

المرافقة النفسية لمريض السرطان في نهاية الحياة
Psychological accompaniment to the cancer patient at the end of life

ط. د. خوازم عائشة

جامعة مولود معمري تيزي وزو (الجزائر) aicha3930@gmail.com

تاريخ النشر: 2020/06/30

تاريخ القبول: 2020/06/03

تاريخ الاستلام: 2020/05/08

الملخص:

يعتبر مرض السرطان من أخطر الأمراض التي تصيب الإنسان وتهدد حياته، ورغم تطور العلاج وزيادة إمكانية شفاء المريض -خاصة عند الاكتشاف المبكر- إلا أنه لا يمكن إنكار أن لهذا المرض تسويق اجتماعي رهيب يقرب بأن كلمة سرطان تساوي الموت لا محال، خاصة عند اكتشافه متأخرا وفي المرحلة الأخيرة التي ستشكل صدمة نفسية كبيرة للمريض ولأهله وحتى أصدقائه والذين يحتاجون كلهم إلى تكفل نفسي يسعفهم للخروج من هذه الصدمة، أين يجد المختص النفسي نفسه أمام مهمة التكفل النفسي للحالة ومرافقها طيلة فترة العلاج، ومن أصعب أوقات التكفل في هذه المرحلة هي فترة احتضار المريض ومكوثه بالعناية المركزة وقرابة مفارقتة للحياة طبييا.

الكلمات المفتاحية: السرطان؛ الموت؛ نهاية الحياة؛ قلق الموت؛ العناية المركزة.

Abstract:

Cancer is one of the most dangerous diseases that afflicts a person and threatens his life ،and despite the development of treatment and the increased possibility of a patient's recovery - especially when early discovery - it is undeniable that this disease has terrible social marketing that recognizes that the word cancer equals death inevitably ،especially when it is discovered late. The last stage ،which will constitute a great psychological trauma for the patient ،his family and even his friends ،who all need a psychological guarantee to help them out of this trauma ،where the psychological specialist finds himself in front of the task of psychological sponsorship of the condition and her companions throughout the treatment period ،and one of the most difficult times of sponsorship at this stage is the patient's dying period and his stay Okay The focused intent and its approach to life medically.

Keywords: cancer; death; end of life; Death anxiety ؛intensive care.

مقدمة:

يعد مرض السرطان من الأمراض الخطيرة جدا وتهدد حياة البشر وتثير مخاوف كل إنسان مصاب به، وتجعله يتساءل عن مصيره الصحي المستقبلي، وغالبا ما يجعله يفكر أن نهايته الموت مهما طال العلاج أو قصر، خاصة إذا يُسأ من الشفاء، ووصل إلى مرحلة تقدمية من المرض، وسار في مرحلة نهاية الحياة واقترب أجله، ودخل إلى مركز الرعاية المركزة، حيث يدرك أن حاله الصحي تدهور، وأن حتمية الموت تترص به في أي لحظة، وسنقدم فيما يلي بعض المفاهيم المرتبطة بهذا الموضوع ثم أهم العناصر المتناولة له. وسنحاول في هذه الورقة البحثية التحدث عن التكفل الطبي والنفسي خلال هذه الفترة الحساسة، مجيبين عن التساؤل الاتي: ما هو مرض السرطان وأهم مراحلها؟ كيف يتم التكفل الطبي والنفسي لمرضى السرطان خلال علاجه؟ ما مهام المختص النفسي عند مكوث المريض بالعيادة المركزة ووصوله إلى نهاية الحياة؟

1- المفاهيم:**1-1-السرطان:**

مجموعة من الأمراض الورمية المتشابهة في خواصها والتمثالة في نمط سلوكها والتي تنشأ بخلايا الجسم، وهو مرض يتميز بالانتشار غير المنتظم للخلايا في أنسجة الجسم العادية التي اكتسبت بعض الخصائص التي تمكنها من الانقسام بشكل غير محدد الانتشار. (مرزاق، 2016، 168)

2-2-نهاية الحياة "الاحتضار":

الاحتضار إذا احتضر الشخص نتيجة مرض مُزمن، وهو قريب من الموت، فسيضعف كل يوم أكثر، وسينام أكثر. وخصوصًا إذا استخدمت مُسكنات الألم، ويصبح تنفس الشخص أبطء عند اقترابه من نهاية الحياة، وأحيانًا يكون هناك فترات بين النفس والآخر، قد تصل الفترة منها إلى دقيقة أو اثنتين، إلى أن تأتي آخر مرحلة في الاحتضار، وهي الموت، ستعرف أن الشخص قد وافته المنية لأنك ستري أن صدره لم يعد يرتفع، ولن تشعر بأيّ نفسٍ يصدر منه، وقد تلاحظ تَرَجُّج العين وفي هذا الوقت يغيب النبض. (<https://www.mshlwahdk.com/journal/>)

3-1- مفهوم الموت:

عند العرب كان الموت نهاية لتلك الحياة الدنيا. وكانوا يقولون "مات" بمعنى "سكن" و"هدأ"، ويقولون: زهقت نفسه أي خرجت روحه من بدنه. وكانوا يتصورون أن روح الإنسان كائن مستقل يموت حين يفارق الجسد. ويختلف مفهوم الموت باختلاف الناس، فإذا كان الإنسان ماديا. فإنه يعتبر الموت نقيض الحياة. والإنسان عبارة عن كيان مادي تنحل خلاياه وتتلاشى وإذا كان الإنسان روحانيا، فإنه يعتقد بأن الموت هو نقيض الولادة. أو هو إغفاءة بين يقظتين، أو فاصل بين حياتين. أما الموت عند علماء الطبيعة، فهو المدخل إلى الحياة الأبدية، وهو العامل الذي يعزز استمرار هذه الحياة في حركة دائرية لا نهاية لها. فالزهرة تموت لأن بموتها تولد الثمرة التي هي خير منها. والبذرة تموت لأنه بموتها تولد الشجرة. ودودة الحرير تموت لتولد الفراشة. (الدسوقي، 1992، 42)

وربما اختلف الكثير حول نظرتهم للموت إلا أنهم أجمعوا على أن الموت هو "أن تخرج الروح من الجسد".

(الشعراوي، 1991، 61)

4-1- قلق الموت: "هولتر" الذي يعرفه بأنه: استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانفعال

المتعدد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت. (معمرية، 2007، 212)

ويعرفه عبد الخالق بأنه: "نوع من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف. تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترتفع من درجاتها. (عبد الخالق، 1998، 38)

5-1- العناية المركزة:

تعرف العناية المركزة بأنها جزء من المستشفى يتوفر فيه العدد الكافي من الطاقم التمريضي والطبي وأجهزة المراقبة الدقيقة بحيث يمكن مراقبة المريض على نحو دقيق ومستمر ويمكن فيه تقديم العلاجات الحيوية الدقيقة كالتنفس الاصطناعي والأدوية الخاصة بهبوط ضغط الدم وغيرها. (عراي، 1412، 03)

2-مصادر الدعم النفسي لمريض السرطان:

إن التعايش مع مرض خطير كالسرطان ليس بالأمر اليسير، فربما ينتابك القلق بشأن أسرتك، والاحتفاظ بوظيفتك، أو استمرار مزاولة الأنشطة اليومية. ومن المعروف أيضا شعور المريض بالقلق إزاء طرق العلاج والتحكم في الآثار الجانبية ومدة الإقامة بالمستشفى والفواتير الطبية. ومن ثم يمكن للأطباء المعالجين والمرضى وغيرهم من مقدمي الخدمات الصحية أن يجيبوا عن الأسئلة حول العلاج والعمل وغيرها من الأنشطة. وعادة ما يكون بإمكان الأخصائي الاجتماعي أن يقترح موارد للمساعدة المالية، أو النقل، أو الرعاية المنزلية، أو الدعم الوجداني. فربما كان من المفيد أن تلتقي بأحد الأخصائيين الاجتماعيين أو المستشارين أو أخصائي الدعم الديني إذا ما كنت ترغب في التحدث إليهم عن مشاعرك أو مخاوفك. ويمكن للأصدقاء والأقارب أن يكونوا مصادر للدعم، كما أن كثيرا من المرضى يرون أنه من المفيد أن يتحدثوا إلى غيرهم من المصابين بمرض السرطان. وعادة ما يجتمع مرضى السرطان معا في مجموعات داعمة، ففي هذه المجموعات، يتلقى المرضى وأسرهم بالمرضى الآخرين وأسرهم كي يشاركوا فيما بينهم ما تعلموه عن التكيف مع المرض وآثار العلاج. ويمكن لتلك المجموعات أن تقدم دعما وجها لوجه أو عبر الهاتف أو عبر الإنترنت، غير أنه من الضروري أن تأخذ بعين الاعتبار أن كل شخص يختلف عن الآخر، فالطرق التي يتبعها شخص ما في التعامل مع السرطان قد تكون خطأ بالنسبة لشخص آخر. وربما ترغب في سؤال أحد أعضاء فريق الرعاية الصحية عن طلب النصيحة من مرضى السرطان الآخرين. (العقيل، 2013، 50)

ويبقى الدعم النفسي مسؤولية كل فريق العمل وليس النفسي العيادي فقط، فالمرضى مثلا أكثر شخص سيلازم المريض طوال مكوته بالمستشفى، كما لا ننسى دور أفراد الأسرة والأصدقاء وأقارب المريض في إحداث نوع من

الطمأنينة والسكينة داخل نفس المريض عن طريق بث روح الأمل والكلام الايجابي الذي يحتاجه طوال فترات ومراحل علاجه ومرضه بما فيها نهاية الحياة.

3-مراحل نهاية الحياة:

قد يمر الشخص المحتضر مرحلتين قبل الموت الفعلي. تسمى أول مرحلة من الموت (المرحلة قبل النشطة). وتسمى المرحلة الثانية من الموت (المرحلة النشطة). وقد تستمر المرحلة قبل النشطة أسابيع أو شهور، بينما تكون المرحلة النشطة أقصر كثيرا، وتستمر لأيام قليلة، وفي بعض الحالات تستمر لأسبوعين.

3-1-المرحلة قبل النشطة:

ينسحب الشخص من النشاطات الاجتماعية ويقضي وقت أطول وحده.

يتحدث الشخص محاولا الإلمام بأمور مثل: المالبات، والوصايا، والائتمانات.

يرغب الشخص في إصلاح علاقاته بالأسرة، والأصدقاء.

قلق متصاعد، وعدم راحة، وتشوش، وهياج، وعصبية.

خمول متزايد، فتور وكسل، أو نوم.

فقد الاهتمام بالأنشطة اليومية.

يتحدث الشخص عن الموت، أو يقول إنه سيموت، أو يطرح أسئلة عن الموت.

يطلب الشخص التحدث لرجل دين، أو يُظهر اهتماما زائدا بالصلاة والتوبة.

3-2-المرحلة النشطة:

يصرح الشخص بأنه سيموت قريبا.

يعاني من صعوبة في البلع، أو يقاوم المأكل والمشرب.

تغير في الشخصية.

عدم القدرة على التحدث، وعدم استجابة متزايدة.

لا يتحرك لفترات طويلة.

تكون الأطراف (اليدين، القدمين، والذراعين، والأرجل) باردة الملمس.

(<https://www.mshlwahdk.com/journal/>)

وفي الحقيقة تختلف نفسيات وحالات مريض السرطان عند نهاية الحياة، حيث نجد من هو غائب عن الوجود ولا يعي لما حوله، وهنا يبقى غير الخدمات الطبية، بنما ينحصر دور النفساني العيادي في هذه الحال بالتكفل النفسي

بمرافقي المريض في نهاية الحياة والحديث معهم، كما نجد حالات أخرى واعية وتداول وفي الأغلب نجد أنها تعاني من قلق الموت والخوف من المصير الصحي المستقبلي وتظهر عنه الكثير من السلوكيات كالبكاء والصرخ والتوصيات والتعصب اتجاه فريق العمل أو المرافق له، بينما بعض الحالات الأخرى نجدها متقبلة لوضعها الصحي ومدركة لقرب نهاية الحياة وتنتظر الموت بسعة صدر، وتظهر على وجهه الابتسامة، ويتبادل الحديث مع من حوله بأريحية، ومع كل هؤلاء يقف النفسي العيادي داعماً له نفسياً بشتى الطرق المناسبة للحالة، ومراقباً لحالته النفسية تحسباً لأي انتكاسة أو عرض مفاجئ.

4-قلق الموت لدى مرضى السرطان:

مما لا شك فيه أن قلق الموت هو أكبر اضطراب نفسي يصيب مريض السرطان خلال أيامه الأخيرة، فهو يدرك تماماً أن وضعه الصحي بات ضعيفاً جداً، وأن خطر الموت أصبح مهدد لحياته، ولذا يخيم عن تفكيره قلق الموت والتفكير بأفكار نهايته، وتظهر عليه أعراض القلق، وفيما يلي سيتم توضيح ذلك من خلال عدة نقاط مهمة فيما يلي:

4-1-مكونات قلق الموت:

ولقد ذكر الفيلسوف جاك شورون(1978)، في كتابه "الموت في الفكر الغربي" ثلاث مكونات للموت وهي:

- الخوف من الاحتضار.

- الخوف مما سيحدث.

- الخوف من توقف الحياة.

أما "فارس كمال نظمي(2007) فيرى أن للموت أيضاً ثلاث أبعاد هي:

مكونات للموت وهي:

- الخوف من الاحتضار.

- الخوف مما سيحدث.

- الخوف من توقف الحياة.

ويمكن تمييز أربعة جوانب فيه هي:

- الخوف من موت الذات.

- الخوف من احتضار الذات.

- الخوف من موت الآخرين

أما "ليفتون" فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي:

- التحلل أو التفسخ.

- الركود أو التوقف.

- الانفصال.

وقد اقترح "هولتر" على أساس من الدراسات السابقة. ونتائج التحليل العاملي التي أجراها مفهوماً متعدد الأبعاد للقلق من الموت، وقد ضمن هذه الأبعاد الثمانية في مقياسه وهي:

الخوف من: عملية الاحتضار الميت التحطيم بعد الموت مباشرة، موت الآخرين ممن لهم أهمية في حياة الشخص المجهول موت الشعور الجسد بعد الموت، الموت قبل الأوان.

كما ميز "كونت" وزملاؤه بين أربعة أبعاد مستقلة في قلق الموت وهي:

- الخوف من الجهل.

- الخوف من المعاناة.

- الخوف من الوحدة.

- الخوف من التلاشي الشخصي (عبد الخالق، 1998، 46).

فمما لا شك فيه أن المصاب بداء السرطان في أيامه الأخيرة، سيخاف من بعض الأشياء المتوقعة كالاختضار، والخوف من ما سيحدث في المستقبل المجهول، وماذا ينتظره، وإلى أين سيذهب، وما ينتظره، وما سيحل بأهله من بعده، فكل هذه المشاعر تعترى حالة مريض السرطان عند تدني وضعه الصحي وإحساسه بدنو أجله.

4-2-- أسباب قلق الموت:

تطرح نظرية العاملين عدة تساؤلات حول قلق الموت لتفسر من خلالها أسباب قلق الموت نوردها فيما يلي:

ما الذي يسبب قلق الموت؟ ولماذا يقلق أي إنسان من الموت؟ لم يحدث تقدم كبير في الإجابة عن هذين السؤالين. على الرغم من أن تقدما كبيرا في الإجابة عن الأسئلة التالية: ما هي متعلقات قلق الموت؟ وما نوع الأشخاص الذين يحصلون على درجة مرتفعة (أو منخفضة) في قلق الموت؟ وما الأحوال التي تحدد مستوى قلق الموت؟

لقد ذهب "تمبلر" إلى أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما:

- حالة الصحة النفسية بوجه عام.

- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت (عبد الخالق، 1990، 49).

وبالنسبة للمحدد الأول فإن المرضى السيكاثرين (في المجال الطب النفسي) يميلون إلى الاضطراب وعدم التوافق لدى الأسوياء ترتبط إيجابا مع مقياس قلق الموت وقد استخرج "براون" ارتباطا سلبيا بين قلق الموت والهدف من الحياة. كما ثبتت أن المرضى الذين عولجوا من أعراض الاكتئاب بالعقاقير المضاد للاكتئاب قد تناقض قلق الموت لديهم بحيث ارتبط التناقض في قلق الموت لديهم ارتباطا ايجابيا بالتناقض في الاكتئاب (عبد الخالق، 1998، 49).

ومن الملفت للاهتمام أن يظهر أن قلق الموت في الجانب الأكبر منه، لا يرتبط بالصحة الجسمية أو التكامل البدني، فقد حصل مرضى الغسيل الكلوي على درجات تقع في الحدود السوية تماما، ولم تظهر علاقة بين درجات مقياس قلق الموت، والدرجة في المقاييس الفرعية المشيرة إلى الانشغال البدني في دليل "كورنيل" الطبي لدى الأشخاص المحالين إلى التقاعد. وقد أجرى "يللييلاند مبلر" دراسة متعمقة على عينات سوية وسيكياترية، طبق عليها عدد غير قليل من المقاييس، وتؤكد نتائج هذه الدراسة نظرية "تمبلر" ذات العاملين في قلق الموت، والتي تعرضنا لها في أول هذه الفقرة (عبد الخالق، 1998، 50).

كما أن أسباب الخوف من الموت تعددت بتعدد آراء وأفكار الفلاسفة وعلماء النفس ونذكر منها أيضا:

- رأي "مسكويه":

"إن الخوف من الموت ليس يعرض إلا لمن لا يدري ما الموت على الحقيقة أو لأنه يظن أن بدنه إذا انحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور".

- رأي "فيفل":

يرى "فيفل" أن قلق الموت نتيجة الخوف من الإبادة، أو المحق التام وفقد الذاتية.

- رأي "ماسرمان":

يعبر عن سبب قلق الموت في قوله: "إن الرعب الناتج عن فقد الذات (والذي لا يمكن تخيله) يمكن أن يعبر عنه في الصورة قلق تسببه آلاف الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى الموت كالمريض والحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها. رأي "ديجوري وروثمان":

افتراضا بديلا أن الشخص يخاف الموت لأنه ينهي فرصته في السعي نحو الأهداف المهمة بالنسبة لتوقيره ذاته وتقديرها.

- رأي كل من "بيكر" و"برونر":

اعتبرا أن الخوف من الموت "فطري موروث. كما قد يرجع هذا الخوف إلى أسباب دنيوية مثل كراهية الجثة وغرابتها، والعدوى الاجتماعية للحزن، والاشمئزاز الحضاري، والتفاعل العاطفي، والخوف من العدوى، والصدمة، وتخيل التحلل أو التعفن" (عبد الخالق، 1998، 192).

- رأي "شوبنهاور":

عبر عن سبب الخوف من الموت في قوله: "إن ما نرهبه في الموت هو نهاية الفرد تلك النهاية التي يظهر الموت فيها ذاته بجلاء ولما كان الفرد هو موضعا خاصا لإرادة الحياة ذاتها، فإن ذاته بإرادتها تكافح ضد الموت"، إذن ففي الإرادة يمكن الخوف من الموت (جاك، 1978، 198).

- رأي "فارس كمال":

توصل فارس كمال (2007) إلى أن لقلق الموت أربعة عوامل مستقلة هي:

- الخوف من المجهول.

- الخوف من المعاناة.

- الخوف من الوحدة.

- الخوف من التلاشي الشخصي.

هذا الأسباب العامة التي تدفع أو تساهم في تشكل اضطراب قلق الموت عند الإنسان بصفة عامة، أما عن مريض السرطان في نهاية حياته، فيتمثل السبب الرئيسي هو الضعف العام للحالة الصحية بسبب السرطان، وتوقفه على ممارسة أبسط أعماله اليومية المعتادة لكونه أصبح في وضع شبه عاجز، وإحساس المريض باضمحلال وضعه ودنوا أجله، وفي الأغلب يعاني من آلام جسدية كبيرة تجعله يطالب بأخذ العقاقير المسكنة في أوقات متقاربة.

3-4- أعراض قلق الموت:

تحدد هادية (2018)، أن لقلق الموت أعراض هي:

- الإصابة بضيق التنفس.

- كثرة البكاء.

- سيطرة التشاؤم والنظرة القائمة للحياة.

- الإصابة بالأرق وتعذر النوم.

- سيطرة الانفعالات السلبية ومنها البكاء.

- الانطواء.

- الإصابة بالكآبة الشديدة.

- الهروب من المواقف التي تتعلق بالموت مهما كانت قرابة المصاب بها.

- الإصابة بالصداع أو الآلام الجسدية المختلفة.

- كثرة الشكوى من الأمراض المختلفة التي لا وجود لها واقعيًا.

- التحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت.

إذا نظرنا إلى مريض السرطان في نهاية حياته، أدركنا بعض الأعراض التي يمكن أن تظهر عليه مثل: البكاء، ضيق التنفس، التشاؤم والحديث عن موته، والتوصية، وأنه لا فائدة من أي علاج الآن، وأن حتفه صار قريبًا جدًا، أو قد تظهر عليه علامات الانطواء والتوقف عن محادثة الأشخاص من حوله رغم استطاعته، أو ظهور الاكتئاب والشكوى من الآلام في كامل جسده وغيرها، وهنا ويتوجب على النفساني العيادي وفق التقنيات والاستراتيجيات النفسية التي يراها مناسبة للحالة من أجل التخفيف من هذه الأعراض، بمعية الفريق الطبية.

5- تعامل الطبيب مع المريض وأهله:

من واجب الطبيب احترام المريض مهما كانت درجة مرضه، وأن يحتسب الأجر في التخفيف عنه، فإن مريض العناية المركزة في كربة عظيمة. ومن واجب الطبيب أيضا أن يعطي المعلومات الطبية المناسبة للمريض وأهله على قدر استيعابهم وأن يراعي التدرج في إعطاء الأخبار السيئة.

قد يختلف الرأي بين الأطباء والأهل بشأن الحالات غير القابلة للشفاء ويصر الأهل على تقديم كافة العلاجات رغم رأي الأطباء بعدم جدوى ذلك، وهذه مسألة شائكة تحتاج للنظر فيها من علماء الشريعة الإسلامية، أما رأي الأطباء في ذلك فهو أن تقديم العلاج مسألة طبية يقرر فيها أهل الاختصاص، وإذا قرر أهل الاختصاص الثقة بعدم جدواها فيجب أن لا تعطى بغض النظر عن رأي أقارب المريض. (عراي، 1412، 09)

كما من حق الأطباء أن يمنعوا أقارب المريض من زيارته وقت ممارستهم العلاج، وخاصة إذا كان دخولهم يعطل إسعاف الأطباء للمريض. أما إذا قدر الأطباء ظهور علامات الاحتضار فمن السنة أن يمكننا أقارب المريض من حضور مرحلة الاحتضار لتلقيته لا إله إلا الله، وقراءة القرآن، وتوجيهه للقبلة، وبل حلقه بالماء. إذا أمكن ذلك، وذكر الله تعالى، وإغماض عينيه عند الوفاة والدعاء له. (<http://site.islam.gov.kw/eftaa/NewFatwas>)

فمما لا شك فيه أن الطبيب يسعى إلى تقديم أفضل تكفل طبي وعلاجي لحالة مريض السرطان حتى في نهاية حياته، ومراقبته الدائمة له، من خلال الفحص والتحليل الطبية والصورة الإشعاعية، وتغذيته وتقديم المسكنات لكي يعيش الفترة المتبقية من دون ألم.

وما يجب التنبيه إليه، أنه من الأفضل أن يتواصل الطبيب مع ذوي المريض، لشرح الأوضاع الصحية المتدهورة للحالة، وإخبارهم بأن مريضهم طيباً في أيامها الأخيرة، ورغم ذلك لازالوا يحاولوا لإنقاذ حياته، حتى لا يتعرض الفريق الطبي ككل للمشاعر السلبية من طرف أهل المريض خلال اللحظات الأخيرة الحرجة، أو حتى عند وفاته، كتحميلهم سبب تدهور وضعه الصحي، أو اتهامهم بأنهم فريق عمل فاشل ومقصرين في عملهم، وغيرها من مشاعر اللوم والبغض، فمعرفة المرافقين لحقيقة وضع مريض السرطان وطبيعته ودرجته، وأخذ المعلومات الكافية حوله، تبني نوع من الثقة في الطبيب وفريقه، تجعلهم يدركون أن العمال قاموا ما بوسعهم اتجاه مريضهم، وأن المرض وطبيعته الفتاكة، هو من تمكن من مريضهم رغم محاولات فريق العمل.

6- العلاج النفسي للمريض في نهاية الحياة:

مما لا شك فيه أن المصاب بالسرطان وفي أيامه الأخيرة طيباً سيعاني من عدة مشاكل صحية وأيضاً نفسية والتي يغلب عليها قلق الموت الذي يعد نوع من أنواع القلق العام ولذلك يستخدم لعلاج نفس طرق علاج القلق العام في ما يلي نذكر أهم طرق علاجه:

6-1- العلاج المعرفي:

يستخدم العلاج المعرفي في حالات القلق وكذلك الأمراض الجسمية مثل ضغط الدم المرتفع والمعدة ومع بعض السلوكية مثل السلوك العدواني. (شليبي، 2001، 286)

وتمثل الضغوط الخارجية سبباً رئيسياً للاضطراب النفسي والجسمي، والمواجهة المستمرة بين الفرد والبيئة وما يحدث من فشل أو خوف من الفشل ربما يسبب شعور الفرد بأنه غير كفء. وعاجز عن السيطرة والتحكم في الأحداث، مما يؤدي إلى التوتر والقلق مثل ما يحدث في حالات القلق المرضي. (شليبي، 2001، 287)

تشير عملية العلاج المعرفي لقلق الموت في عدة خطوات وهي:

- بناء علاقة علاجية تعاونية في بداية العلاج تقوم على أساس من الدفء والتقبل للمريض من جانب المعالج.

- تقديم الأساس المنطقي للعلاج المعرفي: حيث يعمل المعالج على توضيح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك مستعينا في ذلك ببعض الأمثلة على أن يتم تفسير العلاقة بين المكونات الثلاثة (التفكير، الانفعال، السلوك) بأسلوب يتسم بالبساطة والوضوح.

- مراقبة وتحديد الأفكار التلقائية: وهنا يطلب المعالج من المريض مراقبة أفكاره التلقائية السلبية وأن يدرك العلاقة بين هذه الأفكار وما يتولد عنها من مشاعر وسلوكيات في المواقف التي يتعرض لها ويستطيع الميل القيام بالمراقبة الذاتية لأفكاره ويقوم المعالج مع المريض بمناقشة بعض الأفكار.

- مقاومة الأفكار التلقائية والاعتقادات والتحريفات المعرفية: ويتم ذلك من خلال فحص وتحديد منطقيتها. فمن خلال الأسئلة التي يطرحها المعالج على المريض ومناقشتها معه بشكل منطقي وفحص الفروض وإدراج المزايا والعيوب لهذه الأفكار والسلوكية وغير التوافقية. (طه، 2007، 235)

فالنتيجة المطلوبة والمرغوبة من خلال العلاج المعرفي هي أن يتعلم المرضى مراقبة أفكارهم بطريقة عقلانية وتقوم هذه الأفكار التي تكون مرتبطة بالانفعالات والسلوكيات غير التوافقية ومقاومتها واستبدالها بأنماط تفكير وتفسيرات بديلة أكثر توافقية ومنطقية. (طه، 2007، 237)

2-6- العلاج السلوكي:

يركز هذا الأسلوب من العلاج على مبدأ مفاده أن السلوك شيء متعلم، وأنه إذا كان هذا السلوك خاطئاً فعلياً أن نعلم العميل أو نساعد في إعادة تعلم السلوك المطلوب، ويقوم العلاج السلوكي على أساس النظرية السلوكية التي ترى أن السمات الشخصية الفرد تتشكل وتتغير عن طريق ما يتعرض له الفرد من تعزيز وانطفاء لأنماط سلوكه المختلفة. (جودت، 2002، 406)

ويتم العلاج السلوكي عبر خطوات أهمها:

- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره (قلق الموت) ويتم ذلك في المقابلة العلاجية.
- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب (قلق الموت) عن طريق الفحص والبحث والتشخيص في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار (قلق الموت) ويتم ذلك بتقدير ما إذا كان السلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطي بسيط أو كان يعكس خوفاً أساسياً معمماً يحدث مواقف متشابهة ولكنها مختلفة.
- اختيار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير ويتم باختيار الظروف التي يمكن تعديلها خلال عملية العلاج.
- إعداد جدول لإعادة التدريب وذلك عن طريق تخطيط خبرات متدرجة يتم فيها إعادة التدريب.
- تعديل الظروف البيئية وتوجيه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث سلوك لأنه غير مرغوب أو غير متوافق أو شاذ. ويتم التركيز على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التي تؤدي إليها.
- إنهاء العلاج وذلك عندما يصل سلوك المريض إلى السلوك المعدل المرغوب. (إجلال، 2000، 123)

فكل العلاجات النفسية يمكن أن يستخدمها المختص النفسي حسب طبيعة الحالة واستجابتها للحوار والتفاعل، ويمكن أن يستخدم واحدة أو أكثر حسب ما يحتاجه ويراه مناسب، وما يتوقعه أنه سيحدث به نوعاً من الاستقرار النفسي لمريض السرطان في نهاية الحياة وما يكتنفه من مشاعر سلبية بقرب أجله وعدم الفائدة من المكوث بالمستشفى، فيعطيه المختص الأمل وتبقى إمكانية العلاج قائمة مادام الفريق الطبي يقدم تدخلات وخدمات طبية له.

3-6- العلاج الروحي:

إن المرافقة الروحية المريض ولاسيما المريض المشرف على الموت تقتضي الأخذ بعين الاعتبار لذلك البعد الروحي للمريض، بحيث أن الحاجات الروحية تكمن ساعتها في البحث عن المعنى: تساؤلات، شكوك حول الحياة والموت، هي نفس التساؤلات التي يعيها كل إنسان معافي، لكنها أكثر إلحاحاً عند دنو الأجل.

لا تكون هذه الحاجيات الروحية محددة على وجه الخصوص وليست لها وصفات خاصة، لأن المريض ليس فاقدا لروحانيته، لكنه في حاجة لأن يكون في علاقة حقيقية وصادقة بالآخر.

يرى الباحثون أن كل علاج يمنح للمريض مساندة روحية، ولتلبية هذا المطلب، على المرافق أن تكون له قدرة عالية على الاتصال والتعبير عن تعاطفه والرغبة في خوض كل المسالك والأبعاد التي يعيشها المريض، دوره هو احترام الخيارات الروحية للمريض. (مقاتلي، 2008، 109).

إن المنهج الإسلامي وضع العلاج بطريقته الخاصة وهي رد تلك النفس إلى خالقها في كل ما يعترها من خوف وإرجاعها إلى الواحد الحق الذي إليه المنتهي وإليه المصير، فالنفس التي تخاف من الموت إذا أرجعت إلى خالقها وأرهفت السمع إلى آياته المحكمات عرفت أن الموت علينا حق مهما فررنا منه أو أحجمنا عن ملاقاته في أي صورة من صور الجهاد لإعلاء كلمة الحق في مواجهة الباطل: "كل نفس ذائقة الموت وإنما توفون أجوركم يوم القيامة" (آل عمران 89)، وفي قوله تعالى: "نحن قدرنا بينكم الموت وما نحن بمسبوقين" (الواقعة 60). (كشك، 2002، 55)

حقا إن الموت حتم في موعده المقدر لا علاقة له بالحرب والسلام ولا علاقة له بحصانة المكان الذي يحيي به الفرد أو قلة حصانته ولا يؤخره أن يؤكد عن الناس تكليف القتال ولا التكاليف الجهادية تجعله عن موعده وبالتالي فلا داعي للخوف النفس وجزعها من خوض المكاره والحروب "أينما تكونوا يدرككم الموت ولو كنتم في بروج مشيدة" (النساء 78).

ومتى أيقنت النفس ذلك اندفعت آمنة مطمئنة في خضم الحياة ترسي دعائم الحق والعدل والخير غير هيبية الله عز وجل لأن كلمات الحق جل وعلا للأمور. فالموت معناه لقاء الله ولقاء محمد صل الله عليه وسلم وصحبه الأخيار الأبرار ومعناه انتهاء ما فيه الإنسان من مكابدة المشاق والانتقال إلى سعادة لا شقاء بعدها أبدا ونعيم لا يزول لأنه نال ذلك بحسن عمله في الحياة الدنيا. "الذي خلف الموت والحياة ليلبوكم أيكم أحسن عملا" (الملك 2). (كشك، 2002، 55)

والعلاج الروحي من أهم العلاجات النافعة لمريض السرطان في نهاية حياته في أي مجتمع، فمثلا نحن كمسلمين نؤمن بالأجر الذي يتحصل عليه المريض جراء صبره واحتسابه لمرضه وتذكيره بهذا يحدث له نوع من الطمأنينة ودافع للصبر وتقبل حالته، وما يحث عليه من طمأنينة للمريض في نهاية الحياة لتأكيد أنه أمر المؤمن كله خير حتى ف هذه المواقف الصعبة وغير المرغوب فيها، لأن جزاءه الثواب والأجر، وأن صبره واحتسابه سيصله إلى الجنة، التي هي دار الدوام، والخالية من كل الأمراض والأحزان والآلام.

6-4-العلاج الدوائي:

فيما يلي قائمة واضحة للعائلات الخمس من الأدوية التي يظهر أنها فعالة في السيطرة على قلق والاكتئاب بصفة عامة:

-كابحات الأمينات الأحادية المؤكسد MAO inhibitor, mon oamin exilade inhitorors.

وتشمل هذه العائلة ثلاث أدوية: ايزوكاربوكسازيد، فينيلزان، ترانيل سايبرومين.

- مضادات الاكتئاب الدائرية الثلاثية tricyclic antidepressants.

وهناك أفراد كثيرة من هذه العائلة مثل: اميرامين، ديزبرامين، ترايازولوبيريدين، triazolopyridine ترازودون.

- مضادات الاكتئاب الرباعية Tetracyclic antidepressants: مايانزيرين، بنزوديازيبين benzodiazépine، البرازولام، كلوزيام، ديازيبام.

ويعد فينيلزابين هي أكثر العقاقير الفعالة الوحيدة في مرض القلق على وجه الإجمال. (دافيد، 1998، 52)

وتباين استجابة الأفراد لهذه العقاقير على الرغم من أنها فعالة جدا في العادة عند استخدامها بصورة صحيحة. إلا أن لها أثارا جانبية تؤدي إلى انقطاع كثير من المرضى عندها خلال الأسابيع الأولى. كما أنها تحتاج إلى ثلاثة أسابيع أو أربعة أسابيع، على الأقل قبل أن تسيطر على النوبات التلقائية. وتعمل الأدوية على مقاومة عنصر الأيض الجوهري في المرض. وتمنع النوبات غير المتوقعة، إلا أن تأثيرها على الفوبيا أو المخاوف المرضية أقل وضوحا وأكثر بطئا. (نوري، 2007، 270)

وعلى العموم فإن عملية معالجة القلق بشكل عام بما فيه قلق الموت تهدف إلى تحقيق الأهداف التالية:

- السيطرة على جوهر الأيض.

- التغلب على المخاوف المرضية أو الفوبيا.

- التعامل مع الضغوط النفسية البيئية.

- الرعاية على المدى الطويل. (نوري، 2007، 269)

والعلاج الدوائي أمر ضروري جدا إذا بلغ مريض السرطان درجة مرتفعة من القلق أو الاكتئاب حيث يطلب المختص النفسي من الطبيب ضرورة التدخل الدوائي للحد من هذا الاضطراب ومرافقته التكفل النفسي، فمع بعض الحالات لا يستطيع المختص النفسي التقدم بأي خطوة دون تدخل الطبيب.

يبقى دور الأطباء بالغ الأهمية خلال الأيام الأخيرة لمريض السرطان، فعلى الرغم من إدراكهم أن حياة المريض ميؤوس منها طبيا، وأن أيامه معدودة، إلا أنهم يبقوا سند للمريض، أهله، حيث يتلقى كل الإسعافات والرعاية الممكنة، وفي مثل هذه المواقف واللحظات الصعبة يجب على النفساني العيادي التدخل للتخفيف من الآلام النفسية لأهل ومرافقي المريض، وكذا التكفل نفسيا بالمريض نفسه في حال كان على درجة من الوعي.

خلاصة: في نهاية هذا المقال نستنتج النقاط الآتية:

- شغل موضوع التكفل النفسي بمريض السرطان في نهاية الحياة الكثير من المفكرين وعلماء النفس والدين منذ القديم إلى يومنا هذا ولقد تراوحت معظم أفكارهم ونظرتهم للموت حسب الانتماء الفكري أو العقائدي والديني لكل منهم.

-تختلف الحالة النفسية لمريض السرطان في نهاية الحياة حسب شخصيته وصلابته النفسية من قبل، وأيضاً حسب الحالة الصحية التي هو عليها من حيث الوعي.

- يعتبر السند الطبي والأسري والدعم النفسي من الضروريات التي يجب أن تقدّم لمريض السرطان نهاية حياته، سواء من حيث بث روح الأمل والطمأنينة، أو من حيث تقديم العلاج لأخر لحظة في حياته.

-في نهاية حياة مريض السرطان، يكون القلق وقلق الموت سيد الموقف للمريض وذويه، يتم تدخل كل الفريق الطبي للتكفل بالحالة رغم أنها ميؤوس منها، وكذا محاولة شرح الحقيقة للمرافقين دون المريض، حتى لا يحمل الفريق الطبي اتهامات التقصير اتجاه الحالة.

توصيات: من خلال هذا المقال نوصي بـ:

-إجراء ملتقيات وطنية أو دولية لنقل تجارب الدول الأخرى في الرعاية النفسية والطبية لمريض السرطان في نهاية الحياة.

-إنشاء مخابر مشتركة بين مديرية الصحة ووزارة التعليم العالي للتكفل بهذه الفئة.

-إجراء دراسات ميدانية حول سيكولوجية نهاية الحياة للمرضى بصفة عامة ومرضى السرطان بصفة خاصة، لكونها تعرف نوعاً من الشح والنقص.

-بناء برامج رعاية للتكفل بهذه الحالات

قائمة المراجع:

إجلال، محمد سري. (2000). علم النفس العلاجي. ط 2. القاهرة. مصر: عالم الكتب.

جاك، شورن(1978)'الموت في الفكر الغربي' ترجمة كمال يوسف حسين' عالم المعرفة' الكويت.

جودت، بني جابر. (2002). سعيد حسنى العزة. المدخل إلى علم النفس. ط1. عمان. الأردن: دار الثقافة.

دافيد، شيهان. (1988). مرض القلق. دط. الكويت: عالم المعرفة.

الشعراوي، محمد متولي. (1993). الحياة والموت. ط1. مصر: دار أخبار اليوم.

شليبي، محمد أحمد. (2001). مقدمة في علم النفس المعرفي. ط1. القاهرة. مصر: دار غريب.

طه، عبد العظيم حسين. (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. ط 1. الإسكندرية. مصر: دار الوفاء.

عبد الخالق، أحمد محمد. (1998). قلق الموت. د ط، الكويت: عالم المعرفة.

عرايبي، ياسين محمد سعيد. (1412هـ). الحالات غير القابلة للشفاء من وجهة نظر العناية المركزة. الرياض: مجمع الفقه الإسلامي في دورته السابقة في مدينة جدة، استشاري ونائب رئيس قسم العناية المركزة، مستشفى الملك فهد للحرس الوطني.

العقيل، محمد بن عبد الرحمان. (2013). السرطان. ط1. المملكة العربية السعودية: الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان.

-فارس، كمال نظمي. (2007). قلق الموت لدى الأستاذ الجامعي العراقي – دراسة ميدانية. المحور: الفلسفة، علم النفس، وعلم الاجتماع، المرجع من: <http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid>: بتاريخ: 2020/05/07.

كشك، عبد الحميد. (2002). القلق العلاج الإسلامي لمشكلة العصر. د. ط. القاهرة. مصر: مكتبة التراث الإسلامي.

مرزاق، وليدة. (2016). جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة باتنة1.

معمرية، بشير. (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس. د. ط. الجزائر: منشورات الحبر.

مقاتلي جويده. (2008). تصور مرافقة الطفل المصاب بالسرطان لدى الفرقة المعالجة بمستشفى باب الواد. رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي.

ناصر، الدسوقي. (1993). الحياة ما بعد الموت. ط1. طرابلس. لبنان: جروس بوس.

نوري، القمش مصطفى و خليل عبد الرحمان المعايطه. (2007). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط 1. عمان. الأردن: دار الميسرة.

هادية، بن صالح. (2018). قلق الموت الأسباب والأعراض والعلاج. تاريخ النشر 2018/04/24. المرجع:

<https://www.hellooha.com/articles>

- <http://site.islam.gov.kw/eftaa/NewFatwas>

-<https://www.mshlwahdk.com/journal>