

مقدمة:

شهدت العمليات الجراحية ازديادا هائلا يتم إجراؤها سنويا خلال العقد الأخير على مستوى العالم وذلك نتيجة ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض كأمراض القلب والأوعية الدموية، السرطان والإصابات الجراحية... وفقا لما أفادت به منظمة الصحة العالمية، لذلك وضعت هذه المنظمة استراتيجيات ترمي إلى توفير السلامة في خدمات الرعاية الجراحية من أجل إنقاذ حياة الأفراد ومساعدتهم على الوقاية من حالات العجز وخفض عدد الوفيات في جميع أنحاء العالم.

إلا أن الفوارق الكبيرة في إمكانية الاستفادة من العمليات الجراحية لا تزال قائمة عند مقارنة الدول الغنية بالدول الفقيرة التي ينخفض فيها حجم الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، الأمر الذي يشير إلى العجز عن تلبية الحاجة إلى خدمات الرعاية الجراحية والتخديرية في العديد من الدول مما يؤدي إلى ظهور عدة مشاكل منها: عدم كفاية الممارسات التي توفر السلامة فيما يتعلق بالتخدير الآمن، وحالات إنتان الجروح التي تحدث أثناء العملية الجراحية والتي يمكن تجنبها، وضعف التواصل بين أعضاء الفريق الطبي حدوث بعض حالات الوفاة....

هذه المشاكل أصبحت تشكل هاجسا على المريض المقبل على إجراء العملية فتؤثر على مختلف جوانب حياته النفسية والاجتماعية والعملية وتولد لديه بعض الاضطرابات النفسية أهمها القلق والذي يكون مرتبطا بفكرة الموت، خاصة عند اقتراب موعد العملية الجراحية.

حيث تعتبر ظاهرة الموت من الظواهر الحتمية لكل إنسان في هذه الحياة، وأنها سر من الأسرار الغيبية التي أُلقت بظلالها وبعمق على مجمل حياته وفي مختلف الأعمار، كما أنها ظاهرة كانت ومازالت تلعب دورا حاسما في تفكير الإنسان وسلوكه وانفعالاته منذ أقدم العصور، وهذا ما يجعل المريض يتوقع الخطر والألم والشعور بالعجز، كل هذه المدركات تؤثر عليه لكن هذا التأثير يكون متفاوتا حسب شخصيته

ومدى إدراكه لهذا المثير-قلق الموت- ومدى قدرته على إدارة سلوكياته والتحكم فيها وهو ما يسمى بمركز الضبط، فهو متغير من متغيرات الشخصية الذي يؤثر في سلوك الأفراد من خلال اعتقاداتهم بالأسباب التي تكون وراء ظهور نتائج معنية لأفعالهم.

ومما لاشك فيه أن المساندة الاجتماعية تعتبر مصدرا هاما من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان حيث تساعده على التكيف مع الخبرة المؤلمة أو حمايته من الآثار الناجمة عن تعرضه للحوادث الضاغطة -كقلق الموت- والتخفيف من سلبياتها، ويتوقف ذلك على عمق المساندة واعتقاد الفرد بكفايتها وانعكاساتها على صحته، لأنها تلعب دورا وقائيا ضد الاضطرابات النفسية والانفعالية ودورا علاجيا عند حدوثها.

ومن هذا المنطلق جاءت فكرة الدراسة الحالية والتي تحاول التعرف على العلاقة بين قلق الموت ومركز الضبط والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية في ضوء بعض المتغيرات كالعمر، الجنس، نوع العملية عدد العمليات التي أجريت من قبل، نوع المستشفى، حيث ستتضمن الدراسة جانبين: جانبا نظريا وآخر ميدانيا.

الجانب النظري: جاء هذا الجانب بقصد تكوين نظرة شاملة حول موضوع الدراسة وفقا لمتغيرات الدراسة، ويشتمل على ثلاثة فصول:

الفصل الأول: يتكون من مشكلة الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها، وذكر أهمية وأهداف الدراسة، ثم

عرض التعريف بالمتغيرات المستخدمة في هذه الدراسة إجرائيا، ثم التطرق للدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة والتعليق عليها.

الفصل الثاني: نعرض في هذا الفصل قلق الموت: نستله بالتعريف والنظريات المفسرة له، مكوناته

وأنواعه، وأسبابه، ثم قياسه، وبعدها نتحدث عن العملية الجراحية تعريفها، أنواعها، وتصنيفها، الأدوات الجراحية، وأخيرا التحضير لها.

الفصل الثالث: هذا الفصل خاص بمركز الضبط حيث يتم تعريفه وإعطاء لمحة تاريخية عنه، ودراسة أبعاده ومصدر تشكل كل فئة، ثم أهميته، خصائصه، والنظريات المفسرة له، وأخيرا العوامل المؤثرة في تشكيله.

الفصل الرابع: نتطرق إلى المساندة الاجتماعية من خلال تعريفها، أهميتها، أشكالها، مصادرها، ثم شروط تقديمها، النماذج الرئيسية المفسرة لدورها، والآثار الرئيسية لها، وأخيرا المساندة الاجتماعية في الإسلام.

أما الجانب الميداني فيحتوي على الفصول التالية:

الفصل الخامس: يتضمن الإجراءات المنهجية وهي كالتالي: منهج الدراسة، حدود الدراسة، عينة الدراسة، وأدوات جمع البيانات، ثم الأساليب الإحصائية المعتمدة.

أما الفصل السادس: فيحتوي على عرض النتائج وتحليلها ومناقشة فرضيات الدراسة، مع استنتاج عام لنتائج الدراسة وآفاق ومقترحات.

الفصل الأول

تقديم الدراسة

أولاً/ إشكالية الدراسة

ثانياً/ فرضيات الدراسة

ثالثاً/ أهداف الدراسة

رابعاً/ دواعي وأسباب اختيار الموضوع

خامساً/ أهمية الدراسة

سادساً/ التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة

سابعاً/ الدراسات السابقة

أولا/ إشكالية الدراسة:

تعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية، فتؤدي إلى عدم التوازن النفسي والجسمي للفرد مما يزيد من تفاقمها وبالتالي ضرورة العلاج، فالبعض يتمثل للشفاء بعد جرعة دوائية والبعض الآخر يستلزم إجراء حلول مغايرة وبديلة لمعالجة هذه الأمراض.

وتعتبر العملية الجراحية حلا ضروريا أحيانا ولا مفر منه لأنه الملاذ الوحيد للشفاء، إذ يتقرر نوعها حسب المرض، ويكون واضحا جدا اختلافها حسب العضو ونوع الإصابة. (Seguy.B, 1970,p82)

كما أن المريض يكون محتاجا إليها سواء كانت حاجته إليها ضرورية بأن يخاف على نفسه من الهلاك أو من تلف عضو أو أعضاء من جسده، أو كانت حاجته دون ذلك بأن بلغت مقام الحاجيات التي يلحقه فيها الضرر بسبب آلام المرض ومتاعبه. (الشنقيطي محمد المختار، 1994، ص105)

حيث تتضمن الجراحة إجراءات متعددة في غرفة العمليات تنطوي على شق الأنسجة أو استئصالها أو تعديلها أو خياطتها، وهي أمور تتطلب عادة اللجوء إلى التخدير الناحي (الجزئي) أو العام أو إعطاء مهدئات عميقة الأثر للسيطرة على الألم. (O.M.S, 2009, p4)

وتستلزم الجراحة وجود الطبيب الجراح الذي يقوم بالعمل الجراحي، إضافة إلى أشخاص آخرين يقومون بمساعدته بأداء مهام أخرى لها صلة وثيقة بعمله الجراحي، وهم أخصائي التخدير والفريق المهني والتقني في الرعاية الصحية للعناية بالمريض. (الشنقيطي محمد المختار، 1994، ص70)

فالرعاية الجراحية تمثل مكونا أساسيا من مكونات الرعاية الصحية المقدمة في أرجاء العالم على مدى أكثر من قرن. ولما كان عدد الإصابات والأمراض آخذا في الارتفاع، فإن تأثير التدخل الجراحي على الصحة العمومية سينمو هو أيضا، حيث تشير التقديرات التي قامت بها منظمة الصحة العالمية في 2008 إلى أنه يتم إجراء 234 مليون عملية جراحية كبرى في جميع أنحاء العالم سنويا، أي بمعدل عملية واحدة لكل 25 شخص حي. مع أن توزيع الخدمات الجراحية غير متكافئ لأن 30% من سكان العالم استفادوا من (75%) من العمليات الجراحية الكبرى، ومازالت مسألة الحصول على الرعاية الجراحية العالية الجودة تُشكل معضلة في أنحاء كثيرة من العالم، مع أن التدخلات الجراحية يمكن أن تكون عالية المردودية من حيث عدد الأرواح التي يمكن إنقاذها وحالات العجز التي يمكن تفاديها، وغالبا ما تكون الجراحة العلاج الوحيد يقلل حالات العجز ويخفض احتمال الوفاة من جزاء ظروف شائعة.

وتشير التقديرات إلى أنّ 63 مليون شخص يتلقون العلاج الجراحي سنويا بسبب إصابتهم، وأن 10 ملايين عملية جراحية أخرى تجرى لتفادي مضاعفات الحمل، وأن 31 مليون عملية أخرى تجرى لمعالجة

الأورام الخبيثة. (منظمة الصحة العالمية، 2009، ص4)، فعلى الرغم من إيجابياتها لكن ذلك لا يمنع من إحساس الفرد ببعض المخاوف والهواجس التي تتخلل تفكيره، لأن الرعاية الجراحية غير الآمنة تسبب أضراراً جسيمة وتترك آثاراً كبيرة على الصحة العمومية. فتهدد أمن وسلامة الفرد وصحته الجسدية إزاء إجراء العملية الجراحية، كما تهدد كيانه النفسي فتزيد من مخاوفه وقلقه.

فالإنسان قُدِّرَ عليه أن يعيش هذا القلق الذي ارتبط بحياته، ويعد الموت المصدر الأول للقلق وهناك من يعتبر أن الخوف من الموت هو المصدر الأول للقلق والمنبع له. (مصطفى عادل، يعقوب غسان 1999، ص129) انطلاقاً من فكرة حبّ الإنسان للبقاء، ولكن بدرجة تختلف من شخص إلى آخر حسب العوامل التي تتفاعل سويًا لينشأ عنها قلق الموت، وهذا ما أكدته "دلال الدوسري" على أن قلق الموت هو الشعور الذي يجعل الفرد يفكر دائماً في الموت، وأنه يقترب منه أكثر من الآخرين مما يجعل فكرة الموت مسيطرة عليه، وتحول بينه وبين توافقه مع المجتمع. (أديب الخالدي، 2002، ص122)، فعند سؤال المريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلّق بالمرض والعلاج غالباً ما تكون إجابته "الألم". كما أن خوفه من عدم التخفيف من معاناته يثير لديه شعوراً بالقلق، وربما أكثر ما يثيره هو الجراحة أو فقدان أحد الأطراف أو حتى الموت. (شيلي تايلور، 2008، ص590)

فالجراحة تعتبر المثير الأساسي لقلق الموت وارتباطها بفكرة الموت ارتباطاً وثيقاً، خاصة عند ارتفاع نسبة المضاعفات الجراحية أو الوفيات للأفراد الخاضعين للعملية الجراحية. فالعمليات التي تجرى في أوقات وأماكن شتّى تترك آثاراً كبيرة، فحسب منظمة الصحة العالمية 2008 تبين أن 25% من المرضى يتعرضون إلى مضاعفات جراحية ضمن المستشفيات، وأكبر المضاعفات تحدث في البلدان الصناعية بنسبة تتراوح بين 3-16% من المرضى وتسفر عن عجز دائم أو الوفاة. وهذا ما يزيد من قلق المريض لأن مشكلة الجراحة الآمنة باتت من المشكلات المُسلِّم بها عموماً في العالم أجمع وأثبتت الدراسات في البلدان المتقدمة مدى جسامه هذه المشكلة وتفشيها، أمّا في العالم النامي فإن سوء البنية التحتية والمعدات، وعدم موثوقية الإمدادات، ورداءة الأدوية، والثغرات القائمة في التنظيم الإداري، وفي مكافحة حالات العدوى، وعدم كفاية قدرات وتدريب الموظفين، ونقصان التمويل، كلها عوامل مثيرة للصعوبات. (O.M.S, 2009, p5).

وهذا ما يثير مخاوف جمّة في أرجاء العالم خاصة إذا أدّت هذه المشاكل إلى الوفاة، فتؤكد منظمة الصحة العالمية 2008 أن معدل الوفيات الخام وصل أعقاب العملية الجراحية وصل بين 0.5-5% أي ما يعادل مليون مريض سنوياً على الأقل ممن يموتون أثناء الجراحة أو في أعقابها مباشرة، فمعدل الوفيات الناجمة عن التخدير العام وحده عال جداً ويصل إلى وفاة واحدة لكل 150 شخصاً في بعض

الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى. (منظمة الصحة العالمية، 2009، ص5). وهذا ما يجعل قلق الموت يرتفع عند تَوَقُّع العملية الجراحية والتفكير بها وبمخاطرها، فقد أكدت دراسة "سناها وينجام" التي أجريت على 50 امرأة يتوقعن أن تكون أول ولادة لهن عادية، في حين تتوقع 50 امرأة أخرى الولادة الأولى لهن عن طريق العملية الجراحية، ظهر أن قلق الموت يرتفع بدرجة دالة إحصائية لدى من يتوقعن العملية الجراحية مقارنة بالنساء اللواتي يتوقعن ولادة طبيعية. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص32)، وقد يرجع ذلك إلى الخبرات المكتسبة المتعلقة بقلق الموت، وهي عملية الاحتضار والموت بصفة حقيقية ومطلقة، حيث أكدت دراسة (تمبلر 1976) التي أجراها على مجموعة من المرضى في مجال الطب النفسي أن هناك درجة عالية من قلق الموت، وأن هذه الأخيرة ترتبط بعاملين أساسيين هما:

- درجة الصحة النفسية للفرد.

- خبرات الحياة المرتبطة بموضوع المرض. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص50)

كما أن نسبة الموت تزداد كلما كان المرض الجسدي خطيرا ومتدهورا وهذا ما يجعل المريض يربط قلق الموت بالحالة الجسدية ارتباطا جوهريا، فقد أكد كورنيل (Cornell) في دراسته التي دوّنها في دليله الطبي (Cornell Médical Index) أنه كلما كان الفرد في صحة جسدية متدهورة كلما زادت شدة القلق من الموت، أي أن قلق الموت مرتبط في جزئه الأكبر بالصحة الجسمية أو التكامل البدني للفرد، وكذا دراسة توماس (Thomas 1998) التي بينت أن مستوى كل من القلق والاكتئاب بما في ذلك قلق الموت يزيد عند من يعانون من الأمراض الجسمية. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص110)، فعلى الرغم من تزايد نسبة قلق الموت، لكن اتجاهاتنا نحو الموت اتجاهات متناقضة انطلاقا من مبدأ الفروق الفردية، وهذا ما أكده "أحمد عبد الخالق" أننا جميعا نخشى الموت ولكن بدرجات متفاوتة ولهذا فإن الخوف بدرجة منخفضة من الموت أمر سوي وعادي وكذلك الخوف منه بدرجة متوسطة في حين أن الخوف من الموت بدرجة مرتفعة غير سوي وبعد علامة مرضية شاذة تدل على اضطراب انفعالي شديد.

- (أحمد عبد الخالق، 1987، ص19).

ويقرر "هيرمان فيفل" أن تقبل فكرة الموت الشخصي بوصفها حقيقة أساسية تساعدنا على الاستمرار والكفاح والاهتمام بالجوانب البنائية والإيجابية في الحياة، وأن التركيز على الوعي بالموت يعمق تقديرنا إلى الحياة ويقويه ويعزز إدراكنا لتفرد الحياة وقيمتها الثمينة، وأخيرا يجب أن ندرك كيف يمكن أن يخدم الموت الحياة؟ (أحمد عبد الخالق، 1998، ص52).

معنى هذا أنه توجد عوامل شخصية تجعل الأفراد يستجيبون استجابات مختلفة رغم وجودهم في الموقف نفسه انطلاقاً من مبدأ الفروق الفردية، فتؤثر في درجة وشدة هذا القلق حسب المنظور التفاعلي خاصة عند التعرض لموقف ضاغط كالمرض أو الإقبال لإجراء عملية جراحية، ولعل من بين هذه العوامل ما يسمى بمركز الضبط (Locus of Control) المنبثق أساساً من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر (Rotter) كمتغير من متغيرات الشخصية الذي يهتم بالمعتقدات والاتجاهات التي يحملها الفرد بخصوص أي العوامل هي الأكثر تحكماً في النتائج الهامة في حياته، ومدى إدراكه لوجود علاقة سببية بين الفعل والنتيجة، أي إدراك الفرد للعلاقة القائمة بين سلوكه وما يرتبط به من نتائج، إنه ترجمة لاعتقادات الفرد أن سلوكه وما ينجم عنه من نجاح أو فشل يستند إلى مصادر قد تكون داخلية أو خارجية. (رشاد موسى 1989، ص 61)، أي أنها مرتبطة بالأنماط السلوكية الخاصة به وترجع إلى تحكمه الشخصي أو إلى مصادر وعوامل أخرى.

فعملية الاستمرار في النجاح ومواجهة الواقع الخطرة (كالمرض) تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد، فقد يعمل الفرد نفسه على تعزيز سلوكاته بطريقة إيجابية واعزاء نجاحه في تخطي مرض أو مهنة إلى قدراته الذاتية وجهده المبذول (مصدر ضبط داخلي)، وقد يعزو سلوكاته ونجاحه إلى قوى خارجية أو راجعة للحظ والصدفة والقضاء والقدر والآخرين، وهنا ستكون عكس الأولى فأى سلوك يقوم به أو ما يترتب عليه من نتائج لا يرجعه إلى قدراته، وإنما إلى مصادر أخرى (مصدر ضبط خارجي). (معتز سيد عبد الله، ب س، ص 81)، أي أن مصدر الضبط الذي يتبناه الفرد المقبل على العملية الجراحية في حياته سواء كان داخلياً أو خارجياً يحدد إلى حد بعيد قدرة الفرد على تقدير ذاته، وكذا توقع سلوكاته وتخطيه للأزمات على اختلافها.

لذلك يُفترض أن قدرة إدراك الشخص في السيطرة على مسار المرض والعلاج تعمل على تخفيض مشاعر قلق الموت لديه، باعتبار أن المريض لديه مركز ضبط يجعله أكثر تكيفاً وفعالية للالتزام بالعلاج بصفة عامة، وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة الإكلينيكية التي قام بها هالتنهوف وزملاؤه Haltenhof & Al سنة 2000 على وجود ارتباط وثيق بين التحكم الصحي الداخلي وأسلوب المواجهة الإيجابية التي يمارسها المريض على حالته المرضية والحفاظ على استقراره وصحته. (عثمان يخلف، 2001، ص 97) فمصدر الضبط إذن يتمثل في اعتقاد الفرد أن حالته الصحية تتحدد من خلال عوامل داخلية أو خارجية، فذوو مصدر الضبط الداخلي يكونون أكثر وعياً بوضعهم الصحي ويرغبون في المعرفة أكثر حول مرضهم وكيفية علاجه عكس ذوي المصدر الخارجي.

ولعل ارتفاع أو انخفاض مستوى القلق أو الضغط لدى المريض نتيجة إقباله لإجراء عملية جراحية يرجع حسب نوعية مركز ضبطه. حيث سجّلت عدة دراسات ارتباطا ايجابيا بين مركز التحكم الداخلي والصحة العقلية والجسدية والتوظيف النفسي، وأن ذوي مركز الضبط الداخلي هم أقل عرضة للضغط من ذوي مركز الضبط الخارجي. (Burger Spetor & Al, 2004,p201)، وأن التحكم حتى وإن كان وهما فإنه يساهم في الحفاظ على الصحة الجسدية والنفسية خاصة عقب الأحداث السلبية. (لمياء المهداوي، 2009، ص41) وقد أشارت بعض الدراسات التي تناولت موضوع مركز الضبط في سياق الأمراض الجسمية كدراسة ماركس وآخرون (Marks & Al 1986)، ودراسة تايلور وآخرون (Taylor & Al 1984) والتي تناولت موضوع مركز الضبط في سياق الأمراض المزمنة بغية تحديد مدى تأثيره في أسلوب مواجهة المرض إلا أن المرضى الذين يشعرون بإحساس الضبط والسيطرة على مرضهم حققوا أعلى مستويات التكيف وكانوا من أكثر المرضى نجاحا في مواجهة المرض. (عثمان يخلف، 2001، ص97)

وتعد البيئة الاجتماعية للفرد من المصادر التي يمكن تمد له يد المساعدة مثل الأسرة، والأصدقاء والزملاء، والأقرباء، وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم أهمية خاصة في حياة الفرد، فمستوى المؤازرة التي يحصل عليها من خلال علاقاته الاجتماعية مع المصادر المتوفرة في البيئة الاجتماعية تلعب دورا هاما في الدعم والسند الاجتماعي، فالشبكة الاجتماعية تعتبر خطا دفاعيا واقيا ضد التعرض لأحداث الحياة الضاغطة، كما يفترض أنها تخفف من التأثير السلبي لهذه الأحداث فمن خلال هذه الشبكة يتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية التي تعتبر مصدرا هاما من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه.

فهو متغير أساسي له أهمية كبيرة في حياة الأفراد بصفة عامة، إذ أن المساندة الاجتماعية ترتبط بالصحة والسعادة النفسية، كما أن غيابها يرتبط بزيادة الأعراض المرضية. (نبيل بحري، علي فارس، 2015 ص92)، وهذا ما أكده Russell Cutrona 1990 إلى أن المساندة الاجتماعية وإتاحة علاقات اجتماعية مُرضية تتميز بالحب والود والثقة تعمل كحواجز ضد التأثير السلبي لأحداث الحياة على الصحة الجسمية والنفسية. (عثمان يخلف، 2001، ص54). فتقدم شبكة الدعم الاجتماعي سلوكا مبادرا في أوقات المرض والحاجة، وتقدم المشورة اللازمة، وتحفز الفرد على القيام بسلوكات إيجابية. (سهام درويش، لينا الحاج حسن 2014، ص145) كما تعمل على خفض مستوى المعاناة النفسية الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة وهي ذات أثر فعال في تخفيف الأعراض المرضية. (المسعان عويد، 2011، ص260). حيث أثبتت دراسات علمية وطبية وبائية حديثة الفوائد الصحية للمساندة الاجتماعية على صحة وسلامة العقل والجسم، فتعمل

المساندة الاجتماعية على الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الجسمية والنفسية والعقلية للوصول إلى تعزيز ودعم، ودعم المتلقي بالراحة النفسية والاطمئنان في حياته والشعور بالسعادة وذلك من خلال إشباع حاجات الانتماء. (حكيمة آيت حمودة وآخران، 2011، ص3).

فقد أظهر هاوس وآخرون Hous & Al بأن العلاقات الاجتماعية ودرجة الجوار والاندماج التي يشعر بها الفرد اتجاه الآخرين تمثل مؤشرات قوية للصحة ويشير ستوب (Stob 1996) أن السند الاجتماعي من المصادر الأساسية في مواجهة ضغوط الحياة فوجود أشخاص يمكن اللجوء إليهم والثوق بهم وقادرين على تقديم المساعدة والاهتمام ذو أهمية بالغة للحفاظ على الصحة النفسية والجسدية، وهي أيضا من المؤشرات المساعدة على إتباع الفرد للسلوك الصحي. (عثمان يخلف، 2001، ص54)

وتشير التقارير الطبية في هذا الشأن إلى أن الأشخاص الذين لا يقيمون علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين ولا يتلقون مساندة اجتماعية هم عرضة أكثر من غيرهم للمشكلات الصحية، حيث يظهر دور الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية في الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض. ويفسر كوب (Cobb 1976) أن الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية تعمل على تعميق التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد وتنمي روح الانتماء لديهم، حيث يشعرون بأنهم جزء من شبكة اجتماعية قوية ومتناسكة يمكن أن توفر لهم الحماية اللازمة عند الحاجة، وأنهم كذلك موضع حب وعناية واحترام وتقدير من طرف الذين يحيطون بهم. (حكيمة آيت حمودة وآخران، 2011، ص3).

لذلك فالمريض المقبل على العملية الجراحية في أمس الحاجة إلى من يقف بجانبه ويسانده حتى لا يشعر أنه يواجه القلق لوحده ويقاسي الآلام منفردا.

فيرى ساراسون وساراسون Sarason & Sarason أن مجرد إدراك الشخص لوجود أفراد يهتمون به ويساعدونه عند احتياجه يعتبر مخففا للضغوط والظروف التي قد يتعرض لها الإنسان في حياته، وتقل لديه درجة الشعور بالقلق أو الاضطراب النفسي، كما تساعد المساندة الاجتماعية على تعميق التوافق النفسي والاجتماعي للفرد. (حسين فايد، 1998، ص162)

كما أجريت دراسة لإظهار أثر الروابط العاطفية على سرعة شفاء المريض في مدينة جوتنبورج بالسويد عام 1983 على أشخاص من مواليد 1933 حيث أجريت لهم فحوصا طبية وأعيد لهم الفحص بعد سبع سنوات من الفحص الأول، فكان الموتى خلال تلك المدة ممن يعانون من الكبت والتوتر والضيق ثلاثة أضعاف من ماتوا ممن يتمتعون بحياة هادئة وعيشة صافية. (محمد عبد الرحيم عدس ، 1997، ص250).

وقد أظهرت دراسة على مائة مريض أجريت لهم عملية زرع نخاع العظام مدى قوة العزلة كعامل ينذر

بخطر الموت، وقوة العلاقات الوثيقة كعامل للشفاء، فكانت نتيجة الدراسة أن 45% من هؤلاء المرضى الذين شعروا بتعاطف شديد من زوجاتهم وأسرهم وأصدقائهم عاشوا عامين بعد نجاح العملية مقابل 20% من المرضى الذين افتقدوا مثل هذا العون العاطفي. (دانييل جولمان، ت: ليلي الجبالي، 2000، ص 255)

أما Duck فقد وجد في مراجعته للبحوث في هذا المجال أن الأفراد في العلاقات الممزقة يكونون أكثر تعرضاً للنوبات القلبية من أقرانهم المشابهين لهم في السن والجنس.

(روبرت مكلفين، ريتشارد غروس، ت: ياسين حداد وآخرون، 2002، ص 181)

وبناء على ما سبق، جاءت هذه الدراسة لمعرفة طبيعة العلاقة بين قلق الموت ومركز الضبط والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

1- ما مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية؟

2- هل توجد علاقة ارتباطيه بين قلق الموت ومركز الضبط(الداخلي-الخارجي) والمساندة

الاجتماعية(الأسرة-الأصدقاء) لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية؟

3- هل توجد فروق في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف مركز الضبط؟

4- هل توجد فروق في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف طبيعة المساندة

الاجتماعية(الأسرة-الأصدقاء)؟

5- هل توجد فروق في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف: "الجنس-

العمر- نوع الإصابة- نوع المستشفى(حكومي-خاص)- عدد العمليات؟"

6- هل توجد فروق في مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية من ذوي

الضبط(الداخلي-الخارجي) باختلاف: "الجنس- العمر- نوع الإصابة- نوع المستشفى(حكومي-

خاص)- عدد العمليات؟"

7- هل توجد فروق في مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية من ذوي

المساندة الاجتماعية(الأسرة-الأصدقاء) باختلاف: "الجنس- العمر- نوع الإصابة- نوع

المستشفى(حكومي-خاص)- عدد العمليات؟"

ثالثاً/ فروض الدراسة:

2- توجد علاقة ارتباطيه بين قلق الموت ومركز الضبط(الداخلي-الخارجي) والمساندة

الاجتماعية(الأسرة-الأصدقاء) لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية.

- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف مركز الضبط تعزى لذوي الضبط الخارجي.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف طبيعة المساندة الاجتماعية (الأسرة-الأصدقاء).
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف: "الجنس- العمر- نوع الإصابة- نوع المستشفى (حكومي-خاص)- عدد العمليات".
- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية من ذوي الضبط (الداخلي-الخارجي) باختلاف: "الجنس- العمر- نوع الإصابة- نوع المستشفى (حكومي-خاص)- عدد العمليات".
- 7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية من ذوي المساندة الاجتماعية (الأسرة-الأصدقاء) باختلاف: "الجنس- العمر- نوع الإصابة- نوع المستشفى (حكومي-خاص)- عدد العمليات".

ثالثاً/ أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

- 1- محاولة التعرف على مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على إجراء العملية الجراحية.
- 2- الكشف عن طبيعة العلاقة بين قلق الموت ومركز الضبط (الداخلي-الخارجي) والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية.
- 3- الكشف عن الفروق في قلق الموت بين المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف مركز الضبط وطبيعة المساندة الاجتماعية.
- 4- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في قلق الموت بين المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف "الجنس- العمر- نوع الإصابة- نوع المستشفى (حكومي-خاص)- عدد العمليات".
- 5- التحقق من الفروق الموجودة في مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية من ذوي مركز الضبط والمساندة الاجتماعية وذلك باختلاف الجنس- العمر- نوع الإصابة- نوع المستشفى (حكومي-خاص)- عدد العمليات".

رابعاً/ أهمية الدراسة:

- 1- الاطلاع على إحدى الشرائح الموجودة في المجتمع (المرضى المقبلين على العملية الجراحية) والتي تعاني من نقص الاهتمام الأكاديمي وكذا الندرة في دراسة جوانبهم النفسية والاجتماعية.

2- إنها تلبي ضرورة علمية لقلّة البحوث حول هذه الفئة-في حدود علم الباحثة- والانتشار الواسع لقلق الموت، والذي يعتبر من المشاكل التي يعاني منها كل فرد.

3- ستوفر هذه الدراسة بيانات جديدة انطلاقاً من نتائجها، لتكشف عن بعض جوانب شخصية الفرد

المقبل على العملية الجراحية وخصوصية حالته النفسية في هذه الفترة ومحاولة فهمها.

4- ربط مركز الضبط الداخلي بالحالة النفسية للمريض المقبل على العملية الجراحية، وهذا ما نريده من خلال تحديد الخصائص السيكولوجية والاستعدادات المختلفة له.

5- دور الأسرة والمحيط الاجتماعي وأهميتهما في مساندة المريض المقبل على إجراء عملية جراحية ودعمه للتخفيف من قلق الموت.

خامساً/ دواعي وأسباب اختيار الموضوع:

1- الرغبة الشخصية في دراسة هذا الموضوع نتيجة التجربة المهنية للباحثة، أين عاشت عن قرب وكتب الحالة النفسية التي يعيشها المريض المقبل على إجراء العملية الجراحية، حيث لاحظت الباحثة الخوف عند هذه الفئة وتساؤلاتهم حول نسبة نجاح العملية، مع الاختلاف في درجة وشدة الخوف بين هؤلاء المرضى، وهذا ما دفع الباحثة لمعرفة درجة قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات عند عينة الدراسة.

2- تصميم أداة لقياس قلق الموت وأخرى لمركز الضبط، حيث يفيد ذلك في تحقيق أهداف الدراسة، كما يساعد في التعرف على المعاش النفسي للمريض خاصة عند اقتراب موعد العملية الجراحية.

3- محاولة ترجمة المجهودات العلمية المتحصل عليها طيلة سنوات الدراسة للتقصي عن المشاكل النفسية والاجتماعية التي تعاني منها هذه الفئة ومحاولة الكشف عنها، ونتائجها قد تكون مفيدة لوضع برامج وقائية علاجية مستقبلية.

سادساً/ التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

***قلق الموت:** هو حالة انفعالية غير سارة معتمدة على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت.

ويعبر عنه -في الدراسة الحالية- بالدرجة التي يحصل عليها المريض المقبل على العملية الجراحية من خلال إجابته على مقياس قلق الموت.

***مركز الضبط:** هو اختلاف الأفراد في تعميم توقعاتهم حول مصادر التعزيز، فيعتقد الأفراد ذو الضبط الداخلي أن التدعيمات التي تحدث في حياتهم تعود إلى سلوكهم وقدراتهم بعكس الأفراد ذوي الضبط

الخارجي الذين يعتقدون أن التدعيمات والمكافآت في حياتهم تسيطر عليها قوى خارجية كالحظ والصدفة والقضاء والقدر .

ويعبر عنه -في الدراسة الحالية- بالدرجة التي يحصل عليها المريض المقبل على العملية الجراحية من خلال إجابته على مقياس مركز الضبط ويشمل ما يلي:

1- **مركز الضبط الداخلي:** وهو اعتقاد الفرد المقبل على العملية الجراحية أنه مسؤول عما يحدث له من أحداث إيجابية أو سلبية في حياته، اعتمادا على قدراته ومهاراته وجهوده الخاصة. ويعبر عنه - في الدراسة الحالية- بميل الدرجات إلى الانخفاض، فكلما انخفضت الدرجة زاد الميل نحو الضبط الداخلي، وقد حددت الباحثة من يقع في هذا النمط بمن يحصل على درجة ما بين (11-0).

2- **مركز الضبط الخارجي:** ويقصد به ميل إلى الاعتقاد بأثر عوامل خارجة عنه في نتائج سلوكه كالقدر والصدفة والحظ وغيره.

ويعبر عنه- في الدراسة الحالية- بميل الدرجات إلى الارتفاع، فكلما ارتفعت الدرجة زاد الميل نحو الضبط الخارجي، وقد حددت الباحثة من يقع في هذا النمط بمن يحصل على درجة ما بين (12-24).

***المساندة الاجتماعية:** تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين، والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها.

ويعبر عنه -في الدراسة الحالية- بالدرجة التي يحصل عليها المريض المقبل على العملية الجراحية من خلال إجابته على مقياس المساندة الاجتماعية.

***المريض المقبل على العملية الجراحية:** وهو المريض -سواء كان رجلا أو امرأة- سيقوم قريبا أي خلال 24 ساعة الأخيرة بإجراء عملية جراحية، ويكون موقع هاته العملية حسب المنطقة المصابة في الجسم، ويتم إجراؤها في مستشفى حكومي أو خاص.

سابعا/ الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة الخلفية العلمية النظرية والتي تساعد الباحث على إعداد بحث علمي فهي أشبه ما تكون بمجموعة من الأسس والقواعد العامة والمفاهيم التي سوف يهتدي بها الباحث في دراسته لمشكلة البحث. ومن خلال اطلاع الباحثة على التراث السيكولوجي لموضوع الدراسة لم يتم العثور على دراسات اهتمت بشكل مباشر على متغيرات البحث الحالي، وخاصة العينة، فلم تجد الباحثة-حسب حدودها-

أبحاثاً تدرس العينة المختارة في هذه الدراسة ما عدا بعض الدراسات التي كان موضوع بحثها حول الأمراض العضوية بصورة عامة، ومن أجل ذلك قامت الباحثة باستعراض بعض الدراسات السابقة التي عالجت الموضوع بصورة غير مباشرة.

• دراسة (ديفيد ليستر، 1967):

قدّم ديفيد ليستر عام 1967 مسحا للدراسات التي أجريت في هذا الموضوع، وأورد دراسة أجريت على 33 طفلا تراوحت أعمارهم بين يوم واحد و13 عاما، كانوا يحتضرون من السرطان أو أمراض الدم. وقد تعرّض هؤلاء الأطفال لثلاثة ضغوط هي: الانفصال عن الأم، الإجراءات الجراحية، وموت أطفال آخرين. وقام الباحث بملاحظة سلوك هؤلاء الأطفال وتسجيل الأعراض التي بدت عليهم خاصة أعراض الاكتئاب والقلق، كما فُحصت القصص والرسوم التي قاموا بها وقد لوحظ أن قلق الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين يوم واحد إلى أقل من خمس سنوات كان أكثر شدة بالنسبة لانفصالهم عن أمهاتهم، بينما كان الخوف من التشويه أو البتر هو الأكثر درجة بالنسبة لمن تراوحت أعمارهم بين 5-10 أعوام، في حين سيطر القلق بصفة مطردة على الأطفال الذين زادت أعمارهم عن عشر سنوات. فكلما زاد عمر الطفل أصبح الخوف من الموت أكثر إلحاحا وشمولا واستمرارا. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص79)

• دراسة مولنز ولوبيز (Mullins & Lopez.1982) عن قلق الموت لدى كبار السن:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى قلق الموت وكذلك معرفة القيمة التنبؤية للمستوى التعليمي، وللجنس، للسند الاجتماعي، طول مدة الإصابة، الصحة الشخصية، القدرة الوظيفية وقلق الموت لدى هذه العينة من كبار السن المقيمين في ثلاث بيوت للمريض قوامها (228) مفحوصا تم تقسيمهم إلى مجموعتين مختلفتين من حيث السن، فالمجموعة الأولى بواقع (103) مفحوصا تمثل صغار الشيوخ (74 فأقل) و (125) مفحوصا تمثل كبار الشيوخ (75 فأكثر)، وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- هناك قلق موت عال لدى نسبة كبيرة وجوهرية من مفحوصي مجموعة كبار السن مقارنة بالمفحوصين الكبار فقط من أفراد المجموعة الأولى.
- وجود ارتباط بين قلق الموت المرتفع وتدهور الحالة الصحية، سوء القدرة الوظيفية، نقص السند الاجتماعي، وطول مدى الإقامة لدى عينة صغار الشيوخ.
- وجود ارتباط بين قلق الموت المرتفع وتدهور الحالة الصحية، وسوء القدرة الوظيفية وارتفاع المستوى التعليمي لدى عينة كبار الشيوخ.

• دراسة ساندلر ولاكي (Sandler.I.N& Lakey.B, 1982): "مركز التحكم كمعدل للضغط: دور

إدراكات التحكم والدعم الاجتماعي":

بحثت هذه الدراسة في تأثير المعتقدات المتعلقة بمركز التحكم كمتغير للفروق الفردية على:

(أ)- العلاقة بين الأحداث الحياتية السلبية والاضطراب النفسي.

(ب)- إدراكات التحكم في الأحداث الحياتية السلبية.

(ج)- تلقي الدعم الاجتماعي وأثره، إذ قام 93 طالب معهد (52 منهم ذوي مركز تحكم داخلي و 11 من

المتبقين ذوي مركز تحكم خارجي) بسرد الأحداث السلبية التي طرأت لهم خلال السنة التي مضت كما

قاموا بالإدلاء عن إدراكهم للتحكم في هذه الأحداث، وعن عدد التفاعلات الاجتماعية الداعمة التي

يدركونها، وعن الأعراض النفسية لديهم(قلق/اكتئاب)، واتضح أن الارتباط بين الأحداث السلبية والقلق

والاكتئاب كان أقوى لدى "الخارجيين" مقارنة بـ"الداخليين".

كما اتضح أن مركز التحكم أثر على تلقي الدعم الاجتماعي وتأثيره، وارتبطت "الخارجية" إيجابيا بكمية

الدعم المدركة.

-وتبين أن مركز التحكم والمعتقدات المتعلقة به يعمل كمتغير للشخصية ويسمح بتحديد الفروق الفردية

وأنة يتوسط تأثير الأحداث السلبية على الصحة النفسية للفرد. إذ اتضح أن مركز التحكم الداخلي يقلل

من خطر الوقوع في اضطرابات القلق والاكتئاب عند تجربة أحداث سلبية وضاعطة، كما أنه يؤثر على

تلقي الفرد للدعم وعلى تأثير هذا الأخير عليه. أما مركز التحكم الخارجي فقد ارتبط إيجابيا بكمية الدعم

المدركة. ونستنتج من ذلك أن مركز التحكم يتدخل في سيرورة إدراك الدعم الاجتماعي لدى الفرد.

• دراسة شولتز وساكلوفسك (Schultz& Saklofske 1983): هدفت الدراسة إلى قياس العلاقة بين

المساندة الاجتماعية وكل من تقدير الذات، والشعور بالوحدة، ومركز الضبط على عينة من طلاب

الجامعة(71 من الذكور و 33 من الإناث) بمتوسط عمر قدره 19.8 وانحراف معياري قدره 08 سنوات.

ومن بين النتائج المتوصل إليها: أن هناك فرق وحيد بين بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية أي بين

المجموعة المرتفعة والمجموعة المنخفضة على بعد الرضا، مما دعا إلى القول بأن درجة الرضا عن

المساندة الاجتماعية هي التي تؤثر في المتغيرات التابعة السابقة.(Schultz & Saklofske , 1983)

• دراسة لفكور ومارتن وصالح(1984) Lefcourt H.M, Martin R.A & Saleh W.E

بعنوان: "مركز التحكم والدعم الاجتماعي كمعدلات تفاعلية للضغط"

تعارضت نتائج التجارب الثلاث لهذه الدراسة والتي أجريت لدى 211 طالب، مع ما توصل إليه "ساندلر" و"لاكي" (1982) من نتائج تنص على الأشخاص ذوي مركز تحكم داخلي يستفيدون من منافع الدعم الاجتماعي بدرجة أكبر مما يستفيدون منه الأشخاص ذوي اتجاه أكثر خارجية في التحكم. كما وجد الباحثون أن الأثر المعدل للدعم الاجتماعي انطبق بصفة واسعة على الأفراد الأقل ارتباطا والأكثر استقلالية، وبالتالي تم استنتاج أن الدعم الاجتماعي يكون أكثر نفعاً بالنسبة للأفراد الذين يتمتعون بتناول أدائي ومقتصد للتفاعلات الاجتماعية.

• دراسة أحمد محمد عبد الخالق (1987):

هي من الدراسات العربية الهامة التي تناولت قلق الموت والمتغيرات النفسية والشخصية والثقافية المرتبطة به مثل: الجنس، والعمر، والمهنة، والدين، والثقافة، وتألفت العينة من (257) طالب وطالبة من طلاب الجامعة، منهم (125) من الذكور و(132) من الإناث، وطبق عليهم مقياس قلق الموت من إعداده. وتشير النتائج إلى أن قلق الموت عند المصريين له أسباباً مختلفة منها: الخوف من العقاب الإلهي والخوف من يوم القيامة، وضعف الإيمان، والخوف من مصير الأسرة والأبناء، كما توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين حيث حصلت الإناث على درجات مرتفعة عن الذكور في مقياس قلق الموت ويرجع ذلك إلى أن الإناث يخفن من تحلل وفناء الجسم، والخوف من أن يتركن وحيدات بعد فقدان الزوج. (أحمد عبد الخالق، 1987، صص 201، 202)

• دراسة سولومون وميكولنسر وأفيتزور (1988) Solomon Z. Mikulincer M & Avitzur E

بعنوان: "مواجهة الضغط ومركز التحكم والدعم الاجتماعي واضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالحرب": حيث قامت هذه الدراسة بمعالجة العلاقات بين التعامل مع الضغط ومركز التحكم والدعم الاجتماعي واضطراب ما بعد الصدمة عقب الحرب (PTSD)، وتكونت العينة من 262 جندي إسرائيلي عاشوا حلقة استجابة لضغط الحرب Combat stress réaction épisode، وقد تمت متابعتهم مدة سنتين وثلاث سنوات بعد مشاركتهم في الحرب، وتم قياس متغيرات الدراسة المتمثلة في: (أ) - المصادر الشخصية: نمط التعامل (انفعالي أو معتمد على حل المشكل) ومركز التحكم (داخلي/خارجي).

(ب) - المصادر الاجتماعية: مستوى إدراك الدعم الاجتماعي.

وكأساليب إحصائية تم استعمال: معالجة إحصائية وصفية للمعلومات والارتباطات والانحدار المتعدد وتبين أن هناك علاقات دالة بين مركز التحكم ونمط الـ "كوبين" Coping والدعم الاجتماعي وبين الضغط

بعد الصدمي في كلا زمني القياس (الأول بعد سنتين من المشاركة في الحرب والثاني بعد ثلاث سنوات أي بعد سنة من القياس الأول)، كما أن التغيير في أسلوب التعامل كان مرتبطاً بمعدل تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة من الزمن 1 إلى الزمن 2. وأظهرت نتائج هذه الدراسة مدى أهمية اقتران أنماط التعامل بمصادر شخصية (مركز التحكم) وأخرى اجتماعية (كالدعم الاجتماعي)، إضافة إلى التقييم المعرفي (إدراك الدعم والبحث عن حل للمشكلة) في مواجهة الوضعيات العالية الضغط والحفاظ على الصحة النفسية على المدى الطويل.

● **دراسة النيال (1991):** هدفت هذه الدراسة إلى فحص الفروق في كل من القلق كحالة، وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، وكانت الفرضية الموضوعية من قبل الباحثة أن هناك فروقا جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتين ما قبل إجراء الجراحة وبعدها، إذ يرتفعان قبل العملية وينخفضان بعدها وتكونت عينة الدراسة من 23 مريضا عضويا ذكرا كانوا يجرون عمليات جراحية من النوع الكبير، وكان متوسط أعمارهم 36.2 سنة، واستخدمت "النيال" مقياسا لحالة القلق ومقياسا لقلق الموت وتم تطبيقهما مرتين، الأولى قبل إجراء الجراحة بأربع وعشرين ساعة والثانية بعد إجراء الجراحة بخمسة أيام. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق جوهرية في مقياسي حالة القلق وقلق الموت بين حالتين ما قبل الجراحة وبعدها.

● **دراسة راماس واني، فيس واثان (Ramas Wany, Vis Wanathan M D) 1996 بعنوان: قلق الموت، مركز الضبط والرغبة في الحياة عند الأطباء**
هذه الدراسة تكشف الاختلاف بين الجنسين في قلق الموت، مركز الضبط، والرغبة في الحياة عند الأطباء، وإذا ما كانت لهذه المتغيرات تأثير على السلوك الإكلينيكي للأطباء حول الإشعار بالموت. وخضع للمقياس 155 شخصا حاضرا بالإضافة إلى الأطباء العاملين في المستشفيات الذين أجابوا على الاستبيانات المرسلة بالبريد. وسجلت الطبيبات الإناث درجات أعلى في مقياس قلق الموت من الأطباء الذكور. وهناك علاقة بين قلق الموت ومركز الضبط وسجل الأطباء النفسيون درجات أعلى في مقياس قلق الموت من الأطباء الجراحين. كما أن درجات الأطباء الباطنيين تعبر أكثر عن اتجاههم نحو مركز الضبط الخارجي. وارتبطت الرغبة في الحياة عكسيا مع قلق الموت ومركز الضبط الخارجي. وكان قلق الموت مرتبطاً بالأسلوب المفضل للأطباء في نقل أخبار وفاة المريض المفاجئ إلى أهله الأقرباء.

● **دراسة عناصر محمد نجيب (2002):** هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مركز التحكم والقلق والدعم الاجتماعي بالضغط المهني لدى أساتذة التعليم العالي، واعتمدت الدراسة على عينة قوامها (120) أستاذا

من جامعة الجزائر، حيث استخدمت أدوات متعددة ومن بين أهم النتائج المتوصل إليها: وجود ارتباطات دالة إحصائياً بين الضغط وقلق الحالة من جهة أخرى وبين الضغط والدعم الاجتماعي من جهة أخرى كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين الأساتذة على متغيرات الضغط وإدراك الضغط وقلق الحالة، وفق مجموعة من المتغيرات المميزة كالجنس، والتخصص، ومركز التحكم، والدعم الاجتماعي.

- **دراسة نصر أحمد (2010):** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان ببعض المستشفيات الحكومية بمصر، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (30) مصاباً بمرض سرطان الدم، وتتراوح أعمارهم ما بين (18-22) عاماً واستخدم الباحث مقياس قلق الموت من إعداد أحمد عبد الخالق، واستبيان المساندة الاجتماعية من إعداد أمينة محمد مختار، ومن أبرز نتائج هذه الدراسة: وجود علاقة سالبة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية لدى المصابين بمرض سرطان الدم، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين (الذكور-الإناث).
- **دراسة سليمان علي أحمد وحليمة السعيد الكرستي (2010):**

بعنوان: مركز الضبط وعلاقته ببعض المتغيرات لدى مرضى الإيدز بمستشفى الأبيض التعليمي بالسودان.

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مركز الضبط والتحكم لمرضى الإيدز بمستشفى الأبيض التعليمي وعلاقته ببعض المتغيرات، واستخدم الباحثان المنهج الوصفي وخاصة الدراسات الارتباطية، وتم اختيار عينة مكونة من (100) مفحوص (49) ذكور و (51) إناث من مركز الإرشاد والفحص الطوعي بالمستشفى نفسه تم اختيارهم بالطريقة القصدية مع تطبيق مقياس مركز الضبط من إعداد فاروق عبد الفتاح موسى، وأظهرت النتائج ارتفاع الضبط الداخلي لدى مرضى الإيدز مقابل الضبط الخارجي، وعدم وجود فروق بين الجنسين (الذكور والإناث) في جهتي مركز الضبط الخارجي والداخلي لدى أفراد العينة ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين وجهة مركز الضبط الخارجي والعمر وعدم وجود علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الداخلي والعمر.

- **دراسة أحمد يحي عبد النعيم (2012):** بعنوان المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكنتاب وقلق الموت لدى عينة من أطفال مرضى السرطان بمستشفى 57357 بمصر.

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاكنتاب وقلق الموت لدى عينة من أطفال مرضى السرطان، وبناءاً عليه تم استخدام المنهج الارتباطي المقارن وتكونت عينة الدراسة من

(100) طفل (50) ذكور و (50) إناث تراوحت أعمارهم بين (12-15) سنة ممن يعانون من سرطان الدم الحاد، واعتمد الباحث على مقياس الاكتئاب لـ(غريب عبد الفتاح، 1992) كما استخدم مقياس المساندة الاجتماعية للأطفال ومقياس قلق الموت من إعداد الباحث. وتوصل إلى أن الأطفال المصابين بمرض سرطان الدم الحاد يعانون من ارتفاع مشاعر قلق الموت والاكتئاب، وأن المساندة الاجتماعية التي تُقدّم لهم ترتبط ارتباطاً عكسياً بكل من الاكتئاب وقلق الموت، أي أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية المقدمة لهم انخفض قلق الموت والاكتئاب لدى عينة الدراسة.

ومن حيث الجنس توصلت الدراسة أن العينة يوجد فيها فروق بين الجنسين الذكور والإناث في تلقي المساندة الاجتماعية وذلك لصالح الإناث، ولا توجد فروق بين الجنسين في كل من قلق الموت والاكتئاب.

- **دراسة احمان لبنى(2017):** هدفت هذه الدراسة لمعرفة دور كل من مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين الضغوط النفسية والمرض الجسدي، واعتمدت الدراسة على عينة قوامها (335) فرداً من الجنسين، واستخدمت أدوات متعددة، وأسفرت الدراسة على عدة نتائج أهمها:
 - يعتقد أفراد العينة بانخفاض في مصدر الضبط الصحي الخارجي، الحظ، والارتفاع في مصدر الضبط الصحي الداخلي.
 - الذكور والإناث الأكبر سناً أكثر اعتقاداً في مصدر الضبط الصحي الخارجي، ونفوذ الآخرين
 - عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير السن والجنس في كل من بعدي مصدر الضبط الصحي الداخلي، والحظ.

- **دراسة عمر الريماوي، سوزان أبو هلال(2015):** هدفت الدراسة إلى التعرف على المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس، وطبق مقياس المساندة الاجتماعية وقلق الموت على عينة عشوائية طبقية بلغت (184) من المسنين.

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس، بينما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات المساندة الاجتماعية لدى المسنين تبعاً لمتغير عدد الأبناء، وبتغير الأمراض التي يعاني منها لصالح الذين لا يعانون من الأمراض، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت تبعاً لمتغيرات (الجنس-عدد الأبناء)، بينما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المسنين تبعاً لمتغير العمر، وبتغير الأمراض 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.

- دراسة قمرأوي إيمان، قمرأوي محمد(2017): بعنوان القلق لدى المريض المقبل على العملية الجراحية للعين بوهران. وهدفت الدراسة إلى التعرف على الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة البصرية، والكشف عن الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها المريض المقبل على العملية الجراحية للعين في أجنحة الجراحة، ومدى أهمية التحضير النفسي له. وتم استخدام المنهج الوصفي والعيادي وأساليب إكلينيكية كالملاحظة والمقابلة، وطبق مقياس القلق كسمة والقلق كحالة، وتكونت عينة الدراسة من 10 حالات تتراوح أعمارهم بين 20-50 سنة وتم اختيارهم حسب درجة الإعاقة وحدتها على أن تكون الإعاقة جزئية وليس كف كلي.

وأظهرت النتائج وجود اضطرابات نفسية للمعاق كالقلق والخوف خاصة عند دخوله للمستشفى لأول مرة ولعدم معرفته بطبيعة هذه العملية الجراحية، بالإضافة إلى وجود صعوبة في التكيف مع المحيط الاستشفائي الجديد الذي يعيشونه، بسبب وجودهم في وسط طبي يخضع لقوانين يجب احترامها بالإضافة إلى غياب الأهل وإحساسهم بالوحدة.

- دراسة (yan cai, quiyun li, quingrong tan dongbo tu) حول بناء المقياس العربي لقلق الموت: يعتبر المقياس العربي لقلق الموت (ASDA) أحد أكثر المقاييس المستخدمة على نطاق واسع لقلق الموت، تم تطبيقه بشكل متزايد في العديد من الدراسات. ومع ذلك فإن بناءه مستمد من الدراسات المختلفة المتعارضة جدا. في هذه الدراسة تم استخدام كل من المقاربات التقليدية والجديدة واستخدمت أساليب النمذجة للتحقيق من البنية المثلى لمقياس قلق الموت العربي ASDA، حيث طبق على عينة مكونة من 984 من طلاب الجامعات الصينية. بعد سلسلة من المقارنات أظهرت النتائج أن النموذج الثنائي العاملي والنموذج العام لقلق الموت هو المهيمن وثلاثة أبعاد فرعية مميزة، وتم تأكيد ثبات المقياس للنموذج الثنائي - العاملي بين الجنسين. استناداً إلى الآثار المترتبة على هذا النموذج، وتركز النقاش على ما إذا كانت الأبعاد المتميزة يجب تفسيرها أم لا. ونوقشت بعض نقاط القوة في الدراسة أيضا في نهاية الورقة.
- دراسة وي كاي، يونغ لونغ تانغ، سانغ يو، وهونغ لي

(ng-lung tang, song wu, and Hong li) حول مقياس قلق الموت: تطور

وصحة المقياس

وضعت هذه الدراسة للتحقق من صحة مقياس جديد وتقييمه وهو قلق الموت (مقياس قلق الموت) على ردود الأفعال الجسدية والإدراكية والعاطفية والسلوكية للفرد انطلاقا من الأعراض، وطبق المقياس على عينات من الشباب الصيني. وبعد الدراسة، تم تحديد هيكل لأربعة عوامل في مقياس قلق الموت من

خلال تحليل المكونات الرئيسية له وتحليل عامل التأكيد الذي كشف على أربعة جوانب من قلق الموت وهي: خلل التوتر، اقتحام الموت، والخوف من الموت، وتجنب الموت. ونتائج هذه الدراسة تشير إلى أن مقياس قلق الموت لديه هيكل عامل واضح وخصائص سيكومترية جيدة. فمقياس قلق الموت دعم قلق الموت باعتباره بناء متعدد الأبعاد والعامل الأساسي الذي يولد قلق الموت هو الخوف من الموت. وهو قيمة مفيدة للبحث عن قلق الموت. وتسهم هذه الدراسة بشكل كبير في الأبحاث لأن مقياس قلق الموت هو أول تقييم لقلق الوفاة ليشمل بنيات خلل التوتر والأعراض الجسدية.

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة يتضح أنها اتفقت مع الدراسة الحالية في بعض الجوانب واختلفت في البعض الآخر، وفيما يلي سيتم تناولها: من حيث المتغيرات يتضح أنها اتفقت مع الدراسة الحالية (قلق الموت - مركز الضبط - المساندة الاجتماعية)، ولكن بشكل منفرد بحسب الدراسة حيث تباينت وتنوعت واختلفت، فنجد أن قلق الموت ارتبط بالعديد من المتغيرات: كالمساندة الاجتماعية الجنس، العمر كدراسة "مولنز ولوبيز (1982)، ودراسة أحمد عبد الخالق (1987)، ودراسة نصر أحمد (2010)، ودراسة الريماوي وأبو هلال (2015) ودراسة أحمد عبد النعيم (2012)".

كما ركزت بعض الدراسات السابقة على مركز الضبط وعلاقته ببعض المتغيرات خاصة المساندة الاجتماعية كدراسة "شولتز وساكلوفسك (1983)، ودراسة ساندلر ولاكي (1982) ودراسة لفكور ومارتن وصالح (1984)، وكذا دراسة سولومون وميكونسر وأفيتزور (1988) ودراسة عناصري محمد (2002) ودراسة احمان لبنى (2012).

أما دراسة سليمان والكرستي (2010) فقد ركزت على علاقة مركز الضبط ببعض المتغيرات الأخرى كمتغير الجنس.

وهناك دراسات قامت ببناء مقياس قلق الموت أو حساب خصائصه السيكومترية للتأكد من صحته كدراسة يونغ كاي وآخرون ودراسة وي كاي وآخرون.

بينما تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة أنها جمعت بين متغيرات الدراسة الثلاثة لأنها تهدف للكشف عن علاقة قلق الموت بمركز الضبط والمساندة الاجتماعية لدى المقبلين (ات) على العملية الجراحية، ولا توجد دراسة جمعت هذه المتغيرات معا بل كانت الدراسات حول متغيرين دون آخر كمتغير قلق الموت مع المساندة الاجتماعية أو مركز الضبط مع المساندة الاجتماعية أو قلق الموت مع مركز الضبط.

*من حيث العينة: لقد ركزت الدراسة الحالية على المرضى المقبلين على العملية الجراحية بينما اختلفت أغلب الدراسات السابقة من حيث العينة، حيث تناولت بعض الدراسات فئة المرضى كمرضى السرطان والإيدز "كدراسة ديفيد ليستر التي ركزت على الأطفال مرضى السرطان منهم تعرض لإجراءات جراحية وكدراسة نصر، سليمان والكرستي، وأحمد عبد النعيم". أما باقي الدراسات السابقة فقد تناولت فئات مختلفة كالمسنين "كدراسة مولنز، الريماوي وأبو هلال" وكانت فئة الطلبة هي الفئة الأكثر استهدافا وتركيزا في الدراسات السابقة "كدراسة شولتز، أحمد عبد الخالق، ساندلرولاكي، لفكور ومارتن وصالح".

أما دراسة النيال فقد كانت دراستها للعينة مشابهة كثيرا لدراستنا وهي "العملية الجراحية" إلا أنها تناولت الموضوع حول متغير واحد وهو قلق الموت وطبقت على الذكور فقط وليس الجنسين.

*من حيث المنهج: تنوعت واختلفت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة لكن أغلبها تبنى المنهج الوصفي على الرغم من اختلاف أساليبه بين بعضها البعض.

*من حيث الأدوات المستخدمة: تنوعت واختلفت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة فمنها من قام بإعدادها أو تعريبها أو تكيفها كدراسة أحمد عبد النعيم الذي قام ببناء "قلق الموت" لأحمد عبد الخالق و"المساندة الاجتماعية". وهناك من استخدم مقياس قلق الموت لأحمد عبد الخالق أو تمبلر كدراسة أحمد عبد الخالق، ودراسة نصر، ومنهم من استخدم مقياس "مركز الضبط" لفاروق موسى ومركز الضبط لروتر للطلبة والأساتذة.

أما دراسة الحالية فقد عمدت إلى استخدام مقياس المساندة الاجتماعية الذي قام بتقنيه بشير معمريه، أما المقياسين الآخرين فقد تمّ بناء أداتين تقيس إحداها قلق الموت والأخرى مركز الضبط حتى تتناسب مع عينة الدراسة وهي المرضى المقبلين على العملية الجراحية، وهذا ما يميزها عن الدراسات السابقة.

*من حيث النتائج: أظهرت الدراسات التي اهتمت بقلق الموت وعلاقته بالمساندة الاجتماعية أن هناك علاقة سالبة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية كدراسة "مولنز ولوبيز، ودراسة نصر أحمد، ودراسة الريماوي وأبو هلال، ودراسة أحمد عبد النعيم.

كما اتضح أن مركز التحكم الداخلي يقلل من خطر الوقوع في اضطرابات القلق، كما أنه يؤثر على تلقي الفرد للدعم الاجتماعي، وهذا ما أكدته دراسة ساندلر ولاكي، ودراسة عناصري لكن هذه الأخيرة لم تفصل في ذلك بل ذكرته إجمالاً.

لكن دراسة لفقور ومارتن وصالح تعارضت نتائجها مع النتائج السابقة، وهي نتيجة هامة تناقض كلياً ما حددناه في فرضيات الدراسة ونتائج الدراسات السابقة، وهذا ما نحاول إثباته أو تبيان عكسه بالنسبة لموضوع الدراسة الحالية.

ولقد أكدت بعض الدراسات وجود فروق بين الجنسين في مستوى قلق الموت لصالح الإناث كدراسة أحمد عبد الخالق، لكن دراسة كل من نصر أحمد، والريماوي وأبو هلال، وأحمد عبد النعيم أكدوا العكس أي عدم وجود فروق بين الجنسين.

أما بالنسبة للسن فهناك فروق في مستوى قلق الموت لكبار السن أي كلما زاد العمر زاد القلق من الموت وهذا ما أكدته دراسة مولنز ولوبيز، ودراسة ديفيد ليستر، ودراسة الريماوي وأبو هلال. كما أنه لا توجد فروق بين الجنسين في مركز الضبط، لكن هناك فروق في السن في هذا المتغير، وهذا ما أكدته دراسة احمان لبنى، ودراسة سليمان والكرستي.

وبالتالي فإن هذه الدراسة تتفرد عن الدراسات السابقة في أمرين:

الأول: التحقق من وجود علاقة بين قلق الموت ومركز الضبط(الداخلي-الخارجي) والمساندة الاجتماعية.

الثاني: ندرة التطبيق على عينة المرضى المقبلين على إجراء العملية الجراحية والتي لم تحظ بدراسات سابقة في نفس الموضوع.

كما استفاد البحث الحالي من الدراسات السابقة في صياغة أهداف الدراسة وفروضها، وكذا أدوات

البحث والأساليب الإحصائية المستخدمة في تلك الدراسات.

الفصل الثاني: قلق الموت

تمهيد

أولاً/ قلق الموت:

I - تعريف الموت

- تعريف قلق الموت II

III - النظريات المفسرة للموت والقلق منه

1- التصور الفلسفي

2- التصور النفسي

3- التصور البيولوجي

4- التصور الديني

- مكونات قلق الموت IV

- أنواع قلق الموت V

- أسباب قلق الموت VI

VII - علاقة قلق الموت ببعض المتغيرات

XII - قياس قلق الموت

ثانياً/ العملية الجراحية:

-
- I - تعريف الجراحة
- II - تعريف العملية الجراحية
- III - أنواع العمليات الجراحية
- IV - تصنيف العمليات الجراحية
- V - الأدوات الجراحية
- VI - التحضير للعملية الجراحية
- خلاصة الفصل

تمهيد:

في السنوات الأخيرة ظهر الاهتمام بدراسة قلق الموت على اعتبار أن الموت ظاهرة حتمية لكل إنسان في هذه الحياة، كما أنها ظاهرة كانت ومازالت تلعب دورا حاسما في تفكير الإنسان وسلوكه وانفعالاته منذ أقدم العصور، فهو مرتبط لدى الكثيرين بانفعالات عنيفة ومشاعر واتجاهات سلبية تُجمع معا مكونة ما يسمى بـ "قلق الموت"، فهذا الأخير هو نوع من أنواع القلق العام غير الهائم أو الطليق والذي يتركز على موضوعات متصلة بالموت والموت مفهوم مجرد لكنه حقيقة مادية وفعل واقعي يشبه المفاهيم الأخرى مثل الخوف من الوحدة أو التقدم في العمر. وسنتطرق في هذا الفصل بتفصيل أكثر عن ذلك.

قلق الموت:/أولا

- تعريف الموت: I

"وتعني توقف Mortir" ومصدرها لاتيني من كلمة "la mort" الموت ترجمة لكلمة "N.Siellamy* حسب) الحياة، فالموت هو التوقف النهائي للوظائف العضوية، فبعدها كانت تعرف بأنها توقف القلب والتنفس (Nobert Siellamy,1999, p172 أصبحت تعرف على أنها توقف نشاط الجهاز العصبي المركزي).

*أما من منظور علم النفس فالموت هو: "الكف التام والدائم للوعي والشعور وتوقف المخ من أداء دور القائد بالنسبة للعمليات الحركية والحسية الدنيا والوظائف العقلية العليا".

*ويعد الموت في الدين الإسلامي مفارقة الروح للجسد وخروجها منه، والموت ليس عدما، وإنما انتقال من حال إلى حال، فالموت في الإسلام هو قضاء الله وحكمته بأن يعيش الإنسان عمرا زائلا في الدنيا ثم يعيش خالدا في الآخرة.(أحمد عبد الخالق، 1987، ص15).

- تعريف قلق الموت: II

(نقلا عن (بشير معمريّة) وهو من أكثر التعريفات الشائعة لقلق Templer,1972*تعريف (تمبلر، الموت فيعرفه على أنه:

" خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه."(بشير معمريّة، 2007، ص212).

(: فالأول يعرف قلق الموت على أنه: "Dixtien 1972) و (ديكستاني Holter 1979*تعريف(هولتر استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر فيعرفه على أنه: "التأمل الشعوري في حقيقة الموت Dixtien من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت." أما والتقدير السلبي لهذه الحقيقة. "(أحمد عبد الخالق، 1987، ص38)

(نقلا عن(فاروق السيد عثمان): " أن مشكلات التكيف Ernest Biker*ويرى (أرنيست بيكر والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت." (عثمان السيد فاروق، 2001، ص74)

*وعرفه(أحمد عبد الخالق، 1999) بأنه: " نوع من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف، تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجاتها." (أحمد عبد الخالق، 1999، ص178)

من خلال التعاريف السابقة نلاحظ أنها تتمحور حول محور واحد وهو الحالة الانفعالية المكدره للفرد الناجمة عن أفكاره المتصلة والمرتبطة بالموت، ويزداد هذا الشعور عند المواقف التي تهدد حياته كالأمرض، الآلام الخضوع للعمليات الجراحية التي ترتبط كلها بالموت.

وأخيرا يمكننا تعريف قلق الموت على أنه: "استجابة انفعالية غير سارة يعيشها الفرد تتضمن مشاعر سلبية مما يجعله يفكر في الموت دائما ويتربص حدوثه في أي لحظة خاصة عندما يمر بمواقف معينة تهدد حياته كالخضوع للعمليات الجراحية، التعرض للأمراض، الآلام...إلخ."

– النظريات المفسرة للموت والقلق منه:III

لقد اختلفت وجهات النظر لتفسير موضوع الموت والقلق منه بتعدد النظريات واختلافها في التفسير ومن بين هذه النظريات نجد:

1- التصور الفلسفي:

في العصور البدائية لم يكن الموت بعد لازمة ضرورية للوضع البشري، إذ كان يعتقد أن الإنسان ولد خالدا لكن الآلهة هي التي بعثت بالموت بعد أن أخذتها الغيرة من الإنسان الذي طردها من الأرض.

أما المصريون القدماء فاتخذوا من التحنيط وسيلة للتخليد وإنكار الفناء، فالموت لديهم تغيير للشكل فحسب وهو وسيلة لإعادة الحياة من جديد.

، 600 ق.م) أن الموت لم يكن مخيفا بالنسبة لأبناء العصور القديمة، غير أن **Leisong** ويقول (ليسنج (يقول أنه ما من شيء كان مقينا **Rood** الباحثين الذين أعقبوه عارضوا وجهة النظر هذه إذ نجد (رود (أن الوعي الكاسح بالفناء يشيع العتمة في التيار **Conford** بالنسبة للإغريق كالموت، وكتب (كونفورد الرئيسي للفكر الإغريقي بأسره. (جاك شورون، 1984، ص36).

ثم جاء "سقراط" (470-399 ق.م) ليقول: "ألم تعلموا أن الطبيعة حكمت عليّ بالموت منذ لحظة الميلاد." (فارس نظمي، 2007، ص21)، أما "أفلاطون" فيرى أن الموت عملية لا تؤثر إلا في الجهاز العضوي الجسمي وأن النفس لا تموت، وأن الجسد عائق لتحقيق المعرفة لأن حواسنا تشوش رؤيتنا العقلية القادرة على رؤية نور الحقيقة وأن الفيلسوف الحق يسعى إلى الموت والاحتضار دوماً لأنه يسعى وراء الحقيقة. (، وآمن "أرسطو" (384-322 ق.م) بخلود العقل الذي يأتي إلى الإنسان من 54 (جاك شورون، 1984، ص (فارس نظمي، 2007، ص21) الخارج إنه العنصر الإلهي في الإنسان وهو وحده الذي لا يفنى عند الموت.

وفي الفلسفة الحديثة نظر "هيغل" (1770-1831) إلى أن الموت بوصفه مرحلة من مراحل تجلي الحقيقة "الحقيقة المطلقة" ويتوحد فيه ما هو إلهي وما هو إنساني، ويرى الوجوديون أن الموت لا يعني نهاية الوظيفة الجسمية أو نقطة النهاية للوعي والعلاقات الاجتماعية، إن الموت يتخلل رمزيا حياة الفرد كلها وهو متجسد في حالات خيبة أمل الإنسان وعجزه ومحاولاته الفاشلة في إدراك المعنى، وأن الخوف من الموت أو القلق إزاءه أمر طبيعي وأن الشيء غير الطبيعي هو في مساعدتنا على نسيان الموت أو أن نخدع أنفسنا بأن الموت ليس أمرا واقعيا. (حسين قاسم صالح، 1984، ص346)

أما عند الفلاسفة العرب فنجد "ابن رشد" يشبه الموت بالنوم فهو تعطيل مؤقت للحياة، وتعود بعده النفس إلى حياة أخرى، وهذا التعطيل لا يرجع لفساد جوهر النفس وإنما لفساد البدن الذي كانت تتخذه أداة المعرفة عن طريق الحواس والخيال.

ويؤكد "الغزالي" أن الموت تغيير حال فقط وأن الروح باقية بعد مفارقة الجسد إما معذبة وإما منعمة ومعنى مفارقتها للجسد انقطاع تصرفها عنه بخروجه عن طاعتها.

في حين نجد أن "ابن سينا" يذكر أن الجوهر أي(النفس) لا يفنى بعد الموت ولا يبلى بعد المفارقة عن البدن ذلك أن جوهره أقوى من جوهر البدن ولأنه محرك هذا البدن ومدبره ومتعرف عليه، والبدن منفصل عنه تابع له فإذا مات البدن تخلص جوهر النفس عن جنس البدن، فإذا كان كاملاً بالعلم والحكمة والعمل الصالح انجذب إلى الأنوار والإلهية وفاضت عليه السكينة والطمأنينة. (ابن سينا، 1952، ص186)

2- التصور النفسي:

افترض "فرويد" رائد مدرسة التحليل النفسي وجود غريزتين ينطوي فيهما كل ما يصدر من الإنسان من سلوك وهما غريزة الحياة وغريزة الموت وكل منهما تعمل نقيض الأخرى، فغريزة الحياة تعمل وفقاً لمبدأ اللذة ومهمتها إعادة الحياة العضوية إلى حالة حية وهي تنسب إلى الأنا، بينما غريزة الموت فتمثل نزعة فطرية إلى العدوان والهدم موجهة أساساً إلى الذات عكس اتجاه الحياة.

كما يعتقد فرويد أن حيلة الخوف من الموت هي عبارة عن تخلي الأنا بدرجة كبيرة عن شحنته الجنسية النرجسية، وأن الخوف من الموت يتعلق بالتفاعل بين الأنا والأنا الأعلى، ويقول فرويد أن الخوف من الموت يظهر في حالتين إما كرد فعل لخطر خارجي في صورة رغبة في العدوان والتدمير، وإما كعملية داخلية في صورة قلق مرضي. (فرويد سيجموند، 1961، ص125). أي أن ما يدور من صراع في الحقيقة ما هو إلا صراع بين الحب والكراهية وحسب ما يظهر الأنا الأعلى إما حام أو مضطهد نحو الأنا، وبذلك (Daniel.B,1989,p96) فالأنا يشعر إما بالمحبة أو الكراهية أي أنه معرض للحياة أو الموت في الحرمان.

ويؤكد فرويد أن الرفض أو النبذ في مرحلة الطفولة قد يؤدي بالفرد فيما بعد إلى أن يطور دفاعات ضد هذا الألم، وإذا ما كان هذا الفرد قد عانى من حالة فقدان في الطفولة ويعاني في حاضره من نبذ أو عزلة وتشوش في استعمالاته لآلياته الدفاعية فإنه قد يستسلم للموت. (صالح قاسم حسين، 2002، ص485)

أما "ميلاني كلاين" فتري أن الموت وإسهامه يخيف الإنسان ويهدد حياته، وتعتقد أن الخوف من الموت هو أصل كل قلق الذي يصيب الإنسان في حياته، وهو أساس كل الأفكار والتصرفات العدائية.

(أن كل خوف نعانیه Shtikel(عسيلة إبراهيم محمد، 2015، ص 375). وحول هذا المعنى يقول(شيتكل

متشعب من الخوف من الموت. (محمد نبيل عبد الحميد، 2003، ص105)

أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي، وخصوصا في (Carl.G.Jung كارل يونغ) ويؤكد النصف الثاني من حياة الإنسان. (عثمان فاروق، 2001، ص74)

(أن النزوع نحو الحياة إيجابي وإنتاجي بناءً، في حين أن النزوع نحو الموت Fromm ويشير (فروم). وأن الخوف من الموت ليس كما تدل الظواهر خوفاً من Fromm.E.E, 1960,p 215 سلبي وتجريبي هدام.)
توقف الحياة، فمن المؤكد وجود خوف من الآلام والمعاناة التي يمكن أن تسبق الموت، ولكن هذا النوع من الخوف يختلف عن الخوف من الموت ذاته، إلا أن له ما يبرره إذا مورست الحياة كما لو كانت شيئاً يمتلك، إذ يكون الخوف ليس خوفاً من الموت وإنما هو خوف من السقوط في اللاهوية، من أن يصير الإنسان شيئاً مفقوداً. (إيريك فروم، 1989، ص135)

(فإنهما يعدان قلق الموت وفقدان الهدف من الحياة Sullivan & Horney أما (سوليفان وهورني
MC Carthy, J.B, 1980, p124 والكآبة مفاهيم متشابهة ولا يمكن الفصل بينهما.)

ويعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يُحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الشر ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق يبقى ويدوم أكثر من الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه، إذن فهو يبقى لأنه خوف معتقد لا يجد منصرفاً.

فالإنسان حين يشعر بانفعال قلق الموت، فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال (أحمد عزت راجح، 1994، ص26)

ويتخلص قلق الموت من وجهة النظر السلوكية إذن في السلوك الذي يسلكه الإنسان المتواجد في وضعية مباشرة أمام الموت أو أحد مثيراته دون تمكنه من التخلص من هذه الوضعية.

ويعتبر أصحاب النظرية المعرفية قلق الموت عبارة على سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق بموجبها خاطئة نسبياً، وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.

(Fantaine, 1984, p108

أما أصحاب النظرية الوجودية فإنهم يرون أن القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية، ومن الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر، وقد ركزت هذه الأخيرة على أهمية الموت، وسلّموا بأن الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت ونهايته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته هو.

أن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة (Minkofeski) و(منكوفسكي) May (ماي) وافترض (ماي) مواجهة الموت أو عدم الوجود. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص10)

(إلى أن القلق الوجودي يكمن وراء القلق العصابي، والقلق الوجودي هو: Fränkel ويذهب (فرانكل >> الخوف من الموت، وفي نفس الوقت الخوف من الحياة ككل، وأنه ناتج عن ضمير يشعر بالذنب تجاه الحياة أو الإحساس بعدم تحقيق الشخص إمكانياته القيمة.<< (حسين عبد اللطيف فرج، 2009، ص140) أمّا وجهة النظر الإنسانية والتي تمثل امتدادا للفكر الوجودي فتري أن مصدر القلق ليس الماضي فحسب أو المستقبل، وإنما مصدره الحياة برمتها. ويعتبر الموت مصدر القلق الأول لدى الإنسان رغم أن معظم اتجاهات علم النفس الأخرى تجاهلت هذا المصدر إلى حد كبير، والإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك حتمية نهايته فقط، فهو يجهل متى تنتهي حياته لهذا فإن الحياة كلها تحمل ذلك القلق الذي يتوقع الموت في أي لحظة من اللحظات. (إيمان فوزي، 1988، ص96)، ويزداد قلق الإنسان إذا ما فقد بعضا من طاقاته وقدراته لاعتلال في الصحة أو إصابته بمرض لا شفاء منه أو إذا تقدم به السن. (حسين عبد اللطيف فرج، 2009، ص141)

3-التصور البيولوجي:

باعتبار أن الموت يخص الجسم فقد اهتم علماء الأحياء بهذا الموضوع إذ نذكر هنا وجهة نظر "بيشا" الذي يرى أن: "الحياة هي مجموعة الوظائف التي تقاوم الموت." أما "كلود بيرنار" فقال إن الحياة هي الموت موضحا ذلك بأننا إذا أردنا القول أن جميع الوظائف الحيوية هي بالضرورة نتيجة لعملية الاحتراق في العضوية.

(: أن الموت هو إحساس الشخص بتحرير كبير "للأندروفين" وهي P.Zigler 1975 كما يرى (سيجل Zigler.F, 1975, p38 مادة كيميائية مخدرة تشبه المورفين وهذا لحظة شعور الجسم بالموت.)

4- التصور الديني:

الموت مسألة جوهرية ونقطة مركزية في الديانات السماوية، ففي الديانة اليهودية نجد أن فكرة الخلود والبعث لم تكن فكرة غريبة بالنسبة إليهم، إذ اعتبروا الموت هو الشر الأعظم، وأنه يحل بالعالم من خلال خطأ الإنسان، فقد خلق هذا الإنسان لكي يحيا ولا يموت فالرب منحه شرارة الحياة وقدر له العيش على الأرض وحذره حول ما ينبغي أن يأتي كي لا يسقط ضحية الموت.

وتتظر الديانة المسيحية إلى الموت بأنه أعظم الأعداء وأقاسم ولكن هذا العدو تم بالفعل قهره فالنظرية المسيحية تكرر ببعث الموتى يوم القيامة إذ تفتح القبور ويقف القديس الخاطئ أمام الرب ويحاكم وذلك هو بعث الجسم وليس خلود النفس، فخلود النفس ليس من المسيحية وإنما هو من الأمور الوثنية. فالموت عندهم هو ذلك الرعب العظيم الذي ليس على ما يبدو عليه من قوة لا تُقهر وقدر لا مناص منه، فهو يقهر وسينهض الأموات من جديد. (عبد العباس غضيب الحجامي، 2004، ص83)

أما الموت في الإسلام فينظر إليه على أنه قضاء الله وحكمته في أن يعيش الإنسان عمرا زائلا في الدنيا ثم يعيش عمرا خالدا في الآخرة. قال تعالى: "وَأَنَّا لَنَحْنُ نُحْيِي وَنُمِيتُ وَنَحْنُ الْوَارِثُونَ." (الحجر: 23). واليوم الآخر أصل قوي من أصول الدين الإسلامي، لذا اهتم القرآن الكريم به وكما أن للحياة حكمة وغاية كذلك فإن للموت حكمة وغاية وتكتمل الحكمتان في اختيار الإنسان وامتحانه في حياة أخرى باقية.

(أحمد عبد الخالق، 1987، ص158)، لذلك فإننا نجد أن الإسلام أعطى للحياة معنى جميلا مشبعا بالأمل بحياة أفضل من خلال فكرة البعث والحساب والعقاب، ويمحو من شعور الإنسان الصورة المرعبة للموت، ذلك أن للموت في المفهوم الإسلامي معنى مشرقا مفعما بالأمل والرجاء، ومعنى لحياة أفضل واستمرارية خالدة سعيدة. (محمد عسيلة وآخر، 2015، ص735). أي أنه انتقال بين حياتين وليس نهاية أو خاتمة مطاف وإنما الآخرة هي دار القرار تلك الدار التي لن يكون فيها موت مطلقا بل خلود ودوام، ومن ثم جعل الدين الإسلامي الموت هدفا، فاستراح الإنسان بعد أن عرف حكمة الله من هذه الحياة ومن الموت، حيث أن الموت حقيقة فلا داعي للخوف منه، ويتناقص الشعور بالخوف كلما ازداد الإيمان بأن هناك إلها واحدا وبعثا وحياة أخرى بعد الموت، فإذا آمن الإنسان بكل ذلك يتلاشى عنده الإحساس بالخوف من الموت وتحل بدلا منه سكينه دائمة. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص159)، فالموت في المفهوم القرآني هو إما موتة صغرى (النوم) كما في قول الرسول (ص): "النوم أخو الموت"، أو نومة كبرى (الموت المتعارف عليه عند الناس). (صالح فاضل السامرائي، 1985، ص707).

يتضح من خلال النظريات المفسرة للموت والقلق منه أنها ركزت على غريزة حب الحياة والمحافظة عليها، لكننا لا يمكن إرجاع القلق من الموت لسبب واحد نظراً لاختلاف وجهات النظر المفسرة له، والتي تتحكم فيها عدة موضوعات أو ظواهر متصلة بالموت، وكل هذه المدارس ليس لها ما تقدمه من حل جذري لهذه العقدة النفسية المرعبة إلا من خلال المدرسة الإسلامية التي خففت الكثير من وطأة هذا القلق من خلال عقيدة الإيمان.

- مكونات قلق الموت: IV

(Jack Shoroun تعددت مكونات قلق الموت من باحث إلى آخر: فقد حدده الفيلسوف (جاك شورون إلى ثلاث مكونات هي كالتالي:

- الخوف من الاحتضار
- الخوف مما سيحدث
- الخوف من توقف الحياة. (جاك شورون، 1984، ص18)

(فميز بين أربعة جوانب من مكوناته وهي: Lister أما (ليستر

1- الخوف من موت الذات.

2- الخوف من احتضار الذات

3- الخوف من موت الآخرين

(أبعاد قلق الموت ضمن مقياسه، كما يلي: Templer في حين ميز (تمبلر

1- الخوف من عملية الاحتضار

2- الموت بوصفه حقيقة مطلقة نهائية

الجثث والدفن. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص47-48) 3-

- أنواع قلق الموت: V

تختلف أنواع قلق الموت فيما بينها، وهذا تبعا لحدة قلق الموت وشدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص ومنه نميز نوعين من قلق الموت:

1- **قلق الموت الحاد:** هو زملة من الأعراض العنيفة والملحة التي تظهر خلال زمن قصير، ومن الملاحظ أن قلق الموت الحاد يرتبط بتغيرات الحياة الواقعية كموت قريب أو مرض شديد.

2- **قلق الموت المزمن:** فهو كالمرض الذي طالت مدة مكوثه لدى المريض ودوامه فترة طويلة، مثال ذلك "طائفة عريضة من أمراض القلب." ويلاحظ أن قلق الموت المزمن يرتبط ارتباطا ايجابيا "طرديا" بدرجة العصبية لدى الفرد. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص47-48).

- أسباب قلق الموت: VI

يعد الموت أعظم غموض وأكبر سر واجه الإنسان، وبديهي أن يصيب الإنسان القلق اتجاهه، ولهذا القلق أسبابا شتى، فمن المنظور الإسلامي يرى الفيلسوف "مسكويه" أن الخوف من الموت يرجع إلى عدم معرفة الفرد لحقيقة الموت، ومصيره بعد الموت، والخوف من العقاب والتأسف على ما فات، لكنه بين أن الموت ليس بشيء أكثر من ترك النفس استعمال آلاتها وهي الأعضاء التي يسمى مجموعها البدن، كما يترك الصانع آتاه، وأن النفس جوهر جسماني وليست عرضا وأنها غير قابلة للفساد.

(عبد الخالق أحمد، 1993، ص191)

(فهي الخوف من الإبادة أو Vivel أما أسباب قلق الموت من وجهة نظر علماء النفس كما يراها (فيفل) المحق التام وفقد الذاتية، وقد أشار "ماسرمان" أن حالة الموت لا أساس لها في الخبرة الشخصية فالشخص ليس في مقدوره أن يتخيل أو يتصور حاله وهو في حالة عدم الوجود التام ولا يعرف ما الذي يخاف منه، وارجع سبب قلق الموت أو الخوف من فقدان الذات إلى الظروف المحيطة بالفرد كالمرض الحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها.

ومن الغريب أن ينظر "بيكر وبرونر" إلى الخوف من الموت على أنه خوف فطري موروث، كما قد يرجع إلى أسباب دنيوية ككراهية الجثة وغرابتها، العدوى الاجتماعية للحزن، الاشمئزاز الحضاري الصدمة تخيل التحلل أو التعفن. (أحمد عبد الخالق، 1998، صص191-192).

" أيضا الأسباب الآتية: Shultz كما أورد "شولتز"

1- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.

2- الخوف من الإذلال نتيجة للألم الجسمي.

3- توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان، وليس بالعمر الذي قضاه فيها.

4- تأثير الموت على من سيتزكهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.

5- الخوف من العقاب الإلهي (خاصة المتدينين).

6- الخوف من العدم. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص193)

أما بالنسبة لنظرية العاملين فقد ذهب "تمبلر" إلى أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما:

1- حالة الصحة النفسية بوجه عام: فالمرضى السيكااتريين يميلون إلى الحصول على درجات مرتفعة

في قلق الموت مقارنة بالأسوياء.

2- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت: كفقدان شخص، أو شيء عزيز، التقدم في العمر والمرض.

(أحمد عبد الخالق، 1998، ص50)

- علاقة قلق الموت ببعض المتغيرات: VII

1- العلاقة بين القلق العام وقلق الموت:

يمكن تمثيل القلق بأنه عامل عام يضم عددا من العوامل النوعية التي تحتوي فيما بينها على نوع

يدعى قلق الموت، ولقد أظهرت الدراسات السابقة -التي أجريت في هذا المجال- أن قلق الموت على

الرغم من ارتباطه الايجابي بالقلق العام فإن درجة هذا الارتباط ليست مرتفعة كالارتباط المستخرج من

Kasten Baum & مقاييس القلق العام. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص34). ويشير (كاستنباوم وكوستا 1977

) أن هناك دراسات عديدة قد بينت أن مقاييس قلق الموت ترتبط مع مقياس سمة القلق العام وان Costa

الارتباطات بين مختلف مقاييس سمة القلق العام تعد عادة أعلى من الارتباطات بين المقاييس كل من

(Kasten Baum.R & Costa.P 1977, p248 سمة القلق العام وقلق الموت.)

وقد كشفت دراسة أخرى أجريت على مائة (100) من العاملين المحتضرين وأسرههم أن قلق الموت من التباين مشترك بينهما. %يرتبط بدرجة مرتفعة مع القلق العام، وأن 27

(Amenta. M & Weiner.A, 1981, p962)

كما أجرى (أحمد عبد الخالق، 1998) دراسة على عينة مصرية بلغ عددها 1443 من الجنسين، وقد أسفرت على الارتباط بين سمة القلق العام وقلق الموت. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص134).

فالقلق العام يمتد ليشمل مجموعة من الأعراض كالشعور بالضيق والتوتر والشد النفسي، ونوبات الهلع، وتوقع الشرّ، ويصاحب ذلك مجموعة من الأعراض العضوية كالشعور بنوبات الدوار واختلال التوازن، وصعوبات التنفس والاضطرابات القلبية، وينتاب الفرد المصاب بقلق الموت الشعور بالهواجس السوداوية، والأفكار القهرية، والوسواس بأن الموت يتربص به في كل مكان ينتقل إليه، وخلال أي نشاط يقوم به، ويحصل في أي لحظة ويسيطر عليه الحزن العميق لذلك يصبح من الواضح أن العلاقة بين القلق العام وقلق الموت علاقة تلازمية أو علاقة خطية. (أديب الخالدي، 2002، ص122)

2- العلاقة بين قلق الموت ومرض الموت:

يرى بعض من الباحثين أن التمييز بين قلق الموت ومرض الموت تكمن في درجة نوع القلق بينهما حيث يشير قلق الموت إلى أنه قلق متصل بالموت لوصفه فعلا منتهيا لا رجعة فيه، بينما يشير مرض الموت إلى نوع من القلق الموجه إلى المرض الأخير الذي يعاني منه المريض على فراش الموت وما سيتبعه من آلام ومعاناة.

وعلى الرغم من أنه يمكن التمييز بينهما -على أساس نظري- فإن معظم الباحثين يرون أن مرض الموت أحد مكونات قلق الموت وليس بعدا منفصلا عنه. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص45)

(أنه ليس من الضروري أن يكون لدى مريض الموت قلق MC.Carthy ويشير (م. كارثي 1980 الموت أقوى من الأفراد الأسوياء، والواقع أن رد فعل الشخص الذي يعي بأنه مريض "مرض الموت" - (MC.Carthy,J.B,1980p315ردة فعله- هي استجابة الاكتئاب أكثر من القلق).

(لمعرفة العلاقة بين الخوف من الموت والاتجاه نحو **Smith & Al 1983** وفي دراسة (سميث وزملائه الموت على عينة قوامها (20) مريضا يعانون من مرض الموت، أظهرت أن الخوف من الموت منخفض **Smith & Al, (1983, p222)** لدى المشرفين على الموت (مرض الموت) في المستويين الشعوري والتخيلي.

3- العلاقة بين قلق الموت والصحة الجسمية والنفسية:

يرتبط قلق الموت ارتباطا سلبيا جوهريا بحالة الصحة الجسمية لدى الفرد، حيث يزداد قلق الموت لدى من يعانون من أمراض جسمية، فالألم من أهم مصاحبات المرض والمرض يؤدي عادة للموت، والموت يحدث في معظم الحالات نتيجة المرض ومنه من الثلاثية (الألم- المرض- الموت) ترتبط معا وبقوة وهناك عوامل عديدة تتفاعل لينشأ عنها قلق الموت، كما لا يمكن أن ننسى أن هناك فروقا فردية فكل إنسان يخشى الموت ولكن بدرجات متفاوتة عن غيره.

(الطبي لفرز المضطربين نفسيا أظهر أن الاهتمام الزائد بالموت يرتبط **Cornell** فحسب دليل (كورنيل بالدرجات المرتفعة على الأقسام البدنية والسيكياترية له. أي أنه كلما كان الفرد في صحة جسدية متدهورة كلما زادت شدة القلق من الموت لديه. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص ص 90-91).

وفي هذا الصدد توصلت "ماجدة خميس إبراهيم, 1995" نقلا عن (الأنصاري, 1996) في دراسة علمية مصرية أن هناك علاقة بين مستوى قلق الموت والإصابة ببعض الأمراض العضوية كالسكري حيث توجد فروق دالة بين مرضى السكري والأسوياء على مقياس القلق "حالة وسمة" وقلق الموت. كما وجدت "تات 1982" ارتباطا موجبا بين درجات مقياس قلق الموت والمشكلات الصحية للسيدات المسنات. (محمد بدري الأنصاري، 1996، ص115)

فقلق الموت مرتبط بالصحة النفسية للفرد لأن تدهور الصحة الجسمية يؤدي بالضرورة إلى تأثير

الصحة النفسية واعتلالها. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص91).

كما يؤدي المرض إلى تشويه صورة الذات وإعاقة الفرد عن إشباع حاجاته مما يزيد من قلقه وتوتره.

(التي كشفت أن درجة **Handel**) و(هندل **Whait**) (شيلي تايلور، 2008، ص678)، وهذا ما أكدته دراسة (ويت قلق الموت المرتفعة عامل منبئ عن سوء توافق واختلال نفسي. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص36)

- قياس قلق الموت: IIX

يقاس قلق الموت بعدة طرق أهمها:

(Interview :1- المقابلة الشخصية)

بالإضافة إلى الاستبيان أو بديلا عنه، وقد يستخدم الاستبيان أساسا تستخدم هذه الطريقة لوحدها أو للمقابلة بحيث يمكن إضافة أي سؤال يُعد ضروريا لتحديد اتجاه المفحوص، فضلا عن مقاييس التقدير وطريقة قوائم الاختبار وأسلوب تحليل المضمون، وقد تستخدم هذه الطريقة مع الأطفال بسهولة فقد قام إجابات أسئلة (Entony) أنتوني (بفحص مذكرات فتيات صغيرات، في حين فحص Bernad) بيرناد، (معينة في مقياس "بينه للذكاء". (عبد العباس غضيب الحجامي، 2004، ص103)

بأربع دراسات استخدمت فيها المقابلة الشخصية بشكل مرّن، وأشار كذلك (Templer) تمبلر (ولقد قام إلى سبع دراسات تم فيها استخدام مجموعة محددة من الأسئلة، وبلغ عدد الأسئلة التي استخدمت في هذه المقابلات الشخصية (32) سؤالا في إحدى الدراسات، في حين استخدمت دراسة أخرى سؤالين فقط وعلى الرغم من أن بعض الدراسات اهتمت أساسا بالانطباع الإكلينيكي فإن معظم الباحثين قاموا -على الأقل- بعملية إحصاء للتكرارات في تحليلهم للبيانات. ومن الملاحظ في الوقت الحاضر أن المقابلة الشخصية أصبحت نادرة الاستخدام في بحوث قلق الموت. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص52).

(Projective Techniques 2- الطرق الإسقاطية)

(TAT استخدمت بعض الطرق الإسقاطية التقليدية في قياس قلق الموت، مثل اختبار تفهم الموضوع) ومقياس تكملة الجمل إذ يطلب من المفحوص تأليف قصة، أو كتابة مقال عما يتبادر إلى ذهنه، عندما يفكر في الموت أو أن تقدم صورة لشخص مضطجع، ثم يطلب من المفحوص تحديد، ما إذا كانت هذه الصور لشخص نائم أو ميت، في حين استخدم باحثون آخرون طريقة التداعي الحرّ باسترجاع ردود فعل المفحوصين لفكرة الموت خلال شبابهم مثلا. (عبد العباس غضيب الحجامي، 2004، ص103)

وقد ركز المهتمون باستخدام الطرق الإسقاطية في قياس قلق الموت، على الانطباعات الإكلينيكية دون تقدم وصف دقيق للمعيار المستخدم، أو أي تقدير كمي فضلا عن معاناة هذه الطرق الإسقاطية من مشكلات سيكولوجية عديدة هي انخفاض كل من ثبات هذه الطرق، وثبات ما بين المصححين وثبات نظام التصحيح، وكذلك الصدق. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص53)

: (Galvanique Skin Réponse) 3- الاستجابة الجلّفانية للجلد

تستخدم هذه الطريقة لقياس درجة توصيل سطح الجلد للتيار الكهربائي، نتيجة إفراز كميات مختلفة من العرق بتأثير منبهات معينة مثل: كلمات ذات صبغة انفعالية - كما في اختبار تداعي الكلمات- أو إثارة ذكرى ماضية أو خبرة سابقة، أو ضوضاء مفاجئة.

كذلك استخدمت الصدمة الكهربائية منبهاً، إلا أنها لم تعد تستخدم الآن نظراً لأن قوانين التجريب (Kasten Baum, 1977, p80) والقياس تحظر استخدامها مع الأدميين).
الجلّفانية في دراسات عديدة وقد أوضحت هذه الدراسات بشكل متسق أن الكلمات المرتبطة بالموت كان لها تأثير في الجهاز العصبي التلافي الأوتونومي أكثر من الكلمات المحايدة أو القاعدية، لكن الصعوبة بإمكان أن نستوضح الفرق بين الكلمات المرتبطة بالموت والكلمات الأخرى ذات الوقع الانفعالي، إذ أن التنبه التلقائي (الأوتونومي) قد يصاحبه وعي شعوري وقد لا يصاحبه، ومن ثم لا يمكن أن نفترض اتخاذه دليلاً ثابتاً على القلق غير المصاغ في ألفاظ وبالتالي يؤدي ذلك إلى الشك في فعالية استخدام الاستجابة الجلّفانية للجلد مقياساً لقلق الموت.

ولكن يرى "أحمد عبد الخالق 1998" أن استخدام هذه الاستجابة في قياس قلق الموت يواجه مشكلتين هما:

1- انخفاض ثباتها كما بينت بحوث سابقة.

2- قصر استخدامها على موقف القياس الفردية مما يجعلها مكلفة للوقت والجهد.

(أحمد عبد الخالق، 1998، ص55)

: (Semantic Differential Ratings) 4- التقديرات اللغوية الفارقة)

هو مقياس (ورقة وقلم) يقدم فيه للمفحوص سلسلة من أزواج الصفات المتعارضة مثل: "موت/حياة" "قوة/ضعف"، ويطلب منه أن يحدد موقفاً لنفسه على متصل يضم زوجي الصفات، وقد استخدم بعض الباحثين هذه الطريقة لتقدير مفهوم الموت، مع افتراض عام مؤداه أن هناك علاقة بين التقديرات (Lester, 1972) القيمة لمفهوم الموت ومقاييس الخوف من الموت. وقد أكدت ذلك دراسة (ليستر) أثبتت علاقة جوهرية بينهما.

وتشير هذه النتائج إلى أن المقاييس القيمة المستخرجة من التقديرات اللغوية الفارقة لمفهوم الموت يمكن أن تتطرق للخوف من الموت لدى المفحوصين، ومع ذلك فإن هذه الطريقة ليست واسعة الاستخدام لقياس قلق الموت.

5- (Questionnaires) - الاستخبارات والمقاييس :

من الطرق الشائعة لقياس قلق الموت، والتي يوجد منها الآن ما لا يقل عن (25) اختبارا لقياس قلق الموت أو الخوف منه والانشغال به والاتجاه نحوه. فبعضه تم نشره منذ مدة طويلة، ولم يعد يستخدم نظرا لمشكلات منهجية فيها، والبعض الآخر تم نشره منذ عهد قريب، ولم تتح بيانات تفصيلية عنها، كما لم تخضع بعد للنقد أو لمحك الاستخدام الواسع. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص55).

من خلال هذا الجزء حاولنا التطرق إلى قلق الموت رغم أن مفهومه واسع ومعقد، وهذا ما يفسر اختلاف الآراء حوله كل حسب انتمائه الفكري وحسب اعتقاده. وعلى الرغم من هذه الاختلافات إلا أنهم خلصوا في الأخير بأن الموت حقيقة حتمية تواجه الإنسان وتقلقه، خاصة إذا كان هذا الفرد في حالة ضغط كالإصابة بمرض معين أو نتيجة اعتلال بدني أو مقبل على شيء غامض كالخضوع لعملية جراحية، فيستجيب الفرد لهذه الوضعية بالقلق والذي يتمثل في قلق الموت الذي تظهر أعراضه على كامل الوظائف والنشاطات اليومية للفرد المقبل على العملية الجراحية، فما تعريف العملية الجراحية؟ وما هي الأنواع التي تجعل الفرد من خلالها يشعر بقلق الموت جراء الخضوع إليها، وهذا ما سنفصل فيه الآن.

ثانيا/ العملية الجراحية:

تعتبر العملية الجراحية مسألة روتينية بالنسبة للطواقم الطبي، لكنها قد تكون شبا مرعبا بالنسبة للمريض لاسيما الذي يخضع لها للمرة الأولى نتيجة الاختلالات الفيزيولوجية والبيولوجية التي تحدث للمريض ونتيجة الأضرار الناجمة عنها، فما هي العملية الجراحية، وما هي دواعي أسبابها ومضاعفاتها؟ لكن قبل ذلك سنمر قليلا لمعرفة الجراحة بصورة عامة.

/ تعريف الجراحة: |

• هي تخصص طبي يهدف لمعالجة الأمراض والحوادث بواسطة تدخلات يدوية خاصة بالعضو

المشرح على بعض الأجزاء الداخلية. (Jaques Quevauvilliers, 2001, p88)

• الجراحة هي جزء من الفن الطبي هدفها إصلاح الإصابات التشريحية سواء أكانت خلقية أو مكتسبة فيتم عن طريق الاستخدام اليدوي أو الأدوات التي تمارس على المريض، لعلاج التعففات الآنية والمزمنة التي تظهر في كل مرة واستئصال الأورام الحميدة أو الخبيثة.

ومنذ ذلك الوقت أصبح لدى الوسط الطبي تقنيات تستخدم للعمليات لإيجاد العلاج المناسب لكل حالة (J.Maissonet, 1954,p229) خاصة بها.

• هي دراسة طبية مختصة في علاج الأمراض والصدمات سواء كانت موضعية أو يمكن الوصول إليها يدويا بواسطة معدات خاصة، وذلك قصد القيام بعمليات جراحية على الجسم الحي يهدف من خلالها (Jean-Pierre Wainsten,1995,p193تحقيق الشفاء للمرضى.)

/ تعريف العملية الجراحية:II

• تمثل حدثا في العلاج المتطور، وهو قسم من التخصصات الطبية تتطلب العمليات التي تجرى عن طريق اليد بتدخل وسائل وأدوات خاصة تساهم في العمل الجراحي الذي يقوم به طاقم مختص. (شرف الدين أحمد النابلسي ، 1993 ، ص53)

• يعرفها القاموس الطبي على النحو التالي: هي جميع التدخلات الجراحية التطبيقية على الشخص الحي، بواسطة وسائل خاصة، مع وجوب توفر قرار يسمح بذلك التدخل الجراحي.

(Lewalle.p & all ,1999, p653)

• هي مجموعة من الإجراءات التي يقوم بها فريق طبي جراحي متخصص، تبدأ بالفحص السريري للمريض، وتقييم حالته مرورا بتقدير العمل الجراحي، ثم البدء بالعملية الفعلية بالتعقيم والتخدير فالشق الجراحي أو الإصلاح وبعدها غلق الجرح، ثم المتابعة بإعطاء الأدوية المناسبة والمراجعات والكشف على الشق الجراحي وغير ذلك. (Anne barrier.M, 2004,p500)

(Les Types Des Opération Chirurgicales/ أنواع العمليات الجراحية)III

إن الجراحة كباقي التخصصات الطبية الأخرى لها عدة أنواع نذكر أهمها:

1- مجال الجراحة القلبية والصدر (domaine de la chirurgie cardio-thoracique): كجراحة

الأوعية القلبية الرئوية، صمامات القلب، استئصال باطنية الشريان endartérectomie، وجراحة

القفص الصدري. (Antoine.D.Ph,1993,P314)

2- مجال الجراحة العامة (البطن والمنطقة الشرجية)

: كجراحة الجهاز "domaine de la chirurgie général (Abdomen et région-ano-rectale)"

الهضمي ولواحقه (الكبد الحويصل الصفراوي، البنكرياس، المعدة، الطحال... إلخ)، وكذا جراحة

الأمعاء وأنوعها (الدقيقة الغليظة، المستقيم الشرج... إلخ).

3- مجال الجهاز الكلوي والمسالك البولية/التناسلية (Domaine de L'appareil uro-génital):

وتشمل عدة أعضاء كالكلية والحالب، والحالب، المثانة، الخصية، وجراحة النساء والتوليد كالرحم

المبايض... إلخ. (Bibiane, G.Breton, 1969,P17-18)

4- مجال جراحة الأعصاب والأوعية الدموية (Domaine de la Neuro-Chirurgie-Vasculaire):

وتتمثل في أورام الدماغ وجراحة الأعصاب، تمديد الأوعية الدموية داخل الجمجمة (Les

anévrismes artério-veineux intracrâniens).

malformations artério-veineuses التشوهات الشريانية الوريدية -

chondromes et les tumeurs médullaires. - الأورام الغضروفية وغيرها في العمود الفقري

(Ph.Ploncard, 1975, p11)

5- مجال جراحة العظام (Domaine de la chirurgie orthopédique): وتشمل جراحة العظام

والمفاصل، والكسور، زراعة مفاصل الركبة... إلخ. (Pôle Hyquasens, 2000, P23)

بالإضافة إلى مجالات أخرى كجراحة العيون، الأذن والأنف والحنجرة كزرع القوقعة أو الطبلية

جراحة الأطفال، جراحة التجميل... إلخ.

/ تصنيف العمليات الجراحية: منها IV

1- العمليات الجراحية المستعجلة (الطارئة) Les Opérations en Urgence: وهي عمليات أو

تدخلات جراحية يجب القيام بها دون أي انتظار، وخاصة الحالات الخطيرة لإنقاذ حياة المريض

والمحافظة على الأعضاء ووظائفها.

2- العمليات الجراحية المبرمجة Les Opérations Programmées: وهي العمليات التي تُبرمج

وفق زمن معين حسب نوع التشخيص أو نوع الإصابة. (Waldman.S, 1993,p32)

/ الأدوات الجراحية: V

تتعدد الأدوات الجراحية التي يستعملها الجراح أثناء القيام بالعمليات الجراحية وتتنوع حسب موقع استعمالها وأحجامها وأشكالها، وحسب نوعها نذكر:

1- الأغطية والملابس (Linge chirurgical) الخاصة بالمرضى والطاقم الطبي المكلف بالعملية.

2- الأدوات الجراحية (les instruments chirurgical): كالمشرط (bistouri)، الملاقط بأنواعها (pinces) "ملاقط الأنسجة، الملاقط المانعة للنزيف..."، الماسكات (portes) بأنواعها، المقص بأنواعه (Les ciseaux)

3- أجهزة الربط والخياطة (Matériels de ligature et du suture): كالخيوط بأنواعها المختلفة.

4- أجهزة التفريغ (Matériels de drainage). (Loygue,J,Malafosse.M, 1970,p9-10).

5- أدوات جراحية للحماية.

فهذه الأدوات تستخدم عموماً لدى أغلب الأطباء الجراحين لتنفيذ العمليات الروتينية والممرض الموجود في غرفة العمليات هو المسؤول عن تحضير هذه الأدوات، مع الأخذ بعين الاعتبار بخصوصية كل (J.Maisonnet, 1954, p276) حالة.

/ التحضير للعملية الجراحية: VI

إن التحضير للجراحة يشمل تحضير المريض نفسياً وجسدياً، وتحضير الأدوات والآلات اللازمة أثناء العمل الجراحي حسب الجراحة المطلوبة، ثم الإشراف على تمريض المريض بعد انتهاء الجراحة. أما تحضيرهم للمريض فإنه يشمل على تهدئته، وتهينته لتحمل مشاق الجراحة من الناحية النفسية.

(محمد المختار الشنقيطي ، 1994 ، ص72)

فالعمل الجراحي يمثل الحدث الأساسي للمريض خلال استشفائه في مصلحة الجراحة، ومع ذلك فالمريض لا يستطيع فصل مراحل العملية الجراحية (المرحلة التي تسبق العملية الجراحية والمرحلة التي تليها مباشرة).

فمرحلة ما قبل العمليات، العمل الجراحي، ومرحلة ما بعد العمليات كلها مراحل تتطلب الانتباه الجيد من طرف الطبيب الجراح والطاقم الطبي العامل معه في المستشفى، لأن الجهل ببعض العاهات الخفية والتي قد تلاحظ فيما بعد تشكل خطرا كبيرا على النتيجة النهائية للعملية رغم سلامة تنفيذها.

(11) Loygue.J,Malafosse.M, 1970,p (

أما مرحلة قبل الجراحة بيوم فهي مهمة لأخذ جميع المعلومات عن المريض ومسؤولية إخبار المريض عن كل حالة غير طبيعية يخشى من ضررها في المستقبل. (محمد المختار الشنقيطي ، 1994 ، ص72)

فعند خضوع المريض للجراحة بصورة فجائية، وعند وجوده في وسط مجهول بالنسبة له غالبا ما يشهد قلقا مشروعا، لذلك فاللقاء القصير مع الطبيب الجراح والطاقم الطبي والممرضين ضروري لكسب ثقة

(12) Loygue.J,Malafosse.M, 1970,p المريض عند خضوعه للجراحة مستقبلا.

وعند إدخال المريض لغرفة العمليات يتم تحضيره بتقييم الوضع الذي ستجرى فيه العملية، وتهيئته للعمل الجراحي عن طريق تحضير جميع الأدوات والآلات الجراحية المطلوبة حسب نوعية الجراحة.

(محمد المختار الشنقيطي ، 1994 ، ص73)

فكل عملية جراحية تشكل قلقا (عدوانية) له عواقب-أشبه ما يمكن ملاحظته بعد صدمة عرضية- وهذه العواقب تعود على الحالة الفيزيولوجية للمريض سواء على توازنه البيولوجي وعلى آلياته الدفاعية ضد التعنفات.

وترجع أهمية هذه الاضطرابات النسبية إلى درجة القلق (العدائية) كمدة العملية مثلا، والأضرار المسببة لها، فنتائجها تكون أكثر ظهورا وامتدادا من الحالة الأولية للمريض قبل الصدمة أو قبل العملية الجراحية والتي كانت مضطربة أو متدهورة بسبب المرض المزمن، سوء التغذية، أو مفعول الدواء الخاص لعلاج المناعة، وهو الأكثر انتشارا لهذه الحالات.

فالفائدة التي تعطى لمعرفة هذه الظواهر جليّة، ومن الواضح أن هناك علاقة مباشرة بين درجة هذه الاضطرابات البيولوجية والتكرار الظاهر للمضاعفات التي تحدث بعد إجراء العملية الجراحية، خاصة

(Kitzis.M,Andreassian.B,1993,p13 الالتهابات منها).

وهناك احتياطات عديدة يجب إبلاغها للمريض عندما تتقرر له العملية الجراحية من طرف المختصين فكل عملية جراحية تشكل عدوانية حادة (خطيرة) للجسم، والأخطار التي يمكن أن تحدث للمريض الخاضع للعملية الجراحية متنوعة تبعا لسنته وقوته الفيزيولوجية.

إن أهمية العمل الجراحي المتوقع هو تقييم المخاطر، والتي يجب أن تخصص في مرحلة ما قبل العمليات مع محدودية توجيه العلاج (الرعاية) لما بعد العمليات، هذه المخاطر تُقيّم وتُقارَن مع الفوائد التي يجنيها المريض جرّاء هذه العملية، والشرح له والإشارة بإجراء العملية الجراحية.

(Loygue.J,Malafosse.M, 1970,p 24)

خلاصة الفصل:

بعد التطرق إلى قلق الموت والعملية الجراحية نستخلص أنه يجب تحضير المريض المقبل على إجراء العملية الجراحية مهما كان نوعها، سواء كان التحضير جسدياً أو نفسياً ليساعده على تخطي مخاوفه وقلقه خاصة قلق الموت الذي ينتابه قبل إجراء العملية الجراحية، رغم اختلاف الأشخاص واختلاف استجاباتهم وتفسيرهم للسلوك الذي يصدرونه وهذا ما يسمى **بمركز الضبط** الذي سنتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث: مركز الضبط

تمهيد

أولاً: لمحة تاريخية حول مركز الضبط

ثانياً: تعريف مركز الضبط

ثالثاً: أبعاد مركز الضبط ومصدر تشكل كل بعد

1- فئة الضبط الداخلي

2- فئة الضبط الخارجي

رابعاً: أهمية مركز الضبط

خامساً: خصائص الأفراد في فئتي مركز الضبط

سادساً: النظريات المفسرة لمركز الضبط

1- نظرية الغزو السببي لهايدر

2- نظرية الغزو لوينر

3- نظرية العجز المكتسب لسليجمان

4- نظرية دافع الكفاءة لوايت

5- نظرية الدافعية الداخلية والخارجية لإدوار ديسي

6- الدين ومركز الضبط

سابعاً: مركز الضبط في نظرية التعلم الاجتماعي

ثامنا: العوامل المؤثرة في تشكّل مركز الضبط

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر مركز الضبط من المفاهيم الحديثة نسبياً التي دخلت ميدان أو مجال الدراسات السلوكية فمن خلاله تُفسر السلوك الإنساني كما يمكننا التنبؤ بدوافع الفرد وآرائه وسلوكه في المواقف المتباينة والوضعية الضاغطة التي يتعرض لها.

ولعل هذا ما أدى بالعديد من علماء النفس والباحثين السلوكيين والدارسين خلال العقدين الأخيرين الاهتمام أكثر بهذا المفهوم والتفرقة بين نوعيه، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل بقليل من التفصيل حول هذا المفهوم.

أولاً/ لمحة تاريخية عن مركز الضبط:

لقد ظهر مفهوم مركز الضبط في ثانياً نظرية التعلم الاجتماعي لروتر، وقد أخذت هذه النظرية تأخذ شكلها الحالي في أواخر الأربعينيات وبداية الخمسينيات من القرن العشرين، وكأي نظرية لم تظهر فجأة **Julian.B.Rotter** ولم تبرز متكاملة مرة واحدة بل نمت ببطء، وقد قام مؤسس هذه النظرية **جوليان روتر** رفقة طلبته في الدراسات العليا لبحث واختبار فرضياتها المختلفة في جامعة أوهايو. (بشير معمرية، 1995، ص8) واعتماداً على المهارة والصدفة كمؤشرين تجريبيين للتمييز بين المعتقدين في الضبط الداخلي والمعتقدين سنة **1951 Rotter & William James** في الضبط الخارجي، فقد قام كل من **روتر** و**وليام جيمس** بتكليف مجموعتين من الطلبة بمهمة معينة، بحيث تم إعلام المجموعة الأولى بأن الانجاز محكوم بعوامل الصدفة، أما المجموعة الثانية فالانجاز يتوقف على المهارة، وكان تعزيزهما بناءً على نظامين من جداول وقد أظهرت النتائج أن الأداء المحكوم بالمهارة كان أفضل من الأداء المحكوم %، 100% التعزيز: 50 بعوامل الصدفة. (نور الهدى يحيوي، 2008، ص18). ثم تُوَجِّتُ جهود روتر وطلبته في منتصف الخمسينيات بصدور كتابه بعنوان "**التعلم الاجتماعي وعلم النفس العيادي**" عام 1954، ويعد هذا الكتاب بمثابة الإعلان العلمي عن ميلاد هذه النظرية، وقد استمر البحث حول جوانبها المختلفة بعد ذلك، وفي سنة 1966 ظهرت الصياغة النهائية لمفهومها الأكثر شهرة "التوقعات المعممة للضبط الداخلي-الخارجي للتعزيز". (بشير معمرية، 2009، ص8)، والذي تضمن الإطار النظري لمفهوم الضبط (الداخلي-الخارجي) بالاعتماد على نظرية التعلم الاجتماعي التي صاغها في الخمسينيات. (عبد الفتاح أبي مولود، 2007، ص37) وكان الهدف من صياغة نظرية التعلم الاجتماعي في البداية بالنسبة لروتر ليس إظهار الصورة الحقيقية

لمركز الضبط لكن الهدف هو "تطوير نظام للأبنية(التراكيب) العقلية التي تساعد في تقديم أقصى ما يمكن من القدرة على التنبؤ بالسلوك وضبطه." (باترسون، 1981، ص338)

ثم تدعمت بداية السبعينيات 1972 بصور كتاب روتر وآخرون بعنوان "تطبيقات نظرية التعلم الاجتماعي في الشخصية". (بشير معمرية، 1995، ص8)

أما المحاولة الأولى لقياس الفروق الفردية في إدراك مركز الضبط الداخلية-الخارجية هي التي قام بها "في دراسته على تأثير مواقف الصدفة William James و 'وليام جيمس Jerry Phares" جيري فيرز مقابل مواقف المهارة على توقع التعزيز، والسؤال الذي طرحه هو: هل يكون دور التعزيز في المواقف القائمة على المهارة هو نفس الدور في المواقف التي يدرك الطلبة على أنها تحدد بفعل عوامل الصدفة؟ شويعل، 2013، مقياسه الشهير للتعزيز. (يزيد Julian.Rotter وعلى إثر هذه الدراسة أعد جوليان روتر ص57)، ولتفسير هذه الفروق بين الأفراد في إدراكهم للجهة المسؤولة عن نتائج أعمالهم طرح روتر مفهوم الضبط الداخلي مقابل الضبط الخارجي للتعزيز وهو متغير إدراكي يتوسط العلاقة بين التعزيز والتوقع ويعني أن الأفراد يجهلون توقعات واعتقادات يحددون خلالها الجهة التي يعزون إليها ضبط نتائج الأحداث في حياتهم، فيما إذا كانت تعتمد على سلوكهم أم على عوامل خارجية عن ضبطهم الشخصي. (بشير معمرية، 1995، ص20)

كما استند روتر أيضا بصفته إكلينيكيًا إلى النتائج التي تحصل عليها من عمليات العلاج النفسي للمرضى، ومن نتائج الدراسات حول عملية تعليم الأداء والانطفاء، فالتحليل الإكلينيكي للمرضى يبين أن هناك علاقة بين ما يكتسبون من التجارب الجديدة يفسرون به سلوكهم، بينما آخرون لا يتأثرون بها ويهملونها ويرجعون أسباب حالتهم إلى الحظ والصدفة وإلى الآخرين. (عبد الفتاح أبي مولود، 2007، ص37)

ثانيا/ تعريف مركز الضبط

اهتم الباحثون بمفهوم مركز الضبط وانشغلوا بدراسته وقدموا تعاريف عديدة له، واختلفت هذه التعاريف تبعًا لاختلاف الباحثين في طريقة تناولهم للدراسات حوله، كما أن الترجمات العربية لهذا المصطلح (تعددت وتنوعت Lieu de Contrôle) أو المصطلح الفرنسي (Locus of Control الأجنبي الانجليزي) منها: مصدر التحكم، وجهة الضبط، موضع الضبط، مصدر الضبط، مركز التحكم، موضع التحكم

مركز الضبط.... الخ وهي ترجمات حرفية تؤدي إلى نفس المعنى للمصطلح الأجنبي، وسيتم خلال هذا البحث استخدام مصطلح "مركز الضبط" ومن تعاريفه نذكر:

/التعاريف الأجنبية لمركز الضبط: ا

(: هو الطريقة التي يدرك بها الفرد أحداث التعزيز (التدعيم) التي تحدث 1966 Rotter - تعريف (روتر) له في حياته، فالفرد الذي يدرك العلاقة السببية بين سلوكه والتعزيز الذي ناله ينشأ لديه اعتقاد الضبط الداخلي وبالتالي يعتبر أن المهارة لها دور كبير في تقييم السلوك واكتسابه في المواقف المختلفة. أما الفرد الذي لا يدرك العلاقة السببية بين سلوكه والتدعيم الذي ناله ينشأ لديه اعتقاد خارجي ولذا يعتبر الصدفة والحظ (Rotter,1966, p1)لهما دور كبير في تعلم السلوك).

نلاحظ من خلال تعريف روتر أنه اعتبر أن مركز الضبط متغير متعلق بالمعتقدات التي يحملها الفرد حول العلاقة السببية بين السلوك والنتيجة، واختلاف الأفراد في تفسيره لمعنى الأحداث المدركة هو الذي يبيّن الاختلاف في موضوع مركز الضبط.

: " يرى أن الفرد صاحب الضبط الداخلي يعتقد في كفاءته وقدرته (Lazarus 1966)لازاروس (2- تعريف على ضبط النتائج في عالمه الخاص وله توقعات ايجابية فيما يتعلق بالثقة والاعتماد على الآخرين، أما أصحاب الضبط الخارجي فليدهم توقعات سلبية فيما يتعلق بكفاءتهم على التحكم في نتائج الأحداث، وليدهم اعتقاد بأنهم يعملون في عالم عدائي." (بشير معمريه، 1995، ص40)

من خلال تعريف لازاروس يتضح لنا أنه يصنف مصدر الضبط (داخلي-خارجي) حسب توقعات الفرد في كفاءته، سواء كانت هذه التوقعات ايجابية أو سلبية.

(: إن اعتقاد الفرد في سماته الشخصية هو الذي يجعله 31974 Ropp Maria - تعريف (روب ماريا) يحدد مصدر التعزيزات، فإذا اعتقد أن سماته الشخصية هي التي لها القدرة على التأثير في أحداث حياته فإنه يكون ذا ضبط داخلي، أما إذا نسب التعزيز إلى الحظ أو الصدفة مثل الحوادث المفاجئة فيكون ذا ضبط خارجي. (عبد الفتاح أبي مولود، 2007، ص40)

أما ماريا روب فهي تعتقد أن الفرد داخلي الضبط يعتقد في قدرته الشخصية، بينما خارجي الضبط فيعتقد في الحظ والصدفة.

(: فيقول أن مركز الضبط "يعتبر بعدا من أبعاد الشخصية حيث 1976 Lefcourt 4- تعريف (ليفكورت
تؤثر في العديد من أنواع السلوك، وأن اعتقاد الفرد بأنه لا يستطيع التحكم في أموره الخاصة والعامة
يسمح ذلك له بالاستمرار على قيد الحياة دون قهر ويتمتع بحياته ومن ثم يمكنه التوافق مع البيئة التي
يعيش فيها." (طلعت حسن عبد الرحيم، 1985، ص129).

يركز هذا التعريف على مركز الضبط باعتباره بعدا هاما من أبعاد شخصية الفرد تؤثر في سلوكاته
وتجعله متوافقا مع ذاته ومع بيئته.

(: يرى أن الناس ينسبون نجاحهم الشخصي إلى القدرة والجهد (عوامل 1981 Teford 5- تعريف (تيفورد
داخلية)، بينما يلقون بفشلهم على الحظ السيئ أو ظروف خارجية لا يتحكمون بها. في حين يميلون إلى
عزو فشل الآخرين إلى تصرفاتهم المتأصلة. (بشير معرية، 2012، ص15)

من الملاحظ في هذا التعريف أنه ركز على النجاح والفشل لدى الفرد، لتحديد مصدر الضبط وأن الفرد
يحكم على نوع المصدر حسب الحدث وحسب حكمه الشخصي لأن مركز الضبط امتداد من الخارج إلى
الداخل.

/ التعريفات العربية: II

1- تعريف (صفوت فرج، 1991): هو متغير أساسي من متغيرات الشخصية يتعلق بتفكير الفرد، أي
العوامل هي الأقوى والأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته، العوامل الذاتية من مهارة وقدرة وكفاءة، أم
عوامل خارجة عن نطاق الفرد كالمصادفة والآخرين الأقوياء. (صفوت فرج، 1991، ص8)

ركز هذا التعريف على أن تفكير الفرد وإدراكه للوصول إلى نتائج، هو الذي يحدد نوع مصدر الضبط
لديه لأنه بعد أساسي في الشخصية.

2- تعريف (الخطيب، 1990): هو إدراك لمصدر المسؤولية عن النتائج والأحداث، هل هي مسؤولية
داخلية يأخذ الفرد على عاتقه فيها مسؤولية النجاح أو الفشل نتيجة جهوده الخاصة وقدرته الشخصية، أم
أنها مسؤولية خارجية تخرج عن نطاق الفرد. (رجاء الخطيب، 1990، ص83)

نلتمس في هذا التعريف التركيز على مسؤولية الفرد ونوعية مصدر هاته المسؤولية (داخلية- خارجية)
وأيهما الأكثر تحكما في النتائج والأحداث.

3- تعريف (سرحان، 1996): يعتبر مركز الضبط من المفاهيم الأساسية في الشخصية ومعرفة أنماطها المختلفة كما أنه مهم في فهم السلوك الإنساني في مواقف الحياة المختلفة، سواء كانت مواقف نفسية أم اجتماعية أم مهنية، فالأفراد ذوو الضبط الداخلي لديهم القدرة على ضبط الأحداث والسيطرة عليها، أما الأفراد ذوو الضبط الخارجي فهم محكومون بعوامل خارجية. (محمد سليمان بني خالد، 2009، ص494)

يشير هذا التعريف إلى أن مركز الضبط متغير مهم في شخصية الفرد وبعدها من أبعادها، يؤثر في الفرد لفهم السلوك وعلى أساس الموقف أو العامل المتحكم في النتيجة يُحدّد نوع المصدر.

4- تعريف (الدسوقي، 2001): بأنه إدراك الفرد لمركز توجيه سلوكه سواء كان داخليا أم خارجيا وما يرتبط بذلك من نتائج. (مجدي محمد الدسوقي، 2001، ص232)

يتفق هذا التعريف مع تعريف الخطيب في أن مركز الضبط مرتبط بادراك الفرد حول الأحداث التي تحدث في مسار حياته وكيفية استجابته السلوكية لتلك الأحداث.

5- تعريف (الجحيشي، 2004): "هو أسلوب وطريقة معرفية يعمم على وفقها الفرد التوقعات والاعتقادات وعمليات الإدراك عبر المواقف الحياتية المختلفة بما يتناسب مع ميله وتوجيهاته في تفسير الأحداث". (قيس الجحيشي، 2004، ص18)

يرى الجحيشي أن مصدر الضبط عبارة عن أسلوب يستخدمه الفرد عند التعرض للأحداث المختلفة في حياته وعلى أساس هذا المصدر يفسر تلك الأحداث.

من خلال عرض بعض التعريفات الواردة في التراث العلمي لمفهوم مصدر الضبط، يمكن أن نستخلص أنه عبارة على مكون معرفي، يقصد به مدى الاعتقاد الذي يدرك به الفرد العلاقة السببية وما يترتب عليها من نتائج.

وعليه تعرف الباحثة مركز الضبط بأنه: "متغير أساسي من متغيرات الشخصية، يتركز على الاعتقاد الذي يمتلكه الفرد انطلاقا من مكونه المعرفي حول الأوضاع المعاشة، وهذا الاعتقاد هو الذي يحدد مصدر التعزيز سواء كان داخليا أو خارجيا وما يرتبط به من نتائج، فهو مهم في فهم السلوك الإنساني عبر المواقف الحياتية المختلفة". فمركز الضبط يعني الطريقة التي يدرك بها الشخص العوامل المسببة

لنتائج سلوكه سواء كانت هذه النتائج مُرضية أو غير مُرضية، ناتجة عن جهوده الخاصة وقدرته الشخصية أم صادرة عن ظروف خارجية لا يتحكم فيها.

ثالثاً/ أبعاد مركز الضبط ومصدر تشكل كل بعد (فئة):

"بين نوعين لمركز الضبط هما: فئة الضبط الداخلي وفئة الضبط الخارجي، حيث **Rotter** يفرق روتر " تفسر كل فئة من الفئتين الأسباب المؤثرة في سلوك الأفراد ونتائج نشاطهم بطريقة مختلفة.

أ/ فئة الضبط الداخلي:

هم الأفراد الذين يعتقدون أنهم مسؤولون عما يحدث لهم. (موسى عبد الفتاح فاروق، 1991، ص5)

أي أن الأشخاص ذوي الضبط الداخلي يميزهم الشعور بالقدرة على التأثير على سلوكهم من خلال ما يملكون من قدرات ومهارات وجهود. (فتيحة بن زروال، 2008، ص117)

بمعنى أن ذوي الضبط الداخلي يعززون نجاحهم وفشلهم إلى ذواتهم، ففي حالة النجاح يرجع الفرد السبب إلى قدراته وكفاءته ومهاراته العالية، أما في حالة الفشل فيرجع السبب إلى قلة جهده وضعف كفاءته ومهاراته أو إلى إهماله وتهاونه.

أما المصادر المحتملة لهاته الفئة هي:

1- الذكاء والقدرات العقلية: فالفرد يعتقد أنه يستطيع فهم البيئة وضبط أحداثها لصالحه وهو مسؤول عما يحدث معه من نجاح أو فشل أو من ثواب أو عقاب.

2- المهارة والكفاءة والاستفادة من الخبرات السابقة: للسيطرة على البيئة وضبط أحداثها بفضل الجهد الفردي الذي يبذله وبعتماده على مهارته وكفاءته التي اكتسبها من الخبرات السابقة.

(موسى علي رشاد، 1993، ص36)

3- السمات الانفعالية والمزاجية: فالفرد يكون اعتقاداً حول نفسه بأنه يتوفر على خصائص تمكنه من التحكم في الأحداث البيئية وبنال التعزيزات المرغوبة، وهذه الخصائص هي: الثقة بالنفس، الاكتفاء الذاتي، الطموح، المثابرة والجدية. (بشير معمرية، 2012، ص21)

ب/ فئة الضبط الخارجي:

وهم الأفراد الذين يرون أنفسهم تحت تحكّم قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها.

(موسى عبد الفتاح فاروق، 1991، ص5)

أي أنها الفئة التي ترى أن التدعيم الذي يتبع السلوك خارج عن نطاق تحكّمها أو سيطرتها وغير متسق مع سلوكها، ولذلك ترى أن هذا التدعيم ناشئ عن عوامل خارج ذاتها كالحظ والقدر والصدفة أو الأشخاص ذوي التأثير أو النفوذ الأقوى أو عوامل يصعب التنبؤ بها، وهم أقل نشاطا معرفيا وان العلاقة بين السلوك والتعزيز للخارجيين ليست منتظمة، مما يجعل الفشل في استيعاب الارتباط بين سلوكه ومسبباته لاعتقاده أن تلك المسببات تكمن في الخارج وهم يحققون درجات انجازات متدنية.

(شهرزاد موسى، 2010، ص11).

وعليه فالمقصود بفئة الضبط الخارجي اعتقاد الفرد أن ما يحدث له في حياته من مواقف مختلفة سواء كانت ايجابية أو سلبية ليست مرتبطة به، بل تعود إلى الحظ أو القدر أو غيرها وهو غير مسؤول عنها. أما مصادره المحتملة فهي كمايلي:

1 - **الحظ والصدفة:** حيث يعتقد الفرد أنه لا يمكن التنبؤ بالأحداث لأن كل الأمور مرهونة بالحظ أو الصدفة. (نبيلة بن الزين، 2005، ص69)

2- **القدر:** يمثل اعتقادا لدى الشخص بأنه لا يمكن أن يتدخل أو يغيّر مسار الأحداث لأنها مقدرة سلفا.

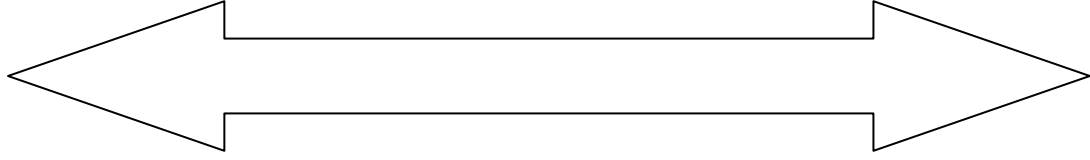
3- **تحكم الآخرين الأقوياء:** حيث يكون اعتقاد الفرد أن مصيره في أيدي أشخاص آخرين أكثر قوة وأكثر تأثيرا مثل: الآباء، الرؤساء، وهو لا يستطيع أن يؤثر فيهم لأنه ضعيف. (نور الهدى يحيوي، 2008، ص23)

ويمثل المصطلحين-مركز الضبط الداخلي ومركز الضبط الخارجي- حسب "روتر" طرفي خط متصل يحتل مختلف الأفراد نقاط معينة عليه، فمن يقترب من القطب الأول فهو من الفئة ذات الوجهة الداخلية في الضبط، ومن يقترب من القطب الثاني فهو من الفئة ذات الوجهة الخارجية في الضبط.

(علاء الدين كفاي، 1982، ص05) والشكل التالي يوضح ذلك.

| | |
|-----------------|-----------------|
| مركز تحكم داخلي | مركز تحكم خارجي |
|-----------------|-----------------|

| | |
|--|--|
| اعتقادات الفرد بأن سلوكه مُوجَّه بقراراته ومجهوداته الشخصية. | اعتقادات الفرد بأن سلوكه مُوجَّه بالصدفة أو الحظ أو بظروف خارجية أخرى. |
|--|--|



الشكل رقم(01)يمثل مفهوم مركز الضبط

رابعاً/ أهمية مركز الضبط:

تتبين أهمية مركز الضبط فيمايلي:

- 1- يعتبر مركز الضبط عنصراً هاماً في تحديد أسباب السلوك لدى الفرد، حيث نميز نوعين من الأفراد هما ذوو الضبط الداخلي الذين يعززون النهايات السارة(التعزيز) والنجاح والفشل إلى مقدرتهم وجهدهم الخاص، مقابل ذوي الضبط الخارجي الذين يعززون أسباب نجاحهم أو فشلهم إلى قوى خارجية كالحظ والقدر ووساطة الآخرين...
- 2- إن مركز الضبط من المفاهيم النفسية التي تلعب دوراً بارزاً وحاسماً في شخصية الفرد وتقدير سلوكه نحو المثبرات الموجودة في البيئة، حيث أن إدراك الشخص لقدرته على التأثير في أمور حياته مرتبطة بنظرته إلى العلاقة بين سلوكه ونتائج ذلك السلوك، وهذا له تأثير على نوع تفكير الفرد.
- 3- إن مركز الضبط من الجوانب المهمة في تنظيم التوقعات الإنسانية وتحديد مصادرها فضلاً عن كونه أحد المكونات البارزة في تحديد العلاقة الارتباطية بين سلوك الفرد وما يحدث بعده من نتائج.
- 4- يعتبر مركز الضبط من المفاهيم الدافعية وخاصة عندما يسعى الأفراد إلى تفسير أسباب نجاحهم وفشلهم وتحديد مصادرها، وقدرتهم في السيطرة عليها في أي موقف حياتي يواجهه الفرد.(بشير معمرية، 2009، ص44)
- 5- إن التحكم وضبط السلوك الإنساني يلعب دوراً هاماً في حياة الفرد النفسية والاجتماعية، حيث يولد الفرد في بيئة يجد نفسه مضطراً للتعامل معها والتفاعل مع ضغوط وقوى خارجية تدفعه للقيام بأنماط

سلوكية مدفوعا في ذلك بنوع من التحكم الخارجي، على أنه كثيراً ما يحاول الفرد أن يتحكم في هذه البيئة ذاتيا بطريقته الخاصة وما لديه من جهد يمكنه بذله وما اكتسبه من خبرة، وما لديه من قدرة على المتابعة دافعية للإنجاز، وهي عوامل تساعد الفرد على التحكم الذاتي للسيطرة على البيئة.

(محمد المتولي، 1990، ص209)

خامسا/ خصائص الأفراد في فئتي مركز الضبط:

من أهم الخصائص التي تتميز بها الفئتان هي:

- خصائص فئة الضبط الداخلي:

1- البحث والاستكشاف مع الحذر والانتباه للنواحي المختلفة التي تزودهم بمعلومات مفيدة لسلوكهم المستقبلي، ثم استخدام هذه المعلومات بفعالية في الوصول إلى حل المشكلات التي تعترضهم في البيئة فضلا عن قدرتهم على استرجاع هذه المعلومات ومعالجتها بشكل أو بأشكال مختلفة.

2- القدرة على تأجيل الإشباع ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم.

3- أخذهم خطوات تتميز بالفعالية والتمكن لتحسين حال بيئتهم. (منصور بن زاهي، 2012، ص29)

4- الاتزان الانفعالي والصحة النفسية، فهم أكثر احتراما للذات وأكثر قناعة ورضى عن الحياة وأكثر اطمئنانا وهدهوءا، وأكثر ثقة بالنفس وأكثر ثباتا انفعاليا. (صلاح الدين أبو ناهية، 1989، ص190)

ومن المهم الإشارة إلى أنه من الخطأ الاعتقاد أن الضبط الداخلي يتضمن باستمرار السمات الايجابية السابقة الذكر، وأن سمة الضبط الخارجي تتضمن جميع السمات السلبية في الشخصية.

وفي هذا السياق أكد نجاح عبد الرحيم محمد عثمان (1999) نقلا عن أبي مولود (2007): "إلى

ضرورة وجود حدود للاعتقاد بالقدرة على الضبط، فإذا شعر ذوو الضبط الداخلي أنهم يمتلكون قدرة على الضبط مبالغا فيها تتجاوز حدود الواقع، فقد يتعرضون إلى صدمات عندما يكتشفون عدم قدرتهم على ضبط بعض الأحداث في بيئتهم فالتحكم ليس ممكنا دائما وفي جميع الأحوال."

(عبد الفتاح أبي مولود، 2007، ص42)

كما توصلت بعض الدراسات السابقة حول الأفراد ذوي الضبط الداخلي إلى تحديد بعض الخصائص (والتي انتهى فيها إلى أن الأفراد Gilbert السلبية في شخصياتهم نذكر منها دراسة جيلبرت (1976)، ذوي الضبط الداخلي يعانون من انخفاض في تقديرهم لذواتهم وزيادة في قلقهم عندما يواجهون مواقف ضاغطة تفوق قدرتهم على ضبطها وذلك بسبب تصورهم غير الواقعي عن قدرتهم الشخصية في ضبط الأمور.

أما جانوف-بلومان (1979) فيعتبر أن بعض حالات العزو الداخلي للأحداث السيئة يمكن أن تشكل إحدى آليات الدفاع النفسية الايجابية والتي تتضمن أن للفرد قدرة التحكم والسيطرة على ما يحدث له.

كما توصلت النيبال أحمد مایسة (1994) في دراستها حول الطلبة الجامعيين بقطر بأن الذكور من ذوي الضبط الداخلي أكثر عصابية من ذوي الضبط الخارجي. (عبد الفتاح أبي مولود، 2007، ص ص 42-43)

- خصائص فئة الضبط الخارجي:

بالنسبة لأفراد الضبط الخارجي الذين لديهم اعتقاد في القوى الخارجية كالحظ والصدفة والقدر والآخريين يتصفون بمجموعة من الخصائص أهمها:

1- السلبية العامة وقلة المشاركة والإنتاج.

2- تنخفض لديهم درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله الخاصة.

3- يرجعون الحوادث الايجابية أو السلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي.

4- يفتقرون إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على الأحداث. (صلاح الدين أبو ناهية، 1987، ص 185)

5- انعدام الثقة بالنفس مع توقعات منخفضة للنجاح.

6- كثرة الشكوك وتغلب التفكير النمطي ويعانون من نقص في توجيه الذات والتحكم فيها.

(موسى رشاد، 1993، ص 383)

ومن كل ما ذكر سابقا يتضح أن الأفراد ذوي الضبط الخارجي يتميزون عن الأفراد ذوي الضبط الداخلي بصفات سلبية تحول دون تحقيق أهدافهم، لكن هذا لا ينفي أن لهذه الفئة بعض المزايا.

أن ذوي الضبط الخارجي لديهم مهارات نوعية لا تتوفر لدى داخلي Phares" فقد أشار "فيرز 1976

الضبط، فهم يعتقدون أن الحصول على التعزيز يحدث شرط أن يكون في الوقت المناسب والمكان

المناسب وأن يكون الفرد محظوظا.

في الحقيقة "روتر" لم يقصد أن يُقسّم الناس إلى داخلي الضبط أو خارجي الضبط إلا أنه يرى أن هناك بعض الدلالات الشخصية بالنسبة لبعض الخصائص العامة للأفراد الذين يصنفون على أنهم مرتفعون أو منخفضون على بعد الاعتقاد في الضبط الداخلي مقابل الضبط الخارجي. (بشير معمرية، 2009، ص17)

معنى ذلك أنه ليس كل فرد ذو مركز ضبط داخلي بحت أو ذو مركز ضبط خارجي بحت، وإنما مركز الضبط استمرار لخط متصل ذو بعد واحد، طرفي الفئتان المذكورتان يمتد من الخارج نحو الداخل وكل فرد يتموقع في نقطة من هذا المحور فيميل إلى أحد الطرفين أو يكون حيادياً إذا كان في الوسط بمعنى آخر فالاختلاف في مركز الضبط اختلاف في الدرجة وليس في النوع.

ويرجع تموقع هذا الفرد إلى عدة عوامل تشكل مركز ضبطه، انطلاقاً من طبيعة الموقف أو خبراته السابقة أثناء التنشئة الاجتماعية أو التطبيع الاجتماعي والتي حاولت نظرية التعلم الاجتماعي تفسيره.

سادساً/ النظريات المفسرة لمركز الضبط:

برزت عدة اتجاهات نظرية مختلفة تناولت عملية ضبط الفرد للأحداث البيئية ومحاولة السيطرة عليها وعليه تبلورت العديد من المفاهيم كالعزو السببي، العجز المكتسب، الكفاءة، الدافعية الداخلية، وهي مفاهيم تفيد في إبراز الدرجة التي يكون عندها الفرد قادراً على ضبط المواقف الهامة التي تحدث في بيئته.

" Heider / نظرية العزو السببي لهايدر (1958)"

" من خلال Heider إن الخلفية الأساسية لنظرية العزو السببي ترجع إلى عالم النفس الألماني "هايدر" كتابه "سيكولوجية العلاقات المتبادلة" سنة 1958 والذي يرى أن سلوك الفرد هو الذي يؤثر على سلوكه القادم وليس النتيجة التي يحصل عليها، أي أنه حاول تفسير العلاقة بين سلوك الفرد وما يعزوه من أسباب لهذا السلوك كما يدركها الفرد نفسه، إذ يعتقد هايدر أن السلوك محدد بطبيعة الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في إدراك السلوك موضع الانتباه. (مقابلة نصر، 1994، ص24)

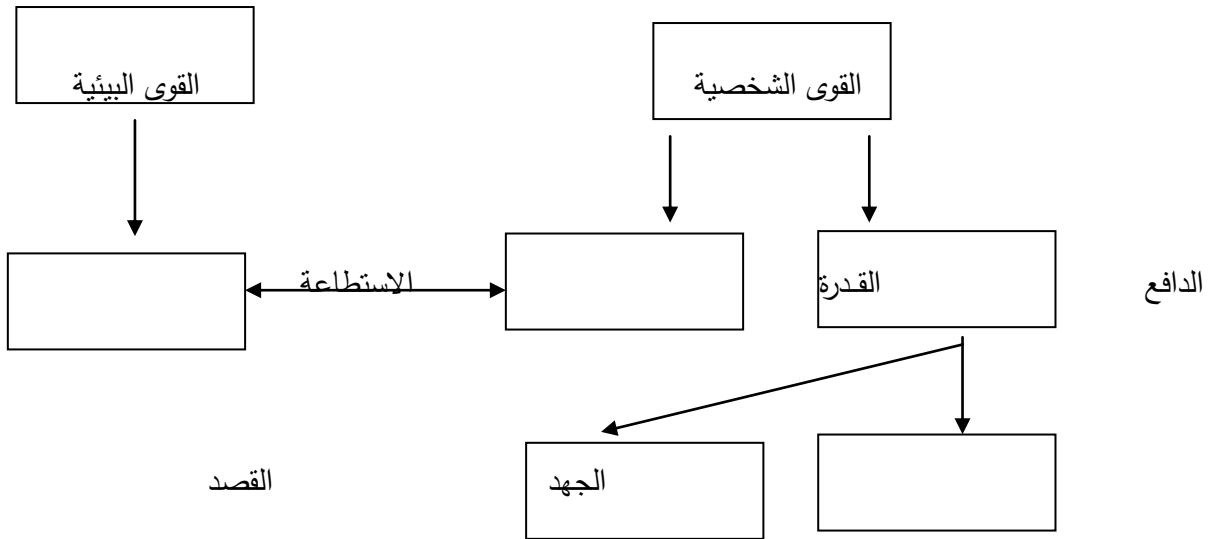
ويفترض "هايدر" أن الأفراد يعزون أسباب نجاحهم وفشلهم، أي أن فهم السلوك الإنساني يدور حول سببية حدوثه، وهي محاولة لربط السلوك بالظروف والعوامل المؤدية إليه، إذ أن إدراك الفرد للسبب يساعده في السيطرة على ذلك الجزء من البيئة، وأن معتقدات الأفراد حول أسباب نتائجهم حتى ولو لم تكن حقيقة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تفسير توقعات الأفراد. (يزيد شويعل، 2013، ص75)

فقد افترض هايدر أن كل فرد يخضع لقوى بيئية تمارس ضغوطها عليه، بالإضافة إلى أن كل فرد لديه استعدادات وقدرات وسمات واتجاهات مختلفة عما يتميز به الآخرون، مما يسمح لتلك القوى والضغوط

بأن تعمل من خلال أنواع متباينة من الأمزجة والطبائع وتجعل السلوك تتحكم فيه قوتان: القوى البيئية [قوى بيئية+ قوى شخصية]والقوى الشخصية كما تبينه المعادلة التالية: حدوث السلوك = فالعلاقة بين القوتين حسب هذه النظرية إضافية أو جمعية، فإذا كانت أيا من القوتين قوية فالسلوك يمكن حدوثه حتى ولو كانت القوة الأخرى مختزلة إلى الصفر، فعندما يكون تأثير قوة أكثر من القوة الأخرى وتكون أمام نوعين من الأفراد تكون استجاباتهم مختلفة لهذه الضغوط، فمنهم من يرفض التحكم ويظهر مقاومة للإغراء ومحاولة التأثير عليه، ومنهم من يستسلم ويرضى بالواقع.

(عثمان يخلف، 1992، صص33-34)

وقد قام هايدر بتحليل السلوك إلى مكوناته حسب أسبابه كما نراه في الشكل التالي:



شكل رقم(02): يوضح تحليل هايدر للفعل السلوكي

يظهر هذا الشكل أن القوى الشخصية تؤثر في الفعل السلوكي إذ توفر عنصر الدافع والقدرة لأن غيابهما سيختزل القوى الشخصية إلى الصفر، وينقسم عنصر الدافع إلى عنصرين ثانويين هما: **القصد:** الذي يشير إلى ما يريد الشخص أن يفعله.

الجهد: الذي يشير إلى أي درجة سيحاول الفرد فعل السلوك.

أما عنصر **الاستطاعة** فهو يشير إلى العلاقة بين القدرة من ناحية والقوى البيئية من ناحية أخرى، فإذا كان تأثير القوى الشخصية أقوى من القوى البيئية فالفرد يمكنه أن يقوم بالفعل السلوكي وعندئذ يكون سبب السلوك شخصي، أما إذا كان تأثير القوى البيئية أكبر فعندئذ يكون سبب السلوك غير شخصي.

- فالسببية الشخصية تكون اعتقاداً راسخاً لدى الفرد بوجود علاقة بين الفعل السلوكي في البيئة، وبين شعور الفرد بالمسؤولية الشخصية لما يحدث له وتسمى **بالعزو السببي الشخصي**.

- أما السببية غير الشخصية فهو الاعتقاد بعدم وجود علاقة بين السلوك والاستجابات البيئية وتسمى بالعزو السببي غير الشخصي. (نور الهدى يحيوي، 2008، ص ص 35-36)

ومن هنا تبرز أوجه التشابه أو علاقة مفهوم التحكم لدى "روتر" بنظرية العزو السببي لدى "فاذا كانت السببية الشخصية تشير إلى شعوره بالمسؤولية الشخصية لما يحدث له، فإن Heider هايدر الضبط الداخلي يشير إلى اعتقاد الفرد أو إدراكه أن نجاحه أو فشله تعود نتیجتها إلى ذاته أو خصائصه الشخصية، ومن هنا يمكن القول خصائصه الشخصية، ومن هنا يمكن القول أن فئة الضبط الداخلي تعتبر صورة أخرى للعزو السببي الشخصي أي اعتقاد الفرد بوجود علاقة بين سلوكه ونتائج هذا السلوك.

كذلك الحال بالنسبة للسببية غير الشخصية والتي تعتبر صورة أخرى لفئة الضبط الخارجي، فالأولى تشير إلى عدم الاعتقاد أو الإدراك بوجود علاقة بين السلوك والاستجابات البيئية، أما الثانية -الضبط الخارجي- فيشير إلى اعتقاد الفرد بأن نجاحه أو فشله في حقيقة الأمر لا يرجع إلى ذاته، بل إلى عوامل خارجية غير مرتبطة بسلوكه ولا يستطيع التحكم فيها.

وتجدر الإشارة لذكر أوجه الاختلاف التي بينهما لإزالة الغموض فتتجلى في أن العزو السببي يعتمد على تفسير الحدث بعد وقوعه أي «ما حدث كان بسبب...» فيتم البحث عن أسباب وقوع الحدث سواء كان لأسباب شخصية أو غير شخصية، ومنه تتكون الفرد لدى تصورات يقيم بها الوضعية ويستخدمها 1994 كمرجعية عند وقوع الأحداث في استجابته لها. أما مركز الضبط كما يبين "تويسر وآخرون" هو اعتقاد عام مستقر معد قبل التوصل إلى النتيجة، فهو ليس متصل بوضعية Nuissier & All خصوصية (ما وقع يرجع أو لا يرجع). (نبيلة بن الزين، 2005، ص 63)

- يعتبر العزو السببي أسلوباً يعود إليه الفرد لتكوين أحكام سلوكه (تفكير، شعور، تصرفات) وسلوكات الآخرين كما يتعلق بالطرق التي من خلالها ينتج ويقدم الناس تفسيرات وشروحا لأحداث الحياة اليومية وتفسيرها لأسباب شخصية أو غير شخصية، حيث يتم تفسير النجاح إلى ذاته والفشل لعوامل غير شخصية. (عثمان يخلف، 1992، ص 57)، في حين نجد مركز الضبط يركّز على اعتقاد الفرد عن مدى إمكانيته في التحكم في الأحداث حيث لا يكتفي بتقديم التفسيرات لهذه الأحداث فقط وإنما يشمل مدى قدرته أو عدم قدرته في التحكم فيها، فهو بذلك يحدد مسؤوليته أو عدمها اتجاه ذلك مسبقاً بناء على الخبرات السابقة والتوقع حول موقف نوعي معين أو في مجموعة من المواقف (نبيلة بن الزين، 2005، ص 63)

: Weiner / نظرية العزو لويனர் (1974) II

إلى أن العزو السببي يلعب دور الوسيط بين استجابات الفرد الانفعالية للنتائج **Wiener** يشير "وينر" المهمة والتوقعات للأداء المستقبلي اللذان يؤثران على سلوك الفرد ويتعلق بأداء المهام المستقبلية، وذلك من خلال الجهد والاستراتيجيات التي يستخدمها للموضوع، ولقد أشارت أبحاثه إلى أن معتقدات الفرد حول النجاح وال فشل تعد عاملا مهما في فهم السلوكيات المرتبطة بالتحصيل أو الانجاز.

(يزيد شويعل، 2013، ص77)

" إلى وجود أربعة (04) عوامل يعزو إليها الأفراد نجاحهم أو فشلهم وهي: **Weiner** كما يشير "وينر" حول العزو السببي أن **Weiner** القدرة الجهد، صعوبة الجهد والحظ. فنلاحظ أن التصور النظري لويனர் النجاح عنده يعقبه دوما الشعور بالفخر والاعتزاز ويرفع من تقدير الذات، بينما الفشل عندما يكون نتيجة لأسباب غير ثابتة يعقبه دوما الشعور بالذنب والغضب اتجاه الآخرين، لكن لا يقلل من مستوى الأداء في المواقف المتشابهة، أما الفشل عندما يحدث نتيجة أسباب ثابتة يعقبه الشعور بالخجل والحزن وهذا يؤدي إلى انخفاض في مستوى تقدير الذات، كما أن عزو النجاح أو الفشل إلى أسباب ثابتة يؤدي إلى ثبات في التوقع في المستقبل، في حين إذا عزا النجاح أو الفشل إلى أسباب غير ثابتة مثل الحظ أو الصدفة فهذا لا يعتبر مؤشرا للنجاح أو للفشل في المستقبل.

" أنه يؤكد على العلاقة الخطية- الثنائية بين السلوك الإنساني وأسلوب **Weiner** لكن يؤخذ على نموذج "وينر" العزو أو تفسير النجاحات أو فشل الفرد التي تعد غير كافية للتنبؤ بالسلوك التكيفي وبمستوى الأداء العالي في مواقف متشابهة، لأنه قد تؤثر على مسار العلاقة وإمكانية توقع حدوث النتائج مسبقا. (أبي مولود، 2007، ص55)

: Seligman, M / نظرية العجز المكتسب لسليجمان (1975) III

حسب سليجمان يتوصل الفرد إلى حالة العجز عندما يدرك بأنه لا يستطيع التحكم في وضعية سلبية التي تشكل له ضغطا. ويتوصل الفرد إلى الشعور بالعجز، إذا كان ينسب نتائج حدث ما لأسباب داخلية مستقرة وعامة، بهذا يتوقع الفرد عدم القدرة على التحكم في الوضع اللاحق الأمر الذي أوصله إلى (Vallerand, 1994, p311) الاكتئاب.

وبالتالي فإن الوقوع في حالة العجز تكون فقط في الحالة التي يفسر فيها الفرد الأحداث السلبية، والتي قد تفوق قدرته على الضبط بعوامل داخلية وثابتة وشاملة، وقد أطلق سليغمان على هذا التفسير السببي للحدث - التفسير (Bootzin & Al, 1986, p530التشاؤمي - والذي يعيد الحدث السلبي إلى عوامل خارجية ومتغيرة وخاصة.)

أي أن بعض الأفراد في حالة مواجهتهم لأحداث صعبة وخارجة عن سيطرتهم أو تحكمهم الشخصي يستجيبون بممارسة العجز، ويبدو سلوكهم في هذه الحالة لا يتناسب مع الأحداث الواقعة عليهم وبدلاً من القيام بسلوك قد يساعدهم على استعادة السيطرة على الأحداث في بيئتهم فإنهم يتميزون بالسلبية، ويتقبلون التهديدات النفسية والعقاب وما يحدث لهم ويشهرون أنه ليس هناك ما يستطيعون فعله. (يزيد شويعل، 2013، ص78)، فشعور الفرد بعدم القدرة على التحكم في الوضعية الضاغطة التي يواجهها، وأنها تتجاوز إمكانياته وبعدها يعممها على كل المواقف لتكسبه العجز، فاكتساب العجز يشعر الفرد بعدم القدرة ويجعله يقيم إمكانياته بالسلب، وتؤثر أيضاً على حالته النفسية وتوصله للاكتئاب.

(Nuisier.J(dans le Bruchon & Al), 1994, p194)

" Wrih / نظرية دافع الكفاءة أو الجدارة لـ "وايت (1959) IV :

تتمتع العلاقة القوية بين السعي وملاحقة الأحداث في البيئة باستمرار في محاولات للسيطرة عليها لتحقيق الذات والشعور بالرضا (تحقيق دافع الكفاءة)، وبين الفعالية والتمكّن والتحكّم في البيئة والسيطرة إلى وجود هذه العلاقة بين مفهوم التحكم **Rotter** (مركز التحكم الداخلي). وأشار "روتر (1966) الداخلي ومفهوم الكفاءة كما بيّنه "وايت" خلال أحد بحوثه، بأن الأفراد الذين تميّزوا بالتقريب والبحث والاستكشاف ومحاولة السيطرة على البيئة كانوا من المعتقدين في التحكم الداخلي. (بشير معمرية، 2009، ص33)

: Deci.E / نظرية الدافعية الداخلية والخارجية لإدوارد ديسي (1980) V :

تدعى هذه النظرية بـ"نظرية الدافعية المعرفية" والتي تصرّح أن الإنسان كائن نشط يُنقّب ويبحث بإصرار ومثابرة ويعالج المنبثرات الجديدة بفعالية، وهو عنصر فعّال في البيئة التي يعيش فيها ويبحث عن معلومات لحل مشاكله الشخصية المستعصية، ويسعى لتحقيق أهدافه المتعلقة بتحقيق الذات .

وتعتمد نظرية "ديسي" على عنصرين مهمين هما:

- الأول: تفترض أن الناس مشتركون في عدة أنماط سلوكية من أجل الشعور بالكفاءة وتحقيق الذات حتى يشعرون أنهم وكلاء سببيين ومتحكمين في تفاعلاتهم مع البيئة.

• **الثاني:** تفترض أن لدى الناس القدرة على تقرير ما يريدون فعله، هذه القرارات تنتج من تفسير الأفراد للأحداث البيئية وتجهيز المعلومات المتوفرة لديهم عن البيئة، والتعامل من خلال قدراتهم المعرفية كالذاكرة والتخطيط لتقرير ما يجب فعله.

والدافعية الداخلية في الاتجاه المعرفي تقوم على الاختيارات والقرارات والاهتمامات واعتبارها ما يؤدي إلى النجاح والفشل، لذلك فإن توقعات النجاح والفشل تلعب دورا هاما في التحليل المفاهيمي للدافعية.

ويرى "ديسي" أن الدافعية الداخلية تقوم على أساس الرغبة في الشعور بالفاعلية والقدرة على الضبط الذاتي، فالفرد المدفوع داخليا يكون في انهماك عميق ومتواصل ورغبة في النشاط الذي يغذيه ويدفعه إلى العمل خاصة عندما يكون سبب السلوك رغبة الشخص في الجدارة والكفاءة وليس إكراهها من الخارج. لذلك يمكن القول أن السلوك عندما يكون مدفوعا داخليا، فإن إدراك مصدر الضبط يكون داخليا أيضا.

(يوسف قطامي ونايفة قطامي، 2000، ص ص 19-20)

VI / الدين ومركز الضبط:

يعتبر الدين أهم وأقوى وسيلة من وسائل الضبط من خلال ما يقوم به من وظائف في حياة الفرد والمجتمع واستقرار النظم الاجتماعية، لذلك اهتم علماء الاجتماع بدراسته ووضعها على قمة النظم الاجتماعية، والدين نظام اجتماعي شامل، لا يسمح لأي فرد أن يكون له رأيا خاصا فيه أو يسلك سلوكا خارجا عليه.

ويبرز أثر الدين وبالذات الدين الإسلامي كأداة ضبط ذاتي داخلي واجتماعي خارجي، فيما يشمل عليه من تعاليم تمثل في مجملها مجموع الضوابط والتي تظهر في العبادات المتعلقة في العلاقة بين العبد وخالقه سبحانه وتعالى، وفي المعاملات التي تعكس العلاقة بين الأفراد، ومن هنا فإن الدين من وجهة نظره يمارس ضبطا ذاتيا داخليا على الفرد من حيث ضبط النفس والسيطرة عليها، ويسعى في نفس الوقت لإحداث التوازن داخل نفس الفرد، وهذا ما يعكس سلوك الفرد خارجيا مع الآخرين وفق ما يدركه الفرد، وهذا هو مركز الضبط الديني الداخلي الذي يؤثر تأثيرا مباشرا وفعالا في ثقافة المجتمعات ويعمل على توارثها. (سليم سلوى، 1985، ص 172)

على ضوء ما سبق ذكره من النظريات النفسية- الدينية في إبراز مفهوم مركز الضبط، فمنهم من أوضح أن الإنسان لديه حاجة لمعرفة سببية الأحداث "كهايدر"، ومنهم من تحدث عن قدرة الفرد في ضبط

بيئته أو عالمه الشخصي من خلال تفاعله مع المواقف أو الأحداث كـ"وايت" (الكفاءة) أو "ديسي" (الدافعية الداخلية)، ومنهم من أشار إلى أن المعتقدات التي يحملها الفرد حول النجاح أو الفشل تعد عاملا مهما للتعويض بالسلوك كـ"وينر" و"سليجمان". وأخيرا ثبت انه لإحداث التوازن والضبط (الداخلي-الخارجي) للفرد يكون عن طريق إتباع التعاليم الدينية. ورغم اختلاف المفاهيم لكنها في مجملها تشكل صفات وسمات يتحلّى بها أفراد ذوي الضبط (الداخلي _ الخارجي).

سابعا/ مركز الضبط في نظرية التعلم الاجتماعي:

يعد "روتر" أول من أبرز مفهوم مركز الضبط في نظرية التعلم الاجتماعي، حيث قدم هذا المفهوم في نسق نظري متكامل مستمد من مدرستين كبيرتين من مدارس علم النفس هما: المدرسة السلوكية والتي تركز على الارتباط بين المثير والاستجابة، ومفهوم التعزيز، والمدرسة المعرفية التي تركز على العمليات العقلية كالإدراك والفهم والتفكير، حيث أعطى تفسيراً للسلوك الإنساني في كونه يحدث في بيئة مليئة (، كما تطرّق إلى عملية Hansenne, 2003, p153 بالمعاني (المثيرات) ويكتسب من التفاعل مع الآخرين). التعزيز كمؤشر هام في سلوك الفرد. (موسى فاروق، 1991، ص91)، بمعنى أن السلوك هو نتيجة التعزيز ونتيجة التوقعات، والتوقع هو تقييم الفرد لاحتمالات ظهور التعزيز نتيجة سلوكه في وضعية معينة ويصر روتر على أن الوضعية الواحدة مختلفة من فرد لآخر لتفسير السلوك، فسلوكياتنا تملئها علينا توقعاتنا في معظم الحالات، فإذا كانت التعزيزات والتوقعات مرتفعة فإن احتمال حدوث السلوك يكون (، أي إذا كان التعزيز والتوقع منخفضان ينقص احتمال حدوث Hansenne, 2003, p155 مرتفعا والعكس.) السلوك.

يعتبر مفهوم الضبط إذن في نظرية روتر للتعلم الاجتماعي توقعا معمقا يعمل من خلال عدد كبير من المواقف، والتي تتصل بخصائص الفرد إذا كان يمتلك القدرات المحركة لسلوكه أو لا يمتلكها، بمعنى أن (Lefcourt, 1966, p22-206 نجاحه أو فشله يرتبط بعوامل ذاتية أو خارجية.) " «إدراك الفرد أن نتائج الأحداث يترتب على سلوكه وتصرفه Rotter ويقصد بهذا المفهوم حسب روتر (Rotter.J, 1966, p06 الداخلي، أو تكون مسيرة بقوى خارجية عن إرادته.») ويمكن إيجاز المسلمات التي تقوم عليها نظرية التعلم الاجتماعي لروتر فيمايلي:

1- إن الشخصية يتم اكتسابها على أساس تفاعل الفرد وبيئته المدركة ذات المعنى، أي أن الكثير من السلوك يحدث في بيئة مليئة بالمعاني من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

2- توجد وحدة في الشخصية، إذ أن هناك علاقة متبادلة بالنسبة لخبرات الشخص أي تفاعله مع البيئة إن الشخصية بكل مظاهرها المستقرة هي موضوع البحث، إذ تلتحم الخبرات الجديدة بالشخصية بواسطة التراكم المعرفي، وعلى الرغم من أن عملية التغيير تظل ممكنة عن طريق تفضيل الخبرات الجديدة المناسبة.

3- يقرر "روتر" أن السلوك لا يرتبط فقط بالأهداف أو بأهميتها بل يتحدد أيضا بتوقع الفرد أن هذه الأهداف ستحقق. (شهرزاد موسى، 2010، ص12)

4- يوصف السلوك الإنساني بأنه سلوك هادف فقد يكون من أجل هدف يناضل الفرد لتحقيقه، أو من أجل استبعاد ضرر يسعى لتجنبه، ويشير هذا المفهوم إلى مبدأ الدافعية في السلوك فيمكن تحديد الدوافع الايجابية والسلبية عن طريق ملاحظة السلوك المباشر، فالحدث أو المثير يتحدد كمعزز إيجابي إذا كان سلوك الشخص موجها نحو تحقيق هدف معين، وعندما يحاول الأفراد تجنب شيء ما يكون الهدف سلبيا. ومن هنا يعتبر أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي التوقعات محددات أولوية للسلوك. (الجيشي، 2004، ص22) وقد قدم "روتر" أربعة مفاهيم (متغيرات) أساسية في نظرية التعلم الاجتماعي والتي انبثق منها مفهوم مركز الضبط (الداخلي-الخارجي) وهي:

1- إمكانية السلوك (الطاقة السلوكية) **Behaviour Potentiel**: ويعرّف بأنه "إمكانية حدوث سلوك ما

في موقف ما أو عدة مواقف من أجل تعزيز واحد أو مجموعة من التعزيزات". ويقصد به قدرة الفرد على اختيار سلوك معين من بين العديد من السلوكيات المحتملة في وضعية معينة واختياره لسلوك دون آخر راجع لتصوره الذاتي لهذه الوضعية، إذ تتأثر طاقته بالموقف المثير وباختياره الواعي لذلك السلوك من بين اختيارات أخرى ممكنة. فهي تشمل إمكانية الحصول على استجابات سلوكية يقوم بها الفرد في حياته يمكن ملاحظتها وقياسها بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

(Schultz & All, 1994, p413)

: هو احتمالات يتوقعها الفرد نتيجة سلوك معين يصدر عنه في موقف **Expectancy** 2- التوقع:

معين. (صلاح الدين أبو ناهية، 1989، ص100)، أي انه الاحتمال الذي يعتقد به الفرد أن تعزيز معين سيحصل كدالة لحدوث سلوك معين، فهو احتمال يعتمد على الفرد ذاته تحدد التوقعات السابقة المعممة نتيجة لسلوك الفرد سلوكا معيناً تبعه تعزيز، كما يحدد تاريخ التعزيزات لديه، والتوقع نوعان: نوع خاص يعتمد على القدر الذي اكتسبه الفرد من الخبرات، وآخر عام يعتمد على انتقال التعلم من مواقف أخرى يلاحظها

(، فالتوقع عبارة على التنبؤ الذي يتوقعه الشخص بحدوث سلوك معين في 1الفرد. (شهرزاد موسى، 2010، ص1 موقف معين تحت تأثير عدة عوامل منها: الخبرات السابقة، طبيعية الموقف، التعميم... الخ

3- قيمة التعزيز أو التدعيم: يمكن تعريفها على أنها درجة تفضيل الفرد لحدوث تعزيز معين إذا كانت إمكانيات الحدوث لكل البدائل الأخرى متساوية. (صلاح الدين أبو ناهية، 1989، ص185)، ويمكن تحديد قيمة التعزيز من خلال مدى ارتباطه بالتوقع، إذ أن التعزيز يقوي التوقع لحدوث سلوك معين في المستقبل، وما يكون معززا لشخص ما قد لا يكون بالضرورة معززا لشخص آخر، وما هو إيجابي بالنسبة للفرد في ظروف معينة قد لا يكون كذلك في ظروف ومواقف مغايرة، فالمعززات تركز على خبرات الفرد وتفاعلاته مع محيطه، وتتجم عن تفضيلاته انطلاقا من تجاربه المرتبطة بتوقعاته المستقبلية حول هذه التعزيزات (Schultz & All, 1994, p415 وهذا ما يبرز قيمتها).

4- الموقف النفسي: وهو «البيئة الداخلية أو الخارجية التي تحفز الفرد "بناء على خبراته وتجاربه السابقة" كي يتعلم كيف يستخلص أعلى مستوى من الإشباع في أنسب مجموعة من الظروف.» (عبد الهادي عزة جودت، 2000، ص64)

ويشير "رشاد علي عبد العزيز موسى(1993)" أن: «الموقف النفسي يمد الفرد بأدلة لتوقعاته بأن سلوكه سوف يؤدي إلى النتائج المرغوب فيها.» (موسى رشاد، 1993، ص326)

فالسلك إذن لا يحدث من فراغ، والفرد يتفاعل باستمرار مع البيئة الداخلية والخارجية وفي اتفاق مع خبرته فيؤثر على التوقع وقيمة التعزيز، وهو بذلك يلعب دورا حاسما في تقرير الطاقة السلوكية أو اتجاه السلوك.

ثامنا/ العوامل المؤثرة في تشكل مركز الضبط:

هناك عدة عوامل تؤثر في مركز الضبط منها:

- الأسرة:

تعتبر الأسرة المكان الذي تنمو فيه الشخصية وتشكل الوجود الاجتماعي، فهي تمارس ميكانيزمات التنشئة الاجتماعية والرعاية خلال هذه المرحلة المتمثلة في الاستجابة لأفعال الأبناء مثل: الثواب والعقاب والمشاركة في المواقف الاجتماعية، (يزيد شويعل، 2013، ص71)، ولعملية التنشئة الوالدية دور مؤثر في تحديد فنتي مركز الضبط، حيث تلعب الأسرة دورا كبيرا خاصة في فترة الطفولة من خلال النماذج والتعزيزات التي (Schweitzer, 2002, p231 تقدمها لأبنائها مما يسهل من نمو مصدر الضبط الداخلي للأبناء).

كما أن العلاقة الوالدية المعتمدة على الحب، والدفء، والحماية، والتوجيه، والتشجيع على الانجاز والاستقلالية أثرها بالغ في بناء التوجه الداخلي للضبط لدى الأبناء، في حين تبين اثر الإهمال، وقلة التوجيه، والنقد اللاذع والسخرية في دعم الاتجاه الخارجي للضبط لديهم، ونستنتج مما سبق أهمية بنية الطفل الأولى بالنسبة لنمو اتجاه الضبط (الداخلي_ الخارجي). (صلاح الدين أبو ناهية، 1987، ص188)

بالإضافة إلى أهمية الظروف الأسرية، وخصائص العائلة مثل: حجمها، ومستواها الاقتصادي والاجتماعي وترتيب الطفل، وثقافة الأسرة... الخ، كلها عوامل تؤثر في تشكيل اتجاه الضبط داخليا كان أو خارجيا لدى أبنائها. (حنان الحربي، 2006، ص45)

II - السن :

يعتبر عامل السن من العوامل التي لها تأثير في عملية تحديد مركز الضبط، حيث أشارت دراسة أن مركز الضبط يتأثر ويتغير باختلاف مراحل **Lao** ودراسة "لاوو (1974) Pinja بنجا (1979) العمر، فالضبط الداخلي يبدو منخفضا في مرحلة الطفولة ثم يزداد مع التقدم في العمر في مرحلة المراهقة ثم في مرحلة الشباب والرشد. (صلاح الدين أبو ناهية، 1987، ص189).

كما أشار (أبو ناهية صلاح الدين، 1989) إلى تأثير الخبرات المتراكمة مع التقدم في العمر، فخبرة الفرد وتجاربه في الحياة تزداد مع التقدم في العمر، هذه الخبرات يمكن أن تزيد من إحساسه بقدرته على ضبط الأحداث من حوله، وقد تقوده إلى الإحساس بضعف قدرته على الضبط وسيطرة الأحداث عليه. (صلاح الدين أبو ناهية، 1989، ص164)

III / العامل الثقافي :

تعد الثقافة وقيم المجتمعات أحد العوامل التي لها دور في تحديد مركز الضبط لدى الأفراد، فثقافة الأسرة تعتبر أول ما يتعرف عليها الطفل فيكتسب منها خبرات مختلفة ومهارات متعددة تساعده على عملية التوافق مع نفسه ومع الآخرين المحيطين به، وتترك أثرها في حياة الطفل.

كما أن العلاقة بين اتجاه الضبط والثقافة علاقة وثيقة، فالفرد ينشأ في محتوى ثقافي معين، وهذا المحتوى يقوم بدور كبير في بناء الاعتقادات الشخصية لدى الفرد، فانه يساهم في إبراز الضبط الداخلي

مقابل الخارجي، فاتجاه الضبط يمكن أن يكون مؤشرا عن القيم والسلوك الشائع بين الأفراد حسب ثقافتهم فالعلاقة بين الثقافة واتجاه الضبط علاقة تبادلية تفاعلية، حيث أن الاختلاف في اتجاه الضبط لدى الجماعات المختلفة يرجع إلى الاعتقاد الشخصي النابع من القيم الثقافية، كما أن الاختلاف بين الجماعات والشعوب في الثقافة السائدة فيها يدفع بكل منها إلى تبني اتجاه ضبط يختلف في كل ثقافة عن الأخرى. (حنان الحري، 2006، ص46)

" أن المجتمعات التي تركز على قيم معينة كالأصالة في الشخصية تدفع Zoe ويؤكد "زو (1981) أفرادها إلى أن يكونوا ذوي مصدر داخلي للضبط، كما أن وجهة الضبط الداخلي تزداد وتتعدى لدى الأفراد الذين ينشئون في مجتمعات تعودهم على الاستقلال وتشجع فيهم القدرات الفردية.

(يزيد شويعل، 2013، ص72)

مفهوم الذات: IV/

إن لنمو مفهوم الذات أثر في تحديد مركز الضبط، فنمو هذا العامل يجعل الفرد يكون صورة ايجابية عن ذاته وبالتالي يكون لديه اعتقاد انه المسؤول عن الأحداث التي تحدث له بغض النظر عن طبيعة هذه Kernis-الأحداث، وهذا ما يسمى بفتة الضبط الداخلي، وهذا ما وضعه كل من كيرنيس وبروكنر " في قولهم: «أن الأفراد ذوي تقدير الذات العالي يميلون إلى تكوين صورة ايجابية لذاتهم Brokn-kran (A.Laphillipe & al, 1998,p332 وينسبون مسؤولية النجاح لأنفسهم عكس التقدير المنخفض».)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه يتضح لنا أن مركز الضبط من المفاهيم الأساسية التي تفيدنا في تفسير السلوك الإنساني ومصدر هذا السلوك ضبط (داخلي - خارجي) وعليه يساعدنا في التنبؤ بالسلوك بطريقة استجابة الأفراد للأحداث المحيطة بهم، انطلاقا من الاعتقادات التي يكونها الأفراد على أنفسهم وعن مصادر التدييمات التي يتلقونها سواء كانت داخلية أو خارجية، وهذه الأخيرة -الخارجية- تساعد كثيرا في التخفيف من الضغوط النفسية الحياتية التي يواجهها الفرد، وتعتبر هذه التدييمات الخارجية كمساندة لهذا الشخص خلال الأزمات خاصة عندما تكون من طرف المحيطين به، ونطلق عليها المساندة الاجتماعية، وهو ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الرابع:

المساندة الاجتماعية

تمهيد

أولاً: تعريف المساندة الاجتماعية

ثانياً: أهمية المساندة الاجتماعية

ثالثاً: أشكال المساندة الاجتماعية

1- المساندة الانفعالية

2- المساندة الأدائية

3-المساندة بالمعلومات

4-مساندة الأصدقاء

رابعاً: مصادر المساندة الاجتماعية

1-المساندة الاجتماعية الرسمية

2- المساندة الاجتماعية غير الرسمية

خامساً: شروط تقديم المساندة الاجتماعية

سادساً:النماذج الرئيسية المفسرة لدور المساندة الاجتماعية

1- نموذج الأثر الرئيسي للمساندة

2- نموذج الأثر الواقى من الضغط

سابعاً: الآثار الرئيسية للمساندة الاجتماعية

ثامناً: المساندة الاجتماعية فى الإسلام

خلاصة الفصل

تمهيد:

يحتاج كل فرد من مجتمعه إلى المساندة التي تحمل في طياتها معنى المعاوضة والمؤازرة والدعم والمساعدة على مواجهة المواقف، فتعتبر المساندة الاجتماعية من المفاهيم التي اختلف الباحثون في طريقة تناولها تبعاً لتوجهاتهم النظرية، فقد تناول علماء الاجتماع هذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا اصطلاح شبكة العلاقات الاجتماعية الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية والذي يطلق عليه البعض مسمى الموارد أو الإمكانيات الاجتماعية، بينما يحدده البعض الآخر على أنه إمدادات اجتماعية باعتبار أن المساندة الاجتماعية هي إحدى العلاقات الاجتماعية التي توفر للفرد المساعدة حين يطلبها، ومصدر هام من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان عندما يشعر بأن هناك ما يهدده، أي أن المساندة الاجتماعية تعتبر من أهم الحاجات التي يحتاج لها الفرد في حياته وخاصة في الظروف الصعبة.

أولاً/ تعريف المساندة الاجتماعية:

/ التعاريف الأجنبية: 1

(" هي إحساس الفرد بوجود بعض المقربين منه Sarason & al 1983-1 - تعريف ساراسون وآخرون)
(sarason & al,1983, p127والذين يثق فيهم في الوقوف بجانبه عند الحاجة.")

(فتعرف المساندة الاجتماعية بأنها: "إشباع الحاجات الأساسية Cutrona 1996 2- أما (كوترونا، للفرد من حب، واحترام، وتقدير، وتفهم، وتواصل، وتعاطف، ومشاركة الاهتمامات وتقديم النصيحة، وتقديم المعلومات وذلك من الأشخاص ذوي الأهمية في حياة الفرد، وخاصة وقت (Cutrona, 1996, p10) حدوث الأزمات أو الضغوط.")

3- وقد أوردت (شيلي تايلور، 2008) تعريفاً للمساندة الاجتماعية: "بأنها الحصول على معلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب، والاهتمام، والاحترام، والتقدير ويشكلون جزءاً من دائرة علاقته الاجتماعية، ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل: الوالدين، وشريك الحياة، والأقرباء الآخرين، والأصدقاء الذين يرتبط معهم بعلاقات اجتماعية."

(شيلي تايلور، 2008، ص 445)

يظهر من خلال هذه التعاريف أنها ركزت على الجانب الانفعالي والوجداني من المساندة إضافة إلى الجانب المعرفي الذي أشارت إليه كوترونا، إلا أن ساراسون اشترط عامل الثقة بين مقدم المساندة ومتلقيها.

"هي النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات (Caplen, 1981) 4- تعريف كابلن)
الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد
(Caplen, 1981, p413). بالحاجة لتمده بالسند العاطفي"

(: "بأنها الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة Lepore, 1994 5 - ويعرفها ليبور)
الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة خاصة في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة
الاجتماعية من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي
منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة والأصدقاء، وزملاء
العمل، ولا تعتبر كل شبكات العلاقات الاجتماعية مساندة، بل المساندة تشمل دعم وصحة ورفاهية
(Lepore, 1994, p247) المتلقي.")

يشير هذان التعريفان إلى أن شبكة العلاقات الفعالة والتي تتسم بطول المدى، هي التي تمد الفرد
بالمساندة، وهي من أهم الأبعاد التي يتوقع منها الفرد المساندة بشكل كبير ويحتاج إليها وقت الحاجة كما
تعتبر أكبر داعم للجانب العاطفي الذي يحتاجه متلقي المساندة.

(: فبالنسبة لهما تمثل المساندة الاجتماعية صيرورة Gotleb & Selby 1981 6- أما جوتليب وسالبي)
التفاعلات الاجتماعية من خلال تبادل عاطفي حقيقي أو ضمني لموارد عملية أو نفس اجتماعية. وبصفة
خاصة أن يكون معلوماً بأن المساندة ستكون حاضرة في حالة الحادة إليها وذلك مرتبط بجودة الحياة
الشخصية، وبشكل مستقل عن تلقي المساعدة بشكل فعلي." (علي خرف الله، 2015، ص 369)

يشير هذا التعريف إلى أن عمليات المساعدة باختلاف أشكالها وصورها المادية والمعنوية التي
يتلقاها أو يقدمها الفرد هي مساندة نفعية تقدم لمن يحتاجها في الوقت المناسب، فالمساندة
الاجتماعية المدركة تبدو كما لو أنها مرتبطة بخاصية فردية.

التعريفات العربية: II-

1- **تعريف بيومي محمد خليل:** "هي كل دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض.

(خليل محمد بيومي، 1996، ص85)

2- **يعرف فايد علي حسين** المساندة الاجتماعية بأنها: " إدراك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكن الرجوع إليهم عند الحاجة، وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة له." (حسين فايد، 2001، ص337)

3- **ويؤكد علي عبد السلام علي** أنها: " الدعم المادي والعاطفي والمعرفي الذي يستمده الفرد من جماعة الأسرة، أو زملاء العمل، أو الأصدقاء في المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته وتساعده على خفض الآثار السلبية الناشئة من تلك المواقف، وتساهم في الحفاظ على صحته النفسية والعقلية." (علي عبد السلام علي، 2005، ص13)

تؤكد هذه التعاريف على وظائف المساندة باعتبارها أحد المصادر الأساسية التي يستخدمها الفرد للحفاظ على صحته النفسية والجسمية، ودرجة رضاه عنها في شبكة العلاقات الاجتماعية.

فقد ركز البعض على العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص، وركز البعض الآخر على جوانب محددة في هذه العلاقات باعتبارها تمثل جوهر المساندة كالمشاركة الوجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات أو السلوكيات والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات وكذلك المساهمات المادية.

مما سبق نستخلص إلى أن المساندة الاجتماعية هي شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين المحيطين به مثل: الأسرة أو الأقارب أو الجيران أو الأصدقاء، وإدراك هذا الفرد بوجود هؤلاء الأشخاص المقربين في حياته، يقدمون له كل أنواع الدعم، سواء كان هذا الدعم معنوياً أو مادياً أو وجدانياً أو معرفياً أو سلوكياً يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة، كما يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة، بالإضافة إلى تأثيرها في التخفيف من الآثار السلبية جراء الظروف والأحداث الضاغطة.

ثانيا/ أهمية المساندة الاجتماعية:

تتعلق أهمية المساندة الاجتماعية من كون الإنسان اجتماعي بطبعه متفاعلا مع من حوله في حالات في حالات الضعف والقوة والصحة والمرض، وبالتالي فهو في حاجة إلى المساندة في جميع الحالات التي يعيشها ولا يستطيع العيش بمعزل عن الآخر.

فتعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا من مصادر الأمن النفسي والدعم الوجداني في البيئة التي يعيش فيها الفرد، كما تلعب العلاقات الاجتماعية بين الأفراد في سياقهم الاجتماعي دورا بارزا في وقايتهم من الآثار السلبية للمواقف المثيرة للمشقة. (مشيرة محمود شعراوي، 2005، ص880)

حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة، وأساليب مواجهتها، وتعامله مع هذه الأحداث. (هشام إبراهيم، 1995، ص87)

أهمية المساندة الاجتماعية فيمايلي: (Cutrona & Russell) وقد أوجز كل من

- تخفف من وقع الضغوط النفسية، فهي تقوي تقدير الذات لدى الفرد.
- تخفف من أعراض القلق والاكتئاب.
- تؤثر على الصحة النفسية والجسمية.
- تزيد من درجة الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته.
- تزيد من الجوانب الايجابية مما يحسن من صحتهم النفسية.
- تساعد على حل المشكلات المرتبطة بالفرد.
- تزيد من الارتباط بمصادر شبكة المساندة الاجتماعية الخاصة بهم، والتي تتمثل في الزوجة والزوج، والأبناء، والأقارب، والجيران، والأصدقاء. (الحسين سيد، 2012، ص29)

وهذا ما أكده "ساراسون وآخرون" حيث يرى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات، كما تسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد وكذلك تقي الفرد من الأثر الناتج عن الأحداث الضاغطة أو أنها تخفف من حدة هذا الأثر.

(Sarason & Al, 1983, p127)

كما يرى كثير من الباحثين أن للمساندة الاجتماعية ثلاثة أدوار أساسية في حياة الفرد وتمثل أهدافا للمساندة الاجتماعية تسعى إلى تحقيقها وهي:

1- **الدور الإنمائي:** حيث تلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما في بناء الذات وزيادة إحساس الفرد بذاته. (الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص4)، فقد تبين أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين يدركون أن هذه العلاقات موضع ثقة ويسير ارتقاؤها في اتجاه السواء وهو بالتالي أفضل في الصحة النفسية من الآخرين الذين يفتقدون لهذه العلاقات. (سعيدة عطار، 2009، ص89)

2- **الدور الوقائي:** تقوم المساندة الاجتماعية بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته، بل إن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، ولاشك أن هذه المساندة تؤدي دورا. (فيرى بعض الباحثين أن Breham. S, 1984, P110 مهما في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص). المساندة الاجتماعية من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية عظمى في مواجهة أحداث الحياة المهمة، وأن المساندة الاجتماعية يمكن أن تخفف أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة، كما يذهب آخرون إلى أن المساندة الاجتماعية وإتاحة علاقات اجتماعية مرضية تتسم بالحب والود والثقة تعمل كحواجز أو مصدات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة الجسمية والنفسية لدى الأفراد. (حسين فايد، 2005، ص20)

3- **الدور العلاجي:** أشار ساراسون وآخرون إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثرا في تلقيه أي ضغوط أو أزمات، أي أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا علاجيا بل يمكن أيضا أن تؤدي دورا تأهليا في المحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقاته بالآخرين واستمرار اعتقاده في كفاية وكفاءة وقوة المساندة. (محمد غانم، 2002، ص41)

تري الباحثة مما سبق عرضه أن المساندة الاجتماعية عبارة على حصن نفسي يقي الفرد من الاضطرابات النفسية والمشاعر السلبية، كما أنها تساعد الفرد في التخلص من الآثار النفسية المرافقة للمشكلات والمواقف الصعبة التي يتعرض لها الفرد، كما أنها تعمل على تقوية الروابط الاجتماعية بين الأفراد شريطة ضرورة التركيز على **كيف المساندة**، أي كما يدركها الفرد وليس كم **المساندة** أي المساندة المتاحة للفرد.

ثالثا/ أشكال المساندة الاجتماعية:

بالرغم من أنه لا يوجد تعريف واحد للمساندة الاجتماعية، إلا أن هناك اتفاق بين الباحثين بأن المساندة الاجتماعية هي مركب "متغير" متعدد الأبعاد. (بشرى إسماعيل، 2004، ص18)، أما أشكال المساندة الاجتماعية أو أنماطها كما يسميها البعض فتلعب دورا ضروريا ومتكاملا لمواجهة الأحداث الضاغطة وكيفية التعامل معها أو الوقاية من آثارها.

(إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أشكال منها: House, 1981 يشير)

1- **المساندة الانفعالية: (Emotional Support)** والتي تنطوي على الرعاية والثقة والقبول والتعاطف.

2- **المساندة الأدائية أو المادية (Instrumental Support)** والتي تنطوي على المساعدة في العمل

والمساعدة بالمال.

3- **المساندة بالمعلومات (Information Support):** وتنطوي على إعطاء نصائح أو معلومات أو

تعليم مهارة تؤدي إلى حل مشكلة أو موقف ضاغط.

4- **مساندة الأصدقاء (Companionship Support):** والتي تنطوي على ما يمكن أن يقدمه الأصدقاء

لبعضهم البعض وقت الشدة. (House.J.S,1981,p 158)

(فقد اقترحوا بدورهم تقسيما لأشكال Silver.Cohen & Al, 1990 أما سيلفار كوهين وزملائه)

المساندة كالتالي:

• **مساندة التقدير (تقييمية) (Esteem support):** وهو ذلك النوع من المساندة الذي يكون في شكل معلومات بأن هذا الشخص مقدر ومقبول، وفي هذا الإطار فإن تحسنا سيحصل لدى الأشخاص حينما ننقل إليهم أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم، وأنهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات شخصية أو أخطاء.

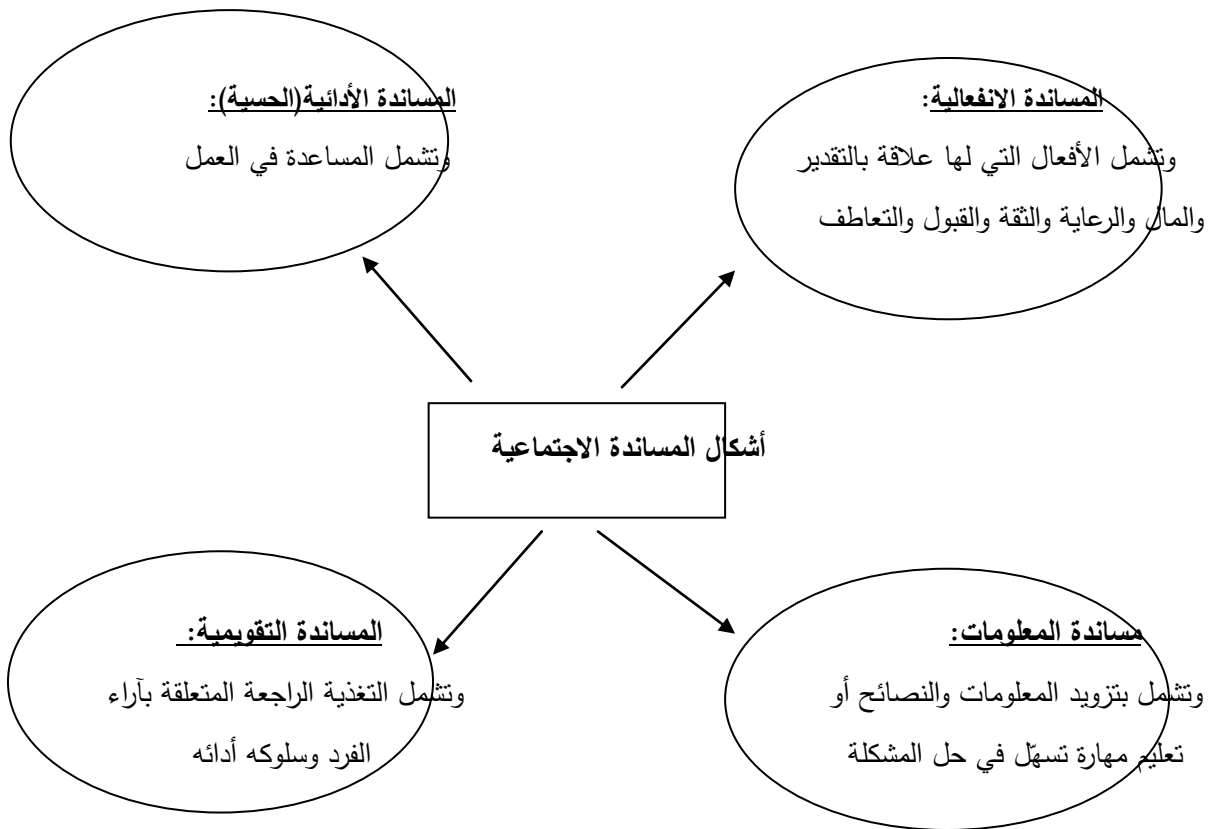
• **المساندة بالمعلومات (Information Support):** وهو بالنسبة لهذا التصنيف ذلك النوع من المساندة الذي يساعد في تحديد وتفهم والتعامل مع الأحداث الضاغطة، ويطلق عليه أحيانا مساندة التقدير والتوجيه المعرفي.

• **الصحة الاجتماعية:** وهي تشتمل على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ والنشاطات الترفيهية، وهذه المساندة تخفف الضغوط من حيث أنها تشبع الحاجة إلى الاتصال والانتماء إلى الآخرين، وكذلك فإنها تلعب دورا مهما في أبعاد الفرد عن الانشغال بمشكلاته، كما تعمل على تفعيل وتيسير الجوانب الوجدانية الموجبة.

• **المساندة الأداةية (Instrumental Support):** وتتضمن تقديم العون المالي والإمكانات المادية والخدمات اللازمة، وقد يساعد هذا النوع من العون على التخفيف من الضغوط عن طريق المساعدة على الحل المباشر للمشكلات ذات الطبيعة المادية والإجرائية، أو عن طريق إتاحة الفرصة للفرد المتلقي للخدمة أو العون لينال نصيبا من الراحة أو يقوم بعملية الاسترخاء.

(Silver.c & Al, 1990, p34)

يمكننا التمييز نظريا بين أشكال المساندة لكننا لا نجد لها منفصلة عن بعضها البعض في المواقف الطبيعية، إذ يمكن أن يكون للشخص الذي يحظى بالصحة الاجتماعية مثلا فرصة الحصول على المساندة المادية الإجرائية أو حتى مساندة التقدير، ويمكن تلخيص أشكال المساندة الاجتماعية في المخطط التالي:



(نقلا عن (هوارية قدور، 2014، ص87/87) Karen، 1987 شكل رقم(3): مخطط المساندة حسب)

رابعا/ مصادر المساندة الاجتماعية:

أجمع الباحثون أن هناك مصادر متعددة ومختلفة للمساندة الاجتماعية تتنوع حسب الظروف " 1984 لخص مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية Norbek المختلفة، فمثلا نجد أن "توربك

مصادر هي: الزوج، والزوجة، والأقارب، والأصدقاء، والجيران وزملاء العمل، وموفرو الخدمات الوقائية أو المعالجون، الأطباء، والمرشدون النفسيون والاجتماعيون، ورجال الدين.

(أحمد عثمان، 2001، ص149)

"1993 أن مصادر المساندة الاجتماعية هي الأسرة، والأصدقاء والمؤسسات Fisher بينما يرى "فيشر (بشرى إسماعيل، 2004، ص17) الدينية والاجتماعية (دور العبادة والنوادي) وزملاء العمل.

1995 فقد حددا مصادر المساندة الاجتماعية في: الأسرة، Colby" و"كولباي Emmons أما "إمونز (Emmons.A, 1995, P948 الأصدقاء، زملاء العمل، والأقارب).

1993 أن المصادر الهامة للمساندة الاجتماعية تتمثل في العلاقات Orford وتوصل أورفود الواسعة من الشبكة الاجتماعية مثل: الأقارب من بعيد والأصدقاء والمعرفة الشخصية. (Orford,1993, p948)

وتتفق الباحثة مع "مخير" 1997 بأن مصادر المساندة الاجتماعية تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة (الأم، الأب الأشقاء)، وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في جماعات الرفاق والأسرة، أما في مرحلة الرشد فتتمثل في الزوج والزوجة وكذلك علاقات العمل والأبناء. (عماد مخير، 1997، ص108) يتضح مما سبق إذن أنه مهما تشعبت الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد والتي يعتمد عليها من أجل المساندة الاجتماعية، فإنها تندرج تحت مصدرين أساسيين هما:

1- المساندة الاجتماعية الرسمية: يكون ذلك عن طريق المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات الأهلية المتطوعة، حيث يقوم بتقديمها الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون المؤهلون في مساعدة الناس وقت الأزمات والنكبات والمشكلات، بتوفير مراكز التدخل المبكر أو السريع ومؤسسات المساعدات المالية والعينية، ومراكز الإرشاد النفسي والاجتماعي، الخطوط التليفونية الساخنة، ومجالس إدارة الأزمات وغيرها لتقديم المساندة الاجتماعية للمتضررين، وتخفيف آلامهم ومعاناتهم وقت الأزمات.

2- المساندة الاجتماعية غير الرسمية: وهي مساعدة يحصل عليها الإنسان من الأهل والأصدقاء والزملاء، والجيران بدافع المحبة والمصالح المشتركة والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية الدينية. (كمال مرسي، 2000، ص198)

وعموما فإن أهم مجالات المساندة في هذا المصدر تكمن في مايلي:

• **الأسرة:** تقلل من تأثير عدم القناعة بالعمل وتساعد على التكيف مع طبيعته، ويتم عن طريقها تعزيز مصادر الاقتناع الأخرى من خلال الإنجازات التي يسهم بها الفرد خارج موقف العمل وهذه يمكن أن تعوض المشاعر السالبة التي يشعر بها الفرد في عمله وتعزز احترام الذات لديه والقبول والشعور بالقيمة.

• **العمل الذي يقلل من تأثير الضغوط النفسية:** إذ أن التماسك في جماعة العمل وارتفاع درجة التفاعل الإيجابي والمودة بين العاملات وبين القيادة يؤدي إلى انخفاض تأثير الضغوط عليهن وإلى التمتع بالصحة النفسية السليمة. (عبير الصبان، 2003، ص26)

• **الأصدقاء:** أن دور الأصدقاء في الأصدقاء في المساعدة يتلائم مع دور الأسرة، أما عند المراهق فهي أكثر أهمية لأنهم يمثلون الجماعة المرجعية بالنسبة له، والتي يلجأ إليها ويؤثر فيهم ويتأثر بهم لدرجة كبيرة أكثر من أسرته. (هوارية قدور، 2014، ص90)

ويمكننا القول أن الدعم غير الرسمي يعتبر أكثر مرونة وتأثيراً على التكيف وتحقيق الذات أكثر من المساعدة الرسمية، لكنهما مهمين ويحتاجهما الإنسان في أي وقت، ولا ترتبط المساعدة الاجتماعية بموقف معين، إنما يحتاج الإنسان إلى أشخاص بجواره يستمد منهم العون والمساعدة أو تقديم النصيحة لهم خصوصاً في المواقف الضاغطة وأثناء الحوادث الشديدة.

خامساً/ شروط تقديم المساعدة الاجتماعية:

يشير "علي عبد السلام" 2005 إلى أن هناك بعض الشروط التي يجب أن تتوفر في عملية المساعدة الاجتماعية لكي تكون فاعلة وذات تأثير إيجابي على المتلقي، ومن أهم تلك الشروط:

1- **كمية المساعدة:** فعند تقديم المساعدة الاجتماعية لابد وأن تكون باعتدال، حيث أن الزيادة في كمية المساعدة قد يؤدي إلى اعتمادية المتلقي وسلبيته.

2- **اختيار التوقيت المناسب لتقديم المساعدة:** فإن من المهارة الاجتماعية تقديم المساعدة الاجتماعية في وقتها المناسب، فيكون تأثيرها إيجابياً على المتلقي، أما إذا قدمت في وقت لا يحتاج إليها المتلقي أو بعد فوات الأوان فإنها قد لا تعني شيئاً وقد تسبب له المشاكل.

3- **مصدر المساعدة:** إن مصادر المساعدة الاجتماعية والمتمثلة في الزوج أو الزوجة والأسرة والأقارب والجيران، وزملاء العمل، وزملاء الدراسة، والأفراد الذين يوفرون الرعاية الصحية والنفسية والمرشد النفسي، والحكومة، لابد أن تتوفر فيهم بعض الخصائص مثل: المرونة النضج، الفهم الكامل، لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهموا بفاعلية في تقديم المساعدة له.

4- **كثافة المساعدة:** ويقصد بها تعدد مصادر المساعدة الاجتماعية لدى المتلقي، مما قد يساهم

سريعا في حل مشكلته التي يمر بها، ويساعده على تخطي الأزمات المختلفة في حياته.

5- **نوع المساعدة:** وتتمثل في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المساعدة في تقديمها بما يتناسب مع

ما يدركه ويرغبه المتلقي لطبيعة المساعدة التي تقدم إليه وتتناسب مع تصرفاته وسلوكياته.

6- **التشابه والفهم المتعاطف:** فالمساعدة الاجتماعية يمكن تقبلها بشكل أفضل في حالة التشابه

النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، وخاصة إذا كانت الظروف التي يمران بها متشابهة.

(علي عبد السلام علي، 2005، ص32)

والجدير بالذكر أن الاستفادة من المساعدة الاجتماعية لا يتم بصفة عشوائية، بمعنى أن كل من هو

في حاجة إلى مساعدة يتلقاها بغض النظر عن انتماءاته ومكانته في الجماعة، بل تلقى المساعدة

الاجتماعية تحكمه طبيعة وبنية الشبكة الاجتماعية التي تحيط بالفرد. أي طبيعة العلاقات التي

(عثمان يخلف، 2001، ص140) تربطه بالآخرين في أسرته وفي المجتمع الذي يعيش فيه.

وترى الباحثة أهمية هذه الشروط عند تقديم المساعدة الاجتماعية للمقبلين(ات) على العملية

الجراحية، خاصة الشرطين الثاني والخامس، فالوقت المناسب ونوعية المساعدة هما الأكثر تأثيرا على

المتلقي، فإذا ما شعر المتلقي أن المساعدة تُقدّم إليه في موعدها ووقت احتياجه لها، وأن مانحي

المساعدة يقدمون له بعض الاحتياجات بما يتناسب مع ما يدركه وما يرغبه المتلقي فنوعية العلاقات

الاجتماعية أهم من كميتها من حيث إسهامها، فإن ذلك يساعد الفرد على التعامل بمرونة مع

الظروف المحيطة به وتحقيق الصحة النفسية.

سادسا/ النماذج الرئيسية المفسرة لدور المساعدة الاجتماعية:

Dunkel تعددت مصادر المساعدة الاجتماعية واختلفت كما ذكرنا سابقا، وقد أشار **دونكل شيتير**

أن بعضا من هذه المصادر يكون أكثر ملاءمة من مصادر أخرى في مواقف معينة. **Schetter**

فالأُسرة والأقارب يساهمون بطريقة أفضل من المساعدة الاجتماعية ذات المدى الطويل، أما مصادر

المساعدة الاجتماعية من الجيران فهي أكثر فاعلية في المهام العاجلة التي يواجهها المتلقي، ومصادر

المساعدة الاجتماعية من الأصدقاء تكون أكثر نفعاً في المهام التي تتضمن قيما مشتركة بين الفرد

والجماعة التي ينتمي إليها. (سعيدة عطار، 2009، ص89)

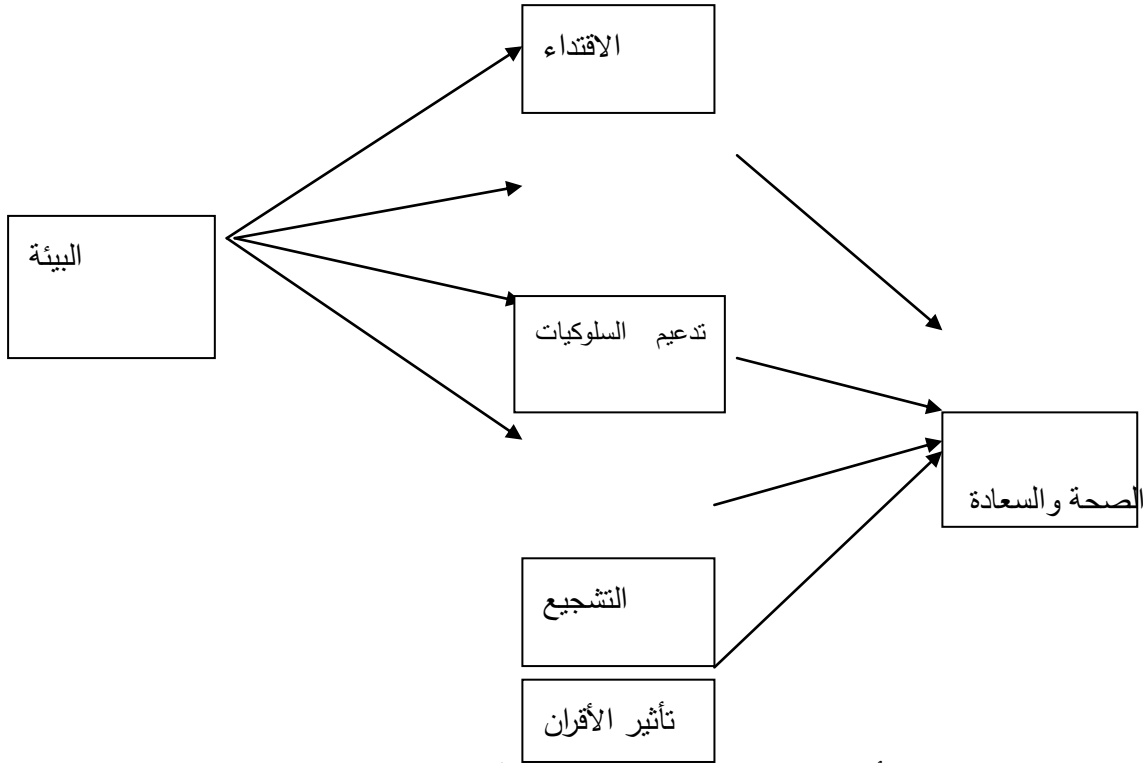
وهناك عدة نماذج تفسّر الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية، ولعل أبرزها ما أشار إليه (إلى وجود ثلاثة تفسيرات تبدو متكافئة حول دور العلاقات Kaplan & AI كابلان وزملاؤه (1993، الاجتماعية بشكل عام في الصحة النفسية وهي: الأول: يشير إلى أن العلاقة بين نقص المساندة الاجتماعية والأعراض المرضية علاقة سببية حيث تقي المساندة المرتفعة من التعرض للمرض. الثاني: ويرى أن الأفراد عندما يمرضون يبتعدون عن نسق المساندة الخاص بهم، حيث تؤدي الإصابة المبكرة بالمرض إلى تغييرات في المساندة التي يتلقونها. الثالث: ويشير إلى أن هناك متغيرا ثالثا كالتبقة الاجتماعية أو خصال الشخصية يؤدي إلى ضعف المساندة الاجتماعية والنواتج الصحية لدى الأفراد. (الحسين سيد، 2012، ص32) نموذجين لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة (Cohen & Wills كما قدمها كوهين وويلز (1958، الاجتماعية في سعادة الفرد هما:

1- نموذج الأثر الرئيسي للمساندة The Main Effect Model:

يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية لها تأثير مفيد على حياة الفرد وسعادته بصرف النظر عما إذا كان هذا الفرد يتعرض لأحداث حياتية مثيرة للمشقة أو يقع تحت ضغط أم لا وهو يصور المساندة الاجتماعية على أنها تفاعل اجتماعي منظم، واندماج في الأدوار الاجتماعية المختلفة داخل المجتمع، لأن الشبكات الاجتماعية الكبيرة ممكن أن تزود الأشخاص بخبرات إيجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافئة من المجتمع. ويفترض هذا النموذج أن زيادة حجم وكمية المساندة الاجتماعية له تأثيرات إيجابية على الصحة النفسية والبدنية للفرد وإحساسه بالرضا عن حياته والتوافق مع بيئته.

(الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص39)

ويشير المخطط التالي إلى أن البيئة الاجتماعية تؤثر على نواتج الصحة من خلال مجموعة متنوعة من العمليات تشمل الاقتداء والتدعيم والتشجيع وتأثير الأقران.



شكل رقم(4):يمثل نموذج الأثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية(شعبان رضوان، عادل هريدي، 2001، ص75)

ولقد اشتق هذا النموذج أدلته من واقع التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود أثر رئيسي لمتغير المساندة وعدم وجود تأثير للتفاعل بين الضغط والمساندة، مما دعا البعض إلى أن يطلق عليه نموذج (Loesch, M.E, 2005, p5 الأثر الرئيسي).

وهذا النوع من المساندة يمكن أن يعمل على التخفيف من الآثار السلبية للضغوط التي يتعرض لها الفرد في حياته، ومساعدته على تجنب الخبرات المؤلمة، وإحلال الخبرات الايجابية وتوجيهه إلى الأسلوب الذي يمكن أن يصبح عن طريقه فاعلا في مجتمعه، مما يساهم في إحساسه بالاستقرار في مختلف مواقف الحياة، معترفا بأهمية الذات شاعرا بالكفاءة الشخصية(علي عبد السلام علي، 2005، ص22)

ويشير الشناوي وعبد الرحمان 1994 إلى أنه كلما نقصت كمية المساندة في هذا النموذج كلما زاد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب محدثا خلا في المساندة النفسية، وأن له تأثيراته على الصحة الجسمية متمثلا في زيادة الهرمونات العصبية والتي تؤدي إلى انخفاض كفاءة جهاز المناعة لدى الفرد، وهذا أيضا بدوره قد يكون له تأثيرا على أنماط السلوك متمثلا في زيادة تدخين الفرد، أو تعاطيه الخمر، أو إدمانه المخدرات.(الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص37)

ففرى أن المساندة الاجتماعية تعد أحد أطراف الوصول بالفرد إلى درجة عالية من السعادة والبهجة كما أن العلاقات الاجتماعية تعد من أهم مصادر التخفيف من العناء، وتوفر المساعدة من خلال الأنشطة المشتركة كونها تحمي الفرد من الانفعالات السلبية المؤثرة.

The Buffering Model 2- نموذج الأثر الوافي أو المخفف من الضغط :

على أن أحداث الحياة الضاغطة تنشأ بتقدير الفرد **Launer** و**لونير Lazarus** يتفق كل من لازاروس لموقف يتعرض له على أنه مُهدّد له، وفي نفس الوقت لا تكون لديه الاستجابة المناسبة للتعامل معه، ويلاحظ ارتباط الحدث الضاغط ومشاعر انعدام القدرة بإمكانية فقدان الأمن النفسي، وقد يحدث فقدان الأمن للدرجة التي يعزو الشخص إخفاقه في التعامل مع الضغط بشكل مناسب لقدرته الذاتية أو لسماته الشخصية بدلا من إرجاعه لسبب خارجي. (الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص38)

أنه من الضروري أن يدرك الفرد أحداث الحياة الضاغطة ويحاول مواجهتها، لكن **Sell** ويرى سيل الاستجابة المناسبة قد لا تكون متاحة له بشكل مباشر، وبالتالي يتعرض للآثار السلبية الجسمية والنفسية. (علي عبد السلام علي، 2005، ص23)

وتقوم المساندة الاجتماعية في هذا النموذج بدور الوقاية من التعرض للآثار النفسية السلبية نتيجة أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض، على اعتبار أن المساندة ترتبط سلبيا بالمرض.

ويرى كل من الشناوي وعبد الرحمان 1994 أن ذلك يظهر في محورين هما:

المحور الأول: يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحدث الضاغط أو توقعه وبين رد فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة الضغط، بمعنى أن إدراك الشخص بأن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد والإمكانات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود الضرر نتيجة للموقف، أو تقوى لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف، ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط.

المحور الثاني: تقديم المساندة في الوقت المناسب لتدخلها بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية (باتولوجية) وذلك عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الحدث الضاغط، وقد تزيل المساندة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل المشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الشخص لهذه المشكلة.

ويوضح الشكل التالي الفكرة الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج

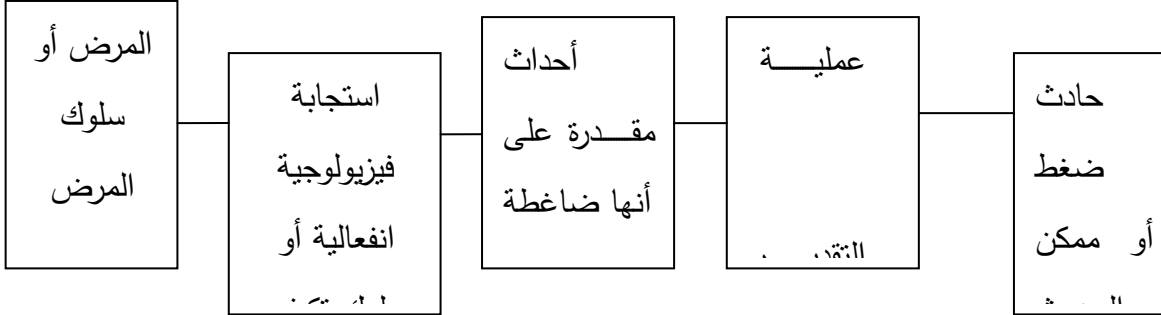
المساندة الاج قد ينتج عنها إعادة التقدير

المساندة الاجتماعية قد تمنع

أو كف الاستجابة غير التوافقية أو

تقدير الضغط





شكل رقم(5): العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل المساعدة الاجتماعية

(الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص39)

يتضح إذن من خلال هذا النموذج أن المساعدة الاجتماعية ترتبط بالصحة بشكل أساسي للأشخاص الذين يقعون تحت ضغط معين، وينظر فيه إلى أن المساعدة الاجتماعية تحمي الأفراد الذين يتعرضون للضغوط من احتمال التأثير الضار لها، ولذا يعرف بنموذج الأثر الواقي أو المخفف للضغوط النفسية.

سابعاً/المساعدة الاجتماعية في الإسلام وآثارها الرئيسية:

اهتم الدين الإسلامي بالمساعدة الاجتماعية بين الناس، فهو مفهوم من مفاهيم ديننا الحنيف جاء تحت مصطلح التكافل الاجتماعي وقد حث المسلمين على مساعدة بعضهم البعض، فنجد أن القرآن والسنة النبوية قد حثّا على التعاون والتكافل الاجتماعي، وقد سبقا كافة المؤسسات والجمعيات التي تقوم بتلبية حاجات أفراد المجتمع.

كما أن إحساس المسلم بالسند الإلهي يشعره بالطمأنينة والأمان وحماية الخالق له في كافة أوقاته.

(بليقيس داغستاني، 2001، ص25)

ومن خلال تدبر الباحثة لبعض آيات القرآن الكريم والأحاديث النبوية اتضح أنها تحمل في مضامينها أبعاد المساعدة الاجتماعية التي وردت في التراث الغربي، بل أن هناك أبعاداً كثيرة تضمنتها الآيات والأحاديث النبوية في مجال التكافل الاجتماعي لم ترد في التراث الغربي. وفيما يلي عرض لبعض ما ورد في الهدى الإسلامي والذي يدخل في المساعدة الاجتماعية:

• **التعاون على البرّ والتقوى:** إن القرآن الكريم يزخر بالآيات التي تدعو الناس إلى التعاون فيما بينهم وتبادل المنافع وإقامة علاقات حسنة مع الآخرين مما يندرج تحت الدعوة إلى مساندة الناس لبعضهم البعض اجتماعياً فيقول الله تعالى في كتابه العزيز: **"وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالتَّعَدُّوا" (المائدة:02)**، وبذلك فإن أي مساعدة يبديها الإنسان اتجاه إنسان آخر تعد في إطار البر والتقوى فهما كلمتان جامعتان لكل سلوك صالح يبتغي فيه الإنسان وجه الله، وطمعا في ثوابه وخوفا من عقابه.

كما ورد معنى المعاوضة من معاني المساندة استجابة من الله عز وجل لطلب موسى-عليه السلام- من ربه أن يرسل معه أخاه هارون لكي يسانده ويؤازره ويساعده ويكون له عوناً ويقويه على مواجهة المواقف الصعبة أثناء دعوته لفرعون وبنو إسرائيل، فيقول الله تعالى: **" قَالَ سَنَشُدُّ عَضُدَكَ بِأَخِيكَ وَنَجْعَلُ لَكُمَا سُلْطَانًا فَلَا يَصْلُونَ إِلَيْكُمَا بِآيَاتِنَا أَنْتُمْ وَمَنْ اتَّبَعَكُمَا الْغَالِبُونَ" (القصص:35)** وتزخر سنة الرسول (صلى الله عليه وسلم) بالكثير من الأحاديث التي تعلم المسلمين أصول التكافل والتواد والمساندة والتعاون لبعضهم البعض، فبين الرسول (صلى الله عليه وسلم) حال أفراد المجتمع في تماسكهم وتعاونهم وتكافلهم بصورة تمثيلية رائعة جداً، فهم كالجسد الواحد يعمل كل عضو فيه لصالح باقي الأعضاء، فعن النعمان بن بشير قال: قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): **" مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد، إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى."** أخرجه مسلم. (النيسابوري، 2007، ص974)

• العلاقات الاجتماعية:

فالإسلام يأمر أبناءه بإقامة علاقات طيبة مع الآخرين وخاصة من يشاركوننا الدين-أي المسلمين- وفي نفس الوقت لا يمنع أن يمد الإنسان يد المساعدة لغير المسلم طالما أنه لم أنه يعاد ولم يحارب. (الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص47)

وقد حرص الإسلام على الوقاية من كل ما يؤدي إلى اضطراب هذه العلاقات ويضعف المساندة الاجتماعية، فأخوة الدين من أقوى الروابط وأقوى العلاقات التي تُؤد في النفس المحبة والاحترام والتآلف، كقوله تعالى: **"إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ"**، فإذا ما أحس المسلم بهم أو وقع في ضائقة فإنه يلجأ لإخوانه وعلاقاته ولشبكة الاجتماعية لتعاضده وتسانده، فعن عبد الله بن عمر رضي الله عنهما قال: قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): **"المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يسلمه، ومن كان في**

حاجة أخيه كان الله في حاجته، ومن فرج عن مسلم كربة فرج الله عنه كربة من كرب يوم

القيامة، ومن ستر مسلماً ستره الله يوم القيامة." (أخرجه البخاري) (البخاري، 2007، ص 419)

كما يدعو الإسلام إلى عقد علاقات متينة راسخة بين الأفراد علاقات لا تنفصم عراها كأنهم كتلة واحدة متماسكة تشد كل جزء الذي يليه ويساند كل واحد الآخر خاصة وقت الأزمات والشدائد، فعن أبي موسى -رضي الله عنه- قال: قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): "المؤمن للمؤمن كالبنيان المرصوص يشد بعضه بعضاً." (البهقي، 1989، ص 85)

كما أن الإيثار وحب الغير ومفاصلة الآخرين لها آثارا كبيرة في تكوين علاقات اجتماعية عميقة بين الأفراد أساسها المحبة، والمحبة نسيج الإيمان الذي يجمع أبناء هذا المجتمع وهذا ما يحثنا عليه ديننا الحنيف، فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): " لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه." متفق عليه. رواه البخاري ومسلم

• التراحم وصلة الأرحام والإحسان:

لقد أوصانا الدين الإسلامي بالرحمة والتراحم والإحسان، ورغب في ذلك وجعل له أجراً عظيماً

فقد ورد عن أبي هريرة -رضي الله عنه- أنه قال: قال

رسول الله (صلى الله عليه وسلم): "إن الله تعالى يقول يوم القيامة: أين المتحابون بجلالي؟ اليوم أظلمهم في ظلي يوم لا ظل إلا ظلي." (رواه مسلم) (صلى الله عليه وسلم) فالتواصل بين الناس يزيد من محبتهم، وهذه المحبة توطن العلاقات الحسنة بين هؤلاء الأفراد ويتساندون في الضراء قبل السراء، ويتكاتفون في المواقف الصعبة مع بعضهم البعض لذلك أكد الرسول (صلى الله عليه وسلم) على صلة الرحم وما لها من أجر، فقد روى أبو هريرة رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله (صلى الله عليه وسلم) يقول: " من سره أن يبسط له في رزقه وينسأ له في أثره فليصل رحمه." (البخاري، 2007، ص 1080)

وتبدأ الصلة برعاية الوالدين وبرهما بل ويؤكد الإسلام على مساندة الإحسان إليهما في حال

كبرهما، ومفهوم الإحسان مفهوم شامل في عقيدتنا الإسلامية، إحسان إلى الآباء وذوي القربى والأرحام واليتامى والمساكين والجيران وعدد من أفراد المجتمع الإسلامي. قال تعالى: "وَأَعْبُدُوا اللَّهَ وَلَا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَبِذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسَاكِينِ... (النساء: 36).

فلاحظ أن هذه الآيات تضمنت بُعداً من أبعاد المساندة الاجتماعية وهي المساندة الانفعالية والتي لها دور كبير في التخفيف من المعاناة التي تحيط بالأفراد المذكورين آنفاً، ونوع من أنواع المساندة الداخلية

من ذات المؤمن ومن واقع إيمانه إلى ذاته وبزيادة تقديرها عند مساندة الآخرين، كما تعتبر مساندة خارجية تصدر من الفرد إلى الآخرين ومساندتهم فتكون مخففة ومواسية ومشجعة ومقوية على مواجهة عثرات الحياة.

• الواجبات الاجتماعية:

لقد حثَّ الإسلام على القيام بالواجبات الاجتماعية سواء في السرَّاء أو في الضراء وذلك لما لها من أثر نفسي كبير بالنسبة للفرد، وما يفيد بها بعضهم البعض إما في اتصال مباشر أو غير مباشر، حيث وردت أحاديث كثيرة تناولت معظم أبعاد المساندة الاجتماعية ومنها: المساندة العاطفية والمساندة العملية، والمساندة المالية، والمودة والنصح والإرشاد بدءاً بالمسلم القريب وصولاً إلى البعيد، فقد قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): "أتدري ما حق الجار؟ إذا استعانك أعنته، وإذا استقرضك أقرضته، وإذا افتقر عدت عليه، وإذا مرض عُدتَه، وإذا أصابه خير هَنَّأته وإذا أصابته مصيبة عزَّيته، وإذا مات اتبعت جنازته، ولا تستطيل عليه بالبناء تحجب عنه الريح إلا بإذنه، ولا تؤذيه بقَتَّارٍ قَدْرِك إلا أن تغرف له منها، وإن اشتريت فاكهة فأهد له، فإن لم تفعل فأدخلها سراً ولا يخرج بها ولدك ليغيظ بها ولده." (البيهقي، 1989، ص 83)

وعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): "حق المسلم على المسلم ست." قيل ما هن يا رسول الله؟ قال: "إذا لقيته فسلم عليه، وإذا دعاك فأجبه، وإذا استنصحك فانصح له، وإذا عطس فحمد الله فشمته، وإذا مرض فعده، وإذا مات فاتبعه." (أخرجه مسلم). (النيسابوري، 2007، ص 833). فهنا دعوة إلى كل مسلم لإلقاء السلام الذي يعني الطمأنينة والأمان النفسي، وله أثر كبير في تكوين علاقات اجتماعية عميقة خاصة عند البشاشة في وجوه الآخرين عند السلام، كما أن إجابة دعوة المسلم لأخيه المسلم تزيد من ترسيخ هذه العلاقات حيث تتضمن المشاركة في أفراحه، وتقديم النصح والإرشاد الذي يتضمن مساعدته في حل مشكلاته، كما أن زيارة المريض تخفف من معاناة مرضه عندما يجد حوله من يشاركه آلام مرضه ويدعو له، ثم إن هذه المساندة لا تنتهي عند حياته بل تكون معه عند الممات من خلال تشييع جنازته والصلاة عليه والدعاء له ومشاركة أسرته أحزانها والتعزية في وفاته، فهذه المساندة واجبة وليست اختيارية، حيث تعد أساساً من أسس التكافل

الاجتماعي بين أفراد وجماعات المجتمع الإسلامي، كما تضمن هذا البعد الانفعالي العاطفي بُعد التقدير والمكانة وفيه يشعر المسلم المتلقي أو حتى غير المسلم بمكانته بين أفراد المجتمع من خلال هذه المساندة، وأنه محبوب ومحترم لشخصه دون النظر إلى عوامل النقص التي يفتقدها، فيشعر أنه صاحب مكانة ويحظى بحب الآخرين ممن حوله ويكوّن مفهوما إيجابيا عن ذاته، ويعمل جاهدا لترسيخ هذا المفهوم.

كما جعل الله الزكاة ركن من أركان الإسلام وتعد مساندة مالية بين أفراد المجتمع، كما تساعد على تنمية مشاعر المودة بين الأغنياء والفقراء وتزيل الحواجز التي يضعها المال، كما تزيل الإحباط ومشاعر الحقد بينهم، بل جعلها مساندة إلزامية للقادرين عليها وحقا من حقوق كل فرد فالمؤمنون والمؤمنات بعضهم أولياء بعض.

وترى الباحثة أن الآيات والأحاديث في أبعاد المساندة الاجتماعية كثيرة جدا يزخر بها ديننا الحنيف، لكننا نكتفي بهذا القدر والهدف منه هو توضيح شمول ديننا الإسلامي لكل جوانب الحياة، حيث نظم العلاقات الاجتماعية وأمرنا بالتكافل والتراحم والتآزر والإحسان بكل صوره وأشكاله، وعليه فإن الإسلام قد أصّل مبدأ المساندة الاجتماعية ودعا إليها بكل أبعادها ليعيش الفرد المسلم تحت هذه المظلة الاجتماعية هو السبّاق للاستفاضة في المساندة سعيدا آمنا مطمئنا، وبذلك يكون الإسلام منذ ظهوره وقدمته الاجتماعية بأبعادها المختلفة، وتطبيق المسلمين لها في حياتهم اليومية، أي أن الإسلام سبق الدراسات الغربية التي قدّمها كل من كاسل وكوب وساراسون وهاوس وغيرهم في العصر الحديث حول المساندة الاجتماعية وحول قواعدها وأسسها وأصولها.

خلاصة الفصل: من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل، يتبين لنا أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا هاما في التخفيف من الضغط النفسي أو من المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة عن طريق التواصل الاجتماعي الجيد والعلاقات الاجتماعية المرنة والحميمة بل هي ممارسة ذات طابع سيكولوجي واجتماعي وانفعالي يعبر عن الطبيعة الإنسانية في أرقى صورها، كما تعتبر درعا واقيا تحفظ الفرد من آثار الضغوط وتشبع حاجاته المادية والنفسية، وتجعله أكثر تكيّفا وتوازنا واستقرارا.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

أولا/ منهج الدراسة

ثانيا/ حدود الدراسة

ثالثا/ عينة الدراسة

رابعا/ أدوات جمع البيانات

خامسا/ الأساليب الإحصائية المعتمدة

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية أساس كل بحث علمي، حيث تتوقف صحة النتائج التي يتحصل عليها كل باحث على دقة الإجراءات المتبعة والأساليب المستخدمة في معالجة موضوع الدراسة، ومدى تمكنه من تطبيق تلك الإجراءات والأساليب للوصول إلى نتائج نهائية صادقة ودقيقة.

ولهذا الغرض يأتي هذا الفصل ليعرض أهم الإجراءات المتبعة على النحو التالي:

أولا/ منهج الدراسة:

المنهج هو مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم، أو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة، أو فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار أو الإجراءات من أجل الكشف عن الحقيقة التي نجهلها، أو من أجل البرهنة عليها للآخرين الذين لا يعرفونها. (صلاح الدين شروخ، 2003، ص90)

إن المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي الذي يُعرّف بأنه مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث، وعلى الرغم من أن الوصف الدقيق المتكامل هو الهدف الأساسي للبحوث الوصفية إلا أنها كثيرا ما تتعدى الوصف إلى التفسير، وذلك في حدود الإجراءات المنهجية المتبعة وقدرة الباحث على التفسير والاستدلال. (سليمان شحاتة، 2006، ص337)

وبما أن البحث الحالي يتناول العلاقة الارتباطية بين قلق الموت ومركز الضبط والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية، وذلك يتطلب جمع البيانات المتعلقة بهذه المتغيرات وتبويبها لمعرفة واقعها عند أفراد العينة، ولهذا الغرض تم إتباع المنهج الوصفي الارتباطي الذي يساعد على وصف العلاقة بين المتغيرات وصفا كميا، أي تحديد الدرجة التي ترتبط بها متغيرات كمية بعضها بالبعض الآخر. (رجاء أبو علام، 2004، ص231).

ثانيا/ حدود الدراسة:

تحددت الدراسة بالمجالات الآتية:

1-المجال البشري: شملت عينة الدراسة(245) مريضا مقبلا على العملية الجراحية.

2-المجال المكاني: أجريت الدراسة في أربع (04) مؤسسات استشفائية منها حكوميتان وهما: المؤسسة الاستشفائية للشهيد بن عمر الجيلالي، والأخرى المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر وتحديدًا بمركب الأم والطفل بدار الولادة، أما المؤسستان الأخرتان فهما مصحتان خاصتان الأولى متمثلة في مصحة ابن حيان والأخرى مصحة الرمال بولاية الوادي.

3-المجال الزمني: طبقت الدراسة من شهر جانفي إلى شهر جوان 2019 .

ثالثا/عينة الدراسة:

إن العينة هي جزء من المجتمع على أن يكون هذا الجزء ممثلا للمجتمع الأصلي، وتهدف هذه العملية إلى إمكانية تعميم النتائج على المجتمع بأكمله.(محمد بوعلاق، 2009، ص16)

1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تمثل الدراسة الاستطلاعية: " الخطوة التي تسبق الاستقرار نهائيا على خطة الدراسة ويفضل القيام

بدراسة استطلاعية على عدد محدود من الأفراد."(رجاء أبو علام، 2004، ص87)

حيث تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة من مراحل إعداد البحوث العلمية، فهي تمثل أساسا جوهريا لبناء البحث كله، وإهمال الكتابة عن الدراسة الاستطلاعية في البحث ينقص البحث أحد العناصر الأساسية فيه، ويسقط عن الباحث جهد كبير كان قد بذله فعلا في المرحلة التمهيديّة للبحث.

(محي الدين مختار، 1995، ص47)

وعليه فقد شملت عينة الدراسة الاستطلاعية (41) واحد وأربعون مريضا ومريضة، حيث تم اختيار

مجموعة من العمليات الجراحية المتاحة في المؤسستين الاستشفائيتين الحكوميتين "بن عمر الجيلالي" و"بشير بن ناصر" منها: جراحة النساء والتوليد-جراحة العظام-الجراحة العصبية-جراحة المسالك البولية والأعضاء التناسلية-الجراحة العامة الداخلية الحشوية(كالحوصل الصفراوي، فتق، الدوالي....)، مع

استبعاد بعض العمليات البسيطة المصغرة، وكذا عمليات الأطفال الجراحية، وطُبقت الدراسة الاستطلاعية في شهر مارس 2018 ودامت المدة حوالي عشرة (10) أيام.

والهدف من الدراسة الاستطلاعية هو التعرف على النقص التي تعيق البحث وتفايدها في الدراسة الأساسية، واختبار مختلف عناصر البحث لتجنب الكثير من الأخطاء.

II-مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المقبلين على العملية الجراحية في ولاية الوادي وذلك بعد استبعاد العمليات الجراحية البسيطة وجراحة الأطفال، حيث بلغ إجمالي مجتمع الدراسة (3847) مريض (ة) موزعين على أربع مؤسسات استشفائية، وذلك طبقاً للإحصائيات الرسمية لمكاتب المؤسسات الاستشفائية بولاية الوادي.

III-عينة الدراسة الأساسية:

نظراً لأهداف الدراسة فقد تم الأخذ بالعينة العشوائية البسيطة عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية وقد تم ذلك من خلال إدخال قوائم المرضى المقبلين على العملية الجراحية، ثم قام البرنامج بالسحب العشوائي للأفراد بعدها تم تجميع المرضى المعنيين وتوزيع مقاييس الدراسة عليهم. وهي الطريقة التي تؤدي إلى احتمال اختيار أي فرد من أفراد المجتمع كعنصر من عناصر العينة، فلكل فرد فرصة متساوية لاختياره ضمن العينة، واختيار فرد في العينة لا يؤثر على اختيار أي فرد آخر.

(رجاء أبو علام، 2014، ص171)، حيث يتم اختيارها من طرف الباحث في حالة توفر شرطين أساسيين هما: الأول أن يكون جميع أفراد المجتمع الأصلي معروفين، والثاني أن يكون هناك تجانس بين هؤلاء الأفراد (عبد المنعم الدريبر، 2006، ص29)

وأجريت الدراسة على المرضى المقبلين على العملية الجراحية بالمؤسسات الاستشفائية الأربع اثنان حكوميتان هما: المؤسسة الاستشفائية الشهيد بن عمر الجيلالي، وبشير بن ناصر وتحديدًا دار الولادة ومصحتان خاصتان هما: مصحة ابن حيان ومصحة الرمال بولاية الوادي قبيل إجراء العملية الجراحية. وعليه فقد وُزعت أدوات الدراسة المكونة في البداية من (460) نسخة على جميع المرضى المقبلين على العملية الجراحية الكبرى قبيل إجرائهم لها- أي قبل إجراء العملية بأربع وعشرين ساعة على الأكثر- ولكن

لم يتم استرجاع الكثير منها، فقد استرجعت (245) مائتان وخمسة وأربعون نسخة من أدوات الدراسة وكانت فترة تطبيق هذه الدراسة من شهر جانفي إلى غاية شهر جوان 2019، ومن بين الخصائص التي تتصف بها هذه العينة موضحة كالآتي:

1- حسب نوع العملية: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب نوع العملية والجدول التالي يُوضح ذلك:

جدول رقم (1): يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع العملية

| نوع العملية | عدد المرضى | النسبة (%) |
|----------------------------------|------------|------------|
| جراحة عامة | 61 | 24.90 |
| جراحة عظام | 43 | 17.55 |
| جراحة أمراض نساء وتوليد | 81 | 33.06 |
| جراحة المسالك البولية والبروستات | 17 | 6.94 |
| جراحة أعصاب | 12 | 4.90 |
| جراحة الأذن والأنف والحنجرة | 21 | 8.57 |
| جراحة العيون | 10 | 4.08 |
| المجموع | 245 | 100 |

عند ملاحظة معطيات الجدول نجد أن النسب متقاربة نوعا ما خاصة فيما يخص جراحة النساء والتوليد والجراحة العامة وجراحة العظام حيث بلغت النسب على التوالي 33.06%، 24.90%، 17.55% أما جراحة الأذن والأنف والحنجرة، وجراحة المسالك البولية والبروستات، وجراحة الأعصاب، وجراحة العيون فقد كانت ضئيلة نوعا ما مقارنة بالجراحات الأخرى وقد بلغت نسبها المئوية بالترتيب 8.57%، 6.94%، 4.90%، 4.08% .

2- حسب الجنس: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب جنسهم في الجدول التالي:

جدول رقم (2): يوضح توزيع أفراد العينة حسب جنسهم

| الجنس | العدد | النسبة (%) |
|---------|-------|------------|
| الذكور | 92 | 37.55 |
| الإناث | 153 | 62.45 |
| المجموع | 245 | 100 |

يلاحظ من خلال الجدول رقم(3) أن عدد المرضى الذكور المقبلين على العملية الجراحية يقدر بـ92 مريضا بنسبة 37.55%، وعدد المرضى الإناث المقبلات على العملية الجراحية يقدر بـ153 مريضة بنسبة 62.45%. مما يشير إلى أن عدد الإناث أكبر من عدد الذكور.

3- حسب العمر(السن): يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب السن في الجدول التالي:

جدول رقم(3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن

| النسبة (%) | العدد | السن |
|------------|-------|----------------|
| 5.71 | 14 | من 20 سنة فأقل |
| 60 | 147 | من 21-40 سنة |
| 32.27 | 57 | من 41-60 سنة |
| 11.02 | 27 | 61 فما فوق |
| 100 | 245 | المجموع |

يتبين من الجدول أعلاه أن العدد الأكبر كان للفترة العمرية ما بين (21-40 سنة) حيث بلغت نسبتها 60% وهي نسبة تفوق النصف، ثم تليها الفترة العمرية بين (14-60) بنسبة 32.27% وهي أقل بقليل من الثلث، أما الفترة العمرية (61 فما فوق) فقد بلغت نسبتها 11.02%، وأخيرا كانت الفترة العمرية من 20 سنة فما أقل هي الأقل نسبة حيث بلغت 5.71%.

4- حسب عدد العمليات التي أجريت من قبل: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب عدد العمليات التي

أجريت من قبل في الجدول التالي:

جدول رقم(4): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب عدد العمليات التي أجريت من قبل

| النسبة (%) | العدد | عدد العمليات التي أجريت من قبل |
|------------|-------|--------------------------------|
| 32.24 | 79 | أول مرة |
| 33.88 | 83 | مرة واحدة |
| 23.27 | 57 | مرتين |
| 7.75 | 19 | ثلاث مرات |
| 2.86 | 7 | أربع مرات |
| 100 | 245 | المجموع |

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المرضى الذين قاموا بعملية واحدة من قبل، القيام بالعملية الجراحية لأول مرة، والذين قاموا مرتين بالعملية الجراحية نلاحظ أن نسبتها متقاربة فهي على التوالي (33.88%) (32.24%)، (23.27%)، في حين نجد أن المرضى الذين قاموا بثلاث عمليات أو أربع عمليات من قبل نسبتها ضئيلة نوعا ما وكانت على التوالي (7.75%)، (2.86%).

5- حسب نوع المستشفى: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى والجدول التالي يوضح ذلك:
جدول رقم(5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى

| نوع المستشفى | العدد | نوع المستشفى |
|--------------|-------|--------------|
| حكومي | 171 | 69.80 |
| خاص | 74 | 30.20 |
| المجموع | 205 | 100 |

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد المرضى الذين أجروا العملية الجراحية بالمستشفى الحكومي كانت أكثر من المستشفى الخاص حيث بلغت نسبتهم المئوية 69.80% وهي نسبة معتبرة تفوق النصف، أما المستشفى الخاص فقد بلغت نسبته 30.20%.

رابعا/أدوات جمع البيانات: استُخدمت ثلاث (03) أدوات قياس لجمع بيانات هذه الدراسة وهي:

1- مقياس "قلق الموت" من إعداد الباحثة.

2- مقياس "مركز الضبط" من إعداد الباحثة.

3- مقياس "المساندة الاجتماعية" المعد في صورته العربية من طرف إبراهيم السمدوني (1997) وقام بتقنيته على البيئة الجزائرية (بشير معمريّة 2011).

1- مقياس قلق الموت: نظرا لعدم توفر مقياس يتماشى وطبيعة العينة وخصوصيتها قامت الباحثة بإعداد مقياس قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية، وقد تم إتباع الخطوات الآتية:

1-1- تحديد الهدف من المقياس: إن الهدف من إعداد مقياس "قلق الموت" هو محاولة الكشف على

وجود "قلق الموت" الذي يراود المريض المقبل على العملية الجراحية، ومن ثم الحصول على بيانات كمية ومعالجتها إحصائيا.

1-2- تحديد التعريف الإجرائي لقلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية:

هو مجموع الاستجابات الناتجة عن الأفكار المتمركزة حول الموت والتي تراود المريض المقبل على العملية الجراحية، وهذه الاستجابات إما أن تكون أفكارا مختلطة حول كل ما يتصل بالموت، أو تكون مخاوف ناجمة عن تلك الأفكار المرتبطة بالموت من العملية الجراحية.

1-3-مصادر بناء المقياس:

اعتمدنا في بنائه على مجموعة من المصادر أهمها:

*الاطلاع على أدبيات البحث -كخلفية نظرية- التي تشتمل مختلف النظريات التفسيرية للظاهرة، وما صدر عنها من كتب ومنشورات، وكذلك ما توصلت إليه البحوث والدراسات السابقة في الموضوع.
*الإطلاع على بعض المقاييس والاختبارات العربية والأجنبية التي تقيس قلق الموت أو أحد أبعاده المعتمدة في هذه الدراسة كمقياس دونالد تمبلر 1969 ، مقياس أحمد عبد الخالق 1987، مقياس ليلى الكايد، استخبار بشير معمريّة 2011.

*استطلاع رأي عينة من المختصين في علم النفس أو في الطب عن طريق مقابلات شخصية ذات طابع غير رسمي، بالإضافة إلى رأي بعض المقبلين على العملية الجراحية حول القلق والمشاعر التي تراودهم قبل إجراء العملية الجراحية بطابع غير رسمي أيضا.

*الخبرة الشخصية للباحثة في مجال الطب كونها تعمل في المستشفى، ومحاكاة المرضى والتعرف على مختلف الاستجابات الناتجة عنهم بصورة مباشرة.

ويتكون مقياس "قلق الموت" من:

أ/- بيانات عامة: تتضمن الجنس، العمر، نوع العملية، عدد العمليات التي أجريت من قبل، نوع المستشفى.

ب/- تعليمات المقياس: تضمنت إعطاء فكرة عن الموضوع، وكيفية الإجابة بما يناسبهم مع إعطاء مثال يوضح طريقة الإجابة، ثم إعلام المرضى بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وفي الأخير طمأنتهم بسرية الإجابة، وأنها ستستغل لغرض البحث العلمي بشكل بحت.

ج- فقرات المقياس: تمت صياغة فقرات المقياس التي تكونت من ثلاثة وعشرين (23) فقرة موزعة على بعدين كالتالي:

-التفكير في الموت: ويضم 11 فقرة وهي: 1-3-5-7-9-11-13-15-17-19-21.

-الخوف من الموت: ويضم 12 فقرة وهي: 2-4-6-8-10-12-14-16-18-20-22-23.

والجدول التالي يوضح توزيع عبارات مقياس قلق الموت:

جدول رقم(6): توزيع عبارات مقياس قلق الموت

| الأبعاد | أرقام العبارات | عدد العبارات |
|------------------|---------------------------------|--------------|
| التفكير في الموت | 1-3-5-7-9-11-13-15-17-19-21 | 11 عبارة |
| الخوف من الموت | 2-4-6-8-10-12-14-16-18-20-22-23 | 12 عبارة |

د-بدائل المقياس: تم اختيار "سلم ليكرت" في تحديد الإجابات على شكل بدائل تتدرج كالتالي:

لا-أحيانا-دائما، تقابلها الأوزان وقد وزعت بالتدرج على البدائل 1-2-3.

بعد الانتهاء من تصميم مقياس "قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية" تأتي مرحلة تقدير خصائصه السيكومترية والمتمثلة في الصدق والثبات.

4-1-الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت:

أولا/ الصدق:

1. الصدق الظاهري:

يؤكد ستانلي وهوكنز أن اتفاق المحكمين يعد نوعا من الصدق الظاهري (Stanly & Hopkins 1979,104)، كما أكد (أيبيل Ebel) على أن أحسن وسيلة للتحقق من الصدق الظاهري هي قيام عدد من المختصين لتقرير مدى تحقيق الصفة المراد قياسها (Ebel, 1972,555).

وعليه عُرض المقياس المكون من (27 فقرة) على مجموعة من المحكمين عددهم أحد عشر (11)

أستاذًا من جامعات جزائرية وعربية مختلفة (ملحق رقم 01)، حيث انتهزت الباحثة حضورهم في ملتقى دولي وطلب منهم تحكيم الأداة من حيث:

-وضوح تعليمات الاستبيان.

-مدى قياس الفقرات للخاصية المقاسة، ووضوح الصياغة اللغوية لفقرات كل بعد من أبعاد الاستبيان وملاءمتها لأفراد المقياس.

-ملاءمة بدائل الأجوبة لفقرات المقياس.

وقد كانت النتائج كالاتي:

-تعديل الصياغة اللغوية للفقرات رقم(2-4-12-13-16).

| الرقم | الفقرة قبل التعديل | الفقرة بعد التعديل |
|--------|---|---|
| 2 | يزعجني أن فكرة الموت أثناء العملية الجراحية تتكرر في ذهني | يزعجني تكرار فكرة الموت بسبب العملية الجراحية. |
| 4 | فكرة الموت بسبب العملية الجراحية تجعلني حزين(ة). | أحزن حين تراودني فكرة الموت بسبب العملية الجراحية |
| 1 2 | فكري منشغل حول الأخطاء الطبية المميّنة | فكري منشغل بالأخطاء الطبية المميّنة. |

-حذف البنود(5-7-10-06).

-أجمعوا على ملاءمة بدائل الأجوبة لفقرات الاستبيان.

-اتفقوا على وضوح تعليمات الاستبيان.

بعد تعديل المقياس وفق اقتراحات المحكمين، أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (23) فقرة موزعة على بعدين وجاهزا لتطبيقه على العينة الاستطلاعية.

2. صدق الاتساق الداخلي للمفردات:

يمكن التحقق من مؤشرات الصدق البنائي للمقياس بإتباع أسلوب فاعلية المفردات أي مدى ارتباط كل مفردة من مفردات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وما بين كل مفردة والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد

المقياس (الروسان، 1999، ص33)، وكذلك معامل الارتباط ما بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة الكلية لأبعاده باستخدام معامل الارتباط بيرسون. والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

جدول (7) يوضح قيم معاملات الارتباط بيرسون ما بين المقياس الكلي وأبعاده (ن=41)

| المقياس وأبعاده | التفكير في الموت | الخوف من الموت |
|------------------|------------------|----------------|
| التفكير في الموت | / | **0.892 |
| الخوف من الموت | **0.892 | / |
| قلق الموت الكلي | **0.967 | **0.978 |

** دال إحصائياً عند مستوى (0.001)

3.التحقق من الصدق البنائي للمقياس من خلال التحليل العاملي التوكيدي:

أسفر التحليل العاملي التوكيدي لمقياس قلق الموت، بعد توصيف وافترض أربع نماذج نظرية متنافسة للتحقق من بين أي النماذج التي تلائم النموذج القياسي للمقياس، ومن خلال الاستعانة بحزمة Amos (v24) لنموذج القياس لمقياس قلق الموت وأبعاده ومؤشرات المطابقة Fit indices، تم تقدير البارامترات بطريقة الأرجحية العظمى (ML)، تم إجراء التحليل العاملي التوكيدي للعوامل المرتبطة والتحليل العاملي التوكيدي الهرمي من الدرجة الثانية والتحليل العاملي التوكيدي الأحادي وأخيرا التحليل العاملي التوكيدي الثنائي، والتي تم تنظيمها في الجدولين رقم (9) و(10):

جدول (8) يوضح مؤشرات الملائمة (المطابقة) للتحليل العاملي التوكيدي للنماذج المتنافسة.

| النماذج المتنافسة | X^2/df | CFI | RMSEA | AIC |
|------------------------|----------|-------|-------|--|
| نموذج العوامل المرتبطة | 2.934 | 0.889 | 0.089 | النموذج المفترض: 765.980 النموذج المشبع: 552.000 النموذج المستقل: 4272.968 |
| نموذج العامل الأحادي | 2.951 | 0.887 | 0.089 | النموذج المفترض: 770.839 النموذج المشبع: 552.000 النموذج المستقل: 4272.968 |
| نموذج للعامل الهرمي | 2.934 | 0.889 | 0.089 | النموذج المفترض: 765.980 النموذج المشبع: 552.000 النموذج المستقل: 4272.968 |
| النموذج الثنائي | 2.548 | 0.919 | 0.080 | النموذج المفترض: 665.469 النموذج المشبع: 552.000 |

النموذج المستقل: 4272.968

يتضح من خلال الجدول (8) الذي يعرض أهم مؤشرات المطابقة للنماذج الأربعة المتنافسة والتي افترضتها الباحثة، حيث يظهر أن مؤشرات المطابقة للنموذج العاملي الثنائي هي التي تفوقت على بقية مؤشرات النماذج المتنافسة، والجدول التالي يوضح مؤشرات المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي الثنائي.

وفي ضوء افتراض التطابق بين مصفوفة التغيرات للمتغيرات الداخلة في التحليل والمصفوفة المفترضة من قبل النموذج (المستهلكة من قبل النموذج)، تنتج العديد من المؤشرات الدالة على جودة هذه المطابقة والتي يتم قبول النموذج المفترض للبيانات أو رفضه في ضوءها والتي تعرف بمؤشرات جودة المطابقة.

جدول (9) يوضح مؤشرات المطابقة للنموذج العاملي التوكيدي الثنائي لمقياس قلق الموت.

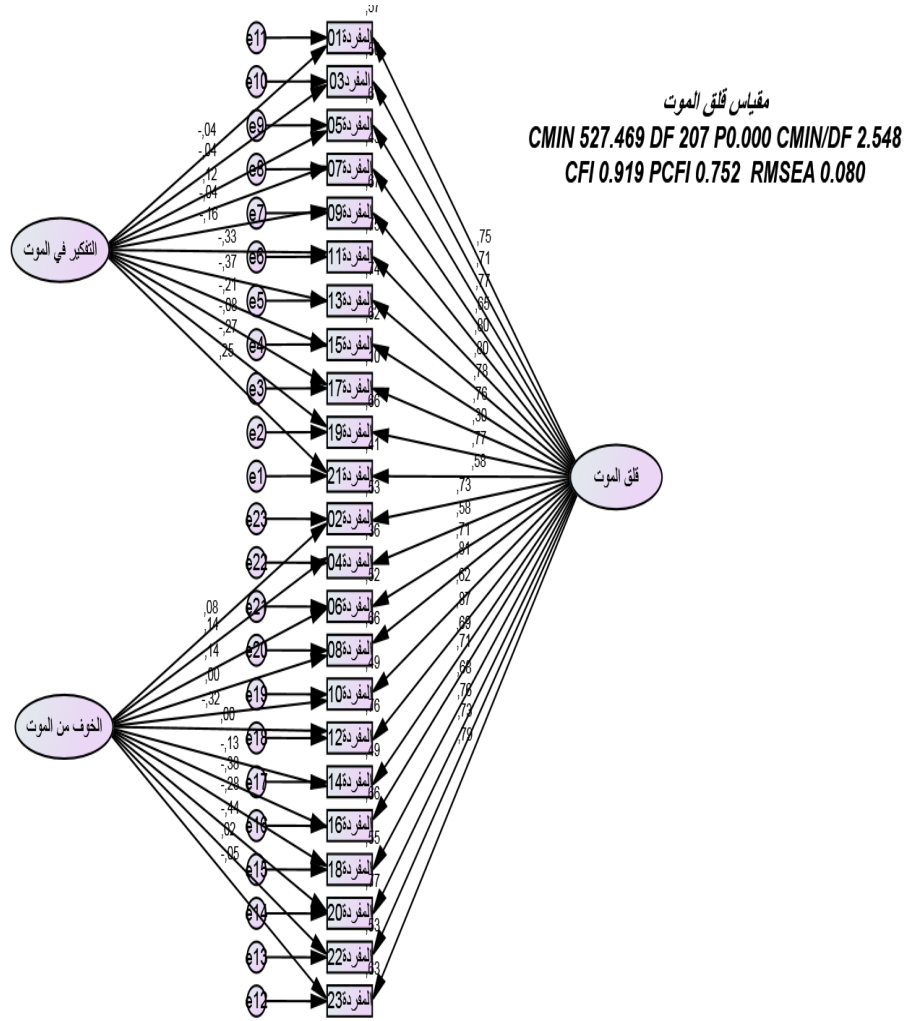
| مسمى مؤشر المطابقة | قيمه في الدراسة | معيار الحكم على جودة المطابقة |
|--|--|--|
| مربع كاي النسبي x^2/df | 2.548 | المدى المقبول من 1-2 أو 1-3 |
| جذر متوسط مربعات البواقي RMR | 0.027 | يجب أن يكون أقل من 0.1 |
| مؤشر جودة المطابقة GFI | 0.840 | يساوي أو أكبر من 0.8 مطابقة مقبولة يساوي أو أكبر من 0.9 مطابقة جيدة |
| الجذر التربيعي لمتوسط الخطأ المعياري RMSEA | 0.080 | أكبر من 0.08 إلى 0.1 مقبول يساوي أو أقل من 0.08 جيد |
| مؤشر المطابقة المقارن CFI | 0.919 | يساوي أو أكبر من 0.8 مطابقة مقبولة يساوي أو أكبر من 0.9 مطابقة جيدة |
| مؤشر المطابقة التزايدى IFI | 0.920 | |
| مؤشر توكر لويس TLI | 0.900 | |
| مؤشر المطابقة المعياري NFI | 0.875 | |
| مؤشر المطابقة النسبي RFI | 0.847 | |
| مؤشر المطابقة المعياري PNFI | 0.716 | أكبر من 0.6 مطابقة جيدة |
| النسبة الاقتصادية PRATIO | 0.818 | |
| محك المعلومات لا كيك AIC | النموذج المفترض: 665.469 النموذج المشبع: 552.000 النموذج المستقل: 4272.968 | قيمة النموذج المقترح يجب أن تكون أقل من قيمة النموذج المستقل |

جدول من انجاز الباحثة اعتماداً على: (James L. Arbuckle, 2011: 601-616) (Hooper, D et al, 2008: 53-60) و(تيغزة، 2011: 101-277).

يتضح من الجدول (9) أن جميع مؤشرات المطابقة احترمت مستويات المحكات التي تتطلبها جودة المطابقة للنموذج الثنائي، وفي هذا السياق نجد أن مربع كاي النسبي x^2/df أقل من قيمة المحك 3؛ ومؤشر جذر متوسط مربعات البواقي Root Mean Square Residual (RMR) الذي قيمته 0.027 أقل من 0.1؛ ومؤشر جودة المطابقة GFI الذي قيمته 0.840 وهو أكبر من القيمة 0.80؛ والجذر التربيعي لمتوسط الخطأ المعياري RMSEA الذي كانت قيمته 0.080 وهي قيمة جيدة؛ ومؤشر المطابقة المقارن CFI الذي كانت قيمته 0.919 وهي في مجال القيمة الجيدة؛ ومؤشر المطابقة التزايدية IFI الذي كانت قيمته 0.92 وهو كذلك في مجال القيمة الجيدة؛ ومؤشر توكر لويس TLI الذي قيمته 0.90 وهو كذلك في مجال القيمة الجيدة؛ ومؤشر المطابقة المعياري NFI الذي قيمته 0.875 وهو في مجال القيمة المقبولة؛ ومؤشر المطابقة النسبي RFI الذي قيمته 0.847 وهو كذلك في مجال القيمة المقبولة. كما أن مؤشر المطابقة المعياري PNFI الذي يساوي 0.716؛ ومؤشر النسبة الاقتصادية PRATIO الذي يساوي 0.818؛ ومؤشر المطابقة المقارن الاقتصادي PCFI الذي يساوي 0.752؛ كلها تعدت المحك (0.60) وبالتالي تعزز توفر النموذج النظري المقترح على مطابقة جيدة.

وأخيراً فإن النموذج المقترح بالنسبة لمحك المعلومات لأكيك AIC Akaike (665.469) تفوق بكثير على محك المعلومات للنموذج المستقل (4272.968)، لأن قيمة محك المعلومات لأكيك للنموذج المقترح صغيرة جداً من قيمة محك المعلومات للنموذج المستقل المقابل له، علماً بأن محك المعلومات للنموذج المقترح كلما كان صغيراً عن محك المعلومات للنموذج الصفري كلما ارتفعت جودة المطابقة للنموذج المقترح.

ويتبقى أن نتعرف على تشبعات هذه مؤشرات المقياس على عواملها أو أبعادها التي تنتمي إليها. وهو ما يظهر من خلال الشكل (06):



شكل (06) يوضح معاملات المسارات المعيارية (التشبعات) لمقياس قلق الموت وأبعاده.

يظهر من خلال الشكل (06) أن تشبعات المؤشرات (المفردات) على العامل العام قلق الموت تتراوح ما بين 0.30 إلى 0.87، في حين كانت تشبعات مفردات العامل أو البعد الطائفي التفكير في الموت ما بين 0.04 إلى 0.368 على العامل العام، وتشبعت مفردات العامل أو البعد الطائفي الخوف من الموت ما بين 0.001 إلى 0.437 على العامل العام، حيث كانت جميع قيم تشبعات مفردات مقياس قلق الموت على العامل العام أكبر من قيمة تشبعات المفردات على العوامل الطائفية المكونة للمقياس، وتعد جميعها تشبعات جيدة وهو ما يتطلبه منطق النموذج التحليلي الثنائي.

ننتقل الآن إلى فحص الدلالة الإحصائية لمسارات هذا النموذج البنائي كما يظهره الجدول التالي:

جدول (10) يوضح ملخص لنتائج التحليل العاملي التوكيدي الثنائي

| معامل الثبات R^2 | قيمة "ت" ودلالاتها الإحصائية | الخطأ المعياري لتقدير التشبع | التشبع على العامل الكامن | المتغير المشاهد |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|
| 0.570 | *** 14.651 | 0.059 | 0.754 | المفردة 01 |
| 0.501 | *** 11.511 | 0.090 | 0.706 | المفردة 03 |
| 0.612 | *** 12.635 | 0.084 | 0.773 | المفردة 05 |
| 0.426 | *** 10.508 | 0.085 | 0.651 | المفردة 07 |
| 0.666 | *** 13.382 | 0.083 | 0.800 | المفردة 09 |
| 0.746 | *** 13.440 | 0.082 | 0.797 | المفردة 11 |
| 0.744 | *** 13.109 | 0.081 | 0.780 | المفردة 13 |
| 0.621 | *** 12.630 | 0.081 | 0.760 | المفردة 15 |
| 0.096 | *** 4.616 | 0.070 | 0.298 | المفردة 17 |
| 0.663 | *** 12.822 | 0.079 | 0.768 | المفردة 19 |
| 0.405 | *** 9.184 | 0.085 | 0.584 | المفردة 21 |
| 0.533 | *** 11.834 | 0.081 | 0.725 | المفردة 02 |
| 0.361 | *** 9.291 | 0.086 | 0.583 | المفردة 04 |
| 0.520 | *** 11.507 | 0.079 | 0.708 | المفردة 06 |
| 0.657 | *** 13.453 | 0.083 | 0.810 | المفردة 08 |
| 0.489 | *** 9.918 | 0.089 | 0.622 | المفردة 10 |
| 0.758 | *** 14.648 | 0.079 | 0.870 | المفردة 12 |
| 0.492 | *** 11.174 | 0.080 | 0.690 | المفردة 14 |
| 0.657 | *** 11.526 | 0.085 | 0.714 | المفردة 16 |
| 0.548 | *** 11.047 | 0.086 | 0.685 | المفردة 18 |
| 0.765 | *** 12.318 | 0.085 | 0.758 | المفردة 20 |
| 0.530 | *** 11.881 | 0.085 | 0.728 | المفردة 22 |
| 0.625 | *** 13.036 | 0.077 | 0.789 | المفردة 23 |

*** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.001)

يظهر من خلال الجدول (10) أن جميع مسارات النموذج ما بين مؤشرات مقياس قلق الموت كعامل عام والتفكير في الموت والخوف من الموت كعوامل طائفية، والتي تنطلق من بين المتغيرات الكامنة قلق الموت، والتفكير في الموت والخوف من الموت والمتغيرات المشاهدة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة تعدت واحد من الألف ($0.001 > \alpha$). وتدل على وجود علاقة مباشرة دالة إحصائياً بين العامل العام لمقياس قلق الموت ومؤشراته.

كما أن القيم المعيارية للتشبعات للمفردات معظمها أكبر من أو تساوي 0.7 أي ستة عشر مفردة في المقياس وعدد قليل من المفردات أي سبعة مفردات تقع دون هذه القيمة، وجميعها قيم مقبولة.
ثانياً/ الثبات:

بعد تطبيق مقياس قلق الموت على عينة استطلاعية من المرضى المقبلين على العملية الجراحية مكونة من (ن=41)، بغرض التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس بطريقة معادلة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان- وبراون، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.
جدول رقم (11) يوضح قيم معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية على عينة استطلاعية (ن=41).

| المقياس وأبعاده | معامل ألفا كرونباخ | التجزئة النصفية بمعامل سبيرمان-براون |
|------------------|--------------------|--------------------------------------|
| التفكير في الموت | 0.879 | 0.820 |
| الخوف من الموت | 0.911 | 0.902 |
| قلق الموت الكلي | 0.945 | 0.936 |

يتبين من خلال الجدول السابق أن معاملات ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي المحسوبة وقعت في مدى يتراوح من 0.879 إلى 0.945 مما يشير إلى مؤشرات ثبات قوية سواء لمقياس قلق الموت ككل أو أبعاده (DeVellis,2012,109-110) ، كما تشير كذلك قيم مؤشرات قيم معامل سبيرمان-وبراون والتي تراوحت ما بين 0.82 إلى 0.936 إلى مؤشرات ثبات قوية سواء لمقياس قلق الموت ككل أو أبعاده.

2- مقياس مركز الضبط:

خلال إعداد مقياس "مركز الضبط" لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية، تم إتباع الخطوات التالية:

2-1- تحديد الهدف من المقياس: الهدف من إعداد مقياس "مركز الضبط" هو محاولة معرفة المرضى ذوي مركز الضبط الداخلي وذوي الضبط الخارجي، أي معرفة الطريقة التي يدرك بها المرضى العوامل المسببة لنتائج سلوكهم وقياسها، ومن ثم الحصول على بيانات كمية وعالجتها إحصائياً.

2-2- تحديد التعريف الإجرائي لمركز الضبط لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية:

هو اعتقاد المريض المقبل على العملية الجراحية بمدى مسؤوليته أو عدم مسؤوليته عن تصرفاته ونتائج أعماله وتحكمه في الأحداث المتعلقة بالحياة المختلفة.

2-3 مصادر بناء المقياس: بعدما تم البحث عن مقياس مركز الضبط الموجه لكل الفئات لم نجد نموذجا يقيس ذلك بصورة عامة، بل وجدنا نموذجا يقيس مركز التحكم الصحي الموجه للمرضى كمرضى: السكري، الغدد، السرطان.... إلخ، أو نموذجا موجه للطلاب والأساتذة كنموذج أو مقياس "روتر" ونظرا لعدم توفر ذلك قمنا بإعداد نموذج لمقياس مركز الضبط، وتم الاعتماد في بنائه على مجموعة من المراجع باعتبارها مدخلات منها:

*مقياس مركز الضبط لروتر 1966.

*اقتباس مقياس مركز الضبط من طرف عدة باحثين وإعدادهم للعربية منهم: فاروق عبد الفتاح موسى 1991، علاء الدين كفاي 1982.... الخ.

*مقياس الضبط الداخلي/الخارجي للأطفال والمراهقين إعداد "صلاح الدين محمد أبو ناهية" 1987.

*مقياس موقع الضبط ل"نجاح عبد الرحيم عثمان" الذي طبقته على فئة المدرسين في مرحلة التعليم الثانوي 1999.

*مركز التحكم ل نويكي وستيريكلاند 1973

*مركز التحكم الصحي ل والتسون وزملاءه 1978.

2-4- فقرات المقياس: تمت صياغة فقرات المقياس التي تكونت من (24) فقرة، الفقرات الفردية تشير إلى الضبط الخارجي، والزوجية تشير إلى الضبط الداخلي، وتشير الدرجة المرتفعة للمقياس إلى التوجه الخارجي، ويعتبر مقياس مركز الضبط مقياسا للتوقع العام وربما يرتبط هذا التوقع العام بالقيمة التي يضعها المفحوص على الضبط، ولكن لا يوجد بالمقياس أي عبارة تتناول بشكل مباشر تفصيلا للضبط الداخلي أو الضبط الخارجي.

2-5- طريقة تصحيح المقياس: يعطى للمبحوث:

-الدرجة (1) للبديل(نعم).

-الدرجة(0) للبديل (لا).

وهي للفقرات الفردية التي تعبر عن الضبط الخارجي وهي (1، 3، 5، 7، 9، 11، 13، 15، 17، 19، 21، 23).

أما الفقرات الزوجية التي تعبر عن الضبط الداخلي وهي (2، 4، 6، 8، 10، 12، 14، 16، 18، 20، 22، 24) فيعطى للمبحوث:

-الدرجة (1) للبديل (لا).

-الدرجة (0) للبديل (نعم).

ويصنف المستجيبون على هذا المقياس إلى فئتين هما:

*الأولى: من (0-11) درجة، هم ذوي مركز ضبط داخلي.

*الثانية: من (12-24) درجة، هم ذوي مركز ضبط خارجي.

2-6- الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط:

أولاً/صدق المقياس: تم حساب الصدق وفق الطرق التالية:

1. الصدق الظاهري:

يؤكد ستانلي وهوكنز أن اتفاق المحكمين يعد نوعاً من الصدق الظاهري (Stanly & Hopkins 1979, 104)، كما أكد (أبيل Ebel) على أن أحسن وسيلة للتحقق من الصدق الظاهري هي قيام عدد من المختصين لتقرير مدى تحقيق الصفة المراد قياسها (Ebel, 1972, 555)

وعليه عرضت الباحثة المقياس محل البحث المكون في البداية من (16) فقرة، وكل فقرة تحتوي على زوج من العبارات إحداهما تشير إلى الضبط الخارجي (أ) والأخرى تشير إلى الضبط الداخلي (ب)، عرضته على نفس المحكمين الذين طلب منهم تحكيم مقياس قلق الموت، وكانت نتائجهم كالآتي:

-حذف البنود (7-10-16-5-ب) (6-أ) لأنها مشابهة كثيراً في صياغتها إلى بنود أخرى.

-تعديل ودمج بعض البنود المتشابهة مع بعض.

-تعديل بعض الصياغات اللغوية.

-أشار بعض المحكمين إلى استخدام فقرات المقياس مباشرة دون تقسيمها إلى زوج من العبارات واستخدام بدائل الأجوبة حسب طبيعة المقياس.

فقمنا بتعديل المقياس وفق اقتراحات المحكمين وأخذنا بعين الاعتبار الاقتراح الأخير، لأننا طبقنا المقياس في البداية على عينة بسيطة لكنها وجدت غموضاً في الأداة لاسيما وأن العينة تشمل المتقنين وغير المتقنين، الأميين، كبار السن.....إلخ.

ثم عُرض المقياس مرة ثانية على عينة من المحكمين، عددهم ثلاث (03) أساتذة جامعيين من أجل المصادقة على التعديلات الموقعة على المقياس، أو تقديم اقتراحات بديلة. وبعد إلحاق التعديلات التي اقترحتها المحكمون الثلاث أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (24) بنداً وجاهزاً للتطبيق على العينة الاستطلاعية.

2. صدق الاتساق الداخلي للمفردات:

يمكن التحقق من مؤشرات الصدق البنائي للمقياس بإتباع أسلوب فاعلية المفردات أي مدى ارتباط كل مفردة من مفردات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وما بين كل مفردة والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس (الروسان، 1999، 33)، وعليه تم حساب معامل الارتباط ما بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة الكلية لفئتيه باستخدام معامل الارتباط بيرسون. والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

جدول (12) يوضح قيم معاملات الارتباط بيرسون ما بين المقياس الكلي وفئتيه (ن=41)

| المقياس وفئتيه | مركز الضبط الداخلي | مركز الضبط الخارجي |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| مركز الضبط الداخلي | / | **0.998 |
| مركز الضبط الخارجي | **0.998 | / |
| مركز الضبط الكلي | **0.999 | **0.999 |

** دال إحصائياً عند مستوى (0.001)

1.2: تراوحت قيم معامل الارتباط بيرسون ما بين الدرجة الكلية لمقياس مركز الضبط ومفرداته ما بين القيمة (0.266) للمفردة 10 والقيمة (0.533) للمفردة 21، والتي جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) و(0.01).

2.2: تراوحت قيم معامل الارتباط بيرسون ما بين الدرجة الكلية لذوي الضبط الخارجي ومفرداته ما بين القيمة (0.271) للمفردة 23 والقيمة (0.533) للمفردة 21، والتي جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) و(0.01).

3.2: تراوحت قيم معامل الارتباط بيرسون ما بين الدرجة الكلية لذوي الضبط الداخلي ومفرداته ما بين القيمة (0.263) للمفردة 10 والقيمة (0.506) للمفردة 12، والتي جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) و(0.01). وبالتالي فإن الترابطات المحسوبة بلغت أو تخطت تقريباً محك ميتشل المعتمد في مثل هذه الحالات وهو القيمة 0.30. (ملحق رقم 3: يوضح قيم معامل الارتباط لبيرسون بين المفردات والدرجة الكلية لمقياس مركز الضبط).

ثانياً/ الثبات:

بعد تطبيق مقياس مركز الضبط على عينة استطلاعية مكونة من (ن=41) مريض مقبل على إجراء عملية جراحية، بغرض التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس بطريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان-وبراون، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (13) يوضح قيم معامل التجزئة النصفية على عينة استطلاعية (ن=41).

| المقياس وفئتيه | التجزئة النصفية بمعامل سبيرمان-براون |
|--------------------|--------------------------------------|
| مركز الضبط الداخلي | 0.552 |
| مركز الضبط الخارجي | 0.605 |

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيم مؤشرات معامل سبيرمان-وبراون والتي تراوحت ما بين 0.552 إلى 0.605 إلى مؤشرات ثبات مقبولة عموماً لفئتي مركز الضبط.

3- مقياس المساندة الاجتماعية:

أعد هذه القائمة "إبراهيم السمدوني" (1997)، وتتكون القائمة من 30 بنداً موزعة على بعدين هما:

- بعد الأسرة وتقيس 15 بنداً.

- بعد الأصدقاء وتقيس 15 بنداً.

ويجاب عنها بأسلوب تقريرى وتصحح إجابات المفحوص ضمن أربعة بدائل يختار المفحوص (ة) بديلا واحدا فقط يمثل مدى انطباق الفقرة عليه، وقد أعطيت البدائل لغرض التصحيح أوزانا كما بينها الجدول التالي:

الجدول رقم(14): بدائل الإجابة والوزن المقابل لكل منها لمقياس المساندة الاجتماعية

| الرقم | البدائل | الأوزان |
|-------|---------|---------|
| 1 | لا | 0 |
| 2 | قليلا | 1 |
| 3 | متوسط | 2 |
| 4 | كثيرا | 3 |

وقد قام بشير معمريه بنقنين القائمة على البيئة الجزائرية، حيث طبقها على 429 فرد (ذكور وإناث).

***الخصائص السيكومترية للمقياس:**

1-صدق وثبات المقياس على البيئة العربية:

بالنسبة للصدق تم حساب صدق البنود بحساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على 150 طالب وطالبة، فتراوحت معاملات الارتباط بين 0.26-0.70 وكل معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01.

أما الثبات فتم حسابه بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بعد ثلاثة أسابيع على 179 طالب وطالبة من جامعة طنطا بمصر، فتراوحت معاملات الثبات بين 0.879-0.884. وحُسب الثبات كذلك بطريقة التجزئة النصفية وطريقة ألفا على 150 طالب وطالبة، فجاء معامل الثبات بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان/براون يساوي 0.92، بينما جاء معامل ألفا يساوي 0.89.

2- صدق وثبات المقياس على البيئة الجزائرية:

تم حساب الصدق بثلاث طرق هي الصدق التمييزي باستعمال المقارنة الطرفية لعينتي الذكور والإناث كل على حدى، ووجد أنها تتميز بمستوى عال من الصدق لدى العينتين (الذكور والإناث).

أما النوع الثاني من الصدق فكان "الصدق الاتفاقي" حيث تم تطبيق قائمة المساندة الاجتماعية للسمادوني" مع قائمة تقدير الذات "لحسن عبد العزيز الدريني" وقائمة الصلابة النفسية ل"عماد محمد مخيمر" ، وتبين أن قائمة المساندة للسمادوني" اتصفت بمعاملات صدق مرتفعة.

وأخيرا تم حساب معاملات الارتباط بين بعدي الاستبيان والدرجة الكلية، فتراوحت معاملات الارتباط بين 0.778-0.813 وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01.

أما الثبات فتم حسابه بطريقتين هما: طريقة إعادة تطبيق الاختبار بعد 24 يوما على 72 فردا، وكان معامل الثبات 0.779.

وحُسب كذلك بمعامل ألفا كرونباخ على 64 فردا، ف جاء معامل الثبات يساوي 0.849.

ومن أجل استخدام مقياس المساندة الاجتماعية في البيئة الجزائرية تم التحقق من خصائصه السيكمترية بالطرق التالية:

أولا/ الصدق:

اعتمدت الطالبة الباحثة على:

* صدق الاتساق الداخلي للمفردات:

يمكن التحقق من مؤشرات الصدق البنائي للمقياس بإتباع أسلوب فاعلية المفردات أي مدى ارتباط كل مفردة من مفردات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وما بين كل مفردة والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس (الروسان، 1999، 33)، وكذلك معامل الارتباط ما بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة الكلية لأبعاده باستخدام معامل الارتباط بيرسون. والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

جدول (15) يوضح قيم معاملات الارتباط بيرسون ما بين المقياس الكلي وأبعاده (ن=41)

| المقياس وأبعاده | المساندة الأسرية | مساندة الأصدقاء |
|---------------------------|------------------|-----------------|
| المساندة الأسرية | / | 0.166 |
| مساندة الأصدقاء | 0.166 | / |
| المساندة الاجتماعية الكلي | **0.785 | **0.741 |

** دال إحصائياً عند مستوى (0.001)

1.2: تراوحت قيم معامل الارتباط بيرسون ما بين الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومفرداته ما بين القيمة (0.364) للمفردة 22 والقيمة (0.740) للمفردة 23، والتي جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) و(0.01).

2.2: تراوحت قيم معامل الارتباط بيرسون ما بين الدرجة الكلية لبعء المساندة الأسرية ومفرداته ما بين القيمة (0.225) للمفردة 01 والقيمة (0.815) للمفردة 09، والتي جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) و(0.01).

3.2: تراوحت قيم معامل الارتباط بيرسون ما بين الدرجة الكلية لبعء مساندة الأصدقاء ومفرداته ما بين القيمة (0.645) للمفردة 23 والقيمة (0.918) للمفردة 05، والتي جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) و(0.01). وبالتالي فإن الترابطات المحسوبة بلغت أو تحطت تقريباً محك ميتشل المعتمد في مثل هذه الحالات وهو القيمة 0.30. (ملحق رقم 4: يوضح قيم معامل الارتباط لبيرسون بين المفردات والأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية).

ثانياً/ الثبات:

بعد تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية على عينة استطلاعية من المرضى المقبلين على العملية الجراحية والمكونة من (ن=41)، بغرض التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس بطريقة معادلة ألفا كرونباخ، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (16) يوضح قيم معامل ألفا كرونباخ على عينة استطلاعية (ن=41).

| المقياس وأبعاده | معامل ألفا كرونباخ |
|---------------------------|--------------------|
| المساندة الأسرية | 0.897 |
| مساندة الأصدقاء | 0.764 |
| المساندة الاجتماعية الكلي | 0.875 |

يتبين من خلال الجدول السابق أن معاملات ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي المحسوبة وقعت في مدى يتراوح من 0.764 إلى 0.897 مما يشير إلى مؤشرات ثبات قوية سواء لمقياس المساندة الاجتماعية ككل أو أبعاده (DeVellis,2012,109-110).

IV/ خطوات تطبيق أدوات الدراسة:

تم تطبيق المقاييس في صورة مطبوعة وتوزيعها على المرضى المقبلين على إجراء العملية الجراحية عينة الدراسة وذلك بإتباع الخطوات التالية:

- تحسيس المرضى المقبلين على العملية الجراحية بأهمية الدراسة وضرورة تقديم استجابات صادقة وصريحة على العبارات الواردة في أدوات البحث، لأن ذلك له أهمية في صدق الإحصائيات والعمل بعد ذلك.

- إعلامهم بأن ما يتم التحصل عليه من معلومات سيحاط بالسرية التامة وأنه لن يستخدم غلا للغرض العلمي.

- التأكيد على الإجابة على كل الأسئلة دون استثناء.

- توزيع المقاييس والشروع في تقديم التعليمات الخاصة بكيفية الإجابة على الفقرات كما ذكرنا سابقا.

- تم توزيع 460 نسخة لكل مقياس على أفراد عينة الدراسة.

- بعد جمع المقاييس وفرزها على استيفائها لكل الشروط المطلوبة، بلغ العدد النهائي لعينة الدراسة 245 فردا، وتم تفرغ البيانات وفق مقاييس التصحيح المبنية سابقا، ثم حساب درجات كل فرد على كل مقياس منها، ومعالجة البيانات إحصائيا اعتمادا على تقنية الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

وأخيرا تم تجهيز الأدوات لقياس متغيرات الدراسة.

خامسا/ - الأساليب الإحصائية المعتمدة: تم استخدام برنامج الرزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (24.0) وقد استخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية الأخرى بسبب تعدد فرضيات الدراسة وتنوعها علائقية وفارقة وهذه الأساليب الإحصائية وهي:

- المتوسط الحسابي.

- الانحراف المعياري.

- الأهمية النسبية (%).

- معامل الارتباط بيرسون.

- R^2 حجم الأثر.

- .T.test

- ANOVA TWO WAY تحليل التباين الثنائي.

- .F.test

- (LSD) أسلوب المقارنات البعدية المتعددة.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية حيث تناولنا فيه منهج الدراسة وحدودها ثم وصف عينة الدراسة الاستطلاعية وعينة الدراسة الأساسية، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في الدراسة وحساب خصائصها السيكومترية، مروراً إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل البيانات المحصل عليها. ونحاول في الفصل الموالي عرض وتحليل النتائج ومناقشتها.

الفصل السادس

عرض نتائج الدراسة الأساسية

*تمهيد

- 1- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقاً من التساؤل الأول.
- 2- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقاً من الفرضية الثانية.
- 3- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقاً من الفرضية الثالثة.
- 4- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقاً من الفرضية الرابعة.
- 5- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقاً من الفرضية الخامسة.

*خلاصة الفصل.

تمهيد:

سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج التي تم التوصل إليها بعد تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة ثم مناقشتها وتحليلها وتفسيرها للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من الفرضيات في ضوء إطارها النظري وبناء على الدراسات السابقة.

1- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقاً من التساؤل الأول:

ينص التساؤل الأول على مايلي:

"ما مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية؟".

للإجابة على هذا التساؤل استخدمت الطالبة الباحثة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد مقياس قلق الموت والمقياس الكلي وترتيب مستوى الأهمية، والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

جدول رقم (17) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد مقياس قلق الموت والمقياس الكلي.

| المقياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الأهمية النسبية | مستوى الأهمية |
|------------------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|
| التفكير في الموت | 1.89 | 0.22 | 63% | متوسط |
| الخوف من الموت | 2.05 | 0.16 | 68.33% | مرتفع |
| قلق الموت الكلي | 1.98 | 0.205 | 66% | متوسط |

يتضح من الجدول أعلاه والذي يُظهر مستويات قلق الموت ببعديه: التفكير في الموت - الخوف من الموت والذي رُتّب حسب الأهمية النسبية لكل بعد من هذين البعدين للمقياس الكلي، حيث جاء البعد الثاني كأعلى أهمية نسبية والتي قدرت بـ 68.33 % ، بمتوسط حسابي بلغ 2.05 وانحراف معياري بلغ 0.16 ، وهي قيمةً مستواها مرتفع عن البعد الأول (التفكير في الموت) والتي قدرت أهميته النسبية بـ 63% بمتوسط حسابي بلغ 1.89 وانحراف معياري بلغ 0.22 وهي قيمة متوسطة حسب الوزن النسبي

أما المتوسط الحسابي العام لمقياس قلق الموت يساوي (1.89) وانحرافه المعياري بلغ 0.205، وأهميته النسبية قدرت بـ66% فنجد أنها تقع في المجال الثاني-حسب المخطط السفلي- وهي قيمة متوسطة إلى مرتفعة، أي أن مستوى قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية متوسط إلى مرتفع.

شكل (07): يوضح الأهمية النسبية وكيفية حسابها ومستواها

كيفية حساب مؤشر الأهمية النسبية (الوزن النسبي)
RELATIVE IMPORTANCE INDEX (RII)

$$RII = \sum \frac{W}{AN} * 100$$

$$= \frac{5n_5 + 4n_4 + 3n_3 + 2n_2 + 1n_1}{5 * N}$$

(0 ≤ RII ≤ 1)

W- تابلجتساكان لة اهم
 النضم رايغيا اهم اوت لة انويغيا عدد - 5
 رايغيا عدد - 4
 تنيمعا اعلى - 1

مثال:

يمكن حساب قيمة مؤشر الأهمية النسبية من خلال ضرب حاصل قسمة 100، على عدد البدائل، أي ضرب قيمة المتوسط الحسابي في القيمة 20% في حالة المقياس الخماسي وفي القيمة 25% في حالة المقياس الرباعي وفي القيمة 66% في حالة المقياس الثلاثي.

| المفردات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | مؤشر الأهمية النسبية | مستوى الأهمية |
|------------|-----------------|-------------------|----------------------|---------------|
| المفردة 01 | 3,13 | 1,302 | 0,63 | H-M |
| المفردة 02 | 3,07 | 0,961 | 0,61 | H-M |
| المفردة 03 | 3,40 | 1,454 | 0,68 | H-M |

الحكم على المستويات في المقياس الخماسي

| RII VALUES | IMPORTANE LEVEL | |
|-----------------|-----------------|-----|
| 0,8 ≤ RII ≤ 1 | HIGH | H |
| 0,6 ≤ RII ≤ 0,8 | HIGH-MEDIUM | H-M |
| 0,4 ≤ RII ≤ 0,6 | MEDIUM | M |
| 0,2 ≤ RII ≤ 0,4 | MEDIUM-LOW | M-L |
| 0 ≤ RII ≤ 0,2 | LOW | L |

طول الفئة للمقياس الخماسي 5 / 100 - 0,2
 (According to Akadiri, 2011)

منخفض 0-33.33
 متوسط 33.34-66.67
 مرتفع 66.68-100

ومن واقع هذه النتائج يمكن القول بأن الفرضية الأولى تقريبا محققة لأن مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة تقريبا مرتفع أي متوسط إلى مرتفع.

وتعزو الطالبة الباحثة مجيء البعد الثاني من أبعاد قلق الموت (الخوف من الموت)، في الترتيب الأول نظرا للمشاعر والأحاسيس التي تنتاب المريض المقبل على العملية الجراحية والتي تتكون من مشاعر الخوف التوتر، القلق، الاضطراب، الفزع... إلخ نظرا لاقتراب موعد العملية الجراحية خاصة وأن وقت تطبيق المقياس يسبق إجراء العملية الجراحية بقليل أي عند دخول المريض بالمستشفى واقتراب مواعده للعملية أين تتذبذب كل العمليات التجريدية للتفكير والتدبر، ولا يطغى على المريض سوى المشاعر والأحاسيس الممزوجة بالخوف والقلق والتوتر والحزن والانزعاج والرعب... إلخ مما أدى إلى ارتفاع نسبة البعد الثاني.

في حين كانت الأهمية النسبية للبعد الأول متوسطة، ويرجع ذلك إلى طغيان مشاعر القلق والتوتر والفزع التي تنتاب المريض قُبيل إجراء العملية الجراحية، مما يؤدي إلى عدم التركيز في التفكير والاضطراب الذي جعل المريض ينساق نحو مشاعره وأحاسيسه، لذلك نجد أن البعد الأول وهو "بعد التفكير في الموت" كانت نسبته متوسطة لأن الحالات المزاجية تؤثر على تفسير الفرد للأحداث والتفكير فيها وإصدار أحكام على إثرها.

ولعل فترة تطبيق المقياس كما ذكرنا كانت فترة قريبة من موعد العملية الجراحية وحرجة، مما أدى إلى إحداث إحاء للمريض فزادت قيمة قلق الموت لديه، وازدادت لديه مشاعر الخوف والقلق والتوتر والضغط مما أدى إلى ارتفاع نسبة قلق الموت لديه.

وعلى العموم كانت الأهمية النسبية للمقياس ككل متوسطة حسب المخطط أعلاه (الوزن النسبي) وهي قيمة مرتفعة، أي أن المريض المقبل على العملية الجراحية يعاني من قلق الموت ومستواه متوسط إلى مرتفع.

ويمكن تفسير ذلك بأن هذا الأمر متوقعا وغالبا ما يحدث، لأن الفرد يشعر بذلك كلما اقترب موعد العملية الجراحية، لأن هذه الأخيرة - حسب M.Kitzis وآخر - تُشكّل قلقا له عواقب، وهذه العواقب تعود على الحالة الفيزيولوجية للمريض..."، وهذا ما أكدته دراسة (النيال، 1990) أن قلق الموت يرتفع قبل إجراء العملية الجراحية وينخفض بعدها. كما أكدت دراسة (أحمد يحي عبد النعيم، 2012) أن

الأطفال المصابين بمرض سرطان الدم الحاد يعانون من مشاعر قلق الموت، كما أن الاهتمام الزائد أو التفكير المتواصل في الموت يؤدي إلى زيادة القلق وبالتالي القلق من الموت وهو ما أكدته تمبلر، 1972 بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به. وبما أن المرض والعملية الجراحية أمران مرتبطان بالموت يمكن أن نعبر عن قلق الموت أنه مجموع الاستجابات الناتجة عن الأفكار المتمركزة حول الموت، والتي تراود المريض المقبل على العملية الجراحية، وهذه الاستجابات إما أن تكون أفكارا مختلطة حول كل ما يتصل بالموت، أو تكون مخاوف ناجمة عن تلك الأفكار المرتبطة بالموت من العملية الجراحية. فقد تراود المريض أو تسيطر عليه أفكار ترتبط بالعملية الجراحية وبالموت إثر الخضوع إليها وهذه الأفكار تشغل باله ويجد صعوبة كبيرة في التخلص منها خاصة إذا ارتبطت بمستقبله حيث تنقص من عزيمته وآفاقه المستقبلية، أو قد تكون مرتبطة بأسرته ومحيطه مما تزيد من نسبة قلقه، أو بفشل العملية بحد ذاتها مما يؤدي إلى حدوث مضاعفات أو موته وهذه الأفكار تنتج عنها مشاعر سلبية كالخوف أو القلق أو الرعب أو الهلع... إلخ. فتؤدي إلى حدوث استجابات غير سارة يعيشها المريض تهدد حياته مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة قلق الموت لديه. وهذه الاستجابات لا يستطيع المريض التحكم فيها كثيرا نظرا للمثير الذي أدى إلى حدوث ذلك ألا وهو العملية الجراحية التي لطالما فكر فيها المريض، وكل تفكير ينتج عنه مشاعر سلبية تؤدي إلى ارتفاع قلقه وبالتالي زيادة قلق الموت، فالخوف من الموت والقلق منه شائع عند الناس لأن الموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى ولأسباب متعددة سواء كانت هذه الأسباب خارجية كموت قريب منا، أو داخلية كمرض يصيبنا. وهذا ما أكدته (أحمد عبد الخالق، 1998): "...أن قلق الموت الحاد يرتبط بتغيرات الحياة الواقعية كموت قريب أو مرض شديد."

كما أكد (أرنيسيت بيكر نقلا عن فاروق السيد عثمان، 2001): "أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد وهو الخوف من الموت." أما دراسة وي كاي وآخرون فقد أثبتت أن العامل الأساسي الذي يولد قلق الموت هو الخوف من الموت.

في حين ترى (ميلاني كلاين): " ...أن الخوف من الموت هو أصل كل قلق الذي يصيب الإنسان في حياته وهو أساس كل الأفكار والتصرفات العدائية." أي أن الخوف من الموت يولد أفكارا مرتبطة بالموت، لهذا جاء بُعد الخوف من الموت في المرتبة الأولى.

أما التفكير في الموت والذي جاء في المرتبة الثانية فهو عبارة على الانشغال المستمر لذهن المريض المقبل على العملية الجراحية بفكرة الموت بسبب العملية الجراحية ويؤدي ذلك إلى زيادة قلقه، فإذا كان الانشغال بفكرة الموت لفترات متقطعة كان ذلك طبيعياً لأن الشخص يمر بهذه المرحلة تلقائياً أما إذا ازداد عن مستواه الطبيعي قد يؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات النفسية وهذا ما أكده أصحاب النظرية المعرفية: " أن قلق الموت عبارة على سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق تكون بموجبها خاطئة نسبياً....".

كما أن عدم الارتفاع الكبير لمستوى قلق الموت يرجع إلى الوازع الديني الذي يمتلكه المريض المقبل على العملية الجراحية، حيث أكد (أبو السمران، 2009، ص73) أن الدين يمارس ضبطاً ذاتياً داخلياً على الفرد من حيث ضبط النفس والسيطرة عليها، ويسعى في نفس الوقت لإحداث التوازن داخل نفس الفرد وهذا يعكس سلوك الفرد خارجياً مع الآخرين وفق ما يدركه الفرد.

وهذا ما لمسناه عند المرضى فعلى الرغم من اقتراب موعد العملية الجراحية وزيادة الضغط والتوتر والقلق فمن المفروض أن نجد النسبة عالية جداً، لكننا وجدنا القيمة متوسطة إلى مرتفعة.

كما أن الدين الإسلامي حث على مساعدة ومساندة الآخرين، وهذه المساندة لها دور كبير في التخفيف من المعاناة التي تحيط بالأفراد، كما أنها تكون مخففة ومواسية ومشجعة ومقوية على مواجهة عثرات الحياة

وهو ما التمسناه لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية لأننا في بلد مسلم ومحافظ يؤمن بالله ورسوله وبالقضاء والقدر ويؤمن بالعبادات بكافة أنواعها ويطبقها والتي تعمل على وقايتها وتنقص من الارتفاع الكبير لقلق الموت الذي يعاني منه المريض المقبل على العملية الجراحية على الرغم من قوة المثير الذي يواجهه المريض والذي يجعله يبقى يعاني من قلق الموت

2- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقاً من الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على مايلي:

"توجد علاقة ارتباطيه بين قلق الموت ومركز الضبط(الداخلي-الخارجي) والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية".

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام معامل الارتباط بيرسون لكشف حجم العلاقات بين متغيرات الدراسة، من خلال الدرجات المتحصل عليها من إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس مركز الضبط، وتتضمن هذه الفرضية فرضيتان جزئيتان موضحة كالآتي:

2-1- عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أنه: "توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت ومركز الضبط لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية." وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل بيرسون.

جدول رقم (18) يوضح قيم معامل الارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة عينة ن=245

| مركز الضبط | | | | | | | المقاييس |
|-----------------|-----------------|--------|-----------------|--------|---------|---------|-----------|
| مستوى حجم الأثر | حجم الأثر R^2 | القرار | $P.val$ ue | الكلي | الخارجي | الداخلي | |
| متوسط | 0.15 | معنوي | 0.000 | *0.385 | *0.349 | 0.405** | قلق الموت |

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس(قلق الموت) ودرجاته في (مركز الضبط) بلغ (0.385) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.001)، وحجم التأثير (R^2) لهذه العلاقة كان متوسط (0.15)، أي قيمة متوسطة وموجبة يعني أن الارتباط بين درجات (قلق الموت) ودرجات (مركز الضبط) لدى أفراد عينة الدراسة هو ارتباط طردي فإن كل زيادة في درجات المرضى في (مركز الضبط) يقابلها زيادة في درجاتهم في مقياس(قلق الموت) والعكس صحيح. أما قيمة معامل الارتباط بيرسون بين قلق الموت ومركز الضبط الداخلي فقد بلغت

(0.405) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.001)، وقيمة معامل الارتباط بيرسون بين قلق الموت ومركز الضبط الخارجي فقد بلغت (0.349) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.001). فيتضح من قيم حجم الأثر (R^2) لمعاملات الارتباط بين مقياس قلق الموت مع مقياس مركز الضبط وأبعاده أنها قيم قريبة من المتوسط. وبالتالي فإن النتيجة المتوصل إليها تؤيد فرضية البحث الجزئية الأولى القائلة بـ "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت ومركز الضبط لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية."

ويمكن تفسير ذلك انطلاقاً من تصور "ماسرمان" أن حالة الموت لا أساس لها في الخبرة الشخصية فالشخص ليس في مقدوره أن يتخيل أو يتصور نفسه وهو في حالة عدم الوجود التام، ولا يعرف ما الذي يخاف منه وأرجع سبب قلق الموت أو الخوف من فقدان الذات إلى الظروف المحيطة بالفرد كالمرض الحوادث، والكوارث الطبيعية وغيرها... (أحمد عبد الخالق، 1998، ص192)

فهذه المتغيرات المحيطة تؤثر في الفرد نفسه لكن تقييمه له يختلف من فرد إلى آخر أي حسب خصائصه الشخصية الداخلية وحسب الموقف الموجود.

فهناك بعض المرضى يرون المرض عبارة على موقف مهدد ويكون الموت مصيره وأن قيامه بالعملية الجراحية هو تأكيد لهذا التهديد ويزداد قلق الموت لديه كلما اقترب موعداً. وهناك من تكون ردة فعله إثر هذا الموقف-العملية الجراحية- بإحساسه باقتراب الموت لكنه سرعان ما يحاول إعادة توازنه الداخلي للاستعداد للعملية الجراحية، أي أن ذلك يرجع إلى الخصائص الشخصية للفرد (مبدأ الفروق الفردية) ومن بين هذه الخصائص مركز الضبط الذي يعبر عن ميل الفرد في قدرته على التحكم والسيطرة على ما يحدث له، أو اعتقاده في أن العوامل الخارجية هي التي تتحكم في مصير حياته كالحظ والصدفة، ومهما كان ميل الفرد هناك ردود أفعال لا يستطيع الفرد التحكم فيها خاصة إذا كان الأمر متعلقاً بالمرض والصحة الجسدية، فتفكير الفرد نحو مرضه وحول علاجه خاصة إذا كان العلاج هو العملية الجراحية فتنتابه مجموعة من المخاوف تؤثر عليه وتزيد من قلق موته. فدراسة جيلبرت ومانجلس (1976): توصلت إلى أن الأفراد ذوو الضبط الداخلي يعانون من انخفاض في تقديرهم لذواتهم وزيادة في قلقهم عندما يواجهون مواقف ضاغطة تفوق قدرتهم على ضبطها، وذلك بسبب تصورهم غير الواقعي عن قدرتهم الشخصية في ضبط الأمور. (Gilbert & Mangels, 1979, P 473)، فعلى الرغم من اعتقاد المريض بإمكانياته في السيطرة على الأفكار التي تدور حول الموت أو المشاعر التي تنتابه إثر تذكر

العملية الجراحية، إلا أن طبيعة المرض والعلاجات الطبية وكلمة "عملية جراحية" في حد ذاتها تشعره بحالة من التهديد الداخلي والخطر وتتميز بوجود انفعالات سلبية كالخوف والتوتر، وبالتالي فإن المريض إذا أدرك أن هذه الوضعية تهدد استقراره النفسي وأدرك أنه لا يستطيع حلها ازداد قلق الموت لديه خاصة عند اقتراب موعد العملية الجراحية، وقد يحاول المريض ذو الضبط الداخلي إلى اللجوء لبعض الاستراتيجيات للتخفيف من حدة التوتر والقلق الذي يعاني منه خاصة قلق الموت وإيجاد الحلول المناسبة للمحافظة على توازنه النفسي والتخفيف من حدة قلق الموت لتعديل استجابته الفكرية والانفعالية الناجمة عن التفاعل مع العملية الجراحية، الشيء الذي يمكنه من إعطاء تصور ذهني عن الوضعية وإعادة تقييمها لتحقيق الهدوء والراحة النفسية ولو بصورة مؤقتة، لكنه سرعان ما يرجع هذا القلق يراود المريض من جديد عن طريق الحوار الذاتي والحديث الداخلي خاصة عند اقتراب موعد العملية الجراحية باعتبار هذه الأخيرة عاملاً أو مثيراً مهدداً يؤثر على إدراك الفرد ويؤدي إلى سوء توافقه، ويساهم في زيادة قلق الموت لدى المريض المقبل على العملية الجراحية وهو ما يعرف نظرياً بمفهوم إمكانية السلوك (الطاقة السلوكية)، والتي يقصد بها حسب (Schultz وآخرون، 1994، P413): "قدرة الفرد على اختيار سلوك معين من بين العديد من السلوكيات المحتملة في وضعية معينة، واختياره لسلوك دون آخر راجع إلى لتصوره الذاتي لهذه الوضعية، إذ تتأثر طاقته بالموقف المثير وباختياره الواعي لذلك السلوك من بين اختيارات أخرى ممكنة، فهي تشمل إمكانية الحصول على استجابات سلوكية يقوم بها الفرد في حياته يمكن ملاحظتها وقياسها بطريقة مباشرة أو غير مباشرة."

أما اعتقاد المريض ذو الضبط الخارجي وأن العوامل الخارجية هي تتحكم فيه، حيث تنتابه أفكار تدور حول الموت وحول فشل العملية الجراحية وأن الحظ أو الصدفة، الآخرون مثلاً هم اللذين يتحكمون في نجاح هذه العملية فيزداد خوفه وتنتابه مشاعر سلبية نتيجة هذه الأفكار اللاعقلانية التي يجترها دائماً وبالتالي يشعر بحالة من التهديد الداخلي والخطر، وأن هذه الوضعية تهدد استقراره النفسي ولا يستطيع حلها وبالتالي يرتفع لديه قلق الموت خاصة عند اقتراب موعد العملية الجراحية.

وهذا ما أكدته دراسة راماس واني، فيس واثان (Ramas Wany, Vis Wanathan M D) 1996 والتي أكدت وجود علاقة بين قلق الموت ومركز الضبط لدى الأطباء.

في حين وجدت بعض الدراسات التي أكدت وجود علاقة بين مركز الضبط والقلق كدراسة ساندر ولاكي (1982) والتي أكدت بأن الارتباط بين الأحداث السلبية والقلق كان أقوى لدى الخارجيين مقارنة بالداخليين.

2-2- عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أنه: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية." وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل بيرسون.

جدول رقم (19): يوضح قيم معاملات الارتباط بيرسون بين مقياس قلق الموت مع مقياس المساندة الاجتماعية بأبعادها

| المساندة الاجتماعية | | | | | | | المقاييس |
|---------------------|--------------------|--------------|-----------|--------|--------------------|---------------------|-----------|
| مستوى حجم الأثر | حجم الأثر R^2 | القرار | $P.value$ | الكلية | مساندة الأصدقاء | المساندة الأسرية | |
| ضعيف | 0.00000 1 | غير معنوي | 0.985 | 0.001 | 0.016- | 0.014 | قلق الموت |

يتضح من الجدول أعلاه أن قيم معاملات الارتباط بيرسون بين مقياس قلق الموت مع مقياس المساندة الاجتماعية بأبعادها: "المساندة الأسرية" و"مساندة الأصدقاء" كلها قيم ضعيفة وقريبة من الصفر تدل على عدم وجود علاقة ارتباطية خطية بينهما، إلا أنه توجد علاقة ارتباطية من الدرجة الثانية (ارتباط غير خطي).

من واقع هذه النتيجة يمكن القول بأن فرضية البحث الجزئية الثانية القائلة بـ "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية." غير محققة.

وقد خالفت النتيجة ما توصلت إليها أغلب نتائج الدراسات التي بحثت في هذا الجانب، فقد أظهرت نتائج دراسة مولنز ولوبيز (Mullins & Lopez.1982) وجود ارتباط بين قلق الموت المرتفع ونقص السند الاجتماعي، أما دراسة نصر أحمد (2010) فكانت أبرز نتائجها وجود علاقة سالبة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية، في حين أكدت دراسة أحمد يحيى عبد النعيم (2012) أن أفراد العينة الذين يعانون

من ارتفاع مشاعر قلق الموت كانت المساندة الاجتماعية التي تقدم لهم مرتبطة ارتباطا عكسيا به، أي أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية المقدمة لهم انخفض قلق الموت لديهم.

أما دراسة عمر الريماوي، سوزان أبو هلال (2015) فقد بينت وجود علاقة معنوية عند مستوى الدلالة الاحصائية بين درجتي المساندة الاجتماعية وقلق الموت.

ويمكن تفسير ذلك في ضوء الإطار النظري الذي تم عرضه مسبقا، حيث أشار (علي عبد السلام علي، 2005، ص32) إلى أنه من شروط تقديم المساندة الاجتماعية حتى تكون فاعلة وذات تأثير إيجابي على المتلقي هي كمية ونوعية المساندة فعند تقديم المساندة يجب أن تكون باعتدال، وأن تكون لدى مانحي المساندة القدرة والمهارة والفهم في تقديمها، بالإضافة إلى اختيار الوقت المناسب لتقديم المساندة حتى يكون تأثيرها إيجابيا على المتلقي، أما إذا قُدمت في وقت لا يحتاج إليها المتلقي أو بعد فوات الأوان فإنها قد لا تعني له شيئا وقد تسبب له المشاكل.

وهذا ما ترجحه الباحثة بأن الكمية شبه المنعدمة للمساندة تؤثر على إدراك المريض للأحداث الضاغطة وكذا النوعية، فإذا كانت المساندة تفتقر إلى المهارة والقدرة تؤثر سلبا على المريض المقبل على إجراء العملية الجراحية.

ويعتقد أيضا بعض المحيطين بالمريض كالأسرة والأصدقاء أنه يساندونه خاصة وقت الصدمة الأولى لعلمه بإجراء العملية الجراحية أو قبيل إجرائها، لكنه وقت غير مناسب بل العكس قد يؤثر ذلك سلبا عليه ففي هاته المرحلة يحتاج المريض للخلوة والعزلة لاسترجاع ذاته وتوازنه النفسي، وهذا ما أكده "كوهين وويلر": أن الأفراد عندما يمرضون يبتعدون عن نسق المساندة الخاص بهم حيث تؤدي الإصابة المبكرة بالمرض إلى تغيرات في المساندة التي يتلقونها. (السليم محمد إبراهيم، 2007، ص36). بمعنى أن المحيط (المساندين) للمريض تتغير معاملتهم اتجاهه بعد إصابته بالمرض وتصبح هذه المساندة ممزوجة بالشفقة وهاته المشاعر تؤثر على إدراك المريض لهذا الحدث الضاغط وبالتالي على مشاعره وانفعالاته، وتؤدي إلى سوء التكيف والإدراك السلبي للذات أو العكس فقد يكبت المريض انفعالاته واستجابته إزاء العملية الجراحية خاصة نوي الضبط الداخلي، حتى لا يظهروا ضعفهم مما يؤدي إلى تجاهل المحيط خاصة الأسرة أو الأهل أو حتى الأصدقاء أي غياب الدعم العائلي للتغلب على الظروف الصعبة، باعتبار العملية الجراحية حدثا عارضا يمكن تجاوزه أو حلا مناسباً لتجاوز مرحلة المرض لاسيما عند إخفاء

المريض هذه الاستجابات، مما يؤثر على حالته النفسية وعلى معاشه النفسي لأنه لم يقدّم بعملية التفريغ الانفعالي وبالتالي يؤدي ذلك إلى سوء التوافق وعدم التوازن النفسي.

كما قد تساهم بعض الحالات المعاشة في نقل خبراتها المؤلمة للمريض خاصة أولئك الذين قاموا من قبل بإجراء عمليات جراحية مشابهة، حيث يسمع وينصت لهم المريض لأنهم عاشوا التجربة من قبل من آلام ومخاوف ووجع، ومضاعفات إن وجدت... إلخ. كل هذه المعلومات تشكّل لديه أفكاراً سلبية وسيئة حول العملية الجراحية فتؤثر على الحالة المزاجية للمريض وعلى تفسيره للأحداث وإدراكها وتنظيمها وتخزينها واسترجاعها من الذاكرة خاصة عند اقتراب موعد العملية الجراحية، وبصورة عامة تؤثر على الحالة المزاجية والانفعالية أو الدافعية على إدراك المريض لكفاءته أو فاعليته الذاتية، وعلى الأحكام التي يصدرها فلا تنقص من القلق لديه بل يزداد وبالتالي يزداد قلق الموت لديه. وهذا ما يدعم نتيجة الفرضية السابقة بارتفاع قيمة قلق الموت لدى المرضى نظراً لتأثير الخبرات السلبية على إمكانياتهم الذاتية وعلى أفكارهم وقدراتهم وكفاءتهم.

كما يرى (الشناوي محمد محروس وعبد الرحمان السيد، 1994) أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تتدخل بين الحدث الضاغط أو توقعه وبين رد فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة الضغط بمعنى إدراك الشخص بأن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الإمكانيات اللازمة لتقوية القدرة لديه أي أن المساندة الاجتماعية قد تمنع تقدير الضغط أو إعادة التقدير أو كفاية الاستجابة غير التوافقية، لكن إذا كانت المساندة الاجتماعية غير فعالة أو حدث بها خطأ تكون عملية التقدير مرتفعة لدى المريض أي أن تقدير ضغط العملية يكون مرتفعاً وتكون لديه استجابة غير توافقية نتيجة عدم كفاءة المساندة الاجتماعية المقدمة له.

وهذا ما حدث لأفراد العينة المدروسة مما أدى إلى عدم وجود علاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية. وهذا ما يدعم نتيجة الفرضية السابقة.

كما ترجّح الباحثة عدم وجود علاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية وضعف القيمة إلى وقت **تطبيق الاختبار**، فقد كان الوقت خلال 24 (الأربع وعشرين) ساعة الأخيرة قبيل إجراء العملية الجراحية للمريض وأحياناً قبل إجرائها بمدة وجيزة أي وقت انتظار دوره لإدخاله لغرفة العمليات، قصد قياس قيمة قلق الموت لديه على اعتبار أنها الفترة الأنسب لقياسه، لكن في هذه الفترة اختفت كل مصادر المساندة الاجتماعية وتجاوز المريض مرحلة التفكير أي تلاشت كل الأفكار وتحولت مباشرة إلى استجابات انفعالية

معبّرة عن مشاعر المريض وانفعالاته إزاء هذا الضغط(العملية الجراحية) وترجمت إلى مشاعر الخوف من الموت والهلع والذعر... إلخ وهذا أيضا ما يؤكد صدق الفرضية الأولى بأن بعد الخوف من الموت أخذ القيمة الأعلى في مقياس قلق الموت.

كما أن نقص الأخصائيين النفسيين أو غياب دورهم لتهيئة المريض أو تأهيلهم نفسياً، أو القيام معهم بالمشاركة الوجدانية وعملية التفريغ الانفعالي لتجاوز هذه المرحلة بسلام، هذا الغياب أدى إلى اختلال التوازن لديهم بمعنى أن الظروف المحيطة بالمريض لم تكن فعالة بل كانت مصدراً لارتفاع قلق الموت لديهم.

3- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقاً من الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على مايلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف مركز الضبط (الضبط الداخلي، الخارجي)."

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت"، لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف مركز الضبط (الداخلي، الخارجي) في قلق الموت.

الجدول رقم (20) يوضح الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة باختلاف مركز الضبط (الداخلي، الخارجي) في قلق الموت.

| المتغير | مقياس مركز الضبط | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الخطأ المعياري | درجات الحرية | قيمة ت | مستوى الدلالة |
|-----------|------------------|-----------------|-------------------|----------------|--------------|--------|---------------|
| قلق الموت | الضبط الداخلي | 41.66 | 12.26 | 1.08 | 243 | -4.943 | 0.001 |
| | الضبط الخارجي | 49.58 | 12.82 | 1.18 | | | |

يتضح من الجدول أعلاه وجود فروق دالة إحصائية لصالح ذوو الضبط الخارجي، حيث بلغت قيمة ت (-4.943) للفروق بين متوسطات درجات المرضى المقبلين على العملية الجراحية على مركز الضبط (الداخلي، الخارجي) في قلق الموت، عند مستوى دلالة (0.001)، وهذا يعني أن المرضى ذوو الضبط الخارجي حصلوا على أعلى الدرجات في قلق الموت.

وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى عينة الدراسة باختلاف مركز الضبط، وهذا ما يثبت صحة الفرضية الثالثة.

وتؤكد هذه النتيجة دراسة "ساندلر ولاكي" (1982) التي أكدت وجود ارتباط بين الأحداث السلبية والقلق الاكتئاب، وكان أقوى لدى الخارجيين مقارنة بالداخليين. بالإضافة إلى دراسة (Ramas Wany, Vis) (Wanathan M D) 1996 والتي أجريت على الأطباء وكانت حول قلق الموت، مركز الضبط والرغبة في الحياة، فوجدت أن درجات الأطباء الباطنيين تعبر أكثر عن اتجاههم نحو مركز الضبط الخارجي. وارتبطت الرغبة في الحياة عكسيا مع قلق الموت ومركز الضبط الخارجي.

ويمكن تفسير ذلك من خلال تأثير عوامل مهمة كطبيعة التنشئة الاجتماعية، والثقافة السائدة في المجتمع خاصة ثقافة الأسرة التي يكتسبها الفرد انطلاقا من خبراته المختلفة ومهاراته المتعددة والتي ينشأ عليها، فتقوم الأسرة ببناء الاعتقادات الشخصية لديه وتساهم في إبراز نوع الضبط. (حان الحربي، 2006، ص46)

وبما أن المجتمع تسوده مجموعة من المعتقدات كالخضوع، الاعتقاد بسيطرة الأشخاص الأقوياء بدل الإقدام والسيطرة على الأحداث، المحسوبة، وكذلك تأثير الغموض الذي يتسم به مسار المرض والألم والعلاج، الأمر الذي يجعل القابلية للتنبؤ بالسيطرة والتحكم الذاتي في تقدم العلاج أو نجاح العملية الجراحية أمرا صعبا، فتتكون الأفكار السلبية حول فشل العملية الجراحية، أو التفكير في الأخطار الطبية المميتة، أو الاعتقاد في نفوذ الأطباء والمختصين في مجال الصحة باعتبارهم قادرين على التحكم في العملية الجراحية وأنه لا يملك هذا النفوذ، فتبقى أفكار الموت تراود المريض فيزداد قلقه وتتساقط مشاعر غير تتنابه تزيد من حدة قلق الموت لديه، كما يعتقد المريض أن الحظ أو الصدفة ستكون سيئة في ذلك الوقت الذي سيجري فيه العملية الجراحية وبالتالي يحدث له مكروه أو تحدث له مضاعفات فيزداد قلق الموت لديه خاصة عند اقتراب موعد العملية الجراحية.

بالإضافة إلى نقص الدعم الاجتماعي من طرف الآخرين كما ذكرنا في الفرضية السابقة أدى بالمرضى ذوي الضبط الخارجي بشعورهم بعدم الراحة النفسية والخوف والقلق من الموت.

وهذا ما أشار إليه فيرز phares (1976) أن ذوي الضبط الخارجي لديهم مهارات نوعية لا تتوفر لدى داخلي الضبط فهم يعتقدون أن الحصول على التعزيز يحدث شرط أن يكون في الوقت المناسب والمكان المناسب وأن تكون محظوظا، وهذا ما يدعم تفسيرنا السابق بأن وقت إجراء أو تطبيق المقياس كان قبيل العملية الجراحية بقليل وفي فترة حرجة ووقت غير مناسب للحصول على التعزيز أو تذكر المساندة التي تلقاها من قبل، كما أن عدم ثقة المرضى ذوو الضبط الخارجي في قدراتهم يفسح المجال

لاستسلامهم للمتغيرات والقوى الخارجية والاعتقاد بسيطرتها وعدم تفعيل قدراتهم الخاصة. وبالتالي يمكن لهؤلاء المرضى ألا يحالفهم الحظ في نجاح العملية الجراحية، مما يؤدي إلى زيادة القلق لديهم وبالتالي زيادة قلق الموت.

وهذا ما أشارت إليه نظرية العزو السببي "الهايدر" وهي سببية الأحداث، بمعنى أن السلوك الإنساني يدور حول سببية الحدث، أي أن الأفراد يعزون أسباب نجاحهم وفشلهم للظروف والعوامل المؤدية إليه إذ أن إدراك الفرد للسبب يساعده في السيطرة على ذلك الجزء من البيئة، وأن معتقدات الأفراد حول أسباب نتائجهم حتى ولو لم تكن حقيقة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تفسير توقعات الأفراد. أي أن السلوك محدد بطبيعة الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في إدراكه للسلوك. (شويعل يزيد، 2013، ص75)

وبما أن الأسباب والعوامل خارجية وسلبية نظرا للظروف المحيطة بالمرضى ومعاشه النفسي، وكذا استراتيجيات تفكيره تكون مضطربة نتيجة الموقف الضاغط وهو العملية الجراحية فيؤدي ذلك إلى سيادة الاستجابات الانفعالية لدى المريض المقبل على العملية الجراحية وبالتالي إلى زيادة قلق الموت لديه.

4- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقا من الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على مايلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف طبيعة المساندة الاجتماعية (الأسرة-الأصدقاء)."

وللتحقق من هذه الفرضية حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على المقياس ككل حسب متغيري (مستوى المساندة الأسرية، مستوى مساندة الأصدقاء)، وذلك كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (21): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على المقياس ككل حسب متغيري (المساندة الأسرية، مساندة الأصدقاء).

| المقياس | المستوى | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| المساندة الأسرية | منخفضي المساندة | 44.788 | 1.239 |
| | مرتفعي المساندة | 45.957 | 1.259 |
| مساندة الأصدقاء | منخفضي المساندة | 44.659 | 1.248 |
| | مرتفعي المساندة | 46.085 | 1.250 |

يتبين من الجدول أعلاه وجود فروق ظاهرية في متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة على المقياس ككل حسب متغيري (المساندة الأسرية، مساندة الأصدقاء)، ونلاحظ بأن قيمة المتوسط الحسابي لمرتفعي المساندة أكثر من منخفضي المساندة سواء كانت من طرف الأسرة أو من طرف الأصدقاء، أي أن هؤلاء المرضى المقبلين على العملية الجراحية تلقوا مساندة من طرف الأسرة والأصدقاء لأن هناك فروق ظاهرية بين مرتفعي المساندة ومنخفضي المساندة لصالح المرتفعين.

ولمعرفة دلالة الفروق، استخدم تحليل التباين الثنائي ANOVA Two Way ، وذلك كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (22): يوضح دلالة الفروق حسب تحليل التباين الثنائي ANOVA Two Way

| P.value | قيمة (F) المحسوبة | متوسط المربعات | درجات الحرية | مجموع المربعات | مصدر التباين |
|---------|-------------------|----------------|--------------|----------------|--|
| 0.509 | 0.438 | 75.884 | 1 | 75.884 | مستوى المساندة الأسرية (المنخفضة/ المرتفعة) |
| 0.420 | 0.652 | 112.892 | 1 | 112.892 | مستوى مساندة الأصدقاء (المنخفضة/ المرتفعة) |
| 0.742 | 0.109 | 18.852 | 1 | 18.852 | التأثير المتبادل بين مستوى المساندة الأسرية ومساندة الأصدقاء |
| * | * | 173.141 | 241 | 417907 | الخطأ |
| * | * | * | 245 | 547907 | الإجمالي |
| * | * | * | 244 | 42014.392 | الإجمالي المصحح |

يتضح من جدول تحليل التباين:

1. عدم معنوية تأثير مستوى المساندة الأسرية (المنخفضة/ المرتفعة) حيث أن P.value قيمة تساوي 0.509 وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي القرار هو قبول الفرض العدمي.
2. عدم معنوية تأثير مستوى مساندة الأصدقاء (المنخفضة/ المرتفعة) حيث أن P.value قيمة تساوي 0.420 وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي القرار هو قبول الفرض العدمي.

3. كما يتضح أيضا عدم معنوية التأثير المتبادل بين مستوى المساعدة الأسرية (المنخفضة/ المرتفعة) ومستوى مساندة الأصدقاء (المنخفضة/ المرتفعة)، حيث أن P.value قيمة تساوي 0.742 وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي القرار هو قبول الفرض العدمي.

أي أنها غير دالة، خاصة عدم معنوية التأثير المتبادل بين مستوى المساعدة الأسرية ومستوى مساندة الأصدقاء. وهذا يعني أنه لا يوجد تفاعل أو تقاطع بين مستوى المساعدة الأسرية ومساندة الأصدقاء في مستوى معين، وهو ما يوضحه الشكل رقم (12) وبالتالي وجودهم في النموذج غير دال، فيبين إذاً أن هناك فروقا ظاهرية لكنها لم تصل إلى مستوى الدلالة، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف طبيعة المساعدة الاجتماعية (الأسرة- الأصدقاء).

وهو ما يؤكد صحة نتائج الفرضية الثانية التي أشارت إلى عدم وجود علاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية.



شكل رقم (8): يوضح مستويات المساعدة الأسرية ومساندة الأصدقاء.

ويمكن تفسير ذلك بأن المساندة التي كان المريض يتلقاها من قبل من طرف الأصدقاء والأسرة تساعده على تدعيم الثقة بالنفس، والتفكير الموضوعي في مواجهة الأحداث الضاغطة، كما تساعده على تخفيض المعاناة النفسية. لكن مع اقتراب موعد العملية الجراحية-بمعنى أنه لم يتبق على إجرائها سوى ساعات قليلة- جعله يحس بالخطر الذي يواجهه نتيجة هذا الحدث الضاغط(العملية الجراحية) والذي أدى إلى رفع حالة التوتر والقلق وبالتالي زيادة قلق الموت، ومنه انخفضت لدى المريض مقومات المقاومة للأحداث الضاغطة لأن الحدث أو المثير أقوى من المقومات الشخصية الموجودة لدى المريض فأثرت على التفكير الموضوعي لديه، وعلى ثقته بذاته مما أدى إلى زيادة انفعالاته ومعاناته الناتجة عن شدة هذا الحدث الضاغط.

كما أن البيئة التي يعيش فيها المريض تفتقر إلى المساندة الفعلية قبل إجراء العملية الجراحية وذلك نظرا إما لعدم إظهار المريض لضعفه أو عدم قيامه بعملية التفريغ الانفعالي التي تساعده على إخراج انفعالاته السالبة، وبالتالي عدم قيام الأسرة أو الأصدقاء بدور الحماية والوقاية من هذا الحدث الضاغط فالمحيط غالبا ما يقوم بالمساندة بعد إجراء العملية الجراحية عن طريق الزيارات المنزلية والتفقدية أي بعد زوال الحدث الضاغط، لهذا نجد أغلب المرضى يعانون من القلق والتوتر قبل إجراء العملية الجراحية كما أن الحديث الذاتي الداخلي للفرد قد يساهم في زيادة قلق الموت لديه خاصة إذا اصطدم باستجابات الآخرين (الأسرة- الأصدقاء) عند سماعهم بالعملية الجراحية التي ستجرى للمريض وتلقيهم الخبر بكل بساطة وعدم اهتمام مما يؤدي إلى حدوث خيبة أمل لدى المريض بسبب التوقعات التي وضعها إثر سماع الآخرين بالخبر، ومن هنا بنى المريض استجاباته بناء على ما قدم له الآخرون من تصرفات وبالتالي يشعر بالوحدة النفسية وانعدام القيمة الاجتماعية وعدم التوافق النفسي، مما يزيد من انفعالاته ومعاناته، فانخفاض المساندة الاجتماعية أو أن دورها لم يتم تفعيله في ذلك الوقت ينشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي تعرض لها المريض، فتؤدي إلى زيادة قلق الموت لديه.

5- عرض وتحليل وتفسير النتائج انطلاقا من الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على مايلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف: "الجنس- العمر- نوع الإصابة- نوع المستشفى(حكومي-خاص)- عدد العمليات."

تم استخدام اختبار "ت" للفروق بين متوسطين مستقلين واختبار تحليل التباين الأحادي (One wayAnova)، وقد تم عرض تلك النتائج وفق كل متغير من متغيرات البحث.

أولاً: وفق متغير الجنس:

يعرض الجدول الموالي نتائج اختبار "ت" للفروق بين عينتين مستقلتين، للتحقق من مدى وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة (0.05) في قلق الموت بأبعاده التي تعزى إلى متغير الجنس.

جدول (23) يعرض اختبار (T.test) للفروق في قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس.

| Sig | T.test | درجة الحرية | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | نوع الجنس | البعد |
|-----------|--------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|------------------|
| 0.12 7 | 1.531 | 243 | 6.014 | 21.29 | أنثى | التفكير في الموت |
| | | | 6.751 | 20.02 | ذكر | |
| 0.01 3 | 2.494 | | 6.776 | 25.49 | أنثى | الخوف من الموت |
| | | | 7.380 | 23.18 | ذكر | |
| 0.03 9 | 2.081 | | 12.477 | 46.78 | أنثى | قلق الموت |
| | | | 13.913 | 43.21 | ذكر | |

يبين الجدول أعلاه نتائج تحليل اختبار "ت" لعينتين مستقلتين إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) في إجابات أفراد عينة الدراسة بالنسبة لبعد الخوف من الموت وكذلك بالنسبة لقلق الموت الكلي تعزى لمتغير الجنس، وكانت الفروق بحسب المتوسطات الحسابية لصالح الإناث بالنسبة لمقياس قلق الموت الكلي وبعد الخوف من الموت، في حين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) تعزى لمتغير الجنس بالنسبة لبعد التفكير في الموت.

وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى عينة الدراسة باختلاف الجنس لصالح الإناث، وهذا ما يثبت صحة هذه الفرضية.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة أحمد محمد عبد الخالق (1987) التي أكدت وجود فروق بين الجنسين حيث حصلت الإناث على درجات مرتفعة عن الذكور في مقياس قلق الموت، ويرجع ذلك إلى أن الإناث يخفن من تحلل وفناء الجسم، والخوف من أن يتركن وحيدات بعد فقدان الزوج. (عبد الخالق، 1987، ص201).

واختلفت الدراسة الحالية مع دراسة نصر أحمد (2010) والتي أثبتت عدم وجود فروق بين متوسطات درجات قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس، ودراسة أحمد يحيى عبد النعيم (2012) والتي أثبتت عدم وجود فروق بين الجنسين في قلق الموت، وكذا دراسة عمر الريماوي، سوزان أبو هلال (2015) والتي بينت عدم وجود فروق في متوسطات قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس.

ويمكن تفسير ذلك إلى أن طبيعة التربية والثقافة السائدة في المجتمع والتنشئة الاجتماعية التي تربي الأبناء الذكور على الرجولة والقوة، وأنّ على الذكور أن يكونوا أقوياء، وشجعان وقادرين على مواجهة المخاطر ولا يهابون الموت، بالإضافة إلى أن قلق الإناث من الموت متعلق بخوفهن من ترك عائلتهن لوحدهم وأهلهم وأولادهم.

كما أن الإناث يكن أقل شجاعة من استجابتهن للخوف أو القلق ويكنّ أكثر عجزاً في مجتمعهن. كما أن هناك وجهة نظر تبناها شولتر مفادها أن النساء يخفن من الموت على أساس انفعالي، في حين أن الرجال ينظرون إلى الموت على أساس معرفي. (عبد الخالق، 1987، ص97)

وكما ذكرنا سابقاً بأن بعد التفكير في الموت لا توجد فروق، أما في بعد الخوف من الموت والمقياس ككل توجد فروق ذات دلالة إحصائية، وذلك راجع إلى أن المريض (ة) تجاوزت مرحلة التفكير ومرحلة الإحصان نظراً لتوقيت تطبيق المقياس لذلك لم نسجل فروقاً في بعد التفكير في الموت، فالمريضة في ذلك الوقت لم تعد تفكر أو تستخدم التفكير التجريدي الناقد بل أصبح هناك استرجاع للذكريات المرتبطة بالموقف الضاغط (العملية الجراحية) وحديث الآخرين الذين خاضوا تجارب مشابهة من قبل، وسرد قصص الألم والخوف والقلق والموت، فيؤدي ذلك إلى الشعور بالخوف من الموت - وهو ما سجلنا فيه فروقاً في البعد الثاني - وبالتالي الشعور باليأس خاصة عندما تكون هذه التوقعات سلبية عما قد يحدث له في المستقبل القريب، وافتقاره في ذلك الوقت بالذات أو في تلك اللحظة لمصادر الدعم والتعزيز من المحيط الخارجي وهذا ما يقلل من إرادته وعزيمته، ويحدث اضطراباً في انفعالاته وتظهر استجابات على شكل خوف وقلق من الموت وهو ما سجلنا فيه فروقاً لصالح الإناث لأنهن يخفن من الموت على أساس انفعالي كما ذكرنا سابقاً.

ثانياً: وفق متغير العمر:

يعرض الجدول الموالي نتائج اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة (0.05) في قلق الموت بأبعاده التي تعزى إلى متغير العمر.

جدول رقم (24) يعرض اختبار (Anova) لتباين الفروق في قلق الموت تبعاً لمتغير العمر.

| Sig | F.test | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العمر | المقياس |
|-------|--------|-------------------|-----------------|----------------------|------------------|
| 0.007 | 4.140 | 7.814 | 20.14 | من 20 سنة فما أقل | التفكير في الموت |
| | | 6.003 | 20.04 | من 40-21 سنة | |
| | | 6.177 | 23.35 | من 60-41 سنة | |
| | | 6.412 | 20.04 | من 61 وما فوق | |
| 0.027 | 3.111 | 8.779 | 23.00 | أقل من 20 سنة | الخوف من الموت |
| | | 6.948 | 23.88 | من 40-21 سنة | |
| | | 6.818 | 27.05 | من 60-41 سنة | |
| | | 6.594 | 24.41 | من 61 وما فوق | |
| 0.013 | 3.690 | 16.454 | 43.14 | أقل من 20 سنة | قلق الموت |
| | | 12.603 | 43.92 | من 40-21 سنة | |
| | | 12.802 | 50.40 | من 60-41 سنة | |
| | | 12.834 | 44.44 | من 61 وما فوق | |

يبين الجدول أعلاه نتائج تحليل التباين الأحادي والذي يظهر أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في إجابات أفراد عينة الدراسة في قلق الموت الكلي وأبعاده (التفكير في الموت، والخوف من الموت) تعزى لمتغير الفئة العمرية، حيث وجدنا أن المتوسط الحسابي الأعلى يتمثل في الفئة العمرية (من 60-41 سنة) في قلق الموت الكلي وفي أبعاده، حيث سجلنا في البعد الأول 23.35، أما البعد الثاني 27.05، وفي الكلي 50.40، تليها الفئة العمرية (من 61 فما فوق)، ثم الفئة العمرية (40-21 سنة)، وأخيرا العمرية (الأقل من 20 سنة) خاصة في البعد الثاني والمقياس الكلي.

ولتحديد مصدر الفروق والاختلاف في متوسطات الفئة العمرية، تم استخدام أسلوب المقارنات المتعددة والتي تعرف بالاختبارات البعدية (Post Hoc)، وبما أن افتراض التجانس بين المجموعات العمرية متحقق فإننا اعتمدنا على نتائج اختبار (LSD)، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (25) يوضح المقارنات البعدية المتعددة (LSD) لمقياس قلق الموت وأبعاده.

| المقياس | المقارنات الثنائية | متوسط الفرق | P.value |
|------------------|----------------------------------|-------------|---------|
| التفكير في الموت | من 21 - 40 سنة مع 41 - 60 سنة | 3.310 | 0.001 |
| | 41 - 60 سنة مع 61 وما فوق | 3.314 | 0.023 |
| الخوف من الموت | من 21 - 40 سنة مع 41 - 60 سنة | 3.175 | 0.004 |
| قلق الموت | من 21 - 40 سنة مع 41-60 سنة | 6.485 | 0.001 |
| | من 41 - 60 سنة مع 61 وما فوق | 5.959 | 0.049 |

يتضح من الجدول السابق أن هناك اختلافا معنويا أو دالا بين الفئة العمرية ما بين 21 و 40 سنة وما بين الفئة العمرية 41 و 60 سنة هذا من جهة، وما بين الفئة العمرية 41 و 60 سنة والفئة العمرية 61 سنة وما فوق من جهة أخرى عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)، في بعد التفكير في الموت. وكان متوسط الفرق فير الفئة العمرية الثانية مختلف حيث كان أكبر بقليل من الفئة العمرية الأولى بمعنى أن الفئة العمرية ما بين 41-60 سنة مع 61 فما فوق تحتوي على فروق دالة في بعد التفكير في الموت. وهناك اختلاف معنوي بين الفئة العمرية ما بين 21 و 40 سنة وما بين الفئة العمرية 41 و 60 سنة، عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)، في بعد الخوف من الموت. كما يتضح أن هناك اختلاف معنوي بين الفئة العمرية ما بين 21 و 40 سنة وما بين الفئة العمرية 41 و 60 سنة هذا من جهة، وما بين الفئة العمرية 41 و 60 سنة والفئة العمرية 61 سنة وما فوق من جهة أخرى عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)، في مقياس قلق الموت الكلي. وأن متوسط الفرق في الفئة العمرية الأولى (21-40 سنة) مع (41-60 سنة) كان أكبر من الفئة العمرية الثانية.

فيمكن ملاحظة إذن أن الفئة العمرية الأعلى درجة في مقياس قلق الموت هي الفئة ما بين (21-40 سنة) مع (41-60 سنة)، وكذا في بعد "الخوف من الموت" وحتى في البعد الأول "التفكير في الموت" مرتفعة خاصة الفئة (41-60 سنة) فهي قاسم مشترك بين أبعاد الدرجة الكلية للمقياس. وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى عينة الدراسة باختلاف العمر ومنه فقد تحققت هذه الفرضية للدراسة القائمة.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة مولنز ولوبيز (1982) والتي أظهرت أن هناك قلق موت عال لدى نسبة كبيرة وجوهرية من مفحوصي مجموعة كبار السن من أفراد المجموعة الأولى (صغار الشيوخ الأقل من 74 سنة).

وكذا دراسة عمر الريماوي، سوزان أبو هلال (2015) والتي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المسنين تبعاً لمتغير العمر. كما أكدت دراسة ديفيد ليستر (1967) أنه كلما زاد عمر الطفل أصبح الخوف من الموت أكثر إلحاحاً وشمولاً واستمراراً.

ويمكن تفسير ذلك بأن هذه الفئة العمرية (21-40 سنة) - (41-60 سنة) خاصة (41-60 سنة) هي مرحلة الرشد والنضج، حيث يصبح الفرد قد كوّن أسرة ولديه عائلة ويفكر في مستقبل هذه العائلة ومصيرها فالفرد كونه أب أو أم، زوج أو زوجة، ابن أو ابنة يحمل بداخله المسؤولية العائلية التي ينتمي إليها وهو شيء مقدس وذو قيمة عالية بالنسبة له وهذا ما يجعله يفكر في مصيرها إذا حدث له شيء كما ينشأ التماسك العائلي وهو ما يكون لديه إحساساً زائداً بالمسؤولية تجاه الأسرة بكل أعضائها مما يجعلهم أعنف في استجاباتهم للموت الذي يفكك هذا التماسك، بالإضافة إلى التفكير في فراق الأهل والأحباب.

كما أن هذه المرحلة يميّزها الاستقرار خاصة من ناحية العلاقة مع الأصدقاء والرفاق، فيكون للمريض جماعة الأصدقاء التي يفكر فيها أيضاً وفي علاقته معهم خاصة إذا كان تفكيره حول الموت والفرق مما يزيد من توتره ويرفع من نسبة خوفه من الموت وقلقه بشأنهم. وهو ما ينطبق على هذه الفئة (21-40 سنة) فهي مرحلة الشباب إلى الرشد حيث يفكر المريض في هذه المرحلة بنفس التفكير السابق حول الأسرة والأصدقاء والآخرين، بالإضافة إلى المستقبل وأحلامهم اتجاهه خاصة وأن خوض تجربة العملية الجراحية يمكن أن تترتب عليه عدة مضاعفات أهمها عدم نجاح هذه العملية وبالتالي سيخسر مستقبله

وعمله، وهذا ما ينتج نقص تقدير الذات، وفقدان معنى الحياة، وهذا التفكير السلبي يؤدي به أيضا إلى الانسحاب الاجتماعي خاصة فيما يخص العلاقات العاطفية أو التفكير في الزواج وتكوين أسرة باعتبار هذه المرحلة-مرحلة الشباب- تحتوي على الفترة الأنسب للتفكير في الزواج واختيار شريك الحياة وتكوين عائلة، فهذا الحدث الضاغط -العملية الجراحية- خاصة عند اقتراب موعدها يجتاز المريض مرحلة التفكير كما ذكرنا سابقا وتزداد لديه المشاعر السلبية وبالتالي استجاباته تكون أيضا سلبية.

أما مرحلة ما بعد 61 سنة فهي مرحلة الشيخوخة حيث يصبح لدى المريض قناعة بأنه وصل إلى هذه المرحلة وهي محطة آخر العمر، خاصة أولئك الذين تجاوزوا الثمانين من العمر بالإضافة إلى ارتفاع نسبة التدين أو الوازع الديني والاقتراب من الله وأن هذه مسألة قضاء وقدر.

أما كبار السن الأقل من ثمانين (80) سنة فيبقى لديهم ارتفاع قلق الموت نتيجة التفكير في الأهل والأسرة خاصة، وفي مستقبل هذه الأسرة باعتباره الركيزة الأساسية في تلك الأسرة، لذلك يبقى تفكيره حولهم وحول عدم نجاح العملية الجراحية أو في حدوث مضاعفات له أو أخطار فيزداد خوفه من الموت وبالتالي تكون استجابته أيضا سلبية بارتفاع قيمة قلق الموت لديه.

وهذا ما أكد (Jean, Loygue,1970,p24) أن الأخطار التي تحدث للمريض الخاضع للعملية الجراحية متنوعة تبعا لسنة وقوته الفيزيولوجية.

والمرحلة الأخيرة مرحلة الأقل من 21 سنة، وهي التي سجلت أقل قيمة لقلق الموت باعتبار هذه المرحلة هي مرحلة المراهقة، والمريض مازال في مقتبل العمر ويتمتع بالصحة والشباب وأن الموت لن يمسه، حيث لا يفكرون فيه لصغر عمرهم وما زالت لديهم أحلام حول المستقبل، بالإضافة إلى عدم نضجهم فكريا -تنقصهم عملية الإرصان (résonance)- والتفكير الناقد حتى يفكر في أمور قد يكون تأثيرها سلبيا على حياة هذا المريض، بالإضافة إلى نقصه للنضج الانفعالي والتحليل الانتقادي حتى يفكر في بعض النتائج السلبية جراء العملية الجراحية، بل يعتقد أنها حل مناسب لمرضه.

ثالثاً: وفق متغير نوع العملية:

يعرض الجدول الآتي نتائج اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة (0.05) في قلق الموت بأبعاده التي تعزى إلى متغير نوع العملية.

جدول رقم (26) يعرض اختبار (Anova) لتباين الفروق في قلق الموت تبعا لمتغير نوع العملية.

| Sig | F.test | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | نوع العملية | المقياس |
|-------|--------|-------------------|-----------------|-------------|------------------|
| 0.067 | 1.994 | 6.020 | 22.13 | جراحة عامة | التفكير في الموت |
| | | 6.134 | 21.07 | جراحة عظام | |
| | | 5.551 | 19.66 | نساء وتوليد | |
| | | 7.161 | 20.18 | بروستات | |
| | | 8.433 | 22.75 | جراحة عصبية | |
| | | 7.304 | 18.73 | ORL | |
| | | 6.289 | 24.00 | عيون | |
| 0.116 | 1.726 | 6.893 | 25.97 | جراحة عامة | الخوف من الموت |
| | | 6.534 | 24.52 | جراحة عظام | |
| | | 6.642 | 23.75 | نساء وتوليد | |
| | | 7.035 | 24.65 | بروستات | |
| | | 9.125 | 26.00 | جراحة عصبية | |
| | | 8.356 | 21.73 | ORL | |
| | | 6.812 | 28.20 | عيون | |
| 0.083 | 1.893 | 12.700 | 48.10 | جراحة عامة | قلق الموت |
| | | 12.437 | 45.60 | جراحة عظام | |
| | | 11.760 | 43.41 | نساء وتوليد | |
| | | 13.871 | 44.82 | بروستات | |
| | | 17.363 | 48.75 | جراحة عصبية | |
| | | 15.540 | 40.45 | ORL | |
| | | 12.934 | 52.20 | عيون | |

يبين الجدول أعلاه نتائج تحليل التباين الأحادي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في إجابات أفراد عينة الدراسة حول بعد التفكير في الموت وبعد الخوف من الموت ومقياس قلق الموت الكلي تعزى لمتغير نوع العملية الجراحية. وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى عينة الدراسة باختلاف نوع العملية الجراحية وهو ما يثبت عدم صحة هذه الفرضية.

ويمكن تفسير ذلك بأنها نتيجة طبيعية إلى أنّ هناك قلق موت يُعاني منه المريض المقبل على العملية الجراحية مهما كان نوعها، سواء كانت معقدة أو بسيطة، فكلمة عملية جراحية لوحدها لها أثرها الخاص على نفسية المريض وعلى تفكيره ومشاعره.

بالإضافة إلى خوفه وقلقه عند دخوله المستشفى لأول مرة وهو ما أكدته (Jean, Loygue,1970,p12) "بأن وجود المريض في وسط مجهول بالنسبة له، غالبا ما يشهد قلقا مشروعا"، وهذا ما يشعر به المريض فتفكيره بغرفة العمليات وما يحدث فيها، خاصة إذا سمع من الآخرين ما يرووه عن تجاربهم الخاصة التي خاضوها من قبل، وحديثهم عن المشروط والمقص والملاقط... إلخ، وسماع المريض لأصوات هاته المستلزمات تزيد من توتره وخوفه وقلقه واضطرابه كلما تذكر ذلك، بالإضافة إلى عدم معرفته للعملية الجراحية وكيفية إجرائها.

وأيضا صعوبة التكيف مع المحيط الاستشفائي الجديد الذي يعيشه بسبب وجوده في وسط طبي يخضع لقوانين يجب احترامها، بالإضافة إلى غياب الأهل وإحساسه بالوحدة. وهذا ما أكدته دراسة (قمراوي إيمان وقمراوي محمد، 2017).

كما أن مرحلة قبل الجراحة بيوم مهمة كما ذكر (الشنقيطي المختار، 1994، ص74) لأخذ المعلومات عن المريض، ومسؤولية إخبار المريض عن كل حالة غير طبيعية يخشى من ضررها في المستقبل، وهذه المعلومات وفي هذا الوقت بالذات-قبل العملية بيوم واحد- خاصة عند وجود المريض لوحده في المستشفى دون أهله أو دون مرافق للتخفيف عليه تساهم في زيادة التفكير السلبي المتمركز حول الموت والتي تراوده طيلة هذه الفترة، مما تؤثر عليه وعلى أحاسيسه بزيادة خوفه وتوتره وقلقه. أي تؤثر على انفعالاته وعلى حالته المزاجية، وبصورة عامة على استجابته باعتبار العملية الجراحية حدثا ضاعطا عليه فمثلا يتبادر إلى أذهاننا أن العملية الجراحية للعين بسيطة خاصة مع التطور الطبي، لكن المريض الذي يخضع لهذه العملية يخاف كثيرا ويقلق باعتبار العين أهم عنصر في جسم الإنسان، فبفقدانها يفقد الرؤية وبالتالي ينخفض نشاطه اليومي لعدم قدرته لوحده على أداء مهامه، وتتبادر إلى ذهن المريض هذه الأفكار ويجترها دائما كلما تذكر العملية الجراحية وبالتالي يزداد خوفه وقلقه.

كذلك الجراحة العصبية يخاف مثلا من الشلل الكلي، أمراض النساء والتوليد مثلا تخاف المرأة من موت الجنين أو النزيف أو الموت أو العقم في حالة عدم نجاح العملية الجراحية وهكذا.....، فكل مريض يفكر في المضاعفات أو المخلفات حسب نوع العملية الجراحية التي سيجريها وبالتالي تؤثر عليه وعلى حالته النفسية.

رابعاً: وفق متغير نوع المستشفى:

يعرض الجدول الآتي نتائج اختبار "ت" للفروق بين عينتين مستقلتين، للتحقق من مدى وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة (0.05) في قلق الموت بأبعاده التي تعزى إلى متغير نوع المستشفى (حكومي، خاص).

جدول رقم(27) يعرض اختبار(T.test) للفروق في قلق الموت تبعاً لمتغير نوع المستشفى(حكومي، خاص).

| Sig | T.test | درجة الحرية | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | نوع المستشفى | البعد |
|-------|--------|-------------|-------------------|-----------------|--------------|------------------|
| 0.000 | 8.392 | 243 | 6.124 | 22.61 | حكومي | التفكير في الموت |
| 0 | | | 4.582 | 16.66 | خاص | |
| 0.000 | 8.047 | | 6.770 | 26.62 | حكومي | الخوف من الموت |
| 0 | | | 5.481 | 20.01 | خاص | |
| 0.000 | 8.528 | | 12.652 | 49.23 | حكومي | قلق الموت |
| 0 | | 9.550 | 36.68 | خاص | | |

يبين الجدول أعلاه نتائج تحليل اختبار "ت" لعينتين مستقلتين إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.001) في إجابات أفراد عينة الدراسة حول بعد التفكير في الموت وبعد الخوف من الموت وكذلك بالنسبة لقلق الموت الكلي تعزى لمتغير نوع المستشفى (حكومي، خاص)، وكانت الفروق بحسب المتوسطات الحسابية لصالح المستشفيات الحكومية بالنسبة لمقياس قلق الموت الكلي وأبعاده، أي أن المرضى المقبلين على العملية الجراحية في المستشفيات الحكومية أكثر قلقاً من الموت مقارنة بالمستشفيات الخاصة.

وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى عينة الدراسة باختلاف نوع المستشفى ومنه فقد تحققت هذه الفرضية للدراسة القائمة.

ويمكن تفسير ذلك بأن المريض المقبل على العملية الجراحية في المستشفى الخاص يعتقد بأن المستشفى توفر له خدمات صحية راقية ورعاية للمرضى بشكل جيد أحسن منها في الحكومي، بالإضافة إلى أن المستشفى الخاص يحتوي على كوادر طبية جيدة وعدد كاف من ذوي الخبرات العالية في مجالات الطب المختلفة على غرار المستشفيات الحكومية التي تحتوي على أطباء جدد وكوادر تنقصها الخبرة خاصة الأطباء، كما أن المريض يعتقد أن المستشفى الخاص يحتوي على أجهزة طبية حديثة وعالية الدقة في القياس وتشخيص المرض، مع القدرة على معالجة أغلب الأمراض التي قد لا تستطيع المستشفيات

العامة من إجرائها، ولا توفر العلاج بعد العمليات أو حتى أثناءها، وقد يصل الأمر إلى عدم القدرة على تشخيص الحالة، بالإضافة إلى نقص النظافة في المستشفيات الحكومية عكس الخاصة، كما أن اللجوء إلى المستشفيات الخاصة نظراً لقلة عدد المرضى فيه وبالتالي زيادة الاهتمام بهم، أما في المستشفيات الحكومية فيكون هناك زيادة في عدد المرضى (كثرتهم) مما يقلل من فرصة حصولهم على رعاية طبية مناسبة مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة الخوف من الأخطاء الطبية، كما أنها تأخذ أموالاً قليلة مقابل العلاج داخل المستشفى، ويقترن هذا التخفيض في الأموال بعدم توفر الخدمات الصحية المطلوبة للمريض. كما أن نقص توفر الأدوية الكافية للأمراض في المستشفيات الحكومية يقلق المرضى وبالتالي ينزاحون إلى المستشفيات الخاصة، أما الأطباء في المستشفيات الخاصة فيعتقد المرضى أنهم يعملون بجهد مضاعف وإتقان كبير عكس المستشفى الحكومي، مع المتابعة والاتصال المستمرين التي تؤثر على إحساسه بالأمن النفسي، كل هذه الأسباب تزرع في ذات المريض الطمأنينة والثقة في كفاءة المريض والفريق الطبي العامل معه بقيامهم بعلاجه وإجراء العملية الجراحية بنجاح وعلى أكمل وجه، وعلى الرغم من معرفتهم إلى أن المستشفيات الخاصة تسعى إلى تحقيق الربح على غرار المستشفيات الحكومية فعلى الرغم من عدم مصداقية بعض الأسباب السابقة لكن المريض عُرس في فكره هاته المعطيات التي تؤثر سلباً على ذاته وعلى معاشه النفسي، خصوصاً في غياب الأخصائيين في هذه الفترة الحرجة فيزداد خوفه وتوتره وبالتالي قلق الموت لديه.

خامساً: وفق عدد العمليات الجراحية:

يعرض الجدول الموالي نتائج اختبار التباين الأحادي للتحقق من مدى وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة (0.05) في قلق الموت بأبعاده التي تعزى إلى متغير عدد العمليات الجراحية.

جدول رقم (28) يعرض اختبار (Anova) لتباين الفروق في قلق الموت تبعاً لمتغير عدد العمليات

الجراحية.

| Sig | F.test | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | عدد العمليات | المقياس |
|-------|--------|-------------------|-----------------|--------------|------------------|
| 0.109 | 1.914 | 6.244 | 19.59 | لا شيء | التفكير في الموت |
| | | 6.801 | 21.08 | عملية واحدة | |
| | | 5.798 | 22.49 | عمليتان | |
| | | 5.364 | 20.00 | ثلاث عمليات | |
| | | 5.831 | 20.00 | أربع عمليات | |
| | | 6.941 | 22.67 | لا شيء | |

| | | | | | |
|-------|-------|--------|-------|-------------|----------------|
| 0.021 | 2.953 | 7.365 | 25.07 | عملية واحدة | الخوف من الموت |
| | | 6.643 | 26.74 | عمليتان | |
| | | 6.309 | 24.37 | ثلاث عمليات | |
| | | 6.744 | 24.86 | أربع عمليات | |
| 0.043 | 2.500 | 12.831 | 42.27 | لا شيء | قلق الموت |
| | | 13.980 | 46.16 | عملية واحدة | |
| | | 12.160 | 49.23 | عمليتان | |
| | | 11.456 | 44.37 | ثلاث عمليات | |
| | | 11.711 | 44.86 | أربع عمليات | |

يبين الجدول أعلاه نتائج تحليل التباين الأحادي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في إجابات أفراد عينة الدراسة حول بعد التفكير في الموت، في حين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) على بعد الخوف من الموت ومقياس قلق الموت الكلي تعزى لمتغير عدد العمليات الجراحية. ويمكن تفسير ذلك كما ذكرنا آنفاً بأن تطبيق المقياس في هذه الفترة القريبة من موعد العملية الجراحية تجاوز حينها المريض عملية التفكير والتخمين وطغت المشاعر والأحاسيس عليه، لذلك لم نجد فروقا للمريض الذي لم يُجر من قبل عملية جراحية أو أجزاها مرة أو مرتان أو أكثر كلهم يعانون ارتفاعاً في قلق الموت، ناهيك عن العدد.

أما البعد الثاني وهو بعد الخوف من الموت، والمقياس الكلي فتوجد فروق تعزى لعدد العمليات الجراحية. ولتحديد مصدر الفروق والاختلاف في متوسطات متغير عدد العمليات الجراحية، تم استخدام أسلوب المقارنات المتعددة، والتي تعرف بالاختبارات البعدية (Post Hoc)، وبما أن افتراض التجانس بين المجموعات العمرية متحقق فإننا اعتمدنا على نتائج اختبار (LSD)، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (29) يوضح المقارنات البعدية المتعددة (LSD) لمقياس قلق الموت وأبعاده.

| P.value | متوسط الفرق | المقارنات الثنائية | المقياس |
|---------|-------------|-----------------------|------------------|
| 0.008 | 2.896 | لا شيء مع عمليتان | التفكير في الموت |
| 0.029 | 2.401 | عملية واحدة مع لا شيء | الخوف من الموت |
| 0.001 | 4.066 | عمليتان مع لا شيء | |
| 0.002 | 6.485 | لا شيء مع عمليتان | قلق الموت |

يتضح من الجدول السابق أن هناك: اختلاف معنوي بين عدد العمليات الجراحية ما بين لا شيء (لم يسبق له إجراء عملية جراحية) وبين الذي أجرى عمليتان جراحيتان بالنسبة لبعد التفكير في الموت، عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)، لكن هذه الفروق ضعيفة ولم تصل إلى حد الدلالة.

أما في بعد الخوف من الموت فهناك اختلاف معنوي أي هناك فروق بين الذي أجرى عملية واحدة والذي لم يجري أي عملية جراحية، وبين الذي أجرى عمليتان جراحيتان والذي لم يجري أي عملية جراحية، عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).

كما يتضح أن هناك اختلاف معنوي بين الذي أجرى عمليتان جراحيتان والذي لم يجري أي عملية جراحية، عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)، في مقياس قلق الموت الكلي.

فلاحظ أن قيمة الفروق في أجرى عمليتان جراحيتان والذي لم يجري أي عملية جراحية هي القيمة الأعلى وهي نفسها القيمة الأعلى بين الأبعاد والمقياس الكلي، أي أن هناك فروقا واضحة ودالة في عدد العمليات وبالتحديد في المريض الذي أجرى عمليتين من قبل هو الذي يعاني من قلق موت مرتفع على غرار الأعداد الأخرى، وأن الأقل ارتفاعا هو الذي لم يُجر بعد عملية جراحية. وهذه الأخيرة نتيجة منطقية لأن المريض مهما تخيل ومهما فكر لن يصل إحساسه إلى الذي جرب من قبل أو خاض التجربة من قبل فتنتابه أحاسيس ومشاعر الخوف والتوتر والقلق وتؤدي به إلى حدوث اضطرابات، لكنه لم يصل إلى القيمة العليا التي يعاني منها المريض الذي أجرى مرتين.

وبالتالي نستطيع القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى عينة الدراسة باختلاف عدد العمليات ومنه فقد تحققت هذه الفرضية.

أما القيمة العليا لعدد العمليات بالتحديد فيمكن تفسيره إلى أن المريض الذي أجرى عملية واحدة من قبل سواء أكانت تلك العملية ذات خبرة سيئة أو تمت بنجاح، يبقى لدى المريض ذلك الإحساس بالتغيير بمعنى أن هذه المرة قد تكون أحسن من سابقتها وأن المرة الماضية لم يحالفه الحظ كثيرا، أو أن هذه المرة قد تختلف عن سابقتها لذلك يبقى لديه أمل كبير في التغيير نحو الأفضل، وانشغاله حول هذه الأفكار يُنقص من مشاعره السلبية وبالتالي تبقى مشاعره وأحاسيسه تتأرجح بين الخوف والأمل والقلق والأمن النفسي.

أما المريض الذي أجرى عمليتان فنجد انه قد خاض التجربة مرتين وعاش القلق والتوتر والخوف وكل الأفكار التي تبعث له بالأمل قد استثمارها من قبل خاصة إذا كانت تجربته أليمة، لذلك نجد قيمة الموت مرتفعة لديه لأن أحاسيسه ومشاعره ينتابها الخوف والتوتر نتيجة الضغط النفسي الذي يعيشه وأخيرا عندما

يخوض المريض أكثر من مرتين تجربة العملية الجراحية نجد انه قد ألف خوض تجارب من قبل وانه عاش تقريبا نفس الإحساس من قبل، فعلى الرغم من العامل الضاغط (العملية الجراحية) وأنها تثير القلق والتوتر، لكن تكرار الخبرات السابقة لنفس المثير ينقص قليلا التوتر والخوف والقلق من الموت فعلى الرغم من أن التجربة ككل تثير قلق الموت لديه، لكنه في كل مرة عندما يسترجع نفس الأفكار حول الموت يجد نفسه على قيد الحياة ولم يحدث له مكروه، وأنها مجرد أفكار نتيجة الحدث الضاغط.

لكن يبقى تقييم المريض في الأخير هو الذي يزيد أو ينقص من قلق الموت لديه، وهذا ما أشار إليه (Jean, Loygue,1970,p24) "بأن أهمية العمل الجراحي هو تقييم المخاطر والتي يجب أن تخصص في مرحلة ما قبل العمليات مع محدودية توجيه العلاج لما بعد العمليات، هذه المخاطر تُقَيِّم وتُقَارَن مع الفوائد التي يجنيها المريض جزاء هذه العملية والشرح له، والإشارة لإجراء العملية الجراحية." فكل هذه التدابير والإجراءات تسهّل على المريض وتساعد في التخفيف من قلق الموت لديه.

خلاصة الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن علاقة قلق الموت بمركز الضبط والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية بمستشفيات ولاية الوادي العامة والخاصة، وبذلك قمنا بالالتزام بكل الخطوات العلمية والمنهجية كسائر البحوث العلمية، بدءاً بالإطار النظري للدراسة، واستناداً إلى الدراسات السابقة التي أجريت في هذا الموضوع، كما تم طرح عدة فرضيات، واختيار أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس قلق الموت ومركز الضبط من إعداد الباحثة، ومقياس المساندة الاجتماعية من إعداد إبراهيم السامدوني (1997)، وطبقت هذه المقاييس على عينة الدراسة الأساسية المتكونة من 245 مريض مقبل على إجراء عملية جراحية (92 ذكور، 153 إناث). ويعد الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها، أسفرت هذه الدراسة جملة من النتائج أهمها النقاط التالية:

- 1- بلغ مستوى قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية متوسط إلى مرتفع.
- 1-2- توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت ومركز الضبط لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية.
- 2-2- لا توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى عينة الدراسة باختلاف مركز الضبط (الداخلي-الخارجي).
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف طبيعة المساندة الاجتماعية (الأُسرة-الأصدقاء).
- 1-5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف الجنس لصالح الإناث.
- 2-5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف العمر.
- 3-5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف نوع العملية الجراحية.

4-5- فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف نوع المستشفى.

5-5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف عدد العمليات الجراحية.

اقتراحات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية يمكن اقتراح ما يلي:

- 1-توسيع وزيادة حجم عينة الدراسة عن طريق إجرائها في مختلف ربوع الوطن أو خارجه، لزيادة صدق وثبات النتائج المتحصل عليها أو التأكد من صلاحية الأداة، وتطوير أدوات جديدة على عينات مختلفة من حيث النوع والعدد.
- 2-إعداد برامج إرشادية علاجية لهذه الفئة من أجل التخفيف من قلق الموت خاصة قبيل إجراء العملية الجراحية كالعلاج السلوكي المعرفي، العلاج الجماعي الذي يتم عن طريقه استخدام عملية التفريغ الانفعالي، الاسترخاء،...إلخ.
- 3-إقامة ندوات ومحاضرات جماعية خاصة قبل إجراء العملية الجراحية والتي تسهم في خفض قلق الموت وتعمل على زيادة الوعي الداخلي للمرضى والدعم الخارجي من طرف الآخرين.
- 4-إعادة بناء مقاييس أخرى لدراسة هذه الفئة بصورة أعمق كدراسة نمط الشخصية، أو جودة الحياة، أو الصلابة النفسية لديهم...إلخ وعلاقتها بمتغيرات أخرى.
- 5-توعية الأفراد الذين لهم علاقة بالمرضى المقبلين على العملية الجراحية بضرورة تزويد هؤلاء بالدعم والمساعدة في جميع الجوانب النفسية، الاجتماعية، العاطفية...

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين قلق الموت ومركز الضبط والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية، كما تهدف أيضا إلى دراسة الفروق في متغيرات الدراسة من حيث تأثير عامل الجنس والعمر، ونوع العملية الجراحية بالإضافة إلى نوع المستشفى، وعدد العمليات التي أجريت من قبل.

وقد تحددت الدراسة الحالية بالمنهج الوصفي الارتباطي، واختيرت العينة بطريقة عشوائية بسيطة، فبلغ حجمها 245 مريضا مقبلا على إجراء عملية جراحية من أربع مؤسسات استشفائية بولاية الوادي، اثنان منها حكوميتان واثنان مصحتان خاصتان. وقد اعتمد على مقياسي: قلق الموت مركز الضبط المعد من طرف الباحثة ومقياس المساندة الاجتماعية المعد من طرف "ابراهيم السمدوني" (1997) وقد قام "بشير معمري" بإعادة تقنيته على البيئة الجزائرية.

وبعد تحليل البيانات إحصائيا، أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية:

1-2- توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت ومركز الضبط لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية.

2-2- لا توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف مركز الضبط لصالح مركز الضبط الخارجي.

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية باختلاف المساندة الاجتماعية.

5-1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية تبعا لمتغير الجنس، وكانت الفروق لصالح الإناث.

5-2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية تبعا لمتغير السن.

5-3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية تبعا لمتغير نوع العملية.

5-4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية تبعا لمتغير نوع المستشفى.

5-5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية تبعا لمتغير عدد العمليات التي أجريت من قبل.

قد تم مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وختمت الدراسة ببعض الاقتراحات والتوصيات الموجهة للمهتمين بهذا المجال.
الكلمات المفتاحية: قلق الموت - مركز الضبط (الداخلي - الخارجي) - المساندة الاجتماعية - المرضى المقبلين على العملية الجراحية.

Abstract

The present study aims at identifying the relationship between, the death anxiety, locus of control and social support in patients who are about to have the surgery. It also aims to study the differences in the study variables in terms of the sex factor, age, type of surgery, in addition to the type of hospital and the number of operations performed before.

The study was determined by the relational descriptive approach, the sample was chosen in a simple random way. its size reached 245 patients, who are about to have the surgery in four hospital institutions in EL OUED. Two of which are government and are private clinics. Its was based two criteria: death anxiety, the focus of control prepared by the researcher and the scale of social support prepared by “ **Ibrahim AL Samadouni**” (1997) **Bachir Maamria** regulated it on the Algerian environment.

After statistical analysis of data, the study concluded the following results:

- 1- there is statistically significant correlation between death anxiety and the locus of control in patients who are about to have the surgery.
- 2- there is no correlation between death anxiety and social support in patients who are about to have the surgery.
- 3- there are statistically significant differences in death anxiety among patients coming to the surgery according to the different locus of control in favor of the external locus of control.
- 4- there are no statistically significant differences in death anxiety among patients coming to the surgery, with different social support.
- 5-1- there are statistically significant differences in death anxiety among patients coming to the surgery according to the gender variable and differences were in favor of females.
- 5-2- there are statistically significant differences in death anxiety among patients coming to the surgery according to the age variable.
- 5-3- there are statistically significant differences in death anxiety in patients coming to the surgery according to the type of operation variable.

5- 4-there are statistically significant differences in death anxiety in patients coming to the surgery according to the type of hospital variable.
5-5- there are statistically significant differences in death anxiety in patients coming to the surgery according to the variable number of operations performed before.

These findings were discussed and interpreted in the light of the theoretical framework and previous studies.

The study concluded with some suggestions and recommendations addressed to those interested in this field.

- **Keywords :** death anxiety- locus of control(external locus of control) - (internal locus of control)- social support -patients who are about to have the surgery.

Résumé

La présente étude vise à découvrir la relation entre l'anxiété de mort, le lieu de contrôle et le soutien social chez les patients qui subissent une intervention chirurgicale.

Il vise également à étudier les différences dans les variables de l'étude en termes d'effet du facteur sexe, âge, type de chirurgie, en plus du type d'hôpital et du nombre d'opérations effectuées auparavant.

L'étude actuelle a été basée sur le processus descriptif corrélatif et l'échantillon a été choisi de façon aléatoire simple. Le nombre de l'échantillon était de 245 patients ayant subi une intervention chirurgicale dans un des quatre établissements hospitaliers situés à El oued, dont deux sont des cliniques gouvernementales ou publiques et deux privées. Les moyens d'investigation utilisés dans cette recherche dont l'anxiété de mort et le lieu de contrôle ont été élaborés par la chercheuse, tandis que l'échelle de soutien social a été confectionnée par "Ibrahim Samadouni" (1997), et que celle-ci a été adaptée par Bachir Ma'amria sur l'environnement algérien. Après l'analyse statistique des données, l'étude a donné les résultats suivants:

1- Il existe une corrélation entre l'anxiété de la mort et le lieu de contrôle chez les patients qui ont subi une intervention chirurgicale.

2- Il n'y a pas de corrélation entre l'anxiété de la mort et le soutien social chez les patients qui ont subi une intervention chirurgicale.

3 -Il existe des différences statistiquement significatives d'anxiété de mort chez les patients qui ont subi une intervention chirurgicale selon les différents lieux de contrôle ou locus de contrôle en faveur du lieu de contrôle externe.

4- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans l'anxiété de mort parmi les patients venant à la chirurgie, selon la différence de soutien social.

5-1- Il existe des différences statistiquement significatives d'anxiété de mort parmi les patients venant à la chirurgie, selon la variable de sexe, et les différences étaient en faveur des femmes.

5-2- Il existe des différences statistiquement significatives d'anxiété de mort chez les patients venant en chirurgie, selon la variable d'âge.

5-3- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans l'anxiété de la mort chez les patients venant en chirurgie, selon la variable du type d'opération.

5-4- Il existe des différences statistiquement significatives dans l'anxiété de la mort parmi les patients venant en chirurgie, selon le type d'hôpital.

5-5- Il existe des différences statistiquement significatives d'anxiété de mort chez les patients qui ont subi une intervention chirurgicale en fonction du nombre variable d'opérations effectuées auparavant.

Les résultats ont été discutés et interprétés à la lumière du contexte théorique et l'état d'art ou les études précédentes, et l'étude s'est conclue par quelques suggestions et recommandations adressées aux personnes intéressées par ce domaine.

Mots clefs : Anxiété de mort - Lieu de contrôle : (locus de contrôle externe) - (locus de contrôle interne) –Soutien Social –Patients venant pour une opération chirurgicale.

المراجع

المراجع

المصادر:

-القرآن الكريم.

1. إبراهيم، عبد الله هشام. (1995). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكنتاب والياس لدى عينة من الطلاب والعاملين، بحوث المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، المجلد الثاني، القاهرة.
2. ابن سينا، أبو علي الحسين. (1952). أحوال النفس، رسالة في النفس، بقاؤها ومعادها، حققه فؤاد الأهواني، القاهرة: دار إحياء الكتب العربية.
3. أبو علام، رجاء محمود. (2004). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية مصر، القاهرة: دار النشر للجامعات.
4. أبو ناهية، صلاح الدين. (1987). الفروق في الضبط الداخلي-الخارجي لدى الأطفال والمراهقين والشباب والمسنين من الجنسين بقطاع غزة، دراسات تربوية، مجلد 2 العدد 9، مصر.
5. أبو ناهية، صلاح الدين. (1989) ، تقنين مقياس الضبط الداخلي-الخارجي للأطفال والمراهقين في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد9.
6. أبي مولود، عبد الفتاح. (2007). علاقة الضغط النفسي بالاكنتاب في ضوء متغيري مركز الضبط والذكاء الانفعالي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه علم النفس العيادي، جامعة وهران، الجزائر.
7. احمان، لبنى. (2017). مصدر الضبط الصحي كمتغير وسيط بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، مجلة العلوم الإنسانية، ص 109-122.

8. إسماعيل، بشرى. (2004). المساندة الاجتماعية والتوافق المهني، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
9. الأنصاري، محمد بدري. (1996). سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان، مجلة الأبحاث للعلوم الإنسانية، جامعة الكويت.
10. آيت حمودة، حكيمة وفاضلي، أحمد ومسيلي، رشيد. (2011). أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطال، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الثاني، الجزائر.
11. باترسون.س.ه. (1981). (ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الكويت: دار القلم.
12. بحري، نبيل وفارس، علي. (2015). علاقة الضغط المهني بالمساندة الاجتماعية لدى المرأة العاملة، مجلة جيل للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد3، الجزائر.
13. البخاري، أبي عبد الله محمد بن إسماعيل. (2007). صحيح البخاري، بيروت: المكتبة العصرية.
14. بن زاهي، منصور وبن الزين، نبيلة. (2012). مركز الضبط الداخلي-الخارجي في المجال الدراسي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد السابع، ورقلة، الجزائر.
15. بن زروال، فتيحة (2008). علاقة الضغط النفسي بمركز الضبط، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 29 جوان، الجزائر.
16. بن الزين، نبيلة. (2005). مركز الضبط لدى الطلبة المتفوقين والمتأخرين دراسيا دراسة مقارنة على عينة من الطلبة في مرحلتي التعليم الإكمالي والثانوي، (رسالة ماجستير) جامعة ورقلة، الجزائر.

17. بني خالد، محمد سليمان. (2009). مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية العلوم التربوية، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد السابع عشر، العدد الثاني، الأردن.
18. البهيقى، أحمد بن الحسين. (1989). شعب الإيمان، الجزء السابع، تحقيق محمد زغلول، بيروت: دار الكتب العلمية.
19. بوعلاق، محمد. (2009). الموجه في الإحصاء الوصفي والاستدلالي في العلوم النفسية والتربوية، الجزائر: دار الأمل.
20. بونتاليس، لابلانج جان. (1975). (ترجمة: الحجازي مصطفى). معجم مصطلحات التحليل النفسي، لبنان: ديوان المطبوعات الجامعية.
21. بيومي، محمد خليل. (1996). المساندة الاجتماعية وإدارة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضى إلى الموت، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 37، السنة 10، القاهرة.
22. تيغزة، أحمد. (2011). اختبار صحة البنية العاملية للمتغيرات الكامنة في البحوث: منحى التحليل والتحقق، بحث علمي محكم، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.
23. الجحيشي، قيس محمد علي. (2004). أثر برنامج تربوي في تغيير موقع الضبط الخارجي إلى الداخلي لدى طلبة المرحلة الإعدادية، (أطروحة دكتوراه)، كلية التربية، جامعة الموصل.
24. جودت، عزت عبد الهادي. (2007). نظريات التعلم، الأردن: دار الثقافة.

25. جولمان، دانييل. (2000). (ترجمة: ليلي الجبالي). الذكاء العاطفي، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد 262، الكويت.
26. الحجامي، غزيب عبد العباس. (2004). الاضطرابات المزاجية وعلاقتها بقلق الموت عند المسنين، (رسالة ماجستير)، الجزائر.
27. الحري، حنان بنت حمادي. (2006). معتقدات الكفاية العامة والأكاديمية واتجاه الضبط وعلاقتهاما بالتحصيل الدراسي في ضوء بعض المتغيرات لدى طلاب جامعة أم القرى (رسالة ماجستير)، السعودية.
28. حسين، قاسم صالح. (1984). الإنسان من هو؟ بغداد: دار الشؤون الثقافية.
29. حسين، قاسم صالح. (2002). علم نفس الشواذ، بغداد: دار الشؤون الثقافية.
30. الحنفي، عبد المنعم. (1992). موسوعة الطب النفسي، مج 2، القاهرة: مكتبة مدبولي.
31. الخالدي، محمد أديب. (2002). مرجع في الصحة النفسية، ط 2، ليبيا: دار الوفاء للنشر والتوزيع.
32. خرف الله، علي. (2015). المساندة الاجتماعية في العلاقة الخاصة، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 13، جامعة الوادي، الجزائر.
33. الخطيب، رجاء عبد الرحمان. (1990). الضبط الداخلي-الخارجي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، مجلة علم النفس تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 18 مصر.
34. داغستاني، بلقيس. (2001). التربية الدينية والاجتماعية للأطفال، الرياض: مكتبة العبيكان.

35. الداهري، حسن صالح.(2008). مبادئ الصحة النفسية، ط2، الأردن: الدار العلمية.
36. درويش، أبو عيطة سهام والحاج حسن، لينا. (2014). فاعلية العلاج التعبيري في تقليل الاضطرابات النفسية وتحسين تقدير الذات والدعم الاجتماعي لدى المدمنين، مجلة دراسات للعلوم التربوية، المجلد 41، العدد 01، جامعة الأردن.
37. الدسوقي، مجدي محمد. (2002). مقياس التفاؤل والتشاؤم، مصر: مكتبة أنجلو المصرية.
38. راجح، أحمد عزت.(1994). أصول علم النفس، الإسكندرية، القاهرة: المكتب المصري الحديث.
39. رضوان، جاب الله شعبان وهريدي، محمد عادل. (2001). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة، مجلة علم النفس مصر، العدد 58.
40. ركس، نايت ومرجريت، نايت.(1970). (تعريب: عبد العلي الجسماني)، مدخل إلى علم النفس الحديث، ط2، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
41. الروسان، سليم ساومة.(1999). مبادئ القياس والتقويم وتطبيقاتها التربوية والإنسانية عمان: المطابع التعاونية.
42. الريمائي، عمر وأبو هلال، سوزان. (2015). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس مجلة كلية التربية للبنات، المجلد 26(3).
43. زهران، عبد السلام حامد. (2001). الصحة النفسية والعلاج، ط3، القاهرة: عالم الكتب للنشر.

44. السامرائي، فاضل صالح. (1985). نداء الروح، بغداد: مكتبة القدس.
45. سليمان، علي أحمد والكرستي، حليلة السعيد. (2010). مركز الضبط وعلاقته ببعض المتغيرات لدى مرضى الإيدز بمستشفى الأبيض التعليمي بالسودان، مجلة دراسات نفسية العدد8، الجزائر، ص 21-57.
46. سليم، سلوى علي. (1985). الإسلام والضبط الاجتماعي. الرياض: مكتبة وهبة.
47. سيد، الحسين بن حسين محمد. (2012). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة، (رسالة ماجستير)، جامعة أم القرى، السعودية.
48. سيد، معتز عبد الله. (1994). بحوث في علم النفس الاجتماعي، القاهرة: دار غريب للطباعة.
49. شحاتة، سليمان محمد سليمان. (2006). مناهج البحث بين النظرية والتطبيق الإسكندرية، مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
50. الشرفاوي، محمد أنور. (1995). التعليم والشخصية، مجلة عالم الفكر، المجلد 13 العدد02، الأردن.
51. شروخ، صلاح الدين. (2003). منهجية البحث العلمي، عنابة، الجزائر: دار العلوم للنشر.
52. شعراوي، مشيرة محمد محمود. (2005). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال المساء إليهم، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، العدد 18، الجزء الثاني، القاهرة.

53. الشناوي، محمد محروس والسيد، عبد الرحمان. (1994). المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
54. الشنقيطي، محمد المختار. (1994). أحكام الجراحة الطبية والآثار المترتبة عنها ط2. جدة: مكتبة الصحابة.
55. شهاب، محمد شهرزاد. (2010). موقع الضبط وعلاقته بمتغير الجنس وسنوات الخدمة لدى المرشدين التربويين في مركز محافظة نينوى، مجلة دراسات تربوية، العدد 01 مصر .
56. شورون، جاك. (1984). (ت: كامل يوسف)، الموت في الفكر الغربي، الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
57. شويعل، يزيد. (2013). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بمركز الضبط واستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي، مشروع بحث مقدم في تخصص الإرشاد والصحة النفسية، جامعة الجزائر 2.
58. شيلي، تايلور. (2008). (ترجمة: وسام درويش بريك، فوزي شاكرا داوود). علم النفس الصحي، عمان، الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
59. صابر، فاطمة عوض وخفاجة، ميرفت علي. (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي الإسكندرية، مصر: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.
60. الصبان، عبير بنت محمد. (2003). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، (رسالة دكتوراه)، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

61. عادل، مصطفى وغسان، يعقوب. (1999). مدخل إلى العلاج النفسي الوجودي
بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
62. عبد الحميد، محمد نبيل. (2003). قلق الموت وعلاقته بكل من الدافعية للانجاز
ونوعية التعليم لدى عينة من طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، العدد 35.
63. عبد الخالق، أحمد. (1987). قلق الموت، الكويت: عالم المعرفة.
64. عبد الخالق، أحمد. (1993). أصول الصحة النفسية، بيروت: عالم الفكر.
65. عبد الخالق، أحمد. (1998). قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده، المجلة العربية
للعلوم الإنسانية، العدد 64.
66. عبد الخالق، أحمد. (1999). الانشغال بالموت: دراسة مقارنة على عينات سورية
دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، عدد أبريل.
67. عبد الرحيم، طلعت حسن. (1985). تقنين مقياس "جيمس" لوجهة التحكم الداخلي
الخارجي في البيئة المصرية، مجلة كلية التربية، العدد السادس، الجزء الخامس "ب"
جامعة المنصورة، القاهرة.
68. عبد العزيز، موسى عماد علي. (1994). علم النفس الدافعي، القاهرة: دار النهضة.
69. عبد النعيم، أحمد يحي. (2012). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكئاب وقلق الموت
لدى عينة من أطفال مرضى السرطان بمستشفى 57357 بمصر. القاهرة: المكتب العربي
للمعارف.
70. عثمان، أحمد عبد الله إبراهيم. (2001). المساندة الاجتماعية بين الأزواج وعلاقتها
بالسعادة والتوافق مع الحياة الجامعية لدى طالبات الجامعة المتزوجات، مجلة كلية التربية
العدد 37، الزقازيق، مصر.

71. عدس، عبد الرحيم محمد.(1997). دور العاطفة في حياة الإنسان، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.

72. عسيلة، إبراهيم محمد وحمدونة، سعيد أسامة.(2015). الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد 42، العدد 3.

73. عطار، سعيدة.(2009). الحنين إلى البيت وعلاقته بالصحة النفسية في ظل المساندة الاجتماعية المدركة، (رسالة دكتوراه)، جامعة وهران، الجزائر.

74. علي، عبد السلام علي.(2005). المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العلمية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

75. عناصرري، محمد نجيب.(2002). علاقة مركز التحكم والقلق والدعم الاجتماعي بالضغط المهني لدى أساتذة التعليم العالي، (رسالة ماجستير)، الجزائر.

76. غانم، محمد.(2002). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكنتاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء أسر طبيعية دراسات عربية في علم النفس، قسم علم النفس، جامعة حلوان، مصر.

77. فاروق، عبد الفتاح موسى.(1991). اختبار مركز التحكم للأطفال، ط4، مصر: مكتبة النهضة المصرية.

78. فايد، علي حسين.(1998). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية، مجلة دراسات نفسية، المجلد 8، العدد2.

79. فايد، علي حسين.(2001). الاضطرابات السلوكية: تشخيصها- أسبابها-علاجها القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

80. فايد، علي حسين. (2005). ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غير إكلينيكية، دراسات نفسية مصر، مجلد رقم 15، العدد 01.
81. فرج، حسين عبد اللطيف. (2009). الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال). الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
82. فرج، صفوت. (1991). مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتها بالانبساط والعصابية مجلة دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين، المركز العربي، القاهرة. (ص 7-25).
83. فروم، اريك. (1989). (ترجمة: سعد، زهران). مراجعة وتقديم لطفي فطيم، الإنسان بين الجوهر والمظهر، الكويت: عالم المعرفة.
84. فرويد، سيقموند. (1961). (ت: نجاتي عثمان). الذات والغرائز، مصر: مكتبة النهضة المصرية.
85. فوزي، إيمان. (1988). الصحة النفسية، القاهرة: مكتبة زهرة الشرق.
86. قدور، بن عباد هوارية. (2014). المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، رسالة دكتوراه، جامعة وهران، الجزائر.
87. قطامي، يوسف وقطامي، نادية. (2000). سيكولوجية التعلم الصفي، الأردن: دار الشروق.
88. قماروي، إيمان وقماروي، محمد. (2017). القلق لدى المريض المقبل على العملية الجراحية للعين، مجلة التنمية البشرية، العدد 8، ص 102-114.

- 89.** القمش، مصطفى نوري والمعايطة، عبد الرحمان خليل. (2007). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- 90.** كفاي، علاء الدين. (1982). وجهة الضبط والمسايرة، بعض الدراسات حول وجهة الضبط وعدد من المتغيرات النفسية، مصر: مكتبة أنجلو المصرية.
- 91.** المتولي، محمد نبيه بدير. (1990). وجهة الضبط الداخلي - الخارجي وعلاقتها بأساليب الاستجابة المتطرفة-المعتدلة لدى الجنسين، مجلة كلية التربية بدمياط، جامعة المنصورة، المجلد 1، العدد 13، ص 207-241.
- 92.** مختار، محي الدين. (1995). محاضرات في علم النفس الاجتماعي، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 93.** مخيمر، عماد محمد. (1997). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطية في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد رقم 7، العدد 17.
- 94.** مرسي، إبراهيم كمال. (2000). السعادة وتتمية الصحة النفسية - مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس، المجلد الأول، دار النشر للجامعات، القاهرة.
- 95.** المسعان، عويد. (2011). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعصابية والاكتئاب والعدوانية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 12، العدد 4، الكويت.
- 96.** معمري، بشير. (1995). نظرية التعليم الاجتماعي لروتر، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية تصدر عن أساتذة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة، الجزائر، العدد 04.
- 97.** معمري، بشير. (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، ج 4 الجزائر: منشورات الحبر.

98. معمريّة، بشير. (2009). مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه السلوكي المعرفي بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء السادس، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر.
99. معمريّة، بشير. (2012). مصدر الضبط والصحة "ن"، الجزائر: دار الخلدونية.
100. مقابلة، نصر يوسف، يعقوب إبراهيم. (1994). أثر الجنس ومركز التحكم على مفهوم الذات لدى طلبة جامعة اليرموك، المجلة العربية للتربية، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، مجلد 14، العدد 2.109.
101. مكلفين، روبرت وريتشارد، غروس. (2002). (ترجمة: ياسين حداد، موفق الحمداني فارس حلمي). مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، الأردن: دار وائل للنشر.
102. المهداوي، لمياء. (2009). الدعم الاجتماعي المدرك ومركز التحكم ودورهما في ظهور الاكتئاب لدى المعاقين حركيا من الراشدين، (رسالة ماجستير)، علم النفس الاجتماعي جامعة الجزائر، الجزائر.
103. موسى، علي عبد العزيز رشاد. (1993). علم النفس المرضي، دراسات في علم النفس، مصر: دار عالم المعرفة.
104. النابلسي، أحمد شرف الدين. (1993). مسؤولية الطبيب وإدارة المرفق الصحي العام الإسكندرية، مصر.
105. نصر، أحمد. (2010). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان ببعض المستشفيات الحكومية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، كفر الشيخ مصر.

106. نظمي، فارس كمال. (2007). قلق الموت لدى الأستاذ الجامعي العراقي، مجلة الحوار المتمدن، العدد 1804، 23-01.

107. النيال، مايسة. (1991). الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، مجلة دراسات نفسية، مجلد 1، العدد 1، ص 37-53.

108. النيسابوري، أبي الحسين مسلم بن الحجاج بن مسلم. (2007). صحيح البخاري بيروت: المكتبة العصرية.

109. يحياوي، نور الهدى (2008) مركز الضبط وعلاقته بالدافعية للإنجاز المهني دراسة تطبيقية على الأطباء العاملين المقيمين والممارسين بمستشفى وهران (رسالة ماجستير) جامعة وهران، الجزائر.

110. يخلف، عثمان. (1992). نظرية الانتساب في مجالات علم النفس الاجتماعي المجلة الجزائرية لعلم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر 2.

111. يخلف، عثمان. (2001). علم نفس الصحة، الأسس النفسية السلوكية للصحة قطر: دار الثقافة.

112. Amenta.M & Weiner.A.(1981), Death anxiety and in life in hospice works, psychological reports.

113. Anne Barrie-Marie,(2004), Dictionnaire encyclopédique, édition Philippe Auzout, Paris.

114. Antoine.D.PH Collection.(1993), le guide pratique du cardiologie, guide. P. de cardiologie GP, la gazette médical, 6^{ème} édition.

115. Bibiane.G.Breton.(1969). résumé de pathologie chirurgicale, édition du renouveau pédagogique, INC, Québec, Canada.

-
- 116.** Bootzin.R.R, Bower.G.H & Zajonc.R.B.(1986). Psychology Today, 6th Ed, USA.
- 117.** Breham.S.(1984). social support processes, boundary areas in social and development psychology, Academic press, New York.
- 118.** Bruchon.M, Schwettzer.Dantzer.R.(1994). introduction à la psychologie de la santé:
- PAULHAN.I:** les stratégies d’ajustement ou Coping.
- NUISIER.J :** le contrôle perçu et son rôle dans les transactions entre individu et événements stressants, édition PUF, Paris.
- 119.** Caplen.G. (1981). Mastery of stress: psychological aspects American Journal of psychology. Vol.138, p413-420.
- 120.**Carthy.MC,J.B.(1980). Death anxiety. The loss of the self, Cardinal press, New York.
- 121.** Cutrona.C, Russel.B, 1990, Type of social support and specific stress: Towards a theory of optimal matching, in: B.R.Sarason, & al (Eds), social support: An interactional view, New York.
- 122.** Cutrona.C, 1996, Social Support, Cauplens, London, Sage Publication.
- 123.** Daniel.B.(1989). l’enfant donné pour la mort, enjeu de la guérison, psychique, Bordas, Paris.
- 124.** DeVellis,R.F.(2012).Scale development :Theory and applications.Los Angeles: Sage.
- 141.** Ebel, R, L.(1972). Essentials of Educational Measurement. New Jersey, Hall Engle- wood ,Cliffs.
- 142.** Emmons.R & Colby.P.(1995). Emotional conflict and wellbeing: Relation to perceived availability, Daily utilization and obsear reports of social support. J of personality and social psychology, 68 (5).

-
- 125.** Fantaine.H.(1984). chimie et thérapie comportementales, E.D, marlayat, Belgique.
- 126.** Fromm.Erik.E.(1960), Man for himself, New York, Rinehart.
- 127.** Gilbert.L.A & Mangel.D.(1979), influence of perceptions of personal control on reaction to stressful events, Journal of consulting psychology, American psychology association, inc, vol, 26 N: 06.
- 128.** Hansenne.M.(2003). Psychologie de la personnalité, de Boeck, Paris.
- 129.** . Hooper,D et al .(2008).Structural Equation Modeling ; Guidelines for Determining Model Fit .The Electronic Journal of Business Research Methods, Volume 6, issue 1,p 53-60.
- 130.**House.J.S, 1981, Work stress and social support, New York reading Mass, Addison-Wesley.
- 131.** Hyquasens. Pôle.(2000). L'analyse des risque au bloc opératoire dans une démarche qualité, AFNOR, Paris.
- 132.** jame L.Ar buckle.(2011).IBM.SPSS.Amos.20 User's Guide .1507 E 53rd Street Chicago, USA.
- 133.** Jaques. Quevauvilliers, dictionnaire Médicale.(2001). édition Masson, France.
- 134.** Jean-Pierre.Wainsten(collectif), Larousse Médicale, 1995, édition Larousse, France.
- 135.** Kasten Baun.R,& Costa.P.(1977). psychological perspectives on death, Annual Review of psychology, N: 28.
- 136.** Kitzis.M, Andreassian.B.(1993). Risque d'infectieux en chirurgie, édition Ellipses, Paris.

-
- 137.** Laphillie. A, Bernard. D, Cotton.C.(1998). Estime de soi, locus de contrôle et exclusion, Bulletin de psychologie, Tome. I, N:429, p331-334.
- 138.** Lefcourt.H.M.(1966). Internal-external control of reinforcement a review, psycho, Bull.65: 206-20.
- 139.** Lefcourt H.M, Martin R.A & Saleh W.E.(1984). Locus of control and social support: Interactive moderators of stress, Journal of personality and social psychology, vol 47, p 378-389.
- 140.** Lewalle.P,Manuila. L,Manuila. A,Nicoulin. M.(1999). dictionnaire Médicale. édition Masson, France.
- 141.** Loesch.M.E.(2005). Social support, contact with siblings and contact with ascended family members as predictors of the development of social skills-Alliant international university, Los Angeles, California, PHD.
- 142.** Lopez.M, &Mullins.L(1982).death anxiety among nurses Home residents, a comparison of the young, old and the old-old, Death Education, N: 06.
- 143.** Lopore.S.(1994). Social Support and Psychological disorders: Areview . Journal of community psychology. Vol (14). N03.
- 144.**Loygue.J, Malafosse.Michel.(1970). chirurgie générale, édition Foucher, Paris.
- 145.** Maissonet.J.(1954). Petite chirurgie, edition G.doin et Cie, 6ème, Paris.
- 146.** Mullins.L & Lopez.M, 1982, Death anxiety among nurses home residents, a comparison of the young, old and the old-old, Death Education, N: 06.
- 147.** Nobert.Sillamy.(1999). Dictionnaire de la psychologie, édition Larousse, Paris.

-
- 148.** Orford.J. (1993). community psychology theory and practice, England: john Wiley and sons.
- 149.** Ploncard.PH.(1975). Précis de technologies microchirurgicales, doin éditeurs, Paris, VI.
- 150.** Ramas wamy, Vis wanathan.M.D. (1996). Death Anxiety, Locus of Control, and Purpose in Life of Physicians: Their Relationship to Patient Death Notification, The Academy of Psychosomatic Medicine Volume 37, Issue 4, July–August 1996, Pages 339-345.
- 151.** Robert.Paul.(1998). Dictionnaire de la psychologie médical, Colloque international de Toulon, Paris.
- 152.** Rotter.J.(1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, psychological Monographs.80, N:1.1-28.
- 153.** Sandler.I.N& Lakey.B. (1982). Locus of control as a stress moderator: the role of control perceptions and social support. American Journal of community psychology, 10, 65-78.
- 154.** Sarason.I.G, Levine.H.M, Bashman.R.B & Sarason.B.R. (1983). Assessing social support. Journal of personality and social psychology. 44(1).
- 155.** Schultz.B.J & Saklofske.D.H. (1983). Relationship between social support and selected measures of psychological well-Being, SAGE Journals, vol53, p 847-850.
- 156.** Schulz.D, Schultz.S.E.(1994). theories of personality, brooks Cole publishing company, pacific grove, California.
- 157.** Schwarzer.R & Renner, 2003, Heath- Specific Self Efficacy Scales, Universidad Berlin, Germany.
- 158.** Seguy.B.(1970). chirurgie: généralité sur la chirurgie digestive 2éme édition Tom 02, librairie Maloine S.A, Paris VI.

-
- 159.** Silver.R. C, Wortman,C.B, Croften.C.(1990), the role of coping in support provision: the self-presentational dilemma of victims of life crises.In: I.G. Sarason & al (Eds) social support: an international view, New York, Wiley, 26-40.
- 160.** Smith.D, Spears.D, & Stevens.T.(1983). Fear of death attitudes and religions conviction in the terminally ill, international Journal of psychiatry in Medicine, N:13, New York.
- 161.** Solomon. Z, Mikulincer. M & Avitzur. E(1988). Coping, locus of control, social support and combat related post traumatic stress disorder, Journal of personality and social psychology. Vol 55(2) 279-285.
- 162.** Stanley,C.J.&Hopkins,K.D.(1979).Educational and Psychological Measurement Evaluation .New York ,Harper and Row
- 163.** Templer.D.(1976). Tow factor theory of death anxiety note, Essence N:01.
- 164.** Vallerand.R.J.(1994). les fondements de la psychologie sociale, Gaétan Morin Editeur, Québec, Canada.
- 165.** Waldman.S.(1993). Traumatologie chirurgicale, nouvelle édition, Paris.
- 166.** Wei cai, yung-lung tang, song wu, and Hong li.(2017). Scale of Death Anxiety(SDA): Development and Validation, frontiers in psychology ,volume 8, article 858 ,p1-11.
- 167.** yan cai, quiuyun li, quingrong tan dongbo tu.(2018). Structure of arabic Scale of death anxiety with chinese collège students:ABifactor Approach. frontiers in psychology, December 2018, volume 9, article 2511, p1-11.
- 168.** Zigler.F, 1985, le vivant et la mort, essai de sociologie, seuil, Paris.

169. organisation mondiale de la santé, oms. (January, 2009, Retrieved 15 September 2017, from www.oms.net WO178.

170. قائمة منظمة الصحة العالمية للتحقق من (2009).المكتبة الطبية الوطنية،
السلامة في العمليات الجراحية. (الجراحة الآمنة تنقذ الأرواح).

الملاحق

ملحق رقم(1): قائمة المحكمين

| الرقم | الاسم واللقب | الدرجة العلمية | البلد |
|-------|---------------------|---------------------------|------------------------|
| 01 | مومني فاطمة | دكتوراه علم النفس التربوي | تونس |
| 02 | هيام تاج | دكتوراه تربية خاصة | الأردن |
| 03 | علاء حراشر | دكتوراه تربية خاصة | الأردن |
| 04 | عبد الحميد آدم | دكتوراه علم النفس التربوي | السودان |
| 05 | إبراهيم عبد الله | دكتوراه علم النفس التربوي | السودان |
| 06 | مها أحمد عبد الحليم | دكتوراه علم النفس التربوي | المملكة .ع السعودية |
| 07 | زدام حدة | دكتوراه أطفونيا | جامعة البليدة |
| 08 | زروالي لطيفة | دكتوراه علم النفس العيادي | جامعة وهران |
| 09 | بلقوميدي | دكتوراه علم النفس التربوي | جامعة وهران |
| 10 | الأسود الزهرة | دكتوراه علم النفس التدريس | جامعة الوادي |
| 11 | خرف الله علي | دكتوراه علم النفس العيادي | جامعة الوادي |
| 12 | عامرة سميرة | دكتوراه علم النفس العيادي | جامعة الوادي |
| 13 | لزعر خيرة | دكتوراه علم النفس العيادي | جامعة الوادي |

نتائج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس قلق الموت

التحليل العاملي التوكيدي للعوامل المترابطة

Analysis Summary

Date and Time

Date: jeudi 12 décembre 2019

Time: 09:14:46

Title

Da: jeudi 12 décembre 2019 09:14

Notes for Group (Group number 1)

The model is recursive.

Sample size = 245

Notes for Model (Default model)

Computation of degrees of freedom (Default model)

Number of distinct sample moments: 276
Number of distinct parameters to be estimated: 47
Degrees of freedom (276 - 47): 229

Result (Default model)

Minimum was achieved

Chi-square = 671,980

Degrees of freedom = 229

Probability level = ,000

Model Fit Summary

CMIN

| Model | NPAR | CMIN | DF | P | CMIN/DF |
|--------------------|------|----------|-----|------|---------|
| Default model | 47 | 671,980 | 229 | ,000 | 2,934 |
| Saturated model | 276 | ,000 | 0 | | |
| Independence model | 23 | 4226,968 | 253 | ,000 | 16,707 |

RMR, GFI

| Model | RMR | GFI | AGFI | PGFI |
|--------------------|------|-------|------|------|
| Default model | ,031 | ,786 | ,743 | ,652 |
| Saturated model | ,000 | 1,000 | | |
| Independence model | ,309 | ,142 | ,064 | ,130 |

Baseline Comparisons

| Model | NFI Delta1 | RFI rho1 | IFI Delta2 | TLI rho2 | CFI |
|--------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|-------|
| Default model | ,841 | ,824 | ,889 | ,877 | ,889 |
| Saturated model | 1,000 | | 1,000 | | 1,000 |
| Independence model | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |

Parsimony-Adjusted Measures

| Model | PRATIO | PNFI | PCFI |
|--------------------|--------|------|------|
| Default model | ,905 | ,761 | ,804 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 1,000 | ,000 | ,000 |

NCP

| Model | NCP | LO 90 | HI 90 |
|--------------------|----------|----------|----------|
| Default model | 442,980 | 369,085 | 524,504 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 3973,968 | 3766,870 | 4188,350 |

FMIN

| Model | FMIN | F0 | LO 90 | HI 90 |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| Default model | 2,754 | 1,815 | 1,513 | 2,150 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 17,324 | 16,287 | 15,438 | 17,165 |

RMSEA

| Model | RMSEA | LO 90 | HI 90 | PCLOSE |
|--------------------|-------|-------|-------|--------|
| Default model | ,089 | ,081 | ,097 | ,000 |
| Independence model | ,254 | ,247 | ,260 | ,000 |

AIC

| Model | AIC | BCC | BIC | CAIC |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| Default model | 765,980 | 776,234 | 930,539 | 977,539 |
| Saturated model | 552,000 | 612,218 | 1518,347 | 1794,347 |
| Independence model | 4272,968 | 4277,987 | 4353,497 | 4376,497 |

ECVI

| Model | ECVI | LO 90 | HI 90 | MECVI |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| Default model | 3,139 | 2,836 | 3,473 | 3,181 |
| Saturated model | 2,262 | 2,262 | 2,262 | 2,509 |
| Independence model | 17,512 | 16,663 | 18,391 | 17,533 |

HOELTER

| Model | HOELTER .05 | HOELTER .01 |
|--------------------|----------------|----------------|
| Default model | 97 | 103 |
| Independence model | 17 | 18 |

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

| | | | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|--------|------|----|----------|------|--------|-----|-------|
| Q21 | <--- | F1 | 1,000 | | | | |
| Q19 | <--- | F1 | 1,459 | ,164 | 8,911 | *** | |
| Q17 | <--- | F1 | ,460 | ,104 | 4,428 | *** | |
| Q15 | <--- | F1 | 1,455 | ,165 | 8,820 | *** | |
| Q13 | <--- | F1 | 1,534 | ,170 | 9,020 | *** | |
| Q11 | <--- | F1 | 1,601 | ,176 | 9,114 | *** | |
| Q9 | <--- | F1 | 1,565 | ,174 | 8,998 | *** | |
| Q7 | <--- | F1 | 1,247 | ,157 | 7,955 | *** | |
| Q5 | <--- | F1 | 1,413 | ,165 | 8,558 | *** | |
| Q3 | <--- | F1 | 1,422 | ,172 | 8,280 | *** | |
| ,ompQ1 | <--- | F1 | 1,373 | ,159 | 8,608 | *** | |
| Q23 | <--- | F2 | 1,000 | | | | |
| Q22 | <--- | F2 | 1,003 | ,081 | 12,341 | *** | |
| Q20 | <--- | F2 | 1,094 | ,079 | 13,858 | *** | |
| Q18 | <--- | F2 | ,981 | ,082 | 11,972 | *** | |
| Q16 | <--- | F2 | 1,026 | ,079 | 12,920 | *** | |
| Q14 | <--- | F2 | ,898 | ,076 | 11,791 | *** | |
| Q12 | <--- | F2 | 1,162 | ,074 | 15,775 | *** | |
| Q10 | <--- | F2 | ,923 | ,085 | 10,833 | *** | |
| Q8 | <--- | F2 | 1,115 | ,079 | 14,201 | *** | |
| Q6 | <--- | F2 | ,890 | ,076 | 11,730 | *** | |
| Q4 | <--- | F2 | ,762 | ,084 | 9,059 | *** | |
| Q2 | <--- | F2 | ,930 | ,078 | 11,990 | *** | |

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

| | | | Estimate |
|-----|------|----|----------|
| Q21 | <--- | F1 | ,544 |
| Q19 | <--- | F1 | ,799 |
| Q17 | <--- | F1 | ,308 |
| Q15 | <--- | F1 | ,784 |
| Q13 | <--- | F1 | ,818 |

| | Estimate |
|-------------|----------|
| Q11 <--- F1 | ,835 |
| Q9 <--- F1 | ,814 |
| Q7 <--- F1 | ,657 |
| Q5 <--- F1 | ,743 |
| Q3 <--- F1 | ,702 |
| Q1 <--- F1 | ,750 |
| Q23 <--- F2 | ,788 |
| Q22 <--- F2 | ,721 |
| Q20 <--- F2 | ,790 |
| Q18 <--- F2 | ,704 |
| Q16 <--- F2 | ,748 |
| Q14 <--- F2 | ,695 |
| Q12 <--- F2 | ,869 |
| Q10 <--- F2 | ,648 |
| Q8 <--- F2 | ,805 |
| Q6 <--- F2 | ,692 |
| Q4 <--- F2 | ,556 |
| Q2 <--- F2 | ,705 |

Covariances: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|------------|----------|------|-------|-----|-------|
| F1 <--> F2 | ,237 | ,035 | 6,875 | *** | |

Correlations: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate |
|------------|----------|
| F1 <--> F2 | ,981 |

Variances: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-----|----------|------|--------|-----|-------|
| F1 | ,175 | ,039 | 4,524 | *** | |
| F2 | ,333 | ,046 | 7,317 | *** | |
| e1 | ,417 | ,038 | 10,851 | *** | |
| e2 | ,211 | ,021 | 10,214 | *** | |
| e3 | ,356 | ,032 | 10,997 | *** | |
| e4 | ,233 | ,023 | 10,297 | *** | |
| e5 | ,204 | ,020 | 10,093 | *** | |
| e6 | ,195 | ,020 | 9,959 | *** | |
| e7 | ,218 | ,022 | 10,119 | *** | |
| e8 | ,359 | ,034 | 10,692 | *** | |
| e9 | ,285 | ,027 | 10,472 | *** | |
| e10 | ,366 | ,035 | 10,594 | *** | |
| e11 | ,257 | ,025 | 10,444 | *** | |
| e12 | ,204 | ,020 | 10,303 | *** | |
| e13 | ,308 | ,029 | 10,555 | *** | |
| e14 | ,240 | ,023 | 10,292 | *** | |
| e15 | ,326 | ,031 | 10,602 | *** | |
| e16 | ,276 | ,026 | 10,470 | *** | |
| e17 | ,287 | ,027 | 10,623 | *** | |
| e18 | ,145 | ,015 | 9,623 | *** | |
| e19 | ,391 | ,037 | 10,719 | *** | |

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-----|----------|------|--------|-----|-------|
| e20 | ,225 | ,022 | 10,210 | *** | |
| e21 | ,286 | ,027 | 10,630 | *** | |
| e22 | ,433 | ,040 | 10,845 | *** | |
| e23 | ,292 | ,028 | 10,599 | *** | |

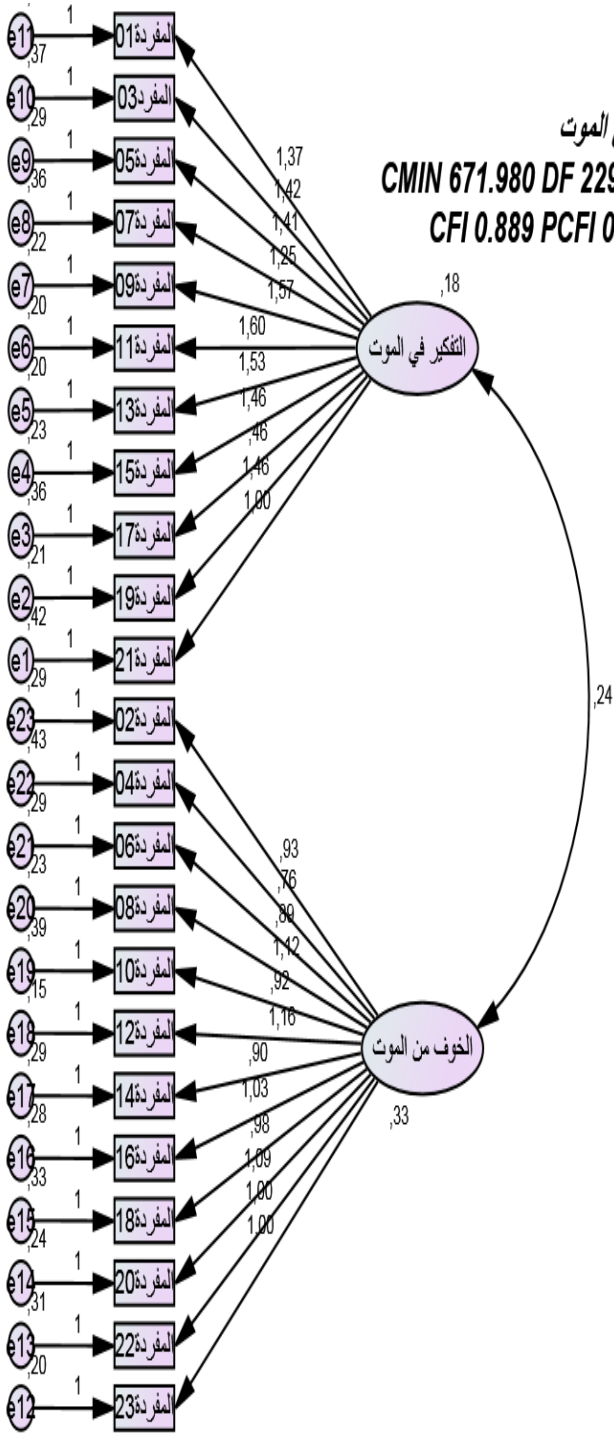
Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

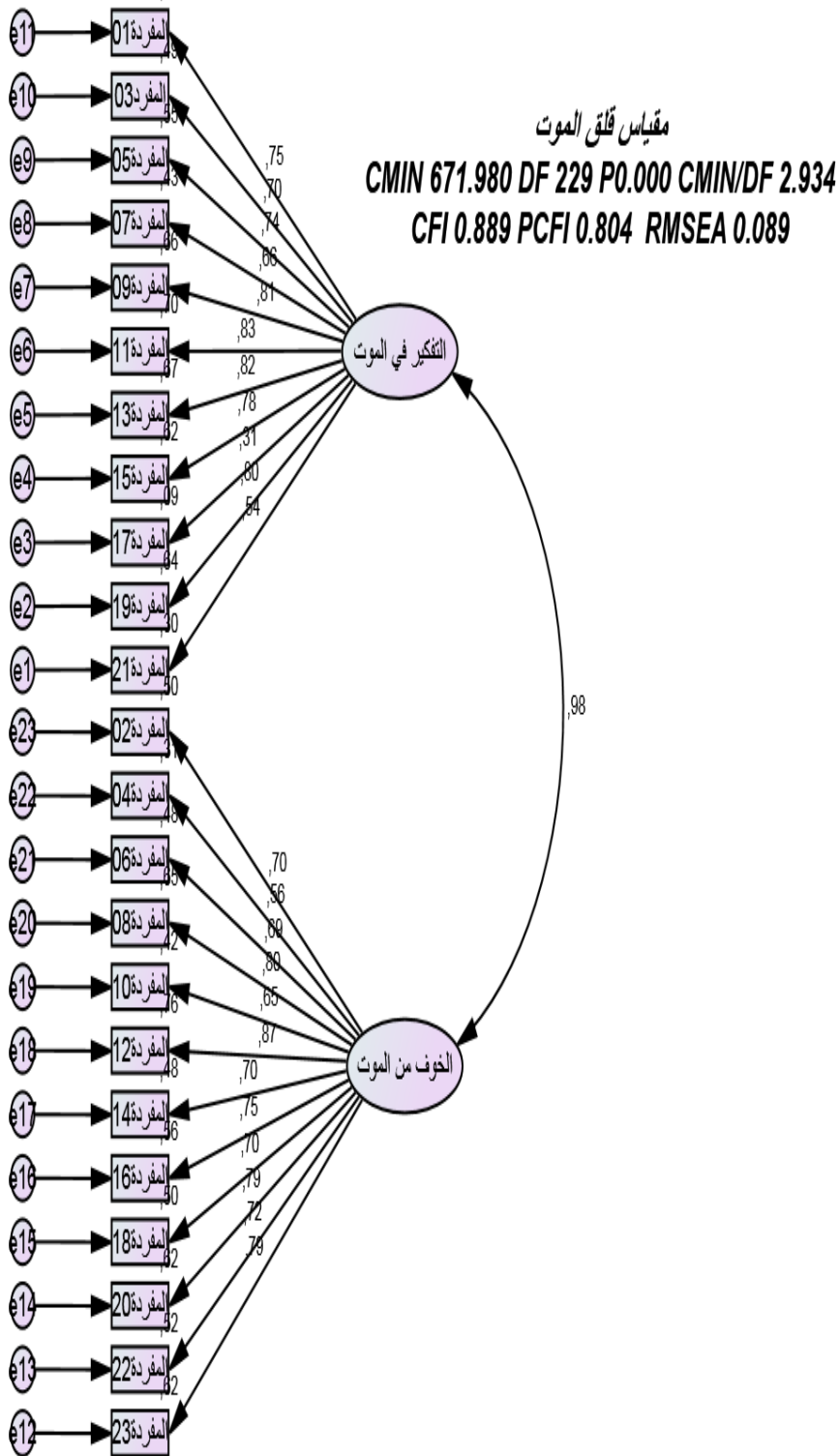
| | Estimate |
|-----|----------|
| Q2 | ,497 |
| Q4 | ,309 |
| Q6 | ,479 |
| Q8 | ,648 |
| Q10 | ,420 |
| Q12 | ,756 |
| Q14 | ,484 |
| Q16 | ,560 |
| Q18 | ,496 |
| Q20 | ,624 |
| Q22 | ,521 |
| Q23 | ,621 |
| Q1 | ,563 |
| Q3 | ,492 |
| Q5 | ,551 |
| Q7 | ,432 |
| Q9 | ,663 |
| Q11 | ,697 |
| Q13 | ,669 |
| Q15 | ,615 |
| Q17 | ,095 |
| Q19 | ,639 |
| Q21 | ,296 |

مقياس قلق الموت

CMIN 671.980 DF 229 P0.000 CMIN/DF 2.934

CFI 0.889 PCFI 0.804 RMSEA 0.089





التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية (الهرمي)

Notes for Model (Default model)

Computation of degrees of freedom (Default model)

Number of distinct sample moments: 276
 Number of distinct parameters to be estimated: 47
 Degrees of freedom (276 - 47): 229

Result (Default model)

Minimum was achieved
 Chi-square = 671,980
 Degrees of freedom = 229
 Probability level = ,000

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

| | | | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-----|------|----|----------|------|--------|-----|-------|
| F1 | <--- | DA | ,237 | ,035 | 6,875 | *** | |
| F2 | <--- | DA | 1,000 | | | | |
| Q21 | <--- | F1 | 1,000 | | | | |
| Q19 | <--- | F1 | 1,459 | ,164 | 8,911 | *** | |
| Q17 | <--- | F1 | ,460 | ,104 | 4,428 | *** | |
| Q15 | <--- | F1 | 1,455 | ,165 | 8,820 | *** | |
| Q13 | <--- | F1 | 1,534 | ,170 | 9,020 | *** | |
| Q11 | <--- | F1 | 1,601 | ,176 | 9,114 | *** | |
| Q9 | <--- | F1 | 1,565 | ,174 | 8,998 | *** | |
| Q7 | <--- | F1 | 1,247 | ,157 | 7,955 | *** | |
| Q5 | <--- | F1 | 1,413 | ,165 | 8,558 | *** | |
| Q3 | <--- | F1 | 1,422 | ,172 | 8,280 | *** | |
| Q1 | <--- | F1 | 1,373 | ,159 | 8,608 | *** | |
| Q23 | <--- | F2 | 1,000 | | | | |
| Q22 | <--- | F2 | 1,003 | ,081 | 12,341 | *** | |
| Q20 | <--- | F2 | 1,094 | ,079 | 13,858 | *** | |
| Q18 | <--- | F2 | ,981 | ,082 | 11,972 | *** | |
| Q16 | <--- | F2 | 1,026 | ,079 | 12,920 | *** | |
| Q14 | <--- | F2 | ,898 | ,076 | 11,791 | *** | |
| Q12 | <--- | F2 | 1,162 | ,074 | 15,775 | *** | |
| Q10 | <--- | F2 | ,923 | ,085 | 10,833 | *** | |
| Q8 | <--- | F2 | 1,115 | ,079 | 14,201 | *** | |
| Q6 | <--- | F2 | ,890 | ,076 | 11,730 | *** | |
| Q4 | <--- | F2 | ,762 | ,084 | 9,059 | *** | |
| Q2 | <--- | F2 | ,930 | ,078 | 11,990 | *** | |

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

| | | | Estimate |
|-----|------|----|----------|
| F1 | <--- | DA | ,566 |
| F2 | <--- | DA | 1,733 |
| Q21 | <--- | F1 | ,544 |

| | Estimate |
|-------------|----------|
| Q19 <--- F1 | ,799 |
| Q17 <--- F1 | ,308 |
| Q15 <--- F1 | ,784 |
| Q13 <--- F1 | ,818 |
| Q11 <--- F1 | ,835 |
| Q9 <--- F1 | ,814 |
| Q7 <--- F1 | ,657 |
| Q5 <--- F1 | ,743 |
| Q3 <--- F1 | ,702 |
| Q1 <--- F1 | ,750 |
| Q23 <--- F2 | ,788 |
| Q22 <--- F2 | ,721 |
| Q20 <--- F2 | ,790 |
| Q18 <--- F2 | ,704 |
| Q16 <--- F2 | ,748 |
| Q14 <--- F2 | ,695 |
| Q12 <--- F2 | ,869 |
| Q10 <--- F2 | ,648 |
| Q8 <--- F2 | ,805 |
| Q6 <--- F2 | ,692 |
| Q4 <--- F2 | ,556 |
| Q2 <--- F2 | ,705 |

Variances: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-----|----------|------|---------|-----|-------|
| DA | 1,000 | | | | |
| e24 | ,119 | ,025 | 4,689 | *** | |
| e25 | -,667 | ,046 | -14,659 | *** | |
| e1 | ,417 | ,038 | 10,851 | *** | |
| e2 | ,211 | ,021 | 10,214 | *** | |
| e3 | ,356 | ,032 | 10,997 | *** | |
| e4 | ,233 | ,023 | 10,297 | *** | |
| e5 | ,204 | ,020 | 10,093 | *** | |
| e6 | ,195 | ,020 | 9,959 | *** | |
| e7 | ,218 | ,022 | 10,119 | *** | |
| e8 | ,359 | ,034 | 10,692 | *** | |
| e9 | ,285 | ,027 | 10,472 | *** | |
| e10 | ,366 | ,035 | 10,594 | *** | |
| e11 | ,257 | ,025 | 10,444 | *** | |
| e12 | ,204 | ,020 | 10,303 | *** | |
| e13 | ,308 | ,029 | 10,555 | *** | |
| e14 | ,240 | ,023 | 10,292 | *** | |
| e15 | ,326 | ,031 | 10,602 | *** | |
| e16 | ,276 | ,026 | 10,470 | *** | |
| e17 | ,287 | ,027 | 10,623 | *** | |
| e18 | ,145 | ,015 | 9,623 | *** | |
| e19 | ,391 | ,037 | 10,719 | *** | |

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-----|----------|------|--------|-----|-------|
| e20 | ,225 | ,022 | 10,210 | *** | |
| e21 | ,286 | ,027 | 10,630 | *** | |
| e22 | ,433 | ,040 | 10,845 | *** | |
| e23 | ,292 | ,028 | 10,599 | *** | |

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate |
|-----|----------|
| F2 | 3,003 |
| F1 | ,321 |
| Q2 | ,497 |
| Q4 | ,309 |
| Q6 | ,479 |
| Q8 | ,648 |
| Q10 | ,420 |
| Q12 | ,756 |
| Q14 | ,484 |
| Q16 | ,560 |
| Q18 | ,496 |
| Q20 | ,624 |
| Q22 | ,521 |
| Q23 | ,621 |
| Q1 | ,563 |
| Q3 | ,492 |
| Q5 | ,551 |
| Q7 | ,432 |
| Q9 | ,663 |
| Q11 | ,697 |
| Q13 | ,669 |
| Q15 | ,615 |
| Q17 | ,095 |
| Q19 | ,639 |
| Q21 | ,296 |

Model Fit Summary**CMIN**

| Model | NPAR | CMIN | DF | P | CMIN/DF |
|--------------------|------|----------|-----|------|---------|
| Default model | 47 | 671,980 | 229 | ,000 | 2,934 |
| Saturated model | 276 | ,000 | 0 | | |
| Independence model | 23 | 4226,968 | 253 | ,000 | 16,707 |

RMR, GFI

| Model | RMR | GFI | AGFI | PGFI |
|--------------------|------|-------|------|------|
| Default model | ,031 | ,786 | ,743 | ,652 |
| Saturated model | ,000 | 1,000 | | |
| Independence model | ,309 | ,142 | ,064 | ,130 |

Baseline Comparisons

| Model | NFI Delta1 | RFI rho1 | IFI Delta2 | TLI rho2 | CFI |
|--------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|-------|
| Default model | ,841 | ,824 | ,889 | ,877 | ,889 |
| Saturated model | 1,000 | | 1,000 | | 1,000 |
| Independence model | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |

Parsimony-Adjusted Measures

| Model | PRATIO | PNFI | PCFI |
|--------------------|--------|------|------|
| Default model | ,905 | ,761 | ,804 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 1,000 | ,000 | ,000 |

NCP

| Model | NCP | LO 90 | HI 90 |
|--------------------|----------|----------|----------|
| Default model | 442,980 | 369,085 | 524,504 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 3973,968 | 3766,870 | 4188,350 |

FMIN

| Model | FMIN | F0 | LO 90 | HI 90 |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| Default model | 2,754 | 1,815 | 1,513 | 2,150 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 17,324 | 16,287 | 15,438 | 17,165 |

RMSEA

| Model | RMSEA | LO 90 | HI 90 | PCLOSE |
|--------------------|-------|-------|-------|--------|
| Default model | ,089 | ,081 | ,097 | ,000 |
| Independence model | ,254 | ,247 | ,260 | ,000 |

AIC

| Model | AIC | BCC | BIC | CAIC |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| Default model | 765,980 | 776,234 | 930,539 | 977,539 |
| Saturated model | 552,000 | 612,218 | 1518,347 | 1794,347 |
| Independence model | 4272,968 | 4277,987 | 4353,497 | 4376,497 |

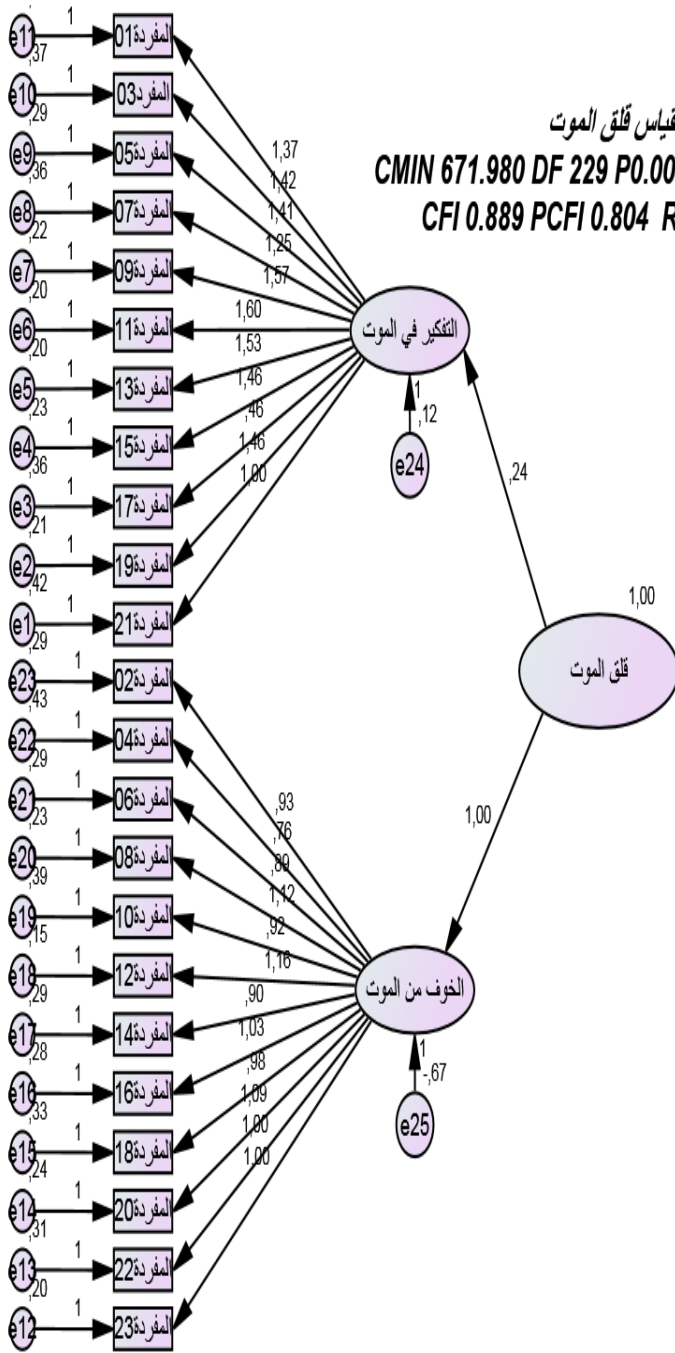
ECVI

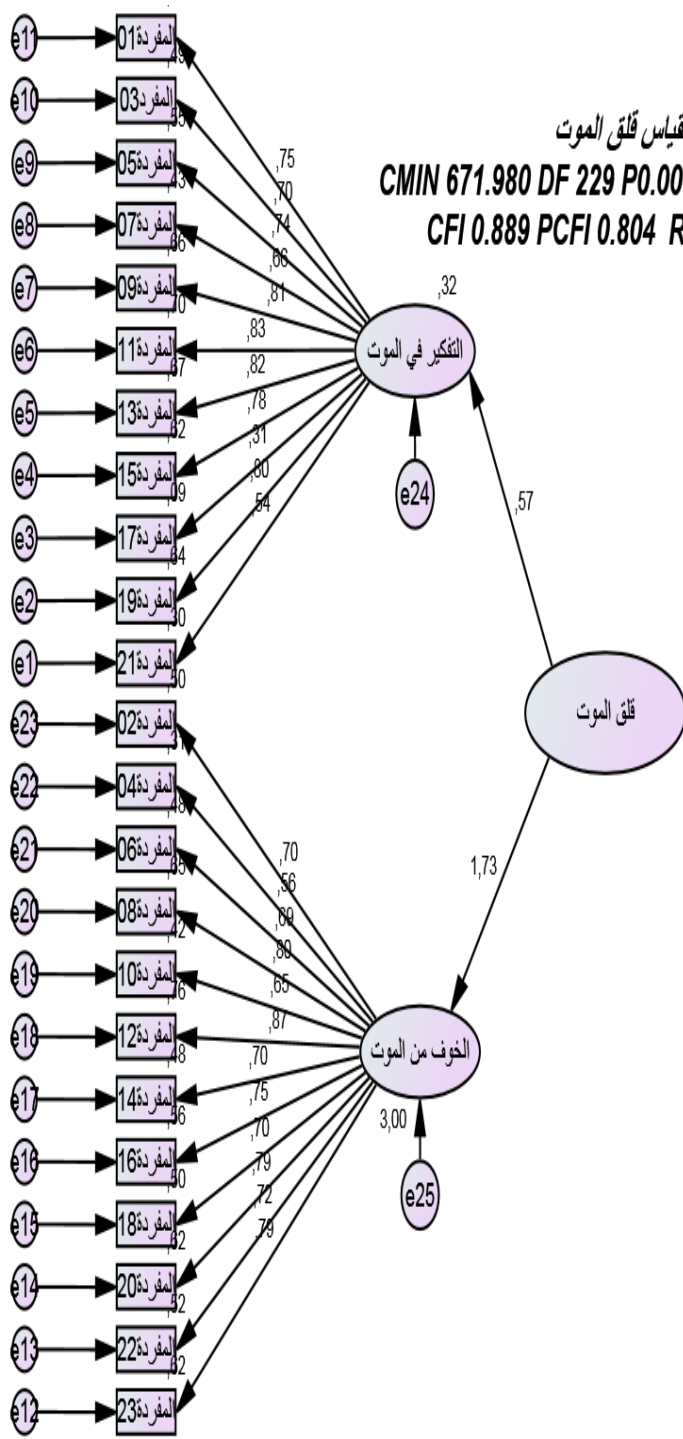
| Model | ECVI | LO 90 | HI 90 | MECVI |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| Default model | 3,139 | 2,836 | 3,473 | 3,181 |
| Saturated model | 2,262 | 2,262 | 2,262 | 2,509 |
| Independence model | 17,512 | 16,663 | 18,391 | 17,533 |

HOELTER

| Model | HOELTER .05 | HOELTER .01 |
|---------------|----------------|----------------|
| Default model | 97 | 103 |

| Model | HOELTER .05 | HOELTER .01 |
|--------------------|----------------|----------------|
| Independence model | 17 | 18 |





مقياس قلق الموت
CMIN 671.980 DF 229 P0.000 CMIN/DF 2.934
CFI 0.889 PCFI 0.804 RMSEA 0.089

التحليل العاملي التوكيدي للعامل العام (الأحادي)

Notes for Model (Default model)

Computation of degrees of freedom (Default model)

| | |
|--|-----|
| Number of distinct sample moments: | 276 |
| Number of distinct parameters to be estimated: | 46 |
| Degrees of freedom (276 - 46): | 230 |

Result (Default model)

Minimum was achieved

Chi-square = 678,839

Degrees of freedom = 230

Probability level = ,000

Model Fit Summary

CMIN

| Model | NPAR | CMIN | DF | P | CMIN/DF |
|--------------------|------|----------|-----|------|---------|
| Default model | 46 | 678,839 | 230 | ,000 | 2,951 |
| Saturated model | 276 | ,000 | 0 | | |
| Independence model | 23 | 4226,968 | 253 | ,000 | 16,707 |

RMR, GFI

| Model | RMR | GFI | AGFI | PGFI |
|--------------------|------|-------|------|------|
| Default model | ,031 | ,784 | ,741 | ,654 |
| Saturated model | ,000 | 1,000 | | |
| Independence model | ,309 | ,142 | ,064 | ,130 |

Baseline Comparisons

| Model | NFI | RFI | IFI | TLI | CFI |
|--------------------|--------|------|--------|------|-------|
| | Delta1 | rho1 | Delta2 | rho2 | |
| Default model | ,839 | ,823 | ,888 | ,876 | ,887 |
| Saturated model | 1,000 | | 1,000 | | 1,000 |
| Independence model | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |

Parsimony-Adjusted Measures

| Model | PRATIO | PNFI | PCFI |
|--------------------|--------|------|------|
| Default model | ,909 | ,763 | ,806 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 1,000 | ,000 | ,000 |

NCP

| Model | NCP | LO 90 | HI 90 |
|--------------------|----------|----------|----------|
| Default model | 448,839 | 374,502 | 530,805 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 3973,968 | 3766,870 | 4188,350 |

FMIN

| Model | FMIN | F0 | LO 90 | HI 90 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| Default model | 2,782 | 1,840 | 1,535 | 2,175 |

| Model | FMIN | F0 | LO 90 | HI 90 |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 17,324 | 16,287 | 15,438 | 17,165 |

RMSEA

| Model | RMSEA | LO 90 | HI 90 | PCLOSE |
|--------------------|-------|-------|-------|--------|
| Default model | ,089 | ,082 | ,097 | ,000 |
| Independence model | ,254 | ,247 | ,260 | ,000 |

AIC

| Model | AIC | BCC | BIC | CAIC |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| Default model | 770,839 | 780,875 | 931,897 | 977,897 |
| Saturated model | 552,000 | 612,218 | 1518,347 | 1794,347 |
| Independence model | 4272,968 | 4277,987 | 4353,497 | 4376,497 |

ECVI

| Model | ECVI | LO 90 | HI 90 | MECVI |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| Default model | 3,159 | 2,855 | 3,495 | 3,200 |
| Saturated model | 2,262 | 2,262 | 2,262 | 2,509 |
| Independence model | 17,512 | 16,663 | 18,391 | 17,533 |

HOELTER

| Model | HOELTER .05 | HOELTER .01 |
|--------------------|----------------|----------------|
| Default model | 96 | 102 |
| Independence model | 17 | 18 |

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-------------|----------|------|--------|-----|-------|
| Q21 <--- F1 | ,746 | ,085 | 8,788 | *** | |
| Q19 <--- F1 | 1,055 | ,081 | 12,973 | *** | |
| Q17 <--- F1 | ,340 | ,071 | 4,812 | *** | |
| Q15 <--- F1 | 1,060 | ,083 | 12,789 | *** | |
| Q13 <--- F1 | 1,111 | ,083 | 13,332 | *** | |
| Q11 <--- F1 | 1,160 | ,085 | 13,664 | *** | |
| Q9 <--- F1 | 1,142 | ,085 | 13,386 | *** | |
| Q7 <--- F1 | ,915 | ,086 | 10,581 | *** | |
| Q5 <--- F1 | 1,036 | ,086 | 12,116 | *** | |
| Q3 <--- F1 | 1,035 | ,092 | 11,276 | *** | |
| Q1 <--- F1 | 1,000 | | | | |
| Q2 <--- F1 | ,940 | ,082 | 11,439 | *** | |
| Q4 <--- F1 | ,761 | ,087 | 8,721 | *** | |
| Q6 <--- F1 | ,899 | ,080 | 11,209 | *** | |
| Q8 <--- F1 | 1,125 | ,085 | 13,261 | *** | |
| Q10 <--- F1 | ,927 | ,089 | 10,362 | *** | |
| Q12 <--- F1 | 1,171 | ,081 | 14,491 | *** | |

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-------------|----------|------|--------|-----|-------|
| Q14 <--- F1 | ,899 | ,081 | 11,148 | *** | |
| Q16 <--- F1 | 1,031 | ,085 | 12,144 | *** | |
| Q18 <--- F1 | ,975 | ,087 | 11,204 | *** | |
| Q20 <--- F1 | 1,094 | ,085 | 12,856 | *** | |
| Q22 <--- F1 | 1,003 | ,086 | 11,603 | *** | |
| Q23 <--- F1 | 1,000 | ,078 | 12,811 | *** | |

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate |
|-------------|----------|
| Q21 <--- F1 | ,554 |
| Q19 <--- F1 | ,790 |
| Q17 <--- F1 | ,310 |
| Q15 <--- F1 | ,780 |
| Q13 <--- F1 | ,809 |
| Q11 <--- F1 | ,826 |
| Q9 <--- F1 | ,812 |
| Q7 <--- F1 | ,658 |
| Q5 <--- F1 | ,744 |
| Q3 <--- F1 | ,697 |
| Q1 <--- F1 | ,747 |
| Q2 <--- F1 | ,706 |
| Q4 <--- F1 | ,550 |
| Q6 <--- F1 | ,694 |
| Q8 <--- F1 | ,805 |
| Q10 <--- F1 | ,646 |
| Q12 <--- F1 | ,869 |
| Q14 <--- F1 | ,690 |
| Q16 <--- F1 | ,745 |
| Q18 <--- F1 | ,693 |
| Q20 <--- F1 | ,784 |
| Q22 <--- F1 | ,716 |
| Q23 <--- F1 | ,781 |

Variances: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|----|----------|------|--------|-----|-------|
| F1 | ,327 | ,048 | 6,789 | *** | |
| e1 | ,411 | ,038 | 10,878 | *** | |
| e2 | ,220 | ,021 | 10,418 | *** | |
| e3 | ,355 | ,032 | 11,005 | *** | |
| e4 | ,237 | ,023 | 10,457 | *** | |
| e5 | ,213 | ,021 | 10,329 | *** | |
| e6 | ,205 | ,020 | 10,230 | *** | |
| e7 | ,221 | ,021 | 10,314 | *** | |

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-----|----------|------|--------|-----|-------|
| e8 | ,358 | ,033 | 10,756 | *** | |
| e9 | ,284 | ,027 | 10,577 | *** | |
| e10 | ,370 | ,035 | 10,687 | *** | |
| e11 | ,260 | ,025 | 10,569 | *** | |
| e12 | ,209 | ,020 | 10,453 | *** | |
| e13 | ,314 | ,029 | 10,649 | *** | |
| e14 | ,246 | ,024 | 10,443 | *** | |
| e15 | ,336 | ,031 | 10,695 | *** | |
| e16 | ,278 | ,026 | 10,573 | *** | |
| e17 | ,291 | ,027 | 10,701 | *** | |
| e18 | ,146 | ,015 | 9,877 | *** | |
| e19 | ,394 | ,037 | 10,775 | *** | |
| e20 | ,225 | ,022 | 10,348 | *** | |
| e21 | ,286 | ,027 | 10,695 | *** | |
| e22 | ,437 | ,040 | 10,881 | *** | |
| e23 | ,290 | ,027 | 10,669 | *** | |

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

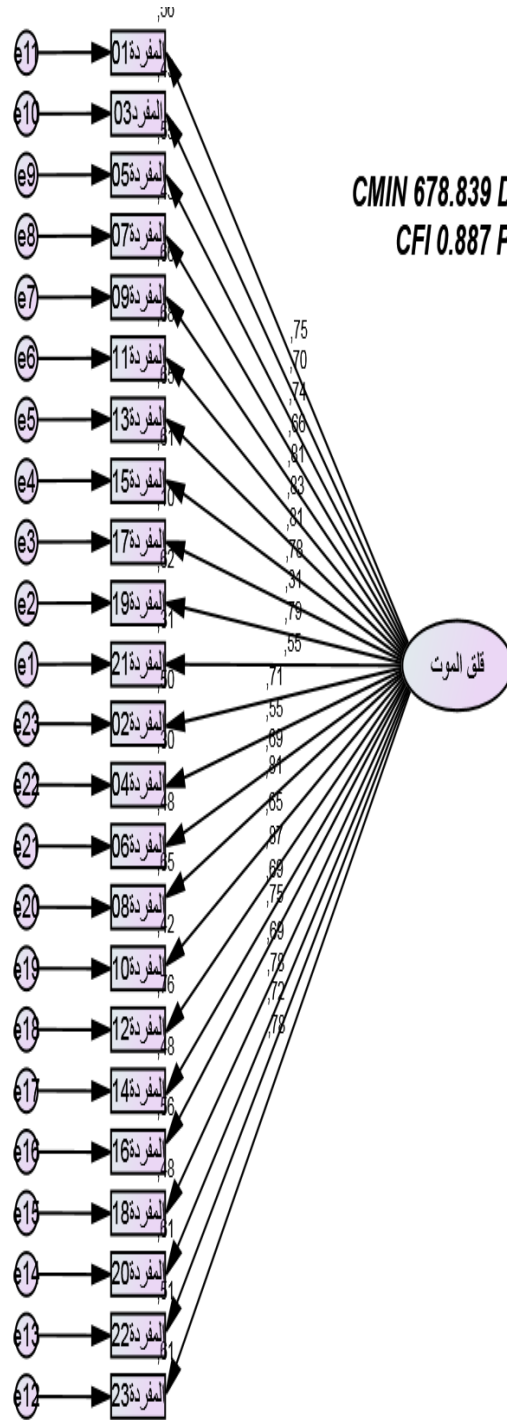
| | Estimate |
|-----|----------|
| Q2 | ,499 |
| Q4 | ,303 |
| Q6 | ,481 |
| Q8 | ,648 |
| Q10 | ,417 |
| Q12 | ,755 |
| Q14 | ,476 |
| Q16 | ,555 |
| Q18 | ,481 |
| Q20 | ,614 |
| Q22 | ,512 |
| Q23 | ,610 |
| Q1 | ,557 |
| Q3 | ,486 |
| Q5 | ,553 |
| Q7 | ,433 |
| Q9 | ,659 |
| Q11 | ,683 |
| Q13 | ,654 |
| Q15 | ,609 |
| Q17 | ,096 |
| Q19 | ,624 |
| Q21 | ,307 |

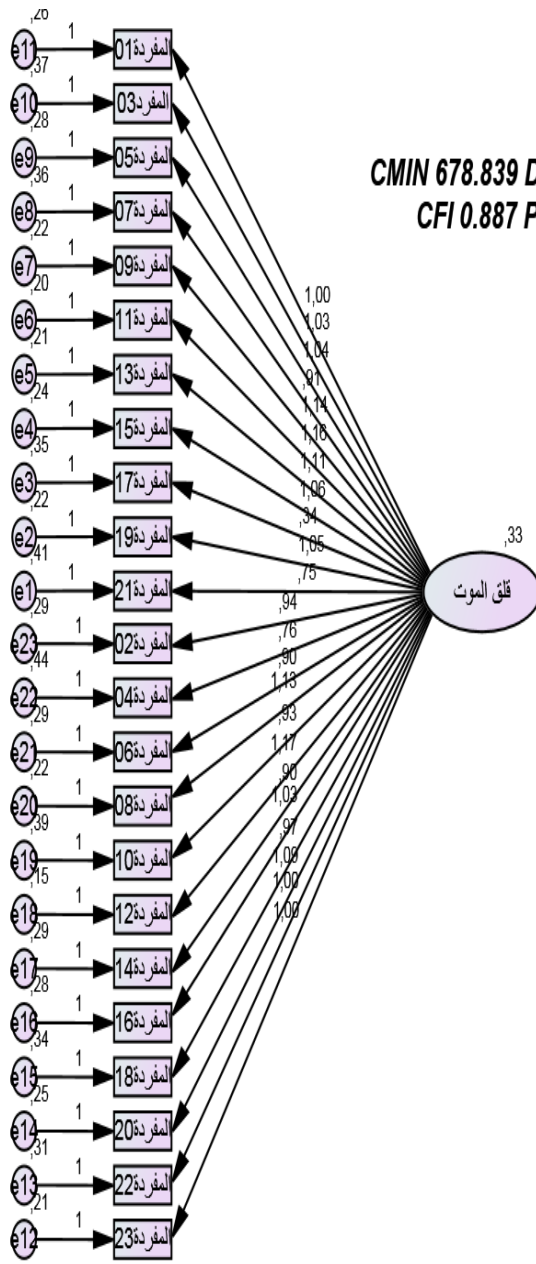


مقياس قلق الموت

CMIN 678.839 DF 229 P0.000 CMIN/DF 2.951

CFI 0.887 PCFI 0.806 RMSEA 0.089





مقياس قلق الموت
CMIN 678.839 DF 229 P0.000 CMIN/DF 2.951
CFI 0.887 PCFI 0.806 RMSEA 0.089

التحليل العاُملي التوكيدي الثنائي

Notes for Model (Default model)

Computation of degrees of freedom (Default model)

| | |
|--|-----|
| Number of distinct sample moments: | 276 |
| Number of distinct parameters to be estimated: | 69 |
| Degrees of freedom (276 - 69): | 207 |

Result (Default model)

Minimum was achieved
 Chi-square = 527,469
 Degrees of freedom = 207
 Probability level = ,000

Model Fit Summary

CMIN

| Model | NPAR | CMIN | DF | P | CMIN/DF |
|--------------------|------|----------|-----|------|---------|
| Default model | 69 | 527,469 | 207 | ,000 | 2,548 |
| Saturated model | 276 | ,000 | 0 | | |
| Independence model | 23 | 4226,968 | 253 | ,000 | 16,707 |

RMR, GFI

| Model | RMR | GFI | AGFI | PGFI |
|--------------------|------|-------|------|------|
| Default model | ,027 | ,842 | ,790 | ,632 |
| Saturated model | ,000 | 1,000 | | |
| Independence model | ,309 | ,142 | ,064 | ,130 |

Baseline Comparisons

| Model | NFI | RFI | IFI | TLI | CFI |
|--------------------|--------|------|--------|------|-------|
| | Delta1 | rho1 | Delta2 | rho2 | |
| Default model | ,875 | ,847 | ,920 | ,901 | ,919 |
| Saturated model | 1,000 | | 1,000 | | 1,000 |
| Independence model | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |

Parsimony-Adjusted Measures

| Model | PRATIO | PNFI | PCFI |
|--------------------|--------|------|------|
| Default model | ,818 | ,716 | ,752 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 1,000 | ,000 | ,000 |

NCP

| Model | NCP | LO 90 | HI 90 |
|-----------------|---------|---------|---------|
| Default model | 320,469 | 256,532 | 392,083 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 |

| Model | NCP | LO 90 | HI 90 |
|--------------------|----------|----------|----------|
| Independence model | 3973,968 | 3766,870 | 4188,350 |

FMIN

| Model | FMIN | F0 | LO 90 | HI 90 |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| Default model | 2,162 | 1,313 | 1,051 | 1,607 |
| Saturated model | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Independence model | 17,324 | 16,287 | 15,438 | 17,165 |

RMSEA

| Model | RMSEA | LO 90 | HI 90 | PCLOSE |
|--------------------|-------|-------|-------|--------|
| Default model | ,080 | ,071 | ,088 | ,000 |
| Independence model | ,254 | ,247 | ,260 | ,000 |

AIC

| Model | AIC | BCC | BIC | CAIC |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| Default model | 665,469 | 680,524 | 907,056 | 976,056 |
| Saturated model | 552,000 | 612,218 | 1518,347 | 1794,347 |
| Independence model | 4272,968 | 4277,987 | 4353,497 | 4376,497 |

ECVI

| Model | ECVI | LO 90 | HI 90 | MECVI |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| Default model | 2,727 | 2,465 | 3,021 | 2,789 |
| Saturated model | 2,262 | 2,262 | 2,262 | 2,509 |
| Independence model | 17,512 | 16,663 | 18,391 | 17,533 |

HOELTER

| Model | HOELTER .05 | HOELTER .01 |
|--------------------|----------------|----------------|
| Default model | 112 | 120 |
| Independence model | 17 | 18 |

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-------------|----------|------|--------|-----|-------|
| Q21 <--- F1 | ,778 | ,085 | 9,184 | *** | |
| Q19 <--- F1 | 1,016 | ,079 | 12,822 | *** | |
| Q17 <--- F1 | ,324 | ,070 | 4,616 | *** | |
| Q15 <--- F1 | 1,023 | ,081 | 12,630 | *** | |
| Q13 <--- F1 | 1,061 | ,081 | 13,109 | *** | |
| Q11 <--- F1 | 1,109 | ,082 | 13,440 | *** | |
| Q9 <--- F1 | 1,115 | ,083 | 13,382 | *** | |
| Q7 <--- F1 | ,896 | ,085 | 10,508 | *** | |
| Q5 <--- F1 | 1,067 | ,084 | 12,635 | *** | |
| Q3 <--- F1 | 1,038 | ,090 | 11,511 | *** | |
| Q1 <--- F1 | 1,000 | | | | |
| Q2 <--- F1 | ,956 | ,081 | 11,834 | *** | |
| Q4 <--- F1 | ,799 | ,086 | 9,291 | *** | |

| | | | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-----|------|----|----------|------|--------|------|-------|
| Q6 | <--- | F1 | ,909 | ,079 | 11,507 | *** | |
| Q8 | <--- | F1 | 1,121 | ,083 | 13,453 | *** | |
| Q10 | <--- | F1 | ,885 | ,089 | 9,918 | *** | |
| Q12 | <--- | F1 | 1,162 | ,079 | 14,648 | *** | |
| Q14 | <--- | F1 | ,890 | ,080 | 11,174 | *** | |
| Q16 | <--- | F1 | ,977 | ,085 | 11,526 | *** | |
| Q18 | <--- | F1 | ,953 | ,086 | 11,047 | *** | |
| Q20 | <--- | F1 | 1,048 | ,085 | 12,318 | *** | |
| Q22 | <--- | F1 | 1,010 | ,085 | 11,881 | *** | |
| Q23 | <--- | F1 | 1,000 | ,077 | 13,036 | *** | |
| Q1 | <--- | F2 | -,033 | ,046 | -,707 | ,480 | |
| Q3 | <--- | F2 | -,034 | ,054 | -,632 | ,528 | |
| Q5 | <--- | F2 | ,096 | ,048 | 1,992 | ,046 | |
| Q7 | <--- | F2 | -,032 | ,054 | -,598 | ,550 | |
| Q9 | <--- | F2 | -,129 | ,044 | -2,932 | ,003 | |
| Q11 | <--- | F2 | -,267 | ,044 | -6,076 | *** | |
| Q13 | <--- | F2 | -,289 | ,045 | -6,455 | *** | |
| Q15 | <--- | F2 | -,161 | ,045 | -3,564 | *** | |
| Q17 | <--- | F2 | -,051 | ,052 | -,981 | ,327 | |
| Q19 | <--- | F2 | -,207 | ,043 | -4,762 | *** | |
| Q21 | <--- | F2 | ,195 | ,058 | 3,384 | *** | |
| Q2 | <--- | F3 | ,064 | ,046 | 1,392 | ,164 | |
| Q4 | <--- | F3 | ,114 | ,055 | 2,077 | ,038 | |
| Q6 | <--- | F3 | ,101 | ,046 | 2,191 | ,028 | |
| Q8 | <--- | F3 | ,001 | ,043 | ,026 | ,980 | |
| Q10 | <--- | F3 | -,262 | ,054 | -4,887 | *** | |
| Q12 | <--- | F3 | ,003 | ,036 | ,094 | ,925 | |
| Q14 | <--- | F3 | -,095 | ,046 | -2,045 | ,041 | |
| Q16 | <--- | F3 | -,304 | ,048 | -6,384 | *** | |
| Q18 | <--- | F3 | -,226 | ,049 | -4,585 | *** | |
| Q20 | <--- | F3 | -,349 | ,047 | -7,419 | *** | |
| Q22 | <--- | F3 | ,016 | ,048 | ,326 | ,744 | |
| Q23 | <--- | F3 | -,040 | ,040 | -,989 | ,323 | |

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

| | | | Estimate |
|-----|------|----|----------|
| Q21 | <--- | F1 | ,584 |
| Q19 | <--- | F1 | ,768 |
| Q17 | <--- | F1 | ,298 |
| Q15 | <--- | F1 | ,760 |
| Q13 | <--- | F1 | ,780 |
| Q11 | <--- | F1 | ,797 |
| Q9 | <--- | F1 | ,800 |
| Q7 | <--- | F1 | ,651 |
| Q5 | <--- | F1 | ,773 |
| Q3 | <--- | F1 | ,706 |
| Q1 | <--- | F1 | ,754 |

| | Estimate |
|-------------|----------|
| Q2 <--- F1 | ,725 |
| Q4 <--- F1 | ,583 |
| Q6 <--- F1 | ,708 |
| Q8 <--- F1 | ,810 |
| Q10 <--- F1 | ,622 |
| Q12 <--- F1 | ,870 |
| Q14 <--- F1 | ,690 |
| Q16 <--- F1 | ,714 |
| Q18 <--- F1 | ,685 |
| Q20 <--- F1 | ,758 |
| Q22 <--- F1 | ,728 |
| Q23 <--- F1 | ,789 |
| Q1 <--- F2 | -,043 |
| Q3 <--- F2 | -,040 |
| Q5 <--- F2 | ,121 |
| Q7 <--- F2 | -,041 |
| Q9 <--- F2 | -,160 |
| Q11 <--- F2 | -,332 |
| Q13 <--- F2 | -,368 |
| Q15 <--- F2 | -,207 |
| Q17 <--- F2 | -,082 |
| Q19 <--- F2 | -,271 |
| Q21 <--- F2 | ,253 |
| Q2 <--- F3 | ,085 |
| Q4 <--- F3 | ,145 |
| Q6 <--- F3 | ,136 |
| Q8 <--- F3 | ,001 |
| Q10 <--- F3 | -,319 |
| Q12 <--- F3 | ,004 |
| Q14 <--- F3 | -,127 |
| Q16 <--- F3 | -,384 |
| Q18 <--- F3 | -,281 |
| Q20 <--- F3 | -,437 |
| Q22 <--- F3 | ,020 |
| Q23 <--- F3 | -,054 |

Variances: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|----|----------|------|--------|-----|-------|
| F2 | 1,000 | | | | |
| F3 | 1,000 | | | | |
| F1 | ,334 | ,049 | 6,859 | *** | |
| e1 | ,353 | ,038 | 9,190 | *** | |
| e2 | ,197 | ,021 | 9,379 | *** | |
| e3 | ,355 | ,032 | 10,984 | *** | |
| e4 | ,229 | ,023 | 10,093 | *** | |
| e5 | ,158 | ,022 | 7,039 | *** | |

| | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-----|----------|------|--------|-----|-------|
| e6 | ,164 | ,021 | 7,715 | *** | |
| e7 | ,217 | ,021 | 10,183 | *** | |
| e8 | ,363 | ,034 | 10,753 | *** | |
| e9 | ,247 | ,026 | 9,398 | *** | |
| e10 | ,360 | ,034 | 10,644 | *** | |
| e11 | ,253 | ,024 | 10,513 | *** | |
| e12 | ,201 | ,019 | 10,379 | *** | |
| e13 | ,302 | ,029 | 10,466 | *** | |
| e14 | ,150 | ,027 | 5,582 | *** | |
| e15 | ,292 | ,030 | 9,830 | *** | |
| e16 | ,215 | ,027 | 7,961 | *** | |
| e17 | ,282 | ,027 | 10,626 | *** | |
| e18 | ,144 | ,015 | 9,536 | *** | |
| e19 | ,345 | ,036 | 9,711 | *** | |
| e20 | ,220 | ,022 | 10,141 | *** | |
| e21 | ,264 | ,027 | 9,957 | *** | |
| e22 | ,400 | ,039 | 10,350 | *** | |
| e23 | ,271 | ,027 | 10,202 | *** | |

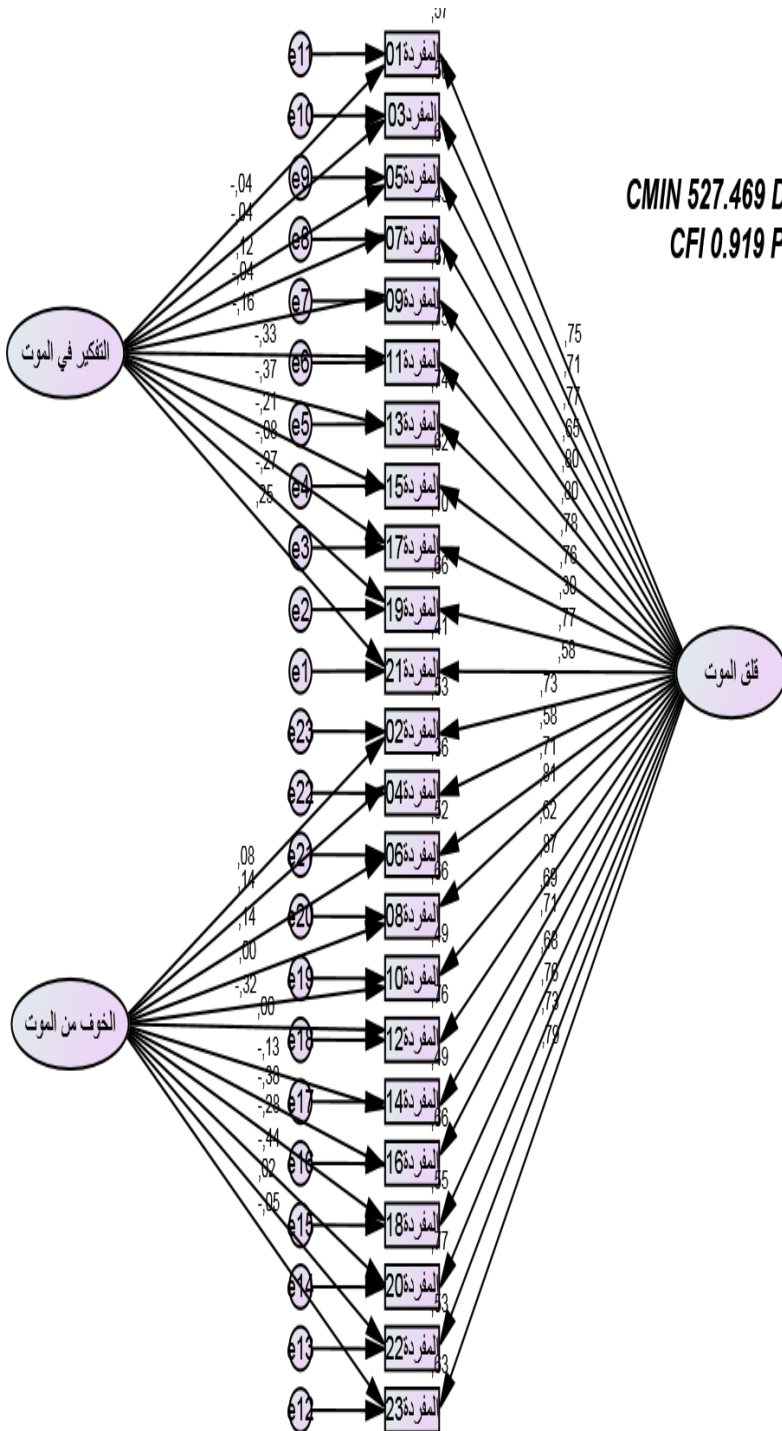
Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

| | Estimate |
|-----|----------|
| Q2 | ,533 |
| Q4 | ,361 |
| Q6 | ,520 |
| Q8 | ,657 |
| Q10 | ,489 |
| Q12 | ,758 |
| Q14 | ,492 |
| Q16 | ,657 |
| Q18 | ,548 |
| Q20 | ,765 |
| Q22 | ,530 |
| Q23 | ,625 |
| Q1 | ,570 |
| Q3 | ,501 |
| Q5 | ,612 |
| Q7 | ,426 |
| Q9 | ,666 |
| Q11 | ,746 |
| Q13 | ,744 |
| Q15 | ,621 |
| Q17 | ,096 |
| Q19 | ,663 |
| Q21 | ,405 |

مقياس قلق الموت

CMIN 527.469 DF 207 P0.000 CMIN/DF 2.548

CFI 0.919 PCFI 0.752 RMSEA 0.080



مقياس قلق الموت

CMIN 527.469 DF 207 P0.000 CMIN/DF 2.548
CFI 0.919 PCFI 0.752 RMSEA 0.080

