأجزاء تلعب دوراً رئيسياً في إثارة الشهوة الجنسية عند النساء. وبالتالي قد يجعل إستئصال الفرج والبظر المنطقة أقل حساسية ويجعل من الصعب بالنسبة للمرأة أن تصل إلى هزة الجماع. بالإضافة إلى ذلك، قد تتطلب بعض العمليات عمل فتحة (فغرة) متصلة بالجسم لجمع البراز والبول. (Falk، 2017)

4. العلاج الهرموني:

إذا كانت المريضة مصابة بسرطان من النوع الحساس للهرمونات، فقد تتلقى العلاج بحصر الهرمون عن طريق الأدوية، مثل تاموكسيفين أو مثبطات أروماتاز أو عن طريق الجراحة، مثل إستئصال المبايض. إذا كان السرطان حساساً للهرمونات، فقد تكون علاجات حصر الهرمون هذه فعالة في تقليص أو قتل السرطان، ويمكن أن تقلل من فرصة تكرار الإصابة بالسرطان. إن كلاً من الأدوية والجراحة للعلاج الهرموني تسبب علامات وأعراض سن إنقطاع الطمث، بما في ذلك الهبات الساخنة وضمور المهبل وجفافه. واستئصال المبايض يسبب إنقطاع الطمث نهائياً. عادة ما تزول الآثار الجانبية لأدوية العلاج الهرموني بعد التوقف عن تناولها. والنساء اللواتي يتناولن العلاج الهرموني للسرطان عادة ما يتناولن هذه الأدوية لمدة خمس سنوات أو أكثر (Huffman & al, 2016)

3.3. دراسات سابقة حول الضيق الجنسي لدى النساء:

تناولت دراسات مختلفة هذه المشكلة الحساسة ألا وهي الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي، في محاولة لتقدير تأثير المرض وعلاجه على الحياة الجنسية بطريقة عضوية (Trotti & al, 2000)

حيث تبين التجربة السريرية أنه ليس من السهل دائماً تحديد المشاكل الجنسية. فعندما يتحدث الناس عن صعوباتهم الجنسية ، فإنهم يعطون معنى لسلوكهم، ويعتمد المعنى الذي يعطونه لهذه المواقف على معرفتهم بالجنس ، وبشكل أعم ، على المعنى الذي تعطيه البيئة الاجتماعية للسلوك (Will & al, 2006)

كما تكشف بيانات المعهد الوطني للسرطان بالولايات المتحدة الأمريكية في عام 2004 ، عن 40 إلى 100% من العجز الجنسي لدى حاملات السرطان بعد التشخيص والعلاجات المحددة. لخصوصية سرطانات الجهاز التناسلي لدى النساء، يطول العجز الجنسي في حوالي 50 % من الحالات، والآثار النفسية الثانوية للعلاج لها تأثير على النشاط الجنسي وتجعل من الصعب تقييم تأثير تدخلات الرعاية على النشاط الجنسي بدقة (Crouzet, 2010)

أجري بحث شامل حول الصحة الجنسية وعلاج العجز الجنسي لدى النساء الناجيات من سرطان الجهاز التناسلي، حيث توصلت النتائج إلى خلل جنسي سائد بين الناجيات من سرطان الجهاز التناسلي نتيجة للجراحة والإشعاع والعلاج الكيميائي مما يؤثر سلباً على نوعية حياة هذه الفئة (Huffmana & al, 2016)

وفي دراسة أجريت لمعرفة تأثير الإصابة بسرطان الجهاز التناسلي لدى النساء على نوعية حياة المريضات المغربيات. حيث تم إنشاء إستبيان خاص بالدراسة على عينة مكونة من 100 مريضة 75% منهم يعانين من سرطان الرحم، 7% من سرطان الفرج، 2% من سرطان المهبل وتم تحديد متوسط العمر بـ 47 سنة (27-75) و 88% من المرضى كن متزوجات.

77% من المريضات الناشطات جنسياً أثر السرطان على حياتهن الجنسية وتم الإبلاغ عن أسباب جسدية ونفسية مختلفة لذلك، وكان الوهن العامل الأكثر تمثيلاً بنسبة 59% ونقص

الرغبة الجنسية من قبل 47% من النساء، كما شكل عسر الجماع 32% من الحالات بالإضافة إلى الخوف من نقل العدوى للزوج بنسبة 22% (Khalil & al, 2012)

4. الإكتئاب لدى مرضى السرطان:

1.4. تعريف الإكتئاب:

يعد الإكتئاب من المفاهيم التي تثير خلطا عند محاولتنا أن نفرق بينه وبين الحالة المزاجية للمريض ومن هنا سنحاول أن نعرض بعض التعاريف التي وضعت لهذا الإضطراب النفسي. ويرى بيك أن الإكتئاب حالة تتضمن تغيرا محددًا في المزاج وذلك مثل الشعور بالحزن والوحدة واللامبالاة، بالإضافة إلى مفهوم سالب عن الذات مصاحب بتوبيخ للذات وتحقيرها ولومها مع الرغبة في الهروب والإختفاء والموت، يضاف إلى ذلك تغيرات في مستوى النشاط كما تظهر في صعوبة النوم وفقدان الشهية وانخفاض في مستوى النشاط العام. (الدسوقي، 2002)

وحسب عكاشة (2003) فإن الإكتئاب إضطراب وجداني يتميز بمزاج سوداوي، وإحساس بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بالنشاط السابق، واليأس في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط، ووجود صعوبة في التركيز، والشعور بالإرهاق التام مع إضطراب في النوم والشهية للطعام. (الدسوقي، 2002)

وقد عرفته نصار أن الإكتئاب يحدد كونه "إختلالا في الحالة المزاجية عند الإنسان يؤدي به إلى التشاؤم والحزن والنظرة القاتمة للنفس للعالم وللمستقبل. ويتكون من إنفعالات مؤلمة، من إحساس مزعج بالوحدة غير المختارة "أي المفروض على الشخص " ومن أفكار تفرض نفسها عليه وتحدد سلوكياته. (نصار، 2006)

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

وحسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

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

وهكذا يمكن القول أن الإكتئاب يمثل حالة مزاجية يشعر فيها الفرد بالحزن الشديد والتشاؤم والإنقباض والشعور بالتعاسة وعدم القيمة ويصاحب هذه الحالة في كثير من الأحيان نقص النشاط وفقدان لذات الحياة الشعور بالتعب دون القيام بمجهود كذلك اضطراب الشهية وانخفاض النشاط الوظيفي كما نجد مريض الإكتئاب يعاني من صعوبة في التركيز وضعف الذاكرة والإحساس المستمر بالذنب وإستلاء الأفكار السوداوية على تفكيره كما نجده دائم التفكير في الموت وما بعده أو الإنتحار.

2.4. الإكتئاب لدى مرضى السرطان:

1.2.4. إنتشار الإكتئاب لدى مرضى السرطان:

تشير تقديرات إنتشار الإكتئاب لدى مرضى السرطان تختلف تبعا لكيفية تعريف الإكتئاب وقياسه لدى المريض، وكذلك نوع السرطان أو المرحلة من المرض. (Segall، 2010)

وحسب جمعية الطب النفسي WAP، فقد أجريت العديد من الأبحاث لتقييم الإكتئاب لدى مرضى السرطان مع مرور السنين، وأظهرت تقاريرها عن مدى الإنتشار تفاوتاً واسعاً (الإكتئاب الشديد من 3%-38%، متلازمات أعراض الإكتئاب من 1.5%-52%). (الخولي وآخرون، 2010)

وتشمل إضطرابات إكتئابية لدى مرضى السرطان على مجموعة من متلازمات السريرية تتميز بمظاهر وجدانية ومعرفية، عصبية إنباتية، وعلامات وأعراض سلوكية. وتشمل هذه العلامات والأعراض المزاج المكتئب، ونقص الطاقة، ونقص الدافعية، تضاول الرغبة الجنسية، والأرق أو فرط النوم، فقدان الشهية، وانعدام التلذذ، والتقييمات المتشائمة حول قيمة الذات وقدراتها، وحول المستقبل. في الحالات الشديدة قد يكون التفكير في الإنتحار أو ظهور هومات (الهالوس) لدى المريض.

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

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

2.2.4. عوائق التعرف على الإكتئاب لدى مرضى السرطان:

- عند زيارة المختصين بعلاج السرطان غالبا ما يتركز الإهتمام في المقام الأول على العلاج البدني والسيطرة على الأعراض الجانبية، ويولي ذلك الإهتمام بالألم والتعامل مع الأعراض. ومن الجائز أن تهمل الأعراض الوجدانية بل وتستبعد كنتائج متوقعة للإصابة بالسرطان.
- وقد لا يرغب المرضى في إطلاع الأطباء المعالجين على الشكاوى الوجدانية خشية أن يتسبب هذا في تشتيت أطباءهم عن جهودهم العلاجية، أو لأنهم يخشون ردود الفعل السلبية تجاه الإكتئاب بتأثير من الثقافة السائدة (شرقي، 2015)

3.2.4. تأثير الإصابة بالإكتئاب على مرضى السرطان:

- الإكتئاب يزيد من خطر تقدم مراحل السرطان وتطوره أو إنتشاره وكذا الإنتكاس. (Segall,2010)
- وفي هذا السياق وجدنا عدة دراسات لأثر الإكتئاب على مرضى السرطان فقد سجلت إحدى الدراسات التي أجريت على سرطان الثدي أنه خلال خمسة سنوات من المتابعة تنخفض إحتتمالات البقاء على قيد الحياة بين السيدات اللاتي ترتفع معدلات إصابتهن بالإكتئاب.
- وفي دراسة ميدانية أجريت على عشرة آلاف مشترك، تزايد خطر الموت خلال ثمانية أعوام من المتابعة بين المرضى المصابين بالإكتئاب وقارنه بالذين لم يصابوا بالإكتئاب.
- وحسب حسين الخولي وزملائه وما أدلت به جمعية الطب النفسي فإن القاسم المشترك في العلاقة بين الإكتئاب والنجاة من السرطان هو عدم الإلتزام بالعلاج الذي يتزايد بين المرضى المصابين بالإكتئاب. (الخولي وآخرون، 2010)

كما يؤثر الإكتئاب على الإنتظام بالعلاجات المضادة للسرطان:

- عدم القدرة على الربط بين المعلومات الخاصة بتشخيص مرض السرطان ومعلومات العلاج.
- نقص الحافز على العناية بالذات وصعوبة التخطيط.
- المفاهيم الصحية السلبية والتشاؤم بشأن العلاج.
- الإبتعاد عن السلوك الذي يهتم بالصحة.
- العزلة الإجتماعية والإنسحاب.
- قصور إستخدام موارد المجتمع.
- تزايد صعوبة تحمل الآثار الجانبية للعلاج (الرصااص وآخرون، 2010)

5.القلق لدى مرضى السرطان:

يحظى الإكتئاب بالإهتمام الأكبر في البحوث المتخصصة في دراسات الإضطرابات النفسية والعقلية ولا يولي الباحثون القلق الأهمية التي يستحق. فالقلق لا يختلف كثيرا عن الاكتئاب من حيث درجة الخطورة التي قد تدفع المصاب إلى الإنتحار، في الكثير من الأحيان. فالتعرض الدائم للضغوطات والهواجس يحول الإختلال النفسي إلى مرض عضوي يؤثر على القلب والجهاز العصبي، بشكل كبير.

1.5.تعريف القلق:

يُعرّف اضطراب القلق وفقاً لـ «منظمة الصحة النفسية الأمريكية:» (APA) بأنه شعور مزمن بالقلق والشد العصبي، وقد يصحبه تغيرات جسدية مثل زيادة ضغط الدم أو ضربات القلب السريعة. ويعتبر واحداً من أكثر الأمراض العقلية انتشاراً في العالم.

يتحول القلق العادي إلى قلق مرضي عندما يفكر الأشخاص في الأشياء لدرجة قد تعيق مواصلة حياتهم اليومية؛ لأن التفكير الزائد يتغذى على طاقتهم الذهنية والجسدية. يتحول العقل إلى ساحة حرب مفتوحة لكل هذه الأفكار المتضاربة وتكون مكثفة لدرجة تعيق العقل عن استيعاب القلق وتمريضه. وهذه الحرب يُضاف إليها جولات جديدة بحدوث مواقف جديدة، بالأخص إن ارتبطت في ذهن المُتعايشين مع الاضطراب بأحداث صادمة أو مواقف مؤلمة؛ مما يُكثف من حدة الأفكار وسرعتها. لهذا السبب، قد يلجأون إلى تجنب مواقف بعينها. (شيهان، 1988)

القلق هو حالة مزاجية عامة تحدث من دون التعرف على آثار تحفيزها. على هذا النحو، يختلف القلق عن الخوف، الذي يحدث في وجود تهديد ملحوظ. وبالإضافة إلى ذلك، يتصل الخوف بسلوكيات محددة من الهرب والتجنب، في حين أن القلق هو نتيجة لتهديدات لا يمكن السيطرة عليها أو لا يمكن تجنبها. حيث يكون الشعور بالخوف والقلق وعدم الارتياح معمماً في حالة القلق تظهر على شكل مبالغة في رد الفعل اتجاه موقف يراه الشخص مهدداً بشكل غير موضوعي. قد يصحب القلق تشنج عضلي، الأرق، التعب والإرهاق ومشاكل في التركيز .

2.5. القلق لدى مرضى السرطان:

القلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان، و قد يُعاني المرء من القلق أثناء إجراء الاختبارات و التحاليل الأولية للسرطان، أو حين ينتظر نتائج الفحوص، و عند تلقي نبأ التشخيص و حين البدء بالمعالجات أو عند توقع عودة الورم، و سيجد مرضى السرطان أن مشاعرهم من القلق و التوتر تزيد و تنقص في أوقات مختلفة، فقد يصبح المريض قلقاً و متوتراً أكثر حين ينتشر السرطان أو ينتقل إلى موضع آخر، أو حين تصبح المعالجات أكثر كثافة و إجهاداً، و بطبيعة الحال تتفاوت و تختلف مستويات القلق من مريض لآخر، و يتمكن معظم المرضى من

تخفيض مستويات القلق بالإحاطة بكل المعلومات المتعلقة بالسرطان و المعالجات المزمعة و الأحداث المتوقعة أثناءها (Adamcs, 2016)

و من جهة أخرى و بالنسبة لبعض الأشخاص، خصوصا ممن عانوا في حياتهم من فترات تخللتها أزمات التوتر الشديد قبل إصابتهم بالسرطان، قد تصبح مشاعر القلق غامرة و ساحقة و معرقة للمعالجات و للتقدم نحو التعافي، فالقلق في هذه الحال قد يزيد من الشعور بالألم، و يتسبب في اختلال النوم، و يسبب الغثيان و التقيؤ و يؤثر بعمق على أسلوب حياة المريض، و ليس غريبا القول أن القلق الحاد يمكنه حتى أن يقصر عمر المريض إن لم تتم معالجته. وقد يُعاني البعض من القلق الحاد، و تزداد احتمالات نشوئه لديهم بالنمط المرضي بسبب من عوامل و ظروف مختلفة، و تفيد الدراسات الطبية أن معدلات القلق الحاد تزيد بين الأشخاص بالحالات التالية :

- ذوي التاريخ المرضي من علل القلق لأسباب مختلفة، أو من لديهم ماض من الصدمات النفسية أو العاطفية.
- الذين عانوا من القلق الحاد أثناء التشخيص.
- الأشخاص فاقد الدعم الاجتماعي، و ذوي القليل من الأصدقاء أو أفراد العائلة ممن سيهتمون لأمرهم.
- المرضى ممن يعانون من ألم حاد، و المعاقين جسديا.
- المرضى بأورام لا تستجيب للمعالجات القياسية.

و من جهة أخرى ثمة العديد من الأدوية المستخدمة في معالجة السرطان بإمكانها أن تفاقم من مشاعر القلق بدورها، و على النقيض مما قد يظنّه المرء، يُعاني المرضى بمراحل ورمية متقدمة من القلق ليس خوفا من الموت بحد ذاته، و إنما من عوامل أخرى، تتضمن غالبا

الخوف من الألم غير القابل للسيطرة، أو الخوف من تركهم وحيدين دون دعم، أو من شعورهم بالحاجة و الاضطراب للاعتماد على الغير (Adamcs, 2016)

3.5. مضاعفات القلق:

الإصابة بإضطراب القلق تؤدي إلى ما هو أكثر من القلق. ويمكن أن يؤدي هذا الإضطراب أيضاً إلى الإصابة بحالات عقلية وجسمانية أخرى أو يؤدي لتفاقمها، مثل:

• الإكتئاب (الذي يحدث عادة مع إضطراب القلق) أو إضطرابات أخرى متعلقة بالصحة

النفسية.

• إساءة إستخدام المواد المخدرة

• صعوبة في النوم (الأرق)

• مشكلات هضمية أو بالأمعاء

• الصداع والألم المزمن

• العزلة الإجتماعية

• مشكلات في التعامل في المدرسة أو العمل

• تدني نوعية الحياة

• الإنتحار. (Bystritsky, 2018)

6. الدراسات السابقة حول كل من القلق والإكتئاب لدى مرضى السرطان:

ففي دراسة Derojatil سنة 1983 أجراها على (215) مريضا من مرضى السرطان الذين تم إختيارهم بطريقة عشوائية من بين المترددين على ثلاث مراكز علاج السرطان، وذلك من أجل تحديد مدى وجود الإضطرابات السيكاترية لديهم، قام الباحثون بفحص كل مريض وتقييمه

بإستخدام المقابلة المتعمقة والإختبارات النفسية المقننة، وقد استخدم الباحثون في التشخيص الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية DSM3 التي تصدره جمعية الطب العقلي الأمريكية. وقد أظهرت النتائج أن (47%) من المرضى حصلوا على تشخيص من تشخيصات DSM3، وأن (44%) منهم تم تشخيصهم على أن لديهم زملة أعراض إكلينيكية، وأن (3%) منهم مصابون بالإضطرابات الشخصية قد كانت (68%) من التشخيصات السيكاترية تتكون من إضطرابات وجدانية (الإكتئاب)، وقد توزعت التشخيصات الباقية بين الإضطرابات العقلية العضوية (8%)، إضطرابات الشخصية (7%) واضطراب القلق (4%) قد بينت الإحصاءات أن (85%) من المرضى لديهم حالة سيكاترية موجبة تتمثل في الإكتئاب أو القلق بوصفهما العرضيين الأساسيين وقد كانت الغالبية العظمى من الحالات تمثل إضطرابات قابلة للعلاج إلى حد كبير. (بن عبد العزيز، 2010)

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

قام Peck (1972) بدراسة على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي تتراوح أعمارهن بين (40-60) عاما وباستخدام مقابلة مقننة أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق و37 مريضة تعاني من الإكتئاب و25 مريضة تعاني من الغضب (الأنصاري، 1996).

وقام Watson وزملائه (1991) بدراسة على عينة قوامها 359 سيدة مصابة بسرطان الثدي في أولى مراحل تطوره وبعد مضي ثلاثة أشهر من الإصابة بالمرض، وتم تطبيق بعض مقاييس الشخصية على أفراد العينة لمعرفة الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بالسرطان وقد أسفرت

نتائج الدراسة عن معاناة 16% من أفراد العينة من القلق و 6% من الإكتئاب و 80% من كبت الغضب و 55% من الشعور بالعجز. (الأنصاري، 1996).

في دراسة بيك سنة 1972 على (50) سيدة لديهم أورام بالثدي، وتتراوح أعمارهن بين (40) (60) عاما وباستخدام مقابلة مقننة أظهرت نتائج الدراسة أن (49) مريضة تعاني من القلق، و(37) مريضة تعاني من الإكتئاب، 25 مريضة تعاني من الغضب (شاكر، 2012).

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم التعاريف المتعلقة بالدراسة الحالية وهي سرطان الجهاز التناسلي والضييق الجنسي كما تطرقنا إلى دراسات لها علاقة بمتغيرات الدراسة بالإضافة إلى بعض العناصر التي نتحدث عن العوامل المؤثرة على مرضى السرطان.

الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية

1. تمهيد

2. منهجية الدراسة

3. عينة الدراسة

4. أدوات الدراسة

5. التحليل الإحصائي

6. خلاصة

تمهيد:

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

بحيث قمنا باختيار المنهج الملائم للدراسة الحالية وتعريف عينة الدراسة وتحديد خصائصها كما قمنا بالتأكد من الخصائص السيكومترية لكل من مقياس الضيق الجنسي لدى النساء FSDS-R والمقياس الإستشفائي للقلق والإكتئاب HADS ومقياس ترمومتر الضيق النفسي DT

1. منهج الدراسة:

يختلف المنهج المتبع في كل دراسة بحسب إختلاف موضوع الدراسة و طبيعتها، وموضوع دراستنا الحالية يسعى للتعرف على الضيق الجنسي وعلاقته بكل من القلق والإكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي لهذا فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي الإرتباطي، إذ يهدف هذا المنهج إلى وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية رقمية ويعد المنهج الوصفي الإرتباطي أكثر مناهج البحث ملائمة للواقع الإجتماعي كسبيل لفهم ظواهره و تفسيرها. لذلك تم الإعتماد عليه في هذه الدراسة. (محمد قاسم، 1999)

2. عينة الدراسة:

تم إختيار العينة بطريقة قصدية تشخيصية، إذ تم قصد المصابات بمرض سرطان الجهاز التناسلي المقيمت أو الزائرات لمركز مكافحة السرطان بمستشفى محمد بوضياف ودار الرحمة بورقلة، ومركز بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة بقصد العلاج في فترة إجراء الدراسة.

تكونت عينة الدراسة من 70 حالة مصابة بسرطان الجهاز التناسلي وتمثلت خصائصها كما يلي:

جدول رقم (01): لخصائص عينة الدراسة

السن	أقل من 45 سنة	أكثر من 45 سنة
	41%	59%
المستوى التعليمي	مرتفع 53%	منخفض 47%
الحالة الإجتماعية	متزوجات 84%	غير متزوجات 16%
نوع المرض	سرطان المبايض 13%	سرطانات الرحم 87%
نوعية العلاج	جراحي 19%	مشارك 34%
		إشعاعي 31%
		كيميائي 16%

قمنا بتقسيم المستوى التعليمي إلى ثلاث مستويات:

- منخفض: أمي أو ابتدائي أو متوسط
- مرتفع: ثانوي، جامعي.

نلاحظ من خلال الجدول أن المستوى التعليمي بين أفراد العينة متجانس بحيث بلغت نسبة التعليم المنخفض 47% ، بينما بلغت نسبت التعليم المرتفع 53% ويمكن أن نفسر ذلك بأن عدد أفراد العينة أقل من السن 45 الذي حددناه كمتوسط للسن قدر بـ 59% ما يبرر أن أكثر من نصف أفراد العينة صغيرات السن بحيث تابعنا تعليمهن.

أما بالنسبة لمتغير الحالة الإجتماعية فقد تم تقسيمه إلى فئتين غير متزوجات ومتزوجات ومن خلال الجدول نلاحظ أن نسبة 84% من أفراد العينة متزوجات و 16% منهن غير متزوجات.

وقمنا بتقسيم متغير نوع المرض إلى مجموعة النساء المصابات بسرطانات الرحم(سرطان الرحم وعنق الرحم) والذي قدر بـ 87% والمصابات بسرطان المبايض والذي قدرت نسبته بـ 13%. أما نوعية العلاج واضحة من خلال الجدول بنسب متفاوتة، 16% للعلاج الكيميائي و31% للعلاج الإشعاعي، و34% للعلاج المشترك و19% للعلاج الجراحي.

3. أدوات الدراسة:

إعتمدنا في الدراسة الحالية للكشف عن الضيق الجنسي لدى النساء على مقياس الضيق الجنسي لدى النساء-المراجع والمعروف بإختصار FSDS-R للمؤسسة الأمريكية لمرض المسالك البولية، المترجم من طرف الطالبة والمكيف على البيئة الجزائرية والمتاح للإستعمال في الدراسات العلمية دون رخصة أو إذن بشرط الإشارة إلى المرجع، كما اعتمدنا في قياس كل من القلق والإكتئاب على مقياس القلق والإكتئاب HADS، وفيما يلي وصف والخصائص السيكومترية لكل منهما:

1.3. مقياس الضيق الجنسي المراجع لدى النساء (FSDS-R):

1.1.3. وصف المقياس:

تم تطوير مقياس الضيق الجنسي المراجع لدى النساء (FSDS-R) "للمؤسسة الأمريكية لمرض المسالك البولية" ، وتم التحقق من صحته على نطاق واسع ، وهو من بين الأدوات الأكثر إستخدامًا لقياس الشدة المرتبطة بالوظيفة الجنسية الضعيفة. يتكون المقياس من 13 بنداً. يسأل FSDS-R النساء عن عدد المرات التي تعرضن فيها للإدراك السلبي (على سبيل المثال: الشعور بالذنب ، والقلق ، وعدم الإشباع) أو العواطف (على سبيل المثال: الغضب ، الإحراج، التعاسة) وفيما يتعلق بحياتهن الجنسية بشكل عام ، الإحتمالات الجنسية ، أو العلاقات الجنسية.

تم تصنيف البنود على المقياس من 5 بدائل للأجوبة تتراوح من أبدا إلى دائما (0-4)، مع مجموع نقاط تتراوح من 0 إلى 52.

2.1.3. الخصائص السيكومترية للمقياس:

تمت ترجمة المقياس من طرف الطالبة، لذا تم التحقق من صدق المقياس بالطرق التالية:

1- الصدق:

أ- صدق الترجمة:

تم عرض مقياس الضيق الجنسي لدى النساء بلغته الأصلية والترجمة، كما هو موضح في الملحق رقم (01) على ثلاث أساتذة محكمين وهم أساتذة في علم النفس بدرجة دكتوراه وأساتذة لغة إنجليزية. والملحق رقم (02) يوضح قائمة الأساتذة. للتعرف على مدى صحة ترجمة بنود المقياس، ولتعديل ما يروونه مناسبا على المقياس من حيث المعنى والصياغة. تمت الموافقة على صحة الترجمة مع إضافة بعض التعديلات من طرف الأساتذة المحكمين.

ب- الصدق التمييزي:

قمنا بحساب صدق المقارنة الطرفية. بلغت قيمة $t = 14,2$ (دح = 36) وهي قيمة دالة عند

0,01 مما يدل على الصدق التمييزي لمقياس FSDS-R

ج- الصدق التوافقي:

قمنا بحساب معامل الارتباط بين مقياس FSDS-R وبين مقياس "ترمومتر الضيق النفسي DT"، وهو عبارة عن إستبيان مكون من جزئين: مقياس بصري للضيق النفسي وقائمة اضطرابات سيكوسوماتية يصاب بها عادة مرضى السرطان. وقد أشار قيمة معامل الارتباط $r = 0,60$ وهو

دال عند 0,01 مما يشير إلى صدق FSDS-R.

2-الثبات:

إعتمدنا معامل ألفا كرونباخ للتجانس الذي وصلت قيمته إلى 0,92 مما يدل على ثبات مرتفع للمقياس.

2.3. المقياس الإستشفائي للقلق والإكتئاب HADS:**1.2.3. وصف المقياس:**

لقد إعتمدنا على المقياس الإستشفائي للقلق والإكتئاب HADS بحيث يحتوي المقياس على 14 بند وكل بند يتضمن 4 بدائل، وتتكون أبعاد هذا المقياس من بعدين هما: سبع بنود الأولى تقيس القلق، وسبع بنود التالية تقيس الإكتئاب. ويتم تنقيط المقياس عن طريق البدائل من (0-3) وتجمع الدرجة الكلية بحيث تتكون من 0- 42 درجة وأعلى درجة للقلق هي 21 وأعلى درجة للإكتئاب هي 21 في هذا المقياس.

2.2.3. الخصائص السيكومترية للمقياس:**1- الصدق:**

أ- قمنا بحساب الصدق التمييزي عن طريق المقارنة الطرفية. بلغت قيمة $t = 23,7$ (دح=36) وهي دالة عند 0,01.

ب- وكذلك حسبنا الصدق التوافقي مع ترمومتر الضيق النفسي DT. وصل معامل الارتباط إلى $r = 0,77$ مما يدل على صدق المقياس.

2-الثبات:

حسبنا ثبات HADS بطريقتين:

- أ- معامل ألفا كرونباخ للتجانس. الذي بلغ 0,93 مما يدل على ثبات مرتفع
- ب- التجزئة النصفية وصل المعامل 0,94 بعد التصحيح مما يدل على ثبات مرتفع.

3- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

نعتمد في الدراسة الحالية على الأساليب التالية:

- بالنسبة للفرضية الأولى والثانية والثالثة على النسب المئوية في معرفة مستويات الضيق الجنسي ومستوى كل من القلق والإكتئاب لدى العينة.
 - بالنسبة للفرضية الرابعة والتي تهدف إلى كشف العلاقة بين الضيق الجنسي وكل من القلق والإكتئاب، نعتمد على معامل الارتباط بيرسون.
- وذلك بالإعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS V.25.

خلاصة:

تم التعرض في هذا الفصل إلى ركائز العمل الميداني وإجراءاته بدءا بتحديد المنهج المتبع في دراستنا، وكذا وصف العينة وحدودها، ثم تطرقنا إلى أدوات القياس المستخدمة بالإضافة إلى الخصائص السيكومترية وإجراءات الدراسة الأساسية، كما قمنا بعرض خصائص العينة الأساسية ثم تطرقنا أخيرا للأساليب الإحصائية المستخدمة والمتبناة في الموضوع محل الدراسة التي لا يكاد يخلو منها أي بحث علمي كوضوعي قابل للتطبيق والتجريب.

الفصل الرابع: مناقشة النتائج وتفسيرها

1. تمهيد

2. نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها

3. نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها

4. نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها

5. خلاصة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية ومناقشتها وتفسيرها ، وذلك من خلال عرضها في جداول ومحاولة تحليل معطياتها وإعطائها دلالة حسب ما جاءت به المقاييس المستعملة في الدراسة، وكذا مقارنة هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة كما إعتدنا في مناقشتنا على التفسير من الواقع.

1. نتائج ومناقشة الفرضية الأولى:

التي نصت على أننا "نتوقع إرتفاع مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي"

1.1. في العينة الكلية:

من أجل الوصول إلى متوسط لدرجات العينة على المقياس يمكننا من تقسيمها الى منخفضي مستوى ومرتفعي الضيق الجنسي، حولنا الدرجات الخام إلى درجات زائية Zscore ثم إلى درجات تائية Tscore ثم إعتداد الدرجة المقابلة للمتوسط الحسابي للعينة وهي الدرجة 50 كمتوسط فاصل حسب ما يبينه الجدول التالي.

جدول (02): مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي

متوسط درجات FSDS (Tscore)	التمثيل في العينة (70) الكلية	%
50 > ضيق جنسي منخفض	30	42
50 = ضيق جنسي متوسط	8	11
50 < ضيق جنسي مرتفع	32	47

من خلال الجدول نلاحظ أن 42% من أفراد عينة الدراسة من المصابات بسرطان الجهاز التناسلي يعانين من ضيق جنسي منخفض (> 50 درجة)، في حين أن 11% لديهن ضيق جنسي متوسط (= 50 درجة)، وبلغت نسبة الذين يعانون من ضيق جنسي مرتفع (< 50 درجة).

ففي دراسة قام بها (Schag) على المرضى بعد سنة من التشخيص، لاحظ أن ثلث ونصف النساء يشكون من تغيير في حياتهن الجنسية. (Northous، 1994) مما يدل على أن الإصابة بسرطان الجهاز التناسلي تؤثر بشكل كبير على الحياة الجنسية لدى المرأة، وبمجرد إصابة عضو من الأعضاء التناسلية لديها تفقد وتتجنب الخوض في علاقة مع الشريك مما يتسبب لها بضيق جنسي متفاوت الدرجات.

وحوالي نصف النساء اللاتي عولجن من السرطان يبلغن عن مخاوف جنسية متعلقة بالسرطان. تشمل المشاكل الشائعة الجسدية (مثل جفاف المهبل وعدم الراحة أثناء الجماع) ، والنفسية العاطفية (على سبيل المثال ، انخفاض الإهتمام الجنسي ، وضيق بسبب صورة الجسم ، وفقدان الأنوثة) والشخصية (على سبيل المثال ، فقدان الرغبة الجنسية والألفة) (Saketh & al, 2015)

2.1. مستوى الضيق الجنسي حسب المتغيرات التصنيفية:

جدول رقم(03): مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي

حسب المتغيرات التصنيفية

المتغير	النوع	ضيق جنسي منخفض 50 >	%	ضيق جنسي متوسط = 50	%	ضيق جنسي مرتفع 50 <	%
السن	صغيرات السن (42)	11	26	4	9	27	65
	كبيرات السن (28)	19	68	4	14	5	18
المستوى التعليمي	منخفضات التعليم (33)	20	60	4	12	9	28
	مرتفعات التعليم(37)	10	27	4	11	13	62
المستوى الاجتماعي	غير متزوجات(11)	9	82	1	9	1	9
	متزوجات (59)	21	35	7	12	31	53
نوع السرطان	الرحم (61)	28	46	8	13	25	41
	المبايض (9)	2	22	0	0	7	78
نوع العلاج	كيميائي (11)	4	36	1	9	6	55
	اشعاعي(22)	7	32	3	13	12	55
	مشترك(24)	9	37	4	16	11	47
	جراحي(13)	10	77	0	0	3	23

نلاحظ من خلال الجدول السابق وجود فروق في مستوى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي حسب المتغيرات التصنيفية حيث أن صغيرات السن يبلغن أعلى نسبة من الضيق الجنسي حيث قدرت بـ 65% مقارنة بكبيرات السن وأعلى نسبة في المستوى التعليمي

سجلتها مرتفعات التعليم بـ 62%، ومن حيث لنوع السرطان فند أعلى نسبة سجلها سرطان المبايض بـ 78% ، أما بالنسبة لنوع العلاج فنجد أن كل من العلاج الكيميائي والإشعاعي يبلغان أعلى نسبة من الضيق الجنسي قدرت بـ 55%.

جدول رقم (04): المتغيرات المرتبطة بالنسب الطرفية الأعلى و الأدنى من الضيق الجنسي

المتغير التصنيفي	نسبة الضيق الجنسي
سرطان المبايض	78
صغيرات السن	65
مرتفعات التعليم	62
علاج جراحي	23
كبيرات السن	18
غير متزوجات	9

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة الضيق الجنسي لدى المصابات بسرطان الجهاز التناسلي حسب المتغيرات التصنيفية في أعلى النسب قد قدرت بـ 78% لدى المصابات بسرطان المبايض حسب متغير نوع المرض، و65% لدى صغيرات السن حسب متغير السن، و62% لدى مرتفعات التعليم حسب متغير المستوى التعليمي. بينما قدرت نسبة الضيق الجنسي في أدنى الدرجات بـ 23% في العلاج الجراحي حسب متغير نوعية العلاج، و 18% لدى كبيرات السن حسب متغير السن، و 9% لدى غير المتزوجات حسب متغير الحالة الإجتماعية.

ففي دراسة حول العجز الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي. تم قياس العجز الجنسي عن طريق التغير في درجة مؤشر الأداء الجنسي لدى النساء واضطراب العلاقة الزوجية بتغير الحميمة بين الزوجين على 320 امرأة. خلصت الدراسة إلى أن النساء اللاتي

يتلقين علاجاً كيميائياً أو يشتركن في علاقة مع الشريك معرضات بشكل كبير لخطر اضطراب الأداء الجنسي.

وفي دراسة قامت بها Dahbi وآخرون حول النشاط الجنسي للناجيات المغربيات من سرطان عنق الرحم، بهدف وصف كيف يمكن لسرطان عنق الرحم وعلاجه التأثير على الحياة الجنسية للنساء المغربيات الناجيات من هذا المرض. بإستخدام السمات السريرية ومؤشر الوظيفة الجنسية للإناث (FSFI) لثلاث مجموعات متوازنة من النساء ، مكونة من 100 ناجية من سرطان عنق الرحم ، و 100 من الناجيات من سرطان غير أمراض الجهاز التناسلي ومجموعة من 100 امرأة سليمة.

توصلت إلى أن 97 ٪ من المريضات توقف نشاطهن الجنسي بالكامل خلال العلاج، وكان الفاصل الزمني بين العلاج والنشاط الجنسي المنتظم 8 أشهر لمجموعة سرطان عنق الرحم ، و 5 أشهر للسرطان غير سرطان الجهاز التناسلي. (Dahbi & al.2015)

وفي دراسة قام بها Soleimani وآخرون حول الضيق الجنسي والوظيفة الجنسية لدى عينة من النساء الإيرانيات المصابات بسرطان الجهاز التناسلي، بإستخدام بطاقة المعلومات الديمغرافية و مؤشر الوظيفة الجنسية للإناث (FSFI) ومقياس الضيق الجنسي لدى النساء (FSDSR).

حيث توصلت الدراسة إلى تأثير نوع السرطان والحالة الإقتصادية والدعم الإجتماعي على الوظيفة الجنسية والضيق الجنسي. (Soleimani, 2016)

وبما أن المصادر الطبية تشير إلى أن عدم الإنجاب أو عدم التمكن من إرضاع الأطفال يرفعان من احتمالات الإصابة بسرطان المبايض، وبينما الإنجاب وتكراره يخفض بشكل واضح

من معدلات ظهور أورام المبايض. فإن هذا الأخير بالنسبة للمرأة الجزائرية قد يشكل حالة من الضيق الجنسي في أعلى الدرجات عند الإضطلاع والبحث في مضاعفات المرض وتطوره. وبطبيعة الحال فإن النساء الصغيرات في السن نجهن حاملات أعلى درجات الضيق الجنسي وذلك قد يعود إلى أنهن يحملن قائمة مشاكل متعددة إضافة إلى المشاكل الجنسية مقارنة مع كبيرات السن خاصة المتعلقة بمشاكل الإنجاب ورعاية الأطفال والشعور بالذنب نحو الشريك وبما أن المرأة لم تبلغ سن اليأس بعد إذ أن الحياة الجنسية بالنسبة لها لا تزال في أوجها خاصة من ناحية الشريك.

في المقابل نجد أن مرتفعات التعليم يحملن كذلك أعلى درجات الضيق الجنسي، فكلما ارتفع تعليم المرأة وزاد وعيها بالمرض ومضاعفاته وتطوره كلما زاد خوفها، وبالتالي تزايد نسبة الضيق الجنسي.

وعندما ننقل لأدنى الدرجات نجد أن النساء اللاتي عولجن جراحيا يلقيين في نتائج دراستنا أدنى درجات الضيق الجنسي، وذلك قد يعود إلى تفكير المرأة بأن شفاؤها يتحقق بمجرد إزالة العضو المصاب.

حتى بالنسبة لكبيرات السن، لا يعانين من ضيق جنسي مرتفع وذلك لأن معظم النساء عند تقدمهن في السن وبلوغهن سن اليأس تتراجع رغبتهن الجنسية حتى في حالة الصحة والخلو من الأمراض إذ لا يشكل هذا الأخير مشكل بالنسبة لهن، كما تقل قائمة المشاكل لديهن خاصة المتعلقة بالإنجاب ورعاية الأطفال.

كما أن نسبة الضيق الجنسي تقل لدى غير المتزوجات وقد نفسر ذلك لعدم وجود الضغط والشعور بالذنب من ناحية الشريك ونقص المسؤولية.

2- نتائج ومناقشة الفرضية الثانية:

نتائج الفرضية الثانية التي نصت على أننا " نتوقع إرتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى النساء

المصابات بسرطان الجهاز التناسلي"

جدول رقم (05): مستوى القلق و الاكتئاب في العينة الكلية

الأبعاد	دلالات الدرجات	العدد في العينة(ن=)	النسبة المئوية
قلق	7-0 لا يوجد	4	6%
	11-8 حالات حدية	17	24%
	21-12 قلق سريري	49	70%
اكتئاب	7-0 لا يوجد	11	16%
	11-8 حالات حدية	22	31%
	21-12 اكتئاب سريري	37	53%
مجموع HADS	أقل أو يساوي 16 لا يوجد ضيق نفسي	11	16%
	أكثر من 16 ضيق نفسي سريري	59	84%

قمنا بتقسيم مستويات القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة حسب مقياس القلق والاكتئاب كما هو موضح في الجدول. فمن خلال الجدول نلاحظ أن 06% من أفراد عينة الدراسة من المصابات بسرطان الجهاز التناسلي لا يعانين من القلق، في حين أن 24% يمثلن حالات حدية من القلق، وبلغت نسبة اللواتي يمثلن قلق سريري 70%. كما نلاحظ أن 16% من أفراد العينة لا يعانين من الاكتئاب، في حين أن 31% يمثلن حالات حدية منه، وبلغت نسبة اللواتي يمثلن إكتئاب سريري 53%. وفي المجموع تفردت نسبة 16% من أفراد عينة الدراسة لا يوجد لديهن ضيق نفسي (أقل أو يساوي 16) ، نسبة 84% (أكثر من 16) يمثلن ضيق نفسي سريري.

وهو ما يتوافق والدراسات التالية:

ففي دراسة Derojatil سنة 1983 أجراها على (215) مريضا من مرضى السرطان الذين تم إختيارهم بطريقة عشوائية من بين المترددين على ثلاث مراكز علاج السرطان، وذلك من أجل تحديد مدى وجود الإضطرابات السيكاترية لديهم، قام الباحثون بفحص كل مريض وتقييمه باستخدام المقابلة المتعمقة والإختبارات النفسية المقننة، وقد إستخدم الباحثون في التشخيص الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية DSM3 التي تصدره جمعية الطب العقلي الأمريكية.

وقد بينت الإحصاءات أن (85%) من المرضى لديهم حالة سيكاترية موجبة تتمثل في الإكتئاب أو القلق بوصفهما العرضين الأساسيين وقد كانت الغالبية العظمى من الحالات تمثل إضطرابات قابلة للعلاج إلى حد كبير. (بن عبد العزيز، 2010)

وفي دراسة Marasate وآخرون 1992 هدفت إلى قياس مستوى القلق والإكتئاب لدى مريضات السرطان اللواتي يتلقين علاجاً إشعاعياً وتكونت العينة من (133) مريضة بسرطان الثدي تم تحويلهن لتلقي العلاج الإشعاعي بعد العلاج الجراحي باستخدام مقياس للقلق والإكتئاب (HADS) وكانت النتائج على النحو التالي:

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

- مريضتين (1,5%) أظهرن إصابة بالإكتئاب الواضح (الحجار. 2003)

وقام Waston وزملاؤه 1991 بدراسة على عينة قوامها 359 سيدة مصابة بسرطان الثدي في أولى مراحل تطوره وبعد مضي ثلاثة أشهر من الإصابة بالمرض، وتم تطبيق بعض مقاييس الشخصية على أفراد العينة لمعرفة الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بالسرطان وقد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة 16% من أفراد العينة من القلق و6% من الإكتئاب و80% من كبت الغضب و55% من الشعور بالعجز (الأنصاري، 1996)

جدول (06) : مستوى الضيق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي حسب المتغيرات التصنيفية

المتغير	النوع	16 > لا يوجد ضيق نفسي %	16 < ضيق نفسي سريري %
السن	صغيرات السن (42)	2	40
	كبيرات السن (28)	9	19
المستوى التعليمي	منخفضات التعليم (33)	9	24
	مرتفعات التعليم (37)	2	35
المستوى الاجتماعي	غير متزوجات (11)	6	5
	متزوجات (59)	5	54
نوع السرطان	الرحم (61)	11	50
	المبايض (9)	0	9
نوع العلاج	كيميائي (11)	0	11
	اشعاعي (22)	5	17
	مشترك (24)	3	21
	جراحي (13)	3	10

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق في مستوى الضيق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي حسب المتغيرات التصنيفية، حيث أن أعلى درجة في المستوى التعليمي سجلتها صغيرات السن بـ 95%، وفي المستوى التعليمي نجد مرتفعات التعليم في أعلى نسبة قدرت بـ 95% وحسب الحالة الاجتماعية نجد المتزوجات في أعلى نسبة من الضيق النفسي بـ 92% مقارنة بغير المتزوجات، ومن حيث نوع السرطان فنجد أعلى درجة سجلها سرطان المبايض بـ 100%، أما بالنسبة لنوع العلاج فنجد أن العلاج الكيميائي بلغ أعلى نسبة قدرت بـ 100%.

جدول رقم (07): المتغيرات المرتبطة بالنسب الطرفية الأعلى و الأدنى من الضيق النفسي

المتغير التصنيفي	نسبة الضيق النفسي
سرطان المبايض	100
صغيرات السن	95
مرتفعات التعليم	95
متزوجات	92
كبيرات السن	68
غير متزوجات	46

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن نسبة الضيق النفسي لدى المصابات بسرطان الجهاز التناسلي حسب المتغيرات التصنيفية في أعلى النسب قد قدرت بـ 100% لدى المصابات بسرطان المبايض حسب متغير نوع المرض، و 95% لدى صغيرات السن حسب متغير السن، و 95% لدى مرتفعات التعليم حسب متغير المستوى التعليمي. بينما قدرت نسبة الضيق النفسي في أدنى الدرجات بـ 92% لدى المتزوجات حسب متغير الحالة الإجتماعية، و 68% لدى كبيرات السن حسب متغير السن، و 46% لدى غير المتزوجات حسب متغير الحالة الإجتماعية في الضيق النفسي. إلا أن رغم تقسيم المتغيرات التصنيفية السابقة إلى أعلى وأدنى الدرجات إلا أن النسب المصنفة في أدنى درجات الضيق النفسي هي الأخرى تشير إلى الخطر وإلى ضرورة التكفل النفسي لمريضات سرطان الجهاز التناسلي.

فحسب دراسة EII وآخرون 2001 التي تمثلت في التعرف على طرق التعامل الوظيفي، النفسي، الإجتماعي مع السرطان عند المرضى بإختلاف العمر وشملت العينة 159 مريضة

أكبر من 65 سنة، و94 مريضة أقل من 65 سنة، تم تشخيصهم بأنواع مختلفة من السرطان واستخدم الباحثون مقياس التوافق المتعدد والمقابلات للوصول إلى النتائج على مدى 03 أشهر ثم سنة بعد التشخيص بالسرطان أظهرت النتائج أن كبار السن (فوق 65 سنة) لم يكونوا متضررين بشكل كبير من المدة التي يأخذها التوافق الجيد أو طرق التعامل مع المرض (الحجار وآخرون، 2005)

وفي دراسة بيك سنة 1972 على (50) سيدة لديهن أورام بالثدي، وتتراوح أعمارهن بين (40) (60) عاما وباستخدام مقابلة مقننة أظهرت نتائج الدراسة أن (49) مريضة تعاني من القلق، و(37) مريضة تعاني من الإكتئاب، (25) مريضة تعاني من الغضب. (شاكرا مجيد سوسن، 2012)

وتشير الدكتورة فيرمونتا ماير من مركز دانا فاربر للسرطان في بوسطن إلى أن الدراسات حول ظهور كل من القلق والإكتئاب بعد النجاة من السرطان من حيث السن ركزت بالأساس على النساء الأكبر عمرا فيما من المتوقع أن تكون معدلات القلق والإكتئاب أعلى لدى الناجيات الأصغر عمرا. كما أضافت أن الناجيات قد يشعرن بمشكلات نفسية بشكل قوي في السنوات الأولى بعد تشخيص إصابتهن بالمرض. والعديد من الدراسات أظهرت أن معدلات الإصابة بالمشكلات النفسية لدى الناجيات بعد أكثر من خمس سنوات على التشخيص، تشابه إلى حد كبير المعدلات العامة (رويتز، 2018)

كما أن من أهم الضغوطات، الضغوطات المتعلقة بموضع الإصابة وخاصة إذا ما تعلق الأمر بالجهاز التناسلي للمرأة، حيث تمثل الأعضاء التناسلية لدى النساء عامة والمرأة العربية خاصة أهمية رمزية، وتلعب دورا حاسما في أدائها الجنسي. حيث تؤدي مشاكل النشاط والضييق الجنسي والحميمية لدى مريضات سرطان الجهاز التناسلي إلى تضاعف مشاعر القلق والإكتئاب

بشكل كبير، وكلما كانت المرأة أصغر سنا وذات تعليم مرتفع ومتزوجة كلما تضاعف لديها مستوى القلق والإكتئاب.

3- نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة:

1.3. نتائج الفرضية الثالثة التي نصت على أننا "نتوقع وجود علاقة إرتباطية دالة بين الضيق

الجنسي وبين كل من القلق والاكتئاب"

جدول رقم (08) لمعاملات الإرتباط في العينة الكلية:

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS HADS
0,57**	0,63**	0,53**	0,35**	قلق
0,61**	0,62**	0,57**	0,49**	إكتئاب
0,64**	0,69**	0,58**	0,42**	الدرجة الكلية لـ HADS

*دال عند 0,05

**دال عند 0,01

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R إرتبطت إيجابيا بالدرجة

الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الإرتباط $r = 0,64$ وهو دال عند 0,01.

وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية للـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي 0,35 والعواطف

0,53 ونلاحظ أن في حالة القلق فإن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث

قدرت بـ 0,63. كما إرتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغت في الإدراك السلبي

0,49 والعواطف 0,57 ونلاحظ أيضا أن في حالة الإكتئاب فإن الحياة الجنسية بشكل عام

حازت على أعلى درجة حيث قدرت بـ 0,62.

حيث أن نتائج الدراسة تشير إلى أنه كلما ارتفع مستوى الضيق الجنسي ارتفع معه مستوى الضيق النفسي (القلق والإكتئاب).

ففي دراسة أجريت لمعرفة تأثير الإصابة بسرطان الجهاز التناسلي لدى النساء على نوعية حياة المريضات المغربيات. 77% من المريضات الناشطات جنسياً أثر السرطان على حياتهن

الجنسية وتم الإبلاغ عن أسباب جسدية ونفسية مختلفة لذلك (Khalil & al, 2012)

كما أن تشخيص سرطان الجهاز التناسلي لدى النساء والنتائج التالية من العلاج والتغيير الجذري في حياة مريضات السرطان وشركائهن. تعاني النساء من عواقب سلبية من حيث الأداء الجنسي والنفسي والاجتماعي. فالعلاج الجراحي قد يؤدي إلى انخفاض في المتعة الجنسية والألم أثناء الجماع. ويمكن أن يسبب العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي فقدان الرغبة الجنسية مما يؤثر سلباً على القدرة على تجربة اللذة أو النشوة الجنسية. وقد تشمل التغييرات المرتبطة بالعلاج حدوث اضطرابات في صورة الجسم ، وانخفاض نوعية الحياة وكذلك اضطرابات الاكتئاب والقلق بين المرضى. علاوة على ذلك ، يمكن ملاحظة تأثير سلبي على العلاقة بين النساء المتضررات وشركائهن ، وكذلك تأثير سلبي على النشاط الاجتماعي.

(Izycki & al, 2016)

وهذا ما يؤكد النتائج المتحصل عليها فيما يخص ارتباط الضيق الجنسي بالضيق النفسي فشعور المرأة بالذنب تجاه الشريك فيما يخص تجنب الخوض في العلاقة الجنسية وكذا القلق والخوف من المستقبل والموت بالإضافة إلى الآثار الجانبية للعلاج كلها تؤثر سلباً على المريضة. وكلما زادت قائمة المشاكل لدى المصابات بسرطان الجهاز التناسلي كلما تضاعفت مشاعر القلق والإكتئاب.

2.3. اختلاف العلاقة الارتباطية بين الضيق الجنسي وكل من القلق والاكتئاب

حسب المتغيرات التصنيفية

1.2.3. حسب السن:

جدول رقم (09): لمعاملات إرتباط صغيرات السن

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,40	0,44	0,41	0,25	قلق
0,46	0,43	0,45	0,41	إكتئاب
0,50	0,54	0,48	0,32	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R إرتبطت بمعاملات إرتباط صغيرات السن إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الإرتباط $r = 0,50$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية للـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,25$ والعواطف $0,41$ ونلاحظ أن في حالة القلق فإن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث قدرت بـ $0,44$. كما إرتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغت في الإدراك السلبي $0,41$ ونلاحظ أن العواطف حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,45$ وبلغت الحياة الجنسية بشكل عام $0,43$.

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن السن يؤثر بشكل كبير على الضيق الجنسي. وتؤثر مسائل الجنس والحميمية بشكل كبير على نوعية حياة المريضات اللاتي يعانين من سرطانات

الجهاز التناسلي خاصة منهن صغيرات السن. حيث هناك قدر هائل من الأدلة يظهر أن السرطان يؤثر بشكل كبير على النشاط الجنسي للمرأة ، والأداء الجنسي ، والعلاقات الحميمة والشعور بالذات. يمكن أن يتأثر الأداء الجنسي بالمرض والألم والقلق والغضب والظروف المجهدة والأدوية. وهناك إقرار متزايد بأن هذه الإحتياجات لا يتم معالجتها بشكل مناسب من قبل مقدمي الخدمات الصحية. (Ratner & al, 2010)

في دراسة حول العجز الجنسي لدى المصابات بسرطان الجهاز التناسلي على عينة مكونة من 320 مريضة توصلت النتائج إلى أن من بين 208 من النساء كن ناشطات جنسيا خلال الدراسة، وكان الخلل الوظيفي الجنسي بعد العلاج مرتبطا بالسن حيث أن المريضات الأصغر سنا هم في خطر كبير فيما يخص الأداء أو العجز الجنسي.

يصبح البقاء على قيد الحياة على المدى الطويل أكثر ماتفكر فيه مريضات السرطان صغيرات السن بالإضافة إلى أن هذه الفئة من صغيرات السن المتزوجات يحملن مسؤوليات مضاعفة مقارنة بكبيرات السن مما تؤثر هذه الأخيرة على الحالة النفسية لدى المريضات. بالإضافة إلى الهبات الساخنة ، وصعوبات النوم ، وفقدان الرغبة الجنسية والحميمية التي تؤدي إلى فقدان جودة الحياة.

جدول رقم (10): لمعاملات الارتباط لدى كبيرات السن

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R 58HADS
0,46*	0,56**	0,38*	0,18	قلق
0,57**	0,63**	0,45*	0,38*	إكتئاب
0,53**	0,63**	0,43*	0,28	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى كبيرات السن إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,53$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية لـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,18$ والعواطف $0,38$ ونلاحظ أن في حالة القلق فإن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث قدرت بـ $0,56$. كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغت في الإدراك السلبي $0,38$ وبلغت العواطف $0,45$ ونلاحظ أن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,63$.

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن سن النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي يؤثر في العلاقة بين الضيق الجنسي وكل من القلق والإكتئاب وأن النساء الأكبر سنا يبدين أهمية أقل للحياة الجنسية مقارنة بصغيرات السن. قد يعود هذا إلى أن التغيرات الهرمونية المصاحبة لسن اليأس والتقدم في السن الذي يؤثر على النشاط الجسدي يؤثر في الرغبة الجنسية لدى الشريكين مما يتناقص الشعور بالذنب لدى النساء كبيرات السن نحو الشريك وإنخفاض

مستوى الضيق الجنسي لديهن مما يؤدي هذا الأخير إلى إنخفاض الضيق النفسي لدى هذه الفئة.

جدول رقم (11): لمعاملات الارتباط لدى منخفضات التعليم

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,55**	0,60**	0,52**	0,28	قلق
0,50**	0,44*	0,50**	0,45**	إكتئاب
0,63**	0,67**	0,59**	0,36*	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى منخفضات التعليم إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,63$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية لـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,28$ والعواطف $0,52$ ونلاحظ أن في حالة القلق فإن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,60$. كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,45$ ونلاحظ أن العواطف حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,50$ وبلغت الحياة الجنسية بشكل عام $0,44$.

من خلال ماسبق من المرجح أن القلق يرتبط مع المستوى التعليمي للمرأة خاصة فيما يتعلق بالإصابة بالسرطانات. فكلما إنخفض المستوى التعليمي والثقافي لدى هذه الفئة كلما إنخفض وعيها بالمرض ومضاعفاته. فتختلف نظرة منخفضات التعليم للمرض مقارنة بمرتفعات التعليم

من حيث مخاطر المرض ومآله وإمكانية تطوره من عدمها لهذا قد نجد أن الضيق الجنسي والقلق والإكتئاب ينخفض لدى هذه الفئة.

جدول رقم (12): لمعاملات الارتباط لدى مرتفعات التعليم

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,91**	0,84**	0,75**	1	قلق
0,92**	0,87**	1	0,75**	إكتئاب
0,98**	1	0,87**	0,84**	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى مرتفعات التعليم إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,98$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك يرتبط القلق بالدرجات الفرعية لـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي 1 والذي يمثل أعلى درجة بينما بلغت العواطف $0,75$ وبلغت الحياة الجنسية بشكل عام $0,84$.

كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,84$ ونلاحظ أن العواطف حازت على أعلى درجة حيث بلغت 1 وبلغت الحياة الجنسية بشكل عام $0,87$. تخلص الدراسات إلى ارتباط القلق بالمستوى التعليمي، وهذا ما توضحه النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول حيث أن معاملات الارتباط لكل من المقياسين لدى النساء المرتفعات التعليم تسجل أكبر الدرجات مقارنة بمنخفضات التعليم. حيث أن المرأة المتعلمة تعي أكثر بمخاطر مرضها ومضاعفاته وتطوره وكيفية إنتشاره بالإضافة إلى نسبة خطورته وتهديده على حياتها

وتأثير هذا الأخير على الحياة الجنسية مما يزيد وبضاعف من مستوى الضيق النفسي لدى هذه الفئة.

جدول رقم (13): لمعاملات الارتباط لدى غير المتزوجات

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,59	0,66*	0,60*	0,24	قلق
0,73*	0,77**	0,72*	0,42	إكتئاب
0,67*	0,73*	0,67*	0,33	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى غير المتزوجات إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,67$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية لـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,24$ وبلغت العواطف $0,60$ ونلاحظ أن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,66$. كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,42$ وبلغت العواطف $0,72$ و حازت الحياة الجنسية بشكل عام على أعلى درجة حيث بلغت $0,77$.

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها أن النساء الغير متزوجات قد ينخفض لديهن كل من الضيق الجنسي والضيق النفسي. ويمكن تفسير ذلك بسبب إنخفاض كل من الضغط النفسي

والإجتماعي سواءا من جانب غياب الشريك أو قلة المسؤوليات مقارنة بالمريضات المتزوجات وكذا غياب العلاقة الجنسية التي تشكل نوع من الضيق لدى مريضات سرطان الجهاز التناسلي. مما يؤكد لنا أن الضيق الجنسي مرتبط ارتباطا شديدا بالضيق النفسي (القلق والإكتئاب).

جدول رقم (14): لمعاملات الارتباط لدى المتزوجات

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,48**	0,56**	0,43**	0,24	قلق
0,54**	0,54**	0,48**	0,42**	إكتئاب
0,56**	0,63**	0,49**	0,32*	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى المتزوجات إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,56$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية للـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,24$ وبلغت العواطف $0,43$ ونلاحظ أن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,56$. كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,42$ وبلغت العواطف $0,48$ و حازت الحياة الجنسية بشكل عام على أعلى درجة حيث بلغت $0,54$.

مما لاشك فيه أن النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي والمتزوجات منهن يشكلن مستوى أعلى من في الضيق الجنسي وكل من القلق والإكتئاب وهذا ما يوضحه الجدول أعلاه.

فحوالي نصف النساء اللاتي عولجن من السرطان يبلغن عن مخاوف جنسية متعلقة بالسرطان. تشمل المشاكل الشائعة الجسدية (مثل جفاف المهبل وعدم الراحة أثناء الجماع) ، والنفسية العاطفية (على سبيل المثال ، انخفاض الإهتمام الجنسي ، وضيق بسبب صورة الجسم ، وفقدان الأنوثة) والشخصية (على سبيل المثال ، فقدان الرغبة الجنسية والألفة) (Saketh & al, 2015)

حيث أن نظرة المرأة لجسدها خلال المرض ومخاوفها من نفور شريكها منها بالإضافة إلى عدم الرضى حول علاقتها الجنسية المصاحبة بالشعور بالذنب والقلق كلها تؤثر على معاشها الجنسي فمن خلال ما صرحت به النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي حول حياتهن الجنسية إلى أنه ورغم تراجع الرغبة الجنسية لديهن وتأثير العلاج على جمالهن إلا أنهن يتمنين أن يكن مرغوبات من طرف الشريك فهذا الأخير يعتبر عامل مهم يساعد هذه الفئة في محاربة المرض الشفاء منه.

وهذا ما أشار إليه أحمد عطية، إلى أن كثيرا من الشركاء الأصحاء يبتعدون عن الممارسة الجنسية خوفا على الشريك من التعب والإجهاد، وهو إعتقاد خاطئ تماما، ف "الحميمية" بأشكالها المتنوعة من أفضل طرق الدعم النفسي والمعنوي للمريض وإشعاره بأنه مرغوب، وهذا مايزيد قدرته على مقاومة المرض، أما النفور فيدمره (سقا، 2018)

جدول رقم (15): لمعاملات الارتباط لدى المصابات بسرطان الرحم

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,56**	0,63**	0,50**	0,34**	قلق
0,60**	0,61**	0,54**	0,48**	إكتئاب
0,63**	0,70**	0,56**	0,41**	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى المصابات بسرطان الرحم إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,63$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية للـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,34$ وبلغت العواطف $0,50$ ونلاحظ أن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,63$. كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,48$ وبلغت العواطف $0,54$ و حازت الحياة الجنسية بشكل عام على أعلى درجة حيث بلغت $0,61$.

كما جاء في دراسة قامت حول النشاط الجنسي للناجيات من سرطان عنق الرحم، بهدف وصف كيف يمكن لسرطان عنق الرحم وعلاجه التأثير على الحياة الجنسية للنساء الناجيات من هذا المرض. بإستخدام السمات السريرية ومؤشر الوظيفة الجنسية للإناث (FSFI) لثلاث مجموعات متوازنة من النساء ، مكونة من 100 ناجية من سرطان عنق الرحم ، و 100 من الناجيات من سرطان غير أمراض الجهاز التناسلي ومجموعة من 100 امرأة سليمة.

توصلت إلى أن 97 ٪ من المريضات توقف نشاطهن الجنسي بالكامل خلال العلاج، وكان الفاصل الزمني بين العلاج والنشاط الجنسي المنتظم 8 أشهر لمجموعة سرطان عنق الرحم ، و 5 أشهر للسرطان غير سرطان الجهاز التناسلي.(Dahbi & al.2015)

وفي دراسة قام بها Soleimani وآخرون حول الضيق الجنسي والوظيفة الجنسية لدى عينة من النساء الإيرانيات المصابات بسرطان الجهاز التناسلي، باستخدام بطاقة المعلومات الديمغرافية و مؤشر الوظيفة الجنسية للإناث (FSFI) ومقياس الضيق الجنسي لدى النساء- المراجع (FSDS-R). حيث توصلت الدراسة إلى تأثير نوع السرطان والحالة الإقتصادية والدعم الإجتماعي على الوظيفة الجنسية والضييق الجنسي.(Soleimani ,2016)

حيث أن نوع السرطان وموضعه هو الآخر يؤثر بشكل كبير على المعاش الجنسي لدى المريضات خاصة إذا تعلق موضع المرض بالجهاز التناسلي للمرأة.

جدول رقم (16): لمعاملات الارتباط لدى المصابات بسرطان المبايض

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,75*	0,72*	0,82**	0,68*	قلق
0,64	0,64	0,72*	0,51	إكتئاب
0,69*	0,68*	0,56*	0,58	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى المصابات بسرطان المبايض إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,69$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية للـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,68$ وبلغت العواطف في أعلى درجة $0,82$ وبلغت الحياة الجنسية بشكل عام $0,72$.

كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,51$ وبلغت العواطف في أعلى درجة $0,72$ و حازت الحياة الجنسية بشكل عام على $0,64$. من خلال النتائج المتحصل عليها يبدو أن المصابات بسرطان المبايض يشكلن أعلى درجات الضيق الجنسي والنفسي. قد يعود ذلك إلى علاقة المبايض بقدرة المرأة على الإنجاب حيث تمثل هذه الأعضاء أهمية رمزية للمرأة ودليل على أنوثتها. كما أن الدراسات الطبية تشجع على الإنجاب والرضاعة بعد الشفاء من هذا النوع من السرطانات حيث أن هذا الأخير يحمي من الإصابة بسرطان المبايض.

جدول رقم (17): لمعاملات الارتباط لدى المعالجات كيميائيا

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,95	0,30	0,48	0,26	قلق
0,44	0,48	0,47	0,24	إكتئاب
0,43	0,43	0,51	0,27	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R إرتبطت بمعاملات الإرتباط لدى المعالجات كيميائيا إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الإرتباط $r = 0,43$ وهو دال عند $0,05$. وكذلك إرتبط القلق بالدرجات الفرعية للـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,26$ وبلغت العواطف $0,48$ في أعلى درجة وبلغت الحياة الجنسية بشكل عام $0,30$.

كما إرتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,24$ وبلغت العواطف $0,47$ و حازت الحياة الجنسية بشكل عام على أعلى درجة حيث بلغت $0,48$.
أجري بحث شامل حول الصحة الجنسية وعلاج العجز الجنسي لدى النساء الناجيات من سرطان الجهاز التناسلي، حيث توصلت النتائج إلى خلل جنسي سائد بين الناجيات من سرطان الجهاز التناسلي نتيجة للجراحة والإشعاع والعلاج الكيميائي مما يؤثر سلبا على نوعية حياة هذه الفئة (Huffmana & al, 2016)

حيث تعاني العديد من النساء من فقدان الرغبة الجنسية أثناء وبعد العلاج الكيميائي. وغالبًا ما يمكن أن تتسبب الآثار الجانبية للعلاج مثل التعب، والغثيان، وتساقط الشعر، وفقدان الوزن أو زيادته في أن تجعل المرأة تشعر بافتقار جاذبيتها. لكن عادة ما تتلاشى الآثار الجانبية سريعًا بعد إنتهاء العلاج. وقد يستغرق الأمر وقتًا لإعادة بناء الثقة بالنفس لتعود إليها الرغبة في الجماع.

يمكن أن يسبب العلاج الكيميائي فقدانًا مفاجئًا لإنتاج هرمون الإستروجين في المبايض. وقد يؤدي هذا إلى أعراض إنقطاع الطمث، مثل ترقق المهبل (ضمور المهبل) وجفاف المهبل، وكلاهما يمكن أن يسبب الألم أثناء الإيلاج. يمكن للعلاج الكيميائي أيضًا أن يؤدي إلى تلف أنسجة الجسم، بما في ذلك المهبل. وهذا التلف يمكن أن يسبب القرحة وقد يزيد من خطر العدوى.

كما يمكن أن يسبب التعب أو زيادة النزيف. أثناء تلك الفترة، قد ينصح الطبيب بتجنب الجماع، أو قد لا تشعر المصابة برغبة فيه من الأساس. (National cancer institute، 2017)

جدول رقم (18): لمعاملات الارتباط لدى المعالجات إشعاعيا

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,69**	0,72**	0,72**	0,47*	قلق
0,69**	0,60**	0,72**	0,68**	إكتئاب
0,79**	0,81**	0,80**	0,60**	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى المعالجات إشعاعيا إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,79$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية لـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,47$ وبلغت كل من العواطف والحياة الجنسية بشكل عام $0,72$. كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,68$ وبلغت العواطف $0,72$ في أعلى درجة و حازت الحياة الجنسية على $0,60$.

إن الآثار الجانبية الجنسية المرتبطة بالعلاج الإشعاعي تكون أكثر شيوعاً لدى النساء اللواتي يتلقين العلاج لمنطقة الحوض. حيث يسبب الإشعاع على منطقة الحوض تضرر المبايض حيث يعتمد مقدار الضرر وسواء أكان دائماً أم لا على قوة وموضع العلاج الإشعاعي. لا تنتج المبايض التالفة هرمون الإستروجين. وهذا يسبب إنقطاع الطمث والعلامات والأعراض المرتبطة به، مثل جفاف المهبل أو الهبات الساخنة. بالإضافة إلى حدوث تغييرات في بطانة المهبل يمكن

أن يهيج العلاج الإشعاعي الأنسجة السليمة في مساره. وقد يسبب هذا التهاب بطانة المهبل وضعفها. والإيلاج أثناء الجماع قد لا يكون مريحًا أثناء فترة العلاج ولبضعة أسابيع بعد ذلك. في الوقت الذي تلتئم فيه بطانة المهبل، قد يزداد سُمك البطانة ويصيبها التندب، مما يتسبب في تضيق المهبل وأن يقاوم التمدد أثناء الإيلاج.

جدول رقم (19): لمعاملات الارتباط في العلاج المشترك

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,48*	0,53**	0,43*	0,36	قلق
0,56**	0,63**	0,52**	0,37	إكتئاب
0,55**	0,61**	0,50*	0,38	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط في العلاج المشترك إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,55$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك إرتبط القلق بالدرجات الفرعية للـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,36$ وبلغت العواطف $0,43$ ونلاحظ أن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,53$. كما إرتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,37$ وبلغت العواطف $0,52$ و حازت الحياة الجنسية بشكل عام على أعلى درجة حيث بلغت $0,63$.

لابد وأن العلاج المشترك الجامع بين العلاج الكيميائي والإشعاعي يشكل هو الآخر حالة مضاعفة من الآثار الجانبية على المريضات و المذكورة سابقا حيث أن هذا النوع من العلاج يؤثر على العلاقة الجنسية لدى المرأة مما يضاعف مشاعر القلق والإكتئاب لديها.

جدول رقم (20): لمعاملات الارتباط لدى المعالجات جراحيا

الدرجة الكلية لـ FSDS	الحياة الجنسية بشكل عام	العواطف	الإدراك السلبي	FSDS-R HADS
0,64*	0,82**	0,41	0,03	قلق
0,67*	0,78**	0,40	0,27	إكتئاب
0,67*	0,82**	0,41	0,14	الدرجة الكلية لـ HADS

نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية على مقياس FSDS-R ارتبطت بمعاملات الارتباط لدى المعالجات جراحيا إيجابيا بالدرجة الكلية على الـ HADS حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,67$ وهو دال عند $0,01$. وكذلك ارتبط القلق بالدرجات الفرعية للـ FSDS-R حيث بلغ الإدراك السلبي $0,03$ وبلغت العواطف $0,41$ ونلاحظ أن الحياة الجنسية بشكل عام حازت على أعلى درجة حيث بلغت $0,82$. كما ارتبط الإكتئاب بالدرجات الفرعية كذلك حيث بلغ في الإدراك السلبي $0,27$ وبلغت العواطف $0,40$ و حازت الحياة الجنسية بشكل عام على أعلى درجة حيث بلغت $0,78$.

لابد أن النساء اللاتي تلقين العلاج الجراحي يمتلن أقل درجة من الضيق الجنسي والضيق النفسي وقد يعود ذلك إلى أن إزالة العضو المصاب يشكل نوع من الراحة النفسية لدى المرأة ودلالة على الشفاء من المرض حسب تقديراتها بالإضافة إلى تلاشي الأفكار المتعلقة بنقل العدوى للشريك خلال العلاقة الجنسية وزوال القلق المصاحب لها.

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض ومناقشة نتائج الدراسة حيث أن جميع الفرضيات تحققت وبالتالي حاولنا أن نناقش هذه النتائج من خلال ما ورد في الجانب النظري كما حاولنا تفسيرها من خلال الواقع إلا أن نقص الدراسات السابقة حول الموضوع ولد لدينا نوع من الصعوبة في تفسير النتائج المتعلقة باختلاف العلاقة الارتباطية بين الضيق الجنسي وكل من القلق والإكتئاب حسب المتغيرات التصنيفية حيث أن الدراسات السابقة لم تتناول الموضوع من جميع جوانبه.

خلاصة الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى إستكشاف الضيق الجنسي وعلاقته بكل من القلق والإكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي واختلاف العلاقة الارتباطية بين الضيق الجنسي وكل من القلق والإكتئاب حسب المتغيرات التصنيفية.

ويمكننا تلخيص نتائجها كما يلي:

1. تعاني 42% من النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي من ضيق جنس منخفض و 11% من ضيق جنسي متوسط و 47% من ضيق جنسي مرتفع.
2. 16% من النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي لا يوجد لديهن ضيق نفسي (القلق والإكتئاب) و 84% منهن يعانين من ضيق نفسي سريري.
3. تحقق إختلاف العلاقة الارتباطية بين الضيق الجنسي وكل من القلق والإكتئاب حسب المتغيرات التصنيفية (السن، الحالة الإجتماعية، المستوى التعليمي، نوع المرض، نوع

(العلاج)

التوصيات:

تأمل الطالبة في أن يجد هذا الموضوع الإهتمام بالدراسة خاصة من خلال ما نلاحظه أن الدراسات التي تتحدث عن الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي قليلة جدا في التراث النظري العربي، ويمكن أن نعتبر النتائج المتوصل إليها كنقطة بداية لأبحاث ودراسات أخرى مدعمة وأكثر تفسيراً وعمقا كما نأمل أن تكون هذه الدراسة إضافة ولو بقدر قليل للمجال العلمي الواسع كما نرجو من ذوي خدمات الرعاية الصحية الإلتفات والإهتمام بهذه الفئة من المرضى والتطرق إلى الضيق الجنسي لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي وبناء برامج علاجية لتخفيف القلق والإكتئاب المرتبطان به.

المراجع

المراجع العربية:

1. الحجار، بشير إبراهيم وآخرون 2005، التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى الإلتزام الديني ومتغيرات أخرى، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الخامس عشر ، العدد الأول، فلسطين
2. جريدة العرب الدولية 2006، أورام الأعضاء التناسلية النسائية والكشف المبكر. العدد 10033 <https://archive.awasat.com>
3. جمعية آدم لسرطان الطفولة 2016، القلق لدى مرضى السرطان. www.adamcs.org. Accessed/Apr 29, 2019
4. حسين الخولي، حنان الرصاص، كريم درويش، الإكتئاب ومرض السرطان، موجز تم إعداده وفقا لمؤلف الجمعية العالمية للطب النفسي WPA عن جامعة عين الشمس، القاهرة، مصر.
5. دافيد شيهان، ترجمة عزت شعلان, مراجعة أحمد عبد العزيز سلامة 2017: مرض القلق (1988), عالم المعرفة.
6. زعطوط رمضان 2014، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
7. محمد الدسوقي 2002 ، قائمة تشخيص الإكتئاب، كلية التربية النوعية,
8. مفتاح محمد بن عبد العزيز 2010، مقدمة في علم النفس الصحة, ط1, دار وائل. عمان, الأردن.

9. وهيبية شرقي 2015. الإضطرابات النفس عصبية وعلاقتها بكل من الإكتئاب والتدين

لدى مرضى السرطان. مذكرة ماستر منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

المراجع الأجنبية:

10. AB avec APS, Algérie Focus (2012) **cancer du col de l'utérus** : Algérie 2° pays d'Afrique qui recense le plus de cas.
11. American Cancer Society. **Sex and chemotherapy**.
<http://www.cancer.org> Accessed Mars.19,2015.
12. Bystritsky A (2018). **Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders** : herbs and medications.
13. Dariusy. T,Zycki and al (2016), **Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective**.
14. FalK SJ. Overview of **sexual dysfunction in Female cancer survivors** <http://wwwuptodate.com>. Accessed Jan,21 2019.
15. Jemal A, Siegel R, Ward E et al (2008) : **cancer statistics**, CA cancer J Clin 58 (2) : 71-96 ; 2008 statistics review, 1975-2002. Bethesada, MD : national cancer Institue, 2004.
16. Huffpost (2008). Algérie : **12.000 nouveaux cas de cancer du sein chaque année**. WWW.huffpostmagheb.com
17. Huffman LB, et al (2016) . **Maintaining Sexual Health throughout gynecologic cancer survivorship** : A comprehensive review and clinical guide. Gynecologic;140 :359
18. Leengouts G,H, Kyltstre W,A Ewaerd, W schulty W,C. Heintz P.M, (2002), **sexual ont comes toll owing treatment for early.stage gynecomogical cancer** : a prospective and cross,

- sectional multi centre study. Journal of psychosomatique obsterics and gynecology, 23, P123-132.
19. Marie Claude Delahaye, (1992). **Le livre de bord de la femme**, édition Marabout.
20. Moynihan TJ (expert opinion). Mayo Clinic, Rochester, Minn. Nov.25.2015
21. National cancer institute .**Sexuality and fertility problems** (women).
22. Nourthous L. L, (1994), **Breast Cancer in younger women effects on interpersonel and family relation**, Jnat, cancer Inst Monoger.
23. Nesrin Reis and al, **Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients**, Ataturk unversity Turkey. European journal oncolog nursing 14(2010) 137-16.
24. Saketh and al (2015), **Sexual and marital dysfunction in women with gunecologic cancer**.
25. Saketh Guntupalli, MD, and Maryann Karinch (2017), **sex and cancer**, Foreword by camille Grammer.
26. Taylor, S.E.(2008). **Health psychology**, 5em ed. New York : MC Graw-Hill
27. Susan Gubar sept. 14,2017. The New York Times : **The Grisis in Gynecological cancer research**.
28. Trotti, A, Byhardt R, Richt, (2000), "common toxiaty criteria : version 20 an improved reference, for **gading the acute effect cancer, treatment** : impact on radiothérapie" intenational journal of radiation oncology bioligy physics, P.13-47.

29. Will T, soulignac R Barrielet, L samsa, C, King olivie J, (2006),
"la sexualité vue a travers le constructionisme sociale",
sexologies.
30. Zineb Dahbi et al, **sexuality of moroccan survivors of servical cancer** : A prospective data. Department of Radiation oncology, university hospital Mahammed Oujda, Morocco, , Asian Pac J cancer prev, 19 (11), 3077-3079.

الملاحق

مقياس القلق والإكتئاب HADS

الصورة الأصلية لمقياس القلق والاكتئاب

HADS SCALE

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

1- أشعر أنني متوتر :

(3) معظم الوقت

(2) في كثير من الأوقات

(1) أحيانا

(0) لا أكون متوتر البتة

2- ما زلت أستمتع بالأشياء التي كنت أستمتع بها :

(0) بنفس القدر

(1) أقل قليلا

(2) بقدر بسيط

(3) بقدر لا يذكر

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

(3) بكل تأكيد وبصورة سيئة

(2) نعم ولكن ليس بالقدر الكبير من السوء

(1) يحدث بقدر قليل ولكن لا يقلقني

(0) لا ينتابني مثل هذا الشعور البتة

4- يمكنني أن أضحك وأرى الجوانب المضحكة في الأشياء :

(0) نعم بقدر كبير كما كنت أفعل من قبل

(1) نعم ولكن بقدر أقل قليلا الآن

(2) بكل تأكيد بقدر قليل الآن

(3) لا يمكنني البتة أن أفعل ذلك

5 - تنتابني الأفكار المقلقة :

(3) معظم الأوقات

(2) في كثير من الأوقات

(1) أحيانا

(0) بالمناسبات فقط

6- أحس أنني منشرح :

(3) لا أحس بالانشرخ إطلاقا

- (2) لا أحس بالانشراح كثيرا
 (1) أحس بالانشراح أحيانا
 (0) أحس بالانشراح في أغلب الأوقات

7- أجلس بارتياح وأحس بالاسترخاء :

- (0) بكل تأكيد وفي كل الأوقات
 (1) غالبا
 (2) أحيانا
 (3) لا يمكنني أن أفعل ذلك إطلاقا

8- أشعر أنني بطيء ومتهاك :

- (3) كل الوقت تقريبا
 (2) معظم الوقت تقريبا
 (1) أحيانا
 (0) لا ينتابني هذا الشعور إطلاقا

9- أحس بالخوف لدرجة أن تنتابني الأوجاع في البطن :

- (0) لا ينتابني هذا الإحساس إطلاقا
 (1) ينتابني بالمناسبات فقط
 (2) ينتابني بكثرة
 (3) ينتابني بكثرة شديدة

10- فقدت الاهتمام بمظهري :

- (3) مؤكد
 (2) لا أهتم بالقدر المطلوب
 (1) قد لا أهتم بالقدر الكافي
 (0) أهتم كعادتي دائما

11- أشعر بالقلق كأنما الدور علي لأداء شيء ما:

- (3) بشدة
 (2) كثيرا
 (1) أحيانا
 (0) لا يحدث إطلاقا

12- أتطلع لأن أستمتع بالأشياء من حولي :

- (0) كما تعودت دائما
 (1) أقل مما كنت أفعل

- (2) بكل تأكيد أقل مما كنت أفعل
(3) بصعوبة

13- ينتابني شعور فجائي بالهلع والذعر:

- (3) كثيرا جدا
(2) كثيرا
(1) قليل
(0) لا يحدث اطلاقا

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

- (0) دائما
(1) بعض الوقت
(2) قليلا
(3) نادرا

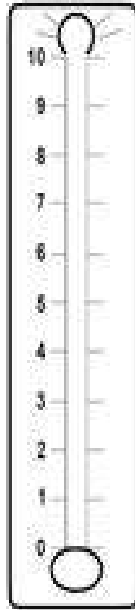
ترموتر الضيق النفسي [DT]

قائمة المشاكل

يرجى وضع دائرة حول الرقم من 0 إلى 10 والذي يصف بشكل أفضل مقدار الضيق الذي عانيت منه خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم

يرجى توضيح ما إذا كان أي مما يلي في القائمة التالية سبباً للمشكلة خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم (لا تكتب من ذلك أبداً، إما بـ [نعم] أو بـ [لا])

أشعر بضيق شديد



لا أشعر بأي ضيق

نعم	لا	مشاكل عملية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العناية بالأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العناية بالمنزل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التأمين/ المالية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العزل/ المدرسة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قرارات العلاج
مشاكل عاطفية		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التعامل مع الأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التعامل مع الزوج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القدرة على اجابت الأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قضايا صحة الأسرة
مشاكل تعليمية		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاكتئاب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخوف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العصبية (التهرة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحزن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الهم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقد الاهتمام بالأنشطة المعتادة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التعامل مع مشاعر طفلي

مشاكل أخرى:

.....
.....

.....
.....

الملاحق

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط في العينة الكلية	
,567** ,000 70	,629** ,000 70	,529** ,000 70	,354** ,003 70	Corrélation de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,611** ,000 70	,621** ,000 70	,571** ,000 70	,489** ,000 70	Corrélation de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,636** ,000 70	,694** ,000 70	,586** ,000 70	,425** ,000 70	Corrélation de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط صغيرات السن	
,403** ,008 42	,437** ,004 42	,409** ,007 42	,246 ,117 42	Corrélation de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,460** ,002 42	,434** ,004 42	,453** ,003 42	,406** ,008 42	Corrélation de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,499** ,001 42	,542** ,000 42	,480** ,001 42	,322* ,037 42	Corrélation de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط كبيرات السن	
,456* ,015 28	,565** ,002 28	,379* ,046 28	,185 ,347 28	Corrélation de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,566** ,002 28	,630** ,000 28	,448* ,017 28	,379* ,047 28	Corrélation de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,532** ,004 28	,627** ,000 28	,432* ,022 28	,283 ,144 28	Corrélation de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	

الملاحق

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط منخفضة التعليم	
,550**	,602**	,525**	,284	Corrélacion de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,001	,000	,002	,109	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
33	33	33	33	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,501**	,438*	,504**	,449**	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,003	,011	,003	,009	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
33	33	33	33	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,627**	,670**	,590**	,362*	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,000	,000	,000	,039	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
33	33	33	33	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	

الضيق الجنسي درجة كلية	المعاش الجنسي	انفعالات	إدراك سلبي	معاملات الارتباط مرتفعة التعليم	
,907**	,838**	,746**	1	Corrélacion de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,000	,000	,000	37	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
37	37	37	37	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,920**	,874**	1	,746**	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,000	,000	,000	,000	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
37	37	37	37	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,980**	1	,874**	,838**	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,000	,000	,000	,000	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
37	37	37	37	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط غير متزوجات	
,588	,657*	,603*	,240	Corrélacion de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,057	,028	,050	,476	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
11	11	11	11	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,728*	,770**	,719*	,421	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,011	,006	,013	,197	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
11	11	11	11	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,670*	,729*	,675*	,333	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,024	,011	,023	,317	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
11	11	11	11	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
الضيق الجنسي	الحياة	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط لدى المتزوجات	

الملاحق

درجة كلية	الجنسية				
,483**	,557**	,426**	,243	Corrélation de Pearson	قلق
,000	,000	,001	,064	Sig. (bilatérale)	
59	59	59	59	N	
,537**	,537**	,485**	,425**	Corrélation de Pearson	اكتئاب
,000	,000	,000	,001	Sig. (bilatérale)	
59	59	59	59	N	
,562**	,631**	,490**	,322*	Corrélation de Pearson	HADS درجة كلية
,000	,000	,000	,013	Sig. (bilatérale)	
59	59	59	59	N	

الضيق الجنسي درجة كلية	المعاش الجنسي	انفعالات	إدراك سلبي	معاملات الارتباط لدى المصابات بسرطان الرحم	
,561**	,630**	,505**	,336**	Corrélation de Pearson	قلق
,000	,000	,000	,008	Sig. (bilatérale)	
61	61	61	61	N	
,598**	,606**	,536**	,485**	Corrélation de Pearson	اكتئاب
,000	,000	,000	,000	Sig. (bilatérale)	
61	61	61	61	N	
,633**	,697**	,560**	,412**	Corrélation de Pearson	HADS درجة كلية
,000	,000	,000	,001	Sig. (bilatérale)	
61	61	61	61	N	

الملاحق

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط لدى المصابات بسرطان المبيض	
,751*	,717*	,816**	,685*	Corrélacion de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,020	,030	,007	,042	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
9	9	9	9	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,643	,640	,720*	,511	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,062	,063	,029	,160	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
9	9	9	9	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,690*	,677*	,765*	,577	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,040	,045	,016	,104	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
9	9	9	9	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط لدى المعالجات كيميائيا	
,349	,299	,485	,265	Corrélacion de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,293	,371	,130	,431	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
11	11	11	11	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,436	,483	,475	,243	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,180	,132	,140	,471	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
11	11	11	11	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,426	,431	,514	,271	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,191	,186	,106	,421	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
11	11	11	11	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط لدى المعالجات اشعاعيا	
,690**	,720**	,724**	,472*	Corrélacion de Pearson	قلق
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,000	,000	,000	,027	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
22	22	22	22	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,688**	,604**	,716**	,685**	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,000	,003	,000	,000	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
22	22	22	22	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,789**	,807**	,801**	,589**	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
,000	,000	,000	,004	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	
22	22	22	22	Corrélacion de Pearson	HADS درجة كلية
				Sig. (bilatérale)	
				N	

الملاحق

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط في العلاج المشترك	
24	24	24	24	N	
,484*	,530**	,431*	,360	Corrélacion de Pearson	قلق
,017	,008	,035	,084	Sig. (bilatérale)	
24	24	24	24	N	
,560**	,626**	,515**	,375	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
,004	,001	,010	,071	Sig. (bilatérale)	
24	24	24	24	N	
,548**	,607**	,497*	,385	Corrélacion de Pearson	درجة كلية HADS
,006	,002	,014	,063	Sig. (bilatérale)	
24	24	24	24	N	

الضيق الجنسي درجة كلية	الحياة الجنسية	العواطف	إدراك سلبي	معاملات الارتباط لدى المعالجات جراحيا	
,638*	,821**	,407	,039	Corrélacion de Pearson	قلق
,019	,001	,168	,900	Sig. (bilatérale)	
13	13	13	13	N	
,675*	,780**	,398	,267	Corrélacion de Pearson	اكتئاب
,011	,002	,177	,378	Sig. (bilatérale)	
13	13	13	13	N	
,672*	,824**	,414	,147	Corrélacion de Pearson	درجة كلية HADS
,012	,001	,160	,632	Sig. (bilatérale)	
13	13	13	13	N	