الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي وبالحث العلمي

جامعة محمد بوضياف – المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص وتوجيه وإرشاد

قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة

دراسة ميدانية بالعيادة المتخصصة في التوليد سليمان عميرات (المسيلة)

إعداد الطلبة:

لعماري كنزة

شريفي فطيمة

إشراف الأستاذة:

د. لمين نصيرة

السنة الدراسية:2021/2020

بسم الله الرحمن الرحيم
بسم الله الرحمن الرحيم

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

فكل الحمد والشكر لله الذي وفقنا في اتمام هذا العمل فكان له الفضل في كل خطوة كانت صائبة والصلاة والسلام على المبعوث رحمة للعالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

نتقدم بالشكر الجزيل بعد الله سبحانه وتعالى الى

الأستاذة المشرفة لمين نصيرة التي تكرمت بالإشراف على هذا العمل وكذا الاستاذ ذبيحي لحسن بتقديم يد المساعدة في مجال التحليل الاحصائي spss .

واخيرا نتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير الى كل من ساعدنا من قريب وبعيد لتخطي الصعاب والجهود الكبيرة والتوجيهات ولو بكلمة طيبة ودعاء صادق .

فهرس

المحتويات

فهرس المحتـــــــــويات

المحتوى	الصفحة
شكر وعرفان	
الإهداء	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
مقدمة	أ-ب
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1.الإشكالية	04
2.الفرضيات	06
3.أهداف الدراسة	07
4.أهمية الدراسة	07
5.تحديد مصطلحات الدراسة إجرائيا	08
6.الدراسات السابقة	09
الفصل الثاني: الخلفية النظرية	

1- تعريف قلق الموت	12
2- مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت	13
3- مكونات قلق الموت	14
4- أسباب قلق الموت	15
5- أعراض قلق الموت	16
6- النظريات المفسرة لقلق الموت	17
خلاصة	20
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	22
1-الدراسة الاستطلاعية	22
2-منهج الدراسة	22
3-حدود الدراسة	22
4-مجتمع الدراسة	23
5-عينة الدراسة	23
6-أداة الدراسة	23
7-الأساليب الإحصائية	25

خلاصة	27
الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
1-عرض نتائج الدراسة	29
2-مناقشة النتائج	37
3-التوصيات	40
4-المقترحات	40
5-الاستنتاج العام	40
خاتمة	42
المراجع	44
الملاحق	

فهرس الجداول

الصفحة	مضمــــــــــــــــــــــــونه
24	الجدول رقم (.01) مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس
25	الجدول رقم (02): يوضح معامل الفا كرونباخ مقياس قلق الموت
29	جدول رقم (03) يوضح توزيع العينة حسب الجنس
30	الجدول رقم (04) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة
31	الجدول رقم (05) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة (الرتبة الوظيفية)
32	الجدول رقم (06) يوضح نتيجة اختبار (ت) لعينة واحدة لتحديد مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة.
33	الجدول رقم (07) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نسب قلق الموت في العينة
34	جدول رقم (08) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الجنسين (ذكور/إناث) في مقياس قلق الموت
35	جدول رقم (09) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة تبعا للخبرة.
36	جدول رقم (10) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة لمتغير الرتبة الوظيفية (أطباء/ممرضين/اداريين/عمال مهنيين).

الجدول رقم (11) يوضح المقارنات البعدية بهدف تحديد لصالح من الفروق في مقياس الموت	37

فهرس الأشكال

مضمـــــــــــــــــــــونه	الصفحة
شكل رقم (1) يوضح نسبة توزيع افراد عينة تبعا لمتغير الجنس	29
الشكل رقم (2) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة	30
الشكل رقم (3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة (الرتبة الوظيفية)	31
شكل رقم (4) يوضح نسبة توزيع افراد عينة تبعا لمتغير مستويات قلق الموت.	33

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة، والتي طبقت على عينة تقدر ب:92 فردا من ممارسي الصحة (اطباء، ممرضين، اداريين، عمال مهنيين) من العيادة المتخصصة في التوليد سليمان عميرات بالمسيلة وقد تم صياغة فروض حول قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا حسب الجنس، الخبرة، والوظيفة. ومن اجل التحقق من صحة فرضيات الدراسة استخدمنا المنهج الوصفي التحليلي وكذا مقياس قلق الموت من اعداد وتصميم: دونالد تمبلر، وبعد المعالجة الاحصائية اسفرت النتائج على ما يلي:

1. ان مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة متوسط.
2. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين (ذكور/ اناث) في قلق الموت.
3. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة تبعا لمتغير الخبرة (اقل من 05 سنوات/من 05 سنوات الى اقل من 10 سنوات/من 10 الى 15 سنة/أكثر من 15 سنة).
4. توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة تبعا لمتغير الوظيفة (أطباء/ ممرضين/اداريين/ عمال مهنيين).

الكلمات المفتاحية: قلق الموت، جائحة كورونا.

Abstract :

The current study aimed to identify the level of death anxiety resulting from the Corona pandemic among health practitioners, which was applied to a sample estimated at: 92 health practitioners (doctors, nurses, administrators, professional workers) from the obstetrics clinic, Suleiman Omairat in Msila. Assumptions about death anxiety caused by the Corona pandemic by gender, experience, and occupation. In order to verify the validity of the study's hypotheses, we used the descriptive analytical method, as well as the death anxiety scale, prepared and designed by: Donald Templar. After statistical treatment, the results resulted in the following:

1. The level of death anxiety caused by the Corona pandemic among health practitioners is average.
2. There are no statistically significant differences between the sexes (male/female) in death anxiety.
3. There are no statistically significant differences in the level of death anxiety among health practitioners according to the variable of experience (less than 05 years / from 05 years to less than 10 years / from 10 to 15 years / more than 15 years).
4. There are statistically significant differences in the level of death anxiety among health practitioners according to the job variable (doctors / nurses / administrators / professional workers).

Keywords : death anxiety, corona pandemic.

مقدمـــــة

مقدمة:

يعي الناس تماما ان وجودهم سينتهي أخيرا دون معرفة الزمان أو المكان أو الطريقة التي يموتون بها. قال عز من قائل: <وما تدري نفس ماذا تكسب غدا، وما تدري نفس بأي ارض تموت> (لقمان –34). < أينما تكونوا يدرككم الموت ولو كنتم في بروج مشيدة > (النساء –78). ومن الممكن القول بان الخوف من الموت امر شائع وعام لدى البشر. ذلك ان الموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى ولأسباب متعددة، سواء أكانت هذه الأسباب بيئية خارجية كموت عزيز مثلا، أم نفسية داخلية كمرض يصيب الإنسان، أو اكتئاب يعتريه، أو عندما يحبط عمله .... وهكذا. وإذا كان الموت والقلق منه لا يمثلان أمام أذهاننا وخواطرنا في كل لحظة وآن، فانهما في الحقيقة لا يغيبان كثيرا عن فكرنا وحياتنا ومجتمعنا.

وتعد الأمراض من الظواهر الاجتماعية التي يتعرض لها الأفراد والمجتمعات على نحو عام، فالمجتمعات الإنسانية على مر العصور والأزمان قد تعرضت لأوبئة مرضية عديدة انعكست على طبيعة الحياة الاجتماعية للأفراد والمجتمعات، وسعى بنو البشر دوما لإيجاد العلاجات واللقاحات المناسبة التي تحد من ظهور وتفشي هذه الأمراض والتي يتم بنائها علميا بالتوازي مع البناء الاجتماعي للأفراد، بغية الوقاية من كل أنواع الأمراض عن طريق تنمية الوعي المجتمعي–الصحي للأفراد من خطر هذه الأوبئة.

في كانون الأول عام 2019 ظهر على الخريطة الصحية في المجتمعات الإنسانية بوادر جائحة فيروس كورونا المسبب لمرض (كوفيد 19)، والذي سرعان ما تخطى حدود العديد من الدول واضحى جائحة عالمية بأشهر قليلة، وعاش العالم كله بصدمة من انتشاره السريع ولا سيما انه عمل على بعثرة العديد من الثوابت والتيقنات المجتمعية بقدرة العلم على تخطي أي أزمة مرضية، وإرجاع الفكر الإنساني للدهشة البدائية من كل الأمور التي تصيبه وتحيط به، فضلا عن تنامي حالة الرهاب المجتمعي من نهاية الوجود البشري على الأرض وفق معتقدات دينية لبعض الأفراد . وقد تكلم الأطباء كثيرا في أساليب الوقاية من العدوى، وتوالت البيانات عن حركة الفيروس عبر دول العالم لحظة بلحظة، وتعلقت الأعين على

شاشات التلفزيون، وتصاعدت مستويات الخوف والقلق والهلع لدى ممارسي الصحة، والخوف في زمن الوباء الذي القى بظلاله على كل مناحي الحياة، فهو حالات القلق والمخاوف المرضية والرعب المصاحب لزمن الكورونا، فالخوف يمثل العنوان الكبير لحالات القلق والوساوس والفوبيا وغيرها.

انطلاقا مما ذكر، استلهمنا موضوع دراستنا والموسوم: "بقلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة". لإجابة عن هذا التساؤل اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي، وكبحث علمي قائم على أسس منهجية وموضوعية تنقسم دراستنا إلى جانبين أساسيين: الجانب النظري ويتضمن:

الفصل الأول: خصص هذا الفصل لتحديد مشكلة الدراسة بعرض الإشكالية التي دُعمت بأفكار ونتائج الدراسات السابقة في مجال قلق الموت، ثم تم صياغة فرضيات الدراسة، وتحديد الأهداف المتوخاة من هذه الدراسة وأهميتها النظرية والتطبيقية، وكذلك تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا، وختم هذا الفصل بتحديد الدراسات السابقة التي تناولت قلق الموت، انتهاء بالخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة.

الجانب التطبيقي: حيث تم تقسيمه إلى فصلين، **الأول** خصص لإجراءات الدراسة الميدانية حيث تم التطرق فيه إلى الدراسة الاستطلاعية، المنهج، حدود الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة، أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية، وصف للأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة. **أما الفصل الثاني** خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وانتهاءً باستنتاج عام والاقتراحات وتحديد لقائمة المراجع.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية:

شهد العصر الحالي انتشارا مروعا للأمراض المزمنة بنسب مختلفة بين الجنسين وبين مختلف الأعمار حيث تثير تعقيدات تمس حياة الفرد وحياة المحيطين به، وان القلق السمة الغالبة في المجتمع نتيجة تسارع الأحداث وكثرة الأزمات وانتشار الأوبئة، ومن اشد مثيرات القلق للإنسان هو توقع الموت بسبب ما يحدث وما يعيشه العالم والمجتمع العربي عموما والمجتمع المحلي خصوصا ونحن نواجه الحروب والصراعات والأزمات العالمية. (العمر، النحيلي، 2016، ص 42) والذي يجعل الإنسان يعاني العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والهواجس ومنها هاجس الموت، هذا الشعور لطالما حاول الإنسان الهروب منه وعدم التفكير فيه، وذلك لما له من مشاعر مكرهة تشعر الإنسان بالضعف قلة حيلته، إلا وهو قلق الموت الذي شغل حيزا مهما من تفكير الفلاسفة والمفكرين، فيعد الموت اعظم غموض واكبر سر يواجه الإنسان ويصيبه بالقلق، يرى مسكويه Miskwih ان الخوف من الموت لا نجده إلا عند من يرى الموت حقيقة، أو لأنه يظن ان بدنه اذا نحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم، وان العالم سيبقى موجودا وليس بموجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس وكيفية الميعاد، أو لأنه يظن ان الموت الم عظيم غير الم الأمراض التي ربما تقدمه، أدت اليه وكانت سبب حلوله، أو لأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت، أو لأنه متحيز لا يدري أي شيء يقدم بعد الموت . (طارق محمد عبد الوهاب، وآخر، 2000، ص80). من هذا المطلب أجريت العديد من الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع قلق الموت وفي هذا الصدد نجد دراسة (مولنز ولوبز، 1982) حيث أوضحت النتائج ما يلي: هناك فرق جوهري في مستوى قلق الموت عند عينة كبار الشيوخ مقارنة بعينة صغار الشيوخ وجود ارتباط عال بين قلق الموت وتدهور الحالة الصحية وسوء القدرة الوظيفية، السند الاجتماعي وطول مدة الإقامة لدى عينة صغار الشيوخ، ووجود ارتباط عال بين قلق الموت وتدهور الحالة الصحية وسوء القدرة الوظيفية وارتفاع المستوى التعليمي لدى عينة كبار الشيوخ. بينما دراسة (تورسون وبيركنز) فقد كشفت النتائج ان

الأفراد الأكبر سنا هم الأقل قلق من الموت، مقارنة مع من هم أصغر منهم سنا وقد حصل الذكور على مستوى منخفض في قلق الموت مقارنة بالإناث كما انه لا توجد فروق في مستوى القلق من الموت يعزى لتغير المستوى التعليمي. حيث يعتبر القلق بكل أشكاله المختلفة من الاضطرابات النفسية والاجتماعية والسلوكية الشديدة لدى الأفراد، فالمرض يتضمن تهديدا مضاعفا ضد حياة الفرد نفسها، حيث ان غالبة الأفراد ينشغلون بالقضايا الوجودية والروحية حول الموت والفناء، وتكثر مثل هذه الأسئلة عندما يصاب الشخص بمرض ما، وربما يخمن احدنا بانه من المحتمل ان الكوارث كالأمراض والحوادث تولد القلق من الموت لدى الأفراد الذين يتعرضون لها، أو حتى لدى الأفراد المحيطين بهم، وهذا صحيح لان وعي الأفراد بموتهم الخاص يزداد نتيجة التعرض للأحداث المؤلمة أو الخطيرة (وادي غوانمة، 2003، 15).

لذا فان ظهور فيروس كورونا الذي خلق وضع صعب للبلدان المتأثرة وكذلك للمجتمع العالمي ككل، وما يزيد الأمر تعقيدا ان إصابة الأشخاص بالعدوى في المجتمعات المحلية ما تزال مجهولة الهوية على الرغم من الجهود المكثفة المبذولة، بما في ذلك تحقيقات الحالات ومحاولات تحديد المصادر الحيوانية المحتملة ومن حيث السمات الوبائية لهذه العدوى الناشئة (منظمة الصحة العالمية، 2013، ص19).

ونتيجة للظروف التي عاشها ولايزال يعيشها ممارسي الصحة، أصبحت حياة الإنسان مهددة في كل لحظة، وفي أي مكان، وذلك جراء التهديدات والحروب المستمرة وانتشار الأمراض والأوبئة مثل جائحة كورونا التي يعيشها في حياته، كل ذلك جعل حياة الإنسان معرضة للموت في كل لحظة، هذه الظروف لم تهدد حياته من الناحية الاقتصادية وعلى المستوى البيولوجي فقط، بل وعلى المستوى النفسي أيضا، الأمر الذي وضع ممارسي الصحة في بيئة مشبعة بالقلق والتوتر خاصة قلق الموت الذي أصبح ممارسي الصحة ينتظرون قدومه كل لحظة. ومما سبق ذكره ارتأينا طرح التساؤل العام الآتي:

ما مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة؟

وتندرج تحته التساؤلات الفرعية التالية:

- ✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة تبعا لمتغير **الجنس (ذكر/أنثى)؟**
- ✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة تبعا لمتغير **الرتبة الوظيفية (الأطباء/الممرضين/الإداريين/العمال المهنيين)؟**
- ✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة تبعا لمتغير **الخبرة (أقل من 05 سنوات/من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات/من 10 إلى 15 سنة/أكثر من 15 سنة)؟**

2. فرضيات البحث:

الفرضية العامة:

- ✓ مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة مرتفع.
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة تبعا لمتغير الجنس(ذكور/إناث).
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة تبعا لمتغير الخبرة (أقل من 05 سنوات/من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات/من 10 إلى 15 سنة/أكثر من 15 سنة).
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة تبعا لمتغير الرتبة الوظيفية (الأطباء/الممرضين/الإداريين/العمال المهنيين).

3. أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف والتي يمكن عرضها على النحو الآتي:

- ✓ التعرف على مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة.
- ✓ التعرف على مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة حسب الجنس.
- ✓ التعرف على مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة حسب المهنة.
- ✓ التعرف على مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة حسب الخبرة.

4. أهمية البحث:

يمكن تحديد أهمية الدراسة من الناحيتين النظرية والتطبيقية:

الأهمية النظرية:

- ✓ لفت الاهتمام بدراسة قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة.
- ✓ التدليل على مدى تأثير قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا على ممارسي الصحة.
- ✓ تكوبن فكرة عن موضوع قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة.
- ✓ معرفة الفروق في الجنس والمهنة والخبرة في درجة قلق الموت.

الأهمية التطبيقية:

- ✓ قد تفيد نتائج الدراسة الحالية المختصين والباحثين، حيث إنها تفتح لديهم آفاق لدراسات مستقبلية على نفس الفئة المستهدفة.
- ✓ تقدم الدراسة إطارا نظريا وميدانيا يثري المكتبة بموضوع قلق الموت لدى ممارسي الصحة.

5. تحديد المفاهيم:

يمكن تعريف المفهوم بأنه الوسيلة الرمزية التي يستعين بها الباحث للتعبير عن المعاني والأفكار المختلفة بغية توصيلها للآخرين، وتعبر المفهومات غالبا عن الصفات المجردة، التي تشترك فيها الأشياء والوقائع والحوادث دونما تحديد الواقعة أو الحادثة بعينها أو الأشياء بذاتها ويعتبر تحديد المفاهيم أمرا واجبا في البحث العلمي، ذلك لأنه يحتاج إلى درجة كبيرة من الدقة والتحديد، والبحث الاجتماعي أو النفسي يستمد أغلب مفاهيمه من لغة الحياة العلمية ونظرا لأن العلوم الإنسانية لا تزال تعاني من مشكلات كبيرة بما في ذلك مشكلة تحديد المفاهيم، حيث نجد كل باحث يحاول تحديها من زاويته الخاصة به. وفي هذا الصدد حاولنا تحديد مفهوم قلق الموت ومفهوم فيروس كورونا باعتبارهما الركيزتين الأساسيتين في هذه الدراسة وهما كما يلي:

قلق الموت: Death Anxiety تعريف تمبلر(1986): هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه. **(أبو معمرية، 2007، ص 212)**.

التعريف الإجرائي: الدرجة الكلية التي يحصل عليها ممارسي الصحة من خلال أجابتهم على فقرات مقياس تمبلر لقلق الموت في البحث الحالي.

فيروس كورونا (COVID-19): عرفتها منظمة الصحة العالمية (2020): هي فصيلة كبيرة من الفيروسات التي يمكن ان تسبب للبشر طيف من الاعتلالات، تتراوح بين نزلة البرد الشائعة والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة. (منظمة الصحة العالمية، (2020): https://www.who.int/ar)

6. الدراسات السابقة:

1-دراسة نوري(2020) بعنوان مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المجتمع العراقي. وقد تم في هذه الدراسة معرفة مستوى قلق الموت لدى المجتمع العراقي، وتم تطبيق مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر (1976)، على عينة تقدر ب: 317 فردا، وقد أظهرت نتائج وجود مستوى مرتفع من قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا، وليس هناك فروق بين الجنسين في مستوى القلق، وهناك فروق في متغير العمر لدى الفئة التي تتراوح بين 21-39 في مستوى قلق الموت.

2-دراسة القيق(2016) بعنوان قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين. حيث طبق مقياس قلق الموت ، ومقياس الصحة النفسية على عينة تقدر ب 80 مسن ولقد اعتمدت هذه الدراسة على استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتوصلت إلى نتائج مفادها ان مستوى قلق الموت لدى المسنين (65.63%)، كما تبين ان مستوى الصحة النفسية بلغت (71.484%)، وتبين انه لا توجد علاقة ارتباط دالة إحصائيا بين قلق الموت والصحة النفسية لكن ظهرت علاقة دالة إحصائيا بين قلق الموت وبعد الخلو من الأمراض العصابية، وتبين انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة.

3-**دراسة ثورثون وآخرون** حيث قام بدراسة عن الفروق العمرية في قلق الموت بين النساء صغيرات السن متوسط أعمارهن 22.3 عاما، وكبيرات السن متوسط أعمارهن 81 عاما على مقياس قلق الموت وكانت الدرجة الكلية للمقياس اعلى بصورة دالة بالنسبة لصغيرات السن، خصوصا فيما يتعلق بأبعاد الألم وحدوث خسارة أو فقدان لجزء من الجسد والتفكك والاضطرابات النفسية.

4-دراسة أبو سلامة (2006) لمعرفة علاقة التدين وقلق الموت بدافعية الإنجاز لدى المعلمين، وأظهرت الدراسة ليس هناك علاقة دالة إحصائيا بين دافعية الإنجاز وقلق الموت لدى العينة.

5-دراسة عسلية (2005) لمعرفة قلق الموت لدى الأطفال وعلاقته بمكان السكن بين الذكور والإناث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ان الإناث أكثر شعورا بقلق الموت، وليس هناك فروق دالة إحصائيا في قلق الموت من الذكور وتبعا لمكان السكن.

ثانيا: أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

يمكن تلخيص الفوائد التي حصلنا عليها من خلال اطلاعنا على الدراسات السابقة في النقاط التالية:

ساعدت على تحديد موضوع الدراسة وضبطه، وفي بناء فرضيات الدراسة، وأيضا ساعدت على تنفيذ إجراءات الدراسة واختيار المعالجات الإحصائية المناسبة للفرضيات، كذلك مناقشة النتائج وتفسيرها، ومعرفة المعالجة الإحصائية لمثل هذا النوع من الدراسات، والاستفادة من الناحيتين النظرية والتطبيقية، وتوفير جهد بتزويدنا بأسماء الكتب والمراجع ذات الصلة بالموضوع.

الفصل الثاني: الخلفية النظرية

تمهيد

1- تعريف قلق الموت

2- مواقف الفرد المميزة و المتناقضة تجاه الموت

3- مكونات قلق الموت

4- أسباب قلق الموت

5- أعراض قلق الموت

6- النظريات المفسرة لقلق الموت

خلاصة

1-تعريف قلق الموت:

يعد قلق الموت انفعال يتواجد في طيات الشعور، وهو نوع وحيد من القلق، حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج. فالشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفاؤه هو أن قلق الموت لا يعتبر قلق عادي، أو يعرف له موضعا لكن هو قلق على المستقبل في حدُ يعد قلق الموت لاُ داء يمكن تشخيصه، حيث ذاته، أي قلق على موقف وحدث قبل لا توجد للفرد أي سلطة عليه.(حنفي، (1997)،ص179)

-**تعريف** " **فرويد**" **(Freud.S)** : هو قلق الأنا الأعلى، أي أنه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الإجتماعي الذي يجد صداه في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح شهواته. (عثمان، (2001)، ص75).

-**يعرفه** " **أرنست بيكر**" **(Biker Frnest)** : يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هوا لخوف من الموت. (عثمان،(2001)، ص 74).

-**يرى** " **تمبلر**"**(Templer)** :(هو حالة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه.(معمرية، (2007)، ص212).

-**تعرفه** "**ايمان زايد**" **بانه:** حالة من الخوف والتوتر الشديد المتمركز حول الموت سواء كان موت الشخص أم أحد الأشخاص الأعزاء لديه، مما يجعله يصل إلى درجة عدم التوافق ويسبب له مشكلات نفسية متعددة. (شويخ، (2007)، ص117).

- **كما تعرفه** "**امل مبروك**" بانه ليس مجرد خوف عادي، بل هو قلق وحصر دفين إزاء الذات ممتزج بمشاعر الجزع والرهبة، فهو انقطاع عنيف عن الحياة. (مبروك، (2011)، ص99).

2-مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت:

هنــاك مــوقفين مميــزين ومتناقضــين إتجــاه المــوت:

2-1-الخوف:

وجد الخوف مع وجود الوعي بالموت، وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت وظاهرة اجتماعية غير أن هذا الخوف المبرر هو طبيعي إيجابي ومثير للرغبة في الحياة، في حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا يؤدي إلى حالات حصر حاد.

2-2-القلق:

إن الموت باعتباره موضوعا حصريا يحدث عند الإنسان القلق، ويتعلق بمصيره السلبي ويرى" فرويد" أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية خطيرة لا يستطيع صدها، والقلق هنا يأتي من إدراك الفرد بقرب نهايته من جهة، وتأكد من وجود حياة أخرى بعد الموت من وجهة نظر أخرى، وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، هذا الأخير يؤدي إلى إنتظار يائس للموت ويزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين. (Jean Pierre large,1970,p27-28 de).

2-3-الربط بين القلق والموت:

إن الموت باعتباره نهاية للحياة، إذ يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه، فالتصور غامض أو مبهما زيادة على إعتباره جزئية مطلقة، أي أنها شخصية فردية. إن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات التي يستعملها مثل: العودة الأبدية، الإنتحار، الرفض المرضي للموت.

فكل هذه التظاهرات كما يقول "مالاشيران Malachirene " بتكرر قلق الموت عند الإنسان ويضيف كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عند الموت (S Freud, p 122 ,1987).

3-مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف" جاكشورون "مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

1- الخوف من الاحتضار.

2- الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3- الخوف من توقف الحياة

كما ذكر" كفانو "في كتابه" مواجهة الموت "وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف مايلي:

1- عملية الاحتضار.

2- الموت الشخصي.

3- فكرة الحياة الأخرى.

4- النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر

أما" ليفتون "فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون ممايلي:

1- التحلل أو التفسخ.

2- الركود أو التوقف.

3- الإنفصال.

كذلك ميز" ليستر "من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان كمايلي: (الموت / الاحتضار)، (الذات /الآخرون).

ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على مايلي

1- خوف من موت الذات.

2- الخوف من احتضار الذات.

3- الخوف من موت الآخرين.

4- الخوف من إحتضار الآخرين. (عبد الخالق، (1987)، ص 45، 46).

4-أسباب قلق الموت:

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فلكل إنسان عامل خاص به، حيث يرجع "شرلتز "قلق الموت للأسباب الآتية :

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال النتيجة الألم الجسمي.
- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.
- الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
- الخوف من العقاب الإلهي.
- الخوف من العدم.

ما" بيكر برونر "يرجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:

- كراهية الجثة وغرابتها.
- العدوى الاجتماعية للحزن.
- الاشمئزاز الحضاري .
- الخوف من الصدمة.

أما" مسكويه "فيرجع قلق وخوف الإنسان من الموت إلى:

- ظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.
- يعتقد عقوبة تحلله بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
- يظن أن بدنه إذا إنحل وبطل تركيبه فقد إنحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور

أما" ماسرمان "فيرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:

- المرض.
- الحوادث

أما عن الأسباب قلق الموت فهي:

- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من الموت بعد مرض عضال.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت
- الخوف من ظلام القبر وعذابه (عبد الخالق، (1987)، ص191، 192).

5-أعراض قلق الموت: هناك أعراض لقلق الموت منها ما هي بدنية و نفسية

1- الأعراض البدنية:

- التوتر الزائد.
- الأحلام المزعجة.
- سرعة النبض أثناء الراحة.
- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- غثيان أو إضطراب المعدة.
- تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين.

2- الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الإكتئاب.
- الإنفعال الزائد.

- عدم القدرة على التمييز.
- إختلاط التفكير.
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (دافيد شهان، ترجمة عزف شعلان، (1998)، ص35).

6-النظريات المفسرة لقلق الموت:

6-1-النظرية الإنسانية: تذهب هذه النظرية إلى القول بان الإنسان يدرك نهايته وان الموت قد يحدث في أية لحظة ففجائية الموت واليقين بوجود النهاية هو المثير الأساسي للقلق عند الفرد، الذي يخاف من فقدان ذاته وهويته. فالمنظور الإنساني يعتقد بانه لا أحد يعتقد في أعماقه بموته الشخصي رغم انه جزء لا يتجزأ من حياتنا وعن دوافعنا النرجسية في الحياة. (marie claire célérier.(1979).P23)

6-2-النظرية السلوكية: يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو إنفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أماما لفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفا. كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلقا لموت أو خوف فإن التأثيرات الإنفعالية تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الإنفعال وأصبحت الحالة الإنفعالية من مزمنة، فقد إتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الإنفعال فيها.(راجح ، (1994)، ص15 ص 26)

6-3-النظرية المعرفية: يعتبر قلق الموت سلوك إنفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبيا وحتى يتم التخلص من الإضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالإضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة .(Fantaine (1984, P108) .

6-4-النظرية المعرفية السلوكية: أمثال أليس (Ellis) يعتبرون الإضطرابات السيكولوجية الإنفعالية للفرد كالإكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرون أن السلوك بالإعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لامنطقية إستنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في إضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك إنفعال قلق الموت(p14,1983,Spellaer).

6-5-نظرية التحليل النفسي: ترى بان القلق ناتج عن التعارض والصراع القائم بين مطالب الانا الاعلى وعجز الانا عن التفريق بينهما ويعود هذا العجز إلى خبرات الطفولة والشعور بالذنب، فكبت الرغبة الجنسية أو إحباطها هو المنشأ الأساسي للقلق. يرى (فرويد 1926) القلق على انه إشارة إنذار تفعلها النزوات الليبيدية التي تفجر عمل الميكانيزمات الدفاعية، فهو نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد ويكونه خلال المواقف التي يصادفها (p8. (2003).pierluigi Graziani).

كما ان التغيرات الجسمية الداخلية والخارجية المرافقة له تميزه عن باقي الانفعالات غير السارة كالشعور بالإحباط أو الغضب. أما "كارمن هورني" فتحدده بانه عبارة عن خبرات مهددة لأمن الفرد تنشا عن مواقف أو أحداث مؤلمة تبدأ منذ المراحل الأولى للطفل كالغيرة الأخوية أو العقاب الأخوي أما العوامل الثلاثة المكونة للقلق عند "سوسن" فهو الشعور بالعجز والشعور بالعداوة وكذا الشعور بالعزلة. بينما ذكر "آدلار " بان كلا من

الشعور بالنقص الجسدي والمعنوي تجاه الذات، والتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع هما السببان الرئيسيان المكونان للقلق. (شاكر مجيد، (2015)، ص183).

يتضح لنا ان اتجاهات مدرسة التحليل النفسي تركز على الصراعات القائمة في الجهاز النفسي كمولد أساسي للقلق وهذا منذ الولادة والسنوات الأولى التي تضم العلاقة بين الطفل وأمه.

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا اليه نستنتج بان قلق الموت يعتبر من المفاهيم الأساسية المرتبطة بالدرجة الأولى مع الأمراض، فالتصورات التي يتبناها الفرد عن الموت تحت تأثير انتماءاته الاجتماعية والثقافية قد تخلق ظروفا تعجيزية، في نفسية المريض وأسرته ما يضعف عامل المقاومة لديه، ويجعل قلق الموت العامل الأساسي لتدهور صحته النفسية والجسدية.

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل وصفا للإجراءات المنهجية التي أتبعت لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من فرضياتها، بداية بالدراسة الاستطلاعية وتحديد المنهج المناسب للدراسة وحدودها المكانية والزمانية والبشرية وتحديد مجتمع وعينة الدراسة الاستطلاعية والأساسية، وأداة الدراسة وخصائصها السيكومترية، وتحديد الأساليب الإحصائية.

1-الدراسة الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى استكشاف ميدان الدراسة الأساسية بصورة عامة وكذا التعرف على مدى ملائمة أدوات الدراسة على العينة المختارة وكذا التعرف على مدى فهم عينة الدراسة لعبارات المقياس **(مقياس قلق الموت)** وكذا الوقوف على أهم العراقيل والصعوبات التي من الممكن تعترض سبيل الباحث لتفاديها في الدراسة الأساسية، وقد قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية خلال شهر أفريل 2021/2020 م، بالعيادة المتخصصة في التوليد سليمان عميرات بالمسيلة، على عينة قوامها (92) فردا، بهدف التأكد من مدى فهم ممارسي الصحة لعبارات المقياس، والتأكد من الخصائص السيكومترية.

2-منهج الدراسة: استخدمنا المنهج الوصفي التحليلي 'وهو الذي يهدف إلى وصف الظاهرة كما هي في الواقع أو وصف الأوضاع القائمة فعلا أي وصف ما هو كائن، بموجبه توصف الظروف القائمة وتحلل وتفسر وتجرى المقارنات وتكتشف العلاقات **"(عطية،2010، ص.61)**.

3-حدود الدراسة: اقتصرت الدراسة الحالية على الحدود أو المجالات التالية:

3-1-المجال البشري: تم إجراء هذه الدراسة على عينة من ممارسي الصحة بالعيادة المسيلة.

3-2-المجال المكاني: تم إجراء هذه الدراسة بولاية المسيلة، في العيادة المتخصصة في التوليد سليمان عميرات الموجودة بالولاية.

3-**3-المجال الزماني:** تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الدراسي 2021/2020 خلال شهر أفريل.

4-مجتمع الدراسة: بعد وضع الحدود المكانية والزمانية للمجتمع الأصلي الذي شمل ممارسي الصحة حيث شمل المجتمع ممارسي الصحة العاملون بالعيادة.

5-عينة الدراسة: يقصد بالعينة أنها: **"** جزء من مجتمع معين يمثل في خصائصه ذلك المجتمع اختصاراً للوقت والجهد والمال**" (أبو علام، 2011، ص.63).**

5-1-اختيار عينة الدراسة: تم اختيار عينة حجمها (92) فردا بالعيادة بالمسيلة، وقد تم اختيار عينتي الدراسة الحالية (الاستطلاعية والنهائية) من ممارسي الصحة

5-2-عينة الدراسة الاستطلاعية: للتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، قمنا بتطبيق أداة الدراسة **(مقياس قلق الموت)** على عينة استطلاعية عشوائية قوامها **(25)** فردا، استغرقت مدة الدراسة الاستطلاعية يومين، بهدف التحقق من صلاحية أداة الدراسة للتطبيق على أفراد العينة الأساسية من خلال حساب الصدق والثبات بالطرق الإحصائية الملائمة.

5-3-عينة الدراسة الأساسية: تم الاعتماد على الطريقة العشوائية في تحديد عينة الدراسة الأساسية التي تم اختيارها بطريقة بسيطة، حيث بلغ حجم العينة الأساسية **(92)**فردا.

6-أداة الدراسة: لغرض تحقيق أهداف البحث كان لابد من استعمال أداة لقياس قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا قمنا بتبني مقياس دونالد تمبلر (1976) وتم تكييف المقياس وفق الازمة الحالية لفيروس كورونا، وبعد هذا المقياس من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث الإنجليزية والعربية لما لهو من ثبات عالي وتكون المقياس من (15) فقرة تقيس قلق الموت، وتكون طريقة تصحيح المقياس كالآتي:

النقطة (1) للبنود التي توضح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

النقطة (1) للبنود التي توضح ب (خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

النقطة (0) للبنود التي توضح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

النقطة (0) للبنود التي توضح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

نتائج الدراسة الاستطلاعية (الصدق والثبات):

1-الصدق:

الصدق: تم حساب صدق مقياس قلق الموت عن طريق حساب الاتساق الداخلي بطريقة:

-حساب معامل ارتباط عبارات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس: حيث تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين **عبارات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس** كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (.01) مصفوفة ارتباطات عبارات عبارات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس

		الدرجة الكلية المحور			الدرجة الكلية المحور			الدرجة الكلية المحور
1	معامل الارتباط	0,876**	6	معامل الارتباط	0,710**	معامل الارتباط	11	0,824**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000	مستوى الدلالة		0,000
	حجم العينة	25		حجم العينة	25	حجم العينة		25
2	معامل الارتباط	0,705**	7	معامل الارتباط	0,799**	معامل الارتباط	12	0,816**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000	مستوى الدلالة		0,000
	حجم العينة	25		حجم العينة	25	حجم العينة		25
3	معامل الارتباط	0,778**	8	معامل الارتباط	0,753**	معامل الارتباط	13	0,749**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000	مستوى الدلالة		0,000
	حجم العينة	25		حجم العينة	25	حجم العينة		25
4	معامل الارتباط	0,821**	9	معامل الارتباط	0,541**	معامل الارتباط	14	0,725**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,005	مستوى الدلالة		0,000
	حجم العينة	25		حجم العينة	25	حجم العينة		25
5	معامل الارتباط	0,831**	10	معامل الارتباط	0,423*	معامل الارتباط	15	0,704**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,035	مستوى الدلالة		0,000
	حجم العينة	25		حجم العينة	25	حجم العينة		25

*الارتباط دال عند (0.05) **الارتباط دال عند (0.01)

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن قيم معاملات الارتباط لفقرات مقياس **(قلق الموت)** والدرجة الكلية **للمقياس** جاءت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01 α) حيث تراوحت جميعها بين (**0,541) في العبارة **(09)** و (****0,876**) في العبارة (01)، ما عدى العبارة رقم **(10)** جاءت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,05 α) حيث بلغت قيمة معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية (*0,423) وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي **للمقياس** كمؤشر لصدق التكوين في قياس **قلق الموت.**

2-الثبات:

تم التأكد من ثبات مقياس قلق الموت بطريقة:

1-معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي: تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذا المقياس فتحصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (02): يوضح معامل الفا كرونباخ مقياس قلق الموت

مقياس قلق الموت	ألفا كرونباخ	عدد العبارات
الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت	**0,940**	**15**

يتضح من الجدول أعلاه أن معامل ألفا كرونباخ **لمقياس قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة** ككل بلغ **(0,940)** وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات المقياس، وهذا يعني أن **مقياس قلق الموت يمتع** بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحا للتطبيق في الدراسة الأساسية.

7-الأساليب الإحصائية:

قمنا باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) النسخة 25 وتمثلت فيما يلي:

-معامل الارتباط بيرسون تم استخدامه في حساب (الصدق)

-معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات مقياس الدراسة.

-المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات لعينة.

- تحليل التباين الأحادي (*One-Way ANOVA*) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة .

- معامل الشيفي (*Scheffe*) للمقارنات البعدية.

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال تبني المنهج المناسب، وكذلك حصر لمجتمع الدراسة لاختيار عينة الدراسة الأساسية، كما تم إجراء دراسة استطلاعية بهدف التأكد من صلاحية أداة الدراسة للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية، وحساب خصائصها السيكومترية، والتي تتمثل في الصدق والثبات، حيث تبين بعد تطبيق أداة الدراسة على العينة الاستطلاعية صلاحيتها للتطبيق في الدراسة الأساسية، كما تمت الإشارة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة الفرضيات، التي سوف يتم عرضها ومناقشتها في الفصل اللاحق.

الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1-عرض نتائج الدراسة

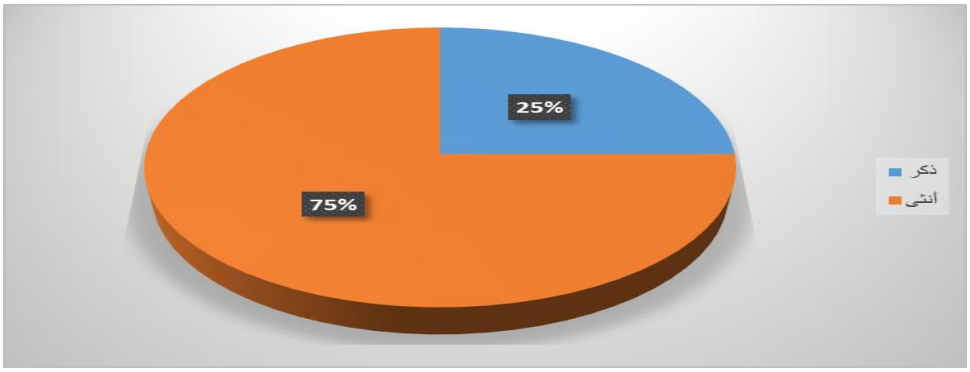
الدراسة الأساسية:

-الجنس:

-جدول رقم (03) يوضح توزيع العينة حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	23	%25
أنثى	69	%75
الإجمالي	92	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (92) فردا، نلاحظ أن عدد الذكور بلغ (23) بنسبة بلغت **25** %، أما عدد الاناث فبلغ **(69)** فرد بنسبة قدرت بـ 75 %، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



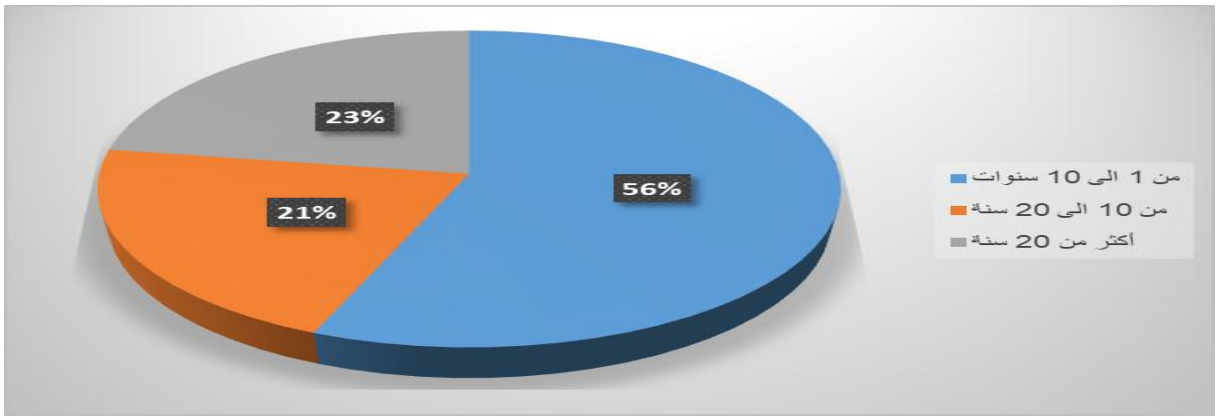
شكل رقم (1) يوضح نسبة توزيع افراد عينة تبعا لمتغير الجنس

-الخبرة:

الجدول رقم (04) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة

الخبرة	التكرارات	النسبة المئوية%
أقل من 5 سنوات	30	% 32,6
من 5 الى أقل من 10 سنوات	16	% 17,4
من 10 الى 15 سنة	23	% 25
أكثر من 15 سنة	23	% 25
المجموع	**92**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (92) فردا، نلاحظ أن (30) فرد لديهم خبرة **(اقل من 5 سنوات)** بنسبة بلغت **32,6** %، أما من تتراوح خبرتهم من **(5 سنة الى اقل من 10 سنوات)** فقد بلغ عددهم **(16)** فرد بنسبة قدرت بـ 17,4%، أما من تتراوح خبرتهم من **(10 سنة الى 15 سنة)** فقد بلغ عددهم **(23)** فرد بنسبة قدرت بـ 25%، أما من تتراوح خبرتهم من **(أكثر من 15 سنة)** فقد بلغ عددهم **(23)** فرد بنسبة قدرت بـ 25%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



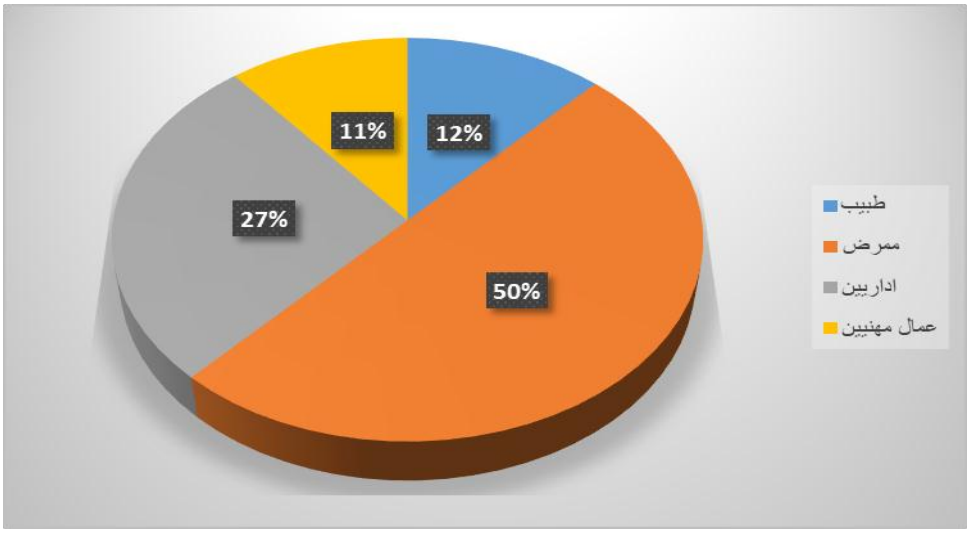
الشكل رقم (2) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة

-الوظيفة (الرتبة الوظيفية):

الجدول رقم (05) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة (الرتبة الوظيفية):

الوظيفة (الرتبة الوظيفية):	التكرارات	النسبة المئوية%
طبيب	11	% 12
ممرض	46	% 50
اداريين	25	% 27,2
عمال مهنيين	10	% 10,9
المجموع	**92**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (92) فردا، نلاحظ أن (11) فرد لديهم رتبة **(طبيب)** بنسبة بلغت **50** %، أما من لديهم رتبة **(ممرض)** فقد بلغ عددهم **(46)** فرد بنسبة قدرت بـ 50%، أما عدد **الإداريين** فقد بلغ عددهم **(25)** فرد بنسبة قدرت بـ 27.2%، أما عدد **العمال المهنيين** فقد بلغ **(10)** فرد بنسبة قدرت بـ 10.9%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة (الرتبة الوظيفية)

اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى:

– **نصت الفرضية الثانية على أن: مستوى قلق الموت مرتفع.** وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية **(T)** بالنسبة للعينة الواحدة والقائم على أساس تقدير الفرق بين متوسط استجابات أفراد العينة على مقياس قلق الموت والمتوسط النظري له، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح نتيجة اختبار (ت) لعينة واحدة لتحديد مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة.

	حجم العينة	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	الفرق بين المتوسطين	t	مستوى الدلالة	القرار	المعيار
الدرجة الكلية	92	7.5	7,8804	2,00462	91	0,38043	1,820	0,072	غير دال	[7–8] قلق الموت متوسط

بعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس **قلق الموت** ومقارنته بالمتوسط النظري تبين أن متوسط درجات أفراد عينة البحث في **مقياس قلق الموت** بلغ **(7,8804)** درجة وبانحراف معياري قدره **(2,00462)** درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ **(7.5)** درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ **(0,38043)** درجة لصالح المحسوب، كما أن المتوسط المحسوب ينتمي الى المجال المتوسط **[07–08]**. [وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق غير دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت **(1,820)** وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05)].

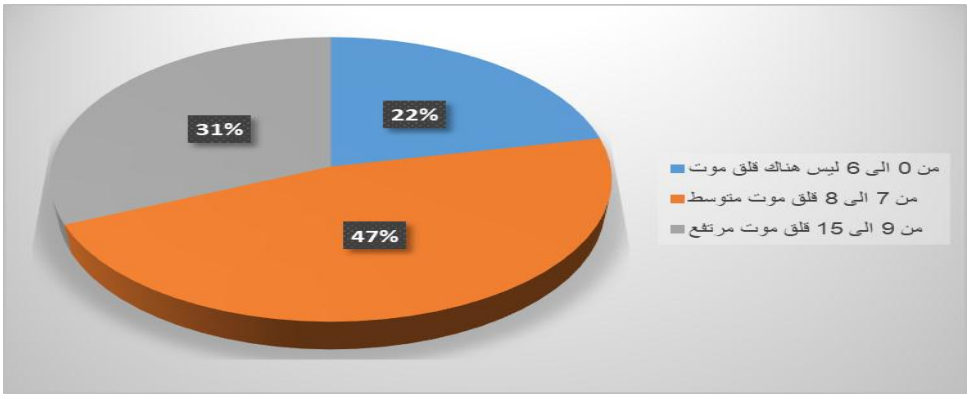
وعليه نستنتج ان **مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة متوسط وغير دال احصائيا.**

وفيما يلي وصف لنسب قلق الموت في العينة:

الجدول رقم (07) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نسب قلق الموت في العينة

قلق الموت	مستويات قلق الموت	التكرارات	النسبة المئوية%
ليس هناك قلق موت	من 0 الى 6	20	% 21,7
قلق موت متوسط	من 7 الى 8	43	% 46,7
قلق موت مرتفع	من 9 الى 15	29	% 31,5
المجموع		**92**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (92) فردا، نلاحظ أن (20) فرد **(ليس لديهم قلق موت)** بنسبة بلغت **21,7** %، أما من لديهم **(قلق موت متوسط)** فقد بلغ عددهم **(43)** فرد بنسبة قدرت بـ 46,7%، أما من لديهم **(قلق موت مرتفع)** فقد بلغ عددهم **(29)** فرد بنسبة قدرت بـ 31,5%، وعليه نستنتج أن اغلبية افراد العينة لديهم قلق موت متوسط. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم (4) يوضح نسبة توزيع افراد عينة تبعا لمتغير مستويات قلق الموت.

-الفرضية الثانية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس(ذكور/إناث). وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدم اختبار **(ت)** لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل اليها:

- جدول رقم (08) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الجنسين (ذكور/إناث) في مقياس قلق الموت

المتغير	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة" ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت	ذكر	23	7,6522	1,58426	-0,628	90	0,531	غير دال
	أنثى	69	7,9565	2,13124				

نلاحظ من الجدول أعلاه أن هناك تقارب بين متوسطي **الجنسين (ذكور/ اناث) في** الدرجة الكلية لمقياس **قلق الموت** حيث بلغ متوسط الذكور (7,6522) أما متوسط للإناث فقد بلغ (7,9565) وما يؤكد عدم وجود فروق بين الجنسين هو قيمة T-TEST والتي بلغت على (**0,628-**) حيث جاءت غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة [(α=0.05] من هنا يمكن القول بأنه **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/إناث) في قلق الموت.** وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية الجزئية.

-الفرضية الثالثة:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة العينة تبعا لمتغير الخبرة (أقل من 05 سنوات/من 05 سنوات الى أقل من 10 سنوات/من 10 الى 15 سنة/أكثر من 15 سنة). ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:

-جدول رقم (09) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة تبعا للخبرة.

مصادر التباين		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الاحصائية	القرار
قلق الموت	بين المجموعات	2,359	3	0,786	0,190	0,903	غير دال
	داخل المجموعات	363,326	88	4,129			
	الكلي	365,685	91	//////////////			

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي"(One-Way ANOVA) بلغت (0,190) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مقياس **(قلق الموت) - تبعا لمتغير الخبرة (أقل من 05 سنوات/من 05 سنوات الى أقل من 10 سنوات/من 10 الى 15 سنة/أكثر من 15 سنة).** وهذه جاءت القيمة جاءت غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,05).

وبالتالي يمكن القول بأنه لا **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة العينة تبعا لمتغير الخبرة (أقل من 05 سنوات/من 05 سنوات الى أقل من 10 سنوات/من 10 الى 15 سنة/أكثر من 15 سنة).**

الفرضية الثالثة:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة العينة تبعا لمتغير الرتبة الوظيفية (الأطباء/الممرضين/الاداريين/العمال المهنيين). ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:

-جدول رقم (10) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة لمتغير الرتبة الوظيفية (أطباء/ممرضين/اداريين/عمال مهنيين).

مصادر التباين		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الاحصائية	القرار
قلق الموت	بين المجموعات	34,773	3	11,591	3,082	0,031	دال عند 0.05
	داخل المجموعات	330,912	88	3,760			
	الكلي	365,685	91	//////////////////			

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي"(One-Way ANOVA) بلغت (3,082) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مقياس **(قلق الموت) تبعا لمتغير الرتبة الوظيفية (أطباء/ممرضين/اداريين/عمال مهنيين)**. وهذه جاءت القيمة جاءت دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,05)، وبالتالي يمكن القول بأنه **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة العينة تبعا لمتغير الرتبة الوظيفية (أطباء/ممرضين/اداريين/عمال مهنيين)**. وبما أن اختبار الدلالة الإحصائية (F) لا يحدد لصالح من الفروق في حالة ما إذا كانت الفروق دالة كما في هذه الحالة **(قلق الموت)** فإننا نلجأ إلى استخدام معامل الشيفي **(Scheffe)** وهذا لتحديد لصالح من الفروق وهذا ما بينه الجدول التالي حيث نلاحظ أن متوسط الفروقات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في **(قلق الموت)** كان لصالح **ذوي الرتبة (ممرض)** بمعنى أن ذوي الرتبة الوظيفية **ممرض** لديهم **قلق موت** أعلى من باقي الرتب الوظيفية، كما هو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح المقارنات البعدية بهدف تحديد لصالح من الفروق في مقياس الموت

المقياس	معامل الشيفي (Scheffe) للمقارنات البعدية				
	الرتبة الوظيفية (I)	الرتبة الوظيفية (J)	متوسط الفروقات (I–J)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
قلق	طبيب	ممرض	-1,91897*	0,65084	0,040
		اداريين	-1,31636	0,70162	0,325
		عمال مهنيين	-1,83636	0,84728	0,203
	ممرض	طبيب	1,91897*	0,65084	0,040
		اداريين	0,60261	0,48183	0,669
		عمال مهنيين	0,08261	0,67660	1,000
	اداريين	طبيب	1,31636	0,70162	0,325
		ممرض	-0,60261	0,48183	0,669
		عمال مهنيين	-0,52000	0,72557	0,916
	عمال مهنيين	طبيب	1,83636	0,84728	0,203
		ممرض	-0,08261	0,67660	1,000
		اداريين	0,52000	0,72557	0,916

2-مناقشة النتائج:

من خلال المعالجة الاحصائية لفرضيات الدراسة والتأكد من تحققها وعدم تحققها توصلت الدراسة الى النتائج التالية الموضحة كما يلي:

- مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة متوسط وغير دال احصائيا .

-لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين (ذكور/ اناث) في قلق الموت وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية الجزئية.

-لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى قلق الموت تبعا لمتغير الخبرة .

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى قلق الموت تبعا لمتغير الرتبة الوظيفية .

وعليه يمكن القول أن نتائج الدراسة الحالية تتفق مع نتائج الدراسات السابقة حيث تتفق مع نتائج دراسة "تقى النوري جعفر الصافي" (2020) بعنوان مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المجتمع العراقي حيث أوضحت نتائج هذه الدراسة الى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت الناتج عن جائحة

كورونا، وليس هناك فروق بين الجنسيين في مستوى القلق، وهناك فروق في متغير العمر لدى الفئة التي تتراوح بين 21–39 في مستوى قلق الموت .

كما تتفق مع نتائج دراسة "ايمان " (2017) بعنوان قلق الموت وعلاقته بالاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي وهران، جامعة بن خالد، الجزائر.

كذلك تتفق مع دراسة "أليق" (2016) بعنوان قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين واقرانهم العاديين، غزة فلسطين.

وتتفق أيضا مع نتائج دراسة "بلان" (2009) بعنوان دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دار الرعاية او مع اسرهم دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظة دمشق وريفها وحمص وللائقية مجلة جامعة دمشق.

ويمكن تفسير النتيجة المتوصل اليها في الدراسة والتي نصت على أن مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة متوسط على أن قلق الموت يعتبر نوعا من أنواع القلق الذي تسببه الأفكار المتعلقة بالموت. هناك مصدر يعرف قلق الموت على انه شعور الشخص بالفزع أو الخوف أو الرعب عند التفكير في عملية الموت، كما يعرف هذا النوع أيضا برهاب الموت. حيث نستطيع القول إن لممارسي الصحة نسبة متوسطة من قلق الموت ويرجع ذلك لانتشار فيروس كورونا وتدابير الحجر المنزلي نلاحظ شعورهم بالخوف من الإصابة بالعدوى من هذا الوباء القاتل، ومن فقدان الأحبة، والضجر والانغلاق وعدم القدرة على استباق الأمور وتراجع المداخيل وعدم القدرة على التنقل والانعزال والاضطراب إلى الوقوف مع الذات.

وأيضا يرجع هذا القلق من بين كل السيناريوهات الكارثية المتداولة، كانت نظرية انتشار الوباء تشل الحركة في العالم الأقل ترجيحا ربما لكثرين، بعد سنوات من الأزمات المالية والاعتداءات والطوارئ المناخية. ويفسر ذلك حال الصدمة السائدة، بحسب المحلل النفسي **رولان غوري** الذي عمل على تبعات اعتداءات العام 2015 في فرنسا. ويقول: حالات الصدمة تحصل عندما يكون الشخص غير مستعد لحدث ما، وعندما نواجه أمرا مباغتا على الصعيد النفسي. إذا ما كنتم تعملون ان خطرا ما سينشب فإنكم تتحضرون له. الصدمة النفسية ليست متكافئة البتة مع الجراح اللاحقة بالأشخاص.

وقد ترجم ذلك من خلال إنكار الخطر الذي لازم البعض أخيرا ممن دأبوا على مد اليد للمصافحة، أو الهلع لدى مرضى آخرين تولد لديهم شعور بان أمرا ما ينهار في طريقة عيشنا. وان كثرة إنشار الإصابات في العالم وكثرة السماع لوسائل الإعلام وما تبثه حول مخاطر المرض وما يتم تداوله بين الناس يجعل القلق أكثر حده ويولد أفكار الموت والحياة الآخرة، فيصبح قلقا من الموت.

وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (عوض الله،2009) و(بن خليفة، 2018) التي ترى هناك فروق في الجنس، والتي توصلت إلى ان لا توجد فروق في قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا بين الذكور والإناث، لان التفكير بالموت وسيطرة الأفكار المتعلقة به، والخوف من الأمراض المميتة تجعل الأفراد اكثر يقظة وحذرا، وان الإصابة بالمرض أصبحت مخوفة واصبح المرض والخوف منتشرا في كل البلدان وان جميع أفراد العينة كان لديهم نفس المعتقدات حول نظرتهم لهذا المرض وخطورته بصرف النظر عن نوع الجنس ذكر أم أنثى، وأيضا لا توجد دراسة نسبة تعرض الذكور للإصابة اكثر من الإناث أو العكس .

3-التوصيات:

1-ضرورة صياغة برامج إرشادية وعلاجية لعلاج للذين يعانون من قلق الموت لدى ممارسي الصحة.

2-العمل على زيادة الوعي الصحي ليس فقط في وقت الأزمات بل على مدار السنة.

3-زيادة الاهتمام بتنمية الوعي الديني وتكثيف الندوات والبرامج الإرشادية.

4-ضرورة وجود صفحات رسمية للمعالجين النفسانيين في مواقع التواصل وغيرها من اجل النظر إلى أفكارهم وتوجيههم وإرشادهم في ظل الأزمات والأوبئة.

4-المقترحات:

-إجراء دراسة أخرى على عينة أكبر ومجال أكثر.

-الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة وعلاقتها بالحاجات النفسية والإرشادية لدى الذين يعانون من قلق الموت.

-إقامة دراسة عن قلق الموت وعلاقته بكل من أحداث الحياة الضاغطة والالتزام الانفعالي، أو بمتغيرات أخرى.

-إعداد برامج علاجية معرفية سلوكية للتخفيف من حدة قلق الموت في ظل الأزمات.

5-الاستنتاج العام:

تبعا لنتائج الدراسة، وفي ضوء ما تم عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة واعتمادا على البيانات الإحصائية المتحصل عليها في الجانب الميداني للدراسة، وانطلاقا من الهدف الرئيسي للدراسة وهو التعرف على مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- مستوى قلق الموت لدى ممارسي الصحة متوسط.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) في قلق الموت.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت تبعا لمتغير الخبرة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت تبعا لمتغير الرتبة الوظيفية.

خاتمة

خاتمة:

نستنتج مما تم التطرق اليه في الدراسة النظرية والتطبيقية لموضوع البحث والذي يهدف إلى معرفة قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة من خلال تطبيق أدوات المنهج الوصفي التحليلي وتطبيق لمقياس قلق الموت فان قلق الموت تركيب متعدد الأبعاد والحاجة ماسة إلى دراسة اشمل لتحديد مكونات هذا المفهوم المركب وأبعاده بشكل ادق، بحيث لا يتغير تبعا لاختلاف الدراسات أو خصائص العينات. فتفكير في المستقبل أساسا أحد مصادر القلق، ويعتبر الموت بطبيعته لكل كائن حي خبرة مستقبلية لكنه لن يستفيد منها في حياته خاصة، وان الموت ينهي ارتباطه بالحياة، لذا فان التفكير فيه امر صعب، ويفاقم الاضطرابات النفسية على كاهل الإنسان.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

القرآن الكريم:

المصادر:

1. الموقع الرسمي /لمنظمة الصحة العالمية ((https://www.who.int/ar.

القواميس:

2. عبد المنعم حنفي، (1997)، موسوعة الطب النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي.

الكتب:

3. احمد محمد عبد الخالق، (1987)، قلق الموت، الكويت، عالم المعرفة.

4. أبو علام، رجاء محمود(2011)، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط 6، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.

5. امل مبروك، (2011)، فلسفة الموت، دار التنوير للطباعة والنشر والتوزيع، ب ط، بيروت لبنان.

6. بشير معمرية، (2007)، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، ج4، منشورات الحبر، الجزائر.

7. شويخ هناء احمد، (2007)، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية، اجتراك للنشر والتوزيع، ط1، مصر.

8. راجح احمد عزت، (1994)، أصول علم النفس، الإسكندرية المكتب المصري الحديث.

9. عطية محسن علي، (2010)، البحث العلمي في التربية: مناهجه، أدواته، وسائله الإحصائية، ط1، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن.

10. سوسن شاكر مجيد، (2015)، اضطرابات الشخصية (أنماطها وقياسها)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ب ط، عمان.

11. فاروق السيد عثمان، (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسي، القاهرة، دار الفكر العربي.

12. دافيد شهان ترجمة عزت شعلال، (1988)، مرض القلق، عالم المعرفة، الكويت.

المجلات:

13. طارق محمد عبد الوهاب ووفاء مسعود محمد، (2000)، قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، العدد 54.

14. العمر، محمد محمد صابر، والنحيلي علي، (2016): قلق الموت وعلاقته بالأمن النفسي دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة كلية التربية في جامعة دمشق، مجلة جامعة البعث، المجلد.

الرسائل والأطروحات:

15. مأمون محمود، وادي غوانمة، (2003)، قلق الموت وعلاقته بنمط السلوك وبعض المتغيرات لدى عينة من مرضى القلب في مركز الملكة 15.

16. تقى النوري جعفر الصافي، (2020)، مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المجتمع العراقي في مركز التأهيل النفسي، العدد 39.

المراجع بالفرنسية:

17. Fantine.(1984).chimique et thérapie comportementales. E D marlayat. Belgique.

18. Jean piesse de large. (1970). La méduse de la mort. En cycéclopée universitaire.

19. Marie claire célérier. (1997). Psychothérapie destroubles somatiques Dunod. Paris.

20. Sigmemd Frend.(1987).inhibition Symptome et engoise.6eme ecotition.

21. Speillger.(1983). Contenparrny Bêchassions theiapy. My file publishurg.company.

22. pierluigi Graziani.(2003).Anxiété et Troubles Anxieux edition Nathan/Veuf.Paris.

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

في إطار إنجاز مذكرة ماستر تحت عنوان:

قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة

دراسة ميدانية بالعيادة المتخصصة في التوليد سليمان عميرات (المسيلة)

إعداد الطلبة:

لعماري كنزة

شريفي فطيمة

تحت إشراف الأستاذة:

د. لمين نصيرة

نرجو من سيادتكم الإجابة عن هذه الأسئلة بكل دقة ووضوح وذلك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لرأيكم ولعلمكم انه لا توجد أسئلة صحيحة وأخرى خاطئة.

وبإجابتكم هذه تكون قد ساهمتم في إثراء هذا البحث.

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ☐ انثى ☐

المهنة: .....

الخبرة: .....

العبارات	(ص)	(خ)
1. أخاف كثيرا من الموت		
2. نادرا ما تخطر لي فكرة الموت		
3. لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت		
4. أخاف أن تجري عملية جراحية		
5. لا أخاف إطلاقا من الموت		
6. لا أخاف بشكل خاص من الإصابة والرساس		
7. لا يزعجني إطلاقا في الموت.		
8. أتضايق كثيرا من مرور الوقت		
9. أخشى أن أموت موتا مؤلما.		
10. إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطراب كثيرا.		
11. أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية		
12. كثير ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا		
13. أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثانية		
14. يزعجني منظر جسد ميت		
15. أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني		

الاستطلاعية (الثبات والصدق)

Statistiques de	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,940	15

الملاحق:

Corrélations

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	قلق الموت
Q1	Corrélation de Pearson	1	,686**	,724**	,784**	,833**	,500*	,612**	,612**	0,268	0,333	,850**	,833**	,559**	,500*	,559**	,876**
	Sig. (bilatérale)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	0,001	0,001	0,196	0,103	0,000	0,000	0,004	0,011	0,004	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q2	Corrélation de Pearson	,686**	1	0,368	,603**	,523**	,621**	0,387	,554**	0,165	0,294	,519**	,523**	,690**	0,294	,529**	,705**
	Sig. (bilatérale)	0,000		0,071	0,001	0,007	0,001	0,056	0,004	0,431	0,153	0,008	0,007	0,000	0,153	0,007	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q3	Corrélation de Pearson	,724**	0,368	1	,761**	,559**	0,263	,678**	,678**	,445*	0,263	,690**	,559**	0,351	,757**	,513**	,778**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,071		0,000	0,004	0,204	0,000	0,000	0,026	0,204	0,000	0,004	0,086	0,000	0,009	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q4	Corrélation de Pearson	,784**	,603**	,761**	1	,621**	,523**	,614**	,614**	0,210	0,360	,603**	,621**	,600**	,523**	,600**	,821**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,001	0,000		0,001	0,007	0,001	0,001	0,314	0,078	0,001	0,001	0,002	0,007	0,002	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q5	Corrélation de Pearson	,833**	,523**	,559**	,621**	1	,667**	,612**	,442*	,459*	0,333	,850**	,833**	,559**	,500*	0,395	,831**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,007	0,004	0,001		0,000	0,001	0,027	0,021	0,103	0,000	0,000	0,004	0,011	0,051	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q6	Corrélation de Pearson	,500*	,621**	0,263	,523**	,667**	1	,578**	,408*	,497*	0,333	,458*	,500*	,757**	0,333	,428*	,710**
	Sig. (bilatérale)	0,011	0,001	0,204	0,007	0,000		0,002	0,043	0,011	0,103	0,021	0,011	0,000	0,103	0,033	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q7	Corrélation de Pearson	,612**	0,387	,678**	,614**	,612**	,578**	1	,479*	,554**	,408*	,554**	,612**	,510**	,748**	,510**	,799**
	Sig. (bilatérale)	0,001	0,056	0,000	0,001	0,001	0,002		0,015	0,004	0,043	0,004	0,001	0,009	0,000	0,009	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q8	Corrélation de Pearson	,612**	,554**	,678**	,614**	,442*	,408*	,479*	1	,554**	0,068	,554**	,442*	,510**	,578**	,846**	,753**
	Sig. (bilatérale)	0,001	0,004	0,000	0,001	0,027	0,043	0,015		0,004	0,747	0,004	0,027	0,009	0,002	0,000	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q9	Corrélation de Pearson	0,268	0,165	,445*	0,210	,459*	,497*	,554**	,554**	1	0,115	0,352	0,268	0,257	,497*	,445*	,541**
	Sig. (bilatérale)	0,196	0,431	0,026	0,314	0,021	0,011	0,004	0,004		0,585	0,084	0,196	0,216	0,011	0,026	0,005
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q10	Corrélation de Pearson	0,333	0,294	0,263	0,360	0,333	0,333	,408*	0,068	0,115	1	0,294	0,333	0,263	0,167	0,099	,423*
	Sig. (bilatérale)	0,103	0,153	0,204	0,078	0,103	0,103	0,043	0,747	0,585		0,153	0,103	0,204	0,426	0,639	0,035
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q11	Corrélation de Pearson	,850**	,519**	,690**	,603**	,850**	,458*	,554**	,554**	0,352	0,294	1	,850**	,529**	,621**	0,368	,824**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,008	0,000	0,001	0,000	0,021	0,004	0,004	0,084	0,153		0,000	0,007	0,001	0,071	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q12	Corrélation de Pearson	,833**	,523**	,559**	,621**	,833**	,500*	,612**	,442*	0,268	0,333	,850**	1	,724**	,500*	0,395	,816**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,007	0,004	0,001	0,000	0,011	0,001	0,027	0,196	0,103	0,000		0,000	0,011	0,051	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q13	Corrélation de Pearson	,559**	,690**	0,351	,600**	,559**	,757**	,510**	,510**	0,257	0,263	,529**	,724**	1	,428*	,513**	,749**
	Sig. (bilatérale)	0,004	0,000	0,086	0,002	0,004	0,000	0,009	0,009	0,216	0,204	0,007	0,000		0,033	0,009	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q14	Corrélation de Pearson	,500*	0,294	,757**	,523**	,500*	0,333	,748**	,578**	,497*	0,167	,621**	,500*	,428*	1	,592**	,725**
	Sig. (bilatérale)	0,011	0,153	0,000	0,007	0,011	0,103	0,000	0,002	0,011	0,426	0,001	0,011	0,033		0,002	0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Q15	Corrélation de Pearson	,559**	,529**	,513**	,600**	0,395	,428*	,510**	,846**	,445*	0,099	0,368	0,395	,513**	,592**	1	,704**
	Sig. (bilatérale)	0,004	0,007	0,009	0,002	0,051	0,033	0,009	0,000	0,026	0,639	0,071	0,051	0,009	0,002		0,000
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
قلق الموت	Corrélation de Pearson	,876**	,705**	,778**	,821**	,831**	,710**	,799**	,753**	,541**	,423*	,824**	,816**	,749**	,725**	,704**	1
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,035	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25

الملحق (02) الأساسية

البيانات الشخصية:

الجنس					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	23	25,0	25,0	25,0
	أنثى	69	75,0	75,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

الوظيفة					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	طبيب	11	12,0	12,0	12,0
	ممرض	46	50,0	50,0	62,0
	اداريين	25	27,2	27,2	89,1
	عمال مهنيين	10	10,9	10,9	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

الخبرة					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أقل من 5 سنوات	30	32,6	32,6	32,6
	من 5 الى أقل من 10 سنوات	16	17,4	17,4	50,0
	من 10 الى 15 سنة	23	25,0	25,0	75,0
	أكثر من 15 سنة	23	25,0	25,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

مستوى قلق الموت

Statistiques sur échantillon uniques				
	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
قلق الموت	92	7,8804	2,00462	0,20900

Test sur échantillon unique						
	Valeur de test = 7.5					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
قلق الموت	1,820	91	0,072	0,38043	-0,0347	0,7956

الفروق في قلق الموت تبعا للجنس

Statistiques de groupe

الجنس		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
قلق الموت	ذكر	23	7,6522	1,58426	0,33034
	أنثى	69	7,9565	2,13124	0,25657

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
قلق الموت	Hypothèse de variances égales	1,289	0,259	-0,628	90	0,531	-0,30435	0,48427	-1,26643	0,65774
	Hypothèse de variances inégales			-0,728	50,592	0,470	-0,30435	0,41828	-1,14424	0,53554

قلق الموت

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	من 0 الى 6 ليس هناك قلق موت	20	21,7	21,7	21,7
	من 7 الى 8 قلق موت متوسط	43	46,7	46,7	68,5
	من 9 الى 15 قلق موت مرتفع	29	31,5	31,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

الفروق في قلق الموت تبعا للخبرة

ANOVA

قلق الموت

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	2,359	3	0,786	0,190	0,903
Intragroupes	363,326	88	4,129		
Total	365,685	91			

الفروق في قلق الموت تبعا للرتبة الوظيفية

ANOVA

قلق الموت

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	34,773	3	11,591	3,082	0,031
Intragroupes	330,912	88	3,760		
Total	365,685	91			

Comparaisons multiples :

Variable dépendante:

Scheffé

(I) الوظيفة		Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	% Borne inférieure	% Borne supérieure
طبيب	ممرض	-1,91897*	0,65084	0,040	-3,7741	-0,0638
	اداريين	-1,31636	0,70162	0,325	-3,3162	0,6835
	عمال مهنيين	-1,83636	0,84728	0,203	-4,2514	0,5787
ممرض	طبيب	1,91897*	0,65084	0,040	0,0638	3,7741
	اداريين	0,60261	0,48183	0,669	-0,7708	1,9760
	عمال مهنيين	0,08261	0,67660	1,000	-1,8459	2,0112
اداريين	طبيب	1,31636	0,70162	0,325	-0,6835	3,3162
	ممرض	-0,60261	0,48183	0,669	-1,9760	0,7708
	عمال مهنيين	-0,52000	0,72557	0,916	-2,5881	1,5481
عمال مهنيين	طبيب	1,83636	0,84728	0,203	-0,5787	4,2514
	ممرض	-0,08261	0,67660	1,000	-2,0112	1,8459
	اداريين	0,52000	0,72557	0,916	-1,5481	2,5881

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الملاحق:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

المسيلة في: 2021/06/02

إلى: مدير مستشفى سليمان عميرات بالمسيلة

الموضوع: تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية

تحية عطرة وبعد ...

في إطار إنجاز دراسة ميدانية (مذكرة تخرج) لطلبة السنة الثانية ماستر

الشعبة: علوم التربية **التخصص:** توجيه وإرشاد

نرجو من سيادتكم المحترمة تسهيل مهمة الطالب (ة) المذكور (ة) أدناه وتقديم المساعدة الممكنة واللازمة في حدود أغراض البحث العلمي، وما يسمح به القانون، وهذا على مستوى المصالح التي تشرفون عليها.

عنوان الدراسة: قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة، دراسة ميدانية بالعيادة المتخصصة سليمان عميرات

المشرف: د. لمين نصيرة

1- اسم ولقب الطالب: شريفي فطيمة رقم التسجيل: 20075116704

2- اسم ولقب الطالب: كنزة لعمارة رقم التسجيل: 1635108375

في الفترة الممتدة من : **2021/06/02م** إلى غاية .**2021/06/05م**

في الأخير لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.

رئيس القسم **نائب العميد المكلف بالبحث العلمي**

نائب العميد المكلف بالبحث العلمي والعلاقات الخارجية
الدكتور : مزرقلال ابراهيم

قسم علم النفس . الهاتف / الفاكس (213) 0355353054
البريد الالكتروني univ28psy@yahoo.com
Téléphone / Fax
E-mail

الملاحق:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research

University of Mohammed Boudiaf - M'sila
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله:

السيد (ة): لعماري كنزة الصفة: طالب، أستاذ، باحث طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 200334655 والصادرة بتاريخ: 2016-04-24

والمسجل بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة تخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)

عنوانها: قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممرضي الصحة

(دراسة ميدانية بالعيادة المتخصصة في التوليد سليمان عميرات بالمسيلة)

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ:

توقيع المعني (ة)

المرجع: القرار 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة): منصوري فطيمة

الصفة: طالب، أستاذ باحث، باحث دائم: طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 204357513

والصادرة بتاريخ: 2019-03-11

عن دائرة: المسيلة

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والإجتماعية قسم: علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)، عنوانها: قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة: دراسة ميدانية بالعيادة المتخصصة سليمان عميرات

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 2021/06/02

إمضاء المعني