علم النفس السرطاني بين النظرية و التطبيق

أيت آعراب صبرينة
مخبر علم النفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة/جامعة الجزائر2

ملخَّص المداخلة:

أصبح مرض السّرطان مؤخّرا يعتبر من الأمراض المزمنة، ولم يعد كما كان سابقا يكتسي صبغة المرض القاتل، و هذا لما توصّل إليه الطبّ من علاجات كيميائية، إشعاعية و حتّى هرمونية، ناهيك عن التكفّل النّفسي و الّذي ينبغي أي يكون خلال فترات المرض الخمس: التشخيص، بداية العلاج، المراقبة الطبية، إمكانية الانتكاسة، و أخيرا المرحلة النهائية، و بهذا فإنّ مفهوم الصّدمة في هذا النّوع من الأمراض طويلة الأمد والمزمنة يتّخذ نوعا من الاستمرارية، ما يجعل المريض يستجيب بطريقة خاصّة نوعا ما، فنجده يمتاز بنوع من القلق يكون ذو علاقة و طبيعة المرض كقلق الموت، قلق مرتبط بتغير الصورة الجسدية بسبب المرض أو العلاجات المصاحبة له، و قلق الفقدان، ضف إلى هذا حالات الاكتئاب و الاضطرابات النفسية التي قد تصاحب المريض خلال فترة العلاج، ولهذا فإنّ وجود أخصائي نفساني متمرّس و مختص بمرضى السرطان أصبح موضوعا لا نقاش فيه في مصالح و مراكز العلاج، و هذا ما سنحاول توضيحه في عرضنا، وقد أردنا هنا أن نتكلّم عن الأساليب النفسية المستعملة مع مرضى السرطان، خلال مختلف أطوار المرض، و ذلك من خلال التطرق لموضوع علاقة الشخصية، الصدمات و الخبرات السابقة بظهور مرض السرطان، إضافة إلى تحديد مختلف التقنيات المستعملة، و ما مدى نطاق تدخّل علم النفس في مصلحة أمراض السرطان، سواء مع المرضى، عائلاتهم، وحتى مع الفريق الطبي و الشبه الطبي.

مقدمة: أصبح مرض السّرطان مؤخّرا يعتبر من الأمراض المزمنة، ولم يعد كما كان سابقا يكتسي صبغة المرض القاتل، و هذا لما توصّل إليه الطبّ من علاجات كيميائية، إشعاعية و حتّى هرمونية، ناهيك عن التكفّل النّفسي و الّذي ينبغي أي يكون خلال فترات المرض الخمس: التشخيص، بداية العلاج، المراقبة الطبية، إمكانية الإنتكاسة، و أخيرا المرحلة النهائية، و بهذا فإنّ مفهوم الصّدمة في هذا النّوع من الأمراض طويلة الأمد و المزمنة يتّخذ نوعا من الإستمرارية، ما يجعل المريض يستجيب بطريقة خاصّة نوعا ما، فنجده يمتاز بنوع من القلق يكون ذو علاقة و طبيعة المرض كقلق الموت، قلق مرتبط بتغير الصورة الجسدية بسبب المرض أو العلاجات المصاحبة له، و قلق الفقدان، ضف إلى هذا حالات الإكتئاب و الإضطرابات النفسية التي قد تصاحب المريض خلال فترة العلاج، ولهذا فإنّ وجود أخصائي نفساني متمرّس و مختص بمرضى السرطان أصبح موضوعا لا نقاش فيه في مصالح و مراكز العلاج، و من هنا ظهر اختصاص جديد ليعنى بهذه الفئة من المرضى و عائلاتهم، و المتمثل في علم النفس السرطاني.

فقد ظهر علم النفس السرطاني كاختصاص جديد، لأول مرة في الو.م.أ على يد كل من Holland, Casslieth, Spiegel. لينتقل فيما بعد إلىأوروبا مع كلّ من Maguire, Greer, Razavi, Guex، أين تمّ إنشاء سنة 1975، بمرسيليا جمعية "علم النفس و السرطان" لتصبح فيما بعد و في سنة 1994 تحمل اسم « Société française de psycho-oncologie »

(P.BEN SOUSSAN et E.DUDOIT, 2009, P 27)

عرف هذا التخصص تطوّرا جد مهم في فرنسا، في حين أنه كان لا يزال في طريق نموّه فيما يخص باقي الدّول الاوروبية، كاليونان، و ألمانيا، أما بلجيكا فقد لحقت بفرنسا، من حيث تطور هذا التخصّص، إذ أصبح هناك تكوينات خاصة للفرق الطبية و الشبه الطبية العاملة بمصالح أمراض السرطان، من أجل التحكّم أفضل، في طريقة تقديم التشخيص للمرضى، التعامل معهم و مع عائلاتهم، أي بمعنى تكوينات لتطوير مهارات الإتّصال. eurocancer) 2004, PP385-392)

في حين في الجزائر، لم يرى بعد هذا التخصص النور كتخصص قائم بذاته، فهو متوقف على الجهود الفردية لكل أخصائي نفساني يعمل في مصلحة أمراض السرطان، فليس هناك لا تكوينات و لا دورات من أجل ضبط قواعد للتعامل مع هذه الفئة الحساسة من المرضى، و يعتمد على فرض الأخصائي لوجوده في المصلحة كفرد فعال في العملية العلاجية، من حيث ضبط العلاقات بين المرضى و الأطباء و حتى الممرضين، مساعدة المرضى على تقبل المرض و الأدوية التي تعتبر جد مرهقة، و الإمتثال للتعليمات الطبية، بالإضافة إلى التعامل مع الألم، و القلق و ما يصاحبه من تغييرات في العادات السلوكية و الإنفعالية للمريض.

تعريف و أهداف علم النفس السرطاني:

جاء تخصّص علم النفس السرطاني، لضرورة الأخذ بعين الإعتبار الجانب النّفسي لكلّ من المريض و عائلته، في التكفّل العلاجي، و هذا في إطار فريق متعدّد الأبعاد أو التخصّصات equipe pluridesciplinaire، و هذا من أجل إمكانية تقبّل و تكيّف المريض و عائلته مع الوضع الجديد، لما يحمله من إمكانية الوقوع في إضطرابات نفسية كالقلق، الإكتئاب.... في إطار أعراض ما بعد الصّدمة.

(P. Saltel, 2002, P 207)

ضف إلى هذا فإن اهتمامنا هنا ينصبّ على: الفرد في حالة المرض، العلاقة طبيب-مريض، و المعالج و المرضى في مواجهة الموت. (F.KACHA,P12)

يضع علم النفس السرطاني في متناول المرضى و المعالجين، معطيات فعالة عن العوامل النفسية و الاجتماعية، التي تسهّل أو لا التكيف مع المرض، حيث أنّ الدراسات أثبتت أنت مرض السرطان تتدخّل فيهل العديد من العوامل: البيولوجية، البيئية، الثقافية و الاجتماعية، و النفسية، ما يجعل هذا التخصّص يدخل في إطار النمودج البيو-الاجتماعي و النفسي "bio-psycho-social". (P.BEN SOUSSAN et E.DUDOIT, 2009, P 28)

و بالتالي فإنّ هذا التخصّص الجديد يهدف إلى: الوقاية و التّخفيف قدر الممكن من المعاناة النّفسية للمريض، من أجل تحسين نوع الحياة، الإلتزام بالعلاج و بالتّعليمات الطبيّة ضف إلى ذلك علاقاته مع العائلة و الأصدقاء.

التدخّلات العلاجية النفسية في مصلحة أمراض السّرطان:

المختص النفسي الذّي يعمل في مصلحة امراض السرطان، هو يعمل وفقا للمرجعية الطبية، فيكون عمله محدّدا لخدمة المريض، عائلته، و الفريق الطبي و الشبه الطبي (هذا الأخير سنتطرّق إله من خلال تكوين المعالجين)، و يجب أن يكون نموذج التدخل النفسي يتّسم بالمرونة. (H.DE LA MENARDIERE, 2008, P429)

إذ أنّ هذا النوع من التدخّل النّفسي يعتمد أساسا على التواصل، و مناقشة المرض، و العلاجات المستعملة، بمعنى أن يكون شرح واف للمريض عن طبيعة مرضه، و لكن هنا دائما تدخل عدّة عوامل أخرى و الّتي تحدّد لنا ما يجب علينا إخباره للمريض، و ما يجب إخفاءه. و عموما يكون التدخّل النّفسي على ثلاث مستويات علاجية: فردي، جماعي، و عائلي، بالإضافة إلى البعد الوقائي و الكشف المبكّر.

العلاج الفردي:

التدخّل النّفسي في مصالح أمراض السّرطان ترجع عادة إلى النموذج Bio-Psycho-Social، و يشير أغلب المختصّين إلى أنّ العمل مع مرضى السّرطان يجعل المختصّ النّفسي مجبرا على أن يكون على دراية بمختلف أنواع الإصابات السّرطانية، و العلاجات المستعملة، و من الممكن ان يجد في بعض الأحيان صعوبة في وضع حدود لتدخّلاته. (P.SALTEL et all, 1992, P 9) ، و يكون البعد النّفسي في مصلحة أمراض السّرطان من خلال ثلاث تناولات أساسية:

1- **التناول الإنفعالي**: و هو تناول مستوحى من النظرية التحليلية (السيكودينامية)، و تدخلات تعتمد علة المساندة، و تسيير الأزمة، و على طرق عملية لحل المشكل (النصائح،...)، هذا النّوع من التدخل يستدعي بناء علاقة ثقة بين المريض و المختص النفسي. ضف إلى هذا فإنّنا هنا نحاول التركيز على العوامل النفسية ذات العلاقة مع المرض و تطوّره، وعموما نحاول معالجة سياقات الحداد المرتبطة بالإصابة المرضية، كما أنّنا نستعمل خلال هذا التناول أسلوب مباشر أو موجّه، أو ما يسمى بالتخل خلال الأزمة، وهذا نظرا لأهمية و كثرة الأزمات الوجودية و التّي كان المرض سببا في ظهورها.و يهدف هذا التناول إلى: تطوير قدرة المريض للتكلّم عن مشاعره و إعطاءها معنى، القدرة على تحمّل الإختلاف الحادث في حياته، القدرة على تطوير قدرة التحمّل، القدرة على إرصان ارتباطات جديدة، و على تحمّل توقّع الفراق، الإختفاء و الموت.
(D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,PP 112-113)

خلال هذا التناول نحاول معرفة الميكانيزمات الدفاعية المستعملة في مواجهة المرض، و التصوّرات الهوامية الّتي يتخذها المريض في محاولاته لفهم مرضه، و إعطاء معنى له.

2- **التناول المعرفي:** و هو تناول يحوي تدخّلات تعتمد أساسا على الإعلام و التربّية، تقديم النّصيحة لنصل إلى العلاج النفسي المعرفي.الإعلام، وهو أكثر تدخّل مستخدم من طرف المعالجين في مصلحة أمراض السّرطان، وظيفته الأساسية هي التخفيف من تخوّفات المريض، و السماح له تسيير بطرقة أفضل التداخلات الجسدية، الإنفعالية، العائلية، الاجتماعية و المهنية للمرض و للعلاج، و يكون نوع المعلومة المقدّمة مختلف من مريض إلى آخر وفقا لعوامل عديدة تتعلّق بـ: السن، المستوي الاجتماعي و الثقافي، و خصائص شخصية المريض.

التّربية تكون في مستوى ثان بعد الإعلام، و هي تحوي توضيح للمعلومة المتعلّقة بالتّشخيص، و العلاج المستعمل، آثاره الثانوية و إمكانية التحكّم فيها، ضف إلى هذا تدعيم المعلومات المقدّمة من طرف الفريق المعالج.

النّصيحة، و هي توع خاص من العلاج النّفسي، و التّتي تستعمل الإصغاء للمريض، و مساعدته على التّعبير و على فهم ردود فعله و الصعوبات الّتي تصادفه في مواجهة المرض، و في مواجهة مشاكل الحياة اليومية، و تشجيعه على الإنتقال إلى الفعل ليحلّ الشكل المطروح.

العلاج النّفسي المعرفي، و نعتمد عليه مع مرضى السّرطان لامتيازها بالفعالية في مدّة قصيرة، و تعتمد على تعليم المريض تحديد تصوّراته العقلية، و مراقبة أفكاره التلقائية السلبية، و مساعدته على تغيير مخطّطات التّفكير بوضع استراتيجيات جديدة للتكيّف، و يكون هذا النوع من العلاج ذو فائدة بالغة الأهمية في حالات مواقف خاصّة و مستدعية للقلق، كالألم الّذي لا يمكن التحكّم فيه بالعلاجات الدوائية.

(D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,PP 114-115)

3- **التناول السّلوكي:** و يرتكز على الأعراض الّتي يأتي بها المريض، و ذلك انطلاقا من المبدأ أنّ بعض الأعراض أو السلوكات يمكن أن تكون نتاج لاستجابات غير متوافقة، و تمّ تطوير تقنيات تتماشى و القلق المصاحب لمرضى السّرطان خلال مختلف مراحل المرض، و هذا لتحسين نوعية الحياة. من بين التقنيات المستعملة في هذا التناول نجد الإسترخاء، حيث يتمّ استعمال تقنية التدريب على الإسترخاء العضلي لـ JACOBSON (1974)، و الطرق المعتمدة على التركيز الذاتي و التنويم الذاتي لـ SCHULTZ (1959)، بالإضافة إلى التصوّر الذهني، حلم اليقظة، bio feed back، فرط الحساسية المنتظم، و التّي يمكن استعمالها مع التقنيتين المذكورتين سابقا، و نهدف من خلال تطبيق هذه التقنيات إلى التحكّم في أعراض القلق. (D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,P 117)

فمثلا إشراك تقنية الإسترخاء العضلي التدرّجي مع التصوّر الذّهني الموجّه، و الّتي جاء بها Carl SIMONTON، أظهرت إمكانية الوقاية و الحدّ من الغثيان و التقيّؤ المصاحب للدّواء، ضف إلى التخفيف من شدّة القلق. (BURISH et all, 1987)

العلاج الجماعي:

تسمح بمنع المريض من الإنطواء على ذاته و الإنعزال، و ذلك من خلال تطوير اللإتّصال و تقاسم الخبرات، فالجماعة تخفّف من الشّعور بالتخلّي (التارك)، تجعل التّعبير عن الإنفعالات أمر ممكن، و الشّعور بالخجل شيء نسبي. فالشّعور بالإنتماء إلى مجموعة يمكن أن يعطي للمشاركين نظرة جديدة لذواتهم، و مثله مثل العلاج الفردي، فإنّ العلاج الجماعي يكون حسب تناولين أساسيين: الإنفعالي (و يعتمد على تبادل الخبرات المعاشة من طرف المشاركين، هذا التبادل يسمح للمرضى بتحديد بصفة جيّدة احتياجاتهم)، معرفي – سلوكي (هدفها مساعدة المشاركين، على التعامل مع تصوراتهم حول واقع مرض السرطان، العلاجات و تداخلاتها النفس – إجتماعية)

D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,PP 119-122)

العلاج العائلي:

و يظهر من خلال التناولين المذكورين سابقا (الإنفعالي و المعرفي-السلوكي)، و هناك وجه نشابه كبير بين التقنيات المستخدمة هذا النّوع من العلاج و التقنيات المستعملة في العلاج الجماعي، و الإختلاف يمكن فقط في أنّ الأفراد المكوّنين للجماعات العلاجية هم من نفس العائلية، و العامل المشترك بينهم ليس الإصابة المرضية، و إنّما الفرد المريض،

و قد ذكر لنا SARGENT (1983)، ستة أنواع من العلاج العائلي:

- البنائي: يهدف إلى إعادة تنظيم بنية العائلة.
- الإستراتيجي: يهدف إلى حلّ المشاكل من خلال تحطيم الحلقة المفرغة، الّتي يمكن أن تحافظ و تعزّز على سلوك عرضي.
- وجودي: يرتكز على النمو الفردي و العائلي من خلال تجربة مشتركة.
- إتّصالي: هدفه تشجيع الإتّصال الواضح و المباشر.
- سيكوديناميي: و هدفه حل الصراعات العائلية السابقة.

(D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,P124)

التربية العلاجية في مصلحة أمراض السرطان:

تعرّف المنظمة العالمية للصحة، التربية العلاجية بأنها: هي عملية تربوية تهدف إلى مساعدة المرضى على اكتساب أو الحفاظ بالمهارات التي يحتاجونها من أجل التسيير الجيد لحياتهم بعد إصابتهم بالمرض.

(Florence ambrosino, 2012, p 06)

و باعتبار مرض السرطان مرضا مزمنا، يتطلب علاج معقد، و نظام رعاية يستدعي تدخل متعدد الإختصاصات، ما جعل الأخصائيين يعملون على إشراك المرضى و أقاربهم في العلاج، خصوصا فيما يتعلق بالرعاية في المنزل، و لهذا أدخلوا التربية العلاجية في مصلحة امراض السرطان، و التي لها مهمة أساسية و المتمثلة في جعل المريض يشارك المعالج في

الرعاية و العلاج، و ذلك من خلال مساعدته على اكتساب المهارات اللازمة من أجل استقصاء حاجاته الخاصة، فظهور اضطراب القلق ينخفض باكتساب المريض لمهارات فردية تساعده على مواجهة وضعيات المرض، هذا لأنه أصبح قادرا على تحديد الآثار الثانوية مع القدرة على مراقبتها و التحكم بها. وهذا ما يؤدي إلى انخفاض عدد الإستشفاءات، و عدم الإفراط في أخذ الجرعات الدوائية المهدئة.
و من هنا يمكننا تلخيص أهداف التربية العلاجية في مصلحة أمراض السرطان، من خلال النقاط التالية:

- ✓ مساعدة المريض على اكتساب المعرفة و الفهم الجيد لمرضه.
- ✓ مساعدته على التكيف مع سيرورة المرض، و كل التغييرات الناتجة عنه.
- ✓ تشجيع استقلاليته و رفاهيته.
- ✓ تحسين الإلتزام.

تعتبر التربية العلاجية مع مرضى السرطان، عملية استمرارية عبر مختلف مراحل الرعاية، فأثناء العلاج، نساعد المريض على تسيير التغييرات الجسدية الناتجة عن العلاج الإشعاعي، أو الكيميائي، تسيير الألم، و التعب، كيفية التعامل مع المفرغة الإصطناعية،... بالإضافة إلى تعلم أخذ القرار المناسب في وضعيات الخطر، تسيير صعوبات مرحلة إعادة التاهيل كالألم، تغييرات حركة أو وظيفة جزء من أعضاء الجسم، التعب، الصعوبات الجنسية. و تتم عملية التربية العلاجية في مصلحة امراض السرطان من خلال طريقتين، فردية، وجماعية، و نقصد بهذه الأخيرة المجموعات النفس-تربوية و التي تهدف إلى جمع عدد من المرضى (من 3 إلى 10)، من أجل السماح لهم بالتبادل فيما بينهم كل مي يتعلق بالمرض و العلاج، و ذلك من خلال مناقشات مؤطرة من طرف منشطين مستعملين تقنيات معرفية سلوكية، و يتمحور هذا النوع من التدخل الجماعي، على ثلاث مجالات مترابطة فيما بينها: المعلوماتية، التعلم، و السند الإنفعالي. و خلالها تتم العملية التربوية على مستويات مختلفة داخل المجموعة:

- تبادل الخبرات و التجارب المعاشة بين المشاركين.
- تقديم السند المعلوماتي، البناء المعرفي، و إدخال تقنيات تسيير القلق، و هنا يكون العمل بين المنشطين و المشاركين.

فالتربية العلاجية الجماعية مع مرضى السرطان، تعتمد أساسا على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، و هذا حتى يتمكن المريض من تسيير القلق، و مواجهة الضغوط التي يصادفها أثناء فترات العلاج الطويلة، و لتفادي تفاقم اضطراب القلق و الإكتئاب لدى هؤلاء المرضى، بعد الإعلان عن التشخيص، أو الإنتكاسة، كما لها دور في رفع مستوى السند الاجتماعي. فهي تجلب للمريض موارد سند خاصة، كإمكانية كل مريض مشارك مقارنة تجربته بتجارب المرضى الآخرين، و محاولة إيجاد حلول للمشاكل المشتركة، رفع من مستوى تقدي الذات بمساعدة الآخرين. و يكون التقارب الجماعي أكثر فعالية، إذا ما كانت المجموعة متجانسة، ضف إلى هذا التربية العلاجية يكون لها تأثير إيجابي على نوعية الحياة، و الألم، و لكن ليس بالضرورة على باقي الأعراض الجسمية، إلا في حالة ما إذا ادخلنا تقنيات الإسترخاء في التطبيق.

1- ***الإشكالية*** :

يشهد العالم اليوم ارتفاعا متزايدا لمرضى السرطان عموما، و للمصابات بسرطان الثدي على وجه الخصوص، فتشير أرقام المنتظمة العالمية للصحة سنة 2009، إلى 88,9 من اجل كل 100,000 حالة جديدة، مايقابله في الجزائر العاصمة 84 من أجل 100,000 حالة جديدة، أي ما يعادل 1300 حالة. (HAMMOUDA, 2009, P 03)

هذا الإرتفاع أصبح يشكل عبئا ثقيلا على الدول، و على المختصين في مجال التكفل بمرضى السرطان، إذا أصبحوا يوفرون حاليا كل الوسائل اللازمة من أجل الوقاية، الكشف المبكر، الكفالة الطبية و النفسية الجيدة.

فمصطلح السرطان حسب المنظمة العالمية للصحة، يدل على التكاثر الخبيث الذاتي والعشوائي للخلايا ويؤدي إلى تشكيل الأورام التي يمكن أن تغزو الأعضاء القريبة أو البعيدة محطمة الأنسجة السليمة. (OMS, 2007, P 37)

و بالتالي سرطان الثدي هو تكاثر العشوائي، و السريع للخلايا على مستوى الثدي، و يمكن تنتقل الأورام إلى أعضاء أخرى ذان نفس الطبيعة النسيجية للثدي، و هنا تضيف LEMAIRE.V و آخرون، أن سرطان الثدي هو " سرطان يصيب الغدة الثديية عند المرأة، يكون غالبا على شكل Adenocarcinome أو ما يسمى بسرطان النسيج الغددي، و أحيانا على شكل Sarcome و الذي يصيب النسيج الضام".

(LEMAIRE.V et al, 2002, P 837)

و كما للسرطان تأثيرات على الجانب الجسمي، من حيث انخفاض الوزن الضعف، الألم، و غيرها، نجد له تعقيدات على الجانب النفسي و خصوصا المشكلات التكيفية، و هذا لكونه مرضا مزمنا تدوم أثاره لفترة طويلة، ما قد يولد العديد من الإستجابات النفسية، على رأسها القلق و الإكتئاب، و سواء كان هذا الأخير طويل المدى، أو على فترات متقطعة، إلا أنه يُعدّ من أكثر الصعوبات الناجمة عن مرض السرطان، و يكون له آثارا سلبية على الصحة الجسمية، بما فيها تفاقم المرض، دون نسيان تدهور نوعية الحياة.

(شيلي تيلور، 2008، ص 821)

و قد جاءت العديد من الدراسات التي اثبتت وجود علاقة بين الإكتئاب و تفاقم المرض، فنجد من بينها دراسة KIECOLT، سنة 1999 و التي أجراها من اجل التعرف على تأثير العوامل النفسية، كالضغوط في ظهور سرطان الرئة، حيث أظهرت النتائج أن جهاز المناعة لدى المصابين بالسرطان، و الذين يعانون من اكتئاب شديد، لا يمكنه أن يجدد الحمض النووي (ADN) التالف إثر التعرض للأشعة السينية، أو الضغط المزمن، أو كبت الغضب، أثناء حالة اكتئاب، ما يؤدي إلى انخفاض نشاط الخلايا القاتلة (NK)، و التي تقوم بالدفاع عن العضوية ضد تطوير فوضى خلوية.

(KIECOLT.J.K et al, 1999, PP 271-272)

و حسب كل من RAZAVI و DELVAUX سنة 2008، فإن سرطان الثدي يؤدي إلى تدهور نوعية الحياة من حيث أبعادها الثلاث: البعد الجسمي، النفسي، و الاجتماعي، إذ ان المضاعفات الجسمية المرتبطة بالعلاج المستعمل (كالعلاج الكيميائي)، و المتمثلة في الغثيان، الألم، و التعب الذي يحد من ممارسة النشاطات اليومية، أما الصعوبات النفسية، و التي نجد منها: القلق، التوتر، الخوف، و الإكتئاب، فإنها تظهر خلال مختلف مراحل

المرض، و أضافا أن سرطان الثدي، يغير حتى من طبيعة العلاقات الاجتماعية، و يؤدي إلى إعادة توزيع الأدوار داخل العائلة، حيث أنع حتى العائلة تعايش المرض بطريقة سيئة و تجد صعوبة في بادئ الأمر في تقبل المرض و لما يحدثه من تغييرات على سلوكيات المريض و تصرفاته. (MIKOLACZAK.M, 2013, P88)

إن الخاصية الإزمانية التي أصبحت تصبغ مرض السرطان، و العلاجات المستعملة أدت إلى تدهور نوعي الحياة، ما جعل الباحثين يعملون جاهدا على هذا المفهوم، من خلال العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين مرض السرطان بمختلف تأثيراته الجسمية، و النفسية، و بين تدهور نوعية حياة المرضى، ما أدى إلى بناء مقاييس خاصة بنوعية حياة مرضى السرطان، حيث أن القياس يسمح للمعالج بتقييم الحاجات المدركة للمريض، بغية تعزيز إعادة إدماجه في الأسرة، المجتمع و العمل. (RISPAL.E, 2008, P67)

فالاضطرابات النفسية المصاحبة لسرطان الثدي، وتدهور نوعية الحياة خلال فترات العلاج، و حتى خلال المراقبة و التماثل للشفاء، جعلت مختصي الرعاية يهتمون بالجانب النفسي، و كيفية التكفل به، ما أدى إلى ظهور تخصص حديث ألا و هو "السيكو أنكولوجيا" (علم نفس السرطان)، و الذي كانت بدايته في سنوات السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية، لينتقل في بداية التسعينات إلى الدول الأوروبية على رأسها فرنسها، و في نهاية التسعينات بالجزائر. (FETTOUCHI OUKKAL.Z, 2014, P 16)

و يمكن تلخيص مجال تدخلها في: الميدان العلاجي و العيادي على وجه الخصوص، فالإهتمام الأول للأخصائيين النفسانيين في هذا المجال يخص المرضى و أقاربهم، مع وجود مشاركات عديدة للتعرف بهذا التخصص من خلال المؤتمرات و اللقاءات العلمية و الطبية. إضافة إلى توضيح أهمية المختص النفسي في مصلحة امراض السرطان، عند تقديم الدروس للأطباء المقيمين.

هذا التخصص يهتم بالجانب النفسي لمرضى السرطان، و هذا من خلال العديد من التدخلات النفسية (الفردية و الجماعية)، و حسب أسس نظرية مختلفة (دينامية، سلوكية- معرفية، و نسقية)، و هذا بهدف مساعدة أفضل لكل الأفراد المعنيين - المريض، العائلة، المعالجين – لمواجهة الحدث "السرطان"، الظاهرة "الموت" و "القلق"، اللذان يرتبطان به. (RAZAVI.D et DELVAUX.N, 2002, P 110)

و يعتبر كل من السند، الإعلام، و التربية من التدخلات في السيكو انكولوجيا، و التي أثبتت فعاليتها في الميدان، فالتربية تسمح بتحكم افضل للمريض في مستقبله القريب (التحكم في الألم، الآثار الثانوية للعلاج، تأثير الإصابة السرطانية على كل من الجانب العائلي، و المهني)، فهي تهدف إلى جعل المريض أكثر استقلالية.
(RAZAVI.D et DELVAUX.N, 2002, P 86)

فالتربية العلاجية فردية كانت أم جماعية، تعمل على تحسين الإلتزام، و اللائمة العلاجية، و نوعية الحياة من خلال تحسين المهارات التكيفية اللازمة، و التخفيف من حدة أعراض القلق و الإكتئاب، و قد جاءت دراسة لكل من ALLISON.P و EDGAR.L، و

التي تم خلالها استعمال برنامج Nucare للتربية العلاجية، و أثبتا ان هذا البرنامج ساهم في الوظائف الجسمية و الإجتماعية للمرضى، بالإضافة إلى تحسن نوعية الحياة عامة، حيث لاحظت الباحثة انخفاضا في التعب، اضطرابات النوم، و أعراض الإكتئاب.
FOUCAUD.J, 2010,)
(P271
بالإضافة إلى التربية العلاجية الفردية نجد التطبيقات الجماعية، أين نجد تجربة الطبيب DOLBEAULT، سنة 2007، أين طبق التربية العلاجية الجماعية على مريضات سرطان الثدي، و توصل إلى أن هذه المجموعات النفس تربوية، تشجع التبادل الخبراتي بين المريضات، ما يؤدي إلى خروجهن من العزلة و التهميش، كما انها تساعد على تنمية علاقاتهن مع المعالجين. (DOLBEAULT.S, 2007, P29)

و انطلاقا من هذه الدراسات، سنحاول الكشف عن تاثير التربية العلاجية على مريضات السرطان، و بالتحديد تأثير المجموعات النفس-تربوية على مريضات سرطان الثدي، و هي كتجربة أولى من نوعها في مصالح أمراض السرطان بالجزائر، تهدف إلى مساعدة المريضات على اكتساب المهارات التكيفية اللازمة للتعايش مع المرض على المدى البعيد.

و في ضوء كل ما سبق، تم تلخيص إشكالية الدراسة في التساؤل التالي:

هل تساهم التربية العلاجية الجماعية في تحسين نوعية حياة مريضات سرطان الثدي؟

- هل تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض القلق لدى مريضات سرطان الثدي؟
- هل تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي؟

2- الفرضيات:

- **تساهم التربية العلاجية الجماعية في تحسين نوعية حياة مريضات سرطان الثدي.**

- تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض القلق لدى مريضات سرطان الثدي.
- تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي.

3- منهج البحث:

التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد: هذا التصميم يهتم بسلوك الفرد لذلك فهو لا يحتوي على مقارنات بين المجموعات، فبدلا من مقارنة معدل أداء الأفراد الذين يتعرضون للعلاج بمعدّل الأفراد الذين لا يتعرضون للعلاج، فإن هذا التصميم يقارن أداء الفرد نفسه تحت ظروف العلاج و بدون علاج، على أن يتم قياس المتغيرات التابعة بصورة مستمرة و متكررة قبل العلاج، و أثناء العلاج و بعده، ليقدم صورة واضحة لمسار التغيرات في المتغيرات التابعة. (زناد دليلة،1993، ص 134)

و يقوم البحث الحالي على التصميم الشبه الجريبي AB، و هو من ابسط التصاميم، و يعتمد على القياس القبلي و البعدي لمجموعة واحدة.

4- الدراسة الإستطلاعية:

تمت الدراسة الإستطلاعية بمصلحة أمراض السرطان على مستوى المستشفى المركزي للجيش "محمد صغير النقاش"، و ذلك انطلاقا من الملاحظة الميدانية و الممارسة في هذه المصلحة كأخصائية نفسانية عيادية لمدة قاربت 6 سنوات، حيث كانت لنا فرصة الإتصال مع مرضى السرطان، و أقربائهم، و حتى الفريق الطبي و الشبه الطبي، الشيء الذي جعلنا نلاحظ عن قرب سلوك المرضى، و نجمع عنهم معلومات لابأس بها، تتعلق ردود فعلهم اتجاه المرض و العلاج المستعمل، حيث استخلصنا مع مرور الوقت إلى ان مرضى السرطان يتميزون بنوعية حياة متدهورة، مع ظهور أعراض للقلق و الإكتئاب غالبا.

و في مستوى ثان، ارتكز انتباهنا على مريضات سرطان الثدي، و قد هدفت الدراسة الإستطلاعية، على:

- اختيار نوع الإصابة السرطانية من حيث المرحلة و الموقع. و وقع اختيارنا على سرطان الثدي، في مراحله الأولى.
- التعرف على أدوات القياس الأكثر صلاحية في الكشف عن مستوى نوعية الحياة و شدة أعراض القلق و الإكتئاب.
- اختيار مريضات لديهن اعراض القلق و الإكتئاب، مع تدهور في نوعية الحياة

و قد قامت الدراسة الإستطلاعية على 10 حالات تعرضت لجوانب الممارسة العيادية الثلاثة: التشخيص، العلاج و التقويم. حيث خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- إن الإنعكاسات الأساسية لمرض سرطان الثدي تتمثل في القلق و الإكتئاب.
- تتميز مريضات سرطان الثدي بنوعية حياة متدهورة.
- إن مقياس القلق و الإكتئاب في المستشفى HADS لـ Snaith، و مقياس نوعية الحياة EORTC QlQ-C30 العام، بالإضافة إلى المقياس الثانوي الخاص بسرطان الثدي EORTC BR-23 لـ Aaronson، هي أفضل الوسائل المستعملة في الكشف عن أعراض القلق و الإكتئاب، و التعرف على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

5- مكان إجراء البحث:

تم إجراء البحث بالمستشفى المركزي للجيش "محمد صغير النقاش"، بعين النعجة، و الواقع بالجزائر العاصمة، يحوي هذا المستشفى العديد من المصالح، و من بينها نجد مصلحة أمراض السرطان، أين تم إجراء بحثنا الميداني.

تتكون هذه المصلحة من قسمين:

- مصلحة الإستشفاء Oncologie medicale: تتواجد المصلحة في الطابق الرابع من النواة 2، و هو يتكون من أربع و عشرين (24) سريرا، مقسمة على عشر (10) غرف ذات سريرين، و أربعة (04) ذات سرير واحد. هذه المصلحة ذات علاقة بالمصالح الأخرى: كمصلحة العلاج بالأشعة، مصلحة المخبر المركزي، مصلحة الأشعة، و غيرها.
- المستشفى اليومي Hopital du jour d'oncologie (HDJ): يستقبل المرضى القاطنين بالجزائر العاصمة و ضواحيها، حيث يتم تلقيهم للعلاج الكيميائي خلال النهار فقط. و هي تحوي على إثنا عشرة (12) سريرا موزعة على ستة (06) غرف، وقد تم اختيار عينة البحث على هذا مستوى هذا القسم من المصلحة، وهذا من أجل السير الحسن لبرنامج التربية العلاجية المطبق.

و قد تم تطبيق برنامج التربية العلاجية الجماعي في "مكتب الفحص النفسي"، و هو مكتب تابع للرئاسة الطبية، يتواجد في الطابق الأرضي، من النواة 2، و بالتحديد في مصلحة استكشاف أمراض الأذن، الأنف و الحنجرة.

6- مجموعة البحث و خصائصها:

تتكون عينة البحث من 5 نساء، مصابات بسرطان الثدي في مراحله الأولي، أي عدم وجود أورام ثانوية، تتراوح أعمارهن بين 40-55سنة، جميعهن من المتعلمات، حيث أن مستواهن الدراسي بين الثانوي و الجامعي، مع وجود امرأة واحدة فقط عاملة.

و قد تم اختيار عينة البحث بطريقة مقصودة، وفقا للمعايير التالية:

- أن تكون النسوة مصابات بمرض سرطان الثدي، مع عدم وجود أورام ثانوية، وقد تعرضن لاستئصال الثدي، و يتلقين العلاج الكيميائي. و قد تم اختيار سرطان الثدي لأنه غالبا يكون عند سيدات في مقتبل العمر، و لتواجد العديد من الحالات، و حتى نضمن تجانس العينة من حيث السن، و الجنس.
- العدد: عدد الحالات كان مرتبطا بظروف عديدة، كرغبة المريضات في المشاركة و التي تعتبر أمر جد مهم من أجل السير الحسن و التفاعل بين المريضات، حيث تم اختيار المشاركات في برنامج التربية العلاجية بعد دراسة ملفاتهن الطبية، هذا من جهة، و من جهة أخرى استقبالهن في مقابلات عيادية فردية، من أجل ضبط كل المعايير المذكورة، بما فيها درجة القلق، الإكتئاب، و مستوى نوعية الحياة، أي بعد تطبيق المقاييس المستعملة في البحث، دون نسيان مدى قدرة كل فرد على التفاعل و الإتصال داخل المجموعة. ضف إلى عدم توفر مكان يتسع لعدد أكبر من المريضات، و لضيق الوقت لم يكن من الممكن العمل على اكثر مجموعة.
- الحالة المدنية: متزوجات، و أمهات لأطفال.

- المنطقة الجغرافية: أفراد العينة من مختلف مناطق الوطن، رغم تواجدهن حاليا في الجزائر العاصمة و ضواحيها، و هذا بسبب تبعيتهم للمستشفى المركزي للجيش.
- المستوى المهني، لإقتصادي، و الاجتماعي تركناه مفتوح، أما المستوى التعليمي: يشترط عند المريضات أن يكون لديهن مستوى تعليمي معين، حتى تستطعن ملأ استبيانات البحث، و حتى تشاركن في عملية التربية العلاجية.

7- أجراءات البحث و استراتيجيات التشخيص و العلاج و التقويم:

اعتمدنا في دراستنا هذه على تطبيق برنامج جماعي للتربية العلاجية، و لهذا عملنا على أربعة مراحل:

- الأولى: البحث مع أطباء المصلحة، و دراسة الملفات الطبية، حتى نتمكن من ضبط العينة من حيث، نوع و مرحلة المرض.
- الثانية: تتمثل في المقابلة الفردية من أجل ضبط العينة النهائية، من خلال الملاحظة و تطبيق المقاييس المستعملة في الدراسة، أي القياس القبلي. وتم ذلك حسب ما يلي:

- المقابلة الألى: و هي مقابلة حرة، في شقّها الأول تهدف إلى التعارف بين الباحثة و المبحوثات، أين تقدّم نفسها لهن موضحة دورها الهادف إلى مساعدتهن على معايشة المرض و العلاج بطريقة أفضل. كسب ثقة المبحوثات و إقامة علاقة ودية و وثيقة معهن. أما في شقها الثاني، فاعتمدنا على دليل المقابلة النصف موجهة (انظر الملحق) و هذا حتى نتعرّف عن قرب عن السوابق المرضية النفسية و العضوية، هذا من جهة، و من جهة أخرى وجهة نظر المبحوثات حول حالتهن المرضية. بالإضافة إلى التعرّف على مدى أهمية العلاقات الاجتماعية في حياتهن، من أجل تقييم مدى إمكانية دخولهن ضمن مجموعة علاجية. و هذا ما جعل الباحثة تقوم بتصفية ثانية لعينة البحث.
- المقابلة الثانية: قامت الباحثة خلالها بتطبيق مقاييس الدراسة، و المتمثلة في مقياس القلق و الإكتئاب في المستشفى، و مقياسي نوعية الحياة العام، و الثانوي الخاص بالثدي. بتقوم أخيرا بتحديد العينة المتكوّنة من خمسة مريضات بسرطان الثدي، و اللاتي يعانين من أعراض القلق، الإكتئاب، و تدهور في نوعية الحياة، ثم قامت بالإتصال بهن هاتفيا، من اجل دعوتهن إلى مقابلة فردية أخيرة، لتقديم نتائج المقاييس، و تحديد موعد لبدء حصص التربية العلاجية.
- الثالثة: البدء في البرنامج التربوي العلاجي، المتكوّن من 8 حصص، و الذي دام لمدة شهرين، بمعدّل حصة واحدة أسبوعيا، حيث كانت البحثة تستقبل المبحوثات الخمسة، في مكتب الفحص النفسي، كل مساء يوم إثنين إبتداء من الساعة الواحدة و النصف زوالا، و كانت مدة كل حصة ساعتين. و تمثل محتوى البرنامج فيمايلي:
- تقنية العصف الذهني.
- نموذج الأعمدة الخمس لباك.
- تقنية إعادة البناء المعرفي.

- تقنية تأكيد الذات
- تقنيات الإسترخاء (التنفس، الإسترخاء العضلي، التصور: تقنية المكان الآمن)

و كانت كل حصّة تنتهي بطلب الباحثة من المشاركات بالقيام نشاط منزلي يأتين به في الحصة الموالية.

- الرابعة: إعادة تطبيق المقاييس في مقابلة فردية، أو ما يسمى بالقياس البعدي، و كان بعد 20 يوما من الإنتهاء من تطبيق البرنامج التربوي العلاجي. و معاودة استقبال المبحوثات في مقابلة فردية من اجل إعلامهن بنتائج القياس

8- عرض النتائج و مناقشتها:

قد أثبتت مختلف الدراسات المرتبطة بمرضى السرطان، أهمية العلاقة الموجودة بين الصحة الجسمية و النفسية، حيث أن الإصابة بمرض السرطان، ستؤّثر بشكل واضح على سلوك و نفسية المصاب، و هذا ما نجده من خلال دراسات عديدة، كدراسة RAZAVI و DELVAUX سنة 2008، التي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة بين سرطان الثدي و تدهور نوعية الحياة.

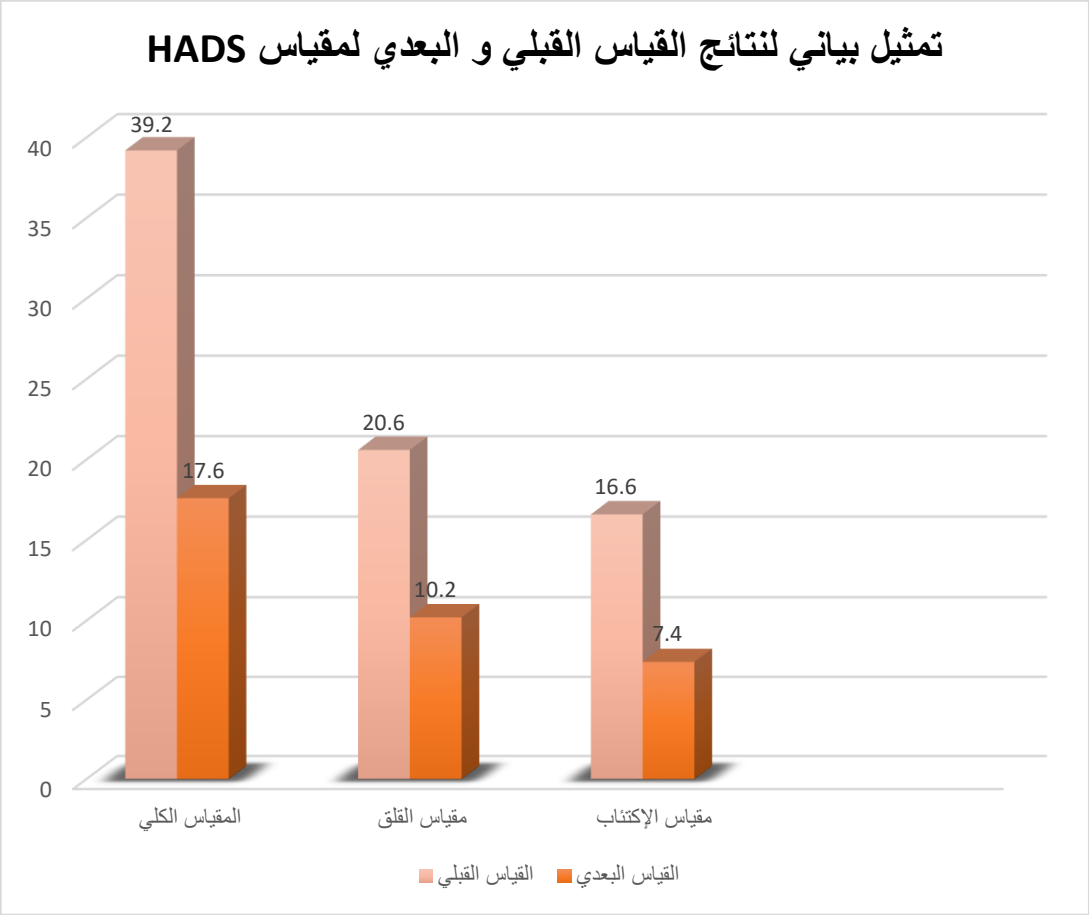
(MIKOLACZAK.M, 2013, P88)

و هذا ما أكدته نتائج بحثنا من خلال التقييم الأولي للمبحوثات، و التي أظهرت ان نوعية حياتهن تمتاز بالتدهور وفقا لمقياس نوعية الحياة العام (QLQ C-30) و المقياس الثانوي لنوعية الخاص بسرطان الثدي (QLQ BR-23)، حيث ان النتائج الخاصة بالمقياس العام للحالة الصحية كانت تتراوح ما بين (0 و 25) درجة و التي تعتبر نسبة منخفضة بما ان نوعية الحياة الجيدة حسب هذين المقياسين، تكون كلما اقتربنا من درجة (100)، كما أن مقياس الأعراض كان مرتفعا إلى درجة (100) في كل من الأرق، الألم، التعب، الإسهال و تساقط الشعر، هذا ما يفسر انخفاض نوعية الحياة المتعلقة بمقياس الصورة الجسدية من جهة، و بالأداء الجنسي و المتعة الجنسية من جهة أخرى، و التي لم تتجاوز درجاتهم (16,66) في أغلب الحالات، و من جاب آخر نجد مقياس الحالة الوظيفية، أين سجلنا نسب جد منخفضة في جميع جوانبه. بما فيها المقياس الخاص بقياس البعد الإنفعالي، و الذي لم تتجاوز درجته (33,33)، و جاءت نتائج مقياس القلق و الإكتئاب مؤّكدة لهذا لدرجة البعد الإنفعالي، حيث سجلنا عند كل المبحوثات درجات عالية تعبر عن وجود مؤكد لأعراض القلق و الإكتئاب، و التي قدرت ما بين (32 و 40) درجة بالنسبة للمقياس الكلي, و هذا ما أثبتته الدراسات التي قامت بها network national comprehensive cancer أو ما يسمّى بـ (NCCN)، حيث خلصت في عام 2013 إلى نشر نسخة أولى خاصة بالمبادئ التوجيهية للممارسة العيادية في أمراض السرطان، و التي من خلالها اعترفت بالقلق و الإكتئاب كاضطرابات نفسية مهيمنة على حياة الأفراد المصابين بالسرطان، و اقترحت طرق تشخيصية و علاجية، لتشير إلى أهمية الإستشارة النفسية، و التربية العلاجية في العناية بمرضى السرطان. (NCCN, 2013, P 02-05)

و بعد القيام بالتقييم الأولي من اجل تحديد عينة البحث و القيام بالتشخيص التربوي تم اختيار برنامج جماعي للتربية العلاجية، لاختبار فعاليته بالنسبة للحالات المدروسة، حيث انه أعد

أساسا للتخفيف من أعراض القلق، الإكتئاب، و تحسين نوعية الحياة حسب ما جاء في دراسة لـ DOLBEAULT، سنة 2007، أين طبق التربية العلاجية الجماعية على مريضات سرطان الثدي، و توصل إلى أن هذه المجموعات النفس تربوية، تشجع التبادل الخبراتي بين المريضات، ما يؤدي إلى خروجهن من العزلة و التهميش، كما انها تساعد على تنمية علاقاتهن مع المعالجين. (DOLBEAULT.S, 2007, P29)

و دراسة أقيمت بالمستشفيات الفرنسية، سنة 2005، حيث قامت S. CAYROU و آخرون، خلال 3سنوات بتكوين20 مجموعة علاجية (ما يقارب 203 مريضة) بـ 3 مراكز متخصصة في علاج السرطان بفرنسا، و قد قام بتنشيط هذه الحصص العلاجية من قبل أخصائيين نفسانيين و أطباء عقليين تلقوا تكوينا في العلاجات المعرفية السلوكية، تنشيط الجماعة، و في علم نفس السرطان la psycho-oncologie، و هو برنامج امتد على مدى شهرين، بمعدل حصة أسبوعيا(العدد الإجمالي للحصص 8)، و ذلك بالقيام بقياس قبلي و بعدي، للمقاييس المستعملة. (S. CAYROU et all, 2005, p 15)



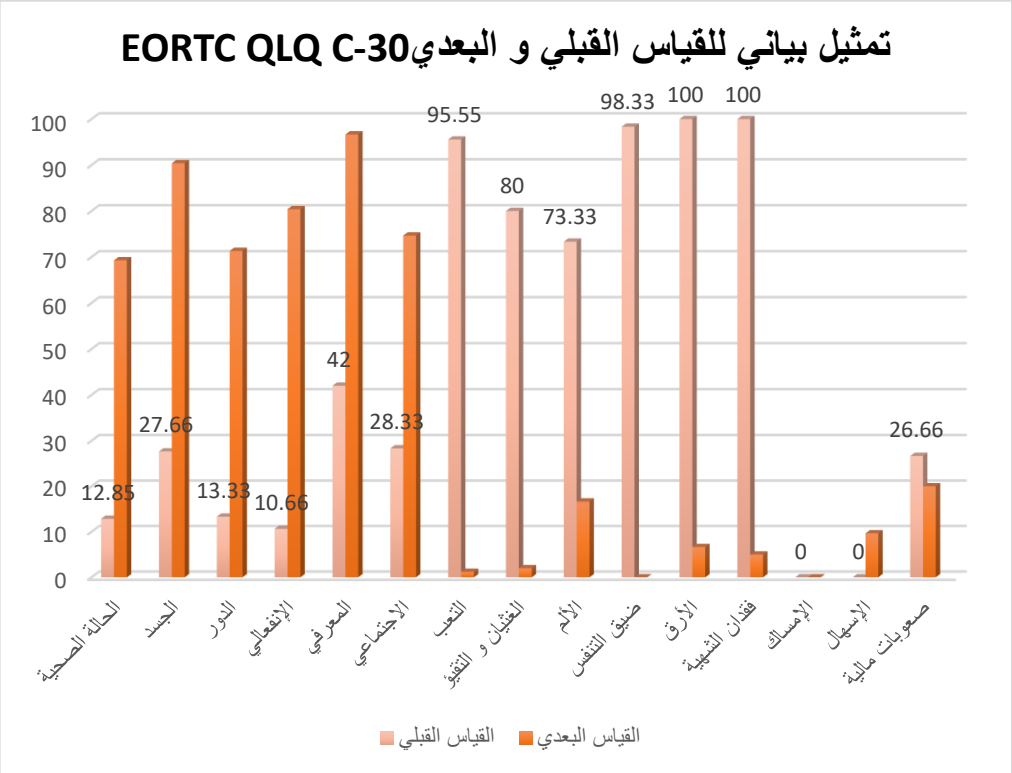
تظهر النتائج ان البرنامج المطبق على مريضات سرطان الثدي، قد أبدى فعاليته، في التخفيف من شدة اعراض القلق و الإكتئاب عموما، فقد قدر متوسط درجة المقياس الكلي للقلق و الإكتئاب بـ (39,2)، و هي درجة تعبر على وجود مؤكد لأعراض القق و الإكتئاب، و بعد تطبيق البرنامج، انخفضت هذه الدرجة إلى (17,6) و هي تدل على وجود غير مؤكد

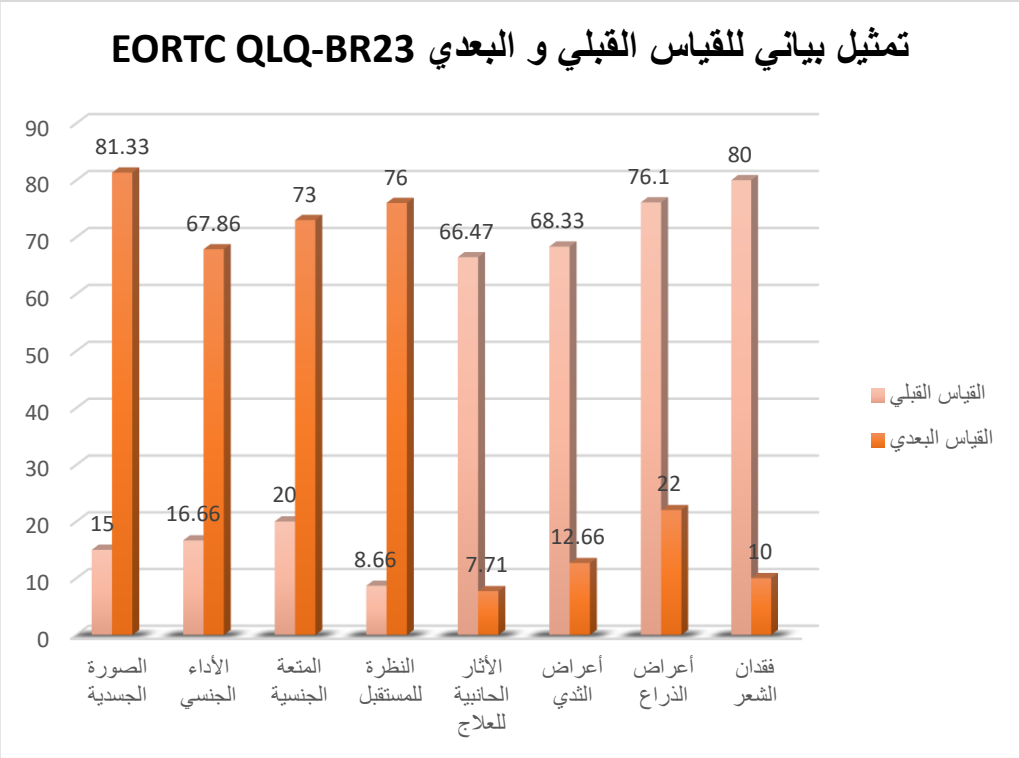
لأعراض القلق و الإكتئاب، بالإضافة إلى تحسن ملحوظ في الرجات العامةل لكل من درجات مقياسي القلق، و الإكتئاب.

و تجدر بنا الإشارة إلى انه يمكن ان تتدخل عوامل أخرى تساهم في وجود أعراض القلق و/أو الإكتئاب، و المتمثلة في سمات الشخصية، و التجارب الخبراتية.

و عموما، يمكننا أن القول أن فرضيتي البحث الجزئيتين قد تحققتا، و التي مفادها:

- تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض القلق لدى مريضات سرطان الثدي.
- تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي.





تظهر النتائج الدور الفعال للبرنامج المطبق، على نوعية حياة مريضات سرطان الثدي، فنلاحظ درجة المقياس العام و الشامل للصحة العامة قدر متوسط درجته مساوي لـ (12,85)، بينما قدر في القياس البعدي بـ (69,28)، و نلاحظ ارتفاعا في متوسط درجات المقاييس الوظيفية، حيث ان الوظيفة الجسدية قدر متوسط قياسها القبلي بـ (27,66)، و ارتفع بعد تطبيق التربية العلاجية الجماعية إلى (90,4)، كما أن البعد الإنفعالي، و الذي يعبر عن الحالة النفسية للمريضات قدر متوسطه بـ (10,66)، و في القياس البعدي قدر بـ (80,40)، و نفس الشيء لباقي الأبعاد حيث اننا نلاحظ إرتفاعا محسوسا في درجاتها، في القياس البعدي، قدر بـ (71,33، 96,66، و 74,66) لكل من الأبعاد التالية (الدور، المعرفي، الاجتماعي).بالنسبة للمقياس العام لنوعية الحياة EORTC QLQ-C30

كما تجدر بنا الإشارة على أهمية التغيرات الحادثة في درجات مقياس الصورة الجسدية، حيث قدر متوسط القياس القبلي بـ (15)، و القياس البعدي بـ (81,33)، بالنسبة للمقياس الثانوي لنوعية الحياة الخاص بسرطان الثدي EORTC QLQ-BR23

و بهذا تكون قد تحققت فرضية البحث التي مفادها: «تساهم التربية العلاجية الجماعية في تحسين نوعية حياة مريضات سرطان الثدي»

من النتائج المعروضة يبدو أن البرنامج المتبع أحدث تغييرات إجابية في سلوك أغلب المشاركات، ما ساعدهن على التكيف الأفضل مع طبيعة المرض الإزمانية، و علاجاته الثقيلة، حيث توصلن إلى تصحيح أفكارهن الخاطئة، و استبدالها بأفكار منطقية جديدة، كما ساهم في إكسابهن مهارات إجتماعية جديدة، أخرجتهن من العزلة و الإنطواء، و جعلتهن أكثر إقبالا على الحياة، بالإضافة إلى تحسين نوعية الإتصال طبيب-مريض، و التي كانت في غالب الأحيان يشوبها الكثير من المشاكل و سوء الفهم.

خاتمة:

خلصت نتائج البحث إلى أن التربية العلاجية الجماعية تساهم في التحسين من نوعية الحياة، و التخفيف من شدة أعراض القلق و الإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي. و بهذا تفتح أفاقا جديدة للممارسة النفسية في مصالح أمراض السرطان بالجزائر، حيث أظهرت الدراسة الدور الفعال للمختص النفسي في مصلحة امراض السرطان، بعمله ضمن فريق متعدد التخصصات من أجل ضمان أفضل تكفل بالمرضى، و للوصول إلى الهدف الأساسي لطب السرطان، و المتمثل في ضمان أفضل نوعية حياة.

و قد فتحت نتائج البحث المجال، للمختصين في علم النفس للقيام ببحوث عيادية، و وضع حدود للعمل الميداني مع مرضى السرطان بالجزائر، حيث أن الإعتراف بفعالية برنامج تربوي نفسي، سيعطي مصداقية لعمل الأخصائي النفسي في مصالح السرطان بالمراكز و المستشفيات الجزائرية، و بالتالي الإعتراف بعلم نفس السرطاني، كاختصاص قائم بذاته.

و بهذا تكون نتائج البحث الحالي، قد فتحت آفاقا جديدة للقيام ببحوث أخرى:

- تعميم تجربة التربية العلاجية الجماعية على باقي أنواع السرطان، و عند كلا الجنسين.
- اختبار فعالية التربية العلاجية الجماعية، في حل مختلف الإشكاليات المتعلقة بالسرطان، كالإمتثال للتعاليم الطبية، و تقبل المرض.
- ادماج مساعدي مرضى السرطان (أفراد العائلة)، في برامج للتربية العلاجية فردية كانت ام جماعية، و هذا من اجل تحقيق أفضل لأهداف العلاج في مرض السرطان.

المراجع:

1- زناد دليلة، الكفالة النفسية للمعوقين حركيا بتستخدام العلاج النفسي المتمركز حول العميل: علاج كارل روجرز، رسالة لنيل شهادة الماجستر في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2، 1993.

2- شيلي تايلور، علم النفس الصحي، دهر الحامد للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، طرابلس، لبنان، 2008.

3- Brochure par Novartis oncologie: L'observance aux traitements anticancéreux, ebmt, 2011.

4- Cayrou(S) et al, groupes psycho-educationnels pour femmes atteintes de cancer du sein en France :themes et techniques, in journal de therapie comnportemental et cognitive,2005.

5- Dolbeault (S), les groupes psycho-educationnels : un models educatif pour les patients atteints du cancer, DELF, Paris, 2007.

6- D.Razavi et N.Delvaux : Interventions psycho-oncologique ; la prise en charge du patient cancereux, 2eme edition, masson, paris, 2002.

7- D.Razavi et N.Delvaux : La prise en charge medico-psychologique du patient cancereux, masson, paris, 1998.
8- Fettouchi Oukkal (Z), l'oncopsychologie : un traitement de support en quete de reconnaissance en Algerie, in la presse medicale, N00, janvier 2014.
9- Foucaurd (J), et al, education therapeutique de patient : modeles pratiques et evaluation, ineps, France, 2010.
10- F,Kacha: Psychiatrie et psychologie medicale, 2eme edition, alger, 2002.

11- H. De la menadiere : le travail psychotherapique du psychologue dans un service de cancerologie ; quel est – il, in eurocancer, john libbey eurtext, 2008.
12- Kielcolt (J.K) et al, psychosomatic medicine, vol 61, 1999.
13- M-F.Bacqué : Les vérités du cancer Partager l'information, installer la relation, springer, paris 2008.
14- Mikolajczak (M), les interventions en psychologie de la sante, Dunod, Paris, 2013.

15- N.Delavaux : La formation a la communication de personnel soignant en oncologie ; une strategie de developpement pour la psycho-oncologie en Belgique ; in eurocancer, john libbey eurtext, 2004.
16- NCCN, Survivorschip, verion 1.2013
17- (OMS), education therapeutique du patient, 1998.
18- P.Ben Soussan et É.Dudoit : Les souffrances psychologiques des malades du cancer Comment les reconnaître, comment les traiter ? springer, paris, 2009.
19- P. Saltel : soutien psychologique du patient, psycho-oncologie : methode, oultils, Unité de psycho-oncologie, centre Léon–Bérard, France, 2008.
20- P.Satel et J-L.Terre : Troubles psychiques en cancérologie, edition technique emc. 1992.
21- Psycho-oncologie en europe (articles) ; in eurocancer, john libbey eurtext, 2004
22- Rispal (E), caner larynges et pharyngo-larynges : evaluation de la qualite de vie des laryngectomises, in recherche de soins infermiers, N 66, 2001.