

عمادة الدراسات العليا  
جامعة القدس

مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى  
المصابين بالجلطة

ميرنا ماريو يوسف خاروفة

رسالة ماجستير

القدس – فلسطين

1440هـ/2019م

مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى  
المصابين بالجلطة

إعداد:

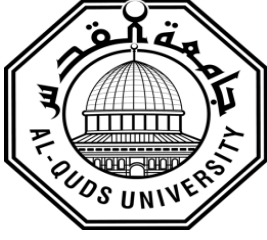
ميرنا ماريو يوسف خاروفة

بكالوريوس خدمة إجتماعية فرعي علم نفس - جامعة بيت لحم/ فلسطين

المشرف: الدكتورة علا علي حسين

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي  
والتربوي من عمادة الدراسات العليا/ كلية العلوم التربوية/ جامعة القدس

1440هـ/2019م



جامعة القدس  
عمادة الدراسات العليا  
الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة  
قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة

إعداد الطالبة: ميرنا ماريو يوسف خاروفة  
الرقم الجامعي: 21711366

إشراف: د. علا علي حسين

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2019/ 7/13 من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

1. رئيس اللجنة : د. علا حسين  
التوقيع: .....
2. ممتحناً داخلياً: د. إياد الحلاق  
التوقيع: .....
3. ممتحناً خارجياً: د. إبراهيم المصري  
التوقيع: .....

القدس/ فلسطين

1440هـ/2019م

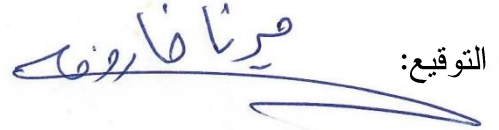
## الإهداء

- إلى والداي الحبيبان اللذان أكرمني الله بدعواتهم وغمرني بحبهم اللا محدود.
- إلى جدتي فكتوريا حبيبتي التي لا تتوانى للحظة عن ذكرى في أدعيتها وصلواتها.
- إلى إخوتي الذين قاسموني حياتي منذ طفولتي ومصدر دعمي وسعادتي.
- إلى أولاد وبنات أختي الأحباء والأقرب إلى قلبي من روجي.
- إلى أصدقائي الأوفياء في الحياة والعمل.
- إلى روح صديقتي الغالية نعمة أبو عياش التي ستحيا ذكراها في قلبي مدى الحياة.

## إقرار

أقر أنا معد الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة، أو أية جزء منها، لم يقدم لنيل أية درجة علمية عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

الإسم: ميرنا ماريو يوسف خاروفة

التوقيع: 

التاريخ: 2019/7/13

## شكر و عرفان

الشكر والعرفان لله في البداية والنهاية، الذي أعانني على استكمال دراستي ومنحني القوة من أجل الصمود والتحدي، واستطعت أن أنهى هذا المشوار بالرغم من الصعوبات والتحديات التي واجهتني.

أرغب بأن أتقدم بشكري و عرفاني لكل من وقف بجانبني ودعمني وتعاون معي لأكمل هذه الرسالة لكي تظهر بصورتها الحالية، وأخص بالذكر الدكتورة علا حسين مشرفتي على الرسالة وأكن لها كل الاحترام والتقدير ولا يمكن للكلمات أن تعبر عن مدى إمتناني.

أود أن اتقدم بالشكر من الدكتور عمر الريماوي والدكتور محسن عدس لدعمهم لي عندما لجأت إليهم في طلب المشورة ولم يتوانوا عن تزويدي بالمعلومات التي دعمت رسالتي لتظهر بالشكل الحالي. وايضاً أتقدم بالشكر والتقدير لأعضاء لجنة المناقشة الكرام على كل ما بذلوه من جهد في مراجعة وتدقيق هذه الرسالة وإثرائها بأرائهم القيمة، وأتقدم بالشكر لجامعة القدس هذا الصرح التعليمي العظيم ولجميع العاملين فيها، وبالأخص أساتذتي في برنامج الإرشاد النفسي والتربوي.

وجزيل الشكر للمرضى ما بعد الجلطة الدماغية الذين تعاونوا معي أثناء تعبئة الإستبانات متمنيةً لهم طول العمر والسعادة والصحة الجيدة في حياتهم.

## المخلص:

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة، والتعرف إلى الفروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الإصابة، ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية). لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، وذلك بتطبيق مقياس قلق الموت المكون من (24) فقرة من تطوير الباحثة على عينة متيسرة، حيث اشتملت العينة على (50) فرد. تم إجراء البحث في جميع أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت لدى أفراد الدراسة جاء بدرجة متوسطة. كذلك أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزى لمتغيرات الدراسة جميعها (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الجلطة ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية).

وفي ضوء نتائج الدراسة الحالية خرجت الدراسة بعدة توصيات وأهمها:

إجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية حول قلق الموت لنفس العينة وذلك بأخذ متغيرات أخرى وباستخدام أدوات ومناهج أخرى.

# **Post-Stroke Death Anxiety in a Sample of Stroke Patients**

**Prepared by: Myrna Mario Yousef Kharoufeh**

**Supervised by: Dr. Ola Ali Hussein**

## **Abstract:**

The present study aimed to identify the level of post-stroke death anxiety in a sample of stroke patients, and to identify the differences in the mean of death anxiety in the study sample according to the study variables (gender, age, marital status, scientific level, number of children, income level, stroke re-currency, and the presence of relatives who died with a stroke). The descriptive approach was used to achieve the objectives of the study, and a (24) paragraph death anxiety scale was developed by the researcher on an available sample of (50) individuals in all departments of Bethlehem Arab society for Rehabilitation. The results showed that there was a moderate degree of death anxiety among the sample and no significant differences in the degree of death anxiety with regards to the study variables, which included (gender, age, marital status, scientific level, number of children, income level, stroke re-currency and the presence of relatives who died with a stroke).

In light of the study results, the most significant recommendations include:

Conducting further studies and scientific research on the anxiety of death for the same sample taking into consideration other variables by using other tools and methods.

## الفصل الاول: خلفية الدراسة

- 1.1 المقدمة
- 1.2 مشكلة الدراسة
- 1.3 أهمية الدراسة
- 1.4 أهداف الدراسة
- 1.5 أسئلة الدراسة
- 1.6 فرضيات الدراسة
- 1.7 حدود الدراسة
- 1.8 مصطلحات الدراسة

## الفصل الأول:

### خلفية الدراسة:

#### 1.1 المقدمة:

كل إنسان ممكن أن يمر خلال حياته بالعديد من التجارب، ولكن تجربة التعرض لجلطة دماغية هي تجربة استثنائية؛ وذلك لتأثيرها على جميع نواحي حياة الشخص والمحيطين به، فهي تترك أثرها النفسية والجسدية الدائم وبدرجات تتفاوت بين شخص وآخر، وكما وتشكل صدمة بالنسبة اليه حيث تتغير حياة الشخص في لحظات من مختلف النواحي الاجتماعية، الأسرية، العلائقية والمهنية، ويجد الشخص ما بعد الجلطة نفسه أمام واقع جديد يختلف طريقة كل فرد في إستيعابه وتقبله، ومن هنا يختبر الأفراد مشاعر قد تكون سلبية قد تعيق مسيرة تقدم الأفراد في العلاج الطبي أو التأهيلي، مثل إختبرارهم لمشاعر الإكتئاب، القلق، الغضب والحزن وغيرها من المشاعر التي قد يعبر عنها المريض بشكل صريح أو قد لا يصرح عنها نهائياً.

الجلطة الدماغية تحدث حين يتعرض جزء من الدماغ لضرر نتيجة نقص تدفق الدم إليه أو تمزق وعاء دموي، أي حدوث نزيف في الدماغ. وغالباً ما ينتج هذا النوع من الجلطات عن نزيف كبير في الدماغ، والذي إبتكر لها الإغريق القدماء مصطلح "سكتة" (Apoplexy) وهو الاسم القديم لها وحالياً متداول اسم (Stroke) أو جلطة دماغية. إن الجلطة منتشرة بشكل كبير، ويرتفع خطر الإصابة بالجلطة مع تقدم المرء بالعمر، وعادةً ما تكون نسبة الإصابة عند الرجال أكبر من النساء (ليندلي، 2014).

وقد أظهرت آخر الإحصائيات التي نشرتها "Stroke Association" في شباط، 2018 في المملكة المتحدة، بأنه يُسجل حوالي (100.000) إصابة بجلطة دماغية في كل عام، أي ما يعادل إصابة كل خمسة دقائق (Stroke Association Online Majazien, 2018).

أما على مستوى دولة فلسطين فإن تقرير وزارة الصحة الفلسطينية للعام 2017 والذي قامت بنشره على موقعها الإلكتروني في شهر تموز، 2018 أظهر بأن الجلطات الدماغية شكلت المسبب الثالث للوفيات في فلسطين بعد الوفاة بأمراض القلب الوعائي ومرض السرطان، وقد بلغت نسبة الوفاة بسبب الجلطة الدماغية (11.4%) من مجمل العدد الكلي للوفيات والذي بلغ (11.578) حالة مُبلغ عنها (تقرير وزارة الصحة الفلسطينية، 2018).

وأيضاً بحسب نفس الدراسة التي نشرتها "Stroke Association" على موقعها الإلكتروني في المملكة المتحدة في 2018، فإن كل إنسان يتعرض لجلطة دماغية يختبر هذه الجلطة بطريقة تختلف عن غيره، ولكن بالنسبة لمعظم الناس فهي تعني بالنسبة إليهم خسارة للحياة التي كانوا يعيشونها بالسابق. إن الشعور بالصدمة، الإنكار، الغضب، الحزن والذنب هي مشاعر طبيعية للحدث المدمر والغير طبيعي الذي تعرض له المريض، والتعامل مع هذه المشاعر يمكن أن يكون أمر صعب ويختلف من شخص الى آخر، ولكن ما يزيد من صعوبة تعامل الانسان مع هذه المشاعر هو عدم إدراك الأشخاص المحيطين به بأنه يختبر هذه المشاعر الصعبة والمتداخلة. فالمريض تختلط عليه المشاعر فيشعر بالإحباط والغضب كرد فعل على هذا التغير السريع الذي حصل بحياته وقلب نظام حياته وروتينه ودمر مخططاته، ويصاحب كل هذا أحياناً صعوبة لدى المرضى ما بعد الجلطة الدماغية في التحكم بمزاجهم ومشاعرهم فقد يُظهر الشخص تغير سريع مفاجئ بالمزاج وأحيان كثيرة يكون من دون سبب واضح. وبعض الأشخاص يحاولون إنكار وجود هذه المشاعر ويحاولون

الظهور بصورة الأقوياء، ولكن عدم وعي وإدراك هذه المشاعر التي يمر بها الشخص وعدم محاولته لإيجاد طرق للتعامل معها يجعل هذه المشاعر ساحقة وضاغطة عليه وقد تؤدي الى ظهور

أعراض القلق أو الاكتئاب. (Stroke Association Online Majazien, 2018)

وعلى الرغم من أن البشر مثل باقي المخلوقات يختبرون الولادة، المرض، الشباب، النضج، الشيخوخة فالموت، يبقى الإنسان الكائن الوحيد الذي يدرك بانه سوف يموت يوماً ولكن يسعى دائماً لأخذ بعض التدابير لحماية نفسه من هذا التدمير أو النهاية رغم معرفته بان الموت أمر حتمي (Elias, 2001).

وبالرجوع الى تاريخ البشرية، فإن حقيقة الموت والمحدوديات البشرية طالما كانت مصدر قلق قوي وإثارة للصدمة، والتي أصبحت واحدة من أكثر السمات الغير سارة في التاريخ البشري وتجعل الإنسان يقف عاجز أمام الموت والمستقبل (Feifel, 1990).

وعلى الرغم من أن الموت هو واقع بيولوجي ونفسي والإحساس بالموت وعملية الموت هي راسخة ومتأصلة في التنشئة الاجتماعية للفرد، ولكن لأن التفكير في الموت هو أمر مروع، فإن أكثرية الناس يفضلون عدم التفكير فيه، وذلك لأن الموت يذكر الإنسان بشكل دائم بضعفه وعدم قدرته بالرغم من التقدم التكنولوجي، فإن القلق والخوف من الموت يذكرنا بهذه التجربة الغير سارة والمحتومة والمشاركة بين البشر (عبد الخالق، 2002).

ويعرف هولنز "Holnes" قلق الموت بانه إستجابة إنفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور، والإنشغال المعتمد على تأمل وتوقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت (عبد الخالق، 1987). وتعرفه (شقيير، 2003)، بأنه حالة من الخوف الغامض المبهم اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت. أي انه حالة غير سارة ناتجة عن

استجابة الخوف الهائم عند الفرد اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، والتقدير السلبي لموقف الموت، وما ينتظر الإنسان بعد الموت من مصير، ويتحدد بالدرجة الكلية على مقياس الموت. كما سبق الذكر فإننا نستنتج بأنه نتيجة الجلطة الدماغية يحصل ضمور بخلايا الدماغ، وهذا يسبب عجز في وظيفة عصبية أو أكثر قد تكون حركية أو حسية أو حاسية أو إدراكية، وأيضا فإن معظم الناس ما بعد الجلطات الدماغية يختبرون تجربة تغير في جانب من الجوانب العاطفية لديهم، حيث أن الجلطة الدماغية هي حدث مفاجئ وصادم يؤثر على جميع جوانب حياة الشخص نفسه وأفراد أسرته ومن يتعامل معه، وقد يختبر المصاب بالجلطة أكثر من نوع قلق في نفس الوقت، ولكن من خلال هذه الدراسة سوف أحاول التركيز على دراسة موضوع "القلق من الموت" الذي قد يعبر عنه المريض ما بعد الجلطة الدماغية بشكل مباشر وصريح أو قد لا يصرح عنه.

## 1.2 مشكلة الدراسة:

من خلال عملي كباحثة إجتماعية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل وتعاملي بشكل يومي مع المرضى المصابين بالجلطة الدماغية، لمست مدى المعاناة التي يعيشها هؤلاء الأفراد بعد تجربة التعرض لجلطة دماغية والأثر النفسي الكبير الذي تتركه على المريض، فمن هنا كان هنالك دافع لكي أقوم بعمل بحث بشكل أكبر لمعرفة مستوى قلق الموت لعينة المرضى المصابين بالجلطة الدماغية، بالإضافة الى أنه بعد الاطلاع على الادبيات المتعلقة بموضوع قلق الموت وموضوع الجلطة الدماغية فإن هنالك العديد من الدراسات العربية والاجنبية التي تناولت الموضوع بتوسع ولكن على حد علم الباحثة لا توجد دراسات تطرقت للحديث عن قلق الموت ما بعد تعرض المرضى لجلطة دماغية، فالجلطة الدماغية عبارة عن حدث صادم للشخص ولأفراد أسرته، وكنتيجه له تتأثر جميع جوانب حياة الشخص ومن يعيش معه، وهذا الحدث قد يجعل المريض

يختبر أكثر من نوع قلق في نفس الوقت، ولكن في هذه الدراسة سوف يتم التركيز على موضوع "قلق الموت" الذي قد يختبره المريض ما بعد الجلطة بشكل مباشر ويعبر عنه بشكل صريح أو قد لا يصرح عنه. ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة بمحاولة الدراسة الحالية الاهتمام بدراسة قلق الموت ما بعد التعرض للجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة في جميع أقسام جمعية بيت لحم العربية.

### 1.3 أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في أنها تحاول معرفة مستوى قلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة، وذلك من خلال دراسة المرضى المقيمين والمراجعين في قسم التأهيل في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل وتأتي أهمية هذه الدراسة من خلال:

### الأهمية النظرية:

1. أهمية دراسة متغير قلق الموت الذي أصبح يلزم كل فئة عمرية في عصرنا الحالي.
2. دراسة عينة مرضى ما بعد الجلطة الدماغية من حيث مستوى قلق الموت لديهم لم يسبق أن تم دراسته في فلسطين أو أي دولة عربية بالسابق بحدود علم الباحثة، وهذا سوف يسלט الضوء على أهمية القيام بدراسات أخرى لتشمل هذه العينة.
3. ان هذه الدراسة سوف تكون إضافة الى الادب النفسي والتربوي الخاص بقلق الموت لفئة المرضى ما بعد الجلطة الدماغية.

## الأهمية التطبيقية:

1. سوف تشجع الدراسة على عقد الندوات النفسية والطبية لمناقشة الأعراض الجسدية والنفسية المصاحبة للجلطة الدماغية، والسبل التي تساعد على الحد من هذه الآثار والتي تدعم المرضى وتساعدهم على الاستمرار بالرغم من الآثار الناتجة عن التعرض لجلطة دماغية.
2. التأكيد على أهمية إعداد برامج إرشادية وعلاجية للمرضى ما بعد التعرض لجلطة دماغية، وذلك لمساعدتهم على الاستفادة من مصادر القوة في شخصيتهم وتوظيفها لرفع كفاءتهم في مواجهة الأزمة التي يمرون بها نتيجة التعرض للجلطة الدماغية وصولاً إلى التقبل والتأقلم والتكيف مع أعراض الإعاقة التي تنتج عن الإصابة.

### 1.4 أهداف الدراسة:

- التعرف إلى مستوى قلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية.
- التعرف إلى الفروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الإصابة، وحالة الموت لقریب بالجلطة).

### 1.5 أسئلة الدراسة:

- ما مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة؟

-هل يوجد فروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعي، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الإصابة، وحالة الموت لقريب بالجلطة)؟.

## 1.6 الفرضيات:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير الجنس.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير العمر .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير المستوى العلمي .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير عدد الأبناء .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير مستوى الدخل.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير تكرار الجلطة .

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير موت أحد الاقرباء بجلطة دماغية.

## 1.7 حدود الدراسة:

1. الحدود البشرية: عينة المرضى ما بعد الجلطة الدماغية.
2. الحدود المكانية: أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل في محافظة بيت لحم.
3. الحد الزمني: تم تطبيق هذه الدراسة خلال الفصل الثاني 2018-2019.
4. المحدد المفاهيمي: تحددت بالمصطلحات والمفاهيم الواردة في الدراسة (قلق الموت، الجلطة الدماغية).
5. المحدد الاجرائي: يقتصر على أدوات الدراسة ودرجة صدقها وثباتها، وعلى عينة الدراسة وخصائصها والمعالجة الإحصائية المستخدمة.

## 1.8 مصطلحات الدراسة:

- قلق الموت: تعرفه (Lester, 1990) على أنه ردات فعل عاطفية سلبية تستثار من خلال أفكار حول الموت بشكل عام، وحول موت الشخص نفسه وموت الآخرين.
- وكما عرفه هولتر (Holter) على أنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية مع عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (عبد الخالق، 1987).
- ويعرفه (شقيير، 2003) بأنه حالة من الخوف الغامض المبهم اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت، أي أنه حالة غير سارة ناتجة عن استجابة الفرد اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، والتفكير السلبي لموقف الموت، وما ينتظره بعد

الموت من مصير، كما أنه الإحساس والمشاعر المرتبطة بالموت، ويتفاوت هذا الإحساس بالنسبة للفرد والمريض والسليم، ومن هم في مرحلة الشباب أو الشيخوخة.

- التعريف الإجرائي لقلق الموت: هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على مقياس قلق الموت المستخدم في الدراسة الحالية.

- الجلطة الدماغية: توقف جزء من الدماغ عن العمل بسبب حدوث مشاكل في تدفق الدم مما يؤدي الى الإصابة بالأعراض الكلاسيكية للجلطة الدماغية، مثل الوهن المفاجئ في الذراع والساق في نفس الجانب من الجسم (ليندلي، 2014).

- ويعرفها (أبو حامد، 2009) بانها اضطراب مفاجئ في التروية الدموية لجزء من الدماغ يتظاهر بعجز في وظيفة عصبية أو أكثر حركية أو حسية أو استعرافية، وينجم هذا الإضراب عن انسداد شريان دماغي او تمزق شريان دماغي.

- ما بعد الجلطة الدماغية: هي الأعراض النفسية والجسدية التي تتركها الجلطة الدماغية، وما تسببه من عدم قدرة الشخص على التأقلم مع الواقع الجديد (Stein et al., 2009).

## الفصل الثاني

- الإطار النظري

- الدراسات السابقة

## الفصل الثاني:

### الإطار النظري والدراسات السابقة:

#### 2.1 تمهيد:

تختلف نظرة الناس إلى الموت، ويعود هذا الاختلاف بالعادة إلى الاختلاف في المعتقدات الدينية، الاجتماعية والثقافية التي يحملها الشخص مثل ما يؤمن به حول وجود الجنة والنار، تناسخ الأرواح أو كون الموت جانب آخر من طبيعة وجودنا على هذه الأرض. أما في بعض الحالات فإن خوض تجربة قد أدت بالشخص إلى أن يكون قريب من الموت بشكل أو بآخر يكون له الأثر الذي يتركه على معتقدات هذا الشخص ونظرته للحياة. وهناك بعض الأشخاص يرحبون بالموت كونه يوفر لهم وعد بالنعيم الأبدي كمكافأة على التزامهم الديني والأخلاقي أو لأنه النهاية للتخلص من الألم المستمر والضيق الذي يعيشونه. ولكن يبقى الموت لمعظم الناس، هو ذلك الحدث الغامض والمفجع، المؤلم والمخيف، ذات القوة المهيبة العليا التي لا يملك الإنسان القدرة على السيطرة عليه ويخلق لديه خوف وقلق يسيطران عليه (Morse, 2000).

وبحسب (Fairchilde, 1997) فإننا لا يمكننا أن نبدأ بالعيش بشكل كامل، حتى نتصلح مع حقيقة الموت، ولن يستطيع الإنسان معرفة معنى الشجاعة الحقيقية، حتى يتوقف عن النظر إلى الموت على أنه ذلك الوحش المفترس الذي سوف يبتلع كل شيء نعزه ونحبه. يجب بالمقابل أن ننظر للموت على أنه مغامرة عظيمة، وحتى يكون لنا مطلق الحرية في الحب وبشكل كامل ومن دون خوف، يجب علينا أن نعلم في أعماقنا بأن الحب لا يموت؛ بل يستمر بالعيش مع الأشخاص الذين نحبهم وإلى الأبد.

لذا فإننا نقول بأن القلق يعد الظاهرة الغالبة في عصرنا الحالي، وذلك لما نشهده من تغيرات وتسارع في أحداث حياتنا اليومية، بحيث أصبحت هذه التغيرات المبالغ فيها مصدر قلق، وأصبح الجميع معرض لها باختلاف المراحل العمرية، لدرجة أن العلماء يطلقون عليه مرض العصر.

## 2.2 تعريف القلق بشكل عام:

إن القلق بصفة عامة حالة إنفعالية تصيب الإنسان بالتوتر الشامل والمستمر نتيجة توقع تهديد أو خطر (إبراهيم، 2010). وأضاف إلى هذا التعريف (زهران، 1982) بأنه يصاحبه أيضاً خوف غامض وأعراض نفسية جسمية.

## 2.3 قلق الموت وبعض تعريفاته:

تختلف ردود فعلنا كبشر اتجاه الموت، حيث أن موت البشر هي قضية ملحة تسيطر على فكر الإنسان منذ مرحلة الطفولة، ويحاول بكل الطرق الدفاعية أن يحارب الموت، حيث تؤثر فكرة الرفض للموت بشكل كبير على جوانب التكيف للإنسان من نواحي عاطفية ونفسية، وبالنهاية فإن على الإنسان أن يتقبل الموت وأيضاً وجود الموت كجزء لا مفر منه في الحياة (Langs, 1997).

### • تعريفات قلق الموت بحسب بعض العلماء:

- أشار (عبد الخالق، 1987) إلى أن قلق الموت يعتبر نوع من أنواع اضطرابات القلق، حيث يشعر بهذا النوع أفراد بدرجة أكبر من غيرهم، وذلك يعود لتكوينهم النفسي الأكثر حساسية من غيرهم، فإن قلق الموت هو خبرة عامة يمكن لأي فرد أن يمر بها وفقاً لتعرضه لظروف أو مواقف حياتية معينة متباينة فبالتالي فإننا جميعاً نخشى الموت بدرجات متفاوتة. ويعرف قلق

الموت على أنه حالة إنفعالية غير سارة وإستجابة إنفعالية تتضمن مشاعر تتمثل بعدم السرور والإنشغال المتعمد على التأمل أو توقع لأي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

- وقد عرف (Morse, 2000, p:20) قلق الموت على أنه الخوف الشديد من الموت، وعادةً ما ينطوي على خوف غير طبيعي حول ما إذا كان الشخص سيظل موجوداً أم لا بشكل من الأشكال بعد الموت الجسدي.

#### 2.4 أسباب قلق الموت:

1. الخوف من الألم والمعاناة: حيث يخشى الكثيرون أنهم عندما سيواجهون الموت سيعانون من الألم ويختبرون معاناة مبرحة.
2. الخوف من المجهول: إعتقاد الإنسان الديني والروحي يؤثر على درجة خوفه من الموت، فهو ليس على يقين بمصيره بعد الموت.
3. الخوف من ترك الأقرباء والأحباب: كل منا لديه أقارب ومحبون وبعضهم يعتمد على التربية، والدعم المالي والإجتماعي، لذلك من الصعب تركهم خلفنا.
4. الخوف من عملية الإحتضار: إن مفهومنا عن حالة الإحتضار يتأثر بالخبرات الماضية، وعادة ما يتساءل الفرد، هل سيكون هنالك ألم؟ هل سأكون وحيداً؟.
5. الخوف من الموت المفاجئ: يرى ماسلو (Maslow) أن الخوف هو في الحقيقة من عدم قدرتنا على تحقيق الذات، وعدم الوصول إلى طموحاتنا وآمالنا (شقيير، 2003).
6. كما أكد (عبد الخالق، 1978) على أن الأسباب تكمن في الخوف من الإحتضار، الخوف مما سيحدث بعد الموت، الخوف من توقف الحياة وأيضاً إفتراض بأن قلق الموت يرتبط بشكل جوهري بالحالة الصحية للفرد، حيث يزداد قلق الموت لدى من يعانون من أمراض جسمية.

7. أما (زغير، 2016) فإنه يؤكد على وجود عدة عوامل مسببة لقلق الموت وهي: القلق حول الإصابة بمرض خطير، القلق من وفاة شخص عزيز، القلق من التعرض لحادث ينجم عنه وفاة، القلق من المقابر وشكلها، القلق من ضعف مناعة الجسم، القلق بمجرد التفكير في الموت، القلق من إمكانية الموت أثناء إجراء عملية جراحية والقلق من إمكانية التعرض لحادث سير وغيرها العديد من الصور والأشكال التي يمكن ان تسبب قلق الموت.

8. أشارت (تونس، 2015) الى أن الأسباب وراء قلق الموت بحسب ما يذكر فيفل (Feifel) ينتج عن الخوف من الموت، هو خوف من الإبادة او فقد الذاتية، أما ديجوري و روثمان ( degory and Rothman) يعزيان السبب الى خوف الشخص من الموت لأنه ينهي فرصة الشخص في السعي نحو تحقيق اهداف مهمة، أما كل من بيكر وبرونز (Baker and Brounze) يريان بأنه خوف فطري ومورث وقد يرجع هذا الخوف إلى أسباب دنيوية مثل كراهية الجثة و غرابتها والعدوى الإجتماعية للحزن والإشمزاز الحضاري والتفاعل العاطفي والخوف من العدوى والصدمة وتخيل التحلل أو التعفن.

9. أما شرلتز (Churlitz) ذكر الأسباب التالية للموت وهي:

الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار، الخوف من الإذلال نتيجة الالم الجسدي، توقف السعي نحو الأهداف، تأثير الموت على من سيتتركهم الشخص، من أسرته وخاصة الاطفال، الخوف من العقاب الإلهي (وخاصة لدى المتدينين) والخوف من العدم (تونس، 2015).

## 2.5 أشكال قلق الموت:

1. قلق الموت الإستلابي (Predatory death anxiety): الخوف من التعرض للأذى من الكائنات الحية وبالأخص من البشر وأيضاً من الكوارث الطبيعية، مما يستلزم كإستجابة الى المبالغة في رد الفعل اتجاه هذا التهديد والميل الى الهجوم قبل التعرض للهجوم.
2. قلق الموت المفترس (Predator death anxiety): هو الشعور بالذنب بشكل شعوري ولا شعوري بشكل خاص الناجم عن إيذاء الآخرين والحاجة الناتجة لتلقي العقاب بالنهاية عن طريق الموت (عادة ما يكون على شكل الإيذاء الذاتي أو الانتحار بالنهاية).
3. قلق الموت الوجودي (Existential death anxiety): هو من أقوى أشكال قلق الموت، ويشمل الخوف من الفناء الشخصي النهائي. هذا النوع من القلق يعمل في معظم الأحيان من دون وعي. وينشط مجموعة واسعة من السلوكيات والأفكار التي تم تصميمها بلا وعي لإنكار الموت وتعرض الشخص لأذى هائل (Langs, 2008).

## 2.6 أنواع قلق الموت:

- هنالك نوعان لقلق الموت بحسب (عبد الخالق، 1987) ويتم التمييز بينهما على أساس حدة قلق الموت وشدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص وهذان النوعان هما:
1. قلق الموت المزمن: وهو قلق الموت الذي طالت مدته، وإزدادت معاناة المريض به.
  2. قلق الموت الحاد: وهو القلق الذي يظهر في جملة اعراض، تكون عنيفة ملحة وفي زمن قصير وترتبط بخبرات الحياة، كموت قريب أو مرض شديد.

## 2.7 درجة قلق الموت:

تحدد درجة قلق الموت بحسب (Templer, 1976) من خلال العاملين التاليين:

1. حالة الصحة النفسية بوجه عام: فالمضطربون نفسيا عموما ترتفع درجات قلق الموت لديهم.

2. خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت: كالجنس والتقدم بالعمر والمرض (معمرية، 2006).

## 2.8 أعراض قلق الموت:

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

1. سلوك تجنبني: وهذا السلوك قد يعبر عنه الشخص بشكل شعوري، كأن يرفض الذهاب للمشاركة في جنازة (وذلك لان الجنازة هي رمز للموت بالنسبة اليه)، وقد يقوم بتجنب زيارة المستشفى أو التعبير عن رأيه بالموت والمشاعر المصاحبة له عند فقدان أحد الأصدقاء أو الأقارب. اما الشكل الآخر فهو لا شعوري من السلوك التجنبي يتمثل في الضيق الشديد في حال ذكر جنازة أمامه فيقوم الفرد بإشغال نفسه بأشياء أخرى ويختلق الأعذار لكي يتجنب زيارة صديق يحتضر على فراش الموت.

2. تغيير أساليب الحياة: حيث يهتم الفرد ويبالغ بنصيحة الاختصاصيين بالصحة أكثر من غيرهم وكأنه بذلك يؤجل موعد الموت، حيث يتناول وجبات صحية ويتناول الفيتامينات ويمارس الرياضة بانتظام، وكما يمتنع عن تناول المشروبات التي تحتوي كفايين أو التدخين.

3. الأحلام والموت: يتم التعبير عن قلق الموت بشكل لا شعوري وذلك اثناء النوم وتمثل الأحلام رموزاً لآمال ومخاوف ولقلق الإنسان وكما تعبر عن أحاسيسه وأفكاره وصراعاته أثناء الأحلام الليلية. وقد يعبر عن قلق الموت من خلال أحلام اليقظة والتخيلات اليومية وخاصة لحظة ما قبل النوم فقد يتخيل نفسه في جنازته ميتاً (شكير، 2016).

• أما أعراض قلق الموت بحسب (عبد الخالق، 1987) فهي:

الإصابة بضيق التنفس، كثرة البكاء، سيطرة التشاؤم والنظرة القاتمة للحياة، سيطرة الإنفعالات السلبية ومنها البكاء، الإصابة بالأرق وتعذر النوم، الإنطواء، الإصابة بالكآبة الشديدة، الإصابة بالصداع والآلام الجسدية المختلفة، الهروب من المواقف التي تتعلق بالموت مهما كانت قرابة الشخص للميت، كثرة الشكوى من الأمراض المختلفة التي لا وجود لها واقعياً، وأخيراً التحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت.

## 2.9 مكونات قلق الموت:

• لقد حدد الفيلسوف "Jack Sharon" ثلاثة مكونات للخوف من الموت وهي:

1. الخوف من الاحتضار.

2. الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3. الخوف من توقف الحياة.

• أما "Kafano" فقد حدد مكونات المخاوف من الموت بالشكل التالي:

1. عملية الاحتضار.

2. الموت الشخصي.

3. فكرة الحياة الأخرى.

4. النسمة السحيقة او المطبقة على المحتضر.

• كذلك ركز "Lester" على قطبان وهم الموت والاحتضار وتتمثل مكوناته من:

1. الخوف من موت الذات.

2. الخوف من احتضار الذات.

3. الخوف من الآخرين.

4. الخوف من احتضار الآخرين (الخازن، 1990).

## 2.10 تفسير قلق الموت بحسب بعض مدارس علم النفس:

1. نظرية التحليل النفسي: كان فرويد (Freud) من أوائل العلماء الذين ناقشوا قلق الموت، حيث أشار إلى أن المخاوف المتعلقة بالوفاة تعكس صرعات الطفولة غير المحسومة بدلاً من الخوف من الموت نفسه، وذلك لأنه كان متشكك حول مدى قدرتنا على قبول الموت نفسه. في عام (1952) كتب مقال في صحيفة التايمز حول الحرب والموت وذكر "بأنه بشكل غير واعي لا يمكن ان يؤمن الإنسان بموته"، حيث يتصرف وكأنه سوف يبقى خالداً. وقد إعتبر فرويد أن اللاوعي هو المصدر الأساسي للفكر والسلوك، وأنه عندما نجادل حول كون الموت حقيقة فإنه في الباطن لا يوجد أحد يؤمن بموته (Furer & Walker, 2008). وقد تطرق فرويد الى الغرائز وإعتبر وجود غريزتين أساسيتان وهما غرائز الحياة متمثلة في الجنس وغرائز الموت متمثلة في العدوان. وإعتبر أن حياة الإنسان هي سلسلة من الصراعات المستمرة بين غرائز الحياة والموت. وبالرغم من ذلك فإن كل واحدة تعمل نقيض لعمل الأخرى، فغرائز الحياة تهدف إلى استمرار الحياة وتعمل وفق لمبدأ اللذة الذي إتخذه فرويد أساساً ليفسر به الظواهر النفسية والامراض العصابية. أما بالنسبة لغريزة الموت فقد إعتبر فرويد أن السادية ممثلاً لها ومهمتها إعادة الحياة الحية الي الحالة العضوية، وتهدف هذه

الغريزة إلى الهدم وإنهاء الحياة، وغريزة الموت إذا اتجهت إلى الخارج بدت في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكرهية وإذا إتجهت إلى الداخل بدت في صورة قلق مرضي، والحياة صراع بين غرائز الموت وغرائز الحياة غير أن غرائز الموت تعمل في صمت (شقير، 2016). أما ميلاني كلاين (Melanie Kleine, 1959) فتري أن الموت يخيف الإنسان ويهدد حياته وان الخوف من الموت هو أصل القلق الذي يصيب الإنسان في حياته وأساس الأفكار والتصرفات العدائية (عبد الحميد، 1995).

2. أما النظرية السلوكية ومنها نظرية جوزيف ولبي (Joseph Wepe) فتري ان القلق يشكل جزءاً أساسياً من السلوك العصابي ويحدث القلق 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). ويعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من الم أو عقاب يحتمل أن يحدث ولكنه غير مؤكد الحدث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف الذي يثيره موقف خطر مباشر يحصل للفرد، أما قلق الموت فهو بدرجة أكبر من الخوف العادي ولا ينتهي بإنتهاء المثير، حيث يبقى قلق الموت محبوس لا يوجد له مصرفاً. كذلك عند الشعور بإنفعال قلق الموت أو الخوف فتكون التأثيرات الإنفعالية مصاحبة لتغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة اذا تكرر الانفعال (راجح، 1994).

3. أما نظرية الذات لكارل روجرز (Carl Rogers) على ضوء مفهوم الشخص المحقق لوظائفه يرى أن الوعي بالاقتراب من الموت يهدد هؤلاء الأشخاص الذين يحمون انفسهم ضده، مع ذلك فإن فكرة روجرز حول الإنفتاح الكامل للخبرة عند الاشخاص المثاليين تغير من موقع الموت بوصفه تهديداً أساسياً، كما يوافق "ماسلوا" في قوله " أن الشخص الذي يحقق ذاته من يتبين ان لديه خوفاً

منخفضاً من الموت" (عبد الخالق، 1998). وفي نفس السياق فإن (الزيود، 1998) يشير الى ان نظرية روجرز ترى أن الاضطراب يحدث كنتيجة لتكون خبرة وإنضمام خبرة جديدة إلى الخبرة السابقة، وهذه الخبرة لا تتسجم مع شروط تقدير الذات لديه، وهنا لا تُنظم الخبرة ضمن نظام خبرات الشخص بشكل مقبول فيحصل التشويه والتحريف والإنكار لذلك يحصل التناقض بين الذات والخبرة ويصاحب ذلك شعور بالتهديد والقلق.

4. أما بخصوص النظرية الوجودية فرانكل (Frankel) ترى بان القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية والقلق سمة أساسية من سمات الوجود الإنساني ومن الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر، وقد ركزت على أهمية الموت وسلموا بان الفرد يجب ان يتقبل حتمية الموت ونهايته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته (أبو زعيزع، 2013).

5. النظرية المعرفية: إن قلق الموت يعتبر سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار قد تخرج عن حدود المنطق والعقلانية، وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة وذلك من خلال تزويد الشخص المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (مشري، 2015).

6. المذهب الإنساني: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق هو خوف من المستقبل وما يحمله من احداث قد تهد مسار وجود حياة الفرد. فالقلق في نظرهم منشأ من توقعات الفرد لما سيحدث له مستقبلاً، وليس ناتجاً عن ماضيه، فالإنسان يدرك بان نهايته حتمية بالموت، وتوقع الآخرة هو

المثير الأساسي في تواجد قلق لدى الإنسان فبنسبة لهم فإن القلق ينتج عن الخوف من الغد والمستقبل والوجود الإنساني (عبد الله، 2001).

7. نظرية التعلم الاجتماعي: يعتقد دولارد وميللر (Dollard & Miller) بأن أساس القلق ذو مصدر غامض، ويكمن في الصراع الداخلي وإدراك الفرد للمثير. حيث أن هذا المثير يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو الخطر فيتجنب هذه التهديدات، وبما أن الموت تهديد حقيقي ولا مفر منه، ولا يمكن مواجهته ويرادف الموت بالنسبة للإنسان التلاشي، فينشأ عنه قلق خطير يطلق عليه قلق الموت (محمود، 2015).

8. أما من ناحية المنظور الاجتماعي لببكر (Becker, 1973) ونظرية إدارة الإرهاب: فقد أشار إلى أن القلق من الموت هو الخوف الحقيقي والأساسي الذي يكمن وراء العديد من أشكال القلق والفوبيا. وقد كانت وجهة نظر ببكر في أن الكثير من الطاقة البشرية تركز على إنكار الموت كإستراتيجية للحفاظ على الموت تحت السيطرة. أدى عمل ببكر إلى تطوير نظرية إدارة الإرهاب (TMT) Terror Management Theory، التي تقترح أنه في الوقت الذي يسعى فيه البشر إلى الحفاظ على أنفسهم، فإنهم يدركون أيضاً حتمية الموت (Furer & Walker, 2008).

9. النظرية المعرفية السلوكية: يعتبر اليس ومناصريه أن الإضطرابات السيكلوجية الإنفعالية للفرد كالإكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرون أن السلوك يرتبط بالإعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها، فيكتسب من خلالها أفكار لا منطقية وذلك إستناداً لتعلم خاطئ وغير منطقي، فيسرد طريقتة في التفكير ويتسبب في إضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالإنفعالات بما في ذلك إنفعال قلق الموت (الكاملة، 2018).

➤ إن الباحثة تتبنى النظرية المعرفية السلوكية في عملها مع المنتفعين في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل، وذلك يعود لطبيعة قصر فترة دخول المرضى للعلاج في قسم التأهيل الطبي، والتي لا تتجاوز كحد أقصى الثلاثة أشهر، لذا يتناسب العمل ضمن هذه النظرية، والتي يمكن من خلالها تعديل الأفكار والسلوك والمشاعر على المدى القصير.

## 2.11 تشخيص قلق الموت:

- يصنف قلق الموت بحسب الدليل التشخيصي والاحصائي للإضطرابات العقلية (DSM-5) على أنه نوع من أنواع الرهاب المحدد أو النوعي (Specific Phobia) ويعرف على أنه خوف ملحوظ أو قلق حول شيء أو موقف محدد (وهنا يمكن ان يكون الموت).
- يعتبر الخوف والقلق من الموت رهاباً إذا كان هذا الخوف ينشأ في كل مرة يفكر فيها الشخص بالموت وأيضا تستمر الأعراض لأكثر من ستة أشهر، كما ويعيق الحياة اليومية ويؤثر على العلاقات الخاصة بالشخص.
- تشمل الأعراض الرئيسية التي قد يتعرض لها الشخص نتيجة قلق الموت على:
  - الخوف أو القلق الفوري عند التفكير في الموت أو الاحتضار.
  - نوبات الهلع التي ممكن ان تسبب الدوخة، الهبات الساخنة، التعرق وإرتفاع في معدل ضربات القلب أو عدم انتظامها.
  - تجنب المواقف التي قد يكون من الضروري فيها التفكير بالموت (مثل حضور جنازة أو زيارة مريض).
  - الشعور بالمرض أو الإصابة بألم في المعدة عند التفكير بالموت أو الاحتضار.
  - المشاعر العامة للإكتئاب أو القلق.

-هذا القلق أو الرهاب من الموت يمكن أن يؤدي الى الشعور بالعزلة وتجنب الاتصال بالاصدقاء والعائلة وتختلف درجته بحسب الموقف أحياناً فممكّن أن يرتفع عند اصابة الشخص أو أحد اقربائه بمرض، وكما يمكن أن يكون قلق الموت مرتبط بحالة قلق أخرى أو اكتئاب ( Candman, 2018).

## 2.12 إنكار الموت كوسيلة دفاعية اتجاه قلق الموت:

الإنكار هو الدفاع الرئيسي ضد قلق الموت، وهناك نوعان أساسيان من إنكار الموت: حرفي ورمزي. يتجلى الإنكار الحرفي في الدين أو التدين وهو الدفاع الرئيسي الذي ينفى الاستنتاج العلمي الواضح بأن البشر يموتون مثل الأنواع الأخرى؛ وأنه لا يوجد دليل علمي على وجود حياة آخرة. كما وتقدم المعتقدات الدينية التوحيدية بالإضافة إلى بعض التقاليد الروحية الوحودية للمؤمنين أشكالاً مختلفة من الخلود الحرفي. أما الإنكار الرمزي بالحياة يتجلى من خلال الإنتاج الإبداعي لأحدهم والاستثمارات الكثيرة في حياته، حيث يتخيل المرء ترك إرث أو بصمة تعيش بعد وفاته في مواجهة القلق من الموت (Clark, 2002).

## 2.13 إنكار الموت كآلية دفاعية لتجنب قلق الموت:

لا يمكن للمرء أن يواجه الموت مباشرة دون محاولة لحماية نفسه بتشكيله دفاعات ضد الإدراك المؤلم للموت. تتجلى هذه الدفاعات ضد القلق من الموت من قبل جميع الناس وتكون بدرجات متفاوتة. فنحن نعيش في ثقافة قمعية من الإنكار فيما يتعلق بموضوع الموت، وهذا الموقف الدفاعي له تأثير سلبي عميق على حياة الناس، يتجلى في محاولة غير مجدية لقمع المشاعر السلبية، حيث يمثل المجتمع مجموعة من الدفاعات الفردية التي نتبناها من خلال تنشئتنا في ثقافة معينة، حيث تنعكس العادات الاجتماعية للثقافة بشكل كبير على الفرد في تنمية أنماط الحياة الدفاعية. على مدى

آلاف السنين أنشأ الناس مؤسسات معقدة بشكل متزايد تحكمها الأعراف الاجتماعية ومنظومة معتقدات وذلك في محاولة للتكيف مع قلق الموت. أضاف كل جيل لمساته على بناء نظام الإنكار الموجود، والذي يتم نقله من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة إلى الجيل التالي. يتميز الإنسان في قدرته على التفكير المنطقي مما يجعله يدرك حقيقة زواله في نهاية المطاف. إن هذه القدرة لها عواقب سلبية وكذلك إيجابية لأنها تهيئ حالات القلق التي تبلغ ذروتها في شكل دفاعي من خلال الإنكار. فيدرك الإنسان بالنهاية أنه لا يوجد دفاع أو حماية ضد الموت، ولكن هناك طريقة للعيش تكون مفعمة بالحياة بدلاً من إنكار الحياة (Firestone & Catlett, 2009).

#### 2.14 ردود فعل الأفراد المختلفة إتجاه قلق الموت:

تختلف ردود الفعل الفردية لقلق الموت حيث يتراجع معظم الناس ويصبحون معزولين عاطفياً ويميلون إلى الحد من الارتباط بالآخرين والحد من الخوض بتجارب حياتية خوفاً من مواجهة الموت. ومع ذلك، هناك أشخاص يظهرون شجاعة غير عادية ويمكنهم تحويل مسألة حتمية الوفاة إلى ميزة، وإعطاء معنى أكبر لحياتهم والمزيد من الاهتمام والاحترام لحيات الآخرين. عندما يثار قلق الموت لدى الأفراد، يميلون إلى أن يصبحوا دفاعيين بشكل متزايد بطرق ضارة بأنفسهم. هذا الانحدار إلى حالة من الإنكار يميل إلى أن يكون محبباً ويتخذ أشكالاً متعددة: بعض الناس يزدون من شربهم للخمر أو تعاطي المخدرات. يحتضن كثير من الناس عقيدة دينية تمنحهم الأمل أو الوعد بحياة أخرى. بعض الناس يفكرون في الموت، ويتخذون نوعاً من الموقف الفلسفي الذي يمنعهم من التعرض لأي شعور بموتهم. يقوم آخرون بقمع أفكارهم حول الموت تماماً. على مستوى أعمق وأكثر وعياً، يتخيل بعض الناس أن الموت يحدث فقط لأشخاص آخرين، وليس لهم أبداً؛ وهذا يجعلهم يشعرون بالحصانة من المصير الذي ينتظر الآخرين. وبعضهم يجد حلاً مختلفاً؛ إنهم

يعتقدون أن شخصاً ما سوف ينقذهم في النهاية سواء شريك علاقة، أو زعيم كاريزمي، أو أحد المشاهير أو على الأقل يعتقدون أنهم سيعيشون من خلال أطفالهم. وهناك العديد من الأفراد يفقدون روحهم تماماً وتتحولون الى روح جامدة ومسيطر عليها، مما يقلل من نطاق تجاربهم، فيتحولوا الى أشخاص ساخطين ويكرهون أنفسهم، ويتخلون عن المصالح التي أثارته ذات مرة، والانخراط في سلوكيات ضارة بصحتهم الجسدية والعقلية، ويصبحوا مكتئبين بشكل متزايد وغير مجديين في الحياة. يصبح بعض الناس يعتمدون بشكل مفرط على رفيق، بينما يتخلى آخرون عن علاقات ذات مغزى، ويتجنبوا الالتزامات، أو قد لا يشاركون مطلقاً في علاقة على الإطلاق لأنهم يخشون فقدان أحبائهم من خلال الرفض أو الموت (Firestone, 2007).

### 2.15 قلق الموت للمرضى في أيام العمر الأخيرة:

ليس مستغرباً، أن يكون قلق الموت شائع بين الأفراد الذين يعانون من القلق الصحي، وغالباً ما يكون القلق بشأن الموت السبب الرئيسي وراء خوف الناس من الامراض الخطيرة (Furer & Walker, 2008). فكلما تقدم الإنسان بالعمر يزيد احتمال القلق مع إقتراب الآخرة، ويتعرض الإنسان لأي مرض أو إصابة خطيرة، فإن هذا الاعتقاد والشعور بإقتراب النهاية يرتفع بنسبة أكبر، ويبدأ الشخص بالشعور بأن مرحلة العد التنازلي قد بدأت. ولكن هذه المدة قد تطول فقد تصل الى أشهر وسنوات مما يجعل منها عبئاً ثقيلاً على المريض نفسه وأيضاً على القائمين برعايته. إن أصعب ما في هذه الفترة هو فقد المريض للسيطرة على جسده وقد يحصل لديه تدهور في القدرات العقلية وتزداد درجة اعتماده على الآخرين من اجل القيام بوظائف حياته اليومية، فيشعر بأنه أصبح يشكل عبئاً على الآخرين وهذا يؤدي إلى تدهور في حالته النفسية وهنا يكون القلق هو سيد الموقف، فيعتقد المريض بأن تشخيصه أو العلاج الذي يتناوله ليس سليماً، وقد يزيد هذا القلق في

حال لم يستجيب المريض للعلاج ولم تختفي الأعراض التي يعاني منها، وقد يبدأ المريض بطلب الذهاب الى منزله وترك المستشفى في حال سيطرت على ذهنه فكرة بأن موته قد إقترب فيفضل الموت بمنزله على الموت في المستشفى، وهنا يكون للأطباء والطاقم الطبي دور مهم في التدخل على الرغم من تأكدهم من أن بعض الحالات الطبية ميؤوس منها بحسب المقاييس الطبية، وأن المريض قد يكون معرض للتدهور وإحتمال الوفاة بأي وقت، وبالرغم من ذلك فإنهم يبذلون قصارى جهدهم في مساندة المريض وأفراد أسرته وبالأخص من خلال تزويد الطبيب للمريض بالأدوية التي قد تساعد على النوم والتغلب على الألم والقيام بمساندة المريض وأفراد أسرته أثناء إتخاذ القرار الذين يرونه مناسباً مع تزويدهم بالنصح والإرشاد (الشربيني، 2015).

## 2.16 طرق لعلاج قلق الموت:

تم اقتراح عدد من أساليب العلاج المعرفي والسلوكي (CBT) لمعالجة حالة قلق الموت. حيث أننا جميعاً كبشر نحمل عدداً من المعتقدات المختلفة المتعلقة بالموت، بعضها معتقدات غير متكيفة وغير واقعية، مثل حمل فكرة ان "الموت غير عادل، ولا يجب أن أختبره". وهذه الافكار تتسبب بالضيق وتؤثر على الأداء للأفراد. لذلك فإن تقييم مثل هذه المعتقدات والمخاوف قبل العلاج يعد خطوة حاسمة قبل إعادة العمل على تصحيح أو استبدال أو تغيير أو ضحد هذه المعتقدات والافكار. فيمكن الاستعاضة عن معتقدات مثل "موتي سوف يدمر حياة أطفالي إلى الأبد" بعبارة "سيكون أطفالي غاضبين بشكل مفهوم ومبرر، لكن معظم الأطفال يتعاملون مع فقدان والديهم". إن تزويد المسترشدين بمعلومات تصحيحية مستمدة من البحوث الطبية أو الرعاية التلطيفية يمكن أن يساعد أيضاً في تحدي المعتقدات غير الواقعية، مثل تلك المتعلقة بألم عملية الموت ولاحتمار (Menzies, 2018).

كما أكد (عبد الخالق، 1987) ان العلاج السلوكي يعد من اكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعاً وإنتشاراً وهو كذلك من أفضلها، حيث أثبتت الدراسات بأنه يحقق أعلى نسب للشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة، وقد أجريت دراسة على طلاب التمريض بهدف التعرف على ناتج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم، التدريب على الاسترخاء)، وقد أظهرت طريقة تقليل الحساسية المنظم والاسترخاء المتدرج فعالية لدى المجموعة التي خضعت للعلاج بالمقارنة مع المجموعة التي لم تخضع لأي تدخل، وكما كانت نتيجة هذه الفنيات السلوكية أكثر فعالية من البرامج التعليمية أو البرامج قصيرة الأمد .

قد يلعب العلاج بالتعرض دوراً رئيسياً في علاج قلق الموت عن طريق السماح للمسترشدين بمواجهة مخاوفهم تدريجياً. حيث يمكن إجراء التعرض للحالات أو الموضوعات المتعلقة بالموت من خلال التعرض التخيلي أو في الجسم الحي. على سبيل المثال، قد يكتب المسترشدين قصصاً حية يخيلوا فيها موتهم أو وفاة أحد أفراد أسرته، مع التركيز بشكل خاص على مخاوفهم الخاصة، مثل لحظة التشخيص بمرض عضال، أو تخيل العائلة الحزينة التي سيتكونها. الخيارات المتعلقة بمهام التعرض في الجسم الحي واسعة النطاق وقد تشمل زيارة المستشفيات، زيارة المقابر، زيارة بيوت الجنازة أو التحدث إلى شخص مصاب بمرض يمكن ان يؤدي لوفاته أو إعداد وصية أو مناقشة التفضيلات التي تتعلق بنهاية الحياة مع أحد أفراد أسرته، يمكن اللجوء لمشاهدة فلم تلفزيوني يتحدث عن الموت، كما أنه قد أثبتت التكنولوجيا أيضاً أنها مفيدة في هذا الصدد، حيث تتيح عدد متزايد من التطبيقات التي تتعلق بالتخطيط لجنازة الشخص الخاصة، أو تذكير الشخص بشكل دوري طوال اليوم؛ تذكر، سوف تموت (Grossman et al., 2018).

بالطبع، لا يتم العثور على التقنيات التي تعالج مخاوف المسترشد من الموت فقط باستخدام العلاج المعرفي السلوكي. ففي إطار العلاج النفسي الوجودي، تشجع "Yalom" المسترشدين على تصور موتهم بوضوح. تقترح أيضاً مهام مماثلة يحتمل أن تؤدي إلى قبول محايد، مثل رسم خط على ورقة، حيث يرمز أحد الطرفين إلى ولادتك والآخر يرمز إلى وفاتك، ويضع علامة على المكان الذي تعتقد أنك تجلس عليه حالياً. تشجع "Yalom" أيضاً على دمج التقنيات المستمدة من الفلسفة مع المسترشدين الذين يخشون فكرة عدم وجودهم، من خلال تقديم "حجة التناظر Symmetry Argument" الخاصة بعد الموت، سأكون في حالة عدم التواجد كما كانت قبل الولادة". قد تكون كتابة التأبين أو نقش القبر، مهمة شائعة بالقبول وعلاج الالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT)، تمريناً قوياً بالمثل للمسترشدين الذين يكافحون من أجل قبول الموت. قد تكون هذه المهمة ذات قيمة أيضاً لأنها تعالج بشكل غير مباشر مصدر قلق وجودي آخر - بمعنى - لأنها تشجع المنتفعين على التفكير فيما هو مهم بالنسبة لهم، وما يودون تذكره. وبهذه الطريقة، قد تستفيد مناهج العلاج المعرفي السلوكي التقليدية من دمج مكونات متشابهة في السعي لتقليل القلق من الموت، مثل تركيز ACT على تحديد القيم الشخصية وخلق حياة ذات معنى (Yalom, 2008).

## 2.17 الوقاية من قلق الموت:

هناك طرقاً لتخفيف القلق والفرع اللذين يظهران عندما يفكر المرء في الموت. يمكن للناس مشاركة مشاعرهم حول الموت مع الأصدقاء المقربين والزملاء ومناقشة المعنى الأساسي في الوجود. بدلاً من البحث في الخارج عن جوهر الحياة أو غرضها، يمكن للناس تشكيل حياتهم بأنفسهم وإعطائها شكل ولون وفقاً لمشاعرهم وميولهم. كما يمكنهم الحفاظ على شعور قوي بالنفس والاستثمار في

الأهداف التي تتجاوز التركيز الضيق لأولوياته، كما يمكن للناس اختيار احتضان الحياة والعيش مع وعي الموت، بدلا من الموت قبل الأوان. يبدو أن التعامل مع الموت كواقع هو البديل الوحيد القابل للحياة وذلك للتعامل مع حياة الملل والمطابقة والعزلة عن الذات والآخرين، وذلك في اختيار العيش حياة كاملة وصادقة مع الحد الأدنى من الدفاع، يمكن للناس الابتعاد عن التفكير المهووس بالموت أو إنكاره لحياة المغامرة التي تتميز بحرية الاختيار والحماس والتفاؤل ( Firestone & Catlett, 2009).

## 2.18 تعريف الجلطة الدماغية:

-يعرفها (أبو حامد، 2009، ص17-18): "حدوث اضطراب مفاجئ في التروية الدموية لجزء من الدماغ مما يؤدي الى عجز في وظيفة عصبية أو أكثر قد تكون حركية أو حسية أو حاسية أو إستعرافية".

-تعرف مايو كلينك الجلطة الدماغية على أنها إنقطاع أو قلة في تدفق الدم إلى الدماغ مما يمنع وصول الأكسجين والعناصر الدماغية إلى المخ وذلك يسبب موت في خلايا المخ.

## 2.19 أسباب حدوث الجلطة الدماغية:

1. الجلطة الدماغية الناتجة عن الإنسداد أو ما يسمى (بالجلطة الإقفارية):

إن سبب معظم حالات الجلطات الدماغية (ما يعادل نسبة 85%)، هو بسبب إنسداد الأوعية الدموية في الدماغ، حيث يستخدم الدماغ كميات كبيرة من الأكسجين والمواد الغذائية (مثل الغلوكوز)؛ التي تصل إليه عبر الدورة الدموية. ويعد السبب الأول والأكثر شيوعاً للجلطة الدماغية هو إنسداد وعاء دموي يقوم بتزويد الدماغ بهذه المواد الغذائية الأساسية، مما يسبب حدوث جلطة دموية، تعرف

"بالخثر الدموي"، والتي قد تتشكل محلياً في شريان دماغي أو في مكان آخر (مثلاً في القلب) وتعتبر في مجرى الدم لتصل إلى الدماغ ويدعى هذا النوع بالخثر، إذ ينسد وعاء دموي في الدماغ نتيجة لإنتقاله عبر الأوردة وصولاً للدماغ، وكنتيجة لذلك سرعان ما تحرم الخلايا الدماغية من الأكسجين والجلوكوز وتتوقف عن العمل بشكل ملائم. وفي حال لم يستأنف تدفق الدم بسرعة، تموت تلك الخلايا الدماغية (تتعرض للضمور). ويعرف هذا النوع من الجلطات الدماغية بالجلطة الدماغية الإقفارية أو الاحتشاء الدماغي. فمصطلح "الإقفاري" معناه نقص الدماء، أما مصطلح "الإحتشاء" فيشير إلى موت جزء من الجسم. وتسمى هذه الظاهرة أيضاً من ناحية طبية بالإنصمام (Embolism) (ليندلي، 2014).

## 2. الجلطة الدماغية الناتجة عن النزيف (الجلطة النزفية):

- النزيف الدماغي نتيجة انفجار في "أم الدم" (Aneurysm) وهو عبارة عن إنتفاخ أو توسع كيسي يشابه البالون يظهر في جدار الشريان وفي حال نمت "أم الدم" إلى درجة كبيرة وأصبحت رقيقة الجدران، فقد تتمزق وعندها تحدث نزفاً دموياً بين الدماغ وأغشيته، ويسمى هذا النزيف "ما دون العنكبوتي" (Subarachnoid hemorrhage).
- النزيف داخل الدماغ يحدث عندما ينفجر وعاء دموي داخل أنسجة الدماغ ويؤدي إلى نزيف دموي، مما يسبب أضرار في أنسجة الدماغ ويؤدي إلى موت الخلايا العصبية. كذلك تتأثر وتتضرر الخلايا العصبية الموجودة حول منطقة التسرب الدموي لعدم حصولها على كمية كافية من التروية الدموية. ويكون العامل الرئيسي للنزيف داخل الدماغ ناتج عن فرط ضغط الدم (ليندلي، 2014).

## 2.20 آلية تشكل الجلطة الدماغية:

- تتشكل الجلطة بنقص التروية: يؤدي الإنسداد المفاجئ لأحد الشرايين المغذية لجزء من الدماغ إلى انقطاع التروية الدموية عن هذا الجزء وبالتالي التوقف المفاجئ لعمل المراكز الدماغية المتواجدة في هذه الجزء. ويتطور هذا الإنسداد الشرياني بأشكال مختلفة:
  - يستمر هذا الإنسداد مما يؤدي الى موت تام في الخلايا العصبية المستهدفة، وبالتالي استمرار أعراض الجلطة الدماغية على حالها. وهذا يدعى بالجلطة المتكونة.
  - يزول الإنسداد ويعود الجريان الدموي للمنطقة المتأذية، ولكن بعد أن تكون نسبة معينة من الخلايا العصبية قد أصابها ضمور، فيحدث تحسناً بالأعراض الناتجة عن الإصابة، وتختلف درجته تبعاً لدرجة الضمور الحاصل، وهذا ما يسمى بالجلطة المتراجعة جزئياً.
  - يزول الإنسداد ويعود الجريان الدموي للمنطقة المتأذية، دون أن يحدث ضمور في الخلايا العصبية المستهدفة، فتستعيد هذه الخلايا وظيفتها ويدعى هذا بالجلطة العابرة أو المؤقتة، حيث تتراجع الأعراض بشكل تام ويحدث هذا عادةً خلال الأربعة وعشرين ساعة التالية لحدوث الجلطة الدماغية.

## • يتشكل النزف الدماغي:

- يؤدي تمزق شريان دماغي إلى خروج الدم وتجمعه في المنطقة المجاورة مما يؤدي إلى تشكل تجمع دموي (يدعى ورماً دمويًا)، يقوم بالضغط على الخلايا العصبية المجاورة مما يفقدها وظيفتها بشكل جزئي أو تام، وفي مرحلة تالية يؤدي إلى موت عدد من الخلايا الدماغية. وتعتمد الأعراض العصبية على حجم ومكان حصول النزف الدموي، فقد لا يتصاحب إلا بأعراض صداع خفيف إذا حصل في مناطق صامتة (لا تحتوي مراكز

عصبية) وكان حجم النزف صغيراً، وقد يتصاحب بأعراض كثيرة وشديدة وقد يكون مميتاً في حال حصوله في مناطق حيوية مثل جذع الدماغ (Gonzalez at el., 2006).

## 2.21 علامات/ مظاهر الجلطة الدماغية:

عناك العديد من المظاهر وقد يكون أكثر من عرض في نفس الوقت ومنها: الضعف أو الشلل المفاجئ في جهة واحدة من الجسم في اليد أو الرجل أو الوجه، ضعف في عضلات الوجه، ضعف مفاجئ في التوازن وعدم الاستقرار، الصداع الشديد والمفاجئ والغير عادي والتقيؤ، إضراب في المضغ والبلع، وخز أو تشويش أو ضعف المفاجئ في حاسة اللمس (خدر أو تململ) في أحد شقي الجسم وأيضاً قد تصيب الوجه، تشويش مفاجئ في البصر (اضطراب بالرؤية)، يظهر إما على شكل رؤيا مزدوجة، أو انعدام الرؤيا في نصف المجال البصري، أو عمى في إحدى العينين، وأخيراً اضطراب في الكلام يظهر على شكل صعوبة في تسمية الأشياء أو في لفظ الكلمات أو في الفهم، ويدعى هذا بالحبسة الكلامية، كما أنه كنتيجة للجلطة أيضاً فإن القدرة على الكلام تتأثر بدرجات متفاوتة من شخص إلى آخر، ويظهر تأثيرها على اللغة وإمكانية تشكيل الكلمات، وكما تتأثر اللغة الاستيعابية واللغة التعبيرية. وهذا يؤدي إلى تعرض المريض للإحباط كنتيجة لعدم القدرة على التعبير عما يريد أو عدم فهمه لما يدور من حوله. وأحياناً تطرأ مشاكل أخرى في النطق بسبب حدوث ضعف في العضلات المسؤولة عن تحريك الفم واللسان عند التلفظ بالكلام فيما يعرف "بالرئة" أو "عسر التلفظ" (Brainin & Heiss, 2010)

## 2.22 عناصر المخاطر التي تؤدي إلى الجلطة الدماغية:

- التقدم بالعمر، تصلب الشرايين، ارتفاع ضغط الدم، التدخين، عدم انتظام ضربات القلب (الرجفان الأذيني).

- ومن الأسباب الأخرى التي تزيد من مخاطر التعرض لجلطة دماغية وهي وجود مرض سكري غير مسيطر عليه لدى المريض، وجود مستوى عالي من الدهون في الدم، الوزن الزائد، الإفراط في تناول الكحول وقلة ممارسة التمارين الرياضية وبعض اضطرابات الدم (مثل فقر الدم المنجلي) (ليندلي، 2014).

### 2.23 آلية تشخيص الجلطة الدماغية:

هنالك عدة طرق لتشخيص المصابين بالجلطة الدماغية منها:

1. يتم نقل المريض المصاب لقسم الطوارئ في أقرب مستشفى من مكان تواجده، حيث يتم هنالك تشخيص الإصابة.

2. يتم إجراء فحص دم للمصاب؛ وذلك لتحديد سبب الجلطة الدماغية، وللبحث عن أي شذوذ مثل ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم، مما يشير الى الإصابة بمرض السكري والذي يساعد في زيادة تصلب الشرايين، كما يزيد من خطر الإصابة بالجلطة الدماغية.

3. إجراء تصوير طبقي مقطعي للدماغ وأحيانا تصوير مغناطيسي، وذلك ليتمكن الطبيب من تحديد نوع الجلطة الدماغية سواء كانت انسداد وعاء دموي (جلطة إفقارية) أو انفجار وعاء دموي (نزيف دماغي).

4. يخضع معظم المرضى إلى تخطيط كهربائي للقلب، لتسجيل النشاط الكهربائي للقلب بوصل أسلاك بالصدر والذراعين والساقين. وقد يظهر التخطيط وجود أدلة على أمراض قلب قد تسببت في حدوث الجلطة الدماغية. وتعد تصوير المريض صورة بالأشعة السينية للصدر مفيدة لكثير من المرضى حيث قد تظهر حدوث تضخم في القلب، وهو ما يحدث في حال ارتفاع

ضغط الدم لأوقات طويلة دون مدواتها. وقد يكشف في أحيان أخرى عن وجود " أم دم " في الشريان الأورطي، وهو شرين رئيسي بالجسم ويتم إدخال المريض الى المستشفى لتلقي العلاج وليبقى تحت المراقبة (ابو حامد، 2009).

## 2.24 علاج الجلطة الدماغية:

1. الجلطة الدماغية الإقفارية (Ischemic stroke) :
  - علاج حل الخثرة (مفكّ الخثرة): هو علاج يستخدم منذ سنوات كعلاج نمطي للأوعية الدموية المسدودة في القلب (للعلاج من النوبات القلبية)، وقد أصبح حالياً هو العلاج التقليدي لمعالجة الأوعية الدموية المسدودة في الدماغ (الجلطة الإقفارية). حيث تعمل عقاقير حلّ الخثرات (مفكّك الخثرات) على تذويب البروتين الليفي (الفبرين) الذي يجعل الخثرة متماسكة حتى تتفكك. ولا بد من إعطاء هذا العلاج بالوريد مباشرة في أسرع وقت ممكن بعد تشكل الخثرة في غضون (4-5) ساعات. ويعد عقار (Alteplase) العقار الحالي الأكثر استخداماً إذ يتمكن من (10-15) من كل (100) مريض يخضعون للعلاج به من متابعة حياتهم بشكل مستقل (ليندلي، 2014).
  - الجراحة أو علاجات أخرى، حيث قد يوصي الطبيب المعالج بإجراء عملية جراحية لفتح شريان مسدود بشكل جزئي أو كلي، وتشمل العمليات:

- فتح الشريان (CEA)

- تثبيت دعامة شبكية مرنة (stent) داخل التضيق (CAS)

## 2. الجلطة الدماغية انزفية (Hemorrhagic stroke)

يعتمد العلاج على التخفيف من النزيف والتقليل من الضغط الناتج عن النزيف على الدماغ وذلك عن طريق إعطاء أدوية للتقليل من ضغط الدماغ ضغط الدم؛

لمنع التشنجات أو الانقباضات الوعائية في الدماغ. وعندما يتوقف النزيف يتم تقديم رعاية طبية داعمة إلى حين إمتصاص الجسم للدم، ويتم الشفاء وإمتصاص الدم، كما يتم إمتصاص الدم في حالة الكدمات في الجسم. وإذا كان النوييف شديداً ومنطقة النزف كبيرة فربما يضطر الطبيب إلى الطرق العلاجية الجراحية كي يزيل الدم، ويخفف الضغط عن الدماغ.

<https://www.webteb.com> (16/6/2019. 11:30 pm)

## 2.25 الأضرار الجسدية الناجمة ما بعد التعرض للجلطة الدماغية:

يرتبط نوع الجلطة الدماغية بالمنطقة الدماغية التي تتعرض للضرر، وبما أن أي جزء من نظام الأوعية الدموية يمكن أن يواجه إنسداداً، فهذا يؤدي إلى وجود أنواع كثيرة من الجلطات الدماغية. كما أن تدفق الدم في الدماغ يختلف من شخص إلى آخر، حيث يمكن أن تنسد ثلاثة شرايين من أصل أربعة شرايين لدى شخص ما ولا يصاب بالجلطة، في حين قد يصابون أشخاص آخرون بجلطة خطيرة بإنسداد شريان واحد فقط. وهذا ما يؤدي إلى صعوبة في تصنيف الجلطات الدماغية وأيضاً يؤدي ذلك إلى وجود تصنيفات مختلفة في عالمنا الراهن. وسوف نحدد أدناه الأضرار الناتجة عن القسم الذي تصيبه الجلطة مع التأكيد على وجود إختلاف في الأعراض من شخص لآخر ولكن ما هو مذكور يكون بشكل عام.

### • إصابة القسم الأيمن من الدماغ:

يؤدي إلى ضعف أو شلل في الجهة اليسرى من الجسم، وتظهر مشاكل بالحركة والإدراك والفهم ويظهر لدى الأشخاص أحياناً نسياناً كاملاً لوجود جهة يمنى من الجسم ويتصرف وكأن يده ورجله لا تنتمي له، وأيضاً يتجاهل البعض الجزء من الطعام الموجود في الجهة اليسرى من الصحن،

ويفقد المريض السيطرة على التركيز والتوازن الحركي ويصعب عليه تقدير المسافات مع ضعف في التأزر الحركي البصري.

- إصابة القسم الأيسر من الدماغ:

يؤدي إلى ضعف أو شلل في الجزء الأيمن من الجسم، يفقد المريض القدرة على النطق وقد يتأثر الإدراك بشكل كبير وتتأثر اللغة التعبيرية والاستيعابية لديه ويتأثر البلع والرؤيا على الجهة اليمنى.

- إصابة المخيخ:

تؤدي إلى الشعور بثقل باللسان مما يسبب صعوبة بالنطق، الشعور بالغثيان والقيء، فقدان التوازن الحركي والميل للسقوط.

- إصابة جذع الدماغ:

يؤدي إلى إصابة الجسم بالكامل بالشلل، الدخول في غيبوبة، الرؤية المزدوجة ولدى بعض الحالات تسبب الوفاة (ليندلي، 2014).

## 2.26 التغيرات النفسية - العاطفية والجسدية ما بعد الجلطة الدماغية:

بعد التعرض لجلطة دماغية فإنه في كثير من الأحيان تترك إعاقة شديدة ودائمة، وخاصة لدى كبار السن. هذا يمكن أن يؤدي إلى فقدان الاستقلالية والحاجة بعدها إلى رعاية طويلة الأجل. تتضمن الإعاقة الناتجة ضعف في أكثر من وظيفة واحدة، على سبيل المثال، يصاحب فقدان القدرة في الجانب الأيمن في كثير من الأحيان فقدان الكلام، ويمكن أن تصاحب الجلطة الدماغية الشديدة بجميع أنواعها فقدان الوعي والإرهاق والإحباط والاكنتاب والشعور بالقلق بشكل دائم. أما بعض

الجلطات الدماغية فيمكن أيضاً أن تؤثر على التحكم في المثانة أو الأمعاء، أو القدرة على البلع بشكل صحيح (Stein et al., 2009).

جميع الجلطات الدماغية تؤثر على الحركة، وفي بعض الحالات قد تؤدي الإصابة إلى الاعتماد على كرسي متحرك، أو في بعض الأحيان الحاجة إلى رعاية منزلية دائمة. لا تنتهي تجربة التعرض لجلطة دماغية بإنهاء الجلطة، فهي تترك إلى جانب الأعراض الجسدية أعراض نفسية-عاطفية، وتتضارب الانفعالات والمشاعر للمريض من الحزن والإكتئاب والتوتر والقلق المزاج الحزين، مشاعر الذنب، الشعور بعدم القيمة، العجز، فقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة العادية، بما في ذلك ممارسة الجنس مع الشريك، انخفاض الطاقة، التعب، صعوبة مفاجئة في النوم بشكل جيد، فقدان غير مبرر للشهية والوزن، أو زيادة الوزن، صعوبة التركيز والتذكر واتخاذ القرارات، التهيج، البكاء المفرط، الأوجاع والآلام المزمنة التي لا تستجيب للعلاج، أفكار حول الموت أو الانتحار. فمصادر القلق تكون بعد التعرض لجلطة دماغية متعددة قد يكون جزء كبير منها مرتبط بالاعراض الجسدية المصاحبة للجلطة إبتداء من الضعف إلى العجز التام أحيانا. فمنهم من يكون لديه قلق من عدم إمكانية استعادة القدرة على قيام بوظائف الحياة اليومية والعودة للعمل والحياة السابقة، القلق من عدم استعادة التوازن الجسدي والقلق من إمكانية التعرض للسقوط أثناء الجلوس أو السير، القلق بسبب عدم القدرة على التعبير اللغوي بشكل واضح أو فقدان القدرة على التحدث بشكل جزئي أو كامل، القلق من عدم استعادة القدرة على البلع والاستمرار في استخدام انبوب معوي للتغذية كبديل. وكما يمكن أن يكون القلق بسبب الخوف من الانفصال وخسارة شريك الحياة أو قد يكون للقلق ما بعد الجلطة متعلق بالاسرة ومصيرهم، وأيضا قد يتعلق بالظروف المادية المترتبة على العلاج إلى غيرها؛ وصولا إلى القلق من التعرض لجلطة جديدة قد تزيد من العجز

الجسدي واللغوي والادراكي أو الدخول في غيبوبة أو الموت (23.7.2019. 9:35 PM).

<https://www.stroke.org.uk>

## 2.27 صدمة ما بعد التعرض لجلطة الدماغية:

تعتبر الجلطة الدماغية تجربة مخيفة للإنسان، وتحدث من دون سابق إنذار، وتترك آثار عجز جسدي واعراض نفسية، وبالتالي يكون لها العديد من الخصائص التي من المحتمل أن تؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، حيث إنها تعتبر حدث مفاجئ صادم وغير متوقع ولا يمكن التحكم به، وفي الوقت نفسه يشكل تهديد على الحياة. وبحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 يعرف اضطراب الكرب ما بعد الصدمة على أنه التعرض لإحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق إما بالتعرض مباشرة للحدث الصادم أو المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين، أو المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، أو التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. وفي الجلطة الدماغية تعتبر الصدمة ناتجة عن التعرض بشكل مباشر للحدث وإحتمالية تكراره عدة مرات، فتظهر أعراضه من خلال الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية عن لحظة وقوع الجلطة الدماغية، والاحلام المؤلمة المتكررة حول الإصابة بجلطة دماغية؛ حيث يختبر المصاب في كل مرة نفس المشاعر المؤلمة من جديد وكأنها تتكرر في كل مرة، وكما يمكن ان يختبر مريض الجلطة الدماغية ومضات الذاكرة التي تتعلق بلحظة الإصابة ويشعر ويتصرف كان الحدث يحصل مرة أخرى. وكردة فعل لهذه الصدمة يتجنب المريض بشكل ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم من أفكار، مشاعر وذكريات او المكان الذي وقعت به الجلطة أو تجنب رؤية أشخاص أو

سماع أصوات (مثل: صوت الاسعاف) قد تذكرهم بهذا الحدث الصعب والمؤلم ( Garton et al., 2017).

## 2.28 دور المرشد الإجتماعي والنفسي في التخفيف من أعراض قلق الموت لمرضى الجلطات الدماغية:

هنالك عدة أساليب وقائية وعلاجية يستخدمها المرشدين والتي تساعد مرضى الجلطات الدماغية وتخفف من اعراض قلق الموت لديهم، كما وتساعد على تغيير نظرتهم للحياة وتحسن في نوعية حياتهم ومنها:

- تثقيف المرضى وتزويدهم بالمعلومات حول مرضهم وتأثيره على اجسامهم، لان فهمهم لذلك يساعدهم على التعامل مع مواقف الحياة بشكل أفضل، ويزيد من قدرتهم على التأقلم بطريقة إيجابية وصحية مما يسهم في التخفيف من الأعراض الجانبية للقلق.
- تدريب المرضى على استخدام التقنيات المعرفية السلوكية التي يمكن ان تساعد على الحد من القلق ومنها: التدريب على التحكم في التنفس والتنفس العميق بدل من التنفس السريع السطحي، ويكون ذلك من خلال تمارين التنفس والإسترخاء، كما يتم العمل مع المرضى على تعديل الأفكار التلقائية والأفكار الخاطئة وتغيير نمط التفكير السلبي الذي تعود عليه الشخص والمرتبطة بنوبات القلق، حيث يحمل المريض في بنيته الفكرية معتقدات ومجموعة من الأفكار الخاطئة التي تساهم في تثبيت الخوف والقلق، التي يتم مناقشتها في الجلسات العلاجية والتعرف عليها وتحديدها والعمل على تعديلها ودحضها واستبدالها، وأيضا يتم تعليم المريض مواجهة القلق بدل من الهروب منه.

- يقوم المرشدين ايضاً بالعمل جنباً الى جنب مع أسرة المريض على محاولة تفهم الأعراض التي يعاني منها من ناحية عاطفية وجسدية، وتحسين العلاقة بين المريض وأفراد أسرته، وذلك لأهمية دورهم في توفير الدعم النفسي له في جميع مراحل علاجه.
- كما يعمل المرشدين مع فريق متعدد التخصصات لإعداد برنامج علاجي شمولي للمريض، يتضمن الأطباء والمعالجين في شتى التخصصات، حيث يقوموا كفريق بمناقشة الحالة وتبادل لمعلومات ووضع الاهداف وخطط علاجية لتساعد المريض على تخطي الصعوبات التي يعيشها نتيجة تعرضه للمرض وما يصاحبه من أعراض نفسية وجسية (المالح، 1997).

## 2.29 الدراسات السابقة:

### - الدراسات العربية:

1. دراسة ربايعة (2018) بعنوان "قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى كما يراه الطلبة أنفسهم".

هدفت الدراسة التعرف إلى مستويات قلق الموت لدى طلبة مدارس المسجد الأقصى. حيث تكونت عينة الدراسة من جميع طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى على إختلاف أجناسهم ومستوى المرحلة وأماكن سكنهم. لقد تم استخدام المنهج الوصفي من خلال تصميم استبانة بغرض التعرف على قلق الموت لدى عينة الطلبة والتي اشتملت على (20) فقرة. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى من وجهة نظر الطلبة أنفسهم تعزى لمتغير الجنس، وكانت الفروق لصالح الاناث، كما وأظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لعينة الدراسة تعزى لمتغير مكان السكن.

2. دراسة أبو عبيد (2018) بعنوان "فاعلية برنامج جمعي في ضوء النظرية الإنتقائية في خفض مستوى قلق الموت وتحسين التوافق النفسي لدى عينة من مرضى السرطان الاردنيين". (رسالة دكتوراة غير منشورة).

هدفت الدراسة التعرف الى مدى فعالية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية الإنتقائية في خفض قلق الموت، وتحسين التوافق النفسي لدى عينة من مرضى السرطان الاردنيين. حيث تكونت عينة الدراسة من (30) مريضاً ومريضة بالسرطان تم إختيارهم بطريقة قصدية وتقسيمهم الى مجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وقد تم تعيين أفراد المجموعتين عشوائياً بواقع

(15) مريض ومريضة لكل مجموعة. إتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي واستخدمت الباحثة مقياس قلق الموت ومقياس التوافق النفسي. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي اداء افراد المجموعتين التجريبيه والضابطة، على مقياس قلق الموت ومقياس التوافق النفسي حيث تعزى هذه الفروق للبرنامج الإرشادي ولصالح المجموعة التجريبية لكلتا المقياسين.

3. دراسة مختار ونور الدين (2017) بعنوان " قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات" دراسة ميدانية بمدينة معسكر".

هدفت الدراسة الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري، والتعرف الى الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعاً لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والسن. حيث أجريت الدراسة بمدينة معسكر، وتكونت العينة من (106) فرد تم إختيارهم بطريقة عشوائية، طبق عليهم مقياس قلق الموت (العبد الخالق، 2003). أظهرت نتائج الدراسة الى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة، وكما اظهرت الى وجود فروق دالة احصائيا في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس، بالاضافة الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي والسن.

4. دراسة عباس (2017) بعنوان " قلق الموت والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الملك نمر الجامعي وعلاقتها ببعض المتغيرات". (رسالة ماجستير غير منشورة).

هدفت الدراسة التعرف الى قلق الموت والإكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي في مستشفى الملك نمر، حيث بلغ حجم العينة (80) مريضاً تم اختيارهم بالطريقة

العشوائية البسيطة، وتم استخدام المنهج الوصفي لإجراء هذه الدراسة. حيث استخدمت الباحثة مقياس قلق الموت من إعداد عبد الخالق، ومقياس بيك للإكتئاب. وقد أظهرت النتائج إرتفاع نسبة قلق الموت والإكتئاب لدى عينة الدراسة، ووجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الإكتئاب وقلق الموت لدى أفراد العينة، كما وبينت الدراسة عدم وجود فروق دالة احصائياً في درجة قلق الموت ودرجة الاكتئاب تبعاً لمتغير النوع والجنس والحالة الإجتماعية.

##### 5. دراسة العمر (2016) بعنوان "قلق الموت وعلاقته بالأمن النفسي".

هدف الدراسة التعرف الى مستوى كل من قلق الموت والأمن النفسي لدى أفراد عينة الدراسة، والتعرف على العلاقة الارتباطية بين قلق الموت والامن النفسي، ومعرفة الفروق بين متوسطات درجات الطلبة أفراد عينة البحث على مقياس قلق الموت والأمن النفسي تبعاً لمتغير السنة الدراسية. وطبق الباحث دراسته على عينة مكونة من (463) طالبا وطالبة من كلية التربية بجامعة دمشق، وطبق عليهم مقياس قلق الموت من إعداد الباحث ومقياس الأمن النفسي من إعداد (العوض، 2013). وقد أشارت نتائج الدراسة الى: ان انخفاض مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة وإرتفاع مستوى الام النفسي لدى عينة البحث، ووجود علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة على مقياس قلق الموت ودرجاتهم على مقياس الامن النفسي، ووجود فروق بين متوسط درجات الطلبة على مقياس قلق الموت لصالح طلبة السنة الأولى، وأخيرا وجود فروق بين متوسط الدرجات على مقياس الامن النفسي لصالح طلبة السنة الرابعة.

##### 6. دراسة شقير (2016) بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض مستوى الإكتئاب

وقلق الموت لدى عينة من طلبة جامعة القدس".

هدفت الدراسة إلى تطبيق إجراءات برنامج إرشادي نفسي لمعرفة فاعليته في خفض مستوى الإكتئاب وقلق الموت لدى عينة من طلبة جامعة القدس/ فلسطين، والى معرفة مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى جميع أفراد مجتمع الدراسة. تكونت عينة الدراسة الكلية من (320) طالبة وطالبة وإختير منهم (40) من الحاصلين على مستوى مرتفع من الإكتئاب وقلق الموت. تم تطبيق أدوات القياس وهي (مقياس بيك للإكتئاب) المعرب والمعدل (ومقياس قلق الموت لإبراهيم عيد) والمعدل على البيئة الفلسطينية، بالإضافة الى المقابلات الإكلينيكية وبرنامج ارشادي نفسي من اعداد الباحث. وقد أشارت النتائج الى ان البرنامج الارشادي النفسي له فعالية وتأثير في خفض مستوى الإكتئاب وقلق الموت.

7. دراسة أبو هلال والريماوي (2015) بعنوان " المساندة الإجتماعية وعلاقتها بقلق الموت

لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الإجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس".

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس، استخدم المنهج الوصفي الارتباطي، وطبق مقياس المساندة الاجتماعية، وقلق الموت على عينة عشوائية طبقية، بلغت (184) من المسنين. كما أظهرت النتائج: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس، بينما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات المساندة الاجتماعية لدى المسنين تبعا لمتغير عدد الابناء لصالح أكثر من سبع أبناء، و متغير الأمراض التي يعاني منها المسن لصالح الذين لا يعانون أمراض، كما وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت تبعا لمتغير (الجنس، وعدد الأبناء)، بينما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المسنين تبعا لمتغير العمر لصالح (80) فما فوق، و متغير الامراض لصالح المصابين بأمراض

مزمنة، كما تبين وجود علاقة معنوية عند مستوى الدلالة الإحصائية بين درجتي المساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

8. دراسة جبران، وآخرون (2015) بعنوان "قلق الموت للمرأة الحامل في فلسطين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية".

هدفت هذه الدراسة التعرف الى قلق الموت لدى المرأة الحامل وعلاقته ببعض المتغيرات في فلسطين، ولتحقيق الدراسة استعمل الباحثون المنهج الوصفي التحليلي، وقاموا بتطوير أداة للدراسة تمثلت في مقياس قلق الموت للمرأة الحامل بلغ عدد فقراته (19) فقرة. كما وأظهرت نتائج الدراسة: أن درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل جاءت بدرجة متوسطة إذ بلغت قيمة متوسط الدرجة الكلية (3.11) وبانحراف معياري درجته الكلية (0.476)، كذلك أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تعزى لمتغير عمر (31-36) سنة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تبعاً لمتغير مكان السكن لصالح سكان المدينة، كما أظهرت النتائج وجود فروق في درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تبعاً لمتغير عمل الام، وكانت الفروق لصالح الام العاملة.

9. دراسة القرا (2015) بعنوان "خبرة البتر الصادمة وإستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة". (رسالة ماجستير غير منشورة).

هدفت هذه الدراسة التعرف الى خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر بعد الحرب الاخيرة على قطاع غزة وعلاقتهم ببعض المتغيرات الديموغرافية. حيث شملت الدراسة عينة مكونة من (52) شخص من عمر (18) سنة فما فوق. تم استخدام المنهج

الوصفي التحليلي. وكانت اهم النتائج للدراسة بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات خبرات البتر الصادمة لدى مبتوري الأطراف تعزى للعمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مستوى الدخل الشهري ولطبيعة البتر، والفروق كانت لصالح الاطراف السفلية، كما بينت الدراسة الى عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين خبرات البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف بإستثناء وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين خبرات البتر الصادمة واستراتيجية التجنب والهروب، كما اظهرت الدراسة الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات التكيف مع الخبرات الصادمة لدى مبتوري الاطراف تعزى لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مستوى الدخل ولطبيعة البتر وكما اظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين خبرات البتر وقلق الموت وابعاده التالية (الخوف من الموتى والقبور، الخوف مما بعد الموت، الخوف من الأمراض المميتة والانشغال بالموت وأفكاره)، وأيضا عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين درجات قلق الموت وابعاده التالية (الخوف من الموتى والقبور، الخوف مما بعد الموت، الخوف من الأمراض المميتة والانشغال بالموت وأفكاره) لدى مبتوري الاطراف تعزى لمتغير العمر، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، الدخل الشهري وطبيعة حالة البتر. أيضا عدم وجود علاقة بين قلق الموت واستراتيجيات التكيف مع المواقف الضاغطة، وكذلك لا توجد علاقة بين استراتيجيات التكيف كعامل وسيط وقلق الموت عند حالات البتر في الحرب الأخيرة في قطاع غزة.

10. دراسة تونس (2015) بعنوان "علاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من

النساء المجهضات". (رسالة ماجستير غير منشورة).

هدفت الدراسة الكشف عن العلاقة بين سلوك النمط (أ) وقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات. حيث تكونت عينة الدراسة من (60) امرأة مجهضة تم اختيارهم بشكل قصدي من

مستشفى بن ناصر بشير في الجزائر. وقد تم جمع البيانات من خلال مقياس سلوك النمط (أ) لبشير معمرية (2012)، ومقياس قلق الموت لبشير معمرية (2007). كما أسفرت النتائج عن أن ما نسبته (37%) من النساء لديهن سلوك النمط (أ) مرتفع، ونسبة (63%) لديهن سلوك النمط (أ) بمستوى معتدل، وهي مؤشر عن وجود سلوك النمط (أ) لدى المرأة المجهضة، وبينما نسبة (0%) من لديهن سلوك النمط (أ) بمستوى منخفض. وإن نسبة (28%) من النساء المجهضات لديهن مستوى مرتفع لقلق الموت، ونسبة (47%) لديهن مستوى معتدل من قلق الموت، وهو مؤشر عن وجود قلق الموت لدى المرأة المجهضة، ونسبة (25%) فقط تمثل من لديهن مستوى منخفض من قلق الموت. كما أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين سلوك النمط (أ) وقلق الموت لدى المرأة المجهضة. وأيضاً بينت النتائج عدم وجود فروق في سلوك النمط (أ)، يعزى فيه الاختلاف إلى تفاعل كل من عدد مرات الإجهاض، والسن لدى المرأة المجهضة، ولا توجد فروق في قلق الموت يعزى فيه الاختلاف إلى تفاعل كل من عدد مرات الإجهاض والسن لدى المرأة المجهضة.

11. دراسة محمود (2015) بعنوان "قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن

#### الحياة والنزعة الاستهلاكية".

هدفت الدراسة التعرف الى قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية لديهم. حيث تكون عينة الدراسة من (308) مسناً ومسنّة، تم إختيارهم من المترددين على مصارف (بنوك) مدينة بغداد لتلقي رواتب التقاعد. إستخدمت الباحثة مقياس قلق الموت ومقياس الرضا عن أهداف الحياة ومقياس النزعة الاستهلاكية من إعدادها. وأظهرت نتائج الدراسة الى أن مستوى قلق الموت كان منخفضاً عند المسنين، ومستوى الرضا عن أهداف الحياة كان

بشكل عالي، أما بالنسبة لمستوى النزعة الاستهلاكية فكان متوسط، وتبين أنه يمكن التنبؤ بقلق الموت من خلال الرضا عن أهداف الحياة والنزعة الإستهلاكية.

12. دراسة الرياحنة (2014) بعنوان "قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى

الفشل الكلوي في محافظة إربد". (رسالة ماجستير غير منشورة).

هدفت الدراسة التعرف الى مستوى قلق الموت ومستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء بعض المتغيرات، حيث تكونت عينة الدراسة من (311) من مرضى الفشل الكلوي المراجعين. بينت النتائج أن مستوى قلق الموت العام لدى أفراد العينة كان متوسطاً، وكما بينت وجود فروق ذات دلالة احصائية على مقياس قلق الموت تعزى لمتغير الجنس، ولصالح الإناث، واطهرت النتائج أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر ومدة الإصابة، وعدد مرات الغسيل والدخل الشهري. أما مستوى الرضا عن الحياة، فقد جاء متوسطاً، وبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية على مقياس الرضا عن الحياة تعزى لمتغير عدد مرات الغسيل ولصالح (3) مرات فأكثر. كما اظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير أصحاب الدخل الشهري (401) دينار فأكثر مقارنة بأصحاب الدخل الشهري (201-400) دينار، في حين أشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين قلق الموت والرضا عن الحياة لدى أفراد العينة.

13. دراسة خليل العرب (2011) بعنوان "قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان

وعلاقته بمتغيرات الجنس والعمر ونوع السرطان".

هدفت الدراسة التعرف الى الخصائص الإجتماعية لمرضى السرطان ودرجة الشعور بقلق الموت، والى معرفة مدى تأثير متغيرات كل من الجنس والعمر ونوع الورم السرطاني على المرضى

المصابين بالسرطان. وقد استخدمت الباحثة منهج المسح الإجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (100) مريضاً بالسرطان (54 ذكر و43 أنثى)، وقد تم اختيارهم بالطريقة القصدية. اظهرت النتائج ان هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين سرطان الثدي وسرطان القولون وذلك لصالح سرطان الثدي، وكما أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لأثر متغير الجنس وجاءت لصالح الإناث، وأخيراً أظهرت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لأثر متغير العمر.

14. دراسة بسيسو (2006) بعنوان "بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت والإكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن". (رسالة ماجستير غير منشورة).

هدفت الدراسة الى خفض القلق وقلق الموت والإكتئاب لدى مرضى السرطان من خلال تطبيق برنامج إرشادي جمعي وفق نظرية التعلم الإجتماعي. وقد تم الحصول على عينة ميسرة من مرضى السرطان في مستشفى الجامعة الاردنية، قسمت عشوائيا الى (10) مرضى كعينة ضابطة و(10) مرضى كعينة تجريبية. وأظهرت النتائج أن هنالك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية حيث إنخفض مستوى القلق وقلق الموت والإكتئاب لديهم ويعزى ذلك الى البرنامج الارشادي.

15. دراسة معمريه (2006) بعنوان "الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار وقلق الموت وفقا لارتفاع وانخفاض الذكاء الوجداني دراسة ميدانية على عينة من الشباب".

هدفت الدراسة التعرف إلى نسبة الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار وقلق الموت وذلك وفقاً لمستويات الذكاء الوجداني لدى الشباب من كلا الجنسين. حيث إستخدم الباحث المنهج الوصفي

المقارن، تكونت عينة الدراسة من (88) ذكرا و(99) أنثى. وقد بينت النتائج وجود فروق في اليأس وقلق الموت لصالح الإناث، وفروق في بُعدي الذكاء الوجداني وهما: التعاطف والتواصل الاجتماعي وذلك لصالح الإناث، وكما تبين أن الانخفاض في إدارة الانفعالات وتنظيم الانفعالات والدرجة الكلية للذكاء الوجداني يؤدي إلى ارتفاع مشاعر الاكتئاب واليأس واحتمال الانتحار لدى الجنسين.

16. دراسة الحلو، وآخرون (2001) بعنوان "أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة" وهي دراسة تطبيقية على طلبة جامعة النجاح الوطنية في نابلس".

هدفت الدراسة التعرف الى أثر إنتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية، إضافة الى تحديد أثر متغيرات الجنس، ومكان الإقامة الدائم، وموقع السكن بالنسبة للمواجهات. وقد توصلت نتائج الدراسة الى: انه يوجد تأثير لإنتفاضة الأقصى على زيادة شعور الطلبة بقلق الموت حيث كانت النسبة المئوية لزيادة مثل هذا الشعور قبل الانتفاضة ومنذ بداية الانتفاضة ولغاية 2010/7/25 على المجالات والدرجات الكلية على التوالي: (31.3 %، 30.48 %، 22.78 %، 28.15 %). كذلك أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الشعور بقلق الموت في مستوى الشعور بقلق الموت بين الطلبة المقيمين في مدينة نابلس وخارجها لصالح المقيمين داخل مدينة نابلس، وبين الذكور والإناث لصالح الإناث، وبين القريبيين والبعيدين عن المواجهة لصالح القريبيين من المواجهات.

## - الدراسات الأجنبية:

1. دراسة ثابت وعبد الله (Thabet & Abdalla, 2018). بعنوان "قلق الموت وهاجس

الموت بين طلاب الجامعة الفلسطينيين".

هدفت الدراسة الى تحديد الإدراك والعلاقة بين قلق الموت وهاجس الموت بين طلاب الجامعات الفلسطينية، حيث تكونت عينة الدراسة من (216) طالب جامعي فلسطيني مسجلين في جامعة الازهر والجامعة الإسلامية في قطاع غزة وأيضاً في الضفة الغربية طلاب من جامعة القدس في القدس. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن متوسط درجة قلق الموت كانت (60.39)، وأظهرت الدراسة أن قلق الموت نسبته أعلى بين الطالبات وبالأخص في قطاع غزة، كما وأظهرت النتائج ان متوسط درجات هاجس الموت كان أعلى لدى الطلاب في قطاع غزة، اما متوسط هيمنة الموت، وتكرار فكرة الموت وتأملات الموت كانت بدرجة أعلى بين الإناث مقارنة بالذكور. وكان هنالك ارتباط ايجابي بين القلق من الموت وهاجس الموت وهيمنة الموت وتكرار فكرة الموت وتأملات الموت.

2. دراسة لنهامر وآخرون (Langhammer et al., 2018). بعنوان "العودة إلى العمل بعد

إعادة التأهيل المتخصص\_ دراسة استطلاعية طويلة مع الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة

الذين أصيبوا بجلطة دماغية في سبعة بلدان".

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى إمكانية الأشخاص بعد التعرض لجلطة دماغية من العودة إلى العمل، الحفاظ على الوضع المالي، ووصف متابعتهم العلاج ومدى مشاركتهم في شبكات التواصل الاجتماعي والأنشطة الترفيهية. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي وشملت الدراسة لعينة مكونة (260) شخص، وقد قام بالمشاركة بهذه الدراسة سبعة دول ومنها تسعة مراكز تأهيل متخصصة

(ومن بينها كانت دولة فلسطين، حيث شاركت جمعية بيت لحم العربية في الضفة الغربية ومركز الوفا في قطاع غزة). وأظهرت النتائج بأن معدل العمل قبل بداية الجلطة الدماغية يبلغ من (27%) إلى (86%) وقد تراوحت نسبة العودة إلى العمل من (11%) إلى (43%) وبالتالي فإن كثيرون أفادوا بانخفاض الوضع المالي من (10%) إلى (70%) بعد مرور ستة أشهر على الإصابة ومن (10%) إلى (80%) بعد (12) شهر من الإصابة. وقد أظهرت الدراسة تباين إمكانية الحصول على خدمات متابعة ما بعد انتهاء التأهيل في مختلف البلدان من (24%) إلى (100%) في السنة أشهر الأولى ومن (21%) إلى (100%) بعد مرور (12) شهراً. وقد كان العلاج الطبيعي هو أكثر الخدمات متابعة بعد عملية الخروج من المراكز، وقد كان الأشخاص المصابون بجلطة دماغية أقل نشاطاً في مجال التواصل على شبكات التواصل الاجتماعي وأيضاً في مجال المشاركة بالأنشطة الترفيهية. وتظهر الدراسة أيضاً بأن التعليم والعمر ونوع الإعاقة مؤشرات مهمة تؤثر على مدى إمكانية العودة للعمل ولوحظ في هذه الدراسة أن هنالك إختلاف بين البلدان يعود لمدى إنتشار البطالة فيها وكان إجماع من قبل المرضى على إنخفاض درجة الرضى عن الحياة بعد التعرض لجلطة دماغية.

3. دراسة يوكسل وآخرون (Yüksel, et al., 2017). بعنوان "التحقق في قلق الموت ومعنى

الحياة بين البالغين في منتصف العمر".

هدفت الدراسة إلى التحقق من المستويات الفردية من قلق الموت ومعنى الحياة في ضوء بعض المتغيرات مثل الجنس، العمر، الناحية الأكاديمية، الحالة الاجتماعية، مستوى التدين والشهادة على موت أحد. حيث تكونت عينة الدراسة من (185) فرداً منهم (82 ذكور و103 إناث) وتتراوح أعمارهم ما بين (25-55) سنة ويعيشون في مدينة اسطنبول، تركيا. وقد أظهرت النتائج أنه كلما

ارتفع معدل قلق الموت فإنه بالمقابل ينخفض مستوى معنى الحياة بالنسبة للشخص. كما بينت الدراسة ان قلق الموت لا يختلف باختلاف المتغيرات التالية العمر، الحالة الاجتماعية، الناحية الأكاديمية، المعتقد الديني المتصور والعيش مع شخص ما. وأشارت الدراسة أن هناك ميل لدى النساء للشعور بقلق الموت بدرجة أكبر من الرجال، وأن الأشخاص الذين شهدوا وفاة شخص مقرب عادة يشعرون بقلق من الموت بدرجة أكبر ممن لم يختبروا ذلك.

4. دراسة سينوف (Sinoff, 2017). بعنوان "قلق الموت عند المسنين: مشكلة عدم قدرة الأطفال على تقييم حالة قلق الموت لدى والديهم".

هدفت الدراسة التعرف إلى قلق الموت عند المسنين وتقييم حالة القلق من الموت عند الأطفال اتجاه والديهم. حيث أظهرت الدراسة بان هنالك تأثير لكل من التدين والجنس والحالة الاجتماعية والعمر على قلق الموت. وغالباً ما يفترض أطفال الأشخاص المسنين بأن القلق من الموت هو السائد لدى والديهم. وكما قد أظهرت الدراسة بان المسنين لديهم قلق موت منخفض حيث سجلوا ما نسبته (15/4) على مقياس تمبلر لقلق الموت، أما أطفالهم فقد سجلوا نسبة قلق موت لأنفسهم أعلى وهي (15 /6.9) وكما سجلوا قلق موت بالنسبة لوالديهم (15 /8.9). كما اظهرت النتائج غياب قلق الموت لدى الكبار بالسن ولكن معظمهم يخشون عملية الموت، بينما يخاف الأطفال من الموت وهذا يمنعهم من الكشف عن معلومات طبية حول مرض والديهم.

5. دراسة ريزاي وآخرون (Rezaei, et al.,2016). بعنوان "قلق الموت ومعنى الحياة لثلاثة مجموعات من الممرضات وربات البيوت". شملت المجموعات الثلاثة كل من الممرضات العاملات في قسم أمراض النساء والتوليد، الممرضات في قسم العناية المركزة وربات البيوت.

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقارن. وقد أظهرت نتائج الدراسة: أن هنالك فرق كبير في معنى الحياة وقلق الموت بين الممرضات العاملات في قسم الولادة والممرضات العاملات في قسم العناية المركزة وربات البيوت. وقد دلت على أن ربات البيوت لديهم قلق موت أقل من الممرضات، وذلك لأنهم لا يتعرضون لبيئة مرهقة، ولا يتعرضون بشكل شهري لموت مرضى يعملون معهم. وأظهرت الدراسة أن هذا القلق له تأثير على معنى الحياة لدى الممرضات.

6. دراسة بستاني وآخرون (Bastani, et al., 2016). بعنوان "تقييم قلق الموت لدى

مرضى السرطان المسنين والذين يخضعون للعلاج الكيميائي".

أوضحت الدراسة إلى أن نسبة انتشار مرض السرطان بين فئة الشيخوخة له تأثير على الصحة العامة للمسنين، وأحد المكونات التي تؤثر على الصحة العامة للمسن الذي يعاني من مرض كالسرطان هو قلق الموت. لذا اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك بدراسة (130) مسن يعانون من مرض السرطان ويأخذون العلاج الكيميائي من خلال المعاينة العشوائية. وقد أظهرت نتائج الدراسة: أن نسبة (42.3%) من كبار السن لديهم نسبة قلق من الموت بشكل كبير. وكان هنالك علاقة كبيرة بين قلق الموت لدى المسنين مع متغير العمر، والحالة الاجتماعية، ونوع الورم السرطاني، وفترة المعاناة من السرطان، والأمراض المصاحبة الأخرى. وكما وأظهرت الدراسة أن نسبة قلق الموت أقل لدى الكبار بالسن ذوي مستوى التعليم العالي، ومنتزجين وفترة الإصابة بالورم السرطاني لديهم أقل، وليس لديهم أمراض أخرى مصاحبة.

7. دراسة سيمينوفا وستادلاندر (Semenova & Stadlander, 2016). بعنوان "قلق

الموت، الإكتئاب والتكيف من قبل مقدمي الرعاية الأسرية".

هدفت الدراسة إلى فحص ما إذا كان قلق الموت مؤشراً للإكتئاب والتكيف لدى مقدمي الرعاية الاسرية للمرضى البالغين. وقد تشكلت عينة الدراسة من (46) من مقدمي الرعاية، الذين قاموا بتعبئة مقياس كوليت-ليستر للقلق من الموت. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة بين قلق الموت، الاكتئاب والتكيف مع سنوات الخبرة لمقدمي الرعاية. وكما أشارت النتائج إلى أنه كلما زاد قلق الموت ومدة الرعاية قلت القدرة على التكيف وزاد معدل الاكتئاب.

8. دراسة سيلفا وآخرون (Silva, et al., 2016). بعنوان "منظور الناجين ما بعد الجلطة الدماغية".

هدفت دراسة الحالة محاولة تفسير وفهم تجربة ثمانية ناجين ما بعد تعرضهم لجلطة دماغية. تم جمع البيانات من خلال مقابلات شبه منظمة ومن خلال استخدام التحليل الموضوعي النوعي. تكونت عينة الدراسة من ثلاث رجال وخمس نساء، وتبين من خلال الدراسة بأن تجربة الجلطة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل الخوف من الموت والعجز وفقدان الاستقلالية وعدم القدرة على العمل. وكان للدعم الاجتماعي من الأسرة وللجانب الديني أهمية للتمكن من التعامل مع التغييرات في الحياة اليومية ووجود عدم كفاءة لشبكة الرعاية الصحية. كما تشير نتائج الدراسة الى ضرورة وجود تنقيف صحي حول الأعراض التنبؤية للجلطة الدماغية، والتوعية من آثار هذا المرض على حياة الناجين، والحاجة إلى فرق رعاية صحية متعدد التخصصات لتشجيع روح المبادرة من أفراد أسرة الناجين من الجلطة الدماغية.

9. دراسة أزيارين وآخرون (Azarian, et al., 2016). بعنوان "العلاقة بين قلق الموت والموقف اتجاه الحياة بين طلبة الجامعة".

هدفت الدراسة الى التحقق من العلاقة بين قلق الموت والموقف اتجاه الحياة لطلبة جامعة بايم نور (Payam- e- Nour) في ايران. حيث أنها استخدمت التصميم ارتباطية لعينة عشوائية بسيطة مكونة من (100) من طلبة الجامعة. وقد اظهرت النتائج ان هنالك علاقة ملحوظة بين معدل القلق من الموت والمواقف اتجاه الحياة.

10. دراسة دادفار وآخرون (Dadfar, et al., 2016). بعنوان "قلق الموت، الموثوقية والمصادقية والبنية التركيبية للنموذج الفارسي للمقياس العربي لقلق الموت لكبار السن الإيرانيين".

هدفت الدراسة التعرف الى درجة قلق الموت والإختلافات المرتبطة بالجنس بين أفراد من عينة من كبار السن الإيرانيين للمقارنة بينهم وبين الطلاب الجامعيين الشباب وأيضاً استكشاف خصائص القياس النفسي لعوامل القلق لمقياس قلق الموت العربي (ASDA). تكون العينة من (146) متطوع إيراني وبلغ متوسط العمر (68.58%) منهم رجال (68.81%) و (68.28%) نساء. وكانت نتائج الدراسة تدل على أن النساء حصلن على متوسط أعلى على مقياس قلق الموت ال (ASDA)، وأيضاً أظهرت النتائج أن مستوى الخوف على التوالي من الموتى والدفن والخوف من الأمراض الفتاكة وأحداث ما بعد الموت. وكما اظهرت الدراسة بأن قلق الموت لا يرتبط بشكل كبير بالتقدم بالعمر، وأن قلق الموت هو صفة مرتبطة بنوع الجنس لدى العينة الايرانية.

11. دراسة كاكلوسكايتي وفونزوداين (Kaklauskaitė & Vonžodienė, 2015). بعنوان "العلاقة بين قلق الموت والتعاطف لدى طلاب الطب في جامعة لتوانيا".

هدفت الدراسة الى التعرف الى وجود علاقة ما بين قلق الموت والتعاطف لدى طلاب الطب. حيث شملت الدراسة (47) طالباً ذكور وإناث من طلاب السنة الثالثة في تخصص الطب في جامعة

العلوم الصحية اللتوانية. توصلت الدراسة الى أن طالبات الطب لديهم مستوى أعلى من الخوف وقلق الموت للأخرين ودرجات أعلى من التعاطف العام والتوتر الشخصي من الذكور. كما اظهرت الدراسة أن الطلاب الذين يظهرون مستوى أعلى من التعاطف لديهم شعور أقوى إتجاه موت الآخرين وقلق الموت للأخرين من الطلاب الذين أظهروا مستوى تعاطف أقل.

12. دراسة ثابت وآخرون (Thabet et al., 2013) بعنوان "قلق الموت، إضطراب

ما بعد الصدمة، الصدمة، الحزن، والصحة النفسية للفلسطينية لضحايا الحرب على غزة".

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين تجارب الحرب (بسبب الحرب الاخيرة على غزة) وإضطراب ما بعد الصدمة، الحزن الصادم، القلق من الموت والصحة العقلية العامة. شملت عينة الدراسة من (374) شخص بالغ تتراوح اعمارهم ما بين (22) عام الى (65) عام. وقد أظهرت نتائج الدراسة بان الفلسطينيين يعانون من مجموعة متنوعة من الاحداث المؤلمة وقد كانت اكثر الاحداث المؤلمة شيوعاً بالشكل التالي: (95.7%) سماع صوت القصف في منطقة سكنهم، (94.7%) رؤية جثث مشوهة عبر التلفاز، (92.8%) مشاهدة آثار القصف على الأرض، (71.7%) المعاناة بسبب نقص في الماء والغذاء والكهرباء خلال الحرب و(72.2%) ترك مكان سكنهم خلال الحرب. وقد أفاد كل شخص بتعرضه ل(13.80) من الاحداث المؤلمة. وأظهرت النتائج أنه ولا أحد من افراد الدراسة شعر بالآمان في منزله، و(2.1%) من الآباء قالوا بانهم تمكنوا من حماية أطفالهم، بينما قالت (2.8%) من الأمهات قالوا بانهم كانوا آمنون في منازلهم، وكما اظهرت الدراسة بأن (3.1%) من الآباء تمكنوا من حماية اطفالهم مقارنة مع (6.6%) من الأمهات، وأن (2.8%) من الآباء تمكنوا من حماية أنفسهم مقارنة ب(6.1%) من الأمهات و(3.1%) من الآباء يرون بأن شخصاً ما خارج المنزل قادر على حمايتهم مقارنة ب (2.8%) من الأمهات. وكان إضطراب ما بعد الصدمة عند

الإناث بنسبة أعلى من عند الذكور. أما فيما يتعلق بقلق الموت فإن متوسط قلق الموت عند الذكور كان (37.4%) مقارنة بالمتوسط لدى الإناث (44.9%).

13. دراسة نادري واسماعيل (Naderi & Esmaili, 2009) بعنوان "التحقق من

صلاحية مقياس كوليت- ليستر للخوف من الموت وعمل مقارنة بين الجنسين من ناحية قلق الموت، التفكير بالانتحار والرضا عن الحياة لدى طلاب الجامعة".

هدفت الدراسة الى إثبات صحة مقياس كوليت- ليستر ومقارنته بقلق الموت والتفكير بالانتحار والرضا عن الحياة لدى طلاب وطالبات جامعة آزاد الإسلامية في إيران. حيث تألفت عينة الدراسة من (400) طالب وطالبة (200 ذكور و200 إناث)، وقد تم اختياراً عينة بطريقة بسيطة عشوائية وطبقية. وقد اظهرت النتائج بان هنالك إختلاف واضح وكبير بين الذكور والإناث فيما يتعلق بقلق الموت (قلق الموت للشخص نفسه وقلق الموت بالنسبة للآخرين) وإختلاف كبير في الرضا عن الحياة. ولم يكن هنالك إختلاف بشكل كبير بين الجنسين فيما يتعلق بالأفكار الإنتحارية.

14. دراسة عبد الله والعرجي (Abdalla & AL-Arja, 2005) بعنوان "قلق الموت

لدى الفلسطينيين خلال إنتفاضة الأقصى".

هدفت الدراسة التعرف الى درجة قلق الموت لعينة مكونة من (601) منهم (219 ذكور و 383 إناث) تم اختيارهم عشوائياً من الفلسطينيين الذين يعيشون في مدينة بيت جالا وقرية الخضر ومخيم عابدة للاجئين في محافظ بيت لحم، وكما هدفت كذلك لمعرفة علاقة متغيرات الدراسة وهي الجنس، الديانة، البيت المقصوف، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، مكان السكن ودرجة التدخين بقلق الموت. استخدم الباحثان مقياس عبد الخالق (1996). وقد أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى الدلالة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، وقد اظهرت النتائج وجود

فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في جميع الأبعاد لصالح الإناث. وقد أظهرت النتائج أن بعد الخوف من الموتى والقبور تبعاً لمتغير الديانة وجود دلالة إحصائية لصالح المسيحيين، حيث حصلوا على أعلى متوسط، وكذلك في بعد الخوف ما بعد الموت تبعاً لنفس المتغير دلالة إحصائية لصالح المسيحيين، أما في بعد الخوف من الأمراض المميتة تبعاً لمتغير الديانة، فوجد فروق دالة لصالح المسيحيين وبلغ المتوسط (15.75) وهي نسبة أعلى من متوسط المسلمين والتي بلغت (13.70). وأظهرت النتائج أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لقلق الموت تعزى لمتغير المنزل المقصوف. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لقلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي، حيث أظهرت النتائج في الانشغال بالموت وأفكاره تبعاً لمتغير المستوى التعليمي تساوي المتوسط الحسابي عند الأميين، وعند المرحلة الابتدائية وعند الجامعيين فما فوق. وأظهرت النتائج أن في بعد الخوف من الأمراض المميتة تبعاً لمتغير مكان السكن فقد حصلت المدينة على أعلى متوسط حسابي مقارنة بالقرية والمخيم.

15. دراسة سينيور وآخرون (Sinyor, et al., 1986) بعنوان "الإكتئاب ما بعد

الجلطة الدماغية: العلاقة ما بين تراجع الأداء الوظيفي، استراتيجيات التكيف ونتائج إعادة

التأهيل".

هدفت الدراسة إلى البحث في ظاهرة الاكتئاب ما بعد التعرض لجلطة دماغية وتقييم نتائجه على

عملية إعادة التأهيل. حيث شملت هذه الدراسة (64) ممن خضعوا لبرنامج تأهيلي بعد التعرض

لجلطة دماغية بأسابيع قليلة، وتم تقييم الإكتئاب من خلال مقياس تقرير الذات وتقييم الموظفين

العاملين معهم، كما صنف المرضى أيضاً استراتيجيات التكيف التي قاموا باستخدامها للتعامل مع

مرضهم خلال تواجدهم في المستشفى. وقد اوجدت النتائج بأن نسبة انتشار الاكتئاب وصلت الى (47%) بين فئة المفحوصين بغض النظر عن مكان الجلطة في الفص الأيمن او الأيسر من الدماغ على حد سواء. كما أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى المكتئبين بالمقارنة مع المرضى غير المكتئبين، كانت نسبة التراجع في الوظيفة الحركية عند الادخال والإخراج بمعدل أكبر. كما ان استراتيجيات التكيف المستخدمة من قبل مرضى ما بعد الجلطة والذين يعانون من اكتئاب عكست مستوى أدنى من المشاركة في عملية اعادة التأهيل، وبالنهاية بينت الدراسة بان الإكتئاب هو رفيق متكرر للجلطة الدماغية يرتبط بدرجة من تراجع الوظيفة الحركية للإنسان ويكون له تأثير سلبي في عملية اعادة التأهيل والنتائج المترتبة عليها.

### 2.30 التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة مدى اهمية دراسة موضوع قلق الموت، مما دفع الباحثين لعمل دراسات شملت العديد من شرائح المجتمع منهم طلاب الجامعات والمدارس، المسنين، النساء، والمرضى. وذلك يعود للأثر الكبير الذي يتركه على حياتهم، قدراتهم، سلوكياتهم ونظرتهم للحياة، ويأتي التعقيب على الدراسات السابقة بالشكل التالي:

أولاً: من حيث العينة

- لقد تنوعت عينات الدراسة حيث شملت عينات مختلفة من المجتمع وطلاب المدارس والجامعات، فئة المسنين ومرضى غسيل الكلى ومرضى السرطان ، ومرضى الجلطات الدماغية وحالات البتر والنساء الحوامل والنساء المجهضات.

ثانياً: من حيث الأهداف

تنوع أهداف الدراسات ولكن معظمها كان يهدف التعرف على مستوى قلق الموت وأيضاً علاقة قلق الموت بمتغيرات أخرى منها المتغيرات الديموغرافية بالإضافة الى متغير الأمن النفسي، هاجس الموت، الموقف اتجاه الحياة، الرضا عن الحياة، التفكير بالانتحار، التوافق النفسي، التكيف، المساندة الاجتماعية، الذكاء الاجتماعي، وإضطراب ما بعد الصدمة، الحزن الصادم، الصحة العقلية العامة، الرضا عن اهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية، الاكتئاب واليأس وتصور الإنتحار. أما بعض الدراسات فقد هدفت إلى تطبيق إجراءات برامج إرشادية نفسية لمعرفة فاعليته في خفض مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة، بينما هدفت إحدى الدراسات الى التحقق من مدى إمكانية الأشخاص بعد التعرض لجلطة دماغية من العودة إلى العمل، الحفاظ على الوضع المالي، ووصف متابعتهم العلاج ومدى مشاركتهم في شبكات التواصل الإجتماعي والأنشطة الترفيهية .

ثالثاً: من حيث المنهج والإجراءات:

- تم استخدام المنهج التجريبي في كل من دراسات: (أبو عبيد، 2018)، (شقيير، 2016) و(بسيسو، 2006).

-تم استخدام منهج دراسة الحالة في دراسة واحدة تعود الى (Silva, et al., 2016).

-تم استخدام المنهج الوصفي المقارن في دراسات كل من: (Sinoff, 2017)، (Rezaei, et al., 2016)، (Dadfar, et al., 2016)، (معمارية، 2006) و (Naderi & Esmaili, 2009).

-تم استخدام المنهج الاستطلاعي الطولي في دراسة (Langhammer, et al., 2018).

-تم استخدام منهج المسح الإجتماعي في دراسة ( خليل العرب، 2011).

- تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي أو الوصفي الارتباطي في جميع ما تبقى من دراسات العربية والأجنبية.

رابعاً: من حيث المتغيرات

لقد تنوعت متغيرات الدراسة المستخدمة في الدراسات السابقة وكانت: الجنس، العمر، الحالة الإجتماعية، مستوى التعليم، مكان السكن، الديانة، التدخين، البيت المقصوف، نوع الورم السرطاني، فترة المعاناة من السرطان، الأمراض المصاحبة الاخرى للمرض، توفر الدعم الأسري، نوع الإعاقة، القرب والبعد عن مكان المواجهات، إسم الجامعة، مدة الإصابة بالفشل الكلوي، عدد مرات جلسات غسيل الكلى، طبيعة البتر، طبيعة العمل، عدد مرات الإجهاض، عدد الابناء والدخل الشهري.

خامساً: من حيث الادوات

تعددت المقاييس التي تم استخدامها لقياس قلق الموت وكانت بحسب الدراسات السابقة: مقياس كولايت-ليستر (Collet-Lester) الخوف من الموت، مقياس تمبلر (Templer) لقلق الموت، المقياس العربي لقلق الموت (ASDA)، مقياس قلق الموت لمزارع المعبد (DAS)، مقياس قلق الموت من اعداد(عوض، 2009)، ومقياس قلق الموت الذي أعده (عبد الخالق، 1996)، مقياس قلق الموت لبشير معمرية (2007)، مقياس قلق الموت لإبراهيم عيد المعدل على البيئة الفلسطينية، مقياس بيك للإكتئاب، وهناك العديد من الدراسات التي استخدمت مقياس قلق الموت من تصميم الباحثين.

## سادساً: من حيث النتائج

لقد شملت الدراسات السابقة عينات مختلفة من المجتمع وليس من السهل عمل مقارنة بين النتائج، ولكن كانت هنالك تشابه في نتائج بعض الدراسات التي اختبرت قلق الموت للمقارنة بين الذكور والإناث فكانت في معظم الدراسات أعلى لصالح الإناث. أيضاً تبين أن هنالك علاقة عكسية بين قلق الموت والرضا عن الحياة ومعنى الحياة، فكلما زاد قلق الموت انخفض مستوى الرضا عن الحياة ومعنى الحياة. وأظهرت الدراسات أن هنالك علاقة موجبة تربط بين قلق الموت وطبيعة العمل وأيضاً مكان السكن، فكلما كان موقع السكن قريب من أحداث خطيرة يزيد قلق الموت، وكما يرتفع قلق الموت لدى العاملين بالمقارنة مع العاطلين عن العمل وبالأخص النساء العاملات بالمقارنة مع ربات البيوت، وأيضاً العاملين مع حالات طبية حرجة فتكون نسبة قلق الموت لديهم بمستوى أعلى. كما أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أنه يوجد علاقة بين قلق الموت والعمر والجنس ونوع الإصابة ومدة الإصابة للشخص وأن نسبة قلق الموت أقل لدى الكبار بالسن ذوي مستوى التعليم العالي، والمتزوجين وفترة الإصابة بالورم السرطاني أقل، وليس لديهم أمراض أخرى مصاحبة ودراسات أخرى أكدت وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لنوع الإصابة بالسرطان لصالح سرطان الثدي. وفي الدراسات التي تحدثت عن مرضى غسيل الكلى أكدت إلى وجود علاقة ارتباطية بين قلق الموت والإكتئاب. أما الدراسة التي تعلقت بدرجة الاكتئاب لدى عينة المرضى ما بعد الجلطة الدماغية أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى المكتئبين أعلى بالمقارنة مع المرضى غير المكتئبين ويعكس على نسبة الأداء في الوظيفة الحركية وكما أن لديهم مستوى أدنى من المشاركة في عملية إعادة التأهيل، وأن الإكتئاب هو رفيق مصاحب للجلطة الدماغية، أما في دراسة أخرى جاءت لتفسير وفهم تجربة ثمانية ناجين ما بعد تعرضهم لجلطة دماغية، بينت بأن تجربة الجلطة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل الخوف من الموت والعجز وفقدان الاستقلالية وعدم القدرة على

العمل وأن للدعم الاجتماعي من الأسرة وللجانب الديني أهمية للتمكن من التعامل مع التغييرات في الحياة اليومية. بينما كان هنالك بعض الدراسات التي بينت ان قلق الموت لا يختلف باختلاف متغير العمر، الحالة الاجتماعية، الناحية الأكاديمية، المعتقد الديني، ولكن هنالك فروق في درجة قلق الموت كانت تعزى لمتغير عدد الأبناء، وأشارت النتائج لإحدى الدراسات الى أن الأشخاص الذين شهدوا وفاة شخص مقرب عادة يشعرون بقلق من الموت بدرجة أكبر ممن لم يختبروا ذلك. أما الدراسات التي كانت تتعلق بإختبار برنامج علاجي، فكانت معظم النتائج تشير إلى إنخفاض مستوى قلق الموت للعينة التجريبية بالمقارنة مع العينة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج.

□ لقد قامت الباحثة بالاستعانة بالعديد من المتغيرات السابقة في الدراسة الحالية وكانت المتغيرات هي: الجنس، العمر، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الجلطة للمريض، وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية. وايضا إتبعنا المنهج الوصفي الذي اتبعته معظم الدراسات السابقة، وقامت الباحثة في هذه الدراسة بتصميم مقياس وذلك بعد الإطلاع على عدة مقاييس من المقاييس المستخدمة في هذه الدراسات وتحكيمه واعتماده في هذه الدراسة.

□ أما بالنسبة لعينة الدراسة فقد إختارت الباحثة دراسة عينة المرضى ما بعد التعرض لجلطة دماغية، وهي عينة قد تم دراستها بشكل سابق بالإضافة الى متغيرات متعددة مصاحبة، ولكن على حد علم الباحثة لم يتم التطرق لدراسة الجانب الذي يتعلق بقلق الموت، ولهذا لم يتم وضع دراسات سابقة تتحدث عن الموضوع بشكل مباشر. وأيضا كانت الدراسات القريبة من عينة الدراسة الحالية، دراسات غير منشورة.

## الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

- 3.1 المقدمة
- 3.2 منهج الدراسة
- 3.3 مجتمع الدراسة وعينتها
- 3.4 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة
- 3.5 أداة الدراسة
- 3.6 الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة (الصدق والثبات)
- 3.7 متغيرات الدراسة
- 3.8 إجراءات الدراسة
- 3.9 المعالجة الإحصائية
- 3.10 معيقات الدراسة

## الفصل الثالث:

### الطريقة والإجراءات:

#### 3.1 المقدمة

تناول هذا الفصل المنهج المتبع في هذه الدراسة، ويتضمن وصفاً تفصيلياً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ هذه الدراسة، من حيث وصف مجتمع الدراسة وعينتها والطريقة التي اختيرت بها، وأدوات الدراسة وطرق اعدادها، واجراءات الصدق والثبات وخطوات تطبيقها ومتغيرات الدراسة، والمعالجة الاحصائية المستخدمة لتحليل البيانات والوصول الى النتائج.

#### 3.2 منهج الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي. ويعرف بأنه المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثاً أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة البحث دون تدخل من الباحثة فيها. والتي تحاول الباحثة من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقة بين مكونات والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها، وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو المشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة بالفحص والتحليل.

#### 3.3 مجتمع الدراسة وعينتها

تألف مجتمع الدراسة من جميع المصابين بجلطة دماغية ممن لم تؤثر الجلطة الدماغية على الناحية الإدراكية لديهم من حيث الفهم والإستيعاب والقدرة على التعبير، وذلك في كافة أقسام جمعية بيت

لحم العربية للتأهيل والجراحة في محافظة بيت لحم، وقد تم اختيار عينة متيسرة بلغ عدد أفرادها (50) مصاب/ة وذلك خلال الفصل الدراسي 2018-2019، وقد تم تعبئة الاستمارة معهم في أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة المختلفة وهي قسم الطوارئ، العيادات الخارجية، قسم الجراحة والباطني والقلب، والنسبة الأكبر من المبحوثين كانوا متواجدين في قسم التأهيل- للبالغين. الجداول (1.3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة.

#### 3.4 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة

يبين الجدول (1.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس، ويظهر ان نسبة 56% للذكور، ونسبة 44% للإناث. ويبين متغير العمر أن نسبة 22% ل 50 سنة فأقل، ونسبة 78% ل 51 سنة فأكثر. ويبين متغير الحالة الاجتماعية أن نسبة 76% للمتزوجين، ونسبة 24% لغير ذلك. ويبين متغير المستوى التعليمي أن نسبة 64% لأقل من توجيهي، ونسبة 36% لتوجيهي فأعلى. ويبين متغير عدد الأبناء ان نسبة 22% لثلاث فأقل، ونسبة 78% لأكثر من ثلاث. ويبين متغير مستوى الدخل أن نسبة 22% لا يوجد دخل لهم، ونسبة 28% من 500-1499 شيكل، ونسبة 20% من 1500-3500 شيكل، ونسبة 30% لأكثر من 3500 شيكل. ويبين متغير تكرار الجلطة أن نسبة 72% أول مرة، ونسبة 28% لثاني مرة فأكثر. ويبين متغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية ان نسبة 34% لنعم، ونسبة 66% للا.

جدول (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	28	56.0
	أنثى	22	44.0
العمر	50 سنة فما دون	11	22.0
	51 سنة فأكثر	39	78.0
الحالة الاجتماعية	متزوج/ة	38	76.0
	غير ذلك (4 لأعزب، الباقي أرمل/ة)	12	24.0
المستوى التعليمي	أقل من توجيبي	32	64.0
	توجيبي فأعلى	18	36.0
عدد الأبناء	ثلاث فأقل	11	22.0
	أكثر من ثلاث	39	78.0
مستوى الدخل	لا يوجد	11	22.0
	من 500-1499 شيكل	14	28.0
	من 1500-3500 شيكل	10	20.0
	أكثر من 3500 شيكل	15	30.0
تكرار الجلطة	أول مرة	36	72.0
	ثاني مرة فأكثر	14	28.0
وجود أقارب توفوا بجلطات دماغية	نعم	17	34.0
	لا	33	66.0

### 3.5 أداة الدراسة:

إعداد المقياس: بعد الاطلاع على عدة مقياس ومنها مقياس (شقيير، 2003) ومقياس (عبد الخالق، 1996) وغيرها من المقاييس ذات الصلة بقلق الموت، قامت الباحثة بإعداد مقياس من تطويرها مكون من (24) فقرة وذلك بالرجوع لعدة مراجع ذات صلة والادب التربوي المتعلق بموضوع الاداة.

مفتاح التصحيح: لقد تم استخدام التدرج الخماسي ليكرت (بشكل كبير جداً (5)، بشكل كبير (4)، بشكل متوسط (3)، بشكل قليل (2)، بشكل قليل جداً (1)).

### 3.6 الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

#### أولاً: صدق أداة الدراسة (Validity):

قامت الباحثة بتصميم الاستبانة بصورتها الأولية، ومن ثم تم التحقق من صدق أداة الدراسة بعرضها على المشرف ومجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة وبلغ عددهم (14) محكم/ة مرفق ملحق رقم (2)، حيث وزعت الباحثة الاستبيان على عدد من المحكمين، وطلب منهم إبداء الرأي في فقرات الاستبانة من حيث: مدى وضوح لغة الفقرات وسلامتها لغوياً، ومدى شمول الفقرات للجانب المدروس، وإضافة أي معلومات أو تعديلات أو فقرات يرونها مناسبة، ووفق هذه الملاحظات تم إخراج الاستبانة بصورتها النهائية مرفق ملحق رقم (3).

من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك اتساق داخلي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات  
درجة قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.541**	0.000	9	0.501**	0.000	17	0.645**	0.000
2	0.637**	00.00	10	0.435**	0.002	18	0.712**	0.000
3	0.728**	0.000	11	0.718**	0.000	19	0.483**	0.000
4	0.661**	0.000	12	0.708**	0.000	20	0.699**	0.000
5	0.678**	0.000	13	0.671**	0.000	21	0.676**	0.000
6	0.618**	0000.	14	0.588**	0000.	22	0.577**	0.000
7	0.580**	0000.	15	0.445**	1000.	23	0.387**	0.006
8	0.767**	0000.	16	0.702**	0000.	24	0.492**	0.000

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ثانياً: ثبات أداة الدراسة :

قامت الباحثة من التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات حسب معادلة الثبات كرونباخ الفا، وكانت الدرجة الكلية لقلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة (0.926)، وهذه النتيجة تشير الى تمتع هذه الاداة بثبات يفى بأغراض الدراسة.

### 3.7 متغيرات الدراسة

• المتغيرات المستقلة:

1. الجنس: وله مستويان (ذكر، أنثى).
2. العمر: وله أربع مستويات ( 20-30 / 31-40 / 41-50 / 51- فأكثر).
3. الحالة الاجتماعية: ولها أربعة مستويات ( أعزب/اء- متزوج/ة- مطلق/ة- أرمل/ة).

4. المستوى التعليمي: وله ثلاثة مستويات ( أقل من توجيهي/ من توجيهي الى دبلوم/ بكالوريوس فأعلى).

5. عدد الابناء: وله اربعة مستويات (لا يوجد/ من واحد الى ثلاثة/ أكثر من ثلاثة).

6. مستوى الدخل: وله خمسة مستويات ( لا يوجد/ من 500 الى 1499/ من 1500 الى 2500/ من 2501 الى 3500/ اكثر من 3500).

7. تكرار الجلطة: وله ثلاثة مستويات (أول مرة / ثاني جلطة/ ثلاث جلطات فأكثر)

8. وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية: وله مستويان (نعم/ لا).

• المتغير التابع:

قلق الموت.

### 3.8 إجراءات الدراسة

تم اتباع الخطوات التالية لإجراء الدراسة:

\_ تحضير أداة الدراسة وهي عبارة عن اختبار لقياس قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة، وذلك بالرجوع إلى العديد من البحوث والدراسات المحكمة والكتب ذات الصلة بموضوع الدراسة.

\_ تم عرض أداة الدراسة على مجموعة من المحكمين من أجل أخذ ملاحظاتهم واقتراحاتهم بما يختص بموضوع الصياغة والمحتوى والبناء، للوصول إلى الصورة النهائية لهذه الأداة.

\_ قامت الباحثة بعرض إستمارة قلق الموت على إدارة جمعية بيت لحمة العربية للتأهيل، وأخذ الموافقة بتعبئة الاستمارات في جميع اقسام الجمعية العربية.

-تم التواصل من قبل الباحثة مع جميع الاطباء وطاقم التمريض ورئيس قسم التأهيل وموظفين الاستقبال وإبلاغهم حول إجراء بحث بعنوان "قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لعينة من المصابين بالجلطة"، وتم الاتفاق معهم على ابلاغ الباحثة فور وصول أي مريض مشخص بالاصابة بجلطة دماغية بغض النظر عن تاريخ الاصابة.

-تم تعبئة (50) استمارة وكان ذلك بمساعدة الباحثة كون الجلطة تترك آثار جسدية تختلف شدتها من شخص الى آخر، مما تعيق إمكانية تعبئة الاستمارة (للسعوبة لدى البعض في الكتابة، أو في الرؤية) وقد استدعى ذلك مساعدة أفراد العينة من خلال قراءة الفقرات وتعبئة الاستمارة بناء على خياراتهم للإجابات دون أي تحيز.

- وقد أخضعت الباحثة الاستبانات للتحليل الإحصائي، ومن ثم قامت بتفريغها لاسترجاع النتائج بعد تحليلها إحصائياً باستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة لمتغيرات الدراسة.

### 3.9 المعالجة الإحصائية

بعد جمع الاستبانات والتأكد من صلاحيتها للتحليل تم ترميزها (وذلك من خلال إعطاء أرقام لإجابات أفراد العينة على فقرات المقياس بالشكل التالي: بشكل كبير جداً (5)، بشكل كبير (4)، بشكل متوسط (3)، بشكل قليل (2)، بشكل قليل جداً (1) ، وذلك تمهيدا لإدخال بياناتها إلى جهاز الحاسوب الآلي لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، وتحليل البيانات وفقا لأسئلة الدراسة بيانات الدراسة، وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار (ت) (t- test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا ( Cronbach

(Alpha)، وذلك باستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences).

وحتى يتم تحديد درجة متوسطات استجابة أفراد عينة الدراسة تم استخدام المعيار الاحصائي، باستخدام المعادلة:

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى (للتدرج)}}{\text{عدد الفئات المفترضة}} = \frac{5-1}{3} = \frac{4}{3} = 1.33$$

- $2.33 = 1.33 + 1$  وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (2.33 فأقل)، تعني أن مستوى قلق الموت جاء بدرجة منخفضة.
- $3.67 = 1.33 + 2.34$  وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (2.34-3.67)، تعني أن مستوى قلق الموت جاء بدرجة متوسطة.
- $5 = 1.33 + 3.68$  وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (3.68 فأعلى)، تعني أن مستوى قلق الموت جاء بدرجة عالية.

### 3.10 معيقات الدراسة:

- رفض وزارة الصحة لإجراء هذه الدراسة في أي مستشفى حكومي، وذلك بعد مراسلتهم بكتاب رسمي من جامعة القدس، وجاء تبرير الرفض يعود الى أن العنوان يتحدث عن الموت وهذا الموضوع لا يمكن طرحه على مريض تعرض لجلطة دماغية مما قد يعكس ذلك بشكل سلبي على حالته النفسية.
- رفض بعض المرافقين للمرضى على تعبئة الاستمارة لما تحمله من عنوان يمكن أن يؤثر على نفسية المريض.

## الفصل الرابع: نتائج الدراسة

- نتائج أسئلة الدراسة
- نتائج فرضيات الدراسة

## الفصل الرابع:

### نتائج الدراسة:

#### 4.1 تمهيد

تضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة وهو " قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة " وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها.

#### 4.2 نتائج أسئلة الدراسة:

##### 4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة ؟  
للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للدرجة الكلية والتي تعبر عن مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة.

جدول (1.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة

لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات	الرقم
متوسطة	1.495	3.64	أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية.	15
متوسطة	1.510	3.62	أقلق من أن يحرمني الموت شخصاً عزيزاً علي.	5
متوسطة	1.568	3.30	أخاف بأن أدخل في غيبوبة قبل الموت.	6
متوسطة	1.443	3.14	أتجنب مواجهة الأخطار تفادياً للموت.	9
متوسطة	1.624	3.12	أخشى أن أموت قبل أن أحقق أحلامي.	24
متوسطة	1.532	3.02	يرعبني الألم المصاحب للموت.	13
متوسطة	1.456	2.96	أخاف التعامل مع المرضى حتى لا ينتقل إليّ مرض معد.	23
متوسطة	1.612	2.82	أخشى من الأمور المجهولة بعد الموت.	14
متوسطة	1.591	2.80	ينتابني قلق شديد إذا دخلت المستشفى.	1
متوسطة	1.666	2.80	أتجنب زيارة القبور.	2
متوسطة	1.539	2.80	أخاف أن تجري لي عملية جراحية من بعد إصابتي بالجلطة الدماغية.	22
متوسطة	1.559	2.76	أخشى الموت كلما مرضت.	8
متوسطة	1.379	2.76	أنزعج عند سماع صوت سيارة الإسعاف.	19
متوسطة	1.509	2.74	ينتابني الشعور بأنني سوف أموت فجأة.	18
متوسطة	1.463	2.68	تسيطر على فكرة أنني سوف أموت قريباً.	20
متوسطة	1.578	2.60	أخشى من رؤية الموتى.	17
متوسطة	1.473	2.56	التفكير بالموت يجعلني سلبي بالنسبة الى حياتي الحاضرة.	7
متوسطة	1.566	2.42	رؤية الأطباء تذكرني بالموت.	16
متوسطة	1.425	2.36	أرتعب من مشاهدة اجراءات الدفن.	21
منخفضة	1.446	2.30	أخشى من النوم وعدم النهوض مرة أخرى.	12
منخفضة	1.333	2.24	تنتابني أحلام حول الموت.	4
منخفضة	1.375	2.22	أخاف من الجلوس مع مريض يحتضر.	11
منخفضة	1.400	2.14	أتشاءم عند رؤية الملابس السوداء.	10
منخفضة	1.261	1.96	رؤية الدم تذكرني بالموت.	3
متوسطة	<b>0.910</b>	<b>2.74</b>	<b>الدرجة الكلية</b>	

يلاحظ من الجدول (1.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.74) وانحراف معياري (0.910) وهذا يدل على أن مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة جاء بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (1.4) أن (19) فقرة جاءت بدرجة متوسطة و(5) فقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية " على أعلى متوسط حسابي (3.64)، يليها فقرة " أقلق من أن يحرمني الموت شخصاً عزيزاً علي " بمتوسط حسابي (3.62). وحصلت الفقرة " رؤية الدم تذكرني بالموت " على أقل متوسط حسابي (1.96)، يليها الفقرة " أتشاءم عند رؤية الملابس السوداء " بمتوسط حسابي (2.14).

- وقامت الباحثة باستخراج الأعداد والنسب المئوية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة.

**جدول (2.4): الأعداد والنسب المئوية لقلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة.**

النسبة المئوية	العدد	المستوى
40	20	منخفضة
50	25	متوسطة
10	5	عالية

وتبين أن نسبة الذين جاء مستوى قلق الموت لديهم بدرجة منخفضة 40%، ونسبة 50% بدرجة متوسطة، ونسبة 10% بدرجة عالية.

## 4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل يوجد فروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعي، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الإصابة، وحالة الموت لقریب بالجلطة)؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير الجنس"

تم فحص الفرضية الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير الجنس.

جدول (3.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب

متغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
ذكر	28	2.8393	1.01555	0.868	0.390
أنثى	22	2.6136	0.75922		

يتبين من خلال الجدول (3.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.868)، ومستوى الدلالة (0.390)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير الجنس. وبذلك تم قبول الفرضية الأولى.

#### نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير العمر"

تم فحص الفرضية الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير العمر.

**جدول (4.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير العمر**

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
50 سنة فما دون	11	3.1932	0.88315	1.925	0.072
51 سنة فأكثر	39	2.6122	0.88678		

يتبين من خلال الجدول (4.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.925)، ومستوى الدلالة (0.072)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير العمر. وبذلك تم قبول الفرضية الثانية.

### نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

تم فحص الفرضية الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير الحالة الاجتماعية.

جدول (5.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير الحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	قيمة "t"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
0.961	0.049	0.93890	2.7434	38	متزوج/ة
		0.85067	2.7292	12	غير ذلك

يتبين من خلال الجدول (5.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.049)، ومستوى الدلالة (0.961)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وبذلك تم قبول الفرضية الثالثة.

### نتائج الفرضية الرابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير المستوى التعليمي"

تم فحص الفرضية الرابعة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة للدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير المستوى التعليمي.

**جدول (6.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير المستوى التعليمي**

المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
أقل من توجيهي	32	2.9023	0.95059	1.715	0.093
توجيهي فاعلي	18	2.4514	0.77547		

يتبين من خلال الجدول (6.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.715)، ومستوى الدلالة (0.093)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير المستوى التعليمي. وبذلك تم قبول الفرضية الرابعة.

**نتائج الفرضية الخامسة:**

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما

بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير عدد الأبناء"

تم فحص الفرضية الخامسة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة للدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير عدد الأبناء.

جدول (7.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير عدد الأبناء

عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
ثلاث فأقل	11	2.8902	0.74402	0.616	0.541
أكثر من ثلاث	39	2.6976	0.95593		

يتبين من خلال الجدول (6.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.616)، ومستوى الدلالة (0.541)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير عدد الأبناء. وبذلك تم قبول الفرضية الخامسة.

نتائج الفرضية السادسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما

بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير مستوى الدخل"

تم فحص الفرضية السادسة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة للدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير مستوى الدخل.

جدول (8.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير مستوى الدخل

مستوى الدخل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
لا يوجد	11	2.8788	1.17504
من 500-1499 شيكل	14	2.5923	0.66810
من 1500-3500 شيكل	10	2.6458	0.69312
أكثر من 3500 شيكل	15	2.8389	1.06543

يلاحظ من الجدول رقم (8.4) وجود فروق ظاهرية في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير مستوى الدخل، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (9.4):

جدول (9.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير مستوى الدخل

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.753	3	0.251	0.290	0.832
داخل المجموعات	39.826	46	0.866		
المجموع	40.578	49			

يلاحظ من الجدول (9.4) أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.290) ومستوى الدلالة (0.832) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت ما بعد

الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير مستوى الدخل، وبذلك تم قبول الفرضية السادسة.

نتائج الفرضية السابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما

بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير تكرار الجلطة"

تم فحص الفرضية السابعة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة للدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب لمتغير تكرار الجلطة.

جدول (10.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية

لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب

متغير تكرار الجلطة

تكرار الجلطة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
أول مرة	36	2.8183	0.94460	0.975	0.334
ثاني مرة فأكثر	14	2.5387	0.81149		

يتبين من خلال الجدول (10.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.975)، ومستوى الدلالة (0.334)،

أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى

المصابين بالجلطة تعزى لمتغير تكرار الجلطة. وبذلك تم قبول الفرضية السابعة.

## نتائج الفرضية الثامنة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية"

تم فحص الفرضية الثامنة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة للدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية.

جدول (11.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية

وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
نعم	17	2.4387	0.93554	1.673	0.105
لا	33	2.8952	0.87028		

يتبين من خلال الجدول (11.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.673)، ومستوى الدلالة (0.105)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية. وبذلك تم قبول الفرضية الثامنة.

## الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج

التوصيات

مناقشة النتائج والتوصيات:

5.1 تمهيد:

يتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، حول مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة، وخرجت هذه الدراسة بعدد من التوصيات.

5.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي:

والذي نصه: ما مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة؟

أظهرت النتائج بأن الدرجة الكلية لجميع فقرات الدراسة حول مستوى قلق الموت لدى عينة من المصابين بالجلطة كانت متوسطة، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.74) وانحراف معياري (0.910). وتعزو الباحثة الأسباب لحصول النسبة الأعلى من أفراد العينة على درجة متوسطة الى خوضهم تجربة الموت بشكل فعلي عند تعرضهم للجلطة الدماغية، فلم يعد هاجس الموت شيئاً مخيفاً بالنسبة اليهم فتجربة التعرض لجلطة دماغية تعني للكثيرين بأنها نهاية حياتهم، حيث يكونوا قد عاشوا لحظة الموت وإقتربوا من خط نهاية حياتهم، وهذه التجربة الشعورية للموت قد تكسر حاجز الخوف من هذا الشبح المخيف، ويمكن أن يعني للكثيرين العودة من الموت حصولهم على فرصة أخرى للحياة ولإنهاء أعمالهم الغير مكتملة، بالإضافة إلى ذلك فإن الأزمة

التي تعرضوا لها زادتهم صلابة وقوة وأصبح لديهم قوة عزم أكبر وتحدي وإصرار على إيجاد سبل للتكيف وآليات للتعامل مع هذا الظرف الصحي الصعب.

كما يمكن أن نفسر سبب هذه النتيجة بشكل مختلف وهو يعود إلى أن الشخص بعد التعرض للجلطة قد فقد جزء من قدراته الحركية أو الحسية وبالنسبة إليه أن يعيش في ألم وترافقها إعاقة دائمة قد تعني بالنسبة اليه العذاب الدائم، ولذا لم يعد الموت هاجس مخيف بالنسبة اليه بل يمكن أن يفضله في بعض الاحيان عن الاستمرار لبقية حياته تحت رحمة مساعدة الآخرين. فلذا لم يعد الموت يسبب له مصدر قلق بل مصدر للراحة الأبدية.

كما يمكن أن نعزو السبب أيضا ليفسر هذه النتيجة الى ما أشار اليه فرويد في مقاله عام (1952) الذي نشره في صحيفة التايمز حول الحرب والموت وذكر " بأنه بشكل غير واعى لا يمكن أن يؤمن الإنسان بموته"، حيث يتصرف وكأنه سوف يبقى خالداً". وقد اعتبر فرويد أن اللاوعي هو المصدر الأساسي للفكر والسلوك، وأنه عندما نجادل حول كون الموت حقيقة فإنه في الباطن لا يوجد أحد يؤمن بموته (Furer & Walker, 2008) وهنا يكون سبب هذه النتيجة هو إنكار المرضى بشكل غير واعى.

بالإضافة الى ذلك فإنه يمكن أن نفسر هذه النتيجة من خلال نظرية إدارة الارهاب لبيكر (Becker, 1973) والتي أشارت الى أن الكثير من الطاقة البشرية تركز على إنكار الموت كإستراتيجية للحفاظ على الموت تحت السيطرة (Furer & Walker, 2008)، ولهذا يمكن أن يكون هنالك إنكار لفكرة الموت ليشعر الشخص بأنه في موقع سيطرة ومن هنا يمكن ان تكون جاءت إجابات الأكثرية لتدل على درجة متوسطة وتليها درجة منخفضة من قلق الموت. وأيضا تتبنى الباحثة هنا الرؤية النفسية لما يسمى بنماء ما بعد الصدمة PTG (growth Post traumatic) بحسب ( Morse, )

1999) لتفسير هذه النتيجة، وتعتمد هذه الرؤيا على واقع أثبتته بعض الأبحاث والذي تقول بأنه على قدر وجود تأثيرات سلبية للمحن إلا انها وجدت أنه بالمقابل لهذه المحن تجد حدوث تغييرات ايجابية وذلك لدى فئة كبيرة من الأشخاص، وينتج ذلك عن التحدي والاصرار لديهم لمواجهة الصعوبات بعد التعرض لصدمة، وهنا يقابل الشخص التحديات بأهداف حياتية مهمة وقد تكون أفضل من قبل المحنة بكثير، وقد تؤثر ايضا على سلم اولويات الشخص ومعتقداته وتزيد من تفاعله مع الحياة بصورة أكثر ايجابية وتجعلها أكثر استقراراً (القرأ، 2015).

ويمكن أن تفسر هذه الرؤية سبب حصول النسبة الأكبر على درجة قلق موت متوسطة تليها درجة منخفضة، فيمكن أن تكون تجربة الجلطة هي عبارة عن صدمة ومحنة جعلت من الأفراد يواجهون الحياة بإيجابية أكثر وتحديد لاهدافهم بشكل أكبر. كما يمكن هنا أن نعزو السبب لهذه النتيجة أيضا لطبيعة المجمع الفلسطيني وطبيعة تنشئتنا في هذا المجتمع حيث أننا نربي ابنائنا منذ الصغر على إنكار وجود الموت وذلك بشكل غير واعي فنحاول ايجاد حياة في الموت فنستخدم كلمات تعبر عن هذا الإنكار عند موت أي شخص عزيز لتدل على أنه ذهب الى مكان أفضل حيث الراحة الأبدية وذهب الى السماء والى الجنة وكأنه لم يموت بل ذهب لعيش في مكان آخر (وكأن في الموت نتصور وجود الحياة الأخرى).

وهذا ما أكد عليه كل من (Firestone & Catlett, 2009) في أنه خلال السنين أنشأ الناس مؤسسات معقدة بشكل متزايد تحكمها الأعراف الاجتماعية ومنظومة معتقدات وذلك في محاولة للتكيف مع قلق الموت، حيث أضاف كل جيل لمساته على بناء نظام الإنكار الموجود، والذي يتم نقله من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة إلى الجيل التالي. و يمكن أن نعزو السبب أيضا الى أنه عندما يقوم أي شخص بتمني الموت حتى لو كان على سبيل المزاح يتم قمعه بشكل

فوري واستخدام في كثير من الأحيان عبارة " لا تكفر " وإستغفر من الله " وبعيد الشر " و "شو جاب هالسيرة" فربي أطفالنا منذ الصغر على تجنب الحديث عن الموت ونكران الموت كما أشار فرويد التصرف وكأن الشخص سوف يبقى خالدا ولهذا سوف يذهب لمكان أفضل وللسماء وكأنه لن يموت.

ولا يمكن أن ننسى أنه ممكن أن يعود السبب في الحصول على هذه النتيجة الى طريقة التربية في المجتمع الفلسطيني، التي نربي أبنائنا عليها والتي تتمحور في عدم البوح والتصريح بشكل مباشر وصادق عن إنفعالاتنا وخوفنا ومشاعرنا السلبية، وأن نخفي قلقنا وضعفنا، وكما يطلب منا أثناء مراحل تنشئتنا ان نكون أقوياء وحتى عند موت شخص عزيز علينا فإنه مطلوب من الفرد أن يكون قوي وان لا يبكي وان لا يكون ضعيف، مثل استخدام عبارة دارجة بشكل كبير وهي: "لا تبكي البكاء ليست من شيم الرجال"، وهنا يقوم الشخص بكبت مشاعره ووتصبح جزء من الية تعامله مع مواقف الموت (مكانيزمات دفاعية /فرويد).

ويمكن ان نعزو السبب أيضا الى أن المقياس تم تعبئته مع أفراد العينة بوجود مرافقينهم معهم في معظم الأوقات، وممكن أن يعود سبب هذه الاجابات الى أن أفراد العينة لا يريدون إظهار ضعفهم وخوفهم وقلقهم أمام أي شخص من أفراد الأسرة، حيث يكونوا بذلك التصرف حافظوا على صورتهم كأشخاص أقوياء وأنهم مازالوا مسيطرين، وذلك لأن إنهيارهم قد يعني إنهيار لأفراد الأسرة. و ممكن ان نعزو السبب الى عدم الرغبة من أفراد العينة للتعبير عن هذا القلق أمام الباحثة لاننى نتربى على عدم البوح بمشاعرنا للغرباء وأخيرا ممكن ان يكون السبب في هذه الاجابات الى أن أفراد العينة لديهم درجة وعي ويؤمنون بحتمية الموت.

ومن المهم الإشارة هنا الى أن أعلى متوسط حسابي في المقياس المستخدم حصلت عليه فقرة "أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية" بمتوسط حسابي يبلغ (3.64) وتليها فقرة "أقلق من أن يحرمني الموت شخص عزيزاً علي" بمتوسط حسابي يبلغ (3.62)، وهنا عند الاجابة أيضاً على السؤال الرئيسي لهذه الدراسة من المهم الوقوف عند هذه الفقرات والتي تؤكد أن التجربة التي مر بها الأفراد لم تكن بالتجربة السهلة، فكما ذكرت أعلاه بأن تجربة الجلطة هي تجربة للموت نفسه، وهذا يفسر خشيتهم من التعرض للجلطة مرة أخرى والتي أخذت أعلى متوسط وتليها فقرت الخوف من أن يفقد الأشخاص الذي يعزهم بعد الموت، وهذا يدل على وجود قلق موت لدى أفراد العينة حتى لو كانت بدرجة متوسطة فهو موجود، ويمكن تفسير النتيجة من خلال نظرية التحليل النفسي والتي تؤكد وجود قلق من الموت لدى الجميع ولكن بشكل غير واعي مع وجود إنكار من قبل الأفراد لهذه الحقيقة. وبمجرد حصول أخشى من تكرار الإصابة بجلطة على أعلى متوسط إذن هم يخافون من أن تكون الجلطة التي تليها نهاية مصيرية وحتمية لحياتهم.

أما بالنسبة لآخر فقرتين بالمقياس "رؤية الدم تذكرني بالموت" والتي حصلت على متوسط حسابي (1.96) وتسبقها "أتشائم عند رؤية الملابس السوداء" والتي حصلت على متوسط حسابي (2.14)، تفسر الباحثة النتيجة لحصولهم على أقل متوسط حسابي إلى أن شعبنا مرّ بظروف قاسية كنتيجة لعيشنا في ظل إحتلال، ورؤية الدم شبيء تعودنا على رؤيته على أرض الواقع ومن خلال وسائل الإعلام فلم يعد منظر الدم يسبب خوف بالنسبة للأكثرية، وكما يمكن تفسير ذلك الى أن النسبة الأكبر من العينة فوق سن (51) وقد سبق أن دخلوا مستشفيات وقاموا بإجراء عمليات وتعرضوا في حياتهم لسحب الدم، لذا لم يعد يشكل الدم بالنسبة اليهم دليل على الموت. أما بخصوص الملابس السوداء فتعزو الباحثة السبب الى أن اللون الأسود في مجتمعنا الفلسطيني يمثل اللون الذي يلبس في المناسبات الرسمية وبالأخص لفئة الأشخاص الكبار بالسن فهو يعكس الوقار والإحتشام، ولذا لا

يرتبط هذا اللون بالموت، وكما يمكن أن يتم لبس اللون الأسود للحداد عند الطوائف المسيحية وهي عادة متوارثة وتقليد متبع وليس نص ديني، أما بالنسبة لأتباع الديانة الإسلامية فلا يوجد نص ديني حول لبس الأسود كرمز للحداد.

- اتفقت هذه الدراسة مع نتائج دراسة (جبران وآخرون، 2015) ودراسة (الرياحنة، 2014).

-اختلفت هذه الدراسة مع نتائج دراسة (العمر، 2016)، دراسة (محمود، 2015)، دراسة (مختار ونور الدين، 2017)، دراسة (عباس، 2017)، دراسة (Sinoff, 2017) ودراسة (Bastani, et al., 2016).

## 5.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

والذي نصه: هل يوجد فروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعي، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الإصابة، وحالة الموت لقریب بالجلطة)؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيات وسوف يتم مناقشة نتائج كل فرضية على حدى بالشكل التالي:

### 5.2.1 مناقشة نتائج الفرضية الصفريّة الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير الجنس"

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة يعزى لمتغير الجنس. وذلك لان قيمة (t) للدرجة الكلية (0.868) ومستوى الدلالة (0.390) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الأولى.

تفسر الباحثة السبب في عدم وجود فروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الجنس يعود الى إشتراك أفراد العينة من ذكور وإناث بنفس التجربة وهي التعرض لجلطة دماغية والتي تعتبر بحد ذاتها تجربة الاقتراب من الموت بشكل كبير، وعندما تقترب من الموت يخاف كل إنسان بغض النظر عن جنسه بصورة متشابهة. وقد جاءت هذه النتيجة بشكل مخالف لتوقعات الباحثة ومع نتائج دراسات عديدة؛ والتي بينت أن قلق الموت لدى الإناث يكون بدرجة أكبر من الذكور ويعزى ذلك الى التكوين الجسدي للمرأة والتغيرات الهرمونية وارتفاع درجة العاطفة لديها. ويمكن أن نعزو هذه النتيجة لما جاء في تفسير قلق الموت من قبل نظرية التعلم الاجتماعي لدولارد وميلر حيث أكدوا أن المثير يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو الخطر فيتجنب هذه التهديدات، وبما أن الموت تهديد حقيقي ولا مفر منه، ولا يمكن مواجهته ويرادف الموت بالنسبة للإنسان التلاشي، فينشأ عنه قلق خطير يطلق عليه قلق الموت (محمود، 2015) وهنا نفترض ان المثير (تعرض الشخص لتجربة الجلطة الدماغية وهي تعني الاقتراب من الموت وتعرضه لخطر يهدد حياته) ومعرفة الشخص باحتمال تكرار هذه الجلطة وتجربة الاقتراب من الموت مع عدم القدرة على تجنب هذا التهديد الذي ينتج عنه قلق موت؛ وهذا لا يختلف بين كون الشخص ذكر ام أنثى، لذا حصلت فقرة أخشى من تكرار التعرض لجلطة دماغية على أعلى متوسط من الجنسين.

-إنفقت هذه الدراسة مع دراسة (عباس، 2017) ودراسة (أبو هلال، الريموي، 2015).

-إختلفت هذه الدراسة مع دراسة (ربايعة، 2018)، دراسة ( مختار ونور الدين، 2018)، (الرياحنة ، 2014)، (Thabet & Abdalla, 2018)، دراسة (Yüksel, et al., 2017)، دراسة (Dadfar, et al., 2016).

### 5.2.3 مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير العمر"

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير العمر. وذلك لان قيمة (t) للدرجة الكلية (1.925) ومستوى الدلالة (0.072) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الثانية.

تعزو الباحثة السبب في عدم وجود فروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير العمر الى إيمان أفراد العينة بحتمية الموت في أي عمر للإنسان، فمن ناحية علمية أظهرت الدراسات تعرض فئة الأطفال والشباب للجلطات الدماغية أيضاً ولكن بدرجة قليلة مقارنة بالعمر الكبير، وهناك وعي من قبل عينة الدراسة بهذه الحقيقة لذا فهم يدركون بأن الموت حتمي وأنه لا مفر منه، فهو النهاية الحتمية لكل كائن حي مهما اختلف عمره وهذه حقيقة لا يمكن أن تغيرها مهما حاول الانسان ذلك ومهما بذل من جهد، لذا لا داعي لهذا القلق. كما يمكن أن نعزو سبب هذه النتيجة إلى أن معظم أفراد العينة تجاوزوا سن الخمسين، حيث أنجزوا الكثير بحياتهم فجزء كبير منهم تعلم، وإشتغل، وتزوج، وعلم أبناءه وزوجهم وأصبح لديهم أحفاد ومنم من زوج احفاده وتقاعد، فبالنسبة اليهم أنجزوا الكثير بحياتهم وقد إقتربوا من خط نهاية حياتهم فإنجازاتهم بالحياة قد هيئتهم لإنتظار الآخرة

من دون قلق ونسمع جملة يقولها الكثيرون "أنا كفيت ووفيت وعملت الي علي ويعطيني العافية هلا دور أولادي وأحفادي يكملوا الطريق".

-انفتحت هذه الدراسة مع دراسة (Kaklauskaitė & Vonžodienė, 2015)، (مختار ونور الدين، 2017)، دراسة (Yüksel, et al., 2017)، دراسة (القرأ، 2015)، دراسة (الرياحنة، 2015)، ودراسة (خليل العرب، 2011).

-اختلفت هذه الدراسة مع دراسة (أبوهلال، الريماوي، 2015) ودراسة (جبران وآخرون، 2015).

### 5.2.3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وذلك لان قيمة (t) للدرجة الكلية (0.049) ومستوى الدلالة (0.961) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الثالثة.

تفسر الباحثة الأسباب الى عدم وجود فروق في مستوى قلق الموت تعزى للحالة الاجتماعية، الى ان مجتمعنا الفلسطيني هو مجتمع عشائري ومازلنا نحافظ على تماسكنا الأسري ضمن إطار الأسرة الممتدة وعندما يمرض الشخص في مجتمعنا يجد المساندة والدعم ليس فقط من الاسرة النووية التي يعيش بينهم بل من افراد أسرته الممتدة وحمولته وأيضاً الأصدقاء والجيران، ولذا يمكن أن يفسر

هذا عدم وجود فروق في درجة قلق الموت تعزى للحالة الاجتماعية فالأعزب/اء والمتزوج/ة والأرمل/ة يحصلون على درجة دعم ومساندة ومتساوية مما جعل هذا الجانب لا يجعل فرق ظاهر لدى أفراد العينة، فأى شخص تعرض للجلطة سوف يلقي رعاية وإهتمام.

-إتفقت هذه الدراسة مع دراسة كل من (مختار ونور الدين، 2017)، دراسة (عباس، 2017)، دراسة (القرأ، 2015) ودراسة (Yüksel, et al., 2017).

-إختلفت الدراسة الحالية مع دراسة (Sinoff, 2017)، دراسة (Bastani, et al., 2016).

#### 5.2.4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما

بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير المستوى التعليمي"

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير المستوى التعليمي. وذلك لان قيمة (t) للدرجة الكلية (1.715) ومستوى الدلالة (0.093) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الرابعة.

تفسر الباحثة عدم وجود فروق دالة تعزى لمتغير المستوى التعليمي يعود الى أن درجة الوعي في مجتمعنا الفلسطيني زادت مع التطور العلمي وتطور البرامج الحاسوبية والهواتف الذكية، وهذا قد زاد من درجة الوعي فأصبح بوسع الأمي أو غيره أن يستمع لأي مقالة حول اي موضوع بإستخدام برامج خاصة على الحاسوب ممكن أن تقرأ له أي نص، ويمكن أن يتم من خلال برامج على الانترنت ترجمة أي مادة مكتوبة بغير لغة الأم للشخص، وهذا ساعد على رفع درجة الوعي

للأشخاص باختلاف فئاتهم العمرية ودرجاتهم التعليمية، فممكن لأي شخص تعرض للجلطة أن يقرأ عنها حتى لو كان شخص مستواه العلمي متدني، وزيادة الوعي جعلت درجة المعرفة لدى أفراد العينة بشكل أكبر حول الجلطة الدماغية وطرق الوقاية من التعرض لتكرار الجلطة؛ مما ساعد على انخفاض مستوى قلق الموت لديهم. وأيضاً لا ننسى دور التلفاز والبرامج العلمية التي رفعت من درجة الوعي لدى الأفراد وبالأخص أن هذه البرامج تستضيف أطباء يتحدثون بشكل علمي حول الجلطة الدماغية وأسبابها وطرق الوقاية منها بالإضافة إلى إستضافة أشخاص قد أصيبوا بجلطة دماغية سابقاً ويتحدثون حول تجربتهم وهذا يدل على أن الجلطة تترك أثر ولكن ليست بالتجربة المميّنة في كثير من الأحيان. وكما لا يمكن أن ننسى الدور الذي تلعبه خبرات الحياة المختلفة فتجارب الحياة تعتبر مدرسة للآمي وللمتعلم على حد سواء .

-إنفقت هذه الدراسة مع دراسة دراسة (Yüksel, et al., 2017)، (مختار ونور الدين، 2017) ودراسة (القراء، 2015).

-إختلفت هذه الدراسة مع دراسة (Bastani, et al., 2016).

## 5.2.5 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير عدد الأبناء"

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير عدد الأبناء. وذلك لأن قيمة (t) للدرجة

الكلية (0.616) ومستوى الدلالة (0.541) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الخامسة.

وتفسر الباحثة نتيجة عدم وجود فروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير عدد الأبناء، وذلك يعود الى أن قلق الموت هو حالة من التوتر الشامل نتيجة توقع تهديد خطر فعلي ورمزي ويصاحبه غموض، لذا هو ليس مرتبط بفرد أو مجموعة أفراد بل هو إستجابة إنفعالية داخلية المنشأ للشخص نفسه. ويؤكد وجهة النظر هذه تعريف هولنز "Holnes" لقلق الموت على أنه إستجابة إنفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور، والإنشغال المعتمد على تأمل وتوقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت (عبد الخالق، 1987). فالنتيجة مرتبطة بالشخص نفسه وإنفعالاته وخبرته الشخصية وليس بما يملك من عدد أبناء.

-إتفقت هذه الدراسة مع دراسة (أبو هلال، الريماوي، 2015).

#### 5.2.6 مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير مستوى الدخل"

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير مستوى الدخل. وذلك لان قيمة (ف) للدرجة الكلية (0.290) ومستوى الدلالة (0.832) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية السادسة.

تعزو الباحثة سبب عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير مستوى الدخل، يرجع الى أن المصاب بالجلطة في فلسطين يمكن أن يتعالج في المستشفيات الحكومية على حساب التأمين الصحي مجاناً، وبعد استقرار الحالة الصحية يحصل على تحويلة من وزارة الصحة بنسبة تغطية تتراوح ما بين (90% الى 95%) وذلك من أجل الحصول على العلاج التأهيلي، وهذا يعني ان النسبة المتبقية للدفع التي تقع على عاتق المريض والتي تبلغ قيمتها (10% أو 5%) هي نسبة بسيطة جدا تستطيع أي أسرة حتى لو كانت محدودة الدخل توفيرها. لذا متغير الدخل لمريض الجلطة لم يكن له أثر على جانب قلق الموت فلا ينشغل تفكير المريض بعدم القدرة على الحصول على العلاج والمتابعة الطبية والتأهيلية اللازمة، فالجميع مهما كان دخلهم سوف يحصلوا على نفس مستوى الخدمات العلاجية وفي نفس المكان، وذلك لان عدد مراكز التأهيل محددة في فلسطين فسواء كان الشخص من محدودي الدخل أم مرتفعي الدخل سوف يتلقى العلاج؛ وبالتالي ينخفض لديه درجة قلق الموت. ويمكن تفسير النتيجة أيضاً كون طبيعة الترابط الذي يجمع العائلات الفلسطينية فترى الأسرة الممتدة تقدم المساعدة في حال تعرض أحد الأفراد لظرف مادي صعب ويمكن أن يفسر هذا النتيجة التي حصلنا عليها فجانبا مستوى الدخل لم يخلق الشعور بالتهديد وبالتالي لم ينعكس أثره على درجة قلق موت.

-إنفتحت الدراسة الحالة مع دراسة (القرأ، 2015)، دراسة (الرياحنة، 2014).

#### 5.2.7 مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما

بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير تكرار الجلطة"

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير تكرار الجلطة. وذلك لان قيمة (t) للدرجة الكلية (0.975) ومستوى الدلالة (0.334) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية السابعة.

تفسر الباحثة عدم وجود فروق في مستوى قلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية وذلك يعود الى نوع التجربة، فلا يوجد إنسان يمكن أن يتعود على فكرة تعرضه لجلطة، لذا لن يختلف بين جلطة اولى أو ثانية أو ثلاثة فأكثر حيث تبقى لها نفس التأثير على مريض الجلطة لصعوبة هذه التجربة، ويؤكد ذلك القول حصول فقرة المقياس رقم (15) على أعلى متوسط حسابي تبلغ قيمته (6.64)، والتي تحمل عنوان " أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية" وهذا يدل على انها تشكل هاجس خوف وقلق للشخص. ويمكن ايضا تفسير ذلك من خلال وجهة نظر النظرية الوجودية لفرانكل (Frankl) والتي ترى بأن القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية والقلق سمة أساسية من سمات الوجود الإنساني ومن الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر، لذا ركزت النظرية على أهمية الموت وأن يسلم به الفرد ويتقبل حتمية الموت ونهاية حياته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته (أبو زعيزع، 2013)، فممكن أن تكون التجربة الاولى جعلت الشخص يعي بأن الموت حقيقة وشيئ حتمي لم يعد لعدد التكرارات اي تأثير مما جعل النتيجة تظهر بعدم وجود فروق.

- إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (تونس، 2015).

## 5.2.8 مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية"

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير وجود أقارب توفوا بجلطة. وذلك لان قيمة (t) للدرجة الكلية (1.673) ومستوى الدلالة (0.105) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الثامنة.

تعزو الباحثة عدم وجود فروق ظاهرة في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة تعزى لمتغير وجود أقارب توفوا بجلطة إلى إدراك الأشخاص بحتمية الموت وأنه نهاية كل إنسان، فتجربة التعرض لجلطة هي تقرب الإنسان من نهايته، وبمجرد أنه خرج من التجربة بعكس قربه الذي توفى ممكن ان تعني أنه حصل على فرصة أخرى لحياته؛ وعليه أن يقوم بإنهاء أعماله الغير منتهية بعكس قربه التي لم تعطه الحياة هذه الفرصة، لهذا السبب يمكن تفسير عدم تأثر عينة الدراسة بموت شخص قريب بجلطة دماغية.

-إختلفت الدراسة الحالة مع دراسة (Yüksel, et al., 2017).

### 5.3 التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها توصي الباحثة بما يلي:

1. تصميم برامج إرشادية وعلاجية متخصصة لخفض درجة قلق الموت لدى المرضى ما بعد الجلطة الدماغية، وذلك في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل وتهدف هذه البرامج إلى خفض قلق الموت لدى المصابين بالجلطة الدماغية والتي من خلالها يتمكن المريض تعلم آليات التعامل مع الاعراض النفسية والجسدية وصولاً به الى مرحلة من التقبل وأخيراً الى مرحلة من التكيف قدر الإمكان.
2. أوصي بعمل برامج تدخل نفسي مع أفراد أسرة المريض الذي تعرض لجلطة دماغية، وذلك كوسيلة لتعبيرهم عن الضغوطات التي يعيشونها بسبب إختلاف في نمط حياتهم وتعلم طرق التعامل مع فرد الاسرة المصاب بالجلطة الدماغية وبالأخص في حال أثرت الاصابة على النواحي الادراكية للمصاب.
3. إجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية حول قلق الموت لعينة المرضى ما بعد التعرض لجلطة دماغية، حيث أن المكتبات الفلسطينية تفتقر لمثل هذه الدراسات على حد علم الباحثة ومن المهم دراسة الموضوع باخذ متغيرات أخرى بعين الاعتبار مثل التدخين، مكان السكن، وجود أمراض أخرى مرافقة وغيرها من المتغيرات التي لم يتم التطرق اليها في هذه الدراسة وذلك باستخدام أدوات ومناهج أخرى ومقارنتها بنتائج الدراسة الحالية.
4. ضرورة الاهتمام بفئة المرضى ما بعد التعرض لجلطة دماغية، لما تتركه الاصابة من اعراض جسدية ونفسية مصاحبة للجلطة تحتاج الى متابعة وإهتمام.

5. أوصي بعمل دراسة حالة لعينة من المرضى ما بعد الجلطة الدماغية بشكل معمق وذلك بالاستناد الى نتائج هذه الدراسة والتي تساعد على التعرف بشكل أعمق على أسباب حصول أفراد العينة على مستوى قلق موت متوسطة وقليلة.
6. رفع الوعي الجماهيري حول الجلطة الدماغية ومؤشراتها والعوامل التي تساعد في حدوثها، وأيضاً نشر الوعي حول اليات التعامل مع المريض في أثناء التعرض للجلطة وخلال فترة الاستشفاء، وأهمية التعامل مع الأعراض النفسية والجسدية التي تتركها هذه الاصابة.

## قائمة المصادر والمراجع:

### المراجع العربية:

- إبراهيم، علا (2010). الخوف والقلق التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بينهما وعلاجهما وإجراءات الوقاية منها. عالم الكتب، القاهرة: مصر.
- أبو حامد، سمير (2009). الجلطة الدماغية. خطوات للنشر والتوزيع، دمشق: سوريا.
- أبو زعيزع، عبد الله (2013). الاتجاهات النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي. زمزم ناشرون وموزعون، عمان: الأردن.
- أبو عبيد، خلود (2018). فاعلية برنامج جمعي في ضوء النظرية الإنتقائية في خفض مستوى قلق الموت وتحسين التوافق النفسي لدى عينة من مرضى السرطان الأردنيين. رسالة دكتوراة (غير منشورة)، جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان: الأردن.
- أبو هلال، الريموي (2015). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس. مجلة كلية التربية للبنات، 26 (3).
- بسيسو، حياة (2006). بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت والإكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن. دراسة ماجستير (غير منشورة). جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان: الأردن.
- تونس، فقيري (2015). علاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة قاصدي مرباح، ورقلة: الجزائر.

- جبران، أميرة وعوض، حسني وريماوي، عمر (2015). قلق الموت لدى المرأة الحامل في فلسطين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، (47)، 130-159.
- الحلو، غسان والشكعة، على والقدومي، عبدالناصر (2001). أثر إنتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة النجاح الوطنية. مجلة رسالة الخليج العربي، (88)، 26-58.
- الخازن، منير وهبة (1990). معجم مصطلحات علم النفس. دار النشر الجامعية.
- الختاتنة، سامي (2012). مقدمة في الصحة النفسية. دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
- خليل العرب، أسماء (2011). قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقته بمتغيرات الجنس والعمر ونوع السرطان. المجلة الاجتماعية، (4)، 78-116.
- راجح، عزت (1994). أصول علم النفس. الطبعة السابعة. المكتب المصري الحديث للطباعة والنشر، الإسكندرية: مصر.
- ربايعه، محمد (2018). قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى كما يراه الطلبة أنفسهم. مجلة الفتح، (76).
- الرياحنة، غاندي (2014). قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد. دراسة ماجستير (غير منشورة). جامعة اليرموك، محافظة إربد: عمان.
- زغير، رشيد (2016). علم النفس العيادي. دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان: الاردن.
- زهران، حامد (1982). الصحة النفسية والعلاج النفسي. الطبعة الثانية. علم الكتب، القاهرة.
- الزيود، نادر (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الفكر، عمان: الاردن.

- الشربيني، لطفي (2015). الدليل الى فهم وعلاج القلق. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق.
- شقير، زينب (2003). فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض مستوى الإكتئاب وقلق الموت لدى طلبة جامعة القدس. رسالة دكتوراة (غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة: مصر.
- شقير، سمير (2016). برنامج إرشاد نفسي لقلق الموت والاكتئاب. دار الجندي للنشر والتوزيع، القدس.
- عباس، مي (2017). قلق الموت والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي بمستشفى الملك نمر الجامعي وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة النيلين، السودان.
- عبد الله، محمد (2001). مدخل إلى الصحة النفسية. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
- عبد الحميد، محمد (1995). قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة علم النفس، (35)، 104، المنصورة.
- عبد الخالق، أحمد (1987). قلق الموت. عالم المعرفة، (111)، الكويت.
- عبد الخالق، أحمد (1998). الصدمة النفسية. مجلس النشر العلمي، لجنة التأليف والتعريب والنشر، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت.
- عبد الخالق، أحمد (2002). الوسواس القهري: التشخيص والعلاج. مجلس النشر العلمي، لجنة التأليف والتعريب والنشر، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت.
- العمر، محمد (2016). قلق الموت وعلاقته بالأمن النفسي. مجلة جامعة البحث، 38 (38).

- القراء، زهية (2015). خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الاخيرة على غزة. رسالة ماجستير (غير منشورة). الجامعة الاسلامية، غزة.
- الكاملة، شهبه (2018). قلق الموت للمصاب بالقصور الكلوي. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة العربي بن مهدي، ام البواقي.
- ليندلي، ريتشارد (2014). السكتة الدماغية. ترجمة هنادي مزبودي. دار المؤلف، الرياض: السعودية.
- المالح، حسان (1997). الطب النفسي والحياة. ط2، دار الإشرافات، دمشق.
- مايو كلينك. <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/stroke/drc-20350119>
- تقرير وزارة الصحة الفلسطينية (2018). [http://site.moh.ps/Content/Books/aNuGEGG5IlyHwxNgpl1DQJGMI84A9pGyCCB7vCZ6axnLloXSwASx\\_zvhbnslyWYj3C7iHg9WlStq4qwebsolcJNugOmApOZkE9vQqe6PUA6.pdf](http://site.moh.ps/Content/Books/aNuGEGG5IlyHwxNgpl1DQJGMI84A9pGyCCB7vCZ6axnLloXSwASx_zvhbnslyWYj3C7iHg9WlStq4qwebsolcJNugOmApOZkE9vQqe6PUA6.pdf)
- محمود، ضحى (2015). قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن اهداف الحياة والنزعة الإستهلاكية. مجلة الأستاذ (215)، 378-355.
- مختار، بوفرة ونور الدين، شعنبي (2017). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية بمدينة معسكر. مجلة الرواق، (09).
- مشري، سامية (2015). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة محمد خيضر، سكرة.

- معمرية، بشير (2006). الفرق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار وقلق الموت وفقاً لإرتفاع وانخفاض الذكاء الوجداني دراسة ميدانية على عينة من الشباب. مجلة الآب والعلوم الاجتماعية، المجلد 4.

#### المراجع الأجنبية:

- Abdalla, T & AL- Arja N. (2005): Death Anxiety in Palestinians during Al- Aqsa Intifada. **Arabpsynete. Journal**. N (8).
- Azarian, A, Aghakhani, S & Ashuri, A. (2016): Investigating the Relationship between Death Anxiety and Attitude towards Life among University Students. **International Journal of Medical Research & Health Sciences**. 2016, 5, 5(S):233-238
- Bastani, F, Farnood, F & Haqhani, H. (2016): Evaluation of Death Anxiety in Elderly Patients With Cancer Undergoing Chemotherapy. **Journal of Client-Centered Nursing Care**, 2(3), pp. 153-160.
- Brainin, M & Heiss, W (2010). **Textbook of Stroke Medicine**. Cambridge University Press, New York.
- Clark, D. (2002). Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. **British Medical Journal**, 324, 905–7.
- Cadman, B. (2018). What to know about the fear of death. **Medial News Today**. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/321939.php>.
- Dadfar, M, Lester, D & Bahrami, F. (2016): Death Anxiety, Reliability, Validity, and Factorial Structure of the Farsi Form of the Arabic Scale of Death Anxiety in Iranian Old-Aged Persons. **Journal of Aging Research**. Volume 2016, Article ID 2906857, 7 pages.

- Garton, A., Sisti, J., Gupta, V., Christophe, B. & Connolly JR. (2017). Poststroke Post-Traumatic Stress Disorder. **Strok Journal**. Vol 48, Issue 2, 247-249.
- Grossman, C., Brooker, J., Michael, N., & Kissane, D. (2018). Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. **Palliative Medicine**, 32, 172-184.
- Elias, N. (2001): **The Loneliness of the Dying**. The Continuum International Publishing Group Inx 370 Lexington Avenue, New York, NY 10017T (translated by Edmond Jephcott).
- Fairchilde, L. (1997). Voices from the afterlife. St. Martin's, Griffin, NY.
- Feifel, H. (1990). **Education of Health**. 14(1):718-730.
- Firestone, R & Catlett, J. (2009). **Beyond Death Anxiety**. New York. Springer Publishing Company.
- Firestone, R. (2007). **Individual defenses against death anxiety**. Vol. 17, 199 3. No.6. 497-515.
- Furer, P & Walker, J. (2008). Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. **Journal of Cognitive Psychotherapy**. DOI: 10.1891/0889-8391.22.2.167.
- Gonzalez, R., Hirsch, J., Koroshetz, W., Lev, M. & Schaefer, P. (2006). **Acute Ischemic Stroke**. Springer Berlin Heidelberg NewYork.
- Kaklauskaitė, Ž & Vonžodienė, J. (2015): Relationships between Death Anxiety and Empathy among Medical Students. Lithuanian University of Health Sciences, **Lithuania International Journal of Psychology**. 17, 1941-7233.
- Langs R. (2008): Unconscious death anxiety and two of psychotherapy. **Psychoanalytic Review**, Vol.95, No.5, October.
- Lester, D. (1990). The Collet-Lester fear of death scale: the original and a revision. **Death Studies**, 14, 451–468.

- Langs R. (1997). **Death Anxiety and Clinical Practice**. London, KARNAC Book.
- Langhammer, B., Sunnerhagenk, S., Sallstrom, S., Backer, F., & Stanghelle, JK. (2018): Return to work after specialized rehabilitation- An explorative longitudinal study in a cohort of severely disabled persons with stroke in seven countries. **Brain Behav.** 2018; e01055. (<https://doi.org/10.1002/brb3.1055>).
- Morse, D. (2000). **Searching For Eternity: A Scientist's Spiritual Journey to Overcome Death Anxiety**. United States. Eagle Wing Books, Inc.
- Menzies, R. (2018). Death anxiety. The worm at the core of mental health. **InPsych.** Vol 40.
- Naderi, F & Esmaili, E. (2009): Collet-Lester Fear of Death Scale Validation and Gender-Based Comparison of Death Anxiety, Suicide Ideation and Life Satisfaction in University Students. **Journal of Applied Sciences** 9(18): 3308-3316.
- Rezaei, B., Khanlarzade, F., Aheste, H & Ghasemi, N. ( March, 2016): Death Anxiety and Meaning of Life in the Three Groups of Nurses: Obstetrics and Gynecology and CCU Nurses and Housewives. **Mediterranean Journal of Social Sciences MCSER Publishing,** Rome-Italy Vol 7 No 2 S2, pp.2039-9340.
- Sinyor, D., Amato, P., Kaloupek, D.G., Becker, R., Goldenberg, M., & Coopersmith, H. (1986). Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. **Stroke.** 17:1102-1107.
- Silva JK, Vila VDC, Ribeiro MFM, Vandenberghe I. (2016). Survivors' perspective of life after stroke.18: e1148.

- Sinoff, G (2017). **Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child's Inability to Assess Their Own Parent's Death Anxiety State.** *Frontiers in Medicine*. Doi: 10.3389/fmed.2017.00011.
- Semenova & Stadlander. (2016): Death Anxiety, Depression, and Coping in Family Caregivers. **Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences**. Volume 10, Issue 1, Pages:34-48.
- Stein, J., Harvey, R., Macko, R., Winstein, G. & Zorowitz, R. (2009). **Stroke Recovery and Rehabilitation.** Demos Medical Publishing. United State of America.
- State of the Nation. (February, 2018): Stroke statistics. ([https://www.stroke.org.uk/system/files/sotn\\_2018.pdf](https://www.stroke.org.uk/system/files/sotn_2018.pdf)). (5:00pm,18.10.2018).
- Thabet and Abdalla (2018). Death Anxiety and Obsessional Death among University Palestinian Students.**Clinical and Experimental Psychology**, 4:1 DOI: 10.4172/2471-2701.1000178.
- Thabet, A., Tawahina, A., Sarraj, E.,&Vostanis, P. (2013). Death Anxiety, PTSD, Trauma, Grief, and Mental Health of Palestinians Victims of War on Gaza. *Health Care: Current Reviews*. 1:2 DOI: 10.4172/2375-4273.1000112.
- Emotional changes after stroke. Stroke Association. April. 2012. (<http://www.stroke.org.uk/sites/default/files/Emotional%20changes%20after%20stroke.pdf>). (3.00 Pm, 19/10/2018).
- Yüksel, M., Güneş, F., & Akdağ, C. (2017): Investigation of the death anxiety and meaning in life levels among middle-aged adults. **Spiritual Psychology and Counseling**, 2, 165–181.
- Yalom, I. D. (2008). **Staring at the sun: Overcoming the terror of death.** San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- <https://www.webteb.com11:30> .2019/6/16 pm.

# الملاحق

ملحق (1): عرض المقياس على المحكمين بصورته الاولية

"مقياس قلق الموت"



برنامج الدراسات العليا

قسم الإرشاد النفسي والتربوي

حضرة الأستاذ/ الدكتور: ----- المحترم،

تحية طيبة وبعد.

تقوم الباحثة بإجراء دراسة للحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، حيث

تحمل الرسالة عنوان "قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة"

لذا أرجو من سيادتكم الإطلاع وتحكيم فقرات المقياس وإبداء مقترحاتكم في تحديد مدى إنتماء

العبارات لمقياس الدراسة، وإضافة ما ترونه مناسباً من عبارات، وتعديل أو حذف العبارات الغير

مناسبة.

مع جزيل الشكر والإحترام لتعاونكم

الباحثة: ميرنا ماريو خاروفا

إشراف: الدكتورة علا حسين

2019-2018

أولاً: البيانات الاولية:

1. الجنس: ( ) ذكر ( ) أنثى.
2. العمر: ( ) 30-20 ( ) 40-31 ( ) 50-41 ( ) 51 فأكثر.
3. الحالة الإجتماعية: ( ) أعزب/اء ( ) متزوج/ة ( ) مطلق/ة ( ) أرمل/ة.
4. المستوى التعليمي: ( ) أقل من توجيهي ( ) من توجيهي إلى دبلوم ( ) بكالوريوس فأعلى.
5. عدد أبنائك: ( ) لا يوجد ( ) من واحد الى ثلاثة ( ) أكثر من ثلاثة .
6. مستوى الدخل: ( ) من 1500 إلى 2500 ( ) من 2501 إلى 3500 ( ) أكثر من 3500.
7. تكرار الجلطة: ( ) أول مرة ( ) ثاني جلطة ( ) ثلاث جلطات فأكثر.
8. هل يوجد لك أقارب توفوا بجلطة دماغية: ( ) نعم ( ) لا.

الرقم	الفقرة	مناسبة	غير مناسبة	التعديل
1	ينتابني قلق شديد إذا دخلت المستشفى.			
2	أنزعج عند سماع صوت سيارة الإسعاف .			
3	أخشى الموت كلما مرضت.			
4	أقلق من أن يحرمني الموت شخص عزيز علي.			

			5 أخاف بأن أدخل في غيبوبة قبل الموت.
			6 التفكير بالموت يجعلني سلبي بالنسبة الى حياتي الحاضرة.
			7 ينتابني الشعور بأنني سوف أموت فجأة.
			8 أتشائم عند رؤية الملابس السوداء.
			9 أخاف من الجلوس مع مريض يحتضر.
			10 أخشى من النوم وعدم النهوض مرة أخرى.
			11 يرعبني الألم المصاحب للموت .
			12 أخشى الأمور مجهولة بعد الموت.
			13 أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية.
			14 أخشى من رؤية الموتى.
			15 أعتقد بأن الموت راحة للإنسان.
			16 أترقب الموت من وقت لآخر.
			17 أحزن عند وفاة أحد أقاربي.

			18	رؤية الأطباء تذكرني بالموت.
			19	تسيطر على فكرة أنني سوف أموت قريباً.
			20	أتمنى الموت في أوقات كثيرة .
			21	أخاف أن تجري لي عملية جراحية من بعد إصابتي بالجلطة الدماغية.
			22	أخاف التعامل مع المرضى حتى لا ينتقل إليّ مرض معدٍ.
			23	أخشى من عذاب القبر.

ملحق(2): قائمة بأسماء المحكمين

الرقم	إسم المحكم/ة	التخصص	إسم الجامعة
1.	د. حسن عبد الكريم	تربية وعلم نفس	جامعة بيرزيت
2.	د. بدر الأعرج	علم إجتماع	جامعة بيرزيت
3.	د. صلاح شوامرة	علم نفس أمني	جامعة الإستقلال
4.	د. إناس أبو لبن	إدارة تربوية	جامعة الإستقلال
5.	د. رحاب السعدي	علم نفس	جامعة الإستقلال
6.	د. ناهدة العرجي	إرشاد نفسي	جامعة بيت لحم
7.	د. أحمد فسفوس	علم نفس إكلينيكي	جامعة بيت لحم
8.	د. فردوس عبد ربه	صحة نفسية	جامعة بيت لحم
9.	د. محمد فرحات	علم إجتماع	جامعة القدس المفتوحة
10.	د. إياد الحلاق	علم نفس إكلينيكي	جامعة القدس
11.	د. عمر الزيمائي	علم نفس	جامعة القدس
12.	د. نبيل عبد الهادي	علم نفس تربوي	جامعة القدس
13.	د. سهير الصباح	علم نفس تربوي	جامعة القدس
14.	د. فدوى الحلبية	علم نفس تربوي	جامعة القدس

ملحق (3): المقياس بعد التحكيم



برنامج الدراسات العليا

قسم الإرشاد النفسي والتربوي

### إستبانة

أخي/أختي الكريم/ة

تحية طيبة وبعد ...

أقوم بإجراء دراسة بعنوان "قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة " لإستكمال الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإرشاد النفسي والتربوي من جامعة القدس. الرجاء التكرم بالإجابة عن فقرات الإستبانة ووضع إشارة (√) أمام العبارة التي تتفق مع وجهة نظرك. علماً بأن اجابتك ستحاط بالسرية التامة وستستخدم لغرض البحث العلمي فقط .

مع خالص الشكر لحسن تعاونكم

أولاً: البيانات الأولية:

- 1.الجنس: ( ) ذكر ( ) أنثى.
- 2.العمر: ( ) 30-20 ( ) 40-31 ( ) 50-41 ( ) 51- فأكثر.
- 3.الحالة الإجتماعية: ( ) أعزب/اء ( ) متزوج/ة ( ) مطلق/ة ( ) أرمل/ة.
- 4.المستوى التعليمي: ( ) أقل من توجيهي ( ) من توجيهي إلى دبلوم ( ) بكالوريوس فأعلى.
- 5.عدد أبنائك: ( ) لا يوجد ( ) من واحد الى ثلاثة ( ) أكثر من ثلاثة .
- 6.مستوى الدخل: ( ) لا يوجد ( ) من 500 الى 1499 ( ) من 1500 إلى 2500 ( ) من 2501 إلى 3500 ( ) أكثر من 3500.
- 7.تكرار الجلطة: ( ) أول مرة ( ) ثاني جلطة ( ) ثلاث جلطات فأكثر.
- 8.هل يوجد لك أقارب توفوا بجلطة دماغية: ( ) نعم ( ) لا.

ثانياً: إقرأ من فضلك كل عبارة مما يلي بعناية، ثم ضع/ي إشارة (√) أمام العبارة التي تنطبق مع رأيك.

مقياس قلق الموت:

الرقم	الفقرة	بشكل كبير جداً	بشكل كبير	بشكل متوسط	بشكل قليل	بشكل قليل جداً
1	ينتابني قلق شديد إذا دخلت المستشفى.					
2	أتجنب زيارة القبور.					
3	رؤية الدم تذكرني بالموت.					
4	تنتابني أحلام حول الموت.					
5	أقلق من أن يحرمني الموت شخصاً عزيزاً علي.					
6	أخاف بأن أدخل في غيبوبة قبل الموت.					
7	التفكير بالموت يجعلني سلبي بالنسبة الى حياتي الحاضرة.					
8	أخشى الموت كلما مرضت.					
9	أتجنب مواجهة الأخطار تفادياً للموت.					
10	أتشاءم عند رؤية الملابس السوداء.					
11	أخاف من الجلوس مع مريض يحتضر.					
12	أخشى من النوم وعدم النهوض مرة أخرى.					
13	يرعبني الألم المصاحب للموت.					
14	أخشى من الأمور المجهولة بعد الموت.					

الرقم	الفقرة	بشكل كبير جداً	بشكل كبير	بشكل متوسط	بشكل قليل	بشكل قليل جداً
15	أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية.					
16	رؤية الأطباء تذكرني بالموت.					
17	أخشى من رؤية الموتى.					
18	ينتابني الشعور بأنني سوف أموت فجأة.					
19	أزعج عند سماع صوت سيارة الإسعاف.					
20	تسيطر على فكرة أنني سوف أموت قريباً.					
21	أرتعب من مشاهدة اجراءات الدفن.					
22	أخاف أن تجري لي عملية جراحية من بعد إصابتي بالجلطة الدماغية.					
23	أخاف التعامل مع المرضى حتى لا ينتقل إليّ مرض معد.					
24	أخشى أن أموت قبل أن أحقق أحلامي.					

ملحق رقم (4): كتاب تسهيل المهمة:

Faculty of Educational Sciences

جامعة القدس

2019/4/6

حضرة السادة/ وزارة الصحة الفلسطينية المحترمين

الموضوع : تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،  
تقوم الطالبة ميرنا ماريو يوسف خاروفة ، ورقمها الجامعي (21711366) ، باجراء دراسة  
بعنوان:

\* قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة \*

لذا نرجو من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه في تعبئة الاستمارات في  
مستشفيات الحكومة، وذلك لتطبيق الدراسة خلال الفصل الدراسي الحالي.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

د. سمير شقير  
منسق برنامج الارشاد النفسي والتربوي

جامعة القدس  
Psychology Dept.

Tel/fax 02-2794913 -Jerusalem P.O. Box 20002

02-2794913 -القدس ص.ب. 20002

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة	69
2.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات درجة قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة	71
1.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة	77
2.4	الأعداد والنسب المؤية لقلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة	78
3.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير الجنس	79
4.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير العمر	80
5.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير الحالة الاجتماعية	81
6.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير المستوى التعليمي	82
7.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير عدد الأبناء	83
8.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى لمتغير مستوى الدخل	84
9.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة يعزى	84

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
	لمتغير مستوى الدخل	
85	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير تكرار الجلطة	10.4
86	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة حسب متغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية	11.4

## فهرس المحتويات:

أ.....	إقرار
ب.....	شكر وعرفان
ج.....	المخلص:
د.....	:Abstract
2.....	الفصل الأول: خلفية الدراسة:
2.....	1.1 المقدمة:
5.....	1.2 مشكلة الدراسة:
6.....	1.3 أهمية الدراسة:
7.....	1.4 أهداف الدراسة:
7.....	1.5 أسئلة الدراسة:
8.....	1.6 الفرضيات:
9.....	1.7 حدود الدراسة:
9.....	1.8 مصطلحات الدراسة:
12.....	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة:
12.....	2.1 تمهيد:
13.....	2.2 تعريف القلق بشكل عام:
13.....	2.3 قلق الموت وبعض تعريفاته:
14.....	2.4 أسباب قلق الموت:
16.....	2.5 أشكال قلق الموت:
16.....	2.6 أنواع قلق الموت:
17.....	2.7 درجة قلق الموت:
17.....	2.8 أعراض قلق الموت:
18.....	2.9 مكونات قلق الموت:
19.....	2.10 تفسير قلق الموت بحسب بعض مدارس علم النفس:

23	2.11 تشخيص قلق الموت:
24	2.12 إنكار الموت كوسيلة دفاعية اتجاه قلق الموت:
24	2.13 إنكار الموت كآلية دفاعية لتجنب قلق الموت:
25	2.14 ردود فعل الأفراد المختلفة إزاء قلق الموت:
26	2.15 قلق الموت للمرضى في أيام العمر الأخيرة:
27	2.16 طرق لعلاج قلق الموت:
29	2.17 الوقاية من قلق الموت:
30	2.18 تعريف الجلطة الدماغية:
30	2.19 أسباب حدوث الجلطة الدماغية:
32	2.20 آلية تشكل الجلطة الدماغية:
33	2.21 علامات/ مظاهر الجلطة الدماغية:
33	2.22 عناصر المخاطر التي تؤدي إلى الجلطة الدماغية:
34	2.23 آلية تشخيص الجلطة الدماغية:
35	2.24 علاج الجلطة الدماغية:
36	2.25 الأضرار الجسدية الناجمة ما بعد التعرض للجلطة الدماغية:
37	2.26 التغيرات النفسية - العاطفية والجسدية ما بعد الجلطة الدماغية:
39	2.27 صدمة ما بعد التعرض لجلطة الدماغية:
	2.28 دور المرشد الإجتماعي والنفسي في التخفيف من أعراض قلق الموت لمرضى الجلطات الدماغية:
40	2.29 الدراسات السابقة:
42	2.30 التعقيب على الدراسات السابقة:
61	<b>الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات:</b>
67	3.1 المقدمة
67	3.2 منهج الدراسة
67	3.3 مجتمع الدراسة وعينتها
68	3.4 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة

70	3.5 أداة الدراسة:
70	3.6 الخصائص السيكمترية لأداة الدراسة
71	3.7 متغيرات الدراسة
72	3.8 إجراءات الدراسة
73	3.9 المعالجة الإحصائية
74	3.10 معيقات الدراسة:
76	<b>الفصل الرابع: نتائج الدراسة:</b>
76	4.1 تمهيد
76	4.2 نتائج أسئلة الدراسة:
76	4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:
79	4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
88	<b>الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات:</b>
88	5.1 تمهيد:
88	5.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي:
93	5.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
93	5.2.1 مناقشة نتائج الفرضية الصفرية الأولى:
95	5.2.3 مناقشة نتائج الفرضية الثانية:
96	5.2.3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:
97	5.2.4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:
98	5.2.5 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:
99	5.2.6 مناقشة نتائج الفرضية السادسة:
100	5.2.7 مناقشة نتائج الفرضية السابعة:
102	5.2.8 مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:
103	5.3 التوصيات:
105	قائمة المصادر والمراجع:
109	المراجع الأجنبية:

- الملاحق ..... 113.....
- ملحق (1): عرض المقياس على المحكمين بصورته الاولية..... 114.....
- ملحق (2): قائمة بأسماء المحكمين..... 118.....
- ملحق (3): المقياس بعد التحكيم..... 119.....
- ملحق رقم (4): كتاب تسهيل المهمة:..... 123.....