وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 أبوالقاسم سعد الله
كلية العلوم والاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

الواقع السوسيو-ديمغرافي لمرضى سرطان القولون والمستقيم في الجزائر

The socio-demographic reality of colorectal cancer patients in Algeria

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علم الاجتماع الديمغرافيا والصحة

إعداد الطالب: شهاب سفيان

تحت إشراف: الأستاذة الدكتورة. بوعزيز كريمة

أعضاء لجنة المناقشة:

أ.د سي الطيب فاطمة الزهراء ..... جامعة الجزائر 2 ..... رئيسا
أ.د بوعزيز كريمة ..... جامعة الجزائر 2 ..... مشرفة ومقررة
أ.د فاصولي زينب ..... جامعة الجزائر 2 ..... عضوا
د عيزل نعيمة ..... جامعة الجزائر 2 ..... عضوا
أ.د كواش زهرة ..... المدرسة العليا لأساتذة الصم والبكم ..... عضوا
أ.د عمور محمد ..... جامعة المدية ..... عضوا

السنة الجامعية 2023-2024

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 أبوالقاسم سعد الله
كلية العلوم والاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

الواقع السوسيو-ديمغرافي لمرضى سرطان القولون والمستقيم في الجزائر

The socio-demographic reality of colorectal cancer patients in Algeria

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علم الاجتماع الديمغرافيا والصحة

إعداد الطالب: شهاب سفيان

تحت إشراف: الأستاذة الدكتورة. بوعزيز كريمة

أعضاء لجنة المناقشة:

أ.د سي الطيب فاطمة الزهراء ..... جامعة الجزائر 2 ..... رئيسا
أ.د بوعزيز كريمة ..... جامعة الجزائر 2 ..... مشرفة ومقررة
أ.د فاصولي زينب ..... جامعة الجزائر 2 ..... عضوا
د عيزل نعيمة ..... جامعة الجزائر 2 ..... عضوا
أ.د كواش زهرة ..... المدرسة العليا لأساتذة الصم والبكم ..... عضوا
أ.د عمور محمد ..... جامعة المدية ..... عضوا

السنة الجامعية 2023-2024

Ministry of Higher Education and Scientific Research

University of Algiers 2 Abu Al-Qasim Saadallah

College of Sciences and Social Sciences

Department of Sociology and Demography

The socio-demographic reality of colorectal cancer patients in Algeria

A thesis for obtaining a doctorate degree (LMD) in Sociology, Demography and Health

Prepared by the student:

Soufiane CHEHEB

Supervision:

Prof. Dr Karima BOUAZIZ

Discussion Committee :

Prof. Dr Fatima Zahra SI TYEB….. University of Algiers 2…… President

Prof. Dr Karima BOUAZIZ……. University of Algiers 2…… Supervisor and rapporteur

Prof. Dr Zineb FASOULI……..…. University of Algiers 2……..Member

Dr. Naima AIZEL……..…. University of Algiers 2……..Member

Prof. Dr Zahra KOUACHE…..Higher School for Teachers of Deaf and Mute…..... Member

Prof. Dr Mohamed AMMOUR …….. University of Medea……..Member

University year : 2023-2024

الإهداء

أهدي هذا العمل:

إلى الوالدين العزيزين أطال الله في عمرهما ورزقنا برهما ورضاهما.

إلى زوجتي سندي ورفيقة دربي.

إلى إخوتي الذين شدّ الله بهم عضدي

وإلى فلذتا كبدي محمد ريان ومارية.

الطالب/شهاب سفيان

كلمة شكر

يقول النبي ﷺ «من لا يشكر الناس لا يشكر الله»

الحمد والشكر لله بداية، على منه وإكرامه وتوفيقه لإتمام هذا العمل.

ثم الشكر الجزيل ووافر الاحترام والتقدير للأستاذة المحترمة **بوعزيز كريمة** على تفضلها بقبول الإشراف على هذه الرسالة، وعلى ما قدمته من نصح وإرشاد وتوجيه وتشجيع، جزاها الله عنا خير الجزاء.

كما أتوجه بجزيل الشكر وعظيم الامتنان للسادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة، على ما وفروا من وقت وبذلوا من جهد من أجل قراءة هذه الرسالة لإثرائها وتصحيح محتواها.

ولا يفوتني في هذا المقام أن أخص بالشكر جميع أساتذة كلية العلوم الاجتماعية بجامعة الجزائر 2 الذين درسوني سواء في الماستر أو في طور الدكتوراه، الذين لم يبخلوا علي لا بالمراجع ولا بالتشجيع والمؤازرة.

كما أشكر جميع من ساعدني من قريب أو من بعيد في انجاز هذا العمل، خاصة الجانب الميداني الذي أنجزته في فترة وباء كرونا، فلهم مني جزيل الشكر والامتنان، وإلى كل من ساندي.

شهاب سفيان

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
المقدمة	أ
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
المبحث الأول: تحديد موضوع الدراسة	02
1- الإشكالية	02
2- الفرضيات	07
3- تحديد المفاهيم	09
4- أسباب اختيار الموضوع وأهميته	11
5- أهداف الدراسة	12
6- الدراسات السابقة	13
المبحث الثاني: المناهج والتقنيات المتبعة في الدراسة	17
1- المناهج المستعملة في الدراسة	17
2- التقنيات والأدوات المستعملة في الدراسة	19
3- مجالات الدراسة	23
4- صعوبات الدراسة	27
الفصل الثاني: ماهية سرطان القولون والمستقيم والعوامل المؤثرة في الإصابة به وعوامل الوقاية منه	
تمهيد	30
المبحث الأول: ماهية سرطان القولون والمستقيم ووسائل الوقاية منه وطرق علاجه	30
1- فهم مرض سرطان القولون والمستقيم وطبيعة تطوره	31
2- وسائل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم وطرق علاجه	43
3- تأثير العلاجات المختلفة لسرطان القولون والمستقيم على الحالة الغذائية للمريض	51

4- الطرق السليمة لتغذية المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم	52
المبحث الثاني: العوامل المساعدة والعوامل الواقية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم	53
1- العوامل المساعدة على الإصابة بسرطان القولون والمستقيم	54
2- العوامل الواقية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم	57
خلاصة الفصل	72
الفصل الثالث: وبائية سرطان القولون والمستقيم في العالم وفي الجزائر	
تمهيد	75
المبحث الأول: انتشار السرطان بين الجنسين على المستوى العالمي والعربي والوطني(المحلي)	75
1- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على المستوى العالمي	75
2- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على المستوى العربي	82
3- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على مستوى الجزائر	85
المبحث الثاني: الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى العالم والجزائر	92
1- الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى العالم	92
2- الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على مستوى القارات	95
3-الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي	97
4-الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى الجزائر	100
5-الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على مستوى الجزائر	101
خلاصة الفصل	104

الفصل الرابع: واقع التكفل الصحي بمرضى سرطان القولون والمستقيم في الجزائر	
تمهيد	106
المبحث الأول: القاعدة الخلفية للتكفل الصحي بمرضى سرطان القولون والمستقيم	107
1- الخدمات الصحية	107
2- تطور النظام الصحي في الجزائر	108
3- الإطار التشريعي والتنظيمي للقطاع الصحي المتعلق بمكافحة السرطان في الجزائر	112
4- البنية التحتية والموارد البشرية المخصصة لتنفيذ الخطة الوطنية لمكافحة السرطان	114
5- الهياكل المتخصصة في مكافحة السرطان في الجزائر	117
المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في تنفيذ المخطط الوطني لمكافحة السرطان	122
1- الهدف الرئيسي للمخطط الوطني لمكافحة السرطان	123
2- المحاور الإستراتيجية لتطبيق المخطط الوطني لمكافحة السرطان في الجزائر	124
خلاصة الفصل	131
الفصل الخامس: انتشار سرطان القولون والمستقيم في الجزائر اعتماداً على معطيات المعهد الوطني للصحة العموم "INSP"	
تمهيد	134
المبحث الأول: السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين	135
1- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين سنة 2000	135
2- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين سنة 2005	136
3- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين سنة 2010	138
4- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين سنة 2015	140

المبحث الثاني: الإصابة بسرطان القولون والمستقيم حسب الجنس وحسب الفئات العمرية	142
1- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2000	142
2- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2005	144
3- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2010	147
4- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2015	150
5- تطور معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم في الجزائر العاصمة عند الجنسين من سنة 2000 إلى سنة 2019	152
خلاصة الفصل	156
الفصل السادس: عينة الدراسة وكيفية اختارها وعرض أهم خصائصها	
تمهيد	159
المبحث الأول: العينة وكيفية اختيارها	160
1- نوع العينة	160
2- حجم العينة	160
3- جمع المعطيات	161
4- المعالجة الإحصائية للمعطيات	163
المبحث الثاني: خصائص عينة المرضى المصابون بسرطان القولون والمستقيم	166
1- الخصائص الديمغرافية	166
2- الخصائص الاجتماعية	168
3- الخصائص الاقتصادية	172
4- الخصائص الصحية	176
استنتاج	183

الفصل السابع: تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية على نمط الحياة السابق للمرضى	
تمهيد	185
المبحث الأول: عوامل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم وعلاقتها بالخصائص السوسيو–ديمغرافية للمرضى	188
1– الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف	188
2– ممارسة الرياضة	192
المبحث الثاني: عوامل خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وعلاقتها بالخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية للمرضى	196
1– الإفراط في تناول اللحوم الحمراء	196
2– الاعتماد على الوجبات السريعة	201
3– الإفراط في تناول المشروبات الغازية وبدون غاز	205
4– التدخين	210
الاستنتاج	213
خلاصة الفرضية الأولى	216
الفصل الثامن: دور عوامل الخطر في تحديد الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم	
تمهيد	218
المبحث الأول: عوامل الخطر المتعلقة بالتاريخ المرضي وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية للمريض	220
1– تأثير التاريخ المرضي على تحسن الحالة الصحية للمريض	220
2– تأثير التاريخ المرضي على تأزم الحالة الصحية للمريض	224

المبحث الثاني: عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية للمريض	227
1- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتغير الحياة بعد المرض	227
2- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتغير السلوكيات الصحية	232
3- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بالاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية	236
الاستنتاج	240
خلاصة الفرضية الثانية	244
الفصل التاسع: التكفل الصحي وأثره على الحالة الصحية ومستوى الرضا للمصاب بسرطان القولون والمستقيم	
تمهيد	246
المبحث الأول أثر نوعية الخدمات الصحية على مستوى الرضا والحالة الصحية ومحيط علاج المريض	249
1- أثر نوعية الخدمات الصحية على مستوى الرضا	249
2- أثر نوعية الخدمات الصحية على الحالة الصحية للمريض	254
3- أثر نوعية الخدمات الصحية على ملائمة محيط العلاج	259
المبحث الثاني: أثر التكفل الصحي على مستوى الرضا وتحسن الحالة الصحية وملائمة محيط العلاج	261
1- أثر التكفل الصحي على مستوى الرضا	262
2- أثر التكفل الصحي على الحالة الصحية للمريض	264
3- أثر التكفل الصحي على ملائمة محيط العلاج	269
الاستنتاج	273
خلاصة الفرضية الثالثة	276
الاستنتاج العام	277

خاتمة	292
قائمة المراجع	294
الملاحق	

قائمة الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع الإصابة بمختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم على مستوى القارات	76
02	توزيع الإصابة بمختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم في بعض الدول العربية	83
03	إحصائيات سرطان القولون والمستقيم عبر شبكة الغرب والجنوب الغربي في الجزائر لسنة 2019	89
04	توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات وبسبب سرطان القولون والمستقيم في مختلف القارات وفي الجزائر بين الجنسين	93
05	المنشآت القاعدية الصحية و الموارد البشرية في القطاع العمومي	114
06	البنية القاعدية الصحية و الموارد البشرية في القطاع الخاص	116
07	عيادات العلاج الإشعاعي والأورام في القطاع الخاص	116
08	مراكز مكافحة السرطان (CAC) العملية- أكتوبر 2014	118
09	تقديرات خاصة بمراكز مكافحة السرطان(CAC) التي تكون حيز الخدمة في القطاع العمومي خلال 2015-2018	119
10	منشآت صحية قيد الإنجاز	120
11	السرطانات الأكثر انتشارا بين الذكور سنة 2000	135
12	السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث سنة 2000	136
13	السرطانات الأكثر انتشارا بين الذكور سنة 2005	137
14	السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث سنة 2005	138
15	السرطانات الأكثر انتشارا بين الذكور سنة 2010	139
16	السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث سنة 2010	139
17	السرطانات الأكثر انتشارا بين الذكور سنة 2015	140
18	السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث سنة 2015	141
19	عدد الاستمارات الموزعة، المقبولة منها والمرفوضة حسب الولايات	161
20	خصائص العينة ومؤشرات القياس	163

21	توزيع أفراد العينة حسب السن الحالي	167
22	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	169
23	توزيع أفراد العينة حسب ممارسة نشاط مأجور من عدمه	173
24	توزيع أفراد العينة حسب دخل الأسرة الشهري	176
25	توزيع أفراد العينة حسب إصابة أحد الأقارب من قبل بمرض سرطان القولون والمستقيم	177
26	توزيع أفراد العينة حسب السن عند اكتشاف المرض	180
27	توزيع أفراد العينة حسب ظهور أعراض للإصابة قبل تشخيص المرض	181
28	المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ومؤشرات القياس الخاصة بالفرضية الأولى	186
29	تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف	189
30	تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية على ممارسة الرياضة	193
31	تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية على الإفراط في تناول اللحوم الحمراء	197
32	تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية في الاعتماد على الوجبات السريعة	202
33	تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز	206
34	تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية على التدخين	210
35	المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ومؤشرات القياس الخاصة بالفرضية الثانية	219
36	تأثير التاريخ المرضي على تحسن الحالة الصحية الحالية للمريض	221
37	تأثير التاريخ المرضي على تأزم الحالة الصحية الحالية للمريض	224
38	تأثير بعض العوامل التي تعرض لها المريض قبل المرض على تغير حياته بعد المرض	228
39	تأثير بعض العوامل التي تعرض لها المريض قبل المرض على تغير سلوكياته الصحية (نظام الغذاء، الممارسات اليومية) بعد المرض	233
40	تأثير بعض العوامل التي تعرض لها المريض قبل مرضه على تأدية وظائف حياته اليومية بعد المرض	237

41	المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ومؤشرات القياس الخاصة بالفرضية الثالثة	248
42	تأثير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض على مستوى الرضا	250
43	تأثير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض على تحديد حالته الصحية	255
44	تأثير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض على محيط العلاج	259
45	تأثير التكفل الصحي على مستوى الرضا للمريض	263
46	تأثير التكفل الصحي على تحسن الحالة الصحية للمريض	265
47	تأثير التكفل الصحي على محيط علاج المريض	269

قائمة الأشكال:

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	السرطانات الأكثر انتشارا في العالم بين الجنسين لمختلف الأعمار سنة 2020	78
02	السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور لمختلف الأعمار سنة 2020	79
03	السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث لمختلف الأعمار سنة 2020	80
04	توزيع الإصابة بمختلف السرطانات للجنسين في الجزائر سنة 2020	86
05	توزيع الإصابة بمختلف السرطانات لجنس الذكور في الجزائر سنة 2020	87
06	توزيع الإصابة بمختلف السرطانات لجنس الإناث في الجزائر سنة 2020	88
07	توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات للجنسين حسب القارات	95
08	توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات للجنسين في الجزائر سنة 2020	98
09	توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات للجنسين على مستوى العالم سنة 2020	99
10	توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات لجنس الذكور على مستوى العالم	100
11	توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات لجنس الإناث على مستوى العالم	101
12	توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات لجنس الذكور في الجزائر	102
13	توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات لجنس الإناث في الجزائر	103
14	معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين سنة 2000	142
15	معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين حسب الفئات سنة 2000	143
16	معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين سنة 2005	145

17	معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين حسب الفئات سنة 2005	146
18	معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين سنة 2010	148
19	معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين حسب الفئات سنة 2010	149
20	معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين سنة 2015	150
21	معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم عند الجنسين حسب الفئات العمرية سنة 2015	151
22	تطور معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم في الجزائر العاصمة 2000- 2019	153
23	توزيع الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم لدى أفراد العينة حسب الجنس	166
24	توزيع أفراد العينة حسب حالتهم الاجتماعية	170
25	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	170
26	توزيع أفراد العينة حسب مكان السكن	172
27	توزيع أفراد العينة حسب نوع النشاط	174
28	توزيع أفراد العينة حسب درجة القرابة	178
29	توزيع أفراد العينة حسب نوع الأعراض	181
30	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب درجة اعتمادهم على المشروبات الغازية وبدون غاز	208
31	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب تغير الحياة بعد المرض	231

مقدمة:

يعد مرض السرطان من الأمراض المزمنة التي تشهد انتشارا كبيرا في هذا العصر بين كل الفئات العمرية وفي كل الدول دون استثناء، وتعزي الدراسات نسبة انتشاره السريعة إلى التحولات التي تجري على المواد الغذائية من معالجات كيميائية سواء في فترة زراعتها أو تعليبها أو حفظها، وذلك دون وعي حول مدى ضرر هذه الكيميائيات على صحة الفرد، غير أن هذا المرض لا يرجع فقط لهذه المستجدات الغذائية بل يرتبط أيضا بالتحولات السريعة التي مست نمط حياة الفرد من الناحية النفسية والاجتماعية، إذ أصبحت الحياة تضع الفرد تحت الكثير من الضغوط التي لا مفر منها سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية[1].

ذلك، أن التغيرات السريعة في النظم الغذائية وأساليب الحياة التي حدثت مع التصنيع والتحضر والتنمية الاقتصادية وعولمة الأسواق، أثرت كثيرا على صحة السكان وحالتهم التغذوية، وبخاصة في البلدان النامية وفي البلدان التي تمر اقتصادياتها بمرحلة تحول، فبينما تحسنت مستويات المعيشة وزاد توافر الأغذية وأصبحت أكثر تنوعاً وزادت إمكانية الحصول على الخدمات، كانت هناك أيضاً عواقب سلبية هامة من حيث عدم سلامة أنماط النظام الغذائي، وتناقص الأنشطة البدنية، وتزايد تعاطي التبغ، وحدوث زيادة مقابلة في الأمراض المزمنة المرتبطة بالنظام الغذائي وبخاصة بين الفقراء.

وبسبب هذه التغيرات في أنماط النظم الغذائية وأساليب الحياة، تُصبح الأمراض غير المعدية المزمنة ومن بينها البدانة وداء السكر ومرض أوعية القلب وارتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية وبعض أنواع السرطان، أسباباً للعجز وللوفاة السابقة لأوانها. تتزايد أهميتها

[1] Smith Ret, Renaud RC, **Colorectal cancer market**, Nat Rev Drug Discov, 2004 p 471.

باستمرار في كل من البلدان النامية والبلدان المتقدمة حديثاً، مما يفرض أعباء إضافية على الميزانيات الصحية القومية المثقلة بالفعل[1].

يقدر أن العوامل الغذائية مسؤولة عن قرابة 30 % من السرطانات في البلدان حديثة العهد بالصناعة، مما يجعل النظام الغذائي يلي التبغ كمسبب للسرطان، نظرياً يمكن الوقاية منه. ومن المعتقد أن هذه النسبة تبلغ حوالي20 % في البلدان النامية، ولكنها قد تزيد مع تغير النظام الغذائي، لاسيما إذا انخفضت أهمية المسببات الأخرى[2].

وما يميز مرض السرطان عن غيره أنه يرتبط في ذهن الجميع بالموت المحتم، فسماع أي شخص بأنه مصاب بمرض السرطان لا يعني له ذلك الإصابة بالمرض وفقط، بل يعني له الحكم عليه بالموت القريب، وهذا ما يولد القلق الذي يراوده جراء خوفه المستمر من طبيعة مرضه و مستقبله، كما أن مرض السرطان لا يقتصر على إصابة أحد أجهزة الجسم دون الآخر، بل يتواجد السرطان على أنواع عديدة بحسب الجهاز المصاب.

يعد سرطان القولون والمستقيم ثالث أكثر أنواع السرطانات شيوعاً في أمراض الأورام، حاليًا هو أكثر أنواع السرطانات الخبيثة شيوعًا في الجهاز الهضمي، ويمثل 13% من جميع الأورام الخبيثة، ويعتبر ثاني أكثر أسباب الوفاة شيوعًا، ويصيب الرجال والنساء بنفس الطريقة في جميع أنحاء العالم، و هو مرض منتشر بحدة بين من تتراوح أعمارهم بين 65 و 74 عامًا، ومع ذلك يتم تشخيص هذا المرض بشكل متكرر عند المرضى الأصغر سنًا، بسبب عوامل الخطر مثل السمنة، وقلة النشاط، والعادات الغذائية السيئة (نسبة عالية من الدهون والبروتينات)، والتدخين، والوراثة[3].

---

[1] منظمة الصحة العالمية، تقرير مشاورة مشتركة بين خبراء منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة تحت عنوان: **النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الأمراض المزمنة**، جنيف 2002، ص 1-2.

[2] منظمة الصحة العالمية، نفس المرجع السابق، ص 129.

[3] Smith Ret, Renaud RC, Op cit, p 475.

يعتمد تشخيص المرض لدى المرضى الذين يعانون من سرطان القولون والمستقيم على العرض السريري من خلال كشف الموقع والحجم، وكذلك وجود أو عدم وجود النقائل، يكشف العرض السريري أعراضًا مثل آلام البطن، والتغير في حركات الأمعاء، وفقدان الوزن اللاإرادي والغثيان والقيء والضيق وفقدان الشهية وانتفاخ البطن، كما يمكن أن يعطي دماً مختلطاً مع البراز، وقد يتم عرض فقر الدم كعلامة ثانوية[1].

يبدأ سرطان القولون والمستقيم عادة كسليلة في الغشاء المخاطي للأمعاء، ومع ذلك يمكن أن يوجد أيضاً كورم حميد ويكون لديه القدرة على التحول إلى ورم خبيث اعتمادًا على مظهره النسيجي وحجمه، 60 % من الحالات عبارة عن ورم غدي بسيط، و40 % أورام غدية متعددة، 24 % من المرضى الذين يعانون من الأورام الحميدة سوف يصابون بسرطان القولون والمستقيم في حالة عدم المعالجة[2].

في سنة 2018 سجلت الوكالة الدولية لبحوث السرطان (IARC) التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHO) 18.1 مليون إصابة جديدة بالسرطان في العالم و 9.6 مليون حالة وفاة بسبب السرطان في نفس السنة، كما تشير أرقام نفس الوكالة أن الجزائر سجلت076 53 إصابة جديدة بمرض السرطان سنة 2018، وزعت حسب النسب التالية: سرطان الثدي 22.3 %، سرطان القولون و المستقيم 10.4 %، سرطان الرئة 7.2 %، سرطان المثانة 5.5 % وسرطان البروستات 4.9 % وسرطانات أخرى 49.6 %، كما سجلت 453 29 حالة وفاة بسبب السرطان خلال نفس السنة.

عرفت الجزائر على غرار باقي دول العالم انتقالا وبائيا حقيقيا أدى إلى تغير هيكلي في الصورة الوبائية للسكان، ما أدى إلى عبء مضاعف على الصحة العمومية بسبب استمرار

[1] Dobre M, et autres, **Mutations prognostic factor in colorectal cancer**, 2015, p 671.
[2] Article in International Journal of **Research in Medical Sciences**, Novembre 2017, Vol 5, Issue 11, Page 4668.

بعض الأمراض المعدية و ظهور أمراض أخرى غير معدية، وارتبطت هذه الأمراض أساسا بالتحولات السوسيو-ديمغرافية التي طرأت على الجزائر كما في العالم بأسره[1].

معظم الدراسات التي تناولت موضوع سرطان القولون والمستقيم تناولته من الجانب الطبي، الأجنبية منها والوطنية، أمّا الدراسات التي تناولت الموضوع من جانبه السوسيو–ديمغرافي فهي قليلة جدا إن لم نقل منعدمة، لذلك ارتأينا أنه من الأهمية التطرق لهذا الموضوع في هذا الجانب. وقد اشتملت الدراسة التي تناولناها على تسعة فصول، كل فصل منها اشتمل على مبحثين.

الفصل الأول: خصصناه للإطار المنهجي، وتضمن المبحث الأول منه الإشكالية والفرضيات وتحديد المفاهيم، إضافة إلى أسباب اختيار الموضوع وأهميته، وبعدها تطرقنا إلى الأهداف المرجوة من الدراسة وما جاءت به الدراسات السابقة.

بينما تضمن المبحث الثاني منه المناهج والتقنيات المتبعة في الدراسة، إلى جانب ذلك حددنا المجال البشري والزمني والمكاني للدراسة، وختاما بيّنا الصعوبات التي واجهتنا أثناء الدراسة.

الفصل الثاني: خصصناه إلى ماهية سرطان القولون والمستقيم والعوامل المؤثرة في الإصابة به وعوامل الوقاية منه، حيث تناولنا في مبحثه الأول مفهوم المرض وطبيعة تطوره والأسباب الرئيسة المؤدية للإصابة به وأعراضه ووسائل الوقاية منه وطرق علاجه، إضافة إلى الطرق السليمة لتغذية المريض المصاب به.

أما المبحث الثاني منه فقد تطرقنا فيه إلى العوامل المساعدة على الإصابة بالمرض والعوامل الواقية منه، منها ما تعلق بالنظام الغذائي ومنها ما تعلق بالحس الصحي المتمثل في نمط الحياة الصحي والثقافة الصحية والوعي الصحي.

[1] نور الدين زرارقة، محمد صالي، البروفيل الديمغرافي لمرضى سرطان القولون و المستقيم بمركز مكافحة السرطان سطيف، مقال منشور بمجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، ص 180، سنة 2021.

الفصل الثالث: خصصناه لوبائية مختلف السرطانات وبالأخص سرطان القولون والمستقيم، حيث تناولنا في مبحثه الأول انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم بالنسبة للجنسين، وذلك حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020، كما ركزنا على انتشار سرطان القولون والمستقيم حسب الجنس وذلك على المستوى العربي وعلى المستوى الوطني حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة وحسب الإحصائيات الوطنية.

أما المبحث الثاني فتطرقنا فيه إلى الوفيات بسبب مختلف السرطانات ومنها سرطان القولون والمستقيم حسب الجنس، على المستوى العالمي وعلى مستوى الجزائر، وذلك دائما حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة.

الفصل الرابع: تناولنا فيه واقع التكفل الصحي بمرض سرطان القولون والمستقيم في الجزائر، جاء تفصيله عبر مبحثين، ضم المبحث الأول منه القاعدة الخلفية للتكفل الصحي بالمرضى المصابين بهذا المرض، كما تطرقنا فيه إلى الإطار التشريعي والتنظيمي للقطاع الصحي المتعلق بمكافحة السرطان في الجزائر، إضافة إلى البنية التحتية والموارد البشرية المخصصة لتنفيذ الخطة الوطنية لمكافحة السرطان في الجزائر.

أما مبحثه الثاني فتناولنا فيه المنهجية المتبعة في تنفيذ المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019، حيث قدمنا من خلاله الهدف الرئيسي للمخطط والمحاور الاستراتيجية التي تضمنها من أجل مكافحة السرطان بصفة عامة ومنه سرطان القولون والمستقيم في الجزائر.

الفصل الخامس: تطرقنا فيه إلى انتشار سرطان القولون والمستقيم في الجزائر العاصمة، وذلك من خلال إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، حيث تناولنا في مبحثه الأول السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين وذلك كل خمس سنوات بداية من سنة 2000، تاريخ توفر الإحصائيات.

أما المبحث الثاني فقد تناولنا فيه حساب معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم حسب الجس وحسب الفئات العمرية، وذلك كل خمس سنوات، في الأخير قدمنا حوصلة كاملة لتطور معدل الإصابة بالمرض للجنسين من سنة 2000 إلى غاية سنة 2019.

الفصل السادس: خصصناه لعينة الدراسة وكيفية اختيارها وعرض أهم خصائصها، فتناولنا في المبحث الأول منه نوع العينة، حجمها وكيفية اختيارها والمعالجة الإحصائية للمعطيات، أما المبحث الثاني فتطرقنا فيه إلى أهم خصائص العينة المتمثلة في الخصائص الديمغرافية والخصائص الاجتماعية والخصائص الاقتصادية، إضافة إلى الخصائص الصحية.

الفصل السابع: خصصناه لاختبار الفرضية الأولى، تناولنا في مبحثه الأول عوامل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم وعلاقتها بالخصائص السوسيو–ديمغرافية للمرضى، وتناولنا في مبحثه الثاني عوامل خطر الإصابة بالمرض وعلاقتها بالخصائص السوسيو–ديمغرافية للمرضى وفي الأخير خرجنا باستنتاج وخلاصة.

الفصل الثامن: خصصناه لاختبار الفرضية الثالثة، حيث تناولنا في مبحثه الأول عوامل الخطر المتعلقة بالتاريخ المرضي وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية للمريض، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، وفي الأخير خرجنا باستنتاج وخلاصة.

الفصل التاسع: أردنا من خلاله الوقوف على التكفل الصحي وأثره على الحالة الصحية ومستوى الرضا للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، ولبلوغ الهدف تطرقنا في مبحثه الأول إلى أثر نوعية الخدمات الصحية على مستوى الرضا وتحسن الحالة الصحية وملائمة محيط العلاج. أما المبحث الثاني فتناولنا من خلاله أثر التكفل الصحي على

مستوى الرضا وتحسن الحالة الصحية وملائمة محيط العلاج وفي الأخير خرجنا باستنتاج وخلاصة.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المبحث الأول: تحديد موضوع الدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- تحديد المفاهيم

4- أسباب اختيار الموضوع وأهميته

5- أهداف الدراسة

6- الدراسات السابقة

المبحث الثاني: المنهجية والتقنيات المتبعة في الدراسة

1- المناهج المستعملة في الدراسة

2- التقنيات والأدوات المستعملة في الدراسة

3- مجالات الدراسة

4- صعوبات الدراسة

المبحث الأول: تحديد موضوع الدراسة

1- الإشكالية:

يعد مرض السرطان من الأمراض المزمنة التي تشهد انتشاراً كبيراً في هذا العصر، بين كل الفئات العمرية وفي كل الدول دون استثناء، وهو ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم حيث حصد في عام 2020 أرواح 133 958 9 شخص، منها 810 528 5 وفاة تخص جنس الذكور ما يعادل 55.52 % و 323 429 4 وفاة تخص جنس الإناث ما يعادل 44.48 %، وتُعزى إليه وفاة واحدة تقريباً من أصل 6 وفيات على الصعيد العالمي، كما تُمنى البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل بنسبة 70% تقريباً من الوفيات الناجمة عن السرطان[1].

و من أكثر أنواع السرطانات شيوعاً و التي تسبب الوفاة، سرطان الرئة (144 796 1 وفاة)، سرطان القولون والمستقيم (173 935 وفاة)، سرطان الكبد (190 830 وفاة)، سرطان المعدة (793 768 وفاة)، سرطان الثدي (996 684 وفاة)[2].

أما من حيث الإصابة فإن السرطان يصيب الجنسين معا، حيث قدرت المنظمة العالمية للصحة حالات الإصابة الجديدة لسنة 2020 بـ 789 292 19، منها 305 065 10 تخص جنس الذكور و 484 227 9 تخص جنس الإناث، وأكثر السرطانات انتشارا بين الجنسين هي على الترتيب: سرطان الثدي، سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان البروستات وسرطان المعدة.

و يعتبر سرطان القولون والمستقيم و الذي يعرف أيضا بسرطان الأمعاء من أهم أمراض القولون، وأكثرها انتشارا وبخاصة في البلاد المتقدمة، و ينشأ من القولون أو المستقيم (أجزاء

[1] http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer consulter le 14/05/2022 à 22.30.
[2] Ibid.

من الأمعاء الغليظة) نتيجة لحدوث نمو غير طبيعي للخلايا التي لديها القدرة على المهاجمة والانتشار إلى الأعضاء الأخرى في الجسم، و من علامات وأعراض هذا المرض، وجود دم في البراز وتغير في حركة الأمعاء، فقدان الوزن والشعور بالتعب والإرهاق طوال الوقت[1].

تحدث معظم حالات سرطان القولون والمستقيم بسبب عوامل ذات علاقة بنمط و أسلوب الحياة، التوتر والانفعال السريع، التقدم في السن، مع وجود عوامل وراثية غير معروفة، كما تشمل عوامل الخطورة المسببة لهذا المرض أيضاً النظام الغذائي المعتمد أساسا على الدهنيات واللحوم والخالي من الألياف، والسمنة والتدخين وقلة النشاط البدني.

و غالباً ما يصيب سرطان القولون والمستقيم البالغين ممن تزيد أعمارهم عن خمسين عاماً، كما تزيد احتمالية الإصابة به إلى 90 % مع التقدم في السن أكثر من ذلك، و لكن لا يمنع هذا الأمر أن يصاب الإنسان بسرطان القولون والمستقيم في عمر مبكر، كما يمكن أن ينتقل بالوراثة، مثله مثل أنواع عديدة من السرطان، مثل سرطان الثدي، سرطان المبيض، سرطان الجلد من نوع ميلانوما و سرطان البروستات وغير ذلك.

حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020، فإن سرطان القولون والمستقيم من حيث الانتشار يحتل المرتبة الثالثة على المستوى العالمي بعد كل من سرطان الثدي وسرطان الرئة، بعدد حالات إصابة جديدة تقدر بـ 590 931 1 حالة أي ما يعادل 10 % من مجموع الإصابة بمختلف السرطانات، منها 960 065 1 حالة إصابة تخص جنس الذكور ما يعادل 10.6 % وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الرئة وسرطان البروستات و 630 865 حالة تخص جنس الإناث ما يعادل 9.4 %، وهو بذلك يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي[2].

[1] على مؤنس، **كتاب القولون**، نسخة غير منشورة، سنة 2017، ص99 www.alimonis.com.

[2] https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations consulter le 14/08/2022 a 15 h 46.

تعتبر أوربا من أكثر القارات تضررا من حيث الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، سواء على مستوى جنس الذكور أو على مستوى جنس الإناث، فهو يحتل المرتبة الأولى من حيث حالات الإصابة الجديدة المقدرة بـ 820 519 حالة، ما يعادل 11.8 % من مختلف السرطانات المنتشرة في المجتمع الأوربي.

على المستوى العربي، دائما حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020، فإن سرطان القولون والمستقيم يحتل مراتب جد متقدمة من حيث شدة الانتشار، تأتي في المقدمة المملكة العربية السعودية، فهو يحتل المرتبة الأولى لكلا الجنسين، كما يحتل المرتبة الأولى في كل من البحرين وقطر والإمارات العربية المتحدة بالنسبة لجنس الذكور، ومراتب جد متقدمة بالنسبة لجنس الإناث، كما يحتل المرتبة الثانية في ليبيا والمرتبة الثالثة في كل من تونس والمغرب[1].

أمّا الجزائر فقد سجلت 418 58 حالة إصابة جديدة بمختلف السرطانات حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020، وسجلت خلال نفس السنة 526 6 حالة إصابة جديدة بسرطان القولون والمستقيم للجنسين ولمختلف الفئات العمرية، ما يعادل 11.2 % من مختلف السرطانات، وهو بذلك يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي من حيث شدة الانتشار، منها 458 3 حالة إصابة جديدة تخص جنس الذكور وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الرئة وسرطان البروستات بعدما كان ثانيا فيما سبق، و 068 3 حالة إصابة جديدة تخص جنس الإناث وهو بذلك يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي[2].

بينما حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2018، فإن الجزائر سجلت ما يقارب 537 5 حالة إصابة جديدة بسرطان القولون والمستقيم، ما يعادل 10,4% من بين مختلف

[1] منظمة الصحة العالمية .http://gco.irac.fr consulter le 01/09/2022 à 00 h 15.

[2] https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations, op cite.

السرطانات، ويمثل ما نسبته 9.2 % و9.1 % من الوفيات بين الرجال و النساء تواليا، وعليه يمكن القول أن هذا المرض آخذ في الانتشار والتطور في الجزائر بصفة رتيبة[1].

وبحسب الإحصائيات الوطنية التي تحصلنا عليها إلى غاية سنة 2021، فإن سرطان القولون والمستقيم يحتل المرتبة الأولى عند الرجال والمرتبة الثانية عند النساء بعد سرطان الثدي[2]. ويوافق ذلك تصريح وزير الصحة وإصلاح المستشفيات بمناسبة اليوم العالمي للسرطان، الموافق لـ 4 فيفري 2021، حيث أكد بأن سرطان القولون والمستقيم قفز إلى المرتبة الأولى لدى الرجال و المرتبة الثانية لدى النساء بعد سرطان الثدي.

و تشير إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، الخاصة بولاية الجزائر العاصمة المستخرجة من سجل الأورام، إلى أن معدل الإصابة* (Taux d'Incidence Brute) بسرطان القولون والمستقيم للجنسين قد انتقل من 10.3 سنة 2000 إلى 28.59 سنة 2019، أي تقريب ثلاثة أضعاف خلال مدة 20 سنة فقط. كما أكدت إحصائيات مصلحة طب الأورام بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في علاج السرطان "بيار وماري كوري" أن سرطان القولون والمستقيم شهد ارتفاعاً مذهلاً خلال السنوات الأخيرة، و أصبح يحتل المرتبة الأولى لدى الرجال و الثانية لدى النساء بعد سرطان الثدي، مما جعل وزارة الصحة تدرج لجنة خاصة لهذا النوع من السرطان ضمن المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019. و نظراً لتفاقم الوضع (تسجيل أكثر من 500 6 حالة إصابة جديدة سنوياً بسرطان القولون و المستقيم)، أطلقت الوزارة الوصية مشروع عملية الكشف المبكر عن هذا

[1] https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations consulter le 23/03/2020 a 20:36.

[2] Ammour fatima, Conférence Nationale, **Réseau des Registres des Cancers en Algérie**, CHU Oran, ITSP, 24 Octobre 2016.

$$\text{*معدل الإصابة} = \frac{\text{عدد حالات الإصابة الجديدة}}{\text{عدد السكان}} \times 100\,000$$

النوع من السرطان ببجاية في جانفي 2017 كولاية نموذجية لتعمم فيما بعد على باقي الولايات.

ومن خلال ما سبق عرضه عن مرض سرطان القولون والمستقيم في الجزائر واحتلاله مراتب جد متقدمة من بين عدة أنواع من السرطانات التي تنخر صحة المجتمع الجزائري يتبادر إلى أذهاننا التساؤل التالي: **ما هو واقع المرضى المصابون بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر وما هي العوامل المحددة له.** ومن خلال هذا التساؤل تنبثق عدة تساؤلات فرعية:

- ما هي أسباب الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وأسباب انتشاره الرهيب في المجتمع الجزائري؟.
- ما هي الخصائص السوسيو-ديمغرافية للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر؟.
- ما مدى تأثير نمط الحياة المنتهج على الإصابة بسرطان القولون والمستقيم؟.
- هل المصابون بمرض سرطان القولون والمستقيم مجموعة متجانسة أم أن نمط حياتهم السابق مختلف؟.
- هل يختلف الواقع الصحي الحالي لمرضى سرطان القولون والمستقيم في الجزائر؟.
- ما هي انعكاسات المرض على الواقع المعيشي للمصاب بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر؟.
- ما هو واقع التكفل الصحي للمصاب بسرطان القولون والمستقيم وما هي العوامل المحددة لمستوى الرضا لديه؟.

2- الفرضيات:

الفرضية الأولى:

يختلف واقع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب خصائصه السوسيو-ديمغرافية.

الفرضية الثانية:

يتباين واقع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب تاريخه المرضي وعوامل الخطر التي تعرض لها.

الفرضية الثالثة:

يتحدد واقع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم بنوعية الخدمات المقدمة له ومستوى التكفل الصحي.

ويمكن حصر مفهوم واقع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم بالأبعاد الثلاث التالية:

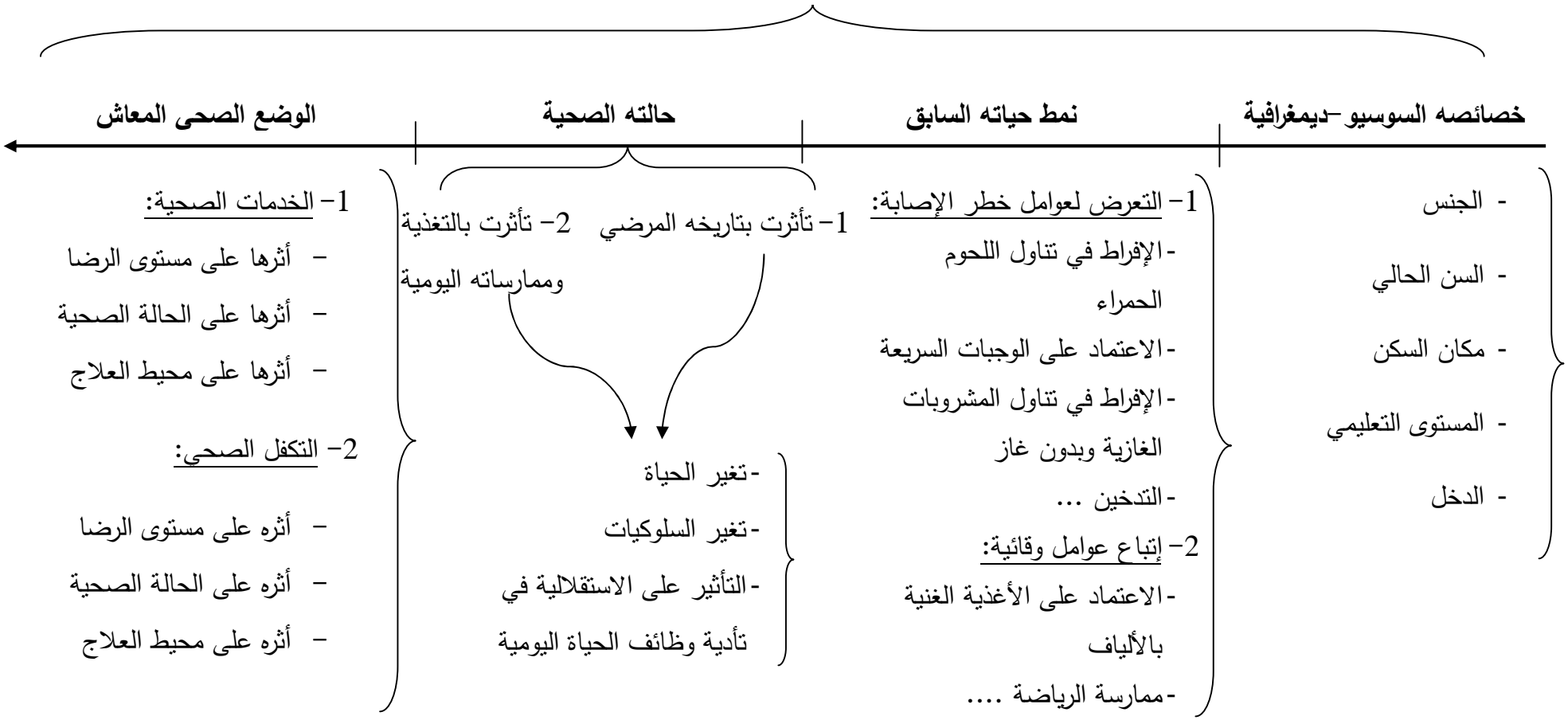
البعد الأول: يتمثل في نمط حياته السابق.

البعد الثاني: يتمثل في حالته الصحية بعد مرحلة العلاج.

البعد الثالث: يتمثل في الوضع الصحي المعاش.

ويمكن توضيح ذلك أكثر بالمخطط التالي الذي يبين خط الحياة للمريض المصاب سرطان القولون والمستقيم.

الواقع السوسيو–ديمغرافي للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر



مخطط توضيحي من إعداد الباحث

3- تحديد المفاهيم:

سرطان القولون والمستقيم: (Cancer Colorectal) و يعرف أيضاً بسرطان الأمعاء، و هو أحد أنواع مرض السرطان و ينشأ من القولون أو المستقيم (أجزاء من الأمعاء الغليظة) نتيجة لحدوث نمو غير طبيعي للخلايا التي لديها القدرة على المهاجمة والانتشار إلى الأعضاء الأخرى في الجسم[1].

التعريف الإجرائي للواقع السوسيو-ديمغرافي: نقصد به نمط الحياة السابق للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم وتأثر حالته الصحية بما سبق ومستوى رضاه على وضعه الصحي المعاش، إضافة إلى خصائصه الديمغرافية.

نمط الحياة: هو الأسلوب الذي يختاره الإنسان ليعيش به وكيفية تعامله معه كل حسب مقدرته ووضعه في المجتمع وقناعته الشخصية، فنمط الحياة يختلف من فرد لآخر[2].

التعريف الإجرائي لنمط الحياة السابق: نقصد به أسلوب الحياة المتمثل في النظام الغذائي والنشاط البدني والممارسات اليومية المختلفة الإيجابية منها والسلبية، التي كان ينتهجها المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم قبل مرضه.

السلوك الغذائي: هو الطريقة التي يتبعها الشخص في تناول الغذاء اليومي، وما يقوم به من نشاط وحركة[3].

---

[1] http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa1022.pdf consulté le 11/11/2018 à 20h 55.

[2] فاطمة عمر نبق وآخرون، **السلوك الغذائي و نمط الحياة للمصابين بسرطان القولون بولاية الخرطوم** –السودان، مجلة العلوم التربوية، العدد 18 (04)، سنة 2017، ص 65.

[3] فاطمة عمر نبق وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 65.

الغذاء الصحي: المقصود به تناول الغذاء السليم المتوازن الذي يؤدي إلى الصحة التامة للأفراد و المجتمعات، و يجب أن لا يكون فاسدا، و أن لا يحتوي على مواد سامة أو ضارة بالصحة، و أن لا يحتوي على ميكروبات أو طفيليات ضارة بصحة الفرد و المجتمع[1].

التعريف الإجرائي للخصائص السوسيو-ديمغرافية: ونعني بها في دراستنا مختلف الخصائص السوسيولوجية المتمثلة في (الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، ممارسة نشاط مأجور ونوعه)، إضافة إلى مختلف الخصائص الديمغرافية المتمثلة في (السن و الجنس و مكان الإقامة هل هو حضري أو شبه حضري أو ريفي) المميزة لفئة مرضى سرطان القولون والمستقيم.

التعريف الإجرائي للحالة الصحية: نقصد بها الحالة الصحية البدنية والعقلية والنفسية للمريض قبل اكتشاف إصابته بمرض سرطان القولون والمستقيم.

التعريف الإجرائي للحالة الصحية الحالية: نقصد بها الحالة الصحية البدنية والعقلية والنفسية للمريض بعد اكتشاف إصابته بمرض سرطان القولون والمستقيم.

التعريف الإجرائي لعوامل الخطر: نقصد بها مختلف العوامل التي اعترضت المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في حياته السابقة، منها السن أكثر من 50 سنة أو إصابة أحد الأقارب خاصة من الدرجة الأولى، ومنها ما يتعلق بالنظام الغذائي كالإفراط في تناول اللحوم الحمراء الغنية بالدسم وكذا الإفراط في تناول الوجبات السريعة والمشروبات الغازية وبدون غاز، ومنها ما يتعلق ببعض الممارسات السلبية كشرب الخمور والتدخين والخمول.

[1] أحمد حمد بدح و آخرون، **الثقافة الصحية**، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان الأردن، سنة 2007، ص 176.

التعريف الإجرائي لنوعية الخدمات الصحية: نقصد بها الخدمات الصحية المقدمة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، وتشمل الاستقبال، الخدمات الإدارية، خدمات العلاج، وخدمات التمريض، وهي على مستويات، منها الجيدة والمتوسطة والرديئة.

التعريف الإجرائي لمستوى الرضا على الخدمات الصحية: تعكس نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض مستوى الرضا لديه، حيث يكون مستوى الرضا في أعلى مستوى لما يتلقى المريض خدمات صحية جيدة والعكس صحيح.

التعريف الإجرائي للتكفل الصحي: يمكن تعريفه على أنه مجموعة متكاملة من العناصر، الغاية من توافرها تقديم خدمة صحية جيدة للمريض، تتمثل أساسا في البنية التحتية (الهياكل الصحية)، الموارد البشرية (أطباء مختصون وعامون، جراحون، فزيائيون، مخدرون، ممرضون، وإداريون ...)، والموارد المالية اللازمة لشراء الأجهزة الطبية والأدوية والتسيير.

4- أسباب اختيار الموضوع وأهميته:

يرجع اختياري لموضوع الواقع السوسيو-ديمغرافي لمرضى سرطان القولون والمستقيم كونه موضوع الساعة، فهذا المرض أصبح منتشراً في العالم ككل، وفي الجزائر بصفة خاصة وهو في تزايد مستمر، وأسباب اختياري للموضوع عديدة ومتنوعة، فمن خلال القراءات و الاطلاعات والمناقشات التي قمت بها، تكونت لدي إشكالية أولية في ذهني دفعتني إلى البحث والتعمق في الموضوع. ومن هذا المنطلق يمكن تلخيص أسباب اختياري لهذا الموضوع على النحو التالي:

- احتلال هذا المرض مراكز متقدمة بين الرجال و النساء على حد سواء في المجتمع الجزائري.

- الانتشار المثير للقلق لهذا المرض الفتاك الذي أصبح يودي بحياة الكثير من الأفراد على اختلاف أعمارهم وجنسهم.
- محدودية عدد الدراسات التي تناولت موضوع سرطان القولون والمستقيم بالبحث في الجزائر.
- قلة الوعي لدى فئات المجتمع بخطورة مرض سرطان القولون والمستقيم.

5- أهداف الدراسة:

تتجلى النقاط التي نود التطرق لها في دراستنا هاته إلي:

- الوقوف على مدى التطور والانتشار المثير للقلق لمرض سرطان القولون والمستقيم في المجتمع الجزائري خلال السنوات الأخيرة.
- محاولة الإلمام بالأسباب و العوامل المؤدية للإصابة بهذا المرض الخطير.
- تحديد المتغيرات الأكثر أهمية في التأثير على الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر.
- تحديد عوامل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم والحد من انتشاره بين أفراد المجتمع الجزائري.
- الاطلاع على الجوانب الخفية للموضوع من خلال النزول إلى أرض الميدان ومحاورة المصابين وجها لوجه.
- إبراز دور الأسرة والمجتمع في مرافقة المريض من أجل تجاوز صعوبات المرض والتأقلم معه ومواجهته من أجل الاستمرار في الحياة.
- تقديم النصح و الإرشاد للمواطنين في مواجهتهم لمرض سرطان القولون والمستقيم و دفعهم نحو التشخيص المبكر للكشف عنه ومعالجته.
- وضع النتائج أمام صناع القرار من أجل اتخاذ القرارات اللازمة و مكافحة المرض.

6- الدراسات السابقة:

رغم قلة الدراسات التي تناولت الموضوع، خاصة الوطنية منها، نذكر دراسة نور الدين زرارقة ومحمد صالي التي كانت تحت عنوان "**البروفيل الديمغرافي لمرضى سرطان القولون و المستقيم بمركز مكافحة السرطان سطيف**" وهدفت الدراسة إلى إبراز البروفيل الديمغرافي لمرضى سرطان القولون والمستقيم الخاضعين للعلاج بمصلحة جراحة الأورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان بسطيف، من خلال تحليل وتبويب السجلات الالكترونية لملفات المرضى لسنتي 2017 و 2018 التي احتوت على مؤشري العمر والجنس، وقد توصلت الدراسة إلى أن سرطان القولون والمستقيم احتل المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي بالنسبة للإناث ولكلا الجنسين، أما بالنسبة للذكور فقد احتل المرتبة الأولى وهو مرض يصيب الذكور والإناث على السواء مع غلبة طفيفة للذكور بنسبة نوعية قدرت بـ 1.13 و بمتوسط عمر عند الإصابة قدر ب 60.47 سنة لكلا الجنسين و 61.42 سنة لدى الذكور و 59.27 سنة لدى الإناث، ومعظم المصابين ينحدرون من الوسط الحضري.

دراسة شهيرة معزوزي التي جاءت تحت عنوان " **Réalisation d'une Stratégie de dépistage de masse du Cancer Colorectal dans la wilaya de Bejaïa comme projet pilote** والتي هدفت من خلالها إلى إجراء دراسة تجريبية للفحص المنظم لسرطان القولون والمستقيم في ولاية بجاية بهدف وضع استراتيجية عامة للفحص الشامل، وذلك في إطار المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019.

أجريت الدراسة بين 02 جانفي 2017 و28 فيفري 2019 وتم اختيار كل من دائرة سوق الإثنين ودائرة أدكار وبلدية أميزور كمجال جغرافي لإجراء الدراسة في ولاية بجاية، وجهت الدعوة إلى 000 10 شخص لإجراء الاختبار للكشف عن سرطان القولون والمستقيم،

*تجدر الإشارة إلا أن دراسة شهيرة معزوزي هي أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الطب، تم إنجازها باللغة الفرنسية وتمت ترجمتها للغة العربية من طرف الباحث.

استجاب منهم 735 1 شخص من دائرة سوق الإثنين بنسبة مشاركة قدرت ب 43.38 %، كما استجاب 892 شخص من بلدية أميزور بنسبة مشاركة قدرت ب 22.3 %، واستجاب 375 شخص من دائرة أدكار بنسبة مشاركة 18.75 %، أي بإجمالي 002 3 مشارك في الفحص، تتراوح أعمارهم بين 50 و 74 سنة.

بينت الدراسة أن الخصائص الديمغرافية للمشاركين في الكشف: 55 % منهم من الإناث و 45 % من الذكور، السن الغالب للمشاركين كان 50 سنة وسنهم المتوسط 59.72 سنة.

45 % منهم يقطنون بالمناطق الحضرية و 41 % يقطنون في الريف و14 % يقطنون بالمناطق شبه حضرية، 99 % منهم متزوجون و1 % عزاب.

بالنسبة لجنس الإناث 76 % منهن من لم يكن يمارسن أي نشاط، بالنسبة للذكور 65 % منهم متقاعدون.

بالنسبة للنظام الغذائي الذي كانوا يتبعونه: قليلا ما كانوا يستهلكون الخضر والفواكه واللحوم الحمراء والبيضاء، بينما كانوا يستهلكون كميات كبيرة من زيت الزيتون في تغذيتهم اليومية.

بالنسبة للممارسات غير الصحية والمتمثلة في التدخين وشرب الخمر، تبين من خلال الدراسة أن 14.1 % من المشاركين هم مدخنون و11.1 % منهم يشربون الخمر.

بالنسبة للبنية الجسمية، 39.5 % من المشاركين كان لديهم وزن زائد، و23.3 % منهم كانوا يعانون من السمنة، و25.6 % منهم كان وزنهم طبيعي، في حين 1.1 % منهم كانوا يعانون من النحافة.

كما بينت الدراسة أن47 % من المشاركين كانوا يعانون من أمراض متعددة، إضافة إلى أن الكثير منهم كانت لديه أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم من قبل.

أهم النتائج المتعلقة بالجانب الوبائي للدراسة الخاصة بسرطان القولون والمستقيم:

من بين المشاركين في الكشف 277 شخص تبين أنهم مصابون بالسرطان ما يعادل 7.2 %، و317 شخص مصاب بسرطان القولون والمستقيم أو يعاني من أعراض الإصابة به ما

يعادل 10.6 %، و468 2 شخص كانت نتائج الاختبار لديهم سلبية أي ما يعادل 82.21 %.

- 53 % من المصابين بسرطان القولون والمستقيم من جنس الإناث.
- 47 % من المصابين بسرطان القولون والمستقيم من جنس الذكور.
- أكثر الفئات العمرية إصابة بسرطان القولون والمستقيم الفئة [50-54] سنة.
- 41 % من المصابين بسرطان القولون والمستقيم ينحدرون من دائرة سوق الإثنين ونفس النسبة من بلدية أميزور و18 % من دائرة أدكار.
- 47 % من الإصابات شخصت بالقولون السيني، و24 % منها في المستقيم، و17 % منها بالقولون من جهة اليمين، و12 % منها بالقولون من جهة اليسار.
- 47.1 % من المصابين بسرطان القولون والمستقيم هم في المرحلة 0، و23.5 % منهم في المرحلة الرابعة، و11.8 % منهم في المرحلة الأولى، ونفس النسبة في المرحلة الثانية، و5.9 منهم المرحلة الثالثة من الإصابة.

بالنسبة للدراسات الأجنبية نذكر دراسة فاطمة عمر نبق ورقية إبراهيم أحمد وسماح الهادي عثمان تحت عنوان "**السلوك الغذائي ونمط الحياة للمصابين بسرطان القولون بولاية الخرطوم بالسودان**"، هدفت الدراسة إلى التعرف على السلوك الغذائي ونمط الحياة للمصابين بسرطان القولون، استخدم فيها المنهج الوصفي واستخدمت فيها الاستبانة كأداة لجمع المعطيات.

توصلت الدراسة إلى أن الإصابة بسرطان القولون بين الإناث أكثر من الذكور، كما توصلت إلى أن معظم المبحوثين يستعملون الأواني البلاستيكية في حفظ الطعام و لا يقرؤون تاريخ صلاحية المادة الغذائية قبل شرائها وتناولها.

في الجانب الصحي ونمط الحياة توصلت الدراسة إلى اختلافات واضحة بين المبحوثين في كل من التعرض للإشعاع، وجود سابقة بإصابة أحد أفراد الأسرة بالسرطان، التدخين،

استعمال زيت القلي، إضافة إلى تخزين المبيدات مع الأغذية وعدم ممارسة الرياضة. أوصت الدراسة بزيادة الجهود لتوعية الأسر بقراءة تاريخ صلاحية المادة الغذائية وضرورة تغيير زيت القلي وعدم تخزين المبيدات مع الأغذية والإقلاع عن التدخين.

رغم قلت الدراسات السابقة حول الموضوع، الوطنية منها والأجنبية في الجانب السوسيو-ديمغرافي، على عكس الدراسات الطبية، إلاّ أننا استفدنا من نتائج دراسة زرارقة ومحمد صالي التي كانت تحت عنوان "البروفيل الديمغرافي لمرضى سرطان القولون و المستقيم بمركز مكافحة السرطان سطيف" من خلال التأكد من تطابق النتائج المتحصل عليها من سجلات الأورام الخاصة بالجزائر العاصمة وسجلات الأورام الخاصة بسطيف. إضافة إلى دراسة شهيرة معزوزي، بالرغم من أنها دراسة ذات طابع طبي، إلاّ أننا استفدنا منها الكثير، حيث استخلصنا منها إحصائيات وطنية حول الظاهرة المدروسة التي كنا في حاجة جد ماسة إليها، واستشهدنا ببعض النتائج التي توصلت إليها في تحليلنا السوسيولوجي في دراستنا.

أمّا الدراسات الأجنبية المتمثلة في دراسة فاطمة عمر نبق التي كانت تحت عنوان "السلوك الغذائي ونمط الحياة للمصابين بسرطان القولون بولاية الخرطوم بالسودان"، فقد أفادتنا في بناء استمارة المقابلة من خلال توظيف بعض المؤشرات التي احتوتها فرضيات الدراسة، بالإضافة إلى الاستشهاد ببعض النتائج المتوصل إليها في تحليلنا السوسيولوجي.

المبحث الثاني: المناهج والتقنيات المتبعة في الدراسة

1- المناهج المستعملة في الدراسة:

إن العلوم الاجتماعية تتميز بتنوع المناهج في كل دراسة، وانطلاقا من خصائصها نحتاج لنوع من هذه المناهج بهدف الوصول إلى جمع معلومات دقيقة وتفسيرها سوسيولوجياً، و المنهج هو مجموعة القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم[1].

واختيار الباحث لمنهج دراسته يختلف حسب طبيعة الموضوع، فليست لديه الحرية المطلقة في اختيار منهج دون آخر، بمعنى أن طبيعة الموضوع والمشكلة المطروحة هي التي تفرض المنهج الضروري، بمعنى آخر لكل بحث علمي جملة من الشروط المنهجية التي تتحكم فيه، و التي على الباحث إتباعها و السير وفقها إلى غاية الانتهاء منه[2].

وعلى ضوء ذلك فإن طبيعة دراستنا هذه تفرض علينا إتباع المنهج الوصفي التحليلي، حيث قمنا بجمع إحصائيات وطنية وعالمية حول المرض وتم وصف الظاهرة وتحليل نتائجها، كما استعملنا المنهج الكمي من خلال جمع معطيات من استمارة المقابلة الخاصة بالمرضى الذين شكلوا عينة الدراسة، وذلك بمعالجة هذه المعطيات بعد تفريغها ووضعها في جداول بسيطة ومركبة بهدف قراءتها وتفسيرها. ومن أجل الإلمام بالموضوع أكثر والاطلاع على الجوانب الخفية منه، استعنا بالمنهج الكيفي، من خلال توظيف أداة المقابلة والاستشهاد بمقاطع منها في تحليلنا السوسيولوجي.

1-1 المنهج الوصفي التحليلي:

بما أن الظاهرة المدروسة تتعلق بمرض من الأمراض غير السارية، ويتمثل في سرطان القولون والمستقيم، وهو منتشر في كل أنحاء العالم، لذلك كان من الواجب علينا وصف

---

[1] بوحوش عمار الذنيبات محمد، **مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، سنة 1995، ص 89.

[2] Madeleine Grawitz, **Méthodes des sciences sociales**, Ed Dalloz, 2eme ed, Paris, 1967, P.541.

الظاهرة من خلال القيام بقراءة لآخر تقديرات المنظمة العالمية للصحة لحالات الإصابة الجديدة بسرطان القولون والمستقيم لسنة 2020 على المستوى العالمي والعربي، وأيضاً على المستوى الوطني، وكذلك عرض إحصائيات حول الوفيات بسبب هذا المرض، ونخص هنا بالذكر تحليلنا لإحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية المتعلقة بالجزائر العاصمة التي استخرجناها من سجل السرطانات، والتي تناولناها بشيء من التفصيل، من خلال تبيان أهم السرطانات الشائعة في المجتمع الجزائري، وحساب معدل الإصابة لكل جنس (ذكور وإناث) والجنسين معاً، وكذلك استخراج معدل الإصابة لكل جنس حسب الفئات العمرية، وذلك كل خمس سنوات بداية من سنة 2000 (تاريخ توفر الإحصائيات)، وبعدها تطرقنا لتطور معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم عند الجنسين من سنة 2000 إلى غاية سنة 2019.

1-2 المنهج الكمي:

نهدف من خلاله إلى المعالجة الكمية للبيانات المجمعة ميدانيا حول الموضوع، وذلك بتوظيف الجداول البسيطة لوصف خصائص العينة من مختلف النواحي الديمغرافية والاجتماعية والصحية والاقتصادية، بالإضافة إلى استخراج جداول مركبة، باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 22) بغرض اختبار فرضيات الدراسة، وذلك بالاعتماد على المعطيات التي جمعناها من استمارة المقابلة.

1-3 المنهج الكيفي:

وظفنا هذا المنهج لتدعيم تحليلنا السوسيولوجي في المنهج الكمي المتعلق بتحليل الجداول المركبة الخاصة باستمارة المقابلة، وذلك من خلال الاستثمار في أداة من أدوات البحث العلمي المتمثلة في المقابلة، بالاستشهاد ببعض المقاطع التي كنا قد سجلناها وكتبناها وببعض معلومات الملفات الطبية التي كنا قد صورناها ولخصناها كتابة فيما بعد.

2- التقنيات والأدوات المستعملة في الدراسة:

اعتمدنا في الدراسة الميدانية على مجموعة من التقنيات المختلفة من أجل الإلمام بالموضوع من جميع جوانبه.

2-1 **الملاحظة:** وهي أداة هامة من أدوات جمع البيانات يستخدمها الباحث للوصول إلى المعلومات المطلوبة والمتعلقة بموضوع الدراسة[1].

و الملاحظة نستطيع القول أنها هي نقطة البدء في موضوع دراستنا، فقد اعتمدنا على هذه التقنية للوقوف على مدى انتشار مرض سرطان القولون والمستقيم في الجزائر من خلال الزيارات الميدانية المتعددة لمختلف المستشفيات ومراكز معالجة السرطان، و تجاذب أطراف الحديث مع الأطباء ومختلف الموظفين الساهرين على قطاع الصحة، الذين بدورهم أكدوا لنا انتشار هذه الظاهرة.

2-2 **المقابلة:**

تعتبر المقابلة من أهم طرق جمع المعلومات والبيانات وأكثرها صدقاً، حيث يستطيع الباحث التعرف على مشاعر وانفعالات المقابَل(المبحوث)، وكذلك اتجاهاته وميولاته، وهذا ما لا يستطيع الوصول إليه إلاّ من خلال المقابلة.

والمقابلة عبارة عن لقاء بين شخصين فأكثر لتحقيق هدف ما، من خلال طرح الأسئلة الهادفة من قبل المقابل على شخص تجري معه المقابلة، والتي يصاحبها عادة الكثير من الانفعالات الناجمة عن سؤال ورد فعل على هذا السؤال، وكل هذه العملية تهدف إلى جمع أكبر قدر من المعلومات والبيانات المقصودة من الباحث ليستفيد منها في تحقيق هدفه من المقابلة[2]. فهي إذن تصلح للمنهج الكيفي، حيث تم بموجبها جمع البيانات والمعلومات حتى من مبحوثين أميين لا يستطيعون القراءة والكتابة، ومكنتنا من الإجابة عن جزء من تساؤلات

[1] Ibid P 65.

[2] مسعودة بيطام، **الملاحظة والمقابلة في البحث السوسيولوجي**، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 11، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 1999.

الدراسة، وبذلك نكون قد زاوجنا بين المنهج الكمي من خلال استمارة المقابلة، والمنهج الكيفي من خلال المقابلة بغرض الإحاطة أكثر بالموضوع وإعطائه أكثر دقة ومصداقية.

وقد اعتمدنا على **المقابلة الموجهة** وهي أحد أنواعها، واستخدمنا هذا النوع من المقابلة بهدف الاطلاع بعمق على جوانب الموضوع، حيث اعتمدنا على **دليل المقابلة** الذي يوضحه الملحق رقم (01) الذي اشتمل على 18 سؤالاً، استخرجنا من خلاله بيانات شخصية عن المبحوث تمثلت في (الجنس، الحالة الاجتماعية، السن الحالي، سن اكتشاف المرض، المستوى التعليمي)، ووجهنا له أسئلة بهدف الوقوف على حياته الاجتماعية الحالية تمثلت في تقبل المرض وكيفية التعايش معه وماذا يمثل له، كما وجهنا له أسئلة بهدف الوقوف على مستوى وعيه وثقافته الصحية حول المرض تمثلت في اكتشاف أسباب إصابته، ودرايته بعوامل الخطر والمرحلة التي بلغها مرضه ونوعه.

من جهة أخرى تضمن دليل المقابلة أسئلة عن الحالة الصحية الحالية للمريض ومستوى التكفل الصحي الذي يحصل عليه على مستوى المؤسسة الصحية المستقبلة. وفي الأخير وجهنا له أسئلة عن حياته بعد المرض، تمثلت في تغير أدواره الاجتماعية في الأسرة وخارجها وعن تغير نظرة الأسرة والمجتمع له.

وبلغ عدد الحالات التي قابلنا سبعة (07)، منهم (04) رجال و (03) نساء، كانوا متواجدين على مستوى وحدة الأمراض السرطانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالبرواقية (EPH Berrouaghia) بولاية المدية، خلال الفترة الممتدة من 01 إلى 15 سبتمبر 2019.

أما بالنسبة لتسجيل المقابلة، فقد اعتمدنا في ذلك على ثلاثة وسائل تتمثل في:

التسجيل الصوتي: قبل بداية كل لقاء مع المبحوثين، قمنا بالدردشة مع الحالات المصابة وتبادلنا أطراف الحديث معهم، وجس نبضهم في التجاوب معنا، ومن ثم طلب الإذن بالتسجيل الصوتي عن طريق المسجل فقط.

وقد اعتمدنا هذه الطريقة من أجل عدم إرهاق المرضى وربح الوقت، من خلال مقابلة عدة حالات في اليوم، وأيضاً تفادي تشتيت أفكارهم، لأن الكتابة تأخذ منا وقت طويل، وتصيب المريض بالملل، و تشغلنا كذلك عن رصد تعابير وجه المريض وحركاته.

التصوير: لقد مكننا الطاقم الطبي للمؤسسة من الحصول على الملفات الطبية الخاصة بالمرضى الذين قابلناهم، باستثناء حالة واحدة كانت تأتي للمتابعة فقط، لأنه تم معالجتها منذ زمن بعيد، وقد تم تصوير الملفات الطبية للمرضى من أجل استخراج المعلومات التي نحتاجها في دراستنا.

الكتابة: بعد تسجيل المقابلة التي دارت بيننا وبين المرضى الذين قابلناهم، من خلال اعتمادنا على دليل المقابلة، الذي كانت أسئلته شبه محددة، وبعد العودة إلى المنزل بعد نهاية فترة المقابلة التي برمجناها صباحاً، فإننا قمنا بكتابة الإجابة الخاصة بكل سؤال على الدليل الذي خصصنا له فراغا كافيا لذلك.

ونشير هنا إلى أننا كتبنا كل ما قاله المبحوث فيما يتعلق بالإجابة على الأسئلة المطروحة بالاعتماد على المسجل، ورصدنا سلوكياته وسجلناها كتابة (حركات، تأوهات، بكاء....الخ)، لأنها تعبر عن مشاعر وانفعالات داخلية، لا يستطيع المبحوث التعبير عنها بالكلام، لكنها توحي بالكثير عن موقفه تجاه المرض و الظروف الصحية التي يعيشها، وعن الواقع الاجتماعي الذي يحيط به.

2-3 استمارة المقابلة:

تعد من أكثر الأدوات استعمالا في جمع المعطيات، وهي عبارة عن توظيف مجموعة من الأسئلة لمقابلة المبحوث وجها لوجه، و يعرفها "حسن محمود حسن" أنها عملية اجتماعية

تحدث صدفة بين شخصين، المقابل الذي يستلم المعلومات و يجمعها ويصنفها، والمبحوث الذي يعطي المعلومات إلى الباحث بعد إجابته على الأسئلة الموجهة إليه من قبل المقابل[1].

فالاستمارة هي وسيلة علمية، تساعد الباحث على جمع الحقائق و المعلومات من المبحوث خلال عملية المقابلة، وهي الوسيلة التي تفرض عليه التقيد بموضوع الدراسة الملزم بإجرائه، و عدم الخروج من أطره العريضة و مضامينه التفسيرية و مساراته النظرية و التطبيقية، فبدون استمارة المقابلة لا يستطيع الباحث جمع الحقائق العلمية من الحقل الاجتماعي.

الاستمارة الخاصة بموضوع دراستنا احتوت على مجموعة من الأسئلة، كما هو مبين في الملحق رقم (02)، وذلك بهدف جمع المعلومات من المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، قسمناها إلى خمسة محاور أساسية محددةً تحديداً دقيقاً، ومرتبة وفق المسار المرضي كالتالي:

المحور الأول: تدور أسئلته حول الخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية للمصابين بمرض سرطان القولون والمستقيم.

المحور الثاني: اشتمل على أسئلة تدور حول عوامل الخطورة والتاريخ المرضي للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

المحور الثالث: طرحنا فيه أسئلة تدور حول أثر التكفل الصحي على مستوى الرضا وانعكاسات المرض على النواحي الحياتية والاجتماعية للمريض بسرطان القولون والمستقيم.

المحور الرابع: طرحنا فيه أسئلة تدور حول العادات الغذائية، الوعي الصحي والممارسات اليومية الماضية للمصاب بسرطان القولون والمستقيم.

المحور الخامس: شمل مرحلة ما بعد المرض، وطرحنا فيه أسئلة تدور حول انعكاسات المرض على النواحي الحياتية والاجتماعية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

[1] حسن محمود حسن، **الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي**، دار الطليعة، بيروت، بدون ذكر السنة، ص93.

ونظرا للظروف الصحية القاهرة المتمثلة في وباء كرونا الذي مس بلادنا الجزائر والعالم بأسره، والتي كان لها الأثر البالغ في تعطل إتمام هذا العمل، خاصة الجانب الميداني المتعلق باستمارة المقابلة، ارتأينا أنه من الضروري الاكتفاء بثلاث فرضيات والاستغناء عن الفرضية الرابعة المتعلقة بشكل كبير بهذا المحور والاكتفاء ببعض الرسومات البيانية التوضيحية وإرجاء نتائج هذا المحور لمشروع بحث مستقبلي، وذلك نظرا لأهميته العلمية البالغة، ذلك أنه فعلا يستحق دراسة معمقة وهو بحد ذاته موضوع بحث نظرا لثقل مضامينه العلمية.

3- مجالات الدراسة:

3-1 **المجال البشري:**

يتمثل مجتمع الدراسة في المرضى المصابين بمرض السرطان الذين ترددوا على المستشفيات من أجل المعاينة أو إجراء التحاليل أو الأشعة، أو العلاج.

3-2 **المجال الزمني:**

قمنا بالدراسة الميدانية على مرحلتين، المرحلة الأولى خصصناها للمقابلة والتي كانت خلال الفترة الممتدة من 01 إلى 15 سبتمبر 2019، اغتنما فيها إجازتنا الصيفية وقمنا بإعداد دليل المقابلة، الذي ساعدنا على إجرائها، ولقد استفدنا الكثير من إنجاز هذه المقابلة التي مكنتنا من الوقوف على الجوانب الخفية للموضوع، منها ما يتعلق بالمريض كالمعاناة من المرض والخوف من المصير الذي سيؤول إليه والحالة النفسية الحرجة للكثير منهم، ولمسنا ذلك من خلال بكاء بعضهم وتردد البعض الآخر في مقابلتنا وهناك حتى من امتنع أصلاً عن مقابلتنا نتيجة وضعه الصحي الحرج وحالته النفسية المنهارة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى مكننا تواجدنا بالمؤسسة الاستشفائية بالبرواقية وبالضبط في مصلحة طب الأورام التي وجدنا بها الترحاب والتعاون الكبير من كل الطاقم المكون للمصلحة دون استثناء، من الوقوف عن كثب على مستوى الاستقبال ونظافة محيط العلاج والإمكانيات البشرية والمادية

المخصصة للمصلحة من أجل التكفل الجيد بالمرضى المصابين بالسرطان بصفة عامة، والذي كان على العموم في المستوى.

كما مكننا إجراء المقابلة أيضاً من التأكد من أهمية الموضوع المراد دراسته وزادنا ذلك يقينا من أجل المضي قدماً في إنجاز هذه الدراسة، ولقد مكننا ذلك أيضا من تطوير معلوماتنا حول موضوع دراستنا، خاصة باحتكاكنا بالمرضى المصابين بمرض سرطان القولون والمستقيم والطاقم الطبي الساهر على علاجهم، حيث استطعنا بعدها من إعداد استمارة المقابلة التي نتمنى أننا نكون قد وفقنا في إعدادها من خلال التطرق لمختلف جوانب موضوع الدراسة.

أماّ المرحلة الثانية فقد خصصناها للاستمارة، التي أخذت منا الوقت الكثير، حيث دامت سنة كاملة، بداية من 15 مارس 2020 إلى غاية 15 مارس 2021، وكان ذلك نتيجة الوضع الصحي الذي شهدته البلاد في تلك المرحلة نتيجة انتشار وباء كرونا Covid 19، والذي أعاقنا كثيراً في إنجاز هذا العمل، حيث قوبلنا بالرفض المطلق في الكثير من المستشفيات عند طلبنا مقابلة المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم، ممّا جعلنا نغير من طريقة عملنا، من خلال التواصل مع أهل القطاع الصحي وإقناعهم بالتعاون معنا من أجل إتمام هذا العمل، وذلك عن طريق التعريف بموضوع دراستنا وشرح أسئلة الاستمارة التي تتطلب الشرح. كما مكننا البحث الاستطلاعي الذي كنا قد قمنا به من أجل اختبار استمارة المقابلة، وذلك بعرضها على مجموعة من المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين بمصلحة طب الأورام بمستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة، والمستشفى الجامعي فرنس فانون بالبليدة، والذي كان قبل بداية انتشار الوباء، من تعديل أسئلة الاستمارة، و إعادة صياغتها، ومنها ما قمنا بإلغائها وتعويضها بأسئلة أخرى، لتظهر لنا متغيرات الفرضيات بشكل أفضل.

3-3 المجال المكاني:

إنّ كل دراسة ميدانية تستوجب مجالا جغرافيا يستعين به الباحث في جمع البيانات الخاصة بأفراد عينته، ففي دراستنا هاته، وخلافاً للمقابلة التي قمنا بإجرائها في مكان واحد (المؤسسة العمومية الإستشفائية بالبرواقية)، فإن الاستمارة اجتهدنا قدر المستطاع من أجل تنوعها، وذلك من خلال الحصول على عينات من مختلف ربوع التراب الوطني والتي كانت على النحو التالي:

- **مستشفى محمد بوضياف بالمدية:** بعد التماطل وعدم الاستجابة للطلب الخطي الذي قدمناه، الذي كان بعد عدة محاولات من أجل التقرب من المرضى المصابين بالسرطان المتواجدين بمصلحة طب الأورام، ذلك أنه كان علينا تلقي الضوء الأخضر من رئيس المصلحة الذي نادراً ما يكون هناك. بعدها تمكنا عن طريق أحد المعارف من التواصل مع أحد المتربصين بذات المصلحة، الذي ساعدنا في ملء عدد من الاستمارات بتواصله مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين هناك، وقد كنا في اتصال هاتفي دائم معه من أجل شرح الأسئلة التي لم يتمكن من فهمها أو كان لديه لبس حول مضمونها.
- **مستشفى يوسف بن خدة بالبرواقية:** كان للزوجة التي تعمل هناك، الدور الكبير في ملء عديد الاستمارات عن طريق الطبيبة النفسية التي تواصلت مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين بمصلحة طب الأورام، هاته الأخيرة كانت موظفة بمصلحة طب الأورام بذات المستشفى.
- **مستشفى الأمير عبد القادر بوهران:** حيث كنا في تواصل مع أحد الأصدقاء وهو حمزة لقبج أستاذ جامعي ورئيس مصلحة بكلية العلوم الاجتماعية بوهران، قدم لنا يد العون وملء لنا عدد من الاستمارات بتواصله مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين بمصلحة طب الأورام، وذلك بمناسبة تواجده بذات المصلحة من أجل علاج ابنه الذي كان مصابا بالسرطان وتوفي فيما بعد.

– **مستشفى الشهيد محمودي بتيزي وزو:** أحد الأصدقاء في العمل وهو من ولاية تيزي وزو، قدم لنا يد العون من خلال تواصله مع أحد أصدقائه العاملين بالمستشفى الذي تمكن من ملء عدد من الاستمارات بتواصله مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين بمصلحة طب الأورام، وذلك خلال فترة راحته.

– **مستشفى فرنس فانون بالبليدة:** بعد عديد المحاولات من التواصل مع المرضى المصابين بالسرطان المتواجدين بالمصلحة التي كلها باءت بالفشل، نتيجة رفض رؤساء المصالح هناك إمكانية التواصل مع المرضى بصفتي باحث من الجامعة وليس طبيب متربص. وبعد تعذر الاتصال بعينة الدراسة تمكنا من نسج علاقات مع طبيبتان نفسيتان يعملن هناك، ملئتا لنا عدد من الاستمارات بتواصلهما مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين بمصلحة طب الأورام.

– **مستشفى بني مسوس بالعاصمة:** طالبة من جامعة الجزائر 2 وهي موظفة بقطاع الصحة، قدمت لي يد العون من خلال التواصل مع إحدى صديقاتها التي كانت تعمل بمستشفى بني مسوس، وقد قامت بملء عدد من الاستمارات بالتواصل مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين بمصلحة طب الأورام هناك.

– **مستشفى عين وسارة ومستشفى البيرين بالجلفة:** تم الاستعانة بصديق مقيم بالولاية للتواصل مع أحد معارفه على مستوى مستشفى عين وسارة ومستشفى البيرين بولاية الجلفة، الذين قاموا بملء عدد من الاستمارات بتواصلهم مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدون هناك.

– **مركز مكافحة السرطان بباتنة:** تم الاستعانة بأحد الأصدقاء من ولاية باتنة للاتصال بمدير مركز مكافحة السرطان بالولاية الذي كلف إحدى الممرضات الموظفة بالمركز بالتواصل مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين هناك وملء عدد من الاستمارات.

4- صعوبات الدراسة:

من البديهي أن نواجه صعوبات في إنجاز هذه الدراسة المتواضعة، حيث قبل بداية إعداد هذه الرسالة قمنا بالتنقل إلى المكتبات للاطلاع على الكتب والمراجع التي قد تفيدنا في إعداد الإطار النظري، إلاّ أنّنا واجهنا صعوبات في الحصول على المراجع المتعلقة بالموضوع، خاصة أن الموضوع يقترب إلى الجانب الطبي أكثر منه إلى الجانب الاجتماعي.

4-1 الصعوبات التي واجهتنا أثناء البحث النظري:

في إطار الزيارات والتنقلات التي قمنا بها من أجل إعداد هذه الرسالة قمنا بزيارات إلى بعض المكتبات الوطنية كمكتبة جامعة الجزائر 02 ومكتبة الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية وطبعات المعرض الدولي للكتاب والمعهد الوطني للصحة العمومية بالعاصمة، بالإضافة إلى تنقلنا إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في عدة مناسبات، هذه الأخيرة لم تزودنا بإحصائيات عن مرض سرطان القولون والمستقيم والهياكل والمنشآت الطبية المخصصة لعلاج السرطان عبر التراب الوطني، وذلك بالرغم من كل المحاولات، آخرها طلب رسمي قدم لأحد المدراء العامون بالوزارة لكن دون جدوى.

حداثة الموضوع جعلتنا من السباقين للبحث فيه في الجزائر، غير أن المراجع حول الموضوع شبه منعدمة، خاصة باللغة العربية، مما ألزمنا في الكثير من الأحيان اللجوء إلى ترجمة المراجع الأجنبية، إضافة إلى قلة الدراسات السابقة حول الموضوع إن لم نقل انعدامها.

4-2 الصعوبات التي واجهتنا أثناء الدراسة الميدانية: في الجانب الميداني للدراسة، فقد واجهنا المستحيلات، خاصة في ظل انتشار وباء كرونا، منها عدم السماح لنا بالاقتراب من المرضى في مصلحات طب الأورام، سواء قاعات العلاج، أو قاعات الجراحة أو أي مصلحة أخرى، ونخص هنا بالذكر:

– **مستشفى مصطفى باشا بالعاصمة:** رغم أنه كان أولية الأوليات بحكم قربه من مكان إقامتنا، وعقدنا عليه الآمال من أجل الحصول على أكبر عدد من الاستمارات، لأنه من أكبر المستشفيات على مستوى الوطن ويوجد به مركز بيار ماري كيري (CPMC) خاص فقط بالمرضى المصابين بالسرطان، ورغم عديد محاولاتنا التي كانت طيلة فترة العمل الميداني وتقديمنا للوثائق اللازمة (رخصة بحث) المتحصل عليها من طرف جامعة الجزائر 2، إضافة إلى الطلب الخطي، ورغم تقربنا من بعض الممرضات وحتى أعوان الحراسة هناك وطلب مساعدتهم مقابل منحهم مبلغ مالي، إلاّ أن كل محاولاتنا باءت بالفشل من أجل التواصل مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتواجدين هناك، نتيجة العراقيل التي واجهتنا من طرف القائمين على المركز.

– **مستشفى يوسف دمرجي بتيارت:** لقد قمنا بالتواصل مع إحدى ممتهنات الصحة بالمستشفى هناك عن طريق إحدى زميلات العمل، وشرحنا لها موضوع دراستنا وأرسلنا لها الاستمارات عن طريق الإميل ووعدتنا بالمساعدة، لكنها لم تف بوعدها ربما لظروف خارجة عن نطاقها.

كل ذلك كلفنا الكثير من الوقت والجهد من أجل ملء استمارة المقابلة، حيث طلبنا المساعدة من أهل القطاع الصحي على شاكلة الأطباء النفسانيين والممرضين الذين ساعدنا البعض منهم في إنجاز هذا العمل (كما سبق الإشارة إليه في المجال المكاني للدراسة) ورفض البعض الآخر.

كل هذه الصعوبات لم تكن عائقاً، بل كانت دافعاً لنا للاستمرار والبحث والاستزادة حول الموضوع الذي نحن على يقين أنه سيفيدنا ونتمنى أن يفيد كل من يقرأه، خاصة وأنه يتعلق بأحد أمراض العصر وهو مرض السرطان، وسرطان القولون والمستقيم هو أحد أنواعه الذي أصبح يهدد صحة وحياة الفرد والمجتمع الجزائري بصفة رهيبة في الآونة الأخيرة.

الفصل الثاني: ماهية سرطان القولون والمستقيم والعوامل المؤثرة في الإصابة به وعوامل الوقاية منه

تمهيد

المبحث الأول: ماهية سرطان القولون والمستقيم ووسائل الوقاية منه وطرق علاجه

1- **فهم مرض سرطان القولون والمستقيم وطبيعة تطوره**

2- وسائل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم وطرق علاجه

3- تأثير العلاجات المختلفة لسرطان القولون والمستقيم على الحالة الغذائية للمريض

4- الطرق السليمة لتغذية المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم

المبحث الثاني: العوامل المساعدة والعوامل الواقية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم

1- العوامل المساعدة على الإصابة بسرطان القولون والمستقيم

2- العوامل الواقية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم

خلاصة الفصل

تمهيد:

بغية التعريف بالظاهرة المدروسة وإعطاء صورة واضحة للقارئ حول المرض، سوف نحاول من خلال هذا الفصل استعراض طبيعة مرض سرطان القولون والمستقيم من خلال التعريف به، والتطرق لأهم العوامل المؤدية للإصابة به وعوامل الوقاية منه، وكذا تبيان مراحل العلاج التي يمر بها المريض المصاب به، وفي الأخير إبراز أهم طرق الوقاية من هذا المرض الخطير.

المبحث الأول: ماهية سرطان القولون والمستقيم ووسائل الوقاية منه وطرق علاجه

القولون والمستقيم أو المصران الغليظ: هو العضو الذي يملأ تجويف البطن من اليمين إلى اليسار ومن أعلى إلى أسفل، يبدأ من نهاية الأمعاء الدقيقة وينتهي بفتحة الشرج كما يبلغ طوله حوالي متر و نصف عند البالغين، وينقسم إلى القولون الصاعد جهة اليمين من البطن وطوله 15 سم، ثم القولون المستعرض أعلى البطن من اليمين إلى اليسار ويبلغ طوله 50 سم، ثم القولون النازل جهة اليسار من البطن وطوله حوالي 25 سم، ثم القولون السيني وهو بأسفل البطن تحت الصرة، وبرغم طوله الذي يبلغ 40 سم إلا أنه يحتل الجزء الأسفل من البطن فقط لأنه يتواجد على هيئة حرف S الذي يقابل حرف السين ومنه سمى القولون السيني، وأخيرا المستقيم الذي يبلغ طوله 12 سم[1].

[1] عبد المجيد ساري وآخرون، **100 سؤال وجواب حول سرطان القولون والمستقيم**، جمعية البدر، الطبعة الأولى، الجزائر، سنة 2012، ص 16.

1- فهم مرض سرطان القولون والمستقيم وطبيعة تطوره:

توجد مظاهر مرضية عديدة تشير إلى الإصابة بمرض المصران الغليظ أو القولون والمستقيم، وهذه المظاهر تختلف من شخص لآخر، وأهم ما يشكو به مرضى القولون آلام بالبطن، الانتفاخ، الغازات، الإمساك أو الإسهال أو تقلب الطبيعة ما بين الإمساك والإسهال. وقد يشكو المريض من كركبة بالبطن وسماع أصواتها بين الجالسين مما يجعله في حرج من ذلك، كما قد يشكو من عدم التركيز والنسيان ونقص الوزن والشعور بالإجهاد، وأغلب مرضى القولون يشكون من عدة أعراض، مما يؤدى بهم إلى الاكتئاب والتوتر والقلق خوفا من أن يكون بهم مرض خطير لا يعلمه الأطباء ولا يستطيعوا تشخيصه، وهم دائما في قلق خشية أن يكونوا مرضى بالسرطان وهذا هو مصدر اكتئابهم وتوترهم[1].

1-1 تعريف سرطان القولون والمستقيم:

هو مرض الخلايا التي تغطي الجانب الداخلي للقولون والمستقيم، تتحول تدريجيا إلى نسيج سرطاني، ويتعلق الأمر أولا بأورام تدعى غددية والتي تصبح في مرحلة ثانية سرطانا يدعى غدة سرطانية، وتتراوح الفترة المتوسطة للتسرطن بين 5 و10 سنوات.

1- 2 الفرق بين سرطان القولون وسرطان المستقيم:

التصنيف الدولي للأمراض يميز بين سرطان القولون وسرطان المستقيم ولهذا السبب، عادة ما تعطى معدلات الإصابة في هذه المواقع بشكل منفصل، لذلك من الضروري معرفة ما إذا كان ينبغي النظر في هذين الموقعين معًا أو بشكل منفصل كجزء من التحقيق المسبب للمرض. عدة أسباب طبية تشير إلى أنه من المستحسن الحفاظ على التمييز بينهما، على

[1] على مؤنس، مرجع سبق ذكره، ص 04 www.alimonis.com.

الرغم من أسباب تسرطن هذين العضوين في الجسم يمكن أن تكون الكيانات هي نفسها إلى حد كبير، فالأهم هو الاختلاف في التوزيع حسب الجنس.

في جميع أنحاء العالم، فإن هيمنة الذكور أكثر وضوحا بالنسبة لسرطان المستقيم أكثر من سرطان القولون[1].

من ناحية أخرى ونظرا إلى تشابههما من حيث المنشأ، مخاط معوي يغطي الجانب الداخلي للمعي يتكون من زغابات مغطاة بخلايا سطحية (الظهارة)، فإنّ سرطان القولون و سرطان المستقيم غالبا ما يجتمعان تحت مصطلح سرطان القولون والمستقيم.

حوالي 40 % من حالات السرطان تتعلق بالمستقيم و 60 % تتعلق بالقولون، هذا الأخير 70 % من الأورام تتموقع أساسا على مستوى القولون السيني (الجزء الأخير من القولون)[2].

وعليه يمكن القول أنه من الناحية السويولوجية من المستحسن الجمع بينهما تحت مسمى سرطان القولون والمستقيم، ليسهل علينا دراسة المرض من الجانب السوسيو–ديموغرافي، وحتى في مرحلة جمع المعطيات عن طريق استمارة المقابلة أو المقابلة فإنه يصعب على المريض التفرقة بينهما. كما أن معظم الإحصائيات الوطنية وحتى العالمية حول المرض خاصة في الآونة الأخيرة فهي تعطي بشكل عام (معطيات تخص سرطان القولون والمستقيم)، أمّا الفصل بينهما فنرى أنه يهم ممتهني الصحة أكثر.

[1] Chahira MAZOUZI , Chahira MAZOUZI, **Réalisation d'une Stratégie de dépistage de masse du Cancer Colorectal dans la wilaya de Bejaïa comme projet pilote**, Thèse de doctorat en sciences médicales, année 2020, P 13.

[2] أحمد الوصيف هلال، **مجلة الطب والحياة**، العدد 396، مستشفى الحامدي، الرياض، السعودية، ص 146.

1-3 تشكل سرطان القولون والمستقيم:

صورة مأخوذة من مجلة الطب والحياة، العدد 396، الرياض، السعودية، ص 147.

إن تطور المرض في كلا النوعين من التاريخ المرضي يأتي على مدى أعوام تتراوح بين 10 سنوات في المتوسط، وإن كانت أسرع في النوع الثاني، ويأتي التطور عبر تكوين لحميات* القولون التي تأخذ بالنمو والتحور الجيني لتنتهي بالتحول إلى ورم سرطاني.

ومن هنا فإن المطلوب من كل فرد يحمل تاريخا مرضيا في العائلة لقريب من الدرجة الأولى أو الثانية حتى ولو فرد واحد أن يستشير طبيبا أخصائيا في الجهاز الهضمي ليحدد مدى احتمالية تعرضه للسرطان، وتحديد نوعية وموعد أحد الاختبارات المسحية لتقصي وجود لحميات القولون أو الاكتشاف المبكر للسرطان حال وجوده.

العامل الثالث في قائمة الأشخاص الأكثر عرضة لأورام القولون والمستقيم تشمل الإصابة ببعض أنواع الأورام كزوائد المعدة والإثني عشر، وسرطان البنكرياس وسرطان المبيض

* لحميات جمع لحمية Polyp: كتلة من الأنسجة تنمو على الجدار الداخلي لأعضاء الجسم كالقولون.

بالنسبة للسيدات.

فهؤلاء الأشخاص أكثر عرضة للإصابة بالمرض، كما أن أقربائهم أيضا قد يتعرضون لنفس الخطر، والعامل الأخير هو الإصابة ببعض أنواع التهابات الأمعاء المزمنة وتحديدا التهابات القولون التقرحي أو داء كرون*.

كل الأشخاص الذين تنطبق عليهم صفة من صفات قائمة الخطر السابقة ينبغي عليهم بدء برنامج للكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم، وتكمن فائدة الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم أنه يمكن منع المرض إن تم اكتشافه أثناء التطور كزائدة لحمية قبل الوصول إلى المرحلة السرطانية واستئصاله عن طريق المنظار القولوني أو حتى بعد الاكتشاف إذا كان الورم السرطاني في مرحلة مبكرة، حيث يمكن شفاء 80 إلى 90% من المرضى بصورة تامة إذا تم اكتشاف السرطان وعلاجه في المراحل المبكرة، بينما تنخفض النسبة إلى 50% أو دون ذلك إذا تم التشخيص في مرحلة متأخرة[2].

4-1 طبيعة و مراحل تطور سرطان القولون والمستقيم:

يتطور سرطان القولون والمستقيم في أغلب الأحيان انطلاقا من أورام مخاطية يمكن أن تتحول إلى ورم خبيث يدعى بالغدة السرطانية.

* داء كرون Crohn: هو التهاب مزمن يصيب القناة الهضمية، وكثيرا ما يصيب الأمعاء الدقيقة والقولون، ومرض كرون يزيد من مخاطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

[2] أحمد الوصيف هلال، مرجع سبق ذكره، ص، ص 147- 148.

1-4-1 المظاهر الأولى لسرطان القولون والمستقيم:

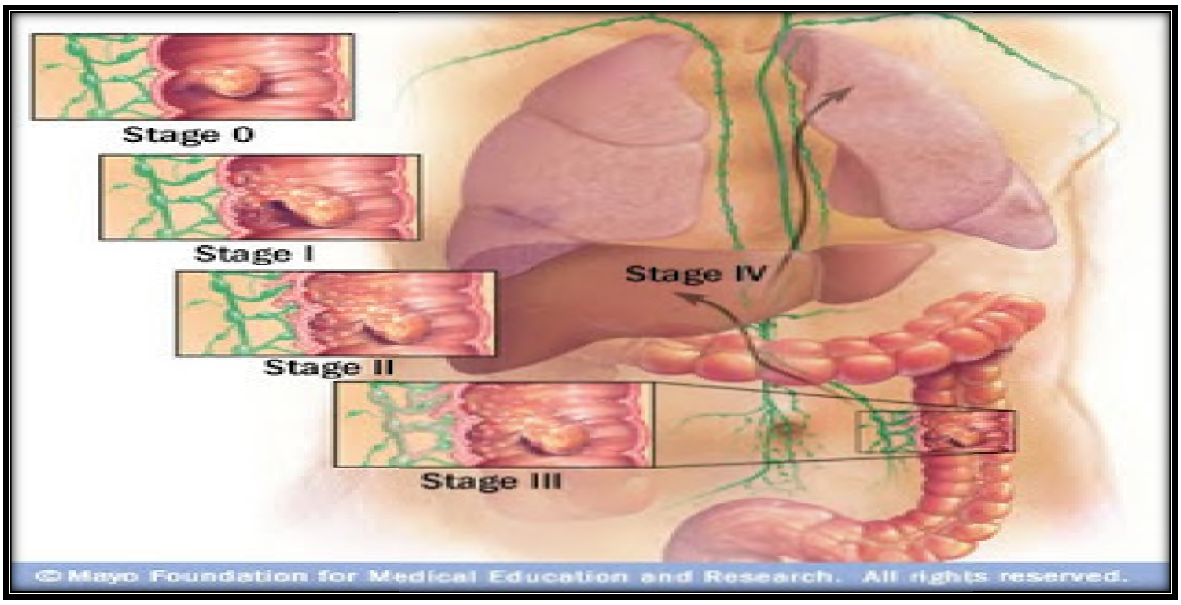
صورة مأخوذة من مجلة الطب والحياة، العدد 396، الرياض، السعودية، ص 146.

الجسم البشري في حالة مستمرة من الإحلال والتجديد، فيومياً تموت الخلايا القديمة ويتم إحلالها بخلايا جديدة حسب حاجة الجسم، ولكن أحياناً يحدث خطأ بهذه العملية فتبقى الخلايا القديمة وتتكاثر بصورة عشوائية مكونة ما يسمى(الورم)، وهو إما أن يكون حميداً، بمعنى محدود الانتشار بمكانه، أو خبيثاً وهو النوع الذي يتميز بسرعة الانتشار والغزو للأماكن المحيطة به، والأعضاء البعيدة كالكبد والرئتين، وفي حالة سرطان القولون يأتي المرض نتيجة تداخل مجموعة من العوامل تشمل الوراثة، طبيعة الطعام، التدخين وأسلوب الحياة مثل عدم ممارسة الرياضة أو الميل للكسل وأشياء أخرى. وفي أغلب الأحيان يتطور المرض تدريجياً حيث يبدأ في صورة زائدة لحمية، وهي ورم حميد في بدايتها ولكن تأخذ بالنمو والتغير تدريجيا حتى تتحول إلى ورم سرطاني خلال فترة من 10 سنوات إلى 15 سنة، وتأتي المشكلة الأساسية للمرض أن أعراضه عادة ما تأتي

متأخرة، كما أنها تتشابه مع أعراض أمراض عدة منها ما هو بسيط كالقولون العصبي، ما قد يؤدي إلى تأخر التشخيص، فقد يعاني الشخص من المرض لفترة طويلة، ويتم التعامل معه من قبل الطبيب على أنه قولون عصبي، ويزيد الأمر تعقيدا عدم المتابعة للمرض وبعض العادات عند المرضى مثل تغيير الطبيب سعيا وراء نتيجة أفضل ليبدأ الطبيب الجديد الطريق للتشخيص من بدايته ويتأخر الاكتشاف أكثر فأكثر[1].

1-4-2 مراحل تطور سرطان القولون والمستقيم:

مرض سرطان القولون والمستقيم كما سبق وأشرنا إليه فهو يستغرق مدة زمنية معتبرة ينمو ويتطور فيها، وكل ذلك يتم عبر مراحل قسمها أهل الاختصاص إلى أربعة مراحل، كل مرحلة من هذه المراحل يأخذ فيها شكلاً معيناً، وكلما تطور أكثر تعقد أكثر وأصبح يشكل خطرا أكبر ويصعب علاجه والتعامل معه.



صورة مأخوذة من مجلة صادرة عن جمعية طهور لرعاية ومساندة مرضى السرطان السعودية، ص 19.

[1] أحمد الوصيف هلال، مرجع سبق ذكره ، ص، ص 146-147.

المرحلة الأولى: تنمو خلايا السرطان من خلال البطانة السطحية (المخاطية) من القولون أو المستقيم، لكنها لم تنتشر خارج جدار القولون أو المستقيم.

المرحلة الثانية: تنمو خلايا السرطان من خلال جدار القولون أو المستقيم، ولكن لم ينتشر إلى الغدد اللمفاوية المجاورة.

المرحلة الثالثة: تكون خلايا السرطان غزت الغدد الليمفاوية* القريبة الخاصة ولكن لا تؤثر على أجزاء أخرى من الجسم بعد.

المرحلة الرابعة: انتشار السرطان في مواقع بعيدة، مثل الأجهزة الأخرى على سبيل المثال إلى الكبد أو الرئة[2].

1-5 الأسباب الرئيسية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم:

هناك عدة أسباب تؤدي للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، منها ما يمكن التحكم بها كالتغذية والعادات اليومية ومنها ما لا يمكن التحكم به كالوراثة.

1-5-1 أهم أسباب الإصابة بسرطان القولون والمستقيم:

إن أسباب الإصابة بسرطان القولون والمستقيم ليست معروفة بشكل جيد، غير أن هناك عدة عوامل خطر تعرض الفرد للإصابة بهذا الداء منها:

- **السن:** يزداد الخطر مع التقدم في السن، وتظهر العديد من حالات سرطان القولون والمستقيم بعد سن الخمسين عند الرجل وعند المرأة على حد السواء، غير أنه تم

* الغدد الليمفاوية: أعضاء صغيرة تشبه حبة الفاصوليا من حيث الشكل، وتتواجد على طول الجهاز الليمفاوي، وهي تقوم بترشيح البكتيريا أو خلايا السرطان التي قد تنتقل عبر الجهاز الليمفاوي.

[2] عبد الحليم محمد أبو حمر، أحمد بن صالح القبلان، **الكشف المبكر لسرطان القولون وطرق العلاج المتاحة والتغذية الصحية لمريض السرطان**، مجلة صادرة عن جمعية طهور لرعاية ومساندة مرضى السرطان، عنيزة، السعودية، ص، ص 18-19.

تشخيص حالات عند الشباب البالغين أقل من 20 سنة، لا سيما في الأشكال الوراثية.

- **الجنس:** يصيب سرطان القولون الرجل و المرأة على حد سواء، أما سرطان المستقيم فيصيب الرجل أكثر[1].
- **الوراثة:** الشخص الذي أصيب فرد من أسرته بسرطان القولون والمستقيم معرض لخطر أكبر لتطوير نفس المرض.
- **الغذاء الغني بالدهون الحيوانية، والفقير من حيث المواد النباتية (الخضروات):** بعض الأغذية قد تحتوي الكثير من العوامل المسرطنة وإن كانت المحاولات والدراسات المتنوعة في هذا المجال أدت إلى نتائج وتناقضات في الآراء، ولذلك فإن دور الغذاء في إحداث السرطان لم يتم إثباته بصفة جازمة إلى الآن، وإن كانت الأغذية الدهنية وذات السعرات الحرارية العالية تبدو علاقتها بازدياد نسبة الإصابة بالسرطان أكثر قوة خاصة سرطان الثدي والقولون، وهذه العلاقة ظهرت في عدة بلدان ولكن هل الدهن الغذائي هو السبب الرئيسي للإصابة بالسرطان أم أنه مجرد عامل مساعد لعامل آخر غير معروف. التجارب على الفئران تؤيد احتمال وجود صلة بين استهلاك الدهون وظهور سرطان الثدي في حالة زيادة نسبة تناول الدهن، ولكن لا يوجد ما يدعم مثل هذا الاحتمال بالنسبة للبشر، أما خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وعلاقته بالأغذية الدهنية فقد تم إثباته بفحص مجموعات من النساء في الولايات المتحدة الأمريكية.
- **العوامل البيئية:** إن العوامل البيئية ذات صلة كبيرة بالسرطان ونوع السرطان بالتحديد، ويتضح ذلك من خلال مقارنتنا لنسبة ظهور أنواع محددة من السرطان

[1] عبد المجيد ساري و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 16.

حول العالم، فسرطان القولون والمستقيم مثلاً توجد أعلى نسبة ظهور له في الولايات المتحدة، بينما أقل نسبة ظهور له توجد في الهند، هذا الاختلاف قد يكون له علاقة بالوراثة واختلاف الأعراق بين شعوب العالم و نسبة الكشف عن هذا المرض، بالإضافة إلى عامل البيئة وما تحويه من عوامل خطورة مختلفة، حيث أن هذه الأخيرة مسئولة حوالي 10% من حالات السرطان[1].

- **الاستهلاك المفرط للحوم الحمراء واللحوم المصنعة:** أوصت لجنة استشارية دولية اجتمعت في عام 2014 بوضع اللحوم الحمراء واللحوم المصنّعة على رأس قائمة الأولويات للتقييم من قِبل برنامج الدراسات التابع للوكالة الدولية لبحوث السرطان، واستندت هذه التوصية إلى الدراسات الوبائية التي أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين أكل اللحوم الحمراء والإصابة بسرطان القولون والمستقيم، كما خلص الفريق العامل التابع للوكالة الدولية لبحوث السرطان إلى أن اللحوم المصنّعة تتسبب أيضا في سرطان القولون والمستقيم[2].
- **التبغ والكحول:** يعد التبغ والكحول من عوامل الخطر كما هو الشأن بالنسبة للعديد من حالات السرطان الأخرى، وشرب الكحول بكميات كبيرة يزيد من احتمال الإصابة بسرطان القولون، حيث أن هناك دراسة وجدت أن الأشخاص الذين يستهلكون كميات

[1] فتحي صبحي مكي، **مدى فعالية برنامج إرشادي لرفع مستوى المساندة الاجتماعية والتوافق النفسي لمرض سرطان القولون (دراسة تجريبية بقطاع غزة)**، مذكرة دكتوراه في علم النفس، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان، سنة 2012، ص، ص 109-110.

[2] منظمة الصحة العالمية، **أسئلة وأجوبة حول مدى تسبب استهلاك اللحوم الحمراء واللحوم المصنّعة في الإصابة بالسرطان**، تشرين الأول/ أكتوبر 2015.

كبيرة من الكحول يومياً (خاصةً الذين يستهلكون أكثر من 45 مللتر يومياً) يرتفع لديهم احتمال الإصابة بسرطان القولون[1].

- **عدم ممارسة الرياضة** (نمط الحياة الخامل): إذا كان الفرد غير نشط فهو أكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، في المقابل فإن ممارسة النشاط البدني بانتظام يقلل من خطر الإصابة بهذا المرض.
- **السمنة:** تعد عامل خطر أساسي، حيث أن الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة تزيد لديهم مخاطر الإصابة بسرطان القولون و المستقيم، وزيادة خطر الوفاة بسببه بالمقارنة مع الأشخاص أصحاب الوزن الطبيعي.
- **المبيدات:** مثل بوليكلوربيفنيل FBC (Polychlorobiphényles) والأسمدة الكيماوية التي تحملها الأغذية (اللحم، الأسماك الدهنية....)، يحتمل أن تكون محدثة للسرطان بالنسبة للغشاء المخاطي المعوي.
- **شخص يظهر ورما غديا (ورم حميد):** يحمل خطرا أكبر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم.
- **أمراض الالتهابات المزمنة للمعي:** الأشخاص الذين يعانون من مرض التهاب الأمعاء (التهاب القولون التقرحي وداء كرون) معرضون بدرجة كبيرة للإصابة بسرطان القولون، وتزيد خطورة الإصابة كلما طالت فترة الإصابة بالتهاب الأمعاء وكلما زادت شدة الالتهابات.

في هذه الفئات عالية الخطورة ينصح بالوقاية عن طريق استخدام الأسبرين وكذلك إجراء تنظير للقولون بصورة منتظمة، حيث أن الأشخاص المصابون بمرض التهاب الأمعاء يمثلون نسبة أقل من 2% من حالات الإصابة بسرطان القولون سنوياً، ووجد

[1] www.**American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update** consulté le 15/08/2018 à 20h 45.

أن المصابين بمرض كرون يصاب 2% منهم بسرطان القولون والمستقيم بعد 10 سنوات، و8% بعد 20 سنة، و18% بعد 30 سنة، كما أن المصابين بالتهاب القولون التقرحي يتطور المرض لدى 16% منهم إلى خلل في الأنسجة أو إلى سرطان في القولون على مدى 30 عاماً[1].

1-6 أعراض سرطان القولون والمستقيم:

علامات وأعراض سرطان القولون والمستقيم تعتمد على مكان وجود الورم في الأمعاء وعلى مدى انتشاره في الجسم، هناك علامات تحذيرية تظهر عند الإصابة بهذا المرض وتشمل:

- نزيف في المستقيم.
- نزول دم مع البراز.
- تغير في عادات التبرز.
- مغص في منطقة القولون أو المستقيم.
- فقدان الشهية.
- فقدان الوزن، والغثيان أو التقيؤ.
- الإصابة بفقر الدم لأسباب مبهمة.
- نزول براز رفيع أو شعور دائم بوجود حاجة للتبرز دون وجود غائط.
- الضعف أو التعب المستمر[2].

حدوث نزيف في المستقيم أو الإصابة بفقر الدم يعتبران من العلامات الخطيرة لدى من هم فوق سن الخمسين، إلا أن الأعراض الشائعة الأخرى مثل فقدان الوزن وحدوث تغير في نشاط الأمعاء لا تدعو للقلق إلا إذا كانت مرتبطة بحدوث نزيف.

---

[1] محمد بن عبد الرحمن العقيل، **كل ما تريد أن تعرفه عن سرطان القولون والمستقيم**، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، الطبعة الأولى، سنة 2014، السعودية، ص، ص 21-22.

[2] عبد الحليم أبو حمر، مرجع سبق ذكره، ص 11.

وقد تظهر هذه الأعراض في حالات أخرى مثل قرحة المعدة أو التهابات القولون أو البواسير، والطبيب وحده هو الذي يمكنه تحديد الأسباب، ويجب على الأشخاص الذين يعانون من أي هذه الأعراض مراجعة الطبيب، وقد يطلب منهم الطبيب مراجعة طبيب أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي (Gastroenterologist)[1].

1-7 الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والمستقيم:

يأتي عمر الإنسان في الدرجة الأولى، حيث أن أكثر من 90% من الأشخاص الذين يتم تشخيص هذا المرض لديهم يكونون أكبر من سن 50 سنة، ثم يأتي بعد ذلك من لديه تاريخ عائلي مرضي لسرطان القولون والمستقيم، فالشخص الذي تتضمن عائلته قريبا واحدا مصابا بسرطان القولون والمستقيم تزيد احتمالات إصابته بالمرض ضعف الشخص الذي لا تتضمن عائلته أي فرد مصاب بالمرض، وإذا كان له قريبان اثنان فخطر الإصابة يكون ثلاثة أضعاف الشخص العادي.

ويمكن أن يقسم التاريخ المرضي للعائلة إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تاريخ عائلي مرضي عشوائي أي غير وراثي، أي أن المرض لا يجري في جينات العائلة ولا يوجد خلل واضح في المخزون الوراثي للعائلة، والخطورة هنا موجودة لكن غير أكيدة.

المجموعة الثانية: المرض مرتبط بالمخزون الوراثي العائلي ويجري في العائلة ويتم انتقاله بانتظام بنمط محدد يختلف من مريض إلى آخر، وهنا الخطورة شبه مؤكدة ونسبة التعرض للمرض قد تصل في بعض الحالات إلى 100% مثل متلازمة زوائد القولون اللحمية، ومن الصعوبة للشخص العادي أن يحدد إن كان ينتمي إلى إحدى المجموعتين[2].

---

[1] جمعية البحرين لمكافحة السرطان، **ما يجب أن تعرفه عن سرطان القولون والمستقيم**، المنامة، البحرين ص 04.

[2] أحمد الوصيف هلال، مرجع سبق ذكره، ص 147.

2- وسائل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم وطرق علاجه

2-1 وسائل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم.

يعد الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم أحد أهم طرق الوقاية من هذا المرض، فلم تكن هذه الثقافة موجودة إلا مؤخرًا في أوروبا، على سبيل المثال في فرنسا بدأ الكشف عنه في عام 1998، في إيطاليا منذ عام 1996، كما أن الاتحاد الأوروبي أوصى بالكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم في الطبعة الثالثة من القانون الأوروبي لمكافحة السرطان وذلك سنة 2003. غير أنه في الولايات المتحدة مثل هذه التوصيات موجودة منذ أواخر السبعينيات.

وعليه يمكن أن نقول أنه من الضروري أن نفهم أن الفحص المنظم أو الجماعي للكشف عن سرطان القولون والمستقيم هو نهج الصحة العامة وليس إجراء فردي[1].

2-1-1 الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم

تستجيب معظم المشاكل الصحية للعلاج لو يتم اكتشافها في بدايتها، ويصدق هذا القول في حالات الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ويكون العلاج أكثر جدوى قبل انتشار المرض، ويمكن أن يكون للأفراد دور أساسي في اكتشاف سرطان القولون والمستقيم إذا اتبعوا التعليمات التالية[2]:

- فحص القولون بالمنظار: وهي الطريقة الأكثر حساسية كما يمكن استعمالها في أخذ خزعات* تشخيصية أو استئصال الزوائد بالكامل إن وجدت.

[1] Chahira MAZOUZI, Opt cite, p 03.

[2] جمعية البحرين لمكافحة السرطان، مرجع سبق ذكره، ص 03.

* خزعات جمع خزعة Biopsy: تعني استئصال عينة من النسيج الحي وفحصها تحت المجهر لمعرفة ما إذا وجدت فيها خلايا سرطانية.

– الكشف عن وجود دم في البراز: هي الوسيلة الأقل تكلفة، لكنها الأقل مصداقية، حيث يمكن إغفال أكثر من 70% من حالات الأورام بالقولون بها.

قد يسأل أحدهم ويقول: أنا لا أعاني أية أعراض، هل أحتاج لعمل منظار قولوني؟.

الجواب: قد تحتاج لعمل منظار مسحي للقولون وهو فحص روتيني في بعض الدول المتقدمة مثل اليابان والولايات المتحدة، إذا كانت هناك أحد الشروط التالية:

– العمر أكبر من خمسين عاما، وستحتاج إلى عمل منظار للقولون كل 10 سنوات حتى سن 85 سنة.

– إذا كان هناك بعض أفراد العائلة مصابين بلحميات بالقولون أو المستقيم.

– إذا أصيب بعض أفراد العائلة ببعض أنواع الأورام مثل سرطان البنكرياس، أو المبايض، أو سرطان الثدي، أو الغدة الدرقية.

– إذا كان من المرضى المصابين بالتهابات القولون المزمنة، قد يحتاج المريض لعمل منظار قولوني إن وجد أحد العوامل المقلقة مثل فقدان الوزن أو الأنيميا، أو وجود دم في البراز أو إمساك أو إسهال بصورة حادة ومستمرة، وعدم الاستجابة للدواء العلاجي[1].

2-1-2 الإجراءات الوقائية التي تقلل من خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم:

إن المحافظة على الوزن المثالي، اللياقة البدنية والتغذية الصحيةّ تقللّ من مخاطر الأمراض السرطانية بشكل عام، وفقا لذلك فإن التغيير في نظام العيش يمكن أن يخفّف من مخاطر الإصابة بسرطان القولون بنسبة 60 إلى80%.

وتشير الأبحاث المنشورة إلى أنه يجب فعل الأتي للتقليل من خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم:

[1] أحمد الوصيف هلال، مرجع سبق ذكره، ص، ص 148-149.

أ- إتباع نظام غذائي غني بالألياف كالفاكهة والخضروات الورقية، الجزر، الفول، المشمش، الشمام، الأفوكادو، أو تناوله في صورة دوائية (400 ميكرو غرام يوميا).

ب- تناول الشاي الأخضر، حيث ثبت أنه يغير نوع البكتيريا الموجودة بالأمعاء ويقلل الالتهاب الذي يعد من عوامل الخطر في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

ج- ممارسة الرياضة بانتظام لمدة ست ساعات أسبوعيا تقلل من خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم إلى النصف، وحتى إذا أصيب الشخص بالمرض فإن فرص نجاح العلاج أكثر في الرياضيين من غيرهم.

د- الامتناع عن التدخين وشرب الكحول.

كما أكدت على ذلك الدكتورة عمور فاطمة في الملتقى الوطني لشبكة سجلات الأورام في الجزائر سنة 2016، حيث تطرقت في مداخلتها إلى أن من بين العوامل الوقائية من سرطان القولون والمستقيم تفادي كل من:

- اللحوم الحمراء.
- الدهون الحيوانية.
- الوزن الزائد.
- التدخين.
- الخمر.

ونصحت بإتباع نشاط بدني مستمر (المشي لمدة 30 دقيقة في اليوم)، وتناول الكثير من الخضر والفواكه[1].

إن الاعتدال في أسلوب الأكل وممارسة الرياضة وتجنب التدخين والكحوليات من أهم وسائل المحافظة على الصحة، ومن هنا تأتي أهمية الوقاية التي تكون على مرحلتين أساسيتين:

[1] Fatima Ammour, Op cit.

المرحلة الأولى: عبر تعديل نمط الحياة والابتعاد عن عوامل الخطر للمرض.

المرحلة الثانية: هي تحديد الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالمرض بحسب عوامل الخطر[1].

2-2 الطرق المستعملة في علاج سرطان القولون والمستقيم

هناك طرق عدة ممكنة لعلاج السرطان، والتي تعتمد على نوع السرطان والمرحلة التي وصل إليها من انتشار وتطور وتقدم لمرحلة المرض. إن الشفاء بعد مشيئة الله يعتمد بالدرجة الأولى على تشخيص المرض في مراحله المبكرة من تكوينه وقبل انتشاره من مكانه الأصلي، فعلاج السرطان يشمل إجراءات طبية لتدمير أو تعديل أو التحكم أو إزالة السرطان في مرحلته الأولية أو المنطقة الموجود بها أو الأنسجة المنتشر فيها.

2-2-1 الجراحة: وهي الخطوة الأولى في علاج معظم السرطانات، حيث أن الإزالة للورم الخبيث يؤدي في بعض الحالات إلى الشفاء الكامل، وإن كانت بعض الأورام سواء خبيثة أو حميدة تشكل خطرا على حياة المريض بسبب وجودها في أماكن حساسة يصعب التعامل معها، مثل أورام المخ أو الأورام التي يسبب نموها ضغطا على بعض الأعضاء الحيوية. وفي الأورام الخبيثة يعتمد نجاح الجراحة على نجاح استئصال الورم كاملا لضمان الشفاء، كما أن الجراحة قد تستخدم للتقليل من حجم الورم، خاصة في الأورام الكبيرة، ويتبعها بعد ذلك العلاج الإشعاعي أو الكيماوي.

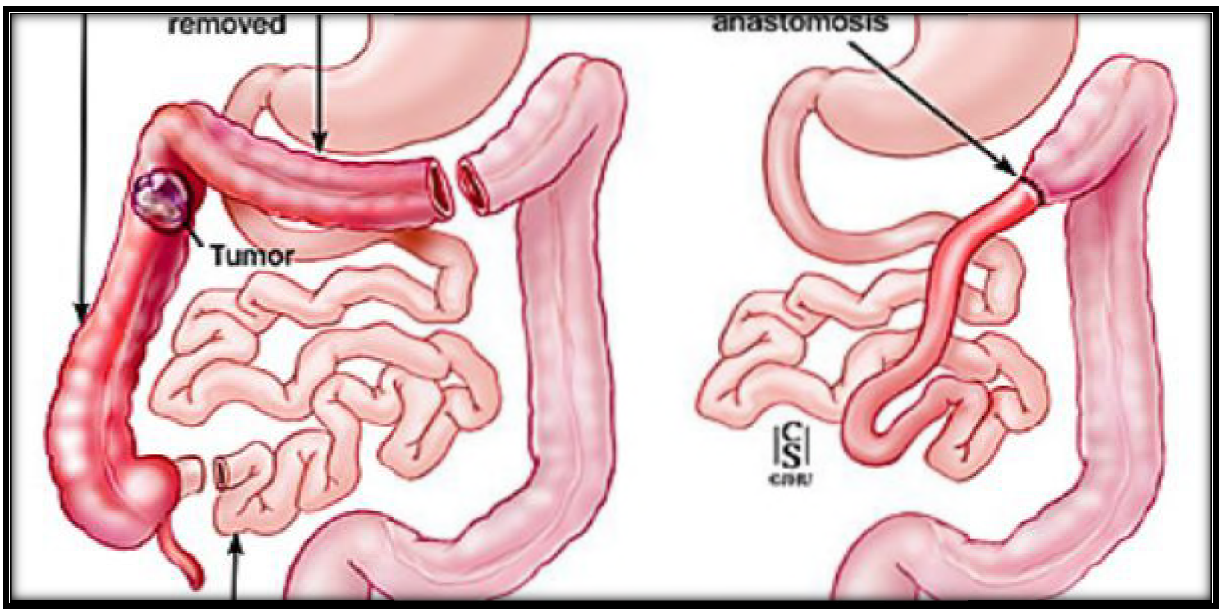
[1] أحمد الوصيف هلال، مرجع سبق ذكره، ص 149.

والجراحة أيضا تستخدم لتخفيف الألم وإصلاح التشوهات، وعموما فإن الجراحة تعتبر علاج موضعي فقط ولا بد من إتباعها بخطوات علاجية أخرى، لأن 50% من أنواع السرطانات تنتشر ولا تنحصر في مكان نشأتها[1].

أما بالنسبة لسرطان القولون والمستقيم فإن العملية الجراحية تكون عن طريق نزع جزء من القولون أو المستقيم المصاب بالسرطان وغدده المرافقة، إن عملية بتر جزء من القولون أو المستقيم تكون متغيرة حسب موضع السرطان.

أ- بالنسبة لسرطان القولون:

كيفية استئصال الجزء المصاب بالسرطان:



صورة مأخوذة من مجلة صادرة عن جمعية طهور لرعاية ومساندة مرضى السرطان السعودية، ص 20.

يمكن استئصال النصف الأيمن للقولون (استئصال نصفي أيمن) أو أيسر (استئصال نصفي أيسر)، ويمكن نزع جزء محدود للقولون الأيسر بالنسبة لبعض المواضع الخاصة (

[1] رياض نايل العاسمي، **علم نفس الصحة الإكلينيكي**، الجزء الثاني، دار الإعصار العلمي، الطبعة الأولى، عمان، 2014، ص، ص201-202.

القولون السيني، القولون المستعرض ....) وبالنسبة للأورام المتقدمة يجب نزع الأنسجة المجاورة أو الأعضاء المصابة.

ب- بالنسبة لسرطان المستقيم: إن بتر المستقيم ينزع المستقيم مع شحمه وغدده كليا أو جزئيا حسب موضع السرطان مقارنة بالشرج.

و ينزع المستقيم مع الشرج كليا عندما يكون السرطان في الأسفل، وتنتهي العملية بشرج اصطناعي (فغرة نهائية) وهو بتر جوفي شرجي[1].

2-2-2 العلاج الإشعاعي (Radio thérapie): مثل الجراحة تماما، يستخدم في العلاج الموضعي للورم، كما أنه أيضا يحارب الخلايا السرطانية التي تنتشر في الأنسجة السليمة، بحيث لا يمكن للجراحة أن تعالجها، وفي الغالب تستخدم الجراحة لاستئصال الورم السرطاني ثم نعالج الأنسجة المحيطة به بالأشعة، والعلاج الإشعاعي تستخدم فيه أشعة X أو أشعة GAMA أو إشعاعات أخرى ناتجة من إليكترونات عالية الطاقة لتدمير الخلايا السرطانية والتأثير على قدرتها على الانقسام، ويوجد نوعين من العلاج الإشعاعي:

حزمة الإشعاع السطحية (Télé thérapie): حيث يتم توجيه موجة الأشعة من مصدر تحكم إلى الجزء المصاب بالسرطان من الجسم.

العلاج الداخلي الإشعاعي (Brachy thérapie): وفيه يتم وضع مصدر مشع داخل الجسم وفي منطقة الخلايا السرطانية أو الورم[2].

العلاج الإشعاعي لسرطان المستقيم هو أمر أساسي، خصوصا في مرحلة ما قبل الجراحة بالنسبة للمستقيم السفلي والمتوسط، فهو يسهل الجراحة ويجنب المعاودة الموضعية بعد الجراحة، ويتم عبر مراحل، تدعى المرحلة الأولى التمثيل أو التخطيط التي يجب على

[1] عبد المجيد ساري و آخرون، مرجع سبق ذكره ، ص 58.

[2] رياض نايل العاسمي، مرجع سبق ذكره، ص 203.

الطبيب المعالج بالإشعاع خلاله تحضير الملف التقني، واختيار طاقة الأشعة، وتوضيح مجالات إرسال الأشعة، ثم يُخضع المريض لوشم على مستوى الحوض، وبعد ذلك يتم العلاج.

ويتم العلاج الإشعاعي من خلال عدة مرات بمعدل 5 جلسات في الأسبوع، بمعدل جلسة كل يوم خلال 5 إلى 7 أسابيع، وتستغرق العملية بضعة دقائق.

أما سرطان القولون فهو لا يتطلب العلاج الإشعاعي، لأن القولون عضو متحرك وطويل، يأخذ شكله تقريبا كل البطن، ويرتكز علاج سرطان القولون أساسا على الجراحة والعلاج الكيماوي[1].

2-2-3 العلاج الكيماوي: إلى جانب العلاج المحلي المتمثل في كل من الجراحة والعلاج الإشعاعي، لابد أن يسانده علاج كيماوي Chimiothérapie باستعمال الأدوية وعوامل كيماوية تقتل وتقضي على الخلايا السرطانية المنتشرة، وآلية عمل هذه الأدوية تقوم على تداخلها بالدرجة الأولى مع عملية بناء الخلية للمادة الوراثية DNA، وعملية الانقسام غير المباشر Métastase في المرحلتين S و M من أطوار دورة حياة الخلية.

وبالتالي فإن هذا التداخل يعمل على تدمير الخلايا السرطانية، والعوامل المختلفة المستعملة في العلاج الكيماوي تعمل إمّا على الإضرار بالمادة الوراثية للخلية، أو منع الخلية من الانقسام.

مشكلة العلاج الكيماوي أنه يؤثر على الخلايا السرطانية وغير السرطانية، أي أن العقاقير المتوفرة ليست متخصصة أو نوعية، فهي مثل العلاج الإشعاعي تقضي على الخلايا سريعة الانقسام سواءً السرطانية منها أو الخلايا السليمة، حيث أن الدواء الكيميائي يحمله الدم إلى

[1] ساري عبد المجيد و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 81.

جميع أجزاء الجسم فيصعب تجنب تأثيراته السامة، ولذلك فنجاح العلاج يتوقف على حساسية كل من الخلايا السرطانية والخلايا السليمة لتأثير الدواء، حيث أن الهدف يكون قتل جمع الخلايا السرطانية مع الإبقاء على الخلايا السليمة[1].

وتتمثل المعالجة الكيميائية في إعطاء المريض أدوية تدعى مضادات الانقسام والتي بدورها تقضي على الخلايا السرطانية، ويمكن أن تكون:

المعالجة الكيميائية واحدة: أي إعطاء المريض دواء واحد.

المعالجة الكيميائية المتعددة: أي عدة أدوية مشتركة وهو ما يدعى بالبرتوكول.

ويتم إخضاع المريض للأدوية الكيماوية في الحالات التالية:

- تكون على شكل مساعدة: تعطى بعد الجراحة لتدعيم الاستجابة وتفادي المعاودة.
- تكون متزامنة في نفس الوقت مع المعالجة الإشعاعية لرفع استجابتها (حالة سرطان المستقيم).
- تكون مسكنة للآلام في الحالات المتقدمة من المرض وتسمح بتحسين نوعية الحياة للمرضى.

ويأخذ المريض الدواء وفق طريقتين يمكن تلخيصهما كالتالي:

الطريقة الأولى: عن طريق الفم، بحيث يتناول المريض أقراص مضادات الانقسام.

الطريقة الثانية: وتكون عن طريق الحقن وهي على وجهين.

- داخل الأوردة: بحيث توضع إبرة في وريد الذراع وهي متصلة بكيس من المصل يحتوي على الدواء.

[1] رياض نايل العاسمي، مرجع سبق ذكره، ص 204.

- مسابير مركزية أو علبة صغيرة: المسبار هو أنبوب دقيق ومرن يدخل عبر البشرة على مستوى الجزء الأعلى للصدر تحت الناحرة اليسرى أو اليمنى في النظام الوريدي إلى غاية الوريد المركزي الكبير، ويتصل بخزان صغير يوضع تحت البشرة، وتتم هذه العملية لفترة قصيرة تحت تخدير موضعي، ويتم إدخال الدواء بالوخز عبر البشرة والغشاء اللين للخزان بإبرة خاصة تدعى إبرة هوبير.

والمعالجة الكيماوية لسرطان القولون والمستقيم يُسمح بها عموما، وبما أنها ليست موجهة فقط ضد الخلايا السرطانية، ويمكن أن تصل وتقضي على الخلايا العادية، وهذا الأثر السلبي هو مصدر الآثار غير المرغوب فيها والتي يمكن أن تتكرر[1].

3- تأثير العلاجات المختلفة لسرطان القولون والمستقيم على الحالة الغذائية للمريض:

أهم ما يواجه المريض المصاب بالسرطان بعد العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، تغير طعم الغذاء إلى طعم غير مقبول، وضعف الشهية الشديد بالإضافة للتعب الشديد والألم والضغط النفسي والاكتئاب والانفعال والغثيان أو الإسهال، وعند تلقي العلاج الكيميائي أو الإشعاعي من المحتمل فقدان حاسة التذوق للطعام، فيكون اللحم مراً، لهذا ينصح بإضافة الصلصة لتحسين طعمه، كما يتغير طعم السمك والبيض والطماطم ويصبح غير مستساغ أو كأنه طعم المعدن، لهذا لا يستحسن استخدام الملاعق والشوكات المعدنية لارتباط طعمهم بالطعم غير المرغوب فيه، وتستبدل بالملاعق والشوكات البلاستيكية، كما أن بعض الأورام تؤثر على المتقبلات العصبية في الدماغ كالتي تنظم عمل المعدة مثلاً[2].

[1] عبد المجيد ساري و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص، ص 70-73.

[2] عبد الحليم محمد أبو حمر، أحمد بن صالح القبلان، مرجع سبق ذكره، ص 35.

4- الطرق السليمة لتغذية المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم:

يخضع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم إلى نظام غذائي خاص، وذلك نظرا لطبيعة المرض والآثار المترتبة عن العلاج الذي يخضع له المريض، نذكر منها:

- تناول وجبات صغيرة من الطعام موزعة خلال اليوم، واستغلال فترة الشعور ببعض التحسن.
- تناول الأطعمة الخالية من الروائح ويفضل تقديم الطعام المهروس أو المطحون في أطباق جميلة جذابة لجعلها شهية.
- يعتبر جفاف الفم من الأعراض الجانبية الشائعة نتيجة العلاج الكيميائي والإشعاعي، وللتخلص من جفاف الفم ينصح بتناول أطعمة حلوة المذاق، مثل الحلويات السكرية أو المخللات مثل الفلفل أو مص قطع من مكعبات الثلج وتناول أطعمة غنية بالمرق من أجل المساعدة على استجلاب اللعاب، ما عدا في حالة تقرحات أو التهابات الفم مع ضرورة شرب الكثير من السوائل.
- التركيز علي بعض الأطعمة المغذية التي من السهل تناولها وهي الحليب المخفوق، ماء الشعير المنقوع، الشوفان أو الحبوب المطبوخة، شوربة الشعير، الذرة، الموز، الفواكه المعلبة أو الفواكه اللينة وكذلك البيض المسلوق نصف سلق أو المخفوق بقليل من الحليب ثم يقلى في قليل من الزبدة، البطاطس المهروسة، المقرونة بالجبن، العصير المعلب أو الطازج.
- تناول الأغذية الجاهزة الغنية بالبروتين والسعرات الحرارية.
- تجنب الأطعمة ذات الرائحة النفّاذة، والابتعاد عن المطبخ في حالة قيام أحد أفراد العائلة بالطبخ، كما أن الأطعمة الباردة والوجبات السريعة تساعد أيضاً على تقليل رائحة الطعام.
- في الحالات الصعبة لابد من التغذية عن طريق الأنبوب لضمان التغذية الكافية[1].

[1] عبد الحليم محمد أبو حمر، أحمد بن صالح القبلان، مرجع سبق ذكره، ص، ص 36-37.

المبحث الثاني: العوامل المساعدة والعوامل الواقية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم

الصحة حق أساسي لكل إنسان، حق لجميع البشر دون النظر إلى العرق أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الحالة الاجتماعية أو الاقتصادية، ولقد عرفت منظمة الصحة العالمية OMS الصحة بأنها حالة من اكتمال لياقة الشخص بدنياً وعقلياً ونفسياً واجتماعياً، ولا تقتصر على مجرد انعدام المرض أو الداء[1].

و حسب هذا التعريف الشامل للصحة، فإنه ينبغي التأكيد على حقيقتين، الحقيقة الأولى أن مفهوم الصحة أوسع من مجرد مكافحة الأمراض و معالجتها والحيلولة دون حدوث الإعاقات أو ما تقدمه المؤسسات الصحية من رعاية على مختلف المستويات، بل تتعدى لتشمل كل الممارسات اليومية للفرد والمجتمع، و التي تؤثر على صحة الإنسان و سلامته. والحقيقة الثانية أن تعزيز الصحة هو في الأساس مسؤولية الأفراد والمجتمع وليست المؤسسات الصحية فقط[2]، و لن تتحقق الصحة إلا عندما يتمكن الأفراد من خلق وتعزيز ظروف معيشية صحية من خلال إتباع أنماط الحياة الصحية لتمكينهم من التمتع بنعمة الصحة و المحافظة عليها[3].

شهدت العقود الماضية تغيراً جذرياً في أنماط الأمراض وانتشارها بين أفراد المجتمع من الأمراض المعدية، إلى الأمراض المزمنة لاسيما الأمراض التي يعبر عنها بأمراض النمط

---

[1] أحمد حمد بدح و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 09.

[2] أمل عبد الرحمن الجودر، **أنماط الحياة الصحية**، وزارة الصحة، قسم التثقيف الصحي، المنامة، البحرين سنة 2002، ص 05.

[3] تقرير منتدى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في **الرعاية الصحية «WISH» حول التصورات السلوكية** لعام 2016 الدوحة، قطر.

المعيشي كأمراض الضغط والقلب والسرطان والسكر وكثير من هذه الأمراض إنما هي نتيجة لسلوك خاطئ للأفراد و المجتمعات.

1- العوامل المساعدة على الإصابة بسرطان القولون والمستقيم

1-1 الغذاء الغني بالدهون:

أثبتت الأبحاث العلمية المتكررة أن هناك علاقة وثيقة بين كمية الدهون المستهلكة في الطعام ونسبة الإصابة بالسرطان، وخاصة سرطان القولون والمستقيم والثدي والبروستاتا، فقد وجد أن أعلى المعدلات للإصابة بهذه السرطانات تكون في الدول الغربية الصناعية مثل الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أن هذه الدول تتميز بارتفاع استهلاكها للدهون في الغذاء، أما في اليابان والدول الآسيوية، حيث يكون استهلاك الدهون منخفض جداً في وجباتهم، نجد أن أقل معدل للإصابة بهذه الأنواع من السرطانات في هذه الدول.

ومن الطرق الجيدة للتقليل من كمية الدهون المأخوذة:

- الطهي في الفرن والسلق والشي بدل التحمير.
- تشفية اللحوم من الدهون المرئية.
- الحد من استعمال الزبدة، والكريمة والشحوم والزيوت والصلصات عالية الدهن.
- التقليل من الأطعمة الجاهزة التي تحتوي على نسبة عالية من دهون.
- استعمال كميات قليلة من الدهون والزيوت أثناء الطهي[1].

[1] منى خليل عبد القادر، **التغذية العلاجية**، مجموعة النيل العربية، الطبعة الثانية، القاهرة مصر، سنة 2004، ص، ص 219- 220.

1-2 الأطعمة المملحة والمدخنة والمشوية على الفحم:

في بعض المناطق في العالم، وجد أن الاستهلاك الزائد من هذه النوعية من الطعام قد يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإصابة بسرطان المعدة، القولون والمستقيم والمريء. لذا ينصح بالاعتدال في تناولها، وينتج الضرر من مادة الهيتروسيكليك أماين (HCAS) (amines Hétérocyclique) التي تتكون نتيجة تفاعل المواد الناتجة من الفحم والأبخرة مع مواد طبيعية موجودة باللحم وتكون هذه المادة مسببة للسرطان.

1-3 المواد المضافة للأغذية:

هناك العديد من الدراسات تشير إلى أن المواد الكيماوية الموجودة في الأطعمة المحفوظة والمصنعة التي تستعمل كمواد حافظة من التلوث أو مواد مكسبة للطعم والنكهة أو اللون لها تأثير فعال للإصابة بمختلف أنواع السرطانات، حيث أن تناول الأطعمة المحتوية على هذه المواد بانتظام وعلى المدى الطويل يؤدي إلى ترسيب هذه المواد بالجسم، وبالتالي تؤدي إلى تكوين مواد سرطانية[1]، ومن أهم المواد المضافة للأغذية:

مكسبات اللون والطعم والرائحة: تعرف المواد المضافة بأنها مكونات من المادة الغذائية، تضاف بصورة متعمدة إلى المواد الغذائية لإحداث أي تحسين في مظهرها أو نكهتها أو قوامها أو إطالة مدة حفظها أو أي تأثير وظيفي أو تقني آخر، أو تضاف بصورة غير متعمدة لإنتاج وتوزيع وتصنيع المادة الغذائية.

[1] منى خليل عبد القادر، نفس المرجع السابق، ص 222.

ويجب أن نأخذ النقاط التالية بعين الاعتبار عند التعامل مع المواد المضافة للأغذية:

- يمكن استخلاص الكثير من مكونات الأغذية الكيميائية وإضافتها إلى مواد غذائية أخرى.
- استخدام تركيز عالي من أي مادة مضافة يمكن أن يكون ضار بالصحة.
- استخدام الحد الأدنى المسموح به من أي مادة مضافة يمكن أن يكون آمناً.
- يجب تقييم كل مادة مضافة على حدى للتعرف على فوائدها ومضارها.

وتكمن أهمية المواد المضافة في قدرتها على المحافظة على القيمة الغذائية للأطعمة، وإطالة مدة حفظها، وزيادة جاذبية الأطعمة ومساعدة وسائل التصنيع الغذائي.

كما يؤخذ على المواد المضافة إخفاءها لبعض عيوب تصنيع الأغذية، وتضليل المستهلك، وخفض القيمة الغذائية للأطعمة، لأن المواد المضافة أقل تكلفة لذلك فقد يستغنى عن بعض المعاملات الصناعية الأكثر جودة.

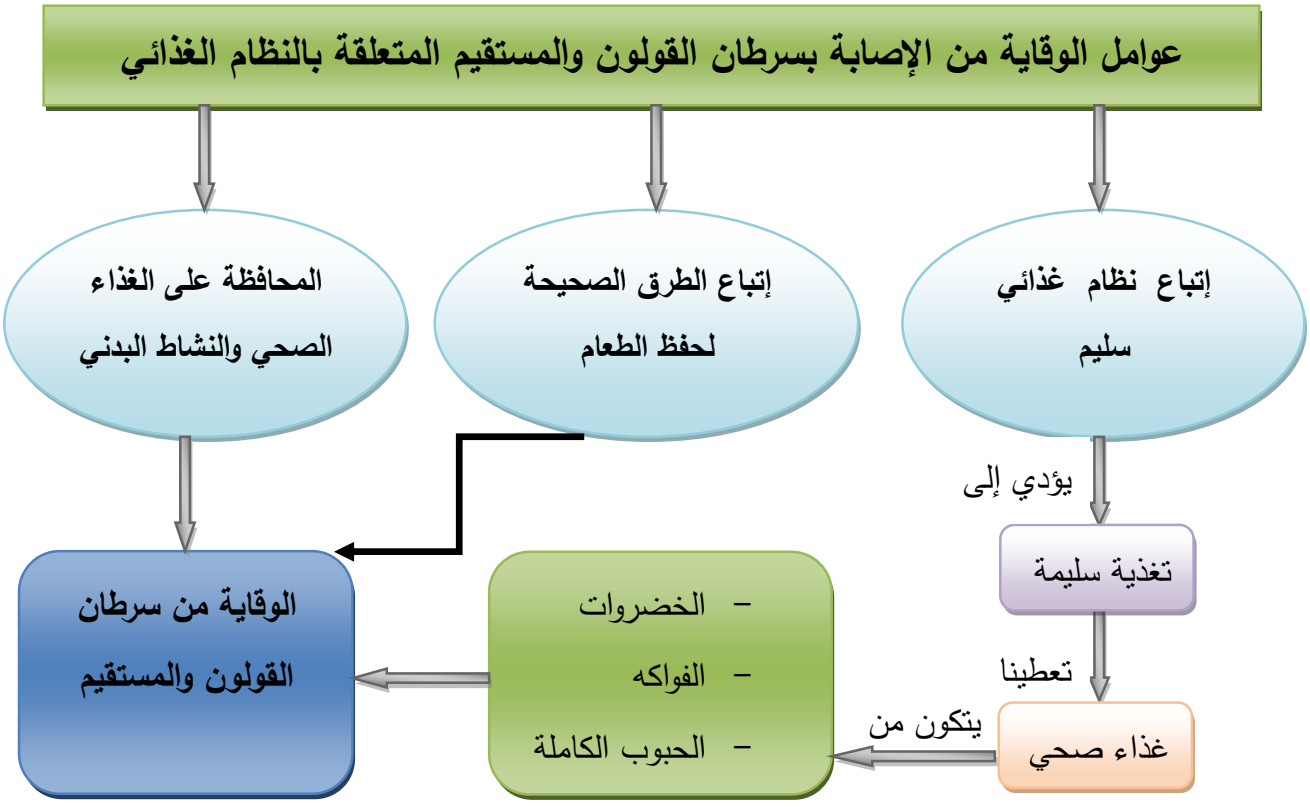
وتتمثل الأسس الصحية المرجو توافرها في المواد المضافة في:

1- التأكد من قائمة المواد المضافة المسموح بها عالميا من قبل منظمتي (WHO/FAO) قبل استعمال أية مادة.
2- التأكد من من المقدار المسموح به والذي يعتمد على مقدار الطعام المتناول المضاف إليه، وأقل كمية يبدأ عندها حدوث الخلل الفزيولوجي، أي اكتشاف حد الأمان، وكذلك مدى تجمع المضافات الغذائية في جسم الانسان.
3- ينص القانون على وجوب ذكر أسماء المواد المضافة على بطاقة البيان وبصورة واضحة، وأن يكون هناك طرق للكشف عنها.
4- قبل استعمال أي مادة يجب أن تكون قد خضعت لدراسات علمية لإثبات أهميتها وتقييم مخاطرها الصحية، وذلك بإجراء تجارب أهمها: تجارب السمية الحادة

Acutetoicity، واختبار السرطنة Carcinogenity، واختبار التطفير Mutagenicity، واختبار المسخية Teratogenicity للتأكد من سلامة أي مادة مضافة قبل استعمالها[1].

2- العوامل الواقية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم

هناك عدة عوامل تساعد على الوقاية من السرطانات بصفة عامة ومن سرطان القولون والمستقيم بصفة خاصة، منها ما يتعلق بالنظام الغذائي ومنها ما يتعلق بالحس الصحي. وهنا نستعين بمخطط توضيحي لتبيان عوامل الوقاية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم المتعلقة بالنظام الغذائي:



مخطط توضيحي من إعداد الباحث

[1] أحمد حمد بدح و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص، ص 202-203.

2-1 عوامل الوقاية المتعلقة بالنظام الغذائي:

2-1-1 إتباع نظام غذائي سليم:

تغيرت طبيعة النظام الغذائي الجيد بشكل كبير على مر السنين، حيث أن للغذاء أكثر من وظيفة في حياة الإنسان، طفلاً كان أم راشداً كبيراً، فالطعام هو الذي يمد الإنسان بالطاقة والحيوية اللازمة لقيامه بالأنشطة المختلفة، وفيه الوقاية من الإصابة بالأمراض. ومما لا شك فيه أن هناك تلازما قويا بين الغذاء والتمتع بالصحة الجسمية والعقلية والنفسية، فقد يكون الغذاء مصدرا للصحة أو المرض، أو مصدرا للقوة والعافية أو السقم والضعف، و يشتمل الغذاء الصحي على أنواع الأطعمة الموضحة كالتالي:

- الفواكه والخضروات: يجب أن تؤكل أشكال واسعة من الفواكه والخضروات.
- الخبز والمعكرونة والحبوب والبطاطا: يجب تناول الكثير من الأطعمة التي تحتوي على الكربوهيدرات المعقدة، ويفضل الأطعمة ذات النسبة العالية من الألياف.
- اللحوم والأسماك والبدائل: يجب أن تؤكل بكميات معتدلة خاصة اللحوم الحمراء، وينصح باختيار أصناف قليلة الدسم.
- الحليب ومنتجات الألبان: يجب أن تؤكل باعتدال، بحيث تكون كمية الدهون منخفضة، وينبغي اختار البدائل إذا كان ذلك ممكنا.
- الأطعمة الدهنية والسكرية: مثل رقائق البطاطس والحلويات والمشروبات السكرية، وينبغي تناولها بكميات قليلة[1].

إذا إتباع نظام غذائي سليم حتما يؤدي بنا إلى تغذية سليمة مفيدة لصحة الإنسان الجسمية والعقلية والنفسية.

[1] رياض نايل العاسمي، مرجع سبق ذكره، ص، ص 96-97.

أ- **التغذية السليمة:** عمليًا لا توجد توصية لغذاء واحد صحيح للجميع، نختلف عن بعضنا بمبنى الجسم، بطريقة حياتنا، بعادات تناول الطعام، وبتفضيل نوع الغذاء بحسب ذوقنا وثقافتنا، لذا يجب أن يكون الغذاء مناسبًا لاستهلاكنا الشخصي وللأشياء التي يفضلها كل واحد منا.

الغذاء" الصحيح للرياضيين، ليس بالضرورة صحيح لموظفيِ البنك، والغذاء المناسب للمراهقين، ليس بالضرورة مناسبًا للمسنين وهكذا دواليك، يجب أن يكون الغذاء مناسبًا بالأساس لمبنى الجسم، العمر، ولمستوى الطاقة المستغلة.

توجد أهمية لجودة الغذاء لجميع الأعمار، لكن تكمن الأهمية الكبرى بشكل خاص في فترة الطفولة والمراهقة اللتان تتميزان بعمليات النمو والتطور السريع، تحتاج الإضافة السريعة لأنسجة الجسم إلى مكونات غذاء كثيرة وإضافة طاقة، إذا لم يستوعب الجسم ذلك، تتضرر وتيرة النمو وتتباطأ أو يتأجل التطور الجسمي، التغذية الصحيحة، هي التغذية المتوازنة التي تحقق الشرطين الآتيين :

1- تزوِّد الجسم باحتياجاته للطاقة، بحيث تتحقق ملائمة بين كمية الطاقة المستوعبة وبين كمية الطاقة المستغلة.

2- تزوِّد الجسم بجميع مكوِّنات الغذاء الضرورية للأداء السليم، حيث توجد توجهات مختلفة للتغذية الصحيحة، على الرغم من ذلك، بحسب التوجه المقبول عند جميع الذين يبحثون في مجال، التغذية الصحيحة هي:

- تشمل سوائل كثيرة، مثل: الماء والصودا دون سكريات أو إضافات صناعية مختلفة.
- تشمل الحبوب(بالأساس الكاملة)، خضروات وفواكه، على الأقل من خمسة ألوان مختلفة في كل يوم.
- تشمل الحليب ومنتجاته قليلة الدسم.

- تشمل لحوم قليلة الدهنيات، مثل: الطيور، الأسماك وأيضا البيض، والبقوليات والجوز.
- قليلة الملح والسكريات البسيطة.
- قيمة سعراتها الحرارية لا تفوق احتياجات الجسم للطاقة[1].

إن كانت تغذيتنا سليمة 100 %، معناه أننا نتاولنا غذاءاً صحيا يفيد جسمنا ويقويه على مجابهة أعباء الحياة اليومية ويكسبه المناعة لمقاومة شتى الأمراض ومنها مرض سرطان القولون والمستقيم.

ب-الغذاء الصحي: المقصود بالغذاء الصحي، تناول الغذاء السليم المتوازن الذي يؤدي إلى الصحة التامة للأفراد والمجتمعات، وهذا الغذاء الصحي المتوازن يجب أن لا يكون فاسداً، وأن لا يحتوي على مواد سامة أو ضارة بالصحة، وأن لا يحتوي على ميكروبات مرضية وأن لا يحتوي على طفيليات ضارة بصحة الإنسان الفرد والإنسان المجتمع.

ويعد الغذاء الطبيعي الكامل المتزن مهم للصحة والنمو ورفع سوية الفرد الجسمية والعقلية وحتى النفسية، لذلك يجب الاهتمام بالتغذية منذ مراحل الحمل الأولى وعلى طول مراحل الحياة، وهو عنصر رئيس لاستمرارية الحياة والقيام بالوظائف الطبيعية للإنسان، وهو عبارة عن مزيج من المواد الغذائية ذات طعم ورائحة ومنظر مقبول ويزيل الشعور بالجوع. وأهمية الغذاء ترجع لكونه يعطي الطاقة، ويبني ويجدد أنسجة الجسم، ويقي ويعطي المناعة ضد الإصابة بالأمراض بالإضافة إلى الناحية النفسية، إذ أن الشخص يشعر بالرضي والسعادة إذا ما تناول غذاء شهياً.

[1] مجلة **التغذية وصحة الإنسان** ص، ص 175-176.

وتعرف الوجبة بأنها: مجموعة من الأطعمة التي يتناولها الفرد مرة واحدة، ويتكون الطعام من مجموعات من المغذيات الرئيسية تشمل: البروتين، والدهون، الكربوهيدرات، والفيتامينات، والأملاح المعدنية والماء[1]. وتوجد هذه الأخيرة في:

الخضروات والفواكه والحبوب الكاملة: الخضروات والفواكه والحبوب الكاملة تمد الجسم بمجموعة كبيرة من العناصر الغذائية والمركبات الكميائية النباتية (phytochemicals) والتي تساعد على الوقاية من السرطان. وكمثال لهذه المركبات الكميائية مادة آليل سلفايد Allul Sulfides الموجودة بالثوم والبصل ومادة السلفورافان Sulforaphane الموجودة في البروكلي، وهناك العديد من هذه المواد موجودة في الخضروات مثل البقدونس والسلق والقرنبيط والكرنب والفجل. ومن أمثلة هذه المواد التي توجد في الفواكه حمض الإلاجيك Ellagic acid الموجودة في العنب والفراولة والتوت والكرز والمكسرات، وأيضا الفينولات Phenois الموجودة في الموالح والفراولة والكرز والشاي.

وتكمن الفائدة الفعلية في هذه المواد الكميائية أو المركبات الموجودة بالفواكه والخضروات والحبوب الكاملة (Phytochemicals)، في أنها تنشط بعض الأنزيمات الخاصة الموجودة بالجسم. هذه الأنزيمات يمكنها التخلص من التأثير الضار للمواد المسببة للسرطان قبل وصولها إلى نواة الخلية حيث تتم الإصابة وإحداث الخلل.

بعض العناصر الغذائية مثل فيتامين أ، ج، هـ والسيلينيوم والألياف* تعتبر مواد مضادة للسرطان عندما تستهلك بكميات مناسبة في الوجبات المتوازنة. وقد أثبتت بعض الأبحاث أن استهلاك الأطعمة العالية في محتواها من البيتاكاروتين الذي يتحول بعد تناوله إلى فيتامين أ

[1] أحمد حمد بدح و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 176.

له علاقة بانخفاض معدل الإصابة بمعظم أنواع السرطان، أيضا الأطعمة الغنية بفيتامين ج تعتبر من المثبطات لحدوث السرطان وخاصة سرطان القولون والمستقيم، المعدة والمريء.

تشير بعض الدراسات إلى ارتفاع معدل الوفيات بسبب الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في المناطق التي ينخفض فيها استهلاك السيلينيوم في الغذاء، والسيلينيوم كملح معدني تتوقف كميته في النبات والحيوان على كميته في التربة، كما يجب مراعاة أن الجرعات العالية من السيلينيوم تؤدي إلى التسمم[1].

هناك دلائل تشير إلى أن الأطعمة العالية الألياف قد تقلل من معدل الإصابة بسرطان القولون، حيث أن الألياف في الغذاء تحتوي على عدة مواد معقدة ومختلطة مع بعضها، فإنه يفضل عدم تناول نوع معين من الألياف بمفرده. ولكن من الأفضل تناول الألياف من مصادرها الغنية من الأطعمة.

ويوصى بتناول 25 إلى 35 غرام يومياً موزعة على جميع الوجبات، ويمكن تلخيص الفوائد الهامة للألياف بالنسبة للسرطان في الأتي:

– أنها تنشط انقباضات عضلات القولون وبالتالي تقلل من بقاء الفضلات به وتقلل من الإمساك Constipation.

– تخفف من تركيز المواد المسببة للسرطان وتقلل من الوقت الذي تبقى فيه هذه المواد بالقولون ومتصلة بالحائط الداخلي له.

[1] منى خليل عبد القادر، نفس المرجع السابق، ص 221.

- **الألياف:** هي إحدى مكونات الأغذية النباتية، وطبيعتها غير قابلة للهضم عند الإنسان، لكنها تساعد في دفع الطعام داخل الجهاز الهضمي خاصة في الأمعاء الغليظة مما يساهم في تسهيل عملية التبرز.

– تمد البكتيريا النافعة في القولون ببيئة مناسبة، حيث تقوم بهضم جزئي لبعض الألياف وتمدنا بالعناصر الغذائية الناتجة عن عملية الهضم، وفي نفس الوقت تحافظ على وسط حمضي صحي للقولون.

قد تحدد الألياف بوجبات مرضى السرطان في حالة عدم مقدرة الجهاز الهضمي على عملية الهضم، هذا النوع من التحديد في الوجبات يستعمل غالباً بعد الجراحة في الجهاز الهضمي وقبل رجوع المريض إلى غذائه الاعتيادي، ويتم تحديد الألياف في الوجبات أيضا في حالة العلاج بالإشعاع، حيث يحدث تحطم لبعض الأجزاء بالأمعاء، وأيضا في حالة الإلتهاب الشديد بالجهاز الهضمي.

– بعض المصادر الغنية بهذه العناصر الغذائية الهامة:

- بيتاكاروتين: الخضروات الداكنة الخضرة والصفراء مثل الكرنب والسبانخ* والجزر والطماطم والفجل والجرجير.
- فيتامين ج: الموالح والخوخ والفراولة والشمام والطماطم والقرنبيط والفلفل الأخضر والبطاطا.
- فيتامين هـ: الحبوب الكاملة وجنين القمح والسبانخ والخضروات الورقية الخضراء.
- السيلينيوم: يوجد في القمح وسمك التونة والبصل والطماطم، بشرط أن تكون التربة المزروع فيها هذه النباتات غية بالسيلينيوم.
- الألياف: الخضروات والفواكه والحبوب الكاملة والمخبوزات المحتوية على الدقيق الكامل.

* **السبانخ:** هو نبات حولي من الخضروات الحقلية، موطنه الأصلي آسيا، يبلغ طوله حوالي 30 سم، ينتج مجموعة سميكة من الأوراق العريضة الطرية، وتأكل أوراقه نيئة أو مطبوخة، يعرف عندنا في الجزائر بالسلق.

2-1-2 اتباع الطرق الصحية لحفظ الطعام :

بعد إعداد وتحضير وطهو الأطعمة يجب حفظها داخل الثلاجات، التي يجب ضبط درجة حرارتها على درجة تتراوح ما بين صفر إلى أربع درجات مئوية، كما يجب تغليفها قبل حفظها في الثلاجة، وعلينا حفظها في أماكن بعيدة عن الأغذية الطازجة لمنع تلوثها.

كما يجب تقديمها وإعدادها في أدوات صحية، والتأكد قبل استخدامها من عدم تلوثها ومن صلاحيتها للاستعمال. فالأغذية مواد قابلة للتلف لأنها تتعرض لمهاجمة الميكروبات المجهرية، ولحدوث التفاعلات الكيماوية الحيوية بسبب الأنزيمات أثناء فترة التخزين، وتختلف الأغذية الطازجة في سرعة تلفها ويتوقف ذلك على عوامل عديدة منها نسبة الرطوبة، ودرجة الحموضة وعوامل أخرى أهمها:

1- التفاعلات التي تتم بين مكونات الأغذية وأكسجين الجو، وينتج عنه تغير في لون وطعم ورائحة المنتوج الغذائي.
2- اسوداد لون المواد الغذائية، وخاصة الأغذية المحتوية على مواد ملونة كالكاروتين.
3- فقدان بعض الفيتامينات أثناء عملية التخزين وذلك بسبب أكسدتها مثل فيتامين ج.
4- الانتفاخ الهيدروجيني في المعلبات الذي ينتج من تفاعل الأحماض الموجودة بالمادة الغذائية مع معدن العلبة وانتاج غاز الهيدروجين نتيجة هذا التفاعل.
5- اسوداد لون المواد الغذائية البروتينية كالأسماك واللحوم والبقول المعلبة لوجود عنصر الكبريت في هذه المواد البروتينية واتحاده مع معدن العلبة.

الأساس العلمي لحفظ الأطعمة بالتبريد أو التجميد يعتمد على أن معظم الميكروبات تنمو وتتكاثر في درجات حرارة 16-38 م°، وهناك أنواع من الميكروبات محبة لدرجة الحرارة المنخفظة أو المرتفعة، لذلك فإن التبريد أو التجميد للأطعمة يؤدي إلى وقف نشاط أو موت

الميكروبات، كما يؤدي إلى خفض سرعة حدوث التفاعلات الكيميائية والحيوية، ونقصان عمليات تبخر الماء من الأطعمة، خاصة في حالة التجميد بصورة فعالة، كما أن للتجميد تأثير قاتل على الطفيليات، وبالتالي يمنع حدوث فساد الأطعمة[1]. وتؤدي الطريقة الصحيحة لحفظ الطعام إلى المحافظة على سلامته والانتفاع به والعكس صحيح.

2-1-3 المحافظة على التغذية الصحية والنشاط البدني:

من المهم أن يتغذى المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم جيداً وأن يظل نشيطاً قدر المستطاع، حيث يحتاج المريض إلى مقدار مناسب من السعرات الحرارية للحفاظ على وزن جيد خلال تلقيه للعلاج وبعده، ويحتاج أيضا إلى قدر كافي من البروتين، والفيتامينات، والمعادن، والتغذية الجيدة تساعده على الشعور بالصحة، وتوفر له الطاقة. كما قد تكون التغذية الجيدة صعبة المنال، ففي بعض الأحيان وخاصة أثناء العلاج أو بعده بقليل، قد لا يشعر المريض بالرغبة في تناول الطعام، وقد يشعر بعدم الراحة أو التعب، وقد يجد أن الأغذية لم يعد طعمها جيد كما في السابق، وربما ينتابه الغثيان أو القيئ أو الإسهال أو تقرح الفم.

ويمكن للطبيب أو أخصائي التغذية أو مقدم الرعاية الصحية أن يقترح على المريض طرقاً للتعامل مع هذه المشكلات.

ويجد بعض الناس أنهم يتحسنون عندما يظلون نشطين، ويمكن للمشي واليوجا والسباحة والأنشطة الأخرى أن تبقي المريض في صحة جيدة وتزيد من طاقته، ومهما كان النشاط

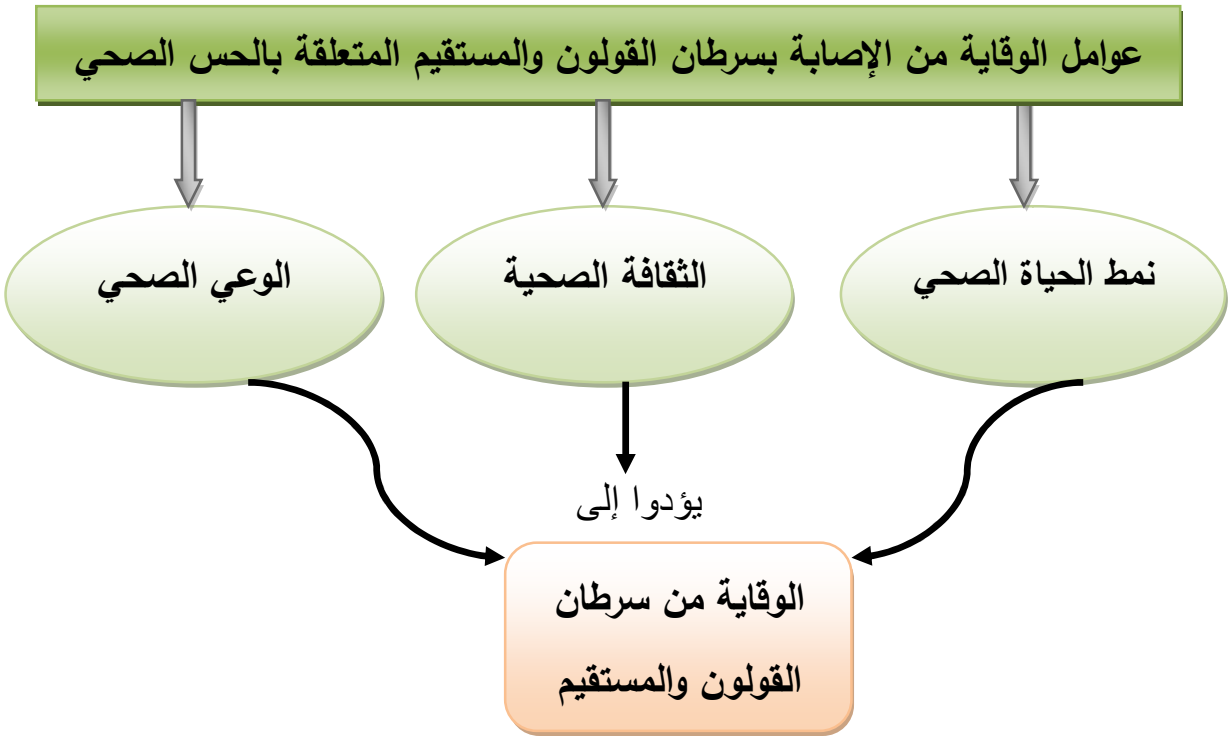
[1] أحمد حمد بدح و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 192.

البدني الذي يختاره المريض لنفسه، فليتأكد من مراجعة طبيبه قبل البدء فيه، و يمكن لهذا النشاط أن يسبب للمريض ألما أو مشكلات أخرى، فعليه بإعلام الطبيب فوراً[1].

2-2 عوامل الوقاية المتعلقة بالحس الصحي:

بعدما تطرقنا إلى عوامل الوقاية المتعلقة بالنظم الغذائية وبيّنا دورها في الوقاية من مختلف الأمراض، وخاصة مرض سرطان القولون والمستقيم، ارتأينا أنه من اللازم التطرق إلى عوامل الوقاية من الأمراض المتعلقة بالحس الصحي، والذي اقتصرنا فيه الحديث على عاملين مهمين في حياة الفرد والمجتمع والمتمثلان في: الثقافة الصحية والوعي الصحي.

ولكي يسهل للقارئ متابعة وفهم الطريقة المنتهجة نقترح المخطط التوضيحي التالي:



مخطط توضيحي من إعداد الباحث

[1] محمد بن عبد الرحمن العقيل، مرجع سبق ذكره، ص 25.

قبل الخوض في مفهوم الحس الصحي الذي أطرناه بمفهومي الثقافة الصحية والوعي الصحي، أردنا التطرق لأنماط الحياة الصحية التي هي عبارة عن مزيج بين ما هو حسي كالتغذية وما هو غير حسي كالثقافة الصحية والوعي الصحي.

2-2-1 نمط الحياة الصحي:

على الرغم من أنه كان ولا يزال عاملا دائما وهاما في حدوث الأمراض، إلا أن أهميته لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض لم تبرز إلا مؤخرا، عندما استطاعت الدول المتقدمة في خفض معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والسرطان بواسطة تغيير نمط الحياة وسلوكيات الأفراد. فعندما استبدلت الأطعمة الغنية بالدهون والكلسترول بأطعمة قليلة الدهون، وحل الزيت النباتي بدلا من السمن الحيواني وزاد استهلاك السمك ومارست الملايين الرياضة البدنية بانتظام ونجحت حملات التدخين في الحد من انتشار ظاهرة التدخين.

ومن المؤكد بأن خلق عادات صحية سليمة منذ الطفولة والمراهقة أسهل وأجدى وأرسخ من محاولة تغيير السلوكيات في منتصف العمر بعد أن تستفحل العادات الخاطئة ويصعب تغييرها، وعليه فإن الأسرة والمدرسة لهما دور كبير في زرع هذه السلوكيات السليمة لدى أطفالهم منذ الصغر، وتشمل أنماط الحياة الصحية على القواعد الآتية:

- التغذية السليمة.
- ممارسة الرياضة بانتظام.
- الامتناع عن التدخين.
- الامتناع عن تعاطي الكحول.
- الامتناع عن الممارسات الجنسية المحرمة.
- الحصول على نوم كاف.

- المحافظة على النظافة الشخصية والنظافة العامة.
- مراعاة أمور السلامة للوقاية من الحوادث.
- التعامل الصحيح مع التوترات.
- الفحوصات الذاتية الدورية[1].

وعليه يمكن القول بأن إتباع نمط حياة صحي سليم والتقيد بالقواعد السالفة الذكر يمّكن من الوقاية من الكثير من الأمراض التي تصيب الإنسان ومنها مختلف السرطانات وبالأخص سرطان القولون والمستقيم.

2-2-2 الثقافة الصحية:

لقد شهدت العقود الماضية تغيراً جذرياً في أنماط الأمراض وانتشارها بين أفراد المجتمع من الأمراض المعدية، إلى الأمراض المزمنة لاسيما الأمراض التي يعبر عنها بأمراض النمط المعيشي كأمراض السرطان والضغط والقلب والسكر، وكثير من هذه الأمراض إنما هي نتيجة لسلوك خاطئ، ومن هنا فإن التثقيف الصحي هو حجر الزاوية للوقاية من هذه الإمراض بل هو أول نشاطات تعزيز الصحة، فمن خلاله يتم الارتقاء بالمعارف والمعلومات وبناء التوجهات وتغيير السلوكيات الصحية. خلال السنوات الأخيرة تم الارتقاء بمفاهيم التثقيف الصحي فأصبح علماً من علوم المعرفة يستخدم النظريات السلوكية والتربوية وأساليب الاتصال ووسائل التعليم ومبادئ الإعلام للارتقاء بالمستوى الصحي للفرد والمجتمع[2]. ونخص هنا بالذكر حصص التوعية الصحية حول مختلف الأمراض وبالأخص الأمراض التي تشهد انتشارا واسعا في أوساط المجتمع الجزائري، على غرار مرض سرطان

[1] أمل عبد الرحمن الجودر، مرجع سبق ذكره، ص،ص 5-6.

[2] حسن هادي باقر، سامر عبد الستار أمين، **دليل التثقيف الصحي للعاملين في مجال الرقابة الصحية**، مقال صادر عن وزارة الصحة العراقية، الطبعة الأولى سنة 2012، العراق، ص 06.

القولون والمستقيم، من خلال الحصص التلفزيونية والحملات التحسيسية والومضات الإشهارية.

تعريف الثقافة الصحية: تتعدد تعاريف الثقافة الصحية وتختلف حسب طبيعة الموضوع المعالج، أما نحن فيمكننا القول بأن: «الثقافة الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية على مستوى الفرد و المجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات و السلوكات غير السوية، و كذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات و ممارسات العادات الصحية السليمة»[1]. وهنا يمكن أن نقسم الثقافة الصحية حول مرض سرطان القولون والمستقيم إلى قسمين، القسم الأول يتعلق بالثقافة الصحية التي تقي من الإصابة بالمرض لأن الوقاية خير من العلاج والتي كنا قد أشرنا إليها فيما سبق والمتمثلة في عوامل الوقاية من الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم، والقسم الثاني يتعلق بالثقافة الصحية التي يجب أن يتحلى بها المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم أثناء مراحل العلاج المختلفة أو ما يعرف بكيفية التعايش مع المرض.

كما يمكننا القول أنه كلما كان للمريض معارف ومفاهيم صحية سليمة كلما تمكن من تحديد مشاكله الصحية وسعى إلى حلها وتمكن أيضا من تحسين حالته الصحية ونوعية حياته.

2-2-3 الوعي الصحي:

بعدما تطرقنا إلى الثقافة الصحية ودورها البارز سواء في الوقاية من مختلف الأمراض ومن هذه الأمراض سرطان القولون والمستقيم أو كيفية التعامل مع المرض حال الإصابة به، سوف نتطرق بعدها إلى ماهية الوعي الصحي ودوره في الوقاية من مختلف الأمراض، ومنها سرطان القولون والمستقيم.

[1] أحمد حمد بدح و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 14.

يعتبر الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع من أهم العوامل المؤثرة على برامج الخدمات الصحية، و يعتبر المستوى التعليمي و الثقافي أحد العوامل الهامة التي تلعب دورا أساسيا في توافر الوعي الصحي لدى الفرد، فالأفراد الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي و يكونون أكثر قدرة على فهم أسباب المرض و طرق تنفيذ علاجه.

الوعي لغة يقصد به " الحفظ و التعلم، فوعي الحديث معناه يعيه وعيا أو يحفظه، و يقول تعالى ﴿ وتعيها أذن واعية ﴾ أي مدركة و صاغية " فمفهوم الوعي يدل على " إدراك الفرد لنفسه و للبيئة المحيطة به، وهو على درجات من الوضوح والتعقيد، و الوعي بهذا المعنى يتضمن إدراك الفرد لنفسه و لوظائفه العقلية و الجسمية و إدراكه لخصائص العالم الخارجي، و أخيرا إدراكه لنفسه باعتباره عضو في جماعة "[1].

هذا بالنسبة لمفهوم الوعي أما الوعي الصحي يقصد به إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات و الحقائق الصحية و إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال الممارسة عن قصد نتيجة الفهم والاقتناع لتحويل تلك الممارسات إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير[2].

بمعنى آخر الوعي الصحي هو الهدف الذي نسعى إليه و نتوصل إليه، لا أن تبقي المعلومات الصحية كثقافة صحية وفقط[3].

أما الوعي الصحي الذي نرغب في التوصل إليه وإيجاده في تفكير الفرد والمجتمع حول مرض سرطان القولون والمستقيم، هو توفر ذلك المستوى الأدنى من المعارف والثقافة

---

[1] سامية عمارة، **السلوكيات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة، دراسة ميدانية لعينة من النساء في سن ما بعد الإنجاب ببلدية القليعة**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، السنة الجامعية 2013/2012 ص، 14 (بتصرف).

[2] أحمد حمد بدح و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 15.

[3] عمارة سامية، مرجع سبق ذكره ص، 14.

الصحية حول المرض من أجل الوقاية منه، والوقاية خير من العلاج، وذلك باجتناب كل العوامل المؤدية للإصابة به والالتزام بالعوامل الواقية منه، والقيام بالكشف المبكر حال ظهور أعراضه الأولى، و امتلاك تلك المعارف الصحية اللازمة حال الإصابة بالمرض من أجل استيعابه والتعامل معه بالطريقة الصحيحة من أجل علاجه والتعايش معه.

إن ارتفاع الوعي الصحي للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم وامتلاكه ثقافة صحية عالية لا يمكن أن يحققا له الوضع الصحي المرغوب فيه دون توفر الخدمات الصحية المناسبة، فتواجد المنشآت و المؤسسات الصحية من مستشفيات ووحدات و مراكز صحية و كذلك الأطباء الأكفاء و هيئات التمريض و الأجهزة و المعدات و الأدوية، يعتبر أكثر من ضروري من أجل رفع المستوى الصحي للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم وتحسن حالته الصحية.

وعليه يمكن أن نقول أن الوعي الصحي من المفاهيم الأساسية التي من اللازم أن تتوفر في الفرد والمجتمع من أجل الوقاية من مرض سرطان القولون والمستقيم.

خلاصة الفصل:

من أجل فهم الظاهرة المدروسة المتمثلة في مرض سرطان القولون والمستقيم، ومن أجل الإحاطة بالموضوع من كل جوانبه، حاولنا من خلال هذا الفصل وضع الإطار النظري الطبي للمرض الذي مكننا من فهم ماهية المرض وكذا معرفة طبيعته من حيث المنشأ وطبيعة تطوره عبر مراحله المختلفة والمتدرجة، وكذلك معرفة أهم الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة به، منها ما تعلق بالجانب الغذائي ومنها ما تعلق بالجانب البيئي ومنها ما تعلق بالجانب الوراثي ومنها ما تعلق بالعادات غير السليمة وغيرها من الأسباب المختلفة المؤدية للإصابة بهذا المرض الخبيث.

كما مكننا من معرفة مؤشرات وأعراض الإصابة بالمرض وكذا الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة به، إضافة إلى الوقوف على أهم وسائل الوقاية منه وطرق علاجه المختلفة أو المتكاملة أحيانا أخرى.

كما اكتشفنا من خلال هذا الفصل العوامل المساعدة والعوامل الواقية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، حيث تمثلت أهم العوامل المساعدة في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في الأغذية الغنية بالدهون والأطعمة المدخنة والمشوية، إضافة إلى المواد المضافة للأغذية كمكسبات اللون والذوق وغيرها من المواد الحافظة.

وتمثلت أهم العوامل الواقية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم المتعلقة بالنظام الغذائي في إتباع نظام غذائي سليم، الذي يمكن الحصول عليه من التغذية السليمة، هذه الأخيرة تعطينا غذاء صحي، ولكي يكون الغذاء صحيا وجب أن يحتوي على الخضروات والفواكه والحبوب الكاملة، إضافة إلى الطرق الصحية لحفظ الطعام والمحافظة على التغذية الصحية والنشاط البدني.

أما عوامل الوقاية المتعلقة بالحس الصحي فتتمثل في إتباع نمط حياة صحي وامتلاك ثقافة صحية ووعي صحي.

الفصل الثالث: وبائية سرطان القولون والمستقيم في العالم وفي الجزائر

تمهيد

المبحث الأول: انتشار السرطان بين الجنسين على المستوى العالمي والعربي والوطني (المحلي)

1- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على المستوى العالمي

2- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على المستوى العربي

3- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على مستوى الجزائر

المبحث الثاني: الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى العالم والجزائر

1-الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى العالم

2-الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على مستوى القارات

3-الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي

4-الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى الجزائر

5-الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على مستوى الجزائر

خلاصة الفصل

تمهيد:

نستعرض في هذا الفصل لمحة عن وبائية سرطان القولون والمستقيم في العالم وفي الجزائر، من خلال عرض إحصائيات تبين مدى انتشار المرض في مختلف القارات وفي بعض الدول العربية وفي الجزائر، وكذا ترتيبه بين مختلف السرطانات الأكثر انتشارا بين جنسي الذكور والإناث، وذلك بالاعتماد على تقديرات المنظمة العالمية للصحة.

كما نستعرض إحصائيات وطنية حول وبائية سرطان القولون والمستقيم حسب مختلف الشبكات الوطنية لمختلف سجلات الأورام، حيث أن كل شبكة تتكون من مجموعة من الولايات تتضمن إحصائيات خاصة بمختلف الولايات وللجنسين (ذكور وإناث).

كما نبرز أيضا السرطانات الأكثر خطرا على حياة البشر وذلك دائما حسب آخر التقديرات للمنظمة العالمية للصحة وذلك حسب القارات وحسب الجنس، من خلال تقديم إحصائيات ورسومات بيانية توضح حجم المشكلة.

المبحث الأول: انتشار السرطان بين الجنسين على المستوى العالمي والعربي والوطني

1- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على المستوى العالمي:

نلخص من خلال الجدول التالي تقديرات المنظمة العالمية للصحة لحالات الإصابات الجديدة بمختلف السرطانات على مستوى القارات للجنسين وكذا الإصابات الجديدة بسرطان القولون والمستقيم بالنسبة للجنسين وترتيبه بين مختلف السرطانات التي تصيب الإنسان.

جدول رقم (01) توزيع الإصابة بمختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم على مستوى القارات:

القارة	الإصابة بمختلف السرطانات ذكور (1)	الإصابة بمختلف السرطانات إناث (2)	المجموع 2+1=(3)	النسبة % 789/3=(4) 19 292	الإصابة ب س ق م ذكور (5)	النسبة % 1/5 =(6)	الترتيب	الإصابة ب س ق م إناث (7)	النسبة % 2/7=(8)	الترتيب	الإصابة ب س ق م للجنسين 7+5=(9)	النسبة % 3/9=(10)	الترتيب
أوربا	2 339 617	2 058 826	4 398 443	22.8	281 714	12	03	238 106	11.6	02	519 820	11.8	02
آسيا	5 021 195	4 482 515	9 503 710	49.3	576 754	11.5	02	432 646	9.7	02	1 009 400	10.6	03
أمريكا اللاتينية والكراييب	720 267	570 007	1 470 274	7.6	67 218	9.3	02	67 725	9	02	134 943	9.2	03
أوقينوسيا	136 471	117 820	254 291	1.3	11 076	8.1	03	9 578	8.1	02	20 654	8.1	03
أمريكا الشمالية	1 372 002	1 184 860	2 556 862	13.3	95 138	6.9	03	85 437	7.2	03	180 575	7.1	04
إفريقيا	475 753	633 456	1 109 209	5.7	34 060	7.2	03	32 138	5.1	03	66 198	6	05
كل العالم	10 065 305	9 227 484	19 292 789	100	1 065 960	10.6	03	865 630	9.4	02	1 931 590	10	03

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

1-1الإصابة بمختلف السرطانات على المستوى العالمي سنة 2020:

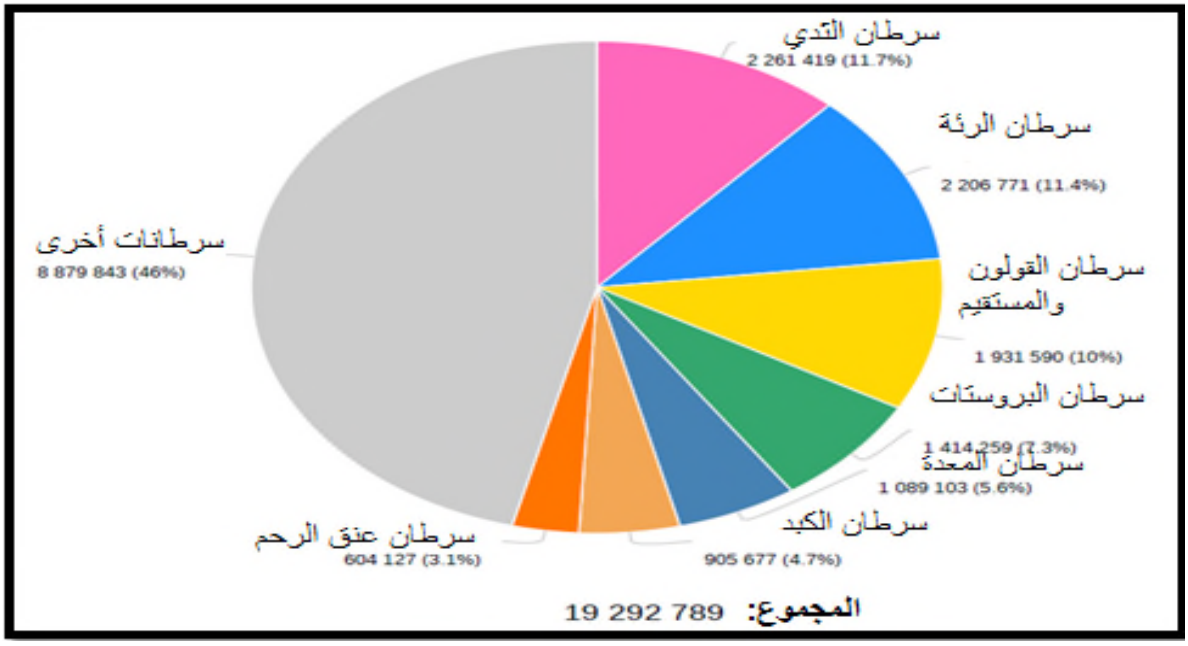
نلاحظ من خلال الإحصائيات المشار إليها في الجدول رقم (01)، أن عدد الإصابات الجديدة بمختلف السرطانات على مستوى العالم حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة هو في حدود 19 292 789 إصابة، منها 10 065 305 خاصة بجنس الذكور أي ما يعادل 52.17 %، و 9 227 484 إصابة خاصة بجنس الإناث أي ما يعادل 43.83 %.

كما أن أكثر القارات تضررا من انتشار هذه السرطانات هي قارة آسيا بنسبة 49.3 % وقارة أوربا بنسبة 22.8 %، وبأقل درجة قارة أمريكا الشمالية بنسبة 13.3 % وأمريكا اللاتينية والكراييب بنسبة 7.6 % وإفريقيا بنسبة 5.7 % وأخيرا قارة أوقينوسيا بنسبة 1.3 % [1]، وهو ما يوضحه الشكل البياني بالملحق رقم (03).

كما تجدر الإشارة إلى أن أكثر السرطانات انتشارا بين جنسي الذكور والإناث لكل الفئات العمرية هي على الترتيب: سرطان الثدي، سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان البروستات، سرطان المعدة، سرطان الكبد وسرطان عنق الرحم، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

[1] https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations WHO consulter le 14/08/2022 a 15h 46.

الشكل البياني رقم (01): السرطانات الأكثر انتشارا في العالم بين الجنسين لمختلف الأعمار سنة 2020



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

كما نلاحظ من خلال الشكل البياني أعلاه أن سرطان القولون والمستقيم يحتل المرتبة الثالثة على المستوى العالمي بعد كل من سرطان الثدي وسرطان الرئة، بعدد حالات إصابة جديدة تقدر بـ 590 931 1 حالة أي ما يعادل 10 % من مجموع الإصابات بمختلف السرطانات.

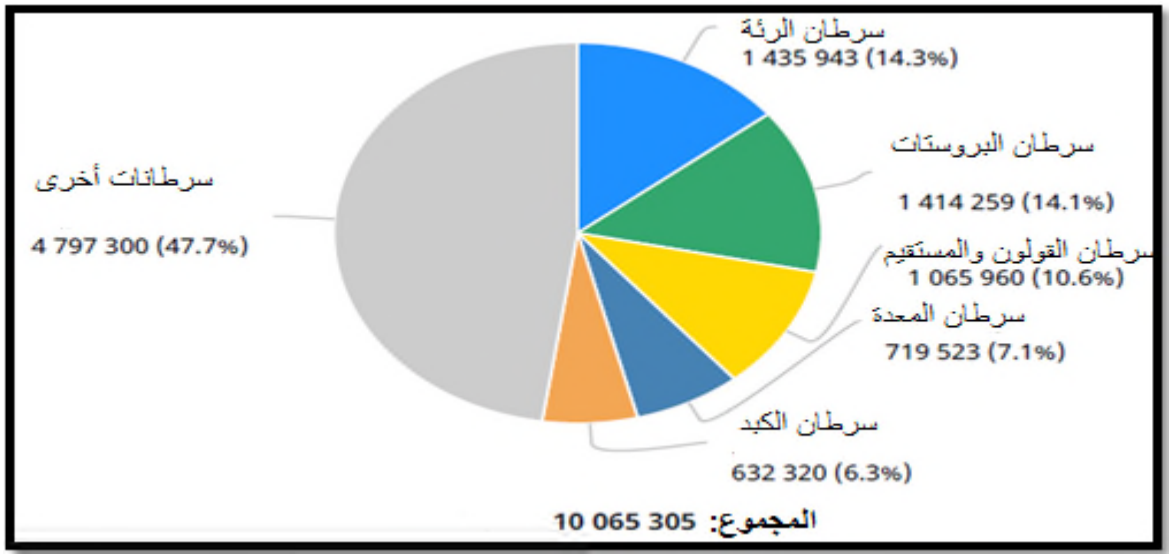
1-2 الإصابة بسرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي لجنس الذكور سنة 2020:

تنتشر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في كل العالم، مع تسجيل بعض الاختلافات بين القارات، فعدد الإصابات بهذا المرض على المستوى العالمي عند جنس الذكور هي في حدود 960 065 1 إصابة جديدة أي ما يعادل 10.6 % من مختلف السرطانات التي

تصيب الذكور، أما على مستوى القارات فنلاحظ من خلال الإحصائيات المقدمة أن هذا المرض يحتل المركز الثاني من حيث الانتشار في كل من آسيا وأمريكا اللاتينية والكراييب والمركز الثالث في كل من أوربا، أوقينوسيا، إفريقيا وأمريكا الشمالية.

أما عن السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور على المستوى العالمي فهي على الترتيب: سرطان الرئة، سرطان البروستات، سرطان القولون والمستقيم، سرطان المعدة، سرطان الكبد، وبذلك فإن سرطان القولون والمستقيم يحتل المركز الثالث بعد كل من سرطان الرئة وسرطان البروستات، والشكل البياني يوضح ذلك:

الشكل البياني رقم (02): السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور لمختلف الأعمار سنة 2020



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

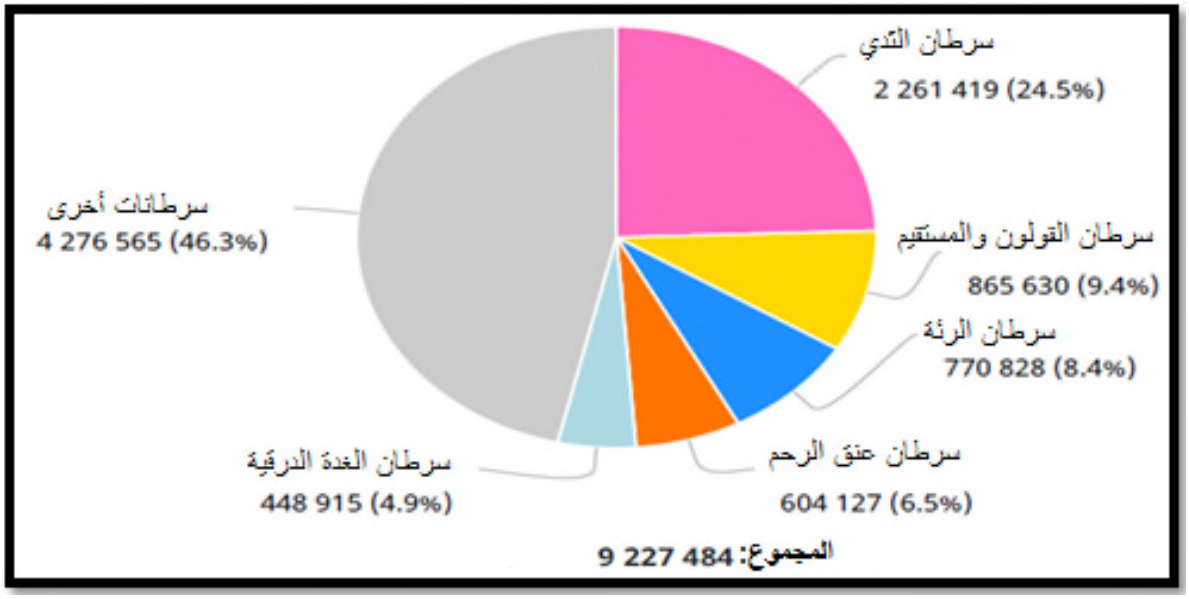
1-3الإصابة بسرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي لجنس الإناث سنة 2020:

عدد الإصابات بسرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي عند جنس الإناث هي في حدود 630 865 إصابة جديدة أي ما يعادل نسبة 9.4 % من مختلف السرطانات التي

تصيب الإناث، أما على مستوى القارات فنلاحظ من خلال الإحصائيات المقدمة أن هذا المرض يحتل المرتبة الثانية من حيث الانتشار في كل من أوربا، آسيا وأمريكا اللاتينية والكرايبب وأوقينوسيا، والمرتبة الثالثة في كل من أمريكا الشمالية وإفريقيا.

أما عن السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث على المستوى العالمي فهي على الترتيب كل من سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان الرئة، سرطان عنق الرحم، سرطان الغدة الدرقية، وبذلك فهو يحتل المركز الثاني بعد سرطان الثدي والشكل البياني يوضح ذلك:

الشكل البياني رقم (03): السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث لمختلف الأعمار سنة 2020



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

1-4 الإصابة بسرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي للجنسين سنة 2020:

دائما في إطار تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020، نلاحظ من خلال إحصائيات الجدول رقم (01) أن سرطان القولون والمستقيم ينتشر بصفة كبيرة في أوربا بعدد حالات

يقدر بـ 820 519 حالة جديدة ما يعادل نسبة 11.8 % من مختلف السرطانات وهو يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي كما يوضحه الشكل البياني بالملحق رقم (04).

تليها قارة آسيا، حيث يقدر عدد الإصابات الجديدة بسرطان القولون والمستقيم بـ 400 009 1 حالة ما يعادل 10.6 % من مختلف السرطانات المنتشرة وهو يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الثدي كما هو موضح من خلال الشكل البياني بالملحق رقم (05).

بعد ذلك تأتي قارة أمريكا اللاتينية والكراييب، حيث يقدر عدد الإصابات الجديدة بسرطان القولون والمستقيم بـ 943 134 حالة ما يعادل نسبة 9.2 % من مختلف السرطانات المنتشرة وهو يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان البروستات وسرطان الثدي كما هو موضح بالشكل البياني بالملحق رقم (06).

كما تأتي قارة أوقينوسيا في المركز الرابع من حيث شدة انتشار مرض سرطان القولون والمستقيم، حيث يقدر عدد الإصابات الجديدة بـ 654 20 حالة ما يعادل نسبة 8.1 % من مختلف السرطانات، وهو يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الثدي وسرطان البروستات كما يوضحه الشكل البياني بالملحق رقم (07).

سرطان القولون والمستقيم أقل حدة في قارة أمريكا الشمالية باحتلالها المركز الخامس من حيث شدة انتشار المرض بعدد حالات إصابة جديدة يقدر بـ 575 180 حالة ما يعادل نسبة 7.1 % من مختلف السرطانات وهو يحتل المرتبة الرابعة بعد كل من سرطان الثدي، سرطان الرئة، سرطان البروستات كما هو موضح بالشكل البياني بالملحق رقم (08).

تأتي قارة إفريقيا في المركز الأخير من حيث شدة انتشار الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بعدد حالات يقدر بـ 198 66 إصابة جديدة ما يعادل نسبة 6 % من مختلف السرطانات

وهو يحتل المرتبة الخامسة بعد كل من سرطان الثدي، سرطان عنق الرحم، سرطان البروستات، سرطان الكبد كما يوضحه الشكل البياني بالملحق رقم (09)[1].

كما يشير نفس المصدر أن دول شمال إفريقيا لوحدها تمثل أكثر من 30 % من حالات الإصابة بهذا المرض على مستوى إفريقيا بمجموع عدد حالات يقدر بـ 810 18 حالة، موزعة بين الذكور (696 9 حالة) و الإناث (114 9 حالة)[2].

2- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على المستوى العربي:

نلخص من خلال الجدول التالي تقديرات المنظمة العالمية للصحة لحالات الإصابات الجديدة بمختلف السرطانات على مستوى بعض الدول العربية للجنسين وكذا الإصابات الجديدة بسرطان القولون والمستقيم بالنسبة للجنسين وترتيبه بين مختلف السرطانات التي تصيب المجتمع العربي.

[1] http://gco.iarc.fr **Estimated number of new cases in 2020**, **Global Cancer** consulter 15 aout 2022 a 23h 42.

[2] http://gco.iarc.fr **Estimated number of new cases in 2018**, **Global Cancer** consulter le 11 novembre 2019 a 18h.56.

جدول رقم (02): توزيع الإصابة بمختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم في الجزائر وبعض الدول العربية

الدول العربية	الإصابة بمختلف السرطانات ذكور (1)	الإصابة بمختلف السرطانات إناث (2)	المجموع 2+1 =(3)	النسبة % 1/4=(5)	الإصابة ب س ق م ذكور (4)	الترتيب *	النسبة % 2/6 =(7)	الإصابة ب س ق م إناث (6)	الترتيب	مجموع الإصابة ب س ق م 6+4=(8)	النسبة % 3/8=(9)	الترتيب
الجزائر	**27 328**	**31 090**	**58 418**	**12.7**	**3 458**	**03**	**9.9**	**3068**	**02**	**6 526**	**11.2**	**02**
ليبيا	3 748	3 913	7 661	11.3	424	02	12.3	480	02	904	11.8	02
المغرب	29 171	30 199	59 370	8.5	2 469	03	6.9	2 089	03	4 558	7.7	03
تونس	10 473	8 973	19 446	9.2	962	04	10.1	903	02	1 865	9.6	03
البحرين	572	643	1 215	14.5	83	01	10	64	02	147	12.1	02
العراق	14 070	19 803	33 873	8.4	1 180	02	4.6	916	04	2 096	6.2	03
الأردن	5 311	6 248	11 559	11.1	587	02	10.8	673	02	1 260	10.9	02
الكويت	1 840	2 002	3 842	13.9	256	01	7.7	155	03	411	10.7	02
عمان	2 232	1 481	3 717	12.9	289	01	6.5	96	03	385	10.4	02
قطر	901	581	1 482	12.4	112	01	10.7	62	02	174	11.7	02
السعودية	14 253	13 632	27 885	19.3	2 756	01	9.2	1 251	03	4 007	14.4	01
سوريا	9 243	11 716	20 959	8.9	904	03	7.3	857	02	1 761	8.4	03
الإمارات	2 155	2 652	4 807	14.5	313	01	7.4	197	03	510	10.6	02
اليمن	7 159	9 317	16 476	11	790	01	7.7	722	02	1 512	9.2	02

* نقصد بالترتيب: ترتيب سرطان القولون والمستقيم بين مختلف السرطانات، و س ق م: هو اختصار لسرطان القولون والمستقيم.

نلاحظ من خلال تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020 أن سرطان القولون والمستقيم من حيث الانتشار يحتل مراتب جد متقدمة في معظم الدول العربية باستثناء بعض الدول مثل مصر وموريتانيا ولبنان.

2-1 بالنسبة لدول شمال إفريقيا:

يحتل سرطان القولون والمستقيم المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي في ليبيا بعدد حالات يقدر بـ 904 حالة إصابة جديدة ما يعادل 11.8 % من بين مختلف السرطانات مقسمة بين جنس الذكور وجنس الإناث ولكل الفئات العمرية، وهو يحتل المرتبة الثانية لكلا الجنسين.

بالنسبة للمغرب فإن سرطان القولون والمستقيم يحتل المرتبة الثالثة من حيث شدة الانتشار بعد كل من سرطان الثدي وسرطان الرئة بعدد حالات جديدة تقدر بـ 558 4 حالة ما يعادل 7.7 % من بين مختلف السرطانات وهو يحتل المرتبة الثالثة عند جنس الذكور ونفس المرتبة لجنس الإناث.

بالنسبة لتونس فإن سرطان القولون والمستقيم يحتل أيضا المرتبة الثالثة من حيث شدة الانتشار بعد كل من سرطان الثدي وسرطان الرئة بعدد حالات يقدر بـ 885 1 حالة ما يعادل 9.6 % من مختلف السرطانات وهو يحتل المرتبة الرابعة عند جنس الذكور والمرتبة الثانية عند جنس الإناث.

2-2 بالنسبة لدول المشرق العربي ودول شبه الجزيرة العربية:

سرطان القولون والمستقيم حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة يحتل مراتب جد متقدمة بين مختلف السرطانات، وتأتي على رأس هذه الدول المملكة العربية السعودية، حيث يحتل هذا المرض المرتبة الأولى من حيث شدة الانتشار بعدد حالات يقدر بـ 007 4 حالة جديدة ما يعادل 14.4 % وهو يحتل المرتبة الأولى عند جنس الذكور والمرتبة الثالثة عند جنس

الإناث.

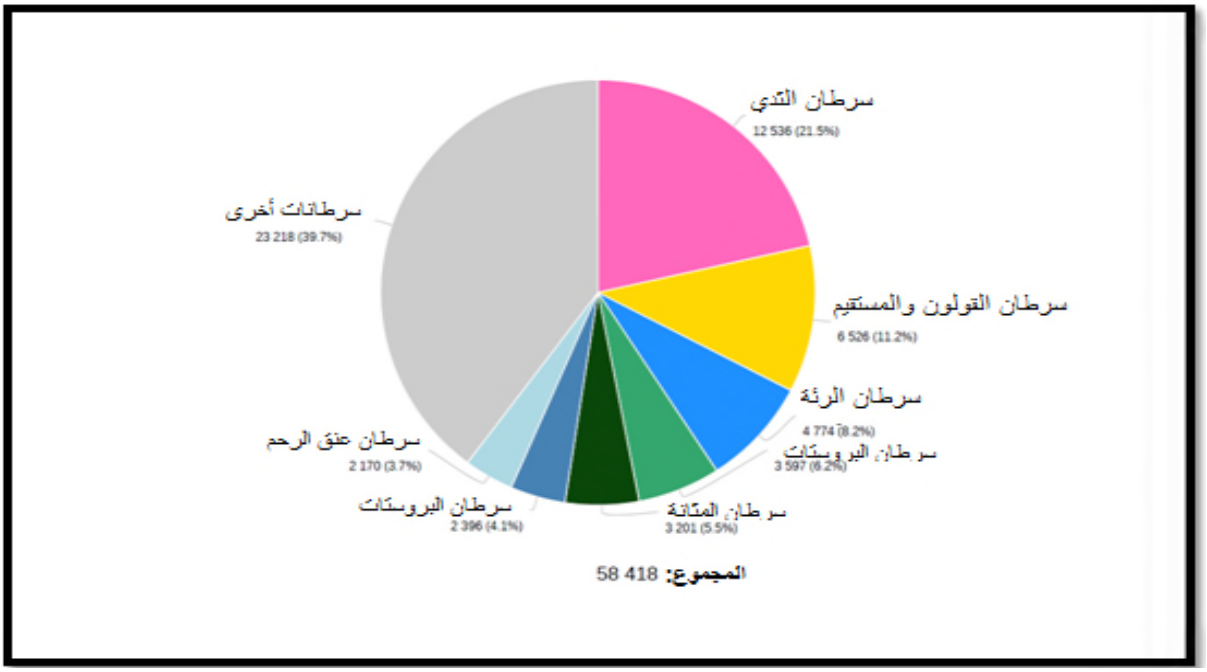
أما باقي الدول العربية المبينة في الجدول رقم (02) فإن سرطان القولون والمستقيم يحتل المرتبة الثانية والثالثة بين مختلف السرطانات الشائعة بين جنس الذكور وجنس الإناث، كما نلاحظ أيضا أن الدول العربية التي تعرف مستوى معيشي لابأس به على غرار دولة الكويت وقطر والإمارات العربية والبحرين تشهد انتشار ملحوظا لهذا المرض خاصة لدى جنس الذكور وذلك من خلال احتلاله المرتبة الأولى في هذه الدول وبأقل درجة جنس الإناث.

3- انتشار مختلف السرطانات وسرطان القولون والمستقيم للجنسين سنة 2020 على مستوى الجزائر:

3-1 حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة:

حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة فإن الجزائر خلال سنة 2020 شهدت 418 58 حالة إصابة جديدة بمختلف السرطانات، كما سجلت الجزائر لنفس السنة 526 6 حالة إصابة جديدة بسرطان القولون والمستقيم للجنسين ولمختلف الفئات العمرية ما يعادل 11.2 % من مختلف السرطانات، وهو بذلك يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (04): توزيع الإصابة بمختلف السرطانات للجنسين في الجزائر سنة 2020

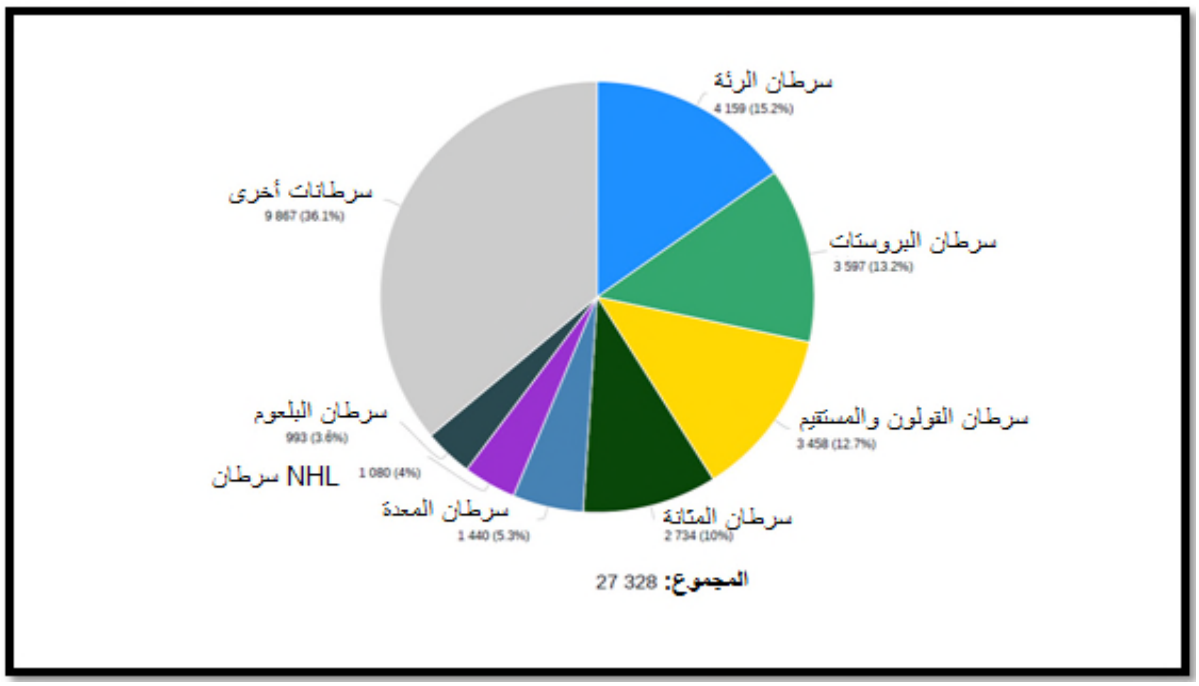


المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

بالنسبة لجنس الذكور:

سجلت الجزائر 27 328 حالة إصابة جديدة بمختلف السرطانات منها 3 458 حالة إصابة بسرطان القولون والمستقيم ما يعادل 12.7 % من مختلف السرطانات التي تصيب الذكور وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الرئة وسرطان البروستات، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (05): توزيع الإصابة بمختلف السرطانات لجنس الذكور في الجزائر سنة 2020



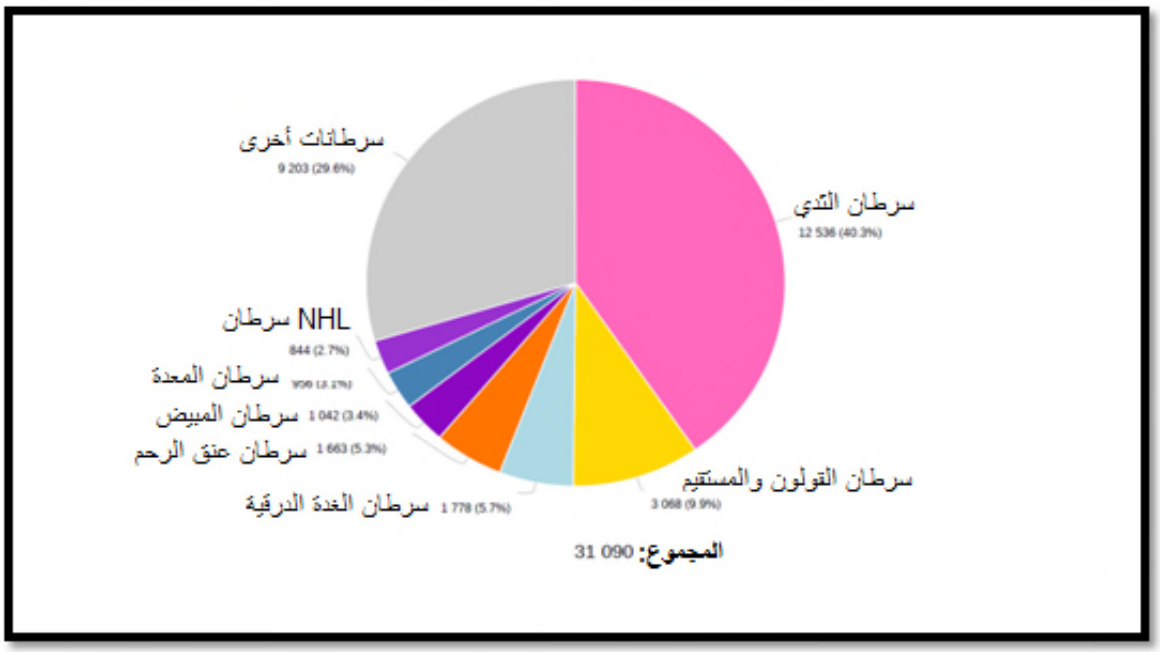
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

بالنسبة لجنس الإناث:

سجلت الجزائر 31 090 حالة إصابة جديدة بمختلف السرطانات منها 3 068 حالة إصابة بسرطان القولون والمستقيم ما يعادل 9.9 % من مختلف السرطانات التي تصيب الإناث وهو بذلك يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

*سرطان NHL(Non-Hodgkin Lymphomas) هي مجموعة متنوعة من السرطانات التي تحدث على حساب الخلايا اللمفاوية البائية والتائية.

الشكل رقم (06): توزيع الإصابة بمختلف السرطانات لجنس الإناث في الجزائر سنة 2020



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

3-2 حسب الإحصائيات الوطنية:

سرطان القولون والمستقيم يحتل المرتبة الأولى عند الرجال والمرتبة الثانية عند النساء بعد سرطان الثدي[1]. وللعلم فإن الجزائر فيما يخص متابعة انتشار مختلف السرطانات والوفيات بسببها هي مقسمة إلى ثلاث شبكات، تتمثل في شبكة الغرب والجنوب الغربي، وشبكة الوسط، وشبكة الشرق والجنوب الشرقي.

تتكون **شبكة سجلات الأورام للغرب الجزائري والجنوب الغربي** من الولايات التالية: وهران، تلمسان، مستغانم، غليزان، معسكر، سعيدة، تيارت، أدرار، البيض، تسمسيلت، بشار، النعامة، تندوف، سيدي بلعباس، عين تموشنت.

[1] Ammour fatima, Op cit.

جدول رقم (03): إحصائيات سرطان القولون والمستقيم عبر شبكة الغرب والجنوب الغربي في الجزائر لسنة 2019.

الولاية	الجنس	ترتيب سرطان القولون والمستقيم بين مختلف السرطانات	النسبة %
وهران	ذكور	02	11.2
	إناث	02	8
تلمسان	ذكور	04	8.8
	إناث	03	7.7
تيارت	ذكور	01	15.1
	إناث	03	6.7
تسمسيلت	ذكور	03	10
	إناث	04	6.7
غليزان	ذكور	03	7.6
	إناث	01	6.8
البيض	ذكور	02	22.1
	إناث	03	5.2
مستغانم	ذكور	04	8.5
	إناث	03	7.1
معسكر	ذكور	02	12.9
	إناث	02	8.95
سعيدة	ذكور	05	7.2
	إناث	03	4.1
أدرار	ذكور	02	17.5
	إناث	02	7.4
سيدي بلعباس	ذكور	03	12.1
	إناث	02	7.7
النعامة	ذكور	01	18
	إناث	02	9.1
بشار	ذكور	03	14.6
	إناث	03	4.4
عين تموشنت	ذكور	02	-
	إناث	05	-
تندوف	ذكور/ إناث	03	16.2

بينت شبكة سجلات الأورام للغرب الجزائري والجنوب الغربي بأن سرطان الثدي يعتلي صدارة الترتيب من بين مختلف السرطانات التي تصيب جنس الإناث بأغلبية مطلقة لا نقاش فيها.

أما بالنسبة للذكور فهناك اختلافات هامة في جهات مختلفة تستدعي دراسة معمقة. هذه أهم النتائج التي خرجت بها الدكتورة عمور فاطمة من خلال الملتقى الوطني لسجلات الأورام لسنة 2019، كما كان من بين التوصيات اقتراح إدراج سرطان القولون والمستقيم ضمن برنامج التشخيص إلى جانب كل من سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وهي السرطانات الأكثر شيوعا في هذه المناطق .

بالنسبة لسرطان القولون والمستقيم، نلاحظ من خلال الإحصائيات المتحصل عليها من شبكة الغرب والجنوب الغربي للأورام، فإنه يحتل المرتبة الأولى في كل من ولايتي تيارت والنعامة بالنسبة لجنس الذكور، وكذلك المرتبة الأولى في ولاية غليزان بالنسبة لجنس الإناث، كما أنه يحتل مراتب جد متقدمة للجنسين في أغلبية ولايات شبكة الغرب والجنوب الغربي في الجزائر.

شبكة الوسط لسجلات الأورام تتكون من الولايات التالية: الجزائر العاصمة، البليدة، تيزي وزو، البويرة، بومرداس، تيبازة، الشلف، المدية، عين الدفلى، الجلفة، غرداية، الأغواط، تمنراست.

الحالات الجديدة للإصابة بمختلف السرطانات في شبكة الوسط سنة 2017 قدر بـ 143 17 حالة والمعدل الخام المتوسط السنوي للانتشار هو 127.5 حالة جديدة لكل 100 000 شخص.

كما يحتل سرطان القولون والمستقيم المرتبة الأولى لدى الذكور في هذه الشبكة بعدد حالات جديدة قدر 073 1 خلال سنة 2017 ما يعادل 15.03 % من بين مختلف السرطانات

التي تصيب جنس الذكور، وبلغ متوسط العمر لديهم 62 سنة، وذلك باستثناء ولايتي غرداية وعين الدفلى لغياب المعطيات بهما.

كما يحتل سرطان القولون والمستقيم المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي لدى جنس الإناث في هذه الشبكة بعدد حالات جديدة تقدر بـ 884 حالة، أي ما يعادل 12.9 % من مختلف السرطانات التي تصيب جنس الإناث بمعدل سن متوسط يقدر بـ 56 سنة[1].

شبكة الشرق والجنوب الشرقي لسجلات الأورام:

لوحظ أعلى معدل للإصابة بسرطان القولون والمستقيم في الشرق والجنوب الشرقي الجزائري في ولاية بجاية، حيث بلغ معدل الإصابة بهذا المرض (16 لكل 000 100 من الإناث) و(23.5 لكل 000 100 من الذكور)، تليها ولاية قسنطينة بمعدل (14.6 لكل 000 100 من الإناث) و (17.4 لكل 000 100 من الذكور). كما لوحظت أقل معدل للإصابة بسرطان القولون والمستقيم في ولايتي ورقلة وسكيكدة على التوالي، حيث سجلت ولاية ورقلة معدل (7.4 لكل 000 100 من الإناث) و(9.5 لكل 000 100 من الذكور) كما سجلت ولاية سكيكدة معدل (4.6 لكل 000 100 من الإناث) و(7.5 لكل 000 100 من الذكور)، وذلك وفقًا لشبكة الشرق والجنوب الشرقي الجزائري لسنة 2015 [2].

[1] HAMMOUDA. D, **Cancer** –Reseau Centre, Institut National de la Santé Publique, données de l'année 2017.
[2] Chahira MAZOUZI, Opt cite, page 08.

المبحث الثاني: الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى العالم والجزائر

بعد ما تطرقنا لانتشار مرض سرطان القولون والمستقيم في مختلف القارات وفي بعض الدول العربية وفي الجزائر من خلال الإحصائيات والرسومات البيانية المقدمة، كان من اللازم التطرق لمختلف السرطانات التي تودي بحياة البشر وذلك حسب القارات وحسب الجنس، والتركيز الكبير بطبيعة الحال سيكون على الوفيات التي يخلفها مرض سرطان القولون والمستقيم.

سوف نقوم من خلال الجدول رقم (04) بإحصاء الوفيات بسبب مختلف السرطانات وبسبب سرطان القولون والمستقيم في مختلف القارات وفي الجزائر بين جنسي الذكور والإناث وذلك دائما حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020.

1- الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى العالم

تسببت مختلف السرطانات في وفاة 133 958 9 شخص على مستوى العالم، وذلك حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020، منها 810 528 5 وفاة لجنس الذكور ما يعادل 55.52 % و 323 429 4 وفاة لجنس الإناث ما يعادل 44.48 %.

جدول رقم (04): توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات وبسبب سرطان القولون والمستقيم في مختلف القارات وفي الجزائر بين الجنسين

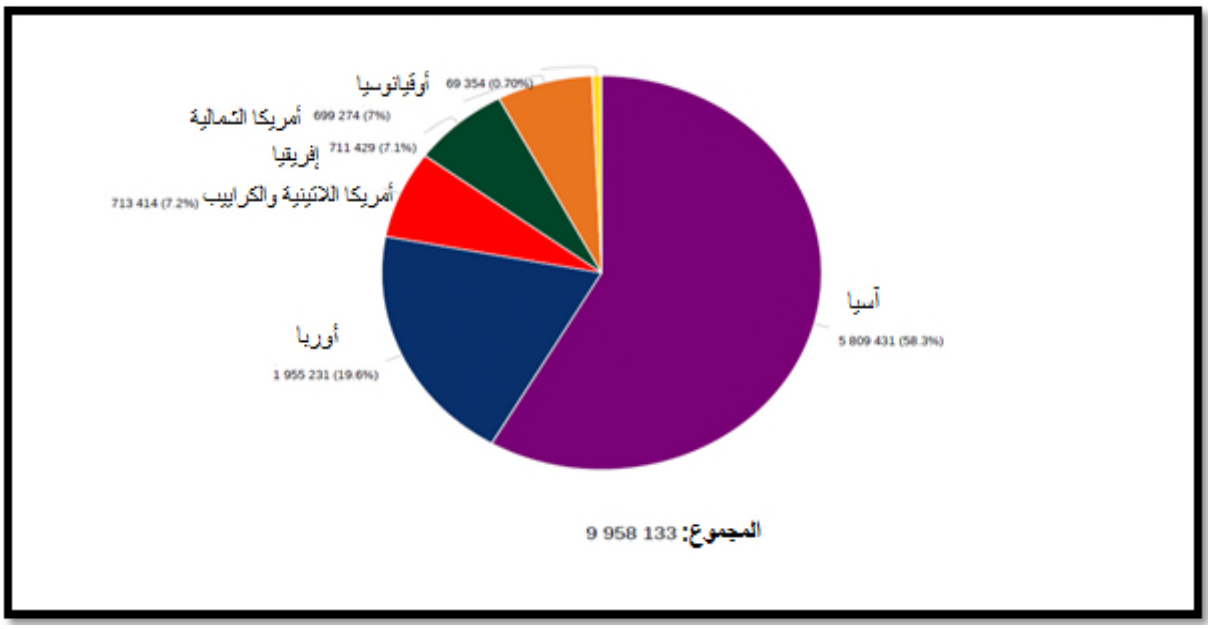
القارة	الوفيات بسبب مختلف السرطانات ذكور (1)	الوفيات بسبب مختلف السرطانات إناث (2)	المجموع 2+1=(3)	النسبة % 133/3=(4) 9 958	الوفاة ب س ق م ذكور (5)	النسبة % 1/5=(6)	الترتيب	الوفاة ب س ق م إناث (7)	النسبة % 2/7=(8)	الترتيب	الوفاة ب س ق م للجنسين 7+5=(9)	النسبة % 3/9=(10)	الترتيب
أوربا	1 084 025	871 206	1 955 231	19.6	131 885	12.2	02	112 939	13	03	244 824	12.5	02
أوقينوسيا	37 923	31 431	69 354	0.7	4 100	10.8	03	3 503	11.1	03	7 603	11	02
أمريكا اللاتينية والكرايبب	365 135	348 279	713 414	7.2	34 976	9.6	03	34 459	9.9	03	69 435	9.7	02
أمريكا الشمالية	367 856	331 418	699 274	7	34 105	9.3	03	29 882	9	03	63 987	9.2	02
آسيا	3 349 988	2 459 443	5 809 431	58.3	288 525	8.6	05	217 924	8.9	03	506 449	8.7	04
إفريقيا	323 883	387 546	711 429	7.1	22 046	6.8	04	20 829	5.4	04	42 875	6	05
كل العالم	**5 528 810**	**4 429 323**	**9 958 133**	**100**	**515 637**	**9.3**	**03**	**419 536**	**9.5**	**03**	**935 173**	**9.4**	**02**
الجزائر	**17 902**	**14 900**	**32 803**	**-**	**1 920**	**10.7**	**02**	**1 693**	**11.4**	**02**	**3 613**	**11**	**03**

على مستوى القارات، فإن الوفيات بسبب الإصابة بالأنواع المختلفة من السرطانات تختلف من قارة لأخرى، حيث تتصدر قارة آسيا الترتيب بـ 431 809 5 وفاة خلال سنة 2020 ما يعادل نسبة 58.3 % من مجموع الوفيات منها 988 349 3 وفاة تخص جنس الذكور و443 459 2 تخص جنس الإناث، تليها قارة أوربا بـ 231 955 1 وفاة ما يعادل 19.6 % من مجموع الوفيات منها 025 084 1 وفاة تخص جنس الذكور و206 871 وفاة تخص جنس الإناث، تليهما بأقل حدة قارة أمريكا اللاتينية والكراييب بـ 414 713 وفاة ما يعادل 7.2 % من مجموع الوفيات موزعة بين جنس الذكور بعدد وفيات قدر بـ 135 365 وفاة وجنس الإناث بـ 279 348 وفاة.

تأتي بعدها قارة إفريقيا تقريبا بنفس النسبة، حيث قدر عدد الوفيات بسبب مختلف السرطانات في القارة السمراء بـ 429 711 وفاة ما يعادل 7.1 % منها 883 323 وفاة تخص جنس الذكور و 546 387 وفاة تخص جنس الإناث، تليهما قارة أمريكا الشمالية بـ 274 699 وفاة ما يعادل 7 % منها 856 367 وفاة تخص جنس الذكور و418 331 وفاة تخص جنس الإناث.

قارة أوقينوسيا هي أقلهم حدة من حيث الوفيات بسبب مختلف السرطانات حيث سجلت 354 69 وفاة ما يعادل 0.7 % منها 923 37 وفاة تخص جنس الذكور و431 31 وفاة تخص جنس الإناث، والشكل البياني الموالي يوضح الوفيات بسبب مختلف السرطانات حسب القارات:

الشكل البياني رقم (07): توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات للجنسين حسب القارات



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

2- الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على مستوى القارات:

تحتل أوربا المرتبة الأولى من حيث الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم بنسبة 12.5 % من مختلف السرطانات بعدد حالات قدر بـ 824 244 وفاة ويأتي في المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة من حيث التسبب في الوفاة، هذه الوفيات موزعة بين جنس الذكور بعدد حالات قدر بـ 885 131 وفاة ما يعادل 12.2 % من مختلف السرطانات ويحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة من حيث التسبب في الوفاة لدى جنس الذكور، و 939 112 وفاة لدى جنس الإناث ما يعادل 13 % من مختلف السرطانات التي تصيب جنس الإناث ويحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الثدي وسرطان الرئة.

ونجد في المرتبة الثانية من حيث الوفيات بهذا المرض الخبيث قارة أوقينوسيا بعدد حالات يقدر بـ 603 7 وفاة ما يعادل نسبة 11 % من مختلف السرطانات كما يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة، وهي موزعة بين جنس الذكور ب 100 4 وفاة ما يعادل 10.8 % وهو

بذلك يحتل المرتبة الثالثة لدى جنس الذكور بعد كل من سرطان الرئة وسرطان البروستات، كما تسبب في وفاة 503 3 إمرأة ما يعادل 11.1 % من مختلف السرطانات التي تصيب جنس الإناث واحتل بذلك المرتبة الثالثة لديهن بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الثدي.

بينما تأتي أمريكا اللاتينية والكراييب في المركز الثالث من حيث الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم بنسبة 9,7 % من مختلف السرطانات بعدد وفيات قدر بـ 435 69 وفاة وهو بذلك يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة، هذه الوفيات موزعة بين جنس الذكور بعدد حالات قدر بـ 976 34 وفاة ما يعادل 9.6 % من مختلف السرطانات التي تصيب جنس الذكور في هذه القارة، و459 34 حالة وفاة لدى جنس الإناث ما يعادل 9.9 % من مختلف السرطانات التي تصيب الإناث، وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة لديهن بعد كل من سرطان الثدي وسرطان الرئة.

وتحتل أمريكا الشمالية المركز الرابع من حيث حدة الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم بعدد حالات قدر بـ 987 63 وفاة ما يعادل 9.2 % من مختلف السرطانات وهو يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة، هذه الوفيات موزعة بين جنس الذكور بعدد حالات قدر بـ 105 34 وفاة ما يعادل 9.3 % من مختلف السرطانات التي تصيب جنس الذكور وهو بذلك يحتل المركز الثالث لديهم بعد كل من سرطان الرئة وسرطان البروستات، و882 29 حالة وفاة لدى جنس الإناث ما يعادل 9 % من مختلف السرطانات التي تصيب الإناث، وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة لديهن بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الثدي.

قارة آسيا التي احتلت المركز الثاني من حيث شدة انتشار سرطان القولون والمستقيم، تحتل المركز الخامس من حيث الوفيات بهذا المرض بعدد حالات قدر بـ 449 506 وفاة ما يعادل 8.7 % من مختلف السرطانات وهو يحتل المرتبة الرابعة بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الكبد وسرطان المعدة، توزعت هذه الوفيات بين جنس الذكور بعدد حالات قدر بـ 525 288 وفاة ما يعادل 8.6 % من مختلف السرطانات التي تصيب جنس الذكور وهو

بذلك يحتل المركز الخامس لديهم بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الكبد وسرطان البروستات وسرطان المريء، و924 217 حالة وفاة لدى جنس الإناث ما يعادل 8.9 % من مختلف السرطانات التي تصيب الإناث، وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة لديهن بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الثدي.

القارة الإفريقية التي ننتمي إليها تحتل المركز الأخير من حيث حدة الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم بعدد حالات قدر بـ 875 42 وفاة ما يعادل 6 % من مختلف السرطانات وهو يحتل المرتبة الرابعة بعد كل من سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان الكبد، توزعت هذه الوفيات بين جنس الذكور بعدد حالات قدر بـ 046 22 وفاة ما يعادل 6.8 % من مختلف السرطانات التي تصيب جنس الذكور وهو بذلك يحتل المركز الرابع لديهم بعد كل من سرطان البروستات وسرطان الكبد وسرطان الرئة، و829 20 حالة وفاة لدى جنس الإناث ما يعادل 5.4 % من مختلف السرطانات التي تصيب الإناث، وهو بذلك يحتل المرتبة الرابعة أيضا لديهن بعد كل من سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان الكبد[1]، وتشكل دول شمال إفريقيا لوحدها 27 % من مجموع وفيات القارة السمراء بسبب هذا المرض، بعدد حالات وفاة تقدر بـ 902 10 موزعة بين الذكور (801 5 وفاة) والإناث (101 5 وفاة)[2].

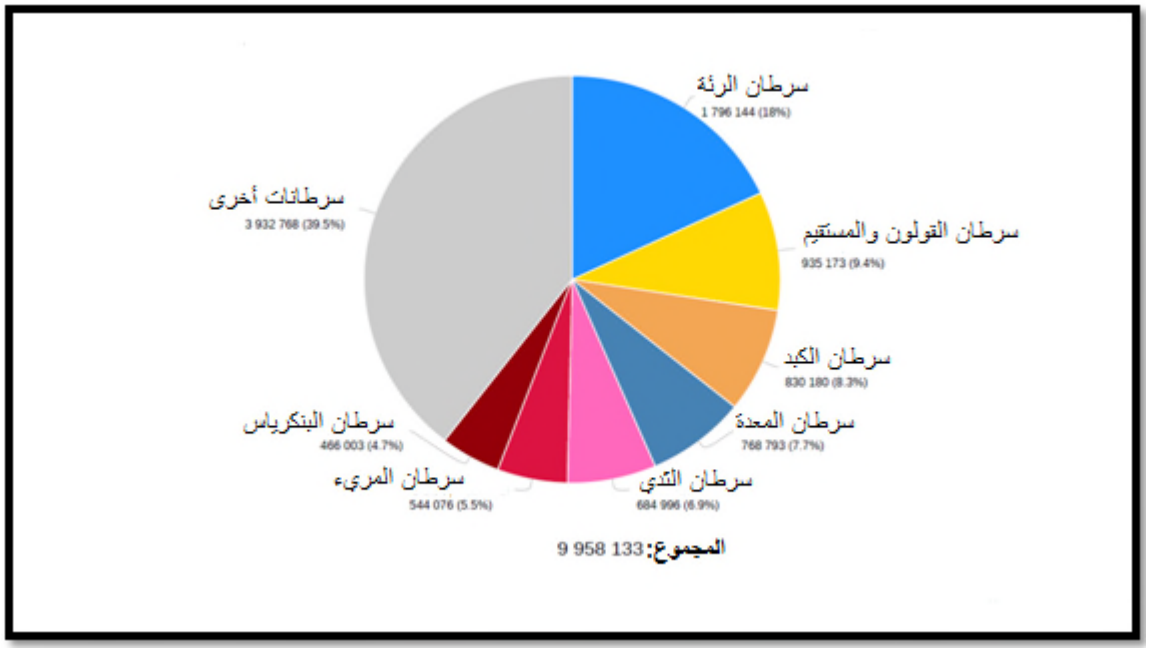
3- الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي:

دائما و حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة (WHO سنة 2020) فإن سرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي يودي بحياة أكثر من 173 935 شخص أي بنسبة 9.4 % من مجموع الوفيات بسبب مختلف السرطانات، كما أن هذه النسبة في تزايد مستمر،

[1] https://gco.iarc.fr/today consulter le 19 aout 2022 a 23 h 52.
[2] http://gco.iarc.fr consulter le 22 mars 2020 a 10 h 44.

ويحتل هذا المرض المرتبة الثانية من حيث التسبب في الوفاة بعد سرطان الرئة، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

الشكل البياني رقم (08): توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات للجنسين على مستوى العالم سنة 2020

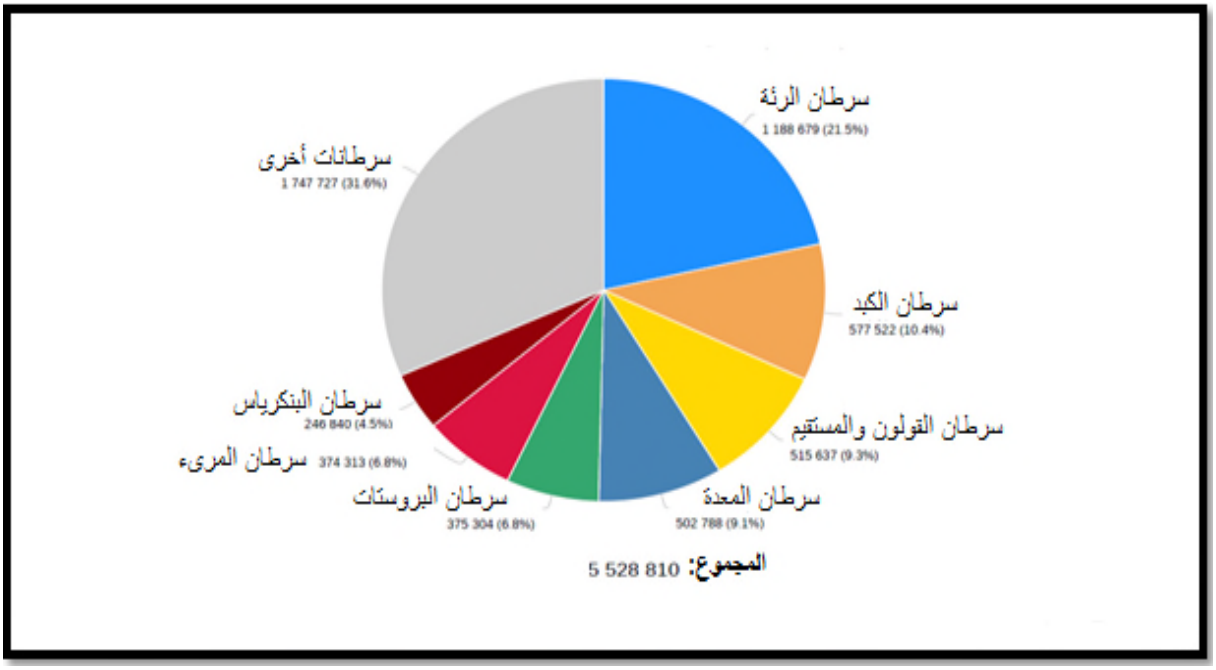


المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

3-1 الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي بالنسبة لجنس الذكور:

تتوزع الوفيات بين جنس الذكور بعدد حالات قدر بـ 637 515 وفاة ما يعادل 9.3 % من مختلف السرطانات التي تودي بحياتهم وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة من حيث حدة الوفيات بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الكبد والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

الشكل البياني رقم (09): توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات لجنس الذكور على مستوى العالم

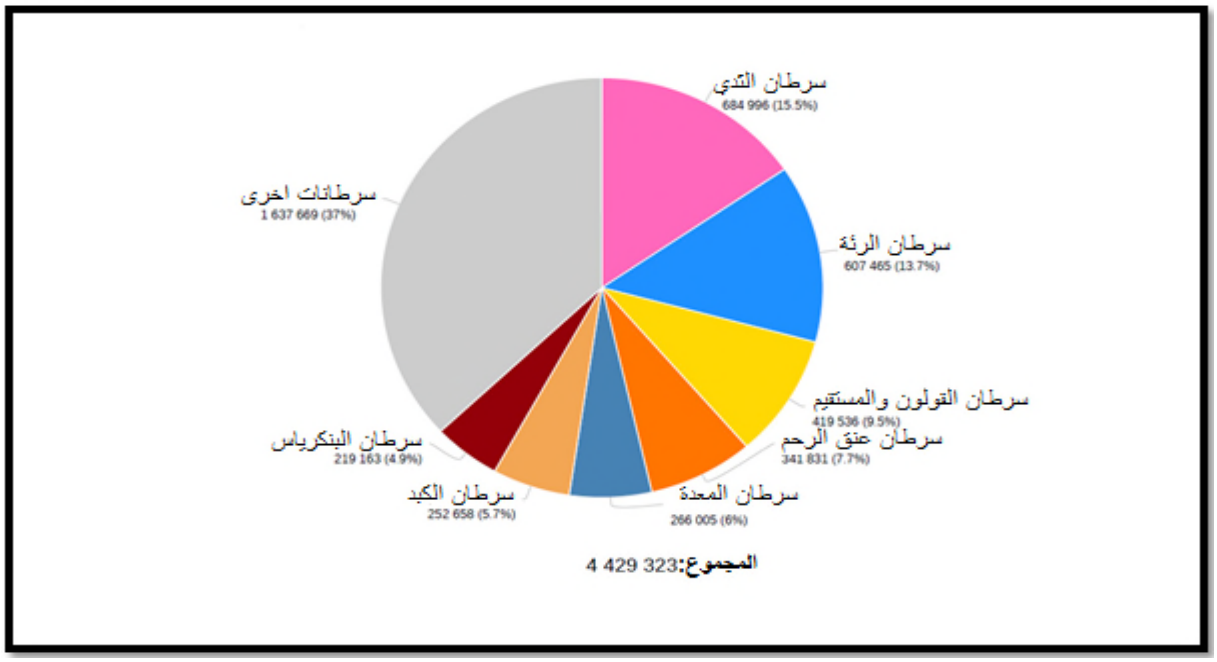


المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

3-2 الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي بالنسبة لجنس الإناث:

الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي بالنسبة لجنس الإناث قدر بـ 536 419 وفاة ما يعادل 9.5 % من مختلف السرطانات التي تودي بحياتهن وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة أيضا من حيث حدة الوفيات لديهن بعد كل من سرطان الثدي وسرطان الرئة والشكل البياني الموالي يوضح ذلك:

الشكل البياني رقم (10): توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات لجنس الإناث على مستوى العالم

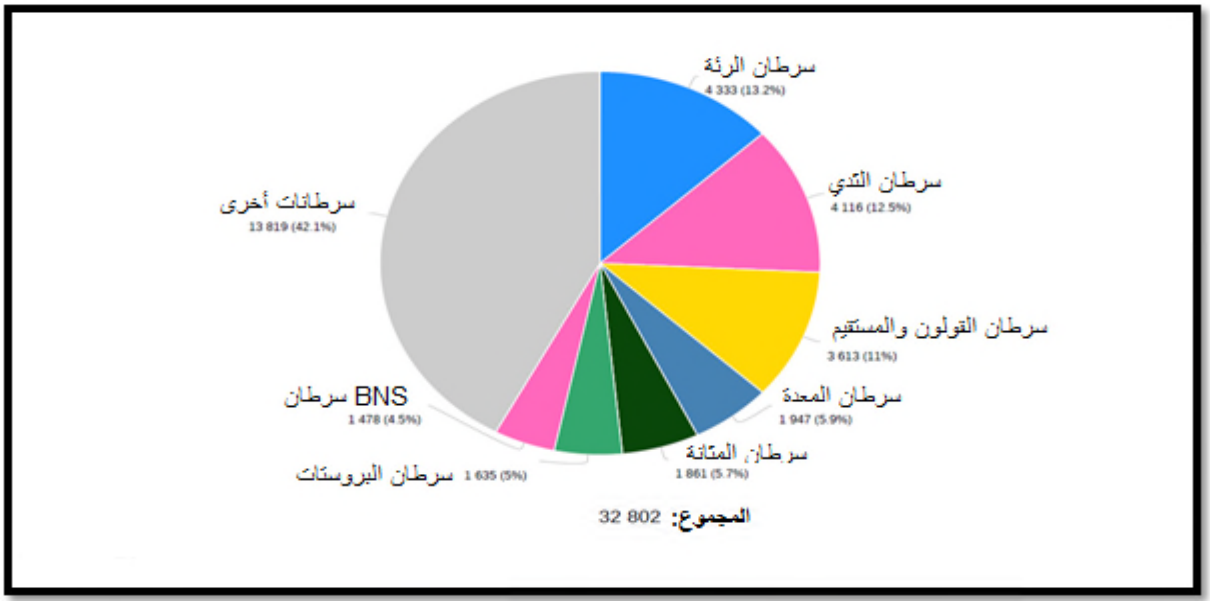


المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

4- الوفيات بسبب مختلف السرطانات على مستوى الجزائر:

الوفيات بسبب مختلف السرطانات في الجزائر قدرت بـ 32 803 وفاة منها 17 902 وفاة تخص جنس الذكور و14 900 وفاة تخص جنس الإناث، والشكل الموالي يوضح ذلك من خلال تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020.

الشكل البياني رقم (11): توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات للجنسين في الجزائر سنة 2020



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

5- الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم على مستوى الجزائر:

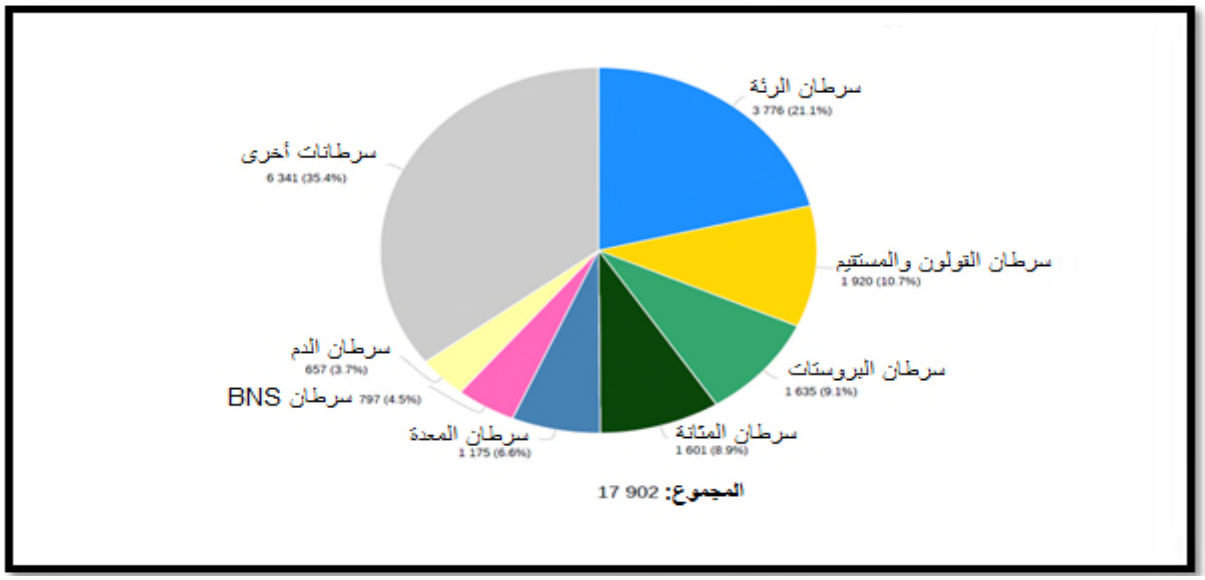
بعدما كانت الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم في الجزائر سنة 2014 في حدود 9.15 % من مختلف السرطانات[1]، هاهي اليوم حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020 ترتفع إلى 11 % بعدد إجمالي قدر بـ 3 613 حالة وفاة وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الثدي كما سبق الإشارة إليه.

[1] Organisation Mondiale de la Santé-**Profils des pays pour les maladies non transmissible** (MNT) 2014.

5-1 الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم في الجزائر بالنسبة لجنس الذكور:

الوفيات موزعة بين جنس الذكور بعدد حالات يقدر بـ 1 920 وفاة ما يعادل 10.7 % من مختلف السرطانات التي تودي بحياة جنس الذكور في الجزائر وهو بذلك يحتل المرتبة الثانية لديهم بعد سرطان الرئة والشكل البياني أدناه يوضح ذلك:

الشكل البياني رقم (12): توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات لجنس الذكور في الجزائر



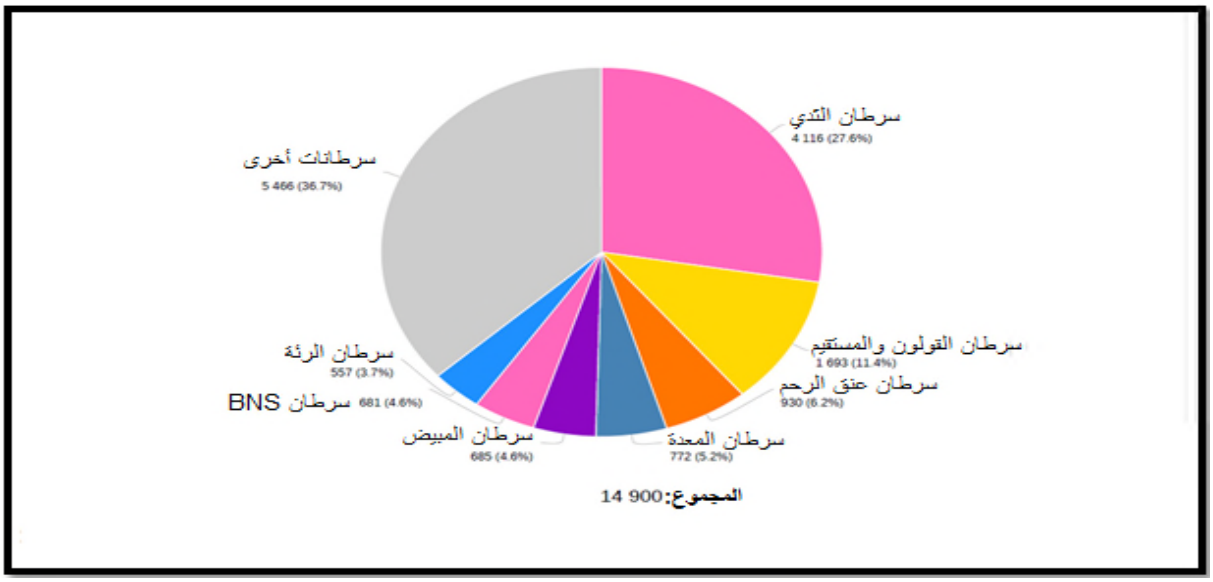
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

نسبة الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم في الجزائر بالنسبة لجنس الذكور تظل مرتفعة والمقدرة بـ 10.7 % من مختلف السرطانات التي تصيب الذكور مقارنة بالنسبة العالمية والمقدرة بـ 9.3 %.

5-2 الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم في الجزائر بالنسبة لجنس الإناث:

الوفيات بسبب هذا المرض بين جنس الإناث يقدر بـ 1 693 وفاة ما يعادل 11.4 % من مختلف السرطانات، وهو بذلك يحتل أيضا المرتبة الثانية لديهن بعد سرطان الثدي وهو في تطور مستمر على غرار جنس الذكور مقارنة بالسنوات الماضية والشكل البياني رقم (13) يوضح مختلف أنواع السرطانات التي تودي بحياة جنس الإناث في الجزائر.

الشكل البياني رقم (13): توزيع الوفيات بسبب مختلف السرطانات لجنس الإناث في الجزائر



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

كما تجدر الإشارة هنا إلى أن الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم في الجزائر بالنسبة لجنس الإناث تمثل نسبة مرتفعة والمقدرة بـ 11.4 % مقارنة بالنسبة المسجلة لنفس المرض لجنس الإناث على المستوى العالمي والمقدرة بـ 9.5 %.

هذا التفاوت في نسبة الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم في الجزائر بالنسبة للجنسين على حد سواء مقارنة بالنسب المسجلة على المستوى العالمي إلى ماذا يرجع؟، أو بصيغة أخرى، ما هي أسباب ارتفاع نسبة الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم في الجزائر للجنسين مقارنة بالنسبة المسجلة على المستوى العالمي لنفس المرض؟، السؤال يبقى مطروح.

خلاصة الفصل:

قدمنا خلال هذا الفصل قراءة إحصائية لانتشار مرض سرطان القولون والمستقيم في العالم بين جنسي الذكور والإناث وتبيان مركزه بين مختلف السرطانات المنتشرة عبر مختلف القارات، وذلك من خلال استعراض تقديرات المنظمة العالمية للصحة لحالات الإصابة الجديدة لسنة 2020 وهي آخر الإحصائيات المتاحة.

وبينت هاته الإحصائيات أن قارة أوربا هي الأكثر تضررا بهذا المرض وللجنسين مقارنة بباقي القارات الأخرى، كما بينت هذه الإحصائيات أيضا المراكز المتقدمة التي يحتلها سرطان القولون والمستقيم بين مختلف السرطانات المنتشرة في العالم.

بعدها بيّنا انتشار الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر وفي بعض الدول العربية التي تشهد انتشارا لهذا المرض بين جنسي الذكور والإناث على حد سواء، وبعدها ركزنا على انتشار المرض في الجزائر بين الجنسين وذلك دائما حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة، لنتبعها بإحصائيات وطنية لمختلف الشبكات المكلفة بإحصاء الإصابة بمختلف السرطانات ومنها سرطان القولون والمستقيم.

لننتقل بعدها إلى إحصائيات المنظمة العالمية للصحة حول الوفيات بسبب مختلف السرطانات وبسبب سرطان القولون والمستقيم في مختلف القارات وفي الجزائر بين جنسي الذكور والإناث، والتي بينت كذلك أن أوربا هي أكثر القارات تضررا وتحتل المرتبة الأولى من حيث الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم، كما بينت الإحصائيات أيضا أنه ثالث السرطانات من حيث التسبب في الوفيات في الجزائر بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الثدي.

الفصل الرابع: واقع التكفل الصحي بمرضى سرطان القولون والمستقيم في الجزائر

تمهيد

المبحث الأول: القاعدة الخلفية للتكفل الصحي بمرضى سرطان القولون والمستقيم في الجزائر

1- الخدمات الصحية

2- تطور النظام الصحي في الجزائر

3- الإطار التشريعي والتنظيمي للقطاع الصحي المتعلق بمكافحة السرطان في الجزائر

4- البنية التحتية والموارد البشرية المخصصة لتنفيذ الخطة الوطنية لمكافحة السرطان

5- الهياكل المتخصصة في مكافحة السرطان في الجزائر

المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في تنفيذ المخطط الوطني لمكافحة السرطان في الجزائر

1- الهدف الرئيسي للمخطط الوطني لمكافحة السرطان

2- المحاور الإستراتيجية لتطبيق المخطط الوطني لمكافحة السرطان في الجزائر

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصلين السابقين إلى ماهية الظاهرة المدروسة والمتمثلة في مرض سرطان القولون والمستقيم والعوامل المؤثرة في الإصابة وكذا العوامل التي تقي من الإصابة به، بالإضافة إلى إعطاء صورة رقمية إحصائية حول المرض من خلال تقديم مختلف المعطيات الخاصة بانتشار المرض على المستوى العالمي وعلى المستوى العربي وكذا الوطني، ارتأينا أنه من الواجب استظهار الجهود المبذولة والإمكانيات المادية والبشرية والمالية المسخرة من طرف الدولة الجزائرية في ميدان مكافحة السرطان.

حيث تطلب الأمر إعادة النظر في السياسة الصحية، من خلال تبني المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019، والهدف من وراء ذلك هو انتهاج سياسة صحية واضحة تقضي بمكافحة السرطان بكل أشكاله، و إرساء مبدأ العدالة في تقديم الخدمات الصحية، والترشيد في النفقات الصحية لضمان الاستمرارية في توزيع الخدمات الصحية بالشكل الذي يتناسب مع الكثافة السكانية وفق التنظيم الجديد للخريطة الصحية.

المبحث الأول: القاعدة الخلفية للتكفل الصحي بمرضى سرطان القولون والمستقيم

1- الخدمات الصحية:

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما كان الاختلاف في أنظمتها السياسية والاقتصادية، كما نجد أن مختلف الدول تعمل على توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية، أو تقنية، أو مالية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية.

تعرف الخدمة الصحية بأنها عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التصويرية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية[1].

وعليه يمكن أن نصنف الخدمات الصحية إلى ثلاث مجموعات أساسية هي:

1-1 **خدمات علاجية:** موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الإستشفائية (الإستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية)، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحاليل، إلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.

1-2 **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة.

1-3 **خدمات إنتاجية:** وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضا العتاد والأجهزة الطبية الأخرى[2].

---

[1] محمد إبراهيم، **طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية**، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، مصر، العدد4، سنة 1983، ص 23.

[2] أمين عبد العزيز حسن، **الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها**، مجلة الإدارة، العدد3، مصر 1993، ص 67.

في هذا الفصل سنتطرق إلى تطور النظام الصحي في الجزائر، والإطار التشريعي والتنظيمي الذي يشمل رعاية مرضى السرطان والموارد المخصصة لهذا المرض، بالإضافة إلى الهياكل الصحية المخصصة للتكفل بمرضى السرطان بصفة عامة.

2- تطور النظام الصحي في الجزائر:

عرفت الدولة الجزائرية في مجال الصحة منذ الاستقلال عدة برامج هدفت إلى إصلاح وعصرنة النظام الصحي، وحاولت من خلال ذلك القضاء على العديد من الأمراض المعدية، غير أن الانتقال إلى نوعية جديدة من الأمراض تتصف بأنها مزمنة ومستوطنة لدى من يعاني منها، كالسرطان، ضغط الدم، داء السكري، مرض القلب والشرايين وغيرها، مما يتطلب من الفاعلين في هذا المجال تبني سياسة أو استراتيجية صحية وطنية فعّالة لمكافحة هذه النوعية من الأمراض، التي انتشرت ونخرت صحة المجتمع وأصبحت تمثل سبباً رئيسياً للوفيات[1].

وقد عرف النظام الصحي الجزائري عدة فترات، تمثلت في تطور نظام الرعاية الصحية فيه، وتمثلت هذه الفترات في:

2-1 الفترة الأولى 1962-1972: تميزت بنقص كبير في العاملين في ميدان الصحة، حيث بيّن أول جرد قامت به وزارة الصحة عام 1966، الذي أُحصي من خلاله 1378 طبيب، بينهم 364 جزائرياً، و 216 صيدلي، بينهم 186جزائري، و171 جراح أسنان بينهم 86 جزائري و 4834 مسعف، وهو عدد قليل جدًا من الموظفين لتلبية احتياجات الرعاية

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, **rapport du séminaire, atelier d'élaboration du programme national de la lutte intégrée contre les maladies non transmissible**, p 14.

الصحية الأساسية للسكان والوقاية من انتشار الأمراض المعدية و خاصة رعاية الأمهات والأطفال[1].

2-2 الفترة الثانية 1973-1986: تميزت باتخاذ قرارات بالغة الأهمية تمثلت في:

- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية، مما يسمح بتعميم الحصول على الخدمات الصحية من طرف المواطنين[2].
- الأمر بإنشاء قانون الصحة.

- إصلاح التعليم الجامعي في الطب والصيدلة وجراحة الأسنان.

- إحداث "القطاعات الصحية" و "القطاعات الصحية الفرعية" بموجب مرسوم.

- بناء أكثر من أربعين مستشفى، مما أدى إلى تحسين التغطية الصحية على المستوى الوطني، ولكن للأسف فشلت ولم تجسد بسبب عدم وجود إرادة سياسية جادة.

- إصدار قانون الصحة 85-05.

2-3 الفترة الثالثة 1987-2003: تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، والذي كان من نتائجه:

- مشروع الصحة الجهوية، والذي شُرع فيه في الثمانينات، كإطار لتجسيد القطاعية واللامركزية وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة.

---

[1] أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، ص 181.

[2] الأمر رقم 73-65، الممضي في 28 ديسمبر 1973 م، المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادر في الجريدة الرسمية عدد 1 المؤرخة في 01 جانفي 1974، الصفحة 2.

– على المستوى المؤسساتي، استحداث المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) و المرصد الجهوي للصحة لتحقيق الصحة الجهوية، لكن هاتان الهيئتان لم تتمكنا من الاستجابة للمهام التي أسندت لهما، نظرا للإطار القانوني والتنظيمي الذي حد من صلاحياتهما فهما هيئات استشارية أكثر منها مقررة.

– إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:

• المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية [LNCPP]: مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.

• الصيدلية المركزية للمستشفيات [PCH]: وهي مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية.

• الوكالة الوطنية للدم [ANS] : وهي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم.

• الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي [ANDS]: مهمتها تطوير التوثيق والمعلومات والاتصال.

• المركز الوطني لليقظة الصيدلانية والعتاد [CNPM]: وهو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

كما تميزت أيضاً بنمو وتطور القطاع الخاص دون أن يخضع هذا القطاع للإشراف والتأطير القانوني، ولم يكن هناك تنسيق مع القطاع العام[1].

2-4 الفترة الرابعة 2004-2014: تميزت بإعادة التنظيم الصحي بموجب المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 وتطبيقه بداية من جانفي 2008، الذي تضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)[2]. إضافة لعدد من المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) منها

[1] أمير جيلالي، مرجع سبق ذكره، ص 189.

[2] الجريدة الرسمية، العدد 33، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي سنة 2007، يتضمن **إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها**، ص 10.

مراكز مكافحة السرطان (CAC) العمومية وحتى الخاصة لمعالجة مرضى السرطان، بالإضافة إلى المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) والمؤسسات الإستشفائية (EH)، والمؤسسات الإستشفائية العمومية (EPH) وكذا المؤسسات الإستشفائية الجامعية مثل مستشفى وهران (EHU)، كلها بها مصالح مخصصة لعلاج مرضى السرطان على مستوى التراب الوطني[1].

2-5 الفترة الخامسة 2015-2019: سوف نقتصر الحديث فيها على المخطط الوطني لمكافحة السرطان* الذي له علاقة مباشرة بموضوع دراستنا ألا وهو سرطان القولون والمستقيم، حيث تم إعداد هذا المخطط باللغة الفرنسية من طرف جملة من المختصين وممتهني الصحة وعلى رأسهم البروفيسور مسعود زيتوني المكلف بالإشراف على المخطط الوطني لمكافحة السرطان، وتمت ترجمت وإعادة صياغة العناصر التي تم التطرق إليها من طرف الباحث.

إن مكافحة الأمراض المزمنة وبالأخص مرض السرطان فرض على عدة مؤسسات وطنية القيام بدراسات وتحقيقات وأبحاث علمية، لأجل الوقوف على حدوث الإصابة بهذا المرض وانتشاره في المجتمع الجزائري، الأمر الذي يتم في شكل تحقيقات من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات، وبخاصة من الناحية الإبديميولوجية، إضافة إلى ما يقوم به المعهد الوطني للصحة العمومية من دراسات ومسوح في هذا الإطار، ومما قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، هو

[1] Plan national du cancer 2015-2019, **nouvelle vision stratégique de lutte contre le cancer centrée sur le malade**, Octobre 2014, p p 23-24.

*المخطط الوطني للسرطان 2015-2019: أطلق المخطط الوطني لمكافحة السرطان في سنة 2015 وتضمن 8 محاور إستراتيجية. وتم تجسيد هذا المخطط بعد اتخاذ 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 و المقدر بـ 180 مليار دج.

إعداد مخطط وطني لمكافحة السرطان، هذا المرض الذي عرف انتشاراً وسعا في المجتمع الجزائري، ومن أهم أنواعه وأكثرها انتشارا سرطان القولون والمستقيم.

3- الإطار التشريعي والتنظيمي للقطاع الصحي المتعلق بمكافحة السرطان في الجزائر:

يخضع القطاع **الصحي للقانون رقم 85-05** المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها[1]، والذي ألغي بموجب القانون رقم 18-11 الممضي في 02 جويلية 2018[2]، والذي عدل فيما بعد بموجب الأمر رقم 20-02 الممضي في 30 أوت 2020[3]، وتخللهم عدد من المراسيم التنفيذية المنظمة للمؤسسات العمومية والقطاع الخاص، وكذلك بعض أنشطة الوقاية والرعاية.

هناك نوعان من النصوص التشريعية التي ترتبط بمكافحة السرطان من ناحية الاتفاقيات الدولية، ومن ناحية أخرى النصوص التشريعية الوطنية.

3-1 الاتفاقيات الدولية:

الاتفاقيات الدولية التي صادقت عليها بلادنا هي **اتفاقية حقوق الطفل عام 1992** المتعلقة بالأهداف الإنمائية للألفية المصادق عليها عام 2002[4]، بالإضافة إلى **اتفاقية مكافحة التدخين المعتمدة عام 2003** والمصادق عليها من طرف بلادنا عام 2006، والاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة في سبتمبر 2011، بشأن إنشاء إطار تنسيق متعدد القطاعات للوقاية والمكافحة ضد عوامل الخطر الشائعة للأمراض غير السارية.

[1] الجريدة الرسمية عدد 8 المؤرخة في 17 فيفري 1985، الصفحة 176.

[2] الجريدة الرسمية عدد 46 المؤرخة في 29 جويلية 2018، الصفحة 03.

[3] الجريدة الرسمية عدد 50 المؤرخة في 30 أوت 2020، الصفحة 04.

[4] https://www.unicef.org/ar , consulter le 22 mars 2020 a 22.00 h.

3-2 النصوص القانونية:

إضافة إلى الاتفاقيات الدولية التي صادقت عليها الجزائر من أجل مكافحة السرطان، فقد سنت الجزائر جملة من النصوص القانونية لتعزيز قطاع الصحة من حيث الموارد المالية وتثملت في:

3-2-1 **قانون المالية لسنة 2002** الذي أنشأ بموجبه حساب التخصيص الخاص رقم 302-096 بعنوان "صندوق الاستعجالات ونشاطات العلاجات الطبية" ونصوصه التطبيقية (المرسوم التنفيذي رقم 02-247 المؤرخ 24 جويلية 2002)[1]، الذي يحدد كيفيات تسيير حساب التخصيص الخاص رقم 302-096 الذي ألغي وعدل مؤخراً بالمرسوم التنفيذي رقم 22-101 الممضي في 14 مارس 2022[2].

3-2-2 **قانون المالية لسنة 2011** الذي أنشأ بموجبه حساب التخصيص الخاص رقم 302-138 بعنوان "صندوق مكافحة السرطان" ونصوصه التطبيقية (المرسوم التنفيذي رقم 12-343 المؤرخ في17 سبتمبر 2012)، وتخصص إيراداته للإنفاق على الوقاية من السرطان والفحص وبعض العلاجات[3]، الذي عدل بالقرار الوزاري المشترك الممضي في 18 ماي 2017[4].

3-2-3 **القرار الوزاري** الصادر في 6 فيفري 2013 المتعلق بتحديد برامج الوقاية والخطط الوطنية التي تتطلب تخصيص إعانة لصيدلية المستشفى المركزي لشراء المنتجات الصيدلانية ذات الصلة، ومن بين هذه البرامج والخطط خطة مكافحة السرطان.

[1] الجريدة الرسمية عدد 51 مؤرخة في 24 جويلية 2002، الصفحة 7.
[2] الجريدة الرسمية عدد 18 المؤرخة في 15 مارس 2022، الصفحة 11.
[3] الجريدة الرسمية عدد 52 المؤرخة في 19 سبتمبر 2012، الصفحة 05.
[4] الجريدة الرسمية عدد 69 المؤرخة في 30 نوفمبر 2017، الصفحة 17.

من الواضح أن النصوص التشريعية تهدف إلى توفير الأساس التنظيمي والقانوني للعاملين في مكافحة السرطان على مستويات متعددة، من الوقاية والتشخيص، إلى العلاج بأشكاله المختلفة، والرعاية والبحث. وأخيرًا، يتطلب تنفيذ الخطة الوطنية للسرطان 2015–2019 موارد بشرية وهياكل تنظيمية وإدارة فعّالة.

4- البنية التحتية والموارد البشرية المخصصة لتنفيذ الخطة الوطنية لمكافحة السرطان:

في الدليل الإحصائي لسنة 2018 الصادر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، سجلت العديد من نقاط القوة التي تميز نظامنا الصحي في الجزائر، منها البنية التحتية التي تمثل تغطية واسعة جدًا من خلال نسيج كثيف من المؤسسات الصحية، سواء في القطاع العمومي أو القطاع الخاص، والتي تتمثل في المستشفيات الجامعية (CHU/EHU)، المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)، والمؤسسات الإستشفائية (EH)، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)، المؤسسات العمومية للصحية الجوارية (EPSP)، والعيادات المتعددة الخدمات، قاعات العلاج، ومراكز مكافحة السرطان، ...إلى غير ذلك، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (05): المنشآت القاعدية الصحية و الموارد البشرية في القطاع العمومي.

الهيكل الصحي	العدد	عدد الأسّرة	الكوادر الطبية			عدد سيارات الإسعاف
			الأطباء	الأطباء المختصون	الشبه طبي	
EPH/EH	215	41 975	15 491	1 675	50 032	969
CHU/EHU	16	14 528	3 907	13 082	17 039	193
EHS	78	12 920	3 008	2 830	12 745	172

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إحصائيات صحية، سنة 2018.

يشارك عدد كبير من هذه المؤسسات الصحية في رعاية مرضى السرطان كالتشخيص والعلاج (باستثناء العلاج الإشعاعي)، وهذا ما يفسر حقيقة أن أكثر من 85 % من المرضى يتم تشخيص السرطان لديهم بشكل مؤكد قبل بداية العلاج. العلاجات أيضا تتم في ظروف جيدة ودون مشاكل، باستثناء المواعيد النهائية، أي موعد العلاج الإشعاعي[1].

يوجد في الجزائر حاليًا 16 وحدة (CHU/EHU) مجهزة بعدد أسّرة إجمالي يقدر بـ 528 14 يعمل فيها من الكوادر الطبية ما يقارب 000 34 منهم الأطباء والأطباء المختصون والشبه طبي، بعدما كانت في حدود 14 وحدة سنة 2011، ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى 20 بنهاية الخطة، أمّا المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH/EH) فتبلغ 215 وحدة وهي مجهزة بعدد أسّرة إجمالي يقدر بـ 975 41 يعمل فيها من الكوادر الطبية ما يقارب 000 67 منهم الأطباء والأطباء المختصون والشبه طبي، كما يتعين على المستشفيات العامة أن تزيد إلى 250 مستشفى في نفس الوقت، إضافة إلى المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) التي تبلغ 78 وحدة وهي مجهزة بعدد أسّرة إجمالي يقدر بـ 920 12 يعمل فيها من الكوادر الطبية ما يقارب 000 18 منهم الأطباء والأطباء المختصون والشبه طبي، ومن المقرر أيضاً إعادة تنظيم عمل الهياكل المحلية في إطار القانون الجديد الذي ينشئ المناطق الصحية.

بالإضافة إلى القطاع العمومي، يقدم القطاع الخاص مساهمة واضحة للغاية، حاليًا هناك عدد كبير جدًا من العيادات المتخصصة ومكاتب الأطباء العامون والأطباء المختصون، مع مشاركة متزايدة وأكثر أهمية سواء في مجال التشخيص أو العلاج، والجدولان رقم 06 و 07 يوضحان مدى مساهمة القطاع الخاص في التغطية الصحية بصفة عامة وفي مجال مكافحة السرطان بصفة خاصة[2].

[1] Chahira MAZOUZI , Opt cite p 41.
[2] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p 28.

جدول رقم (06): البنية القاعدية الصحية و الموارد البشرية في القطاع الخاص

المنشأة الصحية	العدد
عيادات طبية	42
عيادات طبية ـ جراحية	279
عيادات للتشخيص	48
مكاتب أطباء مختصين	10 620
مكاتب أطباء عامين	8 347
مجمع مكاتب طبية	938
صيدلية	10 700

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إحصائيات صحية، سنة 2018.

جدول رقم (07): عيادات العلاج الإشعاعي والأورام في القطاع الخاص

المؤسسة	عدد الأسّرة	العلاج الإشعاعي	الموظفون
عيادة آثينا قسنطينة	30	–	الإشعاعيون 03 الفزيائيون 04 المساعدون 04
عيادة برقال البليدة	25	15 سرير	الإشعاعيون 02 الفزيائيون 02 المساعدون 08 الأطباء 02

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إحصائيات صحية، سنة 2011.

كما تعزز القطاع الخاص أيضاً بافتتاح عيادتين للعلاج الإشعاعي وعلم الأورام متعدد التخصصات خلال سنة 2015، وهي عيادات مجهزة تجهيزًا جيدًا بأجهزة العلاج الإشعاعي الحديثة، تتمثل في: عيادة الأزهر (دكتور خوجا باش) بدالي إبراهيم وعيادة أخرى بتيزي وزو (دكتور محمودي)[1].

5- الهياكل المتخصصة في مكافحة السرطان في الجزائر:

يمارس علاج السرطان بداية من الجراحة إلى العلاج الكيميائي إلى العلاج الإشعاعي في الهياكل المتخصصة، وهي مراكز مكافحة السرطان (CAC)، حيث تتوفر على بنايات خاصة تكون مجهزة تجهيزًا جيدًا لغرض أنشطة العلاج الإشعاعي وتشخيص الأورام، إجراء العمليات الجراحية، وإجراء التحاليل، هذه المراكز منها ما هو عملي ومنها ما هو في طور الإنجاز، والجدولان التاليان يوضحان ذلك.

5-1 مراكز مكافحة السرطان (CAC) العملية:

سوف نستعرض من خلال الجدول رقم (08) مختلف الإحصائيات والأرقام الخاصة بالمؤسسات الصحية المتخصصة في مكافحة السرطان بشتى أنواعه ومنه سرطان القولون والمستقيم، وذلك بتعداد طاقمها الطبي والشبه طبي وعدد الأسرة المتواجدة بمراكز مكافحة السرطان المشيدة والتي هي حيز الخدمة والمنتشرة عبر مختلف ربوع الوطن.

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p 108.

جدول رقم (08): مراكز مكافحة السرطان (CAC) العملية- أكتوبر 2014.

المؤسسة	عدد الأسّرة	الطاقم الطبي	الطاقم شبه طبي
CPMC	484	27	201
CAC البليدة	238	24	59
CAC مسرغين (وهران)	62	25	35
CHU وهران	173	27	16
CHU قسنطينة	40	45	27
المستشفى المركزي العسكري	600	25	30
CAC ورقلة	120	7	17
CAC سطيف	140	8	11
CAC باتنة	240	8	7

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إحصائيات صحية، سنة 2014.

إضافة للطاقم الطبي وشبه طبي، تتعزز هذه المراكز بعدد من الفيزيائيين الطبيين، عددهم 34 منهم 28 في القطاع العام و 6 في القطاع الخاص، كما بلغ عدد الفيزيائيين الطبيين تحت التدريب 47، منهم 32 في الماستر و 15 في الماجستير[1].

من الناحية الكمية، عدد الفيزيائيين الطبيين الذين سيتم تدريبهم في الخمس سنوات القادمة، يقدر على أساس الخريطة الصحية للأورام وتطوير تقنيات التصوير الطبي وتقنيات العلاج الإشعاعي من 50 إلى 100 فيزيائي.

5-2 مراكز مكافحة السرطان (CAC) قيد الإنجاز:

تدعيماً لمراكز مكافحة السرطان التي هي عملية، تسعى السلطات الوصية على القطاع الصحي في الجزائر إلى إنجاز المزيد من هذه المراكز لتغطية أكبر عدد من الولايات على

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p 31.

المستوى الوطني وتحقيق التوازن الصحي الجهوي، بهدف تقليص المسافات وتخفيف العبء على المؤسسات الصحية المنجزة التي أصبحت لا تستوعب الكم الهائل من المرضى المصابين بمختلف السرطانات، على غرار مستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة ومستشفى فرنس فانون بالبليدة.

جدول رقم (09): تقديرات خاصة بمراكز مكافحة السرطان(CAC) التي تكون حيز الخدمة في القطاع العمومي خلال 2015-2018.

الولاية	عدد الأسّرة	أجهزة العلاج الإشعاعي	السنة المتوقعة لبداية الخدمة	ملاحظة
تيزي وزو	140	03	2016	في طور الإنجاز والتجهيز
الشلف	120	02	2016	طور الأشغال الكبرى
المدية	150	02	2018	طور الدراسة
بجاية	140	03	2018	طور الدراسة
عنابة	150	03	2015	طور التجهيز
جيجل	–	–	–	مشروع مسجل سنة 2013
تلمسان	150	03	2016	–
سيدي بلعباس	120	03	2016	–
الأغواط	140	02	2016	في طور الإنجاز
الجلفة	–	–	–	مشروع مسجل سنة 2013
تيارت	120	02	2018	–
البيض	–	–	–	مشروع مسجل سنة 2013
أدرار	120	02	2016	في طور الإنجاز
بشار	140	02	2016	في طور الإنجاز
الواد	150	02	2017	في طور التسوية

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019.

وفي آخر الإحصائيات التي تحصلنا عليها المتعلقة بمراكز مكافحة السرطان(CAC) التي هي قيد الانجاز فهي في حدود ثمانية (08) مراكز بطاقة استيعاب (عدد الأسّرة) تقدر بـ 020 1 سرير[1].

وقد أنفقت الجزائر في مجال مكافحة السرطان ما يقارب 67 مليار دينار جزائري، من خلال إنشاء مراكز مكافحة السرطان (CAC)، واقتناء أجهزة العلاج الإشعاعي ومستلزماته والتي فاقت 30 جهاز بتكلفة إجمالية قدرت بحوالي 10 مليار دينار جزائري[2].

5-3 منشآت قاعدية صحية قيد الإنجاز:

في إطار مسايرة النمو الديمغرافي الذي تشهده الجزائر وتوجه الهرم السكاني نحو التشيخ، وسعيا من الدولة الجزائرية لتحيق أفضل رعاية صحية لمواطنيها وتحقيق التوازن الصحي الجهوي، لا تزال سائرة في طريق تشييد منشآت صحية جديدة من أجل استيعاب المرضى عبر كافة أقطار التراب الوطني، وقد اقتصرنا الحديث على المنشآت الصحية التي لها علاقة بمكافحة السرطان بصفة عامة والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (10): منشآت صحية قيد الإنجاز

الهيكل الصحي	العدد	عدد الأسّرة	ملاحظة
CHU	02	1 000	من أجل تحقيق التوازن الصحي الجهوي، تم برمجت تشييد مستشفيين جامعين بكل من بشار وورقلة.
EHS	20	-	
معهد خاص بالسرطان	01	-	مكان التعيين ولاية وهران
مصلحة العلاج الإشعاعي	01	-	مكان التعيين ولاية قسنطينة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إحصائيات صحية، سنة 2018.

[1] Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction des Etudes et de la Planification « **SANTE EN CHIFFRES Année 2018** », Edition Octobre 2019, p p25-26.
[2] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p 108.

بغرض التكفل الجيد بالمرضى المصابين بالسرطان بصفة عامة، تسعى الدولة الجزائرية إلى تشييد المزيد من المنشآت الصحية النوعية مثل برمجت تشييد مستشفيين جامعين بكل من بشار وورقلة بغية تحقيق التوازن الصحي الجهوي وتخفيف عبء تنقل المرضى المصابين بالسرطان من الولايات الجنوبية إلى الولايات الشمالية من أجل العلاج، وعشرون (20) مؤسسة استشفائية متخصصة (EHS)[1] لتغطية مختلف التخصصات الطبية ذات النوعية، بالإضافة إلى مشروع إنجاز معهد خاص بالسرطان بوهران من أجل إجراء البحوث والدراسات حول هذا المرض الخبيث الذي أصبح كثير الانتشار ويودي بحياة الكثير منا وبخاصة سرطان القولون والمستقيم.

كما تسعى الدولة الجزائرية أيضاً إلى إنشاء مصلحة للعلاج الإشعاعي بولاية قسنطينة، هذا النوع من العلاج الذي يكلف الكثير للمرضى المصابين بالسرطان، والذي يكون ضرورياً في الكثير من حالات علاج مختلف أنواع السرطانات، وهذا إن دل إنما يدل على النقص الفادح في هذا المجال، غلاء فاحش ومحدودية المراكز على مستوى القطاع الخاص مما أثقل كاهل المرضى المصابين بالسرطان في الجزائر، وللإشارة فإن هذا النوع من علاج السرطان محدود في الجزائر والمرضى يعانون الويلات من أجل الحصول عليه، وإن حصلوا عليه فهو مكلف جداً في القطاع الخاص.

كل هذه المنشآت الصحية والكوادر الطبية والعتاد من أجل تحسين مستوى التكفل الصحي بالمرضى المصابين بمختلف السرطانات ومنها سرطان القولون والمستقيم في الجزائر، وبالرغم من كل الجهود المبذولة والموارد المالية المخصصة إلاّ أن التكفل الصحي بالمرضى المصابين بالسرطان، هذا المرض المستعصي لا يزال في الكثير من الأحيان دون المستوى المطلوب.

[1] Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction des Etudes et de la Planification, Op cit, p p 25-26.

المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في تنفيذ المخطط الوطني لمكافحة السرطان

أُطلق المخطط الوطني لمكافحة السرطان سنة 2015، وتضمن 8 محاور إستراتيجية، تم تجسيد هذا المخطط بعد اتخاذ 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 و المقدر بـ 180 مليار دج[1].

ويتمحور المخطط بالخصوص حول الوقاية من السرطان بمختلف أنواعه والكشف المبكر والتشخيص والتكوين والجوانب المالية، كما نص على تنصيب لجنة الكشف المبكر على كل أنواع السرطانات، سيما سرطان الثدي الذي يأتي في مقدمة الأنواع الأكثر انتشارا في المجتمع الجزائري، كما هدف مخطط مكافحة السرطان إلى تكوين الأطباء العامين نظرا للدور الأساسي الذي يلعبه هذا السلك في التكفل بالصحة الجوارية، ووضع شبكة طبية منظمة وعلاج هرمي بدءا بالطبيب العام مرورا بالمختص إلى غاية المؤسسة الاستشفائية الجامعية والمراكز المتخصصة في مكافحة السرطان.

بدأت في مارس 2014، صياغة "الخطة الوطنية لمكافحة السرطان 2015-2019، إلى حد كبير هي مستوحاة من المقترحات والتوصيات التي قدمت أثناء تقييم تقريري شهري جوان وأكتوبر 2013، وتطورت هذه الخطة في الواقع على مرحلتين متمايزتين:

المرحلة الأولى: نفسها حدثت على مرحلتين، أسفرت المرحلة الأولى عن إعداد تقرير مرحلي بعنوان "تقييم ورصد الخطة الوطنية للسرطان" التي قاد عملها مجموعة من الخبراء، وتم الإتفاق فيها على ثلاثة مجالات أساسية:

- تأسيس صندوق وثائقي.
- القيام بزيارات ميدانية.

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p 42.

- الاعتماد على الخبرة الدولية.

تم تكريس هذا التقرير المرحلي في المجلس الوزاري المشترك (CIM) في 3 جويلية 2013، تمثلت المرحلة الثانية في تنفيذ الاقتراح المصادق عليه من قبل المجلس الوزاري المشترك فيما يتعلق بإنشاء سبعة (07) مراكز أبحاث حول الموضوعات الرئيسية في مجال مكافحة السرطان.

المرحلة الثانية: أتت بعد القرار الوزاري رقم 64 المؤرخ في 24 مارس 2014 المتعلق بتشكيل "اللجنة الوطنية المكلفة بمراقبة مكافحة السرطان"، حيث نصت المادة الثانية من هذا القرار على أن تكون لهذه اللجنة المهام الآتية:

- تطوير الخطة الوطنية لمكافحة السرطان للفترة 2015-2019.
- تنفيذ ورصد إجراءات الطوارئ لتحسين رعاية المرضى.

ونصت المادة 3 من هذا القرار على تعيين "**الأستاذ مسعود زيتوني**" منسقاً للجنة الوطنية المكلفة بمراقبة مكافحة السرطان. نظمت هذه اللجنة عملها في ثماني (08) جلسات عامة، عُقد آخرها في أكتوبر 2014، تمثل عملها في تحديد المحاور الإستراتيجية لهذه الخطة والتي كانت مرتبة حسب الأولوية.

1- الهدف الرئيسي للمخطط الوطني لمكافحة السرطان:

الهدف الرئيسي لهذا المخطط هو الحد من الوفيات والأمراض السرطانية، في الواقع إنه يمثل محورًا استراتيجيًا أساسيًا، وهو الوحيد القادر على إظهار فاعلية نظام الصحة.

يحاول المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019 تحديد نهج جديد، ويهدف في المقام الأول إلى تحسين جودة حياة المرضى، ولهذا وجب أن تقوم سياسته على المبادئ الثلاثة التالية:

- تحسين مرونة رحلة المريض.
- تعزيز الوقاية والفحص.

- تطوير الطرق العلاجية وزيادة فاعليتها.

ظل تحسين النتائج المتوقعة لهذه الخطة يعتمد بشكل أساسي على رفع مستوى المهارات والمؤهلات البشرية في جميع مراحل سلسلة الرعاية، التي يجب أن ترقى إلى أعلى مستوى وتكون أكثر فاعلية، وعليه ينبغي للأحكام التشريعية المنصوص عليها في قانون الصحة أن تمثل أساسًا متينًا يضمن استدامة وفعّالية هذه الرؤية الجديدة.

هذه الخطة كانت نتيجة المشاركة الواسعة لجميع المهنيين الصحيين، وتعكس أيضا تعبئة غير مسبوقة، والتي من المؤكد أن استمرارها سيعود بالنفع على فاعلية التدابير الموصى بها[1].

2- المحاور الإستراتيجية لتطبيق المخطط الوطني لمكافحة السرطان في الجزائر:

اشتملت الخطة الوطنية لمكافحة السرطان في الجزائر على ثمانية محاور إستراتيجية تمثلت في:

المحور الاستراتيجي الأول: تحسين الوقاية ضد عوامل الخطر (مثال التدخين).

المحور الاستراتيجي الثاني: تحسين الفحص لبعض أنواع السرطان (مثال عن سرطان الثدي).

المحور الاستراتيجي الثالث : تحسين تشخيص السرطان.

المحور الاستراتيجي الرابع : تنشيط العلاج.

المحور الاستراتيجي الخامس: تنظيم وتوجيه ودعم ومراقبة المريض.

المحور الاستراتيجي السادس: تطوير نظام المعلومات والاتصال.

المحور الاستراتيجي السابع: تقوية التدريب والبحث في مجال السرطان.

المحور الاستراتيجي الثامن : تعزيز القدرات التمويلية لعلاج السرطان.

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p 34.

2-1 أهم المحاور الاستراتيجية التي لها علاقة مباشرة بمكافحة سرطان القولون والمستقيم:

سوف نركز على المحاور الإستراتيجية التي لها علاقة مباشرة بالسرطان، وبالأخص التي لها علاقة بسرطان القولون والمستقيم، لذلك لم نفصل في المحور الأول (تم التطرق فيه لمكافحة التدخين)، أمّا المحور الثاني فقد تم التطرق فيه لسرطان الثدي.

2-1-1 المحور الاستراتيجي الثالث: تحسين تشخيص السرطان

تضمن جملة من الأهداف تمثلت في:

- تحسين الخدمات التي تقدمها المخابر.
- تحسين خدمات التصوير الطبي.
- تعزيز خدمات الطب النووي.
- تعزيز خدمات علم الأحياء، ((Anatomo Cyto Pathology (ACP) وهو تخصص حاسم في مسار مريض السرطان، الوحيد القادر على تشخيص مرض السرطان بشكل واضح.

يشارك ACP في:

1. الوقاية من السرطان.
2. التشخيص المبكر للنسيج الذي ينشأ منه المرض.
3. التشخيص الأولي ومتابعة الأورام الخبيثة.
4. التكهن.
5. البحث[1].

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p 65.

2-1-2 المجال الاستراتيجي الرابع: تنشيط العلاج

هذا المجال هو بلا شك الأكثر تعقيدًا من حيث أنه يتطلب التعاون بين التخصصات المتعددة، فضلا عن رؤية عملية فيما يتعلق بمسار المرضى، بالإضافة إلى ذلك، في الممارسة العملية هناك العديد من الهياكل المعنية (خدمات المستشفيات، وحدات الاستقبال لمرضى السرطان، المخابر والأشعة وما إلى ذلك) والتي تعمل في مجموعة متنوعة ومتناسقة في آن واحد، كما أثبتت المنظمات الدولية أنه في مواجهة مشكلة السرطان المعقدة العمل الجماعي فقط هو مفتاح النجاح.

تضمن هذا المجال جملة من الأهداف تمثلت في:

• تحسين التكفل بالمرضى، هذا الهدف يمكن تحقيقه في ظل الإجراءات التالية:

- تنظيم اجتماعات استشارية متعددة التخصصات.
- تحسين خدمات جراحة السرطان.
- تحسين خدمات طب الأورام.
- توسيع طاقات الاستيعاب لأورام الأطفال.
- تعزيز صيدلية الأورام.
- تحسين التكفل بالمرضى المصابين بالأورام الخبيثة.
- تحسين أداء خدمات العلاج الإشعاعي.
- تقليص مواعيد العلاج الإشعاعي.
- تحسين جودة وسلامة العلاج الإشعاعي[1].

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p p 74-77.

2-1-3 المجال الاستراتيجي الخامس: تنظيم التوجيه، دعم المريض ومتابعته

من أجل التكفل الجيد بالمريض المصاب بالسرطان، كان من اللازم معالجة الاختلالات الرئيسية التي تتعلق بجودة الاستقبال وتلقي المعلومات وشبكة الرعاية، ولمعالجة هذه الاختلالات تم استحداث وحدات استقبال المرضى المصابين بالسرطان التي تم إنشاؤها بموجب المنشور الوزاري رقم 4 المؤرخ في 3 نوفمبر 2010، وللتحكم في هذا المجال تم تسطير مجموعة من الأهداف، ولكل هدف جملة من الإجراءات:

الهدف الأول: تمثل في تقديم الدعم النفسي للمرضى وعائلاتهم، ولبلوغ هذا الهدف تم وضع الإجراءات التالية:

- تنشيط التوجيه والدعم والإصغاء.
- تطوير علم النفس المتعلق بمرضى السرطان.
- القيام بإشراك الحركة النقابية والمجتمع المدني في دعم المرضى وأسرهم.

الهدف الثاني: تقليل الحواجز التي تحول دون الوصول إلى مراكز تشخيص السرطان وعلاجه، ولتحقيق هذا الهدف تم إنشاء مراكز إيواء للمرضى والأشخاص المرافقون لهم[1].

2-1-4 المجال الاستراتيجي 6: تطوير نظام المعلومات والاتصال

السجل هو أداة أساسية في المراقبة الوبائية للسرطانات، إنه عنصر أساسي في نظام المعلومات الصحية، كما أنه يهدف إلى تحديد نسبة الإصابة بمرض السرطان، واتجاه المرض والتطور والتوزيع الجغرافي، وتسمح السجلات من خلال الدراسات الإحصائية الوبائية، بما يلي:

- تقدير الاحتياجات من حيث الوقاية والتشخيص والرعاية.

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p p 81-85.

- معرفة انتشار المرض وتطوره الزماني والجغرافي.
- قياس خطورة الوضع الإقليمي أو المحلي.
- فهم أسباب انتشار بعض أنواع السرطانات.
- فهم ومنع عوامل الخطر أو الظروف المساعدة لظهور معين للسرطانات.
- الكشف المبكر عن ظهور سرطانات جديدة.
- تقييم فعالية الإجراءات الوقائية أو العلاجية[1].

إن إنشاء سجلات السرطان هو عمل شاق ومستمر، يتطلب الموارد المادية والبشرية. في الجزائر، هناك 14 سجلا للسرطان يغطي تقريبا 40% من السكان، ولتحقيق تطور نظام المعلومات وتعزيز سبل التواصل عن مرض السرطان وجب تحقيق الأهداف التالية:

الهدف الأول: تحسين المراقبة الوبائية للسرطانات من خلال إعداد سجلات السرطانات، وللوصول إلى هذا الهدف، تم تسطير الإجراءات التالية:

- إضفاء الطابع المؤسسي في تنفيذ سجلات السرطان.
- إنشاء شبكة من الجهات الفاعلة والشركاء الوطنيين لسجل السرطان.
- إنشاء نظام معلومات صحية عن السرطان.
- الكشف عن الأسباب الطبية للوفاة.

الهدف الثاني: هو تحسين نظام المعلومات والاتصال عن السرطان.

التواصل هو أحد المحاور الرئيسية لخطة مكافحة السرطان، إنه يمثل تحدٍ للسلطات والمؤسسات العامة المسؤولة عن حماية وتعزيز الصحة العمومية. ولتنفيذ هذه الاستراتيجيات يجب تكييفها بالاتصال والدعم للسكان المستهدفين والمرضى والمهنيين الصحيين المعنيين، لذلك تم وضع الإجراءات التالية:

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p p 89-97.

- تطوير برامج اتصال حول عوامل الخطر.
- توعية جميع السكان بخطر السرطان.
- القيام بإبلاغ المهنيين الصحيين بانتظام عن التطورات الطبية والتكنولوجية في مجال السرطان.

2-1-5 المجال الاستراتيجي السابع: تعزيز التدريب والبحث عن السرطان

منذ إصلاحات السبعينيات، لم يعرف تدريس العلوم الطبية أي تنمية، بل اقتصر على التدريب الأكاديمي القائم على المستشفى دون التحديث أو التكيف مع الحقائق على أرض الواقع، إنه يتطلب إصلاحًا عميقًا حتى يتمكن من التكيف مع الظروف الجديدة والتقدم الوبائي والعلمي والتكنولوجي.

فيما يتعلق بالبحوث، فقد وُجد أن المشاريع البحثية في علم السرطان قليل العدد، على سبيل المثال، نتائج عمل الباحثين مثل أطروحات الدكتوراه نادرًا ما يتم نشرها واستغلالها، والباحثون أنفسهم لا يتم تشجيعهم على مواصلة أبحاثهم، لذلك اتخذت الدولة جملة من القرارات تمثلت في الخطة الوطنية لمكافحة السرطان 2015-2019، ومن أهدافها:

الهدف الأول: تحسين التدريب لجميع الفاعلين في سلسلة الرعاية في مجال علم السرطان، والذي لن يتحقق إلاّ باتباع الإجراءات التالية:

- العمل على تدريب خاص للأطباء العامين.
- القيام بتكوين إضافي في علم الأورام للجراحين، وأطباء الأورام، وأطباء الأشعة وممتهني علم الأحياء.
- رفع مستوى أخصائيي أمراض الخلايا والمشرحين وممتهني علم الأحياء.
- تعزيز تدريب المعالجين بالأشعة والأطباء الفيزيائيين والإشعاعيين.

- تعزيز تدريب المساعدين الطبيين على التكفل بمرضى السرطان.
- تعزيز التدريب الطبي المستمر لجميع الأخصائيين في علم الأورام، كل في مجاله، من خلال الدورات التدريبية من أجل رفع مستوى المهارات.

الهدف الثاني: تطوير البحث في علم السرطان، والذي سُطرت له الإجراءات التالية:

- تشجيع البحث في مجال علم السرطان.
- تشجيع البحث التطبيقي.
- تشجيع البحث في مجال التكنولوجيا الحيوية وعلم الوراثة.
- تطوير التعاون والشراكات الوطنية والدولية في أبحاث السرطان[1].

وفي تصريح للأستاذ مسعود زيتوني المكلف بمتابعة وتقييم المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019، فإن نسبة تنفيذ المخطط هي في حدود 70% وذلك بمناسبة اليوم العالمي للسرطان بتاريخ 04 فيفري 2019.

وبناءاً على ما سبق ذكره، يمكن إبراز الأبعاد الإستراتيجية الوطنية الهادفة إلى تجنب عوامل الخطر التي ترفع من احتمال الإصابة بمرض السرطان وبالخصوص سرطان القولون والمستقيم، على غرار التغذية، النشاط الحركي، التدخين، والأمراض المتعلقة بالجهاز الهضمي، حيث يتم في مجال التغذية تنفيذ سياسة رامية إلى تطوير الإنتاج المحلي للخضر والفواكه، وفي المقابل يتم التركيز على تحسين الخدمات الصحية لمرضى السرطان، من خلال زيادة البنى التحية من مراكز متخصصة في مكافحة السرطان بشتى أنواعه ومراكز التحاليل الطبية وكذا الأجهزة المتطورة، سواء المتعلقة بالعلاج، على غرار العلاج الإشعاعي والعلاج الكيماوي، وخاصة أجهزة الكشف المبكر عن مرض السرطان، فسرطان القولون والمستقيم يكون سهل التعامل، وتزيد فرص الشفاء منه إذا ما اكتشف في بدايته.

[1] Plan national cancer 2015-2019, Op cit, p p 97-103.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل واقع التكفل الصحي بمرضى السرطان بصفة عامة ومنهم مرضى سرطان القولون والمستقيم الذين هم موضوع دراستنا، بينّا من خلاله نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى بصفة عامة في الجزائر، كما عرجنا على تطور النظام الصحي في بلادنا منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، الذي كان عبر عدة مراحل متباينة، حيث شهدت الجزائر من خلال هذه المراحل تطورا في الرعاية الصحية المقدمة للمرضى بصفة عامة ومنهم مرضى السرطان بصفة خاصة، كما بيّنا أيضا الإطار التشريعي والتنظيمي للقطاع الصحي المتعلق بمكافحة السرطان في الجزائر من خلال الاتفاقيات الدولية التي وقعتها الدولة الجزائرية في هذا الشأن والنصوص القانونية التي تضمنت مختلف القوانين المالية التي تضمنت بدورها الشق المالي الذي يعتبر أكثر من مهم من أجل تحسين التكفل الصحي بالمرضى المصابين بالسرطان.

في الأخير خلص أصحاب القرار في ميدان الصحة في الجزائر إلى وجوب وضع خطة وطنية لمكافحة السرطان بمختلف أنواعه والحد من انتشاره، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال توفير الوسائل اللازمة وتحسين مستويات الخدمة الصحية من خلال الوقاية والتشخيص وتحسين العلاج بأشكاله المختلفة وتوفير الأدوية وتحسين الرعاية والبحث في هذا المجال، ومن أجل تطبيق هذه الخطة وجب توفير الموارد البشرية المؤهلة وزيادة عدد الهياكل الصحية المتخصصة وهو ما وقفنا عليه من خلال الإحصائيات المقدمة حول تطور البنية التحتية والموارد البشرية، هذه الأخيرة شهدت تطورا ملحوظا سواء على مستوى القطاع العمومي أو القطاع الخاص، وخاصة إنشاء المراكز المتخصصة في مكافحة السرطان.

كل ذلك يلعب دورا هاما وبارزا في تحسين التكفل الصحي للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر، ومن أجل بلوغ الهدف المنشود أطلقت الجزائر المخطط

الوطني لمكافحة السرطان سنة 2015 والذي كان مبرمجا إلى غاية سنة 2019، غير أنه ورغم تقدم مراحله إلاّ أنه لا يزال قيد الانجاز.

الفصل الخامس: انتشار سرطان القولون والمستقيم في الجزائر "الجزائر العاصمة نموذجا"

تمهيد

المبحث الأول: السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين

1- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين لسنة 2000

2- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين لسنة 2005

3- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين لسنة 2010

4- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين لسنة 2015

المبحث الثاني: الإصابة بسرطان القولون والمستقيم حسب الجنس وحسب الفئات العمرية

1- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2000

2- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2005

3- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2010

4- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2015

5- تطور معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم في الجزائر العاصمة عند الجنسين من سنة 2000 إلى سنة 2019

خلاصة الفصل

تمهيد:

قبل الخوض في تحليل معطيات استمارة المقابلة، وددنا أن نعطي صورة عن الظاهرة المراد دراستها على المستوى الوطني، من خلال عرض وتحليل لإحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية "INSP" المتعلقة بالجزائر العاصمة، التي استخرجناها من سجلات السرطانات لمختلف السنوات، هذه الإحصائيات لم نجدها جاهزة وإنما قمنا باستخراجها من هذه السجلات عن طريق جمع معطيات سرطان القولون وسرطان القولون السيني وسرطان المستقيم، حيث كانت هناك إحصائيات خاصة بكل نوع على حدى، وموضوع دراستنا هو الواقع السوسيو–ديمغرافي لمرضى سرطان القولون والمستقيم، كما أن المراجع النظرية تناولت المرض مجتمعاً ولم تفرق بينهم، وحتى إحصائيات المنظمة العالمية للصحة كانت كذلك.

كما تجدر الإشارة إلى أننا اعتمدنا على سجلات السرطانات للجزائر العاصمة التي يصدرها المعهد الوطني للصحة العمومية، وهي من أحسن السجلات على المستوى الوطني، حيث أن إحصائياتها تامة وغير منقوصة، لذلك اعتمدنا عليها بغرض إعطاء صورة واضحة عن المرض، وذلك في ظل غياب إحصائيات وطنية شاملة عن الظاهرة المدروسة.

ولقد تناولنا هذه الإحصائيات بشيء من التفصيل، من خلال تبيان أهم السرطانات الشائعة في المجتمع الجزائري بين الجنسين، وحساب معدل الإصابة لكل جنس (ذكور وإناث) والجنسين معاً، وكذلك استخراج معدل الإصابة لكل جنس حسب الفئات العمرية، وذلك كل خمس سنوات بداية من سنة 2000 (تاريخ توفر الإحصائيات)، وبعدها تطرقنا إلى تطور معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم عند الجنسين من سنة 2000 إلى غاية سنة 2019.

المبحث الأول: السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين

سوف نقوم بإبراز أهم السرطانات الشائعة والمنتشرة بين الجنسين وترتيب سرطان القولون والمستقيم بين هذه السرطانات، حيث أن السرطانات التي تنتشر بين جنس الإناث تختلف عن السرطانات التي تنتشر بين الذكور.

1- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين سنة 2000

1-1 السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور:

سوف نقوم بعرض أكثر خمس سرطانات انتشاراً بين جنس الذكور وترتيبها حسب شدة الإصابة من خلال الجدول المبين أدناه.

جدول رقم (11): السرطانات الأكثر انتشارا بين الذكور سنة 2000

نوع السرطان	معدل الإصابة*
الرئة	14.3
المثانة	12.9
القولون والمستقيم	11.2
المعدة	7.2
الغدد الليمفاوية	5.3

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2000.

كما هو معلوم فإن السرطان ينسب إلى العضو الذي يصيبه، حيث نلاحظ أن أكثر خمس سرطانات شيوعا بين الذكور من حيث الشدة هي سرطان الرئة، سرطان المثانة، سرطان القولون والمستقيم، يليهم سرطان المعدة، وسرطان الغدد الليمفاوية.

*معدل الإصابة = $\frac{\text{عدد حالات الإصابة الجديدة}}{\text{عدد السكان}} \times 100\,000$

معدل الإصابة بسرطان الرئة، المثانة، وسرطان القولون والمستقيم أكثر شدة من حيث الإصابة على الرجال مقارنة بباقي أنواع السرطانات الأخرى، وسرطان القولون والمستقيم موضوع الدراسة يحتل المرتبة الثالثة من حيث شدة الإصابة لدى الرجال.

2-1 السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث:

سوف نقوم بعرض أكثر خمس سرطانات انتشاراً بين جنس الإناث وترتيبها حسب شدة الإصابة من خلال الجدول المبين أدناه.

جدول رقم (12): السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث سنة 2000

نوع السرطان	معدل الإصابة
الثدي	19
القولون والمستقيم	9.4
عنق الرحم	5.9
المعدة	5.8
الغدة الدرقية	4.6

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2000.

نلاحظ أن أكثر خمس سرطانات شيوعا بين الإناث هي كل من سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان عنق الرحم، سرطان المعدة، وسرطان الغدة الدرقية.

يظهر جلياً أن سرطان الثدي أكثر حدة من حيث شدة الإصابة على الإناث مقارنة بباقي أنواع السرطانات، يليه سرطان القولون و المستقيم بدرجة أقل.

كما تجدر الإشارة إلى أن سرطان القولون والمستقيم هو سرطان مشترك بين الجنسين وهو من بين أكثر خمس سرطانات انتشارا بين الرجال والنساء، لكن بدرجات متفاوتة في معدل الإصابة.

2- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين سنة 2005

2-1 السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور:

سوف نقوم بعرض أهم خمس سرطانات المنتشرة بين جنس الذكور على الترتيب وحساب معدل الإصابة من خلال حالات الإصابة الجديدة.

جدول رقم (13): السرطانات الأكثر انتشارا بين الذكور سنة 2005

نوع السرطان	حالات الإصابة الجديدة	معدل الإصابة
الرئة	299	21.2
القولون والمستقيم	216	15.1
المثانة	181	14.04
البروستات	113	8.4
أعضاء مختلفة	115	8.4

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2005.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أكثر خمس سرطانات شيوعا بين الذكور هي كل من سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان المثانة، سرطان البروستات، وسرطانات تخص أعضاء مختلفة. ونلاحظ أيضا أن معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم انتقل من 11.2 سنة 2000 إلى 15.1 سنة 2005 واحتل بذلك المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة بعدما كان يحتل الترتيب الثالث.

2-2 السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث:

سوف نقوم بعرض أكثر خمس سرطانات انتشارا بين جنس الإناث على الترتيب وحساب معدل الإصابة من خلال حالات الإصابة الجديدة.

جدول رقم (14): السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث سنة 2005

نوع السرطان	حالات الإصابة الجديدة	معدل الإصابة
الثدي	686	48.6
القولون والمستقيم	163	11.6
عنق الرحم	154	11.02
المبيض	112	08
الغدة الدرقية	102	7.4

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2005.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أكثر السرطانات شيوعا بين جنس الإناث هي كل من سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان عنق الرحم، سرطان المبيض، سرطان الغدة الدرقية. ونلاحظ أيضا أن سرطان الثدي أكثر شدة من حيث الإصابة على الإناث مقارنة بباقي أنواع السرطانات الأخرى، كما حافظ سرطان القولون والمستقيم على ترتيبه الثاني بين النساء وبمعدل متطور، حيث انتقل من 9.4 سنة 2000 إلى 11.6 سنة 2005.

حافظ سرطان القولون والمستقيم على حضوره بين الجنسين رغم ظهور سرطانات جديدة واختفاء البعض الآخر خلال سنة 2005، لكن بمعدل أكثر تطور.

3- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين سنة 2010

3-1 السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور:

سوف نقوم بعرض أكثر خمس سرطانات انتشراً بين جنس الذكور على الترتيب وحساب معدل الإصابة من خلال حالات الإصابة الجديدة.

جدول رقم (15): السرطانات الأكثر انتشارا بين الذكور سنة 2010

نوع السرطان	حالات الإصابة الجديدة	معدل الإصابة
الرئة	289	18
القولون والمستقيم	252	15.7
البروستات	226	14.1
الدم	167	10.4
المثانة	165	10.3

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2010.

يبرز لنا الجدول أعلاه أن أكثر خمس سرطانات شيوعا بين الذكور هي كل من سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان البروستات، سرطان الدم، وسرطان المثانة، ويحافظ سرطان القولون و المستقيم على مركزه الثاني من حيث شدة الانتشار بين جنس الذكور بعد سرطان الرئة ويقترب منه.

3-2 السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث:

سوف نقوم بعرض أكثر خمس سرطانات انتشاراً بين جنس الإناث على الترتيب وحساب معدل الإصابة من خلال حالات الإصابة الجديدة.

جدول رقم (16): السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث سنة 2010

نوع السرطان	حالات الإصابة الجديدة	معدل الإصابة
الثدي	1033	65.3
القولون والمستقيم	264	16.7
الغدة الدرقية	164	10.4
عنق الرحم	137	8.7
المبيض	86	5.4

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2010.

يُظهر لنا الجدول رقم (16) أن السرطانات الخمس الأكثر شيوعا بين الإناث هي كل من سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان الغدة الدرقية، سرطان عنق الرحم، و سرطان المبيض.

ويبقى سرطان القولون والمستقيم محافظاً على مركزه الثاني بعد سرطان الثدي عند الإناث لكن بمعدل أكثر تطورا حيث انتقل من 11.6 سنة 2005 إلى 16.7 سنة 2010.

4- السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين سنة 2015

4-1 السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور:

سوف نقوم بعرض أكثر خمس سرطانات انتشاراً بين جنس الذكور على الترتيب وحساب معدل الإصابة من خلال حالات الإصابة الجديدة.

جدول رقم (17): السرطانات الأكثر انتشارا بين الذكور سنة 2015

نوع السرطان	حالات الإصابة الجديدة	معدل الإصابة
الرئة	476	27.1
القولون والمستقيم	425	24.2
البروستات	362	20.6
المثانة	314	17.9
الدم	206	11.7

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2015.

يشكل كل من سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان البروستات، سرطان المثانة وسرطان الدم أكثر خمس سرطانات شيوعا بين الذكور سنة 2015. ويبين الجدول رقم 17 أن سرطان القولون والمستقيم بقي محافظا على ترتيبه بين الذكور من حيث شدة الانتشار مع تطور في معدل الإصابة، حيث انتقل من 15.7 سنة 2010 إلى 24.2 بين سنة 2015.

4-2 السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث:

سوف نقوم بعرض أكثر خمس سرطانات انتشاراً بين جنس الإناث على الترتيب وحساب معدل الإصابة من خلال حالات الإصابة الجديدة.

جدول رقم (18): السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث سنة 2015

نوع السرطان	حالات الإصابة الجديدة	معدل الإصابة
الثدي	1387	79.7
القولون والمستقيم	394	22.7
الغدة الدرقية	266	15.3
الدم	159	9.2
المعدة	154	9

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2015.

تبين لنا الإحصائيات المعروضة في الجدول أعلاه أن السرطانات الخمس الأكثر شيوعا بين الإناث هي كل من سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان الغدة الدرقية، سرطان الدم، و سرطان المعدة. كما نلاحظ تطور معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم لدى جنس الإناث، حيث انتقل من 16.7 سنة 2010 إلى 22.7 سنة 2015، وبقي محافظاً على مركزه الثاني بعد سرطان الثدي. وتجدر الإشارة إلى أن سرطان الثدي شهد تطورا ملحوظا خلال الخمس سنوات، حيث انتقل من (65.3 لكل 000 100) سنة 2010 إلى 97.7 سنة 2015.

المبحث الثاني: الإصابة بسرطان القولون والمستقيم حسب الجنس وحسب الفئات العمرية

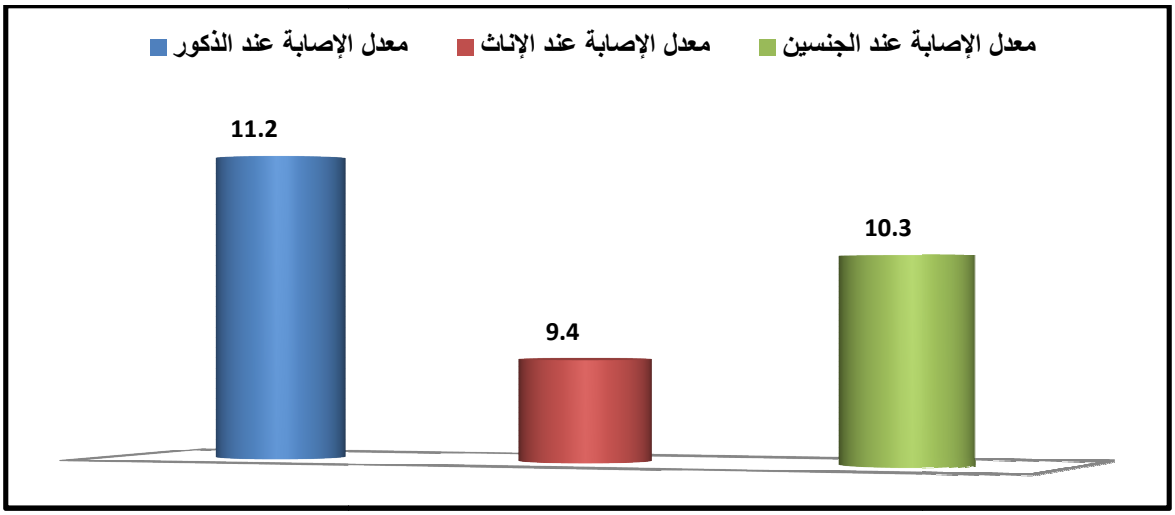
سوف نستعرض من خلال هذا المبحث معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم حسب كل جنس وللجنسين معا وحسب الفئات العمرية، من خلال تحليل الإحصائيات المتحصل عليها من المعهد الوطني للصحة العمومية، الممتدة من سنة 2000 إلى غاية سنة 2019، وذلك من خلال مقارنة معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم حسب الخصائص الديمغرافية (الجنس والسن) للمصابين، وتتبع تطور شدة المرض عند الجنسين على مدى 20 سنة.

1- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بين الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2000

1-1 معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بين الجنسين

يمكن إظهار الاختلاف في معدل الإصابة بهذا المرض بين جنس الذكور وجنس الإناث وإظهار معدل الإصابة للجنسين معا من خلال الشكل البياني أدناه.

الشكل رقم (14): معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين سنة 2000



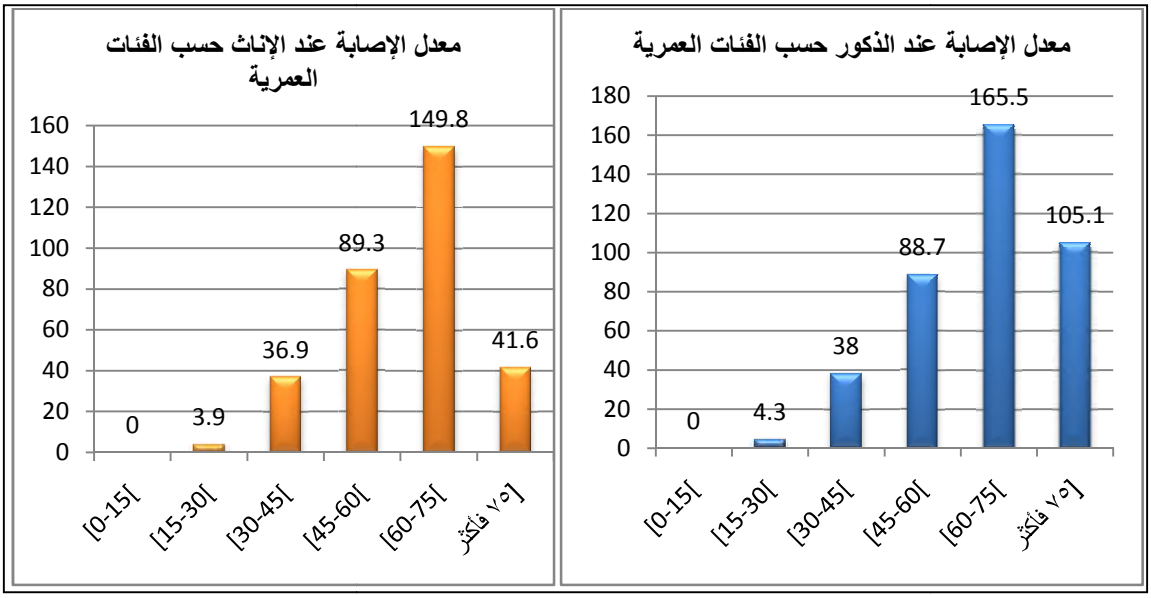
المصدر: رسم بياني من إعداد الباحث استناداً على إحصائيات سجل الأورام بالعاصمة سنة 2000.

يختلف معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم حسب جنس المريض والذي يعتبر من أهم أسباب الإصابة بهذا المرض*، حيث تُظهر المعطيات المعروضة في الشكل الباني أعلاه الاختلاف في معدل الإصابة بين جنس الذكور (11.2 لكل 000 100) مقارنة بجنس الإناث (9.4 لكل 000 100)، بينما معدل الإصابة لدى الجنسين فهو يمثل (10.3 لكل 000 100 شخص).

2-1 معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم عند الجنسين حسب الفئات العمرية

نود من خلال حساب معدل الإصابة بهذا المرض إظهار شدة الإصابة حسب كل جنس وتبيان الفئات العمرية الأكثر تضررا بهذا المرض الخبيث.

الشكل رقم (15): معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين حسب الفئات سنة 2000



المصدر: رسم بياني من إعداد الباحث اعتماداً على إحصائيات سجل الأورام بالعاصمة سنة 2000.

يلعب العامل الديمغرافي المتمثل في السن دورا في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، وهو أحد أهم أسباب الإصابة بالمرض، وهذا ما يتجلى من خلال الشكل رقم (15)، حيث نلاحظ

*للاستزادة أنظر أهم أسباب الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في الفصل الثاني ص 37.

أن الفئة العمرية الأقل من 15 سنة لم تسجل أي إصابة بسرطان القولون والمستقيم، ويرجع ذلك إمّا فعلا لانعدام الإصابة بهذا النوع من السرطانات بين الفئات العمرية الصغرى، أو قد يرجع إلى ضعف التشخيص أو فعاليته. فيما يخص الفئات العمرية من 15 إلى 75 سنة، يأخذ معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم منحنى تصاعدي بدرجات متفاوتة بين الجنسين، والفئة العمرية الأكثر تضررا بينهما هي الفئة العمرية [60-75[سنة.

بعد سن 45 سنة نلاحظ ارتفاع شديد لمعدل الإصابة بهذا المرض لدى الجنسين معاً، و تجدر الإشارة هنا إلى أن فترة حضانة هذا النوع من السرطانات تتراوح بين 5 و10 سنوات[1]، حيث يكون في البداية على شكل ورم حميد لا يسبب أية مشاكل صحية، غير أنه وفي حالة عدم اكتشافه في بداية تشكله و معالجته يصبح ورماً خبيثاً ويصعب علاجه مما يترتب عنه جملة من المراحل لعلاجه، بدايةً بمرحلة التشخيص، بعدها العملية الجراحية، يليها العلاج الكيماوي، أو العلاج الإشعاعي أو كلاهما معاً.

وانطلاقاً من هذا يشدد أهل الاختصاص على ضرورة الفحص الدوري الاحترازي بعد سن 50 سنة خاصة مع وجود تاريخ عائلي للمرض. وهنا يتبين لنا أن السن له أثر على معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، بالنسبة لمختلف الفئات العمرية ولكلا الجنسين[2].

[1] على مؤنس، مرجع سبق ذكره، ص 04.

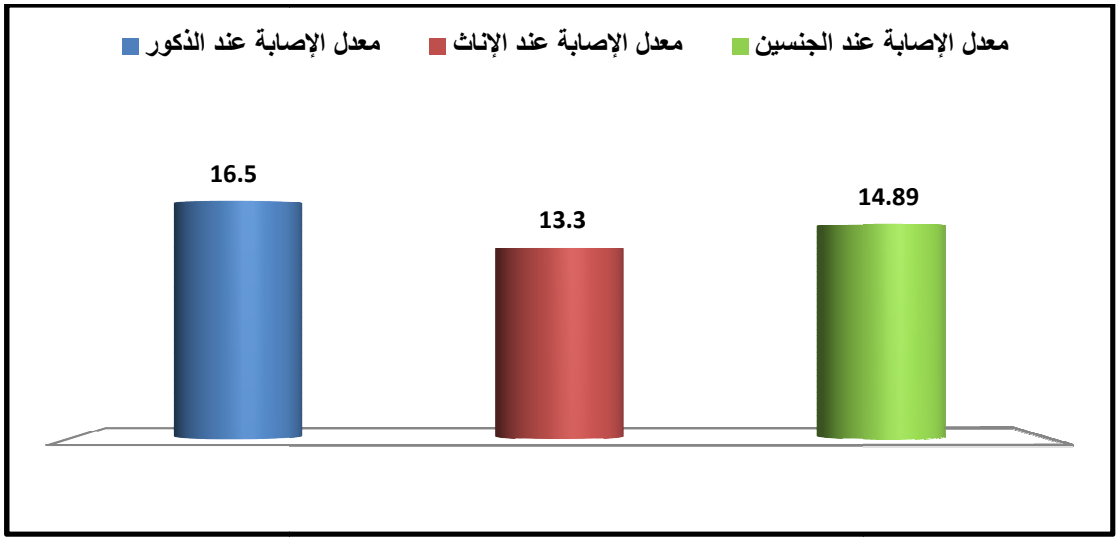
[2] سفيان شهاب، **دراسة وصفية تحليلية لمرض سرطان القولون والمستقيم في الجزائر "الجزائر العاصمة نموذجا"**، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 11، العدد 2/ديسمبر 2021، ص 204.

2- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2005

2-1 معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين

يمكن إظهار الاختلاف والتطور في معدل الإصابة بهذا المرض بين جنس الذكور وجنس الإناث مع تفوق واضح لجنس الذكور وتطور معدل الإصابة للجنسين معا للخمس سنوات الموالية من خلال الشكل البياني أدناه.

الشكل رقم (16): معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين سنة 2005



المصدر: رسم بياني من إعداد الباحث استناداً على إحصائيات سجل الأورام بالعاصمة سنة 2005.

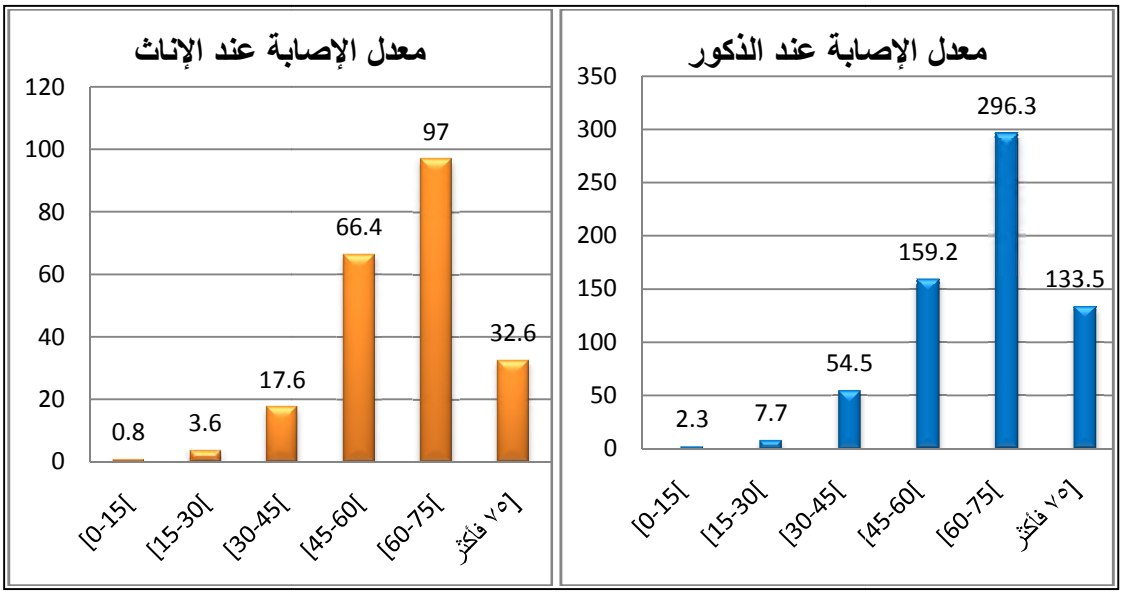
يواصل معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم تطوره عبر السنوات في الجزائر، خلال سنة 2005 نلاحظ أن معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم (16.5 لكل 100 000)، بينما كان سنة 2000 (11.2 لكل 100 000) بالنسبة لجنس الذكور، بالنسبة لجنس الإناث معدل الإصابة انتقل من(9.4 لكل 100 000) سنة 2000 إلى (13.3 لكل 100 000) سنة 2005. تثبت الإحصائيات الوطنية أن الإصابة بهذا المرض في الجزائر هو أكثر شدة عند الذكور منه عند الإناث وهو متطابق مع إحصائيات المنظمة العالمية

للصحة، كما أن معدل الإصابة لدى الجنسين في تطور مستمر يعكسه انتقال معدل الإصابة من 10.3 سنة 2000 إلى 14.89 سنة 2005.

2-2 معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم عند الجنسين حسب الفئات العمرية

نود من خلال حساب معدل الإصابة بهذا المرض إظهار شدة الإصابة به حسب كل جنس وتبيان الفئات العمرية الأكثر تضررا بهذا السرطان للخمس سنوات الموالية.

الشكل رقم (17): معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين حسب الفئات سنة 2005



المصدر: إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سجل الأورام بالعاصمة سنة 2005.

تُبين معطيات الشكل أعلاه أن معدل الإصابة عند الجنسين لسنة 2005 في تطور مستمر حسب الفئات العمرية، كم تبين الإحصائيات حالات إصابة للجنسين لدى فئة الأطفال دون 15 سنة، وذلك خلافاً لسنة 2000، وللعلم فإن سرطان القولون و المستقيم يمكن أن ينتقل من الآباء إلى أبنائهم عن طريق المورثات الجينية، وهو ما يفسر ظهور حالات إصابة لدى الفئات العمرية الصغرى. كما يلعب التطور الصحي في بلادنا المتمثل في إنشاء عدة مراكز إستشفائية متخصصة في علاج السرطان، دورا في زيادة حالات التشخيص، مع العلم أن

هذا المرض يتطور تدريجياً، حيث يبدأ في صورة ورم حميد يأخذ بالنمو والتطور حتى يصبح ورم خبيث[1].

وتواصل الفئات العمرية من [45-75[سنة تسجيل معدلات قياسية من حيث شدة الإصابة، ويمكن إرجاع ذلك إلى سببين رئيسيين هما، من جهة زيادة حالات التشخيص نتيجة ظهور مراكز متخصصة في علاج السرطان كما سبق وذكرنا، ومن جهة ثانية، تغير النمط المعيشي للمجتمع الجزائري، من خلال خروج المرأة للعمل واعتماد أغلب أفراد الأسرة على التغذية خارج المنزل، أدى ذلك إلى زيادة دخل الأسرة وتحسن مستواها المعيشي، مما نتج عنه إقبال مفرط في تناول بعض الأغذية المسببة لسرطان القولون والمستقيم، كاللحوم الحمراء، واللحوم المصنعة، خاصة المأكولات السريعة[2].

من جهة أخرى، عند مقارنة الإصابة العمرية بين الجنسين نلاحظ ارتفاعها المعتبر عند الذكور مقارنة بالإناث، ويرجع ذلك لتعرض الرجال لعوامل خطر كالتدخين وشرب الكحول إضافة إلى النمط الغذائي، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض مقارنة بالنساء، والفئة العمرية الأكثر تضرراً بهذا المرض هي فئة [60-75[سنة.

3- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2010

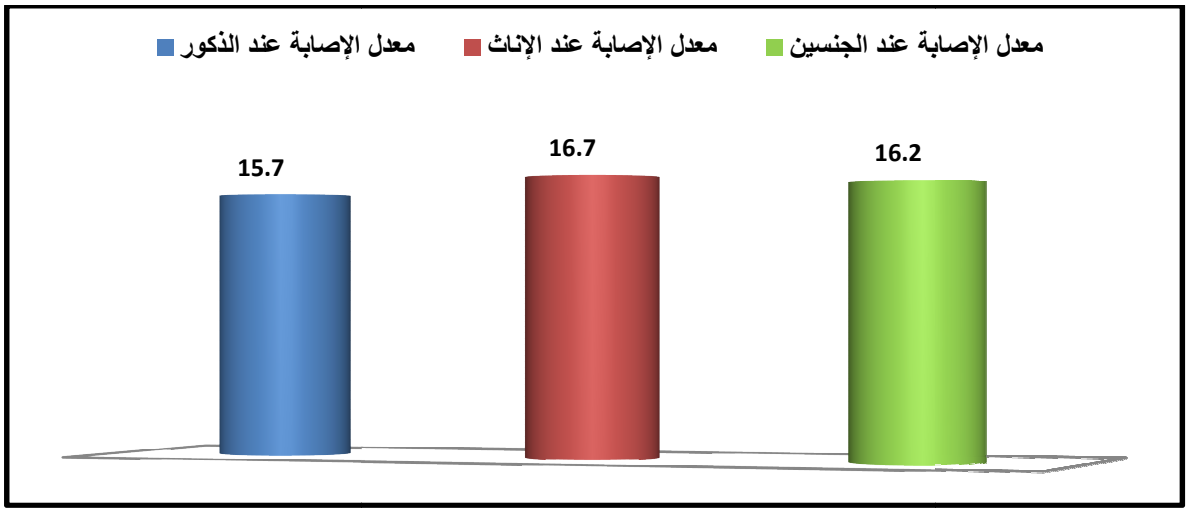
3-1 معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين

يظهر الاختلاف في معدل الإصابة بهذا المرض بين جنس الذكور وجنس الإناث عما سبق، وذلك بارتفاع معدل الإصابة بالمرض عند الإناث عنه عند الذكور، وارتفاع معدل الإصابة للجنسين معا للخمس سنوات الموالية، ويظهر ذلك من خلال الشكل البياني الموالي.

[1] هلال أحمد الوصيف، مرجع سبق ذكره ص ص 146-147.

[2] سفيان شهاب، مرجع سبق ذكره، ص 206.

الشكل رقم (18): معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين سنة 2010



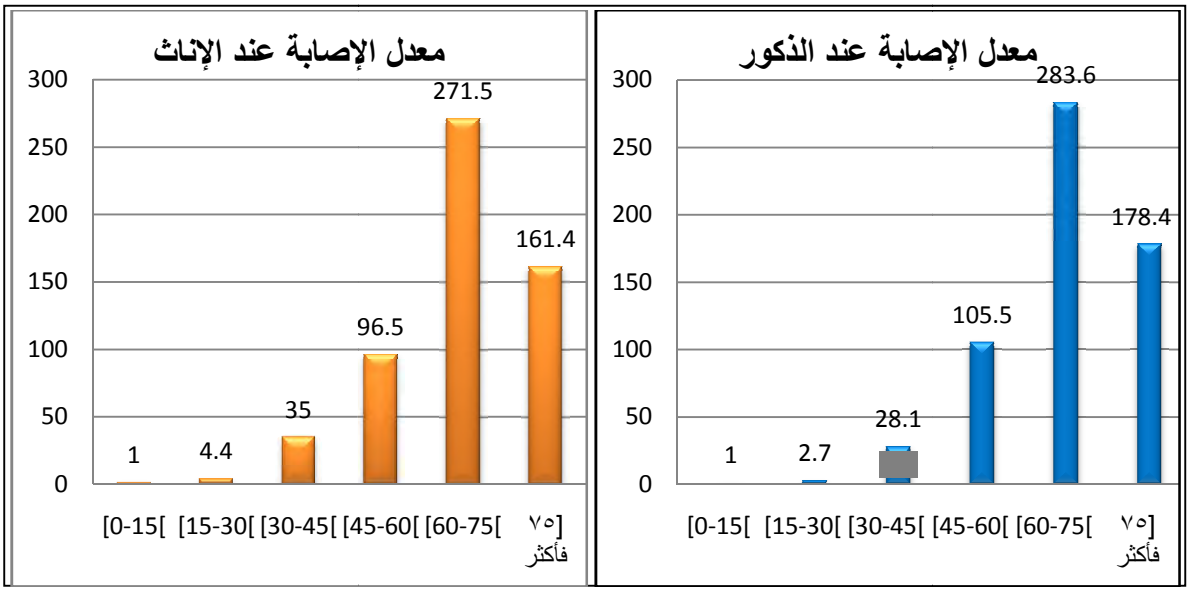
المصدر: رسم بياني من إعداد الباحث استناداً على إحصائيات سجل الأورام بالعاصمة سنة 2010.

يتضح من خلال الشكل البياني رقم 18 أن معدل الإصابة للجنسين يواصل منحناه التصاعدي بالانتقال من 14.9 سنة 2005 إلى 16.2 سنة 2010. من جهة أخرى وخلافا لسنتي 2000 و2005 فقد تجاوز معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم لدى الإناث معدل الإصابة لدى الذكور حيث بلغ على التوالي16.7 لكل 100 000 و 15.7 لكل 100 000.

3-2 معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم عند الجنسين حسب الفئات العمرية

نود من خلال حساب معدل الإصابة بهذا المرض لإظهار شدة الإصابة حسب كل جنس وتبيان الفئات العمرية الأكثر تضررا بهذا المرض الخبيث للخمس سنوات الموالية، والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (19): معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين حسب الفئات سنة 2010



المصدر: إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية سجل الأورام بالعاصمة سنة 2010، ص 98، 100.

تبين إحصائيات سنة 2010، نمطان مختلفان لتطور معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم حسب الجنس. فبالنسبة للإناث، هناك تطور ملحوظ لمعدل الإصابة بهذا المرض مقارنة بسنة 2005 ولمختلف الفئات العمرية، مع العلم أن هذا المرض حافظ على ظهوره لدى فئة الأطفال، بينما تضاعف معدل الإصابة به بالنسبة للفئات العمرية المحصورة بين 30-60 سنة، وإلى أكثر من الضعف بالنسبة للفئات العمرية التي تفوق 60 سنة.

بالنسبة للذكور، نلاحظ أن الفئات العمرية دون 45 سنة تسجل انخفاض في معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، كما أن باقي الفئات العمرية تسجل انخفاضا لكن بدرجة أقل.

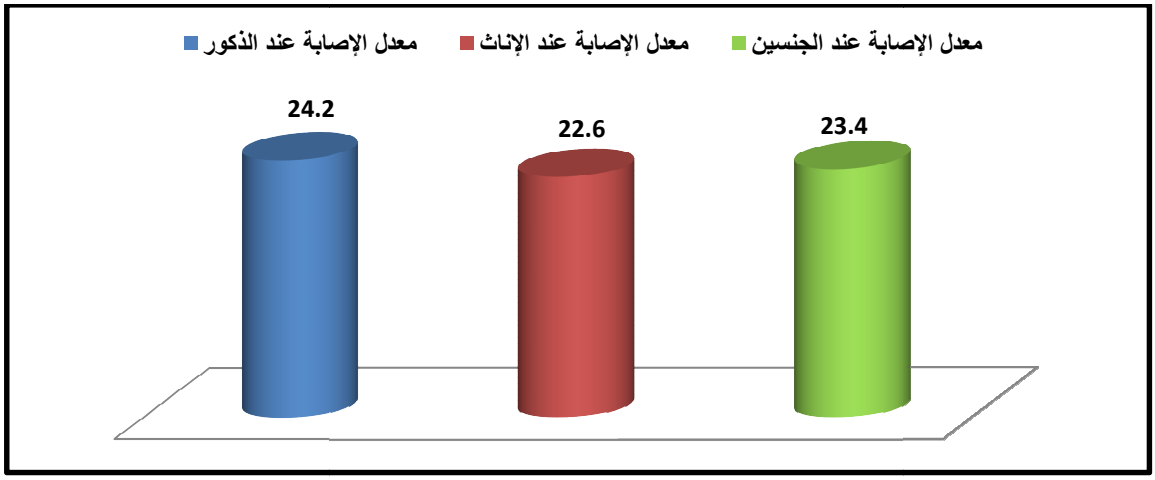
كما لا تزال الفئة العمرية [60-75[سنة بالنسبة للجنسين أكثر الفئات العمرية تضرراً بهذا المرض.

4- معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين وحسب الفئات العمرية سنة 2015

4-1 معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين

يظهر الاختلاف في معدل الإصابة بهذا المرض بين جنس الذكور وجنس الإناث وذلك بارتفاع معدل الإصابة بالمرض عند الذكور عنه عند الإناث، وارتفاع معدل الإصابة للجنسين معا للخمس سنوات الموالية، و الشكل البياني أدناه يوضح ذلك.

الشكل رقم (20): معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين سنة 2015



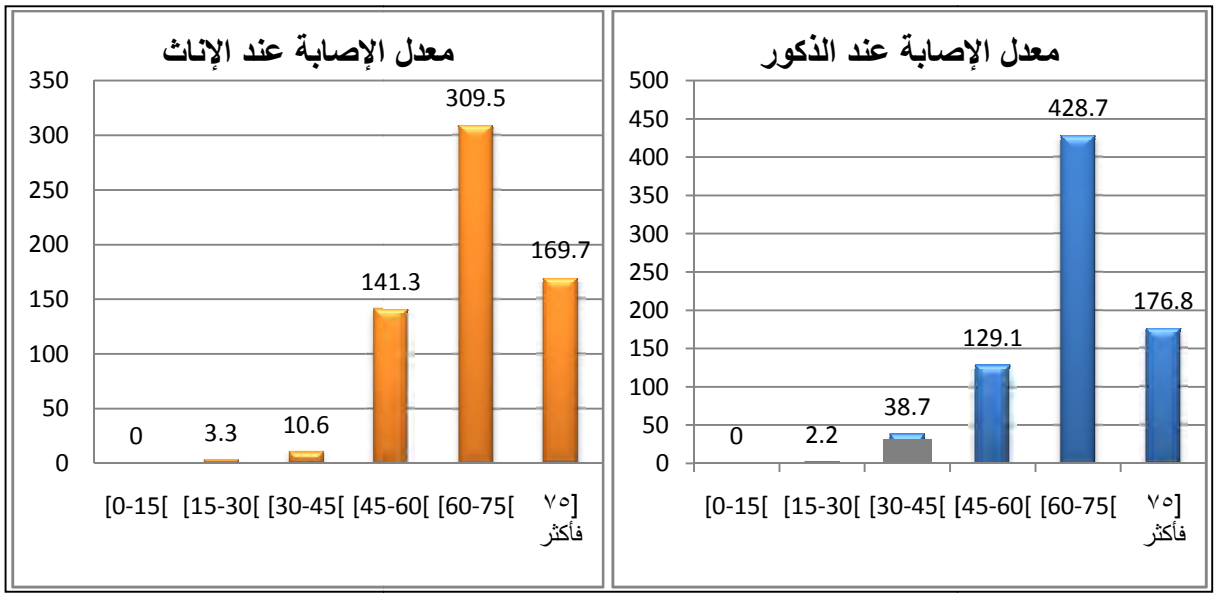
المصدر: رسم بياني من إعداد الباحث استناداً على إحصائيات سجل الأورام بالعاصمة سنة 2015.

توضح البيانات الإحصائية لسنة 2015 أن معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم للجنسين في منحنى تصاعدي، يعكسه ارتفاع معدل الإصابة من 16.2 سنة 2010 إلى 23.4 سنة 2015. كما تجاوز معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الذكور معدل الإصابة لدى الإناث، حيث بلغ 24.2 مقابل 22.6. من جهة أخرى وبمقارنة هذه المعدلات بمعدلات السنوات السابقة يتضح لنا أن معدل الإصابة للذكور ارتفع بشكل بارز سنة 2015، حيث انتقل من 15.7 سنة 2010 إلى 24.2 سنة 2015، وكذلك الحال بالنسبة لجنس الإناث لكن بمستوى أقل حدة.

4-2 معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم عند الجنسين حسب الفئات العمرية

نود من خلال حساب معدل الإصابة بهذا المرض إظهار شدة الإصابة حسب كل جنس وتبيان الفئات العمرية الأكثر تضررا بهذا السرطان للخمس سنوات الموالية، والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (21): معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم عند الجنسين حسب الفئات العمرية سنة 2015



المصدر: إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية سجل الأورام بالعاصمة سنة 2015، ص 22، 25.

تُظهر إحصائيات سنة 2015 غياب الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في الفئات العمرية دون 15 سنة، كما سبق وأشرنا إليه، فإن سبب انتقاله يكون في الغالب عن طريق المورثات الجينية بانتقال المرض من الآباء إلى الأبناء.

تسجل الفئة العمرية [15-30[سنة انخفاض في معدل الإصابة بالمرض سنة 2015 للجنسين، وكذلك الحال في الفئة العمرية [30-45[سنة بالنسبة لجنس الإناث، بينما معدل الإصابة لنفس الفئة العمرية لدى الذكور يرتفع من 28.1 سنة 2010 إلى 38.7 سنة

2015. كما تبين المعطيات تواصل ارتفاع الإصابة بالمرض للجنسين بصفة متزايدة خلال السنوات الخمس المتوالية، خاصة الفئات العمرية المحصورة بين 45-75سنة، وذلك بالانتقال من معدل 271.5 سنة 2010 إلى 309.5 سنة 2015 بالنسبة للإناث، والانتقال من 283.6 سنة 2010 إلى 428.7 سنة 2015 بالنسبة لجنس الذكور للفئة العمرية [60-75[سنة.

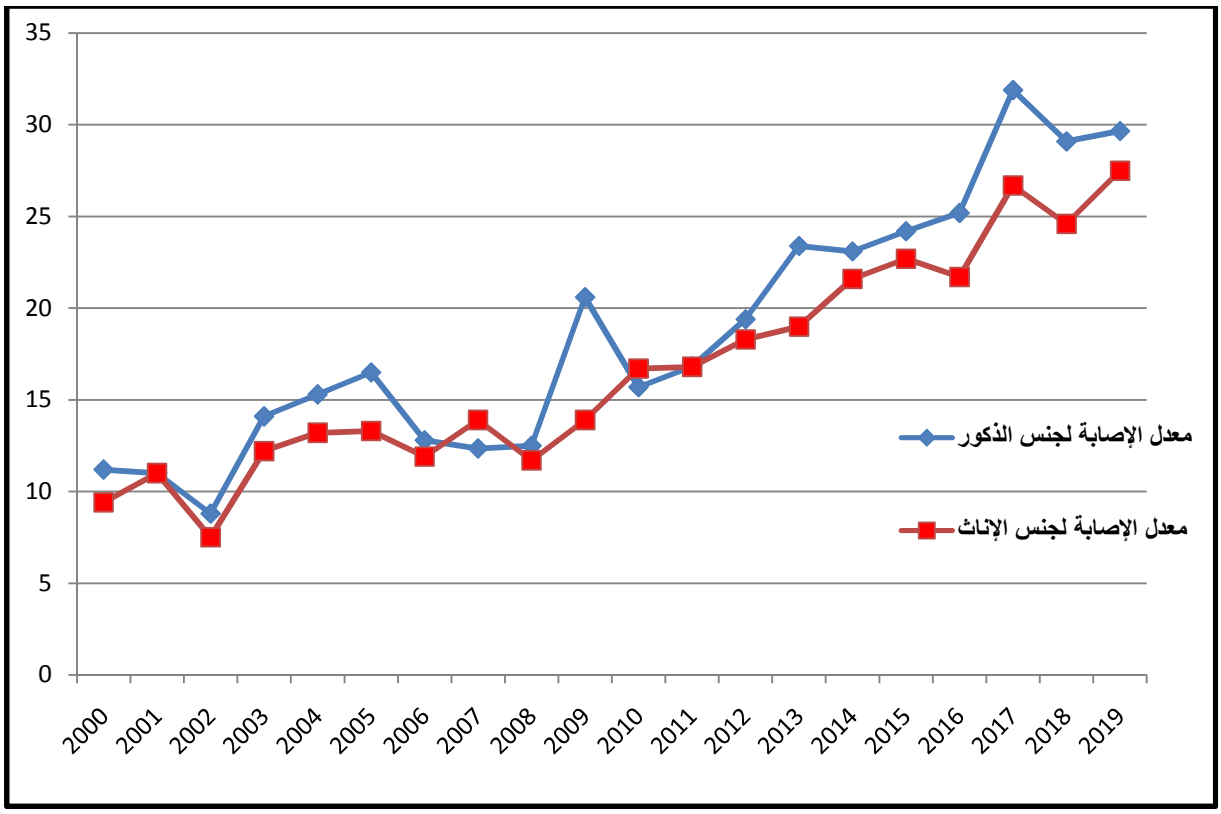
وعليه فإن الفئة العمرية [60-75[سنة هي أكثر الفئات تضررا من الإصابة بهذا النوع من السرطان مقارنة بباقي الفئات العمرية الأخرى، كما نسجل تقارب في معدلات الإصابة بين الجنسين، لكن بتفوق شبه دائم بالنسبة لجنس الذكور.

5- تطور معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم في الجزائر العاصمة عند الجنسين من سنة 2000 إلى سنة 2019

بعد عرضنا لأهم السرطانات المنتشرة بين أفراد المجتمع الجزائري من الجنسين، وذلك إذا ما عممنا إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية للجزائر على باقي ربوع الوطن، لأن سجل السرطانات بالعاصمة تسجل فيه كل حالات السرطان التي يتم التكفل بها في المستشفيات المتواجدة بها، وكما هو معلوم فإن مستشفيات العاصمة تستقبل المرضى من كل أقطار الوطن لامتلاكها منشآت صحية كبيرة على شاكلة مستشفى مصطفى باشا الذي يتواجد به مركز بيار ماري كيري لعلاج السرطان، والذي يعد من أقدم المراكز وأكبرها على المستوى الوطني.

وبعدما حللنا شدة الإصابة بسرطان القولون والمستقيم حسب الجنس وحسب الفئات العمرية، سوف نقوم فيما يلي بتقديم صورة شاملة عن تطور معدل المرض للجنسين، وذلك حسب إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية التي نوردها في الجدول المبين في الملحق رقم (10)، والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (22): تطور معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم في الجزائر العاصمة 2000- 2019



المصدر: رسم بياني شخصي استناداً على إحصائيات سجلات الأورام بالعاصمة من سنة 2000 إلى 2019.

يظهر الاتجاه العام لمنحنيا تطور معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر العاصمة للجنسين شكل تصاعدي ومتوازي تقريباً، مع تسجيل بعض الفروق بين الجنسين. نلاحظ خلال سنة 2002 انحناء المنحيين نحو الأسفل نتيجة انخفاض معدل الإصابة للجنسين حيث قدر بـ 8.8 بالنسبة للذكور و7.5 بالنسبة للإناث، بعدها يأخذ المنحنيان شكل تصاعدي خلال سنوات 2003، 2004، 2005 نتيجة ارتفاع معدل الإصابة بسرطان القولون و المستقيم للجنسين. بعد ذلك ينحني منحنى الذكور نحو الأسفل نتيجة انخفاض معدل الإصابة وذلك سنوات 2006، 2007، 2008، بينما منحنى الإناث ينحني قليلا سنة

2006 ثم يرتفع سنة 2007 وبعدها ينحني مرة أخرى سنة 2008 نتيجة الانخفاض والارتفاع في معدل الإصابة.

كما تسجل سنة 2009 ارتفاعاً حاداً في معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بالنسبة لجنس الذكور (20.4 لكل 000 100)، يعكسه انكسار المنحنى نحو الأعلى، ليعاود الانخفاض سنة 2010، وبعدها يظهر في شكل تصاعدي إلى غاية سنة 2017، هي الأخرى شهدت ارتفاعا محسوسا، حيث بلغ معدل الإصابة31.9، بعدها انخفض قليلا سنة 2018 ليستمر بعد ذلك في منحناه التصاعدي سنة 2019.

كذلك الحال بالنسبة لمنحنى الإناث، منذ سنة 2008 وهو في شكل تصاعدي إلى غاية سنة 2015 نتيجة التطور المستمر لمعدل الإصابة، بعدها يسجل انخفاضا طفيفا سنة 2016 ليعاود الارتفاع بعدها سنة 2017 يترجمه ارتفاع معدل الإصابة إلى 26.7، بعدها يسجل انخفاضا طفيفا سنة 2018 ليستمر في نسقه التصاعدي سنة 2019.

ويظهر الشكل أيضاً ارتفاع معدل الإصابة لدى جنس الذكور بهذا السرطان مقارنة بجنس الإناث، وهو ما تطرقنا له سابقاً، ما عدا سنتي 2007 و2010 بتفوق طفيف لجنس الإناث على حساب جنس الذكور، والتطابق في معدل الإصابة أحيانا أخرى كما يظهر في سنتي 2001 و2011.

كما يمكن الإشارة إلى أن معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم قد تضاعف عند الذكور في العاصمة بين سنتي 2008 و2015، ووصل أيضا بعدها إلى الضعف تقريبا سنة 2017 وهو دائما في تطور مستمر، هذا التطور الرهيب يتطلب من الدولة وضع برنامج استعجالي لمكافحة مرض سرطان القولون والمستقيم من خلال الدعاية والإشهار عبر كافة وسائل الإعلام البصرية والمقروءة ووسائل التواصل الاجتماعي من أجل إتباع الوسائل الوقائية، لأن الوقاية خير من العلاج، ووضع برنامج وطني للكشف المبكر عن هذا المرض.

سرطان القولون والمستقيم هو ثاني السرطانات الأكثر انتشارا بين الإناث في العاصمة بعد سرطان الثدي، دون إغفال تطوره المستمر، حيث انتقل معدل الإصابة من 11.7 سنة 2008 إلى 22.7 سنة 2015، ليقفز بعدها إلى 27.5 سنة 2019.

تحليل الإحصائيات المتعلقة بسرطان القولون والمستقيم المتحصل عليها من المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) من سنة 2000 إلى غاية سنة 2019، تؤكد التطور المستمر والسريع لهذا المرض عند الجنسين، هذا التطور لا شك أن له علاقة مباشرة بتطور عوامل الخطر المؤدية للإصابة بهذا المرض، منها تشيخ المجتمع الجزائري، والتغيرات الهامة التي شهدها القطاع الصناعي والقطاع الزراعي، سيما الاستخدام المكثف للمبيدات الزراعية المسببة للسرطان، وكذا التغير الهام في نمط الحياة والنظام الغذائي للمجتمع الجزائري.

كما يظل سرطان القولون والمستقيم دائما يحتل المرتبة الثانية من بين السرطانات الأكثر شيوعا بين الجنسين في الجزائر[1].

[1] Institut National de Santé Publique, **Registre des Tumeurs d'Alger – Année 2019, Résumé des données de l'année 2019** p 04.

خلاصة:

عرفت الجزائر خلال السنوات الأخيرة تغيرا ملحوظا من حيث انتشار مرض سرطان القولون والمستقيم، حيث ارتفعت معدلات الإصابات بشكل متزايد ومتواصل. وبغرض الوقوف على ابيديمولوجية هذا المرض، قمنا باستغلال إحصائيات سجلات الأورام على مستوى الجزائر العاصمة باعتبارها المصدر الرئيسي للمعطيات على مستوى الوطن، قصد التعرف على الخصائص الديمغرافية المصابين بالمرض (الجنس والسن) و شدة انتشاره من خلال حساب معدل الإصابة، واستخلصنا النقاط التالية:

- ✓ السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور هي كل من سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان المثانة، سرطان البروستات.
- ✓ السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث هي كل من سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان عنق الرحم، سرطان الغدة الدرقية.
- ✓ معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم يختلف في شدته بين جنس الذكور وجنس الإناث مع تفوق ملحوظ لجنس الذكور.
- ✓ انتشار سرطان القولون والمستقيم في تطور مستمر ولكلا الجنسين.
- ✓ بالنسبة لمتغير السن يمكن تقسيم الفئات العمرية الأكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، إلى ثلاثة فئات عمرية متباينة:

الفئة الأولى [0−20[سنة: لا تظهر لديهم الإصابة بهذا المرض إلا نادراً، وإن ظهرت فيرجعها أهل الاختصاص إلى العوامل الوراثية.

الفئة الثانية [20−50[سنة: يكون معدل الإصابة في منحنى تصاعدي للجنسين على حد سواء، كما يمكن تسجيل تقارب أحيانا وتفاوت أحيانا أخرى في معدل الإصابة بهذا المرض.

و يكون معدل الإصابة في أعلى مستوياته للجنسين في الفئة الثالثة وهي الفئة العمرية [50 سنة فما فوق، وهنا يتبين لنا أن أحد الخصائص الديمغرافية المتمثلة في السن، له أثر كبير في ارتفاع معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

الفصل السادس: عينة الدراسة وكيفية اختارها وعرض أهم خصائصها

تمهيد

المبحث الأول: العينة وكيفية اختيارها

1- نوع العينة

2- حجم العينة

3- جمع المعطيات

4- المعالجة الإحصائية للمعطيات

المبحث الثاني: خصائص عينة المرضى المصابون بسرطان القولون والمستقيم

1- الخصائص الديمغرافية

2- الخصائص الاجتماعية

3- الخصائص الاقتصادية

4- الخصائص الصحية

استنتاج

تمهيد:

بعدما تطرقنا إلى تأصيل موضوع البحث من الناحية النظرية وكذا التعرف على مختلف جوانبه الصحية من خلال شرح مظاهر مرض سرطان القولون والمستقيم وطبيعة تطوره وعرض أهم أسباب الإصابة به والأعراض الناجمة عنه ومراحل علاجه وطرق الوقاية منه، إضافة إلى تقديم قراءة إحصائية حول انتشار المرض والوفيات الناجمة عنه في العالم و في الجزائر.

كما تطرقنا إلى إبراز العوامل المباشرة المؤدية للإصابة بالمرض المتمثلة في نمط الحياة السابق وكذا نوعية الغذاء وتركيبته، بالإضافة إلى إبراز دور الثقافة الصحية والوعي الصحي في الوقاية من هذا المرض.

كما تطرقنا أيضا إلى عرض أهم السرطانات المنتشرة بين أفراد المجتمع الجزائري للجنسين، وحساب معدل الإصابة لكل جنس والجنسين معاً، وكذلك استخراج معدل الإصابة لكل جنس حسب الفئات العمرية، وبعدها تطرقنا لتطور معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عند الجنسين، وكان كل ذلك ضمن المنهج الوصفي التحليلي.

بعدها سوف ننتقل إلى اختبار فرضيات البحث من خلال استغلال معلومات المقابلة ومعطيات استمارة المقابلة التي استخرجناها من عينة بحثنا، وذلك ضمن المنهج الكمي الأساسي في الدراسة، والمنهج الكيفي التكميلي الذي استعنا به من خلال الاستشهاد ببعض المقاطع لتصريحات حالات من المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم من الحقل الميداني مباشرة لأجل تغطية وتحليل الجوانب التي لم نستطع التطرق إليها في المنهج الكمي، وهو الهدف من المزاوجة بين المنهجين.

المبحث الأول: العينة وكيفية اختيارها

1- نوع العينة:

بما أنه يتعذر علينا دراسة مجتمع بحثنا على نحو شامل، حيث كان من الصعوبة استجواب جميع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم، لأنه سيستغرق منا الوقت والجهد الكبيرين بالإضافة إلى ذلك التكلفة الباهظة، لهذا لجأنا إلى طريقة المعاينة.

ولما كان الغرض من دراستنا هو وصف الواقع السوسيو–ديمغرافي للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر، ونظرا لطبيعة الموضوع وعامل الوقت ومحدودية التكاليف، عمدنا إلى تطبيق العينة القصدية غير الاحتمالية في جمع البيانات الكمية، بهدف التحقق من الفرضيات المعتمدة في الدراسة.

وبما أننا زاوجنا بين المنهج الكمي الذي كانت أداته استمارة المقابلة والمنهج الكيفي الذي كانت أداته المقابلة في الجانب التحليلي لموضوع الدراسة، فقد قمنا بعملين منفصلين في زمنهما متكاملين في مضمونهما، ضم العمل الأول المقابلة وقمنا فيها بدراسة حالات، وضم العمل الثاني استمارة مقابلة التي وزعت على عينة الدراسة المتمثلة في المرضى المصابون بسرطان القولون والمستقيم.

2- حجم العينة:

2-1 بالنسبة لاستمارة المقابلة: كان من المتوقع أن يصل عدد أفراد عينتنا إلى 285 مريض مصاب بسرطان القولون والمستقيم، غير أن الظروف الصحية التي مرت بها البلاد والعالم ككل نتيجة انتشار وباء كرونا حال دون تحقيق مرادنا.

حيث تمكنا من الحصول على مائة وخمس وسبعين استمارة (175) كانت موزعة على الشكل التالي:

الجدول رقم (19): عدد الاستمارات الموزعة، المقبولة منها والمرفوضة حسب الولايات

الولاية	عدد الاستمارات الموزعة	عدد الاستمارات المملوءة المقبولة	عدد الاستمارات المملوءة المرفوضة
الجزائر العاصمة	50	24	06
البليدة	50	22	00
المدية	50	51	00
الجلفة	50	30	00
تيزي وزو	20	08	00
باتنة	35	26	00
وهران	30	08	00
المجموع	285	**169**	**06** *

المصدر: من إعداد الباحث

*: (06) ستة استمارات تم إلغاؤها بعد التأكد من عدم صدق المعلومات التي دونت عليها.

2-2 بالنسبة للمقابلة: بلغ عدد المصابين الذين قابلناهم سبعة (07) حالات، منهم أربع (04) رجال وثلاثة (03) نساء، كانوا متواجدين على مستوى وحدة الأمراض السرطانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالبرواقية (EPH Berrouaghia) بولاية المدية.

3- جمع المعطيات:

3-1 بالنسبة لاستمارة المقابلة: فترة ملء الاستمارة كما سبق وذكرنا تزامن مع الانتشار الرهيب لفيروس كرونا Covid 19، حيث كلفنا أشخاص من قطاع الصحة، ومتطوعين من أجل ملء الاستمارات، نتيجة استحالة ولوجنا إلى المصالح المخصصة لعلاج مرضى السرطان، ورفض التعاون معنا في كثير من المؤسسات الاستشفائية، لسببين رئيسيين هما:

السبب الأول: الخوف من انتقال عدوى فيروس كرونا للمرضى، الذين هم محل خطر داهم، بحكم ضعف مناعتهم نتيجة المرض، والكل يعلم حالة المريض المصاب بالسرطان في فترة العلاج الكيماوي أو الإشعاعي، وهو سبب مقنع ومنطقي.

السبب الثاني: الخوف من تسرب بعض المعلومات، رغم تقديمنا لكل الوثائق التي تثبت أن البحث مضمونه علمي بحت، ذلك أن المعلومات الصحية في الجزائر هي في غاية السرية و لا يمكن الاطلاع عليها.

3-2 بالنسبة للمقابلة: تم إجراء المقابلة تسجيلا وكتابة وتصويرا بالاعتماد على أنفسنا.

كما تجدر الإشارة إلى أن بعض المعطيات المتحصل عليها سواء من المقابلة أو استمارة المقابلة فيها بعض التحيز ونرجع ذلك للأسباب التالية:

- **بالنسبة للمقابلة:** تم إجراء المقابلة داخل مصلحة طب الأورام مع المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين كان يتواجدون مع مرضى آخرين مصابين بمختلف السرطانات في غرف كبيرة، مما أشعرنا بأن الكثير منهم محرج في الإدلاء بما يجول بخاطره، هذا من جهة، ومن جهة أخرى كان لحضور الممرضات والطاقم الطبي بين الفينة والأخرى من أجل الفحص الطبي وتقديم العلاج والأدوية الدور السلبي في صدق تصريحات المبحوثين، خاصة ما تعلق بالتكفل الصحي.
- **بالنسبة لاستمارة المقابلة:** بما أنه استحال علينا التواصل مباشرة مع أفراد عينتنا للأسباب التي ذكرناها سالفاً، فإن ملء الاستمارات من طرف ممتهني قطاع الصحة من ممرضات وممرضين ومتربصين بالقطاع وأطباء نفسيين كان له أيضاً أثره السلبي على صدق بعض المعلومات التي تحصلنا عليها خاصة ما تعلق منها بجانب التكفل الصحي.

واستخلصنا ذلك من خلال التصريحات والنتائج المتحصل عليها التي كانت تخالف في كثير من الأحيان الواقع الصحي المعاش في بلادنا، الذي يعرفه العام والخاص، فلا ينكر أحد أن

الخدمات الصحية والتكفل الصحي في بلادنا لا يزال دون المستوى في كثير من المستشفيات.

4- المعالجة الإحصائية للمعطيات

بعد الانتهاء من جمع المادة العلمية والمعطيات اللازمة والضرورية من الميدان، انتقلنا إلى مرحلة أو خطوة هامة في البحث العلمي وهي عملية تفريغ وتبويب المعطيات المتحصل عليها ثمّ تحليلها، حيث استعنا في هذه الخطوات بالبرنامج الإحصائي للتحليل في العلوم الاجتماعية (SPSS)، عن طريق بناء جداول بسيطة خاصة بخصائص العينة وجداول مركبة تبرز العلاقة بين متغيرات الفرضيات، وهي خاصة باستمارة المقابلة.

وفي الأخير تأتي خطوة تحليل البيانات، حيث تعتبر خطوة ضرورية في البحث العلمي، لأنها تبرز لمستنا من خلال قراءتنا لما وراء الأرقام، أي تنطيق الأرقام الصامتة، والتي تظهر كفاءتنا العلمية في مدى تحكُّمنا بموضوع بحثنا، و كل هذا يدخل ضمن تحليلاتنا و استنتاجاتنا.

كما سبق وأشرنا إليه في العنصر المتعلق بالمجال البشري للبحث، تم التركيز هنا على العناصر الأساسية للعينة ووصف أهم خصائصها المتمثلة في:

الجدول رقم (20): خصائص العينة ومؤشرات القياس

الخصائص	مؤشرات القياس
الخصائص الديمغرافية	الجنس، السن الحالي.
الخصائص الاجتماعية	الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الأصل الجغرافي.
الخصائص الاقتصادية	ممارسة نشاط مأجور من عدمه، نوع النشاط، دخل الأسرة الشهري.
الخصائص الصحية	إصابة أحد الأقارب، درجة القرابة، سن اكتشاف المرض، أعراض الإصابة قبل المرض.

يمكننا اعتماد هذا المخطط التوضيحي من أجل إعطاء صورة حول المراحل الزمنية المتسلسلة التي يمر بها المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في حياته، ولقد احترمنا هذا التسلسل الكرونولوجي من أجل إتمام هذا العمل:

مخطط عمل:

المصدر: مخطط عمل توضيحي من إعداد الباحث.

من خلال هذا المخطط التوضيحي نود أن نشرح للقارئ الخطة التي اتبعناها في ترتيب المراحل التي يمر بها المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، بداية بالتعرف على خصائصه السوسيو–ديمغرافية، وبعدها التعرف على نمط حياته السابق الذي قد يكون سببا

في إصابته بمرض سرطان القولون والمستقيم، وبعدها التعرف على حالته الصحية بعد إصابته بالمرض، ثم محاولة الوقوف على مستوى التكفل الصحي الذي يحض به المريض وأثره على حالته الصحية وتأثير ذلك على مستوى الرضا لديه.

المبحث الثاني: خصائص عينة المرضى المصابون بسرطان القولون والمستقيم

1- الخصائص الديمغرافية:

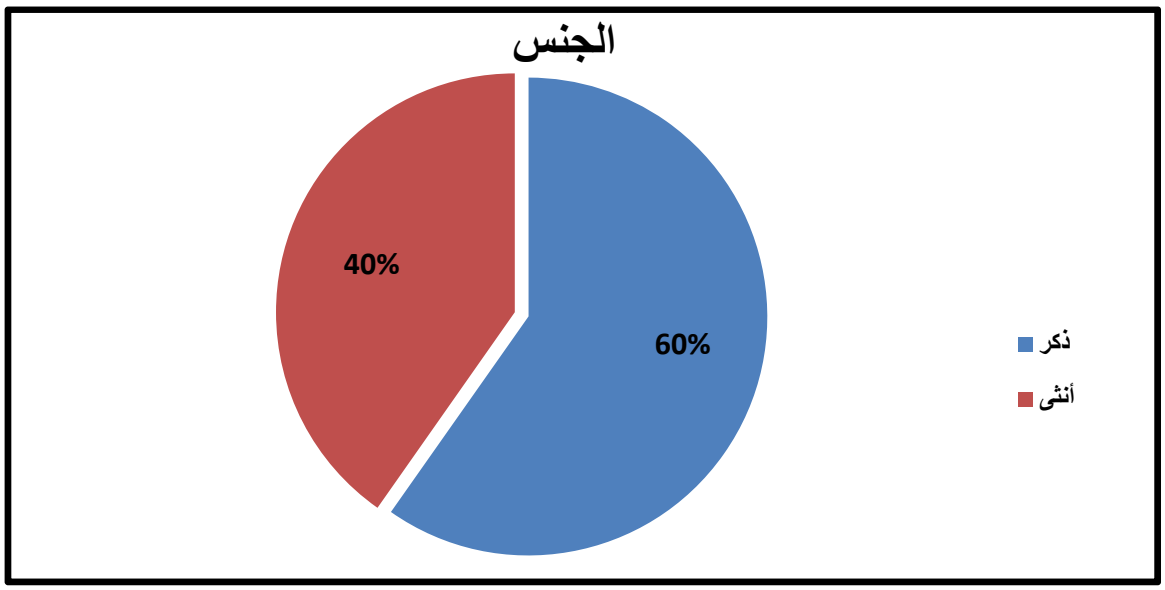
نتطرق فيما يلي إلى التوزيع الإحصائي للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم حسب خصائصهم الديمغرافية والمتمثلة في الجنس والسن الحالي.

1-1 توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

يعتبر الجنس من المتغيرات الديمغرافية الواجب التطرق لها في مثل هكذا دراسات (دراسة سوسيولوجية يطغى عليها الجانب الصحي)، لأن الجانب الصحي يختلف من جنس لآخر، فهناك أمراض شائعة لدى جنس الإناث مثل سرطان الثدي وأخرى شائعة لدى جنس الذكور مثل سرطان الرئة، ومنها ما هو شائع لدى الجنسين مثل سرطان القولون والمستقيم.

ولكي نبين مدى انتشار مرض سرطان القولون والمستقيم في المجتمع الجزائري من خلال عينة الدراسة، نقوم بعرض الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (23): توزيع الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم لدى أفراد العينة حسب الجنس



يظهر من خلال الدائرة النسبية التي تمثل توزيع الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم لدى أفراد العينة حسب الجنس، أن المرض بدوره يتوزع بين الجنسين بشكل مختلف، إذ نلاحظ أن جنس الذكور هو الأكثر عرضة لمرض سرطان القولون والمستقيم مقارنة بجنس الإناث، فقد قدرت نسبة الإصابة للذكور بـ 60 % مقابل 40 % بالنسبة للإناث.

وهو ما يتوافق والمعطيات التي تم التطرق إليها في الدراسات السابقة، على غرار الإحصائيات المقدمة، سواء الوطنية منها أو العالمية.

1-2 توزيع أفراد العينة حسب السن الحالي:

تعتبر التركيبة العمرية لأفراد العينة كمتغير ديمغرافي مهم جداً، لأن السن من بين الأسباب الكامنة وراء الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم، كما يمكن أن يعزى هذا المرض إلى التكوين البيولوجي للإنسان، إضافة للمورثات الجينية، كما يمكن أن يعزى إلى النظام الغذائي وغيرها من أسباب الإصابة بهذا المرض، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب السن الحالي

السن الحالي	التكرار	النسبة %
أقل من 20 سنة [	2	1.2
[20 - 30]	8	4.7
[30 - 40]	20	11.8
[40 - 50]	41	24.3
[50 - 60]	42	24.9
[60 سنة فأكثر	56	33.1
المجموع	169	100

يتضح من بيانات الجدول رقم (17) أن الفئة العمرية الغالبة لأفراد العينة المصابين بمرض سرطان القولون والمستقيم هي فئة [60 سنة فأكثر ممثلة بنسبة 33.1 %، ويدعم هذه الفئة العمرية فئتين معتبرتين هما على التوالي: فئة [50−60[سنة ممثلة بنسبة 24.9 %، وفئة [40−50[سنة ممثلة بنسبة 24.3 %.

وهنا نلاحظ أن هذه الفئات العمرية الثلاث البارزة (40 سنة فأكثر)، هذه الفئات مجتمعة تمثل نسبة 82.3 % بالنسبة للمجموع الكلي من النسب المئوية المسجلة لجميع فئات أفراد العينة، أما بالنسبة للفئات العمرية المتبقية ونسبها، فإنها جاءت موزعة بشكل متفاوت وبترتيب تنازلي أيضاً، فئة [30−40[سنة ممثلة بنسبة تقدر بـ 11.8 %، وفئة [20−30[سنة ممثلة بنسبة 4.7 %، وآخرها فئة [أقل من 20 سنة[ممثلة بنسبة 1.2 %.

وعلى العموم من خلال ما لاحظناه حول الأرقام المسجلة، يمكن استنتاج أن السن الحالي للمصابين من أفراد العينة قد تمركز لدى فئات المسنين، وهذا يعني أنها تمثل الفئات الأكثر عرضة للإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم.

2- الخصائص الاجتماعية:

نتطرق هنا إلى أهم الخصائص الاجتماعية للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم والمتمثلة في توزيعهم حسب الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي والأصل الجغرافي (حضري، شبه حضري، ريفي).

2-1 توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية:

إن الحالة العائلية للأفراد يمكن أن تتأثر وأن تؤثر في صحتهم، كما تلعب دوراً هاما في تقبل المرض وخاصة المرافقة الاجتماعية وكذلك التكفل الصحي، لذلك من المهم معرفة الفرق في الحالة الاجتماعية لأفراد العينة المصابين بمرض سرطان القولون والمستقيم، الأمر الذي يتضح من خلال معطيات الجدول التالي:

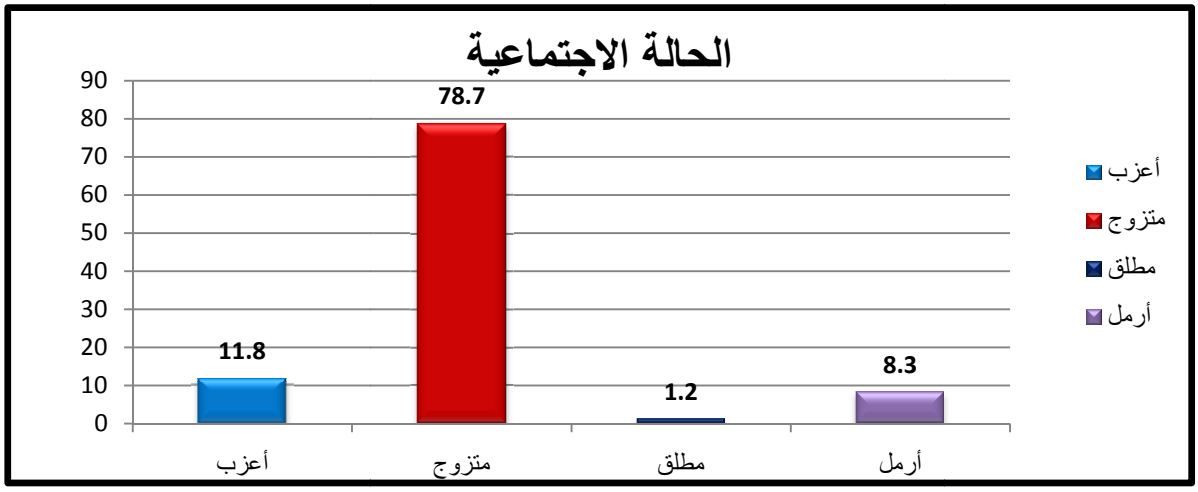
الجدول رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة %
أعزب	20	11.8
متزوج	133	78.7
مطلق	2	1.2
أرمل	14	8.3
المجموع	169	100

يظهر جليا من إحصائيات هذا الجدول حسب الحالة الاجتماعية لأفراد العينة، أن فئة المتزوجين هي التي تمثل أعلى نسبة تقدر بـ 78.7 %، تليها فئة العزاب بنسبة تقدر بـ 11.8 %، تليها فئة الأرامل بنسبة 8.3 %، وأقل نسبة هي 1.2 % تخص فئة المطلقين.

والرسم البياني التالي يعطينا رؤية أكثر وضوح حول توزيع أفراد العينة المصابين بسرطان القولون والمستقيم حسب حالتهم الاجتماعية.

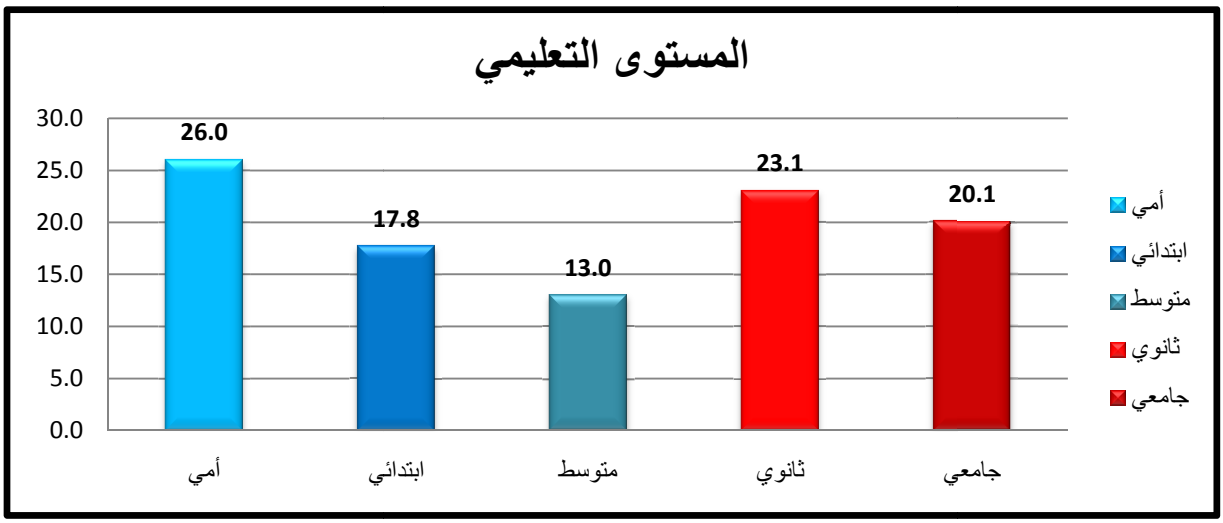
الشكل رقم (24): توزيع أفراد العينة حسب حالتهم الاجتماعية



2-2 توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

يعتبر متغير المستوى التعليمي من المتغيرات الأساسية المرتبطة بالبيئة الاجتماعية المؤثرة في مجال الصحة والمرض، لذلك أصبح أمر متزايد الأهمية يهدف إلى معرفة الدور الذي يلعبه في الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم، والشكل الآتي يوضح توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي.

الشكل رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي



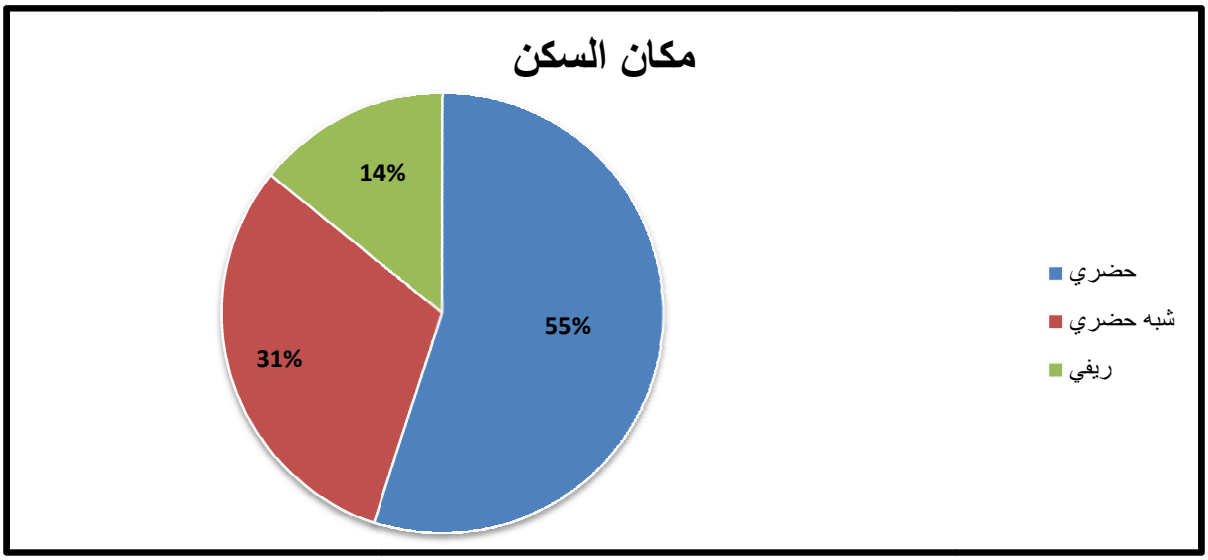
تبين نتائج الشكل رقم (25) أن أعلى نسبة تقدر بـ 26 % تمثل أفراد العينة الأميين، تليها نسبة 23.1 % تمثل أصحاب المستوى التعليمي الثانوي، ونسبة 20.1 % تمثل أصحاب المستوى التعليمي الجامعي، فيما سجل أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي نسبة 17.8 %، وأضعف نسبة سجلت لأصحاب المستوى التعليمي المتوسط قدرت بـ 13 %.

وهنا نلاحظ أن النسب المسجلة لأصحاب المستويات التعليمية الدنيا (دون المستوى التعليمي الثانوي)، قد تجاوزت نصف مجموع النسب المؤوية (56.8 %)، وهذا دليل كافي للقول بأن هذه الشريحة من المجتمع هي الأكثر عرضة للإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم، كما يمكن القول بأنه كلما كان المستوى التعليمي متدنيا كلما زادت نسبة الإصابة بهذا المرض، وعليه يمكن القول أيضا، بأن الأفراد ذوو المستويات التعليمية الضعيفة هم أقل ثقافة صحية، وأقل إدراكاً ووعياً بمخاطر الإصابة بهذا المرض، وهذا الأمر يجعلهم أقل حرصاً على الأخذ بالأسباب الوقائية اللازمة، والاحتياطات الصحية التي تمكنهم من التصدي لهذا المرض، سواء تعلق الأمر بالغذاء الصحي، البيئة، السلوك الغذائي، الكشف المبكر، إلى غير ذلك.

2-3 توزيع أفراد العينة حسب مكان السكن:

إن الإصابة بالسرطان وبسرطان القولون والمستقيم خاصة، يختلف من منطقة جغرافية إلى أخرى، غير أنه ينتشر في المناطق الحضرية والشبه حضرية مقارنة بالمناطق الريفية، وخاصة لما يتعلق الأمر بمرض يرتبط بنوعية الغذاء، البيئة، طبيعة النشاط، كلها عوامل قد تساهم في الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم، ويمكن توضيح ذلك من خلال الرسم البياني التالي:

الشكل رقم (26): توزيع أفراد العينة حسب مكان السكن



يظهر من خلال بيانات الشكل البياني أعلاه الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان إقامتهم، أن أكثر من نصف المرضى يسكنون المناطق الحضرية بنسبة تقدر بـ 55 %، كما تسكن نسبة 31 % منهم في المناطق شبه حضرية، بينما تسكن نسبة 14 % فقط من أفراد العينة في المناطق الريفية.

إن هذه المعطيات تؤكد مدى أهمية وتأثير عامل المنطقة الجغرافية أو الوسط الذي يعيش فيه الفرد في إصابته بمختلف الأمراض، كما هو الحال بالنسبة لمرض سرطان القولون والمستقيم، وإن زيادة حجم مشكلة الإصابة بهذا المرض في المناطق الحضرية والشبه حضرية مقارنة بالريف يعكس حتماً مدى انتشار عوامل الخطر بهذه المناطق التي تزيد بدورها من احتمال التعرض أكثر لهذا النوع من المرض.

3- الخصائص الاقتصادية:

نعرض في هذا الجزء أهم الخصائص الاقتصادية للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم والمتمثلة في ممارسة نشاط مأجور من عدمه، وتبيان نوع النشاط الممارس، إضافة إلى دخل الأسرة، وذلك من أجل الوقوف على الإمكانيات المادية لأفراد عينتنا.

3-1 توزيع أفراد العينة حسب ممارسة نشاط مأجور من عدمه:

ممارسة نشاط مأجور يضمن دخلاً لأي فرد من أفراد المجتمع، هذا الدخل إن كان كافياً يحفظ به كرامة وجهه ويسد رمقه ويقضي به حاجياته المختلفة، الاجتماعية منها كالقدرة على الزواج ورعاية الأسرة النواتية والممتدة على حد سواء، والاقتصادية منها كشراء ما يحتاجه من غذاء وملبس ومسكن وسيارة ...، والصحية منها كالكشف عن الأمراض وعلاجها وشراء الأدوية وإجراء التحاليل وغيرها من متطلبات الحياة.

كما أن ممارسة النشاط تجعل من الإنسان اجتماعي، فالإنسان اجتماعي بطبعه كما يقول عالم الاجتماع ابن خلدون، من خلال نسجه لعلاقات صداقة في العمل، واكتساب المهارة والحرفة حسب النشاط الممارس، ويكسبه ذلك راحة نفسية وعلو في الهمة، ويجعل من حياته مسطرة وذات أهداف قابلة للتحقيق، والجدول التالي يوضح نسبة ممارسة النشاط من عدمه بالنسبة للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين قابلناهم.

الجدول رقم (23): توزيع أفراد العينة حسب ممارسة نشاط مأجور من عدمه

ممارسة نشاط مأجور	التكرار	النسبة %
نعم	82	48.5
لا	87	51.5
المجموع	169	100

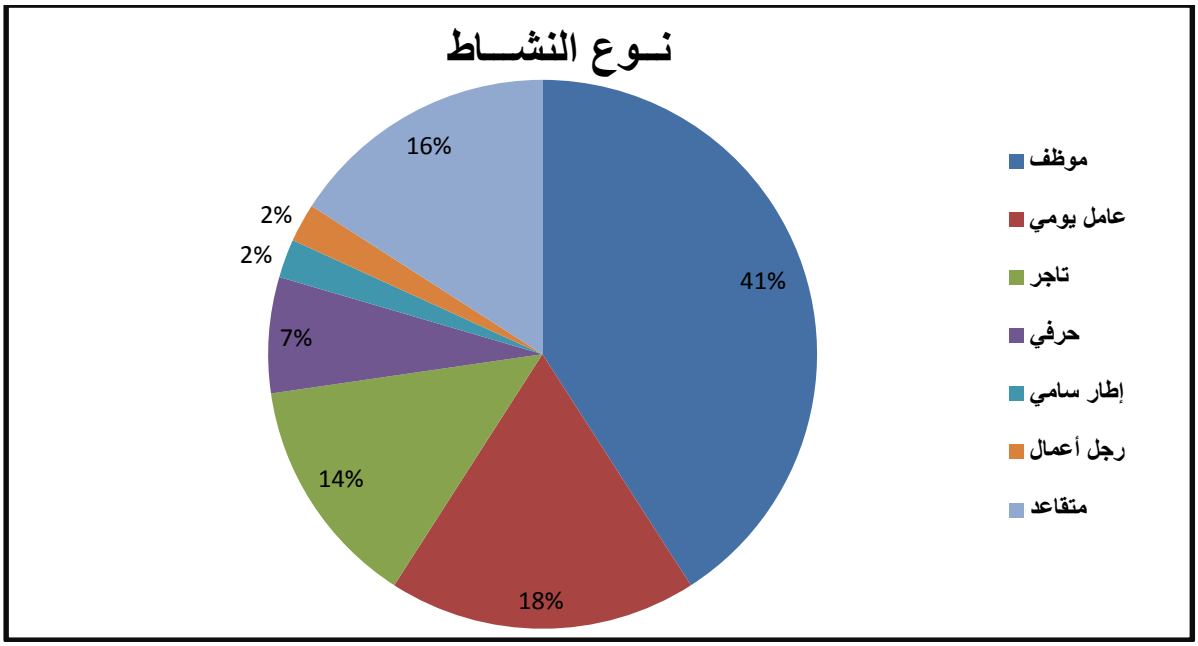
نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 51.5 % من المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين قابلناهم لا يمارسون أي نشط مأجور، في حين أن 48.5 % منهم يمارسون نشاط مأجور.

نشاطا مأجورا مهما كان نوعه، في الإدارة أو في الزراعة أو في التجارة أو في الأعمال الحرة أو في غيرها من الأعمال، فهو يجعل من الإنسان يبذل جهداً من خلال تنقله ذهاباً وإياباً لمكان عمله وما يقوم به من عمل خلال يومياته يكسبه حركة ورياضة لجسمه دون أن يشعر، وهو ما يوصى به من أجل المحافظة على الصحة، كمحاربة السمنة وبناء جسم قوي وقادر على مواجهة الأمراض بشتى أنواعها على غرار سرطان القولون والمستقيم، وهو بذلك يمكن أن يغني الإنسان عن ممارسة الرياضة خاصة الأعمال التي تتطلب جهداً بدنياً.

3-2 توزيع أفراد العينة حسب نوع النشاط:

يختلف نوع النشاط من فرد إلى آخر حسب مستواه العلمي وحسب مؤهلاته وحسب قدراته البدنية والعقلية والفكرية، وحسب ميولاته وحسب المنطقة التي يقطن بها. فهناك من يشتغل كموظف أو إطار سامي في القطاع العمومي أو عامل يومي أو رجل أعمال في القطاع الاقتصادي، أو تاجراً أو حرفياً في القطاع الخاص، وهو ما سوف نحاول إسقاطه على المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين قابلناهم من خلال الرسم البياني التالي:

الشكل رقم (27): توزيع أفراد العينة حسب نوع النشاط



يظهر من خلال الشكل رقم (27) الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع النشاط، أن هناك تنوع كبير من حيث النشاط الممارس، غير أن نسبة 41 % من المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين قابلناهم موظفون، وهي النسبة الغالبة من بين مختلف النشاطات الممارسة، ونسبة 18 % منهم عمال يوميين، ونسبة 16 % منهم متقاعدون، ونسبة 14 % منهم يمتهنون التجارة، أما البقية فهم حرفيون ورجال أعمال وإطارات سامية في الدولة بنسب هي على التوالي 7 % و2 %.

المعطيات السالف ذكرها تؤكد مدى أهمية وتأثير نوع نشاط الفرد الذي يمارسه في إصابته بمختلف الأمراض، كما هو الحال بالنسبة لمرض سرطان القولون والمستقيم، ومشكلة الإصابة بهذا المرض ترتبط بنوع النشاط الممارس الذي يزيد بدوره من احتمال التعرض للإصابة به، على غرار الأنشطة التي تقل فيها الحركة ولا تتطلب جهداً عضلياً كالوظيفة الإدارية، ضف إلى ذلك، فهي تفرض على صاحبها نظام غذائي يعتمد عادة على الوجبات السريعة والجاهزة، هذه الأخيرة تحمل الكثير من الأخطار على صحته.

بينما الأنشطة التي تتطلب جهداً عضلياً وحركة دؤوبة فهي عبارة عن أنشطة رياضية لصاحبها في نفس الوقت، وبذلك فهي تقضي على الكثير من المشاكل الصحية كالبدانة وسوء الهضم والغازات والسموم التي يطرحها جسم الإنسان والاستغلال الجيد للسعرات الحرارية التي يحصل عليها الفرد من وجباته اليومية.

كما تجدر الإشارة إلى أن هناك نشاطات تتطلب جهداً وفيها حركة إلاّ أن طبيعتها فيها الكثير من الخطر على صحة ممارسها على غرار الأنشطة المتعلقة بالمبيدات.

3-3 توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة:

يعتبر الدخل في الكثير من الأحيان المورد الأساسي الذي تعتمد عليه الأسرة في تغطية مختلف حاجياتها اليومية، سواء منها ما تعلق بالجانب المعيشي أو الصحي أو التعليمي أو

حتى الترفيهي، لذلك يلعب هذا المورد دوراً جوهريا في تحديد مستوى الرفاه المعيشي للأفراد وكذا مستوى صحتهم، والجدول التالي يبين لنا توزيع أفراد عينتنا حسب دخلهم الشهري.

الجدول رقم (24): توزيع أفراد العينة حسب دخل الأسرة الشهري

الدخل (دج)	التكرار	النسبة %
أقل من 18000	40	23.7
[18000 – 28000]	61	36.1
] 28000 – 38000 [	30	17.8
] 38000 – 48000 [	30	17.8
] 48000 – 58000 [	0	0
58000 فأكثر	8	4.7
المجموع	169	100

في قراءة عامة للجدول رقم (24)، نلاحظ أن نسبة 59.8 % من أفراد عينتنا لا يتجاوز دخلهم الشهري 000 28 دج، حيث سجلت نسبة 36.1 % للذين يتراوح دخلهم بين [18000 – 28000 [دج، في حين الذين لا يتجاوز دخلهم الشهري 000 18 دج قدر بنسبة 23.7 %، تليهم نسبة 17.8 % للذين يتراوح دخلهم بين [28000 – 38000 [و [38000 – 48000 [دج، كما سجلت أقل نسبة قدرت بـ 4.7 % للذين يتجاوز دخلهم الشهري 000 58 دج.

4- الخصائص الصحية:

نتطرق في هذا الجزء إلى أهم الخصائص الصحية للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم والمتمثلة في إصابة أحد الأقارب من قبل بمرض سرطان القولون والمستقيم، إضافة إلى سن اكتشاف المرض وأعراض الإصابة قبل المرض.

4-1 توزيع أفراد العينة حسب ما إذا أصيب أحد أقاربهم من قبل بالمرض:

تعتبر إصابة أحد الأقارب بمرض سرطان القولون والمستقيم عامل خطر مؤكد خاصة إذا كان من الدرجة الأولى كالأب أو الأم أو من الدرجة الثانية كالإخوة أو الجد أو الجدة، ذلك أن هذا المرض يمكن أن ينتقل عن طريق الوراثة عبر جينات من الآباء إلى أبنائهم أو احتمال تطوير نفس المرض بالنسبة للإخوة، وقد ثبت ذلك علمياً*. والجدول التالي يوضح هل كانت هناك إصابة أحد الأقارب بسرطان القولون والمستقيم من قبل أم لا بالنسبة للمرضى المصابين الذين قابلناهم.

الجدول رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب إصابة أحد الأقارب من قبل بمرض سرطان القولون والمستقيم

إصابة أحد الأقارب	التكرار	النسبة %
نعم	55	32.5
لا	114	67.5
المجموع	169	100

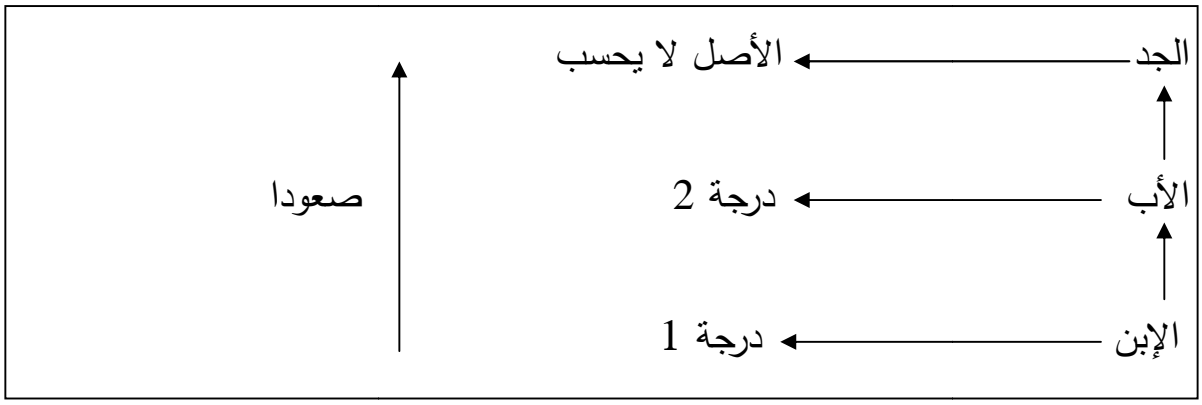
نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 67.5 % من أفراد عينتنا لم تكن لديهم إصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم من قبل لأحد أقاربهم، بينما نسبة 32.5 % كان لديهم إصابة بالمرض لأحد الأقارب.

الملفت للانتباه أن حوالي ثلث أفراد عينتنا كان لديهم تاريخ مرضي يتمثل في إصابة أحد الأقارب، وهي نسبة عالية جداً، إذ نفسر ذلك بأن مرض سرطان القولون والمستقيم من الأمراض الخبيثة التي يمكن أن تنتقل عن طريق المورثات الجينية من الأصول إلى الفروع.

* للاستزادة أنظر **أهم أسباب الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم** في الفصل الثاني من الدراسة.

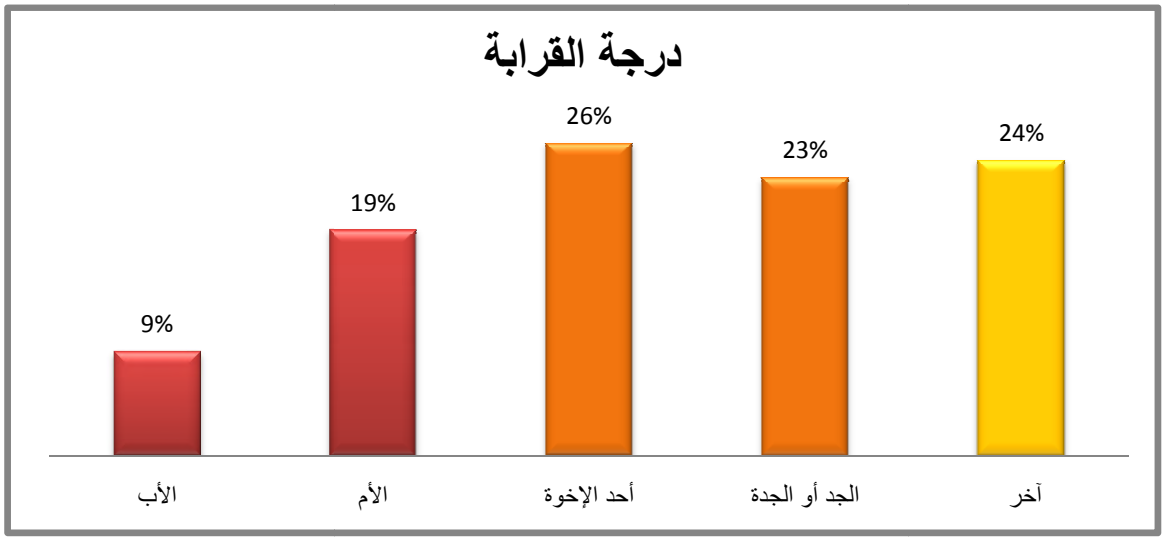
فدرجة القرابة إذاً تلعب دوراً كبيراً في انتقال المرض خاصة إذا كان من الدرجة الأولى أو الدرجة الثانية. ولشرح درجة القرابة نستعرض ما جاءت به **المادة 33** من القانون المدني الجزائري والتي نصت على ما يلي:« القرابة المباشرة هي الصلة مابين الأصول والفروع »[1] وهي العلاقة التي تربط الجد أو الجدة بأولادهم أو أحفادهم مثلاً.

فالقرابة المباشرة تحسب باعتبار كل فرع درجة صعوداً، فحساب درجة الحفيد بجده يكون كالتالي:



ولتوضيح درجة القرابة التي كانت أحد الأسباب المباشرة في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بالنسبة لأفراد عينتنا نستعرض الرسم البياني التالي:

الشكل رقم (28): توزيع أفراد العينة حسب درجة القرابة



[1] الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 20 رمضان عام 1395 الموافق 26 سبتمبر سنة 1975 والمتضمن القانون المدني، المعدل والمتمم.

بالنسبة لأفراد عينتنا الذين أصيبوا بسرطان القولون والمستقيم وكان أحد أقاربهم قد أصيب بالمرض نفسه من قبل والذين بلغ عددهم 55 من أصل 169 كما هو موضح في الجدول رقم (25)، نلاحظ أن معظم درجة قرابتهم هي من الدرجة الثانية مقدرة بـ 49 %، مقسمة بين أحد الإخوة بنسبة 26 % أو الجد والجدة بنسبة 23 %، تليها قرابة من الدرجة الأولى بنسبة 28 %، مقسمة بين الأم والأب بنسبة 19 % و9 % تواليا، تليها قرابة من الدرجة الثالثة كالعم أو العمة أو الخال أو الخالة (بالنسبة للذين أجابوا بآخر) وهو ما تبرزه نسبة 24 %.

4-2 توزيع أفراد العينة حسب السن عند اكتشاف المرض:

يعتبر الزمن من المؤشرات الهامة في تحديد درجة تطور المرض، فمن الأسئلة التي يطرحها الطبيب على المريض هو منذ متى وأنت على هذه الحالة؟، أو منذ متى وأنت تشعر بالمرض؟. فمرض سرطان القولون والمستقيم من الأمراض التي قد تكتشف في سن مبكرة ويكون ذلك نتيجة المورثات الجينية، وقد يكتشف في سن متأخر نتيجة تطور أمراض أخرى، أو نتيجة سلوك غذائي غير سليم، أو نتيجة مكونات الغذاء، أو سلوك غير صحي. وللتوضيح أكثر يمكن تشكيل الجدول التالي الذي يحدد توزيع أفراد العينة حسب السن عند اكتشاف المرض.

من خلال معطيات الجدول رقم (26)، نلاحظ أن أكثر من 50% من أفراد عينتنا اكتشفوا إصابتهم بالمرض في سن متأخر (50 سنة فأكثر)، حيث سجلت الفئتين العمريتين [50 – 60 [سنة و [60 – 70 [سنة أعلى نسبة للإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم والتي قدرت بـ 26 %، تليهما الفئة العمرية [40 – 50 [سنة بنسبة 19.5 %، كما سجلت الفئة العمرية [30 – 40 [سنة نسبة 15.4 %، أما الفئتين العمريتين [20 – 30 [سنة و أقل من 20 سنة فقد سجلتا نسب متقاربة وهي على التوالي 5.9 %

و 4.7 %، أما الفئتين العمريتين [70 – 80 [سنة و[80 سنة فأكثر فقد سجلتا أقل نسبة قدرت بـ 1.2 % لكليهما.

الجدول رقم (26): توزيع أفراد العينة حسب السن عند اكتشاف المرض

السن عند اكتشاف المرض	التكرار	النسبة %
أقل من 20 سنة	8	4.7
[20 – 30]	10	5.9
] 30 – 40 [	26	15.4
] 40 – 50 [	33	19.5
] 50 – 60 [	44	26
] 60 – 70 [	44	26
] 70 – 80 [	2	1.2
80 سنة فأكثر	2	1.2
المجموع	169	100

4-3 توزيع أفراد العينة حسب ظهور أعراض للإصابة قبل تشخيص المرض:

تعتبر أعراض الإصابة ناقوس الخطر الذي ينذر صاحبه، فلكل مرض تقريباً أعراضه الخاصة به، فمرض سرطان القولون والمستقيم له أعراضه التي تتمثل في إصابة القولون والمستقيم بمرض مزمن كالغازات والآلام المتكررة وعدم انتظام فترات التغوط، أو الإصابة بأورام مخاطية (لحيمات بالجدار الداخلي للقولون أو المستقيم)، أو وجود دم بالبراز أو الإصابة بفقر الدم أو نقص في الوزن أو الإحساس الدائم بالتعب...الخ. والجدول التالي يوضح هل كانت هناك أعراض للإصابة بسرطان القولون والمستقيم من قبل أم لا بالنسبة للمرضى المصابين الذين قابلناهم.

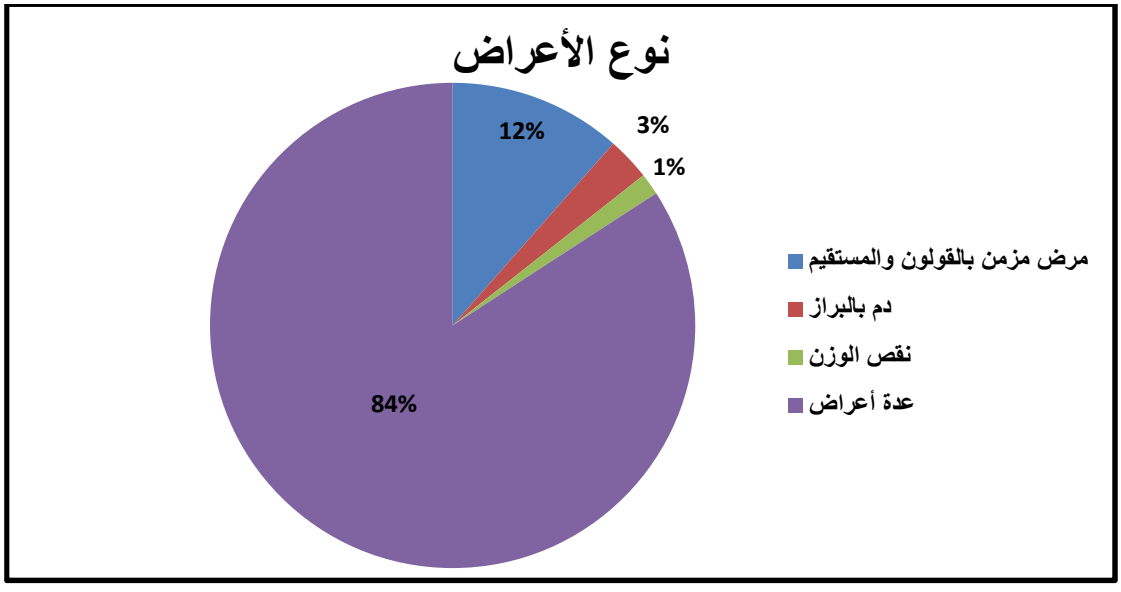
الجدول رقم (27): توزيع أفراد العينة حسب ظهور أعراض للإصابة قبل تشخيص المرض

ظهور أعراض للإصابة	التكرار	النسبة %
نعم	135	79.9
لا	34	20.1
المجموع	169	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (27) أن حوالي نسبة 80 % من أفراد عينتنا المصابين بسرطان القولون والمستقيم كانت لديهم أحد أعراض الإصابة أو مجموعة من الأعراض قبل تشخيص المرض، في حين نسبة 20 % فقط لم تكن لديهم أية أعراض للإصابة قبل تشخيص المرض.

ولتوضيح نوعية الأعراض التي تعرض لها أفراد عينتنا المصابين بسرطان القولون والمستقيم قبل تشخيص المرض نستعرض الشكل البياني أدناه:

الشكل رقم (29): توزيع أفراد العينة حسب نوع الأعراض



يتبين لنا من خلال الشكل البياني أعلاه أن غالبية أفراد عينتنا المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين كانت لديهم أعراض سابقة قبل تشخيص المرض قد عانوا من عدة أعراض

وهو ما تبرزه النسبة العالية 84 %، أما الذين عانوا من أحد الأعراض على الأكثر كالإصابة بمرض مزمن بالقولون والمستقيم أو دم بالبراز أو نقص في الوزن فكانت نسبهم في حدود 12 % و3 % و1 % تواليا.

وهنا يظهر مستوى الوعي والثقافة الصحية بالنسبة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في مدى سرعت اكتشافه لمرضه وبداية رحلة العلاج، لأن هذا المرض كلما اكتشف مبكراً كلما كانت فرص الشفاء منه كبيرة.

استنتاج:

بالارتكاز على نتائج توزيع العينة وعلى بعض الخصائص الديمغرافية والاجتماعية، والاقتصادية والصحية يمكننا تقديم المخرجات التالية:

- ✓ 60 % من أفراد عينتنا ذكور مقابل 40 % إناث.
- ✓ أكثر من 82 % من أفراد عينتنا سنهم عند إجراء المقابلة تجاوز 40 سنة.
- ✓ أكثر من 78 % من أفراد عينتنا هم متزوجون.
- ✓ يتنوع المستوى التعليمي لأفراد عينتنا، منهم الأميون ومنهم أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط والثانوي والجامعي.
- ✓ حوالي 70 % من أفراد عينتنا يقطنون المناطق الحضرية والشبه حضرية.
- ✓ أكثر من 50 % من أفراد عينتنا لا يمارسون نشاطاً مأجوراً.
- ✓ 41 % من أفراد عينتنا هم موظفون.
- ✓ أكثر من 78 % من أفراد عينتنا لا يتجاوز دخلهم الشهري 000 38 دج.
- ✓ ثلث أفراد عينتنا كانت لديهم إصابة أحد الأقارب بسرطان القولون والمستقيم.
- ✓ غالبية أفراد عينتنا الذين أصيب أحد أقاربهم بسرطان القولون والمستقيم من قبل درجة قرابتهم هي من الدرجة الثانية والدرجة الأولى.
- ✓ أكثر من 50 % من أفراد عينتنا اكتشفوا إصابتهم بالمرض بعد سن 50 سنة.
- ✓ ما يقارب 80 % من أفراد عينتنا كانت لديهم أعراض الإصابة بالمرض قبل تشخيصه.
- ✓ 84 % من أفراد عينتنا ممن عانوا من أعراض الإصابة بالمرض عانوا من عدة أعراض.

الفصل السابع: تأثير الخصائص السوسيو-ديمغرافية والاقتصادية على نمط الحياة السابق للمرضى

تمهيد

المبحث الأول: عوامل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم وعلاقتها بالخصائص السوسيو-ديمغرافية للمرضى

1- الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف
2- ممارسة الرياضة

المبحث الثاني: عوامل خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وعلاقتها بالخصائص السوسيو-ديمغرافية والاقتصادية للمرضى

1- الإفراط في تناول اللحوم الحمراء
2- الاعتماد على الوجبات السريعة
3- الإفراط في تناول المشروبات الغازية وبدون غاز
4- التدخين

الاستنتاج

خلاصة الفرضية الأولى

تمهيد:

سوف نتعرض في هذا الفصل إلى اختبار **الفرضية الأولى** التي جاءت تحت عنوان: " **يختلف واقع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب خصائصه السوسيو–ديمغرافية**". وذلك عن طريق ربط العلاقة بين المتغير التابع المتمثل في واقع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، من خلال بعده الأول المتمثل في نمط الحياة السابق الذي اشتمل على عوامل الوقاية من مرض سرطان القولون والمستقيم التي تم قياسها بالمؤشرات المتمثلة في الاعتماد على الأغذية التي تحتوي على الألياف وممارسة الرياضة، وعوامل الخطر التي تم قياسها بالمؤشرات المتمثلة في الإفراط في تناول اللحوم الحمراء و الاعتماد على المأكولات السريعة و تناول المشروبات الغازية وبدون غاز والتدخين وشرب الخمر، هذا من جهة، والمتغيرات المستقلة المتمثلة في الخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية التي تم قياسها بالمؤشرات المتمثلة في الجنس، الحالة الاجتماعية، السن الحالي، المستوى التعليمي، مكان السكن، السن عند اكتشاف المرض، ودخل الأسرة من جهة ثانية.

ونمط الحياة هو الأسلوب الذي يختاره الإنسان ليعيش به وكيفية تعامله معه كل حسب مقدرته ووضعه في المجتمع، وقناعته الشخصية، فنمط الحياة يختلف من فرد إلى آخر[1]. هذا بصفة عامة، أما نمط الحياة الذي تطرقنا إليه في دراستنا فقد قسمناه إلى قسمين متباينين، نمط حياة إيجابي يقي من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ونمط حياة سلبي قد يؤدي إلى الإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

[1] فاطمة نبق وآخرون، **السلوك الغذائي ونمط الحياة للمصابين بسرطان القولون**، مقال منشور بمجلة العلوم التربوية، المجلد رقم 18، الخرطوم، السودان، سنة 2017، ص 65.

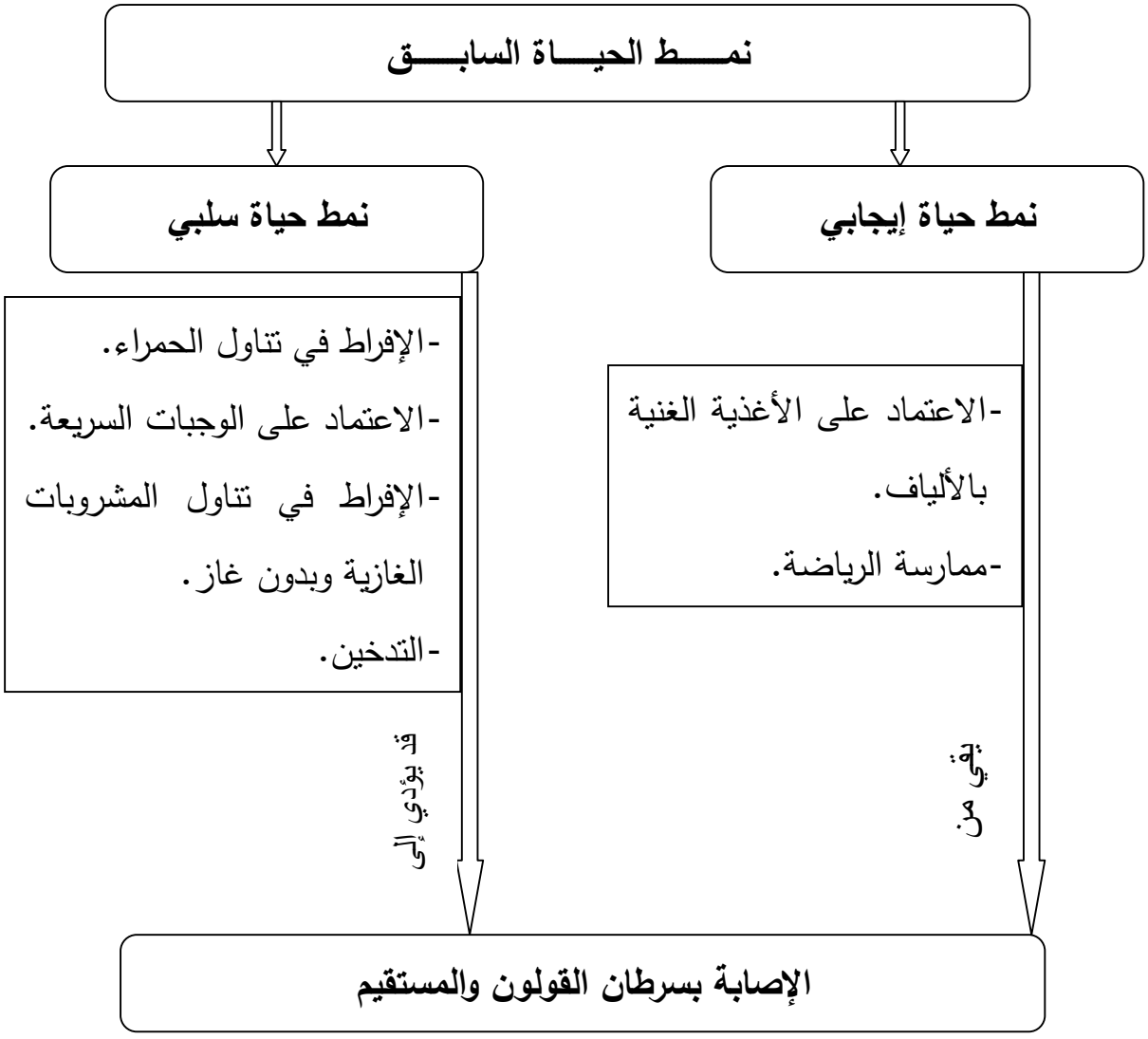
الجدول رقم (28): المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ومؤشرات القياس الخاصة بالفرضية الأولى

المتغيرات المستقلة	مؤشرات القياس	
الخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية	– الجنس. – الحالة الاجتماعية. – السن الحالي. – المستوى التعليمي. – مكان السكن. – السن عند اكتشاف المرض. – دخل الأسرة.	
المتغير التابع	**البعد الأول**	**مؤشرات القياس**
واقع المريض	نمط الحياة السابق	– الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف. – ممارسة الرياضة. – الإفراط في تناول اللحوم الحمراء. – الاعتماد على المأكولات السريعة. – تناول المشروبات الغازية وبدون غاز. – التدخين. – شرب الخمر.

إن الغذاء الذي يتناوله الناس على اختلاف تنوعهم الثقافي، يحدد إلى حد كبير صحة الناس ونموهم وتنميتهم، فالسلوكيات المحفوفة بالمخاطر، من قبيل تعاطي التبغ وانعدام النشاط البدني، تُعدل النتيجة إلى الأحسن أو إلى الأسوأ. وكل هذا يحدث في بيئة اجتماعية وثقافية

وسياسية واقتصادية يمكن أن تُعرض صحة السكان لمزيد من الخطر ما لم تُتخذ تدابير إستعجالية لجعل البيئة معززة للصحة[1].

وبهدف الوقوف على نمط الحياة السابق لأفراد عينتنا الذي يختلف من فرد لآخر وتأثره بالخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية، نستعرض المخطط التوضيحي التالي الذي يوضح فيما إذا كان أفراد عينتنا اتبعوا نمط حياة إيجابي يقي من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم أم نمط حياة سلبي قد يكون سببا كافيا لإصابتهم بالمرض.



مخطط توضيحي من إعداد الباحث

[1] منظمة الصحة العالمية، تقرير مشاورة مشتركة بين خبراء منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة تحت عنوان: **النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الأمراض المزمنة**، جنيف 2002، ص 38.

المبحث الأول: عوامل الوقاية من سرطان القولون والمستقيم وعلاقتها بالخصائص السوسيو–ديمغرافية للمرضى

1- الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف:

من الممكن أن تكون بعض أوجه عدم الاتساق نتيجة للاختلافات بين الدراسات في أنواع الألياف المتناولة وفي وسائل تصنيف الألياف في الجداول الغذائية، أو لكون الارتباط بالفواكه والخضروات ينشأ أساساً من حدوث زيادة في الخطر عندما تكون مستويات الاستهلاك شديدة الانخفاض. وتشير الأدلة المتاحة حالياً بوجه عام إلى أن تناول الفواكه والخضروات ربما يقلل من خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم[1].

يعتبر الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف في التغذية اليومية للإنسان من العوامل الوقائية من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم*، وهو ما سوف نحاول الوقوف عليه من خلال تبيان اعتماد أفراد عينتنا أو عدم اعتمادهم على هذا العامل الوقائي في نظامهم الغذائي السابق.

وللوقوف على مدى اعتماد أفراد عينتنا المصابين بسرطان القولون والمستقيم على هذا العامل الوقائي من المرض في حياتهم السابقة نستعرض الجدول التالي:

[1] منظمة الصحة العالمية مرجع سبق ذكره، ص 138.

* للاستزادة أنظر **الإجراءات الوقائية التي تقلل من خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم** في الفصل الثاني من المذكرة، ص 44.

الجدول رقم (29): تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف

الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف / الخصائص السوسيو–ديمغرافية		نعم		لا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	69	68.32	32	31.68	101	100
	إناث	64	94.12	4	5.88	68	100
	المجموع	133	78.70	36	21.30	169	100
الحالة الاجتماعية	أعزب	14	70	6	30	20	100
	متزوج	105	78.95	28	21.05	133	100
	مطلق	0	0	2	100	2	100
	أرمل	14	100	0	0	14	100
	المجموع	133	78.70	36	21.30	169	100
السن الحالي	أقل من 20 [	0	0	2	100	2	100
	[20 – 30]	6	75	2	25	8	100
	[30 – 40]	14	70	6	30	20	100
	[40 – 50]	29	70.73	12	29.27	41	100
	[50 – 60]	36	85.71	6	14.29	42	100
	[60 فأكثر	48	85.71	8	14.29	56	100
	المجموع	133	78.70	36	21.30	169	100
المستوى التعليمي	أمي	36	81.82	8	18.18	44	100
	ابتدائي	30	100	0	0	30	100
	متوسط	16	72.72	6	27.27	22	100
	ثانوي	29	74.36	10	25.64	39	100
	جامعي	22	64.71	12	35.9	34	100
	المجموع	133	78.70	36	21.30	169	100
مكان السكن	حضري	73	78.49	20	21.51	93	100
	شبه حضري	40	76.92	12	23.08	52	100
	ريفي	20	83.33	4	16.67	24	100
	المجموع	133	78.70	36	21.30	169	100

يتبين من خلال الجدول رقم (29) أن غالبية أفراد عينتنا كانوا يعتمدون في طعامهم اليومي على الأغذية الغنية بالألياف بنسبة 78.70 %، مقابل 21.30 % منهم لم يكونوا يعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف في غذائهم.

كما نلاحظ أن الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف يتأثر بجنس المصابين، حيث سجلنا نسبة اعتماد تقدر بـ 94.12 % لدى الإناث لتنخفض النسبة عند الذكور إلى 68.32 %.

بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية، نلاحظ أن كل أفراد عينتنا من الأرامل كانوا يعتمدون في طعامهم على الأغذية الغنية بالألياف، لتنخفض النسبة إلى 78.95 % للمتزوجين ونسبة 70 % بالنسبة للعزاب.

نلاحظ أيضاً أن الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف يتأثر بعامل السن، حيث سجلنا أعلى نسبة اعتماد قدرت بـ 85.71 % لأفراد عينتنا الذين يفوق سنهم 50 سنة، مقابل 75 % بالنسبة للفئة العمرية [20-30[سنة، لتنخفض النسبة إلى 70.73 % للفئة العمرية [40-50[سنة، تليها الفئة العمرية [30-40[سنة بنسبة 70 %.

وتجدر الإشارة إلى أن أفراد عينتنا الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة لم يكونوا يعتمدون بتاتا على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم اليومية السابقة.

كما يتأثر الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف بالمستوى التعليمي لأفراد العينة، لكن بدرجات متفاوتة، حيث تظهر من خلال نتائج الجدول رقم (29) أن أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي كلهم صرحوا بأنهم كانوا يعتمدون في طعامهم اليومي على الأغذية الغنية بالألياف، لتنخفض النسبة إلى 81.82 % للأميين، كما أن أصحاب المستوى التعليمي المتوسط والثانوي سجلوا نسبة 72.72 % و74.36 % على التوالي، لتنخفض النسبة إلى 64.71 % لأصحاب المستوى التعليمي الجامعي.

وكذلك الحال بالنسبة لمكان السكن، نلاحظ أنه يؤثر تأثيراً بالغاً وبنسب عالية على الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف بالنسبة لأفراد عينتنا، حيث سجلنا نسبة 83.33 % بالنسبة

لأفراد العينة القاطنين بالريف تليها نسبة 78.49% بالنسبة لأفراد العينة القاطنين بالمناطق الحضرية، وبأقل درجة أفراد العينة القاطنين بالمناطق شبه حضرية بنسبة 76.92 %.

إيجازاً يمكن القول أن معظم أفراد عينتنا كانوا يعتمدون في طعامهم اليومي على الأغذية الغنية بالألياف، غير أنه يمكن القول أن الخصائص السوسيو–ديمغرافية أثرت بشكل متمايز في ذلك. فالإناث مثلاً، كنّ أكثر اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف من الذكور في حياتهن السابقة، وهن أقل إصابة من الذكور كما تشير إليه الإحصائيات التي قدمناها وكما تشير إليه أيضا إحصائيات عينتنا (60 % ذكور مقابل 40 % إناث). ويزيد الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف كلما ارتفع معدل السن، إلا أن ذلك قد يكون متأخرا، لأن هذا الأخير يعتبر من عوامل الخطر، حيث أن أكثر من 90 % من الأشخاص الذين يتم تشخيص هذا المرض لديهم يكونون أكبر من 50 سنة*، وقد جاء في مقال في المجلة الدولية للبحوث في العلوم الطبية أن 90 % من المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بسرطان القولون والمستقيم هم أكبر من 50 عامًا، بمتوسط عمر 64 عامًا[2]، لذلك من المفيد لصحة الإنسان الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف كالفواكه والخضروات في سن مبكرة، وهو ما لم نلحظه في أفراد عينتنا التي تقل أعمارهم عن 20 سنة.

أما بالنسبة للعامل الجغرافي فإنه يلعب الدور الكبير في درجة الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ذلك أن لكل منطقة جغرافية خصائصها الغذائية، فنتائج الجدول أعلاه أوضحت أن قاطني المناطق الحضرية والشبه حضرية هم الأقل اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف وهم الأكثر عرضة للإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم كما توضحه خصائص العينة.

وعليه يمكن القول أن نمط الحياة السابق المتمثل في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف

* أنظر **الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والمستقيم** في الفصل الثاني من المذكرة.

[2] Article International Journal of **Research in Médical Sciences**, Novembre 2017, Vol 5, Issue 11, Page 4667.

والذي يعتبر من العوامل التي تقي من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم يختلف من فرد لآخر حسب خصائصه السوسيو–ديمغرافية.

2- ممارسة الرياضة:

يمكن اجتناب عدة أمراض عن طريق ممارسة الرياضة، حيث تلعب هذه الأخيرة دورا هاما في حماية الجسم من مختلف الأسقام، فهي غذاء للروح والجسد، لذلك ينصح دائما بممارسة التمارين الرياضية للكبار والصغار، حيث أنها تعمل على تعزيز صحة وقوة العضلات، والصحة النفسية، كما أنها تحمي الجسم من الإصابة بالأمراض المزمنة مثل مرض القلب والسكري، وضغط الدم ومختلف السرطانات.

فهي إذن عامل يقي من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، لذلك كان من اللازم التطرق له والكشف عما إذا كان المرضى الذين قابلناهم كانوا من ممارسي الرياضة أم لا في حياتهم السابقة قبل الإصابة بالمرض؟.

وللوقوف على مدى ممارسة أفراد عينتنا المصابين بسرطان القولون والمستقيم للرياضة في حياتهم السابقة نستعرض الجدول التالي:

الجدول رقم (30): تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية على ممارسة الرياضة

ممارسة الرياضة / الخصائص السوسيو–ديمغرافية		نعم		لا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	33	32.67	68	67.33	101	100
	إناث	4	5.88	64	94.12	68	100
	المجموع	37	21.89	132	78.11	169	100
السن الحالي	أقل من 20 [	0	0	2	100	2	100
	[20 – 30]	4	50	4	50	8	100
	[30 – 40]	6	30	14	70	20	100
	[40 – 50]	11	26.83	30	73.17	41	100
	[50 – 60]	8	19.05	34	80.95	42	100
	[60 فأكثر	8	14.29	48	85.71	56	100
	المجموع	37	21.89	132	78.11	169	100
مكان السكن	حضري	27	29.03	66	70.97	93	100
	شبه حضري	8	15.38	44	68.62	52	100
	ريفي	2	8.33	22	91.67	24	100
	المجموع	37	21.89	132	78.11	169	100
المستوى التعليمي	أمي	0	0	44	100	44	100
	ابتدائي	2	6.67	28	93.33	30	100
	متوسط	8	36.36	14	63.64	22	100
	ثانوي	11	28.21	28	71.79	39	100
	جامعي	16	47.06	18	52.94	34	100
	المجموع	37	21.89	132	78.11	169	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن 78.11 % من أفراد عينتنا لم يكونوا يمارسون الرياضة في حياتهم اليومية، في حين نسبة 21.89 % منهم فقط كانوا من ممارسي الرياضة.

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (30)، أن الجنس له تأثير على ممارسة الرياضة، حيث كان عزوف شبه كلي بالنسبة لجنس الإناث عن ممارسة الرياضة بنسبة تفوق 94 % في حياتهن اليومية السابقة، بينما يقل ذلك لدى جنس الذكور بنسبة 67.33 %.

بالنسبة للسن، هذا العامل الذي يعطيه المجتمع الجزائري أهمية قصوى، حيث كثيراً ما يربطون ممارسة الرياضة بالسن، وجاءت نتائج أفراد عينتنا لممارسة الرياضة في حياتهم اليومية السابقة كالتالي: الفئة العمرية التي تقل عن 20 سنة، كان هناك عزوف كلي عن ممارسة الرياضة بنسبة 100 %، تليها الفئة العمرية 60 سنة فأكثر بنسبة 85.71 %، وبأقل الدرجة الفئتين العمريتين [50-60[سنة و[40-50[سنة بنسبة 80.95 % و73.17 % تواليا، لتنخفض النسبة إلى 70 % بالنسبة للفئة العمرية [30-40[سنة، وإلى 50 % بالنسبة للفئة العمرية [20-30[سنة.

كما لعب مكان السكن دوراً هاماً في ممارسة الرياضة في الحياة اليومية السابقة لأفراد عينتنا، حيث أظهرت النتائج أن أكثر أفراد عينتنا عزوفاً عن الرياضة هم قاطني الريف بنسبة 91.67 %، وبأقل درجة قاطني المدينة بنسبة 70.97 % ونسبة 68.62 % بالنسبة لقاطني المناطق شبه حضرية.

ونلاحظ أيضا أن المستوى التعليمي لأفراد عينتنا أثر بشكل متفاوت على ممارستهم للرياضة في حياتهم السابقة، حيث كان الأميون منهم لا يمارسون الرياضة إطلاقاً بنسبة 100 %، وكذلك الحال بالنسبة لأصحاب المستوى التعليمي الابتدائي، حيث أن نسبة كبيرة منهم لم يكونوا يمارسون الرياضة بنسبة 93.33 %، وبأقل درجة أصحاب المستوى التعليمي الثانوي بنسبة 71.79 %، لتقل النسبة إلى 63.64 % بالنسبة لأصحاب المستوى التعليمي المتوسط، وإلى أقل من 53 % بالنسبة لأصحاب المستوى التعليمي الجامعي.

بالرغم من أهمية الرياضة لصحة الجسم والعقل، إلاّ أننا لاحظنا بالنسبة لأفراد عينتنا أن هناك ابتعاد شبه كلي بالنسبة لجنس الإناث عن ممارستها، وكذا الحال بالنسبة للفئات العمرية الصغرى وكذلك الكبرى التي تفوق 50 سنة. كما لاحظنا أن أفراد عينتنا الأقل ممارسة للرياضة هم قاطنو المناطق الريفية والأميون.

ممارسة الرياضة هي سلوك، هي ثقافة صحية، هي وعي بدورها في المحافظة على الصحة الجسمية والعقلية قبل كل شيء، وهنا نستذكر مقولة العقل السليم في الجسم السليم. للمحافظة على صحة الجسم والعقل وجب على الإنسان ممارسة الرياضة كل حسب استطاعته، أقصاها ممارسة الرياضة بكل أنواعها، وأدناها المشي بسرعة لما يعادل 30 دقيقة يوميا، وليس معناه ممارسة الرياضة وقاية كلية من المرض، بل هي عامل مساعد لاجتناب العديد من الأمراض، منها سرطان القولون والمستقيم، فالخمول يعد عاملاً من عوامل الخطر المؤدية للإصابة بسرطان القولون المستقيم، كما سبق وأن أشرنا إلى ذلك في العوامل المؤدية للإصابة بهذا المرض.

وعليه يمكن القول أن نمط الحياة السابق المتمثل في عدم ممارسة الرياضة يعتبر أحد عوامل الخطر المؤدية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ويختلف من فرد لآخر حسب خصائصهم السوسيو–ديمغرافية.

المبحث الثاني: عوامل خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وعلاقتها بالخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية للمرضى

1– الإفراط في تناول اللحوم الحمراء :

أظهرت بعض الدراسات إلى وجود ارتباط قوي بين استهلاك اللحوم الحمراء والوفيات الناجمة عن سرطان القولون، وخلص استعراض منتظم أجري مؤخراً إلى أن اللحوم المحفوظة ترتبط بزيادة خطر الإصابة بسرطان القولون، بينما اللحوم الطازجة ليست كذلك، إلاّ أن معظم الدراسات لم تلاحظ ارتباطات إيجابية بين الإصابة بذلك السرطان واستهلاك الدواجن أو الأسماك. وتشير الأدلة على وجه الإجمال إلى أن استهلاك كميات كبيرة من اللحوم الحمراء والمحفوظة يزيد خطر الإصابة بسرطان القولون[1].

بالانتقال إلى عامل آخر والذي يعتبر عامل من عوامل الخطر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ألا وهو الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، وبغرض إبراز فيما إذا كان أفراد عينتنا المصابين بسرطان القولون والمستقيم ممن أفرطوا في تغذيتهم اليومية في تناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة نستعرض الجدول التالي:

[1] منظمة الصحة العالمية، تقرير مشاورة مشتركة بين خبراء منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة، مرجع سبق ذكره، ص 131.

الجدول رقم (31): تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية على الإفراط في تناول اللحوم الحمراء

الخصائص الس د و الإق	الإفراط في تناول اللحوم الحمراء	نعم		لا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	28	27.72	73	72.28	101	100
	إناث	22	33.33	44	66.67	66	100
	المجموع	50	29.94	117	70.06	167	100
السن الحالي	أقل من 20 [	0	0	2	100	2	100
	[20 – 30]	4	50	4	50	8	100
	[30 – 40]	2	10	18	90	20	100
	[40 – 50]	10	24.39	31	75.61	41	100
	[50 – 60]	10	25	30	75	40	100
	[60 فأكثر	24	42.86	32	57.14	56	100
	المجموع	50	29.94	117	70.06	167	100
دخل الأسرة	أقل من 18000 [	14	35	26	65	40	100
	[18000 – 28000]	10	16.95	49	83.05	59	100
	[28000 – 38000]	14	46.67	16	53.33	30	100
	[38000 – 48000]	8	26.67	22	73.33	30	100
	[58000 فأكثر	4	50	4	50	8	100
	المجموع	50	29.94	117	70.06	167	100
مكان السكن	حضري	30	32.26	63	67.74	93	100
	شبه حضري	14	28	36	72	50	100
	ريفي	6	25	18	75	24	100
	المجموع	50	29.94	117	70.06	167*	100

167*: هناك حالتان (02) لم يجيبا على الإفراط في تناول اللحوم الحمراء.

يتبين لنا من الجدول رقم (31) أن جل أفراد عينتنا لم يكونوا يعتمدون في غذائهم اليومي على اللحوم الحمراء وهو ما تبرزه نسبة 70.06 %، غير أن حوالي 30 % منهم كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على اللحوم الحمراء.

ونشير إلى أن جنس الذكور من أفراد عينتنا هم الأكثر اجتناباً في غذائهم اليومي للحوم الحمراء، حيث سجلوا نسبة قدرت بـ 72.28 %، مقابل 66.67 % بالنسبة للإناث، وهنا نلاحظ تأثير الجنس في اجتناب عامل الخطر المتمثل في الإفراط في تناول اللحوم الحمراء.

كما نلاحظ أن عدم الاعتماد على اللحوم الحمراء في التغذية اليومية بالنسبة لأفراد عينتنا تمركز لدى الفئة العمرية دون 20 سنة، بالإضافة إلى الفئات العمرية من [30 إلى 60[سنة بنسب تتراوح مابين 100 % إلى 75 %، تليها الفئة العمرية [60 سنة فأكثر[بنسبة قدرت بـ 57.14 %، وسجلت الفئة العمرية [20-30[سنة أضعف نسبة قدرت بـ 50 %.

نلاحظ أن الجانب الاقتصادي للأسرة والمتمثل هنا في الدخل الشهري، له تأثير بالغ في عدم الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، حيث يظهر جلياً أن أصحاب الدخل الضعيف والمتوسط من أفراد عينتنا لم يكونوا يفرطوا في تناول اللحوم الحمراء في غذائهم اليومي السابق، وهذا نتيجة غلائها، حيث سجلت أعلى نسبة اجتناب لأصحاب الدخل الشهري الذي يتراوح ما بين [18000-28000[دج والمقدرة بـ 83.05 %، يليهم الذين يتراوح دخلهم الشهري بين [38000-48000[دج بنسبة 73.33 %، وكذلك الحال بالنسبة لذوي الدخل الذي يقل عن 18000 دج بنسبة 65 %، وبدرجة أقل أصحاب الدخل الذي يتراوح بين [28000-38000[دج بنسبة 53.33 %، غير أن أصحاب الدخل المرتفع [58000 دج فأكثر، فإن 50 % منهم كانوا يفرطون في تناول اللحوم الحمراء في غذائهم اليومي السابق.

وجدير بالذكر أيضاً، أن للجانب الاقتصادي دور في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وهنا نستدل ببعض الشهادات الحية التي تثبت الطرح الذي قدمناه، والتي أدلى بها أحد

المرضى الذين تمت مقابلتهم، وهو رجل، متزوج، سنه 46 سنة، وكانت كالتالي « الحالة النفسية للمريض تلعب دور كبير، لما تكون حالته مزرية، المرض يزيد ويزيد كثيرا، عكس المريض الذي تكون معنوياته مرتفعة ولديه بما يعول أهله وصغاره، وله القدرة على شراء الأدوية، فهي أمور تساعد كثيرا في الشفاء. مثلا حالتي: أنا مصاب بسرطان القولون والمستقيم منذ أربع سنوات، وأنا من دون عمل، لدي طفلان وبنت، مستأجر لمسكن بـ 000 15 دج، مررت بمرحلة لا أستطيع حتى شراء الحليب لابني (تفيض عيناه دمعاً)، وأنا في حالة صحية يرثى لها، يا ترى كيف تكون حالتي الصحية وأنا أعاني من كل هذه الظروف! ».

أما الشهادة الثانية فهي لامرأة متزوجة، تبلغ من العمر 51 سنة صرحت بالتالي « أجريت الأشعة والسكانير، بعدها أعلموني بأني مصابة بالقولون، لم يخبروننني الحقيقة (تجهش بالبكاء)، بعدها تكفل بي أخي»، هنا الأخ هو من تحمل عب علاج أخته المتزوجة، وهذا راجع إلى عدم مقدرة الزوج على تغطية تكاليف علاج زوجته، نتيجة ضعف دخله الشهري.

كما يلعب مكان السكن دوراً في درجة الإفراط في تناول اللحوم الحمراء من عدمه، حيث نلاحظ من خلال الجدول رقم (31) أن قاطني المناطق الريفية يمثلون نسبة 75 % من حيث عدم الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، يليهم قاطنو المناطق شبه حضرية بنسبة 72 %، وبدرجة أقل قاطنو المدينة أو المناطق الحضرية بنسبة 67.74 %.

يعتبر الإفراط في تناول الحوم الحمراء أحد العوامل المؤثرة في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، وعليه نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (31) أنه بالنسبة للجنس فإن الإناث هن أكثر عرضة لخطر الإصابة بهذا المرض من الذكور، أمّا بالنسبة للسن فإن الفئة العمرية [20-30[سنة هي الأقرب للخطر من باقي الفئات العمرية الأخرى.

كما أن دخل الأسرة المرتفع يجعل أفرادها أكثر عرضة لخطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، وهذا نتيجة إفراطهم في تناول اللحوم الحمراء، وكذلك الحال بالنسبة لمكان السكن، فإن قاطني المدينة هم أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض من غيرهم.

مما سبق ذكره يمكن ملاحظة أن حجم مشكلة الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم تزداد حدة لدى ذوي الدخل الضعيف، فدخل الأسرة يلعب دوراً في نوعية الغذاء من حيث الجودة والتنوع، كما يلعب دوراً أكثر من حاسم في الرعاية الصحية من خلال إجراء الفحوصات اللازمة، والكشف عن الأمراض، وإجراء التحاليل و الأشعة و شراء الأدوية وغيرها من الأمور التي تساعد على اكتشاف المرض في بدايته، خاصة مرض سرطان القولون والمستقيم، الذي إن اكتشف في بدايته يمكن علاجه بكل سهولة ويمكن تفادي تطوره وتعقيداته الصحية.

وعليه يمكن القول أن نمط الحياة السابق المتمثل في الإفراط في تناول اللحوم الحمراء والذي يعتبر أحد عوامل الخطر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، الذي أشارت إليه منظمة الصحة العالمية، في تقريرها حول مدى تسبب استهلاك اللحوم الحمراء واللحوم المصنّعة في الإصابة بالسرطان*، يختلف من فرد لآخر حسب خصائصهم السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية.

* أنظر **أسباب الإصابة بسرطان القولون والمستقيم** في الفصل الثاني من المذكرة.

2- الاعتماد على الوجبات السريعة:

استهلاك الوجبات السريعة بانتظام يعني تناول كمية كبيرة من الدهون المشبعة والكلسترول، مما يعني زيادة خطر الإصابة بمختلف الأمراض، ومنها مرض سرطان القولون والمستقيم، ومع تغير نمط الحياة للمجتمع الجزائري الذي أصبح أكثر إقبالاً على الوجبات السريعة، هذه الأخيرة تعتبر أحد عوامل الخطر المؤدية للإصابة بهذا المرض، وعليه وددنا التطرق لهذا العامل في دراستنا والكشف عمّا إذا كان أفراد عينتنا يعتمدون بشكل كبير في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة أم لا؟.

بالإضافة إلى الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، فإن الاعتماد على الوجبات السريعة في تغذيتنا اليومية، يعد عامل آخر من عوامل الخطر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ويتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (32) أن حوالي 70 % من أفراد عينتنا لم يكونوا يعتمدون في وجباتهم اليومية على المأكولات السريعة، غير أن 29.94 % منهم كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية عليها.

كما تبين نتائج الجدول رقم (32) أيضاً، أن الإناث هن أكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في غذائهم اليومي مقارنة بالذكور، حيث سجلن أكبر نسبة قدرت بـ 84.85 %، مقابل 60.40 % بالنسبة للذكور، وهنا نلاحظ تأثير الجنس في اجتناب عامل الخطر المتمثل في الاعتماد على الوجبات السريعة في التغذية اليومية للفرد.

الجدول رقم (32): تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية في الاعتماد على الوجبات السريعة

الاعتماد على الوجبات السريعة / الخصائص السوسيو–ديمغرافية		نعم		لا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	40	39.60	61	60.40	101	100
	إناث	10	15.15	56	84.85	66	100
	المجموع	50	29.94	117	70.06	167	100
السن الحالي	أقل من 20 [	2	100	0	0	2	100
	[20 – 30]	2	25	6	75	8	100
	[30 – 40]	8	40	12	60	20	100
	[40 – 50]	12	29.27	29	70.73	41	100
	[50 – 60]	12	30	28	70	40	100
	[60 فأكثر	14	25	42	75	56	100
	المجموع	50	29.94	117	70.06	167	100
الحالة الاجتماعية	أعزب	10	50	10	50	20	100
	متزوج	30	22.56	103	77.44	133	100
	مطلق	2	100	0	0	2	100
	أرمل	8	66.67	4	33.33	12	100
	المجموع	50	29.94	117	70.06	167	100
المستوى التعليمي	أمي	10	23.81	32	76.19	42	100
	ابتدائي	6	20	24	80	30	100
	متوسط	10	45.45	12	54.55	22	100
	ثانوي	12	30.77	27	69.23	39	100
	جامعي	12	35.29	22	64.71	34	100
	المجموع	50	29.94	117	70.06	167*	100

167*: هناك حالتان(02) لم يجيبا إن كانا يعتمدان في وجباتهم اليومية على المأكولات السريعة.

كما نلاحظ أن اجتناب المأكولات السريعة في التغذية اليومية تمركز لدى الفئات العمرية [20-30[سنة و[60 سنة فأكثر بنسبة 75 %، تليهم الفئتين العمريتين [40-50[سنة و[50-60[سنة بنسب قدرت بـ 70.73 % و70 % على التوالي، وأقل الفئات العمرية اجتناباً للمأكولات السريعة في تغذيتهم اليومية، هي الفئة العمرية [30-40[سنة بنسبة قدرت بـ 60 %.

كما نلاحظ تأثير الحالة الاجتماعية في الاعتماد على الوجبات السريعة في التغذية اليومية لأفراد عينتنا، حيث أن المتزوجين هم أكثر اجتناباً لها بنسبة 77.44 %، وبدرجة أقل العزاب بنسبة 50 %، والأرامل بنسبة 33.33 %.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي، فهو كذلك يؤثر بنسب متفاوتة في الاعتماد على الوجبات السريعة في التغذية اليومية السابقة لأفراد عينتنا، حيث سجل أصحاب المستوى الابتدائي أعلى نسبة قدرت بـ 80 %، يليهم الأميون بنسبة 76.19 %، وبأقل درجة أصحاب المستوى التعليمي الثانوي والجامعي والمتوسط بنسبة 69.23 % و64,71 % و54,55 % على التوالي.

مما سبق يمكن استخلاص أن الذكور هم أكثر عرضة لعامل الخطر المتمثل في الاعتماد على الوجبات السريعة في تغذيتهم اليومية السابقة، التي بدورها قد تؤدي إلى الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم، وهو ما أثبتته الإحصائيات التي قدمناها فيما سبق، سواء على المستوى الوطني أو على المستوى العالمي. وكذلك الحال بالنسبة للسن فإن الفئة العمرية الأكثر عرضة لعامل الخطر المؤدي للإصابة بهذا المرض هي فئة [30-40[سنة، باعتبارها الفئة الأكثر نشاطا في المجتمع، وعليه تكون هذه الفئة معظم فترات اليوم خارج المنزل مما يحتم عليها الإقبال على الوجبات السريعة.

أما بالنسبة للحالة الاجتماعية، فالأرامل والعزاب هم أكثر عرضة لخطر الإصابة بالمرض، نتيجة اعتمادهم في تغذيتهم اليومية السابقة على المأكولات السريعة، عكس ذلك فإن المتزوجين هم أكثر التزاما بالتغذية المنزلية نتيجة استقرارهم العائلي، خاصة النساء منهم. وجاء على شاكلته المستوى التعليمي، حيث أن أصحاب المستوى التعليمي العالي وحتى المتوسط يكونون أكثر عرضة لعامل الخطر من غيرهم، نتيجة اعتمادهم في تغذيتهم اليومية السابقة على المأكولات السريعة، وهذا راجع إلى بعدهم عن مقر سكنهم أثناء مزاولة دراستهم خاصة بالنسبة للجامعيين، وبأقل درجة أصحاب المستوى التعليمي الثانوي.

وهنا يمكن الإشارة أيضا إلى تغير نمط الحياة في المجتمع الجزائري، الذي نجم عنه خروج المرأة للعمل من أجل إعانة زوجها وأهلها، نتج عنه اعتماد شبه كلي لأفراد العائلة في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة، التي تعتبر أحد عوامل الخطر المؤدية للإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم.

وعليه يمكن القول أن نمط الحياة السابق المتمثل في الاعتماد على الوجبات السريعة والذي يعتبر أحد عوامل الخطر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، يختلف من فرد لآخر حسب خصائصهم السوسيو–ديمغرافية ومركزهم الاجتماعي.

3- الإفراط في تناول المشروبات الغازية وبدون غاز:

على عكس ما يعتقد البعض أن المشروبات االغازية تساهم في هضم الطعام والتقليل من الانتفاخات والإمساك، فهي السبب الرئيسي في الإصابة بهذه الأعراض لاحتوائها على نسبة عالية من السكريات والسعرات الحرارية، وكذلك المشروبات غير الغازية فهي تعتبر عامل خطر على صحة الإنسان لاحتوائها على الملونات والمواد الحافظة ونسب السكر العالية والنكهات، فأردنا من خلال هذه الدراسة تبيان درجة اعتماد المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين قابلناهم في الاعتماد على المشروبات الغازية وبدون غاز في نمط حياتهم السابق قبل المرض، الجدول رقم (33) يوضح ذلك:

يظهر الاتجاه العام للجدول رقم (33) أن أكثر من 81 % من أفراد عينتنا كانوا يتناولون المشروبات الغازية منها وبدون غاز في حياتهم اليومية السابقة، وهذه الأخيرة تضاف إلى عوامل الخطر المؤدية للإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم، في حين نجد أن 18.93 % فقط من أفراد عينتنا لم يكونوا يتناولونها.

الجدول رقم (33): تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز

تناول المشروبات غ وبدون غ / الخصائص السوسيو– ديمغرافية		نعم		لا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	83	82.18	18	17.82	101	100
	إناث	54	79.41	14	20.59	68	100
	المجموع	137	81.07	32	18.93	169	100
السن الحالي	أقل من 20 [	2	100	0	0	2	100
	[20 – 30]	6	75	2	25	8	100
	[30 – 40]	16	80	4	20	20	100
	[40 – 50]	33	80.49	8	19.51	41	100
	[50 – 60]	38	90.48	4	9.52	42	100
	[60 فأكثر	42	75	14	25	56	100
	المجموع	137	81.07	32	18.93	169	100
الحالة الاجتماعية	أعزب	14	70	6	30	20	100
	متزوج	107	80.45	26	19.55	133	100
	مطلق	2	100	0	0	2	100
	أرمل	14	100	0	0	14	100
	المجموع	137	81.07	32	18.93	169	100
مكان السكن	حضري	69	74.19	24	25.81	93	100
	شبه حضري	48	92.31	4	7.69	52	100
	ريفي	20	83.33	4	16.67	24	100
	المجموع	137	81.07	32	18.93	169	100
المستوى التعليمي	أمي	36	81.82	8	18.18	44	100
	ابتدائي	22	73.33	8	26.67	30	100
	متوسط	16	72.73	6	27.27	22	100
	ثانوي	31	79.49	8	20.51	39	100
	جامعي	32	94.12	2	5.88	34	100
	المجموع	137	81.07	32	18.93	169	100

بالنسبة لمتغير الجنس، فإن الذكور كانوا الأكثر إقبالا على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم اليومية بنسبة 82.18 %، مقابل 79.41 % بالنسبة للإناث. أما بالنسبة لمتغير السن فإن جل الفئات العمرية كانوا يقبلون في يومياتهم على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز بإفراط، تعكسه النسب العالية 80 % فما فوق، وبأقل درجة الفئتين العمريتين [20–30[سنة و [60 سنة فأكثر بنسبة 75 %.

وكذلك الحال بالنسبة للحالة الاجتماعية، فإن المطلقون والأرامل والمتزوجون من أفراد عينتنا كانوا يعتمدون في حياتهم اليومية على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز، تترجمه النسب العالية أكثر من 80 %، وبأقل درجة العزاب بنسبة 70%.

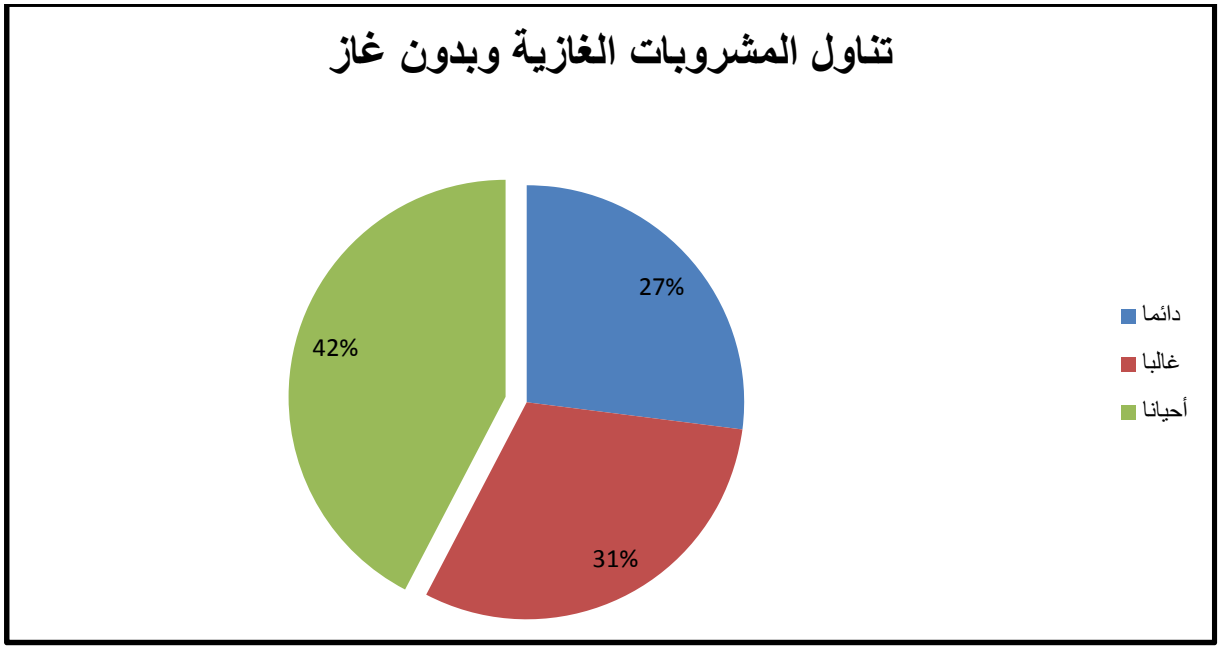
أما بالنسبة لمكان السكن، فالنتائج جاءت مخالفة لتوقعاتنا، حيث تظهر نتائج الجدول رقم (33) أن قاطني المناطق شبه حضرية والريفية كانوا الأكثر إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في يومياتهم بنسبة 92.31 % و83.33 % تواليا، بينما سجلنا نسبة تناول أقل حدة لقاطني المدينة بنسبة 74.19 %.

المستوى التعليمي أثر على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز بنسب متفاوتة، حيث أعلى نسبة سجلت لأصحاب المستوى التعليمي الجامعي قدرت بـ 94.12 %، يليهم الأميون بنسبة 81.82 % وأصحاب المستوى التعليمي الثانوي بـ 79.49 %، فيما سجل أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط نسب متقاربة قدرت بـ 73.33 % و72.73 % تواليا.

تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز يظهر جلياً، حيث أن الذكور كانوا الأكثر إقبالاً على تناولها في يومياتهم السابقة نتيجة تواجدهم طوال فترات اليوم خارج المنزل، سواء من أجل العمل والغداء خارجاً، أو تمضية الوقت والجلوس في المقاهي، مما يدفعهم لشربها، أما بالنسبة للسن، فإن فئة أقل من 20 سنة كانت أكثر الفئات العمرية إقبالاً على المشروبات من غيرها، وقد نرجع ذلك إلى مذاق هذه المشروبات وجاذبية نكهتها.

كما أن للحالة الاجتماعية تأثير على تناول المشروبات، حيث أن الأرامل والمطلقون كانوا الأكثر إقبالاً عليها، وسار على نهجهم قاطني المناطق شبه حضرية، إضافة إلى أصحاب المستوى التعليمي الجامعي حيث كانوا أكثر إقبالاً على تناولها من غيرهم، ولكي نقف على درجة إقبال أفراد عينتنا على هذه المشروبات والذين بلغ عددهم 137 من أصل 169 نستعرض الرسم البياني التالي:

الشكل رقم (30): دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب درجة اعتمادهم على المشروبات الغازية وبدون غاز



نلاحظ من خلال الرسم البياني أعلاه، أن جل أفراد عينتنا كانوا يقبلون على تناول هذه المشروبات في يومياتهم بصفة دائمة أو غالباً بنسبة إجمالية تقدر بـ 58 %.

تعتبر المشروبات الغازية وبدون غاز من أشهر المشروبات التي يفضلها الكثيرون وخصوصا الشباب والأطفال، فيتناولونها دائما أو غالباً مع الوجبات الجاهزة، نظرا لمذاقها الجيد وطعمها المختلف، وفي بعض الأحيان أصبحت تعوض الفاكهة على المائدة بالنسبة للفئات الهشة من المجتمع نتيجة الغلاء الفاحش للفواكه في بعض الفصول. وفي بعض الأسر استهلاكها

يصل حد الإدمان وهو سلوك غذائي غير صحي، غير أن الإفراط في تناولها يسبب أضرارا عديدة لصحة الإنسان، حيث أثبتت الدراسات والأبحاث أن الإكثار من تناولها يزيد من خطر الإصابة بالأمراض السرطانية المختلفة، ومنها سرطان القولون والمستقيم، حيث تحتوى هذه المشروبات على نسبة كبيرة من المواد الكيميائية والمواد الحافظة، والملونات والنكهة، وغيرها من الأمور، فهي مشروبات مصنعة أي غير طبيعية، وهي تضر بالجهاز الهضمي وتسبب الالتهابات، هذه الأخيرة تعتبر عامل خطر للإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم.

وتجدر الإشارة إلى أن التغذية الصحية، ومنها عدم الإفراط في تناول المشروبات، يقلل من مخاطر الأمراض السرطانية بشكل عام وسرطان القولون والمستقيم بشكل خاص، وفقا لذلك فإن التغيير في نظام العيش يمكن أن يخفف من مخاطر الإصابة بسرطان القولون بنسبة 60 إلى80%.

وعليه يمكن القول أن نمط الحياة السابق المتمثل في الإفراط في تناول المشروبات الغازية وبدون غاز والذي يعتبر أحد عوامل الخطر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، يختلف من فرد لآخر حسب خصائصهم السوسيو–ديمغرافية.

4- التدخين:

يعد التدخين سبباً مباشر للإصابة بسرطان الرئة، كما ثبت ضلوعه في عدة أمراض على غرار الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ولما نتحدث عن هذه الآفة في المجتمع الجزائري، أي التدخين كان من الجيد أن نضيف إليه ما يعرف بالشمة التي تشهد انتشاراً واسعا في مختلف أطياف المجتمع الجزائري، إلاّ أننا لم نتطرق لهذه العادة السيئة لأنها لم ترد في البحوث العلمية التي اطلعنا عليها، وربما لأنها من خصوصية المجتمع الجزائري فقط.

الجدول رقم (34): تأثير الخصائص السوسيو–ديمغرافية على التدخين

التدخين / الخصائص السوسيو–ديمغرافية		نعم		لا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	56	55.45	45	44.55	101	100
	إناث	0	0	68	100	68	100
	المجموع	56	33.14	113	66.86	169	100
السن الحالي	أقل من 20 [	0	0	2	100	2	100
	[20 – 30]	2	25	6	75	8	100
	[30 – 40]	8	40	12	60	20	100
	[40 – 50]	4	9.76	37	90.24	41	100
	[50 – 60]	20	47.62	22	52.38	42	100
	[60 فأكثر	22	39.29	34	60.71	56	100
	المجموع	56	33.14	113	66.86	169	100
مكان السكن	حضري	34	36.56	59	63.44	93	100
	شبه حضري	10	19.23	42	80.77	52	100
	ريفي	12	50	12	50	24	100
	المجموع	56	33.14	113	66.86	169	100
المستوى التعليمي	أمي	18	40.91	26	59.09	44	100
	ابتدائي	4	13.33	26	86.67	30	100
	متوسط	4	18.18	18	81.82	22	100
	ثانوي	14	35.90	25	64.10	39	100
	جامعي	16	47.06	18	52.94	34	100
	المجموع	56	33.14	113	66.86	169	100

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول رقم (34) أن ثلثي أفراد عينتنا لم يكونوا من المدخنين بنسبة 66.86 %، في حين 33.14 % منهم كانوا من المدخنين.

إن الجنس من العوامل السوسيو–ديمغرافية التي لها تأثير مباشر على التدخين، حيث نلاحظ أن كل الإناث لم يكنّ يدخنّ في السابق بنسبة 100 %، بخلاف الذكور فإن 44.55 % منهم فقط كانوا لا يدخنون. أما بالنسبة للسن فإن فئة أقل من 20 سنة كانوا يجتنبون التدخين بصفة كلية بنسبة 100%، تليها الفئة العمرية [40–50[سنة بنسبة 90.24 %، لتنزل النسبة إلى 75 % للفئة العمرية [20–30[سنة، أما باقي الفئات العمرية [60 سنة فأكثر، [30–40[سنة و فئة [50–60[سنة، فقد كانوا أقل اجتناباً للتدخين بنسبة 60.71 % و 60 % و 52.38 % تواليا.

كما يُظهر مكان السكن أن قاطني المناطق شبه حضرية كانوا أكثر اجتناباً للتدخين بنسبة 80.77 %، وبأقل درجة قاطني المدينة بنسبة 63.44 %، بينما قاطنو المناطق الريفية 50 % منهم فقط من كانوا يجتنبون التدخين. من جهة أخرى نجد أن المستوى التعليمي يؤثر على التدخين بدرجات متفاوتة، حيث أن أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي كانوا أكثر اجتناباً للتدخين من غيرهم بنسبة 86.67 %، يليهم أصحاب المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 81.82 % وبأقل درجة أصحاب المستوى التعليمي الثانوي والأميون بنسبة 64.10 % و 59.09 % تواليا، غير أن أصحاب المستوى التعليمي الجامعي هم أقل اجتناباً لآفة التدخين بنسبة 52.94 %.

وعلى العموم فإن تأثير الجنس على التدخين جلي، حيث أن أغلب الذكور كانوا يدخنون في يومياتهم السابقة، وهذا ما يوحي بعلاقة التدخين بالإصابة بسرطان القولون والمستقيم، لأن الإحصائيات أثبتت أن الذكور أكثر إصابة من الإناث، ورغم أن التدخين من العادات السيئة وثبت علمياً تأثيره السلبي على أعضاء الجسم كالرئة، الجهاز الهضمي، الشرايين، البصر،

اللثة، وغيرها من الأعضاء الأخرى، غير أن معظم الفئات العمرية تمارس هذه العادة السيئة.

بالرغم أيضاً من تنوع أفراد عينتنا من حيث مكان السكن، إلاّ أن فئة معتبرة ممن يقطنون المناطق الريفية يمارسون هذه العادة السيئة، التي تعد من الأسباب المؤدية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم. كما جاء على شاكلته المستوى التعليمي، حيث لم يشفع المستوى التعليمي العالي كأصحاب المستوى الجامعي من اجتناب هذه الآفة، بل كانوا الأقل اجتناباً لها.

يرجع الاعتماد على التدخين في يوميات المجتمع الجزائري إلى عدة عوامل نذكر منها، وفرة السجائر بأسعار في متناول الجميع، والعقلية السائدة خاصة لدى الذكور، حيث أن التدخين فيه نوع من إبراز للرجولة، وترجع كل هذه الأمور إلى قلة الوعي الصحي ونقص التوعية بمخاطر هذه الآفة الضارة بالصحة رغم ثبوت علاقتها بعدة أمراض، حيث يعتبر التدخين السبب المباشر في الإصابة بسرطان الرئة وكثير من أنواع السرطانات الأخرى، حيث توصلت دراسة أجريت بالسودان سنة 2018 إلى أن من بين أسباب الإصابة بسرطان القولون والمستقيم التدخين[1].

وعليه يمكن القول أن نمط الحياة السابق المتمثل في التدخين يعتبر أحد عوامل الخطر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ويختلف من فرد لآخر حسب خصائصهم السوسيو–ديمغرافية.

[1] فاطمة نبق وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 68.

الاستنتاج: بعد تعرضنا لأهم الخصائص السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم والتي كان لها تأثير مباشر على نمط حياته السابق، تمكنا من تسجيل المخرجات التالية:

- ✓ غالبية أفراد عينتنا كانوا يعتمدون في طعامهم اليومي على الأغذية الغنية بالألياف بنسبة 78.70 %.
- ✓ أفراد عينتنا من جنس الذكور كانوا الأقل اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة بنسبة 68.32 %.
- ✓ العزاب من أفراد عينتنا كانوا الأقل اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة بنسبة 70 %.
- ✓ الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة من أفراد عينتنا لم يكونوا يعتمدون بتاتاً في حياتهم السابقة على الأغذية الغنية بالألياف.
- ✓ أصحاب المستوى التعليمي الجامعي من أفراد عينتنا هم الأقل اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة بنسبة 64.71 %.
- ✓ أفراد عينتنا القاطنين بالمناطق شبه حضرية هم الأقل اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة بنسبة 76.92 %.
- ✓ 78.11 % من أفراد عينتنا لم يكونوا يمارسون الرياضة في حياتهم اليومية.
- ✓ أفراد عينتنا من جنس الإناث كن الأكثر عزوفاً عن ممارسة الرياضة في حياتهن السابقة بنسبة 84 %.
- ✓ أفراد عينتنا الأقل ممارسة للرياضة في حياتهم السابقة هم الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة والذين يفوق سنهم 50 سنة.
- ✓ أفراد عينتنا الأكثر عزوفاً عن ممارسة الرياضة في حياتهم السابقة هم قاطنو الريف بنسبة 91.67 %.

- ✓ أفراد عينتنا الأكثر عزوفاً عن ممارسة الرياضة في حياتهم السابقة هم أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي والأميون بنسبة تفوق 93 %.
- ✓ جل أفراد عينتنا لم يكونوا يعتمدون في غذائهم اليومي على اللحوم الحمراء بنسبة 70.06 %.
- ✓ أفراد عينتنا من جنس الذكور كانوا الأكثر اجتناباً لتناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة بنسبة 72.28 %.
- ✓ أفراد عينتنا الأكثر اجتناباً لتناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة هم فئة أقل من 20 سنة بنسبة 100 %.
- ✓ أفراد عينتنا الأكثر إقبالاً على تناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة هم أصحاب الدخل الشهري الذي يفوق 000 58 دج بنسبة 50 %.
- ✓ أفراد عينتنا الذين يقطنون المناطق الريفية هم الأكثر اجتناباً لتناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة بنسبة 75 %.
- ✓ حوالي 70 % من أفراد عينتنا لم يكونوا يعتمدون في وجباتهم اليومية على المأكولات السريعة.
- ✓ أفراد عينتنا من جنس الإناث كن الأكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في غذائهن اليومي السابق بنسبة 84.85 %.
- ✓ أفراد عينتنا الأكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في تغذيتهم اليومية السابقة الذين يتجاوز سنهم 60 سنة بنسبة 75 %.
- ✓ المتزوجون من أفراد عينتنا هم الأكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في تغذيتهم اليومية السابقة بنسبة 77.44 %.
- ✓ أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي من أفراد عينتنا هم الأكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في تغذيتهم اليومية السابقة بنسبة 80 %.

- ✓ أكثر من 81 % من أفراد عينتنا كانوا يتناولون المشروبات الغازية منها وبدون غاز في حياتهم اليومية.
- ✓ أفراد عينتنا من جنس الذكور كانوا الأكثر إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة بنسبة 82.18 %.
- ✓ أكثر الفئات العمرية إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة من أفراد عينتنا هم الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة بنسبة 100 %.
- ✓ أفراد عينتنا المطلقون والأرامل كانوا الأكثر إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة بنسبة 100 %.
- ✓ أفراد عينتنا الذين يقطنون المناطق شبه حضرية كانوا الأكثر إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة بنسبة 92.31 %.
- ✓ أفراد عينتنا أصحاب المستوى التعليمي الجامعي كانوا الأكثر إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة بنسبة 94.12 %.
- ✓ ثلثي أفراد عينتنا لم يكونوا من المدخنين في حياتهم السابقة بنسبة 66.86 %.
- ✓ جنس الإناث من أفراد عينتنا كن الأكثر اجتناباً للتدخين في حياتهن السابقة بنسبة 100 %.
- ✓ أكثر الفئات العمرية اجتناباً للتدخين في حياتهم السابقة من أفراد عينتنا هم الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة بنسبة 100 %.
- ✓ قاطنوا المناطق شبه حضرية من أفراد عينتنا كانوا الأكثر اجتناباً للتدخين في حياتهم السابقة بنسبة 80.77 %.
- ✓ أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي من أفراد عينتنا كانوا الأكثر اجتناباً للتدخين في حياتهم السابقة بنسبة 86.67 %.

خلاصة الفرضية الأولى:

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجداول المركبة التي تربط المتغيرات المستقلة المتمثلة في الخصائص السوسيو–ديمغرافية والمتغير التابع المتمثل في نمط الحياة السابق للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم، يمكن القول أن الفرضية الأولى قد تحققت، حيث أنه بالفعل يختلف نمط الحياة السابق للمصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب خصائصه السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية، وهو ما وقفنا عليه من خلال النتائج المتحصل عليها، ذلك أن نمط الحياة السابق للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم المتمثل في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف وممارسة الرياضة، والإفراط في تناول اللحوم الحمراء و الاعتماد على المأكولات السريعة و تناول المشروبات الغازية وبدون غاز والتدخين كان متباينا وغير متجانس بين المرضى من جنس الذكور وجنس الإناث ومختلفاً أيضا حسب حالتهم الاجتماعية وسنهم الحالي ومستواهم التعليمي ومكان سكنهم وسنهم عند اكتشاف المرض ودخل أسرهم الشهري.

الفصل الثامن: دور عوامل الخطر في تحديد الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم

تمهيد

المبحث الأول: عوامل الخطر المتعلقة بالتاريخ المرضي وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية للمريض

1- تأثير التاريخ المرضي على تحسن الحالة الصحية للمريض
2- تأثير التاريخ المرضي على تأزم الحالة الصحية للمريض

المبحث الثاني: عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية للمريض

1- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتغير الحياة بعد المرض
2- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتغير السلوكيات الصحية
3- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بالاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية

الاستنتاج

خلاصة الفرضية الثانية

تمهيد:

بالانتقال إلى المرحلة الثالثة من مخطط العمل الذي وضعناه، المتمثلة في الحالة الصحية الحالية للمريض وذلك من خلال **الفرضية الثانية** التي مفادها أنه "**تتباين الحالة الصحية الحالية للمصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب تاريخه المرضي وعوامل الخطر التي تعرض لها**".

ويكون ذلك عن طريق اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة المتمثلة في عوامل الخطر المتعلقة بالتاريخ المرضي الذي تم قياسه بمؤشر السن عند اكتشاف المرض ومؤشر مرحلة تحديد المرض، وعوامل خطر تتعلق بالتغذية وبالممارسات اليومية والتي تم قياسها بالمؤشرات المتمثلة في عدم الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف، الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، الاعتماد الكبير على المأكولات السريعة، قلة النشاط البدني (عدم ممارسة الرياضة) هذا من جهة، وعلاقتها بالمتغير التابع المتمثل في الحالة الصحية الحالية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم وتم قياسه بالمؤشرات المتمثلة في تحسن أو تأزم الحالة الصحية، تغير الحياة بعد المرض، تغير السلوكيات الصحية، الاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية من جهة ثانية.

الجدول رقم (35): المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ومؤشرات القياس الخاصة بالفرضية الثانية

المتغيرات المستقلة	مؤشرات القياس
عوامل خطر تتعلق بالتاريخ المرضي	– إصابة أحد الأقارب (درجة أولى). – السن عند اكتشاف المرض. – وجود أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم. – مرحلة تحديد المرض.
عوامل خطر تتعلق بالتغذية والممارسات اليومية وعوامل أخرى	– السن. – السمنة. – ممارسة نشاط يتعلق بالمبيدات. – عدم الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف. – الإفراط في تناول اللحوم الحمراء. – الاعتماد الكبير على المأكولات السريعة. – الإفراط في تناول المشروبات الغازية وبدون غاز. – التدخين. – شرب الخمر. – قلة النشاط البدني (الخمول).

المتغير التابع	البعد الثاني	مؤشرات القياس
واقع المريض	**الحالة الصحية الحالية**	– تحسن الحالة الصحية. – تأزم الحالة الصحية. – التعايش مع المرض. – تغير الحياة. – تغير السلوكيات الصحية. – تغير الأدوار الاجتماعية. – تغير مستوى المساهمة على مستوى الجماعة. – الاستقلالية أو عدم الاستقلالية في تأدية وظائف اليومية (les AVQ)*.

*AVQ : les Activités de Vie Quotidienne.

في تحليلنا السوسيولوجي لهذه الفرضية سوف نقتصر الكلام على المؤشرات الأكثر دلالة والأكثر تأثيراً في تفسير المتغيرات المستقلة و المتغير التابع، أما المؤشرات التي ارتأينا أنها أقل دلالة وذات تأثير قليل فقد استغنينا عنها.

المبحث الأول: عوامل الخطر المتعلقة بالتاريخ المرضي وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية للمريض

سوف نقوم من خلال هذا المبحث بإبراز عوامل الخطر التي تعرض لها المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في حياته السابقة والمتعلقة بتاريخه المرضي المتمثل في سن اكتشاف المرض والمرحلة التي وصل إليها تطور المرض وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية الحالية للمريض.

1- تأثير التاريخ المرضي على تحسن الحالة الصحية للمريض

تتباين الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب تاريخه المرضي المتمثل هنا في السن عند اكتشاف المرض ومرحلة المرض، حيث أن اكتشاف المرض عبر مختلف المراحل العمرية يؤثر على تحسن الحالة الصحية بدرجات متفاوتة، فهناك من تتحسن حالتهم الصحية بدرجة كبيرة وهناك من تتحسن حالتهم الصحية نوعا ما وهناك من لا تتحسن حالتهم الصحية، كما أن المرحلة التي بلغها تطور المرض تؤثر أيضا بدرجات متفاوتة على تحسن الحالة الصحية الحالية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، والجدول التالي يبن تأثير التاريخ المرضي على تحسن الحالة الصحية الحالية لأفراد عينتنا:

الجدول رقم (36): تأثير التاريخ المرضي على تحسن الحالة الصحية الحالية للمريض

	تحسن الحالة الصحية / التاريخ المرضي	كثيراً		نوعاً ما		لم تتحسن		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
السن عند اكتشاف المرض	أقل من 20 [	2	25	6	75	0	0	8	100
	[20 – 30]	6	60	2	20	2	20	10	100
	[30 – 40]	12	46.15	12	46.15	2	7.7	26	100
	[40 – 50]	8	24.24	19	57.58	6	18.18	33	100
	[50 – 60]	16	36.36	22	50	6	13.64	44	100
	[60 – 70]	30	68.18	10	22.73	4	9.09	44	100
	[70 – 80]	0	0	2	100	0	0	2	100
	[80 فأكثر	0	0	2	100	0	0	2	100
	المجموع	74	43.79	75	44.38	20	11.83	169	100
مرحلة المرض	المرحلة 1	24	35.29	36	52.94	8	11.77	68	100
	المرحلة 2	22	55	14	35	4	10	40	100
	المرحلة 3	0	0	4	50	4	50	8	100
	المرحلة 4	0	0	3	60	2	40	5	100
	لا أعلم	28	58.33	18	37.5	2	4.17	48	100
	المجموع	74	43.79	75	44.38	20	11.83	169	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن 44.38 % من أفراد عينتنا تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما، و43.79 % تحسنت حالتهم الصحية كثيراً، في حين 11.83 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن السن عند اكتشاف المرض له تأثير على الحالة الصحية للمريض، حيث أن كل أفراد عينتنا المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين فاق سنهم 70 سنة، حالتهم الصحية تحسنت نوعا ما بنسبة 100 %، تليهم الفئة العمرية أقل من 20 سنة بنسبة 75 %، وبدرجة أقل الفئة العمرية [40–50[سنة بنسبة 57.38 %، والفئة

العمرية [50–60[سنة بنسبة 50 %، في حين الفئة العمرية [60–70[سنة فقد تحسنت حالتهم الصحية كثيراً بنسبة 68.18 %، و الفئة العمرية [20–30[سنة بنسبة 60 %، بينما الفئة العمرية [30–40[سنة فقد تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما إلى كثيراً بنفس النسبة 46.15 %.

تعتبر المرحلة التي وصل إليها تطور مرض السرطان وبالأخص سرطان القولون والمستقيم من أهم العوامل المؤثرة على الحالة الصحية للمريض، حيث أن 60 % من أفراد عينتنا ممن بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الرابعة تحسنت حالتهم الصحية نوعاً ما، بينما الذين بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الأولى فقد تحسنت حالتهم الصحية نوعاً ما بنسبة 52.94 %، في حين الذين بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الثالثة، فقد تحسنت حالتهم الصحية نوعاً ما بنسبة 50 % فقط. كما نلاحظ العلاقة العكسية بين الحالة الصحية للمريض بعد العلاج والمرحلة التي بلغها المرض، حيث يظهر جلياً أنه كلما تطور المرض وبلغ مراحل متقدمة (المرحلة الثالثة والرابعة) كلما ساءت الحالة الصحية للمريض أو تحسنت قليلاً، والعكس صحيح، كلما اكتشف المرض في مراحله المتقدمة (المرحلة الأولى والثانية) كلما تحسنت الحالة الصحية كثيراً إلى نوعا ما.

يشير سن اكتشاف الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم إلى توجه المجتمع الجزائري نحو نمط الحياة العصرية، والانفتاح الذي عرفه من خلال عمليات البناء الاجتماعي والثقافي والاقتصادي، ومحاولته التكيف مع النموذج الاستهلاكي العالمي الجديد في عدة مجالات، مما أثر سلبا على النمط المعيشي للأفراد، وأحدث تغير في مسألة التغذية ورفع من معدلات التحضر وما إلى ذلك، مما شكل سببا رئيسيا للإصابة بهذا المرض.

إن اكتشاف المرض مبكراً يعطي عدة حلول طبية وعلاجية ممكنة، فذروة صحة الإنسان تكون في مرحلة الشباب، وعليه فإن اكتشاف المرض في هذه المرحلة من العمر يمنح أملاً أكبر في الشفاء، وبما أن سرطان القولون والمستقيم مرض يستغرق مدة (10) عشر سنوات

في المتوسط كي يتطور من ورم حميد إلى ورم خبيث، فإن التشخيص الجيد وتوفر وسائل الكشف عن هذا المرض الخبيث يعطي أفضلية في العلاج وأملاً أكبر في الشفاء منه.

وهنا يمكن أن نستشهد بإحدى الحالات التي قابلناها وهي **الحالة الثانية:** (ذكر، سنه الحالي 40 سنة، سنه عند اكتشاف المرض 40 سنة، مستواه التعليمي متوسط، مصاب بسرطان القولون وهو في مرحلته الرابعة، خضع في علاجه للجراحة والعلاج الكيماوي).

صرح بما يلي "منذ شهرين أصبحت طريح الفراش، كانت لدي أعراض، الغازات blocage، قالوا لي القولون العصبي، عالجت عليه، أجريت فحص fibro الأنبوب، قال لي الطبيب عندك مشكل في المعي".

أما عن حالته الصحية فقد صرح بما يلي:" أنا أحس بأني في صحة جيدة، الحمد لله، لا أفكر بأني مصاب أصلاً، أتحرك، أمشي، لكن ليس كما في السابق".

تكمن فائدة الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم، أنه يمكن منع المرض إن تم اكتشافه أثناء التطور كزائدة لحمية قبل الوصول إلى مرحلة التسرطن، واستئصاله عن طريق العملية الجراحية، أو حتى بعد التطور إذا كان الورم السرطاني في مرحلة مبكرة، حيث يمكن شفاء 80 إلى 90% من المرضى بصورة تامة إذا تم اكتشاف السرطان وعلاجه في المراحل المبكرة، بينما تنخفض النسبة إلى 50% أو دون ذلك إذا تم التشخيص في مرحلة متأخرة[1].
وعليه يمكن القول أن التاريخ المرضي المتمثل في السن عند اكتشاف المرض و مرحلة المرض له تأثير مباشر على تحسن الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

[1] أحمد الوصيف هلال، مرجع سبق ذكره، ص 147، 148.

2- تأثير التاريخ المرضي على تأزم الحالة الصحية للمريض

كما أن للتاريخ المرضي تأثير متباين على تحسن الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، فإن له أيضا تأثير متباين على تأزم حالته الصحية، وذلك عبر المراحل العمرية المختلفة، خاصة المرحلة التي بلغها تطور المرض، حيث أنه كلما تطور المرض وبلغ مراحل متقدمة كلما تأزمت الحالة الصحية للمريض والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (37): تأثير التاريخ المرضي على تأزم الحالة الصحية الحالية للمريض

تأزم الحالة الصحية / التاريخ المرضي		كثيراً		نوعاً ما		لم تسوء		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
السن عند اكتشاف المرض	أقل من 20 [	0	0	2	25	6	75	8	100
	[20 – 30]	0	0	2	20	8	80	10	100
	[30 – 40]	0	0	10	38.46	16	61.54	26	100
	[40 – 50]	0	0	10	30.3	23	69.7	33	100
	[50 – 60]	4	9.09	16	36.36	24	54.55	44	100
	[60 – 70]	2	4.55	8	18.18	34	77.27	44	100
	[70 – 80]	0	0	0	0	2	100	2	100
	[80 فأكثر	0	0	2	100	0	0	2	100
	المجموع	6	3.55	50	29.59	113	66.86	169	100
مرحلة المرض	المرحلة 1	4	5.88	24	35.29	40	58.83	68	100
	المرحلة 2	0	0	14	35	26	65	40	100
	المرحلة 3	0	0	8	100	0	0	8	100
	المرحلة 4	2	40	0	0	3	60	5	100
	لا أعلم	0	0	4	8.33	44	91.67	48	100
	المجموع	6	3.55	50	29.59	113	66.86	169	100

من خلال الاتجاه العام للجدول رقم (37) نلاحظ أن 66.86 % من أفراد عينتنا لم تسوء حالتهم الصحية، و29.59 % تأزمت حالتهم الصحية نوعاً ما، بينما 3.55 % منهم تأزمت حالتهم الصحية الحالية كثيراً.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن السن عند اكتشاف المرض يؤثر على الحالة الصحية للمريض بدرجات متفاوتة، حيث أن كل أفراد عينتنا المصابين بسرطان القولون والمستقيم الذين كانت تتراوح أعمارهم بين [70–80[سنة عند اكتشاف المرض لم تسوء أو لم تتأزم حالتهم الصحية بعد المرض بنسبة 100 %، تليهم الفئة العمرية [20–30[سنة بنسبة 80 %، والفئة العمرية [60–70[سنة بنسبة 77.27 %، وكذلك الفئة العمرية أقل من 20 سنة بنسبة 75 %، تليها الفئة العمرية [40–50[سنة بنسبة 69.7 %، لتنخفض النسبة إلى 61.54 % للفئة العمرية [30–40[سنة وإلى 54.55 % للفئة العمرية [50–60[سنة.

كما سبق وذكرنا أن للتاريخ المرضي تأثير على تحسن الحالة الصحية للمريض، كذلك الحال فإن للتاريخ المرضي تأثير على تأزم الحالة الصحية، وهو ما نلحظه من خلال بروز نسب تبين تأزم الحالة الصحية كثيراً للفئتين العمريتين [50–60[سنة و [60–70[سنة لأفراد عينتنا، وهو ما يبرهن أن اكتشاف المرض في سن متأخرة له آثاره السلبية على الحالة الصحية للمريض. وهنا ندعم تحليلنا بشهادة إحدى الحالات التي قابلناها، وهي **الحالة السادسة:** (أنثى، 50 سنة، سنها عند اكتشاف المرض 48 سنة، دون مستوى، مصابة بسرطان القولون في مرحلته الرابعة، خضعت إلى الجراحة والعلاج الكيماوي).

صرحت عن حالتها الصحية بالتالي " ليس كما في السابق، أصبحت لا أشتهي الطعام، حتى اللحم أصبحت لا أشتهيه، لما كنت بصحة جيدة، كنت طوال اليوم أعمل دون أن أحس بالتعب، لكن اليوم أصبحت أتعب بسرعة، كثير من الأحيان حتى أغراضي الشخصية لا

أقوى على ترتيبها... (تبكي)، تعبت أنهكني المرض، حتى رجلاي أصبحت لا أستطيع الوقوف عليهما بعض الأحيان، لكن نقول الحمد لله".

هناك عدة عوامل تحدد الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، على سبيل الذكر لا على سبيل الحصر، منها سن اكتشاف المرض، والمرحلة التي بلغها المرض، فالمريض الذي يكتشف إصابته في سن مبكرة ويكون المرض في مراحله الأولى تكون حالته الصحية أحسن ممن يكتشف إصابته في سن متأخرة وتكون إصابته في مراحل جد متقدمة، لأن هذه الأخيرة تكون أكثر تعقيداً وتتطلب فترة أطول للعلاج وتستلزم عملية جراحية، إضافة إلى العلاج الكيماوي وربما حتى العلاج الإشعاعي، كما تتطلب جسماً قوياً، وهي خصائص تكون في فترة الشباب، ويفسر ذلك من حيث النتائج المتحصل عليها نسبة 40 % ممن تأزمت حالتهم الصحية كثيراً بلغ المرض لديهم مرحلته الرابعة، ونسبة 100 % ممن تأزمت حالتهم الصحية نوعا ما بلغ المرض لديهم مرحلته الثالثة، وعدم تأزم الحالة الصحية للذين بلغ المرض عندهم مرحلته الأولى أو الثانية إلا قليلا بنسبة 5.88 %.

وعليه يمكن القول أن التاريخ المرضي المتمثل في السن عند اكتشاف المرض و مرحلة المرض له تأثير مباشر على تأزم الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

وختاما يمكن القول أن السن عند اكتشاف المرض أثر بشكل متباين على تحسن أو تأزم الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، بينما المرحلة التي بلغها المرض فقد أثرت بشكل واضح، فالذين اكتشفوا مرضهم في مراحله الأولى (المرحلة الأولى والثانية) تحسنت حالتهم الصحية ولم تسوء، بينما الذين اكتشفوا مرضهم في مراحله المتأخرة (المرحلة الثالثة والرابعة) هناك من تأزمت حالتهم الصحية نوعا ما وهناك من تأزمت حالتهم الصحية كثيراً.

المبحث الثاني: عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتحديد الحالة الصحية للمريض

بعد التطرق لعوامل الخطر المتعلقة بالتاريخ المرضي، سوف نقوم من خلال هذا المبحث بإبراز عوامل الخطر التي تعرض لها المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في حياته السابقة والمتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بالحالة الصحية الحالية للمريض.

1- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتغير الحياة بعد المرض

يمكن للعوامل المختلفة المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية المتمثلة في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف والإفراط في تناول اللحوم الحمراء والاعتماد على الوجبات السريعة وممارسة الرياضة أن تؤثر على تغير حياة المريض بعد مرضه نتيجة حالة الصحية، فالمريض الذي لم يكن يعتمد على الأغذية الغنية بالألياف في تغذيته قبل المرض من الممكن أنه سيعتمد عليها بعد مرضه، والمريض الذي كان يفرط في تناول اللحوم الحمراء قبل مرضه من الممكن أنه سيعتدل في ذلك بعد مرضه، والمريض الذي كان يعتمد بشكل كبير على الوجبات السريعة في تغذيته اليومية قبل المرض من الممكن أنه سوف ينقص منها أو يتخلى عنها كليا بعد المرض، والمريض الذي كانت حياته يسودها الخمول قبل المرض من الممكن أنه سيغيرها بممارسة الرياضة بعد المرض، والجدول التالي يوضح فيما إذا كان أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم قد تغيرت حياتهم بعد المرض أم لا نتيجة حالتهم الصحية التي تأثرت بالعوامل المختلفة المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية.

الجدول رقم (38): تأثير بعض العوامل التي تعرض لها المريض قبل المرض على تغير حياته بعد المرض

عوامل مختلفة	تغير الحياة بعد المرض	نعم		لا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف	نعم	94	70.68	39	29.32	133	100
	لا	32	88.89	4	11.11	36	100
	المجموع	126	74.56	43	25.44	169	100
الإفراط في تناول اللحوم الحمراء	نعم	46	92	4	8	50	100
	لا	78	66.67	39	33.33	117	100
	المجموع	124	74.25	43	25.75	*167	100
الاعتماد على الوجبات السريعة	نعم	34	68	16	32	50	100
	لا	90	76.92	27	23.08	117	100
	المجموع	124	74.25	43	25.75	*167	100
ممارسة الرياضة	نعم	28	75.68	9	24.32	37	100
	لا	98	74.24	34	25.76	132	100
	المجموع	126	74.56	43	25.44	169	100

*167: هناك حالتان (02) لم يجيبا هل كانا يفرطان في تناول الحمراء أم لا، ونفس الشيء بالنسبة للاعتماد على الوجبات السريعة.

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن 74.56 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن حياتهم تغيرت بعد المرض، بينما 25.44 % منهم لم تتغير حياتهم بعد المرض، بل بقيت على حالها بالنسبة لممارسي الرياضة والذين كانوا يعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف، بينما نلاحظ أن 74.25 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن حياتهم تغيرت بعد المرض، فيما 25.75 % منهم لم تتغير حياتهم بعد المرض بالنسبة للذين كانوا يعتمدون على الوجبات السريعة ويفرطون في تناول اللحوم الحمراء.

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه، نلاحظ أن 88.89 % من أفراد عينتنا ممن تعرضوا لعامل الخطر المتمثل في عدم الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم اليومية السابقة قد تغيرت حياتهم بعد المرض، فيما هناك نسبة 70.68 % ممن كانوا يعتمدون في حياتهم السابقة على الأغذية الغنية بالألياف (الخضروات)، كذلك تغيرت حياتهم بعد مرضهم بسرطان القولون والمستقيم.

من جهة أخرى نلاحظ أن أفراد عينتنا الذين تعرضوا في حياتهم السابقة لعامل الخطر الآخر المتمثل في الإفراط في تناول اللحوم الحمراء قد تغيرت حياتهم بعد المرض بنسبة 92 %، مقابل 66.67 % ممن لم يكونوا يفرطون في تناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة.

كما يعد الاعتماد على الوجبات السريعة من عوامل الخطر المؤدية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، حيث أن أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون في حياتهم السابقة على الوجبات السريعة وتغيرت حياتهم بعد الإصابة بالمرض بلغوا نسبة 76.92 %، في المقابل نجد أن من كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة وتغيرت حياتهم بعد مرضهم بسرطان القولون والمستقيم بلغوا نسبة 68 %.

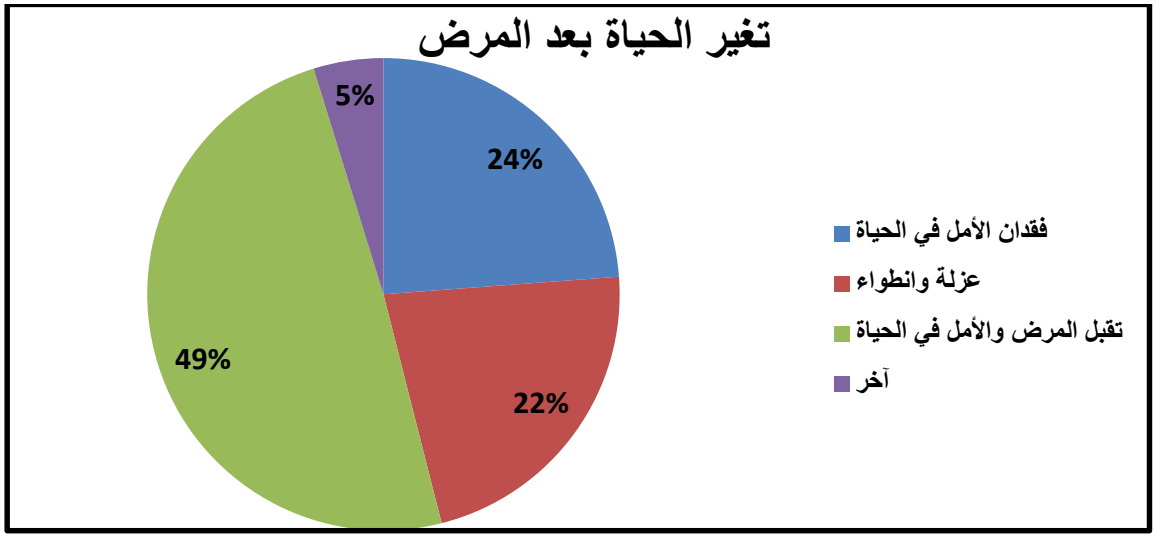
تعد الرياضة عامل يقي من مختلف الأمراض وبخاصة مرض سرطان القولون والمستقيم، إلاّ أن أفراد عينتنا الذين كانوا يمارسون الرياضة قبل المرض وتغيرت حياتهم بعد الإصابة به تقدر نسبتهم بـ 75.68 %، أما الذين لم يكونوا يمارسون الرياضة في حياتهم السابقة و تغيرت حياتهم بعد الإصابة بالمرض فتقدر نسبتهم بـ 74.24 %.

بعد إصابة الإنسان بالمرض تجده يطرح تساؤلات عن أسباب إصابته، وما هي العوامل التي كان من الممكن أن تقيه من المرض، فتجد الكثير منهم يراجع نفسه ويغير نمط حياته، ونظامه الغذائي، بغرض التأقلم مع الحالة الصحية التي آل إليها، وهو ما نلاحظه من خلال النتائج المتحصل عليها، فأفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف

قبل المرض، والذين كانوا يفرطون في تناول اللحوم الحمراء، والذين كانوا يعتمدون على الوجبات السريعة في تغذيتهم اليومية، والذين لم يكونوا يمارسون الرياضة، قد تغيرت حياتهم بعد المرض نتيجة حالتهم الصحية، فمنهم من فقد الأمل في الحياة واستسلم للمرض، ومنهم من يعيش في عزلة وانطواء، والكثير منهم من تقبل المرض ولديه أمل في الحياة، وهو حال إحدى الحالات التي قابلناها **الحالة الثانية**: (ذكر، 40 سنة، سنه عند اكتشاف المرض 40 سنة، مستوى تعليمي متوسط، مصاب بسرطان القولون وهو في مرحلته الرابعة، خضع في علاجه للجراحة والعلاج الكيماوي)، صرح بالتالي:"بعد العملية تخاف، لا تأكل كل شيء، ولكن آكل الحساء، شرائح اللحم، لكن لا أكثر منه، الطبيب نصحني بالابتعاد عن بعض الأشياء كالمأكولات الباردة و التي بها سكريات، خاصة بعد العلاج الكيماوي la chimio، لكن الفواكه والخضر أتناولها بشكل عادي، أحس أني بصحة جيدة والحمد لله".

نلاحظ من خلال تصريحات الحالة، أنه أصبح يجتنب عوامل الإصابة بالمرض كالإفراط في تناول اللحوم الحمراء، والعوامل الأخرى المساعدة على تطور المرض كالإفراط في تناول السكريات، في المقابل أصبح يعتمد على العوامل الوقائية كالاعتماد على الخضر والفواكه، مما أدى إلى تحسن حالته الصحية، هاته الأخيرة جعلته يتقبل المرض ويأمل في التعافي والشفاء من المرض وفي الحياة بصفة عامة. لكن هذا المثال لا ينطبق على جميع أفراد عينتنا، لذا سوف نستعرض رسماً بيانياً يوضح مستويات تغير الحياة بعد المرض لأفراد عينتنا الذين صرحوا بأن حياتهم تغيرت بعد المرض والذين بلغ عددهم 126 من أصل 169 مريض مصاب بسرطان القولون والمستقيم.

الشكل رقم (31): دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب تغير الحياة بعد المرض

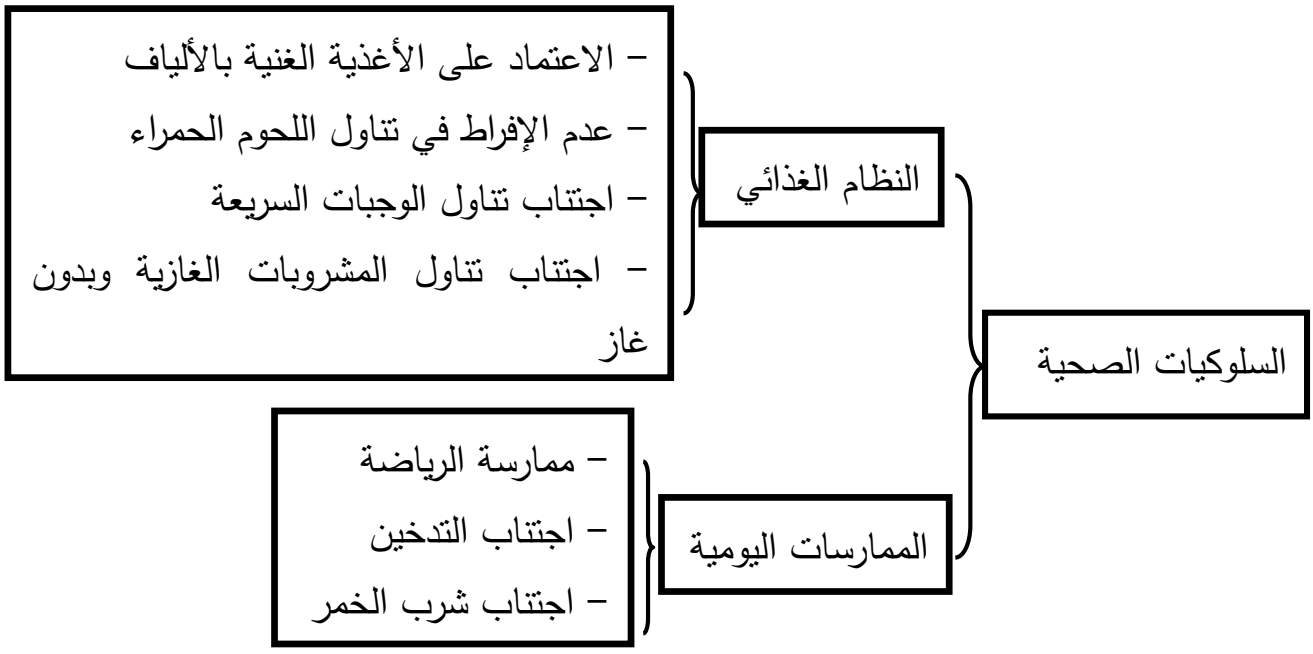


من خلال الرسم البياني أعلاه، نلاحظ أن ما يقارب 50 % من أفراد عينتنا قد تقبلوا مرضهم بسرطان القولون والمستقيم ولديهم أمل في الحياة، فيما 24 % منهم من فقد الأمل في الحياة ويئس، و 22 % منهم من يعيش في عزلة وانطواء، و5 % صرحوا بأشياء أخرى.

وعليه يمكن القول أن عوامل الخطر المؤدية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم تؤثر بصفة مباشرة على الحالة الصحية للمريض، هذه الأخيرة تؤدي إلى تغير حياته سواء من حيث تغذيته أو من حيث نشاطه أو طبيعة عمله أو حتى مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

2- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بتغير السلوكيات الصحية

قبل التحليل السوسيولوجي للنتائج المتحصل عليها، سوف نقوم بحصر مفهوم السلوكيات الصحية التي نود التطرق لها في العناصر التالية:



مخطط توضيحي من إعداد الباحث.

يمكن للعوامل المختلفة المتعلقة بالتغذية المتمثلة في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف والإفراط في تناول اللحوم الحمراء والاعتماد على الوجبات السريعة، والممارسات اليومية المتمثلة في ممارسة الرياضة واجتناب التدخين وشرب الخمر أن تؤثر على تغير السلوكيات الصحية (نظام الغذاء، الممارسات اليومية) للمريض بعد مرضه نتيجة حالة الصحية، وتغيير السلوكيات الصحية بالنسبة للمريض يكون بدرجات متفاوتة، فهناك من يغيرها كليا وهناك من يغيرها جزئيا وهناك من يبقى محافظا على نفس السلوكيات، والجدول التالي يوضح فيما إذا كان أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم قد تغيرت سلوكياتهم الصحية بعد

المرض أم لا نتيجة حالتهم الصحية التي تأثرت بالعوامل المختلفة المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية:

الجدول رقم (39): تأثير بعض العوامل التي تعرض لها المريض قبل المرض على تغير سلوكياته الصحية (نظام الغذاء، الممارسات اليومية) بعد المرض

عوامل مختلفة	تغير السلوكيات الصحية	نعم		نوعا ما		لا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف	نعم	57	42.86	58	43.61	18	13.53	133	100
	لا	14	38.89	20	55.56	2	5.56	36	100
	المجموع	71	42.01	78	46.15	20	11.84	169	100
الإفراط في تناول اللحوم الحمراء	نعم	22	44	22	44	6	12	50	100
	لا	47	40.17	56	47.86	14	11.97	117	100
	المجموع	69	41.32	78	46.71	20	11.97	167	100
الاعتماد على الوجبات السريعة	نعم	18	36	26	52	6	12	50	100
	لا	51	43.59	52	44.44	14	11.97	117	100
	المجموع	69	41.32	78	46.71	20	11.97	167	100
ممارسة الرياضة	نعم	15	40.54	20	54.05	2	5.41	37	100
	لا	56	42.42	58	43.94	18	13.64	132	100
	المجموع	71	42.01	78	46.15	20	11.84	169	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن معظم أفراد عينتنا تغيرت سلوكياتهم الصحية (نظام الغذاء، الممارسات اليومية) بعد المرض بنسبة تقدر بـ 88.16 % في المجموع، نورد ذلك بشيء من التفصيل، حيث نلاحظ أن 46.15 % تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا ما، و 42.01 % تغيرت سلوكياتهم الصحية بصفة كبيرة، بينما 11.84 % منهم فقط لم تتغير سلوكياتهم الصحية بعد الإصابة بالمرض بالنسبة للذين كانوا يمارسون الرياضة ويعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف، وكذلك نلاحظ أن 46.71 % تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا

ما، و 41.32 % تغيرت سلوكياتهم الصحية بصفة كبيرة، بينما 11.97 % منهم فقط لم تتغير سلوكياتهم الصحية بعد الإصابة بالمرض بالنسبة للذين كانوا يعتمدون على الوجبات السريعة ويفرطون في تناول اللحوم الحمراء.

بالنسبة لأفراد عينتنا الذين تعرضوا لعامل الخطر المتمثل في عدم الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف (الخضر) في حياتهم السابقة، نلاحظ أن 55.56 % منهم قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعاً ما بعد المرض، كما نسجل نسبة أقل تقدر بـ 43.61 % بالنسبة لأفراد عينتنا الذين لم يتعرضوا لعامل الخطر، أي أنهم كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الأغذية الغنية بالألياف، لكن تغيرت سلوكياتهم الصحية بعد المرض نوعاً ما.

بالنسبة لعامل الخطر الثاني المتمثل في الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، نلاحظ أن 47.86 % من أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على اللحوم الحمراء قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعاً ما بعد المرض، كما نسجل نسبة 44 % من أفراد عينتنا الذين كانوا يفرطون في تناول اللحوم الحمراء في تغذيتهم اليومية السابقة وقد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعاً ما بعد المرض.

الاعتماد على الوجبات السريعة يعد أيضا عاملاً من عوامل الخطر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، وعليه نلاحظ أن 52 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعاً ما بعد المرض، كما نسجل نسبة 44.44 % من أفراد عينتنا من الذين لم يكونوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة، أيضاً قد تغيرت سلوكياتهم الصحية بعد المرض نوعاً ما.

الخمول أو عدم ممارسة الرياضة، يعد أيضاً عاملاً من عوامل خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، وعليه نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (39)، أن 54.05 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يمارسون الرياضة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا ما بعد المرض،

ونسبة 43.94 % ممن لم يكونوا يمارسون الرياضة في حياتهم السابقة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية بعد المرض نوعاً ما.

بانتقال المريض من مرحلة الصدمة وهي فترة اكتشاف المرض إلى مرحلة التعايش مع المرض، حيث يصبح أكثر معرفة بمرضه وتزيد ثقافته الصحية حول المرض، ويصبح أكثر دراية بعوامل الخطر المسببة للمرض، والعوامل التي تقي منه، فيصبح يغير من سلوكياته المتعلقة بالنظام الغذائي، كالاعتماد الكبير على الوجبات السريعة في التغذية اليومية، الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، وقلة الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف، وكذا ممارساته اليومية كالخمول والتدخين، وغيرها من العوامل الأخرى، وهنا نستعرض شهادة إحدى الحالات التي قابلناها وهي **الحالة السابعة**: (ذكر، 55 سنة، سنه عند اكتشاف المرض 53 سنة، مستوى جامعي، مصاب بسرطان القولون في مرحلته الثالثة، خضع إلى الجراحة والعلاج الكيماوي)، حيث صرح الأخير بما يلي " أصبحت أجتنب بعض المأكولات كي لا يتطور المرض، هناك بعض الأغذية تساعد على تطور المرض، خاصة اللحوم الحمراء، هي من تؤثر على الإصابة، اللحوم الحمراء تقريبا منذ سنة ونصف لم أتناولها. هناك البعض من يقول أنها لا تؤثر والبعض الآخر يقول اجتنبها."

أما من الناحية العلمية، فإن خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وعلاقته بالأغذية الدهنية فقد تم إثباته بفحص مجموعات من النساء في الولايات المتحدة الأمريكية، كما أوصت لجنة استشارية دولية اجتمعت في عام 2014 بوضع اللحوم الحمراء واللحوم المصنّعة على رأس قائمة الأولويات للتقييم من قِبل برنامج الدراسات التابع للوكالة الدولية لبحوث السرطان، واستندت هذه التوصية إلى الدراسات الوبائية التي أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين أكل اللحوم الحمراء والإصابة بسرطان القولون والمستقيم، كما خلص الفريق العامل التابع للوكالة الدولية لبحوث السرطان إلى أن اللحوم المصنّعة تتسبب أيضا في سرطان القولون والمستقيم.

و يعد التبغ والكحول من عوامل الخطر كما هو الشأن بالنسبة للعديد من حالات السرطان الأخرى، وشرب الكحول بكميات كبيرة يزيد من احتمال الإصابة بسرطان القولون، حيث أن هناك دراسة وجدت أن الأشخاص الذين يستهلكون كميات كبيرة من الكحول يومياً (خاصةً الذين يستهلكون أكثر من 45 مللتر يومياً) يرتفع لديهم احتمال الإصابة بسرطان القولون.
أما بالنسبة للممارسات اليومية فإن الفرد غير النشط فهو أكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، في المقابل ممارسة النشاط البدني بانتظام يقلل من خطر الإصابة بهذا المرض*.

إن الاعتدال في النظام الغذائي والممارسات اليومية من أهم وسائل المحافظة على الصحة، ومن هنا تأتي أهمية الوقاية التي تكون عبر تعديل نمط الحياة والابتعاد عن عوامل الخطر المؤدية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

وعليه يمكن القول أن عوامل الخطر التي تعرض لها المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، وظن أنها هي السبب في إصابته تجعله يغير من سلوكياته سواء الغذائية منها أو حتى ممارساته اليومية من أجل الوقاية من المرض.

3- عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية وعلاقتها بالاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية

يمكن للعوامل المختلفة المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية المتمثلة في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف والإفراط في تناول اللحوم الحمراء والاعتماد على الوجبات السريعة وممارسة الرياضة أن تؤثر على المريض في استقلاليته في تأديته لوظائف حياته اليومية بعد مرضه نتيجة حالة الصحية، والاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية بالنسبة للمريض يكون بدرجات متفاوتة، فهناك من تكون لديه استقلالية تامة وهناك من تكون له

*أنظر **أهم الأسباب للإصابة بسرطان القولون والمستقيم** في الفصل الثاني.

استقلالية نسبية وهناك من يكون لديه اعتماد كلي على غيره، والجدول التالي يوضح فيما إذا كان أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم لديهم استقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية بعد المرض أم لا نتيجة حالتهم الصحية التي تأثرت بالعوامل المختلفة المتعلقة بالتغذية والممارسات اليومية:

الجدول رقم (40): تأثير بعض العوامل التي تعرض لها المريض قبل مرضه على تأدية وظائف حياته اليومية بعد المرض

تأدية وظائف الحياة اليومية / عوامل مختلفة		استقلالية تامة		نسبيا		اعتماد كلي		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف	نعم	67	50.38	60	45.11	6	4.51	133	100
	لا	14	38.89	18	50	4	11.11	36	100
	المجموع	81	47.93	78	46.15	10	5.92	169	100
الإفراط في تناول اللحوم الحمراء	نعم	20	40	28	56	2	4	50	100
	لا	61	52.14	48	41.03	8	6.84	117	100
	المجموع	81	48.50	76	45.51	10	5.99	167	100
الاعتماد على الوجبات السريعة	نعم	22	44	26	52	2	4	50	100
	لا	59	50.43	50	42.74	8	6.83	117	100
	المجموع	81	48.50	76	45.51	10	5.99	167	100
ممارسة الرياضة	نعم	21	56.76	14	37.84	2	5.40	37	100
	لا	60	45.45	64	48.48	8	6.07	132	100
	المجموع	81	47.93	78	46.15	10	5.92	169	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن 47.93 % من أفراد عينتنا لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض، في حين أن نسبة 46.15 % لديهم استقلالية نسبية، بينما 5.92 % منهم لديهم اعتماد كلي على الآخرين في تأدية وظائف حياتهم اليومية بالنسبة لممارسي الرياضة و الذين كانوا يعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف، فيما

نلاحظ أن 48.50 % من أفراد عينتنا لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض، في حين أن نسبة 45.51 % لديهم استقلالية نسبية، بينما 5.99 % منهم لديهم اعتماد كلي على الآخرين في تأدية وظائف حياتهم اليومية بالنسبة للذين كانوا يعتمدون على الوجبات السريعة ويفرطون في تناول اللحوم الحمراء.

من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن العامل الوقائي المتمثل في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف قد أثر على الاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية لأفراد عينتنا، حيث نلاحظ أن 50.38 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الأغذية الغنية بالألياف لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية، في حين تنزل هذه النسبة إلى 38.89 % بالنسبة لأفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الأغذية الغنية بالألياف.

بالنسبة لعامل الخطر المتمثل في الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، نلاحظ أنه أثر سلباً على أفراد عينتنا من حيث الاستقلالية في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض، بالنسبة لأفراد عينتنا الذين لم يكونوا يفرطون في تناول اللحوم الحمراء في تغذيتهم اليومية فإن نسبة استقلاليتهم التامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية تقدر بـ 52.14 %، بينما الذين كانوا يفرطون في تناول اللحوم الحمراء في تغذيتهم اليومية، فإن نسبة استقلاليتهم التامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية تنزل إلى 40 % فقط.

عامل الخطر الآخر المتمثل في الاعتماد على الوجبات السريعة في التغذية اليومية، أثر أيضاً بنسب متفاوتة على الاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية، حيث نلاحظ أن أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة لديهم نسبة استقلالية تامة أعلى في تأدية وظائف حياتهم اليومية تقدر بـ 50.43 % مقارنة بالذين كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة، حيث قدرت بـ 44 % فقط.

ممارسة الرياضة يعد عامل وقائي من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ونلاحظ تأثير هذا العامل على الاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية بالنسبة لأفراد عينتنا، حيث أن 56.76 % ممن كانوا يمارسون الرياضة فيما سبق لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية، في حين تنخفض هذه النسبة إلى 45.45 % بالنسبة لأفراد عينتنا الذين لم يكونوا من ممارسي الرياضة في حياتهم اليومية قبل المرض.

تتأثر الحالة الصحية للمريض بسرطان القولون والمستقيم بعوامل الخطر التي تعرض لها قبل مرضه، دون الحديث عن عوامل الخطر التي لا يمكن التحكم فيها كعامل السن والعامل الوراثي، فالعوامل التي يمكن التحكم فيها كالنظام الغذائي والممارسات اليومية يكون تأثيرها مختلف من مريض إلى آخر، وبدرجات متفاوتة، فقد أثبتت النتائج المتحصل عليها أن تأثير هذه الأخيرة جلي على الحالة الصحية التي يؤول إليها المريض، فقد لاحظنا أن المرضى المصابون بسرطان القولون والمستقيم الذين كانوا أقل عرضة لعوامل الخطر، حالتهم الصحية الجيدة سمحت لهم بتأدية وظائف حياتهم اليومية بشكل أحسن ممن ساءت حالتهم الصحية نتيجة تعرضهم لعوامل الخطر.

وعليه يمكن القول أن عوامل الخطر المؤدية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم التي يكون قد تعرض لها المريض فيما سبق تؤثر على حالته الصحية، هذه الأخيرة بدورها تؤثر على قدرته على تأدية وظائف حياته اليومية، وعلى عكس ذلك فإن المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم الذي التزم في حياته السابقة قبل مرضه بالعوامل الواقية (ممارسة الرياضة والاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف) تكون حالته الصحية أحسن وتكون له أفضلية في استقلاليته في تأدية وظائف حياته اليومية.

الاستنتاج:

بعد تعرضنا في هذا الفصل لدور عوامل الخطر في تحديد الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم تحصلنا على المخرجات التالية:

- ✓ 44.38 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما بعد العلاج.
- ✓ 43.79 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم تحسنت حالتهم الصحية كثيرا بعد العلاج.
- ✓ 11.83 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم لم تتحسن حالتهم الصحية بعد العلاج.
- ✓ أفراد عينتنا الذين فاق سنهم 70 سنة والذين سنهم أقل من 20 سنة والذين سنهم يتراوح بين 30 و60 سنة تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما بعد العلاج، فيما الفئتان العمريتان [20−30[سنة و [60−70[سنة فقد تحسنت حالتهم الصحية كثيرا.
- ✓ 60 % من أفراد عينتنا ممن بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الرابعة تحسنت حالتهم الصحية نوعاً ما و40 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية.
- ✓ 50% من أفراد عينتنا ممن بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الثالثة تحسنت حالتهم الصحية نوعاً ما و50 % منهم ساءت حالتهم الصحية.
- ✓ أغلب أفراد عينتنا الذين بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الأولى والثانية تحسنت حالتهم الصحية من كثيرا إلى نوعاً ما.
- ✓ أغلب أفراد عينتنا الذين لا يعلمون مرحلة مرضهم تحسنت حالتهم الصحية كثيراً بنسبة 58.33 %.

- ✓ **66**.86 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم لم تسوء حالتهم الصحية بعد مرحلة العلاج.
- ✓ 29.59 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم تأزمت حالتهم الصحية نوعا ما بعد مرحلة العلاج.
- ✓ 3.55 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم تأزمت حالتهم الصحية كثيراً بعد مرحلة العلاج.
- ✓ غالبية أفراد عينتنا على اختلاف سن اكتشافهم لمرضهم لم تسوء حالتهم الصحية بعد العلاج، غير أن الذين فاق سنهم 50 سنة هناك من تأزمت حالتهم الصحية كثيراً بعد مرحلة العلاج.
- ✓ الذين بلغ عندهم المرض مرحلته الرابعة من أفراد عينتنا هناك من تأزمت حالتهم الصحية كثيراً بعد مرحلة العلاج.
- ✓ 74.56 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم صرحوا بأن حياتهم تغيرت بعد المرض.
- ✓ 88.89 % من أفراد عينتنا ممن لم يكونوا يعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم اليومية السابقة قد تغيرت حياتهم بعد المرض.
- ✓ 92 % من أفراد عينتنا الذين تعرضوا في حياتهم السابقة لعامل الخطر المتمثل في الإفراط في تناول اللحوم الحمراء قد تغيرت حياتهم بعد المرض.
- ✓ 68 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة قد تغيرت حياتهم بعد مرضهم بسرطان القولون والمستقيم.
- ✓ 75.68 % من أفراد عينتنا الذين كانوا يمارسون الرياضة قبل المرض قد تغيرت حياتهم بعد الإصابة بالمرض.

- ✓ 50 % من أفراد عينتنا الذين تغيرت حياتهم بعد المرض تقبلوا مرضهم بسرطان القولون والمستقيم ولديهم أمل في الحياة، فيما 24 % منهم من فقد الأمل في الحياة ويئس، و 22 % منهم من يعيش في عزلة وانطواء، و5 % صرحوا بأشياء أخرى.
- ✓ 46.15 % من أفراد عينتنا تغيرت سلوكياتهم الصحية (نظام الغذاء، الممارسات اليومية) نوعا ما بعد المرض.
- ✓ 42.01 % من أفراد عينتنا تغيرت سلوكياتهم الصحية كثيراً بعد المرض.
- ✓ 11.84 % من أفراد عينتنا لم تتغير سلوكياتهم الصحية بعد المرض.
- ✓ 55.56 % من أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا ما بعد المرض.
- ✓ 47.86 % من أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية السابقة على اللحوم الحمراء قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا ما بعد المرض.
- ✓ 52 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية السابقة على الوجبات السريعة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعاً ما بعد المرض.
- ✓ 54.05 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يمارسون الرياضة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا ما بعد المرض.
- ✓ 47.93 % من أفراد عينتنا لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض.
- ✓ 46.15 % من أفراد عينتنا لديهم استقلالية نسبية في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض.
- ✓ 5.92 % من أفراد عينتنا لديهم اعتماد كلي على الآخرين في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض.

- ✓ 50.38 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الأغذية الغنية بالألياف لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية.
- ✓ أفراد عينتنا ممن لم يكونوا يفرطون في تناول اللحوم الحمراء في تغذيتهم اليومية فإن نسبة استقلاليتهم التامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية قدرت بـ 52.14 %.
- ✓ أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة لديهم نسبة استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية تقدر بـ 50.43 %.
- ✓ 56.76 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يمارسون الرياضة فيما سبق لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية.

خلاصة الفرضية الثانية:

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجداول المركبة التي تربط المتغير التابع المتمثل في الحالة الصحية الحالية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، الذي تم قياسه بالمؤشرات المتمثلة في تحسن أو تأزم الحالة الصحية، تغير الحياة بعد المرض، تغير السلوكيات الصحية بعد المرض، الاستقلالية في تأدية وظائف الحياة اليومية هذا من جهة، والمتغيرات المستقلة المتمثلة في عوامل الخطر التي تتعلق بالتاريخ المرضي الذي تم قياسها بالمؤشرات المتمثلة في السن عند اكتشاف المرض، ومرحلة تحديد المرض وعوامل تتعلق بالتغذية والممارسات اليومية وعوامل أخرى التي تم قياسها بالمؤشرات المتمثلة في عدم الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف، الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، الاعتماد الكبير على المأكولات السريعة في التغذية اليومية وممارسة الرياضة من جهة ثانية.

يمكن القول أن الفرضية الثانية قد تحققت، حيث أنه بالفعل تباينت الحالة الصحية الحالية للمصاب بسرطان القولون والمستقيم وذلك حسب تاريخه المرضي المتمثل في السن عند اكتشاف المرض و مرحلة المرض الذي كان لهما تأثير مباشر على تحسن أو تأزم الحالة الصحية للمريض، وعوامل تتعلق بالتغذية والممارسات اليومية تمثلت في الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف، الإفراط في تناول اللحوم الحمراء، الاعتماد الكبير على المأكولات السريعة في التغذية اليومية وممارسة الرياضة التي أثرت أيضا بصفة مباشرة على الحالة الصحية للمريض، هذه الأخيرة أدت إلى تغير الحياة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم وجعلته يغير من سلوكياته سواء الغذائية منها أو حتى ممارساته اليومية من أجل الوقاية من المرض كما أثرت على قدرته على تأدية وظائف حياته اليومية.

الفصل التاسع: التكفل الصحي وأثره على الحالة الصحية ومستوى الرضا للمصاب بسرطان القولون والمستقيم

تمهيد

المبحث الأول: أثر نوعية الخدمات الصحية على مستوى الرضا والحالة الصحية ومحيط علاج المريض

1- أثر نوعية الخدمات الصحية على مستوى الرضا

2- أثر نوعية الخدمات الصحية على الحالة الصحية للمريض

3- أثر نوعية الخدمات الصحية على ملائمة محيط العلاج

المبحث الثاني: أثر التكفل الصحي على مستوى الرضا وتحسن الحالة الصحية وملائمة محيط العلاج

1- أثر التكفل الصحي على مستوى الرضا

2- أثر التكفل الصحي على الحالة الصحية للمريض

3- أثر التكفل الصحي على ملائمة محيط العلاج

الاستنتاج

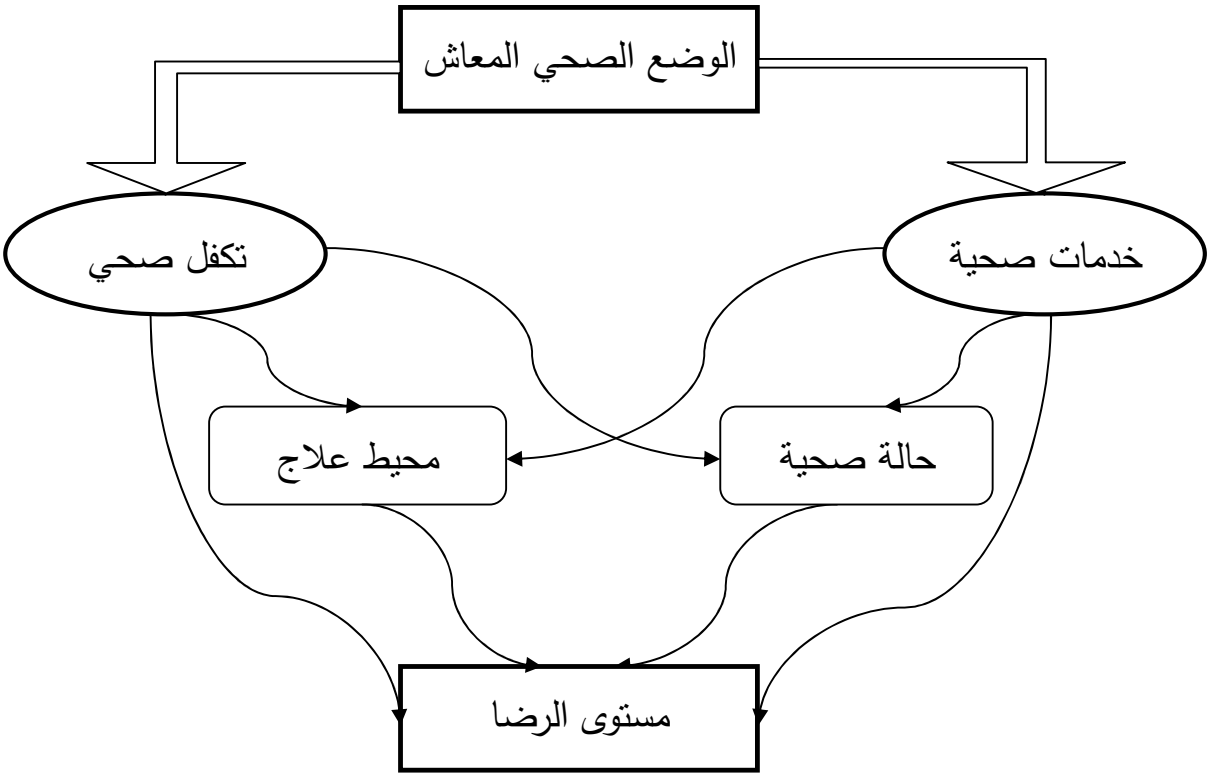
خلاصة الفرضية الثالثة

تمهيد:

بالانتقال إلى المرحلة الرابعة من مخطط العمل، والتي تتمثل في الوضع الصحي المعاش للمريض المتمثل في التكفل الصحي والخدمات الصحية وأثرهما على حالته الصحية ومحيط علاجه ودورهما في تحديد مستوى الرضا لديه وذلك من خلال مناقشة **الفرضية الثالثة** التي مفادها أنه " **يتحدد واقع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم بنوعية الخدمات المقدمة له ومستوى التكفل الصحي** ".

ويكون ذلك عن طريق اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة المتمثلة في نوعية الخدمات التي تم قياسها بالمؤشرات المتمثلة في فترة إجراء التحاليل الخاصة بالخزعة واحترام مواعيد العلاج، والتكفل الصحي الذي تم قياسه بالمؤشرات المتمثلة في المدة بين مرحلة تشخيص الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وبداية العلاج، المدة بين ظهور الأعراض والقيام بالتشخيص، القيام بالفحوصات، الطبيب المعالج، قطاع العلاج، إجراء تحاليل الخزعة، هذا من جهة، وعلاقتها بالمتغير التابع المتمثل في واقع المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم من خلال بعده الثالث المتمثل في الوضع الصحي المعاش والذي تم قياسه بالمؤشرات المتمثلة في مستوى الرضا، الحالة الصحية ومحيط العلاج من جهة ثانية.

ولفهم البعد الثالث للمتغير التابع نستعرض المخطط التالي:



مخطط توضيحي من إعداد الباحث

الجدول رقم (41): المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ومؤشرات القياس الخاصة بالفرضية الثالثة

المتغيرات المستقلة	مؤشرات القياس	
نوعية الخدمات	- فترة إجراء تحاليل الخزعة. - احترام مواعيد العلاج.	
التكفل الصحي	- المدة بين ظهور الأعراض والقيام بالتشخيص أو ما يعرف **برحلة العلاج.** - المدة بين مرحلة تشخيص الإصابة وبداية العلاج - القيام بالفحوصات - الطبيب المعالج - قطاع العلاج - إجراء تحاليل الخزعة	
المتغير التابع	**البعد الثالث**	**مؤشرات القياس**
واقع المريض	**الوضع الصحي المعاش**	- مستوى الرضا - الحالة الصحية. - محيط العلاج.

رحلة العلاج التي تبدأ من صدمة اكتشاف الإصابة بالمرض إلى غاية الوصول إلى مرحلة المتابعة الدورية للمرض، هذه الفترة جد حساسة ولها تأثير بسيكولوجي على نفسية المريض، كما أن لها تأثير فزيولوجي أيضاً، وهنا نستحضر شهادة إحدى الحالات التي قابلناها، حيث صرح بأنه فقد ما يقارب 20 كلغ خلال شهر فقط من تاريخ إعلامه بإصابته بمرض سرطان القولون والمستقيم، هذه المرحلة يتحكم فيها عاملين أساسيين وهما، التكفل الصحي من جهة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة من جهة أخرى، حيث أنه كلما كان مستوى هذين الأخيرين (التكفل الصحي ونوعية الخدمات الصحية المقدمة) جيد كلما قلت معاناة المريض

المصاب بسرطان القولون والمستقيم وكلما أثر ذلك على حالته الصحية ومستوى الرضا لديه.

المبحث الأول: أثر نوعية الخدمات الصحية على مستوى الرضا والحالة الصحية ومحيط علاج المريض

سوف نقوم من خلال هذا المبحث بتبيان نوعية الخدمات الصحية التي تلقاها المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم خلال رحلة علاجه المتمثلة في احترام مواعيد العلاج وفترة إجرائه لتحاليل الخزعة وأثرها على تحديد مستوى الرضا لديه وتحسن حالته الصحية وملائمة محيط علاجه.

1- أثر نوعية الخدمات الصحية على مستوى الرضا

يتحدد مستوى الرضا للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب نوعية الخدمات الصحية التي تلقاها خلال رحلة علاجه والمتمثلة هنا في احترام مواعيد العلاج وفترة إجرائه لتحاليل الخزعة، حيث أن مواعيد العلاج التي تكون محترمة إمّا دائما أو أحيانا أو نادرا أو لا تحترم أبدا تؤثر على مستوى الرضا الذي يكون بدرجات متفاوتة، فهناك من يكون راض تمام الرضا وهناك من يكون راض نوعا ما وهناك من يكون غير راض تماما على نوعية الخدمات الصحية المقدمة، كما أن الفترة الخاصة بتحاليل الخزعة تؤثر أيضا بدرجات متفاوتة على مستوى الرضا بالنسبة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، والجدول رقم (42) يبن تأثير نوعية الخدمات على مستوى الرضا لأفراد عينتنا.

الجدول رقم (42): تأثير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض على مستوى الرضا

مستوى الرضا / نوعية الخدمات الصحية		راض تماما		راض نوعا ما		غير راض		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
احترام مواعيد العلاج	دائماً	95	62.09	48	31.37	10	6.54	153	100
	أحياناً	4	25	2	12.5	10	62.5	16	100
	نادراً	0	0	0	0	0	0	0	0
	أبداً	0	0	0	0	0	0	0	0
	المجموع	99	58.58	50	29.59	20	11.83	169	100
فترة التحاليل الخاصة بالخزعة	أقل من شهر	61	68.54	22	24.72	6	6.74	89	100
	من شهر إلى شهرين	20	40	20	40	10	20	50	100
	من شهرين إلى ثلاثة	12	66.67	4	22.22	2	11.11	18	100
	من 3 أشهر إلى 6	0	0	2	100	0	0	2	100
	أكثر من 6 أشهر	2	33.33	2	33.33	2	33.34	6	100
	المجموع	95	57.58	50	30.3	20	12.12	*165	100

165*: هناك (04) أربع حالات لم يصرحوا بأنهم قاموا بتحليل الخزعة.

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن 58.58 % من أفراد عينتنا لديهم رضا تام على نوعية الخدمات الصحية التي تقدم لهم، بينما هناك نسبة 29.59 % لديهم رضا نسبي على نوعية الخدمات المقدمة، فيما 11.83 % منهم غير راضون تماماً على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم من طرف الأطقم الطبية هذا بالنسبة إلى مؤشر احترام المواعيد، أما بالنسبة إلى مؤشر فترة التحاليل الخاصة بالخزعة فإن الاتجاه العام للجدول يبين بأن 57.58 % من أفراد عينتنا لديهم رضا تام على نوعية الخدمات الصحية التي تقدم لهم، بينما 30.3 % لديهم رضا نسبي، و 12.12 % منهم غير راضون تماماً على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.

عند إدخال متغير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المصابون بسرطان القولون والمستقيم المتمثل في احترام مواعيد العلاج، نلاحظ أن مستوى الرضا التام يقدر بـ 62.09 % بالنسبة لأفراد عينتنا الذين دائماً ما تحترم مواعيد تلقيهم للعلاج، فيما تنخفض هذه النسبة إلى 25 % فقط بالنسبة لأفراد عينتنا الذين أحياناً ما تحترم مواعيد علاجهم، بينما أفراد عينتنا الذين أحينا ما تحترم مواعيد علاجهم تقدر نسبة عدم رضاهم على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم بـ 62.5 %.

خدمة صحية أخرى لها علاقة مباشرة بمستوى رضا المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، تتمثل هذه الخدمة في تحليل الخزعة، هذه الأخيرة قد تطول أو تقصر مدتها، فكلما قصرت المدة كانت الخدمة الصحية جيدة وساهمت في تسريع عملية العلاج، والعكس صحيح، وكل ذلك له أثر على مستوى الرضا للمريض، فالنتائج المتحصل عليها، تُظهر أنّه كلما كانت فترة التحاليل أقصر كان مستوى الرضا أفضل، وكلما طالت كان مستوى الرضا أقل.

قبل بداية التحليل السوسيولوجي، نضرب هذا المثال الحي الذي يعطينا نظرة عن قرب، حول الخدمات الصحية المقدمة، وهي **الحالة الرابعة:** (أنثى، 68 سنة، سنها عند اكتشاف المرض 65 سنة، دون مستوى، مصابة بسرطان القولون في مرحلته الرابعة، خضعت إلى الجراحة والعلاج الكيماوي).

نستعرض هنا الخدمات الصحية المقدمة للمريضة بعد تشخيص المرض ومراحل العلاج التي مرت بها من خلال **معلومات ملفها الطبي:**

أ- **التشخيص:** السرطان موجود على مستوى القولون (Néo colique).

إصابة المريضة لمدة ثلاثة أشهر بإسهال حاد مرافق بآلام في البطن، مما دفع المريضة لإجراء الكشف وكان عبر الخطوات التالية:

1-إجراء فحص السكانير (TDM) بتاريخ 2017/01/11: كشف عن وجود تقيح في الزائدة الدودية، مع زيادة سمك منطقة في القولون.

2-إجراء إيكوغرافي البطن بتاريخ 2017/01/23: أسفر عن وجود ورم في الزاوية اليمنى للقولون، مع التهاب في الأمعاء الدقيقة.

3-تحليل خزعة من القولون بتاريخ 2017/02/03: تأكيد الإصابة بسرطان القولون.

ب- التصنيف:

PT_4: مستوى الإصابة الدرجة الرابعة.

PN_1: توجد كتلة ليمفاوية متضررة.

Mx_2 (Métastase): إصابة الكتلة الليمفاوية إضافة إلى إصابة الكبد.

ج- نوع السرطان:

ADK: Adénocarcinome bien différencie de type Lieber kühnien وهو من أخطر أنواع السرطان الذي يصيب القولون والمستقيم.

د- مراحل العلاج:

❖ إجراء فحوصات القلب بتاريخ: 2017/02/17 وكانت النتيجة القلب سليم.

1- **الجراحة:** نزع نصف القولون الأيمن والكتلة الليمفاوية بتاريخ 2017/03/13.

- تحليل الكتلة المستأصلة بالجراحة بتاريخ 2017/03/22: تبين وجود ورم ملتصق بالقولون وتم استئصاله كليا.

2- **العلاج الكيماوي:** قبل بداية العلاج الكيماوي تم إجراء الفحوصات والتحاليل التالية.

❖ إجراء تحاليل الدم بتاريخ: 2017/05/16 وكانت النتيجة مقبولة.

❖ إجراء تحاليل الأمراض المعدية وكانت النتيجة جيدة.

قامت المريضة بعدها بإجراء (12) اثنا عشر حصة من العلاج الكيماوي على مراحل مختلفة:

C_1: 2017/05/21	C_7: 2017/08/15
C_2: 2017/06/05	C_8: 2017/08/28
C_3: 2017/06/19	C_9: 2017/09/17
C_4: 2017/07/02	C_{10}: 2017/10/08
C_5: 2017/07/16	C_{11}:2017/10/22
C_6: 2017/07/30	C_{12}: 2017/11/05

بعد الانتهاء من حصص العلاج الكيماوي، قامت المريضة بالمتابعة مدة 3 أشهر مع إجراء سكانير بتاريخ 2018/02/05، وكانت النتيجة كل شيء على ما يرام.

بعد 3 أشهر أخرى من المتابعة وإجراء إيكوغرافي وتحاليل الدم بتاريخ 2018/05/07 كانت النتيجة عادية.

بعد 3 أشهر أخرى من المتابعة وإجراء إيكوغرافي بتاريخ 2018/09/24 كانت النتيجة وجود عدة كتل على مستوى الكبد مما استلزم متابعة العلاج الكيماوي بداية من تاريخ 2018/10/07، وقد أجرت المريضة 17 حصة أخرى من العلاج الكيماوي.

بعد قراءتنا للمعطيات التي جاءت في الملف الطبي للمريضة، نلاحظ تقارب في مواعيد إجراء الفحوصات والتحاليل التي سبقت مرحلة العلاج، والذي تم من خلاله تحديد نوع السرطان ومرحلته، والأعضاء التي انتشر إليها المرض، مما سمح بعلاج فعّال، بداية بالجراحة واستئصال الجزء المتضرر من القولون، ثم الانتقال إلى العلاج الكيماوي، وقبل بداية هذا الأخير قامت المريضة بعدة فحوصات وتحاليل من أجل ضمان عدم تأثرها به،

وبعدها بدأت حصص العلاج الكيماوي والتي كانت أيضا جد متقاربة، حوالي خمسة عشر (15) يوم بين الحصة والأخرى، وبعدها أصبحت المريضة تقوم بالمتابعة الدورية كل ثلاثة (03) أشهر، مما سمح بعدها باكتشاف انتقال السرطان إلى الكبد، وبعدها تابعت المريضة رحلة العلاج الكيماوي، والمقدرة بسبعة عشر (17) حصة.

هنا نلاحظ أن الخدمات الصحية الجيدة التي تلقتها المريضة، والمتمثلة في احترام مواعيد العلاج (سواء الجراحة أو حصص العلاج الكيماوي)، وكذا فترة التحاليل التي كانت وجيزة، كل ذلك سمح بالوصول إلى حالة صحية لابأس بها للمريضة، وحققت لها الرضا على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، ويثبت ذلك تصريحها " متكفلين، متكفلين بنا، حتى أنهن يمازحننا و يقبلن رؤوسنا، لا نكذب عليهم، بنات ما شاء الله، الطبيبة أيضاً، بارك الله فيهم، بارك الله فيهم."

وعليه يمكن القول أن نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض، المتمثلة في احترام مواعيد العلاج، وقصر فترة التحاليل الخاص بالخزعة تحدد مستوى الرضا للمصاب بسرطان القولون والمستقيم.

2- أثر نوعية الخدمات الصحية على الحالة الصحية للمريض

تتحدد الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم بنوعية الخدمات الصحية التي يتلقاها خلال فترة علاجه والمتمثلة في احترام مواعيد العلاج وفترة إجرائه لتحاليل الخزعة، حيث تؤثر على حالته الصحية، فهناك من تتحسن حالته الصحية كثيرا وهناك من تتحسن نوعا ما وهناك من لا تتحسن أصلاً، كما أن الفترة الخاصة بتحاليل الخزعة تؤثر أيضا بدرجات متفاوتة على الحالة الصحية بالنسبة للمريض المصاب بسرطان القولون

والمستقيم وكل ذلك يؤثر على مستوى الرضا لديه، والجدول التالي يبن تأثير نوعية الخدمات الصحية على تحسن الحالة الصحية لأفراد عينتنا:

الجدول رقم (43): تأثير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض على تحديد حالته الصحية

الحالة الصحية / نوعية الخدمات الصحية		تحسنت كثيراً		نوعا ما		لم تتحسن		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
احترام مواعيد العلاج	دائماً	72	47.06	69	45.1	12	7.84	153	100
	أحياناً	2	12.5	6	37.5	8	50	16	100
	نادراً	0	0	0	0	0	0	0	0
	أبداً	0	0	0	0	0	0	0	0
	المجموع	74	43.79	75	44.38	20	11.83	169	100
فترة التحاليل الخاصة بالخزعة	أقل من شهر	40	44.95	45	50.56	4	4.49	89	100
	من شهر إلى شهرين	22	44	20	40	8	16	50	100
	من شهرين إلى ثلاثة	8	44.44	8	44.44	2	11.12	18	100
	من 3 أشهر إلى 6	0	0	0	0	2	100	2	100
	أكثر من 6 أشهر	2	33.33	0	0	4	66.67	6	100
	المجموع	72	43.64	73	44.24	20	12.12	*165	100

165*: هناك (04) أربع حالات لم يصرحوا بأنهم قاموا بتحليل الخزعة.

بعد تطرقنا إلى تأثير الخدمات الصحية المقدمة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم على مستوى الرضا لديه، وددنا أن نتطرق إلى تأثير هذه الأخيرة على الحالة الصحية للمريض، التي بدورها تؤثر على مستوى الرضا لديه.

يظهر لنا من خلال الاتجاه العام للجدول أن 44.38 % من أفراد عينتنا حالتهم الصحية تحسنت نوعاً، كما أن 43.79 % منهم حالتهم الصحية تحسنت كثيراً، بينما 11.83 %

منهم لم تتحسن حالتهم الصحية هذا بالنسبة لمؤشر احترام مواعيد العلاج، أما بالنسبة لمؤشر فترة التحاليل الخاصة بالخزعة فإن 44.24 % من أفراد عينتنا حالتهم الصحية تحسنت نوعاً، كما أن 43.64 % منهم حالتهم الصحية تحسنت كثيراً، بينما 12.12 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية.

من خلال نتائج الجدول أعلاه، نلاحظ أن المرضى الذين دائماً ما تُحترم مواعيد علاجهم تحسنت حالتهم الصحية كثيراً بنسبة 47.06 %، في حين أن الذين أحياناً ما تُحترم مواعيد علاجهم 50 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية.

إضافة إلى الخدمة الصحية المقدمة للمريض المتمثلة في احترام مواعيد العلاج، فإن فترة إجراء التحاليل هي الأخرى تؤثر على الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، حيث نلاحظ أنه كلما كانت فترة التحاليل قصيرة، ثلاثة أشهر فأقل كلما تحسنت الحالة الصحية للمريض، وهو ما تعكسه النسب 40 % فأكثر، وكلما طالت هذه المدة أثر ذلك سلباً على الحالة الصحية للمريض، تعكسه النسب التي تفوق 66 % وتصل حتى 100 % من حيث عدم تحسن الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

بعد ظهور أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم التي كنا قد تطرقنا لها في الفصل الثاني من هذا البحث، تبدأ معاناة المريض، حيث بعد الانتقال من مرحلة الشك بالإصابة بالمرض إلى مرحلة اليقين، ومواجهة الواقع المؤلم، بداية من تشخيص المرض الذي يأخذ الوقت الكبير، حيث يبقى المريض يتنقل بين الأطباء ومخابر التحاليل والأجهزة الكاشفة، وغالباً ما تعطى مواعيد جد بعيدة من أجل إجراء العملية الجراحية واستخراج الخزعة من أجل تحليلها وتأكيد الإصابة من عدمها، هذه الأخيرة تأخذ أيضا الوقت الكبير من أجل

إجراء التحاليل عليها، نتيجة الضغط الموجود خاصة في القطاع العمومي، وصولاً إلى مرحلة العلاج.

وهنا نستعرض إحدى الحالات التي قابلناها كشاهد وهي **الحالة السادسة:** (أنثى، 50 سنة، سنها عند اكتشاف المرض 48 سنة، دون مستوى، مصابة بسرطان القولون في مرحلته الرابعة، خضعت إلى الجراحة والعلاج الكيماوي).

معلومات الملف الطبي للمريضة:

التشخيص: السرطان موجود على مستوى القولون(Néo colique).

بدأت مسيرة المريضة مع المرض، عندما شعرت في أحد الأيام بآلام حادة على مستوى البطن، مما تطلب نقل المريضة على جناح السرعة لغرفة العمليات وتلتها الخطوات التالية:

1- تصوير إيكوغرافي بتاريخ 2016/12/18: أسفر عن وجود حصيات في الحويصلة الصفراوية.

2- إجراء فحص السكانير (TDM) بتاريخ 2016/12/19: كشف عن وجود إلتهاب في الأمعاء.

3- تحليل النسيج للخزعة بتاريخ 2016/12/27: تأكيد الإصابة بسرطان القولون.

التصنيف:

PT_4: مستوى الإصابة الدرجة الرابعة.

PN_0: لا توجد كتلة ليمفاوية متضررة.

Mx_0: Métastase عدم إصابة أعضاء أخرى.

تصريح المريضة حول حالتها الصحية " تحسنت صحيح، لكن ليس كما في السابق، قلت شهيتي، أصبحت لا أشتهي الطعام، حتى اللحم أصبحت لا أشتهيه، لما كنت بصحة جيدة كنت طوال اليوم أعمل دون أن أحس بالتعب، لكن اليوم أصبحت أتعب بسرعة، كثير من

الأحيان حتى أغراضي الشخصية لا أقوى على ترتيبها (تبكي)، تعبت أنهكني المرض، حتى رجلاي أصبحت لا أستطيع الوقوف عليهما بعض الأحيان، لكن نقول الحمد لله".

من خلال قراءتنا لمعلومات الملف الطبي للمريضة، نلاحظ تقارب كبير في مواعيد الكشف عن المرض، وحتى تحليل الخزعة الذي أكد إصابة المريضة بسرطان القولون والمستقيم، وهو في مرحلة جد متطورة وهي المرحلة الرابعة، حيث تصرح وتقول بأن حالتها الصحية تحسنت نوعا ما، لكن ليس كما في السابق. من خلال تصريح المريضة نلاحظ أن حالتها الصحية قد تدهورت، وسبب تدهورها هو التأخر في اكتشاف إصابتها بسرطان القولون والمستقيم وتطور المرض ووصول مستوى الإصابة إلى المرحلة الرابعة.

رغم أن مستوى التكفل والخدمات الصحية المقدمة كانت في المستوى، إلاّ أن التأخر في اكتشاف المرض كان له الأثر البالغ في تدهور الحالة الصحية للمريضة، وهنا وجب التنبيه إلى أنه من الواجب القيام بعملية التوعية والتحسيس الواسعة على مستوى وسائل الإعلام المختلفة، والجمعيات والمجلات حول هذا المرض، والقيام بالفحص المبكر خاصة للفئات العمرية التي يزيد سنها عن (50) خمسين سنة وهو المشروع الذي قامت به الدولة الجزائرية من خلال المخطط الوطني للسرطان 2015-2019، ووقع الاختيار على ولاية بجاية كولاية نموذجية، حيث قامت الدكتورة مازوزي شهيرة بدراسة كان هدفها الرئيس هو تحقيق إستراتيجية الفحص المبكر الشامل المنظم لسرطان القولون والمستقيم في ولاية بجاية كمشروع رائد في إطار مخطط سرطان 2015-2019، وتعميمه بعد ذلك على كافة الوطن.

وعليه يمكن القول أنه كلما كانت الخدمات الصحية المقدمة ذات مستوى جيد من احترام للمواعيد العلاجية وقصر فترة التحاليل الخاصة بالخزعة، كلما ساهم ذلك في تحسن الحالة الصحية للمريض، وبالتالي زيادة مستوى الرضا لديه.

3- أثر نوعية الخدمات الصحية على ملائمة محيط العلاج

ملائمة محيط العلاج بالنسبة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم يتحدد بنوعية الخدمات الصحية التي يتلقاها خلال فترة العلاج والمتمثلة في فترة إجرائه لتحاليل الخزعة، واحترام مواعيد علاجه، حيث تؤثر على ملائمة محيط علاجه، فهناك من يكون محيط علاجه ملائم وهناك من يكون ملائم نسبيا وهناك من يكون غير ملائم، وكل ذلك يؤثر على مستوى الرضا لديه، والجدول التالي يبن تأثير نوعية الخدمات الصحية على محيط العلاج الخاص بأفراد عينتنا:

الجدول رقم (44): تأثير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض على محيط العلاج

محيط العلاج / نوعية الخدمات الصحية		ملائم جداً		ملائم نسبياً		غير ملائم		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
فترة التحاليل الخاصة بالخزعة	أقل من شهر	55	61.80	30	33.71	4	4.49	89	100
	من شهر إلى شهرين	16	32	30	60	4	8	50	100
	من شهرين إلى ثلاثة	12	66.67	2	11.11	4	22.22	18	100
	من 3 أشهر إلى 6	0	0	2	100	0	0	2	100
	أكثر من 6 أشهر	2	33.33	2	33.33	2	33.34	6	100
	المجموع	85	51.52	66	40	14	8.48	165	100
احترام مواعيد العلاج	دائما	85	55.56	60	39.22	8	5.22	153	100
	أحياناً	2	12.5	8	50	6	37.5	16	100
	نادراً	0	0	0	0	0	0	0	0
	أبداً	0	0	0	0	0	0	0	0
	المجموع	87	51.48	68	40.24	14	8.28	169	100

من خلال الاتجاه العام للجدول، نلاحظ أن 51.48 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جداً من حيث الخدمات الصحية المقدمة، و 40.24 % منهم صرحوا بأن

محيط العلاج ملائم نسبياً، في حين 8.28 % منهم صرحوا بأن محيط العلاج غير ملائم هذا بالنسبة لمؤشر احترام مواعيد العلاج، أما بالنسبة لمؤشر فترة التحاليل الخاصة بالخزعة فإن 51.52 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جداً من حيث الخدمات الصحية المقدمة، و 40 % منهم صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبياً، في حين 8.48 % منهم صرحوا بأن محيط العلاج غير ملائم.

من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم تؤثر على محيط علاجهم، حيث أن قصر فترة التحاليل الخاصة بالخزعة تجعل المريض أكثر رضا وتضفي محيط علاج ملائم بالنسبة للمريض وهو ما تعكسه النسب 60 % فما فوق، فيما كلما كانت هذه الفترة طويلة ستة (06) أشهر فما فوق كلما عبر المريض عن امتعاضه من الخدمات الصحية المقدمة، وصرح بأن محيط العلاج أقل ملائمة.

إحترام مواعيد علاج المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم يسفر عن محيط علاج ملائم جدا كما تبينه نتائج الجدول أعلاه نسبة 55.56 %، في حين كلما كان هناك عدم احترام لمواعيد علاج هذه الفئة الهشة من المجتمع كلما كان محيط العلاج أقل ملائمة، حيث عبر 50 % من أفراد عينتنا الذين أحيانا ما تحترم مواعيد علاجهم على أن محيط العلاج ملائم نسبيا و37.5 % منهم عبروا بأن محيط العلاج غير ملائم.

إنّ انتظار نتائج تحليل الخزعة بالنسبة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم هي من أصعب الفترات، حيث تعتبر المرحلة الفاصلة أو نقطة التحول في حياة المريض (تأكيد الإصابة من عدمه)، لذلك كلما كانت هذه الفترة قصيرة كلما قل الضغط النفسي على المريض وعجل ببداية العلاج في حالة تأكد الإصابة، ولا يكون ذلك إلاّ بعد إجراء عملية

جراحية من أجل استئصال جزء من الموضع المشكوك في إصابته، وكل ذلك كما هو معلوم لدى العام والخاص ببلادنا يأخذ الوقت الكبير، نتيجة قلة المراكز الطبية المتخصصة، وهو غالباً ما يجعل فترات برمجة العملية الجراحية طويل جداً، ويزيد من احتمال تطور المرض وبلوغه مراحل متقدمة يصعب علاجها.

بعد دخول المريض رحلة العلاج، بداية من العملية الجراحية إلى غاية إتمام الحصص الخاصة بالعلاج الكيماوي أو حتى الإشعاعي في بعض الأحيان، كل ذلك يكون وفق مواعيد تعطى للمريض، فكلما احترمت هذه المواعيد كلما أعطت نتائج طيبة في العلاج، مما ينعكس إيجاباً على صحة المريض، وبالتالي يزيد مستوى رضاه على نوعية الخدمات الصحية المقدمة له.

كل ذلك تسهر عليه مجموعة متكاملة من الكوادر الطبية وغير الطبية، ويتجسد ذلك في حسن الاستقبال، ورفع المعنويات من طرف الطبيب النفساني، من خلال شرح المرض وتبيان فرص الشفاء منه، إضافة إلى التكفل الصحي الذي يكون في المستوى من طرف الأطباء المختصين وحتى العامين، والمعالجين الفيزيائيين القائمين على حصص العلاج الكيماوي والممرضين، هذا المحيط يساهم في تحسن الحالة الصحية للمريض وزيادة مستوى الرضا لديه، والعكس صحيح.

لذلك من الواضح أن هناك علاقة طردية بين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم وملائمة محيط العلاج، حيث أنه كلما كانت هناك خدمة صحية ذات نوعية، سواء من حيث احترام مواعيد العلاج أو قصر فترة التحاليل الخاصة بالخزعة أو غيرها من الخدمات الصحية الأخرى، كلما زاد رضا المريض وعبر عن ذلك بملائمة محيط العلاج.

المبحث الثاني: أثر التكفل الصحي على مستوى الرضا وتحسن الحالة الصحية وملائمة محيط العلاج

خلال هذا المبحث سنتطرق إلى التكفل الصحي الذي حضي به المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم خلال رحلة علاجه المتمثل في الفترة التي تفصل بين تشخيص الإصابة وبداية العلاج، القيام بالفحوصات، القطاع المعالج، والطبيب المعالج وأثره في تحديد مستوى الرضا للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم والحالة الصحية ومحيط علاجه.

1- أثر التكفل الصحي على مستوى الرضا

يتحدد مستوى الرضا للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب التكفل الصحي الذي حضي به خلال رحلة علاجه والمتمثلة هنا في الفترة التي تفصل بين تشخيص الإصابة بالمرض وبداية العلاج، حيث أن هذه الفترة تختلف من مؤسسة صحية إلى أخرى وبذلك فهي تؤثر على مستوى الرضا الذي يكون بدرجات متفاوتة، فهناك من يكون راض تمام الرضا وهناك من يكون راض نوعا ما وهناك من يكون غير راض تماما على التكفل الصحي الذي حضي به، والجدول التالي يبن تأثير التكفل الصحي على مستوى الرضا لأفراد عينتنا:

الجدول رقم (45): تأثير التكفل الصحي على مستوى الرضا للمريض

مستوى الرضا / التكفل الصحي		راض تماما		راضي نوعا ما		غير راضي		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
المدة بين مرحلة التشخيص وبداية العلاج	أقل من شهر	30	65.22	10	21.74	6	13.04	46	100
	من شهر إلى شهرين	33	46.48	32	45.07	6	8.45	71	100
	من شهرين إلى ثلاثة	14	70	2	10	4	20	20	100
	من 3 أشهر إلى 6	14	70	6	30	0	0	20	100
	أكثر من 6 أشهر	8	66.67	0	0	4	33.33	12	100
	المجموع	99	58.58	50	29.59	20	11.83	169	100

نلاحظ من خلال الاتجاه العام للجدول أن 58.58 % من أفراد عينتنا راضون تماماً على مستوى التكفل الصحي، بينما 29.59 % منهم راضون نوعاً ما، فيما 11.83 % منهم غير راضون تماماً على مستوى التكفل الصحي.

اقتصرنا المقال في التكفل الصحي هنا على الفترة التي تفصل بين تشخيص الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وبداية رحلة العلاج من المرض، لأن التأكد من الإصابة بالمرض يشكل صدمة بالنسبة للمصاب، ويؤثر ذلك على جميع جوانب حياته، الاقتصادية منها والاجتماعية وخاصة النفسية، فكلما كان التكفل الصحي في المستوى، والمتمثل هنا في التسريع في عملية التكفل الصحي بالمريض وبداية العلاج، كلما أضفى ذلك راحة نفسية على المريض وأعطاه جرعة أمل للشفاء من المرض.

فمعظم أفراد عينتنا راضون تمام الرضا على مستوى التكفل الصحي المتمثل في قصر المدة بين تشخيص المرض وبداية العلاج، وهو ما تعكسه النسب التي تفوق في معظمها 65 %، باستثناء الفئة التي تراوحت الفترة بين تشخيص الإصابة وبداية العلاج مدة شهرين.

وعليه يمكن القول أن التعجيل ببداية العلاج في حالة تشخيص الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، له الأثر الإيجابي على تحسن الحالة الصحية للمريض، هذه الأخيرة بدورها لها الأثر الإيجابي على مستوى رضا المريض، لأن التعجيل ببداية العلاج يؤدي إلى السيطرة على المرض والحد من تطوره، أو حتى القضاء علية والشفاء منه، خاصة إذا كان في مرحلته الأولى.

وعليه يمكن القول بأنه كلما كان التكفل الصحي بالمريض بمفهومه الواسع في المستوى كلما كان له الأثر الإيجابي على الحالة الصحية للمريض، وتحقق أعلى مستوى للرضا لديه. وكذلك الحال إذا ما حصرنا التكفل الصحي بالمفهوم الضيق في الفترة التي تفصل بين تشخيص المرض وبداية العلاج.

2- أثر التكفل الصحي على الحالة الصحية للمريض

تتحدد الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم حسب التكفل الصحي الذي حضي به خلال رحلة علاجه المتمثل هنا في الفترة التي تفصل بين تشخيص الإصابة بالمرض وبداية العلاج، القيام بالفحوصات، القطاع المعالج، والطبيب المعالج، حيث يؤثر كل ذلك على حالته الصحية، فهناك من تتحسن حالته الصحية كثيرا وهناك من تتحسن نوعا ما وهناك من لا تتحسن أصلاً وكل ذلك يؤثر على مستوى الرضا لديه، والجدول التالي يبن تأثير التكفل الصحي الذي حضي به أفراد عينتنا على تحسن حالتهم الصحية:

الجدول رقم (46): تأثير التكفل الصحي على تحسن الحالة الصحية للمريض

تحسن الحالة الصحية / التكفل الصحي		كثيراً		نوعا ما		لم تتحسن		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
القيام بالفحوصات	نعم	74	44.85	73	44.24	18	10.91	165	100
	لا	0	0	0	0	2	100	2	100
	المجموع	74	44.31	73	43.71	20	11.98	*167	100
المدة بين ظهور الأعراض والقيام بالتشخيص	بعد ظهور الأعراض	28	42.43	32	48.48	6	9.09	66	100
	بعد أكثر من شهر	18	52.94	14	41.18	2	5.88	34	100
	من شهرين إلى 6 أشهر	14	36.84	18	47.37	6	15.79	38	100
	أكثر من 6 أشهر	12	48	9	36	4	16	25	100
	المجموع	72	44.17	73	44.79	18	11.04	*163	100
القطاع المعالج	القطاع العام	58	42.96	59	43.70	18	13.34	135	100
	القطاع الخاص	8	50	6	37.5	2	12.5	16	100
	القطاعين معاً	8	44.44	10	55.56	0	0	18	100
	المجموع	74	43.79	75	44.38	20	11.83	169	100
الطبيب المعالج	طبيب عام	16	30.19	29	54.72	8	15.09	53	100
	طبيب متخصص	58	51.79	44	39.29	10	8.93	112	100
	المجموع	74	44.85	73	44.24	18	10.91	*165	100

*167: هناك حالتين لم يجيبانا هل قاما بالفحوصات أم لا بعد ظهور أعراض الإصابة.

*163: هناك ستة (06) حالات لم يجيبونا عن المدة التي كانت بين ظهور الأعراض والقيام بالتشخيص، ربما نتيجة النسيان.

*165: هناك أربع (04) حالات لم يجيبونا عن الطبيب المعالج بعد ظهور أعراض الإصابة.

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن أكثر من 44.31 % من أفراد عينتنا تحسنت حالتهم الصحية كثيراً بعد بداية العلاج، و 43.71 % تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما،

فيما 11.98 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية هذا بالنسبة إلى مؤشر القيام بالفحوصات، كما نلاحظ أن أكثر من 44.79 % من أفراد عينتنا تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما بعد بداية العلاج، 44.17 % تحسنت حالتهم الصحية كثيراً ، فيما أقل من 11.04 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية بالنسبة إلى مؤشر المدة بين ظهور الأعراض والقيام بالتشخيص، كما نلاحظ أن أكثر من 44.38 % من أفراد عينتنا تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما بعد بداية العلاج، 43.79 % تحسنت حالتهم الصحية كثيراً، فيما 11.83 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية بالنسبة إلى مؤشر القطاع المعالج، كما نلاحظ أن أكثر من 44.85 % من أفراد عينتنا تحسنت حالتهم الصحية كثيراً بعد بداية العلاج، و44.24 % تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما، فيما 10.91 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية بالنسبة إلى مؤشر الطبيب المعالج.

من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن أكثر من 88 % من أفراد عينتنا قاموا بالفحوصات اللازمة بعد ظهور أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، كما أن حالتهم الصحية تحسنت كثيراً إلى نوعاً ما بعد رحلة العلاج، بينما كل أفراد عينتنا الذين لم يقوموا بالفحوصات الطبية اللازمة بعد ظهور أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم لم تتحسن حالتهم الصحية.

التكفل الصحي المتمثل هنا في المدة بين ظهور أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم والقيام بتشخيص المرض له تأثير متفاوت على الحالة الصحية للمريض، حيث سجلنا أعلى نسبة 52.94 % للذين لم تتجاوز المدة بين ظهور الأعراض والقيام بالتشخيص أكثر من شهر، كما أن حالتهم الصحية تحسنت كثيراً.

بعد تشخيص المرض، يتوجه المريض تلقائياً لمرحلة العلاج، هذه الأخيرة تكون إما في القطاع العام أو الخاص أو كلاهما، فهذه المرحلة تتطلب السرعة في اتخاذ القرار والتوجه مباشرة لإجراءات العلاج، ويبقى ذلك دائما مرتبط بالإمكانيات المادية للمريض.

إن عبء التكفل الصحي بالمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم يتقاسمه القطاعان العام والخاص، حيث لاحظنا أثناء المقابلة أنه قبل بداية تشخيص المرض غالبية المرضى يفضلون القطاع الخاص لكفاءة الأطباء المختصين ووفرة الأجهزة الكاشفة، كالتصوير السمعي، والسكانير، والتنظير الباطني للقولون، و IRM، وغيرها من الأجهزة الطبية ومختلف التحاليل غير متوفرة في المستشفيات، وهو ما تعكسه نسبة 51.79 % ممن عالجوا لدى طبيب خاص وتحسنت حالتهم الصحية، لكن بعد تشخيص المرض في الغالب يكون التكفل بالمرضى في القطاع العمومي، ونخص هنا بالذكر العمليات الجراحية، وما يليها من حصص للعلاج الكيماوي، حيث تكون مجانية والتكفل يكون أحسن في المستشفيات، في المقابل تكون مكلفة جداً في القطاع الخاص، وهو ما وقفنا عليه عند زيارتنا لأحد المراكز المتخصصة في علاج السرطان المتواجد بسيدي بالنور بضواحي المدينة الجديدة سيدي عبد الله ولاية الجزائر، حيث لم نجد إلاّ ملف واحد خاص بمرضى سرطان القولون والمستقيم، وعند استفسارنا عن سبب قلة تواجد مرضى سرطان القولون والمستقيم هناك، أرجعوا ذلك للتكلفة الباهظة للعلاج الكيماوي.

ما لمسناه أثناء المقابلة المباشرة التي قمنا بها مع المرضى المصابين، تبين لنا أن عبء التكفل بالمصابين يتقاسمه القطاعين معاً، كما نلاحظ أن 55 % من أفراد عينتنا الذين تحسنت حالتهم الصحية نوعاً ما قد عالجوا في القطاعين معاً، و 50 % ممن تحسنت حالتهم الصحية كثيراً قد عالجوا في القطاع الخاص.

وهو شيء مفهوم، ذلك أن القطاع العام يشهد اكتظاظاً كبيراً وضغطاً رهيباً من حيث الحصول على موعد من أجل تحليل الخزعة، أو موعد من أجل إجراء العملية الجراحية، أو الحصول على مواعيد العلاج الكيماوي أو حتى الإشعاعي، وهو ما يؤثر على الحالة الصحية للمريض، غير أن الأمور في تحسن، باستحداث الدولة لعدة مراكز متخصصة في علاج السرطان، كما يبينه المخطط الوطني للسرطان 2015-2019.

هذه شهادة **الحالة الثانية:** (ذكر، 40 سنة، سنه عند اكتشاف المرض 40 سنة، مستوى متوسط، مصاب بسرطان القولون وهو في مرحلته الرابعة، خضع في علاجه للجراحة والعلاج الكيماوي)، تبرز المراحل التي يمر بها معظم المرضى.

" اكتشفت مرضي منذ شهرين فقط، حيث أصبحت طريح الفراش، كانت لدي أعراض، الغازات blocage، قالوا لي القولون العصبي، عالجت عليه، أجريت فحص fibro الأنبوب، قال لي الطبيب عندك مشكل في المعي فقط، كنت أتابع الوصفات الطبية (حبوب الغازات ....إلخ)، وبعد مدة شهرين ثلاثة أشهر أستعيد عافيتي وأصبح بصحة جيدة، غير أن هذه الحبة (الورم) هي من كانت المشكل. الطبيب الذي كنت أعالج عنده هو طبيب مختص في الأمعاء الداخلية، لكنه لم يكتشف المرض حتى أصبحت طريح الفراش"، كل ذلك كان في القطاع الخاص، "بعدها حملوني مباشرة للمستشفى، أجري لي السكانير، قالوا لي (راك bloqué) أنت مسدود يجب إجراء عملية"، وبعدها جاء دور القطاع العام.

ولما سألناه عن حالته الصحية كانت إجابته كالتالي: "أنا أحس بأني في صحة جيدة، الحمد لله، أنا في أفضل أحوالي، الحمد لله، لا أفكر بأني مصاب أصلاً".

وعليه يمكن القول أن عبء التكفل الصحي بالمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم، المكلف والمرهق، من الضروري أن يتحمله كل من القطاع العام والخاص، كل حسب

إمكانياته، من أجل تحقيق أحسن رعاية صحية للمصابين بسرطان القولون والمستقيم، التي بدورها تؤدي إلى تحسن حالتهم الصحية، وترفع من مستوى الرضا لديهم.

3- أثر التكفل الصحي على ملائمة محيط العلاج

ملائمة محيط العلاج بالنسبة للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم يتحدد بالتكفل الصحي الذي حضي به خلال رحلة علاجه المتمثل هنا في القطاع المعالج، والطبيب المعالج، وتحليل الخزعة حيث يؤثر كل ذلك على ملائمة محيط علاجه، فهناك من يكون محيط علاجه ملائم وهناك من يكون ملائم نسبيا وهناك من يكون غير ملائم وكل ذلك يؤثر على مستوى الرضا لديه، والجدول التالي يبن تأثير التكفل الصحي الذي حضي به أفراد عينتنا على محيط العلاج الخاص بهم:

الجدول رقم (47): تأثير التكفل الصحي على محيط علاج المريض

التكفل الصحي	محيط العلاج	ملائم جداً		ملائم نسبياً		غير ملائم		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
قطاع العلاج	القطاع العام	77	57.04	48	35.56	10	7.40	135	100
	القطاع الخاص	6	37.5	8	50	2	12.5	16	100
	القطاعين معاً	4	22.22	12	66.67	2	11.11	18	100
	المجموع	87	51.48	68	40.24	14	8.28	169	100
الطبيب المعالج	طبيب عام	23	43.40	24	45.28	6	11.32	53	100
	طبيب متخصص	64	57.14	42	37.5	6	5.36	112	100
	المجموع	87	52.73	66	40	12	7.27	*165	100
تحليل الخزعة	نعم	85	52.15	64	39.26	14	8.59	163	100
	لا	2	33.33	4	66.67	0	0	6	100
	المجموع	87	51.48	68	40.24	14	8.28	169	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن 51.48 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جداً، بينما 40.24 % منهم صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبياً، في حين 8.28 % منهم صرحوا بأن محيط العلاج غير ملائم.

لما نتطرق إلى محيط العلاج، يتبادر إلى أذهاننا تساؤل، أي القطاعين محيط علاجه أكثر ملائمة؟. وبما أننا كنا قد طبقنا تقنية المقابلة من قبل، فقد عرفنا أن علاج مرضى سرطان القولون والمستقيم يتقاسمه كل من القطاع العام والقطاع الخاص، وأضفنا احتمال العلاج في القطاعين معاً.

وعليه، من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن 57.04 % من أفراد عينتنا ممن تم التكفل بهم صحياً في القطاع العمومي، وصرحوا بأن محيط العلاج هناك ملائم جداً، في حين أن 37.5 % فقط ممن كان التكفل الصحي بهم في القطاع الخاص وصرحوا بأن محيط العلاج ملائم جداً، أما عن العلاج في القطاعين مجتمعين (عام وخاص)، فإن 22.22 % فقط ممن عبروا عن إعجابهم بمحيط العلاج.

لكي نكون أكثر دقة في تساؤلنا، وبغض النظر عن القطاع المعالج، أردنا تبيان الفرق بين العلاج عند الطبيب المتخصص والعلاج عند الطبيب العام، فقد سجلنا من خلال نتائج الجدول أعلاه أن 57.14 % من أفراد عينتنا ممن عالجوا عند طبيب متخصص عبروا عن ملائمة محيط العلاج هناك، بينما 43.40 % ممن عالجوا لدى طبيب عام صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جداً.

تحليل الخزعة يعتبر نقطة الفصل بين تأكيد الإصابة بسرطان القولون والمستقيم من عدمه، وأثبتت النتائج المتحصل عليها أن 52.15 % من أفراد عينتنا ممن قاموا بتحليل الخزعة،

قد صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جداً، في حين أن 66.67 % من أفراد عينتنا ممن لم يقوموا بتحليل الخزعة، فقد صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبياً.

رغم المجهودات الجبارة المبذولة من قبل الدولة في المجال الصحي، من خلال تخصيص مبالغ مالية ضخمة لتعزيز الصحة العمومية، وذلك في إطار المخطط الوطني لمكافحة السرطان 2015-2019، إلاّ أن المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم لا يزال يعاني، فمعظم المرضى لا يستطيعون مجابهة التكاليف الباهظة في القطاع الخاص، سواء ما تعلق منها بتكلفة المعاينة، أو أجهزة الكشف بمختلف أنواعها، أو حتى التحاليل المختلفة، وخاصة حصص العلاج الكيماوي والإشعاعي، هذا من جهة، ومن جهة ثانية لا يزال القطاع العمومي يشهد العديد من النقائص على غرار طول فترة إجراء تحاليل الخزعة، و صعوبة الحصول على موعد من أجل إجراء العملية الجراحية، وحتى مواعيد العلاج الكيماوي والإشعاعي، كل ذلك له تأثير متباين على محيط العلاج بصفة عامة، وله أثر مباشر على مستوى الرضا للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

ما وقفنا عليه من خلال المقابلة التي قمنا بها، لاحظنا غياب الثقافة الصحية لدى البعض من المصابين الذين قابلناهم، حيث صرحوا لنا أنه في بداية ظهور أعراض الإصابة بالمرض، كانوا يعالجون عند طبيب عام في المستشفى أو المستوصف، أو طبيب عام خاص، بعد ذلك ساءت حالتهم الصحية، نتيجة قلة خبرت هؤلاء الأطباء ومحدودية الأجهزة التي يستعملونها، بينما المرضى الذين قاموا بفحوصات معمقة لدى الأطباء المختصين اكتشفوا إصابتهم بالمرض في البداية، مما جعل علاجهم أكثر سهولة وزادت فرص شفائهم، وتحسنت حالتهم الصحية فيما بعد.

يلعب الطبيب المتخصص والأجهزة الطبية المتطورة دوراً في نوعية التكفل الصحي، ويوفر محيط علاج مناسب جداً، مما يسمح بتحسن الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

وعليه يمكن القول أن التكفل الصحي الجيد بالمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، يوفر له محيط علاج ملائم جداً، مما يجعله يعيش جو من الاستقرار والطمأنينة حول حالته الصحية ويشعره براحة نفسية، تؤدي إلى تحسن حالته الصحية، وتزيد من مستوى الرضا لديه.

الاستنتاج:

بعد وقوفنا على وضعية التكفل الصحي بالمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر وأثر ذلك على حالته الصحية، التي بدورها تؤثر على مستوى الرضا لديه، خلصنا إلى المخرجات التالية:

- ✓ 58.58 % من أفراد عينتنا راضون تمام الرضا على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- ✓ 29.59 % من أفراد عينتنا راضون نوعا ما على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- ✓ 11.83 % من أفراد عينتنا غير راضون تماما على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- ✓ أفراد عينتنا الذين دائما ما كانت تحترم مواعيد علاجهم تقدر نسبة رضاهم التام على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم ب 62.09 %.
- ✓ أفراد عينتنا الذين أحيانا ما كانت تحترم مواعيد علاجهم تقدر نسبة عدم الرضا على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم بـ 62.5 %.
- ✓ 68.54 % من أفراد عينتنا الذين هم راضون تمام الرضا على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم لم تتجاوز فترة تحاليل الخزعة لديهم مدة شهر.
- ✓ كل أفراد عينتنا الذين هم راضون نوعا ما على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم تتراوح فترة تحاليل الخزعة لديهم بين ثلاثة أشهر و ستة أشهر.
- ✓ أفراد عينتنا الذين دائما ما كانت تحترم مواعيد علاجهم تحسنت حالتهم الصحية كثيرا بنسبة 47.06 %.

- ✓ 50% من أفراد عينتنا الذين أحيانا ما كانت تحترم مواعيد علاجهم لم تتحسن حالتهم الصحية.
- ✓ جل أفراد عينتنا الذين تجاوزت فترة تحاليل الخزعة لديهم ثلاثة أشهر لم تتحسن حالتهم الصحية.
- ✓ 51.48 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جدا من حيث نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- ✓ 40.24 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبيا من حيث نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- ✓ 8.28 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج غير ملائم من حيث نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- ✓ كل أفراد عينتنا الذين تتراوح فترة تحاليل الخزعة لديهم بين ثلاثة أشهر و ستة أشهر صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبيا.
- ✓ 55.56 % من أفراد عينتنا الذين دائما ما كانت تحترم مواعيد علاجهم صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جدا.
- ✓ 70 % من أفراد عينتنا الذين تراوحت المدة بين مرحلة تشخيص المرض وبداية العلاج بين شهرين وثلاثة أشهر راضون تمام الرضا على مستوى التكفل الصحي.
- ✓ 33.33 % من أفراد عينتنا الذين فاقت المدة بين مرحلة تشخيص المرض وبداية العلاج ستة أشهر غير راضون على مستوى التكفل الصحي.
- ✓ كل أفراد عينتنا الذين لم يقوموا بالفحوصات الطبية اللازمة بعد ظهور أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم لم تتحسن حالتهم الصحية.

- ✓ 52.94 % من أفراد عينتنا الذين لم تتجاوز المدة بين ظهور أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم والقيام بالتشخيص أكثر من شهر صرحوا بأن حالتهم الصحية تحسنت كثيرا.
- ✓ 50 % من أفراد عينتنا الذين تحسنت حالتهم الصحية كثيرا عالجوا في القطاع الخاص.
- ✓ 51.79 % من أفراد عينتنا الذين تحسنت حالتهم الصحية كثيرا عالجوا عند طبيب متخصص.
- ✓ 66.67 % من أفراد عينتنا الذين صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبيا عالجوا في القطاعين معا.
- ✓ 57.14 % من أفراد عينتنا الذين صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جدا عالجوا عند طبيب متخصص.
- ✓ 52.15 % من أفراد عينتنا الذين قاموا بتحليل الخزعة صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جدا.

خلاصة الفرضية الثالثة:

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجداول المركبة التي تربط المتغير التابع المتمثل في رضا المريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم على الخدمات الصحية المقدمة له ومستوى التكفل الصحي، الذي تم قياسه بالمؤشرات المتمثلة في مستوى الرضا، تحسن الحالة الصحية ومحيط العلاج، والمتغيرات المستقلة المتمثلة في نوعية الخدمات التي تم قياسها بفترة إجراء التحاليل الخاصة بالخزعة واحترام مواعيد العلاج، والتكفل الصحي الذي تم قياسه بالمؤشرات المتمثلة في المدة بين مرحلة تشخيص الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وبداية العلاج، المدة بين ظهور الأعراض والقيام بالتشخيص، القيام بالفحوصات، الطبيب المعالج، قطاع العلاج، إجراء تحاليل الخزعة.

يمكن القول أن الفرضية الثالثة قد تحققت، حيث أنه بالفعل اختلف مستوى الرضا للمصاب بسرطان القولون والمستقيم وذلك حسب نوعية الخدمات الصحية والتكفل الصحي الذي لقيهما أثناء فترة العلاج، حيث كان لهما تأثير مباشر على مستوى الرضا لديه، كما كان لهما تأثير واضح على حالته الصحية التي هي الأخرى أثرت على مستوى الرضا لديه، حيث كلما كانت الخدمات الصحية والتكفل الصحي في المستوى كلما أدى ذلك إلى تحسن حالته الصحية وأدى ذلك إلى رفع مستوى الرضا لديه والعكس صحيح، وكذلك الحال بالنسبة لملائمة محيط علاجه، هذا الأخير هو أيضا يتأثر بنوعية الخدمات الصحية ومستوى التكفل الصحي الذي بدوره يؤثر على مستوى الرضا للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

الاستنتاج العام:

من بين مختلف السرطانات التي تصيب الإنسان والتي يفوق عددها 200 نوع، يضل سرطان القولون والمستقيم واحدا من أكثر السرطانات انتشارا في العالم ومن أكثر السرطانات المسببة للوفاة، يصيب جنس الذكور كما يصيب جنس الإناث، يزيد انتشاره في الدول الصناعية والمتطورة كالدول الأوربية ويقل في الدول الزراعية والدول السائرة في طريق النمو، يكون قليل الانتشار في الفئات العمرية التي تقل عن 40 سنة، إلاّ أن شدة الإصابة به تزداد مع التقدم في السن خاصة بعد سن 50 سنة، يكون علاجه سهلا وفعالا إذا ما اكتشف مبكرا، ويصبح صعبا وخطيرا كلما تطور.

يعتبر النظام الغذائي الذي يحتوي على الدهنيات واللحوم الحمراء والخالي من الخضر والفواكه وكذا السمنة والتدخين وقلة النشاط البدني والتقدم في السن والتاريخ المرضي بالإضافة للعوامل الوراثية من أكثر العوامل المسببة لسرطان القولون والمستقيم. كما أن مظاهر الإصابة بالمرض تختلف من شخص للآخر، وأهم ما يشكو به المصابين آلام بالبطن والانتفاخ والغازات والإمساك أو الإسهال أو تقلب الطبيعة بينهما، بالإضافة إلى الإرهاق طوال الوقت ونقص الوزن.

تزيد فرص الشفاء من سرطان القولون والمستقيم وتصل إلى 90 % في حالة اكتشافه في مراحله المبكرة، وتنخفض هذه النسبة في حالة التأخر في اكتشافه وبلوغه مراحل متقدمة.

ومن أهم النقاط المستخلصة من النتائج المتحصل عليها، من خلال تحليلنا للوقائع والإحصائيات والاستنباطات المستنتجة يمكننا تسجيل المخرجات التالية:

- يظل سرطان القولون والمستقيم من أكثر السرطانات انتشارا في العالم وفي الجزائر باحتلاله مراتب جد متقدمة بين جنسي الذكور والإناث.

- يظل سرطان القولون والمستقيم من أكثر السرطانات التي تسبب الوفاة في العالم وفي الجزائر بين جنسي الذكور والإناث.
- يحتل سرطان القولون والمستقيم المرتبة الثالثة على المستوى العالمي من حيث الانتشار بعد كل من سرطان الثدي وسرطان الرئة، بعدد حالات إصابة جديدة تقدر ب 590 931 1 حالة أي ما يعادل 10 % من مجموع الإصابات بمختلف السرطانات.
- السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور على المستوى العالمي هي كل من سرطان الرئة، سرطان البروستات، سرطان القولون والمستقيم، سرطان المعدة، سرطان الكبد.
- السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث على المستوى العالمي هي كل من سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان الرئة، سرطان عنق الرحم، سرطان الغدة الدرقية.
- الإصابة بسرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي عند جنس الذكور هي في حدود 960 065 1 إصابة جديدة أي ما يعادل 10.6 % من مختلف السرطانات التي تصيب الذكور.
- الإصابة بسرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي عند جنس الإناث هي في حدود 630 865 إصابة جديدة أي ما يعادل نسبة 9.4 % من مختلف السرطانات التي تصيب الإناث.
- سرطان القولون والمستقيم من حيث الانتشار يحتل مراتب جد متقدمة في معظم الدول العربية باستثناء بعض الدول مثل مصر وموريتانيا ولبنان.
- الجزائر في سنة 2020، حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة سجلت 526 6 حالة إصابة جديدة بسرطان القولون والمستقيم للجنسين ولمختلف الفئات العمرية ما يعادل 11.2 % من مختلف السرطانات. منها 458 3 حالة تخص جنس الذكور ما يعادل 12.7 %، و 098 3 حالة تخص جنس الإناث ما يعادل 9.9 % من مختلف السرطانات التي تصيب الإناث.

- تحتل أوربا المرتبة الأولى من حيث الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم بنسبة 12.5 % من مختلف السرطانات بعدد حالات قدر ب 824 244 وفاة.
- سرطان القولون والمستقيم على المستوى العالمي يودي بحياة أكثر من 173 935 شخص أي بنسبة 9,4 % من مجموع الوفيات بسبب مختلف السرطانات. منها 637 515 وفاة تخص جنس الذكور ما يعادل 9.3 % من مختلف السرطانات التي تودي بحياتهم، و 536 419 وفاة تخص جنس الإناث ما يعادل 9.5 % من مختلف السرطانات التي تودي بحياتهن.
- الوفيات بسبب سرطان القولون والمستقيم في الجزائر حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2020 تقدر ب 613 3 حالة وفاة وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة بعد كل من سرطان الرئة وسرطان الثدي. منها 920 1 وفاة تخص جنس الذكور ما يعادل 10.7 % من مختلف السرطانات التي تودي بحياتهم، وهو بذلك يحتل المرتبة الثانية لديهم بعد سرطان الرئة، و 693 1 وفاة تخص جنس الإناث ما يعادل 10.4 % من مختلف السرطانات وهو بذلك يحتل أيضا المرتبة الثانية لديهن بعد سرطان الثدي.
- السرطانات الأكثر شيوعا بين الذكور في الجزائر هي كل من سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان المثانة، سرطان البروستات.
- السرطانات الأكثر شيوعا بين الإناث في الجزائر هي كل من سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان عنق الرحم، سرطان الغدة الدرقية.
- ثلث أفراد عينتنا كانت لديهم إصابة أحد الأقارب بسرطان القولون والمستقيم، مما يدعم إمكانية انتقاله عن طريق الوراثة.
- غالبية أفراد عينتنا الذين أصيب أحد أقاربهم، درجة قرابتهم هي الدرجة الثانية والدرجة الثالثة.
- أكثر من 50 % من أفراد عينتنا اكتشفوا إصابتهم بالمرض في سن متأخرة (50 سنة فأكثر).

- ما يقارب 80 % من أفراد عينتنا كانت لديهم أعراض الإصابة بالمرض قبل تشخيصه.
- 84 % من أفراد عينتنا عانوا من عدة أعراض للإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم.
- غالبية أفراد عينتنا صرحوا بأنهم كانوا يعتمدون في طعامهم اليومي على الأغذية الغنية بالألياف بنسبة 78.70 %.
- أفراد عينتنا من جنس الذكور كانوا الأقل اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة بنسبة 68.32 %.
- الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة من أفراد عينتنا لم يكونوا يعتمدون بتاتاً في حياتهم السابقة على الأغذية الغنية بالألياف.
- أصحاب المستوى التعليمي الجامعي من أفراد عينتنا هم الأقل اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة بنسبة 64.71 %.
- أفراد عينتنا القاطنين بالمناطق شبه حضرية هم الأقل اعتماداً على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة بنسبة 76.92 %.
- 78.11 % من أفراد عينتنا لم يكونوا يمارسون الرياضة في حياتهم اليومية.
- أفراد عينتنا من جنس الإناث كن الأكثر عزوفاً عن ممارسة الرياضة في حياتهن السابقة بنسبة 84 %.
- أفراد عينتنا الأقل ممارسة للرياضة في حياتهم السابقة هم الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة والذين يفوق سنهم 50 سنة.
- أفراد عينتنا الأكثر عزوفاً عن ممارسة الرياضة في حياتهم السابقة هم أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي والأميون بنسبة تفوق 93 %.
- جل أفراد عينتنا لم يكونوا يعتمدون في غذائهم اليومي على اللحوم الحمراء بنسبة 70.06 %.

- أفراد عينتنا من جنس الذكور كانوا الأكثر اجتناباً لتناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة بنسبة 72.28 %.
- أفراد عينتنا الأكثر اجتناباً لتناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة هم فئة أقل من 20 سنة بنسبة 100 %.
- أفراد عينتنا الأكثر إقبالاً على تناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة هم أصحاب الدخل الشهري الذي يفوق 000 58 دج بنسبة 50 %.
- أفراد عينتنا الذين يقطنون المناطق الريفية هم الأكثر اجتناباً لتناول اللحوم الحمراء في حياتهم السابقة بنسبة 75 %.
- حوالي 70 % من أفراد عينتنا لم يكونوا يعتمدون في وجباتهم اليومية على المأكولات السريعة.
- أفراد عينتنا من جنس الإناث كن الأكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في غذائهن اليومي السابق بنسبة 84.85 %.
- أفراد عينتنا الأكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في تغذيتهم اليومية السابقة الذين يتجاوز سنهم 60 سنة بنسبة 75 %.
- المتزوجون من أفراد عينتنا هم الأكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في تغذيتهم اليومية السابقة بنسبة 77.44 %.
- أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي من أفراد عينتنا هم الأكثر اجتناباً للمأكولات السريعة في تغذيتهم اليومية السابقة بنسبة 80 %.
- أكثر من 81 % من أفراد عينتنا كانوا يتناولون المشروبات الغازية منها وبدون غاز في حياتهم اليومية.
- أفراد عينتنا من جنس الذكور كانوا الأكثر إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة بنسبة 82.18 %.

- أكثر الفئات العمرية من أفراد عينتنا إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة هم الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة بنسبة 100 %.
- أفراد عينتنا الذين يقطنون المناطق شبه حضرية كانوا الأكثر إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة بنسبة 92.31 %.
- أفراد عينتنا أصحاب المستوى التعليمي الجامعي كانوا الأكثر إقبالاً على تناول المشروبات الغازية وبدون غاز في حياتهم السابقة بنسبة 94.12 %.
- ثلثي أفراد عينتنا لم يكونوا من المدخنين في حياتهم السابقة.
- جنس الإناث من أفراد عينتنا كن الأكثر اجتناباً للتدخين في حياتهن السابقة بنسبة 100 %.
- أكثر الفئات العمرية اجتناباً للتدخين في حياتهم السابقة من أفراد عينتنا هم الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة بنسبة 100 %.
- قاطنو المناطق شبه حضرية من أفراد عينتنا كانوا الأكثر اجتناباً للتدخين في حياتهم السابقة بنسبة 80.77 %.
- أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي من أفراد عينتنا كانوا الأكثر اجتناباً للتدخين في حياتهم السابقة بنسبة 86.67 %.
- 44.38 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم تحسنت حالتهم الصحية نوعا ما بعد العلاج.
- 43.79 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم تحسنت حالتهم الصحية كثيرا بعد العلاج.
- الفئة العمرية [20–30[سنة والفئة العمرية [60–70[سنة من أفراد عينتنا تحسنت حالتهم الصحية كثيرا بعد العلاج.
- 60 % من أفراد عينتنا ممن بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الرابعة تحسنت حالتهم الصحية نوعاً ما و40 % منهم لم تتحسن حالتهم الصحية.

- 50% من أفراد عينتنا ممن بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الثالثة تحسنت حالتهم الصحية نوعاً ما و 50 % منهم ساءت حالتهم الصحية.
- أغلب أفراد عينتنا الذين بلغ تطور المرض لديهم المرحلة الأولى والثانية تحسنت حالتهم الصحية من كثير إلى نوعاً ما.
- أغلب أفراد عينتنا الذين لا يعلمون مرحلة مرضهم تحسنت حالتهم الصحية كثيراً بنسبة 58.33 %.
- 66.86 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم لم تسوء حالتهم الصحية بعد مرحلة العلاج.
- 29.59 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم تأزمت حالتهم الصحية نوعا ما بعد مرحلة العلاج.
- 3.55 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم تأزمت حالتهم الصحية كثيراً بعد مرحلة العلاج.
- غالبية أفراد عينتنا على اختلاف سن اكتشافهم لمرضهم لم تسوء حالتهم الصحية بعد العلاج، غير أن الذين فاق سنهم 50 سنة هناك من تأزمت حالتهم الصحية كثيراً بعد مرحلة العلاج.
- الذين بلغ عندهم المرض مرحلته الرابعة من أفراد عينتنا هناك من تأزمت حالتهم الصحية كثيراً بعد مرحلة العلاج.
- 74.56 % من أفراد عينتنا المصابون بسرطان القولون والمستقيم صرحوا بأن حياتهم تغيرت بعد المرض.
- 88.89 % من أفراد عينتنا ممن لم يكونوا يعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم اليومية السابقة قد تغيرت حياتهم بعد المرض.
- 92 % من أفراد عينتنا الذين تعرضوا في حياتهم السابقة لأحد عوامل الخطر المتمثل في الإفراط في تناول اللحوم الحمراء قد تغيرت حياتهم بعد المرض.

- 68 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة قد تغيرت حياتهم بعد مرضهم بسرطان القولون والمستقيم.
- 75.68 % من أفراد عينتنا الذين كانوا يمارسون الرياضة قبل المرض قد تغيرت حياتهم بعد الإصابة بالمرض.
- 50 % من أفراد عينتنا الذين تغيرت حياتهم بعد المرض، تقبلوا مرضهم بسرطان القولون والمستقيم ولديهم أمل في الحياة، فيما 24 % منهم من فقد الأمل في الحياة ويئس، و 22 % منهم من يعيش في عزلة وانطواء.
- 46.15 % من أفراد عينتنا تغيرت سلوكياتهم الصحية (نظام الغذاء، الممارسات اليومية) نوعا ما بعد المرض.
- 42.01 % من أفراد عينتنا تغيرت سلوكياتهم الصحية كثيراً بعد المرض.
- 11.84 % من أفراد عينتنا لم تتغير سلوكياتهم الصحية بعد المرض.
- 55.56 % من أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون على الأغذية الغنية بالألياف في حياتهم السابقة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا ما بعد المرض.
- 47.86 % من أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية السابقة على اللحوم الحمراء قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا ما بعد المرض.
- 52 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية السابقة على الوجبات السريعة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعاً ما بعد المرض.
- 54.05 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يمارسون الرياضة قد تغيرت سلوكياتهم الصحية نوعا ما بعد المرض.
- 47.93 % من أفراد عينتنا لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض.
- 46.15 % من أفراد عينتنا لديهم استقلالية نسبية في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض.

- 5.92 % من أفراد عينتنا لديهم اعتماد كلي على الآخرين في تأدية وظائف حياتهم اليومية بعد المرض.
- 50.38 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الأغذية الغنية بالألياف لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية.
- أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يفرطون في تناول اللحوم الحمراء في تغذيتهم اليومية فإن نسبة استقلاليتهم التامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية قدرت ب 52.14 %.
- أفراد عينتنا الذين لم يكونوا يعتمدون في تغذيتهم اليومية على الوجبات السريعة لديهم نسبة استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية تقدر ب 50.43 %.
- 56.76 % من أفراد عينتنا ممن كانوا يمارسون الرياضة فيما سبق لديهم استقلالية تامة في تأدية وظائف حياتهم اليومية.
- 58.58 % من أفراد عينتنا راضون تمام الرضا على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- 29.59 % من أفراد عينتنا راضون نوعا ما على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- 11.83 % من أفراد عينتنا غير راضون على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- أفراد عينتنا الذين دائما ما كانت تحترم مواعيد علاجهم تقدر نسبة رضاهم التام على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم ب 62.09 %.
- أفراد عينتنا الذين أحيانا ما كانت تحترم مواعيد علاجهم تقدر نسبة عدم رضاهم على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم ب 62.5 %.
- 68.54 % من أفراد عينتنا الذين هم راضون تمام الرضا على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم لم تتجاوز فترة تحاليل الخزعة لديهم مدة شهر.
- كل أفراد عينتنا الذين هم راضون نوعا ما على نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم تتراوح فترة تحاليل الخزعة لديهم بين ثلاثة أشهر و ستة أشهر.

- أفراد عينتنا الذين دائما ما كانت تحترم مواعيد علاجهم تحسنت حالتهم الصحية كثيرا بنسبة 47.06 %.
- 50% من أفراد عينتنا الذين أحيانا ما كانت تحترم مواعيد علاجهم لم تتحسن حالتهم الصحية.
- جل أفراد عينتنا الذين تجاوزت فترة تحاليل الخزعة لديهم ثلاثة أشهر لم تتحسن حالتهم الصحية.
- 51.48 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جدا من حيث نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- 40.24 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبيا من حيث نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- 8.28 % من أفراد عينتنا صرحوا بأن محيط العلاج غير ملائم من حيث نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- كل أفراد عينتنا الذين تتراوح فترة تحاليل الخزعة لديهم بين ثلاثة أشهر و ستة أشهر صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبيا.
- 55.56 % من أفراد عينتنا الذين دائما ما كانت تحترم مواعيد علاجهم صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جدا.
- 70 % من أفراد عينتنا الذين تراوحت المدة بين مرحلة تشخيص المرض وبداية العلاج بين شهرين وثلاثة أشهر راضون تمام الرضا على مستوى التكفل الصحي.
- 33.33 % من أفراد عينتنا الذين فاقت المدة بين مرحلة تشخيص المرض وبداية العلاج ستة أشهر غير راضون على مستوى التكفل الصحي.
- كل أفراد عينتنا الذين لم يقوموا بالفحوصات الطبية اللازمة بعد ظهور أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم لم تتحسن حالتهم الصحية.

- 52.94 % من أفراد عينتنا الذين لم تتجاوز المدة بين ظهور أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم والقيام بالتشخيص أكثر من شهر صرحوا بأن حالتهم الصحية تحسنت كثيرا.
- 50 % من أفراد عينتنا الذين تحسنت حالتهم الصحية كثيرا عالجوا في القطاع الخاص.
- 51.79 % من أفراد عينتنا الذين تحسنت حالتهم الصحية كثيرا عالجوا عند طبيب متخصص.
- 66.67 % من أفراد عينتنا الذين صرحوا بأن محيط العلاج ملائم نسبيا عالجوا في القطاعين معا.
- 57.14 % من أفراد عينتنا الذين صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جدا عالجوا عند طبيب متخصص.
- 52.15 % من أفراد عينتنا الذين قاموا بتحليل الخزعة صرحوا بأن محيط العلاج ملائم جدا.

في الأخير، وبعد الدراسة التي قمنا بها والاطلاع على مختلف جوانب الموضوع نسوق جملة من التوصيات للجهات الوصية في البلاد التي نراها أكثر من ضرورية من أجل مكافحة السرطان بصفة عامة وسرطان القولون والمستقيم بصفة خاصة:

- ✓ تشديد الرقابة على كمية وتوقيت الأسمدة والمواد العضوية المضافة للخضروات وأشجار الفاكهة التي تدخل في تغذية الفرد والمجتمع.
- ✓ تشديد الرقابة على كمية ونوعية الأعلاف والأدوية المستعملة في تغذية الدواجن والأغنام والأبقار الموجهة للاستهلاك.
- ✓ تشديد الرقابة على كمية المواد الحافظة والمحسنات الغذائية ومكسبات اللون والذوق التي ثبت ضلوعها في التسبب في الإصابة بمختلف السرطانات.
- ✓ وجوب تعزيز الخدمات الصحية الجيّدة (التشخيص الجيد، العلاج، الأدوية، التحاليل، التصوير،...) للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم في مختلف المؤسسات الصحية، وذلك بهدف تحسين حالته الصحية الجسدية والنفسية لما لها من دور في زيادة أمله في الشفاء.
- ✓ تزويد المؤسسات الصحية المختصة في علاج السرطان بالكوادر الطبية المؤهلة والعتاد الصحي المتطور من أجل التقليل من عبء التكاليف الصحية التي تكون على عاتق المريض وتحقيق تكفل صحي لائق.
- ✓ وجوب تعزيز قدرات الكوادر الطبية القائمة على علاج السرطان بالتكوين والتأطير المستمر للوصول إلى مستوى تشخيص لمرض سرطان القولون والمستقيم في أعلى مستوى.
- ✓ زرع ثقافة الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم لدى كل فئات المجتمع لتفادي انتشار هذا المرض الذي ظل يحصد الكثير من الأرواح.

هذا من جهة، ومن جهة ثانية وبعد تحليلنا لنمط الحياة السابق للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم، وإبراز دور عوامل الخطر المختلفة في تحديد حالته الصحية نسوق جملة من التوصيات لأفراد المجتمع تتمثل في:

- ✓ إتباع نظام غذائي صحي يتضمن تناول 400 غرام على الأقل يومياً من الفواكه والخضر الكاملة.
- ✓ ممارسة نشاط بدني بصفة منتظمة، وينبغي أن يكون في معظم أيام الأسبوع، مثل المشي لمدة 60 دقيقة يومياً للمحافظة على وزن صحي للجسم.
- ✓ الاعتدال في تناول اللحوم الحمراء واجتناب اللحوم المصبرة والمصنعة والمجمدة وكذا المقلية.
- ✓ الاعتماد على الوجبات الغذائية المنزلية عوض الوجبات السريعة، لأنها أكثر أمناً من حيث نظافتها وطريقة طهيها وكذا حفظها وتنوعها من حيث القيمة الغذائية.
- ✓ اجتناب المشروبات الغازية وبدون غاز وتعويضها بالفاكهة ولو بالقليل منها.
- ✓ الإقلاع عن العادات السيئة كالخمر والتدخين والشمة، لثبوت ضلوعهما في عدة أمراض مزمنة فتّاكة.
- ✓ يزيد احتمال الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في المراحل العمرية المتقدمة، لذلك يصبح إجراء الفحص عند بلوغ 50 سنة أمرا واجبا.
- ✓ تلعب الوراثة دوراً هاما في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، لذلك يُنصح بإجراء فحوصات دورية لكل من لديه إصابة لأحد الأقارب، خاصة من الدرجة الأولى (الأب أو الأم).
- ✓ وجوب استشارة الطبيب عند ظهور أي أعراض توحي بالمرض، فالتشخيص المبكر يزيد من فرص النجاة ورحلة العلاج تكون أقصر.

- ✓ وجوب التمتع بثقافة صحية حول مرض سرطان القولون والمستقيم لاجتنابه أو الإيجابية في كيفية التعامل معه حالة الإصابة به.
- ✓ في حالة الإصابة بسرطان القولون والمستقيم من الضروري تعديل نمط الحياة وتغيير النظام الغذائي وبعض السلوكيات كي يمكن التعايش مع المرض.

خاتمة:

يعتبر سرطان القولون والمستقيم واحدا من السرطانات الأكثر شيوعا في العالم وفي الجزائر بين جنسي الذكور والإناث على حد سواء، وهو من أكثر السرطانات المسببة للوفاة، وبحسب الإحصائيات المقدمة العالمية منها والوطنية، فإن هذا المرض ينتشر في الجزائر بصفة مثيرة للقلق، ذلك أن نسبة انتشاره في المجتمع الجزائري تقدر بـ 11.2 % بين مختلف السرطانات وهي نسبة أعلى من النسبة العالمية المقدرة بـ 10 %، كما أن نسبة الوفاة بسببه في الجزائر هي في حدود 11%، وهي أيضا أعلى من النسبة العالمية المقدرة بـ 9.4 %، هذا من الناحية الوبائية.

وقد جاء بحثنا هذا كمساهمة علمية منا بهدف دراسة وصفية تحليلية لخصائص وملامح هذا المرض في المجتمع الجزائري. ولم يكن الغرض من البحث تعميم نتائج الدراسة باعتبار أن العينة غير تمثيلية ولا يمكن تعميم نتائجها على باقي فئات المرضى المصابون بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر، إلاّ أن العمل يعتبر بمثابة مقاربة وصفية ضرورية للموضوع إذا أردنا مستقبلا التعمق أكثر في مختلف الجوانب المتعلقة به. إذن كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو التعرف على الواقع السوسيو–ديمغرافي والصحي لمرضى سرطان القولون والمستقيم على مستوى مختلف مصالح العلاج المتخصصة. وعلى الرغم من أن الظروف المرافقة لجمع البيانات (انتشار وباء كورونا وصعوبة الاتصال المباشر بالمرضى) أثرت على حجم العينة وعلى طرق جمع المعطيات إلاّ أننا تمكنا من محص و فحص العديد من الجوانب المهمة حول الموضوع.

وكان من نتائج البحث والتحليل فيما يخص أكثر أسباب الإصابة بسرطان القولون و المستقيم تصنيفها إلى قسمين متمايزين، قسم يتعلق بالعوامل البيولوجية (السن والوراثة) لا يمكن التحكم بها إلا من خلال الكشف المبكر والدوري، وقسم يمكن التحكم به و هي عوامل متعلقة بنمط الحياة كالنظام الغذائي والعادات والأنشطة اليومية المختلفة. وعليه يمكن

الاستثمار على مستوى هذه العوامل وجعلها في صالحنا للوقاية من المرض عن طريق تعزيز التغذية السليمة الصحية وممارسة الأنشطة البدنية.

من جهة أخرى، بينت الدراسة أن مرحلة الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم محدد رئيسي للحالة الصحية الحالية للمريض، فالمراحل الأولى من الإصابة تكون سهلة العلاج وتزيد فيها فرص شفاء المريض وتتحسن حالته الصحية بسرعة وتكون له استقلالية في تأدية وظائف حياته اليومية، وعلى عكس ذلك فإن المراحل المتقدمة من المرض كالمرحلة الرابعة تجعل من العلاج أمرا معقدا وطويلا، من الجراحة إلى العلاج الكيماوي إلى العلاج الإشعاعي، كما أن الحالة الصحية للمريض قد تتحسن كما قد لا تتحسن، وبالتالي تقل فرص الشفاء ويصبح المريض غير قادر على تأدية وظائف حياته اليومية. و عليه تظهر أهمية الثقافة والوعي الصحي فيما يخص الكشف الدوري والمبكر عن المرض.

إضافة إلى ذلك، كشفت الدراسة أن محيط العلاج الملائم المتمثل في الخدمات الصحية الراقية والتكفل الصحي الجيد يلعب دورا حاسما في تحسن الحالة الصحية للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم وتزيد فرص شفائه من المرض، وعلى العكس فإن سوء وتدني الخدمات الصحية كطول فترة التحاليل والتشخيص المتأخر للمرض والتباعد في مواعيد العلاج وقلة الأدوية والأجهزة الطبية اللازمة للعلاج، تزيد من تأزم الحالة الصحية للمريض. مما يدعو إلى ضرورة ترقية الخدمات الصحية العلاجية والوقائية و تدعيم الموارد البشرية و المادية على مستوى المصالح الطبية القاعدية والمتخصصة للاستجابة النوعية لمتطلبات الانتقال الوبائي في الجزائر.

و في الأخير تجدر الإشارة إلى أهمية دراسة وتحليل انعكاسات الإصابة بسرطان القولون و المستقيم على الحياة الشخصية والاجتماعية والمهنية للمريض، نظرا للتغيرات المعتبرة في حياة المريض ما قبل وما بعد الإصابة بالسرطان.

المراجع باللغة العربية:

- القرآن الكريم

أولا : الكتب

1. بوحوش عمار الذنيبات محمد، **مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، سنة 1995.
2. بدح أحمد حمد و آخرون، **الثقافة الصحية**، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان الأردن، سنة 2007.
3. حسن محمود حسن، **الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي**، دار الطليعة، بيروت، بدون ذكر السنة.
4. خليل عبد القادر منى، **التغذية العلاجية**، مجموعة النيل العربية، الطبعة الثانية، القاهرة مصر، سنة 2004.
5. ساري عبد المجيد وآخرون، **100 سؤال وجواب حول سرطان القولون والمستقيم**، جمعية البدر، الطبعة الأولى، الجزائر، سنة 2012.
6. عبد الرحمن الجودر أمل، **أنماط الحياة الصحية**، وزارة الصحة، قسم التثقيف الصحي، المنامة، البحرين سنة 2002.
7. عمر نبق فاطمة وآخرون، **السلوك الغذائي و نمط الحياة للمصابين بسرطان القولون بولاية الخرطوم** -السودان، مجلة العلوم التربوية، العدد 18 (04)، سنة 2017.
8. مؤنس علي، كتاب القولون، نسخة غير منشورة، سنة 2017، ص99.www.alimonis.com.
9. نايل العاسمي رياض، **علم نفس الصحة الإكلينيكي**، الجزء الثاني، دار الإعصار العلمي، الطبعة الأولى، عمان، 2014.

ثانيا: الدوريات والمجلات العلمية

10. إبراهيم محمد، **طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية**، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، مصر، العدد4، سنة 1983.
11. بيطام مسعودة، **الملاحظة والمقابلة في البحث السوسيولوجي**، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 11، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 1999.
12. جمعية البحرين لمكافحة السرطان، **ما يجب أن تعرفه عن سرطان القولون والمستقيم**، المنامة، البحرين.
13. حسن أمين عبد العزيز، **الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها**، مجلة الإدارة، العدد3، مصر1993.
14. أبو حمر عبد الحليم محمد، القبلان أحمد بن صالح، **الكشف المبكر لسرطان القولون وطرق العلاج المتاحة والتغذية الصحية لمريض السرطان**، مجلة صادرة عن جمعية طهور لرعاية ومساندة مرضى السرطان، عنيزة، السعودية.
15. العقيل محمد بن عبد الرحمن، **كل ما تريد أن تعرفه عن سرطان القولون والمستقيم**، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، الطبعة الأولى، سنة 2014.
16. مجلة **التغذية وصحة الإنسان.**
17. نبق فاطمة وآخرون، **السلوك الغذائي ونمط الحياة للمصابين بسرطان القولون**، مقال منشور بمجلة العلوم التربوية، المجلد رقم 18، الخرطوم، السودان، سنة 2017.
18. هادي باقر حسن، سامر عبد الستار أمين، **دليل التثقيف الصحي للعاملين في مجال الرقابة الصحية**، مقال صادر عن وزارة الصحة العراقية، الطبعة الأولى سنة 2012، العراق.
19. الوصيف هلال أحمد، **مجلة الطب والحياة**، العدد 396، مستشفى الحامدي، الرياض، السعودية.

ثالثا: الأطروحات الجامعية

20. جيلالي أمير، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية،** رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر.

21. عمارة سامية، **السلوكيات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة، دراسة ميدانية لعينة من النساء في سن ما بعد الإنجاب ببلدية القليعة،** أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، السنة الجامعية 2013/2012.

22. مكي فتحي صبحي، **مدى فعالية برنامج إرشادي لرفع مستوى المساندة الاجتماعية والتوافق النفسي لمرض سرطان القولون (دراسة تجريبية بقطاع غزة)،** مذكرة دكتوراه في علم النفس، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان، سنة 2012.

رابعا: الأوراق المقدمة في الندوات والمؤتمرات واللقاءات العلمية

23. زرارقة نور الدين، صالي محمد، البروفيل الديمغرافي لمرضى سرطان القولون و المستقيم بمركز مكافحة السرطان سطيف، مقال منشور بمجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، ص 180، سنة 2021.

24. سفيان شهاب، دراسة وصفية تحليلية **لمرض سرطان القولون والمستقيم في لجزائر "الجزائر العاصمة نموذجا"**، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 11، العدد 2/ديسمبر 2021، ص 204.

خامسا: التقارير والوثائق الرسمية والحكومية

25. الأمر رقم 73-65، الممضي في 28 ديسمبر 1973 م، المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادر في الجريدة الرسمية عدد 1 المؤرخة في 01 جانفي 1974.

26. الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 20 رمضان عام 1395 الموافق 26 سبتمبر سنة 1975 والمتضمن القانون المدني، المعدل والمتمم.

27. تقرير منتدى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في **الرعاية الصحية «WISH» حول التصورات**

السلوكية لعام 2016 الدوحة، قطر.

28. الجريدة الرسمية، العدد 33، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي سنة 2007، يتضمن **إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.**

29. الجريدة الرسمية عدد 8 المؤرخة في 17 فيفري 1985.

30. الجريدة الرسمية عدد 46 المؤرخة في 29 جويلية 2018.

31. الجريدة الرسمية عدد 50 المؤرخة في 30 أوت 2020.

32. الجريدة الرسمية عدد 51 مؤرخة في 24 جويلية 2002.

33. الجريدة الرسمية عدد 18 المؤرخة في 15 مارس 2022.

34. الجريدة الرسمية عدد 52 المؤرخة في 19 سبتمبر 2012.

35. الجريدة الرسمية عدد 69 المؤرخة في 30 نوفمبر 2017.

36. منظمة الصحة العالمية، تقرير مشاورة مشتركة بين خبراء منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة تحت عنوان: **النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الأمراض المزمنة**، جنيف 2002.

37. منظمة الصحة العالمية، **أسئلة وأجوبة حول مدى تسبب استهلاك اللحوم الحمراء واللحوم المصنّعة في الإصابة بالسرطان**، تشرين الأول/ أكتوبر 2015.

سادسا: المواقع الالكترونية

38. http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer consulter le 14/05/2022 à 22.30.
39. https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations consulter le 14/08/2022 a 15 h 46.
40. http://gco.irac.fr consulter le 01/09/2022 à 00 h 15.
41. https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations consulter le 23/03/2020 a 20:36.
42. http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa1022.pdf consulté le 11/11/2018 à 20h 55.
43. www.**American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update**
44. https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations
45. http://gco.iarc.fr **Estimated number of new cases in 2020**, **Global Cancer**.
46. http://gco.iarc.fr **Estimated number of new cases in 2018**, **Global Cancer.**
47. https://gco.iarc.fr/today.

II. Références en langues étrangères :

1. Les livres

48. Grawitz Madeleine, **Méthodes des sciences sociales**, Ed Dalloz, 2eme ed, Paris, 1967.

2. Les articles

49. Ammour fatima, Conférence Nationale, **Réseau des Registres des Cancers enAlgérie**, CHU Oran, ITSP, 24 Octobre 2016.
50. Article in International Journal of **Research in Medical Sciences**, Novembre 2017,Vol 5, Issue 11.
51. Dobre M, et autres, **Mutations prognostic factor in colorectal cancer**, 2015.
52. HAMMOUDA. D, **Cancer** –Reseau Centre, Institut National de la Santé Publique,données de l'année 2017.
53. Smith Ret, Renaud RC, **Colorectal cancer market**, Nat Rev Drug Discov, 2004.

3. Les thèses

54. MAZOUZI Chahira, Réalisation d'une Stratégie de dépistage de masse du Cancer Colorectal dans la wilaya de Bejaïa comme projet pilote, Thèse de doctorat en sciences médicales, année 2020.

4. Les rapports

55. Institut National de Santé Publique, **Registre des Tumeurs d'Alger – Année 2019,**
Résumé des données de l'année 2019.
56. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, **rapport du séminaire, atelier d'élaboration du programme national de la lutte intégrée contre les maladies non transmissible.**
57. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction des Etudes et de la Planification « **SANTE EN CHIFFRES Année 2018** », Edition Octobre 2019.
58. Organisation Mondiale de la Santé-**Profils des pays pour les maladies non transmissible** (MNT) 2014.

59. Plan national du cancer 2015-2019, **nouvelle vision stratégique de lutte contre le cancer centrée sur le malade**, Octobre 2014.

الملاحق

الملحق رقم (01)

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا

دليل مقابلة بحث بعنوان:

الواقع السوسيو–ديمغرافي لمرضى سرطان القولون والمستقيم في الجزائر

مقابلة رقم: التاريخ .....

البيانات الشخصيـة:

1- الجنس: 1- ذكر ☐ 2- أنثى ☐

2- الحالة الاجتماعية:

1- أعزب ☐ 2- متزوج ☐ 3- مطلق ☐ 4- أرمل ☐

3- السن الحالي:

أقل من 20 سنة ☐ 20–30 سنة ☐ من 30–40 سنة ☐

40–50 سنة ☐ 50–60 سنة ☐ 60 سنة فأكثر ☐

4- ما هو مستواك التعليمي:

1– أمي ☐ 2– ابتدائي ☐ 3– متوسط ☐ 4– ثانوي ☐ 5– جامعي ☐

5- ماذا يمثل لك مرض سرطان القولون والمستقيم؟:

.....

6- في أي سن اكتشفت المرض؟:

.....

7- هل تقبلت مرضك؟:

.....

8- كيف تتعايش مع مرضك؟:

.....

9- في أي مرحلة تم تحديد مرض سرطان القولون والمستقيم؟:

.....

10- هل تعلم أي نوع من سرطان القولون والمستقيم أصبت به؟:

.....

11- هل كنت على دراية بعوامل الخطورة للإصابة بهذا المرض؟:

.....

12- حسب رأيك، ما هي أسباب إصابتك بمرض سرطان القولون والمستقيم؟:

.....

13- كيف كان محيط العلاج؟:

.....

14- هل تحسنت حالتك الصحية بعد العلاج؟:

.....

15- هل أنت راض على مستوى التكفل الصحي؟ :

.....

16- هل تغيرت حياتك بعد المرض؟ وكيف؟:

.....

17- هل تغيرت أدوارك الاجتماعية في الأسرة وخارج الأسرة بعد المرض؟ وكيف:

.....

18- من وجهة نظرك، هل أحسست بتغير نظرة الأسرة والمجتمع لك بعد المرض؟ كيف؟:

.....

الملحق رقم (02)

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا

نحن بصدد إجراء بحث حول سرطان القولون والمستقيم، وذلك بغرض نيل شهادة الدكتوراه في الديموغرافيا، تخصص: السكان و الصحة، ومن أجل ذلك نلتمس منكم التكرم بمساعدتنا في انجازه بالإجابة على أسئلة الاستمارة، ونحيطكم علما أن هذه المعلومات ستحاط بالسرية و الكتمان و تخدم البحث العلمي فقط، وشكرا مسبقا.

استمارة مقابلة

المحور الأول : الخصائص السوسيو-ديمغرافية والاقتصادية للمصابين بمرض سرطان القولون والمستقيم.

- **البيانات الشخصيـة:**

1- الجنس: 1- ذكر ☐ 2- أنثى ☐

2- الحالة الاجتماعية:

1- أعزب ☐ 2- متزوج ☐ 3- مطلق ☐ 4- أرمل ☐

3- السن الحالي:

أقل من 20 سنة ☐ 20-30 سنة ☐ من 30-40 سنة ☐

40-50 سنة ☐ 50-60 سنة ☐ 60 سنة فأكثر ☐

4- ما هو مستواك التعليمي:

1- أمي ☐ 2- ابتدائي ☐ 3- متوسط ☐ 4- ثانوي ☐ 5- جامعي ☐

5- مكان السكن:

1- حضري ☐ 2 - شبه حضري ☐ 3- ريفي ☐

6- هل تمارس نشاط مأجور؟:

1- نعم ☐ 2- لا ☐

- إذا كان نعم هل أنت:

1- موظف ☐ 2- عامل يومي ☐ 3- تاجر ☐ 4- حرفي ☐

5- إطار سامي ☐ 6- رجل أعمال ☐ 7- آخر ☐ حدد .....

7- ما هو دخل أسرتك النواتية الشهري؟:

1- أقل من 18 000 دج ☐ 2- 18 000 إلى 28 000 ☐

3- 28 000 إلى 38 000 ☐ 4- 38 000 إلى 48 000 ☐

5- 48 000 إلى 58 000 ☐ 6- أكثر من 58 000 دج ☐

المحور الثاني: عوامل الخطورة والتاريخ المرضي للمريض المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

8- هل أصيب أحد أقاربك من قبل بمرض سرطان القولون والمستقيم؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

- إذا كان نعم من يكون:

1- الأب ☐ 2 – الأم ☐ 3- أحد الإخوة ☐ 4- الجد أو الجدة ☐

5- آخر ☐ حدد .....

9- في أي سن اكتشفت المرض:

1- أقل من 20 سنة ☐ 2 - من 20 إلى 30 سنة ☐ 3- من 30 إلى 40 سنة ☐

4 - من 40 إلى 50 سنة ☐ 5- من 50 إلى 60 سنة ☐ 6- 60 إلى 70 سنة ☐

7- من 70 إلى 80 سنة ☐ 8- 80 سنة فأكثر ☐

10- قبل المرض هل كنت تعاني من السمنة؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

11- هل كنت تمارس نشاط يتعلق بالمبيدات؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

12- قبل تشخيص المرض، هل كانت لديك أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم ؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

- إذا كان نعم ما هي هذه الأعراض؟:

1- مرض مزمن بالقولون والمستقيم (غازات وألم...) ☐ 2- أورام مخاطية (لحيمات بالجدار الداخلي للقولون أو المستقيم) ☐ 3- وجود دم بالبراز ☐ 4- الإصابة بفقر الدم ☐

5- نقص في الوزن ☐ 6- إحساس دائم بالتعب ☐ 7- آخر ☐ حدد .....

- إذا كان لا، كيف اكتشفت المرض ؟:

1- فحص تلقائي ☐ 2- حالة استعجالية ☐ 3- آخر ☐ حدد.....

13- بعد ظهور أعراض الإصابة، هل قمت بالفحوصات اللازمة؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

- إذا كان نعم عند من؟:

1- طبيب عام ☐ 2 - طبيب متخصص ☐ 3- آخر ☐ حدد .....

14- كم كانت المدة بين ظهور الأعراض والقيام بالتشخيص؟:

1- بعد ظهور الأعراض مباشرة ☐ 2- بعد أكثر من شهر ☐

3- من شهرين إلى 6 أشهر ☐ 4- أكثر من 6 أشهر ☐

15- أين تم التشخيص؟:

1- القطاع العام ☐ 2- القطاع الخاص ☐

16- بعد تشخيص المرض ما الذي طلب منك القيام به؟:

1- التصوير السمعي ☐ 2- السكانير ☐ 3- التنظير الباطني القولوني coloscopie ☐ 4- التصوير بالرنين المغناطيسي IRM ☐ 5- التصوير الإشعاعي radiographie ☐ 6- فحوصات أخرى ☐ ما هي .....

17- في أي مرحلة تم تحديد المرض ؟:

1- المرحلة الأولى ☐ 2- المرحلة الثانية ☐ 3- المرحلة الثالثة ☐

4- المرحلة الرابعة ☐ 5- لا أعلم ☐

18- هل كان العلاج عن طريق:

1- الجراحة ☐ 2- الجراحة، بعدها العلاج الكيميائي ☐ 3- الجراحة، بعدها العلاج الإشعاعي ☐ 4- العلاج الكيمائي chimiothérapie ☐ 5- العلاج الإشعاعي radiothérapie ☐

19- أين تم العلاج؟:

1- القطاع العام ☐ 2- القطاع الخاص ☐ 3- القطاعين معاً ☐

<u>المحور الثالث</u>: أثر التكفل الصحي على مستوى الرضا وانعكاسات المرض على النواحي الحياتية والاجتماعية للمريض بسرطان القولون والمستقيم.

20- بعد التأكد من وجود الورم السرطاني، هل تم أخذ خزعة (عينة) منه؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

21- إذا كان نعم كم دامت فترة التحاليل؟:

1- أقل من شهر ☐ 2- من شهر إلى شهرين ☐ 3- من شهرين إلى 3 أشهر ☐

4- من 3 أشهر إلى 6 أشهر ☐ 5- أكثر من 6 أشهر ☐

22-كم كانت المدة بين مرحلة التشخيص وبداية العلاج؟:

1- أقل من شهر ☐ 2- من شهر إلى شهرين ☐ 3- من شهرين إلى 3 أشهر ☐

4- من 3 أشهر إلى 6 أشهر ☐ 5- أكثر من 6 أشهر ☐

23- هل احْتُرِمَت مواعيد علاجك؟:

1- دائماً ☐ 2 - أحياناً ☐ 3- نادراً ☐ 4- أبداً ☐

24- هل تحسنت حالتك الصحية بعد العلاج؟:

1- كثيراً ☐ 2- نوعا ما ☐ 3- لا لم تتحسن ☐

25- هل تأزمت حالتك الصحية نتيجة سوء الخدمات الصحية المقدمة؟:

1- كثيراً ☐ 2- نوعا ما ☐ 3- لا لم تسوء ☐

26-كيف كان محيط العلاج؟:

1- ملائم جدا ☐ 2- ملائم نسبيا ☐ 3- غير ملائم ☐

27- هل أنت راضي على مستوى التكفل الصحي ؟:

1- راض تماما ☐ 2 - راضي نوعا ما ☐ 4- غير راضي ☐

28- إذا كنت غير راض ما هي أسباب عدم رضاك؟:

1- التقصير في العلاج ☐ 2- طول فترة المواعيد ☐ 3- عدم توفر المرافق المختصة ☐

4- قلة تأهيل الكادر الطبي ☐ 5- سوء المعاملة ☐ 6- آخر ☐ حدد .....

<u>المحور الرابع</u>: العادات الغذائية، الوعي الصحي والممارسات اليومية الماضية للمصاب بسرطان القولون والمستقيم.

29- إذا كان سنك يفوق 50 سنة، هل قمت بكشف تلقائي عن احتمال إصابتك بمرض سرطان القولون والمستقيم عند بلوغ 50 سنة؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

30- هل تعلم أي نوع من سرطان القولون والمستقيم أصبت به؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

31- إذا كان نعم ما نوعه: .....

32- هل كنت على دراية بعوامل الخطورة للإصابة بهذا المرض؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

33- إذا كان نعم أذكرها: .....
.....
.....

34- هل كنت تعتمد في وجباتك على الأغذية التي تحتوي على الألياف (الخضروات)؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

35- هل كنت تتناول الكثير من اللحوم الحمراء في وجباتك؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

36- هل كنت تعتمد في وجباتك اليومية على المأكولات السريعة؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

- إذا كان نعم فما هو معدل الوجبات في الأسبوع:

1- أقل من 3 وجبات ☐ 2 - من 3 إلى 6 وجبات ☐

3- من 6 إلى 10 وجبات ☐ 4- أكثر من 11 وجبة ☐

37- هل كنت من متناولي المشروبات (غازية، بدون غاز) ؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

38- هل كنت تشربها بصفة يومية:

1- دائماً ☐ 2 – غالباً ☐ 3- أحياناً ☐

39- هل كنت من المدخنين؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

40- هل كنت من الذين يشربون الخمر؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

41- هل كنت من ممارسي الرياضة؟:

1- نعم ☐ 2 – لا ☐

<u>المحور الخامس</u>: انعكاسات المرض على المصاب بسرطان القولون والمستقيم.

42- ماذا يمثل لك مرض سرطان القولون والمستقيم؟:

1- قضاء وقدر ☐ 2- مرض عادي ☐ 3- مرض مميت ☐ 4- الكارثة ☐

43-كيف كان تقبلك للمرض؟:

1- تقبلته بصعوبة ☐ 2- لم تتقبله ☐ 3- تقبلته بصفة عادية ☐

44- كيف تتعايش مع مرضك؟:

1- بصفة عادية ☐ 2- بصعوبة ☐ 3- تحاول التأقلم معه ☐

45- حسب رأيك ما هي أسباب إصابتك بمرض سرطان القولون والمستقيم؟:

1- نظام غذائك السابق ☐ 2- تطور أمراض سابقة ☐ 3- الوراثة ☐

4- قدر ومكتوب ☐ 5- آخر ☐ حدد .....

46- هل تغيرت حياتك بعد المرض؟:

1- نعم ☐ 2- لا ☐

- إذا كان نعم، كيف؟:

1- فقدان الأمل في الحياة ☐ 2- عزلة وانطواء ☐ 3- تقبل المرض والأمل في الحياة ☐ 4- آخر ☐ حدد .....

47- هل تغيرت سلوكياتك الصحية (نظام غذائك، ممارساتك اليومية) بعد إصابتك بالمرض؟:

1- نعم ☐ 2- نوعا ما ☐ 3- لا ☐

48- هل تغيرت أدوارك الاجتماعية في أسرتك بعد المرض؟:

1- نعم ☐ 2- لا ☐

- إذا كان نعم، هل قلت واجباتك؟:

1- نسبيا ☐ 2- كثيرا ☐ 3- كثيرا جدا ☐

- هل زادت حقوقك؟:

1- نسبيا ☐ 2- كثيرا ☐ 3- كثيرا جدا ☐

49-كيف تقيم مساهمتك على مستوى الجماعة (محيط العمل، خارج الأسرة) بعد المرض؟:

1- بقيت عادية ☐ 2- قلت نوعا ما ☐ 3- زادت ☐

50- هل هناك استقلالية في تأدية وظائف حياتك اليومية بعد المرض؟:

1- استقلالية تامة ☐ 2- نسبيا ☐ 3- اعتماد كلي ☐

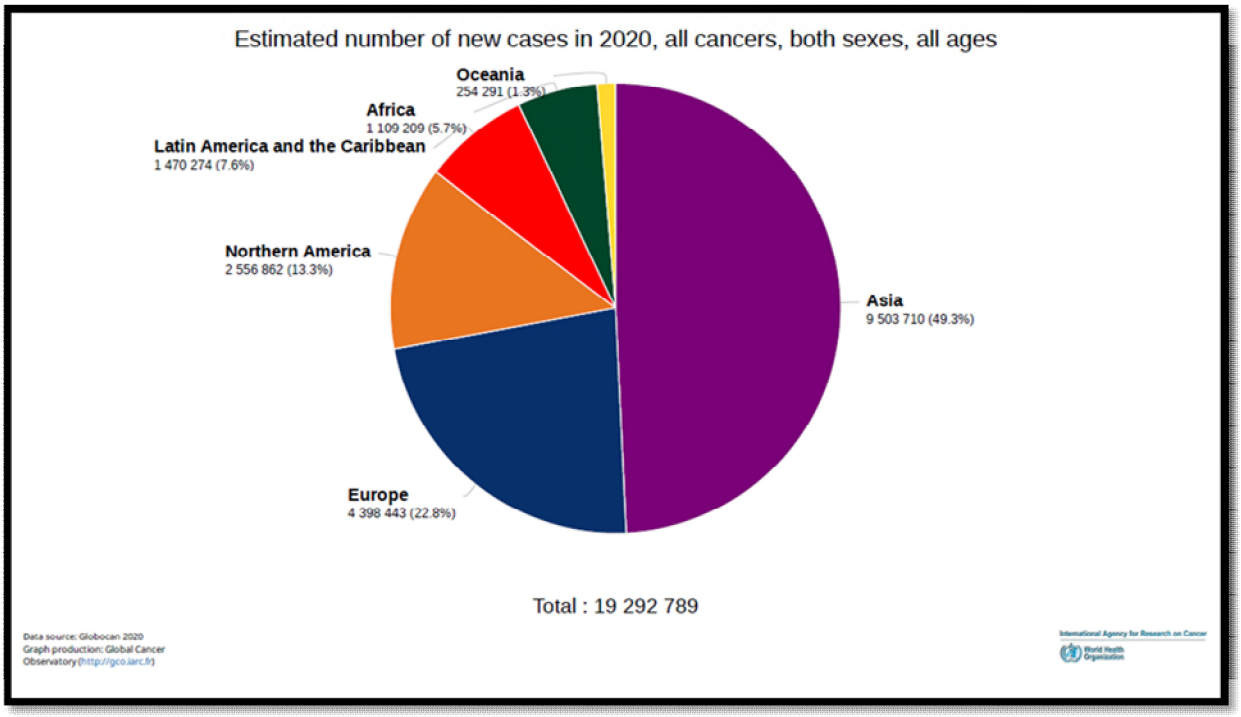
51- هل من إضافة تود التطرق إليها لم نذكرها في الاستمارة؟

.....

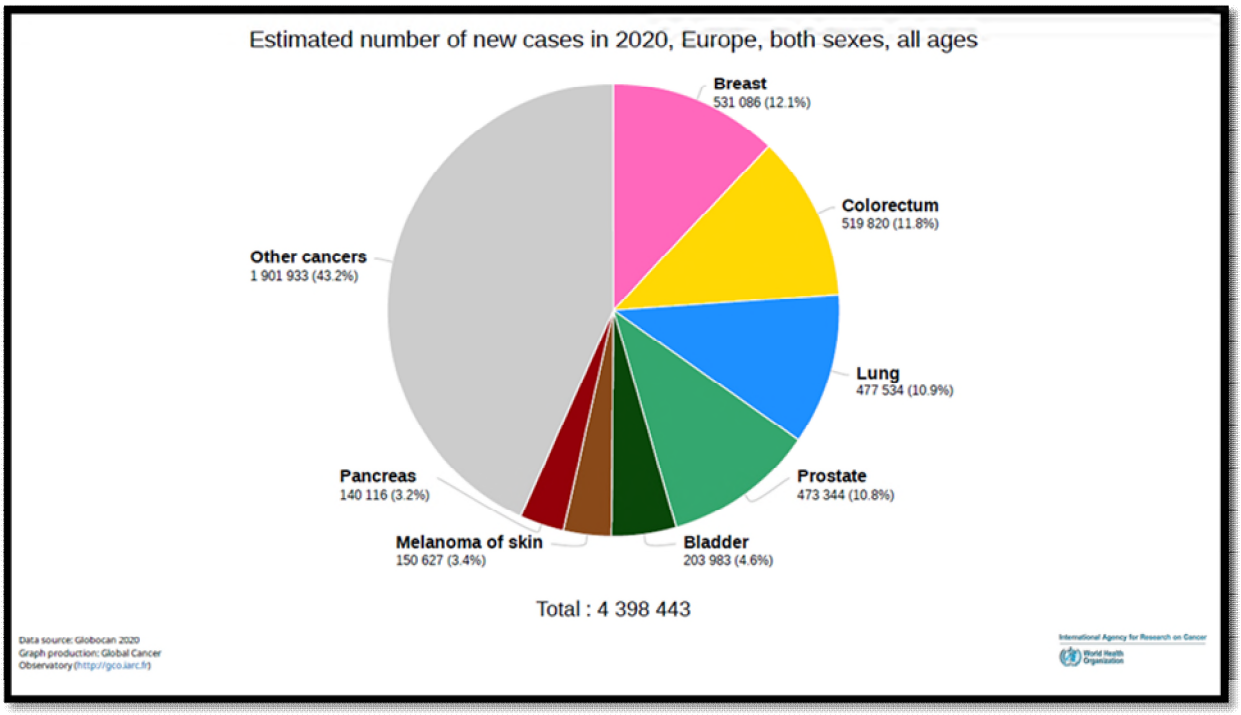
.....

.....

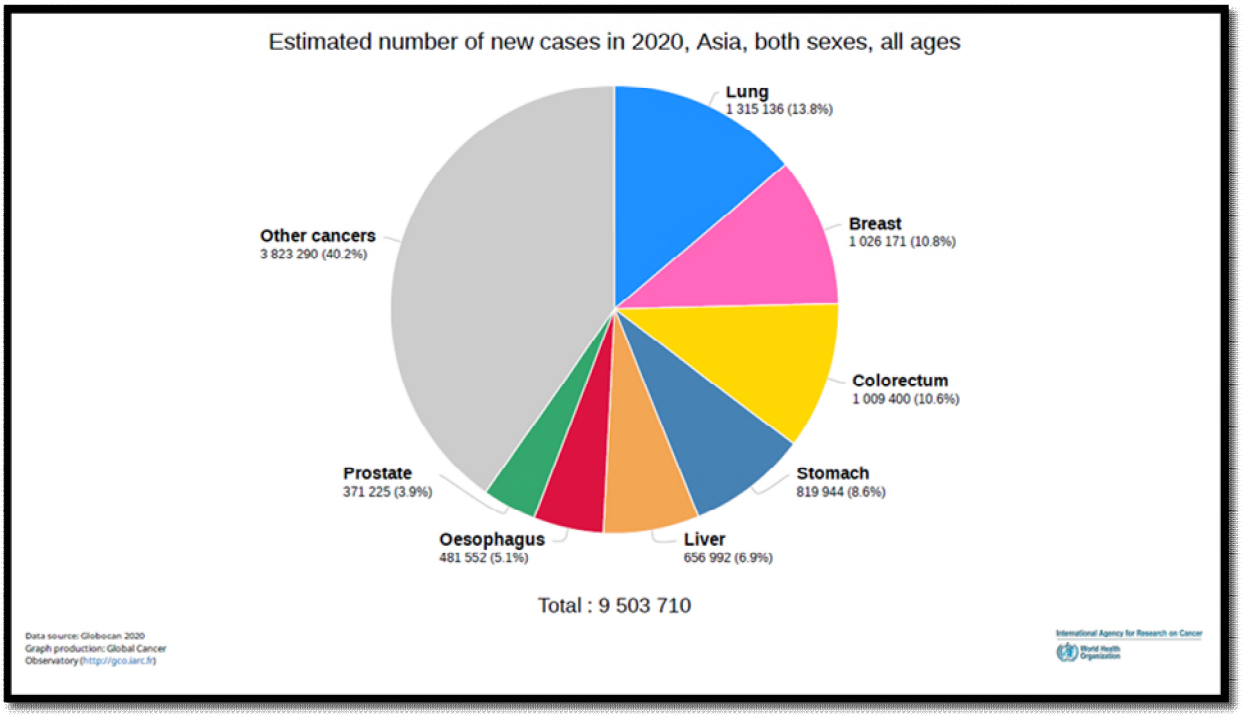
الملحق رقم (03)



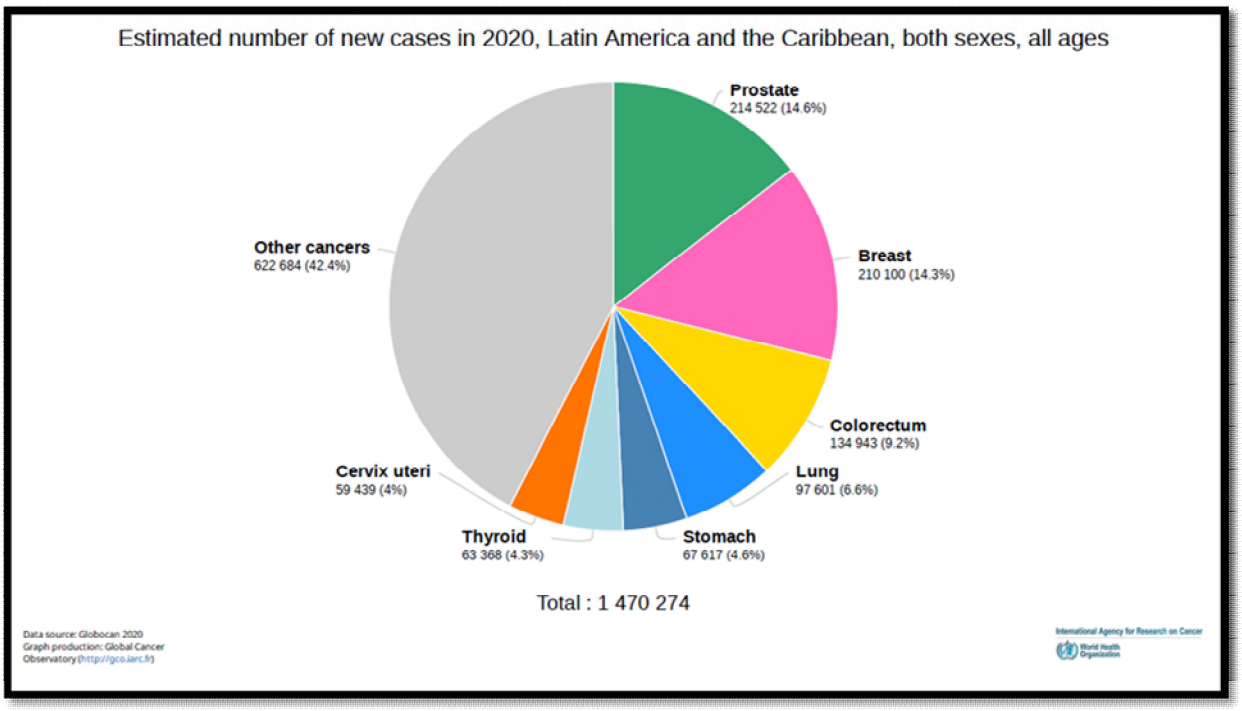
الملحق رقم (04)



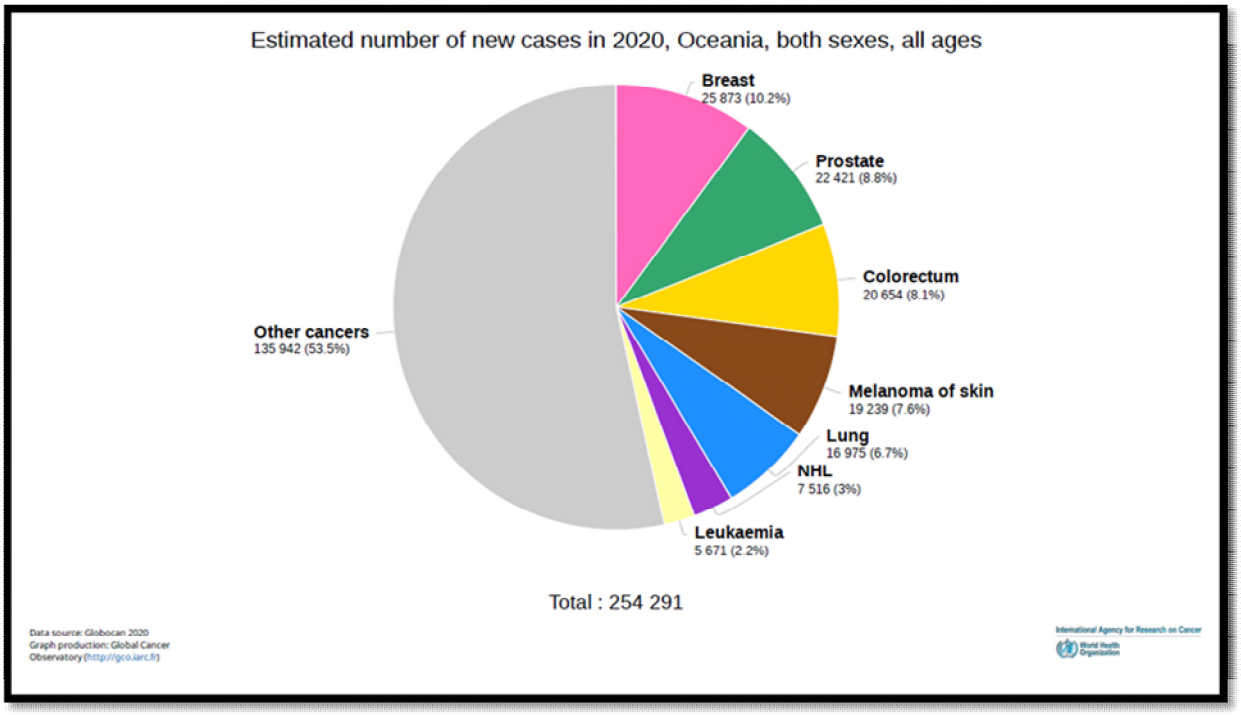
الملحق رقم (05)



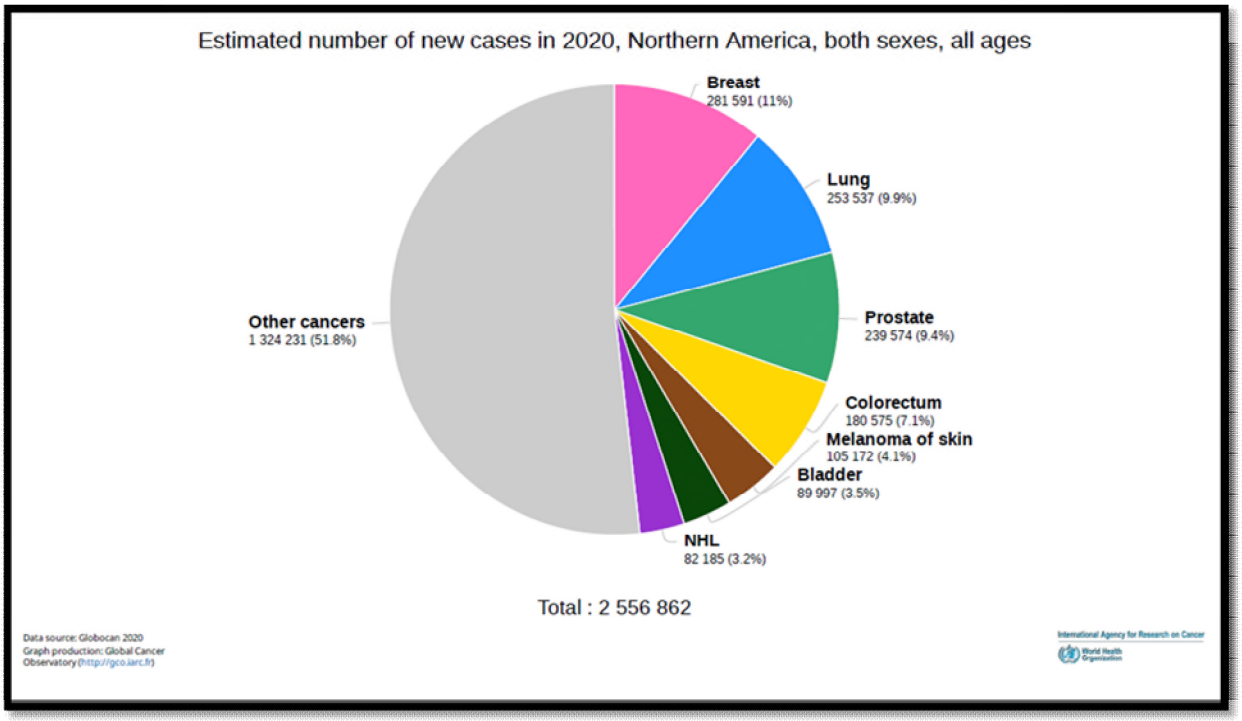
الملحق رقم (06)



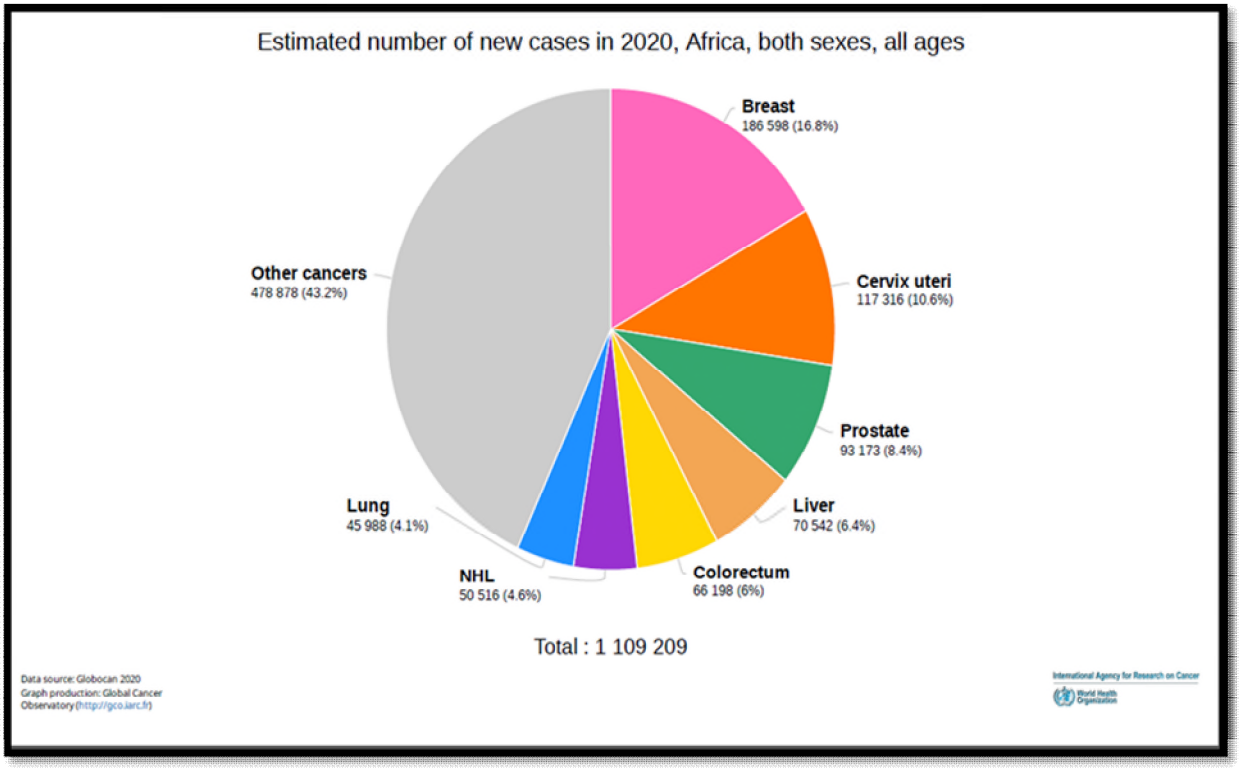
الملحق رقم (07)



الملحق رقم (08)



الملحق رقم (09)



الملحق رقم (10)

جدول يبين تطور معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بالعاصمة للجنسين

السنوات	معدل الإصابة لجنس الذكور	معدل الإصابة لجنس الإناث
2000	11.2	9.4
2001	10.8	10.8
2002	8.8	7.5
2003	14.1	12.2
2004	15.3	13.2
2005	16.5	13.3
2006	12.8	11.9
2007	12.35	13.9
2008	12.5	11.7
2009	20.6	13.9
2010	15.7	16.7
2011	16.82	16.8
2012	19.4	18.3
2013	23.4	19
2014	23.1	21.6
2015	24.2	22.7
2016	25.2	21.7
2017	31.9	26.7
2018	29.1	24.6
2019	29.67	27.5

الملخص:

هدفت الدراسة السوسيو–ديمغرافية إلى التعريف بالظاهرة، وإبراز انتشارها على المستوى العالمي والعربي والوطني، وواقع التكفل الصحي بالمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم في الجزائر.

بينت الدراسة أن سرطان القولون والمستقيم ينتشر بين الجنسين مع تفوق طفيف لجنس الذكور وتزداد حدته بعد سن 50 وهو من أكثر السرطانات المسببة للوفاة. كما أوضحت أن نمط الحياة السابق للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم يختلف حسب خصائصهم السوسيو–ديمغرافية والاقتصادية، وأن حالتهم الصحية كانت متباينة، وذلك حسب تاريخهم المرضي وعوامل الخطر والوقاية التي تعرضوا لها في حياتهم السابقة.

وبينت أيضا أن مستوى الرضا للمرضى كان مختلفا، وذلك حسب نوعية الخدمات الصحية والتكفل الصحي الذي تلقوه أثناء فترة العلاج وقد انعكس ذلك على حالتهم الصحية.

الكلمات المفتاحية: الواقع السوسيو–ديمغرافي، سرطان القولون والمستقيم، نمط الحياة، الحالة الصحية، مستوى الرضا.

Summary:

The socio-demographic study aimed to introduce the phenomenon, highlight its spread at the global, Arab and national levels, and the reality of health care for patients with colorectal cancer in Algeria.

The study showed that colorectal cancer spreads between both sexes, with a slight predominance in males, and its severity increases after the age of 50, and it is one of the most common cancers that causes death. She also explained that the previous lifestyle of patients with colorectal cancer varied according to their socio-demographic and economic characteristics, and that their health status varied, according to their medical history and the risk and protective factors they were exposed to in their previous lives. It also showed that the level of satisfaction of patients was different, depending on the quality of health services and health care they received during the treatment period, and this was reflected in their health condition.

Keywords: socio-demographic reality, colorectal cancer, lifestyle, health status, level of satisfaction.

Résumé:

L'étude sociodémographique visait à présenter le phénomène, à mettre en évidence sa propagation aux niveaux mondial, arabe et national, ainsi que la réalité de la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal en Algérie.

L'étude a montré que le cancer colorectal se propage entre les deux sexes, avec une légère prédominance chez les hommes, et que sa gravité augmente après l'âge de 50 ans, et qu'il est l'un des cancers les plus courants et mortels. Elle a également expliqué que le mode de vie antérieur des patients atteints d'un cancer colorectal variait en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, et que leur état de santé variait en fonction de leurs antécédents médicaux et des facteurs de risque et de protection auxquels ils avaient été exposés au cours de leurs vies antérieures.

Elle a également montré que le niveau de satisfaction des patients était différent en fonction de la qualité des services de santé et des soins qu'ils ont reçus pendant la période de traitement, et cela se reflétait dans leur état de santé.

Mots-clés: réalité socio-démographique, cancer colorectal, mode de vie, état de santé, niveau de satisfaction.