

(نوعية الحياة والنمط السلوكي "ج" عند مرضى السرطان)

أ/ دايدي مريم، جامعة الجزائر-2-

المخلص: يهدف البحث إلى وصف نوعية الحياة والنمط السلوكي "ج" لدى مرضى السرطان ، فالملاحظ في الآونة الأخيرة أن مصطلح نوعية الحياة قد أثار اهتمام الباحثين في مجالات شتى، ويعد من التطبيقات الحديثة لعلم النفس الصحي، حيث أدخلت منظمة الصحة العالمية (1993، 1995) في تعريفها لنوعية الحياة في مجال الصحة، رؤية الشخص لمركزه في سياق النظم الثقافية والتقييمية التي يحياها، وفي علاقاته مع أهدافه. ومن المعروف حسب Temoshok & al أن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" (Type c)، وهي شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل، والانفعالات السلبية، فالأشخاص الذين يرتفع اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الإنجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى أن الأفراد الذين يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام الأكل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان.

كلمات مفتاحية: نوعية الحياة ، النمط السلوكي "ج" ، مرضى السرطان

Abstract:

The aim of this study is to describe the quality of life and a "Type C" in cancer patients. It is noted recently that the term quality of life has raised the interest of researchers in various fields. It is one of the modern applications of healthy psychology. In their definition of the quality of life in health, the person's vision of his place in the context of the cultural and normative systems in which he lives, and in his relations with his goals. According to "Temoshok & al", the person diagnosed with cancer is a "Type C" personality, characterized by stress, stress and life events through depression, despair, hopelessness, and negative emotions. People who are desperate have a long history From low efficacy and subjectivity to events without success or pleasure, with a low sense of responsibility for achievement, and severe susceptibility to failure. Research suggests that individuals whose behavior is consistent with this picture of despair and lack of eating are more likely to develop cancer.

مقدمة:

يعتبر السرطان أحد الأمراض الخطيرة المرتبط بالموت في أذهان غالبية البشر، بسبب ارتفاع نسبة الوفيات الناجمة عنه، فقد تسبب في وفاة 7.6 مليون نسمة على مستوى العالم سنة 2008 ، و 8.2 مليون نسمة سنة 2012، مع تسجيل 14.1 مليون حالة جديدة في ذات السنة . وقد تصدرت سرطانات الرئة والبروستاتا والمعدة والأمعاء والكبد قائمة سرطانات الرجال، بينما شكلت سرطانات الثدي والأمعاء وعنق الرحم والرئة و المعدة أهم السرطانات المنتشرة لدى النساء . أما الجزائر فسجلت 37900 حالة سرطان في 2012 ، كما تسبب في وفاة 21700 في نفس السنة (Globocan;2012). قام الباحثان "زعطوط وبلعسل" بدراسة إحصائية لحالات السرطان في مركز مكافحة السرطان بورقلة على مدار ثلاث سنوات من 2008 إلى 2010 ، حيث بلغ عدد الحالات 125 حالة في 2008 ، و 220 حالة في 2009 و249 حالة في 2010.

تنتمي تلك الحالات جغرافيا إلى ولايات مختلفة، حيث بلغت 101 مريضا بورقلة (40%) و80 مريضا من وادي سوف (32%)، و37 مريضا من غرداية (15%) إضافة إلى ولايات أخرى مثل بسكرة، وأدرار وإيليزي وسطيف (Zatout et Belaacel 2012). تشكل نوعية الحياة لدى مريض السرطان أحد المحاور الرئيسية الذي تدور حوله البحوث المتعلقة بهذا المرض، بسبب الآثار المترتبة عن المرض وعلاجاته على المريض والمكلفين برعايته، وقد أشار "Donovan" (1989) وزملاؤه في دراستهم عن قياس نوعية الحياة إلى نقص كبير في المعلومات المتعلقة بنوعية الحياة من طرف الأطباء والنفسانيين، كما أن المقاييس المفترض بها قياس هذا المتغير تفتقر للشمولية المناسبة لخطورة المرض وتغلغله في جميع نواحي حياة المريض.

وأكدت دراسة "Bottomley" (2002) أهمية نوعية الحياة لدى مرضى السرطان وضرورة تقييمها بصفة منتظمة، غير أنه عرفها بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وهي مقارنة اختزالية حيث أن هذا المفهوم أوسع من أبعاده الجسدية والصحية. أما "Kleither" وزملاؤه (2007) فيشيرون إلى أن تدني نوعية الحياة لدى مرضى السرطان أكدته بحوث كثيرة؛ غير أن الاختلافات بين المرضى في تقدير نوعية حياتهم كبيرة، ومرتبطة بزمان التشخيص ومرحلة المرض وموارد المريض الجسدية والنفسية والاجتماعية وطبيعة شخصيته وأعراض المعاناة خاصة منها النفسية والروحية. ويؤدي المرض وعلاجه إلى جملة من المضاعفات تستمر في التأثير على حياة ربع المرضى حتى بعد مرور سنوات على التشخيص وانتهاء العلاج وأهمها:

- التعب والإرهاق المزمن (70%)
- الاضطرابات الجنسية (70%).
- الاضطرابات البولية (40%).
- الكرب النفسي (50%).

- الألم الشديد (40%) (زعطوط رمضان، رسالة الدكتوراه، ص 13).

إن السرطان ينظر إليه كعامل ينمو داخليا أو خارجيا، فقد يكون داخليا من خلال الشخصية ذات مزاج عصبي ونوعية وظيفية نفسية صراعية عاطفية والتي لم يتم إخراجها، هشاشة انفعالية وضغط نفسي، ومن خلال هذا الصنف من الشخصية والنوعية النفسية تُفرز الشخصية السرطانية. فالورم هو نتيجة صنع الشخص، فأصبحت الطباع النفسية كالمادة المتلفة. أما بالنسبة للنموذج الخارجي، يبقى أصل السرطان ينمو خارج الشخص بحيث يرجع المرض إلى المحيط الاجتماعي وإلى الضغط الاجتماعي وإلى الضغط النفسي والأحداث الحياتية التي تؤدي إلى الصدمات. أما من حيث البحث الإحصائي تبين أنه يوجد توازي بين السرطان ونوعية الشخصية ذات الاستعداد للإصابة والمصنفة بـ "المكتئبة"، ويبقى هنا مفهوم الاكتئاب ليس العيادي ولكن الاكتئاب الكامن غير محدد، يتماشى ذلك أساسا مع الفرد الذي يستطيع الاستقلال عن موضوع رغبته ومن هنا يسترجع الضياع أو الفقدان المحتمل، وعليه نسجل أهمية الأبحاث التي أشارت إلى أن السرطان يظهر بوضوح عند الأشخاص الذين كانت لهم تجربة حديثة للحداد المرتبط بفقدان قريب أو عمل بعد الإحالة على التقاعد الغير مقبول. ومن هنا يمكننا القول أن التجربة التحليلية بينت أن المرض وإن كان من نوع عصبي بيولوجي أو سيكوسوماتي مرتبط بمشاكل علائقي يظهر ليعوض العبارة التي كانت غير كافية للتعبير عن الرغبة مما يؤدي إلى فشل الاتصال، أي فشل البحث عن موضوع الرغبة وقد يترجم ذلك بالمفهوم النفسي الفيزيولوجي كاستحالة إعداد جواب متكامل في حالة وضعية احتياج لذلك. إن اهتمام العلماء والباحثون بهذا الموضوع قد ظهر منذ القدم وذلك بربط مرض السرطان بأشكال معينة من الشخصية وهي أنماط معينة مهيئة لمرض السرطان متميزين بمعاناتهم للكف، المحافظة الاجتماعية، قهري ومكتئب، إضافة إلى وجود صعوبة في التعبير عن توتره وغضبه أو قلقه مكتفيا بتقديم مظهر ذلك الشخص المبتهج، الهادئ الطبع هو مطيع سلبي معبر عن عواطفه بصورة شاذة وهم ما يعرفون بأصحاب الشخصية السيكوسوماتية «C» أو النمط السلوكي "ج" وهو نمط يؤهل صاحبه للاستعداد لداء السرطان متصفا بالاستجابة للضغوطات بالاكتئاب واليأس والاحتفاظ بالعواطف السلبية ولجمها (شدمي رشيدة، 2015).

1- السرطان:

اصطلاحاً: يشمل الجوانب النفسية في مرض السرطان التي يهتم بها الطب النفسي، المشكلات النفسية التي يعاني منها المريض وأسرتة نتيجة للمرض، وعلاج الألم والاكتئاب والضعف المصاحبة لمراحل المرض (لطي الشريبي، ص 23).

والسرطان أول الأمراض المزمنة عند الإنسان وخاصة المسنين الناجمة عن التدخين والخمور والفيروسات الحيوانية والغذاء غير المتزن وبقايا الأدوية البيطرية في الغذاء الحيواني، نظراً "لأهميته طبياً" فقد اتجهت الأنظار نحوه في السنوات الأخيرة وخصصت له أموالاً طائلة في البحث عن معرفة أسبابه وكيفية علاجه.

إن وجود السرطان وانتشاره يختلف من بيئة إلى أخرى وكذلك من مكان لآخر وهذا يعتمد على العوامل والظروف التي تحيط به. كما أن السرطان ليس مرضاً منفرداً، بل هو مجموعة كبيرة من الأمراض تتميز بالنمو الخلوي الغير منتظم ولا يمكن التحكم فيه. فتبدأ الحياة بخلية واحدة تنقسم إلى اثنتين ثم أربع ثم ثمان وهكذا ومع هذا الانقسام يبدأ توزيع الخلايا إلى الأنسجة والأجهزة المختلفة من جلد، وقلب، ومخ، وكبد، وكلى الخ... وحتى بعد أن يستكمل الجسم نموه تماماً "يستمر نشوء خلايا جديدة لتعويض الخلايا التي تتلف وتتلاشى في الشيخوخة أو المرض أو الحوادث، وهذا أمر حتماً حتى تستمر أنسجة الجسم في القيام بوظائفها.

ولكن لسبب أو لآخر لم نعرفه بعد - تأخذ خلية واحدة أو مجموعة من الخلايا في أي عضو من أعضاء الجسم أو أي نسيج من الأنسجة - تأخذ في التغيير حتى تصبح مختلفة شاذة عن زميلاتها من الخلايا. هذه الخلايا الشاذة تأخذ في التكاثر والتضاعف بطريقة غير طبيعية وغير منتظمة، مخالفة بذلك النظم الأساسية التي تتحكم في نمو وتكاثر وانقسام الخلايا الطبيعية. وتدرجياً تجتمع هذه الخلايا الشاذة في شبه مستعمرة مكونة ما نسميه "ورماً". هذه الأورام قد تبقى حميدة، أي محدودة المدى لا تهدد الجسم بالفناء. أو قد تنقلب خبيثة وهو ما نسميه سرطاناً، "وقد ينمو السرطان بطيئاً جداً" ويبقى محدوداً "لمدة طويلة ولكن البعض الآخر قد ينمو ويتكاثر سريعاً" ويمتد إلى أبعاد كثيرة ويهاجم الأنسجة المجاورة أو قد يمتد إلى الأجهزة الأخرى المجاورة. بل إنه مع الوقت تخرج منه أجزاء إلى مجاري الدم والسائل اللمفاوي وتهاجم مختلف أجهزة الجسم البعيد عن المصدر الأول.

تفشل خلايا السرطان في تنظيم أنفسها على هيئة نماذج طبيعية، بيد أنها تميل إلى إنشاء نسيج يشبه النسيج التي نشأت منه. وهكذا تميل الخلايا المكونة لسرطان الجلد إلى تنظيم نفسها في مجموعات تشبه تركيب الجلد الطبيعي، كما تحاول سرطانات الثدي تقليد نسيج الثدي الطبيعي غير أنها تعمل ذلك بطريقة غير متقنة.

فبينما يصل ترتيب بعض السرطانات إلى أشكال تشبه تركيب الأنسجة الطبيعية، نجد أن البعض الآخر يختلف اختلافاً كبيراً عنها مما يصعب معها - بل ويستحيل أحياناً - التعرف على النسيج الذي نشأت منه.

- وسائل علاج الأنواع المختلفة من السرطان:

1 الأشعة	2 الأشعة والعلاج الكيميائي
مرض هودجكين	سرطان أيونج (Ewing's)
السرطان اللمفاوي غير الهودجكيني المبكر	سرطان الخلايا الشوفانية في الرئة
سرطان البلعوم الأنفي	اللوكيميا الحادة في الأطفال
سرطان خصيوي	ورم لمفاوي غير هودجكيني
سرطان عنق الرحم	مرض هودجكن المتقدم
ورم برعي نخاعي	
ورم الغدة الصنوبرية	
ورم ليفي للعصب الضوئي	
سرطان البروستات	
سرطان الجلد	

الأورام الموضوعية في الرأس والعنق	
3 العلاج بالأشعة والجراحة	4 العلاج بالطرق الكيميائية والأشعة والجراحة
سرطان الرأس والعنق سرطان الثدي المبكر السرطان الخصيوي سرطان المستقيم سرطان المثانة سرطان بطانة الرحم	السرطان المبيضي المتقدم سرطان الخلايا العقدية العصبية ورم العضلة المخططة سرطان الثدي المتقدم ورم ويلمز (Wilms)

(الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، www.abahe.co.uk)

- العوامل النفسية والأورام السرطانية:

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط أو الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضي، ويرى "ولف" (Wolf) أن الأمراض "السيكوسوماتية" ترجع غالباً لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفيسيولوجي أو النفسي، وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أحشائه وإفرازات غده من الهرمونات والعصارات وغيرها؛ مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحمله الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء.

ويرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل لوحده؛ وإنما إلى جانب التغيير الهرموني ويعتبره البعض العامل الغالب والفعال والمباشر في إحداث الأذى للعضو، ومن ثم فإن هذه الاضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، وإن تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي والبيولوجي له أثر كبير في إحداث الاضطرابات الجسمية (نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت، 1995).

ويعتبر العالم "سيمونز" "Simons" 1956 في كتابه (المظاهر السيكوسوماتية للسرطان) وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا الجذور النفسية الكامنة وراء السرطان قد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

1- يكون هناك نوع من الصدمات النفسية؛ ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.

2- إن الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

3- إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد؛ بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.

4- عدم العزل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي، فهما صنفان متلاحمان.

وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان وتمكن المحللون النفسانيون من ملاحظة التالي:

1- معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن.

2- معظم المصابات بالسرطان كنا يعانين صعوبة من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالباً ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

3- معظم المصابين والمصابات يعانين من دافئة من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهم مكتوبة (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 397، 398).

ويرى الدكتور "برنارد (Bernard) أن هناك أثرا للعوامل النفسية، وحالات القلق، واليأس والخوف والتوتر. وهذه العوامل التي قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته؛ مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره (فيصل خير الزاد، 2005، ص 480).

2- مفهوم نوعية الحياة:

اصطلاحاً: QUALITY كيفية، صفة، كيف: تعقد مقارنة دائمة بين الكم والكيف Quantity and quality ، والكيف هو أيضا الخاصية والجودة ويعني المنزلة الجيدة، والوصف الكيفي Qualitative ، وضمان الجودة أو الجودة النوعية هو أسلوب للارتقاء بالموصفات للخدمات والإنتاج، وفي الطب يعني تقديم خدمة طبية جيدة متكاملة، ومواصفات الحياة أو جودة الحياة Quality هو تعبير عن حالة إيجابية من الصحة البدنية والنفسية والاستمتاع بالحياة، وتستخدم المقاييس الكيفية لتحديد مواصفات الحالة النفسية بالمقارنة بالمقاييس الكمية التي تحدد درجة أو شدة الحالة (لطفي الشربيني ، ص 150).

حيث يمثل مفهوم نوعية الحياة "Quality Of Life" (QOL) أحد الأمثلة الجيدة عن إشكالية تعقد المصطلح وتعدد أبعاده ودلالاته واستعمالاته . فرغم آلاف البحوث التي تناولته منذ الستينيات حتى اليوم، بل وتخصيص مجالات علمية وجمعيات عالمية في بحوثه لا يزال يشكل تعريفه أحد النقاط الخلافية بين الباحثين.

إن الارتباك الذي يحسه الباحث وهو يتناول مصطلح نوعية الحياة يعود إلى تداخله مع المصطلحات القريبة منه مثل الرفاه، والسعادة، والرضا عن الحياة، والحياة ذات المعنى، وهناء العيش، والعافية المرتبطة بالصحة، أو ارتفاع مستوى المعيشة عموماً كما يراه الاقتصاديون (Rapley,2003).

ويرى "Cummins" الذي عبر عن يأسه من الإحاطة بهذا المفهوم، أن نوعية الحياة من المفاهيم المركبة والمعقدة، لذلك ليس مفاجئاً أن ينتفي الإجماع على تعريفه أو على شكل معياري لقياسه (1997 Cummins). ويرجع أحد أسباب اضطراب المصطلح إلى شيوع استعماله، لذلك اشتكى "Boyle" (2002) وزملائه مما سموه "زبقيية المصطلح" وعدم تحديده بسبب استعماله غير المحدودة من طرف الأخصائيين والعامّة على السواء، فهو يشير إلى تقييم الفرد لحياته، مما يحيلنا إلى المعاني المقاربة عن الحرية والرفاهية "well being" والسعادة والعيش الطيب أو الهناء وتحقيق الذات والصحة النفسية والجسدية والحياة الجيدة "good life" بما فيها من المتع والأهواء والطيبات (Rapley,2003).

ولقد أثارَت "منظمة الصحة العالمية" عام (1984) ثورة في مفهوم الصحة بتعريفها الجديد الذي يرى أنها: " حالة من المعافاة الجسدية والنفسية والاجتماعية وليست بغياب المرض أو العجز فقط" (WHO,1984). ثم أصبح مفهوم العافية أو حسن الحال "Wellness" شائعاً في الخمسينيات على يد الطبيب "Halbert Dum".

أدخلت المنظمة (1993، 1995) في تعريفها لنوعية الحياة في مجال الصحة، رؤية الشخص لمركزه في سياق النظم الثقافية والتقييمية التي يحيها، وفي علاقاتها مع أهدافهم، ومع ذلك فقد استمرت المنظمة في تطوير قياس لنوعية الحياة باستخدام مقاييس تركيبية (أن بولنج، 2007، ص 41).

• مكونات نوعية الحياة حسب "Craig 2010"

المجال	الأبعاد الفردية	الأمثلة
الكينونة Being	الوجود البدني	- القدرة البدنية على التحرك وممارسة النشاطات - أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة
	الوجود النفسي	- التحرر من الضغط والقلق - الحالة المزاجية العامة
	الوجود الروحي	- وجود أمل في المستقبل

أفكار الفرد عن ذاته	-		
مكان العيش	-	الانتماء المكاني البدني	الانتماء Belonging
نطاق الجودة	-		
القرب من الأسرة	-	الانتماء الاجتماعي	
وجود أشخاص مقربين وأصدقاء	-		
توفر الخدمات المهنية والمتخصصة	-	الانتماء المجتمعي	
الأمن المالي	-		
القيام بأشياء حول منزلي	-	الصبرورة العملية	الصبرورة Becoming
العمل في الوظيفة أو زيارة المدينة	-		
الأنشطة الترفيهية الخارجية	-	الصبرورة الترفيهية	
الأنشطة الترفيهية الداخلية	-		
تحسين الكفاءة البدنية والنفسية	-	الصبرورة الارتقائية	
القدرة على التكيف مع متغيرات الحياة	-		

جدول : وصف Jackson Craig 2010 للبيانات الثلاث The 3B

(زعطوط رمضان، رسالة الدكتوراه، ص 28)

3- النمط السلوكي "ج":

اصطلاحاً: نمط، نوع "Type": تدل الكلمة على نوع أو نمط أو مثال أو نموذج ذي علاقة مميزة ومنها الوصف نموذجي "Typical"، وعلم الأنماط الذي يدرس نماذج الشخصية، ومنها النمط "أ" "Type A" الذي يتميز بأنه انفعالي متسرع لا يهدأ، ويقوم بأكثر من عمل في نفس الوقت، ويميل إلى المنافسة للوصول إلى الانجاز على حساب العواطف، وهؤلاء يتعرضون للإصابة بأمراض القلب، على عكس النمط "ب" "Type B" الذي يعكس هذه الصفات ويتميز بإيقاع هادئ بطيء (لطفي الشربيني، ص 196).

يرفض السلوكيون الجدد تحديد أنماط للشخصية، من باب أن هذه الأخيرة معرضة لتغيرات دائمة، تسببها مختلف الأحداث والتجارب التي تمر بها. وانطلاقاً من هذه الرؤية فإنهم لا يحددون نمطاً شخصياً بل يحددون نمطاً سلوكياً. ويعرف "محمد احمد النابلسي" النمط السلوكي بأنه: "كناية عن نهج سلوكي معين تدفع إلى إتباعه مجموعة من الأحداث، والتجارب والعوامل النفسية، بحيث لو عرضنا مجموعة من الأشخاص (مختلفي الشخصيات) لهذه الظروف لرأينا أنهم يقومون بإتباع هذا النمط، وذلك بصورة مؤقتة ريثما تعرضهم ظروف وعوامل نفسية أخرى." أي أن النمط السلوكي طريقة يواجه بها الفرد المشكلات التي تواجهه، وليس نمطاً من أنماط الشخصية، فهو يتغير بتغير الوضع النفسي للشخص (محمد احمد النابلسي، 1991، ص 60، 67، 64).

وفي أوائل القرن العشرين قدم كل من "جيرير وموريس" Greer & Morris (1980) نمطاً يسمى "النمط ج" "Type C" طورته فيما بعد تيموشوك وزملائها "Temoshok & al" (1985-1981). ويعتقد "جيرير وموريس" أن هذا النمط السلوكي يرتبط ارتباطاً جوهرياً بتطور مرض السرطان وسرعة انتشاره، مشكلاً احد أكبر مسببات ارتفاع نسبة الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية (Temoshok, 1987)، بريطانيا و يوغسلافيا (Eysnek 1987). أما على المستوى العالمي فيمثل 20% من أسباب وفيات الإنسان (عبد الله وعبد الفتاح في: الأنصاري، 1997، ص 94).

تصف "تيموشوك" (1990) وزملائها الذين ساهموا في تطوير هذا النمط السلوكي بالسماوات التالية:

- العجز عن التعبير./الميل للموافقة والانصياع/ غير مؤكد لذاته مضح بها، ميل لتساهل وتجنب الصراع/ صبور قادر على الانتظار وتقبل ضغط الوقت/ هادئ/ لا يفصح عما يستبد به من انفعالات/ تقدير منخفض للذات (يرى نفسه تافها، قاصر الهمة، معدوم الكفاءة، فوضوي)/ يتمسك بالروتين، يعيش في وحدة نفسية/ يعاني الاكتئاب والتشاؤم ويشعر باليأس (الأنصاري، 1997، ص94،95).

وعلى الرغم من أن الشخصية من النمط "ج" تشمل المكونات سابقة الذكر إلا أن "تيموشوك، 1987" ترى انها تتميز أساسا بمكونين هما:

- إدراكات إكتئابية **Cogmitions Dépressives**: ويختلف هذا المفهوم عن الاكتئاب كتأثر ، ويوافق نموذجاً من الاكتئاب القائم أساساً على إدراكات خاصة اتجاه الأحداث المجهدّة، جمعها "1975, Seligman" تحت مصطلح "الاستسلام المتعلم *résignation apprise*" الذي بموجبه يشعر الفرد بالعجز في مواجهة الأحداث المجهدّة التي لا يمكن التحكم بها. وقد لاحظت "تيموشوك، 1987" ارتباطاً دالاً بين الإدراكات الاكتئابية المشخصة خلال مقابلة مرضى مصابين بالورم القتامي "melanoma" وبين حجم هذه الأورام. كما أظهرت دراسة "انطوني Antoni و جودكين 1988Goodkin" و "يرشينغ Wirsching وزملائه" أن هناك علاقة بين الاستسلام المتعلم وبين النتائج السلبية "défavorbles" للاختبارات المجرات على عينات "biopsie" من أورام العنق (Panlhan&Bourgeois, 1995, p66).
- كبح الانفعالات **la répression des emotions**: أي عدم قدرة الفرد على الاعتراف بانفعالاته والتعبير الشفهي عنها خاصة العدائية منها كالغضب، وقد تمكنت دراسة "Mara Julius&al" التنبؤية (1971-1983) على عينة مكونة من 696 فرد من سكان "Tecimseh" في ولاية "ميتشيفان" تتراوح أعمارهم بين 30 و60 سنة من إيجاد ارتباط إيجابي بين كبح التعبير عن الغضب واحتمال الموت. وفي دراسة لتيموشوك وفريقها "1985" تم تطبيق اختبارات موجهة لقياس خصائص النمط "ج" من المرضى الذين دخلوا المستشفى لعلاج أورام جلدية سرطانية، حيث بينت النتائج أن اثنين من متغيرات الشخصية هما: الإيمان (بالقضاء والقدر وبقدرة الطبيب وبمعجزات الصلاة...) والنمط غير الكلامي (بطيء، سلمي، حزين...) يرتبطان ارتباطاً موجبا بسمك الورم (Carlson&al,2000, p581).

4- بعض الدراسات التي تناولت نوعية الحياة في علاقتها بالسرطان:

قامت "وفاء العطار" 2005 بتقييم نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القولون والمستقيم لدى 51 مريضاً في مشافي بغداد، مستعملة استمارة خاصة لتقييم نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القولون وأشارت النتائج إلى أن النوعية المتعلقة بالمشي والحركة والشعور بالألم والإرهاق.

راجع "Taphourن" وزملاؤه 2000 أدبيات البحث عن نوعية الحياة لدى المصابين بأورام دماغية وذلك باستعمال استبيانات متعددة مثل استبيان نوعية الحياة الخاص بالمصابين دماغياً، وأكد الباحثون على أهمية الاستبيان الذي أنشأته المنظمة الأوروبية لبحوث علاج السرطان EORTC QLQ-C30 وكذا التقييم الوظيفي لعلاج السرطان FACT حيث يركز هذا الأخير على المجالات النفسية والاجتماعية أكثر منه الأعراض الطبية، ولاحظ الباحثون أثر الجراحة والعلاج بالأشعة على نوعية الحياة وعلى الداء المعرفي للمرضى وكذلك العلاج الكيميائي والعلاج التدعيبي.

استكشف "Kreiler" وزملاؤه 2007 العلاقة بين الضغط النفسي والكفاءة أو الفعالية الذاتية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وذلك باختبار نموذج تفاعلي يعتمد متغيرين وسيطين هما الكرب المدرك والكفاءة الذاتية، وتكونت العينة من 60 مريضاً، وفرق الباحثون بين الكرب الصحي والكرب الاجتماعي، ودلت النتائج على أن مؤشر الكرب الصحي يؤثر في نوعية الحياة عبر الكرب المدرك، وأن الكفاءة المدركة تساعد في خفض الكرب المدرك وبالتالي نرفع من مستوى نوعية الحياة، وكذلك فإن نوعية الحياة تتأثر سلباً بالكرب الاجتماعي (زعطوط رمضان، رسالة الدكتوراه، ص 42)

وفي دراسة لـ "Rukiye Pinar & al" حيث قاموا بتقييم نوعية حياة مرضى السرطان باستخدام النسخة التركية لجودة سرطان الحياة المتعددة الأبعاد. تم تحليل البيانات لـ 188 شخص موافقا مع متوسط العمر 49.7 (SD = 15.9) سنة، ومعظمهم من الذكور، متزوجون، المستوى الدراسي الابتدائي. وكانت النتيجة المثيرة للاهتمام لهذه الدراسة أن العوامل الاجتماعية الديموغرافية بدلا من العوامل المرتبطة بالسرطان يمكن أن تسهم في نوعية الحياة. وأظهرت هذه الدراسة أن مدة المرض ونوع السرطان، وجود الانبثاث، ونوع العلاج لم يكن له تأثير على نوعية الحياة. ومع ذلك، فإن العمر، والمستوى التعليمي، والمستشفى كانت مرتبطة مع مجالات معينة من نوعية الحياة. حيث أبدى الأفراد الأكبر سنا بأن مستوى نوعية الحياة منخفض في جميع الأبعاد الفرعية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقارنات الفرعية لنوعية الحياة و إجمالي نوعية الحياة بين المرضى الذين لديهم مستوى تعليمي مختلف. وكان لدى المرضى الأميين أقل درجات نوعية الحياة باستثناء التغذية. كما كان لدى المرضى في المستشفيات نوعية الحياة أقل من المرضى الذين يعالجون في العيادات الخارجية. (Rukiye Pinar & al, 2003).

أما "Mazanec" وزملاؤه 2010 فتناولوا بالبحث العلاقة بين التفاؤل ونوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان، حديثي التشخيص وركزوا على الصحة لدى عينة من 163 مريضا، مرت 6 أشهر على تشخيصهم باستعمال بطارية مكونة من مقاييس نفسية اجتماعية، ودلت النتائج على ارتباط التفاؤل بنوعية الحياة وبالقلق والاكتئاب، ولم يكن التفاؤل عاملا تنبؤيا بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وارتبطت الوجدانات السالبة (القلق والاكتئاب) بانخفاض نوعية الحياة. كما قامت "Yanez" وزملاؤها (2011) بمراجعة الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي لدى المريضات من أصل لاتيني في الولايات المتحدة، وتم اختيار 20 دراسة من بين 375 مقالا تم العثور عليها، بعضها نوعي والأخر كمي وتم التركيز على الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والجنسية لنوعية الحياة. ودلت النتائج على انخفاض نوعية الحياة النفسية لدى المريضات من أصل أوروبي مقارنة مع غيرهن وغياب التقييم المتعلق بالحياة الجنسية إلا نادرا (زعطوط رمضان، رسالة الدكتوراه، ص 41).

5- نوعية حياة مرضى سرطان الثدي:

إن الإجراءات السريرية التقليدية لنتائج علاج السرطان هي تقييم استجابة الورم والبقاء على قيد الحياة الخالية من التقدم في المرض، وكذا من التسمم. ولكن خلال العقود الأخيرة، تم إيلاء اهتمام متزايد لرفاه المرضى الجسدي والنفسي الاجتماعي أثناء العلاج بالسرطان، حيث تلعب تصورات المرضى لتأثيرات العلاج دورا محوريا، خاصة عندما يكون التأثير المتوقع على تحسين البقاء على قيد الحياة صغيرا وعندما يكون الهدف هو تخفيف الأعراض. وتعتبر نوعية الحياة المرتبطة بالصحة "HRQL" الآن نتيجة هامة في التجارب السريرية.

(Mercedes Nicklasson, 2013, p8)

ولقد تم تناول "QOL" نوعية حياة مرضى سرطان الثدي في العديد من الدراسات الوصفية والطولية، وفي دراسة لـ (Rustoen e al. 1999, Sammarco 2001, Uzun et al. 2004) أسفرت النتائج أنه على الرغم من أن سرطان الثدي وعلاجاته تؤثر على الأداء البدني والنفسي والاجتماعي بطرق مختلفة، إلا أن نوعية حياة "QOL" المرضى هي في الواقع مرتفعة بشكل معتدل. وقد أعرب المرضى عن ارتفاع "QOL" عند مستوى المجال الأسري وانخفاضها عند مستوى الصحة والعمل والمجال النفسي والروحي. عموما، تشير نتائج دراسات سابقة أن مرضى سرطان الثدي لديهم "QOL" أقل من المرضى الذين يعانون من أنواع أخرى من السرطان وخاصة في المجال النفسي والجنسي والأداء العاطفي. إن التغيرات التي تحدث على مستوى "QOL" هي مؤشرات هامة لتأثير مرض السرطان، فهي تدل على أن المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي عموما لديهم القدرة على التكيف مع وضعهم، وقد وجد (Engel et al. (2004). "تحسنا كبيرا في أداء المرضى العاطفي والاجتماعي على المدى الطويل، حيث انخفض التعب، والغثيان، والتقيؤ، والمخاوف الصحية المستقبلية والألم، في حين زادت الشهية. ومع ذلك، أظهرت الدراسات التي أجريت بعد عدة أشهر من التشخيص أن بعض المرضى الذين يعالجون من سرطان الثدي

لديهم صعوبة في التكيف مع كونه الناجي من السرطان. ولم تظهر أي تحسن لأداء الجنسي، صورة الجسم و عوامل نمط الحياة مع مرور الوقت. وعلاوة على ذلك، (Burgess et al. (2005). في دراستهم التي أجريت على مدى خمس سنوات توصلوا إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي المبكر ما زلن يعانين من الاكتئاب أو القلق أو كليهما بعد سنة من التشخيص، وبعضهن لأكثر من خمس سنوات. والنساء في سن 50 أو أقل يتعرضن لخطر ضعف في "QOL" لعدة سنوات بعد تشخيص سرطان الثدي. ووجد (Engel et al. (2004). أن معظم التغيرات في QOL تحدث بين السنة الأولى والثانية بعد جراحة سرطان الثدي.

(PÄIVI SALONEN, 2011,p27-28).

6- السمات الشخصية لمريض السرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" (Type c)، وهي شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل، والانفعالات السلبية، فالأشخاص الذين يرتفع اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض القاعدية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الإنجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى أن الأفراد الذين يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام الأكل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان.

وفي دراسة لكل من "Bahmson & Renneekerm" (1981) توصلوا فيها إلى أن الشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصا متساهلا، مدعنا للآخرين يكبت انفعالاته، منصاعا، واكتئابيا لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه أو غضبه. ويعتبر الاكتئاب من أهم السمات الانفعالية التي لاقى اهتمام الكثير من الباحثين لدراسة علاقة الاكتئاب بمرض السرطان.

حيث أظهرت الدراسات التي أجراها كل من (Wimbuch,2002,Galiettea, Françes, 2001) وجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بمرض السرطان، أما دراسات (Cason, 2003,Worden,1999) فأثبتت وجود علاقة بين سمة التشاؤم والشعور باليأس والشعور بالعجز والشعور بالإحباط والإصابة بمرض السرطان. كما أشارت دراسات (Desire,Wimbush,2001): (2002,Galiettea,2001) إلى وجود علاقة موجبة بين القلق العام وقلق الموت بشكل خاص والإصابة بمرض السرطان. ونستطيع القول أن الحالة النفسية لا تؤثر في الحالات المتأخرة وتدهور حالة المريض ولكن يمكن أن تؤثر في نمو الأورام السرطانية خاصة عندما يكون الورم في مراحله الأولى، عندئذ يكون للتفاؤل والإقبال على الحياة ومواجهة المرض أثر إيجابي كبير، وقد يشكل فارقا حقيقيا بين الحياة والموت (Bruchon & d'autre, 2003, P 26).

خاتمة:

لا يمكن أن يعرف تجربة الإصابة بالسرطان إلا من خاضها، كما وأن هذه التجربة تختلف من شخص لآخر. ولعل أحد أهم الأمور التي تساعد في تشكيلها هي نوعية الحياة لدى المصاب، والتي تلعب دورا أساسيا في نجاح العلاج. ويذكر أن تعريف نوعية الحياة يختلف من شخص لآخر، كما وأن له تفرعات عديدة. فعلى سبيل المثال، فإن الشعور بالألم والإرهاق وغير ذلك من الأعراض الجانبية للمرض وعلاجه كلها أمور تؤثر بشكل سلبي على نوعية الحياة، كما وأن الضغوطات النفسية والصعوبات المادية والخلافات العائلية تقوم بذلك أيضا. أما ما يدعو إلى التفاؤل، فهو قيام الباحثين بشكل مستمر بدراسة حالات المرضى للتعرف على ما يؤثر على نوعية حياتهم، ما يؤدي، بالتالي إلى تسليط الضوء على إمكانية الحد من هذه التأثيرات

المراجع:

باللغة العربية:

- 1- الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، www.abahe.co.uk.
- 2- آن بولنج (2007): قياس الصحة (عرض لمقاييس جودة الحياة)، ترجمة: أ.د. حين حشمت، ط1، مجموعة النيل العربية، مصر.
- 3- بطرس حافظ بطرس (2008): التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان
- 4- زعطوط رمضان: نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة محضرة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة. <https://bu.univ-ouargla.dz/Theses%20DOCTORAT/Zatout-Ramdane-Doctorat.pdf>
- 5- شدمي رشيدة (2015): واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العوم في عم النفس العيادي، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان.
- 6- عبد الله وعبد الفتاح وبدر الأنصاري (1997): الشخصية من المنظور النفسي، ط1، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، الكويت.
- 7- فيصل خير الزاد (2000) الأمراض النفس جسدية، ط1، دار النفائس، بيروت.
- 8- لطفي الشربيني (بدون سنة نشر): معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- 9- محمد احمد النابلسي وآخرون (1991): الصدمة النفسية، علم نفس الحروب والكوارث، بيروت، دار النهضة العربية، سلسلة الثقافة النفسية 5.
- 10- نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت (بدون سنة نشر): العوامل النفسية في أمراض السرطان دراسة ميدانية في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس، مصر، العدد9، ص ص 140، 159.

باللغة الأجنبية:

- 1- Blomberg Bonnie B., et al. (2009): Psychosocial Adaptation and Cellular Immunity in Breast Cancer Patients in the Weeks After Surgery: An Exploratory Study. *J Psychosom Res.* Carlson, N.R., Buskist,W. & Neil Martin, G. (2000): *Psychology of Science of Behaviour*, London: Pearson Education.
- 2- BOTTOMLEY ANDREW.(2002):.The Cancer Patient and Quality of Life, *The Oncologist* ;7;pp 120-125.
- 3- Bruchon- schweitzer M, Dantzer Quintard B (2001): *Personnalité et maladie, stress, coping et ajustement*, Ed Dunod, Paris, 04
- 4- Carlson, N.R., Buskist,W. & Neil Martin, G. (2000): *Psychology of Science of Behaviour*. London: Pearson Education.
- 5- Donovan K , Sanson-Fisher R W and Redman S.(1989): Measuring quality of life in cancer patients. *JCO July*. vol. 7 no. 7,pp 959-968.
- 6- GLOBOCAN .(2012): Facts sheet, **asp. Algeria** at: <http://globocan.iarc.fr>
- 7- Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M.(2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer November; 67(5): 369–376.patients. *Psycho-oncology*, 16, 329-341

- 8- Mercedes Nicklasson (2013): **Quality of life assessment in patients with lung cancer Clinical implications**; Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Printed by Ineko AB, Gothenburg, Sweden.
- 9- PÄIVI SALONEN (2011): **Quality of Life in Patients with Breast Cancer**, ACADEMIC DISSERTATION, A prospective intervention study, UNIVERSITY OF TAMPERE, Finland.
- 10- Paulhan, I. & Bourgeois, M. (1995): **Stress et coping: les stratégies d'ajustement L'adversité**. Paris: Puf, 2e éd, 1995
- 11- RUKIYE PINAR, TAFLAN SALEPC, FÜSUN AFSAR (2003): Assessment of quality of life in Turkish patients with cancer, **Turkish Journal of Cancer**; Volume 33, No.2, pp 96-101.
- 12- Zatout Ramdane.et Belaacel Amel.(2012):**Bilan d'activité du centre anti-cancer d'Ouargla**, communication orale. Journée internationale du cancer 2012.