

قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وعلاقته بجودة الحياة

د. عبد الفتاح عبد الغني الهمص

الجامعة الإسلامية، غزة- فلسطين

استلم بتاريخ: 2017-01-10

تمت مراجعته بتاريخ: 2017-05-17

قبل للنشر بتاريخ: 2017-05-20

الملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة بجودة الحياة لدى عينة الدراسة والمكونة من (300) مريض ومريضة، من مرضى الذبحة الصدرية بمحافظة غزة واستخدمت الدراسة استبانة قلق الذبحة الصدرية، واستبانة جودة الحياة، من إعداد: الباحث، كما استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الأسلوب التحليلي، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: خوف مرضى الذبحة الصدرية من مرضهم، واعتقادهم أن الموت قادم في أي لحظة دون سابق إنذار وظنهم بعجز الطب عن إيجاد الدواء الشافي لهم، وكذلك كان مستوى جودة الحياة إيجابياً لدى مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة، وهذا نابع من استسلام المرضى وأنهم آمنوا بقدرهم، مع مساعدة أسرهم، وأقرانهم لهم في تكيفهم مع مرضهم، وكذلك خوف مرضى الذبحة الصدرية من وسطية العمر وهي أخطر المراحل العمرية التي يمر بها الإنسان في حياته. كما كان هناك تكيف أصحاب الفئة العمرية (50 سنة فما فوق) مع مرضهم نتيجة اقترابهم من سن اليأس والعجز مقارنة بغيرهم ممن هم أقل عمراً.

الكلمات المفتاحية: قلق؛ الذبحة الصدرية؛ جودة الحياة.

Concern angina patients in the provinces of Gaza and its relationship to quality of life

Abed Fattah Abed Ghani ALHAMS

Islamic University of Gaza-Palestine

Abstract

This study aimed to investigate the relationship of anxiety angina patients in the provinces of Gaza, quality of life, the study sample consisting of (300) patients and sick, of angina patients the provinces of Gaza, the study used a questionnaire concern angina, and to identify the quality of life of the preparation: Researcher and study used a descriptive analytical method, the study found a range of results, including: fear of angina patients of their illness, and the belief that death is coming at any moment without warning, and they believe the inability of medicine to find a panacea for them, as well as the level of quality of life positive in patients with angina pectoris in the provinces of Gaza, and this stems from the surrender of patients and they believed-worth, with the help of their families, and their peers for them in their coping with their illness, as well as the fear of angina patients of average age and is the most dangerous stages of life experienced by the man in his life. There was also adaptable age group owners (50 years and older) with their illness as a result they approach menopause, disability, compared with others who are less older.

Keywords: anxiety; angina; quality of life.

مقدمة:

أصبحت الذبحة الصدرية تشكل خوفاً ورعباً لدى الجميع يكاد يكون قاتلاً، وأصبحت مرض العصر الذي يتميز بالتوتر والقلق، اللذين أصبحا عاملين من العوامل المهمة في حدوثها وسببين لمضاعفتها.

وتمثل أمراض القلب Heart Diseases مشكلة صحية عالمية الانتشار، ابتلت بها البلدان الصناعية والنامية على حد سواء، وهي شبيهة بالأمراض القديمة التي مرت على العالم مثل الطاعون Plaque، والحمى الصفراء Yellow fever، والجذري Small Pox، إذ تعد من أبرز الأسباب المؤدية للعجز والوفاة في مختلف البلدان، وقد ازداد شيوع أمراض القلب خلال الـ 50 عاماً كمرض مزمن ومهيم في العديد من أنحاء العالم. (Braun Wald, 1997, 3)

والذبحة الصدرية هي ألم في الصدر يحدث عندما يتعسر تزويد عضلات القلب بالدم، تحدث عادة بسبب تصلب وتضيّق الشرايين التي تغذي القلب بالدم.

والذبحة الصدرية (خناق الصدر) باللاتينية (angina pectoris) : هي الإحساس بالألم أو الضغط في الصدر، الناتج عن إقفار (نقص في الإمداد الدموي وبالألالي في الأكسجين الوارد) في عضل القلب عادة نتيجة انسداد أو تشنج في الشرايين التاجية) الأوعية المغذية لعضلة القلب Merck . (Medicus, 2015)

والذبحة تعني آلاماً بمنصف الصدر أو خلف منطقة عظمة القفص تجئ مع المجهود الجسماني وقد تمتد إلى الذراع اليسرى وتختفي بعد دقائق من التوقف عن المجهود.

ويجب ألا ننسى أن القلق النفسي والتوتر يسبب آلاماً في الصدر، وكثيراً ما تختلط مع آلام الذبحة الصدرية وقد يصعب على غير الطبيب المدقق الكشف عن ماهيتها، كما يجب ألا نتجاهل أي آلام في الصدر عند الإحساس بها، بل يجب الإسراع بعرض الأمر على الممارس العام الذي قد يمكنه تشخيص سببها تشخيصاً صحيحاً أو إحالة المريض إلى الطبيب الأخصائي إذا استعصى عليه الكشف عنها أو الشك في سببها، فكما جاء في دراسة (شامخ، 2009) أن مرضى القلب يعانون من بعض الاضطرابات النفسية ومنها اضطراب القلق. وكذلك دراسة (Nasr,1997) التي أكدت على أن وجود الألم يؤدي على تغيرات انفعالية فنجد اهتمام المريض مركزاً على: هل الشفاء ممكن أم لا؟ ويزداد القلق إذا ما حدثت محاولات غير ناجحة أم ناجحة جزئياً للشفاء.

الإشكالية:

تنتشر شكاوي الأمراض المزمنة في البلدان النامية، فهناك حوالي 30% من الأفراد في هذه البلدان يعانون من الأمراض المزمنة (Bonica,1987,13)، فهي تؤثر على المريض سلباً من الناحية النفسية والاجتماعية والطبية والاقتصادية (Tumlin,2001,1177). وتوصلت دراسات عديدة ومنها دراسة (Keefe,et al, 2001)، والتي نادت بأن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة لديهم مستويات عالية من المشكلات الانفعالية: كالقلق مقارنة بالمجموعات الضابطة.

وما يجلب انتباه المعالجين النفسيين هو ظروف الأمراض المزمنة، كما أن العوامل النفسية بما في ذلك الانتباه والمزاج والقلق والعوامل المعرفية تسهم مباشرة في إدراك المرض والطريقة التي يُعاني بها الفرد وفي استمراريتها (Peterson, 2000, 149).

ويتبين لنا أن العوامل النفسية تحدث تأثيرها من جانبيين من حياة الفرد، هما الجانب الجسدي كالأضطرابات النفسية - الجسمية، كالذبحة الصدرية والقرحة والربو وغيرها والجانب الانفعالي كالاكتئاب والقلق (علي، 1997، 19). بناء على ما سبق فإن مشكلة الدراسة تتحدد بالتساؤل الرئيس التالي: ما علاقة قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة بجودة الحياة؟

ويتفرع من التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- ما مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة؟
- 2- ما مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير عمر المريض (أقل من 28 سنة، من 29 - 39 سنة، 40-49 سنة، 50 فما فوق)؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير عدد المرات (مرة واحدة، مرتان، 3 مرات فأكثر)؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نووية، ممتدة)؟
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير المؤهل العلمي (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي)؟
- 7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير عمل المريض (عامل، عاطل عن العمل)؟
- 8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير أمراض أخرى (ضغط دم، سكر، فشل كلوي، ...)؟

فروض الدراسة:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير عمر المريض (أقل من 28 سنة، من 29 - 39 سنة، من 40 - 49 سنة، من 50 فما فوق) في محافظات غزة.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير عدد المرات (مرة واحدة، مرتان، 3 مرات فأكثر).

- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نووية ، ممتدة).
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير المؤهل العلمي (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي).
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير عمل المريض (عامل، عاطل عن العمل).
- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير أمراض أخرى (ضغط دم، سكر، فشل كلوي،...).

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق الآتي:

- 1- معرفة مستوى القلق وجودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية.
- 2- دراسة بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية التي تؤثر على عملية مرضى الذبحة الصدرية سواء كان هذا التأثير سلباً أو إيجاباً.
- 3- إظهار بعض الجوانب التي تؤثر على جودة الحياة بالنسبة لمرضى الذبحة الصدرية.
- 4- معرفة دور بعض المتغيرات التي تؤثر على مرضى الذبحة الصدرية بصورة إيجابية أو سلبية.

أهمية الدراسة:

تكتسب الدراسة أهميتها من خلال:

- 1- تتبع أهمية الدراسة من كونها تركز على ظاهرة الذبحة الصدرية وتأثيرها على المريض، وعلاقة قلق المرض بجودة الحياة.
- 2- تعتبر من الدراسات النادرة في محافظات غزة - حسب علم الباحث - التي تركز على دراسة مرضى الذبحة الصدرية وتأثيره على صاحبه مع جودة الحياة لسد النقص في هذا المجال.
- 3- تنفيذ المؤسسات المختلفة التي تعالج هذه الظاهرة من مؤسسات حكومية أو غير حكومية (مستشفيات، صحة نفسية مجتمعية، مؤسسات المجتمع المدني) لتقديم الخدمات والبرامج الإرشادية اللازمة لهم.
- 4- تتبع أهمية الدراسة من الآثار الخطيرة لمرضى الذبحة الصدرية سواء على نفسه، أم على أسرته، أو على المجتمع على حد سواء.

5- تناول مفهوم الذبحة الصدرية وأثره على جودة الحياة مما قد يفيد كثير من الباحثين والعاملين في هذا المجال (أطباء، تمريض، أسرة المريض، وغيرهم) للعمل علي إتباع أفضل الطرق في التعامل مع المرضى.

حدود الدراسة:

تحدد هذه الدراسة من الحدود الآتية:

- **الحد الموضوعي:** قام الباحث بدراسة قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وعلاقته بجودة الحياة، تبعاً للمتغيرات السابقة: العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، مكان السكن المدة الزمنية للمرض، وجود أمراض أخرى.
- **الحدود المكانية:** تم تطبيق الدراسة في عيادات وكالة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين بمحافظة رفح ومحافظة خان يونس، ومحافظة الوسطى من القطاع.
- **الحدود الزمانية:** قام الباحث بإجراء التطبيق على عينة الدراسة الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 2016 / 2017.

تحديد مصطلحات الدراسة:

يعرض الباحث بعض التعريفات لأهم المصطلحات التي وردت في البحث:

القلق: وتعرفه (فكير، 2001، 14) " بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز مصحوباً عادة ببعض الأحاسيس الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الشخص.

ويعرف الباحث القلق إجرائياً: بأنه شعور عام غامض وحالة من الترقب مشوب بالتوجس والخوف والتوتر من مرضى الذبحة الصدرية مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي والسحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداخ أو كثرة الحركة أو فراغ في فم المعدة أو عرق أو أعراض نفسية تتمثل في عدة أعراض منها فقد القدرة على التركيز أو الشعور وتعلق بعدة مخاوف سواء كانت ذاتية أو أسرية أو اجتماعية بشكل عام."

المريض: الإنسان المسجل بسجلات وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين التابعة لأحد عيادات الوكالة (عيادة رفح المركزية، عيادة خان يونس المركزية، عيادة الوسطى المركزية) وله ملفاً خاصاً به ويعالج ويواظب على علاجه بسبب المرض الموجود عنده، وقد تمّ تشخيصه بهذا المرض بناء على المختصين من الأطباء.

الذبحة الصدرية: حالة مزمنة لألم في الصدر، وشكوى في عضلة القلب نتيجة نقصان حاد وبدون سابق إنذار بالأوكسجين اللازم لعملها، بسبب عدم وصول الدم اللازم من الشريان التاجي إليها، وقد يكون الانسداد جزئياً أو كلياً.

جودة الحياة: وعرفها معهد الإدارة " التميز في تقديم الخدمات المطلوبة منه بفعالية بحيث تكون خالية من الأخطاء والعيوب، وبأقل تكلفة وترقي لمستوي توقعات ورغبات المنفعين وتحقق رضاهم التام حاضرا ومستقبل، وذلك من خلال التحسين والتطوير المستمر والالتزام بمتطلبات ومعايير الأداء ، وأداء العمل الصحيح بشكل سليم من المرة الأولى وكل مرة (المطوع، 1999، 424).

وتعرفه منظمة الصحة العالمية (WHO): إدراك الأشخاص إلى مواقعهم في الحياة وتشمل العديد من المكونات، منها: الثقافة والقيم والنظام الذي من خلاله يعيشون وله علاقة مع أهدافهم وتطلعاتهم ومعاييرهم وكذلك اعتباراتهم. (W H O, 1998, 19)

ويعرف الباحث جودة الحياة إجرائياً: بأنها مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر وينتج هذا الاختلاف من نظرة الإنسان للحياة حسب ما يراه من معايير تقيم حياته، وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقوماتها ك الصحة الجسمية، والعقلية، والأحوال المعيشية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، والقدرة على التفكير واتخاذ القرار.

الإطار النظري والدراسات السابقة

الذبحة الصدرية (خناق الصدر) باللاتينية (angina pectoris) : هي الإحساس بالألم أو الضغط في الصدر، الناتج عن إقفار (نقص في الإمداد الدموي وبالي في الأكسجين الوارد) في عضلة القلب عادة نتيجة انسداد أو تشنج في الشرايين التاجية) الأوعية المغذية لعضلة القلب، في حين أن الذبحة الصدرية قد تتبع من فقر الدم، واضطراب النظم القلبي أو قصور القلب إلا أن السبب الرئيس للذبحة هو الداء القلبي الإكليلي وينتج عن تصلب عصيدى في الشرايين القلبية. (Buckley, B.S et al. 2009, 213)

هناك علاقة ضعيفة بين شدة الألم ودرجة نقص الأوكسجين في عضلة القلب (أي، يمكن أن يكون هناك ألم شديد مع خطر قليل جداً أو معدوم لاحتشاء عضلة القلب (نوبة قلبية) وكذلك يمكن أن تحدث النوبات القلبية من دون ألم بتاتاً) في بعض الأحيان، ويمكن أن تكون الذبحة الصدرية شديدة جداً، وفي أوائل القرن العشرين كانت الذبحة الصدرية معروفة كإشارة للموت الوشيك. (Vos.T.Fluxman, et al.2012, 97)

أعراض الذبحة الصدرية: آلام مميزة الطابع في الجانب الأيسر من الصدر وخلف عظمة القص يكون الألم من النوع الضاغط، وقد يمتد إلى الكتف الأيسر وأسفل الرقبة والفاك الأسفل وإلى اليد اليسرى وأحياناً قد يمتد إلى الظهر أو أعلى البطن وهناك صفة شبه دائمة في أغلب الحالات وهي حدوث الألم مع الجهد وزواله بانتهاء الجهد أو الراحة.

أهم الأمراض التي تسبب انسداد شرايين القلب وبالتالي إلى الذبحة الصدرية هي أمراض تصلب الشرايين وزيادة الكوليسترول الضار ومرض السكري ومرض ارتفاع ضغط الدم. وقد يتوقف مرور الدم بصورة تامة في أحد فروع الشرايين القلبية نتيجة التجلط الذي يحدث في الأجزاء الضيقة منه فيتوقف الدم تماماً عن تغذية هذا الجزء من العضلة فتتموت العضلة، وذلك ما يعرف باحتشاء

العضلة القلبية - حيث تختلف الأعراض مع ما يحدث عند الذبحة الصدرية إذ أنها تستمر لفترة طويلة وقد تحدث في أوقات الراحة وأحياناً عند النوم مع مصاحبتها بالشعور بغثيان وعرق غزير أو قد تظهر بشكل عسر هضم وتسبب الشعور بالبرد الشديد. (قريشي وجبالي، 2015، 113)

أسباب الذبحة الصدرية: يشكل تراكم المواد الدهنية (الكوليسترول) على جدار الشرايين التاجية والذي يبدأ في عمر مبكر قبل مرحلة البلوغ أحد الأسباب الرئيسة للذبحة الصدرية. فمع تواصل الترسب الدهني مع حدوث مضاعفات داخل هذا الترسب منها النزف والتقرح والتكلس مما ينتج سكره في النهاية، مثل الذبحة الصدرية، كما يمكن أن تحدث كذبحة دماغية قد تؤدي إلى الموت أو الكساح. ضيق شديد في الشرايين أو انسداد كامل مما يؤدي لظهور الأعراض، وهناك عوامل خطورة تؤدي إلى سرعة حدوث تصلب الشرايين مثل تقدم العمر والجنس " تحدث أكثر في الذكور عن الإناث خاصة قبل انقطاع الطمث لديهن".

وهناك أيضاً ارتفاع نسبة الكوليسترول الضار (أكثر من 200 ملي جرام/ديسيلتر من الدم)، ارتفاع ضغط الدم والتدخين والتي تشكل دوراً رئيساً في حدوث الذبحة، كما أن هناك عوامل ثانوية أخرى منها انخفاض نسبة البروتين الدهني مرتفع الكثافة في الدم، حدوث تصلب الشرايين التاجية في العائلة وخاصة في السن الصغير وداء السكري، والبدانة أو السمنة المفرطة، وقلة الحركة وبعض الأنواع من الإجهاد الذهني أو النفسي.

وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم تعني نسبة الدهون الكلية في الدم وهي تختلف باختلاف العادات الغذائية بين الشعوب وتزيد نسبتها لدى الشعوب التي تتناول الكثير من الأغذية الحيوانية وتقل بكثير لدى الشعوب التي تتناول الأغذية النباتية.

كما أن ارتفاع نسبة الكوليسترول يزيد من احتمال الإصابة بتصلب الشرايين وترتفع نسبة الإصابة كلما ارتفعت نسبة الكوليسترول في الدم (ينصح بأن تكون نسبة الكوليسترول أقل من 200 ملي جرام /ديسيلتر من الدم). وارتفاع ضغط الدم (عن 80/140) يعد عامل خطورة هاما لحدوث الذبحة الصدرية لما يسببه من عدم انتظام في تدفق الدم داخل الشريان مما يسبب تغيرات داخل بطانة جدار الشريان ويزيد من تصلب الشرايين التاجية، كما أن ارتفاع ضغط الدم يزيد من عمل البطين الأيسر ويؤدي إلى تضخمه وزيادة حاجته للأكسجين.

كما لا يدعو للشك أن احتمال الوفاة الناتجة عن انسداد شرايين القلب تزيد بنسبة تصل إلى (70%) سنوياً لدى المدخنين عنها لدى غير المدخنين، كما أن نسبة الموت المفاجئ لدى المدخنين سنوياً هي أكثر من الضعف عنها في غير المدخنين. والتدخين يؤدي إلى زيادة نسبة التصاق الصفائح الدموية في الدم أو تقلص الشرايين بسبب النيكوتين الذي له تأثير قابض قوي، كما يؤدي إلى انخفاض نسبة الأكسجين نتيجة استنشاق أول أكسيد الكربون الموجود في السجائر، كما أن خطر التدخين على الشرايين التاجية يقل بالامتناع كلياً عن التدخين أو مجالسة التدخين. (البرزنجي، 2014، 275)

دراسات سابقة: من خلال الاطلاع على الأدب التربوي، استطاع الباحث أن يستعرض بعضاً من الدراسات السابقة التي عالجت مشكلات قريبة من مشكلة دراسته وهي على النحو الآتي:

1- دراسة عمران، وسالم (2002) بعنوان: " الخصائص المورفولوجية والفسيولوجية لعضلة القلب لدى السباحين الناشئين ومرضى القلب".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الخصائص المورفولوجية والفسيولوجية لعضلة القلب لدى السباحين الناشئين ومرضى القلب، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (51) فرداً متوسط أعمارهم (12) سنة، وتضمنت عينة البحث ثلاث مجموعات، مجموعة من السباحين الناشئين المنتظمين في التدريب لمدة لا تقل عن (3) سنوات، ومجموعة من غير الممارسين وذلك من نادي الزمالك الرياضي، ومجموعة من المرضى بأمراض تضخم عضلة القلب والتي تم تشخيصها مسبقاً، وقد استخدم الباحثان قياسات للتعرف على مورفولوجية وفسيولوجية عضلة القلب. توصلت الدراسة لنتائج أهمها: ظهور فروق دالة إحصائية في الدفع القلبي وذلك بين السباحين والمرضى وغير الممارسين، كما كان الدفع القلبي لدى السباحين الناشئين كان أكبر مقارنة بالمرضى وغير الممارسين، بينما كان الدفع القلبي متقارب لدى كل من المرضى وغير الممارسين.

2- دراسة Gurin (2003) بعنوان: " العلاقة بين العدائية وأمراض القلب وتقويم برنامج دكتور (دين أورنيش) Dr. Geam Ornish's Program "

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين العدائية وأمراض القلب وتقويم برنامج دكتور (دين أورنيش) Dr. Geam Ornish's Program، لتلافي تأثير أمراض القلب على الحالة النفسية للإنسان واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وكذلك المنهج شبه التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (383) مريض، والحد الأدنى لمدى البرنامج تبدأ من (12) أسبوع ويستمر إلى أن تصل مدته عام كامل مع استخدام المقاييس الطبية وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: أن للمساندة الاجتماعية أثر كبير في خفض حدة الضغوط النفسية وخفض حدة الاكتئاب لدى مرضى القلب.

3- دراسة الأنصاري (2010) بعنوان: " تأثير بعض المتغيرات البايوكينماتيكية في حركات صلاة المسلمين لإعادة تأهيل المصابات بالذبحة القلبية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير بعض المتغيرات البايوكينماتيكية في حركات صلاة المسلمين لإعادة تأهيل المصابات بالذبحة القلبية، واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (8) من مرضى الذبحة الصدرية، منها (4) عينة تجريبية، و (4) عينة ضابطة، وقد استخدمت الباحثة في دراستها أدوات متعددة وبإشراف طبي، منها: ميزان طبي الكتروني، ودراسة ثابتة لأداء اختبار الإجهاد وجهاز التخطيط الكهربائي، وعربة الإفاقة، وجهاز قياس ضغط الدم، وجهاز الحزام التحريك الكهربائي وساعة لا سلكية مع حزام صدر، واستمارة لتقيس الجهد بالإحساس الذاتي. أما عن المتغيرات البايوكينماتيكية فقد تمثلت بقياس زاوية الرقبة من الخلف، وقياس زاوية الورك من الأمام، وقياس زاوية الركبة، وقياس زاوية الكاحل، وتم تطبيق تمرينات الصلاة في مركز ابن البيطار لراحة القلب. توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: أن بعض المتغيرات البايوكينماتيكية

في حركات صلاة المسلمين تأثير ذات دلالة معنوية في إعادة تأهيل مرضى الذبحة القلبية، وأن لكل من بعض المتغيرات البايوكينماتيكية في حركات صلاة المسلمين والتمرينات المعتمدة في مركز ابن البيطار لجراحة القلب التأثير نفسه في إعادة تأهيل مرضى الذبحة القلبية.

4- دراسة شامخ (2012) بعنوان: " أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الأعراض العصبية لدى مرضى القلب".

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الأعراض العصبية (إعادة تفسير الإحساس بالألم -التكيف مع حالة الذات - الدعاء والتمني) في خفض الأعراض العصبية لدى مرضى القلب، في مستشفى بغداد التعليمي بالعراق، واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، على عينة قوامها (32) فرداً موزعين إلى ثلاث مجموعات تجريبية وواحدة ضابطة بواقع (8) أفراد في كل مجموعة بواقع ثمان جلسات. توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: أن أساليب التكيف المعرفية والسلوكية لها أثر في خفض الأعراض العصبية لدى مرضى القلب، وأن الأساليب الثلاثة لا فرق بينها ذو دلالة إحصائية في شدة التأثير لخفض الأعراض العصبية وأن المجموعات التجريبية الثلاثة كانت قد استفادت من الأساليب الثلاثة في خفض الأعراض العصبية وذو دلالة إحصائية عن المجموعة الضابطة.

5- دراسة البرزنجي (2014) بعنوان: "أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بصلابة الشخصية لدى المصابين بالذبحة الصدرية من المسنين . دراسة ميدانية"

هدفت الدراسة إلى قياس أحداث الحياة لدى المسنين المصابين بالذبحة الصدرية، الراقدين في مستشفى خانقين العام والمراجعين للعيادات الخارجية بالعراق، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدمت أداة الدراسة مقياس أحداث الحياة الضاغطة (السلطان، 2008)، وكذلك أداة الصلابة الشخصية (الموسوي، 2007)، وتكونت عينة الدراسة من (100) فرداً جميعهم من الذكور وتتراوح أعمارهم من (63 - 73) سنة. توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: أن أفراد عينة الدراسة تمتاز بقوة الصلابة الشخصية، كما أن عينة الدراسة لا تعاني من ضغط الحياة.

6- دراسة قريشي، وجبالي (2015) بعنوان: "علاقة التدخين بفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية: دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي سعادنة عبد النور سطيف بالجزائر"

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين سلوك التدخين وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، والتعرف على الفروق الفردية بين أفراد العينة في كل من المتغيرين تبعاً للجنس، والمستوى التعليمي، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن على عينة قوامها (62) مريضاً من مدينة سطيف بالجزائر، منهم (29) ذكور، و(23) إناث، وتراوح أعمارهم ما بين (14 - 86) سنة، وتم استخدام مقياس سلوك التدخين، إعداد: القدرة، ومقياس فاعلية الذات، إعداد سراج . توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التدخين وفاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، وانعدامها بين التدخين ومدة

المرض، كما توصلت إلى انعدام الفروق في سلوك التدخين وفاعلية الذات، تعزى لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي.

7- دراسة صلاح الدين (2015) بعنوان: "تأثير استخدام برنامج مقترح من مهارات التعبير الحركي كعامل وقائي من أمراض القلب على بعض المتغيرات البيوكيميائية والفسيولوجية لمرضى السكر" هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير استخدام برنامج مقترح من مهارات التعبير الحركي كعامل وقائي من أمراض القلب على بعض المتغيرات البيوكيميائية والفسيولوجية لمرضى السكر واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وذلك على عينة من الممارسات للنشاط البدني من مصابي السكر وعددهن (23) سيدة، (11) ضابطة، و(12) تجريبية، بالمركز الرياضي الصحي بمدينة الرياض بالسعودية. توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: أن تطبيق البرنامج المقترح من مهارات التعبير الحركي على المجموعة التجريبية أدى إلى خفض الوزن ومعدل النبض وضغط الدم الانبساطي وسكر الدم بشكل أكبر من المجموعة الضابطة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

- استعرض الباحث مجموعة من الدراسات السابقة والتي تناولت عدة متغيرات منها: الخاصة بالمشكلات النفسية، والاجتماعية والصحية، والدينية والتي تؤثر بصورة مباشرة على التدهور السريع للحالة الصحية لمرضى الذبحة الصدرية وتوقع تحسن حالته.
- استفاد الباحث من نتائج الدراسات السابقة، لا سيما فيما يخص التعرف على أعراض مرضى الذبحة الصدرية، والقلب.
- ولم يجد الباحث في حدود ما توصلت إليه الدراسات السابقة ما تجمع بين متغيرات بحثه وهي (قلق مرضى الذبحة الصدرية وعلاقته بجودة الحياة في محافظات غزة)، وتشابهت الدراسة الحالية بالمنهج الوصفي الأسلوب التحليلي، المستخدم فيها، وهذا المنهج تم استخدامه من قبل غالبية الدراسات السابقة التي رجع إليها الباحث، وقام بالاطلاع عليها، عدا دراسة (الأنصاري، 2010) ودراسة (شامخ، 2012)، ودراسة (صلاح الدين، 2015)، كما اختلفت في عينات الدراسة المستخدمة في الدراسات السابقة، وتميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في متغيراتها، والمتمثلة في قلق مرضى الذبحة الصدرية وعلاقته بجودة الحياة، كما تميزت بزمانها ومكانها، فقد تم إجراء الدراسة الحالية في الفصل الدراسي الثاني من العام 2016م/ 2017م، إضافة إلى أداتي الدراسة الجديتين اللتان تم بناؤهما، كما تميزت بنتائجها التي توصلت إليها الدراسة الحالية، التي لم تتطرق إليها الدراسات السابقة لا سيما فيما يخص القلق وجودة الحياة لدى عينة أفراد الدراسة.

إجراءات الدراسة الميدانية

منهج الدراسة:

اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يحاول الإجابة على السؤال الأساسي في العلم وماهية وطبيعة الظاهرة موضوع البحث، ويشمل ذلك تحليل الظاهرة، وبيئتها، وبيان العلاقة بين مكوناتها ومعنى ذلك أن الوصف يتم أساساً بالوحدات أو الشروط أو العلاقات أو الفئات أو التصنيفات أو الأنساق التي توجد بالفعل، وقد يشمل ذلك الآراء حولها والاتجاهات إزاءها، وكذلك العمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها، ومعنى ذلك أن المنهج الوصفي يمتد إلى تناول كيف تعمل الظاهرة. (الجرجاوي وآخرون، 2005، 21)

مجتمع وعينة الدراسة:

مجتمع الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة من (18943) مريض ومريضة من أمراض الذبحة الصدرية، والقلب بشكل عام، لأن الملفات المفتوحة لهم ضمن أمراض القلب، والمرضى أنفسهم يعرفون تشخيص مرضهم، بناءً على مكوثهم في المستشفيات قبل مجيئهم على عيادات الوكالة، وكان منهم (7198) ذكراً، و(11745) إناثاً والمسجلين ولهم ملفات في عيادات الوكالة التابعة للأونروا في محافظة رفح، ومحافظة خان يونس، ومحافظة الوسطى، حيث كانت نسبة المرضى الذكور (38%)، ونسبة المرضى الإناث (62%)، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد مجتمع وعينة الدراسة:

جدول (1- أ): توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الجنس.

م	عيادات رفح		عيادات خانيونس		عيادات الوسطى		المجموع
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
	1856	3029	2371	3869	2971	4847	
المجموع	4885		6240		7818		18943

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة من مرضى الذبحة الصدرية ذكراً وإناً (300) مريض ومريضة، وكانت عينة الدراسة قصدية عمدية، ممن تواجدوا في عيادات الوكالة المختصة، وقد تم الحصول على مجتمع الدراسة في الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي 2016 / 2017م، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة:

جدول (1- ب): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

م	عيادات رفح		عيادات خانيونس		عيادات الوسطى		المجموع
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
-1	29	48	38	61	47	77	
المجموع	77		99		124		300

حيث إن جميع المرضى المسجلين من مجتمع الدراسة هم بمثابة مرضى قلب بشكل عام، وغير مصنّفين إلى ذبحة صدرية، وغيرها من أمراض القلب، ممّا جعل الجهد مضاعف على الباحث؛ لأن المرضى يفتح لهم ملفات بقسم القلب لذلك كانت العينة قصدية عمدية، ممن تم تشخيصهم وتصنيفهم بالذبحة الصدرية، وقت توزيع أدوات الدراسة، وكانت على النحو التالي:

جدول (2): توزيع أفراد العينة حسب العمر

العمر	التكرار	النسبة%
أقل من 28 سنة	17	5.7
29-39 سنة	27	9
40-49 سنة	120	40
50 سنة فما فوق	136	45.3
المجموع	300	100.0

تبين من النتائج الموضحة في جدول (2) أن 45.3% من أفراد عينة الدراسة متوسط أعمارهم من 50 سنة فما فوق، و40% يتراوح أعمارهم ما بين 40 سنة الي 49 سنة، و9% يتراوح أعمارهم ما بين 29 سنة الي 39 سنة، و5.7% متوسط أعمارهم أقل من 28 سنة.

جدول (3): توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات النوبة.

عدد مرات النوبة	التكرار	النسبة%
مرة واحدة	63	21
مرتان	137	45.7
ثلاث مرات فأكثر	100	33.3
المجموع	300	100.0

تبين من النتائج الموضحة في جدول (3) أن 45.7% من أفراد عينة الدراسة متوسط عدد مرات النوبة مرتان، و33.3% متوسط عدد مرات النوبة من ثلاثة مرات فأكثر، و21% متوسط عدد مرات النوبة مرة واحدة.

جدول (4): توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة

نوع الأسرة	التكرار	النسبة%
أسرة نووية (بيت مستقل)	110	36.7
أسرة ممتدة (مع العائلة)	190	63.3
المجموع	300	100.0

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4) أن 63.3% من أفراد عينة الدراسة نوع أسرهم ممتدة (مع العائلة)، و 36.7% نوع أسرهم نووية (بيت مستقل).

جدول (5): توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي.

النسبة %	التكرار	المؤهل العلمي
3.7	11	ابتدائي
18.3	55	اعدادي
41	123	ثانوي
37	111	جامعي
100.0	300	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (5) أن 41% من أفراد عينة الدراسة مؤهلهم العلمي ثانوية و 37% مؤهلهم العلمي جامعي، و 18.3% مؤهلهم العلمي اعدادي، و 3.7% مؤهلهم العلمي ابتدائي.

جدول (6) توزيع أفراد العينة حسب العمل

النسبة %	التكرار	العمل
34.3	103	يعمل
65.7	197	لا يعمل
100.0	300	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (5) أن 65.7% من أفراد عينة الدراسة لا يعملون و 34.3% يعملون.

جدول (7) توزيع أفراد العينة حسب " في هل لديك امراض اخرى "

النسبة %	التكرار	في هل لديك امراض
34.7	104	ضغط دم
36.3	109	سكر في الدم
19	57	فشل كلوي
10	30	اخرى
100.0	300	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (7) أن 36.3% من أفراد عينة الدراسة لديهم سكر في الدم، و 34.7% لديهم ضغط دم، و 19% لديهم مرض فشل كلوي، و 10% لديهم امراض أخرى مثل القلب أو أمراض شرايين.

أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية:

أداتا الدراسة: استخدم الباحث استبانة اشتملت على قسمين رئيسيين الأول: وهو عبارة عن البيانات الأولية لأفراد العينة أما الثاني: فقرات الاستبانة:

• استبانة قياس القلق. واشتملت على 36 فقرة.

• استبانة جودة الحياة واشتملت على 15 فقرة.

الاستبانة الأولى: استبانة قياس القلق: واشتملت على 36 فقرة حيث اشتملت على بعدين كالتالي:

البعد الأول: الأعراض الفسيولوجية لقلق مرضى الذبحة الصدرية حيث اشتملت على 16 فقرة.

البعد الثاني: الأعراض النفسية لقلق مرضى الذبحة الصدرية حيث اشتملت على 20 فقرة.

حيث قام الباحث باستخدام مقياس ثلاثي لتصحيح فقرات الاستبانة، بحيث يتم التصحيح حول "مقياس القلق"، وقد استفاد الباحث من استبيانات حول الموضوع من دراسات سابقة كدراسة (الجرجاوي، 2005)، ودراسة (البرزنجي، 2014)، وقد تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة الجامعة من المتخصصين عددهم (7) وهم من أصحاب الاختصاص في مجال علم النفس في الجامعات الفلسطينية، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة (استبانة القلق) وكذلك وضوح صياغتها اللغوية وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وإضافة فقرات أخرى وتعديل بعضها الآخر ليصبح عدد فقرات الاستبانة (36) فقرة.

جدول (8): مقياس الاجابات

الفقرات	بصورة قليلة	بصورة متوسطة	بصورة كبيرة
كل الفقرات	1	2	3

صدق أداة الدراسة: صدق أداة الدراسة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، وقد تم التحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق الاتساق الداخلي.

صدق الاتساق الداخلي Internal Validity: يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة، وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (9): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة.

البعد الثاني						البعد الاول					
مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	م	مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	م	مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	م	مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	م
**0.000	5080.	11	**0.000	0.600	1	**0.000	0625	11	**0.000	0.672	1
**0.000	6000.	12	**0.000	0625	2	**0.000	0517	12	**0.000	0.553	2
**0.000	0.600	13	**0.000	0500	3	**0.000	0638	13	**0.000	0.663	3
**0.000	0.588	14	**0.000	0536	4	**0.000	0601	14	**0.000	0.600	4
**0.000	0.519	15	**0.000	0618	5	**0.000	0638	15	**0.000	0.512	5
**0.000	0.612	16	**0.000	0630	6	**0.000	0627	16	**0.000	0.539	6
**0.000	0.637	17	**0.000	0510	7				**0.000	0.700	7
**0.000	0.517	18	**0.000	0.521	8				**0.000	0617	8
**0.000	0.531	19	**0.000	0.621	9				**0.000	0.507	9
**0.000	0.612	20	**0.000	0.687	10				**0.000	0.583	10

** الارتباط دال إحصائيا عند $\alpha \leq 0.05$ // الارتباط غير دال إحصائيا عند $\alpha \leq 0.05$

تبين من النتائج الموضحة في جدول (9) أن فقرات الاستبانة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوي دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن الاستبانة بفقراتها تتمتع بمعامل صدق عالي.

ثبات الاستبانة Reliability: يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي هذه الاستبانة نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع الاستبانة أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة وبعد تطبيق الاستبانة تم حساب الثبات للاستبانة بطريقتين:

1. **معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient:** تم تطبيق الاستبانتين على عينة استطلاعية قوامها (50) مفردة، وبعد تطبيق الاستبانة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للاستبانة 0.888، وهذا دليل كاف على أن الاستبانة تتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. **الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split _half methods:** يعد تطبيق الاستبانة تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين وهما الأسئلة ذات الأرقام الفردية والأسئلة ذات الأرقام الزوجية، ثم تم احتساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.694) بعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون Spearman Brown:

$$\text{معامل الارتباط المعدل} = \frac{2r}{1+r}$$

حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.819).

إن معامل الارتباط المصحح دال وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بمعامل ثبات مرتفع. الاستبانة الثانية: استبانة جودة الحياة: واشتملت على 15 فقرة، حيث قام الباحث باستخدام مقياس خماسي لتصحيح فقرات الاستبانة، بحيث يتم التصحيح في "استبانة جودة الحياة".

جدول (10): مقياس الاجابات

الفقرات	راض جداً	راض	لا راض ولا مستاء	غير راض	غير راض إطلاقاً
كل الفقرات	5	4	3	2	1

صدق أداة الدراسة: يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، وقد تم التحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق الاتساق الداخلي.

1. صدق المحكمين: تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة الجامعة من المتخصصين عددهم (7) وهم من أصحاب الاختصاص في مجال علم النفس في الجامعات الفلسطينية حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات استبانة (جودة الحياة) وكذلك وضوح صياغتها اللغوية وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وإضافة فقرات أخرى وتعديل بعضها الآخر ليصبح عدد فقرات الاستبانة (15) فقرة.

2. صدق الاتساق الداخلي Internal Validity: يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة، وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (11): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.452	*0.01	9	0.372	*0.04
2	0.645	**0.00	10	0.649	**0.00
3	0.422	*0.02	11	0.446	*0.01
4	0.569	**0.00	12	0.412	*0.02
5	0.746	**0.00	13	0.723	**0.00
6	0.647	**0.00	14	0.409	*0.02
7	0.308	*0.04	15	0.462	*0.01
8	0.406	*0.03			

** الارتباط دال إحصائياً عند $\alpha \leq 0.05$

// الارتباط غير دال إحصائياً عند $\alpha \leq 0.05$

تبين من النتائج الموضحة في جدول (11) أن فقرات الاستبانة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن الاستبانة بفقراتها تتمتع بمعامل صدق عالي.

ثبات الاستبانة Reliability: يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي هذه الاستبانة نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع الاستبانة أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة، وبعد تطبيق الاستبانة تم حساب الثبات للاستبانة بطريقتين:

1. **معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient:** تم تطبيق الاستبانتين على عينة استطلاعية قوامها (50) مفردة، وبعد تطبيق الاستبانة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للاستبانة 0.815، وهذا دليل كافي على أن الاستبانة تتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. **الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods:** بعد تطبيق الاستبانة تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين وهما الأسئلة ذات الأرقام الفردية والأسئلة ذات الأرقام الزوجية، ثم تم احتساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.719)

وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون Spearman Brown:

$$\text{معامل الارتباط المعدل} = \frac{2r}{1+r}$$

حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.837)، أي أن معامل الارتباط المصحح دال وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

النتائج المتعلقة على السؤال الاول: " ما مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة؟"

للإجابة على هذا السؤال تم استخدام النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والوزن النسبي لفقرات ما مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (12): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي.

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
1	البعد الأول: الأعراض الفسيولوجية لقلق مرضى الذبحة الصدرية	2.083	0.970	69.4
2	البعد الثاني: الأعراض النفسية لقلق مرضى الذبحة الصدرية	2.157	0.985	71.9
3	المتوسط العام	2.120	0.978	70.65

تبين من النتائج الموضحة في جدول (12) أن البعد الثاني: الأعراض النفسية لقلق مرضى الذبحة الصدرية حيث احتلت المرتبة الأولى بوزن نسبي 71.9%.
البعد الأول: الأعراض الفسيولوجية لقلق مرضى الذبحة الصدرية حيث احتلت المرتبة الثانية بوزن نسبي 69.4%.

الوزن النسبي لمستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة هو 70.65% وهي أكبر من الوزن النسبي المحايد 60% وهذا يعني أنه يوجد قلق بشكل كبير لدى مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة.

يعتبر الباحث أن هذه النتيجة متوقعة بسبب خوف مرضى الذبحة الصدرية من مرضهم واعتقادهم أن المنيّة ستتوفاهم في أي لحظة دون سابق إنذار، وظنهم بعجز الطب عن إيجاد الدواء الشافي لهم، وهذه النتيجة جاءت غير منسجمة مع نتائج دراسة (البرزنجي، 2014) والتي بينت أن أفراد عينة الدراسة المصابين بالذبحة الصدرية تمتاز بقوة الصلابة الشخصية، كما أن عينة الدراسة لا تعاني من ضغط الحياة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: "ما مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة؟"

للإجابة على هذا السؤال تم استخدام النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والوزن النسبي لفقرات ما مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (13): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي.

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي%
1	المتوسط العام	3.440	0.154	68.8

تبين من النتائج الموضحة في جدول (13) أن الوزن النسبي لمستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة هو 68.8% وهي أكبر من الوزن النسبي المحايد 60% وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة إيجابي لدى مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة.

يفسر الباحث هذه النتيجة إلى قوة إيمان المرضى، وأنهم آمنوا بقدرهم، وقد تكون مساعدة أسرهم، وأقرانهم لهم في تكيفهم مع مرضهم. وهذه النتيجة تتوافق مع نتائج دراسة كل من: دراسة (Gurin، 2003) التي أثبتت أن للمساندة الاجتماعية أثر كبير في خفض حدة الضغوط النفسية لدى مرضى القلب، ودراسة (الأنصاري، 2010) التي أوضحت أثر حركات صلاة المسلمين ذات تأثير دلالة معنوية في إعادة تأهيل مرضى الذبحة القلبية، ودراسة (البرزنجي، 2014) التي بينت أن مرضى الذبحة الصدرية يمتازوا بقوة الصلابة الشخصية، وعدم معاناتهم من ضغوط الحياة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير عمر المريض (أقل من 28 سنة، من 29 - 39 سنة، من 40 - 49 سنة، من 50 فما فوق) في محافظات غزة.

أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عمر المريض (أقل من 28 سنة ، من 29 - 39 سنة، من 40 - 49 سنة، من 50 فما فوق) في محافظات غزة.

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ف" One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول (14): مجموع المربعات ودرجة الحرية ومتوسط المربعات وقيمة اختبار "ف" ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.021*	1.098	0.647	3	1.940	بين المجموعات	البعد الأول
		0.589	296	174.366	داخل المجموعات	
			299	176.306	المجموع	
.010*	3.958	1.945	3	5.835	بين المجموعات	البعد الثاني
		.491	296	71.260	داخل المجموعات	
			299	77.095	المجموع	
.014*	3.678	1.510	3	4.531	بين المجموعات	الاجمالي
		.411	296	59.539	داخل المجموعات	
			299	64.070	المجموع	

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عمر المريض (أقل من 28 سنة، من 29 - 39 سنة، من 40 - 49 سنة، من 50 فما فوق) في محافظات غزة ولتوضيح الفروقات استخدم الباحث اختبار شيفية والجدول التالية يوضح ذلك.

البعد الأول: الأعراض الفسيولوجية لقلق مرضى الذبحة الصدرية

جدول (15): الفروقات بين فئات العمر

50 فما فوق م = 3.611	من 49-40 م = 3.474	من 39-29 م = 3.500	أقل من 28 سنة م = 2.861	
*0.75	0.613	0.639	-	أقل من 28 سنة م = 2.861
0.111	0.026-	-	0.639-	من 39-29 م = 3.500
0.137	-	0.026	0.613-	من 49-40 م = 3.474
-	0.137-	0.111-	*0.75-	50 فما فوق م = 3.611

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين فئات العمر (50 سنة فما فوق - أقل من 28 سنة) لصالح فئة العمر 50 سنة فما فوق. يعتقد الباحث أن هذا العمر تحديداً قد يكون فيه ضعف في تدفق الدم إلى القلب، وقلة مناعتهم ومقاومتهم للمرض وضعف في استجابة أجسامهم للعلاج بالنسبة للفئات العمرية الأخرى. وتتوافق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (صلاح الدين، 2015م) التي بينت مدى استجابة مرضى القلب من الفئات العمرية الصغيرة للممارسة الرياضية أكبر من استجابة الفئات العمرية من المسنين.

البعد الثاني: الأعراض النفسية لقلق مرضى الذبحة الصدرية

جدول (16) الفروقات بين فئات العمر

أقل من 28 سنة م = 2.958	من 29-39 م = 3.738	من 40-49 م = 3.466	50 سنة فما فوق م = 3.426
أقل من 28 سنة م = 2.958	*0.78	0.508	0.468
من 29-39 م = 3.738	-	0.272-	0.312-
من 40-49 م = 3.466	0.272	-	0.04-
50 سنة فما فوق م = 3.426	0.468-	0.312	0.04

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين فئات العمر (من 29-39 - وأقل من 28 سنة) لصالح من 29 - 39 سنة. يعزي الباحث هذه النتيجة إلى اقتراب هذه المرحلة إلى وسطية العمر، وهي من أخطر المراحل العمرية التي يمر بها الإنسان، وهذه النتيجة جاءت متوافقة مع دراسة (قريشي، وجبالي، 2015) التي بينت أن للمرحلة العمرية أثر فعال في تقبل مرض الذبحة القلبية، والتكيف معه.

الاجمالي:

جدول (17): الفروقات بين فئات العمر

أقل من 28 سنة م = 2.866	من 29-39 سنة م = 2.921	من 40-49 م = 3.385	50 فما فوق م = 3.461
أقل من 28 سنة م = 2.866	0.055	0.519	*0.595
من 29-39 سنة م = 2.921	-	0.464	0.540
من 40-49 م = 3.385	0.519-	-	0.076
50 فما فوق م = 3.461	*0.595-	0.540-	0.076-

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين فئات العمر (50 فما فوق - أقل من 28 سنة) لصالح من 50 فما فوق.

ثانياً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عمر المريض (أقل من 28 سنة، من 29 - 39 سنة، من 40 - 49 سنة، من 50 فما فوق) في محافظات غزة. للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ف" One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول(18): مجموع المربعات ودرجة الحرية ومتوسط المربعات وقيمة اختبار "ف" ومستوى الدلالة.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
.041 *	2.818	1.938	3	5.813	بين المجموعات
		.687	296	99.684	داخل المجموعات
			299	105.497	المجموع

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عمر المريض (أقل من 28 سنة، من 29 - 39 سنة، من 40 - 49 سنة، من 50 فما فوق) في محافظات غزة. ولتوضيح الفروقات استخدم الباحث اختبار شيفية والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول(19): الفروقات بين فئات العمر

أقل من 28 سنة م = 2.778	من 29-39 م = 2.524	من 40-49 م = 3.215	50 فما فوق م = 3.346	
أقل من 28 سنة م = 2.778	-	0.254-	0.437	0.568
من 29-39 م = 2.524	0.254	-	0.691	*0.822
من 40-49 م = 3.215	0.437-	0.691-	-	0.131
50 فما فوق م = 3.346	0.568-	*0.822-	0.131-	-

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين فئات العمر (50 - 39-29 فما فوق) لصالح فئة العمر 50 سنة فما فوق.

يعزى الباحث هذه النتيجة إلى تكيف أصحاب الفئة العمرية (50 سنة فما فوق) مع مرضهم نتيجة اقترابهم من سن اليأس والعجز مقارنة بغيرهم من الفئة العمرية المحصورة ما بين (29 – 39 سنة) الذين يتطلعون لأقرانهم الأصحاء غير المرضى.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير عدد المرات (مرة واحدة، مرتان، 3 مرات فأكثر).

أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عدد المرات (مرة واحدة، مرتان، 3 مرات فأكثر).
للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ف" One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول(20): مجموع المربعات ودرجة الحرية ومتوسط المربعات وقيمة اختبار "ف" ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.015*	4.356	2.233	2	4.466	بين المجموعات	البعد الأول
		.513	297	74.835	داخل المجموعات	
			299	79.301	المجموع	
.008**	4.939	2.686	2	5.371	بين المجموعات	البعد الثاني
		.544	297	79.384	داخل المجموعات	
			299	84.755	المجموع	
.006**	5.218	2.376	2	4.753	بين المجموعات	الاجمالي
		.455	297	66.492	داخل المجموعات	
			299	71.244	المجموع	

من خلال الجدول السابق يتضح أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عدد المرات (مرة واحدة، مرتان، 3 مرات فأكثر)، ولتوضيح الفروقات استخدم الباحث اختبار شيفية والجدول التالية يوضح ذلك.

البعد الأول:

جدول (21): الفروقات بين فئات عدد المرات

مرة واحدة م = 2.546	مرتان م = 3.173	3 مرات فأكثر م = 3.241	
مرة واحدة م = 2.546	*0.628	*0.696	
مرتان م = 3.173	-	0.068	
3 مرات فأكثر م = 3.241	*0.696-	-	0.068-

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين فئات عدد المرات (مرتان - مرة واحدة) لصالح المرتين، (3 مرات فأكثر - مرة واحد) لصالح 3 مرات فأكثر.

يعزو الباحث هذه النتيجة أنه كلما زاد عدد مرات الإصابة بالذبحة الصدرية تركت قلقاً غير متوقع عند أفراد عينة الدراسة، لما وجدوا من أعراض لهذه الأمراض التي تتنبأهم في أي وقت.

البعد الثاني:

جدول (22): الفروقات بين فئات عدد المرات

مرة واحدة م = 2.662	مرتان م = 3.402	3 مرات فأكثر م = 3.342	
مرة واحدة م = 2.662	*0.739	*0.679	
مرتان م = 3.402	-	0.059	
3 مرات فأكثر م = 3.342	*0.679-	-	0.059

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين فئات عدد المرات (مرتان - مرة واحدة) لصالح مرتان، (3 مرات فأكثر - مرة واحدة) لصالح 3 مرات فأكثر.

يعزو الباحث هذه النتيجة أنه كلما زاد عدد مرات الإصابة بالذبحة الصدرية؛ أثرت على عدم تكيفهم مع الحياة أو فاعليتهم فيها، وخاصة أن هؤلاء المرضى يمتلكون خبرات حياتية مفادها أن الذبحة الصدرية متوقعة أن تصيب المريض أكثر من مرة، ولا يوجد علاجاً يوقف عدد مرات الإصابة بها.

الإجمالي:

جدول (23): الفروقات بين فئات عدد المرات

مرة واحدة م = 2.710	مرتان م = 3.379	3 مرات فأكثر م = 3.412
–	*0.669	*0.702
*0.669–	–	0.032
*0.702–	0.032–	–

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين فئات عدد المرات (مرتان - مرة واحدة) لصالح مرتان، (3 مرات فأكثر - مرة واحدة) لصالح 3 مرات فأكثر.

يعزو الباحث هذا الأمر إلى أن مرضى الذبحة الصدرية والتي انتابهم لأكثر من مرة ضعفت لديهم قوة عضلة القلب، وقد تضعف هذه العضلة في الاستجابة للعلاج، إضافة إلى أن القلب هو صمام الأمان في الحياة، فإذا ضعف تأثرت الأجهزة الفسيولوجية قاطبة في المريض.

ثانياً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى جودة الحياة في محافظات غزة تعزى لمتغير عدد المرات (مرة واحدة، مرتان، 3 مرات فأكثر).
للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ف" One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول(24): مجموع المربعات ودرجة الحرية ومتوسط المربعات وقيمة اختبار "ف" ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
.017*	4.188	2.423	2	4.846	بين المجموعات
		.579	297	84.475	داخل المجموعات
			299	89.321	المجموع

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عدد المرات (مرة واحدة، مرتان، 3 مرات فأكثر) في محافظات غزة، ولتوضيح الفروقات استخدم الباحث اختبار شيفية والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول(25): الفروقات بين فئات عدد المرات

مرة واحدة م = 2.922	مرتان م = 3.564	3 مرات فأكثر م = 3.652
–	*0.641	*0.729
*0.641–	–	0.088
*0.729–	0.088–	–

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين فئات عدد المرات (مرتان - مرة واحدة) لصالح مرتان، (3 مرات فأكثر، مرة واحدة) لصالح 3 مرات فأكثر.

يعزو الباحث هذه النتيجة إلى معرفة المرضى أنفسهم بناءً على التعليمات التي يتلقونها من مراكزهم الصحية إلى أن الذبحة الصدرية قد تكون سبباً في الوفاة، وخاصة عند تقدم العمر، وعدد مرات حدوثها، والأمراض المزمنة المصاحبة لمرضى الذبحة الصدرية، وهذه النتيجة توافقت مع نتيجة دراسة (صلاح الدين، 2015) التي بينت أن المرضى الذين يعملون على خفض الوزن ومعدل النبض وضغط الدم الانبساطي وسكر الدم أكثر تكيفاً من غيرهم.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجودة الحياة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نووية، ممتدة).

أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نووية، ممتدة).

لتتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" Independent sample t test لمعرفة الفروق بين المتغيرين.

جدول (26): العدد والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة اختبار "ت" مستوى الدلالة.

نوع الأسرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
البعد الاول	نووية	110	2.430	3.295	**0.000
	ممتدة	190	9902.		
البعد الثاني	نووية	110	3862.	4.307	**0.000
	ممتدة	190	3002.		
الاجمالي	نووية	110	1862.	2.940	*0.020
	ممتدة	190	0102.		

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نووية، ممتدة) لصالح الأسرة النووية.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الأسرة النووية والمكونة من الأب والأم والأبناء والذين يعيشون بمفردهم، الأمر الذي يجعل مريض الذبحة الصدرية لا يتلقى أي اهتمام من الآخرين، أو أي مساندة اجتماعية ورفع للروح المعنوية لديه، وهذه النتيجة توافقت مع نتيجة دراسة (جيرين Gurin

2003)، التي بينت أن للمساندة الاجتماعية أثر كبير في خفض حدة الضغوط النفسية وخفض حدة الاكتئاب لدى مرضى القلب.

ثانياً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى جودة الحياة مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نووية، ممتدة).
للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" Independent sample t test لمعرفة الفروق بين المتغيرين.

جدول(27): العدد والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة اختبار "ت" مستوى الدلالة.

نوع الأسرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
نووية	110	8772.	0.228	3.460	**0.000
ممتدة	190	7602.	0.199		

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نووية، ممتدة) لصالح الأسرة النووية.

يعزو الباحث هذه النتيجة المتوقعة إلى عدم وجود الخبرة الكافية مع الزوجة في الأسرة النووية لتقوم بالتخفيف عما أصاب زوجها من مرض عضال خطير بل قد تتأثر سلباً وتصبح هي بحاجة إلى مساندة اجتماعية فيما أصاب زوجها.

النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجود الحياة تعزى لمتغير المؤهل العلمي (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي).

أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير المؤهل العلمي (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ف" One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول (28): مجموع المربعات ودرجة الحرية ومتوسط المربعات وقيمة اختبار "ف" ومستوى الدلالة.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.268 //	1.314	.698	3	2.792	بين المجموعات	البعد الأول
		.531	396	76.510	داخل المجموعات	
			299	79.301	المجموع	
.779 //	.440	.256	3	1.024	بين المجموعات	البعد الثاني
		.581	396	83.731	داخل المجموعات	
			299	84.755	المجموع	
.792 //	.423	.207	3	.828	بين المجموعات	الاجمالي
		.489	396	70.416	داخل المجموعات	
			299	71.244	المجموع	

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير المؤهل العلمي (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي).

يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن المرض واحد وأعراضه واحدة والمختلف هنا هي بعض المتغيرات التي تطرأ على المريض كالضغط، والسكر، أو العمر الزمني، كما أن المرشد الصحي في العيادات التي يتلقون فيها العلاج يأخذون نفس النصائح والإرشادات لجميع المرضى دون استثناء سواء (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي) وهذه النتيجة توافقت مع نتيجة دراسة (قريشي، وجبالي، 2015) التي بينت انعدام الفروق في متغيري الجنس والمستوى التعليمي.

ثانياً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير المؤهل العلمي (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ف" One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول (29): مجموع المربعات ودرجة الحرية ومتوسط المربعات وقيمة اختبار "ف" ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
.863 //	.322	.198	3	.792	بين المجموعات
		.615	296	88.529	داخل المجموعات
			299	89.321	المجموع

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير المؤهل العلمي (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي).

يعزو الباحث إلى أن مرضى الذبحة الصدرية يتلقون علاجاً ثابتاً، وإرشادات عامة تخصهم قد تؤثر على جودة الحياة عندهم فلا قيمة للمؤهل العلمي في هذه اللحظة لينتابهم وقد أيدت دراسة (قريش، وجبالي، 2015) في نتائجها إلى انعدام الفروق في فاعلية الذات لدى مرضى الذبحة الصدرية.

النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجوده الحياة تعزى لمتغير عمل المريض (عامل، عاطل عن العمل).

أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عمل المريض (عامل، عاطل عن العمل).
للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" Independent sample t test لمعرفة الفروق بين المتغيرين.

جدول (30): العدد والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة اختبار "ت" مستوى الدلالة

عمل المريض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
عاطل	197	2.434	0.198	3.273	**0.000
عامل	103	2.002	0.212		
عاطل	197	2.670	0.227	2.072	*0.039
عامل	103	2.012	0.236		
عاطل	197	2.935	0.161	2.167	*0.031
عامل	103	2.295	0.148		

***دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 // غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عمل المريض (عامل، لا يعمل) لصالح العاطل (لا يعمل).

يعزو الباحث هذه النتيجة أن مريض الذبحة الصدرية الذي يعمل فقد يتكيف بعمله البسيط بضعاً من الساعات، ويكون قد انقضى بقية النهار، مقارنة بمن هو عاطل عن العمل، إمّا لكبر سنه فهو لا يستطيع أن يعمل، أو لشدة مرضه، وعدد المرات التي انتابته، أو وجود أمراض أخرى عنده كالسكر والضغط والكلية...

ثانياً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى جودة الحياة مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عمل المريض (عامل، عاطل عن العمل).
للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" Independent sample t test لمعرفة الفروق بين المتغيرين.

جدول(31): العدد والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة اختبار "ت" مستوى الدلالة.

عمل المريض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
عاطل	197	2.800	0.225	4.167	**0.000
عامل	103	2.170	0.206		

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير عمل المريض (عامل، عاطل) لصالح العاطل.

يعزو الباحث هذه النتيجة أن مرضى الذبحة الصدرية العاطلين عن العمل لا يجدون تكييفاً مع جودة الحياة، لوجود الوقت الطويل الذي يقضونه مع مرضهم دون التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم أو ذويهم، أو أسرهم، وهذه النتيجة قد تكون سلبية في عدم المساندة الاجتماعية لهم. وهذه النتيجة جاءت مخالفة لنتيجة دراسة (Gurin، 2003) التي بينت أن المساندة الاجتماعية لها دور كبير في خفض حدة الضغوط النفسية وغيرها لدى مرضى الذبحة الصدرية.

النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة وجود الحياة تعزى لمتغير أمراض أخرى (ضغط دم، سكر، فشل كلوي، ...).

أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير أمراض أخرى (ضغط دم، سكر، فشل كلوي، ...).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ف" One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول (32): مجموع المربعات ودرجة الحرية ومتوسط المربعات وقيمة اختبار "ف" ومستوى الدلالة.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.718 //	.333	.180	3	.360	بين المجموعات	البعد الأول
		.541	396	78.942	داخل المجموعات	
			299	79.301	المجموع	
.370 //	1.001	.573	3	1.147	بين المجموعات	البعد الثاني
		.573	396	83.609	داخل المجموعات	
			299	84.755	المجموع	
.964 //	.037	.018	3	.036	بين المجموعات	الاجمالي
		.488	396	71.208	داخل المجموعات	
			299	71.244	المجموع	

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق مرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير أمراض أخرى (ضغط دم، سكر، فشل كلوي، ...).

يعزو الباحث هذه النتيجة إلى الخبرة الحياتية لمرضى الذبحة الصدرية التي تلقوها من العيادات أو من البيئة الخارجية أن أخطر الأمراض التي تصيب الإنسان هي أمراض القلب والتي إن لم يعطي المريض لها اهتماماً فقد تؤدي به إلى الوفاة، وهذه النتيجة توافقت مع نتيجة دراسة (صلاح الدين، 2015) التي بينت أن خفض الوزن، ومعدل النبض، وضغط الدم الانبساطي، وسكر الدم أمكن مرضاه من التخفيف من أعراضه.

ثانياً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير أمراض أخرى (ضغط دم، سكر، فشل كلوي ...).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ف" One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول (33): مجموع المربعات ودرجة الحرية ومتوسط المربعات وقيمة اختبار "ف" ومستوى الدلالة.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
.604 //	.506	.308	3	.615	بين المجموعات
		.608	396	88.706	داخل المجموعات
			299	89.321	المجموع

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة تعزى لمتغير أمراض أخرى (ضغط دم، سكر، فشل كلوي، ..).

يعزو الباحث هذه النتيجة أن أخطر الأمراض التي يعرفها أفراد عينة الدراسة هي أمراض القلب، وعلى رأسها مرضى الذبحة الصدرية، لذلك لا يهتم مرضى الذبحة الصدرية إلى الأمراض الأخرى الموجودة عندهم بقدر مرض الذبحة الصدرية.

التوصيات والمقترحات:

انطلاقاً مما خلصت إليه الدراسة من نتائج، أمكن التوصل إلى مجموعة من التوصيات والمقترحات يلخصها الباحث فيما يلي:

- 1- يوصي الباحث العاملين في المؤسسات الطبية التي تعمل على معالجة مرضى الذبحة الصدرية الاهتمام بتأهيل المرضى نفسياً لتحسين مستوى جودة الحياة عندهم.
- 2- كما ويوصي الباحث العاملين في المؤسسات الصحية ومؤسسات المجتمع المدني التعامل مع أسر مرضى الذبحة الصدرية على كيفية التعامل مع والديهم المعاملة الصحيحة بما يحتاجون من خبرات ومهارات وتأهلاً نفسياً يساعدهم على جودة الحياة.
- 3- تكثيف البرامج الإرشادية النفسية والاجتماعية داخل المستشفيات والمراكز الصحية المتوفرة لتبيان خطورة هذا المرض، والعمل على طرق تخفيف الآثار المترتبة على المرضى.
- 4- تضافر جهود جميع المؤسسات، والوزارات؛ للتخفيف من أعراض هذه الظاهرة - مرضى الذبحة الصدرية - (وزارة الصحة - التربية والتعليم - الأوقاف والشئون الدينية - مؤسسات المجتمع المدني) .
- 5- توفير أخصائيين نفسيين في جميع المستشفيات العاملة بخصوص مرضى الذبحة الصدرية.
- 6- توزيع النشرات والدوريات والمجلات الدورية حول هذه الأمراض المزمنة، وعلى رأسها - مرضى الذبحة الصدرية - أسبابها، وطرق الوقاية منها
- 7- إجراء الدراسات المقترحة التالية:
 - أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى مريضات الذبحة الصدرية.
 - القلق من المستقبل وعلاقته بالتوافق لدى مرضى الذبحة الصدرية .
 - فعالية برنامج معرفي سلوكي في تعديل البنى المعرفية لمرضى الذبحة الصدرية في محافظات غزة.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- الأنصاري، مها محمد. (2010م). تأثير بعض المتغيرات البايوكينماتيكية في حركات صلاة المسلمين لإعادة تأهيل المسابات بالذبحة القلبية. مج 11. ع 1. *مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية*. العراق: 667-690.
- البرزنجي، دنيا طيب. (2014م). أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بصلابة الشخصية لدى المصابين بالذبحة الصدرية من المسنين .. دراسة ميدانية. ع 47. ج 4. *مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس*. السعودية: 267-284.
- شامخ، بسمة كريم. (2009م). التحدث مع الذات وعلاقته باضطراب التوافق والقلق من المستقبل لدى مرضى الجهاز الدوري. *أطروحة رسالة دكتوراه*. العراق: كلية التربية. الجامعة المستنصرية.
- شامخ، بسمة كريم. (2012م). أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الأعراض العصبية لدى مرضى القلب. *مجلة كلية التربية في جامعة بغداد*. ع 203. العراق: 906-963.
- صلاح الدين، سماح. (2015م). تأثير استخدام برنامج مقترح من مهارات التعبير الحركي كعامل وقائي من أمراض القلب على بعض المتغيرات البيوكيميائية والفسولوجية لمرضى السكر. *المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة*. ع 75. مصر: 222-238.
- علي، وائل فاضل. (1997م). أنماط أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالاكتئاب النفسي لدى المرضى المصابين بالقرحة. *رسالة دكتوراه غير منشورة*. العراق: كلية الآداب. الجامعة المستنصرية.
- عمران، سلوى. وسالم، عمران. (2002م). الخصائص المورفولوجية والفسولوجية لعضلة القلب لدى السباحين الناشئين ومرضى القلب. *المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة*. ع 40. مصر: 139-160.
- فكية، فريدة. (2001م). الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب في المجتمع الحضري دراسة تطبيقية على مدينة جدة. *رسالة ماجستير غير منشورة*. السعودية: جامعة الأمير نايف.
- قريشي، فيصل، وجبالي، نور الدين. (2015 م). علاقة التدين بفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية: دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي سعادنة عبد النور سطيف بالجزائر. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية*. مج 9. ع 1. الجزائر: 109-123.
- المطوع، عبد العزيز. (1999م). برنامج تحسين الجودة في الأداء الفني للمرشد المدرسي. *المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي*. جامعة عين شمس - القاهرة - مصر: 420-449.

المراجع الأجنبية:

- Bonica, J.J..(1987). Importance of the M. Swerdlow (Eds). Chronic Noncancer pain. U K: (p.13) MTP Pres limited. Lancaster.
- Buckley ,B. S؛ Simpson ,C. R؛ McLernon ,D. J؛ Murphy ,A. W؛ Hannaford ,P. C (2009). "Five year prognosis in patients with angina identified in primary care: Incident cohort study". BMJ 339: b3058. doi:10.1136/bmj.b3058. PMC 2722695. PMID 19661139
- Braun Wald, E. (1997). "Heart disease". 5th ed.. *Sounders Company Philadelphia*. Vol1. 3-5.
- Guerin, L. (2003). Relationship of hostility and Heart Disease: Program evaluation of Dr . Dean Ornish's program for Reversing Heart Disease . PHd, Alliant- International - University san francisco- Bay.
- Keefe, F.J., Lumley, M. Anderson ,T., Lynch, T. & Carson, K.L. (2001). Pain and emotion: *New research direction. J. of Clinical Psychology*. 57(4). 587-607.
- Merck Medicos': Dorland's Medical Dictionary". 09-09-2015 اطلع عليه بتاريخ
- Naser, F. (1997). Psychology of pain Cairo: I.S.B.N. 977-19-3742-1. Ollendick . T.H & Cerny . J.A. *Clinical behavior therapy*. 1981.
- Peterson, C. (2000). Optimistic explanatory style and health. In J. Gillham (ed). The science of optimism and hope: Research essays in hour of martin Seligman. Laws of life symposia series. Philadelphia: Templeton Foundation Press. PP.145-161.

- Tumlin, T.R. (2001). *Treating chronic-pain patients in psychotherapy's of Clinical Psychology*. 57 (11). 1277-1288.
- Vos, T; Flaxman, AD; Naghavi, M; Lozano, R; Michaud, C; Ezzati, M; Shibuya, K; Salomon, JA et al. (Dec 15, 2012). "Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the *Global Burden of Disease Study 2010*". *Lancet* 380 (9859): 2163–96.
- World Health Organization, WHO (1998). *World Health Report 1998: life in the 21st century: A Vision for All*. WHO. Geneva.