



مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس  
تخصص: علم النفس العيادي

## المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون

- دراسة عيادية لحالتين بالمستشفى اليومي للأمراض السرطانية - بمزغان ولاية مستغانم -

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب : المداح محمد

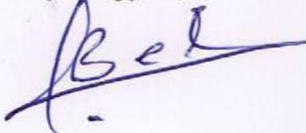
أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د/قوعيش مغنية	أستاذة محاضر (أ)	رئيسا
د/ بلخير حفيفة	أستاذة محاضر (أ)	مشرفا ومقررا
أ/ غسلي يمينة	أستاذة مساعدة ( أ )	مناقشا

السنة الجامعية : 2021-2022.

تاريخ الإيداع : 2021.07.07 : إضاء المشرف بعد الإطلاع على التصحيحات

د. بلخير حفيفة





جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

## المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون

- دراسة عيادية لحالتين بالمستشفى اليومي للأمراض السرطانية - بمزغان ولاية مستغانم -

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب : المداح محمد.

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د/ قوعيش مغنية	أستاذة محاضر (أ)	رئيسا
د/ بلخير حفيظة	أستاذة محاضر (أ)	مشرفا ومقررا
أ/ غسلي يمينة	أستاذة مساعدة (أ)	مناقشا

السنة الجامعية : 2021-2022.

# الإهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب  
اللحظات إلا بذكرك ولا تطيب الأخرى إلا بعفوك ولا تطيب الجنة إلا برويتك  
يا الله.

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة: إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا  
محمد صلى الله عليه وسلم.

نحمد الله الذي وفقنا لإجازة هذا العمل المتواضع ونسأله عز وجل أن يجعله  
خالصاً لوجهه الكريم، وإن يوفقنا إلى ما نحب، ويرضاه.

أهدي هذا العمل المتواضع إلى من حملتني تسعة أشهر دون ملل ولا تذلل والتي  
كانت معنى الحنان والحب والثاني، إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها سر  
بلسم جراحي إليك "يا أمي" الغالية، وإلى من علمني العطاء بدون إنظار ومن  
كان لي سنداً طول حياتي ومن علمني وتعب على تربيتي إلى "أبي" الكريم،  
أدامكما الله تاجاً على رأسي.

وإلى أعز إخوتي وسندي بمشواربي الجامعي صديقي: "مراد" واخي الثاني،  
اختي التي لم تنجبها أمي لكن اجنبها لي الأيام "مرشيدة" أدامهم الله في حياتي

محمد

# كلمة الشكر والتقدير

الشكر لله تبارك وتعالى على فضله ونعمه.

أتقدم بخالص الشكر والإمthan إلى كل من ساعدني من قريب وبعيد لإجراز هذا العمل البسيط، كما أتوجه بشكري إلى أساتذتي التي تكرمت علي بشرف تأطيري وتوجيهي لنصوب هذه الدراسة الأستاذة " بلخير حفيظة"، وأتقدم بشكري من تكرمت بيد المساعدة والتوجيه إلى أساتذتي الفاضلة " دويدي سامية".

كما أتوجه بشكري إلى كل اساتذة علم النفس وعلى أساتذتنا الكرام علي منحهم لنا الرصيد المعرفي الكافي، ولا يفوتنا أن نشكر بخالص المعاني حالات البحث والطاقر الطبي وأخصائز النفسائز على مشاركتهم الفعالة في إجراز هذا العمل وحل الثقة التي منحونا إياها فلهم جزيرا الشكر والعرفان وإلى جمع مرض السطان الذين ارجوا من الله أن يلبسهم لباس الصحة والعافية إليهم جميعا .

كما أتوجه بشكري إلى لجنة المناقشة التي قبلت مناقشة هذا العمل .

## ملخص الدراسة باللغة العربية

- هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون وتم إقتراح الفرضية العامة :
- ما طبيعة المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون.
- وللتحقق من صحة هذه الدراسة وفرضياتها اعتمدنا على المنهج العيادي باستخدام دراسة الحالة والأدوات المتمثلة في : الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية نصف الموجهة، إستبيان قلق الموت لـ " دونالد تمبلر" ، وقائمة الإكتئاب المختصرة " لأرون بيك " المقننة على البيئة الجزائرية من قبل الدكتور " بشير معمرية " وتمت هذه الدراسة على حالتين : المفحوصة الأولى من ( جنس أنثى ) والمفحوص الثاني من ( جنس ذكر) وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى :
- يتميز المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون بوجود قلق موت و الاكتئاب.
- لدى الراشد المصاب بسرطان القولون مستوى مرتفع من قلق الموت.
- لدى الراشد المصاب بسرطان القولون مستوى مرتفع من الإكتئاب.
- لا يختلف المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون باختلاف الجنس ومدة الإصابة.

الكلمات المفتاحية : المعاش النفسي، الراشد، سرطان القولون، قلق الموت، الإكتئاب.

This study aimed to find out the nature of the psychological pension of an adult with colon cancer, based on the main borrower, which is as follows:

- What is the nature of the psychological pension of an adult with colon cancer

To achieve the validity of this study and its hypotheses, we relied on the clinical approach by using the case study and the tools represented in: Clinical observation, the semi-directed clinical interview, the Donald Templar death anxiety questionnaire, and Aaron Beck's depression shortlist or questionnaire, which was codified on the Algerian environment by Dr El Bchir MAAMRIA upon two cases ( The first case is of the female gender and the second case is of the male gender). The results of this study reached to:

- The psychological pension of an adult with colon cancer is characterized by death anxiety and depression.
- An adult with colon cancer has a high level of death anxiety.
- An adult with colon cancer has a high level of depression.
- The psychological pension of an adult diagnosed with colon cancer does not differ according to gender and duration of injury.

**Key word ;** the psychological pension , adult, colon cancer, death anxiety, depressin

## قائمة المحتويات

الصفحة	قائمة المحتويات
أ	الإهداء
ب	الشكر والعرفان
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
هـ	قائمة المحتويات
ز	قائمة الجداول
ر	قائمة الأشكال
ز	قائمة الملاحق
01	مقدمة
<b>الفصل الأول : مدخل الدراسة</b>	
02	1. الإشكالية
04	2. فرضيات الدراسة
04	3. أهداف الدراسة
04	4. أهمية الدراسة
05	5. دواعي اختيار الموضوع
05	6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
<b>الفصل الثاني : المعاش النفسي</b>	
07	تمهيد
07	أولاً - تعريف المعاش النفسي
08	ثانياً- محددات المعاش النفسي
09	ثالثاً - أنواع المعاش النفسي
	رابعاً - قلق الموت
10	1.4. تعريف قلق الموت
11	2.4. أسباب قلق الموت

## قائمة المحتويات

13	3.4. أنواع قلق الموت
13	4.4. أعراض قلق الموت
15	5.4. مكونات قلق الموت
16	6.4. النظريات المفسرة لقلق الموت
18	7.4. علاج قلق الموت
خامسا- الإكتئاب	
19	1.5. تعريف الإكتئاب
20	2.5. أسباب الإكتئاب
22	3.5. أعراض الإكتئاب
24	4.5. تصنيفات الإكتئاب
25	5.5. الإضطرابات المصاحبة للإكتئاب
26	6.5. النظريات المفسرة للإكتئاب
28	7.5. علاج الإكتئاب
30	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث : الراشد مريض سرطان القولون</b>	
31	تمهيد
31	أولا : مرحلة الرشد
31	1. تعريف مرحلة الرشد
32	2. خصائص ومظاهر مرحلة الرشد
35	3. مراحل الرشد ومتطلباتها
36	4. أزمات مرحلة الرشد
37	5. اضطرابات مرحلة الرشد
ثانيا : سرطان القولون	
39	1. تعريف سرطان القولون



## قائمة المحتويات

40	2. البنية التشريحية لسرطان القولون
41	3. العلامات الاكلينيكية لسرطان القولون
42	4. أعراض سرطان القولون
43	5. مراحل سرطان القولون
43	6. عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان
44	7. تشخيص سرطان القولون
45	8. علاج سرطان القولون
46	9. الآثار النفسية لدى مرضى السرطان
49	10. المکانیزمات الدفاعية التي يستخدمها مريض سرطان القولون
50	خلاصة الفصل.
<b>الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية</b>	
51	تمهيد
<b>أولا : الدراسة الإستطلاعية</b>	
51	1. أهداف الدراسة الاستطلاعية
51	2. الأدوات المستخدمة في الدراسة
56	3. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية
57	4. مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية
57	5. نتائج الدراسة الاستطلاعية
<b>ثانيا : الدراسة الأساسية</b>	
58	1. منهج الدراسة
58	2. الأدوات المستخدمة في الدراسة
60	3. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية
61	4. مواصفات حالات الدراسة الأساسية

## قائمة المحتويات

61	خلاصة الفصل
<b>الفصل الخامس : عرض النتائج ومناقشة الفرضيات على ضوء النتائج</b>	
<b>أولا : عرض النتائج</b>	
62	1. عرض نتائج الحالة الأولى
68	2. عرض نتائج الحالة الثانية
74	3. استنتاج عام حول عرض الحالات
<b>ثانيا : مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج</b>	
75	1. مناقشة الفرضية العامة في ضوء النتائج
76	2. مناقشة الفرضية الأولى في ضوء النتائج
77	3. مناقشة الفرضية الثانية في ضوء النتائج
78	4. مناقشة الفرضية الثالثة في ضوء النتائج
79	5. إستنتاج عام حول مناقشة الفرضيات
80	الخاتمة
81	توصيات واقتراحات
82	صعوبات الدراسة
84	قائمة المراجع بالعربية
90	قائمة المراجع بالأجنبية
91	قائمة الملاحق

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
54	سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر	01
54	مفتاح تصحيح مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	02
57	مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية	03
61	مواصفات حالات الدراسة الأساسية	04
63	سير المقابلات العيادية مع الحالة الأولى	05
65	إجابة الحالة الأولى على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	06
66	إجابة الحالة الأولى على مقياس الاكتئاب لارون بيك	07
67	درجة الاكتئاب عند الحالة الأولى	08
69	سير المقابلات العيادية مع الحالة الثانية	09
72	إجابة الحالة الثانية على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	10
72	مستوى قلق الموت لدى الحالة الثانية	11
73	إجابة الحالة الثاني على مقياس الاكتئاب لارون بيك	12
73	مستوى الاكتئاب لدى الحالة الثانية	13
75	نتائج حالات الدراسة على المقياسين	14
76	نتائج حالات الدراسة على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	15
77	مستوى الاكتئاب لدى حالات الدراسة	16
78	الجنس ومدة الإصابة لدى حالات الدراسة	17

## قائمة الأشكال

الصفحة	الشكل	رقم الشكل
41	البنية التشريحية للقولون	01

## قائمة الملاحق

الصفحة	الملحق	رقم الملحق
92	دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة	01
97	مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	02
99	مقياس الاكتئاب لارون بيك	03
102	مقرر التوجيه لمستشفى اليومي للأمراض السرطانية	04
103	البطاقة التقنية لمستشفى اليومي للأمراض السرطانية	05

يتعرض الإنسان خلال حياته للعديد من الأمراض قد تعيق السير الطبيعي لحياته، ولأداء مهامه وفي كثير من الأحيان تؤدي إلى وفاته، فمنذ القدم انتشرت العديد من الأمراض المزمنة والمعدية التي تناقلها الإنسان عبر الأجيال المختلفة، ويعتبر مرض سرطان القولون من الأمراض التي تلازم حياة المريض، وتعيق سيرها الطبيعي نتيجة الآثار التي يخلفها هذا المرض على حياته النفسية والجسمية.

إن الإصابة بمرض سرطان القولون يترتب عليه تغيرات نفسية وشخصية في حياة المصاب، وتصبح هذه الأخيرة ملازمة له، وهو ما يعرف بالسيرورة الداخلية أو المعاش النفسي لهذا المريض أثناء علاجه لهذا المرض، فالقلق والتوتر والاكتئاب يعتبران من المظاهر السلبية التي لها دور هام في التأثير على مستوى صحة المصاب النفسية والجسمية، مما يؤدي إلى مضاعفات قد تساهم في بروز قلق الموت والرغبة في إنهاء حياته للتخلص من متاعب المرض.

حاولنا من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على المعاش النفسي لدى الراشد مريض سرطان القولون ولتحقيق النفسي هذا قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى جانبين :

**الجانب النظري** ويضم : الفصل الأول وهو مدخل تمهيدي للدراسة بحيث ضم الإشكالية وفرضيات دراستنا وأهميتها ودواعي اختيار هذا الموضوع و أهدافها، في حين تطرقنا في الفصل الثاني إلى المعاش النفسي من خلال تعريفه، محدداته، أنواعه، وكذا قلق الموت من حيث تعريفه، أنواعه، أعراضه، أسبابه، الاكتئاب من حيث تعريفه، أسبابه، أعراضه، وفي الفصل الثالث تطرقنا إلى الراشد مريض سرطان القولون بحيث تطرقنا إلى مرحلة الرشد وخصائصها، مطالبها ومشكلاتها، ومرض سرطان القولون من حيث تعريفه، أعراضه و مراحلها، أنواعه وكيفية تشخيصه، أما في **الجانب التطبيقي** فقد تطرقنا في الفصل الرابع إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من خلال عرض الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، أما في الفصل الخامس تطرقنا إلى عرض نتائج الدراسة من خلال عرضنا لحالتين عياديتين من جنسين مختلفين ( الحالة الأولى من جنس أنثى) و ( الحالة الثانية من جنس ذكر )، وقمنا بمناقشة فرضيات دراستنا التي على أساسها قمنا بهذه الدراسة

# الفصل الأول

## مدخل الدراسة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. دواعي اختيار الموضوع
6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة

## 1. اشكالية الدراسة :

يواجه الإنسان باستمرار العديد من المشاكل والمخاطر التي قد تؤثر على سلامته الجسدية ورفاهيته وصحته وتنتج عنها عدة أمراض قد تصيبه ، ولعل أكثرها شيوعا في الوقت الحالي هي الإصابة بمرض السرطان الذي أصبح مشكلة كبيرة في الصحة العامة، فقد يتجاوز عدد الحالات المكتشفة سنويا (2800) حالة، وقد تسببت السرطانات في وفاة (2100) شخص عام (2008) مثلا، و (12%) من أسباب الوفيات من بين الأمراض الغير السارية في الجزائر، وغالبا ما تكون التوقعات سلبية في ضوء ارتفاع نسبة عوامل الخطر مثل السمنة (39% لدى الرجال) و(52% من النساء) والتدخين (24% لدى الرجال)، الخمول البدني (31% من الرجال) و (47% من النساء)، مما يزيد احتمال الإصابة به (OMS، 2013).

فالسرطان هو نمو شاذ وغير طبيعي للخلايا التي تنتشر بدورها بطريقة سريعة عبر كل أعضاء الجسم عن طريق الجهاز اللمفاوي و الدموي ، تؤدي في أغلب الأحيان إلى الموت المحتم،ومن بين مختلف أنواع السرطان نصب اهتمامنا في هذه الدراسة حول سرطان القولون الذي يمثل موضوع بحثنا، والذي أصبح منتشرا في الآونة الأخيرة حسب معطيات قدمتها وزارة الصحة الجزائرية، ففي سنة (2018) تصدر سرطان القولون المرتبة الأولى عند الرجال والثانية عند النساء حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة أن عدد حالات الإصابة الجديدة بسرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي قدر بـ 1 849 518 حالة جديدة أي ما يعادل 10,2% من مجموع حالات الإصابة بمختلف السرطانات، وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الثدي ، ففي الجزائر تشير إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، المستخرجة من سجل السرطانات حول سرطان القولون والمستقيم، إلى أن معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم سنة 2000 قدر بـ 10.3% أما في سنة 2015 فقد قدر بـ 23,4% أي أكثر من الضعف في مدة 16 سنة فقط ،و تشير آخر الإحصائيات حسب وزير الصحة وإصلاح المستشفيات الجزائرية بمناسبة اليوم العالمي للسرطان الموافق لـ 4 فيفري 2021 أن سرطان القولون قفز إلى المرتبة الأولى لدى الرجال والمرتبة الثانية لدى النساء بعد سرطان الثدي (المنظمة العالمية للصحة 2022).

لهذا يعد الموت أعظم غموض وأكبر سر يواجه الراشد المصاب بسرطان القولون مما يؤدي إلي القلق ، كما أن نسبة الموت تزداد كلما كان المرض الجسدي خطيرا وتمدورا وهذا ما يجعل المريض يربط قلق الموت بالحالة الجسدية ارتباطا جوهريا، وهذا أكده (Cornell) في دراسته التي دونها في دليله الطبي



Cornell Médical Index "أنه كلما كان الفرد في صحة جسدية متدهورة كلما ازدادت شدة القلق من الموت"، أي أن قلق الموت مرتبط في جزئه الأكبر بالصحة الجسمية أو التكامل البدني للفرد ( Cornell،2011،p15 )، وتم في دراسة نورا عادل محمد (2017) مصر، بعنوان " المقارنة بين درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغيري الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان"، وجاءت نتائج البحث مؤكدة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) بين مرضى السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغير الاكتئاب، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) بين المجموعتين على الدرجة الكلية لمقياس الموت في صالح مجموعة درجة الإصابة البسيطة، أي أنها أقل على قلق الموت من مجموعة درجة الإصابة المتوسطة. (نورا 2017، ص14)، كما قد يكون مرضى السرطان عرضة لمجموعة من اضطرابات النفسية التي تكون مصاحبة نتيجة للإصابة بهذا المرض ومن بينها الاكتئاب، حيث أوضح بيك (1967) إن الاكتئاب يظهر نتيجة مرض جسدي معين خاصة إذا كان الاضطراب مزمنًا أو خطير، فالإصابة المفاجئة بأي اضطراب جسدي تصاحبه استجابة اكتئابية ذات علاقة مع ظواهر نفسية كتدهور الصحة، الخوف من عدم الشفاء وتطور المرض إلى الأخطر والخوف من تغيير نمط الحياة السابقة كما أن طول مدة المرض تنعكس سلبًا على المريض(بيك 1967 ص26) ، وفي نفس الإطار يشر " بشير معمريه" ، (2007) : إلى أن المصابين بمرض السرطان يتسمون بالقلق وخاصة قلق الموت والاكتئاب والعجز وانخفاض الدافع ونقص المهارة وقلة بذل الجهد واستعجال للأمور وضعف الشخصية والاستسلام للهزيمة إضافة إلى الجمود والعجز في العلاقات العائلية ( معمريه،2007،ص133).

نجد دراسة " سليمان جريو و محمد حمادي" (2020): الجزائر بعنوان : طبيعة المعاش النفسي و تقبل المرض لدى مريض سرطان القولون ،وهدف هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة المعاش النفسي في ظل المشكلات النفسية التي يخلفها مرض سرطان القولون جراء التهديدات المتسارعة والمتصاعدة وكذا العوامل الإنقاذية المساعدة في تقبل المرض، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن مرض سرطان القولون يتسبب في إشكالات حقيقية على مستوى الذات، الأسرة و المجتمع ، وأن هناك عوامل إنقاذية تسهم في تقبل المرض عند توفرها بشكل كافي، تمثلت في المساندة الاجتماعية المدركة،الثقافة الصحية، عامل الدخل، السلوك التديني(جريو ، حمادي2020،ص79).

ومن خلال ما تم عرضه توصلنا إلى طرح الإشكالية كالتالي :

- ما طبيعة المعاش النفسي لدى مرضى سرطان القولون العصبي ؟

### التساؤلات الفرعية للدراسة :

- ما مستوى قلق الموت لدى المصاب بسرطان القولون العصبي؟
- ما مستوى الاكتئاب لدى المصاب بسرطان القولون العصبي؟
- هل يعزى إختلاف المعاش النفسي لدى مرضى سرطان القولون العصبي تبعا لمتغير الجنس وتبعا لمدة الإصابة ؟

### 2.فرضيات الدراسة :

#### الفرضية العامة :

يتميز المعاش النفسي لدى مرضى سرطان القولون العصبي بوجود قلق الموت والاكتئاب .

#### الفرضيات الجزئية :

- يتميز المعاش النفسي لدى مرضى سرطان القولون العصبي بوجود نسبة مرتفعة من قلق الموت .
- يتميز المعاش النفسي لدى مرضى سرطان القولون العصبي بوجود نسبة مرتفعة من الاكتئاب .
- يتغير المعاش النفسي لدى مرضى سرطان القولون العصبي تبعا لجنس و مدة الإصابة بالمرض.

### 3.أهداف الدراسة :

- التعرف على واقع المعاش النفسي لدى مرضى سرطان القولون العصبي.
- الكشف عن وجود قلق الموت لدى مرضى سرطان القولون العصبي.
- الكشف عن وجود الاكتئاب لدى مرضى سرطان القولون العصبي.
- التعرف على المعاش النفسي لدى مرضى سرطان القولون على حسب الجنس ومدة الإصابة.

### 4.أهمية الدراسة :

- توضيح تأثير الصحة الجسمية على الجانب النفسي لمريض سرطان القولون العصبي .
- حاجة مرضى سرطان القولون العصبي إلى الرعاية النفسية .
- الإنتشار الرهيب لمرض سرطان القولون العصبي في وسط البيئة الجزائرية الذي أصبح ملفت للإنتباه باعتبار فئة المصابين بهذا المرض فئة حساسة وهامة من شرائح المجتمع.

### 5.دواعي إختيار الموضوع :

- تماشي موضوع الدراسة مع تخصصنا بصفة عامة وتخصص علم النفس الصحة بصفة خاصة والذي يهتم بدراسة الفئة المصابة بسرطان القولون العصبي .
- فهم نظرة مريض سرطان القولون العصبي لذاته في هذه المرحلة الحرجة وما ينعكس عليها في حياته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية.

### 6.التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

#### - المعاش النفسي (psychological pension):

هو مجموعة المشاعر والأحاسيس التي يشعر بها الفرد عندما يكون في حالة نفسية معينة وهو الحياة الداخلية التي يعيشها مريض سرطان القولون العصبي وهذا الواقع النفسي يحمل لدى الشخص المصاب بهذا المرض مخلفات سلبية تتمثل في وجود قلق الموت والاكتئاب.

#### - قلق الموت (death anxiety):

هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر من عدم السرور والخوف والإرتباك تقوم على أساس أن الخضوع للعلاج الكيميائي جراء الإصابة بسرطان القولون الذي سيؤدي إلى الموت وهو أيضا الدرجة التي يتحصل عليها الراشد المصاب بسرطان القولون علي مقياس " قلق الموت " لـ " دونالد تمبلر".

#### - الاكتئاب (Depression) :

هو استجابة انفعالية ونفسية تتضمن مشاعر من السوء وعدم الرضا والرفض وعدم الرغبة في مزاوله الحياة بسبب الإصابة بمرض سرطان القولون ، وهو أيضا الدرجة التي سيتحصل عليها هذا الراشد من خلال تطبيق سلم بيك للاكتئاب.

#### - سرطان القولون (Colon Cancer) :

هو نوع من أمراض السرطان التي تصيب القولون والذي يمس الجزء الأخير من الأمعاء الغليظة من الجهاز الهضمي.

#### - مرضى سرطان القولون (Colon cancer patients):

هم الأشخاص البالغين ( رجال ونساء ) الذين يعانون من سرطان القولون العصبي ويتراوح سنهم ما بين ( 25 إلى 60 سنة ) والذين يزاولون العلاج بالمستشفى اليومي للأمراض السرطانية بمزگران ولاية مستغانم وفق البروتوكول الطبي العلاجي الكيميائي.

# الفصل الثاني : المعاش النفسي

## تمهيد

أولا - تعريف المعاش النفسي

ثانيا- محددات المعاش النفسي

ثالثا - أنواع المعاش النفسي

رابعا :قلق الموت

4-1- تعريف قلق الموت

4-2- أسباب قلق الموت

4-3- أنواع قلق الموت

4-4- أعراض قلق الموت

4-5- مكونات قلق الموت

4-6- النظريات المفسرة لقلق الموت

4-7- علاج قلق الموت

خامسا : الإكتئاب

5-1- تعريف الاكتئاب

5-2- أسباب الاكتئاب

5-3- أعراض الاكتئاب

5-4- تصنيفات الاكتئاب

5-5- الاضطرابات المصاحبة للاكتئاب

5-6- النظريات المفسرة للاكتئاب

5-7- علاج الاكتئاب

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

يعد المعاش النفسي من أهم المواضيع السائدة في الوقت الحالي، وذلك نظرا لتغير الحالة النفسية للفرد والوسط البيئي الذي يعيش فيه وما يسببه من تأثيرات مباشرة له، مما قد يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية مثل قلق الموت و الاكتئاب.

**1- تعريف المعاش النفسي :**

مصطلح المعاش النفسي (الحقيقة الداخلية ) يرجع بالتأكيد إلى المحتويات المختلفة للنفس: الأفكار، التمثلات، الأوهام، الرغبات، العاطفة، القلق،... الخ الواعية وخاصة اللاواعية ،لكنها تمثل خاصة أو بشكل خاص ما هو واقعي و صحيح بالنسبة للفرد، بمعنى آخر، حياته النفسية خاصة وحيادية وذات معنى وقيمة ،بالنسبة للشخص في القيمة الحقيقية للواقع، مبدئيا، الحيادية الخاصة.

- يسميه " عواد " بالحيز الحياتي السيكولوجي(Psychological life space)، وهو المفهوم الأساسي في علم النفس الطوبولوجي،

يشير إلى مجموعة الحقائق و الوقائع التي تقرر سلوك الفرد عند أي لحظة معينة (كورت ليفن)، و يدل على الصعيد الدينامي إلى مجموعة الأحداث الممكنة في سلوك الفرد وتجربته ، فكل شيء في بيئة الفرد ومحيطه ولدى الفرد ذاته يقوم بممارسة أي تأثير على سلوكه الحاضر وإمكانيات سلوكه(عواد، 2010،ص 262).

وهناك بعض تعاريف لمفهوم المعاش النفسي(Psychological pension evasion) ونذكر منها :

- يعرفه "سيرو" sureau: على أنه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما، وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة (زرردوم، 2006،ص 15).

- يعرفه " جابر وكفافي " في التحليل النفسي على أنه الواقع الداخلي لخيالات المريض ورغباته ومخاوفه وأحلامه وذكرياته وتوقعاته ،كما يتميز عن الواقع الخارجي للأحداث الفعلية و الخبرات. (جابر وكفافي، 1993،ص 30).

- أما " عاطف الدين " (1991) فيعرف المعاش النفسي على أنه الكيفية التي يعيش بها الفرد مع ذاته، وما يترتب عنها من صعوبات في التكيف، وجملة المشاعر والأحاسيس المؤلمة، والشعور V

بالذنب الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد، حيث هناك من يتصدى لها ويتغلب عليها وهناك من لا يستطيع تجاوزها (عاطف، 1991ص257).

إذن مصطلح المعاش النفسي يبرز تأثير عمليات ومحتويات اللاوعي بما يخص موضوع أفعال الفرد وسلوكياته (وعلى هذا النحو، فإن موضوع سلوكه لا يتحرك بمجرد إقناع وعيه). Camilo et natalie (et nicolas et alain t stéphané,2014).

ولقد استخدمه " فرويد " لوصف حالة الرغبات والتخيلات اللاواعية فيما يتعلق بالواقع المادي، وتشكل العمليات غير الواعية حقيقة واقعة يمكن أن يتعارض تماسكها الداخلي مع الواقع الخارجي ( Pierre fedida, 1974p125).

كما استخدمه " فرويد " للإشارة إلى ذلك التماسك وتلك الصلابة التي يكون عليها البناء النفسي الذي يتصل بالرغبة اللاشعورية وما يتصل بها من تخيلات، وهو بذلك لا يعني مجرد الإشارة لواقع نفسي كنظام خاص قابل للبحث العلمي، وإنما يشير إلى الجانب النفسي الذي يقوم مقام الواقع بالنسبة للفرد و قد يتخذ من الواقع الخارجي متكئا لبنائه، مما رأى معه فرويد أنه لا يوجد بعد ما يمكننا من التحقق من وجود أية فروق بين أن تكون الأحداث الطفلية وليدة التخيل أو الواقع.

وتجدر الإشارة إلى أن الواقع النفسي يرتبط بالاشعور فهو لا يتجاهل الواقع الخارجي فحسب بل يستبدله بالواقع النفسي، وكان الواقع النفسي من زاوية أخرى يشير إلى الرغبات اللاشعورية والعمليات الأولية (فرج، السيد ب/س، ص482).

إذن فالمعاش النفسي هو كل ما يحسه الفرد داخل أعماقه وما يعيشه باطنيا وهو الصورة التي يعيشها الفرد مع نفسه وما يترتب عنها من أحاسيس ومشاعر تنعكس على سلوكه .

## 2- محددات المعاش النفسي :

2-1- المحيط النفسي الداخلي للفرد (The inner psychological neutrality of the individual):

ويتضمن الفرد وما ينطوي عليه بناؤه النفسي من دوافع وخبرات وقيم وميول وقدرات وعواطف .

## 2-2- المحيط الخارجي (external Ocean):

ونقصد به كل ما يحيط بالفرد من بيئة طبيعية وبيئة اجتماعية (الأسرة- عمل - المدرسة...الخ)

### 3- أنواع المعاش النفسي :

#### 3-1- المعاش النفسي الإيجابي (positive psychological pension) :

و يتمثل المعاش النفسي الإيجابي (جملة المشاعر والأحاسيس والانفعالات السارة ،وما يصاحبها من تصورات وأحكام إيجابية بخصوص الذات أو الآخرين أو الحياة بصفة عامة) ،كنتيجة للتكيف والتوافق النفسي الذي يحقق الفرد من خلال سلوكه وطريقة معالجته للمشكلات، ليكون أكثر فعالية مع الظروف والمواقف الاجتماعية ، ويبرز على شكل مشاعر إيجابية الأمن الانفعالي، تقدير الذات، تفاؤل والشعور بالسعادة والتقبل والرضي وتحقيق الذات ، والقبول الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي .

#### 3-1-1- تعريف التكيف (Adaptation):

هو تلك الجملة المتفاعلة و المستمرة (ديناميكية) يمارسها الفرد الإنساني شعوريا واللاشعوريا و التي تهدف إلى تغيير سلوك ليصبح أكثر توافقا مع بيئته و مع متطلبات دوافعه(بطرس،2008،ص 101).

#### 3-1-2- تعريف التوافق النفسي (adjestement):

هو عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة بالتغيير والتعديل إلى الأفضل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته.

#### 3-1-3- التفاؤل (optimism) :

ويرى كلا من "كارفر" و "شاير" (scheier and corver) بأنه النظرة الإيجابية ولإقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل ،بإضافة إلى احتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلا من حدوث الشر أو الجانب السيئ .

#### 3-1-4- تقدير الذات (Self-esteem):

يرى "كوبر سميث" على أنه تقييم الفرد لنفسه وذلك التقييم الراسخ الذي يعبر على الاتجاه سواء بالقبول أو بالرفض ، ويشير إلى مدى اعتقاد الفرد في قدراته و نجاحه و قيمته(جمعة، 2007، ص35).

#### 3-1-5- الأمن الانفعالي (emotional security) :

يعرفه " زهران " على أنه الأمن النفسي هو حالة يكون فيها لإشباع الحاجات مضمونا، وغير معرض للخطر مثل الحاجات الفيزيولوجية، والحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى الحب والمحبة والحاجة إلى الانتماء والمكانة ،والحاجة إلى التقدير واحترام الذات، وأحيانا يكون إلى إشباع الحاجات دون مجهود، وأحيانا

يحتاج إلى السعي وبذل الجهد لتحقيقه، والأمن النفسي مركب من اطمئنان وثقة في الذات، والتأكد من الانتماء إلى جماعة آمنة.

### 3-1-6- التفاعل الاجتماعي (social interaction):

- يعرفه " أبو نيل " (1985): نوع من التفاعل بين شخصين أو أكثر حيث يعتدل ويتأثر بسلوك آخر ( أبو النيل، 1985، ص285).

### 3-2- المعاش النفسي السلبي (negative psychological pension):

و تتمثل أهم صور المعاش النفسي السلبي في مختلف المشاعر و الأحاسيس و التصورات المرتبطة بها، و التي تظهر في العديد من الأشكال كالإحباط و الاكتئاب و عدم الرضا التشاؤم والقلق .

### 3-2-1- التشاؤم (pessimism):

- يعرفه " عبد الخالق " 1998 : التوقع السلبي للأحداث اليبية القادمة ،والذي يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوء، و يتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل يستبعد ما عدا ذلك إلى حد بعيد ( شويخ، 2007، ص125).

### 3-2-2- الاكتئاب (Depression):

مصطلح يستخدم لوصف مزاج أو أعراض أو زملة أعراض للإضطرابات وجدانية ،و تشمل الحالة المزاجية للاكتئاب في الشعور باليأس والكأبة والحزن و انقباض الصدر، ويتجسد الإضطراب الإنفعالي في عدم القدرة على الحب وكرهية الذات إلى الدرجة التي تصل إلى التفكير في الموت والإنتحار (معمرية، 2009، ص60-61).

### رابعا: قلق الموت (death anxiety) :

#### 4-1- تعريف قلق الموت :

لقد تعددت التعاريف المحددة لقلق الموت واختلفت باختلاف الاتجاهات النظرية للعلماء.

- تعريف " عبد الخالق " ( 1999 ) : نوع خاص من القلق العام، يشير إلى حالة انفعالية مكدره، ومشاعر شك و عجز و خوف، تتركز حول كل ما يتصل بالموت و الاحتضار، لدي الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة، هذه الحالة الانفعالية غير السارة، و ترفع من درجتها.

- تعريف " ديكستين " : بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت، والتقدير السلبي لهذه الحقيقة. (عبد الخالق، 1987، ص38).



- تعريف " فرويد " : هو قلق الأنا الأعلى؛ أي أنه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صداه في الخوف من فقدان الحب أيضا ،من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح شهواته (Larent Pauk Assoum, 2002, P76).

- تعريف " تمبلر " 1978 : إذ يعرفه بأنه حالة انفعالية غير سارة، يجعل تأمل الفرد في وفاته(عبد الخالق،1987ص39).

- يعرفه " عبده " 1998 : بأنه شعور يهيمن على الفرد، بأن الموت يتربص به حينما كان و أينما اتجه، في يقظته ومنامه، في حركته و سكونه، الأمر الذي يجعله حزينا محصورا متوجسا، من مجرد العيش على نحو طبيعي(معمرية، 2007، ص 212-213).

- تعريف " هونييلورواس " ( 1979 ) : بأنه خبرة انفعالية، تتضمن الخوف من فقدان الذات، و فقدان الهوية و عدم الوجود كليا(معمرية، 2007، ص 212-213).

من هذه التعاريف نلاحظ، أن قلق الموت نوع من القلق العام، الذي يتميز بمستويات عالية و ثابتة من القلق المفرط، على العديد من الظروف الحياتية، التي تستمر لأكثر من أيام أو حتى شهور، وهذه المخاوف هي كبيرة بما يكفي لتسبب مشاكل في الحياة اليومية، و تكون مصحوبة باستجابات فسيولوجية مثل، سرعة خفقان القلب، توتر العضلات، الأرق، ضعف التركيز، الخوف المستمر والعصبية.

#### 4-2- أسباب قلق الموت (Causes of death anxiety):

تتحدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فلكل إنسان عامل خاص به.

#### 4-2-1- يرجع " شرلتر " قلق الموت لأسباب الآتية :

- الخوف من المعانات البدنية و الآلام عند الاحتضار.

- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.

- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.

- الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته و خاصة صغارا لأطفال.

-الخوف من العقاب الإلهي.

- الخوف من العدم(مزيان،2012،ص189).

#### 4-2-2- أما " بيكربرونر " يرجع سبب القلق و الخوف من الموت إلى:

- كراهية الجنة و غرابتها.

- العدوى الاجتماعية للحزن.

- الاشمئزاز الحضاري.
- الخوف من الصدمة (مزيان، 2012، ص190).
- 4-2-3- أما " مسكويه " فيرجع قلق الموت و خوف الإنسان من الموت إلى:**
  - يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.
  - يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت.
  - متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
  - يظن أن بدنه إذا انحل و بطل تركيبه فقد انحلت ذاته و بطلت ذاته بطلان عدم.
  - أن العالم سيبقى موجود وليس هو بموجود فيه.
- 4-2-4- أما " ماسرمان " فيرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:**
  - المرض .
  - الحوادث .
  - الكوارث الطبيعية (مزيان، 2012، ص190)
- 4-2-5- أما عن الأسباب لقلق الموت فهي:**
  - الخوف من نهاية الحياة.
  - الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
  - الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
  - الخوف من الموت بعد المرض.
  - الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
  - الخوف أن يحزن الأحياء على من يموت.
  - الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية.
  - الخوف من مفارقة الأهل والأحباء.
  - عدم معرفة المصير بعد الموت.
  - الخوف من ظلام القبر و عذابه.
  - الخوف عما يصاحب خروج الروح من الجسد من الم شديد (مزيان، 2012، ص191-192).

### 4-3 - أنواع قلق الموت :

يذكر " تمبلر " (Templer، 1976) بأن درجة قلق الموت تحدد من خلال عاملين أساسيين، يتمثل الأول في حالة الصحة النفسية بوجه عام، إذ أن المضطربين نفسياً ترتفع لديهم درجات قلق الموت، بينما يتمثل العامل الثاني في خيارات الحياة المتصلة بموضوع الموت كالجنس و التقدم في العمر والمرض، و لذلك ينقسم قلق الموت إلى نوعين:

- **قلق الموت الحاد (Acute death anxiety):** تظهر أعراضه في زمن قصير، و ترتبط بخبرات الحياة القريبة كموت قريب أو مرض شديد.

- **قلق الموت المزمن (Chronic death anxiety):** يتميز بشدته وطول مدته وازدياد معاناة المريض به، و يكون ملازماً للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة الخطيرة بشكل عام (مزيان، 2012، ص187).

وعليه نلاحظ بأنه يعتمد في التمييز بين النوعين السابقين على حدة القلق و طول مدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص.

### 4-4 - أعراض قلق الموت:

#### 4-4-1 - الأعراض البدنية (physical symptoms):

- التوتر الزائد.
- الأحلام المزعجة.
- سرعة النبض.
- نوبات العرق.
- غثيان أو اضطراب المعدة.
- فقد السيطرة على الذات.
- تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- نوبات في الدوخة و الإغماء.
- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.

**4-4-2- الإعراض النفسية (psychological symptoms) :**

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب.
- الانفعال الزائد.
- عدم القدرة على التمييز.
- اختلاف التفكير.
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة .
- سرعة الغضب و الهيجان و توتر الأعصاب.
- العزلة و الانسحاب من العالم و انتظار لحظة الموت.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع (دافيد، 1998، ص35).

**4-4-3- أعراض عصبية و نفس عصبية (Nervous and nervous symptoms):**

- اضطرابات النوم و اليقظة.
- اضطرابات السلوك.
- ارتباك (دليبارد، 2001، ص20).

**4-4-4- أعراض تنفسية (respiratory symptoms):**

- اضطرابات في التنفس.
- ضيق في التنفس.
- تمزق الغشاء الفمي الرقيق.
- اضطراب البلع.
- اضطرابات هضمية.
- إمساك (دليبارد، 2001، ص20).

**4-4-5- أعراض عامة (general symptoms):**

- تعب عام أو كلي.
- جفاف الجسم.
- فقدان الشهية.

## 4-4-6 - اضطرابات بولية (Urinary disorders):

هو اضطراب الأكثر تواترا و يشكل للمريض مصدر عدم الارتياح (دليارد، 2001، ص 21).

## 4-5 - مكونات قلق الموت :

حدد الفيلسوف " جاك شورون " مكونات ثلاث للخوف من الموت هي:

- الخوف من الاحتضار.
- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كفانو" في كتابيه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

- عملية الاحتضار.
- الموت الشخصي.
- فكرة الحياة الأخرى.
- النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.
- أما "ليفتون" فقد رأى أن قلق يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي :
- التحلل أو التفسخ.
- الركود أو التوقف.
- الانفصال (زردوم، 2006، ص 45).

كذلك ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي : ( الموت / الاحتضار)، (الذات / الآخرون).

ومن ثم تشمل هذه الجوانب على مايلي :

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من موت الآخرون.
- الخوف من احتضار الآخرين (زردوم، 2006، ص ص 45\_46).

## 4-6- النظريات المفسرة لقلق الموت :

## 4-6-1- النظرية العضوية البيولوجية (Biological organic theory):

عرف "بيشا" الحياة أنها مجموعة الوظائف التي تقاوم الموت ويرى " كلورد بيرنارد "، أن الحياة هي الموت مفسرا ذلك أنه إن أردنا أن نقول إن جميع الوظائف الحيوية هي بالضرورة نتيجة لعملية الاختراق العضوي، وحديثا حاول بعض علماء الأحياء تقدير العمر التقريبي للوفاة، وهناك ثلاثة حقائق أساسية في هذا المجال وهي:

- شرايين الإنسان تحدد العمر .

- كلما زاد محيط البطن بالنسبة إلى محيط الصدر فغالبا ما ينخفض العمر المتوقع ما لم تؤثر عوامل أخرى كأمراض معينة.

- إن الموت ليس إفلاس القلب بل هو توقف المخ (زرديم، 2006، ص 14-15).

## 4-6-2- نظرية التحليل النفسي (psychoanalytic theory):

نجد أن "فرويد" من بين المهتمين بفكرة قلق الموت، فهو يرى أن كل نهاية ترمي إليها الحياة هي الموت أي أن كل كائن حي ميت لا محالة، ويتم التفريق بين الحياة والموت على أساس نزوة الحياة التي تعمل على محافظة الحيوية، والثانية نزوة الموت التي تعمل على تهديد الوحدات الحية، وهو يرجع سبب ارتفاع القلق من الموت إلى القمع الجنسي، كما هامات الموت تتمثل في الخوف من الدفن حيا في حالة سبب يشير إلى أنه يخفي رغبة العودة إلى بطن الأم، كما يعتبر "فرويد" أن الأنا يتخلص بمقدار معتبر من الليبيدو النرجسي بمعنى آخر يضحي بنفسه من ما هو عليه في حالات القلق وهو يظن أن قلق الموت يحدث بين الأنا والأنا الأعلى (جملة، 2015، ص 30).

## 4-6-3- النظرية السلوكية (behavioral theory):

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه أذن فهو خوف محبوس لا يجد له مصرفا، كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو الخوف فإن التأثيرات تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذ تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال فيها (جالم، 2003، ص 178).

4-6-4- النظرية المعرفية (cognitive theory):

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن أفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي الفكرة، من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (العسوي، 2001، ص178).

4-6-5- النظرية المعرفية السلوكية (cognitive-behavioral theory):

أمثال أليس يعتبرون الاضطرابات السلوكية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير عقلانية، حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية استناداً لتعلم خاطئ وغير منطقي، فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت (هندز، 2012، ص179)

4-6-6- نظرية العاملين في قلق الموت (The theory of workers in death anxiety):

لقد ذهب " تمبلر " سنة (1993) إلى أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما:

1 - الحالة الصحة النفسية بوجه عام.

2- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

وبالنسبة للمحدد الأول فإن المرضى السيكاثريين (في مجال الطب نفسي) يميلون إلى الحصول على درجات مرتفعة في قلق الموت بالمقارنة إلى لأسوياء، إن مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء ترتبط إيجابياً مع مقاييس قلق الموت، وقد استخرج " براون " ارتباطاً سلبياً بين قلق الموت والهدف من الحياة، كما ثبت أن المرضى الذين عولجوا من أعراض الاكتئاب بالعقاقير المضادة للاكتئاب قد تناقض قلق موت لديهم، ارتباطاً إيجابياً بالتناقض في الاكتئاب.

ومن الملفت الاهتمام أن يظهر قلق الموت في الجانب الأكبر منه لارتبط بالصحة الجسمية أو التكامل البدني، فقد حصل مرضي الغسيل الكلوي على درجات تقع في الحدود السوية تماماً، ولم تظهر علاقة بين درجات مقاييس قلق الموت والدرجة في المقاييس الفرعية المشيرة الانشغال "البدني في دليل "كورنيل" الطبي لدى الأشخاص المحالين إلى التقاعد.

وقد أجرى " تلمبر " 17 دراسة معمقة على عينات سوية وسيكاثرية طبق عليها عدد غير قليل من المقاييس، وتؤكد نتائج هذه الدراسة نظرية "تمبلر" ذات العاملين في قلق الموت (شويخ، 2007، ص50).

#### 4-7- علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت نوعاً من أنواع القلق العام ويستخدم لعلاج ما يطبق لعلاج القلق، حيث يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أنجح العلاجات التي تقلل من حدة القلق، من خلال التركيز على إضعاف عامل الخوف، و كذا مناهضة المعتقدات الخاطئة حول فكرة الموت و ذلك باستخدام تقنيات عديدة أهمها الاسترخاء.

#### 4-7-1 الاسترخاء (Relax):

##### 1-1- تعريف الاسترخاء (Definition of relaxation) :

يعرف " غريغ و يلنسون " (2013) الاسترخاء بأنه تقنية ممتازة تمكن من الاستفادة منها عند الشعور بالضغط النفسي، إذ أنه يساعد على تقليص القلق والتغيرات النفسية

##### 1-2- أنواع الاسترخاء (types of relaxation):

- الاسترخاء الذاتي (self relaxation): تعني التركيز الذاتي حيث أن الشخص يقوم بالتركيز على نفسه ليقوم بعملية الاسترخاء.

- الاسترخاء السوفولوجي (Sophrlogical relaxation): يستعمل مع الأفراد الذين يعانون من الأمراض السيكوسوماتية أعراض ما بعد الصدمة وكذا اضطرابات النوم من أجل تخفيض الألم و المعاناة، وتقوم هذه التقنية على مساعدة الفرد على التحكم في كل أجزاء الجسم والعقل والروح ؛ من أجل تحقيق التوازن.

- الإسترخاء التصاعدي (upwar drelaxation) : ويعرف كذلك بالإسترخاء الجاكوبسوني

( Jacobsonian ) الذي يركز على العلاقة الموجودة بين المعاش النفسي والانفعالي و درجة التوتر من

خلال تطبيق تمارين عديدة من القدمين إلى الرأس

- التأمل (Meditation): عبارة عن استغراق في الذات عن طريق الصمت و الإصغاء الداخلي

والاسترخاء مثل تمارين اليوغا (yoga)، تقنية المقصد المتناقض تعتبر فنية " المقصد المتناقض " من

التقنيات المستعملة مع المرضى الذين يعانون من القلق والمخاوف المرضية، و هي من فنيات العلاج

بالمعنى الذي يعتبر علاجاً قصير المدى يتم فيه تشجيع المريض على مواجهة قلقه وإبدال اتجاهه نحوه

أي استدعاء استجابة مضادة للتخلص من استجابة القلق، وهذا ما يسميه جوزيف ولبي طريقة " الكف

النقيض" (الزراد، 2008، ص28).



4-7-2- العلاج المعرفي السلوكي (cognitive behavioral therapy) :

- حددت " مانياسيك " Maniacek1982 خمسة مراحل لممارسة التقنية العلاجية كما يلي :
- أولاً : مرحلة الإتصال التي يتم فيها تبني العلاقة العلاجية القائمة علي توفير جو من الثقة المتبادلة بين المعالج والمريض .
  - ثانياً : مرحلة تقدير الموقف وفيها يتم التعرف علي نوع القلق ، أسبابه والظروف التي ساعدت علي ظهوره من خلال القيام بدراسة حالة مفصلة تشمل التاريخ الطبي الشخصي والعائلي .
  - ثالثاً : مرحلة التدخل وذلك من خلال تطبيق تدريبات تقوم على محاولة عمل الشيء الذي يخافه المريض بصفة مقصودة، حتى يستطيع التحرر من مخاوفه عن طريق التدريبات التي سيقوم بتطبيقها المريض في البيت طوال فترة العلاج.
  - رابعاً : مرحلة إعادة البناء من خلال تفسير الأحداث و محاولة إيجاد حلول لإخراج المريض من الدائرة و ملأ الفراغ الذي أدى للقلق.
  - خامساً : مرحلة إعادة التقييم و الانتهاء، وفيها يحدد المعالج التناقضات التي يواجهها المريض في الحاضر و خطته المستقبلية وكذا الاستفادة من تجارب الماضي (معمرية، 2012ص97).

خامساً: الإكتئاب (Depression)

5-1- تعريف الإكتئاب :

- اختلفت التعاريف المؤدية للإكتئاب ومنها :
- الإكتئاب حالة مزاجية يصاحبها الشعور بعدم القيمة، وفقدان الشعور بالأمل، والنظرة التشاؤمية لحياة الإنسان، ومستقبله، والعبوس والكآبة، وانكسار النفس، وانخفاض الروح المعنوية والشعور بالهم والغم والنكد (بركات، 2000، ص30).
  - يقع الاكتئاب ضمن مجموعة من الاضطرابات يطلق عليها اضطرابات الانفعال أو الوجدان، ولقد أشارت الكتابات الإسلامية والمصرية، والهندية، والصينية واليونانية القديمة إلى حالات من الاكتئاب، بل إن التاريخ يروي لنا إصابة شخصيات شهيرة بهذا الاضطراب مثل : الملك جورج الثالث ملك إنجلترا و الذي كان يعاني من الاكتئاب (بركات، 2000، ص30).
  - مصطلح الاكتئاب له عدة معاني، منها أنه عرض عبارة عن شعور ذاتي بالحزن وأنه حالة مزاجية أي الشعور باليأس، وقد يشير إلى زملة أعراض مرضية، و فيه يقترن المزاج المكتئب أو

العبوس بعدة أعراض أخرى مثل : الشعور بالتعب، والإرهاق، وفقدان الطاقة الحيوية، والنشاط، المعاناة من صعوبات في النوم، وفقدان الشهية(بركات، 2000، ص30).

- الاكتئاب حالة انفعالية أو مزاجية تمتاز بالمبالغة في المشاعر السالبة، وعدم القدرة على النشاط والحيوية، ويعتقد المريض أنه لا يوجد أي شيء في العالم له قيمة أو يستحق الاهتمام به، وإلى جانب الحزن يشعر مريض الاكتئاب بأنه لا حول له ولا قوة، ويشعر بالضيق ، ويتضمن أيضا الشعور بالهبوط (العسيوي، 2001ص124).

- تعريف " بيك " Beck : هو أحد أهم رواد المدرسة المعرفية « يرى أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير قبل أن يكون إضطرابا للوجدان ، و أن طريقة تفكير المريض و الكيفية التي يعالج بها ما يرد إليه من معلومات، وما يؤمن به أو يعتنقه، تعد عوامل هامة تسهم في حدوث الإضطراب المزاجية » (العسيوي، 2001، ص354).

- تعريف " لوينسون " 1984 : « إن الإكتئاب ما هو إلا نتيجة لقصور المهارات الإجتماعية» يقترح أن العجز أو القصور في المهارات الإجتماعية يؤدي إلى نقص أو قصور المساعدة من قبل الآخرين و هو ما يؤدي إلى الإكتئاب(العسيوي، 2001، ص353).

## 5-2- أسباب الاكتئاب:

### 5-2-1- الأسباب النفسية (psychological reasons):

يرى المحللون النفسيون أنه إذا لم تشبع الحاجات النرجسية للفرد المهياً للإصابة بالاكتئاب يصبح تقديره لذاته في خطر، وحينئذ يكون مستعدا للقيام بأي عمل ليرغم الآخرين على الالتفات إليه، وقد يلجأ إلى المذلة والمسكنة لإرغام مصادر الإشباع الخارجية على أن تكون طوع يده، وكثيرا ما ينجح في محاولة التسلط على بيئته ومن أهم أسباب الإصابة بالاكتئاب:

- التوتر الانفعالي، والإحباط، والفشل، وخيبة الأمل والكبت والقلق، وضعف الأنا الأعلى، والصراع اللاشعوري والشعور بالإثم، والرغبة في عقاب الذات، واتهام الذات، والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات الصادمة، وعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المثالية، وسوء التوافق ويكون الاكتئاب على هيئة انسحاب ووجود كره وعنوان مكبوت قد يتجه نحو الذات يظهر في شكل محاولات انتحارية، ويكون الاكتئاب بمثابة الكفارة، وهذا السلوك محاولة من المريض للمحافظة على تكامل الأنا محتفظة وليقلل من مشاعر الذنب لديه عن طريق الأمل، وليقتل من العدوان داخله بالانسحاب وتحريك الآخرين لمحاولة السيطرة عليهم (بركات، 2000، ص37).

5-2-2- أسباب وراثية (genetic causes):

قد يكون للعامل الوراثي أهمية كبيرة في الإصابة بالاكتئاب خاصة مع بعض أنواع الاضطرابات الناتجة عن الاكتئاب، فقد تكون الجينات الموروثة سببا في جعل بعض الناس عرضة للإصابة بالاكتئاب أكثر من غيرهم (هندز، 2001، ص16).

هناك استعدادا طبيعيا وراثيا للإصابة ببعض أشكال الاكتئاب، خاصة تلك الأشكال التي تتكرر باستمرار على سبيل المثال، لقد اكتشف أنه في حالة التوائم المتماثلين، إذا أصيب أحدهما بحالة الاكتئاب، فإن نسبة احتمال إصابة الآخر بالاكتئاب أيضا تتعدى نسبة 70%، أما مع التوائم غير المتماثلين تصبح النسبة 25% كاحتمال الإصابة بمرض الاكتئاب كعامل وراثي، وهي نفس النسبة أيضا بالنسبة للإصابة هؤلاء التوائم بالاكتئاب مع الأقارب الآخرين.

إن العامل الوراثي عامل مهم، فإن الباحثين على جانبي المحيط الأطلنطي قد أجروا بحوثهم على مجموعتين من الأفراد المتبينين، هؤلاء الذين تم تشخيصهم بأنهم مصابون بالاكتئاب، وهؤلاء الذين لم يعانون من الاكتئاب لقد اكتشفوا أن أقارب الشخص المتبني المصاب بالاكتئاب، تزداد معدلات احتمال إصابتهم بمرض الاكتئاب العيادي، أكثر مقارنة بأقرب هؤلاء الذين لم يعانون من الاكتئاب (هندز، 2001، ص40).

5-2-3- أسباب بيولوجية " كيميائية " (Biological or chemical causes):

يعد السبب الرئيسي للاكتئاب هو التنوع والاختلاف في الكيمياء الحيوية بانقباض النفس والشعور بالاكتئاب، يرجع إلى عدم التوازن بين واحدة أو اثنتين من المواد الكيميائية التالية داخل الجسم: النور أدرينالين والسيروتونين، والدوبامين.

إن الوظائف الطبيعية للمخ والجهاز العصبي المركزي تعتمد على سلسلة من الموصلات العصبية وهذه المواد الكيميائية تشكل جزئا رئيسيا من آلية توصيل الرسائل من خلية عصبية إلى أخرى، عبر الفراغات بين الخلايا العصبية، أو ملتقى الخلايا وهذا الانتقال المنتظم للإشارات الكهربائية يشكل التفاعلات المقعدة التي تتمثل في أفكارنا ومشاعرنا وأنماط سلوكياتنا الفردية (هندز، 2001، ص15-16).

5-2-4- أسباب بيئية اجتماعية (social environmental reasons):

الصراعات الأسرية المتكررة الشديدة قد يؤدي على مشاعر الاكتئاب، إن العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها إحساس بالمعاناة، أو اكتساب اليأس، فالأزمات البيئية كالكوارث، والأمراض المستعصية، والطلاق

والهجرة والانفعال عن الأحبة (بالموت مثلاً) تعتبر ذات أهمية بالغة في زيادة الاكتئاب (عبد الستار، 1998 ص 80).

### 5-2-5- أسباب عقلية معرفية وفكرية (Mental and cognitive reasons):

هناك عوامل أخرى تزيد من أعراض الاكتئاب وتطيل من أمد المعاناة منه وهي عمليات التفكير والسلبية لدى المريض، أو الاعتقادات والاتجاهات الفكرية.

وتظهر في مقاومة المريض للعلاج، وعدم استجابته لتعليمات المعالج، ويجادله بقوة عندما يقدم له مساعدات نفسية معرفية تحته على الاستجابات العقلانية التي تساعد على التخلص من الضيق والهم الذي يعاني منه، وتوفر للمريض فرصاً لاستعادة تقديره لذاته، وإنهاء إحساسه باليأس والفشل، ومن ثم إنهاء حالة الاكتئاب.

- إن التشويه المعرفي لتفكير المريض يجعله يفشل في فهم وإدراك أن الاستجابة العقلانية أو أي بديل علاجي آخر سينهي يأسه، ويقضي على نقده لذاته، ويوفر له فرصاً مناسبة لإنصاف نفسه واحترام ذاته والتخلص من الاكتئاب.

وقد يكون فشل المريض في تحقيق التكيف الإيجابي مع الواقع، جعله يتكيف سلبيًا، حيث يعود على اكتابه ولا يريد التخلص منه، ويقولون تكيف المريض مع اكتابه Depression as Adaptation (عبد الباقي، 2009، ص 85).

### 5-3- أعراض الاكتئاب:

تستعرض رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي DSMN ثمانية أعراض أساسية مميزة للاكتئاب هي:

- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
- الأرق أو النوم المفرط " اضطرابات النوم".
- التأخر الحركي النفسي (كمشاعر ثانية من الضجر والتمثل أو التبذل).
- فقدان الاهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتاد.
- الإحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب، الشكوى أو التظاهر بتناقض القدرة على التفكير أو التركيز مثل: التبذل الفكري، والتردد غير المصحوب بتناقض ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار أو التفكك.
- تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية والتمني لو كان ميتًا مع محاولات الانتحار.

- في حين يسرد " بيك " مجموعة من الأعراض الاكتئابية في 21 عرض:  
- الحزن، التشاؤم، صعوبة العمل، الشعور بالفشل، فقدان الوزن، نقص الرضا، الإحساس بالعقاب، الذنب، فقدان الليبيدو، كره الذات، اتهام الذات، تغير صورة الجسم، رغبات انتحارية، نوبات البكاء، الأرق، التهيج، الانسحاب الاجتماعي، فقد الشهية، الانشغال الجسدي، سرعة التعب، التردد (أبو فايد، 2010، ص 16-17).

- يصاب مريض الاكتئاب بالعديد من الأعراض المختلفة منها النفسية والسلوكية والجسدية والمتمثلة فيما يلي:

#### أ- الأعراض النفسية (psychological symptoms):

المتملة في الأرق، القلق، المزاج الإكتئابي، البكاء، الصراخ الشديد، الشعور بالوحدة، الشعور بالذنب والضجر، التشاؤم، التردد والتذبذب، اليأس العجز، عزة الذات، الشعور بالفشل، الأفكار الانتحارية، الشعور بالعقاب واليأس.

كما دعم "بيك" صحة النتائج التي توصل إليها المختصون في علم النفس، وتمكن من تنظيم النتائج واستطاع أن يحدد الأعراض الإكتئابية في فئات محددة واعتبرها الخصائص الأساسية لمرض الاكتئاب، وهي كما يلي: الخوف، التشاؤم، الإحساس بالفشل، عدم الرضي، الإحساس بالذنب ولوم الذات، البكاء، الانسحاب الاجتماعي، حدة الطبع، تغيير صورة الجسم، التردد وعدم الحسم، كره الذات، الأفكار الانتحارية، صعوبات في العمل (سمايلي، 2013، ص 18).

#### ب - الأعراض السلوكية (behavioral symptoms):

- يلومون أنفسهم ويشعرون بالذنب تجاه الأمور بدون ضرورة ، يجدون من الصعب عليه أن يركزوا أو يتخذوا القرارات ، اضطرابات في النوم، الاستيقاظ المبكر، الأرق أو كثرة النوم ، يفكرون أو يرتكبون أفعال إيذاء النفس أو الانتحار : يكونون سريعى الانفعال بشكل غير اعتيادي أو يفقدون الصبر، يأكلون أكثر من اعتاد فتزداد أوزانهم أو لا يأكلون جيداً فتتفص أوزانهم ، يعانون من نقص في الرغبة الجنسية، يعانون من الضعف في النشاط والطاقة، يبتعدون عن الآخرين بدلا من أن يطلبوا منهم المساعدة أو ا لدعم (العمرى، 2011، ص ص 10\_19).

#### ج - الأعراض الجسدية (physical symptoms) :

من الشكاوى الشائعة لمريض الاكتئاب التي عادة ما يذكرها المرضى في العيادة النفسية وقد يذهبون بسببها إلى الأطباء من تخصصات أخرى مختلفة ،حين يعتقدون أنها نتيجة لإصابتهم بأمراض عضوية

ولا يفكرون أنها بسبب الاكتئاب، نذكر هنا هذه المجموعة من الأعراض التي تحدث بصفة متكررة نتيجة الاكتئاب.

- يشكو مرضى الاكتئاب بصفة عامة من نقص في القدرة الجنسية فيما يشكو الرجال الضعف الجنسي والسيدات في فقدان الرغبة الجنسية.

- الشعور بالإجهاد والتعب عن بذل أي مجهود دون وجود مرض عضوي أو مشكلة صحية تبرر ذلك.

- اضطراب في وظائف القلب والدورة الدموية حيث أن حالة البطء والتثاقل تنعكس على ضربات القلب، وتؤدي إلى هبوط في ضغط الدم تصاحب الاكتئاب.

- اضطراب في وظائف الهضم ووجود شكوى من عسر الهضم والآلام في البطن، يعتبر الإمساك الشديد من الأعراض المصاحبة للاكتئاب، بسبب بطء حركة الأمعاء وفقدان الشهية للطعام والخلل في وظيفة الجهاز العصبي الذاتي الذي يتحكم في وظائف الجهاز الهضمي.

- الآلام متفرقة في الجسم أهمها الأعراض الصداع، والآلام في الظهر، والآلام المفاصل مع عدم وجود أي سبب عضوي لهذه الأعراض التي تحدث نتيجة الاكتئاب (الشربيني، 2001 ص123).

#### 5-4- تصنيفات الاكتئاب:

كما سبق التطرق إليه حول الاكتئاب، فقد لاحظنا تعدد مفاهيم الاكتئاب بسبب تعرض الأعراض و الأسباب المؤدية إليه، وقد تعددت كذلك النظريات التي تفسر هذا الاضطراب، حسب الإتجاهات المختلفة للعلماء وحسب مجالات تخصصاتهم، و من هذا المنطلق فقد ظهرت تصنيفات لهذا الاضطراب، و كل تصنيف له مرجعه و أسسه التي يركز عليها، ومن هذه التصنيفات ما يلي :

#### 5-4-1- التصنيف على أساس الأعراض :

تميز وجود نوعين من الاكتئاب اعتمادا على الأعراض الظاهرة على الحالة وهما :

أ- **الاكتئاب المتأخر (late depression)** : يكون فيه العرض البارز هو البطء أو التأخر النفسي الحركي، و يكون الهدوء والكف هو الغالب.

ب - **الاكتئاب التهيجي (irritable depression)** : وهو حالة مرضية تمتاز بعدم الراحة، و بكثرة النشاط والحركة واليأس،

والميل نحو إدانة الذات، وعلى ذلك يمكن تمييز نوعين من اضطراب الاكتئاب :

- **عصابي (neurotic)** : وهو درجة محتملة من الحزن ، و إنخفاض الروح المعنوية .

- ذهاني (psychotic) : وهو مرض عقلي فيه يعاني المريض من حالة شديدة من الحزن و الغم و النكد و البؤس (الأنصاري، 1998، ص30).

#### 5-4-2- التصنيف على أساس الأسباب و المنشأ :

تعددت أوجه النظر في تصنيف الإكتئاب على أساس الأسباب و المنشأ، ولقد إعتدنا على تصنيف الدكتور " واتسن " ( C . A . H WATTS ) إذ يصنف هذا الدكتور الإكتئاب إلى :  
أ- إكتئاب تفاعلي (reactive depression) : يعد من أشهر أنواع المناخوليا Melancholy ويرجع إلى ظروف الحياة اليومية، ويعتبر البعض أكثر عرضة لهذا المرض من البعض الآخر كوننا ليس لدينا جميعا نفس نقاط الضعف.

ب - إكتئاب ذو منشأ جسمي (depression of physical origin) : يرجع هذا الإكتئاب لعدة جسمية إذ يحدث نتيجة مرض أو إصابة في المخ، ويأتي مصاحب لمرض عصبي يسمى مرض پاركينسون Parkinson، وأحيانا يعقب الإصابة بفيروس الأنفلونزا، أو فيروس الكبد الوبائي ويكون الشعور بالكآبة لمدة أشهر بعد الشفاء من هذه الأمراض.

ج - إكتئاب أولي داخلي المنشأ (endogenous primary depression) : له عدة أسماء كالإكتئاب الذهاني وذهان الهوس الإكتئاب PHD و المناخوليا، وقد يحدث هذا المرض من خلال العمليات الكيميائية للمخ و يسمى بعضها بالموصلات العصبية، حيث أنها إذا نقصت يحدث الإكتئاب.

د - إكتئاب ثانوي داخلي المنشأ (secondary endogenous depression) : يرى واتسن أن الإكتئاب التفاعلي يمكن أن يصبح إكتابا خبيثا و يظهر أعراضا مشابهة للإكتئاب داخلي المنشأ، وعندما يحدث هذا لا يكون العلاج بالحديث ولكن يتحسن المريض بالعلاج الكيميائي (العمرى، 2008 ص155).

#### 5-5- الاضطرابات المصاحبة للاكتئاب:

يعرف الاقتران بين اضطرابين أو أكثر باسم التلازم أو الدوران في فلك واحد و عند العلاج يجب اختبار الطريقة المناسبة اعتمادا على سبب حدوثه الإضطرابين فقد يكون أحدهما أولي و الآخر ثانوي أي الأول سبب و الثاني نتيجة له، قد يكون كلا الإضطرابين مستقل عن الآخر.

يشير حدوث الاقتران بين اضطرابين في الاختلالات المزاجية لأن الاضطرابات تشترك في ملامح أو علامات تتأثر بعوام وراثية، وديموغرافية (السن، الجنس، الدخل، والسلالة)، بالإضافة إلى استخدام العقاقير " يمثل اقتران القلق بالاكتئاب مشكلة تشخيصية وعلاجية، فقد وجد هناك تداخل بنسبة % 50

بين القلق والاكتئاب وتكاد تكون هذه النسبة ثابتة سواء اهتمت الدراسة بالحالة المزاجية في صورتها البسيطة أو بالأعراض المصاحبة (مثل اضطراب النوم، والشهية والتركيز)، أو باختلال القلق والاكتئاب في أوج شدتهما وقد وجد انه في بعض الحالات فإن حدوث القلق والاكتئاب، مما يمثل مشكلة خطيرة للفرد حيث تثبت أن معدل حدوث الانتحار بين الأشخاص الذين يعانون إختلال الهلع والاكتئاب معا أعلى من معدل لدى حالات إختلال الهلع بدون الاكتئاب (السيد م.ع، 2008 ص339).

### 5-6- النظريات المفسرة للاكتئاب :

#### 5-6-1- نظرية التحليل النفسي (psychoanalytic theory) :

لقد درس " فرويد " الاكتئاب، وإرتد به إلى المرحلة الفمية في النمو النفس الجسمي لدى الطفل، فالشخص الذي يثبت عنده النمو عند المرحلة الفمية تنمو عنده نزعة قوية للإعتماد على غيره، وبعد فقدان الشخص الذي يحبه يمتص الشخص المصاب الشخص المفقود، ذلك الشخص الذي كان يتقمص شخصيته، أو يتوحد و إياه، و يقول فرويد أن كل شخص لديه علاقات حب وكره تجاه الشخص الذي يحبه، وكذلك يشعر بالذنب بسبب واقعي، أو خيالي للخطيئة ضد الشخص المفقود.

هناك أشخاص كثيرون يشعرون بالاكتئاب، دون أن يكونوا قد فقدوا عزيزا لديهم، في هذه الحالة تتحدث نظرية التحليل النفسي عن فقدان الرمزي ، والذي يعني لفظ الحب لا شعوريا كذلك تناول فرويد الحزن ، أو ما يعرف بالحداد في مجموعة من المقالات تحت عنوان : ( الحداد و السوداوية ) 1915 ، بأنه ناتج عن فقدان الموضوع، ويفرق بين كل من الاكتئاب والمنخوليا Melancholie، بأن الاكتئاب حالة من الألم النفسي، والمنخوليا الجحيم من العذاب المصحوب بالإحساس بالذنب الشعوري، وإنخفاض في تقدير النفس لذاتها، وفي النشاط العملي الحركي الحشوي.

يرى علماء مدرسة التحليل النفسي أن هناك عوامل تهيئ شخصية الطفل وتجعلها تستعد لإظهار المرض في الكبر، ومن بين هذه العوامل :

- الخوف والقلق في حال زيادتهما عن الحد المناسب، أو تكرارها المستمر في حياة الطفل فإنه يحدث لديه إضطراب في الشخصية يمهد لظواهر أعراض الاكتئاب عن الكبر (النجار، 1989، ص88).
- ترى ميلاني كلاين Melani Klaine أن إضطراب الاكتئاب يرجع إلى طبيعة الثقة القائمة بين الأم و الوليد، و كذلك ببيرنج Bibring التي تؤكد على سيكولوجية الأنا في الإصابة بالاكتئاب، و هناك هيئات عالمية ترد أسباب الاكتئاب في جزء منه أو كله ، إلى الصراعات النفسية المكبوتة ، و المشكلات الجنسية تلعب دورا جدهام في خلق هذا النوع من الاكتئاب ، و في هذا المجال جاءت نظرية أبراهام



كمحاولة أولى سنة 1911 التي يفترض فيها أن مشاعر العدوان و الكراهية المدمرتين للقوة العاطفية تتجمان عن رغبات جنسية مكبوتة، غير مرتوية، وهذا يسبب مرض الإكتئاب (الأشوال، 2001ص192).

#### 5-6-2- النظرية السلوكية (Behavioral theory) :

وفقا لأقوال المدرسة السلوكية، وعلى حد قوله أحد أقطابها، وهو " لازاروس " Lazarius فإن الإكتئاب يمكن النظر إليه على أنه وظيفة لتعزير الخاطئ، أو التعزير غير الكافي أي ناتج عن ذلك، و يمكن حدوث الإكتئاب عند إنسحاب التعزير الكافي، كإنسحاب الحب والعطف والتأييد مع موت أحد الأقارب المقربين.

وكذلك تفسر هذه النظرية الإكتئاب على أن أساسه خبرة نفسية مؤلمة، أو عدة خيارات تعلمها الإنسان، أو من بها في صغره، ولم يتمكن من تجاوزها، ونسيانها، أو إزالتها من عقله، من ضمن هذه الأسباب أو الخبرات موت أحد الأحبة أو سفره، في فترة الطفولة، ينتج : التألم، و إذا لم يتغلب على هذا التألم في صغره قد يواجه الإكتئاب، إذ ما حدث في الكبر، وتوفي أحد الناس الذين يحبهم، و ربما يحدث له ظاهرة التعميم للحزن، و كآبة عند إختفاء أي شيء أو إثر فقدانه لأي شيء سواء إنسان أو حيوان، أو تعرضه للصددمات في الحياة يزيد إحباطه، ويهتز وجدانه وتتألم عواطفه، وتقل ثقته بنفسيه، وكذا يحدث الإكتئاب (العسيوي، 2001ص161).

#### 5-6-3- النظرية المعرفية (Cognitive theory) :

تذهب هذه النظرية إلى القول بأن العمليات المعرفية تلعب دورا مهما في نشأة الإضطرابات الوجدانية، ويعتقد أن الأفكار، والعقائد تسبب السلوك الإنفعالي، المكتتبون يعملون كما يعلمون لأنهم يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء منطقية نمطية، ولقد لوحظ أنهم يلقون بكل ما يحدث بكل ما يحدث لهم في إتجاه لوم الذات والكوارث، وما إلى ذلك ، الإكتئاب يقودهم العمل النتائج غير المنطقية في تقويم أو في الحكم على ذواتهم ، هذه الصفة، ويطلق عليها إصطلاح الرسم التخطيطي، أو الرسم الإيضاحي أو الموجز الشكلي، أي إدراك المريض للعالم بطابع معين (العسيوي، 2001ص 160).

#### 5-6-4- النظرية الاجتماعية (social theory) :

يرى رواد علم الاجتماع أن البيئة الاجتماعية تؤثر بصفة واضحة، وهائلة على إصابة الفرد بالإكتئاب كون العلاقات بين الفرد ومجتمعه إذا كانت إيجابية، وقوية فإنها تتسم بالديناميكية، وبالتالي لإيصال هذا الإنسان بالإكتئاب إلا نادرا.

أما إذا كانت العلاقة بمجتمعها متدنية فإنه حتماً يصاب بالإكتئاب، وهذا ما يدفع بالقول أن علاقة الفرد للمجتمع، إما تجعله راضياً أو غير راضٍ، سعيد أو تعيس ناجح أو فاشل، فنظرة الفرد للمجتمع، هي الشيء الذي يحدد درجة سعادته (جالم، 2002، ص15).

### 5-7- علاج الإكتئاب :

إن طرق علاج الإكتئاب متعددة ومختلفة ومنها:

- العلاج الدوائي.

- العلاج النفسي بما فيه : الطرق المعرفية والسلوكية، وكل طريقة ميزتها وخصائصها وتطوراتها،

كذلك سلبياتها سنتطرق بالتفصيل لكل طريقة على حدى :

#### 5-7-1- العلاج الدوائي (drug therapy):

- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic antidepressants) :

تعد أقدم أنواع الأدوية المضادة للإكتئاب ومبدأ عملها وهو زيادة معدل الناقلات العصبية يمنع إعادة إمتصاصها من المشبك العصبي إلى الخلية التي إنطلقت منها، و يستغرق ذلك عدة أسابيع قبل أن تأخذ أعراض الإكتئاب في الإنخفاض، ومن هذه الأدوية :

- الأيمبرامين Imipramine .

- توفرائيل Tofranil .

- الأميترينيلين Amitriptyline .

- إلافيل Elavil .

- الكلومبيرامي Clomipramine .

- أنفرانيل Anafranil (بركات، 2000، ص ص370\_371).

#### 5-7-2- العلاج النفسي (Psychotherapy) :

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تفهم وتعديل فعل الأعراض الاكتئابية، ويركز أساساً على إعادة احترام المريض لذاته، ويقوم العلاج على عمليات التحليل النفسي التي تعتمد على الوصول إلى المشاعر اللاشعورية المرتبطة بالأحداث المكبوتة ، ويعتمد على العلاج النفسي على استبعاد هذه المشاعر والتخفيف منها.

والعلاج النفسي، يبحث عن جذوره المرض النفسي في أعماق الماضي، وفي مراحل تكون شخصية الفرد المبكرة وفيها يتعلق، بالاكنتاب تحديدا وهو استعادة لتجربة قديمة في اللاوعي، ويركز العلاج على إعادة الإدراك الواعي.

وفي بعض أشكال الاكنتاب الحاد يكون استخدام التحليل النفسي صعبا، لأن المريض في هذه الحالة ينطوي على نفسه ولا يكون قادراً على نقل مشاعره إلى المعالج. (سمايلي، 2014، ص22)

### 5-7-3- العلاج المعرفي السلوكي (cognitive behavioral therapy):

يمكن استخدام العلاج المعرفي السلوكي للاكنتاب مع كل أنواع الاكنتاب وفي حالات الاكنتاب الشديدة قد يستخدم إلى جانبه العلاج الدوائي، ولكن بصورة عامة تكون نتائج هذا النوع من العلاج أفضل إذا كان مريض الاكنتاب على استعداد للمشاركة الجادة في عملية العلاج والقيام بما يطلب منه قبل المعالج، يركز العلاج المعرفي في بداية العلاج على إقامة تعاونية ويعرض المريض على النموذج المعرفي، تستخدم جداول الأعمال، التغذية الراجعة، التنقيف النفسي لبناء الجلسات ويتم التركيز على شكلين من الاحتلال الوظيفي التفكير المشوه معرفيا، والعجز عن التعلم، وضعف الأداء الوظيفي للذاكرة.

كما يتم تخصيص جهد خاص للمكنتب في إنقاص درجة اليأس أيضا فهي خطوة هامة في إعادة تنشيط المكنتب وتزويده بالطاقة، وتتم مقاومة مشاكل التعلم ووظائف الذاكرة بإجراءات التركيب، وبأساليب التعلم. إن الأساليب السلوكية كجدولة النشاطات غالبا ما تكون مادة أولى في العلاج المعرفي، أما الجزء الأوسط من المعالجة فيم تكريسه لاستنباط الأفكار التلقائية المشوهة سلبيا وكذلك استنباط المعتقدات (المخططات) وتوظيفها لعكس الثالوث المعرفي السلبى (الذات، العالم، المستقبل) ويتم تعليم المريض بشكل نموذجي كفيلا يحدد التشوّهات المعرفية مثل التجريد الانتقائي، المبالغة، القفز إلى النتائج... وأن يستخدم تقنيات مثل إيجاد البدائل، ويستمر العمل في استنباط واختيار الأفكار التلقائية والمعتقدات إلى أن يشاهد المعالج تحقيق مكاسب في الأداء الوظيفي للمريض وأن المريض قد أدرك المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي.

وقبل نهاية العلاج يقوم بمساعدة المريض بمراجعة ما تم تعلمه أثناء سياق المعالجة، ويقترح عليه التفكير مقدما بالظروف المحتملة التي يمكن أن يكون السبب في عودة الاكنتاب، ويأخذ احتمالا لانتكاس بعين الاعتبار ويتم تطوير استراتيجيات حل المشكلات التي يمكن أن يتم توظيفها في حالات مستقبلية تؤدي إلى الاكنتاب (تقنية التدريب المعرفي) (نجية، 2009، ص24).

## 5-7-4- العلاج بالتدليك (massage therapy):

لقد اتضح أن التدليك يقلل من معدل ضغط الدم، ويخفف من حدة آلام الرأس أو (الصداع)، لقد تم تطبيقه واستخدامه بفاعلية في علاج، الاكتئاب الناتج عن الصدمات، لقد أثبتت إحدى الدراسات التي أجرتها "كلية ميامي الطبية"، أن المرضى المصابين بالاكتئاب الذين تلقوا جلسة علاجية ذات فائدة عالية من التدليك، انخفضت لديهم مستويات هرمونات الضغط أثناء التدليك وبعده وقد أعلن المرضى كذلك أنهم كانوا قادرين على النوم بشكل أفضل، إن التدليك نشاط يبعث البهجة والسرور ، حيث إنك تلقي بنفسك على الأريكة، ولا تفعل أي شيء، إنك فقط يمكنك أن تستلقي على ظهرك، وندع الأمر بأكمله للمعالج ليفعل ما يشاء، يعمل التدليك على التخلص من التوتر والقلق وتحرير الطاقة الكامنة وإزالة العوائق البدنية، ويساعد كذلك على الشعور بالتحسن و يعمل على تنشيط الأعصاب الحسية، وهو بالضبط ما تحتاجه وتريده أثناء إصابتك بالاكتئاب(هندز، 2011، ص236).

## خلاصة الفصل :

المعاش النفسي هو حالة تميز كل مريض من المرضى عن غيره وهذا ما يميز مرضى السرطان بحيث يخضع المعاش النفسي لمحددات منها قوة الشخصية وسماتها، المساندة الاجتماعية للمريض ومن هنا تبين لنا انه لتشخيص قلق الموت أو الاكتئاب عند مريض السرطان يتطلب أن يكون النفساني متمكنا ليضمن التكفل النفسي المناسب لكل مريض، وسنتطرق في الفصل الموالي إلى أهم المشاكل التي يعاني منها الراشد مريض السرطان وذلك من خلال إبراز مرحلة الرشد ومطالبها ومشاكلها.

# الفصل الثالث

## الراشد مريض سرطان القولون

### تمهيد

أولاً: مرحلة الرشد

1. تعريف مرحلة الرشد.
2. خصائص مرحلة الرشد.
3. مراحل الرشد ومتطلباتها.
4. أزمات مرحلة الرشد.
5. اضطرابات مرحلة الرشد.

ثانياً: سرطان القولون.

1. تعريف سرطان القولون.
  2. البنية التشريحية لسرطان القولون.
  3. العلامات الاكلينيكية لسرطان القولون.
  4. أعراض سرطان القولون.
  5. مراحل سرطان القولون.
  6. عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان.
  7. تشخيص سرطان القولون.
  8. علاج سرطان القولون.
  9. الآثار النفسية لدى مرضى السرطان .
  10. الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها مريض سرطان القولون.
- خلاصة الفصل.

**تمهيد :**

بعد مرور الفرد بمرحلة الطفولة وصولاً إلى مرحلة المراهقة تتبع هذه المرحلتين مرحلة الإنتاج، والوعي الكامل ومرحلة تحمل المسؤولية بصفة قانونية وما يلحق عنها، بحيث تتميز هذه المرحلة على بقية المراحل بأنها أطول مرحلة يعيشها الفرد في حياته، أن صعوبة مواجهة أزمات مرحلة الرشد يولد مشاكل صحية ونفسية وجسدية، من بينها سرطان القولون الذي يصيب الجنسين على حد سواء مرحلة الرشد.

**أولاً : الراشد (Adulte)****1- تعريف مرحلة الرشد:**

- لغوياً :

الراشد Adulte هذا الوصف يطلق على الشخصية في مرحلة النضج وحالة الأنا الراشد من حالات التحليل العاملي التي وصفها " أريك برن" (الشرييني، 2001 ص 20).

- إصطلاحاً :

هي مرحلة النضج واكتمال الشخصية، وفيها يتم استكمال التعلم الرسمي، والبدء في الانخراط المهني، واختيار شريك الحياة وتعلم المعيشة معه، وتكوين أسرة ورعايتها والإشراف على توجيهها، وبدء مسؤوليات الوظيفة مع تكوين جماعة أو جماعات اجتماعية (أبو الخير، 2001، ص140).

وفي تعريف آخر: هي واحدة من مراحل النمو التي يتداخل فيها الشباب مع الرشد، تبدأ هذه المرحلة مع بداية العقد الثالث من العمر ( بعد الواحد و العشرين)، و تنتهي مع نهاية الستينات منه وهي أطول مراحل النمو مع إنها تختلف باختلاف المجتمعات، و الثقافات و الظروف المعيشية فالشيخوخة المبكرة و السن القانونية للتقاعد، و مستوى التعليم و الثقافة و المستوى الاقتصادي للمجتمع كلها عوامل تؤثر في تأخر بداية أو بتبكير نهاية هذه المرحلة و بالتالي فبداية و نهاية مرحلة الرشد تعتمد على عدة عوامل، الا جوانب النمو العقلي تكتمل مع نهاية المراهقة، مما يؤهل الفرد إلى دخول مرحلة هي مرحلة الرشد (العابد، 2015، ص144).

وعادة ما يميل علماء النفس إلى وصف تعريف مرحلة الرشد عن طريق النمو النفسي والاجتماعي، الذي يحدث أثناء المرحلة كدخول الجامعة أو الدخول في مجال العمل، أو الزواج ولها شرطان أساسيان هما اكتمال النمو الجسدي واكتمال النضج الجنسي، وتعد مرحلة من أكثر المراحل تأثيراً في حياة الفرد لأنها تتضمن صفات التكامل، والنضج البدني والعقلي والنفسي الثابت نسبياً.

ومن خلال ما سبق يمكن تعريف مرحلة الرشد بأنها إحدى مراحل النمو المهمة في حياة الفرد، تبدأ من سن 21 وتنتهي في سن 70 وهذا يخضع لمتغيرات، ومحددات خاصة تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات والظروف المعيشية، كما تتأثر هذه المرحلة بعدة عوامل والتي تحدد بداية هذه المرحلة ونهايتها.

## 2- خصائص ومظاهر مرحلة الرشد :

تلخص " هيرلوك HURLOCK " (1980) : الخصائص العامة لطور أوساط العمر أي مرحلة الرشد في النقاط التالية :

- إن مرحلة أوساط العمر هي الفترة التي يتخلّى فيها الفرد عن الخصائص الجسمية ، والسلوكية للراشد، ويبدأ الدخول في عهد جديد تنشأ فيه خصائص جسمية وسلوكية جديدة، ومع هذه التغيرات يبدأ الراشد في تعلم أنماط سلوكية جديدة.
  - طور وسط العمر يتطلب إعادة التكيف للتغيرات الجسمية والأدوار المتغيرة، ولو أن التكيف لبعض الأدوار الجديدة يكون شاقاً، ومن ذلك التكيف والاقتراب من التقاعد ووفاء رفيق الحياة في بعض الأحيان، وحلو البيت من الأبناء.
  - طور وسط العمر هو وقت الإنجاز، ففيه يصل المرء إلى قمة الأداء ويجني ثمار سنوات الإعداد الطويل والعمل الشاق في المراحل والأطوار السابقة، وفيه يكون المرء قد حصل قدراً كافياً من الخبرة والعلاقات الإنسانية مما يهيئ له قدرة على الحكم الصحيح، أو التقسيم الجيد للعلاقات الاجتماعية.
  - تعتبر مرحلة وسط العمر مرحلة ذروة إنتاج الفرد، والوصول إلى إتمام النضج ومرحلة الاستقرار والاستقلالية ومرحلة الزواج والإنجاب.
  - تعتبر مرحلة وسط العمر مرحلة اتخاذ القرار وتحديد فلسفة الحياة.
  - التخفيف من الأعمال التي تدعو إلى شدة التنافس.
  - شعور الفرد بأنه قد حقق الأهداف التي رسمها في بدء حياته، أو عزوفه عنها لاستحالة تحقيقها فيما بقي له من العمر.
  - يجد الفرد في هذه المرحلة من حياته الفرص المتعددة للتعبير عن ذاته.
  - شعور الفرد بزيادة حريته نتيجة لتحقيقه من كثير من أعباء الحياة (بلعيد، 2002، ص24).
- وتتضمن مرحلة الرشد مجموعة من المظاهر التي تضمن نمو الفرد سليماً، وتعتبر كمقياس شامل يُعبر عن بلوغ الفرد لهذه المرحلة ومنه نذكر:

- مظاهر النمو الجسمي (Signs of physical growth) :

يصل الفرد خلال هذه المرحلة إلى التوازن واتساق تام بين جميع مظاهر النمو الجسمي، و الفيزيولوجي كالتوازن بين نمو العضلات، ونمو العظام والتأزر بين النمو العصبي والعضلي، مما يؤكد الدقة في الإدراك والحركات والتناسق في الاستجابات للمثيرات المختلفة. اللياقة البدنية الكاملة حيث تصل القوة إلى أعلى مستوى لها خاصة قوة العضلات، والعظام والجلد وكذلك الأجهزة الفيزيولوجية، وأوجه النمو الداخلي كافة مع السيطرة العقلية والحسية والحركية الكاملة على جميع أنشطة، وأجهزة الجسم واطرافه المختلفة.

الميل إلى مزاوله الأنشطة الرياضية، والاهتمام بها والتخصيص في الألعاب المفضلة والتفوق فيها ، والرياضة المغامرة شائعة بين الراشدين.(الأشول،2001، ص 460).

- مظاهر النمو العقلي (Signs of mental development) :

يتحمل الراشد مسؤولياته القانونية، والاجتماعية كافة دليل على تكامل النمو العقلي، يتحمل مسؤولية سلوكه نتيجة إدراكه الواعي للعلاقات التي تربط، بين الظواهر السلوكية وحقائق الأمور المجردة وغير المباشرة كما يستطيع إدراك المستقبل القريب والبعيد، يدرك الراشد المواقف بأسلوب واقعي ومنطقي وعقلاني ولم تعد الآراء والأفكار الاجتماعية، والسياسية لم تعد العاطفة موجهة للسلوك بل يحدث التوازن بين العقل والعاطفة، ويغلب على سلوك الراشدين العقلانية والتوازن والثبات.

تتضح خلال مرحلة الرشد القدرة على النقد البناء مع الميل إلى القراءة لدى الشرائح المتعلمة مع الجدية في مزاوله المهنة أو طريق للإرتزاق، والأعمال الحرة أو أحد المهن المختلفة الأخرى، والاقتصادية مقبولة بعد تمحيصها ومناقشتها وقياسها.

تتضح القدرة على التركيز والتفكير المنطقي، ومتابعة المواضيع والانتباه لكل جزئيات الموقف أو المشكلة أو الموضوع، مع الاهتمام بمتابعة الأحداث العالمية والقومية والعالمية، عن طريق الأخبار أو القراءة أو الاتصال بالأشخاص والهيئات التي تهتم بمثل هاته الشؤون :

- القدرة على التخطيط الموضوع، ومتابعته وتنفيذه وتقويمه وإصدار أحكام منطقية بشأن نجاحه أو فشله مع، القدرة على التعاون والتشاور مع الآخرين بخصوصه في خصائص النمو الانفعالي.

- يتجه الراشد منذ بداية شبابه إلى الاهتمام بشريكة الحياة، ويركز اهتمامه على الأمور الأسرية والزواج ادع الدوافع، والعواطف والنزاعات الوجدانية عن طريق تبادل الحب مع الشريك، والأطفال اللذين يشغلون الكبار ويغمر ونهم بإشباع عواطف الأبوة والأمومة.



- تعتبر مرحلة الرشد التخصيص العاطفي بعد التعميم، بينما تكثر الاهتمامات العاطفية والأصدقاء، والعلاقات خلال مرحلة المراهقة وتتمحور العلاقات عند الكبار في أشخاص قلائل، وعادة ما يكون محددتين في الإطار العائلي كالزوجة، والإخوة، والأقارب، وقلة من الأصدقاء خاصة القدامى منهم.
- تتصف انفعالات الراشدين بالثبات الانفعالي بدلا من التقلب، وتسير نحو الاعتدال المنطقي بدلا من التعرف حتى يصبح الراشد أكثر سيطرة على، انفعالاته وعواطفه ويعبر عنها دون تهور وانفعالية.
- يتصف الراشد بالقدرة على التأجيل، والاستبدال في إشباع الحاجات النفسية، ولديه القدرة على اختيار الوقت المناسب لهذا الإشباع.
- الراشد لديه القدرة على الاستقرار، وتحمل مسؤولية اختياراته وحتى إن لجأ إلى مشورة أو مساعدة الآخرين، فسيكون ذلك طريق التعاون أو الضرورات التي تفرضها سيرة الحياة .
- تكون طموحاته متناسقة مع إمكانياته، و يتصف سلوك الراشد بالشعور بتقبل المسؤولية والواجب، ويصر على الحق ومساعدة الآخرين، ويتقبل الراشد الوضع حلوه ومره ويدرك أن مرارة الحياة لن تتغير بأمان أو أحلام اليقظة ولكن تتغير بالجهد والعرق والعمل(الأشول، 2001، ص 460).
- **مظاهر النمو الاجتماعي (manifestations of social growth) :**
- يهتم الراشد بالتنظيم الجماعي أو الانتماء إلى جماعات أو منظمات تقوم بالأعمال الوطنية أو الخيرية أو الاجتماعية، ويحاول دائما المساهمة في تقليل الصعاب التي تواجه المجتمع .
- يميل الراشد إلى الزعامة المبنية على المركز الاجتماعي أو الفكر، وعادة ما يكون ذلك عن طريق الإقناع والامتناع بين أفراد الجماعة مع البعد عن التعصب الأعمى أو التزمت أو الأنانية، تكون العلاقات الاجتماعية بين الراشدين أكثر عمقا وثباتا ويسودها الفهم والاحترام المتبادل(الأشول، 2001، ص 460).
- **مظاهر النمو الجنسي (manifestations of sexual development) :**
- ويتجلى أثره في التوافق الشخصي والاجتماعي، ويتم تحقيق القدرة على التنازل عند كل الراشدين، وتنمو الجنسية الغيرية ويزداد الارتباط بين الجنسين ( الذكر والأنثى )، وتزداد المشاعر الجنسية، ويلاحظ التخفيف من الحشية الذاتية (العادة السرية)، ويبحث الراشد عن شخص يُكمل شخصيته ويشبع حاجاته العاطفية مع الميل إلى النظر إليه نظرة مثالية فيها حب وعشق، وتوجد فروق فردية بين الأفراد وكذلك فروق بين الجنسين في النمو الجنسي، وللوراثة والبيئة ووسائل الإعلام تأثير على النمو الجنسي.

- مظاهر النمو الديني والأخلاقي (Manifestations of religious and moral growth) : الدين له أثره الواضح على النمو النفسي والصحة النفسية، وتعلل العقيدة في النفس يؤدي إلى سلوك إيجابي، والذين يساعد الفرد على الأمان، ويشاهد في هذه المرحلة الحماس الديني والتربية الدينية والاتجاه محددات السلوك الأخلاقي، ويعمم الراشد المفاهيم إلى الله، ويزداد الراشد تسامحا وتساهلا لبعض الأخلاقية من مواقف الآخر ويرتبط النمو الديني والأخلاقي نموا وثيقا (الأشول، 2001، ص 461).

### 3- مراحل الرشد ومتطلباتها :

- مرحلة الرشد المبكر (Early adulthood stage) (من 21 سنة إلى 40 سنة) :

تمثل مرحلة الرشد المبكر الفترة الزمنية من عمر الإنسان التي تمتد، من سن الرشد (السن القانوني 21 سنة) أو قبلها أو بعدها بحسب ظهور علامات الرشد، لدى الفرد وحتى سن الأربعين ويمكن اعتبار هذه المرحلة من أكثر مراحل الحياة الإنسانية تكيفا لدى الفرد وأكثرها إنتاجا.

- متطلباتها :

- الانفصال عن الوالدين، وهنا الاستقلال العاطفي أكثر من الاستقلال المادي.
- تشكيل الهوية، وهي عملية مدى الحياة والوصول إلى البلوغ يشكل دمج جوانب متعددة من الهوية.
- تطوير القدرة على تحمل التوتر والإحباط، أي التحكم في الانفعالات.
- الالتزام المهني، وإكمال التعليم والدخول في عالم العمل، ويصبح مستقل اقتصاديا.
- أهم مهمة كما يقول اريكسون في تحقيق الألفة وتشمل الألفة القدرة، على تجربة علاقة منفتحة داعمة وودودة مع شخص آخر بدون أن يفقد المرء هويته الخاصة في عملية نمو العلاقة، أي تأسيس مشاركة وجدانية متبادلة ويمكن أن تشمل التعبير عن المشاعر، وترك العزلة والمشاركة في الجماعات الاجتماعية.

- اختيار شريك والتكيف مع الزواج، وهذا يتطلب منه تحمل المسؤولية (إسماعيل، 1999 ص 37).

- مرحلة الرشد المتوسط (Middle adulthood stage) (من 40 سنة إلى 60 سنة) :

تتقارب مصطلحات الرشد الوسطى، والعمر المتوسط من ناحية الاستخدامات اللغوية إذ أن الأوسط من الناحية اللغوية يعرف بأنه يأتي قبل وبعد أشياء معينة، وبالتالي فإن الأفراد ذوي الأعمار المتوسطة ليسوا بصغار السن ولا المسنين، حيث يتميز العمر الأوسط يتحول نفسي، وتكون مدفوعين لنبدأ توجيه طاقاتنا بعيدا عن السيطرة عن العالم الخارجي وتبدأ التركيز على ذواتنا الداخلية (عشوي، 2003 ص 55).

- متطلباتها :

التكيف مع التغيرات الجسدية لوسط العمر بين ( 40 إلى 50 سنة )، حيث أن الأشكال ستتغير وليس بإمكانهم الجري بسرعة، ورفع أثقال كبيرة و فقدان القدرة على الإنجاب و القدرة الجنسية و تحقيق النجاح والتفوق والإبداع في العمل بسبب خبرتهم، وأقدميتهم و قد يتطور لديهم شعور أن عملهم أصبح لا يبعث على التحدي، وممل يشكلوا الطبقة الحاكمة في المجتمع أو الجيل الأمر توالي المسؤولية الاجتماعية والمدنية .

- دفع الأطفال نحو البلوغ .

- إنعاش الزواج هنا عليهم التحدي لإنعاش الزواج، ويمكن أن ينفصل الأزواج في منتصف العمر .

- إعادة توجيه الذات نحو الوالدين و المتقدمين في السن .

- إعادة توجيه ترتيب الأدوار الجنسية.

- تحقيق درجة من النجاح في المستويات الاجتماعية والأسرية والمدنية للراشدين.

- تحقيق مستوى معيشي مناسب ويحافظ عليه .

- تنمية الهوايات، والميول اللازمة للأنشطة وقت الفراغ عند الراشدين.

- أن يربط الفرد نفسه بجماعة، ويعتبر عنصرا فعالا فيها(الشعراني،2006،ص451)

**4- أزمات مرحلة الرشد :**

تعصف بمرحلة الرشد عدة أزمات نتيجة تغييرات في أحداث الحياة وهي كما يلي:

- أزمة الأمومة والأبوة(The maternity and paternity crisis):

أن تصبح المرأة أما وأن يصبح الرجل أبا، يصيب علاقات كل منهما مع نفيه ومع الآخرين التغيير، هذا التغيير له طابع ذاتي أكثر منه اجتماعي، فالتغييرات التي تحدث للام خلال الحمل خاصة تلك التي تطرأ على صورة الجسد وتأثيراتها على الأم وكذلك المسؤوليات الملقاة على الأب ، والتغييرات الفيزيولوجية المرتبطة بالأبوة التي إذا لم يتعرف الأب عليها فإنه لن يطور السلوكيات الضرورية للأبوة، ويفترض استيعاب دور الأب أن يستطيع الشخص تحديد موقعه بالنسبة للطفل، وأن يتقبل دورا لا يتضمن الامتتان أو الاعتراف بالجميل.

- أزمة الوالدية (Parental crisis):

مفهوم أزمة الوالدية أدخلها ( مارشلي و براكونيه Marshmallow and Braconet ) وتعني الوضعية الداخلية الخاصة بالوالدين في مواجهة مرافقة أطفالهم، ذلك أن ظهور المرافقة عند الأبناء يتطلب تعديل العلاقة القائمة بينهم من علاقة ( والدين - طفل ) إلى علاقة بين راشدين، من هنا يجب على الوالدين أن يمتنعا عن إسقاط رغباتهما الطفولية على المراهق، وهم يواجهون ظهور الخصائص الجنسية عنده.

هذه الأزمة لها مظاهر متعددة مثل مشاعر العجز والشعور بعدم التفهم من قبل المراهق أو عدم القدرة على التواصل معه، وكذلك الشعور بأنه ضحية عدم الامتتان والاعتراف بالجميل، ويلاحظ عدة أنماط في ردود الفعل عند الوالدين الحداد، الرغبة في السيطرة، إعادة ذكريات المرافقة.

- أزمة منتصف العمر (middle age crisis) :

وتدعى أيضا بأزمة النضج وتحدث ما بين سن 45 و 55 سنة عندما يلاحظ الفرد أن الزمن قد مر سريعا، فالقلق من الزمن الذي يمر والخوف من الشيخوخة المرتبط بالتغيرات الجسدية، وتناقص الإمكانيات الجنسية كلها مظاهر مؤلمة يجب أن يعمل الفرد على تقبلها، وقد تؤدي هذه الوضعية إلى ظهور اضطرابات مرضية الاكتئاب، التوجس من الإصابة بالأمراض، سلوكيات جنسية غير عادية، وليست أزمة منتصف العمر هذه نسقا عاما في الرشد، وليست بالضرورة مرضية ويمكن أن تحدث في سن متقدم وقد تحصل نتيجة ظروف خارجية مثل فقدان الوالدين والحداد الذي يلي ذلك، أو قد تحدث نتيجة تغيرات فيزيولوجية مثل انقطاع الحيض أو الأمراض النفسية والجسدية (عجاج 2008ص 85-86).

5- اضطرابات مرحلة الرشد :

قد يتعرض الفرد في مرحلة الرشد إلى عدد من الاضطرابات النفسية التي تصيبه، في هذه المرحلة من العمر وهي كالتالي :

- الاضطرابات الذهانية (psychotic disorders):

- وهي اضطرابات نفسية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد، ويفقدان اختبار الواقع واضطراب الإدراك ، ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المرضي وتنقسم الاضطرابات الذهانية إلى :
- الاضطرابات الذهانية المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة.
- اضطرابات لا ترتبط باضطرابات عضوية واضحة وهي تتميز بكل من:

- اضطراب الوعي.
- اضطراب الذاكرة .
- اضطراب الوظائف العقلية .
- الحكم وسطحية الانفعالات وعدم ثباته.
- الاضطرابات الذهانية الانفعالية (Emotional Psychotic Disorders):

هي اضطرابات نفسية تتميز باضطراب شديد في الانفعالات وتشمل:

- اضطراب الهوس الاكتئابي.
- البارانويا.
- الذهان الانتكاسي.
- اضطرابات رد الفعل الذهاني.

#### - الاضطرابات العصابية (neurotic disorders):

وهي مجموعة من اضطرابات تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة، المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض، السيطرة عليها دون توتر أو دون الأساليب النفسية المضطربة التي يسببها القلق الناشئ عن الصراعات ومن الاضطرابات العصابية ما يلي:

القلق، و المخاوف، و الوسواس القهري، و الاكتئاب العصابي (زرديم، 2006، ص56).

#### - اضطرابات الشخصية (personality disorders):

وتشير إلى انحراف في تكوين الشخصية وهناك أنواع مختلفة منها :

- الشخصية البارنويدية (Barnoid personality).
- الشخصية الفصامية (schizophrenic personality) .
- الشخصية الاندفاعية (impulsive personality).
- الشخصية الاجتماعية (social personality).
- الشخصية الهستيرية (hysterical character).

#### - الاضطرابات الجنسية (sexual disorders):

تتضمن الانحرافات الجنسية التي يتم بها إشباع الحاجة الجنسية بوسيلة غير، وسيلة الجماع الجنسي العادي بين الجنسين المختلفين كما تتضمن تلك الاضطرابات، التي تصاحب الاستثارة والرغبة الجنسية وذرورة الجماع الجنسي.

- اضطرابات الاعتماد (Dependence Disorders) :

- الاعتماد على الكحول.

- الاعتماد على العقاقير.

- الاعتماد على المورفين وغيره من المخدرات (عسيوي، 2001، ص122).

ومما سبق نستنتج أن كل فرد في مرحلة الرشد أو غيرها من مراحل النمو معرض لأن يصاب بهذه الاضطرابات، وهذا نتيجة لعوامل النفسية والاجتماعية عديدة، تسببها الأحداث الخاصة بهذه المرحلة، ويختلف هذا من فرد إلى آخر.

**ثانيا : سرطان القولون Colorectal cancer :**

**1- تعريف سرطان القولون :**

- يعرفه " De Gramont " 2012 على أنه من أكثر السرطانات شيوعا في الجهاز الهضمي، ينتج عن تراكم الطفرات في جينات مختلفة داخل الخلايا التي تشكل الطبقة الأعمق من جدار القولون تسمى " الغشاء المخاطي (Mucosa) "، هذه الطفرات مسؤولة عن التكاثر المفرط وغير المنضبط لهذه الخلايا مما يؤدي إلى تكوين أورام صغيرة حميدة تسمى " أورام غدي Adenoma "، أو أورام سرطانية غدية " adenomatous polyp "، يمكن أن تتطور هذه السلائل Polyps بشكل ثانوي إلى أورام خبيثة ( أي سرطانية ) تسمى أيضا أورام سرطانية عدية، لديها القدرة على التسلسل تدريجيا إلى سمك جدار القولون ثم تنتشر بعيدا عن القولون لتنتج الانبثاث Metastasis (domart.a.boumeuf.j.1981:p196).

**- تعريف التسرطن Carcinogen :**

حسب ( Pitot et Al 2006 ) السرطان هو ظهور خلية مستنسخة تتكاثر وتنتشر على الرغم من المستويات المختلفة للسيطرة على الكائن الحي. هذا ممكن فقط من خلال تراكم العديد من الشذوذ الجينية بإتباع مسارات مختلفة من التسرطن، يعد سرطان القولون أحد أفضل الأمثلة على عملية التسرطن متعددة المراحل التي تصف جميع الآليات، والعوامل التي ينطوي عليها تحول الخلية، هناك عدة أنواع من المحفزات والعديد من المراحل تشارك في سرطان الخلية السليمة ، يمكن تقسيم هذه الآليات إلى ثلاث مراحل :

- البدء (start) .

- الترويج (promotion).

- التقدم في نشأة المرض (Progress in the genesis of the disease).
- ولا يعرف الاثنان الأولين إلا من خلال النماذج التجريبية ودراسة وبائيات الأورام البشرية :
- البدء (start): المرحلة الأولى من التكوين السرطاني، يتوافق مع تلف سريع لا رجعة فيه للحمض النووي بعد التعرض للسرطان (فيزيائي ، كيميائي ، فيروسي).
- الترويج (promotion): المرحلة الثانية تتوافق مع التعرض المطول أو المتكرر أو المستمر لمادة تحافظ على الآفة التي بدأت وتثبيتها .
- التقدم (progress) : يتوافق مع اكتساب خصائص الضرب غير المنضبط، اكتساب الاستقلال، فقدان التمايز، الغزو المحلي والنقلي (عشوي، 2003، ص9).
- أما بيولوجيا فان السرطان هو الورم الخبيث حسب " روزنتال " 2001 هو : تعريف عام لنمو الخلايا العشوائي غير الطبيعي ، مجموعة الخلايا تخرج عن النظام العام وتتقسم بشكل عشوائي، وعند تكاثر هذه الخلايا غير الطبيعية تصبح لها القدرة على غزو والانتقال إلى الأعضاء الأخرى السليمة من الجسم (روزنتال، 2001، صص 116\_117).

## 2- البنية التشريحية للقولون :

- القولون أو الأمعاء الغليظة، هي عبارة عن الأنبوب العضلي المفرغ الذي ينقل الفضلات من الأمعاء الدقيقة إلى خارج الجسم عبر فتحة الشرج، فيمتص ما تبقى من سوائل في منتجات النفايات ويتخلص من الفضلات في نهاية المطاف.
- يتموضع القولون في الكيس الذي يحتوي الأمعاء والذي يقع داخل تجويف البطن، يحيط بالقولون العديد من طبقات الأنسجة، الطبقة الأقرب للقولون هي عبارة عن غشاء مخاطي يلامس منتجات فضلات عملية الهضم، يقوم الغشاء المخاطي بامتصاص الماء والشوارد وإعادتها للأوعية الدموية التي تقع تحت طبقة الأغشية المخاطية، حيث تحاط بطبقة دائرية من العضلات، يليها طبقة خارجية مكونة من العضلات الطولية التي تمتد على طول القولون من الخارج، تعمل العضلات معا للضغط وعصر سوائل الفضلات، فيعود الماء بشكل تدريجي لداخل الدورة الدموية وتزداد صلابة الفضلات لتخرج فتحة الشرج لخارج الجسم.

يبدأ القولون عادة من نهاية الأمعاء الدقيقة والذي يتوضع من الجهة اليمنى في الجزء السفلي من البطن، ثم يتجه نحو الأعلى من نفس الجهة أي يصعد أعلى البطن من الجهة اليمنى كذلك، ويصبح بمحاذاة الكبد ويدعى القولون الصاعد.

بعد ذلك يتجه نحو اليسار في الجزء العلوي من البطن، ويصبح قرب الطحال ويدعى القولون المستعرض، ثم يتجه مساره نحو أسفل البطن من جهة اليسار ويدعى القولون النازل، وعندما ينزل القولون لداخل الحوض يدعى القولون السيني، أما السننيمترات الأخيرة من القولون يشار إليها باسم المستقيم والذي ينتهي بفتحة الشرج(الباهي،2006ص102).

الشكل رقم 01: يمثل البنية التشريحية للقولون



### 3- العلامات الاكلينيكية :

#### 3-1- ظروف الاستكشاف(exploration conditions) :

عند " مالن " 2010 Mallen يبقى سرطان القولون كامنا لفترة طويلة ولا يصبح عرضا إلا في مرحلة متقدمة غالبا، ومع ذلك يمكن اكتشافه في مرحلة تحت الإكلينيكية عن طريق تنظير القولون coloscopy أو حقنة شرجية الباريوم مصنوعة لسبب آخر أو تأتي في إطار الفحص ، ويسيطر على



علامات التخدير ألام في البطن، نزيف معوي، تظهر أعراض أخرى مثل تفاقم الحالة العامة في شكل فقدان الوزن، وهن ، فقدان الشهية ، حسي طويل المدى، تكشف أحيانا عن سرطان القولون.

### 3-2- الفحص العيادي (Clinical examination) :

- يتم إجراء فحص عيادي كامل، وهو يتألف من فحص البطن وفحص الحوض، ولمس العقد اللمفاوية وتقييم الحالة العامة (Parente,2010,p128).

- يقوم فحص المستقيم الرقمي بتقييم الطابع الغازي أو المتنقل أو الثابت للورم فيما يتعلق بجدران الحوض وبنية الحوض الداخلية ، ويتيح تقييم حجم الورم وموقعه الدقيق فيما يتعلق بجدران المستقيم والهامش الشرجي ( المسافة إلى فتحة الشرج ) ( Mallen.2010,p239 ).

### 3-3- استكشاف القولون والمستقيم (Exploring the colon and rectum) :

- يسمح لك التنظير الداخلي ( تنظير الأنبوب الجامد وتنظير القولون ) برؤية الورم المميز (غير المنتظم ،الصلب، النزيف عند التلامس ) وخاصة الخزعة La Biopsie .

- كما أنه يجعل من الممكن تحديد مقعده فيما يتعلق بهامش فتحة الشرج، والذي يهيئ المؤشرات الجراحية ( Hersbach et ، Manfred Bretagne,2007,p36 ).

### 4- أعراض سرطان القولون :

من بين أعراض سرطان القولون حسب ما ذكرتها " أرناؤوط " 2005 :

- تغير في عادات التبرز .
- الإسهال أو الإمساك أو الشعور بأن الأمعاء لا تفرغ بالكامل.
- الدم ( إما أحمر قاتم أو غامق جدا ) في البراز .
- غائط أقل كثافة من المعتاد.
- عدم الشعور بالراحة في منطقة البطن بشكل عام ( ألام متكررة تسببها الغازات ، الانتفاخ ، الشعور بالامتلاء ، المغص الحاد ، أو جميعها معا).
- فقدان الوزن من غير سبب معروف.
- الإرهاق المتواصل.
- النقيء (أرناؤوط، 2005، ص12).

### 5- مراحل سرطان القولون :

يحتاج الطبيب في حالة التشخيص بالإصابة بالسرطان إلى معرفة مرحلة ( أو مدى ) المرض، إن تتبع تطور المرض هو محاولة حذرة لمعرفة ما إذا كان السرطان قد انتشر لتحديد أجزاء الجسم التي انتقل إليها ، وقد يتم إجراء مزيد من الفحوص للمساعدة في تحديد المرحلة .

- إن مرحلة المرض تساعد الطبيب على تخطيط العلاج، فيما :

- المرحلة ( صفر ) : السرطان في مرحلة مبكرة جدا ، فهو يوجد فقط في الجزء الأعمق من بطانة ( غشاء ) القولون والمستقيم.

- المرحلة الأولى : يشمل السرطان مزيدا من الجدار الداخلي للقولون أو المستقيم.

- المرحلة الثانية : انتشر السرطان خارج القولون أو المستقيم ليصل إلى الأنسجة المجاورة، لكن ليس إلى العقد اللمفاوية.

- المرحلة الثالثة : انتشر السرطان إلى العقد اللمفاوية المجاورة، لكن ليس إلى أعضاء الجسم الأخرى.

- المرحلة الرابعة : انتشر السرطان إلى أعضاء الجسم الأخرى، يميل سرطان القولون إلى الانتشار إلى الكبد أو الرئتين أو كليهما.

- السرطان العائد أو الراجع يعني أن السرطان قد عاد بعد معالجته، قد يعود السرطان إلى القولون أو المستقيم أو أي جزء آخر (ارناؤوط، 2005ص16).

### 6- عوامل الخطر المرتبطة بسرطان القولون :

أ- العمر والجنس (age and gender) :

حسب Manceau et Al 2004 أوضح أنه يزداد خطر الإصابة بسرطان القولون تدريجيا من سن 50 سنة ، ومعدلات الإصابة منخفضة ومتقاربة بين الجنسين، ثم تزداد مع تقدم العمر، أسرع عند الرجال من النساء.

ب - العوامل الوراثية والجينية (Genetic and genetic factors) :

- حسب ما ذكر Manceau et Al 2004 أنه معظم حالات سرطان القولون متفرقة (80 % )، ولكن يقدر أن % 15 من الحالات لها مكون وراثي ، العوامل الجينية ذكرت في داء السلائل الغدي العائلي ( PAF ) الذي يمثل ( 01 % ) من حالات سرطان القولون، متلازمة سرطان القولون الوراثي بدون داء السلائل أو متلازمة لانش Syndrome de Lynch حيث تمثل من 3 % إلى 5 % من

حالات سرطان القولون والتاريخ العائلي لسرطان القولون المنقطع في بعض الحالات (مع قريب واحد على الأقل من الدرجة الأولى مع سرطان القولون).

### ج - العامل الغذائي (nutritional factor) :

أوضح Ruault - Boutron أن سرطان القولون هو السرطان الأكثر تأثراً بالطعام، خاصة النظام الغذائي الغني باللحوم الحمراء والدهون الحيوانية وفقير من الألياف.

- **اللحوم الحمراء (Red meat)** : يجد الاستهلاك المفرط للحوم الحمراء ارتباطاً مع خطر سرطان القولون ، ربما بطهي البروتينات التي ستكون مصدراً للأمنيات غير المتجانسة المسببة للسرطان .

وفقاً للهيئة العليا للصحة ( 2013 ) نشرت دراسات حديثة أن استهلاك اللحوم الحمراء (لحم البقر، لحم العجل، لحم الخنزير) واللحوم المصنعة (اللحوم المحفوظة بالتدخين، التجفيف، التمليح أو إضافة المواد الحافظة ) تزيد من خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

- **السمنة والسعرات الحرارية (Obesity and calories)** : يرتبط تناول كميات من السعرات الحرارية والسمنة من نوع Androide بالإضافة إلى نمط الحياة المستقرة بزيادة خطر الإصابة بالورم الغدي أو سرطان القولون (Manceau et all 2004p152).

- **الكحول والتبغ (alcohol and tobacco)** : تميل الدراسات المقارنة على مجموعات سكانية مختلفة إلى إثبات تأثير استهلاك الكحول على خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم ( 2007p47, Boutron - ruault )

- يرتبط التدخين بزيادة المخاطر والوفيات بسرطان القولون والمستقيم. يمكن للموارد المسرطنة من دخان السجائر تعزيز تكوين الأورام في القولون والمستقيم، تتفق الدراسات على أن الخطر يتناسب مع عدد السجائر المدخنة وعدد سنوات التدخين ( Terry étal 2001p14).

### 7- تشخيص سرطان القولون :

من أجل تحديد سبب الأعراض، يقوم الطبيب بتقييم التاريخ الطبي للمريض، كما أنه قد يقوم بإجراء فحص بدني وقد يطلب إجراء واحد أو أكثر من الفحوص التشخيصية التالية :

- **الأشعة السينية للأمعاء الغليظة (X-ray of the large intestine)** : مثل حقنة الباريوم barium الشرجية للمغايرة المزودة ، تستطيع الكشف عن البوليبيد أو تغيرات أخرى.

- تنظير القولون السيني أو المعرج (Sigmoid or torticollis colonoscopy) : يمكن الطبيب من الرؤية داخل المستقيم وأسفل القولون ومن إزالة البوليبيد أو الأنسجة الأخرى غير الطبيعية للفحص بالمهجر .

- تنظير القولون (colonoscopy) : يمكن الطبيب من الرؤية داخل المستقيم وكامل القولون ومن إزالة السليمة أو الأنسجة الأخرى الغير طبيعة للفحص بالمهجر .

- استئصال الدوليب (polypectomy) : وهو إزالة البوليبيد خلال إجراء تنظير القولون السيني أو المعرج أو تنظير القولون .

- الخزعة (biopsy) : وهو اقتطاع عينة من النسيج لفحصه بالمهجر من قبل اختصاصي الأنسجة ليقوم بالتشخيص .

## 8- علاج سرطان القولون :

يعتمد العلاج بشكل أساسي كما ذكرتها أرنأؤوط 2005 على حجم وموقع ومرحلة الورم، وعلى الحالة الصحية العامة للمريض، تتم معالجة المرضى في العادة من قبل فريق من المختصين وقد يشمل الفريق طبيباً مختصاً في الجهاز الهضمي، وجراحاً واختصاصي أورام واختصاصي معالجة الأورام بالأشعة يستخدم العديد من أنواع العلاج لمعالجة سرطان القولون، ويتم الجمع بين عدة علاجات في بعض الأحيان:

### أ- الجراحة (surgery) :

لإزالة الورم وهو العلاج الأكثر شيوعاً لسرطان القولون ، حيث يقوم الجراح بشكل عام بإزالة الورم إلى جانب جزء سليم من القولون أو المستقيم، أو العقد الليمفاوية المجاورة، يستطيع الطبيب في معظم الحالات إعادة ربط الأجزاء السليمة من القولون أو المستقيم.

في حالة عدم تمكن الجراح من إعادة ربط الأجزاء السليمة، قد يكون من الضروري إجراء شق فتحة القولون بشكل مؤقت أو دائم، وهي شق جراحي خلال جدار البطن إلى القولون توفر للمريض طريقاً جديداً للفضلات للخروج من الجسم، بعد إجراء شق فتحة القولون، يحمل المريض كيساً خاصاً لجمع فضلات الجسم، يحتاج بعض المرضى إلى إجراء شق فتحة القولون بشكل مؤقت للسماح للجزء السفلي من القولون أو المستقيم بالشفاء بعد الجراحة.

**ب - العلاج الكيماوي (chemotherapy) :**

وهو استخدام الأدوية المضادة للسرطان لقتل الخلايا السرطانية، قد يعطى العلاج الكيماوي للقضاء على أي خلايا سرطانية قد تبقى في الجسم بعد الجراحة، للتحكم بنمو الورم أو للتخفيف من أعراض المرض، يعتبر العلاج الكيماوي علاجا جهازيا أي أن الأدوية تدخل إلى مجرى الدم وتنتقل عبر الجسم، تعطى معظم الأدوية المضادة للسرطان عن طريق حقنها مباشرة في الوريد أو عن طريق القسطار وهو أنبوب رفيع يوضع داخل وريد كبير ويبقى هناك حسب الحاجة بينما تعطى بعض الأدوية المضادة للسرطان على هيئة حبوب.

**ج - المعالجة بالأشعة (Radiotherapy) :**

والتي تتضمن استخدام الطاقة العالية للأشعة السينية لقتل الخلايا السرطانية، تعد المعالجة بالأشعة معالجة موضعية وهذا يعني أنها تؤثر فقط في الخلايا السرطانية الموجودة في المنطقة المعالجة، وتستخدم في الغالب لمعالجة المرضى المصابين بالسرطان في المستقيم ، قد يستخدم الأطباء المعالجة بالأشعة قبل الجراحة لتقليص الورم لجعل إزالته أسهل، أو بعد الجراحة للقضاء على أي خلايا سرطانية بقيت في المنطقة بعد المعالجة، وتستخدم المعالجة بالأشعة أيضا للتخفيف من الأعراض.

**د - المعالجة الحيوية (biological treatment) :**

تعرف أيضا بالمعالجة المناعية ويستخدم فيها جهاز مناعة الجسم لمحاربة السرطان، حيث يجد جهاز المناعة خلايا السرطان في الجسم ويعمل على القضاء عليها، تستخدم المعالجة الحيوية لإصلاح وتحفيز وتحسين الوظيفة الطبيعية لجهاز المناعة المضادة للسرطان، وقد يعطى العلاج الحيوي بعد الجراحة إما لوحده أو جنبا إلى جنب المعالجة الكيماوية أو المعالجة بالأشعة، وتعطى معظم المعالجات الحيوية عن طريق حقنها في الوريد.

- لقد أدت الأبحاث إلى تقدم كبير في معالجة سرطان القولون، ويقوم الأطباء من خلال الأبحاث باكتشاف طرق جديدة لمعالجة السرطان، والتي قد تكون أكثر فعالية من المعالجة المعتادة.

## 9- الآثار النفسية لدى مرضى السرطان :

يؤثر مرض السرطان سلباً على الحالة النفسية للمريض أكثر من أي مرض عضوي آخر، حيث يمنعه من التمتع بالحياة بسبب الآلام المبرحة المستمرة، والتشوه الجسماني، والإنذار بالموت القريب، فيتغير سلوكه ويصبح أكثر عصبية، فمريض السرطان يتعرض لاضطرابات نفسية وعقلية، وأخصها ارتفاع قلق الموت المستمر والاكنتاب الذي يصل بالمريض إلى حد الانتحار، نظراً لصعوبة العلاج الكيميائي والإشعاعي وما ينتج عن ذلك من آثار نفسية (مزلق، 2014، ص235).

حيث تشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح بين % 40 إلى % 60 من حالات الإعياء والتعب النفسي عند المرضى بالسرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، وإنما نابعة عن حالات وظروف نفسية :

## 1. الصدمة النفسية (psychological trauma) :

يؤثر مرض السرطان سلباً على الحالة النفسية للمريض أكثر من أي مرض عضوي آخر، حيث يمنعه من التمتع بالحياة بسبب الآلام المبرحة المستمرة، والتشوه الجسماني، والإنذار بالموت القريب، فيتغير سلوكه ويصبح أكثر عصبية، فمريض السرطان يتعرض لاضطرابات نفسية وعقلية، وأخصها ارتفاع قلق الموت المستمر والاكنتاب الذي يصل بالمريض إلى حد الانتحار، نظراً لصعوبة العلاج الكيميائي والإشعاعي وما ينتج عن ذلك من آثار نفسية (مزلق، 2014، ص235).

توصلت الدراسات التي مست هذا الموضوع إلى تحديد سبعة اضطرابات نفسية رئيسية تترافق مع السرطان: اضطرابات التكيف، اضطرابات المزاج، الكآبة، الهذيان، اضطراب القلق العام، الخرف، إساءة استعمال الأدوية والمؤثرات العصبية والإدمان، اضطراب الشخصية عضوي المنشأ (حمایدية، 2016، ص101).

يعتبر خبر الإصابة بالسرطان شكلاً من أشكال الأزمة الكبرى التي تلم بالفرد فيتترك أثراً حيث تمر الصدمة بمراحل و هي كما يلي :

- طور الإنكار وعدم التصديق (The phase of denial and disbelief) ( أول أسبوع ) .

- طور الانتقال الشديد Extreme transition ( أسبوعين ) .

ويمكن ملاحظة ثلاث محاور رئيسية من المشاعر :

- محور القلق و الخوف (The focus of anxiety and fear) : وتمتد المشاعر هنا من التوتر والانفعال لتصل إلى أقصى درجات الفزع .

- محور الحزن (axis of sadness) : ويبدأ من مشاعر الحسرة والضيق ليصل إلى مستوى الاكنتاب الكامل.

- محور الغضب (axis of anger) : قد يكون الغضب موجهاً للذات أو ضد الآخرين أو الظروف.

- طور المساومة والتقبل (The phase of bargaining and acceptance) ( شهر): حيث تتحول المشاعر من العموميات إلى المسائل العملية من قبيل الورم الكبير أو الصغير المنتشر من قبيل البحث عن إمكانيات العلاج المتاحة، ومن ثم تبدأ الخطوات العملية طور التعايش والتكيف ( شهر): وهو أن يعيد المريض رسم حياته مع مراعاة التغيرات الحاصلة على نمط الحياة، وهناك نوعان من التكيف:

- إيجابي (positive) : بمعنى القدرة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل.
- سلبي (negative) : بمعنى الهرب ( حمايدية، 2016ص104).
- طور التعايش والتكيف (Coexistence and adaptation phase) ( شهر): وهو أن يعيد المريض رسم حياته مع مراعاة التغيرات الحاصلة على نمط الحياة.

## 2. الاكتئاب (Depression):

يعتبر الاكتئاب أيضا من أهم الآثار النفسية التي يصاب بها المريض هذا الأخير له تأثير مباشر على جودة حياة المصاب على قدرته تحمل علة خضوعه للعلاج وللاكتئاب تأثير مباشر على تطور المرض، ما يشير إلى أهمية الوقاية (شدمي، 2015 ص118).  
 إذ تبين الدراسات أن نسبة % 15 إلى % 25 من مرضى السرطان يعانون من أعراض الاكتئاب النفسي، ومن أهم الأعراض : فقدان الاهتمام ، صعوبة التركيز الذهني والشعور باليأس واللامبالاة بالإضافة إلى أعراض القلق والخوف من الموت وكلها عوامل تزيد من الضغوطات النفسية لدى المريض. بحيث أن هذه الأعراض الاكتئابية قد لا تكون ناتجة عن اضطراب الاكتئاب كاضطراب بل السبب المرحلة المتقدمة من السرطان، وما ينتج عنها من تعب يسبب المضاعفات (أمراض التهابية)، غالبا ما تكون السبب في إصابة المصاب بحالة اكتئابية مؤقتة، حتى بعض العلاجات المستخدمة تؤدي إلى ظهور حالات اكتئابية، ولكنها تبقى مجرد حالات اكتئابية وليس اضطراب الاكتئاب (قوجلية، 2013 ص54).

## 3. اضطراب الصورة الجسم (body image disorder) :

كما نعلم إن الإصابة بمرض السرطان و مهما كان نوعه و طريقة علاجه تدفع المصاب إلى التفكير بشكل مختلف ووجهة نظر مغايرة، و خاصة فيما يتعلق بجسمه والاضطرابات الناتجة عن الصورة الجسمية ومن أهم التغيرات والأعراض التي تطرأ على الجسم والتي تكون اغلبها تغيرات فيزيولوجية فنجد على سبيل المثال : تساقط الشعر ، فقدان أو زيادة في الوزن، فبتالي تنعكس على الحياة الشخصية و الجنسية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة خصوصا و إن كان هنالك استئصال أو بتر لأحد الأعضاء في

الجسم إذن هنا المريض يأخذ منحى مختلف في الحياة، و بالأخص من الناحية النفسية و يجد صعوبة في تقبل ذاته ومواجهة صورته أمام المرأة وكذلك نظرة الآخرين له، فالتغيير الذي يطراً على جسم المصاب أثناء المرض و العلاج من استئصال يغير الوظيفة الجسمية والعمل الفيزيولوجي ككل كما يكون مصحوب بتغيير في إدراك الفرد لمعالم جسمه فتضطرب الصورة الجسمية له.

فان كل عضو ومنطقة في الجسم ألا ولها معنى وبعد رمزي وبالتالي يعيش المصاب حداد عن فقدان عضو معين لأنه فقد وظيفة معينة، و تتقلب حياته راس على عقب، و يتغير إدراكه لذاته، و فقدان الرضا عن الصورة الجسمية، وكما ذكرنا فان الجراحة في حالة مرض السرطان الهدف منها هو بتر والتخلص من العضو المصاب، لكن هذه العملية كما أشار " White CA " تخلف من ورائها تشوهات وندبات في الجسم ويتم تعويض العضو ببدايل إجراء عملية جراحية تجميلية ، لكن هذه الأخيرة تبقى غير كافية من الناحية الوظيفية ولا تحل محل العضو المبتور، ناهيك عن العلاج الكيميائي الذي يرافق هذه المرحلة والذي يتسبب بدوره بتساقط الشعر إذ يعتبر من أبرز أعراض السرطان.

أما فيما يخص العلاج الإشعاعي يؤثر على الجسم بحيث يؤدي إلى تغييرات في الجلد، إلى حروق في المنطقة التي تعرضت للإشعاع، و أخيراً العلاج الهرموني الذي يؤثر على الدورة الشهرية، دخول مبكر إلى سن اليأس و نقص في الليبيدو بالنسبة للمرأة المصابة، لذلك من أجل تحديد الاضطرابات التي تمس الصورة الجسدية، وحسب ( Reich M ) لذلك من أجل يكون ذلك من خلال تحليل السلوكات الموضوعية أمام وجود أو غياب الأعراض أو بسبب رفض التحدث عن الجانب الجسمي كرفض مشاهدة المنطقة المبتورة ، فإن شدة التهديد الحاصل يتوقف على الأهمية المعطاة للجسم ( إغراء ... )، حسب طبيعة العضو المصاب (معناه الرمزي) وإصابة الجسم من الناحية الوظيفية والهيكلية سواء كانت مؤقتة أو دائمة (سطوحي، 2001ص131).

### 10- الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها مريض سرطان القولون :

- الرفض (rejection) : هدفه الحماية من حقيقة مزعجة ورفض قبول الوجود تتمثل استجابته في التصرف على أساس أن أعراض المرض ليس لها وجود.
- التجنب (L'evitement) : هدفه إخفاء حقيقة صعبة مع بذل مجهود حتى لا يفكر فيها .
- الإسقاط (Projection) : يسند نواياه الخاصة إلى الآخرين كذلك الأفعال والنزوات الغير مقبولة، وتتمثل استجابته في أن يتهم الآخر بالخطر بينما يقولون الحقيقة .
- الانعزال (Isolment) : عزل الحدث، وضعية الانفعالات المشوهة وتتمثل استجابته في الكلام عن شخص محبوب دون الانفعالات .
- العقلنة (La rationalisatio) : البحث عن أسباب مقبولة اجتماعياً لتبرير الأفكار والأفعال الغير مقبولة وتتمثل استجابته في فقدان منصب العمل والقول أنه لا يحبه.



- **التكوص (La Régression):** الرجوع إلى مرحلة سابقة في النمو، والتصرف بطريقة طفولية اللجوء إلى تبعية الآخر ، وتتمثل استجابته ليصبح مرتكز على ذاته
- **الانشطار (Le Clivage):** التحكم في القلق مع تقسيم النظرة إلى الحقيقة فقد يستجيب في نفس الوقت بطريقة مختلفة أم متناقضة ، ويقول أنه جيد لكنه يضيف تعليق سلبي مثلا لا أنام جيدا، ليست عندي شهية للأكل.
- **التسامي (La Sublimation):** تغيير الرغبات الغير مشبعة للنزوات الغير مقبولة، تغيير المعاناة الصعبة إلى نشاطات بناءة وسلوكات مشجعة، وتتمثل استجابته في تقنين طاقة الرغبات الجنسية، أما العدوانية إلى أعمال إنسانية نحو الفنون تجده شديد العزم أمام الألم(الرواشدة، 2013ص123).

### خلاصة الفصل :

تعتبر مرحلة الرشد من أكثر المراحل التي يكون فيها إنتاج الفرد عالي، وهي مرحلة الإنتاج والإبداع فبالرغم من مشاكلها إلى أن جميع الأفراد يمرون بها، لكن الإصابة بالأمراض الخطيرة مثل سرطان القولون قد يؤدي إلى زيادة مشاكل الصحة النفسية والجسمية وقابليتها للإصابة بمختلف الأمراض النفسية والعضوية.

# الفصل الرابع

## الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

### تمهيد

أولا: الدراسة الاستطلاعية :

1. أهداف الدراسة الإستطلاعية.
2. الأدوات والسائل المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.
3. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الإستطلاعية .
4. مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية.
5. نتائج الدراسة الاستطلاعية.

ثانيا: الدراسة الأساسية :

1. منهج الدراسة .
2. الأدوات المستخدمة في الدراسة.
3. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية.
4. مواصفات الحالات المدروسة في الدراسة الأساسية.

خلاصة فصل

**تمهيد :**

إن كل بحث علمي يبني على جانب نظري الذي هو قاعدة بحث فانه بالضرورة يتضمن جانب تطبيقي ، والذي يعتبر أساسى ومكمل للجانب النظري للبحث لأنه الطريقة الوحيدة التي توضح وتكشف جوانب الموضوع المدروس، وتسهل الإجابة على الإشكالية المطروحة، ففي هذا الفصل نقوم بعرض الجانب الإجراءات المنهجية التي سنقوم بها والذي يتضمن الدراسة الاستطلاعية وأهدافها ونتائجها وكذا حدودها الزمانية والمكانية بالإضافة إلى الدراسة الأساسية ومنهجها، أدواتها، حدودها الزمانية والمكانية ومواصفات حالات الدراسة.

**أولاً: الدراسة الاستطلاعية :**

**1. أهداف الدراسة الاستطلاعية :** تهدف الدراسة الإستطلاعية في الدراسة الحالية الى :

- التعرف على المستشفى اليومي لأمراض السرطانية.
- التأكد من وجود عينة الدراسة وهم مرضى سرطان القولون ( الرجال والنساء ).
- التأكد من التصميم العام للبحث وتجريب أدوات الدراسة.
- التحقق من صلاحية أدوات جمع المعلومات وتقنياتها.

**2- الأدوات والوسائل المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية :**

**2-1- الملاحظة (Observation):**

إن الملاحظة هي أساس وقاعدة أي نوع من العلاقات سواء اجتماعية كانت أو علاقات عمل، كالعلاقة بين الباحث والمفحوص وفي أي حركة بحث، فهي بذلك فعل مراقبة شخص ما مع تركيز للانتباه على مجمل الحركات التي تصدر من الحالة، وكذا ردود أفعالها السلوكية المختلفة.

- يعرف " ربحي " الملاحظة على أنها عبارة عن تفاعل وتبادل المعلومات بين شخصين أو أكثر احدهما الباحث والآخر المستجيب، أو المبحوث تجمع معلومات وملاحظة سلوكيات المبحوث (ربحي، 2000، ص100).

**2-2- المقابلة العيادية (Clinical interview):**

وهي عبارة عن حوار يدور بين الباحث والشخص الذي تم مقابلته، يبدأ هذا الحوار بخلق علاقة وثام بينهما، ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المستجيب، ثم يشرح الباحث الغرض من المقابلة وبعد أن

يشعر الباحث بأن المستجيب على استعداد للتعاون يبدأ الباحث بطرح الأسئلة التي يحددها مسبقاً، ثم يسجل الإجابة بكلمات المستجيب (رحي، 2000 ص 102).

### 2-3- مقياس قلق الموت لـ : " دونالد تمبلر "

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرف الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي " دونالد تمبلر " ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والاسبانية وحتى اليابانية والهندية، وتم استخدامه في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور و الإناث من ثقافات مختلفة، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة.

### 2-3-1- الخصائص السيكومترية للمقياس:

بدأ تكوين الاختبار بوضع 40 بنداً، تم اختيارها على أساس منطقي، كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة والجنث والدفن، ثم مر المقياس بمراحل متابعة حتى وصل إلى 15 بنداً، وهي النهائية للمقياس و يحتوي المقياس على ( 09 ) بنود تصحح ب " نعم " و ( 06 ) تصحح ب " لا "، وقد اتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدراً قليلاً من التباين في هذا المقياس وقيست هذه الوجهة بمقياس ( كوش كيتسون ) الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر حيث يتكون من 15 بنداً لوجهة الاستجابة بالموافقة، وقد أوضحت دراسة " تمبلر " عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس ( مارلوكراون ).

### - ثبات الإختبار:

لقد قام أحمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية و طبقت النسختان العربية والإنجليزية معا على عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الإنجليزية، وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والإنجليزية إلى 0,87 بالنسبة للذكور والإناث ( ن = 43 ) وهذا حسب ثبات إعادة الإختبار بالصورة العربية، وكان الفاصل الزمني بين الإختبار وإعادته أسبوعاً واحداً، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0.70 بالنسبة للذكور ( ن = 44 ) و بالنسبة للإناث 0.73 ( ن = 56 ) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة.

- صدق الإختبار :

لقد قام " تمبلر " بتقدير صدق المقياس مستخدماً عدة طرق منها مقارنة درجات مرض في المجال السيكاتري، ممن قرروا أن لديهم قلقاً عالياً من الموت بدرجات عينة ضابطة من المرضى السيكاتريين الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت، وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين، مما يشير إلى صدق المقياس، كذلك الارتباط الجوهري المرتفع بين هذا المقياس ومقياس " بوبار " للخوف من الموت، وكذلك الارتباط الجوهري السلبي بمقياس قوة الأنا " ك " من قائمة ( مينوسوتا ).

2-3-2- طريقة تصحيح و تطبيق المقياس:

يمكن تطبيق مقياس " تمبلر " فردياً أو جماعياً، تحتوي كراسة الأسئلة على " التعليمات " التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول ( ص ).
- إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول ( خ ).

تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها، وتتضمن هذه الكراسة: كتابة سن المفحوص، المستوى الدراسي، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمات لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموماً لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الإختبار مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

-التنقيط على مقياس قلق الموت :

- نقطة ( 01 ) للبنود التي تصحح ب ( ص ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.
- نقطة ( 01 ) للبنود التي تصحح ب ( خ ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- صفر ( 0 ) للبنود التي تصحح ( ص ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- صفر ( 0 ) للبنود التي تصحح ( خ ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

## الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

جدول رقم (01) يوضح سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر:

14	13	12	11	10	9	5	4	1	البنود التي تصحح ب ( ص )
/	/	/	15	7	6	8	3	2	البنود التي تصحح ب ( خ )

يفرض هذا المقياس أن درجة ( 0 ) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها أما درجة ( 15 ) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها :

- مفتاح التصحيح :

الجدول رقم (02) يمثل مفتاح تصحيح مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

مستوى قلق الموت	الدرجة	الفئة
عدم وجود قلق الموت	06 - 00	01
قلق موت متوسط	08 - 07	02
قلق موت مرتفع	15 - 09	03

( زعتر، 2008، ص 105/102 ).

2-4- مقياس الإكتئاب لأرون بيك :

مقياس بيك للاكتئاب إحدى أشهر مقاييس الاكتئاب العالمية، إذ يعد مقياساً يحدد شدة الاكتئاب عند الشخص، وهو استبيان ذاتي يتكون من 21 سؤال من نوع الاختيار المتعدد، إذ تقيس هذه الأسئلة مواقف الحياة اليومية وأعراض الاكتئاب التي يشعر بها الشخص خلال يومه، بما في ذلك الحالة المزاجية والتشاؤم والتهيج لقياس مدى حدة الأعراض وكما يمكن استخدامه أيضاً لاكتشاف التفكير الاكتئابي المبدئي.

## الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

وتم تطوير هذا المقياس لأول مرة في عام 1961م من قبل عالم النفس الشهير آرون بيك، وتم تطوير وتحديث مقياس بيك للاكتئاب عام 1996 ليصبح مقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II) إذ أصبح مختصراً يتكون من 13 سؤالاً فقط.

ويتمتع كلا الإصدارين من مقياس بيك في الدقة والشمولية على الصعيد الدولي كمؤشر للتغيرات وأعراض الاكتئاب.

- نبذة عن المقياس : ترجم هذا المقياس الأستاذ الدكتور " عبد الستار إبراهيم " ويزود هذا المقياس
- المعالج بتقدير سريع وصادق عن لمستوى الاكتئاب يتكون المقياس من (21) بنداً لكل سؤال
- سلسلة متدرجة من أربعة بدائل مرتبة حسب شدتها والتي تمثل أيضاً أعراض للاكتئاب.
- تعليمات الاختبار :

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين ابتداءً من 15 سنة.

- يختار المفحوص إحدى بدائل الإجابات بوضع دائرة حولها.

- درجة كل سؤال هي إجابة العبارة.

- مفتاح تصحيح الاختبار :

- اكتئاب متوسط : من ( 00 - 09 ).

- اكتئاب متوسط : من ( 10 - 15 ).

- اكتئاب شديد : 16 فما فوق.

### 2-4-1- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية :

- 1 - الثبات :

- قام بشير معمريّة (1998) بحساب الثبات على عينة متكونة من (13) طالبا وطالبة، (28) من الذكور و (35) من الإناث من السنوات الأربعة المعيدي العلوم الاجتماعية والآداب واللغة العربية في جامعة باتنة بفاصل زمني بين التطبيقين تراوح بين (18) يوما فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام إلى (8.32) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

- ب- الصدق:

- قام بشير معمريّة بحساب معامل الصدق بطريقتين الأولى عن طريق الصدق التلازمي، فحسب معامل بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين مقياس بيك للاكتئاب ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب الزوج وهو تعريب، وإعداد إرشاد عبد العزيز موسى" (1988) على عينة متكونة من (43) طالبا وطالبة من معهدي 38 الفصل الرابع إجراءات تطبيق الدراسة العلوم الاجتماعية والاقتصاد في جامعة باتنة، فوصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى (0.825) وهو دال عند مستوى (0.1) والطريقة الثانية عن طريق الاتساق الداخلي، وهي إحدى طرق حساب صدق التكوين، حيث تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس على عينة متكونة من (82) طالبا وطالبة، (34) ذكرو (48) طالبة من معاهد العلوم الاجتماعية والري والاقتصاد اللغات والعلوم الدقيقة (معمريّة، 2013، ص58).

### 3- الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الإستطلاعية :

#### 3-1- الحدود الزمانية :

تمت هذه الدراسة من تاريخ 2022/01/11 الى غاية 2022/01/17

#### 3-2- الحدود المكانية :

تمت هذه الدراسة بالمستشفى اليومي للأمراض السرطانية ببلدية مزهران ولاية مستغانم.

وتنقسم هذه المصلحة إلى جناحين :

- جناح service reudcation

- مصلحة مكافحة السرطان ويتم فيه اخذ العلاج الكيميائي للمرضى مقسمين إلى جناحين : جناح

الرجال وجناح النساء.

- جناح خاص بمكتب النفسانيين العياديين ومكتب خاص بالاطباء ومكتب خاص بالمرضىين.

- يعتبر مستشفى يومي يستقبل مختلف فئة مرضى السرطان الراشدين ( سرطان القولون، سرطان

الرئة، السل، سرطان المعدة، سرطان البروستات، سرطان العظام).

- جناح العلاج الكيميائي ويحتوي على قسمين : قسم الرجال وقسم النساء

( service de chemie coute homme ;service de chemie coute femme ).



## الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

### 4- مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية :

#### الجدول رقم (03) يمثل مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية

الترميز	السن	الجنس	مدة الإصابة	مدة العلاج بالمستشفى	الحالة الاجتماعية	الجلسات	المستوى التعليمي
01	56	ذكر	21 يوم	بداية من 2021/12/20	متزوج	01 جلسة	6 ابتدائي
02	60	ذكر	شهر	بداية من 2021/12/11	متزوج	01 جلسة	لا شيء
03	44	أنثى	03/01 2020	بداية من 2022/01/01	عزباء	01 جلسة	7 ابتدائي
05	43	أنثى	07 أشهر	بداية من 2022/02/13	متزوجة	05 جلسات	2 ابتدائي
06	50	ذكر	03 أشهر	بداية من 2022/04/25	متزوج	05 جلسات	1 متوسط

### 5- نتائج الدراسة الاستطلاعية :

- ضبط متغيرات الدراسة.
- تعيين مكان إجراء الدراسة الأساسية ( المستشفى اليومي للسرطان ).
- تحديد منهج الدراسة وأدوات جمع المعلومات الكيفية والكمية المستخدمة في الدراسة.
- التأكد من صلاحية المقياس المستخدم في الدراسة وملائمته لعينة الدراسة.

ثانيا : الدراسة الأساسية :

1-منهج الدراسة :

1-1 المنهج العيادي (Clinical Curriculum):

- يعرفه " موريس " 1997 ( Mouriss khaine ) :

بأنه الطريقة التي تنظر إلى السلوك من المنظور الخاص ،فهي تحاول الكشف عن مكبوتات الفرد و الطريقة التي تشعر بها ويسلك من خلالها موقف محدد (أعطوف،1981ص349).

- كما يعرفه أيضا Rondet انه بمثابة ملاحظة عميقة مستمدة من حالات خاصة أو انه تقنية

منظمة لخدمة المشكل الذي يطرحه الفرد (rondet,1983p21).

1-2- دراسة حالة (Case Study):

وهي أسلوب ومنهج في نفس الوقت تقوم على دراسة الظاهرة على حالة واحدة وهي تفيد في معرفة أسباب الظاهرة وطرق علاجها، فهي تتضمن الفحص المتعمق والمفصل لحالة فردية أو أسرة أو أي وحدة اجتماعية أخرى كالمجتمع أو الثقافة، ويقوم الباحث في هذا المنهج بجمع كل البيانات : النفسية، الفيزيولوجية، السيرة الذاتية والبيئية، وذلك حتى يلقى الضوء على خلفية الشخص (تجاربه، ثقافته، بيئته)، وعلاقته وسلوكاته، توافقه، وتجمع المعلومات في هذا المنهج عن طريق المقابلات الشخصية أو تاريخ الحالة، هذا فضلا عن الاختبارات النفسية(دويدار،1999،ص99).

1-3- الملاحظة العيادية (Clinical note):

تعد وسيلة من وسائل جمع المعلومات المتعلقة بالسلوكيات الفرد الفعلية ومواقفه ومشاعره واتجاهاته وتم استخدام هذه التقنية بهدف مشاهدة سلوك الحالة كما هو عليه في الواقع، وكذا تحديد جوانب النشاط أو السلوك الذي نريد ملاحظته، وتعني الملاحظة التبحر في ظاهرة ما أو فكرة ما أو إدراك شيء أو ظاهرة ما عن طريق الوصف لها، التبحر والغوص في حقائق الشيء الذي يساعد الباحث في تنمية مواهبه الفكرية واستعداداته الذهنية الخلاقة ، والتي يمكن إستخدامها في الكشف عن حقائق جديدة (قواجلية،2009،ص65).

- الملاحظة الموجهة (Guided note): هدفها يتمثل في تسجيل أهم الاضطرابات التي تظهر

عند الحالات المدروسة.

- الملاحظة غير الموجهة (Unguided note): هدفها جمع بعض المعلومات فيما يخص طريقة الكلام، و السلوك الظاهري بصورة موضوعية.

#### 4-1- المقابلة العيادية Clinical interview:

يعرف "بنهجام" المقابلة بأنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد، غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها ، ويضيف "أنجلش" في السياق نفسه أنها محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو أشخاص آخرين، هدفها إستشارة أنواع معينة من المعلومات لإستغلالها في بحث علمي وللإستعانة بها على التوجيه والتشخيص والعلاج(قواجلية،2009،ص65).

✓ المقابلة النصف موجهة (Half-directed interview): في هذا النوع من المقابلات

يتدخل الفاحص من حين لآخر تاركا

المفحوص الوقت الكافي لتعبير عن أفكاره و شعوره، فقد اعتمدنا في دراستنا هذه على المقابلة العيادية النصف الموجهة ، والتي تعرف على أنها مبنية بطريقة محكمة يحدد الفاحص مجال السؤال وتعطيه نوع من الحرية في التعبير بهدف جمع معلومات تسمح بالإجابة على تساؤلات الدراسة، وأهدافها ومن اجل ذلك تم وضع كل مقابلة وفق دليل يحتوي على مجموعة من المحاور حيث يحتوي كل محور على مجموعة من الأسئلة وهي كالتالي :

- المحور الأول : البيانات الأولية .
- المحور الثاني : البنية المرفولوجية .
- المحور الثالث : التاريخ الشخصي والأسري.
- المحور الرابع : التاريخ المرضي والمعاش النفسي له .
- المحور الخامس: سرطان القولون.
- المحور السادس: قلق الموت.
- المحور السابع : الإكتئاب.

#### 2- المقاييس النفسية:

##### 2-1- مقياس قلق الموت "لدونالد تمبلر" :

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرف الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي " دونالد تمبلر " ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والاسبانية وحتى اليابانية والهندية، وتم استخدامه في كثير من البحوث التي أجريت على عينات

مختلفة من الذكور و الإناث من ثقافات مختلفة وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة، ومتغيرات عديدة كالسن، الجنس، الصحة العقلية وأنواع أخرى من السلوكيات لذا فهو يعد واحدا من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث، طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970.

## 2-2- مقياس بيك المختصر للإكتئاب (B.D.I) :

هو مقياس معدل من صاحبه أرون بيك وتم ترجمته للغة العربية من طرف غريب عبد الفتاح غريب (1985)، تتكون الصورة الأصلية لهذا المقياس من (21) مجموعة تتكون كل منها من أربع عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من (0-3) ، وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الاكلينيكية للأعراض والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين، ولم يتم اختيار أي من البنود على نظرية محددة في الاكتئاب.

أما الصورة المختصرة للمقياس فتتكون من (13) عبارة فقط وقد وجدت معاملات ارتباط تدور كلها حول التسعينيات بين نتائج على المقياس الكلي ونتائج الصورة المختصرة، وقد تنشبت في دراستي هذه الصورة المختصرة للمقياس، وتحتوي كل مجموعة من هذا المقياس على سلسلة من العبارات، بحيث يختار المفحوص العبارة التي تناسبه من بينها، وتتمثل الأبعاد الثلاثة عشر للاختبار في الحرب التشاؤم الشعور بالفشل، عدم الرضا الشعور بالذنب، عدم حب الذات إيذاء الذات، الانسحاب الاجتماعي، تغير في صورة الذات ، العمل التعب ، وفقدان الشهية.

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من ( 4 إلى 39 )، إذ تشير الدرجة:

- بين (0-4) إلى عدم وجود اكتئاب.
- بين (8-15) إلى اكتئاب متوسط.
- أما الدرجة من (5-7) تشير إلى وجود اكتئاب معتدل.
- بينما تشير الدرجة التي تتراوح (16) فما فوق إلى وجود اكتئاب شديد(غريب ،2005 ص

(33).

## الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

### 3- الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية :

#### 3-1- الحدود الزمانية :

تمت هذه الدراسة في الفترة الممتدة من تاريخ 2022/01/18 إلى غاية 2022/05/20.

#### 3-2- الحدود المكانية للدراسة الأساسية :

تم الإبقاء على نفس مكان الدراسة الاستطلاعي وهو المستشفى اليومي للأمراض السرطانية ببلدية مزهران ولاية مستغانم وهو فرع تابع للمستشفى شبيغفارى.

#### 4- مواصفات حالات الدراسة الاساسية :

#### الجدول رقم (04) يمثل مواصفات حالات الدراسة الأساسية

الترميز	الجنس	السن	مدة الإصابة	مرحلة الإصابة	مدة العلاج بالمستشفى	عدد جلسات العلاج في الشهر	العدد الكلي للجلسات
ن-ح	أنثى	43 سنة	07 اشهر	المرحلة الثالثة	05 اشهر	02 جلسة بالشهر	05 جلسات
س-ل	ذكر	50 سنة	03 اشهر	المرحلة الأولى	01 شهر	01 جلسة بالشهر	05 جلسات

### خلاصة الفصل :

قمنا في هذا الفصل بعرض الإجراءات المنهجية التي قمنا باتخاذها في الدراستين الاستطلاعية و الأساسية، بحيث قمنا بزيادة مقياس الاكتتاب بعد ملاحظة أن الحالات المصابة بسرطان القولون تعاني منه بصفة متكررة، وهذا ما سيعزز دراستنا التي كانت تحت عنوان المعاش النفسي، وسنتطرق في الفصل الموالي لهذا الفصل إلى عرض الحالات العيادية ومناقشة الفرضيات.

# الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشة الفرضيات على ضوء النتائج

أولا : عرض النتائج

1. عرض نتائج الحالة الأولى

2. عرض نتائج الحالة الثانية

3. استنتاج عام حول عرض الحالات

ثانيا : مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

1. مناقشة الفرضية العامة في ضوء النتائج.

1. مناقشة الفرضية الأولى في ضوء النتائج.

2. مناقشة الفرضية الثانية في ضوء النتائج.

3. مناقشة الفرضية الثالثة في ضوء النتائج.

5. إستنتاج عام .

أولاً : عرض الحالات.

1- عرض نتائج الحالة الأولى :

أ. تقديم المفحوصة :

- الترميز : ن - ح.
- الجنس : أنثى.
- السن : 43 سنة.
- المهنة : غير عاملة.
- الحالة الإجتماعية : متزوجة.
- الحالة الإقتصادية : جيدة.
- نوع الزواج : درجة ثالثة.
- عدد الأبناء : 02 ذكور ، 01 إناث.
- تاريخ دخول المستشفى : 2021/09/21
- نوع الإصابة السرطان : سرطان القولون.
- مدة الإصابة : 07 أشهر.
- مرحلة الإصابة : المرحلة الثالثة .
- مدة العلاج بالمستشفى : 05 أشهر.
- نوع العلاج المستخدم : علاج الكيماوي وجراحي.
- مدة الجلسات العلاجية في الشهر : 2 جلسة.
- ترتيب الحالة في العائلة : 04.
- عدد الأخوة : الذكور 02 ، الإناث 01.
- الأب : متوفي.
- الأم : متوفاة.

ب. البنية المورفولوجية للمفحوصة والسيميائية العامة :

- الهيئة العامة :طوال متوسط ، بيضاء البشرة ، عينان سوداء.
- البنية الجسمية : نحيفة.

## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

- الهدام : نظيف ومرتب.
- الإنتباه والتركيز : جيد.
- المزاج : متقلب.
- ملامح الوجه : حزين.
- النشاط الحركي : قليل.
- الاتصال : سهولة الاتصال مع الحالة.
- محتوى الأفكار : متسلسلة.
- الصوت: منخفض.

ت. جدول سير المقابلات العيادية مع المفحوصة الأولى :

الجدول رقم (05) يبين سير المقابلات العيادية مع الحالة الأولى.

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	مكان إجراء المقابلة
01	2022/02/13	30 دقيقة	التعرف على المفحوصة ومحاولة كسب ثقتها وجمع البيانات الأولية عنها.	مصلحة العلاج الكيميائي قسم نساء
02	2022/02/27	30 دقيقة	التعرف على التاريخ الشخصي والعلائقي والتاريخ المرضي، المعاش النفسي للمفحوصة مع مرض السرطان وقبله.	مصلحة العلاج الكيميائي قسم نساء
03	2022/03/20	25 دقيقة	التعرف على اثر سرطان القولون وقلق الموت على المفحوصة	مصلحة العلاج الكيميائي قسم نساء
04	2022/04/17	40 دقيقة	التعرف على اثر الاكتئاب على المفحوصة وتطبيق مقياس قلق الموت	مصلحة العلاج الكيميائي قسم نساء
05	2022/05/15	35 دقيقة	تطبيق مقياس الاكتئاب وإنهاء العلاقة مع المفحوصة	مصلحة العلاج الكيميائي قسم نساء



ث - ملخص المقابلات مع الحالة الأولى :

المفحوصة (ن - ج) البالغة من العمر 43 سنة من ولاية مستغانم ، متزوجة وأم ل 03 أولاد منهم 02 ذكور و أنثى، ماکثة في البيت ترتبها مابين أختها هي الرابعة والأخيرة ، يتيمة الأب والأم متزوجة منذ 12 سنة، زوجها يعمل في شركة إنتاج الحليب .

المفحوصة (ن-ج) ذات بشرة بيضاء وطول متوسط ، نحيفة الجسم وسوداء العينين ن نظيفة ومرتبة المظهر ، أصيبت بسرطان القولون منذ 07 أشهر، وحليا وصلت إصابتها إلي الدرجة الثالثة وتزاول علاجها بالمستشفى اليومي لأمراض السرطانية منذ 05 أشهر ،خضعت لعملية جراحية وتم إستئصال جزء من القولون وبقية مع العلاج الكيميائي حاليا فهي تقوم بعمل جلسات بمعدل جلستين كل شهر .

فيما يخص السوابق المرضية عند (ن-ج) فإنها تعاني من ضغط الدم ومرض السكري، حسب قولها أن والدها توفي بنفس النوع من السرطان "با توفي بنفس المرض تاعي " فظهر المرض عند (ن-ج) منذ 07 أشهر وبعد إحساسها بالألم في بطنها والدم في البراز وبعد زهابها للطبيب والقيام بالفحوصات الطبية، واكتشفت إصابتها بورم سرطاني خبيث " مانحكلكش علي النهار لي حكمني السطر ووليت حشاك نخرج الدم من كرشني كي روحت فوتت ودرت التعيارات قالي فيك كونسار " .

مما لاحظناه علي المفحوصة(ن-ج) هو مزاجها المتقلب خصوصا عند حديثها عن المرض وتطورت حالتها بحيث قامت بإجراء ثلاثة عمليات علي مستوى القولون "تخلعت ودمرت مين قريت ليزاناليسيت تاوعي بلي عندي داك الهم .....بعد مع الوقت تقبلتوا " ، فيما يخص ردة فعلها للعملية التي خصصت لها فأجبت " سوفريت بالعمليات .....وليت عملية مورا عملية " وقد ظهر عليها أثناء الحديث الكثير من الحزن والقلق والخوف وخصوصا من فكرة الموت .

فيما يخص علاقتها بأسرتها فنقول (ن-ج) أنها غير مستقرة مع أولادها وأنهم لم يتقبلوا ماوصلت إليه، في حيث أن علاقتها بزوجها جيدة وهو من يقوم بمساندتها ، أما فيما يخص إختها فنقول أن أخوها الأكبر عند علمه بمرضها كان ممن فرحوا لها، وأصبح يأتي إلي المستشفى ليراها بهذه الحال كون هناك مشاكل عميقة مابينهما فحافظت الحالة علي هذه النقطة بالتكتم والإكتفاء بقولها "خويا دارلي ضرابي مع راني مريضة بالكونسار وماننساهاش حاولت نسامحه وماقديتش " ، واكدت (ن-ج) أن مرضها هذا هو قدرها لكن مالمسناه خلال كلامها هو الرغبة في البكاء والحزن الشديد " المرض

## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

هذا ربي إبتلاني بيه "، تراود (ن-ج) مشاعر سلبية لقلها " كون غير الموت ولاهذا العذاب "، كما نذكر أن لديها خوف من العلاج الكيميائي، وعندما تأتي للمستشفى تشفق على نفسها وعلي بقية المرضى "تحس روحي مقتنطة وكى نجي ندخل للسبيطار نزيد نتقلق ونزعف على المرضى لي معيا "، لدى المفحوصة أيضا شعور بالذنب علي ماقامت به في الفترات السابقة من حياتها " نحاسب نفسي في الأعمال نتاوعي علي كل شيء درته ، الله يجعل ربي يسمحلي انا فاني مادرتهااش صافية "، فيما يخص تكيفها مع المرضى فهي ترى بأن حياتها تغيرت كثيرا بسبب العلاج الكيميائي ، مما سبب لها لأرق والتعب وإضطرابات في الأكل ونقص في الوزن والألم "من حيث لي وليت ندير الشيمي ماوليتش نرقد والسطر وماوليتش ناكل "

### ج- تطبيق المقياسين :

#### 1- ظروف تطبيق مقياس قلق الموت " لدونالد تمبلر "

تم تطبيق مقياس قلق الموت مع المفحوصة(ن-ج) ، في المقابلة رقم 04 في ظروف جيدة بحيث اخترنا هذه المقابلة لأن لديها فحص دوري عند الطبيب فقط بدون الخضوع للعلاج الكيميائي، كون هذا العلاج يسبب لديه الإعياء والرغبة في النوم، دامت فترة تطبيق المقياس 15 دقيقة بدى على (ن-ج) تفهم لأغلب بنود المقياس مع "حك لفروة الرأس" في السؤال رقم 10 و 12.

#### الجدول رقم (06) يمثل الإجابة الحالة الأولى على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر.

بنود الإجابة بنعم	01	04	08	09	10	11	12	13	14
إجابة المفحوص	01	01	00	01	00	01	01	00	01
بنود الإجابة ب: لا	02	03	05	06	07	15	//	//	//



## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

02	أنا لذي صعوبة شديدة في إتخاذ القرارات
01	أنا مشغول وقلق على أنني أظهر كبير السن وغير جذاب
03	أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق

### الجدول رقم (08) يوضح درجة الاكتئاب عند المفحوصة الأولى

مجموع إجابات المفحوص	20 إجابة
الدرجة الكلية	16 فما فوق
مستوى الاكتئاب	إكتئاب شديد

### ث. إستنتاج عام حول الحالة الأولى :

من خلال نتائج المقابلات العيادية نصف الموجهة مع (ن-ج) والملاحظة العيادية وبالإستناد إلى تطبيق المقياسين، فقد تحصلت (ن-ج) على 20 درجة وهذا ما يدل على وجود مستوى مرتفع من الإكتئاب، في حين تحصلت على 10 إجابات على مقياس قلق الموت، فقد ظهر لدى المفحوصة نقص في تقدير الذات إضافة إلى الحزن الشديد والقلق العصابي، و بالرغم من تلقيها للدعم الإجتماعي والأسري من قبل أسرتها وزوجها إلا أن المرض كان له السيطرة الكبرى عليها، ولهذا مالمسناه في تشوه صورة الجسم لديها بحيث تقول " ثلاث عمليات درتهم عليه كل خطرة ينقوصلي وزادها الشكارة نديرونجي بزاف ماتحسش روحك بنادم والله الموت ولاهذا العذاب"، تعاني (ن-ج) من تفكير سلبي نتيجة الإكتئاب فتركز علي ما هو سلبي أكثر من الإيجابي، فنجدها تلوم نفسها وتشعر بالذنب إتجاه زوجها "راني نعذب في راجلي معايا"، واتجاهها أسرتها من جهة أخرى ، أما فيما يخص العلاقة الزوجية فالنقص أثر بشكل كبير علي (ن-ج) "حرمت راجلي من حقوا فيا"، وفي نفس الوقت تحس أنها علة على أسرتها.

أثرت الإصابة بالسرطان بالسلب علي صورة جسدها بحيث أصبحت لا تتقبل وجود الآخرين معها والعدوانية في بعض الأحيان ونحو الذات "خطرات تبانلي كاع مانجيش نتمنى غير الموت"

2- تقديم الحالة الثانية :

أ. تقديم المفحوص :

- الترميز : س - ل.
- الجنس : ذكر .
- السن : 50 سنة .
- المهنة : عامل يومي .
- الحالة الإجتماعية : متزوج .
- الحالة الإقتصادية : متوسط .
- نوع الزواج : زواج أقارب .
- عدد الأبناء : 02 من الجنس أنثى .
- تاريخ دخول المستشفى : 2022/01/12.
- نوع الإصابة السرطان : سرطان القولون .
- مدة الإصابة : 03 أشهر .
- مرحلة الإصابة : المرحلة الأولى .
- مدة العلاج بالمستشفى : 01 أشهر .
- نوع العلاج المستخدم : علاج الكيماوي .
- مدة الجلسات العلاجية في الشهر : 01 جلسة .
- ترتيب الحالة في العائلة : 01 .
- عدد الأخوة : ذكور 03 .
- الأب : على قيد الحياة .
- الأم : متوفاة .

ب. البنية المورفولوجية للمفحوص والسميائية العامة :

- الهيئة العامة :طوال قامة، أسمر البشرة، عينان بنيتان .
- البنية الجسمية : نحيف .
- الهدام : نظيف ومرتب .

## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

- الإنتباه والتركيز : جيد.
- المزاج : متقلب .
- ملامح الوجه : عبوس .
- النشاط الحركي : قليل الحركة ، بطيء.
- الاتصال : سهولة الاتصال مع الحالة.
- محتوى الأفكار : متسلسلة.
- الصوت: منخفض

ت. جدول سير المقابلات العيادية مع الحالة الثاني :

الجدول رقم 09 يبين سير المقابلات العيادية مع الحالة الثانية .

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	مكان إجراء المقابلة
01	2022/02/13	30 دقيقة	التعرف على المفحوص ومحاولة كسب ثقتها وجمع البيانات الأولية عنها.	مصحة العلاج الكيميائي قسم الرجال
02	2022/02/27	30 دقيقة	التعرف على التاريخ الشخصي والعلائقي والتاريخ المرضي، المعاش النفسي للمفحوص مع مرض	الرجال

## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

	السرطان وقبله.			
مصلحة العلاج الكيميائي قسم الرجال	التعرف على اثر سرطان القولون وقلق الموت على المفحوص	25 دقيقة	2022/03/20	03
	التعرف على اثر الاكتئاب على المفحوص وتطبيق مقياس قلق الموت	40 دقيقة	2022/04/17	04
	تطبيق مقياس الاكتئاب وإنهاء العلاقة مع المفحوص	35 دقيقة	2022/05/15	05

### ث. ملخص المقابلات :

المفحوص س- ل يبلغ من العمر 50 سنة متزوج وأب لبنتين مستواه الإقتصادي متوسط وهو الإبن الأول في عائلة المتكونة من 03 أخوة، تزوج زواج أقارب ، وأمه متوفية ووالده على قيد الحياة. المفحوص ذو بشرة بيضاء وطويل القامة، عيناه بنيتان، قليل الإبتسامة وقليل الحركة، مزاجه متقلب وصوته منخفض.

المفحوص عامل يومي أصيب بمرض سرطان القولون منذ 03، وذلك من خلال قيامه بفحص شرطي لدى طبيب مختص في الأمراض الجهاز الهضمي، بحيث لم يستطع تقبل مرضه عنه بالرفض "تخلعت كي قالي طبيب بلي كونسار، الموت شفتها بين عينا وشفوني غير بناتي " ، لدى (س- ل) قلق كبير وخوف شديد من فكرة الموت ويرجع ذلك إلى عدم قدرته علي التكفل بأبنائه وزوجته بعد مرضه خصوصا أن العلاج الكيميائي وأصبح يَأثر عليه بشكل كبير، المفحوص أصبح يعاني من العزلة

الإجتماعية من جراء الإصابة بالمرض "ماوليتش نخرج وكون نصيب نقعد غير في الدار ونشبع من بناتي"، فيما يخص التاريخ المرضي (س- ل) يعاني من مرض السكري، وأكتشف إصابته بهذا المرض بعد وفاة أمه، وبعد إصابته بهذا السرطان أصبح يعاني من صدمة وحزن شديد، ودون اللجوء إلي الطب البديل أجري الحالة عملية تمثلت في إستئصال جزء من القولون وكانت نسبة النجاح العملية (60%) "ما كانت مريضة بالسكر وتوفاة بيه، وأنا ركبني هذا المرض غير هنا لهذا بعد الوفاة ومانكذبش عليك نخلعت وحد الخلعة الله لايبلي مؤمن بيهها ودرت عملية ومانعرت"، يعاني (س- ل) من مجموعة من الأمراض الجسمية نتيجة الخضوع للعلاج الكيميائي منها الأرق، والإسهال، والحزن والقلق "راني نرقد غير بالقطرة والسطر كي ندير الشيمي يقوى علي بزاف"، ويرى أن كل ما يعيشه هو قضاء الله وقدره وأن الإصابة بهذه الأمراض يساعد المريض في الحصول علي درجة رفيعة بالجنة "هذا المرض من عند ربي سبحانوا ينجينا بيه"

من خلال مقابلاتنا نلاحظ أن (س- ل) لديه دعم إجتماعي وأسري من قبل عائلته، وهذا ما ظهر في مرافقة زوجية وأبنائه له في بعض الأحيان أخيه الأصغر، وفي البعض الآخر صديق طفولته الذي يرافقه لجلسات الكيمياء "مانكذبش عليك مرتي وبناتي وخويا الصغير واقفين معايا وحتى صحابي وماشي سامح فيا كبير في عيني بزاف"

المفحوص أصبح منسحب إجتماعيا فقد أثر فيه المرض عليه كثيرا، فهو لم يعد قادرا علي البقاء في الخارج، وذلك لكونه في فترات العلاج ما دفعه بالإستعانة بأخيه الأصغر لتوفير المال للأسرة "مانبغيش نخرج بزاف ويشوفوني الغاشي وسيغتو كي شعري كاع طاحلي راني نظلي داير بوني ومانحيهش"

#### ج. تطبيق المقياس مع الحالة الثانية :

#### - ظروف تطبيق مقياس قلق الموت "لدونالد تمبلر"

تم تطبيق مقياس قلق الموت مع (س- ل) في المقابلة رقم 04 في ظروف جيدة، دامت فترة تطبيق المقياس 15 دقيقة بدى علي المفحوص تفهم لأغلب بنود المقياس، تم هذا بتاريخ 2022/04/17.



## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

- نتائج تطبيق مقياس قلق الموت :

الجدول رقم ( 10 ) يبين إجابة الحالة الثانية على مقياس قلق الموت وفق طريقة التصحيح

14	13	12	11	10	09	08	04	01	الإجابة التي تصحح بنعم
01	00	01	01	01	01	01	01	01	إجابة المفحوص
/	/	/	15	07	06	05	03	02	الإجابة التي تصحح ب لا
/	/	/	00	01	00	01	00	01	إجابة المفحوص

التعليق على الجدول :

قمنا في هذا الجدول بتبيان إجابة المفحوص على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر، عن طريق عرضنا لمجموعة البنود التي تصحح بنعم وأجاب عليها المفحوص، مجموعة البنود التي تصحح ب : لا وأجاب عليها المفحوص، وقمنا بتمثيلها كل بدرجة معينة حسب مفتاح تصحيح المقياس.

الجدول رقم ( 11 ) يوضح مستوى قلق الموت لدى الحالة الثانية.

11 إجابة	مجموع إجابات المفحوص
09 إلي 15	مجال الدرجة
قلق موت مرتفع	مستوى قلق الموت

التعليق على الجدول :

لاحظنا من خلال قيامنا بعملية تفريغ إجابات المفحوص أن المفحوص الثاني قد تحصل على ( 11 إجابة) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر، وهذا ما يأشر إلى مجال درجة ( 09-15) ما يعني وجود قلق موت مرتفع لدى الحالة الثانية.

- ظروف تطبيق مقياس الاكتئاب لأرون بيك الحالة الثانية :

تم تطبيق مقياس الاكتئاب مع الحالة الثانية في المقابلة رقم 05 في ظروف جيدة، دامت فترة تطبيق المقياس 25 دقيقة، بدى علي الحالة تفهم لأغلب بنود المقياس، تم هذا بتاريخ 2022/05/15.

- نتائج تطبيق مقياس الاكتئاب لأرون بيك مع الحالة الثانية:

## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

الجدول رقم (12) إجابة الحالة الثانية على مقياس الاكتئاب لأرون بيك .

السؤال رقم	إجابة المفحوص
01	01
02	01
03	01
04	01
05	01
06	01
07	01
08	01
09	03
10	02
11	02
12	02

التعليق على الجدول :

قمنا في هذا الجدول رقم (12) عرض إجابة المفحوص الثاني على مقياس الاكتئاب لأرون بيك، وذلك من خلال إعطاء رقم السؤال وإجابة المفحوص عليه، بحيث قام بوضع دائرة حول كل رقم من أرقام البعد.

الجدول رقم (13) يوضح مستوى الإكتئاب لدى الحالة الثانية.

مجموع إجابات المفحوص	17 إجابة
الدرجة الكلية	16 فما فوق
مستوى الدرجة	إكتئاب شديد

التعليق على الجدول :

تحصل (س- ل) في مقياس الاكتئاب لأرون بيك على ( 17 إجابة )، ما يعني أن مجموع الإجابات ينتمي لمجال الدرجة الكلية ( 16 فما فوق )، ما يعني أن الدرجة فوق المعدل الأصلي للدرجة وهذا ما يجعلها تنتمي إلى مستوى الاكتئاب الشديد وهذا ما يخلص لنا في الأخير إلى القول بان لدى المفحوص الثاني لديه مستوى اكتئاب شديد.

### ح. استنتاج عام حول الحالة الثانية :

المفحوص س- ل البالغ من العمر 50 سنة من ولاية مستغانم متزوج وأب لبننتين ، يعمل في دكان بمجال التجارة أكتشف إصابته مؤخرا في الأشهر القليلة الماضية، وحسب ما إستخلصناه من المقابلات العيادية وملاحظاتنا وتطبيقنا لمقياس الإكتئاب وقلق الموت، تبين أن المفحوص يعاني من الإكتئاب بدرجة متوسطة، ومن قبل قلق الموت وهذا ما تبينا لنا المقياسين في حين ظهر لديه مؤشر علي وجود صدمة نفسية إثر الإصابة بالمرض، وأيضا الخوف من الموت وهنا فسرنا الخوف وأيضا على أسرته يكون أنه لا يوجد من يتحمل مسؤولية البيت، وأيضا عبر لنا (س- ل) عن قلقه المستمر وعدم تقبله لصورة جسميه " كي درت العملية وليت كي والوا وزدت ديموراليزت مالقري لي نجحت العملية وخفافت عليا المرض " يعاني (س- ل) الحالة من مشاعر الذنب والنقص والشعور بالدونية، وهذا ما ظهر في تقاديه للإتصال البصري معنا في إحدى المقابلات، والخوف من فقدان مكانته الإجتماعية نتيجة لعدم تقبل المجتمع لإصابته وهذا ما عبر عنه في عدم إفصاحه للجميع بمرضه "ماشي كاع الناس علابلها بمرضي".

### 3- إستنتاج عام حول عرض الحالات :

من خلال عرضنا للمقابلات العيادية النصف الموجهة ونتائج مقياسي (قلق الموت ،الإكتئاب )، تبين أن المفحوصان يعانيان من وجود صدمة نفسية جراء الإصابة بمرض سرطان القولون، ولديهم صعوبة في التكيف مع المرض وذلك يرجع إلى قلة المعلومات التي يمتلكانها إتجاه المرض، ونقص في تقدير الذات وتشوه صورة الجسم بحيث كليهما أبديا صعوبة في تقبل صورة جسميهما، وهذا لإرتباطهم الدائم بعضو خارجي والمتمثل في ( sachet anal )، لتفريغ نفايات المعدة وما أثر علي علاقتهما الجنسية وقدرتهما، وظهور قلق الموت والإكتئاب الناتج عن الآثار النفسية للعلاج الكيميائي، والألم النفسي المصاحب للإحباط

ثانيا : مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج :

1- مناقشة الفرضية العامة في ضوء النتائج :

والتي تنص على: " يتميز المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون بوجود قلق الموت والإكتئاب"

الجدول رقم(14) نتائج الحالات على مقياسي قلق الموت والإكتئاب

المفحوص رقم	إجابة قلق الموت	المستوى	إجابة الإكتئاب	المستوى
المفحوصة 01	10 إجابات	قلق موت مرتفع	20 إجابة	إكتئاب شديد
المفحوص 02	11 إجابة	قلق موت مرتفع	17 إجابة	إكتئاب شديد

بالإستعانة بنتائج المقابلات العيادية نصف المواجهة، و ملاحظتنا حول حالات دراستنا توصلنا إلى أن كلا المفحوصان ( المفحوصة الأولى، المفحوص الثاني ) لديهما مؤشرات لوجود الإكتئاب وقلق الموت ، بحيث أظهرت المفحوصة الأولى و الثاني على مقياس قلق الموت درجة مرتفعة بحيث تحصلت المفحوصة الأولى على (10 درجات)، مما يشير إلى مستوى مرتفع من قلق الموت، فيما تحصلت المفحوص الثاني على (11 درجة ) يشير إلى مستوى مرتفع من قلق الموت، وكما أن الحالتين تحصلا على درجة مرتفعة من الإكتئاب، بحيث تحصلت الدرجة الأولى على (20 إجابة ) تمثل درجة كلية ل16 فما فوق، ما يعني وجود مستوى مرتفع من الإكتئاب و للمفحوص الثاني تحصل كذلك على (17 إجابة ) تمثل درجة كلية ل16 فما فوق ، ما يعني وجود مستوى مرتفع.

ولعل ذلك يشير إلى أن ما يشترك فيه المفحوصان أنهم يتجنبون اللقاءات العائلية و الإجتماعية، و هذا ما أطلق عليه "هيجيز أندلر" أسلوب التوجه نحو التجنب "، ويقصد به محاولات الفرد لتجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة أو أن يكتفي بالإنسحاب منها.

كما اشتركت حالات دراستنا في إحساسهم بالنقص، وهذا ما أكده " أدلر " عندما ربط الإحساس بالنقص بإصابة الشخص بالعاهة ، حيث يقول " أن الشخص الذي يعاني من عاهة فإنه يزداد لديه الشعور بالنقص " ( القذوافي ،1993، ص149).

## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

أما فيما يخص الإكتئاب فكان هناك علاقة وطيدة بين أعراض الجسمية التي يسببها العلاج الكيميائي و المزاج و العلاجات الجنسية، بحيث ذكرت كلتا المفحوصان أنا الجانب العلائقي لديهما قد تأثر بالسلب بالإضافة إلى إشتراك الاكتئاب بمؤشر تشويه لصورة الجسم عند المفحوص الثاني بأنه أصبح يرفض شكل جسمه الخارجي، والإعتمادية التي ظهرت لدى المفحوصان و التي كان مصدرها الإلتزام بحمل *sacht anaf* (التفريغ النفايات المعدة )، ومنه حسب ما جاء به (تايلور) 2008 " أن لوم الذات في المرض المزمن أمر شائع " حيث ينظر المريض لنفسه على أنه هو الذي جلب المرض لنفسه نتيجة أفعاله ، وفي مثل هذه النظرة قد تكون صحيحة وهذا ما برز لدى المفحوصة الأولى في قولها " نحاسب نفسي في الأعمال نتاوعي على كلشي درته، الله يجعل ربي يسمح لي... )، وفي بعض الأحيان لا يكون إلا لوم للذات مثلما ظهر في المفحوصة الأولى.

وقد اتفقت دراستنا مع دراسة " كورنال " ( cornell ) التي دونها في الدليل الطبي (cornell medical indesc) والتي توصلت إلى أنه كلما كان الفرد في صحته الجسدية متدهورة كلما زادت شدة القلق من الموت، أي أن قلق الموت مرتبط في جزئه الأكبر بصحة الجسمية أو التكامل البدني للفرد، و في هذا أثبتت الدراسة " نور عادل محمد " ( 2017 ) بمصر أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرض السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغير الاكتئاب.

### 2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى في ضوء النتائج :

- و التي تنص على : لدى الراشد المصاب بسرطان القولون مستوى مرتفع من قلق الموت.

#### الجدول رقم (15) يبين نتائج حالات الدراسة مع مقياس قلق الموت

رقم المفحوص	إجابة المفحوص	الدرجة	المستوى
المفحوصة 01	10	09 إلى 15 درجة	قلق موت مرتفع
المفحوص 02	11	09 إلى 15 درجة	قلق موت مرتفع

من خلال تحليلنا للمقابلات العيادية نصف الموجهة، ونتائج مقياس قلق الموت على حالات دراستنا، وجدنا أن كلا من المفحوصان يعانون من ارتفاع في نسبة مؤشر قلق الموت، بحيث تحصلت المفحوصة الأولى على (10 درجات) ما يعادل درجة مرتفعة بمجال (09 إلى 15 درجة) ، أيضا المفحوص الثاني الذي تحصل على (11 درجة) ما يعادل درجة مرتفعة بنفس المجال (09 إلى 15 درجة) ، وعليه فكلتا المفحوصان لديهم صعوبة في تقبل في معاشيهم النفسي، والذي برز فيه سوء الاتصال مع الآخرين العزلة

## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

الانسحاب من الدور الاجتماعي فحسب " ميسكويها " ( miskwih ) أن الخوف من الموت لا نجد إلا عند من يرى الموت حقيقة، أو لأنه يظن أن بدنه إنحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته و بطلت نفسه بطلان عدم ، و أن العالم يبقى موجودا وليس بموجودا فيه كما يظنه من يجعل البقاء النفسي وكيفية الإعادة ( عبد الوهاب 2002،ص84).

وهذا ما يتفق مع " دراسة " (1989 cesor) الذي توصلت إلى وجود علاقة موجبة بين قلق الموت و مرض السرطان، وعليه فإن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت على كلتا الحالات دراستنا.

### 3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية في ضوء النتائج :

- والتي تنص على : لدى الراشد المصاب بسرطان القولون مستوى مرتفع من الاكتئاب

#### الجدول رقم (16) يبين مستوى الاكتئاب لدى حالات الدراسة

رقم المفحوص	إجابة المفحوص	الدرجة	المستوى
المفحوصة 01	20 إجابة	16 فما فوق	إكتئاب شديد
المفحوص 02	17 إجابة	16 فما فوق	إكتئاب شديد

من خلال تحليلنا للمقابلات العيادية نصف الموجهة، ونتائج مقياس أرون بيك للاكتئاب المطبق على حالات دراستنا ، توصلنا إلى أن المفحوصة أولى قد تحصلت (20 إجابة ) مما يجعلها تنتمي إلى مجال الدرجة (06 فما فوق )، والذي يرجع مستوى الاكتئاب شديد ومرتفع فيما تحصل المفحوص الثاني (17 إجابة)، ما يجعله ينتمي إلى مجال الدرجة (16 فما فوق)، والذي يرجع أيضا مستوى الاكتئاب شديد ومرتفع، وما ظهر على الحالات دراستنا هو التأثير النفسي للعلاج الكيميائي على الحالة المزاجية لدى المفحوصان ،وأیضا على بنية جسمية من حيث (تساقط الشعر،الإسهال،إعياء الدائم، فقدان الرغبة الجنسية )، وهذا ما عبرت عليه حالات دراستنا بعدم القدرة على التكيف مع هذه الأعراض، فقد أوضح " بيك " 1967 beck أن الاكتئاب يظهر نتيجة مرض جسمي لسرطان القولون، إذا كان الإضطراب مزمنا وخطيرا، فالإصابة بالمرض خطير تصاحبه استجابة اكتئابية ذات علاقة مع ظواهر نفسية كالتدهور الصحة الخوف وعدم الشفاء، وتطور المرض إلى الأخطر والخوف من تغير نمط الحياة السابقة، وعليه عكست هذه الفقرة ما كان يظهر على الحالات دراستنا من ارق نفسي وجسدي نتيجة الإصابة بسرطان القولون.

## الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

وانتقلت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة "سليمان جريو" ، و"محمد حمادي" 2020 التي كانت بعنوان طبيعة المعاش النفسي وتقبل المرض لدى مريض سرطان القولون، والتي توصلت أن مرضى سرطان القولون يتسبب في إشكالات حقيقية على مستوى الذات والأسرة والمجتمع وعليه فقط تحققت فرضيتنا الجزئية الثانية.

### 4- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة في ضوء النتائج :

- والتي تنص على : يوجد اختلاف في المعاش النفسي لدى الراشد والمصاب بسرطان القولون وذلك على حسب جنس المصاب ومدة الإصابة.

#### الجدول رقم ( 17 ) بين جنس ومدة الإصابة لدى حالات الدراسة

رقم المفحوص	الجنس	مدة الإصابة
المفحوصة 01	أنثى	07 أشهر
المفحوص 02	ذكر	03 أشهر

من خلال عرضنا للمقابلات العيادية نصف الموجهة ونتائج مقياس قلق الموت والاكتئاب، تبين أن حالتنا دراستنا يعانون من مستوى مرتفع من قلق الموت ومن الاكتئاب، وهذا بغض النظر عن جنس المفحوصان بحيث أن المفحوصة الأولى من جنس أنثى والمفحوص الثاني من جنس ذكر، وهذا ما يعني أن مرض السرطان يكون أثره النفسي والجسدي بنقص درجة التأثير على كلا الجنسين من حيث (الصحة النفسية ، الصحة الجسمية) من الجانب العلائقي (مساندة الاجتماعية، الأسرية،....) وأيضا فيما يخص مدة الإصابة، بحيث أن المفحوصة الأولى مصابة بسرطان القولون منذ 07 أشهر ومرحلة الإصابة المرحلة الثالثة في حين المفحوص الثاني مدة إصابته 03 أشهر ومرحلة الإصابة هي المرحلة الأولى، وهذا ما نصت بها حالات دراستنا وهذا مالا يتفق مع نتائج دراسة "نورا عادل" 2017 التي كانت بعنوان المقارنة بين درجتي الإصابة البسطة والمتوسطة على متغيري الاكتئاب وقلق الموت لدى مرض السرطان، والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرض السرطان من درجتي إصابة البسيطة والمتوسطة على متغير الاكتئاب.

### 5- استنتاج عام حول نتائج الفرضيات :

من خلال دراستنا للحالات المصابة بسرطان القولون، ومعرفة معاشيهما النفسي الذي يرتبط بشخصية الفرد جراء إنفعالاته وأحداثه وظروفه الضاغطة الحادة التي يواجهها في حياته كالأمراض المزمنة نستخلص من فرضيات دراستنا ما يلي:

- **الفرضية الأولى:** لدى الراشد المصاب بسرطان القولون مستوى مرتفع من قلق موت، وذلك من خلال نسبة مؤشرات المفحوصان ومقياس قلق الموت لدونالد تمبلر وصعوبة في تقبل معاشيهما النفسي، وخوفهم الدائم من الموت وذلك انعكاسا لإصابة بمرض الخطير وهو سرطان القولون، بحيث يصبح درجة الأمن النفسي والتفاؤل منخفض لدى هذه الفئة ويصعب عليه استعمال إستراتيجيات الموجهة تقيهم من مواجهة الضغط النفسي نتائج من السرطان القولون .
  - **الفرضية الثانية :** لدى الراشد المصاب بسرطان القولون مستوى مرتفع من الاكتئاب ، وذلك حسب نتائج مقياس الاكتئاب ل أرون بيك المطبق علي المفحوصان الذي يرجع إلى اكتئاب شديد ومرتفع وذلك جراء أعراض سرطان القولون على الفحوصان.
  - **الفرضية الثالثة :** لا يوجد اختلاف في المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون، وذلك حسب جنس المريض ومدة الإصابة بحيث أظهر كلاهما مستوى مرتفع من قلق الموت والاكتئاب.
- وبالتالي تحققت الفرضية العامة فلمصاب بسرطان القولون يعاني من اكتئاب وقلق موت مرتفع وذلك حسب نتائج الفرضيات



## الخاتمة

ما يمكن أن نستخلصه من هذه الدراسة وهو المصير المؤلم يعيشه مريض سرطان القولون بسبب تحمله للآلام العضوية الناتجة عن المرض ، والتي تؤدي بدورها إلى ظهور جملة من الاضطرابات النفسية الخطيرة ، التي يصعب على المريض التخلص منها ، من بين هذه الاضطرابات قلق الموت الناشئ عن هذه التجربة المرضية التي يعيشها المريض مع وعيه من خطورة المرض وعدم جدوى العلاج الذي ينشأ عنه حالة اكتئاب شديدة ، بالإضافة إلى ظهور الانفعال الموجه لنحو الذات ، ونحو الآخرين خاصة أفراد الأسرة ، نتيجة سرعة الإشارة الناتجة عن المرض وحالة القلق التي يعيشها تحت ضغط الآلام الجسدية و النفسية ، مما ينتج عنه في الأخير إصابة نفسية ناتجة عن إصابة الجسدية.

ومن هنا يمكن لنا الإشارة إلى خصوصية و خطورة مرض سرطان القولون سواء من ناحية الأعراض الخاصة أو من ناحية الآثار النفسية المصاحبة للعلاج الكيميائي.

## توصيات و إقتراحات

- ضرورة تفعيل دور الأخصائي النفسي العيادي في التكفل الناجم بهذه الفئة من خلال القيام بالاستثناء إلى جميع أنواع العلاجات النفسية وليس أن يقتصر فقط علي التكفل النفسي ما قبل نهاية الحياة
- ضرورة قيام المريض بالكشف المبكر
- تقديم الدعم النفسي وضرورة زرع قيم التعامل مع المريض بالسرطان من خلال التربية والثقافة الصحية
- بناء برامج علاجية للتخفيف من قلق الموت والاكنتاب Education de la santé; Gradation de la malade social et familiais
- تحسين جودة حياة المصاب.

## صعوبات الدراسة

من الصعوبات التي واجهناها في هذه الدراسة :

- فترة العلاج الكيماوي لدى الحالات كانت بمعدل 15 و 21 يوم لهذا قمنا بدعوة الحالتين لعمل جلسات خارج إطار العلاج اللذان يقومان به.
  - صعوبة توفير المكان لإجراء المقابلات خصوصا في غرف المرضى.
- كانت حالات دراستنا مبرمجة ل: 04 حالات منها (02 حالات ذكور ) و(02 حالات إناث ) لكن الحالتين وجدنا صعوبة في التواصل معنا لذلك قضانا باكتفاء بالحالتين التي تم عرضهما في هذه الدراسة.

قائمة المراجع:

1- المراجع باللغة العربية

2- المراجع باللغة الأجنبية

1- المراجع باللغة العربية :

- 1- ابو نبيل ومحمود السيد (1985) علم النفس الاجتماعي ، ط2 ، بيروت: دار النهضة.
- 2- بطرس حافظ بطرس (2008) التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1 ، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 3- بدر محمد الأنصاري (1998) التفاوض والتشاور، المفهوم والقياس والمتعلقات ، ط1 ، مصر: الشويخ التآليف والتعريب ونشر.
- 4- بشير معمريه (2009) دراسات نفسية في الذكاء الوجداني ، الإكتئاب، اليأس، قلق الموت، السلوك العدواني، الانتحار ، ط1 ، القاهرة: مكتبة العصرية.
- 5- ذكريات عبد الواحد البنزجي (2010) التفاوض والتشاور وعلاقته بمفهوم الذات الموقع والضبط ، ط1 ، عمان: دار الصفاء لنشر وتوزيع.
- 6- عدنان رانيا ورشام بسام (2006) التنشئة الاجتماعية ، ط1، عمان: دار البداية.
- 7- ابرييم سامية خالد (2020) سيكولوجية الأمن النفسي، الجزائر: دار التعليم الجامعي، جامعة العربي بن مهدي، أم بواقي .
- 8- زردوم خديجة (2006) المعاش النفسي للعمل عند الأمهات العازبات، الجزائر: جامعة منوري ، قسنطينة.
- 9- هناء احمد الشويخ (2007) أساليب تحقيق الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، ط1، القاهرة: دار النهضة العربية.
- 10- فرج عبد القادر طه، والسيد محمود ابو نبيل وآخرون (2000) معجم علم النفس والتحليل النفسي ، ط1 ، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة ونشر .

- 11- عطا الله فوائد الخادلي، ودلال سعد الدين العلمي (2009) الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، ط1 ، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع .
- 12- حشمت حسين احمد، وباهي مصطفى حسين (2006) التوافق النفسي والتوازن الوصفي ، ط1 ، مصر: الأهرام دار العالمية للنشر والتوزيع.
- 13- جابر عبد العميد جابر ، وكفاي علاء الدين (1993) معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية.
- 14- عايدة ديب عبد الله محمد (2019) إنتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة، ط1 ، عمان: دار الفكر.
- 15- مزيان محمد (2012) المعاش والتصورات ، الجزائر: رسالة ماجستير، جامعة وهران .
- 16- بشير معمريّة (2007) العوامل النفسية في مرض السرطان، العدد 15-16 الجزائر: ، المجلة العربية للعلوم النفسية، جامع الحاج لخضر، باتنة.
- 17- عبد الخالق احمد محمد (2009) قلق الموت، ط1، الكويت: عالم المعرفة.
- 18- جميلة سعاد (2015) قلق الموت لدى المسنين المقيمين ببلدية المسيلة ، الجزائر: مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة مسيلة .
- 19- دافيد شهان (1998) مرض القلق، ترجمة عزت شعلان ، ط1 ، الكويت: عالم المعرفة.
- 20- العسيوي عبد الرحمان (2008) الجديد في الصحة النفسية، مصر: منشأة المعارف الإسكندرية.
- 21- عبد ستار (1998) الاكتئاب إضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه ، الكويت: عالم المعرفة.
- 22- بركات آسيا بنت علي راجح (2000) العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى بالطائف، مكة المكرمة: مطلب تكميلي درجة الماجستير في علم النفس النمو، جامعة أم القرى.

- 23- ديفيد هندز (2012) إقهر الاكتئاب، ط1 ، الكويت: عالم المعرفة.
- 24- علا عبد الباقي إبراهيم (2009) الاكتئاب ،أنوعه ،اعرضه ،أسبابه ،طرق علاجه والوقاية منه ، مصر: عالم الكتب.
- 25 - ابو فايد ريم محمود يوسف (2016) فعالية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، غزة: كلية التربية في الجامعة الإسلامية.
- 26 -إسماعيلي هناء (2013) التظاهرات الاكتئابية لدى الراشد المصاب بسرطان ، الجزائر: مذكرة لنيل الماجستير في علم النفس ،جامعة محمد خيضر ، بسكرة
- 27 - شرييني لطفي (2010) المرجع الشامل في علاج القلق، ط1، لبنان: دار النهضة العربية بيروت.
- 28- العمري محمود (2011) بحث كامل حول الإكتئاب، ط1، الجزائر: منتدى خنشلة التعليمية ، قسم علم النفس التربوي.
- 28 - نجية عبد الله وعبد الفتاح (2009) العوامل النفسية في أعراض السرطان دراسة ميدانية في أحداث الحياة الشخصية لدى مرضى السرطان ، العدد 9 ، مصر: مجلة علم النفس .
- 29- سطوحي سعد رحيم (2001) الاكتئاب النفسي في ضوء بعض التغيرات الديمغرافية قسم الصحة النفسية العدد 76 ، الأردن: كلية التربية ، جامعة الأزهر، مجلة كلية التربية جامعة المنصورة .
- 30- النجار محمد (1989) الطب السلوكي المعاصر، لبنان: دار العلم للملايين، بيروت.
- 31- جالم عبد الله الطيب عبد العزيز (2002) الاكتئاب عند جنوح الأحداث ، الجزائر: مذكرة شهادة الماجستير في علم النفس، جامعة بسكرة ، بسكرة.
- 32- يعقوب سعيد حافظ (2007) الاكتئاب،، لبنان: دار الحداثة، بيروت.
- 33- إسماعيل محمد عمار كامل (1999) الصحة النفسية والتوافق ، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب .

- 34- سهير احمد (1999) الطفل من الحمل الى الرشد، ط1 ، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- 35- ابو فايد ريم محمود يوسف (2010) فعالية برنامج علاج نفسي إسلامي مقترح لتخفيف حدة الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، غزة: كلية التربية بجامعة الإسلامية.
- 36- عشوي مصطفى (2003) مدخل الي علم النفس المعاصر، ط2 ، الجزائر : ديوان المطبوعات، جامعة الجزائر .
- 37- سليم مريم والشعراني إلهام (2006)الشامل في المدخل إلي علم النفس، ط1، لبنان: دار النهضة العربية، بيروت.
- 38- عجاج سيد احمد (2008) علم النفس النمو ، مصر: مركز التنمية الأسرية.
- 39- عبد الرحمان محمد السيد (2001) نظريات النمو علم النفس النمو المتقدم ، ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق القاهرة.
- 40 - الشربيني لطفي (2001) معجم المصطلحات الطب النفسي، سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة، القاهرة: سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة.
- 41- أبو الخير عبد الكريم قاسم (2001) اساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية ، ط1 ، الأردن: دار وائل للطبع .
- 42- بلعيد محمود وعبد الحليم أحمد (2002) أسس لبحث العلمي في المجالات النفسية والاجتماعية والتربوية، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 43- العابد محمد عبد الله (2015) الأمراض السيكوسوماتية ( النفس الجسمية ) ط1، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
- 44- الأشوال عادل عزيدين (2001) الصحة النفسية في المدرسة والمجتمع والأسرة، ط1، القاهرة: دار الثقافة.



- 45- عهد علي (2010) مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين والأخصائيين النفسيين، الأردن: دار المناهج للنشر وتوزيع .
- 46- عطف سميح (1991) أصول علم النفس الحديث ، العراق: دار البقاء للطباعة والنشر.
- 47- محمود عواد (2010) الحرقاة المعاش النفسي والتصورات ، الجزائر: رسالة الماجستير، جامعة وهران، وهران.
- 48- الرواشدة علاء زهير ( 2013 ) دراسة المقارنة بين مرضى السرطان والأسوياء في درجة الشعور بالإكتئاب وقلق الموت ، الأردن: جامعة البلقاء التطبيقية .
- 49- سليمان جريو والحمادي محمد ( 2018 ) تصميم مقياس تقبل المرضى لفئة الراشدين وتقنية علي البيئة الجزائرية، الجزائر: سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة محمد بوضياف، مسيلة .
- 50- بركات زياد (2006) سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، المجلد 20 العدد 3، فلسطين: مجلة الجامعة النجاح العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة القدس المفتوحة.
- 51- نورا عبد الحليم ، عادل محمد (2017) المقارنة بين درجتي الإصابة البسيطة والتوسطة علي متغيري الإكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان، مصر: كلية الأدب، جامعة عين الشمس.
- 52- رحي أسماء خليل (2011) قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقته بمتغيرات الجنس العمر ونوع السرطان، السعودية: جامعة الإمام بن سعود الإسلامية الجمعية السعودية لعلم الاجتماع .
- 53- عليان رحي مصطفى (2000) البحث العلمي أسسه مناهجه وأساليبه وإجراءاته، عدد:01، مصر: مكتبة مديونية.

- 54- عطوف محمد ياسين (2009) الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية)، ط1، لبنان: منشورات جيسون الثقافية.
- 55- غريب أشرف عبد الغني (2005) الصحة النفسية، مصر: عالم الكتب.
- 56- طارق عبد الوهاب (2002) قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، العدد55، مصر: مجلة علم النفس.
- 57- قواجلية أية (2002) قلق الموت لدى الراشد المصاب بسرطان، الجزائر: شهادة لنيل الماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

2- المراجع باللغة الأجنبية :

1. Pierre fe did· dictionnaire abèrgè comparatif et critique de nations principales **psychanalyse librairie lariusse paris 1974**
2. Camilo charron nathalie dumet nucolas gueguen les 500 mots dela psychologie 2ene adition paris 2014
3. Boutrom ruault m c 2007 nutrition et cancer EMC endocrinologie nutrition
4. Moncear G, wagner M, doats baridier a, bachat J, B dubrait O, spana J, P, lucidarme O, hannaum l, vaillamt
5. J, C karoui M cancer dycôlou : èpidèmiologie , diargnostic EMC gastrontèriligie 2014 , 44 , 34 , 47
6. Dellbard cèline et d 'autre 2001 etsi nous parlioms
7. Ragen lacave al 2005 comcerologie fondamentale edions dolnn libbey eurotest paris

## قائمة الملاحق

### قائمة الملاحق :

1. دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة
2. مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر
3. مقياس الإكتئاب لأرون بيك
4. مقرر التوجيه لمستشفى اليومي للأمراض السرطانية
5. البطاقة التقنية لمستشفى اليومي للأمراض السرطانية

الملحق رقم 01 : دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة.

المحور الأول : البيانات الأولية

- الاسم :
- المهنة :
- الحالة الاجتماعية :
- الحالة الاقتصادية :
- نوع الزواج : قرابة.....، أجنبي
- مدة الزواج :
- عدد الأبناء : ذكور .....، إناث
- تاريخ دخول المستشفى
- نوع الإصابة السرطان
- نوع العلاج المستخدم
- مدة الجلسات العلاجية في الشهر
- ترتيب الحالة في العائلة
- عدد الأخوة : الذكور ..... الإناث .....
- الأب : حي .....، متوفي .....
- الأم : حية .....، متوفاة .

المحور الثاني : البنية المورفولوجية للحالة.

- الهندام : نظيف.....، متسخ.....
- الوزن : نحيف .....، بدين .....

## قائمة الملاحق

- الانتباه والتركيز : ينتبه ويركز في الحديث .....، لا يركز ولا ينتبه في الحديث .....
- المزاج : متقلب .....، معتدل .....كئيب .....
- ملامح الوجه : حزين .....، كئيب .....، سعيد .....
- النشاط الحركي : بطيء.....، نشيط .....، كثير .....
- الاتصال : يتفادى الاتصال .....، سهولة الاتصال مع الحالة.....، يرفض الاتصال
- محتوى الأفكار : متسلسلة.....، غير متناسقة .....، متناسقة .....

## المحور الثالث : التاريخ الشخصي والأسري

- أحكي لي كيف عشت طفولتك ( التربية ، السكن ،الحضانة ....)
- كيف كانت علاقتك بوالديك ؟
- كيف كانت علاقتك بأخوتك وأخوتك ؟
- صف لنا علاقتك بطبيبك ؟
- هل يمكن أن تصف لنا علاقتك الزوجية ؟
- ما هي الأحداث التي واجهتك في طفولتك ؟ وبقيت مؤثرة فيك إلي الآن ؟
- ما هي أهم صعوبات أو الأحداث التي واجهتك في هذه المرحلة ؟
- كيف هو الحال في العمل ؟
- ما هي أهم الصعوبات التي تواجهك في العمل ؟

## المحور الرابع: التاريخ المرضي والمعاش النفسي له

- هل من الأفراد عائلتك من هو مريض بالسرطان ؟
- هل تعاني من أمراض أو مشكلات صحية أخرى ؟
- هل تشعرك المرض بالحزن ؟
- هل يعيقك المرض عن أداء أدوارك ؟

## قائمة الملاحق

- هل تشعرك المرض أنك وحيد في هذه الدنيا ؟
- هل يتسبب المرض في تعكير حياتك ؟
- هل أنت راضي عن نفسك رغم المرض ؟
- هل تشعرك مرضك بالتعبية لطبيبك و أسرته ؟
- هل تشعرك مرضك بالإحراج عند تقديم المساعدة لك ؟
- هل تشعر بالنقص تجاه مرضك ؟
- هل تتناول الدواء الذي يصفه لك الطبيب ؟
- هل تحافظ علي تناول الدواء إن تغيرت أوضاعك (سفر ،صوم .....)
- هل تلتزم بمواعيد الطبيب وتوجيهاته ؟
- هل تلتزم حمية غذائية خاصة بمرضك ؟
- هل تتقبل مرضك وتتعايش معه ؟
- ما هي الأمور التي ساعدتك علي تقبل المرض ؟
- هل يعتبر دعم الأسرة والطبيب من العوامل المساعدة على تقبل المرض ؟ كيف ذلك ؟

## المحور الخامس : سرطان القولون.

- كلمني عن مرضك ؟ في أي عام أصبت به ؟
- ماذا حصل في تلك السنة أو السنة التي قبلها ؟
- كيف كانت صحتك قبل أن تمرض بسرطان القولون ؟
- كيف هو تطور مرضك ؟ هل هو في تحسن أو العكس ؟
- متى يزداد المرض عندك أو تزيد أعراضه ؟
- ما هي الأعراض التي تأثر عليك وعلى حياتك اليومية ؟
- في رأيك ما هو سبب مرضك وما هي الأشياء التي اجعله يتفاقم ؟

## قائمة الملاحق

- هل استشرت الطبيب وطلبت العلاج ؟ إذا كان نعم أخبرني عن الأطباء الذين استشرتهم؟

- هل استفدت من الدواء الذي قدم لك ؟

- هل مازلت لديك أعراض المرض ؟

### المحور السادس : قلق الموت

- كلمني عن شخصيتك ؟ كيف هو طبعك عادة ؟

- ما هي الأشياء التي تقلقك ؟

- بما تحس في جسمك عند شعورك بالقلق ؟ماذا يحدث لك ، وماذا تفعل ؟

- إلى متى يستمر قلقك ؟ هل تطول المدة أم لا ؟

- هل تشعر بالضيق والحزن عند رؤية الجنازة ؟

- هل تخاف كثيرا من رؤية أو لمس الجثث ؟

- هل تخاف من زيارة المقابر ؟

- هل يصيبك خوف شديد عند رؤية الآخرين يحتضرون ؟

- هل تخاف من فقدان أطفالك ؟

- هل يزعجك كثيرا تلقي خبر وفاة قريب لك ؟

- هل سماعك بموت الآخر يزعجك ؟

- هل تخاف بمجرد سماعك أن هناك شخص مريض مثلك ؟

- هل تقلق كثيرا إذا اضطررت إلي زيارة مريض بالمستشفى ؟



المحور السابع: الاكتئاب.

- كيف هو مزاجك عادة؟
- كيف كانت حالتك النفسية قبل المرض والآن بعد المرض؟
- ما هي الأحداث التي عشتها قبل أو عند ظهور المرض؟
- كيف هي أوضاعك المالية أو العائلية؟
- كيف هو نومك؟
- هل ترى الأحلام؟ إذا نعم أخبرني عن أحلامك؟
- كيف شهيتك للأكل؟
- كيف هي دراستك أو عملك؟
- هل عندك هوايات تحب فعلهم؟ إذا نعم حدثني عليهم؟
- كيف ترى مستقبلك؟

## قائمة الملاحق

### الملحق 02 : مقياس قلق الموت لـ : دونالد تمبلر.

الحالة : .....

السن : .....

الجنس : .....

التعليمة : عزيزي المجيب إذا كانت يرجى منك الإجابة عن هذه الأسئلة بوضع :

- بوضع ( ص ) إذا كانت العبارة تنطبق عليك أو تتاسبك .

- بوضع ( خ ) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك أو تتاسبك .

الرقم	العبارة	(ص)	(خ)
01	أخاف كثيرا من الموت		
02	نادرا ما تخطر لي فكرة الموت		
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت		
04	أخاف أن تجرى عملية جراحية.		
05	لا أخاف إطلاقا من الموت		
06	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص		
07	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت		
08	أتضايق كثيرا من مرور الوقت		
09	أخشى أن أموت موتا مؤلما		
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا		

قائمة الملاحق

		أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	11
		كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا.	12
		أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	13
		يزعجني منظر جسد ميت.	14
		أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني	15

## قائمة الملاحق

الملحق 03 : مقياس " أرون بيك " للاكتئاب.

التعليمة :

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

**0 / أنا لا أشعر بالحزن.**

1- أنا لا أشعر بالحزن والكآبة.

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

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

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

1- أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.

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

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

**0 / أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل.**

1- أنا اشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط.

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

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

**0 / أنا راضي .**

1- أنا أشعر بالملل أغلب الوقت .

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

3- أنا غير راضي عن كل شيء

## قائمة الملاحق

0/ أنا لا أشعر بأنني أثم أو مذنب .

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

2- أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما .

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

0/ أنا ليست لدي أي أفكار للإضرار بنفسي.

1- أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذها .

2- أنا اشعر بأنه من الأفضل أن أموت.

3- لو استطعت لقتلت نفسي.

0/ أنا لم أفقد اهتمامي بالناس.

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

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

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

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

1- أنا أحاول تأجيل اتخاذ القرارات.

2- أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.

3- أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرار بعد الآن .

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

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

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

3- أنا أشعر بأنني قبيح أو غير جميل المنظر.

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

## قائمة الملاحق

- 1- أبتل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.
  - 2- يجب أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.
  - 3- أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.
- 0/ أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل.**
- 1- أنا لا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.
  - 2- أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.
  - 3- أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.
- 0/ شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد.**
- 1- شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.
  - 2- شهيتي أصبحت أسوأ الآن.
  - 3- ليست لي شهية للأكل نهائياً.

## قائمة الملاحق

### الملحق 04 : مقرر التوجيه للمستشفى اليومي للامراض السرطانية بمزغران.



الملحق رقم 05 : البطاقة التقنية للمستشفى اليومي للأمراض السرطانية بمزغران

## Organigramme Hopital du jours Oncologie Médical Mezaghran

### PRESENTATION DE LA STRUCTURE :

#### A- HISTORIQUE:

L'hôpital du jour de mazagran a été crée officiellement suivant la réglementation pour la prise en charge d'une population cible à Mostaganem, inaugurée le 1 novembre 2012 par le wali accompagné des autorités locales et les responsables de la D.S.P. Correspond donc au 58eme anniversaire du déclanchement de la guerre de la libération nationale. Cette structure se situe à proximité du mausolée de sidi Belkacem à mazagran, elle a été occupée au paravent par une organisation syndicale relevant du secteur de l'éducation national ,la structure datant de la période coloniale a bénéficiée d'une rénovation pour pouvoir abrites cet hôpital du jour.

#### **B. DESCRIPTION DE LA STRUCTURE:**

- ✓ Bureau des entrées (admissions) Une salle d'attente
- ✓ Service d'oncologie médicale Service de rééducation fonctionnelle Bureau o par cologne Unité de rhumatologie
- ✓ Plateaux technique :
  - Laboratoire d'analyse médicale
  - Radiologie et échographie
  - Pharmacie



**C. DESCRIPTION DU SERVICE D'ONCOLOGIE:**

il comprend :

- Un bureau du médecin chef
- Un bureau du surveillant médical
- Un bureau de consultation et soins
- Une salle d'hospitalisation pour hommes contenant (sept07 ) lits (02 lits et 05 fauteuils)
- Une salle d'hospitalisation pour femmes contenant 10 lits (04 lits et 10 fauteuils)
- Une salle des urgences contenant 02 lits
- 02 bureau des psychologue

**C.PERSONNEL DU SERVICE:**

- Trois médecins spécialistes oncologie médicale
- Un surveillant médical
- 02 psychologue
- 06 (six) infirmiers (01 I.S.S.P.04 1.S.P.01 I.D.E).

**D.MES ACTIONS DANS LE SERVICE:**

- Accueil et admission du malade
- Installation du malade
- Vérification du bilan
- Prise en charge psychologique du malade
- Prise des constantes: poids, T.A T° etc...
- Préparation du traitement selon les protocoles établis par le Medecin oncologue.

## قائمة الملاحق

- Placer un cathéter et prendre une voie chez les malades ayant un traitement par voie veineux Commencer le traitement de chimiothérapie selon la prescription médicale (protocole).
- Surveillance du malade.
- Donner le traitement par voie orale chez certains malades.