

التوافق النفسي الاجتماعي لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح

Psychosocial adjustment in patients undertaking open-heart surgery

L'adaptation psychosociale des patients subissant une chirurgie à cœur ouvert

د. راضية متوري

جامعة الجزائر2، أبو القاسم سعد الله

ط.د. أمال عبادة

جامعة الجزائر2، أبو القاسم سعد الله

تاريخ الإرسال: 2019-10-29 - تاريخ القبول: 2019-11-15 - تاريخ النشر: 2021-11-28

ملخص

هدفت الدراسة إلى البحث في التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده المختلفة (النفسي، الجسدي، العائلي، الاجتماعي) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح، وهذا بتطبيق مقياس التوافق النفسي الاجتماعي على عينة من ثمانين (80) مريض من الجنسين وتراوح أعمارهم ما بين الواحد والعشرين والأربعة والأربعين (21.44) سنة. وقد تمت معالجة المعلومات المتحصل عليها عن طريق برنامج منظومة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وأساليب إحصائية أخرى مختلفة، وتم التوصل إلى مجموعة من النتائج التي يمكن استثمارها في بناء مخططات تساعد هذه الفئة بهدف تجاوز أهم الصعوبات وما تابعها من سلبيات ومضاعفات تمس مستقبل المرضى.

الكلمات الدالة: التوافق النفسي الاجتماعي؛ جراحة قلب مفتوح؛ مقياس التوافق النفسي الاجتماعي؛ أبعاد التوافق النفسي الاجتماعي.

Abstract

This study aims to explore the dimensions of the psychosocial adjustment of patients to undertake heart surgery, for this, we have developed a psychosocial adjustment scale. The study involved a sample of 80 patients with heart problems, and a comparison was made between male and female patients in psychosocial adjustment to the disease, and found results that can be used to develop schemes that help to overcome negative difficulties.

Keywords: dimensions psychosocial adjustment; open-heart surgery psychosocial adjustment; test of psychosocial adjustment.

Résumé

Cette étude a pour objectif l'étude de l'ajustement psycho-sociale dans ses diverses dimensions, psychique; physique ; familiale et sociale chez des patients sur le point de subir une intervention chirurgicale à cœur ouvert. Une échelle d'ajustement psycho-sociale acété élaborée et appliquée sur un échantillon de 80 patients atteints de problème cardiaque des deux sexes et âgés entre 21 et 44 ans. L'analyse des données collectées est faite sur la base de la comparaison selon le genre afin d'évaluer l'efficacité du test.

Mots-clés: dimensions de l'ajustement psycho-sociale; chirurgie à cœur ouvert, test de l'ajustement psycho-sociale

مقدمة

يعيش الفرد في بيئة متغيرة يجب عليه أن يتكيف ويتماشى معها، وأن يتفاعل باستمرار مع المواقف الصادمة الضاغطة التي تصادفه بطريقة مفاجئة، وهذا سعياً لإشباع دوافعه ورغباته، فيتعثّر تارة وينجح تارة أخرى من أجل تحقيق توافقه النفسي الاجتماعي. وعلم النفس الحديث هو علم دراسة التوافق ذلك أن السلوك الإنساني يفسر على أساس المواقف والخبرات الشخصية سواء من الجانب السوي أو المرضي. كما يمكن النظر إلى كل جوانب الحياة التي تفرع عنها علم النفس من زاوية التوافق أو عدم التوافق، حيث أن جميع المواقف والخبرات في حياتنا اليومية تتطلب التوافق باستمرار، ومن ثمة فهي ليست مجرد سلوك أو استجابة أو خبرة. (البوز وحجاج، 2013، ص2)

ويعد مفهوم التوافق النفسي الاجتماعي من أهم المفاهيم الأساسية في العلوم الإنسانية والاجتماعية، فدراسته والبحث في معانيه ومحتوياته يعني البحث في الفرد من جميع جوانبه النفسية الاجتماعية العلائقية والمهنية. وقد تعددت استخداماته في شتى الميادين من أجل مساعدة الفرد ليحصل على توازن متكامل في كل من محيطه العام والخاص، فوصول الفرد إلى حالة من التوافق النفسي الاجتماعي يعنى التمتع بصحة نفسية جيدة والعكس صحيح. ونظراً لأهمية هذا المفهوم واستخدامه الشائع والمتداول فقد تنوعت تعاريفه وكثرت بحوثه واختلفت تفاسيره من نظرية إلى أخرى ومن مجال إلى مجال، لكن يبقى هدفه الحفاظ على الفرد واستمرارية بقائه.

1. عرض الأدبيات حول موضوع الدراسة

تعتبر الحياة العصرية بكل ما فيها من مصاعب وأزمات ناتجة عن المشكلات اليومية من المتغيرات الهامة التي تؤدي إلى تراكم الحوادث الضاغطة، فتغير دورها من استجابة الفرد من البسيطة إلى الحادة إزاء تلك المواقف فيختل توافقه النفسي الاجتماعي (النوايسة، 2013، ص28). ولعل من أهم المواقف اختلالا بالتوافق النفسي الاجتماعي أمراض القلب لما تحمله من خبرات مؤلمة وصدمات نفسية وجسدية مختلفة، فحسب آدم وهارزليش (Adam and Herzlich) فإن: "المرض المزمن يجمع تحت نفس الفئة إصابات مختلفة، فبعض الأمراض كالربو والتهاب المفاصل لا تمثل تهديدا حيويا، فالمرضى يتعلم كيف يتكيف مع إصابته ويعيش معها. أما أمراض القلب والسرطان فتمثل تهديدا حقيقيا بالموت، ومن ثم تصبح فكرة البقاء على قيد الحياة هي مركز اهتمام المريض". (Adam et Herzlich, 1994, p.107-108)

وتشير الإحصائيات العالمية وطبقا لتوقعات البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية أن تصبح أمراض القلب والشرايين السبب الرئيسي للإعاقة والوفيات في الدول الصناعية الغنية خلال السنوات المقبلة. ومن المرشح أن يمتد نطاق انتشاره إلى بلدان العالم الثالث التي شهدت خلال الفترة (1985-1997) ارتفاعا للمصابين بأمراض القلب بنسبة تراوحت بين 16% إلى 29%. (بوازير، 2008، ص 2). أما في الجزائر فقد ذكر بوغربال وآخرون 2012 (Bougherbal and all) أن هناك ما يقارب نسبة 54% من الوفيات مرتبطة بأمراض غير معدية وفي مقدمتها أمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة 25%. وهي أمراض تشكل حسب زيدمال 2012 (Zidemel) مشكلا كبيرا للصحة العمومية في الجزائر فهي على رأس أسباب الوفيات التي زادت اتساعا في مختلف بلدان العالم منذ ان تجاوزت في سنة 2008 حسب المنظمة العالمية للصحة. عتبة 19,7%. (بوالطمين وبوطمين، 2016، ص133)

ونظرا لما يحمله هذا المرض من خطورة ومجازفة في العلاج والعديد من المشاكل غير المنتظرة فقد وصفه نوال سابين (Noël sabine): "بالمريض الخطير الذي يشبه مرحلة الشيخوخة، لما يحمله من معاناة جسدية وأزمة نفسية حقيقية" (Noël, 2006, p156). وحسب أها 1980 (Aha) فإن أمراض القلب تقتل بنسبة 20% في غضون ثلاث ساعات



من ظهور الأعراض، و10% في الأسابيع القليلة الأولى من المعاناة منة مع احتمال زيادة الوفيات خلال السنوات الخمس الموالية وهذا بخمسة أضعاف. (Fastnacht, 1984, p 1).

وتعتبر العملية الجراحية للقلب خاصة في شكل قلب مفتوح من العلاجات الأكثر تخوفا لدى مريض القلب ، لأن الجراحة كإعاقة تمنع المريض من تحقيق رغباته وأهدافه، وتترك لديه آثارا جسدية ونفسية خطيرة تسبب له الكثير من المعاناة والألم التي تبدأ بعد تشخيص المرض وتتوالى بشكل سريع، وتظهر ردود الأفعال المختلفة. ومن هنا يمكن اعتبار الجراحة وضعية ضاغطة قوية، إذ يجد المريض صعوبات للسيطرة عليها ومراقبة الضغط الناجم عنها، ولهذا فأن قدرة وإمكانية الشخص على مراقبة الأحداث الضاغطة تكون نسبية و ليست بالدائمة والمستمرة، وهذا ما أكده كل من على كتوم وخالدة علوان في دراستهما حول القدرة الوظيفية للمرضى المصابين بأمراض القلب الوعائية لمتوسطى الأعمار، فالعيش بمرض القلب وضعية معقدة ومتعبة لكل المرضى، وتتطلب رفع تحديات عدة منها التعامل مع الأعراض المخيفة والأدوية المعقدة، وما يصاحب ذلك من الاكتئاب والقلق وفقدان الدور والقدرات الوظيفية مما يؤدي إلى تدهور جودة الحياة (Jassem, 2012, p114). وأمام هذه الوضعية يسعى المريض جاهدا في البحث عن أساليب تقوده إلى توافق نفسي اجتماعي سليم، فقد أفرح كل من رودلف موس وفيفيان توس (Rudolf moos and Vivien tus) سبع مهام للتكيف مع المرض المزمن تتمثل في التكيف مع الشدة والعجز الجسدي (الألام وفقدان السيطرة)، التعرض للتكنولوجيا الطبية، المحافظة على التواصل مع الطاقم المقدم للرعاية، والعلاقات الاجتماعية المحافظة على التوازن الانفعالي، والتقدير الجيد للذات، التحضير للمستقبل المجهول. (زيادة، 2014، ص349)

وفي هذا النطاق قام كامبل 1969 (Kimball) بدراسة أهمية الآثار النفسية للعملية الجراحية القلبية، قلب مفتوح ، وحدد أربع ردود انفعالية تم تقييمها عند المرضى الذين سيخضعون للعملية الجراحية، فمنهم المتوافق نفسيا ومستعد للعملية ومنهم المتعايش مع المرض، مع وجود مرضى ذوي درجة عالية من القلق والاكتئاب. كما تم تحديد القيمة التنبئية للصنفين (الاكتئاب والقلق) الذين كانا موضوع المزيد من الاهتمام في مجال الصحة العقلية في مصلحة أمراض القلب. وقد وجد كامبل أن



معدل الوفيات بعد الجراحة عاليا لدى الفئة المصابة بالاكتئاب، في حين بلغت حالات التعرض لمضاعفات ما بعد العملية لدى المصابين بالقلق نسبة عالية. (Kalra and Desousa,2011, p10)

وحسب جونسون (Johnson)1986) فكلما زاد القلق قبل العملية الجراحية كلما زاد التأخر في التوافق النفسي الاجتماعي للمريض الذي تزداد معاناته للألم وتظهر لديه أعراض الاكتئاب مما يدفعه الى الإكثار في تعاطي المسكنات ومع تأخر شفاؤه بعد العملية الجراحية تزداد شدة قلقه . (حمود وقاسم، 2015، ص401)

أما وايتهيد (Whitehead) فقد اعتبر هذه المرحلة بمثابة "الأزمة" التي يتعرض لها الفرد المريض، وهذا لما لهذه المرحلة من مخاطر وفوائد مرتبطة بنوعية التدخلات الطبية والتكفل الاستشفائي بعد العملية التي تؤثر بدورها على التوافق النفسي الاجتماعي سواء بالسلب أو الايجاب، أي باستعادة المريض لتوازنه بتبني أنماط صحية جديدة أو العكس (Mumford and all, 1982,p144)، وحسب بوقوسفا (Pogosova) 1996) فعلى الرغم من كون جراحة القلب أكثر العمليات فعالية في علاج أمراض القلب والأوعية الدموية، فإن أكثر من واحد وخمسين بالمئة (51%) من المرضى يعانون من مشاكل في التوافق النفسي الاجتماعي وحتى المني. (Zinchenko and all, 2013, p161)

2. بناء الإطار المنهجي

1.2 تساؤلات وفرضيات الدراسة

خشية المريض من الدخول للمستشفى، الخوف من الألم، تجربة جراحية قلبية معاشة من طرف صديق أو من العائلة، تلكم هي العوامل النفسية والاجتماعية التي تقلق المريض وتربكه وقد تدفعه الى تأخير أو رفض من اتخاذ قرار حول اجراء العملية الجراحية. وهذا ما يعرف بالإدراك الذاتي لوضعية جراحة القلب المفتوح من طرف المريض وتفسير ذاتي لما يقوله الطبيب (Zinchenko and all,2013, p161). وهنا تبدو أهمية دراسة التوافق النفسي الاجتماعي لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح بطرح تساؤلنا على النحو التالي؟ هل توجد فروق بين الجنسين في التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسية، الجسمية، العائلية) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح؟. للإجابة عن هذا التساؤل الرئيسي جاءت فرضية الدراسة كما يلي: لا توجد فروق ذات دلالة



بين الجنسين في التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده النفسية، الجسمية، العائلية، (لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح.

2.2 تحديد الإطار المفاهيمي

التوافق النفسي الاجتماعي: يعرف باتفاق معظم المتخصصين أنه " العملية التي يستجيب بها الفرد لما يحدث في بيئته من تغيرات، وذلك بتعديل استجاباته محافظاً على مناسبتها لمطالب البيئة، وهدفها توفير التوازن بين الفرد وبين هذه التغيرات" (الشاعر، 2014، ص113) ويعرف إجرائياً بأنه: " الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (المرضى المقبلون على عملية جراحية قلب مفتوح) من خلال تطبيق مقياس التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده النفسي، الجسدي، العائلي، الاجتماعي".

جراحة القلب (قلب مفتوح): هي عملية جراحية صمامية تهدف لإصلاح أو استبدال صمامات القلب بصمامات بيولوجية أو ميكانيكية عن طريق فتح القفص الصدري. (Fondation Suisse de Cardiologie, 2017, p8) وتعرف إجرائياً بأنها عملية دقيقة تكون على مستوى الصدر مع فتح عضو القلب الذي يتم فيه إصلاح أو استبدال صمامات قلبية، مع بقاء فترة معتبرة في العناية المركزة.

3.2 منهج الدراسة

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعد من أكثر المناهج استخداماً في ميدان العلوم الاجتماعية، لما يتميز به من خصوصيات تتلاءم وطبيعة الظاهرة الاجتماعية بهدف الوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة البحث، وتحديد نطاق ومجال المسح وفحص جميع الوثائق المتعلقة بالمشكلة وتحليلها وتفسيرها بشكل علمي منظم، وأخيراً الوصول إلى الاستنتاجات واستخدامها للأغراض المحلية أو القومية (عيسور وآخرون، 2017، ص 216-217)

4.2 عينة البحث

تكونت عينة البحث من ثمانين (80) فرداً مصاباً بالأمراض القلبية الصمامية المقبلين على عملية جراحية ذات قلب مفتوح تم اختيارهم بطريقة عشوائية، حيث كان عدد الذكور اثنان وخمسون (52) ذكراً، وعدد الإناث ثمانية وعشرون (28)، و تراوح سنهم ما بين الواحد والعشرين (21) سنة إلى الخمسة والأربعين (45) سنة، ومستواهم الدراسي

ما بين أمي، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي، وقد طبق في اختيارهم كذلك استعدادهم للتعامل مع الأسئلة والإجابة عنها، وخلوهم من اضطرابات معرفية، وعدم تناولهم لأدوية مهدئة.

5.2 أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية

استخدمت المقابلة العيادية وتضمنت مجموعة من الأسئلة حول البيانات الشخصية، و المرض والعملية الجراحية مع الفترة الاستشفائية، وحول الحياة الاجتماعية والأسرية. كما استخدم مقياس التوافق النفسي الاجتماعي (من إعداد الباحثين) واعتمد في بناء المقياس وصياغة بنوده على الدراسة الاستطلاعية ومجموعة من أدبيات الموضوع (مجلات، كتب)، والمقاييس التي طبقت في دراسة التوافق النفسي الاجتماعي. وقد تم في بادئ الأمر الحصول على خمسة وثمانين (85) جملة، تم تقسيمها لأربعة بنود هي التوافق النفسي، الصعي الأسري، الاجتماعي، وعرضها على مجموعة من الأساتذة لكل من جامعة الجزائر(2) وجامعة مستغانم من المتخصصين في علم النفس الاجتماعي، علم النفس، علم الاجتماع، حيث تم تعديل مجموعة من العبارات والوصول إلى الصورة النهائية المطبقة في البحث.

وبعد التصحيح من طرف مجموعة من الأساتذة المحكمين، تم اختيار عينة عشوائية تكونت من ثلاثين (30) مريضا مصابين بأمراض مزمنة كالقلب، الكلى، السكري من كلا الجنسين (ذكر، أنثى) تراوحت أعمارهم ما بين الثلاثين والتسعة والأربعين (30- 49) سنة. وتم تطبيق مقياس التوافق النفسي الاجتماعي المصمم وهو في صورته الأولية، بهدف دراسة صدق وثبات الأداة ومدى صلاحيتها في تطبيقها للدراسة. وبعد هذه المرحلة، قمنا بالبحث عن الاتساق الداخلي للبنود باستخدام معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للأبعاد ودرجة كل بعد وارتباطه بالدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من ثلاثين (30) مريضا وتم حذف البنود غير الدالة إحصائيا، وتم استخدام النسخة النهائية للمقياس لاختبار خصائصه السيكومترية، والتوصل إلى ثبات المقياس بطريقة ألفا كرو نباخ واتضح أن كل المعاملات ألفا كرو نباخ للأبعاد تراوحت بين 0,67 و0,90 وهي كلها نتائج مرتفعة مما يدل على قلة تباين البنود وهو ما يدل على ثبات المقياس، أما بالنسبة لاختبار صدق المقياس فقد تم عن طريق المقارنة الطرفية

(الصدق التمييزي)، أين تم تقسيم العينة إلى عينة طرفية عليا ودنيا بنسبة (27%)، أين تم وجود كل معاملات Test للأبعاد ككل دالة إحصائيا مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية.

تضمنت المعالجة الإحصائية تفرغ النتائج المتحصل عليها باستخدام برنامج التحليل الإحصائي في العلوم الاجتماعية بالإعلام الآلي (SPSS) مما سمح بحساب دقيق للنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية مع الانحرافات المعيارية، مع اختبار كل من اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov Test)، واختبار Ttest لدراسة الفروق بين الذكور والإناث مع الانحدار المتعدد الآتي أو المعياري.

3. عرض النتائج

ولاختبار صحة الفرضية تم استخدام اختبار Ttest والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (1): الفروق بين الجنسين في التوافق النفسي الاجتماعي لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح.

| الدلالة الإحصائية | Ttest | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | حجم العينة | العينة | |
|-------------------|-------|-------------------|-----------------|------------|--------|-----------|
| غير دالة | 0.97 | 7.69 | 36.02 | 52 | الذكور | النفسي |
| | | 7.83 | 34.25 | 28 | الإناث | |
| غير دالة | 0.85 | 3.95 | 14.77 | 52 | الذكور | الجسدي |
| | | 4.13 | 13.96 | 28 | الإناث | |
| غير دالة | 0.70- | 3.79 | 24.85 | 52 | الذكور | العائلي |
| | | 2.92 | 25.43 | 28 | الإناث | |
| غير دالة | 0.05 | 2.10 | 11.42 | 52 | الذكور | الاجتماعي |
| | | 2.54 | 11.39 | 28 | الإناث | |
| غير دالة | 0.50 | 13.53 | 86.69 | 52 | الذكور | الكلي |
| | | 14.22 | 85.04 | 28 | الإناث | |

يتضح من خلال الجدول رقم (1) أن حجم عينة الذكور بلغت 52 فردا وكانت أكبر من عينة الإناث التي بلغت 28 امرأة، وبلغ المتوسط الحسابي للذكور في التوافق النفسي 36.02 بانحراف معياري بلغ 7.69، في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث 34.25 بانحراف معياري بلغ 7.83. وقدر المتوسط الحسابي للذكور في التوافق الجسدي بـ

14.77 بانحراف معياري قدر بـ 3.95 في حين قدر المتوسط الحسابي للإناث بـ 13.96 بانحراف معياري بلغ 4.13، وبلغ المتوسط الحسابي للذكور في التوافق العائلي 24.85 بانحراف معياري قدر بـ 3.79 في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث 25.43 بانحراف معياري بلغ 2.92.

وقدر المتوسط الحسابي للتوافق الاجتماعي بالنسبة للذكور بـ 11.42 بانحراف معياري بلغ 2.10 في حين قدر المتوسط الحسابي للإناث بـ 11.39 بانحراف معياري بلغ 2.54. وقدر المتوسط الحسابي للتوافق الكلي بـ 86.69 بانحراف معياري بلغ 13.53 وبلغ المتوسط الحسابي للإناث 85.04 بانحراف معياري بلغ 14.22، وتم التوصل لقيمة Ttest للفروق بين الذكور والإناث في التوافق النفسي والتوافق الجسدي والتوافق العائلي والتوافق الاجتماعي والتوافق الكلي على التوالي 0.97، 0.85، -0.70، 0.05، 0.50 وهي قيم كلها غير دالة، مما يعني أنه لا توجد فروق بين الجنسين في التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسي، الجسدي، العائلي، الاجتماعي)، وبالتالي قبول الفرضية.

تتفق نتائج دراستنا مع دراسة كل من جريس وجراهام (1952) في عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في التوافق النفسي الاجتماعي للذين يعانون من أمراض جسمية متشابهة لديهم ردود فعل متشابهة في المواقف التي تعترضهم في حياتهم (أحمان، 2017، ص115)، وكذلك مع دراسة مرزوقي جاسم محمد حول المرض السكري الذي أرجعه إلى التزام كلا الجنسين بمتطلبات العلاج وهو متغير مؤثر بشكل مباشر على الفرد (المرزوقي، 2008، ص155). وتتفق مع نتائج دراسة الحطاب لين حكم حول التكيف النفسي الاجتماعي للمكفوفين لكلا الجنسين الذي أرجعه إلى التنشئة الاجتماعية والتربية المتبعة، مرده ثقافة المجتمع بما تنطوي عليه من أسلوب التربية وعدم الازدواجية في طريقة المعاملة، حيث لا يوجد طبيعة ذكورية قائمة بذاتها ولا طبيعة أنثوية قائمة بذاتها. (الحطاب، 2015، ص314)

4. مناقشة النتائج

من خلال ما توصلنا من معالجة المعطيات، يتبين أن عدم وجود فروق بين الجنسين في التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسي، الجسدي، العائلي، الاجتماعي) الذي قد يرجع إلى:

- تشابه إدراك وتفسير المرض بين المرضى حول العملية الجراحية القلبية وهذا ما يتبين من خلال دراسات المتخصصين ومن نتائج دراستنا. فالعملية الجراحية بالنسبة للمريض حسب كارفر وآخرون 1998 (Carver and all) هي شعور عدم اكتمال الجسد أو عدم القدرة على القيام بوظائفه (شيلي، 2008، ص820)، كما تعني محدودية النشاطات المهنية والاجتماعية الراجعة لتناقص جهوده الجسمية والمعرفية فيحال للتقاعد أو تغيير منصبه. وحسب بوتير (Bouteyre) تعني بمثابة استبعاد اجتماعي مشجع للعزلة وأزمة نرجسية فيمس توافقه مع المنظمات والشبكات الاجتماعية المحيطة بها، فاقتدا بذلك دوره ومكانته في الأسرة والمجتمع، فيؤدي إلى تقدير ضعيف لذاته. (Bouteyre and Rouen, 2009, p139).

أما حسب توستوف 2002 (Thostov) فجراحة القلب المفتوح إدراك ذاتي من طرف المريض لكل من فعالية الأدوية، التنبؤ بنتيجة العملية الجراحية، التي تأخذ معنى نفسيا قد يكون غير دقيق وغير مناسبة لمعنى الجراحة القلبية وقد ينتج عن ذلك تصورات خاطئة لحالة الجسد بعد العملية وزيادة شدة الخوف من نتائجها المجهولة مثل تهديد للصورة الجسدية، خطر الحياة، الألم وما يصاحبها من انفعالات سلبية. (Zinchenko and All, 2013, p161).

تكتسي الظروف والضغوط النفسية التي يمر بها المريض أبعادا اجتماعية، حيث يطلق على الأمراض القلبية بالأمراض الاجتماعية لأنها ترتبط بالأساليب المواجهة الخاصة والجوانب الثقافية والأسرية والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، من هذه الآثار المعيشة تحت قيود الحماية، الامتناع عن مجموعة من الممارسات الرياضية والهوايات، إجبارية التقيد بمجموعة من الأدوية، محدودية الأنشطة الاجتماعية، الشفقة التي يراها في أعين لما حوله التي تظهر في الرعاية المفرطة من طرف العائلة، بالإضافة إلى الاعتمادية على الآخرين لعدم قدرته على إعالة نفسه. (مامل، 2014، ص 7-8).

يتبين من خلال ما ذكر أن الصدمات التي يعيشها المريض كثيرة وعقدة ، فهو معرض لمجموعة من الأزمات الحياتية كالمرض وتطوره، البعد عن الأهل بسبب الاستشفاء، العملية الجراحية ومجهولها. وقد اعتبر لوبرتن (Le Breton) هذه الأزمات بالصدمات النفسية وهي من أهم الصدمات التي يعيشها المريض تمثل صدمة الألم صدمة نفسية حقيقية. صدمة الانفصال المفاجئ عن الأسرة كالاستشفاء الطارئ خاصة المثيرة للقلق، صدمة التشخيص الطبي الخطير، الصدمة العاطفية (LeBreton,2008, p65).

ولمواجهة هذه الصدمات تلعب الكفاءة الذاتية دورا هاما ، وهذا ما يتبين في دراسة لام وفيلدينج (Lam and Fielding, 2007) حول عينة من مرضى السرطان حيث تم تقييم مستوى الفعالية الذاتية وحالتهم النفسية بعد أسبوع من عملية استئصال الثدي وإعادة تقييمهم بعد شهر من العملية، فأشارت النتائج الى أن النساء اللواتي يتمتعن بمستوى أعلى من الفعالية الذاتية يتمتعن بدرجة أفضل من التكيف الاجتماعي وتقبل صورة الجسد، كما تلعب دور حيوي في التنبؤ الايجابي بالنتائج النفسية والوظيفية وقدرة التعامل مع الضغوط. (خلاف وعدوان، 2017، ص 328-329)

أما في دراستنا فقد لاحظنا أن المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح ياعنون اضطرابات نفسية متشابهة تمثلت في كل من الاكتئاب والقلق حيث كانت أهم الأعراض هي قلة النوم "والله ما نعرف الرقاد"، "كي نفوت نوض ما نقدرش نعاود نرقد"، "نوض مفزوعة مرقاد" "نضل نخلط فالمنامات"، فقدان الشهية "ماجنيش الماكلة" "الماكلة سماطة" " ألقو me goutamكانش"، نظرة مستقبلية مضطربة "ربي علابالو"، "ما نعرف إذا نفطن"، "ماني نخمم في والو قد العملية". ونفس النتيجة توصل إليها الغتيت وهاو (El Gatit and Haw, 2002) في دراسته حول العلاقة بين الاكتئاب وعدم الالتزام بالعلاج لدى عينة جراحة استبدال الصمام، فقد وجد ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح وهذا قبل وبعد العملية الجراحية (El Gatit and Haw, 2003, p13).

وقد يكون قلق المرضى المقبلين على عملية جراحية قلقا نوعيا خاصا بالمستشفى، الخبرة الفردية حول العملية الجراحية، فوبيا أو الخوف من العملية الجراحية، فهي تتجاوز قدراتهم الفردية من أجل التوافق مع العملية الجراحية، كما قد تخلق



مجموعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية كالكارثية، (Amouroux and all, 2010, p589) وحسب سيروا وبورجوا (Sirois and Bourgeois, 2001) في دراسته حول الكشف عن القلق قبل الجراحة هناك مصدرين لنشوء القلق ما قبل الجراحة الأولى. يتعلق المصدر الأول بالعملية نفسها حيث قد يفقد المريض القدرة على التغلب على مشاعره مثل الخوف من الموت، واليقظة المفرطة لاتخاذ قرار إجراء العملية، و يتعلق الصدر الثاني بسمات الشخصية وعادات نمط الحياة كمشاكل الأرق الحالية أو المزمنة. سلوك النمط (أ)، فقدان الاستقلالية والنكوص أثناء الاستشفاء. (Sirois and Bourgeois, 1991, p315-316)

قد يرجع التفسير المتشابه لكلا الجنسين إلى نظرتهم للعملية الجراحية كخطر وتهديد حقيقي، فحسب قولهم: "هذا قلب يفتحوه"، "نوايو 5" يقصد النواة الخامسة التي هي المقبرة، وفي هذه الأقوال ما يبين أن موقف المريض من العملية الجراحية هي نتيجة من الأحكام الذاتية تكاد أن تكون متزامنة، في الحكم الأول أو التقدير المبدئي وحسب ريتشارد لازاروس (1966) يتعرف على الموقف كشيء مهدد ويقدر مدى احتمالية الضرر ومدى اقترابه وشدهته وفي التقدير الثاني يزن المريض قوته الدفاعية وقدرته على إبطال الخطر ويقدر ما تكون الغلبة للقوى المهددة يكون حجم الخطر المدرك قويا وقد يحمل بدوره معنى الكارثة المهدد للتوافق النفسي الاجتماعي. (بيك، 2000، ص54)

كما قد يرجع هذا التفسير إلى أنه في بعض الأحيان يصادف المريض عوائق مختلفة في المستشفى تؤول دون إشباع حاجياته فيصاب المريض بإحباطات نفسية، ومن أهم هذه العوائق تأجيلات متكررة للعملية الجراحية، الإدراك الخاطئ والخلل في التفكير فيشعرون بالتهديد وانعدام الامن مع تقدير ضعيف للذات. فحسب دراسة أكين ودورين (Akin and Durna) على عينة من مرضى القصور القلبي تبين أن التكيف النفسي السيء هو مصدر التدهور في كلا المجال المهني والاجتماعي (Goceer and all, 2017, p6). وفي دراسة أكين ودورن (Akin and Durna)، يتبين أن انخفاض التوافق النفسي والاجتماعي خاصة على المستوى العائلي قد يعود إلى انخفاض الدخل الناتج عن العطل المرضية فيؤدي إلى مشاكل اقتصادية. (Goceer and all, 2017, p6). كما قد يرجع ذلك حسب روتبان وآخرون (Rothaban and all, 1992) إلى أن التهديدات الجسدية ومواجهة الفرد بمطالب أكبر من طاقته تجعله يعاني من سوء في توافقه (لموزة وجاسم، 2008، ص6). فالعملية الجراحية

وما تركه من خدوش وندبات على مستوى الصدر غير متقبلة من عند البعض "نلبس حاجة مستورة باش ماتباناش"، "مخبية ماتباناش"، "مقدرش نشوف الجرح تاغ ألي قدامي"، فحسب حامد زهران 1988" تؤدي العيوب الجسمية إلى عدم توافق الفرد نفسيا "كما تؤثر بذلك على مفهومه لذاته (جزر، 2001، ص8)، فأى تغير بالجسم وخاصة على مستوى الجلد يشكل مفهومًا سلبيًا للذات لدى المريض فيتعكس ذلك في عجزه على التوافق مع العالم الخارجي فيشعره بعدم الاستقرار النفسي وعد الطمأنينة. (جزر، 2001، ص76).

من خلال دراستنا لعينة البحث لاحظنا أن هناك أعراضًا جسمية ونفسية مقلقة وكثيرا ما نراها على المستوى الانفعالي والسلوكي للمريض، فكانت تنسب لحالة من القلق الطبيعي أو استجابة اكتئابية كرد فعل، فكانت في بعض الأحيان تعتبر من الاستجابات الطبيعية وأحيانا تتمادى في مدتها وتزداد في شدة أعراضها وكثيرا ما أدركتها عينة بحثنا المقبلة على جراحة قلب مفتوح على أنها موقف ضاغط مهدد لكيانه غير متقبل لنهاية حياته. فالتدخلات الجراحية والعلاجات المكثفة التي تلي العملية الجراحية صدمة نفسية وجسدية حسب ما كان يعبر عنها المرضى من كلا الجنسين "مأمنتش «تشوكيت"، بديت غير نبيكي كي قالي الطيب"، "حسيت حياتي راحت" "الدنيا درات بيا" وهذا ما يفسره فانوتيسوليس (Vannotti and Celis, 1997) الذي يرى أن حدوث المرض يعني توقف مفاجئ للصحة الجيدة، فهو صراع في المسار الوجودي للفرد والمسؤول الأول عن ذلك هو الإبلاغ عن التشخيص فهو وضع كارثي. (Delage et al, 2017, p26-27) فتزيد من الانفعالات السلبية التي ترجع إلى تفسيرات ذاتية مع تشويه معرفي للمعلومات المتحصل عليها كالمضاعفات التي تحدث من جراء العملية أو أثنائها والغير المتنبئ بها، التأثير بالحالات الصحية الخطيرة لمرضى آخرين، عدم الفهم للعملية التي ستجرى لهم، الشك في قدرات الجراح مع طول الانتظار من أجل إجراء العملية.

خاتمة

من خلال ما تم عرضه من نتائج ومناقشتها فقد تبين أن العملية الجراحية القلبية تعد في مراحلها الأولى من الأمور الصعبة والمرهقة للمريض نظرا لما تتطلبه من قدرات نفسية وجسمية ومعرفية عالية، حيث يرتبط تفكير المريض مباشرة بتصورات سلبية

وهو موته المحتم الذي ينتج لديه موجة من الانفعالات السلبية كخطوة أولى، ثم تلمها إدراج المريض في مجموعة من العلاجات الثقيلة والالتزامات الطبية التي تصبح شرطا أساسيا من أجل الوجود و لاستمرارية. كما لا يمكن إنكار الصدمة والانقطاع الحياة اليومية والعادية. ويرجع عدم وجود فروق بين الجنسين إلى تبدد بعض التقاليد والمعايير الاجتماعية الموروثة من العصور القديمة التي كانت من قبل من أهم العوامل المساعدة على تبيين الفروق بين الجنسين، إذ يمكن القول أن الحياة المعاصرة وتشابه العوامل المساعدة في ظهور المرض وخضوع كلاهما لنفس مراحل العلاجات المختلفة، والضغوطات وصعوبة القدرة على التعايش مع المرض والتزاماته (الاستشفاء، الانتظار) وتسبب المرض في نفس العوائق المستقبلية ومعايشة آثار العملية الجراحية جعلتها متساوية مما أدى إلى اضمحلال الفروق.

المراجع

1. أحمان لبني، 2017. مصدر الضبط الصحي كمتغير وسيط بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 47، ص 901-911.
2. بوازير سعيد، أكتوبر 2008. الجلطات والنوبات، لا تكن الضحية التالية، مجلة دار الخليج. العدد(12)، ص 115-123.
3. بوالطمين سمير، وبوطمين لبنة 2016. سمات الشخصية عند مرضى القلب والأوعية الدموية، مجلة الجزائرية الطفولة والتربية، العدد 4، 69-88.
4. بيك آرون، 2000. العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، تر:عادل مصطفى، ط1، القاهرة: دار الأفق العربية.
5. جزر سحر، 2001. مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السييكوسوماتيين، القاهرة: دار الإيمان للنشر.
6. الحطاب لين حكم، 2015. التكيف النفسي الاجتماعي لدى عينة من الطلبة ذوي الإعاقة البصرية المدمجين في الأردن، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 11(3)، 303-317.
7. حمود محمد عبد الحميد الشيخ، وقاسم عبد الله محمد، 2015. علم النفس العيادي وتطبيقاته الإرشادية، ط1، عمان: دار الإعصار العلمي.
8. خلاف أسماء، عدوان يوسف، 2017. التوافق النفسي وعلاقته بفعالية الذات لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي، مجلة العلوم الاجتماعية، 10(1).

9. زيادة أحمد رشيد، 2014. علم النفس العيادي، ط1، الأردن: الوراق للنشر.
10. الشاعر علي محمد، 2014. التوافق النفسي لمعلم مرحلة التعليم الثانوي بمدينة سبها، مجلة جامعة سبها (العلوم الإنسانية)، 3(1)، 110-125.
11. شيلي تايلور 2008. علم النفس الصحي، تر: وسام درويش بريك، فوزي شاكر طعيمة، ط5، الأردن: دار حامد للنشر.
12. عدوان يوسف، 2017. دور مصدر ضبط الصحة في الإصابة بمرض الربو (دراسة مقارنة بين عينة من مرضى الربو والأصحاء، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، 10(1)، 1171-1214.
13. عيشور نادية مع مجموعة من الباحثين، 2017. منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، الجزائر: مؤسسة حسين راس الجيل.
14. لموزة أشواق، جاسم شاكر، 2008. الأحداث الصدمية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى تلامذة الصف السادس الابتدائي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، ع:18، 46، 1.
15. المرزوقي جاسم محمد 2008. الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر، ط1، القاهرة: العلم الإيمان للنشر.
16. النوايسة فاطمة عبد الرحيم، 2013. الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة، ط1، عمان: دار المناهج.
17. هامل مهديّة، حجام العربي، 2014. الأمراض المزمنة والنمط المعيشي والاجتماعي الغير صحي، الملتقى الوطني حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، قسم علم الاجتماع، جامعة الطارف.
18. Adam P.; Herzlich C., 1994. *Sociologie de la maladie et la médecine*, Paris: Nathan.
19. Amouroux R.; Rousseau-Salvador C.; Annequin D., 2010. L'anxiété préopératoire: manifestations cliniques, évaluation et prévention. In *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, 168(8), PP : 588-592, Elsevier Masson.
20. Bouteyre E., Rouen, Décembre 2009. Troubles de l'adaptation liés à l'arrêt de la vie professionnelle, *Revue la lettre de psychiatrie*, 5(6).
21. Delage M., Lejeune A., and Delahaye A., 2017. *Pratique du soin et maladies chronique (approche systématique et résilience)*, 1ed, Belgique: Boeck supérieur.
22. El Gatit A. M.; Haw M., 2003. Relationship between depression and non-adherence to anticoagulant therapy after valve replacement, *la revue de santé de la Méditerranée*, 9(1).

23. Fastnacht Joann, 1984. *Value orientations, Health locus of control and social support in Patients following coronary artery bypass grafting*, Master of science in the graduate college, University of Arizona Faculty of the college of nursing.
24. Fondation Suisse de Cardiologie, *Traitement des valvulopathies*, Brochure d'information à l'intention du patient, 2017.
25. Goceer S.; Gunay O.; Ulutabanca R.O.; Sonkaya Z. I., 2017. Factors affecting psychosocial adjustments to illness of active tuberculosis patients; *Médecine*, 6(4), 700-5.
26. Jassem A.K., 2012. Functional capacity of patients with coronary artery disease at middle age; *Kufa Journal for nursing sciences*, 2(3), 107-115.
27. Le Breton, 2008. «Anthropologie de la douleur», *Maladies orphelines et douleur*, Fédération des maladies orphelines.
28. Mumford E.; Schlesinger H.J.; Glass G.V., 1982. The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature; *American Journal of Public Health*, 72(2), 141-151.
29. Noël S., 2006. Le crabe et la faucheuse: rencontre d'une maladie avec la problématique du vieillissement psychique ; *Revue francophone de psycho-oncologie*, 5(3), 156-159.
30. Sirois F.; Bourgeois A., 1991. Dépistage de l'anxiété préopératoire ; *Santé mentale au Québec*, 16(2), 315-319.
31. Zinchenko Y.P.; Bokeria L.A.; Kiseleva M.G., 2013. Psychological factors and outcomes of coronary surgery; *Psychology in Russia*, 6(4), 160.