

دار المنظومة

DAR ALMANDUMAH

الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	علم النفس السرطاني بين النظرية والتطبيق
المصدر:	مجلة دراسات في علم نفس الصحة
الناشر:	جامعة الجزائر2 - أبو القاسم سعدالله - مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة
المؤلف الرئيسي:	آعراب، صبرينة أيت
المجلد/العدد:	ع2
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2017
الشهر:	مارس
الصفحات:	24 - 45
رقم MD:	921435
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الأمراض المزمنة، مرض السرطان، علم النفس السرطاني، علم نفس الصحة، التربية العلاجية الجماعية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/921435

© 2021 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة.
يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

علم النفس السرطاني بين النظرية و التطبيق

أيت أعراب صبرينة

مخبر علم نفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة/جامعة الجزائر2

ملخص المداخلة:

أصبح مرض السرطان مؤخرًا يعتبر من الأمراض المزمنة، ولم يعد كما كان سابقا يكتسي صبغة المرض القاتل، و هذا لما توصل إليه الطب من علاجات كيميائية، إشعاعية و حتى هرمونية، ناهيك عن التكفل النفسي و الذي ينبغي أي يكون خلال فترات المرض الخمس: التشخيص، بداية العلاج، المراقبة الطبية، إمكانية الانتكاسة، و أخيرا المرحلة النهائية، و بهذا فإن مفهوم الصدمة في هذا النوع من الأمراض طويلة الأمد و المزمنة يتخذ نوعا من الاستمرارية، ما يجعل المريض يستجيب بطريقة خاصة نوعا ما، فنجدته يمتاز بنوع من القلق يكون ذو علاقة وطبيعة المرض كقلق الموت، قلق مرتبط بتغير الصورة الجسدية بسبب المرض أو العلاجات المصاحبة له، و قلق فقدان، ضف إلى هذا حالات الاكتئاب و الاضطرابات النفسية التي قد تصاحب المريض خلال فترة العلاج، ولهذا فإن وجود أخصائي نفسي متمرّس و مختص بمرضى السرطان أصبح موضوعا لا نقاش فيه في مصالح و مراكز العلاج، و هذا ما سنحاول توضيحه في عرضنا، وقد أردنا هنا أن نتكلم عن الأساليب النفسية المستعملة مع مرضى السرطان، خلال مختلف أطوار المرض، و ذلك من خلال التطرق لموضوع علاقة الشخصية، الصدمات و الخبرات السابقة بظهور مرض السرطان، إضافة إلى تحديد مختلف التقنيات المستعملة، و ما مدى نطاق تدخل علم النفس في مصلحة أمراض السرطان، سواء مع المرضى، عائلاتهم، و حتى مع الفريق الطبي و الشبه الطبي.

مقدمة: أصبح مرض السرطان مؤخرًا يعتبر من الأمراض المزمنة، ولم يعد كما كان سابقا يكتسي صبغة المرض القاتل، و هذا لما توصل إليه الطب من علاجات كيميائية، إشعاعية و حتى هرمونية، ناهيك عن التكفل النفسي و الذي ينبغي أي يكون خلال فترات المرض الخمس: التشخيص، بداية العلاج، المراقبة الطبية، إمكانية الإنتكاسة، و أخيرا المرحلة النهائية، و بهذا فإن مفهوم الصدمة في هذا النوع

من الأمراض طويلة الأمد و المزمنة يتخذ نوعا من الإستمرارية، ما يجعل المريض يستجيب بطريقة خاصّة نوعا ما، فنجدّه يمتاز بنوع من القلق يكون ذو علاقة وطبيعة المرض كقلق الموت، قلق مرتبط بتغير الصورة الجسدية بسبب المرض أو العلاجات المصاحبة له، و قلق فقدان، ضف إلى هذا حالات الإكتئاب والإضطرابات النفسية التي قد تصاحب المريض خلال فترة العلاج، ولهذا فإنّ وجود أخصائي نفسي متمرّس و مختص بمرضى السرطان أصبح موضوعا لا نقاش فيه في مصال و مراكز العلاج، و من هنا ظهر اختصاص جديد ليعنى بهذه الفئة من المرضى و عائلاتهم، و المتمثل في علم النفس السرطاني.

فقد ظهر علم النفس السرطاني كاختصاص جديد، لأول مرة في الوم.أ على يد كل من Holland, Casslieth, Spiegel. لينتقل فيما بعد إلأوروبا مع كلّ من Maguire, Greer, Razavi, Guex، أين تمّ إنشاء سنة 1975، بمرسليا جمعية "علم النفس و السرطان" لتصبح فيما بعد و في سنة 1994 تحمل اسم « Société française de psycho-oncologie »

(P.BEN SOUSSAN et E.DUDOIT, 2009, P 27)

عرف هذا التخصص تطوّرا جد مهم في فرنسا، في حين أنه كان لا يزال في طريق نموّه فيما يخص باقي الدّول الاوروبية، كالليونان، و ألمانيا، أما بلجيكا فقد لحقت بفرنسا، من حيث تطور هذا التخصص، إذ أصبح هناك تكوينات خاصة للفرق الطبية و الشبه الطبية العاملة بمصالح أمراض السرطان، من أجل التحكّم أفضل، في طريقة تقديم التشخيص للمرضى، التعامل معهم و مع عائلاتهم، أي بمعنى تكوينات لتطوير مهارات الإتّصال.(eurocancer 2004, PP385-392).

في حين في الجزائر، لم يرى بعد هذا التخصص النور كتخصص قائم بذاته، فهو متوقف على الجهود الفردية لكل أخصائي نفسي يعمل في مصلحة أمراض السرطان، فليس هناك لا تكوينات و لا دورات من أجل ضبط قواعد للتعامل مع هذه الفئة الحساسة من المرضى، ويعتمد على فرض الأخصائي لوجوده في المصلحة كفرد فعال في العملية العلاجية، من حيث ضبط العلاقات بين المرضى و الأطباء وحتى الممرضين، مساعدة المرضى على تقبل المرض و الأدوية التي تعتبر جد مرهقة، و الإمتثال للتعليمات الطبية، بالإضافة إلى التعامل مع الألم، و القلق و ما يصاحبه من تغييرات في العادات السلوكية و الإنفعالية للمريض.

تعريف وأهداف علم النفس السرطاني:

جاء تخصص علم النفس السرطاني، لضرورة الأخذ بعين الإعتبار الجانب النفسي لكلّ من المريض وعائلته، في التكفل العلاجي، وهذا في إطار فريق متعدّد الأبعاد أو التخصصات *equipe pluridisciplinaire*، وهذا من أجل إمكانية تقبّل وتكيّف المريض وعائلته مع الوضع الجديد، لما يحمله من إمكانية الوقوع في اضطرابات نفسية كالقلق، الإكتئاب.... في إطار أعراض ما بعد الصدمة.
(P. Saltel, 2002, P 207)

ضف إلى هذا فإن اهتمامنا هنا ينصبّ على: الفرد في حالة المرض، العلاقة طبيب-مريض، و المعالج والمرضى في مواجهة الموت. (F.KACHA,P12)
يضع علم النفس السرطاني في متناول المرضى والمعالجين، معطيات فعالة عن العوامل النفسية والاجتماعية، التي تسهّل أو لا التكيّف مع المرض، حيث أنّ الدراسات أثبتت أنّ مرض السرطان تتدخّل فيه العديد من العوامل: البيولوجية، البيئية، الثقافية والاجتماعية، والنفسية، ما يجعل هذا التخصص يدخل في إطار النموذج البيو-الاجتماعي و النفسي "bio-psycho-social". (P.BEN SOUSSAN et E.DUDOIT, 2009, P 28)

و بالتالي فإنّ هذا التخصص الجديد يهدف إلى: الوقاية و التخفيف قدر الممكن من المعاناة النفسية للمريض، من أجل تحسين نوع الحياة، الإلتزام بالعلاج وبالتعليمات الطبيّة ضف إلى ذلك علاقاته مع العائلة والأصدقاء.
التدخلات العلاجية النفسية في مصلحة أمراض السرطان:
المختص النفسي الذي يعمل في مصلحة امراض السرطان، هو يعمل وفقا للمرجعية الطبية، فيكون عمله محددا لخدمة المريض، وعائلته، و الفريق الطبي والشبه الطبي (هذا الأخير سنتطرق إليه من خلال تكوين المعالجين)، ويجب أن يكون نموذج التدخل النفسي يتّسم بالمرونة. (H.DE LA MENARDIERE, 2008, P429)
إذ أنّ هذا النوع من التدخل النفسي يعتمد أساسا على التواصل، ومناقشة المرض، والعلاجات المستعملة، بمعنى أن يكون شرح واف للمريض عن طبيعة مرضه، ولكن هنا دائما تدخل عدّة عوامل أخرى و التي تحدّد لنا ما يجب علينا إخباره للمريض، و ما يجب إخفاءه. و عموما يكون التدخل النفسي على ثلاث مستويات علاجية: فردي، جماعي، و عائلي، بالإضافة إلى البعد الوقائي و الكشف المبكر.

العلاج الفردي:

التدخل النفسي في مصالِح أمراض السرطان ترجع عادة إلى النموذج Bio-Psycho-Social، ويشير أغلب المختصين إلى أنّ العمل مع مرضى السرطان يجعل المختص النفسي مجبراً على أن يكون على دراية بمختلف أنواع الإصابات السرطانية، والعلاجات المستعملة، و من الممكن ان يجد في بعض الأحيان صعوبة في وضع حدود لتدخلاته. (P.SALTEL et all, 1992, P 9) ، ويكون البعد النفسي في مصلحة أمراض السرطان من خلال ثلاث تناولات أساسية:

1- التناول الإنفعالي: وهو تناول مستوحى من النظرية التحليلية (السيكودينامية)، وتدخلات تعتمد على المساندة، وتسيير الأزمة، وعلى طرق عملية لحل المشكل (النصائح،...)، هذا النوع من التدخل يستدعي بناء علاقة ثقة بين المريض والمختص النفسي. ضف إلى هذا فإننا هنا نحاول التركيز على العوامل النفسية ذات العلاقة مع المرض وتطوره، وعموما نحاول معالجة سياقات الحداد المرتبطة بالإصابة المرضية، كما أننا نستعمل خلال هذا التناول أسلوب مباشر أو موجه، أو ما يسمى بالتدخل خلال الأزمة، وهذا نظراً لأهمية وكثرة الأزمات الوجودية والتي كان المرض سبباً في ظهورها. ويهدف هذا التناول إلى: تطوير قدرة المريض للتكلم عن مشاعره وإعطاها معنى، القدرة على تحمّل الإختلاف الحادث في حياته، القدرة على تطوير قدرة التحمّل، القدرة على إرضان ارتباطات جديدة، وعلى تحمّل توقّع الفراق، الإختفاء والموت.

(D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,PP 112-113)

خلال هذا التناول نحاول معرفة الميكانيزمات الدفاعية المستعملة في مواجهة المرض، والتصورات الهوامية التي يتخذها المريض في محاولاته لفهم مرضه، وإعطاء معنى له.

2- التناول المعرفي: وهو تناول يحوي تدخلات تعتمد أساساً على الإعلام والتربية، تقديم النصيحة لنصل إلى العلاج النفسي المعرفي. الإعلام، وهو أكثر تدخل مستخدم من طرف المعالجين في مصلحة أمراض السرطان، وظيفته الأساسية هي التخفيف من تخوّفات المريض، و السماح له تسيير بطريقة أفضل التداخلات الجسدية، الإنفعالية، العائلية، الاجتماعية و المهنية للمرض وللعلاج، و يكون نوع المعلومة المقدّمة مختلف من مريض إلى آخر وفقاً لعوامل عديدة تتعلق بـ السن، المستوى الاجتماعي والثقافي، و خصائص شخصية المريض.

التربية تكون في مستوى ثان بعد الإعلام، و هي تحوي توضيح للمعلومة المتعلقة بالتشخيص، و العلاج المستعمل، آثاره الثانوية و إمكانية التحكم فيها، ضف إلى هذا تدعيم المعلومات المقدمة من طرف الفريق المعالج.

التصبيحة، و هي توع خاص من العلاج النفسي، و التي تستعمل الإصغاء للمريض، و مساعدته على التعبير و على فهم ردود فعله و الصعوبات التي تصادفه في مواجهة المرض، و في مواجهة مشاكل الحياة اليومية، و تشجيعه على الانتقال إلى الفعل ليحلّ الشكل المطروح.

العلاج النفسي المعرفي، و يعتمد عليه مع مرضى السرطان لامتيازها بالفعالية في مدّة قصيرة، و تعتمد على تعليم المريض تحديد تصوّراته العقلية، و مراقبة أفكاره التلقائية السلبية، و مساعدته على تغيير مخطّطات التفكير بوضع استراتيجيات جديدة للتكيف، و يكون هذا النوع من العلاج ذو فائدة بالغة الأهمية في حالات مواقف خاصّة و مستعدية للقلق، كالألم الذي لا يمكن التحكم فيه بالعلاجات الدوائية.

(D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,PP 114-115)

3- التناول السلوكي: و يرتكز على الأعراض التي يأتي بها المريض، و ذلك انطلاقا من المبدأ أنّ بعض الأعراض أو السلوكيات يمكن أن تكون نتاج لاستجابات غير متوافقة، و تمّ تطوير تقنيات تماثلي و القلق المصاحب لمرضى السرطان خلال مختلف مراحل المرض، و هذا لتحسين نوعية الحياة. من بين التقنيات المستعملة في هذا التناول نجد الإسترخاء، حيث يتمّ استعمال تقنية التدريب على الإسترخاء العضلي لـ (JACOBSON 1974)، و الطرق المعتمدة على التركيز الذاتي و التنويم الذاتي لـ (SCHULTZ 1959)، بالإضافة إلى التصوّر الذهني، حلم اليقظة، bio feed back، فرط الحساسية المنتظم، و التي يمكن استعمالها مع التقنيتين المذكورتين سابقا، و يهدف من خلال تطبيق هذه التقنيات إلى التحكم في أعراض القلق.

(D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,P 117)

فمثلا إشراك تقنية الإسترخاء العضلي التدريجي مع التصوّر الذهني الموجّه، و التي جاء بها Carl SIMONTON، أظهرت إمكانية الوقاية و الحدّ من الغثيان و التقيؤ المصاحب للدواء، ضف إلى التخفيف من شدّة القلق. (BURISH et all, 1987)

العلاج الجماعي:

تسمح بمنع المريض من الإنطواء على ذاته و الإنعزال، و ذلك من خلال تطوير اللاتصال و تقاسم الخبرات، فالجماعة تخفف من الشّعور بالتخلّي (التارك)، تجعل التّعبير عن الإنفعالات أمر ممكن، و الشّعور بالخجل شيء نسبي. فالشّعور بالإنتماء إلى مجموعة يمكن أن يعطي للمشاركين نظرة جديدة لذواتهم، و مثله مثل العلاج الفردي، فإنّ العلاج الجماعي يكون حسب تناولين أساسيين: الإنفعالي (ويعتمد على تبادل الخبرات المعاشة من طرف المشاركين، هذا التبادل يسمح للمرضى بتحديد بصفة جيّدة احتياجاتهم)، معرفي -سلوكي (هدفها مساعدة المشاركين، على التعامل مع تصوراتهم حول واقع مرض السرطان، العلاجات و تداخلاتها النفس - إجتماعية) (D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,PP 119-122)

العلاج العائلي:

و يظهر من خلال التناولين المذكورين سابقا (الإنفعالي و المعرفي-السلوكي)، وهناك وجه نشابه كبير بين التقنيات المستخدمة هذا النوع من العلاج و التقنيات المستعملة في العلاج الجماعي، والإختلاف يمكن فقط في أنّ الأفراد المكوّنين للجماعات العلاجية هم من نفس العائلية، و العامل المشترك بينهم ليس الإصابة المرضية، وإنّما الفرد المريض،

وقد ذكرنا SARGENT (1983)، ستة أنواع من العلاج العائلي:

- البنائي: يهدف إلى إعادة تنظيم بنية العائلة.
- الإستراتيجي: يهدف إلى حلّ المشاكل من خلال تحطيم الحلقة المفرغة، التي يمكن أن تحافظ و تعزّز على سلوك عرضي.
- وجودي: يركز على النمو الفردي و العائلي من خلال تجربة مشتركة.
- إتصالي: هدفه تشجيع الإتصال الواضح و المباشر.
- سيكودينامي: وهدفه حل الصراعات العائلية السابقة.

(D.RAZAVI et N.DELVAUX, 2000,P124)

التربية العلاجية في مصلحة أمراض السرطان:

تعرف المنظمة العالمية للصحة، التربية العلاجية بأنها: هي عملية تربية تهدف إلى مساعدة المرضى على اكتساب أو الحفاظ بالمهارات التي يحتاجونها من أجل

التسيير الجيد لحياتهم بعد إصابتهم بالمرض.

(Florence ambrosino, 2012, p 06)

و باعتبار مرض السرطان مرضا مزمنًا، يتطلب علاج معقد، و نظام رعاية يستدعي تدخل متعدد الإختصاصات، ما جعل الأخصائيين يعملون على إشراك المرضى و أقاربهم في العلاج، خصوصا فيما يتعلق بالرعاية في المنزل، ولهذا أدخلوا التربية العلاجية في مصلحة امراض السرطان، و التي لها مهمة أساسية و المتمثلة في جعل المريض يشارك المعالج في الرعاية و العلاج، و ذلك من خلال مساعدته على اكتساب المهارات اللازمة من أجل استقصاء حاجاته الخاصة، فظهور اضطراب القلق ينخفض باكتساب المريض لمهارات فردية تساعده على مواجهة وضيعات المرض، هذا لأنه أصبح قادرا على تحديد الآثار الثانوية مع القدرة على مراقبتها و التحكم بها. وهذا ما يؤدي إلى انخفاض عدد الإستشفاءات، و عدم الإفراط في أخذ الجرعات الدوائية المهدئة.

و من هنا يمكننا تلخيص أهداف التربية العلاجية في مصلحة أمراض السرطان، من خلال النقاط التالية:

- ✓ مساعدة المريض على اكتساب المعرفة و الفهم الجيد لمرضه.
- ✓ مساعدته على التكيف مع سيرورة المرض، و كل التغييرات الناتجة عنه.
- ✓ تشجيع استقلالته و رفاهيته.
- ✓ تحسين الإلتزام.

تعتبر التربية العلاجية مع مرضى السرطان، عملية استمرارية عبر مختلف مراحل الرعاية، فثناء العلاج، نساعد المريض على تسيير التغييرات الجسدية الناتجة عن العلاج الإشعاعي، أو الكيميائي، تسيير الألم، و التعب، كيفية التعامل مع المفرغة الإصطناعية،... بالإضافة إلى تعلم أخذ القرار المناسب في وضيعات الخطر، تسيير صعوبات مرحلة إعادة التأهيل كالألم، تغييرات حركة أو وظيفة جزء من أعضاء الجسم، التعب، الصعوبات الجنسية. و تتم عملية التربية العلاجية في مصلحة امراض السرطان من خلال طريقتين، فردية، وجماعية، و نقصد بهذه الأخيرة المجموعات النفس-تربوية و التي تهدف إلى جمع عدد من المرضى (من 3 إلى 10)، من أجل السماح لهم بالتبادل فيما بينهم كل مي يتعلق بالمرض و العلاج، و ذلك من خلال مناقشات مؤطرة من طرف منشطين مستعملين تقنيات معرفية سلوكية،

ويتمحور هذا النوع من التدخل الجماعي، على ثلاث مجالات مترابطة فيما بينها: المعلوماتية، التعلم، والسند الإنفعالي. و خلالها تتم العملية التربوية على مستويات مختلفة داخل المجموعة:

- تبادل الخبرات والتجارب المعاشة بين المشاركين.
- تقديم السند المعلوماتي، البناء المعرفي، وإدخال تقنيات تسيير القلق، وهنا يكون العمل بين المنشطين والمشاركين.

فالتربية العلاجية الجماعية مع مرضى السرطان، تعتمد أساسا على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، وهذا حتى يتمكن المريض من تسيير القلق، و مواجهة الضغوط التي يصادفها أثناء فترات العلاج الطويلة، و لتفادي تفاقم اضطراب القلق و الإكتئاب لدى هؤلاء المرضى، بعد الإعلان عن التشخيص، أو الإكتاسة، كما لها دور في رفع مستوى السند الاجتماعي. فهي تجلب للمريض موارد سند خاصة، كما يمكن كل مريض مشارك مقارنة تجربته بتجارب المرضى الآخرين، و محاولة إيجاد حلول للمشاكل المشتركة، رفع من مستوى تقدي الذات بمساعدة الآخرين. و يكون التقارب الجماعي أكثر فعالية، إذا ما كانت المجموعة متجانسة، ضف إلى هذا التربية العلاجية يكون لها تأثير إيجابي على نوعية الحياة، و الألم، و لكن ليس بالضرورة على باقي الأعراض الجسمية، إلا في حالة ما إذا ادخلنا تقنيات الإسترخاء في التطبيق.

1- الإشكالية:

يشهد العالم اليوم ارتفاعا متزايدا لمرضى السرطان عموما، و للمصابات بسرطان الثدي على وجه الخصوص، فتشير أرقام المنظمة العالمية للصحة سنة 2009، إلى 88,9 من أجل كل 100,000 حالة جديدة، ما يقابله في الجزائر العاصمة 84 من أجل 100,000 حالة جديدة، أي ما يعادل 1300 حالة. (HAMMOUDA, 2009, P 03)

هذا الإرتفاع أصبح يشكل عبئا ثقيلا على الدول، و على المختصين في مجال التكفل بمرضى السرطان، إذا أصبحوا يوفرون حاليا كل الوسائل اللازمة من أجل الوقاية، الكشف المبكر، الكفالة الطبية و النفسية الجيدة.

فمصطلح السرطان حسب المنظمة العالمية للصحة، يدل على التكاثر الخبيث الذاتي والعشوائي للخلايا ويؤدي إلى تشكيل الأورام التي يمكن أن تغزو الأعضاء القريبة أو البعيدة محطمة الأنسجة السليمة. (OMS, 2007, P 37)

و بالتالي سرطان الثدي هو تكاثر العشوائي، و السريع للخلايا على مستوى الثدي، و يمكن تنتقل الأورام إلى أعضاء أخرى ذان نفس الطبيعة النسيجية للثدي، و هنا تضيف LEMAIRE.V و آخرون، أن سرطان الثدي هو " سرطان يصيب الغدة الثديية عند المرأة، يكون غالبا على شكل Adenocarcinome أو ما يسمى بسرطان النسيج الغددي، و أحيانا على شكل Sarcome و الذي يصيب النسيج الضام".
(LEMAIRE.V et al, 2002, P 837)

و كما للسرطان تأثيرات على الجانب الجسدي، من حيث انخفاض الوزن الضعف، الألم، و غيرها، نجد له تعقيدات على الجانب النفسي و خصوصا المشكلات التكيفية، و هذا لكونه مرضا مزمنًا تدوم آثاره لفترة طويلة، ما قد يولد العديد من الإستجابات النفسية، على رأسها القلق و الإكتئاب، و سواء كان هذا الأخير طويل المدى، أو على فترات متقطعة، إلا أنه يُعدّ من أكثر الصعوبات الناجمة عن مرض السرطان، و يكون له آثارا سلبية على الصحة الجسمية، بما فيها تفاقم المرض، دون نسيان تدهور نوعية الحياة.
(شيلي تيلور، 2008، ص 821)

و قد جاءت العديد من الدراسات التي اثبتت وجود علاقة بين الإكتئاب و تفاقم المرض، فنجد من بينها دراسة KIECOLT، سنة 1999 و التي أجراها من اجل التعرف على تأثير العوامل النفسية، كالضغوط في ظهور سرطان الرئة، حيث أظهرت النتائج أن جهاز المناعة لدى المصابين بالسرطان، و الذين يعانون من اكتئاب شديد، لا يمكنه أن يجدد الحمض النووي (ADN) التالف إثر التعرض للأشعة السينية، أو الضغط المزمن، أو كبت الغضب، أثناء حالة اكتئاب، ما يؤدي إلى انخفاض نشاط الخلايا القاتلة (NK)، و التي تقوم بالدفاع عن العضوية ضد تطوير فوضى خلوية.
(KIECOLT.J.K et al, 1999, PP 271-272)

و حسب كل من RAZAVI و DELVAUX سنة 2008، فإن سرطان الثدي يؤدي إلى تدهور نوعية الحياة من حيث أبعادها الثلاث: البعد الجسدي، النفسي، والاجتماعي، إذ ان المضاعفات الجسمية المرتبطة بالعلاج المستعمل (كالعلاج الكيميائي)، و المتمثلة في الغثيان، الألم، و التعب الذي يحد من ممارسة النشاطات اليومية، أما الصعوبات النفسية، و التي نجد منها: القلق، التوتر، الخوف، و الإكتئاب، فإنها تظهر خلال مختلف مراحل المرض، و أضافا أن سرطان الثدي، يغير حتى من طبيعة العلاقات الاجتماعية، و يؤدي إلى إعادة توزيع الأدوار داخل

العائلة، حيث أنع حتى العائلة تعايش المرض بطريقة سيئة و تجد صعوبة في بادئ الأمر في تقبل المرض و لما يحدثه من تغييرات على سلوكيات المريض و تصرفاته.
(MIKOLACZAK.M, 2013, P88)

إن الخاصية الإزمانية التي أصبحت تصبغ مرض السرطان، و العلاجات المستعملة أدت إلى تدهور نوعي الحياة، ما جعل الباحثين يعملون جاهدا على هذا المفهوم، من خلال العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين مرض السرطان بمختلف تأثيراته الجسمية، و النفسية. و بين تدهور نوعية حياة المرضى، ما أدى إلى بناء مقاييس خاصة بنوعية حياة مرضى السرطان، حيث أن القياس يسمح للمعالج بتقييم الحاجات المدركة للمريض، بغية تعزيز إعادة إدماجه في الأسرة، المجتمع والعمل. (RISPALE, 2008, P67)

فالأضطرابات النفسية المصاحبة لسرطان الثدي، وتدهور نوعية الحياة خلال فترات العلاج، و حتى خلال المراقبة و التماثل للشفاء، جعلت مختصي الرعاية يهتمون بالجانب النفسي، و كيفية التكفل به، ما أدى إلى ظهور تخصص حديث ألا وهو "السيكوأنكولوجيا" (علم نفس السرطان)، و الذي كانت بدايته في سنوات السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية، لينتقل في بداية التسعينات إلى الدول الأوروبية على رأسها فرنسا، و في نهاية التسعينات بالجزائر. (FETTOUCHI OUKKAL.Z, 2014, P 16)

و يمكن تلخيص مجال تدخلها في: الميدان العلاجي و العيادي على وجه الخصوص، فالإهتمام الأول للأخصائيين النفسيين في هذا المجال يخص المرضى وأقاربهم، مع وجود مشاركات عديدة للتعرف بهذا التخصص من خلال المؤتمرات و اللقاءات العلمية و الطبية. إضافة إلى توضيح أهمية المختص النفسي في مصلحة امراض السرطان، عند تقديم الدروس للأطباء المقيمين.

هذا التخصص يهتم بالجانب النفسي لمرضى السرطان، و هذا من خلال العديد من التدخلات النفسية (الفردية و الجماعية)، و حسب أسس نظرية مختلفة (دينامية، سلوكية-معرفية، و نسقية)، و هذا يهدف مساعدة أفضل لكل الأفراد المعنيين - المريض، العائلة، المعالجين - لمواجهة الحدث "السرطان"، الظاهرة "الموت" و "القلق"، اللذان يرتبطان به.

(RAZAVI.D et DELVAUX.N, 2002, P 110)

و يعتبر كل من السند، الإعلام، و التربية من التدخلات في السيكو انكولوجيا، والتي أثبتت فعاليتها في الميدان، فالتربية تسمح بتحكم افضل للمريض في مستقبله القريب (التحكم في الألم، الآثار الثانوية للعلاج، تأثير الإصابة السرطانية على كل من الجانب العائلي، و المهني)، فهي تهدف إلى جعل المريض أكثر استقلالية.

(RAZAVI.D et DELVAUX.N, 2002, P 86)

فالتربية العلاجية فردية كانت أم جماعية، تعمل على تحسين الإلتزام، و اللائمة العلاجية، و نوعية الحياة من خلال تحسين المهارات التكيفية اللازمة، و التخفيف من حدة أعراض القلق و الإكتئاب، و قد جاءت دراسة لكل من ALLISON.P و EDGAR.L، و التي تم خلالها استعمال برنامج Nuicare للتربية العلاجية، و أثبتا ان هذا البرنامج ساهم في الوظائف الجسمية و الإجتماعية للمرضى، بالإضافة إلى تحسن نوعية الحياة عامة، حيث لاحظت الباحثة انخفاضا في التعب، اضطرابات النوم، و أعراض الإكتئاب.

(FOUCAUD.J, 2010, P271)

بالإضافة إلى التربية العلاجية الفردية نجد التطبيقات الجماعية، أين نجد تجربة الطبيب DOLBEAULT، سنة 2007، أين طبق التربية العلاجية الجماعية على مريضات سرطان الثدي، و توصل إلى أن هذه المجموعات النفس تربوية، تشجع التبادل الخبراتي بين المريضات، ما يؤدي إلى خروجهن من العزلة و التهميش، كما انها تساعد على تنمية علاقاتهن مع المعالجين. (DOLBEAULT.S, 2007, P29)

و انطلاقا من هذه الدراسات، سنحاول الكشف عن تأثير التربية العلاجية على مريضات السرطان، و بالتحديد تأثير المجموعات النفس-تربوية على مريضات سرطان الثدي، و هي كتجربة أولى من نوعها في مصالحي أمراض السرطان بالجزائر، تهدف إلى مساعدة المريضات على اكتساب المهارات التكيفية اللازمة للتعايش مع المرض على المدى البعيد.

و في ضوء كل ما سبق، تم تلخيص إشكالية الدراسة في التساؤل التالي:

هل تساهم التربية العلاجية الجماعية في تحسين نوعية حياة مريضات

سرطان الثدي؟

• هل تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض القلق لدى

مريضات سرطان الثدي؟

• هل تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي؟

2- الفرضيات:

• تساهم التربية العلاجية الجماعية في تحسين نوعية حياة مريضات سرطان الثدي.

• تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض القلق لدى مريضات سرطان الثدي.

• تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي.

3- منهج البحث:

التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد: هذا التصميم يهتم بسلوك الفرد لذلك فهو لا يحتوي على مقارنات بين المجموعات، فبدلاً من مقارنة معدل أداء الأفراد الذين يتعرضون للعلاج بمعدل الأفراد الذين لا يتعرضون للعلاج، فإن هذا التصميم يقارن أداء الفرد نفسه تحت ظروف العلاج وبدون علاج، على أن يتم قياس المتغيرات التابعة بصورة مستمرة و متكررة قبل العلاج، و أثناء العلاج وبعده، ليقدم صورة واضحة لمسار التغيرات في المتغيرات التابعة. (زناد دليلة، 1993، ص 134)

ويقوم البحث الحالي على التصميم الشبه الجريبي AB، و هو من ابسط التصاميم، و يعتمد على القياس القبلي و البعدي لمجموعة واحدة.

4- الدراسة الإستطلاعية:

تمت الدراسة الإستطلاعية بمصلحة أمراض السرطان على مستوى المستشفى المركزي للجيش "محمد صغير النقاش"، و ذلك انطلاقاً من الملاحظة الميدانية والممارسة في هذه المصلحة كأخصائية نفسانية عيادية لمدة قاربت 6 سنوات، حيث كانت لنا فرصة الإتصال مع مرضى السرطان، و أقربائهم، و حتى الفريق الطبي والشبه الطبي، الشيء الذي جعلنا نلاحظ عن قرب سلوك المرضى، و نجمع عنهم معلومات لا بأس بها، تتعلق ردود فعلهم اتجاه المرض و العلاج المستعمل، حيث استخلصنا مع مرور الوقت إلى ان مرضى السرطان يتميزون بنوعية حياة متدهورة، مع ظهور أعراض للقلق و الإكتئاب غالباً.

و في مستوى ثان، ارتكز انتباهنا على مريضات سرطان الثدي، و قد هدفت الدراسة الإستطلاعية، على:

- اختيار نوع الإصابة السرطانية من حيث المرحلة و الموقع. و وقع اختيارنا على سرطان الثدي، في مراحل الأولى.

- التعرف على أدوات القياس الأكثر صلاحية في الكشف عن مستوى نوعية الحياة و شدة أعراض القلق و الإكتئاب.

- اختيار مريضات لديهن أعراض القلق و الإكتئاب، مع تدهور في نوعية الحياة

و قد قامت الدراسة الإستطلاعية على 10 حالات تعرضت لجوانب الممارسة العيادية الثلاثة: التشخيص، العلاج و التقويم. حيث خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- إن الإنعكاسات الأساسية لمرض سرطان الثدي تتمثل في القلق و الإكتئاب.

- تتميز مريضات سرطان الثدي بنوعية حياة متدهورة.

- إن مقياس القلق و الإكتئاب في المستشفى Snaith J HADS، و مقياس نوعية الحياة EORTC QLQ-C30 العام، بالإضافة إلى المقياس الثانوي الخاص بسرطان الثدي EORTC BR-23 J Aaronson، هي أفضل الوسائل المستعملة في الكشف عن أعراض القلق و الإكتئاب، و التعرف على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

5- مكان إجراء البحث:

تم إجراء البحث بالمستشفى المركزي للجيش "محمد صغير النقاش"، بعين النعجة، و الواقع بالجزائر العاصمة، يحوي هذا المستشفى العديد من المصالح، و من بينها نجد مصلحة أمراض السرطان، أين تم إجراء بحثنا الميداني.

تتكون هذه المصلحة من قسمين:

- مصلحة الإستشفاء Oncologie medicale: تتواجد المصلحة في الطابق الرابع من النواة 2، و هو يتكون من أربع و عشرين (24) سريرا، مقسمة على عشر (10) غرف ذات سريرين، و أربعة (04) ذات سرير واحد. هذه المصلحة ذات علاقة

بالمصالح الأخرى: كمصلحة العلاج بالأشعة، مصلحة المخبر المركزي، مصلحة الأشعة، وغيرها.

- المستشفى اليومي Hopital du jour d'oncologie (HD): يستقبل المرضى القاطنين بالجزائر العاصمة و ضواحيها، حيث يتم تلقيهم للعلاج الكيميائي خلال النهار فقط. وهي تحوي على إثنا عشرة (12) سريرا موزعة على ستة (06) غرف، وقد تم اختيار عينة البحث على هذا مستوى هذا القسم من المصلحة، وهذا من أجل السير الحسن لبرنامج التربية العلاجية المطبق.

و قد تم تطبيق برنامج التربية العلاجية الجماعي في "مكتب الفحص النفسي"، و هو مكتب تابع للرئاسة الطبية، يتواجد في الطابق الأرضي، من النواة 2، وبالتحديد في مصلحة استكشاف أمراض الأذن، الأنف و الحنجرة.

6- مجموعة البحث و خصائصها:

تتكون عينة البحث من 5 نساء، مصابات بسرطان الثدي في مراحل الأولى، أي عدم وجود أورام ثانوية، تتراوح أعمارهن بين 40-55 سنة، جميعهن من المتعلمات، حيث أن مستواه الدراسي بين الثانوي و الجامعي، مع وجود امرأة واحدة فقط عاملة.

و قد تم اختيار عينة البحث بطريقة مقصودة، وفقا للمعايير التالية:

- أن تكون النسوة مصابات بمرض سرطان الثدي، مع عدم وجود أورام ثانوية، وقد تعرضن لاستئصال الثدي، و يتلقين العلاج الكيميائي. و قد تم اختيار سرطان الثدي لأنه غالبا يكون عند سيدات في مقتبل العمر، و لتواجد العديد من الحالات، و حتى نضمن تجانس العينة من حيث السن، و الجنس.

- العدد: عدد الحالات كان مرتبطا بظروف عديدة، كرجبة المريضات في المشاركة و التي تعتبر أمر جد مهم من أجل السير الحسن و التفاعل بين المريضات، حيث تم اختيار المشاركات في برنامج التربية العلاجية بعد دراسة ملفاتهم الطبية، هذا من جهة، و من جهة أخرى استقبلهن في مقابلات عيادية فردية، من أجل ضبط كل المعايير المذكورة، بما فيها درجة القلق، الإكتئاب، و مستوى نوعية الحياة، أي بعد تطبيق المقاييس المستعملة في البحث، دون نسيان مدى قدرة كل فرد على التفاعل و الإتصال داخل المجموعة. ضف إلى عدم توفر مكان يتسع لعدد أكبر من المريضات، و لضيق الوقت لم يكن من الممكن العمل على أكثر مجموعة.

- الحالة المدنية: متزوجات، وأمّهات لأطفال.
- المنطقة الجغرافية: أفراد العينة من مختلف مناطق الوطن، رغم تواجدهن حاليا في الجزائر العاصمة وضواحيها، وهذا بسبب تبعيتهم للمستشفى المركزي للجيش.
- المستوى المهني، لإقتصادي، و الاجتماعي تركناه مفتوح، أما المستوى التعليمي: يشترط عند المريضات أن يكون لديهن مستوى تعليمي معين، حتى تستطعن ملاً استبيانات البحث، و حتى تشاركن في عملية التربية العلاجية.
- 7- إجراءات البحث و استراتيجيات التشخيص و العلاج و التقييم:
اعتمدنا في دراستنا هذه على تطبيق برنامج جماعي للتربية العلاجية، ولهذا عملنا على أربعة مراحل:
- الأولى: البحث مع أطباء المصلحة، و دراسة الملفات الطبية، حتى نتمكن من ضبط العينة من حيث، نوع و مرحلة المرض.
- الثانية: تتمثل في المقابلة الفردية من أجل ضبط العينة النهائية، من خلال الملاحظة و تطبيق المقاييس المستعملة في الدراسة، أي القياس القبلي. وتم ذلك حسب ما يلي:
- المقابلة الألى: و هي مقابلة حرة، في شقها الأول تهدف إلى التعارف بين الباحثة و المبحوثات، أين تقدّم نفسها لهن موضحة دورها الهادف إلى مساعدتهن على معايشة المرض و العلاج بطريقة أفضل. كسب ثقة المبحوثات و إقامة علاقة ودية و وثيقة معهن. أما في شقها الثاني، فاعتمدنا على دليل المقابلة النصف موجهة (انظر الملحق) و هذا حتى نتعرّف عن قرب عن السوابق المرضية النفسية و العضوية، هذا من جهة، و من جهة أخرى وجهة نظر المبحوثات حول حالتهن المرضية. بالإضافة إلى التعرّف على مدى أهمية العلاقات الاجتماعية في حياتهن، من أجل تقييم مدى إمكانية دخولهن ضمن مجموعة علاجية. و هذا ما جعل الباحثة تقوم بتصفية ثانية لعينة البحث.
- المقابلة الثانية: قامت الباحثة خلالها بتطبيق مقاييس الدراسة، و المتمثلة في مقياس القلق و الإكتئاب في المستشفى، و مقياسي نوعية الحياة العام، و الثانوي الخاص بالثدي. بتقوم أخيرا بتحديد العينة المتكوّنة من خمسة مريضات بسرطان

الثدي، و اللاتي يعانين من أعراض القلق، الإكتئاب، و تدهور في نوعية الحياة، ثم قامت بالإتصال بهن هاتفياً، من اجل دعوتهم إلى مقابلة فردية أخيرة، لتقديم نتائج المقاييس، و تحديد موعد لبدء حصص التربية العلاجية.

- الثالثة: البدء في البرنامج التربوي العلاجي، المتكوّن من 8 حصص، و الذي دام لمدة شهرين، بمعدّل حصّة واحدة أسبوعياً، حيث كانت البحثة تستقبل المبحوثات الخمسة، في مكتب الفحص النفسي، كل مساء يوم إثنين إبتداء من الساعة الواحدة و النصف زوالاً، و كانت مدة كل حصّة ساعتين. و تمثل محتوى البرنامج فيمايلي:

- تقنية العصف الذهني.
- نموذج الأعمدة الخمس لباك.
- تقنية إعادة البناء المعرفي.
- تقنية تأكيد الذات
- تقنيات الإسترخاء (التنفس، الإسترخاء العضلي، التصور: تقنية المكان الآمن)

و كانت كل حصّة تنتهي بطلب الباحثة من المشاركات بالقيام نشاط منزلي يأتي به في الحصّة الموالية.

- الرابعة: إعادة تطبيق المقاييس في مقابلة فردية، أو ما يسمى بالقياس البعدي، و كان بعد 20 يوما من الإنتهاء من تطبيق البرنامج التربوي العلاجي. و معاودة استقبال المبحوثات في مقابلة فردية من اجل إعلامهن بنتائج القياس

8- عرض النتائج و مناقشتها:

قد أثبتت مختلف الدراسات المرتبطة بمرضى السرطان، أهمية العلاقة الموجودة بين الصحة الجسمية و النفسية، حيث أن الإصابة بمرض السرطان، ستؤثر بشكل واضح على سلوك و نفسية المصاب، و هذا ما نجده من خلال دراسات عديدة، كدراسة RAZAVI و DELVAUX سنة 2008، التي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة بين سرطان الثدي و تدهور نوعية الحياة.

(MIKOLACZAK.M, 2013, P88)

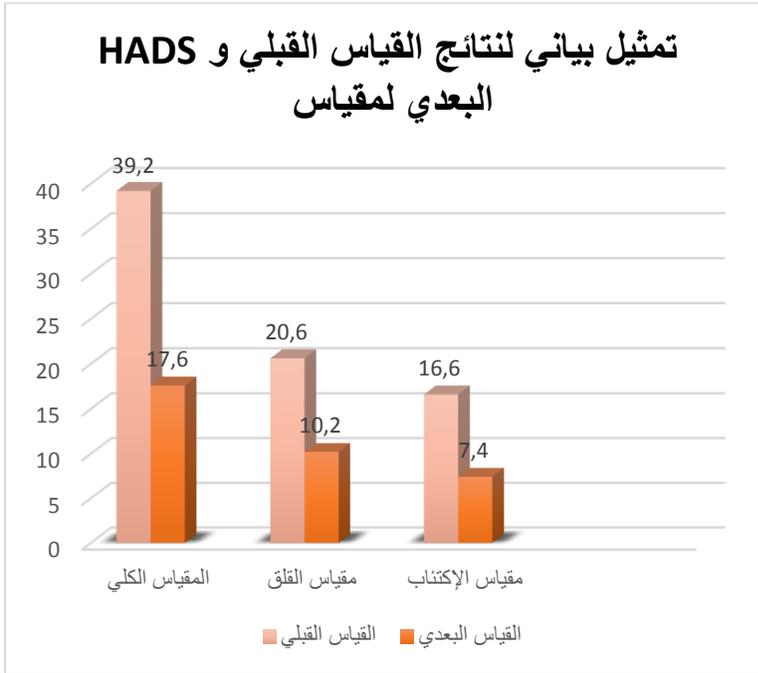
و هذا ما أكدته نتائج بحثنا من خلال التقييم الأولي للمبحوثات، و التي أظهرت ان نوعية حياتهن تمتاز بالتدهور وفقا لمقياس نوعية الحياة العام (QLQ C-30)

والمقياس الثانوي لنوعية الخاص بسرطان الثدي (QLQ BR-23)، حيث ان النتائج الخاصة بالمقياس العام للحالة الصحية كانت تتراوح ما بين (0 و 25) درجة و التي تعتبر نسبة منخفضة بما ان نوعية الحياة الجيدة حسب هذين المقياسين، تكون كلما اقتربنا من درجة (100)، كما أن مقياس الأعراض كان مرتفعا إلى درجة (100) في كل من الأرق، الألم، التعب، الإسهال و تساقط الشعر، هذا ما يفسر انخفاض نوعية الحياة المتعلقة بمقياس الصورة الجسدية من جهة، و بالأداء الجنسي والمتعة الجنسية من جهة أخرى، و التي لم تتجاوز درجاتهم (16,66) في أغلب الحالات، و من جانب آخر نجد مقياس الحالة الوظيفية، أين سجلنا نسب جد منخفضة في جميع جوانبه. بما فيها المقياس الخاص بقياس البعد الإنفعالي، و الذي لم تتجاوز درجته (33,33)، و جاءت نتائج مقياس القلق و الإكتئاب مؤكدة لهذا لدرجة البعد الإنفعالي، حيث سجلنا عند كل المبحوثات درجات عالية تعبر عن وجود مؤكد لأعراض القلق و الإكتئاب، و التي قدرت ما بين (32 و 40) درجة بالنسبة للمقياس الكلي، و هذا ما أثبتته الدراسات التي قامت بها national comprehensive cancer network أو ما يسمى بـ (NCCN)، حيث خلصت في عام 2013 إلى نشر نسخة أولى خاصة بالمبادئ التوجيهية للممارسة العيادية في أمراض السرطان، و التي من خلالها اعترفت بالقلق و الإكتئاب كاضطرابات نفسية مهيمنة على حياة الأفراد المصابين بالسرطان، و اقترحت طرق تشخيصية و علاجية، لتشير إلى أهمية الإستشارة النفسية، و التربية العلاجية في العناية بمرضى السرطان. (NCCN, 2013, P 02-05)

و بعد القيام بالتقييم الأولي من اجل تحديد عينة البحث و القيام بالتشخيص التربوي تم اختيار برنامج جماعي للتربية العلاجية، لاختبار فعاليته بالنسبة للحالات المدروسة، حيث انه أعد أساسا للتخفيف من أعراض القلق، الإكتئاب، و تحسين نوعية الحياة حسب ما جاء في دراسة لـ DOLBEAULT، سنة 2007، أين طبق التربية العلاجية الجماعية على مريضات سرطان الثدي، و توصل إلى أن هذه المجموعات النفس تربوية، تشجع التبادل الخبراتي بين المريضات، ما يؤدي إلى خروجهن من العزلة و التهميش، كما انها تساعد على تنمية علاقاتهن مع المعالجين. (DOLBEAULT.S, 2007, P29)

و دراسة أقيمت بالمستشفيات الفرنسية، سنة 2005، حيث قامت S. CAYROU و آخرون، خلال 3 سنوات بتكوين 20 مجموعة علاجية (ما يقارب 203 مريضة) بـ 3

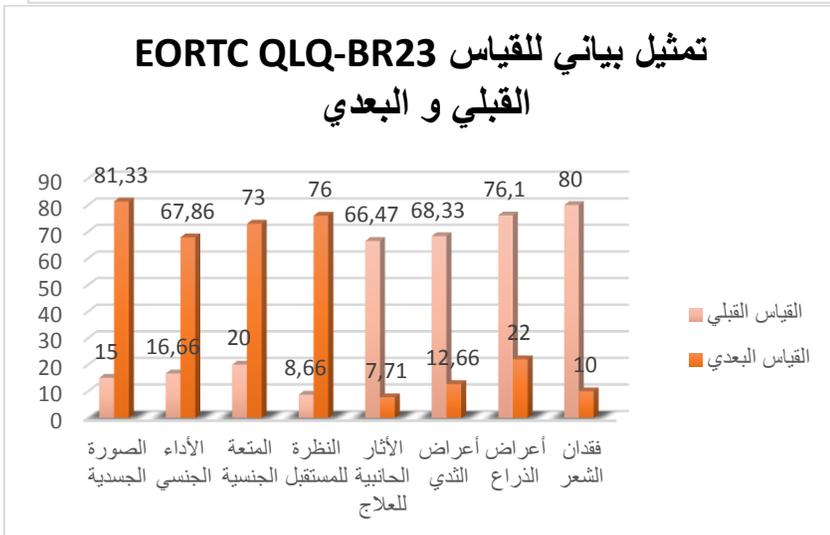
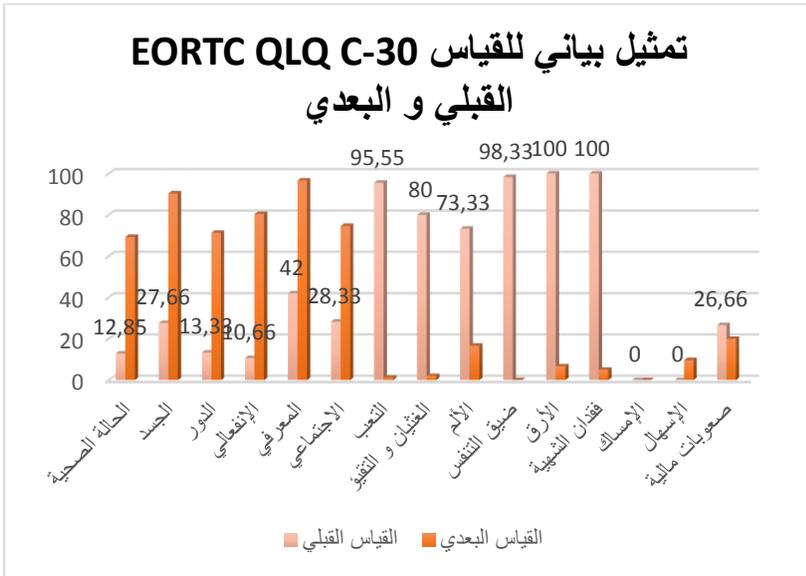
مراكز متخصصة في علاج السرطان بفرنسا، و قد قام بتنشيط هذه الحصص العلاجية من قبل أخصائيين نفسانيين و أطباء عقليين تلقوا تكويننا في العلاجات المعرفية السلوكية، تنشيط الجماعة، و في علم نفس السرطان la psycho-oncologie، و هو برنامج امتد على مدى شهرين، بمعدل حصة أسبوعيا(العدد الإجمالي للحصص 8)، و ذلك بالقيام بقياس قبلي و بعدي، للمقاييس المستعملة. (S. CAYROU et all, 2005, p 15)



تظهر النتائج ان البرنامج المطبق على مريضات سرطان الثدي، قد أبدى فعاليته، في التخفيف من شدة اعراض القلق و الإكتئاب عموما، فقد قدر متوسط درجة المقياس الكلي للقلق و الإكتئاب ب (39,2)، و هي درجة تعبر على وجود مؤكد لأعراض القلق و الإكتئاب، و بعد تطبيق البرنامج، انخفضت هذه الدرجة إلى (17,6) و هي تدل على وجود غير مؤكد لأعراض القلق و الإكتئاب، بالإضافة إلى تحسن ملحوظ في الدرجات العامة لكل من درجات مقياسي القلق، و الإكتئاب. و تجدر بنا الإشارة إلى انه يمكن ان تتدخل عوامل أخرى تساهم في وجود أعراض القلق و/أو الإكتئاب، و المتمثلة في سمات الشخصية، و التجارب الخبرانية.

و عموماً، يمكننا أن القول أن فرضيتي البحث الجزئيتين قد تحققتا، و التي مفادها:

- تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض القلق لدى مريضات سرطان الثدي.
- تساهم التربية العلاجية الجماعية في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي.



تظهر النتائج الدور الفعال للبرنامج المطبق، على نوعية حياة مريضات سرطان الثدي، فنلاحظ درجة المقياس العام و الشامل للصحة العامة قدر متوسط درجته مساوي ل (12,85)، بينما قدر في القياس البعدي ب (69,28)، و نلاحظ ارتفاعا في متوسط درجات المقاييس الوظيفية، حيث ان الوظيفة الجسدية قدر متوسط قياسها القبلي ب (27,66)، و ارتفع بعد تطبيق التربية العلاجية الجماعية إلى (90,4)، كما أن البعد الإنفعالي، و الذي يعبر عن الحالة النفسية للمريضات قدر متوسطه ب (10,66)، و في القياس البعدي قدر ب (80,40)، و نفس الشيء لباقي الأبعاد حيث اننا نلاحظ إرتفاعا محسوسا في درجاتها، في القياس البعدي، قدر ب (71,33)، 96,66، و (74,66) لكل من الأبعاد التالية (الدور، المعرفي، الاجتماعي). بالنسبة للمقياس العام لنوعية الحياة EORTC QLQ-C30

كما تجدر بنا الإشارة على أهمية التغيرات الحادثة في درجات مقياس الصورة الجسدية، حيث قدر متوسط القياس القبلي ب (15)، و القياس البعدي ب (81,33)، بالنسبة للمقياس الثانوي لنوعية الحياة الخاص بسرطان الثدي EORTC QLQ-BR23

و بهذا تكون قد تحققت فرضية البحث التي مفادها: «تساهم التربية العلاجية الجماعية في تحسين نوعية حياة مريضات سرطان الثدي»
من النتائج المعروضة يبدو أن البرنامج المتبع أحدث تغييرات إيجابية في سلوك أغلب المشاركات، ما ساعدهن على التكيف الأفضل مع طبيعة المرض الإزمانية، وعلاجاته الثقيلة، حيث توصلن إلى تصحيح أفكارهن الخاطئة، و استبدالها بأفكار منطقية جديدة، كما ساهم في إكسابهن مهارات إجتماعية جديدة، أخرجتهن من العزلة و الإنطواء، و جعلتهن أكثر إقبالا على الحياة، بالإضافة إلى تحسين نوعية الإتصال طبيب-مريض، و التي كانت في غالب الأحيان يشوبها الكثير من المشاكل و سوء الفهم.

خاتمة:

خلصت نتائج البحث إلى أن التربية العلاجية الجماعية تساهم في التحسين من نوعية الحياة، و التخفيف من شدة أعراض القلق و الإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي. و بهذا تفتح أفقا جديدة للممارسة النفسية في مصالحي أمراض السرطان بالجزائر، حيث أظهرت الدراسة الدور الفعال للمختص النفسي في مصلحة أمراض السرطان، بعمله ضمن فريق متعدد التخصصات من أجل ضمان أفضل تكفل

بالمريض، و للوصول إلى الهدف الأساسي لطب السرطان، و المتمثل في ضمان أفضل نوعية حياة.

و قد فتحت نتائج البحث المجال، للمختصين في علم النفس للقيام ببحوث عيادية، و وضع حدود للعمل الميداني مع مرضى السرطان بالجزائر، حيث أن الإعتراف بفعالية برنامج تربوي نفسي، سيعطي مصداقية لعمل الأخصائي النفسي في مصالغ السرطان بالمراكز و المستشفيات الجزائرية، و بالتالي الإعتراف بعلم نفس السرطاني، كاختصاص قائم بذاته.

و بهذا تكون نتائج البحث الحالي، قد فتحت آفاقا جديدة للقيام ببحوث أخرى:

- تعميم تجربة التربية العلاجية الجماعية على باقي أنواع السرطان، و عند كلا الجنسين.

- اختبار فعالية التربية العلاجية الجماعية، في حل مختلف الإشكاليات المتعلقة بالسرطان، كالإمتثال للتعاليم الطبية، و تقبل المرض.

- ادماج مساعدي مرضى السرطان (أفراد العائلة)، في برامج للتربية العلاجية فردية كانت ام جماعية، و هذا من اجل تحقيق أفضل لأهداف العلاج في مرض السرطان.

المراجع:

1- زناد دليمة، الكفالة النفسية للمعوقين حركيا بتستخدم العلاج النفسي المتمركز حول العميل: علاج كارل روجرز، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2، 1993.

2- شيلي تايلور، علم النفس الصحي، دهر الحامد للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، طرابلس، لبنان، 2008.

3- Brochure par Novartis oncologie: L'observance aux traitements anticancéreux, ebmt, 2011.

4- Cayrou(S) et al, groupes psycho-educationnels pour femmes atteintes de cancer du sein en France :themes et techniques, in journal de therapie comportementale et cognitive,2005.

5- Dolbeault (S), les groupes psycho-educationnels : un models educatif pour les patients atteints du cancer, DELF, Paris, 2007.

- 6- D.Razavi et N.Delvaux : Interventions psycho-oncologique ; la prise en charge du patient cancreux, 2eme edition, masson, paris, 2002.
- 7- D.Razavi et N.Delvaux : La prise en charge medico-psychologique du patient cancreux, masson, paris, 1998.
- 8- Fettouchi Oukkal (Z), l'oncopsychologie : un traitement de support en quete de reconnaissance en Algerie, in la presse medicale, N00, janvier 2014.
- 9- Foucaurd (J), et al, education therapeutique de patient : modeles pratiques et evaluation, ineps, France, 2010.
- 10- F.Kacha: Psychiatrie et psychologie medicale, 2eme edition, alger, 2002.
- 11- H. De la menadiere : le travail psychotherapique du psychologue dans un service de cancerologie ; quel est – il, in eurocancer, john libbey eurtext, 2008.
- 12- Kielcolt (J.K) et al, psychosomatic medicine, vol 61, 1999.
- 13- M-F.Bacqué : Les vérités du cancer Partager l'information, installer la relation, springer, paris 2008.
- 14- Mikolajczak (M), les interventions en psychologie de la sante, Dunod, Paris, 2013.
- 15- N.Delavaux: La formation a la communication de personnel soignant en oncologie ; une strategie de developpement pour la psycho-oncologie en Belgique ; in eurocancer, john libbey eurtext, 2004.
- 16- NCCN, Survivorschip, verion 1.2013
- 17- (OMS), education therapeutique du patient, 1998.
- 18- P.Ben Soussan et É.Dudoit : Les souffrances psychologiques des malades du cancer Comment les reconnaître, comment les traiter ? springer, paris, 2009.
- 19- P. Saltel : soutien psychologique du patient, psycho-oncologie : methode, outils, Unité de psycho-oncologie, centre Léon—Bérard, France, 2008.
- 20- P.Satel et J-L.Terre : Troubles psychiques en cancérologie, edition technique emc. 1992.
- 21- Psycho-oncologie en europe (articles) ; in eurocancer, john libbey eurtext, 2004
- 22- Rispal (E), caner larynges et pharyngo-larynges : evaluation de la qualite de vie des laryngectomises, in recherche de soins infermiers, N 66, 2001.