

الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية

Psychological pain among cancer patients
Empirical study

جهاد براهيمية

أ.د. نادية بوشاللق

جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر)

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، و معرفة الفروق في مستويات هو فقبال متغير الجنس، السن ونوع العلاج، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 230 مريض مراجع لمراكز مكافحة السرطان واستعمل مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات.

أظهرت نتائج الدراسة إلى أن حوالي (68.69%) يعانون من اكتئاب و(63.04%) من قلق منخفض، بينما (47.82%) 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.

ونستنتج أنه من الضروري لمقدمي الرعاية الصحية معرفة وتقييم الألم النفسي وذلك لغرض تقديم الدعم والرعاية المناسبة

للمرضى.

الكلمات المفتاحية: ألم نفسي، قلق، اكتئاب، ضغط، مرضى السرطان.

Abstract:

This study aimed to reveal the psychological pain level among cancer patients and to know the differences in its levels according to gender, age and the type of treatment. The study was conducted on a sample of 230 patients attending anti-cancer centers, Using the depression, anxiety and stress scale (DASS21).

The Results of the study showed that about (68.69%) suffer from low levels of depression and (63.04%) of anxiety, while (47.82%) had an average Stress. The results also showed a significant differences in the level of depression, anxiety and stress, according to age, and it was higher among females compared to males.

The deferences were singnificant in the level of stress in favor of patients receiving chemotherapy. While there were no differences in the level of Psychological pain according to age.

As a conclusion it is necessary for health care providers to know and evaluate the psychological pain for the purpose of providing support and appropriate care for patients.

Keywords: Psychological pain, anxiety, depression, stress, cancer patients.

مقدمة:

يعد مرض السرطان أحد أكبر التحديات التي تواجه منظومات الرعاية الصحية في العالم نظرا لانتشاره الواسع والتكاليف المرتفعة جدا لتدبيره، التي تعكس جزءا من حجم الميزانيات الضخمة المسخرة من قبل العديد من دول العالم والجزائر لوسائل تشخيص السرطان ومعالجته. حيث قدرت تكاليف رعاية مرضى السرطان بالولايات المتحدة الأمريكية عام 2010 حوالي 124.57 دولار، ومن المتوقع ارتفاعها إلى 157.77 دولار في عام 2020 (Mariotto A B & al, 2011). كما توصلت (Fernandez R L & al 2013) إلى أن تكلفة السرطان في (27) دولة أوروبية بلغت

(126) بليونيووروفيعام2009، وبالنسبة للجزائر فقد قدرت الميزانية التي تم تخصيصها لمكافحة السرطان وفق الخطة الوطنية الخماسية بـ 180مليار دولار (Oxford business group, 2016).

وتشير آخر الإحصائيات المقدمة من قبل وزارة الصحة إلى ارتفاع عدد الأشخاص المصابين بمعدل 45 ألف حالة «جديدة» سنويا. أين وصلت عدد الوفيات بهذا المرض عام 2012 إلى 8.2 مليون وفاة ومن المتوقع أن يتواصل ارتفاعها على الصعيد العالمي ما يناهز 13.1 مليون في عام 2030 حسب منظمة الصحة العالمية (WHO, 2016).

فالسرطان مرض خطير لا يهدد حياة المريض فحسب بل يؤثر على صحته الجسدية والنفسية وتشخيص الإصابة به تسبب ضيقاً وإجهادا وألم للمريض وعائلته (Jadoon NA & al, 2010)؛ حيث وضحت Cicely Saunders بأن معايشة مريض السرطان للألم تمس مجموعة الأبعاد (الجسدية، النفسية، الاجتماعية والروحية) التي أطلقت عليها مصطلح مجمل الألم Total Pain (Shute.c, 2013, p20)، وعادة ما تظهر على شكل مشكلات جسمية عديدة كاضطراب الجهاز العصبي المركزي تغيرات في الوزن، الإسهال والغثيان، فقدان الشهية وسقوط الشعر؛ وأعراض نفسية مثل القلق، الاكتئاب الأرق والشعور بالإجهاد والضغط. بالإضافة إلى بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل، الانعزال والوصمة الاجتماعية (حسن فقيه، 2003). علاوة على ذلك يظهر المريض فقدان السيطرة على أحداث الحياة، والتغير في القدرة على أداء الأدوار الأسرية والوظيفية وفي شكل الجسم وصورته الذي عادة ما يكون مرتبطة بنظام العلاج الكيميائي، معدلات الاستجابة المناعية والألم المزمن المرتبط بالسرطان (American cancer society, 2016). فمرضى السرطان غير قادر ينعلى مواصلة حياتهم كما كانت عليهم نقبل لظهور مشاكل في جميع الجوانب الشخصية، العائلية، والحياة الاجتماعية والتي تؤدي إلى تدني نوعية الحياة لديهم سواء أثناء عملية التشخيص، أو العلاج وخلال فترة المتابعة (Landier W, 2011).

وتشير Trill M D (2012) في دراسة لها ضمن الجمعية الأوروبية لطب الأورام إلى أن معدلات انتشار الاكتئاب بين مرضى السرطان وصلت لـ 58%، في حين يقدر معدل القلق ما بين 15% - 28%. فتجربة المرض والعلاج يمكن أن تولد لديهم مستويات عالية من الضغط حيث وجد Lauer D R & Aprn B C (2007) في دراسة هدفت إلى معرفة الضغوط التي تعاني منها المصابات بسرطان الثدي، على عينة من (51) امرأة يخضعن للعلاج أن المريضات تعانين من الشعور بالشك، عدم الثقة بالمعالجة والمتابعة الطبية والأعراض المرضية مثل القلق من المشاكل الجسمية.

كما توصل Pereira M G & al (2012) إلى أن المرضى الذين يعانون من تكرار ظهور المرض تبدو عليهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، أما الذين تلقوا العلاج الكيميائي فكانوا أكثر عرضه لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق من غيرهم. وهذا الخطر لا يؤثر سلبا فقط على نوعية الحياة، ولكن أيضا على مدى الامتثال للعلاج وفرص البقاء (Sharma A & Zhang J, 2015).

فقد تكون المعاناة النفسية كرد فعل على التشخيص بالسرطان لدى بعض المرضى، ولكن الكثير منهم تستمر معهم مسببة عبئا إضافي أثناء العلاج، مما يؤدي إلى صعوبة أكبر في الإدارة و السيطرة على الأعراض وازدياد طول الإقامة بالمستشفى (Hong J S & Tian J, 2014).

ووجد Schreier AM & Williams SA (2004) أن انتشار الاكتئاب بين مرضى سرطان الثدي وصل إلى ما يقرب من 50% في السنة الأولى، وانخفض إلى 15% في السنة الخامسة بعد التشخيص وهذه النتيجة تشير إلى أن الدعم النفسي لمرضى السرطان ضروري، خاصة في السنة الأولى بعد التشخيص.

لذا كان من المهم معرفة مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان والعوامل المؤثر فيه لفهم الحالة النفسية أثناء العلاج واتخاذ التدابير اللازمة لعلاجها والتخفيف منه.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، والفروق في مستوياته هو فقا لمتغير الجنس، السن ونوع العلاج من خلال محاولة الإجابة على الأسئلة التالية:

- 1- ما مستوى الألم النفسي (القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان؟.
- 2- هل توجد فروق في مستوى الألم النفسي (القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس، السن ونوع العلاج؟.

الإجراءات المنهجية: تم استخدام المنهج الوصفي حيث أجريت الدراسة على مرضى يعانون من السرطان وذلك خلال جانفي- مارس 2016 بمراكز مكافحة السرطان بكل من ولاية عنابة و ورقلة -الجزائر-. واشتملت العينة على 230 مريضا من الجنسين تم اختيارهم بطريقة قصدية حيث تراوحت أعمارهم ما بين 18 - 80 سنة والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (1) الخصائص الديموغرافية والمتصلة بالمرض للعينة:

النسبة %	التكرار	مركز العلاج
52.20%	120	عنابة
47.80%	110	ورقلة
السن		
73.51%	119	≥ 49 سنة
26.48%	111	50 سنة فأكثر
الجنس		
73.91%	170	أنثى
26.08%	60	ذكر
المستوى التعليمي		
39.1%	90	أمي
19.6%	45	ابتدائي
11.7%	27	متوسط
23.5%	54	ثانوي
6.1%	14	جامعي
نوع العلاج		
8.34%	80	إشعاعي
2.65%	150	كيميائي

ونلاحظ وجود فروق في نسبة التمثيل بين الجنسين فعدد الإناث بلغ 170 (73.91%) وكانت غالبية المصابين 119 (51.73%) من الذين سنهم أقل أو يساوي 49 سنة، أما عن مدة الإصابة أو الوقت منذ التشخيص فيبدو أن أكثر من نصف المشاركين 154 (66.95%) لديهم أقل أو يساوي سنة و 10 أشهر من التشخيص بالسرطان، أما نسبة المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي بلغت 150 (65.2%).

وبالنسبة للأداة المستعملة لغرض جمع البيانات فقد احتوت على بطاقة معلومات تضمنت البيانات الديموغرافية وأخرى ذات صلة بالسرطان، ومقياس Depression, anxiety and stress (DASS21) مقياس الاكتئاب، القلق والضغط: الذي وضع من قبل P.Flovibond في سنة 1993 حيث كانت صياغته الأصلية مكونة من 42 بند ثم صدرت صيغة مختصرة للمقياس والمكونة من 21 بند حيث 7 منها تقيس القلق و 7 تقيس الاكتئاب و 7 أخرى تقيس الضغط، وقد قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية ومن العربية للعامة. وتم التأكد من صدق هو ثباته بتمريره على مجموعة أساتذة لغرض التحقق من صحة ترجمته ومدى ملائمة لعينة الدراسة، وكذا

بتطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 50 مريض وحساب الثبات بمعامل ألفا كرومباخ الذي بلغ قيمته 0.9، والصدق التلازمي بين (DASS21) ومقياس قلق الحالة والذي بلغ قيمته 0.76 وهما مؤشران يدلان على صلاحية اعتماد المقياس في الدراسة.

أثناء تطبيقنا لأداة الدراسة تم في الأول إعطاء المرضى التعليمات و الإرشادات المناسبة للإجابة على أداة الدراسة وكان ذلك بشكل فردي، واستغرق تعبئتها من قبل المشاركين حوالي 15 دقيقة. وبعد ذلك قمنا بإدخال البيانات ومعالجتها باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS20)، والمتوسط الحسابي، النسبة المئوية، التكرارات، الانحراف المعياري، وذلك لوصف البيانات الديموغرافية ومتغيرات الدراسة كما تم استخدام اختبار مانويتتي (u) وكروسكال واليس لدراسة الفروق.

النتائج ومناقشتها: الإجابة على السؤال الأول: ما مستوى الألم النفسي (القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان؟ جدول رقم (2) يبين تكرارات ونسب ومستوى الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط) لدى مرضى السرطان.

الألم النفسي	المستويات	التكرارات	النسب المئوية
الاكتئاب	7-0 (منخفض)	157	2668.%
	14-8 (متوسط)	64	27.82%
	21-15 (مرتفع)	9	3.91%
القلق	7-0 (منخفض)	145	63.04%
	14-8 (متوسط)	75	32.60%
	21-15 (مرتفع)	10	4.34%
الضغط	7-0 (منخفض)	110	47.82%
	14-8 (متوسط)	97	42.2%
	21-15 (مرتفع)	23	10%

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن غالبية المرضى المشاركين (68.26%) والذين تفوق نسبتهم نصف العينة لديهم مستوى منخفض من الاكتئاب و (63.04%) من مرضى السرطان لديهم قلق منخفض، في حين قدر نسبة المستوى المنخفض للضغط بـ (47.82%) والمتوسط بـ (42.2%).

وتبدو هذه النتيجة غير متوقعة في الدراسة لكونها جاءت مخالفة لدراسة Burhan H. D & Intesar A. A (2016) التي أجريت على 100 مريض بالسرطان في مدينة مرجان الطبية ببابل وتوصلت إلى أن حوالي (70%) من المرضى يعانون من اكتئاب حاد وكذا دراسة Tavoli. A (2008) على 142 مريضاً بسرطان الجهاز الهضمي، والتي أظهرت مستويات عالية من الاكتئاب لدى مرضى السرطان. ومن الملاحظ في نتائج دراستنا الحالية أن نسبة الضغط النفسي المرتفع والمتوسط بلغت (52.2%) والتي قد تعود حسب ما أشار إليه Kasparian (2013) إلى أن المرضى الذين شخص إصابتهم بالسرطان يواجهون ضغط شديد الذي قد يؤدي إلى الضيق أو الكرب النفسي، فالضغط الناجم عن التشخيص يؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية للمرضى. بينما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما أظهرته دراسة FSouzade & alB (2013) إلى أن 10.8% و 1.9% من مرضى السرطان المشاركين لديهم اكتئاب معتدل وشديد على التوالي. في حين توصلت Alacacioglu A & al (2013) إلى أن 96 (29.1%) من المرضى كان لديهم اكتئاب خفيف و 60 (18.2%) اكتئاب حاد. وقد تعارضت النتائج مع ما أفادت به دراسة مزلق (2014) والتي هدفت إلى التعرف على مستوى الضغط النفسي وأهم استراتيجيات التي يوظفها مرضى السرطان والتي أجريت على 120 مريض تراوحت أعمارهم بين 20-85 سنة إلى أن معظم أفراد عينة يعانون من ضغط نفسي مرتفع بنسبة 88%، فحسب MLi (2016) ارتفاع مستويات الضغط يمكن أن يكون لها آثار ضارة على نفسية المريض، مثل العجز، وعدم

القدرة على النوم، والعزلة، مما يثير أو يفاقم القلق والاكتئاب. وقد يعود انخفاض مستوى الاكتئاب، القلق والضغط لدى المرضى في دراستنا الحالية لتدخل بعض العوامل النفسية والاجتماعية كمنط الشخصية، أساليب المواجهة، التدخين والدعم قبل الأهل والأصدقاء وفقا لبعض الدراسات السابقة وما لاحظناه على غالبية المرضى محل الدراسة حيث توصل زعطوط(2014) إلى أن نسبة التدخين مرتفع لدى مرضى السرطان أين بلغت 75% و Vallurupelli & al (2012) الذي وجد أن 94 من المرضى المصابين بسرطان المتقدم يؤكدون على أهمية العامل الديني في مساعدتهم على مواجهة المرض، وما أكدته Sears & Greene (1994) في أن التكيف الروحي يخفف من مستويات القلق لدى المرضى (زعطوط، 2014). وما أفرت به دراسة حسين محمود (2009) حول أهمية عامل الدعم والمساندة الاجتماعية أين توصلت إلى أنه كلما وجدت المساندة قلت الضغوط النفسية، وكذا دراسة Talley A & al (2010) التي أظهرت أن الدعم الاجتماعي العاطفي الفعال من قبل شريك الحياة يقلل من مستوى الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي. وقد يكون هذا الانخفاض حسب ما صرح به غالبية المرضى أثناء مقابلاتنا لهم راجع لتوفر الدعم النفسي العاطفي من قبل المختصين النفسانيين والأطباء الناشطين على مستوى مراكز مكافحة السرطان بكل من ولاية عنابة وورقلة.

الإجابة على السؤال الثاني: هل توجد فروق في مستويات الألم النفسي (القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس، السن و نوع العلاج؟

***الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس:** يتبين من خلال الجدول (3) أن المتوسط الحسابي لكل من (الاكتئاب، القلق والضغط) لفئة الإناث تفوق فئة الذكور، وبحساب اختبار مانويتتي (u) لكل من الاكتئاب والضغط وجد أن قيمة احتمال الخطأ (SIG) بلغت (0.001, 0.00, 0.00) على التوالي وهي أقل من مستوى الدلالة 0.01. **الجدول رقم (3): الفروق في مستويات الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس.**

الألم النفسي	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (u)	SIG	النتيجة
الاكتئاب	أنثى	170	6.35	4.42	3941.0	0.001	دالة
	ذكر	60	2.98	3.69			
القلق	أنثى	170	7.02	4.15	3472.5	0.00	دالة
	ذكر	60	4.53	3.19			
الضغط	أنثى	170	8.75	4.79	3586.5	0.00	دالة
	ذكر	60	5.43	4.47			

وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائية فيما يخص مستويات الألم النفسي تعزى إلي متغير الجنس عند مستوى الدلالة 0.01 وذلك لصالح فئة الإناث. ويمكن تفسير ذلك إلى أن المرضى الإناث يعانون من الاكتئاب، القلق والضغط أكثر من الذكور. وقدات فقت هذه النتائج مع ما انتهت إليه دراسة خليل العرب (2011) إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر متغير الجنس على مستوى القلق وذلك لصالح الإناث. ودراسة ثابت الثابت (2008) إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي يكون لديهن إحساس مرتفع بالضغط. ويكمن هذا الاختلاف إلى أن طبيعة المرأة الحساسة والعاطفية حيث أنها أكثر تأثرًا بالأحداث الحياتية والاجتماعية، وتعبرها عن انفعاليتها وما تعانيه من مشكلات نفسية وجسدية مقارنة بالرجل.

وقد لوحظ في دراسة Singh R. P. B & al (2015) ارتفاع الضغط لدى الجنس الأنثوي المصاب بسرطان الثدي والأعضاء التناسلية والذي قد يكون بسبب مخاوف من التشوه في الصورة الذاتية، والتأثير على الدافع الجنسي. كما أن هنا كأدلة كافية حول معظم المصابات بسرطان الرحم والثدي أنهم في نهاية المطاف يشعرون بالقلق والاكتئاب عند تلقي التشخيص وذلك بسبب الخوف من الألم وجراحة والوفاة؛ الخوف من التخلي عنهم بسبب التغيرات الجنسية

أو الإيجابية المحتملة؛ الخوف من تغيير في صورة الجسد وعدم القدرة على العمل واضطراب في العلاقات الأسرية (Farooqi Y N & Chaudhry M, 2012).

ومن جهة أخرى اختلفت النتائج عن بعض الدراسات السابقة كدراسة (Miller S, Lo C & al (2011) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الاكتئاب، وأشارت إلى أن الرجال والنساء المصابين بالسرطان قد يكونون عرضة للإصابة بالاكتئاب عندما تواجههم ظروف مجهدة للغاية. ودراسة (Jadoon N A & al (2010) وأبو الخير (2009) التي توصلت لعدم وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في نسبة انتشار القلق والاكتئاب.

فالدراسات الأخيرة ترى أن مرض السرطان له نفس القدر من التأثير على الرجل والمرأة فهم يعانون من نفس المضاعفات النفسية والجسدية ويحصلون على نفس العلاج لهذا السبب لا يزال مستوى الاكتئاب والقلق متساوي بينهما.

***الفروق في الألم النفسي وفقاً لمتغير السن:**

الجدول رقم (4) يبين الفروق في الألم النفسي وفقاً لمتغير السن.

الألم النفسي	السن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (u)	SIG	النتيجة
الاكتئاب	≥ 49 سنة	119	5.57	4.72	6458	0.72	غير دل
	50 سنة فأكثر	111	5.36	4.24			
القلق	≥ 49 سنة	119	6.61	4.18	6127	.260	غير دل
	50 سنة فأكثر	111	6.11	3.94			
الضغط	≥ 49 سنة	119	7.97	5.04	6531	.870	غير دل
	50 سنة فأكثر	111	7.79	4.80			

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الفروق بين المتوسط الحسابي للاكتئاب، القلق والضغط لكل فئة عمرية كانت غير دالة إحصائياً وأنقىم "U" لدلالة على الفروق في مستوى الآلام النفسية وفقاً لفئتي السن قد تراوح تما بين (U=6127, 6531) وقيم (SIG) أكبر من مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألم النفسي (القلق، الاكتئاب، الضغط) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير السن.

وهذه النتيجة تتفق مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (Singh R. P. B & al (2015) التي توصلت لعدم تأثر مستوى كل من الاكتئاب، القلق والضغط بين مرضى السرطان بالسن. في حين اختلفت عن نتائج ما توصلت إليه دراسة (Hong J S & Tian J (2014) التي أجريت في الصين على 1217 مريض بالسرطان إلى أن معدلات انتشار القلق والاكتئاب كانت 6.49% و66.72% على التوالي وأن المرضى الأكبر من 60 سنة يعانون من مستويات عالية من القلق والاكتئاب مقارنة بالمرضى أقل من 60 سنة. ودراسة (Sehnen. S & al (2003) التي بينت أن المرضى الأصغر سناً لديهم انخفاض في القلق، بينما ارتفع لدى المرضى الأكبر سناً. ووجد (Burhan H. D & Intesar A. A (2016) أن أكثر فئة عمرية مصابة بالاكتئاب من مرضى السرطان هي ما بين سن (46-60). في حين دراسة مزلوق (2014) توصلت إلى أن مرضى السرطان من فئة الشباب يعانون من ضغوط نفسية كثيرة قدرت بـ 96.77% إذا ما قورنت بفئة الكهول 87.14% وفئة المسنين 65.51%.

ويمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها إلى أن العمر لا يلعب دور كبير في تحديد مستوى أو التأثير في مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان بقدر ما تلعبه عوامل أخرى كأساليب المواجهة والتكيف مع المرض.. الخ.

*الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير نوعا لعلاج (كيميائي/إشعاعي):

الجدول رقم (5) يوضح الفروق في الألم النفسي وفقا لمتغير نوع العلاج (كيميائي/إشعاعي).

النتيجة	SIG	(u)قيمة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع العلاج	الألم النفسي
غير دالة	0.02	5142.0	4.36	4.18	80	اشعاعي	الاكتئاب
			4.42	6.16	150	كيميائي	
غير دالة	0.02	5105.0	3.77	5.36	80	اشعاعي	القلق
			4.13	6.91	150	كيميائي	
دالة	0.003	4708.5	4.95	5.98	80	اشعاعي	الضغط
			4.61	8.90	150	كيميائي	

والملاحظ من خلال الجدول أعلاه أن متوسط كل من الاكتئاب، القلق والضغط لفئة المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي تفوق الذين يتلقون العلاج الإشعاعي، وارتفاع متوسط الضغط بشكل ملحوظ حيث وصل (8,9)، وتبين بتطبيق اختبار مانويتتي (u) أن قيمة احتمال الخطأ (SIG) لكل من الاكتئاب والقلق أكبر من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي لا توجد فروق دالة إحصائية في (الاكتئاب، القلق) لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير نوع العلاج، في حين بلغت قيمة (SIG) لمتغير الضغط 0.003 وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.01، وهذا يدل على وجود فروق دالة في مستوي الضغط وذلك لصالح ذوي العلاج الكيميائي.

وقد انفقت النتيجة مع ما جاءت به دراسة Jadoon N A & al (2010) توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نوع العلاج ومستوى الاكتئاب والقلق لدى مرضى السرطان.

في حين أشار دراسة Pereira M G & al (2012) التي هدفت إلى بحثت أثر أنماط مختلفة من العلاج على الاكتئاب، القلق، الضغوط ما بعد الصدمة و نوعية الحياة لمرضى سرطان القولون و المستقيم وشركائهم وذلك على عينة مكونة من 114 مريضو 67 شركاء إلى نتائج مخالفة للدراسة الحالة حيث أظهرت أن المرضى الذين تلقوا جراحة لوحدها كعلاج لديهم معدلات أقل من الاكتئاب والقلق وأعراض ضغوط ما بعد الصدمة، أما المرضى الذين تلقوا العلاج الكيميائي فهم أكثر عرض هل خطر الإصابة بالاكتئاب والقلق من غيرهم. ودراسة (Nikbakhsh N & al 2014) التي وجدت أن أعلى معدلات انتشار للقلق والاكتئاب في سرطان الثدي والمعدة كانت لدى المرضى الذين تلقوا العلاج الكيميائي.

ويمكن أن يرجع ارتفاع مستوى الضغط لدى المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي إلى ما يسببه هذا النوع من العلاج من آثار جانبية للمريض كالتعب والشعور بالضيق وفقدان وزن، تغيرات في الجلد والأظافر، التعب، ألم، فقدان الشعر وضعف عام.

خلاصة:

اتضح من خلال الدراسة أن مرضى السرطان لديهم مستويات منخفضة ومتوسطة من الآلام النفسية، وأن طبيعة المرض وعلاجه يؤثران على الحالة النفسية للمريض ويتدخل في تحديد درجة هذا التأثير بعض العوامل الديموغرافية والمتصلة بالمرض مثل مدة الإصابة ونوع العلاج، دون أن ننسى الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الثقافية والعرقية، الدينية والوضع الاقتصادي وعوامل أخرى كنمط الشخصية، أساليب المواجهة والدعم الاجتماعي، لذا كان لابد من تفعيل الرعاية النفسية وجعلها جزء من بروتوكولات العلاج.

قائمة المراجع:

- 1- ثابت الثابت, أوهمان نعمان. (2009). الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجى لدى المصابات سرطان الثدي المبكر في الأردن. رسالة دكتوراه في علم النفس منشورة. الأكاديمية العربية المفتوحة. الدانمارك.
- 2- حسن فقيه, عبدالله. (2003). دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهتدة للحياة. 2015/03/14 تم استرجاعه على http://www.eajaz.org/index.php?option=com_content&view=article&id=835
- 3- خليل العرب, أسماء ربحي. (2011). قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقتها بتغير أتا الجنس والعمر ونوع السرطان: الدورية الاجتماعية, 1164 - 78.
- 4- حسين محمود, ماجدة. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي. مجلة دراسات نفسية. 19(2), 311-261
- 5- أبو الخير, فداء محمود. (2009). علاقة الجنس والعمر بنسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الأردنية.
6. زعوط, رمضان. (2014). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة دكتوراه منشورة. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.
- 7- مزلق, وفاء. (2014). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات "قماش أحمد" - سطيف. رسالة ماجستير في علم النفس منشورة. جامعة الهضاب 02 - سطيف - الجزائر.
- 8-Alacacioglu, A., Tarhan, O., Alacacioglu, I., Dirican, A., Yilmaz, U. (2013). Depression and anxiety in cancer patients and their relatives. J BUON, 18(3), 767-74.
- 9-American cancer society. Anxiety, Fear and Depression. 14/4/2016. Available from: <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/emotionalsideeffects/anxiety-fear-depression-and-cancer>.
- 10-de Souza, B.F., Pires, F.H., Dewulf, N. L., Inocenti, A., Silva, A.E., Miasso, A.I. (Feb 2013). Patients on chemotherapy. depression and adherence to treatment, Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(1), 61-8
- 11-Burhan, H. D., Intesar, A. A. (2016). Assessment of Depression among Cancer Patients in Babylon City. kufa Journal for Nursing sciences, 6(1), 9-16.
- 12-European Society for Medical Oncology. (2012). DEPRESSION IN CANCER PATIENTS. 16/04/2016. Available from: <http://oncologypro.esmo.org/content/download/36584/726126/file/anxiety-depression-cancer-patients-Maria-Die-Trill.pdf>
- 13-Farooqi, Y. N., Chaudhry, M. (April 2012). Depression and Anxiety Reported by Patients with Cancer of Breast and Uterus. International Journal of Humanities and Social Science, 2(8), 189 - 193
- 14-Fernandez, R. L., Leal, J., Gray, A., Sullivan, R. (October 2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. The Lancet Oncology, 14(12), 1165-1174.
- 15-Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. BioMedCentral, 10(594), 1471-2407. doi:10.1186/1471-2407-10-594
- 16-Hong, J.S., Tian, J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. Support Care Cancer, 22, 453-459. DOI 10.1007/s00520-013-1997-y
- 17-Kasparian, N. A. (2013). Psychological stress and melanoma: are we meeting our patients' psychological needs? Clin Dermatol, 31(1), 41-46. doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.005
- 18-Lauver, D.R., Nelson, K. C., Vang, Pa. (2007). Stressors and coping among female cancer survivors after treatment. Cancer Nurse, 30 (2), 101- 111.
- 19- Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Shao, Y., Feuer, E. J., Brown, M. L. (Jan 2011). Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010-2020. J Natl Cancer Inst, 103(2), 117-128.

- 20-Miller, S., Lo, C., Gagliese, L., Hales, S., Rydall, A., Zimmermann, C., Li, M., Rodin, G. (2011). Patterns of depression in cancer patients: An indirect test of gender-specific ,vulnerabilities to depression. *Social Psychiatry* 46(8),767-74. DOI: 10.1007/s00127-010-0246-7
- 21-Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., Khafri, S.(2014 Summer). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients.*Caspian J Intern Med*, 5(3),167-70.
- 22- Oxfordbusinessgroup. Investment in expanding clinics and hospitals improving Algeria's health indicators. 24/10/2016. Available from: <https://www.oxfordbusinessgroup.com/overview/focal-point-investing-improving-infrastructure-and-facilitating-growth-local-pharmaceuticals>
- 23-Pereira, M. G., Figueiredo, A. P., Fincham, F. D. (2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer afterdifferent treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 227-232.
- 24-Singh, R. P. B., Singh, H., Singh, C. J., Kaur, K. T. (2015). Screening of Psychological Distress in Cancer Patients During Chemotherapy: A Cross-sectional Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(3), 305–310. <http://doi.org/10.4103/0973-1075.164887>
- 25-Schreier, A.M., Williams, S.A.(Jan-Feb 2004. Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 31(1), 127-30.
- 26-Sharma, A., Zhang, J.(2015). Depression And Its Predictors Among Breast Cancer Patients In Nepal. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16 (1), XX-XX
- 27- Sehlen, S., Hollenhorst, H., Schymura, B., Herschbach, P., Aydemir, U., Firsching, M., Dühmke, E. (2003). Psychosocial stress in cancer patients during and after radiotherapy. *Strahlentherapie und Onkologie*, 179(3),175–180.
- 28-Shute, C. (2013). The Challenges of Cancer Pain Assessment and Management.*Ulster Med J*,82(1),40-42.
- 29-Tavoli, A., Montazeri, A., Roshan,R., Tavoli, Z andMelyani,M. (2008). Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer*, 8(1), 177.
- 30-Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. J., Bettencourt, A.(2010) .The influence of breast cancer survivors' Perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Psychology & Health*, 25(4), 433-49.
- 31-World Health Organization(WHO).Cancer.20/02/2016.Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>