

جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله -

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتخفيض من

درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان

دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس الاجتماعي

إشراف الأستاذ:

إعداد الطالب:

أ.د. حماش الحسين

بلخير رشيد

السنة الجامعية: 2018-2019

شكر وتقدير

بعد حمد الله وشكره على ما وهبنا من نعم، نتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى أستاذنا المشرف البروفيسور "حماش الحسين" على ما قدمه لنا من مساعدات لإنجاز هذا البحث، وعلى كل الجهود التي بذلها والمعانات التي عانها من أجل إرساء دعائم تخصص علم النفس الاجتماعي، فالفضل يعود إليه في فتح تخصص علم النفس الاجتماعي بجامعة تيزي وزو.

وإلى كل الأساتذة والعاملين في مجال علم النفس، وبالخصوص البروفيسور "بشير معمريّة" الذي لم يبخل علينا بنصائحه وتوجيهاته القيمة.

دون أن ننسى تقديم الشكر إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد، بالخصوص أعضاء خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان، مصلحة طب السرطان بتيزي وزو، مركز بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة، جمعية أمل لمكافحة السرطان والأمراض المستعصية بإسطنبول، تركيا.

ولأعضاء لجنة مناقشة الأطروحة جزيل الشكر.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى روح زميلتنا بخلية استقبال وإرشاد مرضى السرطان، المختصة النفسانية "ليلية أمال" التي رحلت عنا في زهرة شبابها، رحمها الله واسكنها فسيح جناته وجعلها في الفردوس الأعلى من الجنة

أهديه إلى كل إنسان يسعى لطلب العلم والمعرفة، إلى كل إنسان همه الأول إرساء دعائم التقدم والتحضر والرقى.

أهديه إلى أسرتي وعائلي وزملائي

إلى أحبائي وأعرّائي

وإلى كل إنسان...

إلى كل هؤلاء جميعا أهدي ثمرة جهدي هذه.

ملخص البحث باللغة العربية:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان. ومن أجل تحقيق هذا الهدف، تم صياغة ثلاثة فرضيات أساسية، فرضية أولى تسعى للكشف عن ما إذا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وبعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان. وفرضية ثانية تسعى للكشف عن ما إذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان. وفرضية ثالثة تسعى للكشف عن ما إذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

تدخل هذه الدراسة في إطار الدراسات الوصفية الارتباطية المقارنة، أقيمت على عينة قوامها 150 من المرضى المصابين بالسرطان، الذين يتوافدون على مصلحة طب السرطان بالمستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو. وقد تمّ الاستعانة بمقياس المساندة الاجتماعية الذي وضعه سارازون وجماعته، والمقنن على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة شهرزاد نوار (2013)، وكذلك قائمة بيك الثانية للاكتئاب والمقنن على البيئة الجزائرية من طرف الباحث بشير معمريّة (2010).

أسفرت نتائج تحليل معطيات هذه الدراسة إلى تحقق الفرضية الأولى بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، وكذلك إلى التحقق النسبي للفرضية الثانية في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لصالح المتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لصالح المقيمين بالريف، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لصالح الذين لا يتعالجون بهما. كما تحققت نسبيا الفرضية الثالثة في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لصالح مرضى السرطان المقيمين بالمدينة مقارنة بالمرضى المقيمين بالريف.

Résumé de l'étude en langue étrangère:

L'étude actuelle vise à étudier le soutien social et sa relation dans l'atténuation de la dépression chez les patients atteints du cancer.

Pour réaliser cet objectif, trois hypothèses essentielles ont été formulées, la première hypothèse vise à chercher l'existence d'une relation statistiquement significative entre le soutien social avec ses deux dimensions (la disponibilité du soutien social et la satisfaction au soutien social) et l'atténuation de la dépression chez les patients atteints du cancer. La deuxième hypothèse vise à chercher l'existence des différences statistiquement significatives du soutien social selon le sexe (masculin, féminin), l'état civil (marié, célibataire), le lieu de résidence (ville, campagne), les soins (avec chimiothérapie et/ou radiothérapie, sans les deux) chez les patients atteints du cancer. Quand à la troisième hypothèse, elle vise à chercher l'existence de différences statistiquement significatives de la dépression selon le sexe (masculin, féminin), l'état civil (marié, célibataire), le lieu de résidence (ville, campagne), les soins (avec chimiothérapie et/ou radiothérapie, sans les deux) chez les patients atteints du cancer.

Cette étude s'inscrit dans le cadre des études descriptives corrélationnelles et différentielles, effectuée sur un échantillon composé de 150 patients atteints du cancer et qui consultent dans le service d'Oncologie médicale, du CHU de Tizi-Ouzou.

Nous nous sommes appuyés dans notre étude sur la deuxième version du Social Support Questionnaire (SSQ6), développé par Sarason et son équipe, et qui a été adapté à l'environnement algérien par le chercheur **Chahrazed Nouar (2013)**, et sur l'échelle de Beck 2 pour la dépression qui a été adaptée à l'environnement algérien par le chercheur **Bashir Maamria (2010)**.

L'analyse des données de cette étude a confirmé la première hypothèse, c'est à dire l'existence d'une relation statistiquement significative entre le soutien social avec ses deux dimensions (la disponibilité du soutien social et la satisfaction au soutien social) et l'atténuation de la dépression chez les patients atteints du cancer.

La deuxième hypothèse s'est avérée relativement juste par l'existence de différences statistiquement significatives du soutien social selon l'état civil (marié, célibataire) en faveur des patients mariés, selon le lieu de résidence (ville, campagne) en faveur des patients résidents dans des villes, et selon les soins (avec chimiothérapie et/ou radiothérapie, sans les deux) en faveur des patients cancéreux qui ne se soignent pas. Enfin l'étude a permis de vérifier la troisième hypothèse relativement juste avec l'existence de différences statistiquement significatives de la dépression selon le lieu de résidence (ville, campagne), en faveur des patients cancéreux résidents dans des villes.

فهرس المحتويات

كلمة شكر

إهداء

ملخص البحث باللغة العربية

ملخص البحث باللغة الفرنسية

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

01مقدمة

القسم الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

081- الإشكالية

212- الفرضيات

223- أسباب إختيار موضوع البحث

244- أهداف البحث

255- أهمية البحث

266- تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا

276-1- المساندة الاجتماعية

276-2- الاكتئاب

286-3- السرطان

الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية

- تمهيد 30
- 1- تعريف المساندة الاجتماعية..... 30
- 2- بعض المرادفات القريبة من مصطلح المساندة الاجتماعية..... 33
- 3- أهمية المساندة الاجتماعية..... 33
- 4- أبعاد المساندة الاجتماعية..... 38
- 5- وظائف المساندة الاجتماعية..... 38
- 5-1 وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية..... 38
- 5-2 وظائف تخفيف أو الوقاية من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة 39
- 6- أشكال المساندة الاجتماعية..... 41
- 7- مصادر المساندة الاجتماعية..... 42
- 7-1 المساندة الاجتماعية الرسمية 43
- 7-2 المساندة الاجتماعية غير الرسمية 43
- 8- أنماط المساندة الاجتماعية..... 44
- 9- الآثار الايجابية والسلبية للمساندة الاجتماعية..... 44
- 10- شروط المساندة الاجتماعية 44
- 11- نظريات تفسير المساندة الاجتماعية أو نماذجها..... 47
- 11-1 نظرية بولبي لسلوك التعلق 47
- 11-2 النظرية البنائية..... 47
- 11-3 النظرية الوظيفية 48
- 11-4 النظرية الكلية..... 48
- 11-5 نظرية التبادل الاجتماعي..... 49
- 11-6 نظرية المقارنة الاجتماعية..... 49

49	.....	11-7- نموذج الأثر الرئيسي
50	.....	11-8- نموذج الأثر الواقي (المخفف) من الضغط
50	.....	11-9- نموذج الارتباط
51	.....	11-10- النموذج الشامل
52	.....	12- الأدوار الأساسية للمساندة الاجتماعية
52	.....	12-1- الدور الإنمائي
52	.....	12-2- الدور الوقائي
52	.....	12-3- الدور العلاجي
53	.....	13- المساندة الاجتماعية ومرض السرطان
56	.....	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الاكتئاب

58	.....	تمهيد
58	.....	1- تعريف الاكتئاب
58	.....	1-1- التعريف اللغوي
59	.....	1-2- التعريف الاصطلاحي
60	.....	2- أعراض الاكتئاب
61	.....	2-1- أعراض بدنية
61	.....	2-2- أعراض معرفية
61	.....	2-3- أعراض سلوكية
62	.....	2-4- أعراض نفسية
63	.....	3- أنواع الاكتئاب
64	.....	3-1- الاكتئاب العصابي

64	2-3- الاكتئاب الذهاني.....
64	3-3- الاكتئاب الشديد أو الحاد.....
64	4-3- الاكتئاب الذهولي.....
65	5-3- الاكتئاب الإستجابي.....
65	6-3- الاكتئاب البسيط.....
65	4- تصنيف الاكتئاب.....
71	5- أسباب الاكتئاب.....
71	5-1- الوراثة.....
71	5-2- الأسباب البيولوجية والبيوكيميائية.....
72	5-3- الأمراض الجسدية.....
73	5-4- عوامل نفسية وإجتماعية.....
74	6- التناولات النظرية للاكتئاب.....
74	6-1- النظرية الوراثة.....
75	6-2- النظرية الطبية.....
76	6-3- النظرية الكيميائية.....
77	6-4- النظرية النفسية التحليلية.....
78	6-5- النظرية السلوكية.....
79	6-6- النظرية المعرفية.....
80	6-7- النظرية الشخصية.....
81	6-8- التناول السيكوسوماتي.....
82	7- علاج الاكتئاب.....
82	7-1- العلاج النفسي التحليلي.....
84	7-2- العلاج السلوكي.....

84	.....العلاج المعرفي
85	.....العلاج السلوكي المعرفي
87	.....العلاج البيئي
88	.....العلاج الدوائي
89	.....العلاج الكهربائي
89	.....المداخلة الجراحية النفسية
90	.....السرطان والاكنتاب
94	.....خلاصة الفصل

الفصل الرابع: السرطان

96	.....تمهيد
96	.....1-تعريف السرطان
96	.....1-1-التعريف اللغوي
97	.....1-2-التعريف الاصطلاحي
98	.....2-نشوء السرطان
100	.....3-تصنيف السرطان
100	.....3-1-الأورام الحميدة
101	.....3-2-الأورام الخبيثة
103	.....4-عوامل ظهور السرطان
104	.....4-1-عامل الوراثة والجينية
104	.....4-2-عوامل خارجية
106	.....4-3-عوامل داخلية
106	.....4-3-العوامل المساعدة

107	5- الأعراض العيادية للسرطان.....
110	6- طرق تشخيص السرطان.....
110	6-1- الجراحة الاستكشافية (عملية البيوبسي).....
110	6-2- الفحص بالأشعة.....
111	6-3- إختبار علامة الورم.....
111	7- أنواع السرطان.....
111	7-1- سرطان الدم (اللوكيميا).....
113	7-2- سرطان الجهاز اللمفاوي.....
113	7-3- سرطان العظم.....
114	7-4- سرطان الجلد.....
114	7-5- سرطان الجهاز الهضمي.....
117	7-6- سرطان عنق الرحم.....
118	7-7- سرطان الثدي.....
118	7-8- سرطان الرئة.....
119	7-9- سرطان البروستات.....
119	7-10- سرطان الفم.....
120	7-11- سرطان البنكرياس.....
120	7-12- سرطان الدماغ.....
121	8- الوسائل المستعملة لعلاج السرطان.....
122	8-1- العلاج بالجراحة.....
123	8-2- العلاج الإشعاعي.....
124	8-3- العلاج الكيميائي.....
124	8-4- العلاج الجيني.....

125	.....	8-5- العلاج الهرموني
125	.....	8-6- العلاج المناعي
126	.....	9- الآثار النفسية للسرطان
130	.....	خلاصة الفصل

القسم الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للبحث

134	.....	تمهيد
136	.....	1- التذكير بالفرضيات
136	.....	2- الدراسة الاستطلاعية
136	.....	2-1- تعريف الدراسة الاستطلاعية
137	.....	2-2- الهدف من الدراسة الاستطلاعية
139	.....	2-3- مكان وزمان اجراء الدراسة الاستطلاعية
140	.....	2-4- عينة الدراسة الاستطلاعية
146	.....	2-5- حساب الخصائص السكومترية لمقاييس البحث
157	.....	3- منهج البحث
159	.....	4- الدراسة الاساسية
159	.....	4-1- مجتمع الدراسة الاساسية
161	.....	4-2- عينة الدراسة الاساسية
181	.....	5- مكان وزمان اجراء الدراسة الاستطلاعية
182	.....	6- أدوات ووسائل البحث

182	6-1- مقياس المساندة الاجتماعية
191	6-2- قائمة بيك الثانية للاكتئاب.....
201	7- الأسباب الإحصائية المستعملة.....
202	7-1- الأساليب الإحصائية المستعملة في تمثيل خصائص الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.....
202	7-2- الأساليب الإحصائية المستعملة للتحقق من فرضيات البحث ومعالجة النتائج.....
207	خلاصة الفصل.....

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج

209	تمهيد
209	1- تقديم مستويات متغيرات البحث
209	1-1- مستويات متغير المساندة الاجتماعية
212	1-2- مستويات متغير الاكتئاب
214	2- عرض وتحليل النتائج
214	2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
214	2-1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الأولى)
216	2-1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الأولى)
217	2-1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
218	2-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
219	2-2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الثانية)
219	2-2-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الثانية)
220	2-2-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (للفرضية الثانية)
221	2-2-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (للفرضية الثانية)

- 222 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة 3-2
- 223 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الثالثة) 1-3-2
- 223 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الثالثة) 2-3-2
- 224 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (للفرضية الثالثة) 3-3-2
- 225 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (للفرضية الثالثة) 4-3-2
- 226 تفسير ومناقشة النتائج 3
- 226 تعقيب على نتائج مستويات المساندة الاجتماعية والاكتئاب 1-3
- 226 تعقيب على نتائج مستويات المساندة الاجتماعية 1-1-3
- 232 تعقيب على نتائج مستويات الاكتئاب 2-1-3
- 236 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى 2-3
- 236 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الأولى) 1-2-3
- 239 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الأولى) 2-2-3
- 241 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى 3-2-3
- 245 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية 3-3
- 245 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الثانية) 1-3-3
- 249 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الثانية) 2-3-3
- 251 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (للفرضية الثانية) 3-3-3
- 253 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (للفرضية الثانية) 4-3-3
- 258 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة 4-3
- 259 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الثالثة) 1-4-3
- 262 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الثالثة) 2-4-3
- 266 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (للفرضية الثالثة) 3-4-3
- 270 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (للفرضية الثالثة) 4-4-3

275	استنتاج عام
278	خاتمة
287	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
140	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	01
141	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن	02
142	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة المدنية	03
143	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي	04
144	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع السرطان	05
148	معامل الارتباط بين متغير المساندة الاجتماعية الكلي ومتغير الدعم الاجتماعي المدرك	06
149	معامل الارتباط بين متغير توفر المساندة الاجتماعية ومتغير الدعم الاجتماعي المدرك	07
150	معامل الارتباط بين متغير الرضا عن المساندة الاجتماعية ومتغير الدعم الاجتماعي المدرك	08
150	معاملات الصدق الذاتي لمقياس المساندة الاجتماعية	09
151	معامل الثبات لمقياس المساندة الاجتماعية الكلي عن طريق معادلة ألفا كرومباخ	10
152	معامل ثبات مقياس المساندة الاجتماعية الكلي بطريقة التجزئة النصفية	11
152	معاملات الثبات لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية بمعادلة ألفا كرومباخ	12
153	معامل ثبات بعد "توفر المساندة الاجتماعية" بطريقة التجزئة النصفية	13
153	معامل ثبات بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية" بطريقة التجزئة النصفية	14
155	معامل الارتباط بين متغير الاكتئاب ومتغير اليأس	15
155	معامل الصدق الذاتي لقائمة بيك الثانية للاكتئاب	16
156	معامل الثبات لقائمة بيك الثانية للاكتئاب عن طريق معادلة ألفا كرومباخ	17
156	معامل ثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب بطريقة التجزئة النصفية	18
167	توزيع عينة البحث الدراسة الأساسية حسب الجنس	19
168	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب السن	20
169	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة المدنية	21
170	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي	22

172	توزيع عينة البحث الدراسة الأساسية نوع الإقامة	23
173	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان للعينة ككل	24
175	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للذكور	25
176	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للإناث	26
178	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للإناث	27
179	توزيع عينة البحث الدراسة الأساسية حسب العلاج	28
180	توزيع عينة البحث الدراسة الأساسية حسب نوع العلاج	29
189	ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق معادلة ألفا كرونباخ	30
189	قيم معادلات ثبات التجزئة النصفية لدرجات مقياس المساندة الاجتماعية	31
190	صدق التمييز لدرجات المساندة الاجتماعية بطريقة المقارنة الطرفية (ن = 12)	32
192	العبارات المستبدلة والبديلة بين النسختين (1961) و(1979)	33
197	قيم "ت" لدلالة بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور	34
198	قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث	35
199	معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب ومتغيرات اليأس والتشاؤم والتعب المزمن والقلق.	36
200	معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب ومتغيرات توكيد الذات والسعادة والتفاءل.	37
201	معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ	38
209	التكرارات والنسب المئوية لنتائج تقدير مستويات بعد "توفر المساندة الاجتماعية" لدى عينة البحث	39
210	نتائج الإحصاء الوصفي لبعد "توفر المساندة الاجتماعية" لدى عينة البحث	40
211	التكرارات والنسب المئوية لنتائج تقدير مستويات بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية" لدى عينة البحث	41
212	نتائج الإحصاء الوصفي لبعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية" لدى عينة البحث	42
213	التكرارات والنسب المئوية لنتائج تقدير مستوى الاكتئاب لدى عينة البحث	43

214	نتائج الإحصاء الوصفي لمتغير الاكتئاب لدى عينة البحث	44
215	توزيع متغيري توفر المساندة الاجتماعية والاكتئاب	45
215	معامل الارتباط بين توفر المساندة الاجتماعية والاكتئاب	46
216	توزيع متغيري الرضا عن المساندة الاجتماعية والاكتئاب	47
217	معامل الارتباط بين متغيري الرضا عن المساندة الاجتماعية والاكتئاب	48
218	توزيع متغيري المساندة الاجتماعية الكلي والاكتئاب	49
218	معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب	50
219	دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير الجنس	51
220	دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير الحالة المدنية	52
221	دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير الإقامة	53
222	دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير العلاج	54
223	دلالة الفروق في الاكتئاب وفقا لمتغير الجنس	55
224	دلالة الفروق في الاكتئاب وفقا لمتغير الحالة المدنية	56
225	دلالة الفروق في الاكتئاب وفقا لمتغير الإقامة	57
226	دلالة الفروق في الاكتئاب وفقا لمتغير العلاج	58

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس	140
02	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن	141
03	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب الحالة المدنية	142
04	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي	143
05	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب نوع السرطان	145
06	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس	167
07	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب السن	169
08	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب الحالة المدنية	170
09	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي	171
10	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب نوع الإقامة	172
11	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب نوع السرطان للعينة ككل	174
12	أعمدة بيانية تمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للذكور	175
13	أعمدة بيانية تمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للإناث	177
14	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب مدة اكتشاف المرض	178
15	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب العلاج	179
16	أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب نوع العلاج	180
17	دائرة نسبية تمثل مستويات بعد "توفر المساندة الاجتماعية"	210
18	دائرة نسبية تمثل مستويات بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية"	211
19	دائرة نسبية تمثل مستويات متغير الاكتئاب	213

يتميز العصر الذي نعيش فيه بالضغوط النفسية، نظرا للأوضاع والأحداث المثيرة التي ينفرد بها، حيث أن التطور التكنولوجي أدى إلى تغيرات وتطورات اجتماعية واقتصادية تسببت في تغيير الكثير من القيم، مما أوصل عددا لا بأس به من الأفراد العيش في ظل هذه الظروف الصعبة التي سببت لهم مشاكل لا يستهان بها، من الاضطرابات العضوية والنفسية المهددة للأمن الجسمي والنفسي على حدّ سواء.

هذه الظروف الصعبة أنتجت مناخات انفعالية شديدة، ومع ازدياد ضغوط الحياة بصفة مستمرة والسعي الدائم وراء الماديات الضرورية في العصر الحالي والإحباطات التي تواجهنا بصفة كبيرة ويومية، ازداد ظهور عدد من الحالات المرضية العضوية التي لها جذور نفسية، وبات واضح للعيان أن العلاقة التي تربط النفس بالجسد هي علاقة تفاعل وتكامل، فإذا اشتكت النفس اشتكى الجسد والعكس بالعكس صحيح.

ومن بين الأمراض الخطيرة الناتجة عن هذا الوضع، والتي عرفت انتشارا كبيرا في العصر الحديث مرض السرطان، نظرا لتعدد العوامل المهيأة للإصابة به، إذ يمس مختلف الفئات العمرية ويمتاز بمضاعفات خطيرة ومعقدة كما يعد من بين الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم حسب إحصائيات قدمتها منظمة الصحة العالمية (OMS) لعام 2017.

والجزائر كغيرها من البلدان، تميزت بانتشار هذا المرض أيضا، والإحصائيات المقدمة من طرف وزارة الصحة دليل على ذلك، مما دفع ببعض منهم كالأطباء والباحثين للحديث عن وباء السرطان، خاصة وأنه يعتبر من المسببات الأساسية للوفاة في المجتمع الجزائري، وهذا حسب تصريحات مسؤولي الصحة بالجزائر من خلال الإعداد للمخطط الوطني (2015-2019) لمكافحة السرطان بالجزائر.

فالسّرطان مرض خطير لا يهدد حياة المريض فحسب بل يؤثر على صحته الجسدية والنفسية، وتشخيص الإصابة به يسبب ضيقاً وإجهاداً وألماً للمريض وعائلته، فقد تكون المعاناة النفسية كردّ فعل على التشخيص بالسّرطان لدى بعض المرضى، ولكن الكثير منهم تستمر معهم مسببة عبئاً إضافياً أثناء العلاج مما يؤدي إلى صعوبة أكبر في الإدارة والسيطرة على الأعراض وازدياد طول الإقامة بالمستشفى.

وضّحت عدّة دراسات أن معايشة مريض السرطان للألم تمس مجموعة من الأبعاد الجسدية، النفسية، الاجتماعية والروحية التي أُطلق عليها مصطلح مجمل الألم. وعادة ما تظهر على شكل مشكلات جسمية عديدة كاضطراب الجهاز العصبي المركزي، تغيرات في الوزن، الإمساك أو الإسهال، الغثيان، فقدان الشهية وسقوط الشعر... وأعراض نفسية مثل الاكتئاب، القلق، الأرق والشعور بالإجهاد والضغط... وذلك حسب نوع السرطان المصاب به، وكذلك حسب نوع المرحلة التي يمرّ بها مريض السرطان، بالإضافة إلى بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل والانعزال والوصمة الاجتماعية.

قد يظهر على المريض فقدان السيطرة على أحداث الحياة، والتغير في القدرة على أداء الأدوار الأسرية والوظيفية، فمرضى السرطان قد يكونون غير قادرين على مواصلة حياتهم كما كانت عليه من قبل لظهور مشاكل في جميع الجوانب الشخصية، العائلية والحياة الاجتماعية والتي قد تؤدي إلى تدني نوعية الحياة لديهم سواء أثناء عملية التشخيص والعلاج أو خلال فترة المتابعة.

تعتبر الإصابة بمرض السرطان أمراً يصعب تقبله من طرف المريض، مما يجعله مصاحباً لعدّة تأثيرات وتغيرات على الجانب النفسي كظهور القلق والاكتئاب والتوتر النفسي لدى الفرد المصاب، وفي هذا الإطار يوضح **كانيت (Kanitk, 1978)** أن مرضى السرطان يتّصفون بارتفاع في درجة القلق والاكتئاب وانعدام القدرة على التكيف للأحداث.

بذلت دول العالم بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة مجهودات كبيرة من أجل مواجهة مرض السرطان وتداعياته، من خلال توفير مراكز ومصالح وخلايا تعنتي بمرضى السرطان، مثل مركز مكافحة السرطان "بيير وماري كوري" (CPMC) بالجزائر العاصمة، مصلحة طب السرطان (Service d'oncologie médical) وخلية استقبال وتوجيه مرضى السرطان (Cellule d'accueil et d'orientation d'oncologie) بالمستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو...، إضافة إلى توفير أدوات الفحص الطبي كالكسانير والرنين المغناطيسي (Le scanner et l'IRM)، وبذل أموال طائلة من أجل توفير العلاج المجاني لمرضى السرطان خاصة فيما يتعلق بأدوية العلاج الكيميائي والمعدّات الخاصة بالعلاج الإشعاعي (La chimiothérapie et la radiothérapie) ... إلخ

إنّ العلاج لدى المرضى المصابين بالسرطان لا يُختزل فقط في الفحوصات الطبية وفي العلاج الطبي والأدوية... إذ يلعب العلاج النفسي دورا لا يستهان به في سيرورة المرض وفي مراحل علاجه العضوي. فلقد تبينت أكثر من أي وقت مضى أهمية العلاج النفسي في ذلك، مما دفع بالمسؤولين عن الصحة الاهتمام بالعلاج النفسي داخل مراكز إستشفاء مرضى السرطان،.. وقد ظهرت عدّة تخصصات في العالم تحت تسمية علم نفس السرطان (La psycho-oncologie)، والتي تهتم بكل ما يتعلق بالحياة النفسية لمرضى السرطان.

إنّ العلاج النفسي لمرضى السرطان لا يقتصر فقط على ما يقدم من طرف المختصين النفسانيين في المحيط الاستشفائي، بل يدخل في إطار دعم شامل وأعم والمتمثل في المساندة الاجتماعية. هذه المساندة يمكن أن تُوفّر أيضا للمريض من خلال مراكز وجمعيات...، من خلال شبكته الاجتماعية المتوفرة في محيطه الاجتماعي، أو من خلال أفراد أسرته الذين يتقاسمون معه العيش الأسري. لقد بينت دراسات لا يستهان بها أنّ المساندة الاجتماعية مصدر هام من مصادر الدعم الفعّال الذي يحتاجه الإنسان، ويؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لحل مشاكل الحياة المختلفة،

وفي إختيار الأساليب الناجعة للتعامل مع هذه المشكلات، خاصة عندما يكون هذا الأخير فريسة الاضطرابات النفسية كالاكتئاب.

وأمام الحقيقة العلمية التي أكدت ارتباط الاكتئاب بمرض السرطان، ارتأينا في هذه الدراسة معرفة ما للمساندة الاجتماعية من علاقة بالتخفيض من درجة هذا الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

ولوفاء بهذا الغرض قسمنا بحثنا إلى جانبين، الجانب النظري والجانب التطبيقي، اللذين يتضمنان ما يلي:

الجانب النظري: هو الإطار النظري لمتغيرات الدراسة ويتضمن أربعة فصول، الفصل الأول الإطار العام للإشكالية، الفصل الثاني المساندة الاجتماعية، الفصل الثالث الاكتئاب، الفصل الرابع السرطان.

الفصل الأول الذي تطرقنا فيه الى فرضيات البحث، أسباب اختيار موضوع البحث، أهداف البحث، أهمية البحث وتحديد المصطلحات الأساسية إجرائيا.

الفصل الثاني تناولنا فيه معطيات أساسية عن متغير المساندة الاجتماعية.

الفصل الثالث تناولنا فيه معطيات أساسية عن متغير الاكتئاب.

الفصل الرابع تناولنا فيه معطيات أساسية عن متغير السرطان.

الجانب التطبيقي: يمثل الإجراءات المنهجية للبحث، ويتضمن فصلين، الفصل الخامس المخصص للإجراءات المنهجية للبحث والفصل السادس المخصص لعرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية من خلال المرور بالمعالجة الإحصائية.

الفصل الخامس شمل على الإجراءات المنهجية التي تم اعتمادها في بحثنا الحالي، بدءاً من التذكير بالفرضيات، مروراً بالدراسة الاستطلاعية، منهج البحث، الدراسة الأساسية،

مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية، أدوات ووسائل البحث، إنتهاءا بالأساليب الإحصائية المستعملة.

أما الفصل السادس فقد تضمّن عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج البحث، حيث تم ربطها بأهم الآراء النظرية والنتائج الإمبريقية المتوصل إليها من الدراسات السابقة، ثم تم تقديم استنتاج عام لأهم النتائج المتوصل إليها. وفي الأخير أنهينا بحثنا بعرض خاتمته، مع تقديم الاقتراحات التي تعزز من قيمة بحثنا وتفتح مجالات لميادين بحثية أخرى.

كل هذا سنتناوله بالتفصيل في طيات صفحات هذا البحث.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

1- الإشكالية:

تعتبر الأمراض المزمنة من أهم أسباب الوفاة في العصر الحديث، وهذه الأمراض تؤثر سلبا على صحة الإنسان من الجانب الجسمي والنفسي. ومن بين هذه الأمراض نجد مرض السرطان الذي يتميز بنمو خلوي غير منتظم ولا يمكن التحكم فيه. ونظرا لخطورته، فقد اهتم به الأطباء والباحثون منذ اكتشافه وركزوا في أبحاثهم على مسبباته وآثاره الجسمية والنفسية وطرق علاجه.

إن مرض السرطان هو النمو الفوضوي والمستمر لخلايا غير عادية داخل الجسم، وتكاثر خلايا خبيثة لا تخضع للقوانين الفيزيولوجية التي تتحكم في الانقسام الخلوي، فهي كتلة من النسيج يستمر في النمو، وقد يكون موضعيا أو غير موضعي.

(Bielefeld Y., 2007, P. 2003)

ويعتبر هذا المرض من الأمراض الأكثر انتشارا في جميع أنحاء العالم والأكثر رهبة في نفوس الأفراد، إذ أنه غالبا ما يرتبط في أذهان الناس بالموت المحتم، حتى ولو لم يصل إلى ذلك فإنه قد يتسبب في فقدان عضو من أعضاء الجسم، وقد يكون هذا هو الموت بمعناه البطيء، فتختلف درجة خطورته حسب نوع السرطان، مكانه ودرجته، والمعروف بأنه أعقد الأمراض تشخيصا وعلاجاً.

ولقد اتجهت الدراسات في البحث عن السرطان وأسبابه وكيفية محاربتة والوقاية منه، حيث تأسس المركز العالمي للبحث عن السرطان عام 1965 بـ "ليون" الفرنسية، وهو تابع للمنظمة العالمية للصحة وتوصلت هذه الدراسات إلى أن انتشار السرطان يختلف لعدة عوامل وأسباب منها المكان الجغرافي، السن، العرق، الوضع الاجتماعي والاقتصادي، ولقد تنبهوا إلى عامل جديد له دور رئيسي في إحداث السرطان وهو المحيط الذي نعيش فيه.

(Scottée F. et autres, 2002, p. 26)

ويعتبر السرطان من الأمراض التي تؤدي إلى الوفاة في العالم، فقد ذكر بيار أوبري وبرنار ألكس قبيزير (Pierre Aubry et Bernard-Alex Gaüzère, 2018) بمركز رينيه بوسكيير (Centres René Labusquière) بمعهد الطب الاستوائي بجامعة بوردو الفرنسية أن 14 مليون حالة سرطان جديدة ظهرت في العالم عام 2012، و8.8 مليون حالة وفاة بسببه عام 2015. تقريبا كل حالة وفاة من بين اثنتين في العالم تعود إلى مرض السرطان. (Pierre Aubry et Bernard-Alex Gaüzère, 2018)

وهذه الإحصاءات المقدمة من طرف بيار أوبري وبرنار ألكس قبيزير (2018) بمركز رينيه بوسكيير جاءت مشابهة إلى حد كبير للإحصاءات المقدمة من طرف منظمة الصحة العالمية (OMS, 2012)، والتي اعتبرت أن السرطان مشكلة كبرى للصحة العمومية في العالم.

فحسب هذه المنظمة، فإن عدد الحالات الجديدة المصابة بالسرطان قدرت بـ 14.1 مليون حالة لعام 2012، وعدد حالات الوفاة بـ 8.2 مليون حالة، مع زيادة متوقعة في عدد حالات السرطان الجديدة سنويا، والتي من المتوقع أن ترتفع من 14.1 مليون في عام 2012 إلى 21.6 مليون عام 2030. (World Health Organization, 13 April 2017). وقد قدر عام 2008 أن نسبة 70% من جميع الوفيات في العالم بهذا المرض وقعت في البلدان النامية. وأن وتيرة انتشار السرطان يمكن أن ترتفع بـ 50% في العالم، وبعدها 15 مليون حالة جديدة سنويا عام 2020. (Zitouni M. et autres, 2014, P17).

وكانت أنواع السرطان الأكثر شيوعا في جميع أنحاء العالم التي تم تشخيصها، كالتالي: سرطان الرئة (1.8 مليون، بنسبة 13% من المجموع)، سرطان الثدي (1.7 مليون، بنسبة 11.90% من المجموع)، ثم سرطان القولون والمستقيم (1.4 مليون، بنسبة 9.70% من المجموع). (الخطة القومية لمكافحة السرطان في مصر، 2016-2020، ص 04)

ومن بين الأنواع الرئيسية المؤدية إلى الوفاة في العالم لعام 2015 نجد: سرطان الرئة (1.69 مليون حالة وفاة)، سرطان الكبد (788000 حالة وفاة)، سرطان القولون والمستقيم (774000 حالة وفاة)، سرطان المعدة (754000 حالة وفاة)، سرطان الثدي (571000 حالة وفاة). وتجدر الإشارة إلى أن أنواع السرطان تختلف وفقاً للمناطق: وعلى سبيل المثال، سرطان عنق الرحم شائع جداً في شرق أفريقيا.

(Pierre Aubry et Bernard-Alex Gaüzère, 2018)

وذكر المركز العالمي للبحث حول السرطان (2013) أنّ نصف المصابين بالسرطان في العالم توفوا بمعدل 56% في عام 2012، بحيث 64.90% مسجلون في المناطق الأقل تنمية في العالم، وهذه النسب مرشحة للارتفاع من الآن إلى عام 2025.

(Centre international de recherche sur le cancer, 12 décembre 2013).

ومن المتوقع زيادة حالات الإصابة والوفيات بسبب السرطان في العقود القليلة القادمة في جميع مناطق العالم نتيجة للتغيرات المتوقعة في التركيبة السكانية في العقدين القادمين حتى لو بقيت معدلات الإصابة بالسرطان الحالية دون تغيير، من 12.7 مليون حالة جديدة في عام 2008 إلى 21.4 مليون حالة جديدة بحلول عام 2030، مع ما يقرب من الثلث من هذه الحالات سوف تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. (الخطة القومية لمكافحة السرطان في مصر، 2016-2020، ص 05)

وفقاً للمكتب الإقليمي لإفريقيا التابع لمنظمة الصحة العالمية (الأفرو)، من المتوقع أن تمثل الأمراض غير المعدية (تصلب الشرايين والسكري والسرطان والأمراض المزمنة الأخرى) نصف مجموع الوفيات بحلول عام 2030 مقارنةً بالربع في عام 2004، و64% من حالات السرطان العالمية الجديدة ستسجل في البلدان النامية.

وسوف تعاني إفريقيا من 800.000 إلى 1.000.000 حالة سرطان جديدة سنوياً بحلول عام 2020. (Ly M. et autres, 2010)

أما في الجزائر، وفي إطار التخطيط الصحي للبلاد عام 1975، تم تحديد السرطان كمشكلة صحية رقم 17 (Le cancer avait été identifié comme le 17^{ème} problème de santé).

وفي عام 1997، خلال المؤتمرات الإقليمية التحضيرية للمؤتمر الوطني للصحة التي جرت أشغاله عام 1998، هناك منطقة واحدة من المناطق الخمسة في البلاد، وهي المنطقة الشرقية، والتي أشارت إلى أن السرطان مشكلة صحية كبرى. ولم يدرك المختصون حجم المشكل في الجزائر إلا بحلول عام 2000. (Zitouni M. et autres, 2014, P13)

إذن قبل سنة 2000، لم يكن مرض السرطان مشكلة صحية كبرى في الجزائر، والدليل على ذلك هو انه في عام 1975 تم تحديده كمشكلة صحية رقم 17، بمعنى أنه لم يكن من بين الأمراض التي منحت لها الأولوية من طرف وزارة الصحة لمواجهتها كالأمراض المعدية والمتقلة (Les maladies infectieuses et transmissibles). وكذلك عام 1997 خلال المؤتمرات الإقليمية التحضيرية للمؤتمر الوطني للصحة، فقط منطقة واحدة من المناطق الخمسة في البلاد، أشارت إلى أن السرطان مشكلة صحية كبرى. ولكن بعد سنة 2000 أدرك المختصون في الجزائر خطورة الوضع خاصة بعد الإحصاءات المقدمة من طرف الجهات المعنية والتي دقت ناقوس الخطر، ومن بينها تلك الإحصاءات التي قدمها وزير الصحة وإصلاح المستشفيات في الجزائر.

ذكر عبد المالك بوضياف، وزير الصحة وإصلاح المستشفيات أن الجزائر تشهد حوالي 45.000 حالة مصابة بالسرطان سنويا، حيث بلغت نسبة الوفيات حوالي 24.000، ويفسر هذا الرقم بالنقلة المتسارعة للنمو السكاني والابيديمولوجي، وكذلك إلى التطور الاجتماعي والاقتصادي السريع والذي أحدث تغيرات عميقة في نمط حياة الجزائريين.

(Abdelmalek Boudiaf, 2014, P. 05)

أكد البروفيسور مسعود زيتوني في تصريح لإذاعة الجزائر خلال تظاهرات اليوم العالمي لمكافحة السرطان أن الجزائر تحصي حوالي 50 ألف حالة إصابة جديدة سنويا، وسرطان الثدي يحتل الصدارة. (الإذاعة الجزائرية، في 2018/02/04)

وذكر البروفيسور زيتوني (2014) أن من أسباب تفاقم هذا المرض وانتشاره في الجزائر، التحول الديمغرافي السريع والعميق الذي شهدته الجزائر منذ تسعينات القرن الماضي، والذي أدى إلى تغيير هيكلية في الصورة الوبائية لسكانها. وقد شهد هذا انخفاضاً في معدل الوفيات العامة التي تم تقسيمها إلى 4 أقسام في غضون 50 عاماً (16.45 لكل ألف نسمة في نهاية الستينات من القرن الماضي، إلى 4.41 لكل ألف نسمة في عام 2008)، وانخفاض مهم في معدل وفيات الرضع والأحداث، مرتبط بزيادة تدريجية في متوسط العمر المقدر بـ 25 سنة على مدى السنوات الخمسين الماضية. وقد أدى كل هذا إلى شيخوخة تدريجية للسكان مع نسبة متزايدة من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة في هرم الأعمار.

(Zitouni M. et autres, 2014, P13)

أكد أنه في العشريات الماضية تغنت الجزائر بنسبة شبابها البالغ حسب بعض الإحصاءات 75% من تعداد سكانها، وهذه الفئة الشابة مع مرور السنوات أخذت تدخل شيئاً فشيئاً في خانة كبار السن حيث أشار إلى هذه الظاهرة البروفيسور مسعود زيتوني وآخرون (2014)، في قولهم: "... وقد أدى كل هذا إلى شيخوخة تدريجية للسكان مع نسبة متزايدة من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة في هرم الأعمار".

ومن البديهي أن هذا العامل قد يكون السبب في تزايد نسبة انتشار مرض السرطان في الجزائر ولكن الإحصاءات الأخيرة تشير إلى انتشار هذا المرض لدى الفئات الشابة، وعلى سبيل المثال لا الحصر، كان مرض سرطان الثدي يقتصر ذكره على نساء ما بعد سن

اليأس أما الآن فيتم إحصاء حالات لا يستهان بها لشابات في مقتبل العمر وهن يعانين من هذا المرض، إضافة إلى إنشار مرض السرطان لدى الأطفال وعلى رأسه سرطان الدم...

إن التغيير العميق في نمط الحياة الجماعية والفردية (الإدمان على التدخين، الإجهاد والضغط، نمط الحياة الخامل، التوسع الحضري، إلخ) والنظام الغذائي غير المتوازن من بين أسباب انتشار الأمراض غير القابلة للانتقال بما في ذلك السرطان.

(Zitouni M. et autres, 2014, P17)

ويشكل مرض السرطان وضعية مضطربة تنعكس على نمط حياة المصابين به وتؤثر على مواقفهم وسلوكياتهم اليومية، إلى جانب مضاعفات أخرى أكثر تعقيدا على المستوى النفسي، ولهذا السبب فإن البحث حول السرطان لم يقتصر فقط على الجانب الطبي بل امتد أيضا إلى دراسة المتغيرات النفسية التي يحدثها بمجرد الإعلان عن تشخيص الورم السرطاني، وفي هذا الموضوع أقام الباحثان "موندلشون" و"ماج" (1979) دراسة حول آثار مرض السرطان على حياة المصابين به، إذ تبيّن خلال الدراسة أن الإصابة بهذا المرض تُشكل عبئا نفسيا كبيرا على المصابين به. **(Fourcade J. P. et autres, 2002, p. 145)**

قام **ليسهان (Lishan, 1959)** بدراسة تفصيلية على 25 مريضا بالسرطان ووجد أن مريض السرطان يقاسي من فقدان العلاقات الاجتماعية، العجز عن التعبير بصورة جيدة للدفاع عن نفسه، عدم الشعور بالقيمة وعدم تقبل الذات، الشعور بالتوتر، وارتفاع القلق والاكتئاب.

وقد أوضح **سيمونتون (Simonton)** وآخرون أن مريض السرطان يعاني من شعور الحزن والأسى نحو الذات وانخفاض مفهوم الذات لديه وعجز في بناء علاقات اجتماعية قوية.

كما أوضح **كانيث (Kanitk, 1978)** أن مرضى السرطان يتصفون بارتفاع في درجة القلق والاكتئاب وانعدام القدرة على التكيف للأحداث. (زينب محمود شقير، 2002، ص. 143، 130)

أجرى فونكون (Vanhkonen, 1971) دراسة على مائة من المصابين بالسرطان، وأظهرت النتائج أن 85 % من أفراد العينة يعانون من قلق الموت والاكتئاب وذلك اعتمادا على مقابلة مقننة. (بدر محمد الاتصاري، 1996، ص. 23)

ومن خلال استعراض الباحث لبعض الدراسات التي حاولت أن توضح معاناة مريض السرطان النفسية تبين أن نقص القدرة على التكيف مع الأحداث والعجز في بناء علاقات اجتماعية قوية من بين الصعوبات اليومية التي يعيشها مريض السرطان في محيطه الاجتماعي، ما قد يؤدي به إلى عدم الشعور بالقيمة وعدم تقبله لذاته، وبالتالي انخفاض مفهوم الذات لديه، ما يجعله فريسة للاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، فقد اتفقت الدراسات السالفة الذكر على أن الاكتئاب من بين أهم الآثار النفسية التي يعانيها مريض السرطان.

يقول نيكولاس جيمس (2013) عن السرطان : "... والمرض ذاته وعلاجه من الأسباب الكبرى للألم والاكتئاب". (نيكولاس جيمس، 2013، ص 10)

ويعرف الاكتئاب بأنه: "حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق وتكثر فيه مشاعر الهم والغم..." (دانيا الشبؤون، 2011، ص 762).

فالإكتئاب يعبر عن حالة من الحزن والضيق والشعور باليأس والحزن الدائم، وغالبا ما يشعر المصاب بفقدان الاهتمام بالحياة. (عبد الرحمان الوافي، 2006، ص 255)

يرى الحجار وأبو اسحق (2007) أن الاكتئاب قد يكون أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف نصادفه في حياتنا يدعو للشعور بالحزن والأسى وقد يكون الاكتئاب أحيانا مصاحبا لأي مرض عضوي بفعل تأثير الجسم على النفس فيكون هنا الاكتئاب ثانويا، نتيجة لحالة أخرى تسببت في هذا الشعور.

ويعتبر الاكتئاب من العلل الشائعة على مستوى العالم برمته، حيث يؤثر على أكثر من 300 مليون شخص. ويختلف الاكتئاب عن التقلبات المزاجية العادية والانفعالات العاطفية التي لا تدوم طويلاً، كاستجابة لتحديات الحياة اليومية. وقد يصبح الاكتئاب حالة مرضية خطيرة، لاسيما عندما يكون طويل الأمد وبكثافة معتدلة أو شديدة. ويمكن للاكتئاب أن يسبب معاناة كبيرة للشخص المصاب به، وتردي أدائه في العمل أو في المدرسة أو في الأسرة. ويمكنه أن يفضي في أسوأ حالاته إلى الانتحار. وفي كل عام يموت ما يقارب 800000 شخص من جراء الانتحار الذي يمثل ثاني سبب رئيسي للوفيات بين الفئة العمرية 15-29 عاماً. (World Health Organization, 22 march 2018)

وأوضحت العديد من الدراسات أن نسبة التعرض للإصابة بالاكتئاب في مرحلة الرشد تتراوح بين 10 و 25 % لدى النساء وبين 5 و 12% لدى الرجال أي أن نسبة الاضطرابات الاكتئابية لدى النساء أكبر منها لدى الرجال. (مجدي محمد الدسوقي، 2002، ص 20-21)

ونظراً للمعاناة النفسية التي يعانيها مريض السرطان واحتماليته العالية للإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، فقد عمد العديد من الباحثين إلى البحث عن العوامل التي يمكن أن تعين المريض في التخفيف من وطأة هذه الآثار، وتساعده على التحمل والمواجهة...

ولهذا السبب أشار لوسي بديسون (Lucille M. Pederson, 1987) في دراسته الى ضرورة توفير المساندة الاجتماعية لهذه الفئة من المرضى، حيث قام بدراسة مفادها أن مرض السرطان يحدث نوعاً من التوتر لدى كل من المريض وأسرته وأن هذا المرض يهدد حياة المريض، ودعا إلى ضرورة تعاون دوائر الاتصال المختلفة في محاربته. وأجريت الدراسة على 36 مريض بسرطان الصدر للرجال والثدي للنساء تتفاوت أعمارهم ما بين 35

و72 سنة، وقد أعطت النتائج انطبعا بأن معظم الضحايا لهذا المرض لا يستطيعون التحمل وهم دائما ما يحتاجون إلى المساعدة الاجتماعية من أفراد العائلة. (زينب محمود شقير، 2002، ص. 131، 130)

وتعتبر المساندة الاجتماعية متغيرا قديما إلا أن الباحثين في حاجة ماسة إلى المزيد من الاهتمام بها، إذ أنّ لها آثارا ايجابية وفعالة خاصة في تغيير نوعية الحياة عند المرضى وتخفيف المعاناة لديهم، حيث أن الهدف الذي ينشده أي مجتمع في الفترة القادمة هو تحسين نوعية حياة أفرادها لما لهذه الأخيرة من أهمية كبرى، فقد زاد الاهتمام بنوعية حياة المرضى في الآونة الأخيرة لما تلعبه من دور في قياس وتقييم مدى تقدم المرض أو تراجعها، ونخص بالذكر الأعراض الجانبية المترتبة عن العلاجات المستخدمة بالإضافة للتأثيرات الجسمية والاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن الإصابة بهذا النوع من الأمراض.

وتعد البيئة الاجتماعية مجالا هاما لتوفير المساندة والمؤازرة للفرد نظرا لكونها تشمل مجموعة من المصادر التي يمكن للفرد أن يلجأ إليها طلبا للمساندة مثل الأسرة والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل أو الدراسة، وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم أهمية خاصة في حياة الفرد حيث يمكن لهم أن يوفرؤا له المساندة والأمن الذي يحتاجه كل إنسان مصاب أو غير مصاب.

وقد أكدت العديد من الدراسات أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين سواء داخل الأسرة أو خارجها تعد عاملا هاما في تحقيق صحته النفسية. وفي هذا السياق يذهب أوسين وآخرون (Ocyne et al, 1991) نقلا عن عثمان يخلف (2001) أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تخفض أو تبعد آثار الحياة المرضية على الصحة.

أكد صلاح الدين العمريّة (2005) أن العلاقات الاجتماعية تعتبر سندا وجدانيا هاما ومقوما أساسيا من مقومات الصحة النفسية. (برزوان حسيبة، 2016، ص108).

والفرد الذي يتمتع بالمساندة الاجتماعية من الآخرين يصبح شخصا واثقا من نفسه وقادرا على تقديم المساندة للآخرين، وأقل عرضة للاضطرابات النفسية وأكثر قدرة على المقاومة والتغلب على الإحباطات ويكون قادرا على حل مشكلاته بطريقة إيجابية سليمة، لذلك نجد أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل الكثير من المعاناة النفسية. (عبير بنت حسن الصبان، 2003، ص4)

أما الدراسة التي قام بها "نوريس" و"موريل" (Murrell et Norris) سنة 1984 حول علاقة الدعم الاجتماعي والاكئاب، أجريت على عينة قوامها 1402 فردا من الراشدين، من عمر 55 سنة، من المقيمين في ولاية كنتاكي « Kentucky » بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث طبق على أفراد العينة مقياس الاكئاب، وأعيد القياس بعد مضي ستة أشهر من القياس الأول، وبهذا انتهت الدراسة إلى عدد من النتائج منها أن الدعم الاجتماعي يؤدي إلى خفض الأعراض الاكتئابية، كما يقلل من درجة الشعور بالمشقة. (درويش زين العابدين، 1989، ص236).

إن وقت الفراغ هو مصدر الأفكار التلقائية على حدّ قول بيك (Beck) أو الأفكار اللاعقلانية على حدّ قول إليس (Ellis)، أي الفرد عندما يبقى وحيدا في وقت الفراغ وهو يعاني من مشكلة ما أو مرض ما تراوده أفكار تشاؤمية ونظرة سلبية نحو الذات والمحيط والمستقبل وفقدان الأمل في الحياة ولذتها وربما التفكير في الموت أي الانتحار.

المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفعاليته، بما أن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الفرد أنه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات المحيطة به، ولا شك أن هذه المساندة تؤدي دورا هاما في تجاوز الأزمة التي تواجهه.

فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة، أو يمر بخبرة اكتئاب أو حزن، أو قلق أو فقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة المقدمة له من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات أو التقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق إحاطة الفرد وتبيان بأن له قيمة أو محبوب. (Sarafino, 1998)

فالشخص المكتئب المصاب بمرض السرطان يحتاج إلى المساندة من طرف أقربائه أو زملائه أو من طرف المجتمع، فالمساندة الاجتماعية تعمل للحفاظ على الوحدة الكلية للصحة النفسية والجسمية والعقلية للحصول على التعزيز والدعم والشعور بالسعادة، فالمساندة تنمي أنماط التفاعل الايجابي من الأصدقاء، وتنمي مشاعر الانتماء مع البيئة المحيطة بالفرد، حيث أكد كوب (Cobb) أن الرابط الاجتماعي للمساندة العاطفية تعمل على تعميق التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد وتنمي روح الانتماء لديهم، وتوفر لهم الحماية اللازمة عند الحاجة، ويكونون بذلك موضع حب، عناية واحترام وتقدير من طرف الذين يحيطون بهم". (Cobb S., 1976, p. 300)

ويشير الشناوي وعبد الرحمن (1994) إلى أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بالأحداث المؤلمة تتفاوت استجاباتهم السلبية مثل القلق والاكتئاب لتلك الأحداث بتوفير مثل هذه العلاقات المودودة والمساندة، حيث تزداد احتمالات التعرض للاضطرابات النفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية. (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، ص4).

أقيمت دراسة أوكندر وويكر وجبرون حول مرض سرطان الثدي والرئة، وقد طبقت على مجموعة من المرضى مقابلات شخصية لمعرفة الردود الفعلية الشخصية في أعقاب التشخيص، والنظرة إلى الحياة والتغيير الذي طرأ على رؤية الذات والآخرين، وكيفية تعايش مرضى السرطان مع المرض، وقد أسفرت النتائج عن استخلاص عاملين جوهريين وقائمين هما الإيمان والمساندة الاجتماعية. (احمد عبد الخالق و آخرون، 2012، ص24-12).

وفي ظل إنتشار مرض السرطان في المجتمع الجزائري، ومن خلال ما للإصابة بهذا الأخير من تأثيرات قد تكون وخيمة على الجانب النفسي للمريض، إرتأينا دراسة موضوع المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتخفيض من درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان. ولتحقيق هذه الدراسة قام الباحث بطرح تساؤلات بحثه على نحو حرص أن تقدم بطريقة أكثر تنظيماً، وأسهل إستعاباً من طرف القارئ، لذلك جاءت هذه التساؤلات ملخصة في ثلاث تساؤلات أساسية، وكل تساؤل ينقسم إلى مجموعة من تساؤلات فرعية، والتي جاءت على النحو التالي:

التساؤل الأول:

هل توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.

التساؤلات الفرعية للتساؤل الأول:

1- هل توجد علاقة بين توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.

2- هل توجد علاقة بين الرضا من المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.

التساؤل الثاني:

هل توجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة تبعا لبعض المتغيرات: الجنس (الذكور والإناث)، الحالة المدنية (العزّاب والمتزوجون)، مكان الإقامة (المقيمون بالريف والمقيمون بالمدينة)، العلاج (الذين يتعالجون بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما؟.

التساؤلات الفرعية للتساؤل الثاني:

1- هل توجد فروق في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.

- 2- هل توجد فروق في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.
- 3- هل هناك فروق في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.
- 4- هل هناك فروق في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.

التساؤل الثالث:

هل توجد فروق في الاكتئاب لدى أفراد العينة تبعاً لبعض المتغيرات: الجنس (الذكور والإناث)، الحالة المدنية (العزّاب والمتزوجون)، مكان الإقامة (المقيمون بالريف والمقيمون بالمدينة)، العلاج (الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما؟.

التساؤلات الفرعية للتساؤل الثالث:

- 1- هل توجد فروق في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.
- 2- هل توجد فروق في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.
- 3- هل توجد فروق في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.
- 4- هل توجد فروق في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان؟.

2- فرضيات البحث:

وكإجابة مؤقتة لتساؤلات البحث، قام الباحث بصياغة فرضيات بحثه التي حرص تقديمها في صورة أكثر تنظيماً وأكثر سهولة للاستيعاب، حيث قام بإدراجها تحت ثلاثة فرضيات عامة أساسية، وكل فرضية عامة تتفرع إلى مجموعة من الفرضيات الجزئية، المبينة كآتي:

الفرضية الأولى:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الأولى:

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا من المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الثانية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الثالثة:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

3-أسباب إختيار موضوع البحث:

لقد تم اختيارنا لدراسة موضوع بحثنا الحالي لعدة أسباب، أهمها:

- الانتشار السريع لمرض السرطان بين مختلف فئات المجتمع الجزائري كما بينته الإحصاءات المقدمة من طرف الجهات المعنية. وإعلان المسؤولين الجزائريين أن السرطان في الجزائر يعتبر مشكلة صحية كبرى.

- خبرة الباحث في ميدان العمل، حيث سبق له أن وُظف على أساس مسابقة كمختص نفساني للصحة العمومية بالمستشفى الجامعي "ندير محمد" لولاية تيزي وزو، وذلك من 01 جوان 2011 إلى غاية 17 فيفري 2016. فقد تعامل الباحث كثيرا بصفته مختصا نفسانيا مع مرضى السرطان خلال ممارسته في خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان (Cellule d'accueil et d'orientation d'oncologie) المتواجدة بمصلحة الاستشارات المتخصصة لنفس المستشفى، مما جعله يكتشف ضرورة الملّحة للتعامل مع هذه الفئة من المرضى، وضرورة البحث في حياتهم النفسية والاجتماعية، لتبيان العوامل التي قد تلعب دورا في التخفيف من معاناتهم النفسية.

- اهتمام الإعلام الجزائري المرئي والمسموع والمقروء بمرض السرطان، وأُعيرت له من طرفه أولوية كبيرة من الناحية الطبية ومن الناحية النفسية على حدّ سواء، حيث أستدعي الباحث لمرات عديدة من طرف قنوات تلفزيونية وإذاعية لتنشيط حصص حول هذا الموضوع.

- اهتمام المجتمع المدني المتمثل في جمعيات وطنية أو محلية بالتوعية والتحسيس حول مرض السرطان، فقد شارك الباحث في عدّة حملات تحسيسية وتوعية بالمدن والقرى، على سبيل المثال اليوم الإعلامي والتحسيس حول السرطان الذي نظم من طرف الجمعية العلمية لطلبة الصيدلة يوم 25 فيفري 2014 بدار الثقافة مولود معمري، تيزي وزو.

- مشاركة طاقم خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان للمستشفى الجامعي ندير محمد لولاية تيزي وزو، من بينهم الباحث، في إعداد المخطط الوطني (2015-2019) لمكافحة السرطان خاصة فيما يتعلق بتفعيل خلايا الإصغاء (المؤتمر المنعقد في

2011/10/18 بسيدي فرج، الجزائر العاصمة، لقاء 2013/09/18، لقاء 2014/10/04،
ولقاء 2015/09/18 بالمعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر العاصمة).

- مشاركة الباحث في اليوم التأسيسي للجمعية الوطنية لعلم نفس السرطان كعضو منخرط،
(Société algérienne de la psycho-oncologie)، بمركز مكافحة السرطان "بيير
وماري كوري" بالجزائر العاصمة، يوم 2016/05/15.

3- أهداف البحث:

يهدف بحثنا الحالي إلى:

- 1- الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 2- الكشف عن العلاقة بين توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 3- الكشف عن العلاقة بين الرضا من المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 4- معرفة الفروق في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 5- معرفة الفروق في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 6- معرفة الفروق في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 7- معرفة الفروق في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 8- معرفة الفروق في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

9- معرفة الفروق في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.

10- معرفة الفروق في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

11- معرفة الفروق في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

4- أهمية البحث:

تتبع أهمية البحث الحالي في كونه يدرس موضوع السرطان الذي شغل بال المختصين وأقلق الرأي العام، كونه مرضا خطيرا يزداد انتشاره في المجتمع الجزائري خاصة في السنوات الأخيرة، وهذا ما يدل عليه إطلاق المخطط الوطني لمكافحة السرطان (2015-2019) والذي تم تجسيده بعد إتخاذ جملة من الإجراءات من بينها مصادقة مجلس الوزراء المنعقد في شهر ماي 2015 على المحاور الإستراتيجية التي جاءت بها الوثيقة ورصد المبلغ المالي المخصص له والمقدر بـ 180 مليار دج.

يتيح هذا البحث للقارئ الفرصة لمعرفة أهم الآثار النفسية التي يخلفها مرض السرطان رغم تلقي المصاب به العلاج الطبي المناسب، حيث تم تسليط الضوء على متغير الاكتئاب الذي يعتبر من الاضطرابات الشائعة لدى مرضى السرطان. ويعتبر الاكتئاب ردة فعل نفسية طبيعية نتيجة اكتشاف المريض إصابته بهذا المرض، ولكن يمكن أن يتطور إلى اضطراب نفسي تكون آثاره وخيمة على المريض نتيجة سوء التكفل به من عدّة نواحي خاصة من الناحية النفسية والاجتماعية.

تتجلى أيضا أهمية البحث الحالي في إدراجه للمساندة الاجتماعية ضمن متغيرات البحث، وما أوجنا اليوم إلى تبيان أهمية المساندة الاجتماعية في الحياة النفسية والاجتماعية، ومدى

ضرورة الحفاظ على الموروث الثقافي والديني الذي يزخر به مجتمعنا فيما يخص التضامن والتلاحم الاجتماعي، ومواجهة سلبيات العولمة المتمثلة في انتشار المادية والفردية التي أصبحت تهدد الكيان الإنساني. فالعالم الغربي الذي أنهكته الفردية بدأ يعي حجم المشكلة، حيث بدأ يقوم بأبحاث مستفيضة حول المساندة الاجتماعية بعدما تأكد أن الإنسان لا يستطيع أن يعيش لوحده سليماً معافى، والدليل على ذلك أن مصطلح المساندة الاجتماعية جاء ضمن قائمة المصطلحات الأساسية لعلم نفس الصحة (Psychologie de la santé). حيث يقول **بركمان وسيم (Berkman et Syme)** رائد من رواد هذا التخصص:

« En général, un réseau social important protège l'individu alors que l'isolement correspond à un risque accru de morbidité et mortalité... »

بمعنى أنه بشكل عام، شبكة العلاقات الاجتماعية المفيدة تحمي الفرد، بينما الانعزال يقابله زيادة في المرض والوفيات.

البحث الحالي سيضاف إلى قائمة البحوث التي تزخر بها المكتبة الوطنية الورقية أو الرقمية، خاصة تلك المتعلقة بالباحثين (SNDL)، وسيكون مرجعاً قد يستفيد منه الطلبة الباحثون في إعداد أبحاثهم ودراساتهم في مواضيع مشابهة، حيث قد يكون لهم سندا علمياً، موجهاً ومرشداً.

5- تحديد المفاهيم الأساسية إجرائياً:

5-1- المساندة الاجتماعية (Le soutien social):

المساندة الاجتماعية هو وجود أو توفر الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، وهم أولئك الذين يتركون لديه انطباعاً بأنهم في وسعهم أن يعتنوا به، وأنهم يقدرونه ويحبونه، وهي في نفس الوقت تعبر عن مدى رضا الفرد عن المساندة المتاحة له. وهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من خلال إجاباته على بنود مقياس المساندة الاجتماعية

لـ "سارازون" (1983)، والذي تم تقنينه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة شهرزاد نوار (2013).

5-1-1- توفير المساعدة الاجتماعية (La disponibilité du soutien social):

توفر المساعدة الاجتماعية هو تقدير الفرد أو إدراكه لعدد الأشخاص الذين يمكن أن يقدموا له المساعدة أثناء الحاجة إليها. وهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من خلال إجاباته على بنود بعد "توافر المساعدة الاجتماعية" لمقياس المساعدة الاجتماعية لـ "سارازون" (1983)، والذي تم تقنينه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة شهرزاد نوار (2013).

5-1-1- الرضا عن المساعدة الاجتماعية (La satisfaction au soutien social):

الرضا عن المساعدة الاجتماعية هي الكفاية المدركة من طرف الفرد بين المساعدة التي تلقاها وتوقعاته واحتياجاته. وهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من خلال إجاباته على بنود بعد "الرضا عن المساعدة الاجتماعية" لمقياس المساعدة الاجتماعية لـ "سارازون" (1983)، والذي تم تقنينه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة شهرزاد نوار (2013).

2-5- الاكتئاب (Dépression) :

الاكتئاب حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن والميول التشاؤمية وأحيانا تصل الدرجة فيه إلى الميولات الانتحارية، وهذه الأعراض مرشحة للظهور عند إصابة الفرد بأحد الأمراض الخطيرة كمرض السرطان. وهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص وهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من خلال إجاباته على بنود قائمة بيك الثانية للاكتئاب (B.D.I- II, 1996)، والمقننة في البيئة الجزائرية من طرف الباحث بشير معمريّة (2010).

3-5- السرطان (Le cancer):

مرض السرطان عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة سريعة وعشوائية، ويحدث النمو في البداية في العضو المصاب ثم يتخطى هذا التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، فخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية والتي تنقلها إلى مختلف أعضاء الجسم، وتسمى هذه الظاهرة بالانبثاث (Métastases)، وهي التي تشكل خطورة هذا المرض.

والمريض بالسرطان (Le malade cancéreux) هو كل فرد يصاب بمرض السرطان، يعي إصابته به، ويعالج في المستشفى الجامعي "ندير محمد" لولاية تيزي وزو، من الذكور والإناث، العزاب والمتزوجون، المقيمون بالريف والمقيمون بالمدينة، والذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما.

الفصل الثاني

المساندة الاجتماعية

تمهيد:

تعتبر المساندة الاجتماعية مصدر من مصادر الدعم الاجتماعي الفعّال الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة وتساعده في كيفية التعامل معها بطريقة بناءة ومواجهتها ومجابتها بأساليب صحية. فهي كفيلة أن تشعر الفرد بالأمن، عندما يشعر أنّ هناك ما يهدّده وأنّ طاقته قد نفذت وأجهدت وأنّه يحتاج إلى مدّ يد العون من خارجه، ولقد اهتم بها الباحثون بعد ما لاحظوه من آثار مهمة لها في مواقف الشدّة والإجهاد النفسي، وما تقوم به من تخفيف نتائج الضغوط والمواقف الصّعبة،

فلقد باتت المساندة الاجتماعية من المواضيع الأساسية التي أعارها علم النفس الصحة (Psychologie de la santé) اهتماما بالبحث والدراسة باعتبارها من أهم العوامل النفسية والاجتماعية المحدّدة للمرض، ونظرا لانعكاسها الايجابي على صحة الفرد، فهي متغير هام في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية.

ولقد حاول الباحث الإلمام بهذا الفصل بالتطرق إلى أهم العناصر المتعلقة بالمساندة الاجتماعية بطريقة مختصرة بعيدا عن الحشو، كما تقتضيه التوجهات الحديثة في كتابة البحوث العلمية.

1- تعريف المساندة الاجتماعية:

1-1- لغة:

جاء مصطلح المساندة من سند وهو ما ارتفع عن الأرض في قبل الجبل أو الوادي، وجمعه إسناد، وكل شيء أُسندت إليه فهو سند، وما يُسند إليه يسمى مسندا وسندا وجمع المساند، وتساندت إليه: أسندت وساندت الرجل مساندة إذ عاضدته وكانفته (ابن منظور،

1990، ص 257)

وتطلق كلمة (Soutien) للمساندة باللغة الفرنسية، حيث عرّفها القاموس الموسوعي الفرنسي (Le dictionnaire encyclopédique, 2005) على أنها العمل على دعم شيء ما، أو شخص ما، فهي مرادفة ل: الدعم، المساعدة. (Marie-Anne Barrier, 2005, p. 1539)

1-2- اصطلاحاً:

تعددت وتنوعت المفاهيم التي تناولت مصطلح "المساندة الاجتماعية"، وهذا التنوع والتعدد في الحقيقة ما هو إلا نتيجة للوزن والتقل الذي يحمله هذا المصطلح في الحياة الإنسانية خاصة في العصر الحديث، الذي تظهر فيه أهمية تفعيل هذه المساندة الاجتماعية لما لها من دور كبير في الحفاظ على الصحة النفسية والعضوية على حدّ سواء.

يعرّف سرارون (Sarason) المساندة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توفر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة. (حسين، راوية محمود، 1996، ص 45)

ويعرّفها الباحث كابلان (Caplan, 1981) بأنها: "النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي." (Caplan, 1981, P.10)

كما تعرّف الباحثة كورتين (Curtain, 1996) المساندة الاجتماعية على أنها: "إشباع الحاجات الأساسية للفرد من حب واحترام وتقدير وتفهم وتواصل وتعاطف ومشاركة الاهتمامات وتقديم النصيحة وتقديم المعلومات وذلك من الأشخاص ذوي الأهمية في حياة الفرد، خاصة وقت حدوث الأزمات أو الضغوط." (Curtain, 1996, p10)

تعرف أيضاً بأنها دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض قصد رفع معنوياته ومساعدته على مجابهة المرض والتخفيف من آلامه العضوية والنفسية الناجمة من المرض. (محمد بيومي خليل، 1996، ص 85)

تعرف أيضا المساندة الاجتماعية بأنها إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين منه، يثق بهم، ويهتمون به في أوقات الأزمات، يمدونه بأنماط المساندة المتعددة، سواء في صورة حب وعطف، أم في صورة تقدير واحترام، أم في صورة مساعدة مادية أم في صورة علاقات حميمة مع الآخرين أم كلهم معا. (هناء أحمد محمد شويح، 2004، ص 63)

يعرفها الباحث دولبيي (Dolbier, 2000) على أنها عمليات المساعدة على اختلاف أشكالها وصورها التي يتلقاها الفرد من الآخرين أو قد يقدمها لهم وتساهم في تيسير طريقة أو أكثر لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي. (شيماء محمد أحمد الديداموني، 2009، ص 13)

يعرف الباحث عزت عبد الحميد (1999) المساندة الاجتماعية بأنها درجة شعور الفرد بتوفر المشاركة العاطفية والمساندة المادية والعملية من جانب الآخرين مثل "الأسرة، الأقارب، الأصدقاء، زملاء العمل، رؤساء العمل" وكذلك وجود من يزودونه بالنصيحة والإرشاد من هؤلاء الأفراد، ويكون معهم علاقات اجتماعية عميقة. (قدور بن عباد هوارية، 2014، ص 76)

في حين يرى الباحث ليبرمان (Lieberman, 1982) أن مفهوم المساندة الاجتماعية مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث تعتمد المساندة الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشمل على الأفراد الذين يثقون فيهم ويستنون على علاقتهم بهم. (أسماء السرسبي، 2001، ص 03)

فمهما كان الأساس أو المفهوم النظري الذي ينطلق منه مصطلح المساندة الاجتماعية فإن هذا المفهوم يشتمل على مكونين رئيسيين هما:

- أن يدرك الفرد أنه لديه عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.

- أن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة له.

2- بعض المرادفات القريبة من مصطلح المساندة الاجتماعية:

من بين المرادفات التي تستخدم للتعبير عن مفهوم المساندة الاجتماعية هي:

• **الدعم والتأييد:** تأييد الفرد بالمساعدة أو التشجيع أو الانحياز وبنوع خاص في المنافسات، وكذلك تأييد المدعي عليه في الدعوى وتأييد كل ما هو صحيح وحقوقي وعادل في حركة فكرية أو سياسية معينة.

• **التضامن:** وهو عملية التآزر أو الاعتماد المتبادل كما تظهر في الحياة الاجتماعية والمعنى الأصلي لهذا المفهوم معنى تشريعي فقد كان يستخدم للإشارة إلى تضامن الفرد مع جماعته في المسؤولية.

• **التعاون:** أحد مظاهر التفاعل الاجتماعي ونمط من أنماط السلوك الإنساني وعملية التعاون هي التعبير المشترك لشخصين أو أكثر في محاولة لتحقيق هدف مشترك. (قدور بن عبادة هوارية، 2014، ص 70-71)

فالدعم والتأييد، التضامن والتعاون كلها مصطلحات شائعة تستخدم لغرض التعبير عن المساندة الاجتماعية، وتعبّر عن مدى تماسك المجتمع وتلاحمه.

3- أهمية المساندة الاجتماعية:

يرى الباحث بولبي (Bowlby, 1982) أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على المقاومة، والتغلب على الإحباطات وتجعله قادراً على حل مشاكله بطريقة جيدة.

ويشير الباحث سراسون (Sarason et al,1983) إلى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسر مترابطة تسوده المودة والألفة بين أفرادها، يصبحون أفراداً قادرين على تحمل المسؤولية ولديهم صفات قيادية لذا نجد أن المساندة الاجتماعية تزيد على قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية، وأن المساندة الاجتماعية يمكن أن

تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية كما تسهم في التوافق النفسي الاجتماعي والنمو الشخصي للفرد وكذلك تقي الفرد من الأثر الناتج عن الأحداث الضاغطة أو أنها تخفف من حدة هذا الأثر، وعليه فإن هناك عنصرين هامين ينبغي أخذهما في الاعتبار وهما:

- إدراك الفرد أن على أن هناك عددا كافيا من الأشخاص في حياته يمكن أن يعتمد عليهم عند الحاجة.
- إدراك الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة له، واعتقاده في كفاية كفاءة وقوة المساندة، مع ملاحظة أن هذين العنصرين يرتبطان ببعضهما البعض ويعتمدان في المقام الأول على خصائص الشخصية التي يتسم بها الفرد.

أما بالنسبة لأهمية المساندة الاجتماعية فقد أوجزها كل من الباحثان كورتان وروسنا (Curtan et Russell, 1990, p63) فيما يلي: تخفف من وضع الضغوط النفسية التي تقوي تقدير الذات لدى الفرد، وتخفف من أعراض القلق والاكتئاب، وتؤثر في الصحة النفسية والجسمية وتزيد من الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته، وتزيد من الجوانب الايجابية مما يحسن من صحتهم النفسية، وتسهم في التوافق النفسي الايجابي والنمو الشخصي، وأخيرا تزيد من الارتباط بمصادر شبكة المساندة الاجتماعية الخاصة بهم التي تتمثل في الزوج والزوجة والأبناء، الأقارب، الجيران والأصدقاء.

وقد أجرى الباحث أستراندر (Ostrander, 1998) دراسته لأهمية المساندة وعواقب الحرمان منها، فقد هدفت الدراسة إلى فحص المتغيرات في العلاقة بين التفكير السلبي وصفات العائلات التي تسبب توتر (عائلة لا تقدم مساعدة) في توقع الاكتئاب عند الشباب وقد أظهرت النتائج أن التفكير السلبي وعدم مساعدة العائلة في أثناء الانتقال من الطفولة إلى الشباب يكونوا مصدرا لزيادة الاكتئاب. (Ostrander R, 1998, p121-137). وتشير نتائج كل من الباحثان كيرمرجرو دوقرتي (Kirmeger et Dougherty, 1988) إلى أهمية

المساندة الاجتماعية في الإسهام في تخفيف مصادر الضغوط التي تنعكس على مشاعر الفرد، ويمكن أن تؤدي به إلى الإجهاد العصبي، وأيضاً تعمل على التقليل من مؤثرات الضغوط عن طريق تزويد قدرة الفرد على التكيف معها. (شيماء احمد، 2009، ص30)

كما يؤكد الكثير من الباحثين على الدور الفعال الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في دعم الصحة النفسية والعقلية للفرد، حيث تساهم في توافقه الايجابي ونموه الشخصي، فيرى كل من ملكوس وخولة يحيي أن المساندة الاجتماعية تعتبر مصدراً هاماً من مصادر التوافق والتكيف الانفعالي والصحة النفسية.

وترى كل من الباحثتين اسماء السرسى واماني عبد المقصود أن المساندة الاجتماعية أهميتها في الحياة المدرسية، حيث تعمل على زيادة الدافعية والقدرة على الانجاز الأكاديمي والوصول إلى الأهداف المرجوة في مرحلة المراهقة. (نسرین بنت صلاح، 2008، ص42)

ويشير الباحثون كيسلر وآخرون (Kessler et al) على أهمية المساندة الاجتماعية في وقاية الفرد من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الصعبة، وعن أهمية المساندة الاجتماعية يشير الباحث بريهام (Braham) إلى أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية تقدير الشخص لذاته وتشخيصه على مقاومة الضغوط التي تفرضها عليه أحداث الحياة المؤلمة. (علي بن منصور بن باري ابو طالب، 2011، ص16)

ففي العصر الذي نعيش فيه، عصر التقدم في المجال الطبي والنفسي، بات يولي للمساندة الاجتماعية اهتمام كبيراً، حيث لم يعد ينظر إليها على أنها مجرد سلوك اجتماعي تفاعلي بين الأفراد فحسب، بل أصبحت عامل من عوامل مقومات الصحة النفسية والعضوية على حدّ سواء، وسبب من أسباب التوافق النفسي والاجتماعي والمدرسي والعملي...، وكذلك طريقة من طرق العلاج النفسي.

4- أبعاد المساندة الاجتماعية:

تشير الباحثة كاترونا (رضوان وهريدي، 2001، ص85) إلى أن مراجعة الأنساق التصنيفية للمساندة تكشف عن درجة عالية من الاتفاق بين المؤلفين، على الرغم من اختلاف المصطلحات التي يستخدمونها وتلخص إلى أن هناك خمسة أبعاد أساسية للمساندة تظهر في معظم النماذج وهي:

- **المساندة الوجدانية:** وتبدو في إظهار الشعور بالراحة.
 - **التكامل الاجتماعي:** ويشير إلى مساندة شبكة العلاقات الاجتماعية كعضوية في جماعة.
 - **مساندة التقدير:** من خلال دعم الشعور بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات.
 - **المساندة المادية:** كما تتمثل في تقديم خدمات أو أشياء عينية.
 - **المساندة المعرفية:** مثل التوجيه وإعطاء النصيحة.
- ويرى جوتليب (Gottlib) أن هناك أربعة أبعاد رئيسية هي:

- التحرك في المواقف السيئة
- حل المشكلات
- المساندة العاطفية
- التأثير الغير مباشر

ويرى الباحث فوكس (Vaux) أن المساندة الاجتماعية تتضمن ثلاثة أبعاد هي:

- موارد شبكة المساندة الاجتماعية
- السلوك المساند
- التقديرات الذاتية للمساندة. (السيد يحيى محمد، 2006، ص37)

بينما يرى الباحث **كابلان (Caplan)** أن المساندة الاجتماعية تتكون من بعدين رئيسين هما: المساندة العاطفية (Emotional Support) والمساند الملموسة (Support Tangible) وناقش الباحث **فيس (Vais)** ستة أبعاد للمساند الاجتماعية هي: المودة، التكامل الاجتماعي، الرعاية، القيمة، الترابط، والتوجيه. وتشير كل من أسماء **السريسي واماني عبدالمقصود (2000)** إلى أن هذه الأبعاد تختلف في درجة أهميتها بالنسبة للفرد حسب نوعية وطريقة الحياة التي يعيشها، ومدى إدراكه للضغوط التي يواجهها. (**عبير الصبان، 2003، ص 21**)

وتتفق الباحثة مع رأي **مارتين هبرا (Martine Habra, 2005)** في تحديد أبعاد المساندة الاجتماعية كالتالي:

- **المساندة العاطفية:** (Emotionnal Support) وهي تنطوي على الرعاية والثقة والقبول والتعاطف.

- **المساندة المعلوماتية:** (Informationnal Support) وهي تنطوي على المساعدة في العمل، والمساعدة بالمال، وينطلق هذا البعد مسميات مثل: العون، المساندة المالية، المساندة الملموسة.

- **مساندة التقدير:** (Esteem Support) وتظهر في دعم الآخرين وعلاقاتهم الاجتماعية بالفرد مما يشعره بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات، وقد يشار إلى هذا البعد مسميات مثل: المساندة النفسية، المساندة التعبيرية، مساندة تقدير الذات، مساندة التنفيس، المساندة الوثيقة. (**نسرین جمبي، 2008، ص 43**)

لاحظنا مما سبق أن المساندة الاجتماعية تحمل أبعادا عديدة ومتعددة، ففعالية هذه الأخيرة يمكن في فعالية أبعادها وتكاملها فيما بينها، فمريض السرطان يحتاج إلى المساندة المادية (Le soutien tangible) لمواجهة التكاليف العلاجية الباهظة، كما يحتاج في نفس

الوقت إلى المساندة العاطفية (Le soutien émotionnel) خاصة من طرف أقرب الأشخاص لديه (أفراد عائلته، أصدقاءه...)، بل حتى من طرف المختص النفسي، بالإضافة إلى المساندة المعلوماتية (Le soutien informatif) التي يتلقاها من أهل الاختصاص...

5- وظائف المساندة الاجتماعية:

يعتبر أوضح تقييم لوظائف المساندة الاجتماعية هو ذلك التقييم الذي وضعه الباحث شوماكر وبرونل (Shumaker and Brownell, 1984) الذي يقسم وظائف المساندة الاجتماعية إلى قسمين رئيسيين هما وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية ووظائف تخفيف أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة.

5-1- وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية:

وظائف مساندة الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الشاملة للجسم والعقل وتعزيز ودعم إحساس المتلقي بالراحة النفسية والشعور بالسعادة وتنقسم هذه الوظائف إلى ما يلي:

5-1-1- إشباع حاجات الانتماء:

فالمساندة الاجتماعية يمكن أن تشبع حاجات الفرد للاتصال بالآخرين وتنتمي أنماط التفاعل الاجتماعي الايجابي بين الأصدقاء وعلى ذلك تخفف من التأثيرات الضارة للعزلة والوحدة، وتشمل الموارد المرتبطة بهذه الوظيفية "الحب، تعبيرات الرعاية، الفهم، الاهتمام، المودة، شعور قوي بالانتماء."

5-1-2- المحافظة على الهوية الذاتية وتقويمها:

المساندة الاجتماعية تحافظ على إحساس الفرد بتأكيد ذاته، فمن خلال التفاعل مع الآخرين تنمو الشخصية ويزداد الشعور بالهوية الذاتية، كما يقيم الأفراد نظم معتقداتهم وآرائهم بمقارنتها بآراء الآخرين واتجاهاتهم والموارد المرتبطة بمظاهر الذات- نماذج السلوك الملائم في مواقف غامضة.

5-1-3- تقوية تقدير الذات:

تعمل المساندة الاجتماعية على تدعيم وتقوية مفهوم الفرد لذاته واحترامها داخل نطاق الجماعة التي ينتمي لها وذلك من خلال "تأكيد وتثبيت القيمة والاستحسان والمدح وتعبيرات الاحترام للمتلقى". (أمل فلاح فهد الهملان، 2008، ص48)

5-2- وظائف تخفيف أو الوقاية من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة:

وتقوم هذه الوظائف بتخفيف أو الوقاية من الآثار السلبية الناجمة عن أحداث الحياة الضاغطة من خلال التنمية الواقعية لدى الفرد على مواجهتها بأساليب ايجابية تمنع هذه الآثار النفسية السلبية من التأثير على صحته الجسمية أو النفسية، وتتقسم هذه الوظائف إلى:

5-2-1- التقييم المعرفي:

وينقسم هذا التقييم إلى تقييم أولي والذي يشير إلى تفسير الفرد لعوامل الضغط المحتملة وفي هذه المرحلة تعمل المساندة على توسيع تفسير الفرد الحدث وتحسين فهمه بصورة أكبر، وتشمل موارد المساندة معلومات لفضية عن الحدث والاستجابة النموذجية له، فإذا فسّر الحدث على انه تهديد يظهر التقييم الأخر وهو التقييم الثانوي والذي يشير إلى تقييم الأفراد لموارد المواجهة المتاحة وتوفير استراتيجيات مواجهة انفعالية وسلوكية، وتوفير المعلومات وأساليب حل المشكلة.

5-2-2- النموذج النوعي للمساندة:

وتقوم المساندة في هذا النموذج بوظيفة مباشرة بإمداد ملتحق المساندة بالموارد المطلوبة لمواجهة الحاجات النوعية التي تثيرها أحداث الحياة الضاغطة.

5-2-3- التكيف المعرفي:

عندما يواجه الفرد أي حدث ضاغط فانه يمر بثلاثة مراحل على المستوى المعرفي هي:

- البحث عن هوية هذا الحدث
- محاولة مواجهة هذا الحدث الضاغط والسيطرة عليه
- تقوية تقدير الذات للمحافظة على التوازن النفسي والانفعالي لدى الفرد

والمساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما في كل عملية من هذه العمليات وذلك بتزويد الفرد بالمعلومات عن هذا الحدث وأساليب مواجهته، وطرق سيطرة الفرد عليه ودعمه بالمحافظة على تقوية تقدير الذات.

5-2-4- المساندة الاجتماعية مقابل المواجهة:

رغم أن كل من المساندة الاجتماعية والمواجهة هي ظواهر مترابطة مع بعضها، إلا أن المفاهيم الخاصة بهم ليست مترادفة، وإن المساندة يمكن أن توجد مستقلة عن المواجهة وهذا ما يظهر في حالات وظائف المساندة للحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية. (أمل فلاح فهد الهملان، 2008، ص 50)

وتنهض المساندة الاجتماعية بعدة وظائف، يمكن إيجازها في الفئات الست التالية حسب كل من الباحثان باك وأورينس (Buunk et Hoorens, 1992):

- المساعدة المادية (Material Aid): كما تتمثل في النقود والأشياء المادية.
- المساعدة السلوكية (Behavioral Assistance): وتشير إلى المشاركة في المهام والأعمال المختلفة بالجهد البدني.
- التفاعل الحميم (Intimate Interaction) ويشير بعض سلوكيات الإرشاد غير الموجه كالإنصات والتعبير عن التقدير والرعاية والفهم.
- التوجيه (Guidance): كما يتمثل في تقديم النصيحة، وإعطاء المعلومات أو التعليمات.

• العائد والمردود (Feedback): ويعني إعطاء الفرد مردودا عن سلوكه وأفكاره ومشاعره.

• التفاعل الاجتماعي الايجابي (Positive Social Interaction): ويشير إلى المشاركة في التفاعلات الاجتماعية بهدف المتعة والاسترخاء. (مروان عبد الله دياب، 2006، ص 63)

تري الباحثة ثوبيش (Thpoits, 1982) أن هناك وظيفتين للمساندة الاجتماعية هما:

أ- الأفراد الذين يعانون من أحداث الحياة الضاغطة، يشعرون أن هناك شيئا خطيرا وخاطئا فيهم، وفي هذه الحالة يحاول الآخريين من شبكة العلاقات مساندهم عن طريق إخبارهم بأن ردود أفعالهم الانفعالية مقبولة اجتماعيا وصحيحة حتى لو تناقضت تلك الانفعالات مع عدم المرغوبية الاجتماعية، وبالتالي تقليل الشعور بإدانة الذات لدى الأشخاص المتلقين للمساندة.

ب- مانحي المساندة الاجتماعية يتقبلون مشاعر وأحاسيس المتلقى بالرغم من عدم مرغوبيتها الاجتماعية أو غير ملائمة اجتماعيا وهذا التقبل يمكن الفرد حرية في بعث تلك المشاعر والأحاسيس ومناقشتها مما يقلل توتر المتلقى وينعكس عليه بالطمأنينة النفسية.

(السيد يحيى محمد، 2006، ص 39)

فلمساندة الاجتماعية وظائف عديدة، منها ما هي اجتماعية وهي المحافظة على الهوية الذاتية والاجتماعية وإرساء أواصر التفاعل والتلاحم الاجتماعي، ... منها ما هي نفسية وقائية أو علاجية.

6- أشكال المساندة الاجتماعية:

يشير الباحث هوس (House) إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أشكال

هي:

• المساندة الانفعالية التي تنطوي على الأفعال التي تنقل التقدير والرعاية والثقة والقبول والتعاطف.

• المساندة الحسية (الأدائية) التي تنطوي على المساعدة في العمل والمال.

• المساندة المعلوماتية التي تنطوي على إعطاء نصائح أو معلومات، أو تعليم مهارة تسهل حل المشكلة أو موقف ضاغط.

• المساندة التقييمية التي تنطوي على التغذية الراجعة المتعلقة بآراء الفرد أو سلوكه.

• كما أن المساندة الاجتماعية وظائف هامة تدور حول تلبية احتياجات الفرد وحمايته من التأثير الضار وتقدم له خبرات الآخرين في مواقف مشابهة لموقفه ليقارن سلوكه ومشاعره وأفكاره إزاء هذه الخبرة الجديدة. (عبير الصبان، 2003، ص 25-26)

• مساندة الأصدقاء والتي تنطوي على ما يمكن أن يقدمه الأصدقاء لبعضهم البعض وقت الشدة، وهذا النوع من الدعم يشعر الفرد بالانتماء الاجتماعي (ويسمى أيضا بدعم الانتماء) ويمكن ملاحظته بوجود الأصدقاء والانخراط في الأنشطة الاجتماعية المشتركة معهم. (قدور عماد هوارية، 2014، ص 86)

7- مصادر المساندة الاجتماعية:

تتنوع المصادر المختلفة للمساندة الاجتماعية في أبعادها وفي مدى فاعليتها طبقا للظروف المتاحة لها، كما تختلف مصادر المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة له تكون مصادر المساندة باختلاف المراحل العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تكون مصادر المساندة الاجتماعية متمثلة في الأسرة (الأم، الأب، الأشقاء) وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في (جماعات الرفاق، الأسرة) أو في مرحلة الرشد تتمثل في (الزوج، الزوجة) والأبناء وكذلك علاقات العمل. (السيد يحيى محمد، 2006، ص 39)

وقد لخص الباحث نوربك (Norbeck, 1984) مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر هي: الزوج، الزوجة، الأقارب، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل، ومُؤفرو الخدمات الوقائية أو المعالجون، الأطباء والمرشدون النفسانيون، والاجتماعيون، رجال الدين. (احمد عثمان، 2001، ص 139)

ويتضح مما سبق أن الإنسان يحصل على المساندة الاجتماعية إما بشكل رسمي أو غير رسمي كما يأتي:

7-1- المساندة الاجتماعية الرسمية:

يكون ذلك عن طريق المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات الأهلية المتطوعة حيث يقوم بتقديمها الأخصائيون النفسانيون والاجتماعيون المؤهلون في مساعدة الناس في الأزمات والنكبات والمشكلات، حيث يهرع هؤلاء الأخصائيون إلى تقديم المساندة الاجتماعية للمتضررين لتخفيف آلامهم ومعاناتهم ومشاكلهم في مواقف الأزمات.

وتحرص جميع المجتمعات على توفير المساندة الاجتماعية الرسمية عن طريق مراكز التدخل المبكر أو السريع أو مؤسسات المساعدات المالية والعينية ومراكز الإرشاد النفسي والاجتماعي ومراكز الإسعافات الأولية والخطوط التليفونية الساخنة ومجالس إدارة الأزمات وغيرها.

7-2- المساندة الاجتماعية غير الرسمية:

يحصل عليها الإنسان من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران بدافع المحبة والمصالح المشتركة والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، فمن يساعد أخاه اليوم سوف يجده في مساعدته غدا فهذه سنة الحياة "كما تدين تدان" أي إذا ساعدت الناس عند حاجاتهم إليك سوف تجدهم في مساعدتك عند حاجتك إليهم. (كمال إبراهيم مرسي،

2000، ص 198)

إن غياب مصادر الدعم الوجداني والوظيفي من الممكن أن تكون مؤشرا على الانعزال عن الشبكات الاجتماعية والثقافية والقانونية ومن ثم توافر القليل من الدعم أثناء أوقات التوتر والحاجة. (امل فلاح فهد الهملان، 2008، ص48)

8- أنماط المساندة الاجتماعية:

يحدد الباحث هاوس (House,2001) أربعة أنماط من السلوكيات للمساندة الاجتماعية

هي:

-المساندة الوجدانية: كالتعاطف.

- المساندة الأدائية أو الإجرائية: كالمساعدة في أداء عمل أو مهمة صغيرة.

-المساندة المعرفية: مثل إعطاء معلومات أو تعليم أو مهارة أو المساعدة في حل مشكلة.

-المساعدة التقويمية: وتتمثل في إعطاء شخص معلومات تساعد على تقوية أدائه وهذه الأنماط الأربعة للمساندة ترتبط بعضها ببعض. (بندر العتيبي، 2008، ص44)

9- الآثار الايجابية والسلبية للمساندة الاجتماعية:

يقول الباحث شوماكر وبرونل (Shumaker and Brownell, 1984) أن التأثيرات

الاجيائية والسلبية للمساندة الاجتماعية يمكن إيضاحها على النحو التالي:

- إن المساندة الاجتماعية القائمة على الرعاية والحب والاهتمام قد تزيد من مشاعر

الأمن والارتباط والولاء والسعادة الوجدانية كتأثيرات ايجابية، وقد تؤدي إلى الشعور بالاختناق والسيطرة الاجتماعية كتأثيرات سلبية.

- إن المساندة الاجتماعية القائمة على حسن الإنصات والكشف عن الذات والمدح

والإدماج في الأنشطة الاجتماعية قد تؤدي إلى الشعور بالقيمة والثقة بالنفس وتقدير الذات

الاجبائي وانخفاض القلق والتعاطف كتأثيرات ايجابية، وقد تؤدي إلى الشعور بالدونية والارتباك وانخفاض تقدير الذات والتحكم والمبالغة في الثقة بالنفس كتأثيرات سلبية.

- إن المساندة الاجتماعية القائمة على إعطاء معلومات لفظية عن مواجهة الضغوط وعن القسوة والتهديد وتقديم المساعدات المالية والنصائح قد تؤدي إلى الصحة البدنية والوجدانية وتخفيف الشعور بالعجز والتفسير الواضح والموضوعي للتهديدات لتأثيرات ايجابية، وقد تؤدي إلى الشعور بعدم الكفاية إذا كانت نماذج مواجهة الضغوط عالية وكذلك تؤدي إلى الاكتئاب والاستياء والاعتمادية كتأثيرات سلبية. (احمد عثمان، 2001، ص 149)

وهكذا فان كل هذه النتائج وردود الأفعال قد تتجمع معا لتجعل من يطلب المساندة اقل كفاءة خاصة عندما يشعر انه مدين للغاية وانه غير قادر على أن يرد المساعدة التي حصل عليها، وبالطبع فإنه على الرغم من كل هذه المخاطر سواء بالنسبة لطلب المساندة أو تقديمها للآخرين، يضل الفرد مدفوعا لمشاركة الآخرين مشاكلهم وهمومهم ويشاركونه هم أيضا مشاكله وهمومه، وذلك لان الإنسان بطبيعته مشارك ايجابي، وليس مشارك سلبي كما أن هناك حكمة قائلة بان "الفرد قليل بنفسه، كثير بالآخرين". (بشرى إسماعيل، 2004، ص 26)

واستخلص الباحثان كوهن وساييم من خلال دراستهما لهما عام (1985) بأن المساندة الاجتماعية دور في الصحة النفسية والبدنية للفرد، وان هناك نموذجا يفسر كيفية تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة وهو نموذج الآثار الرئيسية للمساندة الاجتماعية ويقوم هذا النموذج على مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية ذات تأثير ايجابي على الصحة النفسية والبدنية للفرد.

10- شروط المساندة الاجتماعية:

هناك شروط محددة اتفق عليها معظم علماء النفس لنجاح العملية المتبادلة بين المانح والمتلقي للمساندة النفسية والاجتماعية حتى تؤدي نتائجها الايجابية الملموسة، ولا بد من توفر مقومات التشابه الثقافي والاجتماعي والموقفي الذي يمكن أن يعزز احتمال وقبول تلك المساندة في ضوء الفهم المتعاطف الذي يجب أن يتوف في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد (السيد يحيى محمد، 2006، ص45). وعليه فان هناك بعض الشروط التي يجب أن تتوفر في عملية المساندة الاجتماعية لكي تكون فاعلة وذات تأثير ايجابي على المتلقي ومن أهم تلك الشروط كما يذكر: (علي عبد السلام، 2005، ص32)

- **كمية المساندة:** فعند تقديم المساندة الاجتماعية لابد أن تكون اعتدال، حيث أن الزيادة في كمية المساندة قد يؤدي إلى اعتمادية المتلقي وسلبيته، وبالتالي ينخفض تقديره لذاته.
- **اختيار الوقت المناسب لتقديم المساندة:** إن من المهارة الاجتماعية تقديم المساندة الاجتماعية في وقتها المناسب، فيكون تأثيرها ايجابيا على المتلقي، أما إذا قدمت في وقت لا يحتاج إليها المتلقي أو بعد فوات الأوان فإنها قد لا تعني له شيئاً وقد تسبب له المشكلات.
- **مصدر المساندة:** إن مصادر المساندة الاجتماعية والمتمثلة في الزوج أو الزوجة، الأسرة الأقارب، الجيران، زملاء العمل والدراسة، الأفراد الذين يوفران الرعاية الصحية والنفسية والمرشد النفسي، وعلماء الدين، لابد أن تتوفر فيهم بعض الخصائص التي تتمثل في: المرونة، النضج، الفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهموا بفعالية في تقديم المساندة له.
- **كثافة المساندة:** ويقصد بها تعدد مصادر المساندة الاجتماعية لدى المتلقي، مما قد يساهم سريعاً في حل مشكلته التي يمر بها، ويساعده على تخطي الأزمات المختلفة في حياته.

- نوع المساندة: وتتمثل في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المساندة في تقديمها بما يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي لطبيعة المساندة التي تقدم إليه وتتناسب مع تصرفاته وسلوكيته.

- التشابه والفهم المتعاطف: فالمساندة الاجتماعية يمكن تقبلها بشكل أفضل في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، وخاصة إذا كانت الظروف التي يمران بها متشابهة.

11- نظريات تفسير المساندة الاجتماعية أو نماذجها:

تعددت النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية باختلاف المكون النظري والتوجه الذي يتبناه الباحثون، وسوف نعرض بعض النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية، نوجزها فيما يلي:

11-1- نظرية بولبي لسلوك التعلق:

يفترض الباحث بولبي (1990) أن الأفراد الذين يكونون أكثر آمنة واعتماداً على أنفسهم من الآخرين الذين لا يكونون مثل هذه الروابط، فالفرد الذي لا يستطيع تكوين سلوكيات تعلق ايجابية يكون أكثر عرضة للمخاطر والأضرار النفسية والجسمية.

ويشير الأساس النظري لهذه النظرية إلى توجيه الفرد ومساعدته لاستخدام مصادر المساندة الاجتماعية المتاحة له لتجنب المخاطر والأضرار التي يمكن أن تلحق به في البيئة المحيطة وتبصره بالفهم الكامل بالأساليب الايجابية الفعالة لمواجهة هذه الأخطار حتى لا يتعرض للآثار الجسمية والنفسية التي يمكن أن تحدثها هذه الأخطار. (علي عبد السلام،

2005، ص52)

11-2- النظرية البنائية:

تركز تلك النظرية على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية حول الفرد وتعدد مصادرها لزيادة حجمها وتوسيع مجالاتها لتوظيفها في خدمة الفرد ومساندته في مواجهة الأحداث

الضاغطة، ووقايته من الآثار النفسية السلبية التي يواجهها في البيئة المحيطة. كما تهتم تلك النظرية بدراسة الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية وتعدد مصادرها وتأثيرها الفعال في التوافق النفسي والاجتماعي، كما تلعب دورا حيويا في تدعيم المواجهة الفعالة للأحداث الضاغطة دون أي آثار سلبية على الصحة النفسية لملتقى تلك المساندة. (السيد يحي محمد، 2006، ص 44)

وهذه النظرية ساعدت في تأكيد الحاجة إلى معرفة أبعاد شبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في البيئة المحيطة به، وفقا لما تقوم به من أفعال ايجابية تساعد الفرد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة أو تخفف عنه الآثار السلبية التي يمكن أن تحدثها هذه الأحداث. (علي عبد السلام، 2005، ص 53)

11-3- النظرية الوظيفية:

علماء النظرية الوظيفية أكدوا على وظائف العلاقات المتداخلة في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والتي تعمل على مساندته في الظروف الصعبة التي يواجهها في بيئته، وتركز أيضا تلك النظرية على تدعيم أنماط السلوك المتداخل في شبكة هذه العلاقات لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية للفرد.

وعلى ذلك فإن المساندة الاجتماعية هي تلك المعلومات التي تؤدي إلى اعتقاد الفرد بأنه محبوب من المحيطين به، وأنه يشعر برعاية كبيرة من الآخرين وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة، ويشعر بالتقدير والاحترام من جميع مصادر المساندة الاجتماعية من حوله، ويتعرف على واجباته والتزاماته نحو الآخرين.

11-4- النظرية الكلية:

تؤكد هذه النظرية على حاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية وبصفة خاصة في المواقف الصعبة التي يمر بها الفرد، كما تركز على سمات الشخصية التي تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد من خلال المواقف الحياتية والاجتماعية التي يمر بها الفرد، كما

تهتم بالإدراك الكلي لمصادر المساندة الاجتماعية المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن تلك المصادر. (السيد يحي محمد، 2006، ص44)

وتهتم تلك النظرية بشعور الفرد بقبول والتقدير من الآخرين، كما تقدم له الأفعال المتعددة المساندة الاجتماعية. (علي عبد السلام، 2005، ص56)

11-5- نظرية التبادل الاجتماعي:

تتسم هذه النظرية باتجاهها النظري الذي يبنى بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة، وفي الغالب يكون تقديم المساعدات المادية والنفسية والأدائية متداخل في العلاقات التبادلية بين الأفراد، ويعتبر إيجاد توازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساندة. (السيد يحي محمد، 2006، ص45)

11-6- نظرية المقارنة الاجتماعية:

تشير هذه النظرية إلى أن الأشخاص قد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم، حيث يقدم هذا الاندماج لهم تفاعلات سارة ومعلومات تحسن موقفهم في البيئة المحيطة بهم، وخاصة الأشخاص الذين يعانون من أحداث ضاغطة في مواقفهم الحياتية، فإنهم يلتصقون بآخرين يشعرون بحاجتهم لمساندتهم دون آخرين للوصول إلى أوجه المساندة التي يرغبونها. (حسين علفايد، 1998، ص155).

11-7- نموذج الأثر الرئيسي:

ويقدر هذا النموذج وجود اثر عام ومفيد للمساندة الاجتماعية على الصحة البدنية بصرف النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت ضغط أم لا وذلك من خلال تزويد الشبكات الاجتماعية للفرد بخبرات ايجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، ويعمل هذا النوع من المساندة على تحسين ظروف الحياة والإحساس بالاستقرار كما تعمل على تجنب الخبرات السالبة والتي من الممكن أن تزيد من احتمال حدوثا

لاضطرابات النفسية والبدنية في حال عدم توفر المساندة الاجتماعية. (محمد السيد عبد الرحمن، 2001، ص321)

11-8- نموذج الأثر الواقي (المخفف) من الضغط:

ويفترض هذا النموذج أن المساندة ترتبط بالصحة فقط، بشكل أساسي الأشخاص الذين يقعون تحت الضغط حيث ينظر للمساندة الاجتماعية على أنها تعمل على حماية الأشخاص الذين يتعرضون لضغوط، ومن هذا المنظور فإن الدور الذي تقوم به المساندة يتحدد في نقطتين مختلفتين:

• **النقطة الأولى:** يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحادث الضاغط (أو توقع هذا الحادث) وبين رد فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط أي إدراك الشخص أن الآخرين يمكن أن يقدموا له الموارد والإمكانات التي تساعدته للتعامل مع هذا الحدث.

• **النقطة الثانية:** تتدخل المساندة الاجتماعية بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية (باثولوجية) وذلك عن طريق تقليل أو استبعاد رد الفعل الضغط أو بالتأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية. (أمل فلاح فهد الهملان، 2008، ص53)

11-9- نموذج الارتباط:

إن مؤسس نظرية الارتباط أن المساندة الاجتماعية التي يقدمها الباحث **بولبي Bowlby** ويرى أن الأهل والأصدقاء لا تعوض الفرد عن النقص الكبير الذي يكون حدث له بسبب فقد شخص عزيز لأنه فقد الشخص الذي يمثل الارتباط. وهناك نوعان من الشعور بالوحدة النفسية هما:

- الشعور بالوحدة الوجدانية.

- الشعور بالوحدة الاجتماعية.

والمساندة الاجتماعية تؤثر فقط في الشعور بالوحدة الاجتماعية أما الحالة الزوجية (متزوج، أرملة) فهي تؤثر في الشعور بالوحدة الوجدانية، وذلك لأن غياب الارتباط الوجداني مع الشكل الذي يتعلق به الفرد يؤثر على الشعور بالوحدة الاجتماعية وهناك بعض الدراسات التي أبدت نموذج الارتباط واعتبرت أن تعبير الفرد عن خبراته الوجدانية سواء بالكتابة أو الحديث يؤدي إلى تحسين في حالته الصحية بل أن الكلمات التي يستخدمها في وصف الصدمة تتبأ عن مدى التحسن في حالته الصحية، البدنية والنفسية. (عبيد الصبان، 2003، ص 29)

11-10 - النموذج الشامل:

وضع هذا النموذج الباحثان ليبرمان وبييرن (Lieberman et Berlin) في عام (1971)، وهو يرى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط على النحو التالي:

- يمكن أن تحد المساندة الاجتماعية من احتمال وقوع الحدث الضاغط.
- إذا وقع الحدث الضاغط فإن المساندة الاجتماعية من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تعدل أو تغير من إدراك الفرد للحدث، ومن ثم تلطف أو تخفف من التوتر المحتمل.
- إذا وصل التوتر إلى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور يمكن أن تؤثر على العلاقة بين الحدث الضاغط والإجهاد المصاحب.
- يمكن أن تؤثر المساندة الاجتماعية في استراتيجيات المواجهة أو التعامل مع الحدث الضاغط، وبذلك تعدل من العلاقة بين الحدث وما يسببه من إجهاد.
- بمقدار الدرجة التي ينحدر عنها الحدث الضاغط فإن عوامل شخصية مثل تقدير الذات تجعل في إمكانية المساندة أن تجعل من هذه الآثار.

- قد يكون هناك تأثير مباشرة من المساندة على مستوى التوافق. (محمد عبد الرحمان، 1999، ص324)

12- الأدوار الأساسية للمساندة الاجتماعية:

كما يرى كثير من الباحثين أن للمساندة ثلاث أدوار أساسية في حياة الفرد وتمثل أهدافا للمساندة الاجتماعية تسعى إلى تحقيقها وهي:

12-1- الدور الإنمائي:

حيث تلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما في بناء الذات وزيادة إحساس الفرد بذاته فقد تبين أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات موثوق بها أفضل من ناحية الصحة النفسية من غيرهم ممن يفقدون إلى هذه العلاقات. (الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص4)

12-2- الدور الوقائي:

حيث أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته، بل أن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص انه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة يدرك الشخص انه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، ولاشك انه هذه المساندة تؤدي دورا مهما في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص.

12-3- الدور العلاجي:

أشارت الباحثة ساراسون وآخرون إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثرا في تلقيه أي ضغوط أو أزمات، أي أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا علاجيا.

بل يمكن أيضا أن تؤدي دورا تأهليا في المحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقاته بالآخرين واستمرار اعتقاده في كفاية وكفاءة وقوة المساندة. (وفاء جميل دياب عابد،

2008، ص30)

13- المساندة الاجتماعية ومرض السرطان:

من الطبيعي أن يشعر مريض السرطان بالحزن بعد معرفته بالإصابة، يرافقه فقدان الإحساس بالمتعة وفائدة الأنشطة التي يقوم بها، إضافة إلى تغيرات في عادات الأكل والنوم، والتعب غير المبرر، والشعور بالذنب من دون سبب وبأن لا قيمة لشيء، مع ما يتبعها من أفكار متكررة بالرغبة في الموت أو الانتحار. وفي هذه الظروف يمكن أن يلعب محيط المريض دورا لا يستهان به في مساعدته من التخفيف عن حالة الاكتئاب التي قد تصيبه.

هناك اتفاق بين الباحثين على أن المساندة الاجتماعية تأتي من مصادر مختلفة منها الأسرة، الزوج أو الزوجة، الأصدقاء، الزملاء في العمل، الطبيب والمنظمات الاجتماعية. وفي السياق نفسه، خصّ نوربيك (Norbeck, 1985) مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر هي الزوج أو الزوجة، الأسرة، الأقارب، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل أو الدراسة، موفرو الرعاية الصحية، المرشد أو المعالج ورجال الدين. (أيت حمودة حكيمة، 2011، ص3)

إن الحب والدعم العاطفي والاجتماعي من العوامل المهمة جداً والمساعدة في التعامل مع الضغط والتوتر الذي يسببه مرض السرطان، حيث أنّ جميع هذه العوامل تقلل من الاكتئاب والأعراض المرتبطة بالمرض.

أكد حسام الأشطوخي (2017) في مقاله عن علاقة الإصابة بالسرطان والاكتئاب أنّ الحب والدعم العاطفي والاجتماعي من العوامل المهمة جدا للمساعدة في التعامل مع

الضغط النفسي والتوتر حيث أن جميع هذه العوامل تقلل من الاكتئاب والأعراض المرتبطة بالمرض.

وقد أجريت دراسة لإظهار أثر الروابط العاطفية على سرعة شفاء المريض في مدينة جوتنبرغ بالسويد عام 1983 على أشخاص من مواليد عام 1933 حيث أجريت لهم فحوصات طبية وأعيد لهم الفحص بعد سبع سنوات من الفحص الأول، فكان الموتى خلال تلك المدة ممن يعانون من التوتر والكبت والضيق ثلاثة أضعاف من ماتوا ممن ينعمون بحياة هادئة وعيشة صافية.

كما أظهرت دراسة على مائة مريض أجريت لهم عملية زرع نخاع العظام، مدى قوة العزلة كعامل ينذر بخطر الموت، وقوة العلاقات الوثيقة كعامل للشفاء. كانت نتيجة الدراسة أن 45% من هؤلاء المرضى الذين شعروا بتعاطف شديد من زوجاتهم وأسرهم وأصدقائهم، عاشوا عامين بعد نجاح العملية، مقابل 20% من المرضى الذين افتقدوا مثل هذا العون العاطفي. (قنون خميسة، 2014، ص 95)

وأقيمت دراسة أوكندر وويكر وجبرون على مرضى سرطان الثدي والرئة، وقد طبقت على مجموعة منهم مقابلات شخصية لمعرفة ردود فعل شخصية في أعقاب التشخيص ونظرة الحياة والتغيير الذي طرأ على رؤية الذات والآخرين، وكيفية تعايش مع مرضى السرطان، وقد أسفرت النتائج عن استخلاص عاملين جوهريين هما الإيمان والمساندة الاجتماعية. (احمد عبد الخالق وآخرون، 2012، ص 24-12).

وتتجسد وظيفة المساندة في تخفيف أو الوقاية من الآثار النفسية التي تتسبب فيها الأحداث الضاغطة والأمراض كمرض السرطان، فيتم ذلك من خلال التنمية الواقعية لدى الفرد على مواجهتها بأساليب ايجابية. وتقوم المساندة الاجتماعية بتوسيع عدد الخيارات لموارد المواجهة، وتوفر استراتيجيات فعالة لمواجهة نموذجية انفعالية وسلوكية وتقوم أيضا

بتوفير المعلومات اللازمة لهذه المواجهة والأساليب المختلفة لحل المشكلات التي يعبر عنها.

والمساندة الاجتماعية حسب سهيل مقدم وقدر بن عباد هوارية (2018) تُعبر عن النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين التي تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها عندما يشعر الفرد بأنه في حاجة إليها لتمده بالسند العاطفي، كما أنها تتضمن نمطاً مستديماً من العلاقات المتصلة أو المتقطعة التي تلعب دوراً هاماً في المحافظة على وحدة الجسم للفرد، كما أن الشبكة الاجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات النفسية وذلك للمحافظة على صحته النفسية، وهي نوعان:

- المساندة الانفعالية أو الوجدانية وهو إظهار التعاطف، والاهتمام، والمودة، والمحبة، والثقة، والتقبل، والتشجيع، والرعاية، والحنان الذي يقدم للفرد من قبل أفراد العائلة والأصدقاء خاصة في أوقات الضغط عندما يشعر الفرد بالكآبة والحزن والقلق.
- المساندة الأدائية أو المادية: وهو تقديم المساعدة المالية أو السلع أو الخدمات ويسمى أيضاً بالدعم الفعال. وهذا الشكل من أشكال الدعم الاجتماعي يشمل الطرق المادية المباشرة لمساعدة الناس بعضهم البعض. وتنطوي على المساعدة في العمل والمساعدة بالمال.

وهذين النوعين من المساندة الاجتماعية ضروريين لمريض السرطان، فالمساندة المادية تساعد على دفع النفقات الباهضة التي تستلزمها الاختبارات والفحوصات الطبية، وكذلك العلاج، فالمريض قد يشعر براحة البال عندما يجد إلى جانبه من يعينه على تحمل هذه الأعباء والنفقات خاصة إذا كان من فئة المعوزين أو ذوات الدخل الضعيف. وتلعب المساندة العاطفية دور في التخفيف من حدة ووطأ المرض على الجانب النفسي للمريض وتساعد في استجماع قواه ولم نفسه من جديد بعد الصدمة التي سببها نأب إصابته بالمرض، وكذلك خلال المراحل الموالية خاصة فيما يتعلق بالعلاج الكيميائي والإشعاعي والعلاجات الأخرى.

وإضافة إلى النوعين السابقين، هناك نوع ثالث من المساندة والتي تساعد مريض السرطان إلى حدّ كبير في مساره مع المرض وهي المساندة المعلوماتية، فمريض السرطان يحتاج لمن يصغي إليه ويجيب عن تساؤلاته الغامضة حول المرض ومآله، عن العلاج ونجاعته، بل يحتاج إلى النصائح والتوجيهات والإرشادات لما يخفف عنه الألم ويسرع وتيرة العلاج.

تكون المساندة العاطفية (Le soutien affectif) أكثر إفادة للأشخاص المرضى، خاصة عندما يكون مصدرها الزوج أو العائلة أو الأصدقاء. ويمكن أن تلعب المساندة الإعلامية (Le soutien informatif) دور الحماية، خاصة حينما يكون مصدرها الطاقم الطبي وطاقم التمريض بصفة عامة. (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 25)

ويشير دعم الأقران والأصدقاء إلى الأنشطة التي تجمع الأشخاص الذين يتعرضون لنفس المشكلات أو الذين يتبادلون خبراتهم مع بعضهم البعض في نفس الموقف، ويعتمد ذلك على مبدأ تكافؤ الفرص عن طريق السماع لمشكلة كل فرد وتفهمها وكذلك عقد اللقاءات وتقديم الدعم، ويتمثل الهدف الرئيسي من مجموعات دعم الأقران في تعزيز عملية التأقلم مع الموقف والتعافي منه.

خلاصة الفصل:

لا شك أن المساندة الاجتماعية هامة وضرورية لاستمرار الإنسان وبقائه، كما ترتبط بصحته وسعادته، فكل فرد بحاجة ماسة لها وإنّ غيابها يرتبط بزيادة التعرض لوطأة الضغوط النفسية باختلاف حدّتها. لدى نجد الفرد يعتمد على شبكة من العلاقات مع الأسرة والأصدقاء والمراكز والجمعيات التي ينخرط فيها، فالمساندة تنمّي أنماط التفاعل الاجتماعي الايجابي وتحافظ على مقومات الصداقة والمودة وتخفّف من الآثار النفسية السلبية التي تسببها الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض.

الفصل الثالث

الاكتئاب

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب أحد الأمراض النفسية أو المظاهر النفسية التي يعاني منها العديد من الأفراد، ويتم بالشعور بالإحباط والفقْدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، ويشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي إلى حالة اضطراب نفسي، من حيث تأثر أغلب الأفراد بالتغيرات التي تحدث في حياتهم سواء كان هذا التأثير بسيطاً أو شديداً، ومعظم الأفراد يصيبهم اكتئاب خفيف استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم بينما عدد أقل لديهم رد الفعل اكتئابي شديد اتجاه نفس هذه الأحداث.

ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد وقابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية والعوامل النفسية التي ربما تتأثر بالعوامل الخارجية. وعادة ما يحدث الاكتئاب عندما يتفاعل الإنسان السوي مع حوادث الحياة المؤسفة والمؤلمة، أو من خلال الإصابة بالأمراض الخطيرة كالسرطان التي من طبيعتها أن تثير الشجن وتبعث الحزن، فإذا زاد هذا الاكتئاب عن حدّه وكان غير ملائم لطبيعة السبب أو شدّته أو إذا استمر مدة أطول من المعتاد أعتبر هذا التفاعل اضطراباً نفسياً.

ولقد حاول الباحث الإمام بهذا الفصل بالتطرق إلى أهم العناصر المتعلقة بالاكتئاب بطريقة مختصرة بعيداً عن الحشو، كما تقتضيه التوجهات الحديثة في كتابة البحوث العلمية.

1- تعريف الاكتئاب:

سنقدم تعريف الاكتئاب من الناحية اللغوية ومن الناحية الاصطلاحية كما هو مبين فيما يلي:

1-1- التعريف اللغوي:

جاءت كلمة الاكتئاب من فعل كئب، والكآبة سوء الحال، والانكسار من الحزن. كئب، يكأب، كآبة، واكتأب اكتئاباً، حزن واغتتم وانكسر، فهو كئب وكئيب، وفي الحديث أعوذ بك من كآبة المنقلب.

الكآبة: تغير النفس بالانكسار من شدّة الهم والحزن. وهو كئيب ومكتئب. (ابن منظور، 2003، ص 694، 695)

وهو انفعال يصاحبه هبوط في الجسم وفي القدرات الذهنية (اكتئاب المهموم)، والكئيب هو الحزين وعكسه مبتهج. (المعجم العربي الأساسي، 1989، ص 1021) ويعرف الاكتئاب في القاموس الفرنسي (Le dictionnaire encyclopédique) بأنه حالة الفرد المكتئب، وهي حالة إعياء سببتها ضغوطات طبيعية أو غير طبيعية. (Marie-Anne Barrier, 2004, P. 444)

1-2- التعريف الاصطلاحي:

عرفت موسوعة علم النفس الاكتئاب بأنه موقف عاطفي أو اتجاه انفعالي يتخذ في بعض الأحيان شكلا مرضيا واضحا ينطوي على الشعور بالتصور بعدم الكفاية واليأس، حيث يطغى هذا الشعور على المرء وأحيانا يصاحبه انخفاض عام في النشاط النفسي والعضوي. (أسعد رزق، 1977، ص 07)

يعرف نوربرت سلامي (Norbert Sillamy, 1989) الاكتئاب في معجم علم النفس بأنه حالة مرضية مزمنة نسبيا، تتميز في الدرجة الأولى بالكآبة وانخفاض في الجهد والطاقة، إذ يعتبر الحصر وفقدان الأمل من أهم خصائص الشخص المكتئب، ويجد نفسه غير قادر على مواجهة أية صعوبة، ولا يكلف نفسه بالقيام بعمل ما، كمال أنه يتألم من ضعف قدراته، حيث أن قدراته الفكرية والتركيز والذاكرة في تدهور مستمر، وبالتالي الشعور بالدونية مما يزيد من حدة الاكتئاب. (Norbert S., 1989, P.89)

الاكتئاب حسب اسعد رزوق وعبد الله الدايم (1992) موقف عاطفي أو اتجاه انفعالي يتخذ في بعض الأحيان شكلا مرضيا واضحا وينطوي على شعور بالقصور وعدم الكفاية واليأس، بحيث يطغى هذا الشعور على المرء أحيانا ويصاحبه انخفاض عام في النشاط النفسي والعضوي. (إسعد رزوق وعبد الله الدايم، 1992، ص 44)

عرفه **مجدي أحمد (2000)** بأنه حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط والصعوبة في التركيز والشعور بالذهان التام مع اضطراب في النوم والشهية للطعام وأحلام مزعجة. (**مجدي أحمد، 2000، ص180**)

كما عرفه **حامد زهران (2003)** على أنه حالة من الحزن الشديد تنتج عن الظروف الأليمة، وتعبّر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه ويصحبه أعراض نفسية وجسمية ومن أنواعه: الاكتئاب الخفيف، البسيط، الحاد، المزمن، العصابي، والاكتئاب الذهاني. (**حامد زهران، 2003، ص151**)

ويعرف "سعيد حسني" الاكتئاب على أنه شعور عميق بالحزن والكآبة والتعاسة غالب ما يكون مصحوبا بقلة النشاط والبلادة العاطفية (Apathy) فهو لا يستطيع أن يضحك أو يشعر بالمرح أو أن يستمتع إلى النكت أو الأمور التي تثير الهزل، إنه يشعر بالضجر والملل واليأس وقد يحاول الانتحار للتخلص من تعاسته. (**حسين سعيد عزة، 2004، ص113**)

ويستخدم مفهوم الاكتئاب بصفة عامة للإشارة إلى الحالات التي يبدو فيها الشخص حزينا بائسا فاقدا للأمل ولثقة بنفسه وبالأخرين قلقا دون معرفة السبب، مبالغا في ردوده الانفعالية، فالمكتئب أعلن الحداد ولكنه لم يحدد له زمنا أو مكانا، والاكتئاب هو حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير على شروق لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة إلى حد بعيد.

2- أعراض الاكتئاب:

تظهر أعراض الاكتئاب فيما يلي:

2-1- أعراض بدنية:

تظهر على المكتئبين، نقص القدرة الجنسية، فيشكو الرجال من الضعف الجنسي والنساء تشكو من البرود الجنسي، والتعب عند بذل أي مجهود دون وجود مرض عضوي أو صحي يبرز ذلك الشعور.

تصاب وظائف القلب والدورة الدموية بالاضطراب وهبوط ضغط الدم، الشكوى من عسر الهضم وآلام البطن، الإمساك الشديد وفقدان الشهية، الإصابة بالصداع وآلام الظهر وآلام المفاصل دون سبب يذكر. (معصومة سهيل المطيري، 2005، ص 233)

2-2- أعراض معرفية:

يظهر في الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الانهزامي بحيث لا يمكن عزل الاكتئاب عن الطريقة التي يفكر بها الشخص ويدرك من خلالها الأمور وعما يحمله من آراء ومعتقدات عن نفسه وعن الأحداث الخارجية التي يمر بها، فالمكتئب يرى ويصف نفسه بـ: القصور وعدم اللياقة والنقص.

ينسب ما يمر به من خبرات غير سارة إلى عوامل شخصية كالقصور العقلي أو أنه قاصرا اجتماعيا. (ابراهيم عبد الستار، 1998، ص 25)

2-3- أعراض سلوكية:

نذكر من بين الأعراض السلوكية التي تظهر على المكتئب ما يلي:

- تجنب الناس وعدم الخروج من المنزل (تفضيل العزل).

- إهمال الأعمال المنزلية وعدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.

- الصراخ والغضب لأنفه الأسباب والخلافات الكثيرة وفقدان القدرة على التحكم في النفس.

(ابراهيم علا، عبد الباقي، 2009، ص 48)

2-4- أعراض نفسية:

إن المرضى بالاكتئاب يكون باستمرار وسيطر عليهم دائماً الحزن الشديد لدرجة أنهم لا يتمكنون من أن يفكروا بشيء آخر غير الحزن، ويشعرون بأن الحياة لا قيمة لها ويهتمون أنفسهم بالانحطاط والدونية والحقارة. (محمد مياسا، 1997، ص 169)

ويمكن تلخيص أهم الأعراض الجسمية أو البدنية والأعراض النفسية فيما يلي:

أ- الأعراض الجسمية:

- انقباض الصدر والإحساس بالضييق والوجه المقنع.
 - فقدان الشهية ورفض الطعام، نقص الوزن والإمساك.
 - الصداع والتعب عند بذل اقل جهد وآلام الظهر.
 - البطء النفسي الحركي والضعف الحركي.
 - الرتابة الحركية واللازمات الحركية.
 - نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي، واضطراب الدورة الشهرية عند النساء وبرودهن.
 - توهم المرض والانشغال على الصحة.
 - عدم القدرة على التركيز، ضعف الذاكرة وعدم القدرة على اتخاذ القرارات
- (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 137، 136).

ب- الأعراض النفسية:

- البؤس واليأس وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد.
- انحراف المزاج وتقلبه والانطفاء النرجسي على الذات.
- عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية.
- القلق والتوتر والأرق.

- فتور الانفعال، الانطواء، الانسحاب، الوحدة، الانعزال، الصمت والسكون والشرد وحتى الذهول
- التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة واجترار الافكار السوداء. والاعتقاد بان لا امل في الشفاء والانخراط في البكاء.
- اللامبالاة بالبيئة ونقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصي وعدم الاهتمام بالأمور العادية (في المنزل، في العمل...).
- بطئ وقلة الكلام و انخفاض الصوت.
- الشعور بالذنب واتهام الذات، وتصيد أخطاء الذات، وتضخيمها (وخاصة حول الأمور الجنسية).
- أفكار الانتحار أحيانا. (حامد عبد السلام زهران ،1977، ص431،432).

فأعراض الاكتئاب إذن لا تقتصر فقط على جانب واحد وإنما تظهر في كل جوانب شخصية المكتئب، فبالإضافة إلى التظاهرات السيكوسوماتية، تظهر أعراض الاكتئاب جليا في الجانب النفسي للمريض، ناهيك عن الجانب المعرفي والسلوكي والإجتماعي.

3- أنواع الاكتئاب:

3-1- الاكتئاب العصابي:

وينتج هذا النوع من الاكتئاب نتيجة الشعور بالذنب والكبت والتعرض للحوادث المؤلمة وهو أكثر أنواع الاكتئاب شيوعا ويتميز بعدد من الأعراض تشمل المزاج المكتئب الحزين، والشعور بالتعب لأقل مجهود، ويسود تفكير المريض التشاؤم والأفكار السوداء، فقدان الأمل والنوم المتقطع مع أحلام مزعجة، ويتميز بحدوث القلق في أول الليل وأعراض جسدية خفيفة مثل ارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية للطعام.

3-2- الاكتئاب الذهاني:

هو اضطراب ذهاني داخلي المنشأ وراثي الجذور، يمتاز بالكآبة، حركي ويميل إلى التكرار الدوري، وهو لا يكون استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها أو التعرف عليها بالفعل فهو يحدث دون أن تقع حادثة مباشرة أو قريبة، ويمتد هذا النوع من الاكتئاب إلى فترات أطول بكثير من فترات الاكتئاب العصابي، ويتميز بعدد من الأعراض تشمل الهبوط في النشاط الحيوي أو الحركي، القنوط المسيطر، البطء الشديد في العمليات العقلية والجسمية، فقدان الشهية والبكاء والأرق، وتوهم المرض وإتهام النفس ومشاعر الإثم والهلوسة والهذات التي قد تصل بالمريض الى الانتحار. (ابراهيم علا، 2009، ص 23)

3-3- الاكتئاب الشديد أو الحاد:

هذه الحالة هي عبارة عن تكثيف أو تضخيم لحالة الاكتئاب البسيط وتمتاز هذه الحالات بأن يعكس المريض شعورا قويا بالكراهية والعدوان ضد نفسه، فالمريض يتهم نفسه بارتكاب أفظع الجرائم كما يتهم نفسه بأنه (وجه فقر أو نحس)، بعض هذه الأفكار قد تزداد حتى تصبح هذيانا ولكنها تذهب وتعود تبعا لظروف المريض المزاجية. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص 246)

3-4- الاكتئاب الذهولي:

يمثل أقصى درجات الحدة من أعراض الاكتئاب، فإذا ترك المريض وشأنه فإنه يظل راقدا دون حركة، ويعزف عن الأكل والشرب فيما يشبه حالة التخشب لدى مريض الفصام الكتاتوني. (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 135)

3-5- الاكتئاب الإستجابي:

يرتبط ظهوره ببعض الأحداث المأسوية مثل موت الأعمام والانفصال أو الكوارث المادية، فهو يرتبط بوجود مواقف أو أحداث خارجية، وتكون الاستجابة مرتبطة بالموقف وتنتهي بعد فترة قصيرة يمارس الشخص بعدها حياته المعتادة. (مرجع سابق، ص 124)

3-6- الاكتئاب البسيط:

يظهر في الحلقة الرابعة والخامسة من العمر حيث يكون الشخصية ناضجة ومشغولة بالكفاح للوصول إلى الهدف المنشود، وحيث يكون الإنسان في أوج نشاطه ونادرا يظهر هذا النوع من الاكتئاب في شكل الحزن يشكو منه المريض أو يكون الحزن ظاهرا عليه وغالبا ما يشكو المريض من قلبه ومعدته، ولا يتحول الاكتئاب البسيط إلى اكتئاب حاد إلا في حالات نادرة إذ أنه غالبا ما يبقى بسيطا لفترات طويلة وقد يزول تلقائيا بدون علاج. (ابراهيم علا، 2009، ص 23)

للاكتئاب صفات حسب الشدة والنوع فنجد مثلا الاكتئاب البسيط الذي يكون فيه الفرد عازفا عن الحياة ويشعر بالندم، ونجد الاكتئاب الحاد بحيث يكون المكتئب فيه متوتر ذهنيا وحركيا وأوجاعه عادة وهمية، ونجد كذلك الاكتئاب العصابي الذي هو اضطراب غير عميق الجذور ويكون لدى الشخص المصاب به اتصال بالواقع، أما الإكتئاب الذهاني فهو اضطراب عميق الجذور واتصاله بالواقع يكون معدوم أو شبه آلي...

4- تصنيف الإكتئاب:

صنف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) الاكتئاب إلى فئتين رئيسيتين: الاكتئاب الأساسي (Major Depression) تحت الرقم التصنيفي 296 (F32.xx; F33. xx) وإلى متغيرة مزمنة أخف تطلق عليها تسمية اضطراب عسر المزاج (Dysthemia) تحت الرقم التصني 300.4 (F34.1).

(Sass, Wittchen, Zauding, 1996; Dilling, Mombour, et Schmidf, 1991)

أ- الاكتئاب أساسي (Major Depression):

يلاحظ أنه في الطبقات السابقة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الأمريكي ودليل منظمة الصحة العالمية كانت تستخدم مصطلحات مثل طور وحيد (مرة واحدة) وردة فعل اكتئابية (Depressive Reaction) واكتئاب داخلي المنشأ (Endogene Depression) والاكتئاب الانتكاسي (Reactive Depression). وقد استعيض عنها كلها تحت تسمية التسمية العامة للاكتئاب الأساسي.

وفي الدليل العاشر لتصنيف الاضطرابات النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD-10) استبدل الاكتئاب الانتكاسي بتصنيفات أخرى: اضطراب اكتئابي خفيف (F32.0) وله قسمين فرعيين دون أعراض جسدية (F32.00) ومع أعراض جسدية (F32.01). واضطراب اكتئابي متوسط الدرجة (F32.1) (وله أيضا قسمين مع أو بدون أعراض جسدية) واضطراب اكتئابي شديد دون أعراض ذهانية (وهو ما كان في التصنيفات السابقة يسمى الاكتئاب الهائج أو كذلك الميلانخوليا). (سامر جميل رضوان، 2001، ص 05)

ب- اضطرابات عسر المزاج:

تشكل اضطرابات عسر المزاج الشكل الثاني الرئيسي من الاكتئابيات. وهي عبارة عن حالة مزمنة من الاكتئاب الخفيف يستمر لسنوات طويلة. ويعتقد العلماء أن حوالي 03 % من السكان يمرضون في مجرى حياتهم باضطراب عسر المزاج. وفي اضطراب عسر المزاج يبدو أن تعكر المزاج قلما يختفي لأكثر من أيام عدة، بحيث تتحول حياة المعنيين إلى حياة مكفهرة. وكل سنتين تقريباً يظهر تحسن يستمر لشهر أو شهرين، غير أن الاكتئاب يعود ثانية. وبعض الأشخاص يعتادون على كونهم مكتئبين إلى درجة أنهم يعتبرون الاكتئاب جزءاً من شخصيتهم وليس مرضاً يمكن معالجته. وبما أن الأعراض لا تكون شديدة أو خطيرة كما هو الحال في الاكتئاب الأساسي فإن المعنيين يظلون على المدى القصير قادرين على التصرف والحياة. غير أنه على المدى البعيد تتضرر علاقاتهم وحياتهم المهنية، لأن الأعراض تكون مزمنة.

وبغض النظر عن المزاج الذي يكون حزيناً وسوداوياً، يعاني المعنيون من أعراض شبيهة بأعراض الاكتئاب الأساسي، ولكن بشكل أقل بروزاً أو أقل إعاقة للحياة، وبشكل خاص من اضطرابات في النوم والشهية والتعب أو الطاقة المنخفضة والتقدير المنخفض للذات والتردد وصعوبات في التركيز ومشاعر اليأس. وفي "الاكتئاب المضاعف" يكون الاكتئاب الأساسي واضطراب عسر المزاج إلى جانب بعضهما بحيث أنه يتم قطع الحالة المزمنة بشكل دوري من خلال أطوار شديدة. وينطلق بعض الباحثين من اضطراب عسر المزاج لدى مرضى معينين، وخاصة أولئك الذين ظهر لديهم الاضطراب في سن الرشد هو عبارة عن عاقبة أو نتيجة لطور من الاكتئاب الأساسي، الذي عانوا منه قبل ذلك لسنوات ولم يشفوا منه أبداً.

(نفس المرجع، ص 06)

وتطرق تشخيص الاكتئاب طبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع إذا توفرت 05 أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:

- مزاج اكتئابي كل يوم.
- انخفاض كبير في الاهتمامات أو عدم الإحساس بالمتعة في ممارسه الأنشطة المختلفة.
- انخفاض واضح في الوزن، وفي بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن.
- أرق في النوم أو زيادة في النوم.
- هياج حركي مع الإحساس بعدم خمول حركي مع الإحساس ببطء الإيقاع.
- التعب وفقدان الطاقة.
- الإحساس بعدم القيمة ولوم النفس والإحساس بالذنب.
- ضعف القدرة على التفكير وضعف التركيز و التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.
- التفكير في الموت إما يتمنى الموت أو التفكير في الانتحار أو التخطيط له أو محاولة الانتحار. (مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001، ص 147)

وإتباع قواعد التشخيص العلمي يعطي فرصة التقاط حالات الاكتئاب وعلاجها، ويعطي فرصة التفريق بين الاكتئاب كمرض والحزن كمرض فنحن كثيرا ما يمكن أن نحرص ونتأثر وجدانيا ونفقد اهتماماتها وحماسنا لبعض الوقت وتتأثر الشهية للطعام لدينا ونعاني بعض الأرق ونشعر بتفاهة أنفسنا أو تفاهة الحياة ولكن هذا لا يصل إلى درجة المرض الذي يحتاج إلى التدخل العلاجي الطبي. (محمد عبد الفاتح المهدي، 2004، ص168)

وجاء تصنيف الاضطرابات الاكتئابية حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-V) كما يلي:

1. اضطراب المزاج المتقلب المشوش
2. الاضطراب الاكتئابي الجسيم
3. اضطراب اكتئابي مستمر -سوء المزاج
4. اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث
5. الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء
6. اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى
7. اضطراب اكتئابي محدد آخر
8. اضطراب اكتئابي غير محدد
9. محددات الاضطرابات الاكتئابية

1. مع انزعاج قلبي
2. مع مظاهر مختلطة
3. مع المظاهر السوداوية
4. مع مظاهر لا نموذجية
5. مع مظاهر ذهانية
6. مع بدء حول الولادة
7. مع النمط الفصلي

8. تحديد الهدأة

9. تحديد الشدة الحالية

ويتحدد الاضطراب الاكتئابي الجسيم (Major Depressive Disorders) حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-V) بمعايير التشخيص التالية:

A- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تتضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتلمل أو البطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى. المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

(أنور الحمادي، بدون سنة، 75-76)

تعددت إذن مُصنفات الاكتئاب بتعدد نظريات علم النفس التي تعنى بالصحة النفسية للكائن الإنساني، ولعلّ أكثر التصنيفات رواجاً تلك المقدمة من طرف الجمعية الأمريكية للطب السيكاتري (Association américaine de psychiatrie) من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، حيث تعتبر الطبعة الخامسة (DSM-V) أحدث طبعة فيما يخص هذا الأخير والتي صنفت الاكتئاب إلى: اضطراب المزاج المتقلب المشوش، الاضطراب الاكتئابي الجسيم، اضطراب اكتئابي مستمر -سوء المزاج، اضطراب سوء المزاج

ما قبل الطمث، الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء، اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى، اضطراب اكتئابي محدد آخر، اضطراب اكتئابي غير محدد.

5- أسباب الاكتئاب:

رغم الأبحاث التي استهدفت معرفة أسباب الاكتئاب إلا أن مسببات الاكتئاب مازالت محاطة بالغموض، ومع ذلك فإن جوانب بعض العوامل المسببة والمتعددة واسعة القبول في الوسط الطبي العلمي اليوم ومن أهم هذه الاسباب:

5-1- الوراثة:

للوراثة دور هام في تسبب مرض الاكتئاب، فكلما كانت الإصابة في الأسرة محصورة في الأصول (القرباة) تزايد احتمال حدوث مرض الاكتئاب في أحد أعضاء الأسرة ذاتها وفي نسلها، ويرى سلاتر (Slater) أن الجين الصبغي الوحيد المسيطر بنفوذية متناقصة له علاقة بذهان الاكتئاب الهوسي من ناحية، وهناك من يرى أن إنتقال مرض الاكتئاب يتم ارثيا بواسطة الجينات المتعددة من ناحية أخرى. (محمد الحجار، 1989، ص84، 85)

تؤكد نتائج بعض الدراسات شيوع الاضطرابات الوجدانية عموما والاكتئاب خصوصا بين التوائم المتشابهة والأقارب. وقد كشفت نتائج الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية عن وجود اضطراب وجداني لدى أقرباء مرضى الاكتئاب في 28,3 % من الحالات الداخلية المنشأ، ولدى 19,7 % من الحالات الخارجية المنشأ، أي لدى 48 % من أفراد العينة الإجمالية. (القريطي عبد المطلب، 1998، ص395)

5-2- الأسباب البيولوجية والبيو كيميائية:

بعض المثبرات العصبية (مواد كيميائية) في الجهاز العصبي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية إلى أخرى مثل (السيروتونين)، وقد ثبت في دراسات عديدة أنه يحدث خلل في هذه المواد عند الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما ثبت أن الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات، وقد وجد هناك خلافا في إفراز بعض

الهرمونات لغدد الجسم، كالغدة الدرقية والغدة فوق الكلوية، وقد أثبت الباحثون أن هناك خلا في الجهاز المناعي عند مرضى الاكتئاب، أو لدى من يعانون من الحزن نتيجة فقد قريب أو صديق. (عبد المنعم الميلادي، 2004، ص 63، 64)

فقد يؤدي اضطراب الإفرازات الهرمونية أو الجهاز العصبي حسب (القريطي عبد المطب، 1998) إلى ظهور أعراض الاكتئاب لدى الإناث مثلا أثناء فترة الطمث وأثناء سن اليأس أي بعد توقف إفرازات الهرمونات الجنسية، كما يبدو المزاج المتقلب مسيطرا أثناء فترة ما بعد الولادة، ومع تناول أقراص منع الحمل.

5-3- الأمراض الجسدية:

إنّ المرض الجسدي يمكن أن يكون عاملا هاما في ظهور الاكتئاب، خاصة إذا كان المرض خطرا أو مزمنا، ولم تكن العلاقات الشخصية بين المريض والمحيطين به جيدة، ولم تكن هناك مساندة من طرف المحيطين به، والخطر سيكون أكثر حدة إذا ما كان الاضطراب الجسدي يحول حياة المريض جذريا.

ونجد في هذا الصدد التأثير السلبي الذي قد تضفيه بعض الأمراض كالسرطان، الداء السكري، مرض القلب، ضغط الدم....، على الأشخاص المصابين من ظهور الاكتئاب، القلق، الخوف، التقدير السلبي للذات...، وذلك سبب الإحساس بالنقص الناتج عن انخفاض عام في القدرات المختلفة، منها الجسدية (الإنهاك، الإحساس بالتعب، اضطرابات النوم... الخ)، والنفسية (اضطراب المزاج والقلق)، والعقلية المتمثلة في عدم القدرة على التفكير في شيء واحد، وحصر التفكير في المرض ذاته والخوف من المستقبل. (سعيد حافظ يعقوب، 1984، ص 101، 102)

5-4- عوامل نفسية وإجتماعية:

وتتمثل في الخصائص الشخصية الأكثر استهدافا من طرف الإضطراب، ونجد منها سمات الشخصية المنطوية، الخجولة والإنسحابية التي لديها عدد محدود من الأصدقاء والاهتمامات، والحساسية، والسلبية، والاعتمادية التي تتسم بالتردد والحذر والمحافظة، والشعور بالنقص ونقص الكفاية، والأمراض الجسمية المزمنة والكرب النفسي المستمر سواء الاجتماعي أم العائلي أم النفس الجسمي أم المهني، والشعور بالوحدة والفراغ، وبعدم الأهمية نتيجة التقاعد أو العنوسة أو الشيخوخة أو الفشل المتكرر، والتوتر الانفعالي المستمر والاحباطات الشديدة والصدمات كفقد شخصا عزيزا أو فقد ثروة أو مكانة اجتماعية، أو الشرف أو الكرامة وغيرها مما يؤدي إلى الإحساس بالضياع واليأس. (القريطي عبد المطلب، 1998، ص 395)

ويمكن تلخيص هذه الأسباب في النقاط التالية:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة، والكوارث القاسية، والانهازم أمام الشدائد.
- الحرمان وفقد الحب والمساندة العاطفية، وفقد حبيب أو فراقه، أو فقد وظيفة أو مكانة اجتماعية، كرامة، شرف، الصحة، أو الفقر الشديد.
- الإحباط والفشل والكبت والصراعات اللاشعورية.
- الوحدة والعنوسة وسن القعود والشيخوخة والتقاعد.
- التربية الخاطئة (التسلط، الإهمال والتفرقة في المعاملة...)
- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي والمثالي.

(عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 135، 136)

- الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما.
- الخلافات الوالدية الشديدة أو اضطراب المناخ الأسري.

- التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين.

(القريطي عبد المطلب، 1998، ص 395)

الإصابة بالاكتئاب حقيقة ليس رهينة عامل واحد من العوامل المذكورة آنفاً، وإنما الإصابة بهذا الأخير يعود إلى تفاعل وتشابك عدّة عوامل في آن واحد، فمريض السرطان الذي يطور اضطراب الاكتئاب، من البديهي أن الإصابة بالمرض ساهم في تقاوم هذا الأخير، لكن عامل المرض ليس وحده المسؤول في ذلك وإنما قد تكون هناك إستعدادات قبلية تعود إلى الوراثة، وصدّات الحياة، وظروف البيئة المحيطة... قد جهزت الأرضية للإصابة بهذا الأخير. بمعنى آخر الاكتئاب هو نتيجة لمجموعة من العوامل المركبة والمعقدة المتصلة المتتابعة التي تعترى الفرد منذ ولادته وحتى إصابته بهذا الاضطراب، بالإضافة إلى دور كل من العوامل الوراثية والبيئية والاجتماعية والبيولوجية التي لا يمكن إغفالها.

6- التناولات النظرية للاكتئاب:

حظي موضوع الاكتئاب في تفسيره بوجهات نظر عدّة متباينة، فاختلّفت الرؤى والتفسيرات وفقاً لاختلاف طبيعة الناظر ووجهة المنظور، وفيما يلي سنستعرض بعض من تلك الرؤى.

6-1- النظرية الوراثية:

فمن بين أنصار التفسير الوراثي نجد انغرام (Ingram) الذي يرى أن الأفراد المكتئبين يرثون استعدادات لعمليات بيولوجية مضطربة، وتشير دراسة التوائم والتبني إلى التركيب الوراثي الذي يبدو أنه يلعب دوراً أساسياً في نمو الاضطراب الاكتئابي، فرغم صعوبة تحديد العلاقة بين الاكتئاب والعامل الوراثي إلا أن البحث في مجال اضطراب الاكتئاب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحاً بسبب وضوح معايير تشخيصه. (حسين فايد، 2001، ص 76)

ويرى أصحاب هذه النظرية أن للوراثة دور كبير بالنسبة لذهان الاكتئاب، وقد يصل مدى تأثيرها إلى حوالي 80% لدى المرضى، أما في عصاب الاكتئاب فيكاد يكون تأثيرها ضعيف للغاية إذ أن التأثير الأكبر يكون للعوامل البيئية. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص 61)

ومن خلال دراسة للتوائم، اتضح أن نسبة الإصابة في التوائم المتماثلة تصل إلى 78% بينما في التوائم غير المتماثلة تصل إلى 20%، ويعتقد أن الاضطراب ينتقل عن طريق كرموزوم (X)، أي أنه مرتبط بالجنس أو النوع، وهذه المورثات سائدة بشكل أكبر مما يحدث في الفصام. (حسين فايد، 2005، ص 279)

6-2- النظرية الطبية:

ظهرت في إنجلترا مدرستان شهيرتان، المدرسة الأولى "نيوكاسل" تأخذ بوجهة النظر التي يطلق عليها اسم "التقسمة الثنائية"، بمعنى تأخذ بوجهة النظر التي تقر بأن حالات الاكتئاب تكون داخلية وبعضها الآخر تكون خارجية، ويعد بوليت (Pollit J., 1965) من رواد هذه المدرسة والذي يقر بوجود اختلاف بين الفئات الاكتئابية من حيث الأسباب، الأعراض، وفي استجابة المريض للعلاج والوراثة ومصير المريض.

أما المدرسة الثانية "لندن" فتأخذ بوجهة النظر التي تسمى "بالغرض المتصل"، بمعنى أنها تقر بأنه من الصعب تحديد أي سبب واضح لتلك الأنواع المختلفة من الاكتئاب.

(مدحت عبد الحميد، 2001، ص 61)

وإن هذا لا يأتي إلا بوجود مقياس متصل يجمع بين الأسباب الداخلية والخارجية معاً. ويعد لويس (Lewis A.) من رواد هذه المدرسة الذي يؤمن بوحدة الأعراض الوجدانية، وعدم اختلافها إلا في شدة الأعراض، ويرى أن الاكتئاب مرض واحد ممتد على متصل طويل، حيث يزخر بأعراض مختلفة، تتباين في الكم وليس في الكيف، وأنه لا يوجد ما

يسمى "بالعصاب الاكتئابي المستقل" عن "الاكتئاب العقلي"، وأن الفرق بينهما هو تعقيد وشدة الأعراض الإكلينيكية. (نفس المرجع، 2001، ص 62).

6-3- النظرية الكيميائية:

في دراسة التغيرات التي تحدث للجهاز العصبي لمرض الاكتئاب، تم اكتشاف وجود نقص في المواد الكيميائية داخل المخ، منها مادة السيروتونين (sérotonine) ومادة نورابينفرين (Norépinephrine)، ورغم أن هناك خلافا حول ما إذا كان ذلك هو السبب في مرض الاكتئاب، أو حدث نتيجة للإصابة بالمرض، فإن الأطباء النفسانيين يعلمون جيدا أنّ تعديل هذا الخلل الكيميائي بواسطة الأدوية التي تزيد من نسبة هاتين المادتين يؤدي إلى تحسن حالة مرضى الاكتئاب بصورة ملحوظة، مهما كانت الأسباب التي أدت إلى الإصابة بالاكتئاب، وفي مرض الاكتئاب أيضا يمكن عن طريق تحليل عينات من الدم أو البول وتحديد مستويات بعض المواد الكيميائية التأكد من التشخيص، ويستخدم تحليل مادة الكورتيزول (Cortisol) في الدم على مدى ساعات الليل والنهار بعد حقن كمية صغيرة من مادة دكساميثازون (Dexamethasone) كإختبار يدل على الإصابة بالاكتئاب والذي يعرف باختبار (D.S.T)، وهذا يعني أن التغيرات الكيميائية المصاحبة للاكتئاب يمكن رصدها والاستفادة من معرفتها في التشخيص والعلاج. (لظفي الشربيني، 2003، ص 36)

ويشير أنصار الاتجاه الفيزيولوجي أمثال سترونغوم (Strongom, 1995) وبيش (Beach, 1998) إلى وجود نمطين رئيسيين لفيزيولوجية الاكتئاب، فالنمط الأول يقوم على أساس اضطراب الكتروني والمتمثل في اضطراب توزيع الصديوم والبوتاسيوم، مع العلم أن الأشخاص العاديين لديهم صوديوم أكثر خارج الخلية العصبية وبوتاسيوم أكثر داخله، أما النمط الثاني فبني على أساس أن الاكتئاب يرجع إلى ظهور مورثات في عنصرين أساسيين هما: النورابينفرين والسيروتونين وكلاهما ناقلان عصيبا. (مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001، ص 62)

وهي نفس الفكرة التي تناولها **حسين فايد (2001)** حيث أشار إلى أنه يوجد نمطان رئيسيان للنظرية الفيزيولوجية للاكتئاب، حيث يقوم النمط الأول على أساس اضطراب في أيض الالكتروليت الخاص بالمرضى المكتئبين، كما يعتبر كلوريد الصوديوم، وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة، والتحكم في استشارة الجهاز العصبي، ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم صوديوم أكثر خارج النيرون والبوتاسيوم أكثر داخله، ولكن لدى الأشخاص المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطرباً. أما النمط الثاني فيعتبر الاكتئاب قصور موروث في عنصرين رئيسيين من كيمياء الدماغ، وهما النوربينفرين والسيروتونين، وكلاهما ناقلان عصبيان (**حسين فايد، 2001، ص77**)

6-4- النظرية النفسية التحليلية:

فسّر سيقمون فرويد (**Freud S.**) مرض الاكتئاب من خلال نظريته الشهيرة التي طرحها في مقالته بعنوان "التجع والميلانخونيا" حيث يرى أن الاكتئاب ما هو إلا تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف. (**محمد الحجار، 1989، ص82، 83**)

وقد ارجع فرويد الاكتئاب إلى الاحتياجات الفمية للطفل التي إما أن يبالغ في إشباعها أو يقل إشباعها، ومن ثم فإنه قد تنمو اعتمادية متزايدة في تقدير الذات لديه، كما أن الطفل قد يخبر إما فقداً حقيقياً (فقدان الأم) أو مدركاً لشخص محبوب، وهذا الفقد قد يكون مصحوباً بغضب صياني ولكنه شديد للغاية بسبب الرفض، وإذا لم يستطع الطفل أن يحل أو يستبدل هذا الفقد فإنه ينغمس في النهاية في عملية "الإدماج" الذي يسمح له بأن يتوحد مع الفرد المفقود ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة شعوره بالذنب معتقداً أنه المتسبب في ذلك الفقد. (**حسين فايد، 2005، ص280**)

ولقد أكد فرويد بأن فقدان أو خسارة شخص عزيز له دور في الإكتئاب حيث أشار بأن غضب الفرد يترد إلى داخله ويتحول إلى اكتئاب، وأكد أن المريض يعاني من مشاعر الذنب

وفقدان قيمته الشخصية وتأنيب النفس والتفكير الانتحاري. (حسني عزة سعيد، 2004، ص 114)

6-5- النظرية السلوكية:

حاول المعالجون السلوكيون تفسير الاكتئاب في ضوء منهج المدرسة السلوكية ويفترض عالم النفس السريري السلوكي لازاروس (Lazarous) إمكانية تفسير مرض الاكتئاب وفقاً لنظرية التعلم والإشراف السلوكي، والتي ترى أن الإكتئاب عضوي في طبيعته وأساسه، فالإكتئاب في رأيه هو وظيفة لمعززات ناقصة غير كافية، ويأتي على منواله أيضاً العالم السيكايري الأمريكي المشهور وولبي (Wolpe) الذي طرح استراتيجيات علاجية سلوكية للعصابات النفسية وهو صاحب نظرية "التثبيط المتبادل الشهيرة في علاج الرهاب". (محمد الحجار، 1989، ص 83)

ويعد بروتوبوبوف (Protopopov) في روسيا، ممن ساروا على نهج "بافلوف" حيث يقول بأنه هناك مجموعة من الأعراض الجسمية الواضحة في كل حالات الإكتئاب أو الهوس، وتتمثل هذه الأعراض في:

- اتساع حدقة العين.
- سرعة النبض والإمساك.
- فقدان المريض لوزنه منذ بداية مرضه.
- وفي كثير من الأحيان ما يتوقف الحيض عند النساء أثناء نوبات المرض.
- ويعزو بروتوبوبوف هذه الأعراض لتأثير الجهاز السمبتاوي، ويصاحب المرض ارتفاع في ضغط الدم ويعد ذلك حالة وظيفية للجهاز السمبتاوي.

(مدحت عبد الحميد، 2001، ص 68)

6-6- النظرية المعرفية:

يرى المعرفيون أن السلوك الانساني ليس مجرد استجابة مباشرة لمثيرات محيطية فحسب، بل هو عبارة عن إطار عام تظهر من خلاله أفكار الإنسان، اعتقاداته، تنبؤاته وتفسيراته، وقد ركز المعرفيون على معرفة أسباب الاضطرابات النفسية وطرق علاجها، حيث توصلوا إلى أنّ الاكتئاب هو عبارة عن اضطراب يشير إلى اعتقادات الإنسان وأفكاره السيئة حول ذاته والعالم المحيط به ونظرته السلبية لمستقبله وبالتالي التقدير السبي لذاته.

ويعتقد بيك (Beck, 1967) أن الاكتئاب يحدث نتيجة الأخذ بالصيغ المعرفية السالبة. فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته وللعالم وللمستقبل، ويضيف أن الإحساس بالضيق هو العامل الأساسي لحدوث الاكتئاب نتيجة التوقعات الكثيرة التي تتميز باللاواقعية، أي أن المكتئب يجد نفسه ضائعا أمام لومه لذاته نظرا لوعيه وإدراكه لنقائصه والذي يعطي مفهوما سلبيا عن ذاته. وحسب بيك الأشخاص المكتئبون يميلون لمقارنة أنفسهم بالآخرين وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديرهم لذواتهم وتجعل عملية التقويم الذاتية سلبية. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1989، ص73)

يرى ألبرت إليس (Albert Ellis) وهو أحد رواد هذا التناول أن الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد مثلا نتيجة لرسوبه في الامتحان أو إصابته بمرض عضال أو لأي سبب آخر هو ترجمة أفكاره ومعارفه عن ذاته وعن العالم من حوله، وكل ما يمكن أن ينتج عن ذلك من شعور واط بالذات وأفكار خاصة بانعدام القيمة وعدم القدرة على العطاء والإنتاج.

ويرى إليس أن هذه الأفكار تكون غير منطقية، لأنه في كثير من الأحيان مبالغ فيها، وأنها غير عقلانية لأنها تعتمد على قاعدة غير صحيحة من جهة وغير واقعية من جهة أخرى.

(Cottraux J. et al, 1984, P. 129)

ويرى مؤسس النظرية المعرفية العالم بيك بأن تفكير المكتئب يتميز باختلالات تدعى التشوهات المعرفية والتي تعد كمنبع لمرض الاكتئاب، أي يتميز المكتئب بنظام تفكير

خاص. كما اعتبر بيك أن هذا النظام في التفكير يميزه حكم سلبي حول ذات الفرد المكتئب وحول العالم الخارجي وحول مستقبله، وتتحدد التشوهات المعرفية في خمسة (05) أنماط وهي:

- الاستدلالات الاعباطية: وهي تعني قيام المكتئب باستنتاجات خاطئة لا تقوم على أية دلائل، كأن يعتقد سوء حظه هو الذي جعله لا يعمل في الامتحان وهذا ما يؤدي إلى فشله.
 - التجريد الانتقائي: وهذا يعني اهتمام المكتئب بتفاصيل دون الاهتمام بالسياق الذي أخذت منه، أي أن المكتئب سيخرج النتائج، أي يختار النتيجة دون أن يجمع الأدلة الكافية (النتيجة معناها التفسير).
 - الانتساب الذاتي: معناه أن المكتئب ينسب أو يحمل نفسه المسؤولية في كل ما يحدث له من الامور الحياتية.
 - التعميم المبالغ فيه: وهذا يعني انطلاق المكتئب من حالة خاصة وتعميم نتائجها على كل الحالات.
 - التضخيم والمبالغة: يعني وصف المكتئب الأحداث التي تعترضه بطريقة درامية.
- (عبد الرحمن عيسوي، 1997، ص 130، 131)

6-7- النظرية الشخصية:

تركزت منظوراتها في تفسير الاكتئاب على ضغوط الحياة وأساليب المواجهة، كما اهتمت أيضا بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئتهم ودور التفاعلات في إبقاء واستمرارية الاضطراب الاكتئابي.

فالاكتئاب حسب هذه النظرية يفهم بفشل المواجهة الفعالة لضغوط الحياة. وقد افترض داووني (Downy, 1991) أن المواجهة الفعالية لهذه الضغوط يمكن أن تقلل من تأثير المشكلات وتساعد على منعها من أن تصبح مزمنة، فالمرضى المكتئبون يظهرون شقاء

أكثر كلما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة كإستراتيجيات التجنب أو المواجهة المركزة على الانفعال، وهي من أهم العوامل التي تساعد على بقاء الاكتئاب مادامت أساليب غير جيدة. (حسين فايد، 2001، ص 87)

6-8- التناول السيكوسوماتي:

لا ينظر بيار مارتي (Pierre Marty) إلى المريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض وإنما يتابع الإنسان في مختلف مراحل تطوره أثناء مرضه وصحته، وأثناء توازنه النفسي الجسدي، وأثناء اختلال هذا التوازن. وإذا كانت غريزة الحياة، بما فيها الدفاع عن البقاء والتناسل هي عامل مساعدة لاستقرار التوازن النفسي فإن غريزة الموت بما فيها من رغبة في تدمير الذات هي عامل مهدد لهذا الاستقرار. (محمد أحمد النابلسي، 1992، ص 55)

ويؤكد بيار مارتي أن وجود إحدى الغرائز تستوجب وجود نقيضتها، وبالتالي فإن وجود غريزة الحياة تستتبعها غريزة الموت، كما أنّ هيمنة إحدى هذه الغرائز على الأخرى هي هيمنة مؤقتة تتبعها هيمنة عكسية، وعليه فإن هيمنة غريزة الحياة تستتبع التوازن والصحة، في حين أن هيمنة غريزة الموت تؤدي إلى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية.

يعتمد تصنيف الأمراض في المدرسة السيكوسوماتية خاصة على تحديد البنية الأساسية التي تطبع تنظيم الجهاز النفسي لدى الشخص، وهي تسمح لنا باستخراج دلالة واحدة للمريض، وعلى هذا الأساس فالإكتئاب هو الانقباض النفسي المشابه للكآبة، والذي يمكن أن يتطور نحوها، ويتميز بمشاعر الألم المعنوي والأخلاقي، وفي المعنى التحليلي فإنه يصيب الأنا المسؤولة عن البقاء واستمرار الحياة فيهيمنها ويضعفها. (محمد احمد النابلسي، 1992، ص 56)

لقد حظي موضوع الاكتئاب باهتمام خاص من طرف الباحثين بالرغم من اختلاف توجهاتهم النظرية والعلمية، والسرّ في ذلك يعود إلى طبيعة اضطراب الاكتئاب الذي يعتبر حملاً ثقيلاً على المصابين به وكذلك إلى مدى انتشاره الكبير بين مختلف الفئات العمرية في العالم خاصة في العصر الذي ننتمي إليه. وهناك خطان أساسيان للنظريات المفسرة للاكتئاب وهما خط التفسيرات البيولوجية والثاني هو نظريات علم النفس المفسرة للاكتئاب، ووفقاً لهذه التفسيرات يتبنى أصحاب كل منظور منحي علاجي يتفق ورؤيتهم النظرية للمفهوم والأسباب التي تقف وراء حدوث الاضطراب، والجدير بالذكر في البداية أنه لا يمكن القول بأن نظرية واحدة بعينها هي الصحيحة في تفسير الاكتئاب بل أنه التكامل ما بين أكثر من توجه قد يضيف فهماً أفضل وأعمق وبالتالي تقديم علاج أنجح لمرضى الاضطرابات الاكتئابية.

7- علاج الاكتئاب:

يعد مرض الاكتئاب من أفضل التناذرات وأحسنها في الاستجابة إلى المعالجة من بين جميع الأمراض السيكاترية شريطة تأمين العلاج المناسب والشامل، وأن نسبة الشفاء من الهجمة الاكتئابية هي حوالي 80% قبل سن الثلاثين وتقل هذه النسبة مع تقدم العمر. (محمد حمدي الحجار، 1988، ص 92)

يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار، أما إذا كان هناك محاولات انتحارية فيحسن العناية بالمرضى داخل المستشفى.

ولقد تعددت الطرق العلاجية في علاج الاكتئاب فمن بينها نجد:

7-1- العلاج النفسي التحليلي:

هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد على نظريات التحليل النفسي وبالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المنسية المكتوبة في الطفولة المبكرة حيث يعتبر تحليل هذه الخبرات

الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصابية وابتاع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي تكشف عن نظريته للعام. (عطوف محمد ياسين، 1981، ص120-121)

كما يتضمن العلاج النفسي التحليلي في كل أنواع الاكتئاب خاصة التفاعلي من الطبيعي أن يلجأ الطبيب إلى مساندة المريض وطمأنته وإظهار الاهتمام بحالته هو إعطائه النصيحة. (محمد جاسم محمد، 2004، ص388)

فالعلاج النفسي التحليلي جلسات علاجية فردية أو جماعية ويضم عدة أساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسانيون. (لطفى الشرنبي، 2001، ص249)

والتحليل النفسي يبحث عن إزالة عوامل الضغط وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وتنمية روح التفاؤل لديه. (عطوف محمد ياسين، 1981، ص120-121)

فهنا تكون الفرصة للمريض في إتاحة فرص التنفس و التفرغ الانفعالي إشاعة روح التفاؤل والأمل لديه، حيث قدم واتكنز (Watkenz) طريقة اسمها قلم السم و فيها يكتب المريض خطايا صاحبة يعرضها على المعالج. (عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص138)

ويتلخص العلاج النفسي التدعيمي وعلاج الاسباب الأصلية والعوامل التي سببت الاكتئاب والفهم وحل الصراعات وإزالة العوامل المسببة للضغط والشدة، وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإبراز ايجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته وإشاعة روح التفاؤل والأمل فيه. (محمد عبد السلام زهران، 1977، ص433)

7-2- العلاج السلوكي:

ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية دراسات كثيرة تؤكد نجاعة نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب، حيث أخذ بها الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي.

(محمد حمدي الحجار، 1989، ص 93)

إن التعزيز الايجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية هي جوهر هذا النوع من العلاج، كما أن التغييرات في نوعية وتكرار ونموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه والتدريب الميداني، هي العوامل الهامة في تعلم مواجهة التوترات الخارجية المحدثة للاكتئاب والسيطرة عليها.

وتعتمد الإستراتيجية العلاجية التي طرحها لازاروس (Lazarous, 1968) على المقولة التالية: "إن الحوادث الخارجية هي خالية من أي مؤثر أو إزعاجات، ولكن تأويلنا لهذه الحوادث هو الذي يخلق الإزعاجات في نفوسنا". (نفس المرجع، ص 93)

7-3- العلاج المعرفي:

يرى أنصار النظرية المعرفية أن المعرفة تلعب دورا أساسيا في حدوث واستمرار وعلاج الاكتئاب، فكل الناس لديهم صيغ معرفية.

والمكتئبون لديهم صيغ معرفية سلبية تستبعد المعلومات الايجابية عن ذاتهم وتبقى على المعلومات السلبية، ويرى "بيك" أن في الطفولة يتبنى الأفراد المكتئبون هذه الصيغة وذلك بسبب شدة الأحداث السلبية في حياتهم، وعندما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في توليد شخصية سلبية. (حسن علي فايد، 2005، ص 283).

تستخدم التقنيات المعرفية للحد من عملية اجترار الأفكار التي تساعد على استمرار المشكلة، وهي مهمة بالذات في بداية العلاج قبل أن يتدرب المريض على إيجاد بدائل للأفكار التلقائية السلبية، وربما لا تحدث هذه التقنيات تغييرات معرفية جوهرية، ولكنها تحدّ

من تكرار الأفكار السلبية، وبالتالي تحسن مزاج المريض الأمر الذي يساعده على حل مشكلته، ومن بين التقنيات المستخدمة من طرف المعالجين نذكر:

أ- مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها: يكرس الكثير من عمل العلاج المعرفي لتعرف الأفكار التلقائية غير المنطقية السلبية/أو المشوهة، إن أقوى طريقة لتعريف المتعالج على الآثار الأفكار التلقائية هو الاستعانة بأمثلة حية عن الكيفية التي يمكن للأفكار التلقائية فيها أن تؤثر في الاستجابات الانفعالية، أو يمكن أن يطلب المعالج من المتعالج أن يتذكر حادثة أو موقف من المواقف المرتبطة بتبدل مزاجه، ويطلب إليه وصف الأفكار التي عبرت فكره قبل تبدل مزاجه.

ب- تعديل الأفكار التلقائية: ليس هناك عادة فصل تام في العلاج المعرفي بين مراحل تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها. ففي الواقع إن العمليات المرتبطة بتحديد الأفكار التلقائية غالباً ما تكون كافية للبدء بالتغيير الحقيقي.

ج- تحديد المخططات وتعديلها: إن عملية تحديد المخططات وتعديلها هي أصعب إلى حد ما من تغيير الأفكار التلقائية السلبية لأن هذه المعتقدات الجوهرية الأساسية مضمورة بعمق أكثر وربما أبعد بكثير عن وعي المتعالج وتكون قد تعززت عادة عبر سنوات من التجارب الحياتية. ويمكن للعديد من الأساليب ذاتها في تعديل الأفكار التلقائية أن توظف توظيفاً ناجحاً في العمل العلاجي على مستوى المخططات.

(صباح السقا، 2009، ص 10-21)

7-4- العلاج السلوكي المعرفي:

يقوم على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض وجعله يفكر بشكل أكثر منطقية عقلانية، هذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان وسلوك المريض كما يجب تعلم المريض كيفية تؤكد ذاته في المواقف والأنشطة الاجتماعية المختلفة، وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة

في مواجهة ضغوط الحياة يدل من التعامل مع الضغوط بتجنب الانفعال كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات. (حسين فايد، 2001، ص 128)

كما يفترض النموذج المعرفي أن المعرفة والسلوك جميعها مكونات مهمة في السلوك الاكتئابي، فالعلاج المعرفي يعلم المريض بالاكتئابي كيف يظهر أفكاره الآلية والمخططات سوء توافقه وعند إذا توضع هذه المعارف موضع الاختيار من خلال فحص الدلائل وتصميم مواقف التجريبية حية وموازنة المزايا مقابل عيوب والقيام بمهام متدرجة واستخدام استراتيجيات من خلال هذه الإجراءات يبدأ المريض في النظر إلى نفسه وإلى مشكلات بواقعية أكثر. ويشعر بالتحسن أكثر بغير نمط سلوكه الغير توافقي ويقوم بحل كل صعوبات الحياة الفعلية وتأتي التغيرات بوصفها نتائج مباشرة بتكيفات بواجبات منزلية جديدة، التخطيط ومعاونة الذات، ويواصل المعالج على امتداد العلاج بتحالفه المشتركة مع المريض. (ديفيد هـ. بارلو تر. صفوت فرج، 2002، ص 653-645)

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى:

- إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك وبالتالي يمكن بتعديل أحد أركان هذا الثلاثي يتعدل الطرفان الآخران.
- تعليم المتعالجين أن يحددوا وقيّموا أفكارهم وتخيّلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية.
- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية.
- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات.

- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام خلال الحوار الداخلي.

(صباح السقا، 2009، ص 09)

7-5- العلاج البيئي:

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسبب في المرض ويتم بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد على عودته للحياة الاجتماعية مرة أخرى. (لطفى الشريبي، 2001، ص249)

كما يتكون العلاج البيئي من علاج جماعي، علاج بالعمل والعلاج الترفيهي، إشاعة جو التفاؤل وروح المريض والرقابة في حالات محاولات الانتحار. (محمد حمدي الحجار، 1989، ص93)

لتخفيض حدّة الضغوط والتوترات يتم تغيير الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتوافق معها، بالإضافة إلى علاجات أخرى:

- العلاج الاجتماعي والعلاج الجماعي، العلاج بالعمل والعلاج الترفيهي، وإشاعة جو من التفاؤل والمرح حول المريض، والعلاج بالموسيقى والعلاج المائي.
- الرقابة في حالة المحاولات الانتحارية، وعلى العموم يجب عمل حساب احتمال الإقدام على الانتحار لدى أي مريض بالاكتئاب وحتى ولو لم يبد ذلك دون مجاهرته بذلك حتى لا نلفت نظره إلى التفكير في الانتحار، ويجب استكشاف اتجاهات المريض نحو الموت والانتحار بطريقة علمية حذرة، ويزيد من احتمال الانتحار فقدان شخص مهم في حياة المريض كأحد الوالدين مثلا. ويلاحظ أنه

رغم أن عددا أكبر من النساء يهددن بالانتحار إلا أن عددا أكبر من الرجال هم الذين ينتحرون. (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 138)

7-6- العلاج الدوائي:

يتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين، يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته.

(لطفي الشربيني، 2001، ص 249)

وهو الأكثر نجاعة وشيوعا في الممارسات العلاجية السيكاوتريية، ونميّز في هذا العلاج زمرتين دوائيتين رئيسيتين: زمرة مثبطات أحادي أمين أكسيداز (MAOI) توصف ضمن نطاق ضيق اليوم نظرا لتعارضها مع بعض الأطعمة كمستنشقات الحليب ومع زمرة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة كيميائيا، والزمرة الثانية وهي مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة كيميائيا، وهي الزمرة الأكثر شيوعا واستخداما في علاج مختلف الاضطرابات الاكتئابية، ونعد منها مجموعة (Immodibenzil) مثل الأسبرامين وديزيبيرامين ومجموعة (Dibenzocycloheptenes) مثل أميتريبتلين، ومجموعة (Dibenzoxepin) مثل دوكسن.

(محمد حمدي الحجار، 1989، ص 92)

ويمكن تلخيص الأدوية الرئيسية المستخدمة لعلاج الاكتئاب في ما يلي:

- الأدوية ثلاثية الحلقات (Tetrecyclic)، ومن أمثلتها: أميتريبتلين وإميتريبتلين.
- الأدوية رباعية الحلقات (Tetrecyclic)، ومنها لمابروتيلين.
- مثبطات أحادي الأمين (Monoamine oxidase inhibitors): من أمثلتها: فينيلزين، إيزوكاربوكسازيد.
- مجموعة منشطات مادة السيروتونين ومن أمثلتها: فلوكستين، سيرترالين فلوفاكسمين، وسيتالوبرام. (لطفي الشربيني، 2001، ص 257-258)

7-7- العلاج الكهربائي:

ويتم اللجوء إلى العلاج بالصدمة الكهربائية في حالة فشل المعالجة الدوائية (الحالات الحادة) وأن تكون حالة إسعافية مثل محاولة الانتحار، وعلاج التنبيه الكهربائي في حالة الاكتئاب البسيط والتفاعلي.

بدأ استخدام العلاج الكهربائي في روما عام 1983، ثم تم تطويره فيما بعد ليكون من وسائل العلاج الرئيسية للأمراض النفسية خصوصا حالات الاكتئاب النفسي التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى، وتقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور التيار الكهربائي محدود الشدة من خلال قطبين يوضعان على جانبي الرأس فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشبع، يتبعها تحسن في الحالة النفسية للمريض ولا يستغرق مرور التيار سوى ثوان معدودة.

(لطفى الشري، 2001، ص256)

8-7- المداخلة الجراحية النفسية:

يُلجأ إلى العمل الجراحي على الفص الجبهي في الحالات الشديدة المستعصية لبعض أنواع الذهانات ومن ضمنها الفصام، وطبقت هذه الجراحة لمعالجة الاكتئاب المستعصي من قبل هيبوس (Hippus, 1969)، وعادة لا تكون نسبة نتائج هذه المداخلة مشجعة، لاسيما وأن الأدوية المضادة للاكتئاب أضعفت كثيرا الحاجة إليها. (محمد حمدي الحجار، 1989، ص92، 93)

يلعب العلاج النفسي وكذا المساندة الاجتماعية دور هام في علاج الاكتئاب مهما كان مصدر هذا العلاج تحليليا أو معرفيا سلوكيا أو...، وفي بعض الأحيان يكون مقترنا بالعلاج بالأدوية خاصة عند الحالات الشديدة أو الحادة. فالتكفل النفسي بالمكتئب يجب أن لا نتغافل عنه، لأن تطور الاكتئاب إلى مرحلة اليأس يمكن أن يُؤلد أفكار إنتحارية ويؤدي بالمريض إلى محاولات إنتحارية قد تتكلل بالنجاح.

لمساعدة شخص ما في التخلص من الاكتئاب يجب على الشخص أن يعلم عن الاكتئاب، ويفهم مسبباته وتأثيراته، وكيف يمكن التعامل معه كي يكون قادرا على مساعدة شخص مُكتئب، وعلى الشخص أيضا أن يتحلّى بالصبر على المُصاب، وأن يفهم بأن العلاج قد يأخذ وقتا، كما عليه أن يهتم بنفسه وتخصيص وقت لنفسه لممارسة الهوايات والتجديد الروحي، كي لا يُصاب بالإحباط جرّاء التعامل مع إصابته بالاكتئاب.

8- السرطان والاكتئاب:

إنّ تعرض الأفراد للأمراض العضوية المختلفة، يسبب لهم ضغوطا نفسية كبيرة ويقف عائقا أمام تماثلهم للشفاء لاسيما إذا كان المرض العضوي خطيرا ومفضي إلى الموت كالسرطان الذي يعتبر من أكثر الأمراض الخطيرة انتشارا، والتي أضحت تشكل هاجسا لدى الأفراد. ورغم تطور الأبحاث في مجال علاجه إلا أن الأفكار السلبية المكوّنة حول هذا المرض تبقى راسخة في الأذهان.

وبما أن مرض السرطان هو مرض مزمن يتطلب علاجا مكثفا وطويل الأمد، كما أن معظم مرضى السرطان لاسيما في مراحله المتقدمة يعانون من أعراض ذات طبيعة مؤلمة، فإن هذا يؤثر على مختلف أنشطة حياتهم اليومية وبالتالي يتأثر أسلوب ونوعية حياة المريض، مما يؤدي إلى عدم رضاه عن حياته. (Christopher, Gupta, 2008)

يؤدي مرض السرطان إلى تغيق عميق وشامل في حياة الفرد، فتظهر لديه أعراض فقدان اللذة التي كان يشعر بها سابقا من عدم الاهتمام بما يدور من حوله، فيصبح المريض لديه عدوانية تجاه المحيطين به، وفي أغلب الأحيان تظهر هذه الاستجابات على شكل فقدان الثقة بالنفس، ونادرا ما يتطور هذا الاكتئاب إلى اكتئاب سيكاتري خطير لكن لا يمنع ذلك من التكفل به. (فضيلة لحر، 2017، ص 113)

يتميز المكتئب بكونه انطوائي وانفعالي يحب الوحدة، كثير الاهتمام بنفسه، عميق الكآبة، خجول، يبتعد عن المجتمع، ينطوي على نفسه، يسرف في تحليل أفكاره ومشاعره الخاصة، لا يرى من الحوادث إلا جانبها السلبي، فيصاب باليأس والضجر، ولا يستطيع تحمّل العمل، حيث يحيط به الفراغ من كل جانب، كما أن المصاب بالاكتئاب قليل الأصدقاء، ميّال للهدوء، يتجنب الملذّات، كثير القلق، حساس، حذر، ويتبع في حياته قانونا صارما وشديدا ينقص من المرح. ومشكلة المكتئب أنه يخضع للآخرين ويتأثر بأرائهم ويقلل من شأن نفسه بالرغم من علو مكانته أحيانا. (سعيد حافظ يعقوب، 1984، ص 84)

وأوضح محمد الحجار (1989)، أنّ سيلقمان (Seligman) توصل إلى أن الميولات الاكتئابية هي التي ساهمت في إضعاف إمكانيات وقدرات الجسد على مقاومة المرض والتصدي له وكأنها تسلبه المناعة الذاتية. (سامية عدمان، 2007، ص 65)

وترى وندلوس بوتلجة نسيمه (2014) أنّ المشاعر الإكتئابية محسوبة كثيرا على الانعكاسات الجسدية للمرض ولعلاجاته، كالإرهاق أو التعب، وفقدان القوة والديناميكية أو الحيوية التي تؤثر بشكل قاس على المريض، كما أن تقلبات الحالة الجسدية تصاحب بشدّة التغيرات المرنة والعميقة للمزاج التي تظهر بشكل حاد.

وتتمثل أعراض الاكتئاب الشديد بفقدان الشهية، والأرق والتعب وفقدان الوزن، وفقدان الرغبة الجنسية والحمول، وتتعلق هذه الأعراض في حالة السرطان بمراحل المرض أو الآثار الجانبية للعلاج.

ويفضل تقييم حالة الاكتئاب الشديد عند المرضى حسب شدة المزاج الكئيب، وفقدان المتعة بالحياة، ودرجة الإحساس بالتشاؤم، والشعور بالذنب وعدم القيمة، ووجود الأفكار الانتحارية، والخوف الشديد المصاحب للانسحاب أو الإنعزال الاجتماعي.

(Massie et al, 1989, P. 290)

إن الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان كثيرا ما لا يُشخص ولا يُبحث فيه لأنه يُعتقد أن المرضى يصابون بالاكتئاب منذ بداية مرضهم إلى نهاية حياتهم، وأنه من الطبيعي أن يكتبوا بسبب خطورة التشخيص. ولهذا لا يتمتع المرضى بأي تفريج أو تخفيف فعلي عن إكتئابهم.

لكن العديد من الأبحاث أثبتت في هذا المجال تبدد كل هذه الأساطير، وأظهرت أن الاكتئاب لدى السرطانيين يتميز بالأعراض الآتية:

أ- تناذر وجداني عضوي يمكن أن يكون له علاقة بعوامل خارجية المنشأ. كما أنه مرتبط بعامل سُمي أو مستقلب (إستقلاب الجلوكوز، الصديوم، البوتاسيوم، وظيفة الكبد، الأكسجنة، وإستقلاب الجلوكوز)، مع الإشارة أن أكبر جزء من التطبيب المستعمل له تأثيرات نفسية.

ب- اضطرابات التكيف مع مزاج اكتئابي وفترة اكتئابية شديدة، بحيث أن التشخيص الفارقي بين هذين الإضطرابين يمثل مجموعة اتصالية من قسوة وحدّة الأعراض الاكتئابية، ولا يوجد خط توجيهي مطلق ودائم يسمح بتسهيل هذا التمييز الأساسي، لذلك يُلجأ في أغلب الأحيان إلى الحكم العادي.

(وندلوس بوتلجة نسيمة، 2014، ص 104)

وقد قامت مجموعات عديدة بتقييم الاكتئاب لدى مرضى السرطان مع مرور السنين، وأظهرت تقاريرها عن مدى الانتشار، وجود تفاوت واسعاً:

(الاكتئاب الشديد من 3% - 38%، متلازمات أعراض الاكتئاب من 15% - 52%)

إنّ أنواع السرطان الوثيقة الصلة بالاكتئاب تتضمن:

- سرطان المخ (41%-93%)

- سرطان البنكرياس (معدل يبلغ 50%)

- سرطان الرأس كالرقبة (معدل يصل إلى 42%)
- سرطان الثدي (4.5%-37%)
- سرطان الجهاز التناسلي في السيدات (23%)
- وسرطان الرئة (11%)

يعكس المدى الواسع لمعدلات الانتشار تباينا بين الدراسات (إختلاف تعريفات الاكتئاب، إختلاف الاستبيانات والمقابلات النفسية، إختلاف نوع السرطان أو مرحلته، إختلاف علاجات السرطان).

قد تكون هناك صعوبة في تقييم الاكتئاب في مرضى السرطان، لأن أعراض الاكتئاب قد تتفاوت من مشاعر الحزن الطبيعية إلى الاضطراب الوجداني الشديد. (فضيلة لحر، 2017، ص 113)

يتعين التفريق بين الاكتئاب في مرضى السرطان، وانخفاض المعنويات حسب ما جاء به الخولي وآخرون (2010).

فالشخص المصاب بالاكتئاب يفقد القدرة على الإحساس بالسعادة بصفة عامة، في حين أنّ الشخص الذي يتعرض لانخفاض المعنويات قد يستمتع باللحظة الحالية إذا كان هناك ما يصرفه عن الأفكار المحبطة، ويشعر الشخص الذي يتعرض لانخفاض المعنويات بأنه لا يستطيع القيام بأي شيء ولا يعرف ماذا يفعل، ويشعر بأنه عديم الحيلة وغير كفؤ، أما الشخص المصاب بالاكتئاب فيفقد الباعث والحافز ويصبح عاجزا عن القيام بأي شيء حتى إذا كان المسار الصحيح للسلوك معلوما.

وترى قنون خميسية (2013) أنه على الرغم من المشكلات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالسرطان، فقد استطاع العديد من المرضى التكيف بنجاح مع ما أحدثه السرطان من تغيرات رئيسية في حياتهم، لقد تغيرت جوانب كثيرة من حياة بعض مرضى السرطان نحو الأفضل، بحيث سمحت لهم خبرتهم السرطانية بالنمو والشعور برضا البال، وتحقيق

علاقات شخصية لا يتسنى لهم تحقيقها في الأحوال العادية، وقد تبين أن هذه الخبرة قد تقلل من الهرمونات التي تفرز تحت وطأة الضغط مثل الكورتيزول مما ينعكس إيجاباً على الجهاز المناعي، ويمكن لبعض أشكال التكيف الإيجابي مع الخبرة السرطانية أن تؤدي إلى تعزيز الشعور بالضبط أو الفعالية الذاتية، فالمرضى الذين يشعرون بالسيطرة الشخصية على المرض ومعالجته، وعلى نشاطاتهم اليومية، هم أكثر المرضى نجاحاً في التعامل مع السرطان، إذ أن السيطرة على ردود الفعل الإنفعالية والأعراض الجسمية، تحتل أهمية خاصة في التكيف النفسي.

خلاصة الفصل:

يتعرض الفرد لحالة اكتئابية من الحزن والألم الشديد، لما يحدثه هذا الاضطراب النفسي من تغيرات نفسية وانفعالية. يزداد الوضع تأزماً وشدة خاصة عند تعرض الفرد لمشاكل حياتية واختلالات صحية خاصة إذا كان هذا المرض مزمناً مثل مرض السرطان، وهذا المريض قد يكون فريسة لما يعتريه من يأس وقنوط، فلا يتصور أن هناك أملاً في أي أمر يتعامل معه، مما قد يعرضه إلى إيذاء نفسه. وبالتالي تظهر أهمية المساندة الاجتماعية جلياً في مثل هذه الظروف، مهما كان نوعها مادية كانت أو إعلامية وعاطفية خاصة، ويكون وقع المساندة العاطفية قوياً كلما كان مصدرها أقرب الأشخاص إلى مريض السرطان، مع الاهتمام بالمساندة المادية التي تخفف عبء النفقات العلاجية عن المريض خاصة عند الحالات المعوزة منها، ويعتبر الطبيب والمرضى والمختص النفسي في علم السرطان أهم مصدر لمريض السرطان فيما يخص المساندة الإعلامية أو المعلوماتية.

الفصل الرابع

السرطان

تمهيد:

يعتقد في أغلب الأحيان أن السرطان هو عبارة عن مرض واحد، إلا أنه في الحقيقة تعبير يستعمل لوصف ما يزيد عن 200 مرض مختلف، حيث أن السرطان هو اسم يطلق على مجموعة من الأمراض التي تطل نسيج الجسم، والتي تتصف بسرعة تكاثر الخلايا على نحو غير منتظم، تظهر على شكل ورم تغزو نسيج العضو المصاب، وإذا لم يوضع حد لتكاثر هذه الخلايا فإنها تغزو النسيج المجاور لها وتلتفه.

ولقد حاول الباحث الإمام بهذا الفصل بالتطرق إلى أهم العناصر المتعلقة بالسرطان بطريقة مختصرة بعيدا عن الحشو، كما تقتضيه التوجهات الحديثة في كتابة البحوث العلمية.

1- تعريف السرطان:**1-1-التعريف اللغوي:**

جاء تعريف المعجم العربي الأساسي للسرطان على أنه حيوان بحري من القشريات عُشاري الأرجل، كما تناول تعريف آخر عُبر من خلاله على أنه ورم خبيث يتولد في الخلايا الظاهرية ويتقش في الأنسجة الأخرى. (المعجم العربي الأساسي، 1989، ص 619)

إن الكلمة الانجليزية (cancer) مستمدة من الكلمة اليونانية (Karkinos) ومعناه السلطعون البحري، كما كان يسمى لدى الأطباء اليونانيون الأوائل بسبب ضخامة حجم السلطعون في الوسط ومخالبه الممتدة التي تشكلت تشابها مع أورام سرطان الثدي، وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض.

وفي بعض الأحيان يسمى السرطان الورم الخبيث ما يعني حرفيا النمو الجديد السيئ.

(مالكوم شوارتز، 1988، ص 09)

1-2- التعريف الاصطلاحي:

يعرف السرطان حسب منظمة الصحة العالمية على أنه النمو الفوضوي المستمر لخلايا غير عادية داخل الجسم، وتكاثر خلايا خبيثة لا تخضع للقوانين الفيزيولوجية، التي تتحكم في الانقسام الخلوي، لتتعدى على أجهزة المراقبة في الجسم، فهي كتلة من نسيج يستمر في النمو، وقد يكون موضعياً أو غير موضعي، حيث تتميز هذه الخلايا السرطانية بقدرتها على التغلغل في الأنسجة مكونة بذلك مستعمرات سرطانية.

(Bindfeld Y., 2007, p203)

يقول أبو أسعد (2001): "السرطان هو تعبير عام لمجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالنمو الفوضوي وغير المنضبط للخلايا. (أبو أسعد، 2001، ص 05) وهذا ما ذهب إليه (ملح حسن، 1987) الذي قال أنّ السرطان ليس مرضاً واحداً بل هو مجموعة من الأمراض تتصف بصفة مشتركة في خبثها، هذه المجموعة من الأمراض تختلف اختلافاً واضحاً في منشئها، درجة انتشارها، ومظاهرها العيادية، كما تختلف في مشاكل تشخيصها وعلاجها. غير أن جميعها تدمر الأنسجة الطبيعية، وقد تنتهي بوفاة المريض.

ويمكن لبعض من الخلايا الورمية أن تخرج من محيطها وتنتقل إلى أعضاء أخرى بالجسم لتواصل نموها الشاذ حيث تستقر وتستسخ نفسها لتكون أوراماً مثلية في الموضع الجديد، ويسمى هذا الانتقال بالانتشار أو الانبثاث وتسمى الأورام الناتجة عقد الانتقال عادة بالأورام المنتقلة تمييزاً لها عن الأورام الأصلية. (وليدة مرزقة، 2009، ص 83-84)

فالسرطان إذاً هو ورم خبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر، هذه الخلايا الخبيثة إما أن تمتد محلياً وتغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور وإما أن تنتقل عبر الأوعية الدموية أو اللمفاوية إلى أماكن أخرى من الجسم وتؤسس بؤراً جديدة نامية نسميها "البؤر السرطانية المنتقلة"، هذه البؤر السرطانية المنتقلة تدمر الأعضاء الجديدة التي تغزوها وتنتهي بوفاة المصاب.

2- نشوء السرطان:

ينشأ السرطان حين تتقلب خلايا نسيج من الجسم لتصبح شاذة تنمو وتتكاثر دون تحكم وتخرج عن خط النمو والتبدل الطبيعي، وبدلاً من أن تموت في طورها النهائي، تستمر في النمو والتكاثر نتيجة خلايا شاذة جديدة وتتكدس الخلايا السرطانية وتكوّن كتلة أو تضخماً يسمى بالورم، يقوم عند تقدم نموه بالضغط على الأنسجة المجاورة وإزاحتها، ويمكنه أن يغزو ويدمر الخلايا الطبيعية يستثني من ذلك بعض الأنواع. (Bongoing, 1973, p39)

تنشأ الخلايا السرطانية عند حدوث اختلال بالحمض النووي الريبونووي (ADN) للخلايا الطبيعية وهذا الحمض هو المادة الكيميائية التي تحمل التعليمات الموجهة لنظام ودورة حياة الخلية، ويقوم بالتحكم في كل نشاطاتها بما في ذلك تكوين البروتينات والانزيمات اللازمة للعمليات الحيوية. (وليدة مرزقة، 2009، ص 83-84)

أثناء النمو الطبيعي للجسم تصبح الخلايا مختلفة باختلاف حاجات كل نسيج ووظيفة كل عضو من الأعضاء، ولكن في حالة إصابة الخلايا الأم بالعوامل السرطانية، تقوم هذه الأخيرة بالانقسام وتنتج عنها خلايا للنسائل (COLONOGEN)، وهي مجموعة من الخلايا التي بإمكانها أن تنتج خلايا أكثر تمايزاً عن الخلية الأم، ونشير هنا إلى أن تطور الورم وتجانسه يرتبط إلى حد كبير بمدى سرعة تكاثر الخلايا المكونة للنسائل. فكلما زادت سرعتها كلما زاد عددها والعكس صحيح. والكشف عن مدى سرعة تكاثر الخلايا المكونة للنسائل ذو أهمية قصوى إذ يمكن للأطباء من التدخل والتأثير على الورم وتمتاز الخلية السرطانية بالميزات التالية:

2-1- تشوهات شكلية مورفولوجية:

- إرتفاع حجم الخلية بصفة عامة والنواة بصفة خاصة.
- خلل على مستوى التركيبية الحامية للسيتوبلازم.
- إرتفاع كبير في عدد الريبسات وتضخم الجهاز القولوجي للخلية.

- خلل يصيب الانقسام الفتيلي إذ يصبح العملية غير منتظمة.

- إضراب في الكروموزومات.

وتشير تجمع هذه المظاهر الخمس إلى احتمال كبير في الإصابة العضوية بداء

السرطان. (نسيمة مزوار، 2006، ص 17)

2-2- تشوهات الغشاء الخلوي:

تظهر هذه التشوهات في تغير شكل الخلية وتصبح مستديرة وتفقد قدرتها، إذ يرتفع عدد

النواقل النشطة التي تمر عبر الأغشية خاصة الأحماض منها والسكريات. إمكانية وجود

أحماض نووية على سطح الخلية أهمها (ADN، RAN) التي تكون مسؤولة عن إصدار

شحنات كهربائية تؤثر بطريقة سلبية على الغشاء الخلوي.

2-3- التشوهات الإنزيمية: تتجلى في: 99

- تدهور مستوى الانزيمات الرئيسية التي تخضع في تركيبها للجينات المسؤولة عن

عمل السلاسل الأيضية الكبيرة وإصدار استجابات لا تعكس التي تسطر عليها

الهرمونات والعوامل الغددية.

- ارتفاع في عملية إستقلاب (DNA) والبريمدين.

- الاضطرابات التي تحدث على عملية استقلاب هيدرات الكربون. وتمثل التشوهات

الأنزيمية أعراضا لسياق التسرطن التي بإمكانها أن تساعد على تطور الخلية الورمية.

(المرجع السابق، ص 18)

فالخلايا السرطانية إذن تعترتها عدّة تشوهات تميّزها عن الخلايا الجسمانية العادية أو

السليمة، فالتشوه في الخلية السرطانية يمكن أن يلاحظ من خلال تشوهات شكلية

مورفولوجية، أو من خلال تشوهات في الغشاء الخلوي للخلية، أو من خلال تشوهات داخل

الخلية نفسها والتي تظهر على شكل تشوهات إنزيمية.

3- تصنيف السرطان:

عادة ما يستعين الأطباء بنوعين من التصنيفات لتشخيص السرطان وتحديد نوعه وذلك حسب نوع الأورام والتي تعرف بأنها تكاثر فوري، يخضع لنظام معين وليس له هدف.

3-1- الأورام الحميدة (Bénigne néoplasme):

وهي عادة ما تكون مغلقة بغشاء وغير قابلة للانتشار، ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصا إذا كانت كبيرة الحجم وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها، مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي، هذه الأورام من الممكن إزالتها بالجراحة وعلاجها بالعقاقير أو الأشعة للتصغير حجمها وذلك كاف للشفاء منها وغالبا لا تعود مرة ثانية. (يوسف الشرفاء، 2008، ص18)

ويمكن تلخيص مميزاتها فيما يلي:

3-1-1- التركيب:

عادة حجمها صغير وقد تكون كبيرة الحجم، ولها محفظة وبالقطة تكون صلبة أو كيسية وقد يلاحظ عليها تغيرات مخاطية وهيالينية إلا أن النزف والتخر فنادرا الحدوث أو غير موجودان.

3-1-2- السلوك:

- معدل النمو بطيء عادة، ويوجد عليه استثناءات.
- طريقة النمو بالامتداد الجانبي والضغط على الاعضاء المجاورة لتصاب بالظهور.
- عادة لا تنتشر إلى أماكن بعيدة.
- آثارها لا تحطم الأنسجة ولا تقتل صاحبها، بل تسبب أعراضا إنضغاطية وذلك حسب موقعها. وبعض الأورام لها وظائف غددية مثل أورام النخامية والدرقية.
- التكرار عادة لا يوجد.
- التحول السرطاني نادرا جدا. (عماد إبراهيم الخطيب، 1997، ص 105)

3-2- الأورام الخبيثة (néoplasme maligne):

الأورام السرطانية الخبيثة تهاجم وتدمر الخلايا والأنسجة ولها القدرة على الانتشار، وهي تنتشر بثلاث طرق، عن طريق الانتشار المباشر لأنسجة الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب عن طريق الجهاز اللمفاوي أو عن طريق الدم، حيث تنفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني. تنتقل عن طريق الجهاز اللمفاوي أو الدم إلى أعضاء أخرى بعيدة، حيث تستقر في مكان ما، مثل: الرئة، الكبد، أو العقد اللمفاوية متسببة نمو في أورام سرطانية أخرى تسمى بالأورام الثانوية. (يوسف الشرفاء، 2008، ص 18)

ويمكن تلخيص مميزاتها فيما يلي:

3-2-1- التركيب:

- عادة حجمها كبير وقد يكون صغير وحدوده غير واضحة.
- تأخذ أشكالاً مختلفة، متفرعة ومرشحة.
- بالقطع يلاحظ وجود مناطق صلبة مع مناطق متنخرة.
- لا تحتوي على محفظة بل قد يوجد محفظة كاذبة.
- مجهرياً، الخلايا عادة لا تشبه الخلايا الأصلية للنسيج وتكون كبيرة الحجم ونواتها كبيرة وزائدة الصباغ مع ازدياد الانقسامات الخلوية.

3-2-2- السلوك:

- معدل النمو سريع.
- طريقة النمو بطريقة الارتشاح، حيث تتكاثر الخلايا السرطانية وتتدافع فيما بينها والخلايا الطبيعية آخذة غذائها ومسببة تتخرا وموتا لها.
- الموضع، لا تبقى الأورام الخبيثة مكانها بل تنتقل إلى أماكن جديدة بعيدة عن طريق الأوعية الدموية اللمفاوية والدموية.
- تأثيرها على المريض، عادة ما تؤدي بحياة المصاب.
- التكرار، يعود مرة أخرى. (عماد إبراهيم الخطيب، 1997، ص 106)

3-2-3- الانكماش: يكون انتشار الأورام الخبيثة بالطرق التالية:

أ- الانتشار الوضعي (LOCAL SPREAD):

وذلك عن طريق الامتداد للعضو نفسه وكذلك إلى الأعضاء المجاورة له، فيمكن للسرطان مثلا أن يبدأ في الشعب الهوائية (Brochical Tree) ثم ينتقل إلى الحويصلات الهوائية، ونرى أن جزءا كبيرا وحتى كل الرئة قد تحولت إلى كتلة صلبة. وكذلك فإن هذا الورم قد ينتقل إلى الغشاء البلوري للرئة (Pleura) أو عظام القفص الصدري (Chest Wall).

ب- الانتشار عن طريق الأوعية اللمفاوية (lymphatique spread): ويصل إلى الغدد اللمفاوية في الجسم مثل الرقبة أو الصدر أو البطن.

ت - الانتشار عن طريق الدم (blood borne spread):

وتنتقل الخلايا السرطانية عن طريق الدورة الدموية إلى معظم أعضاء الجسم مثل الرئتين والكبد والكلى والمخ والعظام، وهذا ما يسمى بالسرطان الثانوي أو (METASTASIS) والتي تعني باللاتينية المسافر (محمد ناجي الاغر، 1996، ص 197)

والجدول الموالي يوضح الفرق بين الاورام الحميدة والاورام الخبيثة:

جدول يوضح الفرق بين الأورام الحميدة والأورام الخبيثة

الورم الخبيث	الورم الحميد	توضع الورم
يغزو النسيج الطبيعي المحيط به.	يدفع النسيج الطبيعي جانبا.	توضع الورم
لايكون محاطا بمحفظة. وتكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.	يكون محاط بمحفظة. واضحة حدوده.	

مدى انتشاره	يقتصر على الكتلة الورمية	قد يؤدي إلى حدوث النقائل، في العقد اللمفاوية القريبة والبعيدة. كما يصيب الورم أعضاء أخرى.
سرعة النمو	بطيئة	قد تكون بطيئة أو سريعة.
النتيجة	عادة حميدة	قد تكون وخيمة أو مميتة إذ لم يعالج الورم.
العلاج	الجراحة تكون شافية	قد لا تكون الجراحة وحدها شافية، وتحتاج إلى علاج كيميائي أو إشعاعي دائم.

(موريس ستون، بدون سنة، ص 57)

فالسرطان إذن يمكن أن ينشا في نسيج من الأنسجة كسرطان أولي، وهذا الأخير له خاصية التنقل أو الإنتشار إلى أنسجة أخرى من جسم الإنسان على غرار النسيج الأولي الذي تكون فيه، وهذا الانتقال يكون إما عن طريق الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية، وفي هذه الحالة يطلق على السرطان تسمية السرطان الإنبثائي.

4- عوامل ظهور وتوزيع السرطان:

تمت خلال العقود الأخيرة دراسة وبائية حول العالم بهدف البحث عن العوامل التكوينية للسرطان، وبرمجت كيفية مكافحة أسباب هذا الأخير. وقد سمحت هذه الدراسات بوضع مختلف الأبعاد المؤثرة على توزيع أنواع السرطان، نلخصها كما يلي:

4-1- عامل الوراثة والجينية:

هناك احتمال لوجود استعداد وراثي عند بعض الناس لظهور الإصابة بالسرطان خاصة عند التعرض لبعض العوامل الخارجية، وهذه العوامل تؤدي إلى تغيير في مادة الحمض الريبسي النووي (DNA) في نواة الخلية.

وكثيرا ما يظهر السرطان في أكثر من فرد في العائلة نفسها، فسرطان الثدي مثلا قد يحدث عند الأم مثلا وكذلك عند البنات مما يدل على احتمال وجود استعداد وراثي للإصابة بالسرطان، وقد تم اكتشاف بعض الجينات الوراثية التي قد يؤدي الخلل فيها أو غيابها إلى الاستعداد للإصابة بالسرطان. فالجينة الوراثية المسماة "دي أي سي" (DEC) والموجودة على الكروموزوم العاشر قد يؤدي الخلل فيها إلى الاستعداد للإصابة بسرطان الرحم، والجينة الوراثية المسماة (DPCU) والموجودة على الكروموزوم الثامن عشر يؤدي فقدانها أو اضطرابها إلى الإصابة بسرطان البنكرياس، والجينة المسماة (FHIT) والموجودة على الكروموزوم الثالث وكذلك الجينة المسماة (P53) يؤدي فقدانها أو العطل فيها إلى الإصابة بسرطان المرئ والمعدة والقولون والرئة والثدي. (محمد ناجح الأغبر، 1999، ص 198) بالإضافة إلى هذه العوامل الوراثية والجينية المؤدية للإصابة بالسرطان فإن هناك عوامل أخرى يمكن أن تساعد على حدوث المرض منها.

4-2- عوامل خارجية:

هي عوامل غريبة خارجية عن الجسم وتشمل العوامل الفيزيائية، العوامل الكيميائية، والفيروسات المسرطنة.

4-2-1- العوامل الفيزيائية:

يعد الإشعاع من بين العوامل المسرطنة وهو على نوعين طبيعي واصطناعي، ويعتبر الإشعاع فوق البنفسجي المسؤول عن الزيادات المفاجئة في سرطان الجلد خلال السنوات القليلة السابقة. ويلاحظ وجود ستة حالات على الأقل من سرطان الجلد مقابل حالة واحدة من سرطان الرئة. أيضا غاز الرادون (Radongas) المشع الموجود طبيعيا يمكن أن يسبب

السرطان لاسيما عند زيادة تركيزه داخل البيوت. ويعتقد بأنه المسؤول عن وفاة 2% من مجموع الحالات الكلية للمصابين بالسرطان.

كذلك من المعروف دور التأثيرات التخريبية لانفجار القنبلة النووية في أحداث السرطان، فعلى سبيل المثال هناك زيادة في معدل الإصابة بالسرطان بين الأفراد الباقون على قيد الحياة بعد تفجيرات هيروشيما وناكازاكي الذرية في اليابان، إذ وجد أن معظمهم يعاني من سرطان القصبات الهوائية والرئة والجلد....إلخ.

نجد أيضا الأشعة السينية المستعملة في مجال التشخيص، بدورها تحدث السرطان. إلى غير ذلك من العوامل الفيزيائية الكثيرة التي لها أثرها في ظهور السرطان. (وليد حميد يوسف، 2002، ص 2118)

4-2-2- العوامل الكيميائية:

في هذا العامل نجد أن هناك سرطانات ذات تأثير مباشر وهي ضعيفة التأثير، فمنها ما يستعمل في معالجة السرطان في حد ذاته مثل السايكلو فوسفيد، والالكورامبوسيل، إذ أن التعرض لها بعد فترة قد يسبب سرطانا آخر خاصة سرطان الرئة.

وهناك مسرطنات ذات تأثير غير مباشر وهي قوية التأثير وأمثلتها عديدة نذكر منها كربونات هيدروجينية متعددة الحلقات الموجودة في زيت النفط مثل Benzo Anthroscene، يولد سرطانا في أي مكان من الجسم إذا ما تعرض له لفترة كسرطان الجلد مثلا. (عماد إبراهيم الخطيب، 1997، ص 112-113)

كما يعتبر التدخين عامل من العوامل المؤدية للإصابة بالسرطان، ومن بينها سرطان الرئة التي هي من أكثر السرطانات المميتة في الولايات المتحدة الأمريكية. أيضا التدخين له علاقة بظهور سرطان الفم والحنجرة والمثانة والبنكرياس وتزداد خطورة هذه السرطانات عند ارتباط التدخين مع تناول الكحول. (وليد حميد يوسف، 2002، ص 217)

4-2-3- العوامل الفيروسية:

الفيروسات هي مواد جزئية حية وهي أصغر من البكتيريا أو الجراثيم الحية التي يمكن أن تحدث أو تتقل المرض، وهذه الفيروسات تؤدي إلى خلل في مادة (DNA) للخلية وتسبب حدوث السرطان ومن أمثلتها نذكر:

- فيروس الكبد من نوع (HBV) والذي يؤدي إلى انتشار سرطان الكبد في افريقيا (موزمبيق)، وكذلك فيروس الكبد من نوع (HCV).

- فيروس (EBV) والذي يؤدي إلى مرض الليمفوما (Lymphoma Burkits) المصاحب لحالات الإيدز (AIDS). (محمد ناجح الأغبر، 1999، ص199)

4-3- عوامل داخلية:

الأحماض الصفراوية والكولسترول تحدث سرطان الكولون، هرمونات الاستروجين تؤدي إلى حدوث سرطان الثدي والرحم، الاندروجين تؤدي الى حدوث سرطان الكبد والبروستات. (عماد إبراهيم الخطيب، 1997، ص 114)

نجد كذلك نقص المناعة (Immunodeiciencie) يحدث السرطان في الأفراد الذين يظهرون هذا الجانب. فعلى سبيل المثال يلاحظ حدوث سرطان الأوعية الدموية المسمى بالورم الكابوسي الخبيث في الأشخاص المصابين بمتلازمة نقص المناعة المكتسب (Aids) حيث يبدو أن الجهاز المناعي الفعّال يمن أن يساعدنا في الوقاية من السرطان. (وليد حميد يوسف، 2002، ص220)

4-4- العوامل المساعدة:

4-4-1- عامل السن: يوجد السرطان في كل عمر ويختلف من نوع لآخر، فسرطان البروستات ينتشر بشكل أكبر لدى كبار السن، أما سرطان العظام فينتشر بشكل أكبر عند صغار السن.

4-4-2- الجنس: في نفس مجموعة السكان تتغير الإصابة بهذا المرض بين الجنسين، فنجد مثلا أن سرطان القصبات الهوائية ينتشر لدى الذكور وسرطان الغدة الدرقية ينتشر لدى الإناث أكثر.

4-4-3- عامل الغذاء: نجد أن السمك يحدث سرطان المعدة، زيادة الدهون تؤدي إلى الإصابة بسرطان الكولون، سوء التغذية يؤدي إلى حدوث سرطان المرئ والكبد. (عماد إبراهيم الخطيب، 1997، ص 114-115)

4-4-4- عوامل اجتماعية واقتصادية:

بينت الدراسات في هذا المجال أن الإصابة بهذا الداء تختلف حسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية، فمثلا نجد سرطان عنق الرحم متردد عند النساء اللواتي ينتمين إلى الطبقة الفقيرة، في حين نجد بصفة واضحة أقل ظهورا عند النساء اللواتي ينتمين الى طبقة اجتماعية ثرية. (Yaker A. , 1985, p70)

إلى جانب العوامل السابقة الذكر هناك عوامل أخرى قد تسبب أو تساهم في ظهور السرطان، ولا يمكن أن نغفل عن أهميتها، من بينها العوامل الجغرافية كالمناخ، وعوامل تابعة للسلوكات الإنسانية، كالعلاقات الجنسية المبكرة أو المتأخرة. وهناك عوامل تابعة للعمل أو المهنة تسبب السرطان مثل التعرض لمواد خطيرة ومحددة، وغيرها من العوامل التي يمكن أن تحدث مرض السرطان.

5- الأعراض العيادية للسرطان:

يصعب في كثير من الأحيان أن نشخص السرطان قبل انتشاره بحيث تكون احتمالية علاجه أكثر نجاحا. لهذا من المهم جدا التعرف على الأعراض المرضية الأولية التي تجلب الانتباه وتؤدي إلى فحص وتقييم الحالة المرضية ومن بين هذه الأعراض نذكر ما يلي:

5-1- ظهور ورم في الجسم: مثل الغدة الدرقية أو الثدي أو الغدة اللمفاوية، أو ورم بالشفة أو العظام أو في الجلد أو البطن.

5-2- اضطراب في العضو الداخلي: فمثلا سرطان الرئة قد يؤدي الى ضيق في التنفس أو السعال أو آلام في الصدر. وسرطان الكولون يؤدي الى اضطراب في الهضم، امسك شديد ومزمن. وسرطان الكبد يؤدي إلى تورم في أعلى البطن مع حرقان وضعف عام.

5-3- الضغط على الأعصاب والشعور بالألم: فسرطان الرئة قد يضغط على أعصاب الأطراف العلوية ويؤدي إلى ألم شديد في الطرف العلوي. وسرطان عنق الرحم قد يؤدي إلى ألم شديد في البطن. وورم في المخ يؤدي إلى صداع شديد أو ضعف النظر أو شلل في الأطراف.

5-4- وإذا انتقل الورم إلى الأعضاء الأخرى بالجسم فان المريض يشعر باضطراب في هذا العضو. فقد يشكو المريض من ورم في الرقبة نتيجة ورم اولي في الحلق، وقد يشعر المريض بألم شديد نتيجة لانتقال الخلايا السرطانية من عضو آخر.

(محمد ناجح الأغبر، 1999، ص 201)

5-5- تتمثل الأعراض العامة للأورام السرطانية في:

5-5-1- أعراض الناتجة عن النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا:

تؤدي وتيرة النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا السرطانية إلى استهلاك طاقة الجسم بشكل كبير واستنزاف موارده لتغذية هذه الوتائر المتسارعة للنمو، على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية، وهذا قد يسبب:

- فقدان الدم
- الإنهاك والتعب
- النحافة ونقص الوزن
- فقدان الشهية
- عسر الهضم

- إمساك أو إسهال

- ارتفاع الحرارة غير عادي مع ضعف الحالة العامة للجسم

5-5-2- أعراض الناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب:

وتتمثل في :

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل مثل ذلك: الإفراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية، البنكرياس.

- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل.

- القيء والسعال.

5-5-3- أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

- الغزو المباشر، أي أن تنمو الخلايا مختربة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة.

- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم النزيف.

- ضعف على المناطق العصبية وحدث آلام شديدة.

- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي .

- تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية. (وليدة مرازقة، 2008، ص 87، 88)

5-6- بعض الأورام تؤدي إلى زيادة في إفراز بعض الهرمونات والتي يظهر تأثيرها على

الجسم، فمثلا يؤدي سرطان الكبد الى تورم الثديين عند الرجل (Gynaecomstia) نتيجة

لزيادة هرمون الأستروجين الأنثوي (Oestrogen). (محمد ناجح الأغبر، 1999، ص 201)

في الحقيقة لا توجد أعراض أو علامات مميزة أو خاصة بالسرطان، فمعظم الأعراض

والعلامات التي تظهر على المصابين بالسرطان تظهر في حال المعاناة من مشاكل صحية

أخرى غالباً ما تكون بسيطة، ولكن يجدر التنبيه إلى أنّ التعامل الصحيح مع هذه الأعراض

يكون بمراجعة الطبيب وسؤاله عنها، فالفحص المبكر والاكتشاف السريع للسرطان يُساعد

على القضاء عليه.

6- طرق تشخيص السرطان:

عندما يشتبه الطبيب بوجود ورم بعضو في الجسم فإنه يقوم بإجراء فحوصات مختلفة بهدف التأكد من نوع المرض. هل هو من النوع الحميد (Tumeur bénigne) أو من النوع الخبيث (Tumeur Maligne) وهذا يكون وفق أحد الطرق التشخيصية التالية :

6-1- الجراحة الاستكشافية (عملية البيوبسي):

هنا يتم استئصال الورم جراحيا وفحصه إستولوجيا وهذا يجري في جميع الأورام الجلدية البسيطة، فإذا ثبت أنه من النوع الحميد فإن إزالته كافية، وإذا ثبت أنه من النوع الخبيث فيجب إكمال الفحوصات الطبية، كما يحدث بأخذ عينة من ورم الثدي أو الغدة أو الكبد أو حتى الرئة. (نفس المرجع السابق، ص 202)

6-2- الفحص بالأشعة: ويتضمن:

- الفحص بالأشعة السينية (X-Ray) لتصوير حجم الورم وموقعه.
- الفحص بالأشعة الصوتية: (Ultra sound) أي التقاط أصوات أو تموجات صوتية مرتفعة الرنين وبما يمكن التقاط أو تحديد أمكنة الأورام في أعماق الجسد خاصة في المناطق التي لا يمكن لأشعة إكس أن تصل إليها.
- الفحص بالأشعة المقطعية (C-T-Scan) الذي يستعمل فيه تحليل الحساسية الالكترونية لصور الأشعة السينية المتفرقة للحصول على صور مقطعية عرضية.
- الفحص بالرنين المغناطيسي (M.I.R): ويمكن الاستفادة من تصوير الرنين المغناطيسي لتحليل الأورام الموجودة في الأنسجة المحاطة بالعظم مثل أورام الدماغ أو الحبل الشوكي.

3-6 إختبار علامة الورم (Tumor marker tests)

تدعى إختبارات الدم الخاصة بمضادات الورم والأجسام المضادة باسم إختبارات الورم، إذ تقوم الأورام بتحرير مواد محفزة استجابة المضاد (antibody) في الجسم ويمكن الكشف عنها بفحص الدم مثل:

- إرتفاع أنزيم (AIK= phosphatase) في الدم في حالة سرطان الكبد والعظام.
- وجود إنتيجين (CEA=carcinoembrynic antigen) في دم مرضى سرطان القولون.
- وجود بروتين (AFP= Alpha Feto protein) بنسبة مرتفعة لدى مرضى سرطان الكبد.

وترجع أهمية هذه العلامات السرطانية إلى أنها تساعد في التشخيص وكذلك في الإستجابة للعلاج. وكذلك للدلالة على عودة ظهور السرطان مرة أخرى في نفس العضو أو في مكان آخر. (محمد ناجح الأغبر، 1999، ص 202-203)

إلى جانب هذه الطرق التشخيصية المذكورة هناك طرق أخرى لها فعاليتها في عملية التشخيص كعملية فحص المعى والمستقيم وغيرها.

7- أنواع السرطان:

نجد في هذا الجانب أنواع عديدة ومختلفة من السرطانات مصنفة حسب العضو أو منطقة الإصابة ومن أهمها نذكر:

7-1- سرطان الدم (اللوكيميا):

مع أنه يتم النظر إلى سرطان الدم على أنه مرض يحصل في مرحلة الطفولة، فهو أيضا يصيب كثيرا من البالغين بحوالي 19500 حالة إصابة جديدة في السنة بالمقارنة مع 2500 إصابة تظهر عند الأطفال. واللوكيميا عند البالغين إما أن يكون حادا أو يكون مزمنًا وهو كما يلي:

7-1-1- سرطان الدم الحاد:

ويتضمن نموا غير طبيعي للكريات الحبيبية كما انه الأكثر شيوعا عند البالغين، وتظهر في كل سنة حوالي 5800 إصابة جديدة. إذ يتميز بتشويش الكريات الحبيبية، أي تلك الخلايا البيضاء غير النامية والتي عادة ما تحارب الالتهاب باستيعاب الجراثيم والبكتيريا، لكن في هذه الحالة هي عاجزة عن ذلك لعدم إكمال النضج.

ومن العوارض التي يمكن أن تشير إلى وجود هذا النوع من السرطان نجد التعب، فقدان الشهية، وشحوب الوجه، الحرارة المستديمة، أو تضخم في الإبط في حنايا الأفخاذ أو البطن. أما بالنسبة للعلاج فيستعمل في هذه الحالة العلاج الكيميائي من خلال أنواع متعددة من الأدوية المضادة للسرطان والتي تستخدم بشكل انفرادي إلى جانب العلاج بالأشعة. (مالكوم شوارتز، 1988، ص138-140)

7-1-2- سرطان الدم المزمن:

إن سرطان الدم المزمن عند البالغين يرتبط إما بنخاع العظام (Myelogenous) أو يكون مرتبطا بنمو الكريات اللمفاوية، حيث يؤثر على الخلايا البيضاء التي تنتج الأجسام المضادة في الجسم، ويتم تشخيص المرض بواسطة الفحص المجهرى. وما يميزه عن سرطان الدم الحاد هو نمو الخلايا البيضاء. أما بالنسبة للأعراض فهي لا تظهر إلا بعد وقت معين أين يمكن ملاحظة ظهور التعب وسهولة حصول الجروح ونزيف في الدم، وزيادة إمكانية الإصابة بالالتهابات، وغالبا ما تتضخم المفاصل اللمفاوية والطحال.

أما العلاج فيستخدم مع هذا النوع من السرطان العلاج الكيميائي مع العلاج بالأشعة خاصة للطحال في المراحل المبكرة.

7-2- سرطان الجهاز اللمفاوي:

يقوم الجهاز اللمفاوي بتوفير خطوط رئيسية داخل الجسم لتقوية دفاعه ضد العضويات الغازية له، والخلايا الدموية التي ينتجها تسمى الكريات اللمفاوية، وعندما يصبح من الصعب السيطرة على نمو هذه الخلايا يحصل سرطان الجهاز اللمفاوي (Lymphomas).

ومن أنواعه الرئيسية مرض هودغكين (Hodkin)، وورم الخلايا النسيجي، وتورم الجهاز اللمفاوي.

ومن الأعراض الرئيسية التي يمكن ملاحظتها على المصاب بهذا السرطان نجد تضخم مفاصل الجهاز اللمفاوي، وفي بعض الحالات يحصل تضخم في الطحال والكبد، إلى جانب أعراض أخرى تشمل الحرارة والحك وفقدان الوزن والضعف. ومع تطوره يمكن حصول فقر الدم، وتشخيصه يتم بواسطة الجراحة الاستئصالية.

أما العلاج فيتم عن طريق الإستئصال الجراحي للمفاصل اللمفاوية ويصاحبه العلاج بالأشعة، إلى جانب إستخدام العلاج بالأدوية. (مالكوم شوارتز، 1988، ص 140-142)

7-3- سرطان العظم:

وهو أي ورم خبيث ينمو في الهيكل العظمي وكثيرا ما يحدث عند الأطفال والصغار البالغين، أما عن السبب المؤدي إليه فيؤمن بعض الأطباء أن بعض الجروح يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بسرطان العظم، أما غيرهم فيشدد انه في كل الاحتمالات يقوم حادث الكسر بالتنبيه على وجود ورم كان موجودا سابقا.

وفي غالب الأحيان يتطلب التشخيص إجراء العديد من الإختبارات، كعملية إستئصال ودراسة التكوين الكيميائي للدم إضافة على الفحص الفيزيولوجي، لتحديد عما إذا كان الشخص مصاب بسرطان العظم أم لا.

أما بالنسبة للعلاج ففي السنوات الأخيرة حصل تقدم مهم في معالجة سرطان العظام بواسطة الدمج بين أساليب العلاج المختلفة كالجراحة أو العلاج بالأشعة ومزيج من الأدوية الكيميائية. (مالكوم شوارتز، 1988، ص 160)

7-4- سرطان الجلد:

تبعاً للإحصائيات للجمعية الأمريكية لمرض السرطان، فإن سرطان الجلد يصيب حوالي 400 ألف شخص في الولايات المتحدة الأمريكية كل سنة، وأكثر هذه الحالات يمكن تجنبها بواسطة تجنب التعرض الزائد لأشعة الشمس. إذ أن هناك إشعاعات في طيف الطاقة الشمسية يمكن ان تدمر وتقضي على ألياف الجلد المرنة مسببة التجاعيد والتقشر وسرطان الجلد. ولحسن الحظ أن معظم سرطانات الجلد من النوع القاعدي بحيث يمكن ملاحظته على التو، وحظ العلاج منه كبير. أما عن عوارض هذا السرطان فتظهر كبقع حمراء متقشرة أو عقد صغيرة شاحبة شمعية يمكن أن تتقرح وتتقشر.

وأما بالنسبة للعلاج فيتم عن طريق الجراحة أو إشعاعات إكس وذلك حسب موضع السرطان وامتداده، ويعتبر العلاج بالأشعة من أنجح العلاجات، لأنه يمكن أن يقضي على الأنسجة السرطانية. (مالكوم شوارتز، 1988، ص 150-162)

7-5- سرطان الجهاز الهضمي:

يتضمن هذا النوع سرطانات عدّة، نذكرها كما يلي:

7-5-1- سرطان المرئ:

يحدث هذا النوع من السرطانات بعد سن الخمسين ويكثر بعد سن الستين إلى سن السبعين. وهو في الرجال أكثر من النساء. وأهم عرض لسرطان المرئ هو صعوبة البلع وتكون بسيطة في أول الامر حيث تبدوا وكأن الطعام يتردد وهو في طريقه إلى المعدة وتزداد صعوبته بعد ذلك فتشمل مرور السوائل وكل المأكولات الأخرى.

أما عن أسباب حدوث سرطان المرئ فهي غير معروفة وإن كانت بعض العوامل الغذائية أتهمت بدون دليل. وفي تشخيصه يجب التفريق بينه وبين الإصابات التقرحية الحميدة والأورام الحميدة بالمرئ. لذا يستعان في ذلك بعمل الأشعة وإجراء تنظير داخل المرئ.

أما العلاج، فتعالج الحالات المبكرة لسرطان المرئ بعملية الاستئصال الجراحي، غير أن الحالات المتقدمة تعالج بالأشعة السينية والإشعاع. (يوسف جورجي جبرائيل، 1983، ص107، 108)

7-5-2- سرطان المعدة:

هو أكثر الأورام حدوثاً عند سن الستين، والإصابات عند الرجال ضعف الإصابات عند النساء. ومن أعراضه أن المريض يشكو من إحساس الامتلاء والانتفاخ وبفقدان الشهية للأكل وغثيان خفيف، ثم تتطور الأعراض الى الشعور بالألم الشديد خاصة بعد ساعتين أو ثلاث من تناول الطعام، ولا تهدأ نوبات الألم لا بإرجاع الأكل ويكون القيء مصحوباً في غالب الأحيان بدم قليل لا تكشفه إلا التحاليل. وقد يكون ظاهراً هذا في حالة تواجد السرطان بجوار فتحة البواب (تواصل المعدة بالاثني عشر أو أجزاء الأمعاء).

وعندما ينشأ السرطان على إحدى أسطح المعدة أو على القوس الأكبر لها، فإن المريض يشكو لعدة شهور من وجع مبهم. وقد يفسر بأنه ناتج عن حموضة أو عسر في الهضم. وتزداد بعض الأعراض ويزداد فقدان الشهية وينقص وزن المريض تدريجياً ويصفر لونه لأن النزيف مستمر، وفي النهاية يصاب بأنيميا شديدة.

ويستعان في تشخيص سرطان المعدة بالفحص البدني الدقيق، وتعمل أشعة وتنظير للمعدة للتأكد من الإصابة.

أما عن العلاج فإن سرطان المعدة يعالج جراحياً لكن يجب أن يسبقه تعويض النقص في الدم وفي البروتينات وتنظيف الأحشاء المسدودة، وبعد ذلك تجري عملية شق البطن

لإستئصال الجزء الأكبر من المعدة أو كلها، وكذلك إستئصال الغدد اللمفاوية، وتستعمل علاوة على الجراحة وسائل العلاج الإشعاعي والأدوية الكيماوية (يوسف جرجي جبرائيل، 1983، ص 108-110)

يعتبر أقل انتشارا مقارنة بسرطان الأمعاء الغليظة، غير أنه عندما يصيب السرطان الأمعاء الدقيقة تكون أعراضه غير واضحة بحيث يصعب تبيانها بعكس سرطان القولون، ولذلك تبدو فرص الشفاء منه أقل منها في القولون.

7-5-4- سرطان الأمعاء الغليظة (القولون والمستقيم)

يختلف معدل حدوث سرطان القولون والمستقيم من بلد إلى آخر، وفي الوقت الحاضر يسبب هذا السرطان أكثر الوفيات من أي سرطان في الولايات المتحدة الأمريكية. ومن دراسة أجريت حسب مواقعه المختلفة في الممر الهضمي يتبين الآتي:

- عند بداية الأمعاء الغليظة وفي القولون الصاعد 14%.

- في القولون المستعرض 4%.

- في القولون الهابط 6%.

- في السيجمويد والمستقيم 40%.

- في المستقيم 35%.

- في الشرج 1%.

(نفس المرجع السابق، ص 111-112)

ويتبين من هذه الاحصاءات أن 75% من الاصابات تكون مركزة في الـ 35 سم الأخيرة من القولون والمستقيم. وهذا النوع من السرطان ليس منتشرًا بين من هم أقل من 35 سنة وأسبابه غير معروفة بصفة نهائية.

ويشكو مريض سرطان القولون والمستقيم من كميات غير عادية من الغازات وقدر متباين من الألم في البطن التي تتراوح في مداها من تعب بسيط إلى ألم شديد. كما يكون عرضة لتناوب الإسهال والإمساك بعضهما مع بعض، وكثيرا ما يكون هذا السرطان مصحوبا بنزيف بسيط غير ان استمراره لمدة طويلة قد يسبب فقر الدم.

أما العلاج فيتم جراحيا باستئصال الأجزاء المصابة بالسرطان من القولون والمستقيم والغدد اللمفاوية. كما يستعمل أيضا العلاج الكيميائي، وكلما كان التشخيص مبكرا كانت نتائج العلاج أفضل. (يوسف جرجي جبرائيل، 1983، ص 111-113)

7-6- سرطان عنق الرحم:

يعتبر سرطان عنق الرحم الأول أو الثاني بين السرطانات الأكثر انتشارا عند السيدات ومتوسط عمر المصاب به بين 48 إلى 52 سنة. ولا يعرف السبب المباشر لحدوثه لكن هناك عوامل خارجية يمكنها أن تؤدي إليه، أهمها أن المرض نادر عند العذارى هو أزيد عند السيدات المتزوجات وكذلك المتزوجات مبكرا.

وسرطان عنق الرحم لا ينتشر بسرعة بل قد يستمر عدّة سنين. وعندما ينتشر فإنه يشمل جدار المهبل، وينتشر على جسم الرحم والمثانة وإلى أعضاء الحوض.

ويعتبر النزيف غير المنتظم أكثر علامات السرطان تحذيرا. إذ يمكن أن يحدث هذا النزيف في مقتبل العمر بين دورات الطمث، وقد يظهر هذا السرطان بحدوث إفرازات مهبلية مخضبة بالدم أو نزيف مهبلي بعد الجماع الجنسي أو بعد الغسيل المهبلي مباشرة. لكن ممكن أن تكون هذه الإفرازات مجرد التهابات أو عدم انتظام في الدورة الشهرية.

وعلاج سرطان عنق الرحم يختلف حسب درجة تطور السرطان. ففي السرطان الموضعي قد يكتفى باستئصال عنق الرحم. وفي كثير من الحالات تجري عملية استئصال الرحم

بأكمله، كما تستعمل إشعاعات الراديوم أيضا في العلاج. (يوسف جبرائيل،
1983، ص 123-126)

7-7- سرطان الثدي:

وهو الأكثر تهديدا لحياة النساء، فهو ورم خبيث يصيب غدة الثدي بحيث تنمو الخلايا داخل الثدي بشكل غير طبيعي وتشكل كتلة داخله، وتختلف هذه الخلايا السرطانية عن الخلايا الطبيعية في عدة أمور (الجسم، الشكل...). (أوهام نعمان ثابت، 2009، ص 77)

ويتضمن حدوث تغيرات في الثدي مثل الورم والثخن والانتفاخ وتهيج الجلد والتشوه والانكماش والتقشر والم حمة الثدي. وتوصي جمعية السرطان الأمريكية النساء بإجراء عملية تصوير الثدي من خلال عمل مخطط الثدي ابتداء من سن الأربعين فما فوق. كما توصي بإجراء فحص ذاتي شهري للثدي ابتداء من سن العشرين بوصفه إحدى الطرق التشخيصية الناجعة.

وعند التأكد من وجود السرطان فإن العلاج يستلزم إستئصال الورم الموضعي أو الإستئصال الكلي للثدي جراحيا، كما يستعمل أيضا العلاج بالإشعاع والعلاج الكيميائي أو الهرموني.

7-8- سرطان الرئة:

يظهر على شكل سعال مستمر وبصاق مع دم وألم في الصدر أو التهاب بالقصبات. وله عدة مسببات أهمها التدخين والتعرض للمواد الكيماوية والتعرض للإشعاعات المختلفة.

ويكون الكشف المبكر للمرض صعبا جدا، ذلك لأن الأعراض لا تظهر في كثير من الأحيان إلا في المراحل المتقدمة من المرض. ومن الوسائل المستعملة في التشخيص نجد الأشعة السينية للصدر وتحليل أنواع الخلايا في البصاق وفحص المسالك القصبية.

أما العلاج فيكون عن طريق الجراحة والعلاج بالأشعة والعلاج الكيميائي وأحيانا يستخدم العلاج الكيميائي لوحده.

7-9- سرطان البروستات:

نلاحظ في هذا النوع من السرطانات جريان البول بشكل ضعيف أو متقطع أو عدم القدرة على التبول أو صعوبة السيطرة على بدء نزوله أو إيقافه، الحاجة للتبول بشكل مستمر لاسيما في الليل، ظهور الدم في البول مع حدوث ألم أو حدوث حرقة عند التبول، استمرار الألم في الجزء السفلي من الظهر أو الحوض إلى غير ذلك من العلامات التحذيرية.

(وليد حميد يوسف، 2002، ص 240-241)

ويظهر سرطان البروستات بشكل أكثر في السن الشيخوخة، وفي هذا الصدد توصي الجمعية السرطان الأمريكية الرجال بعمر الخمسين فما فوق بإجراء اختبار دموي للمستضد الخاص بالبروستات، كما توصي بإجراء فحص للمستقيم من أجل الكشف عن الإصابة إن وجدت.

أما العلاج فإما أن يكون جراحيا أو بالأشعاع أو الهرمونات والعقاقير المضادة للسرطان.

(وليد حميد، 2002، ص 242)

7-10- سرطان الفم:

يظهر على شكل قرحة تنزف بسهولة ولا تلتئم، وجود ورم أو ثخن، بالإضافة إلى بقعة حمراء أو بيضاء دائمة. ومن المتغيرات اللاحقة المتأخرة نجد صعوبة مضغ الطعام وبلعه وكذلك صعوبة حركة اللسان أو الفكوك، ويمكن أن يؤثر السرطان على أي جزء من تجويف الفم من ضمنها الشفة واللسان والفم والبلعوم.

وتتمثل الطريقة الرئيسية للعلاج في العلاج بالإشعاع والجراحة، ويمكن استعمال العلاج الكيماوي بوصفة مساعدة للجراحة في حالات المرض المتقدمة.

7-11- سرطان البنكرياس:

يعد سرطان البنكرياس مرضاً صامتاً، إذ أنه يحدث دون أعراض لغاية تقدم مراحلها. وما هو معروف قليل عن مسببات المرض أو كيفية منعه. وتزداد خطورته بعد سن الخمسين، بحيث تحدث معظم الحالات بين سن 65 و79، ويعد التدخين من عوامل الخطر إذ تزداد الإصابة عند المدخنين بالمقارنة مع غيرهم، كما تزداد في البلدان التي يحتوي غذائها على نسبة عالية من الشحوم.

أما عن التشخيص فيتم في الوقت الحاضر بواسطة الخزعة (Biopsy)، وتوجد محاولات من الباحثين لاستعمال الموجات فوق الصوتية والتصوير القطاعي.

وأما عن العلاج فيتضمن عدّة خيارات كالجراحة والعلاج بالإشعاع والعقاقير المضادة للسرطان، إلا أن تأثيرها محدود. (وليد حميد يوسف، 2002، ص 249-251)

7-12- سرطان الدماغ:

يعتبر الدماغ أحد المواقع الأكثر تعرضاً للسرطان، والنسبة المئوية هي أعلى لدى الأطفال، حيث أنه يسبب تشوهاً في النظر أو ازدواجية الأشياء، والشعور بالدوخة وصعوبة المشي وحمل الأشياء، وتقيء لا تفسير له. (يوسف جورجي جبرائيل، 1983، ص 161)

هو انقسام غير طبيعي وغير منتظم لخلايا الدماغ سواء في المخ، المخيخ أو الحبل الشوكي والذي يسبب انضغاط الدماغ الأخرى، وبالتالي فقدان لإحدى الحواس أو ضعفها.

وهناك فئات من أورام المخ السرطانية، الأورام الابتدائية والأورام الثانوية. تبدأ الأورام الابتدائية في داخل نسيج المخ أما الأورام الثانوية (الانتقالات) فإنها سرطانات تبدأ في أعضاء أخرى أهمها الرئة أو الثدي ثم تنتشر نحو المخ. وأورام المخ الثانوية الأكثر شيوعاً من الأورام الابتدائية وتحدث لدى 25% من المصابين بسرطانات في أجزاء من الجسم.

(محمد عبد الرحمن الشقيرات، 2005، ص 229)

وتتباين أعراض أورام المخ حسب موضع الورم بالضبط، فإذا نشأ في أجزاء المخ التي تبعد عن المراكز العصبية الهامة والحيوية ومسالك الأعصاب، فإنه قد ينمو إلى حجم كبير دون أن يسبب أي علامة للمرض، غير أنّ الأورام المتناهية الصغر والتي تنشأ في مواقع حساسة قد تسبب اضطرابات مزعجة ورهيبية.

وأما العلاج فيكون بالجراحة والعلاج بالأشعة. (يوسف جورجي جبرائيل، 1983، ص161)

فالسرطان إذن أنواع متعددة بتعدد أنسجة الجسم وأعضاءه، فكل عضو من أعضاء الجسم يمكن أن يكون مرشح للإصابة بالسرطان إذا توفرت الأسباب المؤدية إليه، خاصة إذا توفرت مجموعة من الأسباب التي تتداخل وتتفاعل فيما بينها، ولا يستبعد العامل النفسي هنا ولكن يعتبر من بين العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى السرطان.

8- الوسائل المستعملة في علاج السرطان:

يعتبر التشخيص المبكر والاستئصال الجذري السريع لهذا الورم الخبيث الذي يدعى السرطان هو مفتاح التخلص والشفاء منه. وأن أي تأخر في تشخيصه أو التمهل في علاجه يؤدي إلى انتشاره ونموه.

لذلك نجد أنه منذ بداية البحوث في هذا المجال استعملت العديد من الطرق العلاجية المختلفة كل حسب موقع السرطان ومدى انتشاره، والبحوث مستمرة لايتكار واكتشاف طرق علاجية جديدة أكثر فعالية. (عبد المنعم مصطفى، 1990، ص 124)

وهنا نذكر بعض الطرق كما يلي:

8-1-1- العلاج بالجراحة:

إن العلاج بالجراحة للسرطان وصل إلى نقطة أصبح فيها المرضى الذين يتعرضون لجراحة معينة بعد التشخيص المبكر، لديهم فرصة أفضل للشفاء والعودة إلى النشاط الطبيعي. (جويذة مقاتلي، 2007، ص28)

بدأ استخدامه في القرن 19، جاء أول تقرير عن إمكانية شفاء سرطان في عام 1878، حيث تم شفاء 5% من المصابات بسرطان الثدي واللائي تم علاجهن جراحياً، وحدث التقدم الكبير 1891 باستخدام الاستئصال الجراحي الجري لأول مرة في ورم بالثدي (حيث يتم استئصال الثدي كاملاً ومعه الغدد اللمفاوية) ومع حلول العام 1935 سجل الأطباء إمكانية الاستئصال الجذري الناجح لجميع الأورام.

والجراحة السرطانية تضم ثلاث أنواع:

8-1-1- الجراحة المنعوية:

تجري لمنع تطور السرطان. على سبيل المثال في حالة وجود أورام البوليب في القولون أو المستقيم (الشرح) أو نمو أورام في الحنجرة أو على الجلد، وقد يمكن لهذه البقع أو المناطق الجسدية أن لا تكون أوراماً خبيثة، حيث يشعر الطبيب أنها تمثل حالة ما قبل الإصابة بالسرطان والتي يمكن أن تتطور إلى سرطان كامل إن لم تعالج.

8-1-2 الجراحة المحددة:

إن معظم الأشكال الرئيسية للسرطان يمكن معالجتها بالجراحة المحددة والتي تتبع على أمل إزالة كل النسيج السرطاني الخبيث، وبذلك يتم الشفاء، وأن نجاح العملية يعتمد على إزالة أكبر كمية من النسيج المتورم أو المحتمل تورمه. (مالكوم شوارتز، 1988، ص 65، 66)

8-1-3- الجراحة الداعمة:

هذا النوع من الجراحة يتم إتباعها بشكل أولي للمحافظة على المريض خاصة في المراحل المتقدمة من المرض، إذ يمكن أن تعالج التعقيدات المترافقة مع الإصابة بالسرطان، على سبيل المثال الخراجات الناتجة عن الورم، أو عن الالتهاب، وكذلك الألم والإعاقة الأمعائية أو النزيف الدموي المرتبط بنمو الورم أو انبثاقه.

وفي الحالات المتقدمة جدا قد يقدم الجراح على إجراء جراحة داعمة لاستئصال الألم: مثل قطع الأعصاب، إما في المكان الأصلي لوجود السرطان أو في مكان انتشاره، أو في الجهاز العصبي المركزي، من أجل إزالة إحساسات المنطقة الحاملة للسرطان في الجسد.

8-2- العلاج الإشعاعي:

هو علاج باستخدام التطبيقات المختلفة للإشعاع بغية تدمير الخلايا السرطانية وتقليص الأورام سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة أو باستخدام دفق إشعاعي مؤجج وعالي الطاقة، وتتركز فاعلية الإشعاع في قدرته على تفتيت الحمض النووي للخلايا الورمية.

(جويده مقاتلي، 2007، ص 28)

وستعمل هذا العلاج عادة بعد إزالة الورم جراحيا وذلك لتدمير الخلايا الخبيثة التي لم يتم استئصالها كليا بالجراحة. (Oppenheim, 1996, p222)

إن العلاج بالأشعة يشمل أشعة إكس والراديوم أو النظائر الفيزيولوجية الإشعاعية المصنعة، أشعة جاما وغيرها، يستخدم عادة بعد الجراحة لتدمير الخلايا السرطانية التي لم تكن في متناول هذه الأخيرة (الجراحة). كما تستخدم معالجة كهذه أيضا لحماية بقية أعضاء الجسم السليمة بتوجيه الأشعة إلى الورم فقط. (مالكوم شوارتز، 1988، ص 67-73)

8-3- العلاج الكيماوي:

يحمل هذا العلاج قدرا كبيرا من النجاح فهو يؤدي إلى تمديد الحياة بشكل طبيعي لكثير من المرضى، فمثلا نجد أن معالجة سرطان الدم المزمن بالأدوية قد جلب للكثير من المرضى مزيدا من الوقت للعيش قبل عودة ظهور عوارضه مرة أخرى.

بدأ هذا العلاج سنة 1943 بعد اكتشاف نجاح المواد الكيماوية السامة التي استخدمت في الحرب العالمية الثانية في علاج الأورام اللمفاوية اللمفاوية الهوجيكنية، وهذه الأدوية تعمل على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر (Cytotoxic Drugs)، وعادة يكتفى بالعلاج الكيماوي فقط في سرطان الدم والغدد اللمفاوية. (أحمد سالم بادويلان، 2005، ص 59-61)

وفي حالات الإصابة المتقدمة للسرطان يتم استخدام الأدوية للتخفيف من نمو الأورام وتسكين الآلام. والكثير منها يستعمل بعد الجراحة أو العلاج بالأشعة لمنع إعادة الإصابة كما هو الحال في سرطان الثدي والعظام، ومن بين هذه الأدوية نذكر التاكسول، الميتوتريكسات، كلورامبوسيل، إلى غير ذلك. (مالكوم شوارتز، 1988، ص 67-73)

8-4- العلاج الجيني:

لقد وجد أن هناك جينات خاصة تقوم بتنشيط جهاز المناعة للقضاء على الخلايا السرطانية، وأن العطل الذي يصيب هذه الجينات يؤدي إلى الإصابة بالسرطان، فمثلا الجينة المسماة p35 تكون موجودة ولكن معطلة عند معظم المرضى المصابين بسرطان الرئة والثدي والقولون والمثانة والدماغ. ويعمل العلماء حاليا على إيجاد بعض الأدوية التي تؤدي إلى تنشيط هذه الجينات. (محمد ناجح الأغبر، 1999، ص 207)

يستهدف هذا العلاج الجينات التي تؤدي طفرة التحول السرطاني. (أحمد سالم بادويلان، 2005، ص 59-61)

8-5- العلاج الهرموني:

ويستخدم في الأورام المعتمدة على الهرمونات، فنمو بعض الأعضاء يعتمد على هرمونات معينة، فغدة البروستات مثلا تعتمد على هرمون التستوسترون الذكري، والثدي الذي يعتمد على هرمون الأستروجين والبروجسترون الأنثوي. وقد لوحظ أن حالة سرطان البروستات تتحسن إذا انخفض التسترون عن طريق إعطاء بعض الهرمونات مثل (LHRH) وهرمون (Stibosterone)، وكذلك في حالة سرطان الثدي فقد وجد أن إعطاء عقار تموكسفين (Tamoxifen) يؤدي إلى انخفاض مستوى هرمون الأستروجين وبالذات إستراديول (Estradiol)، ويبدو أن هذا العقار يتحد مع مستقبلات الأستروجين ويؤدي إلى انخفاض مستواه في الدم. (محمد ناجح الأغبر، 1999، ص 207)

8-6- العلاج المناعي:

لقد ثبت أن الجهاز المناعي له دور كبير في مقاومة السرطان، وذلك بالبحث والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يوميا في كل الأشخاص، ولقد فكر العلماء في استخدام معادلات الاستجابة البيولوجية (Biological Modifiers Reponse) في علاج السرطان. (أحمد سالم بادويلان، 2005، ص 59-61)

في الحقيقة العلاج لدى مرضى السرطان لا يقتصر فقط على العلاج الطبي الذي تم ذكره آنفا، فالعلاج النفسي يلعب دور لا يستهان به في حياة المريض، سواء أثناء إكتشافه للمرض أو معاشته مع المرض أو أثناء العلاج. فالعلاج النفسي والمساندة الاجتماعية يلعبان دور كبير في تقبل المريض لمرضه، وتقبله للعلاج خاصة الكيميائي والإشعاعي منه، وسرعة تفاعل المريض مع العلاج متعلق بقدر كبير بالحالة النفسية لهذا الأخير.

9- الآثار النفسية المرتبطة بالسرطان:

يعتبر خبر الإصابة بسرطان شكلا من أشكال الأزمة الكبرى التي تلم بالإنسان ويكون أثره ابتداءا يشبه الأثر الذي تتركه الصدمة، حيث يمرّ الإنسان بنفس أطوار الصدمة فيترك له أثر الصدمة، والتي لخصها (جمال الخطيب، 2010) فيما يلي:

- طور الإنكار وعدم التصديق، (الأسبوع الأول).
- طور الحسرة والحداد، والانفعال الشديد (أسبوعين): ويمكن في هذا الطور ملاحظة ثلاثة محاور رئيسية من المشاعر وهي:

- محور القلق والخوف، تمتد المشاعر هنا من التوتر والانفعال لتصل إلى أقصى درجات الفزع.

- محور الحزن، ويبدأ من مشاعر الحسرة والضيق ليصل إلى مستوى الاكتئاب الكامل.

- محور الغضب، وقد يكون الغضب موجها ضد الذات أو ضد الآخرين أو ضد الظروف.

• طور المساومة والتقبل (شهر): تتحول المشاعر هنا من العموميات إلى المسائل العملية من حيث البحث عن إمكانية العلاج المتاحة ومن ثم تبدأ الخطوات العملية.

• طور التعايش والتكيف (شهوراً أكثر): وهو أن يعيد الإنسان رسم حياته مع مراعاة التغيرات الحاصلة على نمط الحياة. وهناك نوعان من التكيف، التكيف الايجابي بمعنى القدرة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل، والتكيف السلبي بمعنى الهرب.

تعتمد قدرة الإنسان على التكيف إيجابا أو سلبا على عدّة عوامل:

- عوامل داخل الإنسان تتعلق بشخصية الفرد وتكوينها الجيني والبيئي والروحاني، فشخصيات الأفراد متباينة تباين بصماتهم، فما قد يشكل ظرفا مستحيلا لشخص قد لا يبدو كذلك لشخص آخر.

- عوامل متعلقة بإمكانياته المادية ومسؤولياته، فلا يستوي ردّ فعل المتمكن ماديا والذي يملك من المصادر والأرصدة ما يساعده على مواجهة الظروف مع من يضطر للاستدانة أو لمواصلة العمل المضني.

- عوامل متعلقة بشبكتة الاجتماعية، فمن لديه فزعة من الأصدقاء والأهل يقفون معه ويأخذون عنه كتف في حمل الهموم وأداء المسؤوليات، ليس كمن يضطر إلى مواجهتها منفردا وتحمل الأعباء والمسؤوليات وحيدا.

- عوامل متعلقة بالمجتمع، فبعض المجتمعات تتوفر فيها التأمينات الاجتماعية والخدمات الصحية المتقدمة بما يساعد الأفراد على مواجهة مشاكلهم، في حين انه بمجتمعات أخرى يضطر الأفراد إلى البحث عن العلاجات بعيدا وعلى نفقتهم الخاصة.

إن الإصابة بمرض السرطان لا تؤثر على جسم المصاب به فقط بل حتى على معاشه النفسي من خلال ظهور عدّة اضطرابات نفسية، والتي ذكر بعضها **جمال الخطيب (2010)**، والمتمثلة في:

- اضطرابات التكيف (Adjustment Disorders)
- اضطرابات المزاج والكآبة (Mood Disorders Dépression)
- اضطرابات الهذيان (Delirium)
- اضطرابات القلق العام (Anxiety Disorders)
- إساءة استعمال الأدوية والمؤثرات العصبية والإدمان (Substance Abuse)

يعتبر الجسم وسيلة ولغة الاتصال بين الفرد وعالمه الخارجي، وبالتالي كل عرض يصيبه يؤثر على نفسية الفرد إذا أدت هذه الإصابة إلى تشوه الصورة الجسمية.

والتشوه إما أن يكون خلقي حيث يدخل في بناء جسم الإنسان أو قصور في النمو الفيزيولوجي للجسم، أما التشوه المكتسب يرجع إلى مرض أو حادث. (مختار حمزة، بدون سنة، ص 193).

وكثيرا ما يصاحب مريض السرطان مخاوف متعلقة بتشوه الجسد، وهذه المخاوف متعلقة باحتمال عمليات بتر الأعضاء المصابة عن طريق الجراحة لاستئصال الورم الخبيث، كما هو الحال في سرطان الثدي الذي ينتهي غالبا بإزالة الثدي.

وبالتالي فإن أي تغير يطرأ على الصورة الجسدية سواء كان ذلك بالسلب أو بالإيجاب يؤثر على صورة الذات وصورة الجسم، مما قد يولد في نفسية الفرد الشعور بالنقص وعدم الاكتفاء (الاكتمال)، فالشخص الذي يشعر بالنقص هو ذلك الذي يشعر بالخجل اتجاه القصور الذي يعاني منه، بحيث يعتقد أنه مختلف عن غيره من الناس وبالتالي يعيش حالة الخوف من عدم الموافقة والفشل وغيرها من الأفكار التي تثير انفعالاته. (لابلاش وبوتاليس، 1985، ص 211)

والقلق يصاحب غالبا أعراض جسدية ونفسية مختلفة، كالإحساس بالتوتر، ولقد أشارت بعض الدراسات إلى أن أحداث الحياة ومواقفها تكشف عن صور من صور الاضطراب النفسي الضئيل أو المتوسط أو الشديد، وأبرز هذه الصور هي المعاناة من القلق النفسي، حيث أكدت هذه الدراسات مثل دراسة (Waston, 1987) ودراسة (Kobylinska, 1991) أن القلق يظهر بعد نمو السرطان وانتشاره في الجسم، في حين أشارت دراسات أخرى مثل دراسة (Macleand et Harik, 1987) ان القلق يستمر حتى في مرحلة ما بعد الشفاء والمتابعة. (بدر محمد الأنصاري، 1999، ص 64)

يحدث التشاؤم كما عرفه (Shower, 1992) عندما يقوم الفرد بتركيز اهتمامه وحصره على الاحتمالات السلبية للأحداث القائمة، وهذا التشاؤم أو التوقع السلبي للأحداث قد يثبط الهمة ودوافع الفرد وأهدافه.

ولقد أشارت بعض الدراسات أن التشاؤم يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض العضوية، كما يمكن له أن يحدث نتيجته، ومن بينها السرطان. إذ بينت هذه الدراسات التي أجريت على المرضى المصابين بالسرطان عن وجود علاقة بين سرعة انتشار هذا المرض والتشاؤم مثل دراسة (Bosid et Peterson, 1991). (نفس المرجع السابق، ص 65)

يذهب الكثير من علماء النفس إلى أن الغضب والعدوان ينشأ نتيجة إحباط ناتج عن عدم القدرة على أداء نشاط يرمي إلى هدف معين، وفي هذه الحالة يستجيب الفرد بطريقة انفعالية للموقف.

وقد يُظهر بعض الأفراد المصابين بمرض السرطان مشاعر الغضب والعدوان نتيجة العجز عن تفريغ التوتر الداخلي. حيث أشارت بعض الدراسات مثل دراسة (Hiller, 1986) ودراسة (Gevergoff, 1991) في هذا الجانب إلى وجود علاقة بين الإصابة بمرض السرطان وظهور الغضب والعدوان لدى المصابين به. (بدر محمد الأنصاري، 1999، ص 65)

إنّ مرض السرطان يؤدي حسب (Hacipille, 1994) إلى تغير عميق وشامل في حياة الفرد، فتظهر لديه أعراض فقدان اللذة التي كان يشعر بها سابقا مثل عدم الاهتمام بما يدور من حوله، فيصبح المريض لديه عدوانية تجاه المحيطين به، وفي أغلب الأحيان تظهر هذه الاستجابات على شكل فقدان الثقة بالنفس، ونادرا ما يتطور الاكتئاب لدى مريض السرطان إلى اكتئاب سيكاتري خطير لكن لا يمنع ذلك من التكفل به.

وتتمثل أعراض الاكتئاب الشديد حسب (Massie et al, 1989) بفقدان الشهية، والأرق والتعب وفقدان الوزن، وفقدان الرغبة الجنسية والخمول، وتتعلق هذه الأعراض في حالة السرطان بمراحل المرض أو الآثار الجانبية للعلاج.

ويفضل تقييم حالة الاكتئاب الشديد عند المرضى حسب شدة المزاج الكئيب، كفقدان المتعة بالحياة، درجة الإحساس بالتشاؤم، الشعور بالذنب وعدم القيمة، ووجود الأفكار الانتحارية،

الخوف الشديد المصاحب للانسحاب والانعزال الاجتماعي. (فضيلة لحر، 2017، ص113)

وقد يلجأ المصاب بالسرطان إلى سلوك انتحاري وهذا ما أشار إليه بريتبارت (Breitbart) الذي رأى أنه من بين عوامل الخطورة المؤدية للسلوك الانتحاري: التوقع أو التنبؤ والتشخيص السيئ، الاكتئاب وفقدان الأمل، عدم القدرة على التحكم في الألم، الهذيان، السوابق السيكاطرية، محاولات الانتحار، سوابق الانتحار العائلي، موت الزوج، تعاطي الكحول، وأخيرا غياب وعدم كفاية المساعدة الاجتماعية. (وندلوس بوتلجة نسيمه، 2014، ص 105).

فالسرطان تعبير عن مجموعة من الأمراض مما ينجم عنه العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمريض وعائلته وذلك بسبب كونه مرض تدوم آثاره لفترة طويلة والتي يمكن أن تنتهي بموت المريض خلال فترة غير محدّدة من تطور المرض، فطبيعة المرض وطرق علاجه تفرض قيودا على نشاطات المريض الاعتيادية وهذا ما قد يولد العديد من الاستجابات النفسية الاجتماعية الأخرى.

خلاصة الفصل:

نود الإشارة في آخر هذا الفصل أن الوقاية خير من العلاج، والكشف المبكر عن مرض السرطان خير وسيلة للتخلص منه. فالغرض من الكشف المبكر والعلاج هو ضمان الشفاء لمرضى السرطان وإطالة أعمارهم وتحسين نوعية الحياة لديهم، وتتسم بعض أكثر أنواع السرطان شيوعا مثل سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان القولون والمستقيم بمعدل شفاء مرتفع عندما يتم الكشف عنها في مراحل مبكرة، وعلاجها استنادا إلى أفضل الممارسات في مجال الطب، خاصة إذا أقرن ذلك بتكفل نفسي ومساندة إجتماعية.

ولتحقيق غرض التكفل النفسي الناجع، برز تخصص حديث في علم النفس وهو علم نفس السرطان (La psycho-oncologie) الذي يعتني بدراسة بروفييل مريض السرطان ورعايته النفسية خلال مختلف المراحل التي يمر منها.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس
الإجراءات المنهجية
للبحث

تمهيد

تعتمد البحوث العلمية جميعها على منهجية بحث متبعة، يراد خلالها الوصول إلى نتائج علمية. فبعد ما تم الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه الإطار العام للإشكالية من حيث بناءها، صياغة الفرضيات، أسباب اختيار الموضوع، الهدف من البحث وأهميته، تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا. وبعد التطرق إلى متغيرات البحث الحالي بنوع من التفصيل والمتمثلة في المساندة الاجتماعية، الاكتئاب، السرطان. سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض الإجراءات المنهجية للبحث التي تم إتباعها من أجل تحقيق الدراسة والمتمثلة في التذكير بالفرضيات، الدراسة الاستطلاعية، منهج البحث، الدراسة الأساسية، الأدوات المستعملة والأساليب الإحصائية.

1- التذكير بالفرضيات:

الفرضية الأولى:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الأولى:

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا من المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الثانية:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الثالثة:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- الدراسة الاستطلاعية:

لبلوغ الهدف المراد من دراسة ما يتطلب ذلك اتباع خطوات منهجية منظمة ومرتبطة خاصة فيما يتعلق بالجانب الميداني للدراسة، وذلك بالقيام بدراسة استطلاعية والتي تعتبر مرحلة هامة وأساسية في البحث العلمي والتي تسبق التطبيق الفعلي للدراسة، بحيث تهدف للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة وجمع الحقائق التي تخدمه....

2-1- تعريف الدراسة الاستطلاعية:

ركز الباحث **مروان عبد المجيد ابراهيم (2000)** في تعريفه للدراسة الاستطلاعية على أهمية هذه الأخيرة في استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة، وذلك في قوله: "الدراسة الاستطلاعية هي تلك الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث دراستها والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها للبحث العلمي، وصياغتها صياغة دقيقة تيسر التعمق في بحثها في مرحلة لاحقة. (مروان عبد المجيد ابراهيم، 2000، ص38).

وهي نفس الفكرة التي تناولتها الباحثة رجاء محمود ابو علام (2006) بحيث ترى أن الدراسة الاستطلاعية تهدف أساسا إلى استطلاع أو كشف أو إحاطة اللثام عن الظروف المحيطة بالظاهرة موضوع الدراسة، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق أو ليتمكن الباحث من صياغة المشكلة صياغة دقيقة تمهيدا لبحثه بحثا معمقا في مرحلة تالية (رجاء محمود ابو علام، 2006، ص92). بينما ركز الباحث عبد الكريم غريب (1997) في تعريفه للدراسة الاستطلاعية على أنها مرحلة تجريب أدوات البحث بعد

إعدادها وصياغتها، والتأكد من مدى صلاحيتها وملاءمتها، في قوله: "الدراسة الاستطلاعية مرحلة تجريب مكونات الأدوات بعد إعدادها وصياغتها، وذلك للتأكد من مدى صلاحيتها وملاءمتها" (عبد الكريم غريب، 1997، ص71).

يمكن اعتبار الدراسة الاستطلاعية إذن صورة مصغرة للبحث تستهدف اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه أمام الباحث لتنفيذ الدراسة الأساسية بأقل قدر من المعوقات والمشاكل، وهذا ما ذهبت إليه الباحثة بوروبي رجاح فريدة (2012)، حيث أكدت أن استخدام الدراسة الاستطلاعية من خلال العينة الاستطلاعية يمثل إجراء وقائي لتفادي المشكلات التي قد تظهر عند تنفيذ الدراسة الأساسية (بوروبي رجاح فريدة، 2012).

2-2- الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

لقد تطرق الباحث مروان عبد المجيد ابراهيم (2000) للأهداف التي يسعى الباحث لتحقيقها من خلال الدراسة الاستطلاعية، والملخصة كما يلي:

- تعرّف الباحث على الظاهرة التي يرغب في دراستها وجمع معلومات وبيانات عنها.
- استطلاع الظروف التي يجري فيها البحث والتعرف على العقبات التي تقف في طريق إجراءه.
- صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة تمهيدا لدراستها دراسة متعمقة.
- التعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للتحقيق العلمي وذلك باستنباطها من البيانات والمعطيات التي يقوم الباحث بتأملها.
- توضيح مفاهيم المصطلحات العلمية وتحديد معانيها تحديدا دقيقا يمنع من الخلط بين ما هو متقارب منها.
- ترتيب الموضوعات حسب أهميتها وإمداد الباحثين بأهم ما هو جدير بالدراسة.

(مروان عبد المجيد ابراهيم، 2000، ص39).

كما تسمح الدراسة الاستطلاعية بمعرفة مدى صلاحية أدوات البحث من حيث خصائصها إذا وجب الأمر ذلك (محدب رزيقة، 2015، ص228).

لتحقيق بحثه حول المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان لم يجد الباحث أي إشكال فيما يخص دراسته الاستطلاعية من حيث الميدان أو العينة، كونه موظف كمختص نفساني للصحة العمومية من 01 جوان 2011 إلى غاية 17 فيفري 2016، تاريخ استقالته للالتحاق بسلك التعليم الجامعي، وذلك بالمستشفى الجامعي "ندير محمد" لولاية تيزي وزو.

باشر الباحث في 01 جوان 2011 عمله في خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان المتواجدة في مصلحة الاستشارات المتخصصة (Service des consultations spécialisées) للمستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو، بدأ يتعامل بصفة يومية مع مرضى السرطان بحيث يقدم لهم المساندة والمتابعة النفسية من خلال استقبالهم، الإصغاء لهم، إرشادهم وتوجيههم.

وهذا الإطار ساعد الباحث في:

- التعرف على الظاهرة التي يرغب في دراستها عن قرب وجمع معلومات وبيانات عنها.
- استطلاع الظروف التي سيجري فيها البحث والتعرف على العقبات التي تقف في طريق إجراءه.
- صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة تمهيدا لدراستها دراسة معمقة.
- التعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للتحقيق العلمي وذلك باستنباطها من البيانات والمعطيات التي يقوم الباحث بتأملها.
- توضيح المفاهيم والمصطلحات العلمية وتحديد معانيها تحديدا دقيقا يمنع من الخلط بين ما هو متقارب منها.

- ترتيب الموضوعات حسب أهميتها وحسب ما هو جدير بالدراسة.
- معرفة مدى صلاحية أدوات البحث من حيث وضوحها وسلامتها، ومن حيث خصائصها السيكمترية.

2-3- مكان وزمان اجراء الدراسة الاستطلاعية:

كما سبق الإشارة إليه سابقا، فمكان إجراء الدراسة الاستطلاعية للبحث الحالي هو نفسه مكان توظيف الباحث والمتمثل في خليه استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان (Cellule d'accueil et d'orientation d'oncologie)، المتواجدة بمصلحة الاستشارات المتخصصة (service des consultations spécialisées)، التابع للمستشفى الجامعي "ندير محمد" تيزي وزو.

أنشئت خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان بالمستشفى الجامعي "ندير محمد" لولاية تيزي وزو وفقا للتعميم رقم 04 المؤرخ في 03 نوفمبر 2010 لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (Circulaire N°4/MSPRH/MIN DU 03 novembre 2010) للخلية الدائمة للاستقبال والتوجيه وأخذ المواعيد للمرضى المصابين بالسرطان، ووفق للقرار رقم 25 المؤرخ في 14 نوفمبر 2010. (انظر الملحق).

تتكون هذه الخلية من طبيب عام، مختصين نفسانيين، وضابط إداري. ومهمة هذه الخلية هي:

- استقبال وتوجيه المرضى المصابين بالسرطان.
- وضع جهاز لتسهيل إجراءات أخذ المواعيد.
- وضع آليات المساعدة والمرافقة للمرضى المصابين بالسرطان.
- وضع عنوان إلكتروني لهذه الخلية، وهو كالتالي: (oncochuto@gmail.com)

أما عن زمان إجراء الدراسة الاستطلاعية، لم يتقيد الباحث بفترة معينة كونه كان يتعامل مع مرضى السرطان يوميا.

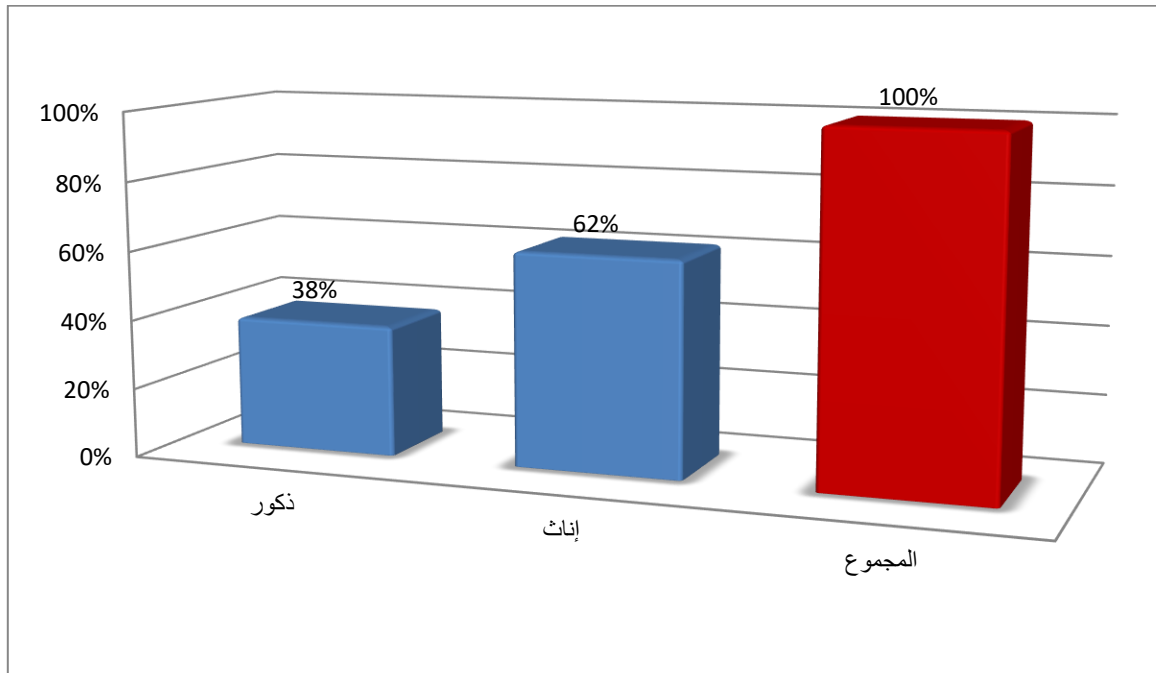
2-4- عينه الدراسة الاستطلاعية:

بلغ عدد أفراد العينة الاستطلاعية والتي طبق عليهم مقاييس الدراسة الحالية 50 مريض ومريضة بالسرطان من المتوافدين على خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان. وتمثل الجداول التالية أهم خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

2-4-1- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس:

الجدول رقم (01): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات	الجنس
38 %	19	ذكور	
62 %	31	إناث	
100 %	50	المجموع	



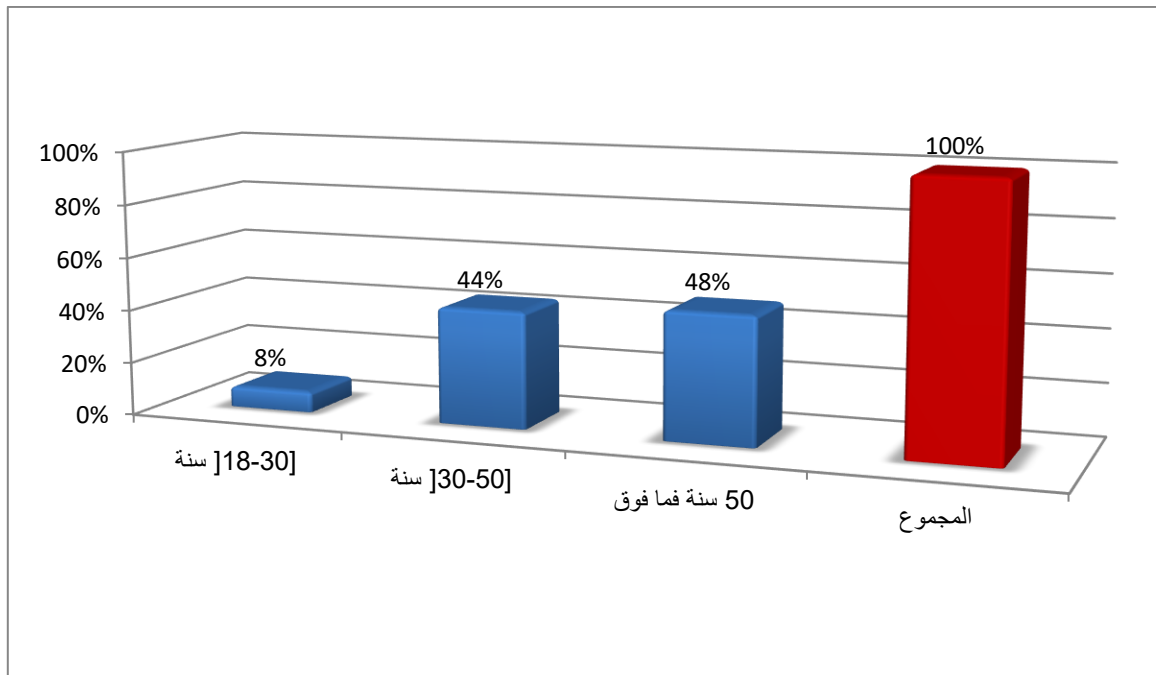
الشكل رقم (01): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس

من الجدول رقم (01) والشكل رقم (01)، نلاحظ أن نسبة الإناث البالغة 62 % بتكرار 31 أكبر من نسبة الذكور البالغة 38 % بتكرار 19، وهو يعبر عن واقع خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان حيث نسبة الإناث المتوافدة عليها أكبر من نسبة الذكور.

2-4-2- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن:

الجدول رقم (02): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات السن
% 08	04	سنة [30-18]
% 44	22	سنة [50-30]
% 48	24	50 سنة فما فوق
% 100	50	المجموع



الشكل رقم (02): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن

من الجدول رقم (02) والشكل رقم (02)، نلاحظ أن نسبة الفئة العمرية من (50 سنة وما فوق) أعلى نسبة لدى أفراد العينة الاستطلاعية وذلك بـ 48 % بتكرار 24، تليها فئة

([50-30] سنة) بنسبة 44 % بتكرار 22، وفي الأخير تأتي فئة ([30-18] سنة) بنسبة 08 % بتكرار 04، مما يدل على أن معظم أفراد العينة الاستطلاعية من كبار السن.

ملاحظة:

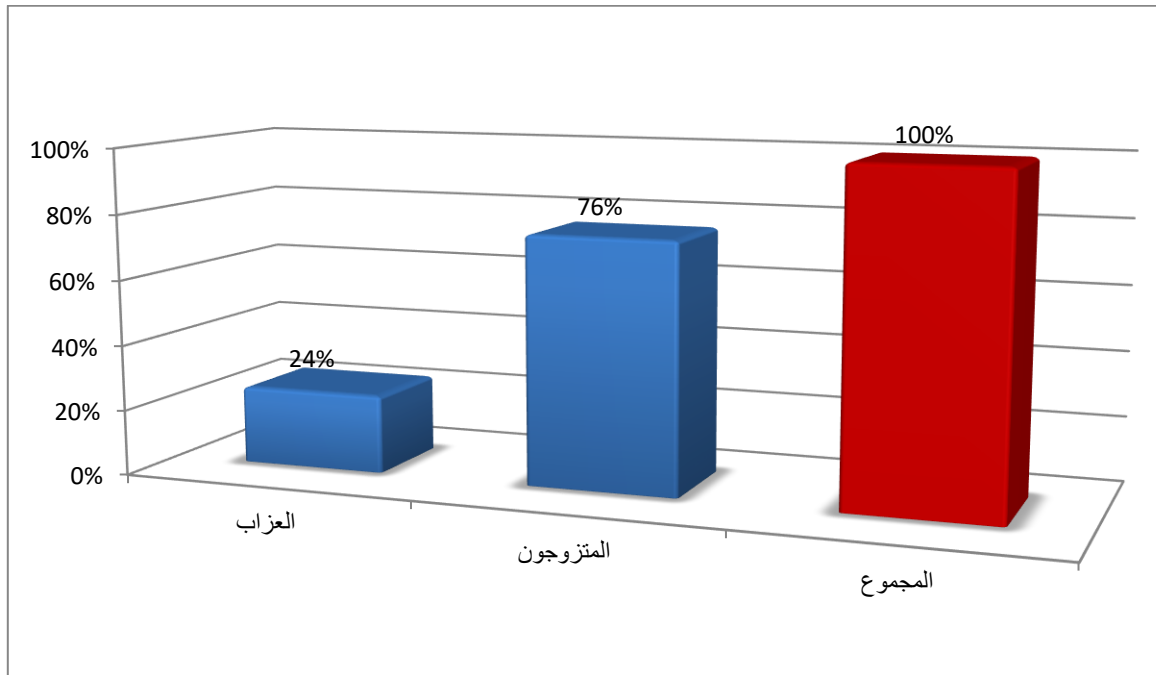
إن تقسيم الفئات على الطريقة السابقة لم يتم بطريقة عفوية وإنما باعتماد الباحث على

تقسيم النمو النفس الاجتماعي لـ إريك إركسون (Erik Erikson). (Helen Bee, p. 34)

2-4-3- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة المدنية:

الجدول رقم (03): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة المدنية

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات الحالة المدنية
24 %	12	عزاب
76 %	38	متزوجون
100 %	50	المجموع



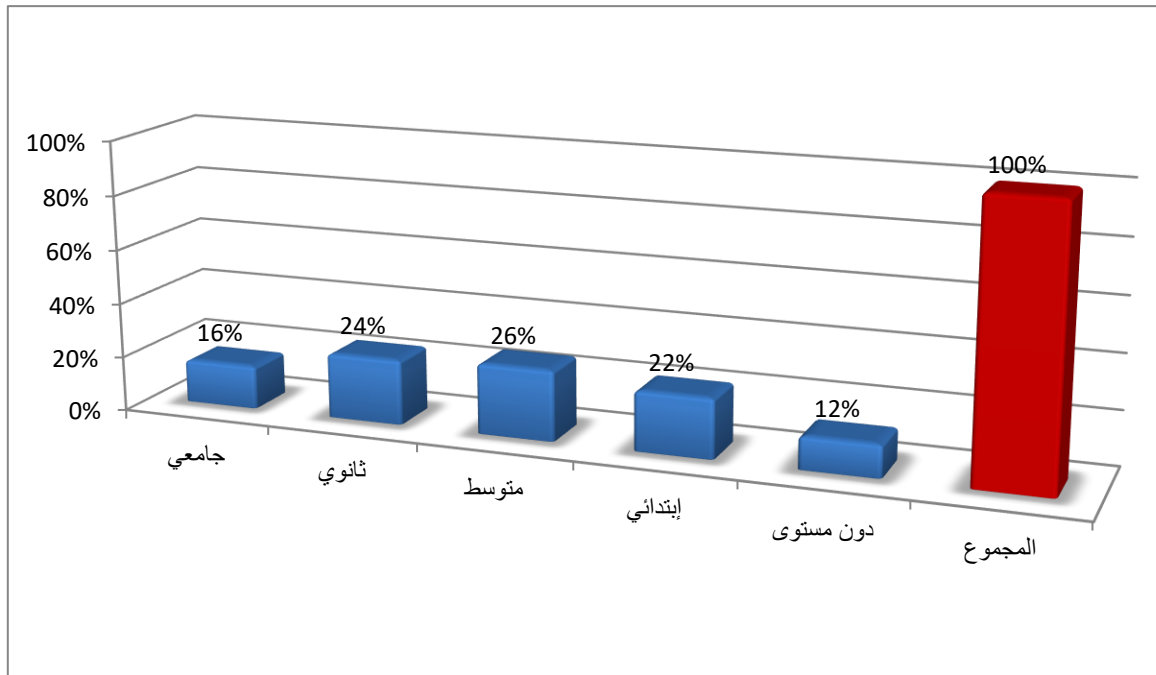
الشكل رقم (03): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب الحالة المدنية

من الجدول رقم (03) والشكل رقم (03)، نلاحظ أن نسبة المتزوجين البالغة 76 % بتكرار 38 أكبر من نسبة العزّاب البالغة 24 % بتكرار 12، وهو يعبر عن واقع خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان حيث نسبة المتزوجين المتوافدة عليها أكبر من نسبة العزّاب.

2-4-4- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي:

الجدول رقم (04): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات المستوى التعليمي
16 %	08	جامعي
24 %	12	ثانوي
26 %	13	متوسط
22 %	11	ابتدائي
12 %	06	دون مستوى
100 %	50	المجموع



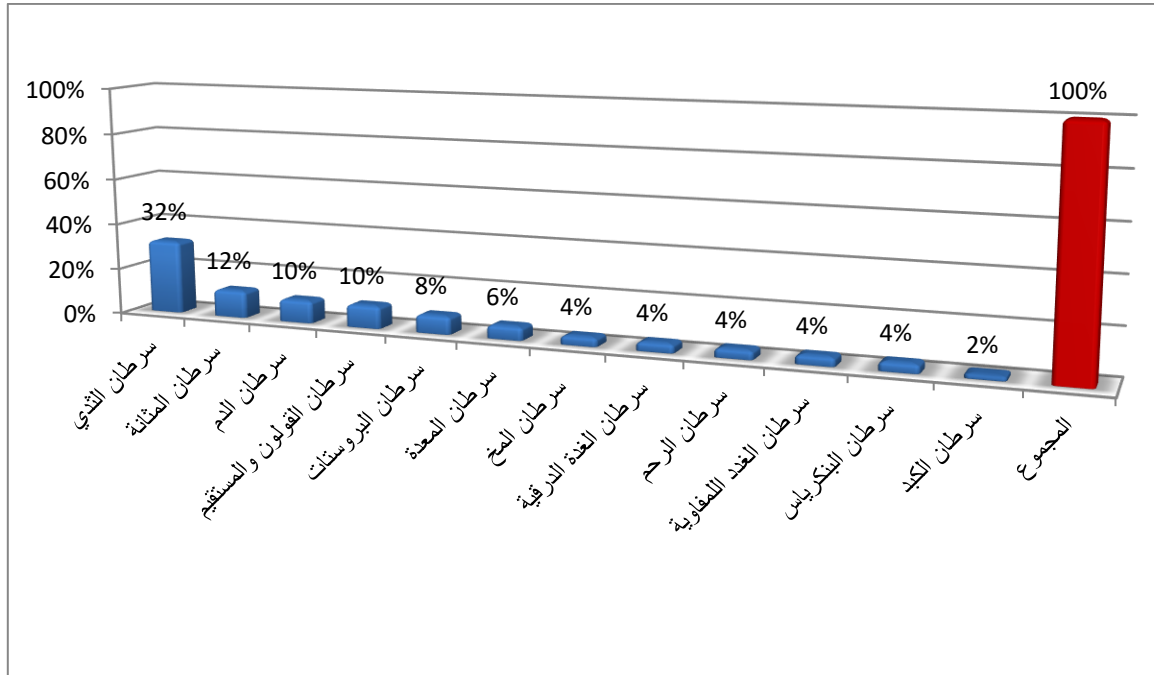
الشكل رقم (04): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي

من الجدول رقم (04) والشكل رقم (04)، نلاحظ أن نسبة 88 % من أفراد العينة الاستطلاعية يتراوح مستواهم التعليمي بين المستوى الابتدائي والمستوى الجامعي، حيث يتصدر المستوى المتوسط بنسبة 26 % وبتكرار 13، يليه المستوى الثانوي بنسبة 24 % وبتكرار 12، المستوى الابتدائي بنسبة 22 % وبتكرار 11، ثم المستوى الجامعي بنسبة 16 % وبتكرار 08. بينما جاء الأفراد دون المستوى بنسبة 12 % وبتكرار 06. منه نستنتج أن أغلبية أفراد العينة الاستطلاعية ذو مستوى تعليمي.

2-4-5- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع السرطان:

الجدول رقم (05): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع السرطان

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات نوع السرطان
32 %	16	سرطان الثدي
12 %	06	سرطان المثانة
10 %	05	سرطان الدم
10 %	05	سرطان القولون والمستقيم
08 %	04	سرطان البروستات
06 %	03	سرطان المعدة
04 %	02	سرطان المخ
04 %	02	سرطان الغدة الدرقية
04 %	02	سرطان الرحم
04 %	02	سرطان الغدد اللمفاوية
04 %	02	سرطان البنكرياس
02 %	01	سرطان الكبد
100 %	50	المجموع



الشكل رقم (05): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب نوع السرطان

من الجدول رقم (05) والشكل رقم (05) نلاحظ أن نسبة الإصابة بسرطان الثدي أعلى نسبة لدى أفراد عينتنا الاستطلاعية وذلك بـ 32% وبتكرار 16، وتليها نسبة سرطان المثانة بـ 12% وبتكرار 06، نسبة سرطان الدم ونسبة سرطان القولون والمستقيم جاءت متماثلة بـ 10% وبتكرار 05، والبروستات بـ 8% وبتكرار 04، تليها السرطانات الأخرى (المعدة، المخ، الغدة الدرقية، الرحم، الغدة اللمفاوية، البنكرياس، الكبد) بنسب تتفاوت بين 02% إلى 06% وبتكرار يتراوح بين 01 إلى 03.

نلاحظ إذن أن سرطان الثدي يحتل أكبر نسبة بين مختلف السرطانات، قد يعود السبب في ذلك إلى أن عدد النساء أكبر من عدد الرجال في عينة الدراسة الاستطلاعية، وهو يمثل واقع خلية الاستقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان التي يحتل سرطان الثدي الأغلبية بين كل حالات النساء اللواتي يتوافدن على الخلية، وهي أيضا تتوافق مع إحصائيات محلية ووطنية التي تشير إلى احتلال سرطان الثدي المرتبة الأولى بين سرطانات النساء.

2-5- حساب الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث:

أثناء تطبيق مقاييس البحث الحالي المتمثلة في مقياس المساندة الاجتماعية، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب على عينة الدراسة الاستطلاعية، جاءت بنودها واضحة، سهلة الفهم من طرف أفراد العينة، ولم يتم تغيير أية عبارة، حيث تم الاحتفاظ بها كما هي. وقد تم شرح بعض البنود باللهجة القبائلية المعمول بها في المنطقة للأفراد الذين لا يتقنون اللغة العربية حيث بيّن الجدول رقم (04) أن 12% من أفراد العينة الاستطلاعية يندرجون ضمن فئة دون المستوى. جاءت عملية الشرح سهلة وسلسة بالنسبة للباحث الذي يتقن اللغتين إلى حدّ ما، كون أن مفردات وعبارات المقياسين واضحة مفهومة بعيدة عن الغموض والتعقيد.

جاءت فكرة لترجمة المقاييس المستعملة في البحث الحالي إلى اللغة الامازيغية من طرف الباحث ولكنها لم تجسّد على ارض الواقع للأسباب التالية:

- اغلب أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية يفهمون اللغة العربية حيث بيّن جدول توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي أن 88% لديهم مستوى ابتدائي وما فوق (جدول رقم (04))، والسبب يعود حسب رأي الباحث إلى أن أهالي المنطقة استفادوا كغيرهم من الجزائريين من التعليم المجاني المتبع من طرف الدولة الجزائرية بعد الاستقلال، وأتيحت لهم الفرصة لتعلم اللغة العربية والفرنسية، كما لاحظ الباحث تمكّن بعض كبار السن من فئة دون المستوى من اللغة العربية، ويعود السبب إلى تعلم هؤلاء للغة العربية من خلال زوايا وبعض مساجد المنطقة، والتي كان الهدف الأساسي منها هو حفظ القرآن الكريم وفهم معانيه.

- نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية لا يتقنون قراءة أو كتابة اللغة الامازيغية، فاللغة الامازيغية لم تدرج في سلك التعليم بالجزائر إلا بعد 1996 وبطريقة جزئية.

- صعوبة ترجمة بعض المصطلحات العلمية إلى اللغة الأمازيغية، فاللغة الأمازيغية في أطوارها الأولى، حيث لم يتم تأسيس أكاديمية اللغة الأمازيغية إلا عام 2016.

إن المقاييس المستعملة في البحث الحالي قد تم تقنينها في البيئية الجزائرية.

فمقياس المساندة الاجتماعية تم تقنيه من طرف الباحثة شهرزاد نوار عام 2014 بولاية ورقلة. وقائمة بيك الثانية للاكتتاب تم تقنينها من طرف الباحث بشير معمري عام 2010 بولاية باتنة.

رغم تقنين المقاييس على البيئة الجزائرية من طرف الباحثين السابق ذكرهما، إلا أن الباحث قام بإعادة تقنينها على عينة الدراسة الاستطلاعية وذلك بعد استشارته لمقنن قائمة بيك الثانية للاكتتاب البروفسور بشير معمري من جامعة باتنة، والذي لم يبخل بنصائحه حيث ارشد الباحث إلى إعادة حساب صدق وثبات المقاييس على عينة من مجتمعه الأصلي (المرضى المصابين بالسرطان)، كما نصح بحساب الصدق الاتفاقي بدل من حساب صدق المحتوى أو المحكمين.

فالصدق الاتفاقي هو تقدير إلى أي مدى يرتبط المقياس بمقاييس أخرى تقيس مفاهيم مشابهة. (احمد محمد عبد القالب، 2016، ص24).

بحيث نقوم بحساب معامل ارتباط برسون، فإذا وجدناه موجبا ودالا احصائيا، فالمقياس صادق.

ويحسب الصدق الذاتي بالجزر التربيعي لمعامل الثبات.

2-5-1- حساب الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية:

لقد قام الباحث بحساب صدق وثبات مقياس المساندة الاجتماعية وبعديه (توفر المساندة الاجتماعية، الرضا عن المساندة الاجتماعية).

2-5-1-1- صدق مقياس المساندة الاجتماعية:

قام الباحث بحساب صدق مقياس المساندة الاجتماعية وبعديه بطريقتين، طريقة الصدق الاتفاقي وطريقة الصدق الذاتي.

أولاً: الصدق الاتفاقي لمقياس المساندة الاجتماعية

أ- الصدق الاتفاقي لمقياس المساندة الاجتماعية الكلي:

تم حساب الصدق الاتفاقي بتقدير مدى ارتباط مقياس المساندة الاجتماعية الكلي بمقياس الدعم الاجتماعي المدرك، وذلك بحساب معامل الارتباط بين متغير المساندة الاجتماعية الكلي ومتغير الدعم الاجتماعي المدرك، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

ملاحظة: إختبار الدعم الاجتماعي المدرك أعده زايمة وآخرون (Zimet et al, 1988)، يتكون من 12 عبارة، وتم تقنيه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة قنون خميسة من جامعة الحاج لخضر بباتنة عام 2013.

جدول رقم (06): معامل الارتباط بين متغير المساندة الاجتماعية الكلي ومتغير الدعم

الاجتماعي المدرك

القرار	مستوى الدلالة المعتمد	مستوى الدلالة المحسوب	معامل الارتباط	العينة	المتغيرات
دال	0.01	0.000	0.84	50	المساندة الاجتماعية
				50	الدعم الاجتماعي المدرك

يتبين من خلال الجدول رقم (06) أن معامل الارتباط جاء موجبا بقيمة 0.84، ودال عند مستوى دلالة 0.01، مما يؤكد أن مقياس المساندة الاجتماعية الكلي يتمتع بصدق اتفاقي مرتفع.

ب- الصدق الاتفاقي لبعد توفر المساندة الاجتماعية:

تم حساب الصدق الاتفاقي بتقدير مدى ارتباط بعد توفر المساندة الاجتماعية لمقياس المساندة الاجتماعية بمقياس الدعم الاجتماعي المدرك، وذلك بحساب معامل الارتباط بين متغير توفر المساندة الاجتماعية ومتغير الدعم الاجتماعي المدرك، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (07): معامل الارتباط بين متغير توفر المساندة الاجتماعية ومتغير الدعم الاجتماعي المدرك

القرار	مستوى الدلالة المعتمد	مستوى الدلالة المحسوب	معامل الارتباط	العينة	المتغيرات
دال	0.01	0.000	0.72	50	توفر المساندة الاجتماعية
				50	الدعم الاجتماعي المدرك

يتبين من خلال الجدول رقم (07) أن معامل الارتباط جاء موجبا بقيمة 0.72، ودال عند مستوى دلالة 0.01، مما يؤكد أن بعد توفر المساندة الاجتماعية يتمتع بصدق اتفاقي مرتفع.

ج- الصدق الاتفاقي لبعد الرضا عن المساندة الاجتماعية:

تم حساب الصدق الاتفاقي بتقدير مدى ارتباط بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية لمقياس المساندة الاجتماعية بمقياس الدعم الاجتماعي المدرك، وذلك بحساب معامل الارتباط بين متغير الرضا عن المساندة الاجتماعية ومتغير الدعم الاجتماعي المدرك، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (08): معامل الارتباط بين متغير الرضا عن المساندة الاجتماعية ومتغير الدعم الاجتماعي المدرك

القرار	مستوى الدلالة المعتمد	مستوى الدلالة المحسوب	معامل الارتباط	العينة	المتغيرات
دال	0.01	0.003	0.41	50	الرضا عن المساندة الاجتماعية
				50	الدعم الاجتماعي المدرك

يتبين من خلال الجدول رقم (08) أن معامل الارتباط جاء موجبا بقيمة 0.41، ودال عند مستوى دلالة 0.01، مما يؤكد أن بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية يتمتع بصدق اتفاقي.

ثانيا: الصدق الذاتي لمقياس المساندة الاجتماعية

تم حساب الصدق الذاتي لمقياس المساندة الاجتماعية الكلي وكذلك لبعديه (توفر المساندة الاجتماعية، الرضا عن المساندة الاجتماعية)، بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (09): معاملات الصدق الذاتي لمقياس المساندة الاجتماعية

معاملات الصدق الذاتي	معاملات الثبات	المتغيرات
0.94	0.88	المساندة الاجتماعية الكلي
0.95	0.90	بعد توفر المساندة الاجتماعية
0.97	0.94	بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية

من الجدول رقم (09) يتضح لنا أن معاملات الصدق الذاتي لمقياس المساندة الاجتماعية الكلي، وكذا لبعديه (بعد توفر المساندة الاجتماعية وبعد الرضا عن المساندة الاجتماعية)، موجبة ودالة احصائيا عند 0.01، فالبتالي يتمتع مقياس المساندة الاجتماعية الكلي وبعديه من صدق ذاتي مرتفع.

2-5-1-2- ثبات مقياس المساندة الاجتماعية:

قام الباحث بحساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية وبعديه، باستعمال معادلة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية.

أ- ثبات مقياس المساندة الاجتماعية الكلي:

● ثبات مقياس المساندة الاجتماعية الكلي بحساب معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية الكلي بمعادلة ألفا كرونباخ، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (10): معامل الثبات لمقياس المساندة الاجتماعية الكلي عن طريق معادلة ألفا كرونباخ

معاملات الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ	المتغير
0.79	المساندة الاجتماعية الكلي

يتبين من الجدول رقم (10) أن معامل ثبات مقياس المساندة الاجتماعية الكلي بمعادلة ألفا كرونباخ بلغ 0.79، وهي نتيجة تبين تمتع المقياس الكلي للمساندة الاجتماعية بثبات عال.

● ثبات مقياس المساندة الاجتماعية الكلي بطريقة التجزئة النصفية:

تعتمد طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات الأداة على تجزئتها الى جزئين متكافئين ثم حساب معامل الارتباط بينهما وتعديله باستخدام معادلة سبيرمان براون، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (11): معامل ثبات مقياس المساندة الاجتماعية الكلي بطريقة التجزئة النصفية

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة المحسوب	مستوى الدلالة المعتمد	القرار
الدرجات الفردية	50	0.79	0.000	0.01	دال
الدرجات الزوجية	50				

يتبين من خلال الجدول رقم (11) أن معامل الارتباط جاء موجبا بقيمة 0.79، ودال عند مستوى دلالة 0.01.

تم تعديل معامل ارتباط برسون باستعمال معادلة سبيرمان براون كما يلي:

$$IR = 2 \times r / 1 + r = 2 \times 0.79 / 1 + 0.79 = 0.88$$

وبالتالي بلغ معامل الارتباط 0.88 والذي يعبر عن تمتع مقياس المساندة الاجتماعية الكلي بثبات عال.

ب- ثبات أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية:

● ثبات أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية بحساب معامل ألفا كرونباخ:

وللتأكد من ثبات بعد توفر المساندة الاجتماعية وبعد الرضا عن المساندة الاجتماعية قام الباحث بحسابه بطريقة معادلة ألفا كرونباخ، والنتائج المتوصل عليها مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (12): معاملات الثبات لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية بمعادلة ألفا

كرونباخ

المتغيرات	معاملات الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ
بعد توفر المساندة الاجتماعية	0.89
بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية	0.85

من الجدول رقم (12) يتضح لنا أن معاملات ثبات أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية، بعد توفر المساندة الاجتماعية وبعد الرضا عن المساندة الاجتماعية، موجبة ودالة احصائيا عند 0.01، فالبتالي تتمتع أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية بثبات مرتفع.

● ثبات بعد "توفر المساندة الاجتماعية" بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (13): معامل ثبات بعد "توفر المساندة الاجتماعية" بطريقة التجزئة النصفية

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة المحسوب	مستوى الدلالة المعتمد	القرار
الدرجات الفردية	50	0.88	0.000	0.01	دال
الدرجات الزوجية	50				

يتبين من خلال الجدول رقم (13) أن معامل الارتباط جاء موجبا بقيمة 0.88، ودال عند مستوى دلالة 0.01.

تم تعديل معامل ارتباط برسون باستعمال معادلة سبيرمان براون كما يلي:

$$IR = 2 \times r / 1 + r = 2 \times 0.88 / 1 + 0.88 = 0.94$$

وبالتالي بلغ معامل الارتباط 0.94 والذي يعبر عن تمتع بعد "توفر المساندة الاجتماعية" بثبات عال.

● ثبات بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية" بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (14): معامل ثبات بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية" بطريقة التجزئة

النصفية

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة المحسوب	مستوى الدلالة المعتمد	القرار
الدرجات الفردية	50	0.82	0.000	0.01	دال
الدرجات الزوجية	50				

يتبين من خلال الجدول رقم (14) أن معامل الارتباط جاء موجبا بقيمة 0.82، ودال عند مستوى دلالة 0.01.

تم تعديل معامل ارتباط برسون باستعمال معادلة سبيرمان براون كما يلي:

$$IR = 2 \times r / (1+r) = 2 \times 0.82 / (1+0.82) \\ = 0.90$$

وبالتالي بلغ معامل الارتباط 0.90 والذي يعبر عن تمتع بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية" بثبات عال.

2-5-2- حساب الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

قام الباحث بحساب صدق وثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب.

2-5-2-1- صدق قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

قام الباحث بحساب صدق قائمة بيك الثانية للاكتئاب بطريقتين، طريقة الصدق الاتفاقي وطريقة الصدق الذاتي.

أ- الصدق الاتفاقي لقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

تم حساب الصدق الاتفاقي بتقدير مدى ارتباط قائمة بيك الثانية للاكتئاب بمقياس اليأس، وذلك بحساب معامل الارتباط بين متغير الاكتئاب ومتغير اليأس، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

ملاحظة: مقياس اليأس أعده كلا من بيك وستير (Beck et Steer, 1988)، يتكون من 30 عبارة، وتم تقنينه على البيئة الجزائرية من طرف الباحث بشير معمريّة من جامعة الحاج لخضر بباتنة عام 2005.

جدول رقم (15): معامل الارتباط بين متغير الاكتئاب ومتغير اليأس

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة المحسوب	مستوى الدلالة المعتمد	القرار
الاكتئاب	50	0.90	0.000	0.01	دال
اليأس	50				

يتبين من خلال الجدول رقم (15) أن معامل الارتباط جاء موجبا بقيمة 0.90، ودال عند مستوى دلالة 0.01، مما يؤكد أن مقياس الاكتئاب يتمتع بصدق اتقائي مرتفع.

ب- الصدق الذاتي لقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

تم حساب الصدق الذاتي لقائمة بيك الثانية للاكتئاب بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (16): معامل الصدق الذاتي لقائمة بيك الثانية للاكتئاب

المتغير	معامل الثبات	معامل الصدق الذاتي
الاكتئاب	0.82	0.90

من الجدول رقم (16) يتضح لنا أن معامل الصدق الذاتي لقائمة بيك الثانية للاكتئاب موجبة ودالة احصائيا عند 0.01، فالبتالي تتمتع قائمة بيك الثانية للاكتئاب من صدق ذاتي مرتفع.

2-2-5-2- ثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

قام الباحث بحساب ثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب، باستعمال معادلة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية.

أ- ثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب بحساب معامل ألفا كرومباخ:

تم حساب ثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب بمعادلة ألفا كرومباخ، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (17): معامل الثبات لقائمة بيك الثانية للاكتئاب عن طريق معادلة ألفا كرومباخ

المتغير	معاملات الثبات بمعادلة ألفا كرومباخ
الاكتئاب	0.82

يتبين من الجدول رقم (17) أن معامل ثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب بمعادلة ألفا كرومباخ بلغ 0.82، وهي نتيجة تبين تمتع قائمة بيك الثانية للاكتئاب بثبات عال.

ب- ثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب بطريقة التجزئة النصفية:

تعتمد طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات الأداة على تجزئتها الى جزئين متكافئين ثم حساب معامل الارتباط بينهما وتعديله باستخدام معادلة سبيرمان براون، والجدول الموالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (18): معامل ثبات قائمة بيك الثانية للاكتئاب بطريقة التجزئة النصفية

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة المحسوب	مستوى الدلالة المعتمد	القرار
الدرجات الفردية	50	0.71	0.000	0.01	دال
الدرجات الزوجية	50				

يتبين من خلال الجدول رقم (18) أن معامل الارتباط جاء موجبا بقيمة 0.71، ودال عند مستوى دلالة 0.01.

تم تعديل معامل ارتباط برسون باستعمال معادلة سبيرمان براون كما يلي:

$$IR = 2 \times r / 1 + r = 2 \times 0.71 / 1 + 0.71$$

$$= 0.83$$

وبالتالي بلغ معامل الارتباط 0.83 والذي يعبر عن تمتع قائمة بيك الثانية للاكتئاب بثبات عال.

إذن سمحت الدراسة الاستطلاعية للباحث باستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يريد دراستها والمتعلقة بالمرضى المصابين بالسرطان، وصياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة، مع التعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للتحقيق العلمي، مع توضيح المفاهيم العلمية وتحديد معانيها تحديداً دقيقاً،... وقد سمحت هذه المرحلة للباحث في تحديد موضوع بحثه النهائي المتمثل في: "المساندة الاجتماعية وعلاقته بالتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان". كما سمحت له بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية وقائمة بيك الثانية للاكتئاب لدى عينة الدراسة الاستطلاعية المتمثلة في 50 حالة من المرضى المصابين بالسرطان الذين يستشيرون في خلية استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان، حيث استعملت طريقة حساب الصدق الاتقائي والصدق الذاتي لحساب صدق المقياسين، وطريقة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لحساب ثبات المقياسين. جاءت النتائج لتوضح صدق وثبات المقياسين، وبالتالي إمكانية استعمالهما في الدراسة الأساسية.

3- منهج البحث:

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن حقيقة بواسطة مجموعة من القواعد لتحديد العمليات للوصول إلى نتيجة معلومة (فوزي عبد الخالق وآخرون، 2007، ص.76).

ويقصد به الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة ظاهرة ما وتفسيرها ووصفها والتحكم فيها والتنبؤ بها، كما يتضمن المنهج ما يستخدمه الباحث من أدوات مختلفة للوصول إلى ذلك الهدف (فؤاد البهي السيد، 1975، ص.123)

واعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي، الذي يلائم طبيعة الموضوع الذي نحن بصدد دراسته وهو "المساندة الاجتماعية وعلاقته بالتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان".

يعرف هوني (Houny) المنهج الوصفي في مجال العلوم الاجتماعية على أنه المنهج الذي يجب أن يكون مقتصرًا أو مختصًا لبحث الظواهر والوقائع بما أنه يتضمن دراسة الحقائق الوصفية لمجموعة من الأوضاع (صلاح مصطفى الفوال، 1982، ص 58-59)

فهذا المنهج لا يقف عند حدود وصف الظاهرة موضوع البحث فقط، ولكنه يذهب أبعد من ذلك، فهو يحلّل، يفسر، يقارن، ويقيم أملا في التوصل إلى ما تزيد به رصيد المعرفة عن تلك الظاهرة، فهو الطريقة التي ترتبط بظاهرة ما قصد وصفها وصفا دقيقا، وتفسيرها تفسيراً علمياً، ويعتمد في ذلك على جميع البيانات الخاصة بالظاهرة المدروسة باستخدام الملاحظة أو المقابلة أو الاختبارات بما يتلاءم مع الموضوع. (عمار بوحوش وآخرون، 2001، ص.118).

فهو طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية محددة. والبحوث الوصفية تبحث حاضر الحوادث والأشياء مهما كان نوعها ومجالها، لغرض فهم هذا الحاضر وتوجيه مستقبله بالتحديث أو التصحيح، أو التعديل أو باقتراح بدائل أخرى لتجربتها وتقرير إمكانية تبنيها لتطوير الحاضر. (أماني محمد عبد الناصر، 2006، ص.72).

فالمنهج الوصفي الارتباطي سيساعد الباحث من التحقق من فرضيته الأولى والفرضيات الجزئية للفرضية الأولى المتمثلة في البحث عن وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية ببعديه (توفر المساندة الاجتماعية والرضا عن المساندة الاجتماعية) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

بحيث يحاول البحث الارتباطي تحديد ما إذا كان هناك ارتباط بين متغيرين كميين أو أكثر، ودرجة هذا الارتباط. والغرض من البحث الارتباطي تحديد وجود علاقة (أو عدم وجود علاقة) بين المتغيرات موضوع الدراسة. (رجاء محمود أبو علام، 2001، ص 86)

وسيساعد المنهج الوصفي المقارن الباحث من التحقق من فرضيته الثانية والثالثة والفرضيات الجزئية لهما المتمثلة في البحث عن وجود فروق في متغير المساندة الاجتماعية ومتغير الاكتئاب بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين في الريف والمقيمين في المدينة، الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان

فإذا تبين وجود فروق معنوية بين المجموعات المدروسة على أي من متغيرات الدراسة، فإنه يسعى الباحث حينئذ إلى الكشف عن الأسباب التي تقف وراء هذه الفروق عن طريق المقارنة بين هذه المجموعات بالنسبة لتلك المتغيرات. (سامي محمد ملحم، 2002، ص 384)

4- الدراسة الأساسية:

بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية والتي تم ذكرها بالتفصيل في عنصر سابق، والتي تعتبر كأول خطوة للتعرف والتقرب أكثر من الميدان وفهم معالم الموضوع، تم إنجاز الدراسة الأساسية والملخصة فيما يلي:

4-1- مجتمع الدراسة الأساسية:

نقصد بمجتمع الدراسة الأساسية جميع الأفراد أو العناصر أو الأشياء الذين لديهم خصائص مشتركة، يمكن ملاحظتها وقياسها، حيث يعرفه عدس عبد الله وآخرون

(1992) على أنه جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة البحث. (عدس عبد الرحمن وآخرون، 1992، ص 109)

فمجتمع الدراسة هو الهدف الأساسي من الدراسة حسب الباحثة رجاء محمود أبوعلام (2006)، حيث أنّ الباحث يعمّم في النهاية النتائج عليه ويمكن القول أننا لا ندرس عينات، وإنما ندرس مجتمعات، وما العينة التي نختارها إلا وسيلة دراسة خصائص المجتمع. (رجاء محمود أبو علام، 2006، ص 154 - 157).

فتحديد مجتمع البحث يعتمد على تحديد مقياس أو مقاييس تجمع بين الأفراد أو الأشياء، ويميّزهم عن غيرهم من الأفراد أو الأشياء الأخرى، فلقد تطرق الباحث موريس أنجريس إلى هذه النقطة في كتابه "منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية"، في قوله: "فأي كانت مجموعة البحث، فإنها لا تعرف إلا بمقياس يجعل بطريقة ما العناصر التي ستمثلها ذات خاصية مشتركة أو ذات طبيعة واحدة. بطبيعة الحال يمكن إنشاء مجتمع بحث أكثر تعقيدا يُحدد انطلاقا من أكثر من مقياس واحد". (موريس أنجريس، تر. بوزيد صحراوي وآخرون، 2006، ص 298-299)

وانطلاقا من المقاييس التي ذكرها موريس أنجريس، يرى الباحث في أنه اعتمد على مقاييسين أساسيين في اختياره لمجتمع بحثه، فالمقياس الأول هو مرضى السرطان، والمقياس الثاني هو مكان العلاج، بمعنى أن مجتمع البحث الحالي يتمثل في مرضى السرطان الذين يتوافدون على مصلحة السرطان بقطب بالوا للمستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو.

أما عن حجم مجتمع الدراسة فاستمد من خلال الملتقى العلمي والتحسيبي حول مرض السرطان المنعقد يوم 03 أبريل 2017 بقاعة المحاضرات الكبرى للمستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو، حيث صرحت البروفيسورة شريفة صدقاوي رئيسة قسم السرطان بنفس المستشفى أن عدد المرضى الذين تم علاجهم بلغ 208 مرضى عام 2006، للوصول في عام 2012

إلى 1.458 متقدم جديد للعلاج، وتحقيق الاستقرار بين 1.100 و 1.200 مريض منذ عام 2013 إلى نهاية عام 2016. وارتفع العدد الإجمالي للاستشارات الطبية التي أجراها الطاقم الطبي من نفس القسم من 619 استشارة في عام 2006 إلى أكثر من 9.800 خلال الأعوام 2012 و 2013 و 2014، و 8.700 في عامي 2015 و 2016.

(Reporters, Tizi-Ouzou/CHU Nedir-Mohammed: Le cancer en progression «remarquable», mercredi, 05 avril 2017 à 06:00, <http://www.reporters.dz>)

فحجم مجتمع البحث يتكون من عدد المرضى المتقدمين للعلاج والمقدين بـ 1.200 مريض كحد أقصى لعام 2016. ولم يعتمد الباحث على عدد الاستشارات الطبية في تحديد مجتمع بحثه والتي جاءت بعدد 8.700 خلال سنة 2016، لأنها لا تمثل عدد المرضى بل عدد الاستشارات، أي يمكن لمريض واحد يأن يستفيد من عدة استشارات في نفس العام.

4-2- عينة الدراسة الأساسية:

لانجاز الدراسة الأساسية لبد من اختيار عينة البحث لأنها المحور الذي يدور حوله كل البحث، فعليها تُتطبق مقاييس البحث حيث تسمح لنا معطياتها في التحليل والتفسير والمناقشة.

4-2-1- تعريف العينة:

إذا استطاع الباحث إجراء دراسته على جميع أفراد المجتمع، فإن دراسته تكون ذات نتائج أقرب للواقع وأكثر دقة، ولكن الباحث قد يجد صعوبة في التعامل مع كل مشاهدة من مشاهدات المجتمع لعدة أسباب، مما سيضطره لإجراء الدراسة على مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، وهذه المجموعة نسميها عينة الدراسة. (الكالدة ظاهر وجودة كاظم، 1997، ص 177). فهي تحقق أغراض البحث وتعني الباحث عن مشقات المجتمع الأصلي.

والغرض من اختيار العينة هو الحصول على معلومات تتعلق بمجتمع البحث والدافع الأساسي وراء اختيار العينة هو توفير الوقت والبعد والتكاليف ولذلك فإن العينة السليمة التي يختارها الباحث بطريقة دقيقة حقيقية، تعطي نتائج دقيقة. (رجاء محمود أبو علام، 2006، ص.153).

ونتطلع أن تسمح لنا العينة المتكونة من بعض العشرات، المئات أو الآلاف من العناصر، وذلك حسب الحالة، والمأخوذة من مجتمع بحث معين بالوصول إلى التقديرات التي يمكن تعميمها على كل مجتمع البحث الأصلي. (موريس أنجريس، تر. بوزيد صحراوي وآخرون، 2006، ص 301)

إن اختيار العينة بشكل دقيق ومناسب يعطي نتائج مشابهة إلى حد كبير للنتائج التي يمكن الحصول عليه عند دراسة كامل مجتمع الدراسة، وبشكل عام كلما كان حجم العينة أكبر كلما زاد تمثيلها لخصائص المجتمع موضوع الدراسة، لذلك يمكن تعميم النتائج التي يتم التوصل إليها من خلال دراسة العينة على مجتمع الدراسة الأصلي. (عودة احمد سليمان، وملاوي فتحي، 1992، ص 167)

إن طبيعة البحث وفرضياته وخطته تتحكم في خطوات تنفيذ واختيار عينته وأدواته، والأهداف التي يضعها الباحث لبحثه، كالإجراءات التي يستخدمها ستحدد طبيعة العينة التي سيختارها. ولقد تم انتقاء عينة البحث اعتمادا على بعض المعايير التي سيتطرق إليها الباحث في العنصر الموالي.

4-2-2- طريقة اختيار عينة البحث:

لقد تم اختيار عينة بحثنا بالاعتماد على طريقة العينة المقصودة لأنه ليس كل أفراد مجتمع البحث لهم نفس الفرصة في الظهور، فهي عينة يتم اختيارها بشكل غير عشوائي، ووفقا لمعايير معينة.

يعرف الباحث **عبيدات واخرون** العينة المقصودة بانها: "الطريقة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظر لتوفر بعض الخصائص في أولئك الافراد دون غيرهم، ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينة في حالة توفر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي. (عبيدات محمد واخرون، 1999، ص 65-96)

ويعرفها الباحث **كمال محمد المغربي** على أساس أن هذه الطريقة تستخدم في حالة معرفة الباحث للمعالم الإحصائية للمجتمع وخصائصها، لان العينة المقصودة تتكون من مفردات تمثل المجتمع الأصلي تمثيلا جيدا، وهنا يقوم الباحث باختيار مناطق معينة تتميز بتمثيلها لخصائص المجتمع ومزاياه. (كمال محمد المغربي، 2007، ص 147)

ولقد تم اختيار الباحث لعينة بحثه بطريقة قصدية على أساس بعض المعايير التي استنتجها واستتبها خلال مطالعاته لأدبيات الموضوع، أو من خلال تجربته الميدانية، أو من خلال دراسته الاستطلاعية. وتتمثل هذه المعايير في:

- أن تشمل عينة الدراسة المرضى الذين تتعدى أعمارهم 18 سنة، وبالتالي نستبعد مرحلة الطفولة التي يكون فيها الطفل المريض لم يكوّن بعد تصورا معرفيا كاملا حول طبيعة المرض، كما نستبعد مرحلة المراهقة خاصة مراحل المراهقة المبكرة والمتوسطة أين يمكن أن تؤثر خصوصيات هذه المراحل على أهداف الدراسة الحالية. ولقد اعتمدنا في تقسيم الفئات أثناء عرض خصائص الدراسة الاستطلاعية والأساسية حسب السن على النمو النفسي الاجتماعي لإريك اركسون.
- أن تشمل عينة الدراسة المرضى الذين لديهم مستوى إبتدائي وما فوق، وبالتالي نستبعد المرضى الذين ينتمون إلى فئة "دون المستوى" الذين لا يتقنون اللغة العربية، بسبب أنهم يتطلّبون وقتا كبيرا لشرحهم بنود المقياسين، كما يعود السبب إلى تقادي

الباحث احتمالية وقوعه في أخطاء موضوعية أو ذاتية أثناء الشرح الكلي (بند ببند) لكلا المقياسين.

- أن تشمل عينة الدراسة المرضى الذين يدركون طبيعة مرضهم، وبالتالي نستبعد المرضى الذين يجهلون طبيعة مرضهم على الرغم من توفرهم على المعيارين السابقين، لأن ذلك لا يخدم الهدف من البحث. فتجربة الباحث بيّنت له أن هناك بعض المرضى يعالجون بسبب السرطان ولكنهم يجهلون طبيعة مرضهم، كما هو الحال عند بعض كبار السن، أو الذين ينتمون إلى فئة الأميين، فئة المتخلفين عقليا، أو الذين يعانون من أمراض سيكاترية...

- أن تشمل عينة الدراسة المرضى الذين مرت عليهم بعض الأشهر من بداية اكتشافهم للمرض، وبالتالي نستبعد المرضى الذين علموا بطبيعة مرضهم إلا مؤخرا، لأن بعد الإعلان عن التشخيص قد يصيب المريض بالذهول (La sidération) لفترة من الوقت، وقد ينكر الإصابة بالمرض كردّة فعلية أولية باستعمال ميكانيزم الإنكار (Le deni)، ويمكن أن يدخل في دوامة من الغضب والسخط (La colère) والشعور بالذنب (Culpabilité) لفترة معينة...، وهي المراحل الأولى التي يمر منها مريض السرطان بعد تلقي خبر إصابته بالسرطان كما جاء في بعض الكتابات العلمية، وفي هذه المراحل تكتسي المساندة النفسية والاجتماعية أهمية كبيرة في امتصاص الصدمة رغم أنّ آثارها الايجابية تظهر في وقت لاحق، لأن المريض مرهون بتجاوز هذه المراحل التي تعتبر ردّات فعل طبيعية تدخل في إبطار حداد المرض. وبسبب كل هذا استبعد الباحث هذه الفئة من عينة بحثه والتي قد تؤثر سلبا في الأهداف المرجوة من البحث، وفضل التعامل مع الحالات التي مرت عليها ثلاثة أشهر أو أكثر من بداية معرفتها بالإصابة بمرض السرطان.

4-2-3- حجم عينة البحث:

كلما كان حجم عينة البحث كبيراً، كلما كانت النتائج المتحصلة عليها أكثر دقة وتمثيلاً، لكن هناك العديد من العوامل التي تساهم في عدم قدرة الباحث على تبني عينة كبيرة للدراسة كعامل الوقت والمال... (عبد الرحمن العيسوي، 1999، ص. 102). إضافة إلى أن الدراسات المنهجية الحديثة أكدت أنه كلما كان المجتمع الأصلي كبيراً كلما كان للباحث حرية اختيار حجم عينة بحثه (المرجع السابق، 1999، ص. 102). وحجم العينة هو عدد عناصرها. (فوزي عبد الخالق وعلي إحسان شوكت، 2007، ص. 157).

اتبع الباحث طريقة منهجية في اختيار حجم عينة بحثه، فقد لجأ إلى المديرية العامة للديوان الوطني للإحصائيات (ONS - Direction générale de l'Office National des statistiques) المتواجدة بشارع محمد بلقاسم، واد كنيس، رويسو بالجزائر العاصمة، حيث قدّم طلب خطي يفسر فيه طبيعة طلبه المتمثل في تحديد حجم عينة بحثه المتمثلة في المرضى المصابين بالسرطان، وأودع الطلب يوم 2016/06/06، وهي نفس فترة إيداع طلب بحث ميداني في مصلحة طب السرطان، وحدة بالوا، بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو.

تم تحويل طلب الباحث من المديرية العامة للديوان إلى مديرية إحصائيات السكان والشغل (DPE) (Direction technique chargée de la Population et de l'Emploi) التابعة للديوان الوطني للإحصائيات والتي تقع في شارع المسبلين، الجزائر العاصمة وسط، تحت رقم (668 DG ONS)، حيث تم البث فيه يوم 13 ديسمبر 2016 من طرف مديرية إحصائيات السكان والشغل السيدة لكحل أمال، يوم استقبال الباحث من طرف هذه الأخيرة. وتم تحديد حجم العينة بـ 30 حالة ممثلة لكل مجموعة، وقد كتبت بهذه العبارة أسفل الطلب الخطي بطلب من الباحث:

« S'assurer de disposer de 30 observations par groupe pour assurer la représentativité et l'adhésion à loi des grands nombres »

وجد الباحث غموض في كلمة (Groupe)، فاستقر عنها خلال المقابلة التي جمعتها مع المديرية، ما جعل الأمور تصبح أكثر وضوحاً.

تمثل كلمة المجموعة (Groupe) عدد كل خاصية من خصائص عينة البحث الداخلة في الفرضيات، بمعنى على سبيل المثال، بالنسبة للجنس لبد أن تتوفر العينة على الأقل 30 حالة للذكور و30 حالة للإناث. (أنظر الملحق)

ولبلوغ هذا العدد لكل متغير (الذكور والإناث بالنسبة للجنس، العزاب والمتزوجين بالنسبة للحالة المدنية، المقيمين في المدينة والمقيمين في الريف بالنسبة للإقامة...)، ارتأى الباحث بذل مجهوداته للرفع من حجم عينة بحثه، رغم وجود عوامل تحول دون قدرة الباحث على تبني عينة كبيرة للدراسة، كعامل الوقت والمال كما أكده عبد الرحمن العيسوي (1999) أو لطبيعة موضوع البحث وعينته.

وفي الأخير استطاع الباحث بعد جهد جمع عدد 150 حالة مصابة بالسرطان، لأن التعامل مع مرضى من هذا النوع ليس بالأمر اليسير، والسبب:

- المرضى الماكثين في المستشفى (Hospitalisés) غالبا ما نجدهم في ظروف صحية لا تسمح لهم بحديث مطول.
- المرضى الذين يأتون خلال اليوم للمصلحة غالبا ما يكونون منشغلين بأمر تخصهم كالاستشارات الطبية، العلاج الكيميائي، ...
- بعض المرضى توافدو من أماكن بعيدة، فتراهم مستعجلين للعودة خوفا من مشاكل المواصلات.
- بعض المرضى يكونون متعبين ومرهقين لأسباب طبية أو نفسية، أو بسبب مشق السفر...
- عدم توفر مكان يفي بشروط المقابلة في كل وقت بسبب ظروف المصلحة وعدد المرضى المتوافدين عليها...

- بعض المرضى يأخذون وقت طويل أثناء المقابلة...، يلتمسون المساندة والتوجيه من طرف الباحث، ما يجعل الأخير ينهي مقابلاته مع المرضى بفترة من التحسيس والتوجيه والمساندة النفسية.

كل هذه الأسباب وأسباب أخرى مثل ارتباط الباحث بظروف عمله بقسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة تيزي وزو، جعلته يصل إلى حجم 150 حالة في مدة زمنية معتبرة.

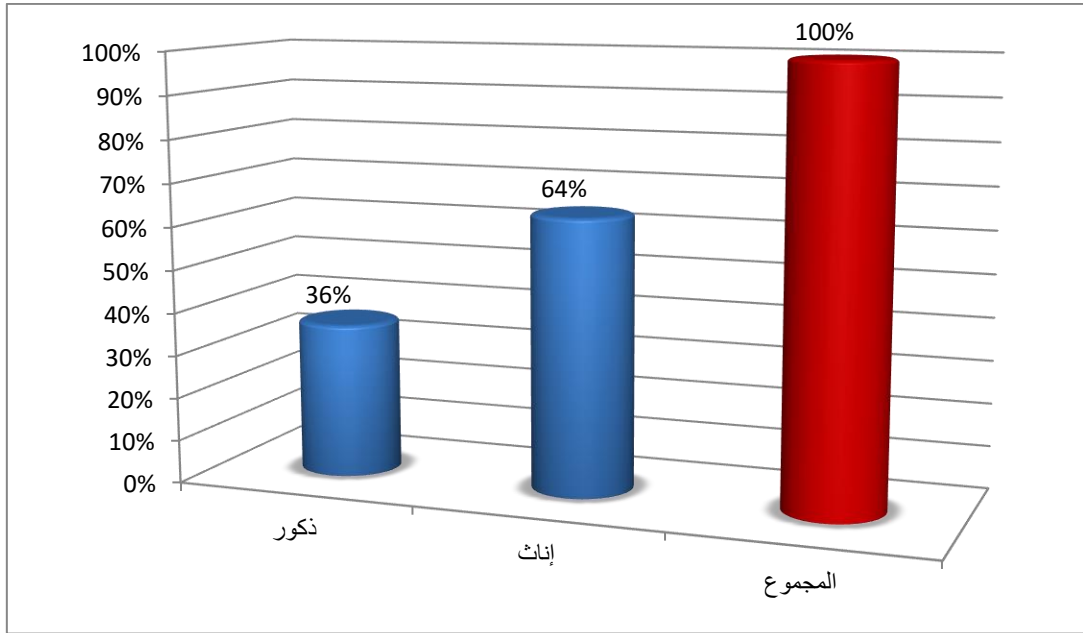
4-2-4- عينه الدراسة الأساسية:

سنتطرق في هذا العنصر الى ذكر أهم الخصائص التي تتميز بها عينه الدراسة الأساسية، وسيتم عرضها في جداول وتمثيلها بيانيا عن طريق أعمدة بيانية حتى تبدو واضحة سهلة الاستيعاب من طرف القارئ.

4-2-4-1- خصائص عينه الدراسة الأساسية حسب الجنس:

الجدول رقم (19): توزيع عينه البحث الدراسة الأساسية حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات الجنس
36 %	54	ذكور
64 %	96	إناث
100 %	150	المجموع



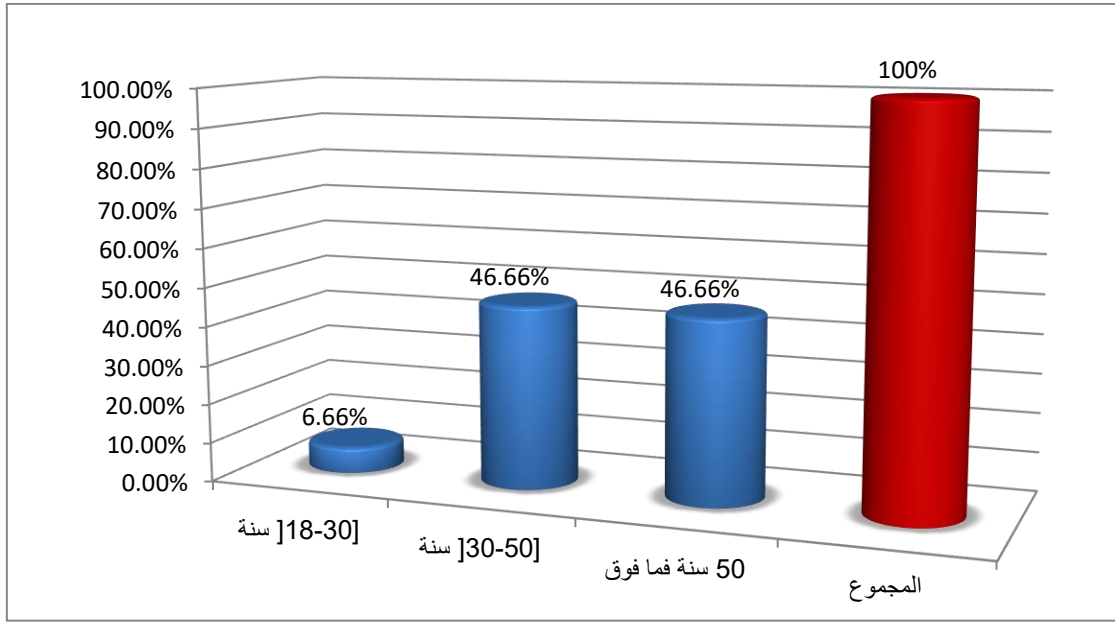
الشكل رقم (06): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس

من الجدول رقم (19) والشكل رقم (06)، نلاحظ أن نسبة الإناث البالغة 64 % بتكرار 96 أكبر من نسبة الذكور البالغة 36 % بتكرار 54، وهو يعبر عن واقع مصلحة السرطان للمستشفى الجامعي ندير محمد لتيزي وزو حيث نسبة الإناث المتوافدة عليه أكبر من نسبة الذكور.

4-2-4-2- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب السن:

الجدول رقم (20): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب السن

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات السن
06.66 %	10	[30-18] سنة
46.66 %	70	[50-30] سنة
46.66 %	70	50 سنة فما فوق
100 %	150	المجموع



الشكل رقم (07): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب السن

من الجدول رقم (20) والشكل رقم (07)، نلاحظ أن نسبة الفئة العمرية ([50-30] سنة) مماثلة لنسبة الفئة العمرية (50 سنة وما فوق) بـ 46.66% بتكرار 70، تليها فئة ([30-18] سنة) بنسبة 6.66% بتكرار 10، مما يدل على أن عدد كبير من أفراد العينة الاستطلاعية من كبار السن.

ملاحظة:

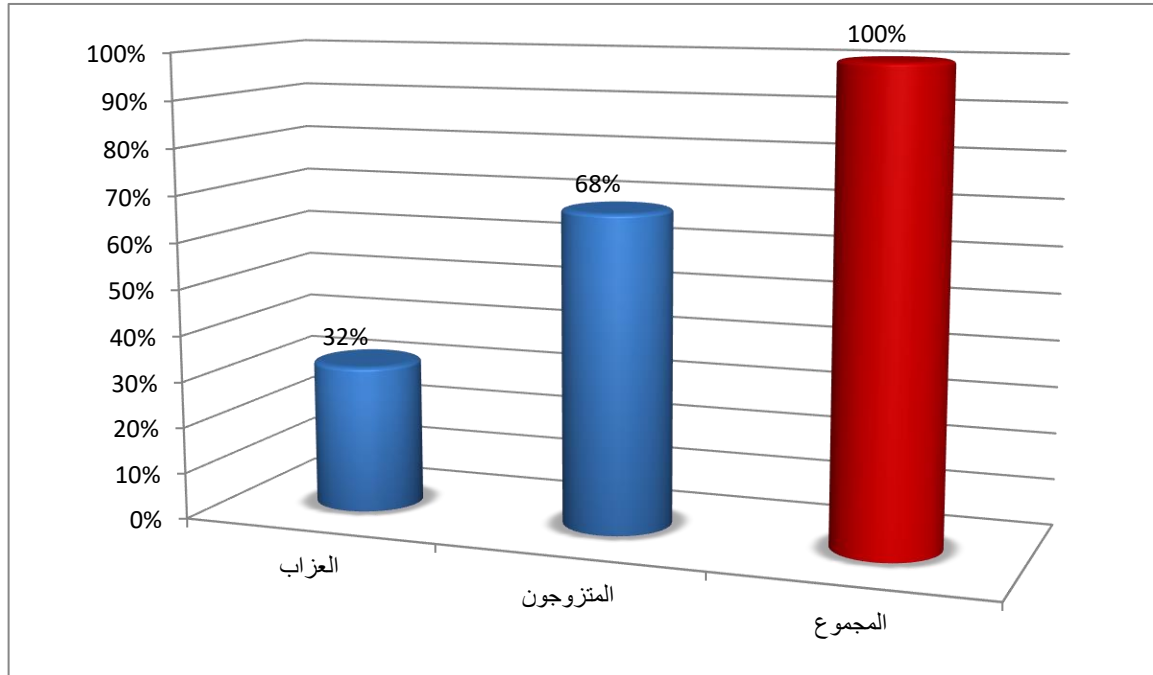
إن تقسيم الفئات على الطريقة السابقة لم يتم بطريقة عفوية وإنما باعتماد الباحث على

تقسيم النمو النفس الاجتماعي لـ إريك إريكسون (Erik Erikson). (Helen Bee, p. 34)

4-2-4-3- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة المدنية:

الجدول رقم (21): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة المدنية

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات
32%	48	عزاب
68%	102	متزوجون
100%	50	المجموع

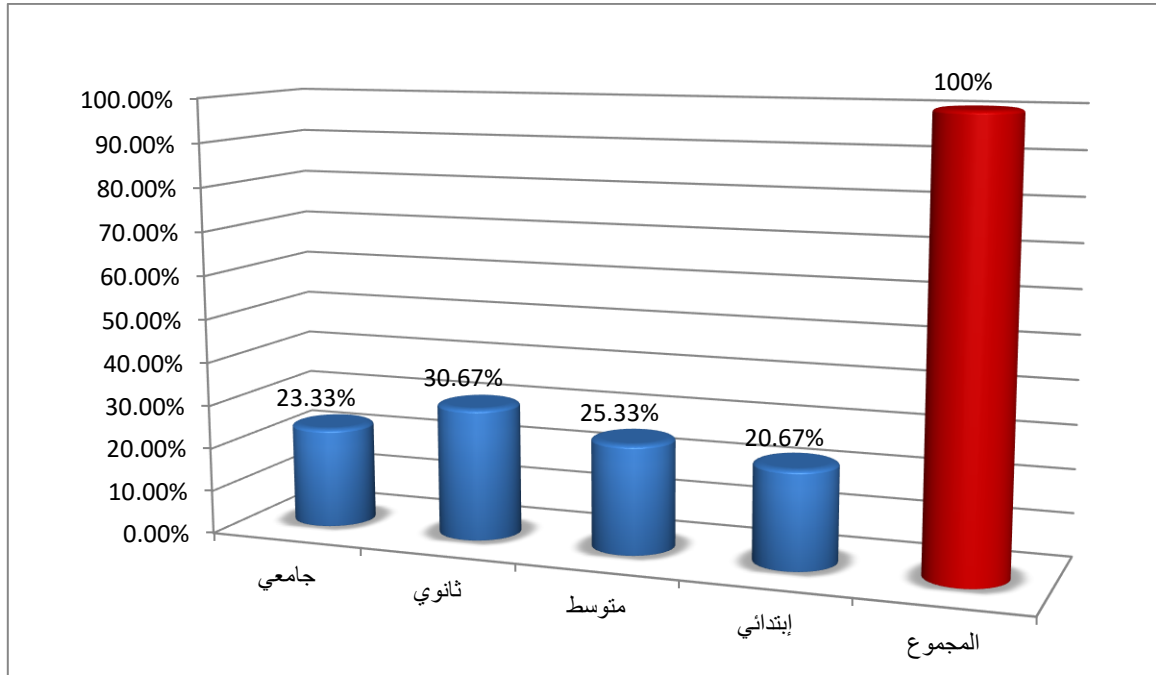


الشكل رقم (08): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب الحالة المدنية من الجدول رقم (21) والشكل رقم (08)، نلاحظ أن نسبة المتزوجين البالغة 68 % بتكرار 102 أكبر من نسبة العزّاب البالغة 32 % بتكرار 48، وهو يعبر عن واقع مصلحة السرطان للمستشفى الجامعي ندير محمد لتيزي وزو حيث نسبة المتزوجين المتوافدة عليها أكبر من نسبة العزّاب.

4-4-2-4- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى الدراسي:

الجدول رقم (22): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات المستوى التعليمي
23.33 %	35	جامعي
30.67 %	46	ثانوي
25.33 %	38	متوسط
20.67 %	31	ابتدائي
100 %	50	المجموع



الشكل رقم (09): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي

من الجدول رقم (22) والشكل رقم (09)، نلاحظ أن أكبر نسبة من أفراد العينة الأساسية مستواهم التعليمي ثانوي بـ 30.67 % وبتكرار 46، يليه المستوى المتوسط بنسبة 25.33 % وبتكرار 38، ثم المستوى الجامعي بنسبة 23.33 % وبتكرار 35، وفي الأخير المستوى الابتدائي بنسبة 20.67 % وبتكرار 31.

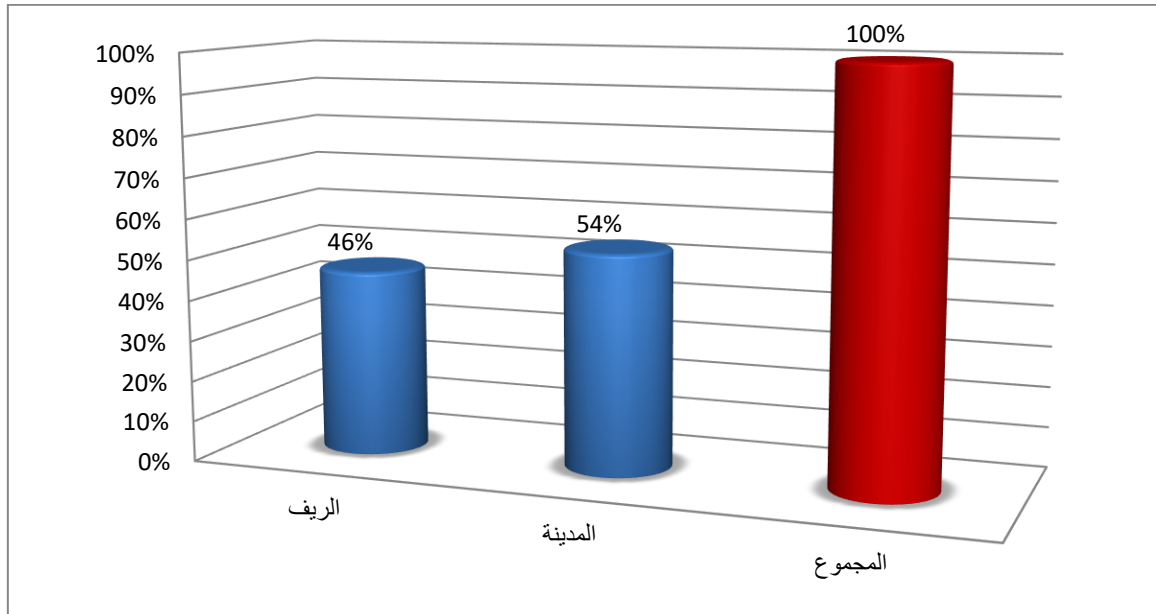
وبصفة عامة هناك تقارب إلى حد كبير في نسب المستوى التعليمي للأطوار الأربعة (الجامعي، الثانوي، المتوسط، الابتدائي).

ومن الملاحظ هنا أن الباحث أقصى الأفراد (دون المستوى) لأسباب ذكرت خلال عنصر الدراسة الاستطلاعية.

4-2-4-5- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع الإقامة:

الجدول رقم (23): توزيع عينة البحث الدراسة الأساسية حسب نوع الإقامة

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات نوع الإقامة
46 %	69	الريف
54 %	81	المدينة
100 %	150	المجموع



الشكل رقم (10): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب نوع الإقامة

من الجدول رقم (23) والشكل رقم (10)، نلاحظ أن نسبة الأفراد المقيمين بالمدينة بلغت 54 % بتكرار 81، وهي أكبر من نسبة الأفراد المقيمين بالريف البالغة 46 % بتكرار 69. وقد يعود السبب الى أن نسبة سكان المدن اكبر من نسبة سكان الأرياف بسبب التجمعات السكانية فيها لتوفر المرافق الاجتماعية فيها وفرص العمل مقارنة بالأرياف.

4-2-4-6- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان:

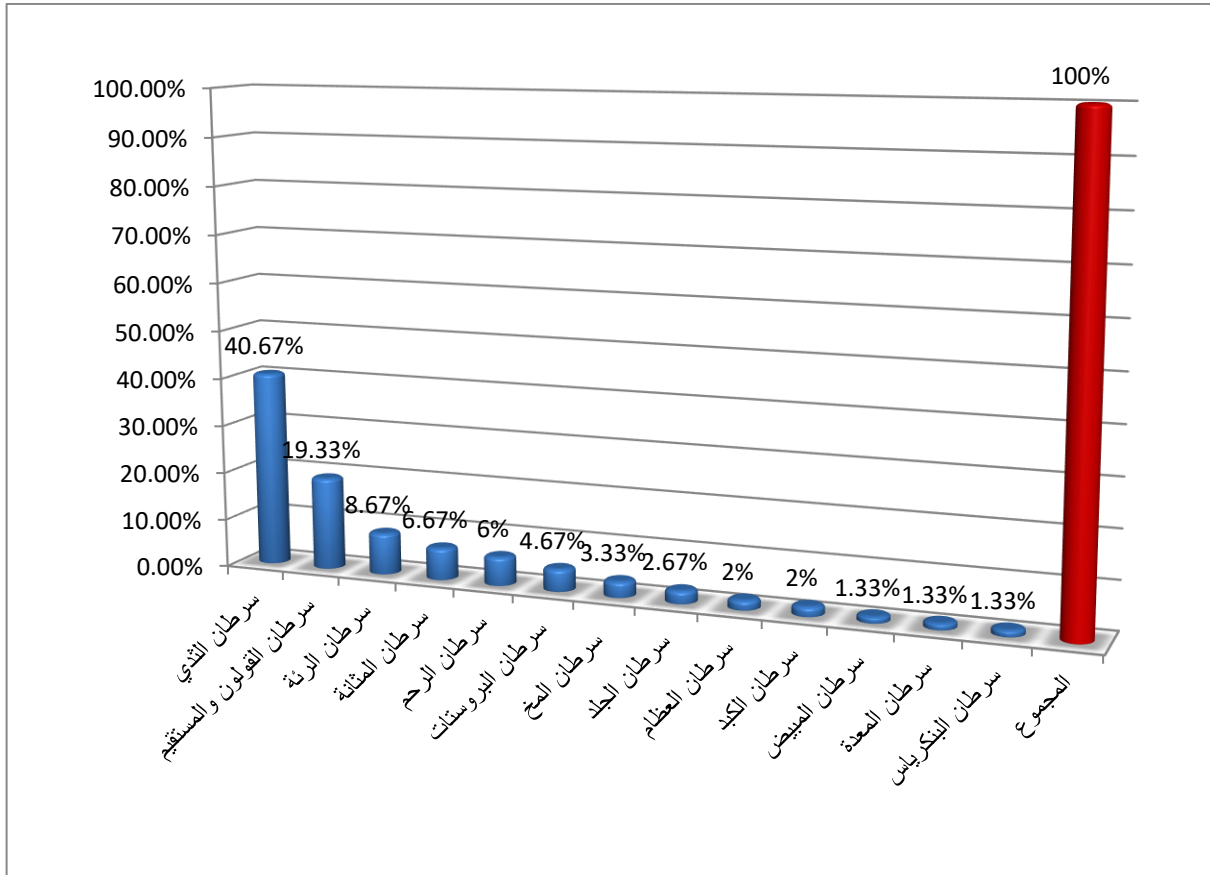
سنقوم في هذا العنصر بعرض أنواع السرطانات الشائعة لدى عينة بحثنا، بعدها

سنعرض السرطانات الشائعة لكل من جنس الذكور والإناث كل على حدى.

أ- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان للعينة ككل:

الجدول رقم (24): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان للعينة ككل

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات
		نوع السرطان
% 40.67	61	سرطان الثدي
% 19.33	29	سرطان القولون والمستقيم
% 08.67	13	سرطان الرئة
% 06.67	10	سرطان المثانة
% 06	09	سرطان الرحم
% 04.67	07	سرطان البروستات
% 03.33	05	سرطان المخ
% 02.67	04	سرطان الجلد
% 02	03	سرطان العظام
% 02	03	سرطان الكبد
% 01.33	02	سرطان المبيض
% 01.33	02	سرطان المعدة
% 01.33	02	سرطان البنكرياس
% 100	150	المجموع



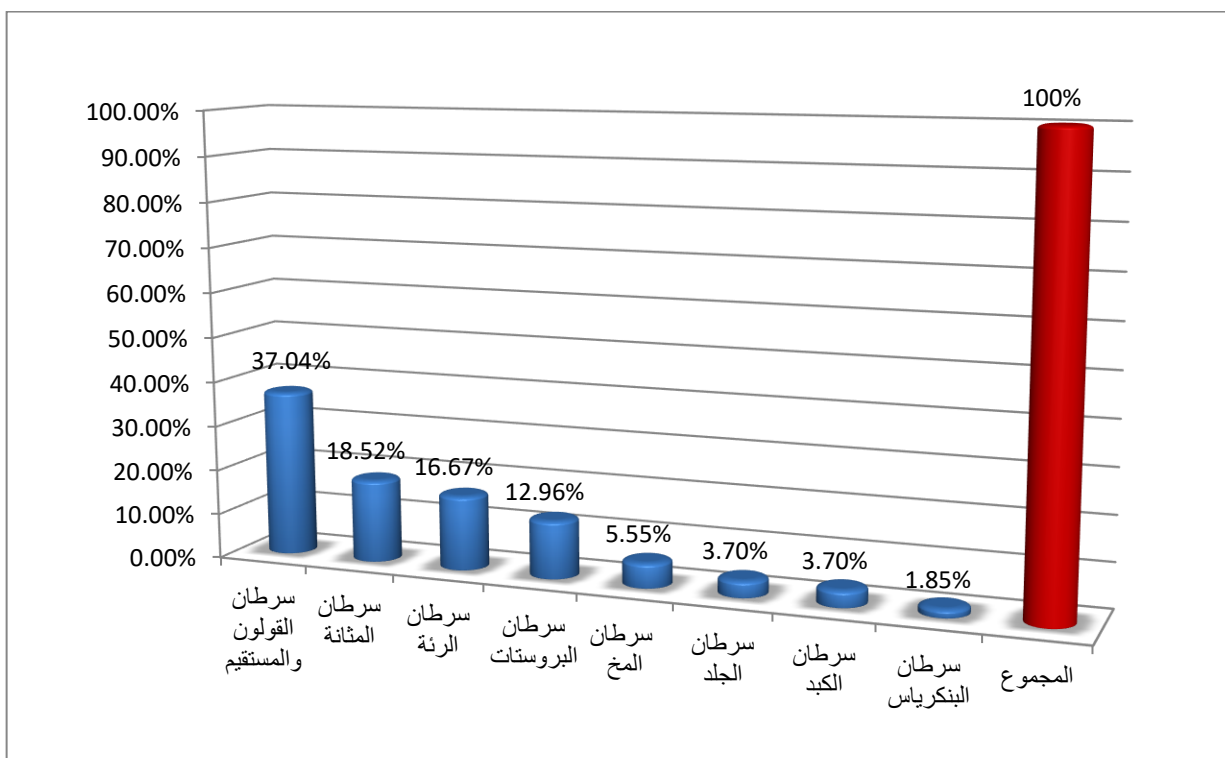
الشكل رقم (11): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب نوع السرطان للعينة ككل

من الجدول رقم (24) والشكل رقم (11) نلاحظ أن نسبة الإصابة بسرطان الثدي أعلى نسبة لدى أفراد عينتها الأساسية وذلك بـ 40.67% وبتكرار 61، وتليها نسبة سرطان القولون والمستقيم بـ 19.33% وبتكرار 29، نسبة سرطان الرئة بـ 8.67% وبتكرار 13، نسبة سرطان المثانة بـ 6.67% وبتكرار 10، سرطان الرحم بـ 6% وبتكرار 9، سرطان البروستات بـ 4.67% وبتكرار 7، تليها السرطانات الأخرى (المخ، الجلد، العظام، الكبد، المبيض، المعدة، البنكرياس) بنسب تتفاوت بين 01.33% إلى 03.33% وبتكرار يتراوح بين 02 إلى 05.

ب- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للذكور:

الجدول رقم (25): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للذكور

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات نوع السرطان (ذكور)
37.04 %	20	سرطان القولون والمستقيم
18.52 %	10	سرطان المثانة
16.67 %	09	سرطان الرئة
12.96 %	07	سرطان البروستات
05.55 %	03	سرطان المخ
03.70 %	02	سرطان الجلد
03.70 %	02	سرطان الكبد
01.85 %	01	سرطان البنكرياس
100 %	54	المجموع



الشكل رقم (12): أعمدة بيانية تمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان

بالنسبة للذكور

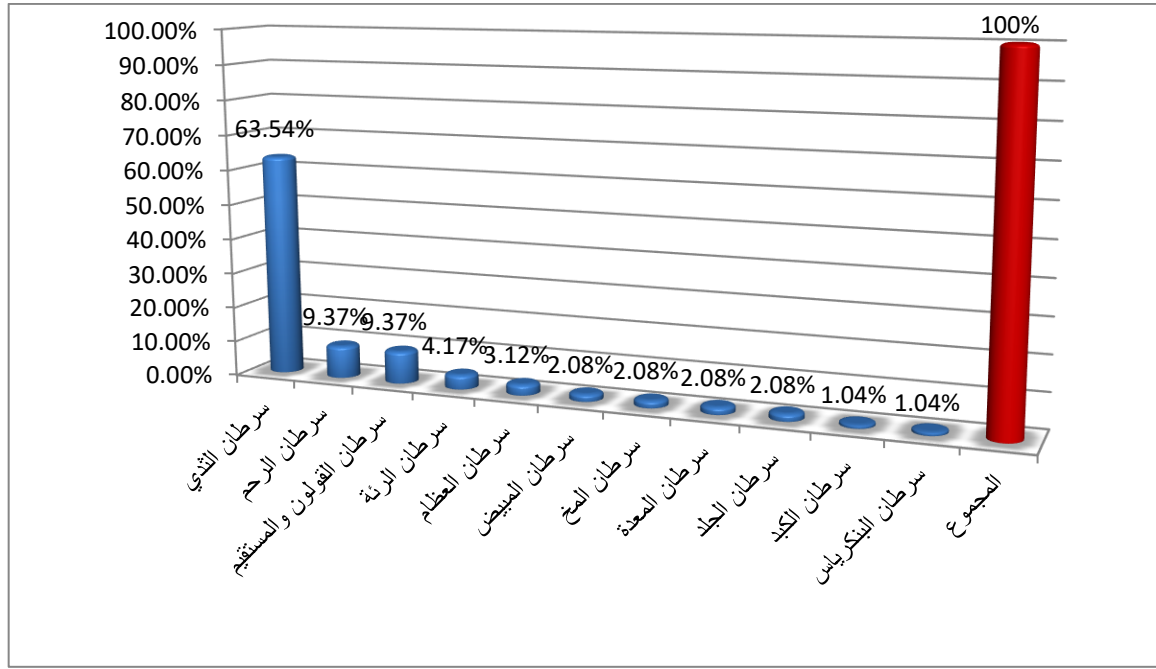
من الجدول رقم (25) والشكل رقم (12) نلاحظ أن نسبة الإصابة بسرطان القولون والمستقيم أعلى نسبة لدى أفراد عينتها الأساسية الذكور وذلك بـ 37.04 % وبتكرار 20، وتليها نسبة سرطان المثانة بـ 16.52 % وبتكرار 10، نسبة سرطان الرئة بـ 16.67 % وبتكرار 09، نسبة سرطان البروستات بـ 12.96 % وبتكرار 07، سرطان المخ بـ 05.55 % وبتكرار 03، سرطان الجلد وسرطان الكبد بنسب متماثلة 03.70 % وبتكرار 02، وفي الأخير سرطان البنكرياس بنسبة 01.85 % وبتكرار 01.

نلاحظ إذن أن سرطان القولون والمستقيم وسرطان المثانة والرئة أكثر انتشارا لدى الذكور، وهو يمثل واقع مصلحة السرطان للمستشفى الجامعي ندير محمد لتيزي وزو التي تحتل هذه السرطان الأغلبية بين كل حالات الذكور اللذين يتوافدون على المصلحة، وهي أيضا توافق مع إحصائيات محلية ووطنية. وقد يعود انتشار سرطان الرئة لدى الذكور الى التدخين.

ب- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للإناث:

الجدول رقم (26): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للإناث

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات نوع السرطان (إناث)
% 63.54	61	سرطان الثدي
% 09.37	09	سرطان الرحم
% 09.37	09	سرطان القولون والمستقيم
% 04.17	04	سرطان الرئة
% 03.12	03	سرطان العظام
% 02.08	02	سرطان المبيض
% 02.08	02	سرطان المخ
% 02.08	02	سرطان المعدة
% 02.08	02	سرطان الجلد
% 01.04	01	سرطان الكبد
% 01.04	01	سرطان البنكرياس
% 100	96	المجموع



الشكل رقم (13): أعمدة بيانية تمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للإناث

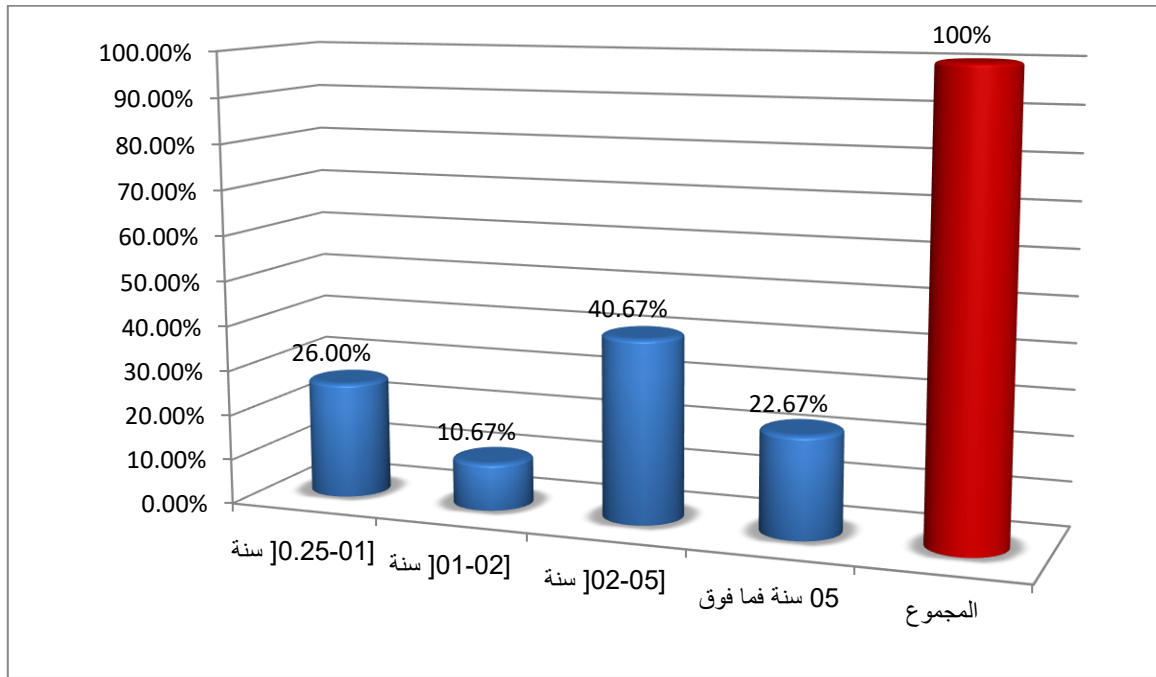
من الجدول رقم (26) والشكل رقم (13) نلاحظ أن نسبة الإصابة بسرطان الثدي أعلى نسبة لدى أفراد عينتها الأساسية الإناث وذلك بـ 63.54% وبتكرار 61، وتليها نسبة سرطان الرحم بـ 9.37% وبتكرار 09، نسبة سرطان القولون والمستقيم بـ 9.37% وبتكرار 09، نسبة سرطان الرئة بـ 4.17% وبتكرار 04، سرطان العظام بـ 3.12% وبتكرار 03، جاء سرطان المبيض، المخ، المعدة، بنسب متماثلة 2.08% وبتكرار 02، يليها سرطان الكبد والبنكرياس بنفس النسب 1.04%، بتكرار 01.

نلاحظ إذن أن سرطان الثدي يحتل أكبر نسبة بين مختلف السرطانات، قد يعود السبب في ذلك إلى أن عدد النساء أكبر من عدد الرجال في عينة الدراسة الأساسية، وهو يمثل واقع مصلحة السرطان للمستشفى الجامعي ندير محمد لتيزي وزو التي يحتل سرطان الثدي الأغلبية بين كل حالات النساء اللواتي يتوافدن على الخلية، وهي أيضا توافق مع إحصائيات محلية ووطنية التي تشير إلى احتلال سرطان الثدي المرتبة الأولى بين سرطانات النساء.

4-2-4-7- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب مدة اكتشاف المرض:

الجدول رقم (27): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوع السرطان بالنسبة للإناث

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات
		مدة اكتشاف المرض
26 %	39	سنة [01-0.25]
10.67 %	16	سنة [02-01]
40.67 %	61	سنة [05-02]
22.67 %	34	05 سنة فما فوق
100 %	150	المجموع



الشكل رقم (14): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب مدة اكتشاف المرض من الجدول رقم (27) والشكل رقم (14)، نلاحظ أن أكبر نسبة من أفراد العينة الأساسية اكتشفوا مرضهم بين سنتين و05 سنوات بـ 40.66 % وبتكرار 61، تليها فترة ما بين ثلاثة أشهر وسنة 26 % وبتكرار 39، ثم فترة من خمسة سنوات أو أكثر بنسبة 22.66 % وبتكرار 34، وفي الأخير فترة ما بين سنة وسنتين بنسبة 10.66 % وبتكرار 16.

وبصفة عامة هناك تقارب في نسب مدة اكتشاف المرض بين الفئات المختارة.

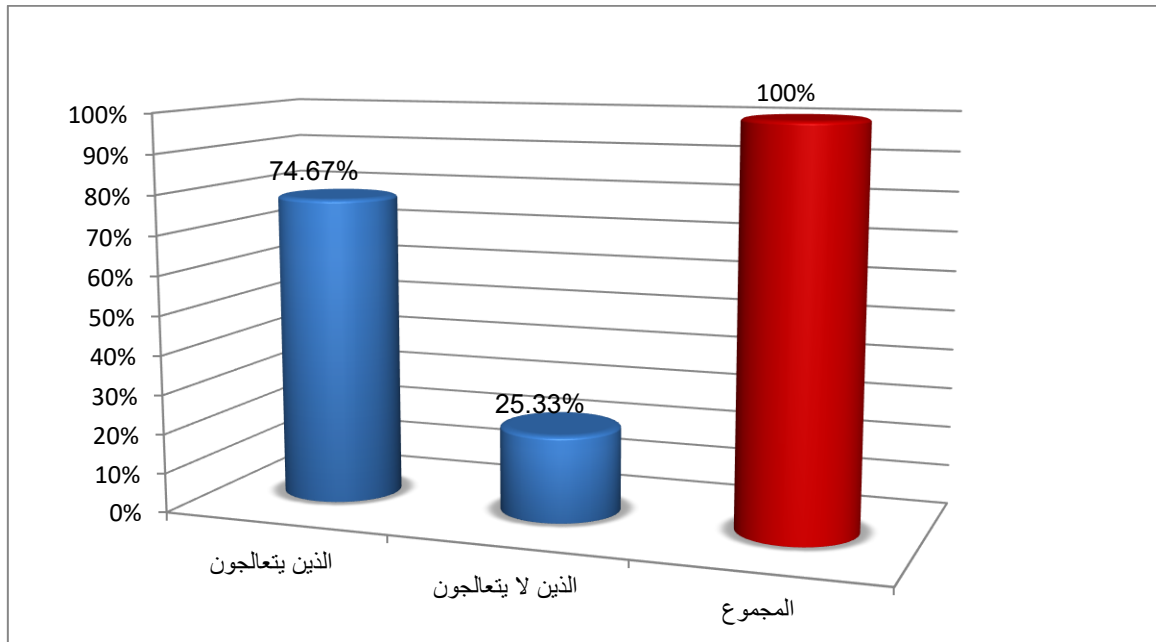
4-2-4-8- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب العلاج:

سنتطرق في هذا العنصر أولاً إلى عرض الخصائص بين الأفراد الذين يتعالجون والذين لا يتعالجون من حيث العلاج الكيميائي و/أو الإشعاعي، ثم سنحاول بعدها عرض خصائص الأفراد الذين يتعالجون حسب نوع العلاج.

أ- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب العلاج:

الجدول رقم (28): توزيع عينة البحث الدراسة الأساسية حسب العلاج

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات العلاج
74.67 %	112	الأفراد الذين يتعالجون
25.33 %	38	الأفراد الذين لا يتعالجون
100 %	150	المجموع



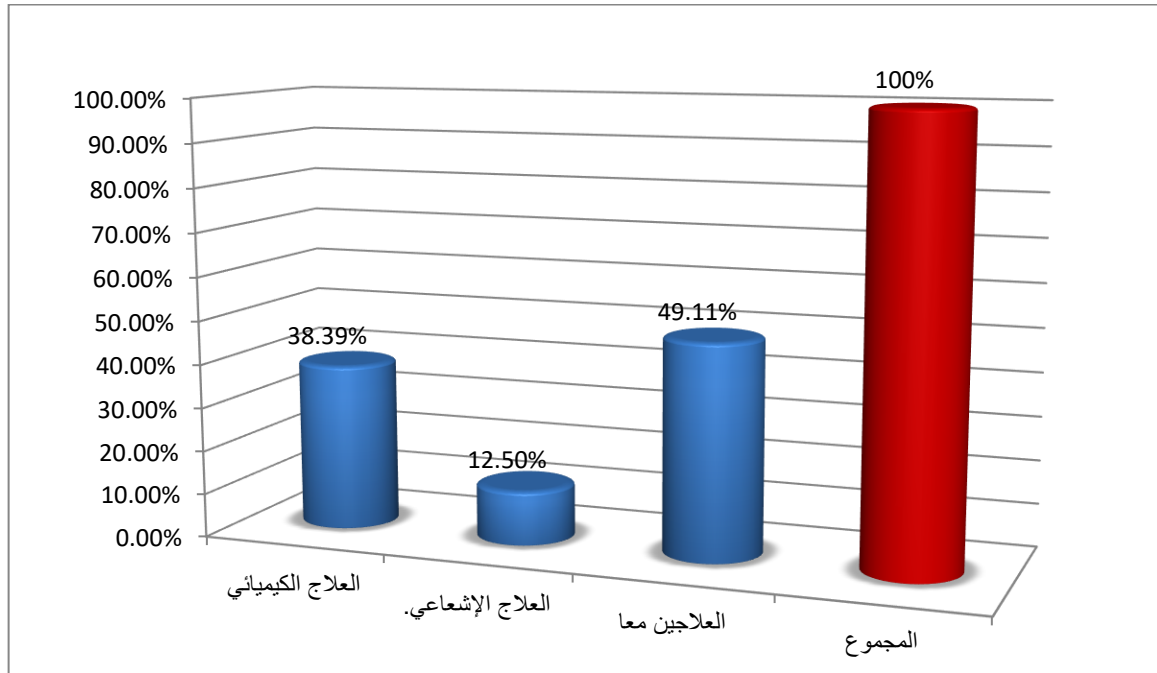
الشكل رقم (15): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب العلاج

من الجدول رقم (28) والشكل رقم (15)، نلاحظ أن نسبة الأفراد الذين يتعالجون ب العلاج الكيميائي و/أو الإشعاعي بلغت 74.67 % بتكرار 112، وهي أكبر بكثير من نسبة الأفراد الذين لا يتعالجون وبالغة 25.33 % بتكرار 38.

ب- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب نوع العلاج:

الجدول رقم (29): توزيع عينة البحث الدراسة الأساسية حسب نوع العلاج

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات نوع العلاج
% 38.39	43	العلاج الكيميائي
% 12.50	14	العلاج الإشعاعي
% 49.11	55	العلاجين معا
% 100	112	المجموع



الشكل رقم (16): أعمدة بيانية تمثل خصائص العينة الأساسية حسب نوع العلاج

من الجدول رقم (29) والشكل رقم (16)، نلاحظ أن نسبة الأفراد الذين يتعالجون ب العلاج الكيميائي والإشعاعي جاءت لدى أغلبية عينة البحث التي تتعالج بنسبة 49.11 % بتكرار

55، تليها نسبة الذين يتعالجون فقط بالعلاج الكيميائي بـ 38.39 وبتكرار 43، ثم نسبة الذين يتعالجون بالعلاج الإشعاعي فقط بـ 12.50 وبتكرار 14. وهذه النتيجة تعبر عن واقع العلاج بمصلحة السرطان بالمستشفى الجامعي لتيزي وزو حيث أغلب الحالات تعالج بالعلاجين، وهو العلاج الذي يقتضيه طبيعة المرض في غالب الأحيان.

5- مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية:

تم إجراء الدراسة الأساسية على مستوى قسم أمراض السرطان (Service d'oncologie)، وحدة بالوا (Ex. Sanatorium)، التابعة للمستشفى الجامعي "ندير محمد" لولاية تيزي وزو. تقع وحدة بالوا على بعد 04 كيلومترات من الوحدة الأم "ندير محمد"، في منطقة رجاونة بأعلي مدينة تيزي وزو، تبلغ مساحتها 62500 م² حيث تبلغ المساحة المبنية 30300 م² المتمثلة في 04 بنايات أو عمارات وسط غابة من أشجار بلوط الفلين. يحدها من الشمال قرية تاش البور، من الجنوب مدينة تيزي وزو، وتقابلها من الشرق بلدية أيت عيسى ميمون، ومن الجنوب غابة رجاونة.

مصلحة السرطان هي مصلحة طبية تتكفل بالمرضى المصابين بالسرطان، افتتحت أبوابها عام 2006، وتستقبل المرضى من 06 ولايات: تيزي وزو، بجاية، بويرة، بومرداس، سطيف، برج بوعرييج. وتعمل هذه المصلحة حسب 03 وحدات:

- وحدة الاستشفاء (Unité de d'hospitalisation)

- وحدة الاستشارات (Unité de consultation)

- وحدة الاستشفاء اليومي ((Unité de d'hospitalisation du jour (HDJ))

وأما عن زمان إجراء البحث، فقد تم بعد يوم 2016/06/07، تاريخ إيداع طلب بحث ميداني بالمصلحة حيث حصل الباحث على الموافقة في نفس اليوم من طرف رئيسة المصلحة البروفيسورة شريفة صدقاوي.

بعد هذا التاريخ وبسبب الصعوبات التي أشار إليها الباحث في عناصر سابقة، امتد زمن

إجراء الدراسة الأساسية من شهر جوان 2016 إلى شهر إلى غاية شهر مارس 2017.

6- أدوات ووسائل البحث:

يسعى كل باحث لجمع المعلومات من الميدان، وهذا باعتماده على مجموعة من الوسائل والأدوات التي تمكّنه من الحصول على البيانات والمعلومات عن موضوع بحثه ودراسته. وتمثلت بالنسبة لدراستنا في مقياس المساندة الاجتماعية، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب.

6-1- مقياس المساندة الاجتماعية (Test de soutien social):

6-1-1- تعريف مقياس المساندة الاجتماعية:

صمم مقياس المساندة الاجتماعية من طرف الباحث ساراسون، ليفين، باشام، ساراسون

(Sarason, Levine, Bacham, Sarason, 1983).

(Beauregard L. et al, 1996, p. 68)

ويشمل المقياس على طبعيتين:

الطبعة الأولى SSQ - (Sarason, Levine, Bacham, Sarason, 1983): تحتوي على 27 بند.

والطبعة الثانية التي تعتبر طبعة مصغرة للمقياس الأصلي (مقياس ساراسون المعدل

(SSQ-6))، وتحتوي على 12 بنداً ("Sarason, Sarason, Shearin, et Pierce, 1987").

(Carine Segrestan-Crouzet, 2010, p. 72)

وقام بتعريبه وتقنيته على البيئة العربية محمد الشناوي وسامي أبو بيه (1990).

(مروى محمد شحته عبد الرحمان، 2016، ص 145)

6-1-2- أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية:

ويقوم هذا المقياس بقياس بعدين رئيسيين هما توفر المساندة والرضا عن المساندة:

- توفر المساندة (La disponibilité du soutien) أو عدد الأشخاص المتاحين

للمساندة: وهو تقدير الفرد لعدد الأشخاص الذين يمكن أن يقدموا له المساندة أثناء

الحاجة. أي عدد الأشخاص الذي يمكن للفرد أن يعتمد عليهم أثناء الحاجة.

- مدى الرضا عن المساندة (La satisfaction au soutien): هي الكفاية المدركة من طرف الفرد بين المساندة التي تلقاها وتوقعاته واحتياجاته.

(Marilou Bruchon-Schweitzer et al, 2003, p. 43)

6-1-3- تعليمة مقياس المساندة الاجتماعية:

وقد تم بناء المقياس على أساس عرض مجموعة من المواقف وعددها (12) موقفا يطلب من المفحوص في إجابته على كل موقف أن يذكر عدد الأشخاص الذين يمكنهم أن يقدموا له المساندة أو العون في مثل هذا الموقف، وذلك في حدود تسعة أشخاص يحددهم باستخدام حرفين يشيران لاسم كل فرد مثل: (م. ش.)، ثم يطلب من المفحوص أن يحدد مدى رضاه عن علاقته بهؤلاء الأشخاص وذلك باختيار إجابة واحدة من بين ست إجابات هي:

- غير راض على الإطلاق.

- غير راض.

- غير راض بدرجة قليلة.

- راض بدرجة قليلة.

- راض.

- راض بدرجة كبيرة.

(شهرزاد نوار، 2014، ص 149)

6-1-4- تصحيح مقياس المساندة الاجتماعية:

يصحح مقياس المساندة الاجتماعية من خلال إعطاء درجة من 0 إلى 09 لكل أسئلة البعد الأول بحيث أدنى درجة للبعد الأول هي 0 وأقصى درجته هي 54، وتعطى درجة من 0 إلى 06 درجات لكل سؤال من أسئلة البعد الثاني حيث أدنى درجة البعد الثاني هي 0 وأقصى درجه له هي 36. (Marilou Bruchon-Schweitzer et al, 2003, p. 44)

فأدنى درجة للمقياس الكلي للمساندة الاجتماعية هي 0 وأقصى درجة للمقياس هي 90.

والأسلوب المستعمل لتقدير درجة توفر المساندة الاجتماعية والرضا عنها هو أسلوب الدرجة الفاصلة، والتي تتوزع حسب سلمين كما يلي:

• السلم الأول:

00—17 نقطة: توفر المساندة ضعيف

18—35 نقطة: توفر المساندة ضعيف

36—54 نقطة: توفر المساندة ضعيف

• السلم الثاني:

00—11 نقطة: غير راض عن المساندة الاجتماعية

12—24 نقطة: تقريبا راض عن المساندة الاجتماعية

25—36 نقطة: جد راض عن المساندة الاجتماعية

(محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمان، 1994، ص 43، 42).

6-1-5- الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية:

سيحاول الباحث في هذا العنصر ذكر بعض الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية لبيئات مختلفة.

ولقد أوضحت كارولين روبلر (Caroline Ruiller, 2007) أن الدراسات التي أقيمت من

طرف الباحثين برهنت أن مقياس المساندة الاجتماعية يتمتع:

- بصدق جيد (Excellente validité de construit)

- وبثبات مرضي (Une fidélités test-retest très satisfaisante)

(Caroline Ruiller, 2007, p. 04)

6-1-5-1- الخواص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية الأصلي (النسخة الانجليزية):

توصلت الدراسة الأصلية إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وذلك بإجراء دراسات متنوعة وبتطبيقه على عينات مختلفة، حيث أجريت الدراسة الأولى على عينة مكونة من (602) طالباً من جامعة واشنطن (Sarason et al, 1987)، وقد وصل صدق المقياس بإعادة القياس بمدة زمنية قدرها أربعة أسابيع إلى 90.0 للأشخاص المتواجدين لتقديم المساندة و83.0 للرضا عن المساندة المقدمة، وقد وصل الاتساق الداخلي إلى 97.0 للمساندة المقدمة و94.0 لدرجة الرضا عن المساندة.

(Beauregard Line et al, 1996, p. 68)

وحاولت الدراسة الثانية بحث العلاقة بين مقياس المساندة الاجتماعية ومقاييس الشخصية المرتبطة به وقد أجريت هذه الدراسة على عينة (100) من الذكور و (127) من الإناث من طلاب جامعة واشنطن وأظهرت الدراسة ارتباط مقياس المساندة الاجتماعية بعدد متنوع من المقاييس.

أما الدراسة الثالثة فقد بحثت العلاقة بين المساندة الاجتماعية والأحداث الحياتية السلبية والإيجابية ومركز التحكم والاعتزاز بالذات، وقد تكونت عينة الدراسة من (295) طالب من جامعة واشنطن، وهي مكمل للدراسة الثانية حيث أن الاعتزاز بالنفس كان مرتبطاً ارتباطاً عكسياً بمقاييس القلق النفسي.

وأجريت الدراسة الرابعة بهدف البحث عن العلاقة بين مقاييس الإخبار عن الذات والسلوك في إطار معلمي والربط بين متغيرين للفروق الفردية والمثابرة، وقد تم إجراء الدراسة على (40) طالب من جامعة واشنطن. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين

المساندة الاجتماعية وكل من المثابرة والتدخل المعرفي عند التعامل مع مهمة شاقة ومعقدة ومثيرة للإحباط. (شهرزاد نوار، 2014، ص 149)

وفي دراسة أخرى تم تقدير ثبات مقياس المساندة الاجتماعية على عدد (67) فردا باستعمال معامل الثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، فتوصلت النتائج إلى أن المقياس يتمتع بثبات عالي وذلك باستخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ الذي وصل إلى 0.95 للبعد الأول و0.90 للبعد الثاني، ومعامل التجزئة النصفية حيث وصل إلى 0.92 للبعد الأول و0.91 للبعد الثاني.

وتم حساب صدق المقياس في نفس الدراسة بطريقة صدق المحتوى عن طريق استطلاع آراء المحكمين، وقد تراوحت معاملات الاتفاق بين آراء المحكمين لل فقرات بين (85-100%)، وطريقة الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية للأبعاد المنتمية إليها، والتي وصلت إلى 0.84 عند مستوى الدلالة (0.01)، وانتهت النتائج إلى صلاحية استخدام المقياس والاطمئنان إليه. (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن، 1994، ص. 75، 77)، نقلا عن (قدور بن عباد هوارية، 2014، ص. 121، 122، 123).

6-1-5-2- الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية النسخة الفرنسية:

قيمت الطبعة الفرنسية للمقياس انطلاقا من عينة مكونة من 348 فردا راشدا يتمتعون بصحة جيدة آخذة بعين الاعتبار المبتدئين، فقد وصل الاتساق الداخلي إلى 0.85 للأشخاص المتاحين لتقديم المساندة و0.79 للرضا عن المساندة المقدمة.

(Rasele et al, 1997, p. 65) نقلا عن (شهرزاد نوار، 2014، ص. 149)

ولقد قام الباحث ماغيلو بروشو شويتزر، نيكول راسكل، فلورونس وأخرون سنة 2003 (Marilou Bruchon-Schweitzer et ses collaborateurs, 2003) بإعداد النسخة الفرنسية لمقياس المساندة الاجتماعية لسارزون (SSQ6) على عينة قدرها 869 من الراشدين

الفرنسيين (303 إناث و566 ذكور) الذين يواجهون ظروف ضاغطة (الحياة الجامعية، البطالة، أمراض أو إعاقات شديدة).

وأجريت تحليلات توكيدية على مجموع كل العينة والمجموعات الفرعية (الطلاب/المرضى/العاطلون عن العمل، رجال/نساء) لاختبار تكافؤ البنى العاملية (Structures factorielles) التي تم الحصول عليها في المجموعات المختلفة. وهي تؤكد استقرار بنية معامل SSQ6 (بين المجموعات وبين الثقافات). بالإضافة إلى ذلك، يرتبط البعدان (توفر المساندة والرضا عن المساندة) بعمليات المعاملات الوظيفية (Processus transactionnels fonctionnels) (المواجهة النشطة وأنماط الحياة الصحية) ومعايير الصحة العاطفية والجسدية المختلفة. (Marilou Bruchon-Schweitzer et al, 2003, p 41-53)

6-1-5-2- الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية في البيئة العربية:

قام محمد محروس الشناوي وسامي ابو بيه (1990) بترجمة وإعداد مقياس المساندة الاجتماعية لـ ساراسون وليفين وباشام وساراسون (1983) بهدف قياس كمية المساندة الاجتماعية ومدى الرضا عنها. وقد طبق المقياس على طلاب جامعيين من جامعة "الإمام حمد بن سعود الإسلامية" بالسعودية. (مروى محمد شحته عبد الرحمان، 2016، ص. 145).

وقد بلغت معاملات الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ 0.952، 0.902، 0.946، وذلك للبعد الأول الخاص بكمية المساندة، والبعد الثاني الخاص بالرضا عن المساندة، والدرجة الكلية للمقياس، وذلك على التوالي.

وبلغت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان براون): 0.926، 0.913، 0.934، على التوالي للبعد الأول والثاني والدرجة الكلية للمقياس.

وكذلك بلغت معاملات الثبات الخاصة بالتجزئة النصفية (جتمان): 0.923, 0.913, 0.929, للبعد الأول والثاني والدرجة الكلية للمقياس.

أما فيما يتعلق بصدق المقياس, فقد قاما الباحثان باستخدام طريقة صدق المحتوى عن طريق المحكمين, وتراوح معامل الاتفاق بين آراء المحكمين للفقرات الخاصة بالمقياس ما بين 75- 100 %. كذلك تم تقدير الصدق باستخدام الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية للأبعاد المنتمية إليها, حيث تراوح الارتباط بين شقي الفقرات (كمية المساندة والرضا عنها) بين 0.28 إلى 0.6 (ن=67 طالبا جامعيًا), ومعاملات الارتباط دالة عند مستوى (0.01), كما بلغ معامل الارتباط بين الدرجات الخاصة ببعدي المقياس 0.43, (ن=115 طالبا جامعيًا), وبين البعد الأول والدرجة الكلية للاستبيان 0.84, وكلها معاملات دالة إحصائية فيما وراء 0.01. (نفس المرجع، ص. 146).

6-1-5-2- الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية في البيئة الجزائرية:

قامت الباحثة شهرزاد نوار سنة (2014) من جامعة قسدي مرياح الجزائر باستخدام المعادلات الإحصائية في حساب معاملات الصدق والثبات كما يلي:

6-1-4-1- ثبات المقياس:

قامت الباحثة شهرزاد نوار (2014) بحساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية باستخدام:

أ- حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق ألفا كرونباخ:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ والجدول رقم (0) يوضح

النتيجة:

جدول رقم (30): ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق معادلة ألفا كرونباخ

درجة الدلالة	معامل الثبات	أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية
دال عند *0,05	0,92	البعد الأول
	0,88	البعد الثاني
	0,90	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق، أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده.

ب- حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق التجزئة النصفية :

تعتمد طريقة التجزئة النصفية في حساب الأداة على تجزئتها إلى جزأين متكافئين ثم حساب معامل الارتباط وتعديله باستخدام معادلة سبيرمان براون Spearman-Brown وتوصلت نتيجته إلى 888 وهي دالة إحصائية عند 0.05، ويوضح جدول رقم (00) النتيجة.

جدول (31): قيم معادلات ثبات التجزئة النصفية لدرجات مقياس المساندة

الاجتماعية

درجة الدلالة	معامل التجزئة النصفية	عدد الاسئلة	أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية
دال عند *0,05	0.85	06	البعد الأول
	0.90	06	البعد الثاني
	0.87	12	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول.

6-1-4-2- صدق المقياس:

أ- حساب صدق التمييز بطريقة المقارنة الطرفية:

اعتمدت الباحثة شهرزاد نوار (2014) في حساب معامل الصدق التمييزي للمقارنة الطرفية للأداة على حساب الفروق بين المتوسط درجات الثلث الأعلى والمحدد في الدراسة بنسبة (33%) وبتطبيق اختبارات لدلالة الفروق بين المتوسطين للمجموعتين (العليا والدنيا)

بالنسبة لكل فقرة من الفقرات (12) المكونة لمقياس المساندة الاجتماعية، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم(32): صدق التمييز لدرجات المساندة الاجتماعية بطريقة المقارنة الطرفية (ن = 12).

أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية	%33 درجات عليا		33% درجات دنيا		قيمة ت	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
البعد الأول	11.87	32.27	24.02	101.87	23.72	0.001
البعد الثاني	23.74	111.73	10.75	147.96	12.75	0.001

يتضح من الجدول السابق أن (ت) للفروق بين متوسطي درجات المجموعتين دالة إحصائياً عند مستوى (0.001) مما يدل على أن مقياس يميز تمييزاً واضحاً بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة على المقياس وهذا يعني انه يتصف بالكفاية في التمييز بين مستويات الأداء لدى المفحوصين، وبذلك تطمئن الباحث إلى صدق مقياس المساندة الاجتماعية على عينة الدراسة الحالية.

ب- حساب صدق المقياس عن طريق الصدق الذاتي :

يمثل الصدق الذاتي الجذر التربيعي لمعادلة الثبات ألفا كرونباخ، وبما أن ثبات المقياس وصل إلى 0.90 فإن الصدق الذاتي يساوي 0.94.

بما أن معادلات الصدق والثبات كانت عالية فإن الباحثة تطمئن إلى تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية على عينة الدراسة الحالية. (شهرزاد نوار، 2014، ص. 150، 151)

6-2-2- قائمة بيك الثانية للاكتئاب (Test de Dépression):**6-2-1- لمحة تاريخية عن قائمة بيك الثانية للاكتئاب لـ بيك:**

قائمة بيك الثانية للاكتئاب (Beck) للاكتئاب هو من أشهر المقاييس وأكثرها استخداما في مجال قياس الاكتئاب فحتى عام 2005، أحصي ما مقداره (501000) دراسة استخدمت هذا المقياس. (غريب, 2007) نقلا عن (معوش عبد الحميد، 2016، ص 44).

وهناك ثلاث صور أو نسخ ظهرت للقائمة، ظهرت النسخة الأولى في 1961، ويرمز لها بالرمز "B.D.I"، وقد استعملت القائمة في حوالي 1000 بحث منذ صدورها إلى غاية 1988.

وظهرت النسخة الأولى المعدلة في 1979 ويرمز لها بالرمز "B.D.I-IA"، وتم ترجمتها إلى اللغة العربية في مصر سنة 1981.

ثم ظهرت الصورة الثانية للقائمة في 1996 ويرمز لها باختصار "B.D.I-II"، وتم تعريبها في مصر عام 2000. (بشير معمري، 2010، ص 94).

6-2-2- وصف قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب:

قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب هي أداة مستعملة كثيرا في الأبحاث لقياس شدة التظاهرات الاكتئابية والتي جاءت متماشية مع الأعراض التي جاء بها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات (DSM IV). (Annie Lavigne, 2014, P. 28) وهي الأكثر استعمالا لتقييم الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين والراشدين.... وتقيس شدة الأعراض المعرفية، الوجدانية، الجسدية للاكتئاب.

(Dominique Ricard, 2010, P. 20, 21)

وتعد قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب احدث صورة لقوائم بيك, وتتكون من 21 مجموعة لقياس شدة الاكتئاب ابتداء من عمر 16 سنة, وتم إجراء تعديلات على القائمة, سواء في صورتها الأولى 1961, أو في صورتها الثانية 1979. حيث تم حذف أربعة مجموعات واستبدالها بأخرى.

جدول رقم(33): العبارات المستبدلة والبديلة بين النسختين (1961) و(1979)

الرقم	عناوين المجموعات المحذوفة او المستبدلة	الرقم	عناوين المجموعات البديلة
14	التغير في صورة الجسم	11	التهييج والاستثارة
15	صعوبة العمل	14	انعدام القيمة
19	فقدان الوزن	15	فقدان الطاقة
21	الاهتمامات الجسدية	19	صعوبة التركيز

وكان غرض استبدال المجموعات الأربعة هو متابعة الأعراض النمطية لشدة الاكتئاب أو الاكتئاب الذي يكون صاحبه بحاجة إلى الحجز بالمستشفى.
وتم التغيير في تعليمات تطبيق قائمة بيك على ثلاث مراحل:

- الصورة الأولى 1961: يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته في الوقت الراهن.
- الصورة الأولى المعدلة 1979: يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته في خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم, وتعرف الآن في المجال (BDI-IA) بمعنى مقياس بيك للاكتئاب الأول.
- الصورة الثانية 1996: يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم. وبذلك أن نطاق الوقت اتسع عن ذي قبل. (معوش عبد الحميد، 2016، ص 44، 45)

والأعراض التي تقيسها قائمة بيك الثانية للاكتئاب متمثلة في 21 فقرة أو بند، وهي:

- 1- الحزن، 2- التشاؤم، 3- الفشل السابق، 4- فقدان الاستمتاع، 5- مشاعر الإثم،
- 6- مشاعر العقاب، 7- عدم حب الذات، 8- نقد الذات، 9- الأفكار الانتحارية،
- 10- البكاء، 11- التهيج والاستثارة، 12- فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي،
- 13- التردد في اتخاذ القرارات، 14- انعدام القيمة، 15- فقدان الطاقة، 16- تغيرات في نمط النوم، 17- القابلية للغضب أو الانزعاج، 18- تغيرات في الشهية، 19- صعوبة التركيز، 20- الإرهاق أو الإجهاد، 21- فقدان الاهتمام بالجنس.

(Julie Ledrich, 2011, P. 68)

6-2-3- تعليمات قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب:

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقر كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائماً عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بـ (تغيرات في نظام النوم)، والمجموعة رقم 18 المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية).

6-2-4- طريقة تصحيح قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب:

تتكون قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب من 21 بند تنقط حسب "سلم ليكرت" (Echelle de Likert)، بأربع نقاط بين 0 و3 لكل بند. وتقع نتائج المقياس ككل بين درجة 0 ودرجة 63 درجة، حيث تشير الدرجات المرتفعة إلى اكتئاب مرتفع.

(Dominique Ricard, 2010, P. 20, 21)

وفيما يلي توضيح لمستويات الإكتئاب ودرجاته حسب ما تطرق إليها بولفار وكوترو

(Boulevard et Cottraux, 2005):

- من 00 الى 11: غياب الاكتئاب.
 - من 12 الى 19: إكتئاب خفيف.
 - من 20 الى 27: إكتئاب متوسط.
 - من 28 الى 63: إكتئاب شديد.
- (Julie Ledrich, 2011, P. 66)

6-2-5- الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية لقياس للاكتئاب:

هناك عدة دراسات أثبتت النوعية الجيدة للخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية لقياس للاكتئاب فيما يخص العينات العامة أو العيادية.

(Dominique Ricard, 2010, P. 21)

6-2-5-1- الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب في البيئة الأصلية:

قام بيك وزملاؤه بدراسة عاملية لمقياس بيك الثانية على عينة طلاب جامعيين تتكون من 120 طالبا بكندا بواقع (67) من الذكور و(53) من الإناث بمتوسط سن (19.58) سنة وانحراف معياري (1.84). وقد تم تطبيق المقياس جماعيا بالفصل الدراسي, وكان أهم أهداف الدراسة معرفة أبعاد الاكتئاب, وقد نتج عن تحليل درجات المفحوصين عاملان بجذرين كامنين (5.42) للعامل الأول و(3.54) للعامل الثاني, كما أن معامل الارتباط بين العاملين بلغ (0.62) وهو معامل دال عند مستوى (0.001). وكانت أكثر الأعراض بروزا في العامل الأول: [1. الحزن، 3. الفشل في السابق، 4. فقدان الاستماع، 5. مشاعر الإثم، 6. مشاعر العقاب، 7. عدم حب الذات، 8. نقد الذات، 9. الأفكار أو الرغبات الإنتحارية، 10. البكاء، 11. التهيج والاستشارة، 12. فقدان الإهتمام، 14. فقدان القيمة، 15. فقدان الطاقة، 17. القابلية للغضب او الانزعاج]

وكانت أهم الأعراض البارزة في العامل الثاني: [2. التشاؤم، 13. التردد في اتخاذ القرار، 16. تغيرات في نمط النوم، 18. تغيرات في الشهية، 19. صعوبة التركيز، 20. الإرهاق أو الإجهاد، 21. فقدان الاهتمام بالجنس]. (معوش عبد الحميد، 2016، ص 27).

توصل دوزرا وآخرون (Dozois et al, 1998) إلى أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تتمتع باتساق داخلي مرتفع، حيث بلغ معامل ثبات ألفا كرومباخ (0.91) وذلك على عينة من الطلبة.

كما بينوا وجود علاقة قوية بين قائمة بيك الثانية (BDI II) لقياس الاكتئاب وقائمة بيك الأولى (BDI)، حيث بلغ معامل الارتباط (0.93)، وكانت قيمة الدلالة المحسوبة أصغر من قيمة المعتمدة (0.01) ($r = 0.93, P < 0.01$). وعبر التكوين العاملي عن عاملين مرتبطين بمعامل ارتباط بلغ (0.60) عند مستوى دلالة (0.01) ($r = 0.60, P < 0.01$)، بالنسبة للبعد الوجداني المعرفي (بنود: 1، 2، 3، 5، 6، 7، 8، 9، 13، 14). وبالنسبة للبعد الجسمي الاعاشي (بنود: 4، 10، 11، 12، 15، 16، 17، 18، 13، 20، 21). (Julie Ledrich, 2011, P. 66)

6-2-5-2- الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب في البيئة العربية:

قام كل من علي مهدي كاظم، وبدر محمد الأنصاري (2008)، بحساب الخصائص القياسية لقائمة "بيك" الثانية للاكتئاب لدى طلبة الجامعة في عمان والكويت.

استهدفت الدراسة التحقق من الخصائص القياسية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب من خلال حساب معامل ثبات ألفا للاتساق الداخلي، واستخراج مؤشرات الصدق التكويني بطريقتي الصدق الاتفاقي والاختلافي والصدق العاملي، واشتقاق معايير الدرجات. تم تطبيق قائمة "بيك" الثانية للاكتئاب، ومقياس الكويت للقلق، والقائمة العربية للتقاؤل والتشاؤم على (1600) طالب وطالبة (800 من جامعة الكويت، و800 من جامعة السلطان قابوس). بلغ

معامل ألفا (0.87,0.88) للعينتين العمانية والكويتية على التوالي، وكانت معاملات الارتباط موجبة ودالة بين الاكتئاب وكل من القلق (ر=0.65) والتشاؤم (ر=0.63)، وفي حين كانت سالبة ودالة بين الاكتئاب والتفاؤل (-0.53)، وأشارت نتائج الصدق العاملي الاستكشافي والتوكيدي إلى استخلاص عاملين وهما العامل المعرفي والوجداني، والعامل الجسدي والاجهادي للثقافتين العمانية والكويتية على التوالي، وتسير هذه النتائج إلى كفاءة (لا باس بها) للقائمة في الثقافة العمانية والكويتية. وأخيرا أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين متوسطي الطلاب والطالبات في الاكتئاب بما يشير إلى أن الطالبات أكثر اكتئابا من الطلاب في عمان والكويت. كما أسفرت النتائج عن عدم وجود تأثير جوهري للتفاعل بين الثقافة والنوع في الاكتئاب. وتشير هذه النتائج (بوجه عام) إلى إمكانية استخدام قائمة بيك الثانية للاكتئاب بكفاءة على عينات عربية أخرى بنفس المستوى الذي كشف عنه تطبيق القائمة في عمان والكويت. (معوش عبد الحميد، 2016، ص 27).

6-2-5-3- تقنين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب في البيئة الجزائرية:

قام الباحث بشير معمريّة (2010) من جامعة الحاج لخضر بباتنة بتقنين قائمة بيك الثانية في البيئة الجزائرية.

تكونت عينة التقنين من 998 فردا، منهم 473 ذكور و525 إناث تراوحت أعمار عينة الذكور بين 18-49 سنة، بمتوسط حسابي قدره 26.55 وانحراف معياري قدره 3.66. وتراوحت أعمار الإناث بين 18-45 سنة، بمتوسط حسابي قدره 5.06. وتم سحب العينتين (الذكور والإناث) من كليات جامعة الحاج لخضر باتنة. وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة. تم تطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب من قبل الباحث بشير معمريّة شخصيا. واستغرقت عملية التطبيق من 11 أكتوبر 2009 إلى 15 جانفي 2010.

الخصائص السيكومترية للقائمة:

بعد إجراءات التطبيق وتصحيح إجابات المفحوصين على قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب والاستبيانات المطبقة معها, اسفرت هذه العمليات عن النتائج التالية فيما يتعلق بصدق وثبات القائمة على عينتي البحث. (بشير معمرية، 2010، ص 100)
أولا الصدق: تم حساب معامل الصدق بثلاث طرق

أ- الصدق التمييزي أو قدرة القائمة على التمييز بين مجموعتين متطرفتين:

• عينة الذكور:

لحساب هذا النوع من الصدق, تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية. حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور, حجم كل عينة يساوي 100 مفحوص بواقع سحب 27% من العينة الكلية (ن=372).

ويبين الجدول التالي قيم "ت" لدلالة بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور

جدول رقم (34): قيم "ت" لدلالة بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور

قيمة "ت"	العينة الدنيا ن = 100		العينة العليا ن = 100		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
20.48 ***	2.60	7.47	7.05	27.95	الاكتئاب

*** قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى 0.001.

• عينة الإناث:

تمت المقارنة كذلك بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الإناث, حجم كل عينة يساوي 112 مفحوص بواقع سحب 25% من العينة الكلية (ن = 448).

ويبين الجدول التالي قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث

جدول رقم (35): قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث

قيمة "ت"	العينة الدنيا ن = 112		العينة العليا ن = 112		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
24.48 ***	4.46	8.98	7.67	29.55	الاكتئاب

*** قيمة "ت" دالة احصائياً عند مستوى 0.001.

يتبين من قيم "ت" في الجدولين رقمي (34، 35) أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب. مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى الذكور والإناث.

ب- الصدق الإتفاقي:

لحساب هذا النوع من الصدق، تم تطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب مع قائمة بيك لقياس اليأس (بدر محمد الأنصاري، 2001، 165)، واستبيان بشير معمرية لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين (بشير معمرية، 2007، 189-191)، واستبيان قياس التشاؤم (أحمد محمد عبد الخالق، 1998، 62)، واستبيان قياس التعب المزمن (سماح احمد الذيب، أحمد محمد عبد الخالق، 2006، 121-122)، وقائمة بيك لقياس القلق (زيزي السيد ابراهيم، 2005، 340).

ويبين الجدول التالي معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب ومتغيرات اليأس والتشاؤم والتعب المزمن والقلق.

جدول رقم (36): معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب ومتغيرات اليأس والتشاؤم والتعب المزمن والقلق

المتغيرات	العينات	حجم العينة	معاملات الارتباط
اليأس/بيك	ذكور	55	**0.653
اليأس/بيك	إناث	89	**0.662
اليأس/بيك	ذكور وإناث	144	**0.656
اليأس/معمرية	ذكور	42	**0.672
اليأس/معمرية	إناث	90	**0.675
اليأس/معمرية	ذكور وإناث	132	**0.692
التشاؤم	ذكور	49	**0.208
التشاؤم	إناث	42	**0.740
التشاؤم	ذكور وإناث	91	**0.473
التعب المزمن	ذكور	49	**0.729
التعب المزمن	إناث	49	**0.582
التعب المزمن	ذكور وإناث	98	**0.683
القلق/ بيك	ذكور	61	**0.636
القلق/ بيك	إناث	39	**0.462
القلق/ بيك	ذكور وإناث	100	**0.593

** دالة احصائياً عند مستوى 0.01.

يتبين من معاملات الصدق الاتفاقي في الجدول رقم (36) أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

ج- الصدق التعارضي:

ولحساب هذا النوع من الصدق، تم تطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب مع قائمة توكيد الذات من إعداد أرنولد لازاروس وجوزيف وولب (غريب عبد الفتاح غريب، 1995، 9-10)، واستبيان لقياس السعادة (مايسة احمد النيبال، ماجدة خميس علي، 1995، 32)، واستبيان لقياس التفاؤل (احمد محمد عبد الخالق، 1998، 62).

ويبين الجدول التالي معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب ومتغيرات توكيد الذات والسعادة والتفاءل.

جدول رقم (37): معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب ومتغيرات توكيد الذات والسعادة والتفاءل.

المتغيرات	العينات	حجم العينة	معاملات الارتباط
توكيد الذات	ذكور	67	-0.346**
توكيد الذات	إناث	102	-0.347**
توكيد الذات	ذكور وإناث	169	-0.326**
السعادة	ذكور	67	-0.384**
السعادة	إناث	89	-0.636**
السعادة	ذكور وإناث	156	-0.563**
التفاؤل	ذكور	74	-0.403**
التفاؤل	إناث	31	-0.796**
التفاؤل	ذكور وإناث	105	-0.423**

** دالة احصائياً عند مستوى 0.01.

يتبين من معاملات الصدق التعارضي في الجدول رقم (37) أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

ثانياً الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين، طريقة إعادة تطبيق الاختبار ومعامل ألفا كرونباخ. يبين جدول التالي معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ.

جدول رقم (38): معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ.

معامل الثبات	حجم العينات	نوع العينة	نوع معامل الثبات
**0.751	81	ذكور	طريقة إعادة التطبيق (بعد اسبوعين)
**0.747	117	إناث	طريقة إعادة التطبيق (بعد اسبوعين)
**0.743	198	كلية	طريقة إعادة التطبيق (بعد اسبوعين)
0.839	432	ذكور	معامل الفا لكرونباخ
0.831	520	إناث	معامل الفا لكرونباخ
0.839	952	كلية	معامل الفا لكرونباخ

** دالة احصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب، تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي. (بشير معمريّة، 2010، ص 100-101)

7- الأساليب الإحصائية المستعملة:

لا يمكن لأي باحث أن يستغنى عن الطرق والأساليب الإحصائية مهما كان نوع الدراسة التي يقوم بها، لأن التقنيات الإحصائية تساعده في التحقق من فرضياته ومعالجة النتائج بصورة كمية دقيقة لتكون الدراسة أكثر موضوعية وعلمية.

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أداتي الدراسة المتمثلة في مقياس المساندة الاجتماعية، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب. وتمثلت الأساليب الإحصائية في:

7-1-1- الأساليب الإحصائية المستعملة في تمثيل خصائص الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية:

7-1-1- التكرارات:

التكرارات هي عدد المرات التي تكرر فيها الظاهرة أو مشاهدة معينة، فمثلا إذا كان المتغير يتعلق بالجنس (ذكور وإناث) فإن التكرار يعني في هذه الحالة عدد الذكور وعدد الإناث الخاص بمجتمع الدراسة أو المختارة. (فاتن عبد الحليم أبو علي، 2000، ص 25)

7-1-2- النسب المئوية:

يلجأ الباحث أحيانا إلى استخراج النسب المئوية، وللنسب المئوية أهميتها في العمليات الإحصائية وخاصة عند حساب الفروق بين النسبتين ودلالة هذه الفروق.

قانون النسبة المئوية:

$$\text{النسبة المئوية} = 100 \times \frac{\text{مجموع التكرارات}}{\text{المجموع الكلي للعينة}}$$

(غريب السيد أحمد، 1998، ص 47)

ويستعمل الرمز (%) من أجل التعبير عن هذه النسبة.

7-2-1- الأساليب الإحصائية المستعملة للتحقق من فرضيات البحث ومعالجة النتائج:

7-2-1- الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (برنامج الـ "SPSS"):

يقول الباحث "محمد بوعلاق" (2009): "في يومنا هذا يتم إجراء أغلب الاختبارات من

خلال برامج إحصائية قياسية على سبيل المثال SPSS".

تتكون كلمة SPSS من Statistical Package for Social Scientifics، وهي تعني الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وهو برنامج آلي يستخدم لإجراء عمليات إحصائية كثيرة بشكل أسهل، فالقيام بالحسابات اليدوية لهذه الإحصاءات ليس سهلا خاصة إذا كان حجم البيانات كبيرا، ولكن باستخدام برنامج النظام الإحصائي SPSS، تصبح جميع هذه التحليلات سهلة، ويتم من خلال التعامل مع البرنامج لكسب الكثير من الوقت والجهد والموضوعية والدقة في النتائج. (نبيل جمعة صالح النجار، 2007، ص.285).

ففي هذه البرامج يتم إعطاء قيمة احتمالية قيمة "P" مع النتائج المعطاة. ويتم مقارنة القيمة الاحتمالية المعطاة مع مستوى دلالة معين (0,01، 0,05، 0,1).

في حالة كون قيمة "P" أصغر من واحد من المستويات الدلالية الثلاثة، يتم رفض الفرضية الصفرية وتعتبر الفرضية البديلة ذات دلالة إحصائية. أما في حالة كون قيمة "P" أكبر من 0,01، 0,05، أو 0,1 فيتم رفض الفرضية البديلة ويحتفظ بالفرضية الصفرية. (محمد بوعلاق، 2009، ص.33).

واستعنا ببرنامج "SPSS" من أجل تحليل البيانات، والوصول إلى نتائج من أجل كسب الوقت والجهد والموضوعية والدقة في النتائج، وذلك بعد تفريغ بيانات مقياس المساندة الاجتماعية، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب بعد تطبيقهما على عينة الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية حسب النتائج المتحصل عليها من المستجيبين.

7-2-2- المتوسط الحسابي:

المتوسط الحسابي لقيم متغير ما، هو مجموع قيم ذلك المتغير مقسوما على عدد هذه القيم، فهو معلومة رقمية تتجمع حولها سلسلة من القيم، يمكن من خلالها الحكم على بقية قيم المجموعة. (محمد بوعلاق، 2009، ص.40)

والمتوسط الحسابي هو حاصل قسمة مجموع قيم التوزيع على عددها.

$$\frac{\text{مج س}}{ن} = م$$

م: المتوسط الحسابي

ن: عدد أفراد العينة

مج س: مجموع القيم.

(فريد كامل أبو زينة وآخرون، 2006، ص. 105)

7-2-3- الانحراف المعياري:

هو مقياس للتشتت وهو الجذر التربيعي للتباين، ويفضل استخدامه بدلا من التباين لأن وحدة القياس فيه مساوية لوحدة القياس للبيانات الأصلية، وبالتالي يمكن التفكير فيه كمتوسط للمسافات بين القيم والمتوسط الحسابي. (محمد بوعلاق، 2009، ص. 63).

ويمكن حساب الانحراف المعياري على النحو التالي:

$$ع = \sqrt{\frac{\text{مج (س - م)}^2}{ن}}$$

بحيث:

ع: الانحراف المعياري

م: المتوسط الحسابي

س: الدرجة الخام

ن: عدد أفراد العينة

(نبيل جمعة صالح النجار، 2007، ص.139).

مج: مجموع القيم

7-2-4- معامل ارتباط بيرسون:

يعد معامل ارتباط بيرسون كأحد المؤشرات الإحصائية البارامترية لدراسة قوة واتجاه العلاقة بين متغيرين كميين (س و ع) أحدهما مستقل وثنائهما تابع.

وقيمة هذا المعامل تتراوح بين (+1 إلى -1) وتدل القيمة الخطية (+1 أو -1) لمعامل ارتباط "بيرسون" على وجود علاقة تامة بين المتغيرين، وبالمقابل تدل قيمته المساوية 0، على انعدام وجود علاقة خطية بين المتغيرين المدروسين، وكلما اقتربت قيمة معامل "بيرسون" من (+1) أو من (-1) دل ذلك على وجود علاقة قوية بينهما، وإذا اقتربت من (0) دل ذلك على ضعف العلاقة. (محمد بوعلاق، 2009، ص.79).

ويتم حساب معامل ارتباط بيرسون بالمعادلة التالية:

$$r = \frac{\sum X_s X_c - \frac{\sum X_s \sum X_c}{n}}{\sqrt{[\sum X_s^2 - \frac{(\sum X_s)^2}{n}] [\sum X_c^2 - \frac{(\sum X_c)^2}{n}]}}$$

بحيث:

ر: معامل ارتباط بيرسون

ن: عدد أفراد العينة

مج س: مجموع درجات المتغير الأول

مج ص: مجموع درجات المتغير الثاني

(فريد كامل أبو زينة، 2006، صص.165، 166).

7-2-5- الاختبار التائي "T":

يستعمل هذا الاختبار لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات المرتبطة وغير المرتبطة للعينات المتساوية وغير المتساوية. وتوجد مجموعة من النماذج لاختبار "T" ولكل نموذج مجال استخدامه. (محمد بوعلاق، 2009، ص.145)

وفي دراستنا الحالية استعمل الاختبار التائي لدراسة الفروق بين الجنسين لكلا المتغيرين المدروسين. ولعدم تجانس حجم الذكور مع حجم الإناث، فإننا استعملنا اختبار "T" لعينتين مستقلتين وغير متساويتين في الحجم.

وحسب "محمد بوعلاق" (2009) فإن هذا النموذج يخضع لنفس الشروط التي يتطلبها أي اختبار بارامتري وهو يقوم على مقارنة متوسطي عينتين اختيرتا بطريقة عشوائية ولهما تباينين متساويين. وتكون العينتان مستقلتان عندما لا يكون الفرد الواحد موجودا في كلتا العينتين، مثل اختيار علامات فوجين من الطلبة في امتحان واحد يتضمن نفس الأسئلة.

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

بحيث:

\bar{X}_1 متوسط العينة الأولى

\bar{X}_2 متوسط العينة الثانية

n_1 حجم العينة الأولى

n_2 حجم العينة الثانية

S_1^2 تباين العينة الأولى

S_2^2 تباين العينة الثانية

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الخطوات المنهجية التي من خلالها يمكن للباحث الوصول إلى النتائج، لهذا فإن هذا الجزء من البحث يعرض خطوات وتقنيات منهجية علمية اعتمدنا عليها في دراستنا من أجل وضع الدراسة في صفحة علمية وتأكيد الجانب النظري الذي انطلقنا منه.

وتتمثل هذه الخطوات في إعادة التذكير بفرضيات الدراسة، التطرق إلى حيثيات الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستعمل في الدراسة، الدراسة الأساسية، مكان وزمان إجراء البحث، أدوات ووسائل البحث، وأخيرا الأساليب الإحصائية المستعملة.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة

وتفسير النتائج

تمهيد:

تم في الفصل السابق التطرق إلى الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية في حين سيتم في هذا الفصل التطرق إلى مختلف النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق إجراءات الدراسة واستعمال الأدوات الإحصائية اللازمة، بمعنى آخر عرض وتحليل نتائج كل فرضية على حدى وتوضيح مدى قبولها أو رفضها.

وفي الأخير سيتم تفسير النتائج المتحصل عليها ومناقشتها بناء على نتائج الدراسات السابقة ومحاولة إجراء المقارنة النظرية بالنسبة للدراسة الحالية.

1- تقديم مستويات متغيرات البحث:

ارتأى الباحث قبل عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث أن يقدم مستويات كل من الاكتئاب والمساندة الاجتماعية.

1-1- مستويات متغير المساندة الاجتماعية:

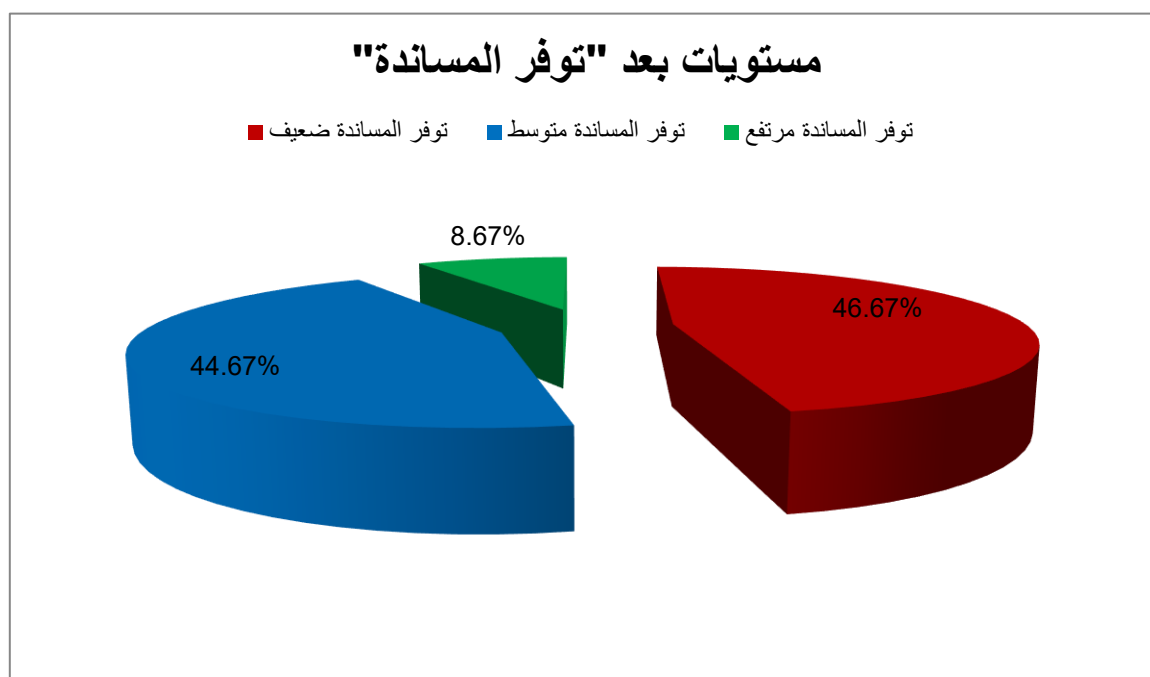
وتتلخص مستويات المساندة الاجتماعية في الجداول الموالية:

1-1-1- مستويات بعد "توفر المساندة الاجتماعية":

جدول رقم (39): التكرارات والنسب المئوية لنتائج تقدير مستويات بعد "توفر المساندة

الاجتماعية" لدى عينة البحث

النسبة المئوية	التكرارات	المجالات	البيانات المستويات
46.67 %	70	[17—00]	توفر المساندة ضعيف
44.67 %	67	[35—18]	توفر المساندة متوسط
08.67 %	13	[54—36]	توفر المساندة مرتفع
100 %	150	[54—00]	المجموع



الشكل رقم (17): دائرة نسبية تمثل مستويات بعد "توفر المساندة الاجتماعية"

من الجدول رقم (39) والشكل رقم (17)، نلاحظ أن نسبة مستويات توفر المساندة الاجتماعية تتمركز عند المستوى الضعيف بـ 46.67 % وبتكرار 70، والمستوى المتوسط بـ 44.67 % بتكرار 67، بينما بلغت نسبة مستوى توفر المساندة المرتفع 08.67 % وبتكرار 13.

وقد تم تدعيم هذه النتائج من خلال توضيح خصائص الإحصاء الوصفي لدى عينة بحثنا لبعء "توفر المساندة الاجتماعية" كما هي ممثلة في الجدول الموالي:

جدول رقم (40): نتائج الإحصاء الوصفي لبعء "توفر المساندة الاجتماعية" لدى عينة البحث

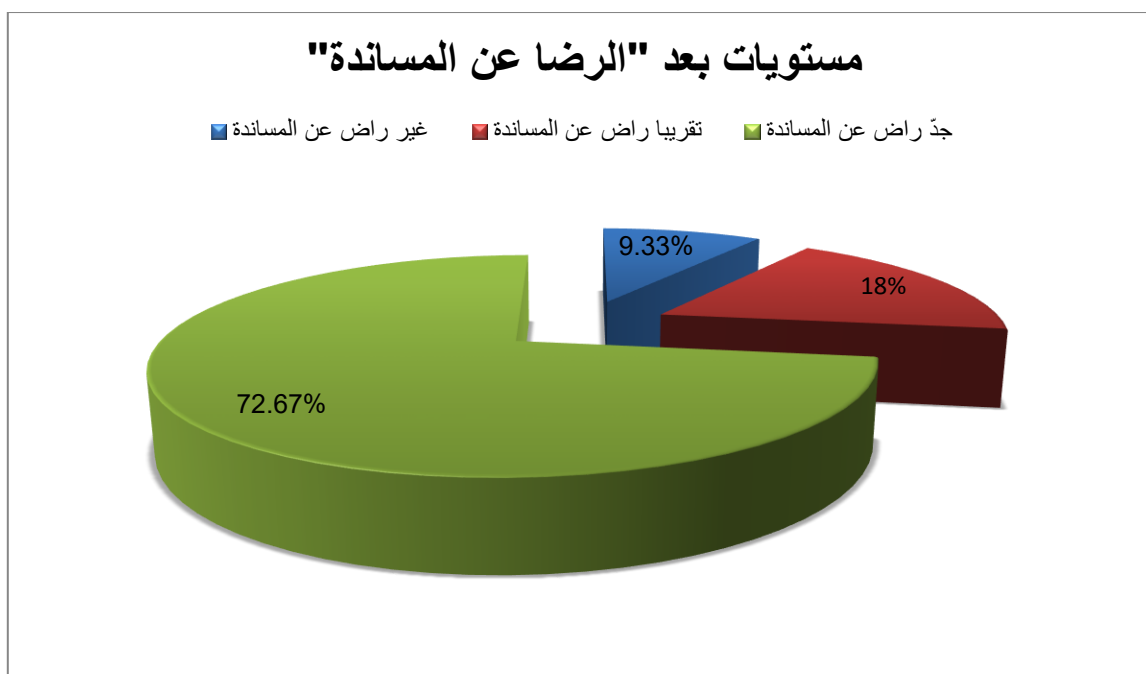
البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أدنى درجة متحصل عليها	أعلى درجة متحصل عليها	الفارق بين أعلى وأدنى درجة متحصل عليها
بعء توفر المساندة	150	16.59	8.68	06	51	45

من خلال الجدول رقم (40) لنتائج الإحصاء الوصفي لبعد "توفر المساندة الاجتماعية" نلاحظ أن المتوسط الحسابي لهذا البعد لدى عينة البحث الحالية بلغ 16.59 وهو متوسط منخفض مقارنة بالمتوسط المرجعي لبعد المساندة الذي هو 27.

1-1-2- مستويات بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية":

جدول رقم (41): التكرارات والنسب المئوية لنتائج تقدير مستويات بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية" لدى عينة البحث

النسبة المئوية	التكرارات	المجالات	البيانات / المستويات
09.33 %	14	[11-06]	غير راض عن المساندة
18.00 %	27	[24-12]	تقريباً راض عن المساندة
72.67 %	109	[36-25]	جداً راض عن المساندة
100 %	150	[36-60]	المجموع



الشكل رقم (18): دائرة نسبية تمثل مستويات بعد "الرضا عن المساندة الاجتماعية"

من الجدول رقم (41) والشكل رقم (18)، نلاحظ أن نسبة مستويات بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية تتمركز عند المستوى "جد راض عن المساندة" وذلك بـ 72.67 % وبتكرار 109، نسبة مستوى "تقريبا راض عن المساندة" بـ 18 % بتكرار 27، بينما بلغت نسبة مستوى "غير راض عن المساندة" 09.33 % وبتكرار 14.

وقد تم تدعيم هذه النتائج من خلال توضيح خصائص الإحصاء الوصفي لدى عينة بحثنا لبعدها "الرضا عن المساندة الاجتماعية" كما هي ممثلة في الجدول الموالي:

جدول رقم (42): نتائج الإحصاء الوصفي لبعدها "الرضا عن المساندة الاجتماعية" لدى عينة البحث

البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أدنى درجة متحصل عليها	أعلى درجة متحصل عليها	الفارق بين أعلى وأدنى درجة متحصل عليها
بعد توفر المساندة	150	28.63	6.69	06	36	30

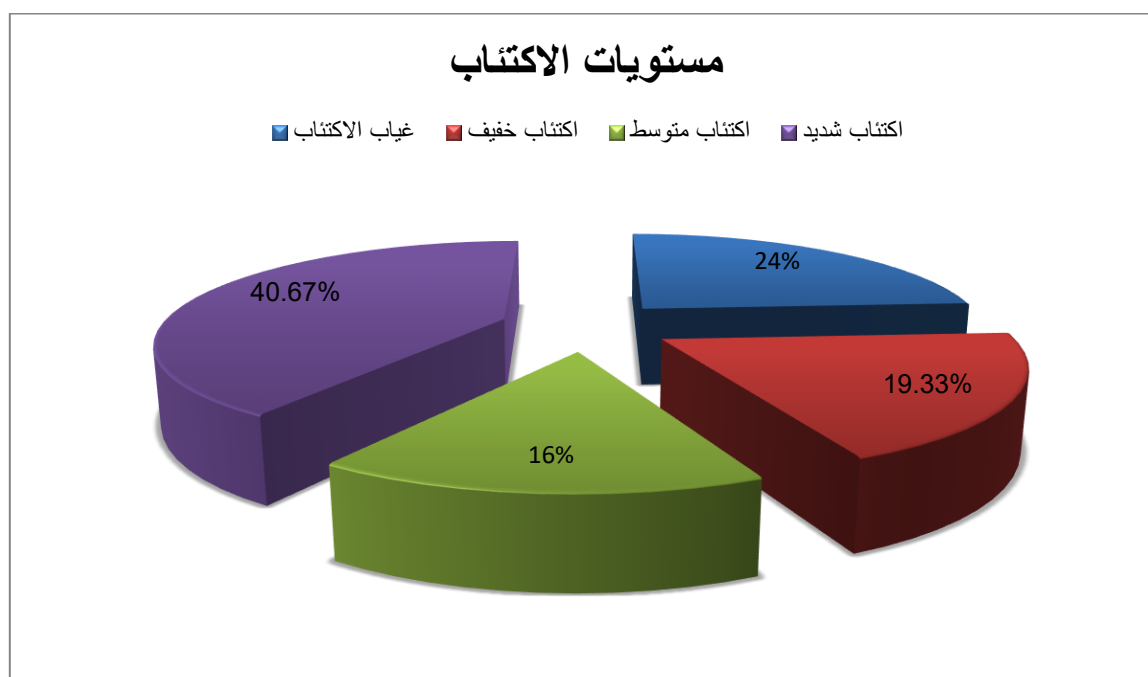
من خلال الجدول رقم (42) لنتائج الإحصاء الوصفي لبعدها "الرضا عن المساندة الاجتماعية"، نلاحظ أن المتوسط الحسابي لهذا البعد لدى عينة البحث الحالية بلغ 28.63 وهو متوسط مرتفع مقارنة بالمتوسط المرجعي لبعدها الرضا عن المساندة الذي هو 21.

1-2- مستويات متغير الاكتئاب:

تتلخص مستويات الاكتئاب في الجدول الموالي:

جدول رقم (43): التكرارات والنسب المئوية لنتائج تقدير مستوى الاكتئاب لدى عينة البحث

النسبة المئوية	التكرارات	المجالات	البيانات / المستويات
24.00 %	36	[11—00]	غياب الاكتئاب
19.33 %	29	[19—12]	اكتئاب خفيف
16.00 %	24	[27—20]	اكتئاب متوسط
40.67 %	61	[63—28]	اكتئاب مرتفع
100 %	150	[63—00]	المجموع



الشكل رقم (19): دائرة نسبية تمثل مستويات متغير الاكتئاب

من الجدول رقم (43) والشكل رقم (19)، نلاحظ أن نسب مستويات الاكتئاب موزعة بشكل متقارب، إلا أن أكبر نسبة إستحوذ عليها مستوى الاكتئاب الشديد بـ 46.67 % وبتكرار 61، يليها مستوى غياب الاكتئاب بنسبة 24 % وبتكرار 36، ثم مستوى اكتئاب خفيف بنسبة 19.33 % وبتكرار 29، بينما بلغت نسبة مستوى اكتئاب متوسط 16 % وبتكرار 24.

وقد تم تدعيم هذه النتائج من خلال توضيح خصائص الإحصاء الوصفي لدى عينة بحثنا لمتغير الاكتئاب كما هي ممثلة في الجدول الموالي:

جدول رقم (44): نتائج الإحصاء الوصفي لمتغير الاكتئاب لدى عينة البحث

البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أدنى درجة متحصل عليها	أعلى درجة متحصل عليها	الفارق بين أعلى وأدنى درجة متحصل عليها
بعد توفر المساندة	150	23.65	13.57	01	52	51

من خلال الجدول رقم (44) لنتائج الإحصاء الوصفي لمتغير الاكتئاب لدى عينة البحث نلاحظ أن المتوسط الحسابي لهذا المتغير بلغ 23.65 وهو متوسط منخفض مقارنة بالمتوسط المرجعي لقائمة بيك الثانية للاكتئاب الذي هو 31.5.

2- عرض وتحليل النتائج:

بعد تطبيق مقياس "المساندة الاجتماعية" وقائمة بيك الثانية للاكتئاب، تم جمع المعطيات وفرزها وفق الإطار المنهجي المحدد في الفصل السابق ثم تبويب البيانات في جداول لتوضيح النتائج المتوصل إليها.

2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تتص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان".

وسيتم عرض نتائج فرضياتها الجزئية كما يلي:

2-1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الأولى):

تتص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة

الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام معامل ارتباط بيرسون لاختبار طبيعة العلاقة بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة على بعد توفر المساندة الاجتماعية والدرجات التي تحصلوا عليها على قائمة بيك الثانية للاكتئاب، وذلك لدى عينة من المرضى المصابين بالسرطان. وقبل ذلك نورد توزيع متغيري الدراسة في الجدول التالي:

الجدول رقم (45): توزيع متغيري توفر المساندة الاجتماعية والاكتئاب

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	النتائج المتغيران
8,680	16,59	150	توفر المساندة الاجتماعية
13,574	23,65	150	الاكتئاب

هذا وقد جاء معامل الارتباط بين توفر المساندة الاجتماعية والاكتئاب بعد إخضاع معطيات الدراسة العددية للمعالجة الإحصائية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (46): معامل الارتباط بين توفر المساندة الاجتماعية والاكتئاب

القرار	مستوى الدلالة المعتمد	مستوى الدلالة المحسوب	قيمة معامل الارتباط	العينة	متغير الدراسة
توجد علاقة دالة	0,01	0,000	-0,440	150	توفر المساندة الاجتماعية
				150	الاكتئاب

نلاحظ من خلال الجدول رقم (46) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0,000) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر (0,01)، وهذا يعني أنه توجد علاقة دالة

إحصائياً بين بعد توفر المساندة الاجتماعية ومتغير الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، ويظهر ذلك من خلال قيمة معامل الارتباط التي تساوي $-0,440$.

2-1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الأولى):

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام معامل ارتباط بيرسون لاختبار طبيعة العلاقة بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة على بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية والدرجات التي تحصلوا عليها على قائمة بيك الثانية للاكتئاب، وذلك لدى عينة من المرضى المصابين بالسرطان. وقبل ذلك نورد توزيع متغيري الدراسة في الجدول التالي:

الجدول رقم (47): توزيع متغيري الرضا عن المساندة الاجتماعية والاكتئاب

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	النتائج
			المتغيران
6,695	28,63	150	الرضا عن المساندة الاجتماعية
13,574	23,65	150	الاكتئاب

هذا وقد جاء معامل الارتباط بين الرضا عن المساندة الاجتماعية والاكتئاب بعد إخضاع معطيات الدراسة العددية للمعالجة الإحصائية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (48): معامل الارتباط بين متغيري الرضا عن المساندة الاجتماعية والاكتئاب

القرار	مستوى الدلالة المعتمد	مستوى الدلالة المحسوب	قيمة معامل الارتباط	العينة	متغير الدراسة
توجد علاقة دالة	0,01	0,000	-0,315	150	الرضا عن المساندة الاجتماعية
				150	الاكتئاب

نلاحظ من خلال الجدول رقم (48) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0,000) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر (0,01)، وهذا يعني أنه توجد علاقة دالة إحصائية بين بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية ومتغير الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، ويظهر ذلك من خلال قيمة معامل الارتباط التي تساوي -0,315.

2-1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان".

يمكن عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى انطلاقاً من نتائج الفرضيتين الجزئيتين المندرجتين في إطارها، كونهما يعبران عن بعدي متغير المساندة الاجتماعية، فإن تحقق الفرضيتين الجزئيتين سيؤدي حتماً إلى تحقق الفرضية الأولى. ومن أجل الحصول على نتائج أكثر دقة ارتأينا التحقق منها بطريقة إحصائية، حيث قمنا باستخدام معامل ارتباط بيرسون لاختبار طبيعة العلاقة بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية الكلي والدرجات التي حصلوا عليها على قائمة بيك الثانية للاكتئاب. وقبل ذلك نورد توزيع متغيري الدراسة في الجدول التالي:

الجدول رقم (49): توزيع متغيري المساندة الاجتماعية الكلي والاكنتاب

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	النتائج
			المتغيران
11,555	45,22	150	المساندة الاجتماعية
13,574	23,65	150	الاكنتاب

هذا وقد جاء معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية والاكنتاب بعد إخضاع معطيات الدراسة العددية للمعالجة الإحصائية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (50): معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية والاكنتاب

القرار	مستوى الدلالة المعتمد	مستوى الدلالة المحسوب	قيمة معامل الارتباط	العينة	متغير الدراسة
توجد علاقة دالة	0,01	0,000	-0,513	150	المساندة الاجتماعية
				150	الاكنتاب

نلاحظ من خلال الجدول رقم (50) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0,000) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر (0,01)، وهذا يعني أنه توجد علاقة دالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية والاكنتاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، ويظهر ذلك من خلال قيمة معامل الارتباط التي تساوي -0,513.

2-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تتص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون لدى المرضى المصابين بالسرطان".

وسيتم عرض نتائج فرضياتها الجزئية كما يلي:

2-2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثانية):

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للجنسين، وبعدها قمنا باستخدام اختبار "T" لمعرفة دلالة الفروق في نتائج المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير الجنس. والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (51): دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقاً لمتغير الجنس

المقياس	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	القرار
المساندة الاجتماعية	ذكر	54	45.65	13.148	148	0.669	0.735	غير دال
	أنثى	96	44.98	10.621				

يتبين من خلال الجدول رقم (51) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0,735) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0,05)، مما يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث فيما يخص متغير المساندة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسرطان، وبلغت القيمة التائية 0,669.

2-2-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثانية):

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والملتزمين لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للعزاب والمتزوجين، وبعدها قمنا باستخدام اختبار "T" لمعرفة دلالة الفروق في نتائج المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير الحالة المدنية. والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (52): دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقاً لمتغير الحالة المدنية

المقياس	الحالة المدنية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	القرار
المساندة الاجتماعية	أعزب	48	42.31	12.601	148	-2.14	0.034	دال
	متزوج	102	46.59	10.825				

يتبين من خلال الجدول رقم (52) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0.034) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0.05)، مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العزاب والمتزوجين فيما يخص متغير المساندة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسرطان، وبلغت القيمة التائية -2.14.

بلغ المتوسط الحسابي للمرضى المتزوجين (46.59) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للمرضى العزاب البالغ (42.31)، مما يدل على أن الفروق في المساندة الاجتماعية وفقاً لمتغير الحالة المدنية جاءت لصالح المرضى المتزوجين.

2-2-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (للفرضية الثانية):

تتص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للمقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، وبعدها قمنا باستخدام اختبار "T" لمعرفة دلالة الفروق في نتائج المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير الإقامة. والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (53): دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير الإقامة

المقياس	الإقامة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	القرار
المساندة الاجتماعية	الريف	69	47.38	11.889	148	2.135	0.034	دال
	المدينة	81	43.38	11.004				

يتبين من خلال الجدول رقم (53) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0.034) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0.05)، مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة فيما يخص متغير المساندة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسرطان، وبلغت القيمة التائية 2.135.

بلغ المتوسط الحسابي للمرضى المقيمين بالريف (47.38) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للمرضى المقيمين بالمدينة البالغ (43.38)، مما يدل على أن الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير الإقامة جاءت لصالح المرضى المقيمين بالريف.

2-2-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (للفرضية الثانية):

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للمتعالجين وغير المتعالجين، وبعدها قمنا باستخدام اختبار "T" لمعرفة دلالة الفروق في نتائج المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير العلاج. والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (54): دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير العلاج

المقياس	العلاج	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	القرار
المساندة الاجتماعية	نعم	112	44.01	11.052	148	-2.23	0.027	دال
	لا	38	48.79	12.397				

يتبين من خلال الجدول رقم (54) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0,027) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0,05)، مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما فيما يخص متغير المساندة الاجتماعية، وبلغت القيمة التائية -2.23.

بلغ المتوسط الحسابي للمرضى الذين لا يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) (48.79) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للمرضى الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) البالغ (44.01)، مما يدل على أن الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير العلاج جاءت لصالح المرضى الذين لا يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي).

2-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون لدى المرضى المصابين بالسرطان".

وسيتم عرض نتائج فرضياتها الجزئية كما يلي:

2-3-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الثالثة):

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للجنسين، وبعدها قمنا باستخدام اختبار "T" لمعرفة دلالة الفروق في نتائج الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس. والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (55): دلالة الفروق في الاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس

المقياس	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوب	القرار
الاكتئاب	ذكر	54	23.31	13.444	148	-0.29	0.820	غير دال
	أنثى	96	23.84	13.714				

يتبين من خلال الجدول رقم (55) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0.820) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0,05)، مما يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث فيما يخص متغير الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، وبلغت القيمة التائية -0.29.

2-3-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الثالثة):

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للعزاب والمتزوجين، وبعدها قمنا باستخدام اختبار "T" لمعرفة دلالة الفروق في نتائج الاكتئاب تبعا لمتغير الحالة المدنية. والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (56): دلالة الفروق في الاكتئاب وفقا لمتغير الحالة المدنية

المقياس	الحالة المدنية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	القرار
الاكتئاب	أعزب	48	24.96	13.229	148	0.807	0.421	غير دال
	متزوج	102	23.04	13.754				

يتبين من خلال الجدول رقم (56) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0.421) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0.05)، مما يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العزاب والمتزوجين فيما يخص متغير الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، وبلغت القيمة التائية 0.807.

2-3-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثالثة):

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان ".

للتحقق من هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للمقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، وبعدها قمنا باستخدام اختبار "T" لمعرفة دلالة الفروق في نتائج الاكتئاب تبعا لمتغير الإقامة. والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (57): دلالة الفروق في الاكتئاب وفقا لمتغير الإقامة

المقياس	الإقامة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	القرار
الاكتئاب	الريف	69	19.49	12.491	148	-3.60	0.000	دال
	المدينة	81	27.20	13.524				

يتبين من خلال الجدول رقم (57) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0.000) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0.05)، مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة فيما يخص متغير الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، وبلغت القيمة التائية -3.60.

بلغ المتوسط الحسابي للمرضى المقيمين بالمدينة (27.20) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للمرضى المقيمين بالريف البالغ (19.49)، مما يدل على أن الفروق في الاكتئاب وفقا لمتغير الإقامة جاءت لصالح المرضى المقيمين بالمدينة.

2-3-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الثالثة):

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان".

للتحقق من هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للمتعالجين وغير المتعالجين، وبعدها قمنا باستخدام اختبار "T" لمعرفة دلالة الفروق في نتائج الاكتئاب تبعا لمتغير العلاج. والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (58): دلالة الفروق في الاكتئاب وفقا لمتغير العلاج

المقياس	العلاج	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوبة	القرار
الاكتئاب	نعم	112	24.08	13.981	148	0.701	0.486	غير
	لا	38	22.39	12.383				دال

يتبين من خلال الجدول رقم (58) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0.486) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0,05)، مما يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما فيما يخص متغير الاكتئاب، وبلغت القيمة التائية 0.701.

3- تفسير ومناقشة النتائج:

بعدما عرضنا النتائج المتحصل عليها من خلال معالجة البيانات، سنقوم الآن بتفسير ومناقشة النتائج الخاصة بكل فرضية.

3-1- تعقيب على نتائج مستويات المساندة الاجتماعية والاكتئاب:

3-1-1- تعقيب على نتائج مستويات المساندة الاجتماعية:

من خلال النتائج المتحصل عليها بالنسبة لمستويات المساندة الاجتماعية لعينة بحثنا المتمثلة في 150 حالة مرضى مصابين بالسرطان، نلاحظ انه هناك اختلاف في النتائج بين مستويات بعد توفر المساندة الاجتماعية ومستويات بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية. فإدراك المفحوصين لتوفر المساندة الاجتماعية أو بتعبير آخر لعدد الأشخاص المتاحين للمساندة الاجتماعية جاء في اغلبه بين إدراك ضعيف وإدراك متوسط، حيث أعلى نسبة

احتلتها الإدراك الضعيف بـ 46.66 %، يليه إدراك توفر مساندة اجتماعية متوسط بـ 44.67 %، بينما جاء إدراك توفر مساندة اجتماعية مرتفع بنسبة منخفضة حيث بلغ 08.67 %.

وهذه النتيجة جاءت مخالفة للنتيجة التي توصلت إليها دراسة الباحثين نبيلة باوية ونادية مصطفى الزقاوي بوب (2013) من جامعة قاصدي مرباح بورقلة وجامعة وهران، والتي تحمل عنوان "الدعم الاجتماعي لدى المصابات بسرطان الثدي"، حيث أسفرت نتائج الدراسة عن وجود مستوى دعم اجتماعي مرتفع بنسبة 64.33 % لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي. لجأ الباحث إلى اعتماد هذه الدراسة كون مفهوم الدعم الاجتماعي كما تناولته الباحثين أقرب ما يكون إلى مفهوم بعد توفر المساندة الاجتماعية المعتمد من طرف الباحث في البحث الحالي، حيث عرّفت الباحثين الدعم الاجتماعي على أنه مقدار ما تدركه المرأة المصابة بسرطان الثدي من رعاية واهتمام وحب ونصائح من المحيطين بها (أفراد أسرتها، أصدقائها).

وقد يعود سبب انخفاض نسبة توفر المساندة الاجتماعية أو انخفاض عدد الأشخاص المتاحين للمساندة الاجتماعية حسب إدراك المفحوصين في الدراسة الحالية إلى ضعف الشبكة الاجتماعية (Réseau social) بسبب التغيير الاجتماعي الحاصل في منطقة القبائل بصفة خاصة، أو المجتمع الجزائري بصفة عامة نتيجة النمو الاقتصادي الكبير ونتيجة ما اقتضته المدنية الحديثة، حيث بدأت العائلات الممتدة في الانخفاض على حساب ظهور الأسرة الصغيرة والنووية التي تتميز بحدودية علاقاتها الاجتماعية، حيث أكد الباحث بن حدة فرات (2015) من جامعة وهران خلال دراسته حول التغيير الاجتماعي في الجزائر أن الأسر النووية ضعيفة من حيث التواصل القرابي نظرا للانفصال المجالي عن الأسر الممتدة وارتباطات الزوجين مهنيا واقتصاديا. (بن حدة فرات، 2015، ص 154).

وفي هذا الإطار يؤكد بلقزيز (1999) أن تفكك بنية الأسرة قد جرى في امتداد تحولات اجتماعية وثقافية عميقة وعاصفة شهدتها المجتمعات العربية... والمظهر المثير لهذا

التفكك، هو فقدان الأسرة المتزايد لقدرتها على الاستمرار كمرجعية قيّمة وأخلاقية للناشئة بسبب نشوء مصادر جديدة لإنتاج القيم وتوزيعها. (ماجد الزيود، 2006، ص 70)

إن تدهور بعض القيم الإنسانية وتدني روح المساندة والتعاون والتضامن مقارنة بعشريات زمنية خلت، بسبب اكتساح العولمة للمجتمعات الإنسانية الحديثة التصنيع والتحضر، أدى إلى شرح النسيج الاجتماعي حيث يرى **معن خليل العمر (2005)** أن ذلك ساهم في تفكك الأسرة والعلاقات القرابية وضعف الضبط التربوي وتصاعد الميول الفردية وتشتت الأهداف الاجتماعية وغموضها، وتناقض التعارف والاحتكاك الشخصي النابع من الصداقة والجوار في مجالات الترفيه والمجاملة الاجتماعية بين الأفراد، وتحول التفاعل الاجتماعي بين الناس إلى نوع من السطحية والوقتية والمنفعة المباشرة والتكلف. (معن خليل العمر، 2005، ص 149).

كما لعب التطور التكنولوجي الكبير دور في ذلك، فدخل التلفزيون والهوائيات المقعرة منازل الجزائريين، زد الى ذلك انتشار الهواتف النقالة، وتدفق الانترنت، ظهور شبكات التواصل الاجتماعي وانتشارها في أوساط الأفراد غير من نمط ثقافة الأسرة الجزائرية وقوض من حدة العلاقات الاجتماعية.

وعن المحمول مثلا يقول **مهدي مكاي (2017)** أن من أبرز سلبيات المحمول هي إعلاء قيم الأنانية على حساب قيم التضامن الاجتماعي ذلك أن هذه التقنية تعني ثقافة الأنا أولا قبل الجماعة. وأشار أيضا الى تغير نمط الثقافة الأسرية الجزائرية وخاصة علاقة الأبناء بالآباء وضعف التواصل الأسري بينهم من خلال التدفق الإعلامي وثورة المعلومات، ومن خلال تعدد الفضائيات وما تعرضه من برامج وأفلام بعيدة عن واقعنا الذي نعيشه.

وفي دراسة عالمية قامت بها مؤسسة **راند ستاد (Randstad)** بلكسمبورغ في 34 بلد من بلدان العالم على عينة قوامها أكثر من 400 موظف من كل بلد، من أجل البحث في تأثير

التكنولوجيا على الاتصال الإنساني، أسفرت نتائج هذه الدراسة أن 76 % من مجموع العينة أقرّوا أن التكنولوجيا تجعل من المجتمعات أقل إنسانية. (Jean-Michel Gaudron, 2016)

العوامل الافتراضية التي تحتويها الإنترنت تساهم في توسيع مجال العلاقات الاجتماعية وتوطيدها ويقرب المسافات افتراضيا، في حين تلهي الأشخاص عن علاقاتهم واقعا حين الاستعمال، وتكرس الفردانية وتنقص من التفاعل الاجتماعي.

وضّحت دراسة للباحثين طاموس وازي وكاحل يوسف سنة 2013 على عينة من أفراد المجتمع الجزائري فيما يخص تأثير وسائل التواصل التكنولوجية على العلاقات بين الأفراد، أن الآثار السلبية لوسائل التواصل التكنولوجية تتمثل في هشاشة العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة الواحدة، حيث نجد أن العلاقات السارية تقل بين الأفراد حيث تحدث العزلة والميل إلى الانفراد، وتقل المشاعر العاطفية والقيم التي تربط بينهم. (فيصل لكحل، 2013، ص 216-2023)

فمن خلال ما سبق ذكره حاول الباحث أن يسلط الضوء على طبيعة المجتمعات الحديثة، مجتمعات ما بعد الحداثة خاصة مع الانتشار الواسع للوسائل التكنولوجية ودخول الانترنت بيوت المواطنين بإيجابياته وسلبياته، وتوفّر الهواتف النقالة وسهولة اقتنائها وامتلاكها من طرف عامة الناس...، لعلّ كل هذه العوامل ساهمت في تقليص وتيرة التفاعل الاجتماعي بين الأفراد، وبعّدت بين أفراد المجتمع الواحد، بل بين أفراد الأسرة الواحدة، وكوّنت لعالم افتراضي على حساب العالم الواقعي الملموس، مما ساهم في تدني الروح الإنسانية، وتغيير قيم الحب والعطاء والتضامن والتلاحم الاجتماعي التي كان يزخر بها المجتمع الجزائري في زمن مضى وبدأ يحل محلها الفردية والمصلحة الذاتية.

كل هذه التغيرات والتحوّلات جعلت من الصعوبة بمكان أن يجد الفرد الذي يعاني من أزمة معينة العدد المعتبر من الأفراد الذين يمكن أن يعوّل عليهم أوقات الحاجة، فكل فرد منشغل

بأموره وهمومه في عصر يتميز بالسرعة والمنافسة، بكثرة المشاغل والضغوطات، بتعدد الوسائل التي تلهي الإنسان عن أخيه الإنسان.

فالنتيجة التي توصل إليها الباحث في مستويات بعد توفر المساندة الاجتماعية التي جاءت منخفضة بالنسبة لمرضى السرطان، هي نتيجة منطقية حسب رأي الباحث بسبب ظروف المجتمع الحالي، ما جعل إدراك مريض السرطان للأفراد المتاحين للمساندة ضعيف إلى حد كبير حيث جاءت نسبته بـ 08.67%.

وهناك عوامل أخرى يمكن أن تكون قد ساهمت في ظهور هذه النتيجة والتي تتعلق خاصة بشخصية المريض وردّات أفعال المحيطين به، حيث خبرة الباحث خلال مسانده النفسية لمرضى السرطان، أثبتت له أنّ هناك عدد لا يستهان به من المرضى الذين يتقادون إخبار الآخرين بمرضهن، بحيث يبذلون قصارى مجهوداتهم من أجل إخفاء إصابتهم بمرض السرطان، فهناك من يخجل بمرضه ولا يريد أن يكون محل حديث العام والخاص، بل هناك من يتخوف من التمييز والإقصاء (La stigmatisation et la discrimination) بسبب اكتشاف الآخرين لإصابته بمرض السرطان. وفي هذا الصدد أثبتت دراسة قامت بها ماري بريوو وآخرون (Marie préau et al, 2017) على عينة من مرضى السرطان أن 09.1% من مجموع العينة قالوا أنهم تعرضوا للتمييز والإقصاء بسبب مرضهم، و36% منهم تعرضوا لهذا التمييز أولاً في محيطهم العائلي، و50% منهم في محيطهم الاجتماعي القريب (أصدقاء، الذين تربط بهم علاقات...). وفي الأخير 32% قالوا أنهم تعرضوا للتمييز والإقصاء في مكان عملهم، و46% في أماكن اجتماعية أخرى.

(Marie préau et al, 2017, P. 232)

مثل هذه السلوكيات يمكن أن تجعل المريض المصاب بالسرطان يدرك الآخرين على أنهم مصدر تهديد بدلاً من أن يكونوا بالنسبة له مصدر مساندة ودعم.

وهناك من المرضى من لا يريد أن يبدو ضعيفا أمام الآخرين بسبب مرضه لكي لا يكون محل شفقة من طرفهم، وهناك من يتقادى الأسئلة والاستفسارات التي يمكن أن تهطل عليه في حالة اكتشاف المرض...، وفي هذه الحالة يمكن أن يدرك الآخرين كمصدر للإزعاج والتوتر، لا مصدر للدعم والمؤازرة، لذا يفضلون إخبار أقرب المقربين لهم فقط، الذين يمكن عدّهم على أصابع اليد الواحدة. حيث أكدت دراسة (Manoudi F. al, 2010) التي أقيمت بالمستشفى الجامعي محمد الخامس بالمغرب على عينة من المرضى المصابين بالسرطان، أن المرضى الذين يعانون من موقف سلبي من مَن حولهم كانوا أكثر اكتئابا.

إن ضعف توفر المساندة الاجتماعية أو قلة عدد الأشخاص المتاحين للمساندة، لم يؤثر على مدى رضا مرضى المصابين بالسرطان، فقد عبّرت نسبة 72.67 % من أفراد عينة بحثنا المتمثلين في المرضى المصابين بالسرطان عن رضاهم الكبير عن المساندة التي يتلقونها، مما يوضح أن الرضا عن المساندة الاجتماعية لا تُختزل فقط في عدد الأشخاص المتاحين للمساندة، بل أيضا على نوعية المساندة التي يتلقاها المريض، فالحكمة في نوعية المساندة التي يتلقاها الفرد وليس فقط في مدى توفرها أو عدد الأشخاص المتاحين لها. فقد يكون الفرد محاط بعدد كبير من الأشخاص في محيط أسرته أو محيطه الاجتماعي بصفة عامة، لكن يمكن أن يشعر بالرضا فقط من خلال تلقي المساندة من عدد جد محدود، إذا كانت تلك المساندة ذات نوعية. يقول ماريلو بروشو شويتزر وزملائه (Marilou Bruchon- Schweitzer et al, 2003) : "يمكن للفرد أن يكون راض رغم وجود عدد ضعيف من الأصدقاء أو من العلاقات، ويمكن أن يكون غير راض رغم كون هذا العدد كبير".

أثناء تطبيقه للدراسة الأساسية للبحث الحالي، لاحظ الباحث أنه هناك عدد لا يستهان به من المرضى الذين أجابوا على البنود المتعلقة بعدد الأشخاص المتاحين للمساندة لمقياس سارازون للمساندة الاجتماعية، بكتابة اسم واحد من بين تسعة فراغات الموضوعية لأسماء الأشخاص المحتملين، ورغم ذلك يعبرون في البنود المتعلقة بالرضا عن المساندة عن

رضاهم من تلك المساندة. تقول كارولين رويلر (Carolline Ruiller, 2003) أنه ليس عدد الاتصالات الاجتماعية هي التي تحمي الأفراد، وإنما وجود من بينها علاقات كافية يمكن أن تمنح الفرد التفهم والإصغاء، ويجد من خلالها فرصة التعبير عن ما يثقل كاهله في الفترات الصعبة التي يمر منها.

فعلى سبيل المثال لا الحصر أبدت بعض النساء المصابات بسرطان الثدي وهو نوع السرطان الذي احتل الصدارة في نسب سرطانات الدراسة الاستطلاعية والأساسية، رضاهن الكبير في مساندة أزواجهن لهن، واكتفين بذكرهم في قائمة الأشخاص المتاحين للمساندة، وذلك لما لهذا الأخير من قدرة ليس فقط في مساندة زوجته المصابة بسرطان الثدي، بل في تخفيف عبء المخاوف التي تعترى أنوثتها، بعد تعرضها لعملية بتر الثدي.

كما أن هناك من أبدى رضاه عن طبيعة مساندة الطبيب له، ومساندة المختص النفسي، وكذلك الجمعيات....

3-1-2- تعقيب على نتائج مستويات الاكتئاب:

من خلال النتائج المتحصل عليها بالنسبة لمستويات الاكتئاب لعينة بحثنا المتمثلة في 150 حالة مرضى مصابين بالسرطان، جاء مستوى الاكتئاب المرتفع بأعلى نسبة (40.67%)، مما يؤكد شيوع الاكتئاب لدى مرضى السرطان عينة بحثنا.

جاءت نتائج هذا البحث مختلفة مع نتائج دراسة جهاد براهيمية ونادية بوشناق (2016) من جامعة قاصدي مرباح من ورقلة تحت عنوان: "الألم النفسي لدى مرضى السرطان"، التي أجريت على عينة قوامها 230 مريضا من الجنسين بمراكز مكافحة السرطان بكل من ولاية عنابة، ورقلة والجزائر، حيث توصلت الى وجود اكتئاب منخفض لدى عينة البحث بنسبة 68.26%.

وجاءت نتائج البحث الحالي متوافقة الى حدّ كبير مع نتائج دراسة مانوديف وآخرون (Manoudi F. al, 2012)، تحت عنوان "الاضطرابات الاكتئابية لدى المرضى المصابين بالسرطان" التي أُجريت بمصلحة السرطان بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، حيث تكونت العينة من 100 مريض لديهم مختلف أنواع السرطان، منهم 60% نساء، تتراوح أعمار العينة من 15 سنة الى 72 سنة، منهم 72% متزوجين، 62% أميين، 6% جامعيين. اعتمدت هذه الدراسة في تشخيص الاكتئاب على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للإضطرابات النفسية (DSM.IV.R) وعلى سلم بيك لقياس شدة الاكتئاب. وتوصلت نتائجها الى أن 26.7% من المرضى الذين تناولتهم الدراسة لديهم اكتئاب شديد، و60% لديهم اكتئاب متوسط، بينما 13.3% لديهم اكتئاب خفيف.

(Manoudi F. al, 2010, p. 15)

وافقت دراسة محمد سمير محمد أبو عيشة (2017) نتائج الدراسة الحالية، والتي أُجريت على عينة دراسة قوامها 120 مريضا بالسرطان من الجنسين بالمستشفى الرنتيسي بغزة، والتي تحمل عنوان: "نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان"، وجاءت نتائجها لتؤكد وجود الاكتئاب بمستوى متوسط وحاد لدى عينة البحث بنسب 35.80% و 27.80%. كما جاءت مدّعمة بنتائج دراسة برهان وإنستيزار (Burhan H., D et Instesar, A., A, 2016)، التي أُجريت على عينة قوامها 100 مريض مصاب بالسرطان في مدينة مرجان الطبية ببابل وتوصلت إلى أن حوالي 70% من المرضى يعانون من اكتئاب حاد.

وهذه النتيجة المتحصل عليها كانت متوقعة من طرف الباحث، لطبيعة مرض السرطان الذي هو مربوط في لاشعور الأفراد بالألم، بالمعاناة، بعدم الشفاء والموت. تقول سيلفي بوشو (Sylvie Pucheu, 2007): "كلمة السرطان لا يزال يتردد صداها كمرادف للموت في الخيال الجماعي". فسماع أي شخص بأنه مصاب بمرض السرطان لا يعني له ذلك الإصابة

بمرض بل يعني له الحكم عليه بالموت القريب، وهذا ما يولد القلق الذي يراوده جراء خوفه المستمر من طبيعة مرضه ومستقبله.

فالسرطان حسب جادون وآخرون (Jadoon A. N., 2010) مرض خطير لا يهدد حياة المريض فحسب بل يؤثر على صحته الجسدية والنفسية، وتشخيص الإصابة به تسبب ضيقاً وإجهاداً وألم للمريض وعائلته.

ويرى هونق وتيان (Hong J. S. et Tian J., 2014) أن المعاناة النفسية قد تكون كرد فعل على التشخيص بالسرطان لدى بعض المرضى، ولكن الكثير منهم تستمر معهم مسببة عبئاً إضافياً أثناء العلاج، مما يؤدي إلى صعوبة أكبر في الإدارة والسيطرة على الأعراض وازدياد طول الإقامة بالمستشفى.

يشير بشير معمريّة (2007) إلى أن المصابين بمرض السرطان يتسمون بالقلق وخاصة قلق الموت والاكئاب والعجز وانخفاض الدافع ونقص المهارة وقلة بذل الجهد واستعجال للأمور، وضعف الشخصية والاستسلام للهزيمة، إضافة إلى الجمود والعجز والاضطراب في العلاقات العائلية. (نبيلة باوية ونادية مصطفى الزقاي يوب، 2013، ص 335)

وهو ما عززته دراسة لورانس ليشان التي أجريت على (250) مريضاً من مرضى السرطان حيث وجد نسبة (4/3) من المرضى كانوا يعانون من يأس قاتل وفقدان الأمل في الحياة والإحساس بالفشل، كما لوحظ أن المريض كان منعزلاً، انطوائياً وليس لديه القدرة على تغيير سلوكه. (نبيلة باوية ونادية مصطفى الزقاي يوب، 2013، ص 335)

إن مرضى السرطان يلمسون واقع ملئ باليأس والإحباط، والفشل والتوتر وعدم القدرة على الاستمتاع في حياتهم، وذلك لعدم قدرتهم على تحقيق أهدافهم، وإيجاد معنى سامي لحياتهم، حيث يشعرون بنوع من فقدان القيمة، والتشتت والحيرة، وعدم القدرة على اتخاذ القرار.

ورؤية المريض لمظهره يشعره بالضيق، حيث أن سقوط الشعر والضعف الجسدي وشحوب الوجه تجعله يشعر بأنه قد أصبح قبيحا وأقل جاذبية، ويشعر أن الناس قد يرونه كذلك، فكل هذه المظاهر الجسمية قد توقعه في شبح الحزن والاكتئاب. (محمد سمير محمد أبو عيشة، 2017، ص 115)

فالكرب النفسي (La détresse psychologique) الذي يعيشه مريض السرطان بسبب مرضه وبسبب الصعوبات الحياتية المتفرعة عنه خاصة فيما يخص العلاج والأعراض الجانبية له، يمكن أن يتحول إلى الاكتئاب الذي أثبتت عدّة دراسات مدى انتشاره لدى مرضى السرطان، ولعله السبب الذي دفع الباحثين للاهتمام بدراسة هذا المتغير، حيث تقول سيلفي دولبولت (Sylvie Dolbeault, 2009): "إن تحول الكرب النفسي إلى الاكتئاب لدى مرضى السرطان كان محل اهتمام الباحثين وذلك عن طريق إلقاء مداخلات شفوية أو كتابات مقالات وكتب باللغتين الفرنسية والانجليزية".

ولم يقتصر الكتابة عن المعانات النفسية والاكتئاب فقط على اللغة الفرنسية والانجليزية بل أهتم بهذه الظاهرة بكل لغات العالم تقريبا كون مرض السرطان لا يقتصر على منطقة معينة بل منتشر في كل ربوع العالم.

الاكتئاب هي النتيجة النفسية الأكثر شيوعا لدى مرضى السرطان والذي يضر بنوعية الحياة، والمداومة على العلاج، وتطور المرض، وتحمل الآلام والتعب. (Adelaide et Sydney, 2010, P. 145)

ويمكن أن يصاحب كل المراحل التي يمكن أن يمر بها المريض المصاب بالسرطان، بعد إعلامه بالإصابة بالمرض (L'annonce du diagnostic)، أثناء تلقيه العلاج الكيميائي أو الإشعاعي... (Les traitements)، مرحلة المراقبة (La surveillance)، مرحلة الانتكاسة إن حدثت (La rechute)، المرحلة النهائية إن بلغها المريض (La phase palliative).

قد ينجر من الإصابة بالسرطان تغييرات جسمية تكاد تكون دائمة، كفقدان عضو مثلا، أو حدوث ندبات على الجسم، أو قد تكون مؤقتة مثل سقوط الشعر خلال فترة العلاج الكيميائي أو الإحساس بالتعب والضعف الجسدي العام، شعور بالنقص وتدني في تقدير الذات لدى المصابين به، حيث تصبح نظرة الآخرين عاملا حاسما لا سيما وأن المظهر الجسمي يكون في أغلب الأحيان شكلا من أشكال التواصل الاجتماعي. من هذا المنطلق، فقد تكون الإصابة بالسرطان من العوامل التي تساهم في عزلة المصابين لدى أغلبيتهم وابتعادهم عن الآخرين، وشعورهم بالقلق والتوتر والحزن والتشاؤم كأثار تكاد تكون دائمة لدى الأغلبية، اللهم إلا استثناء. ربما يرافق ذلك إحساسهم بالوحدة وعدم المقدرة على مزاوله أدوارهم ونشاطاتهم كما في السابق، لشعورهم بعدم تقبل المحيطين بهم لوضعيتهم المستجدة، لذا قد يشكون في إمكانية حصولهم على المساعدة المتوقعة في وضعيات كهذه، قد يختلف الأمر إذا ما توفر لهؤلاء المصابين نظاما مساندا وداعما قد تختلف جدواه باختلاف أنواعه ودرجاته. (نبيلة باوية ونادية مصطفى الزقاي يوب، 2013، ص 334)

3-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

3-2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الأولى):

تشير الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الأولى) إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين بعد توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان. يتبين من الجدول رقم (46) أن علاقة الارتباط بين توفر المساندة الاجتماعية والاكتئاب عكسية (سالبة) ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يدل على أنه كلما توفرت المساندة الاجتماعية انخفضت معه درجة الاكتئاب والعكس صحيح، أي كلما كانت المساندة الاجتماعية أقل توفرا ارتفعت درجة الاكتئاب.

اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة أجراها سيك إيوم وآخرون (Sick-Eom et al., 2013)، في كوريا الجنوبية، هدفت إلى معرفة كيفية ارتباط المساندة الاجتماعية المدركة أو الدعم الاجتماعي المدرك بالاكئاب ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، حيث تكونت عينة الدراسة من (1930) مريض سرطان. أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي المدرك المنخفض مرتبط بمستوى عالٍ من الاكتئاب، وانخفاض في الوظائف العاطفية والجسدية والعقلية للمريض، وأن الأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي منخفض لديهم نوعية حياة منخفضة وصحة عامة منخفضة.

كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كوهن وآخرون (Cohen, 1986) التي استهدفت معرفة ما إذا كانت المساندة الاجتماعية المدركة أو الدعم الاجتماعي المدرك يحمي الأفراد من المزاج الاكتئابي الناشئ من مثيرات المشقة أم لا، وذلك على عينة من طلاب الجامعة قوامها 609 طالب في المدى العمري من 15 إلى 27 سنة بمتوسط 18.17 سنة، وانتهت الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي الذي يدرك الأفراد أنه متاح لهم يؤدي دوراً مهماً في الوقاية من الآثار السلبية للمشقة. (رضوان جاب الله شعبان، 2001، ص 78، (79)

يقول بركمان وسيم (Berkman et Syme, 1979) أن الشبكة الاجتماعية عبارة عن مجموع الأشخاص الذين يدخل الفرد معهم في علاقات اجتماعية، فكلما كانت هذه الشبكة مهمة كلما لعبت دوراً في الحماية، بينما الوحدة متعلقة بخطر مرتفع للمرض والموت، الخطر الذي يزداد بقوة مع تقدم السن. وإدراك المريض للمساندة الاجتماعية من خلال هذه الشبكة يكون أكثر تأثيراً حيث أظهرت دراسة إيل وآخرون (ELL et al, 1992) التي أقيمت على عينة قدرها 294 مريض مصابين بأنواع مختلفة من السرطان، أن المساندة الاجتماعية المدركة مقارنة بالشبكة الاجتماعية أكثر ميلاً للرفع من مدة الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 11)

فالفرد الذي يمتلك شبكة من العلاقات الشخصية المتداخلة يكون في حمايتها تعصمه من التفكك الاجتماعي لأنه يعيش مناخها الدافئ وتمنحه الأمن والاستواء النفسي. (معن خليل العمر، 2005، ص 167)

أثبت المعهد الكندي للإعلام حول الصحة (L'institut canadien d'information sur la santé, 2012)، أن العلاقات الاجتماعية مهمة للتخفيف من مستويات الكرب النفسي المرتفعة.

فالأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يمكن أن يوثق بها، أفضل من ناحية الصحة النفسية مع غيرهم ممن يفتقدون هذه المساندة. (محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمان، 1994، ص 33).

ويمكن أن تؤدي البيئة الاجتماعية دوراً مهماً في تحديد قدرة مرضى السرطان للتعيش مع مرضهم، إذ يمكن أن تعزز البيئة الاجتماعية الصحة، وتعمل على حماية الأشخاص من الآثار الضارة لأحداث الحياة الضاغطة، مثل السرطان، بالإضافة إلى ذلك، فإن وجود مستويات عالية من الدعم الاجتماعي يعمل على حماية الشخص من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة؛ فقد كشفت بعض الدراسات أن مرضى السرطان الذين كانوا قادرين على الحفاظ على علاقات وثيقة مع الآخرين، بدوا أكثر تكيفاً على نحو أفضل مع مرضهم وعلاجه من أولئك الذين ليس لديهم علاقات داعمة .

(Helgeson et Cohens, 1996; Cutrona, Russel, et Rose, 1986; Revenson, Wollman et Felton, 1983)

وتعد الأسرة، والأهل، والزملاء، والأقارب، والجيران، وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم حيز مهم في حياة الفرد مصادر غير رسمية من البيئة الاجتماعية، يستطيع الفرد اللجوء إليها في أي وقت طلباً للمساعدة. ويتكون الدعم الاجتماعي من المساعدة، والمؤازرة المادية،

والعاطفية، والمعنوية، والمعلوماتية، والمجتمعية التي يحصل عليها الفرد من خلال تعاملاته وعلاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به، ومن المصادر المتاحة في بيئته الاجتماعية.

(Hadeed et El-Bassel, 2006)

فوجود الأشخاص المساندين يعتبر أمر ضروري في حياة المرضى المصابين بالسرطان، فلا يمكن أن تكون هناك مساندة إلا بوجود الأشخاص المتاحين لها.

أكد فريدريش ستييفل (Friedrich Stiefel, 2007) ذلك في قوله: "وجود الآخر (La présence d'autrui)، يسمح لمريض السرطان بالحفاظ على شعور الانتماء إلى العالم وهذا رغم أن حياته مهددة".

فوجود الآخر يلعب وظيفة حماية للمريض، فهو بمثابة دعامة حقيقية ليستطيع المريض التكيف وتجديد حياته بعد الصدمة التي يتلقاها بسبب مرضه.

3-2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الأولى):

تشير الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الأولى) إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

يتبين من الجدول رقم (48) أن علاقة الارتباط بين الرضا عن المساندة الاجتماعية والاكتئاب عكسية (سالبة) ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يدل على أنه كلما كان الرضا عن المساندة الاجتماعية مرتفعاً، انخفضت معه درجة الاكتئاب والعكس صحيح، أي كلما كان الرضا عن المساندة الاجتماعية منخفضاً، ارتفعت درجة الاكتئاب.

وفي هذا الإطار أكدت نتائج دراسة سبيجل وآخرون (Spiegel et al, 1989) التي أقيمت على مجموعات من المريضات المصابات بسرطان الثدي في مستوى الانبثاث (Cancers du

(sein métastatique) وكذلك نتائج دراسة فوزي وآخرون (Fawzy et al, 1993) على مجموعات من مرضى مصابين بمرض سرطان الجلد (Mélanomes)، أن الرضا عن المساندة الاجتماعية المدركة ترفع من درجة الصحة النفسية لدى المريض، وترفع من حظوظ الشفاء. (Cousson-Gélie, 2001, pp.69-70)،

نقلا عن (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 33)

جاءت دراسة بيسلر وآخرون (Bissler L. et al, 2013) لتهدف إلى تقييم الكرب النفسي (La détresse psychologique) لدى المرضى المصابين بسرطان البروستات على عينة مكونة من 51 مريض يعالجون بالإشعاعي. ومن بين النتائج المتوصل إليها هو أن المرضى الذين يعانون من الكرب النفسي هم أقل رضا عن المساندة الاجتماعية التي تلقوها خاصة فيما يخص المساندة المعلوماتية (Le soutien informatif) والمساندة العاطفية (Le soutien affectif).

كما بينوا أنه هناك علاقة ارتباطية بين الرضا عن المساندة الاجتماعية من نوع المساندة المعلوماتية والمساندة العاطفية مع بعض أبعاد الوظيفة الدفاعية للمرضى.

عن كارولين رويلر (Caroline RUIILLER)، يبدو أن الشعور بالارتياح من قبل المتلقي للدعم هو المؤشر الأكثر ملائمة لمدى كفاية هذا الدعم لتوقعات واحتياجات نفس المستلم، وهذا ما أثبتته أبعاد المقاييس المبنية مؤخرا من طرف الباحثين في علم النفس الاجتماعي.

والعلاقات الاجتماعية تبدأ من نقطة بسيطة بين فردين وتتمتع دوائرها حتى تصل إلى العالم أجمع، وقد تكون العلاقات ضعيفة، أو تكون بالغة القوة، تبدو قوية في ظاهرها وعندما تدعو الحاجة إليها يظهر وهنها، وكما تبدو ضئيلة ولكنها عند الحاجة إليها تظهر متانتها. (مروان عبد الله دياب، 2006، ص6)

تتنوع المصادر المختلفة للمساندة الاجتماعية في أبعادها وفي مدى فاعليتها طبقاً للظروف المتاحة لها، كما تختلف مصادر المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تكون مصادر المساندة الاجتماعية متمثلة في الأسرة (الأم، الأب، الأشقاء) وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في (جماعات الرفاق، الأسرة) وفي مرحلة الرشد تتمثل في (الزوج، الزوجة) والأبناء وكذلك علاقات العمل. (السيد يحيى محمد، 2006، ص39)

إن المساندة الاجتماعية القائمة على إعطاء معلومات لفظية عن مواجهة الضغوط وعن القسوة والتهديد وتقديم المساعدات المالية والنصائح قد تؤدي إلى الصحة البدنية والوجدانية وتخفيف الشعور بالعجز والتفسير الواضح والموضوعي للتهديدات لتأثيرات ايجابية، وقد تؤدي إلى الشعور بعدم الكفاية إذا كانت نماذج مواجهة الضغوط عالية وكذلك تؤدي إلى الاكتئاب والاستياء والاعتمادية كتأثيرات سلبية. (احمد عثمان، 2001، ص149)

3-2-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين متغير المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

يتبين من الجدول رقم (50) أن علاقة الارتباط بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب عكسية (سالبة) ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يدل على أنه كلما كانت درجة المساندة الاجتماعية مرتفعة، انخفضت معها درجة الاكتئاب والعكس صحيح، أي كلما كانت درجة المساندة الاجتماعية منخفضة، ارتفعت درجة الاكتئاب.

جاءت دراستنا الحالية متفقة مع دراسة الباحثة سامية عدمان (2007) من جامعة الجزائر حول دراسة بعض عوامل الضغط النفسي بالوسط الإستشفائي وعلاقتها بالاكتئاب،

على عينة قدرها 40 راشدا يعانون من مرض السرطان، ومن بين النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين السند الاجتماعي والاكتئاب لدى المرضى، فكلما قل السند الاجتماعي كلما زادت درجة الاكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة **نوريس وموريل (Murrell et Norris, 1984)** حول علاقة الدعم الاجتماعي بالاكتئاب، أين أجريا دراسة تتبعية قوامها 1402 فردا من الراشدين من عمر 55 سنة فأعلى والمقيمين في ولاية كنتاكي بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث طبق على أفراد العينة مقياس الاكتئاب وأعيد القياس بعد مضي ستة أشهر من القياس الأول، وبهذا انتهت الدراسة إلى عدد من النتائج منها، أن الدعم الاجتماعي يؤدي إلى خفض الأعراض الاكتئابية، كما يقلل من درجة الشعور بالمشقة. (**درويش زين العابدين، 1994** ، ص 236)

أكدت دراسة ربطت بين المساندة الاجتماعية المدركة والاكتئاب أن انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية يرتبط بتطور حلقة اكتئابية كبرى EDM. (Wade et Kendler, 2000) وهذا ما سعت لإثباته دراسة وبائية أقيمت على عينة احتمالية قدرها 7076 من أفراد البالغين تتراوح أعمارهم بين 18 و64 سنة من عامة السكان، أجريت في هولندا على عينة فرعية قوامها 250 فردا من البالغين الذين كانوا أو يعانون حاليا من حلقة اكتئابية كبرى، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن عدم وجود الدعم العاطفي هو عامل لاستمرار الاكتئاب وتحوله إلى اضطراب مزمن.

بالإضافة إلى ذلك، ينظر إلى المساندة الاجتماعية التي مصدرها الأصدقاء والعائلة على أنها تساهم في توقع خمود حلقة اكتئابية كبرى، حتى بعد التحكم إحصائيا في تأثير الشدة الأولية للأعراض. (Nasser et Overholser, 2005)

وأخيراً، يمكن أن يساعد وجود المساندة الاجتماعية في تعافي الفرد من حلقة اكتئابية كبرى. (Keitner et al., 1992). **نقلا عن:** (Caron, J. et Guay, S., 2005, p. 25)

في المقابل هناك من يرى أن العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب هي علاقة سببية، حيث انه بإمكان الدعم الاجتماعي أن يعمل على تخفيض درجة الاكتئاب، كما أنه بإمكانه أن يكون عاملاً واقياً من التعرض للاكتئاب. (قنوس خميسة، 2007، ص 82)

أكد **حسام الأشطوخي (2017)** في مقاله عن علاقة الإصابة بالسرطان والاكتئاب أن الحب والدعم العاطفي والاجتماعي من العوامل المهمة جداً للمساعدة في التعامل مع الضغط النفسي والتوتر حيث أن جميع هذه العوامل تقلل من الاكتئاب والأعراض المرتبطة بالمرض.

ويؤكد جيمس دريفر (Jims Drever) على أن المساندة النفسية والاجتماعية للمريض تعتبر ضرورة علاجية لأنها تنظر الى المريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالة مرضية، وأنه من حقه أن يعيش فس حالة من التوافق النفسي، وأن مساندة نفسيًا واجتماعيًا تؤدي الى تقبل مرضه، والرضا عن ذاته، وتدعيم أمله في الحياة. (محمد بيومي خليل، 1996، ص 92-119)

لذا تعتبر المساندة الاجتماعية أحد المصادر الهامة للأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه عندما يشعر أن هناك ما يهدده، ويشعر أن طاقته قد نفذت ولم يعد بوسعها أن يقف ضد هذا الخطر المهدد له، وأنه في حاجة ماسة إلى مساعدة ومساندة، وشدّ أزر وعون من الخارج، وخاصة عندما يريد أن يأتي العون من أقرب الناس إليه. (مروان عبد الله دياب، 2006، ص 6)

وتلعب دور وظيفي في خفض خطر المرض والموت المقترن بعدة أمراض مثل السرطان، أمراض القلب، السكري... (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 25)

وتعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل الذي يحتاجه الإنسان، حيث تؤثر حجم المساندة الاجتماعية والرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دورا هاما في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعانات الناتجة عن شدة أحداث الحياة الضاغطة وذات أثر في تخفيف حدّة الأعراض المرضية التي منها على سبيل المثال القلق والاكتئاب. (علي عبد السلام، 2000، ص 24)

إن غياب أو انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية خاصة في الأسرة وجماعة الرفاق يمكن أن يؤدي إلى الكثير من المشكلات التي منها ظهور الاستجابات السلبية في مواجهة الضغوط النفسية والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد مما قد يؤدي إلى اضطراب الصحة النفسية. (حسين فايد، 1998، ص 164)

واعتبرت قنون خميسة (2007) الدعم الاجتماعي أحد الوسائل البالغة الأهمية التي يمكن أن يقدمها أفراد أسرة الشخص المريض أو المحيطين به للتخفيف من حدة الاكتئاب التي يعاني منها، فالدعم الاجتماعي بمختلف أنواعه المادية، المعنوية، التوجيهية، لها أثر كبير وإيجابي على صحة المريض أمام التماثل للشفاء، كما لها دور مهم في التخفيف من الأعراض الاكتئابية وهذا ما أكدته مجموعة من الدراسات مثل دراسة موريل ونوريس 1984، ودراسة كوهن 1986 ودراسة ترايف 1995، كما أكدت دراسة أخرى التأثير الايجابي للدعم الاجتماعي على فاعلية الجهاز المناعي وزيادة نشاطه.

بصفة عامة المساندة العاطفية (Le soutien affectif) تكون أكثر إفادة للأشخاص المرضى، خاصة عندما يكون مصدرها الزوج أو العائلة أو الأصدقاء. والمساندة الإعلامية (Le soutien informatif) يمكن أن تكون واقية، خاصة حينما يكون مصدرها طاقم التمريض. (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 25)

فالإنسان لا يمكنه أن يعيش منعزل عن غيره من البشر لأنه مفطور على الاجتماع مع غيره والاتصال بهم عن طريق اللغة المنطوقة أساساً وغير المنطوقة عند الحاجة، وعلى تبادل المنفعة معهم فيشبع بذلك حاجاته ويسهم في إشباع حاجات الآخرين وهو في خلال هذا الاجتماع يتبادل الأفكار والقيم والمشاعر، ويقدر الآخرين، ويتلقى منهم التقدير، ويشاركهم مشاعرهم ويستقبل منهم مشاركتهم إياه مشاعره، والعلاقات الاجتماعية تبدأ من نقطة بسيطة، تبدأ بفردين وتتسع دوائرها حتى تصل إلى العالم أجمع، وقد تكون العلاقات ضعيفة أو تكون بالغة القوة تبدو قوية في ظاهرها وعندما تدعو الحاجة إليها يظهر وهنها، وكما قد تبدو ضئيلة ولكنها عند الحاجة إليها تظهر متانتها.

3-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تشير الفرضية العامة الثانية إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

وسيتم تفسير ومناقشة هذه الفرضية عن طريق تفسير ومناقشة فرضياتها الجزئية، والتي تمت على النحو التالي:

1-3-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثانية):

تشير الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثانية) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

يتبين من الجدول رقم (51) لنتائج الدلالة الإحصائية بين الجنسين، أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.735) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05)،

فالفرضية المطروحة غير محققة، فبالتالي يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

جاءت نتائج دراستنا الحالية مختلفة مع دراسة الباحثة سامية عدمان (2007) من جامعة الجزائر حول دراسة بعض عوامل الضغط النفسي بالوسط الإستشفائي وعلاقتها بالاكتئاب، على عينة قدرها 40 راشدا يعانون من مرض السرطان، ومن بين النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجات السند الاجتماعي لصالح الإناث.

كما جاءت نتائج هذه الدراسة متعارضة مع نتائج مجموعة من الدراسات كدراسة توني وآخرون سنة 1980 حول الفروق بين الجنسين في الدعم الاجتماعي، والتي توصلت إلى وجود فروق في درجة الدعم الاجتماعي، فالنساء يتمتعن بشبكة علاقات اجتماعية أكثر من الرجال، كما يتلقين دعما اجتماعيا ذو نسبة كبيرة مقارنة بالرجال.

هذا وتوصلت أيضا دراسة نينا كنول حول الفروق في الدعم الاجتماعي حسب الجنس والسن، إلى وجود فروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي، ونفس النتائج توصلت إليها دراسة أندريا وآخرون حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية، الدعم الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة لدى عينة من الطلاب بجامعة كندا، حيث أظهرت وجود فروق في الدعم الاجتماعي لصالح الإناث، أين تستفيد النساء من الدعم الاجتماعي أكثر من الرجال. (قنون

خميسة، 2013، ص 185)

كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن الرجال والنساء يتصرفون بشكل عام على المستوى الاجتماعي بشكل مختلف. وبالفعل، فإن غالبية الدراسات توصلت إلى أن النساء لديهن شبكات اجتماعية أكثر من الرجال وأن لديهن المزيد من الثقة. (Antonucci, 1994; Coventry et al., 2004; Fuhrer et al., 1999; Turner et Marino, 1994). وبالمثل، تشير

معظم الدراسات إلى مستوى أعلى من الدعم المدرك بين النساء، لا سيما فيما يتعلق بالدعم العاطفي (Turner, 1994).

كما توصل مان ومساعديه (Manne et ses collaborateurs, 1997) في دراستهم التي أجريت على المرضى المصابين بالسرطان إلى أن المساندة الاجتماعية مرتبطة ايجابيا ودالة مع الرفاهية النفسية لدى النساء فقط. (EDITH ST-JEAN-TRUDEL, 2009, p. 15)

إتفقت نتائج دراستنا الحالية مع دراسة قنون خميسة (2013) التي أجرتها في ولاية بائنة بالجزائر بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الاستجابة المناعية ومتغيري الدعم الاجتماعي المدرك، والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان لدى عينة تكونت من 60 مريضا بالسرطان وذلك بالمستشفى الجامعي ومركز مكافحة السرطان ببائنة، حيث قامت بتطبيق اختبار الدعم الاجتماعي المدرك لـ زيمت (Zimet) واختبار الرضا عن الحياة، بالإضافة إلى اختبار الغلوبولينات المناعي. توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين معدل الغلوبولين المناعي ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. كما وجدت علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجة الدعم الاجتماعي ودرجة الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. بالنسبة للفروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك، أوضحت النتائج قيما غير دالة لاختبار الفروق "ت" مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في درجة الدعم الاجتماعي المدرك.

يرى الباحث أن سبب عدم وجود فروق دالة لدى المرضى المصابين بالسرطان في متغير المساندة الاجتماعية في الدراسة الحالية هو أن وجود الأشخاص المتاحين للمساندة الاجتماعية لا يتعلق بجنس المريض، فعندما تكون المساندة متوفرة سيستفيد منها المريض ذكرا كان أو أنثى.

فالأشخاص الممارسين للمساندة والمساعدة ينطلقون من مبدأ إنساني، وينظرون للمريض من زاوية إنسانية على أنه كائن إنساني يحتاج الى المساندة والدعم بغض النظر عن جنسه، وتضاف الى ذلك روابط الصلة الدموية والقربة أو الصداقة أو الزمالة، فهذه الروابط يمكن أن تكون حوافز لتقديم المساندة الاجتماعية للأشخاص المرتبط بهم بغض النظر عن جنسهم. فالروابط الإنسانية الاجتماعية أقوى من التمييز على أساس الجنس.

كما أنّ المساندة الاجتماعية ذو النوعية العالية والأكثر احتمالا من رفع درجة الرضا عنها عند المريض، يمكن أن يمنحها الفرد لأقرب الأشخاص لديه، فقد يكون هذا الشخص، أبا أو أما، زوج أو زوجة، حبيب أو حبيبة... فليس جنس المريض الذي يحدد نوعية هذه المساندة بل قوة الرابطة التي تربط بين فرد وفرد آخر.

يرى الباحث أن من أسباب عدم وجود فروق دالة لدى المرضى المصابين بالسرطان الاناث والذكور في متغير المساندة الاجتماعية في الدراسة الحالية قد يعود الى طبيعة المجتمع الجزائري بصفة عامة أو طبيعة المنطقة التي أقيمت فيها هذه الدراسة بصفة خاصة، التي تزخر بمنظومة القيم الإنسانية التي تنظر الى الأفراد من وراء منظار إنساني، خاصة عندما يكونون في ظروف صعبة، بدون أي تمييز بين الرجال والنساء.

فالمروث القيمي للمنطقة يزخر بأعراف مجسدة للتضامن والمساندة، وعلى سبيل المثال نجد مصطلح "تيويزا" (Tiwiza) الذي يعني التعاون الجماعي بكل أشكاله سواء بالمال أو الجهد البدني وذلك في مناسبات الفرح أو في عند حلول المصائب... وهذه المصائب قد تصيب منطقة معينة، أسرة معينة، أو فرد معين، وهذا الفرد ذكرا كان أو أنثى له نفس الحظوظ من الاستفادة من تلك المساندة، ولقد تشبعت هذه المنظومة القيميّة بما ورثته من قيم الدين الإسلامي الذي دعى من خلال آياته القرآنية أو من خلال أحاديثه النبوية الى التعاون والتضامن ومساندة المرضى، فعلى سبيل المثال لا الحصر فقد دعى وألح الإسلام على زيارة المرضى، فهي دعوة تشمل كلا الجنسين وبدون تمييز.

2-3-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثانية):

تشير الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثانية) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.

يتبين من الجدول رقم (52) لنتائج الدلالة الإحصائية بالنسبة للحالة المدنية، أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.034) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05)، فالفرضية المطروحة محققة، وبالتالي يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان، وذلك لصالح المرضى المتزوجين.

جاءت نتائج دراستنا الحالية مخالفة لنتائج دراسة الباحثة قنون خميسة (2013) التي أجرتها في ولاية باتنة في الجزائر بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الاستجابة المناعية و متغيري الدعم الاجتماعي المدرك، والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. فتوصلت النتائج بالنسبة للفروق حسب الحالة الاجتماعية في درجة الدعم الاجتماعي المدرك، إلى قيم غير دالة لاختبار الفروق "ت"، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج) في درجة الدعم الاجتماعي المدرك.

جاءت دراسة حنان الشقران وياسمين رافع الكركي (2015) متفقة ومختلفة مع نتائج دراستنا الحالية، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، تم اختيار أفراد الدراسة من مريضات سرطان الثدي بالطريقة المتيسرة، حيث بلغ عددهن 220 مريضة من مريضات سرطان الثدي اللاتي يتلقين العلاج في مركز الحسين للسرطان بعمان. واتفقت نتائجها مع نتائج دراستنا في وجود فرق دال إحصائياً بين المتوسطين الحسابيين للدعم الاجتماعي المدرك لدى

مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية؛ واختلفت كونها جاءت لصالح العازبات مقارنة بالمتزوجات. (حنان الشقران وياسمين رافع الكركي، 2015، ص 96).

كما جاءت نتائج هذه الدراسة متفقة مع دراسة أقيمت على معدل الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية في الأعمار بين سن 25 و45 سنة، تبين أنها بين المتزوجين أقل منها بكثير بين العزاب والمطلقين والأرامل، وفسر الباحثون تفوق المتزوجين على غير المتزوجين في الصحة النفسية والجسمية بأن الدعم الاجتماعي بين المتزوجين ينشط جهاز المناعة، والذي يجعل المتزوجين أقل عرضة للأمراض وأكثر قدرة على مقاومتها والشفاء منها، أما غير المتزوجين فيحرمون من هذا الدعم ويواجهون ضغوط الحياة وحدهم مما يجعلهم عرضة للأمراض والانحرافات السلوكية. (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص 200)

فالمرضى المتزوجين قد يكون لديهم الحظ الأوفر في الحصول على المساندة الاجتماعية من طرف أحد الأزواج، فالعلاقة الزوجية القوية تعتبر مصدر هام يستمد منها المريض الأمن والأمان في الأوقات الصعبة، عندما يجد نفسه في مواجهة ظروف صعبة متعلقة بطبيعة مرضه، خاصة أن مريض السرطان يحتاج إلى الفحوصات والتحليل الطبية باستمرار، والمداومة على العلاج الذي يمكن أن يكون طويلاً وذات أعراض جانبية مرهقة جسدياً ونفسياً بالنسبة له كما هو الحال عند العلاج الكيميائي...

فطبيعة المساندة الزوجية لها خصوصياتها وتأثيرها الفعال، كون الزوجين أقرب ما يكونان لبعضهما، يربطهما العش الزوجية، والمعايشة ومسؤوليات الأسرة. فالمدة الزمنية التي يقضيها الزوجين فيما بينهما قد تتعدى أي مدة زمنية يمكن أن يقضيها أحدهما مع طرف ثالث. فهذا الاحتكاك المستمر بينها يمكن أن يكون مصدر لمساندة اجتماعية لا يستغنى عنها، والتي قد ترفع من درجة الرضا عن المساندة لدى الطرف المريض.

فقد لاحظ الباحث أثناء تطبيقه لمقياس المساندة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسرطان، إكتفاء بعض المرضى ذكر اسم الزوج أو الزوجة في بعض الأسئلة التي تحمل تسعة احتمالات عن عدد الأفراد المتاحين للمساندة الاجتماعية،... رغم ذلك جاءت إجاباتهم براض أو راض جدا عن المساندة المتحصل عليها في الأسئلة المتعلقة بتقييم المساندة التي تلقوها. هذا إن دل على شيء فإنه يدل على أهمية المساندة الاجتماعية الزوجية ومدى فعاليتها لدى المرضى المصابين بالسرطان.

وما لاحظته الباحث أيضا بالنسبة للمتزوجين أن الذين لديهم أولاد هم أوفر حظا من ناحية المساندة الاجتماعية خاصة الذين يبلغ أولادهم سن معينة، فقد عبر بعض أفراد عينة البحث للباحث عن مدى رضاهم عن المساندة الاجتماعية التي يتلقونها من أولادهم. فاحترام الوالدين ومساندتهم ومساعدتهم خاصة في وقت الحاجة من القيم الأصلية المتجذرة في المجتمع الجزائري بصفة عامة ومنطقة القبائل بصفة خاصة، حيث لعب الدين الإسلامي الذي يعتقد به أغلب أفراد المنطقة دورا هاما في ترسيخ هذه القيم والذي أعطى للوالدين مكانة مرموقة.

3-3-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثانية):

تشير الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثانية) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

يتبين من الجدول رقم (53) لنتائج الدلالة الإحصائية بالنسبة للإقامة، أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.034) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05)، فالفرضية المطروحة محققة، وبالتالي يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان، وذلك لصالح المرضى المقيمين بالريف.

جاءت نتائج دراسة الباحثة رعداء نعيمة (2014) متفقة مع نتائج دراستنا حيث أثبتت أن الأفراد المقيمين بالريف كانوا أكثر شعوراً بالأمن النفسي من أفراد العينة المقيمين بالمدينة، وفسرت ذلك بقوة العلاقات الاجتماعية والروابط الأسرية داخل أسر الريف إذ يغلب على المجتمع الريفي طابع التماسك.

تري سارا ماريا بيرش (2018) بأن سكان المدينة يتمتعون بشبكة من العلاقات الاجتماعية أضعف بكثير من سكان الريف، علماً وأن هذه الشبكة تتكون من العائلة والأصدقاء، بالإضافة إلى الجيران والأقارب. ولعل الأمر المثير للاستغراب هو أن سكان المدينة ليسوا على صلة وثيقة بأصدقائهم وأقاربهم، بينما تربط بين سكان الريف وجيرانهم علاقات وطيدة. في الوقت نفسه، يلتقي القاطنون في المدينة بشكل يومي بأشخاص غرباء، مما يولد لديهم الشعور بالتوتر.

يتميز النظام المجتمعي في الريف مقارنة بالمدينة من ثبات القيم والتقاليد لدى أبناء المجتمع ورسوخها، والذي يجعلهم في حالة التوافق الجيد مع تلك القيم والتقاليد التي اكتسبوها في ظل هذا المجتمع المتماسك إلى حدّ ما. (رياض العاسمي، 2009، ص 239)

ويتميز المجتمع الريفي بقوة علاقاته الاجتماعية المستمدة من امتداد حجم الأسر مقارنة بالأسر في المدينة، يقول معن خليل العمر (2015) في هذا الصدد أن هناك نوعين من الأسر، الأسر الممتدة الكبيرة في حجمها ووظائفها التي تضم ثلاثة أجيال (الأجداد والأبوين والأبناء) وأحياناً تضم الأعمام والأخوال والعمات والخالات يعيشون تحت سقف واحد. والثانية الأسر الصغيرة في حجمها ووظائفها لأنها لا تضم سوى جيلين يعيشان تحت سقف واحد وهما (الأبوين والأبناء)، وبما أن الأسرة مرآة المجتمع، فإذا كان هذا الأخير (المجتمع) بدائياً أو عشائرياً أو ريفياً أو تقليدياً فإن أسرته تكون من النوع الممتد والكبير، وإذا كان حضرياً فإن أسرته تكون من النوع الصغير (النووي) كتحصيل حاصل. (معن خليل العمر،

2005، ص 204)

فالمقيمين في الريف أكثر تحقيقاً للتوافق الاجتماعي من المقيمين في المدينة، ويمكن تفسير ذلك بأن سكان الريف يعيشون في جو عائلي يسوده الألفة والعلاقات الاجتماعية والهدوء وتفهم للذات أكثر، بينما سكان المدينة يشعرون بضغط الوقت، والضوضاء، والصراع، والمتطلبات الكثيرة، والبعد عن العلاقات الاجتماعية، وضعف التوافق الاجتماعي.

فقوة الشبكة الاجتماعية في المجتمع الريفي وامتداد الروابط الاجتماعية فيه، ورساخة منظومة القيم...، كلها عوامل ترفع من عدد الأشخاص المتاحين للمساندة الاجتماعية، وتجعل هذه الأخيرة أكثر توفراً مقارنة بمجتمع المدينة.

حسب رأي الباحث، المرضى المصابين بالسرطان أوفر حظاً من الحصول على المساندة الاجتماعية عندما يعيشون في الأرياف، وذلك الى:

- طبيعة الأسرة في المجتمع الريفي التي يغلب عليها النوع الممتد. فالمريض بالسرطان الذي يعيش في الأسر الممتدة يكون محاطاً بعدد لا يستهان به من الأشخاص، فهو ينتمي الى محيط يتمتع بشبكة اجتماعية غنية، مما يرفع من احتمال توفر الأشخاص المتاحين للمساندة.

- طبيعة المجتمع الريفي الذي لا يزال محافظاً على العادات والتقاليد. فالمجتمع الريفي تجذرت فيه قيم التضامن الاجتماعي والتعاون والتآزر، عكس المجتمع المدني الذي يؤول أكثر الى الفردية.

4-3-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الثانية):

تشير الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الثانية) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

يتبين من الجدول رقم (54) لنتائج الدلالة الإحصائية بالنسبة للعلاج، أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.027) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05)، فالفرضية المطروحة محققة، وبالتالي يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المرضى المصابين بالسرطان الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما، وذلك لصالح المرضى الذين لا يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي).

أظهرت نتائج الفرضية الرابعة إذن فروق دالة في المساندة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بمرض السرطان وذلك لصالح المرضى الذين لا يتعالجون بالعلاج الكيميائي و/أو العلاج الإشعاعي (La chimiothérapie et/ou la radiothérapie)، وهما العلاجان الأساسيين المستعملان في حالة الإصابة بمرض السرطان، فقد بينت خصائص عينة بحثنا حسب نوع العلاج أن 74.67% من أفرادها يتعالجون، ومن بين المرضى الذين يتعالجون 36.75% منهم يتعالجون بالعلاج الكيميائي فقط، 11.96% يتعالجون بالعلاج الإشعاعي فقط، وأكبر نسبة أي 51.28% يتعالجون بالعلاجين معا أي بالعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي.

فحسب رأي الباحث تعود هذه النتيجة الى كون الأفراد الذين لا يتعالجون تراودهم المخاوف والشكوك فيما يخص مآل مرضهم أكثر من المرضى الذين يتعالجون، وفي هذه الظروف يبحثون عن المواساة والطمأننة، وقد يكون دافعا لديهم الى استهلاك المساندة الاجتماعية المتاحة لهم سواء في محيطهم الأسري أو الاجتماعي أو الاستشفائي لتبديد مشاعر الخوف لديهم، أو الحصول على المعلومات اللازمة حول مآل مرضهم من دون متابعة العلاج الكيميائي أو الإشعاعي.

فبالنسبة للمرضى الذين يتعالجون، فالعلاج بحد ذاته يواسيهم ويزرع فيهم الأمل في الشفاء، فوصول المريض الى مرحلة العلاج وتقبله لذلك العلاج دليل على أنه واجه وتجاوز

عدّة مراحل مؤلمة خاصة تلك المتعلقة باكتشاف المرض وما تفرزه فيما بعد من آثار نفسية مؤلمة لدى المريض. فتقبل المريض للعلاج في الغالب دليل على مدى إدراكه لأهميته واحتمالية الشفاء من خلاله، فيضع أملا كبيرا عليه من أجل الشفاء، ما قد يجعل وتيرة المساندة الاجتماعية التي يحتاجها المريض في هذه المرحلة أقل منها في المراحل التي اجتازها سابقا، ... بمعنى أن قبول المريض للعلاج قد يكون دليل على قبوله لمرضه ومحاولة تكيفه معه، فمرحلة تقبل المرض ومحاولة التكيف معه هي من أهم المراحل التي تدل على أن المريض قطع أشواطاً إيجابية في رحلته مع المرض، وكلما تقبل المريض مرضه واعتمد على نفسه وحاول التكيف معه كلما كان أقل اعتماداً على غيره.

يقول طارق الحبيب: "أن مريض السرطان يمر بخمس مراحل أثناء فترة المرض، وهي مرحلة الصدمة، الإنكار، الاحتجاج، الاكتئاب، وأخيراً القبول"، مضيفاً: "أن هذه المراحل يمر بها المريض بشكل عام وليس مريض السرطان فحسب، وأن على الطبيب في بداية مرحلة العلاج النفسي تحديد المرحلة التي يمر بها المريض لتأهيله للانتقال للمرحلة التالية تمهيداً للوصول إلى المرحلة الأخيرة وهي قبول المرض والتعايش معه". (حنان عبد المعبود، 2012).

فمع التجربة المؤلمة وفترة الأزمة التي تعكر صفو حياته، يمكن للمريض أن يجد في نفسه قوة لتقييم الوضع وتحديد العناصر الإيجابية. فهذه العناصر الإيجابية التي تم تحديدها ستكون قادرة على العمل كمنطلق لتأسيس توازن جديد في حياة المريض. فالفرد يكبر في محنته، ويكتشف ميزاته ونقاط قوته. (Joseph Ayoub, 2005, p. 36)

حسب رأي الباحث وحسب خبرته الميدانية فمعظم المرضى المصابين بالسرطان الذين يتقبلون العلاج بالكيماوي أو الإشعاعي رغم الأعراض الجانبية الثقيلة التي يسببها، دليل على أن المريض لديه أمل في ذلك العلاج وذلك بفضل مجهودات الطبيب والمختص النفسي، في إقناع المريض. ويعود الفضل كذلك إلى سماع المريض للحالات التي شفيت

من السرطان، انطلاقاً مما يقال أو ما يكتب على نجاعة هاذين العلاجين وتحقيقهما للشفاء لدى عدد لا يستهان به من المرضى.

والعلاج الكيماوي من الطرق الحديثة التي ابتكرها واكتشفها العلم المتقدم للخلاص من كابوس السرطان، فهو من الطرق التي تستخدم في المساعدة على الشفاء من أنواع السرطانات المختلفة والقضاء على الأورام الخبيثة، وقتل الخلايا التي حدث بها خلل وأصبحت تتكاثر بكميات كبيرة ومن دون سيطرة فعلية من الجسم، حيث عرفته منظمة ضد السرطان البلجيكية (Fondation conte le cancer) بأنه علاج ضد السرطان تستعمل فيه أدوية تقوم بقتل الخلايا السرطانية و/أو تحد من نموها.

ويعتمد العلاج الإشعاعي على الأشعة أو الإشعاع لتدمير الخلايا السرطانية لمنع قدرتهم على التكاثر. وهدف التشعيع هو تدمير الخلايا السرطانية مع الحفاظ بقدر الإمكان على الأنسجة والأعضاء المحيطة بها سليمة. (Boulogne-Billancourt, 2009, p. 02)

ويرى الباحث أن نجاعة هاذين العلاجين مقترن أيضاً بتحضير المريض نفسياً من طرف الأطباء والأخصائيين النفسانيين المتواجدين في المحيط الاستشفائي للمريض، وذلك بإعلامه عن طبيعة العلاج والأعراض الجانبية المتعلقة به، كي لا يصدّم المريض بها في وقت حدوثها، وينظر إليها على أساس أعراض يقتضيها العلاج وتزول بعده.

تقول الباحثة مريم ثروت (Mariam Tarawate, 2008) في هذا الصدد: "من المهم أن يقوم الفريق الطبي بإبلاغ المريض عن طرق العلاج وآثاره الجانبية، وهذا لمختلف العلاجات المقترحة، من أجل تقليل القلق ومساعدة المريض في تقبل العلاج بشكل أفضل".

نكر ملحق صحة وطب (2016) في إحدى مقالاته أن هناك دراسات بينت أنه بعد الانتهاء من جرعات العلاج الكيماوي يعود الجسم إلى حالته الطبيعية، وينمو الشعر في الرأس والجسم كما كان، وتعود الخلايا السليمة التي تأثرت وتضررت بفعل تأثير الكيماوي

إلى طبيعتها، وتحسن المعدة والأمعاء، وتتجدد الخلايا التي تضررت بشدة، ومن المهم أن يعتني المريض بنفسه في مرحلة العلاج الكيماوي، ويتفاد ويتعد عن الأوهام والوساوس والحديث عن قرب النهاية، فكل هذه العوامل لها تأثير كبير في التقليل من حدة الأعراض الجانبية الناتجة عن العلاج الكيماوي، حيث سجلت الأبحاث تحسناً كبيراً في بعض الحالات التي ظهرت بحالة نفسية جيدة ونوع كبير من التفاؤل مع العناية اللازمة، حيث تراجعت لديهم حدة الأعراض بشكل واضح، والطبيب المعالج هو من يحدد نوع العلاج الكيماوي الذي يجب استخدامه مع كل حالة مصابة بالسرطان، وأيضاً هل تناول هذا المريض نوع من العلاج الكيماوي قبل ذلك، ونوع الورم السرطاني للمصاب له دخل في نوع الكيماوي المستخدم.

فوصول مريض السرطان الى مرحلة السعي من أجل العلاج والحرص عليه، قد يكون دليلاً على تجاوز المريض مرحلة الحداد المرضي ودخوله في مرحلة قبوله لمرضه، وهي المرحلة المقترنة بالتكيف والتجديد (Le stade d'acceptation et de rénovation)، وفي هذه المرحلة يكون المريض لديه من المقومات النفسية ما يسمح له في الاستمرار والبقاء، والاعتماد على مؤهلاته النفسية، ما يجعله شيئاً فشيئاً قادر على المواجهة، ويكون أقل ما يحتاج الى المساندة الاجتماعية مقارنة بمراحله السابقة.

فالباحث من خلال تجربته الميدانية مثلاً يرى ضرورة تكثيف الحصص النفسية لمساندة المريض في المراحل الأولى لاكتشاف المرض من أجل احتوائه، وعندما يستجمع قواه يمكن تقليص عدد الحصص النفسية ومساعدته في الاعتماد على نفسه في تسيير مرضه وحياته. حيث دعم كل من شيرير ووليام (Schreier AM et Williams SA, 2004) هذه الفكرة من خلال دراستهما التي بينت أن انتشار الاكتئاب بين مرضى سرطان الثدي وصل إلى ما يقرب من 50 % في السنة الأولى، وانخفض إلى 15 % في السنة الخامسة بعد التشخيص،

وهذه النتيجة تشير إلى أن الدعم النفسي لمرضى السرطان ضروري، خاصة في السنة الأولى بعد التشخيص.

يمثل العلاج الكيميائي والإشعاعي بالنسبة لمرضى السرطان طوق النجاة من المعانات والموت، فكثيرا هم الذين يعولون عليه من أجل الشفاء،... فالتصورات العقلية للعلاج والأدوية مقترنة في عقلنا الباطن بالشفاء والنجاة من الموت. فمنذ نعومة أظافره، يتعلم الفرد عبر تجاربه الشخصية أن الدواء يزيل الألم، والأعراض المرضية،... فالبتالي هذا الأخير عندما يكون متوفر يجعل المريض أكثر طمأنينة وأكثر أملا في الحياة حتي وإن كانت أعراضه الجانبية ثقيلة.

ويرى الباحث أن في حالة مريض السرطان الذي لا يتعالج بالكيميائي أو الإشعاعي لأسباب معينة، ذلك قد يضع المريض في دائرة من الشك والألم فيما يخص مصير مرضه وحياته، وهذا ما يجعله يسعى الى تبديد مخاوفه والبحث عن الأمن والاطمئنان من خلال شبكته الاجتماعية أسرية كانت أو اجتماعية أو استشفائية... لأنه بحاجة إليها أكثر.

3-4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تشير الفرضية العامة الثالثة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

وسيتم تفسير ومناقشة هذه الفرضية عن طريق تفسير ومناقشة فرضياتها الجزئية على النحو التالي:

1-4-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثالثة):

تشير الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثالثة) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

يتبين من الجدول رقم (55) لنتائج الدلالة الإحصائية بين الجنسين، أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.820) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05)، فالفرضية المطروحة غير محققة، وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

جاءت نتائج دراستنا الحالية مختلفة مع نتائج دراسة الباحثة **جهاد براهيمية (2016)** من جامعة قاصدي مرباح بورقلة، والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان والفروق في مستوياته وفقا لمتغير الجنس، السن ونوع العلاج. حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 230 مريض مراجع لمراكز مكافحة السرطان. ومن بين النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة وجود فروق دالة إحصائية فيما يخص مستويات الألم النفسي (الاكتئاب، القلق والضغط) تعزي إلي متغير الجنس عند مستوى الدلالة (0.01) وذلك لصالح فئة الإناث. (**جهاد براهيمية، 2016، ص 313، 314**)

كما جاءت مختلفة مع دراسة الباحثة **سامية عدمان (2007)** من جامعة الجزائر حول دراسة بعض عوامل الضغط النفسي بالوسط الإستشفائي وعلاقتها بالاكتئاب، على عينة قدرها 40 راشدا يعانون من مرض السرطان، ومن بين النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجات الاكتئاب لصالح الذكور.

جاءت كذلك مختلفة مع نتائج دراسة **مانوديف وآخرون (Manoudi F. al, 2012)**، حول الاضطرابات الاكتئابية لدى المرضى المصابين بالسرطان التي أجريت بمصلحة السرطان بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، حيث تكونت العينة من 100 مريض

لديهم مختلف أنواع السرطان، اعتمدت هذه الدراسة في تشخيص الاكتئاب على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للإضطرابات النفسية (DSM.IV.R) وعلى سلم بيك لقياس شدة الاكتئاب. ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية عند ($p = 0.015$) في الاكتئاب لدى الجنسين لصالح الإناث.

(Manoudi F. al, 2010, p. 15)

خلال إطلاع الباحث على الدراسات السابقة فيما يتعلق بموضوع الفروق الفردية في الاكتئاب عند الجنسين لدى المرضى المصابين بالسرطان، أو عند عامة الناس، لاحظ وجود عدد كبير من هذه الدراسات التي أثبتت وجود فروق بين الجنسين في متغير الاكتئاب، وأغلب هذه الدراسة أشارت إلى أن هذه الفروق جاءت لصالح الإناث بمعنى أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور، وجاء تفسير هذه النتيجة انطلاقاً من عوامل عدّة، فهناك من الباحثين من ركّز على الجانب البيولوجي في تفسير ذلك، وهناك من ركّز على الجانب النفسي، وهناك من فسّر هذه الفروق انطلاقاً من مرجعيات ثقافية وإجتماعية...، ولقد تمكن الباحث الاطلاع على بعض الدراسات السابقة التي جاءت متفقة مع نتائج دراسته، بمعنى بعض الدراسات التي أثبتت نتائجها عدم وجود فروق بين الجنسين في متغير الاكتئاب، وأهم هذه الدراسات نجد: دراسة ميلر ولو وآخرون (2011)، ودراسة جادون وآخرون (2010)، وأبو الخير (2009)، ودراسة بومجارت وأوليفير (1981).

اتفقت نتائج دراستنا الحالية إذن مع نتائج الدراسة التي قام بها ميلر ولو وآخرون (Miller S., Lo C. et al, 2011)، والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الاكتئاب، وأشارت إلى أن الرجال والنساء المصابين بالسرطان قد يكونون عرضة للإصابة بالاكتئاب عندما تواجههم ظروف مجهدة للغاية.

كما إتفقت نتائجها مع نتائج دراسة جادون وآخرون (Jadoon N. A. et al, 2010) وأبو الخير (2009) التي توصلت لعدم وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في نسبة انتشار القلق والاكتئاب. (جهاد براهيمية، 2016، ص 313، 314)

قام بومجارت وأوليفير (Baumgart et Oliver, 1981) بدراسة تهدف الى البحث في ظاهرة الاكتئاب لدى الجنسين ودراسة الاختلافات المرتبطة بالجنس والنوع (Gender)، في عينة من الراشدين تبلغ 275 فردا (105 ذكور، 170 إناث) من المجتمع العام. وقد أعطى الباحثان وصفا تفصيليا للخصائص الديموجرافية (Démographiques) لأفراد المجموعة ذكور وإناث من النواحي الآتية: الحالة الاجتماعية والاقتصادية، العرق، السن، الحالة الزوجية، عدد الأطفال، الحالة الوظيفية. واستخدم الباحثان مقياس بك للاكتئاب (BDI) (الصورة الكاملة) كما استخدمتا استفتاء لجمع البيانات الديموجرافية. وأوضحت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق بين الجنسين في متغير الاكتئاب.

(Baumgart et Oliver, 1981, PP. 570-573)

أشار ميلر ولو وآخرون (2011) في تفسيره لعدم وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين في متغير الاكتئاب إلى أن الرجال والنساء المصابين بالسرطان قد يكونون عرضة للإصابة بالاكتئاب عندما تواجههم ظروف مجهدة للغاية.

ولعل رأي الباحث لا يختلف عن رأي ميلر ولو وآخرون (2011)، فالطبيعة الإنسانية تتشابه بين بنو البشر أكثر مما تختلف، فعندما نتكلم عن السرطان وعن تصورات الموت والمعانات المقترنة به، فإننا نعني بذلك التصورات لدى الذكور والإناث معا، ومعظم ما كُتب في أدبيات موضوع السرطان أستعمل مصطلح مريض السرطان (Le malade cancéreux)، لأن ردود أفعال الكائن الإنساني ذكرا كان أو أنثى بعد تشخيص مرض السرطان تكون متشابهة، فالمراحل التي استنتجها العلماء والباحثين فيما يخص المآل النفسي لمرضى

السرطان يمر منها الذكر والأنثى على حدّ سواء، والأخطار النفسية التي تنجم من عدم إحتواء المريض تمس الجنسين أيضا.

ويرى الباحث كذلك أن العصر الذي نعيش فيه مختلف عن العصور السابقة، فقد حدثت في المجتمع الجزائري تحولات اقتصادية واجتماعية وثقافية كبيرة، فالمرأة في المجتمع الجزائري قطعت أشواطاً كبيرة من أجل الاستقلالية والتحرر، لتصبح لديها نفس الحظوظ في بعض الحقوق مع الرجل، فوَلجت عالم الشغل وتقاسمت تقريبا كل الوظائف مع الرجل، ولم تبقى تلك الكائنة المحمية تحت سقف البيت، يقضي لها الرجل كل احتياجاتها، بل أصبحت معتمدة على نفسها، تواجه الصعوبات والأزمات الخارجية، وتتعرض زيادة لضغوطات الأسرة لضغوطات الشغل والحياة الخارجية مثلها مثل الرجل، وبالتالي لها نفس احتمالات الرجل فيما يخص التعرض للضغوطات النفسية والكرب النفسي، والإصابة ببعض الأمراض العضوية كالداء السكري، وارتفاع ضغط الدم، والسرطان... وكذا الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية من بينها الاكتئاب، بل لها نفس الحظوظ حتى في تلقي المساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة كالإصابة مثلا ببعض الأمراض المزمنة، فلقد أثبت الباحث في فرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثانية) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في متغير المساندة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بمرض السرطان.

2-4-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثالثة):

تشير الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثالثة) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان. يتبين من الجدول رقم (56) لنتائج الدلالة الإحصائية بالنسبة للحالة المدنية، أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.421) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05)، فالفرضية المطروحة غير محققة، فبالتالي يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.

جاءت نتائج دراستنا الحالية مختلفة مع نتائج الدراسة التي أجراها مانوديف وآخرون (Manoudi F. et al, 2012)، حول الاضطرابات الاكتئابية لدى المرضى المصابين بالسرطان التي أُجريت بمصلحة السرطان بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، حيث تكونت العينة من 100 مريض لديهم مختلف أنواع السرطان. اعتمدت هذه الدراسة في تشخيص الاكتئاب على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM.IV.R) وعلى سلم بيك لقياس شدة الاكتئاب. ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان لدى المرضى المتزوجين، حيث سجلت الدراسة نسبة (19.4%) من الاكتئاب لدى المتزوجين، بينما لم تسجل أي نسبة بالنسبة للعزاب والأرامل. (Manoudi F. et al, 2010, p. 15)

كما اختلفت مع نتائج دراسة بردويل (BARDWELL, 1985) التي أُقيمت على عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي، والتي أسفرت عن أن النساء المتزوجات كانت أقل اكتئاباً من النساء العازبات. (Mariam Tarwate, 2008, p. 104)

كما جاءت متعارضة أيضاً مع ما أثبتته بعض الدراسات كدراسة واكلم موريسون وآخرون (Wacler Morisson et al) والتي توصلت إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي والمتزوجات استطعن مواجهة هذا المرض وإظهار ارتفاع في معدل الحياة مقارنة بالنساء العازبات المصابات بالسرطان. (قنون خميسة، 2013، ص 189)

وهي نفس النتيجة المتوصل إليها بالنسبة لدراسة كريج وزملاؤه (Craig et al, 1979) التي أوضحت أن المتزوجين لديهم نسبة أقل من الأعراض الاكتئابية، كما وجد تيرنز (Turns, 1978) أن عامل الخطر للإصابة بالاضطرابات الوجدانية يقل لدى المتزوجين بالمقارنة بغير المتزوجين.

ركزت في هذا الإطار دراسة قادها كل من أيال ايزر (Ayal Aizer) من قسم علاج الأورام بالإشعاع، وكلية هارفارد الطبية، وبول نغوين (Paul L. Nguyen) من مركز دانا-

فاربِر/بريغهام وسرطان النساء (Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center)، على تحليل بيانات ما يقرب من 735000 مريض بالسرطان خلال الفترة 2004-2008. ومن بين النتائج التي أفرزتها هذه الدراسة بالنسبة للسرطانات ككل، أن مرضى السرطان المتزوجين يتواجدون في مرحلة أقل تقدماً من المرضى (A un stade moins avancé) مقارنة بغير المتزوجين. ولديهم أيضاً فرصة أقل بنسبة 20 % من الموت من السرطان مقارنة بغير المتزوجين، و 17 % انخفاض خطر انتشار السرطان (Les métastases)، كما كانت لديهم فرصة متزايدة بنسبة 53% في تلقي العلاج المناسب مقارنةً بالمرضى العزاب أو الأرمال. (Jean-Yves Nau, 2013)

إن العدد الأكبر من الدراسات السابقة التي تعرض لها الباحث حول موضوع الفروق في الحالة المدنية أو الحالة الاجتماعية فيما يخص متغير الاكتئاب جاءت لتبين وجود فروق دالة بين العزاب والمتزوجين، وأن النسبة الكبرى من هذه الدراسات توصلت إلى أن هذه الفروق جاءت لصالح العزاب، بمعنى أن العزاب أكثر اكتئاباً مقارنةً بالمتزوجين، وأهم النقاط التي ركز عليها الباحثين في تفسير ذلك هو أن المرضى المتزوجين يستعدون أكثر من العلاقة الزوجية التي تدمهم بالمساندة والدعم...، ومن جهة أخرى هناك دراسات توصلت إلى نتائج مخالفة للنتائج التي تم ذكرها، ومتفقة مع نتائج دراستنا الحالية حيث توصلت إلى عدم وجود فروق دالة بين العزاب والمتزوجين في متغير الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، ومن بينها دراسة آس وآخرون (1997)، سيارامبلا وبولي (2001).

إذن جاءت دراستنا الحالية متفقة في النتائج مع الدراسة التي أجراها الباحث آس وآخرون (Aass N. et al, 1997) حول انتشار القلق والاكتئاب لدى مرضى المصابين بالسرطان في مستشفى الراديوم النرويجي (The Norwegian Radium Hospital)، ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة هو عدم وجود علاقة بين الاكتئاب والحالة الاجتماعية (متزوجين وعزاب).

كما جاءت نتائج دراستنا متفقة مع نتائج الدراسة التي أجراها كلا من الباحثين سياراميليا وبولي (Ciaramella A. et Poli P., 2001) حول تقييم الاكتئاب بين مرضى السرطان: دور الألم ونوع السرطان ونوع العلاج، والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في الاكتئاب بين العزاب والمتزوجين.

لا يشك الباحث في أهمية المساندة الزوجية (Le soutien conjugal) في حياة المريض المصاب بالسرطان، فقد أثبت في فرضيته الجزئية الثانية (للفرضية العامة الثانية) وجود فروق دالة في متغير المساندة الاجتماعية لصالح المرضى المتزوجين.

يرى الباحث أن نتائج فرضياته في الفروق بين العزاب والمتزوجين في متغير المساندة الاجتماعية ومتغير الاكتئاب ليست في تناقض. فالدراسات الكثيرة والتي تعرض لبعضها البعض في عناصر سابقة تؤكد أن الاكتئاب مقترن بقوة بمرض السرطان، بل هو الاضطراب الشائع لديهم مقارنة باضطرابات أخرى، يمكن أن يعيشه المريض في مختلف المراحل التي يمر منها، بدأ من مرحلة اكتشاف المرض، ... إلى مرحلة العلاج، ...، وفي بعض الأحيان يعتبر ردة فعل طبيعية تقتضيها طبيعة المرض وتستلزمه مرحلة الحداد. فالمساندة الاجتماعية بصفة عامة والمساندة الزوجية بصفة خاصة تلعب دور لا يستهان به في هذه الظروف، ليس في محو الاكتئاب لدى المريض وإنما في التخفيف منه وتقادي تعقده، لأنه بعيدا عن المساندة الاجتماعية يمكن أن يدخل المريض في مرحلة التعقد واليأس، والتي أثبتت دراسات كثيرة من بينها دراسة كول (Cole, 1989) ودراسة دوري أوفير هولستر (Dori Overholster, 1999) (عن حسين فايد، 2001، ص 237، 251) عن اقتران الاكتئاب واليأس بالأفكار الانتحارية ثم الانتحار، وأكد سعيد حسني العزة (2004) أن مرض السرطان من بين المشاكل الصحية التي يمكن أن تدفع بصاحبه إلى الانتحار. فالمساندة الزوجية تعتبر إثراء نوعي يضاف إلى أنواع المساندات الاجتماعية الأخرى التي يستفيد منها حتى العزاب من المصابين بالسرطان.

وأيضاً وفي إطار تفسير عدم وجود فروق بين العزاب والمتزوجين في الاكتئاب، استنتج الباحث أن وتيرة ونوعية المساندة الاجتماعية تتناسب طردياً مع حجم المعانات التي يعيشها الفرد أو المريض، فالمعانات النفسية التي يسببها مرض السرطان قد تكون أكثر تعقيداً لدى المتزوجين مقارنة بالعزاب لأسباب قد تعود إلى تأثير الصورة الجسدية والحياة الجنسية... أو تعود إلى مسؤوليات الأسرة والأولاد. فالمساندة الزوجية هذه تعدّ ضرورية بالنسبة للمرضى المتزوجين في التخفيف من حجم المعانات النفسية التي يسببها هذا المرض والضغطات المتعلقة به، فقد أظهرت دراسة تالي وآخرون (Talley A. et autres, 2010) أن الدعم الاجتماعي العاطفي الفعال من قبل شريك الحياة يقلل من مستوى الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي.

3-4-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثالثة):

تشير الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثالثة) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان. يتبين من الجدول رقم (57) لنتائج الدلالة الإحصائية بالنسبة للإقامة، أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05)، فالفرضية المطروحة محققة، وبالتالي يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان، وذلك لصالح المرضى المقيمين بالمدينة.

فنتائج فرضيتنا تتفق مع نتائج دراسة باحثين من كلية ورويك الطبية وجامعات بريستول وبورتسموث حيث وجدوا بأن حياة المدينة أكثر ضرراً على الصحة العقلية من الحياة في الريف، فساكن الريف يتمتعون بصحة عقلية أفضل من ساكن المدينة، وكان هذا الفريق العلمي قد نشر في مجلة طب الأمراض العقلية ما يلي: "هناك اختلافات إحصائية صغيرة

ولكنها هامة حول نسبة الاضطرابات العقلية الشائعة بين سكان الحضر والريف. حيث يحتفظ سكان الريف بصحة عقلية أفضل من نظرائهم الذين يسكنون المدن." (مجموعة من الباحثين، 2016)

وفي دراسة أقيمت بالولايات المتحدة حول موضوع الاكتئاب، وجد أن ما نسبته 31 % من السكان الذين يسكنون في الريف في إحدى الولايات الأمريكية يشكون من أعراض الاكتئاب (Barnett et Muntaner, 2000)، وفي البلاد العربية أشار عكاشة (1998) الى أن ما نسبته 36 % من الناس في الريف و32 % من الحضر في جمهورية مصر العربية يعانون من أعراض الاكتئاب. وبصورة عامة تشير الدراسات المتوفرة عن انتشار الاكتئاب الى أن نسب انتشاره في الدول العربية لا تقل عن نسب انتشاره في المجتمعات الغربية. أما نسبة انتشار الاكتئاب الرئيسي بين الناس بشكل عام فتقدر بما نسبته 6 % على مدى حياة. (ناصر بن ابراهيم المحارب، 2005، ص112).

وتدعم النتائج دراسات سابقة توصلت الى أن حالات الاضطرابات العقلية مثل الانتحار والكآبة كانت أعلى في المدينة. وكان الفريق، الذي ترأسه الدكتور سكوت ويش والأستاذة ليز تويغ، قد قام بدراسة 7.659 شخص بالغ ما بين 16 و74 سنة على مدى 12 شهر. تم تقييمهم من خلال إحصاء الصحة العامة. فوجدوا بأن أقل من ربع المشاركين ذكروا بعض الاضطرابات العقلية، بينما تبين أن قال واحد إلى 3 بالمائة من سكان الريف بأنهم تعرضوا لاضطرابات عقلية. واستنتج الباحثون بأن الأفراد الذين عاشوا في المناطق الريفية البعيدة تمتعوا بصحة عقلية جيدة بغض النظر عن المنزلة الاقتصادية، والاجتماعية، الدخل والحالة الاجتماعية، والوضع الوظيفي. كما وجدوا بأن الأشخاص الذين سكنوا في مناطق أقل كثافة لم يعانون من اضطرابات عقلية محتملة مثل الكآبة والقلق مقارنة مع أولئك الذين عاشوا في مناطق مكتظة بالسكان. (مجموعة من الباحثين، 2016)

يعتبر سكان المدينة أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية على غرار الاكتئاب والقلق، يتمتع سكان المدينة بشبكة من العلاقات الاجتماعية أضعف بكثير من سكان الريف، علما وأن هذه الشبكة تتكون من العائلة والأصدقاء، بالإضافة إلى الجيران والأقارب. ولعل الأمر المثير للاستغراب هو أن سكان المدينة ليسوا على صلة وثيقة بأصدقائهم وأقاربهم، بينما تربط بين سكان الريف وجيرانهم علاقات وطيدة. في الوقت نفسه، يلتقي القاطنون في المدينة بشكل يومي بأشخاص غرباء، مما يولد لديهم الشعور بالتوتر. (سارا ماريا ببرش، 2018)

فعندما يكون المجتمع متمزقا في نسيجه الاجتماعي (أو أن نسيجه الاجتماعي ممزقا) يبلور أو ينتج أشخاصا موهوبين أو متفكرين اجتماعيا وهذا ما يحصل في المجتمع الحضري والصناعي والمعلوماتي. (معن خليل العمر، 2005، ص 168)

وهذا يتفق مع دراسة روبرت وجون (Robert et John, 1995) التي أظهرت النتائج فيها وجود علاقة دالة بين العلاقات غير الحميمة والنقص في الشعور بالأمن، وتوصل الباحث إلى أن انعدام الأمن يؤدي إلى ظهور أعراض مرض الاكتئاب. (رغداء نعيسة، 2014، ص 116-117)

باستثناء دراسة عكاشة (1998) بينت إذن الدراسات التي سبق ذكرها في معظمها أن الاكتئاب ينتشر أكثر بين الأفراد الذين يسكنون المدينة، ولعل أهم الحجج التي احتج بها هؤلاء هو تقلص نسبة العلاقات الاجتماعية ونقص المساندة الاجتماعية في المدينة مقارنة بالريف، هو الذي يقف وراء ارتفاع نسبة الاكتئاب في المدن... إلا أن دراسات أخرى توصلت الى نتائج مماثلة، لكن تحدثت عن عامل آخر بإمكانه أن يلعب دور في تقليص الكرب والمعانات النفسية لدى الأفراد بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة بمن فيهم المرضى المصابين بالسرطان، وهذا العامل يعود الى الطبيعة والبيئة، فالبيئة الملونة

بالاخضرار والغنية من حيث النباتات والأشجار تلعب دور لا يستهان به في التوازن النفسي والوقاية من الأمراض النفسية أو تعقدها، كما تؤكد الدراسات التالية:

كشفت دراسة هولندية لـ **دي فريس وآخرون (De Vries et al, 2003)**، أن أكبر المساحات الخضراء المتواجدة بالقرب من المنزل مرتبطة بانخفاض دال في استبيان الصحة العامة (General Health Questionnaire) الذي يقيس الكرب النفسي. وأن أكبر نسب الكرب النفسي (La détresse psychologique) لوحظت في الأوساط الحضرية، مما يشير إلى أن المساحات الخضراء أكثر ارتباطاً بالصحة العقلية منها على مستوى التحضر.

(Stephan Vida et al, 2011, p. 08)

تحدث **مارتين جينو (Martin Juneau, 2017)** عن دراسة لـ Nurses' Health Study أجريت على عينة قوامها 108.630، والتي توصلت نتائجها إلى أن النساء اللواتي يعشن في مناطق بها معظم النباتات لديها معدل وفيات أقل بنسبة 12% من اللواتي يعشن في المناطق الأقل اخضراراً. وأظهر التحليل أن الانخفاض في معدل الوفيات ارتبط بقوة مع درجة الغطاء النباتي في حالات الوفيات الناجمة عن السرطان وأمراض الجهاز التنفسي أو الكلى.

وفي دراسة هولندية أخرى لـ **ماس وآخرون (Maas et al, 2009)**، درست السجلات الطبية الإلكترونية لآلاف الأشخاص، فضلاً عن النسبة المئوية للمساحات الخضراء على بعد كيلومتر واحد من منزلهم. ومن بين النتائج المتوصل إليها ارتباط انخفاض انتشار للعديد من مجموعات الأمراض بانتشار أكبر للمساحات الخضراء، وكانت العلاقة الأقوى في القلق والاكتئاب، حيث كان معدل الانتشار السنوي للاكتئاب هو 24 في الألف في المناطق ذات المساحة الخضراء بنسبة 90%، مقابل 32 في الألف في المناطق ذات المساحة الخضراء بنسبة 10%. وكان معدل الانتشار السنوي لاضطرابات القلق هو 18 لكل 1000 في

المناطق ذات المساحة الخضراء بنسبة 90%، مقابل 26 في الألف في المناطق ذات المساحة الخضراء بنسبة 10%. (Stephan Vida et al, 2011, p. 08)

فالبينة الخارجية إذن ضرورية بالنسبة للحياة النفسية لدى المرضى المصابين بالسرطان، بل حتى بالنسبة لمآل مرضهم (السرطان) وسيرورة علاجه، فالبينة الريفية الغنية بالقيم والعلاقات الاجتماعية، قد يحظى فيها مريض السرطان بكمية ونوعية مساندة اجتماعية أهم من التي يمكن أن يحظى بها المريض المصاب بالسرطان والذي يعيش في الوسط المدني أو الحضري. زد الى ذلك أن طبيعة البيئة الخارجية في الوسط الريفي البعيدة من الكثافة العمرانية والضوضاء، والغنية بالمناظر الجميلة والاختضار، ونقاوة الهواء... عوامل تساهم في تقليل المعانات النفسية، بل حتى العضوية لدى المرضى المصابين بالسرطان، بل كثيرا ما ينصح الأطباء والمختصين النفسانيين مرضاهم السفر الى مثل هذه الأماكن... والتي تعتبر في عصرنا الحالي من بين مصادر العلاج النفسي. وقد شبه قودرو وآخرون (Gaudreau et al., 1999) هذه المناطق بـ "المناطق العلاجية" التي توفر الاسترخاء والترفيه، والتي لها تأثيرات على اللياقة البدنية والعقلية وعلى التوازن النفسي والروحي.

4-4-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الثالثة):

تشير الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الثالثة) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما به لدى المرضى المصابين بالسرطان.

يتبين من الجدول رقم (58) لنتائج الدلالة الإحصائية بالنسبة للعلاج، أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.486) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05)، فالفرضية المطروحة غير محققة، وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في الاكتئاب بين المرضى المصابين بالسرطان الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون به.

جاءت دراستنا الحالية مختلفة في نتائجها مع نتائج الدراسة التي قام بها بريرا وآخرون (Pereira G. M. et al, 2012)، التي هدفت إلى بحث تأثير أنماط مختلفة من العلاج على الاكتئاب، القلق، الضغوط ما بعد الصدمة ونوعية الحياة لمرضى سرطان القولون والمستقيم وشركائهم، وذلك على عينة مكونة من 114 مريض و67 شركاء، حيث أظهرت أن المرضى الذين تلقوا جراحة لوحدها كعلاج لديهم معدلات أقل من الاكتئاب والقلق وأعراض ضغوط ما بعد الصدمة، أما المرضى الذين تلقوا العلاج الكيميائي فهم أكثر عرض لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق من غيرهم.

كما اختلفت أيضا مع دراسة نيكباكش وآخرون (Nikbakhsh N. et al, 2014) التي وجدت أن أعلى معدلات انتشار القلق والاكتئاب في سرطان الثدي والمعدة كانت لدى المرضى الذين تلقوا العلاج الكيميائي. ويمكن أن يرجع ارتفاع مستوى الضغط لدى المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي إلى ما يسببه هذا العلاج من آثار جانبية للمريض كالتعب والشعور بالضيق وفقدان للوزن، تغيرات في الجلد والأظافر، التعب والألم، فقدان الشعر والضعف العام. (جهاد براهيمية، 2016، ص 315)

وفي نفس الإطار رأى الباحثين شرمان وزهان (Sharma, A. et Zhang, J., 2015) أنّ مرضى السرطان الذين تلقوا العلاج الكيميائي كانوا أكثر عرضة لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق من غيرهم. وهذا الخطر لا يؤثر سلبا فقط على نوعية الحياة، ولكن أيضا على مدى الامتثال للعلاج وفرص البقاء.

وهناك دراسة استهدفت دراسة مرضى السرطان الذين لا يتلقون لا العلاج الكيميائي ولا العلاج الإشعاعي، من إعداد ألتير وآخرون (Alter CL et al, 1996)، تكونت العينة من 28 مريضاً مصاباً بالسرطان تم تشخيصه على الأقل قبل 03 سنوات، ولا يتلقى في الوقت

الحالي علاجاً نشطاً سواء كان كيميائياً أو إشعاعياً، حيث تمت مقارنتها مع المجموعة الضابطة التي تشابهها في العمر والحالة الاجتماعية والاقتصادية. وأظهرت النتائج أن نسبة إصابة مرضى السرطان بالانضغاط التابع لحادثة أعلى من مثلتها لدى الأشخاص العاديين في المجتمع. مما يشير الى أنّ الإصابة بالسرطان تساعد على ظهور أمراض نفسية وخاصة مرض الانضغاط التابع لحادثة. (بشير إبراهيم الحجار، 2003، ص74-75)

ومن جهة أخرى جاءت نتائج دراستنا متفقة مع نتائج الدراسة التي أقامها الباحث جادون وآخرون (Jadoon, A. N. et al, 2010) على عينة من المرضى المصابين بالسرطان، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نوع العلاج ومستوى الاكتئاب والقلق لدى مرضى المصابين بالسرطان.

وهناك دراسة جزائرية للباحثة **جهاد براهيمية (2016)** من جامعة قاصدي مرباح بورقلة، والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان والفروق في مستوياته وفقاً لمتغير الجنس، السن ونوع العلاج. حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 230 مريض بالسرطان، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب والقلق لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير نوع العلاج، في حين توجد فروق دالة في مستوى الضغط وذلك لصالح ذوي العلاج الكيميائي. (**جهاد براهيمية، 2016، ص 315**)

هدفت دراسة **لوفر وآخرون (Lover RR et al, 2002)** إلى تقييم الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي، والضغط النفسي لدى مريضات سرطان الثدي، وشملت العينة 238 مريضة سرطان الثدي، تمت مقابلة العينة 5 مرات خلال الجرعات الستة الأولى للعلاج، حيث ظهر الأعراض التالية: غثيان، تساقط الشعر، وإرهاق على أكثر من 80% من المريضات. عند الجرعة السادسة، 45% من المريضات بدأن يفكرن بالتوقف عن العلاج، ولكن عدداً قليلاً

منهن أبلغ الطاقم الطبي بذلك. وعلى العكس، فإن الضغط النفسي كان أقل حساسية للعلاج مع مرور الزمن. (بشير إبراهيم الحجار، 2003، ص74-75)

جاءت نتائج فرضيتنا الجزئية الرابعة (الفرضية الثالثة) إذن لتشير الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المرضى المصابين بالسرطان الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما، وقد يعود السبب الى طبيعة مرض السرطان الذي له تأثير مؤلم على الحالة النفسية للمريض في مختلف أطوار المرض، قبل وأثناء العلاج، حيث برهنت دراسة بريرا وآخرون (2012)، ودراسة نيكباش وآخرون (2014)، وأكدت شرمان وزهان (2015) على أن المرضى الذين يتعالجون بالكيميائي يبدون أمراض نفسية من بينها الاكتئاب. ومن جهة أخرى لا يخلو مرضى السرطان الذين لا يتعالجون من معانات نفسية أو من الاكتئاب، فقد بينت على ذلك (كما سبق الإشارة اليه) دراسة ألتز وآخرون (1996).

فقد ذهبت الباحثة هونق وتيان (Hong J. S. et Tian J., 2014) الى تأكيد أن المعانات النفسية مستمرة لدى مرضى السرطان في مختلف أطوار المرض حيث قالت: "تكون المعاناة النفسية كرد فعل على التشخيص بالسرطان لدى بعض المرضى، ولكن الكثير منهم تستمر معهم مسببة عبئا إضافيا أثناء العلاج، مما يؤدي إلى صعوبة أكبر في الإدارة والسيطرة على الأعراض وازدياد طول الإقامة بالمستشفى".

فيرى الباحث أنه رغم زيادة العبء لدى مرضى السرطان أثناء العلاج، يمكن أن يكون المريض قد اكتسب مع مرور الوقت أساليب جديدة لتحمله، فقد يكون قطع أشواطاً كبيرة في سيرورة مرضه وتجاوز الصدمة الأساسية والأولية التي تلت اكتشافه للمرض. وتقبل العلاج كما فسره الباحث في فرضيات سابقة دليل إيجابي، فالباحثين تحدثوا عن مرحلة التقبل والتجديد (Stade d'acceptation et de rénovation) وأهميتها في عودة المريض الى مسار الحياة المعتادة.

ما يقال على العلاج الكيميائي يقال على العلاج الإشعاعي، فلكل خصوصياته وأعراضه الجانبية على المرضى المصابين بالسرطان، فقد أكدت الباحثة الجزائرية **جهاد براهيمية (2016)** في دراسة مذكورة سابقا، أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب والقلق لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير نوع العلاج، كيميائيا كان أو إشعاعيا.

ويعود الباحث ليذكر أنّ المساندة الاجتماعية ضرورية في كل المراحل التي يمر بها مريض السرطان، أثناء إكتشافه للمرض، قبل العلاج، أثناء العلاج، وبعد العلاج. فقط أن طبيعة المساندة الاجتماعية هي التي تختلف حسب ما تقتضيه كل مرحلة...، والمساندة الاجتماعية لا تقضي على الاكتئاب أو على المعانات النفسية وإنما تساهم في التخفيف عنها، وتساعد المريض في لمّ نفسه من جديد من أجل تحمل المعانات ومواجهتها... وتحميه كذلك من تجذر الاضطرابات النفسية وتعمدها، بل حتى من تعقد المرض في حدّ ذاته (Le soutien social protège le patient contre la complication des troubles psychologiques et même sa maladie).

استنتاج عام:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان،

كما هدفت إلى الكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان،

كما هدفت أيضا إلى الكشف عن الفروق في الاكتئاب بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

وتم التوصل إلى النتائج التالية:

أولاً- نتائج الفرضية الأولى:

1- وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- وجود علاقة ارتباطية بين توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

3- وجود علاقة ارتباطية بين الرضا عن المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

ثانيا- نتائج الفرضية الثانية:

- 1- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان لصالح المتزوجين.
- 3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان لصالح المقيمين بالريف.
- 4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان لصالح الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي).

ثالثا- نتائج الفرضية الثالثة:

- 1- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 2- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان لصالح المقيمين بالمدينة.
- 4- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

وبهذا تبقى نتائج هذا البحث رهينة الشروط التجريبية والأدوات المستعان بها، لجمع البيانات أو المعالجة الإحصائية، ويبقى المجال مفتوح لتوسيع مجال البحث في هذا الموضوع في البحوث الموالية.

خاتمة البحث:

يعتبر مرض السرطان من الأمراض الخطيرة الشائعة في العصر الذي نعيش فيه، والمنتشر بنسب لا يستهان بها في دول العالم بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة، وذلك انطلاقاً من الإحصائيات المقدمة من طرف منظمات دولية تعنى بالصحة في العالم كمنظمة الصحة العالمية (Organisation Mondiale de la Santé –OMS)، أو منظمات إقليمية تعنى بالصحة كالمكتب الإقليمي لإفريقيا (Bureau régional africain –AFRO)، أو تلك المقدمة والمعلنة على مستويات محلية كالتي صرح بها مسؤولو قطاع الصحة في الجزائر القائمون على إعداد المخطط الوطني (2015-2019) لمكافحة السرطان في الجزائر (Le plan cancer 2015-2019 -Algerie-) ...

لا تقتصر الآثار التي يسببها مرض السرطان على المستوى الجسماني العضوي فقط، كتأثيرات المرض بحد ذاته بسبب التعقيدات العضوية التي يسببها أو بسبب الآلام التي تتجر منه، أو تلك المتعلقة بالأعراض الجانبية التي تسببها العلاجات الثقيلة للسرطان، بل تتعدى ذلك إلى الآلام والمعاناة النفسية، فقد شاع الكرب النفسي لدى مرضى السرطان حسب ما أطلعنا عليه دراسات كثيرة على المستوى المحلي أو العالمي، وانتشر الاكتئاب بنسب معتبرة لدى هؤلاء في مختلف مراحل المرض، مما استلزم العناية الفائقة لهؤلاء المرضى ليس فقط على المستوى الطبي وتوفير العلاجات الباهضة الثمن، لكن أيضاً على المستوى النفسي...، والاهتمام بالراحة النفسية للمريض.

لذلك جاء الاهتمام بالمساندة الاجتماعية من أولويات الباحث، والبحث في إمكانيته التخفيف من عبء الاكتئاب لدى مرضى السرطان، والبحث في الفروق في المساندة الاجتماعية والاكتئاب حسب الجنس، الحالة المدنية، الإقامة، والعلاج.

ولقد صاغ الباحث فرضيات بحثه على النحو التالي:

الفرضية الأولى:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الأولى:

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا من المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (الكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الثانية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث، بين العزّاب والمتزوجين، بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة، بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

الفرضيات الجزئية للفرضية الثالثة:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

ومن أجل التحقق من الفرضيات المصاغة، اعتمد الباحث على المنهج الإحصائي الارتباطي للتحقق من فرضيات العلاقة، وعلى المنهج الوصفي المقارن للتحقق من فرضيات الفروق. واعتمد على عينة بحث قوامها 150 مريضا ومريضة مصابين بمرض السرطان

مأخوذة من مجتمع أصل متمثل في مجموع المرضى المصابين بالسرطان الذين يتوافقون على مصلحة طب السرطان، بوحدة "بالوا" التابعة للمستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو.

إعتمد الباحث على استمارة لجمع المعلومات العامة عن المريض، وكذلك على مقياس المساندة الاجتماعية الذي أعده "سارازون" (1983) لتقييم المساندة الاجتماعية لدى عينة البحث، وهو المقياس الذي تم تقنيه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة شهرزاد نوار (2013)، والذي أعاد الباحث حساب خصائصه السيكومترية لدى المرضى المصابين بالسرطان في الدراسة الحالية.

كما اعتمد الباحث على قائمة بيك الثانية للاكتئاب (B.D.I- II, 1996) لتقييم الاكتئاب لدى عينة البحث، والمقننة على البيئة الجزائرية من طرف الباحث بشير معمريّة (2010)، والذي أعاد الباحث حساب خصائصه السيكومترية لدى المرضى المصابين بالسرطان في الدراسة الحالية.

ولههدف عرض وتحليل البيانات تمهيدا لمناقشتها وتفسيرها، اعتمد الباحث على التكرارات والنسبة المئوية خاصة فيما يخص تقديم خصائص العينة الاستطلاعية والعينة الأساسية، وكذلك للإجابة عن مستويات متغيرات الدراسة المتمثلة في المساندة الاجتماعية والاكتئاب، كما استعان الباحث في حساب الخصائص السيكومترية لمقاييس بحثه والإجابة على فرضياته حول العلاقة والفروق على البرنامج الإحصائي في العلوم الاجتماعية (SPSS).

بعد تفرغ البيانات وتبويبها وتحليلها توصلنا الى النتائج التالية:

أولا- النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

1- اتضح من خلال الفرضية الأولى وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية ببعديها (توفر المساندة والرضا عنها) والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الأولى) وجود علاقة ارتباطية بين توفر المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

3- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الأولى) وجود علاقة ارتباطية بين الرضا عن المساندة الاجتماعية والتخفيض من درجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

ثانيا- النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

1- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الثانية) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الثانية) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان لصالح المتزوجين.

3- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الثالثة (للفرضية الثانية) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان لصالح المقيمين بالريف.

4- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الرابعة (للفرضية الثانية) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان لصالح الذين يتعالجون بهما.

ثالثا- النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

- 1- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الأولى (للفرضية الثالثة) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 2- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الثانية (للفرضية الثالثة) عدم وجود ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين العزّاب والمتزوجين لدى المرضى المصابين بالسرطان.
- 3- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الثالثة (للفرضية الثالثة) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المقيمين بالريف والمقيمين بالمدينة لدى المرضى المصابين بالسرطان لصالح المقيمين بالمدينة.
- 4- اتضح من خلال الفرضية الجزئية الرابعة (للفرضية الثالثة) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين الذين يتعالجون (بالكيميائي و/أو الإشعاعي) والذين لا يتعالجون بهما لدى المرضى المصابين بالسرطان.

فجاءت نتائج هذا البحث إذن لتبين أهمية المساندة الاجتماعية في حياة المريض المصاب بالسرطان، ولتبرهن بمنهجية علمية أن التكفل بمريض السرطان لا يتم فقط عن طريق العلاج الطبي الدوائي المحض، وإنما أيضا لابد من إغارة الاهتمام للجانب النفسي عن طريق توفير المساندة الاجتماعية أيًا كان نوعها عاطفية أو معلوماتية أو مادية، وأيّا كان مصدرها، فقد يكون مصدرها أحد الزوجين أو الأسرة، العائلة أو الأصدقاء، الطبيب أو المختص النفسي، الجمعيات...

وفي الأخير ارتأى الباحث أن ينهي بحثه بمجموعة من التوصيات والتي لخصها على النحو التالي:

- الاهتمام بالحملات التحسيسية والتوعوية حول مرض السرطان، يقال أن الوقاية خير من العلاج، فالعمليات التحسيسية التوعوية قد تساهم من جهة في تفادي الأمور التي يمكن أن

تساعد في ظهور المرض كالتعرض المتكررة للإشعاعات (Les rayonnements)، أو تناول بعض الأطعمة المسرطنة (L'alimentation cancérogène)...، ومن جهة أخرى التحسيس والتوعية يساهمان في الاكتشاف المبكر للسرطان، والذي يسهل من عملية العلاج قبل تفاقم المرض وانبثاقه، مما يقلل من معاناة المريض ويوفّر الجهد والمال سواء على المريض وأسرته أو على الدولة التي تصرف أموالاً طائلة في علاج السرطان الذي يستهلك الحصص الكبرى من ميزانيات المستشفيات.

- الاهتمام بهذه الحملات التحسيسية والتوعوية في نشر الوعي النفسي، وكيفية التعامل الصحيح مع الضغوط الحياتية، ونشر ثقافة التعامل مع المرضى خاصة مرضى السرطان وضرورة مساندتهم ودعمهم، مع تبيان أهمية المساندة الاجتماعية والكيفية الصحيحة لتقديمها.

- دعم الجمعيات الفعّالة في الميدان وتشجيعها من طرف السلطات المحلية، للأدوار التي تلعبها في عملية التوعية والتحسيس، كذلك للدعم المادي والمعنوي والمعلوماتي الذي تمنحه لمرضى السرطان خاصة للذين يعانون من دخل متدنّي، فلقد إستفاد الكثير من مرضى السرطان من الدعم المقدم من طرف هذه الجمعيات خاصة فيما يخص القيام بالفحوصات الطبية الباهضة الثمن كالسكانير (Le scanner) والرنين المغناكيسي (IRM) ...

فولاية تيزي وزو مثلا تعززت بجمعية الفجر لمساعدة مرضى السرطان التي تأسست عام 1993، وجمعية الأمل لمرضى السرطان التي تأسست مؤخرا.

- تكثيف الحصص الإذاعية والتلفزيونية الموجهة لعموم الناس بأساليب ولغة مبسطة من أجل إيصال المعلومة للمستمع أو المشاهد في إطار العمل التحسيسية والتوعوية وقائياً كان أو علاجياً أو نفسياً.

- تدعيم الجمعية الوطنية لعلم النفس السرطان (La société algérienne de la psycho-oncologie)، التي تأسست يوم 2016/05/15 بمركز مكافحة السرطان "بيير وماري كوري" بالجزائر العاصمة، اقتداءا بجمعيات عالمية نشطة كالجمعية الأمريكية والفرنسية لعلم نفس السرطان... ومن بين مهام هذه الجمعية تكوين النفسانيين الذين يتعاملون مع هذه الفئة من المرضى إلى جانب الاهتمام بالبحث في مجال علم النفس السرطان...

- الاهتمام بتكوين طلبة علم النفس في مجال علم نفس السرطان لتسليحهم بما يكفي من تقنيات التعامل مع هؤلاء المرضى، ولما لا إنشاء تخصص ماستر لعلم نفس السرطان.

- تفعيل خلايا استقبال وتوجيه ومرافقة مرضى السرطان (Les cellules d'accueil et d'orientation d'oncologie)، على المستوى الوطني، وتسهيل مهامها في أخذ مواعيد لمرضى السرطان في المصالح المعنية، وفي تكوين طاقمها في طب السرطان وعلم نفس السرطان.

- الوفاء بالوعود التي يعلنها بعض المسؤولين في وزارة الصحة، فمثلا تم الإعلان في إحدى لقاءات المخطط الوطني (2015-2019) لمكافحة السرطان عن إنشاء فنادق أمام المستشفيات لتتسنى لمرضى السرطان الذين أخذوا جرعات من العلاج الكيميائي الاستراحة فيها حتى يستعيدوا عافيتهم... وهو مقترح مفيد ومدعم لمرضى السرطان لو رأى النور.

قائمة المراجع

أولاً- المراجع باللغة العربية:

أ- الكتب باللغة العربية:

- 1- أحمد سالم بادويلان (2005)، السرطان مازال الأمل باقيا، مؤسسة الريان للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، بيروت.
- 2- احمد محمد عبد الخالق (2012)، دليل تعليمات المقياس العربي للصحة النفسية، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 3- أنور الحمادي، معايير DSM5، إعداد وتوزيع جهاد محمد محمد، الدليل التشخيصي.PDF
- 4- بدر محمد الأنصاري (1996)، الدليل للعاملين النفسيين والاجتماعيين مع مرض السرطان، عمان.
- 5- بدر محمد الأنصاري (1999)، قياس الشخصية، دار الكتاب للحديث.
- 6- حسين الخولي، حنان الرصاص، كريم درويش 2010، الاكتئاب والسرطان، موجز لمؤلف الجمعية العالمية للطب النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- 7- حسين فايد (2001)، المشكلات النفسية الاجتماعية، رؤية تفسيرية، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع معتر.
- 8- دانيا الشبؤون (2011)، القلق وعلاقته بالاكتئاب لدى المراهق، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27، العدد الثالث والرابع.
- 9- درويش زين العابدين (1994)، علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار الفكر العربي.
- 10- ديفيد ه. باولو، ترجمة صفوت فرج، 2002، مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية (دليل علاجي تفصيلي)، مكتبة الأنجلو المصرية، العبيكان، مصر.
- 11- رجاء محمود أبو علام (2001)، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، القاهرة، دار النشر للجامعات، الطبعة الثالثة.

- 12- رجاء محمود أبو علام (2006)، **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**، القاهرة، دار النشر للجامعات، الطبعة الخامسة.
- 13- زينب محمود شقير (2002)، **الأمراض السيكوسوماتية**، القاهرة، النهضة المصرية للنشر و الطباعة، الطبعة الاولى.
- 14- سامي محمد ملحم (2002)، **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية.
- 15- سعيد حسني العزة (2004)، **تمريض الصحة النفسية**، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 16- السيد يحيي محمد (2006): **المساندة الاجتماعية وعلاقتها السلوك التوافقي لدى المراهقين المتخلفين عقليا**، رسالة الماجستير في التربية تخصص صحة نفسية، جامعة الزقازيق.
- 17- صلاح مصطفى الفوال (1982)، **منهجية العلوم الاجتماعية**، القاهرة، عالم الكتب.
- 18- عبد الرحمان الوافي (2006)، **مدخل الى علم النفس**، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
- 19- عبد الكريم غريب (1997)، **منهج وتقنيات البحث العلمي**، المغرب، مطبعة النجاح الجديدة.
- 20- عبيدات محمد وآخرون (1999)، **منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات**، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
- 21- عثمان يخلف (2001)، **علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة**، دار الثقافة للطباعة والنشر.

- 22- عطوف محمد ياسين، 1981، علم النفس العيادي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، الطبعة الثانية.
- 23- عماد إبراهيم الخطيب (1997)، علم الأمراض، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 24- عمار بوحوش وآخرون (1979)، العمال الجزائريون في فرنسا، الجزائر، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية.
- 25- عودة احمد سليمان وملكاوي فتحي (1992)، أساسيات البحث العلمي، اربد، مكتبة كتاني.
- 26- غريب السيد أحمد (1998)، الإحصاء والقياس في البحث الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، الجزء الأول.
- 27- فريد كامل أبو زينة وآخرون (2006)، مناهج البحث العلمي والإحصاء في البحث العلمي، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 28- فؤاد البهي السيد (1975)، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، القاهرة، دار الفكر العربي، الطبعة الرابعة.
- 29- فوزي عبد الخالق وعلي إحسان شوكت (2007)، طرق البحث العلمي، "المفاهيم والمنهجيات وتقارير نهائية"، عمان، المكتب العربي الحديث.
- 30- القريطي عبد المطلب، 1998، الصحة النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 31- الكلالدة ظاهر وجودة كاظم (1997)، أساليب البحث العلمي في ميدان العلوم الإدارية، زهران للنشر، عمان.
- 32- لطفي الشربيني، 2001، الاكتئاب (المرض والعلاج)، شركة الحلال للطباعة، الاسكندرية، مصر.

- 33- ماجد الزيود (2006)، **الشباب والقيم في عالم متغير**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 34- مالكوم شوارتز ترجمة عماد أبو أسعد (1988)، **السرطان ما هو؟ أنواعه، محاربهه**، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
- 35- مجدي محمد الدسوقي (2002)، **قائمة تشخيص الاكتئاب**، كلية التربية، جامعة المنوفية.
- 36- محمد بوعلاق (2009)، **الموجه في الإحصاء الوصفي والاستدلالي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية**، الجزائر، دار الأمل للطباعة والنشر والتوزيع.
- 37- محمد جاسم محمد، 2004، **مشكلات الصحة النفسية (أمراضها، علاجها)**، مكتبة دار الثقافة للنشر، عمان، الأردن.
- 38- محمد حمدي الحجار، 1989، **الطب السلوكي المعاصر**، دار الملايين، بيروت، لبنان.
- 39- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمان (1994)، **المساندة الاجتماعية والصحة النفسية**، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، القاهرة، الانجلو مصرية.
- 40- محمد ناجي الأغبر (1999)، **الأمراض المناعية**، منشورات المجمع الثقافي، أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة.
- 41- مختارة حمزة (بدون سنة)، **سيكولوجية المرضى وذوي العاهات**، دار المعارف، الطبعة الثانية.
- 42- مرسي إبراهيم كمال (2000)، **السعادة وتنمية الصحة النفسية**، مصر، دار النشر للجامعات.
- 43- مروان عبد المجيد ابراهيم (2000)، **أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية**، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

- 44- مروى محمد شحتة عبد الرحمان (2016)، مقياس إدراك المساندة الاجتماعية للمسنين، دار المنظومة.
- 45- معن خليل العمر (2005)، التفكك الاجتماعي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- 46- ملحم حسن (1987)، السرطان والأمراض الانفعالية الخطيرة، دار القلم، بيروت، لبنان.
- 47- موريس أنجرس تر. بوزيد صحراوي وآخرون (2006)، منهجية البحث في العلوم الإنسانية، الجزائر، دار القصة للنشر، الطبعة الثانية.
- 48- نبيل جمعة صالح النجار (2007)، الإحصاء في التربية والعلوم الإنسانية مع تطبيقات برمجية SPSS، عمان، دار حامد للنشر والتوزيع.
- 49- نيكولاس جيمس، ترجمة أسامة فاروق حسين (2013)، السرطان، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة.

ب- الرسائل والأطروحات الجامعية:

- 50- أماني عبد الناصر (2006)، التكيف المدرسي عند المتفوقين والمتأخرين تحصيلاً في مادة اللغة الفرنسية وعلاقته بالتحصيل الدراسي في هذه المادة، مذكرة ماجستير، جامعة دمشق، كلية التربية، قسم التربية الخاصة.
- 51- بشير إبراهيم محمد الحجار (2003)، التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة مقدمة لكلية التربية بالجامعة الإسلامية، غزة، استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير.

- 52- بن عدة حراث (2018)، **التغير الاجتماعي في الجزائر من خلال الأسرة**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الحضري، جامعة وهران2، محمد بن احمد.
- 53- بوروبي رجاح فريدة (2012)، **السكن وعلاقته بتركيبة العائلة الجزائرية وظهور الضغوط فيها**، فاتن عبد الحليم أبو علي (2000)، **مبادئ الإحصاء الوصفي**، الأردن، دار الفكر.
- 54- سامية عدمان (2007)، **دراسة بعض عوامل الضغط النفسي بالوسط الإستشفائي وعلاقتها بالاكئاب**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، جامعة الجزائر.
- 55- عبير بنت محمد حسن الصبان (2003)، **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة**، رسالة دكتوراه الفلسفة في علم النفس تخصص صحة نفسية، كلية التربية للبنات، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- 56- عبير بنت محمد حسن الصبان (2003)، **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم التربية، وكالة كليات البنات عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي
- 57- فاسي أمال (2016)، **الاكئاب الأساسي والالكسيتيمياوي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز**، أطروحة مقدمة بكلية العلوم الانسانية والاجتماعية لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2 .

- 58- فضيلة لحممر (2017)، التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان، أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس، تخصص علم النفس المرضي للراشد، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- 59- قدور بن عباد هوارية (2014)، المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العمل، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.
- 60- قنون خميسة (2007)، الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكئاب لدى المصابين بالأمراض الأنتانية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي، قسم علم النفس وعلم التربية والارطفونيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- 61- محذب رزيقة (2015)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى الطالب الجامعي الجزائري (19-26) سنة، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس المدرسي، جامعة الجزائر.
- 62- محمد سمير محمد أبو عيشة (2007)، نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان، دراسة مكملة للحصول على الماجستير في الصحة النفسية الاجتماعية بكلية التربية في الجامعة الاسلامية بغزة.
- 63- مروان عبد الله دياب (2006)، دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة الماجستير في التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 64- نسيمة مزوار (2006)، إستراتيجية المقاومة ومرض السرطان، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر2.

65- وندلوس بوثلجة نسيمة (2014)، أهمية التناول النسقي في الكشف عن المعانات النفسية والكفاءات الفردية والعائلية لدى مرضى السرطان وعائلاتهم، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر2.

ج- المجلات والمؤتمرات:

66- أحمد عثمان عبد الرحمان إبراهيم (2001): المساندة الاجتماعية من الأزواج وعلاقتها بالسعادة والتوافق مع الحياة الجامعية لدى طالبات الجامعة المتزوجات، مجلة كلية التربية الزقازيق، العدد37.

67- أيت حمودة حكيمة وآخرون (2011)، أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطال، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الثاني، ص 01-38.

68- برزوان حسيبة (2016)، فعالية استراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 24.

69- بشير إبراهيم الحجار وسامي عوض أبو اسحق (2007)، التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد الخامس عشر، العدد الأول، ص 561-592.

70- بشير معمريه (2010)، تقنين قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 25-26.

71- جهاد براهيمية (2016)، الألم النفسي لدى مرض السرطان، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 27/ ديسمبر 2016، ص 309-317 .

- 72- جهاد براهيمية، نادية بوشناق (2016)، الألم النفسي لدى مرضى السرطان، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 27/ ديسمبر 2016، ص 309-317.
- 73- حسين فايد علي محمد (1998): الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية، دراسات نفسية، المجلد 8، مصر، العدد 2.
- 74- حنان الشقراني وياسمين رافع الكركي (2016)، الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 12، عدد 1/2016، ص 81-100.
- 75- الخطة القومية لمكافحة السرطان في مصر، 2016-2020،
EGY_B5_الخطة القومية لمكافحة السرطان.pdf
- 76- رضوان جاب الله شعبان، محمد هريدي محمد (2001)، العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضى عن الحياة، مجلة علم النفس، مصر، العدد الثامن والخمسون.
- 77- رغداء نعيسة (2014)، مستوى الشعور بالأمن النفسي وعلاقته بالتوافق الاجتماعي، مجلة جامعة دمشق، المجلد 30، العدد الثاني، ص. 81-125.
- 78- رياض العاسمي (2009)، الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكتئاب والعزلة والمساندة الاجتماعية، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد السابع، العدد الثاني/2009، ص 208-251.
- 79- سهيل مقدم وقدر بن عباد هوارية، 2018، المساندة الاجتماعية كاستراتيجية ايجابية في مواجهة الاحداث المهنية الضاغطة لدى المرأة الجزائرية العاملة، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 33، ص 67-78.

- 80- شهرزاد نوار (2013)، دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والالم العضوي لدى مرضى السكري، *مجلة العلوم النفسية والاجتماعية*، العدد 13.
- 81- علي عبد السلام (2000)، المساندة الاجتماعية واحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع اسرهم والمقيمين في المدن الجامعية، *مجلة علم النفس*، العدد 53، السنة الرابعة، الهيئة المصرية العامة للكتاب (ص2-22).
- 82- فيصل لكحل (2017)، اثر مواقع التواصل الاجتماعي على المجتمع الجزائري المعاصر، *مجلة العلوم الاجتماعية*، العدد 25/ديسمبر 2017، ص 216-2023.
- 83- كاملة الفرخ (1993)، أثر العلاج النفسي في تكيف مرض السرطان، ملف العدد: الأسس الإحيائية للسلوك، العوامل البيولوجية وأثرها على السلوك، العدد الثالث عشر، المجلد الرابع، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 84- محمد بيومي خليل (1996): المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض للموت، *مجلة علم النفس*، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ع37.
- 85- مهدي مكاوي (2017)، البعد الاجتماعي للعولمة وتأثيراتها على الأسرة الجزائرية، *مركز الدراسات والأبحاث العلمانية في العالم العربي*، البعد الاجتماعي للعولمة وتأثيراتها في القرارات.PDF.
- 86- ناصر بن إبراهيم المحارب (2005)، أعراض الاكتئاب والقلق لدى الطلاب والطالبات في المملكة العربية السعودية: متى تبدأ الفروق؟، *دراسات العلوم التربوية*، المجلد 32، العدد1، ص. 111-127

87- نبيلة باوية ونادية مصطفى الزقاوي يوب (2013)، الدعم الاجتماعي لدى المصابين بسرطان الثدي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 13/ ديسمبر 2013، ص 333-354.

د.- المعاجم والقواميس والموسوعات:

88- ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم (1990)، معجم لسان العرب، دار المعارف، القاهرة.

89- جماعة من كبار اللغويين العرب، 1989، المعجم العربي الأساسي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، لاروس.

90- سامر جميل رضوان، 2000، الاكتئاب والتشاؤم، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 2001/03/28.

91- عبد المنعم مصطفى (1990)، الأمراض المعدية والغدد الصم والسرطان، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، موسوعة العائلة الطبية.

92- لابلاش وبوتاليس (1985)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية.

93- موريس ستون (دون سنة)، الموسوعة الطبية، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

94- وليد حميد يوسف وآخرون (2002)، علم بيولوجيا الإنسان: التناسل، الوراثة،

الشيخوخة، السرطان، موسوعة العلوم البيولوجية، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

ثانيا - المراجع باللغة الأجنبية:

أ - الكتب:

- 95- Abdelmalek Boudiaf (2014), **Le plan national cancer (2015-2019)** –Préface-, Edition publication ANDS.
- 96- American Psychiatric Association, 2013, **Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)**, ELSEVIER MASSON, 5^{ème} édition.
- 97- American Psychiatric Association, 2013, **The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**, Washington, DC.
- 98- Cobb, S, (1976), **Social support mediator of life stress psychosomatic medicin**, vol 38.
- 99- Faurcade J.P. et autres (2002), **Les enjeux de la prise en charge des malades du cancer**, édition Ellipses Marketing S.A.
- 100- Gaudreau Louise, Louis Jolin, et Geneviève Buissonnet-Verger (1999), **L’impact sur la vie familiale**, Action communautaire réalisée au sein du Mouvement québécois des camps familiaux, Rapport d’évaluation, Montréal, Université du Québec à Montréal, Service aux collectivités, document no 84.
- 101- Gustave Nicolas Fisher (2002), **Traité de la psychologie de la santé**, Dunod, Paris.
- 102- Helen BEE (Sans), **Psychologie du développement, les âges de la vie**, De Book Université.
- 103- Joseph Ayoub (2005), **Ce qu’il faut savoir sur la chimiothérapie**, Imprimé au Canada, Fondation québécoise du cancer, 7^{ème} édition.
- 104- Massie, M.J., 1998, **Depression**, In Holland, J.C. Rowland, J.H.,eds. Hand book of psychoncology, P.283- 90. New York : Oxford University press.
- 105- SaraFino E. (1990), **Health psychology** , New York: John wiley and sons.
- 106- Sarafino, E. P. (2006), **Health Psychology: Biopsychosocial Interactions**, New York: John Wiley & Sons.
- 107- Scottée F. et autres (2002), **Cancérologie**, Paris, édition Ellipses Marketing S.A.
- 108- Sylvie Dolbeaut (2009), **La détresse des patients atteints de cancer : Prévalence, facteurs prédictifs, modalités de repérage et la prise en**

charge, université de Pierre Marie Curie, Paris VI, France, Archives-Ouvertes.Fr

- 109-** Sylvie Pucheu (2007), **Les représentations des patients**, la psychoncologie, John Libbey Eurotext, Paris.
- 110-** Yaker A. (1988), **Cancérologie générale**, Anatomopathologique, OPU, Algérie.
- 111-** Zitouni M. et autres (2014), **Le plan national cancer (2015-2019)**, Edition publication ANDS.
- 112-** Christopher G. Iis, Digant Gupta, James .F. Gutsch: **The relationship between insomnia and patient satisfaction with quality of life in cancer**, Office of research, cancer treatment centers of America USA, 2008.

ب- الرسائل والأطروحات الجامعية:

- 113-** Annie Lavigne (2008), **Evaluation de l'impact du programme de gestion des buts personnels chez une jeune femme présentant des symptômes dépressifs**, l'université du Québec, à Trois-Rivières, comme exigence partielle du doctorat en psychologie (profil intervention).
- 114-** Carine Segrestan-Crouzet (2010), **Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein**, thèse pour le doctorat, N°-1729, Ecole doctorale des sciences humaines et sociales, université Victor Segalen Bordeaux II.
- 115-** Dominique Ricard (2010), **Facteurs de protection et conduites suicidaires chez les adolescents**, l'université du Québec, à Trois-Rivières, comme exigence partielle du doctorat en psychologie (profil intervention).
- 116-** EDITH ST-JEAN-TRUDEL (2009), **Le soutien social et l'anxiété: Les prédicateurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure**, Thèse présentée comme exigence partielle au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal.
- 117-** Julie Ledrich (2011), **L'humeur dépressive sous l'angle des cognitions spécifiques et des écarts entre les sois**, thèse pour l'obtention du grade docteur de Nancy université, en phycologie, laboratoire Inter psy UFR Connaissance de l'homme.

118- Mariam Tarwate (2008), **Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer**, thèse soutenue publiquement pour l'obtention du doctorat en Médecine, faculté de médecine et de pharmacie, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

ج- المجلات والمؤتمرات:

119- Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ (1997), Prevalence of Anxiety and Depression in Cancer Patients Seen at the Norwegian Radium Hospital, **European Journal of Cancer**. 1997. vol33;10: 1597-1604

120- Adelaide et sydney (2010), Dépression et cancer: qu'en disent les journaux généralistes et de santé mentale?, **La Lettre du Psychiatre**, vol VI n° 5, septembre-octobre 2010.

121- Baumgart E. P. et Oliver J. M. (1981), Sex-ratio and gender differences in depression in an unselected adult population, **Journal of Clinical Psychology**, July, 37, No. 3, 570-573.

122- Beauregard L. et Dumont S. (1996), La mesure du soutien social, **Service social**, 45(3) (Vol. 45 N-°3).

123- BERKMAN, L.F. and SYME, S.L. (1979), Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up Study of Alameda county residents, **American Journal of Epidemiology**, 109, 186-204.

124- Boulogne-Billancourt (2009), **Comprendre la radiothérapie**, L'Institut National du Cancer et La Ligue nationale contre le cancer.

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

126- Caroline Ruiller (2007), **Construction d'une échelle de perception du soutien social**, université de Rennes, 2007ruiller107.pdf.

127- Centre international de recherche sur le cancer, **Dernières statistiques mondiale sur la cancer**, communiqué de presse N° 223, 12 décembre 2013.

128- Ciaramella A, Poli P., (2001), **Assesment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment**, P O. 2001; 10: 156-165

129- Craig, T et Van Natta, P. (1979), **Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms**, Arch Gen Psychiatry, 36 Feb, 149-154.

- 130-** Fondation contre le cancer, **Chimiothérapie**, Chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles, Belgique, 4-5-2-fr-chimiotherapie-02-2017.pdf.
- 131-** Hadeed, L., et El-Bassel, N. (2006), Social support among Afro-Trinidadian women experiencing intimate partner violence. **Violence Against Women**, 12 (8), 220-229.
- 132-** Helgeson, V.S., and Cohens, S. (1996), Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive correlational and intervention research, **Health Psychology**, 15 (2), 135-148.
- 133-** Hong J.S., Tian J. (2014), **Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients** **Support Care Cancer**, 22, 453–459. DOI 10.1007/s00520-013-1997-y.
- 134-** Jadoon N. A., Munir W., Shahzad M. A., Choudhry Z. S., (2010), **Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: across-sectional study**, BioMedCentral, 10 (594), 1471-2407. Doi:10.1186/1471-2407-10-594
- 135-** Jean- Michel Gaudron, **Les technologies : un frein aux relations humaines**, 20 Mai 2016, 15:44, Paperjam.lu.
- 136-** L. Bissler, K. Chahraoui, V. Mazur, Y. De Roten (2013), Détresse psychologique, fonctionnement défensif et soutien social perçu chez des patients atteints d'un cancer de la prostate : une étude préliminaire, **Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique**, Volume 171, Issue 2, March 2013, Pages 89-94.
- 137-** Laura Petrescu Perlier (2013), l'impact du soutien social sur le sujet malade du cancer et sur son parcours de maladie étude qualitative, **European Scientific Journal**, December 2013/SPECIAL/édition, vol.4 ISSN: 1857 – 7881 - Caron, J. et Guay, S. (2005), Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens, **Santé mentale au Québec**, 30(2), 15–41. Doi:10.7202/012137ar.
- 138-** Le Mag du CHU Nedir Mohammed, **Publication de santé bimestrielle**, N°00/novembre 2014, édite par le CHU de Tizi-Ouzou.
- 139-** Ly M.et autres, Le cancer en Afrique, un nouveau défi sanitaire, exemples du Mali et de l'association OncoMali, **Bulletin du cancer**, volume 97, N° Aout 2010, ©John Libbey Eurotext.

- 140- Manoudi F., Chagh R., Asri F., Tarwate M., Tazi I., Tahiri A., Bouras N. (2010), **Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer**, Une étude marocaine, *Psycho-Oncol.* 4:S13-S20, DOI 10.1007/s11839-010-0253-7
- 141- Marie Préau et al (2017), **Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle**, HALshs. archives-ouvertes. Fr, halshs-01564008, parti VI, p. 231-286.
- 142- Marilou Bruchon - Schweitzer et al (2003) , **Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6), une adaptation française**, *psychologie Française*, 48, 3. (41-53).
- 143- Marilou- Bruchon- Schweitzer (2001), **Concepts, stress, coping**, recherche en soins infirmiers N° 67, décembre 2001, université de Bordeaux 2, France.
- 144- Pereira M. G., Figueiredo A. P., Fincham F. D. (2012), Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners, **European Journal of Oncology Nursing**, 16, 227-232.
- 145- Schreier A. M., Williams S.A. (2004), Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer, **Oncol Nurs Forum**, 31(1), 127-30.
- 146- Sharma A., Zhang J. (2015), **Depression And Its Predictors Among Breast Cancer Patients In Nepal**, *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16 (1), XX-XX
- 147- Sick- Eom, C., Shin, D., Kim, S., Yang, H., Sug Jo, H., Kweon, S., Kang, Y., Kim, J., Long Cho, B., & Park, J. (2013), Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: Results from a nationwide multicenter survey in South Korea, **Psycho-Oncology**, 22, 1283-1290.
- 148- Stephan Vida et al (2011), **Les espaces verts urbains et sante**, Institut national de santé publique du Québec, N° de publication : 1274.
- 149- Talley A., Molix L., Schlegel R. J., Bettencourt A. (2010), The influence of breast cancer survivors, Perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis, **Psychology & Health**, 25(4), 433-49.
- 150- Turns, D. (1978), The epidemiology of major affective disorders, **American Journal of Psychotherapy**, 32, Jan, No.1, 5-19.

د - المعاجم والقواميس والموسوعات:

- 151- Bielefeld Y. (2007), **Dictionnaire médical**, l'univers médical n° 11, édition presses de Lutèce, Paris.
- 152- Marie-Anne Barrier (2005), **Le dictionnaire encyclopédique**, édition Philipe Auzou, Paris.

ثالثا - من الانترنت:

- 153- الإذاعة الجزائرية، الجزائر تحصي 50 ألف حالة إصابة جديدة سنويا، في 2018/02/04، 10سا، www.radioalgerie.dz
- 154- البوابة، سكان الريف يتمتعون بصحة عقلية أفضل،!، نشر 07 كانون الثاني يناير 2006، 07:26 بتوقيت جرينتش، www.albawaba.com
- 155- حسام الأشطوخي، هناك علاقة وثيقة بين الإصابة بالسرطان والاكتئاب، 30 مارس 2017، وسا و00د، www.youm7.com
- 156- حنان عبد المعبود، الإقناع أهم مراحل مساعدة مريض السرطان على الشفاء، 2012/04/01، <http://www.alanba.com.kw>
- 157- سارا ماريا بيرش، لماذا يشعر سكان المدينة بالاكتئاب أكثر من سكان الريف، 31 يناير 2018، <https://www.noonpost.org/content/21861>
- 158- ملحق صحة وطب، العلاج الكيماوي للسرطان... شرٌّ لا بد منه، 2016/12/25، <http://www.alkhaleej.ae>
- 159- جمال الخطيب، الدليل العلمي للعاملين النفسانيين والاجتماعيين مع مرضى السرطان، 29/أكتوبر/2010، 11 سا و55 د. <http://gourida-psy.yoo7.com/t341-topic>

160- صباح السقا، محاضرة في مشفى البشر للأمراض النفسية العصبية، بتاريخ

[.https://webcache.googleusercontent.com](https://webcache.googleusercontent.com)، 2009/4/25

161- Jean-Yves Nau (2013), Des avantages du mariage en cas de cancer, Planète Santé, 5 octobre 2013, à 9h18, mis à jour le 31 octobre 2013 à 16h24, <http://www.slate.fr/life/78556/cancer-mariage>.

162- Martin Juneau, Espaces verts et la santé, 28 août 2017,

<http://observatoireprevention.org/2017/08/28/espaces-verts-sante/>

163- Pierre Aubry et Bernard-Alex Gaüzère, **Les cancers dans les pays en développement**, actualités 2017, Mise à jour le 16/01/2018, www.medecinetropicale.com.

164- Reporters, Tizi-Ouzou/CHU Nedir-Mohammed: Le cancer en progression «remarquable», mercredi, 05 avril 2017 à 06:00, <http://www.reporters.dz>

165- World Health Organization, **Depression**, 22 march 2018, www.who.int

قائمة الملاحق

الملاحق المتعلقة

بمقاييس البحث

الملحق رقم 1

مقياس المساندة الاجتماعية

التعليمة: إليك هذه الأسئلة وحاول الإجابة عنها وذلك:

- 1- بذكر وترتيب الأشخاص الذين يمكنك أن تعتمد عليهم لمساعدتك مع وضع العلاقة التي ترتبطك بهم بين قوسين، مع العلم أن كل رقم يجب أن يمثل شخص واحد.
- 2- ضع علامة (x) على الإجابة التي تتلاءم ورضاك عن المساعدة المتحصل عليها.

ملاحظة: إذا لم تتحصل في إحدى الأسئلة على المساعدة استعمل الإجابة (لا احد)، لكن قيم رغم ذلك رضاك عنها، يرجى الإجابة بكل صدق، وستبقى إجابتك في سرية تامة.

1- على من يمكنك أن تؤمنه على المعلومات التي تشغلك أو تجعلك مضطربا؟

- | | | |
|----|----|-------------|
| -7 | -4 | -1 (لا احد) |
| -8 | -5 | -2 |
| -9 | -6 | -3 |

2- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

- | | | |
|---------------------|--------------|--------------------|
| -3- تقريبا غير راضي | -2- غير راضي | -1- غير راضي تماما |
| -6- راضي جدا | -5- راضي | -4- تقريبا راضي |

3- من هم الأشخاص الذين يمكنك حقيقة أن تعتمد عليهم عندما تحتاج لمساعدة؟

- | | | |
|----|----|-------------|
| -7 | -4 | -1 (لا احد) |
| -8 | -5 | -2 |
| -9 | -6 | -3 |

4- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

- | | | |
|---------------------|--------------|--------------------|
| -3- تقريبا غير راضي | -2- غير راضي | -1- غير راضي تماما |
| -6- راضي جدا | -5- راضي | -4- تقريبا راضي |

5- عندما تكون تحت ضغط أو متوتر على من يمكنك ان تعتمد حتى تشعر بالراحة؟

- | | | |
|----|----|-------------|
| -7 | -4 | -1 (لا احد) |
| -8 | -5 | -2 |
| -9 | -6 | -3 |

6- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

- | | | |
|---------------------|--------------|--------------------|
| -3- تقريبا غير راضي | -2- غير راضي | -1- غير راضي تماما |
| -6- راضي جدا | -5- راضي | -4- تقريبا راضي |

7- من يقبلك أنت بعيوبك ومميزاتك؟

- | | | |
|----|----|-------------|
| -7 | -4 | -1 (لا احد) |
| -8 | -5 | -2 |
| -9 | -6 | -3 |

8- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

- | | | |
|--------------------|-------------|-------------------|
| -3 تقريبا غير راضي | -2 غير راضي | -1 غير راضي تماما |
| -6 راضي جدا | -5 راضي | -4 تقريبا راضي |

9- عندما يحدث لك شيء ما، على من تعتمد ليهتم بك؟

- | | | |
|----|----|-------------|
| -7 | -4 | -1 (لا احد) |
| -8 | -5 | -2 |
| -9 | -6 | -3 |

10- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

- | | | |
|--------------------|-------------|-------------------|
| -3 تقريبا غير راضي | -2 غير راضي | -1 غير راضي تماما |
| -6 راضي جدا | -5 راضي | -4 تقريبا راضي |

11- عندما تستسلم لليأس، على من يمكنك حقيقة أن تعتمد عليه لمساعدتك حتى تشعر بالراحة؟

- | | | |
|----|----|-------------|
| -7 | -4 | -1 (لا احد) |
| -8 | -5 | -2 |
| -9 | -6 | -3 |

12- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

- | | | |
|--------------------|-------------|-------------------|
| -3 تقريبا غير راضي | -2 غير راضي | -1 غير راضي تماما |
| -6 راضي جدا | -5 راضي | -4 تقريبا راضي |

الملحق رقم 2

قائمة بيك الثانية للاكتئاب

تعليمات:

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائماً عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة ب (تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة ب (تغيرات في الشهية).

1	الحزن	<p>0- لا أشعر بالحزن.</p> <p>1- أشعر بالحزن معظم الوقت.</p> <p>2- أشعر بالحزن طول الوقت.</p> <p>3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.</p>
2	التشاؤم	<p>0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.</p> <p>1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت.</p> <p>2- أتوقع الآ تسير الامور بشكل جيد بالنسبة لي.</p> <p>3- أشعر بانه لا امل لي في المستقبل وانه سوف تزداد الامور سوءا.</p>
3	الفشل السابق	<p>0- لا اشعر بأنني شخص فاشل.</p> <p>1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي.</p> <p>2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل.</p> <p>3- أشعر بأنني شخص فاشل تماما.</p>
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	<p>0- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.</p> <p>1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.</p> <p>2- أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل.</p> <p>3- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن استمتع من قبل.</p>
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	<p>0- لا أشعر بالذنب.</p> <p>1- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.</p> <p>2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات.</p> <p>3- أشعر بالذنب في كل الأوقات.</p>
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	<p>0- لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى.</p> <p>1- أشعر بأنني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى.</p> <p>2- أشعر بأنني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى.</p> <p>3- أشعر بأنني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.</p>
7	عدم حب الذات	<p>0- شعوري نحو نفسي عادي.</p> <p>1- أشعر بفقدان الثقة في نفسي.</p> <p>2- أصبحت بخيبة أمل في نفسي.</p> <p>3- لا أحب نفسي.</p>
8	نقد الذات ولومها	<p>0- لا أنقد ولا ألوم نفسي.</p> <p>1- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت.</p> <p>2- أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي.</p> <p>3- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.</p>

9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	<p>0- ليس لدي أي أفكار للانتحار.</p> <p>1- لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها.</p> <p>2- أريد أن انتحار.</p> <p>3- قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.</p>
10	البكاء	<p>0- لا أبكي أكثر مما تعودت.</p> <p>1- أشعر بالرغبة في البكاء.</p> <p>2- أبكي أكثر مما تعودت.</p> <p>3- أبكي بكثرة جدا.</p>
11	الهیجان والإثارة (عدم الاستقرار)	<p>0- أشعر بالهیجان والإثارة بدرجة عالية.</p> <p>1- أشعر بالهیجان والإثارة أكثر مما تعودت.</p> <p>2- أتهيج وأثر إلى درجة من الصعب عليّ البقاء مستقرا.</p> <p>3- أتهيج وأثر إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.</p>
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	<p>0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.</p> <p>1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.</p> <p>2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى.</p> <p>3- من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء.</p>
13	التردد في اتخاذ القرارات	<p>0- أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها.</p> <p>1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.</p> <p>2- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه.</p> <p>3- لا أستطيع اتخاذ القرارات.</p>
14	انعدام القيمة	<p>0- لا أشعر أنني عديم القيمة.</p> <p>1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون.</p> <p>2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.</p> <p>3- أشعر أنني عديم القيمة تماما.</p>
15	فقدان الطاقة على العمل	<p>0- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت.</p> <p>1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.</p> <p>2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.</p> <p>3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.</p>
16	تغيرات في نظام النوم	<p>0- لم يحدث لي أي تغيير في نظام النوم.</p> <p>1.أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>1.ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>2.أ- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير.</p>

		<p>2.ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير .</p> <p>3.أ- أنام معظم اليوم .</p> <p>3.ب- أستيقظ من نومي مبكرا ساعة او ساعتين او اكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى</p>
17	<p>القابلية للغضب أو الانزعاج</p>	<p>0- أغضب بدرجة عالية.</p> <p>1- أغضب أكبر مما تعودت.</p> <p>2- أغضب أكبر بكثير مما تعودت.</p> <p>3- أكون في حالة غضب طول الوقت.</p>
18	<p>تغيرات في الشهية</p>	<p>0- لم يحدث أي تغير في شهيتي.</p> <p>1.أ- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>1.ب- شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>2.أ- شهيتي أقل كثيرا مما تعودت.</p> <p>2.ب- شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت.</p> <p>3.أ- ليس لدي شهية على الإطلاق.</p> <p>3.ب- لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.</p>
19	<p>صعوبة التركيز</p>	<p>0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت.</p> <p>1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت.</p> <p>2- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.</p> <p>3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.</p>
20	<p>الإرهاق أو الإجهاد</p>	<p>0- لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت.</p> <p>1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها.</p> <p>2- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها.</p> <p>3- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.</p>
21	<p>فقدان الاهتمام بالجنس</p>	<p>0- إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام.</p> <p>1- أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت.</p> <p>2- أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام.</p> <p>3- فقدت الاهتمام بالجنس تماما.</p>

الملحق رقم 3

استمارة جمع المعلومات

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- السن:
- 3- الحالة المدنية: أعزب متزوج مطلق أرمل
- 4- المستوى التعليمي: دون مستوى ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
- 5- المهنة:
- 6- المستوى الاجتماعي والاقتصادي: ضعيف متوسط جيد
- 7- الإقامة:
- مكان الإقامة: الريف المدينة
- السكن: لوحده مع العائلة
- 8- المرض:, نوعه:
- منذ متى تم اكتشافك له؟:
- هل تتابع العلاج الكيميائي؟: نعم لا
- إذا كانت الإجابة بنعم فمنذ متى بدأت هذا النوع من العلاج؟:
- هل تتابع العلاج الإشعاعي؟: نعم لا
- إذا كانت الإجابة بنعم فمنذ متى بدأت هذا النوع من العلاج؟:

الملاحق المتعلقة
بالدراسة الاستطلاعية
(الخصائص السيكومترية
لمقاييس البحث)

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=Soutien.Soc1 Soutien.Soc2
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
    
```

Validation du test Soutien Social en calculant la corrélation de pearson avec le test Soutien Social2(ada3malidjtima3i)

[Ensemble_de_données1] D:\Documents\SPSS.DOCTORAT. BELKHEIR_2.sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Soutien.Soc1	48,98	12,711	50
Soutien.Soc2	57,96	12,355	50

Corrélations

		Soutien.Soc1	Soutien.Soc2
Soutien.Soc1	Corrélation de Pearson	1	,844**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
Soutien.Soc2	Corrélation de Pearson	,844**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=Disponibilité.soutien Soutien.Soc2
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /MISSING=PAIRWISE.

Validation de la dimension "disponibilité du soutien social" du test du Soutien Social en calculant la corrélation de pearson avec le test Soutien Social2 (ada3m alidjtima3i)

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. rachid .sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Disponibilité.soutien	19,62	11,434	50
Soutien.Soc2	57,96	12,355	50

Corrélations

		Disponibilité.soutien	Soutien.Soc2
Disponibilité.soutien	Corrélation de Pearson	1	,717**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
Soutien.Soc2	Corrélation de Pearson	,717**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=Satisfaction.soutien Soutien.Soc2
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
    
```

Validation de la dimension "Satisfaction au soutien social" du test du Soutien Social en calculant la corrélation de Pearson avec le test Soutien Social2 (ada3m alidjtima3i)

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. rachid .sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Satisfaction.soutien	29,36	6,216	50
Soutien.Soc2	57,96	12,355	50

Corrélations

		Satisfaction.soutien	Soutien.Soc2
Satisfaction.soutien	Corrélation de Pearson	1	,407**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	50	50
Soutien.Soc2	Corrélation de Pearson	,407**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

```

CORRELATIONS
/VARIABLES=Depression Desespoir
/PRINT=TWOTAL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.

```

Validation du test Depression en calculan la corrélation de pearson avec le test Desespoir

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. rachid .sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Depression	16,22	8,003	50
Desespoir	22,66	9,529	50

Corrélations

		Depression	Desespoir
Depression	Corrélation de Pearson	1	,899**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
Desespoir	Corrélation de Pearson	,899**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

RELIABILITY

```
/VARIABLES=S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8 S9 S10 S11 S12  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE.
```

Fiabilité du test Soutien Social par la methode Alfa Cronbach

[Ensemble_de_données1] D:\Documents\SPSS.DOCTORAT. BELKHEIR_2.sav

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,787	12

Statistiques d'item

	Moyenne	Ecart-type	N
S1	4,08	2,546	50
S2	4,92	1,383	50
S3	3,38	1,958	50
S4	4,80	1,552	50
S5	3,02	2,317	50
S6	4,80	1,512	50
S7	3,30	2,720	50
S8	4,90	1,460	50
S9	3,06	2,235	50
S10	5,04	1,009	50
S11	2,78	2,418	50
S12	4,90	1,165	50

Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart-type	Nombre d'éléments
48,98	161,571	12,711	12

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=Soutien.Social.impairs Soutien.Social.pairs
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.

```

Fiabilité du test Soutien Social en calculant la corrélation de Person par la méthode pairs-impairs

[Ensemble_de_données1] D:\Documents\SPSS.DOCTORAT. BELKHEIR_2.sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Soutien.Social.impairs	19,62	11,434	50
Soutien.Social.pairs	29,36	6,216	50

Corrélations

		Satisfaction. soutien	Soutien.Soc2
Soutien.Social.impairs	Corrélation de Pearson	1	,795**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
Soutien.Social.pairs	Corrélation de Pearson	,795**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

RELIABILITY

```
/VARIABLES=S1 S3 S5 S7 S9 S11  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE.
```

Fiabilité de la dimension "disponibilité du soutien social" du test du Soutien Social par la méthode Alfa Cronbach

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. rachid .sav

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,889	6

Statistiques d'item

	Moyenne	Ecart-type	N
S1	4,08	2,546	50
S3	3,38	1,958	50
S5	3,02	2,317	50
S7	3,30	2,720	50
S9	3,06	2,235	50
S11	2,78	2,418	50

Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart-type	Nombre d'éléments
19,62	130,730	11,434	6

CORRELATIONS

/VARIABLES=Dispo.Soutien.Impairs Dispo.Soutien.pairs
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

**Fiabilité de la dimension "disponibilité au soutien" du test Soutien Social
 en calculant la corrélation de Pearson par la méthode impairs-pairs**

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\pre.enquete.rachid.sav

Corrélations

		Dispo. Soutien. Impairs	Dispo. Soutien.pairs
Dispo.Soutien.Impairs	Corrélation de Pearson	1	,885**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
Dispo.Soutien.pairs	Corrélation de Pearson	,885**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

RELIABILITY

```
/VARIABLES=S2 S4 S6 S8 S10 S12  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE.
```

Fiabilité de la dimension "satisfaction au soutien social" du test du Soutien Social par la methode Alfa Cronbach

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. rachid .sav

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,855	6

Statistiques d'item

	Moyenne	Ecart-type	N
S2	4,92	1,383	50
S4	4,80	1,552	50
S6	4,80	1,512	50
S8	4,90	1,460	50
S10	5,04	1,009	50
S12	4,90	1,165	50

Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart-type	Nombre d'éléments
29,36	38,643	6,216	6

CORRELATIONS

/VARIABLES=Satis.Soutien.Impairs Satis.Soutien.pairs
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Fiabilité du la dimension "satisfaction au soutien" du test Soutien Social en calculant la corrélation de Pearson par la méthode impairs-pairs

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\pre.enquete.rachid.s
 av

Corrélations

		Satis.Soutien. Impairs	Satis.Soutien. pairs
Satis.Soutien.Impairs	Corrélation de Pearson	1	,819**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
Satis.Soutien.pairs	Corrélation de Pearson	,819**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

RELIABILITY

```
/VARIABLES=D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 D16 D17 D18 D19 D20 D21  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE.
```

Fiabilité du test Depression par la methode Alfa Cronbach

[Ensemble_de_données1] D:\Documents\SPSS.DOCTORAT. BELKHEIR_2.sav

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	50	100,0
Exclus ^a	0	,0
Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,823	21

Statistiques d'item

	Moyenne	Ecart-type	N
D1	,52	,677	50
D2	,84	,934	50
D3	,46	,762	50
D4	,66	,688	50
D5	,68	,683	50
D6	,52	,707	50
D7	,36	,749	50
D8	,88	,918	50
D9	,26	,527	50
D10	1,06	,818	50
D11	,96	,968	50
D12	,84	1,057	50
D13	,50	,647	50
D14	,44	,812	50
D15	1,08	,752	50
D16	1,08	,922	50
D17	,70	,647	50
D18	,88	,824	50
D19	,76	,847	50
D20	1,22	,708	50
D21	1,52	1,129	50

Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart-type	Nombre d'éléments
16,22	64,053	8,003	21

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=Depression.impairs Depression.pairs
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
    
```

Fiabilité du test Depression en calculant la corrélation de pearson par la méthode impairs-pairs

[Ensemble_de_données1] D:\Documents\SPSS.DOCTORAT. BELKHEIR_2.sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Depression.impairs	7,80	3,995	50
Depression.pairs	8,42	4,643	50

Corrélations

		Depression. impairs	Depression. pairs
Depression.impairs	Corrélation de Pearson	1	,715**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
Depression.pairs	Corrélation de Pearson	,715**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الملاحق المتعلقة
بالدراسة الأساسية

Descriptives: Dimention "Disponibilité du soutien social"

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques descriptives

	N	Intervalle	Minimum	Maximum	Somme	Moyenne
Disponibilité.du.soutien	150	45	6	51	2489	16,59
N valide (listwise)	150					

Statistiques descriptives

	Ecart type	Variance
Disponibilité.du.soutien	8,680	75,344
N valide (listwise)		

Descriptives: Dimention "Satisfaction au soutien social"

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques descriptives

	N	Intervalle	Minimum	Maximum	Somme	Moyenne
Satisfaction.au.Soutien	150	30	6	36	4294	28,63
N valide (listwise)	150					

Statistiques descriptives

	Ecart type	Variance
Satisfaction.au.Soutien	6,695	44,826
N valide (listwise)		

Descriptives: Echelle Bec 2 pour la depression

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques descriptives

	N	Intervalle	Minimum	Maximum	Somme	Moyenne	Ecart type
Depression	150	51	1	52	3548	23,65	13,574
N valide (listwise)	150						

Statistiques descriptives

	Variance
Depression	184,241
N valide (listwise)	

GET

```
FILE='C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHEIR.sav'.  
DATASET NAME Ensemble_de_données1 WINDOW=FRONT.  
CORRELATIONS  
  /VARIABLES=Disponibilité.du.soutien Depression  
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG  
  /STATISTICS DESCRIPTIVES  
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Hypothese de corrélation entre la dimension "Disponibilité du soutien social" et "La dépression"

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHEIR.sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Disponibilité.du.soutien	16,59	8,680	150
Depression	23,65	13,574	150

Corrélations

		Disponibilité. du.soutien	Depression
Disponibilité.du.soutien	Corrélation de Pearson	1	-,440**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	150	150
Depression	Corrélation de Pearson	-,440**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	150	150

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=Satisfaction.au.Soutien Depression
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /MISSING=PAIRWISE.

Hypothese de corrélation entre la dimension "Satisfaction au soutien social" et "La dépression"

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE
 IR.sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Satisfaction.au.Soutien	28,63	6,695	150
Depression	23,65	13,574	150

Corrélations

		Satisfaction. au.Soutien	Depression
Satisfaction.au.Soutien	Corrélation de Pearson	1	-,315**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	150	150
Depression	Corrélation de Pearson	-,315**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	150	150

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=Soutien.Social Depression
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /MISSING=PAIRWISE.

**Hypothese de corrélation entre la variable "Soutien social" et la variable
 "Dépression"**

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE
 IR.sav

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Soutien.Social	45,22	11,555	150
Depression	23,65	13,574	150

Corrélations

		Soutien.Social	Depression
Soutien.Social	Corrélation de Pearson	1	-,513**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	150	150
Depression	Corrélation de Pearson	-,513**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	150	150

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Test-t Hypothese des differences sur la variable "Soutien social" entre masculin et feminin

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques de groupe

	SEXE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Soutien.Social	Masculin	54	45,65	13,148	1,789
	Feminin	96	44,98	10,621	1,084

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	3,319	,070	,339	148
	Hypothèse de variances inégales			,320	92,121

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	,735	,669	1,971
	Hypothèse de variances inégales	,750	,669	2,092

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	-3,227	4,565
	Hypothèse de variances inégales	-3,486	4,824

Test-t Hypothese des differences sur la variable "Soutien social" entre célibataires et marié

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques de groupe

		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Soutien.Social	Célibataire	48	42,31	12,601	1,819
	Marié	102	46,59	10,825	1,072

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	1,402	,238	-2,139	148
	Hypothèse de variances inégales			-2,025	80,781

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	,034	-4,276	1,999
	Hypothèse de variances inégales	,046	-4,276	2,111

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	-8,225	-,326
	Hypothèse de variances inégales	-8,476	-,075

Test-t Hypothese des differences sur la variable "Soutien social" entre les résidents des villages et les résidents des villes

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques de groupe

	RESIDENCE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Soutien.Social	Village	69	47,38	11,889	1,431
	Ville	81	43,38	11,004	1,223

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	,781	,378	2,135	148
	Hypothèse de variances inégales			2,122	140,058

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	,034	3,994	1,871
	Hypothèse de variances inégales	,036	3,994	1,882

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	,297	7,691
	Hypothèse de variances inégales	,272	7,716

Test-t Hypothese des differences sur la variable "Soutien social" entre ceux qui se traitent (chimiothérapie et/ou radiothérapie) et ceux qui ne se traitent pas avec

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques de groupe

THERAPIE		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Soutien.Social	Se traitent	112	44,01	11,052	1,044
	Ne se traitent pas	38	48,79	12,397	2,011

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	,102	,750	-2,233	148
	Hypothèse de variances inégales			-2,110	58,235

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	,027	-4,781	2,141
	Hypothèse de variances inégales	,039	-4,781	2,266

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
Soutien.Social	Hypothèse de variances égales	-9,011	-,550
	Hypothèse de variances inégales	-9,316	-,245

Test-t Hypothese des differences sur la variable "Dépression" entre masculin et feminin

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques de groupe

	SEXE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Depression	Masculin	54	23,31	13,441	1,829
	Feminin	96	23,84	13,714	1,400

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
Depression	Hypothèse de variances égales	,000	,983	-,228	148
	Hypothèse de variances inégales			-,230	111,844

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
Depression	Hypothèse de variances égales	,820	-,529	2,316
	Hypothèse de variances inégales	,819	-,529	2,303

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
Depression	Hypothèse de variances égales	-5,106	4,048
	Hypothèse de variances inégales	-5,093	4,035

Test-t Hypothese des differences sur la variable "Dépression" célibataires et mariés

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques de groupe

		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Depression	Célibataire	48	24,96	13,229	1,910
	Marié	102	23,04	13,754	1,362

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
Depression	Hypothèse de variances égales	,057	,811	,807	148
	Hypothèse de variances inégales			,818	95,476

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
Depression	Hypothèse de variances égales	,421	1,919	2,379
	Hypothèse de variances inégales	,415	1,919	2,345

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
Depression	Hypothèse de variances égales	-2,781	6,620
	Hypothèse de variances inégales	-2,737	6,575

Test-t Hypothese des differences sur la variable "Dépression" les résidents des villages et les résidents des villes

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques de groupe

	RESIDENCE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Depression	Village	69	19,49	12,491	1,504
	Ville	81	27,20	13,524	1,503

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
Depression	Hypothèse de variances égales	1,080	,300	-3,601	148
	Hypothèse de variances inégales			-3,624	147,010

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
Depression	Hypothèse de variances égales	,000	-7,705	2,139
	Hypothèse de variances inégales	,000	-7,705	2,126

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
Depression	Hypothèse de variances égales	-11,933	-3,477
	Hypothèse de variances inégales	-11,906	-3,504

Test-t Hypothese des differences sur la variable "Dépression" entre ceux qui se traitent (chimiothérapie et/ou radiothérapie) et ceux qui ne se traitent pas avec

[Ensemble_de_données1] C:\Users\DUALCOMPUTER\Desktop\SPSS.DOCTORAT. BELKHE IR.sav

Statistiques de groupe

THERAPIE		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Depression	Se traitent	112	24,08	13,981	1,321
	Ne se traitent pas	38	22,39	12,383	2,009

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
Depression	Hypothèse de variances égales	4,161	,043	,660	148
	Hypothèse de variances inégales			,701	71,475

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
Depression	Hypothèse de variances égales	,510	1,686	2,553
	Hypothèse de variances inégales	,486	1,686	2,404

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
Depression	Hypothèse de variances égales	-3,360	6,731
	Hypothèse de variances inégales	-3,108	6,479

الملاحق المتعلقة

بأمور إدارية

الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

مصلحة الدراسات العليا

جامعة الجزائر*2* أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس



إلى السيد: مدير الديوان الوطني للإحصاء (ONS)

بمبحث ميداني حول:

الموضوع *المساندة الاجتماعية و علاقتها بالتخفيف من درجة
الاكتئاب لدى مرضى السرطان *

يشرفني سيدي ، أن أطلب من سيادتكم السماح
للطالب (ة) : " بلخير رشيد " بمبحث ميداني
في مؤسستكم ونحيطكم علما ، أن الطالب (ة) المذكور(ة)
يحضر (تحضر) حاليا بحثا على مستوى قسمنا
لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص " علم النفس الاجتماعي".
تقبلوا منا سيدي فائق الاحترام والتقدير.

الجزائر: 06/06/2016

مصلحة البحث العلمي :



مليحة اوصاليك السمان و الشغل
لكحل أمو

الجزائر في 06/06/2016

بإختير رشيد

جامعة مولود مكري

تيزي وزو

إلى السيد مدير
الديوان الوطني للإحصاء

المهنة العامة
البريد الإلكتروني
13 DEC 2016
تاريخ الإرسال
068 DGDONS

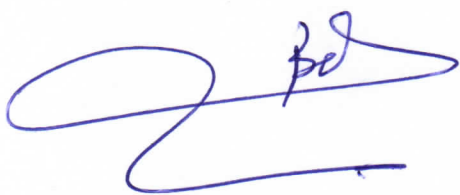
الهاتف: 247852478

الموضوع: طلب إحصائيات

في الشرف الكبير سيدي المدير آن أتقدم إلى حضرتكم
الطيبة بطبي هذا الممثل في طلب إحصائيات

أعلمكم سيدي المدير أي أستاذ مساعد بقسم علم النفس
جامعة تيزي وزو، وأحضر دكتوراه في علم النفس الإيماني
تحت عنوان: المساعدة الإيمانية وعلاقتها بالتنفيس من درجة
الإكتئاب لدى مريض السرطان، ولكون أن الدراسة جاءت إحصائية
فإنني أتوجه إلى سيادتكم من أجل أن تعدوا لي حجم العينة
(عدد الأفراد) الواجب الإعتاد عليهم في هذه الدراسة.

في انتظار جواب موقر، تقبلوا مني سيدي المدير
رأسه عواطف التقدير والإحترام.



06/06/2016
المهنة العامة
البريد الإلكتروني
13 DEC 2016
تاريخ الإرسال
068 DGDONS

مديرة إحصائيات
كحل أمال

S'assurer de disposer de
30 observations par groupe pour assurer la représentativité
et l'adhésion à la loi des grands nombres

الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

مصلحة الدراسات العليا

جامعة الجزائر*2* أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس



إلى السيد: رئيس مصلحة السرطان - تيزي وزو-

بحسب ميسداني حول:

الموضوع *المساندة الاجتماعية و علاقتها بالتخفيف من درجة
الاكتئاب لدى مرضى السرطان *

يشرفني سيدي ، أن أطلب من سيادتكم السماح
للطالب (ة) : " بلخير رشيد " ببحث ميداني
في مؤسستكم وتحيطكم علما ، أن الطالب (ة) المذكور(ة)
يحضر (تحضر) حاليا ببحثا على مستوى قسمنا
لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص " علم النفس الاجتماعي".
تقبلوا منا سيدي فائق الاحترام والتقدير.

نائب رئيس القسمة العلوم الاجتماعية الجزائر 06/06/2016
نانب
للدراسات انعيا و البحث العلمي رئيس القسم لما
بعد التدرج
د. فرشان لويكرم * ومصلحة البحث العلمي :
قسم علم النفس

C.H.U TIZI-OUZOU
Hôpital Sidi Bellova
Sec Oncologie
Consultation

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA
REFORME HOSPITALIERE

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
DE TIZI-OUZOU
SECRETARIAT GENERAL

01 FEV. 2012

DECISION N° DU



LE DIRECTEUR GENERAL DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU

- Vu** - La loi n° 85-59 du 16 Février 1985, portant promotion et protection de la santé
- Vu** - Le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques
- Vu** - Le décret n° 86-59 du 23 mars 1985, portant statut type des Centres Hospitalo-Universitaires
- Vu** - Le décret n° 86-302 du 16 Décembre 1986, portant statut type du Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou
- Vu** - Le décret n° 99-236 du 19 Octobre 1999, fixant les modalités d'application des dispositions de la loi n° 85-05 du 16 Février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé
- Vu** - La Circulaire n° 04/MSPRH/MIN du 03 Novembre 2010, relative à la mise en place d'une cellule permanente d'accueil, d'orientation et de Prise de rendez-vous pour les malades atteints de cancer,

**Sur proposition de Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme Hospitalière**

DECIDE

ARTICLE 1 / Il est créé au Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou, **une Cellule Permanente d'Accueil, d'Orientation et de Prise de Rendez-Vous pour Les Malades atteints de Cancers,**

ARTICLE 2 / Cette cellule est composée de :

- ***Deux médecins généralistes***
 - Dr FEKRACHE Mlika
- ***Deux psychologues cliniciens***
 - Mme AMELLAL Lylia
 - Mr BELKHEIR Rachid

➤ **Un agent Administratif**

- BAICHE Salem

Article 3 / La cellule a pour mission :

- Accueillir et orienter les patients cancéreux
- Mettre en place un dispositif pour faciliter la prise de rendez-vous,
- Mise en place de mécanismes d'aides et d'accompagnement des patients atteints de cancers
- Mise à disposition d'une adresse E-mail pour la cellule Oncologie du C.H.U de Tizi-Ouzou : oncochuto@gmail.com

Article 4 / Les membres de la cellule sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de la présente décision.

LE DIRECTEUR GENERAL,

Centre Hospitalier - Université d'Alger
16, rue de la Liberté
16000 ALGER
Directeur Général *Pro Intérim*



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
 REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
 MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Ministre

الوزير

03 NOV 2010

CIRCULAIRE N° 04

MSPRH/MIN DU

N° 04/MIN

DESTINATAIRES :

- Madame et Messieurs les Wali :
(Pour information)
- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population :
(Pour exécution)

L'incidence du cancer en Algérie augmente d'année en année. 40.000 nouveaux cas ont été enregistrés en 2010. Cette situation nécessite le renforcement du dispositif existant au niveau des plateaux diagnostique et thérapeutique et appelle au développement et à la mise en place urgente de mécanismes d'aide et d'accompagnement des patients atteints de cancer.

Ces mesures d'ordre stratégique s'inscrivent dans la nouvelle dynamique engagée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en matière de prise en charge globale et intégrée des patients atteints de cancer.

Dans la continuité des mesures déjà engagées, il est impératif, compte tenu des difficultés rencontrées par les malades et leur famille pour l'accès aux plateaux diagnostiques et thérapeutiques existants, de mettre en place un dispositif spécifique.

A cet effet, je vous instruis pour la mise en place immédiate d'une cellule permanente d'accueil, d'orientation et de prise de rendez-vous pour les malades. Cette cellule doit être installée au niveau de l'hôpital chef-lieu de wilaya. Pour les wilayas du Sud, outre le chef-lieu de wilaya, cette cellule doit être aussi installée au niveau de l'EPH de daïra ou dans une polyclinique, à défaut.

Ladite cellule devra être composée d'un médecin généraliste, d'un ou deux psychologues et d'un agent d'administration pour les tâches de secrétariat. Elle doit être équipée pour ses missions d'un téléphone-fax, d'un micro-ordinateur avec imprimante et dotée d'une adresse mail.

Les missions de cette cellule sont celles d'accueillir les patients cancéreux, de noter leurs difficultés à s'insérer dans le dispositif de prise en charge actuel et de prendre, en leur nom et place, rendez vous auprès des différents services de cancérologie, puis de les orienter sur ces services avec l'aide de l'établissement hospitalier, siège de la cellule.

Je vous demande, parallèlement à la mise en place de cette cellule, d'informer l'ensemble des structures publiques et privées, de son existence, de ses missions et de la nécessité d'orienter ces malades vers ces structures.

J'attache la plus grande importance à l'exécution immédiate de cette circulaire.

