

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس

الدراسات العليا

قسم التربية

دراسة مقارنة للمصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها ببعض

العوامل النفسية

إعداد

نادية خليل جبر الشحاتيت

إشراف

الدكتور تيسير عبد الله

القدس / فلسطين

1427 هـ / 2006 م

بسم الله الرحمن الرحيم

عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

دراسة مقارنة للمصابين بجذات القلب وغير المصابين وعلاقتها ببعض

العوامل النفسية

رسالة ماجستير مقدمة من

نادية خليل جبر الشحاتيت

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في

الإرشاد النفسي والتربوي قسم الدراسات العليا - جامعة القدس

القدس / فلسطين

1427 هـ / 2006 م

جامعة القدس

الدراسات العليا

دراسة مقارنة للمصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها ببعض العوامل النفسية

اسم الطالب: نادية خليل جبر الشحاتيت

الرقم الجامعي: 20220126

المشرف: الدكتور تيسير عبد الله

نوقشت هذه الرسالة واجتازت بتاريخ : 20 / 8 / 2006 م

من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم أدناه:

_____	التوقيع	رئيس لجنة المناقشة	د. تيسير عبد الله
_____	التوقيع	ممتحنا داخليا	د. أحمد فهميم جبر
_____	التوقيع	ممتحنا خارجيا	د. عز الدين حسين

القدس / فلسطين

1427 هـ / 2006 م

## الإهداء

إلى معلمتي الأولى.....

ومدرستي الأولى، إلى الشمعة التي نشرت في دروب حياتي حزم الأنوار، فأضاءت  
حاضري ومستقبلي، وقادت خطاي رغم الصعاب في متاهات الحياة إلى محطات الخير  
والمداية.

إلى أمي.....

إلى أبي.....

وإخوتي وأخواتي وصديقاتي

وإلى الذين ابتلاهم الله تعالى بأمراض قلوبهم، وأولئك الذين يعانون محنة آلام قلوبهم.  
إليهم جميعا أقدم هذا الجهد المتواضع تقديرا واحتراما ومحبة.

بسم الله الرحمن الرحيم

إقرار

أقر أنا مقدمة الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو لأي معهد.

التوقيع: .....

نادية خليل الشحاتيت

التاريخ : 20 / 8 / 2006 م

## شكر وتقدير

أتقدم بوافر الشكر ومغني الامتنان للمشرف، الفاضل الدكتور تيسير عبد الله لما قدمه لي من توجيه واهتمام لإخراج الرسالة إلى حيز الوجود في أفضل صورها.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور أحمد فهمي جبر، والدكتور عز الدين حسين لتفضلهما بمناقشة هذه الرسالة، ولما قدما لي من اقتراحات وتوصيات.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من ساهم من أسرة وزارة الصحة بمساعدتي أثناء فترة تطبيق الدراسة.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى مرضى القلب الذين تعاونوا معي لإنجاح هذه الدراسة.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من ساهم في إخراج هذا العول إلى حيز الوجود.

## ملخص الدراسة

دراسة مقارنة للمصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها ببعض العوامل النفسية.  
1427هـ - 2006م

هدفت الدراسة إلى معرفة درجة الضغط النفسي والقلق النفسي لدى المصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها بمجموعة من المتغيرات هي: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، نوع العمل، التدخين، عدد السجائر، والإصابة بالمرض، في مدينتي بيت لحم والخليل بالضفة الغربية، وقد شملت عينة الدراسة (200) مفحوصا من الذكور والإناث، والتي تراوحت أعمارهم ما بين (20 - 80) سنة.

النصف الأول منهم وعددهم (100) مفحوص من المصابين بجلطات القلب (68) من الذكور بمتوسط عمري قدره (53.15) سنة وبانحراف معياري قدرة (4.03) و (32) من الإناث بمتوسط عمر قدره (56.75) سنة وبانحراف معياري (14.48). تواجدوا في كل من مستشفى الحسين في مدينة بيت لحم ومستشفى عالية والأهلي في مدينة الخليل، أما النصف الآخر من المفحوصين وعددهم (100) مفحوص فقد بلغ عدد الذكور (62) بمتوسط عمر قدره (49.88) سنة و بانحراف معياري (14.06) و (38) من الإناث بمتوسط عمر قدره (53.78) سنة و بانحراف معياري (13.66) والذين تم اختيارهم بصورة عشوائية من فئات المجتمع المختلفة وبناءً على معطيات العينة المصابة، حيث حرصت الباحثة قدر المستطاع على اختيار عينة مماثلة لأفراد العينة المصابة في معظم متغيرات الدراسة.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس القلق، ويشتمل المقياس على مقياسين فرعيين هما: مقياس حالة القلق، ومقياس سمة القلق، ويتكون مقياس القلق كحالة State - Anxiety من عشرين فقرة تصف شعور الفرد في لحظة معينة من الوقت، أما مقياس القلق كسمة Trait - Anxiety ويتكون أيضا من عشرين فقرة ويهدف إلى وصف شعور الفرد بصفة عامة، وقد بلغت قيمة (Alpha) على الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي كحالة وسمة (0.89) كما تم استخدام مقياس الضغط النفسي والذي تكون من (46) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد:

1. البعد الفسيولوجي وتمثله الفقرات من (1 - 16). 2. البعد المعرفي وتمثله الفقرات من (17 - 30). 3. البعد النفسي وتمثله الفقرات من (31 - 46).

حيث بلغت قيمة (Alpha) على الدرجة الكلية للضغط النفسي (0.95) وقد تم استخراج متوسطات أداء كل من المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين على مقاييس الدراسة ومن ثم تمت المقارنة للتعرف على وجود الفروق ذات الدلالة بين المصابين بالجلطات وغير المصابين ولفحص فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $a=0.05$  فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Ways Analysis of Variance).

### وقد أشارت نتائج الدراسة إلى:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $a = 0.05$  بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين على الدرجة الكلية لمقياس الضغط النفسي، حيث بلغ متوسط أداء أفراد العينة على المقياس الكلي بمتوسط حسابي قدره (27.80) وبانحراف معياري قدره (33.78).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $a=0.05$  بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين على مقياس القلق النفسي كحالة وسمة إذ بلغ متوسط أداء أفراد العينة على المقياس الكلي بمتوسط حسابي قدره (71.93) وبانحراف معياري قدره (16.29).
- كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية على مقياس الضغط النفسي تعزى لمتغير، الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، نوع العمل، التدخين، عدد السجائر، الإصابة بالمرض. إذ بلغ متوسط أداء العينة (127.80)
- كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $a = 0.05$  بين المصابين وغير المصابين على الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي تعزى لمتغير، العمر، الحالة الاجتماعية، نوع العمل، التدخين، عدد السجائر، الإصابة بالمرض.

- كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $a=0.05$  بين المصابين وغير المصابين على الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي كحالة وسمة، تعزى لمتغير الجنس، وقد كانت الفروق لصالح المصابين من الإناث، اللواتي كانت درجة القلق النفسي عندهن هي الأعلى بمتوسط حسابي قدره (108). وبانحراف معياري (12.39).

هذا وقد توجهت الدراسة بعدد من التوصيات والمقترحات، كان الغرض منها توجيه أنظار المسؤولين إلى المعاناة النفسية لمرضى القلب إلى جانب معاناتهم الجسمية، للعمل على التخفيف من

معاناتهم، كما توجهت الدراسة بالتوصية إلى فئات المجتمع المختلفة من أجل العمل على الوقاية من أمراض القلب والشرابيين خوفاً من تبعاتها المستقبلية الخطرة والمهددة للحياة.

### ومن هذه التوصيات:

- العمل على تأهيل المرضى المصابين بالجلطات القلبية وأمراض القلب وإعادتهم إلى ميدان الحياة من جديد.
- التنبيه والإشارة إلى مصادر الضغط النفسي والقلق لدى المصابين وغير المصابين.
- العمل على تقديم الدعم الاجتماعي والأسري والعاطفي للأفراد المصابين، وخاصة فئة الإناث كونها الأكثر معاناة من القلق، إذ من شأن هذه العوامل المساعدة في الحد من الأضرار النفسية الناجمة عن الإصابة.

## **Abstract**

**A comparative study between patients with heart attacks and non-patients and it's relationship to other psychological factors.**

The study aimed to investigate the degree of stress and anxiety among patients with heart attacks and non-patients and it's relationship to other variables, such as, sex, age, social status, kind of job, smoking, number of cigarettes smoked per day and having disease.

The sample of the study consisted of ( 200 ) subjects whom were chosen from Bethlehem and Hebron areas.

The range of age was ( 20 - 80 ) years old. One hundred individuals had heart attacks, sixty - eight of them were males with mean age( 53.15) years old and thirty - two were females with mean age ( 56.75) The non-patients sample consisted of sixty - two males with mean age( 49.88) and thirty - eight females with mean age (53.78).

The sample was administered the State-Trait anxiety scale. This scale was developed by Seibleberger and it has forty items, twenty measures state anxiety and the other items measures trait anxiety. The Cronbach Alpha for the scale was (89) Also, the

sample was administered stress scale which consists of forty six items. The scale has two dimensions one is physiological and the other is psychological. The Cronbach Alpha for the scale was (95).

### **The Results:**

The results of the study revealed that there was no statistical significant differences among patients with heart attacks and non - patients in stress, state and trait anxiety. Also, there was no statistical significant in stress, state and trait anxiety due to sex, age, social status, kind of job, smoking and non-smoking, number of cigarettes smoked per day and having disease.

### **Recommendations: the study recommended :-**

- 1- Rehabilitation of Patients with heart attacks and heart diseases and bringing them back to life again .
- 2- Warning against the causes of the psychological stress and anxiety among patients and non - patients .
- 3- Giving social, family and emotional support to the patients especially females because they suffer more from anxiety .

All these factors are considered of significant help in the reduction of psychological harm caused by the illness.

## الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

مشكلة الدراسة وأسئلتها وفرضياتها

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

محددات الدراسة

مصطلحات الدراسة

## الفصل الأول

### خلفية الدراسة وأهميتها

سوف يتضمن هذا الفصل مقدمة عن مرض القلب والعوامل النفسية، كما يوضح أسئلة الدراسة وفرضياتها، و مصطلحاتها وحدودها.

#### المقدمة:

بظهور الحياة على الأرض ظهرت الأمراض، قدمها قدم الحياة نفسها، وعندما ظهر الإنسان تعرض هو وأسلافه للأمراض مثلما تعرضت لها بقية الكائنات (عطية، 2002). فالمرض والإرهاق يعد على مر العصور جزءاً لا يتجزأ من التاريخ الإنساني، حيث كان لكل حقبة من حقبات التاريخ مصادرها الخاصة من الأمراض والشدائد، فالإنسان قديماً عرف الأمراض والأزمات والكوارث الشخصية والاجتماعية والنفسية باعتبارها أمراً حتمياً في كثير من الأحيان (رضوان، 2002). وفي العصور القديمة حاول الإنسان جاهداً تفسير ظاهرة المرض النفسي والعضوي حيث أشار إليه باعتباره أرواح شريرة تسكن الجسد الإنساني أو أن أرواح الأجداد والآلهة غير راضية عنهم (عطية، 2002).

ومنذ ذلك الحين والناس يتسألون عن جوهر العلاقة بين النفس والجسم وعن كنهها، وسار الفلكلور الشعبي ليعبر عن تلك العلاقة السحرية بين النفس والبدن ليقول: إن الحب موطنه القلب، وإن الشجاعة موطنها قدرة صاحبها على الاحتمال والجلد والثبات، ويقال: أن الشخص المرتعد خوفاً تضطرب معدته. ومن المعروف أن حالة الانفعال المطلوبة يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي من خلال الأجهزة العضوية في الجسم، وعندما ينتج عن تردد الجهاز العصبي توقف وظيفة العضو أو حتى حدوث تغير في بناء العضو، فإنه يطلق على هذه الحالة سيكوسوماتي (النفسجسمية) (خليل، 2000).

فكل أمراض الجسد تصدر عن الروح والنفس، هذا ما قاله أفلاطون في القرن الرابع قبل الميلاد فهل يكون بذلك أول من افترض وجود علاقة بين أمراض الجسد والعوامل النفسية؟ وكومت يقول: (1852) م. بما أن الإنسان أكثر الكائنات رفضاً للتجزئة، فكل من لا يدرس فيه الجسم والنفس معا لا يحصل إلا على معلومات خاطئة أو سطحية (ياسين، 1996).

وذهب أرسطو (384-322 ق، م). إلى أن الانفعالات مثل: الخوف والقلق والغضب، لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها، ولكن تصدر عن المركب من النفس والجسم، ويستطرد قائلاً: بأنه في نفس الوقت الذي يحدث فيه انفعال نفسي يحدث تغير في الجسم.

وذهب الفيلسوف باروخ اسبينوزا (1632-1677م). إلى أن الإنسان مركب من حال امتدادي هو جسمه، ومن حال فكري هو نفسه، والجسم آلة مؤلفة من آلات، والنفس فكرة الجسم أي فكرة موضوعها الجسم الموجود بالفعل، فهي تبدأ وتنتهي مع الجسم ( النيل والزيود، 1984 ).

ويرى بيك ( 2000 ). بأن المرض الجسمي الذي ننظر إليه كأنه كل مكتمل في ذاته، قد يكون في نهاية الأمر مجرد عرض واحد من أعراض اعتلال مرض ألم بالجانب الروحي من الإنسان.

وهكذا يتضح في أعمال كل من أبقراط وأرسطو وغيرهم من قدماء الفلاسفة والأطباء إلى ما يشير إلى أن أثر النفس في الجسم تؤدي إلى سوء توازن الإنسان في حياته ( زيود، 1987).

كما أشار الأدباء والقصاصيون والروائيون إلى العلاقة بين النفس والجسم، فقد حدثنا شكسبير عن وفاة الملك لير مقهوراً ومحسوراً على وفاة ابنته كوديليا (Cordelia) في مأساة الملك لير، ويتحدث الأدب عن تجربة نفسية قاسية عند تحطيم القلب Broken Heart أو انتزاعه أو تمزقه حزناً عندما يتعرض الإنسان لمأساة قوية، تلك التي تؤثر في كل جسم الإنسان ووظائفه وعلاقاته الاجتماعية وطموحاته وروحه المعنوية. وقد تصدى العلم الحديث بأسلوبه ومنهجه التجريبي، وأبرز دور تلك العلاقة التي تتسم بالتفاعل والتأثير المتبادل (العيسوي، 1997).

ولم يقتصر موضوع العلاقة بين النفس والجسم على آراء الفلاسفة اليونانيين القدماء وغيرهم من الفلاسفة الإنجليز والفرنسيين المحدثين، بل كذلك فطن العرب ما للأعراض النفسية من أثر في إحداث تغيرات بدنية (أمراض جسمية). وقد أشار إلى ذلك الطبيب ابن عيسى المجوسي ( 994 م. في كتابه (كامل الصناعة الطبية) ( زيود، 1987 ).

وتؤكد الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسجسمية) المقولة التي انتهى إليها أحد علماء النفس العرب. إذ يقول سعد: إن ساحات أجسادنا الظاهر منها والباطن ميادين للتعبير عن انفعالاتنا العاطفية والاجتماعية، وأن لهذه الساحات لغتها التي تعبر عنها بكتابات يصعب محوها، أدواتها أعضاءنا الجسمية، وأهدافها الاحتجاج على أساليب فردية وحضارية تناست حاجات الإنسان في حياة هادئة ومستقرة، تبدو بعيدة التحقيق في حضارة القلق والإحباط والضغط النفسي (عبد الله، 2001).

فجسم الإنسان يتكون من مادة حية، هي الجسد الذي يتكون من خلايا تتميز فيما بينها لتكوين الأنسجة والأعضاء والأجهزة، وتسري الحياة المتكاملة في هذه المادة بفعل الروح (النفس) ولا

يمكن فهم النفس بمعزل عن الجسد؛ لأنها لا تقوم إلا به، لذلك ومن أجل فهم الأمراض النفسية والعضوية وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها، لا بد من الربط بين جسد الإنسان ونفسه. فقد اقتضت الدراسة العلمية تقسيم وظائف الجسم إلى وظائف نفسية وبدنية بهدف التبسيط وتيسير الفهم لا لكونها هكذا حقيقة، فالإنسان كل متكامل تعمل أجهزته بشكل متناسق ومتعاون ومتكامل (الحجاوي، 2004).

فلا سلوك من دون انفعال، ولا انفعال من دون تغير عضوي كيميائي في الجسد الإنساني، ومحور اللقاء بين الجسد والنفس هو الدماغ، الذي هو عضو في الجسد، والعقل يصدر تعليماته التنظيمية لجميع أنحاء الجسم فالمثير تقابله استجابة، والصدمة النفسية مثير يقابل برد فعل استجابات متتالية داخل الجسم، تنتهي التعليمات بإفراز الهرمونات التي تحدث التغير الفسيولوجي على أعضاء الجسم ووظائفه (رفعت، 1991).

وتنشأ الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية) غالباً عن الضغوط البيئية المحيطة بالفرد، والتي يدركها الفرد على أنها مهدده له بشكل ما، ويستجيب لها بتغيرات جسمية تعترى بعض أعضاء الجسم، فإذا اشتدت هذه الضغوط أو أزمّت فإنها تصبح مرضاً عضالاً (الشوربجي، ودانيال، 2002).

وتنتشر الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسجسمية) بشكل واسع، وفي قطاعات عمرية ومهنية كثيرة ومتباينة، وهي لا تقتصر على سن معينة، إذ تنتشر بين الشباب والشيوخ، بل هي أكثر شيوعاً بين الشباب، حيث تنتشر بنسبة (1-18%) لدى الأطفال بين عمري (4-16) سنة، وتنتشر لدى مرضى القلب بنسبة (65%) فضلاً عن انتشارها لدى رجال الشرطة أكثر من أي قطاع مهني آخر (عبد الخالق والنيال، 2002).

وقد رجح العلماء أن حوالي (40-60%) من مراجعي وحدات الصحة النفسية يعانون من أمراض نفسية جسمية، وتشير أبحاث الطب المهني إلى أن النسبة العالية في غياب العمال عن أعمالهم، وتسريح الجنود من الخدمة العسكرية يرد إلى الحالات النفسية التي يعانون منها. هذا وقد أشارت دراسات عديدة، إلى أن حوادث الموت المفاجئ تعود في أغلبها إلى التغيرات النفسية والجسمية الناشئة عن الفراق والمفاجآت المذهلة، فالإنسان يشكل وحدة نفسية جسدية، تتأثر حالته النفسية بحالته الجسدية والعكس (رفعت، 1991).

ويشير ما سبق إلى أن معرفة المبادئ التي تحكم العلاقة بين النفس والجسم مفهومة ومعروفة منذ القدم، وتشكل هذه المبادئ العلاج الأساسي للطرق الحديثة في الكشف عن الألم (أيزنك، 1971).

وفي هذا الإطار يرجع الفضل لهنرث عام ( 1818) م إذ استخدم تعبير نفسيجسمي (Psychosomatic) عندما كان يتحدث عن الأرق في الأمراض السيكوسوماتية (النيل، 1997). فمن البدهي وكما يرى أن العلاقة بين النفس والجسم قديمة قدم تاريخ الفكر الإنساني، فقد أشار بريل (Brill) إلى أن ابقراط ( أبو الطب Hippocrates ) قد استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسمي، وذلك عندما قام بتحليل أحلامه، ويعكس ذلك دون شك إدراك ابقراط للعلاقة بين النفس والجسم (النيل، 1990). ويعود تخمين تأثير الانفعالات النفسية على القلب إلى العام (1628) م عندما كتب ويليام هارفي ( الحزن والفرح والأمل والخوف )، كلها عوامل تتسبب بإحداث الاضطرابات التي تؤثر على القلب، ومع زيادة الاهتمام بالعوامل النفسية الاجتماعية في التشخيص والعلاج، ظهر الاتجاه السيكوسوماتي، والذي يؤكد أثر العوامل النفسية الاجتماعية في جميع العلل الإنسانية، دون أن ينقص من أثر العوامل الجسدية (عموري، 2005).

ويتفق علماء الصحة النفسية اليوم مع علماء الطب النفسي في ربط هذه الاضطرابات بالصراعات النفسية، فالآلام والأمراض التي يعاني منها البشر ليست لها أسس عضوية بمعنى أنها لا تأتي من الخارج عن طريق الجراثيم التي تسبب هذه الإصابة الداخلية، بل إن الصراعات التي كان يعاني منها المريض داخل شخصيته هي التي سببت هذه المتاعب العضوية، وقد أعطى برنارد رس (Bernard Reiss) اهتماما كبيرا لدور البيئة في هذه الاضطرابات، إذ أشار إلى أن الاضطراب يوضح نفسه في الجسم، وتعتبر انستازي وفوللي (Anistasisa & Foley) أن الحالات النفسية تسبق الاضطرابات الفسيولوجية التي تكون نتيجة لها أو تكون لاحقة لها (Anderson & Trethtown, 1967).

فالإجماع شبه كامل اليوم على القبول بما للعواطف والانفعالات وكل أوجه حالات الفرد النفسية من أثر على مختلف أجهزة الجسم وعملها وبشكل خاص على جهازي القلب والشرابين (ياسين، 1998). ويميل الطب الحديث إلى الاعتقاد بأن جميع العلل الجسمية هي إلى حد ما نفسية، ترجع إلى القلق والضغوط النفسية وغير ذلك من عوامل الإثارة الانفعالية الدائمة، حيث تحدث تغيرا في كيميائية الدم ووظائف الأعضاء وجهاز المناعة. وينظر الآن إلى الأمراض النفسية الجسمية وخاصة أمراض القلب، كما لو أنها أمراض أسلوب الحياة التي تنتج عن التضايف بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ( الجاموس، 2003 ).

وقد أشارت مختلف الحضارات ومنذ فجر التاريخ إلى القلب وأمراضه:

- 1 - فقد أشارت الحضارة المصرية أول حضارة عرفها التاريخ إلى أمراض القلب، ومن شخصياتها المتميزة هيروفيليس ( Herophilles ) الذي استعمل ساعة مائية ليصف سرعة النبض وانتظامه وحجمه وضعفه، كما وصف رجف القلب وضربات الزائدة.
- 2 - ثم جاءت الحضارة الصينية بين ( القرن الثاني عشر - القرن الثالث عشر ق، م ). فكان لهم كتاب النبض في (12) مجلدا.
- 3 - ثم جاءت الحضارة الإغريقية والإغريقية الرومانية في ( القرن السادس ق، م ) لتشير إلى القلب وأمراضه من خلال روادها أبقراط وجالينوس اللذان كان لهما دورٌ بارزٌ في وصف علل القلب، وقد بقيت تعاليم جالينوس الطبية ودستوره العلاجي ساريين لأربعة عشر قرنا بعده.
- 4 - كما أشارت الحضارة العربية الإسلامية ( 860 - 1300م ). التي احتفظت بكل ما سبقها من علم ومعرفة ومن خلال علمائها إلى القلب وأمراضه ومنهم ابن النفيس عميد مستشفى المنصور بالقاهرة ومكتشف الدورة الدموية الصغرى، والرازي وكتابه(الحاوي في الطب) وابن سينا أمير الأطباء وكتابه (القانون في الطب).
- 5 - وفي بداية القرن العشرين بدأت أوروبا وأمريكا بالاهتمام بأمراض القلب بشكل لم يسبق له مثيل، حيث شهدت الخمسون سنة الأخيرة اهتماما متزايدا وإسهابا في دراسة القلب وأمراضه، حيث يعد القلب في الوقت الحاضر المعضلة الأولى ومحط أنظار العديد من الأطباء وعلماء النفس في مختلف أنحاء العالم (الشريف، 1990).
- وقد أكدت العديد من الدراسات بأن هناك صلة تربط بين القلب وبقية المنظومة الداخلية بالجسم من جهة، واستجابة الجسم للطوارئ الخارجية من جهة أخرى، وهي استجابة يمكن أن تقضي إلى الموت في الحالات القصوى ( القباني، 1994 ).
- وفي عام (1960). م كان لون أستاذ طب القلب بجامعة هارفارد مفتونا بموضوع الرابطة بين العقل والقلب، وقد انكب على بحث هذا الموضوع خلال السنوات التي تلت ذلك، حتى أفضى به الأمر إلى الاعتقاد بأن أفكار الإنسان ومشاعره يمكن أن تكون عوناً له لحماية قلبه.
- (القباني، 1994).
- وقيل: إن (50%) من حالات القلب هي حالات نفسية أكثر منها حالات جسمية، فكثيراً ما يكون بمرضى القلب خوفاً وقلقاً من مواجهة المشاكل التي تنتظره. وتحفل اللغة بالتعبيرات التي تبين اضطراب القلب انفعالياً لما يخبر كل واحد منا من الحياة، وما أكثر هذه التعبيرات في القرآن الكريم وكمثال لذلك قوله تعالى: ( وَيَشْهَدُ اللَّهُ عَلَى مَا فِي قَلْبِهِ وَهُوَ أَلَدُّ الْخِصَامِ ) ( سورة البقرة، آية 204 ). وقوله تعالى: (إلا من أكره وقلبه مطمئن بالإيمان ) ( سورة النحل، آية 106 ). وكذلك قوله تعالى: (كذلك سلكناه في قلوب المجرمين ) ( سورة الشعراء، آية 200 ). وقوله عز وجل:

( وجعلنا في قلوب الذين اتبعوه رافةً ورحمةً ) ( سورة الحديد، آية 27 ). والعامّة تقول: إن الحزن بالقلب وكذلك الشر والحب وكمثال لذلك: (ملاً الشر قلبه)، و(استهوت قلبه)، و(انصرف إلى الشيء بجماع قلبه)، و(الحرقة بالقلب)، وفي كل ذلك يكون القلب هو الأداة والمصدر لكل انفعال، ومن ذلك القلب العصبي الذي يستجيب بطريقة غير صحيحة للمخاوف والهموم والضغط (الحفني، 1995).

هذا وتؤثر العوامل النفسية تأثيراً كبيراً على المريض بالقلب، سواء من خلال إضافة عنصر مهم يساعد على الإصابة بالمرض أو من خلال التأثير على تفاعله مع المرض. وقد أثبتت الكثير من البحوث العلاقة الفسيولوجية بين الضغط النفسي والإصابة بالأمراض التي قد تصل إلى حد الموت (المجد، 1999). فقد أشارت دراسة (Berkman & Symes, 1979) والمشار إليها في (خليل، 1996). والتي تناولت أثر الضغط النفسي والعلاقات الاجتماعية على الحالة الصحية لعينة قوامها (7000) فرد من كاليفورنيا حيث تم مقابلة هؤلاء لقياس درجة وأثر الضغط النفسي على حالتهم الصحية، وبعد متابعة هؤلاء مدة (9) سنوات تم إجراء مقابلة ثانية معهم للتعرف على من بقي منهم على قيد الحياة، وقد كشفت النتائج أن المرضى الذين لا يعانون من الضغط النفسي ولديهم شبكة علاقات اجتماعية قوية كانوا أفضل من أقرانهم الذين عانوا من الضغط النفسي والذين حرّموا من العلاقات الاجتماعية أو كانت علاقاتهم الاجتماعية ضعيفة، كما أشارت النتائج إلى أن نسبة الوفاة بلغت 30.8% ممن يعانون من الضغط النفسي وممن لديهم ضعف في العلاقات الاجتماعية في مقابل 9.6% ممن لا يعانون من الضغط وممن لديهم شبكات اجتماعية قوية.

كما أشار القباني (1995). إلى أن هناك أدلة على وجود ظروف غير اعتيادية مرتبطة بالضغط النفسي الشديد أحاطت بعدد من الوفيات منها أن رجلاً في (55) من عمره التقى بأبيه البالغ من العمر (88) سنة بعد غياب دام (20) سنة، وفي لحظة اللقاء جلس الأب وابنه وقد اشتد به التأثير والضغط إلى حد أن الابن تهاوى على الأرض خلال ثوانٍ قليلة و قضى نحبه على الفور مصاباً بجلطة قلبية قاتلة، وعلى الأثر لقي الأب المصير نفسه خلال لحظات.

كما أشار العيسوي (1994). في دراسة أجريت على مجموعة من النساء الأرامل والثكلى إلى أن الأرامل والثكلى كن أكثر بثلاثة أضعاف في الدخول إلى المستشفى في السنة الأولى لوقوع الحدث، كما أنهن بقين لفترات طويلة مرضى في الفراش مقارنة بالمجموعة الضابطة. وفي هذا الخصوص أشار ياسين (1996). إلى أن أباً إيطالياً كان يعيش في فرنسا كانت تحدث له نوبات قلبية كلما كانت تحدث في بيته مشادة كلامية، فقد كان يشعر بافتقاد الطاعة من قبل أبنائه وعدم الاحترام، وكان يشعر بطعن في كبريائه وأبوته ورجولته إذا ما رفض أحد أفراد الأسرة تنفيذ أوامره وقد تم

وضعه تحت الرعاية الطبية للحفاظ على حياته، إلا أنه أصيب بنوبة قلبية قاتلة بعد أن تعرض لمشادة كلامية مع أحد أبنائه.

وفي دراسة العيسوي (1994). أشارت النتائج إلى أن هناك حالات انتحار بين المراهقين في أعقاب حدوث مشكلات حادة للمراهق، من بينها طلاق أبويه كعاطفة انفعالية قوية قبل محاولات الانتحار، ومن ذلك انقطاع العلاقة الرومانسية، أو حدوث حمل لدى الفتيات، أو التعرض لمرض خطير، أو موت شخص عزيز، أو محبوب من قبل المراهق.

وتعد الضغوط النفسية أحد المظاهر التي تتصف بها حياتنا المعاصرة، وهذه الضغوط ما هي إلا رد فعل للتغيرات الحادة والسريعة التي طرأت على كافة مناحي الحياة، فالضغوط تمثل السبب الرئيسي وراء الإحساس بالآلام النفسية والأمراض العضوية إضافة إلى ما يترتب عليها من ضياع الملايين من الأرواح والأموال وأيام العمل على مدار العام (Marks et al., 2000) كما ورد في (سالم ونجيب، 2003).

وقد كشفت نتائج الأبحاث والدراسات التي أجريت بمراكز الأبحاث الأمريكية أن هناك ارتباطا وثيقا بين الضغوط النفسية التي يواجهها الإنسان المعاصر في حياته اليومية والإصابة بمختلف الأمراض ابتداءً من الأنفلونزا إلى أمراض القلب، انتهاءً بأمراض السرطان، وذلك من خلال تأثير الضغوط النفسية على خلايا الدماغ والغدد الموجودة تحته والتي تتحكم في إفرازات الجسم من الهرمونات وبالتالي تأثيرها على جهاز المناعة للإنسان الذي ينشط ويثبط في عمله تبعاً للحالة النفسية للمريض (مصباح، 1996).

فحين يتعرض الإنسان لنوع من الضغوط النفسية، تنطلق في الدم هرمونات معينة كالأدرينالين والكورتيزون وغيرهما، ويبدأ التنفس بالتسارع، وتزداد ضربات القلب، ويحاول الجسم الحصول على أكبر قدر ممكن من الأكسجين، ويهيئ الجسم نفسه لاحتمال حدوث إصابات فإذا به يطلق مواد خاصة في الدم تجعل الدم أكثر جاهزية للتخثر، ويرتفع ضغط الدم، وتنطلق كميات كبيرة من الدهون كالكوليسترول والسكر في الدم مما يؤدي إلى ضرر كبير بشرايين القلب وقابليتها للتجلط. (باشا، 1998).

وقد كشفت دراسة طبية نشرت في مجلة (أرشيف الطب الداخلي) الأمريكي والتي أجريت في عدد من المعاهد الطبية الأمريكية عام (1968) والتي استمرت (16) عاما حيث شملت عينة الدراسة (1055) فردا بمتوسط عمر (36) سنة حيث تم إعطاؤهم استبانات مثيرة للأعصاب؛ بهدف تحديد استجابات الغضب والضغط النفسي وخطر الإصابات القلبية الكلية والمبكرة المصاحبة لهذه الاستجابات وقد أشارت النتائج إلى أن (169) فردا أصيبوا بأمراض القلب الوعائية في سن

(56) كما تعرض (77) فردا لنوبات قلبية مبكرة بدأت في سن (49) كما تبين أن (205) من أفراد العينة لم يعبروا عن غضبهم أو كتموه، وبشكل عام لاحظ الباحثون أن معدلات الإصابات القلبية كانت أعلى عند الأشخاص العصبيين وسريعي التوتر والقلق كما أنهم كانوا أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب (والأزمات القلبية) بحوالي خمس مرات مقارنة بغيرهم، حتى وإن لم يملكوا تاريخا عائليا للإصابة (الجاموس، 2003).

كما أشارت دراسة (Framingham) والتي سميت بهذا الاسم نسبة إلى بلدة فرامنجهام التي تقع على الشاطئ الشرقي من الولايات المتحدة الأمريكية، وقد شملت هذه الدراسة (5000 رجل وامرأة تراوحت أعمارهم ما بين 39 - 50 سنة، وقد كان هؤلاء الأفراد من المتطوعين والذين وافقوا على أن يجرى لهم فحوصات طبية شاملة كل سنتين مرة، وقد بدأت هذه الدراسة في العام (1948) واستمرت حتى بداية (2000) وتعتبر هذه الدراسة مصدرا هاما جدا من مصادر سير مرض الشرايين والقلب وما يتعلق بهما من عوامل مساعدة، وتعد أيضا أشمل دراسة بحثية حول أمراض القلب حتى الآن، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

. أن (5%) من النوبات القلبية حدثت لمن هم دون سن الأربعين، و(45%) لمن هم دون سن (65) سنة.

. وجود علاقة ايجابية بين ارتفاع ضغط الدم ومرض شرايين القلب التاجية والجلطات.  
. خطر حدوث مرض القلب عند المدخنين يبلغ ثلاثة أضعاف ما هو عليه عند غير المدخنين.  
. مرضى السكري هم أكثر عرضة للإصابة بقصور القلب (فشل القلب) ومرض شرايين القلب التاجية.  
. إصابة أصحاب الشخصيات من النمط (A) بالذبحة الصدرية أو النوبة القلبية أو الأمراض القلبية الإكليلية تساوي على الأقل ثلثي عدد الإصابات بهذه الأمراض مقارنة بأصحاب الشخصيات من النمط (B) في (ويستكوت، 2000) و (القباني، 1994) و (عبيد، 1992).  
وقد ذكر العلماء (ولتركوفيل وكوستيلو تيموتي وفابيان روك) في كتابه *Abnormal psychology*. بأن الاستجابة القلبية التي تظهر على شكل أمراض وتشمل أمراض القلب والأوعية الدموية تلعب فيها العوامل السيكولوجية دورا هاما (الصفدي، حويج والعماد، 2001).

وتشير البحوث الطبية اليوم بأن أمراض القلب تقف في المكان الأول بين عشرة أسباب رئيسية للموت في عشرة دول تعتبر من أكثر الدول تحضرا وتصنيعا كما تقول تقارير الهيئة الصحية العالمية وهي: كندا، والولايات المتحدة، وألمانيا، والدنمارك، وفنلندا، وفرنسا، والنرويج، وبريطانيا، والسويد وسويسرا ويقع السرطان في المكان الثاني من أسباب الموت (بلاكسلي، 1985).  
كما أشارت البحوث الطبية للجمعية الأمريكية لأمراض القلب لعام (1988). م إلى الحقائق التالية:-

1 - إن القلب يجيب على الكثير من الحوادث النفسية، أكثر من أي عضو آخر في الجسم فمقابل كل حادثة انفعالية جواب فيزيولوجي، وهو في حد ذاته ليس مرضا باثولوجيا ولكنه جزء من حركة نفسية.

2 - إن كل الدوافع لها صلة بالقلب والدورة الدموية والقلب هو المعبر عن الانفعالات.

3 \_ إن عدد ضحايا القلب يشكل (32%) من مجموع الوفيات في العالم.

4 \_ توجد في العيادات النفسية مئات الحالات التي تبرهن على هذه الحقائق السابقة. (ياسين، 1988).

كما سجلت أمراض القلب والجلطات سببا رئيسيا من أسباب الموت في الدول الحديثة والدول النامية فقد سجلت حوالي (17) مليون حالة وفاة بأمراض القلب لسنة (2003) ويمثل هذا العدد ثلث المتوفين في العالم، ومن الملاحظ الآن أن (75%) على الأقل من أمراض القلب والجلطات تحدث في المناطق الفقيرة من العالم والتي تواجه أمراض أخرى، ويتمثل العامل الأساسي لأمراض القلب والجلطات في ارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول والتدخين والوراثة والعوامل النفسية والطعام غير الصحي (Mackay & Mensah , 2004).

ويشير شرف (2005). إلى أن أمراض القلب من أهم مسببات الوفاة في العالم، فهي المسؤولة بصفة عامة عن ما بين 20 - 30% من مجموع الوفيات في الدول النامية، مع ازدياد هذه النسبة في الدول المتقدمة لتصل إلى حوالي 40 - 50% من أسباب الوفيات. وتحتل الجلطة القلبية المرتبة الثانية للأفراد لمن هم فوق سن (65) سنة والمرتبة الخامسة للأفراد ما بين (15- 59) سنة. ففي الولايات المتحدة هناك حالة وفاة كل (3) دقائق نتيجة الجلطة القلبية وفي العالم يتوفى سنويا حوالي (3) مليون امرأة و (2.5) مليون رجل بفعل الجلطات في (بسطامي، حمادنة، القواسمي وموسى، 1994).

والجلطة القلبية (احتشاء عضلة القلب) (Myocardial Infarction) هي نتيجة حتمية لحرمان كامل حاد ومفاجئ للعضلة القلبية أو لجزء منها، من الأوكسجين والدم بسبب انسداد أحد شرايين القلب التاجية الإكليلية بجلطة دموية في أغلب الأحيان، ويؤدي ذلك إلى احتشائها أو اهترائها أو نخرها أو موتها، في درجات مختلفة في العمق والاتساع. (بسطامي، حمادنة، القواسمي وموسى، 1994).

ويمثل الجدول رقم (1 . 1) نسبة الوفاة الناتجة عن الجلطات مقارنة بأمراض أخرى في العالم لسنة (2002) والمشار إليها في ( Mackay & Mensah , 2004 ).

عدد المتوفين	النسبة المئوية	الأمراض
5.5 مليون حالة	10% أي بمقدار	الجلطات
7.2 مليون حالة	13% أي بمقدار	أمراض القلب
7.1 مليون حالة	12% أي بمقدار	السرطان
5.2 مليون حالة	9% أي بمقدار	الحوادث
3.7 مليون حالة	7% أي بمقدار	أمراض معدية مثل الملاريا والجدري
2.8 مليون حالة	5% أي بمقدار	الإيدز
15 مليون حالة	27% أي بمقدار	أسباب أخرى
57 مليون حالة وفاة	مجموع الوفيات	

كما وتشير العديد من الدراسات الحديثة إلى أن معدلات أمراض القلب والسكتة الدماغية تتزايد في الدول النامية يوماً بعد يوم وبشكل مخيف، نظراً لأن التحول السريع إلى الحياة العصرية يزيد من انتشار النظم الغذائية السيئة الغنية بالكولسترول والتدخين وقلة ممارسة الألعاب الرياضية، حيث أشار (كتينج وآخرون) إلى أن هناك ملايين الأفارقة المهددين بالإصابة بأمراض القلب إذ يقدر عددهم بحوالي (4.5) مليون فرد. وأشار نصر في (الجبير، 2002). إلى أن هناك نسبة عالية من المصريين يتعرضون للموت من جراء الأمراض القلبية من بينهم (9) آلاف طفل.

وأشار أمان (2001). إلى أن أمراض القلب والأوعية الدموية تحتل المرتبة الأولى من حيث عدد الوفيات في دولة الكويت، إذ تشكل ما نسبته 35.3% من جملة الوفيات في العام (1995) مع زيادة هذه النسبة في السنوات الأخيرة، كما أشار إلى زيادة هذه النسبة الأخيرة في دول الخليج حيث يوجد في السعودية 50.000 حالة إصابة بأمراض قلبية متنوعة، وتشير الإحصائيات إلى أن

(80%) من إجمالي حالات الوفاة تحدث في العالم النامي بسبب أمراض القلب، وإن هذه الأمراض هي السبب في (25%) من مجمل الوفيات في الدول النامية، ويتوقع العلماء ارتفاع النسبة الأخيرة إلى ما بين (40 – 50%) بحلول عام 2020 م ويعتل العلماء ارتفاع نسبة الإصابة إلى زيادة متوسط عمر الفرد وتغير نمط المعيشة بسبب التحول السريع إلى المدنية، الأمر الذي يشجع على تناول الأطعمة الغنية بالدهون والمواد الكيميائية، وزيادة عدد المدخنين، والضغط النفسية، وقلة ممارسة النشاط الرياضي (العرب، 1999). كما وتزداد نسبة الإصابة بأمراض القلب في دول أخرى نامية ومتقدمة، ومنها على سبيل المثال إسرائيل فقد أعلنت جمعية أطباء القلب في إسرائيل عن وجود 400.000 حالة من مرضى القلب يتلقى منهم العلاج داخل المستشفيات 50.000 مريض 25% منهم يتلقون العلاج بعد إصابتهم بذبذبات صدرية، كما ويتلقى 25% منهم العلاج أيضا في أعقاب إحساسهم بضغط في الصدر، ويتوفى منهم (10.000) مريض سنويا، وبالمقارنة فإن من لديه كولسترول تتضاعف احتمالات إصابته، كما أشارت الجمعية إلى أن معالجة هؤلاء المرضى تكلف الاقتصاد الإسرائيلي أكثر من مليار شيكل سنويا (جريدة القدس، 2005).

ويرى الخطيب (1980). أن الجلطة القلبية أو احتشاء عضلة القلب (Myocardial Infarction) واحدة من أخطر الطوارئ الطبية، لكونها تحمل تهديدا مباشرا للحياة وهي بحد ذاتها تمثل السبب الرئيسي للوفيات في العالم، وتعرف الجلطة أو احتشاء عضلة القلب على أنها موت جزء من عضلة القلب بسبب انعدام تغذية بالدم الناتج عن انسداد أحد الشرايين التاجية التي تقوم بتغذية ذلك الجزء من عضلة القلب، وهذا الانسداد ينتج عادة عن تخثر الدم في شريان ضيق مما يحول دون تدفق الدم في هذا الشريان، ويعود هذا الضيق بدوره إلى مرض تصلب الشرايين التاجية، والتي تعتبر الضغوط النفسية واحدة من مسبباته الرئيسية (الخطيب، 1980).

كما وتعتبر السكتة القلبية (Sudden Death) من الحوادث المأساوية التي يتعرض لها الإنسان خاصة أولئك الذين هم في مقتبل العمر، فهي نتيجة أولية لأمراض الأوعية التاجية، وتحدث النوبة القلبية بنسبة (25%) عند المرضى المصابين والمرضى الذين يعانون من أمراض الشرايين، وهي متوقعة لدى الجميع. وتشير الإحصائيات في أمريكا وبريطانيا بأن (33%) من الذين يتوفون بالنوبات القلبية قد راجعوا الطبيب المختص بالأمراض القلبية في الأسبوع الأخير قبل حدوث السكتة (القباني، 1994).

ومن المعروف أن ما بين (90 – 95%) من مرضى الذبحة الصدرية كانوا قد تعدوا سن الأربعين عندما شعروا بأول نوبة، ولكن حوالي (75%) منهم كانوا قد تعدوا سن الخمسين وقد وجد اثنان من الباحثين أن متوسط العمر عند بدء الإصابة بالجلطة في الرجال هي (56) سنة، وفي السيدات

(58) سنة، وأن الرجال يزيدون عن النساء بنسبة تتراوح ما بين ( 2- 1 إلى 6 - 1). كما يظهر أن الأشخاص الذين يعملون في وظائف تتطلب مجهوداً ذهنياً شديداً أو قدراً كبيراً من المسؤولية هم أكثر استعداداً للإصابة بالنوبات القلبية، ويشار إلى أن المدراء والحكام والأطباء والمحامين ورجال الأعمال هم أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض (عبيد، 1992).

وقد أشارت دراسة (مارجوليس) من مستشفى سان جوزيف بالولايات المتحدة الأمريكية والتي تم نشر نتائجها في المجلة التابعة لجمعية القلب الأمريكية والمشار إليها في (أورنيش، 1995). إلى أن النوبات القلبية المميتة وتوقف القلب كانت أكثر حدوثاً في المساء، وبهذا الصدد أشار مارجوليس أن الإنسان حين يستيقظ من النوم صباحاً يقوم الجسم بإفراز هرمون الأدرينالين إضافة إلى دفعات من هرمون الكورتيزون والتي تعد بمثابة القوة الدافعة للجسم، وقد أشارت الدراسة أن معظم النوبات القلبية تحدث عادةً ما بين الساعة (5 - 8) مساءً وأشار مارجوليس أنه بالرغم من عدم وجود دليل قاطع يمكنه أن يفسر حدوث ذلك بشكل أكيد إلا أنه عز ذلك إلى التغيرات الكيميائية التي تحدث في الجسم بالإضافة إلى نشاط وفاعلية الجسم، إذ في المساء يكون الشخص أكثر توتراً من جراء العمل وضغوط الحياة اليومية، كما أشار إلى أن العديد من الأفراد في نهاية اليوم يميلون إلى تناول الكحول والمنبهات والسهر دون أخذ قسط كافٍ من الراحة وجميعها يمكن اعتبارها عوامل خطر وعوامل مساعدة على الإصابة القلبية والجلطات.

ويلعب العامل النفسي والعصبي دوراً بارزاً عند بعض المرضى، بنشوء الشعور بالضيق والقلق وصعوبة التنفس بمجرد أنهم يثاروا عصبياً أو قد يتعرضوا إلى صدمة نفسية مهما كانت شدتها، وكثيرون هم أولئك الذين يعانون من آلام صدرية حادة وما هذه الآلام إلا الذبحة الصدرية، وذلك بعد أن يتعرضوا لحالات أو صدمات عصبية، وهذه الحالات تثبت بما لا يدع للشك بأن العامل النفسي والعصبي يؤثر تأثيراً واضحاً ومفهوماً في عملية نشوء الانقباضات التي تصيب الأوعية الدموية والتي ترسم دورها الصورة الواضحة للجلطة القلبية. إن الذين يشكون من آلام في الصدر بمجرد أنهم أثيروا عصبياً أو انتابتهم نوبة غضب أو قلق أو أنهم قد تعرضوا لبعض الضغوطات النفسية، هؤلاء المرضى تراهم خائفين ومرعوبين وذلك لما يعانونه من ألم، وقد يعتقد الكثير من هؤلاء المرضى بأن النهاية آتية وأن القلب قد تحطم، هؤلاء المرضى هم بحاجة إلى علاج سريع وفعال وذلك لمنع تفاقم الحالة (العزاوي، 1993).

هذا وتختلف الآراء الطبية حول الدور الذي تحتله التوترات الذهنية والانفعالات النفسية في التسبب في تصلب الشرايين التاجية، فهناك بعض الأبحاث العلمية العملية التي تؤكد أن التوتر الذهني بحد ذاته لا يؤدي بصورة مباشرة إلى الإصابة بالنوبات القلبية، ولكن له تأثيرٌ سلبي وخطير قد يصل

إلى حد الموت المفاجئ لدى المرضى المصابين بتصلب الشرايين التاجية نتيجة وجود عوامل الخطر الأخرى المسببة للمرض، وعلى نقيض هذه الفرضية هناك العديد من الأبحاث الأخرى التي تؤكد بدورها ما يعتقدده عامة الناس وهو أن حوالي ( 60 ) من حالات النوبات القلبية تسببها الانفعالات والتوترات الذهنية (الصويص، 1989).

فهناك تفسيرات عديدة ومختلفة لأثر الاضطرابات النفسية على الدم والدورة الدموية بالإضافة إلى ضغط الدم الذي يعتبر سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالجلطة القلبية، وقد قامت العديد من الدراسات لتحديد العوامل التي تساهم في الإصابة بأمراض القلب، وهي تلك العوامل التي تم تسميتها بالعوامل الخطرة ( مصطفى، 1989). وهي:

أولاً- عوامل الخطر الموروثة التي لا يمكن التحكم بها وهي:-

#### 1 - الجنس ( SEX ):

تبلغ نسبة الإصابة بمرض تصلب الشرايين والإصابة بالجلطات في فئة الرجال ثلاثة أضعاف مثيلاتها في فئة النساء، وتكاد تقتصر قبل سن الخمسين على الرجال وحدهم، أما فئة النساء فهي تظهر في مرحلة متأخرة، وتتعرض المرأة بعد بلوغها سن اليأس وانقطاع الدورة الشهرية للأخطار نفسها التي يواجهها الرجل أو المزيد منها (الصويص، 1989).

فمن المعروف أن مرض تصلب شرايين القلب يصيب الرجال أكثر من النساء وخاصة في سن ما بين (35 - 44) سنة، ولكن حدوث هذا المرض عند النساء يزداد بعد سن اليأس، ويبدو أن هرمونات الأنوثة (الأستروجين) وغيره من هرمونات الأنوثة تلعب دوراً هاماً في وقاية النساء من مرض تصلب شرايين القلب قبل سن اليأس ( باشا، 1998).

ويشير(الجندي)، أستاذ أمراض القلب بكلية الطب جامعة القاهرة، إلى أن الدراسات الحديثة قد أكدت أن المرأة العصرية في سنواتها المبكرة أصبحت معرضة الآن وأكثر من أي وقت مضى لأمراض القلب، وترجع الزيادة في نسبة حدوث هذه الأمراض إلى عوامل كثيرة أهمها التوتر النفسي والعصبي والاكثار من التدخين والسمنة واهمال الألعاب الرياضية في ( عيسوي، 1994 ).

وتشير ( شلباية، 2000 ). إلى زيادة معدل الإصابة بأمراض القلب عند النساء في فترة ما بعد سن اليأس بالمقارنة مع الرجال في نفس الفئة العمرية، والذي يعزى إلى انخفاض مستوى هرمون الأستروجين في الدم والذي يكون مصاحباً لتلك المرحلة العمرية في النساء، ويفترض أنه غالباً ما يؤدي إلى الإصابة بمرض القلب ومضاعفة الإصابة عن طريق زيادة الدهون الضارة في الدم .

#### 2- العمر ( AGE ):

تزداد نسبة أمراض القلب عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين ( 50 - 60 ) سنة، ومع ذلك فإن نسبة المصابين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ( 30 - 40 ) سنة في ازدياد مستمر يوماً بعد يوم (كرم، 1999). وتزداد أمراض القلب عموماً كلما تقدم العمر، ويعزى ذلك جزئياً إلى أن العملية التي ينجم عنها تصلب الشرايين، أي تبطنها بطبقة ضارة، تتم بصورة تدريجية بطيئة، ولا يعني ذلك أن المرض لا يصيب إلا من تقدم بهم العمر، وتشير التقديرات إلى أن حوالي النصف من جميع الأشخاص في منتصف العمر لديهم أمراض بالشرايين ( ويستكوت، 2000 ).

### 3- الوراثة ( HEREDITY ):

الوراثة البيولوجية كانت ولا تزال تشغل مكانة هامة من اهتمامات الباحثين في مختلف العلوم البيولوجية والإنسانية والاجتماعية، بهدف معرفة أسرارها (الطفيلي، 2004). ويشير عبيد (1992). إلى أنه من المحتمل أن يكون للوراثة دور في الاستعداد للإصابة بالذبحة الصدرية والجلطة القلبية، فقد لوحظ أن هناك نسبة كبيرة من أقارب المرضى المصابين بأمراض القلب والجلطات قد تعرضوا كأبائهم وإخوتهم وأقاربهم المقربين للإصابة.

كما أشار حمود ( 2000 ). إلى أن هناك بعض العائلات التي تتناقل فيها جينات وراثية تجعلها أكثر عرضة من غيرها لأمراض القلب والشرايين، وهذا العامل الوراثي يوجد إذا كانت الإصابات قبل سن ( 55 ) سنة للأقارب الذكور وأقل من ( 65 ) سنة بالنسبة لأقارب الإناث. ومن المعروف أن الفرد يبدأ من خلية واحدة في رحم الأم خلية جرثومية ملقحة ( Zygote ) والتي تتولد من اتحاد خليتين واحدة من الأب والأخرى من الأم، وبهذا الاتحاد تتكون خلية واحدة تتغذى من النواة الموجودة في السيتوبلازم وهو السائل المحيط بالخلية الملقحة وتتضمن النواة الصبغات وفي داخل الصبغات تكمن المورثات (Genes) ( حاملات الخصائص الوراثية ) وهي العوامل الوراثية الفعلية التي تحدد الفرد من كلا الوالدين، ويحتوي كل صبيغ ما يقارب ( 3000 ) مورث وكل مورث مسؤول عن إحدى الخصائص الوراثية منها: لون العيون، والشعر، والطول، ولون البشرة وغيرها وتوجد من بين هذه الجينات جينات ضارة تسبب أمراضاً وراثية منها بعض أمراض القلب، وسيولة الدم، وعمى الألوان، والسكري، واضطراب الجهاز العصبي، كما تتكون المورثات من الحمض النووي ( DNA ) حامل الشفرة الوراثية ( الزعبي، 2001 ). وذكر في (الطفيلي، 2004). أن الفرد هو احتمال واحد من ( 250 ) مليون تشكيل، وإن اختلاف خصائص الجينات وطريقة انتظامها في كل تشكيل وراثي يفسر الاختلاف بين الأفراد، ويشير أيضاً إلى أن الفرد يرث النصف من والديه والربع من أجداده والثلث من أبويهما وأميهما، وهذه النسب تتفاوت في الظهور لدى الفرد.

ويرى كلينيك (1998). أن الوراثة تلعب دوراً في بعض أنواع أمراض القلب منها الاضطراب المعروف باعتلال عضلة القلب المتوسع الغامض، أي الذي يصيب عضلة القلب، وينتشر فيها دون معرفة الأسباب العضوية، فقد أجريت دراسة في عيادة مايو بالولايات المتحدة شملت (59) مريضاً بهذا النوع من اعتلال عضلة القلب و(315) من أقاربهم، وقد وجد أن (20%) من الأسر تضمنت أعضاء آخرين ظهرت عليهم علامات هذا المرض.

ويذكر كرم (1999). أن الوراثة عامل خطر على درجة عالية من الأهمية بسبب صعوبة التحكم بها والسيطرة على مفاعيلها حيث أن عامل الوراثة مطبوع في كل خلايانا بواسطة أصباغ (Chromosomes) تمثل رمزا معيناً يكمن دورها في توجيه عملية تصنيع الخماثر (Enzymes) المسؤولة عن التفاعلات الكيميائية في الجسم. ويسعى العلماء حالياً لتحديد الجينات المسؤولة عن أمراض القلب للحد من الإصابات القلبية (كرم، 1999).

وأشار كلينيك (1998). إلى أن العامل الوراثي الأكثر خطورة لدى الأفراد الذين يعانون من مرض القلب هو فرط الكوليسترولية العائلي، أي الاستعداد الوراثي لارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم إلى معدلات خطيرة، كما تتقل عوامل جينية وراثية من الوالدين إلى الأبناء تساعد في ظهور ارتفاع ضغط الدم والسكري أو السمنة عند الأبناء والتي تلعب دوراً كبيراً في الإصابة بالجلطة القلبية والدماعية.

#### 4 - العوامل الهرمونية ( HORMONAL FACTORS ):

بعض الهرمونات تكون من العوامل المساعدة على الإصابة بأمراض القلب. والأوعية الدموية، ولو لم تكن هذه الاضطرابات في الهرمونات موجودة لقل ولو عامل من العوامل المساعدة على تكوين الجلطة القلبية. ومن هذه الهرمونات:

هبوط في نشاط الغدة الدرقية، زيادة نسبة الأستروجين في الدم عند الرجال، حالة سن اليأس عند النساء، استعمال موانع الحمل، استعمال العقاقير المسببة لهبوط كمية السكر في الدم، فجميع هذه الاضطرابات الهرمونية قد تسبب بطريقة أو بأخرى أو أن تكون من العوامل المساعدة على إصابة الأوعية الدموية التاجية ( العزاوي، 1993 ).

ثانياً- العوامل الغير موروثية التي يمكن التحكم بها أو السيطرة عليها وهي:

#### 1- التدخين ( SMOKING ):

يحتل التدخين المركز الأول بالنسبة لعوامل الخطر غير الموروثة، حيث يعمل على تضيق الشرايين التاجية، ويؤدي ذلك إلى أن تصبح هذه الشرايين عاجزة عن توصيل الدم الكافي إلى عضلة القلب الأمر الذي يؤدي إلى نقص في كمية الأكسجين الضرورية للقلب.

( Branon & Feist ,1992 ). ويعتبر التدخين هو أحد أهم أسباب مرض شرايين القلب، إذ تحتوي السيجارة الواحدة على أكثر من (4000) مركب كيميائي، وأشهر هذه المركبات السامة للقلب هي القطران والنيكوتين وثاني أكسيد الكربون، فالنيكوتين مركب سام يستعمل لقتل الحشرات كما أنه يسبب الإدمان، وهي تجعل بعض أجزاء الدماغ تتفعل وكأن المرء واقع تحت ضغوط نفسية شديدة، وتزيد من إفراز الأدرينالين في الدم مما يقبض الشرايين ويسرع نبضات القلب في الوقت الذي يكون فيه القلب بحاجة ماسة إلى مزيد من الأكسجين، مما يزيد من درجة لزوجة الدم فيصبح الدم أكثر عرضة للتجلط ( التخثر ) ( باشا، 1998).

هذا وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن التدخين قد تسبب في مقتل نحو (5) ملايين شخص عام (2000) مقسمة بالتساوي تقريبا بين الدول المتقدمة والدول النامية، مما يرسم صورة قاتمة للمستقبل، ويقول الباحثون إن ( ثلاثة أرباع ) الوفيات من الرجال، ويرتفع هذا الرقم ليصل إلى (84%) في الدول النامية (حمود، 2004).

وقد أورد الأمانة ( 2000 ). مجموعة من الحقائق المتعلقة بالتدخين، ومن أهم تلك الحقائق:

- 1 \_ تكون خطورة التدخين عالية جدا لدى الذين يتعاطونه في سن مبكرة.
- 2 \_ الذين يدخنون يخسرون من حياتهم الصحية بمعدل (20- 35) سنة.
- 3 \_ التدخين هو السبب الأول للوفيات في العالم.
- 4 \_ التدخين يؤدي إلى اضطراب معظم وظائف الجسم ابتداءً من حاسة الذوق وانتهاءً بالدماغ، وفي دراسة قام بها (هيجرمان) على مجموعة من المرضى تراوحت أعمارهم ما بين ( 40- 47 ) سنة، ولديهم قابلية للإصابة بمرض الشريان التاجي أشارت النتائج إلى أن تخفيض التدخين والإقلال من المنتجات الحيوانية أدى إلى انخفاض جلطات القلب والموت المفاجئ بنسبة (47%). مقارنة بالمجموعة الضابطة (Control Group) (رفعت، 1986).

كما أوضحت إحصائيات التدخين في العالم لعام (2000). م إلى ما يلي:

- 1 \_ تتراوح نسبة المدخنين ما بين ( 23- 35 % ) من السكان في الدول المتقدمة مع ارتفاع هذه النسبة في الدول النامية بسبب البطالة والفقر والمشاكل الاجتماعية الشائكة.
- 2 \_ يتسبب التدخين بموت شخص كل (10) ثوانٍ في العالم، أي ما يعادل (5 - 6) ملايين ضحية سنويا.

3 \_ يبلغ ما يستهلكه العالم من الدخان حوالي ( 7 ) آلاف مليار سيجارة سنويا ( حمود، 2004 ).

هذا وقد أظهرت الدراسات والبحوث العملية أن حوالي (75%) من حالات الوفاة المفاجئة دون أعراض مرضية سابقة تتميز بأن أصحابها من المدخنين، وقد أشارت بعض الدراسات العلمية إلى دور التدخين كعامل مساعد على الإصابة بالجلطة القلبية، حيث تزداد مع التدخين قابلية الدم للتجلط

وقد لوحظ لدى المدخنين زيادة لزوجة الصفائح الدموية التي يترسب عليها الكولسترول داخل الشرايين التاجية التي تغذي القلب.

ويشير أمان (2001). إلى أن التدخين سبب رئيسي للإصابة بجلطة الشريان التاجي وما يتبع ذلك من مضاعفات، إضافة للتعرض إلى الموت المفاجئ أو السكتة القلبية والإصابة بجلطة شرايين الدماغ، مما يؤدي إلى حدوث الشلل النصفي.

ويرى دولمور وآخرون (2004). أن التدخين يلعب دوراً رئيسياً في إحداث الكثير من الأمراض بدءاً من السرطان والقلب، وحتى نزلات البرد والكسور، وتمتد آثاره لتشمل كل أعضاء الجسم حتى تكاد تقف وراء كل مرض يتوارد إلى ذهن الإنسان.

## 2\_ ارتفاع نسبة الكولسترول ( Higher ratio of cholesterol ):

تتراوح نسبة الكولسترول في الدم عادةً ما بين ( 150 – 260 ) ملغم في كل ( 100 ) سم دم ومتوسط هذه النسبة هي ( 230 ) ملغم وارتفاع نسبة الكولسترول في الدم يأخذ في الازدياد وتدرجياً لدى الرجال ابتداءً من سن ( 20 ) حتى بلوغ الخمسين بحيث يبدأ في الانخفاض. أما عند النساء فنجد ارتفاعاً ملحوظاً وسريعاً في نسبة الكولسترول بعد انخفاض أو انقطاع الدورة الشهرية ( سن اليأس ) ( الصويص، 1989 ).

ويعد الكولسترول في الواقع مادة مهمة و يفيد في كثير من الهرمونات والأنسجة المختلفة في الجسم، وذلك للقيام بوظائفها المختلفة، و بسبب أهمية الكولسترول ينعم الجسم بميزة القدرة على إنتاجه أو تركيبه و يقال أو يشار إلى الكولسترول الذي ينتجه الجسم بأنه داخلي المنشأ (Endogenous) ومعظم كمية الكولسترول في الجسم إنما تأتي من تناول الأطعمة التي تحتوي على الكولسترول الغذائي والدهون المشبعة، والكمية الإجمالية التي يتطلبها الجسم من الكولسترول تعتبر صغيرة نسبياً لهذا السبب معظم الكولسترول المتواجد في الدم يعتبر فائضاً وأكثر مما يحتاج إليه الجسم، وهذا الكولسترول الفائض هو الذي يدخل إلى الشرايين مكوناً ترسبات أو لويحات ( Plaques ) والتي تعتبر بداية ومقدمة لمرض الشريان التاجي في القلب الذي يؤدي بدوره إلى الإصابة بالجلطة القلبية (جونسون، 1996).

وهناك نوعان من الكولسترول هما:

- 1) الليبو بروتين ذو الكثافة المنخفضة (LDL- cholesterol) أو الكولسترول الضار. ( LDL ) وهو البروتين الدهني المنخفض الكثافة ( Low Density Lipoprotein )
- 2) الليبو بروتين ذو الكثافة العالية ( HDL- cholesterol ) أو الكولسترول المفيد. ( HDL ) وهو البروتين الدهني مرتفع الكثافة ( High Density Lipoprotein )

والجدير ذكره أن ( 30% ) من الكولسترول يرد الجسم من الخارج أي من الأطعمة و ( 70% ) منه يصنعه الجسم بواسطة الكبد والأعضاء الأخرى وهناك حالات مرضية يرتفع فيها الكولسترول رغم اتباع حمية غذائية.

فالنوع المفيد من الكولسترول ( HDL ) هو عبارة عن ناقلات ثقيلة تنظف الخلايا من الكولسترول الذي لا تستعمله وتنقله إلى الكبد حيث يتم استعماله من جديد ( حمّود، 2004 ).

فمنذ أكثر من أربعين عاما أكد ( Keys ) في دراسة الدول السبع ( Seven Countries Study ) أنه كلما زاد مستوى الكولسترول في الدم زاد احتمال حدوث ضيق في شرايين القلب التاجية كما أكد ( Peto ) أن انخفاض الكولسترول في الدم بمقدار ( 1% ) يترافق بانخفاض نسبة حدوث مرض شرايين القلب بمقدار ( 2 - 3 % ) في ( باشا، 1998 ).

مستويات ومؤشرات الكولسترول في الدم:

- 1) أقل من 200 مليغرام في 0.1 لتر ( المستوى المطلوب ).
  - 2) من 200 - 239 مليغرام في 0.1 لتر ( حدود المستوى المرتفع ).
  - 3) 240 مليغرام فأكثر في 0.1 لتر ( المستوى المرتفع ) ( جونسون، 1996 ). وتجدر الإشارة هنا إلى الدراسة المقارنة التي أجريت على سكان مقاطعتين متباعدتين في كندا ذات المساحة الشاسعة، إذ أظهرت الدراسة أن أمراض القلب والجلطات كانت أكثر شيوعا بين سكان المقاطعة الذين اشتهروا بأكل السمك المعد والمطهي بالدهون الحيوانية المشبعة عنه بين سكان المقاطعة الأخرى الذين تميزوا بأكل السمك بالزيوت النباتية في ( أمان، 2001 ).
- وفي هذا الخصوص تناولت دراسة أمريكية والمشار إليها في كرم ( 1999 ). ( 3 ) مجموعات يابانية إحداها هاجرت إلى كاليفورنيا، والثانية إلى هاواي، والثالثة لم تغادر اليابان، وأظهرت الدراسة أهمية البيئة وبشكل خاص الأنظمة الغذائية في تحديد خطر الوفيات أثر إصابات الشرايين، وبعد مضي ( 12 ) عاما من المراقبة تبين أن معدل الوفيات إثر إصابات الشرايين بين اليابانيين الذين هاجروا إلى أمريكا وصل إلى 40% متجاوزا بذلك معدل الوفيات في المجموعة الأولى التي لم تغادر اليابان، فيما بقي المعدل ضمن حدود الوسط في المجموعة التي هاجرت إلى هاواي.

### 3 - ارتفاع ضغط الدم ( Blood Pressure ) :

ويسمى أيضا بالقاتل الصامت بسبب عدم وضوح الأعراض التي يشكو منها المريض، ويشار بأن الإنسان مصاب بارتفاع ضغط الدم عندما يكون ضغطه أكثر من ( 90/160 ) ملمتر. والمريض بضغط دموي والذي يتراوح ضغطه بين ( 90/140 - 90/160 ) يكون غير مستقر ويجب مراقبته، هذا ولا تزال ( 90% ) من حالات ضغط الدم غير معروفة الأسباب بالنسبة للأطباء وغيرهم من الباحثين ( الخطيب، 1997 ). ويؤثر ضغط الدم المرتفع على حوالي ( 1.5% ) من أي مجتمع من المجتمعات، وينتشر بين الرجال بمعدل أكبر من انتشاره بين النساء، وينتشر بين

المستويات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة عنه بين المستويات الاقتصادية الاجتماعية المرتفعة كما ينتشر بين الأقليات في أي مجتمع، كما تزداد النسبة بين المسنين عنها بين المراهقين والراشدين، وعادة ما يؤدي ضغط الدم إلى تلف بالكليتين وأمراض القلب والعينين والجهاز العصبي (عبد الرحمن، 2000).

وقد أشار أليوت ولاروس (1998). والمشار إليها في عبده (2003). إلى أن خبراء الفضاء الذين يعملون على تجارب الهبوط فوق سطح القمر يعانون من ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والوفيات بنسبة أعلى من أقرانهم خارج هذا النوع من العمل، حيث لوحظ أن معدلات ارتفاع ضغط الدم والوفيات المفاجئة ترتفع كلما أطلقت مركبة فضائية.

وأشارت دنبار في النيل (1997). إلى أن ضغط الدم أعم وأكثر سببا للوفاة من السرطان ويعتبر الضغط أكبر مشكلة صحية لذوي الأعمار المتوسطة، حيث يقتل واحدا من بين كل أربعة رجال ونساء فوق سن الخمسين (النيل، 1997). كما أشارت شركة متروبوليتان الأمريكية للتأمين على الحياة أن شخصا من كل اثنين ممن تجاوزوا سن الخمسين يتوفى بفعل الأمراض القلبية، ودل البحث على أن نصف هذه الحالات ترجع إلى ارتفاع ضغط الدم الجوهري الناتج عن الضغوط النفسية. ويتأثر القلب بمرض ضغط الدم من خلال:

أ - تضخم القلب وزيادة حجمه عن الحجم الطبيعي؛ ويزداد سمك جداره وتصاب الشرايين التاجية المغذية له بالتصلب والانسداد الجزئي، وكنتيجة طبيعية لهذه المضاعفات يشعر المريض عند قيامه بمجهود عضلي أو نفسي بألم شديد في صدره من حين لآخر، يختلف في درجته من الدرجة البسيطة إلى الشديدة والتي تشبه ألم الذبحة الصدرية، وقد يشعر أيضا باضطراب في دقات القلب (إسراع أو بطء) وعدم انتظام وخفقان، كما قد يصاب بأعراض هبوط حاد في القلب.

ب - هبوط في القلب وعادة ما يشعر هؤلاء المرضى بضيق حاد في التنفس، ونهجان عند القيام بأي مجهود عضلي بسيط (مثل الإسراع قليلا في المشي، أو الصعود إلى أدوار عليا) أو عند النوم وقد يشعر آخرون بزيادة في الوزن نتيجة اختزان السوائل في الجسم وتورم في القدمين والوجه والبطن (استسقاء) وقد يصاب بنوبة سعال عند استلقائه في فراشه نتيجة احتقان الرئتين، كما تصاب الأوعية الدموية بالتصلب والضيق مما يقلل مرور الدم خلالها وكميته مما يؤثر على كفاءة معظم أعضاء الجسم (حافظ، 1998).

#### 4 - مرض السكري (DIABETES MELLITUS):

حيث يعتبر واحدا من أمراض العصر الحديث وله تأثير قوي على حدوث تصلب الشرايين التاجية ويوجد في العالم حوالي (140) مليون مصاب ومن المتوقع أن يزداد هذا العدد ليصل إلى (230) مليون حالة في عام 2010. م (Branon and Feist 1992). فمهما اختلفت النظريات وتباينت الآراء عن دور مرض السكري في الأمراض القلبية / الوعائية فإن هناك حقيقة طبية لا تحتمل

النقص، ألا وهي أن مرض السكري مضر بالأوعية الدموية والقلب ويستدل من الإحصاءات الواردة في دراسة فرامنجهام الشهيرة على أن رجلا في الأربعين من عمره مصابا بالسكري إذا كان يعاني إلى جانب هذا المرض ارتفاعا في الكوليسترول فإن هذا المزيج يزيد من مخاطر الإصابة بأزمة قلبية بمقدار ( 8 ) أضعاف ما يلحق بالمصاب بالسكري وحده، وإذا كان هذا الرجل يدخل أيضا فإن احتمال الخطورة يزداد بمقدار يفوق أحد عشر ضعفا (القباني، 1994). وتشير الدراسات العملية على أن مرض السكري هو مرض وراثي بالدرجة الأولى إلا أن العوامل البيئية والضغوط النفسية والعاطفية تعد عاملا هاما ( عيسوي، 1994 ).

## 5- السمنة ( OBESITY ):

إن السمنة ليست مشكلة جمالية أو نفسية فقط، وإنما هي مشكلة صحية بكل ما تحملها هذه الكلمة من معنى؛ فالأشخاص الذين يزنون حوالي ( 40% ) من وزنهم زيادة على الوزن الطبيعي يكونون أكثر عرضة للكثير من المشكلات الصحية ومنها الموت المبكر بنسبة تساوي ضعف غيرهم من ذوي الأوزان الطبيعية، والسمنة هي زيادة وزن الجسم عن الحد الطبيعي بسبب تراكم الدهون وتعرف بأنها زيادة وزن الشخص أكثر من ( 30% ) من الوزن المثالي؛ وينتج تراكم الدهون في الجسم عن زيادة حجم الخلايا الدهنية أو بسبب زيادة عددها، ويحتوي جسم الإنسان الطبيعي على حوالي ( 30 - 35 ) بليون خلية دهنية يزيد حجمها عند زيادة الوزن ( بابلي، 2002 ). وقد أشارت العديد من الدراسات إلى زيادة احتمال تطوير الأفراد الذين يعانون من السمنة لأمراض القلب والدورة الدموية، وتعد العلاقة بين السمنة وأمراض القلب علاقة معقدة ( Branon & Feist, 1992 ). هذا وتعتبر السمنة من الأمراض الأكثر شيوعا وأهمية في كل المجتمعات المعاصرة، ويرجع ذلك إلى ارتفاع نسبتها بشكل مستمر في كل البلدان وخاصة المتقدمة منها، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية في آخر مؤتمر أوروبي عقد مؤخرا يظهر أن أكثر من بليون شخص في العالم أي حوالي ( سدس سكان العالم ) يعانون من الوزن الزائد و ( 300 مليون شخص يعانون من السمنة ( حمود، 2004 ).

ويوجد ( هالبرستام وشاركوفسكي وآخرون ) في ( الصفدي وحويج والعماد، 2001 ). أسباب السمنة عموما في ستة عوامل رئيسية هي:

1- الوراثة: حيث لوحظ أن السمنة تنتشر في أفراد الأسرة، الواحدة وهذا يمكن أن يكون بسبب وراثة الجينات المسببة للسمنة (أو الاستعداد للإصابة بالسمنة).

2 - العوامل النفسية: وتتمثل في القلق النفسي والتوتر، والحرمان العاطفي والضغط والكآبة

3- أمراض الغدد الصماء: وتتمثل في نقص إفراز الغدة الدرقية، غير أن هذه النسبة لا تتعدى (2%) من الأسباب المؤدية للسمنة.

4- احتمال خلل فيزيولوجي في الدماغ تحت تأثير الضغط.

5- قلة ممارسة الألعاب الرياضية.

6- العوامل البيئية: وتتمثل في وفرة الطعام الدسم وفوضى التغذية.

وقد أثبتت الأبحاث العلمية الحديثة أن استهلاك سعرات حرارية أقل يطيل العمر، ويجدد الحيوية والنشاط، ويمنع ارتفاع ضغط الدم، ويقلل من مادة الكوليسترول في الدم، واعتمد هذا الكشف على التجارب التي أجريت حديثا وخاصة في جامعة كورنيل الأمريكية (حجاوي، 1999).  
مضاعفات السمنة:

أمراض القلب والأوعية الدموية، والذبحات القلبية، والجلطات المختلفة، وارتفاع ضغط الدم، وحصوات المرارة، وداء السكري، وارتفاع الدهون الثلاثية، والكوليسترول في الدم، والنقرس، وآلام المفاصل، والعقم، وبعض الأورام (سرطان الثدي، والأمعاء) والمضاعفات النفسية. وأخطر شيء من مضاعفات السمنة هو تأثيرها على القلب والأوعية الدموية والجلطات، وتزداد المشكلة عند اجتماع عوامل الخطورة (بابلي، 2002).

6 - ارتفاع نسبة حامض اليوريك ( Higher ratio of uric acid ):

من بين الأسباب الرئيسية المؤدية إلى وفاة مريض النقرس إصابته بالجلطة القلبية، والنقرس مرض مرده إلى ارتفاع نسبة حامض اليوريك في دم الإنسان، حيث دلت بعض الإحصائيات على أن كل ثالث أو رابع مريض بالنقرس يتوفى بفعل الجلطة القلبية ( الخطيب، 1980 ).

7- حبوب منع الحمل ( Pills against pregnancy ):

إن هناك نقاش كبير بين الأطباء حول ضررها منذ حوالي (25) سنة، ومن الثابت أن لهذه العقاقير تأثيرا سلبيا على حركة السكريات والدهنيات في الجسم، وأنها تعرض النساء لارتفاع الضغط الشرياني، وتزيد من نسبة تخثر الدم ( حمود، 2004 ). وقد ثبت أن هذه المواد قد تكون إحدى العوامل المساعدة على نشوء الجلطة القلبية، وخاصة إذا كانت المرأة من المدمنات على التدخين وقد تعاطت مانع الحمل مدة تزيد عن الخمس سنوات فأكثر، وقد أجريت بحوث كثيرة ومضنية في هذا المجال ففي عام ( 1981 ) أثبت العالم سلون (SLONE) أن معدل الإصابات بين النساء بالجلطة القلبية يتراوح بين 3 - 4 % نساء تحت سن الخمسين مقارنة بالنساء اللواتي لم يستعملن هذا العقار مطلقا ( العزاوي، 1993).

8- شرب الخمر والكحول ( Drinking wine and alcohol ):

على الرغم من أن تأثير الكحول واضح ومعروف على الكبد (التشمع) والبنكرياس والجهاز العصبي وخلل العقل، فإن تأثيرها على القلب أخطر من ذلك فهي تؤدي إلى اضطرابات حادة تجهده، حيث يعد توقف القلب المفاجئ (الموت المفاجئ) أحد النتائج الخطيرة للتسمم الكحولي والتي غالبا ما تتطور دون ظهور أعراض وأمراض القلب والأوعية الدموية وتسبب القصور القلبي واختلال دقات القلب وارتفاع الضغط الشرياني الذي يؤدي إلى إرهاق عضلة القلب. كما أشارت نتائج بعض

الدراسات السويدية إلى أن (49%) من حالات الموت المفاجئ في السويد تحدث لدى شاربى الخمر، كما أن شرب الخمر يؤدي إلى اعتلال عضلة القلب ويزيد من مستوى الدهون في الدم. كما وأشار أورنيش (1995) في دراسته والتي أجريت على (7188) امرأة في الولايات المتحدة تراوحت أعمارهن ما بين (25 - 74) سنة أن تناول الكحول بصورة معتدلة من قبلهن أدى إلى رفع نسبة إصابتهن بسرطان الصدر ونزيف الدماغ وأمراض القلب بما يعادل 50 - 60%.

### 9- ارتفاع الفيبرينوجين ( Higher ratio of fibrinogen ):

وهو عبارة عن بروتين يتواجد في الدم بشكل طبيعي ويساهم في تشكيل جلطة القلب وكلما زادت نسبته في الدم زاد احتمال الإصابة بالجلطات (الخثرات في الشرايين) وكان (Stone) أول من لاحظ وجود علاقة بين الفيبرينوجين وزيادة حدوث مرض شرايين القلب، ففي دراسة أجريت في مستشفى (Northwick Park) في لندن وجد أن المستويات العالية من الفيبرينوجين في الدم تترافق مع زيادة حدوث مرض شرايين القلب، وما زالت الأبحاث في هذا المجال في مراحلها الأولى (باشا، 1998). إن العوامل سابقة الذكر هي عوامل غير وراثية حيث يمكن التحكم بها والسيطرة عليها أو الحد منها بشكل أو بآخر من خلال ممارسة الألعاب الرياضية، والحد من تناول الأطعمة الدسمة الغنية بالدهون والكوليسترول، والإقلاع عن التدخين. وبالتالي الحد من احتمالية الإصابة بالجلطة القلبية.

### ثالثا - عوامل الخطر النفسية (Psychological Risk Factors):

تؤثر العوامل النفسية تأثيرا كبيرا على المريض بقصور الشرايين التاجية سواء من خلال إضافة عنصر مهم يساعد على الإصابة بالمرض أو من خلال التأثير على تفاعله مع المرض، وقد أثبتت العديد من الدراسات العلاقة الفسيولوجية بين الضغط النفسي والإصابة بالأمراض التي قد تصل إلى حد الموت (المجد، 1999). فتعرض الإنسان إلى صدمات وضغوطات نفسية نتيجة عوامل سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية هي واحدة من أهم العوامل الأخرى في حدوث الجلطة القلبية والعوامل هي:

#### 1 - القلق النفسي (Anxiety):

إن وجود درجة معتدلة من القلق يعتبر أمرا عاديا ومطلوبا للفرد ولكن هناك أفراد تستمر ردود أفعالهم السلبية للضغوط حتى بعد زوال الأسباب، ومن شأن ذلك أن يزيد من شدة حساسية الأفراد وزيادة ميلهم إلى تضخيم الأمور والمواقف التي يخبرونها، وهذا بحد ذاته يسبب لهم قلقا أكثر ويتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط في (عسكر، 2003).

ويقول العيسوي (1997): إن العصر الذي نعيش فيه اليوم يتسم بالقلق والصراع والتأزم واحتدام المنافسة وارتفاع مستويات الطموح عند الناس بما يزيد عن مستوى ما لديهم من قدرات وإمكانيات. فضلا عما يحتوي العصر من التهديدات بالحروب النووية الفتاكة وانتشار الحروب الساخنة والباردة في كثير من أنحاء العالم، وكذلك الانفجار السكاني وزيادة مستويات التخصص العلمي والمهني، مما يلقي بأعباء ثقيلة على كآهل الفرد حتى يحقق لنفسه الاستقلال الاقتصادي المنشود، يضاف إلى سمات العصر هذا ضعف سلطان الأسرة، وضعف الروابط بين أعضائها وانتشار نزعات المادية البغيضة وموجات الإلحاد، وانتشار الرغبة في تقليد الغرب، والرغبة الملحة والمرضية في اقتناء كثير من منتجات العصر الترفيحية في (العيسوي، 1997).

ويطلق البعض على العصر الحالي عصر القلق للتأكيد والدلالة على تزايد انتشاره ومعاناة الناس منه في كافة المجتمعات، وقد عرف القلق باضطراب الذعر. Panic Disorder دلالة على أن الفرد يعيش في نوبات قلق، وفي الغالب تكون نوبات فجائية تبدأ بإحساس شديد بالرعب لا يمكن تفسيره أو السيطرة عليه وتكون هذه النوبة مصحوبة بصعوبة في التنفس، ورعشة في الجسم، وغثيان واضطراب في ضربات القلب وغيرها من مظاهر التوتر (دافيدوف، 1983). بالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد المصابين بالقلق النفسي يعانون حالة من التوتر وعدم الارتياح، كما أنهم يعانون من الأرق وفقدان الشهية والتوتر والشد العضلي الزائد (Lefton, 1982) كما ورد في (الأمانة، 2001).

ويشير عبد الفتاح (1999). إلى تزايد المشكلات النفسية في مرحلة العمر المتوسط وخاصة ما يتصل منها بأعراض القلق في الفترة ما بين (55 - 64) سنة، كما تتضاعف نسبة القلق بين النساء فتصل إلى ضعف مثلثتها بين الرجال، ومن الأسباب التي تؤدي إلى زيادة القلق الإحساس بالمسؤولية والضغط النفسية المتركمة بشأن الأسرة والعمل وغيره.

وبشكل دائم تقريبا يعبر القلق الذهني عن نفسه على المستوى النفسي بردات فعل مختلفة ومتنوعة هي في حقيقتها المظاهر العادية للانفعال، كما يختصر القلق عندما يكون حاضرا بنية الشخص أو مزاجه القلق، فالقلقون في هذه الحالة هم أشخاص كانوا دائما قلقين منذ نعومة أظافرهم، وكانوا دائما مشدودين ومعذبين بتشاؤم محتدم ومتفاقم، ويعيشون في حالة من الاستنفار الدائم، كما يمكن للقلق أن يكون علامة لمرض عضوي خاصة الأمراض القلبية وقصور التنفس والربو والأمراض العصبية هذه العلة تملك حاشية من القلق واضحة جدا في (نعمة، 1995).

وقد تعددت تعريفات القلق، ويعود ذلك إلى تباين التوجهات النظرية للباحثين بشأنه، كما يختلف الكثير في تعريف القلق كمرض مستقل.

فيعرفه زهران (1997). بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تهديد خطر فعلي أو متخيل الحدوث ويصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية بدنية.

ويعرفه العناني (2003). بأنه إشارة إنذار بكارثة توشك أن تقع وإحساس بالضيق في موقف شديد الدافعية مع عدم القدرة على التركيز والعجز عن الوصول إلى حل مثمر، هذا بالإضافة إلى ما يرافق ذلك من مظاهر الاضطراب البدني.

ويذكر الفيومي (1985). أن القلق حالة مرضية مسيطرة على السلوك الإنساني، ومن خوف الإنسان منه، يسقط عليه عجزه وتخفى فيه عدم قدرته على مواجهة مشاكله، إذ يصبح الحديث عن القلق يشوبه القلق.

ويرى معوض (2001). أن القلق حالة من عدم الارتياح يصاحبه شعور بالخوف والتهديد والضيق والتبرم وعدم القدرة على التركيز، ويصاحب القلق تغيرات فسيولوجية، وأعراض نفسية منها: التشاؤم، وتوقع المصائب، والإحساس بالضيق.

وإنسان العصر يبدو في وضع قلق، لأن الوسائل الحضارية التي تمت في مجال العلم والتكنولوجيا شغلت الإنسان من جانب عن فهم نفسه وعن تنمية علاقاته الاجتماعية، ومن جانب آخر نقلته إلى عالم منقطع الصلة، عالم يتميز بالانقلاب الشديد في النظم الاقتصادية والاجتماعية والسياسية انقلاباً هدد قيمه الثابتة (الفيومي، 1985).

ويشير عدس (1997). أن القلق المزمن دليل على الالتزام الذاتي، الذي يتخذ شكل أفكار جامدة صارمة شديدة، لا ينبثق منها أي إبداع يؤدي إلى حل أي مشكلة، وإذا تأصلت حالة القلق المزمن تبقى في حالة دائمة لا تنقطع.

لا مفر للإنسان في الحياة من القلق فهو ملازمٌ له في كل جانب من جوانب الحياة، المادي والروحي وقد أصبحت ظاهرة القلق في العالم من الوضوح بحيث لا تكلف الإنسان جهداً في إثبات وجودها (الفيومي، 1985).

يعكس القلق ضعفاً عاماً وإحساساً بالعجز وعدم الكفاية وضيق الثقة بالذات (معوض، 2001). ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً وهو ما يعرف بعصاب القلق أو القلق العصبي أو استجابة القلق، وهو أشيع حالات العصاب، ومن أشيع الاضطرابات النفسية عموماً، فهو يمثل ما نسبته 30-40% من الاضطرابات العصبية وهو أكثر انتشاراً بين الإناث منه بين الذكور (شاذلي، 2000).

وفي دراسة مستشفى مونتريال والمشار إليها في عدس (1997). أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة الوفيات بين من أصيب بحالة شديدة من القلق والحزن بلغت (5) أضعاف الوفيات الأخرى والتي حدثت نتيجة أمراض أخرى، وأن شفاء من أصيب منهم بكسر في العظم قد تأخر (8) أيام عن

شفاء المصابين الذين لا يعانون من القلق والحزن، كما لم يشفَ من كبار السن إلا الثلث فقط أما من تلقى العلاج من القلق فقد شفي حوالي النصف منهم.

أشار الدايري (2005أ). إلى أن القلق حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده وينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية.

القلق انفعال يتميز بالشعور بخطر مسبق وتوتر وحزن مصحوب بتيقظ الجهاز العصبي ويترك عند صاحبه تأثيرات سلبية في جوانب متعددة من الشخصية في (الدايري، 2005 ب).

القلق حالة نفسية تحدث حيث يشعر الفرد بوجود خطر يهدده، تنطوي على توتر انفعالي ترافقه اضطرابات فسيولوجية (صايمة، 1995).

يعرف طه وآخرون (1993) في فايد (2001). القلق بأنه حالة من الخوف والتوتر تصيب الفرد وتحدث لديه تغييرات نفسية.

أما أنصار المدرسة السلوكية فيرون أن القلق هو تجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل (زهران وآخرون) في (فايد، 2001). ويعرف عبد الخالق (1994). القلق في فايد (2001). بأنه شعور عام بالخشية، أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع، أو تهديدا غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشد، وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، إذ يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية.

القلق شعور غامض غير معروف بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي في نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ في المعدة، وضيق في التنفس، وكثرة الحركة، وزيادة نبضات القلب (عكاشة، 1998). في (فايد، 2001).

يعرفه الطحان (1990) في الليل (994). بأنه حالة انفعالية غير سارة يشعر فيها الفرد بتهديد غامض.

أشار راجح (1982). أن القلق هو الخوف من خطر أو ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، كخوف المريض من الموت، هذا إلى أنه خوف لا يستطيع الفرد التحرر منه أو الهرب أو الاختفاء، كما يشير إلى أن القلق هو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر لكنه يختلف عن الخوف في أن الخوف يثيره موقف خطر مباشر أمام الفرد.

أما العيسوي (2002). فقد عرف القلق أنه شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر دون إدراك لمصدر الخوف.

ويعرفه السباعي وعبد الرحيم (1991). في الليل (1994). بأنه انفعال عاطفي يتميز بالخوف والتوجس والترقب، بما يصاحب ذلك من تغيرات فسيولوجية وأعراض بدنية وسلوكية. وقد أشار الرفاعي (1982). أن القلق حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة. ويشير عكاشة (2003). إلى أن الضغط شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بفراغ المعدة، وضيق الصدر، وضيق التنفس، وزيادة نبضات القلب، والصداع. ويرى القباني (1994). أن القلق والضغط النفسي، الحالة المقفلة للفرد، تبقى المواد الكيميائية المرافقة للشدة تنصب في أنسجة الجسم فتطلق مزيدا من الكولسترول في الدم وتدفع ضغط الدم الذي ينطلق غزيرا فوق تلك الشقوق بشكل تيارات دوامة قوية كجريان الماء في جدول حول صخرة، بحيث تتشكل الجلطات الدموية واللويحات المسببة لتصلب الشرايين، والشدة الناتجة عن هذا التزاوج هي التي تسبب الضرر الإكليلي الذي يمكن أن تنتج عنه النوبات القلبية.

ويرى العيسوي (2000). بأن القلق عرض مشترك عام يوجد في كثير من الأمراض النفسية والعقلية، فهو يصاحب توهم المرض المخاوف الشاذة كالخوف من الظلام، والدم، وكذلك يصاحب مرض الاكتئاب إلى جانب كونه مرضا نفسيا خاصا بذاته، وترجع زيادة مشاعره في هذا العصر لكثير من العوامل والمتغيرات التي يتسم بها هذا العصر، من ذلك: زيادة حدة التوتر العالمي، والشعور بالفوضى العالمية، والتحيز والاعتداء إلى جانب الحروب الإقليمية والمحلية، كل ذلك ينعكس على نفسية المواطن العادي (العيسوي، 2000).

وأوضح العيسوي (2000). أن هناك نوعين من القلق، الوردني المحدود والمطلوب والذي يقال في حقه أنه سبب حضارة الإنسان، مثل انفعال العالم الذي يحوله إلى اكتشافات ومخترعات، وانفعال المشاعر الذي ينتج عنه كتابة الشعر والأدب، وهكذا بالنسبة لكل المنجزات الحضارية هي وليدة لحظة قلق لدى المبدع، أما القلق الضار فهو الزائد عن الحد والمستمر، بل والقلق الذي لا يوجد صاحبه سببا له.

وأشار ياسين (1996). إلى أن كل حدث حسن أم سيئ، وكل تغيير أو تبدل ينشأ عنه توتر جسدي وعصبي مسيء لصاحبه، وهو يرى أن الفرد لديه حدود معينة على تحمل الشدة، وبعد هذا يصبح الفرد معرضا لإصابات نفسية ونوبات قلبية أو أمراض قلبية خطيرة.

ويرى عبد الخالق (2000). أن القلق خبرة وجدانية غير سارة، يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، وينشأ القلق شأنه شأن سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة، ويؤدي إلى سلوك يهدف إلى إعادة التوازن وقد أجرى كل من رشموند وميلر (Richmond & Millar, 1984) كما ورد في (الليل، 1998). دراسة عبر ثقافية لمعرفة الفروق في درجة القلق طبقاً لمتغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، والبلدة وذلك على عينة من الطلبة بلغت (224) طالبا وطالبة في كل من الولايات المتحدة، وكندا، والمكسيك، وقد أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق بين الطلبة وبين عينات الدراسة من البلدان المذكورة.

وتعد اضطرابات القلق فئة تصنيفية عريضة تضم أكثر من عشر فئات فرعية، وتصنف الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اضطرابات القلق Anxiety disorders إلى اضطراب الهلع والخوف من الأماكن الواسعة، مخاوف محددة من الدم والظلام، ومخاوف اجتماعية، واضطراب الوسواس القهري، اضطراب الضغوط التالية للصدمة، اضطراب الضغوط الحاد، الاضطراب المعمم، واضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة، واضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة (APA, 1994) كما ورد في (عبد الخالق واليحفوفي، 2004).

## 2 \_ الضغط النفسي ( Stress ):

لما كانت الضغوط النفسية لها خصوصية ثقافية، إذ أن أحداث الحياة وما يطرأ عليها من متغيرات تختلف باختلاف الثقافة الاجتماعية، وهذه الأحداث لا يمكن التعرف عليها إلا من خلال عينة تمثل الثقافة السائدة في المجتمع الذي نعيش فيه (سالم ونجيب، 2002). يمر الإنسان عبر نموه بمراحل حياتية مختلفة، لكل منها متطلباتها، وبعض هذه المراحل تتطلب من الإنسان المضي في تغيير مجرى حياته، وإعادة النظر في أسلوب حياته من جديد، وعادة ما يرافق هذه الأهداف تأثيرات سلبية على الصحة النفسية للفرد في (رضوان، 2002). فالنوبة القلبية، والأزمات المادية، والموت، والطلاق هي أحداث ضاغطة لا يكون الإنسان مهياً لها في كثير من الأحيان.

وأشار رضوان (2002). إلى الضغط باعتباره حالة بيولوجية تظهر بمجرد أن يحاول الفرد التلاؤم مع التحديات والتغيرات التي تواجهه في مجرى الحياة اليومية. وفي رضوان (2002). يشير (لازاروس وفولكمان) إلى أن الضغط ردة فعل جسدية ونفسية على موقف يشعر فيه الشخص بالإرهاق، كما يشعر بأن الموقف فوق طاقاته، ويشعر بأن إحساسه بالعافية والصحة النفسية مهدد.

يشير القباني (1994). أن كلمة الضغط تقال ليس نتيجة وضع ما بحد ذاته، وإنما هي عبارة عن كيفية رد فعل الشخص إزاء هذا الوضع.

ويشير Feldman (1997). في تفاحة وحسيب (2002). إلى أن التعرض المستمر للضغط النفسي يؤدي إلى هبوط مستوى الوظائف البيولوجية ككل، واستمرار الاستثارة الفسيولوجية المرتفعة، واستمرار إفراز الهرمونات المرتبطة بالضغط (الغدد الأدرينالية) وبالتالي حدوث تدهور في الأنسجة الجسمية منها القلب والأوعية الدموية، إذ يصبح الفرد أكثر عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض مثل: ضغط الدم، والربو، والسرطان، والصداع النصفي، مع انخفاض وضعف فاعلية جهاز المناعة على مقاومة الفيروسات والبكتيريا.

وفي القبانى (1994) يشير (Sely) إلى أن الضغط عبارة عن كيفية تجاوب الشخص مع بعض المواقف التي يصادفها، وعلى هذا فإن تحديد مفهوم الضغط وقياسه ما يزالان موضع نقاش وخلاف بين العلماء.

ويشير Comer (1998). كما ورد في تفاحة وحسيب (2002). إلى أن الأحداث الصادمة كالحروب العسكرية، والكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والأعاصير والحرائق، والحوادث الخطرة للسيارات والطائرات والسفن، والتعرض للاغتصاب، تنشأ عنها حالات شديدة من الضغط النفسي والقلق، والشعور بالأسى وفقدان الاهتمام بالحياة والناس عموماً.

كما وتشير التقارير الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية والمشار إليها في (عسكر، 2003). إلى أن 75% من المشكلات الصحية لها علاقة بشكل أو بآخر بالضغوط النفسية، وتشمل قائمة المشكلات هذه أمراض مثل: دقات القلب غير المنتظمة، والصداع النصفي، وقرحة المعدة، وضغط الدم، واضطرابات النوم، والمشكلات الجنسية، والتشنج القولوني.

وأشار عسكر (2003). إلى أن سابولسكي (Sapolsky, 1997). قد عزا المشكلات التي يتعرض لها الإنسان والناجمة عن الضغوط النفسية إلى عدم قدرة الفرد على التفريغ السريع للشحنة الانفعالية لاعتبارات اجتماعية مختلفة وإلى المعايضة الطويلة لتوقعات سلبية وانشغاله المستمر بكل صغيرة وكبيرة من الأمور الحياتية.

وذكر حمود (2004). بأن أمراض القلب والشرابين التاجية تزداد بشكل كبير في البلاد المتقدمة حيث يواجه الأفراد ضغوطات نفسية حادة بسبب أنماط الحياة الصاخبة، إذ يشير إلى أن هناك ذبحة صدرية من أصل (6) ذبحات تتجم عن انفعال مفاجئ وحاد.

وأوضح الصفدي، حويج والعماد (2001). إلى أن الضغط النفسي يولد ارتفاعاً فورياً في ضغط الدم دون وجود أساس عضوي، والمسمى بارتفاع الضغط الأساسي، فإذا ما استمرت المشكلة الانفعالية للمريض دون حل، فإن الضغط يستمر بمرور الوقت عند مستوى عال، واستمرار الضغط المرتفع يضع عبئاً ثقيلاً على القلب والأوعية الدموية والدماغ، ويؤدي إلى تغيرات عضوية خطيرة جداً.

وذكر ياسين (1996). أن التوتر النفسي خاصة في البلدان والمجتمعات المتطورة، والتي تعقدت أورها الحياتية وتشعبت، هو المتهم الأول في تعقيد حياة الناس، والتسبب بأمراض عدة خطيرة على رأسها أمراض القلب، آفة العصر وسبب الموت الأول في هذه الأقطار، ليس فقط في الرجال المسنين بل ومتوسطي العمر والشباب التي تزداد أعدادهم يوما بعد يوم وكذلك النساء. ويؤكد هالبرستام (Halberstam) في الصفدي، حويج والعماد (2001). أن العوامل النفسية والانفعالات تلعب دورا بارزا في نشوء معظم أمراض الجسم بما في ذلك أمراض القلب والشرابين والإصابة بالجلطة.

وذكر النيل وزبيود (1984). أن الاضطرابات النفسية ارتبطت بالحضارة، فبالرغم بما تتسم به الحياة اليوم من مستوى مادي مرتفع وعناية صحية وتعليمية والتي لم تتح لأبناء الجيل السابق وبالرغم من التقدم الهائل في وسائل الطب سواء الوقائي أم العلاجي، فقد انتشرت في الحضارة الحديثة مجموعة من الأمراض الجسمية المستعصية على الشفاء والمزمنة، من أبرزها: أمراض الشريان التاجي، والجلطة والذبحة الصدرية، والسرطان، وارتفاع ضغط الدم الجوهري، أي الذي لا يرجع إلى الأسباب العضوية المعروفة.

وأشار رضوان (2002). إلى الضغط باعتباره حالة بيولوجية تظهر بمجرد أن يحاول الفرد التلاؤم مع التحديات والتغيرات التي تواجهه في مجرى الحياة اليومية. وفي رضوان (2002). يبين سيللي (Selly) شكلين من الإرهاق، الأول: الإرهاق الإيجابي (Eustress) والثاني: الإرهاق السلبي (Distress) إذ يترافق الإرهاق الإيجابي مع مشاعر الرضى والتركيز القوي ومشاعر احترام الذات.

ويقول (أدler) في إبراهيم (1988). كما ورد في ندى (1998): إن فهم الضغوط والصراعات النفسية الداخلية للفرد هي المدخل المناسب لفهم الإنسان والوصول إلى ما يسميه (أسلوب الحياة) الذي يمكن بواسطته فهم العالم الداخلي للفرد ومعرفة دوافعه الرئيسية.

وفي الأمانة (2001). يشير (جارلس، ورث ونانان) إلى أن 75% من المرضى المراجعين للأطباء يشكون أمراضا ناتجة عن الضغوط، وتتنحصر هذه الأعراض في القلق، والشعور بالذنب والخوف، والاكتئاب، والخوف من المستقبل، والعدوانية الزائدة تجاه الآخرين، واليأس، والانطواء والانسحاب وفقدان الثقة بالنفس، بالإضافة إلى المشكلات الجسمية منها أمراض القلب والجلطات التي تؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان.

وقد أشار كوبوسا (Kopassa 1979) في الموسوي (1998). إلى أن الضغوط النفسية المتلاحقة على الإنسان والمنتشرة في جنبات الحياة المختلفة، شأنها شأن القلق والعدوان هي من توابع الوجود الإنساني، وإن الهروب من الضغوط يعد ضربا من ضروب المستحيل.

كما وأشار ياسين (1996). إلى أن الضغط النفسي يترافق بأعراض انفعالية وداخلية ونشاطات عصبية وإفرازات هرمونية تابعة من الجهاز العصبي المستقل والذي يتحكم بوظائف بعض الأعضاء كالمعدة، والقلب، والغدد الصماء المتصلة به والتي سرعان ما تصب هرموناتها في الدم مؤدية بذلك إلى بعض التفاعلات الداخلية كارتفاع دقات القلب وضغط الدم وغيره.

وقد ذكر روتر Roter (1990). في تفاحة وحسيب (2002). أن هناك ثلاثة متغيرات واقية (Protective) في أثر الضغوط النفسية وهي:

1. السمات الشخصية للفرد والتي تتمثل في تقدير الذات منها: الفاعلية، والاستقلالية، والكفاية، والصلابة النفسية.
2. المساندة الأسرية، من خلال الترابط الأسري وإدراك الفرد للدفء الأسري الوافي.
3. توفر المساندة الاجتماعية التي تشجع وتحفز قدرة الفرد على مواجهة الضغوط والتخفيف من حدة تأثيرها. أما هولمز وراهي (Halmes & Rah) واللدان قاما بوضع لائحة تضم (43) حدثا ضاغطا فقد أشارا إلى أن كل حدث حسن أم سيئ، وكل تغيير ينشأ عن توتر نفسي أو عصبي مسيء لصاحبه، إذ أن مستوى تحمل الفرد من الضغوطات سنويا لا يتعدى (300) نقطة شدة حسب مقياس هولمز وراهي، وبعد هذا الحد يصبح الفرد معرضا لإصابات نفسية (انهيار عصبي) أو نوبة قلبية أو أمراض أخرى قد تكون خطيرة في (ياسين، 1996).

أما عبد الخالق (1998). فقد أشار إلى أن هناك علاقة وثيقة بين الصحة الجسمية والتشاؤم والتفاؤل والصحة النفسية والتقدير الذاتي والشعور بالسعادة، فقد أشارت نتائج دراسته والتي أجريت على عينة من طلبة جامعة الكويت، وقوامها (235) طالبا إلى أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة (0.001) بين كل من التفاؤل والتشاؤم والقلق.

وأشار روبنستاين (2004). إلى أنه منذ الخمسينيات وحتى الوقت الحالي، عكف الباحثون على دراسة الصلات بين الشخصية والعوامل النفسية والأنماط السلوكية وأمراض القلب، لكن الدليل الذي يدعم هذه الصلات غير حاسم، وقد يعود هذا جزئيا إلى حقيقة أن كل فرد لديه مجموعة معقدة من الصفات والتجارب التي تجعل من الصعب تعميمها من فرد إلى آخر، إذ أن بعض الأشخاص الذين يتعرضون للضغط يصيبن بالمرض والبعض الآخر لا، إذ تعزى الإصابة أو عنصر الإصابة إلى وجود عوامل إدراكية وانفعالية واجتماعية وزوجية معينة تؤدي إلى المرض وتساهم في الشفاء والصحة، لذا فإن الباحثين يعكفون الآن على تحري الدور الحاسم للاتجاهات والمعتقدات والانفعالات في تحديد الإصابة بالمرض أو عدم الإصابة. كما أكد كل من كوهن ووليمسون Chohen & Williamsons (1991) في الموسوي (1998). إلى أن هناك أدلة مقنعة على وجود ارتباط بين الضغوط النفسية وزيادة السلوك المرضي.

وأشار جلاسر Glaser (1987). في عبد الرحمن (2000). إلى أن الطلاق والانفصال يعد من المثيرات المرتبطة بدرجة قوية بالمعدلات المتزايدة من المرض والوفاة لما يصحبه من حالات قلق وضغط نفسي شديد، حيث أشارت نتائج دراسته إلى أن النساء المنفصلات والمطلقات أظهرن انخفاضا ملحوظا في وظائف جهاز المناعة مقارنة بالنساء المتزوجات. كما قام العيسوي وآخرون (2000). بقياس تأثير حدث واحد محدد على صحة الفرد وهو فقدان عزيز أو الخسارة الناجمة عن الطلاق أو الموت، حيث وجد أن هناك ما نسبته 10% من الرجال المتزوجين لم يدخلوا المستشفى لدواعٍ طبية إلا نادرا، بينما كان هناك ما نسبته 31% من الرجال المطلقين الذين أدخلوا المستشفى لدواعٍ طبية، وعندما تمت المقارنة بين المطلقين والمتزوجين وجد أن المطلقين كانت صحتهم الجسمية والنفسية أسوأ، حيث وجدت هذه العلاقة في كل الأعمار وفي كل المجتمعات التي تناولت واحدة من الدراسات في هذا الإطار. وأشار الموسوي (1998). إلى أن التعرض المستمر للضغوط لاسيما في مستواها الشديد، يمكن أن يؤدي للارتباك في الحياة والعجز عن اتخاذ القرار، ونقص التفاعل مع الآخرين، وتفشي أعراض الأمراض الجسمية، وغير ذلك من نواحي الاختلال الوظيفية.

وأوضحت دراسة هاوس وآخرون (House, et al.,) في الموسوي (1998). علاقة الضغوط المهنية بإصابة الفرد بالأمراض الجسمية، لاسيما الذبحة الصدرية، والجلطة القلبية، وقرحة المعدة وضغط الدم، والصداع النصفي.

وأشار عبد الرحمن (2000). استنادا إلى DSM، IV. (1994) إلى أن العوامل النفسية تؤثر سلبيا على الحالة الطبية العامة للمرضى بإحدى الوسائل الآتية:

- 1 - تأثير العوامل النفسية على مسار الحالة الطبية العامة، كما يتضح من الارتباط الزمني الوثيق بين العوامل السيكولوجية ونمو أو تفاقم أو تأخر الشفاء من الحالة الطبية العامة.
- 2 - تتداخل العوامل مع العلاج مع الحالة الطبية العامة.
- 3 - تشكل العوامل النفسية مخاطر صحية إضافية للفرد.
- 4 - تعمل الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط على ترسيب أو تفاقم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية.

وقد أشارت نتائج دراسة (سيلجمان) في روبنستاين (2004). والذي قام بترتيب مجموعة من الرجال والنساء على أساس مستوى تفاؤلهم، ثم قام بأخذ عينات من دمائهم، إلى أن جهاز المناعة لدى المتفائلين كان أفضل من المتشائمين، أما مرضى القلب والسرطان فقد كانوا أكثر قابلية للشفاء على المدى الطويل. أما دراسة لانجر وروين (Langer & Rowan, 1977) والمشار إليها في

(روبنستين، 2004). والتي أجريت على نزلاء إحدى دور الرعاية، حيث أعطيت مجموعة من النزلاء قدرا معيناً من السيطرة على أمور حياتهم مثل اختيار طعامهم، أو ما يمكنهم القيام به للترويح عن أنفسهم، أما المجموعة الثانية فلم تمنح هذه الامتيازات، وبعد مرور ( 18 ) شهراً كانت المجموعة التي منحت السيطرة أكثر سعادة ونشاطاً وأقل إصابة بالمرض مقارنة بالمجموعة الثانية التي لم تمنح أية سيطرة، بالإضافة إلى ذلك فقد توفي 15% من نزلاء مجموعة السيطرة مقابل 30% من نزلاء مجموعة اللاسيطرة.

كما أشارت دراسة ( جامعة هارفرد ) والمشار إليها في روبنستين (2004). والتي استمرت (35) سنة، أن الرجال الذين سجلوا معدلات عالية من التفاؤل كانوا أكثر صحة في ما بعد في حياتهم مقارنة بما جاءت معدلاتهم منخفضة.

وفي دراسة رضوان (2002). تم تكليف مجموعتين من المفحوصين بمهمة تتطلب التركيز المجموعة الأولى وضعت لهم في الخلفية أصوات مزعجة، حيث تم إخبارهم أنهم يستطيعون في أي وقت من الأوقات إيقاف الإزعاج، أما المجموعة الثانية فلم يسمح لهم بإيقاف الإزعاج، فقد كانت نتائج المجموعة الأولى أفضل بكثير مقارنة مع المجموعة الثانية الذين امتلكوا مشاعر عدم إمكانية السيطرة، على الرغم من أن المجموعة الأولى لم يقوموا باستخدام الخيار المعروض عليهم في الواقع. أما دراسة Bluman & Worman (1977). والتي أجريت على أفراد أصيبوا بالشلل النصفي نتيجة للحوادث، ظهرت لدى الأفراد الذين اعتبروا أنفسهم غير مسؤولين عن الحادث (PTSD) أضراراً نفسية، ومشكلات تكيف، وأعراض اكتئابية وضغوطات وعدم تقبل للمساعدة الطبية والنفسية أكثر من أولئك الذين اعتبروا أنفسهم مسؤولين عن الحادث.

كما ويعد الضغط النفسي عاملاً سيكولوجياً يؤثر على كيان الفرد البنيوي والنفسي، حيث يحد من قدرته على القيام بأعماله وواجباته على الوجه الأكمل ( Schuls, 1990 ) كما ورد في ( سالم ونجيب، 2002 ). ويشير أتوار في ( عبد الرازق، 1998). إلى أن الضغط النفسي يتولد عن مصادر عدة : كالتوتر، والإجهاد في العمل، وقلة النوم، وسوء التغذية، وقلة ممارسة الألعاب الرياضية، والإفراط في استخدام العقاقير والمضادات الحيوية. كما أشارت الدراسات المتعلقة بهذا العامل إلى احتمالية الإصابة بأمراض القلب والدورة الدموية أعلى لدى الأفراد المعرضين لنماذج حياتية متعددة الضغوط (جوخدار، 1985). ويشير سيلبي (Selye) كما ورد في ( الأمانة، 2001 ). أن الضغط النفسي عبارة عن استجابة غير محددة من الجسم نحو أي مطلب من متطلبات البيئة، وتتكون هذه الاستجابة من ثلاث مراحل أساسية (Selye) كما ورد في (الزواوي، 1992). وقد عرّف كل من كوفر وإبلابي (Cofer & Appley) الضغط بأنه حالة خطر يتعرض لها الفرد ككل لدرجة يحتاج معها إلى تخصيص كل طاقاته لحماية نفسه. كذلك

عرّف كولادسون الضغط أو التوتر بأنه حالة من الشدة النفسية والجسمية تتطلب من الفرد التكيف معها (Sehwebell , 1990). كما ورد في ( الزواوي، 1992 ).

**3- نمط السلوك ( الشخصية ):** يعتبر هذا العامل من أكثر المتغيرات التي جذبت اهتمام الباحثين وعلى الرغم من أن الباحثين في الجهاز الدوري، وبخاصة القلب أبدوا اهتماما بفهم العلاقة بين نمط الشخصية والاستجابات السلوكية المرتبطة به، بهدف زيادة القدرة على التنبؤ بالأزمات القلبية منذ الخمسينيات إلا أن الفضل يعود إلى الطبيين- في أمراض القلب- فريدمان وروزثمان في انتشار استخدام نمط السلوك A, B. (عسكر، 2003). ويشير هذا العامل إلى نمط حياتي وخصائص شخصية معينة. فقد تضمنت نتائج العديد من الدراسات أن أفراد النموذج (A) تكون احتمالية الإصابة لديهم بأمراض القلب والشرابين أكبر من النموذج السلوكي (B) الذي يحتوي على نمط حياتي وسمات شخصية مغايرة لتلك التي لدى أفراد النموذج (A) (Branon & Feist , 1992). ومع أن تأثير سلوك ذوي النمط (A) على الأوردة التاجية في القلب غير مفهوم بعد إلا أن هناك تفسيرات عامة في هذا المجال. وتشير إحدى وجهات النظر إلى أن سلوك هذا النمط يعمل على رفع مستوى الكولسترول في الدم مما يزيد من احتمال تشكيل خثرة دموية أو ارتفاع في ضغط الدم أو زيادة إفراز هرمون النورأدرينالين الذي يعرقل عملية انتظام نبض القلب. كما اعتقد باحثون آخرون أن الهرمونات الفسيولوجية التي تتوسط العلاقة بين نمط الشخصية (A) وأمراض القلب التاجية بصورة عامة تؤدي إلى رفع نشاط الشرابين التاجية مما يسرع من التلف الذي يصيبها بمرور الزمن، ويساهم في جميع الصفائح الدموية المسببة لخثرة الدم التي تكون على شكل تجلط دموي. كما تعمل على استهلاك عضلات القلب نتيجة عدم اتساق النبض (عبد الرحمن، 2000).

وتعد سمات أسلوب العزو ( Attribution Style ): والثقة بالنفس، والضبط الداخلي، والانسجام الاجتماعي، وقدرة الشخص على استخلاص المغزى من الحدث، من سمات الشخصية التي تقلل أو تزيد من التأثيرات السلبية الضارة للأحداث الحرجة على الصحة النفسية للفرد، كما وتعد هذه السمات شكلا من أشكال المواجهة التي تساعد في تحديد مصادر الصحة النفسية، وتنمية الصحة (رضوان، 2002). ويضيف قائلا: إلى أن الإرهاق يلعب دورا كبيرا في كثير من الأمراض منها أمراض القلب، والدورة الدموية، وضغط الدم، وقرحة المعدة، والشقيقة، والسرطان، والتهاب المفاصل واضطرابات جهاز المناعة، إذ تظهر النتائج الأولى لعلم المناعة العصبية النفسية Psychoneuroimmunology أن العمليات البيوكيماوية للمناعة أي قوة المقاومة الخاصة بالجسم تتأثر بالعوامل النفسية والاجتماعية والذي يعد الضغط والإرهاق من ضمنها.

كما يسهم الإرهاق بمجموعة واسعة من أنماط السلوك الخطرة على الصحة كفرط التغذية، والتدخين والكحول، والعقاقير الأخرى جنكيز وآخرون (Jenkins & et al., 1991).

وفيما يتصل بسمات الشخصية وعلاقتها بالضغوط النفسية فقد أجرى كل من هنبر وميلز (Huebner & mills, 1994) في (الموسوي، 1998). بحثاً لمعرفة مستويات الضغط النفسي والعلاقة بين الضغط النفسي وسمات الشخصية والدور المتوقع لعينة من (90) أخصائي نفسي دلت النتائج أن سمات الشخصية مرتبطة بالضغط النفسي ارتباطاً دالاً.

ويرى محمد (1992) في عبد الرازق (1998). أن الضغط ناشئ عن تأثير داخلي لدى الفرد ينجم عن التفاعل بين قوى ضاغطة ومكونات الشخصية، وقد يؤدي إلى اضطرابات جسمية أو نفسية أو سلوكية لدى الفرد تدفعه إلى الانحراف عن الأداء الطبيعي أو يؤدي إلى تحفزه لتحسين أدائه، ويشير أيضاً إلى أن الضغط النفسي لا يسبب دائماً نتائج سلبية تنعكس على حياة الإنسان، وذلك أن معظم الأعمال والأنشطة والممارسات اليومية للإنسان تسبب شيئاً من الضغط النفسي دون أن ينجم عنها جوانب سلبية أو تأثيرات ضارة (عبد الرازق، 1998). إن ما يميز شخصيات مرضى القلب أنهم ينهمكون في العمل، ويقومون به دون تقدير، ويستمتعون به، ويسعون للتقدير القليل، وهم ضحايا الظروف النفسية المسؤولة عن طموحهم الظاهر في (النيل وزبود، 1994).

وقد خالف غولدنبرغ (Goldenberg 1977). كما ورد في ندى (1998). في تركيزه على النتائج النفسية والسلوكية التي تحدثها الضغوط فتحدث عن السلوك ومدى تأثيره بمشاكل الإنسان والضغط النفسي الذي تولده هذه المشاكل وتأثيرها على نمط سلوكه المضاد، والضغط في نظره يؤدي إلى القلق، ولكنه أحياناً ناجحٌ عملي لأنه يؤدي بالإنسان إلى اتخاذ قرارات حاسمة ويقوي إرادته التي تمكنه من مواجهة الفشل أو النجاح في المستقبل. مميزات أنماط الشخصية.

1 - الشخصية من النمط (A) وهي الأكثر تعرضاً للإصابة بالنوبات القلبية، ويوصف أصحابها بأنهم في حركة مستمرة يأكلون بسرعة، يتحركون بسرعة، عدوانيون، يشعرون بالإثم إن هم استكانوا للراحة، لديهم شعور قوي بأهمية الوقت، لا يصبرون على الآخرين ويجاهدون باستمرار للوصول إلى الأفضل. كما أن صاحب هذا النمط يقيم مصدر الضغط على أنه يمثل تهديداً له، وبالتالي يستخدم أساليب غير فعالة وغير تكيفية في التعامل مع الضغط، ويفتقر للمساعدة، ويتصف بالتشاؤم ويدرك أنه لا يستطيع التحكم في مصدر الضغط، وبالتالي يتعرض للإصابة بالأمراض المختلفة وعلى رأسها أمراض القلب والنوبات القلبية.

2 - أما الشخصية من النمط (B) فيتصف أصحابها بعكس ذلك؛ فهم أكثر استرخاءً وتأنياً وقناعة وأقل ميلاً للمنافسة، ويقسمون أوقاتهم بين العمل والترفيه، وهادئون وغير متعجلين وصبورون (المجد، 1999). ولهذا فإنهم أقل عرضةً للإصابة بالأمراض القلبية والجلطات، كما ويوصف

صاحبها بأنه يدرك مصدر الضغط على أنه يمثل نوع من التحدي له، ويستخدم أساليب فعالة وإيجابية وتكيفية في التعامل مع الضغط، ويدرك أن لديه قدرة كبيرة على التحكم والسيطرة في هذه المواقف الضاغطة، ولديه قدرة كبيرة من المساندة، ويتصف بالتفاؤل (الجاموس، 2004).

وتعد أمراض القلب والجلطات القلبية من أهم مسببات الوفاة في العالم، فهي المسؤولة بصفة عامة عن ما بين 30 - 40% من نسبة الوفيات في العالم، بل وترتفع في بعض الأحيان، وخاصة في الدول المتقدمة لتصل إلى حوالي 40 - 50% من نسبة الوفيات، وبذلك تحتل هذه الأمراض المرتبة الأولى من حيث عدد الوفيات في العالم (شرف، 2005).

كما وتمثل أمراض القلب والجلطات مشكلة صحية ونفسية واجتماعية لعدد كبير من الأفراد (شرف، 2005) و(رضوان، 2002). كما ويعد الضغط النفسي والقلق عوامل سيكولوجية تؤثر على كيان الفرد البنيوي والنفسي، حيث يعملان على الحد من قدرات الفرد الجسمية والنفسية والعقلية، مما يحول بين الفرد وبين القيام بأعماله وواجباته بشكل سليم، كما أنها تفقد الفرد الاستمتاع بالحياة وإيجاد قيمة لها (chuls , 1990) كما ورد في (سالم ونجيب، 2002).

وترى الباحثة أن أهمية الدراسة الحالية تكمن في أهمية الجوانب والعوامل التي تتناولها في المجتمع، ومن هنا كانت أهمية تناول أمراض القلب والضغط النفسي والقلق باعتبارها من سمات العصر الحديث بالإضافة إلى كونها عوامل متداخلة مع بعضها البعض، وبما أن هذه العوامل قد تختلف من مجتمع لآخر باختلاف الثقافة الاجتماعية، لذا فإن الدراسة الحالية تناولت الجلطة القلبية وعلاقتها بالضغط النفسي والقلق من خلال عينة تمثل الثقافة السائدة في المجتمع الفلسطيني، كما هدفت الدراسة إلى إجراء مقارنة بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين في جنوب الضفة الغربية (بيت لحم والخليل).

### مشكلة الدراسة:

تحتل أمراض القلب والأوعية الدموية المرتبة الأولى في معظم دول العالم كمسبب رئيسي للوفيات في الآونة الأخيرة، وقد لوحظ زيادة إصابات فئات الأعمار الصغيرة من الشباب بهذا المرض إذ أصبح يشكل مشكلة عصرية مستعصية ومزمنة، وقد قامت دول كثيرة بالتصدي له عن طريق نشر الوعي الصحي واعتماد الوسائل الوقائية لوقف هذا الانتشار، وقد قام العلماء أيضا في هذا المجال بتحديد مجموعة من العوامل المسببة لهذا المرض بجوانبه المختلفة، إلا أنه في ازدياد مستمر، ولا يزال العلم يحاول تفسير العديد من الأسباب، ويسعى إلى الوصول لعلاج شاف وتام للعديد من الحالات وبالأخص الجلطة القلبية التي تشكل مشكلة قلق وهاجس لعدد كبير من الأفراد من مختلف الأعمار في جميع أنحاء العالم، فهي آخذة في الازدياد سواء من ناحية عدد الإصابات أو عدد

الوفيات. واليوم أصبح هناك اهتمام متزايد بالدور الذي تلعبه العوامل النفسية كمسببات وعوامل مساعدة للأمراض الجسمية بشكل عام وأمراض القلب والجلطات القلبية بشكل خاص، حيث أن الجهاز الدوري المتمثل في القلب والأوعية الدموية يعتبر المعبر الأول والأكثر تضررا من الانفعالات خاصة الضغط النفسي والقلق، واللذان أصبحا أكثر العوامل النفسية انتشارا نتيجة التغيرات السريعة والمتنوعة والتي أوجدتها تعقيدات الحياة العصرية، والتي أثرت سلبا وإيجابا على كافة القطاعات العمرية وعلى كافة الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية للأفراد، إذ أن الانفعالات السلبية لها أثر واضح ومباشر على النواحي الجسمية العضوية لدى الإنسان، وقد انتشرت الجلطات القلبية وأمراض القلب في فلسطين مؤخرا مثلها مثل بقية الدول المتقدمة ذات البيئات الحضارية بمشاكلها العصرية، إذ تعتبر نسبة انتشار هذا المرض في فلسطين من أعلى النسب مقارنة بالدول المجاورة، وبما أن المجتمع الفلسطيني له خصوصية باختلافه عن باقي المجتمعات حيث أنه يعاني من آثار نفسية سلبية عدة نتيجة العدوان الإسرائيلي المستمر والطويل، تعد هذه الدراسة من خلال عنوانها رسدا لمعرفة أثر ودور كل من الضغط النفسي والقلق في الإصابة بالجلطة القلبية أو انبثاق كل من الضغط النفسي والقلق من خلال الإصابة بالجلطة القلبية، وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في دراسة مقارنة للضغط النفسي والقلق لعينة من المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين في مدينة بيت لحم والخليل جنوب الضفة الغربية.

## أسئلة الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

### السؤال الأول:

ما درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية ؟

### السؤال الثاني:

ما درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية ؟

### السؤال الثالث:

هل هناك فروق في درجة الضغط النفسي والقلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين وفقا لمتغيرات: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، نوع العمل، التدخين، عدد السجائر، الإصابة بالمرض؟



## أهداف الدراسة:

تتلخص الأهداف الرئيسية للدراسة الحالية فيما يلي:

- 1- هدفت هذه الدراسة إلى دراسة مقارنة للمصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين وعلاقتها بالضغط النفسي والقلق.
- 2- بيان علاقة كل من الجنس، والعمر، ونوع العمل، والحالة الاجتماعية، والتدخين، وعدد السجائر والإصابة بالمرض، والإصابة وعدم الإصابة في ظهور الضغط النفسي لدى المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين.
- 3- هدفت الدراسة إلى بيان علاقة كل من الجنس، والعمر، ونوع العمل، والحالة الاجتماعية، والتدخين، وعدد السجائر، والإصابة بالمرض، والإصابة وعدم الإصابة في ظهور القلق النفسي لدى المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين.

## أهمية الدراسة:

- لقد عانى الشعب الفلسطيني كثيرا بسبب السنوات الطويلة التي عاشها تحت الاحتلال، وتعرض خلالها إلى التشرد والقتل من أرضه والاستشهاد والإصابة والإعاقة والاعتقال ومصادرة الأراضي وهدم المنازل وحرق واقتلاع المحاصيل الزراعية، والإغلاقات، مما أدى إلى فقدان لقمة العيش لدى البعض، وارتفاع نسبة البطالة وارتفاع نسبة العائلات التي تعيش تحت خط الفقر.
- فالعنف المبرمج ضد الشعب الفلسطيني اتضح بشكل جلي وواضح على كافة جوانب الحياة النفسية لكل أبناء وقطاعات الشعب الفلسطيني، فهناك ضغوط نفسية هائلة فردية وجماعية تمثلت في القهر والظلم الذي فرضه الاحتلال، حيث فاقت هذه الضغوط طاقة الاحتمال المعتادة لكثير من الناس، حيث أوجدت حالة من الإحباط والقلق والتوتر المستمر، مما أفقد الناس الاستمتاع بالحياة، وأوجد العديد من الإصابات بمجالات الاضطراب النفسي الذي يعتبر القلب أكثر أعضاء الجسم تأثرا وتعبيرا عنها، وقد أوضحت العديد من الدراسات أن التعرض للقلق والإجهاد النفسي المستمر ولمدة طويلة يزيد من مخاطر التعرض والإصابة بالجلطة القلبية ومرض تصلب الشرايين التاجية.
- وتتبع أهمية هذه الدراسة في كون مرض القلب واحد من أهم الأمراض التي يعاني منها العالم في الوقت الحاضر، ويكون الإصابة بالجلطة القلبية هي من أكثر الأمراض تأثيرا على الفرد والدولة معا ( كلينيك، 1998 ) و ( شرف، 2005 ).

- كما تتبع أهمية هذه الدراسة في معرفة الدور الذي تلعبه العوامل النفسية المتمثلة في القلق والضغط النفسي كعوامل مسببه ومساعدة للإصابة بالجلطة القلبية، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى دور كل من القلق والضغط النفسي في الإصابة أو في لعب دور مساعد في الإصابة.
- كما أن أهمية نتائج مثل هذه الدراسة ستكون مفيدة من النواحي العلاجية والتشخيصية، أي استخدام الطرق النفسية في العلاج إذ ما أشارت الدراسة إلى وجود عوامل نفسية مرافقة للإصابة للإسراع في عملية تماثل المرضى للشفاء، أو الكشف عن العوامل النفسية المرافقة كما هو الحال في برامج الوقاية من الأضرار التي يمكن أن تحدثها مثل هذه العوامل النفسية والانفعالية.
- وقد تساعد نتائج هذه الدراسة على بناء برامج توعية شاملة لهذه العوامل، تكون موجهة لجميع فئات المجتمع، بحيث يصبح الأفراد أكثر إدراكا لدور هذه العوامل النفسية وتأثيرها على الإصابة بالجلطة القلبية وأمراض القلب، حيث أنه كلما كان لدى الفرد وعي وإدراك حول العوامل الخطرة وذات الصلة أصبح لديه اهتمام للحد منها والتعامل السليم مع الضغوط.
- كما وقد تساهم نتائج هذه الدراسة لتكون حافزا لدى القائمين على معالجة مرضى القلب لاستخدام وسائل وأساليب علاجية نفسية جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي داخل المستشفيات.

#### محددات الدراسة:

تحدد هذه الدراسة الحالية بالعينة المستخدمة، حيث تم اختيار عينة قصدية من المصابين بالجلطات القلبية من مستشفى الحسين بمدينة بيت لحم، ومستشفى عالية بمدينة الخليل، وهي مستشفيات حكومية يتردد عليها عدد كبير من المواطنين، ومستشفى الأهلي بمدينة الخليل وهو مستشفى قطاع خاص كذلك تم اختيار عينة عشوائية من قطاعات المجتمع المختلفة، ومن مختلف الأعمار بحيث كانت هذه العينة من الأفراد غير المصابين بالجلطات القلبية، وقد كانت مماثلة لعينة المصابين.

أما الأدوات المستخدمة فتحدد في استبانة الضغط النفسي والتي تتكون من (46) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد: البعد النفسي، والبعد الجسمي، والبعد المعرفي، ومقياس القلق النفسي والذي يشتمل على مقياسين منفصلين فرعيين هما مقياس حالة القلق (State – Nnxiety) والذي يتكون من (20) فقرة تصف شعور الفرد في لحظة معينة من الوقت، أما مقياس القلق كسمة (Trait – Anxiety) فيتكون أيضا من (20) فقرة يهدف إلى وصف شعور الفرد بصفة عامة، بهدف دراسة مقارنة للمصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين.

وتحدد نتائج هذه الدراسة في الفترة الزمنية التي أجريت فيها وهي بين شهر آب 2005 م وحتى تشرين الثاني 2005 م.

## مصطلحات الدراسة:

### الجلطة القلبية ( احتشاء عضلة القلب ) ( Myocardial Infarction ):

هي انسداد في أحد الشرايين التاجية، الأمر الذي يؤدي إلى موت جزء من عضلة القلب بسبب عدم وصول الدم إليها، وما يتبع ذلك من انقطاع في الغذاء والأكسجين، وكنتيجة حتمية لذلك يتوقف هذا الجزء عن نشاطه الطبيعي ( كرم، 1999 ).

### عوامل الخطورة ( Risk Factors ):

مصطلح يقصد به أي صفة أو تصرف يزيد احتمال الإصابة بأمراض الشرايين التاجية ومضاعفاتها ( كلينيك، 1998 ).

### كوليسترول الدم ( Blood Cholesterol ):

هو كل الكوليسترول الموجود في الدم والذي يتكون من الكوليسترول الذي ينتجه الجسم ( الداخلي) بالإضافة إلى الكوليسترول الذي يرد الجسم من ( الخارج ) من خلال المواد الغذائية المحتوية على الدهون والكوليسترول، وكوليسترول الدم هو أحد العناصر المؤثرة في تصلب الشرايين التاجية والذي يؤدي بدوره إلى الإصابة بالذبحة القلبية والجلطة القلبية ( جونسون، 1996 ).

### تصلب الشرايين ( Atherosclerosis ):

هو ترسب الدهون والكوليسترول على جدار الشريان الداخلي، وهذا الترسب الداخلي يفقد الشريان مرونته ويضيق ممر الدماء فيه ( زينة، 2000 ).

### الأمراض السيكوسوماتية (Psychosomatic Disorders):

هي الأمراض التي يلعب فيها العامل الاجتماعي والعامل النفسي دورا أساسيا في نشأتها واستمرارها ( الشوربجي، ودانيال، 2002 ).

### الضغط النفسي ( Stress ):

هو العملية التي يتم من خلالها تصنيف الأحداث على أنها متحديّة، أو مهددة، أو مؤذية، والاستجابة لهذه الأحداث على المستوى النفسي والانفعالي والمعرفي والسلوكي، وهذه الأحداث في حد ذاتها قد تكون سلبية أو إيجابية، ولكن ما يعرف هذه الأحداث على أنها أحداث ضاغطة هي الاستجابة التي تؤدي تجاه هذه الأحداث ( Feildman ، 1989 ).

### القلق ( Anxiety ):

شعور من التوجس والخوف أو التوتر الذي ربما يرتبط بشيء أو يكون عاما لا يرتبط بشيء معين، فالفرد القلق يحمل أفكارا مزعجة حول مخاطر لا يعرف مصدرها، وعادة ما تكون مزيجا من

الأعراض الآتية: ضربات قلب سريعة، وضيق نفس، وأرق، وصعوبة في التركيز، وشعور بالتعب. (عسكر، 2003). والدراسة الحالية اعتمدت على الأخذ بالتعريف الإجرائي المعرب لسبيلبرجر (Spilberger) كما ورد في (الشاويش، 1991) حيث قسم القلق إلى:

- 1 - حالة القلق: وتشير إلى خبرة وقتية متغيرة مرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب.
  - 2 - سمة القلق: وتشير إلى ميل أو تهيؤ (هيئة) أو سمة ثابتة نسبياً في الشخصية.
- أما في هذه الدراسة فإن القلق سيعرف إجرائياً من خلال الدرجة المسجلة على مقياس القلق كحالة وسمة.

### القلب ( Heart ):

هو عضلة مجوفة كائنة في جوف الصدر تحتل المنصف ( Mediastin ) أي الناحية المتوسطة الواقعة بين الرئتين، يشبه هرمًا مثلثًا يسير محوره الكبير إلى الأمام والأيسر والأسفل وتتجه قاعدته إلى الورا والأيمن وتقع ذروته في الأمام والأيسر، شكله مخروطي، لونه أحمر يميل إلى الصلابة، وهو بحجم قبضة اليد ويزيد وزنه بازدياد السن، يبلغ في الرجل البالغ حوالي (270) غرام وفي المرأة (260) غرام (المط، 1989).

### مرض القلب ( Heart disease ):

هو أي مرض في القلب بما فيها أمراض العضلة القلبية والشرايين التاجية والصمامات القلبية، وأكثر أنواع هذا المرض حدوثاً هو ذلك المرض الناتج عن تصلب الشرايين التعضدي، والذي يؤدي إلى الذبحة الصدرية والجلطة القلبية (جونسون، 1996).

### العضلة القلبية ( Myocardium ):

هي الطبقة العضلية في تركيب جدار القلب، وتتكون من نسيج عضلي خاص، يدعى نسيج عضلة القلب ( Myocardium ) وهي عبارة عن عضلات خاصة مخططة لا إرادية في عملها الوظيفي (الحجاوي، 2004).

### الشرايين التاجية ( Coronary Arteries ):

هي الأوعية الدموية التي تحمل وتنقل الدم الغني بالأكسجين والعناصر المغذية إلى القلب، عندما تضيق هذه الشرايين التاجية بفعل مرض تصلب الشرايين التعضدي، يمكن أن تحدث الذبحة الصدرية والجلطة القلبية، ويعرف أي مرض في هذه الشرايين بمرض الشريان التاجي في القلب (جونسون، 1996).

### السكري ( Diabetes ):

هو مرض مزمن، وهو ناشئ عن نقص في إنتاج هرمون الأنسولين أو عدم قدرة الجسم على إنتاجه بالمرة، حيث يؤدي إلى ارتفاع نسبة الدهون والجلوكوز في الدم بحيث لا يتمكن الجلوكوز (السكر) الموجود في الدم من النفاذ إلى داخل الخلايا للاحتراق وإعطاء الطاقة التي يحتاجها الجسم فيتراكم

في الدم دون الاستفادة منه، ويرتفع بذلك مستواه (الجلوكوز) عن معدله الطبيعي.  
(الحسيني، 1991).

### السمنة ( Obesity ):

هي تراكم متزايد وتخزين الشحم الجسدي، وتعرف بأنها تساوي على أقل تقدير 20% أكثر من الوزن المثالي للجسم، أو أكثر من 30% من الشحم الجسدي لدى النساء، وأكثر من 23% من الشحم الجسدي لدى الرجال ( جونسون، 1996 ).

### ضغط الدم ( Blood Pressure ):

هو التردد الحاصل في جدران الشرايين الناتج عن انقباض وانبساط عضلة القلب  
( الناجي، والصفدي، 2005 ).

### الهرمونات ( HORMONES ):

هي مواد كيميائية تفرزها الغدد الصماء ( كالغدة النخامية والدرقية والأدرينالية والغدة المجاورة للدرقية والصنوبرية والجنسية والتموسية )، فتتناسب في مجاري الدم، وتعمل على تنظيم الكثير من الوظائف الجسمية والعقلية، وتؤثر في الحالة المزاجية للفرد، وفي شخصيته وفي مسار نموه  
(العيسوي، 1997).

### الوراثة ( Heredity ):

هي انتقال الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء عن طريق الجينات ( Genes ) والتي تشكل الصفات التي يرثها الفرد من خلال التفاعل والاتحاد بين عدد من المورثات، ويؤلف مجموعها النمط الداخلي للفرد، ومن مجموع المورثات يتحدد الأساس الهام للفردية ( الزعبي، 1994 ).

### الجهاز العصبي المركزي ( Nervous System ):

هو مجموعة من الخلايا العصبية التي تعمل على إرسال إشارات كهربائية وتلقيها، وهي شبكة معقدة تؤمن الاتصال بين الجسم والدماغ، ويتألف من جهازين رئيسيين: الجهاز العصبي المركزي الذي يشمل الدماغ والنخاع الشوكي، والجهاز العصبي المحيطي تحت الأعصاب المحيطة من النخاع الشوكي، ويحتوي كل جهاز على ثلاثة أنواع من الأعصاب: الأعصاب المستقلة، والأعصاب الحركية والأعصاب الحسية ( كلينك، 2000 ).

### نمط السلوك (A) ( Type Behavior ):

طائفة من التصرفات التي تصدر عن الفرد، وتكشف عن مزاج ذي خصائص شخصية محددة، افتراض أنها ترتبط بالقابلية للإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب، ويقابله النمط ( B ) الذي يتسم بالهدوء، ويتسم أصحاب السلوك من نمط ( A ) بالعدوانية، والطموح، والمنافسة، والانشغال الزائد بالإثم، وعدم الصبر، وعدم الاستقرار، وتوتر العضلات وغيرها من الصفات السلبية.

## الفصل الثاني

الأدب التربوي والدراسات السابقة

أولا - الأدب التربوي المتعلق بالقلب

ثانيا - الأدب التربوي المتعلق بضغط النفسي والقلب

ثالثا - الأدب التربوي المتعلق بقلق النفسي والقلب

الدراسات السابقة

1 . الدراسات الأجنبية

2 . الدراسات العربية

## الفصل الثاني

### الأدب التربوي والدراسات السابقة

يحتوي هذا الفصل عرضاً للأدب التربوي المتعلق بالقلب والضغط النفسي، والقلق النفسي ومن ثم الدراسات الأجنبية والعربية ذات العلاقة بالموضوع.

#### أولاً - الأدب التربوي المتعلق بالقلب:

يعد القلب هو العضو الحساس الذي يجسد في ضرباته شعور الإنسان العاطفي، يميز علاقاته الاجتماعية ويدل على نضارة الجسم وحيويته، وهو عضلة صغيرة لإرادية حركتها عنوان الحياة وبالتالي فإن سكونها يعني فقدان كل شيء، وأي توقف في جريان الدورة الدموية بين القلب والدماغ وكثافة أنحاء الجسم يمكن أن يعرض الإنسان لخطر محقق (الصفدي، حويج والعماد، 2001). وقد عبر الشعراء والكتّاب عبر عصورهم المتفاوتة عن القلب على أنه مستقر للعواطف، أما بالنسبة للأطباء والعلماء، ممن هم بعيدون عن الشعر والأدب فهو مجرد مضخة عضلية تزود الرئتين وبقية أطراف الجسم بالدم، ويعتبر مرضه أعم وأخطر وضع صحي يواجه الفرد (ويستكوت، 2000). وتشير إحصائيات مؤسسة القلب البريطانية والمشار إليها في (ويستكوت، 2000). إلى أن هناك شخصاً ما في مكان ما من المملكة المتحدة يتعرض لنوبة قلبية كل دقيقتين، وهذا من شأنه أن يوصل الرقم إلى 300.000 شخص كل عام، وتقدر جمعية القلب الأمريكية أن هناك شخصاً من كل خمسة رجال أو خمس نساء يعاني من مرض ما في قلبه، أي ما مجموعه (75 مليون شخص).

وأشار كرم (1999). إلى أن أمراض القلب والشرابيين هي المسؤول الأول والأخير عن وفيات الرجال الذين تخطوا الخامسة والأربعين من العمر والنساء اللواتي تجاوزن الخامسة والستين، كما أنها تشكل أهم عوامل العجز المبكر وتثقل كاهل المجتمع بأعباء اقتصادية ثقيلة، ولا شك في أن الالتزام بنظام صحي سليم والإقلاع عن التدخين ومراقبة سائر عوامل الخطر يسهم إلى حد بعيد في إعاقة تطور هذا المرض أو كبح جماحه قبل أن يعيث ويؤذي الجسم ويؤثر في الحياة. كما وتعد أمراض القلب من أكثر الأمراض تكلفة للفرد والمجتمع على حد سواء؛ فقد قدرت جمعية القلب الأمريكية أنه في العام (1993) كلفت الأمراض القلبية بجميع أشكالها اقتصاد الدول (117.4) بليون دولار (كلينيك، 1998).

وتصيب أمراض القلب (Heart Diseases) جميع الأعمار: الأطفال والشباب والشيوخ ذكورا وإناثا في أي مرحلة من مراحل العمر حسب طبيعة المرض ونوعه وحدوثه والبيئة والمحيط، كل ذلك له تأثيرات تسبب هذه الأمراض (الأمراض القلبية) إضافة إلى طبيعة المناخ وطبيعة الغذاء وطبيعة العمل وأهم هذه الأمراض (زينة، 2000).

### مرض الشريان التاجي (Coronary Heart Disease):

يعد مرض الشريان التاجي أو مرض القلب مصطلح يستخدم في بعض الكتب الطبية للدلالة على عدة اختلالات أهمها: انسداد الشريان التاجي، وهبوط القلب، والذبحة الصدرية، وآلام في الصدر تحدث بعد المجهود البدني أو الضغوط الانفعالية، وعلى الرغم من أن البعض ينظر إلى مرض الشريان التاجي على أنه مرض طبي في المقام الأول إلا أن هناك إشارة إلى دور التوترات الانفعالية في تفاقم وزيادة الأعراض الطبية، فالأفراد المعرضون للإصابة به يرثون الميول البيولوجية التي ربما تتفاعل فيما بعد مع العوامل البيئية والغذائية والفسولوجية المختلفة لإحداث مرض القلب، وعلى الرغم من أن مرض الشريان التاجي قد عرف منذ زمن بعيد، إلا أنه خلال العقدين السادس والسابع من القرن العشرين ظهرت كشوفات مثيرة تعد حديثة في حينها، تجعل من الضروري تضمين مرض الشريان التاجي ضمن كتب علم النفس المرضي، وقد وصفت هذه الاكتشافات على يد دنبار (1959). التي ذكرت أن سمات الشخصية تعمل بوصفها عوامل مهينة للانسداد التاجي والجلطة القلبية (عسكر، 2003).

ويعتبر القلب أهم عضو في الجسد الإنساني (الشريف، 1990). وهذا ما أرسخه المولى عز وجل في كتابه الكريم، فقد ذكر - الله سبحانه وتعالى - في القرآن الكريم القلب، كعضو هام في الجسد الإنساني، وبين ماله من تأثير وأثر في النفس والجسم، وقد جاء ذلك في عدة آيات منها:

- قوله تعالى: (الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ) صدق الله العظيم (سورة الرعد، آية 28).

- قوله تعالى: (أَفَلَمْ يَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَتَكُونَ لَهُمْ قُلُوبٌ يَعْقِلُونَ بِهَا أَوْ آذَانٌ يَسْمَعُونَ بِهَا فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى الْأَبْصَارَ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبَ الَّتِي فِي الصُّدُورِ) صدق الله العظيم (سورة الحج، آية 46).

- قوله تعالى: (رِجَالٌ لَا تُلْهِيهِمْ تِجَارَةٌ وَلَا بَيْعٌ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَإِقَامِ الصَّلَاةِ وَإِيتَاءِ الزَّكَاةِ يَخَافُونَ يَوْمًا تَتَقَلَّبُ فِيهِ الْقُلُوبُ وَالْأَبْصَارُ) صدق الله العظيم (سورة النور، آية 37).

- قوله تعالى: (إِذْ جَاءَكُمْ مِّنْ فَوْقِكُمْ وَمِنْ أَسْفَلَ مِنْكُمْ وَإِذْ زَاغَتِ الْأَبْصَارُ وَبَلَغَتِ الْقُلُوبُ الْحَنَاجِرَ وَتَظُنُّونَ بِاللَّهِ الظُّنُونَ) صدق الله العظيم (سورة الأحزاب، آية 10).

- قوله تعالى: (وأُنذِرهم يوم الأُزفة إذ القلوب لدى الحناجر كاظمين ما للظالمين من حميمٍ ولا شفيعٍ يطاع) صدق الله العظيم (سورة غافر، آية 18).
- قوله تعالى: (فبما رحمة من الله لنت لهم ولو كنت فظاً غليظ القلب لانفضوا من حولك فاعف عنهم واستغفر لهم وشاورهم في الأمر فإذا عزمت فتوكل على الله إن الله يحب المتوكلين) صدق الله العظيم (سورة آل عمران، آية 159).
- قوله تعالى: (واصبر نفسك مع الذين يدعون ربهم بالغداوة والعشي يريدون وجهه ولا تعد عيناك عنهم تريد زينة الحياة الدنيا ولا تطع من أغفلنا قلبه عن ذكرنا واتبع هواه وكان أمره فرطاً) صدق الله العظيم (سورة الكهف، آية 28).
- قوله تعالى: (ومن الناس من يعجبك قوله في الحياة الدنيا ويشهد الله على ما في قلبه وهو ألد الخصام) صدق الله العظيم (سورة البقرة، آية 204).
- قوله تعالى: (وإن كنتم على سفرٍ ولم تجدوا كاتباً فرهانٍ مقبوضةً فإن أمن بعضكم بعضاً فليؤدِّ الذي أؤتمن أمانته وليتق الله ربه ولا تكتموا الشهادة ومن يكتمها فإنه آثم قلبه والله بما تعملون عليم) صدق الله العظيم (سورة البقرة، آية 283).
- قوله تعالى: (يا نساء النبي لستن كأحدٍ من النساء إن اتقين فلا تخضعن بالقول فيطمع الذي في قلبه مرضٌ وقلن قولاً معروفاً) صدق الله العظيم (سورة الأحزاب، آية 32).
- قوله تعالى: (ومآ أصاب من مصيبةٍ إلا بإذن الله ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شيءٍ عليم). صدق الله العظيم (سورة التغابن، آية 11).

فالقلب هو تلك المضخة الحيوية الناشطة التي تعمل دون كلل أو ملل طوال عمر الإنسان، كان دوماً ومازال أهم عضو يحويه جسم الإنسان، فيه تختزن الانفعالات ومنه تنطلق الأحاسيس، ومنذ فجر التاريخ كانت أمراض القلب الدموية تسبب حصد أرواح العديد من الناس (رفعت، 1991).

وقد ألم قدماء المصريين بالكثير عن القلب وتشريحه، كما عرفوا عن القلب بعض خصائصه فكانوا يقولون عن النبض: إن القلب يتكلم، وعن نبض الرقبة: إن العنق يتكلم، ولكنهم لم يدركوا الدورة الدموية، كما عرفوا بعض أمراض الشرايين فوصفوا ما يبدو أنه الذبحة الصدرية، ووصفوا خطورتها بالمريض شاحب الوجه الذي يشكو من المعدة ومن آلام في ذراعيه وصدره حيث رأى أنه مهدد بالموت، وقد استعملوا علاجاً لها ولهبوط القلب الذي أشاروا إليه ووصفوه، كما قاموا باستعمال بعض علاجات القلب والتي مازالت تستخدم إلى هذا اليوم (الشريف، 1990).

## أنماط مرض القلب:

- إن عملية تشخيص مرض القلب عملية معقدة، ففي المقام الأول قد يجتمع أكثر من نمط من أنماط أمراض القلب الوعائي ومنها:
- قصور القلب: إن مصطلح قصور القلب يثير الرعب، وقصور القلب يعد من المشاكل الخطيرة ولكنه لا يعني أن القلب قد توقف عن العمل كلية، فقصور القلب يعني أن القلب لا يقدر على ضخ كمية كافية من الدم تفي باحتياجات الجسم.
  - الانسداد التاجي والأزمة القلبية: إن أكثر من (6) ملايين أمريكي يعانون أعراضاً سببها مرض الشريان التاجي، وهو من أكثر الأنماط انتشاراً، ويتسبب في زيادة الوفيات والعجز والخسارة الاقتصادية أكثر من أي نمط آخر من أمراض القلب.
  - مرض الشريان التاجي: الشرايين التاجية هي الجهاز الدوري للقلب نفسه؛ فهي تغذي القلب بالدم والأكسجين.
  - التصلب العصيدي (تصلب الشرايين): الشرايين السليمة تكون قابلة للثني وقوية ومرنة والطبقة الداخلية للشرايين تكون ملساء لتسمح للدم بأن يتدفق بحرية، وبتقدم العمر تصبح الشرايين أكثر سماكة، وأقل مرونة، ويزداد محتواها من الكالسيوم، ويعتقد أن هذا التصلب يحدث في كل موضع من الجهاز الشرياني الرئيسي (كلينيك، 1998).
  - الحمى الروماتيزية: تصيب القلب في سن الطفولة بعد الخامسة من العمر، وكذلك في سن الشباب، حيث تؤثر على صمامات القلب أساساً وعلى عضلته وعلى غشاء التلمور في بعض الأحيان، وتنتهي هذه الحمى بالإصابات الروماتيزية وهي غالباً إصابات متكررة.
  - أمراض غشاء التلمور: يصاب هذا الغشاء بالتهابات مختلفة تسبب آلاماً في منتصف الصدر وإن كان لها خصائص تميزه عن آلام الذبحة الصدرية، وقد يتبع هذا الالتهاب رشح بذلك الكيس حيث يصل إلى كميات كبيرة أحياناً بحيث تضغط على القلب وتمنعه من الانبساط الكامل لاستقبال الدم الوارد إليه من أعلى الجسم ومن أسفله فيحتقن الوجه والرقبة ويحتقن الكبد والأطراف، ولا تشفى هذه الأعراض إلا بسحب السائل عن طريق إبرة تصل مباشرة إلى تجويف التلمور (عبد الله، 2004).

هذا ويخزن القلب طاقة احتياطية، وهي عبارة عن قدرة القلب على ضخ كمية أكبر من الدم والأكسجين والمغذيات وبالتالي يلجأ إليها عندما يطلب منه الجسم مجهوداً أكبر من عمله المألوف وتسمى هذه الطاقة الاحتياطية احتياطي القلب (Myocardial Reserve)، يحدث القصور في القلب أو الهبوط (Heart Failure) عندما يستنفذ القلب طاقته الاحتياطية، وعند الإصابة بأي مرض سواء كان مرضاً قلبياً أو خارج القلب، فإن احتياجات الجسم من المغذيات والأكسجين تزداد لتلبية

متطلبات المرض، وبهذا يحتم على القلب أن يزيد من عمله كي يجاري هذه المتطلبات، ولكن الطاقة الاحتياطية لها حدود، عندما يتم تعديها يصبح القلب غير قادر على تلبية متطلبات الجسم من أكسجين ومغذيات، ومن هنا يحدث قصور القلب الذي قد يكون حادا يسبب الذبحة القلبية الحادة أو الجلطة، أو تضيق بعض صمامات القلب، أو الالتهاب في العضل القلبي، آخذين في عين الاعتبار أنه عندما يقصر القلب ينخفض مأخوذ الأكسجين والمغذيات من أنسجة الجسم، فتقصر بدورها عن القيام بعملها المطلوب، ولعل أهم الأنسجة أو الأعضاء التي تكون عرضة للتقصير الرئتان والكبد والكلى (الصايغ، 1993).

وعندما تدوم الضغوط النفسية أو تصبح شديدة فإن الفرد يغمر تحت هذه الضغوط، وبالتالي تصبح وظائفه في أدنى مستوى لها، وأخيرا يقود ذلك إلى انهيار كامل في قدرته العضوية على التأقلم أو التكيف وهذه الحالة يشار إليها بمصطلح ( De - compensation ). إن شدة الضغط النفسي تعتمد على عاملين أساسيين هما:

أولا - المتطلبات التكيفية وقدرة الفرد على تحمل الضغط.

ثانيا - مدى توافر مصادر الدعم للتأقلم مع المتطلبات التكيفية ( Feldman ,1989 ).

فقد أشار لوفالو وآخرون ( Lavallo et al.,1985 ) ومن خلال دراساتهم في هذا الميدان إلى حدوث تغيرات هامة في مراكز التحكم العصبي في الغدد الصماء والدهون والأوعية الدموية القلبية، تجعلها في غير معدلاتها الطبيعية عند تعرض الأفراد لإثارة انفعالية منفردة. كما أن أنماط التكيف الجسمية والعصبية، سواء كان تكيفا سلبيا أو تكيفا ايجابيا مرتبطة بإثارة سيمبثاوية معمة، تتمثل في زيادة تركيز الأحماض الدهنية والكورتيزون والهرمونات الأدرينالية في الدورة الدموية.

وتعد (الجلطة القلبية) والذبحة الصدرية والخناق الصدري مجموعة أسماء لمتناذرة واحدة (Syndromes) أصبحت حوادث عادية نسمع عنها هنا وهناك، وتهتم بها كل أسرة من خلال وقوع أحد الأصدقاء أو المعارف أو زملاء العمل أو الجيران أو أحد أفراد الأسرة فريسة لها (بستاني وآخرون، 1994).

فعندما تضيق الشرايين التاجية التي تحيط بالقلب وترويه بالدم، ويبلغ هذا الضيق حد الانسداد بسبب ترسب الكولسترول والضغط النفسي الذي يفقد الشرايين مرونتها ويضيق مجرى الدم فيها، لا تجد عضلة القلب ما تحتاج إليه من أكسجين فتختنق، وتكون آلام اختناقها مروعة تشبه آلام الذبح ، لهذا سميت بالذبحة الصدرية، وبذلك تكون الذبحة الصدرية وتصلب الشرايين التاجية هي بداية ومقدمة للإصابة بالجلطة القلبية في ( طاهر، 1993 ).

أما النوبة القلبية (احتشاء القلب) فيكون الاحتشاء القلبي نتيجة حتمية لحرمان كامل حاد ومفاجيء للعضلة القلبية، أو لجزء منها من الدم والأكسجين؛ بسبب انسداد شرايين القلب التاجية الإكليلية

بجلطة دموية في أغلب الأحيان، ويؤدي ذلك إلى احتشائها أو نخرها أو موتها في درجات مختلفة في العمق والاتساع (بسطامي، حمادنة، سعادة، عبد الوهاب، القواسمي، 1994).

ويوضح شرف (2005). أن المقصود بالجلطة هو تجلط الدم في أحد الشرايين، فإذا ما كبرت كمية الدم المتجلط فإنه يؤدي إلى انسداد الشريان؛ فإذا ما حدث هذا الانسداد في أحد الشرايين المرتبطة بالقلب مباشرة فإنه يؤدي غالبا إلى الوفاة المفاجئة، وغالبا ما تبدأ الجلطة في أحد شرايين الساق تكون في بدايتها صغيرة بحيث لا يشعر بها الشخص ثم تتحرك إلى أعلى حتى تصل إلى أحد شرايين الفخذ، ثم تواصل سيرها في اتجاه القلب، ويزداد حجمها وتشتد خطورتها حتى إذا ما وصلت إلى الشريان التاجي فإنها تسده وتؤدي إلى حدوث الوفاة.

ويشير العزاوي (1993). إلى أن الجلطة القلبية من الأمراض الخطرة لما تؤول إليه في أكثر الأحيان إلى نتائج خطيرة، إذ أن هذا المرض من الأمراض التي يجب أن تحارب حربا عامة يوضع في الحساب الانتصار، و فقط الانتصار عليها. ولما كانت حالات الجلطة في تزايد مستمر بالرغم من التحسن الحاصل في الظروف المعيشية والبيئية وخاصة في الدول المتقدمة بل وحتى في الدول النامية، فإن نسبة الإصابة بها وبأمراض القلب عموما في تزايد مستمر يوما بعد يوم.

ويرى العزاوي ( 1993 ). بأن جميع المسائل والأفكار السلبية والأحاسيس قد تذوب وتتضاءل وتنتهي عندما تظهر المبررات والحلول المنطقية والعقلانية لمرضى القلب، خاصة عندما يجد (مرضى القلب) حولا لمسائلهم الصحية وتبريرا لمعاناتهم النفسية بصورة علمية منطقية مقنعة وعلاجا مناسباً لآلامهم خاصة عندما يقع بين أيديهم ما يقر أون، وحتى تكون الصورة واضحة أمام مرضى القلب وغيرهم، فلا بد من الإشارة إلى بعض الحقائق.

### **حقائق عن تصلب الشرايين (Atherosclerosis):**

يحدث مرض تصلب الشرايين بسبب تغييرات فسيولوجية في الأوعية الدموية، يترتب عليها ترسب مادة الكولسترول الدهنية تحت الغشاء الأملس المبطن لأحد الشرايين مما يؤدي إلى تفرح هذا الغشاء فوق الجزء الذي حدث فيه الترسيب، مما يؤدي إلى خشونة الجدار الداخلي للشريان، وتساعد هذه الخشونة بدورها على تجلط الدم تدريجيا حتى تتكون منه جلطة تسد الشريان وتمنع وصول الدم إلى أجزاء الجسم التي تتغذى منه فتضمحل وتصاب بالشلل ( شرف، 2005 ).

وهناك بعض الحقائق التي يمكن الإشارة إليها:

- 1 - يصاب الرجال بنسبة أكبر من النساء قبل سن اليأس فتكون النسبة ( 1 - 10 ) بينما تتساوى فرص الإصابة بعد سن اليأس.
- 2 - تزداد الإصابة مع تقدم العمر خصوصا بعد سن (55) سنة.
- 3 - تحدث الإصابة في بعض الشرايين في الجسم أكثر من غيرها ، أهمها : الشرايين التاجية، وشرايين الدماغ، وشرايين الأطراف (الساقين) في (رفعت، 1988).
- 4 - إن هناك علاقة مباشرة تربط بين شخصية الفرد وسلوكه من جهة، ومرض تصلب الشرايين من جهة أخرى.
- 5 - إن الإصابة بمرض تصلب الشرايين أو الموت المفاجئ تبقى ممكنة في بعض الأحيان حتى في غياب عوامل خطر محددة.
- 6- هذا الداء الخطير تخطى حدود الحالة المرضية الناجمة عنه ليتوسع ويزداد حدة، فلا يسكن له ساكن إلا إذا ما انتهى به المطاف إلى الوفاة المفاجئة (كرم، 1999).

**العوامل التي تحسن من فرصة الوصول إلى نتيجة مرضية بعد الأزمة القلبية:**

صغر السن، وعدم الإصابة بأزمة قلبية سابقة، وعدم تكرار حدوث الألم في القلب، وضغط دم طبيعي وعدم وجود قصور القلب، وعدم وجود اضطرابات في نظم القلب، وعدم وجود مرض السكري ، وعدم التدخين، ووزن جسم طبيعي (كلينيك، 1998).

إن معظم الذين يبقون على قيد الحياة لمدة ساعتين من بدء إصابتهم بالأزمة القلبية سوف يشفون ، ولكن هناك مضاعفات محتملة وحوالي 7% - 12% من الذين أصيبوا بالأزمة القلبية يموتون أثناء وجودهم في المستشفى، إلا أن هذه المعدلات تتناقص الآن نتيجة توافر الطرق العلاجية الحديثة، وحوالي 5% - 15% من الذين ينجون ويغادرون المستشفى يموتون في السنة الأولى بعد الأزمة القلبية، وحوالي نفس النسبة يصابون بأزمة قلبية أخرى في السنة التالية (كلينيك، 1998).

وحتى يستطيع الفرد فهم آلية عمل الجهاز الدوري والعلاقة بينه وبين القلق والضغط النفسي فلا بد من إلقاء نظرة ولو بسيطة على الجهاز الدوري وتركيب القلب.

### **الجهاز الدوري (Cardiovascular System):**

يتميز الجهاز الدوري ( والمسمى أيضا بالجهاز القلبي الوعائي ) بأهمية خاصة لاعتماد جميع أنسجة الجسم وأعضائه في أداء وظائفها عليه، ويعتبر الجهاز الدوراني جهازا مغلقا حيث يجري الدم من القلب إلى الشرايين.

## وظائف القلب والجهاز الدوري:

يمكن إيجاز وظائف القلب والجهاز الدوري فيما يأتي:

- 1 - نقل الأكسجين من الرئتين إلى خلايا الجسم.
- 2 - نقل ثاني أكسيد الكربون من الخلايا إلى الرئتين ثم إلى الخارج.
- 3 - نقل العناصر الغذائية من مستوى الأمعاء إلى الكبد، ثم إلى مختلف أجزاء الجسم وخلاياه.
- 4 - نقل نواتج استقلاب هذه العناصر الغذائية من أماكن إنتاجها عند مستوى الخلايا إلى أماكن التخلص منها وطرحها للخارج، ولا سيما المرارة والرئتين والجلد والكلية.
- 5 - الحفاظ على توازن السوائل، حيث يعمل الجهاز الدوري على نقل السائل الفائض في الأنسجة إلى الكليتين والغدد العرقية لطرحه خارج الجسم (الناجي، والصفدي، 2005).

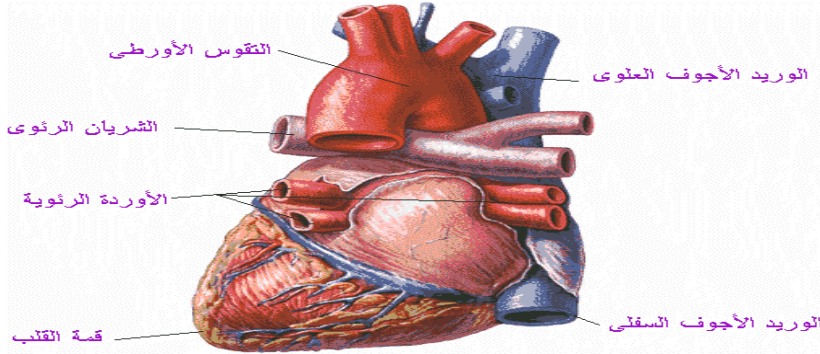
## التركيب الفيزيولوجي للقلب:

### تشريح القلب (Anatomy of cardiovascular):

يتكون القلب من كتلة عضلية كبيرة، جدرانه مكونة من نسيج عضلي خاص يدعى عضلة القلب ، وهذه العضلة لها القدرة على الانقباض من (60 - 80) قبضة في الدقيقة الواحدة بالنسبة للشخص البالغ (زينة، 2000). وتكسو هذه العضلة من الداخل بطانة من الخلايا المسطحة تسمى غشاء القلب الداخلي، وهي تلامس الدم داخل القلب مباشرة، أما القلب من الخارج فيغطيه غشاء معقد التركيب يسمى غشاء التلمور (Pericard) ويتكون هذا الغشاء من جزء خارجي متين يحمي القلب ويقيه أيضا في مكانه الصحيح، ومن جزء داخلي رقيق يسمح لعضلة القلب بالحركة الحرة الكافية للقيام بعملها (زينة، 2000). يبلغ حجم قلب الإنسان البالغ حجم قبضة اليد ويتراوح ويغني بين (300 - 500) غرام والقلب عضو مجوف يقسمه جدار متوسط إلى نصفين ، الجهة اليسرى من القلب هي الأكثر قوة من الناحية العضلية، نظرا لأنها المسؤولة عن ضخ الدم إلى جميع أنحاء الجسم، أما الجهة اليمنى فتضخ الدم إلى الرئتين حيث يؤكسد ويحول جدار القلب دون اختلاط الدم المؤكسد بالدم الوريدي، ويحتوي كل نصف من نصفي القلب على جوفين، يعرف الجوفان العلويان بالأذنين والجوفان السفليان بالبطينين، وبين كل أذين وبطين في نفس الجهة ثقب محاط بحلقات شبيهة بالوترات تسمح للدم بالمرور في اتجاه واحد فقط، تعرف هذه الحلقات بالصمامات القلبية ، وتتولى تسيير الدم في الاتجاه الصحيح دائما من الأذين إلى البطين، ويقع القلب بين الرئتين ويستند إلى الحجاب الحاجز (الحسيني، 2004).

وشكل القلب كحبة الأجاص المقلوبة يتمركز في الصدر مائلاً قليلاً نحو اليسار، ويوجد فيه أربع حجرات: اثنتان علويتان وتدعى الأذنين، واثنتان سفليتان وتدعى البطينان، والنبضات القلبية عبارة عن التقلص والاسترخاء لعضلة القلب، والتي يتم خلالها ضخ حوالي (3-5) لترات من الدم في

الدقيقة الواحدة، وتتغذى عضلة القلب من الأوعية الدموية المحيطة بها، وأي انسداد بها يؤدي إلى الوفاة، والشكل التالي يوضح بعض الشرايين (عبيد، 1992).



ويشبه القلب صرحا مثلثا يسير محوره الكبير إلى الأمام والأيسر والأسفل، وتتجه قاعدته إلى الورااء والأيمن، وتقع ذروته في الأمام والأيسر، شكله مخروطي، قوامه مائل إلى الصلابة ، لونه أحمر، ويزيد وزنه بازدياد السن، ويبلغ وزنه أقل من ( 1% ) من الوزن الكلي للجسم وهو نسيج عضلي وشبكة طولها 60000 ميل من الأوعية الدموية (المط، 1989).

يدق القلب بمتوسط (72) دقة في الدقيقة الواحدة في الشخص البالغ السليم أثناء الراحة ، أي حوالي (104000) دقة في اليوم أو حوالي ( 2.5 ) بليون دقة طوال الحياة، حيث أن عشرات الملايين من لترات الدم التي يضخها القلب طوال عمر الإنسان أمر يفوق إدراك العقل البشري واستيعابه، وقد يضطر القلب إلى أن يضخ من ( 4 - 7 ) أضعاف كمية الدم التي يضخها إذا تعرض لأي ضغط أو أي تهديد جسدي أو نفسي (كلينيك، 1998). ورغم أن حجم القلب لا يتجاوز حجم قبضة اليد إلا أنه ينقبض وينبسط أكثر من (100000) مرة في اليوم، يدفع خلالها (7000) لتر من الدم عبر شبكة معقدة من الأوعية الدموية يصل طولها إلى (مئة وثلاثين ألف كيلومتر) تنتشر عبر جسم الإنسان ويستطيع القلب كما يذكر كتاب (Fighting Heart Disease) أن يملأ بالدم قاطرة طولها (عشرة) كيلومترات خلال (60) سنة، كما ينتج القلب طاقة تستطيع أن تجر شاحنة حول العالم مدة أربع سنوات (باشا، 1998).

وتقوم الشرايين والأوردة في الجسم بنقل الدم الذي يدفعه القلب من وإلى جميع أجزاء الجسم فالشرايين تحمل الدم بعيدا عن القلب، والأوردة تعيد الدم من أنسجة الجسم إلى القلب. (كلينيك، 1998).

ويؤدي القلب بشكل مستمر ومتناوب نوعين من الحركة : الانقباض والانبساط؛ الانقباض : هو حركة تقلص تطرد الدم من القلب، والانبساط: هو حركة توسع يمتلئ فيها القلب بالدم الذي يصبه الوريد.

## أهم شرايين القلب:

- الشريان الأبهرى (الأورطي) (Aorta Artery): وهو أول ما يتفرع من القلب، ووظيفته ضمان انسياب الدم إلى مختلف أنحاء الجسم، حيث يتوسع أثناء الانقباض القلبي (الناجي والصفدي، 2005).
- الشرايين التاجية (الإكليلية) (Coronary arteries): وهي الشرايين التي تغذي عضلة القلب، وهما شريانان أساسيان (التاجي الأيمن، والتاجي الأيسر)، وهما أول ما يتفرع من الشريان الأبهرى عندما يترك القلب، وقد سميا التاجيان لأنهما يحيطان بالقلب كالتاج (العزاوي، 1993).
- وتوجد في القلب أربع صمامات تتحكم في اندفاع الدم في اتجاه واحد وتمنع رجوعه وهي:
1. الصمام الإكليلي: يوجد بين الأذين الأيسر، والبطين الأيسر ويسمح للدم بالمرور من الأذين إلى البطين ويمنع عودته من البطين إلى الأذين.
  2. الصمام الثلاثي: صمام يفصل الأذين الأيمن عن البطين الأيمن، يسمح بمرور الدم من الأذين الأيمن إلى البطين الأيمن.
  3. الصمام الأبهرى: يوجد عند فتحة الشريان الأورطي، ويفصل البطين الأيسر عن الصمام الأبهر.
  4. الصمام الرئوي: يوجد عند فتحة الشريان الرئوي، يفصل البطين الأيمن عن الشريان الرئوي (بسطامي، حمادنة، سعادة، عبد الوهاب، القواسمي، 1994).

## وظيفة القلب والأوعية :

الوظيفة الأساسية للقلب والأوعية الدموية هي توريد الأكسجين والمواد الغذائية (الجلوكوز، والبروتين، والأحماض الأمينية، والأحماض الدسمة) إلى أعضاء الجسم وتخليصها في الوقت ذاته من نواتج النشاط الحيوي للخلايا (ثاني أكسيد الكربون، ونواتج تفكك البروتينات وغيرها) تجري عملية التمثيل الغذائي في معظم أنسجة الجسم، بصورة نشيطة جدا، وهي تترافق بفقد للأوكسجين (نتيجة تأكسد المركبات المختلفة) (يفيغني، 1994). ويقوم القلب بعمل مضخة ماصة وكابسة تستمد طاقتها من العضلة القلبية نفسها، وتعمل هذه المضخة بكفاءة عالية جدا من أجل تأمين حركة الدم ضمن الأوعية الدموية ليصل إلى كل عضو في جسم الإنسان (زينة، 2000). و (الحسيني، 2004).

وفي الظروف العادية يحتاج القلب إلى (5) لترات من الدم في الدقيقة الواحدة، محملة بالعناصر الغذائية والأكسجين من الأمعاء والرئتين، حيث يقوم بإنتاج الطاقة اللازمة للقيام بوظائفه، فعند حدوث خلل في النسبة ما بين حجم الدم اللازم للجسم في الدقيقة الواحدة وبين حجم الدم الواصل فعلا فإن القلب والأوعية الدموية تقوم بتكييف نفسها لملاءمة التغير الحاصل، وفي محاولة لتأمين

وصول الكمية اللازمة للجسم من المواد الغذائية والأكسجين للحصول على الطاقة اللازمة له، ومن هنا يعمل القلب على زيادة عدد دقاته كي يرفع حصيلة من الدم الذي يضخه لتأمين وصول تلك العناصر الغذائية والأكسجين لخلايا الجسم، وفي حالة زيادة الجهد فإن من شأن ذلك أن يحدث هبوط أو قصور في القلب، بحيث يصبح عاجزاً عن ضخ الكمية المطلوبة منه فيلجأ إلى أن يزيد حجمه وتتضخم عضلاته لزيادة فعاليتها لتتمكن من رفع قدرتها على الضخ (فريجات، 1990). و(الناجي والصفدي، 2005).

ويؤدي القلب دورتين دمويتين الدورة الأولى تسمى الدورة الوظيفية والأخرى الدورة المغذية:  
1 . الدورة الدموية الوظيفية:

وهي عبارة عن دوران الدم من القلب إلى خلايا الجسم لإيصال الأكسجين والعناصر الغذائية وعودة الدم من مستوى خلايا الجسم إلى القلب ليقوم بضخه إلى الرئتين من أجل أكسدته ثم عودته إلى القلب ثانية، وهذه الدورة تشكل عبئاً على القلب دون أن يستفيد منها في تغذية ذاته، وتقسم هذه الدورة إلى قسمين متكاملين يشكلان معاً نظاماً دورياً مقلداً هما : الدورة الدموية العامة والدورة الدموية الرئوية (الحسيني، 2004) و(الناجي والصفدي، 2005).

2 . الدورة الدموية التاجية أو الإكليلية:

وهي الدورة التي تزود عضلة القلب ذاتها بالدم لتؤمن لها الأكسجين والعناصر الغذائية اللازمة لها لإنتاج الطاقة، لتستطيع القيام بوظيفتها كمضخة للدم، وهي أضعف نقطة في جسم الإنسان، إذ يتوفى حوالي ثلث الناس بمرض الدورة الدموية التاجية ، وذلك لأن الشرايين التاجية أكثر قابلية للتصلب، كذلك فإنه أثناء القيام بالتمارين والأعمال الشاقة يزداد عمل القلب من 10 - 15 مرة بينما لا يستطيع أن يزود نفسه بالدم أكثر من 5 - 6 مرات، وفي حالة تضخم القلب فإن تكوين أنسجة عضلية يتم من تكوين أوعية دموية جديدة، وهذا يعني أن هناك بعض الأنسجة في عضلة القلب غير مروية بالدم (فريجات، 1990) و(زينة، 2000) و(الناجي والصفدي، 2005).

## أمراض القلب والأوعية الدموية في فلسطين:

تعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية من أهم الأمراض المتزايدة في فلسطين مقارنة مع الدول المجاورة، حيث أن معدلات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية تزداد بشكل ملحوظ.

مؤشرات الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية:

معدل الوفيات من أمراض القلب والأوعية الدموية لكل 100.000 من السكان:

1-معدل أمراض القلب شكلت 37.5%.

2-معدل أمراض روماتيزم القلب شكلت 1%.

3-معدل الأمراض الناتجة عن نقص التروية للقلب شكلت 35%.

4-الجلطة الدماغية شكلت 24.4%.

## أمراض القلب والأوعية الدموية اشتملت على الآتي:

تشمل أمراض الذبحة الصدرية، ونقص التروية للقلب، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض الأوعية الدموية بالإضافة إلى أمراض القلب الأخرى.

في عام (2003). توفي 3451 شخصاً نتيجة أمراض القلب المختلفة 1781 ذكراً و1700

أنثى حيث شكلت 36% من إجمالي الوفيات وبمعدل 99.5 لكل 100.000 من السكان.

-وفيات الذكور والإناث كانت تقريبا متساوية 51.4% من الذكور، مقارنة بـ 48.4% بين

الإناث، وبمعدل 107.8 و100.4 لكل 100.000 لكل من الذكور والإناث على التوالي.

( Ministry Of health Palestine , 2003 )

## ترتيب الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية:

1- شكلت جميع أمراض القلب 53.6% من جميع الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية بمعدل 55.8 لكل 100.000 من السكان.

2- شكلت الأمراض الناتجة عن نقص التروية للقلب 37.5% من إجمالي الوفيات الناتجة عن

أمراض القلب والأوعية الدموية بمعدل 35 لكل 100.000 من السكان.

3- شكل ارتفاع ضغط الدم 17% من إجمالي الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية

الدموية بمعدل 13.4% لكل 100.000 من السكان.

4- أمراض القلب الأخرى شكلت 17.4% من أسباب الوفيات من القلب والأوعية الدموية بمعدل

17.9 لكل 100.000 من السكان.

5- أمراض الأوعية الدموية شكلت 29.1% من إجمالي الوفيات الناتجة عن أمراض القلب

والأوعية الدموية بمعدل 30.3 لكل 100.000 من السكان.

## وفيات أمراض القلب:

- جميع أمراض القلب التي شملت نقص التروية للقلب، والروماتيزم، والأمراض الرئوية، وأمراض أخرى للقلب.
  - تعتبر أمراض القلب السبب الأول للوفاة بين السكان الفلسطينيين، حيث توفي 2.087 شخص (30.2% بين الذكور و23.1% من الإناث) من إجمالي وفيات أمراض القلب والأوعية الدموية.
  - الوفيات الناتجة عن جميع أمراض القلب شكلت 58.92% من إجمالي الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية بمعدل 55.8 لكل 100.000.
  - الوفيات بين الذكور كانت أعلى منها بين الإناث، 51.2% بين الذكور مقارنة بـ 42.8% بمعدل 62.7 و 48.7 لكل 100.000 بين الذكور والإناث على التوالي.
- (Ministry Of health Palestine , 2003).

## ترتيب الوفيات الناتجة عن أمراض القلب:

- 1- أمراض نقص التروية للقلب، تعتبر السبب الأول للوفاة من بين جميع أمراض القلب 33.7% بمعدل 35 لكل 100.000 شخص.
- 2- أمراض القلب الأخرى شكلت 17.2% من أسباب وفيات أمراض القلب بمعدل 1.4% لكل 100.000.
- 3- أمراض القلب الرئوية شكلت 1.4% من أسباب الوفيات أمراض القلب بمعدل 1.4 لكل 100.000.
- 4- أمراض القلب الروماتيزمية شكلت 1% من أسباب الوفيات الناتجة عن أمراض القلب بمعدل 1 لكل 100.000.

## 1-أمراض القلب الروماتيزمية:

- أمراض القلب الروماتيزمية تعتبر واحدة من أقل الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الوفيات 0.4% من أمراض القلب بمعدل 1 لكل 100.000 من السكان.
- لوحظ انخفاض عدد حالات الوفاة الناتجة عن أمراض القلب الروماتيزمية منذ العام 1995 م وهذا يعكس تحسن في الوضع الصحي العام للسكان، وتحسين الخدمات الصحية المقدمة للسكان.
- الوفيات بسبب أمراض القلب الروماتيزمية كانت أعلى بين الإناث منها بين الذكور 33.3% مقارنة 66.7% بين الإناث، وذلك بمعدل 0.84 و 1.2 لكل 100.000 من السكان للذكور والإناث على التوالي.

## 2- الأمراض الناتجة عن نقص التروية للقلب:

تعتبر الأمراض الناتجة عن نقص التروية للقلب السبب الرئيسي للوفيات الناتجة من أمراض القلب والأوعية الدموية 37.57% وشكلت 81.5% من جميع أمراض القلب بمعدل 35 لكل 100.000 من الذكور و 27.1 لكل 100.000 من الإناث.

## 3- أمراض القلب الرئوية:

من جميع أنواع الوفيات الناتجة عن أمراض القلب شكلت الوفيات الناتجة عن أمراض القلب الرئوية السبب الثاني من أسباب الوفيات بين جميع أمراض القلب حيث شكلت 1.4% من إجمالي الوفيات الناتجة عن أمراض القلب بمعدل 1.8 لكل 100.000 من السكان.

- الوفيات بين الذكور كانت أكبر منها بين الإناث 51.8% من الذكور مقارنة بـ 48.0% من الإناث بمعدل 1.2 مقارنة بـ 2 لكل 100.000 من الذكور والإناث على التوالي.

يبين جدول (2 . 1) توزيع مرضى القلب والأوعية الدموية في فلسطين لعام 2003.

المرض	الترميز ICD10	ذكر	أنثى	المجموع	%	معدل لكل 100.000
جميع أمراض القلب	I00-I09 I20- I52	1.188	899	2.087	53.6	55.8
أمراض القلب الروماتيزمية	I00-109	16	22	38	1	1
ضغط الدم	I10	224	276	500	12.8	13.4
أمراض ناتجة عن نقص التروية للقلب	I20	809	501	1310	33.7	35
أمراض القلب الرئوية	I26-I28	33	36	69	1.8	1.8
أمراض القلب الأخرى	I29-I52	330	340	670	17.2	17.9
الأوعية الدموية الدماغية	I60-I69	535	597	1132	29.1	30.3
أمراض القلب والأوعية الدموية	I00-I89	2.041	1.852	3893	36	104.1

#### 4-أمراض القلب الأخرى:

أمراض القلب الأخرى شكلت 17.2% من إجمالي الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية، وشكلت 41.7% من إجمالي الوفيات الناتجة عن أمراض القلب، وذلك بمعدل 17.9 لكل 100.000 من السكان.

- الوفيات بين الإناث كانت أعلى منها بين الذكور ( 50.8% من الإناث مقارنة بـ 49.2% بين الذكور) بمعدل 17.9 لكل 100.000 من الإناث و 17.4 لكل 100.000 من الذكور.

#### الوفيات الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم:

- شكلت 12.8% من إجمالي الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية ، وذلك بمعدل 13.4 لكل 100.000 من السكان.

- في عام 2003 كان معدل الوفيات لكل 100.000 من السكان بين الإناث أعلى منه بين الذكور وذلك بمعدل 15 بين الإناث و 11.8 بين الذكور مقارنة بـ، 11.5 بين الإناث و 14.1 بين الذكور في عام 2002.

#### الوفيات الناتجة عن أمراض الأوعية الدموية الدماغية:

- تعتبر سبب الوفاة الثاني بين السكان حيث أنها شكلت 14.4% من إجمالي الوفيات.  
- الأوعية الدموية الدماغية تعتبر السبب الثاني من أسباب الوفاة من إجمالي وفيات القلب والأوعية الدموية 24.4% وذلك بمعدل 30.3 لكل 100.000.  
- معدل الوفيات لكل 100.000 بين الإناث أعلى منه بين الذكور ( 28.1 بين الذكور مقارنة ب 32.3 بين الإناث).

- المقارنة بين عامي 2002 و 2003 تبين أن هناك زيادة في معدل الوفيات بين السكان الناتجة عن أمراض القلب و الأوعية الدموية من 28.1 لتصل إلى 30.3.

والجدول رقم ( 2 . 2 ) يبين الوفيات الناتجة عن أمراض القلب حسب الجنس والمنطقة في فلسطين لعام 2003.

السبب	الجنس	أمراض القلب الروماتزمية	نقص التروية للقلب	أمراض القلب الرئوية	أمراض القلب الأخرى	جميع أمراض القلب
قطاع غزة	ذكر	7	286	12	96	401
	أنثى	6	198	16	101	321
	إجمالي	13	484	28	197	722
	المعدل	0.9	35.3	2	14.4	52.7
الضفة الغربية	ذكر	9	523	21	234	787
	أنثى	16	303	20	239	578
	إجمالي	25	826	41	473	1.365
	المعدل	1.1	34.9	1.7	20	57.7
فلسطين	ذكر	16	809	33	330	1.888
	أنثى	22	501	36	340	899
	إجمالي	38	1310	69	670	2.087
	المعدل	1.4	35.9	80.4	17.9	55.8

(Ministry Of health Palestine , 2003).

### تأهيل المرضى بعد الإصابة بالجلطة القلبية:

#### REHABILITATION POST MYOCARDIAL INFARCTION

بعد أن يجتاز المريض مرحلة الخطر وتظهر على المريض النظرات المريحة التي تبين أن حالة المريض تبشر بالخير، فبعد هذه المرحلة لا بد من تأهيل المريض تأهيلاً علمياً صحيحاً يتناسب وحالة المريض، ويتناسب وسعة الجلطة، ويناسب والحالة العامة للمريض، إن التأهيل وسيلة من الوسائل العلاجية الحديثة التي لا بد من إجرائها، مثلها مثل بقية الوسائل العلاجية التي يخضع لها المريض، إذ يجب أن يكون التأهيل من كادر (مجموعة) متخصصة بهذا النوع من العلاج، وهم أخصائي الأمراض القلبية والباطنية، وأخصائي علاج طبيعي أو فيزيائي، وأخصائي الأمراض النفسية. وهناك نوعان من المناهج للتأهيل يختلف كل منهما عن الآخر وهما:

1. التأهيل المبكر: ويجري عادة للمريض وهو داخل المستشفى، أي قبل خروجه إلى البيت، وقد يأخذ هذا المنهج التأهيلي مدة تتراوح بين أسبوع إلى عدة أسابيع، وحسب شدة المرض والوضع العامة للمريض وحجم الجلطة وسعة المنطقة وإصابتها وعمر المريض وقابليته الجسمانية ووضعه النفسي، يخضع المريض في هذا النمط من التأهيل إلى الفحص العملي، كما وتجري للمريض أيضا فحوصات مهمة تبين وظيفة القلب والأوعية الدموية، وكذلك عضلة القلب مثل: الفحص التلفزيوني وكذلك يخضع المريض لفحص المرقاب لمدة (24) ساعة وهو جهاز يربط بصدر المريض لمدة (24) ساعة ويحتوي على شريط للتسجيل، يقوم بتسجيل حركات وعمل القلب، وبعد إزالة هذا الجهاز يتم عرض الشريط على التلفاز لمعرفة التغيرات التي حدثت خلال (24) ساعة الماضية وفي بعض الحالات يتم تلوين الأوعية الدموية للمريض أو فحص القلب بالمواد المشعة إذا تطلب الأمر ذلك (العزاوي، 1993).

2. التأهيل المتأخر: يجري هذا المنهج التأهيلي في العيادات الطبية الخارجية التابعة للمستشفيات الحكومية وغير الحكومية للمرضى الذين خرجوا إلى بيوتهم بعد اجتيازهم المرحلة الحرجة (الخط الأحمر) وماتلوا للشفاء، ويبدأ هذا البرنامج عادة بعد حوالي أربع أسابيع بعد خروج المريض من المستشفى، ويجري للمريض اختبارات معينة لتحديد قدرته على القيام بالتمارين الرياضية، ويجتمع هؤلاء المرضى مرتين أو ثلاث مرات أسبوعيا، ويعطى المريض نصائح وإرشادات محددة تناسب حالته، ويستمر هذا البرنامج من (6 - 12) شهر، وتتم التمارين تحت إشراف الطبيب لإعادة الثقة بالنفس لدى المريض (باشا، 1998).

ويتعلق التأهيل المتأخر بعدة اعتبارات منها:

- الصحة العامة للمريض وإخضاع المريض للفحوصات الطبية والتصوير الشعاعي للصدر وتخطيط القلب بالجهد ومراقبة وزن المريض والدهنيات والفحوصات اللاقسطرية لمعرفة الوضع الصحي العام للمريض.
- نتيجة العلاج الذي تلقاه خلال إقامته في المستشفى ومدى مساعدة هذا العلاج في الشفاء وهل هو مناسب أم غير مناسب للمريض وحالته؟
- هل هناك شكاوي جديدة أو آلام في الصدر؟ ملاحظة وجود مضاعفات للحالة أو عدم وجودها.
- هل أن الأدوية التي أعطيت للمريض قد أعطت مردودها الإيجابي أم لم تساعد المريض في الشفاء؟

إذا كانت كل هذه المعلومات إيجابية، عند ذلك يبدأ بالتأهيل المتأخر لمرضى الجلطة القلبية لمساعدة المرضى للعودة إلى حياتهم الطبيعية وممارسة أعمالهم قدر الامكان، ويشمل برنامج التأهيل تمارين متنوعة خاصة بعملية التنفس، وتمارين خاصة بالأطراف، وتمارين الجلوس، وتمارين للعضلات وتمارين لأعضاء الجسم المختلفة، وتمارين لزيادة قوة القلب وممارسة رياضة المشي، أما

الأخصائي النفسي فيقوم بإعطاء المرضى تمارين الاسترخاء، ويعمل على إعادة الثقة بالنفس لدى المرضى، وتقبل المرض، والتخلص من الضغوط النفسية بشكل سليم (العزاوي، 1993) و(باشا، 1998) و(كرم، 1999).

### التأهيل الطبي لمرضى الجلطة القلبية في بيت المريض:

بعد أن يخرج المريض من المستشفى يتوجه إلى البيت، حيث المرحلة التالية من التأهيل الطبي وقد تستغرق هذه التمارين التأهيلية لمرضى الجلطة القلبية في البيت في حدود أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. وهناك عدة خطوات يجب أن يقوم بها المريض في البيت وتشمل:

1- العامل النفسي: يطمئن المريض بأن صحته جيدة، وأنه مثل سواه من المواطنين ، وأن كثيرين عانوا مثله، والآن هم مواطنون في كامل صحتهم وعافيتهم ، وفيه يذكر بالابتعاد عن المؤثرات والركون إلى الصفاء النفسي، والابتعاد عن الإجهاد الفكري والعصبي، وإذا تطلب الأمر عليه مراجعة الأطباء ذوي الاختصاص في هذا المجال.

2- النوم والراحة: تجنب السهر الزائد أو الجلوس أمام التلفاز لساعات طويلة وإعطاء جسمه أكبر قدر من الراحة، والتمتع بالهواء النقي والغذاء المخصص له.

3- الحياة الجنسية: من الأفضل العودة إلى مزاولة الجنس بعد مرور 8 - 12 أسبوع على الأزمة وبعد شعور المريض بالصحة التامة.

4- الحماية: الابتعاد عن تناول الأطعمة الغنية بالدهون والكولسترول.

5- التدخين: يجب الإمتناع عن التدخين منعاً باتاً.

6- التمارين الرياضية: إجراء بعض التمارين الرياضية وبصورة منتظمة في المناطق ذات الهواء الطلق.

7 - النصائح الطبية: على المريض أن يكون في علاقة تامة مع طبيبه المعالج، وأخذ النصائح من عنده والاستفسار عن العلاج وغيره (العزاوي، 1993).

وقد شهدت السنوات الأخيرة تقدماً ملحوظاً في مجال علاج أمراض القلب والشرايين سواء من ناحية تشخيصية، أو من ناحية تطور وسائل علاجه وظهور وسائل علاج حديثة، واستحداث تقنيات علاجية جديدة منها على سبيل المثال: التمييز أو فتح الشريان بواسطة البالون وغيرها ، ولسوء الحظ لم نشهد التطور نفسه في مجال الوقاية من هذه الأمراض . ولا شك أن الأطباء يولون اليوم اهتماماً بهذه المسألة، غير أنهم يكرسون معظم جهودهم لمعالجة المصابين والذين تعرضوا للجراحة على الرغم من ذلك نلاحظ أن عددا لا يستهان به من الأشخاص الذين يعانون من عوامل خطر محدودة ومتفرقة يلقون حتفهم نتيجة تفاقم عوامل الخطر هذه، من هنا تبرز ضرورة التشديد على الوقاية العامة من هذه العوامل مجتمعة لا من كل عامل منها على حدا ، فهناك بعض النصائح يجب العمل بها للوقاية من الجلطة القلبية إذ يجب أن يكون الفرد رقيقاً على نفسه ويقوم بالأمور الآتية:

- الإقلاع عن التدخين.
  - الحرص على قياس معدل الضغط بانتظام ومعالجته في حال ارتفاعه.
  - الحرص على قياس معدل الكوليسترول الإجمالي فضلا عن معدلي ال HDL وال LDL والدهون بهدف التأكد من عدم التعرض لخطر الإصابة بمرض تصلب العصيدي للشرابين واتباع نظام غذائي جديد عند الحاجة.
  - الحرص على قياس معدل السكر على الريق بهدف التأكد من تفادي خطر داء السكري ومعالجته في حال وجوده (باشا، 1998) و(بابلي، 2002).
  - اجراء الفحوص اللازمة لقياس نسبة الدهون والسكر في الدم بانتظام منذ تخطي عتبة الثلاثين وذلك بشكل دوري كل ستة أشهر عند ارتفاع معدل أي منها.
  - مراقبة الوزن لأن السمنة تسهم في ازدياد حركة القلب وإن لم تكن تشكل فعليا عامل خطر مؤكدا.
  - الحفاظ على الوزن المثالي.
  - ممارسة الألعاب الرياضية بانتظام.
  - استعمال الأسبرين بجرعات بسيطة (بابلي، 2002).
  - استشارة الطبيب عند التعرض لأي عارض غير مألوف من ألم أو ضيق في النفس لاسيما عند القيام بمجهود ما.
  - الابتعاد عن الضغوط العصبية خاصة الضغوط المزمنة.
  - الخضوع لتخطيط القلب الكلاسيكي، أو تخطيط القلب الاجهادي عند الضرورة، أو حتى لعملية التمييل (تظليل الشرايين التاجية) التي تكفل وحدها إعطاءنا صورة واضحة عن حالة شرايين القلب التاجية (كرم، 1999).
- نوعية الغذاء عنصر مهم في الصحة العامة، وفي الوقاية من الأمراض ولكل غذاء فوائده وتختلف الفائدة من شخص إلى آخر حسب بنية ودرجة اعتلاله، ولكن قد تنقلب إلى ضرر إذا أساء الإنسان اختيار الغذاء المناسب له، ولاسيما أولئك الذين يعانون من الأمراض خصوصا الأمراض المزمنة، وتأثير الطعام في صحة القلب لا تتحدد فقط بالمحتوى الغذائي للطعام وإنما أيضا بطريقة إعداد هذا الطعام، فطرق الطهي والوصفات التي تختارها تؤثر كثيرا في مقدار الدهن في الغذاء، وقد يحتاج مريض القلب إلى تعديل طريقة طهي طعامه بحيث يصبح مؤاتا ياً لقلب صحي (السعيد، 2005).

**الأدب التربوي المتعلق بالضغط النفسي والقلب:**

تعد ظاهرة الضغوط النفسية والتي يتأثر بها القلب أكثر من أي عضو آخر في الجسم من أكثر الظواهر النفسية والاجتماعية تعقيدا، ويلاحظ أن هذه الظاهرة تزايدت مع تزايد التقدم التكنولوجي بل أن بعض الباحثين ينظرون إليها باعتبارها إفراز للفجوة التي حدثت بين التقدم المادي واللامادي (الموسوي، 1998).

إن الضغوط النفسية حقيقة حتمية لا يمكن التخلص منها، فهي ملازمة للإنسان طالما أنه على قيد الحياة، وقد قال الله تعالى: مؤكدا هذه الحقيقة: (لقد خلقنا الإنسان في كبد) (سورة البلد، 4). ومن السهل أن نبين أن المشكلات الانفعالية كالضغط النفسي والاكتئاب والقلق ترتبط بصورة مستمرة بالأمراض الجسمية حتى مع أكثرها خطورة كأمراض القلب والسرطان، ومع ذلك فمن الصعب أن نحدد أيهما يأتي أولا، أو بمعنى آخر هل المشكلات الانفعالية بمثابة السبب أم النتيجة للمرض الجسيمي؟ (عبد الرحمن، 2000).

فقد تكون العلاقة بين ضغوط الحياة والمرض علاقة تبادلية، فالمرض قد ينتج من ضغوط الحياة (Eciprocal life stress) والمرض نفسه قد يقود إلى مزيد من ضغوط الحياة، فقد قام كل من هولمز وراهي (Holmes & Rahe) بدراسة (3000) آلاف جندي بحار في أمريكا، ووجدوا أن الجنود الذين سقطوا مرضى سجلوا تغييرات في حياتهم في الستة شهور السابقة على المرض والستة شهور التالية أيضا، وكذلك وجدت نفس النتيجة مع المرضى الذين أجريت لهم جراحات لعلاج حالات القرحة، وقد تبين من الدراسة أن العلاقة بين أحداث الحياة والمرض تختلف باختلاف السن والجنس والحالة الزوجية والطبقة الاجتماعية والسلالة والجنسية (العيسوي، 2000).

فلا شك من أن السلوك الشخصي والضغوط النفسية التي يتعرض لها الناس في حياتهم تؤدي إلى تعرضهم لمرض القلب الشرياني، ومن المعروف أن الضغط النفسي يؤثر في تجلط الدم وسرعة النبض وارتفاع الضغط والسكري، وكلها عوامل تسهم بشكل أو بآخر في الإصابة بالمرض، ويذكر البعض أنه عندما يصبح الضغط النفسي عاليا جدا بحيث لا يستطيع الشخص تحمله يتجاوب الجسد بإظهار أمراض جسدية نفسية، ويزداد الضغط بواسطة عبوره من خلال الجهاز العصبي إلى جميع أعضاء الجسم، ويظهر نفسه على شكل أمراض قلبية وأمراض لها علاقة بالجهاز التنفسي والمعدة في (أمان، 2001).

ويرى بيرغ (2004). أن الجسم مصمم بصورة جميلة لحماية نفسه من خلال ردة فعله تجاه الضغط النفسي ردا على التهديدات الجسدية المختلفة، ولكن لا يمكن للجسم أن يتحمل ردة الفعل من الضغط لوقت طويل، ففي النهاية سيعاني الجسم من الضرر حتى أنه يمرض أو يموت ، وبعبارة

أخرى يستفيد الفرد عندما يدخل جسمه في حالة من التيقظ المرتفع ليتعامل مع أزمات معينة، إلا أنه يدفع الثمن إذا دامت هذه الحالة لوقت طويل.

وقد ذكر فلاديمير في دراسته كما ورد في أمان (2001). أن الضغط النفسي (Stress) يعد من أخطر العوامل المؤدية إلى تطور أمراض القلب، ولا تتحدد درجة الضغط النفسي بطبيعة التأثير فحسب بل بردة فعل الفرد تجاه هذه الحالة أو تلك، ويضيف أنه إذا كانت الانفعالات لدى الشخص السليم تسبب أمراض القلب والأوعية الدموية، فهي تؤدي لدى الشخص المريض إلى نتائج في غاية الخطورة.

ويرى بيك كما ورد في مصطفى (2000). أن الكثير من المرضى يكون بهم مرض عضوي مؤكد وثابت، غير أن وجود العوامل النفسية يجعل عجزهم ومعاناتهم تتجاوز كثيرا حجم الاضطراب العضوي الفعلي، والحق أن هذا العجز والضغط الناجم عن العوامل النفسية قد يكون هو السبب الوحيد للتدخل الطبي وفي هذه الفئة أو التصنيف، وتقع العديد من حالات (اعتلال القلب) فالمريض الذي ألم بقلبه شيء من الاضطراب العضوي قد يبقى في حالة ذعر دائم من الموت بعد أن يبرأ من أي متاعب بدنية أو أي مرض قلبي متبق، وقد يتجنب أي حركة أو إجهاد كي لا يصاب بنوبة قلبية أو أي صورة من صور الموت المفاجئ.

والمريض المصاب بمرض جسدي يمثل عادةً حالة خاصة يسودها الاضطراب والضغط النفسي والقلق خاصة إذا كان هذا المرض خطيرا فتاكا لا يرجى البرء منه كالقلب والسرطان ، حيث أن المرض يرتب عليه توقف كل أنواع الأنشطة الحياتية والمجتمعية للمريض توقفا جزئيا أو كليا حسب نوع وشدة المرض، وبالتالي يترتب عليه الإحساس بالعجز الجزئي أو الكلي للمريض وما يصاحبه من انعزال اجتماعي يفتقد معه المريض للأنس والبهجة الحياتية ، هذا بالإضافة إلى أن ألم المرض الجسدي لا بد وأن تصحبه بالضرورة آلام نفسية، فالألم هو الذي يكشف للفرد عن وجوده الفردي في وحدة قاسية تتمزق معها الرابطة التي كانت توثقه بالكون، وحينئذ يعاني المريض تجربة الوحدة على حقيقتها، حيث أن الشخص حين يتألم سرعان ما ينطوي على نفسه لكي يتجه بانتباهه واهتمامه نحو تلك النيران الباطنة التي تشتعل في جوفه، إن الإنسان يتألم بشكل فردي لأن الألم (خبرة باطنية) يصعب للآخرين أن يشاركوه معاناتها (النيل، 1997).

هذا ويعتبر الضغط النفسي علاقة بين الشخص والبيئة، وهو لا يعتبر صفة للشخص أو البيئة، وهو لا يعتبر مثيرا أو استجابة، فهو إذا علاقة، وهذه العلاقة لها معنيان حسب النظرية المعرفية هما:

١ أن الشخص والبيئة يكونان في علاقة ديناميكية تتغير باستمرار.

٢ أن هذه العلاقة هي ثنائية الاتجاه تتضمن الشخص والبيئة بحيث يؤثر كل منهما على الآخر

(عبد الرازق، 1998).

### كيفية تأثير الانفعالات على جهاز القلب:

كان موضوع الضغوط النفسية من الموضوعات الهامة بين الباحثين كمفهوم لأكثر من (30) عاما وعلى الرغم من هذا فلا يزال هناك الكثير من الجدل حول مفهوم وأثر الضغوط النفسية على الصحة النفسية الجسدية للإنسان في (روبينستين، 2004).

وقد أشار روبينستين (2004). إلى أن الضغوط النفسية ترتبط بالمرض، كما أن فهم الضغوط يتطلب فهم مجموعة معقدة من التفاعلات التي تحدث في الجسم، من بينها عناصر ذهنية وانفعالية وجسدية وروحية، ويضيف ( روبينستين، 2004 ). قائلا: إلى أن للضغوط تأثيرا كبيرا على النفس البشرية، " فخلال العشرين عاما الماضية، تعرض الناس لتغيرات كبيرة ساهمت فيها ثورة المعلومات والتكنولوجيا، وقد كان لهذا التغيير أصداء نفسية مهمة، حيث أدت إلى آثار وصفت بأنها مدمرة لهذا التغيير في جوانب الحياة المختلفة".

وبعد سنوات من الأبحاث والدراسات يشير (واين وآخرون) في (عبد الصمد، 1999). إلى أن هناك علاقة وثيقة بين الإصابة بالأمراض والحالة النفسية للإنسان، حيث تبين أن أكثر الناس عرضة للمرض هم الذين يعانون من الضغط والقلق والتعاسة، وقد أشار كذلك إلى أن الفرد يمكن أن يتخلص نهائيا من الأعراض الجسدية الناشئة عن المتاعب النفسية إذا اختار هو ذلك. وقد دلت على صحة نظريته تلك بحالة لإحدى مريضاته التي ظلت تعاني على مدى 4 سنوات كاملة من صداع نصفي يصيبها كل صباح في الساعة 6:45 حتى أنها باتت تنتظره وأصبح محور حديثها مع كل من حولها من الأهل والأصدقاء، وقام واين بمساعدتها في التخلص من الصداع عندما اختارت وقررت هي ذلك.

ويأتي تأثير الانفعالات على جسم الإنسان من خلال الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي اللاإرادي وجهاز الغدد الصماء وجهاز المناعة في (روبنستين، 2004). فالجهاز العصبي والغدد النخامية تلعب الدور الأكبر والأبرز في ذلك، حيث أن الإنسان عندما يتعرض للضغط النفسي يرافق هذا الضغط تغييرات عدة منها: تهيج الجهاز العصبي، كما تهيج الغدد النخامية والغدد الصماء في الجسم، وتؤدي بدورها إلى زيادة إفراز هرمون الأدرينالين والنورأدرينالين والكورتيزون والتستوستيرون في الدم، وهو ما يؤدي إلى ارتفاع الضغط وزيادة لزوجة الدم وغيرها من المواد الدهنية والسكرية، والتي تؤدي بدورها إلى زيادة عمل أجهزة الجسم المختلفة بصورة مفاجئة خاصة زيادة عمل الجهاز القلبي الوعائي، وزيادة ضغط الدم، واختلال عمل الدورة الدموية الدماغية، حيث ينتج عنه زيادة نبضات القلب وشد وتوتر عضلات القلب،

ونتيجة الجهد المتزايد يضطر القلب إلى مضاعفة جهده بحيث تتولد طاقة زائدة لا تستطيع تفريغ نفسها في عمل مادي ملموس أو دون وجود مخرج لها وهنا تزداد حاجة القلب إلى الأكسجين والتمثيل الغذائي، وكذلك بقية أعضاء الجسم، فإذا استمرت هذه الضغوط وتكررت بصورة مستمرة تبقى هرمونات التوتر الجسم في حالة تأهب مما يحول دون قدرة القلب على أداء مهمته، حيث تتعرض العضلة القلبية إلى الضعف و الشرايين إلى التصلب نتيجة الجهد المتواصل، وبالتالي يتعرض الإنسان إلى الجلطة القلبية والذبحة الصدرية. وتكون تأثيرات الضغوط كبيرة على القلب إذا كان الإنسان يعاني أصلاً من أمراض القلب أو أزمة قلبية سابقة (المازوف، وشلاختو، 1994).

إن موضوع الضغط النفسي بوصفه سبباً للإصابة بمرض القلب أصبح الآن يلقى قبولا واسع النطاق، فحتى وقت قريب كان من النادر أن نرى دراسة تبحث في الضغط النفسي ومرض القلب ولكن السنوات القليلة الماضية شهدت إسهاباً واهتماماً واسعاً بهذه الناحية، وعموماً فإن الضغط النفسي يأتي للفرد في فئتين أساسيتين هما:

- الفئة الحادة، والفئة المزمنة، ويوجد لدى الفرد استعداد للتكيف مع الضغط النفسي الحاد أكثر من التكيف مع الضغط النفسي المزمن، فالجسم عادةً يستجيب للضغط النفسي بسرعة كبيرة فيبدأ بإفراز سلسلة من الهرمونات وسلسلة من ردود الفعل الفيزيولوجية والتي تؤدي بدورها إلى ضيق وخنق في الصدر (أورنيش، 1995).

وأوضح الأمانة (2001). أن الإنسان ومنذ بداية نشأة الكون وعبر ملايين السنين يبحث عن الاستقرار، والأمان يركض وراء الراحة التي تعطيه الاتزان الجسدي والنفسي، فمنذ تلك الأزمان وهو ينشد الطمأنينة له ولأبنائه، ويسعى لتخفيف عبء الحياة عن كاهله، ولما ازدادت الحياة تعقيداً وقوة وتوسعت وازدادت مطالبها وحاجاتها ازدادت الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلك المطالب، فهو لا يستطيع التوقف عن مجاراة ذلك، لأنه سيتخلف عن اللحاق بها، مما اضطره إلى مواكبة التسارع لتحقيق الرغبات والمطالب، هذا الإسراع زاد مرة أخرى من الضغط على النفس وتحميلها أكثر من طاقتها، فالضغوط بكل أنواعها ما هي إلا نتاج التقدم الحضاري المتسارع الذي يؤدي بدوره إلى إفراز انحرافات تشكل عبئاً على قدرة ومقاومة الناس في التحمل.

هذا ويواجه الإنسان في حياته العديد من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، أو مهددة له بحيث تتعرض رفاهية الفرد وتكامله للخطر نتيجة لذلك، فأحداث الحياة الضاغطة هي أي حرمان يتقل كاهل الإنسان نتيجة لمروره بخبرات غير مريحة كالمرض المزمن أو فقدان المهنة أو الخلافات الأسرية، وقد أوضحت العديد من الدراسات أن هناك علاقة سببية بين التعرض لأحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالأمراض الجسمية، خاصة أمراض القلب والمعدة (في شقير، 2002).

ويشير خليفات والزغول (2003). إلى أن تأثير الضغوط لا يتوقف على الجوانب الشخصية للأفراد أو البيئة المنزلية فحسب، بل يرافق الأشخاص في بيئة العمل، وتنعكس آثارها سلبا في العديد من الجوانب العضوية والنفسية للفرد.

والضغوط النفسية أضحت اليوم أحد المظاهر الرئيسية التي تتصف بها الحياة المعاصرة ، وهذه الضغوط ما هي إلا ردة فعل للتغيرات الحادة والسريعة التي ظهرت على كافة مناحي الحياة، إذ أن الضغوط تمثل السبب الرئيسي وراء الإحساس بالآلام النفسية والأمراض العضوية خاصة أمراض القلب والنوبات القلبية (Markkset et al., 2000) كما ورد في (الجاموس، 2004).

ويمثل الضغط النفسي صفة أو خاصية لموضوع بيئي تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، وترتبط الضغوط بالأشخاص أو الموضوعات التي لها دلالات مباشرة، وتتعلق بمحاولات الفرد لإشباع متطلبات حاجته، ويميز (مواري) بين نوعين من الضغط:

(١) ضغط "ألفا" كما يوجد في الواقع.

(٢) وضغط "بيتا" وهي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها ويفسرها الفرد في (شكير، 2002). ويرى خليفات والزغول (2003). أن الضغوط النفسية تشكل جزءا من حياة الأفراد والمجتمع نظرا لكثرة تحديات هذا العصر وزيادة مطالبه، فلا يكاد مجتمع من المجتمعات يخلو من هذه الضغوط حيث باتت من الصعوبة تفاديها أو تجاهلها، وهذا ما دفع بالغالبية من الناس إلى العمل على مجابقتها أو محاولة التعايش والتكيف معها.

ويرى Johnson (1981). كما ورد في ندى (1998). أنه لا بد للفرد من أن يعاني من الضغوط طالما كان على قيد الحياة، متفقا مع سيلبي (Sely) في أن الضغوط إما أن تكون صغيرة أو كبيرة صغيرة أثناء النوم وكبيرة عندما يهاجم الفرد من قبل الآخرين، ويقول: "أنه ليس هناك أمل من عدم وجود ضغوط، ولا يمكن أن يصل الفرد إلى مستوى الصفر في أي حال من الأحوال، لذا لا يمكن تجاهلها ولا بد من الاهتمام بها طالما أنها حقيقة حتمية" مبينا حقيقتي للضغوط لا بد من إدراكها: الأولى- أن الضغوط تسبب الضرر مهما ارتفعت حدتها أو انخفضت، فإذا كانت حدتها عالية مستمرة، ستحدث مشاكل عضوية عدة.

الثانية- إن جسم الإنسان يستجيب فسيولوجيا للضغوط النفسية، فتتكون نتائج طارئة للضغط مثل زيادة إفراز مادة (الأدرينالين) التي تؤثر في جميع أنشطة الجسم وأعضائه.

ويرى الصويص (1989). أن التوتر الذهني والضغط النفسي يمثل في المجتمع أهمية خطيرة نتيجة الظروف الصعبة التي يعيشها الإنسان والمصاعب الحياتية والاقتصادية والاجتماعية، ونظرا لعدم وجود شخصية قوية ومستقلة تستطيع التصدي للتحديات التي تواجهه. ويوصف العصر الحديث (عصر التقدم التكنولوجي) بأنه عصر الضغوط النفسية، ويشير (هيلجارد) إلى أن الضغط النفسي مهما وضروريا للفرد، وذلك لقضاء بعض الأمور إلا أن الضغط النفسي الذي يلزم الفرد لفترة طويلة من الوقت يكون له تأثيراته السلبية في كل من النواحي النفسية والسيولوجية والمعرفية (موسى والفتيل) في (شقير، 2002).

ويرى عبد الفتاح (1999). أن هناك علاقة واضحة وقديمة بين الضغط النفسي وبين بعض الأمراض الجسمية والنفسية. أهمها: أمراض القلب والشرابين، والسرطان، ومرض السكري، وقرحة المعدة، والأمراض الجلدية واضطرابات النوم. كما أن هناك علاقة واضحة أيضا بين الضغط النفسي وبعض الاضطرابات (العقلية – النفسية) أهمها: القلق، والعدوان، والاكتئاب، واضطرابات تناول الطعام، والتدخين، وإدمان المخدرات والكحول والمشاكل الجنسية.

كما أن الضغط النفسي الزائد قد يؤدي إلى (الموت المفاجئ) حتى بدون وجود أي ضيق في الشرايين التاجية، وذلك من خلال إفراز كميات كبيرة جدا من مادة "الإبينفرين" والتي قد تصيب خلايا عضلة القلب بإصابة مميتة دون التأثير على الشرايين التاجية (المجد، 1999). وتذكر بيكر كما ورد في (أورنيش، 1995). أن الضغط النفسي يتقدم على جميع الأسباب المعروفة للنوبة القلبية مثل التدخين وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم، وحتى السكري، وتضيف إلى أن الذين يستجيبون أكثر للضغط النفسي والإجهاد هم أكثر عرضة (6) مرات للإصابة بالنوبات القلبية فقد تم بحث (295) شخصا تحت سن (60) سنة كان لديهم من قبل أعراض إصابة بأمراض قلب، ولكنهم لم يكونوا على علم بذلك، وبعد ذلك تم تعريضهم إلى ضغط نفسي ومن ثم تم قياس نبضهم وتم وضعهم تحت المراقبة مدة (6) سنوات فتبين إصابة (25%) من الأشخاص الأكثر استجابة للضغوط النفسية بأمراض القلب.

وأوضحت (دراسة هربرج، 1973) (Har-barg) كما ورد في (عبد الخالق، 1993). إلى أن أعلى مستويات الأمراض النفسية والعضوية توجد لدى الأفراد الذين يتعرضون لضغوط بيئية مرتفعة، كما أكدت البحوث النفسية والطبية النفسية على أن التعرض للمواقف العصبية التي تستمر زمنا طويلا لا تسبب القلق المزمن فحسب، بل إنها أيضا تغير من معدلات كل من المرض والوفاة

ومظاهر تقدم العمر قبل الأوان، على أن أخطر مشقة وأعظم ضغط يقع على الإنسان هو ذلك الموقف العصيب الذي يكسر الإيقاع السوي للحياة "الجلطة" حيث تمثل تهديدا خطيرا لحياة الفرد. وأشار (Perlman et al., 1971) في عبد الله (2004). إلى أن الضغوط النفسية ذات أثر على الإصابة بمرض القلب، حيث قام بتتبع عينة قوامها (105) من المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفى والذين يعانون من هبوط في القلب، حيث وجد أن أحداث انفعالية وضغوط حادة وقعت في الثلاثة أيام السابقة لدخولهم المستشفى وذلك في 49% من أفراد تلك العينة، وفي دراسة ثانية (Perlman et al., 1971). تبين له أن 24% من الأفراد قد عانوا من أحداث ضاغطة قبل دخولهم إلى المستشفى مصابين بهبوط في القلب.

وكلمة الشدة (Stress) الضغط بحد ذاتها كلمة رنانة مشحونة بالمعاني، وهي أشبه ما تكون بطوق من المطاط مشدودا إلى النقطة القريبة من الإنقطاع (القباني، 1994). (فالشدة) أو الضغط قد يصادفها الإنسان في عشرات المواقف من حياته، وقد لا يصادفها فهي تكون غامضة أو حقيقية، وهناك أوصاف لها لا تعد ولا تحصى، وبالرغم من أن مفهومها مرافق للإنسان منذ بدء الخليقة، ومع شيوع هذا المفهوم في مفردات اللغة إلا أن تحديد معناها طبيا لم يتم إلا منذ ثلاثين عاما من قبل الطبيب الكندي هانس سيلبي (Hans Selye) من جامعة مونتريال، وقد استعارها من علم الفيزياء والهندسة (القباني، 1994) ثم انتقل المفهوم إلى علم الاجتماع سنة (1946) حيث أوضح كوكس (Cox) أن الضغوط تظهر في مجموعة المتاعب (Trouble) التي يقصد بها المواقف التي تخرج عن النمط العادي للحياة أو مواقف تعرقل الأنشطة اليومية، وتعد الضغوط إحدى ظواهر الحياة الإنسانية.

وقد خرج مفهوم الضغط النفسي أساسا من الجانب العلمي ليدلل على مؤثرات خارجية تقع على أمر ما، وانطلاقا من هذا التوجه فإن الضغط يعتبر القوة التي تحدث أثرها على الفرد وتسبب له مشقة وإجهاد (مساعيد، 1993).

وعلى الرغم من الكتابات العديدة حول موضوع الضغط النفسي (Stress) من جانب المهتمين بالصحة النفسية والبدنية، إلا أن عبارة أو مفهوم الضغط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا، ومع ذلك يمكن القول: أن العامل المشترك في تعريفات العديد من المهتمين والباحثين في المجالين المذكورين هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي (Organism) وما يتبعه من استجابات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه وبما أن التغيير هو إحدى الحقائق الثابتة في الحياة فإنه يمكن القول بأن التعرض للضغوط بدوره جزء من المعاشية اليومية للفرد (عسكر، 2003). ويعد مفهوم الضغط النفسي من المفاهيم ذات الصلة بالصحة النفسية، وله ثلاثة مستويات:

1- المستوى البيولوجي: ويتمثل في إصابة الجسم بالميكروبات، وتعرضه لظروف فيزيقية مختلفة.

2- المستوى النفسي: ويتمثل في الإحباطات والصراعات.

3- المستوى الاجتماعي: ويتمثل في القيود الاجتماعية (مساعد، 1993).

وقد أطلق العلماء كثيرا من التعريفات للضغط النفسي، لكن هذه التعريفات اختلفت تبعا للعالم الذي أطلق التعريف والمدرسة التي ينتمي إليها أو الاتجاه الفكري الذي يؤمن به، فمنهم من عرفه بالتركيز على الأثر الفسيولوجي أو النفسي للضغط، باعتباره مثيرا، ومنهم من عرفه استنادا إلى طبيعته ونتائجه التي يحدثها في الإنسان (ندى، 1998).

فقد عرف سبيك (Speck) كما ورد في ندى (1998). الضغط بأنه صراع ضميري يقود الإنسان إلى الانطفاء، وهو مشكلة معنوية يمكن حلها بتقييم الإنسان نفسه، حيث يعرف ما هو صحيح وما هو خاطئ، أي أنه اعتبر الضغط مثيرا.

ويرى لإزاروس (Lazarus) كما ورد في عبد الرازق (1998). أن مصطلح الضغط النفسي يجمع بين المثيرات التي يتعرض لها الفرد مضافا إليها الاستجابة المترتبة عليها، علاوة على تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه لهذه المواقف.

الضغوط: هي حرمان ثقيل على كاهل الإنسان نتيجة لمروره بأوضاع غير مريحة كالمرض المزمن أو فقدان المهنية أو الصراع الزوجي وغيرها في (شقيير، 2002).  
الضغط النفسي (Stress): هو أي مؤثر داخلي أو خارجي عاطفي أو نفسي أو جسماني أو اجتماعي أو عائلي أو مادي يؤثر في اتزان الشخص العام، ويجعله مرهقا نفسيا وبحاجة إلى تغيير وحل (بسطامي، حمادنة، سعادة، عبد الوهاب والقواسمي، 1994).

يشير مفهوم الضغط إلى درجة استجابة الفرد للأحداث أو التغيرات البيئية في حياته اليومية وهذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفسيولوجية ، حيث تختلف من شخص إلى آخر تبعا لتكون شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين، وهي فروق فردية بين الأفراد (الأمارة، 2001).

كما أشار كل من تفاعلة وحبیب (2002). إلى أن الضغوط تشير إلى مجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية التي تحدث للفرد في ردود أفعاله أثناء مواجهته لمواقف المحيط التي تمثل تهديدا له، ويحدث الضغط في المواقف التي يدرك فيها الفرد أن قدراته لمواجهة متطلبات المحيط تمثل عبئا كبيرا عليه.

في الأمانة (2001). يعرف (ماك جراف) الضغوط بأنها إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث استجابة مناسبة لمطلب أو مهام، ويصاحب هذا الإدراك الانفعالات السلبية كالغضب والقلق والاكنتاب وتغيرات فسيولوجية كرد الفعل للضغوط التي يتعرض لها الفرد. ويعرف خليفات والزغول (2003). الضغوط على أنها حالة تؤثر في الجوانب الانفعالية (Emotions) للفرد وفي عملية تفكيره (Thought process) وحالته الجسدية، ويرى أن هذه الحالة تؤثر على نحو سلبي في تفكير الأفراد وفي سلوكياتهم وحالتهم الصحية، حيث تظهر علامات القلق وسرعة الاستثارة والانفعال والغضب لديهم، وقد يظهرون عدم التعاون والميل إلى تعاطي الكحول والإدمان على المخدرات. ويشير المجد (1999). إلى أن الضغط هو رد الفعل الفسيولوجي للجسم عند التعرض لحدث ما وهو قد يختلف من مجرد ضيق بسيط من الحدث إلى شد عصبي متواصل تصاحبه تغيرات فسيولوجية مستمرة في الجسم، وهذه التغيرات تظهر في صورة ارتفاع ضغط الدم، زيادة في سرعة ضربات القلب أو على العكس قد تقل ضربات القلب ويحدث هبوط في كفاءة القلب. ويرى Shwibell (1995). كما ورد في ندى (1998). أن الضغط النفسي هو عبارة عن الإنهاك الجسمي والنفسي الذي ينتج عن الشدائد وأحداث الحياة اليومية بما في ذلك القلق على القدرة في مواجهة التحديات.

ويعرف معجم مصطلحات علم النفس والتحليل النفسي الضغوط النفسية بأنها وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكلتيه أو جزء فيه وبدرجة تحدث لديه إحساسا بالتوتر، ولها أثارها على الجهاز البدني والنفسي في (شقيير، 2002). ويعرف Western (1996). كما ورد في عبد الرازق (1998). الضغط بأنه تحدي لقدرة الشخص على التكيف مع المطالب الداخلية والخارجية، مما يؤدي إلى الآثار الفسيولوجية والإرهاق النفسي، ويتطلب استجابات معرفية وسلوكية من جانب الفرد.

وتكمن مسببات وعوامل الضغط الذي يواجهه أي إنسان في نوعين رئيسيين من العوامل هما:

- 1 - عوامل داخلية: مثل الانفعالات العاطفية والظروف البيئية والاجتماعية والأمراض والآلام.
- 2- عوامل خارجية: من البيئة المحيطة في الحياة اليومية كازدحام المرور، والازدحام على أماكن الشراء، والخدمات، والأمور المالية والدراسية وواجبات ومشاكل العمل في (ندى، 1998).

ومن الملاحظ أن المرء يتصرف حيال الضغوط التي تصيبه بلبقائه طريقتين:

أولاً- ثمة خطر داهم يحمل الغدتين الكظرتين (فوق الكلتيين) على إعتاق هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الفرد لمواجهة الموقف إما بالعمل وإما بالهروب، وعندئذ يزداد إخفاق القلب، ويرتفع ضغط الدم، ويندفع الدم إلى العضلات بسرعة كبيرة.

ثانياً- إذا كان الخطر طويل الأمد، فإن الغدتين الكظرتين تفرزان مادة الكورتيزون التي لم تعرف نتائجها بالتحديد بعد، لكنها أبطأ عملاً من الأدرينالين، وهي ترفع ضغط الدم بالتدريج؛ إذ إنها تبدد المواد الكيميائية الحيوية مثل البوتاسيوم، وتحفز القلب على الخفقان بلا انتظام، كما أنها تلجم الهرمونات الجنسية، ويؤدي عملها المشترك مع الأدرينالين إلى تصلب الشرايين، وهكذا يغدو تخثر الدم أمراً سهلاً (عبدة، 2003).

### مكونات الضغوط النفسية:

يوضح بالمر (Palmer) أحد كبار الخبراء في مجال الإجهاد النفسي في بريطانيا، أن الأجساد كونت بيولوجيا وعبر ملايين السنين، بما يدعى بالاستجابة للإجهاد النفسي، والمعروف عند الكثيرين بالمواجهة أو الهروب؛ فإذا تعرضنا لخطر ما؛ يبدأ الجسد بالتفاعل مع الموقف بإفراز هرمونات الإجهاد كالأدرينالين (Adrenaline) والنورادرينالين (Noradrenaline) والكورتيزول (Cortisol) إلى مجرى الدم مع بعض الأحماض الدهنية والسكريات، ويبدأ الدم بالانحسار من الأطراف (كالأيدي والأرجل) حماية لأعضاء الجسم الحيوية، كل هذه التغيرات تضع الجسم في حالة تأهب عظمى فيعمل بأقصى طاقه للتعامل مع الخطر المحدق، فيزيد دقات القلب ويزداد التنفس، وتنقبض الأوعية الدموية، ويتجلط الدم بسرعة كبيرة، مما يعرض الفرد للخطر (ماكماهون، 2002).

ويمكن فهم معنى الضغوط النفسية من إيضاح المكونات الرئيسية المتمثلة بالمتغيرات والاستجابة والتفاعل والتي قد تفضي بدورها إلى الشعور بالضغط النفسي:

الشخص \_\_\_ البيئة النفسية \_\_\_ العالم الخارجي.

وقد اقترح سيلبي (Selye) ثلاث مراحل لاستجابة الكائن الحي للضغط هي:

- ١ مرحلة الإنذار (Alarming reaction): وهي الاستجابة المبدئية للكائن، وذلك على الاعتقاد بأن زملة الأعراض ربما تعبر وتدل على نداء عام لتمحيص قوى الجسم الدفاعية.
- ٢ مرحلة المقاومة (Resistance): وفي هذه المرحلة فإن المرض لا يكون مجرد إحساس بالمعاناة وإنما هو قتال للحفاظ على التوازن الحيوي لأنسجة الجسم عندما يتعرض للتحطيم أو التدمير.

٣ مرحلة الإعياء (Exhaustion): تحدث هذه المرحلة عادةً طالما كان الضغط شديداً وقويا بدرجة كافية، ويتعرض لها الكائن الحي مدة طويلة، وذلك لأن طاقة التوافق لدى الكائن الحي دائماً

ما تكون محدودة إذا لم يتم استبعاد الكائن من الموقف الضاغط في هذه المرحلة ، فإنه سوف يموت أو يبدو كما لو كان قد أصبح شيخا عجوزا (شقير ، 2002).

### مصادر الضغوط النفسية:

تؤكد الدراسات النفسية أن مصادر الضغوط متباينة ومتداخلة في آن واحد، ويمكن أن تتمثل مصادر الضغوط في البيئة الخارجية، كما يمكن أن تتجسد أيضا من خلال المتغيرات التكنولوجية والاقتصادية والسياسية، وقد تبرز معالم هذه الضغوط من النظم والقواعد واللوائح المجتمعية، كما أن الخوف والتهديد والإحباط تعد جميعها مصادر للضغوط النفسية (الموسوي، 1998).

### أنماط الضغوط النفسية:

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيسي الذي تبنى عليه بقية الضغوط الأخرى ، وتعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى وهي:

#### أولا. الضغوط الخارجية مثل:

- 1 . الضغوط الاقتصادية: المتمثلة في المعاناة والمصاعب التي تشهدها معظم الأسر عند سعيها لتوفير الحياة الكريمة لأبنائها.
- 2 . الضغوط الأسرية: وما يترتب عليها من تزايد العنف الأسري، والطموح المفرط الذي يرهق الفرد ويشير إلى السخط والغضب، ويؤدي إلى تغير صورة الذات والآخرين ، وتفكك العلاقات الاجتماعية في (تفاحة وحسيب، 2002).
- 3 . ضغوط العمل: التي تولد الكثير من الهموم الناتجة عن إرهاق العمل.
- 4 . الضغوط الدراسية: تشكل الصعوبات الدراسية على طالب المدرسة في مختلف المراحل الأساسية ضغطا شديدا، فهو مطالب بأن يحقق النجاح في الدراسة لإرضاء طموحه الشخصي من جهة وإرضاء الأهل من جهة أخرى.
- 5 . الضغوط العاطفية: تمثل الضغوط العاطفية بكل نواحيها النفسية والانفعالية لبني البشر واحدة من مستلزمات وجوده الإنساني، فالعاطفة لدى الإنسان غريزة اختص الله عز وجل بها بني البشر دون باقي المخلوقات، فعندما يعاق الإنسان في طلب الزواج والاستقرار العائلي بسبب الحاجة الاقتصادية أو عدم الاتفاق مع شريك الحياة، يشكل ذلك ضغطا عاطفيا تكون نتائجه نفسية (الأمارة، 2001).

ويشير عبد الصمد (1999). إلى أن الإنسان اجتماعي بطبعه يعتمد على الآخرين فإن قطع العلاقات الاجتماعية يؤثر سلبا على الصحة النفسية للفرد، فقد تبين أن الرجال المتزوجون يعمرن أكثر من غير المتزوجين، حيث تقل أمراضهم ويبدون أكثر سعادة، وإن اكتنفت الحياة الزوجية

بعض الصعوبات والمشاكل، كما أشار بشكل عام إلى أن الذين يشعرون بأن هناك من يحبهم يقل احتمال إصابتهم بأمراض القلب بمقدار النصف تقريباً.

وذكر (غودوين وزملاؤه) في أورنيش (1995). أن فرص الشفاء للأشخاص العازبين المصابين بأمراض القلب والسرطان هي أقل من المتزوجين حتى مع مراعاة الشروط الأخرى، كشدّة المرض ونوع المعالجة.

6. أحداث حياتية كبرى: تضمن التغيرات في ظروف الحياة التي يمكن أن يكون لديها تأثير الضغط لمدة طويلة وحسب الموقف، ويمثل في أعلى هذه اللائحة موت الزوج، أو الطفل، أو أحد الأهل.

7. مشاحنات يومية: مواقف صغيرة ومتكررة بالحياة مثل: ارتفاع الأسعار، وزحمة المرور ومواضيع صحية، ومشاكل مع الأهل في (بيرغ، 2004).

#### ثانياً. الضغوط الداخلية:

إن السبب الحقيقي الذي يثير الضغط يتمثل في الصوت داخل الفرد الذي يفسر الأحداث ويعطيها معانٍ مختلفة، ولا تأتي التفسيرات من العدم، بل تستند على عدد من العوامل تتضمن: التجربة السابقة، أو الظرف والسياق، أو تتأثر بهما معا (بيرغ، 2004).

**أعراض الضغط النفسي:** ثمة خصائص متعددة تظهر على الذين تعرضوا للإجهاد، وهم ينقسمون إلى أربع فئات: فئة سلوكية، ما يفعله الناس، وفئة جسدية ما يصيب الأجساد، وفئة عاطفية كيفية الشعور وأسلوب الفرد الفكري، ومن المؤشرات والأعراض المعروفة في (النوري، 2002).

1. **الأعراض الجسمية:** وتظهر في ردات فعل الضغط العادية، وخفقان القلب بقوة، وتشنج العضلات، وجفاف الفم، وآلام في الصدر، والغثيان، والصداع، وانخفاض الشهوة الجنسية، وتضخم الغدة الدرقية، والبول السكري، والشره أو البدانة، والتهاب المفاصل الروماتيزمي، واضطراب الجهاز الهضمي، وعدم انتظام الدورة الشهرية عند النساء، ويضيف هيلجارد وكويك بعض الآثار الفسيولوجية الأخرى مثل: النوبات القلبية، وقرحة المعدة، وارتفاع نسبة الكولسترول في (الموسوي، 1998).

2. **الأعراض الذهنية:** صعوبة في التركيز، والتشتت، وصعوبة اتخاذ القرار، ومشاكل في الذاكرة ونسيان، واضطراب الأداء، وكراهية الذات، والحركات الزائدة، وكثرة الشكوى من المرض.

3. **الأعراض العاطفية:** الشعور بالعصبية، والقلق، وسرعة الغضب والانفعال، وعدم الراحة، والإحباط، ونفوذ الصبر، الأرق والكآبة، والشعور بالخجل والغيرة، وتفجر المشاعر، والمبالغة في ردود الأفعال، وعدم القدرة على إظهار المشاعر، وضعف الرغبة الجنسية في (النوري، 2002).

4. **الأعراض السلوكية:** تنتج بعض السلوكيات عادة من طاقة الضغط الزائد التي يحاول الجسم أن يتخلص منها من خلال النشاط العضلي، ومنها: سرعة الحركة، والتدخين، وقضم الأظافر،

والتحدث بصوت عال، ويمكن للضغط أن يظهر بعشرات الطرق، إلا أن معظم الناس لديهم مؤشرات للأعراض بنسبة تتراوح ما بين 5 - 10 أعراض (بيرغ، 2004).  
المظاهر الفسيولوجية الناتجة عن الضغط النفسي.

1. زيادة عدد دقات القلب.
2. ارتفاع ضغط الدم.
3. زيادة معدل ترسب الكوليسترول في جدار الشريان التاجي، مما ينتج عنه من حدوث جلطة في الشريان التاجي (المجد، 1999).
4. زيادة في إفراز الهرمونات.
5. انقباض الأمعاء.
6. نقص الدم في أطراف اليدين والقدمين.
7. التغيير في سرعة التنفس.
8. انقباض العضلات.
9. حساسية لأي تغيير بيئي (ندى، 1998).
10. التغيير في نظام النوم.

#### تأثير الضغط النفسي على الجسم:

من المعروف أن التجلط (التخثر) يزيد بالدم كلما واجه الإنسان مواقف متأزمة، وكلما تكررت هذه المواقف ازدادت ضربات القلب وارتفعت نسبة الكوليسترول في الدم، عند البعض ممن لديهم الاستعداد للإصابة بما يسمى الشريان التاجي Coronary disease أو مرض الشريان التاجي (Coronary artery disease) وتلك ظاهرة جلية في الجلطة القلبية التي تتكون به وتسده. وقيل: أن مرض الشريان التاجي يصيب الطموحين والذين ينشدون الكمال، والعدوانيين وهو ما يدل على الارتباط بين الحياة الانفعالية وهذا المرض بالقلب (الحفني، 1995).

ويؤثر الضغط النفسي على الدماغ بشكل مباشر، فيؤثر بالذات على مادة "السيرونوبين" وهي المادة المسؤولة عن النوم والراحة في الجسم، كما ويؤثر أيضا على مادة "النورادينالين" وهي التي تؤثر على الإنتاجية والطاقة في الجسم، وبدونها يصبح الإنسان كسولا وغير منتج، كما ويؤثر أيضا على مادة "دوباميث" وهي المادة المسؤولة عن احتمال الآلام في الإنسان فبدونها يصبح الإنسان غير مستعد لاحتمال الألم أو الإحساس بالسعادة بشكل عام، وتنقلب حياته إلى جحيم شيئا فشيئا (الجاموس، 2004).

وقد أثبتت البحوث أن الضغط النفسي الحاد يعتبر من أهم العوامل التي قد تؤدي إلى الإصابة بالجلطة القلبية خاصة لدى المرضى الذين يوجد عندهم أصلا ضيق في الشرايين، حيث يؤدي

الضغط إلى شرح في غطاء الشريان الضيق ، مما يكشف الكوليسترول والدهنيات الموجودة فيه لكرات الدم الحمراء وصفائح الدم التي سرعان ما تتسرب عليه ، وتتكون "جلطة" في الشريان تمنع تماما تدفق الدم إلى عضلة القلب (المجد، 1999).

ففي القرن الثامن عشر كان الطبيب البريطاني الشهير جون هنتر (John Henter) قد تعرض لعدة ذبحات صدرية، وكتب عن ذلك لتلاميذه شارحا لهم كيفية شعوره بهذه الأوجاع عندما ينفعل أو يصيبه توتر ذهني، وذات يوم وعلى مرأى من زملائه وخلال مشاجرة كلامية عنيفة مع مدير المستشفى الذي يعمل فيه، توفي فجأة ويده على صدره، وحين قام زوج ابنته الذي كان يعمل طبيبا في المستشفى بتشريح الجثة، وجد الشرايين التاجية متكلسة مع انسداد تام في اثنين منها. ووجد مثالا حيا آخر مصدره علامة إنجليزي هو وليم أوسلر (William Osler) الذي كتب في العام (1879)م قبل أكثر من مئة وعشرين عاماً قائلاً: "إن الضغط الشديد وليس زيادة الطعام والشراب هو المسؤول عن إصابة الشرايين بالتصلب، وقد لقي مصرعه هو الآخر بعد مشاهدة كلامية غاضبة أثناء عمله (بسطامي وآخرون، 1994).

وأشار وليمز (Williams) في عدس (1997). إلى أن أمراض القلب والجلطات التي تصيب الإنسان تعود إلى الضغط والغضب والضيق وما يشعر به من حزن وكراهية، وهي السبب في ارتفاع ضغط الدم وخفقان القلب وليس ما يلحق بالقلب من أمراض أخرى، حيث أشارت دراسته والتي أجريت في جامعة داكا بالولايات المتحدة إلى أن عدد الوفيات ممن يتسمون بالحقد والضغط والغضب حين يبلغون سن (50) من أعمارهم يبلغ (7) أضعاف عددهم في سن الشباب، إذ أشار إلى أن الاستسلام للغضب والضغط والانفعال مؤثر قوي على الموت المبكر بنسبة أعلى ممن يموتون جراء أمراض أخرى.

ويورد باشا(1998). مثلاً آخر يوضح فيه دور العوامل المساعدة في الإصابة بالجلطة القلبية، حيث كان (جونسون) وهو أحد رؤساء الولايات المتحدة الأمريكية في (47) من العمر حينما كان يعمل عضواً نشيطاً في الكونغرس الأمريكي، وكان بديناً ويدخن (60) سيجارة في اليوم، وبينما كان يقود سيارته ذات يوم شكا من ألم في الصدر مع غثيان وتقل في الساعدين، وكان تخطيط القلب الذي أجري قبل يومين طبيعياً تماماً، وقد تبين للأطباء أنه قد أصيب بجلطة في القلب غير قاتلة ناتجة عن البدانة والتدخين، حيث تم انتخابه فيما بعد رئيساً للولايات المتحدة بعد اغتيال جون كينيدي.

يقول لون: "إن الشيء المفجع في أمر الموت الفجائي بسبب توقف القلب، هو أنه لا يحدث بالضرورة في أرذل العمر، وإنما في أوجه، وقد بين من تجاربه " أن الشدة العاطفية تؤدي إلى تدفق

غير كافي للدم إلى عضلة القلب، وقد ظهرت في صورة التخطيط الكهربائي لدى المصابين، فقد طلب مخبريا من (19) شخصا أن يقوموا بحل مسائل حسابية معقدة، ثم حثهم على التحدث عن مخاوف يشعرون بها متعلقة بمشاكل مالية وصحية واجتماعية وتتعلق بالموت والحياة وفي أثناء هذا الاختبار النفسي للشدة أخذ نبض بعض المشتركين يتضاعف وأخذت بالظهور على شريط التخطيط علامات دالة على التقلص في الأوعية الدموية (القباني، 1994).

وقد توصل فريق من العلماء الألمان بجامعة ميونخ بألمانيا إلى أن الغضب والتوتر النفسي يسبب انسداد الشرايين ويضيقها ويجعلها صلبة، لأنه يزيد من تراكم الصفائح الدهنية، مما يزيد خطر التعرض للأزمات القلبية، كما أشار العلماء إلى أن معدل تصلب الشرايين يتقدم بسرعة عند الأشخاص سريع الغضب والتوتر والذين يعانون من ضعف الروابط الاجتماعية والأسرية ، مشيرين إلى أن هذه الاكتشافات قد تساعد الأطباء في التعرف إلى مجموعات الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي (الجاموس، 2004).

وأوضحت دراسة هاوس وآخرون (House et al., 1987) كما ورد في الموسوي (1998). علاقة الضغوط المهنية وتأثيرها في الصحة الجسمية منها : الإصابة بالذبحة الصدرية، وقرحة المعدة، والحكة الجلدية، وضغط الدم، والصداع، ومرض القلب.

وقد قام موريس (Mores) كما ورد في عبيد (1992). بدراسة نسبة الإصابة بمرض القلب الإكليلي لدى (25000) موظف في إدارة النقل العام بلندن، وقد أوضحت الأرقام أن عدد الإصابات بالنوبات القلبية بين سائقي الباصات تبلغ ضعف عددها عند المحصلين ( محصلي الأجرة من الركاب) المساوين لهم في العمر، وحتى يتأكد موريس من أن المسألة ليست محض مصادفة قام بتكرار هذا التحليل في السنتين التاليتين فوجد نفس النتائج بعينها.

وقد قام مياسنيكوف كما ورد في النيل وزبود (1985). بدراسة أثر الشدة وقت الحرب على جسم الإنسان، فقد قام بمراقبة ظهور حالات ارتفاع ضغط الدم أثناء حصار مدينة "لينجراد" والذي وقع في الحرب العالمية الثانية سنة (1943). م لدى عدد من المرضى والأطباء، وبعد عدة أشهر لاحظ ازديادا كبيرا في أمراض القلب والأوعية الدموية مباشرة بعد الحرب.

كما أجرى (كانن) أستاذ الفسيولوجيا بجامعة هارفارد منذ جيل من الزمن دراسات ميدانية في أدغال إفريقيا والبرازيل وهاييتي وجزر المحيط الهادي للتأكد من مدى تأثر الجسم بالطوارئ العنيفة من حوله، وكان محور دراسته " الموت المفاجئ " الذي كان يقع للبدائيين، حيث وجد أن الجسم يتأثر بالضغوط العنيفة لدرجة الموت في (القباني، 1994).

وفي دراسة (هبنر وميلز) حول العلاقة بين الضغط النفسي وسمات الشخصية، فقد دلت النتائج أن سمات الشخصية مرتبطة بالضغط النفسي ارتباطا دالا؛ فقد أشارا إلى أن النمط (A) يتعلق بالأفراد الأكثر عرضة للأزمات القلبية، ومن هذه السمات: القيام بأكثر من عمل في وقت واحد، والسباق ضد الوقت، والشخصية العدوانية، والدرجة العالية من الدافعية، والدرجة العالية من روح التنافس، النظرة للحياة كميدان منافسة حتى خلال مزاولته للأنشطة الترويحية، والرغبة العالية في الإنجاز، وإن كان في بعض الأحيان دون أهداف محددة، وعدم إظهار اهتمام بالبعد الجمالي للبيئة المحيطة به، ويدفع الآخرين للإسراع في حديثهم، وضيق الصدر أو قليل الاحتمال، ويجد صعوبة في أن يقول لا، ويحول الحديث بينه وبين الآخرين تجاه وجهة نظره واهتماماته (عسكر، 2003) و(عبد الخالق، 2000).

كما توصل كوهن ووليمسون إلى أن هناك دليلا مقنعا على وجود ارتباط بين الضغوط النفسية وزيادة السلوك المرضي في (الموسوي، 1998). كما أجرى ويندر وآخرون ( Weidner et al.,1989 ) كما ورد في عبيد (1992). دراسة لتحديد العلاقة بين سمة العدائية وكل من ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، وتبين أن كلا من الذكور والإناث ممن يتسمون بالعدائية المرتفعة يرتفع لديهم ضغط الدم، وهم بصدد ممارسة المهام الشاقة. وفي دراسة مالكوف وآخرون ( Malkcoffe et al.,1993 ) كما ورد في باشا (1998). لتقييم تأثيرات الضغوط الذهنية على نشاط الصفائح الدموية وعلاقته بسمة العدوان لدى طلبة جامعيين من الذكور تعرضوا للشدة أثناء قيامهم بمهام على الحاسوب، أدت إلى شعورهم بالإحباط والتوتر، أظهرت النتائج ارتفاع كل من افرازات الصفائح الدموية ومعدل ضربات القلب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وفي دراسة نشرها روبرمان في مجلة (The New English Journal of medicine) والمشار إليها في (عبيد، 1992). كشفت المقابلات مع (2320) شخصا من الناجين الذكور من النوبات القلبية، أن المرضى الذين صنفوا باعتبارهم معزولين اجتماعيا ولديهم درجة عالية من الضغط النفسي في حياتهم يشكون من خطر الموت بمرض القلب والأمراض الأخرى بنسبة تزيد ( 4 مرات على الذين كان لديهم مستويات منخفضة من الضغط النفسي والعزلة. كما أشارت السباعي كما جاء في أورنيش (1995). إلى أن الضغط النفسي يسبب انسدادات في الشرايين التاجية، حيث وجدت من خلال دراستها لأفراد تعرضوا للضغط النفسي خلال ( 14 سنة من الحرب في بيروت أنهم يعانون من انسدادات في شرايينهم التاجية بدرجة أكثر حدة من الزوار الذين لم يتعرضوا لهذا الضغط المزمن، وبغض النظر عن عوامل الخطر الأخرى كضغط الدم ومستوى الكوليسترول.

كما أشارت الدراسات والمؤتمرات الخاصة بمنطقة الشرق الأوسط، إلى أن سكان المخيمات الفلسطينية وأهالي القرى الجنوبية في لبنان يعيشون درجات مختلفة من القلق والضغط النفسي ، الأمر الذي يدعم الرأي حول دور الموقع الجغرافي في الحالة الانفعالية لسكان الدول الصغيرة، وبخاصة المجاورة منها لدول تتسم بالعدوانية والرغبة في التوسع (عسكر، 2003).

### تأثير الضغط النفسي والإجهاد على صحة المرأة:

ما لم تصل المرأة إلى سن اليأس أو ما يطلق عليه البعض، سن النضوج، أو أزمة منتصف العمر، فهي تتمتع بحماية مضاعفة ضد كل مشاكل القلب، وهذا يرجع إلى هرمون الأستروجين وغيره من هرمونات الأنوثة التي تلعب دور الحماية في التصدي للتجلط في الشرايين، ولكن بما أن يتوقف الجسم عن إنتاج الأستروجين ترتفع نسبة الإصابة بأمراض القلب لتتساوى مع نسبة الرجل، وهذا تحديدا الوقت الذي قد تسبب فيه الضغوط النفسية المشاكل القلبية للنساء (دولمور وآخرون، 2004) وبالرغم من أن طبيعة الضغوط التي تواجهها المرأة تختلف وتتغير إلى حد بعيد إلا أن استجابة الجسم لهذه الضغوط تكون عادة ثابتة ومستقرة.

وفي مواجهة الأخطار المحدقة والعوامل الضاغطة يطلق الجسم بصورة آلية كرد فعل كل طاقاته الدفاعية، وبحسب إحصائيات الأكاديمية الأمريكية لأطباء العائلة لعام (1997) فإن (50 – 60) من الأمراض والاعتلالات الصحية والنفسية لها علاقة بالضغوط التي تتعرض لها المرأة في حياتها اليومية (فاخوري، 1999). ومن هذه الاعتلالات:

- أمراض القلب.
- ضغط الدم، والدوار، وأمراض الجهاز الهضمي.
- اختلال الدورة الشهرية.
- تساقط الشعر، وأمراض الجلد، والبرود الجنسي، والكوابيس المزعجة.
- الخوف الزائد من الحاضر الصعب والمستقبل المجهول.
- الخوف من الفراغ الراهن والمستقبلي.
- الانزعاج من الأصوات العالية والضجة.
- الخمول وقلة انسجام لون البشرة (مكي، 2003).

وعلى الرغم من أن النساء يتمتعن بحصانة ضد أمراض القلب على مدى عقدين أو ثلاثة عقود، إلا أن النساء الأصغر سنا قد بتن عرضة لمشاكل أخرى من جراء الضغوط، فقد أظهرت إحدى الدراسات التي أجريت على (5872) سيدة حامل في الدنمارك أن المرأة التي تعاني من الضغوط ، والتي تتراوح بين المتوسطة والمرتفعة في الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل كانت أكثر عرضة

للولادة المبكرة بنسبة تصل إلى (1.1 - 75.1) مرة مقارنة مع غيرهن من النساء الحوامل اللواتي لم يتعرضن للضغوط في (دولمور وآخرون، 2004).

وقد أشارت بعض الدراسات أن النساء اللواتي يجدن صعوبة في التعامل مع الضغوط يكن معرضات لخطر تكوين دهون خطيرة في منطقة البطن والأرداف والتي تعمل كعامل مساعد في الإصابة بأمراض القلب (دولمور وآخرون، 2004).

#### الضغط النفسي ونمط الشخصية:

لقد صنف الباحثان الأمريكيان فريدمان وروزثمان عام (1959). البشر إلى نموذجين أساسيين هما "A" و "B" ويمتاز كل منهما بخصائصه النفسية.

فيمتاز أناس النموذج "A" بقدرته هائلة على العمل، ووتيرة حياتية متسارعة وتوتر دائم، ومن الناحية النفسية فهم يتمتعون بشعور عال بالمسؤولية تجاه العمل الموكل إليهم، وبطموح وسعي دؤوب لتحقيق النجاحات، ويبقى هؤلاء الناس بسبب طبائعهم غارقين في العمل طوال الوقت على حساب أوقات راحتهم، ويعملون خلال فترات عطلتهم، وعدا عن ذلك فيشعرون دائما بضيق الوقت ومن الجدير بالذكر أن مثل هؤلاء الناس لا ينشئون وتيرة حياتية مضطربة لأنفسهم فحسب، بل وللآخرين، سواء في المنزل أو العمل (يفغيني، 1994).

أما أناس النموذج "B" فهم على العكس تماما إذ لا يحبون تقييد أنفسهم بمواعيد ثابتة ودقيقة أثناء العمل، وهم هادئون ومتوازنون لا يتعجلون في أمورهم، بل يكتفون بالعمل خلال الأوقات المخصصة لذلك، وهم راضون دائما عن وضعهم، ويتوفر لديهم بصورة دائمة وقت من أجل الراحة، كما أن أناس النموذج "B" يؤثرون بأسلوب حياتهم الهادي الوقور على مجتمعهم المحيط وتظهر هذه الخصائص السيكولوجية لكل من النموذجين "A" و "B" من خلال ردود أفعال مختلفة على الصعوبات والنكبات الحياتية (عسكر، 2003).

فقد لوحظ في ميادين العمل، وبعد مراقبة أحوال مئات من الرجال والنساء، ومع تبادل الأحاديث معهم، ثبت أن عدد الإصابات بالأمراض القلبية بين الأشخاص العدوانيين المتسرعين (أصحاب الشخصية من فئة "A") يساوي (7) أضعاف الإصابات بين الأشخاص الهادئ الأعصاب المائلين إلى الاسترخاء (أصحاب الشخصية من فئة "B") وقد أكدت هذه الملاحظة من قبل هيئة الأطباء والجراحين بجامعة كولومبيا، إذ تبين لاختصاص القلب هناك أن أفراد شخصية "A" معرضون أكثر من غيرهم للآفات والجلطات القلبية (القباني، 1994).

ويرى العلماء أن التفاؤل والمزاج الإيجابي أمران أساسيان لصحة الإنسان، حيث يؤثر إيجابيا على صحة الجسم، ويساعد على الشفاء في حال المرض، وهناك جانبا مهما يميز بين مريض وآخر هو الأمل في الشفاء.

من جهة أخرى فإن التشاؤم الذي يرتبط بكل من العدائية يتسبب في مشكلات صحية كثيرة منها : ضغط الدم، ومرض الشريان التاجي، والسرطان، وارتفاع معدل الوفاة، وبطء الشفاء بعد إجراء العملية الجراحية، كما أن كفاءة جهاز المناعة تزداد لدى المتفائلين بالنسبة للمتشاؤمين (عبد الخالق، 2000).

ويرى جوفير وروبشتين في السعيد (2005). أن الضحك والمرح نعمة هامة يتميز بها البشر حيث ينظر إليه على أنه دواء هام لدفع التشاؤم واليأس، والترويح عن النفس، ووسيلة لدفع الملل الناتج عن حياة الجد والصرامة، وتنفيس عن آلام الواقع، وبعد الضحك أحد مباحج الحياة التي يمكن أن نزع أن الإنسان ينفرد بها عما سواه من المخلوقات، ومن الناحية النفسية والاجتماعية يعكس الضحك عادة الشعور براحة البال والثقة بالنفس، وقدرة الإنسان على مسايرة الحياة من حوله وقديما قالوا: (اضحك تضحك لك الدنيا) وهذا واقع؛ فكما أن تعبيرات العبوس والكآبة تؤثر سلبيا على الفرد نفسه وعلى من حوله، فإن الابتسام والضحك ينشر الإحساس بالسعادة والبهجة بين كل من نتعامل في محيطهم، فقد ثبت أن المشاعر الإنسانية لها خاصية الانتقال فيما يشبه العدوى فالناس عادة ما يحاكون من حولهم ويتأثرون بهم، ولا يقتصر تأثير الضحك الإيجابي على الحالة النفسية للإنسان بل يمتد إلى وظائف الجسم الداخلية، فقد ثبت أن الضحك يساعد على زيادة الأكسجين الذي يصل إلى الرئتين، وينشط الدورة الدموية، ويساعد على دفع الدم في الشرايين (السعيد، 2005) وقد ذكرت معلومات إحصائية أن الإنسان في عصرنا الحاضر يضحك أقل مما كان يفعل الذين سبقونا في العصور القريية (عبد الصمد، 1999) و(السعيد، 2005).

وقد أثبتت دراسة علمية أن الذين يتمتعون بالحس الفكاهي يأتي ترتيبهم متأخرا جدا في سلم الأشخاص المعرضين للإصابة بالأمراض النفسية، ومرد ذلك أن الذين يضحكون يجدون في الفكاهة الحل التلقائي لما يصعبهم من توتر، وكثيرا ما تبين في العيادات النفسية الأثر الذي يشبه السحر الذي تتركه الابتسامة الصادقة في وجه إنسان يتألم، أو ضحكة مشتركة تشيع الألفة وتقوي التعارف بين الطبيب ومريضه (السعيد، 2005). وأشارت دراسة معهد التقدم الصحي في نيويورك والمشار إليها في (عبد الصمد، 1999 أ). والتي استمرت (15) سنة إلى أن الضحك لا يعكس فقط الحالة النفسية للإنسان، ولكنه أيضا يتسبب في تغييرات جسدية صحية في الجسم، كما يجعل الضحك الإنسان يشعر بالراحة أكثر؛ لأنه يتسبب في خفض ضغط الدم وتوتر العضلات، كما أشارت النتائج إلى أن الضحك أفضل منظم طبيعي لضربات القلب، فهو يعمق التنفس، ويحسن الدورة الدموية، بشكل كبير، كما تبين أن للضحك تأثيرات مميزة على صحة الإنسان، فعند الضحك تنشط الدورة الدموية وتتحرك الأوعية الدموية القريية من الجلد، ويقل ضغط الدم، ويصبح نمو

الأنسجة والتئامها أكثر سرعة، وتتساقب مادة (الأندروفين) في الدم بشكل أكبر وهي المادة المهدئة والمسكنة للألم، كما تبين علمياً أن الضحك يؤثر إيجاباً على كل عضو من أعضاء الجسم (عبد الصمد، 1999 ب).

ويشير جوفير في عبد الصمد (1999 ب) إلى أن الضحك علاجٌ فعالٌ للقلق النفسي وتفرغ وإزالة التوتر العصبي، حيث يقول: إن الضحكات تذيب التوتر مثلما تذوب قطعة الثلج تحت حرارة الشمس.

ويرى روبينستين (2004). في الضحك دواءً جيداً ووسيلة فعالة لتقليل الضغوط النفسية، فعندما يضحك الإنسان ترسل الأعصاب في الدماغ نبض كهربية تحفز إنتاج هرمون " الإندورفين " وهو هرمون له القدرة على تهدئة وإرخاء الجسد ومنح الإحساس بالراحة، كما يحسن تدفق الدم، وإرخاء العضلات المشدودة، كما يعمل على تحسين جهاز المناعة من خلال المساعدة في التغلب على مشاعر القلق والإكتئاب والضغط.

وأشار (بينكر) في أورنيش (1995). إلى أن مشاطرة المشاعر هي خطوة جيدة للنفس وللجهاز المناعي، وقد دلت على ذلك من خلال دراسة قام بها، حيث طلب من مجموعة من الطلبة في جامعة سادثرن ميثوديست في دالاس أن يمضي كل منهم مدة ( 20 ) دقيقة يومياً ولمدة (4) أيام في كتابة أحداثاً مأساوية في حياتهم، كما طلب من مجموعة ثانية من هؤلاء الطلبة كتابة أحداث غير هامة في حياتهم، فعندما أخذت عينات دم من كلا المجموعتين في فترة الأيام الأربعة أظهرت النتائج زيادة في نشاط جهاز المناعة لدى المجموعة الأولى التي كشفت عن مشاعرها، بينما لم يظهر أي تغيير لدى المجموعة الثانية، إذ أشير إلى أن عدم الحديث عن الأحداث المأساوية يسبب ضغطاً نفسياً لدى الفرد يترافق بعمل فيزيولوجي يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي، والذي من شأنه أن يسبب ضغطاً مزمناً على القلب والجهاز المناعي.

## الأدب التربوي المتعلق بالقلق النفسي والقلب

### المقدمة:

معنى القلق:

المعنى اللغوي: قلق قلقاً أي لم يستقر في مكان واحد، ولم يستقر على حال.

وقلق: اضطرب وانزعج، والقلق: هو الهم.

وأقلق الهم فلانا: أي أزعجه، والمقلق هو شديد القلق، ويقال رجلٌ مقلق وامرأة مقلقة

(المعجم الوسيط، ص 790).

والقلق في اللغة اللاتينية يعني الإختناق أو الكظم والكبت.

والقلق رد فعل نفسي على تقديرات المواقف المتعلقة بالخوف (فوسوم، 1994).

ويشير مصطفى (2000). إلى أن القلق يمثل نقطة هامة يجب الوقوف عندها وتناولها من حيث الدراسة والتحليل، حيث أنها تمثل عقدة (مشكلة) والتي يدار حولها العديد من التساؤلات المختلفة والمتنوعة، كما وتمثل مشكلة القلق لغزا يجب العمل على حله، لأنه يعرف الإنسان على نمطية التفكير والتعاطي مع المواقف المختلفة في البيئة المحيطة للأفراد.

ويرى فوسوم (1994) ومصطفى (2000). أن القلق ليس انفعالا شائعا يعرفه جميع البشر فحسب بل يعتبر علامة على إنسانية الإنسان، فمن ذا الذي لم تمسه الشفرة الحادة للرعب إثر تعرض شيء عزيز لديه لخطر مفاجئ؟ ومن ذا الذي لم تتقاذفه موجات لا تتقطع من الضيق والكرب وهو بانتظار مواجهة عصبية؟

ويؤكد فرويد (1915 - 1917). في مصطفى (2000). والذي أثار الاهتمام بظاهرة القلق كما لم يثره أي كاتب آخر، عمومية هذه الظاهرة، ومن الصعب أن يشار إلى مفهوم القلق كمفهوم حديث حيث وجد في الكتابات الهيروغليفية المصرية القديمة، كما وجد كتابا من العصر الوسيط مثل كتاب ابن حزم الأندلسي والذي أكد فيه شمولية القلق بوصفه حالة أساسية للوجود الإنساني (Kritzeck , 1956) كما ورد في (مصطفى، 2000).

وقد أثار القلق اهتماما خاصا لدى كيركيجار (Kierkegaard) أحد أعلام الحركة الوجودية (Existentialism) من حيث هو دافع إلى الإنجاز والإبداع، ويرى كيركيجار أن القلق الخلقي موجود منذ عصيان آدم ربه، ولكنه لا يتضح لدى الفرد إلا بعد ارتكاب الفرد إثما يعترف به، وهو يرى، من جهة أخرى، أن القلق منبع الإبداع، لذلك فالقلق سبيل إلى نضج النفس الإنسانية وفتحها على طبيعتها العميقة الخلاقة، إن هذه المسحة الفلسفية التي تظهر في حديث كيركيجار عن القلق صادقة فيما يتصل ببعض حالاته حيث أنه يقوم بوظيفة دافع قوي، ولكنه يقود إلى الانسحاب أحيانا بدلا من الخلق والإبداع، ويمكن أن يتطور إلى عصاب شديد الأثر (الرفاعي، 1982).

وقد عرف الإنسان القلق منذ أقدم العصور، وكثيرا ما يطلق على العصر الحديث عصر القلق بسبب انتشار الاضطرابات النفسية والعقلية، وقد يكون القلق النفسي مرضا أوليا كما أنه مصاحب لمعظم الأمراض الذهانية والعصابية، والقلق أحد مظاهر الشخصية العصابية التي تؤدي بصاحبها إلى سوء التوافق النفسي، مما يؤثر تأثيرا سلبيا على قدرة الشخص على ممارسة حياة طبيعية مفيدة، كما يعوقه عن أداء واجبه كاملا و يعوقه أيضا عن الاستمتاع بالحياة عامة (أحمد، 1998).

وأشار الرفاعي (1982). إلى أهمية موضوع القلق وأثره في السلوك الإنساني، حيث كان سببا في جعل بعض علماء النفس يعللون ظهور القلق لدى الفرد، ويتطرقون إلى نتائجه المحتملة على الجوانب العقلية والانفعالية والجسمية.

أما في عكاشة (2003). فيرى أن القلق من أكثر الأمراض شيوعا في العالم بأجمعه، وقد وجد أن حوالي (20%) من جميع المترددين على عيادات الطب النفسي يعانون من القلق النفسي، وهي أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية، وتبين في مسح حديث في الولايات المتحدة أن نسبة انتشار واضطراب القلق كلها بين مجموع أفراد الشعب تصل إلى ( 8 – 14%) أما القلق النفسي العام فتصل نسبته بين مجموع أفراد الشعب إلى حوالي (1 – 3%).

وأشار عبد الخالق والمجفوفي (2004). إلى أن القلق في علم النفس الحديث والمعاصر، له أهمية بالغة، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، ورد فعل المريض للمرض العضوي، ويمثل مرض القلق والاكتئاب أكثر الفئات ترددا على العيادات النفسية، وهناك نسبة عالية من المترددين على عيادات الأمراض العضوية مرضى قلق فحسب.

وعلى مستوى الطب النفسي تعد اضطرابات القلق فئة تصنيفية عريضة تضم أكثر من عشر فئات فرعية، وتعد دراسة القلق من مختلف جوانبه دراسة على جانب كبير من الأهمية، إذ يمكن أن يؤثر القلق في الناتج القومي لأي بلد في (حجلة، 2000) و(عبد الخالق والمجفوفي، 2004).

وقد تعددت الآراء والنظريات في تعريف وتفسير مفهوم القلق، وقد أسهب العلماء والأطباء في ذلك فرأى كارنجي (2000). أن القلق يشبه قطرات المياه المتساقطة بانتظام ، إذ أن تساقط القطرات الدائم يدفع الإنسان إلى الجنون والانتحار.

ويرى الفيلسوف (أوريليوس) في كتابه " تأملات " أن حياة الفرد هي ما تصنعه أفكاره، حيث أنه لا يستطيع أن يشد نفسه ليفكر بأفكار الشجاعة والسعادة وأفكار القوة والطمأنينة، ومن خلال التفكير الصحيح يمكن للفرد أن يجعل أي عمل أقل إزعاجا وقلقا له.

وأضاف قائلا: يستطيع القلق أن يجعل أكثر الناس صحة مرضى (كارنجي، 2000).

وأشار الليل (1982). أن العصر الحاضر يتميز بالقلق، وذلك نظرا لما يشهده من أحداث وظروف ومتغيرات متزايدة، بحيث يمكن القول: بأن هذا العصر أصبح متغيرا في حد ذاته، والقلق بوجه عام أصبح نتيجة من النتائج الواضحة لهذه المتغيرات، بل تحول من مجرد نتيجة إلى سبب يؤدي إلى ظهور الكثير من المظاهر العصبية حتى أن البعض يعتبره جوهر العصاب ومصدر الأعراض العصبية عند الفرد.

ويشي عكاشة (2003). أن تعقيد الحضارة وسرعة التغيير الاجتماعي، وصعوبة التكيف مع الشكل الحضاري السريع، والتفكك العائلي وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية على الرغم من إغراءات الحياة وضعف القيم الدينية والخلقية مع التطلعات الأيديولوجية المختلفة، تخلق الصراع والقلق عند الكثير من الأفراد، مما يجعل القلق النفسي محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية.

ويشي الصويص (1989). بأن أسلوب الحياة المعاصر مضافا إليه بعض الأعمال المرهقة التي تتطلب مجهودا جسديا وفكريا ونفسيا يفوق طاقات وقدرات الفرد يؤديان إلى الضرر بشرايين القلب، إذا لم يتمتع الإنسان بشخصية قوية وبقدرة هائلة على ضبط النفس، وعدم الغرق في متاهة التأثير العاطفي، ولم يتأقلم مع الواقع، كل حسب قدراته الجسدية والنفسية، دون الوقوع في فخ الهبوط النفسي والقلق والاضطراب الذهني.

ولا تكاد تخلو مواقف الحياة من مظهر من مظاهر التوتر والقلق، والذي بدوره يسير بواسطة الأعصاب فيتحرك الجهاز العصبي المركزي بمطرقته الكبيرة اللاإرادية، ويضرب المعدة أو القلب أو الرئتين أو غيرها من أجهزتنا الحساسة التي تتعكس بردود أفعال أتوماتيكية مؤلمة ومبرحة (الصفدي وحويج والعماد، 2001).

وقد أجريت على القلق بوصفه سمه في الشخصية ومن حيث هو اضطراب نفسي، الكثير من الدراسات في مختلف مناطق العالم، ونشرت دراسات عدة عن الفروق بين الثقافات (Cross-cultural) في مستوى القلق، كما أجريت دراسات حضارية مقارنة بين دول متقدمة وأخرى نامية، فلو حظ ارتفاع القلق في الدول ذات المستوى الاقتصادي المنخفض، كما لوحظ أن مستوى القلق يختلف من بلد إلى آخر فتقل درجته على سبيل المثال في أميركا، ثم ترتفع درجته على الترتيب في كل من بريطانيا، واليابان، وإيطاليا، وفرنسا، والهند، كما ظهر أن القلق يرتفع في مصر أكثر من السعودية والكويت في (عبد الخالق، واليحفوفي، 2002).

كما أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن عدم القدرة على التعامل مع الإجهاد النفسي والقلق تزيد من مخاطر الإصابة بالجلطة القلبية، لكن الآلية التي تربط بين الإجهاد النفسي وأمراض القلب والجلطة القلبية بشكل عام ما تزال موضع الدراسة (قاسم، 2001).

وذكر في عبد الرحمن (1999). أن القلق يمثل واحدا من أهم الاضطرابات المؤثرة على حياة الناس في كافة أنحاء المعمورة، حتى أضحي بعض علماء النفس يطلقون على العصر الذي نعيشه اسم عصر القلق، وتقدر الإحصاءات أن (1 من كل 4) أشخاص يتعرضون يوما ما على مدار حياتهم لواحدة أو أكثر من اضطرابات القلق، إذ يوجد القلق بنسبة (10-15%) لدى المرضى

المراجعين للعيادات الخارجية وبنسبة (15%) لدى المرضى داخل المستشفيات، وتوضح نتائج الدراسات في

(عبد الرحمن، 1999) أن (25%) من الأصحاء قد صادفوا القلق في وقت ما من حياتهم، ويمكن تشخيص اضطراب القلق في حوالي (75%) منهم خلال شهر معين.

ويعتبر القلق من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً، فهو يمثل حوالي (30-40%) من الاضطرابات النفسية، ويصيب حوالي (1 من كل 9) أشخاص، وهو أشيع لدى الإناث (زهران، 1997). ويصيب هذا الاضطراب الأشخاص في جميع الأعمار، ولكنه يظهر بشكل واضح في العشرينات والثلاثينات من العمر، وينتشر بشكل كبير حيث تصل نسبة انتشاره إلى (2-5%) من الناس لكافة ولكن بعض الدراسات تشير إلى أن الاضطرابات الأخرى التي يكون القلق أحد الأعراض المصاحبة لها تضاف بعض حالتها إلى هذه النسبة وأنه ليس بهذه الدرجة من الانتشار، ويعتبر هذا الاضطراب مزمنًا، وقد يستمر مدى الحياة (الحجاوي، 2004).

ويمثل اضطراب القلق (14%) من المرضى في عيادات أمراض القلب، و (41%) من المرضى في عيادات الجراحة و (17%) من المرضى الراشدين في عيادات العناية الأولية (عبد الخالق واليحيى، 2004).

وأشار عكاشة (2003). إلى أن لعامل السن أثره في نشأة القلق؛ فيزيد المرض مع عدم نضوج الجهاز العصبي المركزي في الطفولة والشيخوخة، فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين، فيكون في هيئة خوف من الظلام أو الغرباء أو في هيئة أحلام مزعجة. أما في سن المراهقة فإن القلق يأخذ مظهرًا آخر من الشعور بعدم الاستقرار والحرص الاجتماعي، وتقل أعراض القلق في سن النضوج لتظهر ثانية في سن الشيخوخة، حيث يزيد استعداد الفرد لظهور هذا المرض، ومن هنا يتضح أن الفرد يولد بالاستعداد الوراثي في جهازه العصبي للقلق النفسي، ويظهر المرض عند تعرضه لنوع من الإجهاد أو المشقة بكافة أنواعها (عكاشة، 2003). ويأخذ القلق لدى بعض الناس شكل الانزعاج والهلع حين يتعرضون لهجمات من الهلع المتكرر تحدث دون سابق إنذار أو سبب واضح، وتتجلى بشدة (في سرعة خفقان القلب وشدته) وضغط الدم وألم في الصدر والدوار والتعرق، وكثيرًا ما يخشى هؤلاء الناس من التعرض لأزمة قلبية، ويكونوا على خشية دائمة من تعرضهم لمثل هذه الحالة في (الوقفي، 1998).

**مفهوم القلق النفسي:**

تختلف النظرة إلى القلق باختلاف المدارس والاتجاهات، وقد نجحت كل من نظرية التحليل النفسي وبخاصة على يدي فرويد، وكذلك نظرية التعلم والنظرية المعرفية في إلقاء الضوء على مختلف الجوانب النفسية والجسمية للقلق في (أحمد، 1998).

ويوضح (فرويد) في الرفاعي (1982). أن القلق يظهر أصلا كرد فعل لحالة من حالات الخطر التي تواجه الشخص، فإذا استمرت هذه الحالة انخفضت أو تلاشت أعراض القلق. كما أشار (فرويد) إلى أن التغيرات التي تحدث للفرد أثناء نموه وانتقاله من مرحلة إلى مرحلة أخرى أهمها: صدمة الميلاد وما يحدث فيها من تحول كبير في حياة الفرد، بالإضافة إلى ذلك عجز الفرد وعدم قدرته على إشباع حاجاته ومواجهة مشكلاته هي السبب في ظهور القلق. يعرفه شيللر (1955) في رضوان (2002). بأنه ذلك الكف العميق للشعور بالحياة. القلق: هو شعور من التوجس والخوف أو التوتر الذي ربما يرتبط بشيء، أو يكون عاما لا يرتبط بشيء معين، فالفرد القلق يحمل أفكارا مزعجة حول مخاطر لا يعرف مصدرها، وعادة ما تكون مزيجا من الأعراض: ضربات قلب سريعة، وضيق نفس، وأرق، وصعوبة في التركيز، وشعور بالتعب (عسكر، 2003).

ويعرفه يونج (Jung) بأنه ردة فعل لبعض الأفكار أو التخيلات غير المعقولة و التي تأتي إلى الفرد عن طريق اللاشعور الجمعي وما يحتويه هذا منها في (الليل، 1997). والقلق (Anxiety) هو إحساس مزعج بخطر داهم وشيك وغير محدد (نعمة، 1995). أما ماسرمان (Masserman) في صايمه (1995). فيقول: إنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ من خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف. ويعرفه عبد الخالق (1994). بأنه شعور عام بالخشية، أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع وتهديد مصدره غير معلوم، مع شعور بالتوتر وخوف لا مبرر له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق بالمستقبل والمجهول.

وتعرفه مي May (1950). كما ورد في الرفاعي (1982). بأنه إدراك لتهديد موجه نحو قيمة ما، يعتبرها الفرد أساسية في وجوده كشخص.

إن القلق شعور عام بالخيبة أو بخطر وشيك الوقوع ومصدره غير معلوم، إنه استجابة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا، وقد لا تخرج عن إطار الحياة العادية، ولكن الفرد الذي يعاني القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطرا ملحا أو موقفا يصعب معالجته (عبد الله، 2001). ويرى (أورانك) في الأمانة (2001). أن القلق هو خوف يحدث بسبب مواقف الانفعال التي يتعرض لها الفرد أثناء حياته.

ويشير (أدلر) في زيود (1998). إلى أن القلق ينشأ من شعور الفرد بالنقص العضوي أو الاجتماعي أو العقلي، والذي قد يصاب به الفرد خاصة في مرحلة الطفولة. ويعتقد البعض أن القلق استجابة انفعالية عامة للمشقة، والقلق شعور أو إحساس بالفرع أو الرهبة أو الهواجس، وهو شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر المصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، فإذا فقد الإنسان السيطرة على التحكم في مستوى القلق، فإن زيادة هذا القلق واستمراره يعوق التوافق ويعود بآثار سلبية، بل قد يشتد القلق ويستمر ليصبح مرضاً نفسياً وقد يظهر في صورة أعراض جسمية مختلفة ليس لها أساس عضوي فيما يعرف باسم الأمراض النفسجسمية (أحمد، 1998).

لقد غلب على الصورة التي عرض فيها القلق كمفهوم لون الكدر والضيق الذي يميزه، إلا أنه يجب أن يشار إلى وظيفة خاصة يقوم بها القلق أحياناً، وهي وظيفة الدافع التي يشترك فيها كل توتر انفعالي، فقد يدفع القلق الناجم عن أخطار التقصير في التكيف مع شروط بيئة اجتماعية جديدة إلى المزيد من الجهد من أجل إنجاز تكيف مناسب، وكثيراً ما يدفع القلق إلى المزيد من التروي قبل الإقدام على المعركة، كما يدفع أحياناً إلى الانسحاب تحسباً لنتائجها الواقعية (الرفاعي، 1982).

ويتبين لنا من هذه التعريفات أن ما يميز القلق أنه:

- يحدث القلق للإنسان عندما يتعرض لتهديد ما.
  - يؤثر القلق المرتفع في أداء الفرد تأثيراً سلبياً.
  - هناك العديد من الأعراض العصابية الظاهرة والأعراض غير الظاهرة التي تحدث للإنسان في حالة القلق.
  - إن الأعراض التي تحدث في حالة القلق العام هي الأعراض نفسها التي تحدث للإنسان في حالة القلق ( الليل، 1994 ).
  - انفعال (جوهره الخوف الغامض).
  - يَظْطوي على تهديد وخطر.
  - يرافقه شعور بالتوتر والتوجس.
  - الخطر والتهديد موجه نحو الشخصية بكل مكوناتها.
  - مبالغة الفرد في خطورة المواقف (قاسم، 2001).
- وهكذا يمكن القول في تعريف القلق أنه استجابة مركبة من الخوف والتوتر والضيق، لخطر أو تهديد واقع أو يخشى وقوعه موجه نحو الشخصية بكاملها (قاسم، 2001).

وقد كشفت الدراسات العاملية أن هناك عاملين أساسيين للقلق هما:  
سمة القلق (Trait – Anxiety) وحالة القلق (State - Anxiety)  
ويقصد بسمة القلق: الفروق الفردية المستقرة في الاستهداف للقلق، أي الفروق في الاستعداد لإدراك  
عدد كبير من المواقف والمثيرات على أنها تمثل خطرا للفرد وتهديدا له: وكذلك الفروق في الميل  
إلى الاستجابة لمثل هذه التهديدات.

أما حالة القلق. (State - Anxiety) (أو القلق العابر) فيمكن اعتبارها حالة انفعالية منفردة نسبيا أو  
استجابة تختلف في الشدة، وتتفاوت عبر الوقت، وبتحديد أكثر فإن حالة القلق تتكون من مشاعر  
كدرة غير سارة ومدركة في المستوى الشعوري، وتتسم بالتوتر والتوجس ومصحوبة بنشاط زائد  
للجهاز العصبي الذاتي اللاإرادي (Spielberger et al., 1977) كما ورد في (عبد الله، 1996).  
وتميز نظرية حالة وسمة القلق بين جانبين للقلق: الجانب الأول: أطلق عليه حالة القلق، ويشير إلى  
القلق كحالة انفعالية مؤقتة لدى الفرد تتذبذب من وقت لآخر لمشاعر التوتر والخطر المدركة  
شعوريا، وتزيد تلك المشاعر من معدل نشاط الجهاز العصبي الذاتي، وبالتالي تظهر حالة القلق  
(Spielberger, 1960) كما ورد في (البحيري، 1984). ويتطلب قياس حالة القلق بأن يطلب من  
المفحوص أن يشير إلى ما يشعر به في لحظة معينة من الوقت، ويمثل مقياس حالة القلق أحد صور  
اختبار القلق للكبار (البحيري، 1984) كما ورد في (البحيري، 1985). والجانب الثاني: يطلق عليه  
سمة القلق، ويشير إلى الاختلافات الفردية (الثابتة نسبيا) في قابلية الإصابة بالقلق والتي تعود إلى  
الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة كمواقف تهديدية  
بارتفاع حالة القلق (Spielberger, 1971) كما ورد في (البحيري، 1985). ويتطلب قياس سمة  
القلق بأن يطلب من المفحوص أن يستجيب إلى ما يشعر به بشكل عام، ويمثل مقياس سمة القلق  
الصورة الأخرى من اختبار القلق للكبار، وطبقا لنظرية القلق كحالة وسمة والتي ترى أن إثارة  
حالة القلق تتم بواسطة مثيرات داخلية أو خارجية تدرك من جانب الشخص كخطر أو تهديد فإن  
حالة القلق الناتجة تؤدي إلى أساليب سلوكية دفاعية بهدف خفض حالة القلق غير السارة (البحيري،  
1985).

ويشير عبد الخالق (1994) كما ورد في فايد (2001). إلى أن هناك الكثير من الخلط والغموض  
المرتبط بمفهوم القلق، ينتج من التميز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم  
المرتبطة معا برغم أنها مختلفة تماما من الناحية النفسية، ويتمثل هذان المفهومان في حالة القلق  
(State – Anxiety) وسمة القلق (Trait- Anxiety) ويشار إلى حالة القلق في كونها حالة  
انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية من التوتر والكدر أو الهم وتنشيط أو إثارة الجهاز العصبي  
الذاتي اللاإرادي أو المستقل، وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص مثيرا معيناً أو موقفاً على أنه

يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له، وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة أو الشدة التي تقع على الفرد، وتضغط بشدة عليه، سمة القلق تشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيا في الاستهداف للقلق بوصفها سمة في الشخصية ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة، كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلا لديهم قابلية لإدراك العالم على أنه خطر مهدد أكثر من ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق ونتيجة لذلك فإن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق هم أكثر من الأفراد الذين تهاجمهم المواقف العصبية، ويميلون إلى أن يتذكروا الأوجاع الخاصة بحالة القلق، وهي أوجاع ذات شدة مرتفعة وتكرار كبير عبر الزمن بالمقارنة إلى الأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق (عبد الخالق، 1994) في (فايد، 2001).

ويذكر عدس (1997). أن تحليل حالة القلق الدائم والمزمن تظهر أن له جميع الخصائص والصفات للإثارة العاطفية، حيث يبدو أن مصدر دواعي القلق أمر مجهول يتخطى العقل والمنطق، وينشأ عنه موجات من القلق متلاحقة، وهناك نقاش حول حالة القلق، فحين تطول هذه الحالة تلقي بصاحبها إلى نوبات من الهلع والأفكار المزعجة، والتي يدور معظمها حول الخوف من الموت والعمل للحيلولة دون وقوع كارثة محققة يتلافها الجميع، إن ما يبقى على حالة القلق عند الإنسان تكمن فيما يراوده من هواجس وأفكار تبقى على حال من القلق والاضطراب المستمر، والذي يساعد الفرد على التخلص من حالته هو مساعدة الفرد نفسه على التخلص من الهواجس والأفكار، والتركيز بدلا من ذلك على الأحاسيس التي تتنبهم (عدس، 1997) و(عبد الخالق، 2005).

وقد أشار (كاتل) في (الليل، 1994). إلى أن للقلق مفهومين: المفهوم الأول يتضمن حالة القلق التي يشعر بها الفرد عندما يواجه تهديد، وسماه قلق الحالة (State Of Anxiety) ومن صفات هذه الحالة أنها مؤقتة ومتفاوتة من حيث شدتها من وقت لآخر، بينما يتضمن المفهوم الثاني سمة القلق وهي، ما تتصف به شخصية الفرد الذي يعاني من القلق بشكل مستمر، وقد أطلق على هذا المفهوم بقلق السمة أو سمة القلق (Trait Of Anxiety).

الطحان (1990) في الليل (1994). وأطلق عليهما أيضا اسم القلق العام. ويتم التفريق بين القلق كحالة والقلق كسمة ثابتة من سمات الشخصية، فقد ميز بين سمة القلق كمتغيرة شخصية وحالة القلق، أي الإحساس الانفعالي المزمن والعارض والذي تتم إثارته من خلال المواجهة بخطر أو شيء مهدد، وتتصف حالة القلق بارتباطها بموقف معين يسببها، وترتبط بمشاعر من الهم والتوتر وترتبط بتنشيط الجهاز العصبي المستقل، وتكون هذه الحالة مدركة

شعوريا أما القلق كسمة من سمات الشخصية (كمتغيرة) فهي تبدو على أنها تحتوي دافعا أو استعدادا سلوكيا مكتسبا يجعل الفرد يملك استعدادا لأن يعيش عددا كبيرا من الظروف غير الخطيرة موضوعيا على أنها مهددة، وأن يستجيب لهذه الظروف بحالات من القلق، تكون شدته غير متناسبة مع حجم الخطر الموضوعي، أي أن سمة القلق توجد عند كل الأفراد وتختلف شدتها بين الأفراد، والأفراد الذين يملكون درجة مرتفعة من سمة القلق يميلون لإدراك مواضيع أو أشخاص أو مواقف على أنها مهددة، ويمكن لحالات القلق أن تثار بطرق متنوعة من المواضيع أو من الأشخاص أو من البيئة المحيطة (Strian, 1983) في (رضوان، 2002). غير أن احتمال إدراك الشخص أن الشيء المهدد قادم من المحيط أو من الجسد، يتحدد من خلال الاستعداد للقلق للشخص المعني بغض النظر عن المعطيات الراهنة (رضوان، 2002).

ويعتبر القلق عند المحللين النفسانيين هو في أساس كل الأمراض البدنية النفسية التي أعراضها بدنية جسدية، وأسبابها نفسية، وهكذا فالقلق غير الواعي عند بعض الأشخاص والذي ينتج عن النزاعات النفسية غير المحلولة أو المحلولة بشكل سيئ، يستطيع أن يحضر أو يساعد في ظهور أمراض القلب وقرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم وغيرها من الأمراض، فالمريض المصاب بمرض نفسي جسدي لا يشعر بالقلق كما هو، بل يترجم نفسه بظواهر وأعراض غير نفسية فقط، تغلفه أو تحيط به أو تخبئه كالألام والأوجاع المختلفة والتشنجات والتقيؤات والاضطرابات الهضمية و القلبية وكلها معادلات جسدية للقلق (نعمة، 1995).

ويرى المحللون النفسيون أنه لا يوجد فرق نوعي بين القلق الطبيعي والقلق المرضي، والفرق هو كمي فقط لا نوعي (نعمة، 1995).

ويشير الجلندر ولوفري (Allgulander & Lavori, 1991). كما ورد في (عبد الخالق واليحفوفي، 2004). إلى أن المصابين باضطراب القلق والمخاوف المرضية والهلع لهم معدل وفاة مرتفع، وأسباب الوفاة التي تمثل خطرا مرتفعا لديهم هي الانتحار والاضطرابات القلبية الوعائية.

ووصف (Aduden) في عبد الخالق واليحفوفي (2004). وهو شاعر أمريكي على الخمسينات من القرن الماضي عصر القلق، واتخذ تعبير (عصر القلق) عنوان قصيدة شهيرة له. ويرى حويج والصفدي (2001). إلى أن القلق انفعال شديد يتعلق بمواقف أو أشياء أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الانفعال، وهو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق والخوف، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة، ويحد قدراته التكيفية البناءة، كما ويحد من التفاعل الاجتماعي للفرد حيث تشمل الاضطرابات في حالات القلق الفرد بجوانبه الوجدانية والسلوكية والتفكيرية فضلا عن تفاعلاته الاجتماعية.

والفرد في حالات القلق غالباً ما تظهر اضطراباته الفكرية في شكل تبني اتجاهات وأفكار لا منطقية متطرفة، وغير واقعية ويميل إلى نقد الذات الشديد، ويضع متطلبات شديدة على ما يجب أن يفعله وما لا يفعله (حويج والصفدي، 2001).

وأشار الفيومي (1985). إلى أن القلق حالة مرضية مسيطرة على السلوك الإنساني، ومن خوف الإنسان منه يسقط عليه عجزه، وتخفى فيه عدم قدرته على مواجهة مشاكله، إذ أصبح الحديث عن القلق يشوبه القلق.

إنسان العصر يبدو في وضع قلق؛ لأن الوسائل الحضارية التي تمت في مجال العلم والتكنولوجيا شغلت الإنسان من جانب عن فهم نفسه وعن تنمية علاقاته الاجتماعية، ومن جانب آخر نقلته إلى عالم منقطع الصلة، عالم يتميز بالانقلاب الشديد في النظم الاقتصادية والاجتماعية والسياسية انقلاباً هدد قيمه الثابتة (الفيومي، 1985).

وقد أشار عيسوي (1994). إلى أن هناك ثمة علاقة بين اضطرابات الجهاز الدوري وبين المعاناة من الشعور بالمرض الشديد، إن عصاب القلق له علاقة وجيهة ووطيدة بأمراض القلب، حيث تنتج الأعراض النفسجسمية الخاصة بالقلب والأوعية الدموية عند التعرض للانفعالات الحادة، وتتنحصر هذه الأعراض فيما يلي:

١ - الشعور بالألم في منطقة القلب.

٢ - صعوبة التنفس والشعور بالقلق.

٣ - سرعة ضربات القلب.

٤ - عدم الثبات في نشاط الأوعية الدموية.

ويطلق البعض على هذه الأعراض عصاب القلب (Ardiac Neurosis) وأحياناً يشار إلى هذه الأعراض بأنها زملة أعراض الجهود أو الوهن، أو العصب الدوري (Neurociralotalotary) Thenia أو اضطراب عمل القلب (Disordered action of the heart) وقد تأكد ذلك من خلال العديد من الدراسات (عيسوي، 1994).

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، ومن علامات تنبيه هذه الأجهزة زيادة إفراز هرمونات التوتر وارتفاع ضغط الدم وزيادة نبضات القلب، وجحوظ العينين، ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم مما يساعد على لزوجة الدم وسرعة تجلطه (عكاشة، 2003).

وقد أشارت دراسة منفذة على مجموعة يابانية مؤلفة من (4251) رجلا يعيشون في هاواي أن شبكاتهم الاجتماعية وبعدهم عن القلق النفسي حماهم من النوبات القلبية وألم الصدر ومرض الشريان التاجي خلال فترة (7) سنوات، وبغض النظر عن الأخطار الصحية المعروفة، كتدخين السجائر وضغط الدم العالي (أورنيش، 1995).

كما أجريت دراسة في الإتحاد السوفيتي على الأشخاص الذين يعيشون بالقرب من مفاعل (تشرنوبل) الذي انفجر عام (1985) والذين يعيشون في قلق دائم ومستمر من احتمال تكرار هذه الكارثة، وتبين منها أن هؤلاء الأشخاص تقل كفاءة الجهاز المناعي لديهم، ويعانون من خلل في وظائفه نتيجة للتوتر الدائم والمستمر الذي يعيشون به (مصباح، 1996).

كما أشارت دراسة أجريت على (2059) فردا من منطقة إيفاتز وجورجيا بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث تبين من خلالها أن أكبر نسبة وفيات حدثت كانت لكبار السن الذين لا توجد لديهم سوى ارتباطات اجتماعية قليلة ويعانون من القلق المزمن (أورنيش، 1995).

وقد أجريت عدة دراسات هدفت إلى معرفة أثر الانفعال المزمن على الجهاز المناعي، وذلك من خلال دراسة مجموعة من الأشخاص، والذين يعتنون بالمرضى الميئوس من شفائهم، والتي تطول مدة المرض بهم، دون أمل في الشفاء، وقد تبين أن هؤلاء الأفراد يعانون من خلل في جهازهم المناعي نتيجة إرهاقهم النفسي والعصبي ومعاناتهم من القلق المستمر أثناء عنايتهم بهؤلاء المرضى (مصباح، 1986).

كما توصلت بعض الأبحاث إلى أن نسبة ارتفاع الضغط الشرياني كانت ترتفع أكثر عند السكان السود في أمريكا، وخاصة أصحاب الدخل المنخفض، وعزي ذلك إلى حياتهم الصعبة ومشاكلهم الاقتصادية والاجتماعية العديدة، وما يرافقها من مواقف قلق وضيق وانفعالات نفسية (ياسين، 1996).

كما كشفت دراسة شاملة في الولايات المتحدة، شملت العديد من المحاربين القدامى الذين اشتركوا في الحربين العالميتين أن سجناء الحرب يصابون بأمراض القلب في مراحل متأخرة من حياتهم أكثر من غيرهم، وقد يكون سبب هذه الظاهرة هو المعاناة التي يمر بها السجناء أثناء فترة الاعتقال، فقد وجدت الدراسة التي نشرت في مجلة الطب العسكري الأمريكية أن السجناء الذين كانوا يعانون من نوع معين من الأعراض قبل ثلاثين عاما سوف يصابون على الأغلب بجلطة قاتلة ويقول برس من كلية الطب في جامعة يل: إن من الصعب الفصل بين الإجهاد الجسمي والإجهاد النفسي (النيل، 1985).

أما جولدمان وآخرون ( Goldman et al 1996 ) كما ورد في الليل (1997). فقد قاموا بدراسة تأثير القيم والمعتقدات ذات الصلة بالحالة المزاجية للفرد على ظهور الأعراض السيكوسوماتية وكشفت النتائج عن ارتفاع مستوى الضيق والقلق والتوتر لدى الطلبة ممن يهتمون بشكل مبالغ فيه بالحالة المزاجية لديهم، مما يؤدي إلى زيادة في الأعراض السيكوسوماتية لديهم ، في حين أن الأعراض تقل لدى أصحاب الاهتمام المعتدل بالحالة المزاجية.

كما استهدف شو Cho (1988). كما ورد في سالم ونجيب (2002). تحديد العوامل التي تمكن من التنبؤ بالضغط لدى الطلبة الأجانب الذين يدرسون في الولايات المتحدة، وكشفت النتائج عن وجود ارتباط بين الضغوط وسمة القلق، وأن التفاعل الاجتماعي والحالة الصحية من أهم العوامل التي تشير إلى مدى ما يعانيه الطلبة من ضغوط، كما أن التفاعل الاجتماعي وجنسية الطالب من المؤشرات التي تمكن من التنبؤ بالإصابة بالقلق والاكتئاب.

أما دراسة هوب وفردمان (1949). كما ورد في النيل (1985). والتي قاما فيها بدراسة (172) من نزلاء معسكر الأسر بقبرص فوجدوا أن معظم شكاوهم من القلق والاكتئاب، وأوضح فحص هوب وفردمان الدقيق أن (144) من (145) يعانون من أوضاع نفسية جسمية. كما أشارت دراسة (Gater) كما وردت في عبد الخالق واليحفوفي (2004). والتي أجريت على (25916) من المرضى في مراكز الرعاية الأولية في خمس عشرة دولة من أربع قارات وأشارت الدراسة إلى أن مستوى القلق لدى الإناث أعلى منه من الذكور، وأن هذه الحقيقة يمكن تفسيرها أفضل على أساس العوامل الحيوية العضوية والنفسية الاجتماعية التي لها التأثير النهائي نفسه عبر الحضارات.

وأشار عدس (1997). إلى أن أمراض القلب والجلطات تزداد حدتها إذا ترافقت مع القلق النفسي والضغط، ففي دراسة أجريت على (2832) مريضا والمشار إليها (عدس، 1997). من متوسطي الأعمار (30 - 45) من الرجال والنساء جرت متابعتهم مدة (12) سنة، تبين أن معدل الوفيات لمن يعاني من الحزن والقلق والاكتئاب كانت أعلى بكثير ممن لا يعانون منها، وأن نسبة الوفيات ممن أصيب بأمراض القلب منهم بلغت (4) أضعاف ممن توفوا بهذا المرض ولم يعانون من الحزن والقلق والاكتئاب.

**هذا ويستجيب الجسم للقلق المزمن استجابات عدة أهمها:**

- استجابات جسمية، تحدث الأعراض الجسمية لمرضى القلق أيضا نتيجة النشاط الزائد

للجهاز العصبي السمبثاوي، وزيادة توتر العضلات وتتمثل في:

الجهاز الدوري: حيث يشعر المريض بالآلام العضلية فوق القلب من الناحية اليسرى من الصدر مع سرعة دقات القلب.

الجهاز الهضمي: وهو من أهم الأجهزة المعبرة عن القلق النفسي، ومنها التقيؤ واضطرابات في التغذية (شهية زائدة أو فقدان الشهية).

الجهاز العضلي: تعب، وارتجاف.

الجهاز التنفسي: يشكو المريض من سرعة التنفس (الحجاوي، 2004).

تصيب العرق بكثرة، وشحوب اللون، والإحساس بالتعب والإرهاق، سرعة خفقان القلب (الليل، 1994).

- استجابات نفسية أهمها:

عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة.

التردد وصعوبة اتخاذ القرارات، تزامم الأفكار المزعجة، الحساسية تجاه بعض المؤثرات.

النرفزة والشروذ الذهني، وعدم الاستقرار، توقع الشر والمصائب

الشعور بالعجز والعزلة والضيق وسوء الظن والتشاؤم (عبد الله، 2001).

- استجابات سيكوسوماتية (النفسجسمية) ومنها:

ارتفاع ضغط الدم، والذبحة الصدرية، وجلطة الشريان التاجي بالقلب، والبول السكري.

وقرحة المعدة، والصداع النصفي، والسمنة، وفقدان الشهية، واضطراب النوم.

- الأمراض الجلدية، مثل حب الشباب (عكاشة، 2003).

ويؤدي القلق المستمر كاستجابة إلى ثلاثة أنواع من الأعراض:

1- قد تظهر على الشخص علامات الحالة الحشوية، وتشمل الزيادة في سرعة النبض وارتفاع

ضغط الدم وغيرها من علامات حالة الطوارئ الانفعالية، بيد أن هذا التوتر المرتفع ينهك

وبالتالي يؤدي إلى هبوط ضغط الدم، والتعب، وعسر الهضم (شقيير، 2002).

2- يصاحب القلق علامات حركية تشمل حركات قفزية، وحركات تهيجية، والميل إلى القيام

بحركات عضلية مكررة لا جدوى منها.

3- يوجد عادة بصورة نشاط رمزي، يبدو في صورة التحدث عن أفكار مزعجة (شقيير، 2002).

كما ويقوم القلق النفسي بعدة وظائف منها:

1 - إنذار بخطر قادم يجعل الذات تستعد لمواجهة هذا الخطر، وبهذا الشكل يعتبر القلق الباعث

الأساسي للدفاع.

2 - يمكن اعتبار القلق المادة الخام التي تصنع منها الأعراض العصابية كوسيلة دفاعية واشباكات

للتفريغ (كارنيجي، 2000).

ويعتبر القلق بصفة عامة قلقاً سويًا حين يكون استجابة لخطر قائم، وحين يزول بزوال هذا الخطر ، ويعتبر قلقاً مرضياً إذا تجاوز كثيراً حجم الخطر الحقيقي أو إذا لم يكن ثمّة خطر خارجي فعلي، ويصعب إيجاد حد دقيق يفصل القلق السوي عن القلق المرضي ، والفصل بينهما هو مهمة صعبة وتعتمد إلى درجة كبيرة على المعايير الاجتماعية (مصطفى، 2000).

ولا تزال الأسباب الحقيقية للقلق كما هو الحال بالنسبة للأمراض النفسية الأخرى موضوع نقاش وعدم اتفاق، فالدراسات النظرية تقدم تفسيرات أكثر من كونها علاقات سببية، كما وتشير الدراسات المختلفة إلى أهمية العوامل البيولوجية وتشوّه التفكير والتعلم كعوامل مشاركة في موضوع القلق (العيسوي، 2000).

وقد تعددت أسباب القلق وتصنيفاته بتعدد النظريات النفسية المفسرة له: فذكر عكاشة (1998) في فايد (2001). أن من أسباب القلق العوامل البيولوجية، حيث تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، ومن ثمّ تزيد نسبة الأدرينالين والنوآدرينالين في الدم، ومن علامات الجهاز السمبثاوي: ارتفاع ضغط الدم، وزيادة ضربات القلب، أما مظاهر الجهاز الباراسمبثاوي فأهمها: اضطرابات النوم والجهاز الهضمي، ويرى القائلون بالأسباب البيولوجية للقلق أن التكوين الجيني الموروث لبعض الأشخاص يهيئهم أو يخلق فيهم الاستعداد المسبق لاضطراب القلق، ومن جهة أخرى يتفق أغلب الباحثين على أن الاستعداد الفيزيولوجي المسبق يهيئ المسرح وحسب لظهور القلق، لكن الإصابة الفعلية به تحدث إذا توافرت ضغوط بيئية وعوامل نفسية بما في ذلك ظروف التعلم (الوقفي، 1998).

ويرى (هندرسون) في عبد الله (2004). أن القلق ينشأ بسبب تعرض الفرد لمواقف إحباطية متكررة، تؤدي إلى الصراع النفسي، ثم إلى القلق، وتشمل هذه المواقف الإحباطية: (أمور عادية، وعائلية ونفسية).

وأرجع فرويد (Freud) القلق إلى صراعات داخلية لا شعورية، والتي هي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها البعض، ويؤدي تصارعها إلى ظهور الأعراض المرضية، أما أدلر (Adler) فيشير إلى أن القلق النفسي ينشأ نتيجةً لشعور الشخص بأنه ناقص في نظر نفسه، فيزيد شعوره بعدم الأمن، ومن ثمّ ينشأ لديه القلق، ويشتمل مفهوم القصور على المصدر العضوي وأيضاً القصور بمعناه المعنوي والاجتماعي في (عبد الله، 2004).

ويرى بودلسكي (Bodolsky) في عبد الله (2004). أن أساس القلق هو إدراك الفرد بأن حياته محدودة، ولا بد أن تنتهي بالموت مما يهدد خطته المستقبلية.

أما فروم (Froom) فيشير إلى أن القلق ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للتفرد والاستقلال من جانب الوالدين، ويرجع أوتورنك (O,Rank) القلق إلى صدمة الميلاد في (الطيب، 1994) و (الشناوي، 1994) و (بلوم، 1995) في (فايد، 2001).

وترى مدرسة التحليل النفسي أيضا في تفسير القلق أنه يرجع إلى خبرات طفولية مكبوتة ، وصراعات نفسية لا يحلها الفرد حلا ناجحا، وقد أفاض معظم المحللين النفسيين في أثر هذه الصراعات، فالاندفاعات والأفكار غير المقبولة تكون عادة من طبيعة جنسية أو عدوانية يمكن أن تهدد الأنا (الوقفي، 1998).

وميز التحليل النفسي بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي (السوي) حيث يكون المصدر خارجيا وموجودا بالفعل، وهو قلق واقعي، ويحدث هذا القلق لدى الأسوياء والعاديين في مواقف مختلفة، منه: قلق الامتحان والانتقال إلى بيئة جديدة أو مواجهة خطر حقيقي، والقلق العصابي، وهو داخلي المصدر لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره فأسبابه لا شعورية (شقيير، 2003).

وفي إطار النظرية التحليلية فإن القلق هو أحد الأنواع التالية:

- قلق الغرائز: ويشير إلى عدم الراحة الأولية المبهمة التي تنتاب الطفل عندما يشعر أنه مرتبك باحتياجات ومثيرات يشعر معها بأنه عاجز، ويسبب له هذا الشعور فقدان التحكم والسيطرة.  
- قلق الانفصال: وهو القلق الذي يعزى إلى مرحلة أوديبية، ويكون الطفل أكبر عمرا من المرحلة السابقة، ويتكون لديه خوف من فقدان الحب، أو أن يصبح منبوذا من قبل والديه إذا ما قام بأي سلوك سلبي (الحجاوي، 2004).

أما أصحاب المدرسة السلوكية دولار وميلر بافلوف وغيرهم، فيرجعون اضطرابات القلق إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها، وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الفرد إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها (شيهان، 1988) و (الطيب، 1994) في (فايد، 2001).

- الاستعداد النفسي، والضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة، والصدمات النفسية والشعور بالذنب، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية (شاذلي، 2000).

- الضغوط النفسية الاجتماعية، والتي تتمثل في المطالب المادية المتزايدة نتيجة للمقارنة، ولوسائل الإعلام، وتعقيد الحياة والمنافسة الفردية، وعدم الاستقرار الدولي والصراعات السياسية، والتغيرات

الشاملة والسريعة في العديد من جوانب الحياة، مما جعل الفرد يبذل جهداً إضافياً لإشباع تلك المطالب والتي يؤدي عدم إشباعها إلى الإحباط (شاذلي، 2000).

ويجمل صايمة (1995) وشاذلي (2000) وزهران (1992). أسباب القلق في الاستعداد الوراثي للفرد، والضعف النفسي، والضغوط الحياتية، ومشكلات الطفولة والمراهقة، ومشكلات العصر، والصراع بين الماضي والحاضر، وأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، والتعرض للحوادث والخبرة الحادة (اقتصادياً، عاطفياً، أو تربوياً) وعدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية، وعدم تحقيق الذات.

أما هندرسون وجيلز في صايمة (1995). فيعززون القلق إلى مواقف إحباطية كثيرة، ومنها: الحالة الاقتصادية، والنسل في الحياة الزوجية، والفشل في العمل، وأسلوب التربية الخاطيء، وإصابة الجسم بالأمراض.

أما Strian (1993) في رضوان (2002). فيرى أن القلق يثار من خلال الأشخاص أو من خلال تركيبات بيئية، بالإضافة إلى الإحساسات الجسدية السلبية والتطورات المهددة.

أما النظرية المعرفية فتشير إلى أن الاضطراب الانفعالي هو خبرة ناتجة بالطريقة التي تفسر بها الأحداث التي يتعرض لها الفرد، كما أن الأنواع المحددة من الانفعالات تعتمد على التفسير المحدد لمحتوى الحدث (المزاج الشخصي ووقت حدوثه) وخبرات الشخص السابقة، وهذا يعني أن الحدث نفسه سوف يثير عواطف وانفعالات مختلفة لدى الأفراد المختلفين، أو أحياناً عواطف مختلفة لدى الفرد نفسه ضمن مواقف مختلفة (أبو حجلة، 2000) و(الداهري، 2005).

ويرى حواشين (1989). أن انعدام الأمن، وفقدان الشعور بالأمن الداخلي، والسكينة حول الذات خاصة عند الأطفال، والإحباط المستمر في تحقيق الأهداف، أو الوصول إلى الغايات قد يقود إلى الإحباط الذي يؤدي إلى الغضب والقلق واليأس.

أما زهران (1997). فيرى أن سبب القلق هو الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصادياً أو زواجياً.

هذا وتتداخل أنواع وتصنيفات القلق طبقاً للمصادر المختلفة التي نظرت إلى هذا الموضوع، فبعضها خلط بين الأنواع والتصنيفات، وبعضها ميز بينها، وبعضهم صنفها إلى نوعين، وصنفها غيرهم إلى ثلاثة أنواع وهو ما يطلق عليه التصنيف الفرويدي وهو التصنيف الثلاثي الذي يصنف القلق إلى:

-القلق الواقعي (Realistic Anxiety) أو ما يطلق عليه القلق الموضوعي، وهو الخبرة

الانفعالية المؤلمة التي تنشأ عن إدراك الفرد لخطر خارجي يتوقعه،(هول، Hall) في

(الليل، 1994). كحدوث مرض لشخص عزيز عليه، أو حدوث كارثة وقد أشارت (هورني) إلى أن هذا النوع مرادفا لمصطلح الخوف من حيث المعنى (فهمي، 1987). في(الليل، 1994).

ويشير الجاموس (2004). إلى أن القلق الواقعي يوجد حيث يحدث منبه مناسب يبعث الخوف في النفس، ويعجز الفرد عن إيجاد وسيلة مناسبة لمقابلته، فيتعذر عليه الفرار والخروج من المأزق، كما يحدث للكثير من الناس عند المرض، أو عند مرض شخص عزيز عليه مرضا خطيرا، وفي هذه الحالة يكون المثير موضعيا، وقد يكون للفرد الحق في مخاوفه، ولكن هذا قد ينقلب إلى قلق مرضي لأنه لا يوجد سبيل لتفريغ شحنته.

- القلق العصابي (Neurotic Anxiety) هو قلق شديد، ولا تتضح معالم المثير فيه، ويبدو على شكل خوف من المجهول، ويبدو صاحبه قابلا لأن يلقي اللوم على أكثر من مؤثر واحد من دون أن تكون الصلة واضحة أو واقعية بين حالة القلق والمثير، بل يكون لا شعوريا مكبوتا، وبالتالي يكون الشخص في حالة خوف لا يعرف له أصلا ولا سببا، ولا يستطيع أن يجد له مبررا موضوعيا أو مصدرا صريحا واضحا (راجع، 1982).

ويرى فرويد أن هذا النوع من القلق يمكن أن يكون حالة عامة يسميها القلق الطليق (Free – Floating Anxiety)، ويمكن أن يأخذ شكل ردود خوف مرضي (Phobic Reaction)، ويمكن أن يكون حالة من الشعور بالتهديد ترافق اضطرابا نفسيا مثل الهستيريا، وبحسب (راجع، 1982). فإن هذا النوع يخلو من الحيل الدفاعية التي تمتص القلق وتخففه(عيسوي، 2002) و(الرفاعي، 1982) و(راجع، 1982).

وأشار عبد الله (2001). إلى أن القلق المرضي (العصابي) (Anxiety Neurosis) أو عصاب القلق هو الخوف المزمن دون مبرر موضوعي يطبع الشخص بطابعه مع وجود أعراض نفسية وجسمية شديدة ومتنوعة، وسماه بعضهم القلق الهائم أو الطليق (Free-Floating Anxiety) وسمته الجمعية الأمريكية للطب النفسي "استجابة القلق" (Anxiety Response) واستخدم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSMII) مصطلح اضطراب القلق، (Anxiety Disorder - Anxiety) والقلق العصبي النفسي، يقف وراء الاضطرابات العصابية جميعها، (كالمخاوف والوساوس والهلع وغيرها).

- القلق الخلقى (Moral Nnxiety) وهو عبارة عن الخبرات الانفعالية المؤلمة التي نشأت من الشعور بالذنب أو الخجل، نتيجة لارتكاب الفرد لإحدى المحرمات التي تتعارض مع الأخلاق، مما

يؤدي إلى إدراك الفرد للخطر المتزايد الناتج عن مخالفة ضميره وذلك لارتكابه أحد المحرمات، فهو عبارة عن حالة من الإحساس بالذنب وتأنيب الضمير (Hall , 1954) في (الليل، 1994).

- وهناك التصنيف الثنائي، حيث تم تصنيفه إلى قلق أولي وقلق ثانوي (حمودة، 1991) في (الليل، 1994). القلق الأولي يتميز بعدم معرفة السبب المؤدي إلى القلق، بينما القلق الثانوي يتميز بأن الشخص يدرك سبب القلق، كخوف الطالب من الامتحان أو خوف شخص على مريض، كما تم تصنيفه إلى قلق عادي أو طبيعي أو سوي مثل قلق الامتحان، والقلق العصبي المرضي هو القلق المجهول السبب (عكاشة، 1986) و(السباعي وعبد الرحيم، 1991) في (الليل، 1994).

وفي حوئج والصفدي (2001). يشار إلى ما يسمى بالقلق الوجودي، ويوصف هذا النوع بأنه شكل آخر من الاضطرابات الانفعالية وهو قلق يشعر صاحبه بأن الحياة عبث ولا قيمة لها، ويفقده إحساسه بقيمة كل ما يفعله، وللقلق الوجودي اضطرابات الوجدانية والفكرية والسلوكية، فمن الناحية الوجدانية يكون الشعور بالملل والفراغ، ومن الناحية الفكرية تسيطر على الشخص أفكار بأن الحياة لا معنى لها ولا ضرورة لها، أما من الناحية السلوكية فإن الشخص يصبح غير مكترث للقيام بأي نشاط أو أن يمضي في حياته، والقلق الوجودي يحكمة الانغلاق في الحزن ومشاعر الاغتراب وفقدان الإحساس بأي معنى للحياة، وسمي بالقلق الوجودي؛ لأن إيرازه تم بفضل كتابات الأدباء والفلاسفة الوجوديين، أمثال: ألبرت كامر، وبول سارتر، وآرثر ميلر، ونجد القلق الوجودي في روايات مثل (اللس والكلاب) لنجيب محفوظ، و (موسم الهجرة للشمال للطبيب صالح).

ويعتبر القلق بصفة عامة قلقاً سويًا حين يكون استجابة لخطر قائم، وحين يزول بزوال هذا الخطر ويعتبر قلقاً مرضياً إذا تجاوز كثيراً حجم الخطر الحقيقي أو إذا لم يكن ثمة خطر خارجي فعلي ويصعب إيجاد حد دقيق يفصل القلق السوي عن القلق المرضي ، والفصل بينهما هو مهمة صعبة وتعتمد إلى درجة كبيرة على المعايير الاجتماعية (مصطفى، 2000).

وأشار فايد (2001). إلى أن القلق السوي هو الذي يدركه الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر، أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه أو سلامته أما القلق المرضي فهو خوف مزمن دون مبرر موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، لذلك فهو قلق مرضي ويسمى أحياناً بالقلق الهائم الطليق.

### علامات ومظاهر القلق النفسي المرضي:

١. يصاحب القلق النفسي المرضي اضطرابات مستمرة في العاطفة وشعوراً متزايداً بالانزعاج ، مما يؤثر على حياته اليومية وتعايشه السليم مع مجتمعه.

٢. يشكو المريض من عدم القدرة على التركيز ، والحساسية الشديدة للأصوات، والانزعاج من أبسط الأمور.

٣. تمتلك المريض مخاوف عامة غير مميزة.

٤. القلق المرضي ظاهرة موجودة في معظم الأمراض النفسية.

٥. تنتاب المريض حالة من عدم الاستقرار الحركي.

٦. يحدث زيادة في النبض، وارتفاع في ضغط الدم، وجفاف بالفم.

٧. يتردد كثيرا على العيادات والمستشفيات بسبب ما سبق ذكره (شرف، 1990).

وقد حدد لويس (Lewis, 1988) كما ورد في (عبد الله، 2001).

ست خصائص للقلق، وهي:

إنه حالة انفعالية (Emotional State) يرتبط به زعر، وفزع، وخشية، وتوقع خطر، وتوجس.

. إنه انفعال موجه نحو المستقبل (Directed toward The Future).

. هذا الانفعال يتميز بأنه غير سار (Unpleasant).

. لا يوجد تهديد حقيقي أو معروف أو محدد ، أو أن التهديد إن وجد فعلا فهو لا يستدعي مثل هذا

الانفعال، ولا يتناسب معه بهذه الدرجة من التهويل.

هناك شكاوى جسمية ذاتية تحدث في القلق وخاصة الشعور بضيق

الصدر (Of chest Especially construceion)

. يرافقه أيضا اضطرابات وتغيرات عضوية وجسمية واضحة.

(Monifest bodily Dis- turbance)

**الفئات الفرعية لإضطرابات القلق:** توجد فئات فرعية متعددة لإضطرابات القلق، وتتميز هذه

الاضطرابات بأعراض القلق والسلوك التجنبي، وقد حدد التشخيص الإحصائي الرابع

(DSMIV, 1994) تسع فئات لاضطرابات القلق وهي:

اضطراب الهلع، والهلع المصحوب برهاب الأماكن الواسعة، والهلع غير المصحوب برهاب

الأماكن الواسعة، والرهاب، ورهاب الأماكن الواسعة بدون تاريخ لاضطراب الهلع، والرهاب

الاجتماعي الرهاب البسيط، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب الانعصاب التالي للصدمة،

واضطراب القلق العام، واضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر، والاضطراب الحاد

للضغوط، واضطراب القلق نتيجة الإصابة بحالة طبية عامة، واضطراب القلق الناتج من تعاطي

المواد المخدرة المؤثرة نفسيا.

**أما علاج القلق العام:**

فيختلف بتباين الأفراد، وشدة القلق ووسائل العلاج المتاحة للفرد

ومن الأسس الهامة لعلاج القلق العام:

1. العلاج النفسي: ويهدف إلى تطوير شخصية المريض، وإزالة مخاوفه وخفض توتره، من خلال عدة طرق منها: العلاج بالتحليل النفسي، وهو أحد الوسائل الهامة في علاج القلق حيث يساعد على تقوية أنا المريض باعتبارها المسيطرة على الهو والمنسق بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى (فايد، 2001).

2. العلاج البيئي والاجتماعي: أي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر، الملحوظ مثل: تغيير العمل، وتخفيف الضغوط البيئية، ومثيرات التوتر، والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والعلاج بالعمل(شاذلي، 2000).

3. العلاج الكيميائي: لا يفيد العلاج النفسي منفردا في بعض الحالات، لذا يجب إعطاء المريض كميات كبيرة من المنومات والمهدئات في بداية الأمر، وفي حالات القلق الشديدة يعطى المريض بعض العقاقير التي تقلل من التوتر العصبي مثل:مجموعة البنزوديازيبين (الفاليوم، الليبرم، أتيبان، زاناكس، ترانكسن) وهي مجموعة عقاقير تعمل على إعطائه إحساسا بالهدوء والاسترخاء والراحة (عكاشة، 2003).

4. العلاج السلوكي: يستخدم العلاج السلوكي خاصة في حالات الخوف المرضي، حيث يعود المريض على الاسترخاء، إما بتمرينات الاسترخاء العضلية والتنفسية أو بتناول أدوية تساعد على الاسترخاء (فايد، 2001).

5. العلاج الكهربائي: لا تفيد الصدمات الكهربائي في علاج القلق النفسي، إلا إذا كانت ترافقه أعراض اكتئابية شديدة، والمنبه الكهربائي يفيد أحيانا في بعض حالات القلق النفسي المصحوبة بأعراض جسدية، والتي تحتاج للعلاج الإيحائي (عكاشة، 2003).

6. العلاج العقلاني الانفعالي: ويعتمد على مناقشة الأفكار غير المنطقية عند المريض، وإحلال الأفكار المنطقية بدلا منها، وبذلك تتغير انفعالات المريض، وهذا بدوره يؤدي إلى تغيير سلوكه المرضي (الشناوي، 1994) في (فايد، 2001).

7. العلاج عن طريق إعادة الحيوية: وهي محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفسيولوجية والحشوية عن طريق أجهزة الكترونية خاصة، تجعل المريض يسمع تقلصات العضلات أو نبضات القلب أو مقياس ضغط الدم أو أي شذوذ كهربائي في رسم الدماغ، ومن خلال الرؤية والسمع يستطيع التحكم الذاتي للوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء(شاذلي، 2000).  
و(عكاشة، 2003).

ويرى وهاب (2005). أن هناك بعض الأطعمة يمكن أن تكون مناسبة لتخفيف حدة القلق والضغط النفسي، والمحافظة على صحة القلب، فالشعور بالقلق والانفعال والضغط النفسي شعور عادي وطبيعي يحدث لكل الأشخاص في بعض الأوقات، نتيجة للظروف الصعبة المحيطة بالفرد، من هنا

- جاء دور الغذاء الصحي الذي يلعب دور المهدئ للقلق والضغط، كونه يؤثر بشكل إيجابي على الجهاز العصبي، ويساعد على القضاء على التوتر والضغط النفسي والإرهاق (وهاب، 2005). وهناك بعض النصائح والإرشادات الغذائية المناسبة للحد من القلق والضغط النفسي منها:
- التقليل من شرب الشاي والقهوة والمشروبات الغازية كونها غنية بمادة الكافيين التي تساعد في رفع القلق، وإثارة الجهاز العصبي، إذ أشارت العديد من الدراسات أن تناول مادة الكافيين بكثرة يؤثر سلباً على الدماغ، ويؤدي إلى الشعور بالعصبية والانفعال وعدم الراحة، وأرق شديد مع تعكير في المزاج والتفكير.
  - الإكثار من تناول البصل الذي يساعد على الاسترخاء، كونه يحتوي على مادة تسمى كيرسيتين، وهي مادة مضادة للتأكسد والالتهابات، وتلعب دور المسكن، كونها تؤثر على الجهاز العصبي في الجسم، وتساعد على الاسترخاء والشعور بالنعاس.
  - التركيز على تناول النشويات والحلويات التي تساعد على تهدئة الأعصاب، والتخلص من القلق والضغط النفسي، وتساعد على الشعور بالاسترخاء.
  - الإكثار من شرب الماء بمعدل (8) أكواب يومياً لأن قلة السوائل في الجسم يؤدي إلى الشعور بالإرهاق والتعب والضغط النفسي.
  - اتباع نظام غذائي صحي ومنوع وغني بالمجموعات الغذائية الخمسة الأساسية.
  - ممارسة الألعاب الرياضية ثلاث مرات على الأقل في الأسبوع تساعد على تخفيف الضغط النفسي والشعور بالقلق والإرهاق، كون الرياضة تخفف من ضغط العضلات، وتعديل ضغط الدم، وتساعد على الاسترخاء (وهاب، 2005).
  - تناول زيت الزيتون حيث أشارت وكالة الأغذية والأدوية الأمريكية إلى أن الدهون الأحادية غير المشبعة الموجودة في زيت الزيتون قد تقلل من احتمال الإصابة بأمراض الشرايين الإكليلية القلبية والتي قد تسهم في تخفيف حدة الضغط والقلق النفسي (وهاب، 2005).

## الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات الأجنبية المتعلقة بضغط النفسى والقلب

ثانياً: الدراسات الأجنبية المتعلقة بقلق النفسى والقلب

ثالثاً: الدراسات العربية المتعلقة بالضغط والقلق النفسى والقلب

رابعاً: تعليق الباحثة على الدراسات السابقة

## الفصل الثاني

### الدراسات السابقة:

يتناول هذا الفصل عرض لبعض الدراسات التي اطلعت عليها الباحثة، حيث تحتوي على مواضيع كل من الضغط النفسي والقلق وعلاقتها بأمراض القلب والشرابين، بالإضافة إلى الدراسات السابقة المتعلقة بأمراض القلب، والعوامل النفسية، وبعض العوامل المساعدة. وتم عرض الدراسات الأجنبية أولاً، ومن ثم الدراسات العربية، وفقاً للتسلسل الزمني من الأحدث إلى الأقدم.

### أولاً: الدراسات الأجنبية

الدراسات الأجنبية المتعلقة بالضغط النفسي والقلب:

دراسة شيبس ( Ships , 2004 )

عنوان الدراسة: " أثر الضغط النفسي والذهني على صحة المصاب بأمراض متصلة بالأوعية الدموية "

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الضغط النفسي والذهني وعلاقته بأمراض الأوعية الدموية وخاصة فيما يعرف باحتباس عضلة القلب، وهي حالة طبية ناشئة عن تعرض عضلة القلب إلى نقص في الدم

حيث استخدم الباحثون أسلوباً جديداً لرصد وكشف الحالة من خلال استخدام نوع من الصبغات التي تصبغ بها كريات الدم الحمراء بهدف مراقبة ما قد يطرأ من حالات غير عادية خلال عملية ضخ الدم من القلب وإليه

عينة الدراسة: لقد شملت عينة الدراسة الأمريكية (196) مريضاً، خضعوا جميعهم إلى عمليات لتضيق ما لا يقل عن شريان رئيسي واحد متصل بالقلب، أو أنهم أصيبوا في الماضي بذبحة صدرية واحدة على الأقل.

أداة القياس: أخضع المرضى إلى اختبار لقياس مستويات الضغط النفسي والعاطفي، حيث طلب منهم الحديث ولمدة خمس دقائق عن موضوع معين حدد لهم مسبقاً، له حساسية معنوية لديهم ويثير الضغط النفسي.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى:

1 - وجود تعقيدات وحالات غير عادية بعملية ضخ الدم في قلوب نحو 20% من المرضى خلال الاختبار القصير.

2 - إن من تعرضوا لهذه التعقيدات كانوا معرضين أيضاً للموت بمعدل يقترب من ثلاثة أضعاف عن من لم يتعرضوا للتعقيدات من نفس المرضى خلال الأعوام الخمسة الماضية.

دراسة اييبا ( Ipya , 2004 ) جامعة كاليفورنيا بسان فرانسيسكو

عنوان الدراسة: " أثر الضغط النفسي على جهاز المناعة لدى المرأة "

هدفت الدراسة إلى معرفة دور الضغط النفسي ، وأثره على جهاز المناعة لدى المرأة ، والنتائج المترتبة عن ذلك، وقد ركزت الدراسة على التيلوميرز (Telomeres) الموجودة في المورثات لخلايا محددة لدى (58) امرأة، تراوحت أعمارهن ما بين (20 - 50) سنة، (18) امرأة منهن أمهات لأولاد أصحاء، و(39) امرأة منهن أمهات لأولاد مرضى ، حيث كن يتعرضن لضغوط نفسية نتيجة عنايتهن بأطفالهن المرضى، ويقوم التيلوميرز عند التعرض للانفعال، والضغط النفسي بتغليف نهايات الكروموزومات، والتقليل من إنتاج الخلايا التي تعد مقياساً للعمر، فعندما تصل إلى أصغر قيمة للخلايا تتوقف عن الإنتاج.

وقد أشارت الدراسة إلى النتائج التالية:

1 - إن التيلوميرات في الخلايا عند النساء اللواتي تعرضن للانفعال أو الشد النفسي ، والمرافقات لأطفالهن المرضى، قد قلت أعمارهن بمعدل (10) سنوات عن النساء اللواتي لم يتعرضن لتلك الضغوطات

2 -الضغط النفسي المزمن والمتواصل أضعف وقلل من عمر الخلايا المناعية لدى مجموعة النساء اللواتي تعرضن للانفعال ، وكن يعتنين بأطفالهن المرضى ، مما عرض أجسامهن لخطر الإصابة بالجلطات والذبحة الصدرية.

### دراسة مايكل ( Michle , 2004 )

"تناولت هذه الدراسة: النظام الغذائي الذي يركز على الفاكهة والخضار وزيت الزيتون "والسّمك، والمرفق بتمارين رياضية منتظمة ودوره في مجالي الصحة الجسدية والعقلية على حد سواء. عينة الدراسة: لقد شملت عينة الدراسة (2339) شخصا، (1507) من الرجال ؛ و(832) من النساء. تراوحت أعمارهم ما بين (70 – 90) سنة، إذ كانوا من غير المدخنين ، ويتمتعون بصحة جيدة ويمارسون نشاطات جسدية مختلفة، حيث وضعوا تحت المراقبة مدة عشرة أعوام في ( 11 ) دولة أوروبية، وقد تم مقارنة العينة (المجموعة الأولى) بمجموعة أخرى لها عادات غذائية مختلفة عن المجموعة الأولى؛ إذ كانت تتبع عادات غير صحية، وتتبع نمطا معيشيا مختلفا عن (المجموعة الأولى).

وقد أشارت الدراسة إلى: أن هناك تراجعاً بنسبة(60%) لأبرز أمراض القلب والشرابين لدى (المجموعة الأولى)، والتي تتبع النظام الغذائي المرتكز على الفاكهة، والخضار، وزيت الزيتون والسّمك، والمرفق بتمارين رياضية، مقارنة ( بالمجموعة الثانية)، والتي تتبع نظاما آخر لا يركز على الفاكهة، والخضار، وزيت الزيتون، وغير المرفق بتمارين رياضية.

### دراسة فرانك ( Frank , 2004 ) جامعة كليفلاند الأمريكية

أجرت هذه الدراسة جامعة كليفلاند، وقد تناولت صحة (1300) شاباً على مدى (17) عاما بعد تخرجهم من الجامعة، والتي كان تركيزها الأساسي على طريقة تعاملهم مع الضغط النفسي ، وموجات الغضب التي كانت تتناوبهم أثناء هذه الفترة. وبعد متابعة هؤلاء الطلبة مدة (17) سنة، كشفت الدراسة أن الغضب الواضح المعبر عنه أو المخفي المكبوت ، وسوء المزاج، ونوبات التذمر، تشكل استجابات مباشرة لما يسمى بالغضب الشديد، الذي يؤدي إلى توتر شديد وإلى إفراز كميات كبيرة، وامتزاج من هرمونات معينة، منها: الأدرينالين، والكورتيزون، والنورأدرينالين ، والتي تهيئ الجسم لحالات الطوارئ، مثل: التعب، والإرهاق أو الصدمة من خلال تقليص جدران الأوعية، الدموية أو تضيقها أو الضغط على القلب ، للعمل بسرعة أكبر، وبضخ كميات إضافية من الدم في مواجهة الحياة الضاغطة، مما يعرضهم لأزمات قلبية، نصفها يكون قاتلا.

### دراسة رايدن و شتانديل ( Ridden & Shitandil,2004 )

أجريت هذه الدراسة في مستشفى شفابنغ في ميونخ، (ألمانيا). وهي دراسة صادرة عن جمعية القلب الأوروبية، (Euro Heart survey) وقد شاركت في هذه الدراسة (110) مراكز للقلب من (25)

بلدا أوروبا، منها فرنسا، وإيطاليا، وألمانيا، والدنمارك، والسويد، وغيرها وقد شملت معطيات تفصيلية عن (4196) مريضا، حيث كان (2107) من المرضى قد عولجوا من حالات مرضية حادة في القلب، والدورة الدموية منها الذبحة الصدرية، والجلطة غير القاتلة، وقد ذكر رايدن من العيادة الجامعية السويدية أن نحو (31%) من المرضى المصابين بأمراض القلب والجلطات، يعانون من مرض السكري المزمن، وكانت هناك مفاجأة ظهرت في الدراسة، حيث تم الكشف عن (20%) من المرضى الذين يعانون من السكري الصامت، وقد أجرى الباحثان فحصا لمستوى الجلوكوز في الدم لدى (1920)، مريضا يعانون من أمراض القلب والدورة الدموية، بينهم (932) تعرضوا إلى أزمات قلبية حادة و(997) يعانون من أمراض قلبية مزمنة.

النتائج التي أشارت إليها الدراسة:

- 1 - كانت نسبة السكري المبكر أو اضطراب استقلاب الجلوكوز بين أعضاء المجموعة الأولى التي تعرضت إلى أزمات قلبية حادة، وجلطات غير قاتلة، يرتفع إلى (36%)، بينما ترتفع نسبة الذين يعانون من سكري تقليدي صامت بنحو (22%).
  - 2 - في المجموعة الثانية، الذين يعانون من أمراض قلبية مزمنة، كانت نسبة المصابين باضطراب الجلوكوز هي (37%)، والذين يعانون من السكري الحقيقي هي (14%)، أي حوالي نصف المصابين بالجلطات القلبية يعانون من سكري صامت.
  - 3 - وجود علاقة إيجابية بين مرض السكري والإصابة بالجلطات، والنوبات القلبية.
- وقد عرضت نتائج هذه الدراسة أمام الاجتماع الأوروبي السنوي حول القلب في ميونخ.

دراسة كرجلوس، آسال، إمانونه، ستوب، جرونكه، برغمن، ديجيز، وبوجو أسلافسكي.

**Croguelois, Assal, Annoni, Staub, Gronchi, Bruggimann, Dieguez & Bogousslavsky)**

قامت هذه الدراسة بفحص العوامل السببية لدى مرضى الأعصاب، منها العوامل النفسية، والإجهاد، والتعب، والعمل المفرط، ومستوى الحياة، والنزاع مع شخص آخر، ووقوع حادث مأساوي، والحظ.

أداة الدراسة: كانت عبارة عن استبانة تعلقت بمعتقدات وأفكار المرضى الشخصية عن سبب المرض، والتأثيرات المتوقعة في المستقبل.

عينة الدراسة: لقد شملت عينة الدراسة مجموعتين: (المجموعة الأولى) مصابة بالنوبة القلبية، و(المجموعة الثانية) ضمت مجموعات فرعية من مختلف الأعمار، والجنس، والمستوى التعليمي، حيث تم مقارنة (المجموعة الأولى) المصابة بمجموعة أخرى من المرضى المشخصين بأمراض قلبية مزمنة.

وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

- 1 - المجموعة المصابة بالنوبة القلبية ، ظهرت لديها عوامل نفسية مختلفة ، منها: إجهاد ، وقلق وغيره، خاصة لدى الشباب أي ذوي السن الأصغر، كما اتضح أن هؤلاء المرضى لديهم عمل زائد ونشاطات أخرى، ومستوى حياة متدري وذلك أكثر من أولئك الأكبر سنا.
- 2 - المجموعة المصابة بالنوبة لديها عوامل إفراط نفسي كبير ، ولكنهم أقل ترددا مقارنة مع المرضى الذين يعانون من أمراض قلبية مزمنة.
- 3 - كان الشعور بالتعب لدى المرضى الذين يعانون من أمراض قلبية مزمنة أكثر حد ة من المرضى المصابين بالنوبة.

دراسة بيرس، بارتا، هنريغوس، ماتيوس وسيلفا

( Piers , Barta , Henrigues, Mateus; & Silva 2004 )

تناولت هذه الدراسة موضوع ما بعد الإصابة بالنوبة القلبية الناتجة عن الكآبة. وقد هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الإصابة بالنوبة القلبية، وبعض المتغيرات، وهي: الضعف الخلقي (ضعف الجسم)، والعمر، والجنس، والأدوية المضادة للكآبة، ومكان النوبة و(PSD) عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة ( 110 ) من المرضى المصابين بالنوبات وأزمات قلبية لأول مرة، (66) من هؤلاء الرجال تمت إصابتهم مابين (شهرين - ستة أشهر) والتي تراوحت أعمارهم مابين (19 - 87) سنة بوسط حسابي (63.5) سنة.

أداة الدراسة: والتي تم استخدامها:

- 1 - اختبار هاملتون (0 - 20) لقياس الكآبة 2 - وكذلك تم استخدام اختبار (MMSE) لاختبار الضعف الخلقي (ضعف الجسم) حيث تم استبعاد المرضى المصابون ما بعد الستة أشهر ، كما تم استبعاد المرضى الذين لديهم صعوبات لفظية، وتاريخ سابق من الكآبة. النتائج التي أشارت إليها الدراسة:

١ - كان هناك (66) حالة كآبة تامة من بين (110) من المرضى المصابين بالنوبة القلبية

٢ - أشارت النتائج إلى وجود صلة ما بين العمر، والكآبة.

٣ - 60% من المرضى لديهم كآبة و(80%) من المرضى لديهم آفات جانبية مرافقة للمرض

(قلق، وإجهاد، وخوف)

٤ - أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين الشعور بالكآبة والضعف الخلقي (ضعف الجسم).

دراسة كاترج ، وبارير، وأثي ، وميلر وماد.

( Chatterjee, Barer, Athey, Muller & Mudd ، 2004 )

عنوان الدراسة: " المادة البيضاء والتغيرات المزمنة للدماغ، وعلاقتها بالكآبة بعد الجلطة الدماغية" لقد هدفت الدراسة إلى معرفة التغيرات الحاصلة في الأجسام البيضاء المنتشرة في الدماغ ، وهي ترى كثيرا على الصورة المحوسبة (الصورة الطبقيّة للدماغ)، وخاصة لدى كبار السن، وعلاقتها بأمراض الأوعية الدموية الصغيرة لدى المرضى الذين يعانون من نوبات حادة، كما هدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان هناك اختلاف في المادة البيضاء الموجودة في الدماغ بين من هم مصابون بالإحباط والكآبة خلال الأشهر الأخيرة من الإصابة أم لا ، فقد تم أخذ صور طبقيّة للدماغ لدى (40) مريضا كانت إصابتهم حادة حددوا على أنهم مكفوفون، من قبل أخصائي أشعة وثلاثة أطباء، كما تم استخدام الميزان التدريجي للتغيرات البيضاء التي كانت مبنية على معيار لجنة العمل الأوروبية، كما تم أخذ صور طبقيّة ل (33) مريضا بعد إصابتهم بالجلطة الناتجة عن الإحباط والكآبة، و(70) شخصا ممن لم يصابوا بإحباط تم اختيارهم من قبل فاحصين اثنين ، باستخدام نفس الأسلوب، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

1 - كان هناك تطابق لدى الجميع بالنسبة للتغيرات المزمنة المتعلقة بالنظر، بحيث كانت معتدلة ، وتراوحت درجة الضمور بالنظر بالنسبة للعدد وموقع الضمور إلى ما بين 0.4 - 0.6%  
2 - أظهرت الدراسة وجود (مشاكل) أمراض ذات علاقة بالصحة الجسدية متفرقة ، وغير مترابطة مع بعضها البعض لدى (79%) من المرضى المكتئبين مقابل (53%) لدى المرضى غير المصابين بالاكتئاب.

دراسة، كايرو، وفيرو، والبجيروا وفيرا

( Cairo, Ferro, Albuguergue , Figueira ، 2004 )

دراسة حول أفكار الانتحار لدى المرضى المصابين بجلطة دماغية حادة هدفت الدراسة إلى معرفة مدى توارد أفكار الانتحار التي تتزايد خلال (السنوات الخمس) بعد الإصابة بالجلطة وتحديدها، وذلك بفحص العوامل الحاضرة، والمخاطر أول أربعة أيام من الإصابة، وقد تم تحديد، وتقييم أفكار الانتحار لدى عينة من المرضى، بلغ عددهم (173) مريضا بالتوالي أعمارهم (57) عاما ومصابون بإصابة حادة، (188) مصابون باحتشاء دماغي ، و(29) منهم لديهم تجمع دموي و(26) حالة لديها نزف دماغي.

أداة الدراسة: تم استخدام مقياس مونتميري (Montgomery) للأفكار الانتحارية ، ومقياس (Asberg) اسبرنج لقياس الاكتئاب، في وصف حدة الاكتئاب وفي وصف حدة الانتحار ، وكلا الأمرين يعودان إلى خواص ديمغرافية سكانية، واضطراب المزاج، بالعلاقة مع النوبة، وخواص الاكتئاب.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- 1 - (27) مريض من المصابين بإصابة حادة أظهروا أفكار انتحارية، منهم (15) مريضاً أظهروا أفكار انتحارية بدرجة قليلة وقريبة من الوسط، أما (12) مريضاً منهم فقد أظهروا أفكاراً انتحارية معتدلة إلى حادة، وكلا المجموعتين أظهرت صلة عالية بالأفكار الانتحارية مقابل المرضى الذين لم يعانون من الاكتئاب.
- 2- المرضى المصابون بالاكتئاب بعد الجلطة كانوا الأقل تعليماً، والأكثر سناً، ولديهم اضطراب في السلوك والمزاج سابقاً (قبل الإصابة) بالجلطة.

### دراسة كوتون وآخرون ( Koton & et al., 2004 )

عنوان الدراسة: " الإجهاد والنوبة القلبية "

- تمت هذه الدراسة في إسرائيل، والمواضيع المطروحة هي إسرائيلية بحتة، هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الضغط النفسي والإجهاد على المرضى المصابين بأزمات قلبية ودماعية، حيث شملت عينة الدراسة: على (200) شخص تلقوا العلاج في مستشفى تل أبيب، عانوا من أزمات قلبية ودماعية ذات علاقة بالإجهاد، والضغط النفسي، حيث أن كلا الأمرين يقللان من تدفق الدم إلى القلب والدماغ بسبب التكتلات (التخثرات) الدموية، وقد قام الباحثون بسؤال المرضى عما إذا تعرضوا لحالات غضب أو ضغط نفسي أو أحاسيس سلبية قبل الإصابة بالجلطة بساعتين، وكذلك تم سؤال المرضى، إذا ما تعرضوا لأحاسيس مشابهة في اليوم السابق للإصابة، وخلال العام الماضي، وقد أشارت الدراسة إلى النتائج التالية:
- 1 - إن التعرض المستمر للضغط النفسي، والإجهاد والأحاسيس السلبية، ضاعف من خطر الإصابة بالجلطة القلبية، والدماعية بمقدار (14) مرة خلال الساعتين التاليتين؛ ما بين المرور بلحظة غضب أو إحباط أو ضغط أو إجهاد.
  - 2 - كان هناك شعور بالإجهاد والضغط النفسي نتيجة التوقع المستمر للعمليات الإستشهادية، حيث أوضح المرضى أن الحياة بالنسبة لهم هي أمن إسرائيل، وهي الإجهاد منذ البداية.

### دراسة جودث وآخرون ( Judith & et al., 2004 )

عنوان الدراسة: " العلاقة بين العمل والصحة الجسدية "

- شملت عينة الدراسة: (12500) موظف تم متابعتهم على مدار (14) سنة، حيث قيم الباحثون المتطلبات النفسية، والجسمية لكل عمل يقوم به الموظف، فقد قام الباحثون في هذه الدراسة بجميع معلومات مختلفة عن الموظفين المشاركين في الدراسة منها: عمر الموظف، والتدخين، مدخن أو غير مدخن، وتاريخ تدخينه، وعاداته الرياضية، ومستوى تعليمه، ووضعه الاجتماعي.

وعند تحليل نتائج الدراسة تبين:

١. وجود عاملين يساعدان على الإصابة بالجلطة القلبية والموت من الأمراض القلبية منها:
  - ١. الأفراد الذين يتمتعون بسيطرة منخفضة على متطلبات أعمالهم ، كانوا معرضين أكثر للإصابة بالجلطات والموت من الأمراض القلبية بنسبة (1.8) مقارنة بالأفراد الذين لديهم ضوابط لأعمالهم.
  - ٢. الأفراد الذين يتمتعون بخبرات قليلة ودعم اجتماعي منخفض من مساعديهم وأسرههم يصابون بـ(2.6) مرة بأمراض قلبية مقارنة بغيرهم ممن يتلقون الدعم الاجتماعي والمساندة من قبل مساعديهم في العمل، أو من قبل أسرهم، والذين يتمتعون بخبرات واسعة، والذين لديهم سيطرة وضبط لأعمالهم.

### دراسة نيس وجورج ( Niece & George ,2003 )

تناولت هذه الدراسة دور كولسترول الليبوبروتين (المفيد) في علاج مرضى القلب. فقد قام الباحثون بحقن (36) من المتطوعين من مرضى القلب بجرعة أسبوعية من (الليبوبروتين عالي الكثافة) والكولسترول الجيد في الوريد، في الوقت الذي تم فيه إعطاء (11) فرداً عقاراً وهمياً، لم تكن له أي فاعلية طبية ، ثم قام الأطباء بعد ذلك بستة أسابيع ، بفحص أوردة المرضى باستخدام الأشعة فوق الصوتية، حيث كشفت الدراسة انخفاض نسبة الدهون على جدران الشرايين بمعدل (1%) عند المرضى الذين تم حقنهم بالكولسترول الجيد. وعلى النقيض من ذلك فقد زادت نسبة الدهون بنسبة 0.14% عند المرضى الذين تم حقنهم بعقار وهمي.

### دراسة بارت، شارلوت، لوسا، ليفين، ستيفن (Part , Sharlot , Levin Steven,2003)

عنوان الدراسة: " المعلومات العامة والطبية عن الجلطة من عوامل مساعدة وطرق وقاية لدى الأمريكيان السود "

تمت الدراسة في أوهايو ببيسدا ماريلاند بالتعاون مع جامعة بلونج جرين ستات ومدرسة جبل سنيو للطب في نيويورك، وجامعة ميتشجان. تعتبر الجلطة بأنواعها القلبية والدماغية العامل الأساسي المسبب للموت والعجز لدى الأمريكيين خصوصاً السود منهم، في الوقت الحاضر ، مما دفع الباحثين لإجراء هذه الدراسة، حيث هدفت الدراسة إلى الوقوف على مدى توفر المعلومات العامة والطبية عن الجلطة، من عوامل مساعدة وطرق وقاية لدى الأمريكيان السود، حيث استخدمت استبانة مكونة من (50) سؤالاً للكشف عن هذه المعلومات المتوفرة لديهم، عينة الدراسة: لقد جرى الاتصال تلفونيا مع (379) شخصاً من أولئك الأمريكيان والتي تراوحت أعمارهم من (50) سنة فأكثر، فكانت الأسئلة الموجهة لهؤلاء الأشخاص تحتوي على أسئلة حول

الجلطة، وسلوك الخطر الذي يؤدي إلى الإصابة، والمعلومات التي تم الاستيضاح عنها والمتعلقة بالجلطة، هي وجود توتر، وجود أمراض قلب، وجود السكري، والتغذية، وتاريخ العائلة للإصابة بالجلطة.

كانت تعطى علامات بالنسبة لمعرفة هؤلاء الأشخاص للإجابات التي طرحت عليهم والمتعلقة بالجلطة.

كانت إجابة المشاركين (10.9) بأعلى نسبة (27%) منهم لديهم معلومات بسيطة. النتيجة التي أشارت إليها الدراسة:

- الأفراد من ذوي التعليم العالي كان لديهم معلومات كثيرة عن الجلطة والعوامل المساعدة، وعن مخاطر السلوك التي تسبب الجلطة أكثر من الآخرين الأقل تعليماً.
- يفضل الأشخاص المستشفيات أو المراكز الطبية، والأطباء على الكنائس والمصادر الأخرى لتلقي المعلومات عن الجلطة.
- وجود علاقة إيجابية بين الفقر والضغط النفسي من جهة والإصابة بالجلطة القلبية من جهة أخرى.

#### دراسة وتني ( Whitney , 2002 )

عنوان الدراسة: " ازدياد الذبحات الصدرية بعد أحداث الحادي عشر من سبتمبر " أجريت هذه الدراسة على ( 800 ) مريض يتواجدون في مستشفى بروكلين بالولايات المتحدة الأمريكية، لقد قام الباحث بمقارنة سجلات المرضى وتقييمها، بإمكانية حدوث مشاكل قلبية بعد مرور (60) يوماً من الأحداث؛ أي بعد أحداث الحادي عشر من سبتمبر، لقد تم مقارنة سجلات المرضى، وقبل شهرين من وقوع الأحداث بسجلات نفس المرضى، ولكن بعد شهرين من وقوع الأحداث، فمن خلال المقارنة بين السجلات قبل وبعد الأحداث ب (60) يوماً إلى أن هناك اختلافات واضحة بينهما، حيث أوضح المرضى بأنهم قد أصيبوا بنوبات قلبية بنسبة ( 35%) بعد وقوع الأحداث و(40%) منهم قد أصيبوا بأمراض قلبية خاصة أولئك الذين كانوا يتواجدون بالقرب من المكان، أو الذين شاهدوا الأحداث عن قرب.

- وجود علاقة إيجابية بين الأحداث والضغط النفسي وظهور الأمراض القلبية.

#### دراسة هيروياسو ( Hiroyaso , 2002 )

تناولت هذه الدراسة دور كل من الإجهاد والضغط العقلي ومخاطر الإصابة بالجلطة القلبية القاتلة. هدفت الدراسة إلى تقييم دور الإجهاد العقلي وما ينتج عنه من علل قلبية. حيث قام الباحثون بتحليل بيانات عن (73.424) نسمة منهم 30.180 من الرجال و(43.244) من الإناث تراوحت أعمارهم

ما بين (40 - 79) عاما مسجلات في سجلات تقييم مخاطر مرض السرطان؛ أي غير مصابين بمرض السرطان.

أداة الدراسة: لقد تم إعطاء المشاركين في الدراسة استمارة لتدوين أسلوب حياتهم، وتعاملهم مع الضغوط، وطريقة تفكيرهم في حل المشاكل، وهواياتهم، وكان السؤال الرئيسي في الاستمارة. ما هو مستوى الإجهاد في حياتك اليومية؟ لقد تم متابعة المشتركين في الدراسة مدة ثماني سنوات، وقد استنتى أيسو ومعاونوه في هذه الدراسة بيانات المشتركين ممن لم يدونوا أسلوب حياتهم، وأولئك ممن لديهم تاريخ مرض قلبي أو سرطاني، وقد تم تصنيف الإجهاد الذي يعاني منه المشاركون في الدراسة إلى ثلاثة مستويات هي: منخفض، ومتوسط، ومرتفع.

النتائج التي أشارت إليها الدراسة:

١. كانت هناك (778) حالة وفاة ناتجة عن أمراض القلب من بين الرجال و(643) حالة وفاة من بين الإناث.

٢. إن النساء اللواتي يعانين من مستوى مرتفع من الإجهاد العقلي تضاعف لديهن خطر الإصابة بالجلطة القلبية القاتلة، وذلك أكثر من أولئك اللواتي كن يعانين من مستوى إجهاد عقلي قليل أو منخفض.

٣. النساء اللواتي تم تصنيفهن ضمن مجموعة الإجهاد المرتفع كن هن أصغر بخمس سنوات من النساء اللواتي يعانين من الإجهاد المنخفض، ومتعلمات و يتمتعن بالاستقرار أكثر ولديهن تاريخ محتمل للإصابة بضغط الدم المرتفع أو السكري عن الإناث اللواتي يعانين من إجهاد عقلي قليل أو منخفض.

٤. النساء ذوات الإجهاد العالي، يغضب أكثر، في عجلة دوماً، يشعرن بفقدان الأمل، وغير مقتنعات بحياتهن.

٥. أما بخصوص الرجال فقد أشارت الدراسة إلى وجود علاقة موجبة بين الإجهاد العقلي المرتفع والإصابة بالجلطات القلبية فأولئك ممن لديهم إجهاد عقلي متوسط أو مرتفع يعانون أكثر من خطر الجلطات القلبية.

#### دراسة ميلر وآخرون ( Miller & et al., ) كما ورد في الأمانة ( 2001 )

أعدت هذه الدراسة جامعة ماريلاند في بالينيمور (ولاية ماريلاند) وعرضت خلال مؤتمر الجمعية الأمريكية لأمراض القلب. حيث تناولت العلاقة بين الضحك والمرح والنوبات القلبية. وقد شملت عينة الدراسة (300) فردٍ عانى نصفهم من مشاكل قلبية، حيث طرحت عليهم أسئلة حول قدرتهم على الضحك إزاء بعض المواقف، ومدى المرحة في حياتهم. وتبين من نتائج الدراسة أن الذين عانوا من مشاكل قلبية كانوا أقل مرحة به (40%) من أفرادٍ في نفس السن ولا يعانون من

أية مشاكل في القلب ، حيث كان الأفراد المصابون بأمراض قلبية نادرا ما يلجؤون إلى الفكاهة والمرح في الظروف الصعبة ، كما أنهم لا يضحكون كثيرا حتى في المواقف الإيجابية ، بالإضافة إلى كونهم أكثر عدائية وغضبا.

### دراسة كيرفن وزملاؤه ( Karven & Coll , 2000 )

عنوان الدراسة: "التوتر العصبي والسيان"

لقد أجرى دومينيك دي كيرفن من جامعة زيوريخ في سويسرا وزملاؤه في جامعة كاليفورنيا دراسة على (18) امرأة و (18) رجلا تراوحت أعمارهم بين (20 - 40) سنة، حيث طلب منهم إعادة

(60) اسما ألمانيا بعد أن استظهروا كل اسم مدة (4) ثوانٍ وقد تم اختبار عينة الدراسة: وكانوا من المتطوعين بمحاولة إعادة الأسماء التي استذكروها فوراً أو في اليوم التالي ومحاولة رصدها بين قائمة تضم عدداً أكبر من الأسماء ثم تم إعطاؤهم أقراص الكورتيزون التي تحدث في الجسم حالة تشبه حالة التوتر العصبي، حيث أشارت الدراسة إلى أن الأقراص التي تتحول داخل الجسم إلى مادة الكورتيزون لم تؤثر على قدرة المتطوعين على استرجاع ما استذكروه على الفور ، ولكنه عرقل التذكر في اليوم التالي، وأحدث (اضطرابات) في الذاكرة منها: النسيان، عدم التركيز، التشتت.

### دراسة مارشالاند ( Mirchaland , 2000 )

تناولت هذه الدراسة نوعية ونمط الشخصية، وتأثيرها على جهاز المناعة. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير نوعية الشخصية، ومواصفاتها، وخصالها، وجميع جوانبها النفسية على قدرة جهاز المناعة في الجسم على مواجهة المرض، والتخلص منه. فقد قامت مارشالاند بفحص ردود أفعال أكثر من (80) متطوعاً، حقنوا بـلقاح لمعالجة مرض التهاب الكبد الوبائي، وهو مرض فيروسي، واللقاح ينشط جهاز المناعة في الجسم من خلال تعريضه لكمية صغيرة جداً من الفيروس، كما أدخل المتطوعون في اختبار لقياس طبيعة شخصياتهم ودرجة تنبهاها العصبي، وبعد المتابعة - كشفت الدراسة أن من لديهم درجات عالية من التنبيه العصبي يميلون إلى التقلبات المزاجية الشديدة، وإلى التعصب الزائد، كما تسهل استثارتهم وتعرضهم للضغط النفسي، والاضطراب النفسي والإجهاد العصبي، حيث يكونون أكثر عرضة من غيرهم لمشاكل الأمراض خاصة أمراض القلب وتعقيدات.

- كما أشارت الدراسة إلى أن ذوي التنبه العصبي العالي سريع وا التوتر، والقلق يتصفون بجهاز مناعة أقل كفاءة من غيرهم، مما يعرضهم أكثر من غيرهم للإصابة بالأمراض وأعراضها المختلفة.

#### دراسة فايلنت ( Vaillant (1979 ) كما وردت في عبد الرحمن (2000)

لقد حاولت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين الصحة العقلية والصحة الجسمية. وقد قدم فايلنت في هذه الدراسة أدلة دامغة على أن للصحة النفسية لبني البشر تأثيرا مباشرا على صحتهم الجسمية، وقد بلغ عدد المفحوصين في هذه الدراسة ( 204 ) طلاب من الذكور المسجلين بالفرقة الثانية بجامعة هارفارد، وكانوا جميعا أصحابا جسميا وخاليين من أي مشكلات انفعالية، وقد تم تقييم الحالات لأول مرة ما بين عامي (1942 - 1944) وتم متابعة هؤلاء المفحوصين بمعدل مرة كل عام أو عامين من خلال الإجابة على مقاييس الدراسة ، أو إجراء مقابلات شخصية، وبناءً على هذه القياسات، ومن خلال مقارنة الحالة العقلية لهؤلاء الرجال بناء على تقييم عام ( 1967 ) الخاص بصحتهم الجسمية بتقييم عام (1975) كانت العلاقة ذات دلالة إحصائية مرتفعة ، وعلى سبيل المثال، ما بين الفترة العمرية ( 21 - 46 ) سنة كانت هناك حالان فقط من بين (59) حالة صحتهم العقلية في أفضل مستوى أصبحوا مرضى بمرض مزمن أو توفوا، في حين أن (18) حالة من بين (48) حالة من ذوي الصحة العقلية منخفضة المستوى توفوا أو أصبحوا مرضى بمرض مزمن، وهكذا يبقى تأثير العوامل الأخرى التي ربما تخلط وتربك النتائج في غاية الأهمية لأن الكثير من الدراسات التي تربط الضغط النفسي بالمرض لم تأخذ هذه العوامل في اعتبارها، ونظرا لتجانس أفراد عينة دراسة فايلنت، فقد كانوا جميعا من الذكور البيض ذوي المستوى الاقتصادي الجيد، لذلك لا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة على النساء أو الأشخاص الذين ينحدرون من أجناس عرقية أخرى، أو من مستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة، ومع ذلك فإن النتائج تقترح أن سوء الصحة العقلية تنبئ دوما بشيخوخة سابقة لأوانها، وتدهور أسرع في الصحة الجسمية.

#### دراسة تري وآخرون ( Tary & et al., 2000 ) كما ورد في الأمانة ( 2000 )

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين تساقط الشعر وتطور أمراض القلب. لقد شملت عينة الدراسة (19.112) طبيبا في الولايات المتحدة تراوحت أعمارهم ما بين (40 - 48) سنة. حيث كان الجميع سليمين من أية إصابة قلبية شريانية عند بدء الدراسة التي دامت (11) سنة.

أداة الدراسة: لقد شملت أداة الدراسة استبانة ضمت عدة أسئلة حول الصحة العامة وأسلوب الحياة والاهتمامات لهؤلاء المفحوصين مع مراقبة وضع الصلغ في رؤوسهم الذي بدأ عند سن (45) سنة عموماً.

صنف جميع المفحوصين إلى مجموعات حسب وضع المنطقة الخالية من الشعر في رؤوسهم. فضمت المجموعة (الأولى) الأفراد الذين لم يعانون من أي تساقط في الشعر، وتركز الصلغ عند أفراد المجموعة (الثانية) في منطقة الجبهة فقط، أما المجموعة (الثالثة) فقد تطور عند أفرادها صلغ جبهي مع آخر في قمة الرأس تفاوتت درجته بين الخفيف والمتوسط والشديد. كانت المحصلة النهائية وبعد (11) سنة من المتابعة وجود (1446) حالة إصابة في شرايين القلب. حدثت الغالبية العظمى منها عند الرجال المصابين بالصلغ في منطقة قمة الرأس، ومن الدرجة الشديدة، وأمكن ربط الظاهرتين السابقتين مع بعضهما البعض بعد الأخذ بعين الاعتبار ، العمر ، والوزن، والتدخين، وارتفاع الضغط، والسكري، ومعدل الكوليسترول المرتفع، والنشاط الفيزيائي ، ومعدل تناول الكحول.

وعند تحليل النتائج بشكل منفصل ، وجد أن الرجال الذين لديهم ارتفاع في ضغط الدم ، وفي الكوليسترول، بالإضافة إلى الصلغ، لديهم المعدل الأعلى من نسبة الإصابة بأمراض الشرايين القلبية. ولم يجد الباحثون في نهاية الدراسة أية أسباب محددة لزيادة أمراض نقص التروية القلبية عند وجود الصلغ، لكن تضافرها وزيادة تأثيرها مع وجود ارتفاع في ضغط الدم ، وارتفاع كوليسترول الدم يجعل من الانتباه إلى وجودها ضرورة علاجية.

#### دراسة لانش ( Lansh, 2000 ) جامعة ميتشجان

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين ضغط العمل والدخل المنخفض وأمراض القلب. شملت عينة الدراسة: (940) شخصاً يعانون من ضغوط العمل والدخل المحدود، حيث تم مقارنة (المجموعة الأولى) بمجموعة أخرى لا تعاني من ضغوط العمل، والعائد المادي لديها جيد، حيث تم إخضاع هؤلاء الأشخاص إلى فحص طبي لمعرفة مستوى الصفائح الدهنية في الشرايين ؛ إذ يعتبر تراكم مستويات كبيرة من الصفائح الدهنية في أورطة الرقبة عامل خطر رئيسي للسكتة الدماغية وذا علاقة أساسية بمستوى التراكم الدهني في شرايين القلب، ومن خلال متابعة المفحوصين مدة (4) سنوات، فقد أشارت الدراسة إلى:

- تراكم كميات كبيرة من الصفائح الدهنية في شرايين الرقبة لدى الرجال العاطلين عن العمل أو لدى العاملين في وظائف ذات جو متوتر ومردود مالي قليل، مقارنة مع الرجال الذين يعملون في وظائف أقل توتراً وأقل دخلاً.

- يعانني أبناء الطبقة الفقيرة محدودة الدخل من انعدام الأمل والتفاؤل والقلق والضغط ، وتشعر الطبقة الفقيرة أنها محرومة من فرص التقدم والحياة الأفضل.  
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين البطالة والدخل المحدود (الفقر) والإصابة بالجلطة القلبية.

#### دراسة تشارلز ( Charles , 2000 )

**عنوان الدراسة:** " دور التأمل والاسترخاء في تخفيف حدة التوتر النفسي "

لقد تم فحص سماكة شرايين الرقبة لدى (138) شخصا من الأفارقة الأمريكيين الذين يبلغ ضغط دمهم الحد الأعلى، أو المصابين بارتفاع ضغط الدم بواسطة الموجات فوق الصوتية بعد إخضاع مجموعة منهم لجلسات تأمل مدة كل منها ( 20 ) دقيقة مرتين يوميا ، والمجموعة الأخرى لتمارين معينة أو إتباع نظام خاص داخل المنزل.

- أظهرت الدراسة أن الأفراد الذين مارسوا التأمل والاسترخاء أظهروا انخفاضا ملحوظا في سماكة شرايينهم بعد (6 - 9) أشهر من الممارسة، في حين أظهر الآخرون زيادة في سماكة الشرايين.

- ساعد الاسترخاء والتأمل في تقليل حدة التوتر النفسي ، والجلطات القلبية بحوالي ( 11% )، والسكتات الدماغية بحوالي (15%) مقارنة مع الآخرين الذين لم يمارسوا التأمل الاسترخاء.

#### دراسة سيمون ( Simon, 1998 )

تناولت الدراسة دور ومخاطر الإجهاد في العمل.

لقد أجريت الدراسة هذه على (250) رجلاً من اليابانيين تراوحت أعمارهم ما بين ( 30-69 ) سنة وشملت العينة رجالاً أدخلوا إلى المستشفى نتيجة تعرضهم لنوبات قلبية ، حيث تم مقارنتهم بأفراد أصحاء (غير مصابين) في نفس الأعمار، وفي نفس الوظائف.

وقد أشارت نتيجة الدراسة القلبية ، إلى أن الأفراد والجماعات التي تعمل أكثر من إحدى عشرة ساعة يوميا تكون معرضة بـ (2.5) مرة للإصابة بالنوبات القلبية مقارنة بغيرهم، كما أنهم يعانون من مشاكل قلبية أكثر من غيرهم ممن يعملون ما بين (6-7) ساعات يوميا.

### دراسة كسلر ( Kessler ) كما وردت في الموسوي (1998)

تناولت الدراسة الضغوط النفسية والطبقات الاجتماعية، حيث طبق الباحث مقياس أحداث الحياة والمقابلة الإكلينيكية على عينتين، (العينة الأولى): تمثل الطبقة الاجتماعية المنخفضة التي تتعرض لأحداث ضاغطة، أما (العينة الثانية): فتمثل الطبقة الاجتماعية المرتفعة، ولكنها تتعرض لأحداث ضاغطة أيضاً، وقد أشارت هذه الدراسة إلى:

- إن أحداث الحياة الضاغطة تؤثر في العينتين دون تمييز، حيث تأثر أبناء الطبقة الاجتماعية المرتفعة بالضغوط النفسية تماما كأبناء الطبقة الاجتماعية المنخفضة.
- إن ضعف الدعم الاجتماعي، يعتبر مصدراً قوياً من مصادر ضغوط الحياة.
- إن شعور الأفراد بالضغط النفسي يتباين بتباين ظروفهم البيئية، كما يتباين أيضاً بتباين خبراتهم وإدراكهم للمواقف، أكدت هذه الدراسة إلى أن الإناث أكثر شعوراً بالضغط النفسي ، وأكثر تعرضاً له مقارنة مع الذكور.

### دراسة كورت ( Chort ,1996 )

عنوان الدراسة: "السلوك التكيفي في حالات الإجهاد وأحداث النوبة القلبية لدى الرجال الذين يعانون من ارتفاع الضغط"

مع أن ارتفاع الضغط يعتبر عاملاً خطراً للنوبة القلبية إلا أن كثيرين ممن يعانونه يبقون بصحة جيدة إذا كان هناك التزام بالعلاج.

إن هدف هذه الدراسة هو تحليل ما إذا كان التكيف في حالات الإجهاد له صلة بحادثة النوبة القلبية لدى الرجال الذين يعانون من ضغط مرتفع، شملت عينة الدراسة (238) رجلاً تم متابعتهم في العام 1982/ 1983 كعينة، أصيبوا بأول نوبة عام (1996) في مالمو في السويد.

الوسائل والطرق: لقد تم دراسة سبل التكيف مع الإجهاد بواسطة اختبار ( Colour – Word ) التسلسلي ذو البعد التراجعي، حيث أمكن تمييز أربعة أنماط من التكيف حسب الاختبار، منخفض جداً، منخفض، متوسط، مرتفع.

- وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن نموذج السلوك المتجدد والذي يمتاز بمصاعب كبيرة وعظيمة في أداء الاختبار له صلة ومرتبطة بحادثة النوبة القلبية (الإصابة) لدى الرجال الذين يعانون من ارتفاع الضغط .

- الرجال الذين يعانون من ارتفاع في الضغط، والذين فشلوا في إيجاد استراتيجيات ناجحة في التعامل مع حالات الإجهاد، معرضون للإصابة بالنوبات القلبية أكثر من غيرهم ، كما أنهم معرضون أيضاً للآثار التدميرية السلبية للإجهاد، وعليه فهم معرضون للخطر المتزايد للإصابة بالنوبات القلبية في المستقبل.

دراسة فريدمان وروزثمان Friedman & Rosenman كما أشار ( Myers ، 1996 )  
لقد قام الباحثان بقياس مستويات الكوليسترول في الدم بالإضافة إلى مدى سرعة تخثر الدم ل  
دى (40) محاسباً من محاسبي الضرائب في الولايات المتحدة الأمريكية، ووجدوا أن مستويات  
الكوليسترول، وسرعة تخثر الدم في الفترة الواقعة ما بين كانون الثاني وآذار ( 1 - 3 ) لهؤلاء  
المحاسبين كانت ضمن المعدلات الطبيعية، إلا أنهما لاحظا ارتفاع مستويات الكوليسترول ، وسرعة  
تخثر الدم إلى معدلات خطيرة في الأيام التي سبقت حلول شهر نيسان، الذي هو الموعد المقرر  
لإنهاء تسليم معاملات عائدات الضرائب للعملاء، مع ملاحظة عودة هذه المعدلات إلى المستويات  
الطبيعية في شهري أيار وحزيران أي بعد انتهاء الموقف الضاغط.

دراسة مونيكا ( Monica ، 1995 ) والمشار إليها في ( عبد الله ، 2004 )  
تناولت الدراسة أثر التدخين وضرره على صحة القلب والشرابين.  
لقد أجريت هذه الدراسة على مرضى مصابين بأمراض الشرايين القلبية بين عامي  
(1985 - 1995) برعاية منظمة الصحة العالمية وشملت ( 7.2 ) مليون شخص في ( 21 ) دولة  
منها الولايات المتحدة الأمريكية، وبريطانيا، وألمانيا، وفرنسا، وإيطاليا، والنرويج وغيرها من دول  
أوروبا، وقد أتاحت دراسة مونيكا إحصاء أكثر من ( 22 ) ألف سكتة قلبية نجا أصحابها من الموت.  
وقد شملت عينة الدراسة: ( 18762 ) رجلا و ( 4047 ) امرأة تراوحت أعمارهم ما بين ( 35 - 39 )  
عاما حيث كان المدخنون يمثلون ( 80% ) من هؤلاء الذين أصيبوا بالسكتة القلبية وبعد المتابعة التي  
استمرت مدة عشر سنوات.  
- أظهرت نتائج الدراسة أن الرجال المدخنين من فئة ( 35 - 39 ) عاما هم أكثر عرضة للإصابة  
بالسكتة القلبية بمقدار خمس مرات أكثر من غير المدخنين، فيما ازدادت هذه النسبة لدى النساء  
بمقدار ( 5.3 ) مرات، وبحسب نتائج الدراسة فإن التدخين هو السبب لحوالي ( 65% ) من النوبات  
القلبية غير الفاتلة لدى الرجال من فئة ( 35 - 39 ) عاما وأكثر من نصفها ( 55% ) لدى النساء من  
الفئة العمرية ذاتها.

دراسة سانج ( Sang ، 1992 )  
عنوان الدراسة: " إجهاد العمل (الوظيفة) والدهنيات العالية الداخلة للجسم ومؤثراتها على القلب  
وأمرضه"  
لقد أعدت هذه الدراسة برعاية من مؤسسة هونج كونج للقلب في هونج كونج، ومجلة البحث الطبي،  
ومؤسسة القلب الوطنية في أستراليا، ومؤسسة رعاية القلب المجتمعية الصينية في سان فرانسيسكو،

بالتعاون مع مستشفى مقاطعة بان يو وجامعة سدني، والمستشفى الصيني في سان فرانسيسكو، وهي دراسة متشابكة قام بها البروفيسور ووكام سانج من جامعة صينية في هونج كونج. هدفت الدراسة إلى تقرير وتحديد أثر الإجهاد الوظيفي (العمل) مقابل الغذاء الغربي وعاداته ونماذج الحياة المختلفة وعوامل الخطر على أمراض القلب والنوبة القلبية، كما هدفت إلى معرفة تأثير مرض (التصلب العصيدي) الناتج عن الغذاء الغربي وعاداته، وهو مرض يسبب سماكة الجدار الداخلي لأورطة الرقبة، ويزيد من خطر مرض القلب والنوبات القلبية، وقد شملت عينة الدراسة مقارنة (110) حالات من الصينيين، قاربت أعمارهم (43) سنة، في (بان يو) وهي منطقة ريفية في جنوب سان فرانسيسكو، وهي جزء من منطقة دراسة مرض التصلب العصيدي عند الكبار والشباب، كما تم اختيار عدد مماثل من الصينيين في هونج كونج الصين للمقارنة، وبالرغم من أن المجموعتين من ناحية عرقية هم سكان متجانسون إلا أنهم يتعرضون بشكل مختلف تماماً لأنواع الإجهاد الوظيفي.

أداة الدراسة: لقد طلب من المشاركين إكمال استمارة الغذاء اليومي باستخدام كتالوج غذاء، كما طلب منهم تعبئة استمارة استبيان الإدارة الذاتية السيكولوجية، وهي استمارة تقيم متطلبات العمل وكم من الرقابة والضبط يحتاج الأشخاص في العمل ومدى تلقيهم الدعم والمساندة في العمل والمنزل، وقد استخدم الباحثون درجة عالية من الدقة من التراسوند لقياس سماكة الجدار الداخلي لأورط الرقبة كعلامة بديلة للتصلب العصيدي، وأظهرت نتائج النقطيع (Scanning).  
- أن الصينيين الذين يعيشون في سان فرانسيسكو لديهم ( 39.6 %) سماكة (طبقة سميكة) في الجدار الداخلي عن أولئك الذين يعيشون في بان يو، حيث يوجد دليل طبي يثبت أن سماكة الجدار الداخلي هو بمثابة تنبؤ لأمراض قلبية عند الكبار ( 65) عاما أي معظم الصينيين يعانون أقل من عوامل مخاطر التصلب العصيدي مقارنة مع الغربيين. وفي تحليل منطقي لتقييم تأثير الدهون ونقص المساندة الوظيفية، حيث تتصلان بشكل مستقل مع سماكة الجدار الداخلي المتزايد.  
كما وجد أن الأشخاص الذين تنقصهم المساندة الوظيفية والدعم ويتناولون كميات كبيرة من الدهون معرضون أكثر من غيرهم لخطر مرض التصلب العصيدي، وأمراض القلب، والنوبة القلبية.

دراسة ماستر وزملاؤه ( Master & Coll , 1992 ) كما وردت في عبيد ( 1992 )  
لقد قام آرثر ماستر وزملاؤه بعمل دراسة تفصيلية عن مستقبل المريض بعد إصابته بالنوبة القلبية. فقد تتبع (500) مفحوصا(415) من الرجال و(85) من النساء وقد استمرت مدة ملاحظة هؤلاء المرضى حوالي (6) سنوات ونصف السنة في المتوسط، ولكنهم لم يتابعوا حالة واحدة لمدة تقل عن سنة واحدة، وقد قام ماستر وزملاؤه بإجراء فحص طبي شامل لكل منهم بما في ذلك رسم قلب

كهربائي وفحص بالأشعة، وفحص ضغط الدم ، فقد قاموا بعمل كل اختبار على حدا ليساعدهم على أخذ صورة كاملة عن حالة القلب، وقد قسم هؤلاء الباحثون المرضى حسب درجة شفاؤهم إلى أربعة مجموعات:

- 1 - المجموعة الأولى المرضى الذين كان شفاؤهم تاما لدرجة أن الفحص الطبي المتكرر لم يظهر أية علامة تشير إلى النوبة القلبية التي سبق أن أصيبوا بها.
  - 2 - المجموعة الثانية، المرضى الذين شكوا من ألم بسيط أحيانا ولكن بعد مجهود عنيف أو أثر انفعال نفسي شديد ومع ذلك لم يضطروا إلى تقيد نشاطهم إلى درجة محسوسة وكانوا لائقين لإستئناف ومتابعة وظائفهم السابقة.
  - 3 - المرضى الذين شكوا من ألم متوسط في الصدر عند قيامهم بمجهود جسمي وذهني والذين شعروا بالضعف من وقت لآخر، فقد قرر الأطباء بأن عددا منهم يمكنهم العودة إلى عمل جزئي، أما البعض الآخر ففي وسعه القيام بعمل كامل.
  - 4 - المجموعة الرابعة الذين شكوا من الآلام شديدة في الصدر وعلامات هبوط في القلب، اضطروا إلى تقيد نشاطهم إلى حد كبير، ومع ذلك فلا يمكن اعتبار كل منهم عاجزا بسبب مرض قلبه.
- فقد أظهرت هذه الدراسة أن أربعة من كل خمسة أشخاص قد شفوا تماما ، أو شفوا بدرجة مرضية، وذلك حسب أي طريقة تستعمل للحكم على درجة شفاؤهم.
- كما أظهرت الدراسة كذلك أن حوالي (5%) فقط من المرضى قد أصيبوا بعجز خطير.

#### دراسة جلندي، ليفاين، ووايت ( Gelindi , Levine & White , 1992 )

تناولت هذه الدراسة دور وعلاقة الوراثة بمرض القلب والشرايين التاجية لقد انتقى الباحثون في هذه الدراسة مرضى دون سن الأربعين حتى يتفادوا عامل السن أو أي عامل مرضي آخر قد يعقد عليهم دراستهم، أو يخفي المميزات الأساسية التي كانوا يبحثون عنها.

وقد اختار هؤلاء الباحثون (100) مريض استوفوا كل هذه الشروط من بين (250) فردا تقدموا لهذه الدراسة، وكان (97) منهم من الذكور أما الثلاث الباقيات فكان من الإناث، ثم اختار الباحثون بعد ذلك (146) شخصا غير المصابين كفريق للمقارنة، وحتى تكون المقارنة دقيقة اختار الأطباء (97) شخصا من الذكور من غير المصابين. بحيث يكون كل واحد منهم مماثلا تماما لأحد مرضى الفريق الإكليلي (المصابين) من حيث السن ، وطول القامة ، والوزن ، والبنية، والأصل العنصري والمهنة، وبهذه الطريقة تمكنوا من عمل مقارنة دقيقة بين الأصحاء ومرضى الشريان الإكليلي ، مع

ملاحظة وجود الاختلاف بينهما، وكانت أعمار هؤلاء الرجال تتراوح ما بين ( 22 - 40 ) سنة، ثم أدخل كل مريض في هذه الدراسة إلى مستشفى ماسا شوستس العمومي لمدة تراوحت ما بين (24-72) ساعة، حيث أخذ الباحثون من كل منهم التاريخ العائلي بشكل دقيق، ثم أجري لهم رسم قلب كهربائي، وتحاليل دموية، كما أخذت مقاييس أجسامهم وغيرها من الاختبارات المختلفة، ثم قام الباحثون بمعاملة فريق الأصحاء (غير المصابين) بنفس المعاملة تماما حتى يتمكنوا من مقارنة الفريقين من كل الوجوه، وبعد سنتين من المتابعة.

أظهرت هذه الدراسة علاقة العوامل المختلفة بالاستعداد الفردي للإصابة بمرض القلب والشرابين وكانت هذه العوامل هي: الجنس، والوراثة، والبنية، والنشاط الرياضي، والمهنة، والبيانات الفسيولوجية والنفسية، والغذاء، والهرمونات، وأوجه كيمياء الجسم عموما.

#### دراسة فريدمان وروزثمان ( Fridman & Rosthman , 1992 )

عنوان الدراسة: " أثر العوامل الوجدانية على مرضى القلب الإكليلي " لقد قام الباحثان بفحص ثلاث مجموعات من سان فرانسيسكو من الرجال المتشابهين في الطول، والوزن، والعمر، وكانوا يعملون جميعا في عمل بدني خفيف، تكونت (المجموعة الأولى) من أفراد ذوي أعصاب متوترة من الذين يحملون هم كل صغيرة وكبيرة، ويبالغون في ردود أفعالهم تجاه أمور الحياة العادية وكانت (المجموعة الثانية) تتكون من أفراد هادئى الأعصاب من الذين لا يبالغون بصغائر الأمور، أما (المجموعة الثالثة) فكانت تتكون من رجال كفيفين عاطلين عن العمل، وذوي شخصيات تشبه شخصيات المجموعة الثانية هادئة الأعصاب، وبمقارنة هذه المجموعات الثلاث مع بعضها البعض.

- فقد وجد الباحثون أن نسبة أمراض القلب تزداد في المجموعة الأولى ذات الأعصاب المتوترة، فقد بلغت هذه النسبة 28% في حين بلغت النسبة 4% فقط في المجموعتين التاليتين الثانية والثالثة.

- كما إتضح أن نسبة الإصابة بالنوبة القلبية بلغت 8% في المجموعة الأولى ولم يعثر الباحثون على حالة نوبة قلبية واحدة في المجموعتين الثانية والثالثة.

#### دراسة رسك ( Risk , 1992 )

عنوان الدراسة: " تأثير العوامل النفسية في مرضى القلب الإكليلي "

لقد أجرى رسك دراسته في مستشفى ستاتن ايلاند، قارن فيها بين (100) مريض مصاب بمرض الشريان الإكليلي وعدد مساو لهم من الأشخاص الأصحاء غير المصابين والمساوين لهم في العمر حيث وجد هذا الطبيب أن 91% من فريق مرضى الشريان الإكليلي، إما أنهم كانوا يعملون في وظيفتين مستقلتين، أو كانوا يعملون أكثر من (60) ساعة في الأسبوع، أو أنهم كانوا مصابين

بمشاكل في الشخصية تتميز بطابع الفشل ، وعدم الشعور بالأمن، أما فريق المقارنة فكان يحتوي 20% فقط من مثل هؤلاء الأفراد.

### دراسة جمعية السرطان الأمريكية ( 1992 ) كما وردت في عبيد(1992)

عنوان الدراسة: " العلاقة الجائزة بين تدخين السجائر وسرطان الرئة والوفيات الناشئة عن مرض القلب "

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين تدخين السجائر، والإصابة بسرطان الرئة، وعلاقتها بأمراض القلب، شملت عينة الدراسة: (200.000) رجل وامرأة في الولايات المتحدة، كانوا من عامة الشعب، وقد قام الباحثون بسؤال هؤلاء الأفراد المشاركين في الدراسة عما إذا كانوا يدخنون أم لا ؟ وإذا كانوا يدخنون إلى أي مدى يدخنون؟ وما نوع الدخان الذي يستخدمونه؟ وبعد مرور (18) شهرا قام نفس الباحثين بمراجعة مصير كل فرد تقريبا من هذه الجماعة (المشاركين) التي سألوها في بداية (الدراسة) فقد وجد أن عددا من الأفراد المشاركين الذين سئلوا أول مرة قد توفوا خلال هذه الأشهر، وتوصل الباحثين إلى معرفة سبب وفيات معظم هؤلاء الأفراد والبالغ عددهم (4710) فوجدا أن حوالي نصف العدد قد توفي نتيجة مرض (القلب الإكليلي) وتبين لهم أن نسبة الوفيات في الأفراد التي تتراوح أعمارهم ما بين (45-60) تزيد بمقدار (95%) بين المدخنين عن غيرهم من غير المدخنين وأن نسبة الوفيات في الأفراد التي تتراوح أعمارهم ما بين (64-69) من العمر تزيد بمقدار (10%) بين المدخنين عنها في غير المدخنين، وقد خلصت الدراسة إلى النتيجة التالية:

1. نسبة الوفيات من مرضى القلب الإكليلي ازدادت عموما وبشكل واضح بين المدخنين بالنسبة لغير المدخنين.
2. عند تبويب الوفيات الناتجة عن مرض القلب الإكليلي حسب متغير العمر أشارت الدراسة إلى أن نسبة الوفيات المرتفعة كانت في فئة المدخنين الأصغر سنا مقارنة بغيرهم من غير المدخنين ومن المصابين بمرض القلب الإكليلي.

### دراسة جنكينز ( Jenkins, 1988 )

في (1965) تم إجراء دراسة تتبعية لمجموعة من النساء في أواسط العمر، ولمدة ( 8 ) سنوات ، للتعرف على العوامل التي قد تساهم في إصابتهن بأمراض القلب، والدورة الدموية، والجلطات، وقد شملت هذه الدراسة مجموعة من النساء العاملات ، ومجموعة أخرى من ربات البيوت ، وقد تم تعريف المرأة العاملة في هذه الدراسة على أنها المرأة الموظفة في عمل ما خارج المنزل لمدة تزيد عن نصف حياتها كراشدة.

وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- إن احتمالية الإصابة بين النساء العاملات مقارنة مع ربات البيوت متقاربة بشكل عام، إلى أن نتائج هذه الدراسة أشارت أيضا إلى أن النساء في الأعمال المكتبية، واللواتي في العادة لا تكون لديهن سيطرة مرتفعة على أعمالهن، تكون الاحتمالية لديهن مرتفعة للإصابة بأمراض القلب ، وهذا ينطبق أيضا على المرأة العاملة ، والتي لديها أطفال ومتطلبات عائلية متعددة ، كذلك فقد أشارت النتائج إلى أن المرأة التي تعمل مع مدير غير داعم تتعرض بشكل أكبر لاحتمالية الإصابة بأمراض القلب، وأخيرا فقد خلصت هذه الدراسة إلى أن الإصابة بأمراض القلب تزداد مع ازدياد عدد الأطفال لدى المرأة العاملة، آخذين بعين الاعتبار أن هذه النتيجة لا تنطبق على النساء من ربات البيوت.

#### دراسة جونسون وهال (Johnosn & Hall ,1988)

حيث قام جونسون وهال بدراسة (1300) عامل لتقصي دور كل من متطلبات العمل، ومقدار السيطرة المتاحة للفرد في عمله، والدعم الاجتماعي من قبل الزملاء في العمل من ناحية، والإصابة بأمراض القلب من ناحية ثانية، لقد أوضحت النتائج أن الأفراد العاملين في مهن ذات متطلبات مهنية متعددة، والذين لديهم تدني في مقدار السيطرة المتاحة، والذين لديهم انخفاض في مستوى الدعم الاجتماعي، كانت نسبة الإصابة لديهم بأمراض القلب مضاعفة عما هي عليه لدى الأفراد العاملين في مهن تتطلب مجهودا أقل، ومقداراً من السيطرة المتاحة أعلى مع ازدياد مستوى الدعم الاجتماعي المقدم لهم من قبل الزملاء.

#### دراسة أبيتين وبيركنز ( Epstein & Perkins ,1988 )

عنوان الدراسة: " العلاقة المتبادلة بين التدخين والضغط النفسي "

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة المتبادلة بين التدخين والضغط النفسي من ناحية والإصابة بأمراض القلب من ناحية أخرى، كما حاولت الدراسة الإجابة على السؤال التالي، لماذا يدخن بعض الناس ولسنوات طويلة دون الإصابة بأي من أمراض القلب بينما البعض أكثر عرضة لتطوير أمراض القلب والشرايين؟ على الرغم من كونهم يدخنون بشكل قليل أو متوسط، وقد لاحظ الباحثان من خلال دراستهم أن الضغط النفسي يزيد من كمية التدخين لدى الفرد حيث أوضح معظم المدخنين إلى أن التدخين يخفف من التوتر لديهم، وهم يلجؤون إلى التدخين لدى تعرضهم لضغوط نفسية، بالإضافة إلى شعورهم بأن التدخين يقلل من مشاعر القلق والضغط النفسي لديهم، وعليه فإن المدخنين يلجؤون إلى استخدام التدخين كوسيلة للتكيف مع الضغوط النفسية، ومن المعروف أن

التدخين يعتبر عاملا أساسيا مسببا لأمراض القلب، والدورة الدموية، حيث أن كلا من النيكوتين وثنائي أكسيد الكربون المستنشقان من دخان السجائر يعملان على زيادة لزوجة صفيحات الدم الأمر الذي يزيد من فرصة تشكل خثرة في الوعاء الدموي، بالإضافة إلى إحداث أضرار في بطانة الأوعية الدموية، مما يؤدي إلى حدوث التصلب الشرياني لدى الفرد (الصايغ، 1983). وقد أوضح الباحثان السابقان أن التدخين والضغط النفسية يشكلان عاملا مركبا إضافيا يزيد من احتمالية التعرض للإصابة بأمراض القلب والدورة الدموية، ولتوضيح العلاقة القائمة بين التدخين والضغط النفسي وبين الإصابة بأمراض القلب قام آيستين وجنكيز ( Epstein & Jennings, 1986 ). وبناء ثلاث فرضيات تكاملية توضح كيفية ارتباط الضغط النفسي مع ازدياد احتمالية إصابة المدخنين بالأمراض القلبية. أولى هذه الفرضيات تشير إلى أن التعرض للضغط النفسية يزيد بشكل غي مباشر من احتمالية الإصابة بأمراض القلب من خلال زيادة نسبة تدخين الفرد، حيث تشير دراسة روز وزملاءه (Rose et.al.,1983) والمشار إليها في (Jenkins,1988). على سبيل المثال إلى ازدياد نسبة تدخين مجموعة من الأفراد المدخنين أثناء استعدادهم لمشاهدة شريط فيديو يتضمن مهمة تحتاج منهم إلى تركيز عال كي يتمكنوا من أدائها، مقارنة مع نسبة تدخينهم خلال وجودهم في موقف استرخاء خال من الإثارة، ونظرا لكون التدخين يرتبط بعلاقة سببية مع الإصابة بأمراض القلب، فإن عوامل مثل الضغط النفسي والتي تزيد من نسبة تدخين الفرد، تزيد من احتمالية الإصابة بأمراض القلب ولو بشكل غير مباشر. أما الفرضية الثانية فإنها تدور حول كون التدخين يزيد من التعرض للضغط النفسية، التي هي بدورها تعتبر عاملا مسببا للإصابة بأمراض القلب، حيث أن التدخين يعمل على خفض مشاعر القلق الذاتية لدى الفرد، بالإضافة إلى كونه يساعد على خفض حساسية مواجهة مثير منفرد. إن التدخين يمكن أن يؤدي إلى زيادة وتوسيع محاولات التكيف مع المهمات الآنية المتضمنة ضغوطا نفسية لدرجة يصبح فيها التكيف بحد ذاته عملية نفسية غي تكيفية. الفرضية الثالثة والأخيرة تشير إلى أن الآثار المترتبة على التدخين والتعرض للضغط النفسي كل على حدة، يمكن أن يجتمعا معا، بحيث تصبح احتمالية الإصابة بأمراض القلب والدورة الدموية للمدخن الذي يتعرض لضغوط نفسية شديدة مرتفعة جدا، بالمقارنة مع المدخن الذي لا يعاني من ضغوط نفسية شديدة من جهة، وغير المدخن الذي يتعرض لضغوط شديدة من جهة أخرى (Jenkins , 1988).

### دراسة سيلبي ( Sely ، 1987 )

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أمراض القلب والاستجابة الجسدية للضغوط النفسية. حيث أوضح سيلبي من خلال دراسته أن أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم ذات صلة مباشرة بالاستجابة للضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، كما أوضحت الدراسة أيضا في هذا المجال أن الضغط النفسي يعمل على إضعاف جهاز المناعة في جسم الإنسان الأمر الذي يجعله أكثر عرضه للإصابة بالأمراض المعدية.

### دراسة أندرسون ( Anderson ، 1987 )

هدفت الدراسة إلى معرفة أهمية خفض الضغط النفسي والقلق لدى مرضى القلب ضمن برنامج لتقديم المعلومات العامة قبل إجراء العملية الجراحية. عينة الدراسة: تم إجراء الدراسة على (60) مريضا من مرضى القلب، عمل على تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات : 1 - مجموعة ضابطة 2 - مجموعة تم إشراكها في برنامج لتقديم المعلومات العامة قبل إجراء العملية الجراحية 3 - المجموعة الثالثة فقد تم إشراكها في برنامج تقديم المعلومات التي تعرضت له المجموعة الثانية بالإضافة إلى تدريبهم على مجموعة من التمرينات القائمة على الاسترخاء الجسدي والعقلي وتنظيم التنفس وخفض الضغط النفسي والقلق. أداة الدراسة: لقد استخدم الباحث مجموعة من المقاييس. 1 . مقياس القلق 2 . مقاييس تقييم بعدية 3 . وقائمة ولوفر للشفاء. وقد أشارت الدراسة: إلى أن البرنامج الذي تعرض له أفراد المجموعة الثالثة كان له أثر واضح في التقليل من التوتر النفسي للمشاركين، كما ساهم في تسريع تماثل هؤلاء المرضى للشفاء، بالإضافة إلى انخفاض حدوث وتأثير ارتفاع ضغط الدم الحاد بعد العملية الجراحية.

### دراسة المركز الطبي لجامعة بوسطن (1985) كما جاء في جوخدار.

هدفت الدراسة إلى قياس أثر العوامل النفسية الخارجية على الوظائف الحيوية الداخلية للإنسان، لقد قيس الضغط الشرياني والنبض عند مراقبي الطرق دون أي تحديد لحركاتهم ودون أي ارتباط لأجسادهم بأي سلك خارجي، في حين تم تسجيل حركاتهم أثناء العمل، ورد الفعل النفسي الناتج عن عملهم من قبل باحثين مدربين جيدا. أوضحت الدراسة، أن نسبة الإصابة بارتفاع الضغط الشرياني للقلب عند مراقبي الطرق تزيد (4) مرات عن نسبتها عند عامة الناس، وخلال (3) سنوات من المتابعة لوحظ أن (14%) من الأشخاص المعافين الذين أجريت عليهم الدراسة، أخذوا يعانون من ارتفاع الضغط الشرياني ، بالإضافة إلى

ذلك فإن مراقبي الطرق كمجموعة منفصلة يعانون من الأمراض التي لها علاقة بالتوتر والشدة النفسية كالقرحة وأمراض القلب والأوعية الدموية.

### دراسة أورنش وآخرون ( Ornitish et al. , 1983 )

عنوان الدراسة: " دور البرامج العلاجية النفسية في الحد من أمراض القلب"  
حيث تم إشراك عدد من المصابين بالذبحة القلبية في برنامج علاجي مكثف مدة (24) يوماً تضمن هذا البرنامج تمارين لضبط الضغوط النفسية بالإضافة إلى برنامج تدريبي للحمية الغذائية، ومن خلال المقارنة بين المجموعة التي اشتركت في البرنامج العلاجي، والمجموعة الضابطة التي لم تشترك في أي برنامج علاجي.  
وقد أشارت الدراسة إلى ما يلي:

- ١ - أفراد (المجموعة الأولى) سجلوا انخفاضاً في عدد مرات حدوث آلام الصدر بالإضافة إلى انخفاض مستوى الكوليسترول لديهم، بينما لم يسجل أي تغير لدى المجموعة (الضابطة)
- ٢ - إن نتائج الدراسة السابقة، توضح أن اشتراك المرضى في البرنامج العلاجي القائم على تعديل أحد جوانب الخطر النفسية من خلال تعليمهم تمارين لضبط الضغوط النفسية، الأمر الذي يشير إلى أهمية الدور الذي تلعبه برامج التأهيل النفسي كمساعد لبرامج العلاج الطبي لمرضى القلب.

### دراسة بريدت مستشفى بسبيرج ومعهد الطب الوقائي في كوبنهاجن (1983)

عنوان الدراسة: " إفادات الناس عن الضغط النفسي ومخاطر الجلطة القلبية"  
هدفت الدراسة إلى تحليل شدة الضغط النفسي ومدى تكراره لدى الأفراد المفحوصين ومخاطر إصابتهم بالجلطة القلبية، كما هدفت الدراسة إلى فحص الإمكانات والاحتمالات القائمة بين الضغط النفسي وارتفاع ضغط الدم وأساليب الحياة المتبعة وعلاقتها بالأمراض القلبية.  
أداة الدراسة: لقد تم استخدام اختبارين أجرياً بين عامي ( 81 - 83 ) لمشاركين من مستشفى كوبنهاجن للقلب والتي تضمنت مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالضغط النفسي، ومن الأسئلة التي وجهت إلى الأشخاص المشاركين في الدراسة ما يلي:

هل تعرضت للضغط النفسي؟

هل تتعرض للضغط النفسي؟

ما درجة الضغط الذي تعاني منه؟

كانت إجابات المفحوصين مرتبة على النحو التالي، قطعاً لم أتعرض للضغط، أبداً، ضغط خفيف ضغط معتدل، ضغط مرتفع، وقد تم تحليل هذه الدراسة بعد متابعة استمرت ( 13 ) سنة، حيث كان

مجموع ما تم دراسته (5604) من الرجال و(6970) من النساء (929) من النساء اللواتي عانين من جلطة قلبية أولى وتبين أن (207) من الحالات والتي تمثل (22%) قد عانوا من جلطات قلبية قاتلة خلال (28) يوما من بداية الأعراض.

النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

١ - إن الأشخاص الذين أجابوا أنهم يتعرضون للضغط بشدة كانت المخاطر لديهم مضاعفة للإصابة بالجلطة القلبية القاتلة مقارنة مع الأفراد الذين لم يتعرضوا للضغط.

٢ - بلغ نسبة من تعرضوا للضغط أسبوعيا 1.49% ومع ذلك فإن العينة التي تم دراستها لم تعطي دليلا قويا على أن الضغط النفسي حسب ما أفاد به المشاركون في الدراسة هو عامل مستقل من عوامل الإصابة بالنوبة القلبية.

٣ - لم يكن هناك أثر واضح للضغط النفسي في تحليل الناس للجلطات غير القاتلة.

### دراسة إكس ( Ics ، 1975 )

عنوان الدراسة: "القلب والفروق الفسيولوجية بين الخوف والغضب"

هدفت الدراسة إلى معرفة ردود الفعل الفسيولوجية التي ترافق انفعال الخوف ، والغضب، والفرق بينهما، لقد استخدم اكس في هذه الدراسة جهاز الرسم الكهربائي للقلب Electrocar Diogram ومسجلة حركات الجسم الناتجة عن دفعات القلب والدم، كما تم استخدام التصوير الإشعاعي لتسجيل التنفس، وقد جاء المفحوصين في هذه الدراسة عن طريق إعلان تم نشره في الجرائد، وقد تراوح عدد المشاركين ما بين (42-43) مفحوصا تراوحت أعمارهم ما بين (21-25) سنة، بمتوسط عمر قدره (22) سنة، للرجال و(21) سنة، للنساء لقد كان منبه الخوف في هذه الدراسة عبارة عن صدمة متقطعة تتزايد بالتدريج على الإصبع الصغير، بحيث لا يصل إلى حد الألم، أما منبه الغضب فقد اعتمد على جهاز مسجلة الانفعالات النفسية. (مسجلة النبض الوريدي والشرياني).

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- يكون منبه الخوف والغضب مصحوبين بنماذج من رد الفعل الفسيولوجي، زيادة نبضات القلب زيادة وسرعة التنفس، والتعرق، وعدم التركيز وغيرها من التغيرات، والتي كانت باستخدام المتوسط مختلفة اختلافا واضحا بالنسبة للمنبهين لدى (43) مفحوصا.
- كان هناك تميز دال بين الغضب والخوف، فقد ارتفع ضغط الدم، وانخفضت سرعة القلب، وزاد التوصيل الجلدي وزادت القوة العضلية (الشد العضلي) في الغضب، أما سرعة التنفس فكانت أكبر في انفعال الخوف عنه في انفعال الغضب.

## دراسة كريج ولوري ( Creg & lorri. ,1969 )

عنوان الدراسة: " أثر المعاناة النفسية على سرعة دقات القلب"

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر المعاناة البديلة الكاذبة كبديل للخبرة المباشرة على دقات القلب، وقد بلغ عدد أفراد العينة في هذه الدراسة (56) فرداً، منهم (28) من الإناث ، و(28) من الذكور ، بمتوسط عمر قدره (22) سنة، حيث استخدمت أقطاب الجهد الحيوي الكهربائي، حيث تم وضعه على القبضة اليمنى من اليد والقدم اليمنى لتسجيل سرعة دقات القلب، وكانت المنبهات التي تمثل المعاناة النفسية عبارة عن عشرة شرائح ملونة لأشياء غير ضاره، وكان يعرض كل منبه على المشاركين مدة (12) ثانيه، وكان هناك خمس شرائح تجريبية، إذ كان يرافقها أثناء العرض صدمة مزيفة،(أصوات مخيفة وتهديد نفسي لحياة الفرد)، والشرائح الخمس الباقية ضابطة، وفي أثناء التجربة كان يدخل شخص لا يتعرض للصدمة، ولكن يشاهد الشرائح ويشاهد الشخص وهو في الصدمة والمعاناة النفسية، وقد أشارت الدراسة إلى النتائج التالية:

- المعاناة (Vicarious) الكاذبة من الممكن أن تكون بديلاً للخبرة المباشرة لنفس الموقف، وهناك اختلاف وهو أن النمط اللاإرادي المنتج للمعاناة لا يقارن بالاتصال المباشر للموقف المؤدى.
- موقف المعاناة زاد من سرعة توصيل الجلد إلا أن الخبرة المباشرة زادت سرعة دقات القلب ، في حين أن المعاناة قللت من سرعة دقات القلب.
- مشاهدة شخص وهو في خطر يؤدي إلى انخفاض سرعة القلب أثناء المشاهدة.

## دراسة هولمز وراهي (Holmez & Rahi,1966) كما وردت في ( النيل وزيود، 1984 )

عنوان الدراسة: " تأثير أحداث الشدة (الضغط النفسي) على الصحة البدنية "

حيث تم إعداد وسيلة للقياس الكمي لتأثير أحداث الشدة (الضغط النفسي) في حياة الناس على صحتهم البدنية، لقد تمت هذه الدراسة في اليابان، حيث هدفت إلى القيام بعملية تقدير لدرجة التوافق المتطلبة لأحداث مختلفة في الحياة.

عينة الدراسة: لقد طلب كل من هولمز وراهي من (400) شخص من كلا الجنسين : الذكور والإناث يختلفون في العمر، والدين، والحالة الزوجية، والمكانة الاجتماعية، والاقتصادية، حيث قام كل فرد من أفراد العينة بإعطاء قيمة أو تقدير لكل مجموعة من مجموعات الحياة (مواقف الحياة) الاثنى والأربعين التي عرضت عليهم وعبر عنها باصطلاح من اصطلاحات(وحدات الحياة المتغيرة) وتكونت هذه الوحدات من (100) وحدة تتدرج في الشدة من وحدة موت الزوج أو الزوجة Spouse مثلا إلى وحدة كسر صغير لإشارة المرور، وليست كل مواقف الحياة الموضوعه

على المقياس غير سارة، بل شملت إحداث السعادة أيضا لما تتطلبه من توافقات هامة، فالزواج على سبيل المثال كانت قيمته خمسين من أحداث الحياة المتغيرة والبطالة كانت قيمتها ثلاثة عشر، وقد أشارت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. أزمات الحياة الضخمة تؤدي إلى ضرر في وظيفة البدن وخاصة وظيفة القلب ووظيفة الجهاز الهضمي.
2. هناك ترابط واضح بين أزمات الحياة والتغيرات في الصحة الجسمية لا سيما صحة القلب والشرابين.

### دراسة دنبار ( Denibar ،1965 ) كما وردت في ( النيل وزيود، 1984 )

عنوان الدراسة: " العلاقة بين الانفعالات النفسية والتغيرات البدنية في الأمراض الخاصة " قامت الدكتورة هيلين دنبار على مدار (12) سنة في مستشفى Presdyterian بنيويورك بتطبيق الطرق السيكاتيرية في دراسة المرضى الذي يعانون من أمراض جسمية ومنها مرض القلب، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الانفعالات وبين التغيرات البدنية والأمراض الجسمية، وإلى أي مدى يمكن أن تكون هذه العلاقات خاصة بهذه الأمراض التي يظهر فيها، كما بحثت عن وجود مكونات للشدة في حياة المرضى، وعن النواحي الشخصية التي ترتبط بنوع معين من المرض، ونظرا لكل هذه الاعتبارات التي وضعتها بالنسبة للمجموعة التجريبية، فقد اختارت المجموعة الضابطة من عناصر الكسور (Fracture Wards) لتتمكن من مقارنتهم بالنسبة للعمر، والجنس، والوضع الاجتماعي، مع مفحوصي دراستها، إلى جانب أنهم يواجهون مثلهم في المستشفى نفس الظروف العامة، ومن المحتمل أنهم كانوا من ناحية أخرى في حدود المتوسط من ناحية التوافق الانفعالي العادي، وقد أشارت الدراسة إلى:

1. أن عددا من هؤلاء المرضى لديهم خصائص عامة ويسمون مستهدفين للوقوع في الحوادث وهم مندفعون، ومغامرون، وهائمون أكثر من كونهم حازمين أو رزينين ، وقد وجدت هذه الخصائص في المجموعة الضابطة، ولم تكن راجعه للصدفة وحدها، ولقد شكلت مقارنه لها وزنها بالنسبة للضبط العادي للحياة الانفعالية والسلوكية، والطموح، والنشاط الاستقلالي ، تلك الجوانب التي ظهرت لدى نسبة عالية من المرضى المصابين بالذبحة الصدرية ، أو مرض الشريان التاجي الذي شكل واحدا من المجموعات المدروسة.
2. وجود علاقة ايجابية بين ضغوط الحياة والأوجاع الانفعالية بالمرض الجسمي، وعلاقة أنماط خاصة معينة في الشخصية بأمراض جسمية خاصة.
3. وضوح دور التوترات المستمرة والقلق والإحباط في عدد من الأمراض الجسمية خاصة أمراض القلب والشرابين التاجية.

دراسة ليفين ( Levein, 1964 ) والمشار إليها في ( النيل وزيود، 1984 )

عنوان الدراسة: " علاقة مواقف الشدة بالتغيرات البدنية المتمثلة في فقر الدم " هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة مواقف الضغط النفسي المتمثلة في فقد الأجزاء والأحباء بالتغيرات البدنية التي تظهر في فقر الدم، حيث أوضحت الدراسة دور العوامل الانفعالية في الأمراض الخاصة التي تصيب البشر، فقد وجد أن الاكتئاب والقلق ذو علاقة بالأنيميا القاتلة (Ernicious) لدى عشرة من المرضى الذين درسوا بواسطة مقابلات متعمقة، حيث وجد في كل حالة من هذه الحالات، فقدان لقریب أو عزیز عادةً ما كان محبباً للمريض قبل هجوم المرض ، حيث كان يتبع ذلك اكتئاباً حاداً.

دراسة جون وآخرون ( John & Athers , 1964 )

لقد قام الباحثون في هذه الدراسة بتحليل المعلومات المسجلة عن ( 1300 ) طالب جامعي، جمعها العلماء في معاهد جونز هوبكنز الطبية في الفترة الواقعة ما بين ( 1948 - 1964 )، كما تم متابعة (1055) رجلاً بلغ متوسط أعمارهم (36) عاماً بعد إعطائهم استبانات مثيرة للأعصاب ، وذلك لتحديد استجابات الغضب، والتوتر، وخطر الإصابات القلبية الكلية والمبكرة المصاحبة لهذه الاستجابات خلال مراحل الشباب المبكرة، حيث اعتبر التعبير القوي عن الغضب أو إخفائه ، أو استجابات العصبية والتهيج والضييق والتذمر علامات للغضب الشديد. وتبين للباحثين أن (205) رجال من أصل (229) عبروا عن غضبهم أو كتموه و( 169 ) من المفحوصين ممن سجلوا استجابات عصبية وتدمراً وتوتراً، أصيبوا بأمراض القلب في سن السادسة والخمسين، كما وتعرض (77) فرداً منهم لأزمات قلبية مبكرة، بدأت في سن التاسعة والأربعين ، وبشكل عام، لاحظ الباحثون في هذه الدراسة أن معدلات الإصابات القلبية كانت أعلى عند الرجال سريع الغضب والتوتر، وكثيري التذمر بحوالي (3) مرات مقارنة مع الرجال الهادئين.

تعقيب الباحثة على الدراسات السابقة المتعلقة بالضغط النفسي وأمراض القلب

لقد أشارت نتائج الدراسات التي تم تناولها في هذا الفصل إلى دور العوامل النفسية، وتأثيرها على المريض بقصور الشرايين، والجلطات القلبية، سواء من خلال إضافة عنصر مهم يساعد على الإصابة بالمرض، أو من خلال التأثير على تفاعله مع المرض، فقد أشارت بعض البحوث إلى العلاقة الفسيولوجية بين الضغط النفسي والإصابة بالأمراض، التي قد تصل إلى حد الموت (الجلطة

القائلة)، ومن هذه الدراسات دراسة اببيا (Ipya, 2004): والتي تناولت أثر الضغط النفسي على جهاز المناعة لدى المرأة، ودراسة شيبس (Ships, 2004). والتي تناولت أثر الضغط النفسي والذهني على صحة المصاب بأمراض قلبية، ودراسة وتني (Whitney, 2002). والتي أشارت إلى ازدياد الذبحات الصدرية بعد أحداث الحادي عشر من سبتمبر، ودراسة كورت (Chort, 1996). والتي تناولت السلوك التكيفي وأحداث النوبة القلبية لدى الرجال الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم، ودراسة فايلنت (Vaillant, 1979). والتي تناولت العلاقة مابين الصحة العقلية والصحة الجسمية، ودراسة كايرو وآخرون (Cairo & et al., 2004). والتي تناولت أفكار الانتحار لدى المرضى المصابين بجلطة دماغية حادة، ويلاحظ من نتائج الدراسات السابقة وجود علاقة بين الضغط النفسي والإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وهذا ما أشار إليه (مايرز, 1998) Myers، الذي أشار إلى وجود ردود فعل جسمية ذات علاقة مباشرة بالإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، والتي تحدث في جسم الإنسان من جراء تعرضه للضغوط النفسية، حيث أن ارتفاع الكولسترول يعمل على ترسيب الشحوم على جدران الأوعية الدموية مكونة صفيحات لتشكل (خثرة) تسد الشريان فتسبب بذلك (جلطة دموية).

أما شيبس (Ships, 2004). والذي تناول أثر الضغط النفسي والذهني وعلاقته بأمراض الأوعية الدموية، فقد أشار إلى وجود تعقيدات وحالات غير عادية في قلوب عدد من المرضى عندما تعرضوا للضغط النفسي بمعدل يقترب من ثلاثة أضعاف عن من لم يتعرضوا للتعقيدات. وفرانك (Frank, 2004). الذي أشار إلى أن الغضب والتوتر الشديد يؤدي إلى إفراز كميات كبيرة ومتزايدة من هرمون الأدرينالين والكورتيزون الذي يهيج الجسم لحالات الطوارئ، ويؤدي إلى تقلص في جدران الأوعية الدموية، أو تضيقها ويضغط على القلب بضخ كميات كبيرة من الدم في مواجهة الحياة الضاغطة، مما يعرض الإنسان لأزمات نصفها يكون قاتلا.

أما كوتون وآخرون (Koton & et al., 2000) والذي أشار في دراسته (الإجهاد والنوبة القلبية) إلى أن الضغط المستمر، والأحاسيس السلبية يمكن لها أن تضاعف خطر الإصابة بالجلطة القلبية والدماغية بمقدار (14) مرة خلال الساعتين التاليتين، ما بين المرور بلحظة غضب أو إجهاد أو ضغط. أما وتني (Whitney, 2002) فقد أشار إلى أن عددا من المرضى المقيمين في مستشفى بروكلين حدثت لديهم إصابات بأمراض قلبية وجلطات بعد (60) يوماً من وقوع الأحداث والتي شكلت أحداثاً ضاغطة بشكل كبير جدا خاصة لمن تواجدوا في موقع الحدث.

و(ماستروزملاوه، 1992، Mastr & Coll). الذي أشار إلى أن (4) من كل (5) أشخاص قد شفوا تماما، أو شفوا بدرجة مرضية، من أفراد عينة الدراسة التي تمت متابعتها مدة (6) سنوات، والتي تشكو من أمراض قلبية، كما أن (5%) فقط أصيبوا بعجز خطير.

أما (هولمز وراهي ، Holmes & Rahi,1966) فقد أشارا إلى أن أحداث الشدة (الضغط النفسي) وأزمات الحياة تؤدي إلى ضرر وتغيرات في الصحة الجسمية لاسيما صحة القلب.

لقد خلصت الدراسات السابقة في مجملها إلى التأكيد على دور العوامل النفسية والتمثلة في الضغط النفسي في الإصابة بالأمراض القلبية والجلطات.

أما فريدمان وروزنمان ( Frirdman & Rosenman 1992 ). فقد أشارا إلى أن الأفراد العاملين في مهن ذات متطلبات مهنية متعددة، والذين لديهم تدني في مقدار السيطرة المتاحة، والذين لديهم انخفاض في مستوى الدعم الاجتماعي، كانت نسبة الإصابة لديهم بأمراض القلب مضاعفة مما هي عليه لدى الأفراد العاملين في مهن تتطلب مجهودا أقل ، ومقدار السيطرة المتاحة أعلى مع ازدياد مستوى الدعم الاجتماعي المقدم لهم من قبل الزملاء.

أما جودث وآخرون (Judith & et al., 2004). فقد أشار إلى الأفراد الذين لديهم سيطرة منخفضة على أعمالهم، يتعرضون غالبا للإصابة بالجلطات والموت من الأمراض القلبية، كما أن الأفراد الذين يتمتعون بخبرات قليلة، ودعم اجتماعي منخفض ، يصابون بأمراض قلبية مقارنة بمن يتلقون المساندة من قبل مساعديهم في العمل ، أو من قبل أسرهم، والذين يتمتعون بخبرات واسعة ، والذين لديهم سيطرة وضبط لأعمالهم.

أما (لأنش 2000, Lansh ) فقد أشار إلى تراكم كميات كبيرة من الصفائح في شرايين الرقبة لدى الرجال العاطلين عن العمل، أو العاملين في وظائف ذات جو متوتر ، ومردود مالي قليل مقارنة مع الرجال الذين يعملون في وظائف أقل توترا وأقل دخلا.

أما سيمون ( Semon,1998 ). فقد أشار إلى أن الجماعات التي تعمل أكثر من (11) ساعة يوميا تكون معرضة أكثر من غيرهم للإصابة بالنوبات القلبية مقارنة مع من يعملون (6 - 7) ساعات. أما سانج ( Sang ,1992 ). فيشير إلى أن الأشخاص الذين تنقصهم المساندة الوظيفية ، والدعم الاجتماعي، ويتناولون كميات كبيرة من الدهون؛ معرضون أكثر من غيرهم لخطر مرض تصلب العصيدى وأمراض القلب والنوبة القلبية.

أما رسك ( Rask ,1992 ). فيشير إلى أن المرضى المصابين بالشرى الإكليلي، إما أنهم كانوا يعملون في وظيفتين مستقلتين، أو أنهم كانوا يعملون أكثر من (60) ساعة في الأسبوع، أو أنهم مصابون بمشاكل في الشخصية تتميز بطابع الفشل وعدم الأمان.

وقد خلصت دراستهم إلى أن الضغوط المهنية المتمثلة في العمل الزائد، وانخفاض مستوى الدعم الاجتماعي من الزملاء، يزيد من احتمالية إصابة الفرد بأمراض القلب والجلطات واضطرابات الدورة الدموية.

وقد أشارت نتائج دراسة إبستين وبيركنز (Epstein & Perkins,1988). إلى أن الضغط النفسي يزيد من كمية التدخين لدى الفرد، حيث أوضح معظم المدخنين إلى أن التدخين يخفض من التوتر

والقلق والضغط النفسي لديهم، ودراسة مونیکا (Monica, 1995). والتي تناولت أثر التدخين وضرره على صحة القلب والشرابين، حيث أشارت الدراسة إلى أن الرجال المدخنين من فئة (35 - 39) عاما هم أكثر عرضة للإصابة بالنوبات القلبية بمقدار (5) مرات أكثر من غير المدخنين، في حين ازدادت هذه النسبة لدى النساء، كما أشارت إلى أن التدخين هو السبب لحوالي (65%) من النوبات القلبية غير القاتلة لدى الرجال من فئة (35 - 39).

أما دراسة (جمعية السرطان الأمريكية، 1992). والتي تناولت العلاقة الجائزة بين تدخين السجائر، وسرطان الرئة والوفيات الناتجة عن مرض القلب، فقد أشارت الدراسة إلى أن نسبة الوفيات من مرضى القلب الإكليلي تزداد عموما وبشكل واضح بين المدخنين بالنسبة لغير المدخنين. كما أشارت إلى أن نسبة الوفيات كانت في فئة الأفراد التي تتراوح أعمارهم ما بين (45 - 60) سنة، ونسبة الوفيات كانت في فئة المدخنين الأصغر سنا مقارنة بغيرهم من غير المدخنين، ومن المصابين بمرض القلب الإكليلي.

لقد أشارت غالبية الدراسات السابقة، إلى وجود تفاعل بين التدخين والضغط النفسي من ناحية والإصابة بأمراض القلب والجلطات من ناحية أخرى. وقد خلصت هذه الدراسات إلى أن الآثار المترتبة على التدخين والضغط النفسي كل على حدا، يمكن أن تجمع معا لتزيد من احتمالية إصابة الفرد بأمراض القلب.

كما تناولت بعض الدراسات دور العوامل المساعدة لضغط الدم، السكري، نمط السلوك في تصلب الشرايين والإصابة بالجلطة القلبية ومنها. دراسة نيس (Niece & George, 2003) والذي تناول دور كولسترول الليبوبروتين في علاج مرضى القلب. ودراسة مارشاند (Mirchaland, 2000). والتي تناولت نوعية ونمط الشخصية وتأثيرها على جهاز المناعة. والتي أشارت إلى أن ذوي التنبيه العصبي العالي، وسريعي التوتر والقلق، يتصفون بجهاز مناعة أقل كفاءة من غيرهم، مما يعرضهم أكثر من غيرهم للإصابة بالأمراض وأعراضها المختلفة، أما دراسة تشارلز (Charles, 2000). فقد أشارت إلى أن الأفراد الذين مارسوا الاسترخاء والتأمل انخفضت لديهم الضغوط النفسية والجلطات القلبية. ودراسة كورت (Corte, 1996). والتي تناولت دور السلوك التكيفي في حالات الإجهاد وأحداث النوبة القلبية لدى الرجال الذين يعانون من ارتفاع الضغط، والذي أشار إلى أن السلوكيات وأساليب الحياة التي تمتاز بمصاعب كبيرة وعظيمة لها صلة بالنوبة القلبية لدى الرجال الذين يعانون من الضغط، والذين فشلوا في إيجاد استراتيجيات ناجحة في التعامل مع الضغط النفسي.

وأندرسون (Anderson,1987). الذي أشار إلى أهمية خفض الضغط النفسي والقلق، لدى مرضى القلب، ضمن برنامج لتقديم المعلومات العامة قبل إجراء العملية الجراحية، حيث أدى الاسترخاء الجسدي، وخفض التوتر النفسي، إلى تسريع تماثل المرضى للشفاء، كما ساهما في انخفاض ضغط الدم بعد العملية الجراحية.

أما رايدن وشتاندل (Ridden & Shitandl, 2004). فقد أشارا إلى وجود علاقة إيجابية ما بين الإصابة بداء السكري، والتعرض للأزمات والجلطات القلبية غير القاتلة. وسيلي (Sely,1987). حيث أوضح في دراسته أن أمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم ذات صلة مباشرة بالاستجابة للضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، وبينت وزملاءه (1974) (وليفين، 1964).

وقد خلصت هذه الدراسات إلى أن ضغط الدم، وداء السكري، ونمط السلوك تعد عوامل مساعدة ذات أثر في الاستجابة للإصابة بأمراض القلب والجلطات.

### الدراسات المتعلقة بالقلق النفسي والقلب:

يختلف الأفراد في كيفية المرور بتجربة القلق، ومدى الشعور بالقلق، بالإضافة إلى اختلافهم في كيفية التخلص من هذا الشعور، فمثلا يعبر بعض الأفراد عن قلقهم من خلال التأناة ، وآخرون يعبرون عنه بارتجاف الأيدي أو صعوبات التنفس، وزيادة عدد نبضات القلب، أو غيرها من المظاهر البيولوجية والسلوكية.

### دراسة كوب ( Kobe, 2005 )

عنوان الدراسة: "استخدام تخطيط الجلد الكهربائي في التشخيص التفريقي للمجموعات الفرعية لمرضى القلق" تم في هذه الدراسة اختيار مجموعة مؤلفة من (32) من مرضى القلق (رهاب الساح تناذر الهلع وتناذر القلق العام) وقد تم اختيارهم وفق مقاييس التصنيف الثالث للجمعية الأمريكية (DSM- III, 1984)، ثم تمت مقارنتهم مع (16) فردا بهدف تحديد المعالم المميزة لأنماط ردود الفعل المستقلة أمام سلسلة من المثيرات الصوتية والكلامية، كما كلفت عينة الدراسة بالإضافة إلى ذلك القيام بمهام حركية - حسية، وقد تم تصنيف مرضى القلق إلى مجموعتين فرعيتين:

المجموعة (الأولى) مستقرة، والمجموعة (الثانية) غير مستقرة، وذلك بالاعتماد على متغيرين نفسيين فيزيولوجيين واللذين أمكن قياسهما، وهما: سرعة التعود الجلدي، والكهربائي غير المحدد. وقد أشارت النتائج إلى أن المجموعة الفرعية غير المستقرة، تميزت بنشاط كهربائي جلدي غير مستقر بدرجة عالية من التقلب، حيث رافقها زيادة سرعة التنفس، وزيادة سرعة النبض خلال عملية التنشيط الذاتي؛ (ردات الفعل للمثيرات الصوتية والكلامية). أما المجموعة الفرعية القلقية (غير المستقرة) فقد كان لديها تأخر في ردات الفعل الجلدية الكهربائية لكل المثيرات الكلامية مقارنة بالمجموعة الأخرى، حيث تميزت هذه المجموعة بتحمل الرتابة، كما أنه لم ينخفض مستوى الأداء لديها خلال تجارب ردات الفعل الحركية - الحسية، حيث فاقت في أدائها مجموعة المقارنة، وكانت المجموعة القلقية الفرعية غير المستقرة تستغرق وقتاً أطول للاستجابة في كل تجارب زمن ردات الفعل من المجموعة القلقية الفرعية غير المستقرة.

### دراسة سترك (Strike ، 2003 )

عنوان الدراسة: "مقارنة آثار القلق المنفصلة والكآبة بالإشارة إلى التنبؤ بالشفاء بعد الأزمة الأولى (الإصابة بالجلطة للمرة الأولى)"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر ودور كل من الاكتئاب الدائم والقلق المزمن في الإصابة بمرض القلب، كما هدفت إلى معرفة العلاقة القائمة بين الكآبة والوفاة التي تحدث بعد الإصابة بالأزمة القلبية (الجلطة الأولى)، حيث شملت عينة الدراسة ما مجموعه (318) رجلاً بمتوسط عمر قدره (58) سنة بعد أن أصيبوا بالأزمة الأولى (الجلطة الأولى).

أداة الدراسة التي استخدمت: استبانة الكآبة، واستبانة القلق والعدوانية، فقد طلب من المفحوصين إكمال الاستبانات المذكورة، استبانة الكآبة، واستبانة القلق والعدوانية، وبعد متابعة استمرت (3-4) سنوات حدثت هناك جلطات قلبية لـ 25 مفحوصاً ما بين مميتة وغير مميتة.

النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- 1 . يبطئ القلق ويعطل الشفاء بعد الإصابة بالجلطة الأولى، كما يقود إلى مشاكل قلبية مستقبلية.
- 2 . تم تشخيص الكآبة بنسبة 20% لمن يعانون من مرض القلب دون أن يكونوا قد تعرضوا لأزمة قلبية وبنسبة 65% لمن تعرضوا لأزمة قلبية.
- 3 . القلق نفسه وليست الكآبة ذات صلة بعدد كبير من الأمراض القلبية التي يزور فيها المريض عيادة الطبيب أو المستشفى.
- 4 . وجود علاقة قوية ما بين الجلطة القلبية والشعور بالقلق.
- 5 . عدم وجود علاقة ذات دلالة بين الإصابة بالجلطة القلبية والكآبة.

## دراسة مي وآخرون ( May، 2002 )

عنوان الدراسة: " القلق والاكتئاب ومخاطر الإصابة بالنوبة القلبية المميتة (القاتلة)"

هدفت الدراسة إلى معرفة الصلة ما بين اضطراب المزاج ونوبات الأزمات العابرة أو المؤقتة المعروفة به، أو ما يسمى بالأزمات الوسطية الصغيرة (النوبات البسيطة) التي تحدث أحيانا كندبير للأزمات والنوبات الرئيسية.

عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة رجالا مسجلين للإدلاء بأصواتهم في إحدى المجلات التي تعنى بالدراسات، حيث طلب منهم التطوع لعمل هذه الدراسة، وقد بلغ عددهم (2124) فردا تراوحت أعمارهم ما بين (49 - 64) عاما وقد أجريت الدراسة ما بين عامي (1979 - 1988).  
أداة الدراسة: لقد تم استخدام استبيانة تعلقت بالصحة العامة تكونت من (30) فقرة استخدمت لقياس الاكتئاب النفسي، كما تم جمع بيانات صحية عن المفحوصين متعلقة بالتدخين، والطول، والوزن، وضغط الدم، كما خضع كل رجل (مشارك) إلى فحص قلب بالتخطيط الكهربائي، وقد تم متابعة هؤلاء الأفراد وحالاتهم مدة (9) سنوات حيث جمع الباحثون أثناءها بيانات عن الإصابة بالنوبات القلبية، النتائج التي أشارت إليها الدراسة.

1. خلال المتابعة كان هناك (137) حالة عانت من النوبات القلبية منها (17) حالة وفاة.
2. الرجال الذين تعرضوا للأزمة أو النوبة القلبية كانوا الأكبر سنا، والأثقل وزنا ولديهم ضغط دم أعلى من أولئك الذين لم يتعرضوا لنوبات قلبية.
3. وكذلك هؤلاء الرجال الذين تعرضوا للنوبات القلبية هم من المدخنين أكثر من غيرهم ولديهم على الأقل مرض مزمن واحد.
4. الرجال الذين تعرضوا لنوبات قلبية، أظهروا أن لديهم أعراض القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى ذلك لديهم تاريخ اكتئاب نفسي مصاحب لهم مع مستوى (36.3) خطر الإصابة بنوبة قلبية قاتلة ، وبنسبة (1.25) خطر الإصابة بنوبة قلبية غير قاتلة.

## دراسة بارتايلور ومشاركوه ( Bartaylor & Participants , 1995 )

عنوان الدراسة: " نوبات الهلع وتسارع نبض القلب"

لقد تمت دراسة عشرة من المرضى الهلعين في محاولة لتحري إمكانية قياس حدة نوبات الهلع عن طريق مراقبة سرعة النبض وتغيراتها المسجلة على جهاز خاص على امتداد (24) ساعة، كما طلب من المرضى القيام بتسجيل مستويات نشاطهم وقلقهم وهلعهم كل ربع ساعة ، سبعة من هؤلاء العشرة أبلغوا عن حصول نوبة هلعية لديهم خلال (24) ساعة، واحد فقط أبلغ عن حدوث نوبتين هلعيتين خلال هذه المدة، ثلاثة من هؤلاء الثمانية عانوا من زيادة هامة في سرعة نبض القلب قياسا إلى مستوى نشاطهم.

إن نتائج الدراسة تشير إلى أن مراقبة نبض القلب، وتسارعه المتزامن مع نوبات الهلع قد تكون ذات نفع كبير مع المرضى الذين يعانون نوبات هلعية شديدة، ومتكررة، مترافقة مع ارتفاع ملحوظ في سرعة النبض (أكثر من 110 ضربات في الدقيقة)، ففي هذه الحالات يزيد الهلع من سرعة النبض التي تؤدي بدورها إلى زيادة الهلع، مشكلة حلقة مفرغة تؤدي إلى تنامي احتمالات تكرار النوبة الهلعية.

### دراسة جليدج ( Gullede ،1970 ) المشار إليها في برانون وفيست ( Brannon & Feist, 1992 )

عنوان الدراسة: " المشاكل النفسية التي يعاني منها المرضى بعد الإصابة بالذبحة القلبية"  
هدفت الدراسة لمعرفة ماهية المشاكل النفسية التي يعاني منها المرضى بعد الذبحة الصدرية، أي في مرحلة التماثل للشفاء.

حيث أشارت النتائج إلى ما يلي:

- (88%) من أفراد العينة الذين تم دراستهم قد استمروا في المعاناة من مشاعر القلق والاكتئاب لفترة امتدت إلى السنة ونصف السنة.
- (38%) من هؤلاء المرضى قد فشلوا في العودة إلى أعمالهم ، وممارسة حياتهم اليومية الاعتيادية وذلك بسبب المشاكل النفسية التي يعانون منها.

### دراسة المجموعة التعاونية الغربية ( WCG ) Western Collaborative Group كما ورد في ( Brannon & Feist ,1992 )

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين النمط السلوكي (نمط الشخصية) والإصابة بأمراض القلب. عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة (3524) من الذكور تمت متابعة حالتهم الصحية وقد تراوحت أعمارهم ما بين (39 – 59) عاما وقد تمت متابعتهم مدة ثمانية أعوام ونصف العام، وذلك لتدعيم العلاقة بين النمط السلوكي (A) والإصابة بأمراض القلب واضطرابات الدورة الدموية، تم تصنيف أفراد العينة إلى النمط السلوكي (A)، والنمط السلوكي (B)، بحيث كان نصف العينة تقريبا من النمط السلوكي (A)، ونصفها الثاني من أفراد النمط السلوكي (B).  
وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أنه خلال فترة المتابعة، أصيب (257) فردا من أفراد العينة بالذبحة القلبية، وكان من بين هؤلاء المصابين (178) مصاب من أفراد النمط السلوكي (A)، أي ما نسبته

(79%) و(79) مصابا فقط من أفراد النمط السلوكي (B)، أي ما نسبته (31%)، وهذا يؤكد على أن احتمالية الإصابة بأمراض القلب والشرايين لدى أفراد النمط السلوكي (A) هي أكثر من الضعف عما هي عليه لدى أفراد النمط السلوكي (B).

### دراسة برفل وآخرون ( Burvill & et al., 1992 )

عنوان الدراسة: " اضطراب القلق بعد الصدمة الإصابة بالجلطة"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى انتشار وتفشي اضطراب القلق لدى المرضى في جمعية برث بعد إصابتهم بالجلطة القلبية.

عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة (294) مريضا ممن عاشوا أربعة أشهر في جمعية برث للطب النفسي، وعلم السلوك، حيث تم متابعة هؤلاء المرضى على مدار (12) شهرا.

الطريقة والتشخيص: كان التشخيص على الشكل التسلسلي وغير التسلسلي، حيث تبنى الطريقة التسلسلية بالتقليل بشكل كبير من اضطرابات القلق.

النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1 . غالبية الحالات بعد الإصابة كانت تعاني من رهاب الخلاء والبقية المصابة كانت تعاني من خوف بشكل عام.

2 . تفشي اضطراب الخوف وحده، كان يمثل (5%) لدى الرجال، و(19%) لدى النساء، أما بالنسبة للفئة التي كانت تحت سيطرة الجمعية، فكان الخوف يمثل (5%) لدى الرجال ، و(8%) لدى النساء.

3 . تبنى الطريقة غير التسلسلية للتشخيص أعطت (12%) لدى الرجال، و(28%) لدى النساء.

4 . ثلث الرجال ونصف النساء ممن لديهم اضطرابات بعد الجلطة القلبية كان لديهم دليل واضح على الوهن، أو اضطراب القلق في وقت الجلطة.

5 . نسبة الوفيات كانت أعلى لدى الفئة التي تعاني من الخوف والوهن.

### دراسة كوهين وجرفش ( Kohin & Garfish،1991 )

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة القائمة بين الأحداث الضاغطة والمنغصات اليومية وسمة القلق من ناحية، والحالة الصحية للفرد من ناحية أخرى.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

(١) وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين أحداث الحياة الضاغطة والأمراض الجسمية.

(٢) إن المستوى العالي من سمة القلق تجعل الفرد أكثر عرضة للأمراض الجسمية، ومنها أمراض القلب لاسيما إذا تفاعلت الأحداث الضاغطة مع سمة القلق العالية.

### دراسة كرسيتين والبرت ( Christine & Albert، 1988 )

عنوان الدراسة: " القلق الرهابي وزيادة أمراض القلب وخطر الموت لدى النساء" وهدفت الدراسة إلى معرفة أثر القلق وخصوصا القلق الرهابي وعلاقته بالوفاة المفاجئة بسبب أمراض القلب، وهي الوفاة التي تحدث خلال ساعة واحدة فقط بعد الإصابة مستهلة بالعوارض ومقرونة باضطراب عميق لعمل القلب. عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة (7359) امرأة من اللواتي ليس لديهن أي تاريخ لأمراض القلب أو القلق الرهابي. أداة الدراسة: تم استخدام مقياس (الكراون كرسب) المفهرس لقياس القلق الرهابي، حيث يتدرج هذا المقياس من (1 - 16) حيث أن الدرجة العالية تشير إلى ارتفاع القلق الرهابي، وقد تم تصنيف القلق عند النساء إلى أربع مجموعات على أساس النتائج من (صفر ، 1 ، 2 ، 3 ، 4) أو أكثر وقد تم متابعة هؤلاء النساء مدة (12) عاما. وقد أشارت النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى ما يلي:

- 1 - كان هناك (97) حالة وفاة مفاجئة، و(276) حالة وفاة بسبب أمراض القلب، و(930) حالة عانين من الذبحة القلبية، حيث وجد أن النساء، وخاصة اللواتي عانين غالبا من القلق الرهابي ، واللواتي كانت درجاتهن (4) أو أكثر في الدراسة، كن على خطر أو زيادة الخطر من الوفاة المفاجئة نتيجة لأمراض القلب مقارنة بالنساء اللواتي كانت درجاتهن أقل، حيث وجد أن ما نسبته(59%) من النساء لديهن زيادة في الخطر للتعرض للموت المفاجئ، في مقابل (31%) لديهن زيادة من خطر أمراض القلب المميتة من اللواتي درجاتهن صفر أو واحد.
- 2 - وجود تأثير دال إحصائيا للقلق الرهابي على الذبحة الصدرية وأمراض القلب.

### دراسة كاوتشي وآخرون ( Kawachi & et al., 1988 )

عنوان الدراسة: " القلق الفوبيائي وخطر أمراض القلب عند الرجال " هدفت الدراسة لمعرفة وفحص العلاقة بين القلق الفوبيائي ذو علامات الذاتية (Self Reported Symptoms) والخطر الناتج عن أمراض القلب. عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة (999) رجلاً من موظفي الصحة تراوحت أعمارهم ما بين (42 - 77) سنة في العام (1988) والذين شخصوا على أنهم غير مصابين بمرض (Cardiovascular) أي مستويات من قلق الفوبيا حيث تم متابعتهم مدة سنتين. أداة الدراسة: تم استخدام مؤشر كراون كرسب (Crown-Crisp) كأداة للدراسة وهو معيار تصنيف وتشخيص ذاتي قصير للفوبيا المعروفة

## (Short Diagnostic Self – Rating Scale Common Phobias)

وقد أشارت الدراسة إلى ما يلي:

1. كانت هناك (168) حالة من (CHD) إصابة بأمراض القلب، و(128) حالة عانت من ذبحة ، قلبية و(40) حالة عانت من انسداد الشريان التاجي.
- 2 . كان للعمر أثر واضح على الخطر الحتمي والأكيد لانسداد الشريان التاجي عند الرجال الذين لديهم مستوى عالٍ من القلق والفوبيا بمعدل (4) مرات أو أكثر حسب مقياس (Crown Crisp) بالمقارنة مع الرجال الذين لديهم مستوى منخفض من القلق والفوبيا.

## دراسة كوستا ( Costa ) كما ورد في ( Krants & et al ., 1986 )

عنوان الدراسة: " القلق والأعراض العصابية "

حيث أشار كوستا إلى أن القلق والأعراض العصابية هي بعد من أبعاد الشخصية التي ترتبط بشكل إيجابي مع الإصابة بأمراض القلب والشرايين ويمكن اعتبار القلق والاكنتاب بمثابة مثيرات أولية مسببة لآلام الصدر، التي هي المؤشر الأول على وجود اضطرابات في القلب والدورة الدموية.

## دراسة جونسون ( 1980 ) كما وردت في الفرخ ( 1989 )

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى ارتفاع مستوى القلق لدى مرضى القلب قبل إجراء العملية الجراحية لهم حيث أشارت نتائج الدراسة.

- 1 . إلى أن 20% من المرضى الذين يظهر لديهم القلق بشكل مرتفع جدا قبل إجراء العملية الجراحية يموتون أثناء العملية.
- 2 . أما الذين يظهرون مستويات قلق متدنية جدا قبل إجراء العملية الجراحية فإنهم يتماثلون للشفاء بسرعة بعد العملية الجراحية، وتصبح سلوكياتهم متوافقة بعد (3 - 4) أيام من إجراء العملية الجراحية.

## تعقيب الباحثة على الدراسات المتعلقة بالقلق

إن القلق قد يكون عاملا مساعدا في الإصابة بأمراض القلب، والشرايين والجلطة القلبية، كما أنه قد يكون أيضا ناتجا عن هذه الإصابة، في هذا السياق يشير جليدج (Gulledge , 1970). إلى أن 88% من أفراد عينة الدراسة التي تم دراستهم قد استمروا في المعاناة من مشاعر القلق والاكنتاب لفترة امتدت إلى السنة ونصف السنة. أما كوهين وجرفش (Cohen & Garfish , 1991) في دراستهما والتي هدفت إلى معرفة العلاقة القائمة بين الأحداث الضاغطة، والمنغصات اليومية وسمة

القلق من ناحية، والحالة الصحية للفرد من ناحية أخرى، فقد أشارت إلى أن المستوى العالي من سمة القلق تجعل الفرد أكثر عرضة للأمراض القلبية والجسمية إذا تفاعلت الأحداث الضاغطة مع سمة القلق العالية.

أما جنكيز وكوستا (Jenkins & Costa, 1986). فقد أشارا إلى أن القلق والأمراض العصبية هي بعد من أبعاد الشخصية التي ترتبط بشكل ايجابي مع الإصابة بأمراض القلب والشرابين، كما اعتبر القلق والاكنتئاب بمثابة مثيرات أولية مسببة لآلام الصدر. كما أشارا إلى أن الارتفاع المفاجئ للإرهاق النفسي المتمثل في معدلات القلق لدى الفرد، يمكن اعتباره بمثابة تحذير مسبق لوفاة وشيكة الحدوث، سببها (احتشاء عضلة القلب).

كما أوضحت النتائج التي توصل إليها ( اندرسون وجونسون 1988 ). إلى أن الارتفاع في معدلات القلق لدى الأفراد، سواء كانوا قبل الإصابة أو بعد الإصابة له تأثير سلبي مباشر على أداء الفرد التكيفي جسديا ونفسيا.

أما سترك (Strik، 2003). فقد أشار إلى أن القلق النفسي يعطل الشفاء بعد الإصابة بالنوبة القلبية كما يقود إلى مسائل قلبية مستقبلية، كما أشار إلى وجود علاقة ايجابية ما بين الإصابة بالجلطة القلبية والقلق.

### ثالثا- الدراسات العربية:

دراسة (عساف، 2003 )

عنوان الدراسة: " مجالات التوتر والضغط النفسي عند أعضاء الهيئة التدريسية في جامعتي النجاح وبيروزيت أثناء انتفاضة الأقصى نتيجة العدوان الإسرائيلي"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى التوتر والضغط النفسي، ومجالاته الأكاديمية، والنفسية والاجتماعية، نتيجة العدوان الإسرائيلي على أعضاء الهيئة التدريسية في جامعتي النجاح الوطنية وبيروزيت خلال انتفاضة الأقصى. كما هدفت إلى معرفة أثر المتغيرات الديمغرافية الجنس، وعدد أفراد الأسرة، ومكان السكن، والتعرض للإصابة أو الضرب أثناء الانتفاضة، والسكن بالقرب أو البعد عن الأحداث، والكلية، والراتب، والخبرة، والحالة الاجتماعية، والرتبة العلمية على التفاوت في التوتر والضغط النفسي لدى أعضاء الهيئة التدريسية ، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (225) عضو هيئة تدريس استجاب منهم (139) وهي العينة التي أجري عليها التحليل الإحصائي (SPSS) وهي تعادل ما نسبته (61.8%) من مجتمع الدراسة.

وقد بينت نتائج الدراسة ما يلي:

1. إن الدرجة الكلية للتوتر النفسي عند أعضاء الهيئة التدريسية كانت (7. 58%) وهي تعتبر عالية في الاعتبارات النفسية؛ لما لها من أثار سلبية على عضو هيئة التدريس، وعلى علاقته مع زملائه وطلبته وأسرته.

2. كان هناك تفاوت في التأثير على مجالات التوتر والضغط النفسي الثلاثة، فكان أعلاها هو المجال الاجتماعي بنسبة (4. 60%) ثم المجال الأكاديمي بنسبة (59%) الآثار النفسية بنسبة 53%. وهذا يدل على مدى انتمائهم للمجتمع والمؤسسات التي يعملون فيها، بالرغم من أن مستوى التوتر كان لديهم أقل من الفئات الأخرى في المجتمع الفلسطيني.

3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوتر والضغط النفسي تبعاً لمتغيرات (مكان السكن والتعرض للإصابة أو الضرب أثناء الانتفاضة، والكلية والراتب). وهذا يعني أن الذين يسكنون خارج المدن الموجودة بها الجامعات، ويتنقلون ويتعرضون للإهانة والضرب، أو موادهم تتطلب جهداً أكبر، يعانون أكثر من زملائهم الذين يسكنون في المدن، ولا يتنقلون ولا يتعرضون للمضايقات من قبل جيش الاحتلال.

4. عدم وجود فروق ذات دلالة في التوتر والضغط النفسي تبعاً لمتغيرات (الجنس، وعدد أفراد الأسرة، والسكن بالقرب أو البعد عن الأحداث، والخبرة والحالة الاجتماعية والرتبة العلمية) كما بينت الدراسة المتوسطات، والانحرافات المعيارية لجميع فقرات استبانة التوتر والضغط النفسي.

دراسة ( سالم ونجيب، 2002 )

عنوان الدراسة: " ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية، وبعض خصائص الشخصية لدى طلبة الجامعة"

أجريت هذه الدراسة على عينة ضمت ( 297 ) من طلاب جامعة عين شمس، وجامعة حلوان بلغ أفراد العينة (105) من الذكور، و(192) من الإناث تراوحت أعمارهم ما بين ( 20 - 21 ) سنة ، بهدف التعرف على العلاقة بين ضغوط الحياة وكل من الأعراض السيكوسوماتية وبعض خصائص الشخصية، أداة الدراسة:

1 - لقد تم استخدام استبانة الضغوط الحياتية لطلاب الجامعة من إعداد الباحثين في إطار ما أورده كل من جوري وآخرون ( 1992 ). وباستخدام منهج تحليل المضمون ، تم تصنيف الضغوط التي تواجه الطلاب في سبعة أبعاد هي: الضغوط الأسرية، الضغوط الأكاديمية، الضغوط الاجتماعية والبيئية، الضغوط الثقافية، الضغوط المالية، الضغوط الشخصية. حيث تكونت الاستبانة في صورتها النهائية من (65) فقرة موزعة على الأبعاد السبعة.

2 - كما تم استخدام قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية، قام بإعداد هذه القائمة بردمان وآخرون عام (1986). وعربها وأعدّها للبيئة المصرية محمود أبو النيل عام ( 1995 )

وتضم القائمة (223) سؤالاً، تصلح للتطبيق على الجنسين، وتشتمل على ثمانية عشر مقياساً فرعياً، والأسئلة التي تتناول النواحي الجسمية تبلغ (118) سؤالاً تتوزع على ثمانية مقاييس فرعية، هي: القلب والأوعية الدموية، والسمع والإبصار، والجهاز الهضمي، والجلد والجهاز التنفسي والجهاز العصبي والجهاز التناسلي. أما باقي الأسئلة وعددها (105) سؤالاً فتتوزع على عشرة مقاييس فرعية تعنى بالنواحي المزاجية والانفعالية للفرد.

2 - وباستخدام استبانة ضغوط الحياة لدى طلبة الجامعة وقائمة كورنل الجديدة للعصابية والسيكوسوماتية. فقد أسفرت النتائج عن:

1. وجود علاقة ارتباطية دالة بين ضغوط الحياة لدى الطلبة والأعراض السيكوسوماتية عامه.
2. أشارت الدراسة إلى أن الإناث يتعرضن بشكل أكبر للضغوط: البيئية والأكاديمية والثقافية والأسرية والشخصية على التوالي أكثر من الذكور، بينما لوحظ أن الذكور يتعرضون بشكل أكبر للضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ولم تبلغ الفروق بين الجنسين حد الدلالة الإحصائية.
3. هناك توزيع مناظر لمستويات الضغوط بين عيني الذكور والإناث في الضغوط ذات المستوى المنخفض، بينما هناك ارتفاع في النسبة المئوية للإناث في المستوى المتوسط للضغوط بالنسبة للذكور، في حين لم تكن هناك فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في الضغط المرتفع. وبعد تصنيف عينة الدراسة وفقاً لمستويات الضغوط، منخفض، متوسط، مرتفع. كشفت نتائج المقارنات بين الطلبة عن وجود فروق دالة وإيجابية ما بين الضغوط الحياتية والأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية.
4. وجود ارتباط إيجابي بين الضغوط التي يعاني منها الطلبة والجانب المزاجي \_ الانفعالي لديهم، تعكس ما قد تتضمنه البيئة التي ينتمون إليها من مثيرات ضاغطة، ذلك لأن الحالات المزاجية والانفعالية التي يمر بها الفرد تعد نتاجاً للبيئة المحيطة إلى حد كبير.

#### دراسة (تفاحة وحسيب، 2002)

عنوان الدراسة: "الالتزام الشخصي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية" (دراسة سيكومترية مقارنة بين البدو والحضر).

هدفت الدراسة إلى بحث الالتزام الشخصي كعامل مساعد على التخفيف من حدة الضغوط النفسية وعلاقتي ببعض المتغيرات.

عينة الدراسة: تم اختيار أفراد العينة من طلاب كلية التربية بالعريش بالفرقة الرابعة.

أداة الدراسة: استخدمت الدراسة الاختبارات التالية:

1. اختبار الالتزام الشخصي.
2. مقياس التعامل مع الضغوط، إعداد سارلز كارمز (1989)، تعريب مصطفى الشرفاوي (1993).

النتائج التي تم التوصل إليها:

١. إن الشخص الذي يقيم مصدر الضغوط على أنه يمثل تهديدا له وبالتالي يستخدم أساليب غير فعالة ، وغير تكيفية في التعامل مع مصدر الضغط، ويفتقد للمساعدة، ويتصف بالتشاؤم، ويدرك أنه لا يستطيع التحكم في مصدر الضغط فإنه يتعرض للإصابة بالأمراض النفسية الجسمية خاصة في الجهاز الهضمي (المعدة)، والجهاز الدوري (القلب وشرابينه).
٢. أما الشخص الذي يدرك مصدر الضغط على أنه يمثل نوعا من التحدي له، ويستخدم أساليب فعالة وإيجابية وتكيفية في التعامل مع الضغوط، ويدرك أن لديه قوة كبيرة على التحكم والسيطرة في هذه المواقف الضاغطة، ويتصف بالتفاؤل فإن الضغط النفسي لا يؤثر على صحته الجسمية والنفسية ، وبالتالي تكون احتمالية إصابته بالأمراض القلبية ضعيفة.

#### دراسة (شامية، 2002 )

عنوان الدراسة: " مقارنة تصوير الشرايين الإكليلية ووظيفة البطين الأيسر عند السكريين (المصابين) وغير السكريين "

لقد كان هدف الدراسة مقارنة الإصابة الإكليلية من حيث الشدة والوظيفة لدى المرضى السكريين (المصابين بداء السكري)، وغير السكريين (غير المصابين بداء السكري) ، والذين أجريت لهم عملية قسطرة قلبية، بسبب خناق الصدر، أو احتشاء العضلة القلبية (الجلطة القلبية). عينة الدراسة: بلغ عدد المرضى السكريين والذين تمت دراستهم (44) مريضا، والمرضى من غير السكريين (40) مريضا، تراوحت أعمار المجموعة الأولى (السكريين) المصابين، ما بين (35 - 70) سنة، وأعمار المجموعة الثانية غير المصابين ما بين (32 - 67) سنة، لقد درست الشرايين الإكليلية لدى المجموعتين، وتم تقدير شدة الإصابة الإكليلية وذلك بمقارنة منطقة التضيق في الشريان الإكليلي مع المنطقة التي تسبقه من الشريان، كما حددت الإصابة كما يأتي: شريان واحد، شريانان، ثلاثة شرايين أو أن يكون تصوير الشرايين الإكليلية سويا. النتيجة التي توصلت إليها الدراسة:

- إن الإصابة الإكليلية لدى السكريين كانت أكثر شدة، حيث لوحظ إصابة أكثر من شريان لدى (37) مفحوصا من أصل (44) مريضا أي بنسبة (84%) في حين كانت الإصابة أقل بالنسبة للمرضى من غير السكريين، حيث كان عدد المرضى الذين يعانون من إصابة في أكثر من شريان 40/19 أي أقل من 50% من مجموع المرضى.

#### دراسة (أمان، 2001 )

**عنوان الدراسة:** " الأبعاد الجغرافية لأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات الناتجة عنها في دولة الكويت " دراسة تحليلية في الجغرافيا الطبية"

يتناول الباحث في دراسته أثر العوامل الجغرافية ودورها في ظهور أمراض القلب في الكويت ، بادئا بالعوامل الجغرافية الطبيعية، المتمثلة أساسا بالمناخ، ثم العوامل الجغرافية البشرية، وعلى رأسها السلوك الغذائي، ودوره في رفع مستوى الدهون والكوليسترول في الدم، ودور ذلك بارتفاع ضغط الدم كمؤشر لظهور أمراض القلب، وكذلك دور ظهور السمنة أو البدانة والتدخين وقلة النشاط البدني والضغوط النفسية الناتجة عن الظاهرة الحضرية، وقد استخدم الباحث استبانتين، كشفت الأولى عن أثر العوامل المناخية في الحد من ممارسة رياضة المشي في الأجواء المكشوفة في الكويت إلا في فترات معينة من السنة، وكشفت الثانية عن قلة المجهود العضلي المبذول في أنشطة الفرد اليومية، قياسا بجملة الأنشطة في اليوم الواحد. النتائج التي أشارت إليها الدراسة:

- 1 - احتلت أمراض القلب المرتبة الأولى، والإصابة بالجلطات المرتبة الأولى من حيث عدد الوفيات بين جملة مسببات الوفاة في الكويت.
- 2 - جاء دور العوامل الجغرافية البشرية أكثر تأثيرا من عوامل الجغرافية الطبيعية في ظهور المرض.
- 3 - أكدت الدراسة على دور المناخ غير المباشر من خلال عدم ملائمة الأجواء الخارجية لمزاولة الرياضة، لاسيما المشي إلا في أوقات محددة من السنة.
- 4 - أكدت الدراسة أن دور من يمارسون رياضة المشي كأسلوب وقائي من المرض ولمدة ساعة يوميا لا تزيد نسبتهم عن (26%) من جملة عينة الدراسة.
- 5 - أوضحت الدراسة أن ظاهرة الحياة الحضرية التي تميز المجرنق الكويتي والخليجي أسهمت بدورها في ظهور المرض، من خلال حياة الكسل والخمول للاعتماد على الوسائل الحضرية التي تقلل المجهود العضلي.
- 6 - أكدت الدراسة أن معظم وفيات أمراض القلب والجلطات في الكويت تتركز في الشريحتين العمريتين الأولى بين (56 - 75) سنة، والثانية أكثر من (75) سنة.

**دراسة ( الغباشي، 2000 )**

**عنوان الدراسة:** " القلق والاكتئاب والشعور بالعجز لدى مرضى الشريان التاجي " لقد عنيت هذه الدراسة ببحث العلاقة بين مرض الشريان التاجي بالقلب ، وكل من القلق والاكتئاب، وخبرة المشقة عند العجز عن التكيف ، أجريت الدراسة على (43) مريضاً بالشريان التاجي بالقلب (متوسط أعمارهم 48 سنة). وقد تم اختيار (43) من غير المرضى كعينة ضابطة، تمت المظاها

بينهم وبين المرضى في العوامل الديموجرافية، ومركز التحكم (باستخدام مقياس روتر)، والعصابية (باستخدام بطارية أيزنك في الشخصية)، أما تقدير متغيرات القلق والاكتئاب، ومشقة العجز عن المواجهة أو التكيف فقد تم باستخدام مقياس قلق الحالة - السمة، وبطارية بيك في الاكتئاب ومقياس الشعور بالعجز عن المواجهة على التوالي. وقد أشارت النتائج:

- 1 . حصول مرضى القلب على درجات أعلى من الأسوياء على كل من المتغيرات الثلاث.
- 2 . سجل المرضى مرتفعو العصابية درجات أعلى على هذه المتغيرات الثلاث مقارنة بالمرضى منخفضي العصابية.
- 3 . وأوحت النتائج في مجملها بأن العصابية والاكتئاب يمكن أن يقوما بدور يماثل دور العوامل المرسبة التي تكمن خلف الإصابة بمرض الشريان التاجي، كما قادت مناقشة النتائج إلى بعض التضمينات التي تخص العلاج والوقاية.

#### دراسة ( شلباية ، 2000 )

عنوان الدراسة: " العلاقة المتداخلة بين اضطراب نسب الدهون في الدم وبين تأثير كل من سن اليأس ونشاط الغدة الدرقية على القلب لدى عينة من النساء الأردنيات"

هدفت هذه الدراسة بشكل عام إلى وصف مرحلة سن اليأس عند النساء الأردنيات، وقد أجريت الدراسة باستخدام تصميم المسح لعينة من النساء الأردنيات اللواتي يزرن العيادات الطبية في اثنتين من المستشفيات الحكومية الرئيسية، وكذلك مستشفى ابن الهيثم، وهو مستشفى خاص في مدينة عمان وذلك على مدى عامين، اشتملت العينة على (149) امرأة، تراوحت أعمارهن بين ( 24- 85 )، سنة وبهذه المقارنة تم تصنيفهن من حيث التاريخ الطمئي والتناسلي إلى ثلاث فئات: فئة ما قبل سن اليأس، وفئة خلال سن اليأس، وفئة ما بعد سن اليأس.

كما سعت الدراسة إلى التحقق من مدى العلاقة المتداخلة بين اضطراب نسب الدهون بأنواعها المختلفة في الدم، (وذلك لكونها أحد الأسباب المؤدية إلى احتشاء عضلة القلب) وبين تأثير كل من سن اليأس ونشاط الغدة الدرقية سلبيا وإيجابيا، بعد إجراء الكشف الطبي والمقابلة الشفوية لاستخراج بقية البيانات السريرية، تم سحب عينة الدم بعد صيام المتطوعات مدة (12) ساعة على الأقل؛ وذلك لإجراء التحاليل المخبرية المتعلقة بنشاط الغدة الدرقية و الهرمون المنشط للغدة الدرقية (TSH)، وهرمون الدرق الرباعي المتحرر(FT4)، وكذلك تم قياس مستوى الكوليسترول الكلي النافع والضار ومستوى الدهون الثلاثية، والجلوكوز.

النتيجة التي توصلت لها الدراسة؛ أن نسبة الكوليسترول الكلي النافع والضار مرتفعة بشكل ملحوظ إحصائيا في كل من فئة سن اليأس، وما بعد سن اليأس، وذلك بالمقارنة مع فئة ما قبل سن اليأس

كما وجد أن التغيير في نسبة الدهون الثلاثية والكوليسترول النافع كان متكافئاً على مدى الفئات الأنثوية المختلفة.

#### دراسة ( المشعان، 2000 )

**عنوان الدراسة:** " التفاؤل والتشاؤم، وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسمية، وضغوط أحداث الحياة لدى طلبة الجامعة "

هدفت الدراسة إلى بحث العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم، والاضطرابات النفسية الجسمية، وضغوط أحداث الحياة لدى طلبة الجامعة، حيث تكونت عينة الدراسة من (319) طالبا وطالبة، منهم (160) من الذكور، و(159) من الإناث.

**أداة الدراسة:** طبقت على العينة عدة مقاييس شملت، مقياس التفاؤل والتشاؤم ، ومقياس الاضطرابات النفسية الجسمية، ومقياس ضغوط أحداث الحياة.

- وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية ذات دلالة بين الذكور والإناث في التفاؤل، حيث أشارت النتائج إلى أن الذكور كانوا أكثر تفاؤلاً من الإناث.

- أما فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية الجسمية، فقد وجد أن الإناث كن أكثر اضطراباً نفسياً وجسماً من الذكور.

- كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في التشاؤم ، وضغوط الحياة.

- كما كشفت النتائج عن وجود ارتباط جوهري سلبي بين التفاؤل والتشاؤم، ولكن لا يوجد ارتباط جوهري سلبي بين التفاؤل والاضطرابات النفسية الجسمية وضغوط أحداث الحياة، وكذلك لا يوجد ارتباط موجب جوهري بين التشاؤم والاضطرابات النفسية الجسمية وضغوط أحداث الحياة.

#### دراسة ( سيد، 2000 )

**عنوان الدراسة:** " استجابات ضغط الدم وبعض وظائف القلب لأحمال تدريبيية مقننه بالذراعين والأرجل " (دراسة مقارنة)

هدفت الدراسة إلى التعرف على نوعية ومدى استجابات ضغط الدم وبعض وظائف القلب لتأثير أحمال تدريبيية مقننة.

حددت الاستجابات في تغيرات كل من ضغط الدم والضغط الشرياني، والمقاومة الطرفية للدم، وحجم الدفع القلبي، وحجم ضربة القلب، واستشفاء معدل القلب.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على (18) طالبا جامعيًا من الذكور الأصحاء الذين اختيروا عشوائياً من بين طلاب قسم التربية الرياضية بكلية التربية جامعة البحرين بمتوسط عمر (21) سنة.

منهج الدراسة: أجريت قياسات البحث بمختبر فسيولوجيا الجهد البدني التابع لجامعة البحرين وأخذت قياسات قبلية وبعديّة للأحمال التدريبية. كما أخذت قياسات لمعدل ضربات القلب خلال مدة الاستفتاء بعد أداء الحمل بمدة (3) دقائق. أشارت الدراسة إلى النتائج التالية:

التأثيرات المتمثلة في الأحمال التدريبية ذات دلالة في غالبية المتغيرات الفسيولوجية قيد الدراسة عقب أداء كل حمل تدريبي على حدة، كما كانت الفروق دالة إحصائياً على صالح تدريبات الذراعين تختلف في زيادة قيم كل من ضغط الدم، والمقاومة الطرفية للدم، كما كانت دلالات الفروق لصالح القلب وحجم الدفع القلبي، وانخفاض المقاومة الطرفية للدم، كما أوضحت تأخير استشفاء معدل القلب عقب أداء حمل تدريبات القدمين.

#### دراسة ( زيدان، 1999 )

تناولت الدراسة: عدد المرضى الذين خضعوا لعملية تدويب الخثرة (القسطرة) القلبية. هدفت الدراسة إلى معرفة عدد المرضى في لبنان الذين خضعوا لعملية القسطرة بعد تعرضهم للجلطة القلبية ما بين مطلع العام (91 - 95).

حيث أحصيت في لبنان (21500) جلطة قلبية سنوياً، لا يتوزعون بالتساوي على كافة المناطق اللبنانية، حيث وجد أن (45%) من المصابين يتواجدون في مدينة بيروت، و(27%) يتواجدون في منطقة المتن وكسروان، و(10%) في مدينة طرابلس والشمال و(9%) في صيدا، وتشير هذه الأرقام إلى أن هناك ارتفاع كبير في عدد المصابين بالجلطة القلبية، وهذا مؤشر خطير يستحق المزيد من الدراسات، وأشارت الدراسة:

- إلى أن معدل من خضعوا لعملية تدويب الخثرة (القسطرة) قد بلغ عددهم (614) مريضاً.
- زيادة معدل الوفيات خارج المستشفى تصل إلى (40%) أي أن (40%) من أصل (100) شخص ممن يتعرضون للجلطة القلبية يلقون حتفهم.

#### دراسة ( عبد الخالق، 1998 )

عنوان الدراسة: " حالة القلق في ظروف محايدة وحالة القلق في ظروف ضاغطة في المجتمعين المصري والسعودي " (دراسة مقارنة)

هدفت الدراسة إلى قياس درجة العصابية العامة وردود أفعال القلق الدائم وغير التكيفي لدى الشباب والاستعداد للإصابة بالعصاب إذا ما توفرت ضغوط بيئية بدرجة معينة.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (240) مفحوصا تم اختيارهم من الطلبة الجامع عين من كلا الجنسين من المجتمعين المصري والسعودي ، وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية المنتظمة من الفرق الدراسية، حيث تكونت العينة المصرية من (120) طالبا (60) من الذكور، و(60) طالبة من الإناث وقد بلغ متوسط عمر الذكور (20.4) سنة، ومتوسط عمر الإناث (20.3)، وتكونت العينة السعودية من (120) طالبا: (60) من الذكور، و(60) من الإناث، من جامعة الملك سعود بأبها وكلية البنات حيث بلغ متوسط العمر لدى الإناث (21.3) سنة، ومتوسط عمر الذكور (21.4) سنة.

أداة القياس: لقد تم استخدام عدة مقاييس في هذه الدراسة وهي:

1. قائمة القلق: وتضم القائمة مقياسين منفصلين للتقدير الذاتي لقياس حالة القلق وسمة القلق ويشمل: مقياس الحالة على عشرين عبارة، كما يشتمل مقياس السمة على عشرين عبارة أيضا.
2. كما تم استخدام قائمة ويلبي للميل العصابي 3 . مقياس قلق الامتحان.

وقد أشارت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. فيما يتعلق بالعينة المصرية فقد وجد أن الإناث يفقن الذكور في شدة الإحساس بالقلق في الظروف العادية والظروف الضاغطة.
2. أما فيما يتعلق بالعينة السعودية، فقد أشارت الدراسة إلى أن حالة القلق والميل العصابي لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور.
3. كما أوضحت النتائج، أن هناك فروقا جوهريا بين متوسطات درجات الإناث المصريات والسعوديات على متغيرات الدراسة (حالة القلق في ظروف محايدة، وسمة القلق، وحالة القلق في ظروف ضاغطة).
4. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات الذكور المصريين والسعوديين.

دراسة ( ندى، 1998 )

عنوان الدراسة: "مصادر ومستوى الضغط النفسي وعلاقتها بالروح المعنوية كما يراها معلمو وكالة الغوث في منطقة نابلس التعليمية".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مصادر ومستوى الضغط النفسي للمعلمين في وكالة الغوث في منطقة نابلس التعليمية في ضوء متغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، والعمر، كما هدفت إلى معرفة

علاقة الضغط النفسي بالروح المعنوية لديهم، وفي ضوء معرفة درجة الروح المعنوية والأبعاد ذات العلاقة بها حسب متغيرات الجنس، والمؤهل العلمي.

تكونت عينة الدراسة: من (144) معلما بنسبة (25%) من المجتمع الأصلي، وقد تم استخدام استبانة من قسمين: القسم الأول لقياس الضغط النفسي، والقسم الثاني لقياس الروح المعنوية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- 1 . كان هناك درجة متوسطة من الضغوط النفسية لدى معلمي مدارس وكالة الغوث في منطقة نابلس.
- 2 . كانت مصادر الضغط المؤثرة على المعلمين بالترتيب التنازلي تبعا لدرجتها: ضغط المدرسة، وضغط العمل، وعبء الدور وغموضه، والرضا المهني، والنمط القيادي لمدير المدرسة.
- 3 . لا يوجد تأثير لمتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، والعمر على مصادر الضغط النفسي لدى المعلمين والمعلمات في مدارس وكالة الغوث في منطقة نابلس.
- 4 . درجة الروح المعنوية كانت متوسطة لدى المعلمين والمعلمات.
- 5 . ترتيب العوامل المؤدية إلى ارتفاع الروح المعنوية تبعا لأهميتها كانت على النحو الآتي: العلاقات مع الزملاء، النمط القيادي والإداري، ظروف العمل، الأنظمة التعليمية، الحوافز والأجور والترقيات.
- 6 . لا توجد علاقة لمتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، والعمر، مع الروح المعنوية لدى المعلمين والمعلمات.

### دراسة ( العيسوي، 1997 )

عنوان الدراسة: " أثر الأمراض القلبية في الأمراض النفسية "

وهي دراسة ميدانية على عينة عربية، هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من صحة عدة فروض مؤداها أن إصابة الفرد بمرض قلبي يؤثر على صحته النفسية، ويؤدي إلى الحد من طموحاته، ومن اتساع مدى أنشطته، كما يؤدي إلى عزله وانطوائه، ويؤثر في شخصيته بصورة عامة. كما هدفت هذه الدراسة إلى التأكد عما إذا كان أرباب الأمراض القلبية يعانون أكثر من غيرهم من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والتحقق من صحة الفرض القائل بأن الأمراض القلبية إنما هي نتيجة لما يتعرض له الفرد من التوتر والقلق والضغط والمعاناة والفشل والإحباط والإرهاق.

وكذلك هدفت الدراسة إلى التحقق من صحة الفرض القائل بأن مريض القلب والمصاب بجلطة يعاني أكثر من غيره من الشعور بالخوف وعدم الأمان وعدم الاطمئنان.

أداة الدراسة: صمم الباحث بالتعاون مع عدد من الأطباء المتخصصين في أمراض القلب استمارة للتشخيص الطبي لكل حالة تضمنت بيانات أولية هي: الاسم، والجنس، والحالة الاجتماعية، وعدد الأولاد، والدخل الشهري، والمستوى التعليمي، والوزن، وتضمنت الاستمارة أيضا تشخيص يقوم به الطبيب المعالج لكل حالة، واحتوت الاستمارة أيضا على سؤال لكي يحدد الطبيب الأسباب التي ترجع إليها الإصابة القلبية، وسؤال آخر لبيان مدى استجابة الحالة للعلاج موضحا ذلك بنسبة مئوية وبالمثل مدى انتظام المريض بالعلاج، بالإضافة إلى هذه الاستمارة فقد صممت استمارة أخرى لبيان عدد المشكلات التي يعاني منها المريض في الوقت الحاضر قام هو بملئها، واحتوت على عشر مشكلات، وهي جسدية، ونفسية، واقتصادية، وعائلية، واجتماعية...الخ. واحتوت الاستمارة في النهاية على سؤال مفتوح جاء فيه: أهم المشكلات عندي في الوقت الحاضر.

والى جانب هاتين الاستمارتين فقد استخدم اختبار الشعور بالأمان والخوف، ويحتوي على ( 75 ) سؤالاً وله ثلاث استجابات ويقاس في جملته الصحة النفسية للمفحوص، وأخيرا استخدم في هذه الدراسة اختبار (ع) أي الميل العصابي أي مدى ميل المريض للإصابة بالأمراض العصبية أي النفسية.

عينة الدراسة: طبقت هذه الدراسة على عينة من مرضى القلب المترددين على مستشفى الجمهورية بالإسكندرية، وعلى مستشفيات التأمين الصحي في المدينة، وهم من أبناء الطبقات الاجتماعية الكادحة، وبلغ عددهم (172) حالة من النساء والرجال، وبلغ متوسط عمر العينة ( 50.62 ) سنة، واشملت على أفراد تراوحت أعمارهم ما بين ( 10 - 75 ) سنة، وكان يغلب على العينة طابع التقدم في السن، وتركزت الأعمار فيما بين ( 50 - 65 ) عاما، وكشف تحليل المعطيات أن أغلبهم من المتزوجين

(80%) و (11%) من العزاب، و(8%) من الأرامل، ولم يكن بينهم أحدٌ من المطلقين.

النتائج التي أشارت إليها الدراسة:

أوضحت النتائج أن المشكلة الجسمية تحتل مكانة الصدارة في المشكلات العشرة المدروسة، حيث يعاني منها ما يزيد عن 95% من أفراد العينة، وتأتي هذه النتيجة طبيعية في ضوء أن العينة ممن يعانون من أمراض القلب، وتحتل المركز الثاني المشكلة النفسية إذ يعاني منها ما يزيد عن 88%، مما يكشف عن ارتباط النواحي الجسمية بالنواحي النفسية، وهي القضية التي سعت الدراسة لإثباتها.

فالمشكلات التي يعاني منها أفراد العينة المصابة باضطرابات قلبية، والتي أظهرتها الدراسة كانت حسب ترتيب انتشارها كما يلي:

1 - المشكلة الجسمية يعاني منها 95%. 2 - المشكلة النفسية يعاني منها 88%. 3 - المشكلة الاقتصادية يعاني منها 63%. 4 - المشكلة العائلية يعاني منها 24%. 5 - المشكلة الإسكانية

يعاني منها 20%. 6 - المشكلة الدراسية 8%. 7 - مشكلة المواصلات. 8 - مشكلة عقائدية.  
9 - المشكلة العاطفية. 10 - المشكلة الأخلاقية.  
- كما أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ايجابية مابين الإصابة القلبية والمعاناة النفسية.

#### دراسة ( النيال، 1991 )

**عنوان الدراسة:** "الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها ببعدي العصائية والإنبساط " ( دراسة عاملية مقارنة).  
هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين مقياس الأعراض السيكوسوماتية ومتغيري القلق والاكتئاب فضلاً عن الكشف عن التركيب العامل لمقياس الأعراض السيكوسوماتية بين متغيري القلق والاكتئاب لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية بمدينة الإسكندرية، وقد تكونت عينة الدراسة من (201) تلميذاً وتلميذة من الصفين الثامن والتاسع وذلك بواقع مئة من الذكور و(102) من الإناث بمتوسط أعمار للتلاميذ (13.48) سنة وبمتوسط أعمار للطالبات (13.23) سنة.  
أداة الدراسة: لقد تم استخدام مقياس الأعراض السيكوسوماتية للأطفال.  
**Childrens Psychosomatic Symptoms Scale (CPSS)**  
1 . وقد كشفت الدراسة عن ظهور فروق جوهرية بين عينتي الدراسة من الطالبات والطلاب في متغيرات الدراسة الثلاث، الأعراض السيكوسوماتية، ومتغير القلق والاكتئاب.  
2. إن هناك ارتباطاً عالياً بين القلق والأعراض السيكوسوماتية.  
3. وجود ارتباط جوهرى موجب بين المتغيرات الثلاث للدراسة، القلق والاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية.

#### دراسة ( عبد الله، 1990 )

**عنوان الدراسة:** " الاقتران بين المعتقدات حول تدخين السجائر وكل من مركز التحكم في التدعيم وحالة القلق لدى عينة من مرضى السجائر "  
هدفت الدراسة في الوقوف على الاقتران بين المعتقدات وتدخين السجائر، وبالتحديد حاولت الإجابة على التساؤلات التالية.  
1 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي من مدخني السجائر في معتقداتهم حول التدخين؟  
2 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين منخفضي القلق ومرتفعي القلق من مدخني السجائر في معتقداتهم حول التدخين؟

منهج الدراسة: استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي المقارن.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (205) من المفحوصين من الذكور المدخنين للسجائر بصورة منتظمة، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (21 - 28) عاما وقد اشترط لاختيار أفراد العينة أن يكونوا من مدخني السجائر بانتظام مدة عام سابق من إجراء الدراسة.

أداة الدراسة: استخدم في هذه الدراسة 1- مقياس المعتقدات حول تدخين السجائر، وتكون المقياس في صورته النهائية من (62) بندا تقيس معتقدات الأفراد حول (6) جوانب لتدخين السجائر، أسبابه دوافعه، مدى انتشاره، النتائج المرتبة عليه.

2 - مقياس مركز التحكم في التدعيم، أكده روتر (Rotter) ويتكون من (23) بندا يشتمل كل منها على عبارتين إحداهما تشير إلى التحكم الداخلي والأخرى إلى التحكم الخارجي.

3 - مقياس تيلور للقلق الصريح يتكون من (50) بندا تشير إلى استجابة القلق المزمن. النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- 1 . هناك من المعتقدات الراسخة المستقلة حول مختلف جوانب تدخين السجائر لدى المدخنين بصرف النظر عن تقسيمهم إلى ذوي تحكم داخلي وخارجي أو إلى مرتفعي القلق ومنخفضي القلق. الداخلي والخارجي.
- 2 . يرتبط القلق بتدخين السجائر على وجه العموم.
- 3 . لا يشكل المدخنون جماعة مميزة ولم تكن هناك فروق بين المدخنين وغير المدخنين في بعض سمات الشخصية.

### دراسة ( كامل، 1987 )

عنوان الدراسة: " الوظيفة التنشيطية للجهاز العصبي أثناء الأداء البصري - الحركي "

دراسة (تجريبية سيكوفسيولوجية)

حاولت هذه الدراسة الإجابة على السؤال التالي:

هل هناك علاقات ارتباطية بين المؤشرات الفيزيولوجية للتنشيط ؟ سعة النشاط الكهربائي للعضلات ، ومعدل ضربات القلب ، والدرجات السيكومترية للقلق ، والعصابية والانبساط من جانب ، ودرجات الأداء البصري الحركي من جانب آخر؟

أداة الدراسة: استخدم الباحث مقياس إيزنك للشخصية، ومقياس كاتل لقياس القلق، ومقياس اختبار الشطب لاهرون، أما مقياس الأداء البصري - الحركي فقد قيس بجهاز خاص، هو عبارة عن وحدة تحتوي على مصفوفة مكونة من سبعة صفوف في سبعة أعمدة تعطي (49) استجابة محتملة وفقا

لبرنامجين: الأول ذاتي التشغيل، والثاني يعطي معدل اختياري، 30، 50، 70، 90 نبضة في الدقيقة.

العينة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (155) طالبا جميعهم من الذكور بالفرقة الثانية والثالثة بكلية التربية جامعة طنطا من الشعب العلمية، كما أن جميعهم كانوا يستخدمون اليد اليمنى

في الكتابة Left Hemispheric

النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1 - إن القلق يظهر علاقات ارتباطية دالة موجبة مع سعة النشاط الكهربائي للعضلات ، وارتباطات سالبة مع الأداء على اختبار الشطب في المحاولات الأولى والثانية.

2 - يوجد تأثير دال لكل من القلق ونشاط العضلات وتفاعلها على الأداء البصري - الحركي

3 - يوجد تأثير دال لكل من نشاط العضلات ومعدل ضربات القلب وكذلك تفاعلها مع بعضهما البعض.

4 - يتأثر الأداء البصري الحركي بالنمط المزاجي للشخصية.

دراسة ( الغزاوي، 1985 )

عنوان الدراسة: " دور العوامل المساعدة في تكوين مرض تصلب الشرايين (القلبية) في مدين تي النجف والكوفة"

هدفت الدراسة إلى معرفة أهم العوامل الضارة والمتسببة في تصلب الشرايين التاجية ، ثم العضلة القلبية التي تقود إلى بعض الآلام الصدرية في البداية، ومن ثم الذبحة الصدرية والجلطة القلبية.

عينة الدراسة: لقد تم اختيار عينة الدراسة من المرضى المتواجدين في شعبة إنعاش القلب أي الشعبة المركزية في كل من مستشفى صدام التعليمي في النجف، ومستشفى الفرات الأوسط التعليمي.

وذلك بتاريخ 10 / 1984 ولغاية 3 / 1985 م، وقد قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تضم 50 مريضا، (31) مريضا من الذكور، و(19) مريضة من الإناث.

المجموعة الثانية: وتضم 41 مريضا: (25) مريضا من الذكور، و(16) مريضة من الإناث.

وقد كانت أعمار جميع المرضى تتراوح ما بين (40 - 75) سنة.

أما المعدل الوسطي لهم فكان (57.5) سنة، أما المعدل الوسطي للمرضى من الإناث فكان

(56) سنة، والمعدل الوسطي للمرضى من الرجال فكان (57) سنة.

وقد أجريت لجميع المرضى الذين هم قيد البحث وفور دخولهم أو بعد دخولهم إلى المستشفى بفترة وجيزة الفحوصات الضرورية والتي تتعلق بمرضهم الذي دخلوا من أجله، واعتياديا خضع هؤلاء

المرضى أسوة بسواهم من مرضى آخرين إلى بعض الأسئلة الروتينية منها : اسم المريض، والعمر والمهنة، والجنس، ومكان الإقامة، والديانة، ومن ثم أهم ما يشكو منه المريض في ساعة الدخول.

كما تم طرح بعض الأسئلة التي تختص بجهاز القلب والشرايين.

كما كانت بعض الأسئلة تتعلق بماضي المريض وأمراضه وعلاقتها بتصلب الأوعية الدموية. كما طرحت على المرضى أسئلة تتعلق ببعض العوامل المساعدة الضارة والمعتقد أنها قد ساهمت بشكل أو بآخر في تفاقم صحته في الوقت الحاضر، مثل: داء السكري، ارتفاع ضغط الدم العالي أو المنخفض، التدخين، ارتفاع دهنيات الدم، بعض الأمراض النفسية والعصبية، السمنة.

بالإضافة إلى ما تقدم يخضع المريض لبعض الأسئلة الأكثر عمقا والأكثر قرابة لحالته، للوقوف على حالته الصحية والنفسية بشكل دقيق.

النتائج التي أشارت إليها الدراسة:

- 1 - أظهرت النتائج بوضوح أن العوامل النفسية تأتي بالدرجة الأولى وفي مقدمة جميع العوامل المساعدة الأخرى فقد وجد أن نسبة المصابين بأي شكل من أشكال أو أي نمط من أنماط الأمراض النفسية قد احتل نسبة (68%) في المساهمة التي أدت إلى تضيق أو تصلب شرايين القلب التاجية. وتأتي في المرتبة الثانية: عادة التدخين، أو عامل التدخين، وفي المرتبة الثالثة: السمنة، وفي المرتبة الرابعة قلة ممارسة التمارين الرياضية، وفي المرتبة الخامسة: ارتفاع ضغط الدم، وفي المرتبة السادسة: ارتفاع نسبة الكحول في الدم، وفي المرتبة السابعة: مرض السكري.
- 2 - كما أظهرت نتائج الدراسة أن المصابين بتصلب الشرايين والجلطة القلبية في كل من مدين تي الكوفة والنجف هم من كبار السن وليسوا من الشباب، حيث تراوحت أعمارهم ما بين (40 - 75).

### تعقيب الباحثة على الدراسات العربية

لقد كان الأدب البحثي والدراسات العربية في هذا المجال قليلة ومحدودة ، ومع ذلك فقد انفتحت نتائج هذه الدراسات بشكل عام مع غيرها من الدراسات الأجنبية، وكانت ذات مؤشر إيجابي ودال في أثر كل من الضغط النفسي والقلق والعوامل المساعدة، وقد تناولت غالبية الدراسات العربية في هذا المجال دور العوامل المساعدة وأثرها على الإصابة بأمراض القلب والجلطة القلبية وصحة الفرد بصورة عامة، ومنها التدخين، وارتفاع الكوليسترول، والسكري، وضغط الدم، فقد أشارت دراسة (عبد الله، 1990). والذي تناول الاقتران بين المعتقدات حول تدخين السجائر وكل من مركز التحكم الداخلي والخارجي في التدعيم وحالة القلق لدى عينة من مرضى السجائر. إذ أشار إلى أن القلق يرتبط على وجه العموم بتدخين السجائر.

كما أن المدخنين لم يشكلوا جماعة مميزة، ولم تكن هناك فروق بين المدخنين وغير المدخنين في بعض سمات الشخصية، كما أشار إلى دور التدخين كعامل مساعد في الإصابة بأمراض القلب.

كما أشارت دراسة العيسوي (1997) إلى دور وأثر الإصابة بأمراض القلب على الحالة النفسية للمرضى، إذ أشارت نتائج الدراسة إلى أن (88%) من المرضى المفحوصين كانوا يعانون من حالات نفسية، حيث احتلت المشكلة النفسية المرتبة الثانية بعد المشكلة الأولى، والتي عانى منها المرضى؛ وهي المشكلة الجسمية، كما أشارت دراسة (المشعان، 2000). إلى دور كل من التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالاضطرابات الجسمية والضغط النفسية. كما أشارت (شلباية، 2000). إلى دور الكولسترول كعامل مساعد للإصابة لدى النساء خاصة بعد سن اليأس، حيث أشارت نتيجة الدراسة أن نسبة الكولسترول الكلي النافع والضار مرتفعة بشكل ملحوظ في كل من فئة سن اليأس، وما بعد سن اليأس، مقارنة مع فئة ما قبل سن اليأس، كما أشار (سيد، 2000). إلى دور ضغط الدم كعامل مساعد.

وأشار (شامية، 2002). في دراسته إلى دور مرض السكري كعامل مساعد بدرجة كبيرة. والذي أشار في نتيجة الدراسة إلى أن الإصابة الإكليلية لدى السكريين كانت أكثر شدة، حيث لوحظ إصابة أكثر من شريان لدى (37) فردا من أصل (44) مريضا.

أما دراسة (الغزاوي، 1985). والتي تناولت دور العوامل المساعدة في تكوين مرض تصلب الشرايين القلبية.

فقد أشارت إلى أن العوامل النفسية آتت في الدرجة الأولى، وفي مقدمة جميع العوامل المساعدة الأخرى، فقد وجد أن نسبة المصابين بأي شكل من أشكال الأمراض النفسية قد احتل 68% في المساهمة التي أدت إلى تضيق وتصلب شرايين القلب التاجية.

أما (أمان، 2001). فقد تناول الأبعاد الجغرافية لأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات الناتجة عنها في دولة الكويت، والتي أكدت أن معظم وفيات أمراض القلب والجلطات في الكويت تركزت في الشريحتين العمرتين: الأولى بين (56 - 75)، والثانية أكثر من (75) سنة، كما أشارت إلى أن ظاهرة الحياة الحضرية التي يتميز بها المجتمع الكويتي والخليجي أسهمت بدورها في ظهور المرض؛ من خلال حياة الكسل والخمول والاعتماد على الوسائل الحضرية التي تقلل المجهود العضلي.

لقد خلصت الدراسات السابقة إلى تعزيز دور العوامل المساعدة، والعوامل النفسية والبعد الجغرافي في تعزيز الإصابة بأمراض القلب والشرابين.

## الفصل الثالث

طريقة الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة

مجتمع الدراسة

عينة الدراسة

أدوات الدراسة

إجراءات الدراسة

صدق وثبات أداة الدراسة

متغيرات الدراسة

إجراءات تطبيق الدراسة

المعالجات الإحصائية

## الفصل الثالث

### طريقة الدراسة وإجراءاتها

#### مقدمة:

تناول هذا الفصل، الإجراءات التي اتبعتها الباحثة في الدراسة مجتمع الدراسة، طريقة اختيار العينة، وأداة الدراسة، وصدق وثبات الأداة، وإجراءات تطبيق الدراسة، بالإضافة إلى تصميم الدراسة والأسلوب الإحصائي المستخدم.

## منهج الدراسة:

اتبعت الباحثة المنهج الوصفي في دراستها، وذلك لما تتطلبه الدراسة من توفر بيانات ومعلومات خاصة بأفراد العينة، بهدف التعرف على الظاهرة وتحديد كيفية التعامل معها ووضع التوصيات الملائمة بشأنها.

## مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من الأفراد المصابين بالجلطات القلبية من الذكور والإناث من مختلف الأعمار، ومن الأفراد غير المصابين في كل من مدينتي بيت لحم والخليل (جنوب الضفة)، يتوزع أفراد العينة المصابين على ثلاث مستشفيات هي: مستشفى الحسين، ومستشفى عالية وهي مستشفيات حكومية تابعة لوزارة الصحة. بالإضافة إلى مستشفى الأهلي في مدينة الخليل وهو مستشفى تابع للقطاع الخاص.

## عينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة على ( 200 ) مفحوص من الذكور والإناث من مختلف الأعمار، حيث تراوحت أعمارهم ما بين ( 20 - 80 ) سنة، وقد شملت عينة الدراسة على ( 100 ) حالة من المرضى المصابين بجلطات القلب من الذكور والإناث، حيث بلغ عدد الذكور ( 68 ) مصاباً بمتوسط عمر قدره 53.15 سنة، وبانحراف معياري 14.03، وقد بلغ عدد الإناث ( 32 ) مصابة بمتوسط عمر قدره 56.75 سنة، وبانحراف معياري 14.48، وجميعهم من المرضى المصابين بالجلطات القلبية والمتواجدين في كل من مستشفى الحسين في مدينة بيت لحم، ومستشفى عالية والأهلي في مدينة الخليل، وقد كان تشخيص الأطباء الاختصاصيين في المستشفيات: الحسين وعالية، والأهلي معياراً كافياً لاعتبار المريض ضمن هذه الدراسة. هذا وتعتبر عينة الدراسة عينة قصدية.

أما النصف الآخر من أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم ( 100 ) حالة من الذكور والإناث، فقد تم اختيارهم من مختلف فئات المجتمع الفلسطيني وبشكل عشوائي ومماثل لعينة المصابين، حيث بلغ عدد الذكور ( 62 ) مفحوصاً، بمتوسط عمري قدره 49.88 سنة، وبانحراف معياري 14.06 أما الإناث فقد بلغ عددهن ( 38 ) امرأة، بمتوسط عمر قدره 53.78 سنة، وبانحراف معياري 13.66 وقد حاولت الباحثة قدر المستطاع أن تكون عينة غير المصابين مماثلة للعينة الأخرى في معظم المتغيرات.

### ويبين الجدول رقم ( 1 . 3 )

توزيع أفراد عينة الدراسة ( المصابين ) حسب متغير الجنس والمستشفى ( مكان التواجد ).

المستشفى	عدد الذكور	عدد الإناث	المجموع الكلي للحالات
مستشفى بيت لحم	28	13	41
مستشفى عالية	26	16	42
مستشفى الأهلي	11	6	17
المجموع الكلي	65	35	100

### جدول رقم ( 2 . 3 )

يبين الجدول رقم ( 2 ) توزيع أفراد عينة الدراسة الغير مصابين حسب متغير الجنس ومكان السكن.

منطقة السكن	عدد الذكور	عدد الإناث	المجموع الكلي
مدينة بيت لحم	33	15	48
مدينة الخليل	34	18	52
المجموع الكلي	67	33	100

### يوضح جدول رقم ( 3 . 3 ) خصائص العينة الديمغرافية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية	القيم الناقصة
الإصابة بالنوبات القلبية			-
	100	50.0	
	100	50.0	
الجنس			-
	130	65.0	
	70	35.0	

			<b>العمر</b>
-	41.5	83	تحت 52 سنة
	58.5	117	52 سنة فما فوق
			<b>نوع العمل</b>
-	27.0	54	موظف
	18.5	37	عامل
	14.0	28	عمل حر
	40.5	81	بدون عمل
			<b>الحالة الاجتماعية</b>
-	78.0	156	متزوج
	22.0	44	غير ذلك
			<b>هل تدخن؟</b>
-	36.5	73	نعم
	63.5	127	لا
			<b>عدد السجائر يومياً</b>
127	65.8	48	أقل من 25
	34.2	25	25 فأكثر
			<b>نوع السجائر</b>
127	32.5	65	سيجارة
	1.5	3	غليون
	1.0	2	سيجار
	1.5	3	أرجيلة
			<b>هل تعاني من الأمراض الآتية؟</b>
15	29.2	54	السكري
	24.3	45	ضغط الدم
	46.5	86	لا أعاني

أشارت المعطيات الديمغرافية لعينة الدراسة إلى ما يلي: بلغ عدد أفراد عينة الدراسة من الذكور (130) فرداً أي ما نسبته 65% من أفراد العينة، أما عدد الإناث فقد بلغ (70) امرأة بنسبة 35% من أفراد العينة، كما أشارت العينة إلى أن هناك (83) فرداً تحت سن (52) بنسبة 41.5%، وقد بلغ عدد الأفراد فوق سن (52) سنة فما فوق (117) فرداً بنسبة 58.5% من أفراد العينة، أما فيما يتعلق بمتغير نوع العمل، فقد أشارت إلى أن هناك (54) موظفاً بنسبة 27% من أفراد العينة و(37) عاملاً أي ما نسبته 18.5% من أفراد العينة، عمل حر (28) بنسبة 14% من أفراد العينة أما فئة بدون عمل فقد بلغ عددهم (81) بنسبة 40% وهي أعلى نسبة بالنسبة للفئات الأخرى، أما متغير الحالة الاجتماعية فقد أشارت العينة إلى أن

(156) من أفراد العينة هم من المتزوجين بنسبة 78% من أفراد العينة، أما فئة العزاب والمطلقين والأرامل فقد بلغ عددها (44) فرداً أي ما نسبته 22%، وقد بلغ عدد المدخنين (73) فرداً بنسبة 36.5%، وغير المدخنين (27) فرداً بنسبة 63.5%، كما بلغ عدد المدخنين الذين يدخنون (25) سيجارة فما دون (48) مدخناً بنسبة 65.8%، في حين بلغ عدد المدخنين الذين يدخنون (25) فأكثر (25) مدخناً بنسبة 34.2%، وقد كان هناك (65) مدخناً من مدخني السيجارة ونسبتها 32.5% في مقابل (3) من مدخني الغليون بنسبة 1.5%، و(2) من مدخني السيجار بنسبة 1% و(3) من مدخني الأرجيلة بنسبة 1.5%، أما فيما يتعلق بمتغير الإصابة بالأمراض فقد أشارت العينة إلى أن (54) فرداً يعانون من مرض السكري بنسبة 29.2% من أفراد عينة الدراسة و(45) فرداً يعانون من ضغط الدم أي ما نسبته 24.3% و(86) فرداً لا يعانون من هذه الأمراض بنسبة 46.5% من أفراد عينة الدراسة.

### أدوات الدراسة وثباتها:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام استبانة الضغط النفسي مستفيدة في ذلك من:

#### 1 - مقياس الضغط النفسي للزواوي:

قامت الزواوي (1992) بإعداد مقياس الضغط النفسي اعتماداً على وصف بيش (Beech). للأعراض المرتبطة بالضغط النفسي، وقد تضمن المقياس بصورته الأصلية (36) فقرة، وقامت الباحثة بإضافة بعض الفقرات التي رأت أنها مناسبة وضرورية وتخدم الدراسة وعددها (10) فقرات من مقياس الضغط النفسي الذي صممه (حبيب، 1998) حيث يتكون المقياس من (31) عبارة يقابل كل منها اختيار من متعدد (أوافق بشدة، أوافق، أعارض، أعارض بشدة) ويختار المفحوص الإجابة التي تنطبق عليه، حيث يتم قياس الضغط لدى الفرد من خلال السلوكيات التي تعكس الاضطرابات الانفعالية المتمثلة فيما يأتي:

1 - تغير وتقلب الحالة المزاجية.

2- الإحساس بوجود مشكلات أكثر من الآخرين.

3 - الشعور بالانزعاج حتى عندما لا يوجد سبب لذلك.

4 - الشعور بالحزن والكآبة.

5 - عدم تحمل المسؤولية.

6 - عدم القدرة على ضبط النفس والتحكم الذاتي.

وقد تم استخدام هذا المقياس في عدة مقابلات إكلينيكية وفي العلاج النفسي.

تصميم المقياس، يحتوي هذا المقياس على بعض البنود في الاتجاه الإيجابي، كما يحتوي بعض العبارات في الاتجاه السلبي.

**صدق المقياس**، تم التحقق من صدق البناء، والصدق التلازمي، وصدق التميز، وصدق المقارنة الطرفية، والصدق العاملي.

**ثبات الاختبار**، حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار، وحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، وحساب الثبات بطريقة كرونباخ، والاتساق الداخلي.

وبدمج هذه الفقرات من المقياس المشار إليه فقد أصبح مقياس الضغط النفسي الذي قامت الباحثة باستخدامه يتضمن (46) فقرة، تقيس درجة الضغط النفسي لدى المفحوصين، حيث يقدر الفرد درجة انطباق محتوى الفقرة على وضعه بالاعتماد على خمسة بدائل حسب سلم ليكرت الخماسي، تمثل مستويات مختلفة من شدة الضغط النفسي، على الترتيب (تنطبق بدرجة كبيرة جداً، تنطبق بدرجة كبيرة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة قليلة، لا تنطبق). وتعكس الفقرات ثلاثة أنواع من أبعاد الضغط النفسي:

1 - البعد الفسيولوجي: ويتضمن أعراضاً فسيولوجية للضغط كالصداع والتعب وتصيب العرق وتزايد ضربات القلب والشد العصبي واضطرابات النوم واضطرابات الهضم وأخيراً الإنهاك وتمثلها الفقرات من (1 - 16) وعددها (16) فقرة.

2 - البعد المعرفي: ويتضمن أعراضاً منها ضعف الانتباه، وضعف التركيز والتردد، وتمثلها الفقرات من (17 - 30)، وعددها (14).

3 - البعد النفسي: وتتضمن القلق والحساسية الزائدة والمخاوف والشعور بعدم الارتياح، وتمثلها الفقرات من (31 - 46)، وعددها (16) فقرة.

يمتاز مقياس الضغط النفسي بكونه شاملاً لقياس شدة ودرجة الضغط النفسي للكبار أي لمن هم في عمر مماثل لأفراد عينة الدراسة الحالية، ويمكن القول أن المقياس سهل التطبيق وبنوده واضحة ومباشرة لا لبس فيها. ولدى تصحيح المقياس تعطى (4) درجات لاستجابة مرتفعة جداً و (3) درجات لاستجابة مرتفعة و (2) لاستجابة متوسطة و (1) درجة لاستجابة قليلة.

## 2 - مقياس القلق كحالة وسمة:

يشتمل المقياس على مقياسين فرعيين هما: مقياس حالة القلق، ومقياس سمة القلق، وقد أعد هذا المقياس في صورته الأصلية سبيلبرجر (Spielberger) وزملاؤه قائمة القلق: الحالة والسمة وقد قام بترجمته إلى العربية (عبد الخالق، 1984). وحسب ثباته عن طريق إعادة التطبيق والتجزئة النصفية، كما استخدم عدة طرق لتقدير قائمة القلق: الحالة والسمة في صورتها العربية وتوصل إلى ارتباط جوهري وموجب بين قائمة القلق: الحالة والسمة، وكل من مقياس تايلور للقلق الصريح ومقياس إيزنك للشخصية، حيث توصل إلى مستوى ارتباط جوهري بين قائمة القلق والعصابية، وقد قام عبد الخالق بدراسة حالة القلق وسمة القلق لدى عينات عربية من المملكة

العربية السعودية ومصر، حيث توصل إلى أن للمقياس خواص سيكومترية جيدة، حيث طبق في دراسته مقياس القلق: الحالة والسمة على عينة قوامها (269) من طلاب كلية الزراعة من الجنسين، ومن أقسام متعددة في كل من المجتمع السعودي والمصري .(عبد الخالق، 2005).

كما وقد قام بتعريبه أيضا محمد علاوي، وتم تطبيقه لأول مرة في البيئة المصرية (الشاويش، 1991). ويتكون مقياس القلق كحالة (State Anxiety) من عشرين فقرة تصف شعور الفرد في لحظة معينة من الوقت، أما مقياس القلق كسمة (Trait Anxiety) فيتكون أيضا من عشرين فقرة، ولكنه يهدف إلى وصف شعور الفرد بصفة عامة.

هناك أربع بدائل للإجابة على كل فقرة من فقرات المقياس وهي: أبدا، بدرجة قليلة، وبدرجة متوسطة، وبدرجة كبيرة.

عند تصحيح المقياس تعطى الاستجابة (بدرجة كبيرة) الدرجة (4) والاستجابة (بدرجة متوسطة) الدرجة (3) أما الاستجابة (بدرجة قليلة) فتعطى الدرجة (2) وأخيرا الاستجابة (أبدا) تعطى الدرجة (1) مع ملاحظة وجود عبارات معكوسة في مقياس قلق الحالة وهي: 1، 2، 5، 8، 10، 11، 15، 16، 19، 20. أما العبارات المعكوسة في مقياس قلق السمة فهي: 1، 6، 7، 10، 13، 16، 19. حيث تنعكس أوزان هذه الفقرات وتتغير قيمتها وتصبح تشير إلى قلق منخفض عند تقييمها بأرقام عالية. وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس لكل من مقياس قلق الحالة وقلق السمة كل بشكل منفصل بين (20 - 80).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

### الصدق:

قام (الشاويش، 1991). باستخراج الصدق المنطقي للمقياس، وذلك بعرضه على محكمين مختصين وذلك لبيان صلاحية فقرات المقياس ومدى مطابقتها للبيئة الأردنية وسهولة فهم الفقرات، فقد أجمع 80% من المختصين على سهولة فهم الفقرات للمفحوصين في البيئة الأردنية.

### الثبات:

للتحقق من ثبات المقياس في البيئة الأردنية، قام (الشاويش، 1991). باستخراج معاملات الثبات باستخدام طريقة الاتساق الداخلي ومعامل ألفا (ALPHA Coefficient)، وقد استخرج معامل الثبات ألفا تبعا للجنس وقلق الحالة وقلق السمة والقلق الكلي، ولدى تطبيق المقياس على عينة من الذكور، كان معامل الثبات (ألفا) لقلق الحالة (0.85)، قلق السمة (0.76) والقلق الكلي (0.90). أما العينة الثانية فقد كانت من الإناث، حيث ظهر معامل الثبات ألفا لقلق الحالة (0.87) وقلق السمة (0.77) والقلق الكلي (0.91).

ويشير (الشاويش، 1991) إلى وجود اتفاق بين نتائج الاتساق الداخلي التي حصل عليها من نتائج دراسة فاروق (1986) لنفس المقياس، حيث أظهرت دراسته أن معامل ألفا لحالة القلق للذكور (0.91) وللإناث (0.94) أما سمة القلق للذكور (0.77) وللإناث (0.91) وقد استخرج هذا الثبات في البيئة المصرية، ويتميز المقياس بثبات عالي بطريقة الاتساق الداخلي وبطريقة إعادة التطبيق، ويستخدم المقياس في كثير من البحوث الشخصية وعلم النفس المرضي (عبد الخالق، 2005).

#### صدق أدوات الدراسة:

قامت الباحثة باستخراج الصدق المنطقي للمقياس بعرضه على ثلاثة عشر من المحكمين من المختصين في علم النفس والتربية من أعضاء الهيئة التدريسية في كل من جامعة القدس، وجامعة النجاح، وجامعة بيت لحم، وجامعة الخليل، وجامعة القدس المفتوحة، حيث طلب منهم بيان مدى مناسبة كل فقرة من فقرات قائمة درجة وشدة الضغط النفسي لدى أفراد العينة، وقد تم أخذ معيار اتفاق تسعة محكمين على صلاحية الفقرة ودخولها لتبقى ضمن الأداة، وقد تم تعديل صياغة بعض الفقرات بناء على التوصيات .

#### ثبات أدوات الدراسة:

تم التحقق من ثبات أدوات الدراسة بأبعادها المختلفة بطريقة الاتساق الداخلي بحساب معامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (4).

#### جدول رقم (3 . 4)

يبين نتائج ثبات أدوات الدراسة بأبعادها المختلفة.

الرقم	الأبعاد	عدد الفقرات	قيمة Alpha
١.	الфизиولوجي	16	0.88
٢.	المعرفي	14	0.89
٣.	النفسي	16	0.88
٤.	الدرجة الكلية للضغط النفسي	46	0.95
٥.	القلق كسمة	20	0.83

0.79	20	القلق كحالة	.٦
0.89	40	الدرجة الكلية للقلق النفسي	.٧

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق أن أداة الدراسة بأبعادها المختلفة تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

### متغيرات الدراسة:

أولاً- المتغيرات المستقلة: اشتملت الدراسة على سبعة متغيرات مستقلة وهي:-

1. الجنس: ( ذكر، أنثى ).
2. العمر: وله مستويان أقل من (52) سنة و (52) سنة فأكثر.
3. نوع العمل: وله أربعة مستويات ( موظف، عامل، عمل حر، بدون عمل ).
4. الحالة الاجتماعية: ولها أربعة مستويات ( أعزب، متزوج، مطلق، أرمل ).
5. التدخين: ( مدخن، غير مدخن ).
6. عدد السجائر: ولها مستويان ( أقل من 25 سيجارة ، و25 سيجارة فأكثر )
7. الإصابة بالمرض: ولها ثلاث مستويات ( السكري، ضغط الدم، لا أعاني).

### ثانياً- المتغيرات التابعة:

- المتغير التابع الأول هو ( الضغط النفسي ).  
المتغير التابع الثاني هو ( القلق النفسي الحالة - والسمة ).

### الطريقة والإجراءات:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى وجود الضغط النفسي والقلق النفسي لدى المصابين بالجلطات القلبية مقارنة مع غير المصابين في كل من مدينتي بيت لحم والخليل (جنوب الضفة الغربية). كما هدفت إلى التعرف إلى علاقة كل من المتغيرات المستقلة: الجنس، والعمر، ونوع العمل، والحالة الاجتماعية، والتدخين، ونوع التدخين، والإصابة بالمرض، بالضغط النفسي والقلق، لدى المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين.

### إجراءات تطبيق الدراسة:

بعد تحديد أفراد عينة الدراسة وفقا للشروط المطلوبة من حيث الجنس، والعمر ونوع العمل والحالة الاجتماعية والتدخين والإصابة بالمرض، ويكون الشخص مصاب بالجلطة القلبية أو غير مصاب قامت الباحثة بإجراءات التطبيق خلال الفترة الواقعة ما بين شهر آب، وأيلول، وتشري الأول و تشرين الثاني من العام (2005) في كل من مستشفى الحسين في بيت لحم ومستشفى عالية والأهلي في مدينة الخليل. وبإشراف من الأطباء والممرضين، بعد ذلك قامت الباحثة بمقابلة المرضى كل على حدا، وعرفتهم بنفسها، ومن ثم قامت بإعطائهم فكرة موجزة عن طبيعة الدراسة وفوائدها وتتلخص الفكرة التي كانت تعطى لهم، بأن هناك اهتمام متزايد في العالم بدور العوامل النفسية في الإصابة بالعديد من الأمراض الجسمية، وخاصة الإصابة بأمراض القلب ومنها جلطات القلب وهناك العديد من الدراسات التي أجريت في العالم والتي أوضحت دور العوامل النفسية في الإصابة بالأمراض الجسدية وخاصة الإصابة بالجلطات كعوامل مساعدة، ونحن نرغب في معرفة دور العوامل النفسية، وحجم مساهمتها وشدتها ودرجتها لدى المصابين وغير المصابين في الضفة الغربية، كي تستفيد الباحثة منها، وكي يكون هناك برامج نفسية في المستقبل للوقاية من الإصابة بالجلطات، وكعلاج مساعد مع العلاجات الطبية من ناحية أخرى.

لذلك فإن الباحثة تقوم بتطبيق بعض المقاييس النفسية تفحص شدة الضغط النفسي والقلق ومدى انطباق ذلك على المفحوص من المصابين وغير المصابين، وبعد أخذ موافقة المريض على المشاركة في الإجابة على فقرات المقاييس، تقوم الباحثة بإعطائه المقاييس مرفقة بتعليمات الإجابة بشكل واضح ومحدد، والتي تتضمن معلومات تتعلق بالجنس والعمر والحالة الاجتماعية والتدخين مع مراعاة إعطاء الوقت الكافي للمريض للإجابة ودون إجهاده، وقد قامت الباحثة بقراءة المقاييس لعدد كبير من المرضى، وذلك لأن نسبة كبيرة منهم لا تعرف القراءة، كما أن الوضع الصحي لدى البعض لا يسمح لهم بالكتابة، إذ أن الجلوس بشكل معتدل والكتابة كانت تتعبهم، لذلك كانت الباحثة تقوم بالقراءة. هذا وقد احتاج المفحوص إلى حوالي نصف ساعة للإجابة على جميع فقرات مقاييس الدراسة في حالة القراءة الذاتية، أما في حالة قيام الباحثة بقراءة فقرات المقاييس للمفحوصين فقد استغرق ذلك أيضا حوالي نصف ساعة، وقد أجاب جميع المفحوصين سواء من المرضى المصابين بجلطات القلب أو غير المصابين على نحو فردي ودون تدخل الباحثة.

هذا وقد لمست الباحثة تعاوننا ملموسا وخاصة من قبل المرضى، أو من قبل الأطباء المشرفون، وقد عملت المستشفيات المذكورة على تسهيل مهمة الباحثة.

## المعالجات الإحصائية:

بعد جمع بيانات الدراسة، قامت الباحثة بمراجعتها تمهيداً لإدخالها للحاسوب، وقد أدخلت إلى الحاسوب بإعطائها أرقاماً معينة، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية، حيث أعطيت الإجابة تنطبق بدرجة كبيرة جداً في مقياس الضغط النفسي (5) درجات، كبيرة (4) درجات، متوسطة (3) درجات، قليلة درجتين، ولا تنطبق أبداً درجة واحدة، بحيث كلما زادت الدرجة كلما زادت درجة الضغط النفسي والعكس صحيح، وبالنسبة لمقياس القلق النفسي، أعطيت الإجابة كثيراً جداً (4) درجات، متوسطة (3) درجات، إلى حد ما درجتين، ولا مطلقاً درجة واحدة، بحيث كلما زادت الدرجة كلما زادت درجة القلق النفسي والعكس صحيح. ولفهم نتائج الدراسة تم اعتماد مفتاح المتوسطات الحسابية الآتي:

المقياس	المتوسط الحسابي	الدرجة	المعيار
الضغط النفسي	94.02-1	قليلة	-انحراف معياري عن المتوسط الحسابي
	161.58-94.03	متوسطة	الوسط
	230-161.59	عالية	+انحراف معياري عن المتوسط الحسابي
القلق النفسي	77.42-1	قليلة	-انحراف معياري عن المتوسط الحسابي
	110-77.43	متوسطة	الوسط
	160-110.1	عالية	+انحراف معياري عن المتوسط الحسابي

وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance)، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) وذلك باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة

عرض نتائج السؤال الأول

عرض نتائج السؤال الثاني

عرض نتائج الفرضية الأولى

عرض نتائج الفرضية الثانية

عرض نتائج الفرضية الثالثة

عرض نتائج الفرضية الرابعة

عرض نتائج الفرضية الخامسة

عرض نتائج الفرضية السادسة

عرض نتائج الفرضية السابعة

عرض نتائج الفرضية الثامنة

عرض نتائج الفرضية التاسعة

عرض نتائج الفرضية العاشرة

عرض نتائج الفرضية الحادية عشر

عرض نتائج الفرضية الثانية عشر

عرض نتائج الفرضية الثالثة عشر

عرض نتائج الفرضية الرابعة عشر

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة:

سيتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها من التحليل الإحصائي للبيانات المتحصل عليها من استجابات أفراد العينة على أدوات الدراسة: استبانة الضغط النفسي، ومقياس قائمة القلق:

الحالة والسمة، وقد قامت الباحثة باستعراض تلك النتائج وفقا لانسجامها ، ومدى ارتباطها مع أسئلة الدراسة المطروحة في الفصل الأول والفرضيات التي انبثقت عنها.

#### سؤال الدراسة الأول:

ما درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية؟  
للإجابة عن السؤال الأول استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية على الدرجة الكلية للمقياس وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (1).

#### جدول رقم ( 4 . 1 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المتغير
33.78	127.80	200	درجة الضغط النفسي

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق أن درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية كانت متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الدرجة على الدرجة الكلية لمقياس الدراسة (127.80).

#### سؤال الدراسة الثاني:

ما درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية؟  
للإجابة عن السؤال الثاني استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية على الدرجة الكلية للمقياس، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (2).

#### جدول رقم ( 4 . 2 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
درجة القلق النفسي	200	93.71	16.29

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق أن درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية كانت متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الدرجة على الدرجة الكلية لمقياس الدراسة (93.71).

الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة الفرضية الأولى استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (3).

#### جدول رقم ( 3 . 4 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	1269.535	1269.535	12.316	0.001
الجنس	1	14286.861	14286.861	13.862	0.000
الإصابة*الجنس	1	1181.322	1181.322	1.146	0.286

		1030.635	202004.500	196	الخطأ
			3494005.000	200	المجموع
			227181.395	199	المجموع الكلي

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس، فقد كانت درجة الضغط النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف جنسهم، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (4).

#### جدول رقم ( 4 . 4 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس

الإصابة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	ذكر	68	127.55	35.30
	أنثى	32	150.43	20.74
غير مصاب	ذكر	62	115.91	34.81
	أنثى	38	128.57	29.05

#### الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر. للتحقق من صحة الفرضية الثانية استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (5).

#### جدول رقم ( 4 . 5 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	9982.625	9982.625	9.067	0.003
العمر	1	1220.384	1220.384	1.108	0.294
الإصابة*العمر	1	116.909	116.909	0.106	0.745
الخطأ	196	215801.434	1101.028		
المجموع	200	3494005.000			
المجموع الكلي	199	227181.395			

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر، فقد كانت درجة الضغط النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف فئاتهم العمرية، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (6).

#### جدول رقم ( 4 . 6 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر

الإصابة	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	تحت 52 سنة	36	137.11	33.57
	52 سنة فما فوق	64	133.62	32.97

37.01	124.23	47	تحت 52 سنة	غير مصاب
29.35	117.62	53	52 سنة فما فوق	

#### الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل. للتحقق من صحة الفرضية الثالثة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (7).

#### جدول رقم ( 7 . 4 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	6500.954	6500.954	6.650	0.011
نوع العمل	3	26424.813	8808.271	9.010	0.000
الإصابة*نوع العمل	3	3389.640	1129.880	1.156	0.328
الخطأ	192	187696.793	977.587		
المجموع	200	3494005.000			
المجموع الكلي	199	227181.395			

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل، فقد كانت درجة الضغط النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف نوع العمل، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (8).

#### جدول رقم ( 8 . 4 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل

الإصابة	نوع العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	موظف	20	110.55	37.72
	عامل	27	142.33	24.89
	عمل حر	14	141.57	37.63
	بدون عمل	39	139.79	28.90
غير مصاب	موظف	34	106.85	31.67
	عامل	10	131.80	43.79
	عمل حر	14	111.71	30.74
	بدون عمل	42	132.33	27.81

#### الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. للتحقق من صحة الفرضية الرابعة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (9).

#### جدول رقم (4 . 9)

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	5614.523	5614.523	5.129	0.025

0.159	1.999	2188.506	2188.506	1	الحالة الاجتماعية
0.606	0.266	291.582	291.582	1	الإصابة* الحالة الاجتماعية
		1094.768	214574.554	196	الخطأ
			3494005.000	200	المجموع
			227181.395	199	المجموع الكلي

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، فقد كانت درجة الضغط النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (10).

#### جدول رقم ( 4 . 10 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الإصابة	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	متزوج	80	133.86	34.75
	غير ذلك	20	138.95	25.51
غير مصاب	متزوج	76	118.10	35.10
	غير ذلك	24	129.04	24.96

#### الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين.

للتحقق من صحة الفرضية الخامسة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (11).

#### جدول رقم ( 4 . 11 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	7180.921	7180.921	6.535	0.011
التدخين	1	1.109	1.109	0.001	0.975
الإصابة*التدخين	1	1808.110	1808.110	1.646	0.201
الخطأ	196	215356.890	1098.760		
المجموع	200	3494005.000			
المجموع الكلي	199	227181.395			

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين، فقد كانت درجة الضغط النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية سواء المدخنين منهم أم غير المدخنين، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (12).

#### جدول رقم ( 4 . 12 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين

الإصابة	التدخين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	مدخن	34	130.85	35.58
	غير مدخن	66	136.95	31.76

36.52	124.64	39	مدخن	غير مصاب
30.89	118.22	61	غير مدخن	

الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً. للتحقق من صحة الفرضية السادسة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (13).

#### جدول رقم ( 4 . 13 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	23.523	23.523	0.018	0.893

0.560	0.343	443.103	443.103	1	عدد السجائر
0.122	2.455	3171.567	3171.567	1	الإصابة* عدد السجائر
		1291.667	89124.992	69	الخطأ
			1280528.000	73	المجموع
			93184.164	72	المجموع الكلي

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً، فقد كانت درجة الضغط النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية سواء الذين يدخنون أقل من 25 سيجارة أو أكثر يومياً، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (14).

#### جدول رقم ( 4 . 14 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً

الإصابة	عدد السجائر يومياً	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	أقل من 25	24	136.54	36.56

30.55	117.20	10	25 فأكثر	
38.00	121.25	24	أقل من 25	غير مصاب
34.58	130.06	15	25 فأكثر	

الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى.

للتحقق من صحة الفرضية السابعة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي ( Two Way Analysis of Variance ) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (15).

#### جدول رقم ( 4 . 15 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض

أخرى

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	2950.634	2950.634	2.919	0.089

0.007	5.143	5198.137	10396.274	2	الأمراض الأخرى
0.840	0.175	176.513	353.026	2	الإصابة*الأمراض الأخرى
		1010.729	180920.573	179	الخطأ
			3279402.000	185	المجموع
			199526.865	184	المجموع الكلي

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى، فقد كانت درجة الضغط النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف إصابتهم بأمراض أخرى، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (16).

#### جدول رقم ( 4 . 16 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى

الإصابة	الإصابة بأمراض أخرى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	السكري	37	136.64	34.44

28.28	144.22	27	ضغط الدم	غير مصاب
31.46	126.06	31	لا يوجد	
36.03	132.35	17	السكري	
36.15	132.72	18	ضغط الدم	
28.77	115.87	55	لا يوجد	

#### الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة الفرضية الثامنة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (17).

#### جدول رقم ( 4 . 17 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	6363.881	6363.881	28.679	0.000
الجنس	1	3583.143	3583.143	16.148	0.000

0.030	4.799	1064.898	1064.898	1	الإصابة*الجنس
		221.989	4349.937	196	الخطأ
			1809363.000	200	المجموع
			52862.755	199	المجموع الكلي

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس، وكانت الفروق لصالح المصابين من الإناث، اللواتي كانت درجة القلق النفسي عندهن هي الأعلى بمتوسط حسابي (108)، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (18).

#### جدول رقم ( 4 . 18 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس

الإصابة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	ذكر	68	94.25	14.24
	أنثى	32	108.00	12.39
غير مصاب	ذكر	62	87.24	17.13
	أنثى	38	91.28	13.95

الفرضية التاسعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر.

للتحقق من صحة الفرضية التاسعة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي ( Two Way Analysis of Variance ) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (19).

#### جدول رقم ( 4 . 19 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	4158.288	4158.288	17.112	0.000
العمر	1	43.977	43.977	0.181	0.671
الإصابة*العمر	1	328.141	328.141	1.350	0.247
الخطأ	196	47628.609	243.003		
المجموع	200	1809363.000			
المجموع الكلي	199	52862.755			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف فئاتهم العمرية، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (20).

#### جدول رقم ( 4 . 20 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر

الإصابة	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	تحت 52 سنة	36	96.36	12.56
	52 سنة فما فوق	64	99.93	16.26
غير مصاب	تحت 52 سنة	47	89.65	16.33

15.91	88.00	53	52 سنة فما فوق
-------	-------	----	----------------

#### الفرضية العاشرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل.

للتحقق من صحة الفرضية العاشرة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (21).

#### جدول رقم ( 4 . 21 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	4802.083	4802.083	21.445	0.000
نوع العمل	3	4033.648	1344.549	6.004	0.001
الإصابة*نوع العمل	3	1250.761	416.920	1.862	0.137
الخطأ	192	42993.465	223.924		
المجموع	200	1809363.000			
المجموع الكلي	199	52862.755			

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف نوع العمل، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (22).

#### جدول رقم ( 4 . 22 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل

الإصابة	نوع العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	موظف	20	89.25	18.75
	عامل	27	99.92	13.52
	عمل حر	14	100.71	13.44
	بدون عمل	39	101.84	12.99
غير مصاب	موظف	34	85.11	16.92
	عامل	10	85.60	13.89
	عمل حر	14	81.92	16.55
	بدون عمل	42	94.78	13.99

الفرضية الحادية عشرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

للتحقق من صحة الفرضية الحادية عشرة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (23)

جدول رقم ( 4 . 23 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	2871.243	2871.243	11.980	0.001

0.056	3.703	887.457	887.457	1	الحالة الاجتماعية
0.546	0.365	87.495	87.495	1	الإصابة* الحالة الاجتماعية
		239.674	46976.151	196	الخطأ
			1809363.000	200	المجموع
			52862.755	199	المجموع الكلي

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (24).

#### جدول رقم (4 . 24 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الإصابة	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	متزوج	80	97.95	15.40
	غير ذلك	20	101.45	13.62
غير مصاب	متزوج	76	87.17	16.69
	غير ذلك	24	93.87	12.84

الفرضية الثانية عشرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين.

للتحقق من صحة الفرضية الثانية عشرة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (25).

#### جدول رقم ( 4 . 25 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	3857.120	3857.120	15.883	0.000
التدخين	1	19.013	19.013	0.078	0.780
الإصابة*التدخين	1	369.839	369.839	1.523	0.219
الخطأ	196	47597.824	242.846		
المجموع	200	1809363.000			
المجموع الكلي	199	52862.755			

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية سواء المدخنين منهم أم غير المدخنين، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (26).

#### جدول رقم ( 4 . 26 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين

الإصابة	التدخين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	مدخن	34	97.20	15.27
	غير مدخن	66	99.39	15.02
غير مصاب	مدخن	39	90.89	16.01
	غير مدخن	61	87.42	16.06

الفرضية الثالثة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً. للتحقق من صحة الفرضية الثالثة عشرة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (27).

#### جدول رقم ( 27. 4 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً

المتغيرات	درجات	مجموع	متوسط	قيمة ف	الدلالة
-----------	-------	-------	-------	--------	---------

الإحصائية	المحسوبة	المربعات	المربعات	الحرية	
0.247	1.361	334.890	334.890	1	الإصابة
0.343	0.910	224.001	224.001	1	عدد السجائر
0.272	1.225	301.601	301.601	1	الإصابة* عدد السجائر
		246.125	16982.600	69	الخطأ
			660944.000	73	المجموع
			18170.027	72	المجموع الكلي

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف إصابتهم بأمراض أخرى، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (28).

#### جدول رقم ( 4 . 28 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً

الإصابة	عدد السجائر يومياً	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	أقل من 25	24	99.58	14.92
	25 فأكثر	10	91.50	15.32
غير مصاب	أقل من 25	24	90.66	17.64
	25 فأكثر	15	91.26	13.57

الفرضية الرابعة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى.

للتحقق من صحة الفرضية الرابعة عشرة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي ( Two Way Analysis of Variance ) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين

بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (29).

#### جدول رقم ( 4 . 29 )

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى

المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الإصابة	1	1964.170	1964.170	8.511	0.004
الأمراض الأخرى	2	2127.825	1063.913	4.610	0.011
الإصابة*الأمراض الأخرى	2	110.145	55.073	0.239	0.788
الخطأ	179	41307.709	230.769		
المجموع	185	1682935.000			
المجموع الكلي	184	46958.735			

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف إصابتهم بأمراض أخرى، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (30).

#### جدول رقم ( 4 . 30 )

الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى

الإصابة	الإصابة بأمراض أخرى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصاب	السكري	37	98.70	14.18
	ضغط الدم	27	103.22	14.71
	لا يوجد	31	93.25	15.94
غير مصاب	السكري	17	93.05	12.98
	ضغط الدم	18	93.66	18.56
	لا يوجد	55	87.25	15.06

## الفصل الخامس

### مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

### توصيات الدراسة

## الفصل الخامس

### مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل مناقشة، وتفسير النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، وفقا لترتيب الأسئلة والفرضيات، التي انبثقت عنها، ومن ثم تقديم التوصيات بناء على النتائج.

#### السؤال الأول:

ما درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية؟ أشارت معطيات نتائج الدراسة إلى أن 13% من المرضى المصابين لديهم ضغط منخفض، كما أن 65% منهم يعانون من الضغط بدرجة متوسطة و22% من المرضى المصابين يعانون من الضغط المرتفع. أما فيما يتعلق بغير المصابين فقد أشارت النتائج إلى أن 24% من عينة الدراسة يعانون

من ضغط منخفض، و 67% يعانون من الضغط بدرجة متوسطة في حين يعاني 9% من الضغط المرتفع.

وتشير الأرقام السابقة إلى وجود فروق في درجة الضغط النفسي المرتفع لصالح المصابين من المرضى، كما كانت هناك فروق في درجة الضغط النفسي المنخفض إذ كانت الفروق لصالح غير المصابين من المرضى، وقد أشارت نتيجة السؤال الأول إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغط النفسي بين المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية، حيث كانت درجة الضغط لدى المصابين وغير المصابين متوسطة بمقدار (127.80). وبانحراف معياري (33.8).

وتعزو الباحثة عدم وجود الفروق إلى عدة أمور منها: اشترك أفراد عينة الدراسة في البعد الجغرافي والذي ترتب عليه تشابه الظروف البيئية المحيطة بأفراد العينة، منها الظروف السياسية الاقتصادية، والاجتماعية والصحية، كما أن الضغوط بكل أبعادها هي ناتجة عن التفاعل ما بين الفرد والبيئة، إذ يتفاعل ويتعايش أفراد عينة الدراسة ضمن طبيعة المجتمع والتي هي واحدة للجميع، وبطبيعة الحال تختلف درجة الضغط النفسي من مجتمع لآخر، ومن ثقافة إلى أخرى، ولا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة على أي مجتمع أو أي ثقافة من الثقافات إلا إذا كانت هناك عينة تمثل هذا المجتمع بقطاعاته المختلفة، وبما أن هناك تباين كبير بين الثقافات وأساليب التنشئة الاجتماعية على سبيل المثال بين المجتمع الفلسطيني، والمجتمع الأمريكي فإنه بالضرورة ستكون النتائج مختلفة إلى حد كبير

كما وتعزو الباحثة عدم وجود الفروق إلى تقارب طبيعة البناء النفسي لأفراد العينة إذ أن البناء النفسي هو في النهاية المحصلة الأخيرة، لأساليب التنشئة الاجتماعية والأسرية النابعة من المجتمع، كما ويمكن تفسير انعدام الفروق إلى التشابه في الخلفية الثقافية لأفراد عينة الدراسة، والذي تمثل في نقص المعلومات الطبية التامة والصحيحة والسليمة فيما يتعلق بالجلطة القلبية، ماهية الجلطة، وما هي تبعاتها المستقبلية ومضاعفاتها، حيث أن العديد من المرضى كانوا يفقدون إلى التثقيف الصحي، ولم يكن لديهم أصلاً معرفة بطبيعة وضعهم الصحي الحقيقي. كما أن وصول المريض إلى المستشفى بعد الآلام الشديدة، والحالة الصعبة التي مر بها هي بمثابة مرحلة نجاح وخطوة هامة في التخلص من المرحلة الصعبة التي كان يعاني منها، كما لوحظ أن العديد من المرضى كانت درجة إصابتهم ما بين (خفيفة - متوسطة) حيث كانت فترة مكوثهم في المستشفى تتراوح ما بين (3-7) أيام وهي فترة زمنية قصيرة، وهذا ما يمكن أن يفسر انعدام الفروق.

كما يمكن تفسير عدم وجود فروق بين المصابين وغير المصابين إلى وجود المساندة النفسية والدعم الاجتماعي من قبل الأهل والأصدقاء الذين عملوا على تبيد مخاوف وقلق المرضى برفع معنوياتهم وإحاطتهم بالرعاية والدفء والحنان.

هذا وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة ( بريدت، 1983 ). وهي الدراسة الوحيدة التي انفتحت نتائجها مع الدراسة، والتي تناولت إفادة الناس عن الضغط النفسي ومخاطر الإصابة بالجلطة القلبية والتي سعت إلى تحليل شدة الضغط النفسي، وتكراره لدى الأفراد المفحوصين ومخاطر إصابتهم بالجلطة القلبية، كما هدفت إلى فحص الاحتمالات القائمة بين الضغط النفسي وارتفاع ضغط الدم وأساليب الحياة وعلاقتها بالأمراض القلبية.

حيث أشارت نتيجة العينة أن 1.49% يتعرضون للضغط النفسي وهي نسبة في حدودها الطبيعية كما أن أفراد العينة التي تم دراستها لم تعطِ دليلاً قوياً على أن الضغط النفسي، كما أفاد به المشاركون في الدراسة هو عامل مستقل من عوامل الإصابة بالجلطات القلبية. كما أنه لم يكن هناك أثر واضح للضغط النفسي في تحليل الناس للجلطات القلبية غير القاتلة.

كما وتتفق نتائج الدراسة مع الأفكار التي طرحها جون ماكليود وزملاؤه ( 2002 ). من جامعة برمنغهام شمالي إنجلترا والذي أشار إلى أنه لا توجد أدلة وأسس علمية تشير إلى وجود علاقة بين الضغوط النفسية والتعرض للأزمات القلبية، على الرغم من أن بعض الدراسات قد أشارت إلى أن الضغوط النفسية قد تكون عاملاً مساعداً على الإصابة بالأزمات القلبية التي تنصدر أسباب الوفاة في أغلب الدول الصناعية، حيث أشار ماكليود وزملاءه إلى أن الأشخاص الذين يشكون من مستويات مرتفعة من الضغط يرجح أنهم أيضاً الأكثر شكوى من أعراض أمراض القلب، لكنهم قد لا يكونون مرضى، والذي أكد أن الأدلة العلمية التي تدعم هذه الفكرة غير قاطعة.

هذا وتختلف نتائج الدراسة مع العديد من الدراسات والتي تعزوها الباحثة إلى اختلاف طبيعة العينة وأداة الدراسة إذ أن هناك العديد من الطرق والمقاييس لقياس درجة الضغط النفسي ومن هذه الدراسات، دراسة شيبس ( 2004, Ships ). والذي تناول أثر الضغط النفسي والذهني وعلاقته بأمراض الأوعية الدموية، والذي أشار إلى وجود تعقيدات وحالات غير عادية لدى قلوب عدد من المرضى عندما تعرضوا للضغط النفسي بمعدل يقترب من ثلاث أضعاف عن الذين لم يتعرضوا للتعقيدات.

كما وتختلف هذه الدراسة مع دراسة فرانك ( Frank , 2004 ). الذي أشار إلى أن الغضب والتوتر الشديد يؤدي إلى إفراز كميات كبيرة ومنتزادة من هرمون الأدرينالين والكورتيزون الذي يهيج الجسم لحالات الطوارئ ويؤدي إلى تقلص في جدران الأوعية الدموية أو تضيقها وضغط على القلب بضخ كميات كبيرة من الدم في مواجهة الحياة الضاغطة مما يعرض الإنسان لأزمات نصفها يكون قاتلاً.

كما وتختلف مع دراسة كوتون وآخرين (Cotton & Others, 2000). والذي أشار في دراسته "الإجهاد والنوبة القلبية" إلى أن الضغط المستمر والأحاسيس السلبية يمكن لها أن تضاعف خطر الإصابة بالجلطة القلبية والدماعية بمقدار (14) مرة خلال الساعتين التاليتين، ما بين المرور بلحظة غضب أو إجهاد أو ضغط. كما وتخالف دراسة وتني (Whitney, 2002). حيث أشار إلى أن عددا من المرضى المقيمين في مستشفى بروكلين حدثت لديهم إصابات بأمراض قلبية وجلطات بعد (60) يوم من وقوع الأحداث والتي شكلت أحداث ضاغطة بشكل كبير جدا خاصة لمن تواجدوا في موقع الحدث.

كما وتختلف مع دراسة ماستر وزملاؤه (Mastr & Coll, 1992). الذي أشار إلى أن (4) من كل (5) أشخاص قد شفوا تماما أو شفوا بدرجة مرضية، كما أن 5% فقط أصيبوا بعجز خطير دراسة هولمز وراهي (Holmes & Rahi, 1966). والذان أشارا إلى أن أحداث الشدة (الضغط النفسي) وأزمات الحياة تؤدي إلى ضرر وتغيرات في الصحة الجسمية لاسيما صحة القلب.

## السؤال الثاني:

ما درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية؟

للإجابة على هذا السؤال استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين، وغير المصابين بالجلطات القلبية على الدرجة الكلية للمقياس، وقد أشارت النتائج إلى أن 11% من المرضى المصابين يعانون من القلق بدرجة منخفضة و (67) منهم يعانون من القلق بدرجة متوسطة و 22% من المرضى المصابين يعانون من القلق بدرجة مرتفعة أما فيما يتعلق بغير المصابين فقد أشارت النتائج إلى أن 23% يعانون من القلق بدرجة منخفضة و 70 منهم يعانون من القلق بدرجة متوسطة في حين يعاني 7% منهم من القلق بدرجة منخفضة ويستدل مما سبق أن هناك اختلاف في درجة القلق النفسي المرتفع لصالح المصابين من المرضى ومن خلال المقارنة بين المصابين وغير المصابين فقد أشارت نتائج السؤال الثاني إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين وغير المصابين في درجة القلق النفسي حيث كانت درجة القلق النفسي متوسطة بوسط حسابي (93.71) وانحراف معياري (16.29).

ويمكن إيعاز ذلك إلى عدة أسباب منها:

. تشابه الظروف البيئية المحيطة بعينة الدراسة في كافة النواحي، المعيشية والمجتمعية وخاصة فيما يتعلق بالظروف السياسية، إذ أن الوضع السياسي العام في فلسطين يمر بمراحل مختلفة من المد

والجزر والذي ينعكس بدوره على كافة النواحي النفسية للمواطنين بدرجات مختلفة من حيث الشدة والتأثير.

. تشابه أساليب التنشئة الأسرية والاجتماعية والتي تلعب الدور الأكبر في تشكيل سلوكيات الأفراد وتعاطيهم مع مواقف الشدة وحالات القلق التي تعترضهم، حيث أن غالبية حالات القلق تعود إلى طبيعة الأبنية الاجتماعية المحيطة بالأفراد وكذلك للبيئة التي يعيش فيها هؤلاء.

. عدم توفر القدر الكافي من المعلومات المتعلقة بالجلطة القلبية خاصة، وأمراض القلب عامة للعديد من أفراد عينة الدراسة، حيث أن هناك قسم كبير من أفراد العينة من غير المتعلمين.  
. احاطة المرضى بالمساندة الاجتماعية الوافرة من قبل الأهل، والأصدقاء، إذ كان الأهل يعملون على تهدئة مرضاهم والوقوف إلى جانبهم ومشاركتهم من الناحية الوجدانية.  
. وجود النزعة الإيمانية القوية والثقة بالله سبحانه وتعالى وقناعتهم الراسخة من إيمانهم المطلق بأن ما يصيبهم هو قضاء وقدر سواء أكان خيراً أم شراً.

. احاطة المرضى بالرعاية الصحية من قبل الأطباء، والممرضين، وشعور المرضى أنهم في وضع آمن، ويلاحظ إلى أن حالة القلق غالباً تبدأ عند المرضى المصابين بالجلطة القلبية ليس أثناء وجودهم في المستشفى بل بعد عودتهم إلى بيوتهم، حيث يشعر المريض بالوحدة، ويتغير أسلوب حياته جزئياً أو كلياً حسب طبيعة الإصابة وشدتها، كما ويراود المرضى الخوف والقلق والشك بأنهم قد يقعون فريسة لمباغثة الجلطة القلبية مرة أخرى دون وجود أحد بجوارهم يساعدهم عند الضرورة وعند الشعور بالخطر.

هذا وتختلف نتيجة الدراسة مع العديد من الدراسات والتي تعزوها الباحثة إلى اختلاف بيئة عينة الدراسة وظروفها.

دراسة سترك (Strik, 2003). والذي أشار إلى أن القلق النفسي يعطل الشفاء بعد الإصابة بالنوبة القلبية كما يقود إلى مسائل قلبية مستقبلية.

كما أشار إلى وجود علاقة ايجابية ما بين الإصابة بالجلطة القلبية والقلق.

دراسة كوهين وجرفش (Cohen & Garfish, 1991).

والتي هدفت إلى معرفة العلاقة القائمة بين الأحداث الضاغطة، والمنغصات اليومية وسمة القلق من ناحية، والحالة الصحية للفرد من ناحية أخرى، حيث أشارت الدراسة إلى أن المستوى العالي من سمة القلق تجعل الفرد أكثر عرضة للأمراض القلبية، والجسمية إذا تفاعلت الأحداث الضاغطة مع سمة القلق العالية.

دراسة كرسيتين وألبرت (Christine & Albert, 1988). والليذان تناولوا دور القلق الرهابي في الإصابة بخطر الموت، إذ أشارا إلى وجود تأثير دال إحصائياً للقلق الرهابي على الذبحة الصدرية.

دراسة كوستا (Costa, 1986). والذي أشار إلى أن القلق والأمراض العصابية هي بعد من أبعاد الشخصية التي ترتبط بشكل ايجابي مع الإصابة بأمراض القلب والشرابين، كما اعتبر القلق والاكنتاب بمثابة مثيرات أولية مسببة لآلام الصدر.

### الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس.

تبين نتيجة الفرضية الأولى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين على الدرجة الكلية للضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس، إذ أشارت النتائج إلى أن درجة الضغط النفسي كانت متوسطة لدى الذكور ولدى الإناث.

لما كانت العوامل الاجتماعية والثقافية والسياسية السائدة في مجتمع ما تلعب دورا مهما في تشكيل الشخصية، وفي الاستجابة لمواقف الحياة المختلفة بما فيها الضغط النفسي، لذا فإنه يمكن عزو غياب الفروق بين الجنسين إلى التغيرات التي طرأت على المجتمع، والتي أدت إلى أن تكون المسؤوليات الملقاة على عاتق الجنسين فيما يتعلق بالأمور الحياتية، مثل التعليم والعمل واحدة الأمر الذي ترتب عليه بطبيعة الحال تعرض الجنسين لضغوط تكاد تكون على نفس القدر من النوعية والشدة، كما أن طبيعة توزيع أفراد العينة على مستويات الضغوط، وغياب الفروق بين المتوسطات وفقا للجنس، إنما تعكس التقارب أيضا في الخلفية الثقافية والاجتماعية لكلا الجنسين، كما ويمكننا أن نستنتج أن غياب الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بالضغط النفسي يعود إلى تقارب العوامل التي تشكل الواقع المعاش لكلا الجنسين.

هذا وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة (سالم ونجيب، 2002). والذان أشارا من خلال دراستهما عن الضغوط إلى أن الإناث يتعرضن بشكل أكبر للضغوط البيئية والأكاديمية والثقافية والأسرية والشخصية على التوالي، بينما لوحظ أن الذكور يتعرضون بشكل أكبر للضغوط الاجتماعية والاقتصادية، حيث كشفت نتائج الدراسة عن وجود توزيع مناظر لمستويات الضغوط بين عيني الذكور والإناث في الضغوط ذات المستوى المنخفض، بينما هناك ارتفاع في النسبة المئوية للإناث في المستوى المتوسط مقارنة بالذكور، في حين كانت لصالح الذكور في المستوى المرتفع، ولم تبلغ الفروق بين الجنسين مستوى الدلالة الإحصائية.

كما وتختلف نتيجة هذه الدراسة مع إحدى نتائج دراسة هيروياسو (Hiroyasu, 2002).

والذي تناول دور الإجهاد والضغط العقلي ومخاطر الإصابة بالجلطة القلبية القاتلة، حيث أشارت نتائج دراسته إلى أن نسبة الوفيات الناتجة عن أمراض القلب كانت أعلى في فئة الرجال عنها في فئة النساء، كما أشار إلى وجود علاقة ايجابية مابين الضغط النفسي المتوسط والمرتفع والإصابة بالنوبات القلبية، كما أشار إلى أن النساء الأصغر سنا كان لديهن ضغط مرتفع، ومتعلمات، ويتمتعن بالاستقرار، ولديهن تاريخ محتمل للإصابة بضغط الدم والسكري.

### الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر، إذ بلغ المتوسط الحسابي لمن هم دون سن (52) سنة من الذكور (137.11) ومن الإناث (133.62). أما غير المصابين فقد بلغ المتوسط الحسابي (124.23) للذكور و(117.62) للإناث.

بالاعتماد على النتائج المستمدة من التحليلات الإحصائية التي تم إجراؤها تم قبول هذه الفرضية حيث دلت النتائج على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على متوسط الدرجات بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين تعزى لمتغير العمر.

لا شك بأن كل مرحلة من مراحل العمر المختلفة الطفولة، والمراهقة، والشباب، والشيخوخة، تترافق بظروف وجوانب ومشكلات عدة ترافقها متغيرات جسمية، ونفسية، والتي تنعكس في صورة ضغوطات نفسية، وحالات قلق، وبما أن الضغوط النفسية تتشكل وتتبلور نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة ومكوناتها المادية والفيزيائية فإن الباحثة تعزو غياب الفروق بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين تبعاً لمتغير العمر إلى التشابه والتقارب في ظروف البيئة بكل مكوناتها، كما أن الظروف الحياتية الاقتصادية، والاجتماعية، والصحية، والثقافية واحدة.

كما تعزو الباحثة عدم وجود الفروق إلى أن غالبية عناصر عينة الدراسة هم فوق سن (52) سنة إذ بلغ متوسط عمر العينة (53.15) سنة للرجال و(56.75) سنة للنساء لفئة المصابين أما غير المصابين فقد بلغ الوسط الحسابي (49.88) للذكور و(53.78) للإناث إذ تتميز هذه المرحلة العمرية بنوع من الاستقرار النفسي والمادي والأسري، وتعد مرحلة النضوج، مقارنة بمرحلة المراهقة والشباب والتي تكثر فيها الضغوط النفسية الأكاديمية والمهنية، وعماً يليها من مرحلة الشيخوخة، إذ تكثر فيها الضغوط النفسية نتيجة تعرض المسن إلى تغيرات جذرية في حياته خاصة من الناحية الصحية، والأسرية، حيث تكثر لديهم الأمراض المزمنة المصحوبة بصعوبة الحركة والتنقل كما ويعاني العديد منهم من الوحدة.

وتختلف نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Piers, Barta, Henrigues, Mateus, & Silva) والتي تناولت موضوع ما بعد الإصابة بالنوبة القلبية الناتجة عن الكآبة، والتي أشارت إلى وجود علاقة ما بين العمر، والكآبة، كما أشارت أيضا إلى أن عدداً من المرضى الذين تعرضوا للإصابة ظهرت لديهم حالات قلق وإجهاد وخوف.

دراسة هيروياسو (Hiroyaso, 2002). والذي تناول دور الإجهاد والضغط العقلي ومخاطر الإصابة بالجلطة القلبية القاتلة، حيث أشارت إحدى نتائج دراسته، إلى أن النساء الأصغر سناً كان لديهن ضغط مرتفع، وتاريخ محتمل للإصابة بضغط الدم، والسكري، مقارنة بغيرهن من النساء من ذوات السن المتوسط، والمتقدم على الرغم من أن النساء الأصغر سناً كن متعلمات، ويتمتعن بالاستقرار.

كما وتختلف مع دراسة (أمان، 2001). والذي تناول الأبعاد الجغرافية لأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات الناتجة عنها في دولة الكويت. والتي أكدت أن معظم وفيات أمراض القلب والجلطات في الكويت تركزت في الشريحتين العمرتين الأولى بين (56 - 75) والثانية أكثر من (75) سنة، أي من ذوي السن المتقدم.

### الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل. للتأكد من صحة الفرضية الثالثة، استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل. يلاحظ أن الضغوط النفسية المتعلقة بالعمل تقترن عادةً بعدة جوانب منها: ظروف العمل الفيزيائية عدد ساعات العمل، ونوعية العمل ومدى ما يتطلبه من جهد جسدي وعقلي، ومقدار السيطرة المتاحة من قبل العامل ورؤساء العمل، وظروف العمل الضاغطة، وغير الضاغطة، ويرى البعض أن مستوى الشعور بضغط العمل وانعكاسه يتفاوت من شخص إلى آخر، كما أن الإحساس بضغط العمل لا يصدر من المؤثرات الخارجية أصلاً كعدد ساعات العمل، تراكم المهام اليومية، الظروف الفيزيائية، سياسة المؤسسة وأنظمتها، بل تدخل في صياغته وتضخيمه، أو الحد منه سمات الشخصية الفردية وطباعها، ومنها الكفاءة في العمل، مستوى الطموح، المقدرة على تحمل المسؤولية

بالإضافة إلى قوة أو ضعف الحوافز المادية والمعنوية، كما وتلعب خصوصيات الحياة الخاصة كالمرض والمشاكل العائلية ومنها الطلاق، والأحداث المحزنة كعوامل خارجية ضاغطة في العمل وتشير النتائج إلى أن 27% من أفراد عينة الدراسة هم من فئة الموظفين، 18.5% من فئة العمال 14% من فئة العمل الحر، أما الفئة الكبرى فكانت من نصيب فئة بدون عمل، والتي شكلت ما نسبته 40.5% من أفراد عينة الدراسة وهي فئة مرتفعة مقارنة بالفئات الأخرى وتعزو الباحثة ارتفاع هذه النسبة إلى الحالة الصحية للمرضى والتي أدت إلى عدم قدرتهم على العمل وإلى الوضع السياسي العام، والذي ترتب عليه انعدام فرص العمل، إذ تطال البطالة نتيجة الوضع الراهن ما نسبته 50% من أبناء الشعب الفلسطيني، بعد إجراء التحليلات الإحصائية واستخراج المتوسطات الحسابية فقد أظهرت نتيجة الدراسة عدم وجود فروق في درجة الضغط النفسي بين المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية.

ويمكن تفسير عدم وجود الفروق إلى تشابه وتقارب ظروف العمل المتاحة وتشابه الإطار والوضع السياسي العام الذي يشكل نوعية وظروف العمل تبعاً للمرحلة الراهنة، حيث أن المرحلة الراهنة المحكومة بالوضع السياسي العام للمجتمع جعلت قسماً كبيراً من الناس يتعايشون معه، على أمل تحسن هذه الأوضاع.

كما يمكن تفسير انعدام الفروق إلى طبيعة التكوين النفسي وسمات الشخصية المتقاربة بين الفئات المختلفة الناشئة من التربية المجتمعية العامة. كما أن هناك قاسماً مشتركاً في طبيعة إدراك الضغوط المهنية النفسية والتي غالباً ما تنشأ عن طبيعة إدراك الضغوط بما فيها الضغوط المهنية. وتختلف نتيجة هذه الدراسة مع العديد من الدراسات في هذا المجال ومنها.

دراسة جودث وآخرون ( Judith & Others , 2004 ). والذان أشارا إلى الأفراد الذين لديهم سيطرة منخفضة على أعمالهم يتعرضون غالباً للإصابة بالجلطات والموت من الأمراض القلبية، كما أن الأفراد الذين يتمتعون بخبرات قليلة، ودعم اجتماعي منخفض يصابون بأمراض قلبية مقارنة بمن يتلقون المساندة من قبل مساعديهم في العمل أو من قبل أسرهم، والذين يتمتعون بخبرات واسعة والذين لديهم سيطرة وضبط لأعمالهم، دراسة ( لأنش 2000 , Lansh ). حيث أشار إلى تراكم كميات كبيرة من الصفائح في شرايين الرقبة لدى الرجال العاطلين عن العمل، أو العاملين في وظائف ذات جو متوتر ومردود مالي قليل مقارنة مع الرجال الذين يعملون في وظائف أقل توتراً وأقل دخلاً.

دراسة سيمون ( Semon, 1998 ). الذي أشار إلى أن الجماعات التي تعمل أكثر من ( 11 ) ساعة يومياً تكون معرضة أكثر من غيرهم للإصابة بالنوبات القلبية مقارنة مع من يعملون

(6 - 7) ساعات، دراسة سانج ( Sang, 1992). والذي أشار إلى أن الأشخاص الذين تتقصمهم المساعدة الوظيفية والدعم الاجتماعي ويتناولون كميات كبيرة من الدهون معرضون أكثر من غيرهم لخطر مرض التصلب العصيدي وأمراض القلب والنوبة القلبية. دراسة رسك ( Rask, 1992). حيث أشار إلى أن المرضى المصابين بالشریان الإكليلي إما أنهم كانوا يعملون في وظيفتين مستقلتين، أو أنهم كانوا يعملون أكثر من (60) ساعة في الأسبوع، أو أنهم مصابون بمشاكل في الشخصية تتميز بطابع الفشل وعدم الأمان.

### الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. بالاعتماد على النتائج المستمدة من التحليلات الإحصائية التي تم إجراؤها تم قبول الفرضية لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين وغير المصابين تعزى للحالة الاجتماعية، لقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك 80% من أفراد عينة الدراسة من المتزوجين و 7% من العزاب و 13% غير ذلك، وقد بلغ مجموع المتزوجين في الفئتين (156) فرداً، وهذا يعني أن غالبية أفراد عينة الدراسة هم من المتزوجين.

ويمكن تفسير عدم وجود الفروق بين المصابين وغير المصابين تبعاً للحالة الاجتماعية إلى كون أفراد عينة الدراسة ينتمون ويتواجدون في إطار مجتمعي واحد، له نفس العادات والتقاليد والقيم، كما ويمكن تفسير عدم وجود الفروق إلى أن الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة ينتمون إلى أسر حيث تمثل الأسرة مكانة الصدارة بين المؤسسات الاجتماعية العديدة التي أقرتها مختلف الأديان ومختلف المجتمعات الإنسانية، كما وتعتبر الأسرة من المنظور الإسلامي والإنساني هي الخلية واللبنة الأولى ولها الدور الأبرز في تعزيز المثل العليا في التربية الأسرية، حيث تعمل على الاستقرار النفسي والالتزان الانفعالي والهدوء وتساعد أفرادها على التخلص من الشدة النفسية خاصة إذا كانت الحياة الأسرية مستقرة، كما أن شعور الإنسان بعاطفة الحب والمودة من شأنه أن يخفف من وطأة الضغط على النفس، كما أن وجود الدعم والمساعدة الاجتماعية بين أفراد الأسرة من شأنه أن يخفف من الضغط، حيث أن الإنسان خلقه الله تعالى اجتماعي بطبعه. وتشير بعض الدراسات إلى أن فئة الأرامل، والمطلقين تعاني بدرجة أكبر من الضغوط النفسية مقارنة بالفئات الأخرى، وفي هذه الدراسة كانت هذه الفئة قليلة جداً لذا فهي غير مؤثرة على الدرجة الكلية لمقياس الضغط النفسي، في هذا الخصوص أشار (Parkes et al.) في دراسته

والمشار إليها في (عبد الله، 2004). إلى أن عينة قوامها (4486) من الأرامل لعمر (55) سنة فما فوق، وقد تم تتبعهم مدة (9) سنوات بعد وفاة زوجاتهم، وقد اتضح أن 5% منهم قد توفوا خلال (6) شهور الأولى من الفقد و 40% فوق المعدل المتوقع، نصف هذه الوفيات كانت من ذوي أمراض القلب.

### الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين.

لقد أشارت نتائج الفرضية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالجلطات وغير المصابين وبناء عليه فقد تم قبول الفرضية.

من الحقائق التي تؤكد أن أضرار التدخين أمر ثابت لا يحتمل الشك أن هناك ما يزيد على 50.000 بحث علمي عن أضرار التدخين منشورة في مجالات علمية مختلفة، بينما لا يوجد بحث واحد يشير إلى فوائد التدخين، وفي السنوات الأخيرة أظهرت البحوث بشكل قاطع الآثار المباشرة للتدخين على صحة الإنسان، والأضرار المختلفة التي يسببها التدخين في أجهزة ووظائف الجسم المختلفة.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين، في أن التدخين كسلوك شأنه شأن أي سلوك آخر له سببه ويتلخص سببه في الإحباط الشديد والشعور بالضغط النفسي، وما يترتب عن ذلك من شعور دفين بذاتية خالية من المعنى والقيمة يدفع بالشخصية إلى السلوك السلبي الإنسحابي، كما أن المدخن غالباً ما يكون فاقداً للحب والثقة، ويلجأ إلى التدخين لإشباع حاجات معنوية، والشعور بالثقة، وتقدير الذات، ومن هنا يعمل التدخين في حلقة مفرغة.

كما تعزو الباحثة عدم وجود الفروق في تشابه الخلفية العلمية والثقافية المتمثلة في فقر المعلومات عن التدخين وأضرار التدخين، وخطورة هذا السلوك المتسبب في الإصابة بالعديد من الأمراض وعلى رأسها السرطان وأمراض القلب.

كما أن تشابه الظروف المحيطة والخلفية البيئية التي ينتمي إليها أفراد العينة من شأنها العمل على إزالة الفروق ما بين من هو المدخن وغير المدخن.

وعلى الرغم من الآثار المدمرة للتدخين خاصة على المدى البعيد إلا أن التدخين يقوم بخفض التوتر النفسي الناشئ عن مشاعر القصور والإحباط والاعتراب والعودة بالمدخن إلى حالة من الاتزان النفسي، والرضا النفسي السار، حيث أنها تكون حالة مؤقتة وتتجدد الحاجة إلى جرعة التدخين

المتزايدة باستمرار، ويرتبط التدخين بالانتعاش والهدوء والتغلب على المشاعر المؤلمة حيث يصبح جزءاً من منهج الحياة، يحدث تغيرات فسيولوجية على القلب، والجهاز العصبي، إذ يشحن الجسم بطاقة زائدة، ويهيج القلب ثم ما يلبث أن يعطي مردودا عكسيا ويعمل كمسكن ومفتر. بحيث أنه كلما زاد الضغط النفسي لدى الفرد لجأ إلى التدخين، حيث يعمل الضغط النفسي على حرق مادة النيكوتين في الجسم وبالتالي يزيد طلب الجسم لهذه المادة، فيكون الجواب من خلال تناول المزيد من السجائر.

وتتفق نتيجة الدراسة مع دراسة (عبد الله، 1990). والذي تناول الاقتران بين المعتقدات حول تدخين السجائر وكل من مركز التحكم في التدعيم وحالة القلق لدى عينة من مرضى السجائر إذ أشار في إحدى نتائجه إلى أن المدخنين لا يشكلون جماعة مميزة، ولم تكن هناك فروق بين المدخنين وغير المدخنين في بعض سمات الشخصية. وتختلف نتيجة هذه الدراسة مع العديد من الدراسات ومنها: دراسة مونیکا ( Monica, 995 ). والتي تناولت أثر التدخين وضرره على صحة القلب والشرابين، حيث أشارت الدراسة إلى أن الرجال المدخنين من فئة (35 - 39) عاما هم أكثر عرضة للإصابة بالنوبات القلبية بمقدار ( 5 ) مرات أكثر من غير المدخنين.

في حين ازدادت هذه النسبة لدى النساء، كما أشار إلى أن التدخين هو السبب لحوالي (65%) من النوبات القلبية غير القاتلة لدى الرجال من فئة (35 - 39). أما دراسة (جمعية السرطان الأمريكية، 1992). والتي تناولت العلاقة الجائزة بين تدخين السجائر، وسرطان الرئة والوفيات الناتجة عن مرض القلب، فقد أشارت الدراسة إلى أن نسبة الوفيات من مرضى القلب الإكليلي تزداد عموما وبشكل واضح بين المدخنين بالنسبة لغير المدخنين، كما أشارت إلى أن نسبة الوفيات كانت في فئة الأفراد التي تتراوح أعمارهم ما بين (45 - 60) سنة، حيث أن نسبة الوفيات كانت في فئة المدخنين الأصغر سنا مقارنة بغيرهم من غير المدخنين ومن المصابين بمرض القلب الإكليلي.

كما وتختلف نتيجة الدراسة مع دراسة ابستيين وبيركنز (Epstein & Perkins, 1988). والذان تناولوا العلاقة المتبادلة بين التدخين والضغط النفسي. وقد أشارا إلى أن الضغط النفسي يزيد من كمية التدخين لدى الفرد، حيث أوضح معظم المدخنين إلى أن التدخين يخفف من التوتر والقلق والضغط النفسي لديهم.

## الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً.

للتحقق من صحة الفرضية السادسة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (14) أشارت المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً

ولا شك بأن هناك العديد من الدوافع التي تقف وتدفع الفرد إلى تعاطي التدخين منها تساهل الوالدين وعدم مراقبة الأبناء، ورغبة بعض الأولاد في المغامرة، وحب الاستطلاع خاصة لدى المراهقين الاقتناع من قبل الأصدقاء ومجاراتهم، وتوفر السجائر من حول الأفراد، وما أن يبدأ الفرد في تناول السجارة الأولى حتى تصبح عادة وما تلبث أن تصبح عادة حتى تتحول إلى حالة إدمان عضوي (جسدي) وإدمان سيكولوجي، كما وترتبط عادة التدخين وتكشف عن طبيعة العوامل النفسية والاجتماعية المختلفة التي يتعايش معها الفرد.

ويعتمد ضرر التدخين المؤكد على طول الفترة الزمنية الممارس فيها سلوك التدخين، وعمر المدخن والحالة الصحية للمدخن، وكمية التدخين المعطاة، ويمكن تفسير عدم وجود فروق بين المصابين وغير المصابين إلى طبيعة الشخصية المضطربة التي تعاني من الأزمات والضغط النفسية، والتي يلجأ صاحبها إلى مسلك التدخين للتغلب على هذه الحالة نظراً لارتباط التدخين بالاسترخاء والتهدئة والتغلب على المشاعر المؤلمة، ومن ثم الشعور بالهدوء، وباستمرار هذا السلوك ترسخ جذوره عن طريق عدد من التدعيمات الإيجابية ليأخذ في النهاية شكل الآلية النسبية في السلوك، وبذلك لا يعد عدد السجائر في صورته هذه يستهدف أي شيء سوى أنه أصبح جزءاً من منهج الحياة ثابتاً نسبياً من منهج حياة المدخن، أو نوع من التشريط التلقائي من قبل المدخن والتعود على كمية وحجم التدخين، وتتحدد السجائر في العدد حسب طبيعة المواقف والأزمات التي يمر بها المدخن ويبدأ سلوك التدخين في الغالب بمراحل: المرحلة الأولى يكون بعدد محدود من السجائر، ثم يأخذ بالتدرج بزيادة عدد السجائر، وهذا المرحلة يمكن اعتبارها المرحلة الثانية في سلوك التدخين، وبمرور الوقت يصبح الجسد مدمناً جسماً وسيكولوجياً، إذ تصبح مادة النيكوتين إحدى مكونات الدم فيلجأ المدخن إلى تناول التدخين بكميات كبيرة وبمطلب جسدي فسيولوجي وليس لتلبية ومواجهة مطلب نفسي وهذه المرحلة والتي يمكن اعتبارها المرحلة الثالثة والأخيرة من مراحل التدخين، ويصبح عدد السجائر غير مرتبط بالناحية النفسية للفرد بل مرتبط بالناحية العضوية.

وتختلف نتيجة الدراسة مع دراسة ابستين وبيركنز ( Epstein & Perkins,1988 ).  
واللذان تناولا العلاقة المتبادلة بين التدخين والضغط النفسي.  
وقد أشارا إلى أن الضغط النفسي يزيد من كمية التدخين لدى الفرد، حيث أوضح معظم المدخنين  
إلى أن التدخين يخفف من التوتر والقلق والضغط النفسي لديهم.  
وتتفق نتيجة الدراسة مع دراسة (عبد الله، 1990). والذي تناول الاقتران بين المعتقدات حول  
تدخين السجائر وكل من مركز التحكم في التدعيم وحالة القلق لدى عينة من مرضى السجائر، إذ  
أشار في إحدى نتائجه إلى أن المدخنين لا يشكلون جماعة مميزة، ولم تكن هناك فروق بين  
المدخنين وغير المدخنين في بعض سمات الشخصية.  
وتختلف نتيجة هذه الدراسة مع العديد من الدراسات ومنها: دراسة مونیکا ( Monica, 1995 ).  
والتي تناولت أثر التدخين وضرره على صحة القلب والشرابين، حيث أشارت الدراسة إلى أن  
الرجال المدخنين من فئة ( 35 - 39 ) عاما هم أكثر عرضة للإصابة بالنوبات القلبية بمقدار ( 5  
مرات أكثر من غير المدخنين، في حين ازدادت هذه النسبة لدى النساء، كما أشار إلى أن التدخين  
هو السبب لحوالي (65%) من النوبات القلبية غير القاتلة لدى الرجال من فئة ( 35 - 39 ).  
أما دراسة (جمعية السرطان الأمريكية، 1992). والتي تناولت العلاقة الجائزة بين تدخين السجائر،  
وسرطان الرئة والوفيات الناتجة عن مرض القلب، فقد أشارت الدراسة إلى أن نسبة الوفيات من  
مرضى القلب الإكليلي تزداد عموما وبشكل واضح بين المدخنين بالنسبة لغير المدخنين  
كما أشارت إلى أن نسبة الوفيات كانت في فئة الأفراد التي تتراوح أعمارهم ما بين ( 45 - 60 )  
سنة، حيث أن نسبة الوفيات كانت في فئة المدخنين الأصغر سنا مقارنة بغيرهم من غير المدخنين  
ومن المصابين بمرض القلب الإكليلي.

### الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة الضغط النفسي لدى  
المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى.  
تشير التحليلات الإحصائية إلى أن هناك 36% من أفراد عينة الدراسة المصابين بالجلطات القلبية  
يعانون من مرض السكري في حين هناك 17% من غير المصابين يعانون من هذا المرض، كما

أن هناك 27% من المصابين يعانون من ضغط الدم في مقابل 18% لغير المصابين، مما يشير إلى وجود مؤشر إيجابي بين الإصابة بهذه الأمراض والجلطة القلبية. وتشير نتيجة الفرضية السابعة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى.

ويمكن تفسير ذلك في كون الأمراض المذكورة السكري، وضغط الدم، وقرحة المعدة هي من الأمراض المزمنة، والشائعة جدا ليس فقط على مستوى المجتمع المحلي، ولكن على مستوى العالم بأسره، إذ تعتبر من أمراض العصر الحديث، وكما هو معروف للجميع فإن هذه الأمراض هي أمراض مزمنة لا يمكن التخلص منها أو الشفاء التام، ولكن بالإمكان التحكم بها والحد من مضاعفاتها بإذن الله وبتابع النصائح والتعاليم الطبية، ولا شك أن المرضى المصابين بهذه الأمراض يعانون بداية الأمر، وعند بدء الإصابة من الضغط النفسي وحالات القلق، وقد يصاب البعض بالصدمة، وقد ينكر البعض إصابته، فنتيجة الإصابة تتغير حياة المرضى السابقة، وقد تتوقف جزئياً أو كلياً، نتيجة ضرورة إجراء العديد من الفحوصات الطبية المختلفة، وتناول جرعات الدواء، وأعراض المرض الضاغطة، والعلاج المستمر الذي يتطلب من المريض الحمية الغذائية. والتي يترتب عليها الشعور بالحرمان، والتوتر والقلق، وعلى الرغم من الوضع النفسي الصعب المرافق لهذه الأمراض وعلى الرغم من مضاعفاتها إلا أنه مع مرور الزمن تصبح هناك حالة من التكيف مع هذه الأمراض والتعايش والتوافق معها، إذ يستمر البعض في التعايش مع هذه الأمراض عشرات السنوات وبالتالي تخف حدة الضغط النفسي وتزول بالتدريج وتبقى لدى المريض في حدودها الطبيعية كأى فرد آخر، كما أن طبيعة شخصيات المرضى وإدراكهم ونظرتهم إلى المرض هي التي تحدد طريقة تعاطيهم وتأثرهم بالمرض هل هو حدث ضاغط أم غير ضاغط، حيث ينظر البعض إلى المرض باعتباره جزءاً من الحياة ومقدراً ومكتوباً عليه، كما أن إدراك المرضى بأن هذه الأمراض والعلاج والشفاء منها، يعتمد جزءاً منه على المرضى أنفسهم يخفف إلى حد ما من طبيعة وقع الصدمة والضغوط .

وتختلف نتيجة هذه الدراسة مع عدد من الدراسات في هذا المجال ومنها دراسة رايدن وشتاندل (Ridden & Shitandl, 2004).

والذي أشار إلى وجود علاقة ايجابية ما بين الإصابة بمرض السكري، والتعرض للأزمات والجلطات القلبية غير القاتلة، دراسة أندرسون (Anderson,1987). والتي أشار فيها إلى أهمية خفض الضغط النفسي، والقلق لدى مرضى القلب ضمن برنامج لتقديم المعلومات العامة قبل إجراء العملية الجراحية، حيث أدى الاسترخاء الجسدي وخفض التوتر النفسي إلى تسريع تماثل المرضى للشفاء، كما ساهما في انخفاض ضغط الدم بعد العملية الجراحية.

دراسة (شامية، 2002). والذي أشار إلى أن الإصابة الإكليلية لدى السكريين كانت أكثر شدة حيث لوحظ إصابة أكثر من شريان لدى (37) فردا من أصل (44) مريضا.

من الواضح أنه قد يكون هناك تفاعل وتداخل بين العوامل النفسية مع بعضها البعض، والتي يشار إليها بالعوامل النفسية الخطرة، الأمر الذي قد يعظم أو يكبر ردة الفعل الفسيولوجية، في أجهزة الجسم عامة وفي جهاز القلب والدورة الدموية خاصة، ومن المعروف أن الضغط النفسي على علاقة وثيقة بالقلق، حيث أن كلا منهما قد يسبب الآخر، وقد يكون نتيجة للآخر، فوجود الفرد في مواقف ضاغطة وأزمات، قد يدفع بالشخص إلى المرور بحالة القلق، والتي تقاس آثارها من خلال النواحي الفسيولوجية والنفسية للفرد، حيث تشير معطيات نتائج الدراسة إلى وجود مؤشرات متقاربة ومتشابهة ما بين الضغط النفسي والقلق النفسي كعوامل نفسية مساعدة للإصابة بالنوبات القلبية أو انبثاقها الناتج عن الإصابة بدرجة متقاربة مع غير المصابين.

كما أن أعراض الضغط النفسي سواء كانت الجسمية أم الذهنية أم العاطفية، وحتى السلوكية والتي تتمثل في زيادة خفقان القلب، واضطراب الجهاز الهضمي، وقرحة المعدة، وصعوبة التركيز، وكراهية الذات، والشعور بالعصبية، وعدم الراحة، والتدخين، وقضم الأظافر وغيرها من الأعراض هي متداخلة ومتقاربة إلى حد بعيد، كما أن المظاهر الفسيولوجية الناتجة عن الضغط النفسي والقلق النفسي، والتي تتمثل في زيادة عدد دقات القلب وارتفاع ضغط الدم وغيرها هي متقاربة إلى حد ما وقد تكون واحدة، كما أن آثارها الجسمية والنفسية قد تكون متداخلة إلى حد بعيد.

### الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة الفرضية الثامنة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (17).

تشير المعطيات الواردة في الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الجنس، وكانت الفروق لصالح المصابين من الإناث، اللواتي كانت درجة القلق النفسي لديهن هي الأعلى بمتوسط حسابي (108)، وذلك كما هو مبين من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (1).

وتعزو الباحثة ذلك إلى نمطية المجتمع الحديث الذي ولد صراعا في الأدوار بالنسبة للمرأة، بحيث ازدادت، وتعددت المسؤوليات الملقاة على عاتق المرأة، سواءً كانت داخل المنزل أم خارج المنزل والمتعلقة بالأسرة، من النواحي التعليمية، والصحية، والاقتصادية، وغيرها، حيث أن المرأة بصفة عامة هي كائن يضحى من أجل الآخرين، وكائن يتميز بالإيثار، إيثار الغير على النفس خاصة فيما يتعلق بشؤون الأسرة.

كما ويمكن تفسير وجود الفروق بين الجنسين على مقياس القلق إلى العوامل الحيوية العضوية (البيولوجية) والنفسية الاجتماعية، التي لها التأثير نفسه على الإناث عبر الحضارات، حيث أن مستوى ما يحدثه القلق من عجز لديهن أعلى قليلا من الرجال، حيث أن أنواع القلق المرتبطة بالطمث والحمل وسن اليأس شائعة لديهن بدرجة كبيرة.

وبما أن القلق يتأثر بالمواقف التي يتعرض لها الفرد ويتأثر كذلك بعوامل عديدة منها: التربية الأسرية، والتنشئة الاجتماعية، ومرحلة التحول التي تحدث أثناء مراحل العمر المختلفة، حيث أن حالات القلق في الغالب تعود إلى انفعالات مكبوتة، أو كبت وحرمان لبعض دوافع الفرد الأساسية ويتفق هذا مع طبيعة الإناث في مجتمعاتنا الشرقية بالمقارنة بالذكور، حيث أن العديد من الإناث لا يستطيع التعبير عن مشاعرهن والأحاسيس الداخلية لديهن نتيجة التنشئة الاجتماعية، والأسرية التي تفرض العديد من القيود النفسية، والمادية على الإناث مقارنة بالذكور، إذ يلجأ الذكور إلى التعبير عن انفعالاتهم من خلال طرق يمكن وصفها بأنها سلوكية سلبية منها التدخين، شرب الكحول، استخدام العنف أو التزام الضعف الجسدي، في حين تعبر الإناث عن مشاعرهن وانفعالاتهن عن طريق كبتها لتخرج في أمور حسية أو في اعتلالات نفسية منها القلق النفسي، كما يمكن عزو وجود الفروق بين الجنسين، في كون الذكور أكثر قدرة على استخدام الحيل الدفاعية للتخلص من القلق والتوتر الناجمين عن الأزمات والضغوط التي يواجهونها.

هذا وتتفق نتائج الدراسة مع إحدى نتائج دراسة (عبد الخالق، 1998). والتي أشارت إلى أن الإناث يفقن الذكور في شدة الإحساس بالقلق في الظروف العادية، والظروف الضاغطة وهذا نتيجة لارتفاع سمة القلق لديهن، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك ميلا عصابيا لدى الإناث أعلى

منه لدى الذكور، وهذه النتيجة تؤكد ارتفاع درجاتهن على سمة القلق، فالميل العصابي، وسمة القلق يشير ان إلى الاستعداد للقلق.

كما تتفق نتيجة الدراسة مع دراسة (عبد الخالق واليحفوفي، 2004). والذان تناولا فيها معدلات انتشار القلق وارتباطاته، ومنبئاته لدى عينة من الطلبة اللبنانيين، إذ أشارت إحدى نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الجنسين في مستوى القلق حيث حصلت الإناث في المرحلتين على متوسط أعلى جوهرياً من الذكور في القلق، حيث ارتبط القلق سلبياً بكل من تقدير الصحة الجسمية، وتقدير الصحة النفسية، ومدى كفاية النوم.

هذا وتختلف نتائج الدراسة مع دراسة كرسطين وألبرت (Christine & Albert 1988). والذان تناولا القلق الرهابي وزيادة أمراض القلب وخطر الموت عند النساء، حيث أشارا إلى وجود تأثير دال إحصائياً للقلق الرهابي على الذبحة الصدرية عند النساء.

### الفرضية التاسعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر. للتحقق من صحة الفرضية التاسعة استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (19). تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير العمر، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف فئاتهم العمرية، وذلك كما هو مبين من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (20). وهذا يشير إلى أن لكل مرحلة من مراحل الحياة خصوصيات خاصة بها من التكوين العقلي والجسدي، والأمراض الجسمية، والمشاكل النفسية، والممارسات السلوكية، وإن الفرد يحمل معه في كل مرحلة بعضاً من آثار المرحلة السابقة التي كثيراً ما تسلك أساساً للمرحلة اللاحقة.

ويمكن تفسير غياب الفروق بين المصابين وغير المصابين إلى تشابه الظروف البيئية، الاجتماعية والاقتصادية لأفراد عينة الدراسة وخاصة الظروف السياسية منها والتي تشكل الوضع العام لجميع

الأفراد من مختلف الأعمار، كما تعزو الباحثة غياب الفروق إلى تساوي المسؤوليات الملقاة على أفراد عينة الدراسة إذ تقع على الشباب مسؤولية معينة تقابلها مسؤولية على البالغ وهكذا، كما ترى الباحثة أن المرحلة العمرية التي تمثلها عينة الدراسة تتصف بالاستقرار النفسي والانفعالي مقارنة بالمراحل الأخرى. وتختلف نتيجة الدراسة مع دراسة كاوشي وآخرون (Kawachi & others, 1988). والذي تناول دور القلق الفوبيائي وخطر أمراض القلب عند الرجال. حيث أشار إلى أن للعمر أثراً واضحاً على الخطر الحتمي والأکید لانسداد الشريان التاجي عند الرجال.

### الفرضية العاشرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير نوع العمل. بالإعتماد على النتائج المستمدة من التحليلات الإحصائية التي تم إجراؤها تم قبول هذه الفرضية حيث دلت النتائج على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على متوسط الدرجات بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين تعزى لمتغير نوع العمل.

تعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية إلى وجود الاستعداد والنزعة التفاضلية التي يمتلكها أفراد عينة الدراسة للتعامل مع المواقف المقلقة في مجال العمل، وإلى طبيعة الشخصية المتفائلة في الإتجاهات النفسية الإيجابية التي يتبناها الأفراد نحو عملهم ونحو العلاقات الاجتماعية فيها بصورة عامة، كما تعزو الباحثة عدم وجود الفروق إلى تشابه أفراد عينة الدراسة في طبيعة إدراك الضغوط المهنية بالمواجهة الإيجابية معها حيث يعتبر العمل في حد ذاته بالنسبة لعدد كبير من الناس بمثابة تعزيز وعامل مساعد للحد من القلق بسبب الحرص على توفير لقمة العيش لأفراد الأسرة بغض النظر عن نوعية العمل خاصة في ظل الأوضاع الراهنة وتفشي نسبة البطالة بشكل مخيف لتصل إلى حوالي 50% من أفراد الشعب الفلسطيني، فالفرد الذي يكون اتجاهها إيجابياً لمختلف العوامل في بيئة العمل غالباً ما يحمل توقعات تتخللها درجة عالية من التفاؤل فيما يتعلق بالمرود النفسي والمادي لجهوده، وهذا ما ينطبق على عدد كبير من الأيدي العاملة الفلسطينية ومنهم أفراد عينة الدراسة بغض النظر عن طبيعة ونوعية العمل.

### الفرضية الحادية عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. بالاعتماد على النتائج المستمدة من التحليلات الإحصائية التي تم إجراؤها تم قبول الفرضية لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين تعزى للحالة الاجتماعية.

تشير نتائج الدراسة إلى أن 80% من المرضى المصابين هم من فئة المتزوجين في مقابل 76% من غير المصابين، مما يشير إلى أن الغالبية العظمى من أفراد العينة هم من المتزوجين وهذه نسبة طبيعية لعينة الدراسة التي بلغ متوسط أعمارها للرجال (53.51) وللاإناث (56.75). وتعزو الباحثة عدم وجود الفروق بين المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية إلى انتماء أفراد عينة الدراسة إلى أسر مستقرة، حيث تعمل الأسرة على توفير الحب والحنان والدفء لأفرادها، كما أن الدعم الأسري النفسي والاجتماعي يمثل نقطة هامة في مساعدة الأفراد على تخطي الأزمات والتغلب على حالات القلق، كما تعزو الباحثة انعدام الفروق في الضغوط إلى تقارب البيئة الجغرافية والنفسية والاجتماعية والثقافية لأفراد عينة الدراسة.

### الفرضية الثانية عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين. للتحقق من صحة الفرضية الثانية عشر استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (25). تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha=0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير التدخين، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية سواء المدخنين منهم أم غير المدخنين، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (26).

وتعزو الباحثة عدم وجود الفروق إلى أن القلق كعامل نفسي يمثل خبرة وجدانية غير سارة، وهو حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار، ويشير إلى فقدان التوازن والانسجام ما بين الفرد والبيئة نتيجة الضغوط العديدة التي يعاني منها الفرد خاصة الضغوط الاقتصادية، من هنا يلجأ الفرد إلى التدخين للحد من هذا الانفعال والخروج من حالة الاضطراب وعدم الاستقرار النفسي، والعلاقة ما بين القلق وسلوك التدخين هي علاقة طردية، بحيث أنه كلما زادت حالة القلق ازداد سلوك التدخين، حيث يؤدي التدخين إلى تفرغ الطاقة الناتجة عن الانفعال من خلال إحراق السجارة والتي تجلب الراحة النفسية لمتعاطيها لفترة وجيزة من الزمن والتي سرعان ما تنتهي لتبدأ من جديد كما تعزو الباحثة عدم وجود الفروق إلى تقارب أفراد عينة الدراسة من حيث البناء النفسي الذي هو المحصلة النهائية والأخيرة لأساليب التنشئة الاجتماعية، كما يشترك أفراد عينة الدراسة في الخلفية الثقافية والتي تعزز سلوك التدخين بشكل أو بآخر.

### الفرضية الثالثة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً.

للتحقق من صحة الفرضية الثالثة عشر استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (27). تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير عدد السجائر يومياً، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية.

تعزو الباحثة عدم وجود الفروق بين المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تبعاً لمتغير عدد السجائر يومياً في كون حالة القلق ترتبط بصورة عامة بسلوك التدخين كسلوك سلبي، الهدف منه هو الخروج من حالة القلق والاضطراب المزعج، إذ أن عدد السجائر يتحدد تبعاً للكمية المطلوبة من مكونات مادة التدخين وأهمها النيكوتين التي يطلبها الجسم عادة خاصة إذ كان سلوك التدخين ممارساً فترة طويلة من الزمن، إذ يتوقف عدد السجائر عند الشعور بالاكتهاء الذاتي واللذة المطلوبة. حيث يصبح عدد السجائر التي يتناولها المدخن يومياً ثابتة نسبياً مع تفاوت هذه النسبة من حين لآخر تبعاً للضغوط الواقعة على الفرد، كما يمكن تفسير انعدام الفروق إلى التقارب في عدد

السجائر التي يتناولها أفراد عينة الدراسة إذ تراوحت ما بين 20-35 سيجارة يوميا وهذا التقارب في عدد السجائر قد يعكس تقارب طبيعة الضغوط التي يعاني منها أفراد العينة.

### الفرضية الرابعة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى. للتحقق من صحة الفرضية الرابعة عشر استخدم اختبار تحليل التباين الثنائي (Two Way Analysis of Variance) للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (32).

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $\alpha = 0.05$  في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تعزى لمتغير الإصابة بأمراض أخرى، فقد كانت درجة القلق النفسي متوسطة لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية وعلى اختلاف إصابتهم بأمراض أخرى، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية في الجدول رقم (30).

ويمكن تفسير انعدام الفروق بين المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية تبعا لمتغير الإصابة بأمراض أخرى، إلى أن مرض السكري والضغط وقرحة المعدة هي من الأمراض المزمنة والمنتشرة على نطاق واسع على مستوى العالم بأجمعه، كما أنه ينتشر بأعداد كبيرة في فلسطين، كما ويعتبر مرض السكري، وضغط الدم من أمراض العصر الحديث، وبترافق عادة ظهور المرض بشكل عام بالقلق على الصحة وعلى الحياة وما يتعلق بها من متعة، خاصة في بداية ظهور المرض، إذ ينعكس على حياة المريض التي تتغير أسسها استعدادا لمواجهة المرض والتعامل معه وتتوقف درجة وحالة القلق على شدة المرض وخطورته، فمرض السكري والضغط وقرحة المعدة هي أمراض لا تشكل خطورة من الدرجة الأولى في الوقت القريب مقارنة بأمراض أخرى كالسرطان وأنفلونزا الطيور باعتباره أمراضا تنذر بدنو الأجل، كما أن خطورة هذه الأمراض لا تأتي على المدى القريب، خاصة إذا التزم المريض بالتعليمات الطبية والحمية الغذائية، وبمرافقة المرض للمريض سنوات عديدة يزول القلق بالتدرج وتخف حدته ويتعايش المريض ويتكيف معه بتغيير نمط حياته بشكل جزئي أو كلي، وهناك العديد من الشواهد والحالات التي يتعايش أفرادها مع

هذه الأمراض المزمنة دون أن تترك أثراً نفسياً ملحوظاً على المدى القريب، إذ عادةً ما يرافق القلق النفسي هذه الحالات من الأمراض بعد مرور فترة من الزمن نتيجة المضاعفات التي تتسبب وتتكون بمرور الزمن والتي تضرب معظم أجهزة الجسم.

## التوصيات

### توصيات الدراسة:

بما أن هذه الدراسة قد تناولت عدداً من الأفراد المرضى المصابين بالجلطات القلبية وغير المصابين والمتواجدين في كل من مستشفى الحسين في مدينة بيت لحم ومستشفى عالية والأهلي في مدينة الخليل، بالإضافة إلى عينة عشوائية تم اختيارها من أفراد المجتمع ومن قطاعات مختلفة من غير المصابين بالجلطات.

فمن المستحسن أن تجرى دراسات أخرى بهدف التحقق من صدق هذه النتائج سواء كان ذلك على أشخاص عاديين غير مصابين بالجلطات أو مرضى مصابين بالجلطات من كلا الجنسين، وفي قطاعات مجتمعية مختلفة.

لقد تناولت هذه الدراسة العوامل النفسية التالية: الضغط النفسي والقلق النفسي لذا فإنه يستحسن إجراء دراسات تهتم بالبحث عن عوامل نفسية أخرى قد يكون لها تأثير على الإصابة بأمراض القلب والجلطات، حيث أنه من الممكن أن تدعم مثل هذه الدراسات دور العوامل النفسية في الإصابة بالجلطات وأمراض القلب. وعلى الرغم من النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتي أشارت إلى عدم وجود فروق على الدرجة الكلية لمقياس الضغط النفسي والقلق كحالة وسمة إلا أنه كان هناك مؤشرات على ارتفاع عدد المصابين بالجلطات القلبية والمصابين بالأمراض القلبية والشرابيين، كما أنه كانت هناك مؤشرات ذات علاقة ايجابية ما بين العوامل المساعدة والمتمثلة في مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم، والتدخين والإصابة بالأمراض القلبية والجلطات عامة.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة توصي الباحثة بما يلي:-

- التنبيه والإشارة إلى مصادر الضغط النفسي والقلق لدى المصابين وغير المصابين بالجلطات القلبية.
- العمل على التقليل والحد من الضغوط النفسية وحالة القلق من خلال أسلوب التدخل النفسي والذي يقلل بشكل فعال درجة الضغوط النفسية وحالة القلق.
- العمل على تقديم الدعم الاجتماعي والأسري والعاطفي للأفراد المصابين كون هذه العوامل هامة وتساعد في الحد من الأضرار النفسية (الضغط النفسي والقلق) الناجمة عن الإصابة بالجلطة.
- تقديم المعلومات الصحية للمصابين عن حالتهم المرضية وأيضاً تقديم المعلومات عن حالتهم النفسية والإشارة إلى العلاقة والتأثير والأثر المتبادل فيما بينها واستخدام أسلوب التدخل النفسي مع الحالات المصابة للتخفيف من حدة الضغوط.
- التوجه إلى المؤسسات الإرشادية النفسية للمساعدة في التخفيف من حدة الضغوط وحالة القلق بعد الخروج من المستشفى.
- تركيز الجهود من قبل المسؤولين في المؤسسات العامة والخاصة ذات العلاقة المباشرة وغير المباشرة بزيادة الوعي الصحي والنفسي والاجتماعي لدى كافة فئات المجتمع الفلسطيني ذكورا وإناثا وفي كافة المراحل العمرية لزيادة الوعي حول أمراض القلب والجلطات.

- لما كان للتدخين علاقة وثيقة بأمراض القلب والأوعية الدموية توصي الباحثة بضرورة العمل على الحد من هذه الظاهرة من خلال منع التدخين في الأماكن العامة ووسائل النقل الجماعي والأماكن المغلقة، مع تكثيف حملات التوعية في المدارس بوسائل مقنعة أو من خلال وسائل الإعلام.
- العمل على نشر الوعي الغذائي السليم والمتوازن والخالي من الدهون والكوليسترول والوجبات الدسمة والإكثار من الخضار والفواكه وتعويد الصغار على ذلك مع التأكيد على عدم الإكثار من الوجبات الجاهزة لاحتوائها على سرعات حرارية عالية تسهم في السمنة وزيادة الوزن ومن ثم التأثير على عمل القلب.

## مقترحات الدراسة:

### مقترحات عامة للمصابين وغير المصابين

- إجراء الفحوصات الطبية الدورية للتأكد من سلامة القلب والأوعية الدموية ومراقبة معدلات ضغط الدم ونسبة السكر في الدم ومستوى الكوليسترول خاصة بعد سن الأربعين للجنسين.
- الابتعاد عن أجواء القلق والضغوط النفسية بالاتجاه إلى الأنشطة الترويحية قدر الإمكان، وهنا توصي الباحثة للمعنيين بضرورة توفير الأماكن الترفيهية العامة لمختلف الأعمار.
- تنمية الوعي الصحي والنفسي لدى المرأة لأهمية الدور الذي تقوم به عن طريق وسائل الإعلام والجهات الصحية والتأكيد على ضرورة الابتعاد عن العوامل المساعدة والتي تسهم في ظهور وانتشار أمراض القلب والجلطات.

- الإهتمام بالمرأة من قبل المؤسسات الخاصة والعامة وخاصة مؤسسات رعاية شؤون المرأة لصعوبة وازدواجية الدور الذي تقوم به، والعمل على مساعدتها في حل مشكلاتها الأسرية والاجتماعية والتعليمية باعتبار المرأة أكثر معاناة وأكثر قلقا من الرجل كما أشارت إليها نتائج الدراسة.
- ممارسة الألعاب الرياضية المختلفة من قبل مختلف الأعمار وخاصة رياضة المشي لما لها من دور هام في الحد ومنع الإصابة بأمراض القلب والشرابين.
- التوجه السريع إلى الطبيب والمستشفى عند الشعور بأي ألم أو ضيق في الصدر تفاديا لحدوث الذبحة الصدرية الممهدة للجلطة القلبية.
- عدم الإهمال في تناول الأدوية و الالتزام بالنصائح الطبية خاصة فيما يتعلق بالابتعاد عن العوامل المساعدة ومراقبة ضغط الدم والسكري والوزن.
- التنقيف الصحي خاصة فيما يتعلق بعامل الوراثة إذ أن الوراثة تلعب دور كبير في الإصابة بالأمراض القلبية والجلطات، والابتعاد عن الأسباب، وفي هذا الموضوع يكون الابتعاد عن مرض القلب والجلطات من خلال الابتعاد عن زواج الأقارب.

#### مقترحات عامة للدارسين والجهات المعنية:

- اجراء المزيد من الدراسات حول دور عوامل الخطر النفسية ومدى مساهمتها في الإصابة بالجلطات القلبية وأمراض القلب والشرابين في المجتمع المحلي (الضفة الغربية وقطاع غزة) آخذين بعين الاعتبار عوامل الجنس، المستوى الاقتصادي والاجتماعي، والمستوى التعليمي. إذ يفتقر المجتمع الفلسطيني لمثل هذه الدراسات
- العمل على بناء وتطوير برامج إرشادية وقائية، قائمة على مساعدة الأفراد على فهم طبيعة الدور التي تلعبه العوامل النفسية في التأثير على الصحة الجسمية بشكل عام والإصابة بالجلطات والأمراض القلبية بشكل خاص.
- ادخال العلاج النفسي إلى المستشفيات ليكون جنبا إلى جنب مع العلاج الطبي لتفادي المضاعفات النفسية، والإسراع في عملية تماثل المرضى للشفاء.
- بناء برامج إرشادية قائمة على تعديل بعض السلوكيات ذات العلاقة بالإصابة بالجلطات وأمراض القلب مثل، تقليل مستوى القلق والتعامل الفعال والسليم مع الضغوط النفسية.

- التوعية الأولية لجميع قطاعات المجتمع من خلال وسائل الإعلام المختلفة سواء كانت المرئية أم المسموعة أم المقروءة بخطورة ودور العوامل المساعدة في نشوء وتطور أمراض القلب والشرايين وبالتالي الإصابة بالجلطات القلبية. وأهمها التدخين، السكري، ضغط الدم، البدانة، الكولسترول.
- العمل على نشر الوعي والتثقيف الصحي بين أفراد المجتمع من خلال إدخال مادة الصحة العامة ضمن مناهج التربية والتعليم ولمختلف المراحل التعليمية بما فيها التعليم العالي .
- العمل على تأهيل المرضى المصابين بالجلطات القلبية وأمراض القلب والشرايين وإعادتهم إلى ميدان الحياة من جديد.

## المراجع

### المراجع العربية

### المراجع الأجنبية

## المراجع

### المراجع العربية:

القرآن الكريم

- إبراهيم، أ، منتصر، ع ، الصوالحي، ع ، أحمد، م . ( 1972 ) : المعجم الوسيط ، القاهرة  
أبو حجلة، ن . ( 2000 ) : الطب النفسي الحديث، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.  
أبو زينة، س . ( 2000 ) : موسوعة الأمراض الشائعة، الطبعة الأولى. دار أسامة للنشر  
والتوزيع، الأردن.
- أبو المجد، أ . ( 1999 ) : أمراض القلب وشرائبه التاجية ، الطبعة الأولى. دار الشرق للنشر  
بيروت.
- أبو النيل، م ، زيود ، م . ( 1994 ) : الأمراض السيكوسوماتية، دراسات عربية وعالمية، مكتبة  
الخانجي، القاهرة.
- أبو النيل، م . ( 1985 ) : الأمراض السيكوسوماتية، المجلد، (1). دار النهضة العربية للطباعة  
والنشر، بيروت.
- الأمارة، س . ( 2001 ) : الضغوط النفسية . مجلة النبأ، (54)، ص 1 - 10 .  
الأمارة ، س . ( 2000 ) : التدخين وآثاره . مجلة النبأ، (45)، ص 1 - 5 .  
أمان، غ. ( 2001 ) : الأبعاد الجغرافية لأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات الناتجة عنها في  
دولة الكويت. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، 27، (103)، ص 87 - 143 .  
أورنيش، د . ( 1995 ) : برمجة شفاء أمراض القلب . ترجمة نافع أيوب لبس. مركز الدراسات  
العسكرية، دمشق.
- بابلي، ض . ( 2002 ) : حقائق عن داء السكري، الطبعة الأولى. مكتبة العبيكان، الرياض  
باشا، ح. ( 1998 ) : كيف تقي نفسك من أمراض القلب، الطبعة الثانية. دار العلم، بيروت.  
البحيري، ع . ( 1985 ) : تشخيص القلق باستخدام اختبار رورشاخ ، الطبعة الأولى. دار  
المعارف للنشر والتوزيع، أسبوط ، مصر.

- بستاني، وآخرون . ( 1994 ) : الموسوعة الصحية، الإنتاج والتوزيع الشركة الشرقية للمطبوعات  
المجلد ، 11 ، ص 2053 .
- بسطامي، ر ، حمادنة، ح ، سعادة ، خ ، عبد الوهاب، ن، القواسمي . ( 1994 ) : النوبة القلبية ،  
عمان ، الأردن .
- بلاكسلي، س. ( 1985 ) : قلبك وكيف تحافظ عليه، ترجمة بدران أحمد. الطبعة الأولى. المكتبة  
الحديثة، بيروت.
- بيرغ، ناتالي . ( 2004 ) : أسرار السيطرة على الضغوط الحياتية ، ترجمة مركز التعريب  
والبرمجة. الطبعة الأولى. الدار العربية للعلوم، بيروت.
- بيك، أرون . ( 2000 ) : العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، الطبعة الأولى. دار النهضة  
العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- تايلور، بار، ومشاركوه. ( 1995 ) : نوبات الهلع وتسارع نوبات القلب، دراسات نفسية ، 6 ، ع  
23 ، ص 23 .
- تفاحة، ج ، حسيب، ع. ( 2002 ) : الالتزام الشخصي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط.  
مجلة الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس، 15، (10)، ص 258 - 269.
- الجاموس، ن. ( 2004 ) : الاضطرابات النفسية - الجسمية السيكوسوماتية ، دار اليازوري  
العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- جريدة القدس ( 2005 ) : الأربعاء، 14 / 12 ، العدد ( 13047 ) ص 20.
- جوخدار، م. ( 1985 ) : الدليل العملي للوقاية من أمراض القلب ، دار طلاس للدراسات والترجمة  
والنشر، دمشق، سوريا.
- جونسون، روبرت. ( 1996 ) : كيف تقهر الكولسترول، ترجمة مركز التعريب والبرمجة. الطبعة  
الأولى. الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
- حافظ، ر. ( 1998 ) : احذر القاتل الصامت ارتفاع ضغط الدم ، دار الطلائع للنشر والتوزيع .
- الحجاوي، ع. ( 2004 ) : موسوعة الطب النفسي ، الطبعة الأولى. دار أسامة للنشر والتوزيع  
عمان، الأردن.
- الحسيني، إ. ( 2004 ) : موسوعة الطب الباطني، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الحسيني، أ. ( 1990 ) : مرض السكري، مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- حمود، ط. ( 2004 ) : قلبك أمانة، توزيع الدار العربية للعلوم ، بيروت، لبنان.
- حموده، م، شعلان، م . ( 1995 ) : النفس أسرارها وأمراضها، القاهرة.
- الحنفي، ع . ( 1995 ) : الاضطرابات النفسية وطرق علاجها، المجلد (1)، الطبعة الثانية. مكتبة  
مدبولي، القاهرة.

- حواشين، م ، زيدان، ن . ( 1989 ) : النمو الانفعالي عند الطفل، دار الفكر العربي، عمان، الاردن  
الخطيب، س.( 1980 ) : أمراض العصر الحديث، القدس، فلسطين .
- خليفات، ع ، الزغول، ع. ( 2003 ) : مصادر الضغوط النفسية لدى معلمي مديرية تربية محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية، 3، ص 61 - 81 .
- خليل، م. ( 1996 ) : المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى المصابين بمرض مفضي إلى الموت. مجلة علم النفس، 37، 10، ص 92 - 95 .
- دافيدوف، لندا. ( 1983 ) : مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب. دار مكجروهيل للطباعة والنشر، القاهرة.
- الداهري، ص. ( 2005 ) : مبادئ الصحة النفسية، الطبعة الأولى. دار وائل للنشر، عمان الأردن .
- الداهري، ص. ( 2005 ب ) : سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين، الطبعة الأولى.
- الدسوقي، ر . ( 1995 ) : فاعلية الذات وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة وبعض الاضطرابات النفسية لدى المراهقين . مجلة كلية التربية بالزقازيق ، 24 ، ص 269 - 289 .
- دولمور، وآخرون. ( 2004 ) : شباب المرأة الدائم ، الطبعة الأولى. مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية.
- رضوان، س . ( 2002 ) : الصحة النفسية، الطبعة الأولى. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان، الأردن.
- الرفاعي، ن . ( 1982 ) : الصحة النفسية، الطبعة السادسة. جامعة دمشق.
- رفعت، م . ( 1986 ) : الآفات الاجتماعية والأمراض النفسية، الطبعة الأولى. مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت ، لبنان.
- رفعت، م . ( 1991 ) : أمراض القلب والغدد، عمر الدين للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- رفعت، م . ( 1988 ) : أمراض القلب والغدد، الطبعة الثانية. عز الدين للطباعة والنشر، مصر.
- روبنشتاين، لوري. ( 2004 ) : دليل إدارة الضغوط، الطبعة الأولى. النشر والتوزيع مكتبة جرير السعودية.
- رينو، جاكلين. ( 1993 ) : دليل المقاومة للضغط والإجهاد والتوتر، ترجمة سمير شيخاتي. دار الآفاق الجديدة للنشر، بيروت.
- الزعبي، أ. ( 2001 ) : علم نفس النمو ( الطفولة والمراهقة )، عمان، الأردن.
- زهران، ح. ( 1997 ) : الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية. جامعة عين شمس.
- الزواوي، ر. ( 1992 ) : أثر استخدام أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن .

- سالم ، إ ، نجيب ، م . ( 2002 ) : ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة. مجلة الدراسات النفسية ، 12 ، (3) ، ص 417 - 458 . ستانفيلد، ولیم . ( 1989 ) : الوراثة، الطبعة الأولى. ترجمة زين الدين، عبد السلام، عبد التواب الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر .
- السعيد ، ع . ( 2005 ) : الضحك علاج فعال للأمراض النفسية والجسدية. مجلة بلسم ، السنة 30 ، العدد ( 358 ) ، ص 53 - 55 .
- السعيد ، ع . ( 2005 ) : الأغذية الصحية لمرضى القلب. مجلة بلسم السنة (31) العدد ( 363 ) ، ص 10 - 11 .
- سيد ، أ . ( 2000 ) : استجابات ضغط الدم وبعض وظائف القلب . مجلة العلوم التربوية والنفسية المجلد ، 1 ، 1 ، ص 122 .
- شاذلي، ع . ( 2001 ) : الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، الطبعة الثانية. المكتبة الجامعية الإسكندرية، مصر .
- شامية، م . ( 2002 ) : مقارنة تصوير الشرايين الإكليلية ووظيفة البطين\_ الأيسر عند السكرين وغير السكرين . مجلة جامعة دمشق ، 18 ( 1 ) ، ص 10 - 15 .
- الشوايش، ن . ( 1991 ) : دراسة مسحية لمستويات القلق عند معلمي ومعلمات التربية الرياضية لمرحلة التعليم الأساسي في محافظة عمان . الجامعة الأردنية، عمان . (رسالة ماجستير غير منشورة) .
- شرف، ع . ( 2005 ) : البيئة وصحة الإنسان في الجغرافية الطبية ، مركز الإسكندرية للكتاب مصر .
- شرف، م . ( 1990 ) : دليل الأمراض النفسية، الطبعة الأولى. مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر بيروت، لبنان .
- الشريف، ع . ( 1990 ) : القلب وأمراضه، الطبعة الأولى. مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة. شقير، ز . ( 2002 ) : الشخصية السوية والمضطربة، الطبعة الثانية. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة .
- شلباية، س . ( 2000 ) : العلاقة المتداخلة بين اضطراب نسب الدهون في الدم وبين تأثير كل من سن اليأس ونشاط الغدة الدرقية لدى عينة من النساء الأردنيات. مجلة العلوم الطبية ، 30 (1) ص 7 .
- الشوربجي، ن، دانيال، ف . ( 2002 ) : علم النفس والشخصية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة. الصايغ ، س . ( 1983 ) : القلب في الصحة والمرض، دار العلم للملايين، بيروت ، لبنان .

- صايمية، ع. ( 1995 ) :**القلق والتحصيل الدراسي**، الطبعة الأولى. المركز العربي للخدمات الطلابية، عمان، الأردن.
- الصفدي، ع، حويج، م. العماد، ع. ( 2001 ) : **العلوم السلوكية والاجتماعية والتربية الصحية** الطبعة الأولى. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الصويص، س . ( 1989 ) : **تصلب شرايين القلب**، المكتب العالمي للطباعة والنشر، الأردن .
- الطفيلي، أ. ( 2004 ) : **علم نفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة** ، الطبعة الأولى. دار المنهل اللبناني للطباعة، لبنان.
- عبد، أ. ( 1999 ) : **علم الصحة النفسية**. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
- عبد الخالق، م، النبال ، م. ( 2002 ) : **الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق الموت**. مجلة الدراسات النفسية ، 12 ، (3) ، ص 383 - 395 .
- عبد الخالق، أ. ( 2005 ) : **قياس الشخصية**، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، مصر
- عبد الخالق، أ. ( 2000 ) : **التفاؤل والتشاؤم عرض لدراسات عربية**. مجلة علم النفس 14 ( 56 ) ، ص 6 - 19 .
- عبد الخالق، أ ، اليحفوفي، ن . ( 2004 ) : **معدلات انتشار القلق وارتباطاته ومنبئاته**. المجلة التربوية ، جامعة الكويت ، 18 ، ( 71 ) ، ص 11 - 21 .
- عبد الرازق ، م. ( 1998 ) : **استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس الثانوية الحكومية في محافظة نابلس**. جامعة النجاح ، فلسطين، (رسالة ماجستير غير منشورة).
- عبد الرحمن، م. ( 1999 ) : **علم الأمراض النفسية والعقلية** ، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة .
- عبد الصمد، م. ( 1999 ) : **ثبت علميا، الجزء الثاني**. الدار المصرية اللبنانية للنشر، القاهرة.
- عبد الرحمن، م. ( 2000 ) . **علم الأمراض النفسية والعقلية**، الطبعة الأولى. الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- عبد الله، م . ( 2001 ) : **مدخل إلى الصحة النفسية**، الطبعة الأولى. دار الفكر للطباعة والنشر عمان، الأردن.
- عبد الله، م. ( 1996 ) : **بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية**، المجلد، (1)، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- عبد، سمير . ( 2003 ) : **وجوه مرضية- تحليل مائة حالة نفسية**، الطبعة الأولى. دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة.

- عبيد، مهدي. ( 1992 ) : **الحياة بعد مرض القلب، الطبعة الأولى**. مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- عثمان، س. رمضان، س. ( 2004 ) : **الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعرفة الجامعية** السويس، مصر.
- عدس، م . ( 1997 ) : **دور العاطفة في حياة الإنسان، الطبعة الأولى**. دار الفكر للطباعة والنشر عمان، الأردن.
- العرب ، اليوم . ( 1999 ) : عمان ، ع ( 673 ) ، 13 شباط .
- العزاوي، ع. ( 1993 ) : **أمراض القلب والأوعية الدموية، الطبعة الأولى**. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- عساف، ع. ( 2003 ) : **مجالات التوتر والضغط النفسي عند أعضاء الهيئة التدريسية في جامعتي النجاح وبيروزيت أثناء انتفاضة الأقصى نتيجة العدوان الإسرائيلي . مجلة جامعة النجاح ، المجلد 17، ( 1 )، ص 1 - 7 .**
- عسكر، ع . ( 2003 ) : **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الطبعة الثانية**. دار الكتاب الحديث عطية، ج. ( 2002 ) : **تنظيم صناعة الطب خلال عصور الحضارة العربية الإسلامية، الطبعة الأولى، مكتبة العبيكان، الرياض .**
- عكاشة، أ. ( 2003 ) : **الطب النفسي المعاصر، مركز الطب النفسي، جامعة عين شمس، مصر.**
- العناني، ح. ( 2003 ) : **الصحة النفسية، الطبعة الثانية**. دار الفكر، عمان، الأردن.
- العيسوي، ع. ( 1994 ) : **الأمراض السيكوسوماتية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.**
- العيسوي، ع. ( 2000 ) : **الاضطرابات النفسجسمية، الطبعة الأولى**. دار الراتب الجامعية.
- العيسوي، ع. ( 1997 ) : **سيكولوجية الجسم والنفس، دار الراتب الجامعية، بيروت ،لبنان.**
- العيسوي ، ع.( 2002 ) : **الأمراض النفسية وعلاجها، دار المعرفة الجامعية، القاهرة .**
- العيسوي، ع . ( 2002 ) : **علم نفس الشواذ، دار الراتب الجامعية، القاهرة .**
- الغباشي، س. ( 2000 ) : **القلق والإكتئاب والشعور بالعجز لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب . دراسات نفسية. ، 10، ( 2 ) ، ص 9 .**
- فاخوري، س. ( 1999 ) : **موسوعة المرأة الطبية، الطبعة الأولى**. دار العلم للملايين للترجمة والنشر، بيروت، لبنان.
- فايد، ح. ( 2001 ) : **الاضطرابات السلوكية ( تشخيصها، أسبابها، علاجها ) : الطبعة الأولى .** طبية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- الفرخ، ك. ( 1989 ) : **فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان .** رسالة دكتوراة ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، مصر.

- فريجات، ح . ( 1990 ): فيزيولوجيا علم الإنسان، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع. عمان الأردن.
- فوسوم، لين . ( 1994 ): كيف تتغلب على القلق، الطبعة الأولى. دار الرشيد، دمشق، سوريا.
- الفيومي، م . ( 1985 ): القلق الإنساني مصادره تياراته علاج الدين له، دار الفكر العربي للنشر القاهرة، مصر.
- القاسم، ج. عبيد، م. الزعبي، ع . ( 2000 ): الإضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
- القباني، س. ( 1994 ): حافظ على صحة قلبك، الطبعة الأولى. بيروت، لبنان .
- كارنجي، دايل . ( 2000 ): دع القلق وابدأ الحياة، الطبعة الأخيرة. دار مكتبة الهلال للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- كرم، ز. ( 1999 ): صحة قلبك، مكتبة لبنان، بيروت.
- كلينيك، مايو. ( 1998 ): القلب في الصحة والمرض، ترجمة أيمن أبو المجد. لونجمان الشركة المصرية العالمية للنشر.
- كلينيك، مايو . ( 2000 ): ( الجهاز العصبي ) الطبعة الأولى. رويستر الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان .
- الليل، م . ( 1997 ): علاقة بعض المتغيرات بالقلق العام لدى طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة والثانوية في المملكة العربية السعودية . مجلة علم النفس ، 11 ، (42)، ص 32 - 39. مارياء، ك ، وآخرون. ( 1995 ): استخدام تخطيط الجلد في التشخيص التفريقي للمجموعات الفرعية لمرضى القلق . مجلة الثقافة النفسية . 6 ( 23 ) ، ص 23 .
- المازوف ، فلاديمير أندريغيتش، شلاختو فيتش. ( 1994 ): الوقاية من أمراض القلب، ترجمة عاصم غبرة ، الطبعة الأولى . دمشق .
- ماكماهون، جلادينا. ( 2002 ): التكيف مع صدمات الحياة، ترجمة رنا النوري. الطبعة الأولى. مكتبة العبيكان، الرياض .
- مروان، ش. ( 2002 ): مقارنة تصوير الشرايين الإكليلية ووظيفة البطين الأيسر عند السكريين وغير السكريين . مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية . 18 ، (1)، ص 11 - 14.
- المساعد، ف. ( 1993 ): مصادر الضغط النفسي لدى معلمي المدارس الحكومية الأساسية والثانوية في لواء نابلس . جامعة النجاح الوطنية ، فلسطين . (رسالة ماجستير غير منشورة).
- مصباح، ع. ( 1996 ): أسرار المناعة، الطبعة الأولى. الدار المصرية اللبنانية للنشر.
- مصطفى ، ع. ( 1989 ): أمراض القلب والأوعية الدموية، الطبعة الأولى. المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

- المط ، م.(1989) : **الجسم البشري**، الطبعة الأولى. مؤسسة الرسالة للنشر والتوزيع، بيروت. معوض، خ . ( 2001 ) : **علم النفس العام**، الطبعة الأولى. مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة مصر.
- الموسوي، ح. ( 1998 ) : **الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية**. المجلة التربوية، 12، ( 47 ) ، ص 95 - 33 .
- الناجي، ر، الصفدي، ع . ( 2005 ) : **علم وظائف الأعضاء**، الطبعة العربية. دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
- ندی، ي. ( 1998 ) : **مصادر ومستوى الضغط النفسي وعلاقتها بالروح المعنوية كما يراها معلمو وكالة الغوث في منطقة نابلس**. جامعة النجاح، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).  
نعمة، ع . ( 1995 ) : **أمراض القرن العشرين**، الطبعة الأولى. دار الصداقة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان .
- النيل، م . ( 1990 ) : **الأمراض السيكوسوماتية**، القاهرة ، مصر.
- الوقفي، ر. ( 1998 ) : **مقدمة في علم النفس**، الطبعة الثالثة. دار الشروق للطباعة والنشر، عمان الأردن.
- ويستكوت، باتسي. ( 2000 ) : **التعايش مع أمراض القلب**، ترجمة راضي بن سعد السرور، الطبعة الأولى. مكتبة العبيكان، الرياض.
- ياسين ، م . ( 1996 ) : **أمراض القلب والشرايين**، دار الكتاب اللبناني، بيروت، لبنان.
- ياسين ، ع.( 1988 ) : **الأمراض السيكوسوماتية** ، الطبعة الأولى. بيروت، لبنان.
- أمراض القلوب، بريد خالد الجبير قسم أخبار ومقالات طبية عن مرض القلب على الصفحة العربية. العنوان على الصفحة الإلكترونية .

<http://www.heartsdiseases.com/heartsA/modules.php?name=Sections&op=listarticles&s> .

## Reference

Anderson , Erling .(1987): Preparation for Cardiac Surgery Facilitates Recovery,Reduces Psychological Distress ,and Reduces the Incidence of Acute Postoperative Hypertension .**Journal Of Consulting & Clinical Psychology** , 55,4, P 513- 520.

Anderson , Erling W & Trethtown .W. H .( 1967): **Psychiatry** .Boiler Tindall, London .

Bellak, A & Hereson, M.( 1990 ): **International Handbook Behavior Modification and Therapy** . 2 and Ed, Plenum Press , New York and London .

Brannon, L. & Fiest, J.( 1992 ): **Health Psychology** . 2 nd Ed, Wadsworth Publishing Company, Belmont, CA .

Burvill , Johson , Jamrozik , Anderson , Stewart & Chakera .(1995):Anxiety disorders after stroke : The British **Journal of Psychiatry** , 166 , P 328- 332 . The royal College of Psychiatrists .Presented in Part at the Sixth International Conference on Stroke & Third Conference of the Mediterranean Stroke Society , Monte Carlo,Monaco,March 12,15,2003.

Coleman, J., Carson, R, & Butcher, J .( 1983 ): **Abnormal Psychology in Modern Life**. Scott Forsman & Company , Glenview, ILL.

Epstein, L & Perkins, K.( 1988 ): Smoking, Stress & Coronary Heart Disease. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, 56, 3, P 342- 349 .

Feldman, R.( 1989 ): **Adjustment**. Me Graw- Hill Inc .  
Folkman,S & Lazarus, R.( 1988): Coping As A Mediator of Emotion,

**Journal of Personality and Social Psychology**, 54,3 P466- 475 .

Friedman,R, & Rosenman.(1974 ): **Type A Behavior & Your Health**. New York: Knoph .

Jenkins, D.( 1988 ): Epidemiology of Cardiovascular Disease .**Journal of Consulting & Clinical Psychology** , 56,3, P 332- 342 .

Johnson,V& Hall,M.( 1988 ): Jop Strain,Work place social Support & Cardiovascular Disease . **American Journal of Public Health** , 78, P1336 – 1342.

Judith ,Mackay, & Mensah.( 2004 ): **The Atlas of Heart Disease &Strok.** World Health Organization , Geneva .

Kohan , P & Garevich .( 1991 ): Hassles, Health & Personality. **Journal of Personality & Social Psychology** , 61, 3P 478- 482 .

Krantz, D, Contrada, R & Friedler, E. ( 1988 ): Environmental Stress & Behavior & Biobehavioral Antecedent of Coronary Heart Disease **Journal of Consulting & Clinical Psychology** , 56, 3, P, 333- 341 .

Levine , S.( 1987 ): Causal Attribution , Perceived Benefits , & Morbidity After Heart Attack . **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, 55, 1 , P 29 – 35 .

Myers, David .( 1996 ): **Exploring Psychology**. 4<sup>th</sup> ED., Worth Publishers,Inc.

Nixon , Reginald , Bryant , Richard .( 2005): **Journal of Anxiety Disorders**, . **Ejournals University of Toronto** 19 , 5 , P 587 – 594 .

13 TH European ,**Stroke Conference Mannheim- Heidelberg** , Germany .(2004) Poster Session : Behavior and mood , May 13, 2004,14:00-16:00

Pratt ,Charlotte , Louisa, Levine, Steven , Cornelius.( 2003 ): **Journal of Health Communication** , 8, 4, P 369 – 381 .

**American Heart Association** ,Inc.( 2003 ).34:856

<http://news.google.com/news?q=American+Heart+Association+&hl=en&lr=&sa=N&tab>.

أولاً. ملحق استبانة الضغط النفسي

ثانياً . ملحق مقياس القلق النفسي الحالة – السمة

ثالثاً. ملحق قائمة أسماء المعكمين

### الملاحق

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق رقم ( 1 )

مقياس الضغط النفسي

القسم الأول

البيانات الأولية

أخي الفاضل /أختي الفاضلة

تحية طيبة وبعد .....

تتضمن الأسئلة التالية معلومات خاصة بك/ي ينتظر أن تستفيد الباحثة منها لأغراض البحث لذا يرجى وضع ( × ) في الخانة التي تلائم كل جملة تنطبق مع المعلومات الشخصية الخاصة بك /ي.

1 - الجنس: أ. ذكر. ( ) ب. أنثى. ( )

2- العمر : .....

3 - نوع العمل: أ. موظف/ة ( ) ب. عامل ( ) ج. عمل حر ( ) د. بدون عمل ( )

4 - الحالة الاجتماعية: أ. أعزب/ة ( ) ب. متزوج/ة ( ) ج. مطلق/ة ( ) أرمل/ة ( )

5 - التدخين: هل تدخن ؟ نعم ( ) لا ( ) إذا كانت إجابتك /ي نعم

6 - ما عدد السجائر التي تدخنها يوميا: ( ) .

7 - ما نوعها ؟ أ. سيجارة ( ) ب. غليون ( ) ج. سيجار ( ) د. أرجيله ( )

8 - هل تعاني من الأمراض التالية ؟

أ. السكري ( ) ب. ضغط الدم ( ) ج. لا أعاني . ( ) .

### القسم الثاني

### فقرات الإستبانة

الرقم	العبارة	تنطبق بدرجة كبيرة جدا	تنطبق بدرجة كبيرة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة قليلة	لا تنطبق أبدا

					أعاني من الصداع.	1
					أشعر بالاسترخاء التام.	2
					أشعر بالتعب الشد يد.	3
					من نادرا ما أشعر بعد النوم بأنني حصلت على قدر كاف الراحة.	4
					أشعر في كثير من الأحيان وكأن رأسي ينفجر.	5
					أشعر بأنني لا أملك الطاقة الكافية للقيام بواجباتي اليومية.	6
					أشعر بالارتجاف في أطرافي.	7
					يتسبب عرقي دون وجود جهد جسدي	8
					أشعر بتزايد نبضات قلبي.	9
					يصيبني الأرق.	10
					تنتابني الكوابيس.	11
					أعاني من النوم المنقطع.	12
					أشعر بأنني منهك القوى.	13
					أشعر باضطرابات في الهضم.	14
					يرتفع عندي أحيانا ضغط الدم.	15
					أشعر بغثيان وثقل في الساعدين	16
					عندما أجلس للراحة أو الاسترخاء أجد نفسي منهمكا بأفكار سلبية.	17
					أشعر بعدم التركيز فيما أقوم به من أعمال	18
					أشعر بأفكار غير مرتبطة فيما أقوم به من أعمال.	19
					أثتتت بأفكار غير مرغوبة.	20
					أشعر أنني متردد جدا في اتخاذ قراراتي.	21
					لا أتخذ قراراتي بسهولة .	22
					أتجنب اتخاذ قراراتي.	23
					أشعر بأن كثيرا من أمور حياتي خارجة عن سيطرتي.	24
					أشعر بأنني ضحية للظروف بلا حول ولا قوة.	25
					أتوقع أسوأ العواقب لأية مخاطر مهما كانت بسيطة	26

					أحس بمسؤولية شخصية تجاه حدوث أي شيء خاطئ	27
					أعتقد دوماً أن لدي مشكلات أكثر من الآخرين.	28
					تتغير حالتي المزاجية وتتقلب بسهولة.	29
					يصعب علي أن أركز في قراءة شيء ما.	30
					يلازمني شعور دائم بعدم الارتياح.	31
					أشعر باستمرار وكأنني أرزح تحت ضغط العمل.	32
					لا أجد نفسي متحمساً للقيام بالأعمال المختلفة.	33
					أشعر أن أعصابي مشدودة دون داع حقيقي لذلك.	34
					أشعر أن الأشياء التافهة والصغيرة أصبحت تزعجني.	35
					أجد مشاعري تجرح بسهولة.	36
					أشعر أنني أبالغ بردود أفعالي تجاه مشكلات الحياة العادية والبسيطة.	37
					تنتابني العصبية لأبسط الأصوات المفاجئة.	38
					أتوتر وانزعج حتى عندما لا يوجد سبب لذلك.	39
					أعاني من نوبات الخوف.	40
					تخمد همتي وعزيمتي بسهولة.	41
					لا يعتمد علي ولا أتحمّل المسؤولية.	42
					لدي قدر كبير من ضبط النفس و التحكم الذاتي.	43
					أشعر بالكآبة عندما أكون وحدي .	44
					أصعب نفسي بالفشل.	45
					تتغير اهتماماتي بسرعة من شيء لآخر .	46

## ملحق رقم ( 2 )

### مقياس القلق النفسي

وضعه: سيبيلبيرجر وزملاؤه

### الصورة ( 1 - ى )

#### تعليمات:

فيما يلي عدد من العبارات التي اعتاد الناس وصف أنفسهم بها. اقرأ كل عبارة ثم ضع علامة X داخل المربع المناسب لك لتبين ما الذي تشعر به فعلاً الآن، أي في هذه اللحظة. ليس هناك إجابات

صحيحة وأخرى خاطئة ولا تقض وقتا طويلا في أي عبارة منها. ولكن ضع الإجابة التي تبدو أنها تصف مشاعرك الحالية على أفضل وجه.

	لا مطلقا	إلى حد ما	بدرجة متوسطة	كثيرا جدا	
1	1	2	3	4	أشعر بالهدوء
2	1	2	3	4	أشعر بالأمان
3	1	2	3	4	أنا متوتر
4	1	2	3	4	أشعر أن أعصابي مشدودة
5	1	2	3	4	أشعر أنني (على راحتي)
6	1	2	3	4	أشعر بالاضطراب
7	1	2	3	4	أنا الآن منزعج لما قد يحدث من سوء حظ
8	1	2	3	4	أشعر أنني قانع (راض)
9	1	2	3	4	أشعر أنني خائف جدا
10	1	2	3	4	أشعر أنني مستريح
11	1	2	3	4	أشعر بالثقة في النفس
12	1	2	3	4	أشعر أنني عصبي
13	1	2	3	4	أنا شديد العصبية (متوتر)
14	1	2	3	4	أشعر أنني غير حاسم
15	1	2	3	4	أشعر بالاسترخاء
16	1	2	3	4	أشعر بالرضا
17	1	2	3	4	أنا منزعج
18	1	2	3	4	أشعر أنني مرتبك
19	1	2	3	4	أشعر بالاستقرار
20	1	2	3	4	أشعر بالسرور

### مقياس القلق النفسي (2)

وضعه: سبيلبيرجر وزملاؤه

### الصورة (ى - 2)

	أبدا تقريبا	أحيانا	كثيرا	دائما تقريبا	
21	1	2	3	4	أشعر بالسرور

4	3	2	1	أشعر بالعصبية وعدم الاستقرار	22
4	3	2	1	أشعر أنني مقتنع بنفسي	23
4	3	2	1	أتمنى أن أكون سعيدا كما يبدو على الآخرين	24
4	3	2	1	أشعر كأنني فاشل	25
4	3	2	1	أشعر بالراحة	26
4	3	2	1	أنا هادئ وساكن ومتماسك	27
4	3	2	1	أشعر أن الصعوبات تتراكم علي بحيث لا أستطيع التغلب عليها	28
4	3	2	1	أقلق كثيرا جدا على أشياء ليست مهمة في الواقع	29
4	3	2	1	أنا سعيد	30
4	3	2	1	لديّ (عندي) أفكار مزعجة	31
4	3	2	1	تتقصني الثقة بالنفس	32
4	3	2	1	أشعر بالأمان	33
4	3	2	1	أأخذ القرارات بسهولة	34
4	3	2	1	أشعر أنني غير كفاء	35
4	3	2	1	أشعر بالرضا	36
4	3	2	1	تمر بخاطري بعض الأفكار غير المهمة وتزعجني	37
4	3	2	1	أأأثر بشدة بالأشياء المخيبة للأمل لدرجة أنني لا أستطيع استبعادها من تفكيري	38
4	3	2	1	أنا شخص ثابت (مستقر)	39
4	3	2	1	تصيبني حالة من التوتر أو الاضطراب عندما أفكر في مشاغلي واهتماماتي في الفترة الأخيرة	40

### ملحق رقم ( 3 )

#### قائمة أسماء المحكمين

الرقم	الاسم	مكان العمل
1 -	د . غسان الحلو	جامعة النجاح الوطنية
2 -	د . غسان سرحان	جامعة القدس
3 -	د . أحمد فهيم جبر	جامعة القدس
4 -	د . إبراهيم عرمان	جامعة القدس
5 -	د . محسن عدس	جامعة القدس

جامعة القدس	د . تيسير عبد الله	- 6
جامعة بيت لحم	د . سامي عدوان	- 7
جامعة بيت لحم	د . خضر مصلىح	- 8
جامعة الخليل	د . نبيل الجندي	- 9
جامعة الخليل	د . كامل كتلو	- 10
جامعة القدس المفتوحة	د . يوسف أبو ماريه	- 11
جامعة القدس المفتوحة	أ . بسام بنات	- 12
جامعة الخليل	أ . خضر مبارك	-13

### فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الإهداء
ب	الإقرار
ج	الشكر والتقدير
د	ملخص الدراسة باللغة العربية
ز	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية "Abstract"
1	الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها
2	المقدمة
36	مشكلة الدراسة
37	أسئلة الدراسة

38	فرضيات الدراسة
39	أهداف الدراسة
39	أهمية الدراسة
40	محددات الدراسة
41	مصطلحات الدراسة
44	<b>الفصل الثاني: الأدب التربوي والدراسات السابقة</b>
45	أولاً- الأدب التربوي المتعلق بمرض القلب
64	ثانياً- الأدب التربوي المتعلق بالضغط النفسي والقلب
84	ثالثاً- الأدب التربوي المتعلق بالقلق النفسي والقلب
105	<b>الدراسات السابقة:</b>
106	أولاً- الدراسات الأجنبية
145	ثانياً - الدراسات العربية
133	ثالثاً- تعقيب الباحثة على الدراسات المتعلقة بالضغط النفسي
144	تعقيب الباحثة على الدراسات المتعلقة بالقلق النفسي
160	تعقيب الباحثة على الدراسات العربية
162	<b>الفصل الثالث: طريقة الدراسة وإجراءاتها</b>
163	منهج الدراسة
163	مجتمع الدراسة
163	عينة الدراسة
166	أدوات الدراسة وثباتها
170	متغيرات الدراسة
171	إجراءات تطبيق الدراسة
172	المعالجات الإحصائية
174	<b>الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة</b>
175	عرض نتائج السؤال الأول
176	عرض نتائج السؤال الثاني
177	عرض نتائج الفرضية الأولى
178	عرض نتائج الفرضية الثانية
179	عرض نتائج الفرضية الثالثة

181	عرض نتائج الفرضية الرابعة
182	عرض نتائج الفرضية الخامسة
184	عرض نتائج الفرضية السادسة
186	عرض نتائج الفرضية السابعة
188	عرض نتائج الفرضية الثامنة
189	عرض نتائج الفرضية التاسعة
190	عرض نتائج الفرضية العاشرة
192	عرض نتائج الفرضية الحادية عشرة
193	عرض نتائج الفرضية الثانية عشرة
195	عرض نتائج الفرضية الثالثة عشر
196	عرض نتائج الرابعة عشر
198	<b>الفصل الخامس:</b>
199	<b>مناقشة وتفسير نتائج الدراسة</b>
221	<b>توصيات الدراسة</b>
225	<b>المراجع:</b>
226	أولاً- المراجع العربية
234	ثانياً- المراجع الأجنبية "References"
236	<b>الملاحق:</b>
237	أولاً- ملحق الضغط النفسي
240	ثانياً- ملحق القلق النفسي
242	ثالثاً- ملحق قائمة أسماء المحكمين
243	فهرس المحتويات
246	فهرس الجداول
249	فهرس الملاحق

## فهرس الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1 . 1	يبين نسبة الوفاة الناتجة عن الجلطات مقارنة بأمراض أخرى في العالم لسنة ( 2002 ) .	.11
1 . 2	توزيع مرضى القلب والأوعية الدموية في فلسطين لعام ( 2003 ) .	.58
2 . 2	توزيع الوفيات الناتجة عن أمراض القلب حسب الجنس والمنطقة السكنية في فلسطين لعام ( 2003 ) .	.60
1 . 3	توزيع أفراد عينة الدراسة المصابين حسب متغير الجنس والمستشفى (مكان التواجد )	.164
2 . 3	توزيع أفراد عينة الدراسة غير المصابين حسب متغير الجنس ومكان السكن	.164
3 . 3	يبين خصائص العينة الديمغرافية	.165
4 . 3	يبين نتائج ثبات أدوات الدراسة بأبعادها المختلفة	.170
5 . 3	يبين مفاتيح المتوسطات الحسابية لفهم نتائج الدراسة	.172
1 . 4	بيان الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط	.175

	النفسي لدى المصابين وغير المصابين	
176.	بيان الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين	2 . 4
177.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير الجنس	3 . 4
177.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير الجنس	4 . 4
178.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير العمر	5 . 4
179.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير العمر	6 . 4
179.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير نوع العمل	7 . 4
180.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير نوع العمل	8 . 4
181.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية	9 . 4
181.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية	10 . 4
182.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير التدخين	11 . 4
183.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير التدخين	12 . 4
184.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير عدد السجائر يوميا	13 . 4
185.	بيان الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير عدد السجائر يوميا	14 . 4
186.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعا لمتغير الإصابة بأمراض أخرى	15 . 4

187.	بيان الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغط النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير الإصابة بأمراض أخرى	4 . 16
188.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير الجنس	4 . 17
188.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير الجنس	4 . 18
189.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير العمر	4 . 19
190.	بيان الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير العمر	4 . 20
190.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير نوع العمل	4 . 21
191.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير نوع العمل	4 . 22
192.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية	4 . 23
192.	بيان الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية	4 . 24
193.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير التدخين	4 . 25
194.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير التدخين	4 . 26
195.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير عدد السجائر يومياً	4 . 27
195.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير عدد السجائر يومياً	4 . 28
196.	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للفروق في درجة القلق النفسي لدى المصابين وغير المصابين تبعاً لمتغير الإصابة بأمراض أخرى	4 . 29
197.	يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق	4 . 30

## فهرس الملحق

رقم الملحق	الملحق	الصفحة
. 1	استمارة البيانات الشخصية	.237
. 2	استبانة مقياس الضغط النفسي	.238
. 3	استبانة مقياس القلق النفسي ( الحالة والسمة )	.240
. 4	قائمة أسماء لجنة التحكيم	.242