



جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس



مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان

دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان بالوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس: تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

د. زواري أحمد خليفة

إعداد الطلبة:

- ببيوضة منال

- شايبي هادية

السنة الجامعية: 2022/2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر:

الحمد لله وكفى والصلاة على الحبيب المصطفى وأهله ومن وفى أما بعد:

الحمد لله الذي وفقنا لتتضمن هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضلته تعالى مهداة إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله وأدامهما نورا لدرينا ورحم من هو متوفي منهم لكلا عائلة "شايبي وبيوضة" الكريمتين اللتان ساندتانا ولا تزال من إخوة وأخوات ورفقاء درب إلى مشرفة التربص وكل طاقم مركز السرطان بولاية الوادي إلى رفيقات المشوار ورفقاء المشوار وإلى كل من قدم لنا يد العون من قريب أو من بعيد إلى صحتنا ادامها الله علينا وإلى كل من أحبهم قلبينا ونسيهم قلمينا.

إلى دكتورنا المحترم والقدير خليفة زواري أحمد الذي له الجزء الأكبر في هذا العمل الموفق بإذن الله اعطائنا من وقته الثمين ورحابة صدره وبشاشة وجهه أنار الله دربه وجزاه كل خير.

فما أشرقت في الكون أي حضارة إلا وكانت من ضياء معلم رسالة شكر وعرفان وامتنان نقدمها لدكتورنا ولكل معلم من بداية واطئتنا في التعليم وكل مربى فاضل مخلص في أداء رسالته التعليمية والتربوية واضعاً نصب عينيه تقوى الله قبل كل شيء فشكراً للعطاء فأنتم شركاء في صناعة الأجيال.

"شكرا دكتورنا"

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان، والتعرف عن فروق في متوسط درجات الاكتئاب تبعا لنوع السرطان، والجنس، وعمر المريض. اجريت هذه الدراسة بمركز مكافحة السرطان بالوادي، على عينة قوامها (40) مصاب بالسرطان، طبق عليهم مقياس أرون بيك (B.D.I.II)، للاكتئاب، وتم اعتماد المنهج الوصفي الاستكشافي، ولمعالجة فرضيات الدراسة استخدمنا الأساليب الإحصائية عن طريق تطبيق البرنامج الإحصائي SPSS:

وأُسفرت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا يتميز أغلبية المرضى المصابين بالسرطان بمستوى اكتئاب مرتفع.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين المرضى المصابين بسرطان الأورام والمرضى المصابين بسرطان الدم على مقياس بيك للاكتئاب.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين الذكور والاناث من المرضى المصابين بالسرطان على مقياس بيك للاكتئاب.
- لا توجد فروق دالة احصائيا على مقياس بيك تبعا لعمر المريض 40 سنة فاقل/أكثر من أربعون سنة.

Résumé.

Cette étude vise à détecter le niveau de la dépression chez les patients atteints de cancer et d'identifier toutes les différences entre les scores moyens de dépression en fonction du type de cancer, le sexe et l'âge du patient.

Cette étude a été menée centre anti-cancer dans la vallée, sur un échantillon de 40 patients atteints de cancer, qui leur est appliqué Aaron Beck (B.D.I.II), la dépression, a été adopté l'approche descriptive exploratoire, et d'aborder les hypothèses de l'étude, nous avons utilisé méthodes statistiques en appliquant le programme statistique SPSS

L'étude a abouti aux résultats suivants:

- il ne se caractérise pas par la majorité des patients atteints de cancer avec un niveau élevé de dépression.
- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les patients atteints de tumeurs cancéreuses et de patients atteints de leucémie à l'échelle de dépression de Beck.
- Aucun des différences statistiquement significatives entre les patients hommes et femmes atteintes d'un cancer à l'échelle de dépression de Beck.
- Aucun des différences statistiquement significatives à l'échelle Beck en fonction de l'âge du patient de 40 ans ou moins / plus de quarante ans.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	كلمة شكر
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية
ج	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
د	فهرس المحتويات
و	قائمة الجداول
و	قائمة الاشكال
2	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
6	اشكالية الدراسة
7	فرضيات الدراسة
7	أهداف الدراسة
7	أهمية الدراسة
7	التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
8	الدراسات السابقة
الفصل الثاني: الاكتئاب	
14	تمهيد
14	تعريف الاكتئاب
15	أعراض الاكتئاب
15	أنواع الاكتئاب
17	النظريات المفسرة للاكتئاب
19	أسباب الاكتئاب
20	معايير تشخيص الاكتئاب حسب (DSM5)
22	علاج الاكتئاب
23	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: مرض السرطان	
25	تمهيد
25	تعريف السرطان
25	أنواع السرطان
26	أسباب السرطان
27	أعراض السرطان
28	النظريات المفسرة للسرطان
29	تشخيص السرطان
30	علاج السرطان
32	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة	
35	تمهيد
35	المنهج المتبع للدراسة
35	المجال المكاني والزمني لإجراء الدراسة
36	عينة الدراسة
37	أدوات جمع بيانات الدراسة
39	الاساليب الاحصائية المستخدمة
الفصل الخامس: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة	
41	تمهيد
41	عرض وتحليل النتائج
46	تفسير ومناقشة النتائج
48	خلاصة نتائج الدراسة وتوصيات
51	قائمة المراجع
الملاحق	

قائمة الجداول:

الرقم	الجدول	الصفحة
01	توزيع عينة الدراسة حسب نوع السرطان	36
02	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	36
03	توزيع عينة الدراسة حسب السن	36
04	صدق مقياس بيك	38
05	دلالة الاختلاف بين مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان	41
06	دلالة متوسط الفروق بين الذكور والاناث من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب	42
07	دلالة متوسط الفروق بين المرضى المصابين بسرطان الأورام والمرضى المصابين بسرطان الدم على مقياس الاكتئاب	43
08	دلالة متوسط الفروق بين مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعا لعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة)	45

قائمة الاشكال:

الرقم	الشكل	الصفحة
01	مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان	42
02	متوسطي درجات الذكور والاناث من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب	49
03	متوسطي درجات مرضى سرطان الاورام ومرضى سرطان الدم على مقياس الاكتئاب	44
04	متوسطي درجات مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعا لعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة)	45

مقدمة

مقدمة

يُعتبر داء السرطان من الاضطرابات المعاصرة، فهو مرض يصيب الجسم وتكون لديه في كثير من الاحيان القدرة على الانتشار في جميع أنحاء الجسم، أي انه يقوم بغزو الخلايا والانسجة وتشكيل الورم الخبيث الذي يبدأ بالانتشار وبشكل لا يمكن التحكم به، فهو من بين الاضطرابات التي تنتشر بسرعة فائقة في جميع أنحاء العالم، فهو يصيب الانسان في أي مرحلة عمرية ويزيد خطر الاصابة به مع تقدم العمر، ويعتبر السرطان ثاني داء يؤدي الى الموت بعد الايدز، لكن معدلات البقاء على قيد الحياة تتحسن بفضل التحسينات التي شهدتها طرق الكشف عنه وعلاجه والوقاية منه.

يمر الشخص المصاب بالسرطان بعدة مستويات من الاجهاد العصبي والتقلبات العاطفية ومن الضغوط النفسية والقلق العصبي. فالخوف من الموت والتغيرات الجسدية وكذلك تغير نظرة الانسان لذاته والتغير في طريقة الحياة، كل هذه القضايا ذات اهمية كبيرة عند أي مصاب بالسرطان، ومن العادي الاحساس بالاسى والحزن، فهذا يعتبر تفاعل طبيعي في هذه الازمة فالمهم هنا هو التمييز ما بين مستويات الحزن والأسى الطبيعية وبين الاكتئاب الحاد الذي يحتاج للمعالجة.

فالالاكتئاب الجدي هو علة قائمة بذاتها وبأعراض يمكن تشخيصها ومضاعفات ينبغي علاجها، وليس حزنا طبيعيا او مزاج عكر.

فأغلبية الناس عند اكتشاف اصابتهم بالسرطان يشعرون باليأس وكذلك عدم تصديق الامر والرفض وعدم التقبل، وقد يؤدي بهم هذا الى معاناتهم من فقدان الشهية وكذلك صعوبة في النوم والقلق الحاد، والتفكير المستمر بشأن المستقبل، ولكن كل هذه المشاعر تخف حدها تدريجيا حين يتكيف الشخص مع الوضع الجديد، بحيث يبدأ في النهوض ومقاومة المرض ومواجهة الواقع.

ومن دلالات تكيف الشخص مع الوضع المستجد هو القابلية للاستمرار بفاعلية في كافة نشاطات الحياة اليومية، وكذلك ادماج المعالجات في روتين حياة الشخص. ولكن توجد صعوبة عند البعض في التأقلم، وحين لا يستطيع المرء التكيف مع التشخيص وتقبل الواقع عقب فترات طويلة، فتظهر عليه علامات عدم الاكتراث بأمور الحياة المهمة وفقدان

الاهتمام بنشاطات الحياة اليومية، فهذا يمكن أن يكون ذلك مؤشرا لإصابة الشخص بالاكنتاب والاحباط.

وانطلاقا مما سبق نحاول في هذه الدراسة الكشف عن مستوى الاكنتاب لدى مرضى السرطان، وهذا الأخير يؤدي بنا إلى تقسيم الدراسة إلى قسمين: القسم الاول وهو الجانب النظري: ويشتمل ثلاثة فصول ومنها الفصل الاول يتضمن الاطار العام للدارسة وفيه طرح إشكالية الدراسة وفرضياتها، ثم الأهداف والأهمية من الدراسة، بالإضافة للدراسات السابقة وفي الأخير التعريف الاجرائي لمفاهيم الدراسة، وخصص الفصل الثاني للاكنتاب وفيه يتم التعريف به وبأعراضه، وذكر أنواع الاكنتاب والنظريات المفسرة له، ثم التعرف على أسباب الاكنتاب، وتشخيصه، ثم علاجه.

ويخصص الفصل الثالث لمرض السرطان ويندرج تحته كل من تعريفه، أنواعه، أسبابه واعراضه، النظريات المفسرة له، وتشخيصه، ثم علاجه.

أما القسم الثاني خصص للجانب التطبيقي ويشتمل على فصلين، فصل الإجراءات المنهجية للدراسة: وفيه المنهج المتبع للدراسة، والمجال المكاني والزمني لإجراء الدراسة وعينة الدراسة، وادوات جمع بيانات الدراسة بالإضافة الى الاساليب الإحصائية المستعملة. وفصل لعرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة، ونختتمها بخلاصة نتائج الدراسة واقتراحات.

الجانِب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

أولاً: اشكالية الدراسة

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: أهداف الدراسة

رابعاً: أهمية الدراسة

خامساً: الدراسات السابقة

سادساً: التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة

أولاً: اشكالية الدراسة:

يعد السرطان من أخطر الأمراض العضوية التي تدخل في حياة الفرد، فتغير مضمون حياته وعمليات أجهزة جسمه، مما يؤثر سلباً عليه، حيث يدمر جهاز المناعة في الدم ويعيق جميع وظائف الحياة الصحية وهذا يسبب العديد من المشاكل الجسدية مثل الغثيان وفقدان الشهية وتغيرات الوزن، ولكن أيضاً العديد من الاضطرابات النفسية مثل فقدان الثقة بالنفس والحزن والاكتئاب، وأحياناً الوصول حتى لعمليات انتحارية فمن بين الاضطرابات النفسية نجد أن الاكتئاب غالباً ما يصاحب السرطان ويرتبط به بشدة.

ومريض السرطان كأى مريض مصاب بمرض خطير تنتابه جملة من مشاعر الحزن والقلق والإحباط واليأس، ذلك لأن مرض السرطان يرتبط في ذهن غالبية الناس بالموت القريب والمحتم، خاصة أن هذا المرض له صفة تميزه عن باقي الأمراض الأخرى وهي عملية انقسام غير محدود للخلايا وقدرته على غزو أنسجة مجاورة سليمة. وهو ما يؤثر سلباً على حالته النفسية، حيث يمنعه من التمتع بجوانب الحياة المختلفة بسبب الآلام الكبيرة المستمرة، والتشوه الجسماني، والإنذار بالموت القريب، فيتغير سلوكه ويصبح أكثر عصبية وتوتر، فمريض السرطان يتعرض لاضطرابات نفسية وعقلية، خاصة ارتفاع درجة قلق الموت والاكتئاب الذي قد يصل بالمريض إلى حد الانتحار. (جبر، 2004، 33، 34)

ونجد بيك (beck) يعرف الاكتئاب بأنه: خبرة معرفية، وجدانية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم، وعدم حب الذات ونقدها، والأفكار الانتحارية، والتهيج، والاستثارة، وفقدان الاهتمام والتردد، وانعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والقابلية للغضب وتغيرات في الشهية، وصعوبة التركيز، والإرهاق والإجهاد وفقدان الاهتمام بالجنس.

(عبد الخالق وآخرون، 2011، 170)

ويُضيف معمريّة (2007، 133) 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.

ومما سبق سنحاول تسليط الضوء في هذه الدراسة على اكتشاف مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان وعلاقته بمجموعة من المتغيرات الأخرى، التي من الممكن أن تؤدي إلى

الاختلاف في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان، كنوع السرطان، وجنس المصاب وعمره.

وهذا الأخير يدفعنا إلى طرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان؟
- هل توجد فروق بين مرضى سرطان الأورام ومرضى سرطان الدم على مقياس بيك للاكتئاب؟

- هل توجد فروق بين الذكور والإناث من مرضى سرطان على مقياس بيك للاكتئاب؟
 - هل تختلف درجات الاكتئاب على مقياس بيك باختلاف العمر لدى مرضى السرطان؟
- ثانياً: فرضيات الدراسة:**

- يتميز أغلبية المرضى المصابين بالسرطان بمستوى اكتئاب مرتفع.
- لا يوجد فروق دالة احصائية بين الذكور والإناث من المرضى المصابين بالسرطان على مقياس بيك للاكتئاب.
- لا توجد فروق دالة احصائية بين المرضى المصابين بسرطان الأورام والمرضى المصابين بسرطان الدم على مقياس بيك للاكتئاب
- لا توجد فروق دالة احصائية بين مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعاً لعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة).

ثالثاً: أهداف الدراسة:

- الكشف عن مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- التعرف على دلالة الفروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان تبع (النوع السرطان، جنس وعمر المرضى).

رابعاً: أهمية الدراسة:

- تكمُن أهمية دراسة الاكتئاب لدى مرضى السرطان في:
- لفت الانتباه لفئة مرضى السرطان والتكفل بهم نفسياً لا طبياً فقط.
- محاولة معرفة مدى تأثير الجانب النفسي للمصابين بالسرطان ببعض المتغيرات.

خامساً: التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

أ- الاكتئاب:

• **التعريف الاصطلاحي:** حالة انفعالية سلبية تتسم بالاعتمادية وتتميز بمواقف انفعالية سلبية. وتعتبر في مجال الدوافع والانطباعات المعرفية وبالسلوك السلبي عموماً ويمر الشخص المصاب بالاكتئاب بانفعالات شعور بالدونية. (الفشاوي، 1996، 20)

التعريف الإجرائي: هو مجموعته المشاعر والاحاسيس، التي تظهر كردة فعل الانسان على خيبه ما، وهي الدرجة الكلية التي يتحصل مريض السرطان على مقياس بيك للاكتئاب.

سادسا: الدراسات السابقة:

اولا: الدراسات السابقة المتعلقة بالاكتئاب:

أ- **دراسة دانيا الشبئون (2008):** دراسة بعنوان القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين رسالة الدكتوراه جامعة دمشق، هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى المراهقين من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية ومعرفة الفروق بين المراهقين في القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب تبعا لمتغير الجنس (الذكور، الاناث)، شملت الدراسة (655) طالبا وطالبة من الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، تم الاعتماد على اختبار القلق حالة وسمة والاكتئاب، توصلت الدراسة إلى:

- وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى عينة البحث جميعا، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب (0.63) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب (0.69).

- وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى المراهقين من الجنسين حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب عند الذكور 0.63 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب عند الإناث 0.67 في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب عند الذكور 0.64.

بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب عند الإناث 0.70.

- تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق بوصفه حالة.

- تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق بوصفه سمة وذلك لصالح الإناث.

– تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الاكتئاب وذلك لصالح الإناث.

ب-دراسة مهى عيلى وخديجة بلغيت (2012): دراسة بعنوان دراسة الاستجابة الاكتئابية لدى المرأة بعد الولادة، رسالة ليسانس، تخصص علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح ولاية ورقلة، هدفت الدراسة إلى التعرف على الاستجابة الاكتئابية لدى المرأة بعد الولادة شملت الدراسة (100) امرأة حديثة الولادة بالمصلحة الاستشفائية محمد بوضياف، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي ثم الاعتماد على مقياس بيك للاكتئاب، توصلت الدراسة إلى أنه تظهر لدى المرأة استجابة اكتئابية منخفضة بعد الولادة.

ج-دراسة عرابي سمينة نعيمة (2014): دراسة بعنوان الاكتئاب عند الشخصية الجدية رسالة ماستر تخصص اضطرابات الشخصية، جامعة الطاهر مولاي سعيدة، هدفت الدراسة إلى التعرف على كل من الاكتئاب واضطراب الشخصية الجدية وكذا التعرف ما إذا كان صاحب الشخصية الجدية يعاني من الاكتئاب شملت الدراسة حالة واحدة بمركز التكوين المهني بريزني الشيخ، سعيدة، استخدمت الدراسة المنهج العيادي حيث تم الاعتماد على المقابلة، الملاحظة المباشرة، مقياس بيك للاكتئاب، اختبار الرورشاخ. توصلت الدراسة إلى أن صاحب الشخصية الجدية يعاني من الاكتئاب.

د-دراسة ظريف وافية (2017): دراسة بعنوان الإجهاض المتكرر وعلاقته بظهور الاكتئاب رسالة الماستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير الإجهاض المتكرر في ظهور الاكتئاب لدى المرأة شملت الدراسة أربعة حالات من النساء المجهضات بمستشفى عين فكرون ولاية أم البواقي استخدمت الدراسة المنهج العيادي، تم الاعتماد على المقابلة النصف الموجهة، واختبار بيك للاكتئاب توصلت الدراسة إلى:

– يؤدي الإجهاض المتكرر إلى ظهور الاكتئاب وبالتالي تحققت الفرضية مع الحالات الأربعة.

ثانيا: الدراسات المشابهة بالاكتئاب والسرطان:

أ-دراسة الطاهري زهيرة ومعروف خديجة (2014): دراسة بعنوان أثر تقنية مجموعة المحادثة للتخفيف من القلق والموت والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، رسالة

ليسانس، تخصص علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، هدفت الدراسة تبني نموذج علاجي نفسي جماعي لد من الافراد مصابين بالسرطان من اجل مساعدتهم للتخلص والتخفيض من الاضطرابات ذات الطابع النفسي في مقدمتها الاكتئاب وقلق الموت، شملت الدراسة(12) حالة بمستشفى محمد بوضياف في مصلحة الاورام السرطانية والعلاج الكيميائي.

استخدمت الدراسة المنهج التجريبي، تم الاعتماد على مقياس القلق للموت لتيمبلر ومقياس بيك للاكتئاب وأيضا تقنية مجموعة المحادثة العلاجية النفسية، الاختبار القبلي، الاختبار البعدي، توصلت الدراسة الى:

– تلعب تقنية مجموعة المحادثة العلاجية دورا مهما في التخفيض من قلق الموت لدى مرضى السرطان.

– تلعب تقنية مجموعة المحادثة العلاجية دورا مهم للتخفيض من الاكتئاب لدى مرضى السرطان من خلال نتائج الاختبار المطبقة.

ب-دراسة هناء سماعيل(2014): دراسة بعنوان التظاهرات الاكتئابية لدى الراشد المصاب بالسرطان رسالة ماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر بسكرة هدفت الدراسة الى التعرف على القلق والنزاعات الانطوائية لدى الراشد المصاب بالسرطان وشملت الدراسة(03) حالات مصابين بمرض السرطان بمصلحة الاورام السرطانية بمستشفى حكيم سعدان، بسكرة، استخدمت الدراسة المنهج العيادي، تم الاعتماد على الملاحظة والمقابلة النصف موجهة ومقياس بيك للاكتئاب. توصلت الدراسة الى:

– الفرضية الاولى: يظهر الاكتئاب لدى الراشد المصاب بالسرطان في شكل قلق.

– الفرضية الثانية: يظهر الاكتئاب لدى الراشد المصاب بالسرطان في شكل نزاعات انطوائية.

ج-دراسة احلام قدوري وسهام كرامة(2014): دراسة بعنوان الاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان رسالة ليسانس تخصص علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، هدفت الدراسة الى معرفة الاكتئاب عند النساء المصابات بالسرطان، والكشف فيما اذا كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية في الاكتئاب تعزى للمتغيرات الوسطية التالية: السن والحالة الاجتماعية، زمن التشخيص، شملت الدراسة(51) امرأة متواجدة في مستشفى محمد

بوضياف، ورقلة، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، تم الاعتماد على اختبار بيك والاساليب الاحصائية، اختبار اتو، اختبار تحليل التباين الاحادي، توصلت الدراسة الى:

– تعاني النساء المصابات بالسرطان من الاكتئاب.

– لا توجد فروق دالة احصائية في الشعور بالاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان تعزى لعامل السن.

– لا توجد فروق دالة احصائية في الشعور بالاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان تعزى لعامل الحالة الاجتماعية.

– لا توجد فروق دالة احصائية في الشعور بالاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان تعزى لعامل زمن التشخيص.

د-دراسة منار سعيد مصطفى(2015): دراسة بعنوان قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في الاردن، جامعة اليرموك، الأردن وهدفت هذه الدراسة للكشف عن قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي بالأردن، فشملت الدراسة(118) مريضة من مريضات الثدي اللواتي تواجدن في مستشفى الملك عبد الله الاول، حيث استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التنبؤي، تم الاعتماد على مقياس الاكتئاب، بحيث توصلت الدراسة الى ان:

– مستوى الاكتئاب لدى مريضات السرطان كان متوسطا وان مستوى الرضا عن صورة الجسد كان منخفض.

– وجود علاقة سالبة دالة احصائية بين مستوى الاكتئاب ومستوى الرضا عن صورة الجسد ككل ومجالاته لدى مريضات السرطان.

– ان المتغيرات التي لها قدرة تنبؤية بمستوى الاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي هي: وصورة الجسد، العمر، الحالة الاجتماعية، مدة الاصابة، العلاج النفسي، العلاج الجراحي العلاج الكيميائي، العلاج الاشعاعي، اعادة ترميم الثدي.

و-دراسة بالحلفاوي سهام(2015): دراسة بعنوان الاكتئاب عند المرأة المصابة بسرطان الثدي بعد عملية البتر، رسالة ماستر، تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية، جامعة عبد الحميد بن باديس بمستغانم هدفت الدراسة الى الكشف عن المعاناة النفسية والجسمية لهذه الفئة التي تعاني من سرطان الثدي بعد عملية الاستئصال، شملت الدراسة(04) حالات في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقة بوهران واستخدمت هذه الدراسة المنهج

العيادي، تم الاعتماد على مقياس بيك للاكتئاب، المقابلة الموجهة والغير موجهة، الملاحظة العيادية، توصلت الدراسة الى:

– تحقق الفرضية الاولى والاساليب التي تشير الى ان المرأة المصابة بسرطان الثدي تعاني من الاكتئاب بعد عملية البتر.

– تحقق الفرضية الثانية ان درجات الاكتئاب تختلف من حالة الى اخرى.

هـ-دراسة عادل مصطفى سلطان(2017): دراسة بعنوان مستوى الاكتئاب النفسي لدى عينة من مرضى السرطان، جامعة مصراته، هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى السرطان فشملت الدراسة(230) مريض سرطان بمركز مصراته للأورام، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، تم الاعتماد على مقياس بيك للاكتئاب ونموذج البيانات الاساسية للجنس ونوع العلاج، توصلت الدراسة الى ان معظم مرضى السرطان لديهم اكتئاب شديد(65.52%)،(63.95%) يعانون من الاكتئاب المعتدل بينما يكون هناك فروق ذات دلالة احصائية في الاكتئاب النفسي حسب الجنس بينما كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى السرطان تبعا لنوع العلاج.

الفصل الثاني: الاكتئاب

تمهيد

أولاً: تعريف الاكتئاب

ثانياً: أعراض الاكتئاب

ثالثاً: أنواع الاكتئاب

رابعاً: النظريات المفسرة للاكتئاب

خامساً: أسباب الاكتئاب

سادساً: تشخيص الاكتئاب حسب (DSM5)

سابعاً: علاج الاكتئاب

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التي لها تأثير كبير على الفرد، بحيث أنه قد تصل اثار الاكتئاب الى الانتحار، وهذا راجع لمعاناة الفرد المكتئب، وفي هذا الفصل سنطرق الى تعريف الاكتئاب وأعراضه وأنواعه، النظريات المفسرة له وأسبابه بالإضافة الى معايير تشخيصه وللطرق المختلفة لعلاج.

أولاً: تعريف الاكتئاب:

أ-التعريف اللغوي:

يشترك اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي "كأب"، ويشير هذا الفعل أيضا إلى اسم "الكآبة" وهو يعني سوء الحال والانكسار من الحزن.

ب-التعريف الاصطلاحي:

هو اضطراب في الشخصية يمس الجانب الوجداني كما أنه اضطراب نفسي يصيب المزاج مسببا لذلك الفرد الألم والحزن الشديد تظهر فيه أخطار الانتحار، نستطيع أن نميز فيه حالات انهيارية عصبية مرضية وظيفية ناتجة عن رد فعل نفسي انفعالي إضافة إلى حالات انهيارية تطويرية ذهانية. (Richon,1901,13)

يعرف الاكتئاب حسب المعهد الأمريكي للصحة العقلية: أنه عبارة عن خلل في سائر الجسم والأفكار والمزاج، ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي والنفسي والعاطفي. (حجازي،2013،11)

هو مشاعر الكآبة والحزن والسأم والعزلة، وعدم السعادة واضطرابات العلاقة بالانا وبالأخر، وقلة الحيلة وانخفاض الحماس والهمة. (الزغبى،1988،9)

ويعرفه العديد من العلماء كل حسب كما يلي:

يعرف روبينز (1993) Robbins الاكتئاب على أنه: اضطراب وجداني يتسم بفقدان القدرة على التقويم وضعف الهمة الشعور بالاستياء ونقص تقدير الذات والشعور بالذنب كما يتسم بالتشاؤم والخط من قدرة الذات. (حافري،2015،84،85)

ويعرفه (الخطيب،2000،568) بانه: حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية، واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتفوق حول الذات.

يعرفه أدولف مير (Meyer): "الاكتئاب اضطراب وجداني يظهر بأعراض نفسية وبدنية سريرية تعكس مزاج المريض ومعاناته تتدخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية ثقافية وبيوكيميائية ووراثية في حدوثه". (نجاتي، 1977، 65)

ويعرفه حامد زهران على أنه: حالة من الحزن الشديدة المستمرة تنتج عند الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعني المصدر الحقيقي لذاته. (أديب، 2006، 379)

ثانياً: أعراض الاكتئاب:

يشتمل الاكتئاب على جملة من الأعراض نصفها فيما يلي:

أ- **الأعراض النفسية والانفعالية:** تتمثل في: الحزن والبكاء، انخفاض الطاقة، نوبات البكاء غير متحكم فيها، الشعور بالذنب والخجل وخيبة الأمل والقلق وضعف الثقة، اليأس، التعب والإنهاك، الفتور واللامبالاة.

ب- **الأعراض المعرفية:** تشير إلى عدم قدرة الأفراد على التركيز دائماً واتخاذ القرارات وكيفية تقويمهم لأنفسهم. (شارف، 2020، 16)

ج- الأعراض السلوكية: أهمها:

- تجنب الناس وعدم الاكتراث بهم، عدم الخروج من المنزل.
- إهمال الأعمال المنزلية وعدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.
- الصراخ لأتفه الأسباب، الخلافات الكثيرة.
- فقدان القدرة على التحكم في النفس.

ونشير أن أعراض الاكتئاب الإكلينيكية تتصف بظاهرة مهمة هي التغير النهاري وذلك أن شدة الأعراض تزيد في الصباح وتتحسن تدريجياً في أثناء اليوم حتى تقل حدتها مساءً فيصبح المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق والاكتئاب ويبدأ في التحسن النوعي في وسط النهار ثم تقل المعاناة النفسية بعد ذلك تدريجياً. (الأنصاري، 2006، 46)

ثالثاً: أنواع الاكتئاب:

من بين تصنيفات الاكتئاب ما يلي:

أ- الاكتئاب الخفيف:

عند الإصابة بالاكتئاب الخفيف، يعاني المرء من تعكر المزاج من وقت إلى آخر وعادة ما يبدأ المرض بعد حدث مرهق فيسيطر القلق على المريض محبطاً. في الحقيقة وغالباً ما تكون ويصبح تغيرات أسلوب الحياة كافية للإصابة بهذا النوع من الاكتئاب.

ب- الاكتئاب المتوسط:

عندما يصاب المرء بالاكتئاب المتوسط، يتعكر مزاجه في شكل دائم، وتظهر عليه بعض أعراض المرض الجسدي، علماً أن هذه الأعراض تختلف من شخص إلى آخر. ولا تسبب التغيرات التي تطرأ على أسلوب الحياة وحدها هذا النوع من الاكتئاب، وغالباً ما يحتاج المرء عند إصابته بالاكتئاب المتوسط إلى مساعدة طبية.

ج- الاكتئاب الشديد:

يعتبر الاكتئاب الشديد مرضاً يهدد حياة الإنسان ويترك على الجسم أعراضاً شديدة لذلك يشعر المكتئب اكتئاباً شديداً بأعراض جسدية وتراوده التوهمات والهلوسات. ولا بد أن يراجع المكتئب اكتئاباً شديداً الطبيب بأسرع وقت ممكن تفادياً لخطر الإقدام على الانتحار. كما تستعمل مصطلحات أخرى في الوسط الطبي لوصف أنواع الاكتئاب التي تصيب الإنسان، ومن هذه المصطلحات نذكر ما يلي:

- الاكتئاب المتكرر.
- الاكتئاب المزمن.
- الاكتئاب الارتكاسي.
- الاكتئاب التفاعلي.
- الاكتئاب العصابي.
- الاكتئاب الذهاني.
- الاكتئاب ثنائي القطب، أحادي القطب.
- الاكتئاب العضوي.
- الاكتئاب المتكرر قصير الأمد.
- الاكتئاب العاطفي الموسمي. (منعم، 2013، 36، 41)

رابعاً: النظريات المفسرة للاكتئاب:

أ- نظرية التحليل النفسي (Psychoanalysis Theory):

إن نمط الشخصية يحاول كبت وتحويل انفعالات الشخص إلى الداخل، ويكون عرضة للاكتئاب أكثر من ذلك النمط الذي يعبر عن هذه الانفعالات بطرائق مختلفة. وأن الأطفال الذين مروا بتجربة فقد والديهم أكثر عرضة للاكتئاب من غيرهم في سنين رشدهم، حيث تستثير المشاعر المؤلمة الحاضرة مشاعر الفقد القديمة.

ولما كان الأنا الأعلى يرفض مثل هذه المشاعر فإنه يحولها إلى الذات، وما الاكتئاب في حقيقته إلا نوع من العدوان الموجه ضد الذات. فسر فرويد وأبراهام الاكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط، وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى، يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية والالتحام والنبذ وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه فإنه ينكص لحاجته الأولية، وبعمليات دفاعية لاشعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص.

ربط فرويد بين الحزن والاكتئاب، وقال إن كلتا الحالتين تتناولان فقد ما، ففي الاكتئاب يكون هذا الفقد أقل وضوحاً، حيث يكون مفهوماً مجرداً، مثل فقد قيمة أو فقد نموذج أو فكرة عالقة بالذهن، كما أكد فرويد أيضاً على أهمية اللاشعور وميكانيزمات الدفاع التي تقوم بمنع الأفكار المؤلمة أو غير المقبولة من الدخول في الشعور، وهنا لا يكون الشخص واعياً بهذا الفقد، ولكنه على وعي بشعور اليأس والإحباط. (الهوري، 2016، 41)

ب- النظرية البيولوجية الكيميائية للاكتئاب:

كشفت الدراسات الحديثة عن الكيمياء الحيوية للمخ واثراً للعقاقير عن روية جديدة في تفسير الاكتئاب وعلاجه، على سبيل المثال بين أنه لا يوجد عمر يكون فيه الفرد محصن ضد الاكتئاب إلا أنه يبدو أن المسنين أكثر تعرضاً له، وتلعب الخبرات الانفعالية علي النشاط الكيميائي للمخ، وتوجد البلايين من النيورونات التي ترسل الرسائل الكهربائية وتستقبلها عن طريق الموصلات العصبية، وقد يحدث بعض الاضطرابات في الخلايا

العصبية أو نقص في مقدار المنقول من المادة الكيميائية، أو خلل وظيفي في عمل نيورون الاستقبال والخلل في تلك الأمور يسهم بشكل أساسي في الإصابة بالاكتئاب ويفترض بعض المهتمين في هذه المجال أن الاكتئاب ناتج من نقصان بعض المواد الكيميائية في المخ.

(جلال، 1986، 34)

وبذلك ترى النظرية البيولوجية أن أسباب نشوء مرض الاكتئاب يأتي نتيجة إصابة أو اضطراب في الوظائف الفسيولوجية والكيميائية للدماغ، ويذكر هنا (Thase) مجموعة من الأدلة غير المباشرة على دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب وهي:

- 1- دورة المرض الراسية، والتي تتصف بفترات تحسن، تبادلياً مع نوبات من الاكتئاب والهوس وهذه النوبات دليل على الاضطراب المرضي ذي الأساس البيولوجي.
- 2- وجود مجموعة من الأعراض والتي توحى اضطراب في العمليات الحيوية مثل (اضطراب النوم والشهية وتباين يومي في المزاج واضطرابات في الحركات النفسية الحركية).
- 3- أدلة على وجود عوامل وراثية.

- 4- استجابة جسمية للأدوية العلاجية خاصة عند الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الحيوية. (صمويل، 2007، 28)

ج- النظرية المعرفية:

تعد نظرية بيك في الاكتئاب ممثلة للاتجاه المعرفي، حيث يعتقد بيك أن الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته وللعالم وللمستقبل، وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب. كما صاغ مارتين سليجمان، وجهة النظر المعرفي الخاصة بالاكتئاب في ضوء أن مصدر الاكتئاب هو حالة فقدان للضبط أو التحكم من خلال وسائل التدعيم السلبي أو الإيجابي المكتسب وأطلق على ذلك اسم العجز المتعلم وفيه يشعر الفرد بالضعف والاستكانة والنظرة الكئيبة المتشائمة للمستقبل. ويقرر سليجمان أن الناس ينكرون على أنفسهم فرصة ضبط بيئتهم الخاصة في سنوات حياتهم الباكرة يكونون أكثر ميلاً وكثرة تعرضاً لحالة العجز المتعلم في حياتهم الراشدة. (عوض، 1999، 71، 72)

د- النظرية السلوكية:

بالرغم من اهتمام السلوكيين بنشأة الاكتئاب وتطوره بدا متأخرا إلا أنهم يقدمون حاليا إسهاما في هذا المجال. وعلى نقيض من مدرسة التحليل النفسي، لا تعترف ولا تعني المدرسة السلوكية إلا بتقييم السلوك البادي للعيان، وتراه محصلة لعملية مستمرة تتم عبر احتكاك الشخص بالبيئة، والافتراض الرئيسي للنظرية السلوكية عن الاكتئاب هو أن انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ينتج عن انخفاض معدل التعزيز الايجابي أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة والبغيضة، و يعني هذا أن حالة الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه أو زيادة الأحداث غير السارة وكلها تؤدي إلى حالة الاكتئاب والفكرة الرئيسية عند هذه النظرية هي انه يحدث نتيجة لتشكيله من عوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج ايجابية له أو زيادة في معدل الخبرات البيئية والتي تكون بمثابة عقاب له. (معمرية، 2007، 17)

خامسا: أسباب الاكتئاب:

أ-العوامل البيولوجية:

أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في المثبرات العصبية للمواد الكيميائية بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل السيروتونين، هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما ثبت أن الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات وقد وجد أن هناك خلا في إفراز بعض الهرمونات في مرض الاكتئاب وقد يؤدي هذا الاختلال إلى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثبرات الكيميائية، أيضا اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية والغدة فوق كلوية، وهذا الاختلال يكون في أغلبه من مظاهر الاضطراب في المخ والجهاز العصبي. (الميلادي، 2004، 65)

ب-العوامل النفسية:

عادة ما يكون الاكتئاب استجابة للعديد من الصعوبات التي تواجه الفرد في حياته اليومية، فيكون الخلاص منها أو تجاوزها أو بعدم القدرة والفشل في تحقيق ذلك، وهذا ما قد يولد لدى الفرد العديد من المشاكل النفسية التي من شأنها أن تكون سببا في الاكتئاب ومن بينها ما يلي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة وكذا الخبرات المؤلمة، الكوارث القاسية والانهازم أمام الشدائد وخاصة الحرمان.

- فقدان الحب والمساندة العاطفية أو فقدان الحبيب ومرارة الحزن الشديد وفقدان ووظيفة مهنية أو فقدان الثروة أو مكانة اجتماعية أو فقدان الكرامة والشرف أو الصحة أو الفقر الشديد.

- الخبرات الصدمية والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.

- الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة التقاعد.

- فقدان تقديرات الذات ونقص الضغط والتحكم أي الشعور بعدم القيمة والافتقار إلى الاحترام هذا يؤثر على دوافع وسلوكيات الفرد فهو ينظر إلى الشيء بمنظار تشاؤمي.

- انفصال الطفل عن الأم خاصة في سن مبكرة سواء بوفاتها أو طلاقها له تأثير كبير في نموه الانفعالي والعاطفي. (زواوي، 2011، 39)

ج-العوامل الاجتماعية:

تعتبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة، منها، عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج، أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بالناس المؤلفين له.

وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس، أو الدفاع عن الحقوق إذا ما هدرت، أو اتخاذ مواقف حازمة تجاه الإلحاحات غير الواقعية من الآخرين، أو عندما يتخطى بعضهم حدود اللياقة الاجتماعية. وأحيانا يجد بعضهم صعوبة في التعبير عن استيائه أو رفضه للأشياء التي تمثل عبئا على الوقت، أو الصحة، أو الراحة.

وأخيرا، قد يشعر البعض منهم بأنه وحيد، ويفتقد حب الآخرين ودعمهم، ومع ذلك تجده يميل للانسحاب وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة.

(ابراهيم، 1998، 23)

سادسا: تشخيص الاكتئاب حسب DSM5:

ميز الدليل التشخيصي والاحصائي في طبعته الخامسة بين الاضطرابات المزاجية أحادية القطب والاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات المزاجية ثنائية القطب، حيث تم حذف

مصطلح اضطرابات المزاج وأصبح كل يصنف على حدا وهو ما سيتم توضيحه في الأسطر الموالية: (بلحسيني،الامام،ب.ت،153)

تم إفراد قسم خاص بالاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات ذات العلاقة، وقد جاءت مرتبة بعد طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، وهي تضم:

- الاضطرابات ثنائية القطب.
 - الاضطرابات ثنائية القطب.
 - اضطراب المزاج الدوري.
 - الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذي علاقة ناتج عن تعاطي مواد أولية.
 - الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذي علاقة عائد إلى حالة طبية أخرى.
 - الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذي علاقة محدد.
 - الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذي علاقة آخر غير محدد.
- في حين تم افراد قسم خاص بالاضطرابات الاكتئابية، وأصبحت تقدم الاضطرابات التالية:
- اضطراب المزاج التخريبي غير المنتظم.
 - اضطراب الاكتئاب الأساسي.
 - اضطراب الاكتئاب المزمن.
 - اضطراب عسر المزاج السابق للحيض.
 - اضطراب اكتئابي ناتج عن تعاطي مواد أولية.
 - اضطراب اكتئابي عائد إلى حالة طبية أخرى.
 - اضطراب اكتئابي محدد آخر.
 - اضطراب اكتئابي غير محدد.

بالإضافة إلى هذا التغيير في التقسيم تمت تعديلات أخرى مهمة:

تم حذف النوبة المختلطة من النوبات المزاجية ومن المعايير التشخيصية تم إضافة محدد جديد مع ميزات مختلطة، هذا المحدد الجديد لم يعد يتطلب المعايير الكاملة لكل من نوبات اكتئاب والهوس، أي أنه يمكن أن تضاف إلى نوبات الهوس مع ميزات الاكتئاب ويمكن أن تضاف إلى نوبات اكتئاب مع ميزات الهوس أو حتى هوس خفيف.

إن وجود ميزات مختلطة في نوبة اضطراب الاكتئاب الأساسي يزيد من احتمال أن المرض يقع في الطيف ثنائي القطب ومع ذلك، إذا كان الشخص لم تتوفر لديه من قبل معايير النوبة هوس أو هوس حفيف، يتم الاحتفاظ بتشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم. (نفس المرجع السابق، 145)

سابعاً: علاج الاكتئاب:

أ- **العلاج النفسي التحليلي:** هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد على نظريات التحليل النفسي وبالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المنسبة والمكتوبة في الطفولة والمبكرة حيث يعتبر تحليل هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصابية وابتاع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية وبالتالي يكشف عن نظرتة للعام. في التحليل النفسي يبحث عن إزالة عوامل الضغط وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وتنمية روح التفاؤل لديه. (عطوف، 1981، 120، 121)

ب- **العلاج البيئي:** ونعني به ايجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ويتم ذلك بانتقال المريض الى وسط علاجي او في مكان للاستشفاء ومن وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد الى عودته للحياة مرة اخرى.

ج- **العلاج بالأدوية النفسية:** ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت اشراف الاطباء النفسيين حيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته وسيتم عرض الادوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب في موضع لاحق بشيء من التفصيل. (الشرييني، 2001، 239)

د- **العلاج بالجلسات الكهربائية:** وهو أقوى علاج الآن ضد الاكتئاب وذلك بالرغم من اكتشاف العقاقير الحديثة السابقة الذكر، ويحتاج مريض الاكتئاب حوالي 6 الى 8 جلسات كهربائية موزعة على أساس جلستين أو ثلاث كل أسبوع وتفيد الجلسات الكهربائية في تعديل عمل الهيبوتالاموس وهو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي. (عكاشة، 1998، 383)

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل نستخلص أن الاكتئاب من بين أكثر الاضطرابات النفسية التي لها أثر كبير على المرضى، والتي تعيق حياتهم الشخصية وتغرقهم في مشاعر النقص ولهذا يجب مراعاة التدقيق في تشخيص هذا الاضطراب النفسي من أجل الوصول الى مختلف الطرق العلاجية له.

الفصل الثالث: مرض السرطان

تمهيد

أولاً: تعريف السرطان

ثانياً: أنواع السرطان

ثالثاً: أسباب السرطان

رابعاً: أعراض السرطان

خامساً: النظريات المفسرة للسرطان

سادساً: تشخيص السرطان

سابعاً: علاج السرطان

خلاصة الفصل

تمهيد:

السرطان يعد أحد أكبر مهددات حياة الإنسان في عصرنا هذا، فليس فقط في خطورة هذا المرض وصعوبة الشفاء منه ولكن لزيادة انتشاره حيث انه يستطيع أن يصيب كل المراحل العمرية بحيث ان له أثر كبير على المصاب بشعوره بالحزن والاكتئاب وكذلك بالفشل في حياته.

أولاً: تعريف السرطان:

هو عبارة عن نمو غير منتظم يطرأ على بعض الخلايا في الجسم مما يجعلها تتكاثر وقد تغزو الأنسجة الطبيعية المتاخمة لها وتنتشر إلى أماكن أخرى. قد يحدث هذا النمو في أي مكان في الجسم ولأي نوع من أنواع الخلايا، وهو نمو غير طبيعي يمكننا تصويره على أنه طفيلي يعيش على حساب الجسم، يصيب السرطان كلا الجنسين وجميع الأعراق.

يبدأ السرطان عندما تأخذ بعض الخلايا في النماء والتكاثر بلا ضوابط وتحتل أجزاء من الجسم وعندما يكتشف السرطان باكراً، غالباً ما يمكن استئصاله بجراحة أو معالجته بالأدوية أو بالأشعة وتكون فرصة الشفاء منه جيدة، ولكن عندما ينتشر السرطان، يصبح شفاؤه أصعب أو مستحيلاً. (قدوري،كرامة،2013،16)

كما يعرف أنه: «هو النمو الفوضوي المستمر لخلايا غير عادية داخل الجسم وتكاثر خلايا خبيثة لا تخضع للقوانين الفيزيولوجية، التي تنظم وتتحكم في الانقسام الخلوي، لتتعدى على أجهزة المراقبة في الجسم فهو كتلة من نسيج، يستمر في النمو قد يكون موضعياً أو غير موضعي، حيث تتميز الخلايا السرطانية بقدرتها على التغلغل، وغزو الأنسجة الطبيعية المحيطة لتكون مستعمرات سرطانية عديدة لها نفس صفات الورم الأولى.

(Bielefeld,2007,203)

ثانياً: انواع السرطان:

من الأمور الغريبة في شأن هذا المرض أنه ليس مرضاً واحداً بل هناك ما يزيد عن مائتي نوع من السرطان، ولكن تنحصر الأنواع الرئيسية في أربعة أنماط من السرطان وهي على النحو الآتي:

أ- **كارسينوما (Carcinoma):** وهي عبارة عن أورام خبيثة تصيب خلايا الجلد والخلايا التي تحيط بأعضاء الجسم مثل الممرات التنفسية والهضمية والتناسلية. وهذا النوع كثير الانتشار حيث أنه يمثل حوالي (90 %) من الأورام التي تصيب الإنسان.

ب- **ليمفوما (Lymphoma):** وهي الأورام التي تصيب الجهاز الليمفاوي.

ج- **السااركوما (Sarcoma):** وهي الأورام الخبيثة التي تصيب العضلات أو العظام أو النسيج الضام (Connective tissue).

د- **ليوكيميا (Leukemia):** وهي الأورام التي تصيب الأعضاء المسؤولة عن تكوين أو إنتاج الدم، من ذلك نخاع العظام (Bone marrow) وتؤدي هذه الحالة إلى حدوث تكاثر زائد في خلايا الدم البيضاء. (سنوسي، 2016، 38، 39)

ثالثا: أسباب السرطان:

أ- **العوامل النفسية:** نجد العالم "سيمونز" (Simons) في كتابه الشهير: «المظاهر السيكوسوماتية للسرطان» وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا (الجزور النفسية) الكامنة وراء السرطان وقد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

- يكون هناك من الصدمات النفسية ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.

- إن الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد. وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان، وتمكن المحللون النفسيون ملاحظة التالي:

- معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن كما هي على علاتهن.

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

- معظم المصابين والمصابات يعانين (غيرة دفينية) من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهن مكبوتة. (بطرس، 2008، 397، 398)

ب-العوامل الجينية:

هناك تغيرات جينية، قد تكون وراثية أو تتسبب بها عوامل التلوث والمبيدات والكيماويات، تخفف من مناعة الجسم ضد الخلايا السرطانية وقدرته على تصحيح الخلل في الحامض النووي والبروتينات الخلوية، فيصبح الإنسان أكثر استعداداً من غيره لنمو خلايا سرطانية. (الصغير، 2005، 32)

ج-العوامل الفيزيائية:

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد، كما أن التعرض للإشعاعات الأيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود اللوكيميا سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء ازداد بشكل هائل بين الناجين من القنبلة الذرية، وقد ظهر بينهم المرض في فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الانفجار. في السنوات الأولى لتطوير تكنولوجيا أشعة إكس لم يكن الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها على معرفة جيدة بمخاطر هذه الأشعة ولم يتوخوا نفس الحذر من استعمالها كما يفعل علماء الأشعة اليوم، وكان أمثال هؤلاء الفيزيائيين معرضون للإصابة باللوكيميا بنسبة تبلغ 10 مرات نسبة الإصابة بين الفيزيائيين عامة.

د-العوامل البيولوجية:

هناك احتمال كبير في إمكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات، فالفيروس الحليمي البشري HPV يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس EBV فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي أو ما يعرف بداء بورلين.

(Beers, 2008, 1033, 1035)

رابعاً: أعراض السرطان:

قد يسبب السرطان أعراضاً كثيرة مختلفة، وإليك بعضها منها:

- تورم أو تكثر في الثدي أو غيره من أجزاء الجسد.
- ظهور شامة (mole) جديدة بالجسم أو تغير يطرأ على شامة موجودة بالفعل.
- قرحة لا تلتئم
- خشونة في الصوت أو سعال لا ينتهي.
- تغيرات في عادات المثانة أو الأمعاء.

- شعور مزمن بعدم الارتياح بعد تناول الطعام.
- زيادة وزن أو فقدانه دونما سبب.
- نزيف أو إفرازات غير معتادة.
- شعور بالضعف أو التعب الشديد. (العقيل، 2013، 28، 29)

خامسا: النظريات المفسرة للسرطان:

أ- نظرية هانز سيللي:

يرى سيللي أن الانفعالات المصاحبة للعصاب مثل الخوف والقلق والاكتئاب تنعكس على نشاط الجهاز الطرفي والذي بدوره يؤثر مباشرة على وظيفة الهيبوثلاموس والغدة النخامية، حيث إن هذه الغدة هي المهيمنة على عمل الجهاز الغدي للجسم فإن خلل هذه الغدة الرئيسية سوف يؤدي بالضرورة إلى اضطراب عام في النشاط الغدي الهرموني، وهي ضمن ملاحظاته لدى كثير من مرضى السرطان حيث يلاحظ وجود خلل في نشاط الغدد بطريقة متكررة وترتبط مع الإصابة بالأورام الخبيثة.

ب- نظرية خصال الشخصية:

أكد فريدمان (Friedman، 1959) على أن سمات الشخصية تلعب دوراً مهماً في الإصابة بمختلف الأمراض النفسية، ومنها الأورام الخبيثة من خلال تأثيرها في نشاط الجهاز العصبي وجهاز الغدد الصماء وخاصة الغدة فوق الكلوية فتتخفص قدرتها على إفراز هرموناتها التي تساعد على وقاية الجسم من المخاطر.

ج- نظرية التحليل النفسي:

مفاد نظرتها للمرض النفسي أنه تعبير رمزي لاشعوري عما يعانيه الفرد من صراعات ومكبوتات انفعالية لا يستطيع التعبير عنها صراحة فيعبر عنها مستخدماً أعضائه. يتضح مما سبق أن الإصابة بمرض السرطان تجربة قاسية، حيث إنها لا تؤثر على الجانب الجسمي فقط، ولكنها تؤثر على الجانب النفسي للفرد، ولتحقيق نوع من التوازن مع المرض فيجب رفع معنويات المريض عن طريق بث الأمل في الشفاء من المرض.

(البكوش، 2014، 137، 138)

د-نظرية لوارانس لوشان Lechan:

يوضح لوشان في هذه النظرية فكرة اشتراك العوامل النفسية في التأثير على نمو الأورام السرطانية وأن التحول الفجائي أو الطفرات التي تحدث في بعض الخلايا الحية الطبيعية والتي تتحول بها إلى خلايا سرطانية وتحدث بطريقة منظمة بين الوقت آخر وفي فترات متعددة من حياة الإنسان السليم المعافي والذي لا يمكنه أن يشعر أو يلاحظ أي تغير في حالته الصحية من جراء هذا التحويل الضار ذلك أن جهاز المناعة الطبيعي في الجسم يقوم بتدمير تلك الخلايا ذات التكوين الشاذ عند ظهورها وقبل أن تتكاثر ولكن الغريب كما يرى لوشان انه لسبب ما وتحت ظروف معينة قد يحدث لبعض الأفراد اضطراب في الكفاءة الوظيفية للجهاز المناعي حيث تضعف تلك القدرة المناعية أو تفشل تماما في القضاء على تلك الخلايا السرطانية. (بن التومي، بلواضح، 2020، 20، 21)

سادسا: تشخيص السرطان:

غالبا ما يتأخر تشخيص السرطان بسبب تطوره الصامت، وقد يتم ذلك أحيانا خلال فحص طبي واختبار دموي، ويقوم التشخيص على فحص إكلينيكي. يبدأ باستجواب دقيق مع جس لكل أعضاء الجسم ومناطقه الخاصة كالجلد، منطقة البطن، الأمعاء والعقد اللمفاوية كما يجب القيام بفحوصات دقيقة بالنسبة لمناطق الإدخال أو الإخراج بالفتحة الشرجية. كما تجري عدة فحوصات لتحديد نوع الورم إذا كان السرطان حميدا أو خبيثا ويتم ذلك بالطرق التالية:

- استئصال الورم جراحيا وفحصه هذا ما يجري مع جميع الأورام الجلدية البسيطة ليزيل الورم كليا إن كان حميدا، أو تواصل الفحص إذا كان خبيثا.

- وتجري كذلك فحوصات دموية والأخرى بالأشعة وفحوصات مناعية ونذكر البعض منها:
أ-الفحص بالأشعة:

- الفحص بالأشعة السينية.

- الفحص بالأشعة الصوتية.

- الفحص بالرنين المغناطيسي الذي يتم الكشف بواسطته عن أورام أولية أو ثانوية يعمل حجمها 2 مم مهما بعدت عن السطح ومثله في ذلك في حالة أورام المخ والأعصاب.

ب-الفحوصات الدموية:

التي تكشف عن بعض المواد التي تفرزها بعض الأورام السرطانية وتسمى علامات الأورام (Tumorraux marquers) مثل:

- ارتفاع أنزيم (phosphatasce) في الدم في الحالة سرطان الكبد والعظام.
 - وجود أنتجين (CEP) (Antigen Carcinoem pryonie) في دم مرضى سرطان القولون.
 - وجود البروتين (AFP) أي Prostatic Specific Antiger وأنزيم (Phosph) acid بنسبة مرتفعة عند مرضى سرطان البروستات.
 - وجود أنتجين CA19،CA125 عند مرضى سرطان المبيضين وسرطان الجهاز الهضمي.
- (الاغبر،1999،202)

سابعا: علاج السرطان:

أ-العلاج الإشعاعي:

العلاج الإشعاعي هو علاج باستخدام التطبيقات المختلفة للإشعاع المؤين (radiation ionizing) بغية تدمير الخلايا السرطانية وتقليص الأورام، سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة، أو باستخدام دفق إشعاعي، موجج وعالي الطاقة، من الأشعة السينية أو أشعة أخرى مثل أشعة جاما، أو دفق النيوترونات أو البروتونات، وتتركز فاعلية الإشعاع في قدرته على تقويض وتفتيت الحمض النووي للخلايا الورمية وهو المادة الحيوية والأساسية لمختلف الوظائف الخلوية، مما يؤدي إلى القضاء عليها بعد العلاج الإشعاعي علاجاً موضعياً، وهو ينقسم إلى نوعين، داخلي (Internal)، حيث تزرع العناصر المشعة مباشرة داخل أنسجة الورم، أو قريباً منها، سواء بشكل مؤقت أو بصفة دائمة، وخارجي (external) حيث يبيت الإشعاع من آلة تسلط الأشعة بعد أن توججها على مواضع الأورام، وقد يتم استخدام كلا النوعين لدى بعض الحالات، وبطبيعة الحال، يتم اتخاذ تدابير وقائية أثناء المعالجة الإشعاعية لحماية الأنسجة والأعضاء الطبيعية السليمة بحقل المعالجة.

ب-العلاج الكيماوي:

هو علاج باستخدام أدوية خاصة تعرف بالعقاقير الكيماوية المضادة للسرطان، تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية وتدميرها، وذلك بعرقلة نسق العمليات الحيوية داخلها وتأتي الميزة الرئيسية لهذا العلاج من قدرته على معالجة الأورام المتنقلة والمنتشرة، بينما يقتصر العلاج الإشعاعي أو العمل الجراحي على معالجة الأورام المنحصرة بمواضع محددة وتعود فعاليته المتميزة إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية بطريقة ما، هي أكثر حساسية وأشد تأثراً

بالكيماويات من الخلايا الطبيعية، وقد يتم استخدامه كعلاج وحيد في بعض الحالات أو جزء من برنامج علاجي متكامل يتضمن عدة علاجات مشتركة، ويتم اتخاذ القرار باستخدام هذا العلاج، بالموازنة ما بين فعاليته وتأثيراته الجانبية ومضاعفاته المستقبلية، وبين خطورة السرطان، وبطبيعة الحال فمضاعفاته وآثاره مقبولة مقارنة بالمرض نفسه إضافة إلى أن المردود العلاجي إيجابي بدرجة كبيرة.(جمعية ادم لسرطان الطفولة،2010،19)

ج-العلاج الجراحي:

بدأ استخدامه في القرن التاسع عشر، جاء أول تقرير عن إمكانية شفاء السرطان في عام 1878، حيث تم شفاء 5 % من المصابات بسرطان الثدي واللائي تم علاجهن جراحيا وحدث التقدم الكبير في سنة 1891 باستخدام الاستئصال الجراحي الجذري لأول مرة في ورم بالثدي حيث يتم استئصال الثدي كاملا ومعه الغدد اللمفاوية، ومع حلول عام 1935 سجل الأطباء إمكانية الاستئصال الجذري الناجح لجميع الأورام.

د-العلاج الهرموني:

ويستخدم في الأورام المعتمدة على الهرمونات مثل مضادات الاستروجين في أورام الثدي ويتم استئصال الخصيتين في أورام البروستات لتقليل هرمونات الذكورة.
(قواجلية،2012،57،58)

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل الى تعريف مرض السرطان وأهم انواعه وكذا الاسباب المؤدية الى هذا المرض والنظريات المفسرة له، وتشخيصه وأهم الطرق العلاجية للقضاء على هذا المرض.

الجانِب التطبيقِي

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

اولا: المنهج المتبع للدراسة

ثانيا: المجال المكاني والزمني لإجراء الدراسة

ثالثا: عينة الدراسة

رابعا: ادوات جمع بيانات الدراسة

خامسا: الاساليب الاحصائية المستعملة

تمهيد:

تعد الخطوات المنهجية الطريق الذي يتبعه الباحث في جمع البيانات وتحديد الأدوات التي يحتاجها في بحثه والتي تسهل عليه الحصول على معلومات مرتبة. فبعد التطرق إلى الجانب النظري الذي يعتبر أساس أي دراسة علمية، سوف يتم التحدث في هذا الفصل عن الإجراءات المنهجية للدراسة، وذلك انطلاقاً من عرض المنهج المتبع، المجال المكاني والزمني للدراسة ومجتمع وعينة الدراسة، أدوات جمع بيانات الدراسة.

أولاً: المنهج المتبع للدراسة:

تختلف المناهج باختلاف المواضيع، ولكل منهج وظيفته وخصائصه التي يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه، والمنهج أياً كان نوعه، هو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة، والمنهج هو الطريق المؤدي إلى الغرض المطلوب من خلال دراسة المصاعب والعقبات.

وفي دراستنا هذه تم الاعتماد على المنهج الوصفي الذي يعرف أنه: هو المنهج الذي يعني بالدراسات التي تهتم بجمع وتلخيص وتصنيف المعلومات والحقائق المدروسة المرتبطة بسلوك عينة من الناس أو وضعيتهم، أو عدد من الأشياء، أو سلسلة من الأحداث، أو منظومة فكرية، أو أي نوع آخر من الظواهر أو القضايا أو المشاكل التي يرغب الباحث في دراستها، لغرض تحليلها وتفسيرها وتقييم طبيعتها للتنبؤ بها وضبطها أو التحكم فيها.

(حريزي، غربي، 2013، 26)

وتتدرج تحت المنهج الوصفي العديد من التعريفات والأساليب منها الدراسات الوصفية الاستكشافية التي اعتمدنا عليها في هذه الدراسة والتي تعرفها الدكتورة رجاء وحيد دويدري بأنها: أسلوب من أساليب التحليل المركز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد، أو فترة أو فترات زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية، ثم تفسيرها بطريقة موضوعية، بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة. (دويدري، 2000، 183)

ثانياً المجال المكاني والزمني لإجراء الدراسة:

أ-المجال المكاني: تم إجراء هذه الدراسة الميدانية في مركز مكافحة السرطان بالوادي، بعد الحصول على الموافقة بالزيارة من طرف جامعة حمه لخضر بالوادي.

ب-المجال الزمني: تم اجراء هذه الدراسة الميدانية في الفترة الزمنية الممتدة من 2022/11/28 الى غاية 2022/07/30.

ثالثا: عينة الدراسة: تعتبر العينة الركيزة الأساسية التي ستجرى عليها الدراسة من حيث أنها الممثلة للمجتمع الأصلي.

تكونت عينة الدراسة من (40) فرد مصاب بالسرطان من كلا الجنسين، بحيث تم توزيع (40) استبياناً على المصابين بالسرطان المقيمين او الزائرين لمركز مكافحة السرطان بالوادي بقصد العلاج، حيث تم اختيار هذه العينة بالطريقة القصدية، اي وفق توافرها.

ثالثا: خصائص عينة الدراسة:

جدول(01): توزيع عينة الدراسة حسب نوع السرطان

النسبة%	التكرار	نوع السرطان
40%	16	سرطان الاورام
60%	24	سرطان الدم
100%	40	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن سرطان الدم هو من يحتل النسبة الاكبر حيث تمثلت نسبته ب (60%) مقارنة بسرطان الاورام الذي تمثلت نسبته ب (40%).

جدول(02): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

النسبة%	التكرار	الجنس
75%	30	الاناث
25%	10	الذكور
100%	40	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أنه يوجد فروق في نسبة الاصابة بالسرطان بين الاناث والذكور حيث احتلت الاناث النسبة الاكبر قدرت ب (75%) مقارنة بالذكور (25%).

جدول(03): توزيع عينة الدراسة على حسب السن

النسبة%	التكرار	السن
0%	0	اقل من 20 سنة
50%	20	من 20 الى 40 سنة
50%	20	أكثر من 40 سنة
100%	40	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ انه لا توجد فروق في نسبة الاصابة بالسرطان بين الفئة العمرية (من 20 الى 40 سنة)، (أكثر من 40 سنة)، بحيث تمثلت نسبة كلاهما (50%).

رابعاً: ادوات جمع بيانات الدراسة:

إن أدوات البحث هي في غاية الأهمية، فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات التي يحتاج إليها في الميدان لغرض التحقق من صحة أو خطأ الفرضية، أي بها يتوصل إلى ما يبحث عنه لذلك اعتمدنا في دراستنا هذه على: مقياس "أرون بيك" للاكتئاب من أجل قياس درجة الاكتئاب، وسنتطرق فيما يلي لوصف أداة الدراسة وذكر الخصائص السيكومترية لها.

أ- وصف المقياس:

ترجم هذا المقياس الى العربية الدكتور عبد الستار ابراهيم، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون المقياس من (21) سؤال، لكل سؤال سلسلة متدرجة من اربعة بدائل مرتبة حسب شدتها، والتي تمثل اعراضا للاكتئاب، وتستخدم الارقام من (0_3) لتوضيح مدى شدة الاعراض.

اعتمدنا في دراستنا هذه على مقياس الاكتئاب (د-2) أحدث صورة مطورة لمقياس الاكتئاب (د) BDI ومنذ ظهور المقياس الجديد سمي المقياس الأول (BDI - IA) للفرقة بين المقياسين.

1- تمت العديد من التغييرات في مجموعات بنود المقياس الأول، إلا أن عددها وهو 21 ظل كما هو وكذلك طريقتي التطبيق والتصحيح، وكذلك الحد الأدنى والحد الأعلى للدرجات التي يمكن أن يحصل عليها المفحوص على المقياس كما هي تتراوح ما بين صفر - 63 درجة كما في المقياس الأصلي في صورته الكاملة.

2- تم تصميم المقياس، وإعادة صياغة بنوده بالتغيير والإضافة تلبية لمتطلبات محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية وتمثلت التغييرات الجوهرية في:

- امتداد المدة الزمنية للتعبير عن استجابة المفحوص للعبارات، حيث أصبحت أسبوعان أي، يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك يوم تطبيق المقياس.

- مجموعتي العبارات التي تتناول أعراض النوم، ونمط تناول الطعام، ثم تغييرها، وذلك لتلبية مطالب محكات التشخيص للنوبة الاكتئابية، حيث أصبحت بنود المجموعتين تتعامل مع كل من الزيادة والنقصان في تناول الطعام وفي النوم بدلا مما كان عليه الحال في الصورة الأولى، وحيث كانت تتناول بنود النوم الانخفاض فيه، وكانت تتعامل بنود الطعام الانخفاض في الشهية للطعام فقط. (غريب، 2005، 32)

ب- طريقة التطبيق والتصحيح:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (15) سنة فأكثر.
- يختار المفحوص احدى البدائل الانسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة، التي يختارها المفحوص، فمثلا إذا اختار المفحوص البديل رقم (3) فإن درجته لهذا السؤال هي (3) وهكذا.
- ملاحظة/ في السؤال (19) يسأل المفحوص هل هو خاضع حاليا لبرنامج للتخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم يعطى صفرا، وإذا كان لا، يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، وتجمع الدرجة الكلية وتصنف كالتالي:

صفر -9 لا يوجد اكتئاب

10-15 اكتئاب بسيط

16-23 اكتئاب متوسط

24-36 اكتئاب شديد

37 فأكثر اكتئاب شديد جدا

ج- الخصائص السيكمترية لمقياس الاكتئاب:

- صدق الاختبار: قام بيك بتقدير صدق الاختبار باستخدام عينة تتكون من (26) مفحوص قاموا باختبار (B.D.I.II) مرتين بفارق رمي قدر بأسبوع وتحصل على النتائج التي يظهرها الجدول رقم (4) الخاص بصدق المقياس.

جدول (04): صدق مقياس بيك

التقييم الأول		التقييم الثاني		
المتوسط	الانحراف المعياري	الانحراف المعياري	معامل الصدق	
20.27	14.46	10.30	0.93	مجموعة علامات الاختبار

• **ثبات المقياس:** قام بيك بتقدير ثبات الاختبار باستخدام عينة تتكون من (191) فرد بفضل تقييم اولي بواسطة (B.D.I.II) وقدر المتوسط الحسابي ب (18.82) والانحراف المعياري ب (11.82) فيما يخص (B.D.I.I.A)، ومتوسط الانحراف المعياري على التوالي بالنسبة ل (B.D.I.II) 12.69، 21.82 اما متوسط (B.D.I.II) قدر ب: 296 اي انه هو الاكثر ثباتا. (دريبين، 2011، 99، 100)

د- الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة فرضيات الدراسة:

وتتمثل الأساليب الإحصائية من خلال تطبيق البرنامج الاحصائي SPSS فيما يلي:

• الإحصاء الوصفي والبياني:

- التكرارات والنسب المئوية.
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- المضلعات التكرارية.

• الإحصاء الاستدلالي:

- اختبار كا² للكشف عن دلالة الاختلاف بين مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- اختبار "ت" T_{test} لعينتين مستقلتين، للكشف عن دلالة الفروق بين مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعا للجنس (ذكور/أناث) ونوع السرطان (سرطان الأورام/سرطان الدم) وعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة).

الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

أ- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.

ب- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.

ج- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.

د- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.

ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

أ- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

ب- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

ج- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

د- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.

ثالثاً: خلاصة نتائج الدراسة وتوصيات.

تمهيد:

بعد تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية وتفرغ البيانات ومعالجتها إحصائياً، سيتم من خلال هذا الفصل عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس الاكتئاب على مرضى السرطان، وسينتهي بتفسيرها ومناقشتها.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة

أ- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى: يتميز أغلبية مرضى السرطان بمستوى اكتئاب مرتفع.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار "كا²" اللابارامتري لحسن التطابق، وبعد التأكد افتراضات اختبار "كا²" وشروطه، كانت النتائج كالتالي:

جدول (05): دلالة الاختلاف بين مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان:

مستويات الاكتئاب	ت	%	قيمة كا ²	Df	الدلالة الإحصائية
اكتئاب منخفض	13	32.5	0.05	2	غير دالة
اكتئاب معتدل	13	32.5			
اكتئاب مرتفع	14	35			
المجموع	40	100			

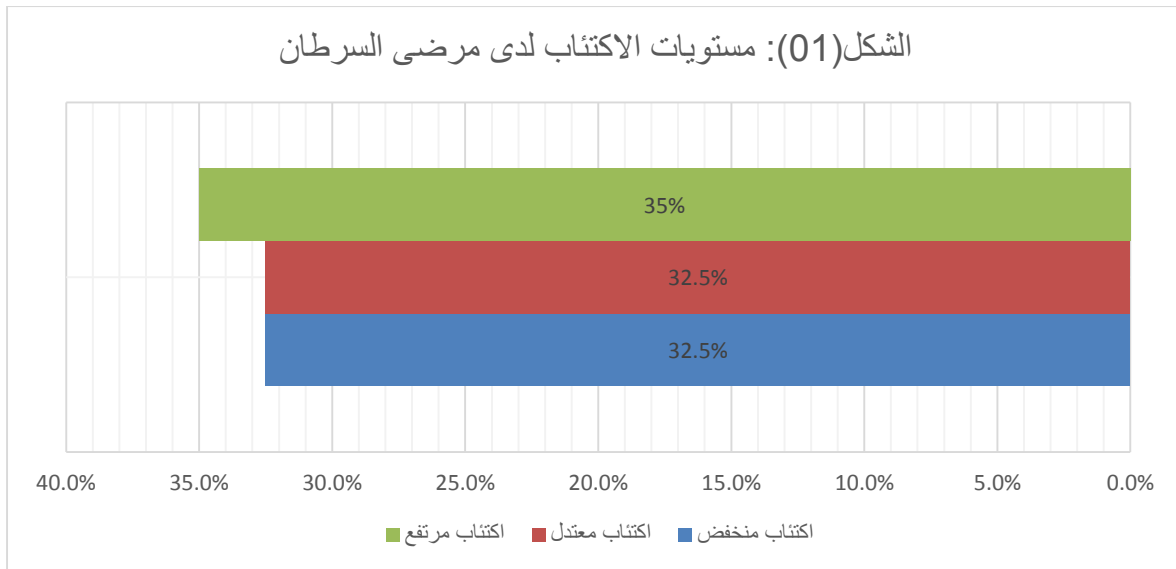
$$\chi^2_{(df=2, \alpha=0.05)} = 5.99$$

يتبين من الجدول (01): أن الاختلاف بين مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان اختلاف غير دال إحصائياً، بدليل أن قيمة كا² المحسوبة المقدرة ب: 0.05 أصغر من قيمة كا² الجدولة المقدرة ب: 5.99، أي لا يوجد اختلاف حقيقي بين مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

ومن خلال الجدول (01) نجد تكرار ونسبة مستوى الاكتئاب المنخفض المقدر ب: 13 بنسبة 32.5% بالمقابل نجد تكرار ونسبة مرضى السرطان بمستوى الاكتئاب المرتفع المقدر ب: 14 بنسبة 35%، وهي الأكبر نسبياً، أما تكرار ونسبة مرضى السرطان بالمستوى المعتدل للاكتئاب المقدر ب: 13 بنسبة 32.5%.

ومنه نرفض الفرضية البحثية القائلة ب: يتميز أغلبية مرضى السرطان بمستوى اكتئاب مرتفع.

والشكل البياني التالي: يعرض مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان.



يتضح من الشكل (01): أن من لهم مستوى اكتئاب مرتفع من مرضى السرطان تقدر نسبتهم بـ: 35% وهي الأكبر نسبياً، بالمقابل نجد من لهم مستوى اكتئاب منخفض من مرضى السرطان تقدر نسبتهم بـ: 32.5% أما من لهم مستوى اكتئاب معتدل من مرضى السرطان تقدر نسبتهم بـ: 32.5%.

ب- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار "ت" للعينات المستقلة، وبعد التأكد من افتراضات اختبار "ت" وشروطه، يوضح الجدول التالي نتائج الاختبار والدلالة الاحصائية:

جدول (06): دلالة متوسط الفروق بين الذكور والاناث من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب

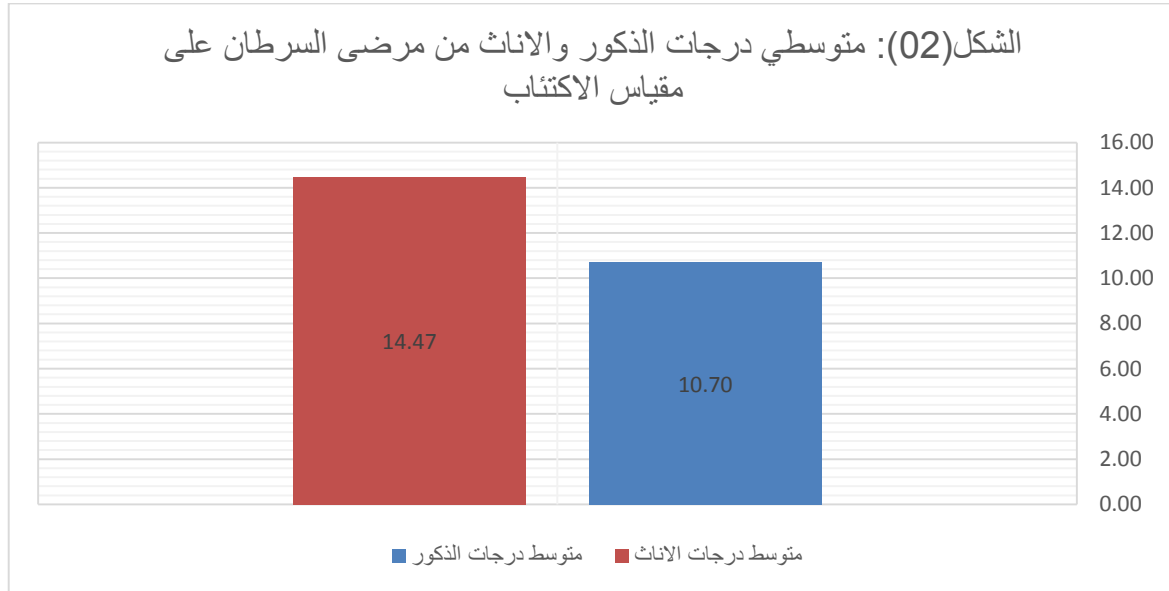
المتغير	العينة n	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	الانحراف المعياري S	متوسط الفروق	قيمة t_c	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
الاكتئاب	الذكور	10	10.70	4.96	-3.77	0.12	غير دال
	الإناث	30	14.47	6.98			

$$t_{t(df\ 38, \alpha 0.05)} = 2.02$$

يتضح من بيانات الجدول (02) أن متوسط درجات الذكور من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب البالغ (10.70) وانحراف معياري (4.96)، ومتوسط الاناث من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب البالغ (14.47) بانحراف معياري (6.98) كما جاءت نتيجة اختبار "ت" (-3.77) بقيمة احتمالية محسوبة (0.12) أكبر. وعليه نقبل بالفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السرطان على مقياس

الاكتئاب؛ مما يدل على أن اختلاف الجنس (ذكور - إناث) لا يؤدي إلى التباين في درجات قياس الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

والشكل البياني التالي: يعرض متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب.



يتضح من الشكل (02): أن متوسط درجات الذكور من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب البالغ (10.70)، متقارب إلى حد ما مع متوسط درجات الإناث من مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب البالغ (14.47).

ج- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة احصائية بين المرضى المصابين بسرطان الأورام والمرضى المصابين بسرطان الدم على مقياس الاكتئاب.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار "ت" للعينات المستقلة، وبعد التأكد من افتراضات اختبار "ت" وشروطه، يوضح الجدول التالي نتائج الاختبار والدلالة الاحصائية:

جدول (07): دلالة متوسط الفروق بين المرضى المصابين بسرطان الأورام والمرضى

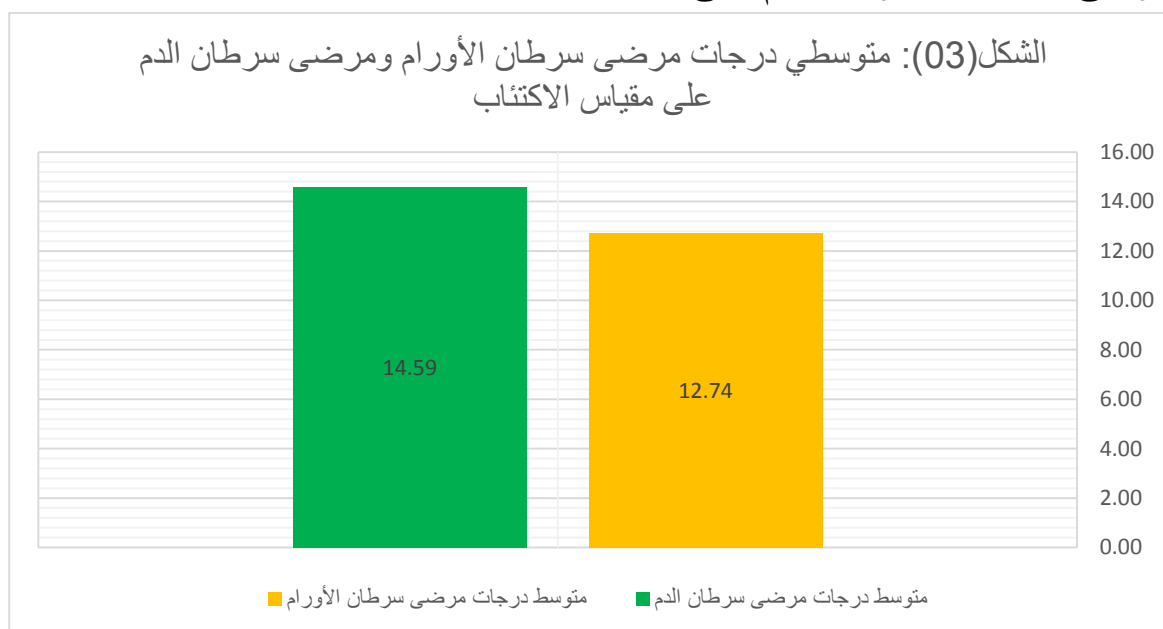
المصابين بسرطان الدم على مقياس الاكتئاب:

مقياس الاكتئاب	العينة n	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	الانحراف المعياري S	متوسط الفروق	قيمة t_c	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية
المصابين بسرطان الأورام	23	12.74	6.46	-1.85	-0.86	0.39	غير دال
المصابين بسرطان الدم	17	14.59	7.03				

$$t_{t(df\ 38, \alpha 0.05)} = 2.02$$

يتضح من بيانات الجدول (03) أن متوسط درجات المرضى المصابين بسرطان الأورام على مقياس الاكتئاب البالغ (12.74) وانحراف معياري (6.46)، ومتوسط درجات المرضى المصابين بسرطان الدم على مقياس الاكتئاب البالغ (14.59) بانحراف معياري (7.03) كما جاءت نتيجة اختبار "ت" (-0.86) بقيمة احتمالية محسوبة (0.39) أكبر. وعليه نقبل بالفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة احصائية بين المرضى المصابين بسرطان الأورام والمرضى المصابين بسرطان الدم على مقياس الاكتئاب؛ مما يدل على أن اختلاف نوع السرطان (سرطان الأورام - سرطان الدم) لا يؤدي إلى التباين في درجات قياس الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

والشكل البياني التالي: يعرض متوسط درجات المرضى المصابين بسرطان الأورام والمرضى المصابين بسرطان الدم على مقياس الاكتئاب.



يتضح من الشكل (03): أن متوسط درجات المرضى المصابين بسرطان الأورام على مقياس الاكتئاب البالغ (12.74)، متقارب تقريبا مع متوسط درجات المرضى المصابين بسرطان الدم على مقياس الاكتئاب البالغ (14.59).

د- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة: لا توجد فروق دالة احصائية بين مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعا لعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة). وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار "ت" للعينات المستقلة، وبعد التأكد من افتراضات اختبار "ت" وشروطه، يوضح الجدول التالي نتائج الاختبار والدلالة الاحصائية:

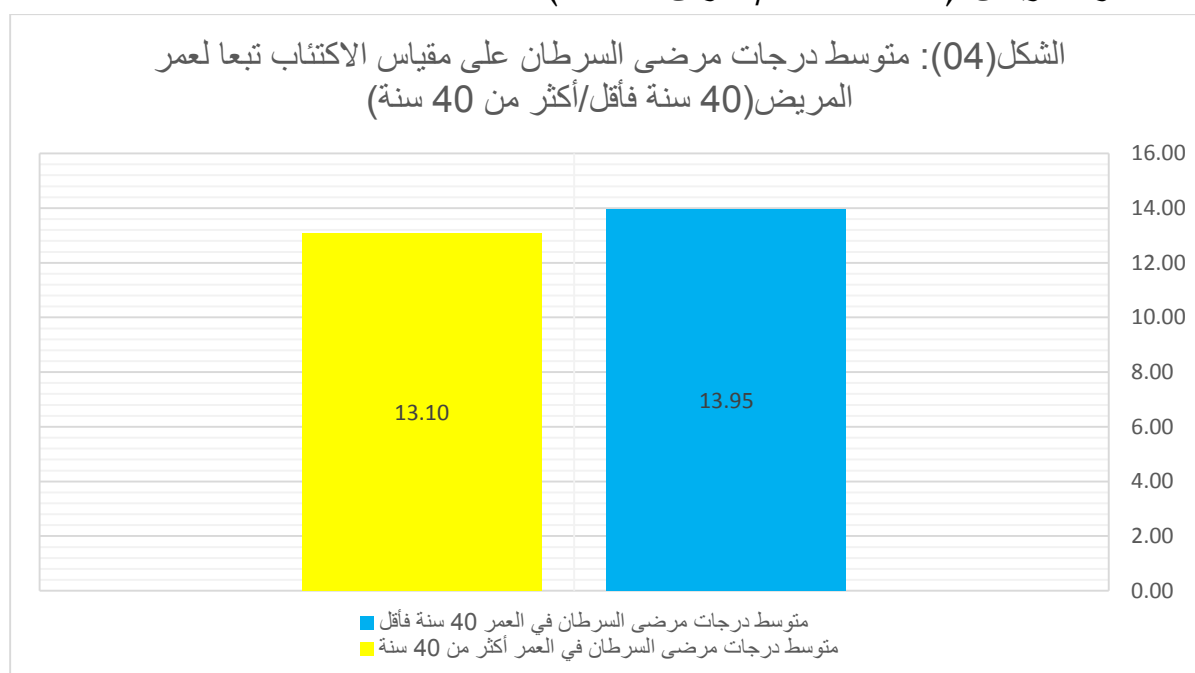
جدول (08): دلالة متوسط الفروق بين مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعا لعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة)

مقياس الاكتئاب	العينة n	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	الانحراف المعياري S	متوسط الفروق	قيمة t_c	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
العمر من 40 سنة فأقل	20	13.95	7	0.85	0.4	0.69	غير دال
العمر الأكثر من 40 سنة	20	13.10	6.51				

$$t_{t(df=38, \alpha=0.05)} = 2.02$$

يتضح من بيانات الجدول (04) أن متوسط درجات مرضى السرطان البالغة أعمارهم 40 سنة فأقل على مقياس الاكتئاب البالغ (13.95) وانحراف معياري (7)، ومتوسط درجات مرضى السرطان البالغة أعمارهم أكثر من 40 سنة على مقياس الاكتئاب البالغ (13.10) بانحراف معياري (6.51) كما جاءت نتيجة اختبار "ت" (0.4) بقيمة احتمالية محسوبة (0.69) أكبر. وعليه نقبل بالفرضية القائلة أنه: لا توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعا لعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة)؛ مما يدل على أن اختلاف عمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة) لا يؤدي إلى التباين في درجات قياس الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

والشكل البياني التالي: يعرض متوسط درجات مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعا لعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة).



يتضح من الشكل (04): أن متوسط درجات مرضى السرطان البالغة أعمارهم 40 سنة فأقل على مقياس الاكتئاب البالغ (13.95)، متقارب إلى حد ما مع متوسط درجات مرضى السرطان البالغة أعمارهم أكثر من 40 سنة على مقياس الاكتئاب البالغ (13.10).

ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

أ- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية العامة للدراسة انه " يتميز أغلبية المرضى المصابين بالسرطان بمستوى اكتئاب مرتفع"

بحيث توصلت نتائج هذه الفرضية الى انه لا يتميز أغلبية المرضى المصابين بالسرطان بمستوى اكتئاب مرتفع، وهذا يتفق مع ما جاء في الدراسة السابقة التي توصلت اليها Alacaciologu A & Al (2013) على عينة بلغ عددها (156) مريضاً بالسرطان بهدف معرفة مستوى الاكتئاب، أن (96) شخصاً منهم يعانون من اكتئاب خفيف، والباقي (60) شخصاً يعانون من اكتئاب حاد. (بن قرينة، 2017، 47)

كما تختلف نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل اليه Burhan H. D & Intesar A. A (2016) التي أجريت على 100 مريض بالسرطان في مدينة مرجان الطبية ببابل وتوصلت إلى أن حوالي 70 % من المرضى يعانون من اكتئاب حاد، وكذا دراسة (Tavoli . 2008) على 142 مريضاً بسرطان الجهاز الهضمي، والتي أظهرت مستويات عالية من الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

بينما اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع دراسة (2013) "kalB Fsouzade" إلى أن 10.8% و 1.9% من مرضى السرطان المشاركين لديهم اكتئاب معتدل وشديد على التوالي. (براهيمية، 2016، 312)

ب- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

توصلت نتائج الفرضية الثانية القائلة انه لا توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث من مرضى السرطان على مقياس بيك، مما يدل على ان اختلاف الجنس "ذكور/اناث" لا يؤدي الى التباين في درجات قياس الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

وقد توافقت دراستنا الحالية مع ما توصلت له دراسة (2011) ' Miller.S ' والتي هدفت لمعرفة إن كانت هناك فروق في درجة الاكتئاب بين الجنسين، وتوصلت إلى عدم وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الاكتئاب، وأشارت إلى أن الرجال والنساء المصابين بالسرطان قد يكونون عرضة للإصابة بالاكتئاب. (بن قرينة 2017، 48، 49)

وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع ما أكده الأنصاري (2006) من أن الاكتئاب يصيب النساء بشكل أكبر من الرجال بحوالي (5 %) لعدة أسباب منها أن النساء سرعات التأثر العاطفي والانفعالي ، ولكنهن أكثر شعورا بأعباء الأمومة والهموم المرتبطة بصراع الأدوار الاجتماعية ، ولأنهن غالبا ما يواجهن صعوبة في التعبير عن مشاعر الضيق والحزن. (سعيد، 2016، 4)

كما اختلفت نتائج الدراسة الحالية ايضا مع ما توصل اليه ابراهيم عبد الستار في دراسته من اجل مقارنة بين مجموعات مختلفة من الاناث و الذكور ، فتبين أن نسبة انتشار الاكتئاب بين النساء أعلى من مثيلاتها بين الذكور ، وتتأكد هذه النتيجة في دراسة عربية أجريت للمقارنة بين مجموعات مختلفة من الذكور والإناث ، فتبين أن الفروق في داخل جماعات من النساء تلعب دورا أكبر من الفروق بين النساء من جهة والذكور من جهة أخرى ، بعبارة أخرى زادت مستويات الاكتئاب لدى النسوة في الوظائف البسيطة المعرضة للضغوط النفسية والإجهاد، فهؤلاء الأخريات كن أقل اكتئابا وقلقا حتى من الذكور العاملين مما يرجح أن الاكتئاب قد يكون نتيجة لعوامل نفسية، اجتماعية أكثر منه نتيجة لعوامل بيولوجية. (عبد الستار، 1990، 115)

ج- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على انه "لا يوجد فروق دالة احصائيا بين المرضى المصابين بسرطان (الاورام/ الدم).

ومن خلال نتائج هذه الفرضية توصلنا الى ان اختلاف نوع السرطان (الاورام/ الدم) لا يؤدي الى التباين في درجات قياس الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

ويمكن تفسير نتائج هذه الفرضية بإرجاعها الى الوازع الديني لمرضى السرطان ودرجة الايمان بالقضاء والقدر، الذي يجعل المريض يتقبل المرض و يتقبل الواقع الذي هو فيه فحديث افراد العينة سواء المصابين بسرطان الاورام او الدم لا يخلو من الدلالات الدينية وكذلك تسليم امرهم لله عز وجل، وان هذا المرض هو ابتلاء من الله وانه لا يجوز في هذه الحالة الا الصبر على الابتلاء، فهذه الامور كلها تدل على ان الوازع الديني لديهم هو احد مصادر المساندة لهم وكذلك اهم مصدر لقوتهم.

فالكثير من المصابين يلجؤون للدعاء والصلاة وكذلك قراءة القرآن من اجل الصبر على هذا المرض وتحمله بكل انواعه.

د-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

نصت هذه الفرضية على انه " لا توجد فروق دالة احصائيا بين مرضى السرطان على مقياس الاكتئاب تبعا لعمر المريض (40 سنة فأقل/أكثر من 40 سنة)، فإن نتائج هذه الفرضية توصلت على ان اختلاف عمر المريض (اقل من 40 سنة / 40 سنة فأكثر) لا يؤدي الى التباين في درجات قياس الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

وهي تتوافق مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (Singh R. P. B & al 2015) التي توصلت لعدم تأثر مستوى كل من الاكتئاب، القلق والضغط بين مرضى السرطان بالسن.

في حين اختلفت عن نتائج ما توصلت إليه دراسة Hong J S & Tian J 2014 التي أجريت في الصين على 1217 مريض بالسرطان إلى أن معدلات انتشار القلق والاكتئاب كانت 6.49%، 66.72% على التوالي وأن المرضى الأكبر من 60 سنة يعانون من مستويات عالية من القلق والاكتئاب مقارنة بالمرضى أقل من 60 سنة.

وفي دراسة Burhan H. D & Intesar A. A2016 وجد أن أكثر فئة عمرية مصابة بالاكتئاب من مرضى السرطان هي ما بين سن 46 - 60 سنة.

ويمكن ان نفسر النتيجة التي توصلنا اليها في دراستنا الحالية إلى أن العمر لا يلعب دور كبير في تحديد مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان. (براهيمية، 1990، 314) ويمكن ان نفسر النتيجة التي توصلنا اليها في دراستنا الحالية إلى أن العمر لا يلعب دور كبير في تحديد مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

خلاصة نتائج الدراسة:

تناولت دراستنا الحالية موضوع مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان. وقد تطرقنا الى الفرضية الاساسية القائلة " يتميز اغلبية مرضى السرطان باكتئاب مرتفع"، بحيث تفرعت منها ثلاث فرضيات جزئية، وذلك لاكتشاف مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان، مع التعرف على دلالة الفروق في درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان تبع (النوع السرطان جنس وعمر المرضى).

فتم تطبيق مقياس الاكتئاب لأرون بيك في هذه الدراسة، وكذلك استخدام مجموعة من الاساليب الاحصائية التي تثبت لنا صحة الفرضيات.

فتوصلنا الى انه لا يتميز اغلبية مرضى السرطان بمستوى اكتئاب مرتفع، كما انه لا توجد فروق دالة احصائيا في درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان باختلاف المتغيرات المذكورة سابقا.

توصيات:

- تعزيز الصحة النفسية لدى مرضى السرطان.
- تزويد العناية والاهتمام لهذه الفئة لتخفيف حدة الشعور بالاكتئاب لديهم.
- عزل مرضى السرطان على المحيط السلبي الدائر بهم.
- اجراء دراسات مكثفة للتوسع أكثر في موضوع الاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- تكثيف عدد الجلسات للمرضى مع الاخصائي النفسي لتجنب الاصابة بالاكتئاب لأقصى حد.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، عبد الستار. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر وفهمه واساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة.
- احلام قدوري، سهام كرامة. (2013). الاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان، ورقة.
- أحمد عبد الخالق. علي مهدي كاظم. غادة خالد عيد. (2011). العوامل المنبئة بمستويات بعض الاعراض الاكتئابية. مجلة جامعة دمشق. 27. 3-4.
- احمد، محمد الزغبى. (1998). الامراض النفسية والمشكلات السلوكية. دار زهران.
- اديب، محمد الخالدي. (2006). علم النفس الإكلينيكي (المرضي). الفحص والعلاج. عمان: دار وائل للنشر.
- اميرة بن التومي، دنيا بلواضح. (2020). التكفل النفسي بالمرضى المصابين بالسرطان في ضوء بعض المتغيرات. المسيلة.
- آية، قواجلية. (2012). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان. (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر)، بسكرة.
- بدر، محمد الانصاري. (2006). المرجع في اضطرابات الشخصية. القاهرة: دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع.
- بشرى، صمويل تامر. (2007). الاكتئاب والعلاج بالواقع. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- بشير، معمريّة. (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس. منشورات الخير.
- بشير، معمريّة. (2007). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. مجلة علم النفس. مجلة فصلية تصدر عن هيئة المصريين العامة للكتاب.
- بطرس، حافظ بطرس. (2008). التكيف والصحة النفسية للطفل. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بن قرينة، عاتكة. (2017). مستوى الإكتئاب لدى مرضى السرطان. ورقة.
- جابر، محمد جبر. (2004). تقدير الذات وعلاقتها بالوجود الافضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء. مجلة دراسات عربية في علم النفس. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. 3(3).
- جلال، سعد. (1986). في الصحة العقلية الامراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. القاهرة: دار الفكر.
- جهاد، براهيمية. (2016). الالم النفسي ادى مرضى السرطان، دراية، ميدانية، جامعة قاصدي مرباح، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. ورقة. 27
- حافزي، زهية غنية. (2016). مطبوعة بيداغوجية في مقياس علم النفس المرضي. موجهة لطلبة السنة الثانية ليسانس علم النفس. جامعة سطيف. 2.

خيرية، عبد الله البكوش.(2014). العلاقة بين الامل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان، *المجلة الجامعة*. 16(2).

دريبن، امينة.(2011). اساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الاكتئاب عند المراهقين، البويرة.

رجاء، وحيد دويدري.(2000). البحث العلمي اساسياته النظرية وممارساته العلمية. دمشق: دار الفكر.

زواوي، سليمان(2011).القلق والاستجابة الاكتئابية لدى النصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين للهيمنز دياليز. جامعة العقيد اكلي محند اولحاج، البويرة.

سناء، ابو نصير حجازي(2013). علم النفس الاكلينيكي ط.2 عمان: دار المسير للنشر والتوزيع.

سهام، سنوسي. (2016). المحتوى الصدمي لدى الامهات المصابات بالسرطان. دراسة عيادية مقارنة في ضوء متغير قوة التحمل. (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد بوضياف)، المسيلة.

شارف، سارة.(2021). الاكتئاب لدى المراهقات المسعفات، جامعة أم البواقي.

الصغير، ناجي.(2005). ألف باء امراض الثدي من الوقاية الى العلاج. لبنان: الدار العربية للعلوم.

صياد، سعيد.(2010). الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحارية. دراسة عيادية لخمس حالات. المركز الجامعي العقيد أكلي محند اولحاج.

عباس، محمد عوض.(1999). علم النفس الفيزيولوجي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الستار، إبراهيم.(1990). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه واساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة.

عثمان، نجاتي.(1977). علم النفس في حياتنا اليومية. الكويت: دار العلم.

عطوف، محمد ياسين.(1981). علم النفس الاكلينيكي. بيروت: دار العلم للملايين.

عكاشة، احمد.(1998). علم النفس الفيزيولوجي. القاهرة: دار المعارف.

علاء، صبح حموده الهورى. (2016). فاعلية برنامج ارشادي نفسي اسلامي لخفض اعراض الاكتئاب النفسي. الجامعة الإسلامية. غزة.

غريب، عبد الفتاح غريب. (2005). دورة تدريبية في الاضطرابات الاكتئابية. نظمتها الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالتعاون مع مستشفى(هشام عادل صادق). القاهرة.

الفيشاوي، سعد(1996). معجم علم النفس المعاصر وتطبيقاته. القاهرة.

كوام، مكنزي. (1434). الاكتئاب. (زينب، منعم، المترجم). الرياض: دار المؤلف.

لطفی، الشربيني. (2001). الاكتئاب المرض والعلاج، منشأة المعارف. الإسكندرية. القاهرة.

محمد، الخطيب.(2000). التوجيه والارشاد النفسي ط.2. غزة: مطبعة مقداد.

محمد، بن عبد الرحمن.(2013). كل ما تريد ان تعرفه عن السرطان. الجمعية السعودية لدار الكتاب.

موسى بن ابراهيم حريري، صبرينة غربي.(2013). دراسة نقدية لبعض المناهج الوصفية وموضوعاتها
فب البحوث الاجتماعية والتربوية والنفسية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح.
ورقلة. الجزائر.13.

الميلادي، عبد المنعم.(2004). الامراض والاضطرابات النفسية. مؤسسة شباي الجامعة.
ناجح، الاغبر.(1999). الامراض المناعية. منشورات المجتمع الثقافي. دار الكندي للنشر والتوزيع.
وردة بلحسيني، سعيدة الامام.(د.س). تشخيص الاكتئاب. كيف نفهمه من منظور DSM5. جامعة
قاصدي مرباح. ورقلة.

ثانيا: المراجع الأجنبية

Beers, M.H. (2008). Enéclopedie médical. Edition tipographica varse.
Bielefeld. Y. (2007). L'univers médical N11 Dictionnaire médical Edition
Presses de L'étude. Paris.
Henry. Richon. (1901). actualité psychiatrique. revue de l-association actualité
psychiatrique. loi du 1er juillet.

الملاحق

الملحق: مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)

نوع السرطان: الاورام () الدم ()

الجنس: ذكر () انثى ()

العمر: اقل من 20 سنة () من 20 الى 40 سنة () اكثر من 40 سنة ()

تعليمات:

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات ، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده ، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعاً معيناً اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع ، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (0 أو 1 أو 2 أو 3) . تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها ، وتأكد إنك أجبت على كل مجموعة .

اولاً: ٠ / لا اشعر بالحزن. ١ / اشعر بالحزن. ٢ / اشعر بالحزن طوال الوقت ولا استطيع ان اتخلص منه. ٣ / انني حزين بدرجة لا استطيع تحملها.	الحادي عشر: ٠ / لست متوتراً أكثر من ذي قبل. ١ / أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل. ٢ / أشعر بالتوتر كل الوقت. ٣ / لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.
ثانياً: ٠ / لست متشائماً بالنسبة للمستقبل. ١ / اشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل. ٢ / اشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل. ٣ / اشعر بأن المستقبل لا أمل فيه و ان الامور لن تتحسن.	الثاني عشر: ٠ / لم افقد الاهتمام بالناس الاخرين. ١ / اني اقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت ان اكون. ٢ / لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الاخرين. ٣ / لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الاخرين.
ثالثاً: ٠ / لا اشعر بأنني فاشل. ١ / اشعر انني فشلت اكثر من المعتاد. ٢ / عندما انظر الى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع. ٣ / اشعر بأنني شخص فاشل تماماً.	الثالث عشر: ٠ / اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه. ١ / لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة اكبر مما مضى. ٢ / اجد صعوبة اكبر في اتخاذ القرارات مما كنت اقوم به. ٣ / لم اعد استطيع اتخاذ القرارات على الاطلاق.
رابعاً: ٠ / استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من	الرابع عشر: ٠ / لا اشعر اني ابدو في حالة اسوأ عما اعتدت ان

قبل. ١/ لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه. ٢/ لم اعد احصل على اي استمتاع حقيقي في اي شيء في الحياة. ٣/ لا استمتع اطلاقاً بأي شيء في الحياة.	اكون. ١/ يقلقني ان ابدو اكبر سناً و اقل حيوية. ٢/ اشعر بان هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني ابدو اقل حيوية. ٣/ اشعر اني ابدو قبيحا.
خامساً: ٠/ لا اشعر بالذنب. ١/ اشعر اني قد اكون مذنباً. ٢/ اشعر بشعور عميق بالذنب في اغلب الاوقات. ٣/ اشعر بالذنب بصفة عامة.	الخامس عشر: ٠/ استطيع ان اقوم بعملي كما تعودت. ١/ احتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما. ٢/ اني عليّ ان اضغط على نفسي بشدة لعمل اي شيء. ٣/ لا استطيع ان اقوم بعمل اي شيء على الاطلاق.
سادساً: ٠/ لا اشعر بأنني اتلقى عقاباً. ١/ اشعر بأنني قد اتعرض للعقاب. ٢/ اتوقع ان اعاقب. ٣/ اشعر بأنني اتلقى عقاباً.	السادس عشر: ٠/ استطيع ان انام كالمعتاد. ١/ لا انام كالمعتاد ٢/ استيقظ قبل موعدي بساعة او ساعتين و اجد صعوبة في النوم مرة اخرى. ٣/ استيقظ قبل بضع ساعات من موعدي المعتاد ولا استطيع العودة للنوم مرة اخرى.
سابعاً: ٠/ لا اشعر بعدم الرضا عن نفسي. ١/ انا غير راضي عن نفسي. ٢/ انا ممتعض من نفسي. ٣/ اكره نفسي.	السابع عشر: ٠/ لا اشعر بتعب اكثر من المعتاد. ١/ اتعب بسرعة عن المعتاد. ٢/ اتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء. ٣/ انا اتعب لدرجة انني لا استطيع ان اقوم بأي عمل.
ثامناً: ٠/ لا اشعر بأنني اسوأ من الآخرين. ١/ انقد نفسي بسبب ضعفي واطوائي. ٢/ الوم نفسي معظم الوقت على اخطائي. ٣/ الوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.	الثامن عشر: ٠/ ان شهيتي للطعام ليست اقل من المعتاد ١/ ان شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد. ٢/ ان شهيتي للطعام اسوأ كثيراً الان. ٣/ ليس لدي شهية للطعام اطلاقاً في الوقت

الحاضر.	
التاسع عشر: ٠ / لم ينقص وزني في الأونة الاخيرة. ١ / فقدت اكثر من كيلو جرامات من وزني. ٢ / فقدت اربعة كيلو جرامات من وزني. ٣ / فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.	تاسعا: ٠ / اشعر بضيق من الحياة. ١ / ليس لي رغبة في الحياة. ٢ / اصبحت اكره الحياة ٣ / اتمنى الموت اذا وجدت فرصة لذلك.
العشرون: ٠ / لست مشغولا على صحتي اكثر من السابق. ١ / اني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية مثل الاجوع واضطرابات المعدة و الامساك. ٢ / اني مشغول جدا ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب ان افكر في اي شيء اخر. ٣ / اني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية لدرجة اني لا استطيع ان افكر في اي شيء اخر.	عاشرا: ٠ / لا ابكي اكثر من المعتاد. ١ / ابكي الان اكثر من ذي قبل. ٢ / ابكي طوال الوقت. ٣ / لقد كنت قادرا على البكاء فيما مضى ولكنني الان لا استطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.
الحادي والعشرون: ٠ / لم لاحظ اي تغيرات حديثة في اهتماماتي الجنسية. ١ / اني اقل اهتماما بالجنس عن المعتاد. ٢ / لقد قل الان اهتمامي بالجنس كثيرا. ٣ / لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماما.	