

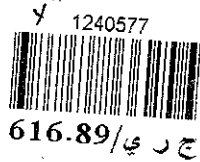
٧٧ هـ ١٤٢٤

52835
55403

الجامعة الإسلامية - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

مكتبة الجامعة الإسلامية - المكتبة - قسم الرسائل الجامعية

الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات



إعداد الطالب

محمد عبد العزيز الجريسي

إشراف

د. سمير قوته

مكتبة الجامعة الإسلامية - غزة المجموعات الخاصة
التاريخ: 06-07-2003
الرقم العام: 01240577
رمز التصنيف: 8/616.89

رسالة مقدمة لكلية التربية بالجامعة الإسلامية - غزة
استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير

1424 هـ - 2003 م



بمقره العزيم الرقرب

جامعة الإسلامية - غزة
THE ISLAMIC UNIVERSITY OF GAZA

هاتف داخلي 1150

الرقم:ج 33/ع
التاريخ:2003/6/10
Date

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناء على موافقة عمادة الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث محمد عبدالعزيز محمد الجريسي المقدمة لكلية التربية لنيل درجة الماجستير في علم النفس وموضوعها: الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الثلاثاء 10 ربيع ثاني 1424 هـ الموافق 2003/6/10م الساعة 10 صباحاً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. سمير قوتة	مشرفاً ورئيساً	د. محمد عليان	مناقشاً خارجياً	د. سناء أبودقة	مناقشاً داخلياً
--------------	----------------	---------------	-----------------	----------------	-----------------

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية قسم علم النفس.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق ،،،

عميد الدراسات العليا
د. صالح حسين الرقب

نتيجة الحكم 144

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"وَإِذَا مَرَضْتَ فَهُوَ شَفِيءٌ"

(الشعراء: آية 80)

صدق الله العظيم

إهداء

إلى والدي ووالدتي نبع العطاء والحنان

إلى زوجتي رمز التضحية وأبنائي الأعراف

إلى أخوتي الكرام

إلى المرضى والمعذبين

إلى كل مجاهد مخلص لدينه وأهله ووطنه

إلى إخواني طلبة العلم في كل مكان

إلى هؤلاء جميعاً أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع ... سائلاً المولى عز وجل

أن يتقبله وأن ينفع به .

إنه سميع مجيب

الباحث

محمد عبد العزيز الجريسي

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين، سيدنا محمد وعلى
صحابه أجمعين وبعد
مع إتمام هذه الدراسة المتواضعة و

انطلاقاً من قوله تعالى " ومن شكر فإنا نكسر لنفسه " (النحل: 40)

اعترافاً بالفضل لأهله ...

أتقدم بخالص الشكر والامتنان لأستاذي/ د. سمير قوته، على ما حظيت به من إشراف
كريم وصبر جميل وتوجيه مفيد ، ونصح سديد...

كما وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير للجامعة الإسلامية بغزة منارة العلم والإيمان.

وأشكر رئيس الجامعة أ. د محمد عيد شبير، وعمادة الدراسات العليا، وعمادة البحث
العلمي وكلية التربية لما قدموه من دعم لطلبة العلم والباحثين.

وأقدم بالشكر والتقدير إلى أساتذتي الدكتور/ عاطف الأغا ، والدكتور/ محمد الحلو
والدكتور/ سامي أبو إسحاق، والدكتورة/ سناء أبو دقة على دعمهم لي وصبرهم عليّ
كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأخ العزيز رمضان طنבורه على دعمه لي ومنحي الوقت
الكافي لإتمام هذه الدراسة.

وأقدم بالشكر إلى الأستاذ حسين نصار على تفضله بمراجعة هذه الرسالة، والأخوة
أيمن النجار ، ونضال حموده ، وعائد الربيعي، وماجد المجدلاوي لما بذلوه من جهد
مبارك في الوقوف بجانبي ومساندتهم لي

كما وأتقدم بعظيم الشكر إلى والدي الحبيب حفظه الله ووالدتي الفاضلة، وزوجتي الغالية
التي لم تدخر جهداً في دعمها وأولادي وأشقائي وشقيقاتي، إلى أولئك جميعاً كل الشكر
والتقدير والامتنان.

وأخيراً دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

الباحث

محمد عبد العزيز الجريسي

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	إهداء
ت	شكر وتقدير
ث	قائمة المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الملاحق
	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها
2	* مقدمة
5	* مشكلة الدراسة
5	* أهداف الدراسة
6	* أهمية الدراسة
7	* تعريف المصطلحات
8	* حدود الدراسة
	الفصل الثاني : الإطار النظري
10	* أولاً : الاكتئاب النفسي
10	- تعريف الاكتئاب
12	- تصنيفات الاكتئاب
15	- التصورات النظرية للاكتئاب
26	- أسباب الاكتئاب
30	- أعراض الاكتئاب
32	- علاج الاكتئاب
38	* ثانياً : السرطان
40	- تعريف السرطان

41	- أنواع الأورام
43	* سرطان الرئة
44	- تصنيف سرطان الرئة
44	- أنواع سرطان الرئة
45	- أعراض وعلامات سرطان الرئة
46	- الأسباب المؤدية لسرطان الرئة
46	- علاج سرطان الرئة
48	* ثالثاً : السلوك الديني
49	- تعريف السلوك الديني
52	- أهداف العقيدة الإسلامية
53	- إنعكاسات الدين على صحة الفرد النفسية
54	- المصيبة كغفران
56	- مؤشرات السلوك الديني
	الفصل الثالث: الدراسات السابقة
60	* أولاً: الدراسات التي تناولت موضوع الاكتئاب
64	* ثانياً: الدراسات التي تناولت السرطان والمشكلات النفسية
73	* ثالثاً: الدراسات التي تناولت السلوك الديني
77	* التعليق على الدراسات السابقة
	الفصل الرابع : إجراءات الدراسة
80	* منهج الدراسة
81	* وصف المقياس
86	* وصف مجتمع الدراسة
87	* أدوات الدراسة
91	* المعالجة الإحصائية

91	* خطوات الدراسة
	الفصل الخامس: النتائج وتفسيرها
94	* نتائج التساؤل الأول
97	* تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الأول
100	* نتائج التساؤل الثاني
101	* تفسير ومناقشة التساؤل الثاني
103	* نتائج التساؤل الثالث
105	* تفسير ومناقشة التساؤل الثالث
106	* نتائج التساؤل الرابع
109	* تفسير ومناقشة التساؤل الرابع
111	* التساؤل الخامس
111	* تفسير ومناقشة التساؤل الخامس
113	* التساؤل السادس
113	* تفسير ومناقشة التساؤل السادس
115	* التساؤل السابع
116	* تفسير ومناقشة التساؤل السابع
118	* توصيات الدراسة
120	* مقترحات الدراسة
121	* الصعوبات التي واجهت الباحث
122	* ملخص الدراسة بالعربية
124	* ملخص الدراسة بالإنجليزية
126	* المراجع العربية
133	* المراجع الأجنبية

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول(1)	وصف العينة الاستطلاعية في ضوء متغير العمر ، والمستوى التعليمي والمنطقة السكنية	81
الجدول(2)	الفقرات وشيوعها وتشعبها على عاملي مقياس بيك للاكتئاب قبل التدوير وبعد التدوير	83
الجدول(3)	معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية لكل فقرة من فقرات المقياس	85
الجدول(4)	وصف مجتمع الدراسة في ضوء متغير العمر ، والمستوى التعليمي والمنطقي السكنية	87
الجدول(5)	معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية لكل فقرة من فقرات المقياس	90
الجدول(6)	المتوسط والإحراف المعياري والدرجة الدنيا والدرجة العليا لدرجات إستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب النفسي	94
الجدول(7)	المتوسط والإحراف المعياري والدرجة الدنيا والدرجة العليا لدرجات إستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب النفسي	96
الجدول(8)	أبعاد مقياس السلوك الديني ومتوسطاتها والأحرافات المعيارية لها والأوزان النسبية والترتيب	100
الجدول(9)	مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالتها لمقياس بك للاكتئاب لإيجاد الفروق التي تعزى لمتغير العمر	103
الجدول(10)	المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لإختبار شيفيه المتعلق بالدرجة الكلية للاكتئاب النفسي	104
الجدول(11)	مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى درجتها لمقياس الإلتزام الديني لإيجاد الفروق التي تعزى لمتغير العمر	106
الجدول(12)	المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لإختبار شيفيه المتعلق بالبعد الأول من أبعاد السلوك الديني وهو الإلتزام بالسلوكيات الدينية	107
الجدول(13)	المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لإختبار شيفيه المتعلق بالبعد الأول من أبعاد السلوك الديني وهو الإلتزام بالفرائض والواجبات الدينية	108
الجدول(14)	المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لإختبار شيفيه المتعلق بالمجموع الكلي لأبعاد الإلتزام بالسلوك الديني	108
الجدول(15)	مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالتها لمقياس بك للاكتئاب لإيجاد الفروق التي تعزى لمتغير المستوى التعليمي	111
الجدول(16)	مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالتها لمقياس بك للاكتئاب لإيجاد الفروق التي تعزى لمتغير منطقة السكن	113
الجدول(17)	معاملات ارتباط بيرسون بين درجات مقياس الاكتئاب النفسي والدرجة الكلية للسلوك الديني	115

قائمة الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الملحق
135	إختبار لقياس الاكتئاب للمعينة الإستطلاعية	ملحق رقم 1
138	إختبار لقياس الاكتئاب لعينة الدراسة	ملحق رقم 2
141	إختبار لقياس السلوك الديني	ملحق رقم 3
143	صورة عن الخطاب الموجه لمدير مستشفى الشفاء	ملحق رقم 4

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وخلفيتها

- المقدمة
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- تعريف المصطلحات
- حدود الدراسة

مقدمة :

خلق الله السماوات والأرض وما فيهن لخدمة الإنسان، هذا الإنسان الذي كرمه الله على سائر خلقه " ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلاً" (الإسراء: 69).

هذا وقد جعل الله الإنسان وحدة متكاملة فريدة، وحدة النفس والجسم ، وحث الإسلام على التوازن بين متطلبات النفس والجسم حيث إنه من المعروف أن الحالة الصحية للفرد تلعب دوراً حيوياً في صحته النفسية ولأن العلاقة بين النفس والجسم علاقة تفاعلية فقد تلعب الأمراض الجسمية دوراً هاماً في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية وفي المقابل اتضح بأن الحالة النفسية للفرد لها نفس التأثير على الحالة الجسمية.

وإدراكاً لتلك العلاقة القديمة بين النفس والجسم قدم تاريخ الفكر الإنساني إذ يرجع أثر العوامل النفسية في الجسم إلى هيبوقراط أبو الطب والذي استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسيمي وذلك بتحليل أحلامه ، هذا وقد فطن العرب تلك العلاقة فذهب ابن عيسى المجوسي (994م) إلى القول في كتابه "كامل الصناعة الطبية " إن الأمراض النفسية كالغم والغضب والهيم والحسد تغير مزاج البدن وتؤدي إلى إنهاكه وتولد هذه الأعراض الحميات الرديئة (أبو النيل، 1997: 7) .

وقد استحوذت الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد في حياتهم على اهتمام القائمين بالعمل في مجال الصحة النفسية سواء كانوا سيكولوجيين أو أطباء نفسيين مثل بك وجيلفورد وغيرهم.

ومن بين الاضطرابات النفسية التي نالت الاهتمام الأوفر والأولوية في التشخيص والبحث الاكتئاب، فقد حظي هذا الاضطراب باهتمام هؤلاء بغرض الكشف عن طبيعته وأسبابه ومدى انتشاره في المجتمع (معمريه، 2000: 122) .

إذ يعتبر العصر الذي نعيشه عصر الاكتئاب فقد ذكرت تقارير لمنظمة الصحة العالمية أن من 2-5% من سكان العالم يعانون من حالة شديدة أو متوسطة من الاكتئاب أي حوالي 300 مليون شخص ، وفي البيئة الفلسطينية ينتشر الاكتئاب بشكل ملحوظ وترتفع نسبته عن المعدلات العالمية وذلك بسبب الظروف السياسية والاقتصادية الصعبة التي يعيشها الشعب الفلسطيني إذ تصل نسبته إلى 17% (قوته ، 2000 : 15) .

والجدير بالذكر أن هناك علاقة طردية ومتسارعة بين تقدم وتطور المجتمعات والتسابق المحموم نحو السيطرة واكتساب الماديات وانتشار الأمراض الخطيرة أهمها السرطان، هذا المرض العضال الذي أصبح يشكل هاجساً مستمراً وشبهاً أسود مصاحباً لهذا المرض مما يخلف العديد من الاضطرابات النفسية، وذلك لأنه مرض مجهول السبب ، شديد الأعراض ، كما أن علاجه الحقيقي لا يزال مجهولاً.

ولسوء الحظ فإن الأدوية المعالجة للسرطان وغيرها لها نفس الضرر الرئيسي للعلاج بالأشعة فهي غالباً ما تدمر الخلايا الطبيعية إلى جانب الخلايا السرطانية ومؤثراتها الجانبية يمكن أن تشمل عوارض فيزيولوجية حادة مثل القيء والغثيان والضعف وعدم الاتزان وتساقط الشعر مما يؤدي إلى الاضطرابات النفسية المختلفة سواءً بنظرة المريض إلى ذاته أو نظرته للبيئة من حوله وأهم تلك الاضطرابات الاكتئاب. يضاف إلى ذلك الكلفة المادية الكبيرة للعلاج والمفاهيم المظلمة التي رسخت في عقول الناس حول هذا المرض مما يشكل عبئاً آخر لدى الفرد المصاب.

وتوصل قاسم إلى أن الإصابة بالسرطان قد يكون له كبير الأثر على الحالة النفسية لدى المصاب. وقد قال أبقراط: السرطان وجع لا يعالج وإن عولج هلك صاحبه (قاسم ، 1995:44).

وتجدر الإشارة إلى أن الحالات المصابة بالسرطان والمسجلة لدى وزارة الصحة الفلسطينية منذ عام 1995 وحتى عام 2000 قد بلغت حوالي 3645 حالة ، هذا وقد أظهر التقرير الصادر عن وزارة الصحة أنه في عام 2000 فقط توفي في فلسطين نتيجة السرطان 474 رجلاً ، و 389 امرأة وفي الفترة ما بين 1995 - 2000 توفي 2011 شخصاً من السرطان منهم 1060 رجلاً و 951 امرأة في قطاع غزة لوحده (Moh, Annual Report ، 2000:114).

ومن أكثر أنواع السرطان انتشاراً في بلادنا لدى المرضى الذكور سرطان الرئة ، فهو المسبب الأول للوفاة لدى مرضى السرطان ، حيث بلغ عدد حالات الوفاة الناتجة عن هذا المرض لدى وزارة الصحة (279 مريضاً) في الفترة ما بين 1995 - 2000م منهم (217 ذكور) و (62 إناث) ، وفي عام 2000 فقط سجلت (138 حالة وفاة) ناتجة عن سرطان الرئة منهم (116 ذكراً) و (22 أنثى) .(IBID ، 2000:114).

وأود الإشارة أنه وبالرغم من خطورة هذا النوع من السرطان وانتشاره السريع وحاجة مجتمعنا الماسة لتناول هذا الموضوع إلا أننا نلاحظ ندرة في الأبحاث والدراسات التي تناولت موضوع سرطان الرئة.

لذا أصبحت دراسة هذا الموضوع مطلباً علمياً وطبياً ونفسياً واجتماعياً ومطلباً إنسانياً فوق كل اعتبار، لأنها تتناول الحالة النفسية وتحديدًا الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة، ودراسة مدى علاقة الاكتئاب بمستوى السلوك الديني لدى هؤلاء المرضى ، إضافة إلى تناولها كل من العمر ، ومنطقة السكن ، والمستوى التعليمي وعلاقته بمستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة .

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة فيما يلي:

ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات؟

ويبرز من خلال هذا التساؤل الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة؟
- 2- ما مستوى السلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة؟
- 3- ما مدى الاختلاف في مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة باختلاف متغير العمر؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في السلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمتغير فئات العمر؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمتغير منطقة السكن؟
- 7- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الاكتئاب النفسي والسلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة؟

أهداف الدراسة:

- 1- معرفة مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة وما هي أبعاده.
- 2- معرفة مدى العلاقة بين مستوى السلوك الديني والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة.
- 3- معرفة مدى العلاقة بين منطقة السكن ومستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة.
- 4- معرفة مدى العلاقة بين المستوى التعليمي والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة.

5- معرفة مدى العلاقة بين العمر والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة .

أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة الحالية والتي تتناول مرض سرطان الرئة وعلاقته بالاكتئاب لأكثر من سبب جوهري يمكن إجمالها فيما يلي:

- 1- انفردت هذه الدراسة بتناول الناحية النفسية وخاصة الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة على مستوى محافظات غزة مما يشكل فائدة هامة لدى أولئك المرضى .
- 2- ينتظر أن يستفيد العاملون في برامج الصحة النفسية من هذه الدراسة من خلال التعرف على الحالة النفسية التي يعانون منها ،وعلاقة العامل الديني والعوامل الأخرى في مستوى الاكتئاب لدى أولئك المرضى.
- 3- تعد هذه الدراسة من الأهمية بمكان كونها تتناول شريحة هامة لم يسلط عليها الضوء بشكل كافٍ خاصة في الدراسات العربية.
- 4- من المتوقع أن تساعد هذه الدراسة في تصميم برنامج فعال لتقديم العون والمساعدة لتلك الشريحة.
- 5- تتضح أهمية دراسة بعض المتغيرات وعلاقتها بالاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة في أنها تحدد أي فئات المجتمع أكثر عرضة للاكتئاب من غيرها.

تعريف المصطلحات :

أولاً: الاكتئاب النفسي (Depression):

1. يعرف (معمرية ، 2000:126) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية من الهم والغم المداوم، والتي تتراوح بين تثبيط الهمة البسيط نسبياً والكآبة، وهي حالة يتعرض لها جميع الأفراد في مواجهة ما يصادفونه من عقبات وإحباط ، وتمتد إلى مشاعر القنوط والجزع واليأس السوداوي والتي تؤدي إلى الانتحار.

2. و يعرف (حامد، 1997:514) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شئ مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

3. ويرى (بك ، 1967) أن الاكتئاب يحتوي على مظاهر انفعالية مثل فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع والمرح والضحك ويقلل من قيمة ذاته ، ومظاهر معرفية وتتمثل في تكوين صورة سلبية عن الذات، وتضخيم المشكلات ، وعدم القدرة على الحسم الحظ من قيمة الذات ، ومظاهر متعلقة بالدوافع وتتمثل في شلل الإرادة ، والرغبة في الهروب والموت ، وتزايد الرغبات الاتكالية (موسى ، 1993:15) .

ثانياً: مرض السرطان (cancer):

يعرف (Burnner and Suddarth ، 1992:342) السرطان على أنه مرض يبدأ عندما ترتفع الخلية الغير طبيعية عن خلايا الجسم الطبيعية كنتيجة لبعض الميكائزومات السيئة في نمو الخلايا.

كما ويعرف (Dividson's ، 1992:230) الورم على أنه نمو غير طبيعي لخلية معينة وهذا النمو إما أن يكون نمواً حميداً أو نمواً خبيثاً.

ثالثاً: السلوك الديني (Religious behavior):

عرفه (موسى، 1999: 678)

على أنه ما يقوم به الفرد المتدين من ممارسات دينية تنبع من إيمان عميق بالله تتمثل في العبادات والمعاملات والأخلاق ، وذلك في محاولة لإرضاء خالقه وتحسين علاقته بالآخرين .

كما عرفه (الميداني، 1984: 87)

أنه اتباع لا ابتداع لأوامر الدين ويكون كمال هذا السلوك بالاتباع الأمثل لأحكام الله وسنة رسوله (صلى الله عليه وسلم) في مجال القول والفعل .

وعرفه (رضوان ، 2002: 9)

إن السلوك الديني لدى الإنسان المسلم يكون بمثابة الالتزام بأوامر الله عز وجل وسنة نبيه محمد صلى الله عليه وسلم ، بفعل الواجبات والتكاليف الشرعية والأفعال المحيية والابتعاد عن الأفعال المحرمة والممنوعة من الناحية الشرعية .

حدود الدراسة:

1- الحدود الكيفية:

تقتصر هذه الدراسة على بحث موضوع الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة وتقتصر الدراسة على المتغيرات التالية: مستوى السلوك الديني ، منطقة السكن ، المستوى التعليمي ، العمر .

2- الحدود المكانية :

ستجري هذه الدراسة في محافظات غزة ممثلة في عيادة وقسم الأورام في مستشفى الشفاء بغزة. والذي يعتبر القسم الوحيد لتسجيل ومتابعة مرضى السرطان.

ج- الحد الزمني : 2002 7\ - 2003 5\

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً: الاكتئاب النفسي : ويتضمن :

- تمهيد

- تعريف الاكتئاب

- تصنيفات الاكتئاب

- التصورات النظرية للاكتئاب

- أسباب الاكتئاب

- أعراض الاكتئاب

- علاج الاكتئاب

ثانياً: السرطان : ويتضمن :

- تعريف السرطان

- أنواع الأورام

- سرطان الرئة

- تصنيف سرطان الرئة

- أنواع سرطان الرئة

- أعراض سرطان الرئة

- الأسباب المؤدية لسرطان الرئة

- علاج سرطان الرئة

ثالثاً: السلوك الديني : ويتضمن :

- تعريف السلوك الديني

- أهداف العقيدة الإسلامية

- انعكاسات الدين على صحة الفرد النفسية

- المصيبة كغفران

- مؤشرات السلوك الديني

أولاً: الاكتئاب النفسي

تمهيد:

إن المرض النفسي ليس وليد العصر الحديث بمتغيراته المختلفة، فقد عُرف بصور مختلفة من قديم الزمان غير أنه لم تجر أية محاولة لدراسته وفهمه بشكل علمي دقيق إلا من وقت قريب نسبياً (Al-Issa، 1999: 21).

وفي هذا الفصل سيتناول الباحث مفهوم الاكتئاب وأهم النظريات التي تناولته إضافة إلى الأسباب المؤدية له، والأعراض المصاحبة له، وطرق العلاج المختلفة باختلاف المدرسة التي ينتمي إليها الباحث.

أولاً: تعريف الاكتئاب النفسي:

أ. الاكتئاب لغة:

الاكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من مادة "كئب"

وكأبة: تعني تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب وكئيب، وأكأب فلاناً أي أحزنه، وأكتأب واجه الأرض: تغير وضرب إلى السواد، والكأبة: الحزن الشديد

والاكتئاب مرادف للانقباض، وانقبض يعني تجمع وانطوى، وانقبض الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل، وانقبض عن القوم هجرهم (المنجد، 1986: 668).
ك أ ب: الكأب والكأبة: الغم وسوء الحال. كئب كسمع واكتئاب فهو كئيب ومكئب.
(الزاوي، 1980: 52).

ب. الاكتئاب اصطلاحاً:

- 1- يعرف قاموس الطب النفسي (Campell، 1981) الاكتئاب بأنه زملة اكلينيكية تشمل على انخفاض الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلم وصعوبة التفكير وتأخر حركي نفسي (معمرية، 2000: 127).
- 2- ويعرفه (Petrosky and Yarashevsky، 1985: 93) أنه عبارة عن حالة نفسية انفعالية - من القنوط واليأس وانقطاع الأمل والجزع، يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية وتغييرات في محيط الدافعية وتظهر على الفرد علامات الحزن والقلق واليأس.

- 3- ويعرف (Phillip & Mitchell ، 1987 :93) الاكتئاب بأنه حالة من الإحساس بالحزن الشديد بحيث يكون الفرد غير مكترث لإنجاز أي شيء.
- 4- وعرف (عسكر ، 1988:60) الاكتئاب بأنه مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة لعلل شخصية وفي هذا السياق فإن الأمل يكون مفهوماً كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف.
- 5- ويعرفه (العيسوي ، 1990:218) بأنه حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقدان الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة والشعور بعدم القيمة أو بانعدام القيمة وفي الحالات العميقة من الاكتئاب والكآبة قد يشعر المريض بفقدان الشهية وبعدم القدرة على النوم.
- 6- ويعرف (موسى ، 1993:556) الاكتئاب بأنه حالة من الألم النفسي تؤدي إلى الإحساس بالذنب، وإخفاق ملحوظ في تقدير الذات، والتحسر على الماضي والتفكير فيه والبحث في العلل والأسباب وراء المجهول.
- 7- ويعرف (حامد، 1997:514) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة المؤلمة، وتعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.
- 8- ويعرف (أبو هين، 1999:255) الاكتئاب بأنه الإحساس الفعلي لوقوع ما كان يتوقع حدوثه، وهو حالة من الحزن الشديد واليأس والانسحاب وهبوط حاد في جميع الوظائف التي يقوم بها الشخص.
- 9- ويعرف (معمرية ، 2000:126) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية من الهم والغم المداوم، والتي تتراوح بين تثبيط الهمة البسيط والكآبة، وهي حالة يتعرض لها جميع الأفراد في مواجهة ما يصادفونه من عقبات وإحباط، وتمتد إلى مشاعر القنوط والجزع واليأس السوداوي والتي تؤدي إلى الانتحار.
- 10- يعرف (الخطيب، 2000:568) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب، والعجز، والدونية، واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز، والانسحاب الاجتماعي والتفوق حول الذات.

11- ويعرف (ملحم ، 2001:234) الاكتئاب على أنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالباً ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته.

12- يعرف (المعايطة وآخرون، 2001:327) الاكتئاب بأنه عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق، ويعبر الاكتئاب لدى غالبية الناس عن استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة.

التقت غالبية التعريفات التي تم تناولها حول ماهية الاكتئاب كونه حالة انفعالية من الحزن الشديد ،الذي يمتد ليصل إلى حالة من العجز واليأس والشعور بالذنب ، وهي حالة يتعرض لها الفرد نتيجة لما يواجهه من عقبات وإحباطات في حياته ، وتجدر الإشارة إلى وجود اختلافات بسيطة في التعريفات التي تم استعراضها وذلك بسبب المدرسة التي يتبعها كل باحث .

ويعرفه الباحث إجرائياً :

الاكتئاب هو حالة نفسية تتسم بالحزن والتشاؤم وفقدان الأمل ، لتصل أحيانا إلى الشعور بالذنب وفقدان الشهية والانطواء وانعدام القيمة ، وفي الحالات العميقة يصل المريض إلى حد كراهية الذات وإيذاء النفس ، وهي حالة يتعرض لها الفرد نتيجة للخبرات الصادمة التي يصادفها في حياته.

تصنيفات الاكتئاب:

تعددت تصنيفات الاكتئاب بتعدد المدارس النفسية التي ينتمي إليها الباحثون، وسنقوم باستعراض مجمل ما ذكر من تلك التصنيفات.

يميز علماء الصحة العقلية بين نوعين من الاكتئاب هما:

•Endogenous

1- الاكتئاب الداخلي

•Exogenous

2- الاكتئاب الخارجي

ويشار إلى النوع الأول بأنه يرجع إلى ظروف غير محددة استعدادية أو وراثية أما النوع الثاني فيرجع إلى حادث مقلق أو مفزع أو محزن أو مؤلم

(العيسوي، 1990:220) .

ويذكر (زهرا، 1998: 514-515) التصنيفات التالية للاكتئاب:

- الاكتئاب الخفيف Mild depression وهو أخف صور الاكتئاب.
- الاكتئاب البسيط Simple depression وهو أبسط صور الاكتئاب.
- الاكتئاب الحاد Acute depression هو أشد صور الاكتئاب حدة.
- الاكتئاب المزمن Chronic depression وهو دائم وليس في مناسبة فقط.
- الاكتئاب التفاعلي أو الموقفي Reactive depression وهو رد فعل لحدوث الكوارث وهو قصر المدى.
- الاكتئاب الشرطي: وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة يعود إلى الظهور بوضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.
- اكتئاب سن القعود Involutional Depressive reaction ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية والإحالة إلى التقاعد. ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجياً أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى أحياناً سوداء سن القعود .
- الاكتئاب العصابي Neurotic depression
- الاكتئاب الذهاني Psychotic depression

وفي الاكتئاب العصابي يعاني المريض من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه. وهذه الكراهية المكبوتة تتجه إلى المريض ذاته لأنه لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً، وعندما توجه الكراهية داخلياً إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجهة داخلياً إلى درجة تحطيم الذات بالانتحار (سلطان، د.ت: 242).

أما الاكتئاب الذهاني فغالباً ما يظهر هذا النموذج من الاضطرابات العقلية بعد حوادث معينة مثل عملية الولادة أو العمليات الجراحية، ويكون ظهوره فجائياً، وأحياناً

أخرى يزحف تدريجياً من اكتئاب بسيط (اضطراب نفسي) إلى اكتئاب شديد أو اكتئاب ذهاني (محمد، ومرسي، 1986:236).

والفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة، وفي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيان الخطيئة. ولقد نشرت جمعية الطب العقلي الأمريكية تصنيفها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في عام 1968 أو الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية، وأعدت نشره بعد تعديله في عام 1980 وأشار هذا التصنيف الثالث والأخير لهذه الجمعية إلى ثلاث أنواع من الاكتئاب هي:

1- الاضطراب الهوسي

2- الاضطراب الاكتئابي ويطلق على هذين النوعين اصطلاح وحيد القطب أو أحادية

القطب Unipolar affective disorder .

3- الاكتئاب الثنائي القطب Bipolar ويشمل المانيا mania والاكتئاب. ولقد تم حذف اصطلاح الاكتئاب العصابي وميلانخوليا سن اليأس في التصنيف الأخير لجمعية الطب العقلي الأمريكية.

وفي الاضطراب الاكتئابي يكون المريض مصاباً بالتخلف في التفكير وفي غيره من العمليات العقلية الأخرى سواء أكان معاقاً في النشاط الحركي أو لا ويعاني من مشاعر الحزن وفقدان الشهية...إلخ .

ويمكن أن يضاف إلى أنواع الاكتئاب ما يسمى بالاكتئاب الموسمي والذي يظهر عند بعض الأشخاص في بعض أشهر السنة خاصة في فصل الشتاء، حيث يكون النهار قصيراً،والليل طويلاً وعادة ما يجئ هذا النوع من الاكتئاب في شكل رغبة في الانعزال، والميل للحزن، مع ميل شديد للأطعمة الغنية بالدهون والكاربوهيدرات. أما أسباب هذا النوع من الاكتئاب فغير معروفة ، مع أن بعض العلماء يرون أنه ينجم عن زيادة إفرازات بعض الهرمونات التي ترتبط بالتعرض لفترات طويلة بين العتمة (المعايطة وآخرون، 2002:373).

التصورات النظرية للاكتئاب

تعددت النظريات النفسية التي تناولت الاكتئاب، وفيما يلي عرض لهذه النظريات:

أولاً: النظرية البيولوجية:

مما لا شك فيه أن العوامل البيولوجية لها دور هام ومباشر في حدوث الاكتئاب. والاهتمام بمعرفة دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب قديم. فقد تحدث هيبوقراط أن الزيادة في المادة السوداوية تسبب الميلانخوليا، والسوداوية تمثل أحد الأخلط الأربعة التي افترض ارتباطها السببي بالفروق المزاجية، ومن ثم كانت السوداء تسبب الكآبة وكما هو معلوم فإن التفسير البيولوجي الدقيق للاكتئاب تأخر كثيراً بسبب نقص المعرفة بفسولوجيا المخ عند الأسوياء، والجانب البيولوجي لا يمكن فصله بحال عن الجانب النفسي، فالفصل بين ما هو بيولوجي وما هو نفسي يعتبر تعطيلاً للفهم الحقيقي للظاهرة المراد دراستها (القوصي، 1975:29).

1. العامل الوراثي:

لقد أظهرت معظم الدراسات المتعلقة بالاستعداد الوراثي للإصابة بالاكتئاب وجود علاقة بين مدى استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب إذا كان لدى الوالدين أو أحدهما تاريخ مرضي بالإصابة بالاكتئاب وبخاصة إذا هيأت الظروف البيئية بما فيها من ضغوط لإظهار تلك الاستجابات الاكتئابية وبخاصة في الاكتئاب الذهاني (عسكر، 1988:29).

هذا وقد خلصت العديد من الدراسات إلى أن نسبة التشابه في الإصابة بذهان الهوس الاكتئابي، بين التوائم المتطابقين الذين رُبوا منفصلين بالتبني وصلت إلى 67% وبلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقين الذين نشأوا معاً 68% أما بين التوائم الأخوين غير المتطابقين فقد وصلت 23% وهي نسبة تتماثل مع دراسات أجريت في بريطانيا وشمال أوروبا وأمريكا الشمالية. هذا بالنسبة إلى اضطراب الهوس والاكتئاب أو ما يسمى بالاضطراب الدوري، لكن الأمر مختلف فيما يتعلق باضطراب الاكتئاب، فقد تعذر وجود نمط وراثي واضح بالنسبة للاكتئاب الخالص بما فيه الاكتئاب العصبي، أو الاكتئاب الاستجابي بما يشير إلى صعوبة وجود تفسير وراثي بسيط لكل أنواع الاكتئاب (ابراهيم، 1998: 102-103).

أ- العامل البيوكيميائي:

لقد اكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهمية خاصة، حيث بينت العديد من الدراسات مدى الدور الذي تلعبه التغيرات البيوكيميائية في الإصابة بالاكتئاب.

وبشكل عام فإن النظريات البيوكيميائية تنطوي تحت ثلاث نظريات أساسية:

1- نظريات نشوء (الأمين) Amine الحيوي التي تشمل (الكاتيكول أمين)

Catecholamine والأندول أمين indolamine والفروض الأخرى. حيث بينت البحوث

أن نقص العناصر الكيميائية في المخ وبخاصة توزيع العناصر الأمينية Amines.

والأمينات ببساطة هي عبارة عن عناصر كيميائية يتكثف وجودها في الجهاز العصبي

الطرفي Limbic system ، والذي يثبت علماء ووظائف الأعضاء أنه مسؤول عن تنظيم

الانفعالات. ووظيفة "الأمينات" هي أقرب إلى وظيفة ساعي البريد أي أنها عبارة عن

"موصلات عصبية" Neurotransmitters وظيفتها توصيل الرسائل القادمة والعائدة من

الأعصاب المختلفة وتشمل أنواعاً منها "الدوبامين" Dopamine و "السيروتين"

والنورينفرين "

ومن المعتقد أن المحافظة على التوازن المزاجي يحتاج إلى توازن في العناصر

الأمينية والاكتئاب هو إحدى الاستجابات إذا شح وجود هذه العناصر أو أحدها والهوس

هو الاستجابة المرجحة إذا زاد وجود هذه العناصر وتكثيفها

(ابراهيم، 1998: 104-105).

وقد اكتشف عقار أيبرونازيد Iproniazid المضاد للاكتئاب في الخمسينات والذي

كان يستخدم في علاج الدرن، وفي عام 1963 قام سيكتور بتجربة على هذا العقار،

فوجد أنه يعمل كمثبط لخميرة المنوامين أكسيداز Monoamine oxidase وخاصة أمينات

الكاتيكول Catechol amines والتي تشمل النورادرينالين والدوبامين. وقد تبين أن

التيروسين والدوبامين يزيلان الكآبة التجريبية التي تسببها مادة الرزوبين Reserpine

وهكذا انتهى إلى أن أمينات الكاتيكول يمكن اعتبارها الخلفية البيوكيميائية لانفعالات

الاكتئاب والمرح (موسى، 1993: 23).

2- نظريات كهربية الأيض (عملية الهدم والبناء) Electrolytes Metabolism

وتتركز في ميتابوليا الصوديوم والبوتاسيوم في الدماغ. فقد اتضح أن ازدياد مستوى تكثيف الصوديوم داخل الخلايا العصبية يؤدي إلى إثارة الأعصاب. فضلاً عن هذا تبين أن مستوى الصوديوم ينخفض عاديًا عند المكتئبين، بعد إخضاعهم للعلاج بنجاح من حالات الاكتئاب ويمكننا القول بأن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة للاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم (Kalman, 1993:97).

هذا ولوحظ زيادة الصوديوم المتبقي في حالات الاكتئاب بنسبة 50% وفي حالات الهوس 200%

3- النظريات المحورية للغدتين النخامية والكظرية P i tuitary, Adrenal axis theories

أثبتت العديد من الدراسات وجود اختلالات هرمونية لدى مرضى الاكتئاب من خلال الآتي:

زيادة إفراز الكورتيزون في بعض المكتئبين في اختبار الديسكاميتازون المثبط وهو استوريد خارجي يقلل من معدل الكورتيزون في الدم.

وفي دراسة أخرى وجد أنه يصاحب مرض المكسيديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات بل تبدأ الحالة أحياناً بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلامات العضوية. وتبين أيضاً أن مرض كوشنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية) يصاحبه نوبات الذهان الدوري من اكتئاب وانبساط (عسكر، 1988:27).

يضاف إلى ذلك ما نلمسه من أعراض اكتئابية تصيب النساء أثناء الطمث حيث يشكو الكثير من النساء من الصدع والتقلب المزاجي والحساسية الزائدة، وكثرة البكاء والتوتر.

كما وتظهر الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية وهناك مجموعة من الأدلة غير المباشرة على دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب:

1- دورة المرض الرأسية والتي تتصف بفترات تحسن تبادلياً مع نوبات من الاكتئاب أو الهوس وهذه النوبات دليل على الاضطراب المرضي ذي الأساس البيولوجي.

2- وجود مجموعة من الأعراض والتي توحى بوجود اضطراب في العمليات الحيوية مثل اضطراب النوم والشهية وتباين يومي في المزاج واضطرابات في النشاطات النفسية الحركية.

3- استجابات جسمية للأدوية العلاجية خاصة عن الأفراد المكتئبين (معمرية، 2000:130).

النظرية المعرفية:

تذهب هذه النظرية إلى القول بأن العمليات المعرفية تلعب دوراً هاماً في نشاط الاضطرابات الوجدانية. أن الأفكار والمعتقدات تسبب السلوك الانفعالي، والمكتئبون يعملون كما يعلمون لأنهم يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء منطقية نمطية، وقد لوحظ أنهم يلقون بكل ما يحدث لهم في اتجاه لوم الذات (العيسوي ، 1990:229).

وتختلف هذه النظرية عن النظريات البيوكيميائية، والوجدانية حول تفسير الاكتئاب ، حيث نجد أن النظرية المعرفية تعزو العديد من الفروض التي تعزو أسباب الاكتئاب إلى النواحي المعرفية. هذا وقد تحدى بيك (Back, 1967) وجهة النظر العامة التي وصفت الاكتئاب بأنه اضطراب وجداني عاطفي Affective disorder ولم تضع في الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب مثل: تقدير الذات المنخفض ، الشعور باليأس، والشعور بالعجز. وقد أكد بيك أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة والانفعال عند الأفراد العاديين والاكتئابيين أيضاً. وبخلاف الإدراكات المعرفية العادية، نجد أن الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية والمحتوى. وهذه الإدراكات المعرفية تحدد الاستجابة العاطفية في الاكتئاب (موسى:1993:24).

وصنف بيك المظاهر المعرفية للمكتئبين في الثالوث المعرفي التالي، فالإكتئاب عنده ينتج بشكل أساسي من : ميل الفرد للنظر إلى نفسه، والمستقبل والعالم نظرة تشاؤمية غير معقولة. وهذه النظرة المشوهة للنفس والمستقبل والعالم يطلق عليها الثالوث السلبي الذي كلما كان أكثر سيطرة كان الفرد أكثر اكتئاباً وتظهر أعراض أخرى لدى المكتئب فيشعر بالنبذ أو يعتقد أنه منبوذ وغير محبوب، فيشعر بالحزن. ويبنى توقعات بأنه لا يستطيع إشباع حاجاته، فتزداد رغبته في الهروب من الواقع والرجوع إلى حياته الداخلية لاستبطان مآسيه (معمرية، 2000:132).

وقد اعتقد بيك أن مشاعر البؤس أو الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان والنقص، والانهزام، كما لاحظ عدم التجانس بين مفهوم الاكتئاب ومرض الاكتئاب نفسه، وقام بدراسة المفهوم من خلال خمس نقاط أساسية شملت الأنماط المعرفية في الأحلام والعلاج النفسي وحوادث الحرمان في الطفولة. ومن خلال التحليل العاملي لبنود استبيان قام بتطبيقه على 135 مريضاً لقياس الاكتئاب .

وجد (بيك) أربعة عوامل أساسية وهي:

- أ- الاكتئاب الحيوي، نقص الشهية وصعوبات في النوم ... إلخ
- ب- تحقير شأن الذات.
- ب- التشاؤم.
- ت- الحيرة والتردد و الكف (عسكر، 1988:52).

وأجرى العديد من الباحثين دراسات على عمليات النجاح وال فشل وتقييم الذات لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب ومقارنتهم بالأسوياء، فوجدوا أن مفهوم الذات لدى مرضى الاكتئاب يتغير بعد التقويم بانخفاض خبرات الفشل وقد وجدوا أن معدلات مرضى الاكتئاب تميل إلى السلبية في المزاج وانخفاض توقعاتهم إلى أدنى أداء والجدير بالذكر أن نتائج الدراسات قد تباينت في تحديد شدة المشكلة وإمكانية تقديمها لدى المكتئبين.

وقد وجد أن هناك عدة أخطاء منطقية يقع فيها المكتتبون أهمها:

1- الاستدلال النفسي:

ومؤادها استخراج النتائج دون وجود أدلة كافية أو مع عدم وجود أدلة على وجه الإطلاق. كأن يعتقد المريض أن سوء حظه هو الذي جعل الدنيا تمطر عندما خطط للخروج في نزهة.

2- التجريد الانتقائي Selective abstraction :

وفي هذا النوع من الخطأ أن يستخرج المريض النتائج في غياب الأدلة الكافية أو عدم وجود الأدلة على وجه الإطلاق. من ذلك لوم العامل لنفسه عند فشل الآلة في العمل، على الرغم من أنه ليس وحده الذي يعمل على هذه الآلة.

3- التعميم المفرط : Over Generalization :

ومن ذلك استخراج التعميمات أو إطلاق التعميمات المؤسسة على أساس مقدمة بسيطة أو دون مقدمات على الإطلاق. كأن يعتقد الطالب، من جراء أدائه الرديء على واحد من الاختبارات النوعية البسيطة، أنه ليس له أية قيمة على الإطلاق.

4- التضخيم والتقليل Magnification & minimisation :

الخطأ العام في تقويم السلوك أو الأداء. كالشخص الذي يظل معتقداً أنه لا يساوي شيئاً على الرغم مما أحرزه من انتصارات وما قاله من مديح (اليسوي، 1990: 229-230).

5- تحريف الذاكرة Memory Distortion :

حيث أفضت دراسات تحريف الذاكرة لدى الاكتئابيين إلى ملاحظة الذاكرة الانتقائية Selective memory لدى الأشخاص الاكتئابيين. فيكثر نسيان المعلومات الإيجابية المرتبطة باللذة والسرور، كما يقل نسيان المعلومات السالبة المرتبطة بعدم السرور والألم.

6- التوقعات السلبية Negative Expectancies :

بينت العديد من الدراسات أن توقعات الاكتئابيين غالباً ما تكون سلبية وتشاؤمية ولقد طور (Rehm ، 1977) نظرية التحكم في الذات Self-control theory في الاكتئاب وفيها يفترض وجود تقدير سلبي للذات لدى الاكتئابيين مع انخفاض معدلات التدعيم

الذاتي وارتفاع معدلات معاقبة الذات وكلها أمور يراها (ريم) وراء انخفاض معدل السلوك الذي يتسم به الأفراد الاكثابيين عادة (عسكر، 1988: 56-57).

هذا و أشار ميليجز وبولبي (1969، Melges and Bowlby) أن الشعور باليأس Hoplessness هو المحور الأساسي في الاكتئاب. ويعزى الأمل واليأس إلى تقدير الفرد إلى قدرته على إنجاز أهداف معينة ، وهذا التقدير يعتمد على النجاح السابق في أهداف معينة، وعادة ما يشعر المكتئب باليأس فيما يتعلق بمستقبله (موسى، 1993: 25).

وترى نظرية التعلم الاجتماعي أن الاكتئاب استجابة وجدانية لدافع معرفي هو الشعور بالعجز أو توقعه أثناء السعي نحو إشباع الحاجات ،أي أن الفرد المكتئب يدرك أن التعزيز الذي كان متوقعا قد ذهب وأنه لا يستطيع إرجاعه. أو يدرك أن التعزيز الذي يرغب فيه مستمر ولكنه ليس تحت ضبطه الشخص، فالمكتئب يعتقد أو تعلم أنه لا يستطيع السيطرة على الأحداث البيئية لاعتقاده أنه عاجز، وأن مفهوم العجز المتعلم يتضمن تأثيرات معرفية يفسر بها الاكتئاب حيث تبين أن الضعف الناتج عن العجز المتعلم، لا يعتمد فقط على توقع عدم القدرة على ضبط البيئة، إنما يعتمد أيضاً على الأسباب التي تجعل الفرد يفسر فشله الذي حدث بالفعل (معمرية، 2000: 133).

ويمكننا القول أن هذه النظرية والتي ترجع إلى العالم بيك عبارة عن عكس نظرية فرويد حيث تركز هذه النظرية على الانفعالات التي تصدر عن رؤيتنا للعالم، فالشخص المكتئب لا يتفق مع الحقيقة الموضوعية، فهو ضحية تفكيره غير المنطقي تجاه الأمور المختلفة .

النظرية السيكديناميكية Psychodynamic Theory

يعتبر سيجموند فرويد هو المؤسس الفعلي والأب الشرعي لمدرسة التحليل النفسي وتعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات التي اهتمت بتفسير الاكتئاب والبحث في أسبابه، بل وتعتبر ن أشهر النظريات في التاريخ. وقد استخدمت هذه النظرية وتستخدم بشكل واسع في الدراسة والعلاج لأنها تركز على الخبرات الماضية والحاضرة للفرد (Kalman, Waughfield ، 1993: 84) .

وتهتم نظرية التحليل النفسي بالبحث في جذور مشكلة المرض الاكتئابي حيث التثبيت الفمي على المرحلة الفمية المتأخرة، وبمعنى أكثر شمولاً محاولة فهم طبيعة الصراع بين الذات والعالم، والنظر إلى الحياة على أنها سلسلة من الصراعات والسعي إلى فضها، ويمكننا القول من خلال هذا المنطلق أن الحياة سلسلة من فقدان الاتزان ومحاولات إعادته.

وقد ساهم فرويد في إيجاد نموذجاً واحداً لتفسير الاكتئاب حيث تكون التجربة المعاشة هي انهيار اعتبار الذات والذي ينتج عن فقدان موضوع الحب، أو فقدان اللبيدو الموضوع، ويؤكد التحليل النفسي على ثلاث عوامل عملية استقصائية في منشأ الأمراض العصابية وهي:

- 1- تثبيت اللبيدو
 - 2- النكوص
 - 3- السبب الراهن أو الفعلي
- الذي يمكن أن يصح بسبب الإحباط العامل الرئيسي في منشأ المرض (عسكر، 1988: 71-72).

وكما ترى نظرية التحليل النفسي أن الأحداث الصادمة التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده، قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للإصابة بالاكتئاب بسبب فقد موضوع الحب. ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطاً مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الاكتئاب (معمرية، 2000: 130).

ويقول فرويد أن الشخصية تحتوي على ثلاثة أجزاء رئيسية وهي :

- 1- الهو " Id " : وتمثل الجانب الغريزي، حيث يسعى الفرد من خلاله إلى إشباع شهواته ورغباته الجنسية دون مراعاة لأية معايير أو ضوابط.
- 2- الأنا " Ego " : ويمثل التفكير العقلاني المتزن، المبني على أسس التوجه السلم، ومن منطق واع حسب ما تقتضيه الظروف والوقائع.

3- الأنا الأعلى " Super ego ": هو الضمير أو الرقيب الداخلي الذي يوجه السلوك وفقاً للمعايير الخلقية والاجتماعية، ويتكون الأنا الأعلى بفضل الضغوط الاجتماعية على الطفل.

وكلما كان هناك سيطرة من قبل "الأنا" على شهوات ورغبات "الهي" وشطحات "الأنا الأعلى" كلما كانت الشخصية سليمة خالية من الاضطرابات ويعتقد فرويد أن العلاقة بين تلك الأجهزة هي علاقة تضاد وتنافر وأن جزء كبير من الأمراض التي قد تصيب الشخصية تحدث من خلال الصراعات بين تلك الأجهزة. وكما هو معلوم فإن العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب يمكن تفسيرها في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة.

ومن ناحية أخرى وكما ذكرنا فإن فرويد ارتد في هذه المشكلة إلى المرحلة الفمية في النمو " النفس -جنسي" لدى الطفل، فالشخص الذي يجمد عنده النمو عند المرحلة الفمية تنمو عنده نزعة قوية للاعتماد على غيره، وبعد فقدان الشخص الذي يحبه يمتص الشخص المصاب الشخص المفقود ذلك الشخص الذي كان يحبه ويتقمص شخصيته أو يتوحد معه (العيسوي، 1990:228).

وقد قارن كارل ابراهام وهو أحد جهاذة المدرسة التحليلية بين الحزن العادي والميلانخوليا حيث يرى أن فقدان الشخص لعزيب لديه أو شئ ثمين أمر عادي أن يشعر بالحداد "الحزن" عليه، ولكن الميلانخوليا هي حداد غير عادي في الشدة والمدة التي يستغرقها، وهذا ما يسمى بالاكتئاب ، والاكتئاب عند ابراهام يستمد طاقته من الحب أو الغضب. ويقول : إن الشخص المكتئب لا بد أنه واجه ضربة قوية لتقديره لذاته، ويتميز الأطفال عند ابراهام بالنرجسية فاذا لم يصدق عليهم بالحب، يعتقدون أنهم مكروهون عند الناس الذي يفترض أن يحبهم، فتغمرهم مشاعر الكراهية ومن ثم تعتريهم مشاعر الاكتئاب (معمرية ، 2000:131).

على الرغم من أن النظرية التحليلية قد ساهمت بشكل أساسي ومباشر في تفسير الاكتئاب، إلا أنها لاقت العديد من الانتقادات أهمها: أن نظرية التحليل النفسي اتجهت إلى دمج السلوك النفسي بجمعه في معادلة عامة وفضفاضة. ومن ثم بسطت بشكل ممل المشكلات النفسية المركبة، واعتماد هذه النظرية في تفسيرها للاكتئاب وربما كل

الأمراض النفسية والعقلية على الخبرات الطفولية المبكرة ، يعتبر ثغرة خطيرة ومضلة لأنها لم تكشف لنا تأثير العوامل اللاحقة، وضغوط الحياة التالية (إبراهيم، 1998:99).

ويرى الباحث ضرورة عدم دراسة مرحلة الطفولة للفرد فحسب وإنما يجب أن تمتد لتشمل كافة مراحل حياته وذلك لفهم كافة الأسباب المؤدية للاضطراب ، وأود الإشارة إلى أنه وعلى الرغم من أن النظرية التحليلية لاقت العديد من الانتقادات إلا أنها تبقى من النظريات الرائدة التي تناولت الاكتئاب بشكل جيد وبينت العديد من الأسباب المؤدية له.

النظرية السلوكية Behavior theory

إن اهتمام السلوكيين بنشأة الاكتئاب وتطوره بدأ متأخراً مقارنة بالاتجاه البيولوجي أو التحليل النفسي، إلا أنهم يقدمون إسهاماً كبيراً في هذا المجال، وكما هو معلوم فإن النظرية السلوكية تعتمد على المفهوم القائل بأن كل الأفعال لا بد من أن يكون لها مثير، لذا فقد سميت هذه النظرية بنظرية المثير-الاستجابة (Kalam, Waugh field ، 1993:89).

وينظر السلوكيون إلى العصاب أو المرض النفسي على أنه سلوك متعلم شأنه شأن غيره من الأنماط السلوكية السوية، مستخدمين مفاهيم الاشرط والتعزيز ويرون أن السلوك والشعور للمكتئب دال على انخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التعزيز الإيجابي. ويذهب السلوكيون إلى القول بأن هذه الأساليب من التفكير تكتسب من الخبرات اللاتكيفية في الطفولة ، فالأطفال الذين تتميز علاقاتهم المبكرة بالديهم بالسوء والحرمان ينزعون إلى تطوير الاكتئاب مستقبلاً (الوقفي، 1998:635).

والافتراض الرئيسي للنظريات السلوكية عن الاكتئاب هو أن انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ، ينتج عن انخفاض معدل التدعيم الإيجابي، أو ارتفاع معدل الخبرات البغيضة. وهذا يعني أن حالة الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه، أو زيادة الأحداث غير السارة، وكلها تؤدي إلى الاكتئاب. ومن هنا فإن الفكرة الرئيسية عند أصحاب النظرية السلوكية عن

الاكتئاب، هي أنه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج إيجابية له، أو زيادة في معدل الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقاب له (معمرية، 2000:131).

ويقدم أصحاب هذه النظرية عدة أسباب من شأنها أن تؤدي إلى إيجاد بيئة تتفاعل فيها معدلات التعزيز الإيجابي، أو تزداد فيها معدلات الخبرات البغيضة للفرد وهي كالتالي:

- 1- عدم امتلاك الفرد المهارة اللازمة لإيجاد المدعمات الإيجابية المتوافرة في بيئته.
- 2- قلة المدعمات الإيجابية في البيئة المحيطة بالفرد.
- 3- انخفاض فعالية المدعمات الإيجابية وارتفاع فعالية الأحداث غير السارة.

النظرية الفينومولوجية:

والفينومولوجيا، هي علم وصف الظواهر ، بمعنى الدراسة الوصفية للظواهر على نحو ما تبدو في الزمان والمكان بصرف النظر عما وراءها من حقائق (عسكر، 1988:185).

على الرغم من أن الفينومولوجيا لا تقدم برهاناً حول الموضوع أو الظاهرة، ولكنها هامة لدراسة الاكتئاب من المنظور الفينومولوجي ستكون وصفاً لخبرة الاكتئاب وتجارب الشخص من خلال دلالات الأعراض الاكتئابية وصولاً إلى فهم اشمل للمشكلة. ويستخدم المنهج الجدلي الذي يعد تأصيلاً للمفاهيم الفلسفية في هذه النظرية .

وينظر إلى الاكتئاب على أنه تدهور القدرة على الصيرورة التي يترتب عليها انخفاض في الشعور بالوجود أي الشعور بالكينونة، ذلك أن الكينونة لا معنى لها بغير الصيرورة، وهذا يعني بطبيعة الحال الموت النفسي عندما ينقطع التناغم بين الأنا والعالم، عندما يصبح نقصان الشعور بالكينونة نقصاً حاداً فيصل إلى عدمية الوجود. والواقع أن معظم أطباء النفس الفينومولوجيين يرون في اضطراب الزمانية مفتاح الاكتئاب (موسى، 1993:23).

ونلمس مظاهر الاضطراب لدى الاكتئابي، حيث يكون الموضوع على المستوى المتخيل ، لكون الاكتئابي وبحسب بنيته النفسية ، قد تم تثبيته على الصورة الأولى

والتي تمكنه من العودة إلى نرجسيته السعيدة دون رغبته في الانطلاق والخروج من وعائه النرجسي ليعرف ما هو موجود في العالم (عسكر، 1988:192).

والجدير بالذكر أن النظرية الفينومولوجية ليست ذات استخدام واسع في المجال النفسي لأنها معقدة في طرح المشكلة وطرق دراستها، إضافة إلى التحفظات التي يبديها الأخصائيون النفسيون من جدوى استخدامها.

النظرية الأحادية والثنائية:

أ- النظرية الأحادية:

وتؤمن هذه النظرية بوحدة الأمراض الوجدانية وعدم اختلافها إلا في شدة الأعراض، ورائد هذه النظرية أوبري لويس (1966)، والذي يؤمن أن الاكتئاب مرض يزخر بأعراض مختلفة تتباين في الكم وليست في الكيف، وأنه لا يوجد ما يسمى اكتئاب نفسي أو عصابي أو خارجي مستقل عن الاكتئاب العقلي أو الذهاني وأن الفارق الوحيد بينهما هو تعقيد وشدة الأعراض الاكلينيكية (عكاشة، 1980:211).

ب- النظرية الثنائية:

يعتقد معظم أطباء النفس في هذه النظرية أن الاكتئاب نوعان:

1. الاكتئاب الداخلي أو العقلي أو الذهاني
2. الاكتئاب الخارجي أو النفسي أو العصابي أو التفاعلي (عكاشة، 1980:212).

ويرى الباحث أن النظريات التي تم تناولها تأتي مكملة لبعضها البعض ، وأنه من الأهمية بمكان الإلمام بتلك النظريات للحصول على فهم أشمل وأعمق للاكتئاب وبالتالي معرفة أنجع الطرق لتشخيصه وعلاجه .

أسباب الاكتئاب:

لقد أجريت العديد من الدراسات، للتعرف على الأسباب المؤدية للاكتئاب، وقد تناولت تلك الدراسات النواحي البيولوجية، وال نفسية، والاجتماعية، ولكن وللأسف ما زالت الأسباب غير معروفة بالتحديد، ولوحظ تضافر عوامل مختلفة عليه بيولوجية ونفسية واجتماعية.

أولاً: العوامل البيولوجية:

1-الجينات الوراثية:

كشفت العديد من الدراسات الأسرية، ودراسة التوائم عن مؤشر على وجود عامل جيني له دور مهم في نقل الاكتئاب وقد لوحظ أن الاكتئاب ينتشر في عائلات دون سواها، واستنتج من ذلك أهمية العوامل الوراثية في الإصابة بالاكتئاب، وافترض أنه جين أحادي سائد، أو متعدد الأساس الجيني، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنتوي، وذلك لشيوع الاكتئاب أكثر بين النساء (إبراهيم، 1998: 23).

2-الأمينات الحيوية:

بينت الدراسات أن هناك ثمة علاقة سببية ، بين الاكتئاب والأمينات الحيوية في الدماغ وذلك من خلال:

- نقص الأمينات الحيوية مثل الرز ريبين ينتج عنه مرض الاكتئاب.
- نقص السيروتوفين، يرسب الاكتئاب.
- الدوبامين الذي يؤدي ارتفاعه إلى الهوس، وانخفاض معدله إلى الاكتئاب (موسى، 1993، 23).

3-اختلال النشاط الهرموني:

- وجد أن هناك اختلالات هرمونية يعاني منها مرضى الاكتئاب من خلال الآتي :
- تزايد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث
 - تزايد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية .
 - يصاحب مرض المكسيديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات.
 - تصاحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب وانبساط لدى مرضى "كوشنج" (زيادة إفراز الغدة الإدرينالية) أو خلال علاج المرض بعقار الكورتيزون (عسكر، 1998: 26-27).

4- اختلال عمليات الأيض :

وهو الاختلال الناجم عن عمليات الهدم والبناء والتي تتركز في متيابوليا الصوديوم والبوتاسيم. فقد اتضح أن ازدياد مستوى تكثيف الصوديوم داخل الخلايا العصبية يؤدي إلى الهوس، وقد لوحظ أن ازدياد نسبة الصوديوم المتبقى متوفر في حالات الاكتئاب بنسبة 50% وفي حالات الهوس بنسبة 200% عن المستوى الطبيعي. وسيتم تناول العوامل البيولوجية بشكل مفصل أثناء طرح النظريات التي تفسر الاكتئاب.

ثانياً : العوامل الاجتماعية والبيئية:

من المعروف أن الظروف الحياتية الضاغطة خاصة في مرحلة الطفولة مثل فقدان أحد الوالدين، وعدم التخطيط الأسرى في طريقة التربية وتصلب الأم في معاملة الطفل، والتربية الاعتمادية، وكذلك الأمر العزلة الأسرية، والضغوط الاقتصادية، كل تلك العوامل لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب. ومن كذلك فإن النماذج الأبوية المكتتبة بالتأكيد تجعل الأطفال يقدون مظاهر الاكتئاب، فيتعلمون كيف يكونوا متشائمين وحزاني وبالتالي فإنه ليس من السهل أن يثيرهم الفرح والسرور (شيفر وملمان ، 1999:124).

يضاف إلى ما سبق الضغوط التي قد يواجهها الفرد في العمل، من جهد مكثف والصراعات مع الرؤساء، وكثرة المسؤوليات وقلة الحوافز، كذلك الأمر ضغوط الانتقال والتغير، كتغيير السكن، والهجرة.

ثالثاً : العوامل النفسية:

إن عدم النضج الانفعالي، وثنائية المشاعر والإدراك للخبرات الحياتية المختلفة لها دور مباشر وهام في الإصابة بالاكتئاب. ومن بين أهم الأسباب النفسية التي قد تلعب دوراً هاماً في حدوث الاكتئاب لدى الفرد هي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو سجن برئ أو هزيمة...
- الحرمان، وفقد الحب والمساندة العاطفية أو فقد حبيب أو صديق أو ثروة أو الإصابة بمرض...
- الصراعات اللاشعورية، وضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب.
- الخبرات الصادمة. (زهران، 1997:515).

ويرى عسكر (1988) أن ارتفاع نسبة المكتئبين في العالم يعود للأسباب التالية:

- 1- تزايد متوسط عمر الفرد.
- 2- تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.
- 3- تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب مثل الفينوتيازين
Phenothiazine، وأدوية ضغط الدم المرتفع Anti Hyper tensive drugs .
- 4- سرعة التغير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية كما تساعد على استمرارها.
- 5- التفاوت الطبقي في المستوى الاقتصادي، حيث وجد أن هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي المنخفض وشيوع الأعراض الاكتئابية والاضطرابات الوجدانية (عسكر، 1988:19).

ويعتقد الباحث أن العوامل النفسية تعد العامل الأهم في حدوث الاكتئاب، حيث أن العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية على أهميتها لم تثبت بشكل قاطع كيفية التأثير المباشر لها في الإصابة بالاكتئاب.

أعراض الاكتئاب:

تختلف شدة الأعراض ووفرة ظهورها تبعاً لنوع ودرجة الاكتئاب التي تصيب المريض، ويمكن تقسيم الأعراض الاكتئابية إلى أعراض جسدية وأعراض نفسية وأعراض اجتماعية:

ث- الأعراض الجسمية:

- انقباض الصدر والشعور بالضيق
- فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن.
- الصداع والتعب (لأقل جهد) وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر
- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي والحركي والضعف الحركي والبطئ
- الرتابة الحركية
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي
- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية (زهران، 1997:516).
- الإمساك
- بطء الكلام (العيسوي، 1990:225).

ج- الأعراض النفسية:

- الأرق أو الإفراط في النوم
- انخفاض الطاقة أو التعب المزمن
- الشعور بالنقص
- البكاء والصراخ
- فقدان الاهتمام أو الاستمتاع الجنسي
- الشعور بالإنحطاط والهمود
- الحزن والكآبة، الغم
- الضجر والسأم وعدم ضبط النفس
- الحط من قدرات الذات (عسكر ، 1988:35).
- انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء النرجسي على الذات
- فتور الانفعال والانطواء.
- الأفكار الانتحارية والسوداوية الملازمة (زهران، 1997:516).

الأعراض الاجتماعية:

- الافتقار للإيجابية في المواقف الاجتماعية.
- الصعوبة في البدء وتكوين علاقات جديدة.
- التفاعل المحدود لديهم وقلة المشاركة مع الآخرين.
- يفهم الآخرون بالجمود والتصلب، والافتقار إلى المهارات الاجتماعية.
- يعاني المكتئبون من حساسية قوية عند دخولهم في مواقف تفاعل بما في ذلك حساسيتهم الشديدة للرفض أو التجاهل لذا يتعرضون في كثير من المواقف إلى إحباطات متكررة.
- عدم القدرة على التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب أو الدفاع عما ينسب إليهم من أخطاء أو تصرفات.
- عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزملاء.
- يشعر بعضهم بالوحدة ويميل إلى الانسحاب.
- يشعر بالقلق والكدر تجاه المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل (المعايطة وآخرون، 2002:373).
- اللامبالاة بالبيئة، ونقص الميول والاهتمامات، وإهمال النظافة الشخصية والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمر العادية (في المنزل والعمل...)
(زهران، 1997:517).

ولا يشترط أن تتوافر كل تلك الأعراض لدى مريض الاكتئاب، فإن وفرة ظهور تلك الأعراض، يعتمد اعتماداً مباشراً على حدة الدرجة بالإضافة إلى نوع الاكتئاب، فمثلاً الأعراض المصاحبة للاكتئاب البسيط تكون بسيطة ومحدودة إذا ما قورنت بالاكتئاب الحاد.

وبشكل عام فإن أعراض الاكتئاب العصابي أبسط من تلك الأعراض المصاحبة للاكتئاب الذهاني.

علاج الاكتئاب :

تتعدد طرق ووسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات التي تتناوله، فبينما يركز الطب النفسي على العلاج بالعقاقير، والتدخل الجراحي إضافة إلى استخدام الصدمات الكهربائية، والمدرسة السلوكية تسعى إلى تعديل السلوك من خلال التدعيم الإيجابي وإزالة الخبرات المؤلمة فالتحليل النفسي يسعى إلى إزالة الاكتئاب من خلال الطرح والعمليات العلاجية الأخرى إلى تخفيف حدة التثبيت لدى المريض...
وقد بينت الخبرة الاكلينيكية أنه إذا وجدت الخصائص التالية في الاكتئاب العصبي فإن احتمال تحسن المريض يتزايد:

- 1- أن تكون نشأة الاكتئاب محدودة زمنياً، وألا يكون المريض قد عانى من الاضطراب الانفعالي لسنوات عديدة قبل هذا التاريخ.
- 2- أن يعاني المريض من الإحساس بعدم الأهمية والذنب وأن ينتابه هذا الإحساس معظم الأحيان على الرغم من أنه قد يندبذ في شدته.
- 3- أن تزداد شدة الأعراض غالباً في النهار حيث تسوء صباحاً ويشعر المريض بتحسن ما بعد الظهر وفي المساء.
- 4- أن يكشف تاريخ حياة المريض قبل نشأة الاكتئاب عن اضطراب قليل الدلالة، باستثناء نوبة أو نوبتين من الاكتئاب يكون المريض قد شفي منها تماماً في حينها.
- 5- أن يفقد المريض من وزنه أكثر من 2 كجم ففقدان الوزن الذي يتعرض له المريض غالباً ما يدل على فقدان الشهية وفقدان الاهتمام بالأنشطة الحياتية العامة (سلطان، د.ت : 245-246).

هذا ويستمر الاكتئاب العصبي فترة من الزمن تتراوح ما بين اسابيع إلى عدة سنوات والجدير بالذكر أن اللجوء إلى أهل الاختصاص لتلقي العلاج اللازم من شأنه أن يساعد على الشفاء من الاكتئاب خلال فترة وجيزة.

وفيما يلي سنتناول وسائل علاج الاكتئاب وهي:

أولاً: علاج الطب النفسي:

أ. مضادات الاكتئاب Antidepressants

يشير التطور الكيميائي في علاج الاكتئاب، بما اشتمل عليه من العقاقير المضادة للاكتئاب نتاجاً شرعياً للتفسير الأميني. فعقاقير الاكتئاب فيما هو معروف تعمل على ضبط الاكتئاب بسبب تأثيرها على تركيز الأمينات وتصحيحها، ومن المعروف أن هناك ثلاث مجموعات من العقاقير المضادة للاكتئاب ومن أهمها ما يسمى:

- الترياييسيكليك "Tricyclic": والوظيفة الأساسية للعقاقير التي تنتمي إلى هذه المجموعة تتمثل في تعزيز القوة لموصلات المخ المزاجية في مواضع الاتصال بين الأعصاب.

- المجموعة الثانية من العقاقير المضادة للاكتئاب تعمل على زيادة نسبة تركيز الأمينات في المنطقة المرتبطة بالانفعالات في المخ. ومن المفترض أن زيادة تركيز الموصلات الكيميائية في المخ، يعمل على تعويض النقص فيها، ومن ثم تغير الحالة الانفعالية الاكتئابية إلى وضع أفضل.

- وهناك عقار الليثيوم "Lithium" الذي يعمل على التوازن الانفعالي، ومن ثم التحكم في التقلبات الانفعالية (ابراهيم، 1998:107).

وهناك مجموعات أخرى من المضادات للاكتئاب مثل الفلوكستين Fluoxetine، وإلى هذه المجموعة ينتمي العقار المشهور والذي يعرف باسم البروزاك Prozac ويعتمد اختيار العقار على الاستجابة السابقة للمريض، أو على نوع الاكتئاب كيميائياً.

2- جلسات الكهرباء:

هذا النوع من العلاج لا يستخدم إلا في حالات الاكتئاب الشديد، المصاحب لميول انتحارية، وغالباً ما تكون مصاحبة بالعقاقير سائلة الذكر. وقد لوحظ أن العلاج بالنوبات الكهربائية بعدد من الجلسات (4-6 جلسات) يؤدي إلى تغيير واضح في موجات الدماغ الكهربائي، إذ تصبح بطيئة، وذات فرق جهد عال

إضافة إلى الاعتقاد بأن استخدام مثل هذا النوع من العلاج يحقق التوازن المفقود بين الناقلات العصبية المختلفة. ولدى هذا النوع من العلاج العديد من الأعراض الجانبية غير المرغوبة مثل: النسيان العابر، فقدان الوعي المؤقت، حدوث فجوات في الذاكرة، القلق.

- ونود الإشارة إلى أنه إذا وجد أي من الخصائص التالية في الصورة الإكلينيكية للمريض فإنه لا يحتمل أن يستجيب جيداً للعقاقير:
- 1- أن يتميز اكتئاب المريض بالتذبذب الواضح ، فقد يشعر المريض بالتحسن النسبي يوماً ويشتد الاكتئاب في اليوم التالي.
 - 2- أن يكون للمريض تاريخ طويل مع الأعراض العصابية كالقلق والمخاوف وقد يصعب تحديد زمن نشأة اضطرابه الانفعالي الحالي.
 - 3- لا يشعر المريض بالذنب أو عدم الأهمية، ويشعر بأن الآخرين لم يحسنوا معاملته ويلومهم على اكتتابه واضطرابه (سلطان، د.ت : 246).

ويرى الباحث أن العلاج باستخدام العقاقير شائع استخدامه في معالجة الاضطرابات النفسية وله نتائج جيدة في تخفيف الأعراض لدى المرضى ومن أهم سلبيات العقاقير الطبية أنها تعالج الأعراض المرضية، ولكنها لا تعالج المرض نفسه، إضافة إلى الأعراض الجانبية المصاحبة لاستخدام مثل تلك العقاقير من الهذيان، وضعف الذاكرة ، والخمول والتقيؤ إلخ....

ثانياً : العلاج النفسي:

ويهدف إلى تحسين قدرات المريض الفكرية والمهنية والاجتماعية والسلوكية ويكون ذلك عن طريق أنواع متعددة من العلاج النفسي أهمها:

أ-العلاج النفسي التحليلي:

ويبحث هذا النوع من العلاج في العوامل الدفينة في طفولة الفرد المعتمدة أساساً على الجنسية الطفلية والصدمات التي تلقاها المريض في الخمس سنوات الأولى من

حياته، مع عمليات التداوي الحر، وتفسير الأحلام، والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية (عكاشة، 1980:121).

ويرجع الفضل إلى علماء التحليل النفسي في الكشف عن أهمية العلاقة الزوجية (الطرح بين المريض-المعالج) وبمدى ما تكون عليه العلاقة الطرحية من قوة تسمح بقبول المعالج كآخر، وبالتالي قبول الموقف العلاجي نفسه وتتحقق المعرفة ويكون الشفاء (عسكر، 1988:181).

ويرى الباحث أن استخدام التحليل النفسي في علاج الاضطرابات النفسية عامة و الاكتئاب بشكل خاص يبقى محدودا لان معظم الدراسات التي بنيت عليها هذه النظرية أوروبية، و عامل الثقافة له كبير الأثر في صياغة العلاج، إضافة إلى الإمكانيات المادية التي يحتاجها هذا النوع من العلاج، و كما هو معروف فان المريض بحاجة إلى حوالي خمس جلسات أسبوعيا لعدة سنوات وهذا أمر مرهق.

كما يتطلب العلاج قدرة ذكائية فوق المتوسط لدى المريض حتى يستطيع التعبير عن ذاته لفظيا بشكل جيد، يضاف إلى تلك الأسباب اعتماد النظرية على المبدأ الجنسي الغريزي في تفسير السلوك.

ثالثا: العلاج السلوكي :

يعمل العلاج السلوكي على تعديل السلوكيات المؤدية للاكتئاب و تعليم المريض سلوكيات إيجابية تؤدي إلى رفع كفاءته و قدرته في مواجهة الظروف الضاغطة، و يعتمد أيضا على النظرية الشرطية، و اعتبار الأمراض النفسية كونها عادات خاطئة تعلمها المريض كي يقلل من درجة القلق و التوتر، و يتجه العلاج إلى إطفاء السلوك غير المرغوب

و بناء فعل شرطي منعكس جديد ليكون بديلا عنه (عكاشة، 1980: 131).

رابعاً :العلاج المعرفي:

ويعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى المريض حيال نفسه ومجتمعه واستبدال هذه المفاهيم بأخرى أكثر إيجابية، ويعتمد العلاج المعرفي على إكساب المريض المعارف الإيجابية اللازمة وتوضيح مضار وعيوب المفاهيم الخاطئة حول ذاته، مع جعله أكثر قوة في تحقيق ذاته (Kalman،field ،1993:87).

خامساً : العلاج الاجتماعي:

ويعمل على مساعدة المريض اجتماعياً، وحل مشاكله الاجتماعية وإحداث التغييرات البيئية المناسبة، لتقليل معاناته. وكما هو معروف فإن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج العصاب قوي ومن ثم فيتجه العلاج أحياناً نحو تحسين هذه العوامل من ناحية العمل والمنزل والزواج، وتشجيع الهوايات الخاصة من ثقافة وفنون، أو رياضة، أو الإيمان الديني خصوصاً هؤلاء الذين يميلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية (عكاشة،1980:138).

سادساً: العلاج الديني :

لقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان ، وهو يعلم من خلق .والخالق هو الذي يعرف كيف يصير الإنسان سوياً ، ووضع لذلك القوانين السماوية ، وهو الذي يعرف ماذا يفسد الإنسان ، وهو الذي يعرف طريقة علاجه وصلاحه . وفيما نرى أن علماء النفس العلاجي يجب أن يستفيدوا من الدين ، وأن يلتزموا بقوانين الخالق لأنهم ليسوا أعلم بالإنسان من الله الذي خلقه (زهران ،1997: 353) .

وقد أوضح القرآن الكريم لبني البشر الطرق الصحيحة لتربية النفس وتقويمها وتنشئتها تنشئة سليمة تؤدي بها إلى بلوغ الكمال الإنساني الذي تتحقق به سعادة الإنسان في الحياة الدنيا والآخرة (الخطيب ، 2000: 445) .

" إن هذا القرآن يهدي للتي هي أقوم ويبشّر المؤمنين الذين يعملون الصالحات أن لهم أجراً كبيراً " (الإسراء:9)

وتشير (أبو عيطة،1997: 187) إلى أن الإيمان يجعل صاحبه لا ينشغل بهموم الدنيا من فقر ، ولا يخشى الموت والآخرة ، لأن لديه من الأعمال الخيرة ما هو ذخراً

له ، كما أنه إذا أصابته مصيبة يذكر الله ويؤمن بقوله سبحانه وتعالى " الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ، ألا بذكر الله تطمئن القلوب " (الرعد : 28) .

ويعتقد الباحث انه من الأهمية بمكان استخدام أكثر من أسلوب علاجي ، وذلك بحسب البناء النفسي والفكري للشخص الذي يتم التعامل معه ، وبشكل عام يمكن التركيز على العلاج الديني كوسيلة فعالة للتخفيف من الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين خاصة في محافظات غزة كون الدين مكون أساسي للثقافة في مجتمعنا .

ثانياً : السرطان

تمهيد:

تزايد في العصر الذي نعيش فيه عدد الأمراض القاتلة، والتي يعتقد أنها ترتبط ارتباطاً طردياً مع التقدم والتطور التكنولوجي، ومن بين أخطر تلك الأمراض الفتاكة السرطان، هذا الشبح الذي لا يفرق بين كبير أو صغير، غني أو فقير ، رجل أو امرأة ، فما زال المسبب الرئيس لهذا المرض غير معروف.

وعلى الرغم من الانتشار الواسع لهذا المرض في المجتمعات الحديثة ، إلا أنه ليس وليد عصرنا، فمنذ ملايين السنين قبل أن يوجد الإنسان على هذه الأرض تعرضت المخلوقات التي كانت تعيش في تلك الحقبة من الزمن كفصائل الزواحف المصابة بسرطان العظام، وكما هو معروف فإن نسيج العظام من خصائصه المميزة حفاظه على شكله التركيبي ومقاومته للتغيرات الجيولوجية وعلى ذلك أمكن اكتشاف مثل هذه التغيرات المرضية بعد مضي ملايين السنين ، فقد اكتشف أحد أنواع سرطان العظام في الهيكل العظمي لأحد الديناصورات التي كانت تعيش منذ 18 مليون سنة (الأعرس ، 5:1986).

وقد ذكر السرطان في برديات إبيرس منذ 1550 سنة قبل الميلاد، ولقد قام قدماء المصريين بوصف الورم بأنه تضخم في أي جزء من أجزاء الجسم وكانت تتم معالجته جراحياً باستخدام السكين، وكيميائياً عن طريق الشراب أو وضع خليط من الأعشاب على مكان الورم قبل أو بعد استئصاله.

ولعل العالم " أبقرط" الذي عاش في الفترة 375-460 قبل الميلاد هو أول من اتجه الاتجاه الصحيح في علاج المرض، فقد قام بوصف العديد من أنواع الأورام وأطلق عليها مسميات ما زالت تستخدم حتى الآن، وفي القرن التاسع عشر توصل "ويتروشيت سنة 1823" و "شيلدن" سنة 1828 " وشوان" سنة 1829 إلى أن الخلية هي وحدة بناء أي نسيج واكتشف أن هذه الخلايا الجديدة التي تتكون ما هي إلا نتيجة انقسام خلايا الأم أو الخلايا الأصلية (الأعرس ، 1986: 6،7).

أما عند الأطباء العرب والمسلمين ، يعتبر علي بن الطبري (ولد سنة 780 م) حيث جاء في كتابه فردوس الحكمة " قال أبقرط: السرطان وجع لا يعالج وإن عولج

هلك صاحبه" وذكره ثابت ابن قره سنة (900م) في كتابه الذخيرة في علم الطب، وخصص له الرازي (865، 927م) فصلاً كبيراً من الجزء الثاني عشر من كتابه الحاوي ، كما تناوله ابن سينا (980-1038م) في كتابه القانون بصورة مفصلة، وقد ذكره العديد من الأطباء العرب المسلمين الآخرين (محمد ، 1995: 44-45).

وما زال السرطان من الأمراض الخبيثة التي تهدد حياة البشر ، والتي لم يتوصل الطب إلى اكتشاف العلاج الشافي لمعظمها.

وفي الوقت الحالي يعتبر السرطان المسبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب ففي الولايات المتحدة الأمريكية يتم تشخيص مليون ومائة ألف حالة سنوياً بالسرطان، يتم وفاة حوالي نصف مليون منهم كل عام (Smeltzer ، 1992:342)

وفي مصر يوجد حالياً 100,000 مريض جديد بالسرطان كل عام (عبد الله، عبد الفتاح، 1997:14).

وقد أوضحنا- فيما سبق- عن الأعداد التي تعاني من السرطان في قطاع غزة، إضافة إلى الوفيات الناجمة عن هذا المرض.

ولصعوبة فهم هذا المرض الخطير يتطرق الباحث إلى الخلية وماهيتها وانقسامها وخصائصها كونها نقطة الانطلاق لفهم كيفية الإصابة بالسرطان .

أولاً : تعريف السرطان عند علماء المسلمين:

أطلق الأطباء العرب والمسلمون كلمة (السرطان) على الأورام التي يصحبها ألم ونحس وسرعة وازدياد وتثبت بالأنسجة المجاورة. يقول الرازي في السرطان "ورم مستدير في أكثر الأمر لازم الأصل فهو في العضو أكثر منه خارج له أصل كبير وعروق ممتدة منها خضر وفي مجسته حرارة على الأمر الأكثر وله ضربان ما وإن تقرح أو بط انقلب وغلظ واحمر وصار وحشاً ولم يبرأ إلا باستئصاله وسل عروقه".

ويقول الزهاوي: " السرطان إنما سمي سرطاناً لشبهه بالسرطان البحري، وهو على ضربين، مبتدئ من ذاته أو ناشئ عقب أورام حارة .. وهو إذا تكامل فلا علاج له ولا برء منه بدواء البتة إلا بعمل اليد (أي الجراحة أو الكي) إذا كان في عضو يمكن استئصاله فيه كله بالقطع. نقلاً عن (محمد، 1995:45).

التعريف الحديث للسرطان :

- عرف (Burnner and Suddarth، 1992:342) السرطان على أنه مرض يبدأ عندما ترتفع الخلية الغير طبيعية عن خلايا الجسم الطبيعية كنتيجة لبعض الميكانيزمات السنوية في نمو الخلايا.

- كما وعرف (Davidson's، 1992:230) الورم على أنه نمو غير طبيعي لخلية معينة وهذا النمو إما أن يكون نمواً حميداً أو نمواً خبيثاً.

ويتكون جسم الإنسان من مجموعة من الأعضاء والأنسجة والتي تتكون بدورها من ملايين الخلايا هذه الخلايا تختلف عن بعضها من ناحية الشكل والوظيفة ولكنها تنقسم وتتكاثر بالطريقة نفسها عادة يحدث انقسام الخلايا بشكل منتظم بحيث يمكن لأجسامنا النمو أو استبدال أو إصلاح الأنسجة التالفة وهذا التكاثر يكون في وقت محدد إلى حد معين ولكن إن خرجت هذه العملية عن السيطرة فان الخلايا تبدأ بالتكاثر بسرعة وتنتج عن هذا ما يسمى بالورم .

الأورام نوعان

الأورام الحميدة (غير سرطانية Benign) :

وهذه عادة ما تكون مغلقة بغشاء وغير قابلة للانتشار وتأثيرها يبقى محدوداً على المريض من خلال الضغط على الأعضاء الطبيعية ويكمن الخطر هنا إذا تواجد الورم الحميد في بعض المناطق الحساسة في الجسم كالدماع وإذا كان حجمها كبيراً أن تستأصل بالجراحة وغالبا لا تعود ثانياً (Thibodaux and pal to1993:91) .

الأورام الخبيثة (سرطانية Malignant):

والأورام السرطانية تهاجم الخلايا والأنسجة المحيطة بها ولها القدرة على الانتشار إلى كافة أجزاء الجسم ، وذلك بأن تنفصل خلية أو خلايا من الورم الأولي (primary) وتنتقل عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي إلى عضو أو أعضاء أخرى في الجسم لتكون أوراماً ثانية تسمى الأورام الثانوية (secondary)

كيف يبدأ السرطان

يبدأ على مستوى خلية يطرأ عليها تغير بسيط في عملها وطريقة التحكم في هذا العمل ويتكون الورم عن طريق خلية واحدة ويكون نجاحها في النمو والانقسام على حساب الخلايا الأخرى وفي هذه المرحلة يمكن رؤيته ميكروسكوبياً ، وبعد أن يتطور الورم يكبر حجمه إذا لم يعالج فيستمر بالنمو وتدمير الأنسجة المجاورة وربما الانتشار إلى أعضاء بعيدة (spring HoweL 1987:38) .

وخصائص الورم الخبيث يكمن فيها كل الخطر ، وأولى هذه الخصائص إن خلايا الورم الخبيث لها القدرة على الانتشار والتغلغل في الأنسجة المجاورة ليس ذلك فحسب بل إن لها القدرة على الانتقال من مكانها الأصلي إلى الأعضاء الأخرى بالجسم ، وفي المكان الجديد تبدأ الخلية الخبيثة بدورها الخطر المدمر حيث تبدأ في الانقسام العشوائي مكونة ورماً خبيثاً آخر يقوم بدوره بإتلاف هذا العضو والتأثير على وظائفه . إن خاصية الانتشار التي تنفرد بها الخلية الخبيثة في الحقيقة من أخطر خواص الخلية الخبيثة حيث يسببها يصبح من غير الممكن حصر المرض والقضاء عليه من مكان ظهوره .

خاصية انتشار الخلايا الخبيثة

هناك العديد من الأسباب التي تجعل الخلايا السرطانية تنفرد بخاصية الانتشار أهمها الخلايا الخبيثة التي تفقد القدرة على التماسك نتيجة تغيرات كيميائية في جدارها الخلوي منها نقص مادة الكولاجين التي تساهم في لصق الجدار الخلوي للخلايا ببعضها، كذلك وقد وجد أيضاً زيادة ملحوظة في الشحنتات السالبة على الجدار الخلوي مما يؤدي إلى تنافر بين الخلايا الخبيثة التي تساعد بالتالي على تباعدها عن بعضها بعضاً، كذلك وجد أن هناك نقصاً يصل إلى حوالي 40% في أيونات عنصر الكالسيوم الموجودة في الجدار الخلوي وكما هو معلوم فإن وظيفة أيونات هذا العنصر هو المساهمة في عدم تفكك الخلايا عن بعضها بعضاً والنقص في هذه الأيونات تؤدي إلى سهولة تفكك الخلايا عن بعضها وبالتالي انتشارها وهناك عامل آخر وهو الضغط الناتج عن تكاثر الخلايا غير الطبيعي والواقع على بعضها بعضاً مما يساعد في زيادة سرعة نقلها .

سرطان الرئة

تعتبر أورام الجهاز التنفسي، من أكثر الأورام شيوعاً حيث تشكل حوالي 50% من مجموع الأورام التي تصيب أعضاء الجسم، وسرطان الرئة شأنه شأن باقي السرطانات يمكن شفاؤه ولكنه يحتفظ بأكبر نسبة وفيات بين جميع السرطانات ، ولقد ازدادت مؤخراً نسبة الإصابة بأورام الرئة وغدت نسبتها تعادل 20% من الأورام التي تصيب الذكور، و 5% من الأورام التي تصيب الإناث. وإن الإصابة عند الذكور أكثر منها عند النساء، فالنسبة هي 9 إلى 1 أي أن هناك تسع إصابات ذكور مقابل إصابة واحد عند الإناث ، والعمر عادة يتراوح ما بين 50-70 سنة ويمكن أن نشاهده في أي عمر (مسلاتي، 1992: 16).

ما هو سرطان الرئة:

سرطان الرئة كالسرطانات الأخرى عبارة عن نمو غير محكوم لخلايا غير طبيعية، وهذه الخلايا الغير طبيعية تنمو داخل وحول الخلايا الطبيعية التي تكون النسيج الطبيعي ، وتقوم الخلايا السرطانية بحرمان النسيج العادي من غذائه من جهة، ومزاحمته في مكانه من جهة أخرى، وكان يظن أن معظم السرطانات تنمو من خلية سرطانية واحدة ، ولكن سرطان الرئة قد يكون مختلفاً . فهناك نظرية أن سرطان الرئة يبدأ في خلايا متعددة في أماكن مختلفة من الرئة، وعندما تتمكن الخلية السرطانية من النسيج فإنها تبدأ في النمو السريع مكونة تجمعات تزداد في الحجم حتى تصبح وربما في حجم كاف كي يبدو في صورة الأشعة. وكطبيعة الورم الخبيث فإنه لا يمكث في مكانه، ولكنه يمتد لأجزاء أخرى من الجسم ، وذلك بأن تنفصل أجزاء منه وتتحرك مع تيار الدم داخل الأوعية الدموية إلى الأجزاء الأخرى من الجسم، وقد تتخذ تلك الأجزاء المنفصلة الأوعية الليمفاوية طريقاً إلى الأجزاء الأخرى من الجسم حيث تستقر هناك مكونة سرطاناً آخر يعرف بالثانويات. إذا بلغ السرطان هذا المدى، فإنه من الصعب بل من المستحيل علاجه. وسرطان الرئة سريع الانتشار وتكوين الثانويات وهذا راجع إلى أن الرئة تتمدد وتنكمش مع عملية التنفس، بالإضافة إلى أنها تتمتع بقدر كبير من الأوعية الدموية الليمفاوية، مما يساعد

في سرعة انتشار سرطان الرئة إلى أجزاء أخرى من الجسم ويمكن أن ينتشر سرطان الرئة إلى الأجزاء المهمة حتى قبل أن يكتشف مثل وصوله إلى القلب وغيره (علام، وعمر ، 1987 : 116 - 117).

تصنيف سرطان الرئة :

يصنف سرطان الرئة بحسب كيفية حدوثه الى :

أ-سرطان الرئة الأولي primary :

وهو منطقة الإصابة الأصلية ونقطة الانطلاق للورم السرطاني .

ب-سرطان الرئة الثانوي secondary :

هذا النوع يأتي بالانتقال metastasis من موقع لآخر .

كما يصنف بحسب كيفية الجزء المصاب الى :

أ-سرطان الرئة المركزي :

يصيب القصبات الرئيسية ، قصبات الفص الرئوي lobe ، وقصبات الشدن

segment .

ب-سرطان الرئة الخارجي :

يصيب القصبات الأقل قطرا والأغشية الظهارية للأسناخ

(الموسوعة الطبية ، 1995 : 1074)

أنواع سرطان الرئة :

يختلف نوع السرطان باختلاف المنطقة المصابة وسوف نذكر الأنواع الرئيسية :

أ-الورم القشري squamous cell carcinoma :

وهذا النوع كثير الشيوع بين الذكور وخاصة المدخنين منهم .

ب-الورم الغدي السرطاني adeno carcinoma :

هذا النوع من الأورام شائع بشكل واسع عند النساء .

ج-سرطان الخلية الصغيرة small cell carcinoma :

د-سرطان الخلية الكبيرة large cell carcinoma :

ويتم التفريق بين تلك الأنواع من خلال أخذ عينة وفحصها مجهرياً
(Robbins and others ، 1994:723).

عملية التشخيص لسرطان الرئة يتم من خلال أخذ عينة من المنطقة المصابة وتحليل تلك العينة مخبرياً. وبذلك يمكن التعرف على نوعها ، وهل هذا الورم حميد أم خبيث ، كما يمكن التعرف على الورم ما إذا كان حميداً أم خبيثاً من خلال الأشعة X-Ray .

أعراض وعلامات سرطان الرئة :

تتغير أعراض سرطان الرئة مع تغير مكان تواجده فإذا بدأ بالشعبات الهوائية فإنه يسبب انسداداً جزئياً لها، وبالتالي فإن الأعراض تكون السعال الذي قد يصاحبه بصاق مدمم، ولكن إذا بدأ في مكان آخر من الرئة، فإنه قد لا يسبب أعراضاً إلا إذا اكتشف مصادفة في صورة أشعة للصدر. وفي مراحله الأولية جداً قد يكون سرطان الرئة مرضاً صامتاً ، وقد لا يكتشف حتى بالفحص الطبي وهذا سبب آخر لزيادة نسبة الوفيات في هذا المرض (علام، وعمر، 1987:117).

وكما ذكرنا بأن المرض في مراحله الأولى تكون أعراضه إجمالاً ضئيلة ، بل معدومة أحياناً، بحيث لا يشعر المريض ببداية المرض، ولكنها لا تلبث أن تتفاقم لتدل دلالة قاطعة على نوعية الإصابة ومدى خطورتها، ونجمل هذه الأعراض فيما يلي:

من أعراض المرض المبكر:

1-السعال Cough : وتتغير خصائصه ومميزاته بحسب مراحل تطور المرض، بالبداية يكون السعال خفيفاً ونادراً ، وفيما بعد يتحول إلى سعال جاف متواصل تقريباً، بحيث يتسبب بإزعاج المريض، ومع تطور المرض يتزامن السعال مع قشع ذي طبيعة مخاطية - قيمية، ثم مصحوباً بالدم.

2-الإجهاد والتعب General Weakness : والشعور بالتعب يكون متواصل حتى في أثناء فترات الراحة.

3-الألم Pain : يشعر المريض بالألم في القفص الصدري، الذي تختلف شدته من مريض لآخر، وبحسب نوع الورم وشدته.

- 4- صعوبة التنفس Dyspnea : في حالات كثيرة يشكو المريض من ضيق في النفس بسبب الضغط الذي يحدثه الورم على النسيج الرئوية، وأحياناً على أعضاء المنصف من قلب وشرابين، بحيث يؤدي ذلك إلى قصور في عملية التنفس والدورة الدموية.
- 5- نقصان الوزن Weight loss : يشكو المريض من نقصان الوزن بسبب حالة الإعياء العامة ، إضافة لسوء الوضع النفسي للمريض (الموسوعة الطبية، 1995: 1076).

الأسباب المؤدية إلى سرطان الرئة:

- لا تزال الأسباب المباشرة لسرطان الرئة حتى وقتنا الحاضر مجهولة، ولكن ثمة عوامل تساعد على نشوء الأورام الخبيثة أهمها:
- 1- تزداد نسبة الإصابة بسرطان الرئة بين سكان البلدان المتقدمة صناعياً، وقد يكون السبب في ذلك ارتفاع نسبة تركيز الغازات السامة في الهواء.
 - 2- ترتفع نسبة الإصابة بسرطان الرئة بين الأشخاص الذين يعملون في المصانع والغازات المنتجة للغازات، وصناعات معينة مثل صناعة الأسبست وغيرها.
 - 3- إن نسبة الإصابة بسرطان الرئة هي أكثر بكثير لدى الأشخاص المدخنين منها لدى الأشخاص غير المدخنين ، وقد تناولنا هذا السبب بشيء من التفصيل فيما سبق.
 - 4- الأشخاص الذين يعانون من أمراض الرئة المزمنة، هم أكثر تعرضاً لسرطان الرئة من الأشخاص الأصحاء (الموسوعة الطبية، 1995: 1074).

علاج سرطان الرئة:

1-العلاج الجراحي: Surgical Treatment

يعتبر التدخل الجراحي السبيل الأساسي للعلاج من خلال استئصال المنطقة المصابة، وأحياناً كثيرة إلى استئصال الرئة المصابة Pneumectomy ولكن يجب التنويه إلى أن التدخل الجراحي يتم اللجوء إليه في حال كان الورم متموضعاً في منطقة معينة وغير منتشر ، فالمرحلة المرضية هامة جداً في تحديد العلاج اللازم إضافة إلى الوضع الصحي للمريض.

2-العلاج بالإشعاع Radiotherapy :

غالباً ما يتم استخدام العلاج الإشعاعي مصحوباً بالعلاج الكيميائي وذلك لتحقيق نتائج أفضل من خلال محاصرة الورم والحد من انتشاره.

3-العلاج الكيميائي Chemotherapy :

ويهدف العلاج الكيميائي إلى إضعاف أو إيقاف نمو الخلايا السرطانية، فيساعد على إطالة عمر المريض وبخاصة بعد إجراء العملية الجراحية

•(Edwards , and Bouchier, 1992 : 401)

في نهاية الحديث عن سرطان الرئة ، لا بد من الإشارة إلى أنه وحتى هذه اللحظة لا توجد طرق وقاية خاصة ومحددة من السرطان بشكل عام، وسرطان الرئة بشكل خاص، لأنه لم يتم حتى اللحظة اكتشاف الأسباب المباشرة المؤدية للإصابة به، ولكن وعلى الرغم من ذلك لا بد من القيام ببعض التدابير الوقائية أهمها: تجنب العوامل المساعدة على نشوء المرض وتكونه ومنها: التدخين ، أمراض الصدر المزمنة، العمل أو التواجد المستمر في المصانع والمناطق التي تعاني من الغازات السامة والأغبرة الملوثة.

ثالثاً: السلوك الديني

تمهيد:

منذ أن وجد الإنسان على وجه الأرض وهو بحاجة إلى أن يرتبط بقوة منقذة حامية تحميه من طغيان الطبيعة وعنفوانها، فالإنسان البدائي مثلاً عاش حياته يصارع ويواجه قسوة الطبيعة، ولم يكن له من سلطان على هذه الظواهر الطبيعية القاسية، ونظراً لسذاجة فكره وبساطته وعدم علمية تفكيره قد عزي هذه الظواهر إلى قوة خارقة شريرة لها من التأثير والفاعلية ما لا قبل له بها، فتعددت مفاهيم هذه القوى في ذهنه، فكان للريح إله، وللعواصف إله، للأمراض إله، ولكل قوة من قوى الطبيعة الشريرة إله يلجأ إليه لحماية نفسه وعائلته، وذلك بأن يقدم لها القرابين، ويتلو لها الأدعية طالباً عفوها ودفع ما ينزل به من أضرار (جودة، 1993: 45).

وهذا ما يؤكد على أن الإنسان بفطرته متدين وإن اختلف الفهم في مفهوم الإله وتصوره، فالالتزام الديني دافع نفسي له أساس فطري في طبيعة تكوين الإنسان، فالإنسان في أعماق نفسه يشعر بدافع يدفعه إلى البحث والتفكير لمعرفة خالقه وخالق الكون وإلى عبادته واللجوء إليه كلما اشتدت به مصائب الحياة وكروبها ليشعر بالأمن والطمأنينة، وهذا واضح في سلوك الإنسان في مختلف المجتمعات الإنسانية خلال العصور المختلفة، غير أن تصور الإنسان لطبيعة الإله والطريقة التي يسلكها في عبادته قد تختلف تبعاً لمستوى تفكيره ودرجه تطوره الثقافي، أي أن هذه الاختلافات ما هي إلا اختلافات في طريقة التعبير عن الدافع الفطري للتدين الموجود في أعماق النفس البشرية (نجاتي، 1989: 47-48).

كما وأكد القرآن الكريم على أن دافع التدين لدى الإنسان دافع فطري وذلك في قوله تعالى: (فأقم وجهك للدين حنيفاً فطرت الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ، ذلك الدين القيم، ولكن أكثر الناس لا يعلمون) (الروم، 30).

كما أن الدين ضرورة فردية واجتماعية تقتضيه حاجة كل من الفرد والمجتمع إذ يستمد الفرد من إيمانه الهداية والتوجيه لسلوكه فيما قلبه باليقين ويحثه على العلم ويعينه على مواجهة الأعباء والأزمات، ويحيط حياته بروابطه السامية وشرائعه الواضحة، وتتعدى علاقة الإنسان في إيمانه بربه من الحياة الداخلية للنفس الإنسانية لتصل إلى علاقته بالأشياء من حوله إذ يتعامل مع كل الحياء من حوله على هدى من نور الدين وبصيره لارتباطه بالله وولائه له واستمساكه بأوامره واجتناب نواهيه. (حمادة ، 1992: 1).

هذا وقد اهتم المسلمون بالمشكلات النفسية التي قد تصيب الفرد وعلى رأسها الاكتئاب من خلال حديثهم عن الهم والحزن والقلق الشديد ومنهم الإمام الغزالي، حيث عرف الخوف بأنه عبارة عن تألم القلب واحتراقه بسبب توقعه مكروه وقسمه إلى قسمين خوف عادي حميد، وخوف مفرط مذموم يخرج الإنسان إلى اليأس (محمد ومرسي، 1986: 140).

أولاً المعنى اللغوي:

أ - السلوك: عرف (الفيروز أبادي ، 1987 ، 1218) السلوك قائلاً " سلك المكان سلكاً وسلوكاً، وسلوكه غيره، أسلكه إياه وأسلك يده في الجيب أي أدخلها فيه".
ب - الدين: قال ابن الكمال : " الدين وضع إلهي يدعو أصحاب العقول باختيارهم المحمود إلى الخير بالذات. وقال الحرالي: " دين الله المرضي الذي لا لبس فيه ولا حجاب عليه، ولا عوج له" (المناوي، 1990: 344).

ثانياً : التعريف الاصطلاحي:

عرفه (الميداني، 1984 : 87) أنه اتباع لا ابتداع لأوامر الدين ويكون كمال هذا السلوك بالاتباع الأمثل لأحكام الله وسنة الرسول صلى الله عليه وسلم قولاً وعملاً. ويعرفه (موسى، 1999: 678) على أنه ما يقوم به الفرد المتدين من ممارسات دينية تتبع من إيمان عميق بالله تتمثل في العبادات ، المعاملات والأخلاق ، وذلك في محاولة إرضاء خالقه وتحسين علاقته بالآخرين.

كما عرفه (رضوان، 2000: 9) السلوك الديني لدى الإنسان المسلم يكون بمثابة الالتزام بأوامر الله عز وجل وسنة نبيه محمد عليه الصلاة والسلام، بفعل الواجبات، وتكاليف الشرعية، والأفعال المحببة والابتعاد عن الأفعال المحرمة والممنوعة من الناحية الشرعية.

لقد أصبح داء هذا العصر عند العديد من المجتمعات هو عدم التأثر بالدين وبطلان الحاسة الدينية التي لها ثمراتها وتأثيراتها لا سيما وأن هناك أسئلة كثيرة تدور في الأذهان تتعلق بالحياة الدنيا ونهايتها، وكيف يمكن الوصول إليها، حيث يشير (الندوي) إلى أنه " ثارت في قديم الزمان شكوك واعتراضات وأسئلة واستفسارات حول الدين، ولم يطمئن بعض أصحابها ولم يرتاحوا إلى جواب مقنع ولكن مما يمتاز به هذا الجيل أنه لا تزعجه هذه الأسئلة رأساً ولا تحيك في صدره ولا تنشأ في هذا العصر أصلاً " .

أي أن هذه الأسئلة حول العقيدة فقدت هيمنتها على العقول وحلت محلها أسئلة تتعلق بالمادية التي سيطرت على القلوب والأفكار فكانت النتيجة الحتمية والثمرة الحقيقية لذلك هي:

1- أصبح الفرد مجرد آلة يحيا حياة المصانع ويسير سير الماكينات لا يهتم إلا بنفسه وراحته واحتياجاته، ولا يشغله ما إذا كان هناك عالم غيب أو حياة أخرى أو ثواب أو عقاب ما دام لا يتعلق ذلك بحياته الحاضرة، وترتب على ذلك أن أصبحت هذه الحياة هي أكبر همه ومبلغ علمه.

2- أصبحت المادة هي العنصر الأهم والمال هو الروح الساري في جسم المجتمع البشري والحافز الأكبر للناس في أعمالهم ونشاطهم وأصبحت النظرية المهيمنة السائدة على هذا العصر هي النظرية الاقتصادية، وأصبح البطن والجيب ميزاناً لكل مسأله.

3- انطلق الإنسان في سبيل الحصول على المال الذي هو القطب الذي تدور حوله رحي الحياة يسلك طرقاً غير مشروعة ليستنزف الموارد ويضر البيئة ويخل بتوازنها لأن المعيار للحكم هو الغني والترف بغض النظر عن الأخلاق والقيم.

4- الذين حرموا الحاسة الدينية حرموا التأثير بالموعظة وبآيات الله جحدوا بعالم الغيب وعاندوا وكابروا في وجود حياة آخر (الندوي ، 1984 : 234).
وإلى مثل هؤلاء يشير التوجه القرآن " ختم الله على قلوبهم وعلى سمعهم وعلى أبصارهم غشاوة ولهم عذاب عظيم".

ويوضح (الزميلي ، 1988: 90) أن الآلام النفسية في ظل الحضارات المالية أقسى بكثير من كل داء جسدي، فالمجتمعات المادية تصل بالإنسان إلى أن يعيش بلا هدف أو تطلع إلا في حدود نفسه المادية، لذلك يعيش في ظل عدم الاطمئنان وعدم الثقة، مما يجعله تربة خصبة لكل تيار معوج وطريق ضال.

ونود الإشارة إلى أن المجتمعات البعيدة عن الدين هي مجتمعات حائرة وتائهة تعيش حالة من عدم الاستقرار النفسي والأسري والاجتماعي ، ولا عجب أن أعلى نسب انتحار في العالم هي في تلك المجتمعات التي آثرت المادة على الدين ،على الرغم من توفر كافة وسائل الراحة والترفيه والتطور التقني والتكنولوجي لديهم.

وسوف نستعرض أهداف العقيدة الإسلامية السامية والتي مصدرها الإيمان بالله وهذه الأهداف هي:

- 1- الإيمان بالله يحرر النفس الإنسانية من قيودها المادية، فتتعالى النفس على الشهوات وتسمو على الماديات وتسعى لخير الناس، ونعلم أن كل ما في الإنسان من خير ونبل وتضحية وإيثار وإنكار للذات إنما هو مستمد من الإيمان بالله.
- 2- الإيمان بالله يقترن دائماً بالعمل الصالح، فقد ربط القرآن الكريم باستمرار وبكثرة بين من آمن وعمل الصالحات "الذين آمنوا وعملوا الصالحات" (البقرة: 25).
- 3- الإيمان بالله يحول بين المرء واقترافه المعاصي: يقول الرسول عليه الصلاة والسلام (لا يزني الزاني حين يزني وهو مؤمن، ولا يسرق السارق حين يسرق وهو مؤمن، ولا يشرب الخمر حين يشربها وهو مؤمن" (مسلم، 1983: ج1/ 76).
- 4- تربية الضمير: الضمير هو الوازع النفسي القوي الذي يكون للإنسان بمثابة مرشد لسلوكه في الحياة يبصره بعواقب أفعاله، وإن أكبر معوقات الضمير الاعتقاد بإله قادر جبار، يحاسب على الكبائر والصغائر، ويطلع على ما تكنه السرائر.
- 5- الإيمان بالله راحة للنفس: ففي ساعات اليأس يتذكر المؤمن أن هناك ملاذاً يلجأ إليه وسنداً يعتمد عليه، وأن ربه قادر على معونته، فليس هناك ما يدعو لليأس والجزع فتطمئن نفسه، وتصغر أمامها الأهوال وتهون المصائب.
- 6- الإيمان بالله محور أساسي في سعادتنا: حيث يجعلنا نشعر بالاتصال بالله، وأنه معنا على الدوام، وأنا لسنا وحيدين أما كوارث الحياة، فإله يؤيدنا بمعونته ويدعمنا برحمته التي وسعت كل شيء. والدعاء علاج نفسي، فالإنسان يحتاج في حل مشكلاته لأن يفضي بدخيلة نفسه إلى غيره فيخف حزنه وهمه، لأن كتمان ما يشغله يزيد في مرضه، والدعاء يكون في السراء والضراء، وهو سمو روحي، وترفع عن الشهوات، ومحو للخوف، والوصول إلى راحة النفس. (زريق، 1989: 121-144).

وإن الإسلام إذا خالطت بشاشته القلوب يشيع فيها الطمأنينة والثبات والاتزان والانفعالي والعاطفي وبقائها القلق والخوف والاضطرابات (محفوظ، 1991: 11).

* انعكاسات الدين على صحة الفرد النفسية :

يذكر (مجاور، 1990) أن الدين يتجه بالإنسان نحو تكامل الشخصية وتوازنها، وفي نفس الوقت نفسه يحدد له معالم الطريق التي تحدث عنده توازناً في انفعالاته وعواطفه، وبين نوازعه وغاياته، وبين دوافعه وأهدافه، كما يعطى الفرد إحساساً بالذات وشعوراً بالأهمية الاجتماعية، فيزداد يقينه في نفسه وإيماناً بقدرته، كما يكسبه الشعور بالراحة النفسية وخاصة إذا أحاطت المتاعب ونزلت به المصائب والأمراض (مجاور، 1990: 21).

والإنسان المتدين هو الذي يترجم إيمانه بخالقه إلى سلوك يرضى عنه الله تعالى، وبالتالي فهو لا يعاني قط من الاضطراب النفسي في حين أن السلوك الخارج عن الدين فهو سلوك منحرف يؤدي إلى تشويه الشخصية الفردية والاجتماعية (زهران، 1980: 326).

وذكر (الفيومي، 1985: 1) أن الدين هو رحلة الإنسان إلى التسامي، وهو المنحة الربانية التي ينبغي رعايته، وإن أزمة القلق هي من عدم التعادل بين القيم الدينية وبين المظاهر الحضارية المادية وهو دين قوة وعمل ويحث المسلم على أن يعمل عملاً صالحاً ينفعه في الدنيا والآخرة.

ويشير (ابن القيم، 1403 هـ) إلى أن الالتزام بدين الله بالقول والعمل يجعل الإنسان المؤمن يذوق حلاوة الإيمان ويذوق حلاوة معرفة الله والقرب منه، وأن المشاكل التي تحدث لكثير من الناس إنما تعزى إلى فقدان الوازع الديني وعدم وجود النظرة الدينية إلى الحياة (موسى 1999: 566).

كما أشار (الزميلي، 1988: 69) إلى أن المرض هو بمثابة اختبار لمدى صبر الإنسان على ابتلاء ربه فعليه أن يسعد لأن الله اختاره للابتلاء، وعليه الصبر

ليحظى برضى الله عليه ويدخوله الجنة " ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين " (البقرة: 155).

وإن الفرد المسلم يعي تماماً أن الابتلاء سنة كونية لا بد منها لكي يميز الله بها الخبيث من الطيب، فحين يصاب المؤمن الحق بأسقام وأمراض كالسرطان يعي تماماً أن عليه احتساب ذلك عند الله عز وجل، والصبر على ما أصابه " ما أصاب من مصيبة إلا بإذن الله .." (التغابن: 11).

"والصابرين في البأساء والضراء وحين البأس أولئك الذين صدقوا وأولئك هم المتقون" (البقرة: 177).

وذكر (عيسوي ، 2001) عدة معان للمصيبة لعل أهمها :

المصيبة كغفران :

قد يتساءل المرء في نفسه : ولماذا يبتلى المؤمن الصادق في إيمانه ما دام المولى يعلم صدق إيمانه ؟ ربما ، والله أعلم ، لأن المؤمن الصادق يبتلى بلاء تكفير عن ذنوب وأخطاء سابقة : (ولو يؤاخذ الله الناس بما كسبوا ما ترك على ظهرها من دابة ولكن يؤخرهم إلى أجل مسمى) ، (ولولا فضل الله عليكم ورحمته ما زكى منكم من أحد أبداً ولكن الله يزكي من يشاء) .

كما وأن المؤمن الصادق يبتلى بلاء تدليل وشهادة وتبيان ، للغير على صبره وصلابة وصدق إيمانه ، فالرسل والأنبياء والصالحون هم في طليعة المبتلين بالمصائب ليكونوا المثل الأعلى للناس في الشهادة على صدق الإيمان والصبر والتزامهم بما جاء في القرآن الكريم (لتبلون في أموالكم وأنفسكم ولتسمعن من الذين أوتوا الكتاب من قبلكم ومن الذين أشركوا أذى كثيراً وإن تصبروا وتتقوا فإن ذلك من عزم الأمور) (آل عمران : 186) .

ولقد وجدنا ، حسب خبرتنا المهنية المتواضعة ، أن المؤمنين الحقيقيين ، وهم القلة النادرة ، ليسوا فقط صابرين على ما أصابهم من بلايا ، بل في منتهى الراحة النفسية ونكاد نقول السعادة فـ(الرحمن الرحيم) يبتلي المؤمن الحق على قدر احتماله وطاقته النفسية ، ويغفر له ويجزيه عن كل ما ابتلى به في هذه الدنيا أجمل الجزاء يوم الحساب (عيسوي ، 2001 : 127-128) .

وروي عن الرسول الكريم قوله : (ما يزال البلاء بالمؤمن والمؤمنة في نفسه وولده وماله حتى يلقي الله تعالى وما عليه خطيئة) (الترمذي، ب.ت:ج:602\1) .

هذا وقد أسهب (حوى، 1988) في موضوع الصبر على الابتلاءات والمحن، حيث قسمها إلى ثلاثة أقسام وهي :

1- القسم الأول: ما يرتبط باختياره ووسائل أفعاله التي توصف بكونها طاعة أو معصية.

2- القسم الثاني: ما لا يرتبط بهجومه باختياره وله اختيار في دفعه، كما لو أودي بفعل أو قول وجني عليه في نفسه وماله فالصبر على ذلك لترك المكافأة تارة يكون واجباً وتارة يكون فضيلة. قال بعض الصحابة رضوان الله عليهم: ما كنا نعد إيمان الرجل إيماناً إذا لم يصبر على الأذى، وقال تعالى حكاية عن قول رسل الله لأقوامهم " ولنصبرن على ما آذيتونا وعلى الله فليتوكل المتوكلون" (إبراهيم، 12).

3- القسم الثالث: ما لا يدخل تحت حصر الاختيار أوله وآخره كالمصائب: مثل موت الأعزة وهلاك الأموال، وزوال الصحة بالمرض، وعمي العين وفساد الأعضاء، وبالجملة سائر أنواع البلاء، فالصبر على ذلك من أعلى مقامات الصبر. قال ابن عباس رضي الله عنهما: الصبر في القرآن على ثلاثة أوجه: صبر على أداء فرائض الله تعالى فله ثلاثمائة درجة، وصبر عن محارم الله تعالى فله ستمائة درجة، وصبر على المصيبة عند الصدمة الأولى فله تسعمائة درجة. وإنما فضلت هذه الرتبة مع أنها من الفضائل على ما قبلها وهي من الفرائض لأن كل مؤمن يقدر على الصبر عن المحارم.

فأما الصبر على بلاء الله فلا يقدر عليه إلا الأنبياء وهو بضاعة الصديقين فإن ذلك شديد على النفس (حوى، 1988: 212-215).

* مؤشرات السلوك الديني:

لو نظرنا إلى القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة لوجدنا الكثير من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية تدلل على أهمية الوازع الديني في إيجاد الراحة النفسية للمسلم ، ومن تلك المؤشرات البديعة والتي تدعو إلى الالتزام بالفرائض والواجبات الدينية ، وكذلك الالتزام بالسلوكيات الدينية ما يلي :

أولاً : الالتزام بالفرائض والواجبات الدينية :

- حيث تعتبر أداء العبادات بمفهومها الشامل علاج شافي لجميع المشكلات النفسية التي قد تواجه الفرد ، ومن المؤشرات الدالة على ذلك
- 1- الشعور بالراحة النفسية عند قراءة القرآن .
 - قال تعالى " إنما المؤمنون الذين إذا ذكر الله وجلت قلوبهم، وإذا نزلت عليهم آياته زادتهم إيماناً وعلى ربهم يتوكلون " (الأنفال : 2) .
 - وقوله عز وجل "وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين" (الإسراء: 82).
 - 2-الحرص على موافقة الأقوال الأفعال .
 - قال تعالى " كبر مقتاً عند الله أن تقولوا ما لا تفعلون " (الصف : 3) .
 - 3-المحافظة على أداء الصلاة في وقتها باطمئنان وخشوع .
 - قال تعالى " إن الصلاة تنهى عن الفحشاء والمنكر ولذكر الله أكبر والله يعلم ما تصنعون " (العنكبوت: 45).
 - 4-الالتزام بإخراج الزكاة في وقتها بسعادة ورضى .
 - قال تعالى " الذين يقيمون الصلاة ومما رزقناهم ينفقون " (الأنفال : 3) .
 - 5-المحافظة على صيام النوافل .
 - قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " لا يزال عبدي يتقرب لي بالنوافل حتى أحبه، فإذا أحببته إلخ " (البخاري، ب.ت : ج 1 215\) .
 - 6-الدوام على قراءة الأذكار والأوراد الدينية .
 - قال تعالى " والذاكرين الله كثيراً والذاكرات ، أعد الله لهم مغفرةً وأجرًا عظيماً " .
 - 7-السعادة بالابتهاال إلى الله بالدعاء وشكره على نعمه .

- قال تعالى " وإذا سألك عبادي عني فإني قريب ، أجيب دعوة الداع إذا دعاني فليستجيبوا لي وليؤمنوا بي لعلهم يرشدون " (البقرة: 186) .
- 8-المبادرة إلى الاستغفار والتوبة والندم عند الوقوع في معصية .
- قال تعالى " واستغفر الله إن الله كان غفوراً رحيماً " (النساء: 106) .
- 9-الحرص على الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر .
- قال تعالى " يؤمنون بالله واليوم الآخر ويأمرون بالمعروف وينهون عن المنكر ويسارعون في الخيرات وأولئك من الصالحين " (آل عمران : 114) .
- 10-المحافظة على العهد والوفاء بالوعد .
- قال تعالى " وأوفوا بالعهد إن العهد كان مسئولاً " (الإسراء : 33) .
- 11-الصبر على البأساء والضراء .
- قال تعالى "والصابرين في البأساء والضراء وحين البأس أولئك الذين صدقوا وأولئك هم المتقون" (البقرة: 177).
- 12-كظم الغيظ والعفو عن الناس .
- قال تعالى " الذين ينفقون في السراء والضراء والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس والله يحب المحسنين " (آل عمران: 133-134).
- 13-الاستئذان عند زيارة الأقارب والأصدقاء .
- قال تعالى " يا أيها الذين آمنوا لا تدخلوا بيوتاً غير بيوتكم حتى تستأنسوا وتسلموا على أهلها ، ذلكم خير لكم لعلكم تذكرون " (النور : 27) .

ثانياً : الالتزام بالسلوكيات الدينية :

- 1-الرحمة بالصغير وتوقير الكبير .
- قال تعالى " محمد رسول الله والذين معه أشداء على الكفار رحماء بينهم " (الفتح : 29) .
- 2-الحرص على مخالطة الأتقياء والصالحين .
- قال تعالى " واصبر نفسك مع الذين يدعون ربهم بالغداة والعشي يريدون وجهه " (الكهف : 28) .

3-حب مساعدة الآخرين .

قال تعالى " ومن أحسن قولاً ممن دعا إلى الله وعمل صالحاً وقال إنني من المسلمين " (فصلت :33) .

4-الحرص على إمطة الأذى عن الطريق .

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " الإيمان بضع وسبعون شعبة ، أدناها إمطة الأذى عن الطريق ... إلخ " (مسلم ، ب.ت : ج 63\1) .

5-الابتعاد عن النميمة والخوض في أعراض الناس .

قال تعالى " ولا تجسسوا ولا يغتب بعضكم بعضاً ، أوجب أحدكم أن يأكل لحم أخيه ميتاً فكرهتموه " (الحجرات :12)

ويذكر (عيسوي ، 2001: 126) أنه ومن خلال تجربته المهنية مع المرضى سواء كانوا نفسيين أو عضويين وغالباً ما تتداخل العوامل النفسية والعضوية في تأثيرها المرضي عند الإنسان ، ومن خلال التحدث معهم أو مع ذويهم وجد أن شرح معنى المصيبة من ناحية إيمانية سواء كانت مرضاً خطيراً قاتلاً أم مزماً غير قابل للشفاء ، هو من أهم الضرورات العلاجية النفسية التي تساعد المريض والأهل على تقبل المصيبة التي حلت بهم والرضا بها.

وبناء على ما سبق يتضح مدى أهمية السلوك الديني والمتمثل بالالتزام بالدين قولاً وعملاً في التخفيف من المشكلات النفسية التي قد تنجم عن الإصابة بالعلل والأسقام الجسمية كما تبين مدى العلاقة بين الابتلاء والتوبة والطريق إلى الإيمان والصحة النفسية ، فليس غريباً أن يعد الابتلاء بمثابة خير للمؤمن لقوله صلى الله عليه وسلم "عجباً لأمر المؤمن، إن أمره كل خير وليس ذلك لأحد إلا المؤمن إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له وإن أصابته ضراء صبر فكان خيراً له " .

(مسلم ، ب.ت : ج 4\2295) .

فصبر المؤمن على مرضه واحتساب ذلك عند الله عز وجل سبباً في تكفير ذنوبه والخط من خطاياهم مصداقاً لقوله صلى الله عليه وسلم " ما يصيب المسلم من نصب ولا صيب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها من خطاياها " (البخاري ، 1987: ج 5\2137) .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

ويتضمن :

1. الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الاكتئاب .
2. الدراسات السابقة التي تناولت مرض السرطان وعلاقته بالمشكلات النفسية والاكتئاب .
3. الدراسات السابقة التي تناولت السلوك الديني .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد :

أثر الباحث أن يخصص للدراسات السابقة فصلاً مستقلاً لما لها من أهمية كبيرة ، إذ يعتبر مسح الدراسات السابقة من أولى خطوات البحث العلمي فهي ترشد الباحث إلى طبيعة المشكلة التي ينوي دراستها ، إضافة إلى أنها تقدر ذهن الباحث وتجعله ينتبه إلى بعض الجوانب الظاهرة والتي ربما يكون قد أغفلها ، فهذه ميزة البحث العلمي وهي أن نبدأ حيث انتهى الآخرون ، وسنتناول في هذا الفصل مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية السابقة ذات العلاقة، وقد تم تصنيف هذه الدراسات كما يلي :

- 1.الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الاكتئاب .

- 2.الدراسات السابقة التي تناولت مرض السرطان وعلاقته بالمشكلات النفسية والاكتئاب .

- 3.الدراسات السابقة التي تناولت السلوك الديني .

أولاً: الدراسات التي بحثت موضوع الاكتئاب:

دراسة محمد صالح هيشان (1983م)

وكان موضوعها " القلق والاكتئاب لدى المقعدين قبل وبعد التأهيل " .

قام هيشان بمقارنة مستويات القلق والاكتئاب لدى المقعدين في مراحل ما قبل التأهيل وما بعدها ، ثم تحديد الخصائص النفسية المتعلقة بالمقعدين ، واختار الباحث 20 مقعداً من الذين يستخدمون الكرسي المتحرك ، 10 منهم مؤهلون و10 مقعدون غير مؤهلين ، ثم اختار الباحث 10 حالات من الأسوياء العاديين لإجراء بعض المقارنات الإحصائية .

وقد استخدم الباحث الأدوات التالية : مقياس القلق لنتيلور ، ومقياس الاكتئاب من قائمة منسيوتا للشخصية متعددة الأوجه .

كما استخدم الباحث المقابلة الإكلينيكية بالإضافة إلى اختبار " تات واختبار تفهم الموضوع" .

وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين مستويات القلق والاكتئاب بين المقعدين قبل التأهيل والأسوياء لصالح الأسوياء وقد توصل الباحث إلى أن الإصابة وحدها ليست هي المسؤولة عن مظاهر عدم التوافق .

كما ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين المقعدين غير المؤهلين والمقعدين المؤهلين في مستويات القلق والاكتئاب لصالح المقعدين المؤهلين .

وقد لاحظ الباحث في الحالتين السابقتين أن هناك عوامل أخرى تؤثر على الإعاقة وعلى مدى التوافق مثل : التقبل الأسري والاجتماعي ، العوامل الاقتصادية سمات الشخصية قبل الإصابة ، الاتجاهات التعليمية والاهتمامات الدينية .

أما عن الاستجابات النفسية للإصابة بشلل الأطراف السفلية فقد توصل الباحث إلى أن القلق والاكتئاب من أبرز الاستجابات النفسية للإصابة كنتيجة لمشاعر النقص والدونية والإحباط ، والانسحاب أو الاغتراب وانعدام التقبل الأسري أو الاجتماعي وانعدام الأمن ، ومظاهر الصرع ، والغضب والعدوان والتعويض .

دراسة أندرو وسيمس (Andro ,and semis1991)

بعنوان " وصمة الاكتئاب النفسي "

وقد هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى شعور الإنسان بالوحدة نتيجة إصابته أو أي أفراد أسرته بالاكتئاب النفسي .

وشملت عينة هذه الدراسة (2009) أشخاص في العام 1991 من عمر 15 سنة فما فوق وكان ذلك من خلال مقابلات مفتوحة .

وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن : -

وصمة المرض النفسي للأسف ما زالت منتشرة لدى العامة حيث وجد أن أكثر من نصف الذين تم مقابلتهم أجابوا أنهم مروا بتجربة الاكتئاب سواء خبرة ذاتية أو غير الاتصال بقريب من الدرجة الأولى أصيب بالاكتئاب 32% عبر صديق بالاكتئاب ، 13% أجابوا أن أي إنسان يمكن أن يصاب بالاكتئاب نتيجة لموت أحد أفراد العائلة أو البطالة أو إنكار العلاقات الزوجية أو الاجتماعية ، وثالث من تمت مقابلتهم يعتقدون أن

الاكتئاب ناتج عن تغيرات بيولوجية في الدماغ ، حوالي 66% اعتبر أن المسائل الصحية للمرأة مثل الحمل والميلاد أو أحد أسباب الاكتئاب .
وقد أكد الباحث أن التعامل مع موضوع الوصمة مع المرض النفسي هام لتخفيف الوصمة .

دراسة ممدوحة سلامة (1991)

وهي بعنوان "الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين " .

وهدفت الدراسة إلى التقصي حول الاكتئاب والمتغيرات النفسية والمعرفية المرتبطة بحدوثه أو استمراره. وقد ركزت هذه الدراسة على فحص إذا ما كانت الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة ومتغيرات نفسية يمكن التمييز بموجبها بين المكتئبين وقد استخدم الباحث مقياس (د) للاكتئاب وهو تعريب لمقياس بك، وكذلك مقياس تقدير الشخصية للكبار ثم مقارنة درجات مجموعة من المكتئبين الاكلينيكيين بدرجات مجموعة من غير المكتئبين على مقاييس كل من الاعتمادية وانخفاض تقدير الذات وعدم الكفاية الشخصية والنظرة السلبية للحياة وذلك بعد مجانسة المجموعتين في متغيري السن - التعليم.

وقد وجد أن المكتئبين الاكلينيكيين كانوا أعلى، بفروق دالة، كذلك وجدت علاقة حقيقية بين الاعتمادية والاكتئاب في العينة الإكلينيكية بينما لم تكن العلاقة دالة في العينة غير الإكلينيكية. ووجد أيضاً أن درجات التقييم السلبي للذات ترتبط بدرجات الاكتئاب ارتباطاً طردياً دالاً في كلتا المجموعتين وإن كانت العلاقة تزداد بقوة بين المتغيرين في مجموعة المكتئبين الاكلينيكيين.

دراسة سهير كامل أحمد (1992)

وعنوانها " الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب " وهدفت الدراسة إلى بحث موضوع الانفصال عن الأسرة في مرحلة الطفولة وعلاقته ببعض المتغيرات مثل الشخصية، مركز الضبط، والاكتئاب.

وقد اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين من الأطفال تكونت المجموعة الأولى من المقيمين بالأقسام الداخلية ببعض المدارس الخاصة، وتكونت المجموعة الثانية من ذوي الأمور الطبيعية ، كما تم تطبيق مقياس مصدر الضبط والاكتئاب . وانتهت النتائج إلى تحقيق فرض الدراسة من حيث وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأطفال المنفصلين عن أسرهم، والأطفال ذوي الأسر الطبيعية على مقياس الاكتئاب ومقياس مصدر الضبط الخارجي وذلك لصالح العينة الأولى المنفصلين عن أسرهم.

يتضح من الدراسة السابقة مدى أهمية الأسرة في تكوين الفرد السليم ، تلك الأسرة التي طالما حث عليها الإسلام في غير موقع من أجل التربية الأمثل والحفاظ على الأجيال المسلمة من الآفات المجتمعية والمشكلات النفسية المختلفة.

دراسة رشاد على موسى (1993)

وكان موضوعها "الاكتئاب وعلاقته بالعدوان"

هدفت الدراسة إلى الاكتئاب النفسي وعلاقته بالعدوان وأجريت الدراسة على عينة من طلاب وطالبات كليتي التربية بجامعة الأزهر وقد استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب ومقياس العدوان للشباب.

وقد توصل إلى عدم صحة الفرض العام للبحث القاضي بوجود علاقة بين الاكتئاب والعدوان، وذلك لأن هناك تداخلاً بين متغير الاكتئاب ومتغير العدوان .

ثانياً : الدراسات السابقة حول مرض السرطان وعلاقته بالمشكلات النفسية :

دراسة ستافر كاي وآخرون (stavraky and others 1968) .

بعنوان " العوامل السيكولوجية المؤثرة لدى مرضى السرطان " .
وقد تضمنت العينة 204 مريضاً بأنواع مختلفة من السرطانات ، وقد تمت المقارنة بين 23 مريض من الذين عاشوا فترة أطول مع 30 مريض آخرين عاشوا فترة أقل .
وقد استخدم الباحث اختبار "منسيوتا" ، واختبار وتشسler للذكاء الشفهي ، وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك درجة كبيرة من العداة والعدوان الخفيين ، إضافة إلى عدم التحكم العاطفي لدى المرضى الذين عاشوا فترة أطول ، وقد رأى الباحثون أن خيبة الأمل أو رد الفعل حملاً تكهنياً أسوأ من السرطان .

دراسة دافيس وآخرون (Davies and others 1973) .

وكانت بعنوان " العوامل العضوية والتعديل السيكولوجي لدى المرضى الذين يعانون من مرحلة متقدمة بالسرطان " .
وقد طبقت هذه الدراسة على 46 مريضاً مصابين بسرطانات منتشرة في الجسم وسرطانات الدم ، وقد تم استخدام المقابلة الشخصية المنزلية من قبل طبيب نفسي وقد تم استخدام طريقة الملاحظة المباشرة من قبل الطبيب النفسي ، ووجد أن هناك حالات من الفتور والاستسلام ارتباطاً بقوة مع الشعور بالحياة لفترة قصيرة لدى المرضى المصابين .

وقد لوحظ أن هناك مستويات أعلى من الفتور يعاني منها المرضى الذين تقدموا في المرحلة المرضية .

وقد خلص الباحثون إلى أن قسوة المرض أثرت على ردة الفعل السيكولوجية للمرضى

يتضح من الدراسة أن الإصابة بالسرطان يؤثر سلباً على الوضع النفسي للمريض وبخاصة الاستجابات المختلفة و حالة الاستسلام نظراً لطبيعة هذا المرض العضال .

دراسة لـ بـرجس و موريس (1988) Burgess c, Morris T, Pettingal Kw

وهي " بعنوان درجة الاستجابات النفسية للتشخيص بالسرطان "

وقد شملت العينة (178) امرأة تم تشخيصهن حديثاً بسرطان الثدي، وقد تمت دراستهن من حيث استجابتهن للتشخيص من حيث القلق، الاكتئاب، والسيطرة الداخلية ومتغيرات مرضية إكلينيكية أخرى.

أظهرت نتائج الدراسة أن هناك أربعة أنماط من الاستجابات المعرفية للمرض وهي (إيجابي/ مواجهة) كذلك أظهرت النتائج أن الإصابات النفسية الأقل كانت مرتبطة بالاستجابة (إيجابي/ مواجهة) مع سيطرة داخلية أعلى ، بينما القلق الأعلى ودرجات الاكتئاب الأعلى للتشخيص ظهرت لدى (فاقد الأمل/العاجز) والسيطرة الداخلية الأقل.

دراسة مايسة أحمد النبال (1991)

عنوانها " الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها"

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية وبعدها.

وقد اختيرت عينة الدراسة من المرضى العضويين الذكور والذين كانوا يجرون عملية جراحة من النوع الكبير وتكونت العينة من 23 مريضاً .

وقد استخدم مقياس حالة القلق " بليرجر" وزملائه، كما تم استخدام مقياس قلق الموت د. "دونالد تمبلر".

وتمثلت نتائج الدراسة في ارتفاع قلق الموت قبل الجراحة، وانخفاضه بعدها، كما أظهرت وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق نحو العملية الجراحية.

يتضح من الدراسة أن العينة اشتملت على الذكور فقط ، ويشار هنا إلى أن الفروق كانت جوهرية في حالة القلق وقلق الموت قبل وبعد العملية لصالح قبل العملية في ارتفاع مستوى القلق .

دراسة زينب محمد شقير (1995)

بعنوان "دراسة مقارنة لكل من مستوى الطموح والاتجاه نحو الحياة لدى بعض الحالات من مرضى السرطان ومرضى الفشل الكلوي مقارنة بالأصحاء"

وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين :

الأولى: أفراد مصابين بالسرطان بأنواعه المختلفة، وكان المستوى التعليمي ابتداء من طلاب المرحلة الثانوية وانتهاء بمعلمين ومهندسين، ومجموعة مرضى الفشل الكلوي.

الثانية: هي مجموعة الأصحاء، ويشترط أن تكون هذه المجموعة خالية من أي من هذين المرضين ، وقد روعي أن يكون المستوى التعليمي مجانساً للمستوى التعليمي لمجموعتي المرضى.

وقد استخدم في الدراسة مقياس لكاميليا عبد الفتاح للكشف عن مستوى طموح الفرد ومقياس الاتجاه نحو الحياة، وتمثلت نتائج هذه الدراسة في أن عينة الأصحاء تتمتع بدرجة عالية في متغيري مستوى الطموح والإقبال على الحياة بالمقارنة بعينتي المرضى.

كما تبين أن عينتي المرضى أكثر سخطاً على الحياة من عينة الأصحاء، بينما لا توجد فروق بين عينة المرضى على هذا المتغير النفسي.

دراسة كراسنوف (krasnoff,1995)

و كانت بعنوان " المتغيرات السيكولوجية لدى مرضى السرطان "

وقد اشتملت العينة على 70 مريضاً (ذكوراً و إناثاً) من المرضى المصابين بالورم الخبيث ، وقد تم اختيار 6 مرضى من الذين عاشوا فترة زمنية أقل من 20 شهراً من تاريخ بداية ظهور العلامات المرضية لديهم ، وقد قارن هؤلاء مع 16 مريض من الذين عاشوا فترة أكثر من 6 سنوات .

استخدم الباحث اختبار ويتسلسر للذكاء ، و اختبار " منسيوتا " وقد خلصت الدراسة إلى اختلافات بسيطة وهي أن المرضى الذين يعانون من سرعة تطور الحالة المرضية لديهم كانت نتائج حاصل الذكاء الشفهية أقل ، ووضعهم الاقتصادي أقل .

دراسة محمود السيد أبو النيل (1997)

وهي بعنوان "العوامل النفسية في مرض السرطان"

هدفت هذه الدراسة إلى بحث العوامل النفسية في مرض السرطان، وتكونت عينة الدراسة من عدد من طلاب وطالبات قسمي علم النفس واللغة العربية وقد تم تحديد عدة محاور لتدور حولها أسئلة الاستمارة، وقد اعتمد الباحث فيها على خبرته العملية والمهنية والتطبيقية، وبعض هذه المحاور " الأمراض المنتشرة، مصادر المعلومات عن السرطان، أسباب مرض السرطان، حاجات مرضى السرطان، وجهة نظر المريض في المرض، التعامل مع مريض السرطان...".

وقد تم تطبيق الاستمارة التي تكونت من 16 سؤالاً والتي تدور حول الجوانب السابقة وخلص الباحث إلى وجود جانبين هامين تمخض عنهما البحث:
أولهما: يختص بالدور الذي يمكن أن يقوم به الأخصائي النفسي من خلال مختلف الأقسام الطبية.

ثانيهما: أن الدراسة تؤكد بأنه قد آن الأوان لمد جسور التعاون بين علم النفس والطب.

دراسة نجية إسحاق عبد الله ورأفت السيد عبد الفتاح (1997)

عنوانها "العوامل النفسية في أمراض السرطان دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان"

وهدفَت الدراسة إلى الكشف عن أهم العوامل النفسية في أمراض السرطان ودراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان.

وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين:

الأولى : عينة مرضى السرطان، وتتكون من عدد من الذكور والإناث.

الثانية: عينة الأسوياء، وقد اشتملت على عدد من الأفراد الأسوياء " ذكور وإناث" وقد روعي في اختيار هؤلاء معايير معينة:

عدم وجود شكوى من أمراض عضوية، وعدم التردد على أي عيادة نفسية، الخلو من مظاهر الاضطرابات النفسية. وقد استخدم استبيان ضغوط أحداث الحياة واختبار رسم

المنزل والشجرة والشخص (HTP) .

وقد بينت نتائج هذه الدراسة مدى الارتباط الوثيق بين ما يعايشه الإنسان من أحداث وضغوط وإصابته بالسرطان، كما كشفت هذه الدراسة إلى أن هناك اختلافاً بين مواضيع الاهتمام الحيوية بين المرضى الأسوياء. كما أظهرت تأثير الذكور أكثر فيما يختص بمجال العمل والدراسة والناحية المالية.

دراسة لـ هيكوك و مورو (Hickok J.T Morrow .G.R 1998)

بعنوان "مدى علاقة الإجهاد لدى مرض سرطان الرئة الذين يخضعون للعلاج بالإشعاع " .

وقد أجريت الدراسة على 50 من المرضى المصابين بسرطان الرئة الذين يخضعون للعلاج بالإشعاع وذلك لتحديد مدى تكرار الإجهاد وعلاقته بالألم والاكنتاب ووجد أن هناك 39 مريضاً بنسبة 67% يعانون من الإجهاد ووجد أن هناك 40 مريضاً بنسبة 80% يعانون من الألم المتكرر أما بالنسبة للاكتئاب فلم يسجل سوى 6 حالات بما نسبته 12% وذلك بخلاف الدراسات السابقة والتي أجمعت إلى وجود علاقة قوية بين الإصابة بالسرطان والاكنتاب لدى المرضى المصابين .

يتضح من الدراسة السابقة أنها خلصت إلى وجود ما نسبته 12% فقط من إجمالي العينة تعاني من الاكتئاب ، وبذلك فقد تعارضت هذه الدراسة مع غالبية الدراسات الأخرى في هذا المجال والتي أكدت وجود علاقة قوية بين الإصابة بالسرطان والاكنتاب لدى المرضى المصابين .

دراسة بكشري (Buccheri G.1998)

وكانت بعنوان " الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة شائع خاصة لذوي الدخل المنخفض " .

وقد أجريت الدراسة في عدة مراكز لمرضى سرطان الرئة ، وقد هدفت هذه الدراسة تحديد دور الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة حيث أعطى كل مريض جديد لسرطان الرئة استبيان تقييم الاكتئاب الذاتي وقد أبدى 133 مريضاً الذين أبدوا موافقتهم استكمال الاستبيان 95 مريضاً الذين أكملوا العشرين الخاصة بالاستبيان وجد أن حركة منهم لا يعانون من الاكتئاب ، بينما صنف 420 منهم يعانون من الاكتئاب الحاد ، وقد صنف البند رقم 19 في الاستبيان الذي ينص على " اشعر لو إنني مت لكان أفضل للجميع " على انه البند الأكثر أهمية في الاستبيان. وقد خلصت الدراسة إلى أن سوء الوضع الاقتصادي الذي يعيشه مريض سرطان الرئة يؤثر على الحالة النفسية وعلى النتائج العلاجية لديه .

دراسة لـ فالر وآخرون (Faller and others, 1999)

وكانت بعنوان " التوافق، الألم، والبقاء بين مرضى بسرطان الرئة".

وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة إذا كان التوافق والألم النفسي مؤشرات على البقاء وقد توصلت هذه الدراسة من 7-8 سنوات واشتملت على 103 مريضاً تراوحت أعمارهم من 32 إلى 84 عاماً مصابين بسرطان الرئة. وقد افترض الباحثون أن التوافق الفعال سوف يرتبط بوقت أطول للحياة، أما الاكتئاب، والألم النفسي سوف ترتبط بوقت أقصر للحياة . وقد أظهرت النتائج أن كلاً من التوافق والألم النفسي لديهما تأثير مستقل على حياة المريض.

دراسة لـ كارمر (kramer, 1999)

وكانت بعنوان "استغلال القلق في المشفى ومقياس الاكتئاب لمعرفة درجة الاكتئاب لدى عينة من مرضى سرطان الرئة الميؤوس من حالتهم".
وخضع لهذه الدراسة نحو 60 مريض حيث أكملوا نموذج الدراسة بأنفسهم في منازلهم . وأظهرت النتائج بأن المقياس كان أداة قياس فعالة للمرضى وكانت درجة الرضا عالية. وأظهرت النتائج أيضاً بأن نسبة الاكتئاب كانت شائعة بين أكثر من ثلث المرضى ، وقد أوصى الباحث بأن يتم التعامل مع هذا المقياس لمعرفة درجة الاكتئاب لدى المرضى الذين يخضعون لعلاج مسكن .

دراسة لـ ماكرثي وآخرون (Mccarthy and others, 2000)

وكانت بعنوان: " الوفاة مع السرطان، دور المريض، الأعراض، وأولويات العناية عند اقتراب الموت ".
وهدفت هذه الدراسة إلى وصف الخبرات خلال الستة أشهر الأخيرة في حياة المريض وخضع لهذه الدراسة نحو 316 مريضاً بسرطان القولون و 747 بسرطان الرئة. واشتملت عناصر الدراسة على عدد أيام المكوث في المشفى ، شدة المرض الأعراض الجسدية والعاطفية والتي اشتملت على الألم والاكتئاب والقلق، وأولويات العناية، والخلفية المالية للعائلة. وكانت معدل الوفاة خلال السنة الأولى في سرطان القولون نحو 61% بينما كان في سرطان الرئة نحو 80%.
وقد أظهرت النتائج أن مرضى السرطان خلال الستة أشهر الأخيرة من حياتهم قد تدهورت حالتهم الصحية كلما اقتربوا من نهاية السنة أشهر، كما وتدهورت الحالة العملية للمريض. وقد لوحظ أن المرضى المتوقع وفاتهم قد اكتأبوا وانتابهم القلق في آخر ثلاثة أيام لهم على قيد الحياة.

دراسة لـ ماو وآخرون (Mao and others, 2000)

وكانت بعنوان "العوامل المرتبطة بالاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة".
وهدفت هذه الدراسة إلى دراسة مدى انتشار الاكتئاب والعوامل ذات العلاقة لدى مرضى سرطان الرئة، وخضع لهذه الدراسة نحو 57 مريضاً بسرطان الرئة (42 منهم ذكور، 15 إناث) في مستشفى بكين وقد تم فحص ودراسة هذه العينة ما بين ديسمبر 1998 إلى مايو 1999. وتمت تحديد العوامل المتعلقة بالاكتئاب عن طريق استبيان أيزنك (Eysenck Personality Questionnaire) ومقياس أحداث الحياة. وقد أظهرت النتائج بأن الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة يتلازم مع عوامل عدة مثل الألم، الدعم الاجتماعي، وأحداث الحياة.

دراسة لـ أوكياما وآخرون (Okuyama and others, 2001)

وكانت بعنوان "التعب والإرهاق لدى مرضى سرطان" وكان هدف هذه الدراسة هو توضيح مدى انتشار التعب والإرهاق والعوامل المرتبطة بالإرهاق. وخضع لهذه الدراسة 157 مريضاً (27-80 عام) وأكملوا مقياسين للإرهاق، والمقياس العددي للإرهاق بالإضافة إلى مقياس آخرى. وقد أوضحت النتائج أن 59% من المرضى قد مروا بحالة من الاكتئاب وقد صُنفت على أنها حالة من الاكتئاب تصاحب أي نشاط يومي. وقد أظهرت النتائج بأن أعراض صعوبة التنفس وفقدان الشهية والاكتئاب هي عوامل مترابطة مع بعضها بعضاً. وقد أظهرت النتائج أيضاً بأن التعب والإرهاق هو علامتان مهمتان تترافقان دوماً مع كل من المرض النفسي والجسدي في هذا النوع من المرضى.

دراسة لـ زابورا وآخرون (Zabora and others, 2001)

وكانت بعنوان "انتشار الاكتئاب النفسي لدى مرضى السرطان" حيث تم اختبار انتشار الإحباط النفسي لدى 4496 مريضاً تراوحت أعمارهم ما بين 19-95 عاماً من مرضى السرطان، وتضمن الاختبار دراسة الاكتئاب لدى 14 نوعاً من أنواع السرطان مصاب بهم هؤلاء المرضى. واشتملت بيانات الاختبار على العمر، التشخيص، الجنس، الحالة الاجتماعية. وكان إجمالي انتشار مستوى الاكتئاب

هو 35.1%، وتتنوع هذا المستوى ما بين 43.4% لمرضى سرطان الرئة و 29.6% لسرطانات النساء.

وقد أعطت هذه النتائج الفرصة لتقديم الدعم للمرضى بحالات خطيرة من أجل التدخل السريع، ويخلص الباحثون إلى أن الفشل في تتبع وعلاج درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان يهدد علاج السرطان نفسه، ويضاعف تكاليف العلاج، وينقص من طبيعة ووضع المريض الاجتماعي.

دراسة لـ ديفجن وآخرون (Davison, Kathryn and others, 2001)

وكانت بعنوان "علم النفس الاجتماعي لمجموعات المساعدة على الأمراض" وقد تناولت هذه الدراسة المشاركة المدروسة في الاعتماد على النفس لمجموعات المساعدة لنحو 20 مريضاً نفسياً و جسدياً في 4 مدن أمريكية (شيكاغو، دالاس، واشنطن، لوس أنجلوس). وتم جمع بيانات عن الاعتماد على النفس و المشاركة من قواعد البيانات القومية على مجموعات الاعتماد على النفس في المدن الأربع و من تقييم عدد من الرسائل على لوحات إعلانات المرض على الشبكة . وقد قامت مجموعات الاعتماد على النفس بتقييم للعديد من الأمراض منها للإيدز، الإدمان، فقدان الشهية، الروماتيزم، الربو، سرطان الرئة، سرطان القولون، سرطان الصدر، سرطان البروستاتة، مرض القلب، الاكتئاب، السكر، المرض المزمن، الصداع النصفي، انتفاخ الرئة، ارتفاع ضغط الدم، فقر الدم، تصلب أنسجة مضاعف، الإعياء المزمن. وأظهرت النتائج أن الدعم الأكبر والأكثر مطلوب لأمراض مثل الإيدز، والإدمان وسرطان البروستاتة، بينما تحتاج الأمراض والتي تصنف على أنها اضطراب واعتلال جسدي مثل أمراض القلب إلى دعم أقل.

دراسة لـ كيرتز وآخرون (Kurtz and others, 2002)

وكانت بعنوان " التنبؤ بأعراض الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة (كبار السن)" كجزء من دراسة طولية ، تم تحديد 211 مريضاً ما بين (65-87 عاماً) وتم تشخيصهم على أنهم مرضى بسرطان الرئة، وقد تمت عملية قياس وتحليل من أجل معرفة كيف يؤثر العمر، والجنس، ومرحلة المرض، ونوعية الخلايا والنشاط الاجتماعي والجسدي في التنبؤ بأعراض الاكتئاب بعد عام من اكتشاف وتشخيص المرض. وأظهرت النتائج أن النشاط الاجتماعي و العلاج بالأشعة هي مؤشرات هامة لظهور أعراض الاكتئاب.

حيث تبين أن المرضى الذين لم يتعرضوا للعلاج بالأشعة كانوا أكثر اكتئاباً وحرزاً من أولئك الذين خضعوا للعلاج بالأشعة قبل أربعين يوماً من المقابلة.

ثالثاً : الدراسات التي تناولت السلوك الديني :

دراسة لـ بيركن وآخرون (Bergin & others, 1987)

بعنوان "التدين والصحة النفسية".

وقد هدفت الدراسة إلى تصنيف أفراد العينة التي اشتملت عليها الدراسة وفقاً لدرجة التدين لديهم، والتعرف على العلاقة بين المتدين جوهرياً والمتدين ظاهرياً إضافة إلى بعض الخصائص الشخصية مثل الاكتئاب ، وضبط الذات، والقلق. وطبقت أدوات الدراسة على عينة من طلاب قسم علم النفس في جامعة يونج، وهؤلاء ينتمون إلى جماعة تسمى جماعة (مورون) واستخدم الباحثون في دراستهم عدة أدوات أهمها مقياس للتوجه الديني، ومقياس بيك للاكتئاب وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة دالة موجبة بين التوجه الديني الجوهري ومقاييس كاليفورنيا النفسية، وأنه لا توجد علاقة دالة على الاكتئاب بين ذوي التوجه الديني الظاهري وذوي التوجه الديني الجوهري، وكذلك لا توجد علاقة ارتباطية سالبة بين التوجه الديني الظاهري والقلق وأن التدين له دور إيجابي في التخفيف من القلق.

دراسة (الشويبر، 1988)

بعنوان " الإيمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفسي "

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره على مستوى القلق النفسي، ومحاولة التوصل إلى سلوكيات مستمدة من العقيدة واشتملت العينة على (200) طالبة من طالبات المستويين الثالثة والرابعة بكلية البنات بجدة من مختلف التخصصات. وقد طبقت الباحثة مقياس القلق لكاتل ومقياس الإيمان بالقضاء والقدر من تصميم الباحثة، إضافة إلى استخدامها اختبار ت و (كا2)، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك ارتباط سالب بين درجات الطالبات في مستوى الإيمان بالقضاء والقدر ومستوى القلق النفسي، حيث تبين أن مستوى القلق النفسي لدى الطالبات الأقل إيماناً بالقضاء والقدر أعلى منه عند الطالبات الأكثر إيماناً بالقضاء والقدر.

ونشير إلى أن أهمية تلك الدراسة حيث أثبتت وجود علاقة عكسية بين القلق والإيمان بالقضاء والقدر مما يدل على أهمية العامل الديني في التخفيف من الأعراض والمشاكل النفسية.

دراسة (حمادة، 1992)

بعنوان: " التوجه نحو التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية".

وهدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على الفروق بين الطلبة ذوي التوجه الديني المرتع والتوجه الديني المنخفض في قوة الأنا، ومركز الضبط والجمود الفكري، والاكنتاب، كما هدفت إلى التعرف على أثر بعض المتغيرات على التوجه الديني. وتكونت عينة الدراسة من 640 طالباً وطالبة من طلبة كلية التربية وكلية البنات الإسلامية في جامعة الأزهر، وكلية التربية في جامعتي عين شمس والزقازيق، وكان أفراد العينة من المستويات النهائية للتعليم الجامعي.

وقد استخدمت عدة أدوات مثل مقياس التوجه الديني، مقياس الجمود الفكري، إعداد (أبو ناهية وموسى)، ومقياس تدين الوالدين من إعداد الباحث ومقياس قوة الأنا من تقنين الباحث، واستخدم الباحث اختبار (ت) والتحليل العاملي، وتحليل التباين الثنائي.

ودلت نتائج تلك الدراسة على وجود فروق دالة بين مرتفعي التدخين ومنخفضيه في الاكتئاب والضبط الخارجي لصالح منخفضي التدخين، وكانت الفروق دالة في قوة الأنا وتدين الوالدين لصالح مرتفعي التدخين، بينما لم توجد فروق ذات دلالة بينهم في الجمود الفكري.

كذلك وجد أن هناك فروق دالة بين طلاب التعليم الأزهري والعام لصالح التعليم العام، وفي الجمود الفكري لصالح التعليم الأزهري، كما أشارت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث والتدين، بينما كانت الفروق دالة بينهم في الاكتئاب لصالح الإناث، في حين كانت الفروق لصالح الذكور في قوة الأنا.

دراسة (موسى، 1993)

بعنوان "أثر التدخين على الاكتئاب"

وتهدف إلى الكشف عن مدى تأثير التدخين على مستوى الاكتئاب النفسي عند مجموعة من طلبة وطالبات الكليات بجامعة الأزهر.

وتكونت عينة الدراسة من (180) طالباً وطالبة من كليتي التربية والدراسات الإسلامية بجامعة الأزهر من الفرقة الأولى والثانية والثالثة من عدة تخصصات علمية. واستخدم الباحث في دراسته عدة أدوات منها مقياس بك للاكتئاب، اختبار للصحة النفسية الدينية، كما استخدم عدة أساليب إحصائية في دراسته.

وأفادت نتائج الدراسة إلى أن أفراد العينة مرتفعي التدخين من الذكور والإناث أقل حدة من أعراض الاكتئاب من متوسطي التدخين ومن منخفضي التدخين كذلك، أي أن الأفراد مرتفعي ومتوسطي التدخين أقل حدة في الأعراض الاكتئابية من الأفراد منخفضي التدخين.

ويتضح من دراسة (موسى) أن هناك علاقة قوية بين التدخين ومستوى الاكتئاب وأنه كلما كان الفرد أقل تديناً كانت أعراض الاكتئاب لديه أكبر.

دراسة (موسى، 1999)

بعنوان " الفروق في الاكتئاب وفقاً لمستوى التدخين " .

هدفت إلى دراسة أثر التدخين على الاكتئاب النفسي لدى مجموعة من طلاب وطالبات بعض الكليات التابعة لجامعة الأزهر .
واشتملت عينة الدراسة على (180) طالباً وطالبة منهم (90) طالباً و (90) طالبة تراوحت أعمارهم بين 19 - 23 سنة من كليتي التربية والدراسات الإنسانية لجامعة الأزهر في الفرقة الأولى والثانية والثالثة من التخصصات العلمية المختلفة.
واستخدم الباحث اختبار للصحة النفسية الدينية من إعداده، ومقياس بك للاكتئاب واختبار (ت) ، وخلصت الدراسة إلى أن متوسطي التدخين من الذكور والإناث أقل حدة في الأعراض الاكتئابية من منخفضي التدخين من الجنسين، وأن الأفراد مرتفعي التدخين من الذكور والإناث أقل من منخفضي التدخين من الجنسين.

ويرى الباحث أن الدراسة قد خلصت إلى علاقة عكسية بين الاكتئاب والتدين، بحيث إذا ارتفع مستوى التدخين لدى الفرد انخفض مستوى الاكتئاب ، وقد انسجمت هذه الدراسة مع غيرها من الدراسات التي تناولت الموضوع كما في دراسة (موسى، 1993) ودراسة (الشويعر، 1988) ودراسة (حمادة، 1992).

تعليق على الدراسات السابقة :

- يتضح مما سبق عرضه من دراسات حول الاكتئاب النفسي ومرض السرطان ما يلي:
- إن العصر الذي نعيش فيه هو عصر الاكتئاب، نظراً للآثار السلبية الناتجة عن الضغوط النفسية والإحباطات المتكررة التي أفرزها السباق الأهوج نحو الماديات وإغفال الجوانب الوجدانية والعلاقات الإنسانية.
 - الاكتئاب خبرة إنسانية شائعة، فكل فرد من بني البشر تقريباً يمر في مرحلة ما من حياته بخبرة الاكتئاب. وتختلف هذه الخبرة في شدتها من فرد لآخر.
 - لوحظ أن هناك اهتماماً لدى الباحثين العرب بموضوع الاكتئاب ، بما يعكس مدى أهمية وانتشار هذا الاضطراب فقد خصص العديد منهم كما لا بأس به من الأبحاث لدراسة مشكلة الاكتئاب منهم (موسى 1993) .
 - إن معظم الدراسات التي تناولت موضوع الاكتئاب النفسي، لم تتناول شريحة هامة في المجتمع ألا وهي فئة المرضى ذوي الإصابات العضوية بشكل كافي.
 - من الملاحظ أن هناك ندرة في الأبحاث العربية التي تناولت الاكتئاب النفسي وعلاقته بالسرطان وخاصة سرطان الرئة كونه الأكثر شيوعاً لدى الذكور .
 - هناك اهتمام لدى المجتمع الغربي بالمشكلات النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض السرطان وهذا الاهتمام بدأ منذ عدة عقود .
 - وهذا يدل على مدى خطورة مرض السرطان وانتشاره وانعكاساته السلبية على الوضع النفسي للمصاب ومن الدراسات القديمة التي تناولت هذا الجانب دراسة (Stavraký and others 1968) .
 - خلت الدراسات السابقة (العربية والأجنبية) من بحث السلوك الديني وعلاقته بمستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين وخاصة المصابين بسرطان الرئة .
 - اتفقت غالبية الدراسات المتعلقة بالتدين على أنه يلعب دوراً هاماً في التكوين النفسي للفرد ، وأنه يرتبط سلباً بالاكتئاب و المشكلات النفسية الأخرى كما في دراسة (الشويعر، 1988) و دراسة (موسى ، 1999) .
 - خلت الدراسات السابقة من تخصيص البحث حيث لم يتم تناول شريحة الذكور فقط في الدراسات المتعلقة بسرطان الرئة كونهم الأكثر عرضاً للإصابة بحسب الإحصائيات العالمية والمحلية كما في دراسة (Buccheri G . 1998) .

- لم يشر في الدراسات السابقة إلى بحث المستوى التعليمي للفرد وعلاقته بمستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان .
- عاملاً المكان والزمان لا يلعبان دوراً جذرياً في مستوى الاكتئاب النفسي لدى المرضى المصابين بالسرطان .

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: التجربة الاستطلاعية لاختبار الاكتئاب

ثالثاً: وصف مجتمع الدراسة.

رابعاً: وصف عينة الدراسة.

خامساً: أدوات القياس المستخدمة في الدراسة.

سادساً: إجراءات الدراسة الميدانية.

يتناول الباحث في هذا الفصل أهم الإجراءات التي قام بها لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على أسئلتها والتحقق من فروضها ونقد تمثلت الإجراءات في اختيار منهج الدراسة الملائم، واختيار مجتمع وعينة الدراسة والتأكد من صدق أدوات الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية، وأهم الخطوات التي قام بها لتحقيق أهدافه وملخص لأهم الأساليب الإحصائية التي سيستخدمها في استخراج النتائج.

أولاً: منهج الدراسة:

اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الذي يحاول الباحث من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة وتحليل بياناتها وبيان العلاقة بين مكوناتها والآراء التي تطرح حولها والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها (أبو حطب، و صادق 1991، 104 - 105).

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية :

1- العينة :

بلغت (200) فرداً من أفراد المجتمع الفلسطيني يكافئون عينة الدراسة في المرحلة العمرية والمستوى التعليمي والمنطقة السكنية وأيضاً تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية، حيث قام الباحث بعمل توزيع لدرجات مقياس بك للاكتئاب عليهم لمقارنة الدرجة التي يحصل عليها المرضى بالدرجة التي حصلوا عليها وعمل مستوى للاكتئاب .

أهداف الدراسة الاستطلاعية :

1- التأكد من مدى صلاحية أداة بك لقياس الاكتئاب والتي تم تبنيها من قبل الباحث ومعرفة مستوى ملاءمتها للبيئة الفلسطينية .

2- تحديد مستوى الاكتئاب لدى العينة الطبيعية واعتبارها معياراً لتحديد مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة "العينة المرضية".

هذا وقد تم اختيار العينة الاستطلاعية بحيث تكافئ عينة الدراسة و تم اختيارهم بالطريقة العشوائية التطبيقية لتحقيق أهداف الدراسة والجدول رقم (1) يوضح ذلك .

الجدول (1)

وصف العينة الاستطلاعية في ضوء متغير العمر، والمستوى التعليمي والمنطقة السكنية

المستوى التعليمي	المنطقة السكنية	أقل من 40 سنة		من 40-60 سنة		أكثر من 60 سنة		المجموع الكلي	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
أساسي فأقل	مخيم	4	2	16	8	16	8	36	18
	مدينة	8	4	8	4	16	8	32	16
	منطقة إسكان جديدة	0	0	0	0	0	0	0	0
ثانوي	مخيم	8	4	20	10	0	0	28	14
	مدينة	12	6	28	14	0	0	40	20
	منطقة إسكان جديدة	8	4	12	6	0	0	20	10
جامعي	مخيم	4	2	12	6	4	0	20	10
	مدينة	2	1	14	7	0	0	16	8
	منطقة إسكان جديدة	8	4	0	0	0	0	8	4
المجموع		54	27	110	55	36	16	200	100

3- وصف المقياس :

يعتبر مقياس بك من أشهر المقاييس العالمية وأكثرها انتشاراً ، والذي يقيس درجة الاكتئاب النفسي وقد تم تطبيقه في البيئة العربية في العديد من الدراسات مثل دراسة (عبد الخالق، 1991) ودراسة (موسى ، 1993) ودراسة (معمرية ، 2000). وعلى الرغم من ذلك فإن هذا المقياس لم يستخدم في البيئة الفلسطينية ، ولذا جاءت هذه التجربة الاستطلاعية .

ويتكون مقياس بك من (13) بنداً تقيس جوانب مختلفة للمشاعر الاكتئابية ومن أمثلة تلك البنود " الحزن ، التشاؤم ، الإحساس بخيبة الأمل ، السخط وعدم الرضى ،

01240577

الشعور بالذنب ، كراهية الذات ، إيذاء النفس ، عدم الحسم ، الانسحاب من المجتمعات ، تغيير صورة الذات ، صعوبة أداء الأعمال ، الوهن والإجهاد ، ضعف الشهية " .
وقام الباحث بالتأكد من صدق وثبات المقياس في البيئة الفلسطينية من خلال:

4-نتائج الدراسة الاستطلاعية :

سوف نورد فيما يلي نتائج اختبار بك للاكتئاب

أولاً: صدق المقياس :

أ-الصدق الظاهري :

" وهو المظهر العام للاختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات وصياغتها ومدى وضوحها ، وكيف يبدو الاختبار بالنسبة للغرض الذي وضع لأجله"
(الغريب ، 1981: 680).

هذا وقد تم التأكد من استخدام هذا المقياس في دراسات سابقة درست الاكتئاب في البيئة العربية، حيث أقرت هذه الدراسات صلاحية المقياس الظاهرية لقياس ما وضعت لأجل وهو الاكتئاب (قوته، بوناماكس ، 2001) .

ب-الصدق العاملي :

قام الباحث بحساب الصدق العاملي لمقياس بك للاكتئاب على العينة الاستطلاعية المكونة من (200) فرد يكافئون أفراد. عينة الدراسة في السن والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والمستوى التعليمي، حيث قام الباحث بحساب الصدق العاملي باستخدام طريقة المكونات الأساسية Principal component Analysis ، حيث أظهر التحليل العاملي تشبع الفقرات على عاملين قبل التدوير، ثم اتخذ الباحث محك كايزر (0.3) بعد استخدام التدوير المتعامد Varimax with Kiser Normalization لمعرفة الفقرات التي تشبعت على هذه العوامل والجدول (2) يوضح التحليل العاملي قبل التدوير وبعد التدوير لاستخراج العوامل المكونة لمقياس بك للاكتئاب:

الجدول (2)

الفقرات وشيوعها وتشبعها على عاملي مقياس بيك للاكتئاب قبل التدوير وبعد التدوير

الفقرة	الشيوع	التشبع قبل التدوير		التشبع بعد التدوير	
		1	2	1	2
الحزن	0.471	0.607	0.320	0.667	
التشاؤم	0.385	0.597		0.560	
الإحساس بخيبة الأمل أو الفشل	0.626	0.709	-0.351		0.732
السخط وعدم الرضى	0.524	0.705		0.636	0.345
الشعور بالذنب	0.701	0.718	-0.430		0.798
كراهية الذات	0.563	0.580	-0.477		0.741
إيذاء النفس	0.483	0.608	-0.337		0.655
عدم الحسم	0.485	0.685		0.594	0.363
الانسحاب من المجتمعات	0.638	0.759		0.734	0.316
تغيير صورة الذات	0.615	0.773		0.494	0.609
صعوبة أداء الأعمال	0.493	0.700		0.555	0.429
الوهن والإجهاد	0.504	0.698		0.610	0.365
ضعف الشهية	0.666	0.617	0.534	0.816	
التباين الكلي		5.948	1.205	3.864	3.288
نسبة التباين		45.750	9.268	29.725	25.293
النسبة المئوية المتجمعة للتباين		45.750	55.018	29.725	55.018

يتضح من الجدول (2) تشبع الفقرات بعد التدوير على عاملين وهما:

العامل الأول: وتشبعت عليه الفقرات (1، 2، 4، 8، 9، 11، 12، 13) ويشير

هذا البعد إلى مشاعر الحزن والتشاؤم ولقد قام الباحث بتسميته عامل الحزن ولقد فسر هذا العامل ما نسبته (29.7%) من التباين الكلي المفسر.

العامل الثاني: وتشبعت عليه الفقرات (3، 5، 6، 7، 10) ويشير هذا البعد إلى

مشاعر خيبة الأمل وعدم الرضا، ولقد قام الباحث بتسميته عامل الإحباط وكراهية الذات ولقد فسر هذا العامل ما نسبته (25.3%) من التباين الكلي المفسر.

ليصبح إجمالي ما يفسره هذان العاملان من الاكتئاب ما نسبته (55.0%) وهي

نسبة تطمئن الباحث إلى الصدق العاملي للمقياس.

ثانياً: ثبات المقياس : وتم ذلك من خلال

1- طريقة التجزئة النصفية:

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية، تتألف من (200) فرد هي نفس عينة الصدق واستخدم معادلة (Guttman) العامة للتجزئة النصفية لحساب معامل ثبات المقياس وبعد إجراء العمليات الإحصائية لحساب معامل الثبات حصل الباحث على معامل ثبات قدره (0.86).

2- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

" تعتمد طريقة ألفا كرونباخ على الاتساق في أداء الفرد من فقرة إلى أخرى وتستند إلى الانحراف المعياري للاختبار والانحرافات المعيارية لل فقرات المفردة "

ويتم حساب معامل ألفا كرونباخ عن طريق المعادلة التالية:

$$\alpha = \frac{\sum_{i=1}^d \{d_i\}^2}{d \sum_{i=1}^d \{d_i\}}$$

حيث ترمز α إلى قيمة الثبات المقدر.

- د تساوي عدد الفقرات.

- ع ت الانحراف المعياري للفقرات ككل.

- ع د الانحراف المعياري للفقرة (ثورنديك وهيجن، 1989: 79).

حيث حصل الباحث على قيمة معامل ألفا، وهي (0.89)، وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية.

3- ثبات الاتساق الداخلي:

وهو الاتساق الداخلي للمقياس ، حيث قام الباحث بحساب علاقة الارتباط بين كل فقرة من فقرات القائمة والدرجة الكلية، وذلك بالاستعانة بدرجات العينة الاستطلاعية، وذلك لأن الدرجة الكلية تعتبر معياراً لصدق المقياس والجدول (3) يوضح ذلك.

جدول (3)

معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية لكل فقرة من فقرات المقياس

الفقرة	الارتباط مع الدرجة الكلية	مستوى الدلالة
الحزن	0.612	دالة عند 0.01
التشاؤم	0.614	دالة عند 0.01
الإحساس بخيبة الأمل أو الفشل	0.692	دالة عند 0.01
السخط وعدم الرضى	0.704	دالة عند 0.01
الشعور بالذنب	0.692	دالة عند 0.01
كراهية الذات	0.567	دالة عند 0.01
إيذاء النفس	0.578	دالة عند 0.01
عدم الحسم	0.700	دالة عند 0.01
الانسحاب من المجتمعات	0.763	دالة عند 0.01
تغيير صورة الذات	0.769	دالة عند 0.01
صعوبة أداء الأعمال	0.700	دالة عند 0.01
الوهن والإجهاد	0.706	دالة عند 0.01
ضعف الشهية	0.646	دالة عند 0.01

يتضح لنا من الجدول السابق أن جميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة

(0.01) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والاتساق الداخلي.

وقد بينت النتائج أن متوسط درجات استجابات أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس بك للاكتئاب هو (5) والانحراف المعياري هو (5.9) ، علماً بأن متوسط العمر للعينة كان (36.45) والانحراف المعياري له هو (4.43) .

ثالثاً : وصف مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من جميع مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة والذين يتلقون رعاية صحية حكومية، وعددهم (50) مريضاً وقت إجراء هذه الدراسة وهم المرضى المسجلين في قسم الأورام بمستشفى الشفاء بغزة حيث أنه القسم الوحيد لرعاية مرضى سرطان الرئة والجدول (4) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في ضوء العمر الزمني والمستوى التعليمي ومنطقة السكن ، وقد كان المتوسط العمري للعينة الفعلية (37.35) وانحرافه المعياري (4.32) ، فيما كان متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس بك هو (16.8) وانحراف معياري (8.9)

الجدول (4)

وصف مجتمع الدراسة في ضوء متغير العمر، والمستوى التعليمي والمنطقة السكنية

المستوى التعليمي	المنطقة السكنية	أقل من 40 سنة		من 40-60 سنة		أكثر من 60 سنة		المجموع الكلي	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
أساسي فأقل	مخيم	1	2	4	8	4	8	9	18
	مدينة	2	4	2	2	4	8	8	16
	منطقة إسكان جديدة	0	0	0	0	0	0	0	0
ثانوي	مخيم	2	4	5	10	0	0	7	14
	مدينة	3	6	7	14	0	0	10	20
	منطقة إسكان جديدة	2	4	3	6	0	0	5	10
جامعي	مخيم	1	2	3	6	1	2	5	10
	مدينة	2	4	4	8	0	0	6	12
	منطقة إسكان جديدة	0	0	0	0	0	0	0	0
المجموع		13	26%	28	56%	9	18%	50	100%

خامساً: أدوات الدراسة :

بعد إطلاع الباحث على العديد من الدراسات والبحوث السابقة، التي تناولت موضوع الاكتئاب، وعلاقة بعض الأمراض العضوية بالأمراض النفسية من اختياري أداتين لتطبيقهما على عينة الدراسة هما:

الأداة الأولى: مقياس بك للاكتئاب:

وهو من إعداد بك، وهو من المقاييس العالمية للتعرف إلى الاكتئاب كمرض نفسي لدى عينات عمرية وثقافية مختلفة ولقد تمت ترجمته إلى العربية حيث تم استخدامه في البيئة العربية في دراسة (عبد الخالق ، 1991) ودراسة (موسى ، 1993) . وقد استعرض الباحث فيما سبق صدق وثبات هذا المقياس من خلال تطبيقه على

العينة الاستطلاعية وتحليل النتائج لتلك العينة.

الأداة الثانية: مقياس الالتزام الديني:

وهو من إعداد عبد الكريم رضوان، وقد تم استخدامه في البيئة الفلسطينية في دراسة (رضوان: 2002)، ويتكون المقياس من (18) فقرة، قام الباحث الذي أعده بحساب صدقه وثباته بعدة طرق منها: صدق الاتساق الداخلي، والصدق الظاهري، والصدق العملي، وكذلك تأكد من ثباته بطريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، حيث تكون المقياس من عاملين هما الالتزام بالسنن والسلوكيات ويتضمن (5) فقرات والالتزام بالفرائض والواجبات ويتضمن (13) فقرة. ٧

العامل الأول: الالتزام بالفرائض والواجبات الدينية: ويشتمل الفقرات (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 9، 10، 11، 12، 13، 17).

العامل الثاني: الالتزام بالسلوكيات الدينية: ويشتمل الفقرات (8، 14، 15، 16، 18)

صدق وثبات الأداة في البحث الحالي:

قام بالتحقق من صدق وثبات الأداة بالطرق التالية:

أولاً : صدق المقياس:

تحقق الباحث من صدق المقياس من خلال :

الصدق الظاهري :

تم التأكد من الصدق الظاهري لهذا المقياس حيث تم استخدامه في البيئة الفلسطينية في دراسة (رضوان، 2002) من خلال عرضه على المحكمين ذوي الاختصاص في هذا المجال .

ثانياً: ثبات المقياس:

قام الباحث بالتأكد من ثبات المقياس من خلال :

1- طريقة التجزئة النصفية:

قام الباحث بحساب الثبات عن طريق تجزئة المقياس إلى نصفين وحساب معامل ارتباط بيرسون بين النصفين حيث كان معامل ارتباط بيرسون بين النصفين (0.73) وبعد التعديل بمعادلة سبيرمان براون كان معامل الثبات (0.84).

2- طريقة ألفا كرونباخ:

استخدم الباحث طريقة أخرى من طرق حساب الثبات، وذلك لإيجاد معامل ثبات المقياس، حيث حصل على قيمة معامل ألفا، حيث كان (0.9)، وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية.

3- ثبات الاتساق الداخلي:

وهو الاتساق الداخلي للمقياس ، حيث قام الباحث بحساب علاقة الارتباط بين كل فقرة من فقرات القائمة والدرجة الكلية، وذلك بالاستعانة بدرجات العينة الاستطلاعية، وذلك لأن الدرجة الكلية تعتبر معياراً لصدق المقياس والجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5)

معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية لكل فقرة من فقرات المقياس

الفقرة	الارتباط مع الدرجة الكلية	مستوى الدلالة
1- أشعر براحة نفسية عميقة عند قراءة القرآن الكريم	0.665	دالة عند 0.01
2- أحرص على أن توافق أقوالي أفعالي	0.565	دالة عند 0.01
3- أحافظ على أداء الصلاة في وقتها باطمئنان وخشوع	0.771	دالة عند 0.01
4- ألتزم بإخراج الزكاة في وقتها وأكون سعيداً بذلك	0.790	دالة عند 0.01
5- أحافظ على صيام النوافل (عاشوراء، الإثنين والخميس، يوم عرفة، ... إلخ)	0.545	دالة عند 0.01
6- أداوم على قراءة الأذكار والأوراد الدينية (المأثورات)	0.598	دالة عند 0.01
7- أكون سعيداً وأنا أبتهل إلى الله بالدعاء وشكره على نعمه.	0.715	دالة عند 0.01
8- أرحم الصغير وأوقر الكبير	0.479	دالة عند 0.01
9- إذا وقعت في معصية أبادر إلى الاستغفار والتوبة والندم.	0.769	دالة عند 0.01
10- أحرص على الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.	0.779	دالة عند 0.01
11- أحافظ على العهد وأوفي بالوعد.	0.829	دالة عند 0.01
12- أصبر على البأساء والضراء.	0.684	دالة عند 0.01
13- أكظم غيظي وأعفو عن ظلمي.	0.758	دالة عند 0.01
14- أحرص على مخالطة الأتقياء والصالحين.	0.744	دالة عند 0.01
15- أحب مساعدة الآخرين.	0.425	دالة عند 0.05
16- أحرص على إمطة الأذى عن الطريق.	0.817	دالة عند 0.01
17- أستأذن أقاربي وأصدقائي قبل زيارتي لهم.	0.415	دالة عند 0.05
18- أبتعد عن الغيبة والنميمة والخوض في أعراض الناس.	0.453	دالة عند 0.05

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة

(0.01، 0.05) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والاتساق

الداخلي.

المعالجة الإحصائية :

تم إدخال البيانات إلى الحاسوب باستخدام برنامج spss حيث تم استخراج المعالجات الإحصائية التالية :

- 1-المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- 2-التكرارات والنسب المئوية.
- 3-تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.
- 4-اختبار شيفيه البعدي لمعرفة اتجاه الفروق بعد تحليل التباين الأحادي.
- 5-معامل ارتباط بيرسون.

خطوات الدراسة :

- 1-جمع ودراسة الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة والتي اشتملت على (الاكتئاب ، السرطان وسرطان الرئة وعلاقته ببعض المشكلات النفسية الاكتئاب وعلاقته بالسرطان وسرطان الرئة، السلوك الديني).
- 2-تم وضع تساؤلات الدراسة حسب الأهمية ، ثم وضع الأهداف والأهمية وكذلك تعريف المصطلحات وحدود الدراسة .
- 3-وضع الإطار النظري والذي اشتمل على الاكتئاب وقد تضمن " المفهوم النظريات ، التصنيفات ، الأسباب ، الأعراض ، والعلاج " ثم موضوع السرطان وسرطان الرئة والذي تضمن " التعريف ، الأسباب ، الأعراض ، والعلاج " وأخيراً تم تناول السلوك الديني من حيث التعريف به وبعض تطبيقاته .
- 4-اختبار أدوات الدراسة من خلال :

تطبيق مقياس بك للاكتئاب على عينة استطلاعية قوامها 200 شخص يكافؤون عينة الدراسة من حيث العمر ، والمستوى التعليمي ، ومنطقة السكن ، مع الإشارة إلى أنه تم تطبيق الأداة في غالبية مناطق محافظات غزة ، وذلك بهدف تحديد مستويات دقيقة للاكتئاب ، إضافة للتأكد من مدى ملائمة المقياس للبيئة الفلسطينية .

- 5-تطبيق أدوات الدراسة " مقياس بك للاكتئاب ، مقياس السلوك الديني من إعداد (رضوان ، 2002) على عينة الدراسة .

- 6- تم عمل صدق وثبات لأدوات الدراسة .
- 7- تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية للحصول على النتائج بشكل دقيق حيث استخدم تحليل التباين الأحادي ، والمتوسط الحسابي ، والوزن النسبي ، والانحراف المعياري ، وبيرسون ، التكرارات والنسب المئوية.
- 8- تم عرض نتائج الدراسة وتفسيرها مع الرجوع والاستناد إلى الإطار النظري ، والدراسات السابقة .
- 9- وضع التوصيات والمقترحات وأهم الصعوبات التي واجهت الباحث ، إضافة إلى ملخص الدراسة .

الفصل الخامس

النتائج وتفسيرها

ويتضمن:

- عرض النتائج.
- تفسير النتائج.
- مناقشة النتائج.
- التوصيات.
- المقترحات.

عرض النتائج وتفسيرها

من خلال تطبيق أدوات الدراسة يعرض الباحث النتائج التي تم التوصل إليها إضافة إلى تفسيرها.

عرض نتائج التساؤل الأول:

والذي ينص على: ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة؟

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب المتوسط والانحراف المعياري لدرجات الاكتئاب النفسي لاستجابات أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية لعمل معيار ومستوى لمقياس بك للاكتئاب، ثم قام بحساب المتوسط والانحراف المعياري للتعرف إلى معيار العينة المرضية والجدول (6، 7) توضح ذلك:

أولاً: في ضوء نتائج العينة العادية "الاستطلاعية":

جدول (6)

المتوسط والانحراف المعياري والدرجة الدنيا والدرجة العليا لدرجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب النفسي (ن=200)

الانحراف المعياري	المتوسط	مجموع الاستجابات	عدد الفقرات	البعد
5.96	5.04	1008	13	الدرجة الكلية للاكتئاب النفسي

يتضح من الجدول (6) أن متوسط درجات استجابات أفراد العينة الطبيعية

على مقياس بك للاكتئاب هو (5.04) والانحراف المعياري هو (5.96).

وفي ضوء ذلك يمكن توزيع العينة المرضية إلى أربع فئات:

الفئة الأولى: وهي الفئة التي حصل أفرادها على درجة أقل من المتوسط وهم الأفراد الذين لا يعانون من الاكتئاب وهم الأفراد الذين حصلوا على درجة أقل من (5) ونسبتهم (6%) .

الفئة الثانية: وهي الفئة التي حصل أفرادها على درجات تقع بين الذين حصلوا على درجة تساوي المتوسط والذين حصلوا على درجة تساوي المتوسط + الانحراف المعياري وتقع في الحدود من (5 - 11.96) وهم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب بشكل بسيط ونسبتهم (32%) .

الفئة الثالثة: وهي الفئة التي حصل أفرادها على درجة تقع بين الذين حصلوا على درجات أعلى من المتوسط + انحراف المعياري إلى المتوسط + انحرافين معياريين وتقع في الحدود من (11.97 - 17.92) وهم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب بشكل متوسط ونسبتهم (20%) .

الفئة الرابعة: وهي الفئة التي حصل أفرادها على درجة أكبر من المتوسط + انحرافين معياريين وأعلى وهم الأفراد الذين حصلوا على درجة أكبر من (17.92) وهم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب بشكل شديد ونسبتهم (42%) .

ثانياً: في ضوء نتائج العينة المرضية:

جدول (7)

المتوسط والانحراف المعياري والدرجة الدنيا والدرجة العليا لدرجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب النفسي (ن=50)

الانحراف المعياري	المتوسط	مجموع الاستجابات	عدد الفقرات	البعء
8.9	16.8	842	13	الدرجة الكلية للاكتئاب النفسي

يتضح من الجدول (7) أن متوسط درجات استجابات أفراد عينة الدراسة

على مقياس بك للاكتئاب هو (16.8) والانحراف المعياري هو (8.9)

وعليه يمكن توزيع العينة إلى أربع فئات:

الفئة الأولى: وهي الفئة التي حصل أفرادها على درجة أقل من المتوسط -

الانحراف المعياري وهم الأفراد الذين لا يعانون من الاكتئاب وهم الأفراد الذين حصلوا على درجة أقل من (8.9) ونسبتهم (30%).

الفئة الثانية: وهي الفئة التي حصل أفرادها على درجات تقع بين الذين

حصلوا على أقل من المتوسط - الانحراف المعياري وبين المتوسط وتقع في الحدود من (8.9 - 16.8) وهم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب بشكل بسيط ونسبتهم (22%).

الفئة الثالثة: وهي الفئة التي حصل أفرادها على درجة تقع بين الذين حصلوا

على درجات أعلى من المتوسط إلى المتوسط + الانحراف المعياري وتقع في الحدود من (16.8 - 25.8) وهم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب بشكل متوسط ونسبتهم (30%).

الفئة الرابعة: وهي الفئة التي حصل أفرادها على درجة أكبر من المتوسط + الانحراف المعياري وهم الأفراد الذين حصلوا على درجة أكبر من (25.8) وهم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب بشكل شديد ونسبتهم (18%).

تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الأول :

تتفق النتائج سالفة الذكر مع ما جاء في الإطار النظري ، إضافة الى أن تلك النتائج تتفق مع ما جاء في الدراسات السابقة مثل دراسة (Kramer, 1999) والتي خلصت نتائجها إلى أن الاكتئاب النفسي كان شائعاً بين أكثر من ثلثي مرضى السرطان التي جرت عليها الدراسة، و دراسة (Mao and others, 2000) حيث هدفت إلى دراسة مدى انتشار الاكتئاب والعوامل ذات الصلة بين مرضى سرطان الرئة ، حيث طبق استبيان أيزنك ومقياس أحداث الحياة ، وقد أظهرت النتائج بأن الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة يتلازم مع عوامل عدة مثل الألم والدعم الاجتماعي وأحداث الحياة و دراسة (Zabora and others 2001) التي هدفت إلى معرفة مدى انتشار الاكتئاب النفسي لدى مرضى السرطان حيث خلصت نتائجها إلى أن الفشل في تتبع وعلاج الاكتئاب لدى مرضى السرطان يهدد علاج مرض السرطان نفسه . حيث أوضحت تلك الدراسات وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى مرضى السرطان بشكل عام و مرضى سرطان الرئة بشكل خاص ، لما يعكسه هذا المرض من آثار خطيرة على الوضع النفسي للمريض ، ولكن وفي نفس الوقت تبين أن درجات الاكتئاب التي حصل عليها المرضى في الدراسات الأجنبية أقل بشكل ملحوظ عنه في الدراسة الحالية مما يدل على وجود عوامل أخرى تلعب دوراً هاماً في ارتفاع

مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان أو مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة مثل الأوضاع السياسية السائدة ، والظروف الاقتصادية الخائفة ، إضافة إلى قلة الإمكانيات الطبية والنفسية والدعم الاجتماعي .

و يرى الباحث أن المشكلات النفسية المصاحبة لمرضى سرطان الرئة تنجم عن الخوف الشديد من هذا المرض كفكرة فضلاً عن أن يكون مصاباً به ، و ذلك لاعتبار المرضى المصابين بان هناك خطراً محققاً يهددهم فضلاً عن شعورهم بأن النتيجة الحتمية لحلقة الصراع مع هذا المرض سيكون الموت .

و هنا لأن من الإشارة أن السمعة السيئة لهذا المرض و الذي لا يذكر إلا (بالخبيث) أو (المميت) قد أدى هشاشة الدفاع النفسي لدى المرضى المصابين به .

و يعتقد الباحث أن التغيرات الفسيولوجية المرضية و الأعراض الجانبية للعلاج المستخدم و خاصة الألم الشديد ، و تساقط الشعر و الوهن و الإجهاد ... لها تأثير مباشر على ارتفاع درجة الاكتئاب لدى المرضى و يتفق ذلك مع دراسة (Okayama and others, 2001) و دراسة (Hickok and marrow, 1998)

فضلا عن إحساس المريض بأنه أصبح إنساناً غير قادر على أداء الأعمال اليدوية إضافة إلى كونه أصبح غير منتجاً ، نتيجة للحالة المرضية التي تستدعي المكوث في المشفى لتلقي العلاج .

و من خلال الخبرة العملية و خاصة أثناء الدراسة الحالية للباحث و احتكاكه في تلك الشريحة يرى أن من الأسباب التي تزيد من درجة الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة هي :

أولاً : اعتقاد المريض أن الإمكانيات العلاجية و الخبرات المهنية المتاحة محدودة في قطاع غزة لذا يشعر المريض أنه لن يتلقى الفحص و التشخيص و التقييم المناسب فضلاً عن تلقيه العلاج الفعال .

ثانياً : شعور المريض بحالة من انكسار الذات نتيجة للنظرة التي يغلب عليها طابع الشفقة من قبل الآخرين ممن يعيشون حوله لأنه مصاب بهذا المرض العضال .

ثالثاً : ارتفاع تكاليف العلاج لمريض سرطان الرئة ، حيث يعتبر مرض السرطان من أكثر الأمراض كلفة ، و كما هو معروف فإن الوضع الاقتصادي الصعب الذي تعيشه الشريحة الأكبر في المجتمع ، لذلك لا يستطيع المريض من السفر للخارج لتلقي العلاج الأفضل و بالتالي تحقيق نتائج إيجابية .

لذا يرى الباحث أن تلك الأسباب التي ربما ينفرد بها مريض سرطان الرئة في محافظات غزة يكون لها عظيم الأثر في ارتفاع درجة الاكتئاب بين تلك الشريحة .

عرض نتائج التساؤل الثاني:

والذي ينص "ما مستوى السلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة
بمحافظة غزة؟

قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد مقياس
السلوك الديني وكذلك الدرجة الكلية للسلوك الديني والجدول (8) يوضح ذلك:

جدول (8)

أبعاد مقياس السلوك الديني ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها والأوزان النسبية والترتيب (ن=50)

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	مجموع الاستجابات	عدد الفقرات	البعد
2	78.87	4.667	30.760	1538	13	البعد الأول: السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية
1	86.00	1.776	12.900	645	5	البعد الثاني: السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية
	80.85	6.166	43.660	2183	18	مجموع درجات مقياس السلوك الديني

يتضح من الجدول (8) أن البعد الثاني (السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية) قد احتل المرتبة الأولى من ترتيب الأبعاد حيث كان الوزن النسبي له يساوي (86.00%)، تلى ذلك وفي المرتبة الثانية البعد الأول (السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية) حيث كان الوزن النسبي له (78.87%).

أما الوزن النسبي للمجموع الكلي لمقياس السلوك الديني فكان (80.85%)، حيث كان متوسط الدرجات التي حصل عليها الأفراد (43.66) درجة من الدرجة الكلية لمقياس السلوك الديني وهي (54).

تفسير و مناقشة نتائج التساؤل الثاني :

تبين لنا من خلال نتائج التساؤل الثاني أن مستوى السلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة مرتفع ، و تعد هذه نتيجة طبيعة حيث أن المجتمع الفلسطيني بشكل عام يدين بدين الإسلام ، فضلاً عن أن لجوء الفرد إلى الله في الشدائد يعد أمراً طبيعياً ، والجدير بالذكر أن الدراسة الحالية قد اتفقت مع دراسة (رضوان ، 2002) في كون أن السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية كان في مرتبة أعلى من السلوك المتعلق بالفرائض و الواجبات الشرعية لديهم .

و يرى الباحث أن تقدم التمسك بالسنن و السلوكيات على التمسك بالفرائض و الواجبات يرجع إلى عدة أسباب هي :

1- أن الفرد يعبر عن مستوى تدينه من خلال الممارسة الحياتية الجيدة و المتمثلة بالتمسك بالسلوكيات ، أيماناً منهم بأن ذلك من شأنه التخفيف من الحالة النفسية الناجمة عن الأعراض المصاحبة لمرض سرطان الرئة إضافة إلى التأثيرات الجانبية للعلاجات المستخدمة .

2- أن طبيعة مرض سرطان الرئة والذي يمتلك خصوصية نادرة من حيث شدته والتي ربما تدفع الفرد إلى معاملة الآخرين بشكل جيد لكسب رضى الله عز و جل و الناس من حوله ليشكلوا له نوع من الدعم الاجتماعي .

3- أن السلوكيات الدينية مرتبطة بمعاملة الآخرين فهي ظاهرة يتم التعبير عنها بشكل واضح و مباشر ، هذا ما أشار إليه (موسى ، 1999) كون الدين يعتبر مؤثراً مباشراً في تقويم سلوك الفرد و تهذيب مشاعره و أخلاقه .

و تجدر الإشارة إلى أن النتيجة الحالية قد اختلفت مع دراسة

(BERGIN and others, 1987)

حيث خلصت نتائج دراستهم إلى أن التدين الجوهري كان أقوى من التدين الظاهري لدى أفراد عينة الدراسة .

و يعتقد الباحث أن مستوى التدين بشكل عام يرتفع إذا ما أصيب الفرد بمرض ما خاصة بالأمراض الشديدة ، وذلك لأن الفرد حين يقع في محنة يلجأ إلى الله عز و جل كوسيلة لتحقيق التوافق مصداقاً لقوله تعالى (الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله و إنا إليه راجعون) (البقرة 156). فالملتزم بدين الله يعتقد بان المرض لا يتعدى كونه ابتلاء لابد من الصبر عليه و اللجوء إلى الله حتى يتقرب العبد به إلى الله تكفيراً عن سيئاته و مدعاة لدخول الجنة ،لقوله تعالى (والصابرين في البأساء و الضراء و حين البأس أولئك الذين صدقوا وأولئك هم المتقون) (البقرة ، 177) .

عرض نتائج التساؤل الثالث:

والذي ينص "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة تعزى لمتغير العمر؟

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي "One Way ANOVA" ويستخدم تحليل التباين في إيجاد دلالة الفروق بين متوسطات متعددة اعتماداً على التباين بين مجموعات التجربة، حيث يلعب التباين دوراً هاماً في إيجاد دلالة الفروق بين درجات ثلاث فئات موزعة حسب السن الفئة (أقل من 40 سنة)، والفئة (40-60 سنة)، والفئة (أكثر من 60 سنة) باستخدام النسب الفئوية أو اختبار (ف) لفisher، ويعتمد توزيع فيشر (ف) على تقدير التباين بين المجموعات والتباين بين المجموعات والتباين داخل المجموعات في فحص دلالة الفروق بين متوسطات عينات متعددة (عفانة، 1998: 186) حيث قام بحساب مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها والجدول (10) يوضح ذلك:

جدول (9)

مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها لمقياس بيك للاكتئاب لإيجاد الفروق التي تعزى لمتغير العمر (ن=50)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	770.3027	2	385.151	5.735	دالة عند 0.01
داخل المجموعات	3156.417	47	67.158		
المجموع الكلي	3926.72	49			

يتضح من الجدول (9) أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية

عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$.

ولمعرفة اتجاه الفروق قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه البعدي وهو اختبار يستخدم لإجراء المقارنات الثنائية الممكنة، ونعني بذلك إجراء المقارنات بين متوسطين على الأقل من متوسطات التجربة، كما أن اختبار شيفيه يستخدم في حالة العينات المتساوية وغير المتساوية" (عفانة، 1998: 223) والجدول (8) يوضح ذلك:

جدول (10)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالدرجة الكلية للاكتئاب النفسي (ن=50)

المجموعة	أقل من 40 سنة م=23.461	من 40-60 سنة م=14.535	أكثر من 60 سنة م=14.444
أقل من 40 سنة م=23.461	-	*8.925	*9.017
من 40-60 سنة م=14.535	-	-	0.912
أكثر من 60 سنة م=14.444	-	-	-

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (10) وجود فروق بين المجموعة (أقل من 40 سنة) والمجموعتين الأخرتين وهما (من 40-60 سنة) و(أكثر من 60 سنة) في درجات الاكتئاب النفسي لصالح المجموعة (أقل من 40 سنة) أي أنها تعاني من الاكتئاب أكثر من المجموعتين الأخرتين، ولم تتضح فروق بين المجموعتين الأخرتين.

تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الثالث :

يتضح من الجدول (10) أن المجموعة العمرية التي نقل عن (40 سنة) تعاني من الاكتئاب بشكل أكبر من المجموعتين الأخرتين وهى (40-60 سنة) (وأكثر من 60 سنة) ، وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (القويغلي، 2000) حيث أكدت دراسته أن هناك فترات حرجة يمر بها الإنسان تجعله أكثر عرضة للاكتئاب من غيره و من أهم تلك الفترات مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد، ومن ناحية أخرى فقد اختلفت النتيجة الحالية مع دراسة (الرويشد، 1998) حيث خلصت دراسته أن القلق والاكتئاب يزداد مع تقدم العمر وتعد النتيجة الحالية منطقية وذلك لأن المريض المصاب بسرطان الرئة والذي يقل عمره عن (40 سنة) يكون في مقتبل عمره ولديه الكثير من الآمال والطموحات التي يسعى لتحقيقها في الحياة ، فحين يصاب بسرطان الرئة هذا المرض الفتاك القاتل سرعان ما تتحطم أحلامه وتتهوى طموحاته وبالتالي يصاب بحالة من الاكتئاب لشدة ما أصابه ، فبعد أن كان في أوج مراحل البناء والعطاء أصبح في أضعف حالاته محتاجاً لمد يد المساعدة من قبل الآخرين ، بخلاف الرجل الكبير أو المسن والذي أنهى بطبيعة الحال فترة شبابه بشكل طبيعي منجزاً بذلك جزء أو كل طموحاته وأهدافه التي كان يسعى لتحقيقها فضلاً عن تأمينه سلفاً مستقبلاً أسرته وبذلك يكون قد بدأ يسير في مرحلة الاعتماد على الآخرين خاصة في الفئة (أكثر من 60 سنة) لذلك فان التأثير النفسي الناجم عن الإصابة بسرطان الرئة يظل أخف بشكل عام إذا ما قورن بفئة الشباب (أقل من 40 سنة) .

عرض نتائج التساؤل الرابع:

والذي ينص "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في الالتزام الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمتغير فئات العمر؟

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي "OneWayANOVA" ويستخدم تحليل التباين في إيجاد دلالة الفروق بين متوسطات متعددة اعتماداً على التباين بين مجموعات التجربة، حيث يلعب التباين دوراً هاماً في إيجاد دلالة الفروق بين درجات ثلاث عينات موزعة حسب العمر باستخدام النسب الفئوية أو اختبار (ف) لفيشر، ويعتمد توزيع فيشر (ف) على تقدير التباين بين المجموعات والتباين بين المجموعات والتباين داخل المجموعات في فحص دلالة الفروق بين متوسطات عينات متعددة" (عفانة، 1998: 186) حيث قام بحساب مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها والجدول (12) يوضح ذلك:

جدول (11)

مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالتها لمقياس الالتزام الديني لإيجاد الفروق التي تعزى لمتغير العمر (ن=50)

البعء	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	دلالة الإحصائية
الالتزام بالسلوكيات الدينية	بين المجموعات	30.898	2	15.449	5.875	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	123.602	47	2.630		
	المجموع الكلي	154.500	49			
الالتزام بالفرائض والواجبات الشرعية	بين المجموعات	130.999	2	65.500	3.289	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	936.121	47	19.917		
	المجموع الكلي	1067.120	49			
مجموع درجات مقياس الالتزام الديني	بين المجموعات	277.047	2	138.523	4.105	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	1586.173	47	33.748		
	المجموع الكلي	1863.220	49			

يتضح من الجدول (11) أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في السلوكيات الدينية وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في كل من الالتزام بالفرائض والدرجة الكلية لمقياس السلوك الديني. ولمعرفة اتجاه الفروق قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه البعدي وهو اختبار يستخدم لإجراء المقارنات الثنائية الممكنة، ونعني بذلك إجراء المقارنات بين متوسطين على الأقل من متوسطات التجربة، كما أن اختبار شيفيه يستخدم في حالة العينات المتساوية وغير المتساوية" (عفانة، 1998: 223) والجدول (13) يوضح ذلك:

جدول (12)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالبعد الأول من أبعاد الالتزام الديني وهو الالتزام بالسلوكيات الدينية (ن=50)

المجموعة	أقل من 40 سنة م=11.923	من 40-60 سنة م=12.892	أكثر من 60 سنة م=14.333
أقل من 40 سنة م=11.923	-	0.969	*2.410
من 40-60 سنة م=12.892	-	-	1.440
أكثر من 60 سنة م=14.333	-	-	-

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (12) وجود فروق بين المجموعة (أقل من 40 سنة) والمجموعة (أكثر من 60 سنة) في درجات الالتزام بالسلوكيات الدينية لصالح المجموعة (أكثر من 60 سنة) أي أنها ملتزمة أكثر، ولم تتضح فروق بين المجموعتين الأخرتين، وكذلك بين المجموعة (أقل من 40 سنة) و(من 40-60 سنة).

جدول (13)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالبعد الثاني من أبعاد الالتزام الديني وهو الالتزام بالفرائض والواجبات الدينية (ن=50)

المجموعة	أقل من 40 سنة م=28.153	من 40-60 سنة م=31.357	أكثر من 60 سنة م=32.666
أقل من 40 سنة م=28.153	-	3.203	4.512
من 40-60 سنة م=31.357	-	-	1.309
أكثر من 60 سنة م=32.666	-	-	-

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (13) عدم وجود فروق بين المجموعة (أقل من 40 سنة) والمجموعتين الأخرتين وكذلك عدم وجود فروق بين المجموعات الأخرى وبعضها البعض، إلا أن الفرق في المتوسط بين (أقل من 40 سنة) و(أكثر من 60 سنة) كبير، مما يدل على وجود فروق ولكنها ليست جوهرية.

جدول (14)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالمجموع الكلي لأبعاد الالتزام الديني (ن=50)

المجموعة	أقل من 40 سنة م=40.076	من 40-60 سنة م=44.250	أكثر من 60 سنة م=47.000
أقل من 40 سنة م=40.076	-	4.174	*6.923
من 40-60 سنة م=44.250	-	-	2.750
أكثر من 60 سنة م=47.000	-	-	-

تفسير ومناقشة التساؤل الرابع :

يتضح من الجدول (13) و(14) وجود فروق بين المجموعة (أقل من 40 سنة) والمجموعة (أكثر من 60 سنة) في درجات الالتزام الديني لصالح المجموعة (أكثر من 60 سنة) أي أنها ملتزمة أكثر، ولم تتضح فروق بين المجموعتين الأخرتين، وكذلك بين المجموعة (أقل من 40 سنة) و(من 40-60 سنة) ، والجدير بالذكر أن أي من الدراسات السابقة لم تتناول موضوع الالتزام الديني لدى مرضى سرطان الرئة وعلاقته بالعمر ، ولكن هناك دراسات تناولت موضوع الالتزام الديني وعلاقته بالعمر مثل دراسة (الأمارة، 2001) والتي خلصت إلى أن هناك علاقة طردية بين التدين وتقدم العمر.

ويرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية ، لأن الفرد الذي بلغ ما فوق الستين عاما يترك ملذات الحياة لأن أهدافه الحياتية قد تحققت وأصبح رجلا كهلا ضعف جسده ، وفي هذه المرحلة يبدأ المسن في الاعتماد على غيره ، ومن هنا يلتفت هذا الكهل إلى الحياة الأزلية القادمة والتي تنتظره بعد وفاته ، فيعمل لها ويحرص على الالتزام بالنواحي الدينية المختلفة وخاصة السلوكيات الدينية ، وهناك سبب آخر وهو أنه كلما تقدم الإنسان بالعمر تزداد مشكلاته النفسية ، فيكون التمسك بالدين وسيلة لتخفيف التوتر وتحقيق التوافق . وهنا بطبيعة الحال لا ننفي صفة الالتزام عن الفئات العمرية الأقل ، ولكن تشكل الأسباب سالفه الذكر دوافع قوية لتوجيه سلوك الشخص المسن أكثر من غيره نحو التقرب إلى الله خوفا من الموت والتحضر له والعمل على تجنب غضب الله عز وجل وينطبق الأمر تماما على مرضى سرطان الرئة فان الفرد في الفئات العمرية (أقل من 40 سنة) ، والفئة (40-60 سنة) تبقى لديه آمال معينة نحو الشفاء من هذا المرض طمعا منه بإكمال مشواره في الحياة وتحقيق أهدافه الشخصية المختلفة ، بخلاف الفئة العمرية

(أكثر من 60 سنة) فالفرد كما ذكرنا يكون قد أنهى معظم أو كافة أهدافه الدنيوية ويصيبه الوهن وتظهر عليه أعراض الشيخوخة ، فما بالنا حين يصاب أحد أفراد تلك الفئة بمرض خطير مثل سرطان الرئة حينها تبقى مسألة الموت قضية وقت فقط بالنسبة إليه وفي الغالب لا يكون لديه أي أمل في الشفاء ، وذلك لتقدمه في السن وعدم قدرة جسمه على مقاومة المرض وتحمل الأعراض المختلفة الناجمة عن المرض وعلاجاته بما فيها العمليات الجراحية والعلاجات الكيميائية والإشعاعية أما بالنسبة للبعد الثاني من أبعاد الالتزام الديني وهو الالتزام بالفرائض والواجبات الشرعية يتبين من الجدول رقم(10)عدم وجود فروق بين المجموعة(أقل من 40سنة) والمجموعتين الأخرتين ، وكذلك عدم وجود فروق بين المجموعات الأخرى وبعضها البعض إلا أن الفرق في المتوسط بين المجموعة (أقل من 40سنة) و(أكثر من 60سنة) كبير مما يدل على وجود فروق ولكنها ليست جوهرية ، وهذا ربما يرجع كما ذكرنا سابقاً إلى أن الالتزام بالفرائض أمر طبيعي ولكن حين يتعلق الأمر بالالتزام بالسلوكيات الدينية فإن الأمر يحتاج إلى مجاهدة كبيرة لأنه مرتبط بعلاقة الفرد مع الآخرين وهي من الأمور الملاحظة من قبل الآخرين .

عرض نتائج التساؤل الخامس:

والذي ينص "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي "One Way ANOVA" حيث قام بحساب مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها والجدول (15) يوضح ذلك:

جدول (15)

مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها لمقياس بيك للاكتئاب لإيجاد الفروق التي تعزى لمتغير المستوى التعليمي (ن=50)

البعده	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الإحصائية
الاكتئاب النفسي	بين المجموعات	146.1211	2	73.061	0.908	غير دلالة إحصائية
	داخل المجموعات	3780.599	47	80.438		
	المجموع الكلي	3926.72	49			

تفسير ومناقشة التساؤل الخامس :

يتبين من الجدول رقم (15) أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مقياس بيك للاكتئاب ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب النفسي تعزى لمتغير المستوى التعليمي ، وتجدر الإشارة إلى أن أي من الدراسات السابقة لم تتناول المستوى التعليمي وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة على الرغم من أهمية هذا الجانب .
ومن المعروف في دراسات الطب النفسي بأن ارتفاع المستوى التعليمي وارتفاع نسبة الذكاء يؤديان إلى تخفيف حدة المشكلات النفسية (عكاشة، 1988) ، إلا أن مرض سرطان الرئة على ما يبدو له خصوصية معينة ، حيث يصاب الفرد بنوع من الاضطراب يؤثر بدوره على قدرات المريض العقلية .

عرض نتائج التساؤل السادس:

والذي ينص "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمتغير منطقة السكن؟

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA "و يلعب التباين دوراً هاماً في إيجاد دلالة الفروق بين درجات ثلاث عينات باستخدام النسب الفئوية أو اختبار ف لفيشر، ويعتمد توزيع فيشر (ف) على تقدير التباين بين المجموعات والتباين بين المجموعات والتباين داخل المجموعات في فحص دلالة الفروق بين متوسطات عينات متعددة" (عفانة، 1998: 186) حيث قام بحساب مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها والجدول (16) يوضح ذلك:

جدول (16)

مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها لمقياس بيك للاكتئاب لإيجاد الفروق التي تعزى لمتغير منطقة السكن (ن=50)

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	القيمة "ف"	الدلالة الإحصائية
الاكتئاب النفسي	بين المجموعات	170.676	2	85.338	1.068	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	3756.044	47	79.916		
	المجموع الكلي	3926.72	49			

* قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (2، 49) وعند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ تساوي 3.18

** قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (2، 49) وعند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$ تساوي 5.06

تفسير ومناقشة التساؤل السادس :

يتضح من الجدول (16) أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة " ف " الجدولية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في مقياس بيك للاكتئاب النفسي أي انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب النفسي تعزى لمتغير المنطقة السكنية بمعنى أن منطقة السكن ليس لها علاقة بمستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة ، ولا بد من الإشارة هنا إلى أن الدراسات السابقة قد خلت من تناول متغير منطقة السكن وعلاقته بمستوى الاكتئاب أو المشكلات النفسية الأخرى لدى مرضى السرطان بشكل عام أو مرضى سرطان الرئة بشكل خاص .

ولكن وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسات النفسية قد توصلت إلى أن الفرد الذي يعيش في المناطق المكتظة يعاني من الاضطرابات النفسية بشكل أكبر من نظيره الذي يعيش في المناطق الأخرى (عكاشة ، 1988) .

إلا أن الباحث يعتقد بأن النتيجة الحالية منطقية، حيث أن منطقة السكن ليس لها علاقة مباشرة في مستوى الاكتئاب النفسي لدى مريض سرطان الرئة لأن الحالة المرضية والأعراض الجانبية والمخاوف المصاحبة لن تتغير بين المريض الذي يعيش في المدينة ونظيره الذي يقطن في المخيم ، فكما أن المرض لا يفرق بين هذا وذاك فإن توابع هذا المرض ونتائجه النفسية ربما لن تختلف بين الفرد الذي يعيش في المخيم أو في المدينة أو في أي منطقة أخرى، يضاف إلى هذا العامل عاملاً مهماً آخر من شأنه أن يضعف تأثير منطقة السكن في مستوى الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة وهو أن محافظات غزة متداخلة ومتصلة ومتقاربة ومتفاعلة فيما بينها ، فضيق المساحة الجغرافية والتفاعل والاتصال اليومي وتقارب المستوى الاقتصادي والتعليمي بين أفراد المجتمع ككل سواء كان في المدينة أو المخيم وغيرها من شأنه أن يذيب الفوارق التي قد تظهر في المجتمعات الأخرى .

عرض نتائج التساؤل السابع:

الذي ينص : هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الاكتئاب النفسي والسلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة؟

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون ويستخدم لمعرفة العلاقة بين مجموعتين من الدرجات.

$$r = \frac{N \text{ مج س ص} - \text{مج س} \times \text{مج ص}}{\sqrt{[N \text{ مج س}^2 - (\text{مج س})^2][N \text{ مج ص}^2 - (\text{مج ص})^2]}}$$

(أبو مصطفى، 1996، 71)

والجدول (17) يوضح ذلك:

جدول (17)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجات مقياس الاكتئاب النفسي
والدرجة الكلية للسلوك الديني (ن=50)

الدرجة الكلية للاكتئاب النفسي	البعد
**0.571-	البعد الأول: الالتزام بالسلوكيات الدينية
**0.486-	البعد الثاني: الالتزام بالفرائض والواجبات الدينية.
**0.532-	المجموع الكلي لمقياس الالتزام الديني

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

** دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)

يتضح من الجدول (17) وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين درجات مقياس الاكتئاب النفسي وبين درجات مقياس السلوك الديني، وأبعاده أي أنه كلما زاد الالتزام الديني قل الاكتئاب والعكس هو الصحيح.

تفسير ومناقشة نتائج التساؤل السابع :

يتضح من الجدول (17) أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين الاكتئاب النفسي والسلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة، وقد توافقت هذه النتيجة مع العديد مما جاء في الدراسات السابقة مثل دراسة (Berginandothers1987) والتي توصلت إلى وجود علاقة دالة موجبة بين التوجه الديني الجوهري ومقاييس كاليفورنيا النفسية، كما توصلت إلى أن التدين له دور إيجابي في التخفيف من القلق ودراسة (الشويعر، 1988) التي توصلت إلى أن هناك ارتباط سالب بين مستوى الإيمان بالقضاء والقدر ومستوى القلق النفسي . ودراسة (موسى ، 1999) التي خلصت هي الأخرى إلى أن هناك علاقة عكسية بين مستوى التدين والاكتئاب النفسي، أي أنه كلما ارتفع مستوى التدين قل مستوى الاكتئاب .

نلاحظ أن تلك الدراسات وغيرها قد أكدت على أن هناك علاقة عكسية بين الاكتئاب والمشكلات النفسية الأخرى ومستوى السلوك الديني .

ويرى الباحث أن هذه النتيجة تعتبر منطقية حيث أن تقرب الفرد إلى الله عز وجل والالتزام بتعاليم دينه من سنن وفرائض تعصمه من الوقوع فريسة للأفكار السوداوية والإحباطات الفكرية والنفسية، وذلك بفضل الارتقاء الروحي الذي يحصل عليه الفرد من خلال ذكر الله واللجوء إليه لقوله تعالى " ألا بذكر الله تطمئن القلوب " (الرعد:28)

وهذا ما أكدته (محمود، 1991) حيث اعتبر أن الإسلام يأتي بمثابة مصدر لتهديب سلوك الفرد وتقويمه ، وإذا ما خالطت بشاشته القلوب أشيع فيها الطمأنينة والثبات والاتزان الانفعالي والعاطفي والعقلي ويقيها القلق والخوف والاضطرابات الأخرى .

ومن جانب آخر فإن الفرد البعيد عن الله يفقد بشاشة القلب ، ويأخذ الوهن مكانه في نفسه قبل جسده ويمسي كالريشة التي تتقاذفها الرياح ، فعندما يصاب جسده بمرض لا يلبث إلا أن يقع في مصيدة القنوط والتذمر والتي بدورها تؤدي إلي الاضطرابات النفسية المتعددة وعلى رأسها الاكتئاب، لهذا يحذرنا رب العزة عن الإعراض عن دينه فيقول عز من قائل "ومن أعرض عن ذكري فإن له معيشة ضنكا " (طه:124).

لذا يمكننا القول بأن الأمراض التي قد تصيب الإنسان وعلى رأسها سرطان الرئة والذي يعتبر من أشدها خطراً وأكثرها فتكاً وله تأثير مباشر على الوضع النفسي للمريض بلا شك ولكن الفرد المتمسك بتعاليم الدين المبتغي مرضاة ربه طمعاً في المغفرة وسعيًا للفوز بالجنة يحتسب صبره على مصابه عند ربه فيتعالى على جراحه وآلامه ، وهذه نعمة لا يشعر بها إلا المؤمن الحق .

توصيات الدراسة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، فقد الباحث أنه من الأهمية بمكان تقديم بعد التوصيات التي من شأنها أن تساعد مرضى سرطان الرئة بشكل خاص ومرضى السرطان بشكل عام:

- تكثيف الجهود لدى الباحثين الفلسطينيين من أجل إنجاز العديد من الدراسات المعمقة حول مرض السرطان (أو أحد أنواعه) وعلاقته بالمشكلات النفسية المصاحبة من أجل تحديد احتياجاتهم النفسية والعمل على سدها.
- تنسيق الجهود بين وزارة الصحة والمؤسسات الغير حكومية ذات الصلة للقيام بورشات عمل تختص بالإرشاد النفسي بهدف تحديد معايير واضحة من شأنها مساعدة تلك الشريحة من المجتمع.
- العمل على فتح أقسام جديدة في محافظات غزة تعنى بمرضى السرطان وذلك للتخفيف من معاناتهم وذلك كون عيادة وقسم الأورام التابعة لمستشفى الشفاء بغزة هي الوحيدة التي تقدم الرعاية الطبية لمرضى السرطان.
- العمل على توفير الكوادر الطبية المتميزة والأجهزة الحديثة للمساعدة في الكشف والعلاج المبكر والفعال للسرطان وذلك لتقديم خدمة طبية متكاملة للمرضى والتي سيكون لها بالغ الأثر في التخفيف من نسبة الوفيات.
- التركيز على الجانب الديني كعلاج نفسي مؤثر لمرض السرطان.
- تفعيل الجانب الإعلامي من أجل التثقيف بمرض السرطان من حيث الأسباب والتشخيص والعلاج لأن ذلك من شأنه أن يلعب دورا هاما في التخفيف من حدة الأعراض النفسية الناجمة عنه .

- تفعيل الإرشاد الأسري لمرضى السرطان وعائلاتهم وذلك لتتقيد المرضى بمرضهم من ناحية، وتتقيد عائلاتهم بهدف توفير الدعم الاجتماعي لهم والذي يشكل محور رئيس في التخفيف من معاناتهم .
- توفير الدعم المادي لهؤلاء المرضى في حال ضرورة سفرهم للعلاج بالخارج لأن علاج السرطان باهظ التكاليف ولا يستطيع غالبية المرضى تأمين نفقات علاجهم .

مقترحات الدراسة

نظرا لقلّة الأبحاث العربية والمحلية التي تناولت موضوع السرطان وعلاقته بالمشكلات النفسية المختلفة وسبل علاجها لذلك يمكن اقتراح بعض الموضوعات التي يمكن تناولها في هذا المجال:

* الدعم الاجتماعي وأثره على مرضى السرطان (أو أحد أنواعه) في ضوء بعض المتغيرات "دراسة مقارنة".

* الخصائص النفسية والاجتماعية لدى مرضى السرطان (أو أحد أنواعه).

* برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من الآثار النفسية لدى مرضى السرطان (أو أحد أنواعه).

* أثر العلاج النفسي على مرضى السرطان (أو أحد أنواعه) دراسة مقارنة.

الصعوبات التي واجهت الباحث

وفي نهاية هذه الدراسة وجد الباحث أنه من الأهمية بمكان ذكر أهم الصعوبات التي واجهت الباحث ، والتي ربما أظهرت بعض جوانب الضعف في هذه الدراسة والتي أتمنى لإخواني وأخواتي الباحثين والباحثات من تجنبها إذا ما رغبوا في تناول مرض السرطان عموماً ومرض سرطان الرئة على وجه الخصوص في دراساتهم النفسية وهي :

1- صعوبة التعامل مع مرضى سرطان الرئة وذلك بسبب خطورة الحالة المرضية وسوء الحالة النفسية التي يعاني منها غالبية هؤلاء المرضى .

2- ندرة الدراسات والأبحاث العربية التي تناولت موضوع الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة ، إضافة إلى صعوبة الحصول على المراجع الأجنبية ذات العلاقة رغم وفرتها وذلك بسبب الأوضاع السائدة ، والتي ربما أدت إلى ظهور بعض جوانب النقص .

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقة ذلك بعدة تغيرات :
(السلوك الديني، منطقة السكن، العمر، المستوى التعليمي).

وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تناولت موضوعاً جديداً، لم يتم دراسته من قبل في البيئة الفلسطينية.

وقد تكونت عينة الدراسة من:

1- العينة الاستطلاعية: عددها (200) من أفراد المجتمع الذين لا يعانون من أية أمراض عضوية، ويكافئون عينة الدراسة في العمر والمستوى التعليمي ومنطقة السكن.

2- العينة الفعلية (عينة الدراسة): تكونت من كافة مرضى سرطان الرئة الذكور بمحافظة غزة وعددهم (50) مريض.

وقد كان السؤال الرئيس للدراسة " ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات؟ " .

ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باختيار مقياس بيك للاكتئاب ومقياس السلوك الديني من إعداد (رضوان، 2002)، ثم قام بتطبيقها على عينة الدراسة، واستخدم الباحث عدة أساليب إحصائية في دراسته ومنها اختبار تحليل التباين الأحادي، واختبار شيفيه للمقارنات البعدية ومعامل ارتباط بيرسون.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- 1- أن مرضى سرطان الرئة يعانون من الاكتئاب النفسي بدرجات متفاوتة، مع الإشارة إلى أن الكم الأكبر من هؤلاء المرضى يعانون من الاكتئاب بدرجات متوسطة وشديدة.
- 2- الفئة العمرية (أقل من 40 سنة) تعاني من الاكتئاب النفسي بدرجة أكبر من الفئتين الأخريين وهما (40-60 سنة) والفئة أكبر من (60 سنة).
- 3- توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والسلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب قل مستوى السلوك الديني.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمتغير فئات العمر لصالح المجموعة (أكثر من 60 سنة) والمجموعة (40-60 سنة).
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- 6- لا توجد فرق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمنطقة السكن.
- 7- مستوى السلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة مرتفع.

Depression among Lung cancer patients in Gaza Governorates and its relation to some parameters

This study is aimed to recognize the level of depression among the lung cancer patients in Gaza Governorates and its relation to some parameters religious commitment, place of living, age and educational level.

The importance of this study comes from the fact that it investigated a new subject that has never been handled in the Palestinian society.

The sample

A. Actual sample

The sample consist of 50 persons (male) from Gaza Governorates.

B. Exploratory sample:

The sample consists of 200 persons from the society who did not suffer from any pathological disease. This sample has a similar characters as the actual sample in age, educational level and place of living.

The main question of this study was :

What is the level of depression among the lung cancer patients and its relation to some parameters?

To achieve the objectives of the study, the researcher used Bek criterion for depression and religious behavior level edited by Radwan (2002), and also various statistical methods such as One way ANOVA, and Pearson correlation's.

Results indicated that:

- 1-In general, lung cancer patients suffered from depression with different levels, a large percentage of them suffered from mild to sever depression.
- 2-The age group (under 40 years old) suffered more depression than (40-60 age group) and over 60 age group.
- 3-There is a negative correlation relation between depression and religious behavior among the lung cancer patients in Gaza governorates, it means that the more the depression level increased the less the religious behavior activated.
- 4-There is a significant difference among lung cancer age group (within Gaza governorates) for the favor of (above 60 and 40-60 age) groups.
- 5-Study shown that there is no significant difference among lung cancer due to difference in level of education.
- 6-It also shown, that there is no significant difference among lung cancer within Gaza Governorate due to place of living.
- 7-The religious behavior level of lung cancer patients is very high.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً : المصادر العربية :

- ✽ القرآن الكريم .
- ✽ ابن كثير ، إسماعيل .(د.ت) .تفسير القرآن الكريم . جزء (2) ، بيروت : دار إحياء التراث .

✽ ثانياً : المراجع العربية :

- الموسوعة الطبية (1990). المجلد السادس، صديق ، الشركة الشرقية للمطبوعات .
- ✽ إبراهيم، عبد الستار .(1998). الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة.
- ✽ أبو النيل، محمود .(1997). العوامل النفسية في مرض السرطان. مجلة علم النفس ، مجلة فصلية تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب 6-27.
- ✽ أبو ناهية، صلاح الدين محمد .(1994). القياس التربوي. الطبعة الأولى، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ✽ أحمد ، سهير .(1992). الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب. دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسية المصرية، عدد (2) ، 1-24.
- ✽ ابن منظور .(ب-ت). لسان العرب. القاهرة : دار المعارف، المجلد 4، 1.
- ✽ اسماعيل، إجلال .(1999). الاكتئاب والمجتمع. مجلة آفاق، تصدر عن أكاديمية المستقبل للتفكير الإبداعي، القاهرة: دار قباء للنشر عدد (3)، 321-322.

- ✽ الأعرس، عبد الباسط. (1986). السرطان مرض العصر. كتاب اليوم الطبي، القاهرة: دار الكتب والوثائق عدد (10).
- ✽ الأغا، إحسان. (1997). البحث التربوي ... عناصره، مناهجه، أدواته. الطبعة الثانية، غزة: مطبعة مقداد.
- ✽ الأغا، إحسان، الأستاذ، حسن. (1999). تصميم البحث التربوي. الطبعة الأولى، غزة. مطبعة الرنتيسي
- ✽ البنهاوي، محمود وآخرون. (1995). علم الحيوان. القاهرة: دار المعارف.
- ✽ الجسماني، عبد العلي. (1997). القرآن وعلم النفس. الطبعة الأولى، بيروت: الدار العربية للعلوم.
- الجوزية، ابن القيم. (1980). الطب النبوي. الطبعة الثانية، القاهرة: مطبعة عيسى والباري الحلبي.
- ✽ الخطيب، محمد. (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. غزة: مطبعة مقداد الطبعة الثانية.
- ✽ الزاوي، الطاهر أحمد. (1980). مختار القاموس. ليبيا: الدار العربية للكتاب.
- ✽ الشويعر، طريفة. (1988). الإيمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفسي. رسالة ماجستير منشورة، جدة: دار البيان العربي، الطبعة الأولى.
- العيسوي، عبد الرحمن. (1990). باثولوجيا علم النفس. مصر: دار الفكر العربي.
- ✽ الغريب، رمزية. (1981). التقويم والقياس النفسي والتربوي. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- ✽ القوصي، راضي. (1998). مقدمة في علم النفس. عمان: دار الشروق.
- ✽ القوصي، عبد العزيز. (1975). أسس الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- المعاينة ، عبد العزيز، وآخرون .(2002). المدخل إلى علم النفس.
عمان: دار الثقافة والدار العلمية الدولية.
- المعجم المفهرس.
- ✽ الموسوعة الطبية .(1995). المجلد السادس، لندن: الشركة الشرقية
للمطبوعات.
- ✽ الميداني، عبد الرحيم .(1984). الالتزام الديني. مجلة دعوة الحق، سلسلة
شهرية تصدر عن رابطة العالم الإسلامي، مكة المكرمة.
- ✽ النبال، مایسة .(1991). الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل
إجراء العملية الجراحية وبعدها. دراسات نفسية، تصدر عن رابطة
الأخصائيين النفسيين المصرية عدد (1)، 111-124.
- ثابت، عبد العزيز .(1998). الطب النفسي للأطفال والمراهقين. غزة:
المؤلف الطبعة الأولى.
- ✽ ثورنديك، روبرت، ألبرت ن هيجن .(1989). القياس والتقويم في
التربية وعلم النفس. (ترجمة عبد الله زيد الكيلاني وعبد الرحمن عدس) ،
عمان: مركز الكتاب الأردني.
- ✽ حقي ، ألفت .(1983). علم النفس المعاصر . الإسكندرية: دار المعارف.
- ✽ حمادة، عبد المحسن .(1992). التوجه نحو التدين وعلاقته ببعض
المتغيرات النفسية والاجتماعية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ،
جامعة الأزهر، القاهرة. .
- ✽ خليل ، فؤاد وآخرون .(1996). علم الحيوان العام. القاهرة : مكتبة
الأنجلو المصرية.
- ✽ رياض الصالحين. أبي زكريا يحيى الفودي الدمشقي 631-676 هـ الطبعة
الثانية المكتبة الإسلامية 1412 هجري.
- ✽ زهران ، حامد .(1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة:
عالم الكتب، الطبعة الثالثة.

سلامة، ممدوحة. (1991). الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين. دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ك 1 : ج (2) ، 199-218.

سلطان ، عماد .(ب ت). الطب النفسي. القاهرة - دار النهضة العربية. شقير، زينب .(1995). دراسة مقارنة لكل من مستوى الطموح والاتجاه نحو الحياة لدى بعض الحالات من مرضى السرطان ومرضى الفشل الكلوي مقارنة بالأصحاء . دراسات تربوية، المجلد العاشر، القاهرة: عالم الكتاب ج (77)، 220-248.

شيفر وملمان ترجمة العزة، سعيد .(1999). سيكولوجية الطفولة والمراهقة. بيروت: دار صبح للطباعة والنشر.

عبد الخالق، أحمد .(1991). بناء مقياس للاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية . دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ك 1 : ج 2، 219-251.

عبد الخالق، أحمد .(1991). قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس. دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين، عدد (1)، 79-96.

عبد الله، نجية ، وعبد الفتاح، رأفت .(1997). العوامل النفسية في أمراض السرطان. دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس، مجلة فصلية، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب 140-158.

عرفات ، فتحي .(1993). الاكتئاب وسبل التخلص منه. مجلة بلسم، مجلة شهرية، تصدر عن مؤسسة سنابل ، قبرص ، عدد (213)، 49-51.

عسكر، عبد الله .(1988). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

عفانة، عزو .(1998). الإحصاء التربوي - الجزء الثاني. ط1، غزة: مطبعة مقداد.

- ✽ عكاشة، أحمد .(1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ✽ علام، نبيلة ، وعمر، شريف .(1987). أورام الثدي التجريبية والنصيحة. كتاب اليوم الطبي ، القاهرة : دار الكتب والوثائق المصرية ، عدد (64).
- ✽ غريب ، غريب .(1994). اكتئاب أطفال المرحلة الابتدائية: دراسة مقارنة للبنية العاملة للاكتئاب بين مصر ودولة الإمارات العربية المتحدة. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، مجلد 4 ، عدد (2) ، 262-219.
- ✽ قديح، رمضان .(2000). الصحة النفسية. غزة : مكتبة القادسية.
- ✽ قوته ،سمير ،وآخرون .(2000). دراسة في مدى انتشار الأمراض النفسية في المجتمع ،دراسة غير منشورة ، برنامج غزة للصحة النفسية : غزة .
- ✽ محمد ، محمد .(1995). مدى فاعلية العلاج الديني في تخفيض القلق لدى طلاب الجامعة. مجلة التربية، جامعة الأزهر، عدد (51).
- ✽ محمد ، محمد ومرسي، كمال .(1986). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. الكويت : دار القلم.
- ✽ محمد ، محمود .(1995). الأورام والسرطان عند الأطباء العرب المسلمين. آفاق الثقافة والتراث ، مجلة فصلية، تصدر عن إدارة البحث العلمي والنشاط الثقافي بمركز جمعة الماجد للثقافة والتراث، دبي : دار الغرير للطباعة والنشر.
- ✽ مخيمر، صلاح .(1996). المدخل إلى الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ✽ مسلاتي، زياد .(1992). سرطان الرئة. مجلة بلسم ، مجلة شهرية تصدر عن مؤسسة سنابل قبرص عدد (200) ، 16 .

- ✽ معمريّة، بشير (2000). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. مجلة علم النفس، مجلة فصلية، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، 122-147.
- ✽ مكال، على (1994). العلاج النفسي قديماً وحديثاً. الطبعة الأولى بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- ✽ ملحم، سامي (2001). الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- ✽ مليكة، لويس (1994). التنبؤ عن أعراض الاكتئاب بين النساء في بيروت. علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 279-292.
- ✽ موسى، رشاد (1989). دراسات في علم النفس الاجتماعي وسيكولوجية الفروق بين الجنسين. القاهرة: مؤسسة مختار للنشر.
- موسى، رشاد (1993). دراسات في علم النفس المرضي. القاهرة: دار عالم المعرفة.
- ✽ نوبل، جون (1996). تجارب أولى على الإنسان لعلاج جديد يقاوم سرطان الرئة. مجلة الإسراء دار الفتوى، القدس: مطبعة المعارف، 116.
- ✽ هيشان، فالح (1983). القلق والاكتئاب لدى المقعدين قبل وبعد التأهيل. دراسة إكلينيكية مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ✽ الوقفي، راضي (1989). ^{٩٨}مقدمة في علم النفس. عمان: دار الشروق.
- ✽ يحيى، خولة (2000). الاضطرابات السلوكية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- ✽ الفيروزآبادي، مجدي الدين (1987). القاموس المحيط، ط2، بيروت: مؤسسة الرسالة.
- ✽ الزميلي، زهير (1988). لماذا جعل الله الأمراض، ط1، عمان: دار الفرقان للنشر والتوزيع.

✽ محفوظ ، محمد .(1991). قوة الشخصية الإسلامية في عصر القلق مجلة
هدى الاسلام ، عدد(6) سنة 9 .

✽ المناوي ، محمد .(1990). معجم لغوي مصطلحي ، ط1، دمشق: دار
الفكر .

✽ رضوان ، عبد الكريم .(2002) القلق لدى مرضى السكري بمحافظة
غزة وعلاقته ببعض المتغيرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة
الإسلامية : غزة .

□ ثالثاً: المراجع الأجنبية :

1. Al-Issa, Ihsan (1999). **The Mental Health of Muslim Immigrant in Europ.** In: Al-Junan: Mental Illness , the Islamic world, (Ed). Ihsan Al-Issa, Medison: Internatioal universities press.
2. Annual report (2001). **The status of health in Palestine.** Ministry of health: Gaza.
3. Bergin, E., and others (1987). **Religiousness & mental health reconsidered study of intrinsically religious sample.** ERIC, No. EJ 357683.
4. Brunner, L., & Suddarth, D. (1982). **Manual of nursing practice.** Therd edition, New York: Lippincott company.
5. Buccheri, G. (1998). **Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome.** European Respiratory Journal, Vol. 11 , pp 173-178.
6. Davison, K. P., Pennebaker, J.W. (2001). **The social psychology of self-help groups for disease.** Bollettino di Psicologia Applicata. Vol. 234(48),pp 3-19.
7. Devies, R.K., Quinland, R.M., and Kimbalt C.p. (1973). **Organic factors and psychological adjustment in Advanced cancer patient.** psychosom Med, (17),pp 197- 201.
8. Edward, C.W., and Boucher, J.A.D. (1991). **Davidson's principles and practice of Medicine.** Churchill living stone, UK.
9. El-yahri, A.B. (1991). **Stigma of Mental Illness.** master degree thesis, published research, faculty of medicine, Ain Shams university, Egypt.
10. Faller, H., Buelzebruck, H. (1999). **Coping, distress, and survival among patients with lung cancer.** Archives of General Psychiatry. Vol. 56(8), pp 756-762.
11. Gorman, L., and other (1996) . **David's manual of psycho social nursing .** Davis company. UK.
12. Hickok, J.T., Morrow, G.R. (1996). **Frequency and correlates of fatigue in lung cancer patients receiving radiation therapy.** Journal of pain and symptom management. Vol. 11, pp 370-337.
13. Kalman, N., Waugh, F.C. (1993). **Mental Health Concept.** Delmer center. USA.
14. Kramer,J.A. (1999). **Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the assessment of depression in**

- patients with inoperable lung cancer.** Palliative Medicine. Vol. 13(4), pp 353-354.
15. Krasnoff, A. (1995). **Psychological variables and human cancer across.** validation study. psychosom med .(21), pp 291-295.
 16. Kurtz, M.E., Kurtz, J.C. (2001). **Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer.** Psycho Oncology. Vol. 11(1), pp 12-22.
 17. Mao, P., He, J. (2000). **The related factors of depression in patients with lung cancer.** Chinese Mental Health Journal. Vol. 14(6), pp 417-419.
 18. McCarthy, E.P., Russell, S. (2000). **Dying with cancer: Patients' function, symptoms, and care preferences as death approaches.** Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 48(5), pp S110-S121.
 19. Michell, L., and Heit, P.(1987). **Health and wellness approach.** USA, Merrill Company.
 20. Okuyama, Toru; Tanaka, Keiko.(2001). **Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: Prevalence, correlated factors, and screening.** Journal-of-Pain-and-Symptom-Management.
 21. Ptrosky A.V., and Yaroshevsky, M.G .(1985). **A Concise psychological pictures.** Pergess, Moscow.
 22. Robbins, S., and others (1994). **Pathologic Basis of Disease.** USA: Saudners Company.
 23. Rosai, j., M.D and others (1996). **Surgical pathology.** Mosby-year book, USA.
 24. Smeltzer, S., and Bare, B.G. (1992) . **Medical Surgical Nursing . 8th edition,** USA, Lipincott Company.
 25. Stavrazy, K.M. (1968). **Psychological factor, in the outcome of human cancer.** psychosom Res, (12) pp 251-259.
 26. Thibodeau, G.A., and Patton, K.T. (1993). **Anatomy and physiology.** Mosby, year book, USA. Vol. (22) No.(1), pp 554-564.
 27. Zabora, J., Brintzenhofeszec, k.(2001). **The prevalence of psychological distress by cancer site.** Psycho Oncology. Vol. (10), No. (1), pp 19-28.

ملحق رقم (1)

اختبار لقياس الاكتئاب

العمر : المستوى التعليمي : الحالة الاجتماعية:.....

مكان السكن : مخيم مدينة منطقة إسكان جديدة قرية

أخي المواطن / حفظك الله ورمائك ،،

في البداية أود أن أعلمك أنني طالب يسعى للحصول على درجة الماجستير من الجامعة الإسلامية وأقوم بدراسة بعض مظاهر السلوك والمتاعب النفسية من المرض الذي تعاني منه.

إن فائدة هذه الدراسة سوف تكون لجميع المرضى وكذلك المجتمع الفلسطيني وللتراث الإنساني ، لذا أرجو منك أن تتعاون معي قدر المستطاع ، حيث أرجو أن تتسم إجابتك بالصراحة والصدق ، علماً بأن جميع الإجابات المقدمة سوف يتم إدخالها على الحاسوب وسوف تكون سرية ولأغراض البحث العلمي ، وأستطيع أنا كباحث أن أتعهد لك بذلك ، ولكي تطمئن لا داعي لذكر الاسم .

*** ملاحظة :

الرجاء وضع علامة (x) عند الإجابة التي تتفق مع مشاعرك الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة .

شكراً لتعاونكم معنا في هذه الدراسة

الباحث

محمد عبد العزيز الجريسي
الجامعة الإسلامية - غزة

أمامك مجموعة من الموضوعات التي تصف سلوكك وحالتك النفسية خلال الفترة الماضية ويوجد عدد من الخيارات للإجابة، على النحو التالي : (0) عدم حدوث تلك المشاعر (1) أشعر ببعض هذه المشاعر (2) توجد هذه المشاعر غالبية الوقت (3) توجد هذه المشاعر طوال الوقت .

لا أشعر بالحزن	0	الحزن
أشعر بالحزن والكآبة	1	
أحس بالاكتئاب أو الحزن طول الوقت ولا أستطيع انتزاع نفسي منه	2	
يبلغ حزني وتعاسي حدا لا أستطيع تحمله	3	
ليس التشاؤم من صفاتي ولست أخشى المستقبل	0	التشاؤم
أشعر بأن المستقبل سيخذلني	1	
ليس لدي ما أرجوه أو أتطلع إليه في المستقبل	2	
أشعر أنه لا أمل في المستقبل ولن يطرأ على الأشياء أي تحسن (مافيش فايده)	3	
لا أعتقد أنني شخص فاشل	0	الإحساس بخيبة الأمل أو الفشل
أعتقد أنه نالني من الفشل أكثر مما ينال الشخص العادي	1	
كلما عدت بذاكرتي إلى الوراء رأيت حياتي سلسلة فشل	2	
أشعر أنني شخص فاشل تماما	3	
ليس الشعور بالسخط أو عدم الرضا من صفاتي البارزة	0	السخط وعدم الرضى
لم أعد أستمتع بالأشياء كما كنت أفعل سابقاً	1	
لم يعد هناك شيء يجعلني أشعر بالرضى والارتياح	2	
أنا مستاء من كل شيء	3	
لا أشعر بأنني مذنب أو أثم على وجه الخصوص	0	الشعور بالذنب
أشعر أنني دائماً سيئ ولا نفع لي	1	
أشعر بأنني أثم ومذنب تماماً	2	
أعتقد أنني سيئ ولا قيمة لي ألبته	3	
لا أحس بخيبة الأمل في نفسي	0	كراهية الذات
لقد خاب ظني في نفسي	1	
أنا مشمنز من نفسي	2	
أكره نفسي	3	
ليس لدي نية لإلحاق الأذى بنفسي	0	إيذاء النفس
الموت أفضل لي	1	
لدي خطط محددة للانتحار	2	
سأقتل نفسي لو أتاحت لي الفرصة	3	

0	اتخذ قراراتي كما كنت أتخذها دائما	عدم الحسم
1	أحاول تأجيل اتخاذ القرارات	
2	أجد صعوبة شديدة في اتخاذ قراراتي	
3	لم أعد أستطيع اتخاذ قرار	
0	لم أفقد اهتمامي بالناس	الانسحاب من المجتمعات
1	أصبحت أقل اهتماما بالناس عن ذي قبل	
2	لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس ولم أعد أحس بهم	
3	فقدت اهتمامي بالناس تماما ولم أعد أحفل بهم	
0	لا أشعر أن مظهري ساء عما كان عليه	تغيير صورة الذات
1	يزعجني أن أبدو عديم الجاذبية	
2	أشعر أن هناك تفسيرات ثابتة قد طرأت على مظهري مما يجعلني أفقد جاذبيتي	
3	أعتقد أنني قبيح أو كره المنظر	
0	أقوم بعملتي مثلما كنت أقوم به دائما	صعوبة أداء الأعمال
1	ابذل جهداً إضافياً لأبدأ العمل في أمر ما	
2	أضغط على نفسي ضغطاً شديداً حتى أقوم بأي عمل	
3	لا أستطيع القيام بأي عمل	
0	لا أشعر بالتعب أو الإجهاد أكثر من المعتاد	الوهن والإجهاد
1	أصبح التعب يحل بي بسهولة أكثر من ذي قبل	
2	ينتابني الإجهاد عند القيام بأي عمل	
3	أحس بالإجهاد الشديد لدرجة أنني لا أستطيع القيام بأي شيء	
0	شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد	ضعف الشهية
1	لم تعد شهيتي للطعام كما كانت من قبل	
2	شهيتي للطعام الآن أسوأ بكثير	
3	ليست لدي أي شهية للطعام	

ملحق رقم (2)

اختبار لقياس الاكتئاب

العمر : المستوى التعليمي : الحالة الاجتماعية:

مكان السكن : مخيم مدينة منطقة إسكان جديدة قرية

أخي المريض / حفظك الله ورعاك ،،

في البداية أود أن أعلمك أنني طالب يسعى للحصول على درجة الماجستير من الجامعة الإسلامية وأقوم بدراسة بعض مظاهر السلوك والمتاعب النفسية من المرض الذي تعاني منه.

إن فائدة هذه الدراسة سوف تكون لجميع المرضى وكذلك المجتمع الفلسطيني وللتراث الإنساني ، لذا أرجو منك أن تتعاون معي قدر المستطاع ، حيث أرجو أن تتسم إجابتك بالصراحة والصدق ، علماً بأن جميع الإجابات المقدمة سوف يتم إدخالها علي الحاسوب وسوف تكون سرية ولأغراض البحث العلمي ، وأستطيع أنا كباحث أن أتعهد لك بذلك ، ولكي تطمئن لا داعي لذكر الاسم .

*** ملاحظة:

الرجاء وضع علامة (x) عند الإجابة التي تتفق مع مشاعرك الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة .

شكراً لتعاونكم معنا في هذه الدراسة

الباحث

محمد عبد العزيز الجريسي
الجامعة الإسلامية - غزة

أمامك مجموعة من الموضوعات التي تصف سلوكك وحالتك النفسية خلال الفترة الماضية ويوجد عدد من الخيارات للإجابة، على النحو التالي : (0) عدم حدوث تلك المشاعر (1) أشعر ببعض هذه المشاعر (2) توجد هذه المشاعر غالبية الوقت (3) توجد هذه المشاعر طوال الوقت .

لا أشعر بالحزن	0	الحزن
أشعر بالحزن والكآبة	1	
أحس بالإكتئاب أو الحزن طول الوقت ولا أستطيع إنتزاع نفسي منه	2	
يبلغ حزني وتعاستي حدا لا أستطيع تحمله	3	
ليس التشاوم من صفاتي ولست أخشى المستقبل	0	التشاوم
أشعر بأن المستقبل سيخذلني	1	
ليس لدي ما أرجوه أو أتطلع إليه في المستقبل	2	
أشعر أنه لا أمل في المستقبل ولن يطراً على الأشياء أي تحسن(مافيش فايده)	3	
لا أعتقد أنني شخص فاشل	0	الإحساس بخيبة الأمل أو الفشل
أعتقد أنه نالني من الفشل أكثر مما ينال الشخص العادي	1	
كلما عدت بذاكرتي إلى الوراء رأيت حياتي سلسلة فشل	2	
أشعر أنني شخص فاشل تماما	3	
ليس الشعور بالسخط أو عدم الرضا من صفاتي البارزة	0	السخط وعدم الرضى
لم أعد أستمتع بالأشياء كما كنت أفعل سابقاً	1	
لم يعد هناك شيء يجعلني أشعر بالرضى والارتياح	2	
أنا مستاء من كل شيء	3	
لا اشعر بأنني مذنب أو آثم على وجه الخصوص	0	الشعور بالذنب
أشعر أنني دائماً سيئ ولا نفع لي	1	
أشعر بأنني آثم ومذنب تماماً	2	
أعتقد أنني سيئ ولا قيمة لي ألبته	3	
لا أحس بخيبة الأمل في نفسي	0	كراهية الذات
لقد خاب ظني في نفسي	1	
أنا مثمئز من نفسي	2	
أكره نفسي	3	
ليس لدي نية لإلحاق الأذى بنفسي	0	إيذاء النفس
الموت أفضل لي	1	
لدي خطط محددة للإنتحار	2	
سأقتل نفسي لو أتاحت لي الفرصة	3	
اتخذ قراراتي كما كنت أتخذها دائماً	0	عدم الحسم
أحاول تأجيل إتخاذ القرارات	1	
أجد صعوبة شديدة في إتخاذ قراراتي	2	
لم أعد أستطيع إتخاذ قرار	3	

0	لم أفقد اهتمامي بالناس	الانسحاب من المجتمعات
1	أصبحت أقل اهتماماً بالناس عن ذي قبل	
2	لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس ولم أعد أحس بهم	
3	فقدت اهتمامي بالناس تماماً ولم أعد أحفل بهم	
0	لا أشعر أن مظهري ساء عما كان عليه	تغيير صورة الذات
1	يزعجني أن أبدو عديم الجاذبية	
2	أشعر أن هناك تغييرات ثابتة قد طرأت على مظهري مما يجعلني أفقد جاذبتي	
3	أعتقد أنني قبيح أو كره المنظر	
0	أقوم بعملتي مثلما كنت أقوم به دائماً	صعوبة أداء الأعمال
1	أبذل جهداً إضافياً لأبدأ العمل في أمر ما	
2	أضغط على نفسي ضغطاً شديداً حتى أقوم بأي عمل	
3	لا أستطيع القيام بأي عمل	
0	لا أشعر بالتعب أو الإجهاد أكثر من المعتاد	الوهن والإجهاد
1	أصبح التعب يحل بي بسهولة أكثر من ذي قبل	
2	يبتأبني الإجهاد عند القيام بأي عمل	
3	أحس بالإجهاد الشديد لدرجة أنني لا أستطيع القيام بأي شيء	
0	شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد	ضعف الشهية
1	لم تعد شهيتي للطعام كما كانت من قبل	
2	شهيتي للطعام الآن أسوأ بكثير	
3	ليست لدي أي شهية للطعام	

ملحق رقم (3)

اختبار لقياس السلوك الديني

العمر : المستوى التعليمي : الحالة الاجتماعية:

مكان السكن : مخيم مدينة منطقة إسكان جديدة قرية

أخي المواطن / حفظك الله ورعاك ،،

في البداية أود أن أعلمك أنني طالب يسعى للحصول على درجة الماجستير من الجامعة الإسلامية وأقوم بدراسة مستوى السلوك الديني في الإسلام ، وهذا الاختبار مكون من واجبات شرعية وسلوكيات دينية وهي تتمثل في بعض العبادات والشرائع التي يجب على المسلم الالتزام بها .

إن فائدة هذه الدراسة سوف تكون لجميع مرضى السرطان وكذلك المجتمع الفلسطيني وللتراث الإنساني ، لذا أرجو منك أن تتعاون معي قدر المستطاع ، لذا أرجو أن تتسم إجابتك بالصرامة والصدق ، علماً بأن جميع الإجابات المقدمة سوف يتم إدخالها علي الحاسوب وسوف تكون سرية ولأغراض البحث العلمي ، وأستطيع أنا كباحث أن أتعهد لك بذلك ، ولكي تطمئن لا داعي لذكر الاسم .

شكراً لتعاونكم معنا في هذه الدراسة

الباحث

محمد عبد العزيز الجريسي
الجامعة الإسلامية - غزة

فيما يلي عدد من العبارات التي تصف بعض مظاهر السلوك الديني لديك ، أرجو منك الإجابة على هذه الأسئلة وفق النظام التالي : ضع علامة (x) مقابل العبارة تحت أحد الخيارات التالية : (دائماً - أحياناً - نادراً).

م	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
1	أشعر براحة نفسية عميقة عند قراءة القرآن الكريم			
2	أحرص على أن توافق أقوالي أفعالي			
3	أحافظ على أداء الصلاة في وقتها باطمئنان وخشوع			
4	ألتزم بإخراج الزكاة في وقتها وأكون سعيداً بذلك			
5	أحافظ على صيام النوافل (عاشوراء-الاثنين والخميس-يوم عرفة .. الخ)			
6	أداوم على قراءة الأذكار والأوراد الدينية (المأثورات)			
7	أكون سعيداً وأنا أبتهل إلى الله بالدعاء وشكره على نعمه			
8	أرحم الصغير وأوقر الكبير			
9	إذا وقعت في معصية أبادر إلى الاستغفار والتوبة والندم			
10	أحرص على الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر			
11	أحافظ على العهد وأوفي بالوعد			
12	أصبر على البأساء والضراء			
13	أكظم غيظي وأعفو عن ظلمي			
14	أحرص على مخالطة الأتقياء والصالحين			
15	أحب مساعدة الآخرين			
16	أحرص على إمطة الأذى عن الطريق			
17	أستأذن أقاربي وأصدقائي قبل زيارتي لهم			
18	أبتعد عن الغيبة والنميمة والخوض في أعراض الناس			



رقم: ج.س.غ/35/

تاريخ: 2002/09/14

مكتب عميد الدراسات العليا

حفظه الله

الأخ الدكتور/ نافذ شلح

مدير مستشفى الشفاء بغزة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع/تطبيق استبانة

نرجو التكرم بتسهيل مهمة الباحث/ محمد عبدالعزيز محمد الجريسي، وذلك بمساعدته في تطبيق الاستبانة "بقسم الأورام" الخاصة ببحثه المعنون بعنوان: "الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات" ودمتم نحرأ للعلم وطلابه وكل التقدير لجهودكم لإنجاح مسيرة العلم والتعليم.

وشكراً جزيلاً على حسن تعاونكم،،،

عميد الدراسات العليا

د. صالح حسين المرقيب



الأخ د. نافذ شلح

مدير مستشفى الشفاء - letters