

**الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة  
التقويمية لتصحيح وضع الفك  
لدى عينة من المرضى اليابانيين  
( دراسة شبه تجريبية )**

**د/ مها إسماعيل الهلباوي**  
مدرس علم النفس - قسم علم  
النفس - جامعة بنها

**د/ محمد احمد محمود خطاب**  
قسم علم النفس - كلية الآداب -  
جامعة عين شمس

**مقدمة الدراسة:**

عادة ما يشار إلى القلق على أنه خاص بالإنسان كاللغة تماماً، والسبب في ذلك هو أن الإنسان له ماضي يؤثر في حاضره، وحاضر يعيشه، ومستقبل يتطلع فيه لتحقيق ذاته، والمعوقات التي تعترض تحقيق أهدافه المستقبلية هي التي تؤدي إلى القلق، والقلق الحاد هو الذي يحول دون قدرة الفرد على تحقيق أهدافه، وحل مشكلاته بطريقة سليمة، أما القلق البسيط فهو بمثابة تنبيه أو تحذير للفرد ضد ما يتهدهده من أخطار [محمد محمد بيومي، ١٩٨٤: ٣٢].

ولهذا فإن عرض القلق يمثل عنصراً مشتركاً في أغلب الاضطرابات النفسية، فالقلق هو المؤشر الأول لوجود صراع يهدد الذات وهو الذي ينبه الأنا وينذره فيجمع ما لديه من حيل دفاعية لتخفيف حدة القلق وهو في أعراضه عبارة عن وعي الذات بالخوف إزاء التهديد بالخطر، أي توقع حدوث ما هو غير مرغوب فيه بالمقارنة مع انفعال الاكتئاب حيث يصبح التهديد واقعاً. [محمد شعلان، ١٩٧٩: ٧٣]

وهو ما يؤكد أيضاً [أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧: ٢٥] بقوله أن: للقلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، بل في أمراض عضوية شتى، ويعد القلق محور العصاب وأبرز خصائصه، بل يعد أكثر فئاته شيوعاً وانتشاراً حيث يسهم في

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية

تكوين من ٣٠: ٤٠% من الحالات التي تعاني من الاضطرابات العصابية تقريباً، كما أنه السمة المميزة للعديد من الاضطرابات السلوكية والذهانية.

وإذا كان من الواضح أن الحياة المعاصرة مليئة بالمواقف الضاغطة المسببة للعصاب والمثيرة له، فإنه يكون من الجلي أكثر أن نشير إلى ان العمليات الجراحية التي تجرى للفرد تعتبر من أهم المصادر التي قد تسبب له العصاب، إذ تصيب المريض حالة قلق شديد، ولاسيما قبل إجراء الجراحة، وفي كثير من الأحيان تستمر حالة القلق نتيجة لخوف المريض من الإصابة بألم ما بعد الجراحة، هذا فضلاً عن خشية أن تفشل العملية لسبب أو لآخر، فقبل إجراء العملية الجراحية قد يتعرض المريض -غالباً- لحالة ذعر، وقد تتناوبه مخاوف واختلاط في المفاهيم ينتج عن التعرض السابق لخبرة طبية مماثلة، أو تعرض أحد الأقارب أو الأصدقاء للخبرة ذاتها هذا من ناحية.

ومن ناحية أخرى قد يكون قلق ما قبل الجراحة -في بعض الأحيان- مفيداً للمريض، لأنه يمكن أن ينبه قدرة المريض على التخطيط الواقعي لحياته المستقبلية. والواقع أن المرضى الذين ينتابهم الهدوء الشديد قبل إجراء الجراحة يعانون من الخوف الكامن، والذي من شأنه أن يجعلهم غير قادرين فيما بعد على مجابهة أحداث مماثلة في حياتهم [Goldberg, R., 1982: 104].

لذا فإنه من الأهمية أن نحافظ على مستوى قلق معتدل يدفعنا لتحقيق ما نريد بدلاً من القلق الحاد والذي يقف حجرة عثرة في سبيل تحقيق أهدافنا وأمنياتنا المختلفة، سواء كانت بسيطة أو معقدة.

### مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

من المواقف التي تثير القلق حقيقة معرفة الفرد بأنه مقبل على إجراء عملية جراحية، فيتملكه شعور العجز إلى جانب الخطر الجسمي الفعلي وقد أوضحت ذلك العديد من الدراسات، مثل:

[Auerbach, 1973; Barkdoll, 1975; Auerbach and Edinger, 1977;

Boeke et al., 1983; Wallacem, 1986; ١٩٩١، مایسة أحمد النیال،

ارتفاع حالة القلق قبل الجراحة وانخفاضها بعدها، كما أكدت أيضاً

أنه كلما زاد معدل حالة القلق زادت شكوى المريض من الألم بعد العملية الجراحية. ويتضح لنا إذاً أن العمليات الجراحية قد لا تكون مصدراً مباشراً للعصاب فحسب، بل إنها يمكن أن تكون من أقصى هذه المصادر وأصعبها، كما أن العمليات الجراحية كذلك عنصر مثير للقلق بصفة عامة، وحالة القلق بصفة خاصة.

ويشير "مارك ليدر" أن حالة القلق تمثل ما بين ٦: ٢٧% من كل المشكلات النفسية المتطلبية للعلاج، كما أنها تحدث أكثر بين الأفراد في سن من ١٦: ٤٠ سنة [العارف بالله محمد الغندور، ٢٠٠٨: ٣٤٣] هذا من جانب.

ومن جانب آخر فقد أكدت دراسة: [Olszewska, Ewa et. al, 2009] أن غالبية المرضى ممن تعرضوا لعمليات جراحية تجميلية في منطقة الوجه والفكين كانوا معرضين للقلق قبل الجراحة نتيجة نقص معلوماتهم عما هو متوقع بعد الجراحة. وخاصة أن هؤلاء المرضى عادة يتنامى خوفهم والشعور بالقلق مع اقتراب الموعد المحدد لإجراء الجراحة، وعادة ما يصل القلق إلى الذروة من (أسبوع إلى عشرة أيام) قبل الجراحة، وذلك بغض النظر عن مقدار الثقة التي اكتسبها الجراح عندهم، ويتفق مع هذه النتيجة أيضاً دراسة كل من:

[Ito, Yasuhi et. al, 2011; Maeda, K. et. al., 2012]

في أن مرضى عمليات تجميل الوجه والفكين عادة ما يكونون في غاية القلق قبل إجراء الجراحة، وخاصة إذا ما علمنا أن كسر عنق مفصل الصدغي يمثل نسبة ٣٠% من مجموع الكسور التي يمكن أن تحدث في الفك السفلي وهذه النسبة تمثل نسبة الكسور في الفك الذي به أسنان، ونسبة ٣٧% للفك بدون أسنان [Ashraf, G, et. al, 2009].

وعليه تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- ١- هل توجد فروق في حالة القلق قبل التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التجميلية لتصحيح وضع الفك وبعده لدى عينة الدراسة؟
- ٢- هل توجد فروق في حالة القلق بعد التدخل الجراحي بين الذكور والإناث من مرضى الجراحة التجميلية لتصحيح وضع الفك؟

### هدف الدراسة:

الهدف الذي تسعى إليه الدراسة الراهنة هو التعرف على حالة القلق قبل

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية

وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية لتصحيح وضع الفك والتي تنشط في مواقف تتسم بالمشقة أو الاستتارة الفسيولوجية. إذاً فالدراسة الراهنة هي واحدة من تلك الدراسات التي تتحرك في اتجاه استكشاف طبيعة العوامل النفسية والتي من أهمها القلق والتي تدخل في علاقة مع مرضى العمليات الجراحية بصفة عامة، ومرضى جراحة الفك بصفة خاصة.

### أهمية الدراسة:

- تتضح أهمية الدراسة الحالية في ندرة البحوث العربية وأيضاً الأجنبية- في حدود علم الباحثان- لدراسات سيكولوجية تكشف عن حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي بصفة عامة، وجراحة الفك بصفة خاصة.

- كما تتضح أهمية الدراسة الحالية في تسليط الضوء على مرضى العمليات الجراحية بصفة عامة ومرضى جراحة الفك بصفة خاصة بهدف المساعدة في تحسين العملية العلاجية من جانب، وفي تهيئة هؤلاء المرضى سيكولوجياً لمثل تلك العمليات الجراحية والعلاجية من جانب آخر.

### مصطلحات الدراسة:

القلق Anxiety:

يُعرف [James C., 1976] القلق بأنه: "يعد نتيجة لشعور الفرد بالعجز في مواجهة الضغوط الداخلية والخارجية التي يتعرض لها وينظر إليها على أنها مهددة". [العارف بالله محمد الغندور، ٢٠٠٨: ٣٠٥].

ويُعرفه [حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٨: ٣٩٧] بأنه: "حالة من التوتر الشامل والمستمر الذي ينشأ نتيجة توقع تهديد أو خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية".

أما [سعد جلال، ١٩٨٠: ٢٤١-٢٤٢] فيرى أن القلق يعد: "حالة ذاتية من التوتر والخشية والتغيرات الفسيولوجية الناتجة عن نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي والبارا سمبثاوي".

بينما يرى [علاء الدين كفاقي، ١٩٩٨: ٣٤٢] أن القلق: "يعد

خبرة انفعالية مكدره أو غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقع في موقف صراع أو إحباط".

ويشير [أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ١١٠] في تعريفه للقلق بأنه: "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة".

ويتفق مع التعريف السابق تعريف [غريب عبد الفتاح، ١٩٩٩: ٣٣٦] في أن القلق: "يتمثل في المشاعر غير السارة التي تتصف بالفراغ والخشية والهم و يترافق مع هذه المشاعر ضيق التنفس والرعدة وتعبيرات الوحدة، المذعورة ونقص الطاقة وزيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وسرعة التنفس وشدة العضلات واتساع إنسان العين".

وقد ميز "فرويد" بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي - القلق العصابي، كما يلي:  
القلق الموضوعي: هو خوف من خطر خارجي معروف كالخوف من حيوان مفترس أو من الحريق أو من الغرق. وهذا النوع من الخوف أمر مفهوم ومعقول. فالإنسان يخاف عادة من الأخطار الخارجية التي تهدد حياته.

أما القلق العصابي: فهو خوف غامض غير مفهوم، ولا يستطيع الشخص الذي يشعر به أن يعرف سببه. ويأخذ هذا القلق يتربص الفرص لكي يتعلق بأي فكرة أو أي شيء خارجي، أي أن هذا القلق يميل عادة إلى الإسقاط على أشياء خارجية [سيجموند فرويد، ١٩٨٩: ١٤].

ولذا كان من الأهمية بمكان أن نفرق بين القلق السوي أو الفيزيولوجي وبين القلق المرضي أو الباثولوجي، ففرق كبير أن تقلق الأم لمرض عضال أصاب وحيدها، وهذا هو القلق الموضوعي، وأن تقلق هذه الأم نفسها قلقاً شديداً لتأخر صغيرها عن موعد حددته له، وهذا هو القلق العصابي، وقد يكون القلق السوي موضوعياً خارجياً أو ذاتياً داخلياً [أحمد محمود عبد الخالق، ٢٠٠٠: ٢٢٩].

ومن الأهمية بمكان أيضاً أن نشير أن القلق Anxiety ينقسم إلى حالة State وهو موضوع الدراسة الحالية، والقلق كسمة Trait.

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية

فالأول: يشير إلى القلق باعتباره حالة طارئة انتقالية أو وقتية في الكائن الحي تتذبذب من وقت لآخر، ويزول بزوال التغيرات التي تبعته، أي أن حالة القلق عبارة عن ظرف موقفي بطبيعته ويعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة يدركها الفرد بوعي ويصاحبها نشاط في الجهاز العصبي المستقل وهي حالة قد تتغير في شدتها من زمن لآخر، واتضح أيضاً أن المتغيرات الفسيولوجية والبيولوجية من أكثر متغيرات القلق كحالة تقلباً فتزيد في مواقف الشدة والتهديد وتتحفض في مواقف الاسترخاء وبزوال مصدر التهديد.

أما سمة القلق: فيشار إليها على أنها سمة ثابتة نسبياً في الشخصية من حيث اختلاف الناس في درجة القلق أي أنها عبارة عن استعدادات سلوكية مكتسبة تظل كامنة حتى تثيرها مواقف معينة، ووفقاً لما اكتسبه كل منهم في طفولته من خبرات سابقة، وبعبارة أخرى نوضح أن سمة القلق استعداد طبيعي، واتجاه سلوكي يجعل الفرد قلقاً ويعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وهي تهيئ الفرد لإدراك العالم باعتباره مصدراً للتهديد والخطر. [كمال إبراهيم مرسى، ١٩٧٨: ٤٠؛ أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٨٠: ٥٨٠؛ عبد الرقيب أحمد البحيري، ١٩٨٢: ١١-١٢؛ العارف بالله محمد الغندور، ٢٠٠٨: ٣٤١]

ولهذا يشبه "سيلجر" في نظريته الحالة- السمة، حالة القلق بما يسميه علماء الطبيعة بالطاقة المحركة بينما يشبه سمة القلق بالطاقة الكامنة وذلك لأن حالة القلق تشبه الطاقة المحركة لأنها استجابة لموقف معين إذا ما أثارته منبهات ملائمة فيستجيب الفرد بارتفاع في حالة القلق، ومن المتوقع أن يظهر هؤلاء المرتفعون في سمة القلق ارتفاعاً في حالة القلق أكثر تكراراً من هؤلاء الذين لديهم ارتفاعاً في حالة القلق وذلك لأنهم يميلون للتعامل مع مدى واسع من المواقف باعتبارها مواقف خطيرة أو مهددة. كما أنه من المرجح أن يستجيب الأفراد المرتفعون في سمة القلق بدرجة مرتفعة الشدة عن حالة القلق إزاء المواقف التي تتضمن علاقات اجتماعية لاسيما المواقف التي تشمل تهديداً للذات.

[العارف بالله محمد الغندور، ٢٠٠٨: ٣٤٢]

العمليات الجراحية في منطقة الوجه والفكين:

العمليات الجراحية التصحيحية في منطقة الفك العلوي والسفلي تظهر بشكل واضح وجلي في تعديل عظام الفك العلوي من حيث تعديل مكانها أو تغيير

علاقتها بعظام الجمجمة، كذلك فإن الجراحات التعديلية في عظام الفك السفلي تتعرض لإعادة ضبط حرية حركة الفك بما يتناسب مع وظائفه [المضغ، الاستنشاق، البلع، الشكل الجمالي، ورضا المريض عن مظهره الخارجي].

ولهذا فإن الجراحات التعديلية في منطقتي الفكين العلوي والسفلي عادة ما يتم القيام بها باستخدام قياسات من تحليل حاسوبي دقيق للغاية، وتحليل الزوايا التشريحية لعظام الجمجمة وباستخدام البيانات قبل الجراحة وذلك لضمان الحصول على نتائج ممتازة ومضمونة عقب الجراحة ولتسهيل القيام بالوظائف العضوية، والشكل الخارجي، ورضا المريض عن نتائج الجراحة.

[Matsuo, et. al, 2009; Olszewska, et. al, 2009; Maeda, K. et. al, 2012]

وعادة فإن الفترة التي تعقب الجراحة مباشرة (الأسبوع الأول) تطمئن المريض الذي أجريت له الجراحة بالرضا عن وظائف التنفس، البلع، مضغ الطعام الغير صلب، المظهر العام، ورضا المريض عن شكله الخارجي؛ في حين أن عودة الوظائف الطبيعية لعضلات الوجه، وعظام الوجه، وشكل الجلد يتم اكتسابها كاملة لفترة من (٣٠) يوم إلى (٤٥) يوم بعد الجراحة. [Alszewska, et. al, 2009]

### دراسات سابقة:

#### - دراسة أورباخ [Auerbach, 1973]:

حيث أشارت هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حالة القلق قبل إجراء الجراحة وبعدها، وقد استخدم الباحث قائمة القلق: الحالة والسمة على عينة من المرضى بلغ حجمها (٥٦) مريضاً، وقد أشار الباحث بأن نتيجة هذه الدراسة أتت مخالفة لما هو متوقع تماماً، حيث كان من المتوقع أن ترتفع حالة القلق قبل إجراء الجراحة لاسيما أن الموقف في حد ذاته يؤدي إلى ارتفاع حالة القلق وذلك لارتباطه بألم فيزيقي متمثل في الجراحة ذاتها.

#### - أما دراسة باركدول [Barkdoll, 1975]:

فقد توصلت إلى نتيجة مفادها ارتفاع حالة القلق قبل حالة إجراء العملية الجراحية،

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيوية

في حين انخفضت تماماً بعد انتهائها، وذلك على العكس من سمة القلق، إذ ارتفعت بعد إجراء الجراحة حيث قامت الباحثة بتطبيق قائمة القلق: الحالة والسمة. وذلك على عينة مكونة من (٣٠) مريضاً، تم الحصول عليهم من بعض المراكز الجراحية بكندا. وتعزو "باركدول" هذا الارتفاع في سمة القلق إلى ارتباطها بألم ما بعد الجراحة، وهو ما اعتبرته الباحثة بأنها نتيجة طبيعية، وذلك لأن زوال حالة القلق أمر طبيعي لارتباطها بموقف وقتي ألا وهو موقف التدخل الجراحي. أما امتداد سمة القلق بعد الجراحة فيرجع إلى قلق المريض من الآلام التالية التي قد تصاحبه بعد إجراء الجراحة.

### - بينما أسفرت دراسة أورباخ، وأدينجر [Auerbach and Edinger, 1977]:

عن ارتفاع حالة القلق قبل إجراء الجراحة وانخفاضها بعدها، وقد توقعت هذه الدراسة عدم تأثر سمة القلق بهذه التغيرات في هذا الموقف. وتأكيداً لهذه الفرضية تم تطبيق قائمة القلق: الحالة والسمة على عينة من المرضى بلغ عددهم (٤٥) مريضاً، وذلك قبل أربع وعشرين ساعة من إجراء كل منهم لعملية جراحية. ثم أعيد تطبيق الاختبار ذاته على العينة بعد مرور ستة أيام من إجراء الجراحة، وذلك للتأكد من أن المرضى أصبحوا في حالة أفضل، وللتأكد من زوال أثر التخدير. وقد أسفرت نتيجة هذه الدراسة عن ارتفاع حالة القلق قبل الجراحة، وانخفاضها بعد إجرائها، في حين ارتفعت سمة القلق بعد إجراء العملية الجراحية.

### - وفي دراسة بوكي وآخرون [Boeke et. al, 1983]:

تم تطبيق قائمة القلق: الحالة والسمة على عينة مكونة من (٦٧) مريضاً ممن تراوحت أعمارهم ما بين ١٧: ٧١ عاماً، وذلك قبل إجراء العملية الجراحية بـ(٤٨) ساعة. ثم أعيد تطبيق القائمة ذاتها على نفس العينة بعد إجراء العملية الجراحية بثلاثة أيام، وقد أسفرت نتيجة الدراسة عن ارتفاع سمة القلق وانخفاض حالة القلق قبل إجراء العملية الجراحية، في حين انخفضت سمة القلق وارتفعت حالتها بعد الجراحة، وأشار الباحثون أن هذه النتيجة جاءت غير متوقعة وأنه من الأفضل إجراء المزيد من البحوث في هذا المجال.

### - بينما أسفرت دراسة والاس [Wallacem, 1986]:



عن عدم وجود فروق بين كل من حالة القلق وسمة القلق قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، وذلك على عينة من المرضى الذين أجروا بعض العمليات الجراحية البسيطة، واشتملت هذه العينة على (٢١٠) من المرضى طبق عليهم قائمة القلق: الحالة والسمة، فضلاً عن بروفيل الحالة المزاجية. ويعزو "والاس" نتيجة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حالة القلق وسمة القلق قبل الجراحة وبعدها إلى طبيعة العملية الجراحية، باعتبار أنها من النوع البسيط الذي ليس من شأنه أن يثير أياً من حالة القلق أو سمة القلق.

- أما دراسة [مايسة أحمد النبال، ١٩٩١]:

فقد هدفت إلى فحص الفروق في كل حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها. وقد افترض أن هناك فروقاً جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتي قبل إجراء الجراحة وبعدها، إذ يرتفعان قبل العملية الجراحية وينخفضان بعدها. وقد أجريت هذه الدراسة على (٢٣) مريضاً عضوياً من الذكور كانوا يجرون عمليات جراحية من النوع الكبير، وكان متوسط أعمارهم يتراوح ما بين ١٦,٦ : ٢١,٣٦ وتم استخدام مقياس حالة القلق، ومقياس قلق الموت. وللمقياسين خواص سيكومترية جيدة، وطبق المقياسان متتابعان في موقف قياس فردي قبل إجراء الجراحة بـ(٢٤) ساعة، ثم أعيد تطبيقهما بعد إجراء الجراحة بخمسة أيام، وأسفرت نتيجة الدراسة عن وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق (ت = ٥,٦٩)، وقلق الموت (ت = ٧,٣٨) بين حالتي قبل الجراحة وبعدها.

- بينما هدفت دراسة [ماجدة خميس، ١٩٩٢]:

إلى الكشف عن علاقة القلق النفسي ببعض الأمراض العضوية المتمثلة في مرضى السكر، والسرطان، وضغط الدم، والتهاب المفاصل، والربو الشعبي. واشتملت عينة الدراسة على مجموعتين أساسيتين ضمت الأولى (٢٠٠) مريض ممثلة للفئات الإكلينيكية محل اهتمام الدراسة، وقد سحبت هذه العينة من مستشفيات محافظة الإسكندرية، أما الثانية فضمت (٣٠٠) من الأسوياء. واشتملت مقاييس الدراسة على قائمة القلق: الحالة والسمة، ومقياس القلق والاكتئاب، ومقياس قلق الموت، ومقياس القلق الداخلي المنشأ وخارجي المنشأ، وقائمة الاضطرابات العصبية، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي. وقد أشارت النتائج بشكل عام إلى أن عينة المرضى تعاني من القلق بكل مظاهره مقارنة بعينة الأسوياء. وقد وجد أن مرضى السكر حصلوا على درجات أعلى من الأسوياء على معظم

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيويمية

المقاييس: مقياس حالة القلق (ت = ٣,٣٥ دالة عند ٠,٠٠١)، ومقياس سمة القلق (ت = ٢,٨٢ دالة عند ٠,٠١)، ومقياس داخلي المنشأ (ت = ٥,٨٣ دالة عند ٠,٠٠١)، العصابية (ت = ٩,٠٢ دالة عن ٠,٠٠١) والصحة العامة (ت = ١٠,٢٦ دالة عن ٠,٠٠١)، وقلق الموت (ت = ٤,٢٣ دالة عن ٠,٠٠١) وتأكدت هذه النتائج نفسها عند المقارنة بين العينات المرضية الأخرى (مرضى السرطان، وضغط الدم، والتهاب المفاصل، والربو الشعبي)، وعينة الأسوياء حيث تراوحت قيم (ت) بين (٢,٧٣ و ١٠,٧٩).

أما بالنسبة لنتائج التحليل العاملي فقد كشفت عن تكرار ظهور عاملي القلق العام وقلق الحالة والسمة في عوامل عينة مرضى السكر الثلاث (عينة الذكور، وعينة الإناث، والعينة الكلية)، كما تكرر ظهور عاملي القلق العام والقلق الاقتصادي لدى عينات مرضى السرطان الثلاث، وتكرر ظهور عامل القلق كحالة وكسمة، وأيضاً قلق الموت والاضطرابات العصابية لدى عينات مرضى الربو الثلاث.

### - أما دراسة [Fava et. al, 1996]:

فقد هدفت إلى تقييم العلاقة بين عوامل خطر مرضى الشريان التاجي والقلق والغضب على عينة مكونة من (١٣٨) مريضاً، تم تشخيصهم كمرضى اكتئاب أساسي، فقد كشفت النتائج عن أن المرضى الذين حصلوا على درجات أعلى على مقياس قلق الحالة كان لهم بروفيل يوحي باحتمال الإصابة بمرض الشريان التاجي بصورة أكبر من المرضى الذين حصلوا على درجات أقل على مقياس القلق، كما أيدت النتائج افتراض أن المرضى الذين يتسمون بالعدائية أو الاكتئاب مع القلق ترتفع لديهم احتمالات الإصابة بمرضى الشريان التاجي أكبر من مرضى الاكتئاب الآخرين.

### - بينما تناولت دراسة [سهير فهيم الغباشي، ٢٠٠٠]:

موضوع: القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة المرضى بالقلب من العيادة الخارجية بجامعة عين شمس (ن = ٤٣) مريضاً وجميعهم حالات تعاني قصوراً في الشريان التاجي بالقلب، وقد روعي فيها التجانس في التاريخ المرضي والسن والتعليم والمهنة والحالة الاجتماعية بمتوسط عمري (٤٨) سنة ومجموعة الأسوياء

## د. محمد أحمد خطاب & د/ مها إسماعيل الهلباوي

بمتوسط عمري (٤٠) سنة، استعانت الباحثة بالأدوات الآتية: اختبار الشعور بالعجز عن المواجهة، ومقياس القلق الصريح لـ Tylor ومقياس D للاكتئاب من بطارية جيلفورد، ومقياس العصابية من قائمة إيزنك للشخصية، ومقياس مركز التحكم لـ"جوليان روتر". وأسفرت النتائج عن أن متوسطات درجات مجموعة المرضى مرتفعي العصابية أعلى من أقرانهم من الأسوياء في كل من الشعور بالعجز عن المواجهة (ت = ٢,٨١ بدلالة ٠,٠٠١)، والقلق (ت = ٣,٩٤ بدلالة ٠,٠٠١) ولم تكن هناك فروق بينهما على متغير الاكتئاب أما الفروق بين منخفضي العصابية من المرضى والأسوياء فلم تظهر في الشعور بالعجز عن المواجهة في حين ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية على متغير القلق (ت = ٢,٤٥)، والاكتئاب (ت = ٢,٦٦) عند مستوى دلالة ٠,٠١ لصالح المرضى منخفضي العصابية، أما متغير مركز الضبط فقد تم ضبط تأثيره لكي لا يتدخل في تشكيل الاستجابات.

### - أما دراسة [Kirschneck Christian et. al, 2013]:

فكانت بعنوان: "الوضع النفسي والاسترخاء ذاتياً في المرضى الذين يعانون من آلام الوجه والجمجمة- دراسة استطلاعية".

حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو: تقييم الوضع النفسي للمرضى الذين يعانون من آلام الوجه والجمجمة، وتأثير التصنيف الفرعي الذي ينتمي إليه المريض، وذلك من خلال تدريبه ذاتياً على الاسترخاء ومدى فعالية هذا التدريب في التخفيف من حدة الألم، وذلك على عينة مكونة من (١٠٠) من مرضى العيادة غير المحددين مسبقاً (٦٧% إناث، ٣٣% ذكور) الذين يعانون من آلام الوجه المزمنة أو الصداع وذلك بعد أن تم تشخيصهم بإصابة اضطرابات مفصل الفك (Temporo – Mandibular Disorder). وتم استخدام بطارية من الأسئلة مثل: الإحساس بآلام الوجه والجمجمة، والشكاوى الجسدية، والمعتقدات غير العقلانية، وطبيعة الآلام تم تطبيقها على المفحوصين ثم تم تقسيمهم إلى مجموعات فرعية باستخدام التحليل العنقودي.

ثم تم إخضاعهم إلى تدريب خاص بالاسترخاء الذاتي، وبعدها تم إعادة تقييم درجة استقبالهم للآلام بعد ثلاثة شهور، وأظهرت نتائج الدراسة ان درجة الألم كان خفيف إلى متوسط في غالبية المرضى، وخاصة في نطاق الأعراض والتي تشمل: الأنشطة

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيويمية

غير الوظيفية، وألم مفصل الفك، اضطرابات مفصل الفك، صداع جبهي صدغي، ألم الرأس/ الرقبة، وآلام الرقبة/ الظهر.

وقد تم تحديد ثلاثة أنواع فرعية من المرضى بناءً على مستوى الأعراض أو الخلل الوظيفي كما يلي:

أ- عبء منخفض (معتدل/ متوسط).

ب- اضطراب نفسي اجتماعي (متوسط/ مرتفع).

ج- تكيف التعامل (معتدل/ خفيف).

وقد أظهرت النتائج أيضاً أن التقييم الذاتي لمدى الالتزام بتوصيات التدريب على الاسترخاء كان متوسطاً لدى غالبية المرضى، ولكن التقييم الذاتي للراحة كان مختلف بشكل كبير بين المجموعات في مرحلة المتابعة، كما أن حدة الألم انخفضت بشكل كبير في كل المرضى، في حين أن الأعراض ذات الصلة بالألم تحسنت فقط في مرضى الاختلال الوظيفي، والمرضى القادرون على التكيف، أما التحسن في الأعراض شهد اختلافاً من مجموعة لأخرى، وكان أكثر شمولاً في المرضى القادرون على التكيف.

كما توصلت هذه الدراسة أيضاً إلى تقسيم المرضى الذين يعانون من آلام الوجه والجمجمة إلى مجموعات بناءً على إحساسهم بالألم، والمعتقدات غير العقلانية، وطبيعة الألم.

### تعليق على الدراسات السابقة:

- بداية كان هناك تناقض وتضارب واضح حول نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بحالة القلق قبل وبعد إجراء الجراحة، فبعض الدراسات مثل دراسة كل من [Auerbach, 1973; Wallacem, 1986] واللتين أشارتا إلى عدم وجود فروق في حالة القلق سواء قبل وبعد إجراء العملية الجراحية، بينما أشارت بعض الدراسات الأخرى مثل دراسة كل من [مايسة أحمد النيال، ١٩٩١؛ Barkdoll, 1975; Auerbach and Edinger, 1977]

- اهتمت بعض الدراسات بإجراء مقارنات حول حالة القلق، والقلق كسمة، أو إجراء مقارنات حول القلق كحالة وقلق الموت، كما لم

مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد ٤٢ ، أبريل (٣٢٤)

توضح هذه الدراسات طبيعة ونوع العمليات الجراحية -سوى دراسة [مايسة أحمد النيال، ١٩٩١]- لدى المرضى التي أجريت عليهم هذه الدراسات، وهل هذه العمليات هي عملية كبرى أو صغرى ذات مآل حسن أو سيء، وفكرة المريض عنها واتجاهه نحوها، ومدى تحمله لها، وخبراته السابقة في هذا الموضوع، هذا فضلاً عن عمره وجنسه وحالته التعليمية، ومستواه الاقتصادي والاجتماعي والثقافي.

- أما عن عينات الدراسات السابقة فكانت جميعها من الذكور ما عدا دراسة [Christain Kirchneck et. al, 2013]، كما لم توضح أغلب هذه الدراسات على أي أساس تم اختيار هذه العينات سواء من حيث: نوع وطبيعة المرض والعمليات الجراحية حيث كل عملية تختلف عن الأخرى فجراحة القلب مثلاً تختلف عن جراحة الكسور وعن جراحة الفكين.

- كما لم توضح هذه الدراسات بصفة عامة من ارتفاع حالة القلق تحت تأثير الموقف الجراحي، وانخفاضها بعد انتهاء الموقف الجراحي. وارتفاع حالة القلق وانخفاضها أما سمة القلق ظلت ثابتة ومع ذلك فإجماع النتائج ليس كاملاً وقد يرجع هذا الاختلاف إلى اختلاف طبيعة العينات.

- بالإضافة لما سبق استعان الباحثان ببعض الدراسات الخاصة بحالة القلق وبعض الأمراض العضوية الأخرى والتي قد تؤدي فيما بعد إلى إجراء عمليات جراحية مثل السكر والتهاب المفاصل والسرطان، والربو الشعبي، وأمراض القلب، وهذا راجع إلى قلة وندرة الدراسات الخاصة بحالة القلق والعمليات الجراحية بصفة عامة وحالة القلق بجراحة الفكين بصفة خاصة، فيما عدا دراسة [Christian et. al, 2013] والتي هدفت إلى تخفيض آلام جراحة الفك والوجه عن طريق التدريب الذاتي على الاسترخاء.

### فروض الدراسة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجات علي مقياس حالة القلق قبل التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقييمية لتصحيح وضع الفك وبعده في حالة القلق لدى عينة الدراسة.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجات علي مقياس حالة القلق

## ===== الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيوية =====

بعد التدخل الجراحي بين الذكور والإناث من مرضى الجراحة التقيوية لتصحيح وضع الفك.

## منهج وإجراءات الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي ذات تصميم المجموعة الواحدة (One- Group pretest- Post Test Design) حيث تم تطبيق مقياس تايلور للقلق النسخة اليابانية (Taylor Manifest Anxiety Scale Japanese Version) وذلك على عينة من مرضى عملية تجميل الفكين لدى عينة من المرضى اليابانيين والذين يعانون من مشكلات في الفكين مرة قبل التدخل الجراحي بأسبوعين (حيث أن المريض يكون قلق جداً على الشكل العام لوجهه رغم المشاكل الصحية بالداخل "الوظيفة للفك"، وهنا القلق يكون مصدره (هل وجهي قد يتغير للأسوأ أم للأفضل؟)، ومرة ثانية بعد التدخل الجراحي بفترة (٦) أشهر وهي المدة المطلوبة لكمال الالتئام والصورة النهائية لشكل الفكين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٥٠) مفحوصاً من المرضى اليابانيين ممن يعانون من مشكلات خاصة بالفكين، مقسمين إلى (١١) مفحوص من الذكور، و(٣٩) من الإناث. وتم اختيار العينة بطريقة عمدية من المستشفيات اليابانية، وتم اختيارهم من المتعلمين (تعليم جامعي - تعليم ثانوي)<sup>(١)</sup>. ويوضح الجدول التالي (١) تكافؤ العينة (ذكور - إناث) من حيث المتوسط العمري كما يلي:

م	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	DF	Minimum	Maximum	F-ratio Variances	P Variances	P
---	----------	---	---------	-------------------	----------	---------------	----	---------	---------	-------------------	-------------	---

(١) يتقدم الباحثان بكل الشكر والتقدير والعرفان للأستاذ الدكتور ( الجراح المعالج لعينة الدراسة / Mosahiro Furutani, Navy Hospital, Roko Island, Kobe Japan وكذلك الأستاذ الدكتور المساعد/ أشرف غانم- بكلية طب الأسنان-جامعة المنيا، والأستاذة/ Midori Nishiyana ماجستير في علم النفس بجامعة Koman, Kobe, Japan على مساعدتهم وجهودهم المبذولة والقيمة في هذا البحث.

**الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية**

١	ذكور	١١	٢٤,٢٧	٦,٣٧٣٢٤٠	١,٧٥٧٠٧	غير دالة إحصائياً	٤٨	١٨	٤٠	٢,٨٨٤٥٧٠	٠,٧٦٩٢٧	٠,٠٨٥٢٨٤
	٢	إناث	٣٩	٣٠,٣٠٧٦٩				١٠,٨٢٤٣٢	١٦,٠٠٠٠٠			

يتضح من الجدول السابق (١) وجود تكافؤ عمري بين الذكور والإناث بمتوسط عمري للذكور (٢٤,٢٧)، ومتوسط عمري للإناث (٣٠,٣٠٧٦٩) ولهذا كانت قيمة (ت) = ١,٧٥٧٠٧ غير دالة إحصائياً، حيث يتراوح المدى العمري للذكور من سن ١٨ : ٤٠ سنة، والمدى العمري للإناث يتراوح من ١٦ : ٥٦ سنة. كما يوضح الجدول التالي (٢) تكافؤ العينة (ذكور - إناث) في حالة القلق قبل التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية لتصحيح وضع الفك كما يلي:

م	المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	ن	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	DF	F-ratio Variances	P Variances	P
١	ذكور	١٧,٢٤٢٧٣	٥,٤٧٨٨٨٥	١١	٠,١٠١٢٦٧	غير دالة إحصائياً	٤٨	٢,٢٢٢٩٤٤	٠,١٧٧٥٠٣	٠,٩١٩٧٦٠
٢	إناث	١٧,٥٣٨٤٦	٨,١٦٨٧٦٦	٣٩						

يتضح من الجدول السابق (٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية قبل التدخل الجراحي في حالة القلق بين الذكور والإناث حيث كانت قيمة (ت) = ٠,١٠١٢٦٧ وهي غير دالة إحصائياً. أدوات الدراسة:

مقياس تايلور للقلق الصريح أو الظاهر (الإصدار الياباني)

**Taylor MAS Japanese Version**

ويتكون المقياس من (٥٠) عبارة - لقياس القلق كحالة - تم اختيارها من ضمن (٥٥٠) عبارة مقياس MMPI وتستخدم هذه البنود مع الراشدين بمعامل ارتباط (٠,٨٥) بين الصورة القديمة والصورة المحسنة للمقياس، كما يتسم المقياس بدرجة ثبات عالية، حيث كانت نسبة الاتساق الداخلي

= (٣٢٨) = مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد ٤٢ ، أبريل



(٠,٩٢)، ونسبة الثبات بإعادة التطبيق Test and Retest بعد (٣) أسابيع (٠,٨٩)، وبعد (٥) شهر كانت (٠,٨٢)، وبعد مرور فترة تتراوح من (٩: ١٧) شهر كانت (٠,٨١)، ويتسم الاختبار أيضاً بدرجة صدق عالية وخاصة الصدق التلازمي، وصدق المحك.

[أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٨٠: ٣٤٩; Hathaway and Mckinley, 2007]

### نتائج الدراسة ومناقشتها:

#### الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجات علي مقياس حالة القلق قبل التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية لتصحيح وضع الفك وبعده في حالة القلق لدى عينة الدراسة.

#### نتيجة الفرض الأول:

يوضح الجدول التالي (٣) نتيجة الفرض الأول كما يلي:

م	التصميم التجريبي	ن	المتوسط الحسابي Mean	انحراف معياري Std. DV.	قيمة (ت) T. Value	مستوى الدلالة	DF
١	قبل التدخل الجراحي	٥٠	١٧,٥٠٠٠٠	٧,٦١٦٤٤٣	٢,٢٤٩٦٠٧	٠,٠٥	٤٩
٢	بعد التدخل الجراحي		١٥,٢٦٠٠٠	٨,٩٥٧٥١٩			

يتضح من الجدول السابق (٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجات في حالة القلق لدى مرضى الجراحة التقيومية لتصحيح وضع الفك لصالح ما بعد التدخل الجراحي، حيث كان متوسط حالة القلق أعلى قبل التدخل الجراحي م = ١٧,٥٠٠٠٠ بينما انخفضت حالة القلق بعد التدخل الجراحي حيث كان م حالة القلق = ١٥,٢٦٠٠٠. وكانت قيمة (ت) = ٢,٢٤٩٦٠٧ وهي دالة عند مستوى دلالة إحصائي (٠,٠٥).

وتؤكد هذه النتيجة فكرة أن حالة القلق أمر طارئ ومؤقت وانتقالي فضلاً عن اتساقه بالتذبذب من وقت إلى آخر تبعاً للمواقف التي يمر بها الفرد، أي أن حالة القلق تعبر عن حالة انفعالية تظهر في لحظة محددة، ثم تتناقص عند زوال ما يثيرها أو

ينبهاها. [Byrne and Kelley, 1981: 37]

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية

وهذا ما يمكن ملاحظته بوضوح في المتوسطات، حيث كان المتوسط قبل التدخل الجراحي (١٧,٥٠٠٠٠) وانخفض بعد التدخل إلى (١٥,٢٦٠٠٠)، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من:

[Barkdoll, 1975; Auerbach and Edinger, 1977; Boeke et. al, 1983;

مايسة أحمد النيال، ١٩٩١]

كما نضيف أن دلالة الانخفاض في مستوي القلق بعد الجراحة الي حالة الرضا لدي المريض فيما يتعلق بنجاح العملية .

إذاً فحالة القلق وكما يتضح في هذه الدراسة والدراسات السابقة يشيع ظهوره عند مواجهة الفرد لمتطلبات تكيفه معينة، ومن ثم فهو قلق يرتبط بمثيرات أو تهديد ما، وهو يختلف في هذا عما يشار إليه بالقلق المعمم Generalized أو القلق الحر السائل Free-Floating Anxiety والذي لا يرتبط بتهديد معين [Pinel, J. p. 1993]

وهو ما يؤكد أيضاً كل من [أوتوفينخل ، ١٩٦٣ ؛ صلاح مخيمر ، ١٩٧٢] ان القلق هو ذلك الألم والتوتر الناتج عن الاثارة الخارجية الزائدة ( الصدمية ) التي تتخطى قدرة الطفل والذي لا يمكن تجنبه ويسمي ( القلق الاولي ) : ويعاش بطريقة إلية سلبية حيث لا امكانية للسيطرة عليه : ومع نمو الطفل وقدرته علي التجريب العقلي يتعلم ( استئناف ) هذا الوجدان ويستخدمه في خيالة التوقعي وابرار فكرة الخطر المتوقع وهنا تخلق الانا ظروفاً شبيهة بظرف الموقف الصدمي وتعيش القلق ولكنة اقل شدة من الموقف الصدمي الاول ، ويكون القلق هنا ليس نوبة غامرة كما في الصدمة الاولي ولكنة يكون بمثابة إشارة الي إنذار كإجراء وقائي ( بفعل الخيال التوقعي ) .

ان القلق إشارة إنذار واستجابة إلية تلجأ اليها الانا لتلافي الصورة الغامرة للقلق بمعني ان القلق رغم انه ترجمة للانغمار ( الحفزات ) الا انه ايضا محاولة لتجنبه ( الدفاع ضد ) كطبيعة دياالكتيكية من حيث ان الموجود هو الشيء ونقيضة ، فالقلق من حيث هو انغمار جزئي ( صدمة ، وسوء تكيف ) ومن حيث هو إنذار ( محاولة للتكيف ) للدفاع : واستباق ايجابي لاحتمالية الوقوع . إي ان القلق إنذار بخطر ولكن قد ينطلق في صورته الصدمية

بوجود عوامل داخلية مساعدة كالكبت مثلاً أو عوامل خارجية ( عندما لا يكون الشخص منهمكاً في مهمة مثلاً ).

وهنا قد يكون الموقف الخارجي ( الجراحة ) عاملاً مساعداً علي انطلاق القلق وقد يختلف شدة القلق والذعر باختلاف المعني الرمزي واللاشعوري للموقف الخارجي المساعد .  
وغني عن البيان أن العملية الجراحية من المواقف العصبية التي تمر بالإنسان فتصبيه بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والخوف والعصبية والانزعاج، ولاسيما عندما لا يستطيع المريض أن يتنبأ بمدى نجاح جراحته أو فشلها فيزيد ذلك من حدة القلق إلى الذروة. [Byrne and Kelley, 1981]

ويطلق [Seleye, 1985] على هذه المرحلة: مرحلة إرجاع الإنذار Alarm Reaction وهي تبدو في استجابة الجسم للطوارئ، ووظيفتها تعبئة أو حشد مصادر الجسم للاستجابة للطوارئ، وهي تتميز في بدايتها بانخفاض الاستتارة، كما تقاس بواسطة ضغط الدم لأقل من المستوى السوي للحظة، ثم ترتفع بسرعة لما فوق مستوى السواء. ويعقب هذه المرحلة مرحلة يطلق عليها اسم مرحلة المقاومة Resistance وفي هذه المرحلة يحاول الجسم أن يتكيف مع المثير، عندئذ تهبط الاستتارة الفسيولوجية بقدر ما لكنها تظل أعلى من معدل السواء.

وأخيراً المرحلة التي يطلق عليها [Sarafino, E.P., 1990] اسم مرحلة الإجهاد Exhaustion Stage وفيها تؤدي الاستتارة الفسيولوجية طويلة الأجل والناجمة عن نمط مثيرات المشقة شديدة وطويلة المدى أو متكررة إلى استهلاك طاقة الجسم إلى أن تصبح القدرة الجسمية على المقاومة محدودة جداً، وعند هذه النقطة تبدأ مرحلة الإجهاد. وقد تصل حالة القلق إلى الذروة عندما لا يستمد المريض الأمن والاطمئنان من الطبيب المعالج أو الجراح، وهذا من شأنه أن يزيد من حالة القلق ويرفعها كل هذه الاحتمالات تزيد من حدة القلق وترفعها، وتتناقص حالة القلق مباشرة أو تقل إلى درجة ملحوظة بزوال المنبه وتهبط إلى درجة معقولة ومحتملة.

وهو ما أكده أيضاً كل من:

[Olszewska, et. al, 2009; Ito, et. al, 2011; Maeda, K. et. al,

2012]

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية

في أن غالبية المرضى الذين تعرضوا لجراحات تجميلية في منطقة الوجه والفكين كانوا معرضين للقلق قبل الجراحة نتيجة نقص معلوماتهم عما هو متوقع بعد الجراحة. ولذا فإن هؤلاء المرضى عادة ما يتنامى خوفهم والشعور بالقلق مع اقتراب الموعد المحدد لإجراء الجراحة، وعادة ما يصل القلق إلى الذروة من (أسبوع إلى عشرة أيام) قبل الجراحة، وذلك بغض النظر عن مقدار الثقة التي اكتسبها الجراح عندهم. كما أن الفترة التي تعقب الجراحة مباشرة (الأسبوع الأول) تطمئن المريض الذي أجريت له الجراحة إلى حد ما، كما لوحظ أيضاً أن الجراحون ممن يقومون بإعلام وتقديم وإيضاح الخبرات واستخدام الصور ومقاطع الفيديو قبل وبعد الجراحة يساعد على تخفيف قلق ما قبل الجراحة بشكل أو بآخر.

### الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجات علي مقياس حالة القلق بعد التدخل الجراحي بين الذكور والإناث من مرضى الجراحة التقيومية لتصحيح وضع الفك.

### نتيجة الفرض الثاني:

يوضح الجدول التالي (٤) نتيجة الفرض الثاني كما يلي:

م	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي Mean	انحراف معياري Std. DV.	قيمة (ت) T. Value	مستوى الدلالة	DF	F-ratio Variances	P Variances
١	ذكور	١١	١١,٦٣٣٦	٨,٨٥٧٤٥٧	١,٥٤٠٣٠	غير دالة إحصائياً	٤٨	١,٠٠٦٥٤٢	٠,٩١١٣٨٨
٢	إناث	٣٩	١٦,٢٨٢٠٥	٨,٨٢٨٦٢٨					

يتضح من الجدول السابق (٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجات علي مقياس حالة القلق بعد التدخل الجراحي بين الذكور والإناث من مرضى الجراحة التقيومية لتصحيح وضع الفك، حيث كانت قيمة (ت) = ١,٥٤٠٣٠ وهي غير دالة إحصائياً. إلا أننا نلاحظ أن متوسط حالة القلق لدى الذكور (م) = ١١,٦٣٣٦ أقل من متوسط حالة القلق لدى الإناث (م) = ١٦,٢٨٢٠٥. وهذا ربما يكون

راجع إلى طبيعة الإناث ذات الطبيعة الوجدانية والانفعالية هذا من جانب، ومن جانب آخر عادة ما تخشى الأنثى على مظهرها الشكلي - وخاصة الخارجي - الجمالي ودائماً ما ترغب الأنثى أن تظهر في شكل أكثر اتساقاً وجاذبية على عكس الرجل إلى حد ما الذي يميل إلى أن يكون عملياً أكثر بالرغم أيضاً من اهتمامه بمظهره، إلا أن رغبته في تأكيد ذاته ونجاحه في عمله وبناءه النفسي يجعله أكثر مقاومة من الأنثى إلى حد ما. ومع ذلك تؤكد النتيجة السابقة أن حالة القلق تشيع عادة عندما يرتبط بمثيرات أو تهديد ما مثل العمليات الجراحية والتي تعتبر من المواقف العصبية التي تمر بالإنسان فتصيبه بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والخوف والعصبية والانزعاج ولاسيما عندما لا يستطيع المريض التنبؤ بنجاح أو فشل العملية الجراحية فيزيد من حدة القلق إلى الذروة.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما سبق من نتائج يوصي الباحثان بما يلي:

- عقد ورش عمل لتدريب الأطباء وأعضاء الفريق الجراحي وهيئة التمريض على كيفية التعامل مع المرضى وتهيئتهم من الناحية السيكولوجية قبل وبعد التدخل الجراحي.
- أن يتم تقديم ملخص للمريض لما يتم عمله من إجراء قبل وأثناء وبعد الجراحة، مما يساهم في خفض حدة القلق كحالة وكسمة.
- تدريب الأخصائيين النفسيين في المستشفيات على كيفية تقديم الدعم النفسي للمرضى وتهيئتهم بشكل سليم سواء قبل الجراحة أو بعدها.
- ضرورة تفعيل دور طبيب الأسرة وخاصة فيما يتعلق بالجانب الخاص بالعمليات الجراحية مما يكون له الأثر الفعال في خفض حدة القلق كحالة وكسمة وتهيئة المريض على النحو الأفضل لإجراء الجراحة.
- تدريب الأخصائيين النفسيين والأطباء على التفرقة بين القلق كحالة والقلق كسمة حتى يتم التعامل مع كل فئة على النحو الأمثل.

بحوث مقترحة:

إن من أهم مميزات البحث العلمي أنه يفتح الأبواب للمزيد من الدراسات العلمية المهمة في شتى المجالات، وفي ضوء ذلك يجب التركيز على الدراسات

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيومية

المرتبطة بدراسة القلق كحالة وكسمة، وذلك على النحو التالي:

- إجراء بحوث ودراسات حول القلق كحالة وكسمة من الناحية الإكلينيكية الدينامية سواء للمرضى المقبلين على إجراء العمليات الجراحية الكبرى أو الصغرى لفهم نوازعهم واحتياجاتهم، ومن ثم المساعدة في رسم السياسات للوقاية من الاضطرابات النفسية بصفة عامة والقلق بصفة خاصة، ومن ثم مساعدة الأطباء أيضاً على كيفية التعامل مع هؤلاء المرضى على النحو الأفضل.
- إجراء بحوث ودراسات ذات طبيعة ارتباطية بالقلق كحالة وكسمة أيضاً من حيث بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية والنوعية والتعليمية وعلاقتها بطبيعة ونوع العمليات الجراحية سواء الصغرى أو الكبرى

### مراجع الدراسة:

- ١- أحمد عكاشة (١٩٩٨): الطب النفسي المعاصر، ط٩، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- ٢- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٠): استخبارات الشخصية، القاهرة، دار المعارف.
- ٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٧): قلق الموت، عالم المعرفة، الكويت.
- ٤- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٠): الدراسة التطورية للقلق، الإسكندرية، دار المعارف الجامعية.
- ٥- اوتو فينخل (١٩٦٩): نظرية التحليل النفسي في العصاب، الجزء الاول، ترجمة: صلاح مخيمر، عبدة ميخائيل رزق، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- ٦- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٢، القاهرة، عالم الكتب.
- ٧- سعد جلال (١٩٨٠): في الصحة العقلية: الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، الإسكندرية دار المعارف الحديثة.
- ٨- سهير فهم الغباشي (٢٠٠٠): القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب، مجلة دراسات نفسية، المجلد العاشر، العدد الثاني، إبريل ٢٠٠٠، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، القاهرة، ص١٢٧: ١٨١.
- ٩- سيجموند فرويد (١٩٨٩): الكف والعرض والقلق، ترجمة: محمد عثمان نجاتي، ط٤، القاهرة، دار الشروق.
- ١٠- صلاح مخيمر (١٩٧٢): مدخل في الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- ١١- العارف بالله محمد الغندور (٢٠٠٨): علم النفس الإكلينيكي "التشخيص - العلاج"، ط٢، سلسلة علم النفس التطبيقي (٤)، دن، القاهرة.
- ١٢- عبد الرقيب أحمد البحيري (١٩٨٢): اختبار القلق: الحالة - السمة للأطفال، القاهرة، دار المعارف.

## الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقويمية

- ١٣- علاء الدين كفاقي (١٩٩٨): الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٤- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩): علم الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- ١٥- كمال إبراهيم مرسي (١٩٧٨): القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة، القاهرة، دار النهضة العربية.
- ١٦- ماجدة خميس علي إبراهيم (١٩٩٢): القلق النفسي وعلاقته ببعض الأمراض العضوية "دراسة عملية"، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ١٧- مایسة أحمد النیال (١٩٩١): الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، مجلة دراسات نفسية، المجلد الأول، العدد الثاني، يناير ١٩٩١، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، القاهرة، ص ٣٠٧: ٣٨٢.
- ١٨- محمد شعلان (١٩٧٩): الاضطرابات النفسية في الأطفال، الجزء الثاني، القاهرة، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية.
- ١٩- محمد محمد بيومي (١٩٨٤): دراسة العلاقة بين مفهوم الذات ومستوى القلق وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الزقازيق.
- 20- Ashraf. G. T; Takeuobu, N; Tauike and Y. Tauoka (2009): Endoscopically Assisted Surgery to Sabcondylas Fracture, *Egyptian Dental Journal (EDJ)*, Vol. 55, 1: 15, Jounary.
- 21- Auerbach, S. M (1973): Trait- State Anxiety and adjustment of surgery *Journal of consulting Psychology*, V. (40), N2, 264-271.
- 22- Auerbach, S. M. and Edinger, J. D (1977): The effects of surgery induced stress on Anxiety as measured by the Holtzman Inkblot Technique *Journal of personality Assessment*, V. (41), N1, 19- 23.
- 23- Barkdoll, Dorothy Louise (1975): Relationship of patients and spouses preoperative anxiety and patients postoperative pain, *Dissertation Abstracts International*, V. (19), N75, 1143- 1144.



- 24- Boeke, S; Bonle, D. H. J and Vploeg, H. M (1983): Agreement for surgical patients on two instructional situations for the state Anxiety Inventory, *Psychological Reports*, V. (53), N3, 536-538.
- 25- Byrne, D. and Kelley, K (1981): *An Introduction to personality*, New Jersey: Prentice- Hall, Inc., Englewood Cliffs, 3<sup>rd</sup> Edition.
- 26- Kirschneck Christian, Piero Romer, Peter proff and Carsten lippold (2013): Psychological profile and self- administered relaxation in patients with craniofacial pain: a prospective in-office study, <http://www.head-face-med.com/content/19/1/31>. received: 5August 2013- Accepted: 9 October 2013- published 20 October 2013.
- 27- Fava, M; Abraham. M; Pava J. Shuster. J, Shustser. J, et. al, (1996): *Cardiovascular risk factor in depression: The role of anxiety and anger*. *Psychosomatics*, 37 (1), 31-37.
- 28- Goldberg, R (1982): *Anxiety: A guide to biobehavioral diagnosis and therapy for physicias and mental health clinicans*, New York: Medical examination publishing Co. , Inc.
- 29- Hathaway, S. R. and Mckinley, J. C (2007): *Taylor, MAS Japanese manual*, Abe, M. Takaishi, N.
- 30- Ito, Yasushi, et. al (May2011): Patient-specific geometry modeling and mesh generation for simulating obstructive sleep apnea syndrome cases by maxillomandibular advancement. *Mathematics & computers in simulation* vol.81 Issue 9,p1876-1891.
- 31- Maeda, K. et. al (Feb2012): Differences in Dental arch size between obese and non-obese patients with obstructive sleep apnea. *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 39 Issue 2, p111-
- 32- Matsuo, Akira, et. al (Jan2009): Good esthetics results after modified maxillomandibular advancement for obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep & Biological Rhythms*, vol. 7 Issue 1, p3- 10.
- 33- Olszewska, Ewa, et. al (Apr2009): A comparison of cephalometric analysis using radiographs and craniofacial computed tomography in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *European archives of oto-rhino-laryngology*, vol.266 Issue 4, and p535-542.

==== الفروق في حالة القلق قبل وبعد التدخل الجراحي لمرضى الجراحة التقيوية

- 34- Pinel, P. J (1993): Bio Psychology (2<sup>nd</sup> ed.) London: Allyn and Bakon, PP. 589-59.
- 35- Sarafino, E. P (1990): *Health psychology: Biosychosocial interations*, New York : John Wiley and Sons.
- 36- Seleye, H (1985): History and present status of the stress concept, In: A. Monat and R. S. Lazarus (*Eds.*) Stress and camping (2<sup>nd</sup> ed.) New York: Columbia University press.
- 37- Wallacem, L. M (1986): Preoperative state anxiety as a mediator of psychological adjustment to and recovery from surgery, *British Journal of Medical Psychology*, V. (59), N3, 253- 261.