

إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان

د. رمضان زعطوط و عوالي رويبح
مخبر علم النفس العصبي والاضطرابات السوسيو عاطفية
جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر

ملخص الدراسة:

لا يعتبر المرض أمرا عضويا فقط، بل يُعد ظاهرة مُعقدة، لا يُمكن اختصارها في بُعدها البيولوجي، فهناك تأثيرات نفسية واجتماعية وثقافية تؤثر في العادات الصحية واتجاهات وسلوكيات الفرد وارتباطها ببعضها، وخاصة لدى المصابين بأمراض مزمنة.

ومنه اهتمت هذه الدراسة بدراسة إدراك المرض عند مرضى السرطان وارتباطه باستجابتي القلق والاكتئاب، أين هدفنا لدراسة الظاهرة واستكشاف كل جوانبها وأبعادها الحقيقية لدى مرضى السرطان بورقلة.

وقد افترضنا وجود إدراك مميز لدى مريض السرطان لمرضه بما فيه تصوره لأسباب السرطان وارتفاع مستوى القلق والاكتئاب، ووجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب لديه، واختلاف تلك العلاقة باختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ونوعية السرطان ومدة الإزمان ونوع العلاج.

قدرنا أنّ إستبيان إدراك المرض المعدل (IPQ-R)، والمقياس الإستشفائي للقلق والاكتئاب (HADS)، أداتين مناسبتين لمثل هذه الدراسة، وتمّ التأكد من صدقهما وثباتهما في دراسة استطلاعية على عينة مكونة من 30 مريضا بالسرطان. وتمثلت عينة الدراسة الأساسية في 85 مريضا، والتي طبقت عليها الأداتان على شكل بطارية بطريقة المقابلة "نصف الموجهة" من طرف الباحثة. أين توصلت النتائج إلى:

- ارتفاع إدراك مريض السرطان في كل من بُعد العواقب، والسيطرة الذاتية والعلاجية، وتساقق المرض، والدورية، والآثار الانفعالية، وانخفاضه نسبيا في بُعد الزمانية مقارنة مع متوسط الإجابات.
- وجود فروق في أبعاد المرض باختلاف الجنس والمستوى الاجتماعي وفي مدة الإزمان، بينما توجد فروق باختلاف السن عند أبعاد (التساقق و السيطرة الذاتية و الانفعالية) لصالح صغار السن، وفروق باختلاف المستوى التعليمي عند أبعاد (الزمانية، التساقق، السيطرة الذاتية، الدورية، الانفعالية) لصالح مرتفعي المستوى التعليمي، وفروق باختلاف المستوى الاقتصادي عند بُعد (العواقب) لصالح مرتفعي المستوى الاقتصادي.
- وجود القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان. وارتفاعهما لصالح الإناث مقارنة بالذكور.
- جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض والقلق والاكتئاب، دالة مع جميع الأبعاد وبارتباط قوي مع بُعد الانفعالية، ودال بعلاقة عكسية مع أبعاد (التحكم في العلاج وفهم المرض والسيطرة على المرض)، أي كلما زادت درجة هذه الأبعاد، كلما نقص مستوى القلق والاكتئاب.
- دلالة الارتباط بين الهوية وبين القلق والاكتئاب، والتي توضح ارتباط مستوى القلق والاكتئاب بزيادة تواجد الأعراض المرضية لدى مريض السرطان.
- الكلمات المفتاحية: سرطان، إدراك المرض، عزو سببي، قلق، اكتئاب.

Abstract:

Disease is not only organic, but a complex phenomenon and can not be shortened in the biological dimension, there are psychological effects, social and cultural affect such as habits, attitudes, and behavior, and their interaction, especially in patients with chronic diseases.

Current study is concerned with representation and perception dimensions of illness in cancer patients and its association with anxiety and depression.

We acclaim that there is a distinct patient's perception of cancer as illness including causal attribution and high level of anxiety and depression. Relationship between the perception's dimensions of the disease and the level of both anxiety and depression, and

differences according to age, gender, educational level, cancer type, duration and treatment type are explored. Illness Representation Questionnaire (IPQ-R) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used. Their validity and reliability were confirmed in a prospective study of 30 cancer patient's sample. Our main sample included 85 cancer patients.

Main results include:

- Increased awareness of cancer patients in both consequences, self-control and treatment control, disease correlations, cyclicity, emotional effects, and relatively low in temporal distance compared with the average responses.

- There are differences in the dimensions of the disease according to sex, social level and time period, while there are differences in age according to the dimensions (consistency and self-control and emotional) for the benefit of young people, and differences according to educational level in dimensions (temporal, emotional) in favor of higher education level, and differences according to the economic level at consequences for the benefit of the high economic level.

- Identity correlate with accompanying symptoms, and no significant differences between sex, age, educational level, socioeconomic level, and duration.

- High significance of the differences of psychological, behavioral, and religious / religious causes, and a slight decrease in the significance of genetic causes / family. No significant differences in causal attribution according to sex, age, educational level and social and in the time period.

- The presence of anxiety and depression in cancer patients, and increase in favor of females compared to males.

- Correlation between the dimensions of the perception of disease and anxiety and depression, a function with all dimensions and a strong link with the emotional dimension, and a relationship with the opposite dimensions (control of treatment and

understanding of the disease and control of the disease), the more the degree of these dimensions, Level of anxiety and depression.

-Significance of correlation between identity and anxiety and depression, which shows the correlation level of anxiety and depression increased the occurrence of symptoms in patients with cancer.

The study summarized the relationship between the dimensions of the perception of the disease and the responses of anxiety and depression in cancer patients.

Keywords: cancer, illness representation, causal attribution, anxiety, depression.

1. مقدمة:

تعد الأمراض المزمنة من المشكلات التي تهدد المجتمعات الإنسانية، إذ تعد حسب منظمة الصحة العالمية مشكلة صحية تتطلب الرعاية على مدى عدة سنوات أو عدة عقود. تشمل العديد من الأمراض مثل السرطان، والسكري، وأمراض القلب والاليدز والتهاب المفاصل الرثوي، ومرض الزهايمر، والشلل الرعاش وغيرها، ومهما كان المرض فإن ما يميزه هو شدته، ومدته، ومدى تأثيره على الحياة الاجتماعية والمهنية والعاطفية والحياة الأسرية. (Roche، 2011)

يتربع السرطان على رأس قائمة الأمراض المهددة للحياة، وقد أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلاد النامية، وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به، وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها. حيث أكد عبد الفتاح (1995) أن هناك ثلاثة أسباب لحدوث السرطان:

الأول: عامل بيئي مثل التعرض للإشعاعات، واستخدام الكيماويات في الأدوية وبعض الصناعات.

الثاني: عامل وراثي يتمثل في ضعف الجهاز المناعي.

الثالث: عامل نفسي يظهر من خلال متانة أو ضعف البناء النفسي في مواجهة الضغوط وأحداث الحياة المؤلمة منها والساار أيضا.

يمكن اعتبار الجينات أدوات المرض والبيئة بما تحمله من ضغوط نفسية هي الدفعة اللازمة لتغيير الشكل الوراثي لما تحمله الجينات من أدوات في شكل مرض من خلال استعداد نفسي، الأمر الذي يؤثر على جهاز المناعة ، وبالتالي نصاب بالمرض الذي يعتبر استجابة للضغوط ويتجلى التدهور النفسي المتمثل في الحالة الانفعالية مثل الاكتئاب، القلق، الخوف، الغضب، التشاؤم، وغيرها. (الأنصاري، 1996)

يؤدي السرطان إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان، وفقدان الشهية، والإسهال، وسقوط الشعر، وفقدان الخصوبة والقدرة الجنسية، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي، وتغيرات الوزن، هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية مثل القلق والاكتئاب والأرق. ويعاني مرضى السرطان من بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة، مثل فقدان الدخل، والانعزال، والوصمة الاجتماعية. وقد تناول كثير من الباحثين الاستجابات السلوكية والأعراض النفسية المرتبطة بمرض السرطان مثل شعور المرضى بالفوضى والقلق والخوف، والانكسار والقلق والاكتئاب. لاحظ باحثون آخرون أن مرضى السرطان يستخدمون الإنكار لتقليل الفزع المرتبط بمرض السرطان، ويشيع لديهم القلق والاضطراب الانفعالي، بينما ركزت فئة أخرى من الباحثين على الاكتئاب بوصفه الاستجابة الشائعة لدى مرضى السرطان، وأنه قد يؤدي إلى الانتحار خاصة في المجتمعات التي تنخفض فيها اللياقة الروحية. (فقيه، 1997)

أشار Lazarus (1981) صاحب نظرية الضغط والمقاومة إلى أن هناك اختلاف في ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة. حيث أن البعض منهم بعيد إلى حد ما عن الانزعاج من المرض، على عكس البعض الآخر، وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في التوافق السيكولوجي مع المرض بين المصابين به. كما توصل Pollok (1989) إلى أن الكيفية التي يدرك الفرد بها وضعية المرض وأسلوب المقاومة الذي يستخدمه، متغيران لهما دور كبير في تكيف المريض مع المرض ومدى الاستجابة الفسيولوجية للعلاج الطبي المقدم للمريض.

ومن خلال نموذج التنظيم الذاتي لليفتنثال Leventhal self regulation model والذي يمثل تصورات وإدراكات المريض لمرضه. فحسب هذا النموذج فإن الفرد عامل نشط، وعازم على حل مشاكله المتعلقة بالصحة والمرض، وأن تصورات إزاء المشكلة هي دليل لإعداد مخطط عملي فعلي للتكيف مع الحالة المرضية (Leventhal, 1980)، تتكون هذه التصورات الشخصية من خلال خبرات الحياة وتفاعلات الفرد مع الآخرين والمعلومات المستمدة من التنشئة الاجتماعي. (Raymond, 2008)

2.1. مفهوم التنظيم الذاتي: Self Regulation concept

خلافًا للكائنات الحية الأخرى لاحظ الباحثون أن البشر لديهم القدرة على الوعي بحالاتهم الداخلية وبالعمليات التي تجري على مستوى شعورنا، بل حاول بعضهم مثل "فرويد" كشف الحالات غير الواعية المتحكممة في سلوكنا. ويبدو أننا نشعر بالقدرة على التحكم في رغباتنا وأهوائنا، ومعاننا في الصحة والمرض وفي موافق كثيرة، وتكييف سلوكياتنا بل وتغييرها لتحقيق أهدافنا. وقد تم اقتراح مصطلح ومفهوم التنظيم الذاتي (self regulation) لوصف محاولة الأفراد ضبط معارفهم ومعتقداتهم ومشاعرهم وأفعالهم لغرض تحقيق تلك الأهداف. إن الفكرة الرئيسية في هذه المقاربة هي أن الأفراد فاعلون ونشطون ومتحكمون في كثير من قراراتهم مما يمكنهم من التكيف مع المواقف المتجددة وليسوا متفرجين سلبيين فقط، مركزين على الإنسان المرید المخير. (Denise, 20013). أما Manu وزملائه (2013) فيرون أن التنظيم الذاتي هو مصطلح مظهلي نشأ لوصف العمليات التي يقوم بها الأفراد لتحقيق أهدافهم سواء كانت واعية أو غير واعية، سواء في مرحلة تحديد أهدافها أو في مرحلة السعي لتحقيقها. قدم ليفتنال وماير وتيرنز (1980) نموذج التنظيم الذاتي self regulation model (SRM)، لشرح كيف أن المرضى يبنون تصورا أو تمثلا معرفيا وآخر انفعاليا لمرضهم معتمدين على المعطيات والمعلومات التي يصلون إليها، لإضفاء معنى على الأعراض وعلى المرض بهدف فهمه وإدارته.

يجمع نموذج Leventhal بين إدراك المرض وبين استراتيجيات التعامل معه، ويجعل الثانية تابعة للأولى. أين يرى أن الأفراد ينشئون تصورات أو تمثلات معرفية و

وجدانية لمرضهم لإضفاء المعنى عليه، ومساعدتهم في التحكم في أعراضه وآثاره على حياتهم.

يستعين المرضى في تكوين هذه الإدراكات بالمعلومات المتاحة لهم من ثلاثة مصادر:

أ) المعارف القبلية المأخوذة من المجتمع قبل الإصابة بالمرض (التصورات الاجتماعية).

ب) المعطيات التي يقدمها الأقارب، أو الأسرة، أو المتكلفون بالمرض ومن أهمهم السلطات الطبية والصحية.

ج) خبرة المريض ومعايشته للمرض وأعراضه الحالية أو السابقة المخزنة في ذاكرته بما فيها الوسائل والعلاجات وطرق التعامل مع عواقب ومضاعفات المرض خاصة الفعالة منها. وتلعب شخصية المريض السابقة للمرض مؤشرا أيضا (Pupat, 2007).

وُبي النموذج على ثلاث مسلمات (فرضيات) هي:

- المسلمة الأولى: إن الفرد كائن نشط فعال، يحاول حل مشكلاته لذلك سيحاول فهم مشكلته لإيجاد الوسائل التي تمكنه من تقليص الهوة بين حالته الآنية وبين ما يصبو إليه أو يتوقعه.

- المسلمة الثانية: إن التصور أو تمثيل المرض سيقود أو يساعد المريض في عملية التكيف، واختيار الاستراتيجيات المناسبة لذلك، وتقييمها زمنيا من حيث الفعالية كنوع من التغذية الراجعة المستمرة.

- المسلمة الثالثة: إن تصور المرض أو تمثله هو بناء نفسي اجتماعي ثقافي يخضع لمتغيرات عديدة، ولا يشترط فيه أنه يوافق أو ينطبق مع تصور الطبيب أو المحيطين بالمريض، فهو بنية ذاتية قد تختلف مع الواقع العيادي. لذلك كان إدراك المرض بعدا اجتماعيا مرتبط بكيونة الفرد. (Ferreira, 2013)

- تضمن النموذج الأصلي للتنظيم الذاتي 05 أبعاد هي:
- الهوية/ الزمانية/ العواقب/ الأسباب (الغزو) / الضبط أو الشفاء ثم أضيفت إليها أبعاد أخرى لتحسين صدقية النموذج التكوينية بعد دراسات عاملية استكشافية وتوكيدية مثل: التمثلات الانفعالية، وفهم المرض (التساوق) والعواقب.

1- الهوية: ويقصد بها في النموذج طبيعية المرض والأعراض التي يعايشها المريض ويربطها بحالته الصحية الحالية.

2- السبب: ويشير هذا البعد إلى الغزو السببي أي إلى العوامل أو المسببات التي يرى المريض أنها مسؤولة جزئيا أو كليا عن حدوث المرض وظهوره.
قد نعزو سبب مرضنا إلى عوامل نفسية أو بيولوجية أو محيطية كما قد نربطه بمعتقدات مثل العقاب عن الذنوب، وحتى الصدفة أو الحظ السيئ. كما قد نعتبر بعض السموم أو الملوثات أو حتى الأدوية التي تناولناها من قبل خاصة إن كانت بدون إذن طبي كمسؤولة عن سبب أمراضنا. وقد تعزو بعض النساء ظهور سرطان الثدي إلى الغضب المكتوم أو عدم القدرة على التعبير عن الإحباط.

3- البعد الزمني: وقد وجد ليفنتال ومن بعده الباحثون، أن العلاقة بين الزمن وبين المرض كما يتصورها المريض ذات وجهين:
1.3. الإزمان مقابل الحدة: إدراك المريض أن مرضه مزمن غير قابل للشفاء على الأقل في القريب العاجل مقابل شعوره أو تصوره بأنه مرض حاد عابر سيشفى منه عن قريب.
2.3. الدورية: حين يشعر المريض أن مرضه يأتيه على شكل دورات من الظهور والمعاودة بعد الاختفاء.

4- العواقب: ادرك المريض للأثار الجسدية أو الاجتماعية أو الاقتصادية كمضاعفا لمرضه.

5- الضبط: وهو إدراك المريض أن مرضه قابل للتحكم و الإدارة سواء من طرفه في الضبط الذاتي للمرض، أو عن طريق العلاج الفعال حين يربط بين اختفاء الأعراض وتحسن حالته و بين العلاج الذي يلتزم به. وهذا البعد مرتبط أيضا بشعور المريض بأن مرضه قابل للشفاء.

6- التمثل الانفعالي أو الوجداني، المرتبط بالانفعالات السالبة مثل الغضب والإحباط والقلق والخوف والكآبة بسبب المرض.

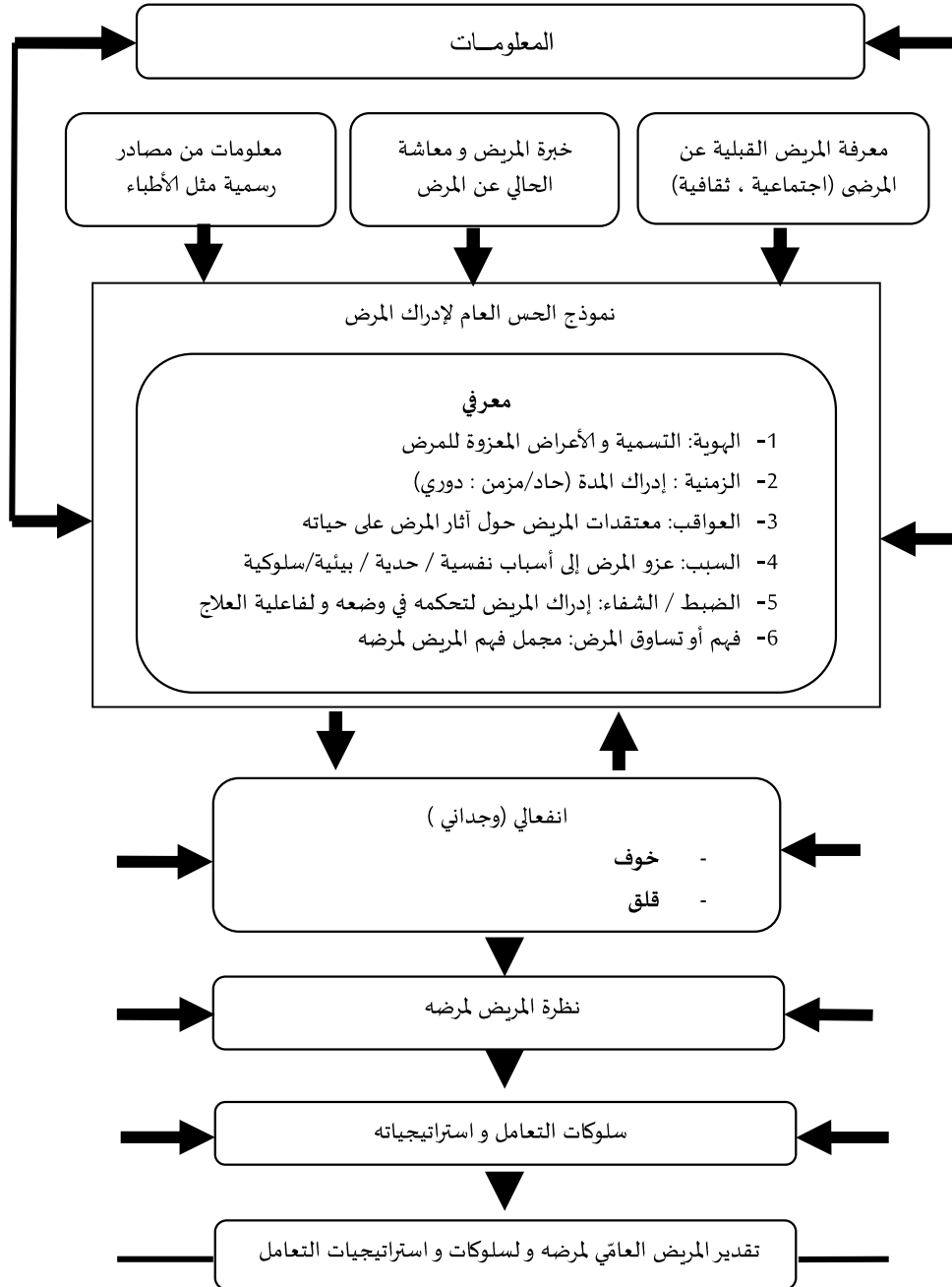
7- تساق المرض: وهو مضاف إلى بعد التصور الوجداني، وهو من الأبعاد المحدثة على النموذج الأصلي لليفينثال وهو بُعد ما رواء معرفي يشير إلى قدرة المريض على تكوين فهم متكامل يجمع الأسباب والأعراض والمضاعفات ومعنى المرض في حياة المريض. إن التساق المؤدي إلى تناسق مركبات المرض وأثاره على حياة المريض ومعايشه اليومي يشير إلى قدرته على التكيف والتوافق ومواجهة الكرب كما أشارات لذلك Moss-Morris وزملائها (2002) و Arsenault وزملائه (2005)، لذلك أضيفت مع أبعاد أخرى إلى مقياس إدراك المرض IPQ.

اعتماد على الخلفية النظرية لنموذج التنظيم الذاتي، تساءلنا ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين طبيعة إدراك المريض المصاب بالسرطان لمرضه وأنماط العزو السببي التي يعتقد انها مسؤولة عن مرضه من جهة وبين مستوى القلق والاكتئاب لديه؟

وتفرعت عن سؤال المشكلة الرئيس الأسئلة التالية:

- ما طبيعة أبعاد إدراك المرض وأنماط العزو السببي لدى مريض السرطان؟
- ما مستوى القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان؟
- هل توجد علاقة بين أبعاد إدراك المرض وأنماط العزو السببي وبين مستوى القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان؟

شكل (01): نموذج الحس العام لإدراك المرض لـ (Leventhal)



وعلى ضوء التساؤلات المطروحة في مشكلة الدراسة صيغت الفرضيات التالية:

- نتوقع وجود إدراك مميز لدى مريض السرطان لمرضه بما فيه تصويره لأسباب السرطان.
- نتوقع ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- نتوقع وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان.

2- المنهج:

1.2. أدوات الدراسة :

1.1.2. مقياس إدراك المرض المعدل (IPQ-R): Illness Perception

Questionnaire:

تم إنشاء الاستبيان من طرف Weinman وزملائه (1996): لقياس أبعاد المرض التي قدمها Leventhal في نموذج عن التنظيم الذاتي، ومنذ ذلك الحين تم استعماله في عديد الدراسات، واحتوى المقياس الأصلي على خمسة أبعاد هي: الهوية، العواقب Conséquences، المسار الزمني chronologique، التحكم الذاتي Self-control، إدراك فاعلية العلاج Treatment control. ويشمل بعد إدراك المرض 38 بنداً مقسماً إلى سبعة مستويات، ويضم كل مستوى بنوداً هي كالتالي:

- الزمانية chronologique (التسلسل الزمني (حاد / مزمن): 1، 2، 3، 4، 5، 18.
- العواقب Consequences (آثار المرض على نوعية الحياة): 6، 7، 8، 9، 10، 11.
- السيطرة الذاتية Self-control (شعور المريض بالتحكم في مرضه): 12، 13، 14، 15.
- التحكم في العلاج Treatment control (شعور المريض بأنّ العلاج مفيد): 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22.

- تساوق المرض coherence (فهم المريض لمرضه): 23، 24، 25، 26، 27، 28.
- الدورية cyclic (تغير حالة المريض وأعراض المرض دورياً): 29، 30، 31، 32.
- الانفعالية emotions impact (الآثار الانفعالية للمرض): 33، 34، 35، 36، 37، 38.

33.

- إلا أن البنود التالية تقيّم عكسيا: 36، 27، 26، 25، 4.1، 8.15، 17.18، 19.23، 24.

واحتوى هذا البعد على بنود تكون الإجابة فيها بسلم (ليكرت) والتي تأتي على شكل (أوافق تماما، أوافق، لا أعرف، لا أوافق، لا أوافق تماما)، ويتم تصحيح الإجابات كما يلي:

لا أوافق تمام = 1 / لا أوافق = 2 / لا أعرف = 3 / أوافق = 4 / أوافق تماما = 5
أمّا بُعد أسباب Causes المرض فيضم 18 بندا تضم أسبابا محتملة للمرض، أين قسمناها لأربع مجموعات:- أسباب نفسية: 1، 12، 14 - أسباب سلوكية: 3، 4، 5، 6، 9، 10، 11، 16 - أسباب وراثية/عائلية: 2، 7، 8، 15 - أسباب إعتقادية/دينية: 13، 17، 18. يجاب على البنود بطريقة (ليكرت) على شكل (أوافق تماما، أوافق، لا أعرف، لا أوافق، لا أوافق تماما). ويتم تصحيحها بـ (1، 2، 3، 4، 5)، ولا توجد فيها بنود عكسية. يتم وضع درجات بعد الهوية والعزو بطريقة خاصة ولا حسابان في الدرجة الكلية للأبعاد.
تمت ترجمة المقياس باتباع الخطوات المنهجية المطلوبة بما فيها الترجمة العكسية.

2.1.2. المقياس الإستشفائي للقلق والاكتئاب

Hospital Anxiety and Depression Scale:(HADS)

والذي أنشأه Zigmond and Snaith (1983) لتقييم القلق والاكتئاب في عينات غير مرضية مفهوم الطب النفسي سنة 1983، وقام بترجمته وتعديله محمد (صلاح خليل، 1995)، (جامعة الخرطوم) ووصفه بالصورة النهائية، مهيد محمد متوكل (جامعة أم درمان الإسلامية).

2.2. الخصائص السيكومترية لمقياس ادراك المرض:

تم اختبار المقياس على عينة استطلاعية من 30 مريضا بالسرطان. واعطت النتائج التالية:

أ) صدق الاتساق الداخلي: معاملات الارتباط ما بين البنود والدرجات الكلية وصلت إلى ما بين 0.33 إلى 0.77 أغلبها دال ما عدا (باستثناء) 05 بنود. غير أننا أحجمنا على حذفها بسبب تنبها تبيغزة في دراسته الأخيرة (2017) حيث لا يجب حذف البنود اعتباطا ولا بد من دراسة سيكومترية معمقة باستعمال مناهج متعددة.

ب) وصل صدق التمييز: بالمقارنة الطرفية إلى ت: 9.2 دال عند (0.01)

3-1-3 الثبات: تم تقدير الثبات بطريقتين:

أ- معامل ألفا كرونباخ الذي وصلت قيمته إلى 0.72 وهو مقبول (دال عند 0.01)
ب- و بالتجزئة النصفية وصلت قيمته إلى 0.60 وهو مقبول أيضا (دال عند 0.05)

أما بالنسبة لمقياس القلق والاكتئاب HADS فقد تم التأكد من خصائصه اليكومترية عدة مرات في دراسات سابقة على عينات مماثلة في نفس شروط الدراسة الحالية. (زعطوط 2005، 2014).

2.2. خصائص العينة:

بلغ حجم عينة الدراسة 85 مريضا. كان عدد الذكور (16) بنسبة (18.8٪)، بينما عدد الإناث بلغ (69) بنسبة (81٪)، توزعت العينة حسب السن إلى فئتين: الفئة الأولى (< 45) يبلغ عددها (37) فردا بنسبة (43.5٪)، والفئة العمرية الثانية (≥ 45) عددها (48) فردا بنسبة (56.5٪). أما حسب المستوى الاجتماعي فقسمتنا العينة إلى أربع فئات: فئة (المتزوج) البالغ عددها (53) فردا بنسبة (62.4٪)، والفئة الثانية (عازب ومطلق وأرمل) وعددها (32) فردا بنسبة (37.6٪).

وتوزعت العينة حسب نوع المرض إلى ثمانية أنواع: (سرطان الثدي) والذي بلغ عدد أفرادها (36) بنسبة (42.4٪)، أين جاء يحتل النسبة الكبيرة من مجموع النسب، و (سرطان الرحم و عنق الرحم) وبلغ عدد أفرادها (14) بنسبة (16.5٪)، و (سرطان التجويف الكهفي) بلغ (10) فردا بنسبة (11.8٪)، و (سرطان الجهاز الهضمي) والذي بلغ (13) بنسبة (15.3٪)، و (سرطان الرئة) بلغ (1) بنسبة (1.2٪)، و (سرطان الغدد الليمفاوية) بلغ (3) فردا بنسبة (3.5٪)، و (سرطان الدم) بلغ (2) بنسبة (2.4٪)، وبلغ (سرطان الجهاز البولي التناسلي) (6) فردا بنسبة (7.1٪).

3. النتائج ومناقشتها:

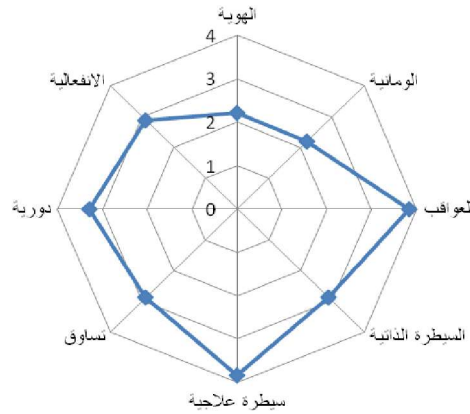
1.3. نتائج و مناقشة الفرضية الأولى: " نتوقع وجود إدراك مميز لدى مريض السرطان لمرضه بما في ذلك تصوره لأسباب السرطان"

أ- أبعاد إدراك المرض:

الجدول(1): يوضح متوسط درجات أبعاد إدراك المرض

المتغير المقاس	الأساليب الإحصائية	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الإجابة حسب المقياس	الدلالة
الزمانية		2.21	0.66	2.5	منخفض
العواقب		3.83	0.69	2.5	مرتفع
السيطرة الذاتية		2.88	1.13	2.5	مرتفع
السيطرة العلاجية		3.83	0.69	2.5	مرتفع
تساوق المرض		2.88	1.13	2.5	مرتفع
الدورية		3.28	0.89	2.5	مرتفع
الأثار الانفعالية		2.88	1.13	2.5	مرتفع

كما يمكننا ملاحظة الفروق بين الأبعاد باعتماد الشكل العنكبوتي كما يلي:



الشكل(02): أبعاد إدراك المرض لدى العينة الكلية

وقد وافقت هذه النتائج دراسة Hopman وزملائه (2015) في هولندا، الذي استعمل نفس المقياس (IPQ-R)، ووصل إلى نتيجة على عينة من 325 مصابا بالسرطان (أنواع مختلفة)، حيث جاءت متوسطات الأبعاد بالشكل التالي: الزمانية 2.99، العواقب 2.69، السيطرة الذاتية 2.65، السيطرة العلاجية 3.36، التساوق 3.8، الدورية 2.38، الانفعالية 2.47. وكذلك دراسة Reesa وزملائه (2004) على مريضات سرطان الثدي، والتي جاءت هي كذلك نتائجها إلى نسب

مقارنة مع دراستنا، حيث وجدوا متوسطات أبعاد إدراك المرض هي: الزمانية 3.27، العواقب 3.94، السيطرة الذاتية 3.25، السيطرة العلاجية 3.62، التساوق 2.45. أين تُظهر النتائج ارتفاع مستوى متوسط بُعد السيطرة العلاجية، وهذا يدل على شعور المريض بأن العلاج مفيد، وإمكانية التحكم في الأعراض، ومنه إدراك مرتفع لفاعلية العلاج، وكذا الحال بالنسبة لبُعد العواقب والذي يُحدد آثار المرض على نوعية الحياة، أين يرى تايلور أنه من المهم للنساء فهم آثار السرطان لحياتهم وفقاً لذلك، فأكثر من (50%) من النساء ذكرن أن السرطان قد ينتج عن إعادة تقييم حياتهن، وذكرت أخريات أنه حدث لديهن تحسناً في مفهوم الذات، والتغيير الذاتي وعملية إعادة ترتيب الأولويات. إن فهم سبب المرض وتطوير نظرة ثاقبة حول آثاره يعطي معنى المرض. ووفقاً لهذا النموذج من التعامل فقد يساهم للشعور بالمعنى في عملية التأقلم والتكيف المعرفي. (العاسي، 2016)، بالإضافة إلى ارتفاع مستوى متوسط الدورية والتي تُعبر عن تغير حالة المريض وأعراض المرض لديه دورياً، وهذا يتفق مع دراسة أشارت فيها (66%) من النساء إلى أنهن يعتقدن أن في وسعهن التأثير على مسار أو تكرار مرض السرطان، بينما تعتقد بعض النساء أن السرطان يمكن السيطرة عليه بواسطة الطبيب. (تايلور، 2008)

تم اختبار الفروق في الأبعاد باستعمال تحليل التباين Anova والتي دلت على عدم وجود فروق في أبعاد المرض باختلاف الجنس والمستوى الاجتماعي وفي مدة الإزمان، بينما توجد فروق باختلاف السن عند أبعاد (التساوق والسيطرة الذاتية و الانفعالية) لصالح صغار السن، وفروق باختلاف المستوى التعليمي عند أبعاد (الزمانية، التساوق، السيطرة الذاتية، الدورية، الانفعالية) لصالح مرتفعي المستوى التعليمي، وفروق باختلاف المستوى الاقتصادي عند بُعد (العواقب) لصالح مرتفعي المستوى الاقتصادي.

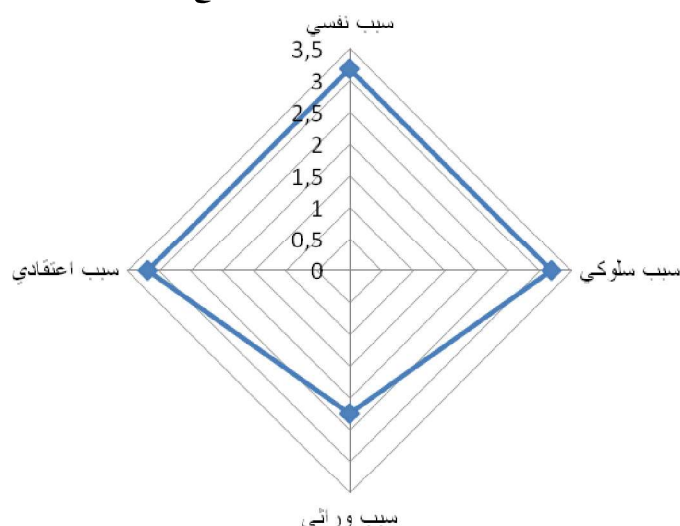
ب- بعد العزو السببي:

الجدول (2) : متوسط درجات بُعد العزو السببي

المتغير المقاس	الأساليب الإحصائية	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الإجابة حسب المقياس	الدلالة
أسباب نفسية		3.19	2.27	2.5	مرتفع

أسباب سلوكية	3.19	2.27	2.5	مرتفع
أسباب وراثية/عائلية	2.24	0.69	2.5	منخفض
أسباب إعتقادية/دينية	3.19	2.27	2.5	مرتفع

يمكننا ملاحظة هذه الأسباب من خلال الشكل الموضح أدناه:



الشكل (03): العزو السببي لدى العينة الكلية

ومن خلال النتائج المتحصل عليها والتي تشير الى ارتفاع دلالة الأسباب النفسية والسلوكية والإعتقادية/الدينية، وانخفاض بسيط في دلالة الأسباب الوراثية/العائلية، وهذا ما جاء يوافق دراسة دراسة Hopman وزملائه (2015) فيما يخص دلالة الأسباب الوراثية /العائلية في انخفاضها، ودلالة الأسباب الإعتقادية/الدينية في ارتفاعها، بينما يختلفان في الأسباب النفسية والسلوكية.

2.3. نتائج ومناقشة الفرضية الثانية: "نتوقع ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب

لدى مرضى السرطان."

أ- مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان في العينة الكلية:

الجدول (3): مستوى القلق والاكتئاب في العينة الكلية

الأبعاد	دلالات الدرجات	العدد في العينة (ن=85)	النسبة المئوية
قلق	7-0 لا يوجد	49	٪ 58
	11-8 حالات حدية	20	٪ 23

21-12 قلق سريري	16	19 %	اكتئاب
7-0 لا يوجد	46	54 %	
11-8 حالات حدية	21	25 %	
21-12 اكتئاب سريري	18	21 %	
أقل أو يساوي 16 لا يوجد ضيق نفسي	52	61 %	مجموع HADS
أكثر من 16 ضيق نفسي سريري	33	39 %	

ومن نتائج دراستنا يمكننا استنتاج وجود القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، وهذا ما يوافق دراسات عديدة تناولت القلق والاكتئاب كمتغيرات مرتبطة بمرض السرطان، ومنها: الدراسة التي أجراها Morrow وزملائه (1983) على (71) مريضا بالسرطان تبين معاناتهم من الاكتئاب والقلق والتشاؤم واليأس والانسحاب الاجتماعي والعزلة الاجتماعية بعد الإصابة بالسرطان بفترة ثلاثة شهور. وفي دراسة " بيك (Beck 1972) " على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي ، وتتراوح أعمارهن بين 40 - 60 عاما، وباستخدام مقابلة مقننة أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق ، و 37 مريضة تعاني من الاكتئاب ، و 25 مريضة تعاني من الغضب. كما أجريت دراسة Vauhkononen وزملائه (1997) على مائة مريض بالسرطان ، وأظهرت النتائج أن 85% من أفراد العينة يعانون من القلق والاكتئاب الحاد وذلك اعتمادا على مقابلة مقننة. (الأنصاري، 1996)

3.3. نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة:

والتي نصت على أننا: ""نتوقع وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان."

الجدول (4):يبين كل من العلاقة الارتباطية بين أبعاد إدراك المرض والقلق والاكتئاب

المتغيرات	القلق	الاكتئاب	HADS
الأبعاد			
الزمانية	0.359**	0.320**	0.372**
العواقب	0.279**	0.514**	0.438**
السيطرة الذاتية	-0.182-	-0.230*	-0.226*

-0.284**	-0.291**	-0.226*	السيطرة العلاجية
-0.488**	-0.452**	-0.437**	تساوق المرض
0.509**	0.522**	0.404**	الدورية
0.718**	0.707**	0.600**	الآثار الانفعالية
0.534**	0.569**	0.401**	مجموع الأبعاد (أدراك المرض)

* دال عند (0.05) . ** دال عند (0.01)

يتضح من مصفوفة الارتباط أنّ بين أبعاد إدراك المرض والقلق والاكتئاب دال عند مستوى (0.01) في كل من الأبعاد (التسلسل الزمني حاد/ مزمن و العواقب والتسلسل الزمني الدوري والآثار الانفعالية وتساوق المرض)، وفي (التحكم في العلاج) عند الاكتئاب فقط، بينما نجده دال عند مستوى (0.05) في (التحكم في العلاج) وعلاقته بالقلق وفي (السيطرة الذاتية) وعلاقتها بالاكتئاب، ونجده غير دال في (السيطرة الذاتية) وعلاقتها والقلق.

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول تبين المعالجة الإحصائية للبيانات، العلاقة الارتباطية بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق، والذي استنتجنا من خلاله أن كل من (التحكم في العلاج و فهم المرض و السيطرة على المرض) تربطهما علاقة عكسية مع القلق والاكتئاب، أي انه كلما زادت درجة هذه العناصر، كلما نقص مستوى القلق والاكتئاب. أين يظهر من الدراسة التي قام بها Prunier وزملائه (1988) و التي تناولت العلاقة بين إدراك التحكم في المرض والتكيف النفسي، وقد برهن الباحثون أن ما بين (118) امرأة مصابة بسرطان الثدي، واللواتي كان لديهن إحساس بالتحكم في تطور المرض وتلقين دعم اجتماعي أكثر، كان لديهن تقدير ذات عالي وأبدين آلاما جسمية وقلق وأحاسيس سلبية أقل. Gelie, (2001)

وكما جاء في دراسة Clair وزملائه (2009) والتي هدفت إلى التنبؤ بالعلاقة بين الإدراك وظهور حالات القلق والاكتئاب لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن، وهذا في إطار نموذج الضبط الذاتي ومدى تكيف المريض مع مرضه الجسدي، وجاءت النتائج كالتالي:

- المصابون بالمرض بعد شهر أظهروا حالة الهلع.

- هناك أهمية لأبعاد إدراك المرض التالية (بعد الهوية، الوقت، نتائج المرض، والصور الانفعالية) في التفريق بين المصابين بالهلع وغير المصابين. (أبركان، 2013)
الجدول رقم (5)

يوضح العلاقة الارتباطية بين بُعد العزو السببي و بُعد الهوية و بين القلق و الاكتئاب

المتغيرات	القلق	الاكتئاب	HADS
الأبعاد			
أسباب نفسية	0.602**	0.506**	0.607**
أسباب سلوكية	0.240*	0.238*	0.262*
أسباب وراثية/عائلية	0.572**	0.527**	0.602**
أسباب إعتقادية/دينية	0.196	0.161	0.196
مجموع الأسباب (العزو السببي)	0.539**	0.485**	0.561**
الهوية	0.456**	0.539**	0.547**

* دال عند (0.05) ** دال عند (0.01)

- جاءت قيم معاملات الارتباط بين كل أنواع أسباب المرض والقلق والاكتئاب دالة عند مستوى (0.01) أو (0.05)، إلا الأسباب الإعتقادية/الدينية، وهو ما يوضح أنه لا توجد علاقة بين الأسباب الإعتقادية/الدينية والقلق والاكتئاب.

جاءت في دراستنا قيم معاملات الارتباط بين كل من أنواع أسباب العزو السببي والقلق والاكتئاب دالة، إذ تعتبر الصورة التي يتمثلها كل فرد عن نفسه ذات أهمية قصوى في السلوك البشري، إذ تعتمد قدرتنا على الفعل و دافعيتنا للنشاط والإنجاز على مقدار ما ندرك من تقديرنا لذواتنا ووعينا بمفهوم الذات. ويشير مركز الضبط إلى العزو السببي الذي يقوم به الفرد لدوافع السلوك متأرجحا بين الذات والآخر وبين الداخل والخارج. (زعطوط، 2014)

فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد في الكفاءة إلى التأثير في تقييمنا لأهداف الحياة، واستقبال المعلومات بطريقة خاصة بنا، كما أن أغلب دوافعنا تتأثر بالعزو السببي وتوقع النتائج والأهداف المستعرفة cognitive goals. وكما جاء لـ (2002) Fischer أن الاعتقاد في الكفاءة يؤثر في طريقة تعاملنا مع الكرب وله علاقة مباشرة بشعورنا بالقلق والاكتئاب، إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي والوظيفي

للانفعالات وجهاز المناعة، وهي عوامل هامة في التكيف مع المرض المزمن. (زعطوط، 2014)

أما الأسباب الإعتقادية/الدينية، فجاءت غير دالة و هو ما يوضح أنه لا توجد علاقة بين الأسباب الإعتقادية/الدينية و القلق والاكتئاب، وهذا ما تؤكدته دراسة Koenig (2012) فقد وجد أنّ (58٪) من الدراسات وجدت ارتباطا موجبا بين التدين أو الروحانية وبين إدراك الصحة، كما يرتبط خطر الإصابة بالسرطان سلبيا مع التدين في (55٪) من الدراسات السابقة وقد أكدّ (Reyes,1999) من قبل أنّ (34٪) إلى (86٪) من المرضى يستعملون دينهم في مواجهة المرض المزمن. وقد جد (Sears و Reese,1994) أن التكيف الروحي يخفض من مستويات القلق لدى المرضى وهو ما أثبتته (Welston,1999) وزملاؤه من أن الإيمان عامل تكيف مع الكرب المرتبط بالصحة. (زعطوط، 2014)

4- خلاصة:

توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

- ارتفاع إدراك مرضى السرطان في كل من بُعد العواقب، والسيطرة الذاتية والعلاجية، وتساقق المرض، والدورية، والآثار الانفعالية، وانخفاضه نسبيا في بُعد الزمانية مقارنة مع متوسط الإجابات.
- وجود فروق في أبعاد المرض باختلاف الجنس والمستوى الاجتماعي وفي مدة الإزمان، بينما توجد فروق باختلاف السن عند أبعاد (التساقق والسيطرة الذاتية والانفعالية) لصالح صغار السن، وفروق باختلاف المستوى التعليمي عند أبعاد (الزمانية، التساقق، السيطرة الذاتية، الدورية، الانفعالية) لصالح مرتفعي المستوى التعليمي، وفروق باختلاف المستوى الاقتصادي عند بُعد (العواقب) لصالح مرتفعي المستوى الاقتصادي.
- وجود القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان. وارتفاعهما لصالح الإناث مقارنة بالذكور.

- جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض والقلق والاكتئاب، دالة مع جميع الأبعاد وبارتباط قوي مع بُعد الانفعالية، ودال بعلاقة عكسية مع أبعاد (التحكم في

العلاج وفهم المرض والسيطرة على المرض)، أي كلما زادت درجة هذه الأبعاد، كلما نقص مستوى القلق والاكتئاب.

- دلالة الارتباط بين الهوية وبين القلق والاكتئاب، والتي توضح ارتباط مستوى القلق والاكتئاب بزيادة تواجد الأعراض المرضية لدى مرضى السرطان.

المراجع:

1. أحمد عكاشة (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
2. أنور الحمادي (2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. لبنان: الدار العربية للعلوم ناشرون.
3. بشير إبراهيم الحجار (2003). التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات. غزة: قسم علم النفس الجامعة الإسلامية.
4. بشير معمري (2012). أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته. الجزائر: دار الخلدونية.
5. دانيا الشبؤون (2011). القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين. مجلة جامعة دمشق، 27، (العدد الثالث).
6. رمضان زعطوط (2005). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمينين بورقلة. الجزائر: قسم علم النفس وعلوم التربية الجامعة قاصدي مرباح - ورقلة.
7. رمضان زعطوط (2014). نوعية الحياة لدى المرضى المزمينين وعلاقتها ببعض المتغيرات. ورقلة الجزائر: قسم العلوم الاجتماعية جامعة قاصدي مرباح - ورقلة.
8. شيلي تايلور (2008). علم النفس الصحي (المجلد 1). (وسام درويش بريك و فوزي شاكرا طعيمة، المترجمون) الأردن، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
9. صالح أبركان (2013). إدراك المرض وأساليب التدبير لدى مرضى التكلس الرئوي (السيليكون). مجلة الدراسات التربوية والنفسية ، 7.
10. عبد الفتاح الدويدار (2007). في علم النفس الطبي والمرضي الإكلينيكي. مصر: دار المعرفة الجامعية.

11. عبد الله عسكر وعبد الستار ابراهيم (1999). علم النفس الاكلينيكي (المجلد ط2). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
12. كاتلين فوس وراي بيومستري (2016). المرجع في التنظيم الذاتي: بحث ونظرية وتطبيقات. (وليد شوقي شفيق سحلول، المترجمون) السعودية: دار العبيكان للنشر والتوزيع.
13. هوفمان إس جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي. (مراد عيسى، المترجمون) دار الفجر للنشر والتوزيع: القاهرة.
14. Adams, A. (2016, 02 17). Adam childhood cancer society: 2017, 04 25. <http://www.adamcs.org/anxiety.htm>
15. Adeline Papat. (2007). La perception de la maladie et le coping chez la personne fibromyalgique. thèse. Université de Toulouse-le-Mirail.
16. Stuijbergen AK, Phillips L, Voelmeck W, Browder R. (2006). Illness perceptions and related outcomes among women with fibromyalgia syndrome. Womens Health Issues. Nov-Dec;16(6):353-60.
17. Ferreira C. Gay M.-C. Regnier-Aeberhard F. Bricaire F. Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique , February 2010, Pages 25-33. Volume 168, Issue 1
18. Florence Cousson-Gélie.(2001). stratégies de coping élaborées pour faire face à une maladie grave : l'exemple des cancers. Recherche en soins infirmiers N° 67 — décembre.
19. Hopman,P., Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. Psycho-Oncology; 24(1), 11-18.
20. Howard C, Hallas CN, Wray J. (2009). The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. Carby. MBehav Res Ther. Jan;47(1):71-6. doi: 10.1016/j.brat.2008.10.004. Epub 2008 Oct 17.

21. Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). New York, NY, US: Routledge.
22. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *J Psychosom Res.* Jul;63(1):17-26.
23. Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D.R. (1980) The Common Sense Representation of Illness Danger. In: Rachman, S., Ed., *Contributions to Medical Psychology*, Pergamon Press, New York, 17-30.
24. Petrie, K J; Horne, R; Cameron, L D; Buick, D (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). / Moss-Morris, R; Weinman, J;. In: *Psychology & Health*, Vol. 17, No. 1, 02., p. 1 – 16.