طبيعة المعاش النفسي وتقبل المرض لدى مريض سرطان القولون ـ دراسة حالة ـ

The nature of the psychological pension and the acceptance of the disease in the patient of colon cancer -case study-

د. سليمان جريو
جامعة محمد بوضياف المسيلة/الجزائر
د. محمد الشريف حمادي
جامعة محمد خيضر بسكرة /الجزائر
simane.1980@gmail.com

تاريخ الارسال 2019/11/11	تاريخ القبول 2020/01/05	تاريخ النشر 2020/06/30

الملخص :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة المعاش النفسي في ظل الاشكالات النفسية التي يخلفها مرض سرطان القولون جراء التهديدات المتسارعة و المتصاعدة، و كذا العوامل الانقاذية المساعدة في تقبل المرض.

واتبعت الدراسة المنهج الإكلينيكي الذي يعتمد أساسا على دراسة الحالة حيث تم اختيار حالة بطريقة قصدية لدراستها دراسة معمقة، مستخدمين الأدوات الاكلينيكية من مقابلة نصف موجهة مع الملاحظة المباشرة في ظلها، مقياس تقبل المرض من تصميم الباحث واختبار تفهم الموضوع.TAT

نتائج الدراسة:

توصلت هذه الدراسة إلى أن مرض سرطان القولون يتسبب في إشكالات حقيقية على مستوى الذات، الأسرة و المجتمع، و أن هناك عوامل إنقاذية تسهم في تقبل المرض عند توفرها بشكل كافي، تمثلت في المساندة الاجتماعية المدركة، الثقافة الصحية، عامل الدخل، السلوك التديني.

كلمات مفتاحية : المعاش النفسي ؛ تقبل المرض ؛ العوامل الانقاذية ؛ المصاب بمرض سرطان القولون.

Abstract:

This study aimed to find out the nature of the psychological pension in light of the psychological problems caused by colon cancer due to the accelerated and escalating threats, as well as the rescue factors to help accept the disease.

And clinical curriculum study followed which is basically a case study where a case of deliberate manner has been selected for in depth

study, clinical tools users from seeing half addressed with direct observation, a measure of the seeker and design accepts the test understand TAT theme.

The results of the study:

This study found that cancer (colon) cause real problems at the level of the self, family, community, and promising life factors contribute to accept illness if available sufficiently, perceived social support, health education, income, the religious behaviour.

Key words : psychological pension; Accept the disease; enforcement agents; colorectal cancer disease.

I. الجانب التمهيدي:

1 - تقديم إشكالية الدراسة:

يعتبر مرض السرطان مرض مزمن، يهدد ملايين البشر في العالم نظرا لازدياده المستمر وانتشاره الرهيب في مختلف الفئات العمرية من الناس و هذا ما صرحت به المنظمة العالمية للصحة في تقريرها شهر سبتمبر 2018، حيث عدته السبب الثاني المؤدي للوفاة، إذ حصد في عام 2015 أرواح 8.8 مليون شخص مصاب بالسرطان، أما سرطان القولون فقد تم تسجيل (000 774 وفاة).[1] هذا على الصعيد الانساني أما على المستوى الاقتصادي فأثر السرطان على الاقتصاد كبير وآخذ في الزيادة، وقد أشارت التقديرات إلى أن إجمالي التكاليف الاقتصادية السنوية التي تُكبِّدت عنه في عام 2010 بلغ نحو 1.16 تريليون دولار أمريكي، و الجزائر ليست بمنأى عن هذا الخطر لا من حيث النسبة و لا من حيث التكاليف، وهذا ما أشار إليه تقرير الرابطة الجزائرية للدفاع عن حقوق الإنسان، و قد نُشِر هذا الأخير في شهر شباط/فبراير سنة 2016، أنَّ عدد مرضى السرطان بلغ حوالى 480 ألف مُصاب في الجزائر حتىَّ نهاية سنة 2015، و هي احصائيات تنذر بخطر كبير يهدد آلاف الجزائريين لا سيما و ظروفه و مسبباته آخذت في الازدياد.

إن الإصابة بمرض السرطان يعني الإعلان عن الدخول في معاناة قد تطول أو تقصر مع المرض، و تعرض المصابين به الى مختلف التهديدات التي يخلفها المرض، فتشخيص مرض السرطان يعني الدخول في مرحلة من الحزن المرتبط بفقدان شيء ما "الحزن لفقدان ما كان مألوفا"[2] في جميع مناح الحياة الشخصية، الأسرية، المهنية، و المجتمعية.

وقد ذكر المختصون و الباحثون لا سيما في علم النفس الصحة و علم النفس العيادي، أن المصابين بمرض السرطان تختلف استجاباتهم و ردود أفعالهم عندما يتم تشخيصهم، فالبعض منهم قد يتقبل المرض من خلال توفر عوامل إنقاذية قد تسهم في هذا التقبل، و لعل من أبرزها نظرة المريض و فلسفة حياته القائمة على العقيدة لا سيما ما تعلق بعقيدة القضاء والقدر خيره و شره، فهو ينظر بذلك الى المرض على أنه ابتلاء و امتحان من الله حتى يختبره في ايمانه و عقيدته؛ و البعض الآخر قد لا يتقبل هذا المرض فينتج عنه ردودا انفعالية وجدانية وأخرى سلوكية ممارستية قد تزيد من حدة المرض و انتشاره و بالتالي زيادة في المعاناة الجسمية والنفسية لدى المريض.

ويذكر المختصون أن مريض السرطان يستغرق وقتا حتى يصبح قادرا على تقبل المرض و الاندماج مع الحالة الجديدة، إذ يمر كل مريض ببعض المراحل الوسيطة قبل هذا التقبل[3]، تتمثل في: الصدمة، الإنكار، التمرد، المساومة، الاكتئاب، التقبل. و هذا يعني أن المرض قد يجعل المريض يعاني آلاما نفسية و جسمية متسارعة، متلاحقة، متصاعدة، الأمر الذي أشارت إليه عديد الدراسات التي تناولت الاشكالات التي يسببها مرض السرطان، و من بينها دراسة جهاد براهمية و نادية بوشلالق (2016) حيث دراستا 230 مريض بالسرطان، وكانت النتائج، أن حوالي (69.68٪) يعانون من اكتئاب و (04.63٪) من قلق منخفض، بينما (82.47٪) لديهم ضغط متوسط[4]، و هذا يعني أن المرض يسبب معاناة نفسية و جسمية جراء هذه التهديدات و كذا تأثير العلاجي الدوائي، الكيميائي و حتى الجراحي فهي الأخرى تتسبب في تفاقم المعاناة.

و في مقابل عدم استكمال عملية تقبل المرض، وُجِد أن من ينجح في استكمال هذه الأخيرة من مرضى السرطان، يجد توازنا نفسيا كبيرا بداخله و بفضل هذا التوازن يستطيع أن يتحكم في علاجه بصورة جيدة، و يتكيف معه في حياته اليومية و مختلف مجالاتها الشخصية، العائلية، المهنية و المجتمعية مما قد يجنبه التزايد المستمرة للخلايا السرطانية من خلال الانفعالات المتكررة.

و لذا فإن واحدة من أهم خاصيات تقبل المرض هي معرفة المريض بأن مرض السرطان، سيفرض عليه نمط حياة خاص جدا، كما أنه يحوي على المخاطر الجسمية و النفسية جراء مختلف التأثيرات الامراضية و العلاجية.

من هنا تأتي أهمية العوامل الانقاذية في مساعدة مريض السرطان ابتداء من التشخيص الأولي للمرض ووصولا الى استكمال عملية تقبل المرض و الاندماج معه و التكيف مع تعقيداته وقيوده، و هذه العوامل منها الداخلية المتعلقة بالبنائية الشخصية و منها الخارجية المتعلقة ابتداء بالتشكيلة الأسرية و المجتمعية و سياقاتها العلائقية، ما دفع بالباحثين في الخوض في مثل هذه العوامل المخففة للآلام النفسية و الجسمية و المساعدة على التقبل و الاندماج مع مرض السرطان، حيث لاحظوا الفروق الجوهرية في الاستجابات النفسية بين المرضى بالسرطان من خلال توفرها لدى بعض المرضى و عدم توفرها عند البعض الآخر ما أسس لاستكمال عملية تقبل السرطان عند بعض المرضى دون غيرهم، و بهذا تشير دراسة **Urszula RELIGIONI et al (2015)**، الى أن درجة تقبل المرض تخضع لموقع السرطان، صافي الدخل، و الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة: من حيث الجنس والتعليم والوضع المهني، ومكان الإقامة، كما أكدت الدراسة أن إدارة العلاج الكيميائي يؤثر تأثيراً إيجابيا على تقبل المرض لدى مرضى السرطان[5]، كما أشارت **Aleksandra I. Czerw (2013)**، أن عامل قوة العلاقة مع الأطباء، مستوى التعليم، الوضع المهني والدخل عوامل انقاذية حاسمة في تقبل المرضى للمرض وطرق التعامل والتكيف معه. كما أن استراتيجيات المواجهة جاءت لصالح الاستراتيجيات الذاتية لمواجهة الألم.

من هنا جاءت هذه الدراسة محاولة الكشف عن طبيعة المعاش النفسي في ظل الاشكالات النفسية التي يخلفها مرض سرطان (القولون)، و معرفة العوامل الانقاذية المساهمة في تقبل المرض، وقد حددت إشكالية الدراسة من خلال التساؤل الرئيسي الآتي:

ما طبيعة المعاش النفسي لدى مريض السرطان (القولون) في ظل عدم تقبل المرض؟ و ما هي العوامل الانقاذية المساهمة في استكمال عملية التقبل؟

2 - أهمية الدراسة:

1.2 الأهمية النظرية:

قلة الدراسات التي تناولت تقبل المرض لدى المرضى بالأمراض المزمنة بصفة عامة ومرض السرطان بصفة خاصة على المستوى العربي و ندرتها على المستوى المحلي من جهة، وعدم وجود دراسة تناولت العوامل الانقاذية المساعدة في تقبل هذا المرض في حدود علمنا

من جهة أخرى. إبراز بعض المفاهيم الكامنة في فردية الانسان المريض بسرطان القولون من خلال دراسة الحالة المعمقة.

2.2 الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في إبراز دور تقبل المرض في تحسين المعاش النفسي لدى مريض السرطان ما من شأنه أن يضفي قيمة لدى مرضى السرطان ابتداءً و كذا العاملين في مجال علم النفس و المختصين في المؤسسات الصحية الاستشفائية العمومية منها و الخاصة، لتلبية حاجات المرضى و تقديم الخدمات الصحية و النفسية المناسبة لهم من أجل تقبل مرضهم وبالتالي تقبل الوضع الصحي الجديد و ما يترتب عليه من قيود يفرضها عليهم، إضافة إلى ذلك تقبل نمط الحياة المعقد في كثير من الأحيان من خلال الوعي الصحي الذي يتأتى بنشر الثقافة الغذائية الصحية التي تعتبر كذلك من أهم العوامل المساعدة في المحافظة على صحة المريض الجسمية و النفسية خصوصا في أوساط هذه الفئة، ولفت الانتباه الى ضرورة تأهيل القائمين بالرعاية الصحية في المجال النفسي و الاجتماعي و حتى الديني.

3 - أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى محاولة الكشف عن طبيعة المعاش النفسي في ظل الاشكالات السيكولوجية العميقة التي يخلفها مرض السرطان (القولون)، و كذا العوامل التي تسهم في تقبل المرض و التخفيف من معاناة المريض.

4 - التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1.4 المعاش النفسي:

هو السيرورة النفسية و ما تحتويه من أحاسيس و مشاعر يعيشها المريض تجاه ذاته و أسرته و مجتمعه جراء إصابته بمرض السرطان، تُتَرجم في شكل سلوكيات إيجابية أو سلبية يسلكها في واقعه الجديد، و يمكن التعرف عليه في هذه الدراسة من خلال المقابلة النصف موجهة واختبار تفهم الموضوع TAT.

2.4 تقبل المرض:

هو حالة من الرضا النفسي يتضمن تقبل الذات و التعايش مع المرض رغم القيود التي يفرضها عليه و التهديدات المستمرة، دون أن يخل بمعاشه النفسي و/أو أداء أدواره

الاجتماعية مع التفاعل الايجابي للعلاج، و يمكن قياسه في هذه الدراسة من خلال استبيان تقبل المرض من تصميم الباحث.

3.4 مرض السرطان القولون:

هو نمو فوضوي و غير منضبط للخلايا التي تصبح أوراما تغزو الأنسجة و الأعضاء المحيطة بها عن طريق الدم أو الجهاز اللمفاوي. و هذا ما يطلق عليه اسم الأورام الخبيثة[6]، والمرض السرطاني في هذه الدراسة هو حالة لمرض سرطان القولون، و هو ورم ينتج عن طريق الاختلالات الجينية العديدة و المتتابعة التي تحدث في خلايا الغشاء المخاطي للقولون، فتُحْدِثُ أورام حميدة تبدأ على شكل نتوء تتغير عبر عدة مراحل إلى أورام خبيثة.

5. الدراسات السابقة:

1.5 Urszula RELIGIONI et al (2013):

بعنوان: تقبل مرض السرطان لدى المرضى الذين شخصت إصابتهم بسرطان الرئة، الثدي، القولون والبروستاتا، و هدفت الدراسة الى التحقق من تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على تقبل المرض لدى المرضى الذين يعانون من سرطان الرئة، الثدي، القولون و البروستاتا، و اتبعت المنهج الوصفي، و تم جمع البيانات عن طريق تقنية المقابلة باستخدام استبيان شمل الأسئلة الأساسية الديموغرافية (العوامل الاجتماعية والاقتصادية) و استبيان تقبل المرض، و قد شملت الدراسة (902) مريض يتلقون العلاج في العيادة الخارجية في مركز الأورام معهد سكلودوفسكا -ماري كوري في وارسو، في العام 2013، و قد توصلت الدراسة الى أن درجة تقبل المرض تخضع لموقع السرطان و قد تحصل الباحثون على أعلى نسبة لمرضى سرطان البروستاتا قدرت بـ (39,30)، مقارنة بمرضى سرطان الرئة والتي سجلت أدنى نسبة (23,17) فيما يتعلق بتقبل المرض، كما أكدت الدراسة على العلاقة الخطية بين صافي الدخل و درجات تقبل المرض، حيث أن دخل المريض الذي يعتبر العامل الاقتصادي يؤثر بشكل كبير على تقبل المرض، فكلما تحسن دخل المريض أدى الى تقبل المرض بشكل أفضل كما ارتبط تقبل المرض مع الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة: من حيث الجنس والتعليم والوضع المهني، ومكان الإقامة، كما أكدت الدراسة أن إدارة العلاج الكيميائي يؤثر تأثيراً إيجابيا على تقبل المرض لدى مرضى السرطان.[7]

(Urszula RELIGIONI et al, 2013)

2.5 Aleksandra I. Czerw (2015):

بعنوان: تقييم الألم، تقبل المرض، التكيف مع الحياة و استراتيجيات المواجهة لدى مرضى سرطان الثدي، وهدفت الدراسة الى تقييم استراتيجيات المواجهة في إدارة الألم، تقبل المرض والتكيف لدى المرضى الذين شخصت اصابتهم بالسرطان الثدي، وأثر المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية على القضايا المشار إليها أعلاه، و اتبعت المنهج الوصفي، و تم تطبيق تقنية المقابلة من أجل ملئ الاستبيان الذي كان يتألف من المسائل الديموغرافية والاختبارات النفسية التالية: استبيان لقياس العوامل التي تؤثر على إدارة الألم لدى المرضى، استبيان لتقييم استراتيجيات مواجهة الألم واستبيان لقياس تقبل المرض، وشملت الدراسة 193 مريضا تم تشخيصهم بمرض سرطان الثدي أثناء العلاج الكيميائي للمرضى الخارجيين (العلاج الكيميائي التقليدي والعلاجات المستهدفة جزيئيا) في مركز الأورام، ماريا معهد سكلودوفسكا -كوري في وارسو، و أهم النتائج المتحصل عليها تمثلت في أن أعلى درجة مسجلة في استبيان إدارة الألم تعود الى عامل قوة العلاقة مع الأطباء بمتوسط قدره (21.81)، و أدنى درجة عادة الى عوامل داخلية بمتوسط (10.60)، ووجدت الدراسة أن التعليم والوضع المهني والدخل كانت متباينة الدرجات، و سجلت الدراسة أعلى درجة متوسط في استبيان استراتيجيات المواجهة قدرت بـ (28.45) لصالح الاستراتيجيات الذاتية لمواجهة الألم، وأدنى درجة قدرت بـ (23.43) في تفسير ألم الأحاسيس، و يعتبر التعليم والوضع المهني تؤثر على علاقة المرضى بالأطباء في عملية المعالجة فهذه المتغيرات إذا حاسمة في تقبل المرضى للمرض وطرق التعامل و التكيف معه.(8)

(Aleksandra I. Czerw, & al 2015)

3.5 جهاد براهمية و أ.د. نادية بوشلالق (2016)

بعنوان: **الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية**، و هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، و معرفة الفروق في مستوياته تعزى لمتغير الجنس، السن ونوع العلاج. حيث أجريت الدارسة على عينة مكونة من 230 مريض مراجع لمراكز مكافحة السرطان واستعمل مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات، و أظهرت نتائج الدراسة إلى أن حوالي (69.68٪)

يعانون من اكتئاب و (04.63٪) من قلق منخفض، بينما (82.47٪) لديهم ضغط متوسط، وتبين أن هناك فروقا دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور، كما اتضح وجودها في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن، و استنتجت أنه من الضروري لمقدمي الرعاية الصحية معرفة وتقييم الألم النفسي وذلك لغرض تقديم الدعم والرعاية المناسبة للمرضى.[9] (جهاد براهمية و أ.د. نادية بوشلالق، 2016)

6. فرضية الدراسة:

- طبيعة المعاش النفسي لدى مريض سرطان القولون صعب في ظل عدم تقبل مرضه، و تعتبر المساندة الاجتماعية المدركة، الثقافة الصحية، السلوك التديني، من أهم العوامل المساعدة على تقبل مرض سرطان القولون.

II. الجانب النظري:

1. مفهوم المعاش النفسي:

عرف "سورو" المعاش النفسي بأنه الإحساس الباطني المرتبط بتجربة أو موقف ما، و هو يختلف من فرد لآخر بحسب الحياة التي يحياها و كذا المواقف والوضعيات التي يعيشها، سواء كانت هذه الوضعيات مؤقتة أو دائمة[10].

أما سميح عاطف الدين (1991) فيعرف المعاش النفسي على أنه الكيفية التي يعيش بها الفرد مع ذاته، وما يترتب عنها من صعوبات في التكيف، وجملة المشاعر و الأحاسيس المؤلمة، والشعور بالذنب الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد، حيث هناك من يتصدى لها ويتغلب عليها وهناك من لا يستطيع تجاوزها.[11]

كما عرفه"HANALpasini" (1996) بأنه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما، و هذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف و الصعوبات التي يعيشها الفرد في حياته، سواء كانت دائمة أو مؤقتة.[12]

2. أنواع المعاش النفسي:

من خلال ما تناوله الباحثون بالدراسة بالنسبة للمعاش النفسي يتضح لنا أن هذا الأخير يمكن تصنيفه إلى نوعين:

1.2 معاش ذو طبيعة سلبية : و يتضمن هذا الصنف للمعاش النفسي السلبي، المشاعر و الأحاسيس السلبية المنبثقة من التصورات السلبية تجاه الذات و تجاه الآخرين و كذا النظرة المتشائمة للحياة بسبب مرض سرطان القولون، و التي تترجم في سلوك المريض من خلال صعوبة التعايش مع المرض و عدم التكيف و الاندماج معه و الشعور بالحرمان أو العجز أو الفقدان و التبعية الأسرية و الطبية، مما قد ينتج عنه حالات نفسية غير سارة كالاكتئاب و القلق و الشك و الصراع و الخداع و الريبة. (13)

2.2 نوع ذو طبيعة ايجابية :

و يتضمن هذا الصنف للمعاش النفسي الايجابي، المشاعر و الأحاسيس الايجابية المنبثقة من التصورات الايجابية تجاه الذات و تجاه الآخرين و كذا النظرة المتفائلة للحياة رغم وجود مرض سرطان القولون، و التي تترجم في سلوك المريض من خلال سهولة التعايش والاندماج مع المرض و التكيف معه و الشعور بالثقة و الاستقلالية و الرضا و السعادة و عدم الإحساس بالتهديد المستمر.

3. مفهوم تقبل المرض:

يحتوي مفهوم تقبل المرض على الموافقة و القبول، و تستخدم في وصف العلاج، ومرحلة من الحزن وقبول الأمر الواقع (الشربيني لطفي، بدون سنة، ص 02) فتقبل المرض هو المرحلة الأخيرة التي تلي هذه المراحل: الصدمة، الإنكار، التمرد، المساومة، الاكتئاب، التقبل.

و يرى "Felton BJ & al" أن تقبل المرض ينطوي على عملية التكيف النفسي حيث يصبح الأفراد أكثر نشاطا في الرعاية الخاصة بهم، وتعلم كيفية مواجهة المرض بتفاؤل وإيجابية رغم القيود التي يفرضها. (14)

كما يعرفه (2005) Amar: على أنه استجابة نفسية، معرفية و سيكولوجية يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة، و التي تمس حالته على أصعدة شتى، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ لما يتماشى و حياته النفسية و الاجتماعية وغيرها. (15)

4. الاشكالات النفسية و الاجتماعية لمرض السرطان:

تخلف الأمراض المزمنة و بالأخص مرض السرطان آثارا بليغة على مختلف مناحي الحياة الشخصية، المهنية، و الاجتماعية للفرد الذي يصاب بمثل هذا المرض، فهذه المجالات وغيرها تتأثر سلبا جراء هذا الزائر غير المرحب به.

لذا قد يكون التأثير النفسي لمرض السرطان على المريض مدمرا في بعض الأحيان، فكلمة السرطان لاتزال تستحضر مخاوف الموت، العذاب، التشوه و الاعتماد على الغير و العجز، وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض عند الفرد عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي مرحلة الضيق الحاد و الهيجان الشديد والاكتئاب الذي قد ينطوي على الإنهاك في التفكير بالمرض والقلق والموت، وفقدان الشهية والأرق وضعف التركيز والتذكر والعجز عن القيام بالأمور اليومية الحياتية، يعاني من الاكتئاب و القلق و الشعور بالوحدة والخوف من مقابلة الناس و هذا يؤثر في حياته الاجتماعية و النفسية فهذا الوضع لا يؤدي إلى شعور الانسان بالعجز الجسدي فقط و إنما العجز النفسي والاجتماعي أيضا، و قد أشارت عديد الدراسات إلى أن مريض السرطان يعاني من التعب والاعياء النفسي وبخاصة عند انتهاءه من تلقي المعالجات الكيميائية و الاشعاعية لهذا المرض، و يعد الإعياء عرضا معقدا و متعدد الجوانب، و تتعدد أعراضه و تتفاوت بين المظاهر الجسدية الحيوية و النفسية والعاطفية والسلوكية بالإضافة إلى الحياتية لمرضى السرطان سواء في مشاعرهم نحو أنفسهم أو نحو الآخرين أو في نشاطاتهم اليومية و أعمالهم و مقدرتهم على مواصلة المعالجات و من المهم مساعدة هؤلاء المرضى ليتسنى لهم التكيف و التعايش و التخفيف من المشقة النفسية والاجتماعية و الجسدية لديهم.[16]

كما يمكن أن تؤدي الاصابة بالمرض المزمن، إلى إحداث تغيرات عنيفة و متطرفة في مفهوم الذات وتقدير الذات. والعديد من هذه التغيرات قد تكون مؤقتة و بعضها ثابت.[17]

III. الجانب الميداني :

1. منهج و أدوات الدراسة :

1.1 منهج الدراسة :

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الإكلينيكي الذي يتناسب مع أهدافها، حيث أن الهدف من المنهج الإكلينيكي حسب دانيال لاجاش (danel Lagache) هو الدراسة المعمقة لحالة فريدة، من أجل دراستها دراسة شاملة حتى تصل بالباحث الى فهم العوامل العميقة في شخصية المبحوث[18] ، و بالتالي الفهم الحقيقي للمشكلة من خلال المعلومات المتحصل عليها عن طريق الملاحظة، المقابلة و الاختبار[19].

و تعتبر دراسة الحالة الطريقة المثلى المعتمدة في المنهج الاكلينيكي لجمع المعلومات من خلال تاريخ الحالة المتحصل عليه عن طريق المقابلة و الملاحظة و كذا الاختبار المطبق عليها، و ذلك كله من أجل الكشف عن الظروف و الاحباطات التي واجهها الفرد في حياته.[20]

2.1 أدوات الدراسة : استخدمنا في هذه الدراسة الأدوات الآتية :

- **الملاحظة المباشرة كجزء من المقابلة :** إن الملاحظة العلمية ـ بصفة عامة ـ هي المشاهدة العينية المقصودة للظاهرة موضوع البحث، وتدوين ما تتمخض عن هذه الملاحظة بغية اكتشاف أسبابها، وفهم قوانين حدوثها.[21]

كما يلاحظ الأخصائي القائم بالمقابلة، كافة الظواهر التي تطرأ على الفرد مثل ملاحظة فترات القلق، بل قد يستخدم هذه الملاحظات في فهم أكثر لديناميات الشخص المشكل، وتساعد هذه الملاحظة على إثارة اهتمام المريض وتوجيه اهتمامه لبعض الموضوعات الهامة، في حياته او تساعده على استيضاح بعض الاستجابات الانفعالية الهامة لمثل هذه المواقف التي ارتبطت بظهور هذه الجوانب السلوكية الغير لفظية.[22]

- **المقابلة العيادية النصف موجهة :** و نعني بها لقاء بين العميل و الأخصائي النفسي، حيث يعطي الأخير الحرية للمستجيب في أن يتكلم دون محددات للزمن أو الأسلوب،[23] مع التركيز على ملاحظة تصرفاته و انفعالاته و حركاته و اشاراته مما يعطي له منهجا لجمع تفاصيل دقيقة عن شخصية العميل.[24]

- **اختبار تفهم الموضوع (TAT):** ينتمي اختبار تفهم الموضوع لمجمع الاختبارات التي تسمح بدراسة الشخصية، التشخيص، وفهم السير النفسي للفرد، أنشئ لأول مرة في الولايات المتحدة، من قبل الطبيب البيوكيميائي "هنري موراي" سنة 1935 كان هذا في إطار، تحقيق شامل لدى الطلبة لدراسة دينامياتهم الشخصية"[25]

و في شكله الأصلي، كان الاختبار يتكون من واحد وثلاثين صورة أو لوحة تمرر خلال مرحلتين، حيث تقدم هذه الصور للمفحوص الواحدة بعد الأخرى، ويطلب منه أن يتخيل قصة غنية، ودرامية قدر المستطاع، تأخذ بعين الاعتبار الحاضر، الماضي، والمستقبل، إضافة لمشاعر الأشخاص المدمجين في القصة، مع الإشارة إلى أن الأسئلة، والانطباعات مسموحة قصد الحصول على إنتاج أكثر تعبيرا. غير أنه من خلال التعديلات المدخلة على الاختبار، اقتصر عدد اللوحات، التي تكفي للإلمام بأهم إشكاليات اختبار تفهم الموضوع، على 13 لوحة بالنسبة لفئة الراشدين من كلتا الجنسين (رجال، ونساء) و14 لوحة بالنسبة لفئة الغير الراشدين (بنات، وبنين) ومنه تقدم اللوحات بالأخذ بالحسبان سن، وجنس المفحوص، لتكون الفئة المقصودة بدراستنا خاضعة للوحات المبينة بالجدول أدناه:

الصنف	اللوحات (الصور)													مج
رجال	1	2	3BM	4	5	6BM	7BM	8BM	10	11	13MF	19	16	13
نساء	1	2	3GF	4	5	6GF	7GF	8GF	10	11	13MF	19	16	13

جدول رقم (01): يبين اللوحات المطبقة على اختبار تفهم الموضوع (وفق الفئة العمرية، والجنس)[26].

- **طريقة تصحيح اختبار تفهم الموضوع المعتمدة في الدراسة:** اعتمدنا ضمن دراستنا الحالية على طريقة التصحيح، والتنقيط المستقاة من أعمال "فيكا شينتوب" المتطورة على الاختبار، حيث نجد أنه: منذ بداية أعمال v.shentoub حول تفهم الموضوع 1954 اهتمت بالجانب الهوامي اللاشعوري للأنا، في الوقت الذي لابد كذلك لهذا الأنا الشعوري – الذي يقود الفعل - أن يكون متفتحا على الخزان النزوي و الطاقوي، وأن يكون أليفا مع الهوامات المحتواة في ذلك الخزان لكي يستمد منها قوته، وعلى هذا الأساس طرحت فرضية أنما هو مقصود في بروتكول TAT هو "الطريقة التي ينظم بها الأنا إجابته في وضعية صراعية" تعرضها المادة، والتعليمة والوضعية بمجموعها.[27]

- **مقياس تقبل المرض**[28]:

يتكون الاستبيان من 30 بند موزعة على 3 محاور، تتمثل هذه المحاور الثلاثة في نوعية الحياة التي يحياها المريض، نظرته لذاته و مدى تقبلها و كذا مدى التزام المريض بالأمور العلاجية، كما تم توزيع البنود الايجابية و السلبية الى (19 بند موجب، و11 بند سالب)، وأمام كل بند تقدير خماسي وفق سلم ليكرت (نعم دائما، كثيرا، أحيانا، نادرا، لا أبدا)، وأعطيت البنود الموجبة الدرجات (5،4،3،2،1)، في حين أعطي عكس الميزان السابق للبنود السالبة، و بذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (1 و150) درجة.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ. الصدق: تم حساب الصدق بطريقتين

- الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي:

حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس.

الجدول رقم(2) يبين معاملات الارتباط لعينة الدراسة بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس.

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
01	0,541 **	11	0,448**	21	0,778**
02	0,638 **	12	0,549**	22	0,439**
03	0,429 **	13	0,567**	23	0,433**
04	0,699 **	14	0,517**	24	0,302**
05	0,725 **	15	0,503**	25	0,466**
06	0,473 **	16	0,537**	26	0,579**
07	0,619 **	17	0,517**	27	0,612**
08	0,336 **	18	0,522**	28	0,732**
09	0,689 **	19	0,772**	29	0,461**
10	0,483**	20	0,318**	30	0,724**

** معاملات الارتباط دالة احصائيا عند مستوى 0.01.

يتعين من الجدول رقم (2) أن معاملات الارتباط بين درجة كل بند و الدرجة الكلية للمقياس كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يدل أن المقياس يتميز باتساق داخلي جيد مما يعني أنه يقيس متغيرا واحدا متناسقا، و يعتبر هذا مؤشرا واضحا على صدق المقياس، عند عينة الدراسة من فئة الراشدين.

حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة للمقياس و كذا كل بعد مع الدرجة الكلية.

الجدول رقم (3) يبين معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة للمقياس و كذا كل بعد مع الدرجة الكلية:

الأبعاد و الدرجة الكلية	نوعية الحياة التي يحياها.	نظرة المريض لذاته و مدى تقبلها.	مدى التزام المريض بالأمور العلاجية.
نوعية الحياة التي يحياها.	/	0,545**	0,820**
نظرة المريض لذاته و مدى تقبلها.	0,545**	/	0,586**
مدى التزام المريض بالأمور العلاجية.	0,820**	0,586**	/
تقبل المرض	0,921**	0,781**	0,922**

- الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية:

تم ترتيب الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة ترتيبا تنازليا ليتم بعدها سحب 27٪ من طرفي التوزيع، أي 50 مفردة من الأعلى و 50 من الأسفل، و ذلك من أجل حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين.

جدول رقم (4) يبين قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا و العينة الدنيا.

العينة / المتغير	العينة العليا ن=50		العينة الدنيا ن=50		قيمة "ت"
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
تقبل المرض	104,64	5,377	77,96	7,602	33,599**

❖❖قيمة "ت" دالة احصائيا عند مستوى 0.01.

يتضح من خلال قيمة "ت" في الجدول دلالة الفرق بين المتوسطين أنها دالة احصائيا عند مستوى 0.01 مما يعني أن المقياس له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين مما يدل على صدقه لدى عينة الدراسة.

ب. الثبات: تم حساب الثبات بثلاث طرق

- **معامل الاتساق عبر الزمن:** تم تطبيق و إعادة تطبيق المقياس على 97 من العينة بعد أسبوعين تقريبا و بالضبط 17 يوما، فجاء معامل الارتباط بين التطبيقين كما يلي:

معامل الارتباط بين التطبيقين= 0,782 و هو دال احصائيا عند مستوى 0.01 مما يعني أن المقياس يتميز بثبات مقبول.

- **طريقة التجزئة النصفية بأسلوب فردي/زوجي:**

قمنا بتقسيم اجابات الأفراد بطريقة استخراج درجتين لكل فرد من العينة إحداها على البنود الفردية و الأخرى على البنود الزوجية فأصبح كل فرد له درجتين ثم قمنا بحساب معامل الارتباط بين الدرجتين لعينة الدراسة فجاء معامل الارتباط لنصفي المقياس يقدر بـ : 0,892، و بما أن الانحراف المعياري لنصفي المقياس (الفردي و الزوجي) و باستخدام معادلة تصحيح الطول لسبيرمان -براون:

ثبات المقياس كاملا (مقدرًا بسبيرمان -براون) = $\frac{2 \times \text{ثبات نصف الاختبار}(\text{ثبات التجزئة النصفية})}{1+\text{ثبات نصف الاختبار}(\text{ثبات التجزئة النصفية})}$

ومنه ارتفع ليصبح يقدر بـ : 0,942 بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون.

و هذا يدل إلى أن المقياس يتميز بمستوى عال من الاتساق بين البنود داخليا.

- **طريقة معامل ألفا كرومباخ:**

ألفا كرومباخ = 0.909 مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع.

المعايير:

1. **المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية:**

أ. تم حساب المتوسط الحسابي وفق المعادلة التالية: $\bar{x} = \frac{\sum_1^n x}{n}$

حيث: $\bar{x}$ المتوسط الحسابي، $\sum_1^n x$ مجموع الدرجات، n عدد أفراد العينة.

ب. تم حساب الانحراف المعياري وفق المعادلة التالية $\sigma = \sqrt{\frac{\sum_1^n x^2}{n} - \bar{x}^2}$

حيث: σ الانحراف المعياري، $\sum_1^n x$ مجموع الدرجات، n عدد أفراد العينة، $\bar{x}$ المتوسط الحسابي.

الجدول رقم(5) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للعينة المدروسة.

المعايير / الفئة العمرية	$\bar{x}$	σ
22 -55 سنة	87.40	13.26

- **استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي و الثقافي للأسرة:**

تم إعداد هذه الاستمارة من طرف بشير معمرية، لمعرفة المستوى الاجتماعي الاقتصادي و الثقافي للأسرة.

- **وصف الاستمارة:**

تشتمل هذه الاستمارة على سبعة أبعاد و هي:

- البعد الأول: مستوى المهنة أو الوظيفة.
- البعد الثاني: الدخل و الحالة الاقتصادية للأسرة.
- البعد الثالث: الممتلكات المادية الخاصة بالأسرة.
- البعد الرابع: مستوى الحي السكني و نوع السكن و حجم الأسرة.
- البعد الخامس: المستوى التعليمي للوالدين.
- البعد السادس: الممتلكات الثقافية الخاصة بالأسرة.
- البعد السابع: قضاء أوقات الفراغ و العطلات.

تجدر الاشارة الى أنه تم التأكد من خصائصها السيكومترية (الصدق، الثبات).

3.1 حدود و عينة الدراسة: تمت اختيار حالة بطريقة قصدية مصابة بسرطان القولون، و أجريت الدراسة في بيتها، في الفترة الممتدة: من 2019/07/02 الى 2019/08/22.

4.1 الجانب التطبيقي للدراسة:

2. دراسة الحالة:

- **تقديم الحالة:** الاسم: ل/ الجنس: ذكر/ السن: 43 سنة/ المستوى الدراسي: 3 ثانوي/ الرتبة داخل الأسرة: الثاني/ المستوى الاقتصادي للعائلة: دون متوسط/ مكان الاقامة الولاية: بسكرة/ الاصابة بأمراض أخرى: لا توجد/ نوع المرض: سرطان القولون/ مدة الاصابة: 06 أشهر/ الحالة الاجتماعية: متزوج و أب لبنتين و ولد.

- **تطبيق استبيان تقبل المرض:**

الجدول (6) : يلخص درجات البنود و الدرجة الكلية لمقياس تقبل المرض للحالة "ل".

الرقم	المجموع	درجة كل فقرة	المجموع
01	نوعية الحياة التي يحياها المريض	+2+1+1+1+2+2+3 3+3+3+3+2	24
02	نظرة المريض لذاته و مدى تقبلها	1+2+2+2+3+1+2	13
03	مدى التزام المريض بالأمور العلاجية	+2+3+3+3+1+2+3 1+3+2+1	24
المجموع			61

المصدر : استجابات الحالة 'ل'.

- **تحليل مقياس تقبل المرض:**

من خلال تطبيقنا لمقياس تقبل المرض على الحالة "ل"، و حصولها على درجة كلية قدرت بـ (150/61) و هي نتيجة دون المتوسط، تبين لنا أنها لم تستكمل عملية تقبل المرض، يظهر ذلك في عدم تعايشها مع المرض بشكل طبيعي، و هذا ظاهر من خلال مؤشرات عملية التقبل، حيث تحصلت الحالة في بعد نوعية الحياة على درجة قدرت بـ (60/24)، مما يعني أنها تعيش معاش نفسي صعب، بالنسبة لمختلف نشاطاتها اليومية الشخصية منها أو الأسرية، الحاضرة منها أو المستقبلية، مما جعل التأثير متبادلا مع نظرة الحالة لذاتها و مدى تقبلها، حيث تحصلت على درجة قدرت بـ (35/13)، الأمر الذي سبب للحالة في نظرنا عزلة اجتماعية، و ظهور بعض ملامح تظاهرات الاضطراب النفسي، على مستوى قلق فقدان الموضوع، و على الرغم من أن الحالة تبدي انصياعا للالتزام بالأمور العلاجية و هذا يظهر من خلال درجة البعد و التي قدرت بـ (55/24)، و ذلك حتى تتجنب الآلام الجسمية و النفسية التي حصلت لها جراء المرض.

3.2 تطبيق و تنقيط استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي و الثقافي للأسرة:

الجدول (7) : يلخص درجات المستوى الاجتماعي، الاقتصادي و الثقافي للأسرة للحالة "ل".

البعد	وزن البعد	التنقيط	الدرجة	(٪)	المستوى	الدرجة
وظيفة أو مهنة الوالد	4	9/2	36/8	1.86	الاقتصادي	414/53
مصدر الدخل والممتلكات المادية	3	110/7	330/21	4.88		
مستوى الحي السكني ونوع السكن	3	16/8	48/24	5.58		
مستوى تعليم الوالد	2	10/3	20/6	1.39	الثقافي	49/23
الممتلكات الثقافية	1	15/8	15/8	1.86		
درجة قضاء أوقات الفراغ والعطل	1	14/9	14/9	2.09		
المجموع		174/37	430/76	17.66	/	430/67

المصدر : استجابات الحالة 'ل'

من خلال الدرجة الكلية التي تحصلت عليها الحالة "ل"، عن طريق معادلة المستوى الاجتماعي، الاقتصادي و الثقافي للأسرة حيث قدرت بـ (430/67)، أي ما نسبته 17.66 ٪، مما يعني أنها تعيش في أسرة مستواها الاجتماعي ضعيف، الأمر الذي يظهر خصوصا في البعد الاقتصادي، حيث قدرت درجة الحالة في هذا البعد بـ (414/53)، أي ما نسبته 12.80 ٪، و هي نسبة ضعيفة جدا لا تكاد تقارب المتوسط، أما فيما يخص البعد الثقافي فالحالة تعيش مع أسرتها مستوها قريب من المتوسط و هي نسبة لابأس بها لقربها من المتوسط، حيث تحصلت على درجة قدرت بـ (49/23)، أي ما نسبته 46.93٪.

4.2 عرض و تحليل النتائج على ضوء المقابلات العيادية:

- **البطاقة الاكلينيكية:**

"ل" متزوج يبلغ من العمر 43 سنة، يعيش مع أسرة هي دون المتوسط من الناحية الاقتصادية، تتكون من أمه، أبيه، أختين و 4 إخوة، **"ل"** هو الثاني في ترتيب العائلة،

أصيب بمرض سرطان القولون و هو في الثانية و الأربعين من عمره، و قد اكتشفه بعد اجرائه للفحوصات التي أجبر عليها نتيجة الآلام التي كان يعاني منها في الآونة الأخير قبل معرفته بالمرض، و مع هذا التشخيص المفاجئ أصيب بصدمة لا سميا و أن أخاه الأكبر قد مات قبل عام بنفس هذا المرض، و مع متابعة الطبيب تم اجراء عملية جراحية لاستئصال هذا الورم وقد تمت العملية بنجاح و هو الآن يتابع الفحوصات الدورية حتى لا تكرر اصابته بالمرض مرة ثانية.

- **ملخص المقابلات:**

منذ الاعلان عن المرض من طرف الطبيب و الحالة تعاني حالة نفسية صعبة، نظرا للصدمة الحاصلة جراء التشخيص بالمرض، ما دفع بها للميل الى الانعزال في البيت في كثير من الأحيان، كما عانت الحالة من الاحساس بالتعب المستمر و الارهاق المتواصل و نقص الحيوية و النشاط، التي كانت تتمتع بهم قبل الاصابة بالمرض، و تشكو الحالة من اللامبالاة بالحياة و نشاطاتها، و مما زاد في معاناتها النفسية، هي تلك الأفكار الاشترارية، الوسواسية، التشاؤمية المتعلقة بالمرض الذي أصابه فأفسد عليه حياته على حد تعبيره، غير أنه لا يبالي بالموت كما يذكر هو، ولا يحبه في ذات الوقت من أجل أبنائه و أسرته، حيث يتمنى أن يحقق لأبنائه و زوجته ما يبتغون، إلا أنه لا ينفي وجود حالة نفسية تكاد تكون غالبة على حياته منذ الاصابة بالمرض، و هي حالة من الحزن و الكآبة و التوتر المستمر على أتفه الأسباب، ما جعله يفقد الثقة بنفسه و تختل صورة الجسم و الذات لديه، و مع هذا الانهاك و التعب النفسي و البدني لازالت الحالة تشعر بقيمتها و دورها في الحياة.

أ. تقسيم الوحدات الى أصناف حساب نسبها المئوية

الجدول (8) : يلخص النسبة المئوية للأصناف الثلاثة:

الأصناف	تكـــرارات المؤشـــرات الايجابية	تكـــرارات مؤشـــرات السلبية	مجمـــــوع التكرارات	النســـبة المئويـــة الايجابية (٪)	النســـبة المئويـــة السلبية (٪)	مجمـــــوع النسب المئوية (٪)
نوعية الحياة	10	25	35	15.62	39.06	54.68
تقدير الذات	6	11	17	9.38	17.19	26.57
تقبل العلاج	7	5	12	10.94	7.81	18.75
المجموع	23	41	64	35.94	64.06	100

المصدر : استجابات الحالة 'ل'

من خلال الجدول الذي يلخص جميع النسب المئوية، المُعَبِرَة عن المؤشرات المتحصل عليها من خلال المقابلات في هذه الدراسة، نلحظ بصفة عامة، أن الحالة يغلب عليها المؤشرات السلبية، و التي قدرت حسب الجدول بـ 64,06٪، مقابل المؤشرات الايجابية بنسبة 35,94٪، و منه نستطيع القول بأن الحالة تعيش مشكلات نفسية و جسمية مع المرض، الأمر الذي يظهر من خلال المؤشرات السلبية لنوعية الحياة التي تحياها، حيث جاءت نسبتها 39,06٪، مقابل 15,62٪ مؤشرات ايجابية، مما يؤكد أن الحالة لا تتوافق مع تعقيدات المرض، مما زاد في تدهور معاشها النفسي، وظهر ذلك في عدم استقرار حالتها النفسية و الجسمية، و على غرار ذلك أبدت تقدير واطئ لذاتها، حيث تغلب المؤشرات السلبية بـ 17,19٪، مقابل 9,38٪ مؤشرات ايجابية، على العكس بالنسبة للالتزام بالأمور العلاجية حيث قدرت نسبة المؤشرات الايجابية بـ 10,94٪ بالنسبة، مقابل 7,81٪ للمؤشرات السلبية.

- **الصنف الرابع : عوامل تقبل المرض**

الجدول (9) : يوضح النسبة لصنف عوامل تقبل المرض للحالة "ل"

الصنف	الأصناف الفرعية	تجميع الوحدات حسب الصنف	التكرارات	النسبة المئوية (٪)
العوامل الانقاذية المساعدة	السلوك التديني	75/74/72/71/56/20	06	20.69
	المساندة الاجتماعية المدركة	/77/68/36/24/12/10 86/79/78	09	31.03

في تقبل المرض	الثقافة الصحية	/63/58/53/45/8/4 87/80/76/69	10	34.49
	عامل الدخل الشهري	70/54/44/43/	04	13.79
المجموع			29	100

المصدر : استجابات الحالة 'ل'

نلحظ من خلال الجدول الذي يلخص النسب المئوية للعوامل الانقاذية المساعدة في تقبل مرض سرطان القولون، أن الحالة لم تبدي اهتماما كبيرا لعامل الدخل الشهري، مما يظهر من خلال نسبته الذي يعتبر أقل نسبة قدرت بـ 13,79 ٪، ثم يليها عامل السلوك التديني بنسبة قدرت بـ 20,69٪، حيث قللت الحالة من هذا العامل، أما بالنسبة لعامل المساندة الاجتماعية المدركة فقد تحصلت الحالة على نسبة قدرت بـ 31,03٪، من مجموع العوامل الانقاذية التي تساعد على تقبل المرض، في حين تحصل عامل الثقافة الصحية، على أعلى نسبة قدرت بـ 34,49 ٪، و الذي حظيت به الحالة من خلال متابعة الأشرطة الوثائقية الصحية و كذا الاطلاع على المستجدات الصحية المتعلق بمرضه.

- **التحليل الكيفي لمحتوى المقابلات:** تمت المقابلات مع الحالة **"ل"** بعد موافقته، و قد جرت في جو يسوده المسايرة من حيث التجاوب مع الأسئلة، و مما لاحظناه على **"ل"** أن لديه مشكلات نفسية و مضاعفات جسمية، و نوع من العدوانية تجاه المجتمع.

كانت الحالة قبل الاصابة بالمرض تتحلى بالنشاط و تسعى جاهدة لتحقيق رغباتها و تلبية حاجاتها، حيث تذكر أنها كانت تقوم بجولات سياحية كثيرة، و قد جابت معظم ولايات الوطن، كانت كثيرا ما تمرح و تتسامر مع أصدقائها و بني قرابتها، و تعيش حياتها بشكل عادي مع أسرتها و زوجتها، إلى أن اكتشفت إصابتها بمرض سرطان القولون، حيث أصيبت بصدمة شديدة زعزعت كيانها و اختل توازن مكونات جهازها النفسي، و سرعان ما انعزلت عن الناس كما تقول هي **"عزلت روحي بزاف، نقعد وحدي"** حتى فقدت شهيتها للأكل **"راحتلي الشهية خلاص"** و ذلك بسبب الآلام الجسمية و النفسية التي تعاني منها الحالة **"ل"** كلما تناولت طعاما **"أي ماكلة ناكلها ديرلي السطر، نسلكها غالية"** هذه الآلام الجسمية و المعاناة النفسية و الاختلال الواقع على مستوى الجهاز النفسي لديه جعله يشكو

من الوسواس القهري ما أدى به الى أن يحيا معاش نفسي صعب للغاية، و هذا يظهر في نوعية الحياة التي يحياه، كما تذكر الحالة صراحة **"نتقلق بزاف من العائلة و نقلقهم معاي"**، **"عانيت بزاف من الخلايع كي عرفت بلي Cancer"** ما جعل الحالة تتذكر أخوها الذي مات قبل عام تقريبا من إصابتها هذه بنفس المرض، مما زاد في تفاقم حالته النفسية المتدهورة، و العدائية تجاه من حوله **"وليت كي المهبول، مرضت و مرضت العائلة معي"**، **"جيني لاكريز، نخبط و نكسر، التوسويس هبلني"**.

كل هذه المعاناة جراء الآلام الجسمية و النفسية جعل الحالة تفقد ثقتها بنفسها، و تشعر بخيانة جسمها لها، و أصبحت تشعر بتقدير واطئ تجاه ذاتها، بل و تحتقر نفسها في بعض الأحيان بسبب مرضها، **"تحس روحك عالة، و ساعات تحتقر روحك، تحس روحك ناقص"** ما جعلها تخاف من مزاولة العلاج و عدم الانتظام به خوفا من التأثيرات الجانبية له و هذا ما صرحت به في قولها **"العلاج يخوف، كي عرفت تأثيرات العلاج خوفت"** هذه الاشكالات النفسية و الجسدية التي عانت منها الحالة أدى بها إلى عدم استكمال عملية تقبل المرض حيث قالتها صراحة **"لضرك ماتقبلتش المرض نتاعي"** غير أن بعض العوامل الانقاذية ساهمت في تحسين صورة الذات و الجسم لديها و ساعدتها في استرجاع ثقتها بنفسها، تمثلت هذه العوامل ابتداء في المساندة الاجتماعية المدركة التي حظيت بها الحالة من طرف عائلتها، طبيبها، و أصدقائها، حيث برزت أهميتها في مساعدة الحالة، و هذا على حد تعبيرها حيث تذكر **"حتى هي مليحة صبرت معاي"**، **"علاقتي مع الأطباء مليحة، فهموني و ساعدوني"**، **"الطبيب قال لي بلي نسبة الشفاء نتاعك كبيرة"**، **"صحابي، فاميلتي الكبيرة، هاذوا وقفوا معاي، عاونوني"**، **"ديمة نلقاهم معاين خرجوا نحوسوا"** ما دفع بالحالة الى التشجع في مواجهة تهديدات المرض و محاولة التعايش معه، و على الرغم من أن الحالة تشكو من قلة الدخل الذي كان قليلا بالنسبة لها، حتى وصل به الحال الى الاقتراض من أجل مصاريف العلاج و اجراء العملية الجراحية، **"كنت نسلف من عند الناس، عاونوني لافامي"** هذا الوضع الاقتصادي المترهل زاد في تفاقم المشكلات التي تعاني منها، غير أن من بين العوامل التي ذكرتها الحالة هي الاهتمام البالغ و اللافت للنظر، من خلال متابعة الحصص الصحية المتعلقة بمرضه، ما جعله يستفيد من خلال المعلومات التي تحصل عليها من طرف الأطباء والحصص التليفزيونية بالإضافة الى بحثة في المواقع الصحية على النت، جعل الحالة تعرف أن

السرطان أنواع، و أن الكشف المبكر له يعتبر علاج في حد ذاته حتى يتمكن الأطباء من الحد من خطره **"كي عرفت بلي حبة في القولون ماشي نتاع الدم، نقص علي شوي" "و زدت قريت بزاف، عرفت بلي الاكتشاف المبكر هو العلاج"**، **"قريت عليه ماهوش خطير كيما كنت نظن"** ، و تذكر الحالة أنها كانت تقوم ببعض السلوكيات التعبدية، و قد استعملت الحالة الدين كاستراتيجية خارجية للتقليل من الضغط و القلق الحاصل جراء المرض، حيث تذكر الحالة أنها كانت تصلي و تقرأ القرآن و تشعر بالراحة عن القيام بذلك، و يخفف عنها بعض ما تجده، إلا أنه لم يقلل من أفكارها الوسواسية التي أثرت على نفسيتها و زادت من معاناتها، و هذا ما صرحت به في قولها **"نوض نصلي و نروح للجامع و نصلي الصبح، نلقى روحي مرتاح"**، **"نستغفر نرجع لربي سبحانه"**، **"ساعات نقرأ القرآن كي نعود في تلك الحالة الحمد لله أنا شديت في ربي"**، **"الحمد لله رانى مومنين".**

هذه العوامل الانقاذية ساهمت في التخفيف من الوضعية الاكتئابية و القلقة التي كانت تعيشها، و لعل عدم توفر هذه العوامل بشكل كافي أدى بالحالة الى عدم استكمال عملية تقبل المرض، حيث تبدي الحالة من خلال تصريحها المباشر أنها إلى غاية الساعة لم تتقبل المرض، **"لضرك مانيش متقبلة المرض"** و تشعر بالتهديد المستمر و المخاوف و بعض الوساوس.

و من أجل فهم أكثر لدينامية شخصية الحالة، تم تطبيق اختبار تفهم الموضوع، و تحليله بطريقة "فيكا شينتوب".

الجدول (10) : تطبيق محتوى اختبار TAT للحالة "ل".

رقم البطاقة	استجابات الحالة على TAT
01	انسان متحسس من عينه و ماهوش متقبل هذا الأمر، لأني شايفو يقرأ إذا ماكنتش مخطئ يعني ما راهوش متقبل المرض نتاعو.
02	انسانة حاملة كتب، يعني على حساب ماراني شايف كاين أشخاص يا إما يخدموا و يعانيو من وضع الاجتماعي المزري نتاعهم وماهومش متقبلين الوضع، و الفتاة رايحة تقرأ وهازة معاها كتب.
BM3	هذا الراجل حزين و مكتئب و متأثر بالمرض نتاعو ماهوش قابلو
04	شايف في الصورة شخصين إمرأة و راجل هذا ما راني شايف

05	المرأة فاتحة باب الغرفة و تحوس على بنها
6BM	امرأة و رجل امرأة خايفة من الرجل أو شيء من هذا القبيل
7BM	أب و ابنه يوصي فيه باه يتهلى في روحو
8BM	راجل يديرولو في عملية جراحية و هو مستسلم ليهم
10	المرأة و الراجل يعنقو في بعضاهم
11	طريق فيها حيوانات و شخص يمشي فيه و خايف
13 MF	رجل متأثر على موت زوجته
16	هذي اللوحة فيها مأساتي، أنا تعبان و نعاني من المرض نتاعي

المصدر : استجابات الحالة 'ل'.

6.2 حوصلة اشكاليات (TAT) للحالة "ل":

على البطاقة الأولى للرائز سجلنا بدلا من امتحان الحالة للقدرة وعدمها في مجابهة موضوع الراشد، تفضيلها البقاء على نطاق المحسوس في انتاج قصتها تحت دفع الاهتمامات الذاتية كذلك، لدرجة ادخال موضوع لمساندة عمل التعقيل والسيطرة المتسامية، كصورة من صور الاخراج الفعلي وأخذ زمام المبادرة لتكون القصة في مجملها منسوجة حول رغبة شخصية "عدم تقبل المرض".

وأما على البطاقة الثانية ففضلت الحالة عدم ربط العلاقة بين أبطال قصتها، وكذا عدم التعريف بهم ماساهم في ابتعاد القصة عن محتواها الكامن لإشكالية المثلث العلائقي الأوديبي، ليكون عوضا عن ذلك التسريع في الاستنجاد بالقيام بالفعل في إطار المهام المعتادة كحيلة لتجاوز الوضعية، فالسجل الأدائي الحاضر سرعان ما أشر على تعاملات الحالة وتعدياتها الى العزوف عن تقبل الوضعية (العلاقة بالموضوع) "حالة مزرية على حد التعبير". وبخصوص البطاقة 3BM فقد صورت الحالة الاشكالية الاكتئابية والتي محركها فقدان الموضوع أو استشعار معايشة البقاء وحيدا، فكان تجاوب الحالة بالاسقاط الكثيف والمعتبر على شخصية القصة تفتقر الى التعريف (رغم التوحد بنفس الجنس) ليكون مضمون القصة تغليب الانفجارية الغير مراقبة تجاه الوضعية من غير الدفاع الهوسي المعتاد والمألوف

البروز كذلك، واللافت بقاء هذا المضمون تحت طائلة مبدأ اجبار التكرار (الاجترار) ـ المرض والثورة عليه ـ كما هو الحال بالنسبة الى اللوحتين السابقتين.

وبالمرور الى البطاقة الرابعة، نتوقف على الانطلاقة بالإنتاج على منوال تصوير واخراج فني لتفادي تحريض البطاقة الكامن، ليسيطر الكف أمام حضور هوامات التقارب اللبيدي بصورة الاغراء مع التمسك بآلية العزل وتلازم المحسوس دون مد العلاقة بالأساس.

وبولوج الحالة للبطاقة الخامسة نسجل نجاحها في إدراك العلاقة مع القطب العاطفي الأولي ـ الأمومي ـ لكن دون اعطاء مبررات لموضوع القصة أو بيان نوعية العلاقة لحضور النظام الرقابي الصارم، ما يؤشر على فشل في التخريج المقبول من الاشكالية والالتزام بإيجاد حل توافقي عند استشعار الاشكالية.

وبالتعريج للبطاقة 6BM نجد أمام الوضعية التي تمتحن القدرة على مواجهة الهجر البدائي من التعلق بالموضوع الأمومي، كان تراوح الحالة بين تفاسير عدة السمة الأبرز دون التفطن للفارق العمري بين شخصيتي الصورة، والاكتفاء بإنتاج التصوير الاضطهادي كحيلة لإبعاد وتحميل الآخر المسؤولية عن استيهامات المفارقة، لتصبح المراودة المحسوس بها ذاتيا مغيبة للاشكالية في تلاقي الاحساس النزوي الذاتي ونظام رقابة الحالة على العموم.

وعكس البطاقة السابقة، جاء التقارب أب ـ طفل مميز لملمح التصوير بالبطاقة 7BM مع تضمينها لفكرة رئيسية تتعلق بإبداء النصح، والارشاد اعتبارا لفارق السن الذي نجحت الحالة في التفطن له لبناء قصتها، وهو الذي ساهم أيضا بوصم العلاقة بالتوافقية بدل الصراعية الأمر الذي يعكس كذلك، سلامة امكانيات التوحد بنفس الجنس دون السيولة العاطفية المفرطة بل بعقلنة مميزة لمرحلة الرشد، وفي المقابل لا يمنع هذا التقارب الظاهري من التغطية عن استشعار الخضوع لفعل الترميز بالخصاء (حسب ايمائية الذهول على الحالة).

وعلى البطاقة 8BM نقف على تفضيل الحالة التخريج المتسامي من لوحة الخصاء والعدوانية الواقعة من سلطة عليا، فعند امتحان امكانية تجاوز هذه الوعية الاستيهامية الاساسية برزت النزعة الاستسلامية بشكل لافت كتعبير عن الوضعية التي يمكن أن تنسحب للوضعيات الواقعية ذات الصلة بتعاملاتها مع الأعلى مركزا. وأيضا بمعايشة مرض السرطان بوصفه مفروض وذو الطبيعة التفاقمية (التسلطية) هذا ما جعل الحالة تتغاضى عن استحضار المواضيع الظاهرة والمشتركة مع رؤية الآخرين في العادة. (الطفل في مقدمة الصورة).

وعلى البطاقة 10 إدراك الحالة للصدى الوجداني والوضعية الحميمية مكنها من النجاح في الولوج بإشكاليتها الكامنة الباعثة على التقارب اللبيدي في شقه الشهواني مع عدم التعريف أو حتى مد العلاقة بين شخصيات القصة الشيء الذي يبقي من القصة في مستوى السرد الهوامي الأولي لا غير.

حضر الاسقاط والانطباعات الذاتية على البطاقة 11 التي تعود بنا الى إعادة معايشة الحصر القبل تناسلي، فكان على الحالة تفاديه عبر إدخال شخصية غير موجودة بالصورة أصلا، بالإضافة إلى تركيزها على مواضيع حسية حاملة للصدى الفوبي البدائي (حيوانات شرسة) من دون طرح حل مقبول بالمواجهة أو بتفادي المحرضات على الاجمال.

في حين كان على البطاقة 13MF إحياء المعاش الاكتئابي أكثر وضوحا من خلال عمل الحداد الذي كان الموضوع المفضل للحالة في تعاطيها مع إشكالية اللوحة التي توحي بالعدوانية بين الزوجين وإمكانية الاغتصاب، لتصورها الحالة تحت مضلة الفقد والحداد عليه دون خفض قيمة الذات أو تحميل المسؤولية لطرف معين بالبيئة الخارجية عن الحيز النفسي لها.

وأما على البطاقة 19 فلقد حملت الحركة النكوصية الواضحة للحالة طغيان الرغبة في الاحتماء، ومقاومة الانفصال على مواضيع الاعتماد البدائية، لتكون بهذا قد آثرت الحالة التعاطي مع محرضات الصور بنمط محسوس ذاتي مع اقترانه بتخريج هجاسي في سياق من التهويل الفوبي كذلك، دون أن ننسى الاستغراق في هوامات الافتراق ومواجهته ولو بكيفية استسلامية قصد لفت الانتباه، هذا كله مع تحميل المسؤولية للوالدين (عمل الحداد).

أخير وعلى اللوحة 16 والتي عوزها السند التصويري بغية اختبار الطريقة التي يبني بها الحالة لمواضيعها المفضلة، وأيضا لكيفية بناء عالمها الداخلي والخارجي على حد السواء، وجدنا بقاء الحالة على موضوع معايشة معاناتها مع الداء السرطاني التي طغت على الملمح الانتاجي بالرائز، مع تسجيل كذلك، البحث الحثيث عن السند الوجداني الخارجي (استدرار العطف عبر توجيه رسائل التضامن معها) دون إعطاء إعدادات مستقبلية للمواجهة أو هيكلية مقبولة تكون مقدمة للتسوية مع تطورات الحالة المرضية.

1 - **السياقات الدفاعية :** تميز سجل السياقات الدفاعية المجندة من طرف الحالة بجملة من الخصائص النوعية أو حتى على مستوى الكم الاخراجي ضمن بروتكول تفهم الموضوع، حيث برز وبشكل لافت :

ـ طغيان سياقات تجنب الخوض في مدعمات الوضعيات الصراعية (C=57) وبأكثر خصوصية حضرت السياقات التي تقع تحت طائلة النمط الخوافي، وعلى رأسها التوقفات المعتبرة أثناء السرد، أو السابقة عليه (CP1=10) يليها مباشرة الميل المعتبر لدى الحالة نحو الانكماش السردي (الاختصار) وبظهور واضح أيضا على التأكيد على القيام بالمهمات الأدائية بصيغة اللجوء الى التفعيل ذو الطابع العلائقي العتيق (CF3=8) من دون أن نغض الطرف على سياقات النمط النرجسي، بالإضافة الى استحضارها للوضعيات تعيد معايشة التقلبات الوجدانية بالتوازي مع إزمان المرض السرطاني (CN7) ما يبقي بواعث دفاعات الحالة المواضيع المحسوس بها ذاتيا (CN)، في حين شكلت السياقات الخاصة بالتعاطي المرن مع اشكاليات الرائز الكامنة، الآلية التالية والمقتضبة عند تجاوز الحالة لصلابة دفاعات النمط التجنبي للصراع سابق الذكر (B=23) حيث كان الانزلاق والسيولة المفرطة للمرونة الممثل الاكبر لهذا القطب الدفاعي، ممثلا بالأساس في التعجيل بالدخول في نسج القصص ذات الصدى الهوامي الأولي (2B1) وكذا التعبير المعتبر بشكل درامي (2B5) مع تسجيل كذلك ميل الحالة لإقحام مواضيع غير ظاهرة بعدة لوحات من الرائز (1B2)، بعدها حلت سلسلة الرقابة لتكشف عن محاولة لجم الحالة للسيولة الوجدانية ذات المحرك اللبيدي المسجلة آنفا (A=9) حيث حضرت بشكل كثيف الرقابة الصلبة والأكثر نوعية بالأساس، الرقابة الصلبة على بعض مواضيع الحالة المخرجة ضمن مثيرات إحياء الوضعية الأوديبية، كالتحفظات اللفظية (2A3) والبقاء رهينة التردد ما بين تفاسير عدة (2A6) وصولا لحد الإلغاء والعزل المتعمد لشخصيات محددة من بعض اللوحات المعروضة (2A9)، و أخيرا، حلت سلسلة السياقات الأولية كإشارة عن فقدان السيطرة العقلية للحالة لدى مجابهتها مواضيع شبقانية وعدوانية الصفة، وبأكثر تحديد تلك المحرضات التي تعود بنا الى امكانية الاعتداء على الذات البشرية، أو حتى المصورة للوضعية الاكتئابية الرثائية (E=7) لتؤشر على انزلاقات هامة للحالة في شكل استسلام إخراجي للتدفق النزوي تجسدت بالأخص، عند تركيزها على المواضيع السيئة، و الاضطهاد (E14) وبصفة أقل سياقات المرتبطة بعدم

إدراك المواضيع الظاهرة (E1) وصولا لغاية الإدراك الحسي الجاف لبعض عناصر اللوحات المعروضة عليها (E5).

2 -نوع المقروئية: إن الظهور اللافت لسياقات من فئة الرقابة الصلبة (2A) والمرونة المفرطة (2B) بالإضافة إلى سيطرة الكف، والتجنب على بروتكول تفهم الموضوع للحالة، من جهة، وكذا تراجع مد العلاقة ما بين شخصيات القصص، والانحلال الجزئي لبعض القصص لتجعلها مبنية للمجهول، من جهة أخرى، جعل مقروئية البروتكول ضمن المستوى المتوسط.

سلسلة الرقابة		سلسلة المرونة		سلسلة تجنب الصراع		سلسلة بروز السياقات	
نوعها	تكرارها	نوعها	تكرارها	نوعها	تكرارها	نوعها	تكرارها
2A3	5	2B5	4	CP5	5	E5	1
2A9	2	2B1	7	CF1	2	E16	1
2A6	1	1B2	4	CF3	8	E1	1
2A1	1	2B3	3	CP4	5	E14	4
		2B9	2	CP2	10		
		1B1	2	CN3	1		
		2B13	1	CF2	1		
				CN8	2		
				CP1	10		
				CN4	3		
				CP3	4		
				CM2	1		
				CN1	2		
				CN5	1		
				CC1	1		
				CC3	1		
مج A= 9		مج B= 23		مج C= 57		مج E= 7	
مج A+B+C+E = 96							

7.2 التحليل العام لنتائج الحالة "ل" في ضوء المقابلات، الاختبارات الموضوعية و الاسقاطية:

استعمالنا لعدد من الأدوات الاكلينيكية المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة و الملاحظة المباشرة كجزء منها، و اختبار(TAT) كأدوات رئيسية، اضافة استبيان تقبل

المرض و كذا استمارة لقياس المستوى الاجتماعي، الاقتصادي و الثقافي للأسرة كأدوات مساعدة.

كشفت لنا عن ملمح مهم في حياة الحالة مع المرض، فمنذ أن أصيبت بداء السرطان و هي تعاني من آلام جسمية و نفسية، و الحالة عاشت و تعيش الى غاية الساعة، معاش نفسي صعب مع المرض، بسبب قيوده و تعقيداته التي يفرضها على صاحبه، الأمر الذي ذكرته الحالة بالتفصيل في حيثيات المقابلات العيادية النصف موجهة، ما جعلها تعاني مشكلات نفسية متعددة، بسبب اللاتوازن النفسي الذي سببه المرض، ما أنتج لدى الحالة، عدم القدرة على ضبط الانفعالات الايجابية أو السلبية، ما أدى بالتالي الى ظهور بعض تظاهرات الاضطراب النفسي من قلق و اكتئاب، ظهر جليا من خلال المقابلات و اختبارTAT، الذي بَيَّنَ لنا دينامية الشخصية، من خلال تقمصاتها و اسقاطاتها على الشخصيات الماثلة في اللوحات المتعددة، وأيضا لكيفية بناء عالمها الداخلي والخارجي على حد السواء، حيث سجلنا بقاء الحالة في معايشة معاناتها مع الداء السرطاني التي طغت على الملمح الانتاجي لاختبار TAT، مع تسجيل كذلك، البحث الحثيث عن السند الوجداني الخارجي، دون إعطاء اعدادات مستقبلية للمواجهة أو هيكلية مقبولة تكون مقدمة للتسوية مع تطورات الحالة المرضية.

والحالة من خلال المقابلات و TAT، تسقط مخاوفها و حزنها الشديد، على الفقد الحاصل جراء المرض، الذي حرمها من عدة أمور كانت بالأساس تتمتع بها في هذه الحياة، إضافة الى أن الحالة كانت و لم تزل موسومة بعزلة اجتماعية، جعلها تتدهور من الناحية النفسية التي تحدثنا عنها، و الناحية الاجتماعية حيث لا تقيم علاقات اجتماعية متواصلة، و تحاول إقناع نفسها أنها على خير و تمضي في الطريق الصحيح، و أن هذا هو الأفضل لها.

هذا المعاش النفسي الصعب الذي تعيشه الحالة، و الذي يظهر من خلال النسب المئوية السلبية الغالبة، على النسب المئوية الايجابية، بالنسبة لنوعية الحياة التي تحياها الحالة.

و اللافت للنظر من خلال المقابلات و اختبار TAT، أن الحالة لا تقدر ذاتها، و لا تعترف بعيوبها و نقاط ضعفها، فالملاحظ على الحالة أنها لا تقبل سماتها أو خصائصها المكونة لشخصيتها، فهي لا تتقبل النقد سواءً ما تعلق بحياتها الماضية أو المستقبلية، و الشعور بالدونية و النقص يظهر جليا من خلال المقابلات و TAT، و ليست قادرة على مواجهة

مشكلاتها، مما يدل أنها تبدي تقدير واطئ للذات، جعلها تعيش صراع متنامي يوما بعد يوم، و الضغوط المحيطة المتمثلة في الفقر، و عدم القدرة على مواجهة المشكلات و العجز و الخور، و المخاوف الطفولية التي تبديها الحالة بين جنبات المقابلات و TAT.

و على غرار ذلك، تبدي الحالة من خلال المقابلات حالة من الانصياع و الانتظام في العلاج، بسبب العلاقة الجيدة التي تقيمها مع طبيبها المعالج، غير أن هذا الأمر مرتبط بشكل كبير بمتابعة الطبيب للحالة، و إلا فالحالة تبدي تمردا على نصائحه و إرشاداته.

من خلال استبيان تقبل المرض، يظهر لنا أن الحالة لم تستكمل عملية تقبل المرض، وهذا ظاهر من الدرجة الكلية المتحصل عليها، حيث أن المؤشرات السلبية التي أبدتها الحالة في الاستبيان بشكل عام، و من خلال محاور المقابلات و اختبار TAT، أبدت الحالة أنها تعيش نوعية حياة سيئة، ظهرت من خلال النسبة المئوية المتحصل عليها، اضافة الى درجة محور نظرة المريض الى ذاته و مدى تقبلها، حيث تحصلت الحالة على درجة أقل من المتوسط، مما يعني أنها تعاني صراع مع ذاتها، و لا تتقبل جسمها المريض و سماتها كما هي، و رغم هذا بشكل متقارب أبدت الحالة نوعا ما انتظاما للأمور العلاجية، و بشكل عام فإن الحالة لم تستكمل عملية التقبل بَعْدُ، و هذا راجع في نظرنا لمجموع العوامل المتداخلة، والتي تتظافر لتسهم في مساعدة المريض على استكمال هذه العملية، فالحالة على الرغم من حصولها على دعم عاطفي، من طرف الأسرة و الطبيب المعالج في مراحل عمرية متقدمة، وبرغم من أنها تحظى بثقافة صحية لابأس بها، و هذا راجع الى مستواها التعليمي حيث توقفت عن الدراسة في المرحلة الثانوية و المستوى الثقافي للأسرة، ما عاد سلبا على نفسية الحالة، و شعور بعدم الاستقرار النفسي و العائلي و العلائقي، و على غرار هذا العامل ظهر كذلك عامل الدخل، المتمثل في العامل الاقتصادي، حيث أظهرت لنا استمارة التنقيط في البعد الاقتصادي للعائلة، أن عائلة الحالة تعيش مستوى اقتصادي سيء للغاية، ما سبب له مشكلات نفسية و اجتماعية راهنة، و أخرى تلوح في الأفق القريب، جراء عدم القدرة على فك الصراع القائم بين رغباته الداخلية و عقباته الخارجية، و يبقى العامل الأكبر في نظرنا، ألا و هو عامل التدين الذي لم تولي الحالة له أهمية كبيرة من خلال محاور المقابلة، عدا بعض الأمور الروتينية و الاستخدامات الموقفية في محاولة لحل الصراع، بالالتجاء الى الدين كاستراتيجية لمواجهة الضغوط، ما يعني أن الحالة تمتاز بشكل عام بمستوى تديني ضعيف،

خصوصا ما تعلق بجانب مهم و هو الايمان قضاء الله و قدره، الذي يعتبر عامل مهما في بعث روح التفاؤل و الصبر و الجَلَدِ، ما يساعد في استكمال عملية تقبل المرض.

الخلاصة:

من خلال الملاحظة المباشرة للحالة في ظل المقابلات العيادية النصف موجهة، الاختبار الاسقاطي (TAT)، و كذا استبيان تقبل المرض و استمارة قياس المستوى الاجتماعي، الاقتصادي والثقافي للأسرة، نستخلص أن الحالة لم تستكمل عملية تقبلها للمرض، يظهر ذلك من خلال نوعية الحياة الرديئة التي تعيشها، و التقدير الواطئ للذات، و عدم تقبلها لخصائصها و ذاتها على ما هي عليه، بالإضافة الى التذبذب الحاصل في الانتظام بالأمور المتعلقة بالعلاج، و هذا كله راجع في نظرنا إلى افتقار الحالة إلى العوامل التي تعتبر مهمة في مساعدة مريض السرطان، على استكمال عملية التقبل، اذ افتقرت الحالة الى العامل الاقتصادي و الثقافي على مستواها الفردي و الأسري، اضافة الى عنصر الثقافة الصحية، الناتج عن مستواها التعليمي، و ضعف العامل الأكبر ألا و هو عامل التدين، الذي يعتبر فارقا في مثل هذه المسائل و المواقف والأحداث، خصوصا ما تعلق بتقبل المرض، اذ يعتبره نوع من البلاء و الاصطفاء، للعيش في هذه الحياة بنوع من الرضا و الاطمئنان، و اكتساب نوع من الصبر و الجَلَدِ على مواجهة مشكلات الحياة اليومية، على غرار تعقيدات مرض سرطان القولون.

و عليه نستطيع الاجابة عن التساؤل المطروح من خلال نتائج هذه الدراسة من أن طبيعة المعاش النفسي لدى مريض سرطان القولون صعب في ظل عدم استكمال عملية تقبل المرض، و تعتبر المساندة الاجتماعية المدركة، الثقافة الصحية، السلوك التديني، من أهم العوامل المساعدة على تقبل المرض في حالة توفرها بشكل كافي.

قائمة المراجع بالعربية:

1. أسامة مصطفى، مدخل الاضطرابات السلوكية والانفعالية الأساليب و التشخيص، عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع، 2011.
2. سليمان جريو، محمد حمادي، تصميم مقياس تقبل المرض لفئة الراشدين و تقنينه على البيئة الجزائرية، سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة محمد بوضياف

بالمسيلة، كتاب جماعي: بناء و تكييف أدوات القياس النفسي و التربوي من منظور النظرية الكلاسيكية و النظرية المعاصرة، تنسيق سامية براهيمي، 2018.

3. جهاد براهمية و نادية بوشلالق، الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية، مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية، المجلد 08، العدد 27، ديسمبر 2016، ص ص 309 -317.
4. حامد زهران، الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة: مصر، دار السلام للنشر والتوزيع، 2004.
5. سمية حربوش، المهارات الاجتماعية و علاقتها بتقبل داء السكري " دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري" (من 30 الى 50 سنة)، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر. 2009.
6. رفيقة بلهوشات، طبيعة الصورة الجسدية والسير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة، جامعة الجزائر، الجزائر، 2007.
7. زياد بركات، سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان: دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلة جامعة النجاح للأبحاث(العلوم الإنسانية)، المجلد (20)، العدد 03، 2006، جامعة القدس المفتوحة، منطقة طولكرم، فلسطين.
8. زينب محمود شقير، علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين، العراق: دار قباء للطباعة و النشر. 2002.
9. سامي محمد ملحم، علم النفس النمو "دورة حياة الإنسان، الأردن: دار الفكر، 2004.
10. سميح عاطف الدين، علم النفس، لبنان: مجتمع البيان الحديث، 1991.
11. لطفي الشربيني، معجم مصطلحات الطب النفسي، بدون سنة.
12. شيلي تايلور، علم النفس الصحي، ترجمة: وسام درويش بريك، و فوزي شاكر داود، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر و التوزيع. 2008.
13. عبد الرحمن سي موسي، محمود بن خليفة، علم النفسي المرضي التحليلي والإسقاطي، الجزء الأول، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. 2008.
14. عبد الهادي الجوهري، مدخل للصحة النفسية، ط1، بيروت، لبنان: دار الكتب العلمية، 2002.
15. عبد القادر طه فرج، أصول علم النفس الحديث، العراق: دار قباء للطباعة و النشر. 2000.
16. فيصل عباس، الاختبارات الاسقاطية، بيروت، لبنان: دار المنهل اللبناني للطباعة و النشر. 2001.
17. مالكو شوارتز، السرطان، ما هو؟، أنواعه، ترجمة: عماد أبو سعد: مؤسسة الرسالة -دار الهدى - الجزائر. 1992.

18. محمد حسن غانم، مقدمة في علم النفس الإكلينيكي، الإسكندرية، مصر، المكتبة المصرية للطباعة، 2008.

19. مروان أبو حويج، مدخل إلى علم النفس العام، الأردن: دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع، 2006.

20. مزيان محمد، الحراقة المعاش و التصورات، رسالة ماجستير، جامعة وهران، الجزائر. 2012.

21. محمد أحمد خدام مشابقة، مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين و الأخصائيين النفسيين، الأردن: دار المناهج للنشر و التوزيع. 2008.

قائمة المراجع بالفرنسية:

22. https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer
23. BOURDON BRUNO, un patient, son diabète, ses représentations : Comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement?, Institut de Formation en Soins Infirmiers VAL DE LYS – ARTOIS SAINT VENANT, 2012.
24. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. SocSci Med. 1984; 18(10).
25. GRIMALDI, 2004,–Relation médecin-malade, Masson.
26. Sureau. M, la maternité, Paris, septième édition.

– الإحالات:

(1) https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer.

(2) BOURDON BRUNO, un patient, son diabète, ses représentations : Comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement?, Institut de Formation en Soins Infirmiers VAL DE LYS – ARTOIS SAINT VENANT, 2012. p 12.

(3) GRIMALDI, 2004,–Relation médecin-malade, Masson. p 96.

(4) جهاد براهمية و نادية بوشلالق (2016) الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية، ص 309.

(5) Urszula RELIGIONI, Aleksandra CZERW, Andrzej DEPTAŁA; Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma, Iran J Public Health, Vol. 44, No.8, Aug 2015, pp.1135-1142

(6) مالكو، شوارتز. (1992). السرطان، ما هو؟، أنواعه، ترجمة: عماد أبو سعد: مؤسسة الرسالة - دار الهدى - الجزائر. ص 81.

(7) Urszula RELIGIONI, Aleksandra CZERW, Andrzej DEPTAŁA; Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal

and Prostate Carcinoma, Iran J Public Health, Vol. 44, No.8, Aug 2015, pp.1135-1142

(8) Aleksandra Czerw ; Urszula Religioni ; Andrzej Deptała, Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients, This article is published with open access at Springerlink.com.

(9) جهاد براهمية و نادية بوشلالق (2016)، مرجع سابق.

(10) Sureau. M, la maternité, Paris, septième édition. P42.

(11) سميح، عاطف الدين. (1991). علم النفس. مجتمع البيان الحديث. ص 257.

(12) مزيان محمد. (2012). الحراقة المعاش و التصورات، رسالة ماجستير، جامعة وهران، الجزائر. ص 25.

(13) فيصل، عباس. (2001). الاختبارات الاسقاطية، بيروت، لبنان: دار المنهل اللبناني للطباعة و النشر. ص 176.

(14) Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. SocSci Med. 1984; 18(10). p 98.

(15) حربوش، سمية. (2009). المهارات الاجتماعية و علاقتها بتقبل داء السكري " دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري" (من 30 الى 50 سنة)، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر. ص 105.

(16) زياد، بركات. (2006). سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان –دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلد جامعة النجاح بأبحاث، ص ص 213 -231.

(17) شيلي، تايلور. (2008). علم النفس الصحي، ترجمة، وسام درويش بريك، و فوزي شاكر طعمية داود، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر و التوزيع. ص 521.

(18) فرج عبد القادر طه. (2000). أصول علم النفس الحديث، العراق: دار قباء للطباعة و النشر، ص 91.

(19) زينب، محمود شقير. (2002). علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين، العراق: دار قباء للطباعة و النشر، ص 41.

(20) مشابقة، محمد أحمد خدام. (2008). مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين و الأخصائيين النفسيين، الأردن: دار المناهج للنشر و التوزيع، ص 258.

(21) عبد الهادي الجوهري (2002) مدخل للصحة النفسية، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان، ص 274.

(22) محمد حسن غانم (2008) مقدمة في علم النفس الإكلينيكي، ط1، المكتبة المصرية للطباعة، الإسكندرية، مصر، ص 228.

(23) سامي، محمد ملحم. (2004). علم النفس النمو "دورة حياة الإنسان، الأردن: دار الفكر، ص 273.

(24) مروان، أبو حويج. (2006). مدخل إلى علم النفس العام، الأردن: دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع، ص 35.

(25) رفيقة، بلهوشات. (2007). طبيعة الصورة الجسدية والسير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة، جامعة الجزائر، الجزائر، ص 145.

(26) عبد الرحمن سي موسي، محمود بن خليفة. (2008). علم النفسي المرضي التحليلي والإسقاطي، الجزء الأول، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، ص 169.

(27) عبد الرحمن سي موسي، محمود بن خليفة. (2008)، مرجع سابق، ص 169.

(28) جريو سليمان، حمادي محمد. (2018). تصميم مقياس تقبل المرض لفئة الراشدين و تقنينه على البيئة الجزائرية، سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، كتاب جماعي: بناء و تكييف أدوات القياس النفسي و التربوي من منظور النظرية الكلاسيكية و النظرية المعاصرة، تنسيق سامية براهيمي، ص ص 481 500.