

أثر التنقيف الصحي في تقليل بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالعمليات الجراحية على

جودة التعافي في الأداء الحركي

جلال محمد المريض فوزى معمر النعاجي

fwzyalnajy11@gmail.com

Jalalmrayad@yahoo.com

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر التنقيف الصحي في تقليل بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالعمليات الجراحية، وانعكاس ذلك على جودة التعافي في الأداء الحركي لدى المرضى داخل المؤسسات الطبية. اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، وتم تطبيقها على عينة مكونة من (75) مريضاً من عدة مؤسسات صحية ومراكز علاج طبيعي ومستشفى شارع الزاوية المركزي. استخدمت الدراسة مقياس القلق والاكتئاب بالمستشفى (HADS)، إضافة إلى استبيان خاص بالأداء الحركي شمل التوازن والتنسيق الحركي والقوة العضلية والمرونة والسرعة.

أظهرت النتائج أن التنقيف الصحي أسهم في تقليل مستويات القلق والاكتئاب لدى المرضى، كما ساعد في رفع مستوى الالتزام ببرامج العلاج الطبيعي وتحسين جودة التعافي الحركي. وأوضحت النتائج أيضاً وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين انخفاض الاضطرابات النفسية وتحسن الأداء الحركي بعد العمليات الجراحية.

وأوصت الدراسة بضرورة إدماج برامج التنقيف الصحي ضمن الخطط العلاجية الجراحية، وتدريب الكوادر الطبية على مهارات الدعم النفسي والتواصل الصحي، بالإضافة إلى تطوير برامج توعوية متخصصة لتحسين جودة الرعاية الصحية.

الكلمات المفتاحية: القلق، الاكتئاب

Abstract

This study aimed to examine the impact of health education in reducing psychological disorders associated with surgical operations and its effect on the quality of motor recovery among patients in medical institutions. The study adopted a quasi-experimental design and included a sample of 75 patients from medical centers and rehabilitation institutions.

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and a motor performance assessment questionnaire were used to evaluate balance, motor coordination, muscle strength, flexibility, and speed.

The findings revealed that health education contributed significantly to reducing anxiety and depression levels among patients and improved adherence to physiotherapy programs, which positively reflected on motor recovery quality. The results also demonstrated a statistically significant relationship between reduced psychological disorders and improved motor performance after surgery.

The study recommended integrating health education programs into surgical treatment plans and training healthcare professionals in psychological support and effective communication.

Keywords: Health Education, Anxiety, Depression, Surgery, Motor Recovery, Physiotherapy .

Keywords : Anxiety , Depression

1- المقدمة

تُعد العمليات الجراحية من المواقف الصحية الضاغطة التي قد تُسبب للمريض العديد من الاضطرابات النفسية، مثل القلق والخوف والتوتر والاكتئاب، خاصة في الفترات السابقة واللاحقة للعملية الجراحية. وتؤثر هذه الاضطرابات بشكل مباشر في الحالة النفسية والجسدية للمريض، مما قد ينعكس سلباً على سرعة التعافي وجودة الحياة والأداء الحركي بعد العملية (Spielberger, 1983).

ويُعتبر التنقيف الصحي من أهم الأساليب العلاجية والتوعوية التي تهدف إلى تزويد المرضى بالمعلومات والمعارف المتعلقة بحالتهم الصحية والإجراءات الجراحية التي سيخضعون لها، بما يُسهم في تقليل الغموض والخوف المرتبط بالعملية الجراحية. كما يساعد التنقيف الصحي المرضى على فهم مراحل العلاج وأساليب التأهيل، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين التكيف النفسي ورفع مستوى الثقة بالخطة العلاجية (Bastable, 2019).

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن المرضى الذين يتلقون برامج تنقيف صحي قبل العمليات الجراحية يُظهرون مستويات أقل من القلق والتوتر مقارنةً بغيرهم من المرضى الذين لا يتلقون مثل هذه البرامج. كما أن التنقيف الصحي يُسهم في تحسين الاستجابة النفسية وتقليل المضاعفات الناتجة

عن التوتر النفسي، الأمر الذي ينعكس إيجاباً على نتائج العلاج والتعافي بعد الجراحة (Guo, East, & Arthur, 2012).

وتبرز أهمية التنقيف الصحي كذلك في تعزيز الأداء الحركي للمريض بعد العمليات الجراحية، إذ إن الحالة النفسية الجيدة تساعد المريض على الالتزام ببرامج العلاج الطبيعي والتأهيل الحركي، مما يؤدي إلى تسريع استعادة الوظائف الحركية وتقليل مدة البقاء في المؤسسات الطبية (McDonald et al., 2014). كما أن الدعم النفسي والمعرفي قبل الجراحة يُساعد في تقليل الإحساس بالألم وتحسين قدرة المريض على ممارسة الأنشطة اليومية بعد العملية (Johnston & Voge, 1993).

وفي ضوء ذلك، أصبح الاهتمام بالتنقيف الصحي جزءاً أساسياً من الرعاية الصحية الحديثة، خاصة في المؤسسات الطبية التي تسعى إلى تحسين جودة التعافي لدى المرضى بعد العمليات الجراحية. ومن هنا جاءت أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على أثر التنقيف الصحي في تقليل بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالعمليات الجراحية وانعكاس ذلك على جودة التعافي والأداء الحركي لدى المرضى داخل المؤسسات الطبية.

1- مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة في وجود قصور في تطبيق برامج التنقيف الصحي الموجهة للمرضى المقبلين على العمليات الجراحية، حيث يتركز الاهتمام غالباً على الجانب الطبي الإجرائي دون التركيز الكافي على الجوانب النفسية المرتبطة بالتعافي.

ويؤدي هذا القصور إلى ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب لدى المرضى، الأمر الذي ينعكس سلباً على الالتزام ببرامج العلاج الطبيعي وجودة الأداء الحركي بعد العملية. وعليه تتمثل مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي:

ما أثر التنقيف الصحي في تقليل الاضطرابات النفسية المرتبطة بالعمليات الجراحية، وكيف ينعكس ذلك على جودة التعافي في الأداء الحركي؟

2- أهداف الدراسة

1- التعرف على مستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى قبل وبعد التنقيف الصحي.

2- قياس أثر التنقيف الصحي على جودة التعافي الحركي.

3- التعرف على العلاقة بين الاضطرابات النفسية والأداء الحركي.

4- قياس مدى التزام المرضى ببرامج العلاج الطبيعي بعد التنقيف الصحي.

5- التعرف على أثر التنقيف الصحي في تقليل فترة البقاء بالمستشفى.

3- فروض الدراسة

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق والاكتئاب بين المرضى الذين تلقوا تنقيفاً صحياً والذين لم يتلقوه.

2- يؤدي التنقيف الصحي إلى تحسين جودة التعافي الحركي بعد العمليات الجراحية.

3- توجد علاقة عكسية بين القلق النفسي ومستوى الأداء الحركي.

4- المصطلحات المستخدمة :

1-القلق (Anxiety)

القلق هو حالة من الخوف أو التوجس أو التوتر المفرط تجاه أحداث أو مواقف مستقبلية متوقعة، وقد يصاحبه أعراض جسدية مثل تسارع ضربات القلب والتعرق وصعوبة التركيز، ويصبح اضطراباً عندما يكون مفرطاً ومستمرًا ويؤثر على الحياة اليومية للفرد (American Psychiatric Association, 2022).

2-الاكتئاب (Depression)

يُعرف الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي شائع يتميز بمشاعر مستمرة من الحزن وفقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة اليومية، مصحوباً بتغيرات في النوم والشهية والطاقة والتركيز، مما يؤثر سلباً على الأداء الاجتماعي والمهني للفرد (World Health Organization [WHO], 2023).

5- الدراسات السابقة

أولاً: دراسة سميث وآخرون (2015) بعنوان: تأثير التنقيف الصحي على القلق بعد العمليات الجراحية

الهدف: دراسة تأثير التنقيف الصحي على تقليل القلق بعد العمليات الجراحية
المنهجية: أجريت الدراسة على 150 مريضاً خضعوا لعمليات جراحية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تلقت تنقيفاً صحياً ومجموعة ضابطة لم تتلق أي تنقيف

النتائج: أظهرت الدراسة أن المجموعة التجريبية التي تلقت تثقيفاً صحياً كان لديها قلق أقل بعد العمليات الجراحية.

النتيجة العملية: يمكن أن يساعد التثقيف الصحي في تقليل القلق بعد العمليات الجراحية المرجع: سميث، ج، وآخرون. (2015) تأثير التثقيف الصحي على القلق بعد العمليات الجراحية مجلة الجراحة العامة، 3(2)، 55-62.

ثانياً: دراسة جونسون وآخرون (2018) بعنوان: تأثير التثقيف الصحي على جودة التعافي بعد العمليات الجراحية

الهدف: دراسة تأثير التثقيف الصحي علي جودة التعافي بعد العمليات الجراحية المنهجية: أجريت الدراسة على 200 مريضاً خضعوا لعمليات جراحية وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تلقت تثقيفاً صحياً ومجموعة ضابطة لم تتلق أي تثقيف. النتائج: أظهرت الدراسة أن المجموعة التجريبية التي تلقت تثقيفاً صحياً كان لديها تحسن في جودة التعافي بعد العمليات الجراحية.

النتيجة العملية: يمكن أن يساعد التثقيف الصحي في تحسين جودة التعافي بعد العمليات الجراحية المرجع: جونسون، ك. وآخرون. (2018) تأثير التثقيف الصحي على جودة التعافي بعد العمليات الجراحية. مجلة الجراحة العظمية والبحوث، 13(1)، 1-9.

ثالثاً: دراسة لي وآخرون (2020) بعنوان: تأثير التثقيف الصحي على القلق والاكتئاب بعد العمليات الجراحية

الهدف: دراسة تأثير التثقيف الصحي على تقليل القلق والاكتئاب بعد العمليات الجراحية المنهجية: أجريت الدراسة على 100 مريضاً خضعوا لعمليات جراحية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تلقت تثقيفاً صحياً ومجموعة ضابطة لم تتلق أي تثقيف. النتائج: أظهرت الدراسة أن المجموعة التجريبية التي تلقت تثقيفاً صحياً كان لديها قلق واكتئاب أقل بعد العمليات الجراحية.

النتيجة العملية: يمكن أن يساعد التثقيف الصحي في تقليل القلق والاكتئاب بعد العمليات الجراحية. المرجع: لي. س. وآخرون. (2020) تأثير التثقيف الصحي على القلق والاكتئاب بعد العمليات

الجراحية. مجلة الصحة النفسية، 34(3)، 255-264.

أكدت وجود تأثير إيجابي للتثقيف الصحي في تقليل القلق والاكتئاب وتحسين النتائج العلاجية.

3- منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي (Quasi-Experimental Design).

3-1 مجتمع الدراسة

شمل مجتمع الدراسة المرضى المقبلين على عمليات جراحية كبرى داخل مستشفى شارع الزاوية ومستشفى طرابلس الطبي.

3-2 عينة الدراسة

تكونت العينة من (75) مريضاً تم اختيارهم بطريقة العمدية.

3-3 أدوات الدراسة

3-1 مقياس القلق والاكتئاب بالمستشفى (HADS).

مقياس القلق والاكتئاب بالمستشفى (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) هو أحد أكثر المقاييس النفسية استخداماً لتقييم أعراض القلق والاكتئاب لدى المرضى في المستشفيات والعيادات الطبية.

صدق وثبات المقياس (Validity and Reliability)

أثبت مقياس HADS مستويات جيدة من الصدق والثبات في العديد من الدراسات والثقافات المختلفة. وقد أظهرت مراجعة منهجية واسعة أن المقياس يتمتع بحساسية ونوعية جيدة للكشف عن اضطرابات القلق والاكتئاب لدى المرضى في البيئات الطبية.

الثبات الداخلي (Internal Consistency):

تراوح معامل كرونباخ ألفا لبعد القلق بين 0.68 و 0.93.

تراوح معامل كرونباخ ألفا لبعد الاكتئاب بين 0.67 و 0.90.

الصدق البنائي (Construct Validity):

أكدت معظم الدراسات البنائية للنائية للمقياس (القلق والاكتئاب) من خلال التحليل العاملي.

(Zigmond & Snaith, 1983)

2-3 استبيان الأداء الحركي. (SPPB) Short Physical Performance Battery

يقيس:

- التوازن .
- سرعة المشي .
- النهوض من الكرسي .

الصدق والثبات:

- ثبات مرتفع. ($ICC > 0.80$)
- صدق تنبؤي جيد للإعاقة الحركية والسقوط

(Jack M. Guralnik et al. 1994).

3-4 الأساليب الإحصائية

- 1-المتوسط الحسابي.
- 2-الانحراف المعياري.
- 3-اختبار (T-test).
- 4-اختبار كاي تربيع (Chi-Square).

4-النتائج

التحليل الإحصائي

تم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، واعتمدت الدراسة على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار كاي تربيع واختبار (T-Test) للتحقق من الفروق الإحصائية بين المجموعات.

البيانات الديموغرافية:

1- الجنس

جدول 1

النسبة	التكرار	الفئة
20%	15	ذكر
80%	60	أنثى
100%	75	

الجدول يوضح أن غالبية العينة من الإناث بنسبة 80% مقابل 20% من الذكور، مما يشير إلى هيمنة واضحة للإناث في التوزيع الكلي.

2- الحالة الصحية

جدول 2

النسبة	التكرار	الفئة
33%	25	ضعيفة
40%	30	متوسطة
13%	10	جيدة
13%	10	ممتازة
100%	75	

الجدول يوضح أن أغلب العينة تقع في الفئات الضعيفة (33%) والمتوسطة (40%)، أي أن أكثر من ثلث المشاركين يعانون من ضعف صحي، بينما النسبة الأكبر في مستوى متوسط في المقابل، الفئات الجيدة والممتازة (13) + (13) تشكل معا حوالي ربع العينة فقط، مما يعكس حاجة واضحة إلى تعزيز البرامج الصحية والوقائية لرفع مستوى الحالة العامة.

جدول 3

النسبة	التكرار	نوع العملية
7%	5	TKR
11%	8	CABG
8%	6	بلايتين ساق ورجل
11%	8	KRP
11%	9	TCA
13%	10	ROST THB
3%	2	Discectomy
7%	59	غضروف رقبة
12%	2	تثبيت مفاصل
3%	6	قلب مفتوح
8%	5	مفاصل حوض
7%	5	تركيب بلايتين
100%	75	

يتضح أن أكثر العمليات شيوعاً هي ROST THB (13%) وتثبيت مفاصل (12%)، تليها عمليات TCA (11%) و CABG (11%) و KRP (11%)، مما يعكس انتشاراً ملحوظاً للعمليات المرتبطة بالعظام والمفاصل إلى جانب بعض عمليات القلب. في المقابل، العمليات الأقل حضوراً مثل

(Discectomy) (3%) وقلب مفتوح (3%) تمثل نسباً محدودة جداً، بينما باقي العمليات مثل بلاتين ساق ورجل (8%) ومفاصل حوض (8%) وتركيب بلاتين (7%) وغضروف رقبة (7%) تظهر بنسب متوسطة.

المحور الأول: الاستجابة لقياس القلق

جدول 4

المتغيرات				المحور الأول: الاستجابة لقياس القلق	
ت	الأسئلة	أبداً	أحياناً	غالباً	دائماً
1	أشعر بالتوتر	20	15	30	10
2	أواجه صعوبة في الاسترخاء	30	10	15	20
3	أشعر بالخوف في مواقف معينة	25	20	10	20
4	أواجه صعوبة في التركيز	35	10	15	15
5	أشعر بأنني مثقل	40	10	15	10
6	أشعر بعدم الارتياح	10	25	20	20
7	أتوتر بسهولة	30	15	25	5
8	أشعر بأن الضغوط تؤثر علي بسرعة	20	25	20	10
9	أشعر بالتوتر الجسدي	25	15	20	15
10	انزعج بسهولة من الأصوات أو المواقف	20	20	15	20
	النسبة التراكمية	34%	22%	25%	19%

الجدول يوضح أن أعلى نسبة من المشاركين اختاروا خيار "أبداً" بنسبة 34%، مما يشير إلى أن غالبية العينة لا تعاني من مظاهر القلق بشكل دائم، في حين أن نسبة 44% موزعة بين "غالباً" و"دائماً" تعكس وجود مستوى معتبر من القلق لدى بعض الأفراد، أما خيار "أحياناً" بنسبة 22% فيعبر عن حالات متقطعة أقل حدة. وبذلك يمكن القول إن نصف المشاركين تقريباً يعانون من القلق بدرجات متفاوتة، وهو ما يستدعي الانتباه عند تفسير النتائج ووضع توصيات عملية.

المقاييس الإحصائية: لمحور قياس القلق

جدول 5

المقياس	أبداً	أحياناً	غالباً	دائماً
المتوسط الحسابي	27.5	17.0	18.5	14.5
الوسيط	25.0	15.0	20.0	15.0
الانحراف المعياري	7.45	5.31	4.79	4.79
المدى	30	15	20	15
القيمة العظمى	40	25	30	20
القيمة الصغرى	10	10	10	5

التحليل للجدول يبين أن خيار "أبداً" سجل أعلى متوسط حسابي (27.5) مع أكبر مدى (30) وانحراف معياري مرتفع (7.45)، مما يعكس تبايناً واضحاً في الاستجابات بين المشاركين، بينما خيار "أحياناً" جاء بمتوسط أقل (17) وانحراف معياري (5.31) يشير إلى تشتت متوسط، أما خيار "غالبا" فقد سجل متوسطا (18.5) مع انحراف معياري (4.79) يعكس استجابات أكثر اتساقاً، في حين أن خيار "دائماً" كان الأقل بمتوسط (14.5) ومدى (15) وانحراف معياري (4.79)، مما يدل على أن نسبة محدودة من المشاركين تعاني من القلق المستمر. وبذلك يمكن القول إن النتائج توضح أن الغالبية لا تعاني من القلق بشكل دائم، لكن هناك تبايناً ملحوظاً في شدة القلق بين الأفراد.

المحور الثاني: قياس الاكتئاب

جدول 6

المتغيرات				المحور الثاني: الاستجابة لقياس الاكتئاب	
ت	الأسئلة	أبداً	أحياناً	غالبا	دائماً
1	أشعر باهتمام أقل بأشياء	20	15	22	18
2	طاقة أقل من المعتاد	15	30	14	16
3	صعوبة أكثر في التركيز	13	40	12	10
4	أشعر بالإجهاد بسهولة	30	25	10	10
5	أجد صعوبة في الاستمتاع بالأنشطة	25	14	20	16
6	أشعر بأنني أقل ثقة بنفسِي	40	12	10	13
7	أشعر بأن مزاجي متقلب	12	40	12	11
8	أواجه صعوبة في إنهاء مهامِي	25	10	22	18
9	أشعر بأنني أقل دافعية	35	20	9	11
10	أشعر بأن قدراتي أقل من السابق	20	15	25	15

الجدول يوضح أن الاستجابات موزعة بشكل متفاوت بين الخيارات الأربعة، حيث يظهر أن خيار "أحياناً" سجل نسباً مرتفعة في بعض البنود مثل صعوبة التركيز (40) وتقلب المزاج (40) مما يعكس وجود حالات متكررة من أعراض الاكتئاب بشكل غير دائم. في المقابل، خيار "أبداً" سجل قيماً عالية في بنود مثل الثقة بالنفس (40) والإجهاد (30)، وهو مؤشر على أن جزءاً من المشاركين لا يعاني من هذه الأعراض. أما خيارا "غالبا" و "دائماً" فجاءت نسبهما أقل نسبياً، لكنها لا تزال تعكس وجود فئة من المشاركين تعاني من الاكتئاب بشكل متكرر أو دائم. وبذلك يمكن القول إن النتائج تشير إلى أن معظم المشاركين يعانون من أعراض الاكتئاب بدرجات متقطعة، بينما نسبة أقل تواجه هذه الأعراض بشكل مستمر.

المقاييس الإحصائية لمحور الاكتئاب

جدول 7

المتغير	أبداً	أحياناً	غالباً	دائماً
المتوسط الحسابي	23.5	22.1	15.6	13.8
الوسيط	22.5	17.5	12.0	13.5
الانحراف المعياري	8.9	11.0	5.6	2.9

التحليل الإحصائي لجدول الاكتئاب يوضح أن أعلى نسبة عامة كانت لفئة "أبداً" بنسبة 31.3%، ما يعني أن ثلث المشاركين تقريباً لا يعانون من الأعراض بشكل دائم. تليها فئة "أحياناً" بنسبة 29.5%، وهي قريبة جداً من الأولى لكنها الأكثر تذبذباً بين الأسئلة مما يعكس ظهور الأعراض بشكل متقطع وغير ثابت. أما فئة "غالباً" فقد بلغت 20.8%، وهي أقل انتشاراً مع استقرار نسبي في التوزيع. وأخيراً فئة "دائماً" بنسبة 18.4%، وهي الأدنى والأكثر تجانساً، ما يدل على أن عدداً محدوداً من المشاركين يعاني من الأعراض باستمرار. الخلاصة أن معظم المشاركين يميلون إلى الشعور بالأعراض بشكل غير دائم بينما نسبة أقل تواجهها بشكل متكرر أو دائم.

قيمة اختبار كاي سكوير بلغت $\chi^2 = 112.243$ مع درجات حرية = 27، وكانت قيمة $p = 0.00000$ أقل بكثير من 0.05، مما يعني أن الفروق بين توزيع الإجابات عبر الأسئلة ذات دلالة إحصائية قوية وليست مجرد صدفة.

مقياس الرفاه النفسي

جدول 8

مقياس الرفاه النفسي				
ت	الأسئلة	أبداً	أحياناً	غالباً
1	أشعر بالهدوء معظم الوقت	20	15	30
2	أشعر بالرضى عن يومي	15	22	30
3	أستطيع إدارة الضغوط بشكل جيد	40	14	20
4	أشعر بالراحة في التعبير عن مشاعري	22	15	14
5	أشعر بالدعم من الأشخاص حولي	14	10	13
6	أشعر بالأمل والإيجابية	20	25	10
7	أستطيع الحفاظ على تركيزي	10	12	35
8	أشعر بالتوازن النفسي والجسدي	13	2	35
	النسبة التراكمية	25.7%	19.2%	31.2%
				24.0%

التحليل المقياس الرفاه النفسي يوضح أن أعلى نسبة تراكمية كانت لفئة " غالباً " بنسبة 31.2%، مما يعكس أن معظم المشاركين يميلون إلى الشعور بالرفاه النفسي بشكل متكرر. تليها فئة "أبداً" بنسبة 25.7%، ما يشير إلى وجود نسبة معتبرة لا تشعر بالرفاه بشكل دائم. أما فئة "دائماً" فجاءت بنسبة 24%، وهي قريبة من "أبداً"، مما يعكس أن هناك مجموعة محدودة لكنها ثابتة تشعر بالرفاه باستمرار. وأخيراً فئة "أحياناً" بنسبة 19.2%، وهي الأقل، ما يدل على أن الشعور بالرفاه النفسي ليس متقطعاً عند أغلب المشاركين بل يميل إلى أن يكون ثابتاً الخلاصة أن غالبية المشاركين يعيشون حالة رفاه نفسي متكررة، بينما تتوزع البقية بين من لا يشعر بها إطلاقاً ومن يشعر بها بشكل دائم مع نسبة صغيرة فقط تراها بشكل متقطع.

المقاييس الإحصائية لرفاه النفسي

جدول 9

المقياس	المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري
أبداً	19.3	17.5	8.6
أحياناً	14.4	14.5	7.6
غالباً	23.4	25.0	8.9
دائماً	18.0	19.0	11.6

الفئة "غالباً" سجلت أعلى متوسط ووسيط، مما يعكس تكراراً واضحاً للشعور بالرفاه النفسي لدى المشاركين. أما الفئة "دائماً" فرغم انخفاض متوسطها، إلا أن الانحراف المعياري المرتفع (11.6) يدل على تباين كبير في الإجابات، أي أن بعض المشاركين يشعرون بالرفاه باستمرار بينما آخرون لا الفئة "أحياناً" كانت الأقل في المتوسط والوسيط مما يشير إلى أن الشعور بالرفاه النفسي المتقطع أقل شيوعاً. أما "أبداً" فتمثل نسبة معتبرة لكنها أقل تذبذباً، ما يعكس وجود مجموعة مستقرة لا تشعر بالرفاه.

المعطيات أوضحت أن مجموع الاستجابات كان 600، حيث سجلت فئة "غالباً" أعلى مجموع (187) بمتوسط 23.4 ووسيط 25، مما يعكس أن أغلب المشاركين يميلون إلى الشعور بالرفاه النفسي بشكل متكرر. أما فئة "أبداً" فجاءت بمجموع 154 بمتوسط 19.3، ما يشير إلى وجود نسبة معتبرة لا تشعر بالرفاه بشكل دائم لكنها أقل تذبذباً. فئة "دائماً" سجلت 144 بمتوسط 18.0 لكنها صاحبها أعلى درجة تباين انحراف معياري (11.6)، مما يدل على اختلاف كبير بين المشاركين في هذا الشعور

المستمر. في المقابل، فئة "أحياناً" كانت الأقل بمجموع 115 ومتوسط 14.4، ما يعكس أن الشعور بالرفاه النفسي المنقطع ليس شائعاً. وعند تطبيق اختبار كاي سكوير، ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية قوية بين الأسئلة ($\chi^2 \approx 132.7, p < 0.001$)، مما يؤكد أن أنماط الرفاه النفسي ليست موزعة بشكل متجانس وإنما تختلف باختلاف المؤشر وهو ما يعكس تنوعاً في التجربة النفسية للمشاركين ويبرز أهمية تحليل كل محور على حدة.

الاستبيان الثاني: المقياس العددي (استبيان بالنقاط)

أولاً: البيانات الأساسية

- الجنس

جدول 10

المتغير	التكرار	النسبة
ذكر	17	23%
أنثى	58	77%
	75	100%

يوضح الجدول أن غالبية العينة من الإناث بنسبة 77% مقابل 23% من الذكور، مما يشير إلى أن التوزيع يميل بشكل واضح نحو الإناث، مع إجمالي عدد المشاركين 75..

- العمر

جدول 11

المتغير	التكرار	النسبة
من 8 إلى 30 سنة	20	27%
من 31 إلى 45 سنة	15	20%
من 46 إلى 50 سنة	8	11%
من 51 إلى 60 سنة	10	13%
من 61 إلى 70 سنة	15	20%
من 71 إلى 80 سنة	5	7%
من 81 إلى 100 سنة	2	3%
	75	100%

يتضح من توزيع الأعمار أن الشريحة الأكبر هي فئة الشباب (8-30 سنة) بنسبة 27%، يليها الفئتان (31-45 سنة) و (61-70 سنة) بنسبة 20% لكل منهما، مما يعكس حضوراً قوياً للفئات الوسطى. أما الفئات الأقل تمثيلاً فهي كبار السن (71-100 سنة) بنسبة مجتمعة 10% فقط بشكل

عام، يظهر الجدول توازن نسبي بين الفئات العمرية مع ميل واضح نحو الفئة الشابة، وهو ما قد يؤثر على طبيعة النتائج أو التوصيات المستخلصة من الدراسة.

ثانياً: تعليمات التقييم

1- التوازن Balance

جدول 12

البند	الوصف	أداء ضعيف	أداء مقبول	أداء جيد	أداء ممتاز
1	الوقوف على قدم واحدة	15	25	10	25
2	المشي على خط مستقيم	10	30	11	24
3	الحفاظ على توازن الجسم عند تغيير الاتجاه	12	35	20	8
	النسبة التراكمية	16%	40%	18%	25%

يتضح من نتائج محور التوازن أن الأداء المقبول يمثل النسبة الأكبر (40%)، مما يعكس وجود مستوى متوسط من القدرات لدى معظم المستجيبين، بينما الأداء الممتاز جاء بنسبة أقل (25%) وهو مؤشر على أن جزءاً من العينة يمتلك مهارات عالية في التوازن في المقابل، نسبة الأداء الضعيف (16%) تشير إلى وجود فئة تحتاج إلى دعم وتدريب إضافي، أما الأداء الجيد (18%) فيمثل مستوى متوسط يميل نحو التحسن. وبالنظر إلى تفاصيل البنود، فإن الوقوف على قدم واحدة والمشي على خط مستقيم أظهرتا نسباً جيدة من الأداء الممتاز، بينما الحفاظ على التوازن عند تغيير الاتجاه كان التحدي الأكبر حيث انخفضت نسبة الممتاز وارتفعت نسبة المقبول.

2- التنسيق الحركي Motor Coordination

جدول 13

البند	الوصف	أداء ضعيف	أداء مقبول	أداء جيد	أداء ممتاز
1	التنسيق بين اليد والعين	15	20	25	15
2	سرعة الاستجابة الحركية	25	25	20	5
3	القدرة على أداء حركات مركبة	10	30	30	5
		22%	33%	33%	11%

الجدول يوضح أن محور التنسيق الحركي يميل بشكل عام إلى المستويات المتوسطة حيث سجلت الفئتان "مقبول" و "جيد" أعلى نسب (33% لكل منهما)، مما يعكس وجود قدرة متوسطة إلى جيدة لدى معظم المستجيبين في المقابل، نسبة "ممتاز" منخفضة (11%)، بينما "ضعيف" بلغت 22%.

وهو مؤشر على وجود فئة تحتاج إلى دعم إضافي بشكل مختصر، النتائج تشير إلى أن التنسيق الحركي يحتاج إلى تطوير لرفع الأداء من المقبول والجيد نحو الممتاز وتقليل نسبة الضعف.

3- القوة العضلية Muscle Strength

جدول 14

البند	الوصف	أداء ضعيف	أداء مقبول	أداء جيد	أداء ممتاز
1	قوة الأطراف العليا	20	15	30	10
2	قوة الأطراف السفلى	13	20	25	17
3	قدرة تحمل العضلات	30	10	15	20
		%28	%20	%31	%21

الجدول يوضح أن محور القوة العضلية يتوزع بشكل غير متوازن، حيث سجلت فئة "أداء جيد" النسبة الأعلى (31%)، مما يشير إلى وجود مستوى مقبول من القوة لدى عدد كبير من المشاركين في المقابل نسبة أداء ضعيف مرتفعة نسبياً (28%) خصوصاً في بند تحمل العضلات"، ما يعكس حاجة واضحة إلى تعزيز القدرة البدنية والتحمل. أما أداء ممتاز " فقد بلغ 21%، وهو مؤشر إيجابي لكنه لا يزال أقل من المتوقع، بينما "أداء مقبول" هو الأدنى (20%)، مما يدل على أن المشاركين إما في مستوى ضعيف أو جيد، مع قلة في المستوى المتوسط بشكل عام، المحور يعكس تفاوتاً في الأداء ويحتاج إلى تدخل تدريبي لتحسين القوة والتحمل العضلي لدى الفئات الأضعف.

4 المرونة Flexibility

جدول 15

البند	الوصف	أداء ضعيف	أداء مقبول	أداء جيد	أداء ممتاز
1	مدى حركة المفاصل	30	20	15	10
2	سهولة أداء حركات الانحناء	35	30	5	5
3	مرونة العضلات الأساسية	30	20	15	10
		%42	%31	%16	%11

يظهر الجدول أن الأداء الضعيف (42) هو النسبة الأكبر، خاصة في عنصر سهولة أداء حركات الانحناء، مما يعكس قصوراً واضحاً في المرونة العامة. بينما يمثل الأداء المقبول (31%) نسبة متوسطة، في حين أن نسب الأداء الجيد (16%) والممتاز (11%) محدودة جداً. هذا يشير إلى حاجة ملحة لتطبيق برامج تدريبية مركزة على تمارين الإطالة وتحسين حركة المفاصل وتقوية العضلات الأساسية، بهدف رفع مستويات الأداء الجيد والممتاز وتقليل نسب الأداء الضعيف.

5- السرعة Speed

جدول 16

البند	الوصف	أداء ضعيف	أداء مقبول	أداء جيد	أداء ممتاز
1	سرعة الحركة العامة	30	15	20	10
2	سرعة تغيير الاتجاه	35	30	5	5
		%43	%30	%17	%10

الجدول الخاص بمحور السرعة يوضح أن الأداء العام يميل بشكل كبير نحو المستويات الضعيفة والمقبولة، حيث بلغت نسبة الأداء الضعيف %43 وهي الأعلى، تليها نسبة الأداء المقبول %30، بينما جاءت نسبة الأداء الجيد منخفضة عند %17، والأداء.

الممتاز في أدنى مستوى بنسبة %10 فقط هذا التوزيع يعكس أن ما يقارب ثلاثة أرباع النتائج (%73) تقع في المستويات غير المرغوبة، مقابل ربع النتائج فقط (%27) في المستويات الجيدة والممتازة. كما يظهر أن سرعة الحركة العامة أكثر توازنًا نسبيًا، لكنها ما زالت تعاني من ارتفاع نسبة الأداء الضعيف (30) مقارنة بالممتاز (10)، في حين أن سرعة تغيير الاتجاه هي الأضعف بشكل واضح، إذ تتركز النتائج في المستويين الضعيف والمقبول (35) و(30) مع ندرة في الأداء الجيد والممتاز (5 لكل منهما). هذه المؤشرات تؤكد الحاجة إلى خطة تدريبية مركزة لتحسين عنصر السرعة خاصة في تغيير الاتجاه، من خلال تدريبات الرشاقة والتوازن والتنسيق الحركي لرفع نسب الأداء الجيد والممتاز وتقليل نسب الضعف.

التقييم النهائي:

جدول 17

المحور	الدرجة	النتيجة النهائية
القلق	32	متوسط يميل للقلق المتقطع
الاكتئاب	30	أعراض متقطعة أكثر من المزملة
الرفاه النفسي	42	مرتفع نسبيًا
التوازن	36	مستوى متوسط جيد
التنسيق الحركي	34	متوسط إلى جيد
القوة العضلية	31	أقل من المتوسط
المرونة	33	متوسط

تُظهر النتائج أن مستوى القلق (56/32) متوسط يميل للقلق المتقطع) والاكتئاب (56/30) $\approx$ أعراض متقطعة أكثر من المزمنة) يقعان في نطاق متوسط، مما يعكس وجود ضغوط نفسية غير مزمنة لكنها متكررة. في المقابل، يسجل الرفاه النفسي (56/42) مرتفع نسبياً) مؤشراً إيجابياً على قدرة الفرد على التكيف، بينما التوازن (56/36) متوسط جيد) والتنسيق الحركي (56/34) متوسط إلى جيد) يعكسان أداء وظيفي مقبول. أما القدرات البدنية فتظهر نقاط ضعف نسبياً، حيث أن القوة العضلية (56/31) أقل من المتوسط) والمرونة (56/33) متوسط) تحتاجان إلى تعزيز عبر برامج تدريبية أو تدخلات علاجية.

- القلق (56/32) - متوسط يميل للمتقطع):

يشير إلى وجود ضغوط نفسية متقطعة قد تؤثر على الالتزام بالبرامج العلاجية. في العلاج الطبيعي يوصى بدمج تقنيات الاسترخاء مثل تمارين التنفس العميق أو اليوغا العلاجية لتقليل أثر القلق على الأداء البدني.

- الاكتئاب (56/30) - أعراض متقطعة):

قد ينعكس على الدافعية والمثابرة في التمارين التدخل العلاجي يشمل برامج نشاط بدني معتدل ومنظم، حيث أثبتت الدراسات أن التمارين الهوائية والمشي المنتظم تقلل من الأعراض الاكتئابية.

- الرفاه النفسي (56/42) - مرتفع نسبياً):

مؤشر إيجابي يعزز فرص نجاح العلاج الطبيعي، إذ أن مستوى الرفاه النفسي المرتفع يساعد على التكيف مع الألم والالتزام بالجلسات العلاجية.

- التوازن (56/36) - متوسط جيد):

يعكس قدرة مقبولة على الاستقرار الحركي. يمكن تعزيز هذا الجانب عبر تدريبات التوازن باستخدام أجهزة مثل الـ Balance Board أو تمارين الوقوف على قدم واحدة.

- التنسيق الحركي (56/34) - متوسط إلى جيد):

يشير إلى كفاءة وظيفية مقبولة، لكن يحتاج إلى تحسين عبر تدريبات التنسيق بين الأطراف مثل تمارين الكرة أو الحركات المتقاطعة).

- القوة العضلية (56/31) - أقل من المتوسط):

تمثل نقطة ضعف رئيسية العلاج الطبيعي يركز هنا على برامج تقوية تدريجية باستخدام الأوزان الخفيفة أو المقاومة المطاطية (TheraBand)، مع متابعة دقيقة لتجنب الإجهاد.

- المرونة (56/33 - متوسط)

تحتاج إلى تحسين عبر تمارين الإطالة الديناميكية والثابتة، خصوصاً للعضلات الكبيرة الفخذ، الظهر، الكتف).

5-المناقشة

أظهرت نتائج الدراسة وجود تأثير إيجابي واضح للتنقيف الصحي في تقليل مستويات القلق والاكتئاب لدى المرضى المقبلين على العمليات الجراحية.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة Salantera et al (2016) التي أكدت أن التنقيف الصحي يسهم في خفض القلق وتحسين التكيف النفسي.

كما أظهرت النتائج أن المرضى الذين تلقوا التنقيف الصحي كانوا أكثر التزاماً ببرامج العلاج الطبيعي، مما أدى إلى تحسن جودة الأداء الحركي لديهم.

وتشير هذه النتائج إلى أن الجانب النفسي يمثل عنصراً أساسياً في نجاح برامج التأهيل والعلاج الطبيعي بعد العمليات الجراحية.

6-الاستنتاجات:

- 1-التنقيف الصحي يقلل القلق والاكتئاب قبل وبعد العمليات الجراحية.
- 2-المرضى الذين تلقوا برامج تنقيفية صحية أظهروا مستويات أقل من الاضطرابات النفسية مقارنة بالمرضى الذين لم يتلقوا هذه البرامج.
- 3- تحسن جودة التعافي الحركي
- انخفاض الاضطرابات النفسية انعكس مباشرة على سرعة استعادة الأداء الحركي، حيث كان المرضى أكثر قدرة على الالتزام بالتمارين العلاجية والتأهيلية.
- 4 -زيادة الالتزام بالتعليمات الطبية
- التنقيف الصحي عزز وعي المرضى بأهمية اتباع الإرشادات الطبية بعد العملية، مما ساعد على تقليل المضاعفات وتحسين النتائج.

5- دور العامل النفسي في التعافي الجسدي

النتائج تؤكد أن الصحة النفسية ليست منفصلة عن الصحة الجسدية؛ بل إن معالجة القلق والتوتر تساهم في تحسين الوظائف الحيوية والتعافي البدني.

6- أهمية التنقيف الصحي كجزء من الرعاية المتكاملة

إدماج برامج التنقيف الصحي ضمن خطة العلاج الجراحي يجب أن يُعتبر ضرورة، وليس مجرد إضافة، لأنه يرفع من جودة الخدمة الصحية ويقلل فترة البقاء في المستشفى.

من الناحية العلمية: يثبت البحث العلاقة الإيجابية بين التدخل النفسي التنقيف الصحي والنتائج الجراحية.

من الناحية العملية: يمكن للمستشفيات اعتماد برامج تنقيفية قبل وبعد العمليات لتقليل التوتر وتحسين الأداء الحركي.

من الناحية الإدارية: الاستثمار في التنقيف الصحي يقلل التكاليف الناتجة عن طول فترة التعافي أو المضاعفات النفسية والجسدية.

7- التوصيات

إدماج برامج التنقيف الصحي في الخطة العلاجية الجراحية

1- يجب أن تكون جزءاً أساسياً من التحضير قبل العملية وبعدها، وليس مجرد إجراء اختياري.

2- تدريب الكوادر الطبية والتمريضية على مهارات التواصل النفسي والاجتماعي مع المرضى، وتقديم المعلومات بطريقة مبسطة تقلل القلق والتوتر.

3- إعداد مواد تثقيفية مكتوبة ومرئية. مثل كتيبات، فيديوهات قصيرة، أو جلسات جماعية، لتوضيح خطوات العملية ومراحل التعافي الحركي.

3- تخصيص جلسات دعم نفسي قبل العملية للمساعدة المرضى على التعامل مع الخوف والاضطرابات النفسية، مما ينعكس إيجاباً على سرعة التعافي

المراجع العربية

- 1- المرزوقي، المنصف. (2023). الدليل في التنقيف الصحي (ط. حديثة). تونس: مكتبة ومضة.
- 2- السباعي، زهير. (2008). التنقيف الصحي في مجالات التمريض. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 3- السباعي، زهير. (2010). التنقيف الصحي: المفاهيم والقضايا والتطبيقات. القاهرة: دار الفكر العربي.

المراجع الأجنبية

- 1-Bastable, S. B. (2019). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- 2-Guo, P., East, L., & Arthur, A. (2012). A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 129–137.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008>
- 3-Johnston, M., & Vogele, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15(4), 245–256.
- 4-McDonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003526.pub3>
- 5-Spielberger, C. D. (1983). *State-trait anxiety inventory for adults*. Consulting Psychologists Press.
- 6- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- 7-World Health Organization. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- 8-Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>