العلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من (نوع ودرجة) مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث*

* رامي منيف الربيعي

باحث ماجستير تخصص الإرشاد النفسي قسم علم النفس - كلية الآداب- جامعة الطائف المملكة العربية السعودية.

أ.د/ أحمد بن سعيد الحريري

أستاذ الصحة النفسية قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة الطائف المملكة العربية السعودية.

*البريد الإلكتروني: r8487090@gmail.com

الاستلام	المراجعة	القبول	النشر
2023/11/1	2023/11/27	2023/12/15	2024/1/1

الملخص:

يهدف البحث الحالى إلى الكشف عن العلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من (نوع ودرجة) مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث ، وقد استخدم الباحث مقياس الاكئئاب ومقياس القلق من إعداد أحمد سعيد الحريري، وتم التأكد من صدق وثبات المقياسين، كما تم استخدام أداة المقابلة لتفسير النتائج الكمية ، وقد تكونت عينة البحث الكمية من (38) من مرضي السرطان ، أما العينة الكيفية فقد كانت (6) من مرضي السرطان،ومن خلال الاختبارات الإحصائية مثل تحليل التباين الاحادي One-way ANOVA ، حجم الأثر n2 و حساب المقارنات المتعددة الـ Post-hoc واستخدام اختبار Tukey HSD تم تحديد الفروق في المتغيرات التصنيفية لأكثر من اثنين، وكذلك تم استخدام اختبار (ت) T-Test للتعرف على دلالة الفروق للمتغيرات التصنيفية المكونة من اثنين فأكثر، فقد توصل البحث إلى نتائج أهمها وجود فروق دالة إحصائيًا بمستوى دلالة أقل من 0.05 بين الذكور والإناث فى القلق لصالح الإناث وعدم وجود فروق في الاكتئاب ، ووجود فروق دالة إحصائياً بين الأعمار المختلفة في الاكتئاب والقلق عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05 لصالح العمر (من 30 سنة الى أقل من 35 سنة) ، و وجود فروق دالة إحصائياً بين الحالات الاجتماعية المختلفة في الاكتئاب والقلق عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05 لصالح مطلق، وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات السرطان المختلفة في الاكتئاب والقلق عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05 لصالح مرضى الدرجة الرابعة ، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين نوع السرطان في الاكتئاب والقلق، وجاءت نتائج المقابلات مفسرة لهذه النتائج، وقد أوصى البحث بضرورة توفير خدمات صحية واجتماعية وتأهيلية مناسبة لمرضى السرطان لما لها من أثر فعال في تحسين حالتهم النفسية ، وغير ذلك من التوصيات المهمة.

الكلمات المفتاحية:

الاكتئاب ، القلق ، مرض السرطان.

* بحث مُقدم إلى قسم علم النفس لاستكمال مُتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإرشاد النفسي

The Relationship Between the Degree of Depression and General Anxiety and Cancer's Type and Degree among Male and Female Patients

Ramy Meneif Al Rabea*

Master's researcher specializing in psychological counseling, Department of Psychology, College of Arts, Taif University, Kingdom of Saudi Arabia.

Prof. Ahmed Said Al Hariri

Professor of Mental Health, Department of Psychology, College of Arts, Taif University, Kingdom of Saudi Arabia.

*Email: r8487090@gmail.com

Received	2/11/2023	Revised	27/11/2023	Accepted	15/12/2023	Published	1/1/2024

Abstract:

The current research aims at identifying the relationship between two degrees of depression, general anxiety and the cancer's type and degree among a sample of male and female patients. The researcher used the Depression and Anxiety Scales prepared by Prof. Ahmed Saeed Al-Hariri. The validity and reliability of both scales were confirmed. To interpret the quantitative results, the interview instrument was used. The research sample consisted of (38) cancer patients while the qualitative sample consisted of (6) cancer patients. Through statistical tests, such as One-Way Analysis of Variance (ANOVA), the effect size n2, calculating the multiple comparisons; the Post- hoc and the use of Tukey HSD Test, the differences in the categorical variables for more than two were determined. In addition, T-test was used to identify the significant differences of the categorical variables consisting of more than two. It was found out that there are statistically significant differences between males and females in anxiety at a significance level less than 0.05 in favor of females. There were no statistically significant differences in depression, however. There were statistically significant differences among different ages in depression and anxiety at a statistical significance level less than 0.05 in favor of the ages from 30 years to less than 35 years. Moreover, there were statistically significant differences regarding different marital status in depression and anxiety at a statistical significance level less than 0.05 in favor of the divorced ones. There were statistically significant differences among the different degrees of cancer in depression and anxiety at a statistical significance level less than 0.05 in favor of the fourth degree. There were also no statistically significant differences between the cancer type in depression and anxiety at a statistical significance level less than 0.05. The interviews interpreted those results. The research recommended that there is a need to provide appropriate health, social and rehabilitation services for cancer patients because of their effective impact in improving their psychological state. Other important recommendations were presented as well.

Key words:

Depression, Anxiety, Cancer.

المقدمة:

تعتبر الأمراض من أكثر الأشياء التي تهدد الحياة البشرية في العصر الحالي، ويُعد مرض السرطان من أخطر وأصعب هذه الأمراض، فهو يَمس كل الدول بمختلف شعوبها، ويصيب مختلف الشرائح العمرية من كلا الجنسين، ورغم أن الكثير من الدراسات تعزو نسبة انتشاره السريعة والكبيرة إلى التحولات التي تجرى على الغذاء، من معالجات كيميائية سواء في فترة زراعتها أو تعليبها أو حفظها، إلا أن هذه العوامل ليست هي الوحيدة المتسببة في الإصابة به، بل إن ذلك يرتبط أيضًا بالتحولات التي مست نمط حياة الفرد من الناحية النفسية والاجتماعية.

وما يميز مرض السرطان أنه يرتبط في ذهن غالبية الناس بالموت، نظرًا لخطورته، وما قد ينجم عنه من مشكلات أخرى متعددة، تتعلق بالتكيف النفسي للمريض؛ وذلك بسبب كونه مرضًا مزمنًا تدوم آثاره لفترة طويلة، وقد تنتهي بموت المريض خلال فترة غير محددة من تطور المرض، فطبيعة المرض وطرق علاجه تفرض قيوداً على نشاطات المريض الاعتيادية، وقد تخلف آثاراً جانبية غير مرغوبة، واستجابات نفسية أخرى، مثل الاكتئاب والقلق وضعف الثقة بالنفس، وغيرها من الاضطرابات النفسية (الهويش، 2016، 570).

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية في اليوم العالمي للسرطان، إلى أن مرض السرطان من الأمراض الخطيرة التي تشهد انتشاراً كبيراً في هذا العصر، إذ أنه يحصد أرواح ما يقارب من ثمانية ملايين شخص سنوياً، أما على صعيد الإصابات، فالأرقام تشير إلى أن عدد المصابين به في العالم بلغ (14) مليون مصاب، حيث يعتبر مرض السرطان بمختلف أنواعه ثالث أسباب الوفاة في حوض البحر الأبيض المتوسط (تركي، والعبدي، 2020، 36).

وأمام هذا الانتشار الكبير لمرض السرطان، وانطلاقاً من مبدأ أن العلاقة بين الجسم والنفس علاقة تأثير متبادل، فلا صحة للجسم بمعزل عن صحة النفس ولا صحة للنفس بمعزل عن صحة الجسم؛ سعت كافة المجتمعات إلى تكثيف بحوثها ودراساتها حول هذا المرض، ولم تقتصر هذه الدراسات على الناحية العضوية والطبية للمرض، وأساليب الاستشفاء منه، بل تعدى الأمر لدراسة مختلف الآثار والانعكاسات النفسية، التي تترتب على هذا المرض بمختلف أنواعه، حيث إن خطورة هذا المرض جعلت منه هاجساً يطارد المصابين به، ويؤثر سلباً على حالتهم النفسية (زعطوط، وروبيح، 2018).

ومريض السرطان – كأي مريض مصاب بمرض خطير – تنتابه جملة من مشاعر الحزن والقلق والإحباط والاكتئاب واليأس، وذلك لأن مرض السرطان يرتبط في ذهن غالبية الناس بالموت القريب والمحتم، خاصة أن هذا المرض له صفة تميزه عن باقي الأمراض الأخرى، وهي عملية الانقسام غير المحدود للخلايا، وقدرته على غزو أنسجة مجاورة ، وهو ما يؤثر سلباً على حالته النفسية، ويمنعه من التمتع بالحياة بسبب الآلام المبرحة المستمرة، والتشوه الجسماني، فيتغير سلوكه ويصبح أكثر عصبية، فمريض السرطان يتعرض لاضطرابات نفسية وعقلية، خاصة ارتفاع درجة قلق الموت والاكتئاب الذي قد يصل به إلى حد الانتحار (بالبيد، والعنزي، 2019، 230).

وقد أشارت دراسة بسيسو، وأبوعطية (2006) إلى أن مرض السرطان – وحتى مراحل الاستشفاء منه – تصاحبه مجموعة من التغيرات الجسمية؛ كالغثيان وتساقط الشعر، وفقدان الشهية، وضعف القدرة الجنسية، واضطرابات النوم، وغيرها من الأعراض الأخرى، والتي من شأنها أن تؤثر بصفة أو بأخرى على حالة المريض النفسية، حيث أشارت الدراسة إلى أن غالبية المرضى كانوا يعانون من يأس قاتل، وفقدان الأمل في الحياة، والإحساس بالفشل، بالإضافة إلى الانطواء وعدم القدرة على تغيير سلوكهم.

وفي نفس الإطار أشارت دراسة أبوعيشة، والعبادسة (2017) إلى أن المصابين بمرض السرطان يتسمون بالقلق، وخاصة قلق الموت، والاكتئاب والعجز، وانخفاض الدافع، ونقص المهارة، وقلة بذل الجهد، واستعجال الأمور، وضعف الشخصية والاستسلام للهزيمة، إضافة إلى الجمود والعجز في العلاقات العائلية.

ورغم أن دراسة أبوالخير، والعامري (2019) أكدت أن مرضى السرطان أكثر عرضة للاكتئاب والقلق، إلا أن تشخيص الاكتئاب والقلق لدى مرضى السرطان يعتبر تحدياً للمختصين والباحثين في المجال النفسي العيادي؛ ذلك أن معايير تشخيصهما حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5) تنطوي على أعراض عديدة، تتداخل مع أعراض السرطان أو الأعراض الجانبية للعلاج.

وبناءً على ما تقدم فإن البحث الحالي يحاول أن يتعرف على العلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من (نوع ودرجة) مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث؛ حيث لم توجد دراسة عربية – في حدود علم الباحث – قامت بدراسة هذه العلاقة لدى مرضى السرطان.

مشكلة البحث :

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الاكتئاب والقلق ومرض السرطان، مثل دراسة (الهويش، 2016؛ عبدالحليم، 2017؛ بالبيد، والعنزي، 2019). وأشارت هذه الدراسات إلى أن مرض السرطان يرتبط بعلاقة دالة إحصائياً مع العديد من المتغيرات النفسية، أهمها القلق والاكتئاب.

وقد أشارت دراسة زعطوط، وروبيح (2018) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب ومرض السرطان، كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد المرض باختلاف الجنس والمستوى الاجتماعي ومدة الإدمان.

وأشارت دراسة تركي، والعبدي (2020) إلى ارتفاع مستوى القلق لدى النساء المصابات بالسرطان، والخاضعات للعلاج الكيميائي، كما توصلت إلى وجود مستوى متوسط من الاكتئاب لديهن.

ونتيجة لما سبق فإن البحث الحالي يحاول أن يدرس طبيعة العلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من نوع ودرجة مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث؛ من أجل التوصل إلى مجموعة من الإجراءات التي من شأنها أن تقدم الدعم النفسي لمرضى السرطان؛ وبالتالي يمكن تلخيص مشكلة البحث الحالي في السؤال الرئيسي التالي:

ما العلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من (نوع ودرجة) مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكوروالإناث ؟

تساؤلات البحث:

ومن التساؤل الرئيسي السابق تتفرع الأسئلة التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب جنس مريض السرطان (الذكور والإناث) ؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب عمر مريض السرطان (الذكور والإناث) ؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب الحالة الاجتماعية لمريض السرطان (الذكور والإناث) ؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب درجة مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث ؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب نوع مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث ؟

أهداف البحث :

هدف البحث الحالى إلى :

1. معرفة الفروق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب جنس مريض السرطان (الذكور والإناث) .
2. معرفة الفروق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب عمر مريض السرطان (الذكور والإناث) .
3. معرفة الفروق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب الحالة الاجتماعية لمريض السرطان (الذكور والإناث) .
4. معرفة الفروق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب درجة مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث .
5. معرفة الفروق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب نوع مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث .

حدود البحث :

1. الحدود الموضوعية: يتحدد البحث الحالى بتحليل البيانات الكمية للعلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من (نوع ودرجة) مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث.
2. الحدود البشرية: تتمثل عينة البحث من (38) من مرضي السرطان، أما العينة الكيفية فسوف تتكون من (6) من مرضى السرطان.
3. الحدود الزمنية: تتحدد الفترة الزمنية المستغرقة لإنتاج هذا البحث من تاريخ (1444/1443) إلى تاريخ الانتهاء.

أهمية البحث :

تكمن أهمية البحث الحالى من الناحية النظرية في المعلومات التفسيرية والتحليلية التي يُنتجها عن العلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من (نوع ودرجة) مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث، وتكمن أهمية البحث العملية في نتائجه التي تزود المسئولين والإخصائيين النفسيين بأهم المتغيرات النفسية التي تنتاب مرضى السرطان، وكيفية تقديم الدعم والمساندة لهم، حتى يتخطوا هذه المرحلة الصعبة.

مصطلحات البحث :

السرطان : Cancer

هو عبارة عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تعتبر الجزء المسئول عن نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، ولكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية (DNA)؛ مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، وتؤدي الخلايا السرطانية إلى استنزاف طاقة الجسم وإمكاناته.

الاكتئاب : Depression

هو عبارة عن حالة نفسية انفعالية من القنوط واليأس، وانقطاع الأمل والجزع، يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية، وتغيرات على مستوى الدافعية، وتظهر على الفرد علامات الضيق والحزن والقلق.

القلق : Anxiety

هو حالة نفسية وفسيولوجية تتكون من تضافر عناصر إدراكية وجسدية وسلوكية، مصحوباً بحالة من التوتر والشعور بعدم الارتياح.

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل مرض السرطان؛ من حيث مفهومه وأعراضه وأسبابه، وكذلك الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وأهم أعراضه، وأسبابه، وطرق العلاج، كما يتناول هذا الفصل متغير القلق لدى مرضى السرطان؛ من حيث المفهوم والأسباب وأهم طرق العلاج، وانتهى الفصل بأهم الدراسات السابقة التي تناولت هذه المتغيرات، وتوصلت إلى نتائج بشأنها.

مفهوم السرطان : Cancer

ارتبط مرض السرطان في أذهان الكثير من الناس بالموت، خاصة أن الطب الحديث مازال عاجزًا حتى الآن عن إيجاد العلاج الشافي له؛ نظراً للأعداد الكثيرة التي لقيت حتفها بسبب هذا المرض. ويطلق مصطلح (السرطان) على مجموعة الأمراض التي تتميز بنمو وتكاثر غير طبيعي للخلايا، والتي تؤدي إلى تدمير الخلايا السليمة الأخرى في الجسم، وللخلايا السرطانية القدرة على التكاثر والانتقال من عضو إلى آخر في جسم الإنسان.

وتعرِّف براهمية، وبوشلالق (2016) مرض السرطان بأنه: عبارة عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تعتبر الجزء المسئول عن نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، ولكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية (DNA)؛ مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، وتؤدي الخلايا السرطانية إلى استنزاف طاقة الجسم وإمكاناته.

أعراض مرض السرطان :

هناك مجموعة من الأعراض التي تظهر على الشخص المصاب بمرض السرطان، وتستدعي منه أن يذهب لطلب الفحص لدى الطبيب المختص، وأشار أبو عيشة، والعبادسة (2017) إلى أهم هذه الأعراض، ومنها:

1. الإحساس بالتعب الشديد.
2. فقدان الوزن دون سبب واضح.
3. الحمى والتعرق الليلي

4. تغيرات في الجلد، كالاحمرار، الانتفاخ، تغير اللون لداكن، أو ظهور كتل تحت الجلد وتغيرات واضحة في الشامة أو الثالول.
5. تغيرات في عادات التبرز كالإمساك والإسهال.
6. السعال المستمر.
7. آلام مستمرة في مفاصل وعضلات الجسم.
8. إفرازات غير طبيعية أو نزف.

أسباب الإصابة بالسرطان :

ينشأ السرطان من خلية واحدة، ويتم تحول الخلية الطبيعية إلى خلية سرطانية في مراحل متعددة، وعادة ما يتم ذلك التحول من آفة محتملة التسرطن إلى أورام خبيثة، وهذه التغيرات ناجمة عن التفاعل بين عوامل الفرد الجينية وبعض العوامل الخارجية (السباعي، 2020، 185).

وتزيد نسبة الإصابة بالسرطان بشكل كبير مع التقدم في السن، ويعود ذلك - على الأرجح - إلى زيادة مخاطر الإصابة بسرطانات معينة مع التقدم بالعمر، وتراكم مخاطر الإصابة بالسرطان يتم إلى جانب انخفاض فعالية آليات الإصلاح الخلوي كلما تقدم الشخص في السن. كما أن تعاطي التبغ والكحول وقلة تناول الخضراوات والفاكهة والإصابة بفيروسي التهاب الكبد C و B والإصابة بالفيروس المسبب لسرطان عنق الرحم؛ هو من عوامل الخطر الرئيسة التي تقف وراء الإصابة بالسرطان في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. بالإضافة إلى أن سرطان عنق الرحم الناجم عن فيروس الورم الحليمي البشري من أهم أسباب وفاة النساء جراء السرطان في البلدان المنخفضة الدخل (أبوالبصل، والزعبي، 2006، 55).

ويمكن تلخيص الأسباب المعروفة للإصابة بالسرطان في التالي:

1. استهلاك التبغ أو مشتقاته.
2. زيادة الوزن أو السمنة.
3. قلة تناول الخضراوات والفاكهة.
4. الخمول البدني.
5. تعاطي الكحول.
6. أنواع العدوى المنقولة جنسياً مثل العدوى بفيروس الإيدز والفيروس المسبب لسرطان عنق الرحم.
7. تلوث الهواء في المدن.
8. التعرض للدخان الناجم عن حروق الوقود الصلب داخل المباني.

هناك مجموعة متنوعة من العوامل يمكنها التأثير على الصحة العقلية للفرد أثناء رحلة علاج السرطان، وقد يكون التكيف أمرًا صعباً بسبب العلاج والإجراءات، والألم والأعراض الجانبية، والأدوية والتغيرات الهرمونية، وسوء

التغذية ومشكلات النوم، وقد يجد المرضى أيضاً صعوبة في تقبل "الوضع الطبيعي الجديد" عند تعاملهم مع المشكلات طويلة الأجل، مثل: محدودية القدرات البدنية، وشكل الجسم، وضعف القدرة على الأداء في العمل أو العلاقات، وبالتالي قد تساهم هذه العوامل كلها في إصابة مرضى السرطان بالاكتئاب (الصغير، والشبول، 2014، 76).

مراحل (درجات) مرض السرطان :

عندما يتم تشخيص إصابة شخص ما بالسرطان، يخبره الطبيب بالمرحلة التي هو فيها من المرض، ويتوقف ذلك على حجم الورم ومقدار انتشاره في جسم المصاب. ويمكن إيجاز مراحل مرض السرطان كما أشار إليها الهويش (2016) فيما يأتي:

1. **المرحلة الصفرية**: وهذه المرحلة تشير إلى عدم وجود سرطان، ولكن يوجد هناك نمو للخلايا بشكل غير طبيعي، والتي من المحتمل أن تتحول إلى سرطان.
2. **المرحلة الأولى**: وهذه المرحلة المبكرة من الإصابة بالسرطان، وتعني وجود ورم صغير الحجم محصور في منطقة واحدة معينة من الجسم.
3. **المرحلة الثانية**: وهذه المرحلة يكون خلالها حجم الورم قد أصبح أكبر حجماً، إلا أنه لم ينتقل إلى مناطق أخرى من الجسم بعد.
4. **المرحلة الثالثة**: في هذه المرحلة من الإصابة بالسرطان، يكون الورم كبير الحجم، ومن الممكن أنه قد انتقل إلى الخلايا المجاورة أو العقد اللمفاوية.
5. **المرحلة الرابعة**: وإذا تم تشخيص الإصابة بهذه المرحلة من السرطان، فذلك يعني أن المرض انتقل إلى أعضاء أخرى من الجسم.

أهمية معرفة مراحل مرض السرطان:

أشارت براهمية، وبوشلالق (2016) إلى أن معرفة مراحل مرض السرطان تشكل أهمية كبيرة في علاجه، فذلك يساعد في كل مما يأتي:

1. اختيار وتلقي العلاج المناسب وفقاً للحالة: حيث إنه من الممكن أن تعتمد نسبة الشفاء من المرض على مرحلة الإصابة بالسرطان أيضاً.
2. اختيار التجارب السريرية المناسبة للمريض: حيث يتعرض بعض مرضى السرطان لعدة تجارب سريرية لزيادة احتمالية الشفاء لديهم، وعدد مراحل السرطان لها أثر كبير في تحديد هذا الإجراء التجريبي.
3. وضع نسبة لاحتمالية الشفاء: إذ أن مرحلة السرطان التي وصل إليها المريض وطريقة استجابتها للعلاج، يمكن أن تساعد في تحديد نسبة للشفاء من المرض، وغالباً الطبيب هو من يُقدرها.

وأشارت دراسة أبوالبصل، والزعبي (2006) إلى أن معرفة مرحلة السرطان تساعد في مقارنة هذه الحالة مع حالات أخرى مشابهة، فعلى الرغم من أهمية معرفة مرحلة الإصابة بالسرطان، إلا أنه من المهم أن تعرف أنه توجد عدة عوامل أخرى تلعب دوراً في موضوع الشفاء والعلاج، منها:

- عمر الإنسان المصاب وحالته الصحية ككل.

- تغير الخلايا السرطانية سواء في الجينات أو الكروموسومات وغيرها.
- كيفية استجابة الخلايا السرطانية للعلاج.

أنواع مرض السرطان:

أشارت دراسة الصغير، والشبول (2014) ودراسة محاميد، وبريك (2016) إلى أن مرض السرطان له أنواع متعددة، منها:

1. سرطان الرئة :

وهذا النوع من السرطان مسئول عن وفاة ما يقرب من (20) ألف رجل سنوياً، وحوالي (16) ألف امرأة؛ مما يجعله أكثر الأمراض فتكاً. وهناك أنواع مختلفة من سرطان الرئة، لكن النوعين الرئيسين هما: سرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة، وهو الأكثر شيوعاً. وسرطان الرئة ذو الخلايا الصغيرة، الذي يميل إلى الانتشار بسرعة أكبر، وغالباً يكون في مرحلة متقدمة عندما يتم تشخيصه.

2. سرطان الأمعاء :

وهو من أكثر أنواع السرطان شيوعاً، ولكن إذا تم تشخيص المرض في مراحله الأولى، فإن ذلك يساهم بشكل كبير في بقاء الشخص على قيد الحياة، غير أن معظم الناس لا يتم تشخيصهم في الوقت المناسب.

3. سرطان البروستاتا والثدي:

كل من سرطان البروستاتا والثدي يقتل بنفس القدر من الرجال والنساء، حيث تم تشخيص سرطان البروستاتا لدى واحد من كل (8) رجال، فيما يُصاب نفس عدد النساء بسرطان الثدي. وتشير الدراسات الطبية إلى بعض الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بسرطان الثدي، منها: كبر السن، والتاريخ العائلي للمرض، وزيادة الوزن والهرمونات، والإفراط في شرب الكحول والتدخين. في حين أن التقدم في السن، وتاريخ العائلة للرجال من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بسرطان البروستاتا.

4. سرطان البنكرياس :

الغالبية العظمى من حالات سرطان البنكرياس تبدأ في الخلايا التي تصنع الإنزيمات، لكن النوع الأقل شيوعاً يبدأ في الخلايا التي تصنع الهرمونات. كما أن الأشخاص ذوي مجموعات الدمA وAB وB قد يكونون معرضين لخطر أعلى قليلاً في الإصابة، في حين أن مجموعة الدم O قد تكون أقل من ذلك.

5. سرطان المريء :

هذا النوع من السرطان يؤثر بشكل رئيسي على الأشخاص في الستينات والسبعينات من العمر، وهو أكثر شيوعاً لدى الرجال عن النساء. ومن مسبباته بعض أنماط الحياة مثل التدخين والإفراط في شرب الخمر، وزيادة الوزن، واتباع نظام غذائي غير صحي منخفض في الفاكهة والخضار.

6. سرطان الكبد :

هناك نوعان من سرطان الكبد، النوع الأول يحدث نتيجة تليف الكبد، وغالباً ما يكون نتيجة للإصابة بالتهاب الكبد B و C والإفراط في شرب الكحول، إضافة إلى أمراض الكبد الدهنية غير المرتبطة بالكحول. والنوع الثاني منه يصيب بشكل أكبر مرضى سرطان الأمعاء والبنكرياس والمعدة والثدي.

7. سرطان المثانة :

وهذا النوع من أكثر الأنواع شيوعاً لدى كبار السن من الرجال، وهناك أشياء مثل: التدخين، والنظام الغذائي، والكحول، وانقطاع الطمث المبكر للنساء (قبل سن 45)، وزيادة الوزن، هي بمثابة عوامل مسببة لهذا النوع من السرطان. وذكرت بعض الدراسات الطبية أن مصففي الشعر أكثر عرضة لخطر الإصابة بسرطان المثانة؛ بسبب المواد الكيميائية الموجودة في بعض صبغات الشعر.

8. سرطان الدماغ :

هناك أكثر من (150) نوعاً مختلفاً من أورام المخ، وتعرف تلك التي تنمو بسرعة باسم سرطان الدماغ 3 أو 4 عالي الجودة، فيما تميل الدرجتان 1 و 2 إلى الإشارة إلى الأورام غير السرطانية التي تنمو ببطء أكبر. وذكرت الدراسات الطبية أنه لا يُعرف سبب للإصابة بسرطان الدماغ، لكن مكوناتك الوراثية والتعرض للإشعاع (مثل العلاج الإشعاعي كطفل صغير) هي إحدى عوامل الخطر.

9. سرطان الغدد الليمفاوية :

وهذا النوع من السرطان يبدأ في خلايا الدم البيضاء ويهاجم الجهاز الليمفاوي (جزء من جهاز المناعة)، ويمكن أن تحدث في أي عمر، على الرغم من أن ثلث الحالات يتم تشخيصها في الأشخاص فوق (75) عاماً. وبالرغم من أن الغدد المتضخمة في الرقبة والإبط والفخذ من أهم العلامات الرئيسة لهذا النوع من السرطان، إلا أن الكثير منا يُصاب بالتهاب في الغدد، لذلك عليك الحذر وزيارة الطبيب حال تورم الغدد لأكثر من (6) أسابيع.

10. سرطان غير محدد النوع :

يحدث هذا النوع عند انتشار السرطان في جسم المريض، لكن الأطباء لا يمكنهم العثور على المكان الذي بدأ فيه، كما أنه من الصعب تحديد أعراض المرض. وحوالي (20) بالمائة فقط من الناس يبقون على قيد الحياة لمدة سنة واحدة أو أكثر بعد الحصول على تشخيص.

الاكتئاب لدى مرضى السرطان :

يُعد الاكتئاب واحداً من أكثر اضطرابات الصحة العقلية شيوعاً، ويُعرف أحياناً بالاكتئاب السريري، أو الاكتئاب الحاد، أو الاضطراب الاكتئابي الحاد. ويمكن أن يُصاب الشخص بالاضطراب الاكتئابي في أي عمر، وتكون الأعراض في الاضطراب الاكتئابي أكثر حدة، وتستمر لفترة أطول، وتؤثر على الوظائف اليومية؛ إذا كان الشخص يعاني من مرض خطير مثل السرطان.

مفهوم الاكتئاب :

الاكتئاب لغةً: ذكر ابن منظور (1990) أن الاكتئاب مأخوذ من مادة (كَئِبَ). وكَئِبَ الرجل: اغتم، وانكسر، وحزن. وكَئِبَ يَكْأَبُ كآبَةً: تغيَّرت نفسه وانكسرت من شدة الحزن والهم.

واكتأب الشخص اكتئاباً: حزن، وتألم، وساءت حالته.

واكتأب وجه الأرض: تغيَّر، وضَرَبَ إلى السواد.

والاكتئاب مرادف للانقباض. وانقبض يعني: تجمع وانطوى.

وانقبض الرجل على نفسه: ضاقت به الحياة، واعتزل.

وانقبض عن القوم: هجرهم.

الاكتئاب اصطلاحاً تعرفه أبوالخير، والعامري (2009) بأنه: عبارة عن حالة نفسية انفعالية من القنوط واليأس، وانقطاع الأمل والجزع، يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية، وتغيرات على مستوى الدافعية، وتظهر على الفرد علامات الضيق والحزن والقلق.

ويعرفه السلعوس، والعلوان (2012) بأنه حالة من الإحساس بالحزن الشديد؛ بحيث يكون الفرد غير مكترث لإنجاز أي شيء، أو الاهتمام بأي حدث.

وتعرفه عبدالحليم (2017) على أنه مجموعة من الأعراض المركبة، والتي يطلق عليها العلماء مفهوم "الزملة الاكتئابية"، ومن المعروف أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد لآخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية؛ مثل اللوم وتأنيب النفس، ويأتي عند البعض الآخر مختلطاً بشكاوى جسمية أو أمراض بدنية. ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس والتشاؤم، والملل من الحياة والناس، وربما تجتمع هذه الأعراض معاً في شخص واحد.

ويرى زعطوط، وروبيح (2018) أن الاكتئاب يشير إلى خبرة وجدانية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم، والشعور بالفشل وعدم الرضا، والشعور بالذنب وكراهية الذات وإيذائها، والانسحاب الاجتماعي، والتردد، وفقدان الشهية، وصعوبة النوم.

ويعرفه بالبيد، والعنزي (2019) بأنه: حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية، واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز، والانسحاب الاجتماعي، والتقوقع حول الذات.

ويعرفه تركي، والعبدي (2020) بأنه: اضطراب معرفي، يعزى لافتقار التعزيز الإيجابي، ووجود مجموعة من المعارف السلبية، علاوة على وجود عطب بيولوجي للتاريخ الشخصي للفرد.

أعراض الاكتئاب :

يُعد ظهور أعراض الاكتئاب أو الشعور بالحزن أو سوء الحالة المزاجية أمراً طبيعياً لدى مرضى السرطان، وقد يُصاب بعض المرضى بأعراض اكتئابية ممتدة وأكثر حدة، تؤثر على طريقة التفكير والشعور والسلوك، وأشار الطويل، والقضاة (2017) إلى مجموعة من الأعراض التي تتفاوت شدتها ودرجة ظهورها، حسب نوع ودرجة الاكتئاب التي تصيب المريض، والتي تشمل الجانب الجسمي والنفسي والاجتماعي، وسوف نذكر بعضها فيما يأتي:

أ) الأعراض الجسمية :

- فقدان الشهية ونقص الوزن.
- ضعف النشاط العام.

- الصداع وانقباض الصدر.
- نقص الشهوة الجنسية.
- تقلصات بالمعدة.
- الأرق أو الإفراط في النوم.

ب) الأعراض النفسية والمعرفية :

- الحزن والكآبة.
- الشعور بالنقص وانخفاض تقدير الذات.
- الأفكار الانتحارية الملازمة.
- فتور الانفعال والانطواء.
- تقلب المزاج والتقوقع حول الذات.

ج) الأعراض الاجتماعية :

- الافتقار للإيجابية في المواقف الاجتماعية.
- الصعوبة في البدء وتكوين علاقات جديدة.
- التفاعل المحدود وقلة المشاركة مع الآخرين.
- عدم القدرة على التعبير عن النفس بشكل مناسب.
- الشعور بالقلق والميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية.
- عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية (كالعلاقة بالزوج أو الأصدقاء).

أسباب الاكتئاب :

هناك العديد من الأسباب التي تقف وراء الاكتئاب، وسوف نتطرق إلى أهمها فيما يأتي:

أولاً : العوامل البيولوجية :

أشارت أبوالخير والعامري (2009) إلى مجموعة من العوامل البيولوجية التي تؤدي إلى ظهور الاكتئاب، منها:

1. **الجينات الوراثية:** فقد كشفت العديد من الدراسات الأسرية عن وجود عامل جيني له دور مهم في نقل الاكتئاب، فقد لوحظ أن الاكتئاب ينتشر في عائلات دون سواها، واستنتجت الدراسات من ذلك أهمية العوامل الوراثية في الإصابة بالاكتئاب، وافترضت الدراسات أنه جين أحادي سائد، وأنه يرتبط بالجين الأنثوي؛ وذلك لشيوع الاكتئاب أكثر بين النساء.

2. **الأمينات الحيوية:** بينت الدراسات أن هناك علاقة سببية بين الاكتئاب والأمينات الحيوية في الدماغ، وذلك من خلال:
   - نقص الأمينات الحيوية مثل (الرزربين) ينتج عنه مرض الاكتئاب.
   - نقص السروتيوفين.
   - الدوبامين الذي يؤدي ارتفاع معدله إلى الهوس، ويؤدي انخفاضه إلى الاكتئاب.
3. **اختلال النشاط الهرموني:** وجد أن هناك اختلالات هرمونية يعاني منها مرضى الاكتئاب من خلال ما يأتي:
   - تزايد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث.
   - تزايد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس، عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية.
   - يصاحب مرض المكسيدما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات.
4. **اختلال عمليات الأيض:** وهو اختلال ناجم عن عمليات الهدم والبناء، والتي تتركز في ميتابوليا الصوديوم والبوتاسيوم. فقد اتضح أن زيادة مستوى تكثيف الصوديوم داخل الخلايا العصبية يؤدي إلى الهوس، كما لوحظ أن نسبة الصوديوم في حالات الاكتئاب بلغت نسبة (50%)، وفي حالات الهوس بلغت (200%) عن المستوى الطبيعي.

ثانيًا : العوامل الاجتماعية والبيئية :

من المعروف أن الظروف الحياتية الضاغطة في مرحلة الطفولة مثل فقدان أحد الوالدين، وعدم التخطيط الأسري في طريقة التربية، وقسوة الأم في معاملة الطفل، والتربية الاعتمادية، والعزلة الأسرية، والضغوط الاقتصادية، كلها عوامل لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب، وكذلك النماذج الأبوية المكتئبة بالتأكيد تجعل الأطفال يقلدون مظاهر الاكتئاب، فيتعلمون كيف يكون التشاؤم والحزن، وبالتالي لا يكون من السهل أن يثيرهم الفرح والسرور(محاميد، وبريك، 2016، 97).

ثالثًا : العوامل النفسية :

إن عدم النضج الانفعالي، وثنائية المشاعر والإدراك للخبرات الحياتية المختلفة، لها دور كبير في الإصابة بالاكتئاب. ومن أهم الأسباب النفسية التي قد تلعب دوراً مهماً في حدوث الاكتئاب لدى الفرد ما يأتي:

- التوتر الانفعالي، والظروف المحزنة، والخبرات المؤلمة، والكوارث القاسية.
- الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية.
- فقدان حبيب أو صديق أو ثروة.
- الصراعات اللاشعورية، وضعف الأنا الأعلى.
- اتهام الذات والشعور بالذنب.

- زيادة الإصابة بالأمراض المزمنة كالسرطان (الصغير، والشبول، 2014، 143).

معدل انتشار الاكتئاب بين الذكور والإناث:

تشير الإحصائيات الرسمية إلى أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الرجال، وتشير الدراسات الاستقصائية الوبائية إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب لدى الرجال أقل بكثير من النساء، وهذا يعطي انطباعاً عاماً بأن الاكتئاب من الأمراض التي تصيب المرأة. وقد أشارت دراسة زعطوط، وروبيح (2018) إلى ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى الإناث المصابات بمرض السرطان مقارنة بالذكور.

في حين أشارت بعض الدراسات مثل دراسة تركي، والعابدي (2020) إلى أن معدلات الاكتئاب قد تكون متشابهة جداً بين الرجال والنساء، إلا أن معظم الأطباء يخفقون في الكشف عن وجود الاكتئاب لدى الرجال، وذلك لأن الرجال لا يعترفون بوجود أعراض الاكتئاب لديهم، وأنهم يقللون من حدة معاناتهم، وهذا بدوره يسفر عن معدلات انتشار منخفضة للاكتئاب بين الرجال، بشكل غير دقيق.

علاج الاكتئاب :

يمكن أن تظهر أعراض الاكتئاب في أي مرحلة خلال رحلة علاج السرطان، وفي بعض الأحيان يتم الخلط بين الاكتئاب والأعراض التي تظهر نتيجة للمرض البدني أو كعرض جانبي لعلاجات أو أدوية السرطان؛ ولذلك يُعد التشخيص الدقيق مهماً لتحديد أفضل أسلوب للعلاج، فإذا ظهرت أعراض الاكتئاب على أحد المرضى، فيجب إحالة العائلات إلى المتخصصين في الصحة العقلية لإجراء المزيد من التقييم والتشخيص، من أجل وضع خطة علاجية مناسبة(الهويش، 2016، 578).

وأشارت بسيسو، وأبوعطية (2006) إلى أن طرق ووسائل علاج الاكتئاب تتعدد بسبب تعدد النظريات التي تناولته، فبينما يركز الطب النفسي على العلاج بالعقاقير والتدخل الجراحي، نجد أن المدرسة السلوكية تسعى لتعديل السلوك، من خلال التدعيم الإيجابي، وإزالة الخبرات المؤلمة.

وذكرت علاق (2014) مجموعة من الوسائل لعلاج الاكتئاب منها:

أولاً : العلاج الدوائي :

تساهم الأدوية المضادة للاكتئاب (Antideprssants) في تخفيف ظهور أعراض المرض، ويوجد العديد من أنواعها، وقد يستجيب المصاب لنوع ما دون الآخر، حيث إن أغلب حالات الاكتئاب المتوسطة أو الشديدة تستجيب لها، ولكن ذلك ليس شرطاً، لذلك تجب مراجعة الطبيب المختص بمعدل مرة كل أسبوع أو أسبوعين لمدة أربعة أسابيع لتقييم مدى فاعلية الدواء. ومن أصناف الأدوية المضادة للاكتئاب ما يأتي:

- مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية.

  Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. Tricyclic Antidepressants
- مثبطات إعادة امتصاص السيرتونين والنورأدرينالين.
- العلاج بتحفيز الدماغ. Brain stimulation

- الليثيوم.

ثانياً : العلاج النفسي :

ويكون العلاج النفسي عن طريق أنواع متعددة، منها:

أ- العلاج النفسي التحليلي :

ويبحث هذا النوع من العلاج في العوامل الدفينة في طفولة الفرد المعتمدة أساساً على الجنسية الطفلية، والصدمات التي تلقاها المريض في السنوات الخمس الأولى من حياته، مع عمليات التداعي الحر، وتفسير الأحلام، والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية.

ب- العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي إحدى طرق العلاج المستخدمة في حالات الاكتئاب، حيث يتم فيه دمج العلاج الإداركي (المعرفي) وهو معرفة مدى تأثير أفكار الشخص على مشاعره، والعلاج السلوكي وهو محاولة تغيير تصرفات الشخص اتجاه المواقف التي تحتاج إلى التحدي، ويعتبر تعاون الشخص أمراً مهماً لزيادة فاعلية العلاج. فمثلاً يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى مساعدة الشخص على تحديد الأفكار التلقائية والمُعتقدات الأساسية التي تسهم في خلق مشاعر سلبيةٍ لديه؛ كأن يعتقد مثلاً بأن جميع البشر سيئون بسبب وجود شخصٍ سيء واحد، أو أن يعتقد بأنه يجب على جميع الأشخاص أن يحبوه بلا استثناء. أما بالنسبة للعلاج السلوكي، فيتم البدء به عند تحقيق درجة من السكون والاستقرار الذهني لدى الشخص، وذلك عن طريق اتخاذ إجراءات تساعده على العودة لحياته الطبيعية، وتسديد خُطاه نحو أهدافه؛ وذلك بتشجيعه على ممارسة الهوايات وقضاء وقتٍ مع الأصدقاء إذا كان الاكتئاب قد تسبب بحدوث الانعزال الاجتماعي مثلاً، وكذلك يمكن توجيه الشخص تحت الإشراف على مواجهة المواقف والأشخاص الذين يتسببون بشعوره بالخوف مثلاً.

ت- العلاج الاجتماعي :

ويعمل على مساعدة المريض اجتماعياً، وحل مشكلاته الاجتماعية، وإحداث التغييرات البيئية المناسبة، للتقليل من معاناته، وكما هو معروف فإن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج الاضطراب كبير، لذلك يتجه العلاج أحياناً نحو تحسين هذه العوامل من ناحية العمل والمنزل والأسرة، وتشجيع الهوايات الخاصة من ثقافة وفنون، أو رياضة، أو الإيمان الديني، خاصة للذين يميلون بطبيعتهم للناحية الدينية.

القلق لدى مرضى السرطان :

ينال مفهوم القلق اهتمام الباحثين على كافة مستوياتهم وأجناسهم ولغاتهم؛ فقد حظي القلق بعناية ودراسة العاملين في مجال الطب النفسي، كما اهتم به علماء النفس ممن ينتمون إلى أطر نظرية مختلفة، كمدرسة التحليل النفسي، والمدرسة السلوكية، وغيرها من المدارس والاتجاهات النفسية، وأيضًا ممن يعملون في مجال الصحة النفسية.

ويُعد القلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً وتأثيراً في سلوك الإنسان، وقد ازداد انتشاره في العصر الحديث نتيجة للتغيرات السريعة والمفاجئة والمتلاحقة؛ السياسية والعسكرية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية، خاصة مع تزايد التهديدات الطبيعية والبشرية للإنسان في هذا العصر، وكثرة الضغوط، وتعدد مطالب الحياة، وفي كثير من الأحيان قد يقف الإنسان عاجزاً عن تلبية متطلباته، وسد حاجاته، شاعراً بالتهديد وهو لا يدري أنى له هذا التهديد؛

كل ذلك جعل الإنسان في هذا العصر أكثر قلقاً على حاضره ومستقبله وحياته، ومن ثم أصبح القلق ظاهرة إنسانية تعاني منه نسبة كبيرة من البشر؛ حيث ذكرت منظمة الصحة العالمية أن واحداً من بين ثلاثة أفراد مصاب بالقلق، وأن انتشار القلق لدى النساء أكثر مما هو لدى الرجال (عبدالمجيد، 2008، 385).

مفهوم القلق :

تناول الباحثون مفهوم القلق بشيء من الإسهاب إلا أنه لا يخرج عن كونه " حالة من الاضطراب والتوتر الشامل يصيب الإنسان نتيجة شعوره بالتهديد أو الخوف الشديد والمبهم من عوامل غير محددة وغير واضحة، تصاحبه أعراض جسمية ونفسية كالاكتئاب والعزلة والعصاب واضطراب المشاعر (Rachel, 2011, 33).

ويعرف Francesca (2009) القلق بأنه: حالة نفسية وفسيولوجية تتكون من تضافر عناصر إدراكية وجسدية وسلوكية، مصحوباً بحالة من التوتر والشعور بعدم الارتياح.

ويعرفه Claudia (2011) بأنه: شعور غير سار مصحوب بالخوف والجزع من أحداث متوقعة، كشعور الإنسان بالخوف بل الهلع عندما يفكر في الموت.

ويضيف Alico (2016) أن القلق نوع من الخوف يتعلق بأحداث، وأنه يوجد في حياة الإنسان بدرجات متفاوتة، تمتد من القلق البسيط إلى القلق الشديد، وفق العوامل المؤدية إليه، ومدى قابلية الإنسان للاستجابة.

ليس معنى ذلك أن القلق كله شر أو ضرر للإنسان؛ فهناك القلق السوي أو الموضوعي، وهذا النوع من القلق يظهر لدى الأسوياء (العاديين) عند مواجهة المواقف والمشكلات، كما أنه يسهل النجاح في المهام والمواقف المختلفة؛ فالأفراد الذين لديهم درجات موضوعية من القلق، لديهم مستويات مرتفعة من الدافع تساعدهم في عمليات التعلم واكتساب الخبرات، وتساعدهم أيضاً على تنشيط المراكز العصبية؛ مما يزيد من قوة التركيز والتمييز، ومن ثم اتخاذ القرارات الصائبة وحل المشكلات؛ أي أن قليلاً من القلق يؤدي إلى الإنجاز. (Electra, 2018, 99)، كما أن القلق السوي يعمل كمنظومة إنذار لتنبيه الإنسان وحمايته وإبعاده عن الخطر، وفي ذات الوقت ينبهه للقيام بعمل توافقي مع المواقف الجديدة (خشبة، 2019، 95).

هذا فيما يتعلق بالقلق السوي أو الموضوعي أو الواقعي، أما القلق المرضي أو العصابي فقد نال الاهتمام الأكبر من البحث والدراسة، ومن ثم دارت حوله وجهات النظر وتعددت الآراء؛ حيث إن له آثارًا سلبية على الإنسان بصفة عامة.

أعراض القلق :

في تقرير جامعة Illinois عام 1996 ذُكر فيه أن القلق يعوق قدرات الفرد عن الظهور؛ فالأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق غالباً ما يظهر لديهم بعض الأعراض وأحياناً كلها، وذكر Electra (2018) أهم هذه الأعراض، مثل:

1. الشعور بعدم الراحة.
2. واضرابات النوم.
3. الرعشة والتوتر الحاد.
4. تغيرات في الشهية والوزن.

5. وضيق التنفس.
6. الاضطراب الجنسي.
7. الشد العضلي.
8. الخوف الاجتماعي.
9. الاضطرابات العقلية والنفسية كالاكتئاب.
10. اضطرابات في أجهزة الجسم المختلفة.

وقد تصبح مشاعر القلق شديدة وساحقة ومعرقلة للعلاج والتقدم نحو التعافي، إذا كان الشخص يعاني في حياته من فترات تخللتها أزمات التوتر الشديد قبل إصابته بالسرطان. فالقلق في هذه الحالة قد يزيد من الشعور بالألم، ويتسبب في اختلال النوم، والغثيان والتقيؤ، ويؤثر بعمق على أسلوب حياة المريض (شكراوي، 2016، 266).

أسباب القلق :

القلق والتوتر العصبي والخوف والذعر، والرُهاب بأنواعه المختلفة، جميعها تعتبر أوجه مختلفة لما يمكن تسميته بشكل عام بالقلق الحاد (Anxiety Disorder)، فالقلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان، وقد يُعاني المرء من القلق أثناء إجراء الاختبارات والتحاليل الأولية للسرطان، أو حين ينتظر نتائج المفحوص، وعند تلقي نبأ التشخيص، وحين البدء في العلاج، أو عند توقع عودة الورم. وبطبيعة الحال تتفاوت وتختلف مستويات القلق من مريض لآخر، كما أن مرضى السرطان يجدون مشاعرهم من القلق والتوتر تزيد وتنقص في أوقات مختلفة، فقد يصبح المريض قلقًا ومتوتراً أكثر حين ينتشر السرطان أو ينتقل إلى موضع آخر، أو حين يصبح العلاج أكثر كثافة وإجهاداً (الطويل، والقضاة، 2017، 44).

وأشار محاميد، وبريك (2016) إلى أن القلق له أسباب مختلفة ومتعددة، منها:

1. المشكلات النفسية، والاضطرابات السلوكية.
2. الخبرات الصعبة، والتعب والإعياء والعمل الشاق.
3. قلة النوم، والفوبيا الاجتماعية.
4. الأمراض الصحية، وخاصة الأمراض المزمنة كالسرطان.
5. المشكلات الأسرية.
6. تناول المخدرات والكحوليات.
7. الاستعداد الوراثي، وتاريخ القلق داخل الأسرة.
8. تغير البيئة الثقافية والاجتماعية، وتنوع التركيبة السكانية في المجتمع.
9. أساليب التنشئة الاجتماعية، وسلوك الوالدين.

10. الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي.

ومن جهة أخرى هناك العديد من الأدوية المستخدمة في علاج السرطان، بإمكانها أن تفاقم مشاعر القلق لدى المرضى. وأشار براهمية، وبوشلالق (2016) إلى أن المرضى الذين وصلوا إلى مراحل متقدمة من الورم؛ لا يعانون من القلق خوفاً من الموت بحد ذاته، وإنما خوفاً من عوامل أخرى، تتضمن غالباً الخوف من الألم غير القابل للسيطرة، أو الخوف من إهمالهم وتركهم دون دعم، أو من شعورهم بالحاجة والاضطرار للاعتماد على الغير.

علاج القلق :

يتمثل العلاجان الرئيسيان لاضطراب القلق كما أشار الهويش (2016) في العلاج النفسي والأدوية. وقد يستفيد المريض أكثر عند المزج بين الاثنين معًا. وقد تكون هناك حاجة إلى استخدام طريقة التجربة والخطأ لاكتشاف أي العلاجات تعمل بشكل أفضل بالنسبة لك.

أولاً : العلاج الدو ائي :

هناك أنواع مختلفة من الأدوية تستخدم للمساعدة على إراحة الأعراض بناء على نوع اضطراب القلق الذي يعاني منه المريض، وما إذا كان أيضاً مصاباً بمشكلات صحة عقلية أو بدنية أخرى. على سبيل المثال:

- أدوية مضادة للقلق تسمى بسبيرون.
- أنواع معينة من مضادات الاكتئاب تستخدم أيضاً لعلاج اضطرابات القلق.
- في حالات محدودة قد يصف طبيبك أنواعاً أخرى من الأدوية مثل المهدئات والتي تدعى بنزوديازيبين أو حاصرات بيتا. هذه الأدوية للراحة على المدى القصير من أعراض القلق وليست مخصصة للاستخدام على المدى الطويل.

ثانياً : العلاج النفسي :

يتضمن العلاج النفسي، المعروف أيضاً بالعلاج بالتحدث أو الاستشارة النفسية، العمل مع معالج لتقليل أعراض القلق لدى المريض، ويمكن أن يكون هذا علاجًا فعالاً للقلق. ويُعد العلاج السلوكي الإدراكي (CBT) أحد أشكال العلاج النفسي الأكثر فعالية لاضطرابات القلق، وبشكل عام يركز العلاج السلوكي الإدراكي قصير الأجل، على تعليم مهارات محددة لتحسين الأعراض والرجوع تدريجياً إلى الأنشطة التي يتجنبها المريض بسبب القلق، كما يتضمن العلاج السلوكي الإدراكي العلاج بالتعرض، وفيه تقوم بمواجهة الشيء أو الموقف الذي يثير قلقك تدريجياً وبذلك تبني ثقة تمكنك من التعامل مع الموقف وأعراض القلق.

ثالثاً : نمط الحياة والعلاجات المنزلية :

في حين أن معظم الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق يحتاجون إلى العلاج النفسي أو الأدوية للسيطرة على القلق، فإن التغيير في نمط الحياة يمكن أن يحدث أيضاً فارقاً، ومن أهم الأمور التي يمكنك فعلها:

- **حافظ على نشاطك البدني:** استحدث عادات تجعلك نشطاً بدنياً معظم أيام الأسبوع؛ حيث تساهم التمارين الرياضية في تقليل القلق بشكل قوي، وقد تحسِّن من حالتك المزاجية وتساعدك على البقاء في صحة جيدة، ابدأ ببطء وتدريجياً ثم زِد مقدار الأنشطة وكثافتها.

- **تجنب الكحوليات والمخدرات الترويحية:** قد تؤدي هذه المواد أو التسبب في القلق أو زيادته سوءاً.؛ إذا لم تتمكن من الإقلاع بنفسك، فعليك بمقابلة طبيبك أو العثور على مجموعة دعم لمساعدتك.
- **الإقلاع عن التدخين وتقليل شرب المشروبات التي تحتوي على الكافيين:** يمكن أن يزيد كل من النيكوتين والكافيين من سوء حالة القلق.
- **اجعل النوم أولوية:** افعل ما يمكنك للتأكد من أنك تحصل على ما يكفي من النوم لتشعر بالراحة.
- **تناول طعاماً صحياً:** يمكن أن يرتبط الأكل الصحي – مثل التركيز على الخضراوات والفواكه والحبوب الكاملة والأسماك – بتقليل القلق.

الدراسات السابقة :

إذا أردنا أن نلخص أهم الدراسات التي تناولت درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان؛ فإننا نجد أن (بسيسو، وأبوعطية، 2006) قامتا بدراسة بعنوان: بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن. **وهدفت** هذه الدراسة إلى خفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان من خلال تطبيق برنامج إرشاد جمعي وفق نظرية التعلم الاجتماعي. ولتحقيق ذلك قامت الباحثة بإعداد **أدوات الدراسة** المتمثلة في مقياس القلق، ومقياس قلق الموت، ومقياس الاكتئاب، وبرنامج إرشاد نفسي. وتم التأكد من صدق محتواها واستخراج معاملات الاتساق الداخلي بمعادلة كرونباخ ألفا. كما تم استخراج معاملات الثبات باستخدام معادلة بيرسون. كما تم إعداد برنامج إرشادي وفق نظرية التعلم الاجتماعي، مكون من (12) جلسة امتدت من 2006/2/6 إلى 2006/3/20، مدة كل جلسة (45-60) دقيقة، وتم تطبيق جلستين كل أسبوع، على **عينة الدراسة** المكونة من (10) من مرضى السرطان. إذ تم الحصول على عينة ميسرة من مرضى السرطان من مستشفى الجامعة الأردنية، قُسمت عشوائياً (10) مرضى ضابطة و(10) مرضى تجريبية. وقامت الباحثة بإجراء اختبار t-test قبلي للتأكد من تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى القلق وقلق الموت والاكتئاب، ثم طبق البرنامج على العينة التجريبية، وبعد الانتهاء من البرنامج، تم إعادة تطبيق الاختبارات على المجموعتين التجريبية والضابطة. ولتعرف أثر البرنامج في المجموعة التجريبية في القلق وقلق الموت والاكتئاب، تم استخراج المتوسطات الحسابية وأجري اختبار (ت) (T-test)، واتضح من **النتائج** أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، حيث انخفض مستوى القلق وقلق الموت والاكتئاب لديهم، ويُعزى ذلك إلى البرنامج الإرشادي. وقدمت الباحثة عدداً من **التوصيات** تمثلت في الاستفادة من البرنامج الإرشادي بتطبيقه على عينات أخرى من الإناث من مرضى السرطان، وتوصي المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الاستشفاء لمرضى السرطان الاستفادة من هذا البرنامج الإرشادي وتطبيقه.

وفي دراسة أجراها (السلعوس، والعلوان، 2012) بعنوان: مستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان في مدينة نابلس، إضافة إلى تحديد أثر متغير الجنس على مستوى القلق والاكتئاب لديهم. تكونت عينة الدراسة من (55) مريضاً ومريضة من المصابين بمرض السرطان في مدينة نابلس من أصل (103) يراجعون المستشفى الوطني، وتم اختيارهم وفق العينة المتيسرة. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياس سبيلبيرجر للقلق، وقائمة بيك للاكتئاب، وتم التأكد من ملاءمة المقياسين للبيئة الفلسطينية من خلال عرضها على لجنة من المحكمين، وأظهرت **نتائج الدراسة** وجود مستويات متوسطة من القلق لدى أفراد الدراسة، حيث بلغ متوسط الاستجابات (1.43) كما أظهرت النتائج وجود مستويات متوسطة من الاكتئاب لدى أفراد الدراسة، حيث بلغ متوسط الاستجابات (0.883) بالإضافة إلى ذلك أشارت

النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الاستجابات على مقياسي القلق والاكتئاب تعزى لمتغير الجنس. وفي ضوء نتائج **الدراسة أوصت** الباحثة: ضرورة تطبيق برامج إرشادية تعمل على خفض مستوى القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض السرطان، بالإضافة الى ضرورة إجراء دراسات لقياس درجة التكيف لدى المصابين بالسرطان.

وفي نفس السياق أجرى (أحمد، وآخرون، 2013) دراسة بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من قلق الموت والاكتئاب لدى عينة من أطفال مرضى السرطان. **هدفت** هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية وقلق الموت والاكتئاب لدى عينة من أطفال مرضى السرطان، والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث عند تطبيق مقياس: المساندة الاجتماعية، والاكتئاب، وقلق الموت، على عينة من أطفال مرضى سرطان الدم الحاد من سن (12 – 15) عاماً. واعتمدت الدراسة على **المنهج الوصفي الارتباطي** المقارن. وتكونت **عينة الدراسة** من (100) طفل وطفلة من مرضى سرطان الدم الحاد من سن (12 – 15) سنة، وقد تم اختيار العينة بطريقة عمدية من مستشفى (57357)؛ وذلك نظراً لتوافر سن العينة بهذه المستشفى، وتم تقسيمها إلى (50) من الذكور و (50) من الإناث. واستخدم الباحث استمارة بيانات أولية (إعداد الباحث)، ومقياس المساندة الاجتماعية (إعداد: الباحث)، ومقياس قلق الموت (إعداد الباحث)، ومقياس الاكتئاب (د) للصغار (CDI) الصورة الفصحى (إعداد غريب، 1992)، واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي (إعداد جمال شفيق، 1998)، وتم الاعتماد على بعض الأساليب الإحصائية، وهي اختبار (ت) لدلالة الفروق بين الذكور والإناث على مقاييس الدراسة، معامل ارتباط (بيرسون) لمعرفة العلاقة بين بعض متغيرات الدراسة. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من **النتائج** أهمها: أنه يوجد ارتباط دال إحصائياً (عكسي) ضعيف بين المساندة الاجتماعية وقلق الموت عند (0.01)، وكذلك يوجد ارتباط دال إحصائياً (عكسي) بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب عند (0.1)؛ وأوضحت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس المساندة الاجتماعية لصالح الإناث، وتوصلت نتائج الدراسة أيضاً إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب؛ وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس قلق الموت.

ودراسة (علاق، 2014) بعنوان: مدى فاعلية برنامج الدعم الروحي بواسطة السوفرولوجيا في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى السرطان بمستشفى وهران الجامعي. **هدفت** إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج الدعم الروحي باستخدام تقنية الاسترخاء بالسوفرولوجيا في خفض القلق والاكتئاب لدى (8) حالات من المصابين بمرض السرطان من مريدي المستشفى الجامعي بوهران، ذكوراً وإناثاً، يختلفون في درجة الإصابة من حديثي الإصابة بالمرض والمتقدمين فيه. واعتمدت الدراسة على التصنيف الأمريكي للأمراض النفسية الرابع 1994، لتشخيص القلق عندهم مركزين على المقابلة العيادية المعمقة والملاحظة، ولقياس الاكتئاب تم استخدام قائمة بيك الثانية المقننة في الجزائر من قبل بشير معمرية 2010 كاختبار قبلي وبعدي، ولخفض درجة القلق والاكتئاب لدى العينة، تم إعداد برنامج الدعم الروحي باستخدام تقنية الاسترخاء بالسوفرولوجيا، الذي قمنا بتطبيقه بقسم علاج السرطان بمستشفى وهران الجامعي، حيث اشتمل البرنامج على (8) جلسات، بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع، وتكون مدتها ساعة من الزمن. وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، توصلنا إلى فاعلية برنامج الدعم الروحي باستخدام تقنية الاسترخاء بالسوفرولوجيا في الخفض من القلق والاكتئاب لدى الحالات، وضرورة تفعيله وتعميمه على الحالات النفسية الأخرى.

وفي نفس الإطار أجرى (الهويش، 2016) دراسة بعنوان: فاعلية برنامج علاجي قائم على السيكودراما في تخفيف مستوى القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان. **هدفت الدراسة** إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي قائم

على السيكودراما في تخفيض القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان، تكونت **عينة الدراسة** من (18) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين 9-12 سنة، قسمت العينة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وتتكون من (8) أطفال، ومجموعة ضابطة وتتكون من (10) أطفال، واستخدمت الدراسة **الأدوات** التالية: مقياس القلق للأطفال، مقياس الاكتئاب للأطفال، ومقياس متاهات بورتيوس للذكاء، وبرنامج علاجي سيكودرامي من إعداد الباحثة. **توصلت النتائج** إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.01 و0.05) بين متوسط درجات المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي السيكودرامي لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات القياسين (القبلي والبعدي) في القلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي السيكودرامي على المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعتي (الأطفال الذكور والأطفال الإناث) في القلق والاكتئاب.

وأجرت (براهمية، وبوشلالق، 2016) دراسة بعنوان: الألم النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية. **هدفت** هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، ومعرفة الفروق في المستويات وفقًا لمتغير الجنس، والسن، ونوع العلاج، حيث أجريت الدارسة على **عينة** مكونة من (230) مريضاً بمراكز مكافحة السرطان، واستخدمت الدراسة مقياس الاكتئاب، والقلق، والضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات. أظهرت **نتائج الدراسة** أن حوالي (68.69٪) يعانون من اكتئاب و(63.04٪) من قلق منخفض، بينما (47.82٪) لديهم ضغط متوسط، وتبين أن هناك فروقًا دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب، والقلق، والضغط وفقاً للسن، وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور. كما اتضح وجودها في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل أية فروق في مستوى الألم النفسي وفقاً للسن. **وأوصت الدراسة** بضرورة معرفة الألم النفسي وتقييمه من قِبَل مقدمي الرعاية الصحية، وذلك لغرض تقديم الدعم والرعاية المناسبة للمرضى.

وفي دراسة أجراها (عبدالحليم، 2017) بعنوان: المقارنة بين درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغيري الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان. **هدف** البحث إلى تقديم مقارنة بين درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغيري الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان. واعتمد البحث على **المنهج الوصفي**. وتمثلت **أدوات** البحث في استخدام مقياس قلق الموت، ومقياس الاكتئاب، وتم تطبيقهم على عينة من المرضى المصابين بالسرطان، وبلغ عددهم (17) مصاباً، وكانوا من المرضى المقيمين بالمستشفى، وتم تقسيمهم إلى(7) مصابين بالسرطان بمستوى الإصابة البسيط، و(10) مصابين بالسرطان بمستوى الإصابة المتوسط. وجاءت **نتائج البحث** مؤكدة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) بين مرضى السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغير الاكتئاب. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) بين المجموعتين على الدرجة الكلية لمقياس الموت في صالح مجموعة درجة الإصابة البسيطة، أي أنها أقل على قلق الموت من مجموعة درجة الإصابة المتوسطة. **وأوصى البحث** بضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لمريض السرطان بجانب الاهتمام بعلاج الناحية العضوية؛ لأن الجسد والنفس وحدة متكاملة يؤثران في بعضهما البعض، ولا يمكننا الاهتمام بجانب وإغفال الجانب الآخر، لذلك يجب متابعة حالة مريض السرطان الجسيمة والنفسية أيضاً.

وكذلك أجرى (زعطوط، ورويبح، 2018) دراسة بعنوان: إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان. **هدفت** هذه الدراسة إلى الاهتمام بدراسة إدراك المرض عند مرضى السرطان وارتباطه باستجابتي القلق ولاكتئاب، واستخدمت **الدراسة استبيان** إدراك المرض المعدل (IPQ-R)، والمقياس الاستشفائي للقلق والاكتئاب (HADS)، وتم التأكد من صدقهما وثباتهما في دراسة استطلاعية على عينة مكونة من (30) مريضاً بالسرطان. وتمثلت

عينة الدراسة الأساسية في (85) مريضاً، والتي طبقت عليها الأداتان على شكل بطارية بطريقة المقابلة "نصف الموجهة" من طرف الباحثة. وتوصلت **نتائج الدراسة** إلى: ارتفاع إدراك مرضى السرطان في كل من بعد العواقب، والسيطرة الذاتية والعلاجية، وتساوق المرض، والدورية، والآثار الانفعالية، وانخفاضه نسبياً في بعد الزمانية مقارنة مع متوسط الإجابات. كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد المرض باختلاف الجنس والمستوى الاجتماعي وفي مدة الإدمان، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية باختلاف السن عند أبعاد (التساوق والسيطرة الذاتية والانفعالية) لصالح صغار السن، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية باختلاف المستوى التعليمي عند أبعاد (الزمانية، التساوق، السيطرة الذاتية، الدورية، الانفعالية) لصالح مرتفعي المستوى التعليمي، كما توجد فروق ذات لالة إحصائية باختلاف المستوى الاقتصادي عند بعد (العواقب) لصالح مرتفعي المستوى الاقتصادي. كما توصلت الدراسة إلى وجود القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، وارتفاعهما لصالح الإناث مقارنة بالذكور. كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض والقلق والاكتئاب دالة مع جميع الأبعاد وبارتباط قوي مع بعد الانفعالية، ودال بعلاقة عكسية مع أبعاد (التحكم في العلاج، وفهم المرض، والسيطرة على المرض)، أي كلما زادت درجة هذه الأبعاد انخفض مستوى القلق والاكتئاب. كما أن الارتباط بين الهونة وبين القلق والاكتئاب دال إحصائياً، وهو ما يدل على ارتباط مستوى القلق والاكتئاب بزيادة تواجد الأعراض المرضية لدى مرضى السرطان.

كما أجرى (بالبيد، والعنزي، 2019) دراسة بعنوان: فاعلية برنامج علاجي ذهني سلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى أسر مرضى السرطان. **هدفت** الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي ذهني سلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى أسر مرضى السرطان (مدينة الملك عبدالعزيز الطبية بجدة، المملكة العربية السعودية)، وطبق البحث خلال الفصل الدراسي الأول من العام 1436هـ 1437هـ. واستخدم البحث الحالي تصميم التجارب المضبوطة عشوائياً، ومقياسي تايلور للقلق الصريح، وبيك للاكتئاب. بلغ عدد المشاركين (30) شخصاً من ذوي المرضى الإناث، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين (15) للمجموعة التجريبية، و(15) للمجموعة الضابطة. واستخدم البحث الحالي برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية لاستخراج **النتائج**، والتي أشارت إلى أن البرنامج الذهني السلوكي الحالي ساهم في خفض القلق والاكتئاب لدى المشاركين من أسر المرضى. واختتمت الدراسة **بتوصيات** مفادها أهمية الاهتمام بهذه الشريحة من المجتمع.

وفي دراسة أجرتها (تركي، والعبدي، 2020) بعنوان: الانعكاسات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى المرأة المصابة بالسرطان. **هدفت** الدراسة إلى الكشف عن مستويات القلق لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان والخاضعات للعلاج الكيميائي، والكشف عن مستويات الاكتئاب لديهن، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى الكشف عن الفروق في مستويات كل من القلق والاكتئاب لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان والخاضعات للعلاج الكيميائي وذلك حسب الحالة الاجتماعية. وتكونت **عينة الدراسة** من (187) من النساء المصابات بالسرطان والخاضعات للعلاج الكيميائي. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من **النتائج** أهمها: ارتفاع مستوى القلق لدى النساء المصابات بالسرطان والخاضعات للعلاج الكيميائي، كما توصلت إلى وجود مستوى متوسط من الاكتئاب لديهن، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق لدى النساء المصابات بالسرطان والخاضعات للعلاج الكيميائي (المتزوجات، والآنسات، والأرامل، والمطلقات) لصالح المتزوجات، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان والخاضعات للعلاج الكيميائي (المتزوجات، والآنسات، والأرامل، والمطلقات) لصالح الآنسات. **وأوصت الدراسة** بأهمية تقديم الدعم النفسي لمرضى السرطان؛ حيث يعتبر مرض السرطان من الأمراض التي تهدد حياة الأفراد، وتؤدي الإصابة به إلى تغيرات كبيرة في حياة المرضى على جميع المستويات، خاصة إذا كانت المرأة هي المصابة بالمرض،

حيث يؤدي ذلك وفي غالب الأحيان إلى عجزها عن التكيف مع المرض؛ مما ينعكس ذلك على حالتها النفسية والاجتماعية والصحية، فتظهر لديها حالات من القلق والتوتر والاكتئاب، نتيجة المرض في حد ذاته، وكذلك أعباء العلاج الكيميائي وآثاره.

التعقيب على الدراسات السابقة :

تناولت الدراسات السابقة العربية موضوع الاكتئاب والقلق لدى مرضى السرطان، وركزت بعض الدراسات على العلاقة بين درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى السطان، والبحث عن الفروق في مستوى القلق والاكتئاب طبقاً لمجموعة من المتغيرات كالجنس والمستوى الاقتصادي والمستوى الاجتماعي، مثل دراسة (السلعوس، والعلوان، 2012؛ عبدالحليم، 2017؛ زعطوط، وروبيح، 2018؛ تركي، والعبدي، 2020).

وركزت بعض الدراسات الأخرى على إعداد برامج إرشادية سلوكية لخفض درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، وتقديم الدعم النفسي لهم؛ حتى يمكنهم تخطي هذه الأزمة الشديدة، مثل دراسة (بسيسو، وأبوعطية، 2006؛ علاق، 2014؛ الهويش، 2016؛ بالبيد، والعنزي، 2019).

منهجية البحث وإجراءاتها

يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية المتبعة في البحث من خلال عرض منهج البحث ، وتحديد مجتمع وعينة البحث ، وكذلك عرض للأدوات المستخدمة من حيث بنائها والتأكد من صدقها وثباتها ، ووصف إجراءات تطبيق الأدوات ، يليها عرض أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة فى تحليل البيانات .

إجراءات البحث:

تم استخدام مقياس الاكتئاب والقلق إعداد الدكتور / أحمد سعيد الحريري في صورته النهائية المكونة من (40) عبارة ، وقد قام الباحث بالتأكد من صدقه وثباته ، وتم تكوينه في رابط إلكتروني، ونشره عبر وسائل التواصل الاجتماعي في مرضى السرطان في المملكة العربية السعودية ، ويمكن الاطلاع على المقياس في ملحق رقم (1) .

منهج البحث :

استخدم البحث الحالى المنهج المختلط Mixed Methods Research ذو التصميم التفسيري Explanatory Design والذى يتضمن مرحلتين متتاليتين: المرحلة الأولى (تحليل البيانات الكمية الأولية Data Quantitative Primary) ثم المرحلة الثانية (تطبيق المقابلات وتحليل البيانات الكيفية Quantitative والهدف من استخدام المنهج المختلط فى البحث الحالى الحصول على تفسير لنتائج المرحلة الأولى للكشف عن الفروق المحتملة في الاكتئاب والقلق تبعاً لمتغيرات الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ودرجة السرطان ونوع السرطان لدى مريض السرطان في المملكة العربية السعودية.

مُجتمع البحث:

مُجتمع البحث هم جميع مرضى السرطان في المملكة العربية السعودية.

عينة البحث:

تمثل عينة البحث من نوعين : العينة الكمية التى طبقت الاستبانة ، والعينة الكيفية التى طبقت المقابلة ، وفيما يلي وصف لخصائص العينة لكل منهما :

خصائص عينة الاستبانة :

تمثل عينة البحث الحالى التى طبق عليها الاستبانة (38 من مرضى السرطان) تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وهذه النوع من العينات هي الأنسب لأهداف البحث الحالى .

وكانت مواصفات العينة التي تم استطلاع آرائها كما في الجداول التالية:

جدول (1): خصائص العينة حسب متغير الجنس

الجنس	العدد (38)	النسبة المئوية (%)
ذكر	15	39.47
أنثى	23	60.53

يتضح من الجدول السابق أن عدد (15) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (39.47%) من إجمالي أفراد عينة البحث من جنس (ذكر) ، وعدد (23) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (60.53%) من إجمالي أفراد عينة البحث من جنس (أنثى) .

جدول (2): خصائص العينة حسب متغير العمر

العمر	العدد (38)	النسبة المئوية (%)
من 20 سنة الى اقل من 25 سنة	3	7.89
من 25 سنة الى أقل من 30 سنة	4	10.53
من 30 سنة الى أقل من 35 سنة	3	7.89
من 35 سنة الى أقل من 40 سنة	5	13.16
من 40 سنة الى أقل من 45 سنة	9	23.68
من 45 سنة الى أقل من 38 سنة	6	15.79
من 38 سنة الى أقل من 60 سنة	8	21.05

يتضح من الجدول السابق أن عدد (3) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (7.89%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (من 20 سنة الى اقل من 25 سنة) ،و عدد (4) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (10.53%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (من 25 سنة الى أقل من 30 سنة) ،و عدد (3) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (7.89%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (من 30 سنة الى أقل من 35 سنة) ،و عدد (5) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (13.16%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (من 35 سنة الى أقل من 40 سنة) ،و عدد (9) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (23.68%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (من 40 سنة الى أقل من 45 سنة) ،و عدد (6) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (15.79%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (من 45 سنة الى أقل من 38 سنة) ، و عدد (8) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (21.05%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (من 38 سنة الى أقل من 60 سنة) .

جدول (3): خصائص العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد (38)	النسبة المئوية (%)
أعزب /باء	7	18.42
متزوج /ه	13	34.21
أرمل /ه	12	31.58
مطلق /ه	6	15.79

يتضح من الجدول السابق أن عدد (7) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (18.42%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الحالة الاجتماعية (أعزب /باء) ، و عدد (13) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (34.21%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الحالة الاجتماعية (متزوج /ه) ،و عدد (12) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (31.58%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الحالة الاجتماعية (أرمل /ه) ،و عدد (6) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (15.79%) من إجمالي أفراد عينة البحث من الحالة الاجتماعية (مطلق /ه).

جدول (4): خصائص العينة حسب متغير درجة السرطان

درجة السرطان	العدد (38)	النسبة المئوية (%)
الدرجة الأولى	15	39.47
الدرجة الثانية	10	26.32
الدرجة الثالثة	8	21.05
الدرجة الرابعة	5	13.16

يتضح من الجدول السابق أن عدد (15) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (39.47%) من إجمالي أفراد عينة البحث من درجة السرطان (الدرجة الأولى) ،و عدد (10) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (26.32%) من إجمالي أفراد عينة البحث من درجة السرطان (الدرجة الثانية) ، و عدد (8) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (21.05%) من إجمالي أفراد عينة البحث من درجة السرطان (الدرجة الثالثة) ،و عدد (5) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (13.16%) من إجمالي أفراد عينة البحث من درجة السرطان (الدرجة الرابعة)

جدول (5): خصائص العينة حسب متغير نوع السرطان

نوع السرطان	العدد (38)	النسبة المئوية (%)
سرطان الرئة	2	5.26
سرطن الأمعاء	2	5.26
سرطان الثدي	10	26.32
سرطان البروستاتا	6	15.79
سرطان البنكرياس	2	5.26
سرطان المرىء	2	5.26
سرطان الكبد	2	5.26
سرطان المثانة	2	5.26
سرطان الدماغ	2	5.26

نوع السرطان	العدد (38)	النسبة المئوية (%)
سرطان الغدد الليمفاوية	6	15.79
سرطان الدم	2	5.26

يتضح من الجدول السابق أن عدد (2) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (5.26%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان الرئة) ،و عدد (2) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (5.26%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطن الأمعاء) ،و عدد (10) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (26.32%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان الثدي) ، و عدد (6) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (15.79%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان البروستاتا) ،و عدد (2) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (5.26%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان البنكرياس) ،و عدد (2) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (5.26%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان المرىء) ،و عدد (2) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (5.26%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان الكبد) ، و عدد (2) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (5.26%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان المثانة) ، و عدد (2) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (5.26%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان الدماغ) ، و عدد (6) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (15.79%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان الغدد الليمفاوية) ، و عدد (2) من أفراد عينة البحث يمثلون ما نسبته (5.26%) من إجمالي أفراد عينة البحث من نوع السرطان (سرطان الدم) .

خصائص عينة المقابلة :

جدول (6): بيانات عينة المقابلة

الاسم	نوع السرطان	العمر	الجنس	الحالة الاجتماعية	درجة السرطان
ب-ش	سرطان الرئة	43	ذكر	مطلق	الدرجة الأولى
ع-ر	سرطن الأمعاء	37	ذكر	متزوج	الدرجة الثانية
ت-م	سرطان الثدي	32	أنثي	اعزب	الدرجة الثالثة
ت-ش	سرطان البروستاتا	35	ذكر	متزوج	الدرجة الأولى
خ-ش	سرطان الكبد	41	أنثي	متزوجه	الدرجة الثالثة
ن-ج	سرطان الدم	37	أنثي	عزباء	الدرجة الرابعة

يوضح جدول (6) البيانات الوصفية لأفراد العينة التى تم معها المقابلة للإجابة عن تساؤلات الدرسة .

أداة البحث:

تم استخدام مقياس الاكتئاب والقلق (أحمد سعيد الحريري) في صورته النهائية المكونة من (40) عبارة لقياس الاكتئاب والقلق من خلال محورين رئيسيين هي: (الاكتئاب ، القلق) ، والمقياس يتم الإجابة عنه وفق مقياس لايكارت الثلاثي حيث تصحح العبارات الايجابية كالتالى (متفق تماماً = 5 ، متفق = 4 ، متفق نوعاً ما = 3 ، غير متفق = 2 ، لا أتفق أبداً = 1) ، وقد قام الباحث بالتأكد من صدقه وثباته ، وتم تكوينه في رابط إلكتروني، ونشره عبر وسائل التواصل الاجتماعي في مرضى السرطان في المملكة العربية السعودية ، ويمكن الاطلاع على المقياس في ملحق رقم (1).

صدق أداة البحث:

صدق الاتساق الداخلى:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس لعدد (15) شخصاً من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة، والدرجة الكلية للمحور، ومعامل ارتباط الفقرة والدرجة الكلية للمقياس كما يلي:

جدول (7): معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

م	العبـارات	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالمقياس	الدلالة الإحصائية
1	شهيتي للأكل ضعيفة.	*0.798	*0.806	*0.000
2	لا أنام بشكل جيد.	*0.870	*0.876	*0.000
3	أنام لساعات طويلة.	*0.804	*0.778	*0.000
4	لياقتي البدنية ضعيفة وأشعر بالإنهاك والتعب.	*0.834	*0.840	*0.000
5	نظرتي لنفسي سيئة وغير محترمة.	*0.861	*0.841	*0.000
6	تركيزي ضعيف حتى أنني لا أستطيع اتخاذ أي قرار.	*0.887	*0.883	*0.000
7	أشعر بفقدان الأمل في الحياة واليأس منها.	*0.775	*0.764	*0.000
8	لا أهتم بالناس ولا أختلط بهم.	*0.970	*0.961	*0.000
9	أنا أستحق اللوم على الأخطاء التي ارتكبتها.	*0.746	*0.734	*0.000
10	تثور أعصابي لأتفه الأسباب.	*0.915	*0.915	*0.000
11	أنا أستحق العقاب وأتمنى لو عوقبت.	*0.692	*0.666	*0.000
12	أنا أكره نفسي ولا أطيق رؤية وجهي في المرآة.	*0.771	*0.759	*0.000
13	أشعر برغبة ملحة في البكاء.	*0.815	*0.812	*0.000
14	لا أستطيع الاستمرار في إنجاز أعمالي اليومية.	*0.770	*0.789	*0.000
15	عند قيامي بأي مجهود أشعر بالتعب والإنهاك الشديد.	*0.746	*0.753	*0.000
16	تفكيري وكلامي بطيء.	*0.605	*0.617	*0.000
17	لدي صعوبة في التعبير عن مشاعري.	*0.946	*0.943	*0.000
18	أشعر بالتوتر الشديد والاستثارة.	*0.795	*0.780	*0.000
19	حصلت لي أشياء سيئة غيرت مجرى حياتي.	*0.824	*0.842	*0.000
20	أشعر بفقد اهتمامي ورغباتي الجنسية.	*0.831	*0.844	*0.000
	معامل ارتباط محور الإكتئاب والمقياس	*0.985		
	* ارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.05)			

جدول (8): معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لمحور القلق والدرجة الكلية للمقياس

م	العبـارات	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالمقياس	الدلالة الإحصائية
1	أشعر بالخفقان وقوة ضربات قلبي وزيادة سرعتها.	*0.851	*0.839	*0.000
2	أتعرق في بعض أجزاء جسمي.	*0.604	*0.625	*0.000
3	أرتجف وأرتعش أحيانًا.	*0.898	*0.906	*0.000
4	أشعر بضيق التنفس والاختناق.	*0.916	*0.918	*0.000
5	أشعر ببرودة الأطراف وشحوب الوجه.	*0.882	*0.865	*0.000
6	صدري يؤلمني وأتنهد باستمرار.	*0.851	*0.839	*0.000
7	أشعر بنبضات قلبي في أجزاء من جسمي.	*0.877	*0.858	*0.000
8	طاقتي ضعيفة وحيويتي ومثابرتي ناقصة.	*0.845	*0.815	*0.000
9	عضلاتي متوترة ومشدودة.	*0.823	*0.795	*0.000
10	أشعر بالتعب والصداع باستمرار.	*0.907	*0.905	*0.000
11	أشعر بارتفاع ضغط الدم.	*0.834	*0.827	*0.000
12	أشعر بالدوران أو القيء أو الإسهال.	*0.786	*0.803	*0.000
13	أواجه صعوبات في السيطرة على قلقي.	*0.851	*0.847	*0.000
14	شهيتي مضطربة ووزني ناقص.	*0.701	*0.704	*0.000
15	لدي حساسية شديدة من الصوت والضوء.	*0.924	*0.901	*0.000
16	أخاف وأتوقع حدوث مكروه.	*0.734	*0.740	*0.000
17	أشك وأرتبك وأتردد في أي شيء.	*0.689	*0.702	*0.000
18	يراودني خوف من الموت.	*0.588	*0.620	*0.000
19	قدرتي الجنسية مضطربة وغير مستقرة.	*0.673	*0.669	*0.000
20	أصاب باضطرابات في المعدة.	*0.862	*0.867	*0.000
	معامل ارتباط محور القلق والمقياس	*0.988		
* ارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)				

توضح الجداول السابقة معاملات ارتباط بيرسون الخطي بين كل عبارة من عبارات المقياس والمحور، ومعامل ارتباط العبارات بالدرجة الكلية، ومعاملات ارتباط بيرسون الخطي بين المحور والمقياس ككل، وهذا يوضح الصدق الداخلي للمقياس وجميع قيم الارتباطات دالة إحصائياً بقيمة احتمالية أقل من (0.05) مستوى دلالة إحصائية لكل محور من المحاور بالبنود التى تقيسه .

ثبات أداة البحث :

تكون المقياس من (40) فقرة، تم حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha ومعامل ماكدونالد أوميغا McDonald's omega .

جدول (9): بيان بمحاور المقياس ومعاملات الثبات لكل محور للمقياس والمقياس ككل

المحور	عنوان المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ للثبات	معامل ماكدونالد أو ميغا
الأول	الاكتئاب	20	0.971	0.974
الثاني	القلق	20	0.970	0.973
المقياس ككل		40	0.985	0.987

يوضح الجدول السابق أن جميع معامل ثبات ألفا كرونباخ قد تراوحت بين (0.970 – 0.971) وللمقياس ككل بلغت (0.985) مما يدل على ثبات المقياس كما يدل أن جميع معامل الثبات بطريقة ماكدونالد أو ميغا التي تراوحت بين (0.973 – 0.973) وللمقياس ككل بلغت (0.987) مما يؤكد ثبات المقياس، وبذلك يمكن الوثوق بصدق وثبات المقياس وصلاحيتها للتطبيق.

طريقة تطبيق وتصحيح وتفسير المقياس:

تم تطبيق المقياس وفق تعليمات التطبيق وتم تحليل وتصحيح المقياس وفق ميعار ثلاثي للإجابات كما في الجدول التالي:

جدول (10): يوضح معيار إجابات المفحوصين على المقياس

التصنيف	متفق تماماً	متفق	متفق نوعاً ما	غير متفق	لا أتفق أبداً
الترميز	5	4	3	2	1

أداة المقابلة :

تم عمل مقابلة مع عدد (6) من مريض السرطان ، وقد كانت أداة المقابلة عبارة عن أسئلة مفتوحة لتفسير النتائج الكمية وصيغت الأسئلة على النحو التالى :

1. ما الفرق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب جنس مريض السرطان (الذكور والإناث) ؟
2. ما الفرق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب عمر مريض السرطان (الذكور والإناث) ؟
3. ما الفرق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب الحالة الاجتماعية لمريض السرطان (الذكور والإناث) ؟
4. ما الفرق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب درجة مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث ؟
5. ما الفرق في درجتي الاكتئاب والقلق العام بحسب نوع مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث ؟

أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة فى تحليل البيانات :

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي One-way ANOVA ، وكذلك حجم الأثر n^2 وتم حساب المقارنات المتعددة الـ Post-hoc باستخدام اختبار Tukey HSD لتحديد أي زوج من المجموعات يكمن الفرق بينهما للمتغيرات التصنيفية الأكثر من اثنين ، فى حين تم استخدام اختبار (ت) T-Test للتعرف على دلالة الفروق حسب النوع .

تحليل نتائج البحث

يتناول هذا الفصل الإجابة عن تساؤلات البحث من خلال اختبار دلالة الفروق فى درجة الاكتئاب والقلق لدى بعض مرضى السرطان بحسب نوع السرطان ، والعمر ، والنوع ، والحالة الاجتماعية ، ودرجة السرطان ، والمؤهل العلمي ، ونتائج المقابلة مع عينة من مرضى السرطان ، كما اختتم الفصل بتقديم مجموعة من التوصيات.

إجابة السؤال الأول : ما الفرق فى درجة الاكتئاب والقلق لدى بعض مرضى السرطان بحسب الجنس ؟

جدول (11): نتائج اختبارت T-TEST وحجم الأثر n^2 لبيان الفروق بين مجموعتي النوع

المحور	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	t الدلالة	درجات الحرية df	الدلالة p	حجم الأثر n^2
الاكتئاب	ذكر	15	70.53	9.37	1.430	36	0.161	0.054
	أنثى	23	66.22	8.91				
القلق	ذكر	15	78.27	9.92	2.375	36	*0.023	0.140
	أنثى	23	66.78	16.87				

* فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي النوع عند مستوى دلالة 0.05

يوضح الجدول نتائج اختبار ت T-TEST وبحساب حجم الأثر n^2 للفروق بين درجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث مجموعتي نوع الجنس، ويوضح الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بمستوى دلالة أقل من 0.05 بين الذكور والإناث فى الاكتئاب ، وتشير هذه النتائج إلى عدم وجود فروق ذات مستوى دلالة إحصائية عند p<.00 ، وكذلك حجم أثر صغير يساوي <0.06 لدى العينة الحالية ، كما يوضح الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بمستوى دلالة أقل من 0.05 بين الذكور والإناث فى القلق لصالح الإناث ، وكذلك حجم أثر كبير يساوي <0.14 لدى العينة الحالية، وتشير هذه النتائج إلى وجود فروق ذات مستوى دلالة إحصائية عند p<.00 .

ويتفق هذا مع النتائج التي تم التوصل إليها في دراسة (أحمد، وآخرون، 2013) ، حيث أشارت إلى أنه وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس المساندة الاجتماعية لصالح الإناث ، ويمكن تفسير ذلك بأن النساء أكثر إحساساً بخطورة هذا المرض، وكذلك لديهم خوف شديد على أسرهم نتيجة الإصابة بمرض السرطان ، كما أنهم يعانون من ضغوط حياتية كثيرة يزيد من قلقهم من مرض السرطان ، وتختلف هذه النتيجة مع النتائج التي تم التوصل إليها في دراسة (السلعوس، والعلوان، 2012) ، حيث أشارت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الاستجابات على مقياسي القلق والاكتئاب تعزى لمتغير الجنس.

ويتفق ذلك مع ما جاء فى استجابات عينة المقابلة حيث :

يذكر السيد (ب ، ش ، سرطان الرئة ، 43 ، ذكر ، مطلق ، الدرجة الأولى) : لا يوجد تأثير للنوع فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ع ، ر ، سرطن الأمعاء ، 37 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الثانية) : يوجد تأثير للنوع فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، م ، سرطان الثدي ، 32 ، أنثى ، أعزب ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير للنوع فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، ش ، سرطان البروستاتا ، 35 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الأولى): لا يوجد تأثير للنوع فى القلق والاكتئاب.

وتذكر السيدة (خ ، ش ، سرطان الكبد ، 41 ، أنثى ، متزوجة ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير للنوع فى القلق والاكتئاب .

وتذكر السيدة (ن ، ج ، سرطان الدم ، 37 ، أنثى ، عزباء ، الدرجة الرابعة) : يوجد تأثير للنوع فى القلق والاكتئاب .

إجابة السؤال الثانى : ما الفرق فى درجة الاكتئاب والقلق لدى بعض مرضى السرطان بحسب العمر؟

باستخدام اختبار One-way ANOVA وبحساب حجم الأثر n^2 وبحساب المقارنات المتعددة الـ Post-hoc باستخدام اختبار Tukey HSD لتحديد أي زوج من المجموعات يكمن الفرق بينهما.

جدول (12): نتائج تحليل التباين لدرجات الاكتئاب والقلق، من حيث العمر

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية df	متوسط مجموع المربعات	ف F	الدلالة P	حجم الأثر n^2
الاكتئاب	بين المجموعات	1051.230	6	175.205	2.594	0.037	*0.205
	داخل المجموعات	2093.533	31	67.533			
	المجموع	3144.763	37				
القلق	بين المجموعات	3156.480	6	526.080	2.870	0.024	*0.233
	داخل المجموعات	5681.731	31	183.282			
	المجموع	8838.211	37				

* فروق دالة إحصائيًا بين فئات العمر عند مستوى دلالة 0.05.

يوضح الجدول نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للعينات المُستقلة (Independent – Sample F-test) للفروق بين درجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث العمر، ويوضح الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في محاور المقياس فقد كان عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05، بحجم إثر كبير >0.14 بالنسبة لمحور الاكتئاب لدى العينة الحالية.

جدول (13): نتائج المقارنات المتعددة للمجموعات باختبار توكي Tukey HSD لدرجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث العمر

المحور	الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	دلالة الفروق بين كل مجموعتين						
					-20 25	-25 30	-30 35	40-35	-40 45	-45 38	-38 60
الاكتئاب	من 20 سنة الى اقل من 25 سنة	3	76.00	12.12		1.50	1.00	9.60	14.67	7.33	10.00
	من 25 سنة الى أقل من 30 سنة	4	74.50	1.73			2.50	8.10	13.17	5.83	8.50

المحور	الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	دلالة الفروق بين كل مجموعتين						
					-20 25	-25 30	-30 35	40-35	-40 45	-45 38	-38 60
	من 30 سنة الى أقل من 35 سنة	3	77.00	8.89				10.60	15.67	8.33	11.00
	من 35 سنة الى أقل من 40 سنة	5	66.40	7.37					5.07	2.27	0.40
	من 40 سنة الى أقل من 45 سنة	9	61.33	11.77						7.34	4.67
	من 45 سنة الى أقل من 38 سنة	6	68.67	5.57							2.67
	من 38 سنة الى أقل من 60 سنة	8	66.00	4.66							
	المجموع	38	67.92	9.22							
القلق	من 20 سنة الى اقل من 25 سنة	3	82.00	9.17		0.50	5.67	5.20	19.89	9.50	19.87
	من 25 سنة الى أقل من 30 سنة	4	81.50	5.32			6.17	4.70	19.39	9.00	19.37
	من 30 سنة الى أقل من	3	87.67	2.52				10.87	25.56	15.17	25.54

المحور	الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	دلالة الفروق بين كل مجموعتين						
					-20 25	-25 30	-30 35	40-35	-40 45	-45 38	-38 60
	35 سنة										
	من 35 سنة الى أقل من 40 سنة	5	76.80	6.61					14.69	4.30	14.67
	من 40 سنة الى أقل من 45 سنة	9	62.11	19.53						10.39	0.02
	من 45 سنة الى أقل من 38 سنة	6	72.50	9.50							10.37
	من 38 سنة الى أقل من 60 سنة	8	62.13	15.76							
	المجموع	38	71.32	15.46							

* فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الفئات العمرية عند مستوى دلالة 0.05.

يوضح الجدول السابق نتائج اختبار توكي Tukey HSD للمقارنات المتعددة لدرجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث العمر، ويوضح الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05 بين الفئات العمرية لصالح من 30 سنة الى أقل من 35 سنة ، ويتفق هذا مع النتائج التي تم التوصل إليها في دراسة (براهمية، وبوشلالق، 2016) ، والتي أشارت نتائجها إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب، والقلق، والضغط وفقاً للسن ، ويمكن تفسير ذلك أن الأصغر سناً لديهم خوف نتيجة إصابتهم في عمر مبكر بمرض خطير مثل مرض السرطان، وتطلعهم للحياة التى تجعلهم يشعرون بحالة من القلق والاكتئاب نتيجة الإصابة بمرض السرطان .

ويتفق ذلك مع ما جاء فى استجابات عينة المقابلة حيث :

يذكر السيد (ب ، ش ، سرطان الرئة ، 43 ، ذكر ، مطلق ، الدرجة الأولى) : يوجد تأثير للعمر فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ع ، ر ، سرطن الأمعاء ، 37 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الثانية) : يوجد تأثير للعمر فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، م ، سرطان الثدي ، 32 ، أنثى ، أعزب ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير للعمر فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، ش ، سرطان البروستاتا ، 35 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الأولى): لا يوجد تأثير للعمر فى القلق والاكتئاب.

وتذكر السيدة (خ ، ش ، سرطان الكبد ، 41 ، أنثى ، متزوجة ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير للعمر فى القلق والاكتئاب .

وتذكر السيدة (ن ، ج ، سرطان الدم ، 37 ، انثي ، عزباء ، الدرجة الرابعة) : يوجد تأثير للعمر فى القلق والاكتئاب .

إجابة السؤال الثالث : ما الفرق فى درجة الاكتئاب والقلق لدى بعض مرضى السرطان بحسب الحالة الاجتماعية ؟

باستخدام اختبار One-way ANOVA وبحساب حجم الأثر n^2 وبحساب المقارنات المتعددة الـ Post-hoc باستخدام اختبار Tukey HSD لتحديد أي زوج من المجموعات يكمن الفرق بينهما.

جدول (14): نتائج تحليل التباين لدرجات الاكتئاب والقلق، من حيث الحالة الاجتماعية

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية df	متوسط مجموع المربعات	ف F	الدلالة P	حجم الأثر n^2
الاكتئاب	بين المجموعات	1347.568	3.0	449.189	8.498	0.000	*0.378
	داخل المجموعات	1797.195	34.0	52.859			
	المجموع	3144.763	37.0				
القلق	بين المجموعات	6146.144	3.0	2048.715	25.875	0.000	*0.669
	داخل المجموعات	2692.067	34.0	79.178			
	المجموع	8838.211	37.0				

* فروق دالة إحصائياً بين فئات الحالة الاجتماعية عند مستوى دلالة 0.05.

يوضح الجدول نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للعينات المُستقلة (Independent – Sample F-test) للفروق بين درجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث الحالة الاجتماعية، ويوضح الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في محاور المقياس فقد كان عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05، بحجم أثر كبير >0.14 لدى العينة الحالية.

جدول (15): نتائج المقارنات المتعددة للمجموعات باختبار توكي Tukey HSD لدرجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث الحالة الاجتماعية

المحور	الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	دلالة الفروق بين كل مجموعتين			
					أعزب /باء	متزوج /هـ	أرمل /هـ	مطلق /هـ
الاكتئاب	أعزب /باء	7	64.43	6.43		2.97	8.15	*12.24
	متزوج /هـ	13	61.46	9.56			*11.12	*15.21
	أرمل /هـ	12	72.58	5.47				4.09

	مطلق /ه	6	76.67	4.97				
	المجموع	38	67.92	9.22				
القلق	أعزب /باء	7	73.57	4.16		**19.26**	**8.68**	***10.10**
	متزوج /ه	13	54.31	13.55			***27.94**	***29.36**
	أرمل /ه	12	82.25	5.40				**1.42**
	مطلق /ه	6	83.67	3.56				
	المجموع	38	71.32	15.46				

* فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الفئات الحالة الاجتماعية عند مستوى دلالة 0.05.

يوضح الجدول السابق نتائج اختبار توكي Tukey HSD للمقارنات المتعددة لدرجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث الحالة الاجتماعية، ويوضح الجدول السابق فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05 بين الفئات الحالة الاجتماعية لصالح مطلق /ه ، و أرمل /ه .

ويشير ذلك إلى أن مستوى الاكتئاب والقلق لدى المطلق والأرمل أعلى من الحالات الاجتماعية الأخرى ، وتختلف هذه النتيجة مع النتائج التي تم التوصل إليها في دراسة (تركي، والعبدي، 2020)، حيث أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق لدى النساء المصابات بالسرطان والخاضعات للعلاج الكيميائي (المتزوجات، والآنسات، والأرامل، والمطلقات) لصالح المتزوجات، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان والخاضعات للعلاج الكيميائي (المتزوجات، والآنسات، والأرامل، والمطلقات) لصالح الآنسات ، يمكن تفسير ذلك في أنه تؤدي الإصابة بمرض السرطان إلى تغيرات كبيرة في حياة المرضى على جميع المستويات، حيث يؤدي ذلك وفي غالب الأحيان إلى عجزها عن التكيف مع المرض؛ مما ينعكس ذلك على حالتهم النفسية والاجتماعية والصحية، فتظهر لديهم حالات من القلق والتوتر والاكتئاب، نتيجة المرض في حد ذاته، وكذلك أعباء العلاج الكيميائي وآثاره .

ويتفق ذلك مع ما جاء فى استجابات عينة المقابلة حيث :

يذكر السيد (ب ، ش ، سرطان الرئة ، 43 ، ذكر ، مطلق ، الدرجة الأولى) : يوجد تأثير للحالة الاجتماعية فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ع ، ر ، سرطن الأمعاء ، 37 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الثانية) : يوجد تأثير للحالة الاجتماعية فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، م ، سرطان الثدي ، 32 ، انثي ، أعزب ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير للحالة الاجتماعية فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، ش ، سرطان البروستاتا ، 35 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الأولى): يوجد تأثير للحالة الاجتماعية فى القلق والاكتئاب .

وتذكر السيدة (خ ، ش ، سرطان الكبد ، 41 ، أنثى ، متزوجة ، الدرجة الثالثة) : لا يوجد تأثير للحالة الاجتماعية فى القلق والاكتئاب .

وتذكر السيدة (ن ، ج ، سرطان الدم ، 37 ، انثي ، عزباء ، الدرجة الرابعة) : يوجد تأثير للحالة الاجتماعية فى القلق والاكتئاب .

إجابة السؤال الرابع : ما الفرق فى درجة الاكتئاب والقلق لدى بعض مرضى السرطان بحسب درجة السرطان ؟

باستخدام اختبار One-way ANOVA وبحساب حجم الأثر n^2 وبحساب المقارنات المتعددة الـ Post-hoc باستخدام اختبار Tukey HSD لتحديد أي زوج من المجموعات يكمن الفرق بينهما من درجة السرطان .

جدول (16): نتائج تحليل التباين لدرجات الاكتئاب والقلق، من حيث درجة السرطان

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية df	متوسط مجموع المربعات	ف F	الدلالة P	حجم الأثر n^2
الاكتئاب	بين المجموعات	1843.030	3	614.343	16.046	*0.000	*0.550
	داخل المجموعات	1301.733	34	38.286			
	المجموع	3144.763	37				
القلق	بين المجموعات	4656.902	3	1552.301	12.622	*0.000	*0.485
	داخل المجموعات	4181.308	34	122.980			
	المجموع	8838.211	37				

* فروق دالة إحصائياً بين فئات درجة السرطان عند مستوى دلالة 0.05.

يوضح الجدول نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للعينات المُستقلة (Independent – Sample F-test) للفروق بين درجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث درجة السرطان، ويوضح الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في محاور المقياس ، فقد كان عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05، بحجم إثر كبير >0.14 لدى العينة الحالية.

جدول (17): نتائج المقارنات المتعددة للمجموعات باختبار توكي Tukey HSD لدرجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث درجة السرطان

المحور	الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	دلالة الفروق بين كل مجموعتين			
					الدرجة الأولى	الدرجة الثانية	الدرجة الثالثة	الدرجة الرابعة
الاكتئاب	الدرجة الأولى	15	60.93	8.46		6.57	*12.32	*20.27
	الدرجة الثانية	10	67.50	4.43			5.75	*13.70
	الدرجة الثالثة	8	73.25	3.41				7.95
	الدرجة الرابعة	5	81.20	3.27				
	المجموع	38	67.92	9.22				
القلق	الدرجة الأولى	15	58.47	13.67		*16.43	*22.16	*29.33

المحور	الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	دلالة الفروق بين كل مجموعتين			
					الدرجة الأولى	الدرجة الثانية	الدرجة الثالثة	الدرجة الرابعة
	الدرجة الثانية	10	74.90	12.67			5.73	12.90
	الدرجة الثالثة	8	80.63	3.66				7.17
	الدرجة الرابعة	5	87.80	2.49				
	المجموع	38	71.32	15.46				

* فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الفئات درجة السرطان عند مستوى دلالة 0.05.

يوضح الجدول السابق نتائج اختبار توكي Tukey HSD للمقارنات المتعددة لدرجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث درجة السرطان، ويوضح الجدول السابق هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05 بين الفئات درجة السرطان لصالح الدرجة الرابعة.

ويشير ذلك إلى أن مستوى الاكتئاب والقلق لدى مصابي السرطان من الدرجة الرابعة والثالثة أعلى من الدرجات الأخرى ، ويتفق هذا مع النتائج التي تم التوصل إليها في دراسة (السلعوس، والعلوان، 2012) ، حيث أشارت إلى كلما زاردت مرحلة الاصابة بمرض السرطان كلما زادت مستوى القلق والاكتئاب لدى المريض ، ويمكن تفسير ذلك بأن المراحل المتأخرة من الإصابة بمرض السرطان يشعر المريض حينها أن من الصعب علاجه؛ مما يزيد من شعوره بالقلق والاكتئاب .

ويتفق ذلك مع ما جاء فى استجابات عينة المقابلة حيث :

يذكر السيد (ب ، ش ، سرطان الرئة ، 43 ، ذكر ، مطلق ، الدرجة الأولى) : يوجد تأثير لدرجة الإصابة فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ع ، ر ، سرطن الأمعاء ، 37 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الثانية) : يوجد تأثير لدرجة الإصابة فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، م ، سرطان الثدي ، 32 ، أنثى ، أعزب ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير لدرجة الإصابة فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، ش ، سرطان البروستاتا ، 35 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الأولى): يوجد تأثير لدرجة الاصابة فى القلق والاكتئاب .

وتذكر السيدة (خ ، ش ، سرطان الكبد ، 41 ، أنثى ، متزوجة ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير لدرجة الإصابة فى القلق والاكتئاب .

وتذكر السيدة (ن ، ج ، سرطان الدم ، 37 ، أنثى ، عزباء ، الدرجة الرابعة) : يوجد تأثير لدرجة الإصابة فى القلق والاكتئاب .

إجابة السؤال الخامس: ما الفرق فى درجة الاكتئاب والقلق لدى بعض مرضى السرطان بحسب نوع السرطان ؟

باستخدام اختبار One-way ANOVA وبحساب حجم الأثر n^2 وبحساب المقارنات المتعددة الـ Post-hoc باستخدام اختبار Tukey HSD لتحديد أي زوج من المجموعات يكمن الفرق بينهما.

جدول (18): نتائج تحليل التباين لدرجات الاكتئاب والقلق، من حيث نوع السرطان

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية df	متوسط مجموع المربعات	ف F	الدلالة P	حجم الأثر n^2
الاكتئاب	بين المجموعات	583.996	10	58.400	0.616	0.787	0.116
	داخل المجموعات	2560.767	27	94.843			
	المجموع	3144.763	37				
القلق	بين المجموعات	3148.944	10	314.894	1.494	0.195	0.118
	داخل المجموعات	5689.267	27	210.714			
	المجموع	8838.211	37				

* فروق دالة إحصائيًا بين فئات العمر عند مستوى دلالة 0.05.

يوضح الجدول نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للعينات المُستقلة (Independent – Sample F-test) للفروق بين درجات الاكتئاب والقلق لدى العينة الحالية، من حيث نوع السرطان، ويوضح الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في محاور المقياس ، فقد كان عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05، بحجم أثر صغير <0.14 لدى العينة الحالية.

ويتفق هذا مع النتائج التي تم التوصل إليها في دراسة (براهمية، وبوشلالق، 2016) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق والاكتئاب باختلاف نوع السرطان المصاب به ، ويمكن تفسير ذلك بأنه الشعور بالقلق والاكتئاب ينتاب الفرد بمجرد معرفته بالاصابة بمرض السرطان أياً كان نوعه ، ويزداد هذا الشعور مع تطور المرض ودخوله في مراحل متأخرة من الاصابة ، ومن ثم فإنه من الضرورى معرفة الألم النفسي وتقييمه من قِبَل مقدمي الرعاية الصحية، وذلك لغرض تقديم الدعم والرعاية المناسبة للمرضى .

ويتفق ذلك مع ما جاء فى استجابات عينة المقابلة حيث :

يذكر السيد (ب ، ش ، سرطان الرئة ، 43 ، ذكر ، مطلق ، الدرجة الاولى) : لا يوجد تأثير لنوع السرطان فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ع ، ر ، سرطن الأمعاء ، 37 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الثانية) : يوجد تأثير لنوع السرطان فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، م ، سرطان الثدي ، 32 ، أنثى ، أعزب ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير لنوع السرطان فى القلق والاكتئاب .

ويذكر السيد (ت ، ش ، سرطان البروستاتا ، 35 ، ذكر ، متزوج ، الدرجة الأولى): لا يوجد تأثير لنوع السرطان فى القلق والاكتئاب .

وتذكر السيدة (خ ، ش ، سرطان الكبد ، 41 ، أنثى ، متزوجة ، الدرجة الثالثة) : يوجد تأثير لنوع السرطان فى القلق والاكتئاب .

وتذكر السيدة (ن ، ج ، سرطان الدم ، 37 ، أنثى ، عزباء ، الدرجة الرابعة) : يوجد تأثير لنوع السرطان فى القلق والاكتئاب .

التوصيات:

1. تقديم خدمات اجتماعية وتأهيلية لمرضي السرطان للتخفيف من حدة القلق والاكتئاب لديهم.
2. الحد من الضغوط الاجتماعية لدى مرضى السرطان ومساعدتهم على التغلب عليها.
3. توفير خدمات صحية مناسبة لمرضى السرطان لما لها من أثر فعال في تحسين حالتهم النفسية .
4. ضرورة الاهتمام بصغار السن نظراً لارتفاع مستوى القلق والاكتئاب نتيجة إصابتهم بمرض السرطان .
5. ضرورة الاهتمام بالأرامل والمطلقات نظراً لارتفاع مستوى القلق والاكتئاب نتيجة إصابتهم بمرض السرطان .
6. ضرورة الاهتمام بمرض السرطان من الدرجة الثالثة والرابعة نظراً لارتفاع مستوى القلق والاكتئاب نتيجة إصابتهم بمرض السرطان .
7. أهمية إجراء مزيد من البحوث عن الاكتئاب والقلق لمريض السرطان .
8. الاهتمام بتحسين بيئة عمل مريض السرطان لما لها من تأثير على مستويات الاكتئاب والقلق من خلال تحفيز الأنشطة الاجتماعية والرياضية والفنية.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية :

[1] بسيسو، حياة تيسير شعبان، وأبو عطية، سهام درويش (2006). بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان العربية، عمان.

[2] السلعوس، أنسام سميح معروف، والعلوان، أحمد فلاح (2012). مستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الهاشمية، الزرقاء.

[3] أحمد، جمال شفيق، حسين، أحمد يحي عبدالمنعم، كمال، أكمل مصطفى، والجبري، أسماء عبدالعال (2013). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من قلق الموت والاكتئاب لدى عينة من أطفال مرضى السرطان. مجلة دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، 16 (59)، 93 - 96.

[4] علاق، كريمة (2014). مدى فاعلية برنامج الدعم الروحي بواسطة السوفرولوجيا في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى السرطان بمستشفى وهران الجامعي. مجلة العلوم الاجتماعية، 3(5)، 158-177.

[5] الهويش، فاطمة خلف (2016). فاعلية برنامج علاجي قائم على السيكودراما في تخفيف مستوى القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان. مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، مج(17), ع(1)، 565 - 599.

[6] براهمية، جهاد، وبوشلالق، نادية (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ورقلة، مج(8)، ع(27)، 309 - 317.

[7] عبدالحليم، نورا عادل محمد (2017). المقارنة بين درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغيري الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان. مجلة الخدمة النفسية، جامعة عين شمس، مج(10)، 1 - 11.

[8] زعطوط، رمضان، ورويبح، عوالي (2018). إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، ع9 ، 80 - 102.

[9] بالبيد، هدى عمر أحمد، والعنزي، فلاح بن محروت (2019). فاعلية برنامج علاجي ذهني سلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى أسر مرضى السرطان. المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، ع(20)، 224 - 250.

[10] تركي، آمال، والعبدي، فاطمة الزهراء (2020). الانعكاسات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى المرأة المصابة بالسرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، مج(5), ع(3)، 33 - 40.

[11] أبو عيشة، محمد سمير محمد، والعبادسة، أنور عبدالعزيز (2017). نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة وصفية تحليلية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية (غزة)، غزة.

[12] أبو الخير، فداء محمود، والعامري، أروى محمد أديب (2009). علاقة الجنس والعمر بنسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية، عمان.

[13] الصغير، هبة سعيد الحاج صبري، والشبول، مهند أنور (2014). أثر موقع إلكتروني تعليمي مقترح في تخفيف الاكتئاب والقلق لدى أطفال مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية، عمان.

[14] محاميد، أحمد محمد، وبريك، وسام درويش (2016). مستويات المنعة النفسية لدى آباء المرضى المشخصين بالسرطان وعلاقتها بأعراض الاكتئاب والقلق والضغط النفسي (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان الأهلية، عمان.

[15] السباعي، سها (2020). الألكسيثميا لدى مرضى السرطان: عرض للكتابات المنشورة. علم النفس، 33(124)، 179 - 191.

[16] أبو البصل، نغم محمد سليمان، والزعبي، أسعد فرحان محمد (2006). مستويات تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدى المصابين بالسرطان في مرحلته الأولى (رسالة دكتوراة غير منشورة). الجامعة الأردنية، عمان.

[17] الطويل، أمينة سامي فهد، والقضاة، أشرف فارس (2017). الصلابة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب والقلق والضغط النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية لمرضى السرطان بدولة الكويت (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية، عمان.

[18] شكراوي، فتحية عبدالقادر (2016). دراسة نوعية القلق من خلال الإنتاج الإسقاطي لاختبار الرورشاخ عند المرأة المصابة بسرطان الثدي، مجلة البحوث التربوية والتعليمية، 5(9)، 261-272.

[19] عبدالمجيد، السيد محمد (2008). القلق : "مفهومه .تفسيره"، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، 1 (68)، 384-400.

[20] خشبة، فاطمة السيد (2019) الشره العصبي (البوليميا): القلق – الاكتئاب – اضطراب الهلع (رؤية نفسية وعلاجية)، القاهرة، دار الكتاب الحديث.

[21] ابن منظور، جمال الدين محمد (1990). لسان العرب، مادة (ك أ ب)، المجلد(13)، الجزء(10)، ص45، بيروت.

ثانياً : المراجع الأجنبية:

[22] Alico, J.C. (2016). Writing anxiety and language learning motivation: examining causes, indicators, and relationships. Communication and Linguistics Studies, 2(1), 6-12.

[23] Claudia, L. (2011). The effects of expressive writing on anxiety, mathematics anxiety, stress, cognitive processes and psychological processes on the Virginia standards of learning (SOL) on a sample of urban high school students failing mathematics. Journal of Educational Psychology, (43), 220–265.

[24] Electra, A. (2018). The most common reasons C' lyceum students Fear writing composition in Cyprus, Journal of educational psychology, (1)81, 55-107.

[25] Francesca, A. (2009). Writing anxiety among English as a second language students enrolled in academic English, Learning and Performances Journal, 22(2), 111-138