

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

مدى إنتشار قلق الموت بين المسنات الأرامل
في مخيمات شمال الضفة الغربية

بهاء الدين أنور عبد اللطيف قاسم

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1436هـ/2015م

مدى إنتشار قلق الموت بين المسنات الأرامل
في مخيمات شمال الضفة الغربية

إعداد

بهاء الدين أنور عبد اللطيف قاسم

بكالوريوس علم إجتماع /جامعة النجاح الوطنية/فلسطين

المشرف الرئيس: الدكتورة نجاح الخطيب

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية
من كلية الصحة العامة/برنامج الصحة النفسية المجتمعية/جامعة القدس.

1436هـ/2015م



عمادة الدراسات العليا
برنامج الصحة النفسية المجتمعية

إجازة الرسالة

مدى إنتشار قلق الموت بين المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية

الطالب: بهاء الدين أنور عبد النطيف قاسم

الرقم الجامعي: 21111625

المشرف الرئيس: الدكتورة نجاح الخطيب

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2015/5/10 من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوافقهم:

- 1- رئيس لجنة المناقشة: الدكتورة نجاح الخطيب
التوقيع: نجاح الخطيب
- 2- ممتحنا داخليا: الأستاذ الدكتور تيسير عبد الله
التوقيع: 10/5/15
- 3- ممتحنا خارجيا: الدكتور نبيل الجندي
التوقيع: [Signature]

القدس - فلسطين

1436هـ/2015 م

إقرار

أقر أنا مقدم هذه الرسالة بأنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الدراسة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أية درجة عليا لأية جامعة أخرى أو معهد آخر.

الاسم: بهاء الدين أنور عبد اللطيف قاسم

التوقيع:.....

التاريخ: 2015/5/10

الإهداء

إلى والدتي الحبيبة ووالدي الحبيب الذين أكرمني الله بدعواتهما.

إلى زوجتي الحبيبة التي منحني الحب والأمل.

إلى شقيقتي التي قاسمتني الحياة منذ طفولتنا.

إلى بناتي وأبنائي روح الحياة وأمل الغد.

إلى زميلاتي وزملائي في المهنة والعمل.

إلى طلاب العلم ومقدمي الخدمات الإنسانية أينما وجدوا.

شكر وعرافان

الشكر والحمد لله في الأولى والآخرة، الذي أعانني ومنحني القوة لإكمال دراستي، رغم كثرة التحديات والصعوبات.

وأود أن أقدم الشكر إلى كل من ساهم وتعاون معي في إكمال هذا البحث، الذي لم يكن بهذه الصورة التي هو عليها لولا جهود الخيرين من المشرفين والأساتذة الأكارم وأخص بالذكر الدكتورة نجاح الخطيب التي أشرفت على هذه الدراسة.

وأقدم بالشكر أيضا إلى وكالة الغوث الدولية وجميع المسؤولين والعاملين وأخص بالذكر الدكتور أمية خماش الذي منحني الفرصة للدراسة في برنامج ماجستير الصحة النفسية، كذلك الدكتور بسام ماضي مدير برنامج الصحة النفسية المجتمعية سابقا بوكالة الغوث الذي شجعني على استكمال دراستي والالتحاق بالبرنامج.

كما أتوجه بالشكر للزميلات والزملاء في دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية ممثلة بإدارة الدائرة ومديري البرامج والأقسام والباحثين الاجتماعيين في مخيمات منطقة الشمال لتعاونهم معي بتزويدي بالإحصائيات والبيانات الخاصة بمن شملهم البحث.

وأتوجه بالشكر والتقدير لإدارة منطقة نابلس في كالة الغوث الدولية ممثلة بمدير المنطقة ومديري المخيمات لتسهيلهم إجرائي للمقابلات والوصول للمبحوثين. كذلك أشكر زملائي مشرفي برنامج الصحة النفسية والمرشدين النفسيين في عيادات وكالة الغوث لدعمهم ومساندتهم لي.

وجزيل الشكرو الإمتنان للأخوات المسنات الأرامل اللواتي تعاون معي إثناء إجراء المقابلات وتعبئة الاستمارات، متمنيا لهن طول العمر والسعادة في حياتهن.

وكل الحب والتقدير لكل من ساعدني

الملخص:

هدفت الدراسة التعرف على مدى إنتشار قلق الموت بين المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل درجة التدين والحالة الصحية، العمر والفترة الزمنية للفقدان والمستوى التعليمي والوضع المعيشي في الفترة الزمنية مابين (بداية الفصل الثاني للعام الدراسي 2014 حتى نهاية شهر أيار 2015) مستخدما المنهج الوصفي وكذلك المنهج النوعي وذلك لملاءمتها لطبيعتها.

قام الباحث بتوزيع (228) استبانة على عينة الدراسة البالغة حوالي 10% من مجتمع الدراسة، وتضمنت الاستبانة مقياس قلق الموت العام الذي أعده عبد الخالق (1996) ويتكون من أربعة مجالات هي: الخوف من الموتى والقبور، والخوف مما بعد الموت، والخوف من الأمراض المميتة، والانشغال بالموت وأفكاره، كذلك تم اختيار مجموعة من المسنات كعينة قصديه تتكون من 20 مبحوثة موزعات على خمس مخيمات هي: (بلاطه وعسكر والفارعة ونور شمس وطولكرم) للاجابة على أسئلة الدراسة الكيفية، حيث تم تصميم أسئلة خاصة بالبحث النوعي معتمدة على مقياس قلق الموت الذي تم استخدامه في البحث الكمي ونتائج إجابات المبحوثات حيث تمت مراعاة ملاحظة تجنب المبحوثات في الحديث عن مشاعرهن وقلقهن ومخاوفهن بصراحة.

عولجت البيانات إحصائيا باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة مستوى استجابة منخفضة للمبحوثات لمجالات مستوى قلق الموت وهي الخوف من الموتى والقبور، الخوف مما بعد الموت، الخوف من الأمراض المميتة والانشغال بالموت وأفكاره وإلى مستوى استجابة منخفضة للمبحوثات لفقرات المجال الأول، بينما إلى مستوى إستجابة متوسطة لفقرات مجال الدراسة الثاني وهي أخشى عذاب القبر ويشغلني التفكير فيما سيحدث بعد الموت وإستجابة منخفضة للمجال نفسه لفقرة: أخشى أمورا مجهولة بعد الموت، في حين أشارت إلى مستوى استجابة منخفضة لفقرات المجال الثالث بإستثناء فقرة: أخاف من أن أصاب بالسرطان فكانت متوسطة، وإلى مستوى استجابة منخفضة للمبحوثين لفقرات المجال الرابع.

أما نتائج الدراسة النوعية فقد أشارت إلى أن الموت يحمل معاني متباينة لكل من المبحوثات تراوحت بين معان إيجابية وسلبية، فمنهن من ترى في الموت رحمة (90%)، ومنهن من ترى فيه سؤالا وعذابا (100%) وأن الغالبية من المبحوثات (65%) عبرن عن قلق متوسط، في حين أن (23%) عبرن عن قلق قليل، وأن نسبة قليلة (15%) عبرت عن قلق مرتفع من الموت، في حين كان هنالك

اختلاف في تأثير خبرة الموت على المبحوثات بين مراحلهن العمرية فنجد أن خبرة الموت التي عرفنها في الطفولة أثرت على تفكيرهن بطريقة اختلفت عنها في حياتهم الحالية بعد أن بلغن من العمر مرحلة الشيخوخة وأن غالبية المبحوثات (64%) ازداد قلق الموت لديهن في حال احساسهن بالمرض أو عند ظهور مرض لديهن، وقد عبرت المبحوثات أن كامل استعداداتهن للموت تتبع من المعتقدات الدينية لديهن بحيث يسعين من خلال تلك الاعمال الى توفير أعلى درجة ممكنة من الامتثال للتوجيهات الربانية بهدف الخلاص من عذاب القبر أو الآخرة، وقد خرج الباحث بمجموعة توصيات للباحثين والأخصائيين وصناع القرار.

The Prevalance of Death Anxiety among Elderly Widows Women in Refugee Camps at the North West Bank.

Prepared by: Bahaa Addin Anwar Qassem.

Supervisor: Dr. Najah Alkhatib.

Abstract:

Aim: This study aimed to identify death anxiety among widowed senior in refugee camps in Northern district of the West Bank. Also, it aimed to identify its relation with the factors of educational level, the level of religious commitment, health and living condition, age and time of loose.

Method: For achieving the study's purpose, a scale consisting of (20) items and four domains has been developed, distributed among (228) individuals of study sample in five refugee camps. The questionnaires were gathered, codified, entered the computer and statistically processed by using the statistical package of social science (SPSS).

Results: The study results on the targeted sample show a low degree of response on the domain of death anxiety on the items of fear from death and graves, fear from after death, fear from fatal diseases and fear from the idea of death. A moderate response degree has been found on the second domain on the items of "I fear grave punishment and I'm thinking about beyond death", low degree of response on the third and fourth domains except for the item of "I fear cancer".

The results of the qualitative study have indicated that death bears contradictive meanings, positive and negatives. Some of them think that death is a mercy (90%), question and punishment (100%). The majority of the tested sample expressed medium level fear. Meanwhile, (23%) expressed a low degree of fear and (15%) had a high level fear of death.

Moreover, the results show that there were differences on the effect of the experience on the tested sample due to their age group. It showed that death experienced in childhood affected their way of thinking in a different way of their current life after they became senior; the majority of them (64%) feel an increasing level of death anxiety when they feel sick or have a disease. Also, the tested sample expressed that their full awareness for death is based on their religious beliefs through which they seek the best comment to the

spiritual and religious commands so they can avoid the grave or the hereafter life punishment.

Recommendations: The researcher has come up with a group of recommendation to both decision makers and specialists.

الفصل الأول خلفية الدراسة

- 1.1 المقدمة
- 2.1 مشكلة الدراسة
- 3.1 أهمية الدراسة
- 4.1 هدف الدراسة
- 5.1 أسئلة الدراسة
- 6.1 حدود الدراسة
- 7.1 مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

1.1 المقدمة:

الموت حقيقة لا يمكن تجنبها حيث أنه يمس كل واحد منا في وقت ما من الحياة فقد قال تعالى(كل نفس ذائقة الموت ثم إلينا ترجعون)(العنكبوت:57).

يوجد لدى الإنسان ميل شديد للخوف من المجهول والأشياء الغريبة وغير المتوقعة، بالإضافة إلى أن الموت خبرة جديدة، وهناك علاقة موجبة ما بين قلق الموت والخوف من التقدم بالعمر حيث يرتبط التقدم بالعمر مع الموت برباط منفرد، وينظر إلى العمر المتقدم على أنه مقدمة للموت، ومن هنا فإن الإحساس بالتقدم بالعمر أو حتى التفكير فيه يمكن أن يثير قلقا يرتبط أساسا بالموت (عبد الخالق،1987).

تعتبر مرحلة التقدم في العمر من أكثر المراحل التي تتبئ الإنسان بدنو أجله، ويكتنفها بصورة عامة نوع من الاضطرابات على المستوى الفسيولوجي والسيكولوجي المتمثل بالخمول، والعجز، والعزلة، والحزن، والفراغ الكبير، بعد أن كانت حياته مليئة بالنشاط والفاعلية والمتعة في المراحل العمرية السابقة لهذه المرحلة، حيث أن فتور حيوية الحياة وفاعليتها يضيف نوعا من القنوط والحزن بالنسبة للمسن، وخاصة عندما يشعر بفارق التغيرات التي تحدث له مع مرور الزمن وعلى كافة الميادين والأصعدة، وقد يكون من أشد هذه المتغيرات وطأتها وأكثرها حزنا هو انعدام حالة التفاعل مع الأسرة والمجتمع الذي يحيا فيه (زهران، 1985).

يحس المسن بمشاعر الفقدان ويتعايش معها سواء تلك المتعلقة بفقدان الشريك أو الأصدقاء أو الوظيفة وفقدان القدرة على الكسب، وفقدان الهدف من الحياة وخاصة وهو يشعر بقرب نهايته المحتومة، الأمر الذي يدفعه للشعور بالقلق، فنجد يدير ظهره للحياة بعد أن كان مقبلا عليها، و متمسكا بها، ثم يشعر أن وقت الرحيل قد آن، وبالتالي فهو مقبل على مجهول لا يعلم محتواه.

ويعتبر قلق الموت واحدا من مصادر القلق التي تنتشر لدى كبار السن إضافة إلى القلق المتعلق بالصحة، وقلق الانفصال، والإحساس بالوحدة والفراغ، كما أن حالة القلق في مرحلة الشيخوخة تعد سمة مميزة لهذه المرحلة، فكلما تقدم الأفراد في العمر زاد مستوى القلق لديهم (عبد المعطي، 1988).

وكثير منا يخشى كلمة الموت، كواحدة من أكثر المشكلات التي حيرت البشرية، والتقدم بالسن والموت ظاهرتان طبيعيتان متلازمتان تؤدي الأولى إلى الثانية، حيث أن الموت يعتبر حدثا حتميا مع التقدم في السن، والمسنون أكثر الأفراد إقترابا من الموت، وأكثر توقعا له (الزبيدي، 2009).

ويشعر كل إنسان بالحزن والأسى في بعض المواقف التي تتطلب ذلك، وهناك درجات من الحزن منها ما يكون وقعه شديدا على الذات كفقدان شخص عزيز من محيط الأسرة أو المجتمع، أو حالات الطلاق التي تحدث بين الأزواج، والتي قد تصبح هذه المشاعر أقل حدة مع مرور الزمن، وقد يؤدي هذا الحزن الشديد إلى درجة من درجات القلق لدى كبار السن الذين تورقهم الوحدة، حيث أثبتت البحوث والدراسات أن المسن قد يكون لديه قلق نفسي دون أن يدري وقد تتكون لديه أعراض القلق عبر المواقف الصعبة المتراكمة عبر السنين والتي تنبئ عن حزن شديد وقد أظهرت الإحصاءات أن (19%) من المسنين يعانون القلق وعدم الارتياح حسب رأي بلازر (Blazer,1990).

ويعتبر قلق الموت من أكثر الاضطرابات النفسية لدى المسنين وما ينتج عنها من مشكلات، مما يجعلهم دائما في توتر وقلق مستمرين، فهم دائمو التفكير فيه، ويخافون من الموت وحيدين (غانم، 2001).

من الملاحظ أن هنالك اهتماما محدودا أو قليلا بالمسنين، ومن خلال عمل الباحث كمرشد نفسي بالمراكز الصحية في وكالة الغوث الدولية عدة سنوات وتواصله المباشر مع الفئات المجتمعية المختلفة من النساء والأطفال والشباب والمسنين، لاحظ أن هنالك اهتماما مجتمعيًا ومؤسسيًا بمعظم الفئات باستثناء المسنين، حيث يقتصر الاهتمام بهم في الأغلب على شريك الحياة أي أن الاهتمام بالمسن أو المسنة يتم من خلال الزوج أو الزوجة بالشكل الأكبر، وقد كان الباحث يرى التغيير الملحوظ على

المسنين بعد وفاة شريك الحياة بغض النظر كان ذكراً أو أنثى، وكأن لسان حالهم يقول أنهم في عداد الأيام أو الساعات الأخيرة من حياتهم، حيث كون استمرارية حياتهم بعد وفاة الشريك مخيبة لتوقعاتهم من حيث الاهتمام بهم من قبل أبنائهم أو أحفادهم أو حتى مؤسسات المجتمع المحلي، فتجدهم خلال اللقاءات والأنشطة المجتمعية التي يتم عقدها بالموقع أو خلال حضورهم للمركز الصحي في أسوأ حال حيث الملابس الرثة والبالية وتدني الوضع الصحي لهم وعدم اهتمامهم بالالتزام بتناول العلاج خاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة كالسكري والضغط، وهنا كان الباحث يلاحظ الفرق بالصورة والمشهد بعد فقدان المسن شريك حياته، فكانوا يستمرون بالحياة لأيام وسنوات وقد تصل لعشرات السنين وهم يعيشون قلق الموت إذا ماجاز لنا التسمية، وهذا لا ينفي الجانب الآخر من الصورة وهو أن هنالك من المسنين من يتلقون الاهتمام والرعاية والحب من العائلة والأسرة الممتدة بعد وفاة الشريك وهنالك الكثير من صور الوفاء والمودة والرعاية لهؤلاء المسنين.

لقد أفادت الإحصاءات الخاصة بالجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2013م أن التحسن الملحوظ في معدلات البقاء على قيد الحياة منذ بداية العقد الأخير من القرن الماضي، أن معدل البقاء على قيد الحياة ارتفع بمقدار 5-7 سنوات خلال العقدين الماضيين، إذ ارتفع من نحو 67.0 عاماً لكل من الذكور والإناث عام 1992م إلى 71.5 عاماً للذكور و74.4 عاماً للإناث منتصف العام 2013م مع التوقع بارتفاع هذا المعدل خلال السنوات القادمة ليصل إلى نحو 72.0 عاماً للذكور، و75.0 عاماً للإناث في العام 2015م، مما يعني ارتفاع أعداد كبار السن في فلسطين (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

ومن خلال النظر إلى الإحصائيات نجد أن التحسن الملحوظ على مستوى البقاء على قيد الحياة والارتفاع الملحوظ خلال السنوات القادمة وما تم ذكره في بداية هذه المقدمة وخصوصاً فيما يتعلق بالمسنين الفاقدين شريك الحياة كان دافعاً أساسياً للباحث لاختيار هذا الموضوع للتعرف إلى قلق الموت لدى هذه الفئة وعلاقته ببعض المتغيرات.

2.1 مشكلة الدراسة:

تواجه المجتمعات المعاصرة ظاهرة ارتفاع نسبة الأفراد الكبار في السن بالنسبة لعدد السكان، خاصة وان هذه الظاهرة بدأت تظهر بشكل واضح في الدول النامية والتي تتضمن مجتمعاتنا العربية، فقد أطلق على هذا العصر عصر المعمرين، وسيكون كبار السن أكثر عدداً من مجموع فئة الأطفال ما بين واحد إلى أربعة وهذا يعني أنهم سيشكلون نسبة تزيد عن (20%) من سكان الأرض خلال العقود

المقبلة، علماً بأن نصف المسنين في الوقت الحاضر والذين يبلغون سن الستين سنة يعيشون في المجتمعات النامية (تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2012).

ومن أجل العمل على تأمين احتياجات المسنين الضرورية وصياغة الأنشطة والبرامج التي تحول دون شعورهم بأنهم عبء على أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعهم الذي هم جزء منه، تنبه العلماء إلى أهمية دراسة حاجات المسنين، وأوضاعهم المعيشية ودرجة رضاهم عن حياتهم ومستوى قلق الموت لديهم وغيرها من المتغيرات ذات العلاقة نتيجة للزيادة المتنامية في أعداد المسنين في المجتمعات الإنسانية ظهرت الحاجة الملحة إلى الاهتمام بتلك الشريحة من أفراد المجتمع ودراستها والتعرف على أوضاعها (الطعاني، 2004).

يمتاز المجتمع الفلسطيني بأنه مجتمع فتي حيث تشكل فئة صغار السن حوالي نصف المجتمع في حين لا تشكل فئة كبار السن أو المسنين سوى نسبة قليلة من حجم السكان، ففي منتصف العام 2013م بلغت نسبة كبار السن (60 سنة فأكثر) 4.4% من مجمل السكان في فلسطين (بواقع 4.8% في الضفة الغربية و3.7% في قطاع غزة)، ورغم الزيادة المطلقة لأعداد كبار السن في فلسطين خلال السنوات القادمة إلا أنه يتوقع أن تبقى نسبتهم من إجمالي السكان منخفضة وفي ثبات أي لن تتجاوز 4.5% خلال سنوات العقد الحالي، في حين من الممكن أن تبدأ هذه النسبة في الارتفاع بعد عام 2020م (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014).

ونتيجة للزيادة المتنامية في أعداد كبار السن في المجتمعات الإنسانية عامة ومن ضمنها المجتمع الفلسطيني تظهر الحاجة الملحة إلى الاهتمام بتلك الشريحة من أفراد المجتمع ودراستها والتعرف إلى أوضاعها لاسيما الأرمال منهم، وذلك بهدف العمل على تأمين احتياجاتهم الضرورية وصياغة الأنشطة والبرامج التي تحول دون شعور المسنين بأنهم عبء على أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعهم الذي هم جزء منه.

من خلال عمل الباحث وملاحظته المباشرة لواقع المسنات الأرمال وحالة القلق التي يعيشون ومن ثم متابعته وقراءته حول الموضوع لاسيما موضوع الدراسة وهو قلق الموت لدى المسنات الأرمال، فقد وجد - في حدود علمه - أنه لا يوجد دراسات في الأراضي الفلسطينية في هذا المجال، ومن خلال مراجعة العديد من الدراسات وجد أنها قد تناولت موضوع قلق الموت من جوانب وزوايا متعددة إلا أنها لم تتطرق إلى دراسة قلق الموت لدى المسنات الأرمال، كما أنها الدراسة الوحيدة - في حدود علم الباحث - التي تناولت قلق الموت لدى المسنات الأرمال في مخيمات شمال الضفة الغربية.

وتتحدد مشكلة الدراسة من خلال الإجابة على التساؤل الآتي:
- ما هو مدى انتشار قلق الموت بين المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية وماهي علاقته ببعض المتغيرات مثل درجة التدين، والحالة الصحية، والعمر، والفترة الزمنية للفقدان، والمستوى التعليمي، والوضع المعيشي.

3.1 أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في أنها تلقي الضوء على مدى انتشار قلق الموت بين المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية وعلاقته ببعض المتغيرات، حيث أن الدراسات عن قلق الموت لدى المسنات الأرامل محدودة، وهذه الفئة بحاجة للدراسة والبحث للتعرف على الوضع النفسي لها وتحديد إحتياجاتها للعمل على تليتها بالتنسيق مع المؤسسات والعاملين في الميدان .

وتأتي أهمية هذه الدراسة فيما يأتي:

أولاً: الأهمية النظرية

1. تبرز أهمية الدراسة بما تفيده وتقدمه للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين حول ماهية قلق الموت لدى المسنات الأرامل للبحث عن آلية مساعدتهن.
2. أنها تتناول مرحلة مهمة جداً من مراحل النمو والتطور وهي مرحلة الشيخوخة والتي ينقصها الاهتمام الكافي في الخطط والبرامج العربية والمحلية والخاصة.
3. تعتبر هذه الدراسة فريدة من نوعها - في حدود علم الباحث - على مستوى المسنين في فلسطين، وتناولها لقلق الموت لدى المسنات الأرامل، حيث أن هنالك العديد من الدراسات لدى المسنين وفئات عمرية متنوعة ولكنها لم تتناول المسنات الأرامل.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

1. مساعدة الاخصائيين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين في التعرف إلى مستوى قلق الموت لدى المسنات الأرملة ليكون مدخلاً لتقييم احتياجاتهن ووضع الخطط المناسبة وبنائها للتدخل.
2. مساعدة السياسيين والمؤسسات السياسية والمجتمعية والأهلية والخاصة في تبني هذه الفئة ووضع الخطط المناسبة للتدخل معهن ورعايتهن.

4.1 هدف الدراسة:

التعرف على مدى انتشار قلق الموت لدى المسنات الأرملة في مخيمات شمال الضفة الغربية.

5.1 أسئلة الدراسة:

تناولت الدراسة السؤال الرئيس التالي:

ما مدى انتشار قلق الموت لدى المسنات الأرملة في مخيمات شمال الضفة الغربية وما علاقته ببعض المتغيرات مثل درجة التدخين والحالة الصحية والعمر والفترة الزمنية للفقدان والمستوى التعليمي و الوضع المعيشي.

الاسئلة الفرعية:

تسعى هذه الدراسة للإجابة عن الأسئلة الآتية:

- 1- ما مدى انتشار قلق الموت بين المسنات الأرملة وما هي درجته ؟
- 2- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت والمتغيرات الديمغرافية ؟
- 3- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت ودرجة التدخين ؟
- 4- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت والحالة الصحية ؟
- 5- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت والفترة الزمنية للفقدان؟

6.1 حدود الدراسة:

تم إجراء هذه الدراسة على المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية.

الحدود المكانية: مخيمات شمال الضفة الغربية وهي مخيم بلاطة وعين بيت الماء وعسكر وطولكرم و نورشمس وجنين و الفارعة.

الحدود الزمانية: من بداية الفصل الثاني للعام الدراسي 2014 حتى نهاية شهر ايار 2015.

الحدود البشرية: المسنات الأرامل الساكنات في مخيمات شمال الضفة الغربية و المسجلات في سجلات وكالة الغوث الدولية.

7.1 مصطلحات الدراسة:

قلق الموت: نوع من القلق العام يتمركز حول موضوعات متصلة بالموت والاختار لدى الشخص او ذويه (عبد الخالق، 1987)

التعريف الاجرائي لقلق الموت: هو القلق المتصل بالموت بوصفه أمراً منتهياً و لا رجعه عنه ويشمل إجابات المبحوثات عن مقياس قلق الموت.

القلق العصابي: احساس بالتوتر والشد وخوف لا مبرر له من الناحية الموضوعية وهو انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أوهم مقيم، وانعدام الراحة والاستقرار الحقيقي والتي لا تخرج بالواقع عن اطار الحياة العادية لكن الفرد يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت ضرورة ملحة (عبد الخالق، 1987).

قياس قلق الموت: يقاس قلق الموت بعدة طرق من أهمها المقابلة الشخصية، والطرق الاسقاطية، وقوائم الاختبار، والوسائل الفيزيولوجية، والاستخبارات وتعد الاخيرة اكثر هذه الطرق استخداماً (عبد الخالق، 1987).

المقياس العربي لقلق الموت: وضعه عبد الخالق مستمداً من البيئة المصرية ليناسب واقعها حيث قام بترجمة مقياس تمبلر وقام بتقدير بعض الخصائص السيكومترية الأساسية له، وقام بمراجعة الترجمة من خلال اثنين من المتخصصين الذين يتقنون اللغتين العربية والإنجليزية ثم تم تطبيق النسختين العربية والإنجليزية معا على عينة من طلاب مصريين في الفترتين الثالثة والرابعة ممن يتقنون اللغتين معا ثم طبق المقياس بعد ذلك على 1443 مفحوصا آخر، وقد حسب ثباته بإعادة التطبيق والتصنيف (غانم، 2004).

وقد تم إدخال تعديلات على المقياس من قبل عبد الخالق حيث أصبح يشتمل على 20 عبارة (عبد الخالق، 1996).

الشيخوخة: صنفت منظمة الصحة العالمية مراحل كبر السن الى الراشد وهو من كان في سن 60 إلى حوالي 75 ولا يزال يسهم في الحياة بحيوية ونشاط و الشيخ وهو من كان في سن 75 إلى حوالي 85 سنة وقلت مساهماته، و الهرم وهو من كان في سن 85 فأكثر وغالبا ما يكون ملازما لفراش والمعمر وهو من بلغ (100) سنة فأكثر (الزبيدي، 2008).

التعريف الإجرائي للمسن: تم تحديدها بهذه الدراسة بالمرحلة التي يبلغ بها الشخص من العمر 60 عاماً فأكثر حسب تعريف الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني .

التعريف الاجرائي للمسنات الفاقديات لشريك الحياة: يقصد به في هذه الدراسة الأنتى التي يبلغ عمرها 60 عاماً فأكثر وقد توفى زوجها وهي الان غير متزوجة.

التعريف الاجرائي لدرجة التدين: وهي إجابات المبحوثات على سؤال إلى أي درجة تعتبرين نفسك ملتزمة دينياً.

المخيمات: هي تلك الأماكن التي خصصت لإيواء اللاجئين الفلسطينيين بعد حرب 1948 وتضم حوالي 40% من مجموع اللاجئين الفلسطينيين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية، وإداريا تابعة للسلطة الوطنية الفلسطينية.

التعريف الإجرائي للمخيمات : مخيمات شمال الضفة الغربيةتو هي مخيم بلاطة ومخيم عسكر القديم والجديد ومخيم عين بيت الماء ومخيم طولكرم ومخيم نورشمس ومخيم جنين ومخيم الفارعة .

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري والدراسات السابقة

1.1.2 الإطار النظري

1.1.1.2 مراحل الحياة لدى المسنين

2.1.1.2 الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة

1.2.1.1.2 الخصائص والتغيرات البيولوجية

2.2.1.1.2 التغيرات الاجتماعية

3.2.1.1.2 التغيرات النفسية

4.2.1.1.2 التغيرات العقلية:

3.1.1.2 النظريات المفسرة للشيخوخة:

1.3.1.1.2 نظرية إريكسون:

2.3.1.1.2 نظرية بوهلر:

3.3.1.1.2 النظريات البيولوجية

4.3.1.1.2 نظرية النشاط

4.1.1.2 المسنون والقلق

1.4.1.1.2 سمات القلق وأعراضه لدى المسنين

2.4.1.1.2 المسنون الأرامل

3.4.1.1.2 الشعور بالفقدان لدى المسنين الأرامل

4.4.1.1.2 مشاعر الحزن وتحملها

5.4.1.1.2 قلق الموت لدى المسنين

6.4.1.1.2 أسباب قلق الموت

7.4.1.1.2 أعراض قلق الموت

5.1.1.2 نظريات قلق الموت

1.5.1.1.2 نظرية (روجرز)

2.5.1.1.2 النظرية السلوكية ومنها نظرية (جوزيف ويلبي)

3.5.1.1.2 نظرية التحليل النفسي:

4.5.1.1.2 الموت في العقيدة الإسلامية

- 5.5.1.1.2 نظرية المعنى
- 6.5.1.1.2 نظرية تدبر الهلع
- 6.1.1.2 اللاجئون الفلسطينيون
- 7.1.1.2 الإطار المفاهيمي للدراسة
- 2.2 الدراسات السابقة
- 1.2.2 تعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثاني

1.2 الإطار النظري والدراسات السابقة:

سيتناول هذا الفصل التعريف بالإطار النظري والدراسات السابقة.

1.1.2 الإطار النظري:

1.1.1.2 مراحل الحياة لدى المسنين:

تسمى أيضا طريقة الحياة أو دورة الحياة، وهي أسلوب لقياس التغيرات التي تطرأ خلال دورة الحياة وقد قامت بوهلر بدراسة سير حياة (400) فرد وافترضت بالنسبة للمسنين أن من (50-65) سنة التقويم الذاتي لنتائج الصراع من أجل الأهداف ومن (65 فما فوق) الاعتراف بدرجة الإنجاز وقد قسمت بوهلر فترة البلوغ والنضج إلى ثلاث فترات الفترة التي يسعى بها الفرد إلى التكيف والاستقرار وفترة الثبات وهي المحافظة على الاستقرار الذاتي الذي وصل إليه الشخص وفترة التحديد وهي محاولة لتقويم النتائج في الحياة.

ويرى اريكسون أن هنالك مرحلة واحدة من مراحل التطور مرتبطة بالشيخوخة وهي المرحلة الثالثة وهي عنده مرحلة التفاؤل مقابل اليأس وتبدأ بازدياد الإدراك نحو محدودية الحياة وقرب الفرد من الموت، ويحدث بسبب التقاعد لتردي الصحة.

ويرى بيك أن المرحلتين الأخيرتين لدى أريكسون تشملان كل السنين المتوسطة والمتأخرة من دورة الحياة، ووضع تصوراتهما لهاتين المرحلتين بالحكمة مقابل القوة الجسدية وهناك نقطة تحول الأفراد المتقدمين بالقوى البدنية يصبحون أكثر إحباطاً بانحدار هذه القوى، بينما الأفراد الذين يتحولون لاستخدام قواهم العقلية كرسيد لهم يبدأون الكبر بنجاح والاجتماعية مقابل الجنسية إذا ما تم تقويم الرجال أنفسهم وعلاقاتهم ببعض الذين يلعب الدور الجنسي بينهم دوراً متناقضاً وبعدها تأخذ العلاقات بينهم عمقاً أكبر في العلاقة الإنسانية الزوجية خاصة بعد مغادرة الأولاد البيت، المرونة العاطفية مقابل الاقتصاد العاطفي أي التغييرات التي تطرأ على الإنسان من حيث علاقاته بالآخرين بسبب الموت أو الفراق أو الطلاق، ويحتاج إلى مرونة عاطفية وتوافق وإلا وقع في الأزمات والاضطرابات الانفعالية والمرونة العقلية مقابل التصلب العقلي وهي القدرة على حسن التصرف والاستفادة من الخبرة أكثر من الاعتماد على الأحكام والمعتقدات وصاحب المرونة العقلية يجد نفسه قادراً على تغيير معتقداته وأفكاره واتجاهاته في أواخر العمر (الزبيدي، 2008).

2.1.1.2 الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

نتيجة لعوامل نفسية وبيولوجية واجتماعية تتسم مرحلة الشيخوخة بخصائص وتغيرات عدة تميزها عن غيرها من المراحل وهي:

1.2.1.1.2 الخصائص والتغيرات البيولوجية:

- 1- التغيير في الشكل العام للجسم: حيث يتجه وزن الجسم للانخفاض، كذلك يظهر سقوط الشعر والصلع ورعشة اليدين وترهل الجلد وتورم القدمين.
- 2- تغيير معدل الأيض: وهي عملية البناء والهدم في الجسم وله علاقة مباشرة بقدرة الجسم على بناء نفسه ويتسم بتغلب عوامل الهدم على عوامل البناء في الجسم.
- 3- تغيير معدل نشاط الغدد الصماء: فكلما تقدم الفرد في العمر هبط معدل إفراز هرمونات الغدد.
- 4- تغيير قوة دفع الدم: تبعاً لزيادة العمر الزمني يحدث تناقص في قوة دفع الدم.
- 5- تغيير السعة الهوائية للرئتين: تقل نسبة الهواء تبعاً لزيادة السن في عمليتي الشهيق والزفير.
- 6- التغيرات في الجهاز الهضمي: هنالك انخفاض في إفراز أنزيمات الهضم وإفراز المعدة لحمض الهيدروكلوريك وقدرة الأمعاء الغليظة على التوزيع، وقصور الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية.

- 7- التغيير في الحواس: فتفقد العين جزءاً من مرونتها وتضعف ردة فعلها مع زيادة العمر، وتبدأ حاسة السمع بالضعف، ويضعف الصوت ويصبح مرتعشاً متقطعاً، وتضعف براعم التذوق المنتشرة على جانبي اللسان ويقل إحساس الكبار بالمادة السكرية ويضعف إحساس الجلد.
- 8- التغيير في القوة العضلية والأداء الحركي: تقل مرونة العضلات وتضمحل بسبب التغييرات في الخلايا وضمور الجهاز العصبي

ومن الأمراض الجسمية/الجسدية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة، تصلب الشرايين، ارتفاع ضغط الدم، الروماتيزم، وآلام المفاصل، والتهاب القصبه الهوائية، وتضخم البروستات وغيرها (خليفة، 1997) ومن الأمراض النفسية، الاكتئاب، الزهايمر (الخرف) مرض الرعاش (الباركنسون).

2.2.1.1.2 التغييرات الاجتماعية:

أهم التغييرات الاجتماعية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة تتمثل في تراجع العلاقات الاجتماعية والأنشطة والاهتمامات، والاعتماد على الآخرين (العيسوي، 1972).

إن علاقات المسنين تقتصر على علاقاتهم بأقرانهم القدامى مما يبعث في نفوسهم الملل والسأم، كما يؤدي انقطاع المسن عن عمله بسبب التقاعد إلى قطع علاقاته بزملائه ومعاناته من وقت الفراغ، وتهتز قيمة تقدير المسن لذاته حيث يظل بلا أهداف ولا طموحات، لأن تحقيق الذات يرتبط بالدور الاجتماعي للفرد (شاذلي، 2001).

3.2.1.1.2 التغييرات النفسية:

إن تراجع القدرات الجسمية والعقلية يؤثر على عملية التوافق الشخصي والاجتماعي، وما ينجم عنه من ردود أفعال عند مخالطيه تتراوح ما بين الشفقة والسخرية مما يثير لدى المسن شعوراً بالألم النفسي وتتمثل أهم التغييرات النفسية لدى المسنين في ظهور مشكلات الصحة النفسية التي تتمثل في الاعتمادية والعوانية وضعف الثقة بالنفس (Bromley, 1977)

والقلق (عبد المعطي، 1988) والخوف والعزلة والحاجة للسند والحساسية الزائدة بالذات والمعاناة من نوبات بكاء أحياناً (شاذلي، 2001) كما تتميز انفعالاتهم بأنها ذاتية المركز، وبالخمول وبلادة الحس، ويضعف القدرة على التحكم بها، ويغلب عليهم التعصب وتوخي الحرص والحذر، كما يتميزون بالعناد

وصلاية الرأي (السيد،1975) ، وفي دراسة حول الصحة النفسية ونوعية الحياة لدى المسنين في محافظة بيت لحم باستخدام عينة ملائمة تمثل 300 مسن(البطمة،2011) أشارت نتائجها على أن(24.7%) قد إشتكوا من توهم المرض بدرجة حادة إلى حادة جدا وأن(14.4%) يعانون من مستوى حاد الى حاد جدا من أعراض الوسواس القهري و(9.3%) يعانون من القلق بدرجة حاد إلى حاد جدا.

4.2.1.1.2 التغيرات العقلية:

تكثر الشكوى لدى المسنين من تدهور الوظائف العقلية مثل: النسيان وضعف الذاكرة ومظاهر خرف الشيخوخة، وتدهور الذكاء(شاذلي،2001)، كما يظهر لديهم انحدار في القدرات العقلية كالأستدلال وتنقص في القدرة على التعلم، والتذكر والانتباه والإدراك، وانخفاض القدرات الإبداعية كالطلاقة والمرونة والأصالة وذلك حسب دبندر(1975،Dibner) وهارلوك (1981،Hurlock)

وقد أثبتت الأبحاث العلمية الحديثة أن في مرحلة الشيخوخة هنالك انخفاضا ملحوظاً في الدورة الدموية والمخ، وعدم تكوين خلايا جديدة لأنسجة المخ بدل الخلايا الميتة وذلك بسبب الشيخوخة وهذا دليل على أن وظائف المخ تضمحل في الشيخوخة ومن أمثلة ذلك عدم القدرة على التصرف الصحيح وعدم التركيز وفقدان الذاكرة واضطراب النوم واليقظة(فكري،1975).

3.1.1.2 النظريات المفسرة للشيخوخة:

ظهرت نظريات تهتم بتفسير التطورات والتغيرات التي تحدث على مدى الحياة وتوصيفها وفيما يلي بعض منها التي تتحدث حول الشيخوخة:

1.3.1.1.2 نظرية إريكسون:

بدءاً بالسنة الاولى وانتهاء بسنوات آخر العمر، وحدد أربع مراحل لفترات الطفولة والأربع الأخرى هي فترات المراهقة والكبر، توازي مرحلة الشيخوخة، مرحلة تكوين الشعور بالكمال والالتزام مقابل الشعور باليأس بعد عمر 60 سنة فأعلى فتنم في الحياة المتأخرة فالشخص الكبير خلال هذه المرحلة يكافح من اجل تحقيق وتثبيت شعوره بمعنى الحياة والغرض منها وأن حل الصراعات في الحياة الاولى، وتوحيد خبرات المستقبل ودمجها تكون عناصر كمال الذات والإكمال لهذه المرحلة، ويجب أن تتوج في هذه المرحلة تقبل الموت من قبل الفرد ورضى عال عن الذات (الزبيدي،2009).

ويرى إريكسون أن هذه المرحلة قد تتحول إلى أزمة فإذا كانت نظرت له لماضيه مملّة ومخبّية للأمل فسيشعر بالإحباط وإذا ما كان فعله يبعث على السعادة والاحساس بالإنجاز سيشعر بالرضا وسيتجاوز هذه المرحلة بنجاح (خليفة، 1997).

وقد ربط علماء الكبر ما بين التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين وبين العمل المهني والوظيفي الذي يمارسونه بالكبر والذي أمضوا فيه مدة طويلة واعتادوا عليه وأصبح جزءاً من حياتهم أو عوامل مفاجئة لا يكون المسن متهيئاً لها نفسياً فتسبب له أزمة وأعراض القلق واضطراباً شبيهاً بالصدمة، فتؤكد النظرية على أهمية الدور المهني بالنسبة للفرد داخل المجتمع فقيام الشخص كبير السن بعمل ما يعد في غاية الأهمية بالنسبة له، إذ يكسبه الدور ويمكنه من الاعتماد على نفسه في علاقاته مع الآخرين، ويساعده على التوافق النفسي الاجتماعي، ويرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسن (خليفة، 1997)

وتحدث إريكسون عن عملية انفصال كبير السن من المجتمع، وأنها تحدث بين الفرد والمجتمع بصورة متبادلة، وهذا يعني أن كبير السن ينسحب من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية تدريجياً، وهو بذلك يتخلى عن المكاسب الاجتماعية التي حققها، في حين ينظر إليه المجتمع عامة نظرة فيها إعفاء من المسؤولية بفعل التقدم بالعمر حسب إريكسون (Erikson,1963) .

2.3.1.1.2 نظرية بوهرلر :

وقد توصلت الى خمس مراحل اساسية في حياة الانسان منها المرحلتان الرابعة والخامسة الخاصتان بالمسنين .

أ. المرحلة الرابعة (48-62 سنة) بها انخفاض في القدرات والأنشطة التي يقومون بها في المجالات العائلية والشخصية والاقتصادية، ويحدث بها فقدان القدرة على الإنتاج، ومشكلات وازمات نفسية.

ب. المرحلة الخامسة (63 فأعلى) فترة تزايد الإصابة بالأمراض والانحدار البيولوجي ونقص العلاقات الاجتماعية وهي فترة نقصان الاهتمام بالمستقبل والرغبة في استرجاع سجل الحياة وتزداد الهوايات التي يرغب الفرد في ممارستها(خليفة،1997).

3.3.1.1.2 النظرية البيولوجية:

ركزت على التغيرات البيولوجية التي تطرأ على جسم الكبير في السن وأسباب الأمراض التي تصيبه، كما اهتمت هذه النظريات بمعرفة الأسباب التي تعجل بحدوث الشيخوخة، وتزيد من سرعة وصول كبير السن إلى هذه المرحلة حسب خان (Kahan, 1980).

وتندرج تحتها إحدى عشر نظرية فرعية تفسر عملية الشيخوخة وهي التغيرات داخل الخلايا بسبب التدمير المستمر في مراكز آر. أن أي و التغيرات في حجم الجزيئات ووجود صبغة الشيخوخة في الخلايا المسنة والنظرية الجزيئية في عمل الخلية واضمحلال وانكماش خلايا الجسم ووجود وانتشار بعض العيوب في الخلايا وتخریب الخلايا ووجود تغيير غروي في جزيئات مادة الجسم والتغيرات في نوعية الانقسام الحقيقي للخلايا وتغير طبيعة الخلايا بفعل العوامل الوراثية والبيئية الضارة وضعف الانزيمات الخلوية، واستخلاصاً من الربط بين النظريات والملاحظات المتعددة لبيولوجيا الشيخوخة على مستوى الخلية، يمكن أن تصل إلى أن أياً منها أو جميعها تؤدي في النهاية إلى اضمحلال وظيفة العضو أو الجسم وهو ما يسمى على مستوى الجسم كله أو عند حدوثه بالشيخوخة (بدر، 2007).

4.3.1.1.2: نظرية النشاط:

وتركز على أهمية الأنشطة البديلة في حالة فقدان كبير السن لوظيفته وعمله بسبب وصوله لمرحلة التقاعد، وتؤدي تلك الأنشطة إلى ملء وقت فراغه ومساعدته على استعادة التوافق النفسي والاجتماعي التي يمكن من خلالها شغل وقت فراغه وإعادة توافقه، وعلى عكس نظرية الانفصال فنظرية النشاط ترى أن الرضا لدى كبار السن يتوقف على اندماجه في المجتمع وعلى إسهاماته فيه (Friedman & Havignurst, 1985).

وترى هذه النظرية أن الشخص الذي يصل مرحلة الشيخوخة بنجاح هو الشخص الذي يقاوم ظروف الشيخوخة ويكافح في أن يظل شاباً (بدر، 2007).

وتعتقد هذه النظرية أن انعزال المسنين وعدم قيامهم بالادوار المطلوبة منهم يرجع الى أن العالم الاجتماعي للمسن يتقلص مع تقاعده، حيث تموت الزوجة والأصدقاء ويكون اسير لحدود مالية وحركية، كذلك أن التدهور الجسدي للمسن يجعل من الصعب بالنسبة له أن يواجه مثل هذه المعوقات

أم يشبع احتياجاته، ولكي تبطل تأثير هذه الاتجاهات ينبغي على المسن أن يبقي على اهتماماته وأنشطته ويطور فيها، وطبقاً لنظرية النشاط فان الشيخوخة هي نضال مستمر لكي يبقى الإنسان في أواسط العمر (عبد المحسن، 1986).

4.1.1.2 المسنون والقلق:

المسن إنسان حساس لأي شيء، وقد يتوقع خطراً يحيط به أو تهديداً لحياته، لذلك نقول أحياناً أن هذا المسن أو هذه المسنة دائماً أو أحياناً يشعر بالقلق.

ويعرف على أنه توتر شامل أو مستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي وقد يحدث أو يصاحب ذلك خوف غامض وأعراض نفسية أو جسمية، وعلى هذا يمكن اعتبار القلق انفعالاً مكوناً من الخوف وتوقع التهديد أو الخطر، وهنالك أسباب عديدة للقلق عند المسنين هي:

- 1- الاستعداد الوراثي للقلق: حيث تلعب الوراثة دوراً مهماً في الإصابة بالقلق متأثرين في ذلك بالوالدين الذين كانت استجابتهما يشوبها القلق والتوتر وبالتالي تتفاعل العوامل البيئية مع الوراثة لتكوين شخصية المسن القلق.
- 2- الاستعداد النفسي للقلق: حيث نرى الكثير من المسنين يتحدثون عن القلق نتيجة الخبرات السابقة الفاشلة التي مروا بها في حياتهم سواء مع أولادهم أو زوجاتهم أو في مواقف العلم والصدمات النفسية والخسائر المادية والمعنوية التي تعرضوا لها مما يجعلهم أكثر حساسية واستعداداً للإصابة بالقلق النفسي.
- 3- ما يتعرض له المسنون من مواقف مؤلمة في حياتهم نتيجة التغير السريع في نمط الحياة وتفكك العلاقات الأسرية وما مروا به من خبرات قد تجعلهم قلقين على أنفسهم ومن يقومون برعايتهم.

التعرض للحوادث والخبرات المحيطة ومع تقدم السن يكون القلق مرتبطاً بالوصف الجسمي والتعب والإصابة بالأمراض والخبرات الجسمية غير الجيدة.

وقد دلت المراجعات للأبحاث في مجال الطب النفسي للمتقدمين بالعمر أن القلق يمثل ربما أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لديهم، حيث أن الإحصائيات تشير إلى أن واحداً من بين عشرة أشخاص ممن تجاوزوا الستين من العمر يعاني منه، وأن حوالي 7% منهم يعانون تحديداً من اضطراب القلق العام، وقد بينت الدراسات أن اضطراب القلق العام أكثر شيوعاً لدى كبار السن إذ يصيب 7% منهم

بينما لا تتجاوز نسبة الاكتئاب بينهم 3% وهو مع هذا يظل واحداً من أكثر الحالات النفسية التي لا تلقى اهتماماً من الأطباء أو كبار السن أنفسهم بتشخيصها أو معالجتها.

ويعتبر اضطراب القلق العام أحد أنواع القلق الأربعة الرئيسية، وهي بالإضافة إليه تضم الخوف المرضي أو الفوبيا واضطراب الوسواس القهري واضطراب الذعر، ويتميز القلق العام بالزيادة والإفراط في القلق حول الأحداث اليومية العادية التي تمر في حياة الإنسان و أنشطة حياته اليومية، حينها تستمر المعاناة من هذا الشعور أكثر من ستة أشهر (أبو عوض، 2008).

1.4.1.1.2 سمات القلق وأعراضه لدى المسنين:

هنالك عدد من الأعراض التي إن وجدت فمن المؤكد أن المسن لديه قلق ومنها:

1- أعراض جسدية :

- ارتفاع ضغط الدم، والأحلام المزعجة والكوابيس.
- ارتعاش الأصابع وتعرق الكفين وشحوبهما وضيق الصدر.
- التعب والصداع ونقص الطاقة والحيوية والإحساس بصعوبة التنفس.

2- أعراض نفسية:

- الشعور بانعدام الراحة وسرعة الاستثارة وانعدام الاستقرار.
- التشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل.
- الخوف من الموت.

3- أعراض اجتماعية:

- الانعزال عن الناس والجلوس في المنزل.
- السلوك العشوائي والمشاجرات مع الآخرين.
- قلة الأصدقاء وقلة الحديث مع الآخرين.

4- أعراض معرفية:

- ضعف التركيز والسرمان وضعف القدرة على الإنجاز.

2.4.1.1.2 المسنون الأرامل:

في المجتمع الإنساني يتم فهم (كبر السن) أو الكهولة على أنها تبدأ بسن 65 سنة والتي تعكس في العادة تغيرات بيولوجية تحدث عند الكائن البشري شأنها شأن بعض التقاليد الثقافية والاجتماعية، وتظهر العملية التي يبدأ الإنسان ليصبح كبيراً في السن تفاعل معقد بين السلوكيات الصحية والعوامل البيئية والنفسية والوراثية حيث ترتبط مع جميع التغيرات المنتظمة التي تحدث في نضج الأفراد البيولوجي كلما تقدموا في المراحل العمرية من حياتهم.

تعتبر فترة الترميل بين النساء كبيرات السن في مراحل الحياة المتأخرة حوادث لها احتمالية كثيرة وهي خصوصاً حالة عند النساء اللواتي يبلغن 65 سنة فأكثر، فمثلاً حوالي 65% من النساء في هذه الفئة العمرية يتوفى أزواجهن وهذا يظهر توقعات حياة أكبر عند النساء والرغبة لديهن بالزواج من رجال أكبر منهن سناً، وأن فترة الترميل ليست شيئاً يمكن أن يحدث من خلال تحضير مسبق، سواء كان الموت (الذي يحدث للزوج أو الزوجة) متوقعاً من خلال فترة المرض الطويلة أو من خلال الموت الفجائي، وفي العادة فإن النساء كبيرات السن اللواتي يشعرن بالحزن العميق يتمكن شعور بالذنب نتيجة للشعور الشديد بارتكاب أخطاء في العلاقة الماضية مع شريك العمر، أو يعرضن أنفسهن للعذاب حول شيء ما قد أمكنهن فعله لتجنب موت أزواجهن.

3.4.1.1.2 الشعور بالفقدان لدى المسنين الأرامل:

تعتبر حالات الفقدان بين النساء حوادث ذات احتمالية كبيرة وذلك بسبب أن حالات الوفاة بين النساء تتبع حالات وفاة أزواجهن بأوقات عديدة بمعدل يصل إلى خمس إلى ست سنوات تبقى فيها المرأة على قيد الحياة بعد وفاة زوجها، وتعتبر حالات الحزن والفقدان كجرح بحاجة إلى مزيد من الانتباه وذلك من أجل شفاؤه، ويعني العمل والتدخل من خلال وسائل الحزن العميقة مواجهة هذه المشاعر بصورة مفتوحة وبصورة شريفة، والتعبير عن المشاعر بصورة صادقة وبصورة مفتوحة وبتسامح وتقبل المشاعر لفترة زمنية كتلك التي يحتاجها الجرح البدني للتعافي والشفاء، وفي العادة تمتلك مشاعر خوف المرأة التي يتوفى زوجها حديثاً بأنه لا يمكن الخروج من حالة الشعور بالفقدان والتعافي منها والعودة للوضع الطبيعي وأن هذا التعافي يأتي مع مرور الوقت، وهذه هي العملية التي تتلاشى فيها مشاعر الفقدان مع مرور الوقت من خلال تطبيق عمليات تدخل مركبة وتسبب حالات فقدان الزوج ما يعرف بالشعور بالوحدة والتي يتم تعريفها كإحدى أهم حالات الضغط في الأحداث الحياتية عند كبار السن لذلك هناك اهتمام قليل يتم القيام به لحالة الفقدان عندما تحدث مع مرور وقت التقدم بالعمر.

ويحدث ذلك ولسوء الحظ نتيجة لسببين، الأول لأن حالة فقدان الزوج التي تصيب النساء ذات احتمالية كبيرة، ثانياً وبسبب أن الحادث محتمل الحدوث ببساطة فإن ذلك لا يعني انه يفتقر إلى المضاعفات التي تحدث لنموذج الحياة العقلية والبدنية والصحية. لذلك فإن من الضروري القيام بعملية اختبار للآثار التي تتركها حالة الترميل على الأشخاص في المرحلة العمرية المتقدمة، وفي المشابه فإن حالة الترميل ليست حالة غير شائعة عند النساء الطاعنات في السن فعلى سبيل المثال من هن في سن أكبر من 65 سنة بالتأكيد بحاجة إلى عناية وذلك بسبب النتائج التي لا تؤثر فقط على النساء كبيرات السن الأرمال بل على السلطات المسؤولة أيضاً وذلك بسبب الحاجة المتزايدة للخدمات المقدمة لهذه الفئة وبسبب أن وضع تلك النساء في مراكز للرعاية وبسبب الأمراض التي تكلف السلطات المختصة مصاريف الرعاية الصحية، فمثلاً فإن أكثر من 36% من الناس الذين تتجاوز أعمارهم الـ 65 عاماً فأكثر هم من الأرمال كبار السن وهم يشكلون ما يقارب ثلث كبار السن في تلك البلاد عليه مواجهة تأثير فقدان وتأثيرات حالات الترميل حسب نالكوي (Nalugwe,2009).

4.4.1.1.2 مشاعر الحزن وتحملها:

تعرف مشاعر الحزن على أنها مشاعر عاطفية يتأثر بها الناس بعد حالة وفاة لصديق أو قريب، وفي المقابل فإن حالة الحداد هي الحالة التي يعبر بها الفرد عن مشاعره العاطفية بصورة ثقافية.

يرى تعبير الحزن على أنه العملية التي تسمح للناس بتقبل حالة فقدان بصورة تدريجية. وبذلك فإن التعبير عن الحزن يعتبر إشارة تدل على مظاهر صحية.

وعلى الرغم من أن الناس تبدو عليهم مشاعر الحزن طرق مختلفة، فإن لدى معظمهم المشاعر والأحاسيس التالية:

1. التعب البدني: فبعد فترة وجيزة من وفاة الشخص المقرب يظهر على الفرد نوع من التعب الجسدي أو البدني مثل الشعور بعوارض الألم الجسدي الذي يحدث على شكل أمواج تلازم الفرد ما بين 20 دقيقة إلى ساعة و في الوقت نفسه، والشعور بالضييق في الحلق، والشعور بالاختناق مع وجود ضيق في التنفس، والشعور بالحاجة إلى التنهد، والشعور بوجود فراغ في التجويف البطني، والشعور بالعجز في العضلية مع شعور بانقباضات في الأمعاء إضافة إلى توتر وألم عقلي، وسرعان ما يعلم المريض أن هذه الأمواج من الآلام المتعاقبة من التعب ما

- تلبث أن تندفع من خلال الزيارات التي يتلقاها المريض وذكر المتوفى ومن خلال تلقي مشاعر التعاطف من الآخرين.
2. الشعور بالخدر: سرعان ما يشعر الفرد الذي تعثره مشاعر الحزن بحالة من الخدران أو حالة من الصدمة حيث يتملكهم الشعور برفض الموت الذي أصاب أحد أحبائهم.
 3. الشعور بالانعزال عن الآخرين: ربما يشعر الفرد الحزين ببعد الآخرين عنه ربما لأن الآخرين لا يشعرون بقيمة الفقد حيث يشعر الفرد الذي تعثره مشاعر الحزن بالوحدة الشديدة وهذا ما يعتبر استجابة شائعة للحادث الذي أدى إلى الشعور بالحزن.
 4. الاستغراق في تصور الفقد: ربما لا يتمكن الأفراد الذين يشعرون بالحزن من إتمام واجباتهم اليومية بدون التفكير العميق حول الفقد.
 5. الشعور بالذنب: ربما ينغمس الفرد بالشعور بالذنب حيث يمكن أن تتركز المشاعر حول كيفية كون الفقد مهماً أو مهمشاً يشعر الفرد بالذنب كونه لا يزال على قيد الحياة وبالتأكيد فإن الشعور بالذنب يعتبر عاطفة شائعة.
 6. العدائية: ربما يشعر الفرد بمشاعر الفقدان و الندامة من خلال السلوك العدواني والذي يمكن توجيهه نحو أحد أفراد العائلة أو الأطباء أو المحامين أو غيرهم.
 7. التقطيع في البرنامج اليومي: يجد الفرد الحزين عادة من الصعوبة عليه إتمام الأعمال الروتينية اليومية حيث يعاني هذا الفرد من أحد أنواع الاكتئاب المقلق. وفي الوقت نفسه يتطلب القيام بالمهام السهلة جهود كبيرة، ويمكن أن تكون نشاطات تكوين علاقات جديدة بمنتهى الصعوبة بالإضافة إلى إمكانية فقدان التفاعل الاجتماعي بصورة مؤقتة.
 8. الحزن المؤجل: تعثر بعض الناس مشاعر ما يعرف بالحزن المؤجل الذي يمكن تأخيره لأسابيع أو أشهر أو حتى سنوات.

وتستمر مشاعر الحزن العميق حتى يتمكن الشخص الفاقد من إنشاء علاقات جديدة والشعور بالراحة مع الآخرين والنظر إلى حياة من فقدته بمشاعر ايجابية، وعلى الرغم من اختلاف فترة الحزن لدى بعض الأفراد مع الارتباط العاطفي بالشخص الفقد فإن الحزن يستمر لفترة من الزمن تصل إلى 18 شهراً، وفي هذه الحال يجب أن تتم هناك مساعدة مهنية عند الشعور بان الحزن يتسم بصفات تتمثل بالشعور بالذنب، والعدائية المفرطة والمرض الجسدي والاكتئاب الملحوظ، وعدم وجود علاقات ذات معنى بين الشخص الفاقد والآخرين، وفي هذه الحالة يمكن للعاملين في هذا المجال من مرشدين مدربين ومؤهلين وأطباء أخذ أدوار مهمة في مساعدة الناس خلال مراحل الحزن المختلفة حسب هان (Hahn,2011).

5.4.1.1.2 قلق الموت لدى المسنين:

يشير عبد الخالق إلى أن للقلق أنواعاً متعددة منها قلق الامتحان، وقلق الجنس، والقلق الاجتماعي، قلق الموت ويعتبر قلق الموت نوعاً من أنواع القلق العام، ويكون بعض الأفراد بحكم تكوينهم النفسي اشد إحساساً أو حساسية من غيرهم بقلق الموت، وهذا يعني أن الاختلاف في القلق بين فرد وآخر هو اختلاف في الدرجة، وليس في النوع وعلى هذا فإن قلق الموت هو خبرة عامة يمكن لأي فرد أن يمر بها وفقاً لتعرضه لظروف أو مواقف حياتية معينة متباينة وفي أوقات مختلفة وبالتالي نحن جميعاً نخشى الموت بدرجات متفاوتة (عبد الخالق، 1987).

ويعرف تمبلر قلق الموت بأنه حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته (تمبلر، 1976). ويعرفه عيد الخالق بأنه حالة انفعالية غير سارة واستجابة انفعالية تتضمن مشاعر تتمثل بعدم السرور والانفعال المعتمد على التأمل أو توقع لأي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (عبد الخالق، 1987).

ويعرف عيد قلق الموت على أنه شعور يهيمن على الفرد أن الموت يتربص به، حيثما كان وأينما اتجه، في يقظته ومنامه، في حركته وسكونه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزينا محسورا متوجسا من مجرد العيش على نحو طبيعي (عيد، 1993).

ويعتبر القلق سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة حيث أشارت الكثير من البحوث والدراسات أن هذا القلق يزداد مع تقدم العمر، واتفقت على أن قلق المسنين ينتج عن أربعة أنواع هي:

- أ- قلق الصحة: وهو يحدث نتيجة للاضمحلال في بناء الجسم والاصابة بالأمراض ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية.
- ب- قلق التقاعد: وهو ترك العمل وما يترتب عليه من انعدام الأمان الاقتصادي.
- ت- قلق الانفصال والإحساس بالوحدة والفراغ.
- ث- قلق الموت، حيث الإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء (ميخائيل، 1977).

ويعاني معظم المسنين من فقد الحب والأشخاص الذين يمكن أن يحبهم ويحبوه، وبالتالي يفقد المسن في كثير من الحالات الدافع نحو الحياة و الإحساس بالزمن (كارول، 1969) وهناك عوامل شتى تتضافر وتتفاعل معاً لينشأ عنها قلق الموت، فقد أوضح تمبلر أن درجة قلق الموت يحددها مدى ما

يتمتع به الفرد من الصحة النفسية بوجه عام، وخبرات الفرد الحياتية المرتبطة بموضوع الموت (تمبلر، 1976).

في العادة يميل الإنسان إلى الخوف من المجهول والغريب والخفي وغير المتوقع، وفي الموت جوانب كثيرة مجهولة وغامضة، خفية وغير متوقعة، كما أن الموت خبرة جديدة غير مسبوقة، من أجل ذلك يخاف كل إنسان تقريبا من الموت، ويعد قلق الموت نوعا من أنواع القلق، وأن الأفراد المهينون بحكم تكوينهم النفسي للقلق العام هم أشد الأفراد إحساسا بقلق الموت ويرجع ذلك إلى الارتباط الموجب بين القلق العام وقلق الموت (عبد الخالق، 1987).

كما أوضح مولتر ولوبيير أن تدهور الصحة، وسوء القدرة الوظيفية، ونقص السند الاجتماعي، وطول مدة الإقامة في بيوت الرعاية مؤشر لقلق الموت المرتفع لدى صغار المسنين (74 سنة فأقل) بينما أوضح أن قلق الموت المرتفع لدى كبار المسنين (75 سنة فأكثر) يرتبط مع كل من تدهور الصحة، وسوء القدرة الوظيفية، وارتفاع المستوى التعليمي (مولتر ولوبيير، 1982). كما أشار عبد الخالق إلى أن الأشخاص الذين لهم درجات مرتفعة في قلق الموت يتصفون بسهولة التأثر الاجتماعي، وقلة التأكد من أنفسهم، كما أنهم أقل في المهارة الاجتماعية وأكثر توترا (عبد الخالق، 1987) وعلى هذا يتضح أن قلق الموت إنساني كامن ومتأصل في الوجود الإنساني ككل، وأن حدته قد تزداد في بعض الأوقات والمواقف الشخصية، ولدى فئات معينة من الأفراد لا سيما لدى المهينين بحكم تكوينهم النفسي.

6.4.1.1.2 أسباب قلق الموت:

- 1- الخوف من المجهول: اعتقاد الإنسان الديني والروحي يؤثر في درجة خوفه من الموت، فهو ليس على يقين بمصيره بعد الموت.
- 2- الخوف من ترك الأقرباء والأحباب خلفنا: كل منا لديه أقارب ومحبون وبعضهم يعتمد على التربية، والدعم المالي والاجتماعي، لذلك من الصعب تركهم خلفنا.
- 3- الخوف من عملية الاحتضار: إن مفهومنا عن حالة الاحتضار يتأثر بالخبرات الماضية، وعادة ما يتساءل الفرد، هل سيكون هنالك ألم؟ هل سأكون وحيدا؟.
- 4- الخوف من الموت المفاجئ: يرى ماسلو أن الخوف هو في الحقيقة الخوف من عدم قدرتنا على تحقيق الذات، وعدم الوصول إلى طموحاتنا وآمالنا (شقيير، 2003).

- وللموت العديد من المعاني السلبية والإيجابية، وتتمثل المعاني السلبية بالانفصال والفقد والجرح والعقاب، والتدمير أما المعاني الإيجابية فتتمثل في الحرية أو التحرر والنوم وإعادة الميلاد والحب، كما أن لقلق الموت أربعة جوانب رئيسية هي:
- 1- الخوف من الاحتضار، بما في ذلك العمليات البيولوجية والاجتماعية المصاحبة للألم وفقدان الوظائف والسيطرة والوعي بين الآخرين.
 - 2- الخوف من الموت، كونه سبباً آخر للقلق من الموت، وسبباً في انعدام الوجود، وهوان الموت ينهي فرصة الإنسان الذي يركز على هذه الحياة الدنيا بالسعي نحو تحقيق أهدافه.
 - 3- الخوف من احتضار الآخرين أو موتهم، أي الخوف من الانفصال أو فقدان الآخرين.
 - 4- الخوف من نتائج الموت أي الخوف من المجهول، وما سيحدث للأشخاص وثيقي الصلة بالميت، والحساب والعقاب في العالم الآخر (بدر، 2007).

7.4.1.1.2 أعراض قلق الموت:

يعبر الفرد عن أعراض ومظاهر قلق الموت بطرق وأساليب متعددة حيث تحدث لديه تغيرات بالسلوك الداخلي واستجابات متعددة وهي:

- 1- سلوك تجنبى: وهذا السلوك يعبر عنه الفرد إما بشكل شعوري كأن يقول لن اذهب للمشاركة بالجنزة لأنها تشكل ضغطاً على نفسي، فالجنزة هنا رمز للموت، وقد يتجنب الفرد أيضاً زيارة المستشفى أو التعبير عن الموت وعن المشاعر الملازمة له عند فقدان احد الأصدقاء والأقارب. والشكل الآخر لا شعوري من السلوك التجنبى يتمثل في الضيق الشديد جداً في حالة ذكر جنازة فينشغل الفرد كثيراً بأشياء أخرى وابتحل الأعذار لتجنب زيارة صديق يحتضر أو ميت، وهناك مظاهر أخرى منها إقحام نفسه في العمل أو المتعة أو السعي للشهرة، والسفر وهذا كله بشكل متطرف، إضافة إلى ذلك قد يتجنب التعبير عن القلق والتوتر فيلجأ إلى النوم الزائد عن الحد.
- 2- تغيير أساليب الحياة: حيث يهتم الفرد ويبالغ بنصيحة الاختصاصيين بالصحة أكثر من غيرهم وكأنه يؤجل موعد الموت، ويتمثل هذا بالتغذية الصحية والصحية مثل تجنب أكل المواد المرتفعة الكوليسترول ومراقبة وزن الجسم وتناول الفيتامينات وممارسة تمارين رياضية مناسبة والامتناع عن التدخين والقهوة، فالتطرف في هذه السلوكيات هو هروب عقلائي من الموت حسبما يراه البعض من علماء علم النفس.

3- الأحلام والموت: يتم التعبير عن قلق الموت بصورة لا شعورية أثناء النوم وتمثل الأحلام رموزاً لآمال الفرد ومخاوفه وقلقه وتعبير عن أحاسيسه وصراعاته وأفكاره بالحلم الليلي، فتظهر الأحلام إما على شكل كوابيس ليلية أو قد لا تأخذ مظهر الاضطرابات. كما يتم التعبير عن قلق الموت من خلال أحلام اليقظة والتخيلات اليومية وخاصة لحظة ما قبل النوم فقد يتخيل نفسه في جنازته ميتاً (شقيير، 2003).

5.1.1.2 نظريات قلق الموت:

هنالك عدة نظريات تحدثت عن قلق الموت، وفيما يلي سيتم تناول عدد من النظريات حول هذا الموضوع.

1.5.1.1.2 نظرية (روجرز):

يحدث الاضطراب نتيجة لتكون خبرة وانضمام خبرة جديدة إلى الخبرة السابقة، وهذه الخبرة لا تتسجم مع شروط تقدير الذات لديه، هنا لا تتضمن الخبرة ضمن نظام خبرات الشخص بشكل مقبول، فينالها التشويه والتحريف والإنكار لذلك يحدث النقص بين الذات والخبرة ويصاحب هذا التناقض شعور بالتهديد والقلق (الزيود، 1998).

وبهذا عندما يحدث النقص في التطابق بين تجارب الفرد ومفهوم الذات لديه فهذا النقص في التكامل سوف يعود بالفرد إلى الشعور بالتوتر والاضطراب، ونظراً لحاجته إلى تقدير ذات إيجابي فإنه يسلك بطريقة تتعارض مع قيمه الذاتية ويدفع ثمن ذلك بأن يشعر بالقلق (شقيير، 2003).

2.5.1.1.2 النظرية السلوكية ومنها نظرية (جوزيف ويلبي)

ترى أن القلق يشكل جزءاً مهماً من السلوك العصابي ويحدث عن طريق التعلم، وأسباب هذا القلق متعددة وهي الصراع الذي أحدثه المثير المحايد الذي تحول إلى مثير شرطي للقلق والتعلم السلبي والمعلومات الخاطئة أو الناقصة (الزيود، 1998).

والسلوك العصابي عادة لا توافقية تم اكتسابها في كيان عضوي سوي من الناحية الفسيولوجية، والقلق هو المكون المركزي لهذا السلوك، فالعصاب يقوم على مبدأ التعلم وأن الموقف هو الذي يحكم على

السلوك هل هو توافقي أم لا توافقي، وأهم العادات اللاتوافقية القلق أو الخوف التي أطلق عليها (ولبي) المخاوف المرضية والاستجابات الحضارية، واعتبر (ولبي) القلق مرادفاً للخوف (عزب، 1981).

3.5.1.1.2 نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن القلق من الموت بدرجات منخفضة هو أمر سوي وعادي تماماً، كذلك القلق من الموت بدرجة متوسطة، في حين أن القلق من الموت بدرجة مرتفعة أمر غير سوي، أي أنه علامة مرضية شاذة تدل على اضطراب انفعالي شديد (عبد الخالق، 2005).

وتحدث فرويد من خلال نظريته للإنسان بأن لدى الإنسان حتمية سببية، فهو لا يقوم بأي نشاط دون سبب أو دافع يدفعه إلى سلوك معين، ويحدد ذلك من خلال حديثه عن الغرائز الإنسانية الأساسية وهما غريزة الحياة وغريزة الموت اللتان تعملان بشكل متناقض، فغريزة الحياة تعمل من أجل استمرارية الإنسان وبقائه على قيد الحياة، وسعيه لإشباع رغباته وحاجاته الفسيولوجية كالجوع والعطش والجنس والنوم وغيرها، أما غريزة الموت فتهدف إلى الهدم وإنهاء الحياة التي يعبر عنه بأشكال عدة مثل الحروب والعدوان على الآخرين وكراهيتهم وقتلهم (معمرية، 2009).

4.5.1.1.2 الموت في العقيدة الإسلامية:

ليس فناً ولا عدماً، بل هو نقلة قصيرة وزيارة قريبة ومدخل إلى الحياة الآخرة، ويقول الإمام الرازي في رسائله: الموت هو انتقال من حال الحياة الدنيا إلى الحياة الآخرة الدائمة الباقية لأنها الفوز والراحة والوصول إلى النعيم المقيم (المشني، 1988)، ان تذكر موضوع الموت يؤدي إلى إيقاظ الهمم وتقوية العزيمة والاستعداد للقاء الله تعالى، فالآخرة هي الهدف، والدنيا هي طريق لهذا الهدف، فيؤكد الإسلام على ضرورة أن يحيا الإنسان ذاكرة للموت ومستعداً له (عبد العاطي، 2000).

ولذلك يعمل المؤمن في حياته على هذا الأساس معداً نفسه للحياة الآخرة بالإيمان بالله وعبادته والعمل الصالح (نجاتي، 1989) وغدت نظريته للموت نظرة واقعية فهو يعلم أنه لا بد منه ولا مفر منه، وأن للإنسان أجلاً محدوداً، قال تعالى: (كل نفس ذائقة الموت) (العنكبوت: 57).

5.5.1.1.2 نظرية المعنى:

تفترض هذه النظرية أننا كبشر نولد ولدينا الحاجة الفطرية للمعنى والغاية من الحياة والموت، فنحن بحاجة الى أن نكتشف ونخلق معنى في كل حالة حتى تجاه الموت، وإدارة المعنى تساعدنا في تعميق روحانيتنا وإنسانيتنا، وتمكننا من الوصول إلى تفهم أفضل لمعنى الحياة ورضها وتساعدنا في تبني نموذج نفسي وروحي يزودنا بالحماية الأفضل ضد الخوف من الموت والاحتضار بشكل يساعدنا على التعايش والانشغال في الحياة بغض النظر عن الظروف الحالية من أمراض وغيرها (Wong, 2002).

6.5.1.1.2 نظرية تدبر الهلع:

هي إحدى نظريات علم النفس الاجتماعي والتي تؤكد على أهمية الخوف في السلوك الإنساني، وتصف هذه النظرية الطرق والآليات التي يوظفها الأفراد من خلال إطارهم الثقافي لتدبر الهلع والقلق الزائد نتيجة لوعيهم وشعورهم أنهم سيموتون يوماً ما، ويمثل هذا الإطار الثقافي كل الترتيبات السلوكية والمادية في مجتمع ما والتي يسعى الأفراد لتحقيق أكبر قدر من الرضا والإشباع يفوق ما يمكنهم أن يحققوه اعتماداً على الطبيعة وحدها بالإضافة إلى ما تتضمنه هذه الثقافة من معتقدات وفن وأخلاق وإمكانات وعادات يكتسبها الإنسان من خلال تفاعله مع المحيط الذي يعيش فيه (عبد الخالق، 2005)، وتفترض هذه النظرية ان البشر يصرفون الكثير من الطاقة النفسية في محاولاتهم لإدارة رعبهم اللاشعوري من الموت، وذلك من خلال تواصلهم النفسي والمادي مع المؤسسات والرموز والثقافة وعندما تهدد هذه البنى وتتعدم أطر التواصل هذه في حالة العجز أو المرض فيلجأ الأفراد إلى الغضب والاحتداد لتدعيم إحساسهم بالأمن والحماية (Pyszezynski, et, al, 1977).

6.1.1.2 اللاجئين الفلسطينيين:

وفقاً للتعريف العملي للأونروا، فإن اللاجئين الفلسطينيين هم أولئك الأشخاص الذين كانوا يقيمون في فلسطين خلال الفترة ما بين حزيران 1946 وحتى أيار 1948، والذين فقدوا بيوتهم وموارد أرزاقهم نتيجة حرب 1948.

تعتبر الخدمات التي تقدمها الأونروا متاحة لكافة اللاجئين الذين يقيمون في مناطق عملياتها والذين ينطبق عليهم هذا التعريف، والذين هم مسجلون لدى الوكالة وبحاجة إلى المساعدة، كما أن ذرية أولئك اللاجئين الفلسطينيين الأصليين يستحقون أن يتم تسجيلهم في سجلات الوكالة، وعندما بدأت الوكالة

عملها في عام 1950، كانت تعمل على الاستجابة لاحتياجات ما يقارب من 750,000 لاجئ فلسطيني (الأونروا، 1978).

ويعيش اللاجئون ظروفًا غير إنسانية من حيث الظروف السكانية وظروف المسكن وضعف البنية التحتية في أماكن سكنهم بالإضافة إلى نقص في الخدمات المختلفة (شاليف، 1992).

إن غالبية اللاجئين هم من لاجئي حرب عام 1948م وأسلافهم، فاللاجئون في المخيمات يشكلون نحو ثلث تعداد اللاجئين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية، ونحو خمس مجمل اللاجئين والمهجرين عام 1948م عموماً (الموعد، 2005) وقد تم الحصول على بيانات محدثة من رئيس مكتب منطقة نابلس حول أعداد اللاجئين في مخيمات شمال الضفة الغربية حتى 9-2-2015 م (ملحق 1)، (الأونروا، 2015) وهي كما يلي:

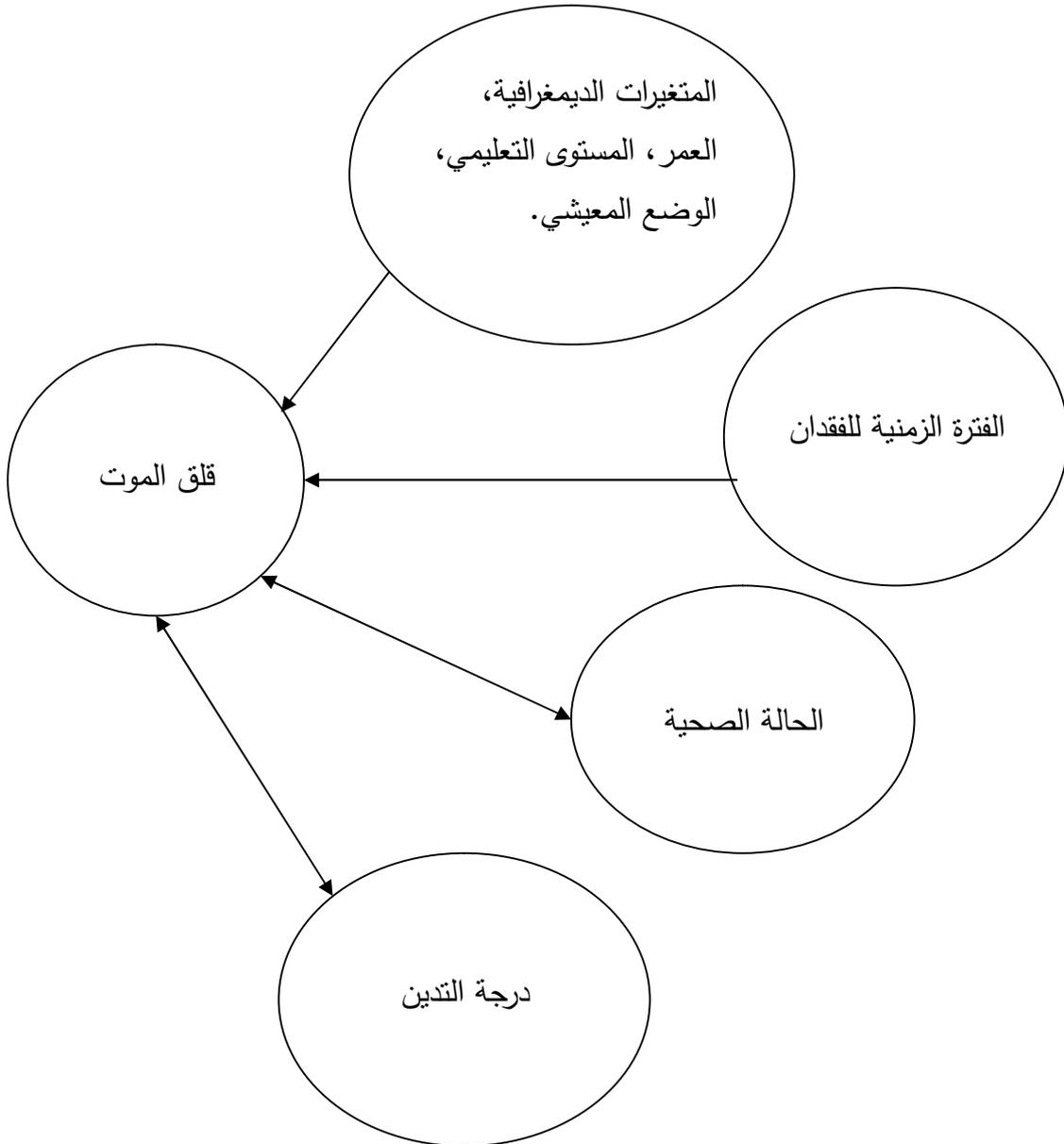
جدول (2. 1) عدد السكان في مخيمات شمال الضفة الغربية

الرقم	المخيم	عدد السكان
1-	الفارعة	9036
2-	عين بيت الماء	7943
3-	عسكر	19408
4-	بلاطة	27414
5-	طولكرم	22606
6-	نور شمس	11290
7-	جنين	19577

الأونروا (2015) تقرير حول تعداد السكان في مخيمات شمال الضفة الغربية.

7.1.1.2 الإطار المفاهيمي للدراسة:

الإطار المفاهيمي التالي يعرض العلاقة ما بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة والعلاقة بينهما.



- من المتوقع أن تؤثر كافة المتغيرات المستقلة على المتغير التابع قلق الموت بشكل سلبي أو إيجابي وسيتم فحص مدى تأثير المتغير التابع بالمتغيرات المستقلة.

شرح الاطار المفاهيمي للدراسة:

العمر: وقد تم تقسيمه من الفترة الزمنية مابين 60-69 و من 70-79 و من 80 سنة فما فوق

المستوى التعليمي: هل المسنة تتقن القراءة والكتابة أو لا.

الوضع المعيشي: هل أن المسنة تعيش مع الأقارب أم الأبناء أم تعيش لوحدها.

الفترة الزمنية للفقدان: هي الفترة الزمنية من فقدان الشخص لشريك الحياة حتى تاريخ الدراسة.

الحالة الصحية: هل أن المسنة تعاني من مرض أو لا تعاني من أي مرض.

درجة التدين: متدنية بدرجة كبيرة أو متدنية نوعا ما .

قلق الموت: هو القلق المتصل بالموت.

2.2 الدراسات السابقة:

أجريت عدد من الدراسات على قلق الموت لدى شرائح مختلفة لكن سيقترن الحديث في هذا الجزء حول قلق الموت وعلاقته ببعض متغيرات هذه الدراسة لدى المسنين.

إن الدراسات السابقة التي تمكن الباحث من الاطلاع عليها، والمتعلقة بموضوع الدراسة الحالية ساعدت في تكوين تصور شامل للموضوع، وذلك من خلال الطرق والمناهج المتبعة من قبل الدارسين والباحثين، وما توصلوا اليه من نتائج، الأمر الذي ساعد الباحث على تحديد صياغة المشكلة وتحديد التساؤلات التي تسعى الدراسة للإجابة عنها.

1- الدراسات العربية:

- دراسة الغانم (2004):

هدفت الدراسة الى فحص التدين وعلاقته بقلق الموت والأحداث السارة والنظرة الى الحياة مقارنة بين المسنين والمسنات (بواقع 200 شخص بكل فئة) وقد تم تطبيق مقياس الوعي الديني ومقياس قلق الموت ومقياس النظرة للحياة وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة بين التدين وقلق الموت والنظرة الإيجابية لدى المسنين، كذلك وجود علاقة ارتباط سالبة بين التدين والأحداث السارة لدى المسنين، كذلك وجود علاقة ارتباط سالبة بين قلق الموت والاحداث السارة لدى المبحوثين، وكانت هنالك علاقة ارتباط موجبة بين قلق الموت والنظرة السالبة للحياة لدى المسنين، وعلاقة ارتباط سالبة بين التدين و قلق الموت والاحداث السارة والنظرة الإيجابية للحياة لدى عينة الدراسة وعلاقة ارتباط سالبة بين قلق الموت والنظرة السلبية للحياة.

- دراسة رحيم وعلي (2009):

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستوى القلق لدى المسنين المقيمين في دور الدولة للرعاية الاجتماعية وعلاقته بالجنس والعمر والحالة الاجتماعية والتفاعل بينهما وقد طبق البحث على المسنين الذين تقع أعمارهم ما بين 69 - 80 فأكثر وقد توزعت حسب متغيري العمر والجنس، وقد استخدم الباحثان في هذه الدراسة عدداً من الأدوات منها استمارة جمع البيانات التي قام الباحثان بتنظيمها ومقياس القلق الصريح تعريب وتقنين مصطفى فهمي (1974) ومقياس قلق الموت من إعداد أحمد عبد الخالق (1987).

وقد توصلت الدراسة الى انعدام وجود فروق بين المسنين في القلق العام وقلق الموت، حسب متغير الجنس، وأن للعمر تأثيراً واضحاً على القلق العام لدى المسنين عند مستوى دلالة 0.05 وأن المسنين المتقاعدین أكثر إحساساً بالقلق العام وقلق الموت من المسنين الذين يعملون، وأوضحت نتائج البحث أن المسنين الذين تبلغ أعمارهم اكثر من 70 سنة كانوا أكثر احساساً بالقلق العام وقلق الموت من المسنين الذين تقع اعمارهم بين (60-69).

- دراسة بلان (2009):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين مقارنة بالمسنين المقيمين مع أسرهم في درجة معاناتهم للقلق، حسب متغيرات مكان الإقامة والعمر والجنس في الجمهورية العربية السورية وتكونت عينة الدراسة من 436 مسنا ومسنة منهم 222 من الذكور و214 من الإناث، وكانت عينة المسنين المقيمين في دور الرعاية 150 مسنا ومسنة والمقيمين مع أسرهم 286 مسنا ومسنة، استخدم الباحث مقياس سمة القلق لسيليجر كأداة للدراسة، وأظهرت النتائج أن وجود المسن في دور الرعاية يؤدي إلى مزيد من القلق لديه، لتدني مسؤولياته الاجتماعية وشعوره بأنه أصبح قليل الفائدة وغير مرغوب فيه وكأنه ينتظر الموت.

- دراسة العويضة (2001):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين المسنين المتقاعدين وغير المتقاعدين في مستوى قلق الموت وتكونت عينة الدراسة من (40) مسنا من المتقاعدين وغير المتقاعدين (20) من الذكور (20) من الإناث. وتم تطبيق مقياس قلق الموت لعبد الخالق (1996)، وأظهرت النتائج أن المتقاعدين أعلى من غير المتقاعدين في قلق الموت، كما وجدت علاقة موجبة بين قلق الموت وسمة القلق لدى كل من المتقاعدين وغير المتقاعدين.

- دراسة أبو هلال (2013):

هدفت الدراسة التعرف إلى المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس في ضوء المتغيرات المستقلة: (الجنس والعمر والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء والأمراض التي يعانون منها) مستخدمة المنهج الوصفي الارتباطي.

تبيّن انعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المبحوثين تبعاً لمتغيرات (الجنس والعمر وعدد الأبناء)، بينما تبيّن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المبحوثين تبعاً لمتغير العمر لصالح (80) فما فوق، وبتغير الحالة الاجتماعية لصالح العزاب، وبتغير الأمراض لصالح المصابين بأمراض مزمنة، كما تبيّن وجود علاقة عند مستوى الدلالة الإحصائية بين درجة المساندة الاجتماعية ودرجة قلق الموت، أي أنه كلما قلت المساندة الاجتماعية زاد ذلك من مستوى قلق الموت لدى المبحوثين.

- دراسة إمام (2010):

كانت هذه الدراسة بعنوان احتياجات النساء المسنات الفلسطينيات والصحة الجسدية والعقلية، وهي دراسة وصفية والتي أجريت على 50 امرأة مسنة فلسطينية كانت اعمارهن فوق 65 سنة، أشارت النتائج أن (42%) من المشاركات عبرت عن وجود قيود على الحركة والتنقل التي تسببها بعض المشاكل العضلات وأن 60% يعانون من مشاكل القلب والأوعية الدموية، و 34% من مرض السكري، وكان 28% يعانون من الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي. وقد عبرت (62%) من المشاركات أنها يقضين الكثير جدا من الوقت في الصلاة وقراءة القرآن في بعض الأحيان، وتقع المشاعر الرئيسة للمشاركات تحت عنوان أعراض الاكتئاب المرتبطة بالقلق، أو فقدان السيطرة والاستقلال الذاتي، لكن كان هناك تفاوت في شدة هذه الأعراض، في حين عبرت 44% من المشاركات أنهن شاكرات لله ويقدرن أن حياتهن مرضية عن كل ما يحصلن عليه من الحياة والأسرة، وعبرت 20% من المشاركات أنهن ينتظرن الموت ليأتي وأن هنالك التفكير في الموت أو تمنى أن يموت.

2- الدراسات الأجنبية:

- دراسة مادناوت وكاشاو (Madnawat&Kachhawa,2007)

حول تأثير العمر والجنس والوضع المالي على قلق الموت لدى المسنين وتكونت عينة الدراسة من 299 شخصا من كبار السن (129) من الإناث (170) من الذكور الذين يرتادون الحدائق العامة ومعدل أعمارهم كان (70 عاما) دلت النتائج على أن النساء الأكبر سنا نسبيا واللواتي يعشن مع عائلتهن يعانين من قلق الموت بشكل ملحوظ، أما من ناحية الجنس والعمر فإن النتائج أظهرت أن النساء أكثر قلقا من الموت من الرجال وان النساء الأكبر سنا لديهن قلق من الموت بدرجة أكبر من غيرهن.

- دراسة وو و تانج وكوك (W.u,Tang&Kwok,2002):

هدفت الدراسة إلى اختبار ردود الفعل العاطفية والمعرفية لدى المسنين الصينيين نحو الموت ومستويات القلق لديهم، حيث تم تطبيق مقياس قلق الموت على عينة تكونت من (237) فرداً أعمارهم بين (60-91) سنة و أظهرت النتائج وجود درجة مرتفعة من قلق الموت لدى العمر الأصغر، انعدام فروق ذات دالة إحصائية في درجة قلق الموت تعزى لمتغيرات المهنة والجنس ومستوى التدين والدخل.

- دراسة روساك (Russac,2007):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى قلق الموت لدى البالغين، وتضمنت عينة الدراسة (304) من الرجال والنساء تتراوح أعمارهم ما بين (18-87) سنة، حيث تم تطبيق مقياس قلق الموت، وأظهرت النتائج وجود مستوى متوسط من قلق الموت عند المبحوثين في سنوات العشرينات، وانخفاضه بعد ذلك مع التقدم في العمر.

- دراسة جاكسون (Jackson,2008):

هدفت إلى الكشف عن علاقة العمر والجنس بقلق الموت، حيث تكونت عينة الدراسة من 136 شخصاً (50) من الإناث (86) من الذكور تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات عمرية: الأولى من (15-25) والمجموعة الثانية من (35-50) والثالثة (تزيد عن 60 عاماً) وتم اختيار أفراد العينة من طلاب وإداريين وأعضاء هيئة تدريس، تم استخدام مقياس القلق من الموت، وبعد تحليل البيانات أشارت النتائج إلى أن الراشدين الأكبر سناً ظهر لديهم قلق الموت بنسبة أقل من الراشدين الأصغر سناً، وأظهرت النتائج أن النساء يعانين من قلق الموت بنسبة أكبر من الرجال.

- دراسة: (Azaiza, et al. 2010):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على قلق الموت لدى المسنين من فلسطينيين الداخل، حيث تكونت العينة من (145) مسناً ومسننة، وكانت أعمارهم من (60) عاماً فما فوق، وطبق عليهم مقياس ثابت لقلق الموت تم تطبيقه من خلال عمل مقابلات مع المسنين، حيث وجد أن المسنين الذين يعيشون في دور الرعاية لديهم نسبة عالية من قلق الموت، وكان هناك فروق فردية تعزى للجنس والمؤهل العلمي ومكان السكن، أو إن كان في دار للرعاية، أم يعيش وسط أسرته، وقد لوحظ أن نسبة قلق

الموت كانت عالية لدى الإناث وغير المتعلمين ولدى المقيمين في دور الرعاية، ولم يكن هناك فروق حسب درجة التدخين، وعلاقة ذلك بإدراك المُسن للمساندة الاجتماعية، ومن نتائج الدراسة أيضاً أنه كلما تلقى المُسنون مساندة اجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية قل قلق الموت لديهم، وأيضاً كان لشبكة العلاقات الاجتماعية فائدة في تخفيف الأفكار والمعلومات التي تقود إلى قلق الموت.

- دراسة سبيلبرجر (Spielberger,1989):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر الترميل كمشكلة تواجه كبار السن، وذلك بفحص العلاقة بين الترميل حديثاً والدخل والحالة الصحية والعلاقات الاجتماعية وكيفية استغلال وقت الفراغ من جهة، وبين الشعور بالسعادة والهناء لدى النساء المسنات الريفيات من جهة أخرى، تكونت العينة من (61) مسنة أرملة أعمارهن بين 60-95 سنة، وقد تم استخدام أسلوب المقابلة للحصول على المعلومات، واستخدم مقياس متعدد الأبعاد للشيخوخة، وأظهرت النتائج وجود علاقة مهمة بين الحالة الصحية والتفاعل والعلاقة مع الأصدقاء والدخل وبين الشعور بالسعادة والهناء.

- دراسة غفران و انصاري (Ghufran & Ansari,2008):

كانت هذه الدراسة بعنوان تأثير الترميل على درجة التدخين وقلق الموت لدى كبار السن، وقد هدفت هذه الدراسة إلى فحص تأثير الترميل على درجة التدخين وقلق الموت لدى كبار السن من خلال تطبيق استبانة عبارة عن مقياس درجة التدخين ومقياس درجة قلق الموت على عينة تتألف من 120 فرداً من كبار السن تتراوح أعمارهم بين 60-70 عاماً من مدينة فارناسي الهندية حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة في درجة التدخين لدى عينة الدراسة تعود لصالح كبار السن الأرامل، كذلك أظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى قلق موت أكبر لدى كبار السن الأرامل من غيرهم بالإضافة إلى وجود مستوى قلق موت أكبر لدى النساء الأرامل أكثر من الرجال.

- دراسة ميمروت (Mimrote, 2011):

كانت هذه الدراسة بعنوان ((قلق الموت بين المسنين الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية والذين يعيشون في بيوتهم)) وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على قلق الموت بين الأشخاص كبار السن الذين يعيشون في المؤسسات وبين الأشخاص المسنين الذين يعيشون في بيوتهم من خلال تطبيق مقياس لقلق الموت يتكون من 10 فقرات على عينة من المسنين تتكون من 200 شخص من الذكور

والإناث تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من عائلات ومؤسسات مختلفة في مدينة أورانجباد الهندية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأشخاص المسنين الذين يعيشون في دور الرعاية لديهم مستوى قلق موت أقل من المسنين الذين يعيشون مع عائلاتهم كذلك أشارت النتائج إلى انعدام الفروق.

- دراسة أكاري و راسكوينا (Acharya & Rasquinah, 2012):

كانت هذه الدراسة بعنوان ((قلق الموت بين المسنين الأرامل في مؤسسات الرعاية والمسنين الأرامل في غير مؤسسات الرعاية)) حيث هدفت هذه الدراسة إلى إيجاد الفرق في قلق الموت بين المسنين الأرامل في مؤسسات الرعاية والمسنين الأرامل في غير مؤسسات الرعاية كذلك الفرق في قلق الموت بين الذكور والإناث منهم من خلال تطبيق مقياس لقلق الموت يتكون من 15 فقرة تم اختبار عينة مؤلفة من 60 من المسنين الأرامل في المؤسسات و 60 من المسنين الأرامل في غير المؤسسات، أشارت النتائج إلى انعدام الفروق في مستوى قلق الموت بين المسنين الأرامل في المؤسسات وفي غير المؤسسات، كما أشارت أيضاً إلى انعدام الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين الذكور والإناث منهم.

1.2.2 تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة يتبين لنا أنها لم تحسم علاقة قلق الموت بالمتغيرات التي تم بحثها، فمثلاً فيما يتعلق بعلاقة قلق الموت بالتدين فقد أظهر تحليل دراسة الغانم (2004) وجود علاقة ارتباط موجبة بين التدين وقلق الموت والنظرة الإيجابية لدى المسنين، بينما في دراسة (Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, , et al. 2010) لم يكن هناك فروق حسب درجة التدين.

كذلك بالنسبة للجنس كان هنالك تفاوت واضح ما بين نتائج هذه الدراسات بحيث توصلت دراسة رحيم وعلي (2009) الى انعدام فروق بين المسنين في القلق العام وقلق الموت، حسب متغير الجنس وقد اتفقت نتائج هاذان الباحثان مع دراسة ابو هلال(2013) حيث تبين انعدام الفروق ذات الدلالة الإحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المبحوثين تبعاً لمتغير الجنس كذلك اوصت وأظهرت دراسة تانج وكوك(W.u,Tang&Kwork,2002) انعدام الفروق ذات الدلالة الإحصائية تعزى لمتغير الجنس وكذلك دراسة أكاري و راسكوينا (2012) التي أشارت كذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بينما اختلفت هذه الدراسات مع دراسة مادناوت وكاشاو (Madnawat & Kachhawa, 2007) حيث أظهرت أن النساء أكثر قلقاً من الموت من الرجال،

وبالمناسبة لمتغير العمر كان هنالك اختلاف بين نتائج الدراسات بحيث كانت نتائج دراسة رحيم وعلي (2009)، تدل على أن للعمر تأثيراً واضحاً على القلق العام لدى المسنين عند مستوى دلالة 0.05 بحيث ان المسنين الذين تبلغ أعمارهم أكثر من 70 سنة كانوا أكثر احساساً بالقلق العام وقلق الموت من المسنين الذين تقع أعمارهم بين (60-69) وقد اتفقت معها دراسة مادناوت وكاشاو (Madnawat & Kachhawa, 2007) التي أشارت إلى أن النساء الأكبر سناً لديهن قلق موت بدرجة أكبر من غيرهن ودراسة غفران وأنصاري (2008) التي أظهرت وجود مستوى قلق موت أكبر لدى النساء الأرامل أكثر من الرجال. أظهرت وجود مستوى قلق موت أكبر لدى النساء الأرامل أكثر من الرجال.

وبالنسبة لمتغير العمر كان هنالك اختلاف بين نتائج الدراسات بحيث كانت نتائج دراسة رحيم وعلي (2009)، تدل على أن للعمر تأثيراً واضحاً على القلق العام لدى المسنين عند مستوى دلالة 0.05 بحيث ان المسنين الذين تبلغ أعمارهم أكثر من 70 سنة كانوا أكثر احساساً بالقلق العام وقلق الموت من المسنين الذين تقع أعمارهم بين (60-69) وقد اتفقت معها دراسة مادناوت وكاشاو (Madnawat & Kachhawa, 2007) التي أشارت إلى أن النساء الأكبر سناً لديهن قلق موت بدرجة أكبر من غيرهن ودراسة غفران وأنصاري (2008) التي أظهرت وجود مستوى قلق موت أكبر لدى كبار السن الأرامل من غيرهم ودراسة أبو هلال (2013) حيث تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المبحوثين تبعاً لمتغير العمر لصالح (80) فما فوق، وقد اختلفت هذه الدراسات مع دراسة كل من تانج وكوك (W. u, Tang & Kwork, 2002) التي أظهرت وجود درجة مرتفعة من قلق الموت لدى العمر الأصغر ودراسة روساك (Russac, 2007) التي أظهرت نتائجها ظهور قلق الموت عند الرجال والنساء في العشرينيات من العمر، أما دراسة جاكسون (Jackson, 2008) فأشارت نتائجها إلى أن الراشدين الأكبر سناً لديهم قلق موت بنسبة أقل من الراشدين الأصغر سناً.

كذلك كان هنالك تفاوت بين نتائج الدراسات بالنسبة لوجود المسن في أسرته أو في دور الرعاية بحيث ذكرت دراسة مادناوت وكاشاو (Madnawat & Kachhawa, 2007) أن النساء الأكبر سناً واللواتي يعشن مع عائلاتهن يعانين من قلق الموت بشكل ملحوظ وقد إتفقت مع هذه الدراسة كل من ميمروت (2011) التي أشارت نتائجها إلى أن الأشخاص المسنين الذين يعيشون في دور الرعاية لديهم مستوى قلق موت أقل من المسنين الذين يعيشون مع عائلاتهم، في حين عارضتها دراسة بلان (2009) التي بينت نتائجها أن وجود المسن في دور الرعاية يؤدي إلى مزيد من القلق لديه، وقد اتفقت معها دراسة (Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, , et al. 2010) والتي أظهرت أن المسنين المتقاعدین أكثر إحساساً بقلق الموت والقلق العام من المسنين الذين لا يعملون كدراسة العويضة (2001) ودراسة رحيم وعلي (2009).

وتأتي هذه الدراسة لإلقاء مزيد من الضوء على دراسة قلق الموت وعلاقته بعدد من المتغيرات، حيث يتبين من الدراسات السابقة ندرة الدراسات التي تناولت قلق الموت لدى المسنين اللاجئين الأرامل، كما يلاحظ أن الدراسات السابقة لم تحسم العلاقة ما بين قلق الموت والمتغيرات التي تمت دراستها، وقد تميزت هذه الدراسة بأنها أجريت على المسنين الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية باستخدام البحث الكمي والنوعي، ولم يجد الباحث دراسات تحدثت عن هذه الفئة في الفترة التي تمت بها مراجعة الدراسات السابقة أو أي دراسة نوعية حول هذا الموضوع.

الفصل الثالث

منهج الدراسة وإجراءاتها

- 1.3 منهج الدراسة
- 1.1.3 الدراسة الكمية
- 2.1.3 الدراسة النوعية
- 2.3 مجتمع الدراسة
- 3.3 عينة الدراسة وتوزيعها الديمغرافي
- 1.3.3 البحث الكمي
- 2.3.3 البحث النوعي
- 4.3 متغيرات الدراسة
- 5.3 أدوات الدراسة
- 1.5.3 البحث الكمي
- 2.5.3 البحث النوعي
- 3.5.3 صدق الأداة
- 5.3. 1.3 الصدق الظاهري
- 2.3.5.3 الصدق الداخلي
- 4.5.3 اختبار ثبات الأداة
- 6.3 المعالجات الإحصائية

الفصل الثالث

1.3 منهج الدراسة:

سيتناول هذا الفصل التعريف بمنهج الدراسة الذي استخدمه الباحث حيث تم استخدام منهجين هما المنهج الكمي والمنهج النوعي، وقد ارتأى الباحث استخدام المنهجين للوصول لنتائج بحثية عميقة، حيث استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي والمنهج النوعي حيث أن المنهج الوصفي يصف درجة العلاقة بين المتغيرات وصفا كميا، لأن الغرض من جمع البيانات تحديد الدرجة التي ترتبط بها متغيرات كمية بعضها ببعض الآخر (أبو علام، 2001)، كذلك تهتم بالكشف عن العلاقات بين متغيرين أو أكثر لمعرفة الارتباط بين هذه المتغيرات والتعبير عنها بصورة رقمية (ملحم، 2002) أما بالنسبة للمنهج النوعي استخدم بصفة أساسية في إنتاج بيانات حول الخبرات والمعاني الشخصية ويعتمد على لغة المبحوث أو ملاحظة سلوكه، وتؤمن أن السلوك الإنساني مرتبط دائما بالسياق الذي حدث فيه وأن الواقع الاجتماعي لا يمكن خفضه إلى مجموعة من المتغيرات بنفس الأسلوب الذي يحدث فيه الواقع الطبيعي (أبو علام، 2001) ومع ذلك فالمنهجان مكملان لبعضهما البعض رغم أنهما يختلفان في نقاط جوهرية لاسيما بموضوعية الباحث ودوره (عرايبي، 2014)، ولقد لاحظ الباحث خلال الاستعداد للبدء بالتحضيرات للرسالة أن استخدام منهج واحد غير كافٍ في فهم الظاهرة بشكل كافٍ من أكثر من منظور واقتراح حلول عملية، ولهذا تمت الاستعانة بالمنهج المندمج أو المختلط ما بين الكمي والنوعي.

لقد تم إجراء هذه الدراسة وفق الخطوات التالية:

1.1.3 الدراسة الكمية:

اتبع الباحث الخطوات التالية:

- إعداد أداة الدراسة بصورتها النهائية.
- تحديد أفراد عينة الدراسة.
- الحصول على موافقة الجهات ذات الاختصاص (ملحق 2).
- جمع البيانات.
- إدخال البيانات إلى الحاسوب ومعالجتها إحصائياً باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)
- استخراج النتائج وتحليلها ومناقشتها، ومقارنتها مع الدراسات السابقة، واقتراح التوصيات المناسبة.

2.1.3 الدراسة النوعية:

قام الباحث باختيار عينة قصدية تتكون من 20 من المسنات الأرامل موزعات على خمسة مخيمات حيث قام الباحث بالإجراءات التالية:

- اختيار عينة الدراسة وتحديد الزمان والمكان وبناء أسئلة المجموعة البؤرية، ومن ثم تم عقد المجموعة البؤرية لمدة أربع ساعات حيث قام باحثان متخصصان بإدارة المجموعة البؤرية وتيسيرها.
- إجراء نقاش مع المجموعة.
- تجميع البيانات وتحليلها والحصول على النتائج.

2.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد أو العناصر التي تعاني من مشكلة الدراسة أو ذات علاقة بها، ويسعى الباحث إلى تعميم نتائجها عليها وبذلك فإن المجتمع في هذه الدراسة هن جميع المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية، وقد بلغ عددهن (2277) مسنة موزعات على سبعة مخيمات تقع في شمال الضفة الغربية، كما يبين الجدول التالي:

جدول رقم (1.3): توزيع مجتمع الدراسة على مخيمات شمال الضفة الغربية

النسبة المئوية	إناث	المخيم
15.8%	361	عسكر
24.1%	549	بلاطة
6.5%	149	عين بيت الماء
8.2%	187	الفارعة
17.9%	409	جنين
8.4%	192	نور شمس
18.8%	430	طولكرم
100.0%	2277	المجموع

الأونروا (2015) تقرير حول تعداد السكان في مخيمات شمال الضفة الغربية

يتضح من جدول (1.3) أن أعلى نسب المسنات الأرامل بالنسبة للسكان كانت في مخيم بلاطة (24.1%)، وأدناها في مخيم عين بيت الماء (6.5%) وهذا لأن مخيم بلاطة هو الأكبر من حيث عدد السكان بينما مخيم العين هو الأقل في عدد السكان في جميع مخيمات شمال الضفة الغربية (الأونروا، 2015).

3.3 عينة الدراسة وتوزيعها الديمغرافي:

1.3.3 البحث الكمي:

قام الباحث بتوزيع (228) استبانة على عينة الدراسة البالغة حوالي 10% من مجتمع الدراسة حيث تم إختيار طريقة العينة العشوائية الطبقة حيث تم الحصول على السجلات الخاصة بأسماء وعناوين المسنات الأرامل من سجلات دائرة التسجيل بوكالة الغوث ومن ثم تم من خلال مساعدة الإحصائي إحتساب 10% من كل مخيم من المسنات الأرامل، ويبين الجدول (2.3) توزيع عينة الدراسة في مخيمات اللاجئين حسب المخيم.

جدول رقم (2.3): توزيع عينة الدراسة على مخيمات شمال الضفة الغربية حسب المخيم

النسبة المئوية	عدد المسنات الأرازل	المخيم
15.7%	36	عسكر
24.1%	55	بلاطة
6.5%	15	عين بيت الماء
8.3%	19	الفارعة
17.9%	41	جنين
8.3%	19	نور شمس
18.8%	43	طولكرم

الأونروا (2015) تقرير حول تعداد السكان في مخيمات شمال الضفة الغربية

يلاحظ من جدول (2.3) أن أعلى عدد عينة في مخيم بلاطة حيث بلغت النسبة (24.1%). أما أدناها فكانت في مخيم عين بيت الماء بنسبة (6.5%).

البيانات غير الديمغرافية للمبحوثين

والجدول (3.3) يعرض الباحث من خلاله توزيع المبحوثات حسب المتغيرات المستقلة.

الجدول (3.3) توزيع المبحوثات حسب المتغيرات لمستقلة:

المتغير	التصنيف	العدد	النسبة المئوية %
العمر بالسنوات	من 60-69	93	40.8
	70-79	80	35.1
	80 سنة فما فوق	55	24.1
الفترة الزمنية للفقدان بالسنوات	1-5 سنوات	27	11.8
	أكثر من 5 سنوات	201	88.2
الحالة الصحية	أعاني من مرض	216	94.7
	لا أعاني من مرض	12	5.3
درجة التدبير	متدين بدرجة كبيرة	177	77.6
	متدين نوعاً ما	51	22.4
الوضع المعيشي	يعيش مع الأقارب	20	8.8
	يعيش مع الأبناء	155	68.0
	يعيش وحده	53	23.2
المستوى التعليمي	لا يقرأ ولا يكتب	175	76.8
	يقرأ ويكتب	53	23.2

يتبين من جدول (3.3) أن مستوى الأعمار (من 60-69 عاماً) بنسبة (40.8) وفترة (أكثر من 5) سنوات للفقدان بنسبة (88.2)، وأيضاً أعاني من المرض بنسبة (94.7) والتدين بدرجة كبيرة بنسبة (77.6%)، والعيش مع الأبناء بنسبة (68.0)، ومستوى تعليمي (لا يقرأ ولا يكتب) بنسبة (76.8) من عينة الدراسة.

الجدول (4.3) عينة الدراسة حسب متغيراتها غير الديمغرافية:

المتغير	التصنيف	العدد	النسبة المئوية %
نوع المرض	لا يوجد	12	5.2%
	أمراض الجهاز الدوري: وتشمل (القلب، والضغط، وجلطة الدماغ)	17	7.4%
	أمراض الجهاز الهضمي: وتشمل (القولون، والمعدة، والقرحة)	7	3%
	أمراض الجهاز الهيكلي: وتشمل (هشاشة العظام، والروماتيزم، و والغضروف، والمفاصل، والكسور)	44	19.2%
	أمراض الاجهزة الحسية: وتشمل (مشكلات العيون، والسمع، و الذوق، والشم)	25	10.9%
	أمراض الجهاز الغدي: وتشمل (السكري، وأمراض الغدة الدرقية)	116	50.8%
	أمراض السرطان	4	1.7%
حالة اللجوء والمكان الأصلي قبل اللجوء	غير لاجئ	25	10.9%
	شمال فلسطين	95	41.6%
	وسط فلسطين	91	39%
	جنوب فلسطين	17	7.4%
	المجموع لكل مستوى	228	100%

يتضح من جدول (4.3) أن أكثر الأمراض التي يعاني منها المبحوثون هي أمراض الجهاز الغدي (السكري وأمراض الغدة الدرقية) بنسبة (50.8%).

وأن أكثر المناطق لجأ منها المبحوثون وسكنوا فيها قبل اللجوء كانت مناطق شمال فلسطين بنسبة 41.6%.

2.3.3 البحث النوعي:

تم اختيار مجموعة مسنات كعينة قصدية تتكون من 20 مبحوثة موزعات على خمسة مخيمات هي: (عسكر والفارعة ونور شمس وطولكرم وبلاطة) للاجابة على أسئلة الدراسة الكيفية والجدول التالي يبين وصفاً لأفراد العينة المختارة وفقاً لمتغير العمر

الجدول رقم (5.3) يعرض توزيع مجموعة المسنات حسب متغير العمر.

80 فأكثر		79-70		69-60		العمر
نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	
10	2	50	10	40	8	

وينضح من الجدول (5.3) أن العينة تكونت من 20 مسنة، وتوزعت أعمار المشاركات على الفئات العمرية بحيث بلغ عدد المسنات في الفئة العمرية (69-60) 8 مسنات أي ما نسبته (40%) من العينة في حين بلغ عدد المسنات في الفئة العمرية (79-70) 10 مسنات أي ما نسبته (50%) من العينة وبلغ عدد المسنات اللواتي تزيد أعمارهن عن 80 عاما اثنتين أي ما نسبته (10%) من العينة.

4.3 متغيرات الدراسة:

تضمن تصميم الدراسة المتغيرات الآتية:

أ- المتغيرات المستقلة:

- العمر: وله ثلاثة مستويات (69-60، و79-70، و80 فما فوق).
- الفترة الزمنية لفقدان الشريك: وله مستويان (و1-5 سنوات، وأكثر من 5 سنوات).
- الحالة الصحية: وله مستويان: (أعاني من مرض، ولا أعاني من مرض).
- درجة التدين: وله مستويان: (متدين بدرجة كبيرة، متدين نوعاً ما).
- الوضع المعيشي: وله ثلاثة مستويات: (يعيش مع الأقارب، ويعيش مع الأبناء، ويعيش وحده).
- المستوى التعليمي: وله مستويان: (يقرأ و يكتب، لا يقرأ ولا يكتب).

ب - المتغير التابع:

ويتمثل في استجابات المسنات الأرامل في مجالات مقياس أداة الدراسة ((قلق الموت)) بمحاوره الأربعة، وهي: الخوف من الموتى والقبور، والخوف مما بعد الموت، والخوف من الأمراض المميتة، والانشغال بالموت وأفكاره بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمجالات جميعاً.

5.3 أدوات الدراسة:

1.5.3 البحث الكمي:

استخدم الباحث الاستبانة أداة للدراسة، وتضمنت الاستبانة مقياس قلق الموت العام الذي أعده عبد الخالق (1987) وقد استخدمه كل من (شقيير، 2003) و(أبو هلال، 2013) ذلك بعد تطويره على البيئة الفلسطينية والتحقق من صدقه وثباته، ويتكون من أربعة مجالات هي: الخوف من الموتى والقبور، والخوف مما بعد الموت، والخوف من الأمراض المميتة، والانشغال بالموت وأفكاره، وقد تكونت أداة الدراسة من جزأين:

الجزء الأول: ويشمل المعلومات الأولية عن المسنين.

الجزء الثاني: واشتمل على 20 فقرة، موزعة على (4) مجالات، يتم الإجابة عن هذه الفقرات من خلال مقياس ليكرت الخماسي، يبدأ بالدرجة (بشكل كبير جداً) وتُعطى (5) درجات، ثم (بشكل كبير) وتعطى (4) درجات، ثم (بشكل متوسط) وتعطى (3) درجات، ثم (بشكل قليل) وتعطى درجتين، وينتهي بـ (بشكل قليل جداً) وتعطى درجة واحدة فقط وتعبر الدرجة المرتفعة على المقياس عن مستوى عالٍ من قلق الموت، بينما تعبر الدرجة المنخفضة عن مستوى منخفض من قلق الموت.

وقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة مقياساً لتقدير مستوى القلق، وذلك وفق ما ورد في دراسات وأبحاث سابقة (مناصرة، 2003)، (أبو هلال، 2013) ويتدرج المقياس كما يلي:

(2.5-1) درجة منخفضة من القلق

(3.5-2.5) درجة متوسطة من القلق

(5 - 3.51) درجة عالية من القلق

2.5.3 البحث النوعي:

بعد أن تم الانتهاء من البحث الكمي وتحليله، تم تصميم أسئلة خاصة بالبحث النوعي معتمدة على مقياس قلق الموت الذي تم استخدامه في البحث الكمي ونتائج إجابات المبحوثات وتمثلت أسئلة الدراسة النوعية كما هو مبين في الملحق رقم (5).

3.5.3 صدق الأداة:

البحث الكمي

1.3.5.3 الصدق الظاهري:

تم عرض أداة الدراسة على مجموعة من المحكمين المختصين في الشؤون النفسية في الجامعات، وبلغ عددهم (8) محكمين (ملحق 3) وقد طلب من المحكمين إبداء الرأي في فقرات أداة الدراسة من حيث صياغة الفقرات، ومدى مناسبتها للمجال الذي وضعت فيه، إما بالموافقة عليها أو تعديل صياغتها أو حذفها لعدم أهميتها، وقد رأى المحكمون صلاحية أداة الدراسة، التي تكونت في صورتها النهائية من (20 فقرة)، وبذلك يكون قد تحقق الصدق الظاهري للاستبانة، وأصبحت أداة الدراسة في صورتها النهائية (ملحق 4).

2.3.5.3 الصدق الداخلي:

تم فحص الصدق الداخلي من خلال استخدام مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات الاستبانة أداة الدراسة ومحاورها، وقد أشارت نتائجها إلى يلي:

الجدول (6.3) مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين مجالات الدراسة والدرجة الكلية.

الدرجة الكلية	المجال الرابع	المجال الثالث	المجال الثاني	المجال الأول	فقرات مجالات الدراسة	
0.772**	0.675**	0.517*	0.443*		معامل الارتباط	المجال الأول (الخوف من الموتى والقبور)
0.000	0.000	0.000	0.000		الدلالة *	
0.807**	0.660**	0.541*			معامل الارتباط	المجال الثاني (الخوف مما بعد الموت)
0.000	0.000	0.000			الدلالة *	
0.846**	0.723**				معامل الارتباط	المجال الثالث (الخوف من الأمراض المميتة)
0.000	0.000				الدلالة *	
0.906**					معامل الارتباط	المجال الرابع (الانشغال بالموت وأفكاره)
0.000					الدلالة *	

تشير نتائج الجدول (6.3) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين فقرات المجالات والدرجة الكلية لأداة الدراسة.

وتشير نتائج الجدول في ملحق رقم (7.9.11.13) إلى أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطاً موجباً مع الدرجات الكلية للمجالات التي تنتمي إليها حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تشير هذه النتائج إلى توفر الاتساق الداخلي لفقرات المجالات والدرجة الكلية للمجال نفسه، وبالتالي يمكن الحكم بمصادقية عبارات أداة الدراسة وكذلك الاطمئنان عن تطبيقها.

4.5.3 اختبار ثبات الأداة:

لقد تم استخراج معامل ثبات الأداة، باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، Cronbach's Alpha والجدول (7.3) يبين معاملات الثبات لأداة الدراسة ومجالاتها.

الجدول (7.3) معاملات الثبات لأداة الدراسة ومجالاتها:

الرقم	المجال	عدد الفقرات	معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا
1	الخوف من الموتى والقبور	7	0.932
2	الخوف مما بعد الموت	3	0.841
3	الخوف من الأمراض المميتة	4	0.876
4	الانشغال بالموت وأفكاره	6	0.837
	الثبات الكلي	20	0.948

يتضح من الجدول رقم (7.3) أن معاملات الثبات لمجالات الاستبانة تراوحت بين (0.837 - 0.932) في حين بلغ الثبات الكلي (0.948) وهو معامل ثبات عالٍ وفي بأغراض البحث العلمي. بالإضافة إلى ذلك تم التحقق من صلاحية الأداة للمبحوثين على أنها تصلح للمجتمع الفلسطيني من خلال فحصها على عشرين المسنات وتم إجراء التعديلات المناسبة عليها.

وبالنسبة للبحث النوعي تم فحص صدق الاداة وثباتها من خلال عرضها على (3) من المحكمين، ملحق(3).

6.3 المعالجات الإحصائية:

بعد أن تم تفرغ إجابات أفراد العينة، جرى ترميزها وإدخال البيانات باستخدام الحاسوب ثم تمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ومن المعالجات الإحصائية المستخدمة:

1. التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لتقدير الوزن النسبي لفقرات الاستبانة ولعرض نتائج البيانات الديمغرافية والمتغيرات المستقلة.
2. مصفوفة بيرسون لقياس العلاقة بين فقرات الدراسة ومجالاتها والدرجة الكلية وذلك لقياس الصدق الارتباطي لأداة الدراسة.

3. اختبار (مان ويتي Man Whitney Test) وذلك لقياس الفروق في استجابات عينة الدراسة في متغيرات (الجنس، والفترة الزمنية لفقدان الشريك، ودرجة التدخين، والحالة الصحية، والمستوى التعليمي).
4. اختبار (كروسكال والاس Kruskal Wallis Test) وذلك لقياس الفروق في استجابات عينة الدراسة في متغيرات (العمر، والفترة الزمنية لفقدان الشريك، ودرجة التدخين، والوضع المعيشي، والمستوى التعليمي وقد استخدم هذا الاختبار لفحص الفروض في المتوسطات بين الفئات المختلفة من المبحوثات لأن التوزيع لهن جاء غير طبيعي.
5. معادلة كرونباخ - ألفا (Cronbach Alpha) وذلك لقياس ثبات الأداة.

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

1.4 نتائج الدراسة الكمية

2.4 ملخص نتائج الدراسة الكمية

3.4 نتائج الدراسة النوعية

4.4 ملخص نتائج الدراسة النوعية

الفصل الرابع

تناول الباحث في هذا الفصل عرضاً للناتج التي تم التوصل إليها من خلال التحليل الإحصائي للبيانات التي جمعها من المبحوثات أفراد العينة ومن خلال إجابتهم على أدوات البحث والقياس متمثلة في مقياس قلق الموت بالإضافة إلى نتائج البحث النوعي، وفيما يلي نتائج الدراسة تبعاً لأسئلتها وفرضياتها.

1.4 نتائج الدراسة الكمية:

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي نصه:

"ما مدى انتشار قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية وماهي درجته؟"

من أجل تحليل هذا السؤال، قام الباحث باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة القلق لفقرات الدراسة ومجالاتها.

والجداول التالية تبين إجابات المبحوثات عن أسئلة الاستبانة ومحاورها :

جدول رقم (1.4) المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمجالات مستوى قلق الموت والمجموع الكلي لقلق الموت.

الرقم	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	الخوف من الموتى والقبور	1.66	1.09	منخفضة
2	الخوف مما بعد الموت	2.38	1.31	منخفضة
3	الخوف من الأمراض المميتة	2.27	1.33	منخفضة
4	الانشغال بالموت وأفكاره	2.02	1.00	منخفضة
	الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية	2.08	0.99	منخفضة

يتضح من الجدول رقم (1.4) أن الدرجة الكلية لقلق الموت من وجهة نظر المسنات الأرامل في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية في فلسطين قد أنت بمتوسط (2.08) وانحراف معياري (0.99) وهذا يدل على درجة اجابة (منخفضة) على مقياس قلق الموت من وجهة نظرهن، في حين تراوحت المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد الدراسة بين المجالات (1.66 - 2.38) وهو مستوى استجابة منخفضة لمجالات قلق الموت الأربعة ملحق (6،8،10،12).

ثانيا: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي نصه:

"هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية والمتغيرات الديمغرافية(العمر، المستوى التعليمي، الوضع المعيشي)؟"

وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لفحص الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير العمر بالسنوات والجدول (2.4) يوضح ذلك

جدول (2.4): نتائج اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لفحص دلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير العمر بالسنوات

المجال	العمر بالسنوات	العدد	متوسط الرتب	قيمة مربع كاي	درجة الحرية	مستوى الدلالة*
الخوف من الموتى والقبور	من 60-69	93	116.64	5.969	2	0.051
	70-79	80	102.47			
	80 سنة فما فوق	55	128.38			
الخوف مما بعد الموت	من 60-69	93	122.22	3.925	2	0.141
	70-79	80	103.19			
	80 سنة فما فوق	55	117.90			
الخوف من الأمراض المميتة	من 60-69	93	118.77	9.519	2	0.009*
	70-79	80	97.83			
	80 سنة فما فوق	55	131.52			
الانشغال بالموت وأفكاره	من 60-69	93	121.02	5.805	2	0.055
	70-79	80	100.40			
	80 سنة فما فوق	55	123.99			
الدرجة الكلية	من 60-69	93	120.05	6.613	2	0.037*
	70-79	80	99.64			
	80 سنة فما فوق	55	126.72			

*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول رقم (2.4) أن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت لدى المبحوثات حسب متغير العمر بالسنوات يساوي (0.037) وهذه القيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي فهناك فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير العمر بالسنوات ولصالح ذوي الأعمار الأكبر.

أما بالنسبة لمجالات الدراسة، فقد تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير العمر بالسنوات في المجال الثالث (الخوف من الأمراض المميتة) بينما لم توجد فروق إحصائية ذات دلالة في المجال الأول والثاني والرابع.

وبالنسبة لمتغير الوضع المعيشي تم استخدام اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير الوضع المعيشي والجدول رقم (3.4) يوضح ذلك.

جدول (3.4): نتائج اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير الوضع المعيشي

المجال	العمر بالسنوات	العدد	متوسط الرتب	قيمة مربع كاي	درجة الحرية	مستوى الدلالة*
الخوف من الموتى والقبور	يعيش مع الأقارب	20	120.78	0.274	2	0.872
	يعيش مع الأبناء	155	114.43			
	يعيش وحده	53	112.33			
الخوف مما بعد الموت	يعيش مع الأقارب	20	102.63	1.086	2	0.581
	يعيش مع الأبناء	155	117.18			
	يعيش وحده	53	111.13			
الخوف من الأمراض المميتة	يعيش مع الأقارب	20	121.28	1.259	2	0.533
	يعيش مع الأبناء	155	111.20			
	يعيش وحده	53	121.59			
الانشغال بالموت وأفكاره	يعيش مع الأقارب	20	109.28	0.202	2	0.904
	يعيش مع الأبناء	155	115.66			
	يعيش وحده	53	113.07			
الدرجة الكلية	يعيش مع الأقارب	20	110.58	0.078	2	0.962
	يعيش مع الأبناء	155	114.94			
	يعيش وحده	53	114.69			

*دال إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول رقم (3.4) أن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير الوضع المعيشي يساوي (0.962) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات .

أما بالنسبة لمجالات الدراسة، فلا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير الوضع المعيشي في المحاور الأربعة للمقياس.

أما بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي تم استخدام اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير المستوى التعليمي والجدول (4.4) يوضح ذلك.

جدول (4.4): نتائج اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير المستوى التعليمي

المجال	الفترة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة الاختبار	قيمة Z	مستوى الدلالة*
الخوف من الموتى والقبور	يقرأ ويكتب	175	112.32	19655.50	4255.500	-0.973	0.330
	لا يقرأ ولا يكتب	53	121.71	6450.50			
الخوف مما بعد الموت	يقرأ ويكتب	175	107.15	18751.00	3351.000	-3.121	*0.002
	لا يقرأ ولا يكتب	53	138.77	7355.00			
الخوف من الأمراض المميتة	يقرأ ويكتب	175	114.31	20004.50	4604.500	-0.080	0.936
	لا يقرأ ولا يكتب	53	115.12	6101.50			
الانشغال بالموت وأفكاره	يقرأ ويكتب	175	111.06	19435.50	4035.500	-1.444	0.149
	لا يقرأ ولا يكتب	53	125.86	6670.50			
الدرجة الكلية	يقرأ ويكتب	175	110.29	19300.00	3900.000	-1.754	0.079
	لا يقرأ ولا يكتب	53	128.42	6806.00			

*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول رقم (4.4) أن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير الحالة الصحية يساوي (0.079) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، إذ لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة المبحوثات ومتغير المستوى التعليمي .

أما بالنسبة لمجالات الدراسة، فقد تبين أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير المستوى التعليمي في مجال الدراسة الثاني (الخوف مما بعد الموت) .

3- النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث الذي نصه:

هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية في فلسطين ومتغير درجة التدين ؟

للإجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار مان ويتي Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير درجة التدين والجدول (5.4) يوضح ذلك.

جدول (5.4): نتائج اختبار مان ويتي Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير درجة التدين

المجال	الفترة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة الاختبار	قيمة Z	مستوى الدلالة*
الخوف من الموتى والقبور	متدين بدرجة كبيرة	177	112.34	19884.50	4131.500	-0.987	0.324
	متدين نوعاً ما	51	121.99	6221.50			
الخوف مما بعد الموت	متدين بدرجة كبيرة	177	116.14	20557.50	4222.500	-0.716	0.474
	متدين نوعاً ما	51	108.79	5548.50			
الخوف من الأمراض المميتة	متدين بدرجة كبيرة	177	113.67	20120.00	4367.000	-0.360	0.719
	متدين نوعاً ما	51	117.37	5986.00			
الانشغال بالموت وأفكاره	متدين بدرجة كبيرة	177	111.76	19781.50	4028.500	-1.179	0.238
	متدين نوعاً ما	51	124.01	6324.50			
الدرجة الكلية	متدين بدرجة كبيرة	177	114.40	20248.50	4495.500	-0.043	0.965
	متدين نوعاً ما	51	114.85	5857.50			

*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول رقم (5.4) إن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير درجة التدخين (0.965) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، إذاً لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة المبحوثات ومتغير درجة التدخين.

أما بالنسبة لمجالات الدراسة، فلا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير درجة التدخين في مجالات الدراسة الأربع.

4- النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع الذي نصه:

هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية في فلسطين ومتغير الحالة الصحية؟

وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار مان ويتي Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير الحالة الصحية والجدول (6.4) يوضح ذلك.

جدول (6.4): نتائج اختبار مان ويتني Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير الحالة الصحية

المجال	الفترة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة الاختبار	قيمة Z	مستوى الدلالة*
الخوف من الموتى والقبور	أعاني من مرض	216	114.05	24635.00	1199.000	-0.468	0.640
	لا أعاني من مرض	12	122.58	1471.00			
الخوف مما بعد الموت	أعاني من مرض	216	114.21	24669.00	1233.000	-0.289	0.773
	لا أعاني من مرض	12	119.75	1437.00			
الخوف من الأمراض المميتة	أعاني من مرض	216	113.42	24498.50	1062.500	-1.070	0.285
	لا أعاني من مرض	12	133.96	1607.50			
الانشغال بالموت وأفكاره	أعاني من مرض	216	114.89	24817.00	1211.000	-0.386	0.700
	لا أعاني من مرض	12	107.42	1289.00			
الدرجة الكلية	أعاني من مرض	216	114.14	24654.50	1218.500	-0.349	0.727
	لا أعاني من مرض	12	120.96	1451.50			

*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول رقم (6.4) أن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير الحالة الصحية يساوي (0.727) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، ولذلك فلا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير حالة المسنات الأرملة الصحية.

أما بالنسبة لمجالات الدراسة، فلا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير حالة المسنات الأرملة الصحية، في مجالات الدراسة الأربعة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس الذي نصه:

هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت لدى المسنات الأرملة في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية في فلسطين ومتغير الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة ؟

وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار مان ويتني Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة والجدول (7.4) يوضح ذلك.

جدول (7.4): نتائج اختبار مان ويتني Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة.

المجال	الفترة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة الاختبار	قيمة Z	مستوى الدلالة*
الخوف من الموت والقبور	5-1 سنوات	27	111.85	3020.00	2642.000	-0.238	0.812
	أكثر من 5 سنوات	201	114.86	23086.00			
الخوف مما بعد الموت	5-1 سنوات	27	124.98	3374.50	2430.500	-0.897	0.369
	أكثر من 5 سنوات	201	113.09	22731.50			
الخوف من الأمراض المميتة	5-1 سنوات	27	107.54	2903.50	2525.500	-0.596	0.551
	أكثر من 5 سنوات	201	115.44	23202.50			
الانشغال بالموت وأفكاره	5-1 سنوات	27	120.44	3252.00	2553.000	-0.503	0.615
	أكثر من 5 سنوات	201	113.70	22854.00			
الدرجة الكلية	5-1 سنوات	27	118.02	3186.50	2618.500	-0.295	0.768
	أكثر من 5 سنوات	201	114.03	22919.50			

*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول رقم (7.4) ان قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير الفترة الزمنية لفقدان الشريك (بالسنوات) كانت (0.768) وبذلك فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير الفترة الزمنية لفقدان الشريك (بالسنوات).

أما بالنسبة لمجالات الدراسة، فلم يتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغير الفترة الزمنية لفقدان الشريك (السنوات).

2.4 ملخص نتائج الدراسة الكمية:

توصلت الدراسة الكمية إلى النتائج التالية:

- 1- تشير نتائج الدراسة إلى مستوى استجابة منخفضة عند المبحوثات لمجالات مستوى قلق الموت وهي الخوف من الموتى والقبور والخوف مما بعد الموت والخوف من الأمراض المميتة والانشغال بالموت وأفكاره.
- 2- تشير نتائج الدراسة إلى مستوى استجابة منخفضة عند المبحوثات لفقرات المجالين الأول والرابع.
- 3- تشير نتائج الدراسة إلى مستوى استجابة متوسطة لفقرات مجال الدراسة الثاني وهي أخشى عذاب القبر ويشغلني التفكير فيما سيحدث بعد الموت واستجابة منخفضة للمجال نفسه لفقرة أخشى أموراً مجهولة بعد الموت.
- 4- تشير نتائج الدراسة إلى مستوى استجابة منخفضة لفقرات المجال الثالث بإستثناء فقرة أخاف من أن أصاب بالسرطان فكانت متوسطة.
- 5- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت من وجهة نظر المبحوثات ومتغيرالمستوى التعليمي في مجال الدراسة الثاني(الخوف مما بعد الموت).
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية ومتغير الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة ومتغير الحالة الصحية ومتغير درجة التدين ومتغير الوضع المعيشي ومتغير المستوى التعليمي بإستثناء مجال الدراسة الثاني.
- 7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية ومتغير العمر بالسنوات.

3.4: نتائج الدراسة النوعية:

تم عقد اللقاء لمجموعة المسنات بإشراف إثنين من الباحثين وتم تسجيل الجلسة وتفرغها حرفياً وتم استعراض كل سؤال وتم الحصول على الإجابة والأفكار الرئيسية وتم عمل تبويب وتحديد لها ومن ثم تحليلها.

تم تحليل الدراسة النوعية وفيما يلي نتائجها:

السؤال الأول: ماذا يعني الموت بالنسبة لك؟

وقد جاءت استجابات المبحوثات على النحو التالي:

جدول رقم (8.4): توزيع المبحوثات بناء على الأفكار

الفكرة الإيجابية والسلبية	الفكرة / المحتوى	عدد الموافقات	نسبة الموافقات
إيجابية	الموت رحمة	18	90%
	الموت سنزة (يخفي العجز والضعف)	19	95%
	الموت خلاص من العذاب	20	100%
	الموت حق	20	100%
الفكرة السلبية	الموت مسؤولية	20	100%
	الموت سؤال وعذاب	20	100%
	الموت فراق	20	100%
	الموت مؤلم	16	80%

يلاحظ من استجابة المبحوثات أن الموت يحمل معاني متباينة لكل واحدة منهن باختلاف نظرتهم للحياة نفسها فمنهن من ترى في الموت رحمة (90%) لأنها ترى الحياة عذاباً نتيجة لصعوباتها الكثيرة والكبيرة وهو ما عبرت عنه إحدى المبحوثات بقولها (ما بنفع ولد ولا حد بعد ما يموت الزلمة). وكانت تعبر عن معاناتها في الحياة بعد موت زوجها، وهو ما أيدته مبحوثة أخرى بقولها (لأنو هو أخوي وأبوي وكل شي... الأولاد لنسوانهم... بكاء) وقد عبرت عن وحدتها وافتقادها الحنان الرعاية والمحبة التي كان يوفرها الزوج.

السؤال الثاني: إلى أي درجة ترى ان الموت يخيفك أو يسبب لك القلق ؟

جدول (9.4) يبين توزيع المبحوثات بناء على درجة القلق.

قلق قليل أو لاقلق	قلق متوسط	قلق مرتفع	عدد
4	13	3	
%20	%65	%15	نسبة

يلاحظ من الجدول أن الغالبية (65%) عبرن عن خوف متوسط، في حين أن (20%) عبرن عن خوف قليل أو عدم خوفهن اطلاقاً من الموت، وأن نسبة قليلة (15%) عبرن عن خوف مرتفع من الموت.

وقبل البدء بمناقشة النتائج لا بد من الإشارة الى أن أول من أجاب هذا السؤال مبحوثة كانت تعمل في تغسيل الموتى وتجهيزهم، تفترض في نفسها التدين والحكمة وكانت إجابتها (ما في مؤمن عن صحيح بخاف من الموت) وقد أثرت هذه الإجابة القاطعة في أفراد المجموعة حيث أنه من ستعبر منهن عن خوفها من الموت ستنتفي عن نفسها صفة الايمان، وهذا ما جعل الميسر يتدخل في ادارة النقاش بحيث يزيل أثر ذلك التدخل من نفوس المبحوثيات ويشجعهن على التعبير عن أنفسهن بحرية وقد جاء التدخل بعد مناقشة طويلة بنتيجة حيث تجرأت إحدى المبحوثات وقالت (كل اللي بقول بحب الموت بكذب مستحيل كلنا بنخاف من الموت).

وقالت أخرى (انا بخاف من الموت الموت مرعب) وقالت أخرى (والله خايفة من عذاب ربنا) وقد اتفق كثير من أفراد المجموعة على أن الموت مخيف ولكن الى درجة معينة لأن الموت نهاية كل حي وضرورة حتمية للجميع فقالت احداهن (الفرح ما بدخل كل البيوت بس الموت بفوت على الجميع).

السؤال الثالث: كيف أثرت وفاة أحد أقبائك على تفكيرك في الموت؟

ويمكن إجمال استجابات أفراد المجموعة على النحو التالي:

جدول (10.4): توزيع المبحوثات بناء على استجاباتهن لتأثير وفاة أحد الأقارب على التفكير في الموت.

النسبة	العدد	الفكرة الفرعية	الفكرة الرئيسية
35%	7	1- الموت يجعل الأولاد تعساء	تأثير نفسي
100%	20	2- الموت يأخذ من نحب في سفر دون عودة	
10%	2	1- الموت يجعل أهل الميت فقراء	تأثير اقتصادي
25%	5	2- موت القريب يدفع الى الاستعداد للموت بتسديد الديون والوصية	
85%	17	1- الموت يجعل الأحياء ملتزمين بالعبادات	تأثير روحاني
25%	5	2- موت القريب يدفع الى الاستعداد للموت بالإكثار من العبادات	

ويلاحظ اختلاف تأثير خبرة الموت على أفراد المجموعة بين مراحلهم العمرية فنجد أن خبرة الموت التي عرفوها في الطفولة أثرت على تفكيرهم بطريقة اختلفت عنها في حياتهم الحالية بعد أن بلغوا من العمر مرحلة الشيخوخة، فتذكرت إحدى أفراد المجموعة أول خبرة لها مع الموت حين كانت في العاشرة من عمرها وتوفي والد صديقتها (روح عابيت بسرعة وقلت لأمي ما تقولي تعدموا بؤكم من اليوم هي أبو صافية مات)، فكان خوفها على والدها أول ما شغلها، وقد اتفق كثير من أفراد المجموعة معها على أن أكثر ما أخافهن في طفولتهن من الموت هو أن يأخذ أحد والديهم، بينما تحول الخوف في كبرهم على ابنائهم فأصبحوا يخافون موت أحد أبنائهم خصوصا في الظروف القاسية مثل الانتفاضة الثانية وحوادث الطرق، ولم تختلف نظرتهم الى الموت بين الطفولة والشيخوخة في كونه يخفي من نحب بعيدا.

وارتبطت خبرة الموت لدى غالبية أفراد المجموعة (91%) في طفولتهن بأنه يجعل أسرة الميت فقراء ويحتاجون رعاية الآخرين، (لما مات جارنا صارت امي تؤدي لأولاده ومرته أكل)، وقالت إحدى

المشاركات (أنا كبرت وأنا خايفه أبوي يموت ونصير زي دار خالتي نستنا الناس يعطونا أكل وأواعي (ملابس) عتيقة)، وارتبطت ذكريات الطفولة لدى أفراد المجموعة عن حالات الموت التي عرفوها بشكل وثيق جدا بالتأثير الاقتصادي على أسرة الميت بدرجة كبيرة جدا (صاروا ولاد الجيران ملابسهم وسخة وممزعة (ممزقه) لما ماتت امهم). بينما تغيرت هذه الفكرة عند أفراد المجموعة في كبرهم حيث نجد أن 9% منهم فقط توافق على أن الموت يجعل أسرة الميت فقيرة، وهو أمر مفهوم تماما حيث أن خبرات الطفولة لديهم ارتبطت بمظهر اقرانهم في الاسرة التي عرفوها ومات فيها المعيل، في حين أنهم في الكبر يحاكمون الأمور بالمعطيات الحقيقية عن واقع الاسرة الاقتصادي للميت كما يمكن عزو ذلك الى التغيرات الاجتماعية الكبيرة بين مرحلة طفولتهم والآن من حيث النزعة الى التكاثر الاجتماعي التي كانت أكبر فيما مضى.

بخصوص مشاعر أبناء الميت اتفق أفراد المجموعة بنسبة 100% على أن أبناء الميت يصبحون تعساء عندما تحدثوا عن طفولتهم في حين أن 32% منهم قالوا بأن أبناء الميت يشعرون بالتعاسة عندما تحدثوا عن حاضرهم، فقالت احدها (كانت صاحبتني تظل تعيط (تبكي) لما مات أبوها وتركت المدرسة ولليوم لما بتتذكر هذاك الوقت بتعيط)، وقالت أخرى (بجوز كان لاولاد زمان أحن والله كانت شوفتهم بتقطع القلب)، وعند الحديث عن واقعهم الحالي نجد استجاباتهم (المنيح في الأولاد بقول الله يحسن ختامهم يعني الله يوخذهم بالعربي)، وتقول أخرى (بالعكس الاولاد بفرحوا لما يموت أبوهم أو أمهم أولا برتاحوا من همهم وخدمتهم وثانيا بورثوهم) مما يعني أن الأولاد قساة القلب ويعتبرون أبناءهم وأمهاتهم عبئاً حسبما يرى بعض من المشاركين.

وفيما يتعلق بتأثير الموت على المستوى الروحاني للأحياء نجد أن 14% فقط من أفراد المجموعة يتذكر تأثير الموت الذي اختبروه على المستوى الروحي لديهم أو لدى أفراد أسرتهن (لما ماتت أمي كنت صغيرة ومن يومها ما قطعت الصلاة)، وقالت أخرى (لما توفت ستي صار أبوي يصلي ويصوم ويضربنا عشان نصلي ونصوم مع انه قبلها ما كان يعرف القبلة).

ونجد أن 86% من أفراد المجموعة أثرت خبرة الموت في كبرهن عليهن شخصيا فالترمن بالعبادات (ماتت أمي وكنت كبيرة وما كنت بصلي بس بعدها دايم بصلي ويصوم). وتضيف أخرى (مات أبوي وعمري 40 سنة وما كنت بصلي بس بعدها ما قطعت الصلاة).

السؤال الرابع: هل أثر وضعك الصحي على تفكيرك في الموت؟

وجاءت استجابة المجموعة على النحو التالي:

جدول (11.4): توزيع المبحوثات بناء على تأثير الوضع الصحي في التفكير في الموت

لم يزد قلق الموت لدي		زاد قلق الموت لدي		الفكرة | المحتوى
نسبة	عدد	نسبة	عدد	
35%	7	65%	13	وجود مرض عضوي لدى المبحوثات

وتظهر النتائج أن غالبية المجموعة (65%) يزداد قلق الموت لديها في حال إحساسها بالمرض أو عند ظهور مرض لديها، وقد أجملت إحدى المشاركات معاناتها مع القلق قبل إجراء عملية قلب مفتوح لها بالقول (من يوم ما تحدد المرض وموعد العملية لعند ما عملتها بطلت أنام وظليت خائفة وأفكر في الموت وتأجلت العملية مرتين بسبب خوفي)، في حين نجد أن بعضهم انحصر خوفها من الموت بمرض السرطان فقالت (الله يعافينا من المرض العاقل الواحد يموت بالضغط ولا السكري ولا الجلطة ولا يموت بهذا المرض)، وقد اتفق كثير من أفراد المجموعة مع هذا القول معلمات ذلك بالقول (الواحد في الأمراض الثانية يكون العلاج أسهل ويظل عنده أمل بس بالمرض العاقل بصير يستنى عزرين وعد الساعات ويتخيل الموت)، وقالت إحدى المشاركات (الواحد يموت بعزوي عرسه بس المرض الخبيث لا بخلي عز ولا غيره بوخذ الصحة والعقل والهيبة وبعدين بيحي الموت).

السؤال الخامس: ما هي الأساليب التي تستخدمونها للتعامل مع احتمالية الموت؟
وكانت استجابة أفراد المجموعة على النحو التالي:

جدول (12.4): توزيع المبحوثات بناء على الأساليب التي يستخدمونها للتعامل مع احتمالية الموت

النسبة	العدد	الفكرة الفرعية	الفكرة الرئيسية
100%	20	1- عمل بالصدقات الجارية مثل بناء مدرسة أو مسجد أو طباعة مصحف أو مياه لأبناء السبيل.	أساليب دينية روحانية
100%	20	2- زيادة الصدقات والتبرعات.	
90%	18	3- حضور الندوات الدينية.	
95%	19	4- الالتزامات الدينية.	
95%	19	5- تسديد الديون.	
95%	19	6- كتابة الوصية.	
100%	20	7- زيادة الوقت المخصص للعبادات مثل الصلاة والصوم وتلاوة القرآن.	
85%	17	1- تجهيز الكفن.	1- التحضير للموت
85%	17	2- تجهيز مكان الدفن.	

ويلاحظ من استجابات أفراد المجموعة أن كامل استعداداتهن للموت تتبع من المعتقدات الدينية لديهم بحيث يسعون من خلال تلك الأعمال إلى توفير أعلى درجة ممكنة من الامتثال للتوجيهات الربانية بهدف الخلاص من عذاب القبر أو الآخرة، وهذا ما عبرت عنه إحدى المشاركات بقولها (وكيف الواحد يستعد للموت غير بالعمل الصالح بلكي الله نجاه من عذاب القبر) وهو ما اتفق معه أفراد المجموعة وعبرت أخرى عن استعدادها (أنا اشتريت كفني وكتبت وصيتي وما علي ديون لحدا الله يرحمنا). وقالت أخرى (أنا ما عندي مال بس الحمد لله بصوم كل اثنين وخميس ويقوم الليل وبختم القرآن الكريم مرة بالشهر)، ونجد في المجموعة من حرصت على تحسين علاقتها بالآخرين (أسمعت من شيخ أنو الله بحاسب الواحد على حقوق الناس عليه ويمكن ربنا يسامح في حقوقه على العبد من يومها يحاول ما أزعل حدا الله يغفرلنا).

4.4 ملخص نتائج الدراسة النوعية:

نتائج الدراسة النوعية:

- 1- الموت يحمل معاني متباينة لكل من المبحوثات بين معان وأفكار إيجابية وسلبية فمنهم من ترى في الموت رحمة (90%) ومنهن من ترى فيه سؤلاً وعذاباً (100%).
- 2- أن الغالبية من المبحوثات (65%) عبرن عن قلق متوسط، في حين أن (20%) عبرن عن قلق قليل أو لا قلق إطلاقاً من الموت، وأن نسبة قليلة (15%) عبرن عن قلق مرتفع من الموت.
- 3- اختلاف تأثير خبرة الموت على المبحوثات بين مراحلهن العمرية فتبين أن خبرة الموت التي عرفنها في الطفولة أثرت على تفكيرهن بطريقة اختلفت عنها في حياتهن الحالية بعد أن بلغن من العمر مرحلة الشيخوخة.
- 4- غالبية المبحوثات (65%) يزداد قلق الموت لديهن في حال إحساسهن بالمرض، أو عند ظهور مرض لديهن.
- 5- عبرت المبحوثات أن كامل استعداداتهن للموت تتبع من المعتقدات الدينية لديهن بحيث يسعين من خلال تلك الأعمال الى توفير أعلى درجة ممكنة من الامتثال للتوجيهات الربانية بهدف الخلاص من عذاب القبر أو الآخرة.

الفصل الخامس النقاش والتحليل

1.5 النقاش والتحليل

1.1.5 مناقشة نتائج البحث الكمي

2.1.5 مناقشة نتائج الدراسة النوعية

2.5 التوصيات

الفصل الخامس

1.5 النقاش والتحليل:

تم في هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة التي بحثت في قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية في فلسطين، وكذلك توصيات الباحث لمزيد من البحث.

1.1.5 مناقشة نتائج البحث الكمي:

مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول الذي نصه:

"ما مدى انتشار قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية و ماهي درجته؟"

أشار الجداول (1.4) إلى أن الدرجة الكلية لمجالات مستوى قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية قد أنت بمتوسط (2.08) وانحراف معياري (0.98)، وهذا يشير إلى درجة منخفضة لمستوى قلق الموت لدى المبحوثات ، وتتفق هذه النتائج مع دراسة (إمام، 2010) التي أجريت على 50 مسنة وقد عبرت 20% من المشاركات أنهن ينتظرن الموت ليأتي وأن هنالك التفكير في الموت أو تمنى أن يموت.

كما أشار الجدول السابق(1.4) إلى أن الدرجة الكلية لمجالات الدراسة الأربعة (الخوف من الموتى والقبور) و(الخوف مما بعد الموت) و (الخوف من الأمراض المميتة) و(الانشغال بالموت وأفكاره) وقد جاءت جميعها منخفضة وذلك بدلالة المتوسطات الحسابية التي هي على التوالي (1.66، و 2.37، و 2.27، و 2.01) وهي قيم تعبر عن درجة مستوى قلق منخفض لدى المبحوثات.

ويعزو الباحث الدرجة المنخفضة لمستوى قلق الموت لدى المبحوثات إلى جملة من الأسباب من أهمها إدراك المسنة أن الموت هو النهاية الحتمية للحياة ومن المستحيل الحياد عنه، كذلك درجة الإيمان والتدين التي يمتلكها المسن في المجتمع الفلسطيني فهو نتيجة للتغيرات الجسمية التي تحدثها مرحلة السن الكبيرة يبدأ بفقدان العديد من الأنشطة والاهتمامات التي كان يوليها الاهتمام في سن الشباب والرجولة، كذلك فإن الموت بالنسبة للإنسان المؤمن لا يمثل ذلك الرعب والرهبة ولكنه قضاء الله الذي لا مفر منه ورجاؤه في مغفرته وجناته، كذلك تشكل وفاة الزوج أو الزوجة أو الأقارب حدثاً مساعداً يساعد المسن في تقبل فكرة الموت وأنه مثله مثل غيره متجه لهذه الحتمية لا محالة.

بالإضافة إلى ذلك يعزو الباحث هذه النتيجة إلى الدعم النفسي والاجتماعي والمادي الذي يتلقاه المسن في المجتمع الفلسطيني من الأبناء والأحفاد والأقارب وذلك استجابة للتعاليم الثقافية والدينية التي حثت على البر بالأبوين والأقارب وذوي الأرحام والإحسان إلى الكبار واحترامهم وتقديرهم الأمر الذي يمكن أن يساهم في التخفيف من القلق لدى المسنات وتتعارض دراسة البحث الكمي مع نتائج الدراسة النوعية التي أشارت إلى أن الغالبية من المبحوثات (65%) عبرن عن قلق متوسط، في حين أن (20%) عبرن عن قلق قليل أو انعدام القلق لديهن من الموت، وأن نسبة قليلة (15%) عبرن عن قلق مرتفع من الموت كما أن الموت يحمل معاني متباينة لكل من المبحوثات ما بين معانٍ وأفكارٍ إيجابية وسلبية فمنهن من ترى في الموت رحمة (90%) ومنهن من ترى به سؤال وعذاب (100%).

كما أظهرت النتائج ترتيب المجالات حيث حصل مجال (الخوف مما بعد الموت) على الترتيب الأول وبمتوسط حسابي (2.38)، بينما حصل مجال (الخوف من الأمراض المميتة) على الترتيب الثاني وبمتوسط حسابي (2.27)، في حين حصل مجال (الانشغال بالموت وأفكاره) على الترتيب الثالث وبمتوسط حسابي (2.01) و مجال (الخوف من الموتى والقبور) على الترتيب الأخير بمتوسط حسابي (1.66).

ويفسر الباحث حصول مجال (الخوف مما بعد الموت) على الترتيب الأول، بأن رحلة المجهول في ما بعد الممات مقلقة عند المسنات خصوصاً لدى انعدام وجود وعي ومعرفة بالأمر الدينية التي تتحدث

عن مصير الإنسان وحياته في الآخرة، كذلك لأن فكرة العذاب والعقاب بعد الموت تقلق الإنسان عادة وخاصة الذين قد قاموا بأفعال وسلوكيات غير ملتزمة ويمكن أن يحاسب عليها الفرد أمام خالقه يوم القيامة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: "هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية والمتغيرات الديمغرافية (العمر، الوضع المعيشي، الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة)؟"

يتبين من الجدول رقم (2.4) إن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير العمر بالسنوات يساوي (0.037) وهذه القيمة أقل من القيمة المحددة (0.05)، في حين أظهرت نتائج البحث النوعي اختلاف تأثير خبرة الموت على المبحوثات بين مراحلهن العمرية فتبين أن خبرة الموت التي عرفنها في الطفولة أثرت على تفكيرهن بطريقة اختلفت عنها في حياتهن الحالية بعد أن بلغن من العمر مرحلة الشيخوخة.

ويعزو الباحث وجود فروق في الدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير العمر إلى أن حاجة الإنسان للرعاية تزداد كلما تقدم في العمر وبسبب ذلك يزداد القلق لديه على حياته، كذلك زيادة الامراض والعجز وحتمية الموت تزداد مع الكبر مما يجعل المسن في مواجهة الموت مباشرة مما يزيد في قلقه.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (رحيم وعلي، 2009) ودراسة (أبو هلال، 2013) ودراسة ماداوت وكاشوا (Madnawat & Kachhawa, 2007) ودراسة جاكسون (Jackson, 2008) التي أظهرت أنه كلما تقدم العمر كلما ازداد القلق من الموت ، في حين تختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة (W.U, Tang & Kwork, 2002) التي أظهرت وجود درجة مرتفعة من قلق الموت لدى العمر الأصغر ودراسة روساك (Russac, 2007) التي اظهرت أن انخفاض القلق مع التقدم بالعمر.

أما بالنسبة للوضع المعيشي يتبين من الجدول رقم (3.4) أن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات (0.962) وهذه القيمة أكبر من قيمة دلالة الدراسة (0.05).

ويعزو الباحث انعدام وجود فروق في للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير الوضع المعاش إلى أن طبيعة الحياة التي عاشتها هؤلاء المبحوثات ساهمت لديهم بالرضى بأدنى متطلبات العيش، وهذا يعود لقساوة الحياة التي عشناها ومرارتها على مدى حياتهن، حيث تنوعت حياتهن في ظروف صعبة ما بين المرض والعجز وعدم وجود دخل أو مصدر رزق لديهن حيث الإهمال والفقير وهذا يتناقض مع الثقافة الإسلامية التي تدعول للبر بالوالدين.

وتختلف هذه الدراسة مع دراسة بلان (2009) التي أظهرت أن وجود المسن في دور الرعاية يؤدي إلى مزيد من القلق لديه، ودراسة (Azaiza, et al , 2010) التي أظهرت أن مستوى قلق الموت كان أعلى لدى المقيمين في دور الرعاية.

وبالنسبة لمتغير المستوى التعليمي يتبين من الجدول رقم (4.4) إن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير المستوى التعليمي يساوي (0.079) وهذه القيمة أكبر من القيمة (0.05).

ويعزو الباحث عدم وجود فروق في للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير المستوى التعليمي إلى أن كلا الفئتين المتعلمة وغير المتعلمة يعيشون في ظروف متشابهة، فالخبرات التي مر بها المسن في حياته تعتبر المدرسة الأولى سواء كان أمياً أو متعلماً، بالإضافة إلى ان المستوى التعليمي الذي وصل إليه معظم المسنين ليس بالمستوى التعليمي والمؤهل العلمي العالي، في حين أظهرت نتائج الدراسة فروقات ما بين المبحوثات في مجال (الخوف مما بعد الموت) وكانت القيمة (0.002) وهذه القيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05)، إذا توجد فروق في هذا المجال مع فترة لا يقرأ ولا يكتب ، حيث تبين ان من لا تقرأ ولا تكتب كن أقل قلقا ويعزو الباحث ذلك إلى أن الأقل تعليماً أقل ثقافة ومعرفة وإطلاعاً مما ساهم في تدني القلق لديهن، وتختلف هذه الدراسة مع ودراسة (Azaiza, et al , 2010) التي أظهرت أن مستويات قلق الموت كانت أعلى عند غير المتعلمين.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية في فلسطين ومتغير درجة التدين؟

يتبين من الجدول رقم (5.4) أن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير درجة التدين يساوي (0.965) وهذه القيمة أكبر من القيمة (0.05)، وقد عبرت المبحوثات في البحث النوعي عن أن كامل استعداداتهن للموت تتبع من المعتقدات الدينية لديهن بحيث يسعوا من خلال تلك الأعمال إلى توفير أعلى درجة ممكنة من الامتثال للتوجيهات الربانية بهدف الخلاص من عذاب القبر أو الآخرة.

ويعزو الباحث انعدام وجود فروق في الدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير حالة التدين إلى أن المسنات الأرامل في مرحلة متقدمة من حياتهم يغلب عليهن الشعور بالإيمان والاعتكاف بعبادة الله تعالى وتأدية فرائضه من حيث يشغل نفسه بالعبادات وتلاوة القرآن ويجد في هذا راحة نفسية وسعادة، مما يبث في نفوسهم القيم الدينية والتمسك بها، يضاف إلى ذلك أن غالبية المبحوثات لديهن درجة من التدين أصلاً، ولم يكن بينهن هنالك أحد غير متدين إطلاقاً. وتختلف هذه الدراسة مع دراسة الغانم (2004) التي أوجدت ارتباطاً موجباً بين التدين وقلق الموت.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية في فلسطين ومتغير الحالة الصحية؟

يتبين من الجدول رقم (6.4) إن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير الحالة الصحية يساوي (0.727) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، في حين كانت نتائج البحث النوعي تشير إلى أن غالبية المبحوثات (64%) يزداد قلق الموت لديهن في حال إحساسهن بالمرض أو عند ظهور مرض لديهن.

ويعزو الباحث عدم وجود فروق في الدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير الحالة الصحية إلى أن غالبية النساء المسنات لديهن نوع من العجز والإرهاق والتعب ونوع من المعاناة

الجسدية ولا يوجد فروق بينهم ، كذلك انهن كبيرات في السن وقريبات من فكرة الموت ومررن بتجارب فقدان سابقة أوجدت لديهن تقبل للمرض وفكرة المرض والموت طبيعية بحياتهن.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت لدى المسنات الأرامل في مخيمات اللاجئين في شمال الضفة الغربية في فلسطين ومتغير الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة ؟

يتبين من الجدول رقم (7.4) إن قيمة مستوى الدلالة للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغير الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة يساوي (0.768) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة وهي (0.05) .

ويعزو الباحث عدم وجود فروق في للدرجة الكلية لقلق الموت عند المبحوثات حسب متغيرالفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة إلى أن (87.7%) من المبحوثات قد مضى على فقدانهم لشريك الحياة ما يزيد عن الـ 5 سنوات وقد مررن بمراحل الحزن وقد تكيفن مع فقدانهن لشريك الحياة وقد تعايشن مع هذا الفقدان على أنه امر حتمي في الحياة، ولا ننسى أن المبحوثات هن من النساء وهن غالبا ما يعشن مع أولادهن ولديهن صديقات وجارات يتشاركن معهن المشاعر والذكريات المتشابهة مما يقلل من التوتر والقلق لديهم.

2.1.5 مناقشة نتائج الدراسة النوعية:

مناقشة نتائج السؤال الأول: ماذا يعني الموت بالنسبة لك ؟

يلاحظ من استجابات المبحوثات أن الموت يحمل معاني متباينة لكل واحد منهم باختلاف نظرتهم للحياة نفسها، فمنهن من ترى في الموت رحمة (90%) لأنه يرى الحياة عذاباً نتيجة لصعوباتها الكثيرة والكبيرة وهو ما عبرت احدى المبحوثات بقولها (ما بنفع ولد ولا حد بعد ما يموت الزلمة). وكانت تعبر عن معاناتها في الحياة بعد موت زوجها، وهو ما أيدته مبحوثة أخرى بقولها (لأنو هو أخوي وأبوي وكل شي... الاولاد لنسوانهم...بكاء) وقد عبرت عن وحدتها وافتقادها الرعاية والمحبة والحنان التي كان يوفرها الزوج، ويلاحظ من استجابات المبحوثات بالنسبة لمعنى الموت أنها تحاول أن تستخرج معنى الموت من الحياة فعندما تقول احد المبحوثات ان (الموت فراق وشحار) وبلغت نسبتهم

(22%) هي تعني بذلك ألم فراق زوجها كان صعباً وموجعاً ووضع عليها مسؤوليات إضافية وهي بذلك تفهم الموت من خلال معاناتها هي أي أنها تلبس الموت من المعاني ما تحسه هي ولا تجرد الموت وتحاول أن تعطيه معنى عاماً بعيداً عنها، وهو حال كل المشاركين في المجموعة حيث أن الموت بالنسبة لكل واحد منهم حمل المعنى من مشاعر الشخص نفسه، فحين يقول أحد المبحوثات أن (الموت رحمة حسب الاعمال وهو نعمة) فإنما يعبر عن حالته الخاصة حيث أن أمراض الشيخوخة ومتاعب الحياة قد أثقلت الرجل حتى أصبح يعتقد أن الموت رحمة إذا كانت الاعمال حسنة وهو هنا دمج البعد الديني بالمشاعر الخاصة، وعندما بدأ المشاركون الت بمناقشة معنى الموت بعمق أكبر وصلوا كلهم الى وضع مجموعتين من المعاني: مجموعة مشتقة من الحياة نفسها كنفيس للموت بحسب رأيهم مثل (راحة، رحمة، ستر، فراق، مسؤولية)، ومجموعة مستمدة من الدين الاسلامي ونظرته إلى الموت مثل (الموت حق، نهاية كل بشر، مرحلة انتقال إلى الحياة الأخرى)، وهم بذلك لم يبتعدوا كثيراً عن رأي الفلاسفة الذين بحثوا في الموت والحياة وحاولوا إيجاد معنى للموت رغم اختلاف المفاهيم والعبارات.

فكثير من الحضارات بحثت في الموت وحاولت فهمه ولعل من أكثر هذه الحضارات اهتماماً بالموت الحضارة الفرعونية التي يحتل الموت، فيها حيزاً كبيراً جداً الى درجة أنها أوجدت آلهة مخصصة للموت، بل إنها إعتبرت ان الحياة نفسها هدفها الموت ولذا اهتم الفراعنة بتكريس جزء مهم من حياتهم _ إذا لم يكن جلها _ في الاستعداد للموت وما بعده (عبد الخالق، 1987).

والإسلام أيضاً أفرغ مساحة واسعة للحديث عن الموت وما وراء الموت مع أنه لم يعط معنى محدداً للموت، ولم تخرج الأديان الأخرى كثيراً عن الفهم الإسلامي للموت وإن كان هناك اختلافات فيما وراء الموت، وقد حاول الفلاسفة بل والعلماء التمييز بين الموت والاحتضار وبين الموت وما وراء الموت (ابراهيم، 1986).

ويمكن رؤية الاتفاق الكبير بين أفراد المجموعة حول المعاني التي أعطوها للموت سواء كانت انعكاساً لرؤيتهم الخاصة ومشاعرهم أو لمعتقداتهم الدينية من خلال المعاني التي أعطوها للموت مثل الراحة، الرحمة، الستر، الفراق، المسؤولية، أن الموت حق، نهاية كل البشر، الموت إنتقال للحياة الأخرى، وهي كلها أمور تجعل التفكير في الموت كخلاص من الألم والضغوطات ومصاعب الحياة.

مناقشة نتائج السؤال الثاني: إلى أي درجة ترى ان الموت يخيفك أو يسبب لك القلق؟

ارتبط الخوف من الموت برؤية كل فرد في المجموعة ومعرفته الدينية بما وراء الموت فهناك من قالت (الموت بخوف اللي عمله في الدنيا مش مليح أكثر من غيره)، ويتجلى ارتباط الخوف من الموت في استجابات أفراد المجموعة النابعة من معتقداتهم ومعرفتهم الدينية (الموت زي النوم) فتجيب إحدى المشاركات في المجموعة (النوم ما في عذاب بس القبر فيه عذاب).

وفي دراسة أجريت على المسلمين الهنود عام (1982) حول قلق الموت تبين أن فكرة الموت لديهم مرتبطة ارتباطا وثيقا بأمرين يحدثان بعد الموت وهما عذاب القبر ونعيمه، والثواب أو العقاب في الآخرة، وبينت الدراسة أن المسلم الهندي متوسط التعليم أو الأمي يشعر بضيق شديد عندما يفكر في مصيره المحتمل في القبر، بينما يعتقد المسلم الهندي الأعلى تعليما أن الله رؤوف رحيم ويعقد آمالا عريضة على كرم الله يوم القيامة(عبدالخالق،1987).

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: كيف أثرت وفاة أحد أقبائك على تفكيرك بالموت ؟

فيما يتعلق بتأثير خبرة الموت على الاستعداد له لدى أفراد المجموعة لم يتذكر أي منهن خبرة معينة في صغرهن في حين أن 25% منهن يتذكرن الآن تأثير خبرة الموت عليهن بالاستعداد له وقد حددن ذلك بمجموعة من السلوكيات المحددة، وقالت إحدى المشاركات (بعد ما مات جوزي بأسبوع خلّيت محامي يكتب وصيتي وشهدت ولادي عليها) وركزت أخرى على العبادات (بعد ما مات جوزي صرت أصلي كل يوم قيام الليل وصرت أصوم كل اثنين وخميس ورحت عمره وسجلت للحج). فواضح أن الاستعداد للموت لدى أفراد المجموعة مستمد من قيمهن الدينية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: هل أثر وضعك الصحي على تفكيرك في الموت؟

أظهرت النتائج أن غالبية المجموعة (65%) يزداد قلق الموت لديهم في حال احساسهن بالمرض أو عند ظهور مرض لديهن، والمفارقة هنا أن عبدالخالق أورد في كتابه (قلق الموت) أن دراسة أجريت على مرضى السرطان وهم على فراش الموت أظهرت أن درجة قلق الموت منخفضة مقارنة بالجمهور العام، وكذلك كانت نتائج مرضى غسيل الكلى، وقد فسر ذلك بأن التعب والألم الناتج عن معاناة المرضى لكل الأمراض لفترة طويلة تجعل من الموت أمنية لهم.(عبدالخالق،1987)، لان فيها خلاص من العذاب والمعاناة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: ماهي الأساليب التي تستخدمونها للتعامل مع إحصائية الموت؟

ان كامل استعدادات المجموعة للموت تنبع من المعتقدات الدينية لديهم بحيث يسعون إلى توفير أعلى درجة ممكنة من الامتثال للتوجيهات الربانية بهدف الخلاص من عذاب القبر أو الأخرة، وكما ذكر (عبد العاطي، 2000) ان تذكر الموت والتأهب له يكسب الانسان اخلاقا عظيمة، أبرزها التوبة والمراقبة والخوف والاستقامة والطاعة فالأخرة هي الهدف والدنيا هي الطريق لهذه الهدف. ولا تخرج استعدادات أفراد المجموعة عما هو منقول من استعدادات الناس في الحضارات القديمة والحديثة والتي تأتي بناء على فكرتهن ومعتقداتهن عن الموت وما بعده، فحرص المصري القديم على تجهيز قبره بما يحتاجه المسافر يأتي من فكرته أن الموت سفر إلى الحياة الآخرة (ابراهيم، 1986).

2.5 التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة، ولأهمية المسنات الأرامل في المجتمع، فقد خرج الباحث بتوصيات عدة بعد إجراء دراسته، وهي على ثلاثة مستويات:

أولاً: إلى السياسيين وصناع القرار.

- توفير الخدمات الصحية المجانية اللازمة لرعاية المسنين حتى يستطيع المسن الحصول على العلاج بدون تكاليف وبأقل قدر من التكلفة والالتكالية على أسرته.
- توفير الضمان الاجتماعي للمسنين الأرامل حتى لا يبقى المسن رهنا بمساعدة أسرته ومخصصات التقاعد أو الشؤون الاجتماعية أو التقاعد التي لا تكفي حاجته.
- تفعيل دور المؤسسات الأهلية لرعاية المسنين من خلال إنشاء مؤسسات اجتماعية ونوادٍ أهلية تعنى بالمسنين ورعايتهم.

ثانياً: إلى العاملين في مجال الصحة النفسية المجتمعية.

- تأهيل أخصائيين نفسيين واجتماعيين قادرين على التعامل مع المسنين.

- زيادة وعي المجتمع بقضايا المسنين وحاجاتهم النفسية ومشكلاتهم المختلفة، من خلال دورات ومحاضرات وبرامج تلفزيونية.
 - تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمسنين الأرامل خاصة الذين يجدون صعوبة في التكيف مع العجز والشيخوخة والفقدان وتفعيل مراكز وبرامج الإرشاد الخاصة بهم.
 - تنظيم برامج ترفيه للمسنين في ظل عدم توفر أماكن ترفيه لهم وعمل أندية أو أماكن للنشاط والتجمع لهم.
 - تفعيل البرامج الاجتماعية والتطوعية والنشاطات الترفيهية لدى المؤسسات المجتمعية والأهلية لخدمة المسنين.
- ثالثاً: إلى الباحثين.**

- الاهتمام بدراسة موضوع المسنين، لما له من أهمية بالغة، والتركيز على المسنين من الفئات التي لم تتم دراستها وتناول مواضيع لم يسبق البحث فيها.
- إجراء أبحاث على نفس متغيرات هذه الدراسة من بيانات حضارية مختلفة (مسنين ومسنات مقيمين في المدن والقرى وآخرين مقيمين في دور الإيواء مثلاً).
- إجراء دراسات مقارنة بين المسنين والفئات المجتمعية الأخرى في مواضيع مثل قلق الموت، والاكتئاب، والأمراض النفسية، وجودة الحياة، وغيرها من القضايا.
- إجراء دراسات على المسنين بفئاتهم المختلفة مثل المتزوجين والمنفصلين والأرامل لزيادة فهم هذه الفئات ومعرفة مشكلاتهم وحاجاتهم.
- إجراء أبحاث تعتمد البحث النوعي على المسنين، وتتناول مختلف المواضيع النفسية والاجتماعية والعلمية والاقتصادية.
- أهمية عمل دراسات وإحصاءات حول المسنين الأرامل وأوضاعهم المعيشية والصحية.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

• القران الكريم.

ابراهيم، ز. (1986): مشكلة الحياة، دار النهضة، القاهرة.

أبو علام، ر. (2001): *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*، الطبعة الثالثة. دار النشر للجامعات، القاهرة .

أبو عوض، س. (2008): *التوافق النفسي للمسنين*، دارأسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

أبو هلال، س. (2013): *المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس*، جامعة القدس، فلسطين (رسالة ماجستير غير منشورة).

الاونروا. (2015): *إحصائيات غير منشورة*، (مكتب منطقة نابلس).

الاونروا. (1978): *تعريف وإحصاءات*، (مكتب الإعلام، فينا).

بدر، ي. (2007): *المسنون في عالم متغير، مقدمة في علم الشيخوخة*، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.

بدر، ي. (2007): *نظرة المسنون للموت والموتى*، الطبعة الأولى. دار الوفاء للنشر، الإسكندرية.

بلان، ك. (2009): *دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم*، مجلة جامعة دمشق، المجلد 25، العدد 115.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2013). *(بيان صحفي بمناسبة اليوم العالمي للمسنين)* تم

الاطلاع عليه بتاريخ 5-11-2014 على الرابط

<http://www.pcbs.gov.ps/site/512/default.aspx?tabID=512&lang=ar&ItemID=1228&mid=3915&wversion=Staging>

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.(2014). (بيان صحفي بمناسبة اليوم العالمي للمسنين) تم الاطلاع عليه بتاريخ 5-11-2014 على الرابط
http://www.pcbs.gov.ps/portals/_pcbs/PressRelease/Press_Ar_elderly2013A.pdf

خليفة، ع. (1977):دراسات في سيكولوجية المسنين، دارغريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر .

رحيم، ع، وعلي، ع. (2009): قياس مستوى قلق الموت لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية وعلاقته بالجنس والعمر والحالة الاجتماعية. مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، (1)، 14-125.

الزبيدي، ع.(2008):علم نفس الشيخوخة، الوراق للنشر والتوزيع، ط1. عمان، الاردن.

الزبيدي، ع (2009): سيكولوجية الكبر والشيخوخة، إثراء للنشر، عمان.

زهران، ح (1985):التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب الحديث، القاهرة.

زيود، ف.(1998): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان.

شاذلي، ع. (2001):التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.

شاليف، أ. (1992): الانتفاضة أسباب خصائص إنعكاسات، (جمعية الدراسات العربية، القدس).

شقيب، س. (2003): فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من طلبة جامعة القدس. جامعة عين شمس، القاهرة .(رسالة دكتوراه غير منشورة).

صندوق الأمم المتحدة للسكان. (2012): تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان.
HQ/2012/15UNFPA

الطعاني، ن.(2004):أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض حدة المشكلات وزيادة درجة الرضا عن الحياة لدى المسنين في دور الرعاية، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

عبد الخالق، أ. (1987): قلق الموت، سلسلة عالم المعرفة111، الكويت، مارس.

عبد الخالق، أ. (1996): المقياس العربي لقلق الموت (خطوات إعدادة وخصائصه)، مجلة دراسات نفسية (رابطة الأخصائيين المصرية) المجلد السادس، العدد الرابع، ص: 443-455.

عبد الخالق، أ. (2005): سيكولوجية الموت والاحتضار، مطبوعات جامعة الكويت.

عبد العاطي، أ. (2000): الموت حقيقة منسية: رحلة البداية من ضيق الدنيا إلى سعة الآخرة، مركز الكتاب للنشر.

عبد المحسن، ع. (1986): الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي، القاهرة، مكتبة نهضة الشرق، 1986، ص22.

عبد المعطي، ح. (1988): مستوى القلق لدى المسنين، المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر، كلية الطب، جامعة عين شمس، القاهرة.

عرايبي، ع. (2014): المناهج الكيفية في العلوم الاجتماعية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

عزب، ح. (1981): العلاج السلوكي الحديث، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

العويضة، س. (2001): المقارنة بين المتقاعدين وغير المتقاعدين في قلق الموت وسمة القلق. مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية. جامعة المنيا، المجلد (12)، الجزء الثاني العدد (1). ص 129-256.

عيد، م. (1993): قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى الشباب السعودي بعد حرب الخليج، القاهرة: مجلة الإرشاد النفسي، العدد الأول.

العيسوي، ع. (1972): علم نفس الإنسان، منشأة المعارف، الإسكندرية.

غانم، م. (2001): قلق الموت والإكتئاب وعلاقتها بنوعية المشكلات لدى المسنين. بحوث المؤتمر الإقليمي العربي الثاني لرعاية المسنين. مركز الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين. جامعة حلوان، ص: 179-190.

غانم، م. (2004): *التدين وعلاقته بقلق الموت والاحداث السارة والنظرة للحياة: دراسة نفسية مقارنة بين المسنين والمسنات* "دراسات عربية في علم النفس"، مج3، ع3، ص 197-255.

كارول، ت.(1969): *رعاية المكفوفين نفسيا-اجتماعيا ومهنيا*. ترجمة وتقديم صلاح مخيمر، مكتبة عالم الكتب ، القاهرة.

فكري، م.(1975): *علم الشيخوخة، عالم الفكر،المجلد السادس ،العدد الثالث، ص43*.

المشني، م.(1988): *قضية الموت في التصور القرآني*. أبحاث اليرموك،4(2)،ص59-7.

معمرية، ب. (2009): *دراسات نفسية في الذكاء الوجداني والاكنتاب وقلق الموت*. بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، القاهرة.

ملحم، س.(2002): *مناهج البحث في التربية وعلم النفس،الطبعة الثانية*. دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان.

مناصرة، ن.(2003): *مفهوم الذات لدى النساء الفلسطينيات وعلاقته بالصحة النفسية لديهن*.رسالة دكتوراة غير منشورة .

الموعد، ح.(2005): *الثابت والمتحول في سسيولوجيا اليرموك.مجلة صامد الاقتصادي، المجلد 27 ،العدد(141-142)*.

ميخائيل، ي.(1977): *رعاية الشيخوخة، مكتبة غريب، القاهرة*.

Acharya ,D. M .& Rasquinah , Y. T. (2012): " Death Anxiety Among Institutionalised and Non Institutionalized Elderly Widows and Widower". **The International Journal of Scientific Research**. V, 1(5). 123-124.

Albutmeh,S(2011): **Mental Health and Quality of Life Among Elderly in Betlehem Destrict**.Alquds university,Palestine ().

Azaiza, R.S.& Gigini , F. Ron, P. Shoham, M & Gigini, I. (2010): "Death and Anxiety Among Eldery Arab Muslims In Israel". **Death Studies** , (34), 351-364.

Blazer, D. (1990): Emotional problem in later life:**Intervention stratigies for professional caregivers**. New York: Springer.

Bromley,D.B.(1977): Adulthood and Aging. In: J. G. Coleman (Ed). **Introductory Psychology**. London. Routledge & Kegan Paul.245_280.

Dibner, A. (1975): The Psychology Of Normal Aging.In:M.g.Dixon. D. N. & Glover J. A.(1984): **Counselling Aproblem Solving Approach**. New York :John Wily & Sons.

Erikson, E. (1963): **Child Hood and Society (2nd/ed)**. New York: Norton.

Friedman, E. & Havignurst, R. J. (1985): **The meaning of work and Retirement, chicgo: University of chicgo: University of Chicago press**.

Ghufran , M and Ansari , S.(2008): " *Impact of Widowhood on Religiosity and Death Anxiety among Senior Citizens* ". **Journal of the Indian Academy of Applied Psycology**. Vol.34, No.1, 175-180.

Hahn , et, al (2011):**Focus in Health**, All of Ball State University. 10thEdition , pp441-442.

Hurlock,B.(1981):**Development Psychology**.New Delhi, Mcgrow_ Hill Publishing Company limited.

Imam, A. (2010): **Palestinian Elderly Women's Needs and Their Physical and Mental Health**. Palestinian Women Research and Documentation Center, UNESCO.

Jackson, B.(2008): *How gender and self-esteem impact death anxiety across adult hood*,**The Journal of Death and Dying**. 13(2),96-101.

Kahan, D.(1980): **Human development and growth personality**.new York.p.230.

Madnawat, A.P .(2007): Age, Gender and Living Circumstances: Discriminating Older Adult on Death Anxiety, **the journal of death 31 (8)** ,763-769.

Mimrote, N. (2011): Death Anxiety Among Institutionalised and Family – Living Elderly Widows and Widower". **The International Journal of Scientific Research**. V, 1(5). 123-124.

Mullins, L.& Laper, M. (1982): Construction of Death Among those High in Intrinsic Religious Motivation. **Journal of Death Studies**,Vol.15,pp.131-138.

Nalungwe, P. (2009):"**Loneliness Among Elderly Widows and its Effect on Their Mental Well Being**". Laurea University of Applied Sciences, Laurea Otaniemi.

Pyszezynski,T, Greenberg, J. & Solomon, S. (1977): A dual process model of defense against conscious and Unconscious death –related thoughts: **An extension of Terror Management Theory**. Psychological Review,106,835-845.

Russac, R. etal. (2007): Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects, **Death Studies**,31(6)549-561.

Spielberger, A. M. (1989): The Contribution of Recency of Widow, Income, Health Status. Social Relation &Use of Time to the Subjective well-being of Rural Elderly Widows. **Dissertation Abstracts International**,50(4),1053A.

Templer, D. (1976): **Tow factor theory of death anxiety**. vol, pp.91-93.

Wong, P. T.(2002): From Death Anxiety to Death Acceptance, A meaning management model. Keynote address delivered at all the conference on life and Death Education in National Changhua University of Education, Taiwan.Canada: **International, Network on Personal Meaning**.Retrieved/April/2014 from. http://www.meaning.ca/articles/lprint/death_acceptance.htm

Wu, A. Tang, C.& KwoK, T. (2002): *Death anxiety Among Chinese Elderly People in Hong Kong*. **Journal of Aging Health**,14(1),42-26.

الملاحق

ملحق (1)

أعداد اللاجئين في مخيمات شمال الضفة الغربية



Report No: R14/R1010/A

Printing Date:
09/02/2015

Total Registered Camp Population

UNRWA\UNRWA-
WEB-02\$

U.N.R.W.A

LOCATION		Official Registered		
		No.of Families	No.of Persons	No.of Babies
NABLUS	FARA CAMP	1,950	9,036	118
	EL-AIN CAMP	1,816	7,943	108
	ASKAR CAMP	4,378	19,408	311
	BALATA CAMP	6,238	27,414	233
	TULKARM CAMP	4,857	22,606	339
	NUR SHAMS CAMP	2,439	11,290	186
	JENIN CAMP	4,502	19,577	192
	Area Total	26,180	117,274	1,487
		50,319	229,583	2,784
Grand Total		50,319	229,583	2,784

ملحق (2) تسهيل المهمة:

Al-Quds University
Jerusalem
School of Public Health

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



جامعة القدس
القدس
كلية الصحة العامة

التاريخ: 2014/2/22

الرقم: ك ص ع/284/2014

Approved,
Dear Kifaya
pls issue a covering
letter to
Mr. Baha about this



حضرة السيد معاوية اعمر المحترم
رئيس منظمة نابلس / وكالة الغوث الدولية

الموضوع: مساعدة بقاء الذين أثار عند التطرف قاسم

تحية طيبة وبعد..

ياؤم الطالب بقاء الذين أثار عند التطرف قاسم / ماجستير صحة نفسية مجتمعية / كلية الصحة العامة / جامعة القدس برطاد بحث
موضوع رسالة الماجستير تحت عنوان الفرق الثورت لدى المسنين الأزمات في مخيمات شمال الضفة الغربية. وهو بحاجة إلى
معلومات خاصة بأعداد وأسما الأزمات في مخيمات اللاجئين في مختلفه شمال الضفة الغربية تسهيل التوصل إليه، نرجو من
حسرتكم مساعدة الطالب في توفير البيانات المذكورة لغاية الدراسة. عند بيان المعلومات ستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرون لكم حسن تعاونكم..

2
كلية الصحة العامة
Faculty of Public Health
جامعة القدس
عميد كلية الصحة العامة

تسليم: الملف

Jerusalem
P.O.Box 51000
Telefax +970-2-2799234
Email: sphealth@admin.alquds.edu

رقم القدس / فاكس 02-2799234
ص.ب. 51000 القدس
البريد الإلكتروني: sphealth@admin.alquds.edu

الرقم ب ف ا 610 2450 - ٨

التاريخ : ٢٠١٤/٣/٢٦



الأونروا
unrwa

إلى : السيد بهاء الدين أنور عبد اللطيف قاسم المحترم

من : رئيس منطقة نابلس

تحية و بعد :

بناء على الكتاب المرسل لنا من عميد كلية الصحة العامة في جامعة القدس والمؤرخ ٢٠١٤/٢/٢٢ رقم ك ص ع ٢٠١٤/٦٨٤/١ فإنه لا مانع من تزويد الطالب المدارس بالبيانات اللازمة لعينة الدراسة .



united nations relief and
works agency for sudanese
refugees in the near east

unrwa west bank field office
sheikh jarruh
p.o. box 19749
jerusalem

T +972 2 5890400
F +972 2 5322714
www.unrwa.org

مكتب الأونروا
القدس
ص.ب. ١٩٧٤٩

هاتف : +972 2 5890400
فاكس : +972 2 5322714

www.unrwa.org
مكتب الأونروا
القدس

ملحق (3): قائمة بأسماء أعضاء لجنة تحكيم المقياس المستخدم في الدراسة الحالية

الرقم	الاسم	الدرجة العلمية والتخصص	الوظيفية الحالية
1.	د.فايز محاميد	دكتوراة إرشاد نفسي وتربوي	رئيس قسم علم النفس - جامعة النجاح الوطنية
2.	د.سمير شقير	دكتوراة صحة نفسية	محاضر بجامعة القدس
3.	د.عدوية السوالمه	دكتوراة علم نفس تربوي	محاضرة بجامعة النجاح الوطنية
4.	د.فاخر الخليلي	دكتوراة علاج نفسي	محاضر في جامعة النجاح الوطنية
5.	د.يوسف عواد	دكتوراة صحة نفسية	مدير منطقة نابلس التعليمية-جامعة القدس المفتوحة
6.	د.إبراهيم مكاوي	دكتوراة تربوية وعلم نفس	محاضر في جامعة بيرزيت
7.	د.عبد عساف	دكتوراة ارشاد تربوي	محاضر في جامعة النجاح الوطنية
8.	د.سامي الكيلاني	دكتوراة خدمة إجتماعية	محاضر في جامعة النجاح الوطنية

ملحق رقم (4)
مقياس قلق الموت

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الكريم..... أختي الكريمة:

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول " قلق الموت لدى المسنين الأرامل في مخيمات شمال الضفة الغربية " ولتحقيق أهداف هذه الدراسة يضع الباحث بين أيديكم ((مقياس قلق الموت)) لجمع البيانات اللازمة، لذا يرجى من حضراتكم التكرم بالإجابة على فقرات المقياس في العمود المناسب لكل فقرة بما يتناسب مع مشاعركم خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك اليوم بوضع إشارة ((×))، محددتين أنسب الإجابات بالنسبة لكم متوخين الصدق والموضوعية، علماً بأن المقياس الذي بين أيديكم هو لأغراض البحث العلمي فقط واستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في كلية الدراسات العليا - كلية الصحة العامة - قسم الصحة النفسية المجتمعية / جامعة القدس.

وتقبلوا فائق الشكر والتقدير

الباحث

بهاء الدين أنور قاسم

أولاً: المعلومات العامة:

- 1- الجنس: 1. ذكر 2. أنثى
- 2- العمر بالسنوات: 1. (60-69) 2. (70-79) 3. (80 فما فوق)
- 3- الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة بالسنوات: 1. (أقل من سنة) 2. (1-5 سنوات) 3. (أكثر من 5 سنوات)
- 4- العمل: 1. يعمل 2. لا يعمل
- 5- الحالة الصحية: 1. أعاني من مرض 2. لا أعاني من مرض.
- إذا كان يعاني من مرض يرجى ذكره.....
- 6- درجة التدين: 1. متدين بدرجة كبيرة 2. متدين نوعاً ما 3. غير متدين .
- 7- الوضع المعيشي: 1. يعيش مع الأقارب 2. يعيش مع الأبناء 3. يعيش وحده.
- 8- المستوى التعليمي: 1. لا يقرأ ولا يكتب 2. ابتدائي 3. إعدادي 4. ثانوي 5. جامعي فأكثر.
- 9- هل أنت لاجيء: 1. نعم 2. لا
- إذا كان لاجيء يرجى ذكر إسم المكان الذي لجأ منه:.....

ثانياً : مقياس قلق الموت:

الرقم	الفقرة	بشكل كبير جدا	بشكل كبير	بشكل متوسط	بشكل قليل	بشكل قليل جدا
1.	أخاف من الموت عندما يصيبني أي مرض.					
2.	أخاف من النظر إلى الموتى.					
3.	أخاف من زيارة القبور.					
4.	يرعبني أن تجرى لي عملية جراحية.					
5.	أخاف من أن أصاب بنوبة قلبية.					
6.	يقلقني أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي.					
7.	أخشى من أمور مجهولة بعد الموت.					
8.	أخاف من رؤية جسد ميت.					
9.	أخشى عذاب القبر.					
10.	أخاف من أن أصاب بمرض خطير.					
11.	ترعبني عملية مشاهدة دفن الميت.					
12.	يرعبني السير بين المقابر.					
13.	يشغلني التفكير فيما سيحدث بعد الموت.					
14.	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبداً.					
15.	يقلقني الألم الذي يرافق الموت.					
16.	ترعبني مشاهدة جنازة.					
17.	يخيفني منظر شخص يحتضر.					
18.	يسبب لي الحديث عن الموت إزعاجاً.					
19.	أخاف أن أصاب بالسرطان.					
20.	أخاف من الموت.					

ملحق رقم (5) أسئلة البحث النوعي

- ماذا يعني الموت بالنسبة لك؟
- إلى أي درجة ترى ان الموت يخيفك أو يسبب لك القلق؟
- كيف أثرت وفاة أحد أقربائك على تفكيرك في الموت؟
- هل أثر وضعك الصحي على تفكيرك في الموت ؟ وكيف حصل ذلك؟
- ما هي الأساليب التي تستخدمونها للتعامل مع احتمالية الموت؟

ملحق (6)

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لفقرات المجال الأول (الخوف من الموتى والقبور)

الترتيب	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
2	أخاف من النظر إلى الموتى	1.54	1.30	منخفضة
3	أخاف من زيارة القبور	1.33	1.05	منخفضة
8	أخاف من رؤية جسد ميت	1.78	1.45	منخفضة
11	أخاف من رؤية جسد ميت	1.74	1.43	منخفضة
12	ترعيني عملية مشاهدة دفن الميت	1.52	1.23	منخفضة
16	ترعيني مشاهدة جنازة	1.83	1.39	منخفضة
17	يخيفني منظر شخص يحتضر	1.88	1.49	منخفضة
	الدرجة الكلية لفقرات المجال الأول	1.66	1.08	منخفضة

ملحق (7)

مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات مجالات الدراسة.

الدرجة الكلية	المجال الأول	السؤال 17	السؤال 16	السؤال 12	السؤال 11	السؤال 8	السؤال 3	السؤال 2	فقرات المجال الأول (الخوف من الموتى والقبور)	
0.616**	0.858**	0.588**	0.534**	0.732**	0.646**	0.762**	0.618**		معامل الارتباط	السؤال 2
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		الدلالة *	
0.462**	0.707**	0.430**	0.409**	0.654**	0.486**	0.544**			معامل الارتباط	السؤال 3
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			الدلالة *	
0.652**	0.869**	0.616**	0.600**	0.661**	0.698**				معامل الارتباط	السؤال 8
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				الدلالة *	
0.696**	0.838**	0.664**	0.596**	0.596**					معامل الارتباط	السؤال 11
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					الدلالة *	
0.573**	0.816**	0.546**	0.489**						معامل الارتباط	السؤال 12
0.000	0.000	0.000	0.000						الدلالة *	
0.653**	0.758**	0.605**							معامل الارتباط	السؤال 16
0.000	0.000	0.000							الدلالة *	
0.672**	0.801**								معامل الارتباط	السؤال 17
0.000	0.000								الدلالة *	
0.772**									معامل الارتباط	المجال الأول
0.000									الدلالة *	

ملحق (8)

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لفقرات المجال الثاني (الخوف من ما بعد الموت)

الترتيب	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
2	أخشى من أمور مجهولة بعد الموت	1.99	1.52	منخفضة
9	أخشى عذاب القبر	2.63	1.80	متوسطة
13	يشغلني التفكير فيما سيحدث بعد الموت	2.51	1.67	متوسطة
	الدرجة الكلية لفقرات المجال الثاني	2.37	1.30	منخفضة

ملحق (9)

مصنوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات المجال الثاني (الخوف مما بعد الموت)

الدرجة الكلية	المجال الثاني	السؤال 13	السؤال 9	السؤال 7	فقرات المجال الثاني (الخوف مما بعد الموت)	
0.591**	0.752**	0.364*	0.449**		معامل الارتباط	السؤال 7
00.000	0.000	0.000	0.000		الدلالة *	
0.642**	0.822**	0.438*			معامل الارتباط	السؤال 9
0.000	0.000	0.000			الدلالة *	
0.660**	0.770**				معامل الارتباط	السؤال 13
0.660**	0.770**				الدلالة *	
0.807**					معامل الارتباط	المجال الأول
0.000					الدلالة *	

ملحق (10)

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لفقرات المجال الثالث (الخوف من الأمراض المميتة

(

الترتيب	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
4	يقلقني أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي	2.05	1.64	منخفضة
5	أخاف أن أصاب بنوبة قلبية	1.95	1.54	منخفضة
10	أخاف من ان أصاب بمرض خطير	2.31	1.70	منخفضة
19	أخاف من أن أصاب بالسرطان	2.74	1.87	متوسطة
	الدرجة الكلية لفقرات المجال الثالث	2.26	1.33	منخفضة

ملحق (11)

مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات المجال الثالث (الخوف من الأمراض المميتة)

الدرجة الكلية	المجال الثالث	السؤال 10	السؤال 10	السؤال 5	السؤال 4	فقرات المجال الثالث (الخوف من الأمراض المميتة)	
0.578**	0.709**	0.366**	0.379*	0.521**		معامل الارتباط	السؤال 4
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		الدلالة *	
0.678**	0.783**	0.490**	0.502*			معامل الارتباط	السؤال 5
0.000	0.000	0.000	0.000			الدلالة *	
0.711**	0.826**	0.692**				معامل الارتباط	السؤال 10
0.000	0.000	0.000				الدلالة *	
0.697**	0.827**					معامل الارتباط	السؤال 19
0.000	0.000					الدلالة *	
0.846**						معامل الارتباط	المجال الأول
0.000						الدلالة *	

ملحق (12)

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لفقرات المجال الثالث (الانشغال بالموت وأفكاره)

الترتيب	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	أخاف من الموت عندما يصيبني أي مرض	1.57	1.29	منخفضة
6	يقلقني من أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي	3.31	1.78	متوسطة
14	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبداً	1.67	1.31	منخفضة
15	يقلقني الألم الذي يرافق الموت	2.01	1.51	منخفضة
18	يسبب لي الحديث عن الموت إزعاجاً	1.63	1.27	منخفضة
20	أخاف من الموت	1.86	1.48	منخفضة
	الدرجة الكلية لفقرات المجال الثالث	2.01	0.99	منخفضة

ملحق (13)

مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات المجال الرابع
(الانشغال بالموت وأفكاره)

الدرجة الكلية	المجال الرابع	السؤال 20	السؤال 18	السؤال 15	السؤال 14	السؤال 6	السؤال 1	فقرات المجال الأول (الانشغال بالموت وأفكاره)	
0.562**	0.660**	0.573**	0.349**	0.336**	0.349**	0.214**		معامل الارتباط	السؤال 1
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001		الدلالة *	
0.462**	0.551**	0.241**	0.177**	0.220**	0.236**			معامل الارتباط	السؤال 6
0.000	0.000	0.000	0.007	0.001	0.000			الدلالة *	
0.629**	0.720**	0.540**	0.429**	0.502**				معامل الارتباط	السؤال 14
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				الدلالة *	
0.685**	0.721**	0.532**	0.402**					معامل الارتباط	السؤال 15
0.000	0.000	0.000	0.000					الدلالة *	
0.661**	0.682**	0.574**						معامل الارتباط	السؤال 18
0.000	0.000	0.000						الدلالة *	
0.773**	0.822**							معامل الارتباط	السؤال 20
0.000	0.000							الدلالة *	
0.906**								معامل الارتباط	المجال الرابع
0.000								الدلالة *	

فهرس الجداول

الصفحة	المحتوى	رقم الجدول
29	عدد السكان في مخيمات شمال الضفة الغربية	جدول: 1.2
43	توزيع مجتمع الدراسة على مخيمات شمال الضفة الغربية	جدول: 1.3
44	توزيع عينة الدراسة على مخيمات شمال الضفة الغربية حسب المخيم..	جدول: 2.3
45	توزيع المبحوثات حسب المتغيرات المستقلة	جدول: 3.3
46	توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها غير الديمغرافية	جدول: 4.3
47	توزيع المسنات حسب متغير العمر	جدول: 5.3
50	مصنوفة بيرسون لقياس الارتباط بين مجالات الدراسة والدرجة الكلية..	جدول: 6.3
51	معاملات الثبات لأداة الدراسة ومجالاتها	جدول: 7.3
55	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمجالات مستوى قلق الموت والمجموع الكلي لقلق الموت	جدول: 1.4
56	نتائج اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لفحص دلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير العمر بالسنوات	جدول: 2.4
57	نتائج اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لفحص دلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير الوضع المعيشي.....	جدول: 3.4
59	نتائج اختبار كروسكال والاس Kruskal Wallis Test وذلك لفحص دلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير المستوى التعليمي.....	جدول: 4.4
60	نتائج اختبار مان ويتني Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير درجة التدخين	جدول: 5.4
52	نتائج اختبار مان ويتني Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته بمتغير الحالة الصحية	جدول: 6.4

64	نتائج اختبار مان ويتني Man – Whitney Test وذلك لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة لقلق الموت وعلاقته الفترة الزمنية لفقدان شريك الحياة	جدول:7.4
66	توزيع المبحوثات بناء على الأفكار	جدول: 8.4
67	يبين توزيع المبحوثات بناء على درجة القلق	جدول: 9.4
68	توزيع المبحوثات بناء على استجاباتهن لتأثير وفاة أحد الأقارب على التفكير في الموت	جدول: 10.4
70	توزيع المبحوثات بناء على تأثير الوضع الصحي في التفكير في الموت	جدول: 11.4
71	توزيع المبحوثات بناء على الأساليب التي تستخدمها للتعامل مع احتمالية الموت	جدول: 12.4

فهرس الملاحق

رقم الملحق	المحتوى	الصفحة
ملحق (1)	أعداد اللاجئین فی مخيمات شمال الضفة الغربية	91
ملحق (2)	تسهيل المهمة	92
ملحق (3)	قائمة بأسماء أعضاء لجنة تحكيم المقياس المستخدم في الدراسة الحالية	94
ملحق (4)	مقياس قلق الموت	95
ملحق (5)	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لفقرات المجال الأول (الخوف من الموتى والقبور)	97
ملحق (6)	مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات مجالات الدراسة	98
ملحق (7)	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لفقرات المجال الثاني (الخوف من ما بعد الموت)	99
ملحق (8)	مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات المجال الثاني (الخوف مما بعد الموت)	100
ملحق (9)	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لفقرات المجال الثالث (الخوف من الأمراض المميتة)	101
ملحق (10)	مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات المجال الثالث (الخوف من الأمراض المميتة)	102
ملحق (11)	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لفقرات المجال الثالث (الانشغال بالموت وأفكاره)	103
ملحق (12)	مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات المجال الرابع (الانشغال بالموت وأفكاره)	104
ملحق (13)	مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات المجال الرابع (الانشغال بالموت وأفكاره)	105

الصفحة	الموضوع
.....	الصفحة الداخلية
.....	صفحة العنوان
.....	صفحة الإجازة
أ	إقرار
ب	الإهداء
ج	شكر وعرقان
د	ملخص الرسالة
و	Abstract
1	الفصل الأول: خلفية الدراسة
2	1.1 المقدمة
4	2.1 مشكلة الدراسة
6	3.1 أهمية الدراسة
7	4.1 هدف الدراسة
7	5.1 أسئلة الدراسة
8	6.1 حدود الدراسة
8	7.1 مصطلحات الدراسة
10	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
12	1.2 الإطار النظري والدراسات السابقة
12	1.1.2 الإطار النظري
12	1.1.1.2 مراحل الحياة لدى المسنين
13	2.1.1.2 الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة
13	1.2.1.1.2 الخصائص والتغيرات البيولوجية
14	2.2.1.1.2 التغيرات الاجتماعية
14	3.2.1.1.2 التغيرات النفسي
14	4.2.1.1.2 التغيرات العقلية

15	..... 3.1.1.2 النظريات المفسرة للشيخوخة
15	..... 1.3.1.1.2 نظرية إريسكون
16	..... 2.3.1.1.2 نظرية بوهلر
17	..... 3.3.1.1.2 النظريات البيولوجية
17	..... 4.3.1.1.2 نظرية النشاط
18	..... 4.1.1.2 المسنون والقلق
19	..... 1.4.1.1.2 سمات القلق وأعراضه لدى المسنين
20	..... 2.4.1.1.2 المسنين الأرامل
20	..... 3.4.1.1.2 الشعور بال فقدان لدى المسنين الأرامل
21	..... 4.4.1.1.2 مشاعر الحزن وتحملها
23	..... 5.4.1.1.2 قلق الموت لدى المسنين

24	..... 6.4.1.1.2 أسباب قلق الموت
25	..... 7.4.1.1.2 أعراض قلق الموت
26	..... 5.1.1.2 نظريات قلق الموت
26	..... 1.5.1.1.2 نظرية (روجرز)
26	..... 2.5.1.1.2 النظرية السلوكية ومنها نظرية (جوزيف ويلبي)
27	..... 3.5.1.1.2 نظرية التحليل النفسي
27	..... 4.5.1.1.2 الموت في العقيدة الإسلامية
28	..... 5.5.1.1.2 نظرية المعنى
28	..... 6.5.1.1.2 نظرية تدبر الهلع
28	..... 6.1.1.2 اللاجئون الفلسطينيون
30	..... 7.1.1.2 الإطار المفاهيمي للدراسة
31	..... 2.2 الدراسات السابقة
37	..... 1.2.2 تعقيب على الدراسات السابقة
40	..... الفصل الثالث: منهج الدراسة وإجراءاتها
41	..... 1.3 منهج الدراسة
42	..... 1.1.3 الدراسة الكمية
42	..... 2.1.3 الدراسة النوعية
42	..... 2.3 مجتمع الدراسة

43	..... 3.3 عينة الدراسة وتوزيعها الديمغرافي
43	..... 1.3.3 البحث الكمي
47	..... 2.3.3 البحث النوعي
47	..... 4.3 متغيرات الدراسة
48	..... 5.3 أدوات الدراسة
48	..... 1.5.3 البحث الكمي
49	..... 2.5.3 البحث النوعي
49	..... 3.5.3 صدق الأداة
49	..... 5.3. 1.3 الصدق الظاهري
49	..... 2.3.5.3 الصدق الداخلي
50	..... 4.5.3 اختبار ثبات الاداة
51	..... 6.3 المعالجات الاحصائية
53	..... الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها
54	..... 1.4 نتائج الدراسة الكمية
65	..... 2.4 ملخص نتائج الدراسة الكمية
66	..... 3.4 نتائج الدراسة النوعية
72	..... 4.4 ملخص نتائج الدراسة النوعية
73	..... الفصل الخامس: النقاش والتحليل
74	..... 1.5 النقاش التحليل
74	..... 1.1.5 مناقشة نتائج البحث الكمي
79	..... 2.1.5 مناقشة نتائج الدراسة النوعية
82	..... 2.5 التوصيات
84	..... قائمة المراجع
84	..... المراجع العربية
88	..... المراجع الأجنبية
91	..... الملاحق
106	..... فهرس الجداول
108	..... فهرس الملاحق
109	..... فهرس المحتويات