الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف – المسيلة–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: ...../2021

مستوى قلق الموت لدى عينة من الأطباء في وضعية الوباء كوفيد-19

دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطلبة:

*عائشة جريو

*فتيحة قندوزي

إشراف:

*د/ سامية بورنان

السنةالجامعية2021/2020

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر

"رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۖ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ"

أتوجّه بأسمى آيات الشكر والتقدير إلى أستاذتي الفاضلة الدكتور ***"بورنان سامية"*** التي تكّرمت عليّ بقبول إشراف هذه المذكرة ولمّ تبخل عليّ بنصحها وتوجيهها، كما لا أنسى تقديم الشكر لجميع أساتذة كلية العلوم الإجتماعية وكل أساتذة قسم علم النفس وخاصة أساتذة علم النفس العيادي

أشكر الأستاذ الكريم ***طيب حماني عباس*** الذي ساهم في مساعدتي في إنجاز هذا العمل، كما أتقدّم بالشكر إلى جميع عمال وعاملات الجامعة والمكتبة على حسن صبرهم ومساعدتهم لنا وكذا المكتبات الخارجية التي كان لها الدّور في مساعدة الطلّاب خاصة مكتبة طارق ابن زياد .

وفي الأخير أشكر كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا البحث العلمي، إلى كل من لم تسعهم مذكرتي وغفل عن ذكرهم قلمي ولم ينساهم قلبي.

ملخص الدّراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عيّنة من الأطباء تبعًا لمتغيّر الجنس والسن، ومن أجل التحقّق من صحة فرضيات الدّراسة إستخدمنا مقياس قلق الموت للوصول إلى النتائج.

حيث طبقت الدّراسة بمدينة المسيلة في مستشفى الزهراوي، على عيّنة تتكون من (41) طبيبا وطبيبة يتراوح سنهم مابين (29–59 سنة) ولقد توصلنا إلى النتائج التالية:

- مستوى قلق الموت لدى الأطباء في وضعية الوباء لمستشفى الزهراوي مرتفع.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى الأطباء في وضعية الوباء بمستشفى الزهراوي تعزى لمتغير الجنس .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى الأطباء في وضعية الوباء بمستشفى الزهراوي تعزى لمتغيّر السن.

الكلمات المفتاحية: القلق، قلق الموت، فيروس كورونا (كوفيد 19)

Abstract:

The current study aims to reveal the level of death anxiety among a sample of physicians according to the variable of sex and age, and in order to verify the validity of the study's hypotheses, we used the descriptive approach represented in the application of the death anxiety scale.

Where the study was applied in the Wilayat of M'sila in Al-Zahrawi Hospital, on a sample consisting of (41) male and female physicians, their age ranged between (29-59 years), and we reached the following results:

- *The level of death anxiety among doctors in the epidemic situation of Al-Zahrawi Hospital is high.*

- *There are no statistically significant differences in the degree of death anxiety among doctors in the epidemiological situation at Al-Zahrawi Hospital due to the gender variable.*

- *There are no statistically significant differences in the degree of death anxiety among doctors in the epidemiological situation at Al-Zahrawi Hospital due to the age variable.*

Keywords: anxiety, death anxiety, corona virus (covid 19)

فهرس الموضـــــــــــــــــــوعات	رقم الصفحة
شكر وتقدير	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
مقدمة	أ
الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	
1. تحديد الإشكالية .	4
2. تحديد الفرضيات.	6
3. أهداف الدّراسة .	6
4. أهمية الدّراسة .	7
5. تحديد المفاهيم إجرائيا.	8
6. الدّراسات السابقة.	8
7. الخلفية النظرية لمتغيرات الدّراسة .	12
الفصل الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
1) الدراسة الإستطلاعية:	39
1-1 أهدافها:	39
1-2 إجراءتها:	39
1-3 نتائج الدراسة الإستطلاعية:	39
2) أدوات الدراسة:	40
2-1: مقياس قلق الموت:	40
2-2: طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:	41
3) الخصائص السيكومترية للمقياس:	42
4) عيّنة الدّراسة الأساسية:	44

4-1 منهج الدّراسة:	44
4-2 حدود الدّراسة:	44
4-3:عيّنة الدّراسة:	44
5) الأساليب الإحصائية المستعملة:	45
خلاصة	46
الفصل الثالث: عرض وتفسير نتائج الدراسة ومناقشتها	
أولا/ التحقق من شرط اعتدالية التوزيع:	48
ثانيا/ عرض ومناقشة نتائج الدراسة	49
1) - عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة:	49
2)عرض ومناقشة الفرضية الفرعية الأولى:	51
3) مناقشة الفرضية الفرعية الثانية:	52
الاستنتاج العام	55
خاتمة	57
قائمة المراجع	
المـــلاحق	

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
جدول (01): يوضح سلم إختبار قلق الموت لدونالد تمبلر.		41
الجدول رقم (02) يوضح ثبات مقياس قلق الموتعن طريق ألفا كرونباخ		42
الجدول رقم (03) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس قلق الموت مع درجته الكلية		43
جدول رقم (04) يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة		48
جدول رقم (05) يوضح إختباركا² للكشف عن مستوى الطموحلدى أفراد عينة الدراسة		49
الجدول رقم (06) إختبار مان ويتني لدلالة الفروق في قلق الموت لدى الأطباء تبعا لمتغير الجنس		51
جدول رقم (07) يوضح إختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في قلق الموت تبعا لمتغير المستوى السن		53

مقدمـــة

مقدمة:

إنّ الإنسان هو الكائن الوحيد بين المخلوقات الذي يعرف أنّه سيموت، غير أنّ الناس يتباينون في درجة أو حدة خوفهم من الموت فيكونون على صنفين الأول يكون لديه حدوده العادية، والثاني: يتجاوز هذه الحدود ويصبح حالة مرضية.

لذا فقلق الموت نوع من أنواع القلق التي تسبّبه الأفكار المتعلقة بالموت مثل الأزمات الصحية والكوارث والأوبئة والأمراض التي تعترض البشرية وبهذا يكون الفرد تحت هذه الظروف عرضة للإصابة بقلق الموت كعلامة لتهديدات التي تنجر عنه، حيث يعبر الموت على أنه "شعور الشخص بالفزع أو الخوف أو الرعب عند التفكير في عملية الموت وكيفية نهاية الحياة.

ومع ظهور الوباء الجديد الذي مس البشرية جمعاء والمتمثّل في (كوفيد 19) المعروف –بكورونا– والذي أصبح في الآونة الأخيرة هاجس كل فرد من أفراد المجتمعات المختلفة لما خلفه من أضرار مست جميع نواحي الفرد الصحية وعلاقاته الاجتماعية والاقتصادية، و أيضا ما خلفه من أرواح بشرية على مستوى العالم فقد حصد ألاف وملايين الأرواح، حيث أصبح في فترة خلت شبحا يهدد حياة الناس لسرعة انتشاره، وعجز العلم والباحثين عن إيجاد الدواء له سوى محافظة كل فرد على نفسه من خلال مناهج وقائية معينة.

ولعل الشريحة التي كانت تعاني وتعايش هذا الوباء يوميا شريحة الأطباء وأطقم التمريض بجميع أنحاء العالم وفي حالة لم يشهدها من قبل، حربًا غير عادلة وبإمكانيات ضعيفة في بعض الدول خاصة المتخلفة ذات الإمكانيات البسيطة، والذين كانوا يعانون البقاء لأيام معدودة في المستشفيات مع المرضى يصارعون الوباء، إلى جانب الخوف من العودة إلى الأهل والأبناء، خشية العدوى، ويبقى الشعور بالمسؤولية ملّقى على عاتقهم دون المقدرة على التخلّي عن الجيش الأبيض كل يوم في مواجهة هذه الضغوط النفسية والعصبية ومواجهة هذا المجهول، الذي يحصد الأرواح كل يوم، فإنّ الطاقم الطبي والموظفون يعرفون الإصابة بالعدوى مثل الاشخاص العاديين في الوقت نفسه يزداد الإختلاط عن القرب

بالمرضى ممن اصابهم الفيروس وهم ليس بمنآ عن الموت، لهذا جاءت هذه الدّراسة "كمحاولة لتسليط الضوء على مستوى قلق الموت عند الأطباء في جائحة كورونا وفي هذه الأزمة الوبائية في مستشفى الزهراوي بالمسيلة، وقد تمّ تقسيم هذه الدّراسة إلى قسمين:

القسم النظري والذي تناولنا فيه الفصل الأوّل الإطار العام للدّراسة؛ بحيث تضمن تحديد الإشكالية والفرضيات وتقديم أهمية وأهداف الدّراسة والمفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة ثم الخلفية النظرية لمتغيرات الدّراسة (قلق الموت وكوفيد 19).

أمّا الجانب التطبيقي؛ فتضمّن فصلين: الإطار المنهجي للدراسة بما فيه الدّراسة الاستطلاعية، منهج الدّراسة، أدوات الدراسة وعيّنة الدّراسة الأساسية ثم الأساليب الإحصائية المستعمّلة، والفصل الآخير يتضمّن عرض نتائج الدّراسة ومناقشتها.

الفصل الأول: الاطار العام للدراسة

1. تحديد الإشكالية .
2. تحديد الفرضيات.
3. أهداف الدّراسة .
4. أهمية الدّراسة .
5. تحديد المفاهيم إجرائيا.
6. الدّراسات السابقة.
7. الخلفية النظرية لمتغيرات الدّراسة .

1. إشكالية الدّراسة:

يشكل مفهوم الموت؛ مصدر تهديد وانفعال سلبي ناتج عن الإحساس بمشاعر سلبية التي تجعل بعض الأفراد دائمي التفكير بها، تحسبا بخطر الموت القريب يشكل بذلك ما يسمّى "قلق الموت"، حيث يشكل الموت لديهم أحد أخطر الأحداث.

يعبر "قلق الموت" عن خبرة انفعالية غير سارة تتمحوّر عن الموت والموضوعات المرتبطة به، والتي تؤدي بالفرد إلى التعجيل بموت الفرد نفسه.

ومن العلماء الذين تكلموا عن قلق الموت "**سيغموند فرويد**" الذي يعتبر قلق الموت هو قلق الأنا الأعلى: أي أنّه أذى ينتج عنه صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صداه في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح شهواته، كما يعرّفه "هولتزHoltez" "بأنّه استجابة انفعالية تتضمّن مشاعر ذاتية من عدم السرور والأشغال المعتمد على تأمل أو توقّع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت، وبالتالي "قلق الموت" هنا يأتي من إدراك الفرد بقرب نهايته من جهة وتأكدّه من وجود حياة أخرى بعد الموت من جهة أخرى، فيحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، ويزداد قلق الفرد بالموت عندما يصاب بالمرض أو عند موت أحد من أفراد عائلته.

وتعتبر الفترة السابقة التي عشناها من بين أصعب الفترات التي واجهناها، حيث عانى الأفراد من فيروس خطير ألا وهو فيروس كورونا الذي ظهر عام (2019) في الدول الآسيوية،والذي خلّف وضع صعب للمجتمع العالمي ككل، وما يزيد الأمر تعقيدًا؛ تزايد إصابة الأشخاص بالعدوى، حيث تم تسجيل الإصابات في أكثر من 210 دول ومنطقة منذ اكتشاف

أولى حالات الإصابة في الصين في ديسمبر 2019، وتصدّرت الدول من حيث الإصابات، الولايات المتحدّة الأمريكية التي سجلت 26.248218 إصابة و 441718 حالة وفاة، تليها الهند ب10.757610 إصابة و154392 وفاة ومن ثم البرازيل ب: 9.229.322 إصابة و 225099 وفاة.

أمّا على مستوى الدوّل العربية؛ فتتصدّر العراق القائمة بـ 62.0620 إصابة و 13057 وفاة، ثم المغرب بـ 47.1438 إصابة و8287 وفاة، ومن ثمّ السعودية بـ 368.329 إصابة و6379 حالة وفاة.

أمّا في **الجزائر** فكانت مسبة الإصابة بـ 130361 و 3504 حالة وفاة.

هذا ما زاد هلع أفراد المجتمع وخاصة العاملين في قطاع لبصحة من أطباء وممرضين، الذين كان لهم الدّور الكبير في مواجهة هذا الفيروس (كوفيد 19)، ممّا جعل الكثير منهم يشعرون بالقلق والخوف من انتقال العدوى الفيروسية لهم أو لأحد أفراد عائلتهم، وخاصة "**قلق الموت**" تحت ظروف صعبة وعدم توفر الإمكانيات والوسائل للوقوف أمام هذا الوباء.

ونحن نحاول في هذه الدّراسة؛ الكشف عن مستوى قلق الموت عند الأطباء في وضعية الوباء (كوفيد19)، ويمكن من خلال ذلك طرح التساؤل العام التالي المتمّثل في:

- ✓ ما مستوى "قلق الموت" لدى عيّنة من الأطباء في مستشفى الزهراوي بالمسيلة في الوضعية الوبائية (كوفيد19) ؟

والذي يندرج تحت التساؤلات الفرعية التالية:

- ✓ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى "قلق الموت" لدى عيّنة من الأطباء بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في الوضعية الوبائية (كوفيد 19) تُعزى لمتغيّر الجنس؟
- ✓ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى "قلق الموت" لدى عيّنة من الأطباء بمستشفى الزهراوي بالمسيلة في الوضعية الوبائية (كوفيد 19) تُعزى لمتغيّر السن؟.

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- ✓ مستوى قلق الموت لدى الأطباء في وضعية الوباء بمستشفى الزهراوي مرتفع

الفرضية الجزئية:

- ✓ توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة قلق الموت لدى الأطباء في مستشفى الزهراوي تعتبر لمتغيّر الجنس.
- ✓ توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة قلق الموت لدى الأطباء في مستشفى الزهراوي تعتبر لمتغيّر السن.

3. أهداف الدّراسة:

الهدف الرئيسي لهذه الدّراسة هي:

- الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عيّنة من المجتمع (الأطباء) بمستشفى الزهراوي في الوضعية الوبائية.

ويتفرع عن هذا الهدف الرئيسي **أهداف فرعية** هي:

- ✓ الكشف عن الفروق بين أفراد العينة في مستوى قلق الموت تُعزى لمتغيّر الجنس.
- ✓ الكشف عن الفروق بين أفراد العينة في مستوى قلق الموت تُعزى لمتغيّر السن.

4. أهمية الدّراسة:

تنبع **أهمية الدّراسة** من أهمية الموضوع الذي تعالجه "قلق الموت لدى الأطباء في وضعية الوباء، وتتجلّى أهميته فيما يلي:

- تعالج الدّراسة متغيّر أساسي ومهم ألا وهو قلق الموت لدى الأطباء، والذي يعتبر من أنواع القلق شيوعا،عند إصابة الفرد ببعض الأمراض، والأزمات الوبائية، فهو مؤشر من مؤشرات الخطر له مسبباته.
- وفي الوضعية التي يعايشها العالم بأسره، يعيش الأطباء وضعا خاصا في ظل الظروف الراهنة، فهو يواجه خطر العدوى والموت والعزل والإبتعاد عن الأهل، لذى فهو عرضة للإصابة بالقلق من هذه الأوضاع خاصة خطر الموت.
- تستهدف الدّراسة أيضا شريحة مهمة في المجتمع، وهي شريحة الأطباء، هذه الشريحة التي تعمل بجد من أجل إنقاذ المرضى خاصة فئة "مرض كوفيد 19" فهم يعايشون أحداث تفشي الوباء وفي نفس الوقت معرّضون للإصابة والموت.
- تزويد التراث العلمي والنظري حول متغيّرات الدّراسة، خاصة فيما يتعلّق بموضوع "كوفيد 19"، ومخلفاته لإتاحة الفرصة للباحثين الدّراسة في مثل هذا الموضوع.

5. تحديد المفاهيم إجرائيًا:

- القلق: تعريف "هورتي": هو استجابة انفعالية لخطر يكون موجها إلى المكونات الأساسية للشخصية.
- **قلق الموت:**

اصطلاحًا: (تعريف تمبلر): خبرة انفعالية غير سارّة تدور حول الموت والموضوعات المتصّلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه.

إجرائيًا: هو الدرجة الكلية الّتي يحصل عليها المفحوص في مقياس قلق الموت الذي وضعه تمبلر.

- **فيروس كورونا (كوفيد 19):** عرّفته منظمة الصحة العالمية (2020): "هو فصيلة كبيرة من الفيروسات التي يمكن أنّ تسبب للبشر طيف من الإعتلالات، تتراوح بين نزلة البرد الشائعة والمتلازمة النفسية الحادة الوخيمة (سارس sars).
- **الطبيب:** هو الشخص المؤهل لتقديم العلاج للأفراد الذين يعانون من الأمراض، وأيضًا يعرّف بأنّه الفرد الذي يحمل ترخيصا (شهادة) في ممارسة الأعمال الطبيّة، وهو الشخص الذي يصف الدواء لعلاج المرض عن طريق تطبيق الفحص الطبي عليهم، والأطباء يمثلون أفراد عينة دراستنا، وهم الأطباء الذين يعملون في مشفى الزهراوي.

6. الدّراسات السابقة:

دراسات حول قلق الموت، يذكر "لسيترLester " سنة 1967 أنّ الأشخاص الذين هم في صحة نفسية "سيئة" ينظرون إلى قلق الموت نظرة إيجابية، وإنّ كبار السن يخافون من

الموت بدرجة أقل ماداموا في صحة جيدة في حين ان كبار السن ممن لديهم أنشطة قليلة لشغل وقت فراغهم كانوا أكثر خوف من الموت، وأنّ الخوف من الموت أقل لدى الأشخاص الذين يقيمون في بيوت رعاية المسنين (رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي، 2005، ص 63).

وفي دراسة أعدّها "ميدلتونMiddletoun" سنة 1977 بعنوان " الفروق بين الجنسين في قلق الموت اختار الباحث عينة من طلبة الجامعة وطبّق عليهم اختبار يقيس في قلق الموت، وكانت استجابات بعض العبارات بـ "**نعم**" أو "**لا**" والبعض الأخر كانت تقديرية، والبعض الثالث مان من النوع المفتوح، وقد بيّنت النتائج أنّ الإناث عند مقارنتهم بالذكور كن يفكرن بالموت الذاتي بصورة أكبر، وقد ذكر 25 من عينة الذكور أنّهم لا يرغبون في الموت أبدا، في حين ذكر ذلك 63 منهم **(محمد نبيل عبد الحميد، 1995، ص/ص 108-109)**.

وفيما يخصّ علاقة قلق الموت بالأمراض العضوية أوضحت معظم الدراسات وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت ةالعديد من الأمراض العضوية، فقد أوضحت دراسة "باولPaul" سنة 1983 وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت وكل من مرض السكر ومرض التهاب المفاصل، كما أوضحت دراسة "جيزيلGisele" سنة 1982 وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت ومرض ارتفاع ضغط الدم ولذلك توّصل كسير Cesar سنة 1989 إلى علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض الربو، كما كانت هناك الكثير من الدّراسات التي توصلت جميعها إلى علاقات دالة موجبة بين قلق الموت ومرض السرطان.

وفي دراسة "ماجدة خميس" سنة 1994 أوضحت النتائج حصول جميع عينات مرض السكر والسرطان وضغط الدم والربو والتهاب المفاصل على درجات أعلى بشكل دال احصائيا من العينة الضابطة.

ويلاحظ أنّ الدراسات التي تناولت علاقة الموت بالأمراض العضوية أجمعت على وجود علاقة دالة موجبة مما يشير إلى أن قلق الموت يزداد لدى من يعانون من أمراض جسمية **(طارق محمد عبد الوهاب، وفاء مسعود محمد، 2000، ص 83).**

- **التعقيب على الدراسات السابقة:**

بعد استعراض الدراسات التي تناولت موضوع التربص الميداني رغم قلتها نجد ان هناك بعض النقاط مشتركة وغير المشتركة بين الدراسات وقد تمثلت في:

من حيث الهدف: حيث نجد أن الدراسات قد تنوعت في أهدافها، فنجد منها التي سعت إلى الكشف والتعرف على مستوى قلق الموت لدى أفراد العينة ، مثل **دراسة ليستر (1967)** والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى كبار السن ، وكذا **دراسة ميدلتون(1977)** والتي هدفت إلى التعرف على مستوى قلق الموث لدى طلبة الجامعة.

في حين نجد الدراسات الأخرى قد سعت إلى الكشف عن العلاقة بين قلق الموت والعديد من الأمراض المعدية، كدراسة "جيزيل Gisele" سنة 1982 التي سعت إلى الكشف عن العلاقة بين قلق الموت ومرض ارتفاع ضغط الدم، وكذلك دراسة كسير Cesar سنة 1989 التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين قلق الموت ومرض الربو، وكذا دراسة "ماجدة خميس" سنة 1994 التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين قلق الموت وأمراض السكر والسرطان وضغط الدم والربو والتهاب المفاصل.

من حيث العينة: اختلفت العينات التي تناولتها الدراسات السابقة، حيث تم تطبيق بعضها على المصابين ببعض الأمراض المزمنة كدراسة دراسة "ماجدة خميس" سنة 1994 ، ودراسة كسير Cesar سنة 1989 ، و"جيزيل Gisele" سنة 1982، في حين طبقت دراسة ليستر

1967 على عينة من كبار السن، أما دراسة ميدلتون 1977 فقد طبقت على عينة من طلبة الجامعة.

النتائج: تشاركت الدراسات تقريبا في النتائج التي توصلت إليها، حيث أكدت كل من **دراستي (ليستر) و (ميدلتون)** على أن مستوى قلق الموت مرتفع لدى كل من كبار السن وطلبة الجامعة، كما توصلت الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين قلق الموت والأمراض المعدية والمزمنة كمرض السكر والسرطان وضغط الدم والربو والتهاب المفاصل.

ج/ أوجه الاستفادة من هذه الدراسات:

بعد اطلاعنا على هذه الدراسات في موضوع قلق الموت توضحت لدينا معالم الاشكالية والموضوع بأكمله حيث ساعدتنا هذه الدراسات فيما يلي:

- بناء إشكالية الدراسة الحالية وربطها بالظروف الراهنة للبلاد خاصة الوضع الصحي.
- بناء تساؤلات وفروض يمكن تفسيرها انطلاقا من هذه الدراسات واسقاطها على الوضع العام للبلاد.
- الإلمام بالخلفية النظرية وأهم العناصر التي ينبغي تناولها ومقارنتها بالأوضاع الراهنة.
- ضبط المنهج المناسب ونوع العينة وطريقة اختيارها.
- تصميم وتحديد أداة الدراسة في ظل فيروس كورونا -19.

7. الخلفية النظرية لمتغيرات الدّراسة:

أولا: قلق الموت.

إنّ مفهوم الموت يرتبط لدى الكثيرين بانفعالات عنيفة ومشاعر واتجاهات سلبية تجمع معًا مكّونة ما يسمّى "بقلق الموت" وتكمن صعوبة تحديد ماهية الموت في أنّ معناه يكمن في سياق الحياة، فليست هناك إجابة محدّدة وقاطعة عن ماهية الموت، ولكن يبدو أنّه على الأقل يكمن الإجابة عن بعض المشكلات النفسية الناتجة عن الخوف من الموت.

1) القلق:

لقد تعدّدت التعاريف المحدّدة للقلق واختلفت باختلاف الاتجاهات النظرية للعلماء.

1-1 تعريف القلق:

يعرّف **فيصل الزراد** "القلق بأنّه شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفّز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرّر لدى نفس الفرد، ومن هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس أو الشعور بضربات القلب، والصداع والشعور بالدوار بالإعياء وكثرة الحركة أحيانا **(عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 128).**

تعريف "سيغموند فرويد" Fraud" 1962 للقلق "هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيرًا من الكدر والضيق والألم، فالقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائما ومتوّتر الأعصاب، كما أنّ الشخص القلق يفقد ثقته بنفسه

ويبدو مترددا عاجز عن البحث في الأمور ويفقد القدرة على التّركيز **(قينان ايمان، 2017، ص13)**.

1-2 تصنيف القلق:

يُصنف القلق إلى :

- **القلق الموضوعي العالي:** هذا النوع من القلق يُطلق عليه أحيانا القلق الواقعي أو القلق السوّي، ويحدث هذا في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء، مثل: القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو انتظار نبأ هام أو الانتقال من القديم إلى الجديد ومن المعلوم إلى المجهول أو من المألوف إلى الغريب أو وجود خطر قومي أو عالي أو من حدوث تغيّرات اقتصادية أو اجتماعية .
- **حالة القلق أو القلق العصبي:** وهو داخلي المصدر وأسبابه لا شعورية مكبوتة، غير معروفة، ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إلبه، وهو يعوق التوافق والانتاج والتقدم والسلوك العادي.
- **القلق العام:** وهو القلق الذي لا يرتبط بأي موضوع محدّد بل نجد القلق غامضا وعامًا.
- **القلق الثانوي:** وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى حيث يعتبر القلق عرض مشترك في جميع الأمراض النفسية تقريبا **(حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 485)**.

1-3 أسباب القلق:

تتعدّد أسباب القلق بتعدّد وجهات النظر لرواد على النفس عندما يتحدثون عن العوامل التي تؤدي إلى القلق، فهناك من يركز على القلق كمصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة، وهذا ما نجده لدى المنظّرين في المدرسة التحليلية، بينما يركز السلوكيين على عملية التعلّم وتعميمه، أما الإسبانيون؛ فيرون أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق.

ومن جانب أخر أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب وإنّ كانت موضوعية وميّزات داخلية فإنّها تختلف إلاّ أن النّظرة الشمولية توجب الأخذ بعين الإعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي أسباب القلق بصفة عامة.

- **الاستعداد الوراثي:** تعدّ الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق، حيث تؤكد الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق، ومن هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم، حيث تبيّن أنّ التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة مشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأميّن.

كما ظهرت دراسة الأسر أنّ 15 من أبناء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض .

- **العمر:** تعدّ المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق، حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضموره لدى المسنين، فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عنده لدى الراشدين فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام ومن الحيوانات، أما القلق والمراهقة فيكون بشكل الشعور وعم الأمن والخجل، وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة اليأس والشيخوخة، ويمثل القلق واحد من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للإضطرابات الوظيفية.

- **الاستعداد النفسي العام:** تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد والشعور بالنب والخوف من العقاب وتوّقعه، ويعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وعدم تقبّل مر الحياة وزجرها، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي سببتها رغبة الفرد الملحّة.

- **العوامل الإجتماعية:** تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق، أن تؤكد أهمية هذه العوامل أساسية لإحداث القلق، ولاشك أنّ حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددها وتشعّب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق، وتشمل هذه العوامل المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكّك الأسرة وأساليب التعامل الوالدية القاسية، وتوفر التماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي.

1-4 أعراض القلق:

هناك أعراض كثيرة للقلق منها نفسية وجسمية(**فهمي عليما، 2009، ص63**).

- **الأعراض النفسية:** منها:

- **سرعة الاثارة العصبية:** وهنا يصبح المريض حساس في ضوضاء بل يقفز من مكانه عند سماعه لدنين التلفزيون أو الجرس، ويفقد أعصابه بسهولة ويثور لأتفه الأسباب.

- **صعوبة التركيز والنسيان:** مع الشعور بالاختناق والصداع والاحساس يطوق ويضغط على الأرس ويكون ذلك مصحوبا بإختلال في الآلية .

- **مخاوف مرضية في أعضاء الجسم لا أساس لها:** كالخوف من السرطان أو مرض القلب هنا يتردد المريض على الأطباء ويحاولون تهدئته وطمأنته من أنه لا يعاني من أي مرض عضوي، ويستريح بعض الشيء، ولكن سرعان ما تعود له المخاوف، ويبدأ في زيارة آطباء أخرين.

ويزيد القلق ومن ثم تزيد الاعراض الجسمية مما يعزز خوف المريض من احتمال وجود مرض عضوي.

- **عدم الاستقرار:** والشعور بانعدام الأمن والراحة والأرض الذي يتميز بالصعوبة في النوم أي ينام الفرد على سريرة ويتقلب دون أن تغفل عيناه، وإن نام يصحب نومه أحلام وكوابيس مزعجة مما يجعل سلسلة من العذاب .

- **الحساسية المفرطة والشك والتردّد والضيق ترقب المستقبل:** ممّا يؤدي إلى تناول العقاقير المنوّمة أو المهدئة أو شرب الخمر، كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراضه.

- **الأعراض الجسمية:** أهمها:

- أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري آلام عضلية في الناحية اليسرى في الصدر، فرط الحساسية للسرعة كل من دقات القلب والنبض، ارتفاع ضغط الدم.

- **أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي:** فقدان الشهية أو عسر الهضم وصعوبة البلع والشعور بغصة في الحلق والانتفاخ أو الإسهال أو الإمساك المغص الشديد وأحيانا الغثيان والقيء.

- **أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي:** ضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء، سرعة التنفس.

- **أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي أو الحركي:** الآلام العضلية بالساقين والذراعين والظهر والرقبة، الإعياء والانهاك الجسدي، التوتّر والحركات العصبية، الرعشة وارتجاف الصوت وتقطّعه.

- **أعراض مرتبطة بالجهاز التناسلي:** كثرة التبوّل والاختباس، تناقص الاهتمامات الجنسية، والخلّل في الوظائف الجنسية، وربما فقدان المقدرة الجنسية واضطراب الطمث وعدم انتظامه

- أعراض جلدية: كحبّ الشباب والأكزيما والبهاق والصدفية وسقوط الشعر.

2) قلق الموت:

2-1 تعريف قلق الموت:

- يرى تمبلر (Tembler) بأنّه: " حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته".

- يعرّفه هوتلر (Hotller) على أنّه "استجابة انفعالية تتضمّن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توّقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت"

- حسب **أحمد محمد عبد الخالق** (1987: 39): ينظر إليه ديسكتاين(Disktiene) على أنّه هو ذلك التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة".

- يعرّفه **محمد عبد الخالق** بأنّه: " نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدّرة ومشاعر شك وعجز وخوف تتركّز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أنّ تثير أحداث الحياة، هذه الحالة الانفعالية الغيّر سارة وأنّ ترفع من درجاتها " **(بشير معمرية، 2009، ص 68)**.

- يؤكد **عادل شكري محمد كريم** (2006: 27) بأنّ قلق الموت " حالة انفعالية سلبية وهواجس مضايقة تنتاب الفرد عند التفكير في الموت أو التأمل في حقيقته أو توقعه ويعجل بذلك أحوال معينة مثل: المرض أو فراق عزيز بالموت أو بالإشراف عليه".

- تعرّفه "إيمان زايد" بأنّه " حالة من من الخوف والتوتّر الشديد المتمركز حول الموت سواء كان موت الشخص أم أحد الأشخاص الأعزاء لديه، ممّا يجعله يصل إلى درجة عدم التوافق ويسبب له مشكلات نفسية متعدّدة **(هناء أحمد ش.و.ن.ج، 2007، ص 117)**.

- كما تعرّفه أمل مبروك (2011: 99) بأنّه ليس مجرد خوف عادي، بل هو قلق وحصر دفين إزاء الذات ممزوج بمشاعر الجزع والرهبة، فهو انقطاع عنيف عن الحياة".

- تتفق **التعريفات** على أن قلق الموت هو حالة انفعالية مكدرة ناتجة عن تطورات الفرد حول مواضيع متعلقة بالموت كالمرض أو الفقدان، كما يجدر بنا الفريق بين قلق الموت، الخوف من الموت إذ يظهر أن المفهومين يحملان نفس المعنى، يتضّمن قلق الموت الخوف من الموت الذي يعتري الإنسان منذ القدم، ولكن يختلف عن كونه رد فعل لا شعوري لغريزة الموت التي تعبّر عن الرغبة في الرحيل أو عدم الرغبة في الوجود ويكون داخلي المنشأ، أمّا الخوف من الموت فهو رد فعل شعوري لخطر مهدّد للحياة ويكون شعورًا خارجي المنشأ .(Bouregba, A, Telbet.T, 2008: 426)

2-2 أسباب قلق الموت:

تتعدّد العوامل التي تدفع القلق من الموت، فكل إنسان عامل خاص به حيث يرشح "شرلتز" قلق الموت للأسباب التالية:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.

- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.
- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حقّقه الإنسان .
- الخوف من تأثير الموت على سيتركهم الشخص من أسرته خاصّة صغار الأطفال.
- الخوف من العقاب الإلهي.
- الخوف من العدم.
- أما "بيكر برونر" يرجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:
- كراهية الجثة وكراهيتها.
- العدوى الإجتماعية للحزن .
- الاشمئزاز الحضاري .
- الخوف من الصدمة.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه.
- الخوف عما يصاحب الروح من الجسد من ألم شديد.**(أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 191-192)**.

2-3 أنواع قلق الموت:

يذكر تمبلرTimbler1976 بأنّ درجة قلق الموت تحدد من خلال عاملين أساسين يتمثل الاول في الصحة النفسية بوجه عام، إذا أن المضطربين نفسيا ترتفع لديهم درجات القلق الموت، بينا

يتمثل العامل الثاني في خبرات الحياة المتصّلة بموضوع الموت كالجنس والتقدّم في العمر والمرض ولذلك ينقسم قلق الموت إلى نوعين:

- **قلق الموت الحاد:** تظهر أعراضه في زمن قصير وترتبط بخبرات الحياة الفردية كموت قريب أو مرض شديد .
- **قلق الموت المزمن:** يتميز بشدته وطول مدته وازدياد معاناة المريض به ويكون ملازما للمرضى الذين يعانون من الامراض المزمنة الخطيرة بشكل عام **(أحمد محمد عبد الخالق 1987، ص 19)**.

وعليه نلاحظ بأنّه يعتمد على التمييز بين النوعين السابقين على حدة القلق وطول مدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص.

2-4 أعراض قلق الموت:

بإعتبار قلق الموت نوعا من أنواع القلق، نجد تداخلاً الأعراض الجسدية في الجدول الإكلينيكي لكليهما، ومن أبرز الأعراض التي يعانيها الفرد حسب فقيري تونس**(2015، ص 73)** :

- الإصابة بضيق التنفس والإصابة بالصداع والآلام الجسدية المختلفة وتوّهم المرض(مختلف الشكاوي التي لا أساس لها من الصّحة)، وكذلك إضطرابات النوم وخاصة الارق.
- سيطرة النظرة التشاؤمية القاتمة للحياة على الأعراض النفسية بالإضافة إلى سيطرة الإنفعالات السلبية المتمثّلة في البكاء والحزن العميق والشعور بالهواجس السودواية وكثرة الأفكار القهرية الوسواسية المتعلقة بالموت لدرجة الفزع.

- ميّل المريض إلى الإنطواء والإنعزال عن العالم وتجنب المواقف التي لها علاقة بالموت كالجنائز بصفة خاصة، أو حتّى التحدث عن الموت والحوادث المسببة له، حيث تصبح الكأبة الشديدة والإكتئاب عرضيّن أساسين في الجدول الإكلينيكي لقلق الموت.

يتبيّن لنا أنّ القلق يتشارك في أعراضه مع قلق الموت إلاّ أنّ هذا الأمر ترتكز أعراضه على النظرة السلبية الناتجة عن فكرة الموت

2-5 النظريات المفسرة لقلق الموت:

- **نظرية التحليل النفسي:**

يرى فرويد (Freud) بأنّ قلق الموت حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبّل الموت فالقلق فالعصاب الصدمي، ناتج عن قلق الموت الذي ينظر إليه على أنّه قلق يهدّد الحياة (Jean sauret. M.2000: 40) .

أما "ميلاني كلاين" (M klein) فتُرجع قلق الموت إلى الهديد النزوي الناتج عن نزوة الموت الموجودة في اللاشعور منذ الولادة، وكذاالصراع القائم بين نزوتي الحياة والموت، فالبنسبة لها؛ يُعتبر قلق الموت هو أساس كل القلق يصيب الفرد في حياته وأنّه أساسكل الأفكار والتصورات العدائية الناتجة عن النزوات العدائية، بينما "أدلر" (Adler) فيرى بأنّ الوعي المبكر بالموت والخوف منه يساهم في مفهوم الدونية وعقدة النقص، كما يضيف بأنّ المرض العقلي يكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت، كما يرى فليفل (Felfel) بأنّ معظم أنواع القلق الأخرى ما هي إلاّ مظهر خادع لقلق الموت في حين يركز "بيكر" (Beeker) على أنّ مشكلات التكيّف والاضطرابات المزاجية التي تضم الاكتئاب والفصام والعصاب والانحرافات الجنسية تصنّف في إطار واحد هو الخوف من الموت.

أمّا ايرسكون (1963) فيشير إلى أنّ الخوف من الموت مرتبط كذلك باقتصاد تكامل الأنا ويدعّم (Purlak,1973) هذه الفكرة بأنّ المعدل المنخفض للخوف من الموت مرتبط بالافراد الذين شعروا بهدف الحياة وغرضها وبالتالي حققوا نوعا من التكامل **(عادل عز الدين الأشول، 1998، ص 266)**

من هنا نلاحظ بأنّ المفهوم التحليلي في تفسيره لقلق الموت يركّز على الدّور الأساسي الذي تلعبه غريزة الموت بوصفها غريزة للهدم تساهم في ظهور قلق الموت.

- **النظرية السلوكية:**

تقف هذه النظرية موقف ضد أمام الفرويدية، حيث تركز على أنّ القلق سلوك ناتج عن وضع الإنسان في مواقف يكون الهروب فيها أو تجنّب المواقف المستكرهة غير ممكن، فالموت كف تام، ودائم للشعور والوعي والتوّقف البيولوجي للمخ وكل الوظائف الحركية والحسية الأخرى.

- **النظرية المعرفية:**

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكوّنها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق، يكون بموجبها خطأ نسبيا، وحتّى يتم التخلّص من الاضطربات المعرفية، يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالإضطراب المتمّثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (Fanbine, 1984, p108).

2-6 مكوّنات قلق الموت:

حسب **أحمد عبد الخالق،** فقدّ حدّد الفيلسوف "جاك شون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت وهي:

أ- الخوف من الإحتضار.

ب- الخوفممّا سيحدث بعد الموت.

ج-الخوف من توّقف الحياة.

كما ذكر "**كفانو**" في كتابه " **مواجهة الموت**" وبشكل واضح مكوّنات مخاوفه الشخصيّة بالنسبة إلى الموت، وقدّ تضمّنت هذه المخاوف مايلي:

- ✓ عملية الإحتضار.
- ✓ الموت الشخصي.
- ✓ فكرة الحياة الأخرى.
- ✓ النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضّر .

أمّا "**تيفتون**" فقد رأى أنّ قلق الموت يتركّز حوّل مخاوف تتكوّن ممّا يلي:

- ✓ التحلّل أو التفسخ.
- ✓ الركود أو التوّقف.
- ✓ الإنفصال.

كذلك "**لسيتر**" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة، الخوف من الموت في بعديّن كل منهما قطبان كما يلي (الموت/الإحتضار) (الذات / الآخرون).

ومن ثمّ تشمل هذه الجوانب على مايلي

- ✓ الخوف من موت الذات .
- ✓ الخوف من إحتضار الذات .
- ✓ الخوف من موت الأخرين.
- ✓ الخوف من إحتضار الأخرين. **(أحمد عبد الخالق، 1997، ص 45-46).**

2-7 علاج قلق الموت:

يُعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه، حيث أنّه يحقّق أعلى نسب شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة.

إذا كان قلق الموت مرتفع عرض مستقبلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصّحة النفسية أساس، اضافة لخبرات سيئة فإنّه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي.

وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرّف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية والتدريب على الاسترخاء، مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد أظهرت فعالية لتقليل الحساسية والاسترخاء المتدرّج لدى المجموعة التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تلقى أي علاج.

وقد أجريت عدة دراسات في هذا الميدان، حيث كان العلاج جماعيا، فمثلا اعتمد "**تمبلر**" على نظرية العاملين في قلق الموت، يعني أنّ درجة قلق الموت تتحدّد عن طريقتين:

- الصحة النفسية بشكل عام.

- تجارب الحياة المتصلة بموضوع الموت.

حيث يرى أنّه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحبا أو لا لحالة مرضية أو أكثر شمولا كالإكتئاب، عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإنّ هذه الإضطرابات يجب أنّ تُعالج بالعلاج السلوكي أو المواد الكيمياوية باستخدام المسكنات والمهدئات والعقاقير المضادة للقلق التي تخفض نسبة القلق والتوتّر والتهيّج أو استخدام العلاج بالتخليج الكهربائي **(أحمد عبد الخالق، 1987، ص288)**.

ومن أهم تقنيّات علاج قلق الموت نجد:

أ) الاسترخاء:

تعريفه: (2013: 54) الاسترخاء بأنّه تقنيّة ممتازة تمكّن من الاستفادة منها عند الشعور بالضغط النفسي، إذ أنّه يساعد على تقليص القلق والتغيّرات النفسية.

أنواع الاسترخاء:

الاسترخاء الذاتي: تعني التركيز الذاتي؛ حيث أنّ الشخص يقوم بالتركيز على نفسه ليقوم بعملية الاسترخاء.

الاسترخاء السوقرولوجي: يُستعمل مع الافراد الذين يعانون من الأمراض السيكوسوماتية أعراض ما بعد الصدمة، وكذا اضطرابات النوم من أجل نخفيض الألم والمعاناة، وتقوم هذه التقنيّة على مساعدة الفرد على التحكم في كل أجزاء الجسم والعقل والروح، من أجل تحقيق التوازن **(Vanessa saab et al,2005: 72)**.

الاسترخاء التصاعدي: ويعرّف كذلك بالاسترخاء الجاكوبسوني الذي يركز على العلاقة الموجودة بين المعاش النفسي والانفعالي ودرجة التوتر من خلال تطبيق تمارين عديدة من القدمين إلى الرأس.

ب)**التأمل:** عبارة عن استغراق في الذات عن طريق الصمت والإصغاء الداخلي والاسترخاء مثل تمارين اليوغا.

ثانيًا: عمل الأطباء في وضعية الوباء (كوفيد 19):

تمهيد:

في أوقات الكوارث والأوبئة والجوائح، تتعطّل المدارس والجامعات، وتعلن الدول حظر التجوال، تتوقف حركة الطيران والسفر، ويحدث ركود في الأسواق، وتتعالى صيحات التحذير "إلزم بيتك .. واحم نفسك"، صيحات قد تصلح مع البعض، ولكنها لا تصلح مع العاملين في القطاع الصحي من أطباء وممرضين وأخصائيين نفسانيين وعمال وإداريين يجدون أنفسهم في الصفوف الأولى، على خط النار.

1)عمل الأطباء في الأوبئة:

يمكن أنّ ينتشر وباء الكوليرا والحصبة والحمى الصفراء بسرعة ويتسبب بوفيات كثيرة، وهو يشكل خطرًا كبيرًا، خاصة ضمن الظروف المعيشية السيئة، تستوطن الملاريا في اكثر من 100 بلد، بينما يعيش الملايين مع فيروس نقص المناعة البشرية البشرية (الإيدز) والسل، أما الامراض النزفية الفيروسية، مثل الإيبولا أما الوماريورغ فهي أكثر ندرة، ولكنها قد تكون قاتلة في غياب العلاج أو اللّقاح.

في العاميين الماضيين فقط لتفشي الحمى الصفراء في أنغولا وجمهورية الكونغو الديمقراطية، والطاعون في مدغشقر، ووباء الكوليرا والحصبة على نطاق واسع في العديد من البلدان في وسط وغرب إفريقيا، بالإضافة إلى تفشي مرض الحناق المنسي لفترة طويلة في اليمن وبين اللاجئيين الروهينغا في بنغلادش، إضافة إلى مواجهة الأطباء إلى أكبر تفشي للإلتهاب السحالي من الدرجة الثالثة في السنوات التسع الماضية وإلتهاب الكبد الفيروسي (د) في منطقة ديفا في النيجر، حيث يعيش ربع مليون شخص في ظروف مكتظة بعدما نزحو هروبا من العنف والقتل، ويتضح مما سبق؛ أن الأطباء كانوا في الصفوف الأمامية في مواجهة مختلف الأمراض المعدية عبر السنوات.**(أطباء بلا حدود، 2020)**

2) لمحة تاريخية عن وباء الكوفيد 19:

تمّ تمييز الفيروسات التاجية الحيوانية لأول مرة سنة 1930، أمّا الفيروسات التاجية البشرية فاكتشفت لأول مرة في منتصف 1960 في الأنف والجيوب الأنفية لمرضى كانوا يعانون من نزلات البرد الشائعة وحتى بداية الألفية الثانية كان علماء الفيروسات يعتقدون بوجود نوعين فقط من الفيروسات التاجية حتى شهر نوفمبر 2002م، حيث تمّ إكتشاف فيروس تاجي جديد في مقاطعة "**غواندونغ**" في الصين، وهو سبب وباء السارس الذي إنتشر عام 2003 م، وأُطلق عليه اسم الفيروس التاجي (كورونا) المرتبط بمتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم أو SarsCov" وبتطوير طرق التشخيص الجزئي بعد انتشار وباء السارس ادى ذلك إلى انتشار نوع رابع من الفيروس عام (2004)، أُطلق عليه اسم الفيروس التاجي (كورونا) البشري HKU 1 أو H COV–HKU 1، وفي شهر حزيران من عام 2012 تم عزل فيروس تاجي جديد في المملكة العربية السعودية عند رجل مصاب بذات رئة حادة مترافقة مع قصور كلوي، أطلق عليه اسم الفيروس التاجي (كورونا)، وفي نهاية شهر ديسمبر 2019 تم إبلاغ المكتب الإقليمي

لمنظمة الصحة العالمية في الصين بحالات الالتهاب الرئوي المسبّب لمرض غير معروف في إكتشافه في مدينة ووهان بمقاطعة هوبي الصينية، وتم إكتشاف فيروس ثاني جديد على أن<هـ الفيروس المسبب لتلك الحالات من قبل السلطات الصينية يوم 07 يناير 2020 أُطلق عليه اسم الفيروس التاجي (كورونا) المستجد 2019 أو Cov–2019 ليتم تغيير اسمه إلى الفيروس التاجي (كورونا) المرتبط بمتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم Sars–Cov–2 أو فيروس كورونا Covid–19. **(أنور العليوي، 2020، ص21)**

3) بنية الفيروس التاجي:

الفيروسات التاجية؛ فيروسات مغلفّة ذات حجم متوسط إلى كبير (80–220 نانومتر) تحتوي على جيليوم حمض نووي ريبوريمعرد السلسلة موجب الإتجاه، وهو الأكبر بين فيروسات الحمض النووي الفيروسي، إذ يتراوح حجمه بين 27–32 كيلو قاعدة وتلعب 4–5 بروتينات دورا مهما في تركيب النسبة العامة للفيروسات كورونا وفي الشوكة (spikeاختصار S) الغلاف Emelope اختصار E الغشاء (Membrane اختصار M) القصيصة. (Nucleacapsiaاختصار N)وإستراز الراصّة الدموية (Hemaagglutinneاختصار HG).

4) شكل الفيروس التاجي:

يبدو الفيروس التاجي تحت المجهر الإلكتروني بشكل كروي يحتوي على بروزات أو زغابات سطحية بصلية كبيرة، وهي بروتينات الشوكة التي تملأ سطح غلاف الفيروس وتساعد على ارتباط الفيروس التاجي بمستقبلات خاصة على خلية المضيف فتظهر على شكل تاج الملك أو الهالة الشمسية.

5) الآلية المرضية :

تهاجم الفيروسات التاجية البشرية، الخلايا الطلائية الهدبية في منطقة الأنف والبلعوم من خلال مستقبلات خاصة موجودة على هذه الخلايا (مستقبلات آمينوبيتيداز أو مستقبلات حمض السياليك)، أما في حالة إصابة الجهاز التنفسي فتكون عن طريق مستقبلات إنزيم انجيوكنسن المحمول، فتحدث الانقسامات الداخلية في السيتوبلازم بعد وصول المادة الوراثية للفيروس، ويؤدي ذلك إلى تلاف الخلايا الطلائية ثم تنطلق خلايا الكيموكاينزوالإنترلوكينيز وهي خلايا بروتينية متناهية الصغر لها دور مهم في سير رد الفعل المناعي للجسم، فيعقب ذلك تطور أعراض المرض. **(أنور العليوي، 2020، ص21)**

6) الأعراض:

فيروسات كورونا هي مجموعة من الفيروسات التي يمكنها أنّ تسبب أمراضا مثل: الزكام والإلتهاب التنفسي الحاد الوخيم (السارز) ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (ميرز)، تمّ إكتشاف نوع جديد من فيروسات كورونا بعد أنّ تم التعرف عليها كمسبب لإنتشار أحد الأمراض التي بدأت سنة 2019.

تظهر علامات وأعراض الكوفيد 19 بعد يومين إلى 14 يوم من التعرّض له، وتكمن الفترة التالية للتعرّض والسابقة لظهور الاعراض "فترة الحضانة" ويمكن أن تتضمّن العلامات والأعراض التالية:

- الحمى
- السعال.

- التعب

وقد تشمل اعراض كوفيد 19 فقدان حاستي الذوق والشم

- ضيق التنفس.
- آلام العضلات.
- القشعريرة.
- التهاب الحلق
- سيلان الانف.
- الصداع.
- ألم الصدر
- التهاب الملتحمة.
- الغثيان .
- القي.
- الإسهال.
- الطفح الجلدي.

ويمكن أنّ تتراوح أعراض الكوفيد 19 بين الخفيفة إلى الحادة، وقد لا تكون لدى بعض الناس أي أعراض على الإطلاق، قد يعاني بعض الأشخاص من تأزم الأعراض، مثل تفاقم

ضيق التنفس، تفاقم التهاب الرئوي، بعد حوالي أسبوع من بدء اعراض الأشخاص الأكبر سنا عرضة بشكل أكبر لخطر الإصابة بأعراض كوفيد 19، ويزداد ذلك الخطر كلما تقدذم الشخص في العمر، وقد يكون المصابون بحالات الطبية أصلا أكبر عرضة للإصابة بالأمراض الخطيرة.

- أمراض القلب الخطيرة مثل فشل القلب أمراض الشريان التاجي.
- السرطان.
- السكري من النوع الثاني.
- داء الإنسداد الرئوي.
- السمنة.
- التدخين.
- مرض الكلى.
- ضعف المناعة.
- الربو.
- مرض الكبد.
- إرتفاع ضغط الدم.

هذه القائمة ليست شاملة، هناك حالات كامنة أخرى، قد ترفع إحتمال الإصابة بأعراض كوفيد 19 خطيرة.**(مايوكلينيك، 2021)**

7) طرق انتشار الفيروس المسبب لمرض كوفيد (19):

تنتقل العدوى عن طريق القطيرات عندما يخالط شخص شخصا آخر تظهر لديه أعرض تنفسية (مثل السعال أو العطس) مخالطة لصيقة لخطر تعرّض أغشية المخاطية (الفم والأنف) أو ملسحمة (العين) لقطيرات تنفسية يحتمل أن يكون معدية، وقد تنتقل العدوى أيضا عن طريق أدوات ملوثة توجد في بيئة مباشرة المحيطة بالشخص المصاب بالعدوى، وعليه فإنّ العدوى بالفيروس المسبب لمرض كوفيد 19 يمكن أن ينتقل إما عن طريق المخالطة المباشرة لأشخاص مصابين بالعدوى أو المخالطة الغير مباشرة بملامسة ...في البيئة المباشرة المحيطة أو ادوات مستخدمة على الشخص المصاب بالعدوى (مثل سماعة الطبيب أو الترمومتر)

ويختلف إنتقال العدوى بالهواء عن انتقالها بالقطيرات، لأنّ انتقال العدوى بالهواءإلى وجود ميكروبات، ويمكن بقاءها في الهواء لفترة زمنية طويلة وانتقالها من شخص إلى أخر على مسافات تزيد على متر واحد.

وتتوافر بعض البيانات على إحتمال أنّ تؤدي العدوى بمرض الكوفيد 19 إلى عدوى معوية، وتكون موجودة في البراز، ومع ذلك هناك حتى الآن دراسة واحدة فقط زرع في اطارها الفيروس المسبب لمرض كوفيد19، يأخذه من عينة براز واحدة، ولم يبلّغ حتى الآن عن انتقال العدوى بهذا الفيروس من البراز إلى الفم إستنادًا إلى البيانات المتاحة، فإنّ منظمة الصحة العالمية توصي الأشخاص المعنيين برعاية المرض المصابين بالكوفيد (19) باتخاذ التدابير الإحتياطية للوقاية من القطيرات وتفادي المخالطة وباتخاذ التدابير الإحتياطية لتجنب انتقال العدوى بالهواء في الظروف والسياقات التي تطبّق فيها إجراءات والعلاجات الداعمة .

وتُعتبر استخدام الكمامات الطبية خيارا معقولا في حال نقص أقنعة التنفس من نوع: FFP2- N95. **(منظمة الصحة العالمية، 2020)**

8) أربعة مراحل لمرض كوفيد 19:

"سعال، حمى ورشح"، هكذا تظهر أعراض الكورونا، لكن بعض المصابين بالفيروس لا يشعرون بشيء في البداية، رغم أنّه يدب في أجسادهم، وتبقى قوة جهاز المناعة هي الدرع الحامي للإنسان الإصابة الشديدة بالكورونا فتنتهي بالموت أو بالشفاء، فيما يلي أربعة مراحل لابد أن يمر بها من يصاب بالمرض بحسب "**مجلة دير شبيغل**" الألمانية، وموقع "**دوتشي فيلا**".

8-1: إنتقال الفيروس بالعدوى:

وأهم طرق إنتقال العدوى هي قطرات المُخاط واللُّعاب وحتى دموع العين المتناثرة من المصاب، فهي ناقلة أساسية للفيروس، آلاف منها تتنافر في الهواء في أي منطقة يمر بها المصاب، تنتقل إلى الشخص في حال ملامسة أي سطح عليها شيء من الآثار السابقة.

ما إن تتعلق الفيروسات بالإنسان، حتى تمتصّها خلايا الجسد، وتستفيد الفيروسات من آليات عمل الخلايا لإيصال موادها الضارة داخل الخلايا، وما إن يجتاز الفيروس هذه المرحلة، حتى يبدأ في محاذاة آلية الخلية لإنتاج فيروسات جديدة، ثم تبدا الخلية بإنتاج النسخ متناهية الصغر من الفيروس، وتموت الخلايا بسبب الضغط عليها، فتتحرّر الفيروسات، وتبحث عن خلايا جديدة لتخترقها في غفلة جهاز المناعة الذي يحمي الجسم وهكذا يبدأ الطور الثاني من المرض.

8-2: بداية المرض:

الفيروسات الغازية تنطلق في بحثها عن خلايا جديدة، ما يؤدي إلى تنبيه جهاز المناعة للخطر الدائم، فتبدأ بتحريك دفاعاته، بالنسبة إلى المريض ليبدأ شعوره بأنّ شئ غير طبيعي ينتاب بدنه، فترتفع جدارته، ويبدأ بالسعال في محاولة من الجهاز التنفسي لطرد الفيروسات خارج الجسد، بعض الناس لا يشعرون بنشاط جهاز مناعتهم ضد الفيروس، وهذا لأنّها لا تظهر عليهم أي أعراض للمقاومة مثل:الحمى والسعال، والرشح الأنفي والفمي وسيلان الدمع من العين.

8-3: مرحلة القرار:

الأيام التي تلي بداية المرض، هي التي تدب فيها الفيروسات عبر الجسد وإذا نشط نظام المناعة بما يكفي لكبح جماحها، فسيحد من انتشارالفيروس، ويبقى الجسم في هذه المرحلة لا يتعداها إلى الطور الرابع، وهنا يشعر المريض ببعض الراحة، ويبدأ في المرور بمرحلة النقاهة، وغالبية المرضى في هذا الطوّر يتعافون في بيوتهم خارج المشافي، وحتى الآن شُفيت 80٪ من الإجابات في هذا الطوّر، لكن هذا التقييم والنسبة صادرة عن الصين، في ألمانيا بلغت نسبة المصابين الذين يستوجب علاجهم في المشافي نحو 14٪ من مجمل المصابين " في هذا الطوّر هناك احتمال إشتعال الإصابة إلى مرحلة الإصابة الشديدة في هذه الحالة فإنّ الإصابة بمرض كوفيد 19، قد تنتهي بموت المصاب بعد 18 يوم من اصابته.

8-4: مرحلة الشفاء:

مرور الجسم بمراحل الشفاء، طبقا للتقارير الواردة من الصين، يستغرق من أسبوع حتى أسبوعين ليستعيد الجسم عافيته، فإذا كانت الإصابة شديدة، فقد تمتد مرحلة الشفاء من 3 إلى 6

أسابيع، فإذا أتمّ جهاز المناعة عمله، فإنّه سيترك المضادات الحيوية في الخلايا كشاهد على الإصابة، فإذا حاول فيروس كورونا المستجد إختراقالخلاياثانية، فإنّها ستبدأ فورا بتشخيص الخطر، وتبدا بحماية الخلايا لمرحلة معيّنة لمنع وقوع هجمات شديدة من هذا الفيروس.**(الإمارات اليوم، 3أفريل، 2020)**

9) التشخيص:

فيالو.م.أ يعتمد قرار الطبيب بشأن إجراء إختباركوفيد 19 على المؤشرات والأعراض، كما سيأخذ الطبيب بعين الإعتبار ما إذا خالطه شخصا أظهر اختبار إصابته بكوفيد 19، وقد يقرّر طبيبك حاجتك لتلقي الإختبار، إذا كنت أكثر عرضة للإصابة بحالة خطيرة من المرض أو إذا كنت ستخضع لإجراء طبي، إذا كنت مخالطا لشخص مصاب بكوفيد 19.

لإختبار الإصابة بفيروس كوفيد 19، نأخذ من موظف الصحة عينة من الأنف (مسحة أنفية بلعومية) أو عينة من الحنجرة (مسحة حنجرية) أو من اللّعاب ثم تُرسل العينات إلى المختبر لفحصها.**(مايوكلينيك، 2021)**

إنّ إيجابية اختبار PCR تؤكد التشخيص عادة، ويفضل إجراء اختبار PCR ثاني الفيروس لتأكيد التشخيص 100 خصوصا في المناطق التي ينتشر فيها الفيروس بكثرة، أما إذا كانت نتيجة الإختبار سلبية ولازال هناك شك بالإصابة، فتوصي منظمة الصحة العالمية، بأخذ عينات أخرى من مواقع مختلفة من الطرقالتنفسية وفحصها، فقد سُجلت بعض الحلات كانت نتيجة الإختبار المُجرى على صحة من البلعوم الأنفي سلبية، رغم وجود علامات شعاعية لإصابة الرئة، ثبُت فيما بعد أنّها كانت مصابة بمرض كوفيد 19.**(أنور العليوي، 2020، ص89)**

10) **العلاج:**

حتى الآن لايوجد علاج لمرض كوفيد 19، المضادات الحيوية غير فعالة ضد الإلتهابات الفيروسية، يعكف الباحثون حاليا على إختبار مجموعة متنوعة من العلاجات المحتملة وافقت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية على دواء ريمد يسفر المضاد للفيروسات لعلاج البالغين المدخلين إلى المستشفى اثر إصابتهم بكوفيد 19، كما يمكن استخدام باريسيترنيب مع ريمديسفير ممن يحتاجون إلى أجهزة تنفس إصطناعية أو إلى أوكسجين إضافي.

قد يصاب كثير من مرضى كوفيد 19 بأعراض خفيفة، يمكن علاجهم بطرق الرعاية الداعمة ، يركز منهج الرعاية المساند على تخفيف الاعراض

- مسكنات الألم (الأيبوبروفين، والآسيتامينوفين)
- شراب أو دواء علاج السعال.
- الراحة.
- تناول السوائل.

إذا كانت الأعراض خفيفة، يوصيك الطبيب بالتعافي في المنزل، وذلك بإعتقاد إرشادات لمراقبة الاعراض وتجنب مخالطة الأخرين وارتداء الكمامة، والبقاء معزولا في المنزل لبعض الوقت، بحيث لا تحرج إلاّ عند الحاجة لتلّقي الرعاية الطبية.**(مايوكلينيك، 2021)**

11) اللُّقاح:

بعد إكتشاف لقاح فعّال (Mers-Cov,,Sars-Cov) أمرا ملحا ومرغوبا للغاية، ولكنه غير متوفر حتى الآن، ورغم نجاح بعض نماذج اللقاحات على الفئران المخبرية إلاّ أنّ تأثيرها على الإنسان لا يزال محل شك، ويشكل مجالا رئسيًا للبحث في المستقبل لمنع ارتفاع معدلات الإمراضية والوفيات المرتبطة بالأوبئة السابقة. **(أنور العليوي، 2020، ص39)**

الفصل الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1) الدراسة الإستطلاعية:

1-1 أهدافها:

1-2 إجراءتها:

1-3 نتائج الدراسة الإستطلاعية:

2) أدوات الدراسة:

2-1: مقياس قلق الموت:

2-2: طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

3) الخصائص السيكومترية للمقياس:

4) عيّنة الدّراسة الأساسية:

4-1 منهج الدّراسة:

4-2 حدود الدّراسة:

4-3:عيّنة الدّراسة:

5) الأساليب الإحصائية المستعملة:

1) الدراسة الاستطلاعية:

لإعادة حساب الخصائص السيكومترية لأداة الدّراسة، قامت الطالبتان بإختيار أفراد عيّنة الدّراسة الإستطلاعية بالطريقة المتوافرة (المتاحة)، وقدّ تكونت العيّنة من (30) طبيبا وطبيبة، لأنّ المقياس في أصله "قلق الموت" طُبق على جميع فئات المجتمع، وهو مرتبط بعدّد كبير من الأعمار من (16) إلى (85) سنة، وبمتغيرات عديدة كالسن والجنس، وأعادت حساب خصائصه (تقى نوري جعفر الصافي)، حيث أجريت دراسة إستطلاعية في مستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة، كما تمّ تطبيق المقياس على مجموعة من الأطباء ليتم التأكد من تقبلّهم للمقياس وفهمهم له.

1-1أهدافها:

- التعرّف على مجتمع الدراسة.
- تحديد الفرضيات.
- إختيار العيّنة حسب الموضوع
- تطبيق أدوات الدّراسة.

1-2 إجراءتها:

بعد إستلام طلب تسهيل المهمة من إدارة الجامعة (قسم علم النفس) توجهت الطالبتان إلى المؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، حيث قامتا بجمع المعلومات والتعرّف على الأطباء للإستمرار في إجراء الدراسة الإستطلاعية، اشتملت الدراسة عينة الدراسة على (30) طبيب تم اختيارها بطريقة المتوافرة (المتاحة)

1-3 نتائج الدراسة الإستطلاعية:

إنطلاقا ممّا سبق؛ يمكن تلخيص نتائج الدّراسة الإستطلاعية فيما يلي:

- تحديد مشكلة الدّراسة، تحديدا علميا دقيقا وفق الإجراءات التي تتطلبها الدّراسة.
- البحث عن عيّنة الدّراسة والتعرّف على الصعوبات قد تواجهها الدّراسة.

- إختيار وتحديد عينة الدّراسة الأساسية والتي تكونت من (41) طبيب وطبيبة، موزعين على النحو التالي:

- **حسب الجنس:**

21 طبيبة.

20 طبيب.

- حسب السن:

16 طبيب (29-38) سنة.

17 طبيب (39-48) سنة.

8 أطباء(49-59) سنة

2) أدوات الدراسة:

2-1: مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن إستبيان يتضمّن قائمة من الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وُضع هذه المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلرDonald Tembler"، ولقد تُرجم إلى لغات عديدة، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور والإناث وثقافات مختلف، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة ومتغيّرات عديدة كالسن والجنس، الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى، طُبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970.

ولغرض تحقيق أهداف البحث، كان لابد من استعمال مقياس لقياس قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا، قامت الباحثة تقى نوري جعفر الصافي" بتكييفه وفق الأزمة الحالية لفيروس كورونا.

2-2: طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

يمكن تطبيق مقياس" تمبلر "فرديا أو جماعيا، تحتوي كراسة الأسئلة على" التعليمة"التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

-إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص)

-إذا كانت العبارة خاطئة اولا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ) تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها، وتتضمن هذه الكراسة :كتابة سن المفحوص، المستوى الدراسي، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الإختبار مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15 بندا، (09)منها تصحح" بنعم"و (06)تصحح ب "لا"

ويكون التنقيط بإعطاء:

-نقطة (01)للبنود التي تصحح ب(ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

-نقطة(01)للبنود التي تصحح ب(خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

-صفر (0)للبنود التي تصحح(ص)أجاب عليها المفحوص بخطأ.

-صفر (0)للبنودالتي تصحح (خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

جدول (01): يوضح سلم إختبار قلق الموت لدونالد تمبلر.

البنود الي تصحح بـــ: ص	1	4	8	9	10	11	12	13	14
البنود التي تصحح بـــ: خ	2	3	5	6	7	15	/	/	/

يفرض هذا المقياس أن درجة (0)تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها أما درجة (15)فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها، يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي:

- الدرجة التي تتراواح بين (0-06) تشير إلى **عدم** وجود **قلق الموت**.
- الدرجة التي تتراواح بين (07-08) تشير إلى وجود قلق موت "**متوسط**".
- الدرجة التي تتراواح بين (9-15) تشير إلى وجود قلق موت "**مرتفع**".

(زعتر نور الدين، 2008، ص، ص: 102، 105)

3) الخصائص السيكومترية للمقياس:

ثبات وصدق مقياس قلق الموت:تم التحقق الأولي من نتائج الثبات والصدق بالنسبة لهذا المقياس والذي أفرز النتائج التالية:

أ/ الثبات: التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل إرتباطات العبارات فيما بينها ككل كما هو موضح بالجدول التالي :

الجدول رقم (02) يوضح ثبات مقياس قلق الموتعن طريق ألفا كرونباخ

	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
المقياس ككل	000.8	15

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيمة معامل ألفا كرونباخوالذي قدر بالنبسة للمقياس ككل (0.80)، يمكن القول بأنها قيمة تدل على أن هذا المقياس يتمتع بالثبات جيد، حيث نلاحظ أنها قيمة موجبة وأن هناك إنسجام وترابط بين عبارات هذا المقياس يتعدى (0.50) ويكاد يصل إلى الارتباط التام (1).

ب/ الصدق: الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس ككل، كما يلي:

الجدول رقم (03) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس قلق الموت مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمقياس	العبارات	الدرجة الكلية للمقياس
العبارة 1	.963**0	**العبارة 9**	.759**0
العبارة 2	.555*0	**العبارة 10**	-.510*0
العبارة 3	.674**0	**العبارة 11**	.674**0
العبارة 4	.537*0	**العبارة 12**	.674**0
العبارة 5	.805**0	**العبارة 13**	.545*0
العبارة 6	.963**0	**العبارة 14**	.674**0
العبارة 7	.759**0	**العبارة 15**	-.506*0
العبارة 8	.759**0	**الإرتباط دال عند (0.01)****	
الإرتباط دال عند (0.05)*			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) وعددها (10) عبارة حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,96) كأعلى ارتباط كان بين العبارتين (1، 9) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,67) كأدنى ارتباط كان بين العبارات (3، 11، 12، 14) والدرجة الكلية لمحور

ككل، في حين نجد أن هناك خمسة عبارات وهم (2، 4، 10، 13، 15) جاءت كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، وعموما يمكن القول بأن مقياس قلق الموت صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المقياس التي هي فيه.

4) عيّنة الدّراسة الأساسية:

4-1 منهج الدّراسة:

المنهج هو سبيل كل باحث لأجل الوصول إلى نتائج الموضوع المراد دراسته، والإجابة على أسئلته، ويتم ذلك بإتباع خطوات تؤدي إلى الحقيقة التي نريد الوصول إليها، وبما انّ طبيعة الموضوع، هي التي تفرض على الباحث اتباع منهج معيّن دون الأخر، وسعيا لتحقيق أهداف الدّراسة، كان المنهج الوصفي هو الملائم للإجابة على تساؤلات الدّراسة والوصول إلى أهدافها، وذلك لتحديد مستوى "قلق الموت" لدى أفراد العيّنة (الأطباء).

4-2 حدود الدّراسة:

- **الحدود المكانية:** تمت الدراسة الأساسية بالمؤسسة الإستشفائية الزهراوي بالمسيلة.
- **الحدود الزمانية:** استغرقت الدّراسة الأساسية مدة (20) يوما من 2021/04/20 إلى 2021/05/19.

4-3:عيّنة الدّراسة:

تكوّنت عينة الدراسة من مجموعة من الأطباء، من مستشفى الزهراوي، وليتم اختيارهم بطريقة (متاحة) متوافرة، تناولت الطالبتان (41) طبيب تتراوح أعمارهم ما بين (29-59) سنة.

- **تعريف العيّنة المتاحة:**

هي **أسلوب** من أساليب العينات غي إحتمالية والتي يتم اختيار العينات فيها من مجتمع الدراسة فقط، بسبب أنّها متوافرة لدى الباحث، هذه العينات التي يتم إختيارها فقط بسبب سهولة

توظيفها لدى الباحث، وأن الباحث لم يأخذ بعين الغعتبار اختيار العينات التي تمثل كامل مجتمع الدّراسة.

5) الأساليب الإحصائية المستعملة:

فيما يتعلق بالخصائص السيكومترية تم استخدام:

- معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات الأداة.
- معامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي الأداة.

فيما يتعلق بنتائج فرضيات الدراسة تم استخدام:

- اختباري كولموغروف سميرنوف وتشابيرو ويلك للتحقق من شرط اعتدالية التوزيع.
- إختبار **كا²** لجودة التوفيق أو ما يطلق عليه بحسن المطابقة لحساب مستوى لق الموت
- على إختبار مان ويتني، لحساب الفرضية الجزئية الأولى لحساب الفروق في مستوى قلق الموت لدى الأطباء تبعا لمتغير الجنس.
- إختبار كروسكال واليز لحساب الفرضية الجزئية الثانية لحساب الفروق في مستوى قلق الموت لدى الأطباء تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

خلاصة:

تمّ التطرّق لخطوات الدراسة الإستطلاعية التي مكنت الباحثتين من اختيار العيّنة، وكذا ضبط المنهج والأدوات المستعملة للشروع في الدراسة النفسية التي سيتم من خلالها تفسير النتائج ومناقشتها.

الفصل الثالث: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

أولا/ التحقق من شرط التوزيع الطبيعي للبيانات

ثانيا/ التحقق من فرضيات الدراسة:

1- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية العامة:

2- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

3- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الثانية:

الاستنتاج العام:

أولا/ التحقق من شرط التوزيع الطبيعي للبيانات

قبل البدأ في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الاساليب الاحصائية المختلفة والملائمة وجب أولا التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة الحالية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (04) يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة

المتغيرات	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk			القرار
	الاحصاءات	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الاحصاءات	درجة الحرية	مستوى الدلالة	
قلق الموت	0.280	41	0.000	0.756	41	0.000	دال

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم إختبار **كولموغروف سميرنوف** وكذا إختبار **شبيرو ويلك** أن القيم بالنسبة للمتغير محل الدراسة وهو قلق الموت جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يجرنا إلى القول بأن بيانات هذا المتغير تتوزع توزيعا غير طبيعيا وبالتالي فإن كل الاساليب الاحصائية التي ستستخدم في المعالجة هي أساليب لابارامترية كما هو موضح في الملحق رقم (04).

ثانيا/ التحقق من فرضيات الدراسة:

1- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية العامة:

نصت الفرضية العامة لهذه الدراسة على: "**مستوى قلق الموت لدى الأطباء بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة مرتفع**" وللإجابة على الفرضية تم الاعتماد على إختبار**كا²** لجودة التوفيق أو ما يطلق عليه بحسن المطابقة، فكانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يوضح إختباركا² للكشف عن مستوى الطموحلدى أفراد عينة الدراسة

المستويات	التكرار المشاهد	النسبة	التكرار المتوقع	الفرق بين التكرارات	Chi-Square	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
منخفض	2	%05	13.7	-11.7	50.098	2	0.000	دالعند 0.01
متوسط	4	%10	13.7	-9.7				
مرتفع	35	%85	13.7	21.3				
الاجمالي	41	%100	//	//				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (41) طبيبا تباينت مستوياتهم فيما بينها حيث نجد أن (35) طبيبا كان مستواهم على المقياس (مرتفعا) بنسبة مئوية قدرت بـ 85%، ويليها (4) أطباء كان مستواهم على المقياس (متوسطا) بنسبة مئوية قدرت بـ 10%، في حين نجد أن هناك طبيبين كان مستواهما على المقياس (منخفضا) بنسبة مئوية قدرت بـ 5%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (2)

قدرت بـ 50.09 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائيا بين المستويات الخمسة لصالح المستوى الثالث (مرتفع)، ومنه يمكن القول بأن **مستوى قلق الموت مرتفع لدى الأطباء بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة**، وعليه فإن هذه النتيجة **تؤيد** فرضية البحث العامة والقائلة **مستوى قلق الموت لدى الأطباء بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة مرتفع**، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمالا لوقوع في الخطأ بنسبة1%.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع إلى الأوضاع التي نعايشها سواء عالميا أو محليا، هذه الاوضاع الاستثنائية التي فرضها علينا فايروس كورونا وسرعة تفشيه وكذا خطورته، هذا ما زاد هلع أفراد المجتمع وخاصة العاملين في قطاع الصحة من أطباء وممرضين، الذين كان لهم الدّور الكبير في مواجهة هذا الفيروس (كوفيد 19)، ممّا جعل الكثير منهم يشعرون بالقلق والخوف من انتقال العدوى الفيروسية لهم أو لأحد أفراد عائلتهم، وخاصة "قلق الموت" تحت ظروف صعبة وعدم توفر الإمكانيات والوسائل للوقوف أمام هذا الوباء.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ظهور بعض العوامل النفسية التي تساعد على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه.

2- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى للدراسة على : "**توجد فروق ذات دلالة في درجات قلق الموت لدى الأطباء بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة تبعا لمتغير الجنس** " وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على إختبار **مان ويتني**، فكانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) إختبار مان ويتني لدلالة الفروق في قلق الموت لدى الأطباء تبعا لمتغير الجنس

قلق الموت		حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann-WhitneyU	Wilcoxon W	Z	مستوى الدلالة	القرار
الجنس	ذكور	20	18.33	366.50	156.500	366.500	-1.427	0.154	غير دال
	إناث	21	23.55	494.50					
	الاجمالي	41							

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (41) طبيبا قد توزعوا بناء على درجاتهم في قلق الموت حسب متغير الجنس إلى (20) طبيبا بواقع (18.33) كمتوسط رتب، و(21) طبيبة بواقع (23.55) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة إختبار (**Z**) **مان ويتني** والتي بلغت(1.42-) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، ومنه تم قبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود الفروق، وبالتالي يمكن

القول بان هذه النتيجة أتت **معارضة** لفرضية البحث الأولى والقائلة بـ **توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى الأطباء بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة تبعا لمتغير الجنس** أي أنه **لا توجد فورق دالة بين الجنسين في قلق الموت،** ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع إحتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

إختلفت هذه النتيجة مع ما توصل إليه "ميدلتونMiddletoun" في دراسة أعدّها سنة 1977 بعنوان "**الفروق بين الجنسين في قلق الموت**" فقد بيّنت النتائج أنّ الإناث عند مقارنتهم بالذكور كن يفكرن بالموت الذاتي بصورة أكبر.

ويمكن إرجاع عدم وجود الفروق بين الجنسين لكون أنهم يواجهون نفس الظروف المعيشية وخاصة في ضل إنتشار الوباء فنلاحظ أن كل العاملين في قطاع الصحة يواجهون نفس التحديات فيما يتعلق بهذا الوباء مما يفسر تقارب مستوياتهم في قلق الموت.

3- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية للدراسة على : "**توجد فروق ذات دلالة في مستوى قلق الموت لدى الأطباء بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة تبعا لمتغير السن**"، وللتحقق من هذه الفرضية تم اللجوء إلى إختبار **كروسكال واليز،** فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (07) يوضح إختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في قلق الموت تبعا لمتغير المستوى السن

السن		حجم العينة	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
التكيف النفسي	29-38 سنة	16	25.94	4.686	2	0.096	غيردال
	39-48 سنة	17	17.59				
	49-59 سنة	8	18.38				
	الاجمالي	41	//				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (41) طبيبا قد انقسمت حسب متغير قلق الموت إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى الأطباء الذين تراوحت أعمارهم بين (29-38 سنة) وقد بلغ عددهم (16) طبيبا بمتوسط رتب بلغ 25.94، أما المجموعة الثانية فتمثل الأطباء الذين تراوحت أعمارهم بين (39-48 سنة) وقد بلغ عددهم (17) طبيبا بمتوسط رتب بلغ 17.59، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأطباء الذين تراوحت أعمارهم بين (39-59 سنة) وقد بلغ عددهم (8) أطباء بمتوسط رتب بلغ 18.38، وقد أفرز اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليز (H) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية (2) بـ 4.68 وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، ومنه تم قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفروق، وبالتالي فإن هاته النتيجة المتوصل إليها

تعارض فرضية البحث الثانية القائلة بـ **توجد فروق ذات دلالة في درجات قلق الموت لدى الأطباء بولاية المسيلة تبعا لمتغير السن**أي أنه **لا توجد فورق دالة تبعا للسن في قلق الموت،** ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

اختلفت هذه النتيجة مع ما توصل إليه "لسيترLester " سنة 1967 حيث ذكر أن كبار السن يخافون من الموت بدرجة أقل ماداموا في صحة جيدة في حين ان كبار السن ممن لديهم أنشطة قليلة لشغل وقت فراغهم كانوا أكثر خوف من الموت، وأنّ الخوف من الموت أقل لدى الأشخاص الذين يقيمون في بيوت رعاية المسنين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن العاملين في قطاع الصحة على إختلافأعمارعم لديهم مستوى متقارب من قلق الموت بحكم أن الوباء لا يرتبط بعامل السن وإنما بصحة الفرد من عدمها لذلك فهم يدركون جيدا ان الوباء سيكون قاتلا بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة أكثر من غيرهم، ويدركون أيضا أن إصابة الفرد بأي مرض مزمن ليس له علاقة بعامل السن وبالتالي هذا ما يفسر عدم وجود فروق بين العاملين في قطاع الصحة تبعا لعامل السن.4

الاستنتاج العام:

من خلال الدراسة الميدانية لموضوع الدراسة وتحليل البيانات إحصائيا توصلنا إلى مجموعة من النتائج والتي سنعرضها فيما يلي:

1. مستوى قلق الموت لدى الأطباء بولاية المسيلة مرتفع
2. وجود فروق ذات دلالة في المناخ المدرسي لدى المراهق المتمدرس في المرحلة الثانوية تبعا لمتغير الجنس
3. وجود فروق ذات دلالة في درجات قلق الموت لدى الأطباء بولاية المسيلة تبعا لمتغير السن
4. توجد فروق ذات دلالة في درجات قلق الموت لدى الأطباء بولاية المسيلة تبعا لمتغير السن

خاتمـــــــة

خاتمة

إنّ منطلقنا في البحث؛ كان من أجل الوصول إلى معرفة مستوى "قلق الموت" لدى الأطباء في جائحة كورونا، الذي تبيّن أنّه يعانون فعلا من قلق موت كبير نتيجة تحمّلهم مسؤولية المرض (كوفيد 19) والمريض المصاب، والتي بدورها تؤدي إلى ظهور جملة من الاضطرابات النفسية الخطيرة والتي يصعب على الطبيب التخلّص منها.

فقد اجتاح فيروس مستجد، الصين والعالم بشكل سريع مع حلول احتفال بالعام الصيني الجديد، وقد تفشى الوباء وانتشر بشكل سريع ممّا شكّل خطورة على سلامة الأرواح الشعوب وصحتهم البدنية والنفسية.

والنظريات التي خدمتنا في بحثنا هذا، هي النظرية السلوكية والمعرفية في تفسير "قلق الموت"، وقد كان المنهج المستخدم في البحث هو: المنهج الوصفي، وقد استعملنا لجمع المعلومات، الاستبيان (مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر Donald Tembler).

وقد توصلّنا إلى أنّ مستوى قلق الموت لدى عيّنة من الأطباء بمستشفى الزهراوي بالمسيلة مرتفع، نتيجة ضغوطات العمل، الخوف من العدوى ونقص الخبرة في مواجهة هذا الفيروس، وألم الانفصال عن الأحبة.

وفي الأخير؛ أتمنى أنّ تكون هذه الدّراسة المتواضعة، بداية لعمل أفضل في فهم هذا الفيروس (كوفيد 19)، وتأثيره على حياتنا وخاصة على الأطباء.

المراجـــــع

قائمة المراجع:

أولا: باللغة العربية:

1) أحمد محمود عبد الخالق (1987): **قلق الموت، علم المعرفة**، الكويت.

2) بشير معمرية (2009): **دراسات نفسية في الذكاء الوجداني (للإكتئاب، اليأس، قلق الموت، السلوك العدواني، الإنتحار)**، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، ط(1)، مصر.

3) دليل وقاية الصحة النفسية، من فيروس كورونا، إعداد وإشراف دائرة مكافحة الأمراض والوقاية منها بكلية الصحة الوطنية الصينية، تحرير جميعة الصحة النفسية الصينية، تر: أمينة سكري، مراجعة وإشراف أحمد سعيد، ط(1)، 2020، بيت الحكمة للإستثمارات الثقافية، القاهرة.

4) زهران حامد (1977): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط(2)، عالم الكتب، القاهرة.

5) شويّخ هناء أحمد (2007): **أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية**، إيتراك للطباعة والنشر، القاهرة

6) عادل عز الدين الأشول (1998): **علم النفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة**، مكتبة الأنجلومصرية، ب.ط، القاهرة، مصر.

7) عبد اللطيف حسن فرج (2009): **الإضطرابات النفسية**، ط(1)، دار حامد للنشر والتوزيع، مكة المكرمة.

8) عيسوي عبد الرحمان (1984): **العلاج النفسي**، دار النهضة العربية .

9) معاوية أنور العليوي (2020): **كورونا القادم من الشرق**، ط(1)، منارة العلم، دبي.

ثانيا: باللغة الفرنسية:

1) **Bouregba A. et lebret, (2008): les Angoises de mort et la peur de mourir, l'accompagnement de la fin de vie,scence direct, progrés en urologie, suppl.7, p426-429, elseveirmasion.**

ثالثا: المواقع الإلكترونية:

1) www.Msf.org: (11.04.2021، 10h00)

2) www.mayoclinic.org (11.04.2021، 21h00)

3) **www.who.int** (17.04.2021، 21h00)

4) **www.emaratalyoum.com** (25.04.2021، 22h00).

الملاحــق

ملحق رقم (01)

الجنس: .....

السن: .....

- **التعليمة:**

إذا كانت العبارة صحيحة او تنطبق عليك بشكل كبير، ضع دائرة حول (ص).

إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).

عبارات الاختبار:

1.أخاف كثيرا من الموت	ص	خ
2.نادرا ما تخطر لي فكرة الموت	ص	خ
3.لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	ص	خ
4.أخاف أن تجرى عملية جراحية	ص	خ
5.لا أخاف إطلاقا من الموت	ص	خ
6.لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص	ص	خ
7.لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت	ص	خ
8.أتضايق كثيرا من مرور الوقت	ص	خ
9.أخشى أن أموت موتا مؤلما	ص	خ
10.إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا	ص	خ
11.أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	ص	خ

12.كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا	ص	خ
13.أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	ص	خ
14.يزعجني منظر جسد ميت	ص	خ
15.أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني	ص	خ

ملحق رقم (02) نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أولا/ الثبات:

Reliability

ReliabilityStatistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0.800	15

ثانيا/الصدق:

Correlations

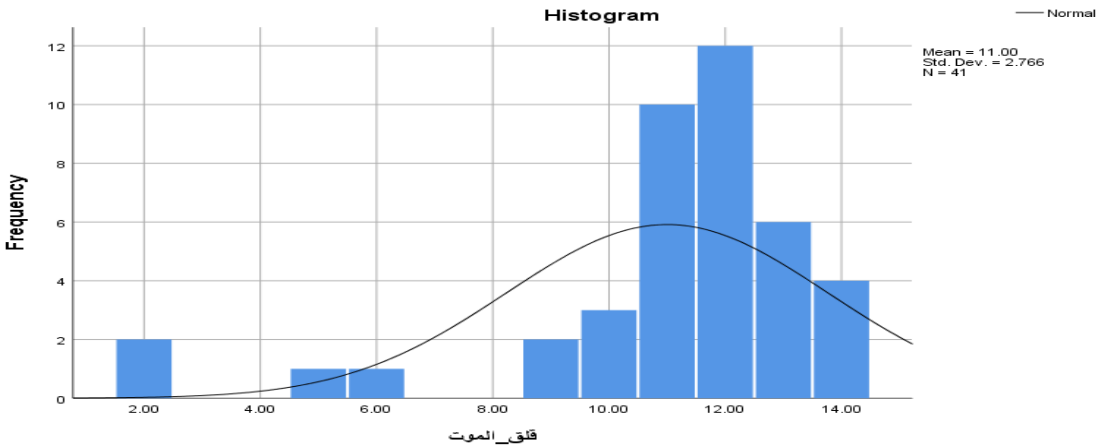
Correlations					
		الكلي			الكلي
ب1	Pearson Correlation	0.963**	ب9	Pearson Correlation	0.759**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	20		N	20
ب2	Pearson Correlation	0.555*	ب10	Pearson Correlation	-0.510-*
	Sig. (2-tailed)	0.011		Sig. (2-tailed)	0.022
	N	20		N	20
ب3	Pearson Correlation	0.674**	ب11	Pearson Correlation	0.674**
	Sig. (2-tailed)	0.001		Sig. (2-tailed)	0.001
	N	20		N	20
ب4	Pearson Correlation	0.537*	ب12	Pearson Correlation	0.674**
	Sig. (2-tailed)	0.015		Sig. (2-tailed)	0.001
	N	20		N	20
ب5	Pearson Correlation	0.805**	ب13	Pearson Correlation	0.545*
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.013
	N	20		N	20
ب6	Pearson Correlation	0.963**	ب14	Pearson Correlation	0.674**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.001
	N	20		N	20
ب7	Pearson Correlation	0.759**	ب15	Pearson Correlation	-0.506-*
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.023
	N	20		N	20
ب8	Pearson Correlation	0.759**	*. Correlationissignificantat the 0.05 level (2-tailed).		
	Sig. (2-tailed)	0.000	**. Correlationissignificantat the 0.01 level (2-tailed).		
	N	20			

ملحق رقم (03) نتائج الدراسة الأساسية

أولا/ التحقق من طبيعة التوزيع:

Explore

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
قلق_الموت	0.280	41	0.000	0.756	41	0.000
a. LillieforsSignificance Correction						



ثانيا/التحقق من فرضيات الدراسة:

الفرضية الاولى:

Chi-Square Test

Frequencies							
	المستوى						
	Category	Observed N	Expected N	Residual	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
1	منخفض	2	13.7	-11.7	50.098[a]	2	0.000
2	متوسط	4	13.7	-9.7			
3	مرتفع	35	13.7	21.3			
Total		41					

الفرضية الثانية:

Mann-Whitney Test

Ranks					Test Statistics[a]			
الجنس		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
قلق_الموت	ذكور	20	18.33	366.50	156.500	366.500	-1.427	0.154
	إناث	21	23.55	494.50				
	Total	41						

الفرضية الثالثة:

Kruskal-Wallis Test

Ranks				Test Statistics[a,b]		
السن		N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
قلق_الموت	29-38	16	25.94	4.686	2	0.096
	39-48	17	17.59			
	49-59	8	18.38			
	Total	41				

الملحق رقم (04)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

المسيلة في : 2021/6/2

إلى السيد: مدير المؤسسة الاستشفائية لزهراوي

الموضوع: تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية

تحية عطرة وبعد ...

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

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس الجنائي

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: تعلق الموت لدى عينة من الأطباء في وضعية الوباء دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة

المشرف: يورنان سامية

1- اسم ولقب الطالب: حريز عائشة رقم التسجيل 163509247

2- اسم ولقب الطالب: قندوزي فتيحة رقم التسجيل 00477268

في الفترة الممتدة من: 2021/04/20م إلى غاية 2021/05/09م

في الأخير لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.

رئيس القسم

نائب العميد المكلف بالبحث العلمي

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

الملحق رقم (05)

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

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

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

تصريح شرفي
خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله:

السيد (ة): قندوزي فتيحة الصفة : طالب، أستاذ، باحث طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 201829667 والصادرة بتاريخ: 2017/09/20

والمسجل بكلية علوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس

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

عنوانها: قلق الموت لدى عينة من الأطباء في وضعية الوباء (كوفيد 19) دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة.

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

التاريخ: 7 جوان 2021

توقيع المعني (ة)

Guendouzi

المرجع: القرار 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020

الملحق رقم (06)

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

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

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

تصريح شرفي
خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا الممضي أسفله:

السيد (ة): جيريو عائشة الصفة : طالب، أستاذ، باحث طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 206203741 والصادرة بتاريخ: 2020/12/01 .

والمسجل بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس

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

عنوانها: مستوى قلق الموت لدى عينة من الخطباء في وضعية الوباء كوفيد 19 دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة

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

التاريخ: 7 جوان 2021 .

توقيع المعني (ة)

المرجع: القرار 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020

تم بحمد الله