



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

مستوى القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين الذين خضعوا لعملية القلب
المفتوح في فلسطين

عبدالله أحمد عبدالله الواي

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1433 هـ / 2012 م

مستوى القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين الذين خضعوا لعملية القلب
المفتوح في فلسطين

إعداد:

عبدالله احمد عبدالله الواوي

(فلسطين)

جامعة القدس

بكالوريوس تمريض

المشرف الرئيس: الدكتورة سهير الصباح

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة النفسية
المجتمعية من برنامج الصحة النفسية المجتمعية/ كلية الصحة العامة/ جامعة
القدس

1433 هـ/ 2012 م

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
قسم الصحة النفسية المجتمعية

إجازة الرسالة

مستوى القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في فلسطين

اسم الطالب: عياد الله أحمد عياد الله الواوي

الرقم الجامعي: 20912423

المشرف: د. سهير صباح

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2012 / 5 / 2 من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

التوقيع:	1. رئيس لجنة المناقشة: د. سهير صباح
التوقيع:	2. ممتحناً داخلياً: د. هاني عابدين
التوقيع:	3. ممتحناً خارجياً: د. كمال سلامة

القدس - فلسطين

1433 هـ / 2012 م

الإهداء

إلى روح والدي الحبيب (أحمد) الذي تعلمت منه الصبر والطموح والكبرياء وحب الله والوطن
إلى أمي الحنون (خديجة) التي أنارت لي الدنيا دائماً بدعائها وحبها وتشجيعها.
إلى زوجتي الغالية (آية) التي صبرت على طول ساعات انشغالي وكانت عوناً لي.
إلى طفلي (صهيب يمان) الذي ما أعطيته حقه في ساعات مجيئه الأولى.
إلى إخوتي وزوجاتهم وأخواتي وأزواجهنّ.
إلى أصدقائي على اختلاف درجاتهم.
إلى زملائي المرضيين والأطباء.
إلى زملائي وأساتذتي في دائرة التمريض وكلية الصحة العامة/جامعة القدس.
إلى المرضى الذين تعلمت منهم الكثير وما زلت.
إلى فلسطين كل فلسطين أرضها وسماؤها وماءها.

عبد الله أحمد الواوي

إقرار

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

التوقيع:

عبدالله احمد عبدالله الواوي

التاريخ: 2012 / 5 / 2

شكر وعرافان

أحمد الله الذي أعانني ووفقني على إنجاز هذا العمل العلمي المتواضع، وأتقدم بجزيل شكري وعظيم الامتنان إلى د. سهير الصباح التي تكرمت بإشرافها على هذه الرسالة، لما بذلته من جهد ومتابعة حثيثة ورعاية واهتمام طيلة فترة إعداد الرسالة، والتي ساعدتني في إخراج هذه الرسالة إلى حيز الوجود.

كما وأتقدم بوافر شكري وتقديري إلى أعضاء لجنة المناقشة د. هاني عابدين و د. كمال سلامة والى جميع المحكمين كل باسمه وصفته، كما وأتقدم بشكري الجزيل وامتناني لجميع أساتذتي في كلية الصحة العامة والتمريض الذين ما توانوا للحظة عن مساعدتي وتقديم كل مفيد.

كما وأتقدم بالشكر الجزيل الى وزارة الصحة، وجميع المستشفيات الحكومية والخاصة والتي قدمت لي التسهيلات للحصول على معلومات البحث، كما وأوجه شكر خاص إلى الممرضين والأطباء الذين ساعدوني في جمع استبانة الدراسة، كما وأوجه شكر خاص إلى جراح القلب في مجمع فلسطين الطبي أ.د. احمد دروزة لما وفره لي من معلومات.

وأوجه شكري وتقديري إلى جامعتي الحبيبة جامعة القدس التي احتضنتني طالبا فيها في مرحلتي البكالوريوس والماجستير، ومن ثم أستاذًا.

وشكر خاص إلى أ. عايد الحموز لمساعدتي في التحليل الإحصائي، وكذلك أ. إياد شماسنة لمساعدتي في التدقيق اللغوي للمادة، وأخيرا أقدم شكري لكل المخلصين الذين مدوا لي يد المساعدة في جميع مراحل دراستي.

والله ولي التوفيق

المخلص

هدفت الدراسة إلى معرفة درجة القلق وعلاقتها بجودة الحياة لدى البالغين الذين خضعوا لعملية القلب المفتوح في فلسطين وعلاقة ذلك بمجموعة من المتغيرات المستقلة، وتكونت عينة الدراسة من 239 مريض خضعوا لعملية القلب في ستة مستشفيات في الضفة والقدس والتي يتم فيها عمل هذا النوع من العمليات خلال عام (2011-2012) وتم إختيار العينة بإستخدام العينة العشوائية الطبقية، وأُعدت المنهج الوصفي والارتباطي، وتم إستخدام الإستبيان كأداة لجمع بيانات الدراسة (إستبانة قلق الحالة والسمة، وإستبانة جودة الحياة المختصرة)، وأظهر البحث النتائج التالية:

جاءت درجة القلق (حالة وسمة) لدى البالغين الذين خضعوا لعملية القلب "متوسطة"، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجة القلق (حالة وسمة) تعزى لمتغير الجنس ولصالح (الإناث)، وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق (حالة وسمة) تعزى لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية، السكن، المستشفى، ووجود أمراض أخرى، في حين أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق (حالة) تعزى لمتغير التعليم، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق (سمة) تعزى لمتغير التعليم، وأيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق (حالة وسمة) تعزى لمتغير العمل، المدة الزمنية، الدخل.

جاءت الدرجة الكلية لتقدير البالغين الذين خضعوا لعملية القلب لمستوى معيشتهم ولدرجة رضاهم عن وضعهم الصحي بشكل عام بدرجة "متوسطة"، في حين تبين أن درجة جودة الحياة لديهم كانت "متوسطة" على الدرجة الكلية، كما أن أهم أبعاد جودة الحياة تمثلت في بعد العلاقات الاجتماعية معبرا عن درجة "كبيرة"، وجاء بعد (الصحة النفسية) و(الصحة البيئية) و(الصحة الجسمية) معبرا عن درجة "متوسطة".

وأيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (العلاقات الاجتماعية) ولصالح (الذكور)، بينما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة تعزى لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية سواء على الدرجة الكلية أو على باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة، في حين أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة تعزى لمتغير السكن، التعليم، العمل، المستشفى، المدة بعد العملية، الدخل،

الأمراض الأخرى تبعا لبعض أبعاد جودة الحياة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة تعزى لنفس المتغيرات في بعض أبعاد الجودة الأخرى.

وأظهرت النتائج أن العلاقة بين القلق حالةً والقلق سمةً هي علاقة إيجابية دالة إحصائياً، وكذلك العلاقة بين القلق (حالةً وسمةً) وبين أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية لجودة الحياة هي علاقة سلبية دالة إحصائياً، في حين تبين أن العلاقة بين أبعاد جودة الحياة وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة هي علاقة إيجابية دالة إحصائياً.

وفي ضوء هذه النتائج خرجت الدراسة ببعض المقترحات إلى صانعي القرار، والباحثين، والعاملين في مجال الصحة النفسية، والأطباء والممرضين، وكان أبرزها ضرورة وضع برامج إرشادية مختصة لتحسين الوضع النفسي وخفض القلق (حالةً وسمةً) وتحسين جودة الحياة بجميع أبعادها للمرضى وخاصة الإناث، ذوي المستوى التعليمي المنخفض، والذين لا يعملون، وذوي الدخل المنخفض، وبعد فترة من العملية، والذين يعانون من أمراض أخرى مرافقة، مما ينعكس إيجابياً على نتائج العملية والوضع الصحي العام.

Anxiety level and its relationship to quality of life in adults who had undergone an open heart surgery in Palestine

Prepared by: Abdallah Ahmad Abdallah Alwawi

Supervisor: Saheer Alsabah

Abstract:

The Study aimed to identifying degree of anxiety, and how it relates to quality of life in adults who had undergone to open-heart operations in Palestine, and how that relates to a set of independent variables. The Study sample consisted of 239 patients who had undergone open heart surgeries at six hospitals in the West Bank and Jerusalem between years of (2010-2011), where such type of surgery is being carried out. The sample was selected using stratified random sampling. The research was adopted descriptive and correlation methodology. The Questionnaires that were used as the data collection tool for the Study (State/ trait anxiety, and quality of life).

The degree of anxiety (state and trait) in adults who had undergone heart surgery was "medium". The study showed the existence of statistically significant differences at level of ($\alpha \leq 0.05$) in the average degree of anxiety (state and trait) due to the variability of gender (male/female) in favor of (female), and did not found significant differences statistically significant in the degree of anxiety (state and trait) due to the age variability, marital status, housing, hospital, and the presence of other diseases. The results did not show a statistically significant differences in the degree of anxiety (state) due to the variable of education, while I have found statistically significant differences in the degree of anxiety (trait) due to the variable of education, and it showed the existence of statistically significant differences in the degree of anxiety (state and trait) due to the work variable, length of time, and income.

The total score of adults assessment who have undergone heart surgery for their standard of living and degree of satisfaction with their health in general was "medium", while showed that the degree of life quality have been "average" from the total score, and the most important aspect of quality of life was yet in social relations, expressing the degree of "High". Next was (mental health), (environmental Health) and (physical health), expressing a degree of "medium". The existence of statistically significant differences in the rates of the degree of quality of life due to the variable of gender from the total score and the rest of the other aspects, except after the (social relations) and for (males), while showing no statistically significant differences in the degree of quality of life due to the variable age, marital status, whether the total score or the rest of the other aspects of life quality. The results showed no statistically significant differences in the degree of life quality due to the housing variable, education, employment, hospital, time after the operation, income, and other diseases according to some aspects of life quality, while I found statistically significant differences in the degree of life quality due to the same variables in some other life quality aspects. The

results showed that the relationship between anxiety state and anxiety trait is a positive relationship statistically significant, as well as the relationship between anxiety (state and trait), the life quality aspects and the total score for life quality is a negative relationship statistically significant, while showed that the relationship between the quality of life aspects and the total score of life quality is a statistically significant positive relationship.

In light of these findings, emerged from the study some suggestions to decision-makers, researchers, and workers in the field of mental health, doctors, and nurses. It was the prominent of the need to develop outreach programs competent to improve the psychological and reduce anxiety (state and trait) and improve the quality of life in all its aspects for patients, especially females, low level of education, unemployed and earn a low-income, after the surgery, and those suffering from other accompany diseases, which will reflect positively on the outcome of the surgery and general health condition.

الفصل الأول

1.1	المقدمة
2.1	مشكلة الدراسة
3.1	أهمية الدراسة
4.1	أهداف الدراسة
5.1	أسئلة الدراسة
6.1	فرضيات الدراسة
7.1	حدود الدراسة
8.1	مصطلحات الدراسة

1.1 المقدمة

تعتبر جراحة القلب في فلسطين من الجراحات الوليدة التي لم يزد عمرها عن عدة سنوات، وبالرغم من تزايد مرضى القلب الا انهم لم ينالوا ما يجب من دراسات وخاصة تلك الدراسات التي تتناول البعد النفسي وجودة الحياة، وتعتبر المشكلات النفسية وعلى رأسها القلق القاسم المشترك بين جميع الاضطرابات النفسية والنفسجسمية والتي تعلق حياة المريض بوجه عام في مسيرته المرضية وعند المراحل الحرجة كإجراء العملية الجراحية والتي تلعب دورا هاما في الوضع الصحي لديهم كما وان للمرض تبعات وأثار على واقع حياتهم وجودتها وان جودة الحياة تعكس جانبا مهما في حياتهم.

ويلاقي الإنسان في مسيرة حياته كثيرا من المواقف التي تحتوي خبرات وتجارب غير مرغوب فيها أو مهددة له ومقلقة بحيث تتعرض رفاهيته وتكامله للخطر إثر ذلك، فالأمراض المزمنة تعتبر أحد الأحداث الحياتية الضاغطة والموترة والتي لها ارتباط وثيق بالاضطرابات النفسجسمية (Cofer & Apply, 1984).

كما وأن الضغط والتوتر الناتج عن المرض وتبعاته ومسيرة العلاج له ربما يزداد مع عوامل ضاغطة أخرى مثل الضغوط العائلية، ضغوط العمل، القلق المالي، وبالإضافة إلى تلك الضغوط اليومية الأخرى الموجودة قبل المرض (الحفار، 1983).

يرى الباحث أن هناك اهتمام قليل جدا في فلسطين خاصة، وفي العالم العربي عامة بمرضى القلب الخاضعين للتدخل الجراحي على الصعيد النفسي وجودة الحياة، على خلاف ذلك في دول العالم المتطورة حيث تم العثور على العديد من الأبحاث التي تتناول البعد النفسي وجودة الحياة كدراسات أجنبية في حين ظهرت ندرة في الابحاث في الأدب التربوي والبحثي العربي، وقد ظهر الاهتمام وخاصة في السنوات الأخيرة بهذه الشريحة المهمة من شرائح مرضى الجراحات المتخصصة الهامة لما لطبيعة وخصوصية هذه الجراحات ومدى خطورتها على واقع نوعية الحياة وأمورهم النفسية.

ومن الملاحظ لدى الباحث ومن واقع الخبرة أن فئة مرضى القلب أخذت بالازدياد نظرا لعدد من الأسباب منها القلق والضغوط النفسية، ولا يرافق تلك الزيادة زيادة في الدراسات البحثية حتى ولو على صعيد الدراسات المسحية والسببية بحيث يكون هناك تدخل للتقليل من الآثار النفسية السلبية كالقلق قبل وبعد العملية الجراحية ما يرفع من مستوى جودة الحياة وخاصة بعد إجراء العملية الجراحية.

وتأكيدا على الأهمية العالمية لمرضى القلب جاء اهتمام منظمة الصحة العالمية بهذا المرض من زوايا متعددة وقد خصصت آخر يوم أحد من شهر أيلول من كل عام يوما لإذكاء الوعي العام والتشجيع على اتخاذ الإجراءات الوقائية من أجل الحد من الأمراض القلبية والتي تعتبر المسبب الرئيسي للوفاة في العالم (WHO, 2006).

لذا فإن هذه الدراسة تسعى إلى فحص درجة القلق وعلاقتها بجودة الحياة عند البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب الجراحية في منطقة الضفة الغربية والقدس، في ظل ندرة الدراسات العربية أو عدم توفرها في المكتبة العربية ولا توجد أي دراسة حول الموضوع على المستوى الفلسطيني يخص هذه الفئة على حد علم الباحث وما صرح به الخبراء المختصين.

2.1 مشكلة الدراسة:

يشير التقرير الصحي السنوي الصادر عن وزارة الصحة لعام 2010 أن أمراض القلب تعد من أسباب الوفاة الرئيسية للفئة العمرية من (20-59) حيث بلغت نسبتها 29.4%، في حين كانت النسبة للفئة العمرية (60 سنة وما فوق) 30.9% وتأتي كأعلى سبب من أسباب الوفاة، وكان عدد الوفيات الناتجة عن أمراض القلب من الذكور والإناث 1719 خلال عام 2010.

ويقدر عدد الذين خضعوا لعملية القلب والأوعية الدموية في الولايات المتحدة عام 2006 بسبع ملايين شخص وأن هذا الرقم أخذ بالازدياد كما أشارت جمعية القلب الأمريكية (Vaughn, 2007).

وتشير دراسة بوزويلو (Pozuelo, 2008) بأن القلق وعلاقته بمرضى القلب لم يدرس كما درس الإكتئاب وعلاقته بأمراض القلب مع العلم أن القلق عندهم يتراوح ما بين 15-20% ، ويكون بعدة أشكال.

ويوصي سلامة (2011) ويونس (2005) إلى ضرورة عمل المزيد من الدراسات التي تهتم بالبحث في العلاقة بين الأمراض المزمنة والصحة النفسية والتعمق في متغيرات الدراسة، والى ضرورة دراسة جودة الحياة لدى عينات مختلفة من المرضى لعمل دراسات مقارنة مستقبلية (سلامة، 2011)(يونس، 2005).

وهذا كله أثار اهتمام الباحث في دراسة هذه الشريحة من المرضى، وخاصة انه يعمل في ميدان التمريض في قسم العناية القلبية الحثيثة في مجمع فلسطين الطبي/ رام الله، وتكون لديه الاهتمام بهذه المشكلة والتي تكمن في القلق كأحد المشاكل النفسية لدى مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح كما أن متغير جودة الحياة من المتغيرات التي ما زالت نادرة البحث فهو لم يدرس في البيئة الفلسطينية خاصة والعربية عامة على مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح في حدود علم الباحث.

كل ذلك دفع الباحث الى: " إستقصاء مستوى القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الذين خضعوا لعملية القلب المفتوح في فلسطين ".

3.1 أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذه الدراسة من خلال التعامل مع هذه الفئة الخاصة من مرضى الأمراض القلبية المزمنة والذين يخضعون لعملية القلب وذلك لأن الحل الجراحي يصبح هو الحل الوحيد، وإعطاء خصوصية معينة لهذه الفئة، لأن هؤلاء المرضى هم عرضة للضغوط النفسية وخاصة القلق والذي ينتج عن طبيعة مرضهم وخطورته وخطورة عملياتهم الجراحية، وكذلك إحتماية وفاتهم أثناء العملية أو في فترة قصيرة بعد العملية أو فشل النتائج المرجوة من العملية وما تقوم به من تحسين وضعهم الصحي، حيث تجعل هذه الأوضاع والضغوطات منهم أناساً قلقين ويعيشون بمستوى جودة حياة مضطرب ومنخفض.

ويمكن تلخيص أهمية الدراسة بالتالي :

1. تعد هذه الدراسة من الدراسات الاولى في المجتمع الفلسطيني في حدود ما اطع عليه الباحث من دراسات تتناول بالبحث القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح وتفقد الساحة العربية لدراسة هذه المتغيرات مجتمعة أيضا.

2. إن القلق محور الإضطرابات النفسية ويعتبر مشكلة نفسية جدية عند مرضى القلب وأن دراسته ومعرفة مستواه وفهم الظروف المحيطة به ستسهل عملية مواجهته لاسيما عند المصابين بأمراض القلب والخاضعين لعملية القلب المفتوح.
3. أن القلق وما يرتبط به وكذلك جودة الحياة محاور هامة في حياة مريض القلب الخاضع لعملية القلب المفتوح ومن المفروض أن تنعكس عليه إيجابا أو سلبا.

4.1 أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على:

1. درجة القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح في فلسطين.
2. مدى وجود فروق في درجة القلق، لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح في فلسطين تعزى لمتغيرات

• الجنس

• العمر

• الحالة الاجتماعية

• مكان السكن

• المستوى التعليمي

• العمل

• المستشفى

• المدة بعد إجراء العملية

• الدخل الشهري

• وان كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى.

3. درجة جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح في فلسطين.
4. مدى وجود فروق في درجة جودة الحياة، لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح في فلسطين تعزى لمتغيرات

• الجنس

• العمر

- الحالة الاجتماعية
- مكان السكن
- المستوى التعليمي
- العمل
- المستشفى
- المدة بعد إجراء العملية
- الدخل الشهري
- وإن كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى.

5. مدى وجود علاقة إرتباطيه بين درجة القلق وجودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح في فلسطين.

5.1 أسئلة الدراسة

1. ما درجة القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين؟
2. هل توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق، لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغيرات (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى التعليمي، والعمل، والمستشفى، المدة بعد إجراء العملية، والدخل الشهري، وإن كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى)؟
3. ما درجة جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين.
4. هل توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة، لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغيرات (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى التعليمي، والعمل، والمستشفى، المدة بعد إجراء العملية، والدخل الشهري، وإن كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى)؟
5. هل توجد علاقة إرتباطيه دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجة القلق ودرجة جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين؟

6.1 فرضيات الدراسة

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم تحويل الأسئلة (2.4.5) إلى الفرضيات الصفرية الآتية:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير الجنس.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير العمر.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير مكان السكن.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير المستشفى.

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير العمل.

الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير المدة بعد إجراء

العملية.

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير الدخل الشهري.

الفرضية العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات القلق لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير إن كان المبحوث يعاني

من أمراض أخرى.

الفرضية الحادية عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير الجنس. الفرضية الثانية عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير العمر. الفرضية الثالثة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

الفرضية الرابعة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير مكان السكن.

الفرضية الخامسة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

الفرضية السادسة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير العمل. الفرضية السابعة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير المستشفى. الفرضية الثامنة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير المدة بعد إجراء العملية.

الفرضية التاسعة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير الدخل الشهري.

الفرضية العشرون: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين تعزى لمتغير إن كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى.

الفرضية الحادية والعشرون: لا توجد علاقة إرتباطيه دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى القلق وجودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب في فلسطين.

3.1 حدود الدراسة

إشتملت حدود الدراسة على الآتي:

الحدود المكانية: وهي جميع مستشفيات الضفة الغربية والقدس التي يتم فيها عمل جراحات القلب المفتوح وهي المستشفيات التالية:

- مستشفى العربي التخصصي/ نابلس.
- مستشفى نابلس التخصصي/ نابلس.
- مستشفى الرعاية العربية/ رام الله.
- مستشفى مجمع فلسطين الطبي/ رام الله.
- مستشفى المقاصد الخيري/ القدس.
- مستشفى الأهلي/ الخليل.
- مستشفى الميزان/ الخليل.

الحدود الزمانية: وهي حدود الفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة وهي (2011-2012) لصعوبة الحصول على معلومات قبل هذه المدة، وذلك بسبب المشاكل في عملية التوثيق في المؤسسات الصحية التي تجرى فيها هذا النوع من العمليات.

الحدود البشرية: وتشمل مرضى القلب البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح بعد إجراء العملية الجراحية وخلال فترات متنوعة في المستشفى وأثناء المراجعة الطبية للعيادات الجراحية المتخصصة.

الحدود المفاهيمية: ستقتصر هذه الدراسة على دراسة درجة القلق حالة وسمة وعلاقته بدرجة جودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس، تبعاً لعدد من المتغيرات.

8.1 مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية

القلق النفسي: حالة انفعالية غير سارة، يعلوها التوجس والخوف، مما يجعلها تؤثر في مستوى الأداء على كافة الصعد المختلفة، ومدى الشعور بالطمأنينة والأمان نتيجة التعرض لمواقف نفسية ضاغطة وموترة خلال حياته، سواء كانت هذه المواقف معلومة ومحددة أم غامضة وعامة ولا ترتبط بشيء ما، مما يؤدي إلى إحداث تغيرات داخلية يحس بها الفرد ويصفها، وأخرى خارجية تظهر على ملامحه، ويمكن قياسها (الخالدي، 2009)(العزة، 2004)(عسكر، 2000).

القلق كحالة (anxiety state): خبرة إنفعالية وحالة ذاتية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أي أنها وضع طارئ ووقتي، أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، وتتفاوت الحدة بناءً على درجة المثير أو الخطر التي يدركها الفرد. ويكون القلق هنا أقرب إلى حالة الخوف، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر النفسجسمية، مثل: زيادة إفراز العرق والارتعاش في الأيدي والأرجل، كما وقد يتأثر ادراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف محدد (شريت، 2008)(غرابة، 2003)(زهرا، 2001).

القلق كسمة (anxiety trait): حالة إنفعالية مركبة غير سارة، تمثل مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفرع والرعب والانقباض والهم، نتيجة توقع شر وشيك الحدوث، أو الإحساس، والتهديد من شيء ما مبهم، غامض، غير سار، يعجز المرء عن تحديده على نحو موضوعي، دقيق، ومتزاق عادة ببعض الأعراض الجسمية (القريطي، 1998)(عكاشة، 1988).

ويعرف إجرائياً: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس القلق (الحالة، السمة) المستخدم في هذه الدراسة، وهو مقياس سبيلبيرغر (Spielberger) لقلق الحالة والسمة وهو من تعريب البحيري (1984).

جودة الحياة: الانطباع والتصور الذي يتكون عند الفرد تجاه حياته وتبعاتها وضمن المحددات الثقافية والمجتمعية ومستوى العلاقة المرتبطة بين أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم محددة عنده، إضافة إلى أنها عملية التكامل والتظافر بين جوانب الفرد المختلفة (السيولوجية، النفسية،...)، وكذلك مستوى الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية لدى الفرد، وعلاقة ذلك بجميع ما يخرج في المستقبل من أحداث مرتبطة بها، كما أضافت المنظمة بأن جودة الحياة هي ادراك الناس إلى مواقعهم في الحياة، وبذلك تشمل الكثير من المكونات التي ترتبط مع أهداف وتطلعات الفرد (WHO, 1998).

وتعرف إجرائيا: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس جودة الحياة المستخدم في هذه الدراسة، وهو مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (1996) وهو من تعريب احمد (2008).

مرضى القلب البالغون الذين خضعوا لعملية القلب المفتوح: هم المرضى البالغون الذين يعانون من أمراض قلبية إحتاجت إلى تدخلات جراحية إضافة إلى التدخلات الدوائية في حين عجزت التدخلات الدوائية لوحدها من تحسين الحالة، أو في حالات كانت الجراحة هي الحل الوحيد لإنقاذ الحياة وأشهر هذه الأمراض عند البالغين: أمراض الشرايين الإكليلية، أم دم البطين الأيسر، الفتحة بين البطينين، تضيق الصمام الأبهري، قصور الصمام الأبهري، تضيق الصمام التاجي، قصور الصمام التاجي، داء الصمام مثلث الشرفات، التهاب الشغاف، اعتلال العضلة القلبية الضخامي، تسلخ الأبهري، أمهات دم الأبهري الصدري، أمراض التأمور (عزات، 2005)(Bojar, 2005).

ويقابل هذه الأمراض باللغة الإنجليزية على الترتيب المصطلحات التالية:

Coronary artery disease, Left ventricle aneurysm, Ventricle septal defect, Aortic valve stenosis, Aortic valve dysfunction, Mitral valve stenosis, Mitral valve dysfunction, Tricuspid valve disease, Endocarditis, Hypertrophic cardiomyopathy, Aortic dissection, Thoracic aortic aneurysm, Pericardial disease.

الفصل الثاني

الاطار النظري والدراسات السابقة

1.2 القلق

- 1.1.2 مفهوم القلق
- 2.1.2 مستويات القلق
- 3.1.2 أنواع القلق
- 4.1.2 أسباب ومصادر القلق
- 5.1.2 مظاهر وأعراض ومكونات القلق
- 6.1.2 المدارس النفسية وتفسير القلق
- 7.1.2 القلق وعملية القلب المفتوح

2.2 جودة الحياة

- 1.2.2 مفهوم جودة الحياة
- 2.2.2 أبعاد جودة الحياة
- 1.2.2 مظاهر جودة الحياة
- 4.2.2 مقومات جودة الحياة
- 5.2.2 العلاقة بين أمراض القلب والإجراءات الجراحية وجودة الحياة
- 6.2.2 جودة الحياة من منظور المدارس النفسية والاتجاهات النظرية

3.2 ملخص أمراض القلب التي تستدعي تدخلات جراحية عند البالغين

- 1.3.2 عمليات القلب في فلسطين

4.2 الدراسات السابقة

- 1.4.2 الأبحاث التي تناولت متغير القلق وعلاقته بجودة الحياة.
- 2.4.2 الأبحاث التي تناولت متغير جودة الحياة.
- 3.4.2 الأبحاث التي تناولت متغير القلق.

1.2 القلق

يعتبر القلق مفهوم متعدد الأبعاد والأشكال، وهو فضلا على انه يمثل إضطرابا قائما بحد ذاته ألا أنه قد يكون حالة ناتجة عن وضع استثنائي قائم، وقد يكون عرض مصاحب لمعظم الأمراض الجسدية والنفسية، وكثيرا ما يثار هذا المفهوم في الأوساط الطبية وخاصة في الأمراض النفسية والسيكوسوماتية، لما له من أعظم الأثر في التأثير سلبا أو إيجابا على الوضع الصحي للمريض بشكل عام وعلى نتائج العمليات الجراحية بشكل خاص، وفي حين قد يكون القلق مصدرا من مصادر التوافق ودافعا إلى التكيف والإيجابية يكون هو الآخر معيقا نفسيا يؤثر أثرا سلبيا، إذ يوقف كل دفاعات التكيف الفردية اذا بلغ مستوياته العليا.

وقد رصد سبيليرجر (Spilger) منذ عام 1955 حتى 1966 حوالي 1500 بحثاً ودراسة عن القلق وهذا يؤكد بأن موضوع القلق هو موضوع حيوي ومتجدد، في حين أن مجموع البحوث التي أجريت من عام 1991 وحتى 1995 كانت 1212 بحثاً، ومن هذا يتبين الاهتمام المتزايد بدراسة القلق بالرغم من تباعد الفترة الزمانية، ألا انه بقي موضوع العصر لأنه يتعلق بحياة وأمن الإنسان، بل إنه محور الحديث وخاصة على الصعيد الطبي والنفسي (عكاشة، 2003)(عثمان، 2001)(الشرقاوي، 1983).

أن القلق من أكثر فئات العصاب شيوعا حيث يشكل (30-40%) من الاضطرابات العصابية، ويصيب نحو 5% من السكان، واغلب المصابين به من النساء(80%)، وتعزى زيادة انتشاره بين النساء، بسبب تعرضهن لألوان من الضغط النفسي وسيطرة الاتجاه العاطفي والتغيرات الفسيولوجية التي تحدث للمرأة، وتكون أعلى نسبة للإصابة بالقلق من عمر (17-32) سنة (شيهان، 1988).

وتخصص معظم النظريات مكانة للقلق في دراستها للشخصية والسلوك في حالات السواء والانحراف وفي جميع المستويات العمرية، فالقلق حقيقة من حقائق الوجود، وجانب دينامي هام في بناء الشخصية ومتغير أساسي من متغيرات السلوك، والاختلاف في القلق بين الناس هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع، فالقلق ظاهرة يعرفها الناس بدرجات مختلفة، ومن ثم يمكن فهمه على أساس متصل يتدرج بين حالات السواء واللاسواء (الرشيدي، 2001).

1.1.2 مفهوم القلق وتعريفه لغة وإصطلاحاً:

عرفه إبراهيم وآخرون بأن أصله "قلق وقلقاً، أي لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال، وأضطرب وأنزعج، و(المقلق): الشديد القلق، يقال رجل مقلق وامرأة مقلقة" (إبراهيم وآخرون، 1973: 756)، وعرفه ابن منظور بأنه الانزعاج ويقال بات قلقاً وأقلق غيره وقلقه حركه من مكانه (ابن منظور، ب.ت: 2726) ويعرف في معجم اكسفورد على أنه إحساس مزعج في العقل ينتج من الخوف وعدم التأكد من ما سيحدث في المستقبل (Hornby, 1989).

ويعرف في معجم وبستر (Webster, 1991) على أنه شعور غير طبيعي وقاهر من الخوف والخشية والترقب، مترافق دائماً بعلامات فسيولوجية وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح.

أما تعريف القلق كما جاء في معجم علم النفس والطب النفسي، إنه شعور بالفزع والخوف من شر مرتقب، ويأتي كاستجابة لتهديد غير محدد، وينشأ من الصراعات اللاشعورية، فمشاعر عدم الاستقرار والأمان، والنزعات الغريزية، كلها تساعد في توليد التهيب والاستعداد لمواجهة التهديد الذي سوف يحدث، فهذا التهيب يجعل كلا من العضلات متوترة ومن التنفس والنبض متسارع (جابر وكفافي، 1988).

وقد عرّفت الرابطة الأمريكية للطب النفسي القلق بأنه: الخشية أو الخوف أو التوتر أو الارتباك أو الاضطراب أو عدم الارتياح من شرّ أو خطر مرتقب أو توقّع الخطر، ويكون مصدر القلق غير معروف أو غير مفهوم إلى حدّ كبير (Edgerton & Campbell, 1994).

ويتضح من التعريفات السابقة للقلق على أنه يقصد به الإضطراب وعدم الاستقرار والإنزعاج والخوف وعدم الطمأنينة والفزع وتوقع الخطر وعدم التأكد من المستقبل، مع وجود علامات فسيولوجية ونفسية، وهذا كما يعتقد الباحث يجسد حقيقة القلق لدى المرضى العضويين ظاهرياً.

وقد ذهب البعض إلى تعريف القلق كحالة في حين ذهب آخرون إلى تعريفه كسمة في حين دمج آخرون بين الحالة والسمة في تعريفهم للقلق.

وقد ميز سبليبرغر (Spielberger, 1972) بين قلق الحالة وقلق السمة وكان من أوائل من حددوا هذين المفهومين، وسبقه بالإشارة لذلك كاتل (Catell, 1966) ولكن سبليبرغر تابع هذه التفرقة ووضعها في إطار نظري (رضوان، 2009) (شريت، 2008).

وعرف سبليبرغر (Spielberger, 1972) سمة القلق بأنها تعد سمة من سمات الشخصية وتحتوي دافعا واستعداد سلوكيا مكتسبا، وتجعل الفرد يعيش ظروفًا غير مهددة وغير خطيرة على أنها ظروف مهددة وخطيرة ويستجيب لها بأعراض من القلق، وتكون الشدة غير متناسبة مع حجم التهديد (رضوان، 2009).

ووافق القريطي وعكاشة في تعريف القلق سمة بأنه حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل مزيجا من مشاعر الخوف المستمر والفرع والرعب والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث، أو الإحساس والتهديد من شيء ما مبهم غامض غير سار يعجز المرء عن تبنيه أو تحديده على نحو موضوعي دقيق مرتبط عادة ببعض الأعراض الجسمية (القريطي، 1998)، (عكاشة، 1988).

ويعرف روفنك (1977) القلق سمة بأنه حالة من عدم الإتران مستمرة كسمة دائمة للفرد تتولد عن وجود صراع داخلي بين الاستجابات المختلفة (غرابية، 2003).

ويلخص الباحث أهم ما اشتركت به التعريفات السابقة لقلق السمة، بأنه سمة أصيلة ودائمة وغير متزنة في شخصية الإنسان، وشعور بالتهديد المبهم إضافة إلى أنه أسلوب إستجابة ثابت ورد فعل غامض ومبهم المصدر وعام للشخص.

عرف سبليبرغر (Spielberger, 1972) القلق حالة بأنها إحساس إنفعالي مزعج وعارض تتم إثارته من خلال التعرض لخطر أو تهديد لحياة الإنسان، ولحالة القلق إرتباط بموقف معين، وتكون مدركة شعوريا وترتبط بمشاعر من التوتر وينشط الجهاز العصبي المستقل (رضوان، 2009) (شريت، 2008) (غرابية، 2003) (زهران، 2001).

ويتفق ريتشارد، زهران، وكفا في حول أن القلق حالة هو خبرة انفعالية وحالة ذاتية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أي أنها وضع طارئ ووقتي أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد وتتفاوت الحدة بناءً على درجة المثير أو الخطر التي يدركها الفرد ويكون القلق هنا اقرب

إلى حالة الخوف، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر النفسجسمية، كما وقد يتأثر إدراك الفرد (شريت، 2008)(غرابية، 2003)(زهران، 2001).

ويمكن تلخيص أهم ما اشترك به الباحثون السابقون لقلق الحالة، بأنه رد فعل لخطر وتهديد واضح ومدرك شعورياً، ويرتبط بالمثير وليس بشخصية الإنسان وهو وضع طارئ ومحدد.

ومن باب توضيح كلا المفهومين وبشكل تطبيقي فقد بنى سبيلبرغر (Spielberger) مقياساً فرّق فيه بين حالة القلق وسمة القلق، ويتكوّن مقياسه من جزئيين: الجزء الأول يقيس الحالة من خلال تقدير الفرد لشعوره في تلك اللحظة، بينما يقيس الثاني السمة من خلال تقدير الفرد لشعوره بشكل عام (رضوان، 2009).

ولقد ذهب البعض إلى الدمج بين تعريف القلق حالة وسمة حيث عرفوه بأنه شعور من التوجس والخوف الذي يرتبط بشيء محدد وواضح أو يكون عاماً لا يرتبط بشيء معين، فالفرد القلق يحمل أفكاراً مزعجة حول مخاطر لا يعرف مصدرها أحياناً وعادة ما تترافق مع مزيجاً من الأعراض (عسكر، 2000).

وعلى الرغم من تعدد المناحي في تفسير مفهوم القلق ونشأته، فإن هناك اتفاقاً في وصف القلق بأنه حالة إنفعالية غير سارة، يعلوها التوجس والخوف لدى الفرد، تؤثر في مستوى أدائه على كافة الصعد، ومدى شعوره بالطمأنينة نتيجة تعرضه لمواقف نفسية ضاغطة خلال حياته، سواء كانت هذه المواقف واضحة لديه ومحددة أم غامضة وعامة لا ترتبط بشيء ما، مما يؤدي إلى إحداث تغيرات داخلية يحس بها الفرد وأخرى خارجية تظهر على ملامحه (الخالدي، 2009)(عسكر، 2000)(العزة، 2004).

ويشير ما سبق إلى أن كل الناس يمرون بحالة القلق اذا عرض لهم ما يقلق، ولكن بعضهم فقط يتسمون بسمة القلق وبشكل دائم كأحد سمات الشخصية الأخرى (رضوان، 2009).

ويذكر موسى (1978) بأن سمة القلق هي إستعداد سلوكي مكتسب في الطفولة المبكرة والمتوسطة، ويبقى عند الأفراد في مراحل الحياة التالية ويتأثر بحالة الفرد، ويعتبر قلق الحالة سبباً مباشراً للقلق سمة، فالأحداث والمشاكل اليومية التي يتأثر بها الفرد تؤثر كثيراً عليه مما يؤدي إلى معاناته من القلق سمة.

ويعتقد إنه وفي حين تتسجم التعريفات المرتبطة بقلق السمة مع تعريف القلق كإضطراب نفسي غامض قد ينتج من طيلة فترة المرض الذي تكسب المريض سمات القلق الدائمة، فإن تعريف القلق كحالة يشير إلى إرتباطه بحدث معين، مشابه ذلك لما يعاني منه المرضى المقبلين على عملية جراحية أو الذين خضعوا لعملية جراحية رئيسية وما زال يدور في خلدكم الكثير من الأمور والتوقعات، والتي تبقى شاغلة لفكرهم وجسمهم وخاصة عندما يشعرون بخطر يهدد حياتهم وعدم معرفتهم عن مستقبلهم الصحي الذي قد يكون مجهولا ويتضح ذلك من خلال الأعراض الظاهرة والتصريحات المعلنة عند البعض.

وبذلك فإن القلق لدى المريض الخاضع لعملية رئيسية ما هو إلا حصيلة من المشاعر غير السارة وغير المريحة والمهددة والتي تنتج بفعل الإدراك المسبق لواقع وخطورة الحدث أو التجربة التي سوف يخوضها المريض، وما يتبع ذلك من أحداث ونتائج قد تتعكس سلبا عليه، ويؤثر ذلك عليه نفسيا وجسميا وعاطفيا ومعرفيا ويظهر ذلك من خلال عدة صور وأعراض يخبرها المريض وبميزها الطاقم الطبي، بالإضافة إلى أن شعور التهديد المصاحب قد يكون حقيقي أو خيالي، مرتفع أو منخفض حسب إدراكات المريض المعرفية.

جدول 1.2: الاختلاف بين قلق الحالة وقلق السمة

قلق الحالة	قلق السمة
1. لحظي ومؤقت ومرتببط بمثير.	1. دائم ومستمر ومرتببط بشخص الفرد.
2. ينتج عن الأحداث الصعبة والمهددة.	2. ينتج عن كل أنواع الأحداث والمواقف ولا يرتبط بحدث محدد.
3. يزول بزوال مصدر الإثارة.	3. يبقى لفترة طويلة ولا يكاد يزول، رد فعل دائم وثابت للشخصية.
4. تأثيره محدد وبسيط ويمكن التنبؤ به.	4. تأثيره خطير وغير محدد ولا يمكن التنبؤ به.
5. يتدرج من الطبيعي إلى المرضي.	5. مرضي.
6. قد يكون دافع أو معيق.	6. معيق دائما.
7. معروف الأسباب وواضح.	7. مجهول الأسباب وغامض.

(الباحث)

2.1.2 مستويات القلق:

بين بازوتير (Basaowiter) المشار إليه في عثمان (2001) والشاذلي (2001) بأن للقلق مستويات تعطي مؤشراً على حجم التأثير الحاصل بسببه وهي:

1. المستوى المخفض: حالة من التنبيه والتهيؤ تجعل الفرد بحالة إستعداد وبالتالي ترتفع قدرته على مقاومة الخطر، ويشكل القلق بهذا المستوى حالة إنذار لخطر وشيك الحدوث.
2. المستوى المتوسط: حالة من القدرة والسيطرة لدى الفرد يميزها المرونة والإبتكار، ويظهر لديه السلوك الملائم تجاه المواقف المتعددة، ويعتبر هذا المستوى الأمثل والذي يلزم للأداء الناجح.
3. المستوى المرتفع: حالة من الانهيار والتدهور في التنظيم السلوكي للشخص، ويحدث لديه نكوصاً لأساليب بدائية وبالتالي يفقد القدرة على التمييز الصحيح بين المنبهات الضارة وغير الضارة وبالتالي يصبح الفرد كئيباً، مشتت الفكر، وتختل لديه كل أنظمة الضبط والتنسيق.

ويرى الباحث أنه في حين أن المستوى الأول يعتبر حالة طارئة وإنذار للشخص، فإن المستوى الثاني يعتبر بدء الفرد باستخدام أساليب تكيف إيجابية، وفي حال استمر وارتفع مستوى القلق يبدأ الفرد بإنهاك أجهزة التكيف الذاتية ومن ثم الانهيار، ويعتبر هذا المستوى أسوأ المستويات، ويُعتَقَدُ أن هذه المستويات الثلاثة يمر بها بعض المرضى على اختلاف فئاتهم ويلاحظها الطاقم الطبي الذي يتابع المريض الخاضع للعملية، وقد يكون لها أثر إيجابياً أو سلبياً على المريض، اعتماداً على مستوى الدرجة.

3.1.2 أنواع القلق:

وإضافة إلى ما سبق من تقسيم القلق كحالة وسمة فإن هناك أسس مختلفة لتصنيفه ومنها:

1. من حيث مدى الوعي والشعور به وإدراكه: حيث ينقسم إلى قسمين، في القسم الأول يعي الشخص الأسباب الكامنة خلف قلقه ويستطيع تحديدها، والتصدي لها وغالبا تزول بزوال الأسباب ويسمى القلق الشعوري أو الواعي، أما القسم الثاني فهو القلق اللاشعوري حيث لا يستطيع الإنسان تحديد مبرراته ودواعيه، وفي حين يعتبر الأول عادي يعتبر الآخر مرضي.

2. من حيث درجة الشدة والحدة: ينقسم القلق إلى قلق بسيط وقلق حاد وآخر مزمن.
3. من حيث تأثيره على مستوى أداء وإنجاز الفرد لواجباته: فهناك قلق منشط للأداء كالقلق الذي يسبق التحضير لامتحان، أو الالتزام بما ينصحنا به الطبيب فيدفعنا إلى الإستعداد والالتزام وآخر قلق مثبط، يؤثر سلباً علينا.
4. من حيث مدى التأثير على التوافق والصحة النفسية: يصنف إلى قلق واقعي عادي وقلق خلقي أو ضميري وآخر عصابي (القريطي، 1998).

أما القلق من وجهة نظر فرويد فيرى أنه يمكن أن يكون على ثلاثة أنواع:

1. القلق الموضوعي: وهو قلق مشابه للخوف العادي، معروف المصدر، متوقع وخارجي، وله دور هام في توجيه سلوكنا وتحديد مشكلاتنا واتخاذ قراراتنا لتجنب المخاطر، بالإضافة إلى وظائف دفاعية.
2. القلق العصابي: وهو قلق ينشأ بسبب محاولة المكبوتات الخروج من حيز اللاشعور إلى الشعور، وهنا يكون القلق بمثابة إنذار للنا (ego) ليحشد دفاعه، حتى لا يصبح اللاشعور شعور، ويرجع هذا القلق إلى عامل داخلي وهي دفاعات ال (هي) (ID) الغريزية، والتي توشك أن تخرج الأنا لأنها تجعله في صدام مع المعايير الاجتماعية، ويتجلى عدم القدرة على تحديد مثيرات القلق في حالة القلق العصابي لأن هذه المثيرات تكون لاشعورية وبعيدة عن الإدراك.
3. القلق الخُلقي: وهو قلق ينشأ نتيجة تحذير الأنا الأعلى (superego) للفرد عندما يحاول القيام بسلوك يتعارض مع القيم التي يمثلها الأنا الأعلى، وبالتالي فهو قلق داخلي مثله مثل القلق العصابي ويشكل هذا النوع مشاعر الخزي والإثم (القريطي، 1998).

وفي حين يورد عثمان والعزة أن القلق نوعان هما القلق السوي والقلق المرضي فالقلق السوي هو الإيجابي (أو خارجي المنشأ) والمرضي هو السلبي (داخلي المنشأ).

1. فالقلق السلبي هو قلق داخلي المنشأ يؤدي إلى الفشل والتوتر وسوء التكيف.
2. القلق الإيجابي (السوي) يكون خارجي المنشأ، ويمثل دافعاً مكتسباً له القدرة على إثارة الكائن الحي وشحن هممه، ويكون بمثابة عامل محفز ينشط ويوجه ويعزز (عثمان، 2001)(العزة، 2004).

وهنا يتم التحدث عن متصل يتدرج من السواء إلى اللاسواء حيث أن هذا "المتصل" يتميز بين القلق الطبيعي السوي الإيجابي الذي يعيشه كل الناس، ويدفع الفرد لتهيئة طاقاته وحشدها من أجل التصدي

بنجاح لمثيرات تهدد أمنه وتلحق به الأذى، فهذه الحالة من القلق طبيعية طالما بقيت في حدود سيطرة الفرد ومجال وعيه، وهذا هو القلق خارجي المنشأ (Exogenous) كونه يمثل إستجابات الفرد للقلق على الضغوط الخارجية المدركة من قبله وبين القلق الشديد الذي يتسم بالإستمرار وتوقع الشرّ وسيطرة مشاعر الخوف، ولأسباب لا تقع في مجال الإدراك، فالفرد لا يعرف غير أنه متوتر، مدفوع من الداخل لأخذ وضع معين دفاعي في مواجهة أمور لا يعرفها فتكون التفسيرات غير واقعية، وينبع مصدر الخوف في هذا القلق من داخل الفرد، ولذلك يسمّى بالقلق داخلي المنشأ (Endogenous) وهو ما يحسّ به الإنسان من أحاسيس جسميّة وانفعاليّة تهاجمه من داخله وتشعره بأنّ أشياء مخيفة على وشك أن تحدث بالرغم من جهل الشخص لهذه الأشياء (Oltmanns & Thomas, 1998).

ويشير شيهان (1988) إلى أن انتشار القلق داخلي المنشأ يبدأ من عمر التسع سنوات، ولكن يصل إلى ذروته من 20 إلى 26 سنة، في حين أن إنتشار القلق السوي خارجي المنشأ مختلف إذ إن الضغوط النفسية تؤثر على جميع الأعمار، ولكن أكثر الفئات تأثراً بهذا القلق هم الأفراد الذين في مرحلة المراهقة.

ويعتقد الباحث أنه في حين يعتبر القلق من النوع الشعوري أو البسيط أو المنشط للأداء أو الواقعي قلقة عاديا يرتبط بظروف وأحداث معينة يكون الأخر غامضا وغير محدد ومعيقا ومرضيا، ومن خلال عمل الباحث مع المرضى يعتقد بأن القلق خارجي المنشأ هو الذي يسيطر عند الخاضعين للعمليات الجراحية، لأنه يرتبط بواقع الحالة الصحية وانتظار العملية ومخاوف ما بعد الجراحة، والشكوك والتوقعات وهذا القلق يعتبر قلقة موضوعيا حسب التصنيفات السابقة، وهذا لا ينفي أيضا معاناة المرضى من القلق داخلي المنشأ والمتراق مع ما أكسبه المرض المزمن لهم أثناء رحلة المرض الطويلة.

ويمكن تلخيص ووضع أنواع القلق ضمن مجموعتين متقابلتين:

فالأولى تمثل القلق الواعي، المعروف، العادي، البسيط، قصير الأمد، المنشط، الإيجابي، الخارجي، المسيطر عليه، والثانية تمثل القلق اللاواعي، المجهول، المرضي، الشديد، المزمن الدائم، المثبط، السلبي، الداخلي، غير المسيطر عليه.

ومع العلم بان الدراسة الحالية تركز على دراسة القلق بشكل عام (حالة وسمة) وليس بأنواعه التفصيلية، إلا أن من المهم إستعراض أنواع القلق كما يصنفها دليل الطب العقلي الأمريكي (DSMIV-TR (2000

بالرغم من إشمالها على أنواع قد تكون خارج حدود البحث، حيث يصنف القلق وفقاً للمعايير التشخيصية الإكلينيكية في هذا الدليل إلى: اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة، اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة، رهاب الأماكن المتسعة بدون تاريخ من الهلع، الرهاب المحدد، الرهاب الاجتماعي، اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، اضطراب ما بعد الصدمة، اضطراب الضغوط الحادة، اضطراب القلق العام، اضطراب القلق المرتبطة بالوضع الصحي، الأدوية والمواد المسببة للقلق (القلق المرتبط بتعاطي الأدوية)، والقلق غير المحدد (تونسي، 2002)(APA, 2000)(APA, 1994).

4.1.2 أسباب القلق ومصادره:

إن مشاعر القلق في معظمها ترتبط بأسباب تتعلق بالماضي حيث الطفولة وأحداثها وأحياناً تتعلق بأسباب تتعلق بالحاضر حيث الضغوط والمشكلات، وأحياناً نحن قلقون لأسباب تتعلق بالمستقبل حيث المجهول وعدم القدرة على استيعاب متغيراته وتنبؤاته ومن ثم عدم القدرة على الاستعداد له أو استيعابه (كفافي، 1990).

وقد حدد جيروم وإرنست (Jerome & Ernest) خمسة مصادر أساسية للقلق كما أشار شريت (2008) وهي على النحو الآتي:

1. الأذى أو الضرر الجسدي Physical harm: إن معظم الناس يمتلكهم الشعور بالقلق وبالأخص أولئك الذين يتعرضون لمواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدي، كما أن بعض الأفراد في مواقف معينة تسيطر عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض.
2. الرفض أو النبذ Rejection: فالخوف من رفض الآخرين، ومن أنهم لن يبادلونا مشاعر المودة والحب يجعلنا غير مطمئنين في المواقف الاجتماعية.
3. عدم الثقة Mistrust: يعتبر نقص أو فقد الثقة سواء في أنفسنا أو غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدراً للقلق.
4. التناقض المعرفي Cognitive dissonance: يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار والمعلومات كل منها مع الآخر، أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح، فالطالب الذي يدرك نفسه على أنه موهوب أو خارق الذكاء يصاب بالانزعاج والتوتر عندما يحصل على درجة في الامتحان تفيد أنه ليس كذلك.

5. الإحباط والصراع: فالتوتر والقلق يعدان الحصيطة الطبعفة لفشلنا فف إرضائنا لرغبائنا وطموحاتنا.

وفضف شفر وملمان (1989) أن الإحباط الزائد فؤدف إلى مشاعر القلق ولا فمكن للفرد فف كثر من الأعلان من التعبفر عن ذاته، وقد فكون الإحباط بسبب ارتفاع مستوى الأهداف أو تفنن مستوى النظره للذات، وفؤدف الشعور الدائم بالضعف إلى درجة عالية من القلق.

وقد أورد السباعف وعبالرففم (1991) أن هناك اختلاف ففب الأفراد بالنسبة للإحباط والقلق أو مقفرة الفرد على المقاومة للظروف الضاغطة المقفلة ففتمثل فف:

- الجنس: فسفجب الذكور والإناث لمؤثرات القلق بدرجات مفالفة لأن الفكفن العضوف لكل منهما مفالف فضلا عن المؤثرات الاجتماعفة من فرففة وعادات وفقالفد وأعراف وأوار، كل ذلك ففعل من الإستجابة لمففر القلق مفالف.
- الحالة الصفة: إذ ففنفن الحالة النفسفة والجسمة للفرد أثناء المرض، لان المرض فضعف دفاعات الجسم وففدث مناخا نفسفا وجسما سفا.
- نوع ومسئوى الفعلم: أن القلق كان فف أعلى معدلافه ففب المفعلمفن، ولفس السبب فف الفعلم بل فف المفاوى الفرفوف السائف من مناهاج الفعلم، ومدى إرفباطها بالمنهاج الففنى والإنسانف والقفم النبفلة والفهم السلفم لطفبفة الففاة وور الفرد ففها.
- الففارب السابقة: إن بعض الففارب ففكل ذكرى مقفلة للفرد وعند فكارها ففنها ففدث نفس الشعور.

إضافة إلى ما سبق فقد أورد (زهران، 2001) بعض الأسباب الأخرى للقلق من ففبهما ففأف:

1. الاستعداد الوراثف وففضح ذلك من خلال الفراسات الفف عملت على الفوائم.
2. الضعف النفسف العام، والإحباط والصراعات ففب الفواف والاتجاهات، والفوتر النفسف الشففد والخسائر والأزمات المفافة والصدمات النفسفة، والمخاوف الشفففة فف الطفولة المبكرة ومشاعر الذنب والنقص والعجز، وفعود الكفب وفشله فف مواجهة الففهفدات والضغوط الفاخلفة الفف فسببها الرغباف الملحة.
3. مواقف الففاة الضاغطة، والنبفة المشبعة بعوامل الخوف والحرمان وعدم الأمان وعوامل فببفة أسرفة كالففك والاضطراب الأسرف.
4. مشكلات الطفولة، المراهقة، الشفخوخة، وكل مراحل النمو البشرف.

5. التعرض للخبرات الحادة كالإرهاق الجسمي والأزمات والتعب والمرض.
6. عدم تحقيق الذات، وعدم الإنسجام بين الذات الواقعية والمثالية (شمسان، 2008) (شريت، 2008) (زهران، 2001).
7. الشعور بفقد السيطرة بسبب الكثير من القلق وأن المرضى الذين يدركون أن لديهم تحكم أكبر على انفسهم يملكون اقل معدلات من القلق والعكس صحيح (Moser et al., 2007).

ويتضح إختلاف وجهات النظر بين العلماء في تحديد أسباب القلق، ويرجع ذلك إلى صعوبة المفهوم وصعوبة تحديده الدقيق ونظرة الفرد الخاصة في مقابل النظرة الموضوعية للقلق، ولكن أياً كانت الفلسفة في تحديد الأسباب المؤدية للقلق، فإنه يعتبر محاول وإجتهاد لمعرفة الأسباب الحقيقية خلفه.

5.1.2 مظاهر، أعراض، مكونات القلق:

- إن القلق يشتمل على عدة مظاهر أو مكونات أو أعراض تترافق ومكونات الشخصية العامة فقد أوضح القريطي (1998) أن مكونات القلق تندرج تحت المكونات التالية:
- مكون انفعالي (emotional): وهي الأعراض الانفعالية كالخوف، الفزع، التوجس، التوتر العام، الانزعاج، الهلع، القلق على الصحة والعمل، الشعور بانعدام الراحة، الحساسية المفرطة، سرعة الإثارة، توقع حدوث أشياء، وترقب المستقبل.
 - مكون معرفي (cognitive): وهي عبارة عن الآثار السلبية لهذه المشاعر والانفعالات وتأثيرها على قدرة الفرد الإدراكية والموضوعية بحيث يصبح الفرد غير قادر على الإدراك الصحيح للمواقف المتعددة وينقص لديه معدل الانتباه والتركيز والتذكر ويشغل نفسه بالتفكير بالذات والشك بمقدرته على الإنجاز الجيد، ويشعر بالعجز، وينصب تفكيره على الفشل والخوف من فقدان التقدير.
 - مكون فسيولوجي (physiological): ويظهر ذلك من خلال تنبيه الجهاز العصبي اللاإرادي والذي ينشط في حالة القلق والخوف مما يؤدي إلى تغيرات داخلية وخارجية تتمثل في إرتفاع ضغط الدم وإنقباض الشرايين وزيادة معدلات النبض والتنفس والتعرق.

ويضيف عكاشة (2003) أن أكثر الأعراض شيوعاً هي الأعراض الجسمية الفسيولوجية، بفعل الجهاز العصبي اللاإرادي والذي يحركه تحت المهاد المرتبط بمراكز الإنفعال، وبالتالي فإن القلق يؤدي إلى تحفيز

الجهاز العصبي محدثاً أعراض عضوية، وقد يلجأ الفرد إلى كبت الانفعال وبالتالي لا تظهر إلا الأعراض العضوية ومنها:

- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي مثل: فقدان الشهية، عسر الهضم، القيء، الإسهال، المغص.
- أعراض مرتبطة بالجهاز القلبي مثل: آلام عضلية في الصدر، سرعة النبض، وارتفاع ضغط الدم.
- أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي مثل: صعوبة وسرعة التنفس وما ينتج عنها من إغماء وتشنجات.
- أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي الحركي مثل: الآلام العضلية، الإنهاك الجسدي، والتوتر.
- أعراض مرتبطة بالجهاز البولي التناسلي: كثرة التبول أو احتباسه، البرود الجنسي، واضطرابات الطمث.
- أعراض نفسجسمية، وهي ما يعرف بالأمراض النفسجسمية أي تلك الأمراض العضوية التي يؤدي القلق إلى حدوثها أو تفاقمها وتشمل: الذبحة، الربو، الجلطة، القرحة وغيرها.

وتظهر أعراض القلق عند مرضى القلب الذين خضعوا لعملية القلب المفتوح على شكل أعراض جسدية (Physical Symptoms) متمثلة بألم الراس، احمرار الوجه، جفاف الفم، والغثيان، وقد تكون هذه الأعراض أكثر شدة كالم الصدر، ضيق النفس، خفقان القلب، والدوخة وتكون منهكة وتعكس حجم الإثارة العصبية والتوتر (Cassem et al., 2004).

ويؤدي القلق إلى تغيرات في الجسم بفعل زيادة هرمون الأدرينالين والذي بدوره يعمل على زيادة نبض القلب وضغط الدم مؤدياً إلى جهد زائد على القلب مما يؤدي إلى نقص التروية الدموية للقلب ويظهر ذلك جلياً في تخطيط القلب الكهربائي (Fitzsimons et al., 2003).

وقد تكون الأعراض نفسية (Psychological Symptoms) فتنج من الإثارة العصبية (الخوف والترقب والانزعاج) حيث يعاني المريض قبل وبعد العملية من خوف مجهول متعلق بالعملية ونتائجها وعدم التيقن من توقيت العملية والعجز البدني الذي قد يترافق بعد العملية (Cassem et al., 2004).

إن تعدد هذه الأعراض وتنوعها ومساسها بكل أجزاء البنية للفرد سواء كانت معرفية أو انفعالية أو سلوكية، وسواء كانت داخلية أو خارجية فإن ذلك يدل على مقدار تأثير القلق على الفرد الذي يمر بظروف طارئة أو دائمة تحدث القلق ، وهذا ما جعل العلماء والباحثين ينعون من تعداد أعراضه وأشكاله ومكوناته.

ونستنتج أن هذه الأعراض يكون لها الدور الكبير في عملية تعامل الفريق الطبي مع هذا المريض التي تعترضه هذه الأعراض فيصبح التعامل معه صعب ويحتاج إلى مهارات مختصة يفتقدها المعظم على حد علم الباحث في حال ظهرت هذه الأعراض وبشدة، وأن المتتبع لحالات مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب ليخبر ما يقوله المرضى حول هذه المكونات أو الأعراض بما يتعلق بموضوع القلق الذي يغلب عند بعضهم بعد إجراء العملية القلبية الجراحية، مختلفاً ذلك كله من مريض لآخر، ومن وقت لآخر، وقد تؤدي تلك الأعراض إلى تدهور القدرة على الإنجاز والعمل، وتؤثر على التوافق الاجتماعي والمهني والأسري إذا ما اشتدت تلك الأعراض.

6.1.2 المدارس النفسية وتفسير القلق:

سلكت المدارس والاتجاهات النظرية طرقاً مختلفة في تفسيرها لنشوء القلق وأسبابه، وفيما يأتي هذه المدارس النفسية وأشهر رواد المدرسة لإلقاء الضوء على أسباب القلق على اختلاف النظريات المفسرة له.

المدرسة التحليلية القديمة والتحليليون الجدد

يرى فرويد في عملية الميلاد بأنها الخطر الأول الذي يتعرض له الفرد وهو الخبرة المؤلمة التي ينشأ عنها القلق، لذلك فإننا نميل إلى اعتبار كل حالات القلق ناشئة من صدمة الميلاد (فرويد، 1983)، ويضيف أن القلق ينشأ من ضغط الغرائز المكبوتة وإنهاء معاناة الكبت أي انه ينشأ كعملية داخلية غير مدركة عندما تهدد (الهو) بالتغلب على دفاعات (الأنا) وإشباع تلك المحفزات الغريزية التي لم يعمل الأنا العليا على إشباعها والتي جاهد الأنا في سبيل كبتها، والقلق علامة إنذار تظهر " للأنا " لتنشيطه على العمل على إحداث الكبت للطلبات، وغالباً ما تلجأ الأنا في سبيل ذلك إلى الحيل الدفاعية، غير أن استخدام هذه الحيل يؤدي إلى راحة مؤقتة، ولا يلبث القلق إلا أن يشتد ويظهر، وتلجأ الأنا بلاوعي إلى وسيلة أخرى في محاولة أخيرة للتنمويه من اجل ديمومة كبت هذه الخبرات الأشد إيلاًماً من القلق بعينه (فهمي، 1997)(العزة، 2004)(الزيود، 2008)(الداهري، 2005)(كفاي، 1990).

ويفسر يونغ (Jung) كأحد التحليليين الجدد القلق انطلاقاً من نظريته في اللاشعور الجمعي، حيث تناول تأثير الأسلاف على الأجيال بما يتعلق بالخبرات اللاشعورية الموروثة، ويعتبر أن شعور الفرد في موقف مهدد قد يجعله ينسى كل خبراته وثقافته الحالية ويرتد إلى بعض التصرفات اللامعقولة الموروثة.

أما آدلر (Adlar) فقد قامت نظريته على فكرة العجز وكيف أنها تشكل دافع للإنسان للكفاح والارتقاء، حيث ربط القلق بمشاعر العجز موضحة أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك سلبيًا أو إيجابيًا.

أما هورني (Horney) فتؤكد على أهمية القلق رابطةً إياه بالحاجات الهامة كالحب والتقبل والتعاطف وأنماط المعاملة الوالدية، مؤكدة على أن إنعدام الحنان في الأسرة وعدم شعور الأطفال به وشعورهم بعدم القبول والحرمان العاطفي والضعف وسط عالم عدواني هو أهم مثير للقلق (فهمي، 1997)(العزة، 2004)(الزيود، 2008).

ويكمن القلق عند فروم (Fromm) في ميل الطفل إلى الاعتمادية من جانب ورغبته بالاستقلالية من جانب آخر، وربط بين القلق والحاجات الأساسية كالحاجة إلى الإنتماء وان إعاقة الظروف الاجتماعية السيئة وخوض الفرد في صراع لإشباعها يقود ذلك إلى الكبت ومن ثم القلق (حوالة، 1991)(العزة، 2004).

وقد وضع مونتي (Monte, 1987) أن سوليفان ركز على أهمية العلاقات الشخصية البينية المتبادلة، ويرى أن القلق يبدأ مع بداية الحياة، ففي المرحلة الأولى لا تسمح قدرات الطفل المعرفية بالتفريق بين ذاته وذات أمه، وعليه فإن قلق الأم أثناء رعايتها لأبنها يعتبر قلقه، ولا يمكن خفض القلق لديه إذا استمر قلقها، ومن هنا ينشأ القلق، ويستمر إرتباط القلق بطبيعة إدراك العلاقات المتبادلة وفقاً لمستوى النمو المعرفي للفرد.

وفي نظرية Erikson (1963) ربط القلق بالفشل في نمو الأنا طبيعياً، حيث يفشل الفرد في حل أزمات النمو في مراحل العمر المختلفة حلاً سليماً فيؤدي ذلك به إلى القلق (تونسي، 2002) (الزيود، 2008).

المدرسة السلوكية القديمة والحديثة

يشير عبدالغفار (1976) أن فكرة المدرسة السلوكية القديمة تقوم على أن القلق سلوك متعلم من المحيط الخارجي، ويخضع ذلك إلى شروط التعزيز الإيجابي والسلبي، والاشتراط الكلاسيكي، وهذا يعني بأن المثير المحايد المستقل يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يحدث القلق، وبالتالي يصبح المثير المحايد يأخذ صفة المثير المقلق ويصبح منبه لاستجابة القلق، وعندما ينسى الفرد العلاقة التي ربطت

المثير المحايد بالمثير المقلق نجده يقلق عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي (شريت، 2008)(العزة، 2004).

ويرى واطسن أن عملية التعليم تتم عن طريق إرتباط المثير الشرطي بالمثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد للقلق ويصبح القلق من المثير الشرطي دافعاً مكتسباً وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم القلق يلاحظ أن المثيرات المشابهة لتلك التي تعلم الإنسان أن يقلق منها والأكثر شبيهاً بها هي الأكثر إحداثاً للقلق (رضوان، 2002)(شريت، 2008).

وينظر دولارد وميلر وسكنير كسلوكيين جدد إلى القلق كحصيلة لتوقع الألم والذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب والعمليات الداخلية من جانب آخر، حيث خرجوا من الدائرة الضيقة لفكرة واطسن القائمة على المثير والاستجابة موضحين أهمية العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة تعزز وتقوي المثير وتحصل النتيجة النهائية (Monte, 1987)(الزيود، 2008).

ويرى باندورا أن ظهور القلق مرتبط بحدوث مثيرات غير مرغوبة شريطة أن يكون لدى الفرد قابلية نفسية لظهور القلق متمثلة في المفهوم السلبي للفرد عن ذاته وقدراته، وعليه فإن القلق وان عبر عن استجابات بمثيرات خارجية مؤلمة، فإن هذا الارتباط يبقى ارتباطاً ناقصاً مرتبطاً من جانب آخر بالسمات الشخصية (العقلية والوجدانية) ولعل أهمها مشاعر عدم الكفاية والعجز التي تحفز القلق (Monte, 1987).

ويرى ولبى أن القلق مكتسب من مواقف تعلم شرطي، ومن ثم يمكن أن تطبق عليه مبادئ الإطفاء نفسها، وهكذا فقد صاغ مبدأه الذي يقرر أنه لو استطعنا إحداث استجابة عكس استجابة القلق في حضور منبهات مثيرة للقلق، وكانت الاستجابة المعنادة للقلق اضعف، فإنها تميل إلى إيقاف استجابة القلق (الملا، 1977)(الزيود، 2008).

النظرية المعرفية والمعرفية السلوكية

يرى بيك (Beck) أن القلق ما هو إلا حصيلة خلل في تفكير الفرد ومعتقداته التي يؤمن بها، وعليه فإنه يفسر المواقف من حوله بواسطتها، وقد أشار بيك إلى وجود فروقات في ارتباطات البناء المعرفي عند

الأفراد، فمثلا البناء المعرفي الذي يتميز بتوقع المخاطر، الشعور بالتهديد النفسي والجسمي والاجتماعي، يكون إرتباطه بالقلق (الداهري، 2005).

أما السلوكين المعرفيين فيرون بأن خبرات الفرد ومعارفه وطرق تفسيره للمثيرات مضيفين إلى ذلك البنية المعرفية له وطرق تفكيره هي العوامل المسؤولة عن قلقه، وبالتالي فإن حديث الفرد الداخلي وهو ما عرّفه بنظام القيم والمعتقدات هو المسؤول عن إثارة قلقنا (العزة، 2004).

المدرسة الوجودية

يرى كيركيجار (Kierkegaard) أن الاختيار والحرية والإرادة من اهم مبادئ المدرسة الوجودية، ويرى أن الاختيار يقود إلى المخاطرة والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق، حيث يصبح الإنسان قلقا بشكل واضح من طبيعة أن يختار بين الأمور (الفيومي، 1985).

ويضيف مي (May) أن القلق طريقة غير سوية يستخدمها الفرد للحفاظ على إحساسه بوجوده في ظروف يكون الإحساس بالوجود فيها بالشكل الطبيعي صعبا ولا يمكن الوصول اليه، والقلق ليس خوفاً من شيء موضوعي واضح بل يعبر عن شعور مبهم وخوف من مهددات الوجود الإنساني، وقد يدفع الفرد لكبتها لتحقيق الاستقرار والوجود المطلوب، إلا أن هذا لا يحقق له الاستقرار الحقيقي والذي لا يتحقق إلا بقبول المهددات المثيرة للقلق أصلاً كجزء من الوجود (Monte, 1987) .

المدرسة الإنسانية

يؤكد رموز هذه المدرسة ماسلو وروجرز، على أن الإنسان يسعى دائما سعيا متواصلا لتحقيق ذاته، وأثناء سعيه يتعرض لمعيقات ومهددات تمثل السبب في إثارة قلقه، ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق أن الإنسان يبحث عن مغزى لحياته وهدف لوجوده، وفي حال فشل في ذلك فإنه سيتعرض للقلق (زهران، 1979).

النظرية البيولوجية أو الفسيولوجية

ركزت هذه النظرية على الأسباب البيولوجية والجينية المؤدية لحالات القلق، فالأسباب البيولوجية تم تحديدها من خلال تحديد الإستعداد الفطري للأفراد لحالات الهلع والخوف، أما بالنسبة إلى الأسباب الجينية، فهذا يعتمد على دراسة التوائم، وقد فسرت هذه النظرية الاضطرابات من خلال المخططات الدماغية، والاضطرابات البيوكيميائية والهرمونية (مرسي، 1978) (الداهري، 2005) (العزة، 2004) ويُفسر القلق على انه ناتج من زيادة في نشاط الجهاز العصبي بنوعيه الإرادي واللاإرادي، وهناك أيضا هرمونات عصبية مسؤولة عن انفعالاتنا، وأن أسباب القلق تعود إلى اضطراب الهرمونات.

إستنتاجات الباحث

أن إختلاف العلماء في نظرتهم للقلق تبعا لاتجاهاتهم النظرية بسبب مرونة المفهوم وسعته، فمنهم من يركز على القلق كاضطراب نابع عن الخبرات المكبوتة والصراعات العنيفة بين أركان الشخصية المتعددة كما في نظرية التحليل النفسي، ومنهم من يركز على عملية التعلم والسلوك وتعميمه والمثير والاستجابة كما في النظرية السلوكية، ومنهم من يركز على البنية المعرفية والأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد كما في المدرسة المعرفية، ومنهم من يرى أن الحرية والإرادة والاختيار من أهم إحتياجات الإنسان وان هذه المنظومة الثلاثية تقود إلى المخاطرة والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق والتوتر، كما أن إحساس الفرد بوجوده في ظروف يكون الإحساس بالوجود فيها بالشكل الطبيعي غير ممكن كما في المدرسة الوجودية، ومنهم من يركز على أن عدم تحقيق الذات كأحد اهم الحاجيات من أهم أسباب القلق كما في المدرسة الإنسانية، ويذهب البيولوجيون إلى أن اختلال النواقل العصبية زيادةً أو نقصا أو تركيبا والتوارث الجيني هو المسبب لحالات القلق المتعددة، وأن الناظر إلى كل مدرسة على حدا ليدرك أن الأسباب التي تقف خلف القلق متعددة ومتشعبة وتمس جميع مناحي الشخصية الإنسانية.

7.1.2 القلق وعملية القلب المفتوح:

وينقل فارز (Viars, 2009) أن القلق في الوضع الطبي متوقع إلا انه قد يكون كارثياً أحيانا ويؤدي إلى إعاقة في نمط الحياة وخاصة اذا ترك دون تدخل مناسب، إضافة إلى أن القلق يحدث مشاكل سلوكية

وتغيرات معرفية ويغير طريقة تفكير المريض. إن القلق بعد عملية القلب قد يكون حدثًا كبيرًا يؤثر على سير عملية التنشافي أو قد يؤدي إلى زيادة معدل حدوث المرض أو الوفيات، بالإضافة بأن المريض يواجه نفسه وبشكل مستمر بإحتمالية الوفاة أو كيف سوف تؤثر هذه العملية على حياته وعمله وعلاقاته مع الآخرين (McCann et al., 2005).

إن معظم المرضى يعانون قبل العملية من عدد من أنواع القلق ومعظمها ناتج من الخوف من الألم ونتائج العملية غير المؤكدة وكان جل أسئلتهم حول: هل سوف أعيش حتى موعد العملية، وبعضهم وصف نفسه في لحظة انتظار العملية كالذي ينتظر تنفيذ حكم الإعدام عليه، وظهرت المخاوف والقلق كأعراض تعب وضيق نفس والم في الصدر، في حين انه ومن الملاحظ حجم الأزمة التي يحياها المريض في لحظة انتظار العملية (Viars, 2009).

ويستطيع الطاقم الطبي وعائلة المريض وأصدقائه ومن خلال تقديم الدعم النفسي زيادة قدرة المريض على التأقلم، بالإضافة إلى ضرورة تقديم التنقيف الشامل للمريض لزيادة فرصة عدم حدوث مضاعفات بعد العملية (Viars, 2009)، وتشير معظم الدراسات إلى أن القلق يرتبط ببطء إلتئام الجروح ونقص الاستجابة المناعية، وعدم توازن السوائل والأملاح داخل الجسم وزيادة احتمالية الالتهابات والألم (Scott, 2004).

ومن المعروف بان القلق يؤثر تأثيرا مستمرا بسبب تحفيزه لإفراز الأدرينالين والذي يلعب دور هام في تغير العلامات الحيوية (ضغط الدم، النبض، التنفس، الحرارة) وبالتالي يؤدي إلى مشاكل كثيرة بعد العملية، وهذا يعرفه العاملين في أقسام العناية القلبية، وقد يواجه المريض قلقا مستمرا بسبب الضغوطات المالية وعدم القدرة على العمل وعدم التأكد من تحسن الوضع (Karlsson, Johansson, & Lidell, 2005).

2.2 جودة الحياة

تعتبر جودة الحياة مفهوما مركبا متعدد الأبعاد والمظاهر والمجالات، وتمتزج بكل قطاعات الاختصاص المتنوعة ألا إنها تكون ذو أهمية بالغة اذا ارتبطت بحياة الإنسان وجوهره بشكل عام، وبحياته وجودته الصحية بشكل خاص، ومن هنا فإن الحياة تتعدم معنويا إذا أصبح الفرد يحياها بلى جودة أو بجودة حياة منخفضة، وبالرغم من أن هذا المفهوم ذو أهمية في القطاع الطبي ألا أن معظم الدراسات تناولته من البعد الطبي مهملتا بذلك أبعاد جودة الحياة المختلفة، وبما أن زيادة عمر الإنسان من المفترض أن تكون دليلا

على تقدم الوضع الصحي بشكل عام فإن إضافة جودة لحياته الطويلة دليلاً على عمق التنعم المقدم للفرد، وبالتالي تصبح الجودة هدف تسعى إليه جميع المجتمعات التي يمثل الإنسان فيها قيمة عالية، وقد أصبح موضوع جودة الحياة في السنوات الأخيرة يمثل بؤرة اهتمام الكثير، ومن هنا يسعى الباحث إلى إيضاح جودة الحياة ومن عدة أبعاد وخاصة لدى شريحة المرضى.

1.2.2 مفهوم جودة الحياة:

بالرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة، إلا أنه عادة ما يشار إلى تعريف منظمة الصحة العالمية بأن جودة الحياة هي الانطباع والتصور الذي يتكون عند الفرد تجاه حياته وتبعتها وضمن المحددات الثقافية والاجتماعية ومستوى العلاقة المرتبطة بين أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم محددة عنده، إضافة إلى بانها عملية التكامل والتضافر بين جوانب الفرد المختلفة (الفسولوجية أو النفسية) وكذلك مستوى الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية لدى الفرد، وعلاقة ذلك بجميع ما يخرج في المستقبل من أحداث مرتبطة بها، كما إضافة بأن جودة الحياة هي إدراك الناس إلى مواقعهم في الحياة، وبذلك تشتمل الكثير من المكونات التي ترتبط مع أهداف وتطلعات الفرد (WHO, 1998).

وتعرف منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (UNESCO) جودة الحياة بأنها فهم وإدراك الأفراد لمختلف جوانب الحياة، وهو بذلك مفهوم مرن يتسع ليحتوي الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد من خلال تحقيقه لذاته، وتعتبر المنظمة بأن جودة الحياة لها مكونات موضوعية وأخرى ذاتية، وكلا منها له دور أساسي في تحقيق جودة الحياة (الأشول، 2005).

ويتفق كل من دينير م. ودينير ي. وتيلور وبوجدان إلى أن جودة الحياة هي تقييم الشخص لرد فعله للحياة بكل جوانبها وفي كل الظروف والأحوال، سواء كان هذا التقييم قد تجسد في الرضا عن الحياة كالتقويمات المعرفية أو الوجدانية كرد الفعل الانفعالي المستمر لظروف الحياة ولمدى توافر فرص إشباع وتحقيق الاحتياجات والرغبات بكافة اختلافاتها وبالتالي فإن هذا المفهوم يتحقق من خلال إدراكات الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية المختلفة (Diener M. & Diener E., 1995)(Taylor & Bogdan, 1996).

وعرفها روبين (Rubin, 2000) بأنها عملية التكامل بين مكونات الفرد ومن جوانب متعددة كالصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية وغيرها، ومشملة على المكونات الإدراكية والعاطفية. ويتضح من

التعريفات السابقة أن جودة الحياة إنطباع وتصور وإدراك وتقييم الأفراد لنواحي الحياة المختلفة، إضافة إلى التكامل والإشباع المادي والمعنوي لجميع جوانب الفرد المختلفة وجوانب الحياة.

وتعرف أيضا بمقدار الدرجة التي فيها يستمتع الفرد بكل الأمكانيات المتاحة في حياته بكل جوانبها وفي جميع المجالات المختلفة المتاحة أي مقدار الاستمتاع بالممكن والمتاح (Rootmann & et al., 1992). ويشير كاظم والبهادلي (2005)، عبدالرحمن (2008)، وأبو حلاوة (2010) أنه على الرغم من ذلك التداخل بين مفهوم جودة الحياة والمفاهيم ذات الصلة، فإن الأدبيات النفسية مليئة بعدد من التعريفات، منها أن جودة الحياة هي:

1. درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانبه المختلفة والتنسيق بينها، مع توفير البيئة المزاجية المناسبة للعمل والإنجاز، والتعلم المتصل للعادات والمهارات، وكذلك تعلم أساليب التوافق والتكيف التي لها عظيم الأثر في رفع الجودة أثناء سير الإنسان في حياته، وتبني منظومة الإيجابية كأسلوب حياة، وتلبية الفرد لاحتياجاته بالقدر المتوازن، والاستمرارية في توليد الأفكار بما ينمي مهاراته النفسية والاجتماعية ويحسن الأداء.
2. إحساس الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع الحاجات، معتمدا على ثراء البيئة والخدمات التي تقدم له في شتى المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية.
3. حالة شعورية مدركة ومتوازنة بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية تجعل الشخص يدرك قدرته على تحقيق حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به وبشكل يحقق له السعادة والرضا.
4. ويعرفها عراقي ومظلوم (2005)، بأنها تعبر عن درجة الإدراك والتوافق النفسي للأفراد كحصوله للظروف الحياتية، لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية المختلفة للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت وظروف معينة من ناحية أخرى (عبدالرحمن، 2008)(أبو حلاوة، 2010).
5. الإحساس والشعور بالسعادة والرضا في ظل الظروف الحالية، مع تأثرها بمجريات الحياة والخدمات والعلاجات، وأن الارتباط بين جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر بقدرة الفرد على الإدراك السليم (Reine, et al, 2003).

ويتضح من مجمل التعريفات السابقة بأن المحصلة النهائية للجودة هي الشعور بالتحسن والرضا والسعادة كنتيجة لتلبية الحاجات والرغبات بالقدر المتوازن مع توفير درجة من التكيف والتوافق التي لها أعظم الأثر على تحسين الجودة أثناء رحلة الحياة.

ويتفق عزب (2004) و (Vreeke, 1997) و (Diener M. & Diener E.,1995) و (Taylor & Bogdan, 1996). بأن جودة الحياة هي إدراك الفرد الذاتي للحياة وأن وجود المعايير والمقاييس المختلفة والقيم الخارجية للأحداث لا يكون لها معنى هام وحققي إلا بما تشكله من أهمية للفرد نفسه، أي أن المعايير الخارجية لجودة الحياة لا أهمية لها في ذاتها، بل تكتسب أهميتها ومكانتها من خلال إدراك ورؤية الفرد وتقييمه لها، وبالتالي فإن النظرة الذاتية هي التي تجسد جودة الحياة في حقيقتها الهامة.

ولأن جودة الحياة النفسية جزء أساسي من جودة الحياة ومكون فرعي هام فلا بد من التعرّيج على بعض التعريفات المتعلقة بها حيث عرفها ستيوارت (Stewart, 2000) بأنها حالة كلية عامة شاملة ذاتية تنتج عندما يتحقق التوازن في داخل الفرد ويصبح مليء بمشاعر الإقبال على الحياة والثقة والصراحة والأمانة مع النفس والأخر والمرح والسعادة، أي حالة من الإيجابية والالتزان، أما رايف وآخرون (Ryff et al.2006) فيعرفونها بأنها حالة إيجابية يستدل عليه بعلامات سلوكية تشير إلى ارتفاع الرضا عن الذات والحياة بشكل عام، والسعي الدائم لتحقيق الأهداف ذات المعنى للإنسان والتي تحقق ذاته، والاستقلالية في تحديد مسار الحياة، وإقامة علاقات إيجابية، وترتبط الجودة أيضا بالإحساس بالسعادة والتي تمثل الغاية العظمى لها، ويعرفها بونوما (Bonomi et al., 2000) بأنها مفهوم فضفاض يتأثر بأمور متداخلة كالنواحي الذاتية والموضوعية، مرتبط بالحالة الصحية والنفسية ومدى الاستقلال والعلاقات الاجتماعية للفرد بالإضافة إلى العلاقة مع البيئة التي يعيش فيها (عكاشة، سليم، 2010).

ويتضح من تعريفات جودة الحياة النفسية بأن الجميع يتفق على أنها حالة من الإيجابية والالتزان في جميع الجوانب وبالتالي تحقيق السعادة والرضا كنتائج نهائي لها.

ومن المنظور الاجتماعي يرى هانكس (Hankiss, 1984) أن جودة الحياة قد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد والوفيات، معدل المراضة، نوعية السكن، المستويات التعليمية والدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلي آخر، وترتبط جودة الحياة بنوعية العمل وما يكسبه الفرد من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى أن علاقة الفرد مع الزملاء

تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا الفرد (الغندور، 1999).

ومن المنظور الطبي تمثل جودة الحياة التأثير الوظيفي للمرض ونتائج العلاج كما يدركها وينظر إليها ويفسرها المريض، وبالتالي فإن تحسين الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية أو نفسية بحيث يصلون لدرجة من الرضا والسعادة عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية يعطي دلالة جودة حياة افضل وكل ذلك حسب إدراك وتفسير المريض وكيف يعطي ذلك معنى (Schipper & et al., 1990). ويضيف بولينج بأن جودة الحياة تمثل ردة فعل الافراد لكافة مجالاتهم الجسدية، النفسية، والاجتماعية بسبب المرض وتأثيرها على الوظائف الحياتية اليومية وتشمل أيضا مدى رضا وتقبل الفرد لظروف الحياة المحيطة به (Bowling, 1997).

ويعتقد الباحث أن تعريف جودة الحياة لمرضى القلب الخاضعين لعملية القلب تعتبر من المهام الصعبة، ويجب أن يحدد من وجهة نظرهم كمرضى خضعوا لعملية كبيرة ولربما لها آثار آنية ومستقبلية، فهم الذين يدركون معنى العجز والضعف والألم، كما أن رضاهم عن الحياة وسعادتهم ورفاهيتهم وأدراكهم بعد العملية هو المعيار الأساسي في جودة حياتهم، ولا شك بان مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح لا يتمتعون بمستوى مكافئ لنظرائهم العاديين على كافة الصعد حيث انه ومن المفترض أن هذه التجربة تؤثر سلبا على جودة حياتهم اذا ما إرتبطت بإدراكاتهم ومعتقداتهم السلبية حول المرض والإجراء الجراحي.

ويقترح هجس (Higgs, 2007) بأن هناك مفهوم جودة الحياة اليومية كأحد فروع جودة الحياة العامة والذي يعرفه بمدى شعور الفرد بالسعادة والسرور حول الحالة الاجتماعية والاقتصادية والصحية بكل جوانبها المختلفة مشتملتا التغذية، اللياقة البدنية، البيئة الجيدة، وإشباع الحاجات، والتعامل مع الضغوط، والتفائل.

ويخلص الباحث بعد إستعراض عدد من التعريفات بأن جودة الحياة حالة من الاتزان المرضي للذات والمرتبطة بالعوامل الذاتية والمحيطه بحيث يحقق الإنسان توازن يجعله يرضى عن نفسه ويستقبل المستقبل بكل سلام، وعلى ذلك فهو يرضى بكل ما يتوقعه أو لا يتوقعه ويرجع ذلك إلى قدرته العالية على التكيف والتوافق وان الفرد قد يدرك مستوى عالي من الجودة بالرغم من الضعف الصحي أو ما يدركه أو يخبره الآخرون بانه ذو جودة منخفض وعلى ذلك فالجودة هنا حالة ذاتية الوصف والمعنى، ولها علامات تشير إليها وبها تقاس وهي أيضا تتناول تخيلات الفرد وانطباعاته عن قدراته ونقاط قوته بشكل إيجابي ورضاه

عن نفسه واستشرافه للمستقبل بمزيد من التفاؤل والأمل وتحسن مدرك على كافة الأصعدة النفسية والجسمية والروحية والثقافية، مقيما ذلك بدلائل ذاتية وأخرى موضوعية.

2.2.2 أبعاد جودة الحياة:

لزيادة إيضاح هذا المصطلح المرن البالغ في التعقيد، لا بد من التطرق إلى أبعاده للوصول إلى صورة واضحة حول إمكانية إيجاده وتحقيقه، ولقد تنوع الطرح حول هذه الأبعاد، فإن جودة الحياة وفقاً لرؤية فينتيجودت وآخرون (2003)، وريني وآخرون (2003)، وشالوك (2002) وعبدالمعطي (2005)، وعبدالوهاب (2006) تتضمن بعدين أساسيين:

1. البعد الذاتي: ويتمثل في إدراك الفرد ونظريته وشعوره ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة الداخلية، والحياة ذات المعنى والهدف والقناعة وهنا يتشكل الأمر من منظور تصورات الأفراد وتقييمهم وتقديرهم لحياتهم من جميع النواحي (الانفعالية، السلوكية، النفسية والاجتماعية).

2. البعد الموضوعي: ويتمثل في موصفات موضوعية تجعل من الجودة مصطلح يمكن قياسه وذلك من خلال التقييم الوظيفي والمشاركة وإستبيانات الظروف والأحداث البيئية والمقاييس المختلفة وضمن معايير موضوعية ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات من خلال المجتمع، السلامة البدنية والبيئية والاجتماعية والمصادر التي تعزز من حياته وتشمل أيضا (السعادة المادية، الصحة، النمو والنشاط، السعادة الاجتماعية والانفعالية).

أما عبدالمعطي (2005) فقد أضاف بعد آخر وهو البعد الوجودي إضافة لما اتفق به مع غيره مما ورد سابقا ولقد عرف جودة الحياة الوجودية بدرجة عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي بها يستطيع العيش بإنسجام وإشباع حاجاته البيولوجية والنفسية بالإضافة إلى التوافق مع القيم الروحية السائدة. ويؤكد عبدالوهاب (2006) على ما تم عرضه سابقا فيقول أن الباحثين يرون أن جودة الحياة لها عدة أبعاد مضيفا بذلك للبعد النفسي والأسري ومنفقا مع السابقين في البعد الذاتي والموضوعي وقد تناول بعد جودة الحياة النفسي بأنه يمثل الإيجابية والتفاؤل والنظرة الحسنة تجاه الأحداث والصحة النفسية الإيجابية، كالقدرة

على متابعة الأهداف وبناء علاقات إيجابية مع الآخرين، أما بعد جودة الحياة الأسرية فيتمثل بالأسرة التي يعيش فيها الفرد ويؤثر بها ويتأثر بها وقد تكون داعمة إيجابيا أو سلبيا للأبعاد الأخرى.

ويوضح عزب (2004) نقلا عن بيترمان وسيلا (Peterman & Cella 2000) بأن للجودة الحياتية عدة محاور وأبعاد وهي:

1. التوازن العاطفي: ويتمثل في التحكم بالانفعالات كالقلق وهذا مؤشر على مقدار التمتع بالحياة.
2. الحالة الصحية العامة: بحيث يدرك الفرد إدراكا إيجابيا تجاه نفسه من الناحية بالصحية.
3. الاستقرار المهني: الرضا عن العمل، ويؤدي ذلك بالفرد إلى الاستمتاع بعمله وزيادة إنتاجيته.
4. الاستقرار الأسري: التواصل الداخلي الجيد، والعلاقات الطيبة التي يسودها الألفة والمحبة.
5. الاستمرارية والتواصل الاجتماعي: أن العلاقات التي يسودها المحبة يجب أن تمتد لتشمل المحيط البيئي.
6. الاستقرار الاقتصادي: دخل الفرد الذي يساعده في التمتع وإدارة شؤون حياته اليومية.
7. التوافق الجنسي: وهي أن صورة الجسم والرضا عنهما يمثلان بعد مهم لأبعاد الجودة (عزب، 2004).

أن المتبصر بهذه الأبعاد السابقة يلحظ أنه يمكن أدرجها ضمن أبعاد ذاتية ترتبط ارتباطا وثيقا برؤية الفرد وأخرى موضوعية خارج نطاق الفرد وبالتالي لا يوجد اختلاف جذري في تقسيم أبعاد الجودة الرئيسية.

وقد تطرقت منظمة الصحة العالمية (1996) الى أبعاد جودة الحياة من خلال مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) الذي يقدم صورة مختصرة عن مستوى الجودة السائد في حياة الفرد، ويتضمن جودة الحياة العامة والصحة العامة، بالإضافة إلى أربعة أبعاد أخرى، كما يلي:

1. الصحة الجسمية: وتشمل سبعة مجالات (الأنشطة اليومية، الاعتماد علي العقاقير والمساعدة الطبية، القوة والإجهاد، قابلية الحركة والتنقل، الألم والعناء، النوم والراحة، والقدرة علي العمل).
2. الصحة النفسية: وتشمل ستة مجالات (صورة الجسم والمظهر العام، المشاعر السلبية والإيجابية، تقدير الذات، معتقدات الفرد الدينية والروحية، والتفكير، التعليم، التذكر، والتركيز).
3. العلاقات الاجتماعية: وتشمل ثلاثة مجالات (العلاقات، المساندة الاجتماعية، والنشاط الجنسي).
4. البعد البيئي: وتشمل ثمانية مجالات وهي (الموارد المادية، الحرية والأمن والأمان المادي، الرعاية الصحية والاجتماعية: التوافر والجودة، البيئة الأسرية: الفرص المتاحة لإكتساب المعارف وتعلم

المهارات، الاشتراك وإتاحة الفرصة للأبداع، النشاطات الترفيهية، البيئة الطبيعية: التلوث، الضوضاء، المرور، والمناخ، ووسائل النقل (أحمد، 2008).

وقد تطرق جاكسون (Jackson, 2010) للجودة بشمولية تحت مسمى الثلاث "ب"، والذي وضع به المفهوم والأبعاد والتفاصيل وكانت كالتالي: الكينونة (Being)، الانتماء (Belonging)، الصيرورة (Becoming).

1. الكينونة أو الوجود: ويشمل الوجود البدني والنفسي والروحي، ومن الأمثلة على الوجود البدني هو القدرة البدنية على التحرك والقيام بالأنشطة، وأساليب التغذية والمأكولات المتاحة، أما الوجود النفسي فيتمثل من خلال التحرر من القلق والتوترات والإجهاد، والحالة المزاجية، ويتمثل الوجود الروحي بوجود أمل في المستقبل والإيجابية، وأفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ وإدراكه له.

2. الانتماء: ويشمل الانتماء المكاني والاجتماعي والمجتمعي، ويتمثل الانتماء المكاني بالمنزل الذي يعيش به الشخص ونطاق جبرته ومحيطه، ويتمثل الانتماء الاجتماعي بالقرب من أعضاء الأسرة ووجود شبكة علاقات اجتماعية قوية، أما الانتماء المجتمعي والمتمثل بتوافر فرص الحصول على الخدمات المختصة والأمان المالي كضرورة للعيش الكريم.

3. الصيرورة: وتشمل العملية والترفيهية والتطويرية، ومن الأمثلة على الصيرورة العملية القيام بأشياء حول المنزل والعمل في وظيفة ما، ومن الأمثلة على الصيرورة الترفيهية الأنشطة الترفيهية الخارجية والداخلية، ومن الأمثلة على الصيرورة التطورية تحسين الكفاءة البدنية والنفسية، والقدرة على التوافق مع التحديات.

جدول 2.2: يوضح ملخصاً تفصيلياً لمجالات وأبعاد جودة الحياة من وجهة نظر جاكسون:

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكيونة (الوجود)	الوجود البدني	القدرة البدنية على التحرك أساليب التغذية والمأكولات المتاحة
	الوجود النفسي	التحرر من القلق والضغط الحالة المزاجية(ارتياح/لا ارتياح)
	الوجود الروحي	وجود امل في المستقبل أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ
الانتماء	الانتماء المكاني(البدني)	المنزل الذي يعيش فيه نطاق الجيرة
	الانتماء الاجتماعي	القرب من أعضاء الأسرة وجود شبكة علاقات اجتماعية قوية
	الانتماء المجتمعي	توافر فرص الحصول على الخدمات المختصة الأمان المالي
الصيرورة	الصيرورة العملية	القيام بأشياء حول المنزل العمل في وظيفة أو الذهاب للمدرسة
	الصيرورة الترفيهية	الأنشطة الترفيهية الخارجية الأنشطة الترفيهية (داخل المنزل)
	الصيرورة التطورية	تحسين الكفاءة البدنية والنفسية القدرة على التوافق مع التحديات والتغيرات

Jackson, C. (2010): Quality of Life, Health Research Consultation Center, Oxford 10 University Press.

وقد قام جاكسون في نموذج المتعلق بجودة الحياة بإجمال العناصر التي تكون جودة حياة ذات مستوى عالي أو مرضي عنه في حال تم تحقيقها ومن وجهة نظر شاملة وموضوعية، حيث انه تطرق إلى مجال الكينونة كأحد المجالات الهامة للفرد بشكل عام وللريض بشكل خاص، وضع له أبعاد فرعية هامة لدى جميع المرضى وهي الوجود البدني وان يشعر المريض انه قادر على أداء مهامه بقدرة بدنية متناسقة حيث أن هذا الجانب طالما يتأثر بعد عملية القلب المفتوح وخصوصا في حال حدث مضاعفات أو في الفترة التي تعقب العملية، وبالتالي فان ذلك يؤدي اذا ما تعرقل تحقيقه إلى مستوى جودة منخفض، كما أن جانب الوجود النفسي يتأثر وبشكل ملحوظ حيث يسيطر على بعضهم القلق والتوتر والخوف من المجهول ومن أن تفشل العملية أو الموت المفاجئ وانخفاض الحالة المزاجية، وكذلك بخصوص الوجود الروحي فان بعضهم يفقد الأمل في الشفاء والرجوع إلى الوضع المثالي وخاصة اذا ما وضع المريض سقف عالي لتوقعاته قبل العملية وخابت آماله بعدها، أما بخصوص مجال الانتماء فان جوانبه الفرعية قد تتأثر، فمثلا قد يفشل الفرد في إعادة انتماءه المكاني بعدم قدرته على إعادة مهاراته قبل العملية أو يفشل المحيطين به من أسرته وجيرانه من التأقلم معه ومع متطلباته، وفي أحيان أخرى قد يتأثر انتماءه الاجتماعي بحيث يميل إلى العزلة والابتعاد والإرهاق للأخرين فيسبب ذلك إعاقة للانتماء الاجتماعي الخاص به، أما بما يتعلق بالانتماء المجتمعي فطالما عانى المريض وخاصة في بلدنا من العرقلة المالية بعد إجراءه لمثل هذا النوع من العمليات وكذلك أعاقته من حصوله على الخدمات المطلوبة كما يجب، أما بما يتعلق بمجال الصيرورة التطورية فان تحسين الكفاءة البدنية والنفسية أمر يحتاج إلى عوامل ذاتية وأخرى خارجية من أجل الارتقاء بهذا الجانب الهام وان المرضى يختلفون أيضا في قدرتهم على التوافق مع التحديات والتغيرات التي ربما تطرأ بعد العملية، وان ما سبق لا يعني أن نغفل ذلك الكم من المرضى الذي يكون للعملية أثرا ايجابيا عليهم في جميع المجالات سابقة الذكر وخصوصا إذا توفرت العوامل المساعدة سواء على صعيد الفرد أو المحيط والتي قد تعمق من حجم الاستفادة من العملية المجره.

3.2.2 مظاهر ومجالات جودة الحياة:

يقترح عبد المعطى (2005) بان لجودة الحياة خمس مظاهر وهي:

1. العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال.
2. إشباع الحاجات والرضا عن الحياة.
3. ادراك الفرد للقوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة.

4. الصحة الجيدة والإحساس بالسعادة.

5. جودة الحياة الوجودية: وهي الوحدة الموضوعية والذاتية لجوانب الحياة.

ومن خلال الخبرة في التعامل مع المرضى بعد العملية فإن هناك جزء منهم وبسبب مضاعفات أو نتائج العملية أو إحساسه العالي بالقلق فإنه يفقد القدرة على الإدراك وإحساسه بمعنى حياته ووجوده، أما الصحة فتمثل المظهر الأكثر أهمية لدى المرضى حيث يسعى الجميع من وراء العملية أن يحقق صحة وبناء جسدي أقوى وسعادة وتحسن، وبالتالي فإنه يمكن الاعتماد على هذه المظاهر لرصد الجودة عند المرضى.

ويذكر شالوك (Schalock) (2002) أن هناك ثمانية مجالات لجودة الحياة وهي:

1. السعادة الانفعالية: الرضا، انخفاض الضغوط.
2. العلاقات بين الشخصية.
3. السعادة المادية.
4. النمو الشخصي: التعليم، الكفاءة، الأداء.
5. السعادة البدنية: الصحة.
6. تقرير المصير.
7. الاندماج الاجتماعي.
8. الحقوق البشرية.

ويُعتقد بأن هذه المجالات مجتمعة تعطي مؤشر واضح على جودة حياة ذات مستوى عالي أو منخفض، ففي حين يظهر المريض بعد العملية رضا وإنخفاض للتوتر والقلق وتحسن علاقاته البيئية ويعود لعمله أو يتكيف مع مصدر جديد يناسبه، ويحقق نمو شخصيا كالمعتاد، وتحسن صحته البدنية ويعود مندمجا بمحيطه ومجتمعه ويستقل ويشعر بالاستقلالية فإن مستوى جودة الحياة لديه تكون عالية، والعكس يحقق جودة حياة منخفضة.

4.2.2 مقومات جودة الحياة:

يورد الهمص (2010) إلى أن هناك عوامل كثيرة تتحكم في مقومات جودة الحياة ومنها:

القدرة على التفكير واتخاذ القرار، القدرة على التحكم، الصحة النفسجسمية، الأحوال المعيشية والاجتماعية، المعتقدات، والأوضاع المالية، وفي حين يُعبّر عن مقومات جودة الحياة من الناحية الصحية ب: الناحية الجسمانية، الناحية الشعورية، الناحية العقلية، والناحية النفسية كمقومات أساسية لجودة الحياة الصحية، يضيف بأن هناك عوامل خارجية أيضا تؤثر على حياة الإنسان من الناحية الصحية وتتمثل في: العجز، التقدم في العمر، الألم، الخوف، ضغط العمل، الحروب، الموت، الإحباط، الأمل، اللياقة، والراحة.

ويرى الباحث بأن كل تلك العوامل قد تقلل من جودة الحياة عند مريض القلب الخاضع للعمل الجراحي بما يتفق معه من العوامل، بالإضافة بأنه من السهل تصنيف تلك العوامل تحت عناوين أوسع تحتوي تلك التقريعات السابقة، ويستنتج من ذلك أيضا أن القدرة على التفكير هي التي تجعلنا قادرين على إدراك تلك الجودة وتقديرها، والقدرة على التحكم شرط أساسي للحصول على الاستمتاع بذواتنا، أما الصحة النفسية والجسمية فإن الخلو من الأمراض النفسية والجسمية أو القدرة على التعايش معها في حال وجودها يعتبر عاملا قويا يؤثر على جودة الحياة، فإن المريض الذي يحيا بالقلق وسبب له مرضه إعاقة على كافة جوانب شخصيته سوف يدرك جودة حياة منخفضة، كما أن الارتقاء بالأحوال المعيشية والاجتماعية ضرورة من ضرورات الرقي الإنساني والذي يستدل به على جودة مرتفعة، وبخصوص معتقدات الفرد فإن إدراكنا للأحداث بكافة أنواعها هو ناتج عن إدراكنا لحجم هذه الأحداث وأثرها علينا فمريض القلب الذي يدرك بأن عملية القلب ستكون في غاية السوء سوف يتعاطى معها بمشاعر من القلق وبالتالي سوف تؤثر على مستوى رضاه عن الحياة فالمعنى الذي يعطيه الفرد للفرد للحدث هو الذي يتحكم به حول الأشياء والأحداث. ويُستنتج بأن جميع هذه النواحي تؤثر مباشرة على صحة الإنسان، فإن الاضطراب الجسماني والشعوري والنفسي وكذلك العقلي يجعلنا نقع في دائرة سوء الرضا وبالتالي جودة حياة منخفضة اذا لم يتوفر تكيف إيجابي، ومن خلال الاطلاع على الأدبيات يتبين انه وبالرغم من سعي المجتمعات المتقدمة حول الارتقاء بالأفراد على كافة الصعد وتحسين جودة حياتهم ورفاهيتهم ككل سواء كانوا أصحاء أو مرضى، ألا إنه ما تزال تعاني الدول النامية من تأخر بالاهتمام بهذه المواضيع التي تمس الإنسانية.

5.2.2 العلاقة بين أمراض القلب والإجراءات الجراحية وجودة الحياة:

يعرض والتر وآخرون (Walter et al., 1992) جودة حياة مرضى جراحات القلب المختلفة (كإستبدال الصمام VR، تغيير مجرى الشريان التاجي CABG، تصليح التشوهات القلبية الخلقية CHD، وزراعة القلب

(HT)، ومن عدة نواحي متمثلة (بالحالة الفسيولوجية، الفعالية الذهنية، الحالة العاطفية الانفعالية، القيام بالدور الاجتماعي، الرضا والقبول العام) وتمثل هذه النواحي أبعاد جودة الحياة.

تعمل العملية لدى مرضى القلب على تخفيف الأعراض المرهقة والحادة والتي عانى منها المريض قبل العملية كالذبحة الصدرية وضيق التنفس كما أن للعملية نتائج إيجابية أخرى كزيادة معدل العمر، وأحياناً تمثل العملية الحل الأمثل لتحسين حياتهم وبدون العملية تكون الحياة أقرب إلى الاستحالة أو قصيرة وغير مرضية وهذا يبين جودة الحياة من حيث الحالة الفسيولوجية (Walter et al., 1992).

كما ولوحظ تحسن في الحالة النفسية من خلال إنخفاض ملحوظ في القلق والاكتئاب والتوتر ومشاكل النوم وأن جميع الإضطرابات النفسية لم تكن ملحوظة بعد سنة من العملية لدى المرضى، ولقد أظهر المرضى الذين أجروا عملية إستبدال الصمام قلق من المضاعفات الغير متوقعة كمضاعفات أدوية التميع التي يتناولونها باستمرار أو فشل عمل الصمام المفاجئ ومن ثم الموت، ولكن لم يكن هناك أعراض نفسية حادة لمرضى تغير الشريان التاجي عند مغادرة المستشفى إلا في نسبة قليلة (Walter et al., 1992).

إن القلق قبل العملية بسبب الخوف على الحياة تبدل بعد العملية باكتئاب بسبب شعورهم بالتحطيم والعجز عند البعض، كما وظهرت بعض الأعراض بسبب فعل الجهاز العصبي الذاتي، أما المرضى الذي أجريت لهم عمليات تصليح التشوهات القلبية فقد ظهرت عليهم أعراض الاكتئاب والغضب والشعور بالذنب بسبب مخافة توريث أطفالهم المرض أو بسبب معرفتهم بقصر العمر للمرضى الذين يعانون من هذا النوع، بالإضافة إلى الصعوبة الاقتصادية والعاطفية بسبب مرضهم وأيضا بسبب شعورهم بأن المرض يؤثر على أسرهم وزوجاتهم وهذا يبين جودة الحياة من حيث الحالة النفسية والانفعالية (Walter et al., 1992).

إن العلاقة مع الأصحاب والعائلة لم تتأثر وخاصة عندما استعادوا الاستقلالية الجسدية، أما بخصوص المرضى العاملين قبل إجراء العملية فالغالبية منهم عادوا الى العمل خلال فترة من العملية، في حين حصل تغير في العادات المتعلقة بشرب الكحول والأكل والسفر والرياضة والعمل وذلك كإجراء حماية للصمام، وكذلك النساء نصحن بعدم الحمل مخافة التعقيدات الناتجة، وأظهر معظم تحسن ملحوظ وعادوا إلى أعمالهم ومزاولة حياتهم بشكل روتيني، وأدت العملية أيضا إلى تحسن في الحالة النفسية التي بدورها أدت عند المرضى إلى العودة لمقابلة الناس والعمل والسعادة والقيام بالتمارين والاستقلالية، وأيضا أدى الذهاب للعمل إلى تحسين صورة الذات، في حين أن بعض المرضى بقي يعانون من القلق والاكتئاب

والذي أدى بهم إلى عدم العودة للعمل وتجنبوا التواصل الاجتماعي وشعروا بخلل في الكفاءة الجسدية، وكذلك عدم القدرة على القيام بالأنشطة المختلفة وهذا يبين جودة الحياة من حيث القيام بالدور الاجتماعي (Walter et al. ,1992).

ولقد أظهر مرضى القلب تحسن في القدرة الجسدية والمزاجية والصحة النفسية وجودة الحياة بشكل عام، إضافة إلى تحسن ورضا عالي وقريب بالمستوى من الأفراد العاديين بعد التأهيل وهذا يبين جودة الحياة من حيث الرضا والتقبل العام (Walter et al. ,1992).

أما بما يتعلق بجودة الحياة بعد عملية القلب من حيث الكفاءة العقلية والفعالية الذهنية فقد تبين أن ضعف المقدرة العقلية بعد العملية لدى المرضى يتراوح بالنسبة ما بين 0% -100% وذلك يعتمد على حصول انقطاع في تروية الدم للدماغ لمدة طويلة أو اذا حصل تجلطات دماغية، وأظهرت الدراسات انه خلال 3 شهور من العملية تعود القدرات العقلية لوضعها الطبيعي وبعد عام تظهر تحسن (Walter et al. ,1992).

أننا اذا عدنا إلى المكونات الموضوعية والذاتية لجودة الحياة فإننا نجد أن المحدد الموضوعي لا يقدم الكثير في حين أن المحدد الذاتي ومن خلال إحساس مريض القلب الجراحي بالرضا أو الإحباط، فحينما يجد الفرد نفسه متفرجا على الحياة لا يستمتع بماديتها فانه قد يعاني من قلق وإحباط فما بالننا بمريض القلب بعد العملية الجراحية الذي يشعر بالعجز بالمقارنة مع باقي الأفراد العاديين وهذا يقوده إلى الإحباط وانخفاض جودة الحياة الذاتية لديه نتيجة لمدرجاته السلبية لذاته أو لمحيطه، ومن هنا كان من المهم الانتباه إلى المتغيرات النفسية كالقلق وغيره كمحددات لجودة الحياة، وبالتالي فإننا بالإمكان أن نفسر ما يحدث لمريض القلب بعد العملية الجراحية من سوء تواصل ومشكلات نفسية واجتماعية وانخفاض قدرته على التكيف أو التوافق النفسي مع بيئته المحيطة يرجع إلى طبيعة العملية وإدراكاته لها والبيئة الاجتماعية المحيطة وكل ذلك يقودنا إلى انخفاض جودة الحياة لديهم، فالتوافق الغير متكيف والقلق والخوف والعجز والغضب وانخفاض الفاعلية والمزاج السلبي كل تلك المؤثرات تقودنا إلى مستوى جودة اقل بكثير لأنها ستؤثر على نظرة الإنسان للسعادة والعلاقات الاجتماعية والاستقلال والذات ومواجهة المشكلات المتتبعه للعملية، وتجعلنا نعيش تحت سيل من التوترات والقلق، وهنا يجدر الإشارة إلى أن فهم الفرد لذاته وسماته وروحه المعنوية والدعم الاجتماعي وسعة أدراكه كل ذلك يقود إلى جودة حياة افضل واعم وهذا ما أشارت به عدد من الأبحاث كما سيرد في الدراسات السابقة.

ومن خلال ما سبق فان جودة الحياة تعتمد على مجموعة من المفاهيم كالتوقعات والطموح فالمرضى الذي يضع التشافي والصحة في راس المثلث الهرمي لديه ثم يتوقع ويطمح بان تكون نتائج العملية ايجابية فان اكثر ما يكون سعيدا حينما تحقق العملية شفاءً تاما له وهذا بدوره سيؤثر تأثيرا كبيرا على جودة الحياة لديه، كما وتتأثر جودة الحياة عند مرضى القلب بمستوى الموارد والمصادر المتاحة والضغط البيئية وبالتالي فمن أجل دعم وتحسين جودة الحياة لديهم يجب الاهتمام بالظروف الفردية والبيئية وتحسين الموارد وتقليل الضغوط، وأجراء الدعم والمساندة والتثقيف المناسب.

6.2.2 جودة الحياة من منظور المدارس النفسية والاتجاهات النظرية:

المدرسة التحليلية

يشير فرح (1989) أن مؤسس هذه المدرسة يرى أن سلوك الإنسان يسعى دائما لتحقيق السعادة والسرور وتخفيف الألم ويحكم ذلك كله مبدأ اللذة الذي يحكمه دائما إشباع الغرائز وبذلك فان هذا ملخص جودة الحياة عند فرويد، كما ويعتقد أن الحياة مليئة بالآلام والتوترات نتيجة عدم قدرة الفرد على إشباع حاجاته مما يتولد عنها الصراعات والتوترات النفسية المتعددة وبالتالي خفض جودة الحياة (حسن، 2010).

المدرسة الإنسانية

يشير الخفاجي (1994) أن ماسلو يعتبر جودة الحياة تتوقف على مستوى إشباع تلك الحاجات العليا والتي يؤدي ذلك بالفرد إلى الشعور بالسعادة العميقة وسمو في العقل وإثراء حياة الفرد الداخلية في حين اشار روجرز الى ان جودة الحياة تتحقق عندما يحقق الفرد ذاته (حسن، 2010).

الاتجاه الفلسفي

يعتبر جودة الحياة بأنها السعادة المأمولة التي لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذ حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء مثالية تدفع بالإنسان إلى التسامي وترك العنان للخيال، وجاء هذا المفهوم من ضمن الثلاثية البرجماتية والمتمثلة في أن الفكرة لا تتحول إلى إعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى

العملي أو القيمة الفورية، وبالتالي فالجودة من هذا المنظور مفارقة للواقع وتتحقق بسعادة متخيلة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لمصاعب الحياة والذوبان في صفاء روعي مفارق لكل قيمة مادية.

الاتجاه الاجتماعي

حيث انهم يعرفون جودة الحياة من منظور يركز على الأسرة والمجتمع، وعلاقات الأفراد ببعضهم والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، والضغوط الوظيفية والمتغيرات الاجتماعية الأخرى معرجين على تلك العوامل مجتمعة ومقيمينها من نواحي موضوعية وأخرى ذاتية. (ابوحلاوة، 2010)

الاتجاه الطبي

يشير رافيل وآخرون (Rapheal & et al, 1996) أن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتحتوي أيضاً تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض أو مشكلة معينة، فجودة الحياة تعطي مؤشراً للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، وذلك في غياب علاج حالي، وقد عرفوا جودة الحياة بأنها الدرجة التي من خلالها يستمتع الشخص بالإمكانيات المهمة بحياته (الهمص، 2010)، وتشير WHO (1998) أن إضافة سنوات إلى حياة الأفراد يعتبر انجازاً بلا مضمون ما لم تكن هناك إضافة حياة لهذه الأعوام.

ويستخلص من المدارس والاتجاهات النظرية أنه في حين يعتبر التحليليون أن جودة الحياة متمثلة في إشباع الغرائز من خلال مبدأ اللذة فإن المدرسة الإنسانية تعتبر الجودة ملخصة في إشباع الحاجات العليا وتحقيق الذات، في حين يذهب أصحاب النظرة الفلسفية في أن الجودة هي تحرير الفرد من أسر الواقع تلمسا للسعادة المتخيلة متجاهلا المصاعب والإلام، في حين ركز أصحاب الاتجاه الاجتماعي على الفرد والأسرة والمجتمع والعلاقة القائمة بينهم، أما أصحاب الاتجاه الطبي فجودة الحياة من منظورهم تعطي مؤشراً للمخاطر الصحية والقدرة على العلاج والتحسين.

3.2 أمراض القلب التي تستدعي تدخلات جراحية عند البالغين

أن فهم كل من طبيعة المرض الجراحي وطريقة صنع القرار الجراحي ذو أهمية كبيرة عند تحضير المريض للجراحة ولتحليل المشاكل المعقدة بعد الجراحة، ويعرض Bojar (2005) في كتابه أمراض القلب الجراحية لدى البالغين في أغلب أقسام جراحة القلب وهي:

1. أمراض الشرايين الإكليلية Coronary artery disease
2. أم دم أو (تمدد، توسع) البطين الأيسر Left ventricle aneurysm
3. الفتحة بين البطينين Ventricle septal defect
4. تضيق الصمام الأبهرى Aortic valve stenosis
5. قصور الصمام الأبهرى Aortic valve dysfunction(Regurgitation)
6. تضيق الصمام التاجي Mitral valve stenosis
7. قصور الصمام التاجي Mitral valve dysfunction
8. أداء الصمام مثلث الشرف Tricuspid valve disease
9. التهاب الشغاف Endocarditis
10. اعتلال العضلة القلبية الضخامي Hypertrophic Obstructive cardiomyopathy
11. تسلخ الأبهر Aortic dissection
12. أمهات دم (توسع أو تمدد) الأبهر الصدري Thoracic aortic aneurysm
13. أمراض التأمور Pericardial disease

1.3.2 عمليات القلب في فلسطين:

كانت البداية التاريخية لعملية القلب المفتوح في فلسطين في أواخر الثمانينات، حيث أجريت العمليات الأولى في مستشفى المقاصد/القدس ومستشفى رام الله، ويجري العملية اليوم عدد من جراحي القلب الفلسطينيين والعرب وبعض الوفود الأجنبية ويقوم الطاقم بإجراء العملية لإصلاح عدد من الأمراض السابقة الذكر في حين يتم تحويل بعضها الآخر والمعقد الى العلاج في الخارج، واليوم تقوم عدد من المستشفيات (حكومية وخاصة) بإجراء جراحات القلب التخصصية كمستشفى مجمع فلسطين الطبي

(حكومي)، مستشفى الأهلي/ الخليل (خاص)، مستشفى نابلس التخصصي (خاص)، مستشفى العربي التخصصي/ نابلس (خاص)، مستشفى الميزان/ الخليل (خاص).

لم يُعثر على إحصائيات رسمية حول أعداد المرضى الخاضعين لعملية القلب وكذلك حول مضاعفات العمليات الجراحية القلبية ومعدل الوفيات الناتجة من العمليات التي تجرى في المستشفيات المذكورة.

جدول 3.2: عدد عمليات القلب المفتوح التي تجرى سنويا في المستشفيات الفلسطينية.

المستشفى	أعداد مرضى (جراحات القلب) سنويا	أعداد المرضى لعام 2011
مستشفى نابلس التخصصي	70-80	71
مستشفى العربي التخصصي	180-200	200
مجمع فلسطين الطبي	200-240	235
المقاصد	160-180	160
مستشفى الميزان	100-120	120
مستشفى الاهلي	80-110	90

(مرضى أقسام العناية القلبية والعمليات (كانون اول 2011): إحصائيات حول المرضى الخاضعين لعملية القلب. إتصال شخصي)

4.2 الدراسات السابقة

في هذا الجزء يستعرض الباحث عدد من الدراسات التي استطاع الحصول عليها والتي تعتبر ذات صلة بمتغيرات دراسته، سواء كانت تلك الدراسات محتوية على متغير واحد أو أكثر من متغيرات الدراسة، وسيقوم الباحث بإستعراض ومناقشة النتائج والأدوات وأحجام العينات والمعالجات الإحصائية التي إستخدمتها الدراسات في حال وجودها، وذلك للاستفادة منها في تحديد المنهجية والخطوات التي سيتبعها الباحث لاحقاً، وللأسف تفتقد الساحة البحثية العربية لتلك الدراسات التي تتناول الأثار النفسية وجودة الحياة لدى هذه الشريحة من المرضى الذين يخضعون لعملية رئيسية كعملية القلب بينما تمتلأ الساحة الأجنبية بعدد لا بأس به من دراسات تتشابه في بعض متغيرات الدراسة الحالية، علماً بأن العينة أحياناً تختلف عن العينة التي ركزت عليها الدراسة الحالية وذلك لقلة وندرة الدراسات السابقة التي تناولت هذه العينة في بعض الأبحاث الواردة.

إستطاع الباحث تصنيف الدراسات والأبحاث ذات العلاقة إلى ثلاثة أقسام كالتالي:

أولاً: الأبحاث التي تناولت متغير القلق وجودة الحياة لدى مرضى القلب الذين خضعوا للعملية وغيرهم.

ثانياً: الأبحاث التي تناولت متغير جودة الحياة لدى مرضى القلب الذين خضعوا للعملية وغيرهم.

ثالثاً: الأبحاث التي تناولت متغير القلق لدى مرضى القلب الذين خضعوا للعملية وغيرهم.

1.4.2 الأبحاث التي تناولت متغير القلق وعلاقته بجودة الحياة:

الدراسات الأجنبية

دراسة دوكي وآخرون (Douki & et al., 2011):

والتي هدفت الى فحص وجود القلق في المرضى قبل وبعد عملية تحويل مجرى الشريان التاجي (CABG) وعلاقة ذلك بجودة الحياة وذلك بسبب تأثير العوامل النفسية مثل القلق على نتائج هذا النوع من العمليات. العينة والأداة: تم جمع معلومات من 187 مريض خضعوا للعملية في مستشفى فاطمة الجامعي/ ايران قبل العملية وبعد ثمانية عشر شهرا من العملية، باستخدام المقابلات، وتم استخدام مقياس سبليبرغر لقلق الحالة والسمة، ومقياس جودة الحياة المختصر (SF-36).

النتائج: كانت اهم النتائج أن معظم المرضى لديهم مستويات منخفضة من القلق في كلا المرتين، وان هناك علاقة إيجابية بين حالة القلق قبل وبعد العملية، وعلاقة إيجابية بين الصحة النفسية كأحد أبعاد الجودة قبل وبعد العملية، كما وأظهرت النتائج علاقة سلبية بين الصحة النفسية وحالة القلق قبل العملية والفعالية الجسمية كأحد أبعاد الجودة وحالة القلق بعد العملية، كما وتوجد فروق في متوسطات درجة القلق حالةً تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث، ولم توجد فروق في متوسطات درجة القلق حالةً تعزى لمتغير العمر والمستوى التعليمي.

دراسة لي وآخرون (Lie & et al., 2010):

والتي هدفت الى تحديد العوامل المتعلقة بجودة الحياة الصحية (الجسدية والنفسية) قبل وبعد عملية تحويل مجرى الشريان التاجي.

العينة والأداة: اكمل 185 مريضاً اختبار جودة الحياة المختصر (SF-36) قبل وبعد ستة شهور من العملية، وباستخدام الانحدار الخطي المتعدد لتحديد المتنبئات المستقلة لكلا مكونات مقياس الصحة النفسية والجسمية بعد ستة شهور من العملية.

النتائج: خلصت الدراسة إلى أن المتنبئات الهامة للصحة الجسمية، كانت الحالة الجسدية قبل العملية، الحالة الاجتماعية، ودخول المشفى بجلطة قلبية حادة، والمتنبئات بالحالة النفسية كانت الحالة النفسية قبل العملية (أعراض القلق والاكتئاب) ووجود ساحب السوائل (chest & pleural drainages) بعد العملية. وكان استنتاج الدراسة هو تحديد المتنبئات التي لها أثر على عملية القلب وجودة الحياة بعد ستة شهور من العملية، وقد تكون هذه المتنبئات السبب في ارتفاع معدل الوفيات والمرض، وأوصت بتحسين جودة الحياة بواسطة تقديم الاستشارات والتدخلات المناسبة والتركيز على المتنبئات المحددة من خلال الدراسة.

دراسة بيفينيجير وآخرون (Pfaffenberger et al., 2101):

والتي هدفت الى تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة HRQoL والقلق والاكتئاب لمرضى عملية تحويل مجرى الشريان التاجي CABG.

العينة والأداة: شارك ما يقارب 54 مريض وتم تقييم جودة الحياة لديهم باستخدام مقياسين جودة الحياة (SF-36, MacNew) وتقييم القلق والاكتئاب باستخدام مقياسين (STAI, HADS-D) قبل الجراحة وبعد أربعة أسابيع وثلاثة شهور.

النتائج: أن هناك تحسن في جودة الحياة المرتبطة بالصحة كما اظهر مقياس MacNew بعد العملية بثلاثة شهور، في حين أن القلق قبل الجراحة يرتبط بشكل كبير مع جودة الحياة بعد العملية بثلاثة شهور حسب مقياس MacNew ، وتبين أن إعطاء معلومات عن جودة الحياة المحتملة وشرح العملية بعد مهم، وعلاوة على ذلك فان تقييم جودة الحياة قبل العملية يجب أن يكون إجراء روتيني من أجل دعم المرضى الذين يعانون من مستويات أعلى من القلق أو الاكتئاب.

دراسة جانجاي وآخرون (Guanghai & et al., 2010):

والتي هدفت الى تقديم بيانات عن القلق لدى المرضى الصينيين الذين يعانون من متلازمة الشريان التاجي الحاد (ACS)، وتقييم تأثير أعراض القلق على جودة حياتهم. العينة والأداة: تم اختيار 454 مريض وجمعت معلومات أولية كقاعدة أساسية خلال أسبوع من دخولهم المشفى، وتم استخدام أجزاء من مقياس النسخة الصينية للقلق والاكتئاب (Hospital anxiety & depression scale) (HADS-A) ومقياس جودة الحياة المختصر (SF-36)، وتم تقسيم المشاركين في مجموعتين رئيسيتين.

النتائج: كان المشاركون من المجموعة الغير قلقة قد اظهروا جودة حياة افضل من المجموعة القلقة وكان هناك ارتباطا سلبيا بين القلق وجودة الحياة وبشكل ملحوظ.

دراسة تالي وآخرون (Tully & et al., 2009):

والتي هدفت إلى فحص اثر التوتر العام والاكتئاب والقلق واثره على جودة الحياة المرتبطة بالصحة بعد عملية تحويل مجرى الشريان التاجي بعد ستة اشهر من عملية القلب.

العينة والأداة: اكمل 226 مريض مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ومقياس المشاعر السلبية قبل وبعد العملية، واکمل 193 مريض المقاييس بعد 6 شهور من العملية، وقد أجريت عدة تحاليل ومنها الانحدار الخطي وتحليلات الارتباط اللوغاريتمي لاختبار الفرضية.

النتائج: أن أعراض الاكتئاب والقلق المرتفعة قبل العملية وبعدها ترتبط بجودة حياة منخفضة وخاصة لأقسام الحيوية والعلاقات الاجتماعي والصحة الجسمية والصحة العامة، وهذه النتائج تشجع المزيد من البحوث على العواطف السلبية وجودة الحياة لدى مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب.

دراسة الهمص (2010):

والتي هدفت الى التعرف على قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة.

العينة والأداة: تم اختيار عينة الدراسة بصورة عشوائية وبلغ عدد أفراد العينة 203 أم وبلغ مجتمع الدراسة 1141 أم، وكان السؤال الرئيس للدراسة "ما علاقة قلق الولادة بجودة الحياة؟ وانبثق عن السؤال الرئيس أسئلة فرعية تعلقت بعلاقة قلق الولادة بمتغير العمر، متغير المؤهل العلمي، متغير عمل الأم. قام الباحث بإعداد أدوات الدراسة متمثلة في اختبار قلق الولادة واختبار جودة الحياة، واستخدم الباحث عدة أساليب إحصائية في دراسته وهي: Chi-Square ، معامل الارتباط بيرسون، التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي، T test ، One Way Anova.

النتائج: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين عمر الأم، متغير المؤهل العلمي للام، متغير عمل الأم، الأم المصابة بمرض سكري الحمل وبين الأم الغير مصابة، الأم المصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وبين الأم الغير مصابة، وعدم رضا الأم عن جودة الحياة التي تعيشها.

دراسة أحمد (2007):

والتي هدفت الى فحص العلاقة بين جودة الحياة وكل من أساليب مواجهة الضغوط وقلق الموت والاكنتاب لدي المسنين، وما إذا كان يمكن التنبؤ بالجودة من مستوى قلق الموت والاكنتاب لدي المسنين، كما هدفت إلي معرفة مدي الفروق في الجودة وأساليب المواجهة وقلق الموت والاكنتاب لديهم تبعا لعدد من المتغيرات.

العينة والأداة: 150 مسن ومسننة من محافظة الشرقية، طبق عليهم مقياس جودة الحياة للمسنين (إعداد الباحثة) ومقياس أساليب المواجهة من إعداد لازاروس، ومقياس قلق الموت، وقائمة "بيك" للاكنتاب. النتائج: توجد علاقة ارتباطيه بين جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط وقلق الموت والاكنتاب، كذلك لم تجد فروق بين المسنين الذكور والإناث في جودة الحياة، ما عدا الصحة الجسمية حيث وجدت فروق دالة إحصائيا وكانت الفروق لصالح الذكور. في حين وجدت فروق دالة إحصائيا في قلق الموت والاكنتاب، وأن الإناث كانت أعلي في قلق الموت والاكنتاب، كما توصلت الدراسة إلي وجود فروق دالة إحصائيا بين

المسنين الذين يعيشون بمفردهم والمسنين الذين يعيشون مع أقرانهم في جودة الحياة وكانت الفروق لصالح المسنين الذين يعيشون مع أقرانهم.

دراسة يونس (2005):

والتي هدفت الى الكشف عن تأثير المشكلات النفسية كالقلق والاكتئاب وعدد من المتغيرات على مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري في غزة. العينة والأداة: تم اخذ 378 مريض ومريضة سكر بطريقة العينة القصدية، واتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي واستخدم الأساليب الإحصائية التالية: اختبارات، تحليل التباين، الانحدار المتعدد. النتائج: اظهر الذكور مستوى جودة اعلى من الإناث، ومنخفضي القلق اعلى في جودة الحياة، وتوجد علاقة إيجابية بين المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي وجودة الحياة.

2.4.2 الأبحاث التي تناولت متغير جودة الحياة:

الدراسات الأجنبية

دراسة ماركو وآخرون (Markou & et al., 2011):

والتي هدفت الى تقييم جودة الحياة لدى المرضى الخاضعين لعملية إستبدال الصمام الأورطي AVR. العينة والأداة: حيث شارك 415 مريض وكان هناك 200 مريض منهم خاضعين لعملية تغيير الصمام الأورطي و215 مريض خاضعين لعملية تغيير الصمام الأورطي مع تغيير مجرى الشريان التاجي كعملية مزدوجة (CABG + AVR) وتم جمع معلومات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لديهم، ومن هذه المجموعة تم اخذ 224 مريض لمتابعتهم لمدة سنة بعد العملية، ولتقييم جودة الحياة تم استخدام مقياس جودة الحياة الأوروبي EuroQol بشقيه (EQ-VAS (subjective data), (EQ-5D (global health status)، النتائج: أظهرت النتائج حسب جزء المقياس (EQ-5D) انه لا يوجد فرق ملحوظ بين كلا المجموعتين في وقت محدد كنقطة أساسية في البداية، بينما اظهر جزء المقياس (EQ-VAS) إحصائيا درجة اقل في مرضى المجموعة الثانية، وأظهرت كلا المجموعتين بعد سنة من العمل الجراحي زيادة في شقي المقياس، وكانت الزيادة ذات دلالة إحصائية في مجال (الألم وعدم الراحة) في مجموعة استبدال الصمام الأورطي،

وفي مجال (الحركة) و(الأنشطة الاعتيادية) و(الألم وعدم الراحة) و(القلق والاكتئاب) في مجموعة العمليتين مجتمعات ، واتضح انه في نقطة ما في البداية وقبل العملية كان لأمراض الشرايين التاجية اثر سلبي على جودة الحياة المرتبطة بالصحة، أما بعد العملية فجميع المرضى كان لديهم تحسن ملحوظ في جودة الحياة.

دراسة ماركو وآخرون (Markou & et al., 2011):

والتي هدفت الى فحص التغيرات في جودة الحياة المرتبطة بالصحة بعد سنة من عملية القلب المزودة (AVR & CABG) لدى المرضى من الفئة العمرية 70 سنة وما فوق. العينة والأداة: تم اخذ 102 مريض خضعوا لعملية استبدال الشرايين CABG و69 خضعوا لعملية استبدال الصمام الأورطي AVR، ولتقييم جودة الحياة تم استخدام استبيان جودة الحياة الأوروبي EuroQol (EQ)، وتم حساب درجة EQ-5D index score بالاعتماد على درجات المجالات الخمس للمقياس، للتعبير عن الوضع الصحي للمرضى، وتم استخدام EQ visual analogue scale (VAS) لوصف جودة الحياة المرتبطة بالصحة الذاتي للمرضى.

النتائج: بعد عام من العملية اظهر جزء المقياس EQ-5D index لمرضى عملية زراعة الشرايين CABG تحسنا ملحوظا، في حين لم تظهر مجموعة عملية استبدال الصمام الأورطي AVR نفس الشيء، وفي جزء المقياس EQ-VAS اظهر أن الزيادة كانت ملحوظة في كلا المجموعتين (CABG, AVR)، وبخصوص مجموعة AVR كان المتوسط في بند "الألم والانزعاج" قد اظهر درجة أفضل بكثير بعد العمل الجراحي، أما في مجموعة CABG كان المتوسط لبند الحركة، والألم وعدم الراحة، والقلق وكانت الدرجات أفضل بكثير بعد العمل الجراحي، وأشارت الدراسة إلى أن جودة الحياة في المرضى المسنين تزداد بكثرة بعد عملية CABG و AVR إلا أن التحسن في بند الفعالية وبند الاجتماعية من بنود جودة الحياة كانت اقل بكثير في هذه الشريحة من المرضى.

دراسة ميركوراس (Merkouris, 2009):

والتي هدفت الى استكشاف جودة الحياة للمرضى المسنين بعد عملية تحويل مجرى الشريان التاجي.

العينة والأداة: تم اخذ 63 مريض تتراوح أعمارهم (65 سنة وفوق) وقد أجريت لهم العمليات في احدى اكبر مستشفيات أثينا العامة، وتم إخضاعهم للاختبار قبل العملية وبعد اربع، واثنا عشر شهرا من العملية، حيث تم استخدام اختبار جودة الحياة (the MacNew Heart disease quality of life questionnaire).

النتائج: كانت الغالبية العظمى من العينة ذكور (N=48)، ومتزوج (N=49)، والمتقاعد (N=54)، وأظهرت النتائج أن 42 مريض اصبح عندهم مضاعفات بعد العملية وقبل الخروج من المشفى، في حين اظهر 45 مريض تحسنا ملحوظا بعد سنة من العملية، وهناك 11 مريض قد ساءت أوضاعهم حسب مقياس جودة الحياة، وعلى الرغم من أن التحسن بعد العملية الجراحية كان في جميع مجالات المقياس، إلا أن نسبة عالية من المرضى <60% استمروا في تقديم تقارير عن تفاقم المسائل المتعلقة بالثقة بالنفس والاعتماد على الآخرين وأشارت الدراسة إلى أن واحد من كل اثنين أعطى علامات عن ضعف الإدراك بعد العملية، وقد ارتبطت المتغيرات التالية (معرفتهم القليلة عن أمراضهم وخاصة قبل العملية، وكذلك مستواهم التعليمي ووجود مضاعفات بعد العملية ووجود ذبحة صدرية) ارتباطا مباشرا بجودة حياة متدنية، وخلصت الدراسة إلى نسبة عالية من المرضى أظهرت تحسنا في حين أن عددا كبيرا كان لديهم تفاقم في جزء المقياس المتعلق بالثقة بالنفس والاعتماد على الآخرين.

دراسة رانتانين وآخرون (Rantanen & et al., 2009):

والتي هدفت الى وصف ومقارنة جودة الحياة المرتبطة بالصحة للمرضى ولآخرين في حياتهم، وتحديد العوامل المرتبطة بجودة الحياة بعد العملية.

العينة والأداة: تم اخذ 367 مريض و367 من الآخرين الهامين في حياتهم وتم قياس جودة الحياة باستخدام مقياس HRQoL 15D وكان ذلك خلال 3 مراحل: بعد العملية بشهر وستة شهور واثنا عشر شهرا، وتم التركيز في هذه الدراسة على مرحلة 6 شهور و12 شهر بعد عملية التشافي، وتم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتدرج لتحديد الارتباط بين المتغيرات المستقلة وجودة الحياة.

النتائج: أن المرضى كان لديهم جودة حياة اقل من الآخرين الهامين في حياتهم بعد العملية، وبخصوص المرضى كان هناك عوامل هامة مؤثرة وهي الأعراض المرتبطة بمرض القلب والتي تؤثر على الإجهاد الجسمي، وأمراض أخرى مرتبطة، أما بخصوص الآخرين الهامين فالأمراض المزمنة ارتبطت بجودة الحياة منخفضة، وان جودة الحياة للمرضى والآخرين الهامين تختلف من واحد لآخر في الفترة بعد العملية ب 6 شهور و12 شهر، كما وأشارت بان جودة الحياة السابقة تؤثر في جودة الحياة اللاحقة عند المرضى والآخرين الهامين.

في دراسة كارلسون (Karlsson, 2008):

والتي هدفت الى وصف عملية القلب من خلال وجهات نظر المرضى، الأقارب، ومقدمي الخدمة وأثرها على جودة الحياة.

العينة والأداة: تم إجراء مقابلات مع المرضى وأقاربهم وحللت باستخدام نموذج جورجي، وقد شارك المرضى مع مقدمي الخدمة الصحية في مجموعات بؤرية وتم تحليلها من خلال نموذج تحليل المحتوى، وتم فحص المرضى خلال فترات مختلفة (خمس أسابيع وخمس اشهر بعد العملية)، وشاركوا في المتابعة بعد 3 سنوات من العملية، وتم جمع البيانات من خلال الاستبيانات والمقابلات الهاتفية.

النتائج: ظهر المزاج الاكتئابي في 52% من المرضى خلال مرحلة التنشافي بعد 3 شهور من العملية، وأظهرت الدراسة أن العملية كانت تعتبر تحدي كبير حيث غيرت من المريض وجعلته اكثر هشاشة، وبقيت هذه الهشاشة في المرضى لمدة 3 سنوات بعد العملية وظهرت بوضوح في المرضى الذين اكتئابوا، وظهرت أن معظم المرضى تأثروا بسبب العملية وبقيت تؤثر على جودة حياتهم لفترة طويلة بعد العملية، وقد اعتبرت عملية القلب مرحلة انتقالية هامة للجميع، ولكن المرضى الذين عانوا من الاكتئاب إعاقة لديهم إعادة التوجه والعودة للوضع السابق، وكان للعملية أيضا تأثير كبير على الأقارب وأثرت في حياتهم، وكان رد فعل الأقارب إظهار القدرة على التحمل، أما مزودي الخدمة الصحية فقد ميزوا علامات انخفاض جودة الحياة عند المرضى وأقاربهم، وأشارت بان جودة الحياة ما زالت غير مستكشفة.

دراسة ليندجاست وآخرون (Lindquist & et al., 2003):

والتي هدفت الى مقارنة درجة جودة الحياة لدى الجنسين بعد عملية تحويل الشريان التاجي خلال سنة. العينة والأداة: تم إجراء دراسة طولية في أمريكا وكندا، على مرضى حيث بلغ عدد الرجال (405) والنساء (269) وتم استخدام احد مقاييس جودة الحياة.

النتائج: اظهر كلا الرجال والنساء بعد 6 أسابيع من العملية درجة اقل من (القلق والأعراض المرتبطة بالاكتئاب) بالمقارنة بقبل العملية، واطهروا أيضا بعد 6 أشهر تحسنا في الأداء البدني والاجتماعي، وعلى الرغم من أن التغيرات في درجات المقياس كانت مماثلة تقريبا للرجال والنساء في النقاط الزمنية المتعددة، إلا أن النساء سجلن أقل من الرجال في هذه المجالات، وكان لديهن اكثر أعراض مرتبطة بالاكتئاب خلال السنة الأولى بعد العملية، وأشارت الدراسة أن النساء الخاضعات للعملية لديهن حالة طبية سيئة وأقل موارد إجتماعية ومالية من الرجال، وإستنتجت الدراسة بأن كل من الذكور والإناث اظهروا تحسنا

في الأداء البدني والاجتماعي والنفسي بعد العملية، وان جودة الحياة لدى النساء بقيت اقل من جودة الحياة للرجال خلال السنة الأولى بعد العملية.

دراسة كليرسي وآخرون (Klersy & et al., 1997):

والتي هدفت الى تقييم التغيرات في جودة الحياة للمرضى الذين يعانون من امراض القلب التاجية وخضعوا لعملية جراحية في القلب وتحديد المرضى الذين هم بحاجة إلى التدخل والتأهيل. العينة والأداة: اشتملت الدراسة على 259 مريضا (211 ذكر، 48 أنثى)، وقد تم تقييم نوعية الحياة من خلال مقياسين وهما: (Karnofsky Performance Status Scale, Nottingham Health Profile)، وكان التقييم قبل العملية وبعد اثنين وستة شهور من العملية. النتائج: تحسنت جودة الحياة بعد شهرين في المجالات التالية: الطاقة والألم، العاطفة، النوم، والحراك الاجتماعي لمقياس Karnofsky Performance Status Scale ، أما بعد ستة شهور فكانت التحسن في النوم فقط ، وقد أظهرت الدرجات الكلية تأثر ملحوظ بفعل الجنس، العمر، الطبقة، تصنيف NYHA لأمراض القلب (preoperative NYHA)، نوع الذبحة الصدرية، الإجراءات والمضاعفات المرتبطة بالعملية الجراحية.

دراسة شكرون وآخرون (Chocron & et al., 1996):

والتي هدفت الى تقييم التحسن في جودة الحياة بفعل العملية ومعرفة الدلائل والمنتبئات بذلك التحسن. العينة والأداة: وشملت الدراسة 215 مريض خضعوا للعملية وقد استخدم الباحثون مقياس The Nottingham health profile questionnaire والذي يحتوي على ستة أقسام وهي الطاقة، النشاط البدني، التفاعل العاطفي، الألم، النوم، العزلة الاجتماعية، وتم تحديد العوامل المؤثرة في درجة مقياس جودة الحياة باستخدام التحليل التبايني، والعوامل التي تؤثر على حالة المريض إيجابيا أو سلبا، تم تحليلها باستخدام الانحدار اللوجستي.

النتائج: أظهرت المقارنة بين متوسط درجات جودة الحياة قبل وبعد العملية تحسنا في كل الأقسام، وبينت الدراسة أن 80% من المرضى تحسنا بعد العملية، وكانت المنتبئات المستقلة الأقل تحسنا في درجة جودة الحياة بسبب العملية كالتالي: لقسم الطاقة من المقياس، كان العمر فوق 70، وان يكون المريض مصنف في الدرجة الثالثة أو الرابعة حسب التصنيف الوظيفي لقصور القلب، (New York Heart

(Association functional class III or IV). لقسم النوم كان العمر فوق 70، ولقسم النشاط البدني أن يكون المريض مصنف في الدرجة الثالثة أو الرابعة حسب التصنيف الوظيفي لقصور القلب، ولقسم العزلة الاجتماعية كان جنس الإناث، ولقسم الألم كان العمر فوق 70، وكانت المتنبئات الأسوأ بسبب العملية كالتالي: أن يكون المريض مصنف في الدرجة الثالثة أو الرابعة حسب التصنيف الوظيفي لقصور القلب في قسم الطاقة وفي النشاط البدني من المقياس، والجنس الأنثوي في قسم العزلة الاجتماعية، ووجود على الأقل مرض مشترك في قسم التفاعل العاطفي، واستنتجت الدراسة أن عمليات القلب تحسن نوعية الحياة لدى المرضى وكان أقوى العوامل المتنبئة لجودة الحياة هي العمر والتصنيف الوظيفي لقصور القلب.

دراسة تو وآخرون (Tou, N. & et al., 2000):

والتي هدفت الى وصف الاختلاف بين متغير العمر والجنس من حيث الصحة وجودة الحياة لدى مرضى الاعتلال القلبي.

العينة والأداة: تم اخذ (165) مريض تتراوح أعمارهم من (65 سنة فما فوق من كلا الجنسين) ولقد اختار الباحث أفراد العينة من المرضى الذكور (52%) والإناث (62%) المترددين على العيادات الخارجية عن طريق المقابلة الشخصية لتقييم الحالة الصحية ومقياس مرض القلب المزمن وهو من إعداد الباحث ومقياس جودة الحياة القصير وهو من إعداد منسوتا (Minnesota living heart failure questioner).

النتائج: أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير العمر والجنس وجودة الحياة حيث أظهرت أن لدى النساء جودة حياة اقل من الرجال، وان النساء الأقل من عمر 65 اقل في مستوى جودة الحياة.

الدراسات العربية

دراسة سعيد، نيازي، والماس (2011):

والتي هدفت الى فحص درجة الترابط بين الشخصية من النمط "د" وعناصرها وبين جودة الحياة لدى مرضى القلب، مقارنة بالأصحاء.

العينة والأداة: شملت العينة ثمانين مريضاً باحتشاء عضلة القلب، و 70 شخصاً صحيحاً، تتراوح أعمارهم بين 45 و 60 عاماً، وقد استوفوا جميعهم استبيان منظمة الصحة العالمية المختصر حول جودة الحياة، وعلى سلم القياس للشخصية من النمط "د".

النتائج: لوحظ أن نسبة مئوية أكثر ارتفاعاً، بقدر يُعتدُّ به إحصائياً، من بين مرضى احتشاء عضلة القلب قد أحرزوا درجات إيجابية على سلم الشخصية من النمط "د" 71%، بالمقارنة مع الأصحاء 33%، كما لوحظ أن عدداً أكبر، بمقدار يُعتدُّ به إحصائياً، من المرضى باحتشاء عضل القلب لديهم أحرزوا منخفضة على سلم جودة الحياة 64%، بالمقارنة مع الأصحاء 20%، وقد أوضح التحليل التحوُّفي أن الأحرز الأكثر ارتفاعاً لدى الشخصية من النمط "د" كان لها اثر سلبي على جودة الحياة في مرضى احتشاء عضلة القلب، وأن عنصر التثبيط الاجتماعي قد كان له أثر أكبر من العواطف السلبية، وقد يساعد التقييم النفسي للشخصية من النمط "د" على إعداد خطط الرعاية الصحية للمُتَّصِّفين بها.

دراسة أبوحشيش وآخرون (2009):

والتي هدفت الى تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى القلب في مركز الملكة علياء لأمراض وجراحة القلب واختبار العلاقة ما بين جودة الحياة وبعض المتغيرات. العينة والأداة: تم اخذ عينة مقننة تكونت من 118 مريض قلب، حيث وزعت بالتساوي اعتماداً على الجنس، واستخدمت الدراسة المنهج الارتباطي غير التجريبي وقد تم جمع البيانات باستخدام استبانة نوعية الحياة الأوروبية الخاصة ببحث ومعالجة السرطان (EORTC QLQ-c30 version 3). النتائج: معظم العينة تتمتع بجودة حياة متوسطة، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القلب تعزى لطريقة المعالجة وكشفت النتائج عن فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى القلب تعزى للجنس (الإناث > الذكور)، وممارسة الرياضة، كما أظهرت النتائج أن هناك علاقة سلبية بين جودة الحياة ووجود الأمراض المزمنة لدى مرضى القلب مثل ارتفاع الضغط ومرض السكري.

3.4.2 الأبحاث التي تناولت متغير القلق:

الدراسات الأجنبية

دراسة هويير وآخرون (Hoyer & et al., 2008):

والتي هدفت الى فحص درجة وتطور القلق المرتبط بأمراض القلب عند المرضى قبل وبعد العملية.

العينة والأداة: تم دراسة 90 مريض قبل خضوعهم لعملية القلب "تحويل مجرى الشريان التاجي واستبدال الصمامات" (VR & CABG)، ثم تمت متابعة المرضى بعد ستة أسابيع وستة أشهر من الجراحة، وتم استخدام استبانة القلق Cardiac Anxiety Questionnaire، التي تقيم الخوف والقلق بسبب مرض القلب، والاهتمام والانتباه والتجنب، واستخدمت مجموعة من الاستبيانات الأخرى التي تقيم القلق العام، والاكنتاب HADS، ونوعية الحياة SF-12، وتمت مقارنة البيانات مع العمر والجنس مع عينة ضابطة من 72 مريض عظام لا يعانون من أمراض القلب، وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: اختبار ت، معامل بيرسون، تحليل التباين ANOVA .

النتائج: ارتفعت جميع أبعاد اختبار القلق قبل العملية، واستمر ما يقرب من 20% من المرضى يعانون من مستويات مرتفعة من القلق بعد 6 شهور من المتابعة، وجد انخفاض في القلق والاكنتاب، وزيادة في جودة الحياة بعد العملية.

دراسة تولي (Tully, 2008):

والتي هدفت الى فحص الارتباط بين الاكنتاب والقلق ومعدل الوفاء بعد عملية القلب "CABG". العينة والأداة: تم اخذ 440 مريض خضعوا للعملية وتم استخدام مقياس القلق والاكنتاب والإجهاد، (DASS) the Depression & Anxiety & Stress Scale. النتائج: بمتابعة حالات الوفاة للمرضى في متوسط 5 سنوات و 10 سنوات بعد العملية، كانت النتيجة أن هناك 67 حالة وفاة أي ما يشكل (15%) من المرضى خلال فترة للمتابعة، كما واطهر احد التحاليل الإحصائية بان أعراض الاكنتاب قبل العملية لم ترتبط بشكل ملحوظ بزيادة معدل الوفاة، بينما اظهر التحليل أن قلق ما قبل العملية ارتبط بشكل مباشر بزيادة معدل الوفاة بعد العملية، واستنتج الباحث بان أعراض القلق قبل العملية تظهر ارتباطا ملحوظا بزيادة خطر الوفاة بعد العملية، وينبغي البحث في المستقبل عن استكشاف دور القلق والكآبة على معدل وفيات مرضى عملية تحويل الشريان التاجي.

دراسة جالاجير وآخرون (Gallagher & et al., 2007):

والتي جاءت بعنوان الضغوط والقلق لدى المرضى الذين سيخضعون لعملية تغيير مجرى الشريان التاجي CABG، وهدفت الى وصف المخاوف والاهتمامات لدى المرضى الذين سيخضعون للعملية، والتعرف على المخاوف والاهتمامات التي ارتبطت مع مستويات أعلى من القلق.

العينة والأداة: وقد أجريت مقابلات مع 172 مريض لتحديد اهتماماتهم ومستويات القلق على ثلاث مراحل: قبل الجراحة، وقبل الخروج من المشفى و بعد عشرة أيام من الخروج، وتم استخدام المقاييس التالية للقلق والضغوط Stressor Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale، وتم استخدام الانحدار المتعدد لتحديد المسببات أو المتنبئات بالقلق.

النتائج: إشارة الدراسة إلى أن المرضى الذين سيخضعون العملية ولديهم مستويات مرتفعة من القلق يملكون نتائج منخفضة بالمقارنة مع الذين لديهم مستويات قلق اقل، ولم يحدث تغير في مستويات القلق قبل العملية إلى ما بعد العملية وبقيت بين منخفضة إلى متوسطة، وتبين أيضا أن الإناث والذي لديهم مخاوف من العملية ومن الألم وعدم الراحة كانت تنبئ بزيادة القلق قبل العملية، في حين كانت المتنبئات في ارتفاع القلق بعد العملية وأثناء الوجود في المشفى هي اخذ مضادات الاكتئاب والقلق ومستويات قلق عالية قبل العملية، ومخاوف واهتمامات متعلقة بصعوبة النوم، وكان المرضى ذوي مستويات القلق العالية بعد الخروج من المشفى هم كبار السن، والأكثر قلق قبل العملية والذين كان عندهم مخاوف من الألم، واستنتجت الدراسة انه ينبغي أن يتم تقييم مستويات القلق لدى المرضى الموجودين على قوائم انتظار عملية القلب، وينبغي توفير التدخلات اللازمة لمنع أو الحد من القلق ويجب أن تكون التدخلات متعددة العوامل، بما في ذلك المعلومات والدعم لإدارة الألم ومعلومات واقعية حول الجداول الزمنية لموعد الجراحة وكيفية استئناف الحياة بعد الجراحة، وان يكون النساء وكبار السن الفئة الأكثر أهمية للتدخل قبل العملية.

دراسة الشحاتيت (2006):

والتي هدفت الى معرفة درجة الضغط النفسي والقلق لدى المصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها بمجموعه من المتغيرات في مدينتي بيت لحم والخليل بالضفة الغربية. العينة والأداة: تم اخذ عدد من مرضى القلب المصابين بجلطات وآخرين غير مصابين، وكانت الأداة عبارة عن مقياس القلق بشقيه قلق الحالة والسمة. النتائج: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين وغير المصابين على الدرجة الكلية لمقياس القلق كحالة وسمة تعزى لمتغير الجنس، وقد كانت الفروق لصالح الإناث.

دراسة ريماسزويسكا وآخرون (Rymaszewska & et al., 2003):

والتي هدفت الى تقديم دراسة مستقبلية تعرض فيها معدل حدوث وتطور كل من الاكتئاب والقلق في مرضى القلب الخاضعين لعملية تغيير مجرى الشريان التاجي. العينة والأداة: حيث تم فحص 53 مريضا من الذين تقدموا للعملية خلال أيام قبل وبعد العملية ومن ثم بعد ثلاثة شهور، وذلك من خلال مقياس القلق والاكتئاب التاليين: (Spielberger Anxiety Questionnaire and Beck Depression Inventory) وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: تحليل الانحدار، معامل بيرسون وسبيرمان، اختبار ت، تحليل التباين المتعدد MANOVA، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية. النتائج: حوالي 55% من المرضى لديهم مستوى عال من القلق قبل الجراحة و34% من المرضى بعد وقت قصير من العملية الجراحية عانوا من القلق، في حين أن 32% منهم بعد 3 شهور من الجراحة عانوا من ارتباط ما بالقلق، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدرجة القلق حالةً وسمة لدى المرضى تعزى لمتغير العمر، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدرجة القلق حالةً وسمة لدى المرضى تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث، واستنتج الباحث أن مستويات عالية من القلق والاكتئاب قبل العملية تتنبأ بالنتيجة النفسية بعد العملية، وأشارت الدراسة إلى انه بالرغم من أن عملية القلب تعتبر عامل منبه ومثير لبعض الاستجابات النفسية والجسمية عند المرضى، إلا إنها تعطي نتائج جسمية إيجابية، وانه في حال ظهرت أعراض الاكتئاب والقلق بعد العملية فسوف تؤدي إلى تدهور أداء المريض النفسي والاجتماعي وجودة الحياة.

دراسة كوفولا وآخرون (Koivula & et al., 2002):

والتي هدفت الى فحص الخوف والقلق لدى المرضى في أوقات مختلفة خلال متابعة عملية القلب المفتوح. العينة والأداة: تم اخذ 171 مريض من مستشفى جامعي واحد وتم تعبئة الاستبانة التالية Grafting Fear scale (BGFS) لقياس الخوف و state-trait-anxiety inventory (STAI) لقياس قلق الحالة والسمة و HAD لقياس القلق أيضا وكان ذلك خلال فترة انتظار العملية وهم في البيوت، ومساء يوم إجراء العملية، وبعد ثلاثة شهور. النتائج: أن اعلى مستوى للخوف والقلق تم قياسه في فترة انتظار العملية، ثم انخفضت مستويات الخوف والقلق أثناء الوجود في المشفى وبعد 3 شهور، وبخصوص الإناث فقد اظهرن تغيرا في الخوف والقلق وكان مرتفع، كذلك أن الحالة الاجتماعية والمهنية أظهرت أيضا تغيرا في درجة القلق في بعض أجزاء

مقياس حالة القلق، أما العمر تحت 55 سنة ارتبط بأعلى مستوى قلق من جزء مقياس سمة القلق وخاصة بعد العملية، واستنتجت الدراسة أن النتائج تشير اهتمام بالقلق والخوف عند المرضى في فترة الانتظار للعملية، وتعطي اهتمام على وجه الخصوص للنساء والمرضى الذين ليس لديهم شريك في العلاقة.

دراسة ديوتز وأخرين (Duits & et al., 1998):

والتي هدفت الى تصميم دراسة طويلة لمتابعة سير القلق والاكتئاب لدى المرضى الذين يخضعون لعملية القلب، وقد ركزت الدراسة على التأثير المحتمل للجنس والعمر والمدة الزمنية في مستوى القلق والاكتئاب. العينة والأداة: في نقطتين زمانيتين قبل وبعد العملية تم اخذ 217 مريض وتم استخدام مقياسيين القلق والاكتئاب (STAI) و (HAD) على العينة.

النتائج: أظهرت الدراسة بشكل عام انخفاض في متوسطات القلق والاكتئاب بعد العملية حيث أن النساء أظهرن مزيد من القلق والاكتئاب، سواء قبل أو بعد العملية وأظهرت أيضا انخفاضا اقوى نسبيا في الفترة المبكرة بعد العملية.

دراسة فينجيرويتس (Vingerhoets, 1998):

والتي هدفت الى فحص القلق والاكتئاب قبل وبعد عملية القلب المفتوح.

العينة والأداة: اكمل 80 مريض استبيان القلق والاكتئاب،

the Beck Depression Inventory & the Spielberger State Anxiety Questionnaire ، قبل العملية

ببوم، وبعد سبع أيام وستة شهور من العملية.

النتائج: أن المرضى الذين يعانون من القلق قبل العملية بشكل (عالي، متوسط، منخفض)، اظهروا نفس النسب بعد العملية على التوالي، وبالتحليل تم دعم العلاقة الخطية بين الإثارة والقلق قبل الجراحة وبعدها، ولقد أظهرت النساء درجة اعلى لقلق الحالة والسمة والاكتئاب من الرجال قبل وبعد العملية، في حين لم يكن هناك دلالة إحصائية متعلقة بالعمر والمستوى التعليمي بخصوص قلق الحالة والاكتئاب.

الدراسات العربية

دراسة الليحاني (1996):

الهدف: فحص مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينه من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية (مكة - جدة - الطائف).

العينة والأداة: تكونت عينة الدراسة من 200 مريض ومريضة بالفشل الكلوي، وتكونت أداة الدراسة من مقياس بك للاكتئاب، ومقياس قلق الموت.

النتائج: هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفشل الكلوي المزمن والأشخاص غير المصابين به في الاكتئاب وقلق الموت حيث جاءت النتائج لصالح المرضى بشكل عام ولصالح المريضات بشكل خاص، كما وأظهرت النتائج انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن في المعاناة من الاكتئاب وقلق الموت تبعا لمتغيرات السن، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي.

دراسة النيال (1991):

والتي هدفت الى فحص الفروق في كل من القلق كحالة وقلق الموت قبل إجراء العملية وبعدها ، وكانت الفرضية الموضوعية من قبل الباحثة أن هناك فروقا جوهرياً في هذين المتغيرين بين مرحلتي ما قبل إجراء الجراحة وبعدها إذ يرتفعان قبل العملية وينخفضان بعدها.

العينة والاداة: تم اخذ (23) مريضاً عضوياً ذكراً اجروا عمليات جراحية من النوع الكبير، وكان متوسط أعمارهم (36.2) سنة وتم استخدام مقياساً لحالة القلق وقلق الموت، وتم تطبيقهما مرتين، الأولى قبل إجراء الجراحة بأربع وعشرين ساعة و الثانية بعد إجراء الجراحة بخمسة أيام.

النتائج: وجود فروق جوهرياً في مقياس حالة القلق وقلق الموت بين حالتي ما قبل الجراحة وبعدها لصالح قبل العملية في ارتفاع مستوى القلق.

4.4.2 تلخيص للدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة والتي تناولت بعض متغيرات الدراسة الحالية ومن خلال اطلاع الباحث عليها فقد تبين له ما يأتي:

- أن هذه الفئة لم تتل قسطاً وافراً من الدراسة في الوسط العربي والفلسطيني بشكل خاص، فعلى حد علم الباحث فإن الدراسات في ميدان مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب لا تزال شحيحة للغاية، ومن هنا تأتي أصالة هذا البحث.
- يتضح أهمية مرضى القلب الخاضعين لعملية رئيسية هامة وعلاقتها بمستوى القلق وجودة الحياة لما يمثله هذا الموضوع من أهمية خاصة في المجتمع ككل والعملية العلاجية بوجه خاص.
- لم يعثر الباحث على أي دراسة تناولت القلق بشقيه السمة والحالة وجودة الحياة بمفهومه وابعاده الجسمية والبيئية والنفسية والاجتماعية لدى هذه الشريحة من المرضى.
- تنوعت في استخدامها لإجراءات البحث من حيث الأدوات والمعالجة الإحصائية كل حسب هدفه وفروجه، مما أتاح للباحث الحالي فرصة الاستفادة والاستئارة بها وفق متطلبات البحث الحالي.
- التباين بين هذه الدراسات في الأهداف والفروض والأدوات والعينة والأساليب الإحصائية والنتائج.
- أما بخصوص طريقة إختيار عينة الدراسة فقد اختلفت الدراسات السابقة من حيث نسبة حجم العينة إلى مجتمعها الأصلي، كما اختلفت هذه العينات من حيث الفئة المستهدفة حيث كانت بعض العينات من السيدات الحوامل والمرضى على اختلاف امراضهم والطواقم الصحية وغيرهم.
- تنوعت الأساليب الإحصائية المتبعة في هذه الدراسات طبقاً لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب الإحصائية شيوعاً في هذه الدراسات: حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل التباين واختبار "ت" وبعضها استخدم التحليل العاملي وغيره.
- إستفاد الباحث من الدراسات السابقة في صياغة أهداف الدراسة وأسئلتها وفروضها وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة في تلك الدراسات، كما إستفاد منها في استخدام أدوات البحث.
- بالنسبة للأدوات والمقاييس فمنها ما قام الباحثون بإعدادها أو تعريبها أو تكيفها مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة، ومنهم من استخدم مقاييس وأدوات من إعداد باحثين آخرين لملائمتها لطبيعة دراساتهم، أو لكونها قننت في نفس بيئة الدراسة المعنية، ولكن الدراسة الحالية اعتمدت على أدوات قام الباحث الحالي بتقنينها على البيئة الفلسطينية والتأكد من صدقها وثباتها.

وانفردت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في:

الأول: إختيار موضوع الدراسة وهمستوى القلق حالة وسمة وعلاقته بجودة الحياة بكل ابعادها وهو من المواضيع التي لم تدرس في الضفة الغربية والقدس على هذه الشريحة.

الثاني: عينة الدراسة وهم المرضى الخاضعين لعملية القلب المفتوح حيث لم يجر عليهم أي دراسة تتحدث عن مشاعر القلق لديهم بعد العملية وكذلك جودة حياتهم على حد علم الباحث، ولعل الطبيعة الاجتماعية والثقافية للمجتمع الفلسطيني والتي تميل إلى التحفظ في هذه الأمور جعلت الباحث يفتح هذا الباب.

الثالث: ربط موضوع القلق سمة وحالة بجودة الحياة وهذا باب جديد من أبواب البحث.

الرابع: تناولت ابعاد جودة الحياة الاربعة حيث ان الدراسات السابقة تناولت ابعاد محصورة بالصحة او البعد الجسمي او النفسي.

الخامس: تناول الباحث جميع المستشفيات التي تجرى فيها هذا النوع من العمليات في الضفة والقدس سواء خاصة او حكومية.

السادس: تطرق الباحث الى متغيرات مستقلة لم تتناولها الدراسات السابقة على حد علم الباحث وتبين ان لها دور في القلق وجودة الحياة.

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

1.3 منهج الدراسة

2.3 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

4.3 أدوات الدراسة

5.3 إجراءات الدراسة

6.3 متغيرات الدراسة

7.3 المعالجة الإحصائية

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة، ومجتمعها وعينتها. كما يعطي وصفاً مفصلاً لأداتي الدراسة وصدقهما وثباتهما، وكذلك إجراءات الدراسة والمعالجة الإحصائية التي استخدمها الباحث في استخلاص نتائج الدراسة وتحليلها.

1.3 منهج الدراسة

استخدم الباحث المنهج الوصفي والإرتباطي لمناسبته لطبيعة هذه الدراسة، حيث تم استقصاء آراء البالغين الذين خضعوا لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس حول علاقة القلق "حالةً وسمةً" بجودة الحياة.

2.3 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى البالغين الذين خضعوا لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس خلال العام (2011)، والبالغ عددهم (876) مبحوثاً من الجنسين موزعين على ستة مستشفيات في الضفة الغربية والقدس، وهذا ما تم إحصائه من سجلات أقسام العناية القلبية وأقسام العمليات في المستشفيات المذكورة بمساعدة ممرضى الأقسام، وذلك لعدم توفر إحصائية رسمية لعدد المرضى الخاضعين لعملية القلب المفتوح، وكما هو وارد في الجدول (1.3).

جدول 1.3: يبين توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المستشفى

الرقم	المستشفى	المكان	العدد
1	جمعية المقاصد الخيرية	القدس	160
2	مجمع فلسطين الطبي/الجناح الكويتي	رام الله	235
3	مستشفى الأهلي	الخليل	90
4	مستشفى نابلس التخصصي	نابلس	71
5	مستشفى العربي التخصصي/نابلس	نابلس	200
6	مستشفى الميزان	الخليل	120
	المجموع		876

3.3 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (263) مبحوثاً من المرضى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية الطبقية، وتمثل العينة ما نسبته (30%) من مجتمع الدراسة، حيث تم إسترداد (252) استبانة، وقد ألغيت إجابات (13) مبحوثاً وذلك لإخلالهم بشروط تطبيق المقاييس، ولعدم استكمال المعلومات المطلوبة. وبذلك أصبح عدد أفراد العينة الذين خضعوا للتحليل الإحصائي (239) مبحوثاً، ويبين الجدول (2.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى التعليمي، والعمل، والمستشفى، والوقت بعد إجراء العملية، والدخل الشهري، وان كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى.

جدول 2.3-أ: توزيع أفراد عينة الدراسة

المجموع	النسبة المئوية	العدد	المتغير	
239	69.0	165	ذكر	الجنس
	31.0	74	أنثى	
239	11.7	28	21 - 34 سنة	العمر
	25.9	62	35 - 49 سنة	
	42.7	102	50 - 64 سنة	
	19.7	47	65 - 85 سنة	

جدول 2.3-ب: توزيع أفراد عينة الدراسة

المجموع	النسبة المئوية	العدد	المتغير	
239	72.0	172	متزوج/ة	الحالة الاجتماعية
	15.1	36	أعزب/ عزباء	
	13.0	31	أرمل/ة مطلق/ة	
239	27.6	66	وسط الضفة	مكان السكن
	32.2	77	شمال الضفة	
	30.5	73	جنوب الضفة	
	9.6	23	قطاع غزة	
239	43.5	104	أساسي فما دون	المستوى التعليمي
	28.5	68	ثانوي	
	13.8	33	دبلوم	
	14.2	34	جامعي فأكثر	
239	36.4	87	اعمل	العمل
	40.2	96	لا اعمل	
	12.6	30	أحيانا اعمل	
	10.9	26	المرض عزلني عن العمل	
239	18.4	44	جمعية المقاصد الخيرية	المستشفى
	29.3	70	مجمع فلسطين الطبي/ الكويتي	
	10.5	25	الأهلي/ الخليل	
	8.4	20	نابلس التخصص	
	18.8	45	العربي التخصص/ نابلس	
	14.6	35	الميزان/ الخليل	
239	36.4	87	اقل من شهر	الوقت بعد إجراء العملية
	27.6	66	شهر - شهرين	
	24.3	58	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	
	11.7	28	أكثر من ستة أشهر	
239	39.3	94	اقل من 1500 شيكل	الدخل الشهري
	31.0	74	1500 - 2499 شيكل	
	15.9	38	2500 - 3499 شيكل	
	13.8	33	أكثر من 3500 شيكل	
239	52.3	125	نعم	أمراض أخرى
	47.7	114	لا	

يتضح من الجدول (2.3-أ،ب) أن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث، حيث بلغ عدد الذكور (165) مبحوثاً، أي ما نسبته (69%) من عينة الدراسة، في حين بلغ عدد الإناث (74) مبحوثاً، أي ما نسبته (31%) من عينة الدراسة.

كما تبين أن نسبة المبحوثين الذين أعمارهم (50 - 64 سنة) مبحوثاً جاءوا في المرتبة الأولى، حيث بلغ عددهم (102) مبحوثاً، أي ما نسبته (42.7%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية المبحوثين الذين أعمارهم (35 - 49 سنة) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (62) مبحوثاً، أي ما نسبته (25.9%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثالثة المبحوثين الذين أعمارهم (65 - 85 سنة) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (47) مبحوثاً، أي ما نسبته (19.7%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الرابعة والأخيرة المبحوثين الذين أعمارهم (21 - 34 سنة) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (28) مبحوثاً، أي ما نسبته (11.7%) من عينة الدراسة.

أيضاً تبين أن غالبية المبحوثين متزوجين، حيث بلغ عددهم (172) مبحوثاً، أي ما نسبته (72%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية المبحوثين الذين حالتهم الاجتماعية (أعزب) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (36) مبحوثاً، أي ما نسبته (15.1%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثالثة المبحوثين الذين حالتهم الاجتماعية (أرمل/ة مطلق/ة) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (31) مبحوثاً، أي ما نسبته (13.0%) من عينة الدراسة.

وبخصوص مكان السكن، فقد تبين أن غالبية المبحوثين كانوا من منطقة (شمال الضفة) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (77) مبحوثاً، أي ما نسبته (32.2%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية المبحوثين الذين يقيموا في منطقة (جنوب الضفة) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (73) مبحوثاً، أي ما نسبته (30.5%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثالثة المبحوثين الذين يقيموا في منطقة (وسط الضفة) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (66) مبحوثاً، أي ما نسبته (27.6%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الرابعة والأخيرة المبحوثين الذين يقيموا في منطقة (قطاع غزة) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (23) مبحوثاً، أي ما نسبته (9.6%) من عينة الدراسة.

وبخصوص المستوى التعليمي، فقد تبين أن غالبية المبحوثين كانت مؤهلاتهم العلمية (أساسي فما دون) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (104) مبحوثاً، أي ما نسبته (43.5%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية المبحوثين الذين كانت مؤهلاتهم العلمية (ثانوي) مبحوثاً،

حيث بلغ عددهم (68) مبحوثاً، أي ما نسبته (28.5%) من عينة الدراسة ، وجاء في المرتبة الثالثة المبحوثين الذين كانت مؤهلاتهم العلمية (جامعي فأكثر) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (34) مبحوثاً، أي ما نسبته (14.2%) من عينة الدراسة ، وجاء في المرتبة الرابعة والأخيرة المبحوثين الذين كانت مؤهلاتهم العلمية (دبلوم) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (33) مبحوثاً، أي ما نسبته (13.8%) من عينة الدراسة.

أما بخصوص العمل، فقد تبين أن غالبية المبحوثين (لا يعملوا) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (96) مبحوثاً، أي ما نسبته (40.2%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية المبحوثين الذين (يعملوا) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (87) مبحوثاً، أي ما نسبته (36.4%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثالثة المبحوثين الذين (أحياناً يعملوا) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (30) مبحوثاً، أي ما نسبته (12.6%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الرابعة والأخيرة المبحوثين الذين (عزلهم المرض عن العمل) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (26) مبحوثاً، أي ما نسبته (10.9%) من عينة الدراسة.

أيضاً بخصوص المستشفى، فقد تبين أن غالبية المبحوثين قد أجريت لهم العملية في مستشفى (مجمع فلسطين الطبي/ الكويتي) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (70) مبحوثاً، أي ما نسبته (29.3%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية مستشفى (العربي التخصص/ نابلس) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (45) مبحوثاً، أي ما نسبته (18.8%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثالثة مستشفى (جمعية المقاصد الخيرية) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (44) مبحوثاً، أي ما نسبته (18.4%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الرابعة مستشفى (الميزان/ الخليل) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (35) مبحوثاً، أي ما نسبته (14.6%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الخامسة مستشفى (الأهلي/ الخليل) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (25) مبحوثاً، أي ما نسبته (10.5%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة السادسة والأخيرة مستشفى (نابلس التخصص) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (20) مبحوثاً، أي ما نسبته (8.4%) من عينة الدراسة.

أما بخصوص الوقت بعد إجراء العملية، فقد تبين أن غالبية المبحوثين كانوا قد اجروا العملية قبل (اقل من شهر) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (87) مبحوثاً، أي ما نسبته (36.4%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية المبحوثين الذين كانوا قد اجروا العملية قبل (شهر - شهرين) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (66) مبحوثاً، أي ما نسبته (27.6%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثالثة المبحوثين الذين كانوا قد اجروا العملية قبل (ثلاثة أشهر - ستة أشهر) مبحوثاً، حيث بلغ عددهم (58) مبحوثاً، أي ما نسبته (24.3%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة

الرابعة والأخيرة المبحوثين الذين كانوا قد اجروا العملية قبل (أكثر من ستة أشهر) مبحوثا، حيث بلغ عددهم (28) مبحوثا، أي ما نسبته (11.7%) من عينة الدراسة.

وبخصوص الدخل الشهري، فقد تبين أن غالبية المبحوثين من ذوي الدخل (أقل من 1500 شيكل) مبحوثا، حيث بلغ عددهم (94) مبحوثا، أي ما نسبته (39.3%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية المبحوثين ذوي الدخل (1500 - 2499 شيكل) مبحوثا، حيث بلغ عددهم (74) مبحوثا، أي ما نسبته (31%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثالثة المبحوثين ذوي الدخل (2500 - 3499 شيكل) مبحوثا، حيث بلغ عددهم (38) مبحوثا، أي ما نسبته (15.9%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الرابعة والأخيرة المبحوثين ذوي الدخل (أكثر من 3500 شيكل) مبحوثا، حيث بلغ عددهم (33) مبحوثا، أي ما نسبته (13.8%) من عينة الدراسة.

أخيرا تبين أن غالبية المبحوثين يعانون من أمراض أخرى مثل السكري والأزمة وغيرها، حيث بلغ عددهم (125) مبحوثا، أي ما نسبته (52.3%) من العينة، في حين بلغ عدد المبحوثين الذين لا يعانون من أمراض أخرى (114) مبحوثا، أي ما نسبته (47.7%) من عينة الدراسة.

4.3 أدوات الدراسة

تم استخدام أداتين في هذه الدراسة، وهما مقياس القلق بنوعيه الحالة والسمة، ومقياس جودة الحياة وفيما يلي وصف لكل مقياس من هذه المقاييس:

1.4.3 قائمتا قلق الحالة والسمة لسبيلبرجر (Spielberger):

أعد سبيلبرجر (Spielberger) وزملاؤه هذه القائمة في الأصل وهي تتكون من اختبارين فرعيين للحالة والسمة، يقاس كل منهما بعشرين بنداً، وقد استخدمت هذه القائمة في عدد كبير جداً من البحوث في مجالات متعددة وبخاصة في بحوث الشخصية وعلم النفس المرضي، كما حظيت هذه القائمة باهتمام كبير إلى الدرجة التي ترجمت فيها إلى العربية في كل من مصر والكويت والأردن ولبنان (عبد الخالق، 2005).

ويستخدم هذا الاختبار لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الأسوياء والمرضى المصابين بأمراض نفسية وعصبية أو عضوية. أو الذين ستجرى لهم عمليات جراحية أو غيرها من المواقف الضاغطة التي تثير القلق.

وفي الدراسة الحالية استخدم الباحث النسخة المعربة من الاختبار (البحيري، 1984) ويشمل هذا الاختبار اختبارين منفصلين يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي، وتتكون كل قائمة من عشرين فقرة، يستجيب المفحوص على كل عبارة من عبارات الاختبار بوضع (×) تحت مستوى موجودة أمام أحد الاختيارات الأربعة المتفاوتة في الشدة (مطلقاً، وأحياناً، وغالباً، ودائماً).

وبالتالي تتراوح قيمة الدرجات على الاختبار بين (20) درجة كحد أدنى إلى (80) درجة كحد أقصى لكل صورة من صورتها اختبار حالة وسمة القلق. وللتعرف إلى تقديرات الأفراد وتحديد درجة القلق وفق قيمة المتوسط الحسابي تم اعتماد المقياس كما هو بالاصل كالتالي:

- درجة منخفضة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية تتراوح من (20 - 39).
- درجة متوسطة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي محصورة بين (40 - 59).
- درجة مرتفعة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي تتراوح بين (60 - 80).

ويطبق اختبار سمة القلق وحالة القلق بطريقة فردية أو جماعية كما يمكن أن يقوم الفرد بتطبيقه بنفسه، حيث يوجد تعليمات للمفحوصين عن كيفية الاستخدام، كما أنه ليس هناك وقت محدد للاختبار ولكن بصفة عامة فإن الاختبار يتطلب من (6-8 دقائق) للانتهاء من الإجابة عن كل اختبار سواء حالة أو سمة القلق للأسوياء، بينما يحتاج المضطربون انفعالياً (10-12 دقيقة) لإنهاء إحدى الصورتين وعلى الفاحص ألا يستخدم في التعليمات ما يشير إلى القلق بل عليه يشير أن الاختبار هو استبيان للتقدير الذاتي، وعند تطبيق الاختبار كاملاً بصورتيه يطبق أولاً اختبار حالة القلق (ط1) ثم يتبعه اختبار سمة القلق (ط2) وذلك لأن اختبار حالة القلق مصمم ليكون حساساً فتنأثر درجاته بالجوانب الانفعالية إذا طبق اختبار سمة القلق أولاً.

تصحيح المقياس:

هناك في الاختبار نوعان من العبارات: الأول يشير التقدير المرتفع فيه إلى قلق عال بحيث تكون أوزان التدرج في هذا النوع كالتالي (1،2،3،4). أما الثاني فيشير فيه التقدير المرتفع إلى قلق منخفض، وتكون أوزان العبارات فيه معكوسة كالتالي (4،2،3،1). ويستجيب المفحوص على كل عبارة من الاختبار بأسلوب التقدير الذاتي على كل متصل مكون من (4) نقاط كما ذكرنا، واختبار حالة القلق عباراته متوازنة أي وجود أعداد متساوية من العبارات التي يشير فيها التقدير المرتفع إلى قلق مرتفع، وأما التقدير المنخفض فيوجد عشر عبارات تصحح مباشرة بينما العشر الأخرى تصحح معكوسة وهي (1،2،5،8،10،15،16،17،19،20)، أما في سمة القلق فهناك فقط سبع عبارات معكوسة والثلاث عشرة الباقية تصحح بطريقة مباشرة، وهي (1،6،7،10،13،16،19).

صدق الأداة:

قام البحيري (1984) بحساب صدق الاختبار في البيئة المصرية باستخدام الارتباط بمحك خارجي، وقد بين الحموز (2006) ان الاحمد (2001) قام إجراء دراسة مماثلة في البيئة السورية وقد خرج بنتائج تؤيد صدق الاختبار. كما استخدمت القائمة في العديد من الدراسات الأردنية من بينها دراسة المومني (2001) والهروط (2002) إضافة إلى دراسة الحجازين (2002). وكذلك في البيئة الليبية كما هو في دراسة عثمان (1993) وغير ذلك.

وفي البيئة الفلسطينية قام الحموز (2006) بتطبيق الاختبار على عينة مكونة من (604) طلاب من طلبة جامعة القدس في فلسطين، في حين قام يونس (2005) بتطبيقه على عينة من (378) مريض سكر وقد تحقق للاختبار صفات الثبات والصدق بصورة جيدة.

أما في الدراسة الحالية فقد قام الباحث بعرض القائمة على عدد من المحكمين من المختصين في التربية وعلم النفس واللغة العربية والتمريض وقد بلغ عددهم (10) والملحق رقم (3) يوضح اسماءهم، وكان هناك اتفاق بينهم على صلاحية الاختبار ومقروئيته، واقترح معظمهم جعل البدائل الأربعة (أبدأ، أحياناً، غالباً، دائماً) هذا بدلاً عن (مطلقاً، أبداً، أحياناً، غالباً) أما عبارات الاختبار فلم يختلف أحد على عدم صلاحية أو عدم مقروئية كلماتها وأنه يقيس فعلاً

ما وضع لقياسه، والملحق رقم(2) يوضح اختبار القلق في صورته الثانية بعد التعديل بناءا على اراء المحكمين.

ومن ناحية أخرى تم التحقق من الصدق بحساب مصفوفة ارتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية، وذلك كما هو واضح في الجدول (3.3) والتي بينت أن جميع قيم معاملات الارتباط للفقرات مع الدرجة الكلية لكل فقرة دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بالصدق العاملي، وأنها تشترك معاً في قياس القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس.

جدول 3.3 نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات القلق حالةً وسمةً مع الدرجة الكلية.

سمة القلق			حالة القلق		
الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات	الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات
0.000	0.589**	1	0.000	0.685**	1
0.000	0.464**	2	0.000	0.679**	2
0.000	0.662**	3	0.000	0.447**	3
0.000	0.461**	4	0.000	0.574**	4
0.000	0.619**	5	0.000	0.747**	5
0.000	0.665**	6	0.000	0.373**	6
0.000	0.397**	7	0.000	0.521**	7
0.000	0.687**	8	0.000	0.673**	8
0.000	0.547**	9	0.000	0.581**	9
0.000	0.720**	10	0.000	0.674**	10
0.000	0.399**	11	0.000	-0.582**	11
0.000	0.502**	12	0.000	0.239**	12
0.000	0.713**	13	0.000	0.239**	13
0.000	0.084**	14	0.000	0.624**	14
0.000	0.649**	15	0.000	0.428**	15
0.000	0.647**	16	0.000	0.745**	16
0.000	0.447**	17	0.000	-0.524**	17
0.000	0.594**	18	0.000	0.441**	18
0.000	0.720**	19	0.000	0.634**	19
0.000	0.593**	20	0.000	0.553**	20

تشير المعطيات الواردة في الجداول السابقة أن جميع قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للأداة دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بصدق عالي وأنها تشترك معاً في قياس القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس.

ثبات الاختبار:

تم استخدام هذا الاختبار في العديد من الدراسات على البيئة العربية والفلسطينية، وهذا يجعلنا نتوصل إلى أن الاختبار على درجة مقبولة من الثبات، وبالرغم من ذلك فقد تم حساب معامل الثبات للاختبار وبلغ معامل كرونباخ ألفا للقلق حالةً (0.79) وأما للقلق سمةً فقد بلغ (0.88)، وبذلك فإن الاختبار يتمتع بدرجة جيدة إلى جيدة جداً من الثبات.

2.4.3. اختبار جودة الحياة:

للتعرف إلى جودة الحياة لدى أفراد العينة استخدم الباحث مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" الذي أعدته منظمة الصحة العالمية (1996) وقامت بتعريبه وتطويره أحمد (2008)، وقد أعد هذا المقياس ليقدّم صورة مختصرة عن مستوى الجودة السائد في حياة الفرد. ويتكون المقياس من (26) بند، منهما بندين (2) لجودة الحياة العامة وللصحة العامة.

خطوات إعداد المقياس

تم إعداد النسخة العربية من مقياس جودة الحياة بإتباع الخطوات التالية :

أولاً: ترجمة المقياس

قامت أحمد (2008) بتعريب المقياس وترجمته إلى اللغة العربية وذلك بمساعدة اثنتين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في اللغة الانجليزية، وتم تعريب جميع عبارات المقياس، وبعد الانتهاء من ذلك قامت الباحثة بعرضه على أربعة من أساتذة علم النفس لتحكيم الصورة التي أعدت للغة العربية من حيث الصياغة اللغوية وبدائل الإجابة ومدي انتماء العبارة للبعد.

ثانياً: الصورة النهائية للمقياس

تكونت الصورة النهائية للمقياس من (26 عبارة)، منها (عبارتين) عن جودة الحياة عامة والصحة العامة، و(24 بند) موزعة علي أربعة أبعاد فرعية للمقياس، كما يلي:

1- الصحة الجسمية: Physical Health

يتكون من (7 أجزاء) (الأنشطة الحياتية اليومية، الاعتماد علي العقاقير والمساعدة الطبية، القوة والإجهاد، قابلية الحركة والتنقل، الألم والعناء، النوم والراحة، والقدرة علي العمل) وبذلك يتكون هذا البعد من (7 بنود) لقياس جودة الصحة الجسمية وهي البنود التي أرقامها (3، 4، 10، 15، 16، 17، 18).

2- الصحة النفسية: Psychological Health

تتكون من 6 مجالات هي (صورة الجسم والمظهر العام، المشاعر السلبية، المشاعر الايجابية، تقدير الذات، معتقدات الفرد الدينية والروحية، التفكير، التعليم، التذكر، التركيز) وبذلك يتكون هذا البعد من (6 بنود) وهي التي أرقامها (5، 6، 7، 11، 19، 26).

3- العلاقات الاجتماعية: Social Relationship

ويتضمن هذا البعد ثلاثة مجالات هي (العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، والنشاط الجنسي) وبذلك يتكون هذا البعد من (3 بنود) وهي التي أرقامها (20، 21، 22).

4- البيئة: Environment

ويتكون من (8 مجالات) هي (الموارد المادية، الحرية، الأمن والأمان المادي، الرعاية الصحية والاجتماعية: التوافر والجودة، البيئة الأسرية، الفرص المتاحة لإكتساب المعارف وتعلم المهارات، الإشتراك في وإتاحة الفرصة للإبداع/ النشاطات الترفيهية، البيئة الطبيعية (التلوث، الضوضاء، المرور، المناخ) ووسائل النقل. وبذلك يتكون هذا البعد من(8 بنود) وهي التي أرقامها (8، 9، 12، 13، 14، 23، 24، 25).

ثالثاً: تصحيح المقياس والدرجة الكلية

يتم الإجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس متدرج تتراوح الدرجات عليه ما بين خمس درجات إلى درجة واحدة حيث تشير الدرجة المرتفعة إلي ارتفاع في جودة الحياة. ويتم حساب درجة كل بعد

من الأبعاد الأربعة، بمتوسط مجموع درجات الفرد علي البنود المكونة لكل بعد، ثم بعد ذلك تجمع متوسط درجات الفرد على الأبعاد الأربعة للحصول على الدرجة الكلية.

وقد استند الباحث في هذه الدراسة في تفسيره لنتائج الأداة لأسلوب ليكرت الذي يحدد درجة المبحوث على المقياس في ضوء درجة موافقته أو عدم موافقته على بنود المقياس، وتتحدد الدرجة بإعطاء أوزان مختلفة للاستجابة، بحيث يستجيب المبحوث على ميزان أو متصل رتبي متدرج يشتمل على خمس نقاط. ولتحديد طول خلايا المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) ، تم حساب المدى (4=1-5)، ثم تم تقسيمه من (5) للحصول على طول الخلية الصحيح (5/4 = 0.80)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:-

جدول 4.3 تحديد قيم تصليح مقياس جودة الحياة (منخفض جدا...كبيرة جدا).

الرقم	المستوى	الدرجة
1	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 - 1.80	منخفض جدا
2	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 1.80 - 2.60	منخفض
3	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 2.60 - 3.40	متوسط
4	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 3.40 - 4.20	كبيرة
5	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 4.20 - 5	كبيرة جدا

رابعاً: تقنين المقياس

قامت احمد (2008) بتقنين الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة علي عينة من الراشدين (ن=11830) من (23 دولة)، من بين أفراد المجتمع العام وكذلك من بين نزلاء المستشفيات ودور الرعاية الصحية، وقد وجدت معاملات ارتباط مرتفعة دالة إحصائياً (من 0.89 فأكثر) بين أبعاد الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة وأبعاد الصورة الكلية لنفس المقياس. كذلك تم التحقق من القدرة التمييزية لعبارات المقياس، وتمتعه بالصدق التمييزي وصدق المحتوي وبالالتساق الداخلي وبثبات إعادة الاختبار. هذا فضلاً علي أنه تم إعداد صور متعددة لهذا المقياس في العديد من بلدان العالم، وللتحقق من ثباته وصدقه فقد تم إعداده للبيئة الكورية

والماليزية والتايوانية والإيرانية والهندية والبرازيلية والاطالية والنرويجية والأمريكية، كما استخدم في عدد هائل من الدراسات والبحوث علي مستوى العالم.

وقد تم التحقق من كفاءة هذا المقياس من حيث ثباته وصدقه فيما يقيسه أو فيما وضع لقياسه من قبل احمد (2008) على عينة مكونة من (50 فرد) من الذكور والإناث، من غير عينة الدراسة الرئيسية ممن تراوحت أعمارهم بين (20-40 عام).

كما وقد تحققت احمد (2008) من ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار في صورته النهائية بعد (3 أسابيع) على عينة التقنين (ن=50)، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين (0.89) بمستوى دلالة (0.01)، و كذلك باستخدام طريقة " ألفا كرونباخ " على نفس عينة التقنين.

أما في الدراسة الحالية فقد قام الباحث بعرض القائمة على عدد من المحكمين من المختصين في التربية وعلم النفس واللغة العربية والتمريض وقد بلغ عددهم (10) والملحق رقم (3) يوضح اسماءهم، وكان هناك اتفاق بينهم على صلاحية الاختبار ومقروئيته، واقترح بعضهم بعض التعديلات، أما عبارات الاختبار فلم يختلف أحد على عدم صلاحية أو عدم مقروئية كلماتها وأنه يقيس فعلا ما وضع لقياسه، والملحق رقم(2) يوضح اختبار جودة الحياة في صورته الثانية بعد التعديل بناء على اراء المحكمين.

ومن ناحية أخرى تم التحقق من الصدق بحساب مصفوفة ارتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية لكل بعد من الأبعاد الأربعة، وذلك كما هو واضح في الجدول (5.3) والذي يبين أن جميع قيم معاملات الارتباط للفقرات مع الدرجة الكلية لكل بعد دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بالصدق العاملي، وأنها تشترك معاً في قياس جودة الحياة.

جدول 5.3: نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات جودة الحياة مع الدرجة الكلية لكل بعد.

الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية
العلاقات الاجتماعية			الصحة الجسمية		
0.000	0.809**	20	0.000	0.692**	3
0.000	0.747**	21	0.000	0.656**	4
0.000	0.752**	22	0.000	0.586**	10
الصحة البيئية			0.000	0.750**	15
0.000	0.621**	8	0.000	0.619**	16
0.000	0.662**	9	0.000	0.809**	17
0.000	0.692**	12	0.000	0.791**	18
0.000	0.634**	13	الصحة النفسية		
0.000	0.494**	14	0.000	0.738**	5
0.000	0.689**	23	0.000	0.663**	6
0.000	0.615**	24	0.000	0.732**	7
0.000	0.620**	25	0.000	0.728**	11
			0.000	0.744**	19
			0.000	0.631**	26

تشير المعطيات الواردة في الجداول السابقة أن جميع قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد جودة الحياة دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بصدق عالي وأنها تشترك معاً في قياس جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس في ضوء الإطار النظري الذي بنيت على أساسه هذه الأداة.

ثبات المقياس

بخصوص الثبات في هذه الدراسة فقد قام الباحث باحتساب ثبات الأداة عن طريق قياس ثبات التجانس الداخلي (Consistency): وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدم الباحث معادلة (كرونباخ ألفا) (Cronbach Alpha). والجداول (6.3) يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على أبعاد المقياس المختلفة وكذلك على الدرجة الكلية:

جدول 6.3: يوضح معامل " ثبات ألفا " لأبعاد مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة "

عدد الفقرات	معامل ثبات " ألفا "	الأبعاد	
7	0.8274	الصحة الجسمية	-1
6	0.7995	الصحة النفسية	-2
3	0.6501	العلاقات الاجتماعية	-3
8	0.7802	البيئة	-4
24	0.9140	الدرجة الكلية	

يتضح من الجدول (6.3) أن قيمة معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا لأبعاد المقياس المختلفة تراوحت بين (0.65-0.82)، في حين بلغت قيمة معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على الدرجة الكلية للأداة (0.91)، وهذا يشير إلى أن الأداة تمتع بدرجة جيدة إلى ممتازة من الثبات.

5.3 إجراءات تطبيق الدراسة:

تم إتباع الإجراءات التالية من أجل تنفيذ الدراسة:

- القيام بحصر مجتمع الدراسة والمتمثل في البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس.
- حصر أداتي الدراسة بعد اطلاع الباحث على مجموعة من الأدوات المستخدمة في مثل هذه الدراسة.
- القيام بالإجراءات الفنية والتي تسمح بتطبيق أداتي الدراسة، وذلك من خلال الحصول على موافقة إدارة المستشفيات، للحصول على إحصائيات أعداد المرضى، وتوزيع أداتي الدراسة ملحق رقم (4).
- اختيار عينة الدراسة من مجتمع الدراسة بطريقة طبقية عشوائية، حيث اعتبرت المستشفيات كطبقات لمراعاة جميع أماكن إجراء العملية وتم اختيار العينة منها بنسبة 30% من كل مشفى وبطريقة عشوائية.
- تم التأكد من صدق أداتي الدراسة من خلال عرضها على عشرة محكمين والملحق رقم (3) يوضح أسماءهم.
- قام الباحث بتدريب عدد من طلاب دائرة التمريض/جامعة القدس، وبعض ممرضات أقسام العناية المكثفة المختلفة على آلية جمع البيانات ولذلك للمساعدة في جمع الاستبانات في

- المناطق البعيدة التي لا يتمكن الباحث من التواجد الدائم فيها خاصة وان الدراسة الحالية اشتملت الشمال والوسط والجنوب.
- توزيع أدوات الدراسة على العينة، في الفصل الأول للعام الدراسي (2011-2012) باليد وأجاب المرضى على الأدوات بوجود الباحث او الطاقم المدرب، وكان كل اختبار مزود بالتعليمات والإرشادات الكافية لتساعدهم على كيفية الإجابة عن الفقرات.
 - تم مراعات البعد الاخلاقي اثناء جمع البيانات.
 - لم يحدد الباحث زمنا محددًا للإجابة عن الأدوات إلا أن معظم المرضى قد تمكنوا من الإجابة على فقرات المقاييس في زمن قدره (25 - 30) دقيقة.
 - تم إعطاء الاختبارات الصالحة أرقاماً متسلسلة وإعدادها لإدخالها للحاسوب.
 - تم تصحيح المقاييس وتفريغ البيانات وتعبئتها في نماذج خاصة.
 - استخدم البرنامج الإحصائي SPSS لتحليل البيانات واستخراج النتائج.

6.3 متغيرات الدراسة

تناولت الدراسة المتغيرات المستقلة والتابعة التالية:

- 1.6.3 المتغيرات المستقلة:** (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى التعليمي، والعمل، والمستشفى، المدة بعد إجراء العملية، والدخل الشهري، وان كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى).
- 2.6.3 المتغيرات التابعة:** (القلق حالةً، القلق سمةً، جودة الحياة).

7.3 المعالجة الإحصائية

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات باستخدام الإحصاء الوصفي الإرتباطي وباستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد العينة واستجاباتهم على الاختبارات (جودة الحياة، والقلق حالةً، والقلق سمةً)، وقد فحصت فرضيات الدراسة عن طريق الاختبارات الإحصائية التحليلية التالية: اختبار (ت) (t-test)، وتحليل التباين الأحادي (one – way anova) واختبار توكي (Tukey) ومعامل الارتباط بيرسون. واستخدام معامل الثبات كرونباخ ألفا لحساب ثبات الأدوات، وذلك باستخدام الحاسوب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

7.4 محددات الدراسة

1. موضوع الدراسة بعنوانه الكامل يعتبر من المواضيع الجديدة والتي لم يتم التطرق إليها بصورة كافية خاصة الدراسات التي طبقت على المجتمع العربي على حد علم الباحث مما تسبب بصعوبة في الحصول على المعلومة سواء كانت من المراجع أو من باب طرح الموضوع كمادة للدراسة.
2. الروتين الموجود بالمؤسسات الحكومية والخاصة وبالرغم أن الباحث موظف بوزارة الصحة الفلسطينية إلا أن اخذ الموافقات الخاصة بتعبئة الاستبانة استغرقت ما يزيد عن شهر وهذا تسبب في بعض التأخير، فضلا على ان بعض الجراحيين ابدى تحفظ وخوف من الدراسة بالرغم من توضيح الباحث الكامل لاهدافها.
3. عند تطبيق استبانة الدراسة على المرضى كان يجب أن يتم توضيح الأمر للمرضى وللطاقم الطبي العامل سواء تمريض أو أطباء وذلك باعتبار أن هذا الموضوع لم يتم التطرق له من قبل مما استغرق بعض الوقت في التوضيح.
4. حاول الباحث الحصول على معلومات موثقة ورسمية حول مجتمع الدراسة حيث قام بالاتصال ب (مدير مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، تموز 2011)، الا انها لا تتوفر المعلومات المطلوبة.
5. أجريت الدراسة في الفترة (2011-2012) لصعوبة الحصول على معلومات قبل هذه المدة، وذلك بسبب المشاكل في عملية التوثيق في المؤسسات الصحية التي تجرى فيها هذا النوع من العمليات.

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

1.4 نتائج الدراسة

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة، وذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها ومناقشتها

1.4 نتائج الدراسة

1.1.4 نتائج السؤال الأول:

ما درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً، وذلك كما هو واضح في الجدول (1.4).

جدول 1.4 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المتغير
متوسطة	7.84	45.64	239	القلق حالةً
متوسطة	9.82	43.94	239	القلق سمةً

يتضح من الجدول (1.4) أن درجة القلق حالةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس جاءت بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للقلق حالةً على الدرجة الكلية (45.64) مع انحراف معياري قدره (7.84). كما تبين أن درجة القلق سمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس جاءت بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للقلق سمةً على الدرجة الكلية (43.94) مع انحراف معياري قدره (9.82).

2.1.4 نتائج السؤال الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغيرات (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى التعليمي، والمستشفى، والعمل، والمدة بعد إجراء العملية، والدخل الشهري، وان كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى)؟
وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-10) وفيما يلي نتائج فحصها:

1.2.1.4. نتائج الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة الفرضية الأولى ومعرفة أن كان هناك فروق في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس استخدم الباحث اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (2.4).

جدول 2.4: نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية لدرجة القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
القلق حالةً	ذكر	165	44.26	7.68	-4.207	237	0.000**
	أنثى	74	48.72	7.35			
القلق سمةً	ذكر	165	42.89	9.68	-2.506	237	0.013*
	أنثى	74	46.29	9.78			

** دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بدرجة عالية جداً. * دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05). (أيضا وجدت)

يتبين من الجدول (2.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس، وقد كانت الفروق لصالح (الإناث)، فقد بلغ المتوسط الحسابي على القلق حالةً للذكور

(44.26) في حين بلغ المتوسط الحسابي على القلق حالةً للإناث (48.72). كما تبين أن قيمة (ت) المحسوبة (-4.207) عند مستوى الدلالة (0.000). كما بلغ المتوسط الحسابي على القلق سمةً للذكور (42.89) في حين بلغ المتوسط الحسابي على القلق سمةً للإناث (46.29). كما تبين أن قيمة (ت) المحسوبة (-2.506) عند مستوى الدلالة (0.013). حيث كانت الدلالة الإحصائية أقل من (0.05) وهي دالة إحصائياً، وبناءً عليه تم رفض الفرضية الصفرية الأولى.

2.2.1.4. نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر.

للتحقق من صحة الفرضية الثانية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول (3.4).

جدول 3.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير العمر.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	المتغير
6.45	48.25	28	21 - 34 سنة	القلق حالةً
7.52	46.72	62	35 - 49 سنة	
8.20	44.43	102	50 - 64 سنة	
7.87	45.31	47	65 - 85 سنة	
8.94	45.96	28	21 - 34 سنة	القلق سمةً
11.78	44.75	62	35 - 49 سنة	
9.39	43.17	102	50 - 64 سنة	
8.31	43.34	47	65 - 85 سنة	

ينتضح من الجدول (3.4) وجود تقارب بين متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (4.4).

جدول 4.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير العمر.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القلق حالةً	بين المجموعات	417.656	3	139.219	2.300	0.078
	داخل المجموعات	14226.821	235	60.540		
	المجموع	14644.477	238			
القلق سمةً	بين المجموعات	232.581	3	77.527	0.802	0.494
	داخل المجموعات	22729.712	235	96.722		
	المجموع	22962.293	238			

يتضح من الجدول (4.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر، فقد كانت الفروق في القلق حالةً وسمةً متقاربة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق حالةً (2.300) عند مستوى الدلالة (0.078)، في حين بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق سمةً (0.802) عند مستوى الدلالة (0.494)، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الصفرية الثانية.

3.2.1.4. نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

لتتحقق من صحة الفرضية الثالثة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح في الجدول (5.4).

جدول 5.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	المتغير
7.71	45.72	172	متزوج/ة	القلق حالةً
8.58	46.05	36	أعزب/ عازبة	
7.85	44.74	31	أرمل/ة مطلق/ة	
9.61	43.8256	172	متزوج/ة	القلق سمةً
12.08	43.7222	36	أعزب/ عازبة	
8.20	44.8710	31	أرمل/ة مطلق/ة	

يتضح من الجدول (5.4) وجود تقارب بين متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، ولإختبار الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (6.4).

جدول 6.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدالة الإحصائية
القلق حالةً	بين المجموعات	32.496	2	16.248	0.262	0.769
	داخل المجموعات	14611.981	236	61.915		
	المجموع	14644.477	238			
القلق سمةً	بين المجموعات	30.819	2	15.410	0.159	0.853
	داخل المجموعات	22931.474	236	97.167		
	المجموع	22962.293	238			

يتضح من الجدول (6.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، فقد كانت الفروق في القلق حالةً وسمةً متقاربة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق حالةً (0.262) عند مستوى الدلالة (0.769)، في

حين بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق سمةً (0.159) عند مستوى الدلالة (0.853)، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الصفرية الثالثة.

4.2.1.4 نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن.

للتحقق من صحة الفرضية الرابعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمة تبعاً لمتغير مكان السكن، وذلك كما هو واضح في الجدول (7.4).

جدول 7.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمة تبعاً لمتغير مكان السكن.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مكان السكن	المتغير
7.44	46.60	66	وسط الضفة	القلق حالةً
7.88	44.77	77	شمال الضفة	
8.56	46.28	73	جنوب الضفة	
6.07	43.78	23	قطاع غزة	
11.70	45.34	66	وسط الضفة	القلق سمةً
8.78	42.79	77	شمال الضفة	
9.51	44.93	73	جنوب الضفة	
7.18	40.65	23	قطاع غزة	

ينتضح من الجدول (7.4) وجود تقارب بين متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (8.4).

جدول 8.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القلق حالةً	بين المجموعات	228.601	3	76.200	1.242	0.295
	داخل المجموعات	14415.876	235	61.344		
	المجموع	14644.477	238			
القلق سمةً	بين المجموعات	552.758	3	184.253	1.932	0.125
	داخل المجموعات	22409.535	235	95.360		
	المجموع	22962.293	238			

يتضح من الجدول (8.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن، فقد كانت الفروق في القلق حالةً وسمةً متقاربة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق حالةً (1.242) عند مستوى الدلالة (0.295)، في حين بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق سمةً (1.932) عند مستوى الدلالة (0.125)، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الصفرية الرابعة.

5.2.1.4. نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

للتحقق من صحة الفرضية الخامسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، وذلك كما هو واضح في الجدول (9.4).

جدول 9.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	المتغير
7.59	46.70	104	إعدادي فما دون	القلق حالةً
7.86	44.92	68	ثانوي	
7.96	45.24	33	دبلوم	
8.36	44.26	34	جامعي فأكثر	
9.35	45.99	104	إعدادي فما دون	القلق سمةً
9.40	43.29	68	ثانوي	
10.28	40.51	33	دبلوم	
10.57	42.32	34	جامعي فأكثر	

يتضح من الجدول (9.4) وجود تقارب بين متوسطات درجة القلق حالةً في حين يظهر الجدول وجود اختلاف في درجة القلق سمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (10.4).

جدول 10.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير المستوى التعليمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدالة الإحصائية
القلق حالةً	بين المجموعات	221.407	3	73.802	1.202	0.310
	داخل المجموعات	14423.070	235	61.375		
	المجموع	14644.477	238			
القلق سمةً	بين المجموعات	941.501	3	313.834	3.349	0.020*
	داخل المجموعات	22020.792	235	93.705		
	المجموع	22962.293	238			

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05).

يتضح من الجدول (10.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة القلق حالةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس

تعزى لمتغير المستوى التعليمي، فقد كانت الفروق في القلق حالةً متقاربة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق حالةً (1.202) عند مستوى الدلالة (0.310)، بينما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في درجة القلق سمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق سمةً (3.349) عند مستوى الدلالة (0.020)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (11.4).

جدول 11.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للقلق سمةً تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

المتغير	المستوى التعليمي	إعدادي فما دون	ثانوي	دبلوم	جامعي فأكثر
القلق سمةً	إعدادي فما دون		2.6963	5.4752*	3.6669
	ثانوي			2.7790	0.9706
	دبلوم				-1.8084
	جامعي فأكثر				

يتضح من الجدول (11.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق بين درجة القلق سمةً تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، أن الفروق كانت بين المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وبين المرضى الذين مستوى تعليمهم (دبلوم) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الخامسة على القلق سمةً في حين تم قبولها على القلق حالةً.

6.2.1.4. نتائج الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى.

للتحقق من صحة الفرضية السابعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير المستشفى، وذلك كما هو واضح في الجدول (12.4).

جدول 12.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالة تبعاً لمتغير المستشفى.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستشفى	المتغير
5.38	47.75	44	جمعية المقاصد الخيرية	القلق حالة
7.61	44.70	70	مجمع فلسطين الطبي / الكويتي	
11.47	48.04	25	الأهلي / الخليل	
6.59	43.60	20	نابلس التخصص	
8.81	45.08	45	العربي التخصص / نابلس	
6.60	45.08	35	الميزان / الخليل	
7.72	46.72	44	جمعية المقاصد الخيرية	القلق سمة
10.47	44.27	70	مجمع فلسطين الطبي / الكويتي	
11.18	45.80	25	الأهلي / الخليل	
7.40	40.50	20	نابلس التخصص	
11.46	43.17	45	العربي التخصص / نابلس	
7.81	41.42	35	الميزان / الخليل	

يتضح من الجدول (12.4) وجود تقارب بين متوسطات درجة القلق حالة وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (13.4).

جدول 13.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير المستشفى.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القلق حالةً	بين المجموعات	509.380	5	101.876	1.679	0.140
	داخل المجموعات	14135.097	233	60.666		
	المجموع	14644.477	238			
القلق سمةً	بين المجموعات	919.574	5	183.915	1.944	0.088
	داخل المجموعات	22042.719	233	94.604		
	المجموع	22962.293	238			

يتضح من الجدول (13.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى، فقد كانت الفروق في القلق حالةً وسمةً متقاربة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق حالةً (1.679) عند مستوى الدلالة (0.140)، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الصفرية السابعة. كما بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق سمةً (1.944) عند مستوى الدلالة (0.088)، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الصفرية السادسة.

7.2.1.4. نتائج الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمل.

للتحقق من صحة الفرضية السادسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير العمل، وذلك كما هو واضح في الجدول (14.4).

جدول 14.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير العمل.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمل	المتغير
7.90	42.43	87	أعمل	القلق حالةً
7.47	48.00	96	لا أعمل	
6.85	47.63	30	أحياناً أعمل	
6.50	45.42	26	المرض عزلني عن العمل	
8.95	40.22	87	أعمل	القلق سمةً
10.09	47.62	96	لا أعمل	
7.37	44.86	30	أحياناً أعمل	
9.28	41.73	26	المرض عزلني عن العمل	

يتضح من الجدول (14.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمل، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (15.4).

جدول 15.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير العمل.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القلق حالةً	بين المجموعات	1547.762	3	515.921	9.257	**0.000
	داخل المجموعات	13096.715	235	55.731		
	المجموع	14644.477	238			
القلق سمةً	بين المجموعات	2653.809	3	884.603	10.236	**0.000
	داخل المجموعات	20308.484	235	86.419		
	المجموع	22962.293	238			

** دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بدرجة عالية جداً. * دالة إحصائية عند مستوى (0.05).

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(0.05 \geq \alpha)$ في درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمل، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق حالةً (9.257)

عند مستوى الدلالة (0.000)، كما بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق سمةً (10.236) عند مستوى الدلالة (0.000)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (16.4).

جدول 16.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للقلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير العمل.

المتغير	العمل	اعمل	لا اعمل	أحيانا اعمل	المرض عزلني عن العمل
القلق حالةً	اعمل		-5.5632*	-5.1966*	-2.9863
	لا اعمل			0.3667	2.5769
	أحيانا اعمل				2.2103
	المرض عزلني عن العمل				
القلق سمةً	اعمل		-7.3951*	-4.6368	-1.5009
	لا اعمل			2.7583	5.8942*
	أحيانا اعمل				3.1359
	المرض عزلني عن العمل				

يتضح من الجدول (16.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق بين درجة القلق حالةً تبعاً لمتغير العمل، أن الفروق كانت بين المرضى الذين (يعملوا) وبين المرضى الذين (لا يعملوا، وأحيانا يعملوا) لصالح المرضى الذين (لا يعملوا، وأحيانا يعملوا).

تبين أيضاً أن الفروق في درجة القلق سمةً تبعاً لمتغير العمل، كانت بين المرضى الذين (يعملوا) وبين المرضى الذين (لا يعملوا) لصالح المرضى الذين (لا يعملوا)، وكانت بين المرضى الذين (لا يعملوا) وبين المرضى الذين (عزلهم المرض عن العمل) لصالح المرضى الذين (لا يعملوا) وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية السابعة.

8.2.1.4. نتائج الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المدة بعد إجراء العملية.

للتحقق من صحة الفرضية الثامنة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمة تبعاً لمتغير الوقت بعد إجراء العملية، وذلك كما هو واضح في الجدول (17.4).

جدول 17.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمة تبعاً لمتغير الوقت بعد إجراء العملية.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الوقت بعد إجراء العملية	المتغير
7.53	43.42	87	أقل من شهر	القلق حالةً
8.92	47.21	66	شهر - شهرين	
6.87	47.12	58	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	
6.60	45.82	28	أكثر من ستة أشهر	
8.48	40.59	87	أقل من شهر	القلق سمةً
10.35	47.40	66	شهر - شهرين	
9.68	44.94	58	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	
9.87	44.10	28	أكثر من ستة أشهر	

يتضح من الجدول (17.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الوقت بعد إجراء العملية، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (18.4).

جدول 18.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير الوقت بعد إجراء العملية.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القلق حالةً	بين المجموعات	717.920	3	239.307	4.038	0.008**
	داخل المجموعات	13926.557	235	59.262		
	المجموع	14644.477	238			
القلق سمةً	بين المجموعات	1825.895	3	608.632	6.767	0.000**
	داخل المجموعات	21136.397	235	89.942		
	المجموع	22962.293	238			

** دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بدرجة عالية جداً. * دالة إحصائية عند مستوى (0.05).

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الوقت بعد إجراء العملية، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق حالةً (4.038) عند مستوى الدلالة (0.008)، كما بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق سمةً (6.767) عند مستوى الدلالة (0.000)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (19.4).

جدول 19.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للقلق حالةً تبعاً لمتغير الوقت بعد إجراء العملية.

المتغير	الوقت بعد إجراء العملية	أقل من شهر	شهر - شهرين	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	أكثر من ستة أشهر
القلق حالةً	أقل من شهر		-3.7868*	-3.6954*	-2.3961
	شهر - شهرين			0.0914	1.3907
	ثلاثة أشهر - ستة أشهر				1.2993
	أكثر من ستة أشهر				
القلق سمةً	أقل من شهر		-6.8114*	-4.3506*	-3.5094
	شهر - شهرين			2.4608	3.3019
	ثلاثة أشهر - ستة أشهر				0.8411
	أكثر من ستة أشهر				

يتضح من الجدول (19.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير الوقت بعد إجراء العملية، أن الفروق كانت بين المرضى الذين مضى على إجرائهم للعملية (أقل من شهر) وبين المرضى الذين مضى على إجرائهم للعملية (شهر - شهرين، وثلاثة أشهر - ستة أشهر) لصالح المرضى الذين مضى على إجرائهم للعملية (شهر - شهرين، وثلاثة أشهر - ستة أشهر). وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثامنة.

9.2.1.4 نتائج الفرضية التاسعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الدخل الشهري.

للتحقق من صحة الفرضية التاسعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير الدخل الشهري، وذلك كما هو واضح في الجدول (20.4).

جدول 20.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمة تبعاً لمتغير الدخل الشهري.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الدخل الشهري	المتغير
6.99	48.59	94	أقل من 1500 شيكل	القلق حالةً
7.05	45.79	74	1500 – 2499 شيكل	
8.98	41.94	38	2500 – 3499 شيكل	
6.78	41.18	33	أكثر من 3500 شيكل	
9.61	47.74	94	أقل من 1500 شيكل	القلق سمةً
9.26	42.24	74	1500 – 2499 شيكل	
8.92	41.42	38	2500 – 3499 شيكل	
9.32	39.84	33	أكثر من 3500 شيكل	

يتضح من الجدول (20.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الدخل الشهري، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (21.4).

جدول 21.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير الدخل الشهري.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القلق حالةً	بين المجموعات	1997.075	3	665.692	12.369	0.000**
	داخل المجموعات	12647.402	235	53.819		
	المجموع	14644.477	238			
القلق سمةً	بين المجموعات	2367.293	3	789.098	9.004	0.000
	داخل المجموعات	20595.000	235	87.638		
	المجموع	22962.293	238			

** دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بدرجة عالية جداً. * دالة إحصائية عند مستوى (0.05).

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(0.05 \geq \alpha)$ في درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الدخل الشهري، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق حالةً

(12.369) عند مستوى الدلالة (0.000)، في حين بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للقلق سمةً (9.004) عند مستوى الدلالة (0.000)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (22.4).

جدول 22.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للقلق حالةً تبعا لمتغير الدخل الشهري.

المتغير	الدخل الشهري	اقل من 1500 شيكل	1500 – 2499 شيكل	2499 – 3499 شيكل	أكثر من 3500 شيكل
القلق حالةً	اقل من 1500 شيكل		2.7984	6.6484*	7.4139*
	1500 – 2499 شيكل			3.8499*	4.6155*
	2499 – 3499 شيكل				0.7656
	أكثر من 3500 شيكل				
القلق سمةً	اقل من 1500 شيكل		5.5014*	6.3236*	7.8962*
	1500 – 2499 شيكل			0.8222	2.3948
	2499 – 3499 شيكل				1.5726
	أكثر من 3500 شيكل				

يتضح من الجدول (22.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق بين درجة القلق حالةً تبعا لمتغير الدخل الشهري، أن الفروق كانت بين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (اقل من 1500 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (2499 – 3499 شيكل، وأكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (اقل من 1500 شيكل)، كما كانت بين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (1500 – 2499 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (2499 – 3499 شيكل، وأكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (1500 – 2499 شيكل).

كما تبين أن الفروق في درجة القلق سمةً تبعا لمتغير الدخل الشهري كانت بين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (اقل من 1500 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (1500

– 2499 شيكل، و 2500-3499 شيكل، وأكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (اقل من 1500 شيكل)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية التاسعة.

10.2.1.4. نتائج الفرضية العاشرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى.

للتحقق من صحة الفرضية العاشرة ومعرفة إن كان هناك فروق في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى استخدم الباحث اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (23.4).

جدول 23.4: نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية لدرجة القلق حالةً وسمة وفقاً لمتغير الأمراض الأخرى.

المتغير	الأمراض الأخرى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
القلق الحالة	نعم	125	45.01	8.15	-1.307	237	0.192
	لا	114	46.34	7.46			
القلق السمة	نعم	125	45.08	10.32	1.880	237	0.061
	لا	114	42.70	9.12			

** دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بدرجة عالية جداً. * دالة إحصائية عند مستوى (0.05) .

يتبين من الجدول (23.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى، فقد بلغ المتوسط الحسابي على القلق حالةً لمن يعاني من أمراض أخرى (45.01) في حين بلغ المتوسط الحسابي على القلق حالةً لمن لا يعاني من أمراض أخرى (46.34) كما تبين أن قيمة (ت) المحسوبة (-1.307) عند مستوى الدلالة (0.192).

ايضا بلغ المتوسط الحسابي على القلق سمةً لمن يعاني من أمراض أخرى (45.08) في حين بلغ المتوسط الحسابي على القلق سمةً لمن لا يعاني من أمراض أخرى (42.70) كما تبين أن قيمة (ت) المحسوبة (1.880) عند مستوى الدلالة (0.061). حيث كانت الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05) وهي غير دالة إحصائياً، وبناء عليه تم قبول الفرضية الصفرية العاشرة.

3.1.4. نتائج السؤال الثالث:

ما درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس؟

وقد تفرع عن السؤال الثالث الاسئلة الفرعية التالية:

1.3.1.4 ما هو تقديرك لمستوى معيشتك (جودة حياتك)؟

للإجابة عن السؤال الفرع الأول من السؤال الثالث إستخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة تقدير البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس لمستوى معيشتهم (جودة حياتهم) الواردة في الجدول (24.4).

جدول رقم (24.4) يبين درجة تقدير البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس لمستوى معيشتهم (جودة حياتهم).

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
تقدير مستوى المعيشة.	239	3.37	0.92	متوسطة

يتضح من بيانات الجدول السابق أن الدرجة الكلية لتقدير البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس لمستوى معيشتهم (جودة حياتهم) جاءت بدرجة "متوسطة"، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.37) مع انحراف معياري قدره (0.92).

2.3.1.4 ما مدى رضاك عن وضعك الصحي بشكل عام؟

للإجابة عن الفرع الثاني من السؤال الثالث استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة رضا البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس عن وضعهم الصحي بشكل عام الواردة في الجدول (25.4).

جدول رقم (25.4) يبين درجة رضا البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس عن وضعهم الصحي بشكل عام.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المتغير
متوسطة	0.95	3.39	239	الرضا عن الوضع الصحي

يتضح من بيانات الجدول السابق أن الدرجة الكلية لدرجة رضا البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس عن وضعهم الصحي بشكل عام جاءت بدرجة "متوسطة"، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.39) مع انحراف معياري قدره (0.95).

3.3.1.4 ما درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس؟

للإجابة عن الفرع الثالث من السؤال الثالث استخرجت المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة وكذلك لباقي الأبعاد الأخرى لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (26.4).

جدول 26.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأعداد للدرجة الكلية لجودة الحياة وباقي الأبعاد الأخرى.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغير
متوسطة	0.67	2.94	الصحة الجسمية
متوسطة	0.63	3.33	الصحة النفسية
كبيرة	0.82	3.49	العلاقات الاجتماعية
متوسطة	0.63	3.03	الصحة البيئية
متوسطة	0.56	3.13	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (26.4) أن درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس كانت متوسطة على الدرجة الكلية، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (3.13) معبراً عن درجة متوسطة، كما يتضح من الجدول أن أهم أبعاد جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تمثلت في بعد

العلاقات الاجتماعية بمتوسط حسابي (3.49) معبرا عن درجة كبيرة، وجاء في المرتبة الثانية بعد (الصحة النفسية) بمتوسط حسابي (3.33) معبرا عن درجة متوسطة، وفي المرتبة الثالثة جاء بعد (الصحة البيئية) بمتوسط حسابي (3.03) معبرا عن درجة متوسطة أيضا، بينما كان بعد (الصحة الجسمية) أقلها بمتوسط حسابي قدره (2.94) معبرا عن درجة متوسطة أيضاً.

4.1.4 نتائج السؤال الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغيرات (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى التعليمي، والعمل، والمستشفى، والوقت بعد إجراء العملية، والدخل الشهري، وان كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى)؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (11-20) وفيما يلي نتائج فحصها:

1.4.1.4. نتائج الفرضية الحادية عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة الفرضية الحادية عشر ومعرفة أن كان هناك فروق في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس استخدم الباحث اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (27.4).

جدول 27.4: نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية لدرجة جودة الحياة وفقاً لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الصحة الجسمية	ذكر	165	3.01	0.68	2.315	237	0.021*
	أنثى	74	2.79	0.645			
الصحة النفسية	ذكر	165	3.42	0.640	3.431	237	0.001**
	أنثى	74	3.12	0.56			
العلاقات الاجتماعية	ذكر	165	3.56	0.85	1.946	237	0.053
	أنثى	74	3.34	0.72			
الصحة البيئية	ذكر	165	3.14	0.62	4.358	237	0.000**
	أنثى	74	2.77	0.56			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	ذكر	165	3.22	0.57	3.751	237	0.000**
	أنثى	74	2.93	0.50			

** دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بدرجة عالية جداً. * دالة إحصائية عند مستوى (0.05).

يتبين من الجدول (27.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (العلاقات الاجتماعية)، وقد كانت الفروق لصالح (الذكور)، فقد بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى الذكور (3.22) في حين بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى الإناث (2.93). كما تبين أن قيمة (ت) المحسوبة (3.751) عند مستوى الدلالة (0.000). حيث كانت الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05) وهي غير دالة إحصائياً، وبناء عليه تم رفض الفرضية الحادية عشر على الدرجة الكلية وعلى باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة في حين تم قبولها على بعد العلاقات الاجتماعية.

2.4.1.4. نتائج الفرضية الثانية عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر.

للتحقق من صحة الفرضية الثانية عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول (28.4).

جدول 28.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير العمر.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	المتغير
0.73	3.11	28	21 - 34 سنة	الصحة الجسمية
0.72	2.8	62	35 - 49 سنة	
0.67	2.96	102	50 - 64 سنة	
0.58	2.89	47	65 - 85 سنة	
0.70	3.27	28	21 - 34 سنة	الصحة النفسية
0.66	3.34	62	35 - 49 سنة	
0.56	3.33	102	50 - 64 سنة	
0.69	3.34	47	65 - 85 سنة	
0.84	3.65	28	21 - 34 سنة	العلاقات الاجتماعية
0.91	3.44	62	35 - 49 سنة	
0.74	3.53	102	50 - 64 سنة	
0.86	3.38	47	65 - 85 سنة	
0.50	3.05	28	21 - 34 سنة	الصحة البيئية
0.75	2.98	62	35 - 49 سنة	
0.57	3.03	102	50 - 64 سنة	
0.65	3.07	47	65 - 85 سنة	
0.55	3.20	28	21 - 34 سنة	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.63	3.09	62	35 - 49 سنة	
0.52	3.15	102	50 - 64 سنة	
0.57	3.12	47	65 - 85 سنة	

يتضح من الجدول (28.4) وجود تقارب بين متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (29.4).

جدول 29.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير العمر.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	بين المجموعات	1.330	3	0.443	0.963	0.411
	داخل المجموعات	108.242	235	0.461		
	المجموع	109.572	238			
الصحة النفسية	بين المجموعات	0.115	3	0.038	0.095	0.963
	داخل المجموعات	95.190	235	0.405		
	المجموع	95.305	238			
العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	1.622	3	0.541	0.793	0.499
	داخل المجموعات	160.347	235	0.682		
	المجموع	161.969	238			
الصحة البيئية	بين المجموعات	0.248	3	0.082	0.205	0.893
	داخل المجموعات	94.837	235	0.404		
	المجموع	95.085	238			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	بين المجموعات	0.235	3	0.078	0.241	0.867
	داخل المجموعات	76.230	235	0.324		
	المجموع	76.464	238			

يتضح من الجدول (29.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر، سواء على الدرجة الكلية أو على باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة، فقد كانت الفروق في جودة الحياة متقاربة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لجودة الحياة (0.241) عند مستوى الدلالة (0.867)، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الثانية عشر على الدرجة الكلية وعلى باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة.

3.4.1.4. نتائج الفرضية الثالثة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

للتحقق من صحة الفرضية الثالثة عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح في الجدول (30.4).

جدول 30.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	المتغير
0.71	2.97	172	متزوج/ة	الصحة الجسمية
0.58	2.80	36	أعزب/ عذباء	
0.56	2.93	31	أرمل/ة مطلق/ة	
0.64	3.34	172	متزوج/ة	الصحة النفسية
0.63	3.34	36	أعزب/ عذباء	
0.57	3.26	31	أرمل/ة مطلق/ة	
0.82	3.52	172	متزوج/ة	العلاقات الاجتماعية
0.82	3.55	36	أعزب/ عذباء	
0.81	3.24	31	أرمل/ة مطلق/ة	
0.65	3.05	172	متزوج/ة	الصحة البيئية
0.62	2.98	36	أعزب/ عذباء	
0.48	2.96	31	أرمل/ة مطلق/ة	
0.59	3.16	172	متزوج/ة	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.51	3.09	36	أعزب/ عذباء	
0.46	3.06	31	أرمل/ة مطلق/ة	

يتضح من الجدول (30.4) وجود تقارب بين متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (31.4).

جدول 31.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	بين المجموعات	0.862	2	0.431	0.935	0.394
	داخل المجموعات	108.711	236	0.461		
	المجموع	109.572	238			
الصحة النفسية	بين المجموعات	0.139	2	0.069	0.172	0.842
	داخل المجموعات	95.166	236	0.403		
	المجموع	95.305	238			
العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	2.233	2	1.116	1.650	0.194
	داخل المجموعات	159.736	236	0.677		
	المجموع	161.969	238			
الصحة البيئية	بين المجموعات	0.319	2	0.160	0.398	0.672
	داخل المجموعات	94.765	236	0.402		
	المجموع	95.085	238			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	بين المجموعات	0.335	2	0.167	0.519	0.596
	داخل المجموعات	76.130	236	0.323		
	المجموع	76.464	238			

يتضح من الجدول (31.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، سواء على الدرجة الكلية أو على باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة، فقد كانت الفروق في جودة الحياة متقاربة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لجودة الحياة (0.519) عند مستوى الدلالة (0.596)، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الثالثة عشر على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة.

4.4.1.4. نتائج الفرضية الرابعة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن.

للتحقق من صحة الفرضية الرابعة عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير مكان السكن، وذلك كما هو واضح في الجدول (32.4).

جدول 32.4-أ: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير مكان السكن.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مكان السكن	المتغير
0.74	3.04	66	وسط الضفة	الصحة الجسمية
0.65	2.96	77	شمال الضفة	
0.56	2.85	73	جنوب الضفة	
0.84	2.85	23	قطاع غزة	
0.62	3.30	66	وسط الضفة	الصحة النفسية
0.60	3.38	77	شمال الضفة	
0.58	3.26	73	جنوب الضفة	
0.88	3.39	23	قطاع غزة	
0.83	3.63	66	وسط الضفة	العلاقات الاجتماعية
0.66	3.51	77	شمال الضفة	
0.74	3.22	73	جنوب الضفة	
0.91	3.89	23	قطاع غزة	

ينتضح من الجدول (32.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (33.4).

جدول 32.4-ب: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير مكان السكن.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مكان السكن	المتغير
0.73	2.99	66	وسط الضفة	الصحة البيئية
0.54	3.09	77	شمال الضفة	
0.60	2.90	73	جنوب الضفة	
0.53	3.34	23	قطاع غزة	
0.65	3.16	66	وسط الضفة	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.47	3.18	77	شمال الضفة	
0.49	3.02	73	جنوب الضفة	
0.74	3.28	23	قطاع غزة	

جدول 33.4-أ: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	بين المجموعات	1.447	3	0.482	1.048	0.372
	داخل المجموعات	108.125	235	0.460		
	المجموع	109.572	238			
الصحة النفسية	بين المجموعات	0.681	3	0.227	0.564	0.639
	داخل المجموعات	94.623	235	0.403		
	المجموع	95.305	238			
العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	10.275	3	3.425	5.306	0.001**
	داخل المجموعات	151.694	235	0.646		
	المجموع	161.969	238			

جدول 33.4-ب: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير مكان السكن.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة البيئية	بين المجموعات	3.970	3	1.323	3.413	0.018*
	داخل المجموعات	91.115	235	0.388		
	المجموع	95.085	238			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	بين المجموعات	1.707	3	0.569	1.789	0.150
	داخل المجموعات	74.757	235	0.318		
	المجموع	76.464	238			

يتضح من الجدول (33.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعد (الصحة الجسمية والصحة النفسية)، فقد كانت الفروق في جودة الحياة متقاربة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لجودة الحياة (1.789) عند مستوى الدلالة (0.150)، في حين تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعد (العلاقات الاجتماعية) وبعد (الصحة البيئية) ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (34.4).

جدول 34.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على بعدي (العلاقات الاجتماعية) و(الصحة البيئية) تبعاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مكان السكن	وسط الضفة	شمال الضفة	جنوب الضفة	قطاع غزة
العلاقات الاجتماعية	وسط الضفة		0.1255	0.4081*	-0.2622
	شمال الضفة			0.2825	-0.3877
	جنوب الضفة				-0.6702*
	قطاع غزة				
الصحة البيئية	وسط الضفة		-0.1034	0.0917	-0.3554
	شمال الضفة			0.1951	-0.2520
	جنوب الضفة				-0.4471*
	قطاع غزة				

يتضح من الجدول (34.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعاً لمتغير مكان السكن على بعد (العلاقات الاجتماعية) أن الفروق كانت بين المرضى الذين مكان سكنهم (وسط الضفة) وبين المرضى الذين مكان سكنهم (جنوب الضفة) لصالح المرضى الذين مكان سكنهم (وسط الضفة)، وكذلك بين المرضى الذين مكان سكنهم (جنوب الضفة) وبين المرضى الذين مكان سكنهم (قطاع غزة) لصالح المرضى الذين مكان سكنهم (قطاع غزة).

وكانت الفروق تبعاً لمتغير مكان السكن على بعد (الصحة البيئية) بين المرضى الذين مكان سكنهم (جنوب الضفة) وبين المرضى الذين مكان سكنهم (قطاع غزة) لصالح المرضى الذين مكان سكنهم (قطاع غزة)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الرابعة عشر على ابعاد العلاقات الاجتماعية والصحية البيئية في حين تم قبولها على بعد الصحة الجسمية والنفسية والدرجة الكلية.

5.4.1.4. نتائج الفرضية الخامسة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

للتحقق من صحة الفرضية الخامسة عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي، وذلك كما هو واضح في الجدول (35.4).

جدول 35.4-أ: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	المتغير
0.60	2.77	104	أساسي فما دون	الصحة الجسمية
0.69	3.04	68	ثانوي	
0.65	3.01	33	دبلوم	
0.76	3.18	34	جامعي فأكثر	
0.63	3.15	104	أساسي فما دون	الصحة النفسية
0.56	3.46	68	ثانوي	
0.62	3.51	33	دبلوم	
0.65	3.41	34	جامعي فأكثر	
0.88	3.40	104	أساسي فما دون	العلاقات الاجتماعية
0.70	3.57	68	ثانوي	
0.90	3.64	33	دبلوم	
0.78	3.46	34	جامعي فأكثر	

جدول 35.4-ب: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	المتغير
0.63	2.92	104	أساسي فما دون	الصحة البيئية
0.56	3.08	68	ثانوي	
0.65	3.17	33	دبلوم	
0.68	3.12	34	جامعي فأكثر	
0.56	3.00	104	أساسي فما دون	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.49	3.22	68	ثانوي	
0.59	3.27	33	دبلوم	
0.60	3.25	34	جامعي فأكثر	

يتضح من الجدول (35.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (36.4).

جدول 36.4-أ: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	بين المجموعات	5.687	3	1.896	4.289	0.006**
	داخل المجموعات	103.885	235	0.442		
	المجموع	109.572	238			
الصحة النفسية	بين المجموعات	5.734	3	1.911	5.014	0.002**
	داخل المجموعات	89.571	235	0.381		
	المجموع	95.305	238			
العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	2.074	3	0.691	1.016	0.386
	داخل المجموعات	159.895	235	0.680		
	المجموع	161.969	238			

جدول 36.4-ب: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير المستوى التعليمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة البيئية	بين المجموعات	2.269	3	0.756	1.915	0.128
	داخل المجموعات	92.816	235	0.395		
	المجموع	95.085	238			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	بين المجموعات	3.587	3	1.196	3.856	0.010*
	داخل المجموعات	72.877	235	0.310		
	المجموع	76.464	238			

يتضح من الجدول (36.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (الصحة الجسمية والصحة النفسية)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لجودة الحياة (3.856) عند مستوى الدلالة (0.010)، في حين تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعد (العلاقات الاجتماعية) وبعد (الصحة البيئية)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (37.4).

جدول 37.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (الصحة الجسمية والصحة النفسية)، تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

المتغير	المستوى التعليمي	إعدادي فما دون	ثانوي	دبلوم	جامعي فأكثر
الصحة الجسمية	إعدادي فما دون		-0.2645	-0.2398	-0.4074*
	ثانوي			0.0247	-0.1429
	دبلوم				-0.1676
	جامعي فأكثر				
الصحة النفسية	إعدادي فما دون		-0.3111*	-0.3530*	-0.2596
	ثانوي			-0.0419	0.0514
	دبلوم				0.0934
	جامعي فأكثر				
الدرجة الكلية لجودة الحياة	إعدادي فما دون		-0.2282	-0.2698*	-0.2570
	ثانوي			-0.0416	-0.0287
	دبلوم				0.0128
	جامعي فأكثر				

يتضح من الجدول (37.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعاً لمتغير المستوى التعليمي على بعد (الصحة الجسمية) أن الفروق كانت بين المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وبين المرضى الذين مستوى تعليمهم (جامعي فأكثر) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (جامعي فأكثر).

وكانت الفروق تبعاً لمتغير المستوى التعليمي على بعد (الصحة النفسية) بين المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وبين المرضى الذين مستوى تعليمهم (ثانوي، ودبلوم) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (ثانوي، ودبلوم).

وكانت الفروق تبعاً لمتغير المستوى التعليمي على الدرجة الكلية لجودة الحياة بين المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وبين المرضى الذين مستوى تعليمهم (دبلوم) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (دبلوم). وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الخامسة عشر على

الدرجة الكلية وعلى ابعاد الصحة الجسمية والنفسية في حين تم قبولها على بعد العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية.

6.4.1.4. نتائج الفرضية السادسة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمل.

للتحقق من صحة الفرضية السادسة عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير العمل، وذلك كما هو واضح في الجدول (38.4).

جدول 38.4-أ: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير العمل.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمل	المتغير
0.59	3.31	87	اعمل	الصحة الجسمية
0.65	2.73	96	لا اعمل	
0.50	2.97	30	أحيانا اعمل	
0.52	2.43	26	المرض عزلني عن العمل	
0.56	3.62	87	اعمل	الصحة النفسية
0.61	3.06	96	لا اعمل	
0.50	3.35	30	أحيانا اعمل	
0.64	3.29	26	المرض عزلني عن العمل	
0.62	3.76	87	اعمل	العلاقات الاجتماعية
0.82	3.24	96	لا اعمل	
0.80	3.46	30	أحيانا اعمل	
0.83	3.55	26	المرض عزلني عن العمل	

جدول 38.4-ب: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير العمل.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمل	المتغير
0.53	3.29	87	اعمل	الصحة البيئية
0.66	2.76	96	لا اعمل	
0.49	2.99	30	أحياناً اعمل	
0.53	3.16	26	المرض عزلني عن العمل	
0.46	3.44	87	اعمل	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.56	2.89	96	لا اعمل	
0.40	3.13	30	أحياناً اعمل	
0.57	3.03	26	المرض عزلني عن العمل	

يتضح من الجدول (38.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمل، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (39.4).

جدول 39.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير العمل.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	بين المجموعات	22.819	3	7.606	20.605	0.000**
	داخل المجموعات	86.753	235	0.369		
	المجموع	109.572	238			
الصحة النفسية	بين المجموعات	14.293	3	4.764	13.821	0.000**
	داخل المجموعات	81.011	235	0.345		
	المجموع	95.305	238			
العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	12.436	3	4.145	6.514	0.000**
	داخل المجموعات	149.534	235	0.636		
	المجموع	161.969	238			
الصحة البيئية	بين المجموعات	13.596	3	4.532	13.069	0.000**
	داخل المجموعات	81.489	235	0.347		
	المجموع	95.085	238			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	بين المجموعات	14.232	3	4.744	17.914	0.000**
	داخل المجموعات	62.233	235	0.265		
	المجموع	76.464	238			

يتضح من الجدول (39.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمل على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على مختلف الأبعاد الأخرى لجودة الحياة حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لجودة الحياة (17.914) عند مستوى الدلالة (0.000)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (40.4).

جدول 40.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (الصحة الجسمية والصحة النفسية)، تبعا لمتغير العمل.

المتغير	العمل	لا عمل	أحيانا عمل	المرض عزلني عن العمل
الصحة الجسمية	اعمل	0.5802*	0.3438*	0.8757*
	لا عمل		-0.2363	0.2956
	أحيانا عمل			0.5319*
	المرض عزلني عن العمل			
الصحة النفسية	اعمل	0.5587*	0.2764	0.3316
	لا عمل		-0.2823	-0.2272
	أحيانا عمل			0.0551
	المرض عزلني عن العمل			
العلاقات الاجتماعية	اعمل	0.5198*	0.2996	0.2150
	لا عمل		-0.2201	-0.3048
	أحيانا عمل			-0.0846
	المرض عزلني عن العمل			
الصحة البيئية	اعمل	0.5345*	0.3030	0.1306
	لا عمل		-0.2315	-0.4039*
	أحيانا عمل			-0.1724
	المرض عزلني عن العمل			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	اعمل	0.5520*	0.3079*	0.4087*
	لا عمل		-0.2442	-0.1433
	أحيانا عمل			0.1009
	المرض عزلني عن العمل			

يتضح من الجدول (40.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير العمل على بعد (الصحة الجسمية) والدرجة الكلية لجودة الحياة أن الفروق كانت بين المرضى الذين (يعملوا) وبين المرضى الذين (لا يعملوا)، وأحيانا يعملوا، والمرضى الذين عزلهم المرض عن العمل) لصالح المرضى الذين (يعملوا). أيضا كانت على بعد (الصحة الجسمية) بين المرضى الذين (أحيانا يعملوا) وبين المرضى الذين (الذين عزلهم المرض عن العمل) لصالح المرضى الذين (أحيانا يعملوا).

أيضا كانت الفروق تبعا لمتغير العمل على أبعاد (الصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، الصحة البيئية) أن الفروق كانت بين المرضى الذين (يعملوا) وبين المرضى الذين (لا يعملوا) لصالح المرضى الذين (يعملوا). أيضا كانت على بعد (الصحة البيئية) بين المرضى الذين (لا يعملوا) وبين المرضى الذين (عزلهم المرض عن العمل) لصالح المرضى الذين (عزلهم المرض عن العمل). وبناء على ذلك تم رفض الفرضية السادسة عشر على الدرجة الكلية وعلى باقي الأبعاد.

7.4.1.4. نتائج الفرضية السابعة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى.

للتحقق من صحة الفرضية السابعة عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير المستشفى، وذلك كما هو واضح في الجدول (41.4).

جدول 41.4-أ: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير المستشفى.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستشفى	المتغير
0.60	2.83	44	جمعية المقاصد الخيرية	الصحة الجسمية
0.64	3.04	70	مجمع فلسطين الطبي/ الكويتي	
0.68	2.90	25	الأهلي/ الخليل	
0.72	2.92	20	نابلس التخصص	
0.73	3.02	45	العربي التخصص/ نابلس	
0.72	2.80	35	الميزان/ الخليل	
0.53	3.10	44	جمعية المقاصد الخيرية	الصحة النفسية
0.65	3.37	70	مجمع فلسطين الطبي/ الكويتي	
0.57	3.35	25	الأهلي/ الخليل	
0.51	3.58	20	نابلس التخصص	
0.5	3.37	45	العربي التخصص/ نابلس	
0.79	3.31	35	الميزان/ الخليل	
0.62	3.15	44	جمعية المقاصد الخيرية	العلاقات الاجتماعية
0.73	3.56	70	مجمع فلسطين الطبي/ الكويتي	
0.88	3.04	25	الأهلي/ الخليل	
0.88	3.55	20	نابلس التخصص	
0.56	3.77	45	العربي التخصص/ نابلس	
0.99	3.73	35	الميزان/ الخليل	

جدول 41.4-ب: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير المستشفى.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستشفى	المتغير
0.49	2.75	44	جمعية المقاصد الخيرية	الصحة البيئية
0.67	3.03	70	مجمع فلسطين الطبي / الكويتي	
0.69	2.85	25	الأهلي / الخليل	
0.57	3.39	20	نابلس التخصص	
0.61	3.06	45	العربي التخصص / نابلس	
0.53	3.26	35	الميزان / الخليل	
0.44	2.91	44	جمعية المقاصد الخيرية	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.57	3.18	70	مجمع فلسطين الطبي / الكويتي	
0.62	3.01	25	الأهلي / الخليل	
0.44	3.32	20	نابلس التخصص	
0.56	3.21	45	العربي التخصص / نابلس	
0.63	3.20	35	الميزان / الخليل	

يتضح من الجدول (41.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (42.4).

جدول 42.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير المستشفى.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	بين المجموعات	2.201	5	0.440	.955	0.446
	داخل المجموعات	107.371	233	0.461		
	المجموع	109.572	238			
الصحة النفسية	بين المجموعات	3.735	5	0.747	1.901	0.095
	داخل المجموعات	91.570	233	0.393		
	المجموع	95.305	238			
العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	16.187	5	3.237	5.174	0.000**
	داخل المجموعات	145.783	233	0.626		
	المجموع	161.969	238			
الصحة البيئية	بين المجموعات	8.815	5	1.763	4.761	0.000**
	داخل المجموعات	86.270	233	0.370		
	المجموع	95.085	238			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	بين المجموعات	3.851	5	0.770	2.471	0.033*
	داخل المجموعات	72.614	233	0.312		
	المجموع	76.464	238			

يتضح من الجدول (42.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (العلاقات الاجتماعية، والصحة البيئية)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لجودة الحياة (2.471) عند مستوى الدلالة (0.033)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (43.4).

جدول 43.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (العلاقات الاجتماعية، والصحة البيئية)، تبعا لمتغير المستشفى.

المتغير	المستشفى	المقاصد	فلسطين	الأهلي	نابلس	العربي	الميزان
العلاقات الاجتماعية	المقاصد الخيرية		-0.4152	0.1115	-0.3985	-0.6189*	-0.5818*
	فلسطين الطبي			0.5267*	0.0166	-0.2037	-0.1667
	الأهلي/ الخليل				-0.5100	-	0.6933*
	نابلس التخصص					-0.2204	-0.1833
	العربي التخصص						0.0370
	الميزان/ الخليل						
الصحة البيئية	المقاصد الخيرية		-0.2775	-0.1022	-	-0.3083	-0.5150*
	فلسطين الطبي			0.1754	-0.3634	-0.0307	-0.2375
	الأهلي/ الخليل				-	-0.2061	-0.4129
	نابلس التخصص					0.3326	0.1259
	العربي التخصص						-0.2067
	الميزان/ الخليل						
الدرجة الكلية لجودة الحياة	المقاصد الخيرية		-0.2712	-0.1009	-	0.3028*	-0.2879
	فلسطين الطبي			0.1702	-0.1381	-0.0316	-0.0166
	الأهلي/ الخليل				-	-0.2019	-0.1869
	نابلس التخصص					0.1065	0.1214
	العربي التخصص						0.0149
	الميزان/ الخليل						

يتضح من الجدول (43.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير المستشفى على بعد (العلاقات الاجتماعية) أن الفروق كانت بين مرضى مستشفى (المقاصد الخيرية) وبين مرضى مستشفى (العربي التخصصي، والميزان/الخليل) لصالح مرضى مستشفى (العربي التخصصي، والميزان/الخليل). أيضا كانت بين مرضى مستشفى (الأهلي/الخليل) وبين مرضى مستشفى (العربي التخصصي، والميزان/الخليل) لصالح مرضى مستشفى (العربي التخصصي، والميزان/الخليل).

كما كانت الفروق تبعا لمتغير المستشفى على بعد (الصحة البيئية) بين مرضى مستشفى (المقاصد الخيرية) وبين مرضى مستشفى (نابلس التخصصي، والميزان/الخليل) لصالح مرضى مستشفى (نابلس التخصصي، والميزان/الخليل). وبين مرضى مستشفى (الأهلي/الخليل) وبين مرضى مستشفى (نابلس التخصصي) لصالح مرضى مستشفى (نابلس التخصصي).

ايضا كانت الفروق تبعا لمتغير المستشفى على (الدرجة الكلية) بين مرضى مستشفى (المقاصد الخيرية) وبين مرضى مستشفى (نابلس التخصصي، والعربي التخصصي) لصالح مرضى مستشفى (نابلس التخصصي، والعربي التخصصي)، وبين مرضى مستشفى (الأهلي/الخليل) وبين مرضى مستشفى (نابلس التخصصي) لصالح مرضى مستشفى (نابلس التخصصي). وبناء عليه تم رفض الفرضية على ابعاد العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية والدرجة الكلية في حين تم قبولها على ابعاد الصحة الجسمية والنفسية.

8.4.1.4 نتائج الفرضية الثامنة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الوقت بعد إجراء العملية.

للتحقق من صحة الفرضية الثامنة عشر تم إستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية، وذلك كما هو واضح في الجدول (44.4).

جدول 44.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الوقت	المتغير
0.67	2.97	87	اقل من شهر	الصحة الجسمية
0.63	2.77	66	شهر - شهرين	
0.62	2.97	58	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	
0.83	3.15	28	أكثر من ستة أشهر	
0.65	3.42	87	اقل من شهر	الصحة النفسية
0.65	3.19	66	شهر - شهرين	
0.53	3.35	58	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	
0.67	3.32	28	أكثر من ستة أشهر	
0.90	3.78	87	اقل من شهر	العلاقات الاجتماعية
0.70	3.34	66	شهر - شهرين	
0.76	3.31	58	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	
0.76	3.35	28	أكثر من ستة أشهر	
0.49	3.25	87	اقل من شهر	الصحة البيئية
0.74	2.82	66	شهر - شهرين	
0.54	2.93	58	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	
0.69	3.03	28	أكثر من ستة أشهر	
0.52	3.28	87	اقل من شهر	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.60	2.96	66	شهر - شهرين	
0.47	3.09	58	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	
0.65	3.18	28	أكثر من ستة أشهر	

يتضح من الجدول (44.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الوقت بعد إجراء العملية ، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (45.4).

جدول 45.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	بين المجموعات	3.187	3	1.062	2.346	0.073
	داخل المجموعات	106.385	235	0.453		
	المجموع	109.572	238			
الصحة النفسية	بين المجموعات	2.073	3	0.691	1.741	0.159
	داخل المجموعات	93.232	235	0.397		
	المجموع	95.305	238			
العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	11.172	3	3.724	5.803	0.001**
	داخل المجموعات	150.797	235	0.642		
	المجموع	161.969	238			
الصحة البيئية	بين المجموعات	8.024	3	2.675	7.220	0.000**
	داخل المجموعات	87.061	235	0.370		
	المجموع	95.085	238			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	بين المجموعات	3.949	3	1.316	4.266	0.006**
	داخل المجموعات	72.516	235	0.309		
	المجموع	76.464	238			

يتضح من الجدول (45.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الوقت بعد إجراء العملية على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لجودة الحياة (4.266) عند مستوى الدلالة (0.006)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (46.4).

جدول 46.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (الصحة الجسمية والصحة النفسية)، تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية.

المتغير	الوقت	أقل من شهر	شهر - شهرين	ثلاثة أشهر - ستة أشهر	أكثر من ستة أشهر
العلاقات الاجتماعية	أقل من شهر		0.4382*	0.4713*	0.4245*
	شهر - شهرين			0.0330	-0.0137
	ثلاثة أشهر - ستة أشهر				-0.0467
	أكثر من ستة أشهر				
الصحة البيئية	أقل من شهر		0.4385*	0.3276*	0.2229
	شهر - شهرين			-0.1110	-0.2156
	ثلاثة أشهر - ستة أشهر				-0.1047
	أكثر من ستة أشهر				
الدرجة الكلية لجودة الحياة	أقل من شهر		0.3175*	0.1870	0.1010
	شهر - شهرين			-0.1304	-0.2165
	ثلاثة أشهر - ستة أشهر				-0.0860
	أكثر من ستة أشهر				

يتضح من الجدول (46.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية على بعد (العلاقات الاجتماعية) أن الفروق كانت بين المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (أقل من شهر) وبين المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (شهر - شهرين، وثلاثة أشهر - ستة أشهر، وأكثر من ستة أشهر) لصالح المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (أقل من شهر). أيضا كانت الفروق تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية على بعد (الصحة البيئية) بين المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (أقل من شهر) وبين المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (شهر - شهرين، وثلاثة أشهر - ستة أشهر) لصالح المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (أقل من شهر).

كما وكانت الفروق تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية على (الدرجة الكلية) بين المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (أقل من شهر) وبين المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (شهر - شهرين) لصالح المرضى الذين مضى على إجرائهم العملية (أقل من شهر)، وبناء عليه

تم رفض الفرضية على ابعاد العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية والدرجة الكلية في حين تم قبولها على ابعاد الصحة الجسمية والنفسية.

9.4.1.4 نتائج الفرضية التاسعة عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الدخل الشهري.

للتحقق من صحة الفرضية التاسعة عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير الدخل الشهري، وذلك كما هو واضح في الجدول (47.4).

جدول 47.4-أ: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير الدخل الشهري.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الدخل الشهري	المتغير
0.60	2.73	94	اقل من 1500 شيكل	الصحة الجسمية
0.62	3.00	74	1500 - 2499 شيكل	
0.70	3.09	38	2500 - 3499 شيكل	
0.79	3.24	33	أكثر من 3500 شيكل	
0.58	3.12	94	اقل من 1500 شيكل	الصحة النفسية
0.55	3.35	74	1500 - 2499 شيكل	
0.60	3.46	38	2500 - 3499 شيكل	
0.73	3.72	33	أكثر من 3500 شيكل	
0.76	3.29	94	اقل من 1500 شيكل	العلاقات الاجتماعية
0.80	3.54	74	1500 - 2499 شيكل	
0.76	3.55	38	2500 - 3499 شيكل	
0.96	3.89	33	أكثر من 3500 شيكل	

جدول 47.4-ب: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعاً لمتغير الدخل الشهري.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الدخل الشهري	المتغير
0.64	2.73	94	أقل من 1500 شيكل	الصحة البيئية
0.39	3.12	74	1500 – 2499 شيكل	
0.64	3.16	38	2500 – 3499 شيكل	
0.63	3.52	33	أكثر من 3500 شيكل	
0.54	2.90	94	أقل من 1500 شيكل	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.42	3.19	74	1500 – 2499 شيكل	
0.56	3.26	38	2500 – 3499 شيكل	
0.63	3.53	33	أكثر من 3500 شيكل	

يتضح من الجدول (47.4) وجود اختلاف بين متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الدخل الشهري، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (48.4).

جدول 48.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير الدخل الشهري.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة الجسمية	بين المجموعات	8.169	3	2.723	6.311	0.000**
	داخل المجموعات	101.403	235	0.432		
	المجموع	109.572	238			
الصحة النفسية	بين المجموعات	9.987	3	3.329	9.169	0.000**
	داخل المجموعات	85.318	235	0.363		
	المجموع	95.305	238			
العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	9.482	3	3.161	4.871	0.003**
	داخل المجموعات	152.487	235	0.649		
	المجموع	161.969	238			
الصحة البيئية	بين المجموعات	17.372	3	5.791	17.511	0.000**
	داخل المجموعات	77.713	235	0.331		
	المجموع	95.085	238			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	بين المجموعات	11.424	3	3.808	13.759	0.000**
	داخل المجموعات	65.041	235	0.277		
	المجموع	76.464	238			

يتضح من الجدول (48.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الدخل الشهري على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على مختلف الأبعاد الأخرى لجودة الحياة حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لجودة الحياة (13.759) عند مستوى الدلالة (0.000)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (49.4).

جدول 49.4-أ: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على مختلف الأبعاد الأخرى، تبعا لمتغير الدخل الشهري.

المتغير	الدخل الشهري	اقل من 1500 شيكل	1500 - 2499 شيكل	2500 - 3499 شيكل	أكثر من 3500 شيكل
الصحة الجسمية	اقل من 1500 شيكل	-0.2660*	-0.3599*	-0.5084*	
	1500 - 2499 شيكل		-0.0939	-0.2424	
	2500 - 3499 شيكل			-0.1484	
	أكثر من 3500 شيكل				
الصحة النفسية	اقل من 1500 شيكل	-0.2290	-0.3426*	-0.6049*	
	1500 - 2499 شيكل		-0.1136	-0.3759*	
	2500 - 3499 شيكل			-0.2624	
	أكثر من 3500 شيكل				
العلاقات الاجتماعية	اقل من 1500 شيكل	-0.2507	-0.2583	-0.6047*	
	1500 - 2499 شيكل		-0.0758	-0.3539	
	2500 - 3499 شيكل			-0.3464	
	أكثر من 3500 شيكل				

جدول 49.4-ب: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على مختلف الأبعاد الأخرى، تبعا لمتغير الدخل الشهري.

المتغير	الدخل الشهري	اقل من 1500 شيكل	1500 - 2499 شيكل	2500 - 3499 شيكل	أكثر من 3500 شيكل
الصحة البيئية	اقل من 1500 شيكل	-0.3849*	-0.4245*	-0.7860*	
	1500 - 2499 شيكل		-0.0395	-0.4011*	
	2500 - 3499 شيكل			-0.3615*	
	أكثر من 3500 شيكل				
الدرجة الكلية لجودة الحياة	اقل من 1500 شيكل	-0.2945*	-0.3644*	-0.6371*	
	1500 - 2499 شيكل		-0.0699	-0.3426*	
	2500 - 3499 شيكل			-0.2727	
	أكثر من 3500 شيكل				

يتضح من الجدول (49.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير الدخل الشهري على بعد (الصحة الجسمية والصحة البيئية، والدرجة الكلية لجودة الحياة) بين المرضى الذين معدل دخلهم (اقل من 1500 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم (1500 - 2499 شيكل، و 2500 - 3499 شيكل، وأكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم (1500 - 2499 شيكل، و 2500 - 3499 شيكل، و أكثر من 3500 شيكل).

أيضا كانت تبعا لمتغير الدخل الشهري على بعد (الصحة النفسية) بين المرضى الذين معدل دخلهم (اقل من 1500 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم (2500 - 3499 شيكل، و أكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم (2500 - 3499 شيكل، و أكثر من 3500 شيكل).

وكانت على بعد (الصحة النفسية والصحة البيئية، والدرجة الكلية) بين المرضى الذين معدل دخلهم (1500-2499 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم (أكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم (أكثر من 3500 شيكل).

كما كانت على بعد (الصحة البيئية) بين المرضى الذين معدل دخلهم (2500-3499 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم (أكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم (أكثر من 3500 شيكل)، وبناء عليه تم رفض الفرضية على الدرجة الكلية وعلى باقي الأبعاد.

10.4.1.4. نتائج الفرضية العشرون:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى.

للتحقق من صحة الفرضية العشرون ومعرفة أن كان هناك فروق في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى استخدم الباحث اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (50.4).

جدول 50.4: نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية لدرجة جودة الحياة وفقاً لمتغير الأمراض الأخرى.

المتغير	أمراض الأخرى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الصحة الجسمية	نعم	125	2.79	0.65	-3.718	237	0.000**
	لا	114	3.11	0.66			
الصحة النفسية	نعم	125	3.25	0.61	-2.041	237	0.042*
	لا	114	3.41	0.64			
العلاقات الاجتماعية	نعم	125	3.45	0.86	-0.794	237	0.428
	لا	114	3.54	0.77			
الصحة البيئية	نعم	125	2.97	0.66	-1.513	237	0.132
	لا	114	3.09	0.59			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	نعم	125	3.05	0.57	-2.565	237	0.011*
	لا	114	3.23	0.53			

** دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بدرجة عالية جداً. * دالة إحصائية عند مستوى (0.05).

يتبين من الجدول (50.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى على الدرجة الكلية وبعدي (الصحة النفسية، والصحة الجسمية)، وقد كانت الفروق لصالح (الذين لا يعانون من أمراض أخرى)، فقد بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المبحوثين الذين يعانون من أمراض أخرى (3.05) في حين بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المبحوثين الذين لا يعانون من أمراض أخرى (3.23). كما تبين أن قيمة (ت) المحسوبة (-2.565) عند مستوى الدلالة (0.011). حيث كانت الدلالة الإحصائية أصغر من (0.05) وهي دالة إحصائية، وبناء عليه تم رفض الفرضية الصفرية العشرون على الدرجة الكلية وبعدي (الصحة النفسية، والصحة الجسمية)، في حين تم قبولها على بعد العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية.

5.1.4. نتائج السؤال الخامس:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسطات القلق (حالةً وسمةً) وبين جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الصفرية الحادية والعشرون:

1.5.1.4 نتائج الفرضية الحادية والعشرون:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسطات جودة الحياة وبين القلق (حالةً وسمةً) لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس.

للتحقق من صحة الفرضية الحادية والعشرون أستخدم الباحث معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين القلق (حالةً وسمةً)، وبين جودة الحياة وذلك كما هو واضح في الجدول (51.4).

جدول 51.4: نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين القلق (حالة وسمة) وبين جودة الحياة.

المتغيرات	القلق حالة	القلق سمة	الجسمية	النفسية	الاجتماعية	البيئية	جودة الحياة
القلق حالة	1	0.709**	-0.415**	-0.620**	-0.476**	-0.542**	-0.606**
		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
القلق سمة		1	-0.577**	-0.764**	-0.579**	-0.681**	-0.773**
			0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
الصحة الجسمية			1	0.644**	0.499**	0.561**	0.828**
				0.000	0.000	0.000	0.000
الصحة النفسية				1	0.614**	0.721**	0.884**
					0.000	0.000	0.000
العلاقات الاجتماعية					1	0.608**	0.754**
						0.000	0.000
الصحة البيئية						1	0.880**
							0.000
الدرجة الكلية لجودة الحياة							1

** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$.

يتضح من الجدول (51.4) ما يلي:

- أولاً: فيما يتعلق بمتغير القلق حالة وعلاقته بباقي المتغيرات الأخرى.
- العلاقة بين القلق حالة والقلق سمة هي علاقة ايجابية دالة إحصائياً.
 - العلاقة بين القلق حالة وبين أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية لجودة الحياة هي علاقة سلبية دالة إحصائياً.

- ثانياً: فيما يتعلق بمتغير القلق سمة وعلاقته بباقي المتغيرات الأخرى.
- العلاقة بين القلق سمة وبين أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية لجودة الحياة هي علاقة سلبية دالة إحصائياً.

- ثالثاً: فيما يتعلق بمتغير أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية لجودة الحياة.
- العلاقة بين أبعاد جودة الحياة وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة هي علاقة ايجابية دالة إحصائياً.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 المقدمة

2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول

3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني

4.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث

5.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع

6.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس

7.5 التوصيات

8.5 بحوث مقترحة

مناقشة النتائج

1.5 المقدمة

بناء على ما تم عرضه في الفصل الرابع من تحليل إحصائي لأسئلة الدراسة التي فحصت مستوى القلق ووعلاقته بمستوى جودة الحياة لدى البالغين الذين خضعوا لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس، قام الباحث في هذا الفصل بمناقشة نتائج الدراسة بالإعتماد على أدبيات الدراسة والدراسات السابقة، وسيقوم بوضع عدد من التوصيات المستنبطة من النتائج وايضا قائمة بعدد من الدراسات المقترحة لاكمال البحث في مجال الدراسة الحالية.

2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول والذي نصه: ما درجة القلق (حالة وسمة) لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس؟

يتضح من الجدول (1.4) أن درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس جاءت بدرجة متوسطة.

لم يُعثر على دراسات كثيرة تتناول سمة وحالة القلق لدى هذه الشريحة، وحيث ان الدراسات القليلة جدا التي تناولت الموضوع هي بالمعظم تطرقت الى قلق الحالة، وبمراجعة الدراسات السابقة نجد أن النتائج تتفق مع دراسة هويبير وآخرون Hoyer & et.al (2008)، ودراسة جالاجير وآخرون Gallagher & et.al (2007)، كما وتختلف مع دراسة دوكي وآخرون Douki & et al. (2011) حيث بينت ان درجة القلق منخفضة. ومن خلال إستعراض الأدب التربوي المتعلق بالقلق فإن ما اتفق عليه كل من الخالدي (2009)، وعسكر (2000) والعزة (2004) في تعريفهم للقلق يتمشى مع مرضى عانوا من المرض كموقف نفسي ضاغط خلال حياتهم ثم لجؤاً للحل الجراحي والذي ايضا يعتبر موقف نفسي ضاغط ويعقبه بعض الاحداث التي من شأنها اظهار القلق والتخوف، كخروج بعض الاعراض التي تتشابه مع اعراض المرض قبل العملية، او ما يدور في خلدكم من توقعات ومخاوف مستقبلية بعد العملية.

يلاحظ من النتائج وجود تداخل منطقي بين حالة القلق وسمة القلق حيث ان النتائج كشفت عن ان درجة حالة وسمة القلق متشابهة عندهم، وهذا يتفق مع رأي سيلبرجر في ان الافراد ذوي الدرجة المرتفعة على سمة القلق يظهروا ارتفاعا في حالة القلق لديهم بتكرار اعلى بالمقارنة الى الافراد ذوي الدرجة المنخفضة على سمة القلق، ذلك انهم يميلون الى تأويل مدى واسع من المواقف على انها خطيرة ومهددة (عايد، 2006)، وبناء على ذلك فإن الافراد ذوي سمة القلق المتوسطة يظهرون درجة متوسطة لحالة القلق وهذا يتفق مع ما ابرزته الدراسة، وهنا خرجت النتيجة بان قلق الحالة والسمة هو في الحدود المتوسطة وبالتالي يتشابه الحالة والسمة فيما بينهم من حيث الدرجة.

ويذكرنا موسى(1978) بأن سمة القلق هي استعداد سلوكي مكتسب، ويظل ثابتا في مراحل الحياة ويتأثر بحالة الفرد، ويعتبر قلق الحالة سبباً مباشراً للقلق سمة، فالمشاكل اليومية التي يتأثر بها المريض تؤثر بشكل كبير عليه مما يؤدي إلى معاناته من القلق سمة، ويرى الباحث ان هذا يفسر وجود القلق سمة عند مرضى القلب الذين عانوا من مرض مزمن ذو خبرة يومية من المعاناة ثم لجؤا للعمل الجراحي للوصول الى نتيجة تنهي معاناتهم. واستنادا الى تعريف سيلبيرغر لسمة القلق الذي أورده رضوان (2009) فإنه يرى ان البيئة قد تكون سببا ودافعا سلوكيا مكتسبا في جعل القلق سمة متلاصقة للمريض العضوي الذي يعاني وعانى من مرض مزمن وذلك بما يتوافق مع المعتقدات المرتبطة بامراض القلب لدى عائلة واهل ومحيط المريض، حيث ينظر الى امراض القلب على انها كارثية وهذا يعود على المريض بجعل المرض عنصر تهديد دائم مما يجعل ذلك سببا في إكسابه سمة القلق.

أن المريض يواجه نفسه وبشكل مستمر باحتمالية الوفاة او كيف ستؤثر العملية على حياته وعمله وعلاقاته مع الاخرين (McCann et al., 2005)، ويعاني المريض قبل وبعد العملية من خوف مجهول متعلق بالعملية ونتائجها ومرحلة التشافي وعدم التيقن من توقيت العملية والعجز البدني الذي قد يترافق بعد العملية (Fitzsimons et al., 2003)، وقد يواجه المريض قلق مستمر بسبب الضغوطات المالية وضعف قدرته على العمل وعدم تأكده من تحسن وضعه الصحي (Karlsson, Johansson, & Lidell, 2005). كل هذا يخلق مبرر لوجود القلق وبشكل دائم سمنا بعد العملية، وحتى وان كان بالدرجة المتوسطة، ويُعزو إنتشار القلق سمة ضمن المتوسط إلى الظروف المحيطة بالمريض خلال فترة مرضه الطويلة كاصابته بمرض مزمن وهذا جعل القلق سمة من السمات السائدة لدى معظم المرضى الذين يعانون من امراض خطيرة مزمنة، وجاءت

النسبة بالدرجة المتوسطة لان المرضى يتكيفون احيانا مع المرض الذي يرونه سيرافقهم مدة من الزمن.

إن السبب في وجود القلق(سمة) ولو بالنسبة المتوسطة، قد يكون نتيجة ما يعانيه المرضى من الضغوط النفسية والأحداث المؤلمة، والإحباطات المتكررة، والكآبه، والحزن، الناتج عن فشل العلاج الدوائي والاتجاه نحو العلاج الجراحي وهي أحداث متسلسلة تؤثر على شخصية المريض وبالتالي تؤدي إلى القلق سمة، حيث ان التعرض للخبرات الحادة والتعب والمرض سببا اساسيا لحدوث القلق بكل انواعه كما اشار(شمسان، 2008)(شريت، 2008)(زهران، 2001).

ويتضح ان هناك نسبة (58%) من الذين عملوا العملية (يعملون و احيانا يعملون او ان المرض عزلهم عن العمل) وقد يكون خوفهم على ان يصبحو عاجزين عن العمل سبب في قلقهم. في حين ان توزيع مستويات القلق لدى المرضى لم تختلف بسبب عدد من المتغيرات كما اشارت النتائج وهذا يقودنا الى ان القلق لم يتأثر بها، حيث ان القلق سمة وحالة يرتبط بعوامل متعلقة بخبرات الطفولة او وجود احداث تعرقل إمكانيات الفرد التكيفية وتمتاز بالاستمرارية في ظل وجود اسباب وعوامل تسهم في الحفاظ على مصدر المشكلة.

واستنادا لتعريف سبليبرغر لحالة القلق كما اورد رضوان(2009) وشريت(2008) فان ذلك يتجلى واضحا لدى المرضى الذين يخضعون للعملية، حيث انهم ولفترة زمنية يبقوا تحت التهديد من خطر يهدد حياتهم، وخاصة اذا ما ظهرت بعد العملية بعض الاعراض التي يعرفها المريض والتي ارتبطت باعراض مرضه كضيق النفس وغيره وكل ذلك يحدث حالة قلق ويوتر المريض.

ومن خلال التعامل المباشر مع مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب كمرض في قسم جراحة القلب، فان معظم المرضى يصرحون بأن العملية حدثا ضاغطا يعلوه الخوف والشك، ثم يوعزون الى انهم ما زالوا غير مطمئنين من المستقبل بما يتعلق بوضعهم الصحي، وهل سوف يتخلصون من معاناتهم السابقة التي ارهقتهم، اضافة الى تصريح البعض بعد العملية بالشعور بالعجز والخوف من عدم اداء المهام كالسابق، فان الكثير منهم واثناء مراجعتهم العيادات يشكون من اعراض جسدية فسيولوجية كالتنفس السريع وضيق النفس والتعرق والاحساس بنبض القلب وهذا كله يؤكد على ما اشار اليه القريطي(1998) حول مكونات القلق الثلاث الانفعالي والمعرفي والسيولوجي، وهذه الاعراض هي ما يخرج القلق حالة وسمة بعد العملية.

إن هذه الاعراض يكون لها الدور الكبير في عملية تعامل الفريق الطبي مع هذا المريض التي تعترضه هذه الاعراض فيصبح التعامل معه صعب ويحتاج الى مهارات مختصة يفتقدها المعظم على حد علم الباحث ومن واقع تجربته في العمل مع مرضى العمليات الجراحية الرئيسية، في حال ظهرت هذه الاعراض وبشدة، وإن المتتبع لحالات مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح ليخبر ما يقوله المرضى حول هذه المكونات او الاعراض بما يتعلق بموضوع القلق الذي يغلب عند بعضهم بعد اجراء العملية القلبية الجراحية، مختلفا ذلك كله من مريض الى اخر، ومن وقت لآخر، وقد تؤدي تلك الاعراض الى تدهور القدرة على الانجاز والعمل، وتؤثر على التوافق الاجتماعي والمهني والاسري والنفسي.

وأورد الكفافي (1990) اننا احيانا قلقون لاسباب تتعلق بالمستقبل حيث المجهول وعدم القدرة على استيعاب متغيراته ومن ثم عدم القدرة على الاستعداد له، ويعتقد الباحث ان القلق الناتج لاسباب تتعلق بالمستقبل هو ما يحدث مع المرضى الذين يعانون من امراض مزمنة او يخضعون لعمليات جراحية وذلك بما يتعلق بقلقهم من المستقبل واحداثه، حيث يسودهم جو من الخوف مما هم لا يدركون كنهه في المستقبل، وهذا ما اشار له البعض اثناء المقابلات، ويدعم ذلك ما اورده معجم اكسفورد (Hornby, 1989) في تعريف القلق.

إن شعور المرضى ومخافتهم من الأذى الجسدي سببا رئيسيا للقلق قبل وبعد عملية القلب كما يشير غالبية المرضى اثناء مناقشة مخاوفهم، والبعض أشار الى قلقه بسبب مخافة الرفض بسبب انه قد يكون عنصر ازعاج لغيره وخاصة انهم بحاجة ماسة للمساعدة بعد العملية وتسبب لهم العملية احيانا نوع من الاعتمادية، كما ان عدم ثقة المريض بطبيبه الجراح وبراعته في اجراء العملية يكون سببا رئيسيا لاثارة القلق والمخاوف، اضافة الى الاحباط الذي يعتلي المريض اذا ما فشلنا في ارضاء رغباته ودوافعه من خلف العملية ولم نحقق طموحه، وهذا ما اورده جيروم وارنست (Jerome & Ernest) في مصادر القلق كما اشار له شريت (2008) في كتابه، وان العملية القلبية تعتبر احد مسببات القلق عند المرضى الخاضعين لعملية رئيسية كعملية القلب وان الفترة التي تعقب العملية تكون مليئة بالاحداث والمخاوف، ويبقى الفرد يشعر بالفرح والخوف من شر مرتقب وذلك مترافق مع أي حدث يحدث له بعد العملية.

اما من حيث المستوى فلقد اورد كل من (شريت، 2008)، (غرابة، 2003)، (زهران، 2001) ان حدة القلق تتفاوت بناء على درجة المثير او الخطر الذي يدركه المريض، وهنا يرى الباحث ان ادراك المريض لحجم الخطر هو الذي يحدد درجته ومستواه، ويبدو بأن المرضى بعد العملية

وبالرغم من التحسن الناتج الا انهم يبقون درجة من القلق خوفا مما قد يتعرضون له في المستقبل، او بسبب وجود بعض الاعراض المرتبطة بالجراحة كالم الصدر وهذا ايضا مرتبط في السابق بامراض القلب عندهم.

ولقد اشار بازوتير (Basaowiter) كما اورد كل من عثمان (2001) والشاذلي (2001) الى مستويات القلق الثلاث، وإن القلق جاء بالمستوى المتوسط وهو المستوى الذي يمتلك الفرد فيه حالة من القدرة والسيطرة ، ومن اهم ما يميز هذا المستوى المرونة والابتكار، ويظهر لديه السلوك الملائم تجاه مواقف الحياة المتعددة، ويعتبر هذا المستوى الامثل والذي يلزم للأداء الناجح وهذا برأي الباحث الذي قاد المرضى لاتخاذ قرار سليم بالذهاب ومتابعة العلاج ومن ثم الموافقة على العملية، والمراجعة الدائمة بعد العملية والالتزام بأخذ الدواء وعمل الفحوصات المخبرية، ويشير القريطي (1998) الى أن حدوث القلق بالدرجة المتوسطة له دور هام في مساعدتنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذنا للقرارات التي تجنبنا المخاطر. ويضيف الباحث الى ان النتيجة تشير الى ان هناك قلق وان هذا القلق جاء بالحدود المتوسطة ويفسر ذلك بأنهم ينظرون الى العملية كونها بارقة امل للشفاء من معاناه رافقتهم طويلا وان العملية اصبحت تمثل لهم الحل الوحيد وخاصة عندما فشل الحل الدوائي في تخليصهم من الاعراض الناتجة عن امراض القلب المزمنة، وفي حين انها ما تزال تعتبر عملية كبيرة ورئيسية وان كانت حل لمشكلة مستعصية وطويلة الامد. وأيضا تعتبر العملية حدثا غير سار ومثير للخوف والقلق إضافة الى ادراكهم بانها قد تكون انهاء لمشاعر سيئة وآلام طويلة وهذا يفسر قلق الحالة ودرجته المتوسطة، في حين ان ملازمة المرضى لوضع طبي سيء وأنهم رازخين تحت وطأة المرض منذ فترة زمنية يجعل منهم اناس يعانون ضمن مسلسل يومي من القلق والتهديد في كل لحظة وبالتالي توقع الوفاة الحتمية دائما، فهذا الشعور بتهديد وجود الإنسان وحياته قد يؤدي إلى شعور المريض بالقلق بشكله الدائم وهذا ما تؤكدته المدرسة الإنسانية في تفسيرها للقلق كما أورد زهران (1979) فأصحاب هذه المدرسة يعتقدون بان القلق ينشأ عندما يدرك الإنسان حتمية نهايته وان المستقبل قد يجلب معه المواقف والأحداث التي تهدد وجود الفرد مثل المرض، وهذا ما ينطبق على مرضى القلب ويجعلهم يتصفون بسمة القلق.

أن مشاعر العجز التي يشعر بها المريض وعدم قدرته على ممارسة حياته بالشكل الطبيعي تزيد من حدة مشاعر القلق لديه وهذا ما تؤكد عليه نظرية أدلر في تفسير القلق، حيث ربط أدلر بين القلق ومشاعر العجز والنقص مبرزا أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك، فقد كان أدلر يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع وطبيعة هذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، حيث يرى أدلر

أن الطفل يشعر عادة بالضعف والعجز بالنسبة للكبار، وكذلك الأمر بالنسبة للإنسان المريض فهو يشعر بالعجز والنقص بالنسبة للأصحاء فبنشأ القلق كردة فعل على هذا النقص والعجز (فهمي، 1997)، (العزة، 2004) (الزيود، 2008).

3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني والذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة القلق (حالةً وسمةً) لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مكان السكن، المستوى التعليمي، المستشفى، العمل، المدة بعد إجراء العملية، الدخل الشهري، وإن كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى)؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-10) وفيما يلي نتائج فحصها ومناقشتها:

نتائج الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة القلق (حالةً وسمةً) لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس.

يتبين من الجدول (2.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس، وقد كانت الفروق لصالح (الإناث).

تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (Gallagher & et al., 2007)، دراسة الشحاتيت (2006)، دراسة الليحاني (1996)، دراسة (Koivula & et.al., 2002)، دراسة (Duits & et al., 1998)، دراسة (Rymaszewska & et al., 2003)، كما اختلفت مع دراسة القاضي (2009). حيث إن الإناث أكثر قلقاً لعدة أسباب وهذا يتفق مع طبيعة وشخصية الأنثى من رقة الاحساس والمشاعر والعاطفية، فالأنثى تعتبر متعددة المسؤوليات بالمقارنة بالذكر وهذا يجعلها أكثر قلقاً على تلك المسؤوليات التي قد لا تعود قادرة على اداؤها بعد العملية، وايضا هي أقل مواجهة لضغوط الحياة اليومية وتعتبر الرقة واللفظ والعاطفية أول صفات المرأة وأهمها، إضافة الى قلقها بسبب خوفها من تغير صورة الجسم لديها والتي تعتبرها جزء مهم من انوثتها، وبشير شيهان (1988) ان اغلب المصابين بالقلق من النساء (80%)، وتعزى زيادة انتشاره بين النساء، بسبب تعرضهن لألوان من الضغط النفسي (مشكلات أسرية، وزواج، وطلاق...) وسيطرة الاتجاه العاطفي

والتغيرات الفسيولوجية التي تحدث للمرأة. (دورة شهرية، وحمل، وولادة)، اصف الى ذلك ما تتكبدته المرأة من متاعب الحياة والصبر على العيش والتغيرات التي تمر بها خلال فترات حياتها المختلفة وكذلك التفكير الدائم بمسؤولية الاولاد والزوج وخاصة انها تخوض عملية كبيرة ذات مخاطر وايضا نظرة المجتمع والخوف من المستقبل العائلي بأنها ستصبح عاجزة عن اداء مهامها وادوارها المختلفة كزوجة وام وراعية منزل وكل ذلك يجعل منها اكثر قلقا، كما ان التشوه الناتج عن العملية الجراحية والآثار الجانبية للعلاج والتي لها علاقة بصورة الجسم كمؤثر في صورتها الانثوية، وتلعب الثقافة دورا بارزا حيث ان عوامل التهديد والرقابة الاجتماعية متعددة للاناث، وتسهم هذه العوامل في زيادة مستوى احساس الاناث بالقلق، اضافة الى أن مشاعر العجز التي تشعر بها الانثى وعدم قدرته على ممارسة حياتها بالشكل الطبيعي تزيد من حدة مشاعر القلق لديها وهذا ما تؤكد عليه نظرية أدلر في تفسير القلق، حيث ربط أدلر بين القلق ومشاعر العجز والنقص مبرزا أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك، حيث ان المجتمع يعتبر المرأة المريضة عاجزة ويطلب الزوج بالزواج من اخرى لكي تقوم بمهامه عند مرض زوجته، فقد كان أدلر يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع وطبيعة هذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، حيث يرى أدلر أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار، وكذلك الأمر بالنسبة للإنسان المريض فهو يشعر بالعجز والنقص بالنسبة للأصحاء فينشأ القلق كردة فعل على هذا النقص والعجز (فهمي، 1997) (العزة، 2004) (الزيود، 2008). ولا يرغب الذكور في اظهار قلقهم وهذا ينسجم مع البيئة العربية والتي تعتبر انه من المخجل ان يظهر الذكر خوفه وقلقه، وقد اورد السباعي وعبدالرحيم (1991) ان هناك اختلاف بين الافراد بالنسبة للاحباط او مقدرة الفرد على المقاومة للظروف الضاغطة تتمثل في: الجنس حيث يستجيب الذكور والاناث لمؤثرات القلق بدرجات مختلفة ليس بسبب القوة او الضعف بل لان التكوين العضوي لكل منهما مختلف فضلا عن المؤثرات الاجتماعية للمجتمع من تربية وعادات وتقاليد واعراف وادوار حياتية كل ذلك يجعل من الاستجابة لمثير القلق مختلف.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق (حالةً وسمةً) لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى (لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية، السكن، المستشفى، الامراض الاخرى).

نتائج الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر.

يتضح من الجدول (4.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر.

تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Douki & et al., 2011)، دراسة الليحاني (1996)، دراسة الهمص (2010)، دراسة (Rymaszewska & et al., 2003)، كما وإختلفت مع دراسة (Gallagher & et al., 2007)، دراسة (Koivula & et al., 2002). حيث إن نسبة 62.4% من المبحوثين هم فوق سن 50 سنة وإن هذه المرحلة العمرية لا تتطلب تحقيق إنجازات كثيرة كالارتباط والزواج وتأمين المعيشة وبالتالي تقل نسبة القلق، كما أن توقعات الآخرين عن هذه الفئة العمرية قليلة فيما يتعلق بتلبية الاحتياجات وإعالة الآخرين، وبالعودة الى الادب النظري يتضح بأن أعلى نسبة للإصابة بالقلق من عمر (17-32) سنة (شيهان، 1988). وحيث إن 88.3% من افراد العينة هم فوق هذه الفئة وهذا يجعل عدم وجود فروق في متوسطات القلق تبعا لهذا المتغير، كما ان القلق يأتي في مختلف الفئات العمرية ولا يمكن تفسيره الا من خلال منظور تكاملي (ابو زيد، 2003)، وهنا فإن قلق الحالة يعتمد على الحدث المههد وبالتالي فإن الجميع يتعرضون لحدث كبير والمتمثل في العملية الجراحية وما يتبعها من احداث، في حين ان قلق السمة مرتبطة بسمة دائمة للشخص تجعله يشعر ان كل حدث مههد وتزيد من حساسيته للاحداث وهذا يكتسبه منذ الطفولة، وبالتالي فان العمر لا يؤثر في القلق.

نتائج الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

يتضح من الجدول (6.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

تشابهت مع دراسة دراسة الليحاني (1996)، دراسة القاضي (2009)، واختلفت مع دراسة كوفولا وآخرون (Koivula & et al., 2002). حيث إن نسبة 72% من المبحوثين هم متزوجون وهذا يعني أن الحالة الاجتماعية في صالحهم لكونهم متزوجون ويتوقعون من شركائهم الرعاية والاهتمام كما يتضح لنا من الثقافة العربية التي تفرض على الشريك المساعدة، وهذا ما يوفر الاستقرار

العائلي داخل البيت الذي بدوره يشكل دعماً نفسياً للمريض ويحد من قلقه وخوفه من المستقبل نتيجة عجزه بسبب المرض، كما أن الأسرة بشكل عام تعتني أكثر بالفرد المريض، وإن القلق أما أن يرتبط بالحدث المهدد كما في حالة القلق وأما في سمة الفرد القلقة وهذين النوعين ليس لهما ارتباطاً بطبيعة الحالة الاجتماعية.

نتائج الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن.

يتضح من الجدول (8.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن.

ويعود السبب في ذلك إلى تعرض الجميع لقلق الحالة وهو الوضع الطارئ والمهدد وهو إجراء العملية الجراحية الرئيسية وهذا ما أشار إليه سبيلجير في تعريفه للقلق الحالة، كما أن قلق السمة أيضاً أظهر عدم وجود فروق وذلك بسبب تعرض الجميع لفترة معينة لأحد أمراض القلب التي دفعتهم وحسب النصيحة الطبية إلى الاتجاه لإجراء العملية فالكامل حيثما كان عانى من مرض القلب عبر فترة زمنية جعلت منهم ومن شخصياتهم أكثر قلقاً من نظرائهم الأصحاء وهذا ما أشار إليه سبيلجير في تعريفه لقلق السمة حيث أن وجود الأمراض المزمنة يجعل من شخصيات المرضى قلقة وبشكل دائم وهذا يتفق مع تعريف قلق السمة. هذا وإن واقع المجتمع الفلسطيني متشابه ولا يختلف كثيراً باختلاف مكان السكن فالظروف هي نفس الظروف والمعاناة هي متشابهة في أغلب الأوضاع وقلق الحالة والسمة موجود عند جميع المرضى وبدرجات متفاوتة كما ظهر في الدراسة فالمثير العملية هو نفس المثير والحدث هو نفس الحدث، وأما المرض فهو مرض القلب المزمن والذي يرافقهم عبر فترة من الزمن تجعل منهم متشابهين في السلوك.

نتائج الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

يتضح من الجدول (10.4) و(11.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى α ($0.05 \geq$) في درجة القلق حالةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي، ويتضح من الجدول (11.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق بين درجة القلق سمةً تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، أن الفروق كانت بين المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وبين المرضى الذين (مستوى تعليمهم (دبلوم) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الخامسة عشر على القلق سمةً في حين تم قبولها على القلق حالةً.

تشابهت هذه النتيجة مع دراسة الليحاني (1996)، دوكي وآخرون (2011). حيث أنه بالنسبة للمستوى التعليمي فان مستوى غالبية المبحوثين التعليمي هو دون تعليم المرحلة الثانوية بنسبة 72%، وان نسبة قليلة جدا تحمل شهادة دبلوم فما فوق، ونتيجة لتدني مستوى اطلاع الذين تدنى مستوى تعليمهم على التعقيدات الصحية والنفسية والاجتماعية لطبيعة المرض والاجراءات المصاحبة للجراحة او الناجمة عنها يؤدي بهم ذلك إلى التسليم للمرض، ويكون مستوى القلق تبعاً لذلك منخفض، كما أن غير المتعلمين لديهم بالغالب ثقافة دينية شعبية تدرك المرض على انه قضاء لا بد من التسليم به، وبالتالي كل هذا يجعل من الحدث الذي يتعرض له المريض بعد العملية حدث لا بد من التسليم به وهو جزء من القضاء والقدر، إضافة الى ما يتم من التثقيف الصحي حول العملية قبل وبعد العملية وهذا بدوره يقلل من قلق الحالة.

أما بخصوص قلق السمة الذي هو حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفرع والرعب والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدث، او الاحساس والتهديد من شيء ما مبهم غير سار يعجز المرء عن تحديده على نحو موضوعي ومصحوب ببعض الإحساسات الجسمية (القريطي، 1998)(عكاشة، 1988). فيبدو ان للمستوى التعليمي دور حيث ان الأساسي كانوا اكثر قلق من الدبلوم وقد يرجع ذلك الى ان الدبلوم وبحكم التعليم امتلكوا تكييف وتعايش افضل وتعددت لديهم الخيارات للتعامل مع القلق السمة الناتج بسبب طيلة فترة المرض وبالتالي إنخفضت لديهم سمة القلق، ويبدو الأمر منطقياً لأن جهل المريض وأنخفاض مستواه العلمي عبر فترة طويلة يجعل المريض أكثر عرضة لهواجس القلق المتعلقة بالعملية والمرض وما بعدهما، في حين انه كلما زاد المستوى التعليمي دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا كلما زادت المعرفة والاطلاع مما يخفف من حدة سمة قلق ما بعد العملية، ويرى الباحث أن كل الإجراءات والتغيرات التي يمكن أن تحدث للمريض بسبب المرض إضافة إلى انخفاض

المستوى التعليمي للمرضى، وجهلهم بالتعقيدات الطبية يزيد من مشاعر قلق السمة لديهم قبل الدخول للعملية حيث انه ينتظر المريض بالمعظم مواعده لاجراء العملية لفترة زمنية معينة وقد تطول، ولخوفهم من الألم الجسدي والنفسي الذي سيمرون به، وشعورهم بأن حياتهم مهدده وهذا شعور يبقى مترافق معهم لان فترة التشافي تحتاج الى وقت. وايضا فإن عدم الوعي وسيطرة الجهل تحد من قدرة المريض على النظرة للحدث وهذه سمة دائمة ومترافقة له، فمن ناحية قد يلوم المريض نفسه، ويشعر بالذنب لاقتناعه بأن ما حل به هو عقاب، ومن ناحية أخرى فإن الأمي او الأقل تعليم تنقصه الثقة، والانفتاح، والتكامل في مواجهة الضغوط الحياتية، مما يوقعه أسيرا لها، إضافة إلى ذلك فان مجمل الادراكات السلبية، الناتجة عن عدم إدراك الواقع بشكل منفتح ومتوازن، من شأنها أن تحتل مساحة واسعة من الخبرات المؤلمة للشخص، وتغير من طريقة تفكيره بالاتجاه السلبي، وبالتالي حدوث انتكاسه انفعالية مزمنة، قد تصل إلى حد انهيار الشخصية وإحباطها ووقوعها فريسة للقلق والتوتر.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن هذا المستوى من التعليم (الدبلوم) يعتبر مرحلة متوسطة من المعرفة العلمية وهي ليست مرحلة متقدمة، فتجهل خطورة المرض وأبعاده، وقد تعتمد على الوصفات الشعبية للمشعوذين وعلى عودهم الزائفة التي توفر لها الراحة والاطمئنان النفسي، ولكن بالنسبة للمريض في مرحلة الاعدادي وما دون فيعانون من ضغوط أعلى لأن معلوماتهم غير كافية فتكون مشوشة، وهذا يؤدي بها إلى الاضطراب النفسي والتشاؤم والارتباك والشعور بالخوف وتعظيم الآثار الجانبية للمرض والعلاج.

نتائج الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى.

يتضح من الجدول (13.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى.

لم يُعثر على دراسات تناولت هذا المتغير حيث أن معظم الدراسات الأجنبية كانت تجرى في مستشفى واحد وذلك لانها عبارة عن مراكز جراحة قلب مختصة وضخمة. وبخصوص المستشفى فإن معظم المستشفيات التي يجرى فيها عملية القلب المفتوح هي مستشفيات خاصة

والمعروف ان المستشفيات الخاصة تعمل على تقديم خدمات فندقية وطبية ذات وضع مُرضي وبالتالي هذا يفسر عدم وجود فروق تبعا لمتغير المستشفى وفي حين ان المستشفى الوحيد الحكومي الذي يتم فيه اجراء العملية وهو مجمع فلسطين الطبي/الجناح الكويتي فهو حديث البناء والتجهيز والكفاءات جيدة ومتميزة وهذا يجعله يشابه المستشفيات الخاصة من حيث الدرجة والمستوى.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق (حالةً وسمةً) لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير(العمل، الوقت بعد العملية، الدخل).

نتائج الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمل.

يتضح من الجدول (16.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق بين درجة القلق حالةً تبعا لمتغير العمل، أن الفروق كانت بين المرضى الذين (يعملوا) وبين المرضى الذين (لا يعملوا، وأحيانا يعملوا) لصالح المرضى الذين (لا يعملوا، وأحيانا يعملوا)، ايضا تبين أن الفروق في درجة القلق سمةً تبعا لمتغير العمل، كانت بين المرضى الذين (يعملوا) وبين المرضى الذين (لا يعملوا) لصالح المرضى الذين (لا يعملوا)، وكانت بين المرضى الذين (لا يعملوا) وبين المرضى الذين (عزلهم المرض عن العمل) لصالح المرضى الذين (لا يعملوا) وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية السابعة.

ومن خلال الدراسات إتفقت دراسة (Koivula & et al.2002) مع النتيجة وهي الدراسة الوحيدة التي تناولت هذا المتغير في حدود علم الباحث. حيث ان استحقاق العمل الجراحي والعلاج الدوائي وكذلك التنقلات المستمرة للمتابعة والنقيم بعد العملية وكذلك اجراء الفحوص المكلفة كصورة القلب التلفزيوني وغيره اضافة الى برامج اعادة التأهيل وهذا يجعل من العملية مؤرق مالي على المريض واهله وخاصة ان دخل معظم افراد العينة 70.3% تحت 2499 شيكل ومن الملاحظ ان معظم المستشفيات التي تعمل العملية هي من القطاع الخاص والتي تكلف فيها العملية ما يزيد عن عشرة الاف دينار اردني وهذا كله يجعل القلق في ازدياد للذين (لا يعملون) (وأحيانا يعملوا) وذلك لان استحقاقات بعد العملية ايضا تحتاج الكثير وخاصة انها إستنزفت قدر

كبير من المال، ويلجأ الناس الى المستشفيات الخاصة ليس لحسن الحال المادي وإنما لان المستشفى الحكومي الوحيد الذي يجري العملية يمتلك قائمة انتظار طويلة بسبب الاعداد الكثيرة من المرضى وهذا يدفع المريض وعائلته الى التوجه للمشفى الخاص لإجراء العملية.

تتأثر شخصية الانسان بعدم قدرته الدائمة على الانفاق حيث يصبح قلقا من عدم المقدرة على القيام بالمسؤوليات المالية المتعددة ويصبح هذا جانب من شخصيته في الشعور بعدم القدرة على تلبية احتياجاته وهذا يتفق وقلق السمة لدى الذين لا يعملون، وان الذي (لا يعمل) وكذلك الذي (احيانا يعمل) يفقد الشعور بالقدرة الدائمة على توفير مستلزمات العلاج والمتابعة وهذا بدوره يجعله اكثر قلقا. وان الذي (لا يعمل) يكون قلقا اكثر من الذين (عزله المرض عن العمل) لان الأخير قد لا يتأذى ماليا بالقدر الذي يتأذى منه شخص لا يعمل ولا يمتلك ما يحقق له سبل التشافي الصحيحة وتبعياتها وهذا بدوره يكسب الذي لا يعمل سمة متأصلة من القلق.

أن مشاعر العجز التي يشعر بها من جراء عدم القدرة على العمل وبشكل منظم ودائم تجعل المريض غير قادر على ممارسة حياته بالشكل الطبيعي وتزيد من حدة مشاعر القلق لديه وهذا ما تؤكد عليه نظرية آدلر في تفسير القلق كما أورد فهمي (1997)، حيث ربط آدلر بين القلق ومشاعر العجز والنقص ميرزا أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك، حيث يرى آدلر أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار، وكذلك الأمر بالنسبة للإنسان المريض فهو يشعر بالعجز والنقص بالنسبة للأصحاء وكذلك الانسان الذي لا يعمل فهو يشعر بالعجز والنقص في مقابل الانسان الذي يعمل فينشأ القلق كردة فعل على هذا النقص والعجز. ويشير باندورا الى ان ظهور القلق متمثلا في الفهم السلبي للفرد عن ذاته وقدراته، وبالتالي فإن القلق وان عبر عن استجابات بمثيرات خارجية مؤلمة، فان هذا الارتباط يبقى ارتباطاً جزئياً ناقصاً مرتبطاً من جانب آخر بالسمات الشخصية (العقلية والوجدانية) ولعل من أهمها مشاعر عدم الكفاية والعجز التي تعمل كمحفز ذاتي للقلق (Monte, 1987)، وان عدم وجود عمل او عدم القدرة على العمل تجعل منا اناسا قلقين وتسيطر علينا مشاعر عدم الكفاية والعجز التي تعمل كمحفز ذاتي للقلق حالة وسمة.

ان عدم الاحساس بالامان المالي والمتحقق من عدم القدرة على العمل يجعل منا اناس قلقين على مستقبل يحتاج منا الكثير وخاصة عندما يكون الفرد مريض ويحتاج الكثير. وهذا ما اشار اليه كسبب من اسباب القلق كل من (شمسان، 2008)(شریت، 2008)(زهرا، 2001).

نتائج الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة القلق حالةً وسمةً لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المدة بعد إجراء العملية.

يتضح من الجدول (19.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجة القلق حالةً وسمةً تبعاً لمتغير الوقت بعد إجراء العملية، أن الفروق كانت بين المرضى الذين مضى على إجراءاتهم للعملية (أقل من شهر) وبين المرضى الذين مضى على إجراءاتهم للعملية (شهر - شهرين، و ثلاثة أشهر - ستة أشهر) لصالح المرضى الذين مضى على إجراءاتهم للعملية (شهر - شهرين، و ثلاثة أشهر - ستة أشهر). وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثامنة.

واختلفت النتيجة مع دراسة (Koivula & et al., 2002)، حيث أظهرت أن أعلى مستوى للخوف والقلق تم قياسه في فترة انتظار العملية بالمقارنة مع هذه الفترة فإن مستويات الخوف والقلق انخفضا في اثناء الوجود في المشفى وبعد 3 شهور. ويرى الباحث إن معظم المرضى يمكنون في المشفى بعد العملية قرابة أسبوعين أو أكثر بقليل، وبالتالي فإن المرضى في الشهر الاول يقضون معظم وقتهم داخل المشفى ويتلقون كل انواع المتابعة والعلاج والاهتمام بالاضافة الى الدعم الاجتماعي والاسري والذي يكون قد بلغ أوجه وهذا يجعل المريض لا ينشغل بتبعات العملية الجراحية، في حين أن المرضى بعد فترة وخاصة عندما يبدؤون بالعودة الى وضعهم العادي بعد العملية بفترة فإنهم يبدؤون يواجهون بالمشاكل والصعوبات الحقيقية كالم الصدر وصعوبة التنفس والتعب والضعف الجسدي اضافة الى نقص الاهتمام المجتمعي والاسري مع الوقت، وفي هذه الفترة يتجلى وبكل وضوح النتائج الحقيقية للعملية وتظهر بعض الاعراض والتي كثيرا ما تكون طبيعية ومتوقعة ولكن المرضى يفسرونها بأنها علامات خطرة وهي تذكرهم بماضي طويل من المرض وهنا يبدء القلق بالازدياد وخاصة اذا ما ادرك المريض أن العملية فشلت نتائجها المرجوة.

إضافة الى ان الشعور بفقد السيطرة يسبب الكثير من القلق وان المرضى الذين يدركون ان لديهم تحكم اكبر على انفسهم اقل معدلات من القلق والعكس صحيح (Moser et al., 2007)، وهنا يلمس المريض بعض فقد السيطرة لان للعملية أثرت على وضعه الجسدي والنفسي والاجتماعي وهذا يزيد من قلقه بسبب شعوره بفقد التحكم وخاصة بعد فترة من العملية، كما وإن الشعور بالاذى والضرر الجسدي يجعلهم يشعرون بالقلق مع ان هذا وضع مؤقت مرتبط بالعملية

ولقد صرح بعض المرضى الى ان العملية لم تريحه من الم الصدر الذي كان يشعر به وبالتالي اصيب بخيبة الامل من التحسن. إضافة الى أن زيادة القلق حالتا وسمتا بعد تجاوز فترة زمنية تتجاوز الشهر يدل على ان المرضى يخبرون اعراض تجعلهم على درجة من القلق وهذا يجعل الباحث يطرح سؤال حول جدوى وفعالية العمليات في هذه المستشفيات.

نتائج الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الدخل الشهري.

يتضح من الجدول (22.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق بين درجة القلق حالةً تبعا لمتغير الدخل الشهري، أن الفروق كانت بين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (اقل من 1500 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (2500- 3499 شيكل، وأكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (اقل من 1500 شيكل)، كما كانت بين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (1500- 2499 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (2500- 3499 شيكل، وأكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (1500- 2499 شيكل). كما تبين أن الفروق في درجة القلق سمةً تبعا لمتغير الدخل الشهري كانت بين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (اقل من 1500 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (1500- 2499 شيكل، و2500- 3499 شيكل، وأكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم الشهري (اقل من 1500 شيكل)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية التاسعة.

فالتوتر والقلق يعدان الحويلة الطبيعية لفشلنا في إرضائنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا.(شريت، 2008)، وليس ادل على ذلك من ان عجزنا وخاصة عندما نلمس أننا بحاجة الى دخل عالي لتوفير احتياجاتنا وتحقيق رغباتنا بخدمة صحية افضل وكل ذلك يتطلب دخل عالي وخاصة ان العملية وتوابعها وكما اشرنا سابقا تحتاج الى الكثير من المتطلبات المالية وخاصة بعد اجرائها، ان قلق الحالة يرتبط بمعدل اكبر بما يترافق بكل متطلب مالي يحتاجه الشخص اثناء رحلة الاستشفاء في حين يرتبط قلق السمة بالصفة التي اصبحت جزء اساسي من شخصية المريض والتي اصبحت يشعر بالعجز الدائم والمتفق مع الدخل القليل الذي يعجز عن تلبية الاحتياجات الضرورية كمتطلبات الاستشفاء قبل العملية، وبعدها، ويرجع القلق عند منخفضي الدخل الى

خوفهم على توفير المقدار الاقل للمعيشة اضافة الى صعوبة تكاليف الحياة، وعلى عكس ذلك فان ارتفاع الدخل يوفر نوع من الامان والاطمئنان على اليوم والغد، ومن واقع الخبرة فان اغلب المرضى واثناء جمع الاستبانات تحدثوا عن إنزعاج دائم بسبب الاستمرار بالفحوصات والعلاجات اثناء فترة التشافي بعد العملية، ومن الملاحظ ان 70.3% يقل دخلهم عن 2499 شيكل وان الناظر الى متطلبات العلاج والمتابعة بعد العملية ليلمس ان هذا المبلغ لا يكفي تكلفة مراجعات الاطباء فضلا عن الفحوصات والعلاجات وبرامج التأهيل، وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة المتعلقة بمتغير العمل وكلاهما تدعمان بعضهما البعض.

نتائج الفرضية العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى.

يتبين من الجدول (23.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة القلق حالةً وسمة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى، حيث كانت الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05) وهي غير دالة إحصائياً، وبناء عليه تم قبول الفرضية الصفرية العاشرة.

تتفق النتيجة مع دراسة الهمص (2010)، حيث بين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين متغير الأمراض الأخرى. ويرى الباحث أن حدث العملية بحد ذاته حدث هام ورئيسي وما سوف يتبع العملية ايضاً لا يقل اهمية عن العملية نفسها، هذا كله يلغي أي اعتبار لاي شيء اخر وبالتالي لم يكن هناك تأثير لوجود امراض اخرى، وإن معظم المرضى الذين يتم ادخالهم لعملية القلب بالغالب لا يعانون من امراض اخرى خطيرة وذلك لان الجراح لا يجري العملية عندما تكون فرص الشفاء قليلة وذلك لان هناك تنافس كبير بين الجراحين لان المستشفيات التي تجري العملية بالمعظم مستشفيات خاصة وتهتم بنتائج إيجابية للمرضى حفاظاً على سمعتها الطبية. أما بخصوص سمة القلق فأن وجود المرض عبر سنوات يجعل من المريض متهيء وقلق سواء رافق ذلك مرض او لا، ويبدو ان مرض القلب والحاجة الى العملية تعتبر حدث يشد انتباه الفرد تجاهه مهملًا وجود امراض اخرى او عدم وجودها، وبالرجوع الى الاستمارات التي جمعت من المرضى اشارت ان اغلب المرضى الذين اوردوا امراض اخرى كانت هي امراض ضغط الدم او فشل في عضلة القلب او جلطة او سكري او امراض عيون

حيث ان بعضها يعتبر من امراض القلب التي اجريت العملية من اجلها او كانت امراض بسيطة كأمراض العيون.

4.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث والذي نصه: ما درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس؟
وقد تفرع عن السؤال الثالث الاسئلة الفرعية التالية:

1.4.5 ما هو تقديرك لمستوى معيشتك (جودة حياتك)؟

يتضح من بيانات الجدول (24.4) أن الدرجة الكلية لتقدير البالغين الخاضعين لعملية القلب في الضفة الغربية والقدس لمستوى معيشتهم (جودة حياتهم) جاءت بدرجة "متوسطة".

2.4.5 ما مدى رضاك عن وضعك الصحي بشكل عام؟

يتضح من بيانات الجدول (25.4) أن الدرجة الكلية لدرجة رضا البالغين الخاضعين لعملية القلب في الضفة الغربية والقدس عن وضعهم الصحي بشكل عام جاءت بدرجة "متوسطة".

3.4.5 ما جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب في الضفة الغربية والقدس؟

يتضح من الجدول (26.4) أن درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب في الضفة الغربية والقدس كانت متوسطة على الدرجة الكلية، كما يتضح من الجدول أن أهم أبعاد جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تمثلت في بعد العلاقات الاجتماعية معبرا عن درجة كبيرة، وجاء في المرتبة الثانية بعد (الصحة النفسية) معبرا عن درجة متوسطة، وفي المرتبة الثالثة جاء بعد (الصحة البيئية) معبرا عن درجة متوسطة أيضاً، بينما كان بعد (الصحة الجسمية) أقلها معبرا عن درجة متوسطة أيضاً.

في البداية لا بد من الإشارة الى ان مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح لا يشكلون مجموعة متجانسة وذلك عائد الى نوع الخلل وألية اصلاحه الجراحية فمنهم من يتم إصلاح وزراعة صمام وآخر تغير مجرى الشريان التاجي وآخر اصلاح تشوهات قلبية وهذا يجعلهم مجموعة مختلفة، ويتبع ذلك اختلافات في الاجراءات الجراحية المتبعة.

تتفق النتيجة مع دراسة ابوحشيش وآخرون (2009)، ويرى الباحث ان نتيجة الرضا عن الوضع الصحي جاءت بالدرجة المتوسطة كدلالة على ان المرضى مازلوا لا يشعرون بالتحسن المرجو

بعد العملية ومن الملاحظ أن هناك عدد لا بأس فيه من المرضى يعودون للمشفى بعد اجراء العملية بفترة بسبب مضاعفات العملية او عدم الالتزام من قبل المريض بما طلب منه وهذا يجعل احساسه بحسن الوضع الصحي متوسط.

ويعرض والتر وآخرون (1992) خلاصة عدد كبير من الابحاث وعلى عدد كبير من المرضى متطرقين لجودة الحياة من عدة نواحي للذين خضعوا لعملية القلب بانواعها المختلفة، وهذه النواحي متمثلة ب(الحالة الفسيولوجية، الفعالية الذهنية، الحالة العاطفية الانفعالية، القيام بالدور الاجتماعي، والرضا والقبول العام)، وقدم الكاتب عدد من الدراسات المتعلقة بجودة الحياة لاشهر انواع جراحات القلب المفتوح وهي استبدال الصمام VR، او تغيير الشريان التاجي CABG، وتصليح التشوهات القلبية الخلقية CHD، وزراعة القلب HT، عارضا للجوانب الايجابية والسلبية المترتبة على اجراء العمليات وهذا بدوره يظهر النظرة المتوازنة لما يحدث للمريض بعد اجرائه العملية كلا حسب اجرائه الجراحي، وهنا يرى الباحث ان المرضى صرحوا انهم قد تخلصوا من بعض الاعراض السابقة والتي ارهقتهم ولكن في المقابل ظهرت بعض المشاكل الجديدة بعد العملية وهذا يتفق مع ما أورده (Walter et al., 1992)، ويدعم ظهور النتيجة بالدرجة المتوسطة.

وبالاعتماد على الادب النظري فان جودة الحياة تمثل من المنظور الطبي التأثير الوظيفي للمرض ونتائج العلاج كما يدركها المريض، وبالتالي فإن تحسين الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض بحيث يصلون لدرجة من الرضا والسعادة وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية يعطي دلالة جودة حياة افضل وكل ذلك حسب ادراك المريض وكيف يعطي ذلك معنى (Schipper & et.al., 1990)، وهنا يرى الباحث ان تقديم العلاج الجراحي لامراض القلب المختلفة يؤدي الى تحسن، وتختلف درجة الشعور بهذا التحسن من مريض الى اخر وتعتمد على ما يقدره المريض تقديرا ذاتيا. وإن تعريف جودة الحياة لمرضى القلب الخاضعين لعملية القلب تعتبر من المهام الصعبة، ويجب ان تحدد من وجهة نظرهم كمرضى خضعوا لعملية كبيرة ولربما لها اثار انية ومستقبلية، فهم الذين يدركون معنى العجز والالم، كما ان رضاهم عن الحياة ورفاهيتهم وادراكهم بعد العملية هو المعيار الاساسي في جودة حياتهم، ولا شك بان مرضى القلب الخاضعين للعملية لا يتمتعون بمستوى مكافئ لنظرائهم العاديين على كافة الصعد حيث انه ومن المفترض ان هذه التجربة تؤثر سلبا على جودة حياتهم اذا ما ارتبطت بإدراكاتهم ومعتقداتهم السلبية، ولكن في المقابل سيكون هناك تقييم ذاتي متوسط او

مرتفع للجودة الحياة اذا ما شعر الفرد بتحسن ناتج من العملية وتختلف درجة مستوى الجودة بالاعتماد على درجة التحسن في جميع ابعاد الجودة الجسمية والنفسية والبيئية والاجتماعية.

فحينما يجد الفرد نفسه متفرجا على الحياة لا يستمتع بماديتها فانه قد يعاني من قلق واحباط فما بالنا بمريض القلب بعد العملية الجراحية الذي وربما سيشعر بالعجز بالمقارنة مع باقي الافراد العاديين وهذا يقوده الى الاحباط وانخفاض جودة الحياة الذاتية او جعلها بالحدود المتوسطة لديه نتيجة لمدركاته السلبية لذاته او لمحيطه، ومن هنا كان من المهم الانتباه الى المتغيرات النفسية كالقلق وغيره كمحددات لجودة الحياة، وبالتالي فاننا بالامكان ان نفسر ما يحدث لمريض القلب بعد العملية الجراحية من سوء تواصل ومشكلات نفسية وانخفاض قدرته على التكيف او التوافق النفسي مع بيئته المحيطة يرجع الى طبيعة العملية وادراكاته لها وكل ذلك يقودنا الى مستوى متوسط من جودة الحياة.

إن جودة الحياة تعتمد على مجموعة من المفاهيم منها التوقعات والطموح فالمريض الذي يضع التشافي والصحة في راس المثلث الهرمي لديه ثم يتوقع ويطمح بان تكون نتائج العملية ايجابية فان اكثر ما يكون سعيدا حينما تحقق العملية شفاء تاما له وهذا بدوره سيؤثر تأثيرا كبيرا على جودة حياته.

كما يُعتقد بتأثر جودة الحياة عند مرضى القلب بمستوى الموارد والمصادر المتاحة والضغط البيئية وبالتالي فمن اجل دعم وتحسين جودة الحياة لديهم يجب الاهتمام بالظروف الفردية والبيئية وتحسين الموارد وتقليل الضغوط، واجراء الدعم والمساندة والتثقيف المناسب كما أشار كل من أحمد (2008)، جاكسون (2010)، شالوك (2002)، عبدالمعطي (2005)، الهمص (2010).

إن العملية حسنت من حالة المرضى السابقة حيث اختفت الكثير من الاعراض ولكن ما زال يوجد بعض الاشكاليات كالاتهابات ومشاكل في النوم والعمل وهذا جعل الدرجة للبعد الجسمي تأتي على الحدود المتوسطة، أما بخصوص البعد النفسي فقد أظهرت الدراسة أن لديهم درجة متوسطة من القلق وبعض المشاعر السلبية وفي المقابل صرحوا بان العملية كانت الحل الوحيد والشافي لمعاناتهم النفسية والجسدية، كما ان التشابه في المعتقدات الدينية والروحية بينهم والقائمة على ان المرض هو ابتلاء من الله ليختبر الصابر بدوره جعل هذا البعد يأتي في الحدود المتوسطة. اما البعد الاجتماعي فإن الناظر الى الواقع الثقافي العربي لينظر كيف يولي الجميع

للمريض الالهية والمساندة والتعاطف وهذا يتفق مع ما اورده عزب (2004) نقلا عن بيترمان وسيلا (Peterman & Cella, 2000)، بان الاستقرار الأسري والتواصل الداخلي الجيد، والعلاقات الطيبة التي يسودها الالفة والمحبة وكذلك التواصل الاجتماعي له دور مهم في جودة الحياة، ويُفسر ظهور نتيجة بعد العلاقات الاجتماعية كأعلى درجة من ابعاد الجودة إلى أن جميع المرضى يعيشون في مجتمع تحكمه العادات والتقاليد والقيم الدينية، التي تدعو إلى مساندة المريض، وهذا ايضا يتفق مع الطبيعة الفلسطينية التي تولي المريض اهتماما خاص، اضافة الى ان 72% من افراد العينة هم متزوجون وهذا بدوره يحقق الدعم الاسري الذي توليه العائلة للمريض، وان الناظر الى تعريف جودة الحياة التابع لمنظمة الصحة العالمية (1998) ليلمس اهتمامها بالمحددات الثقافية والاجتماعية في تحديد الجودة وهذا يتضح من حصول جودة الحياة الاجتماعية عند المرضى على اعلى الدرجات منسجما بذلك مع المحدد الثقافي الذي يولي المريض مكانة خاصة وهامة في مجتمعنا الفلسطيني. وأما البعد البيئي فإن غالبية المرضى عانوا من حيث الموارد المالية والانشطة الترفيهية والرعاية الصحية والاجتماعية وخاصة بعد اجراء العملية وهذا بدوره جعل جودة الحياة البيئية تأتي متوسطة.

وبناء على ما سبق يتضح درجة جودة الحياة على ابعادها الثلاث بالدرجة المتوسطة، في حين كان بعد العلاقات الاجتماعية عالي، ويشير الجراح (أحمد دروزة، كانون أول 2011) ان المريض يحتاج حتى يدرك التحسن الطارئ عليه بعد العملية الى ما يزيد عن عدة شهور وان الناظر الى العينة ليلمس ان 88% تقريبا هم دون 6 شهور وبالتالي قد يؤثر ذلك على تقديرات المرضى للنتائج الكلية للعملية في تحسين ابعاد الجودة الكلية

إن القلق جاء بعد العملية بالدرجة المتوسطة وهذا ينسجم بجعل جودة الحياة لديهم متوسطة وخاصة ان التعريفات السابقة للجودة راعة البعد النفسي واطارة الى اهمية تطلعات الفرد ومستوى الاستقلالية وعلاقة ذلك كله بما يخرج بالمستقبل من احداث مترابطة اضافة الى ضرورة الاشباع المادي والمعنوي واحداث التوافق لاحداث درجة جودة مرتفع.

5.5 نتائج السؤال الرابع والذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى α ($0.05 \geq$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغيرات (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى التعليمي، والعمل، والمستشفى، والوقت بعد إجراء العملية، والدخل الشهري، وان كان المبحوث يعاني من أمراض أخرى)؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (11-20) وفيما يلي مناقشة النتائج:

نتائج الفرضية الحادية عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس.

يتبين من الجدول (27.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الجنس على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (العلاقات الاجتماعية)، وقد كانت الفروق لصالح (الذكور)، وبناء عليه تم رفض الفرضية الحادية عشر على الدرجة الكلية وعلى باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة في حين تم قبولها على بعد العلاقات الاجتماعية.

تتفق مع دراسة ابوحشيش وآخرون (2009)، دراسة احمد (2007)، دراسة يونس (2005)، دراسة (Lindquist & et al., 2003)، دراسة (Klersy & et al., 1997)، دراسة (Tou, N. & et al. 2000). حيث جاءت هذه النتيجة موافقة ومتطابقة مع نتيجة القلق حالة وسمة لدى النساء، حيث أشار البحث الى انهن يعانين من درجة قلق اعلى من الرجال وهذا يشير ان المشاكل النفسية تؤدي الى جودة حياة اقل، وربما يكون أحد أسباب ارتفاع الضغوط عند النساء الخاضعات للعملية هو تأثير المرض على دخلهن المالي والمستوى الاقتصادي للأسرة او فقدانهن العمل إلى الأبد ان كنا عاملات وهذا يؤثر على ابعاد الجودة البيئي والجسمي.

إن ذلك الانخفاض في جودة الحياة لدى الاناث يرجع الى مركزية وحيوية دور المرأة إضافة الى ما تتحمله المرأة الفلسطينية من متاعب الحياة والصبر على العيش والتغيرات التي تمر بها خلال فترات حياتها المختلفة وكذلك الانشغال الدائم بحال الاولاد والزوج وخاصة انها تخوض عملية كبيرة ذات مخاطر وايضا نظرة المجتمع والخوف من المستقبل العائلي بأنها ستصبح عاجزة عن اداء مهامها وادوارها المختلفة كزوجة وام وراعية منزل وكل ذلك يجعل منها اقل جودة من الزوج، في حين لم يتأثر بعد العلاقات الاجتماعية لان المريض وبغض النظر عن جنسه وبحكم الثقافة السائدة يتلقى الدعم الاجتماعي والمساندة الاسرة الكاملة وخاصة لان العملية تعتبر عملية رئيسية وخطيرة، وتعود نظرة المجتمع للعملية بانها كبيرة وخطيرة ومعقدة وكل ذلك يدفعهم الى المساندة والتعاطف الكامل، ويوضح عزب (2004) نقلا عن بيترمان (Peterman & Cella, 2000) بان للجودة الحياتية عدة محاور وابعاد ومنها التوازن العاطفي والذي يتمثل في التحكم في الانفعالات

كالقلق والحزن وغيره وهذه دالة هامة على مقدار التمتع بالحياة، والانثى اقل تحكما بعواطفها وانفعالاتها كما أشار شيهان (1988) وهذا يجعل منها اقل شعورا بالجودة. كما ان الاستقرار الاقتصادي والمتمثل في دخل الفرد الذي يساعده في التمتع وادارة شؤون حياته اليومية، وهذا سببا لخفض الجودة عند النساء وذلك لطبيعة المجتمع الفلسطيني التي يقل فيها المرأة العاملة حيث ان النساء عندما يخضعن لهذا النوع من العمليات يكن في عمر متقدم في الغالب ويفتقدن الدعم المالي وخاصة ان الدخل لغالبية الافراد هو تحت 2499 شيكل. كما أن التواءم الجنسي والمتمثل في ان صورة الجسم والرضا عن المظهر الخارجي للفرد يشكلان بعد مهم من ابعاد جودة الحياة النفسية (عزب، 2004)، فالتشوّه الناتج عن العملية الجراحية والآثار الجانبية للعلاج والتي لها علاقة بصورة الجسم ك فقدان جزء مهم من أنوثتها وهذا بعد مهم من ابعاد الجودة النفسية، وإن هذا الجانب يشكل عند النساء بعد مهما يفوق نظرة الرجال ويرتبط هذا بالبعد الاجتماعي والثقافي عند العرب، وبالتالي قد تؤدي العملية الى سوء رضى عن المظهر الخارجي مما يؤثر على بعد الجودة لديهن، كما ان النساء وبحكم واقع العادات والتقاليد يخضعن لعدد من القيود المتعلقة بالتجوال والتنقل باريحية وكذلك المشاركة في الانشطة الترفيهية وغيرها وهذا بدوره يجعل من جودة البعد البيئي اقل من الرجال.

نتائج الفرضية الثانية عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر.

يتضح من الجدول (29.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمر، سواء على الدرجة الكلية أو على باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الثانية عشر على الدرجة الكلية وعلى باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة.

تتفق مع دراسة الهمص (2010)، وتختلف مع دراسة (Klersy & et al., 1997)، دراسة شكرون وآخرون (1996)، دراسة (Tou, N. & et al. 2000). حيث يتضح من العينة ان هناك ما يقارب 62% هم فوق 50 سنة وبالتالي تتشابه معظم العينة في الصفات وهذا ما جعل الجودة لم تختلف ولم تتأثر بالعمر، وأن الجودة وكما أشير سابقا لها بعد ذاتي في التقييم والتقدير ونظرا للتشابه في العمر والمستوى التعليمي عند معظم ظهرت هذه النتيجة، كما وإن اكتساب الخبرة

لدى الفئة العمرية الأكبر سناً مما يحسن من أسلوب إدراكهم لجودة الحياة وابعادها المختلفة ويجعلهم أكثر عقلانية وموضوعية في إدراك الجودة، وهذا يتفق مع غالبية العينة.

نتائج الفرضية الثالثة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

يتضح من الجدول (31.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، سواء على الدرجة الكلية أو على باقي الأبعاد الأخرى لجودة الحياة، وتبعاً لذلك تم قبول الفرضية الثالثة عشر على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى للجودة.

اختلفت النتيجة مع دراسة احمد (2007). وتبين من خلال هذه الدراسة الى أنه يشابه 72% من حجم العينة بالحالة الاجتماعية وهذا يقود الى عدم تأثير هذا العامل على جودة الحياة، ومن هنا يرى الباحث ضرورة دراسة اثر الزواج او الحالة الاجتماعية على جودة الحياة في البيئة الفلسطينية المتعلقة بالمرضى.

نتائج الفرضية الرابعة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير مكان السكن.

يتضح من الجدول (34.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعاً لمتغير مكان السكن على بعد (العلاقات الاجتماعية) أن الفروق كانت بين المرضى الذين مكان سكنهم (وسط الضفة) وبين المرضى الذين مكان سكنهم (جنوب الضفة) لصالح المرضى الذين مكان سكنهم (وسط الضفة)، وكذلك بين المرضى الذين مكان سكنهم (جنوب الضفة) وبين المرضى الذين مكان سكنهم (قطاع غزة) لصالح المرضى الذين مكان سكنهم (قطاع غزة)، وكانت الفروق تبعاً لمتغير مكان السكن على بعد (الصحة البيئية) بين المرضى الذين مكان سكنهم (جنوب الضفة) وبين المرضى الذين مكان سكنهم (قطاع غزة) لصالح المرضى الذين مكان سكنهم (قطاع غزة)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية

الصفريّة الرابعة عشر على ابعاد العلاقات الاجتماعيّة والصحيّة البيئيّة في حين تم قبولها على بعد الصحة الجسديّة والنفسية والدرجة الكلية.

إن وسط الضفة والمتمثل في رام الله والبييرة والقدس وقراهم ما زال يحتفظ بجودة حياة أعلى على صعيد البعد الاجتماعي للأسباب التالية:

- وجود المقاهي والنوادي والمنتزهات وهذا كله بدوره يحدث عدد من العلاقات الاجتماعيّة.
- وجود تدفق بشري على مدينة رام الله والبييرة وذلك بسبب تمركز الشركات الكبرى والمقرات الحكوميّة وحيث ان معظم الوافدين يأتون بغرض العمل وهذا يوجد نوع من العلاقات الاجتماعيّة من خلال العمل.
- هناك عدد كبير في هذه المنطقة من الوافدين لأغراض العمل وبالتالي يميلون الى تكوين علاقات اجتماعية بديلة.
- كون المرأة عنصر مهم في بناء العلاقات الاجتماعيّة وهناك غالبية من النساء العاملات في مدينة رام الله والبييرة وهذا بدوره يولد علاقات اجتماعية متنشعبة.
- من المعروف عن رام الله والبييرة ان هناك عدد كبير يتجه الى السفر والعيش في امريكا وهذا يجعل جزء من العائلة هنا وبالتالي يرغب الابناء والاهل بتقديم افضل دعم اجتماعي لاهاليهم خلال فترة مرضهم كنوع من تعويض فترة الغياب.
- ان وحشية الاحتلال وتمزيقه للبنية المجتمعية الفلسطينية جعل القدس ومناطق التماس تعمق من علاقاتهم الاجتماعيّة كنوع من الحماية، وكذلك فإن وجود الجدار الفاصل جعل الناس يصرون على التواصل رغبتا في مراغمة المحتل الاسرائيلي وكنوع من الصمود والثبات، كل ذلك جعل من جودة الحياة على البعد الاجتماعي في وسط الضفة اعلى من جنوبها.

اما بخصوص جودة الحياة على الصعيد البيئي:

يتكون البعد البيئي من 8 مجالات كما أشار أحمد (2008) نقلا عن مقياس منظمة الصحة، وقد أظهر سكان غزة جودة حياة أعلى من سكان جنوب الضفة وذلك يرجع الى عدة اسباب:

- طبيعة الوضع القائم في غزة والاعتداءات الوحشية للاحتلال والكثافة السكانية جعلت هناك حراك دولي ومحلي واقليمي لدعم الوضع المادي والصحي والاجتماعي، اما بخصوص العمليات فقد صرح المرضى بأنها تُؤمّن لهم مجانا وبالتالي لا يقلقون بالتبعية المالية.

- يخلق البحر بيئة طبيعية للترفيه والمتعة والنقاهاة وهذا ما تختص به غزة.
- الانفتاح على مصر يشكل نوع من الحرية وسهولة الذهاب والاياب دون تعقيدات.
- يوفر للمرضى طرق آمنة لتسهيل الوصول الى الضفة لاجراء العملية اضافة الى الاقامة الفندقية للمريض والمرافقين حتى انتهاء العلاج الطبي كاملا.
- أن قطاع غزة يتمتع بقدر افضل من السلع واسعارها المتدنية بالمقارنة مع الضفة الغربية.
- هناك تقارير اخبارية يومية عبر الاعلام المرئي والمسموع صرحت بأن الوضع الامني الداخلي في غزة مستتب وهناك شعور بالامن والامان.
- تأقلم كثير من السكان على ظروف الحياة غير الطبيعية التي يعيشونها حتى اصبح كثير من الامور الغير مألوفة في العالم طبيعية ومألوفة في غزة ويفسر ذلك ما تكلمت به النظرية السلوكية عن فقد الحساسية التدريجي.

ولم يظهر فروق على البعد الجسمي والنفسي ويعود ذلك الى تشابه المرض والية المعالجة، كما ان الكل يملك امل في الشفاء والتخلص من معانات المرض الطويلة، إضافة الى أن الجميع تأثرت انشطته الحياتية اليومية تبعاً للعملية، وكذلك الالم والاجهاد والعجز، وعلى الصعيد النفسي فان التشابه في المعتقدات الدينية ادى الى تشابه بينهم، كما ان صورة الجسم والمظهر الخارجي يتأثر عند الجميع بفعل العمل الجراحي للصدر والقدم.

نتائج الفرضية الخامسة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

يتضح من الجدول (37.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعاً لمتغير المستوى التعليمي على بعد (الصحة الجسمية) أن الفروق كانت بين المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وبين المرضى الذين مستوى تعليمهم (جامعي فأكثر) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (جامعي فأكثر) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (جامعي فأكثر). وكانت الفروق تبعاً لمتغير المستوى التعليمي على بعد (الصحة النفسية) بين المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وبين المرضى الذين مستوى تعليمهم (ثانوي، ودبلوم) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (ثانوي، ودبلوم)، وكانت الفروق تبعاً لمتغير المستوى التعليمي على الدرجة الكلية لجودة الحياة بين المرضى الذين مستوى تعليمهم (إعدادي فما دون) وبين المرضى الذين مستوى تعليمهم (دبلوم) لصالح المرضى الذين مستوى تعليمهم (دبلوم). وهذا

يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الخامسة عشر على الدرجة الكلية وعلى ابعاد الصحة الجسمية في حين تم قبولها على بعد العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية.

يعتقد الباحث ان الاكثر معرفة ودرجة علمية بالغالب يعمل ويملك استقلالية مادية ولديه المقدرة على العمل في جوانب اسهل من الاقل تعليم الذي بالغالب يكون يعمل عمل شاق، اضافة الى معرفته الاكثر بما يتعلق بالمرض والعملية وكيفية المساعدة الطبية ويتعلم اليات التخلص من المشاكل المترافقة بعد العملية ومنها مشاكل النوم وغيرها وبالتالي درجة جودة اعلى على الصعيد الجسمي، كما ان الاكثر معرفة ودرجة علمية هو الاقدر على التفكير والتعليم والتركيز والتذكر كما ان العلم بحد ذاته يحسن من صورة الذات وتقدير الشخص لذاته وهذا ينسجم مع البعد النفسي للمريض وايضا فإن تعامل الطاقم الطبي مع المريض المتعلم الجامعي يكون افضل من غيره من واقع خبرة الباحث لسهولة التواصل، وهذا يرفع درجة الجودة على الصعيد النفسي. ويشير عبدالمعطي (2005) بان لجودة الحياة مظاهر ومنها ادراك الفرد للقوى والامتضانات الحياتية واحساسه بمعنى الحياة، ويعتقد الباحث ان هذا المظهر يزداد مع ارتفاع معرفة وتعليم الفرد، اما شالوك (2002) Schalock فيشير الى ان هناك مجالات لجودة الحياة ومنها النمو الشخصي: التعليم، الكفاءة، والاداء وهذا يتفق مع الاكثر تعليما.

ولكن بالنسبة للمريض في مرحلة الاساسي فما دون فيعاني من ضغوط أعلى لأن معلوماتها غير كافية فتكون مشوشة، وهذا يؤدي بها إلى الاضطراب النفسي والتشاؤم والارتباك والشعور بالخوف وتعظيم الآثار الجانبية للمرض والعلاج، وبالتالي اقل جودة على الصعيد الجسمي والنفسي والدرجة الكلية. وهذا بدوره يتفق مع نتيجة ظهور القلق لديهم اكثر من ذوي المستويات التعليمية الاقل.

نتائج الفرضية السادسة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير العمل.

يتضح من الجدول (40.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير العمل على بعد (الصحة الجسمية) والدرجة الكلية لجودة الحياة أن الفروق كانت بين المرضى الذين (يعملوا) وبين المرضى الذين (لا يعملوا)، وأحيانا يعملوا، والمرضى الذين عزلهم المرض عن العمل) لصالح المرضى الذين (يعملوا).

أيضا كانت على بعد (الصحة الجسمية) بين المرضى الذين (أحيانا يعملوا) وبين المرضى الذين (الذين عزلهم المرض عن العمل) لصالح المرضى الذين (أحيانا يعملوا)، أيضا كانت الفروق تبعا لمتغير العمل على أبعاد (الصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، الصحة البيئية) أن الفروق كانت بين المرضى الذين (يعملوا) وبين المرضى الذين (لا يعملوا) لصالح المرضى الذين (يعملوا). أيضا كانت على بعد (الصحة البيئية) بين المرضى الذين (لا يعملوا) وبين المرضى الذين (عزلهم المرض عن العمل) لصالح المرضى الذين (عزلهم المرض عن العمل). وبناء على ذلك تم رفض الفرضية السادسة عشر على الدرجة الكلية وعلى باقي الأبعاد.

ويشير عبدالمعطي (2005) بان لجودة الحياة مظاهر ومنها العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال، واشباع الحاجات والرضا عن الحياة، اما شالوك (Schalock, 2002) فيشير الى ان هناك مجالات لجودة الحياة ومنها السعادة المادية، وبناء عليه فإن الذي يعمل يحقق مورد مالي افضل وبالتالي يستطيع استخدام هذه الموارد في تحسين جودة حياته المتعلقة بالانشطة الحياتية وتوفير العلاجات لتخلص من الألم والعناء المتعلق بالعملية وكذلك مراجعة الاطباء والحصول على المشورة الطبية التي تحسن من وضعه الصحي كما ان القدرة على العمل هي من ابعاد جودة الحياة الجسمية كما تشير منظمة الصحة العالمية (1998)، اضافة الى ان الذي يعمل هو شخص اصبح قادر بعد العملية على العمل وبالتالي فان من المفروض ان تكون جودة حياته الجسمية افضل. كما ان الذين يعملون احيانا يتمتعون بجودة حياة جسمية افضل من الذين عزلهم المرض عن العمل وهذا يدل على عمق الخلل الجسمي الذي اصيبهم فمنعهم من العمل وبالتالي فان الذي يعمل احيانا هو يملك قدرة جسمية على العمل حتى وان كانت مؤقتة.

وبخصوص البعد النفسي والاجتماعي فان العمل يحسن من صورة الذات لدى المريض ويجعل من العمل الية تكيف تبعده عن العجز والشعور بالمرض وتحسن من نظرة الاخرين اليه كما ويجعله اكثر تواصل مع الاخرين من خلال علاقات العمل والعلاقات الشخصية وهذا بدوره يجعل الذي يعمل يتمتع بجودة حياة نفسية واجتماعية اعلى. اما بخصوص لذين عزلهم المرض عن العمل فهم يتمتعون بجودة حياة بيئية افضل من الذين لا يعملون اصلا ويرجع ذلك الى ان الذي عزله المرض عن العمل يدل على انه كان يعمل في فترة ما من حياته وبالتالي كان يملك موارد مالية ونوع من الامان المادي افضل من الذي لم يعمل اصلا كما وانه قد يكون يملك تامين صحي يخفف عليه من النفقات الباهضة للعلاج وهذا كله يندرج حسب منظمة الصحة العالمية تحت البعد البيئي لجودة الحياة.

نتائج الفرضية السابعة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير المستشفى.

يتضح من الجدول (43.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير المستشفى على بعد (العلاقات الاجتماعية) أن الفروق كانت بين مرضى مستشفى (المقاصد الخيرية) وبين مرضى مستشفى (العربي التخصصي، والميزان/الخليل). أيضا كانت بين مرضى مستشفى (الأهلي/الخليل) وبين مرضى مستشفى (العربي التخصصي، والميزان/الخليل) لصالح مرضى مستشفى (العربي التخصصي، والميزان/الخليل) تبعا لمتغير المستشفى على بعد (الصحة البيئية) بين مرضى مستشفى (المقاصد الخيرية) وبين مرضى مستشفى (نابلس التخصصي، والميزان/الخليل) لصالح مرضى مستشفى (نابلس التخصصي، والميزان/الخليل). وبين مرضى مستشفى (الأهلي/الخليل) وبين مرضى مستشفى (نابلس التخصصي) لصالح مرضى مستشفى (نابلس التخصصي). أيضا كانت الفروق تبعا لمتغير المستشفى على (الدرجة الكلية) بين مرضى مستشفى (المقاصد الخيرية) وبين مرضى مستشفى (نابلس التخصصي، والعربي التخصصي) لصالح مرضى مستشفى (نابلس التخصصي، والعربي التخصصي، والميزان/الخليل)، وبين مرضى مستشفى (الأهلي/الخليل) وبين مرضى مستشفى (نابلس التخصصي) لصالح مرضى مستشفى (نابلس التخصصي). وبناء عليه تم رفض الفرضية على ابعاد العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية والدرجة الكلية في حين تم قبولها على ابعاد الصحة الجسمية والنفسية.

يوصي الباحث بعمل دراسات اخرى لمعرفة الأسباب الكامنة خلف هذه الفروق في ابعاد جودة الحياة تبعا لمتغير المستشفى.

نتائج الفرضية الثامنة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الوقت بعد إجراء العملية.

يتضح من الجدول (46.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية على بعد (العلاقات

الاجتماعية) أن الفروق كانت بين المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (اقل من شهر) وبين المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (شهر - شهرين، وثلاثة أشهر - ستة أشهر، و أكثر من ستة أشهر) لصالح المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (اقل من شهر). أيضا كانت الفروق تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية على بعد (الصحة البيئية) بين المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (اقل من شهر) وبين المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (شهر - شهرين، وثلاثة أشهر - ستة أشهر) لصالح المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (اقل من شهر). كما وكانت الفروق تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية على (الدرجة الكلية) بين المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (اقل من شهر) وبين المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (شهر - شهرين) لصالح المرضى الذين مضى على إجراءاتهم العملية (اقل من شهر)، وبناء عليه تم رفض الفرضية على ابعاد العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية والدرجة الكلية في حين تم قبولها على ابعاد الصحة الجسمية والنفسية.

ان هذه النتيجة تتسجم مع التواصل الاجتماعي الذي يبلغ اقصاه في الشهر الاول من العملية حيث ان جميع المرضى يعيشون في مجتمع تحكّمه العادات والتقاليد والقيم الدينية، التي تدعو إلى مساعدة ومساندة المريض، وهذا ايضا يتفق مع الطبيعة الفلسطينية التي تولي المريض اهتماما خاص يجعل الجميع داعم ومساند للمريض اثناء اقامته في المشفى وبعد عودته الى البيت وبالتالي جاءت النتيجة منسجمة مع جودة حياة افضل على الصعيد الاجتماعي في الفترة الاولى بعد العملية، وهذا ايضا ينسجم مع ان المريض بعد العملية يمكنه قرابة الاسبوعين او اكثر في المشفى وهناك يكون الدعم الطبي والتمريضي على اوجه ويلبى للمريض معظم متطلباته وعلى كافة الصعد، وبعد عودة المريض الى البيت وبدأ العودة الى سابق حياته تتناقص العلاقات الاجتماعية شيئا فشيئا وخاصة ان بعض المرضى يظهر قلق بسبب مخافة الرفض بسبب انه قد يكون عنصر ازعاج وقلق لغيره وخاصة انهم بحاجة ماسة للمساعدة بعد العملية وتسبب لهم العملية احيانا نوع من الاعتمادية وقد تؤدي بعض الاعراض والتي تظهر بعد فترة من العملية كالمضاعفات الى تدهور القدرة على الانجاز والعمل، وتؤثر على التوافق الاجتماعي والمهني والاسري، اما على جانب البعد البيئي فان جودة حياة المرضى وكما يرى الباحث تكون افضل في الشهر الاول ويرجع ذلك لعدة اسباب:

تقوم العائلة بتوفير المواصلات للمريض اثناء عودته الى البيت من المشفى ويمكنه فترة بعد العملية في البيت وهذا كله يجعله لا يدرك المشاكل المرتبطة بطبيعة التنقل والتي سيحتاج اليها عند المراجعة الدائمة للطبيب والتي تبدأ بعد هذه الفترة، اضافة الى الاحتياج المادي اثناء بدأ

مرحلة المراجعة والمتابعة وبالعادة تبدأ هذه المرحلة بعد فترة الشهر وفي حال كانت الامور في الوضع الطبيعي فان المريض بعدها لا يحتاج الى مراجعات كثيرة وهذا ما جعل فترة الأكثر من شهر هي الفترة الاقل جودة على الصعيد البيئي. كما يرى الباحث ان هذه النتيجة انسجمت مع ارتفاع مستوى القلق في الاشهر التالية بعد الشهر الاول وبالتالي انخفضت جودة الحياة في حين ان الشهر الاول اتصف بمستوى قلق اقل بالمقارنة مع باقي الفترات.

نتائج الفرضية التاسعة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الدخل الشهري.

يتضح من الجدول (49.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق تبعا لمتغير الدخل الشهري على بعد (الصحة الجسمية والصحة البيئية، والدرجة الكلية لجودة الحياة) بين المرضى الذين معدل دخلهم (اقل من 1500 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم (1500-2499 شيكل، و2500-3499 شيكل، و أكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم (1500-2499 شيكل، و2500-3499 شيكل، و أكثر من 3500 شيكل). أيضا كانت تبعا لمتغير الدخل الشهري على بعد (الصحة النفسية) بين المرضى الذين معدل دخلهم (اقل من 1500 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم (2500-3499 شيكل، و أكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم (2500-3499 شيكل، و أكثر من 3500 شيكل). وكانت على بعد (الصحة النفسية والصحة البيئية، والدرجة الكلية) بين المرضى الذين معدل دخلهم (1500-2499 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم (أكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم (أكثر من 3500 شيكل). كما كانت على بعد (الصحة البيئية) بين المرضى الذين معدل دخلهم (2500-3499 شيكل) وبين المرضى الذين معدل دخلهم (أكثر من 3500 شيكل) لصالح المرضى الذين معدل دخلهم (أكثر من 3500 شيكل)، وبناء عليه تم رفض الفرضية على الدرجة الكلية وعلى باقي الأبعاد.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة يونس (2005). ويرى الباحث أن انخفاض الدخل كما ظهر يرتبط بمعدل اعلى للمشاكل النفسية وعلى راسها القلق وبالتالي فان ذلك يقود الى تدهور البعد النفسي ومن ثم الجسمي للمرضى من ذوي الدخل المنخفض، وان التأقلم الجيد يؤدي بالمريض الى الراحة النفسية ومن ثم الجسمية والبيئية، وبالتالي الى تكوين ذات ايجابية، والى تقبل ذاته، وتقبل

الآخرين، واتخاذ أهداف واقعية، وبناء على ذلك فإن ارتفاع المستوى الاقتصادي للأسرة يزيد من متطلبات أفرادها ويحسن من مستوى معيشتهم، كما يزيد من تلبية الاحتياجات الكمالية التي يطلبونها، في المقابل فإن المرضى أصحاب الدخل الشهري المتدني لا يكادون يحصلون على إحتياجاتهم الأساسية وهذا يقود الى جودة أقل.

نتائج الفرضية العشرون: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى.

يتبين من الجدول (50.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب في الضفة الغربية والقدس تعزى لمتغير الأمراض الأخرى على الدرجة الكلية وبعدي (الصحة النفسية، والصحة الجسمية)، وقد كانت الفروق لصالح (الذين لا يعانون من أمراض أخرى)، وبناء عليه تم رفض الفرضية الصفرية العشرون على الدرجة الكلية وبعدي (الصحة النفسية، والصحة الجسمية)، في حين تم قبولها على بعد العلاقات الاجتماعية والصحة البيئية.

نتفق مع دراسة أبوحشيش وآخرون (2009)، حيث اظهرت النتائج ان هناك علاقة سلبية بين جودة الحياة ووجود الامراض المزمنة لدى مرضى القلب مثل ارتفاع الضغط ومرض السكري. وأظهرت دراسة (Rantanen & et al., 2009)، ان المرضى كان لديهم جودة حياة اقل من الاخرين الهامين في حياتهم بعد العملية، وبخصوص المرضى كان هناك عوامل هامة مؤثرة وهي الاعراض المرتبطة بمرض القلب والتي تؤثر على الاجهاد الجسمي، وامراض اخرى مرتبطة.

ويعرف بونوما (Bonomi et al, 2000) جودة الحياة بأنها مفهوم واسع يتأثر بامور متداخلة كالنواحي الذاتية والموضوعية، مرتبط بالحالة الصحية والنفسية ومدى الاستقلال والعلاقات الاجتماعية للفرد بالاضافة الى العلاقة مع البيئة التي يعيش فيها (عكاشة، سليم، 2010)، وبناء عليه فان تأثر الوضع الصحي بأمراض متعددة يؤدي الى عرقلة الحالة الصحية والتي بدورها تؤدي الى انخفاض في جودة الحياة النفسية والجسمية.

أما فيما يتعلق بوجود أمراض أخرى أو إعاقات، فإن الفروق جاءت لصالح من لا يعانون من أمراض أخرى أو إعاقات، ويرى الباحث أن تعدد الأمراض تزيد من خبرة المرض لدى المريض والمتعلقة بالأمراض وتعقيدات الأدوية والعلاجات، كما ويزيد من احساس المريض بالأعراض الجانبية المؤلمة التي من الممكن أن تظهر نتيجة كثرة الامراض، حيث أن المريض يعاني من أمراض أخرى وأعراض جانبية أخرى وتعقيدات علاجية، مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون سوى من مرض واحد فإن خبرتهم في التعامل مع المرض وتعقيدات الأدوية والآثار الجانبية للمرض تكون اقل، من هنا يكون هذا مؤثر على تكيفهم وجعله سلبيا بالمقارنة بالمرضى الذين لا يعانون من أكثر من مرض فيكون تكيفهم افضل. وهنا يتبين أنه كلما كان المريض يعاني من أكثر من مرض كلما انهكت دفاعاته النفسية وكان تكيفه منخفض، وذلك نتيجة الخبرة السيئة التي اكتسبها المريض في تعامله مع المرض السابق وخاصة اننا نتناول مرضى يعانون من امراض خطيرة كأمراض القلب القاتلة، أما إذا كان المريض لا يعاني من أمراض أخرى فإن دفاعاته النفسية تكون في اوجها، كما أن خبرته في التعامل مع المرض تكون جيدة، وبالتالي يكون تكيفه مرتفع.

اما بخصوص البعد الاجتماعي والبيئي فكليهما لم يتأثر بالامراض الاخرى المرافقة وذلك لان الدعم الاجتماعي ويحكم التقاليد والعادات يساهم في الدعم والمآزره للمريض دون النظر الى طبيعة الامراض الاخرى وخاصة ان عملية القلب تعتبر عملية كبيرة وذات مخاطر، اما ما يخص البعد البيئي فقد جاءت النتيجة على عكس ما توقع الباحث ويبدو ان وجود امراض اخرى لا يؤدي الى تأثير على البعد البيئي لجودة الحياة وهنا يوصي الباحث بعمل دراسة لإستكشاف الاسباب خلف هذه النتيجة.

6.5 السؤال الخامس والذي نصه: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى α ($0.05 \geq$) بين متوسطات القلق (حالةً وسمةً) وبين جودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الصفرية الحادية والعشرون:

نتائج الفرضية الحادية والعشرون: لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى القلق (حالةً وسمةً) وجودة الحياة لدى البالغين من مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس.

يتضح من الجدول (51.4) أن العلاقة بين القلق (حالةً وسمةً) هي علاقة إيجابية دالة إحصائياً، والعلاقة بين القلق (حالةً وسمةً) وبين أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية لجودة الحياة هي علاقة سلبية دالة إحصائياً، والعلاقة بين أبعاد جودة الحياة وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة هي علاقة إيجابية دالة إحصائياً.

القلق حالة وسمة:

ويلاحظ من النتائج وجود تداخل منطقي بين القلق حالة وسمة حيث ان النتائج كشفت عن ان درجة حالة وسمة القلق متشابهه عند جميع المرضى، وهذا يتفق مع رأي سبيلبرجر في ان الافراد ذوي الدرجة المرتفعة على سمة القلق يظهروا ارتفاعا في حالة القلق لديهم بتكرار اعلى بالمقارنة الى الافراد ذوي الدرجة المنخفضة على سمة القلق، ذلك انهم يميلون الى تأويل مدى واسع من المواقف على انها خطيرة ومهددة (عايد، 2006). واورد ميخائيل (2003) وانسجاما مع نظرية سبيلبرجر أنه كلما كانت سمة القلق على درجة عالية من الشدة لدى الفرد ازداد احتمال ظهور ارتفاع في حالة القلق في المواقف المهددة لهذا الفرد وبصورة عامة يظهر الاشخاص الذين تكون لديهم سمة القلق على درجة عالية من الشدة ارتفاعا في عدد حالات القلق مقارنة بالاشخاص الذين تكون لديهم سمة القلق على درجة متدنية من الشدة (عايد، 2006).

إن ارتباط القلق حالة وسمة ارتباطا ايجابيا ينسجم وطبيعة الفرد الذي يميل الى تفسير الامور على انها مهددة وخطيرة وخاصة اذا مست جوهر وجوده كما يفعل المرض وكما تفعل امراض القلب والتي ترتبط بالحياة او الموت، وهذا ينسجم ايضا مع بعض سمات الافراد الذين يعانون من امراض لفترة طويلة مما يجعل من المرض دافعا سلوكيا دائما للفرد.

القلق وابعاد الجودة:

تتفق مع دراسة (Douki & et al. 2011)، دراسة (Pfaffenberger,2010)، دراسة (et al., 2010) ودراسة (Guanghui & Tully& et.al, 2009)، دراسة احمد (2007)، دراسة يونس (2005). ويرى الباحث بأن جودة الحياة قائمة على منظور ذاتي للفرد المريض يجعله يشعر بالتنعم والرفاهية لجميع جوانبه الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية، وان وجود الضغوط النفسية وعلى راسها القلق ليقف حائلا لتحقيق ذاك النوع من التنعم والرفاهية وبالتالي جودة حياة منخفضة كلما ارتفع القلق حالنا وسمة، وليس ادل على ذلك من التشابه الذي ابرزته النتائج حول مستوى القلق

حالة وسمة ومستوى جودة الحياة، حيث اتضح ان ثلاثهما جاء بالمقدار المتوسط وهذا يوحي بدرجة التأثير بينهم، إضافة الى ان ابعاد الجودة الاربعة، النفسية والجسمية والاجتماعية والبيئية، تتأثر بالقلق حيث ان الاضطرابات السيكوسوماتية ما هي الا اضطرابات جسمية ذات منشأ نفسي فالقلق يؤثر على البعد الجسمي والنفسي كما انه وهذين الاخرين يؤثران على الابعاد المتبقية للجودة. ويؤثر القلق على الحالة النفسية والجسمية وهذا ما اورده عكاشة (2003) عند تناوله لاعراض القلق، كما انه يؤثر على الجانب الاجتماعي والبيئي كما أشار عزب (2004).

اشارت دراسة (Rymaszewska & et al., 2003) الى انه بالرغم من ان عملية القلب تعتبر عامل منبه ومثير لبعض الاستجابات النفسية والجسمية عند المرضى، الا انها تعطي نتائج جسمية ايجابية، وانه في حال ظهرت اعراض الاكتئاب والقلق بعد العملية فسوف تؤدي الى تدهور أداء المريض النفسي والاجتماعي وجودة الحياة. ويعزو الباحث تلك العلاقة الى التخوف والقلق بعد العملية بشكل عام وكذلك الشعور ببعض الاعراض كألم الصدر وكذلك صعوبة التنقل والتجوال وتوقع المضاعفات وهذا يؤثر على ابعاد جودة الحياة المختلفة.

أبعاد الجودة والدرجة الكلية لجودة الحياة:

جودة الحياة مفهوم مترابط كما اشارت منظمة الصحة العالمية (1998) وتعرفها بأنها عملية التظافر بين جوانب الفرد المختلفة كما أضافت بأنها إدراك الناس إلى مواقعهم في الحياة، وبذلك تشمل الكثير من المكونات التي ترتبط مع تطلعات الفرد. ويرى الباحث بأن الجودة بابعادها المختلفة الجسمية والنفسية والبيئية والاجتماعية هي ابعاد تكمل بعضها بعض وتتظافر فيما بينها للحصول على نتيجة تتفق مع اعلى جودة ممكنة في حين تتعثر الجودة في حال تعثر احد ابعادها وبالتالي فإن حاصل هذه الابعاد يؤدي الى المحصلة النهائية لجودة الحياة.

إن الكيان الانساني كيان متجانس الابعاد ومتضافر البنية وعليه فإن البعد الذاتي والذي يدرك من خلاله الفرد اوضاعه الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية هو الذي يحدد تكامل هذه الابعاد وفي حال حدوث خلل في بعد فإن ذلك يؤثر على تجانس الفرد وتناسقه، أما من الناحية الموضوعية فالابعاد الاربعة هي ابعاد متصلة ومترابطة ويؤثر كل منها بالآخر وهذا ما اشار اليه كاظم والبهادلي (2005) في عرضهم لتعريفات جودة الحياة وكذلك ما تطرق له عزب (2004) حول محاور وابعاد الجودة، وما اشارت اليه احمد (2008) في عرضها لابعاد الجودة من منظور منظمة الصحة العالمية.

7.5 التوصيات

يوصى الباحث وبناءً على ما توصل إليه من نتائج بما يلي:

1. تعطي نتائج هذه الدراسة الفرصة للعاملين الصحيين للإستفادة منها وخاصة الممرضين والأطباء في أقسام العناية القلبية الجراحية وكذلك أصحاب القرار في وزارة الصحة.
2. الاستفادة من أدوات هذا البحث لإجراء بحوث ودراسات مستقبلية تعود بالإيجابية على تلك الشريحة المهمة والمتصاعدة وعلى إختلاف أنواع أمراض القلب.
3. ضرورة وضع برامج إرشادية مختصة لتحسين الوضع النفسي وخفض القلق (حالةً وسمةً) وتحسين جودة الحياة بجميع أبعادها للمرضى وخاصة المريضات مما ينعكس ايجابيا على نتائج العملية والوضع الصحي العام.
4. على الكادر التمريضي والطبي ان يكون واعيا ومدركا للقلق (حالةً وسمةً) والمتعلق بعملية القلب وخاصة أنه جاء بالدرجة المتوسطة وتدريب الطاقم للتعامل معه ورصد المرضى الأكثر حاجة للتدخل، وتحسين مهاراتهم في التواصل مع المرضى.
5. بناء وتقديم برامج إرشادية وتنقيفية تتعلق بتوجيه المرضى إلى كيفية التعامل مع آثار المرض والعملية كالقلق وتحسين جودة حياتهم، وبخاصةً الاناث، ذوي المستوى التعليمي المنخفض، والذين لا يعملون، وذوي الدخل المنخفض، وبعد فترة من العملية، والذين يعانون من امراض اخرى مرافقة.
6. العمل على تقديم المعلومات الخاصة بطبيعة المرض والعملية والفحوصات الطبية والعلاجات اللازمة قبل العملية وبعدها للمساعدة في احداث التكيف، وذلك من قبل الكادر الطبي وعن طريق النشرات التنقيفية المطبوعة والمرئية.
7. إرشاد الأسرة وخصوصاً الزوج إلى كيفية التعامل مع زوجته المريضة وتقبلها، وتشجيعها للتعبير عن مشاعرها وقلقها بعد العملية.
8. إجراء دراسات مستقبلية تتعلق بطبيعة الضغوط النفسية والاجتماعية والجسمية والبيئية التي يعاني منها المرضى بعد العملية.
9. توصي الدراسة وزارة الصحة والمستشفيات التي تجري العملية توفير برامج وفعاليات تحت إشراف مختصين بالإرشاد والعلاج النفسي، لمساعدة المرضى في توجيه انفعالهم، والتعامل مع الضغوط النفسية والقلق الناتج عن المرض والعملية، وكذلك توفير أخصائيين نفسيين

لكل أقسام العناية القلبية المكثفة بحيث يتعاملون بشكل مباشر ومستقل مع المرضى لتقليل القلق (حالةً وسمةً) وتحسين جودة الحياة بكل أبعادها.

10.توصي الدراسة وزارة الصحة الى ضرورة بناء قاعدة بيانات كاملة تحتوي البيانات الديمغرافية وانواع العمليات القلبية للمرضى الذين يجرون العمليات في المستشفيات الخاصة والحكومية.

11.يوصي الباحث وزارة الشؤون الاجتماعية توفير معونات مادية للمرضى الذين لا يعملون، وذوي الدخل المنخفض والذين أظهروا مستويات قلق أعلى وجودة حياة أقل.

12.يوصي الباحث المؤسسات الأهلية العاملة في مجال الصحة النفسية توفير برامج داخل المؤسسات تكون موجهة لهذا النوع من المرض وخاصة الذين أظهروا معدلات قلق أعلى وجودة حياة أقل لمساعدتهم على التكيف مع العملية وتقليل القلق وتحسين جودة حياتهم.

13.متابعة المرضى الذين خضعوا للعملية بعد شهر وأكثر وهي الفترة التي اظهرت قلق وانخفاض جودة.

8.5 بحوث مقترحة

تقترح الدراسة الحالية بما توصلت إليه من نتائج إلي بعض الموضوعات التي تستحق الاهتمام بها ودراستها:

1. دراسة القلق وجودة الحياة لدى مرضى القلب الذين يعانون من أمراض قلبية مختلفة ويحتاجون تدخلات جراحية مختلفة (كامراض الصمامات وامراض الشرايين القلبية وغيرها) تبعا لنوع المرض (دراسة مقارنة).
2. دراسة القلق وجودة الحياة لدى أنواع مختلفة من الامراض المزمنة (دراسة مقارنة).
3. اجراء دراسة لمعرفة الاسباب الكامنة خلف ارتفاع القلق حالة وسمة وانخفاض جودة الحياة لديهم بعد عدة شهور من العملية.
4. دراسة القلق وجودة الحياة عند هذه الشريحة عبر فترات زمنية مختلفة والمقارنة بينهم.
5. دراسة القلق والجودة لدى مرضى القلب الخاضعين للعملية من جوانب ومتغيرات اخرى.
6. دراسة الاسباب التي تكمن خلف القلق حالة وسمة لدى مرضى القلب الخاضعين للعملية.
7. اجراء دراسات لمعرفة معدل انتشار القلق حالة وسمة عند هذه الشريحة.
8. اجراء بحث تطبيقي لمعرفة مدى أثر برنامج علاج معرفي سلوكي على مرضى القلب لتحسين جودة حياتهم وخفض قلق الحالة والسمة ما بعد العملية.
9. دراسة العوامل التي تحسن جودة الحياة لدى مرضى القلب الخاضعين للعملية.
10. يوصي الباحث بعمل دراسات اخرى لمعرفة الأسباب الكامنة خلف الفروق في ابعاد جودة الحياة المختلفة تبعا لمتغير المستشفى، الجنس، السكن، المدة بعد العملية.
11. فحص العلاقة بين امراض القلب وقلق الحالة والسمة.
12. فحص أثر العملية على تحسين جودة حياة مرضى القلب خلال فترات زمنية مختلفة.
13. دراسة القلق وجودة الحياة لدى مرضى القلب على إختلاف أنواعهم وتدخلاتهم الجراحية.
14. دراسة أثر العمر على جودة الحياة بإستخدام عينات عمرية مختلفة وكافية.
15. دراسة أثر الزواج أو الحالة الاجتماعية على جودة الحياة بأبعاده المختلفة في البيئة الفلسطينية المتعلقة بالمرض على عينة مقارنة.
16. يوصي الباحث بدراسة العلاقة بين أمراض مختلفة وأبعاد الجودة الاربعة كدراسة مقارنة.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- إبراهيم، ع. (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، ط1. دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
- إبراهيم، م. وآخرون (1973): المعجم الوسيط، ط2. دار المعارف، القاهرة.
- ابن منظور، م. (ب. ت): لسان العرب، دار المعارف، القاهرة.
- أحمد، ب. (2007): جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بقلق الموت والاكتئاب لدى المسنين. قسم علم النفس، جامعة أم القرى.
- أحمد، ب. (2008): تعريب مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة"، قسم علم النفس، جامعة أم القرى.
- الأشول، ع. (2005): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي. المؤتمر العلمي الثالث للإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، 15-16 مارس 2005. جامعة الزقازيق، مصر. ص ص 3-13.
- البحيري، ع. (1984): اختبار حالة وسمة القلق للكبار، كراسة تعليمات، مكتبة النهضة المصرية، جامعة أسيوط.
- تونسي، ع. (2002): القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة. كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، السعودية. (رسالة ماجستير غير منشورة)
- جابر، ج.، كفاي، ع. (1988): معجم علم النفس والطب النفسي، ج1، دار النهضة العربية، القاهرة.
- الحجازين، ب. (2002): تحري شكل العلاقة بين القلق ودافعية الانجاز والتحصيل لدى طلبة الصف الأول الثانوي في مدارس لواء القصر. جامعة مؤتة، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة)
- حسين، ع. (2007): العلاج النفسي المعرفي . مفاهيم وتطبيقات، ط1. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
- الحفار، س. (1983): علم السرطان البيئي: "المعرفة بالداء طريق الوقاية والشفاء"، دار الفكر، الطبعة الأولى. دمشق.

- الحموز، ع، م.(2006): الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالقلق لدى طلبة جامعات الضفة الغربية في فلسطين، جامعة القدس، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة)
- حوالة، م. (1991): القلق الأخلاقي وعلاقته بالقيم والمفاهيم الدينية لدى شرائح من الشباب المصري الجامعي. جامعة عين شمس، القاهرة. (رسالة ماجستير غير منشورة)
- الخالدي، أ. (2009): المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
- الداھري، ص. (2005): مبادئ الصحة النفسية، ط1. دار وائل للنشر، الأردن.
- الرشيدى، ب. وآخرون (2001): اضطراب القلق، ط1. سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، المجلد التاسع، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت.
- رضوان، س. (2002): الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- رضوان، س. (2009): الصحة النفسية ، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- زهران، ح. (1979): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3. عالم الكتب، القاهرة.
- زهران، ح. (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3. عالم الكتب، القاهرة.
- الزيود، ن. (2008): نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ط2. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
- السباعي، ز.، عبدالرحيم، ش. (1991): القلق وكيف تتخلص منه، دار القلم، بيروت.
- السيد، ف. (1974):الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، ط3. دار الفكر العربي، القاهرة.
- الشاذلي، ع. (2001): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2. المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- الشحاتيت، ن. (2006): دراسة مقارنة للمصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها ببعض العوامل النفسية، جامعة القدس، فلسطين. (رسالة ماجستير غير منشورة)
- الشرقاوي، م. (1983): علم الصحة النفسية، دار الطباعة والنشر، بيروت.
- شريت، أ. (2008): الصحة النفسية بين الاطار النظري والتطبيقات الاجرائية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، مصر.
- شيفر، ش.، ميلمان، ه. (1989): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة، ترجمة نسيمه داوود وآخرون. منشورات الجامعة الأردنية، عمان.

- شيهان، د. (1988): مرض القلق، ترجمة عزت شعلان، عالم المعرفة، مطابع الرسالة، الكويت.
- عبدالخالق، أ. (1991): أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- عبدالخالق، أ. (2005): قياس الشخصية، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة.
- عبدالمعطي، ح. (2005): الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. المؤتمر العلمي الثالث "الانتماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة"، 15-16 مارس 2005. كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر. ص ص 13-23.
- عبد الوهاب، أ. (2006): "السعادة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المراهقين من الجنسين". مجلة البحوث النفسية والتربوية، السنة الثانية والعشرين، 2. ص ص: 253-307.
- عثمان ، ف. (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية ، ط1. دار الفكر العربي، القاهرة.
- عثمان، ف، ا. (1993): "أنماط القلق وعلاقتها بالتخصص الدراسي والجنس والبيئة لدى طلاب الجامعة أثناء أزمة الخليج". علم النفس، 25، ص ص 38-53.
- العزة، س. (2004): تمييز الصحة النفسية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- عكاشة، أ. (1988): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عكاشة، أ. (2003): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة، مصر.
- غرابية، إ. (2003): فاعلية برنامج عقلائي إنفعالي في رفع درجة قوة الأنا وخفض حدة القلق لدى عينة من المراهقين، جامعة عين شمس ، القاهرة. (رسالة دكتوراه غير منشورة)
- فرويد ، س. (1983): الكف والعرض والقلق، ترجمة محمد نجاتي، ط 4. دار الشروق، القاهرة.
- فلسطين، وزارة الصحة الفلسطينية (2010): التقرير السنوي الصحي، وزارة الصحة الفلسطينية، رام الله.
- فهمي، م. (1997): الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف، ط 2. مكتبة الخانجي، القاهرة.
- الفيومي، م. (1985): القلق الإنساني. الطبعة الرابعة. دار الفكر العربي، القاهرة.
- القاضي، و. (2009): قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة. كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين. (رسالة ماجستير غير منشورة).

- القريطي، ع. (1998): في الصحة النفسية، ط1. دار الفكر العربي، القاهرة.
- كفاي، ع. (1990): الصحة النفسية، هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان، القاهرة، مصر.
- اللحياني، س. (1996): مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية (مكة- جدة - الطائف)، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة. (رسالة ماجستير غير منشورة)
- مرسي، ك. (1979): القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة: دراسة تجريبية، دار النهضة العربية، القاهرة.
- الملا، س. (1977): الصحة النفسية، دار المعارف، القاهرة.
- موسى، ك. (1978): القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة. كلية التربية، جامعة الكويت، دار النهضة العربية، القاهرة.
- المومني، و. (2001): استراتيجيات التدبير لضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعة الأردنية. الجامعة الأردنية، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة)
- النيال، م. (1991): "الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها". مجلة الدراسات النفسية، القاهرة، مجلد1، 1. ص ص 37- 53.
- الهروط، ه. (2000): أنماط التعلق وعلاقتها بالقلق والكفاءة الاجتماعية في مرحلة الطفولة المتأخرة. الجامعة الأردنية، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة)
- الهمص، ص. (2010): قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقتها بجودة الحياة، كلية التربية، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية. (رسالة ماجستير غير منشورة)
- يونس، إ. (2005): المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكري وتأثيرها على جودة الحياة في غزة، جامعة القدس، فلسطين. (رسالة ماجستير غير منشورة).

- American Psychiatric Association (1994): **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)**, 4th ed., Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000): **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV-TR)**, 4th ed., Washington, DC.
- Bojar, R. (2005): **Manual of perioperative care in adult cardiac surgery**, 4th ed. Blackwell Publishing, Inc., 350 Main Street, Malden, Massachusetts 02148-5018, USA.
- Cassem, N., Fricchione, G. Jellinek, M., Rosenbaum, J., Stern, T. (2004): **Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry**, 5th ed., Philadelphia, Mosby.
- Cofer, C., Apply, M. (1984): **Motivation: Theory and research**. New York, Joy Wiley & Sons.
- Jackson, C. (2010): **Work-Related Quality of Life**, Health Research Consultation Center, Oxford University Press.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross cultural correlates of life satisfaction and self esteem. **Journal of Personality and Social Psychology**. 68, pp. 653-663.
- Edgerton, J., Campbell, R., (1994): **American Psychiatric Glossary**, 7th ed., Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., p.18.
- Hornby, S. (1989): **Oxford advanced learner's dictionary**, Oxford University Press, England.
- Higgs, T., (2007): "Measuring & understanding the well-being of south Africans: Everyday Quality of in south Africa". **Social Indicators Research**. Vol. 81 2. PP. 331-356.
- Karlsson, A., Johansson, M., Lidell, E. (2005): "Fragility-the price of renewed life. Patients experiences of open heart surgery". **European Journal of Cardiovascular Nursing**, 4, 290-297.
- King, C., Hinds, P. (1996): **Quality Of Life From Nursing and Patients Prospective**, Jones and Bartlett Publishers, Canada
- Lugo, J., Hershy, G. (1979): **Human Development**, Macmillan Publishing Co. In., New York.
- Monte, C. (1987): **Beneath The Mask: An Introduction To Theories Of Personality**, Holt, Rinehart and winson, Inc , New York.

- Oltmanns, F., Thomas, R. (1998): **Abnormal Psychology**, Second Edition, Prentice Hal.
- Reine, G. & et al. (2003): “Depression and Subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. **Act Psychiatrica Scandinavica**.vol.108, PP.297-303
- Rootman, I., & et al. (1992): **Development of an approach and instrument package for measure quality of life of persons with developmental disabilities**, Center of health promotion, Toronto.
- Rubin, Richerd.(2000): **diabetes quality of life** ,biabetes spectrum ,vol. 13 num,(p21) Looksmart.com. looksmart Ltd, USA .
- Ryff,C. & et al. (2006): “Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates?”. **Psychotherapy Psychosomatics**, 75, pp. 85–95.
- Schalock, V. (2002): **Handbook of Quality of life for human Service Practitioners**. American Association on Mental Retardation Washington, DC.
- Schipper, H., Clinch, J., Powell, V. (1990) **Definitions and conceptual issues**, In B.spilker (Ed) **Quality Of Life In Clinical Trials**.New York: Raven.
- Scott, A. (2004): Managing anxiety in ICU patients: The role of preoperative information provision. **Nursing in Critical Care**, 9(2), pp. 72-79.
- Taylor, S. & Bogdan R. (1996): **Quality of life and the individual’s perspective. In Quality of Life: Conceptualisation and measurement**. Ed. R. Schalock. American Association on Mental Retardation. Washington D.C.
- Vreeke, G.J., Janssen, S., Resnick, S., & Stolk J. (1997): The quality of life of people with mental retardation. **Int J Rehabil Res**,
- Webster, (1991): **Webster’s ninth new collegiate dictionary**. Philippines: Merriam Webster Inc.
- Word Health Organization, (1998): **Word Health Report 1998: life in the 21 st century: A Vision for All** , WHO, Geneva

المواقع الإلكترونية العربية:

- أبو حشيش، م. المصطفى، ع. (2009): "جودة الحياة بالصحة لدى مرضى القلب في مركز الملكة عليا لأمراض وجراحة القلب". *المجلة الطبية الأردنية*، المجلد 44، 3. ص ص 282-289.
(<http://journals.ju.edu.jo/JMJ/article/viewFile/1949/1935>, 18.3.2012)
- أبو حلاوة، م. (2010): جودة الحياة المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، مصر. (18.3.2012). (<http://vipedu.us/?page=details&newsID=58&cat=19>)
- حسن، ن. (2010): "جودة الحياة لدى طلبة الجامعات". *صحيفة الحوار المتمدن الإلكترونية*، 3152.
(<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=231771>, 18.3.2012)
- سعيد، ط.، نيازي، غ.، الماس، ش.، (2011): الشخصية من النمط D بوصفها منبأ بجودة الحياة ومرض القلب التاجي، *المجلة الصحية لشرق المتوسط*، المجلد 17، 1. منظمة الصحة العالمية.
(<http://www.emro.who.int/publications/emhj/17/01/article7.htm>, 18.3.2012)
- شمسان، م. (2008): "دراسة للقلق العام لدى عينة من طلاب جامعة عدن". *مجلة دراسات وبحوث تربوية*، جامعة تعز، 4. ص 137.
(http://taizuniversity.net/index.php?option=com_k2&view=item&id=1283:%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF-%D8%A7%D9%84%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%B9-%D9%85%D8%AC%D9%84%D8%A9-%D8%A8%D8%AD%D9%88%D8%AB-%D9%88%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA-%D8%AA%D8%B1%D8%A8%D9%88%D9%8A%D8%A9&Itemid=1039&lang=ar, 18.3.2.12)
- عبدالرحمن، س. (2008): استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، الرياض.
(http://www.gulfkids.com/pdf/Deaf_GA2.pdf, 18.3.2012)
- عزب، ح. (2004): برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر "التعليم للجميع"، كلية التربية، جامعة حلوان، مصر. 28-29 مارس 2004. ص ص 575 - 605.
(<http://www.minshawi.com/vb/threads/5859-%D8%AD%D8%B5%D8%B1%D9%8A%D8%A7-%D9%84%D9%84%D9%85%D9%86%D8%B4%D8%A7%D9%88%D9%8A...%D8%B1%D8%B3%D8%A7%D8%A6%D9%84-%D9%85%D8%A7%D8%AC%D8%B3%D8%AA%D9%8A%D8%B1-%D9%88%D8%AF%D9%83%D8%AA%D9%88%D8%B1%D8%A7%D9%87-%D9%83%D8%A7%D9%85%D9%84%D8%A9...%D8%B6%D8%B9-%D8%B7%D9%84%D8%A8%D9%83-%D9%87%D9%86%D8%A7.../page21>, 18.3.2012)

- عزت، م. (2005): دليل العناية التمريضية في جراحة القلب المفتوح، الرابطة السورية للأمراض وجراحة القلب. (http://www.scvanet.org/?page=ShowBook&Id=1, 19.3.2012).
- عزت، م. (مترجم)(2005): العناية المشددة في جراحة القلب والصدر، الرابطة السورية للأمراض وجراحة القلب. (http://www.scvanet.org/?page=ShowBook&Id=6, 15.5.2011).
- عسكر، ع. (2000): ضغوط الحياة النفسية وأساليب مواجهتها(الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق)، ط1. دار الكتب الحديث للنشر، مصر/الجزائر/الكويت. (http://dar.bibalex.org/webpages/mainpage.jsf?PID=DAF-Job:95185&q=, 18.3.2012)
- عكاشة، م.، سليم، ع. (2010): العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية. المؤتمر العلمي السابع "جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية"، 13-14 أبريل 2010. كلية التربية، جامعة كفر الشيخ، مصر. (http://www.gulfkids.com/pdf/Jawdah_Saleem.pdf, 18.3.2012).
- الغندور، م. (1999): أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي "جودة الحياة"، جامعة عين شمس، القاهرة. 10-12 نوفمبر 1999. ص 1 - 177. (http://www.4shared.com/office/TX7mtjOf/__.html, 18.3.2012)
- كاظم، ع.، البهادلي، ع. (2005): "جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العُمانية والليبيين" دراسة ثقافية مقارنة"، مجلة الأكاديمية العربية المفتوحة، الدنمارك، 3. ص ص 67 - 87. (http://www.ao-academy.org/docs/third_issue_1.doc, 18.3.2012)
- موقع منظمة الصحة العالمية، (2006) (http://www.who.int/mediacentre/events/2006/world_heart_day/ar/index.html, 28.7.2011)

المواقع الإلكترونية الأجنبية:

- Chocron, S., Philippe, J. (1996): “prospective study of quality of life before and after open heart operations”. **The society of thoracic surgeon**, **61**, pp.153-157. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8561543>, 5.10.2011)
- Douki, Z., Vaezzadeh, N., Shahmohammadi, S. (2011): “Anxiety Before and after Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: Relationship to QOL”. **Middle-East Journal of Scientific Research**, **7**, **1**. 103-108. ([http://idosi.org/mejsr/mejsr7\(1\)11/17.pdf](http://idosi.org/mejsr/mejsr7(1)11/17.pdf), 5.10.2011)
- Duits, A., Duivenvoorden, H., Taams, M. & Mochtar, B., Krauss, X., Passchier, J., Erdman, R., (1998): The course of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery, **Journal of Psychosomatic Research** Vol. 45, Issue **2**, PP.127-138. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399997003073>, 26.10.2011)
- Fitzsimons, D., Parahoo, K., Richardson, S.G. Stringer, M. (2003): “Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: qualitative and quantitative analysis”. **Heart & Lung**, **32**, **1**. PP. 23-31. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571545>, 19.3.2012)
- Gallagher, r., McKinley, S. (2007): “Stressors and Anxiety in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery”. **American Journal of Critical Care**, **16**, 248-257. (<http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/3/248.full.pdf+html>, 5.10.2011)
- Guanghui, L. et al. (2010): “the relationship of anxiety symptoms to the quality of life in patients with acute coronary syndrome”. **Heart** ;VOL.96.283. (http://heart.bmj.com/content/96/Suppl_3/A89.1.full.pdf?sid=8928a22e-ccca-49f7-a9a3-91a6f1f598b8, 26.10.2011)
- Hoyer, J., Eifert, G., Einsle, F., Zimmermann, K., Krauss, S., Knaut, M., Matschke, K., Kollner, V., (2008): “Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery”. **Journal of Psychosomatic Research**, Vol. 64, Issue **3**. PP.291-297. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399907004072>, 20.10.2011)
- Karlsson, A., (2008): **OHS and its consequences for well being- the perspective of patients, relatives and health care professional**, University of Gothenburg. (http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/10149/2/gupea_2077_10149_2.pdf, 27.10.2011)
- Klersy, C., Collarini, L., Morellini, M., Cellino, F., (1997): Heart surgery and quality of life: a prospective study on ischemic patients, **European Journal of Cardio-Thoracic Surgery**, Vol. 12, Issue **4**. PP.602-609.

- (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1010794097001991>, 25.9.2011)
- Koivula, M., Tarkka, MT., Tarkka M., Laippala P., Paunonen-Ilmonen M., (2002): “Fear and anxiety in patients at different time-points in the coronary artery bypass process”. *Int J Nurs Stud*, 39(8):811-22.(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12379299>, 25.10.2011)
 - Lie I., Arnesen H., Sandvik L., Hamilton G., Bunch EH., (2010): “Predictors for physical and mental health 6 months after coronary artery bypass grafting: a cohort study”. **Eur J Cardiovasc Nurs.** 9(4). PP. 238-43.(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20219433>, 20.10.2011)
 - Lindquist, R., et al. (2003): “Comparison of health-related quality-of-life outcomes of men and women after coronary artery bypass surgery through 1 year: findings from the POST CABG Biobehavioral Study”, **American Heart Journal**, Vol. 146, Issue 6, PP. 1038-1044.(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002870303004514>, 22.11.2011)
 - Markou, A., Jager, M., Noyez, L.,(2011): The impact of coronary artery disease on the quality of life of patients undergoing aortic valve replacement, **Interact CardioVasc ThoracSurg**;13:128-132.(<http://icvts.ctsnetjournals.org/cgi/content/full/13/2/128>, 25.10.2011)
 - Markou A., Selten K., Krabbe PF, Noyez L.,(2011): Quality of life one year post myocardial revascularization and aortic valve replacement in patients aged 70 year or older, **JCardiovascSurg**,(Torino);52(4):pp.601-7.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21792165>, 24.10.2011)
 - McCann, U., Fauerbach, J., Thombs, B., (2005): “Anxiety and cardiac disease”. **Primary Psychiatry**, 12(3), PP. 47-50.(http://mbldownloads.com/0305PP_McCann.pdf, 19.3.2012)
 - Merkouris A, Apostolakis E, Pistolas D, Papagiannaki V, Diakomopoulou E, Patiraki E.(2009): Quality of life after coronary artery bypass graft surgery in the elderly, **Eur J Cardiovasc Nurs.**, 8(1):74-81.(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18424183>, 25.10.2011)
 - Moser, D. & Riegel, B. & McKinley, S. & Doering, L. & An, K. & Sheahan, S. (2007): Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction. **Psychosomatic Medicine**, 69(1), 10-16.
(<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/69/1/10.abstract>, 20.3.2012)
 - Pfaffenberger N, Doering S, Puffinger P, Höfer S, Alber H, Ruttman E, Günther V, Kopp M., (2010): [Health-related quality of life, anxiety and depression before and after coronary artery bypass grafting,**Wien Med Wochenschr.**:160(1-2):44-53.(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20229161>, 20.10.2011)

- Pozuelo, L., Zharg, J. (2008): "anxiety and heart disease", **Neuroscience pathways**, p.34-35.
(https://my.clevelandclinic.org/Documents/Neurological_Institute/Fall2008_Neuroscience_Pathways.pdf#page=36, 21.3.2012)
- Rantanen A., & et al. (2009): "Patients' and significant others' health-related quality of life one month after coronary artery bypass grafting predicts later health-related quality of life", **Heart Lung the journal of critical care**, 38(4), pp.318-329.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19577703>, 25.10.2011)
- Rymaszewska J., Kiejna A., Hadryś T., (2003): "Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients", **Eur Psychiatry**.18(4),pp.155-60.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12814847>, 22.10.2011)
- Stewart-Brown, S. (2000): **Parenting, well-being, health & disease**, Buchanan, A., & Hudson, B.(eds). Promoting Children's Emotional Well-being, Oxford University press.
(http://bookstore.aaid.org/BookChapterExcerpt%5CHandbk_Human_Service.pdf, 20.3.2012).
- Tully PJ., Baker RA., Knight JL. (2008): Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery, **J Psychosom Res**, 64(3):285-90.(
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18291243>, 22.10.2011)
- Tully PJ, Baker RA, Turnbull DA, Winefield HR, Knight JL.,(2009): Negative emotions and quality of life six months after cardiac surgery: the dominant role of depression not anxiety symptoms, **J Behav Med.**, 32(6):510-22.
(<http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed?term=Negative%20emotions%20and%20quality%20of%20life%20six%20months%20after%20cardiac%20surgery:%20the%20dominant%20role%20of%20depression%20not%20anxiety%20symptoms>, 22.10.2011)
- Vaughn, F., Wichowski, H., & Bosworth, G., (2007).Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? (Clinical report). **AORN Journal**. Retrieved, from <http://www.encyclopedia.com/printable.aspx?id=1g1:161011252>
- Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. (2003): Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept, **Scientific World Journal**. , 13;3, pp. 1030-1040.(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14570993>, 20.3.2012)

- Viars, J. (2009): “Anxiety and open heart surgery”. **Medsurg Nurs**; Vol18 Num(5): pp. 283-5, 291. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19927964>, 2.4.2011)
- VINGERHOETS, G. (1998): “Perioperative Anxiety and Depression in Open-Heart Surgery”, **Psychosomatics**:39(1):30–37 (<http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/39/1/30>, 26.10.2011)
- Walter, p., et al. (1992):” Quality of life after open heart surgery”, **quality of life research**,vol1,pp.77-83. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Quality%20of%20life%20after%20open%20heart%20surgery%2016-18%20May%201991.%20>)

الإتصالات الشخصية

- أحمد دروزة (نيسان 2011): معلومات حول جراحة القلب في فلسطين. إتصال شخصي.
- ممرضتي أقسام العناية القلبية والعمليات (كانون اول 2011): إحصائيات حول مرضى القلب الخاضعين لعملية القلب. إتصال شخصي

الملاحق:

ملحق رقم: (1) إستبانة الرسالة للمحكمين

ملحق رقم: (2) إستبانة الرسالة لأفراد العينة بعد التعديل

ملحق رقم: (3) أسماء المحكمين لأداة الدراسة

ملحق رقم: (4) موافقة إدارة المستشفيات

ملحق رقم (1): استبانة الرسالة للمحكّمين

(كلية الدراسات العليا)

كلية الصحة العامة

برنامج الصحة النفسية المجتمعية

الدكتور الفاضل:.....

يقوم الباحث بأجراء بحث بعنوان "مستوى القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس" كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من جامعة القدس/ أبو ديس، فأرجو منكم التكرم بتحكيم هذا الاستبيان، ووضع الملاحظات إن وجدت، حتى أقوم بتوزيعه على الفئة المستهدفة فيما بعد.

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "مستوى القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس"، وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة يضع الباحث بين أيديكم كراسة تتكون من ثلاثة أقسام لجمع المعلومات اللازمة للدراسة، لذا يرجو الباحث من حضرتكم التكرم بالاطلاع على الكراسة بأقسامها الثلاثة، والإجابة عن جميع الأسئلة والفقرات، واختيار مستوى استجاباتكم على كل واحدة منها وفقاً لما ينسجم مع أفكاركم واتجاهاتكم، راجياً التكرم بالإجابة عن جميع الفقرات دون استثناء بكل صراحة ومصداقية وأمانة، مع التأكيد على أن جميع المعلومات ستعامل بسرية كاملة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي، وأن مشاركتكم في هذه الدراسة طوعية فلا داعي لكتابة الاسم الشخصي على الاستبانة، كما تستطيع الانسحاب متى ما شئت.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحث: عبدالله احمد الواوي

المشرف: د. سهير صباح/ جامعة القدس

القسم الأول: بيانات أولية/عامة

الرجاء وضع دائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق عليك.

- الجنس: 1. ذكر 2. أنثى

- العمر: _____

- الحالة الاجتماعية: 1. متزوج/ة 2. أعزب/عزباء 3. أرمل/ة مطلق/ة

- مكان السكن: _____

- المستوى التعليمي: 1. إعدادي فما دون 2. ثانوي 3. دبلوم 4. جامعي فأكثر

- العمل: 1. أعمل، حدد _____ 2. لا أعمل 3. أحيانا اعمل 4. المرض عزلني عن العمل

- اسم المستشفى التي أجريت فيها العملية: _____ ، كم مضى على إجراء العملية _____ .

- الدخل الشهري: 1. أقل من 1500 شيكل 2. 1500 - 2499 شيكل

3. 2500 - 3499 شيكل 4. أكثر من 3500 شيكل

- هل تعاني من أمراض أخرى أو إعاقات؟

1. نعم، حددها _____ 2. لا

مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة "

إعداد (منظمة الصحة العالمية/1996/2001) تعريب بشرى احمد (2008)

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة . فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي عن البنود التالية، وأمام كل منها خمسة اختيارات وعليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع علامة (X) عند هذا الاختيار، ولاحظ جيداً أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند ، ولا تترك أي بند دون الإجابة عنه، وتذكر كيف شعرت خلال الأربع أسابيع الماضية.

كيف تقيم جودة حياتك؟	سيئة للغاية	سيئة	لا بأس	جيدة	جيدة جداً
1	1	2	3	4	5
صف كيف كان مستوى معيشتك (جودة حياتك)	غير راض مطلقاً	غير راض	لا راض ولا غير راض	راض	راض تماماً
2	1	2	3	4	5
كيف انت راض عن وضعك الصحي بشكل عام ؟	لا يوجد	قليلاً	بدرجة متوسطة	كثير جداً	بدرجة بالغة
3	1	2	3	4	5
إلى أي حد تشعر بان الوجد يمنعك من القيام بالأعمال التي تريدها؟	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
كم تحتاج من العلاج الطبي لتتمكن من القيام بأعمالك اليومية؟	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
إلى أي مدى تستمتع بالحياة؟	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
إلى أي مدى تشعر بان حياتك ذات معنى (وقيمة)؟	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
كم أنت قادر على التركيز (بسهولة)؟	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
كم تشعر بالأمان في حياتك اليومية؟					

9	إلى أي حد تعتبر البيئة المحيطة بك صحية (ومناسبة لك)؟	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

والأسئلة التالية تقوم على أشياء محددة عايشتها في خلال الأربيع الأسابيع الماضية أو كنت قادرا على أدائها

	خلال اربيع أسابيع من الآن	لا يوجد	قليلا	بدرجة متوسطة	كثير جدا	بدرجة بالغة
10	هل لديك طاقة كافية لمزاولة الحياة اليومية (بفعالية)؟	1	2	3	4	5
11	هل أنت قادر على قبول مظهرك الخارجي (لجسمك)؟	1	2	3	4	5
12	هل لديك من المال ما يكفي لتلبية احتياجاتك؟	1	2	3	4	5
13	كم تتوفر لك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟	1	2	3	4	5
14	إلى أي مدى لديك الفرصة للأنشطة الترفيهية ؟	1	2	3	4	5
		سيئة للغاية	سيئة	لا بأس	جيدة	جيدة جدا
15	كم أنت قادر على التجول بسهولة؟	1	2	3	4	5

والأسئلة التالية تقوم على مدى السعادة والرضا والجودة بالنسبة لأشياء قمت بها في خلال الأسبوعين

الماضيين بالنسبة لمجالات عديدة في حياتك اليومية

	خلال اربيع أسابيع من الآن	غير راض مطلقا	غير راض	لا راض ولا غير راض	راض	راض تماما
16	كم أنت راض عن نومك؟	1	2	3	4	5
17	إلى أي مدى أنت راض عن قدرتك على القيام بنشاطاتك (ووجباتك) اليومية؟	1	2	3	4	5
18	كم أنت راض عن قدرتك على العمل؟	1	2	3	4	5
19	كم أنت راض عن نفسك؟	1	2	3	4	5
20	كم أنت راض عن علاقاتك الشخصية؟	1	2	3	4	5
21	كم أنت راض عن حياتك الجنسية؟	1	2	3	4	5

5	4	3	2	1	22	كم أنت راض عن الدعم أو المساعدة من الأصدقاء، (الأقارب، الطاقم الطبي) ؟
5	4	3	2	1	23	كم أنت راض عن أحوالك السكنية (ظروف السكن)؟
5	4	3	2	1	24	كم أنت راض عن الخدمات الصحية المتوفرة لك (بعد العملية)؟
5	4	3	2	1	25	كم أنت راض عن وسائل مواصلاتك؟

دائما	غالباً جداً	غالباً	نادراً	أبداً	خلال اربع أسابيع من الآن	
5	4	3	2	1	26	كم من المرات كانت عندك مشاعر سلبية مثل الحزن، اليأس، (خيبة الأمل)، القلق، الاكتئاب؟

مقياس القلق (حالة وسمة) لسبيلبرجر (Spielberger) وزملاءه

تعريب البحيري (1984)

استبانة تقييم الذات (ط1)

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم، أقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (X) أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به في هذه اللحظة، تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر به في هذه اللحظة، كما نرجو ألا تضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة.

م	العبارة	أبداً	أحياناً	غالباً	دائماً
2	اشعر بالأمان (بعيدا عن الخطر والموت).				
3	اشعر بان أعصابي مشدودة، (ومتوتر).				
4	اشعر بالأسف، (والندم).				
5	اشعر بالارتياح، (وراحة البال).				
6	اشعر بعدم الاتزان، (والاضطراب).				
7	اشعر الآن بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة (أو محنة).				
8	اشعر بالراحة، (والرضا).				
9	اشعر بالقلق (والرعب).				
10	اشعر بالانشراح، (والسرور).				
11	اشعر بالثقة بالنفس.				
12	اشعر بالعصبية، (والنرفزة).				
13	اشعر بالهياج، (والثوران).				
14	اشعر بتوتر زائد.				
15	اشعر بالاسترخاء.				
16	اشعر بالرضا، (والقناعة).				
17	اشعر بالكدر، (والضيق).				

				اشعر باني مستثار جدا "الدرجة الغليان".	18
				اشعر بالسعادة العميقة.	19
				اشعر باني ادخل السرور على الآخرين.	20

استبان تقييم الذات (ط2)

فيما يلي مجموعة من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم. اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (X) أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به بصفة عامة (بشكل عام)، تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر به بصفة عامة، كما نرجو ألا تضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة.

	العبارة	أبداً	أحياناً	غالباً	دائماً
1	اشعر بأنني ادخل السرور على الآخرين.				
2	اتعب بسرعة.				
3	اشعر بالميل إلى البكاء.				
4	أتمنى لو أكون سعيداً كالآخرين.				
5	افتقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية.				
6	اشعر بالراحة، (والرضا).				
7	أنا هادئ الأعصاب.				
8	اشعر ان المتاعب تتراكم لدرجة إنني لا أستطيع التغلب عليها.				
9	اشعر بأنني اقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك.				
10	أنا سعيد.				
11	أميل إلى تصعب الأمور.				
12	ينقصني الشعور بالثقة بالنفس.				
13	اشعر بالأمان.				
14	أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات.				
15	اشعر بالغم، (والحزن).				
16	اشعر بالرضا.				
17	تجول في ذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني.				
18	تؤثر فيّ خيبة الأمل بشدة لدرجة إنني لا أستطيع ان ابعدها عن ذهني.				

				أنا شخص مستقر.	19
				اصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما افكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية.	20

ملحق رقم (2): استبانة الرسالة لأفراد العينة بعد تعديل المحكمين

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
كلية الصحة العامة
برنامج الصحة النفسية المجتمعية

عزيزي / عزيزتي...

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "مستوى القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس"، وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة يضع الباحث بين أيديكم كراسة تتكون من ثلاثة أقسام لجمع المعلومات اللازمة للدراسة، لذا يرجو الباحث من حضرتكم التكرم بالاطلاع على الكراسة بأقسامها الثلاثة، والإجابة عن جميع الأسئلة والفقرات، واختيار مستوى استجاباتكم على كل واحدة منها وفقاً لما ينسجم مع أفكاركم واتجاهاتكم، راجياً التكرم بالإجابة عن جميع الفقرات دون استثناء بكل صراحة ومصداقية وأمانة، مع التأكيد على أن جميع المعلومات ستعامل بسرية كاملة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي، وأن مشاركتكم في هذه الدراسة طوعية فلا داعي لكتابة الاسم الشخصي على الاستبانة، كما تستطيع الانسحاب متى ما شئت.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحث: عبد الله أحمد الواوي
المشرف: د. سهير صباح

القسم الأول: بيانات أولية/عامة

الرجاء وضع دائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق عليك.

- الجنس: 1. ذكر 2. أنثى

- العمر: _____

- الحالة الاجتماعية: 1. متزوج/ة 2. أعزب/عزباء 3. أرمل/ة مطلق/ة

- مكان السكن: _____

- المستوى التعليمي: 1. أساسي فما دون 2. ثانوي 3. دبلوم 4. جامعي فأكثر

- العمل: 1. أعمل، حدد _____ 2. لا أعمل 3. أحيانا اعمل 4. المرض عزلني عن العمل

- اسم المستشفى التي أجريت فيها العملية: _____ ، كم مضى على إجراء العملية _____ .

- الدخل الشهري: 1. أقل من 1500 شيكل 2. 1500 - 2499 شيكل

3. 2500 - 3499 شيكل 4. أكثر من 3500 شيكل

- هل تعاني من أمراض أخرى أو إعاقات؟

1. نعم، حددها _____ 2. لا

القسم الثاني: (مقياس جودة الحياة): يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، لذا يرجى منك تذكر كيف شعورك خلال الأربعة أسابيع الماضية؛ للإجابة عن الأسئلة اللاحقة من خلال وضع إشارة (x) أمام الإجابة التي يتم اختيارها من البدائل الخمسة التالية:

م	العبارة
1	ما هو تقديرك لمستوى معيشتك (جودة حياتك)؟ (أ) سيئة للغاية (ب) سيئة (ج) لا بأس (د) جيدة (هـ) جيدة جداً
2	ما مدى رضاك عن وضعك الصحي بشكل عام؟ (أ) غير راض مطلقاً (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماماً
3	إلى أي حد تشعر بأن الوجد (الألم) يمنعك من القيام بالأعمال التي تريدها؟ (أ) لا يمنع (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
4	ما مقدار العلاج الطبي (الرعاية الطبية) التي تحتاجها لتتمكن من القيام بأعمالك اليومية؟ (أ) لا احتاج (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
5	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) لا أستمتع (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
6	ما مدى شعورك بأن حياتك ذات معنى وقيمة؟ (أ) لا يوجد لحياتي معنى (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
7	كم أنت قادر على التركيز؟ (أ) لا أستطيع التركيز (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
8	ما مدى شعورك بالأمان في حياتك اليومية؟ (أ) لا اشعر بالأمان (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة

9	إلى أي حد تعتبر البيئة المحيطة بك صحية ومناسبة لك؟ (أ) ليست صحية (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
10	هل لديك طاقة كافية لمزاولة الحياة اليومية؟ (أ) لا يوجد (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
11	هل أنت قادر على تقبل مظهرك الجسدي الخارجي؟ (أ) لست قادراً (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
12	هل لديك من المال ما يكفي لتلبية احتياجاتك؟ (أ) لا يوجد (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
13	هل تتوفر لك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟ (أ) لا تتوفر (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
14	إلى أي مدى لديك الفرصة للأنشطة الترفيهية؟ (أ) لا يوجد (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
15	كم أنت قادر على التنقل والتجوال؟ (أ) لست قادراً (ب) قليلاً (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً جداً (هـ) بدرجة بالغة
16	ما مدى رضاك عن نومك؟ (أ) غير راض مطلقاً (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماماً
17	ما مدى رضاك عن قدرتك على القيام بنشاطاتك ووجباتك اليومية؟ (أ) غير راض مطلقاً (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماماً

18	ما مدى رضاك عن قدرتك علي العمل ؟ (أ) غير راض مطلقا (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماما
19	ما مدى رضاك عن نفسك ؟ (أ) غير راض مطلقا (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماما
20	ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية ؟ (أ) غير راض مطلقا (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماما
21	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية ؟ (أ) غير راض مطلقا (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماما
22	ما مدى رضاك عن الدعم أو المساعدة من الأصدقاء؟ (أ) غير راض مطلقا (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماما
23	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه ؟ (أ) غير راض مطلقا (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماما
24	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية المتوفرة لك بعد العملية؟ (أ) غير راض مطلقا (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماما
25	ما مدى رضاك عن وسائل مواصلاتك؟ (أ) غير راض مطلقا (ب) غير راض (ج) لا راض ولا غير راض (د) راض (هـ) راض تماما
26	كم من المرات كانت عندك مشاعر سلبية مثل الحزن، اليأس، خيبة الأمل، القلق، الاكتئاب؟ (أ) ابدأ (ب) نادرا (ج) غالباً (د) غالبا جدا (هـ) دائما

القسم الثالث: ويتكون من فرعين:

الفرع الأول: استبانة تقييم الذات (ط1).

فيما يلي مجموعة من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم، أقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (X) أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به في هذه اللحظة، تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر به في هذه اللحظة، كما نرجو ألا تضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة.

م	العبارة	أبداً	أحياناً	غالباً	دائماً
1	اشعر بالهدوء، والطمأنينة.				
2	اشعر بالأمان.				
3	اشعر بأن أعصابي مشدودة.				
4	اشعر بالأسف، والندم.				
5	اشعر بالارتياح، وراحة البال.				
6	اشعر بعدم الاتزان، والاضطراب.				
7	اشعر الآن بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة.				
8	اشعر بالراحة.				
9	اشعر بالقلق والرعب.				
10	اشعر بالانشراح، والسرور.				
11	اشعر بالثقة بالنفس.				
12	اشعر بالعصبية.				
13	اشعر بالتهيج، والثوران.				
14	اشعر بتوتر زائد.				
15	اشعر بالاسترخاء.				
16	اشعر بالرضا.				
17	اشعر بالكدر، والضيق.				
18	اشعر بأنني مستثار جداً " لدرجة الغليان".				
19	اشعر بالسعادة العميقة.				
20	اشعر بأنني ادخل السرور على الآخرين.				

الفرع الثاني: استبانة تقييم الذات (ط2)

فيما يلي مجموعة من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم. اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (X) أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به بصفة عامة (بشكل عام)، تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر به بصفة عامة، كما نرجو ألا تضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة.

م	العبارة	أبداً	أحياناً	غالباً	دائماً
1	اشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين.				
2	اتعب بسرعة.				
3	اشعر بالميل إلى البكاء.				
4	أتمنى لو أكون سعيداً كالآخرين.				
5	افتقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية.				
6	اشعر بالراحة.				
7	أنا هادئ الأعصاب.				
8	اشعر أن المتاعب تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.				
9	اشعر بأنني اقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك.				
10	أنا سعيد.				
11	أميل إلى تصعيب الأمور.				
12	ينقصني الشعور بالثقة بالنفس.				
13	اشعر بالأمان.				
14	أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات.				
15	اشعر بالغم والحزن.				
16	اشعر بالرضا.				
17	تجول في ذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقتي.				
18	تؤثر فيّ خيبة الأمل بشدة لدرجة إنني لا أستطيع أن أبعداها عن ذهني.				
19	أنا شخص مستقر.				
20	أصبح في حالة من التوتر والإضطراب عندما أفكر كثيراً في اهتماماتي وميولي الحالية.				

ملحق رقم (3): قائمة أسماء المحكمين الذين تم عرض أداة الدراسة عليهم وهم من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال علم النفس والتربية والتمريض واللغة العربية والطب وذلك لإبداء الرأي والمشورة وقد تم أخذ اقتراحاتهم بالحسبان.

- 1.د. سهير صباح/ علم النفس/جامعة القدس
- 2.د. سمية الصايح/ دائرة التمريض/جامعة القدس
- 3.أ.د. احمد فهيم جبر/علم النفس/جامعة القدس
- 4.د. إياد الحلاق/علم النفس/جامعة القدس
- 5.د. نجاح الخطيب/الصحة النفسية/جامعة القدس
- 6.د. موسى نجيب/الصحة النفسية/جامعة القدس
- 7.د. ذياب ابو الريش/علم النفس/مركز الخليل للصحة النفسية والمجتمعية
- 8.أستاذ مساعد. صبري الصفدي/أخصائي تمريض سريري (قلب وأوعية دموية)/جامعة القدس
- 9.د. نضال الهيموني/ أخصائي جراحة قلب/مجمع فلسطين الطبي
10. أ. أروى عاشور/أخصائية اجتماعية /جناح القلب مجمع فلسطين الطبي
11. أ. جمال عياد/ماجستير لغة عربية/المعهد العربي

ملحق رقم (4): موافقة إدارة المستشفيات

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الجدول
17	الاختلاف بين قلق الحالة والسمة	1.2
38	ملخص تفصيلي لمجالات وأبعاد الجودة من وجهة نظر جاكسون	2.2
47	عدد عمليات القلب المفتوح التي تجرى سنويا في المستشفيات الفلسطينية	3.2
68	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المستشفى	1.3
68	توزيع أفراد عينة الدراسة	2.3-أ
69	توزيع أفراد عينة الدراسة	2.3-ب
75	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات القلق حالةً وسمةً مع الدرجة الكلية	3.3
78	تحديد قيم تصحيح مقياس جودة الحياة	4.3
80	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات جودة الحياة مع الدرجة الكلية لكل بعد	5.3
81	يوضح معامل " ثبات ألفا " لأبعاد مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة "	6.3
85	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة القلق	1.4
86	نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية لدرجة القلق حالةً وسمةً وفقا لمتغير الجنس	2.4
87	الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعا لمتغير العمر	3.4
88	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقا لمتغير العمر	4.4
89	الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية	5.4
89	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية	6.4
90	الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للقلق حالةً وسمةً تبعا لمتغير	7.4

مكان السكن

- 8.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 91
للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير مكان السكن
- 9.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً 92
لمتغير المستوى التعليمي
- 10.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 92
للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير المستوى التعليمي
- 11.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للقلق سمةً تبعاً 93
لمتغير المستوى التعليمي
- 12.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً تبعاً لمتغير 94
المستشفى
- 13.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 95
للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير المستشفى
- 14.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً 96
لمتغير العمل
- 15.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 96
للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير العمل
- 16.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للقلق حالةً وسمةً تبعاً 97
لمتغير العمل
- 17.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً 98
لمتغير الوقت بعد إجراء العملية
- 18.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 99
للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير الوقت بعد إجراء العملية
- 19.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للقلق حالةً تبعاً 100
لمتغير الوقت بعد إجراء العملية
- 20.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة القلق حالةً وسمةً تبعاً 101
لمتغير الدخل الشهري

- 21.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 101
للفروق في درجات القلق حالةً وسمةً وفقاً لمتغير الدخل الشهري
- 22.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للقلق حالةً تبعا 102
لمتغير الدخل الشهري
- 23.4 نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية لدرجة القلق حالةً وسمة 103
وفقاً لمتغير الأمراض الأخرى
- 24.4 يبين درجة تقدير البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس 104
لمستوى معيشتهم (جودة حياتهم)
- 25.4 يبين درجة رضا البالغين الخاضعين لعملية القلب المفتوح في الضفة الغربية والقدس 105
عن وضعهم الصحي بشكل عام
- 26.4 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأعداد للدرجة الكلية لجودة الحياة 105
وباقى الأبعاد الأخرى
- 27.4 نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية لدرجة جودة الحياة وفقاً 107
لمتغير الجنس
- 28.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا 108
لمتغير العمر
- 29.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 109
للفروق في درجات جودة الحياة وفقاً لمتغير العمر
- 30.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا 110
لمتغير الحالة الاجتماعية
- 31.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 111
للفروق في درجات جودة الحياة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية
- أ-32.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا 112
لمتغير مكان السكن
- ب-32.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا 113
لمتغير مكان السكن
- أ-33.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 113

- للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير مكان السكن
- 114 33.4-ب نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير مكان السكن
- 115 34.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على بعدي (العلاقات الاجتماعية) و(الصحة البيئية) تبعا لمتغير مكان السكن
- 116 35.4-أ الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي
- 117 35.4-ب الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لجودة الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي
- 117 36.4-أ نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير المستوى التعليمي
- 118 36.4-ب نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير المستوى التعليمي
- 119 37.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (الصحة الجسمية والصحة النفسية)، تبعا لمتغير المستوى التعليمي
- 120 38.4-أ الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير العمل
- 121 38.4-ب الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير العمل
- 122 39.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير العمل
- 123 40.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على بعدي (الصحة الجسمية والصحة النفسية)، تبعا لمتغير العمل
- 125 41.4-أ الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير المستشفى
- 126 41.4-ب الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا لمتغير المستشفى

- 42.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 127 للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير المستشفى
- 43.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك 128 على بعدي (العلاقات الاجتماعية، والصحة البيئية)، تبعا لمتغير المستشفى
- 44.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا 130 لمتغير الوقت بعد إجراء العملية
- 45.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 131 للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية
- 46.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك 132 على بعدي (الصحة الجسمية والصحة النفسية)، تبعا لمتغير الوقت بعد إجراء العملية
- أ-47.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة جودة الحياة تبعا 133 لمتغير الدخل الشهري
- ب-47.4 الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لجودة الحياة تبعا لمتغير 134 الدخل الشهري
- 48.4 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) 135 للفروق في درجات جودة الحياة وفقا لمتغير الدخل الشهري
- أ-49.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك 136 على مختلف الأبعاد الأخرى، تبعا لمتغير الدخل الشهري
- ب-49.4 نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك 137 على مختلف الأبعاد الأخرى، تبعا لمتغير الدخل الشهري
- 50.4 نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية لدرجة جودة الحياة وفقا 139 لمتغير الأمراض الأخرى
- 51.4 نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين القلق (حالةً وسمةً) 141 وبين جودة الحياة

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى	الرقم
أ	الإهداء	
ب	الإقرار	
ج	الشكر والعرشان	
هـ	المخلص باللغة العربية	
	Abstract	
1	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها	
2	المقدمة	1.1
3	مشكلة الدراسة	2.1
4	أهمية الدراسة	3.1
5	أهداف الدراسة	4.1
6	أسئلة الدراسة	5.1
7	فرضيات الدراسة	6.1
9	حدود الدراسة	7.1
10	مصطلحات الدراسة	8.1
12	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
13	القلق	1.2
14	مفهوم القلق	1.1.2
18	مستويات القلق	2.1.2
18	أنواع القلق	3.1.2

21	أسباب القلق ومصادره	4.1.2
23	مظاهر، أعراض، مكونات القلق	5.1.2
25	المدارس النفسية وتفسير القلق	6.1.2
29	القلق وعملية القلب المفتوح	7.1.2
30	جودة الحياة	2.2
31	مفهوم جودة الحياة	1.2.2
35	أبعاد جودة الحياة	2.2.2
39	مظاهر ومجالات جودة الحياة	3.2.2
40	مقومات جودة الحياة	4.2.2
41	العلاقة بين أمراض القلب والإجراءات الجراحية وجودة الحياة	5.2.2
44	جودة الحياة من منظور المدارس النفسية والاتجاهات النظرية	6.2.2
46	أمراض القلب التي تستدعي تدخل جراحي عند البالغين	3.2
46	عمليات القلب في فلسطين	1.3.2
48	الدراسات السابقة	4.2
48	الأبحاث التي تناولت متغير القلق وعلاقته بجودة الحياة	1.4.2
52	الأبحاث التي تناولت متغير جودة الحياة	2.4.2
58	الأبحاث التي تناولت متغير القلق	3.4.2
64	التعليق على الدراسات السابقة	4.4.4
66	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	
67	منهج الدراسة	1.3
67	مجتمع الدراسة	2.3
68	عينة الدراسة	3.3
72	أدوات الدراسة	4.3
72	قائمتا القلق الحالة والسمة	1.4.3
76	اختبار جودة الحياة	2.4.3

81	إجراءات الدراسة	5.3
82	متغيرات الدراسة	6.3
82	المعالجات الإحصائية	7.3
83	صعوبات أثناء الدراسة	7.4
84	الفصل الرابع: نتائج الدراسة	
85	نتائج الدراسة	1.4
85	نتائج السؤال الأول	1.1.4
86	نتائج السؤال الثاني	2.1.4
104	نتائج السؤال الثالث	3.1.4
106	نتائج السؤال الرابع	4.1.4
140	نتائج السؤال الخامس	5.1.4
142	الفصل الخامس: مناقشة النتائج	
143	المقدمة	1.5
143	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول	2.5
148	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني	3.5
159	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث	4.5
162	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع	5.5
174	مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الخامس	6.5
177	التوصيات	7.5
179	بحوث مقترحة	8.5
180	قائمة المراجع	
180	المراجع العربية	
184	المراجع الإنجليزية (References)	

186	المواقع الإلكترونية العربية
188	المواقع الإلكترونية الأجنبية
192	الاتصالات الشخصية
193	الملاحق
194	ملحق رقم: (1) استبانة الرسالة للمحكمين
203	ملحق رقم: (2) استبانة الرسالة لأفراد العينة بعد التعديل
210	ملحق رقم: (3) أسماء المحكمين لأداة الدراسة
211	ملحق رقم: (4) موافقة إدارة المستشفيات
212	فهرس الجداول
217	فهرس المحتويات