

قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية

Death stress in the presurgical patients

سمية وقاد^{1*} ، محمد مكي²¹ مخبر وسائل التقصي وتقنيات العلاج، جامعة وهران 2 (الجزائر) souaggad16@gmail.com² مخبر وسائل التقصي وتقنيات العلاج، جامعة وهران 2 (الجزائر) Pgsmps2009@gmail.com

تاريخ النشر: 2020-09-01

تاريخ القبول: 2020-06-25

تاريخ الاستلام: 2019-12-08

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى دراسة قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية، وشرك في الدراسة (205) مريض ومريضة عبر مستشفيات ولاية الوادي. لجمع بيانات الدراسة تم تطبيق مقياس قلق الموت من إعداد الباحثين. وبعد تحليل البيانات إحصائياً، أسفوت الدراسة عن النتائج الآتية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية حسب العمر.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية حسب نوع العملية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية حسب نوع المستشفى.

الكلمات المفتاحية: قلق الموت؛ المريض المقبل على العملية الجراحية.

Abstract: This study aims to study the death stress of those who are patients about to have the surgery, Participants comprised 205 patients in the study through El oued Valley hospitals. To collect study data, a death anxiety scale was used by researchers. After analyzing the data statistically, the study yielded the following results:

- There were no statistically significant differences in death anxiety in patients who were about to undergo surgery by age.
- There are no statistically significant differences in death anxiety in patients who are about to undergo surgery by type of operation.
- There are statistically significant differences in death anxiety in patients who are about to undergo surgery by type of hospital.

Keywords: death anxiety, a patient is about to have surgery.

1- مقدمة:

شهدت أعداد العمليات الجراحية ازديادا هائلا يتم إجراؤها سنويا على مستوى العالم خلال العقد الأخير وذلك نتيجة ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض كأمراض القلب والأوعية الدموية، السرطان والإصابات الجراحية... وفقا لما أفادت به منظمة الصحة العالمية، لذلك وضعت هذه الأخيرة استراتيجيات ترمي إلى توفير السلامة في خدمات الرعاية الجراحية من أجل إنقاذ حياة الأفراد ومساعدتهم على الوقاية من حالات العجز وخفض عدد الوفيات في جميع أنحاء العالم.

إلا أن الفوارق الكبيرة في إمكانية الاستفادة من العمليات الجراحية لا تزال قائمة عند مقارنة الدول الغنية بالدول الفقيرة التي ينخفض فيها حجم الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، الأمر الذي يشير إلى العجز عن تلبية الحاجة إلى خدمات الرعاية الجراحية والتخديرية في العديد من الدول مما يؤدي إلى ظهور عدة مشاكل منها: عدم كفاية الممارسات التي توفر السلامة فيما يتعلق بالتخدير الآمن، وحالات إنتان الجروح التي تحدث أثناء العملية الجراحية والتي يمكن تجنبها، وضعف التواصل بين أعضاء الفريق الطبي حدوث بعض حالات الوفاة....

هذه الأخيرة أصبحت تشكل هاجسا على المريض المقبل على إجراء العملية أين ينتابه القلق قبل إجرائها وارتباط تفكيره بالموت.

فقلق الموت يمثل أحد أنواع القلق الذي يشكل خطورة على حياة الفرد إذا زاد عن متوسطه الطبيعي والذي يؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات الحقيقية.

1.1- الإشكالية:

تعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية، فتؤدي إلى عدم التوازن النفسي والجسمي للفرد مما يزيد من تفاقمها وبالتالي ضرورة العلاج، فالبعض يتمثل للشفاء بعد جرعة دوائية والبعض الآخر يستلزم إجراء حلول مغايرة وبديلة لمعالجة هذه الأمراض.

ويعتبر العملية الجراحية حلا ضروريا أحيانا ولا مفر منه لأنه الملاذ الوحيد للشفاء، إذ يتقرر نوعها حسب المرض، ويكون واضحا جدا اختلافها حسب العضو ونوع الإصابة.

أما الشنقيطي(1994) فيرى أن المريض يكون محتاجا إليها سواء كانت حاجته إليها ضرورية بأن يخاف على نفسه من الهلاك أو من تلف عضو أو أعضاء من جسده، أو كانت حاجته دون ذلك بأن بلغت مقام الحاجيات التي يلحقه فيها الضرر بسبب آلام المرض ومتاعبه.

وأكدت منظمة الصحة العالمية(2008) أن الجراحة تتضمن إجراءات متعددة في غرفة العمليات تنطوي على شقّ الأنسجة أو استئصالها أو تعديلها أو خياطتها، وهي أمور تتطلب عادة اللجوء إلى التخدير الناحي (الجزئي) أو العام أو إعطاء مهدئات عميقة الأثر للسيطرة على الألم.

فالرعاية الجراحية تمثل مكونا أساسيا من مكونات الرعاية الصحية المقدمة في أرجاء العالم على مدى أكثر من قرن. ولما كان عدد الإصابات والأمراض آخذا في الارتفاع، فإن تأثير التدخل الجراحي على الصحة العمومية سينمو هو أيضا، حيث تشير التقديرات التي قامت بها منظمة الصحة العالمية في 2008 إلى أنه يتم إجراء 234 مليون عملية جراحية كبرى في جميع أنحاء العالم سنويا، أي بمعدل عملية واحدة لكل 25 شخص

حي. مع أن توزيع الخدمات الجراحية غير متكافئ لأن 30% من سكان العالم استفادوا من (75%) من العمليات الجراحية الكبرى، وما زالت مسألة الحصول على الرعاية الجراحية العالية الجودة تُشكل معضلة في أنحاء كثيرة من العالم، مع أن التدخلات الجراحية يمكن أن تكون عالية المردودية من حيث عدد الأرواح التي يمكن إنقاذها وحالات العجز التي يمكن تفاديها، وغالبا ما تكون الجراحة العلاج الوحيد الذي يقلل حالات العجز ويخفّض احتمال الوفاة من جرّاء ظروف شائعة.

وتشير التقديرات إلى أنّ 63 مليون شخص يتلقون العلاج الجراحي سنويا بسبب إصابتهم وأن 10 ملايين عملية جراحية أخرى تجرى لتفادي مضاعفات الحمل، وأن 31 مليون عملية أخرى تجرى لمعالجة الأورام الخبيثة حسب منظمة الصحة العالمية (2008)، فعلى الرغم من إيجابياتها لكن ذلك لا يمنع من إحساس الفرد ببعض المخاوف والهواجس التي تتخلل تفكيره، لأن الرعاية الجراحية غير الآمنة تسبب أضرارا جسيمة وتترك آثارا كبيرة على الصحة العمومية. فتهدد أمن وسلامة الفرد وصحته الجسدية إزاء إجراء العملية الجراحية، كما تهدد كيانه النفسي فتزيد من مخاوفه وقلقه.

فالإنسان قُدّر عليه أن يعيش هذا القلق الذي ارتبط بحياته، وبعد الموت المصدر الأول للقلق وهناك من يعتبر أن الخوف من الموت هو المصدر الأول للقلق والمنبع له (مصطفى ويعقوب، 1999). انطلاقا من فكرة حبّ الإنسان للبقاء، ولكن بدرجة تختلف من شخص إلى آخر حسب العوامل التي تتفاعل سويا لينشأ عنها قلق الموت، وهذا ما أكّده "دلال الدوسري" حسب (الخالدي، 2002) على أن قلق الموت هو الشعور الذي يجعل الفرد يفكر دائما في الموت، وأنه يقترب منه أكثر من الآخرين مما يجعل فكرة الموت مسيطرة عليه، وتحوّل بينه وبين توافقه مع المجتمع. فعند سؤال المريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلّق بالمرض والعلاج غالبا ما تكون إجابته "الألم".

كما أن خوفه من عدم التخفيف من معاناته يثير لديه شعوراً بالقلق، وربما أكثر ما يثيره هو الجراحة أو فقدان أحد الأطراف أو حتى الموت (تايلور، 2008).

فالجراحة تعتبر المثير الأساسي لقلق الموت وارتباطها بفكرة الموت ارتباطا وثيقا، خاصة عند ارتفاع نسبة المضاعفات الجراحية أو الوفيات للأفراد الخاضعين للعملية الجراحية. فالعمليات التي تجرى في أوقات وأماكن شتّى تترك آثارا كبيرة، فحسب منظمة الصحة العالمية 2008 تبين أن 25% من المرضى يتعرضون إلى مضاعفات جراحية ضمن المستشفيات، وأكبر المضاعفات تحدث في البلدان الصناعية بنسبة تتراوح بين 3-16% من المرضى وتسفر عن عجز دائم أو الوفاة. وهذا ما يزيد من قلق المريض لأن مشكلة الجراحة الآمنة باتت من المشكلات المُسلّم بها عموما في العالم أجمع وأثبتت الدراسات في البلدان المتقدمة مدى جسامه هذه المشكلة وتشيها، أمّا في العالم النامي فإن سوء البنية التحتية والمعدات، وعدم موثوقية الإمدادات، ورداءة الأدوية، والثغرات القائمة في التنظيم الإداري، وفي مكافحة حالات العدوى، وعدم كفاية قدرات وتدريب الموظفين ونقصان التمويل، كلها عوامل مثيرة للصعوبات (O.M.S (2008).

وهذا ما يثير مخاوف جمّة في أرجاء العالم خاصة إذا أدّت هذه المشاكل إلى الوفاة، فتؤكد منظمة الصحة العالمية 2008 أن معدل الوفيات الخام وصل أعقاب العملية الجراحية وصل بين 0.5-5% أي ما يعادل مليون مريض سنويا على الأقل ممن يموتون أثناء الجراحة أو في أعقابها مباشرة، فمعدل الوفيات الناجمة عن التخدير العام وحده عال جدا ويصل إلى وفاة واحدة لكل 150 شخصا في بعض الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى حسب منظمة الصحة العالمية (2008). وهذا ما يجعل قلق الموت يرتفع عند توفّع

العملية الجراحية والتفكير بها وبمخاطرها، فقد أكدت دراسة "سناها وينجام" حسب (عبد الخالق، 1998) التي أجريت على 50 امرأة يتوقعن أن تكون أول ولادة لهن عادية، في حين تتوقع 50 امرأة أخرى الولادة الأولى لهن عن طريق العملية الجراحية، ظهر أن قلق الموت يرتفع بدرجة دالة إحصائية لدى من يتوقعن العملية الجراحية مقارنة بالنساء اللواتي يتوقعن ولادة طبيعية.

وقد يرجع ذلك إلى الخبرات المكتسبة المتعلقة بقلق الموت، وهي عملية الاحتضار والموت بصفة حقيقية ومطلقة، حيث أكدت دراسة (تمبلر 1976) التي أجراها على مجموعة من المرضى في مجال الطب النفسي أن هناك درجة عالية من قلق الموت، وأن هذه الأخيرة ترتبط بعاملين أساسيين هما:

- درجة الصحة النفسية للفرد.

- خبرات الحياة المرتبطة بموضوع المرض (عبد الخالق، 1987).

كما أن نسبة الموت تزداد كلما كان المرض الجسدي خطيرا ومتدهورا وهذا ما يجعل المريض يربط قلق الموت بالحالة الجسدية ارتباطا جوهريا، فقد أكد (Cornell) في دراسته التي دُونها في دليله الطبي (Cornell Medical Index) أنه كلما كان الفرد في صحة جسدية متدهورة كلما زادت شدة القلق من الموت، أي أن قلق الموت مرتبط في جزئه الأكبر بالصحة الجسمية أو التكامل البدني للفرد، وكذا دراسة (Thomas 1998) التي بينت أن مستوى كل من القلق والاكنتئاب بما في ذلك قلق الموت يزيد عند من يعانون من الأمراض الجسمية. فعلى الرغم من تزايد نسبة قلق الموت، لكن اتجاهاتنا نحو الموت اتجاهات متناقضة انطلاقا من مبدأ الفروق الفردية، وهذا ما أكده (أحمد عبد الخالق، 1987)، أننا جميعا نخشى الموت ولكن بدرجات متفاوتة ولهذا فإن الخوف بدرجة منخفضة من الموت أمر سوي وعادي وكذلك الخوف منه بدرجة متوسطة في حين أن الخوف من الموت بدرجة مرتفعة غير سوي ويعد علامة مرضية شاذة تدل على اضطراب انفعالي شديد.

وبناء على ما سبق، جاءت هذه الدراسة لمعرفة قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية وذلك من خلال الإجابة على التساؤل التالي:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف: العمر - نوع العملية - نوع المستشفى (حكومي - خاص)؟

2.1- فرضية الدراسة:

وللإجابة على التساؤل السابق اقترحنا الفرضية التالية كتعليل مؤقت لها:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف: "العمر - نوع العملية - نوع المستشفى (حكومي - خاص)".

3.1- أهداف الدراسة:

تكمن أهداف البحث الحالي فيما يلي:

التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في قلق الموت بين المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف "العمر - نوع الإصابة - نوع المستشفى (حكومي - خاص)"

4.1- أهمية الدراسة:

1- الاطلاع على إحدى الشرائح الموجودة في المجتمع والتي تعاني من نقص الاهتمام الأكاديمي وكذا الندرة في دراسة جوانبهم النفسية والاجتماعية.

2- إنها تلبي ضرورة علمية لقلّة البحوث حول هذه الفئة والانتشار الواسع لقلق الموت، والذي يعتبر من المشاكل التي يعاني منها كل فرد.

3- ستوفر هذه الدراسة بيانات جديدة انطلاقاً من نتائجها، لتكشف عن بعض جوانب شخصية الفرد المقبل على العملية الجراحية وخصوصية حالته النفسية في هذه الفترة ومحاولة فهمها.

5.1- حدود الدراسة: تحددت الدراسة بالمجالات الآتية:

1-المجال البشري: شملت عينة الدراسة (205) مريضاً المقبل على العملية الجراحية.

2-المجال المكاني: أجريت الدراسة في أربع (04) مؤسسات استشفائية منها حكومتان وهما: المؤسسة الاستشفائية للشهيد بن عمر الجيلالي، والأخرى المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر وتحديداً بمركب الأم والطفل بدار الولادة، أما المؤسستان الأخرتان فهما مصحتان خاصتان الأولى متمثلة في مصحة ابن حيان والأخرى مصحة الرمال بولاية الوادي.

3-المجال الزمني: طبقت الدراسة من شهر جانفي إلى شهر أفريل 2019.

6.1- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

*قلق الموت: هو حالة انفعالية غير سارة معتمدة على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت.

ويعبر عنه -في الدراسة الحالية- بالدرجة التي يحصل عليها المريض المقبل على العملية الجراحية من خلال إجابته على مقياس قلق الموت.

*المريض المقبل على العملية الجراحية: وهو المريض -سواء كان رجلاً أو امرأة- سيقوم قريباً أي خلال 24 ساعة الأخيرة بإجراء عملية جراحية، ويكون موقع هاته العملية حسب المنطقة المصابة في الجسم، ويتم إجراؤها في مستشفى حكومي أو خاص.

2- الإطار النظري:

1.2- قلق الموت:

1- تعريف قلق الموت:

*تعريف (Templer, 1972) نقلاً عن معمريّة (2007، 212) وهو من أكثر التعريفات الشائعة لقلق الموت فيعرفه على أنه:

"خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه".

*وعرفه عبد الخالق (1999، 178) بأنه: "نوع من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدرّة ومشاعر شك وعجز وخوف، تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجاتها".

نلاحظ أن قلق الموت يتمحور حول محور واحد وهو الحالة الانفعالية المكدرّة للفرد الناجمة عن أفكاره المتصلة والمرتبطة بالموت، ويزداد هذا الشعور عند المواقف التي تهدد حياته كالأزمات، الآلام الخضوع للعمليات الجراحية التي ترتبط كلها بالموت.

2- أنواع قلق الموت:

تختلف أنواع قلق الموت فيما بينها، وهذا تبعا لحدة قلق الموت وشدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص ومنه نميز نوعين من قلق الموت:

* **قلق الموت الحاد:** هو زملة من الأعراض العنيفة والملمحة التي تظهر خلال زمن قصير، ومن الملاحظ أن قلق الموت الحاد يرتبط بتغيرات الحياة الواقعية كموت قريب أو مرض شديد.

* **قلق الموت المزمن:** فهو كالمرض الذي طالت مدة مكوثه لدى المريض ودوامه فترة طويلة، مثال ذلك "طائفة عريضة من أمراض القلب". ويلاحظ أن قلق الموت المزمن يرتبط ارتباطا ايجابيا "طرديا" بدرجة العصبية لدى الفرد (عبد الخالق، 1987).

3- أسباب قلق الموت:

يعد الموت أعظم غموض وأكبر سر واجه الإنسان، وبديهي أن يصيب الإنسان القلق اتجاهه، ولهذا القلق أسبابا شتى، فمن المنظور الإسلامي يرى الفيلسوف "مسكويه" أن الخوف من الموت يرجع إلى عدم معرفة الفرد لحقيقة الموت، ومصيره بعد الموت، والخوف من العقاب والتأسف على ما فات، لكنه بيّن أن الموت ليس بشيء أكثر من ترك النفس استعمال آلاتها وهي الأعضاء التي يسمى مجموعها البدن، كما يترك الصانع آلاته وأن النفس جوهر جسماني وليست عرضا وأنها غير قابلة للفساد.

أما أسباب قلق الموت من وجهة نظر علماء النفس كما يراها (فيفل) فهي الخوف من الإبادة أو المحق التام وفقد الذاتية، وقد أشار "ماسرمان" أن حالة الموت لا أساس لها في الخبرة الشخصية فالشخص ليس في مقدوره أن يتخيل أو يتصور حاله وهو في حالة عدم الوجود التام ولا يعرف ما الذي يخاف منه، وارجع سبب قلق الموت أو الخوف من فقدان الذات إلى الظروف المحيطة بالفرد كالمرض الحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها.

ومن الغريب أن ينظر "بيكر وبرونر" إلى الخوف من الموت على أنه خوف فطري موروث، كما قد يرجع إلى أسباب دنيوية ككراهية الجثة وغرابتها، العدوى الاجتماعية للحزن، الاشمئزاز الحضاري، الصدمة تخيل التحلل أو التعفن (عبد الخالق، 1998).

كما أورد "شولتز" أيضا الأسباب الآتية:

- 1- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- 2- الخوف من الإذلال نتيجة للألم الجسمي.
- 3- توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان، وليس بالعمر الذي قضاه فيها.
- 4- تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
- 5- الخوف من العقاب الإلهي (خاصة المتدينين).
- 6- الخوف من العدم (عبد الخالق، 1987).

أما بالنسبة لنظرية العاملين فقد ذهب "تمبلر" إلى أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما:

1- حالة الصحة النفسية بوجه عام: فالمرضى السيكاتريين يميلون إلى الحصول على درجات مرتفعة في قلق الموت مقارنة بالأسوياء.

2- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت: كفقدان شخص، أو شيء عزيز، التقدم في العمر والمرض (عبد الخالق، 1998).

2.2- العملية الجراحية:

تعتبر العملية الجراحية مسألة روتينية بالنسبة للطواقم الطبي، لكنها قد تكون شبحاً مرعباً بالنسبة للمريض لاسيما الذي يخضع لها للمرة الأولى نتيجة الاختلالات الفيزيولوجية والبيولوجية التي تحدث للمريض ونتيجة الأضرار الناجمة عنها، ولها عدة تعريفات من بينها:

تعريف القاموس الطبي (1999, Dictionnaire médicale): "هي جميع التدخلات الجراحية التطبيقية على الشخص الحي، بواسطة وسائل خاصة، مع وجود توفر قرار يسمح بذلك للتدخل الجراحي".
 أما (Annebarrier, 2004, 500) فقد عرفها بأنها: "مجموعة من الإجراءات التي يقوم بها فريق طبي جراحي متخصص، تبدأ بالفحص السريري للمريض، وتقييم حالته مروراً بتقدير العمل الجراحي، ثم البدء بالعملية الفعلية بالتعقيم والتخدير فالشق الجراحي أو الإصلاح وبعدها غلق الجرح، ثم المتابعة بإعطاء الأدوية المناسبة والمراجعات والكشف على الشق الجراحي وغير ذلك".

*التحضير للعملية الجراحية:

إن التحضير للجراحة يشمل تحضير المريض نفسياً وجسدياً، وتحضير الأدوات والآلات اللازمة أثناء العمل الجراحي حسب الجراحة المطلوبة، ثم الإشراف على ترميز المريض بعد انتهاء الجراحة. أما تحضيرهم للمريض فإنه يشمل على تهدئته، وتتهيئته لتحمل مشاق الجراحة من الناحية النفسية (الشنقيطي، 1994). فالعمل الجراحي حسب يمثل الحدث الأساسي للمريض خلال استشفائه في مصلحة الجراحة، ومع ذلك فالمريض لا يستطيع فصل مراحل العملية الجراحية (المرحلة التي تسبق العملية الجراحية والمرحلة التي تليها مباشرة).

فمرحلة ما قبل العمليات، العمل الجراحي، ومرحلة ما بعد العمليات كلها مراحل تتطلب الانتباه الجيد من طرف الطبيب الجراح والطواقم الطبي العامل معه في المستشفى، لأن الجهل ببعض العاهات الخفية والتي قد تُلاحظ (Loygue ;Malafosse,1970) فيما بعد تشكل خطراً كبيراً على النتيجة النهائية للعملية رغم سلامة تنفيذها.

أما مرحلة قبل الجراحة بيوم فهي مهمة لأخذ جميع المعلومات عن المريض ومسؤولية إخبار المريض عن كل حالة غير طبيعية يخشى من ضررها في المستقبل (الشنقيطي، 1994). فعند خضوع المريض للجراحة بصورة فجائية، وعند وجوده في وسط مجهول بالنسبة له غالباً ما يشهد قلقاً مشروعاً، لذلك فاللقاء القصير مع الطبيب الجراح والطواقم الطبي والمرضى ضروري لكسب ثقة المريض عند (Loygue ;Malafosse, 1970) خضوعه للجراحة مستقبلاً وعند إدخال المريض لغرفة العمليات يتم تحضيره بتعقيم الموضع الذي ستجرى فيه العملية، وتتهيئته للعمل الجراحي عن طريق تحضير جميع الأدوات والآلات الجراحية المطلوبة حسب نوعية الجراحة (الشنقيطي، 1994).

فكل عملية جراحية تشكل قلقاً (عدوانية) له عواقب -أشبه ما يمكن ملاحظته بعد صدمة عرضية- وهذه العواقب تعود على الحالة الفيزيولوجية للمريض سواءً على توازنه البيولوجي وعلى آلياته الدفاعية ضد التعنفات. وترجع أهمية هذه الاضطرابات النسبية إلى درجة القلق (العدائية) كمدة العملية مثلاً، والأضرار المسببة لها، فنتائجها تكون أكثر ظهوراً وامتداداً من الحالة الأولية للمريض قبل الصدمة أو قبل العملية الجراحية والتي كانت مضطربة أو متدهورة بسبب المرض المزمن، سوء التغذية، أو مفعول الدواء الخاص لعلاج المناعة وهو الأكثر انتشاراً لهذه الحالات.

فالفائدة التي تعطى لمعرفة هذه الظواهر جليّة، ومن الواضح أن هناك علاقة مباشرة بين درجة هذه الاضطرابات البيولوجية والتكرار الظاهر للمضاعفات التي تحدث بعد إجراء العملية الجراحية، خاصة الالتهابات منها (Kitzis;Andreassian,1993).

وهناك احتياطات عديدة يجب إبلاغها للمريض عندما تتقرر له العملية الجراحية من طرف المختصين فكل عملية جراحية تشكّل عدوانية حادة (خطيرة) للجسم، والأخطار التي يمكن أن تحدث للمريض الخاضع للعملية الجراحية متنوعة تبعا لسنّه وقوته الفيزيولوجية.

إن أهمية العمل الجراحي المتوقع هو تقييم المخاطر، والتي يجب أن تخصص في مرحلة ما قبل العمليات مع محدودية توجيه العلاج (الرعاية) لما بعد العمليات، هذه المخاطر تُقيّم وتُقارَن مع الفوائد التي يجنيها المريض جرّاء هذه العملية، والشرح له والإشارة بإجراء العملية الجراحية (Loygue ;Malafosse ,1970).

3 - الطريقة والأدوات:

1.3- منهج الدراسة:

المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي وقد ارتأينا إتباع هذا المنهج لتلائمه مع طبيعة الدراسة حيث يساعدنا المنهج الوصفي الفارقي على "وصف العلاقة بين المتغيرات وصفا كميًا، أي تحديد الدرجة التي ترتبط بما متغيرات كمية بعضها البعض الآخر"

2.3- عينة الدراسة ومبررات اختيارها:

أجريت الدراسة على المرضى المقبلين على العملية الجراحية بالمؤسسات الاستشفائية الأربع اثنان حكوميتان هما: المؤسسة الاستشفائية الشهيد بن عمر الجيلالي، وبشير بن ناصر وتحديدا دار الولادة ومصحاتان خاصتان هما: مصحة ابن حيان ومصحة الرمال بولاية الوادي قبيل إجراء العملية الجراحية. ونظرا لعدم توفر إحصائيات حول مجتمع الدراسة الأصلي-لأنه لا توجد أرقام محددة ومضبوطة كل عام أو كل فترة، فالعمليات الجراحية ليست محددة بزمن- لذلك تم الأخذ بالعينة العرضية (القصدية) وهي: "العينة التي في متناول اليد وتعتمد على اختيار الباحث للعينة التي يسهل الحصول عليها" (صابر وخفاقة، 2002).

وفي نفس السياق بشير (أبو علام، 2011، 186) أن: "الطريقة القصدية في اختيار عينة البحث تكون مقبولة في بعض المواقف كصعوبة الحصول على عينة من مجتمع يصعب التوصل إليه".

وعليه فقد وُزعت أداة الدراسة على جميع المرضى المقبلين على العملية الجراحية الكبرى قبيل إجرائهم للعملية الجراحية- أي قبل إجراء العملية بأربع وعشرين ساعة على الأكثر- وتم توزيع الأداة في فترة تطبيق الدراسة الممتدة من أواخر شهر جانفي إلى غاية شهر أفريل 2019 ويُقدّر عددهم ب: (205) مئتان وخمسة مرضى خضعوا لعملية جراحية معينة.

خصائص العينة:

* حسب العمر (السن): يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب السن في الجدول التالي:

جدول (1) يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	العدد	النسبة المئوية
من 20-40 سنة	119	58.04
من 41-60 سنة	55	26.82

61 فما فوق	31	15.12
المجموع	205	99.99

* حسب نوع العملية: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب نوع العملية والجدول التالي يوضح ذلك:
جدول (2) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع العملية

نوع العملية	عدد المرضى	النسبة المئوية
جراحة عامة	78	38.04
جراحة عظام	41	20
جراحة أمراض نساء وتوليد	47	22.92
جراحة أعصاب	39	19.02
المجموع	205	100

* حسب نوع المستشفى: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى

نوع المستشفى	العدد	النسبة المئوية
حكومي	116	56.58
خاص	89	43.41
المجموع	205	100

3.3- أداة جمع البيانات:

▪ مقياس قلق الموت:

لعدم توفر مقياس يتماشى وطبيعة العينة وخصوصيتها قامت الباحثة ببناء مقياس قلق الموت لدى المرض المقبلين على العملية الجراحية.

▪ وصف المقياس:

قام الباحثان بالاطلاع على مقاييس واختبارات متعددة عربية وأجنبية تقيس قلق الموت أو أحد أبعاده المعتمدة في هذه الدراسة كمقياس دونالد تمبلر 1969 ، مقياس أحمد عبد الخالق 1987، مقياس ليلى الكايد اختبار بشير معمريّة 2011، بالإضافة إلى استطلاع رأي عينة من المختصين في علم النفس أو في الطب عن طريق مقابلات شخصية ذات طابع غير رسمي، وإلى رأي بعض المقبلين على العملية الجراحية حول القلق والمشاعر التي تراود تراودهم قبل إجراء العملية الجراحية بطابع غير رسمي أيضاً، ناهيك عن الخبرة الشخصية للباحثة في مجال الطب كونها تعمل في المستشفى، ومحاكاة المرضى والتعرف على مختلف الاستجابات الناتجة عنهم بصورة مباشرة.

وقد صاغ الباحثان فقرات الاختبار في صورته الأولية حيث تكونت من (27) فقرة وبعد حساب الخصائص السيكمترية للمقياس تم حذف بعض العبارات التي لم تكن تقيس حسب رأي المحكمين ليصبح عدد بنود المقياس (23 بنداً) وتوزع الفقرات على مجالين تم اشتقاقها من الإطار النظري لمفاهيم الدراسة.

▪ الخصائص السيكمترية لمقياس مقياس قلق الموت إعداد الباحثان:

أ/ الثبات: بطريقة الإتساق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ حيث قدر بـ (0.76) وهي قيمة تدل على أن هذا المقياس ثابت، كما هو مبين بالجدول التالي:

جدول (4) يوضح ثبات مقياس قلق الموت عن طريق ألفا كرونباخ

معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات	قلق الموت
0,769	23	

أ- الصدق الظاهري:

"وهو المظهر العام للاختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوحها، ويشير هذا النوع من الصدق أيضا إلى كيف يبدو الاختبار مناسباً للغرض الذي وضع من أجله" (الغريب، 1981).

حيث قام الباحثان بعرض المقياس على مجموعة من الأساتذة، وهم أساتذة علم النفس للحكم على مدى انتماء الفقرات للأبعاد الواردة، وقد بلغ عدد المحكمين (11) محكمين، وبناء على آراء المحكمين تم تعديل صياغة بعض الفقرات، وأصبح الاختبار في صورته الثانية الذي طبق على العينة الاستطلاعية يشتمل على (23) فقرة موزعة على مجالين التي وضحت في الجدول (04).

وبعد حساب صدق المحكمين بتطبيق معادلة "كوبر (Cooper)، بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين بـ 94.86% وهذه نسبة اتفاق مرتفعة يمكن الاعتماد عليها في اعتبار المقياس صادقا ويمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

ب/ الصدق: عن طريق صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة للمجال الذي تنتمي إليه، وبعدها تم تقدير الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال بالدرجة الكلية للمقياس ككل كما يلي:

1 - الارتباط بين الدرجات الكلية للمجالات والدرجة الكلية للمقياس ككل:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل مجال بالدرجة الكلية للمقياس بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات كلها دالة إحصائيا فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمجال الأول (التفكير في الموت) والدرجة الكلية للمقياس ككل (0.73)، أما بالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمجال الثاني (الخوف من الموت) بالدرجة الكلية للمقياس ككل فقد بلغت (0.64)، وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (5) يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لقلق الموت مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمقياس	المجال	مستوى الدلالة
التفكير في الموت	0.738**	(0.01) الارتباط دال عند مستوى
الخوف من الموت	0.646**	الدلالة ألفا **

4.3- الأساليب الإحصائية:

جرى اختبار التحليلات الإحصائية طبقا لسمات العينة وفرضيات الدراسة، وقد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج (SPSS) الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

- معامل فيشر لدلالة الفروق بين معاملات الارتباط.

4- النتائج ومناقشتها:

تنص فرضية الدراسة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف: العمر - نوع العملية - نوع المستشفى (حكومي - خاص)".

1- حسب متغير العمر:

جدول (6) نتائج قلق الموت حسب العمر

مستوى الدلالة	ع	م	ن=205	العمر
	9.94	112.76	118	40-20
غير دالة	14.07	105.66	55	60-41
1.73	13.19	15.191	31	60 فما فوق

تشير نتائج التحليل الإحصائي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى عينة الدراسة من المرضى المقبلين على العملية الجراحية تعزى إلى متغير السن.

وهذا ما أكدته دراسة تمبلر وزملائه (1971) إلى عدم وجود فروق جوهرية بين قلق الموت والعمر وكذا دراسة جونسون (1980) بالإضافة إلى دراسة عبد الخالق (1987) الذي أثبت فيها عدم وجود فروق بين قلق الموت والعمر حتى سن الثمانين

وهذا ما وجدته نتائج الدراسة ويرجع ذلك إلى أن الفئات تنظر إلى الموت نظرة واحدة، وأنها عند دخول غرفة العمليات ينتابه الفرد ذلك الشعور الغريب والإحساس بالموت في أي لحظة من لحظات إجراء العملية الجراحية دون اعتبار للعمر سواء أكان شاباً أو كهلاً أو شيخاً إنما ذلك الشعور لا يفرق بين العمر. أي أن العمر لا يمثل معياراً يظهر اختلافاً في درجة قلق الموت لدى المقبلين على إجراء العملية الجراحية.

وبالتالي نقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية تعزى لمتغير العمر.

2- حسب متغير نوع العملية:

جدول (7) نتائج قلق الموت حسب نوع العملية

مستوى الدلالة	ع	م	عدد المرضى	نوع العملية
	14.03	107.39	78	جراحة عامة
0.10 غير دالة	12.98	104.36	41	جراحة عظام
	13.16	106.20	47	جراحة أمراض نساء وتوليد
	12.56	15.36	39	جراحة أعصاب

تشير نتائج التحليل الإحصائي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى عينة الدراسة من المرضى المقبلين على العملية الجراحية تعزى إلى متغير نوع العملية.

وتفسيرا لنتائج الفرضية الثالثة، يمكن مناقشة هذه النتيجة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة إلى أنه لا توجد فروق في درجات قلق الموت وهذا طبيعي لأن تكون أغلب الدرجات مرتفعة وذلك راجع إلى أن أغلب العمليات التي تجرى عمليات معقدة وتأخذ وقتا طويلا نوعا ما حتى ينتهي الطبيب منها وهذا ما يجعل المرضى يشعرون بالقلق الشديد خاصة الشعور بالموت أثناء إجراء هذه العملية وتنتابه عدة أفكار منها حدوث أي مضاعفات أثناء إجراء العملية الجراحية كالنزيف أو جلطة أو أي مشاكل أخرى ولا يستطيع الجراح التحكم فيها فتؤدي بحياته إلى الموت، أو التفكير في إضافة جرعة زائدة من التخدير فتؤدي بحياته ولا يستيقظ أبدا، أو يفكر في عدم كفاءة الفريق الطبي أو عدم تعقيم قاعة العمليات والمستلزمات الخاصة بالعملية فيصاب بمرض معد يمتد بعدة... كل هذه الأفكار تعكر صفو المريض وتشعر بالخوف والقلق مما يزيد من قلقه من الموت الذي ينتظره عند إجراء العملية الجراحية خلافا لنزع العملية.

ومنه نقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية تعزى لمتغير نوع العملية الجراحية.

3- حسب متغير نوع المستشفى:

جدول (8) نتائج قلق الموت حسب نوع المستشفى

نوع المستشفى	عدد المرضى	م	ع	مستوى الدلالة
حكومي	116	111.06	93.02	0.115 دالة
خاص	89	91.02	99.93	

تشير نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى عينة الدراسة من المرضى المقبلين على العملية الجراحية تعزى إلى متغير نوع المستشفى.

فانطلاقا من الإطار النظري والدراسات السابقة نفسر ذلك بأن المريض المقبل على العملية الجراحية يشعر بقلق الموت لكن لكنه يختلف حسب نوع المستشفى فيزداد الشعور بقلق الموت في المستشفى الحكومي عن الخاص وذلك راجع إلى إحساس المريض بالطمأنينة عند وجوده في مستشفى خاص وأنه دفع النقود لأجل ذلك وأن الفريق الطبي سيحاول جاهدا لإتمام العملية بنجاح، إضافة إلى الاستقبال الحار ووضع الثقة في مستلزمات العملية الجراحية، كلها عوامل تساعد المريض المقبل على العملية الجراحية بالإحساس بالراحة النفسية التي تقلل من ارتفاع درجة قلق الموت، على غرار المستشفى الحكومي أين يشعر المريض بعدم كفاءة الفريق الطبي أو سوء المستلزمات الصحية التي قد تؤدي بحياته أو كثرة العمليات التي تجرى يوميا مما يؤدي إلى تعب الفريق الطبي وبالتالي حدوث بعض الأخطاء وهذا ما يزيد من قلق المريض وتوتره وزيادة درجة قلق الموت لديه.

وبالتالي نقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية

تعزى لمتغير نوع المستشفى.

5- الخلاصة:

بهدف الكشف عن قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية، أجريت الدراسة على (205) مريض مقبل على العملية الجراحية بولاية الوادي، وابتاع المنهج الوصفي واستخدام مقياس قلق الموت توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية حسب العمر.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية حسب نوع العملية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية حسب نوع المستشفى.

وعليه، وبناء على ما خلصت إليه نتائج الدراسة في إطار حدودها البشرية والمكانية والزمانية والموضوعية نفتح آفاقا جديدة لبحوث مستقبلية، وفي ضوء ذلك نوصي بـ:

- * إجراء دراسات أخرى تشمل متغيرات أخرى (كمركز الضبط، المساندة الاجتماعية، التدين....).
- * اختبار فعالية برامج علاجية مقترحة للتكفل بهؤلاء المرضى للتخفيف من حدة قلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية.

- الإحالات والمراجع:

أبو علام، رجاء محمود(2011). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*. القاهرة، مصر: دار النشر للجامعات.

تايلور، شيلي(2008). *علم النفس الصحي*. ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاكور داود. الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع

الخالدي، محمد أديب (2002). *مرجع في الصحة النفسية*. ليبيا: دار الوفاء للنشر والتوزيع.

الشنقيطي، محمد المختار (1994). *أحكام الجراحة الطبية وآثارها المترتبة عنها*. جدة، المملكة العربية السعودية: مكتبة الصحابة.

صابر، فاطمة عوض وخفاجة، ميرفت علي (2002). *أسس ومبادئ البحث العلمي*. الإسكندرية، مصر: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.

عادل، مصطفى وغسان، يعقوب(1999). *مدخل إلى العلاج النفسي الوجودي*. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

عبد الخالق، أحمد (1987). *قلق الموت*. الكويت: عالم المعرفة.

عبد الخالق، أحمد (1998). *قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده*. *المجلة العربية للعلوم الإنسانية*. العدد 64.

عبد الخالق، أحمد (1999). *الانشغال بالموت*. دراسة مقارنة على عينات سورية. *دراسات نفسية*. تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين. عدد أبريل.

معمرية، بشير (2007). *بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس*. الجزء 4. الجزائر: منشورات الحبر. منظمة الصحة العالمية (2008).

Annebarrier, M (2004). *Dictionnaire Encyclopédique*. Paris. Edition philippe auzou.

Dictionnaire médicale. (1999). France: édition Masson.

Kitzis;M. Andreassian, B (1993). *Risques d'infectieux en chirurgie*. Paris: édition ellipses.

Loygue, J. Malafosse, M (2004). *Chirurgie générale*.Paris: édition Faucher.

Seguy, B.(1970).*L'analyse des risque au bloc opératoire dans une démarche qualité*.paris: ANFOR.

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA:

وقاد، سمية ومكي، محمد (2020). قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 6(3)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 264-252.