الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد بن احمد _وهران2_الجزائر

كلية العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس و الارطفونيا

التخصص: علم النفس الصحة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر

بعنوان:

قلق الموت عند المسنين المصابين بمرض مزمن

من إعداد الطالبة:

- عباسيني شهيناز

تحت إشراف الأستاذة:

- بقال اسمى

أعضاء اللجنة المناقشة:

- أ. بقال اسمى مشرفا و مقررا

- أ. سبع فاطمة الزهراء رئيسا

- أ. محرزي مليكة مناقشا

الموسم الجامعي: 2023/2022

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد بن احمد _وهران2_الجزائر

كلية العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس و الارطفونيا

التخصص: علم النفس الصحة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر

بعنوان:

قلق الموت عند المسنين المصابين بمرض مزمن

من إعداد الطالبة:

- عباسيني شهيناز

تحت إشراف الأستاذة:

- بقال اسمى

أعضاء اللجنة المناقشة:

- أ. بقال اسمى مشرفا و مقررا

- أ. سبع فاطمة الزهراء رئيسا

- أ. محرزي مليكة مناقشا

الموسم الجامعي: 2023/2022

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر

الفضل و الشكر الله تعالى، نحمده و نشكره بفضله الكريم، الذي أنعم علينا بنعمة العلم، ووفقني بمواصلة مشواري الدراسي و بفضل الجهود التي بذلتها طيلة الأعوام التي مضت بكل جد و صبر وعزيمة فقد قال تعالى في محكم تنزيله "اعملوا فسيرى الله عملكم و رسوله و المؤمنون"

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى أستاذتي المشرفة "بقال أسمى" على كل المجهودات الجبارة و الانتقادات الموضوعية التي بذلتها في الإشراف على هذا العمل، و بدون نسيان فضلها الجزيل من خلال كل النصائح القيمة و الهامة و أتمنى من الله عز وجل أن تكون جهودنا في المستقبل فائدة يستفيد منها الغير.

و اشكر كثيرا كل من ساندني و أمد لي يد العون سواء كان من قريب أو من بعيد حتَّى ولو كانت معلومة بسيطة أو كلمة طيبة.

إهداء

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

الحمد لله الذي أمدني العزيمة و الصبر في إتمام هذا العمل المتواضع.

- إلى معنى الحب والحنان إلى من كان دعاءها سر نجاحي إلى أمي الغالية، أطال الله في عمرها و حفظها من كل شرّ وجعل الجنة مثواها.
- إلى من علمني الإرادة... الذي من أحمل اسمه بكل افتخار ووقار... أرجو من الله أن يملك العمر الطويل... والدي العزيز حفظك الله ورعاك.
- إلى من مَدّت أياديهم في أوقات الضعف، غير راضين باستكانتي ، إليكم يا أصدقائي الدّاعمين في أحلك الظروف.
- إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد.
- إلى كل من أحب.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على قلق الموت لدى عينة من المسنين المصابين بأمراض مزمنة وذلك من خلال: التعرف على مستوى انتشار قلق الموت لدى المسنين أصحاب الأمراض المزمنة. الكشف على فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت والمصابين بمرض مزمن في ضوء متغير الجنس و زمن الإصابة ، وهذا باستخدام المنهج الوصفي على عينة من المسنين (45) مسنا بتطبيق استبيان قلق الموت لدى عينة من المسنين المصابين بأمراض مزمنة وكانت النتائج كالتالي: مستوى انتشار قلق الموت مرتفع لدى المسنين المصابين بأمراض مزمنة بدرجة عالية توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت المصابين بأمراض مزمنة في ضوء متغير الجنس و مدة الإصابة صحيح.

الكلمات المفتاحية قلق الموت، المسنين، المرض المزمن.

Abstract:

The present study aimed to identify death anxiety in a sample of chronically ill older persons by: identifying the prevalence of death anxiety in older chronically ill persons. Detection of statistically significant differences between older persons in death anxiety and chronic illness in the light of the gender variable and the time of injury, using the descriptive approach on a sample of older persons (45) elderly by applying the death anxiety questionnaire to a sample of older persons with chronic diseases. The results are as follows: The prevalence of death anxiety is high in older persons with highly chronic diseases. There are statistically significant differences among older persons in chronic death anxiety in light of the gender variable and the duration of the injury is true.

Key words: Death anxiety, the elderly, chronic illness.

فهرس المحتويات:

العنوان	الصفحة
الشكر	/
الاهداء	/
ملخص الدراسة	/
فهرس المحتويات	/
قائمة الجداول	/
مقدمة	01
الجانب النظري	
الإطار العام للدراسة	
مشكلة الدراسة	05
فرضيات الدراسة	06
أهمية الدراسة	06
أهداف الدراسة	07
التعريفات الإجرائية	07
الدراسات السابقة	08
الجانب النظري	
الفصل الأول: القلق / قلق الموت	
تعريف القلق	15
أنواع القلق	15
أعراض القلق	16
أسباب القلق	18
تعريف قلق الموت	19
الربط بين القلق و قلق الموت	20

مكونات قلق الموت	20
أعراض قلق الموت	22
أسباب قلق الموت	23
نظريات قلق الموت	24
علاج قلق الموت	25
الفصل الثاني: الشخص المسن	
مفهوم الشخص المسن	29
أنواع الشيخوخة	30
النظريات المسرة للتقدم في السن	30
مشكلات الشخص المسن	32
علاج الشيخوخة	33
الاحتياجات النفسية و الاجتماعية للشخص المسن	34
الجانب التطبيقي	
الفصل الثالث: إجراءات الدراسة المنهجية	
تعريف المنهج	38
الأدوات المستخدمة	39
الدراسة الاستطلاعية	43
الهدف من الدراسة	44
مكان إجراء الدراسة	45
الفصل الرابع: عرض و تحليل و مناقشة النتائج	
عرض نتائج الدراسة	47
مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات	50
الاستنتاج العام للدراسة	52
توصيات و اقتراحات	53

خاتمة الدراسة	55
قائمة المصادر و المراجع	57
الملاحق	59

قائمة الأشكال و الجداول:

رقم	العنوان	صفحة
1	جدول إكلينيكي :الأعراض البدنية و النفسية لقلق الموت	22
2	جدول: يمثل سلم اختبار قلق الموت	42
3	جدول: مواصفات العينة حسب الجنس	44
4	جدول: مواصفات العينة حسب مدة الإصابة	44
5	جدول: مستوى قلق الموت عند العينة	47
6	جدول: الفروق الإحصائية بين العينة حسب متغير الجنس	48
7	جدول: الفروق الإحصائية للعينة حسب متغير الإصابة بالمرض	49

مقـــدمـــــة

مقدمة:

قلق الموت انفعال سلبي ناتج عن الإحساس بمشاعر سلبية التي تجعل بعض الأفراد دائمي التفكير فيه تحسبا لخطر الموت القريب، فهو يعد استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية منعدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل وتوقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت، فالموت حتمية لا مفر منها ويعد من الأسرار التي يجهلها الإنسان، ومن الطبيعي أن تشكل هذه الحتمية قلقا وخوفا لديه نتيجة لتعلقه بالحياة والخوف، فقلق الموت قد يزداد عند إصابة الفرد بأمراض معينة خاصة المزمنة كالسرطانات أو التقدم في العمر مثال نجده عند التقدم في السن.

تعتبر مرحلة الشيخوخة و التقدم في السن من أهم مراحل العمر المتتابعة التي يصل إليها الفرد في سن الستون فهي عملية حيوية طبيعة تتسم بالانحدار المستمر في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية ولا تقاس هذه المرحلة بالتغيرات الفسيولوجية فقط بل تدخل العوامل النفسية و الاجتماعية، أيضا فهي تعتبر المحطة الأخيرة في رحلة الإنسان ، ولهذا فالبعض يراها مرحلة الإشراف على النهاية، والبعض الآخر يرى فيها عمق في الحكمة والتجربة بالحياة ،أما البعض الآخر يدركها من الجانب السلبي بصفتها مرحلة التدهور العضوي وبوابة للأمراض المزمنة.

ولتخطي هذه المرحلة بنجاح يحتاج المسن إلى الاهتمام سواء من الناحية الجسمية أو النفسية ومساعدته على تحقيق الصحة جسمية ونفسية جيدة لكن هنالك ظروف من مسن إلى آخر وحسب البيئة والظروف الاجتماعية التي يعيشها المسن، نجد البعض يعيشون مع أسرهم، والبعض الآخر يعيش بمفرده، بينما نجد فئة أخرى يعيشون في دور الرعاية بعيدين عن أسرهم ويقضون ما تبقى من حياتهم في مراكز العجزة.

وفي ديننا الإسلامي الحنيف رعاية المسنين واجبة والتخلي عنهم تقصيرا في أداء الواجب. فان جمعنا هذا التقصير عدة مشكلات يواجهها المسنين في حياتهم هو إحساسهم بأنهم أناس غير مرغوب فيهم ولا فائدة منهم ، و بذلك ينجر عن هذا عدة أمراض مزمنة كالضغط

الدموي و السكري و غيرها مخلفة مشكلات نفسية و اجتماعية نتيجة الخبرات الصادمة ، مصاحبة فقدان العلاقات الاجتماعية و الأنشطة و الاهتمامات ، و الشعور بالملل و اليأس ، و المعاناة من وقت الفراغ و تكوين فكرة القلق والاقتراب من الموت.

وفي هذا السياق نظرا لتزايد عدد المسنين في مجتمعنا و رغبة مني في دراسة هذه المرحلة العمرية، وهذا ما دفعني للبحث في هذا الموضوع ومحاولة التعرف على مؤشرات قلق الموت لدى المسن المصاب بمرض مزمن . ونظرا لأهمية هذا الطرح وتأثيره في حياة المسن ولفهم مختلف جوانب الموضوع، ، جاءت دراستنا لنبحث في ذلك ولقد شمل البحث على ثلاث فصول للجانب النظري و فصلين للجانب التطبيقي

- كبداية تحت عنوان **"الإطار العام للدراسة"** والذي تضمن تحديد الإشكالية والتساؤلات لفرعية ثم الإجابة عنها بفرضيات، إضافة إلى التعرض إلى أهمية وأهداف الدارسة، ثم تحديد بعض التعارف الإجرائية لمتغيرات البحث ثم الدارسات السابقة

- الإطار النظري:

و الذي يضم فصلين:

الفصل الأول: تناولنا في هذا الفصل القلق، تعريف القلق و أنواع القلق، أعراض القلق، أسباب القلق. ثم تطرقنا إلى قلق الموت، تعريفه، الربط بين القلق و قلق الموت، مكونات قلق الموت، أعراض قلق الموت، أسباب قلق الموت، النظريات المفسرة لقلق الموت، و علاج قلق الموت.

الفصل الثاني: جاء بعنوان " الشخص المسن " تضمن على مفهوم المسنين ، أنواع الشيخوخة عند المسن ، النظريات المفسرة ، مشكلات التي تواجه في المسنين ، و علاج مشاكل المسنين ، الاحتياجات في مرحة الشيخوخة النفسية و الاجتماعية.

الجانب الميداني: يحتوي على فصلين

- **الفصل الثالث :** الإجراءات المنهجية للدارسة الميدانية: وقد قسم إلى جزئيين :

1- خصص الجزء الأول: للدارسة الاستطلاعية، عينتها، حدودها، أدواتها، المعالجة لإحصائية للدارسة الاستطلاعية.

2- خصص الجزء الثاني: للدارسة الأساسية، منهج و المجتمع الدارسة الأساسية، حدود الدارسة الأساسية، أداة الدارسة، الخصائص والأساليب الدارسة الأساسية.

- **الفصل الرابع:** عرض النتائج الفرضيات و مناقشتها.

- التوصيات و الاقتراحات.

- الخاتمة.

- قائمة المصادر و المراجع .

-الملاحق.

الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة.

2- فرضيات الدراسة.

3- أهمية الدراسة.

4- أهداف الدراسة.

5- التعريفات الإجرائية للمصطلحات.

6- الدراسات السابقة حول الدراسة.

1- الإشكالية:

يعاني الإنسان العديد من المشكلات النفسية و الاجتماعية و العراقيل من بينها الموت باعتباره موضوعا مؤلم يحدث عند الإنسان القلق، ويتعلق بمصيره السلبي ويرى "فرويد" أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية خطيرة لا يستطيع صدها، والقلق هنا يأتي بعد إدراك الفرد بقرب نهايته، و التأكد من وجود حياة أخرى بعد الموت، وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حقيقة هذه النهاية للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، هذا الأخير يؤدي إلى انتظار يائس للموت ويزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين.

يمر الإنسان بمراحل مختلفة في حياته منذ والدته إلى غاية وصوله إلى مرحلة الشيخوخة ,

إذ يعرفها حامد عبد السلام زهران (1999) على أنها مجموعة تغيرات جسمية و نفسية تحدث بعد سن الرشد في الحلقة الأخيرة من الحياة، ومن المتغيرات العضوية الضعف العام في الصحة و نقص القوة العضلية و ضعف الحواس ،وضعف الطاقة الجسمية و الجنسية بوجه عام ، ومن المتغيرات النفسية ضعف الانتباه و الذاكرة و ضيق الاهتمامات و شدة التأثر الانفعالي و الحساسية النفسية (زهران حامد ، 1999، ص 349).

وبما أن الشيخوخة هي مرحلة الأخيرة التي يمر بها الإنسان في حياته نلاحظ في هذه المرحلة ما يسمى بقلق الموت، فنجده دائم التفكير في موضوع الموت كيف يأتي، متى، وأين؟ فقلق الموت كما عرف "هولتز،"1997" وهو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانفعال و الانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (محمد أحمد عبد الخالق، 1987 ،ص38).

و لقد أجريت عدة دراسات تناولت موضوع قلق الموت منها دراسة " مولن ولوبز" (1982) حول الفروق في مستوى قلق الموت التي توصلت إلى أنه هناك فرق جوهري في مستوى قلق الموت بين عينة كبار الشيوخ مقارنة بعينة صغار الشيوخ ، ووجود ارتباط بين قلق الموت وتدهور الحالة الصحية. (فقيري،2014-2013 ،ص105).

يجب التكفل الجيد بالمسنين الذين يحتاجون إلى عناية صحية خصوصا للحالات المزمنة فنجد كثرة الأمراض المزمنة عند المسنين من أمراض قلب، وارتفاع ضغط الدم، والسكري، نتيجة قلق الموت من المرض المصاحب له والحزن على نفسه و حالته كذلك.

ومن هنا جاءت الدراسة الحالية كإسهام للبحث والتعرف على مستوى قلق الموت للمسنين المصابين بمرض مزمن ،ومما تقدم نطرح التساؤلات آتية:

* هل يعاني الشخص المسن المصاب بمرض مزمن من درجة مرتفعة من قلق الموت؟

* هل توجد فروق دالة إحصائيا تعود إلى متغير الجنس ؟

* هل توجد فروق دالة إحصائيا تعود إلى متغير مدة الإصابة بالمرض المزمن ؟

2- فرضيات الدراسة:

* يعاني المسن المصاب بمرض مزمن من درجة عالية من مستوى قلق الموت.

* توجد فروق دالة إحصائيا تعود إلى متغير الجنس.

* توجد فروق دالة إحصائيا تعود إلى متغير مدة الإصابة بالمرض المزمن.

3- أهمية الدراسة:

التقدم في السن أو ارتفاع معدل الشيخوخة ظاهرة عالمية وعلى هذا الأساس تكمن الأهمية النظرية لدارستنا في:

لفت الاهتمام بدارسة قلق الموت عند المسنين المصابين بأمراض مزمنة.

فهم أكثر للحالات النفسية للمسنين المصابين بمختلف الأمراض المزمنة .

تقدم الدراسة إطارا نظريا وميدانيا يستفيد منه الباحثين والمهتمين بموضوع قلق الموت لدى فئة من المسنين.

4- أهداف الدراسة:

إن الهدف من القيام بأي دراسة هو تسليط الضوء على بعض المشكلات أو الظواهر التي تواجه الفرد في حياته، وعليه فان الهدف من دراستنا معرفة معاناة المسنين من المرض المزمن و قلق الموت ويمكن ذكر أهم الأهداف فيما يلي:

- التعرف أكثر على الحالة النفسية للمسنين.

- الكشف عن الاضطرابات النفسية (قلق الموت) لدى المسن الذي يعاني من مرض مزمن.

- الكشف عما إذا يعاني المسن المصاب بمرض مزمن من درجة عالية من قلق الموت.

- التعرف على الحالة النفسية التي يخلفها المرض المزمن من قلق الموت على المسنين.

5- أهم المصطلحات الإجرائية:

- إن تحديد المصطلحات و المفاهيم خطوة أساسية يقوم بها الباحث من اجل تحديد مسار بحثه، فهي تعتبر بمثابة مفردات أساسية و مفتاحيه في البحث و على هذا فالمصطلحات الرئيسة لهذه الدراسة هي:

- **قلق الموت**: هي أفكار غير سارة حول توقف الحياة و الابتعاد عن الحياة الدنيا، مما يؤدي إلى وقوع الشخص في قلق الموت.

- **المسنين:** المسن هو كل فرد أصبح عاجز عن غاية وخدمة نفسه إثر تقدمه في العمر وليس بسبب إعاقة أو مرض، والمسن هو في حدود العمر ما بين 70 إلى 80 سنة.

- **الأمراض المزمنة:** يطلق على المرض كلمة المزمن متى كان العلاج المناسب لا يودي إلى الشفاء العاجل(شاوس محمد 2004).

6- الدراسات السابقة:

إن للدارسات السابقة فائدة وأهمية بالغة في البحوث العلمية بكافة مستوياتها، فهي تساعد في توضيح أبعاد المشكلة قيد الدارسة وفي تحديد موقع البحوث التي سبقت. فهي تعد بمثابة القاعدة التي تنطلق منها الدارسة.

ومن خلال اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة (في حدود علمي) لم يعثر على دراسات تناولت عنوان البحث بالضبط ولكن تناولت بالدراسة متغيراته بشكل منفرد.

1- دراسة نجوم (2000) الالتزام بالدين الإسلامي وعلاقته بكل من قلق الموت والاكتئاب لدى المسنين والمسنات بالعاصمة المقدسة ومحافظة جدة هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الالتزام بالدين الإسلامي و قلق الموت الاكتئاب النفسي معرفة الفروق بين مرتفعي و منخفضي الالتزام بالدين الإسلامي والاكتئاب ولتحقيق هذه الأهداف استخدمت المنهج الوصفي وطبقت على عينة قدرت 200 مسن ومسنة من دار الرعاية الاجتماعية بالعاصمة المقدسة ومحافظة جدة طبق عليهم مقياس الالتزام الديني من إعداد طريقة الشويعر ومقياس قلق الموت لعبد الخالق ومقياس الاكتئاب النفسي الذي أعده "ديلم" وآخرون وتوصلت النتائج إلى ما يلي: وجود مظاهر أكثر شيوعا من غيرها لكل من الالتزام بالدين الإسلامي وجود علاقة بين الالتزام بالدين الإسلامي وقلق الموت أيضا علاقة بين الالتزام بالدين الإسلامي والاكتئاب. (نجوم 2002)

2- **دراسة الحاج لكحل (2008)** الصحة النفسية للمسنين". هدفت الدراسة لفحص دور الصحة النفسية للمسن لتخطي الأزمة النفسية التي يعاني منها الأفراد، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج الوصفي، وطبقت على عينة قدرت ب 100 حالة، باستخدام مقياس التوافق النفسي، وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية: . الصحة النفسية مرتبطة بمدى قدرة الفرد على تحقيق التوافق النفسي وذلك من خلال إشباع معظم حاجاته خلال تلبية مطالبه البيولوجية والاجتماعية. (حامدي، 2020، ص 7).

3- **دراسة أبو ركاب وقوتة (2010)** المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات. هدفت الدراسة إلى تحديد مختلف المشاكل النفسية والاجتماعية لدى كبار السن وعلاقتهما ببعض المتغيرات مثل الجنس السكن المستوى الاقتصادي.. ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الرسالة المنهج الوصفي التحليلي وطبقت على عينة قدرت ب 1138 مسن ومسنة وذلك باستخدام عدة أدوات أهمها sch ويقيس عدة اضطرابات نفسية واختبار الدعم الاجتماعي والوحدة النفسية وجودة الحياة وتوصلت النتائج إلى ما يلي :

16.6 يعانون الخوف 16.3% يعانون الحساسية الانفعالية 15.8% يعانون أعراض حسية 15% اكتئاب نفسي و 15.8% مشاعر العداوة 18.2% تتردى لديهم نوعية الحياة وتبين ان 19.3% يعانون الوحدة النفسية وأشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي والمشاكل النفسية. (https://safa.ps/p/24466)

4- **دراسة أريج خليل محمد القيق (2016)** قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين". هدفت هذه الدراسة لتحديد مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة والكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى هذه العينة والكشف عن العلاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى هذه العينة والتعرف إلى الفروق في مستوى قلق الموت لدى نفس العينة، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت على عينة قدرت بـ80 مسنا، بتصميم مقياس لقلق الموت لدى المسنين ومقياس الصحة النفسية لدى المسنين وتوصلت إلى النتائج التالية:

أن مستوى قلق الموت لدى المسنين 65,63% وهي نسبة أدنى من المتوسط العام.

أن مستوى الصحة النفسية التي يتمتع بها عينة الدراسة من المسنين بلغت 71,484% وهي نسبة مرتفعة نسبيا.

تبين أنه لا يوجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين قلق الموت والصحة النفسية.

5- **دراسة نسيبة عاشور (2016) (2017)** " قلق الموت لدى المسنين مظاهره وآثاره ". هدفت هذه الدراسة للتعرف على قلق الموت لدى الشخص المسن وتحديد آثاره ومظاهره ومحاولة التحقق من الفرضيات، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج العيادي، وطبقت على عينة قدرت بـ4 مسنين، باستخدام تقنية تحليل المحتوى حسب طريقة روجر ميشيل ومقياس قلق الموت، وتوصلت إلى النتائج التالية: وجود قلق الموت عند الحالات المختارة للدراسة وبدرجات مختلفة والذي ظهر بأشكال مختلفة منها سلوكية ونفسية لها تأثير نوعا ما سلبي على حياتهم.

6- **دراسة نسيبة بعلول (2019)** جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بأم البواقي هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة وكذلك التعرف على الحالة النفسية للمسنين حيث اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج الاكلينيكي حيث تكونت عينة البحث من حالتين من المقيمين في دار العجزة باستخدام مقياس جودة الحياة لمنضمة الصحة العالمية حيث تم التوصل إلى النتائج التالية : مستوى جودة الحياة لدى المسنين المقيمين في دار العجزة منخفض.

7- **دراسة مريم سراي في عام(2016)** قامت مريم سراي بدراسة علمية عن المعاش النفسي للمسنين المقيمين بدار العجزة بولاية سطيف، وتمت الدراسة على ثلاث حالات اثنين من الذكور وأنثى واحدة يتراوح سنهم بين 78-62 سنة واستخدمت الباحثة المقابلة والملاحظة معتمدة على المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة وكشفت نتائج هذه الدراسة أن المعاش النفسي للمسنين المقيمين بدار العجزة سلبي يتميز بالقلق والوحدة النفسية وانخفاض تقدير الذات. (مريم سراي 2016 . م، ص 30).

8- **دراسة سيني أحمد (2013)** قام سيني احمد بدراسة علمية حول تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين وكانت هذه الدراسة ميدانية على عينة من المسنين ببعض مراكز رعاية الشيخوخة في الغرب الجزائري، وتضمنت عينة الدراسة 68 فردا منهم 37 مسنا و 31 مسنة باستخدام المقابلة الموجهة والمنهج الوصفي لملائمته مع طبيعة الدراسة، وكشفت نتائج هذه الدراسة عدم وجود علاقة بين تقدير الذات العام والتوافق النفسي للمسنين

في دور الرعاية الاجتماعية، كما أظهرت النتائج أيضا وجود علاقة بين مستويات تقدير الذات الإيجابي والسلبي والتوافق النفسي لدى المسنين تبعا للجنس، وأيضا عدم وجود فروق دالة إحصائية بين تقدير الذات والتوافق النفسي تبعا لمدة الإقامة. (سيني 2015 ص 20).

09- **دراسة خديجة حمو علي (2012)** عنوانها علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي لدراسة الحالة وتكونت العينة من 12 مسن وقد استخدمت مقياس الشعور بالوحدة النفسية لعبد الرقيب البحيري وقد توصلت إلى أنه توجد علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين تحددها نوعية الإقامة .

10- **دراسة مريم بن فطيمة (2014)** تحت عنوان قلق الموت وعلاقته بفاعلية الذات والدافعية للإنجاز لدى المسنين وكان هدف الدراسة التحقق من وجود علاقة ارتباطية بين قلق الموت وفاعلية الذات والدافعية للإنجاز لدى المسنين المقيمين بمراكز المسنين بالعاصمة وقد استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي وطبقت الدراسة على عينة متكونة من 80 مسن ووجدت نسبة 47.5% من أفراد العينة تملك درجة مرتفعة من قلق الموت .

11- **دراسة عبد الناصر غربي (2018)** التي كان هدفها معرفة مستويات قلق الموت لدى عينة من المسنين المكفوفين ، والمسنين المبصرين على عينة (64) فردا وكذا هدفت إلى معرفة الفروق في الصلابة النفسية وفي قلق الموت لديهم تبع لمتغيري الإعاقة البصرية والجنس ، استخدم المنهج الوصفي ، وقام بتطبيق مقياس قلق الموت (عبد الخالق ، 2003) وقد أفرزت النتائج عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية وقلق الموت ووجود فروق دالة إحصائيا في المتغيرين تبعا لمتغير الإعاقة البصرية وعدم وجود فروق في تبعا لمتغير الجنس.

الجانــب النظـري

الفصل الأول: القلق/قلق الموت

- تمهيد

- اولا: القلق

1- تعريف القلق

2- أنواع القلق

3- أعراض القلق

4- أسباب القلق

- ثانيا قلق الموت

1- تعريف قلق الموت

2- الربط بين القلق و قلق الموت

3- مكونات قلق الموت

4- أعراض قلق الموت

5- أسباب قلق الموت

6- النظريات المفسرة لقلق الموت

7- علاج قلق الموت

- تمهيد:

قال الله تعالى: «كل نفس ذائقة الموت» (آل عمران- (١٨٥) يعلم الناس جيدا أن وجودهم سينتهي دون معرفة الزمان و المكان أو الطريقة التي يلقون حذفهم بها .

قال عز جل: «أو ما تدري نفس ماذا تكسب غدا وما تدري نفس بأي أرض تموت» (لقمان- ٣٤.)

«أينما تكونوا يدرككم الموت ولو كنتم في بروج مشيدة»(النساء-٧٨ .)

ومن الممكن القول بأن الخوف من الموت أمر شائع وعام لدى البشر انه يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى ولأسباب متعددة.

- أولا القلق:

1- تعريف القلق:

القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدو متشائما، ومتوتر الأعصاب، ومضطربا. كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو مترددا عاجزا عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز. (عثمان،2001،ص18)

يعرفه "حامد عبد السالم زهران" على انه : "حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية". (زهران،2005 ،ص484).

و يعرفه مسرمان Messerman : " القلق حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد التكيف فهذا يعني أن القلق ما هو إلا مظهر للعمليات الانفعالية المتداخلة التي تحدث أثناء الإحباط و الصراع " (فاعوري ايهم 2008 ص08).

2- أنواع القلق:

للقلق أنواع منها ما يمكن التعامل معه بشكل آمن، ومنها مالا يمكن الإغفال عنه .

ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق وهي القلق الواقعي(الموضوعي)والقلق العصابي والقلق الخلقي:

2-1 القلق الموضوعي: هو النوع الذي يدرك الفرد أن مصدره خارج عن نفسه، وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي أو الذي يتوقعه الشخص ويراه مقدما ومن أمثلة ذلك: رؤية البحار لسحابة قائمة في الأفق، فإن هذه السحابة تشعره بالفزع لأنها تدل على إعصار قريب.

2-2 القلق العصابي: يكمن مصدره داخل الفرد نفسه لكنه لا يعرف له أصلا أو يجد له مبررا موضوعيا أو سبب صريحا واضحا فهو خوف أسبابه مكبوتة لاشعورية، إنه قلق هائم طليق غامض. (عاشور،2016-2017 ،ص10-11).

3-2 القلق الخلقي: هو الذي يستثار كأحاسيس إثم أو خجل عند الإنسان عن طريق إدراك خطر مصدره الضمير فالضمير بصفته الممثل الداخلي لسلطة الوالدين يهدد بعقاب الشخص إذا اقترف أمرا، أو فكر في أمر مخالف للأهداف الكمالية للانا المثالية التي غرسها الوالدان في الشخصية، فالخوف الأصلي الذي يشتق من القلق هو خوف موضوعي ألا هو الخوف من الوالدين المعاقبين.

يتضح أن هناك تشابها بين القلق العصابي والقلق الخلقي، في أن الدافع لهما داخلي لدى الفرد لا يأتي من الخارج، أما في حالة القلق الموضوعي فإن مثيره خارجي، ونستطيع القول أف القلق الموضوعي والقلق الخلقي يعتبران الشيء المقبول، والذي لا يؤدي إلى الاضطراب إلى حد ما ، أما في حالة القلق العصابي فتكون المشكلة أكبر اعتبار أنه مرضي.(أسماء عبد الله عطية، 2008 ، ص20).

3- أعراض القلق:

هناك أعراض كثيرة للقلق منها نفسية وجسمية:

3-1 - الأعراض النفسية : منها

1- سرعة الإثارة العصبية وهنا يصبح المريض حساس لأي ضوضاء بل يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس، ويفقد أعصابه بسهوله ويثور لأتفه الأسباب.

2 - صعوبة التركيز والنسيان مع الشعور بالاختناق والصداع والإحساس يطوق يضغط على الرأس ويكون ذلك مصحوبا باختلال في الآلية.

3 مخاوف مرضية في أعضاء الجسم لا أساس لها كالخوف من السرطان أو مرض القلب، هنا يتردد المريض على الأطباء ويحاولون تهدئته وطمأنته من أنه لا يعاني من أي مرض

عضوي، ويستريح بعض الشيء ولكن سرعان ما تعود له المخاوف، ويبدأ في زيارة أطباء آخرين. ويزيد التلف ومن ثم تزيد الأعراض الجسمية مما يعزز خوف المريض من احتمال وجود مرض عضوي.

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

5- الحساسية المفرطة والشك والتردد والضيق وترقب المستقبل مما يؤدي إلى تناول العقاقير المنومة أو المهدئة أو شرب الخمر كمحاولة من المريض للتحقيق من أعراضه.

(فهمي علي، 2009، ص 63.).

2-3 الأعراض الجسمية:

تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد واللازمات العصبية الحركية والتعب والصداع المستمر الذي لا يهدئه الأسبرين، وتصبب العرق وعرق الكفين وارتعاش الأصابع، وبرودة الأطراف وشحوب الوجه، وسرعة النبض والخفقان وآلام الصدر والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم، وارتفاع ضغط الدم، واضطراب التنفس وعسره ونوبات التنهد والشعور بضيق الصدر، والدوار والغثيان والقيء والإسهال وزيادة مرات الإخراج وتكرار التجشؤ والانتفاخ وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق وفقد الشهية ونقص الوزن وإرهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء، واضطراب الوظيفة الجنسية (القذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية عند النساء (،زهران 2005، ص 486) .

4- أسباب القلق:

4-1 العوامل البيولوجية: تنشأ أعراض القلق النفسي هي زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعية السمبثاوي والبراسمثاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم ومن علامات تنبيه الجهاز السميثاوي أن يرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وتجحط العينان..... إلخ.

أما ظواهر الجهاز الباراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول والإسهال وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم و الشهية.

كما تلعب الوراثة دورا هاما في اضطراب القلق، فكثيرا ما نلاحظ أن والدي يعانون من نفس القلق وهذا يدل على اضطرابات البيئة التي نشأ فيها.

4-2 العوامل النفسية و الاجتماعية:

- سيجموند فرويد Freud : أرجع القلق إلى صراعات داخلية لاشعورية والتي هي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها البعض ويؤدي تصارعها إلى ظهور الأعراض المرضية أوقد ميزو فرويد بين نوعية من القلق وهما (القلق السوي والمرضي)ثم شرحها من قبل أثناء تناول تعريف القلق.

- أدلر Adler : فقد أرجع القلق إلى شعور الشخص بالنقص ومحاولته التفوق.

- السلوكيين دولرد - ميللر -بافلوف": يرجعون إضطراب السلوك عامة واضطراب القلق خاصة إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها.

كما تلعب الضغوط البيئية دورا هاما في حدوث أي اضطراب أو تفاقمه، وهناك نوعين من الضغوط:

الضغط المباشر: مثل:

- فقدان الوظيفة.

- الطلاق.

- مرض الابن.

الضغط الغير المباشر : الذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين مثل: الرغبة الشديدة في عمل شيء معين مع تحريم قوي في نفس الوقت. (فايدا، 2003 ،ص 53).

ثانيا: قلق الموت

1- تعريف قلق الموت:

يعد قلق الموت انفعال يتواجد في طيات الشعور، وهو نوع وحيد من القلق، حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج. فالشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفاؤه هو أن قلق الموت لا يعتبر قلق عادي، أو داء يمكن تشخيصه، حيث يُعد قلق الموت لا يُعرف له موضعا لكن هو قلق على المستقبل في حد ذاته، أي قلق على موقف وحدث قبل لا توجد للفرد أي سلطة عليه . (حنفي، 1997، ص 179).

تعريف " فرويد" (S.Freud) هو قلق الأنا الأعلى، أي أنه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صداه في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح شهواته. (السيد عثمان، 2001، ص 75) .

تعريف أرنست بيكر" (Frnest Biker) يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هوا لخوف من الموت. (السيد عثمان، 2001 ،ص74).

ويعرفه "أدلر": "أن المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت "(رحامنية ،2017،ص31.)

تعريف تمبلر (Templer) هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة بت، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (معمرية، 2007 ،ص212).

2- الربط بين القلق والموت:

إن الموت باعتباره نهاية للحياة، يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه، فالتصور غامض أو مهما زيادة على اعتباره جزئية مطلقة أي أنها شخصية فردية.

إن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات التي يستعملها مثل: العودة الأبدية الانتحار، الرفض المرضي للموت.

فكل هذه التظاهرات كما يقول "مالاشيران" malachirene: يتكرر قلق الموت عند الإنسان ويضيف كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عند الموت. (عاشور، 2017، ص13)

القلق يرتبط بالموت نظرا لأنه حتمية لا هروب منها، فهو ينتج عن مصادر عديدة تزيد من الخوف من الموت.

ولعل أحد أهم الأسباب التي تدعو إلى كره الموت ومقت التحدث عنه والخوف منه والقلق من جرائه، بالمقارنة بغيره من الموضوعات المثيرة للكراهية كالفشل والعوز والمرض وغيرها والمسببة للقلق كالعمل والمستقبل والأبناء...)، أن الإنسان قد يكون لديه أمل في التوصل إلى حل لهذه المشكلات يوما ما أو بطريقة معينة، أما الموت فليس كمثله شيء، إنه مرض الأمراض الذي لا شفاء منه أبدا ولا علاج ناجحا له مطلقا (عبد الخالق، 1987، ص 12).

3- مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف «جاك شورون» مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي : (عبد الخالق 1987 ص46).

1- الخوف من الاحتضار.

2– الخوف مما سيحدث بعد الموت .

3- الخوف من توقف الحياة .

كما ذكر «كافانو» في كتابه «مواجهة الموت» وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي :

1- عملية الاحتضار .

2- الموت الشخصي .

3- فكرة الحياة الأخرى .

4- النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر .

أما «ليفتون» فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي :

1- التحلل أو التفسخ .

2- الركود أو التوقف .

3- الانفصال .

كذلك ميز «ليستر» من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت تتمثل في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: الموت / الاحتضار, الذات / الآخرون. ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على ما يلي :

1- الخوف من موت الذات .

2- الخوف من احتضار الذات .

3- الخوف من موت الآخرين .

4- أعراض قلق الموت:

المحور	أعراض قلق الموت
الأعراض البدنية	-الاضطرابات في عملية اَلّخراج والتبول. -التوتر الزائد . -الأحلام المزعجة . -سرعة النبض أثناء الراحة. -فقدان السيطرة على الذات. -نوبات العرق. -غثيان أو اضطراب المعدة . -تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين. -نوبات في الدوخة والإغماء. -ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب. -اضطراب النوم.
الأعراض النفسية	-الخوف الشديد. -نوبة الهلع التلقائي . -الاكتئاب. -الانفعال الزائد . -عدم القدرة على التمييز. -اختَلاط التفكير . -زيادة الميل للعدوان. -سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.

	-سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب. -العزلة والانسحاب من العالم وانتظار لحظة الموت . -الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع . -الخوف من الإصابة بأحد الأمراض.

جدول إكلينيكي رقم :(1)يوضح الأعراض البدنية و النفسية لقلق الموت .(دافيد شهان ، ترجمة عزت شعَلان1988 ص 35).

5- أسباب قلق الموت:

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

-الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.

الخوف من الإذلال الناتج عن الألم الجسمي.

الخوف من توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.

الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
الخوف من العقاب الإلهي.

الخوف من العدم.

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

كراهية الجثة وغرابتها.

العدوى الاجتماعية للحزن.

الاشمئزاز الحضاري.

الخوف من الصدمة.

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

يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.

يعتقد عقوبة تحلله بعد الموت.

متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.

يظن أن بدنه إذا انحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان.

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

المرض.

الحوادث.

الكوارث الطبيعية.

6- النظريات المفسرة لقلق الموت:

1- النظرية السلوكية : يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفا. كذلك التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن تقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال فيها .(ارجح ، 1994 ،ص15)

2- النظرية المعرفية : يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث

المنطق يكون بموجبها خطأ نسبيا وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.(قواجلية ، 2012 ، ص 36)

3- النظرية المعرفية السلوكية: يعد ألبرت إليس (Ellis) أحد رواد هذه النظرية التي تعتبر الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية . (قواجلية نفس المرجع السابق).

7- علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه؛ حيث أنه يحقق أعلى نسب شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاح. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987 ، ص 228).

الاسترخاء:

وهو حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أي جهد جسدي شاق، فقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم أو يكون إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحا ويتصور حالات باعثة على الهدوء أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (حسين فايد، 2001 ، ص 57)

وقد أجريت عدة دراسات في هذا الميدان؛ حيث كان العلاج جماعيا فمثلا اعتمد تمبلر على نظرية العاملين في قلق الموت، يعني أن درجة قلق الموت تتحدد عن طريق عاملين:

الصحة النفسية بشكل عام.

تجارب الحياة المتصلة بموضوع الموت.

حيث يرى أنه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحبا أولا لحالة مرضية أكثر شمولا كالاكتئاب، عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإن هذه الاضطرابات يجب أن تعالج بالعلاج

السلوكي أو المواد الكيماوية باستخدام المسكنات والمهدئات والعقاقير المضادة للقلق التي تخفض نسبة القلق والتوتر والتهيج أو استخدام العلاج. .(قواجلية ، 2012 ، ص 36).

الفصل الثاني: الشخص المسن.

- تمهيد.

1- مفهوم الشخص المسن .

2- أنواع الشيخوخة.

3- النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة.

4- مشكلات التي تواجه الشخص المسن.

5- علاج مشكلات الشخص المسن.

6- احتياجات مرحلة المسنين النفسية و الاجتماعية.

- تمهيد:

إن الشخص المسن هو شخص يكون في مرحلة متقدمة من العمر ويعاني من تغيرات في الصحة والوظائف الجسدية والعقلية. يعد التقدم في العمر عملية طبيعية لكل فرد، وتتفاوت تجارب واحتياجات الأشخاص المسنين بناءً على عوامل مثل الصحة والبيئة والدعم الاجتماعي. قد يواجه الأشخاص المسنين تحديات وتغيرات في الصحة والقدرة البدنية. قد يصبحوا أكثر عرضة للإصابة بأمراض مزمنة مثل أمراض القلب والسكري وأمراض الجهاز التنفسي.

1- مفهوم الشخص المسن:

يقول تعالى (*الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبا يخلق ما يشاء وهو العليم القدير*) سورة الروم آية 54

مفهوم الشيخوخة: لغة: هي مشتقة من فعل شاخ الإنسان شيخا وشيخوخة.والشيخ هو من أدرك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين,وهو فوق الكهل ودون الهرم.
وهو دو المكانة من علم أو فضل أو رئاسة. ويقال هرم الرجل هرما أي بلغ أقصي الكبر.وضعف فهو هرم.فالهرم هو كبر السن. (معمرية ' خزار 2009 ص75)

تعريف موسوعة علم النفس وتحليل النفسي للمسن: انه التوافق السليم والشعور بالصحة والرغبة في الحياة وكلمة مسن تعني الرجل الكبير ولذلك يقال أسن الرجل أي في مرحلة لا تعود إلى الشباب. (خليفة،2008 ،ص35)

تعريف القاموس الطبي للمسن : تعني كل ما من شأنه أن تحدث إن تحدث ويؤثر على الإنسان في الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية عند كبار السن، حيث أنها عملية تغير داخل الوضع الاجتماعي لدى المسن. (النوبي 2012 ص 13)

يرى **"حامد زهران "** أن التقدم في السن هي مجموعة تغييرات جسمية ونفسية وتحدث بعد سن الرشد وفي الحلقة الأخيرة من الحياة ومن التغيرات الجسمية الضعف العام في الصحة ومن المتغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة وضيق الاهتمامات وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية(زهران،1978 ص543.).

و يعتبر بلمارا (1995) أن التعريف الشامل للمسنين الناجحة لابد أن يتضمن استمرار العطاء ، عدم الإعاقة ، الرضا عن الحياة، وهذه الأبعاد تؤكد على الأبعاد النفسية والاجتماعية والجسمية.(علي، 2012 : 15).

2-أنواع الشيخوخة:

تعددت وجهات نظر العلماء في تحديد أنواع الشيخوخة فمنهم من قسمها إلى:

2-1 الشيخوخة الأولية : تشير إلى حالة من تقدم السن غير مصحوبة بأمراض وتحدث لدى كل الأفراد، وتحدث فيها تغيرات تدريجية ، ويكون فيها المسن قادرا على العطاء والعمل، ويتمتع بصحة جيدة.

2-2 الشيخوخة الثانوية: تحدث لمعظم الأفراد وتمثل فقدانا جوهريا أو انحرافا سلبيا في القدرة على العمل والعطاء وقد تحدث نتيجة لثلاثة عوامل هي المرض، أو سوء الاستخدام أو عدم الاستخدام.

كما حدد آخرون أنواع الشيخوخة لثلاثة أنواع هي:

1- الشيخوخة العضوية : وهي شيخوخة بيولوجية تظهر في تدهور أجهزة الجسم وتناقص وظائفها تدريجيا.

2- الشيخوخة النفسية : وهي شيخوخة تظهر في تدهور القدرات العقلية وتناقص الوظائف النفسية تدريجيا.

3- الشيخوخة الاجتماعية : وهي شيخوخة تظهر في تغير الأدوار الاجتماعية والظروف الأسرية وتناقص الكفاءة الاجتماعية تدريجيا. (بوزنادة 2018 ص 22).

3- النظريات المفسرة:

3-1 نظرية فك الارتباط : عرضها كل من "كانتج " و "هنري "و تفترض أن مرحلة الشيخوخة تتضمن الانسحاب من السياق الاجتماعي مع تناقص الأنشطة كنتيجة لفض عمليات التفاعل بين المسن والآخرين. فوفق هذه النظرية فإن الشيخوخة تصاحبها مجموعة من التغيرات مثل: انخفاض معدل تفاعل و فاعلية الفرد كلما تقدم في العمر و حدوث تغيرات

في شخصية المسن حيث يتغير من اهتمامه بالآخرين إلى اهتمامه بالذات. (قناوي 1987 ص 10)

3-2 نظرية النشاط: من مؤسسي هذه النظرية " فريدمان "، "هافيجرست "و" ميلر" و هم يرون أن التوافق يحدث بشكل فعال مع فقدان العمل أو الوظيفة و يتطلب من الفرد المسن أن يجد بديلا لتلك الأهداف وأن يواصل نشاطاته بما يحافظ على توازنه المعنوي . و يرى أصحاب هذه النظرية أن النشاط يحقق الرضا لدى كبار السن مما يسمح لهم بالاندماج في المجتمع و يسمح لهم أيضا بالقيام ببعض الأنشطة أو بديلا عنها ، من خلال المواصلة بإكساب صداقات جديدة أو ممارسة بعض ألوان النشاط الاجتماعي ، فتكون بمثابة البديل عن العمل المفتقد, مصادر جديدة لدخل الأسرة . (الفحل 2004 ص 47)

وما يؤاخذ على نظرية النشاط أنها لا تتلاءم إلا بنسبة قليلة من المسنين و المتقاعدين عن العمل وتهمل بقية المسنين الذين يعانون من التهميش فقدان الثقة.

3.3 النظرية التبادلية: إن المبدأ الرئيسي الذي تستند عليه هذه النظرية هو مبدأ الأخذ والعطاء بمعنى الحصول على شيء يلزم رد مماثل و يكون ذا قيمة .فبالتالي كبار السن حسب هذا المبدأ عندما ينالون الرعاية والاهتمام، فيجب عليهم بالمقابل الرد بالمثل في القيمة التبادلية و هم لا يملكون شيئا يقدمونه بعدما أفنوا حياتهم في خدمة الآخرين . إلا أن هذا المبدأ لا يتماشى ولا يتناسب مع المسنين لأن التعامل معهم في المجتمعات المسلمة لا يقوم على مبدأ الأخذ و العطاء .فاحترامهم وإكرامهم والاهتمام بهم يكون بدون مقابل . لأن بر الوالدين والتعامل باحترام مع كبار السن من المبادئ الإسلامية و من الأخلاق الفاضلة التي يجب على كل فرد التحلي بها. (عبد الحميد محمد 1987 ص12)

4.3 نظرية الأزمة : إن الاعتراف بالأدوار الكبيرة و المهمة التي يقوم بها المسن داخل المجتمع من شأنه أن يدعم هويته و يحسن علاقته مع الآخرين مما يساعده على التوافق النفسي الاجتماعي . و يرى أصحاب هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة للمسنين خاصة عند البعض منهم الذين يعطون أهمية كبيرة للعمل، باعتبار العمل هو مصدر من مصادر الرزق و الدخل و وسيلة للتفاعل الاجتماعي و الإحساس بالرضا و احترام الذات. (الفحل ص47)

وعليه فإن أصحاب هذه النظرية يرون أن التقاعد يحدث للمسن نوعا من عدم التوازن نتيجة شعوره بعدم القدرة على العطاء مما يخلف لديه أثارا سلبية و يشكل له أزمة نفسية. يرى معارضو هذه النظرية أن إحالة الفرد إلى التقاعد ليس التعامل الأوحد في عدم شعور المسن عن نفسه، بل هناك عوامل أخرى مثل المستوى الاقتصادي و الاجتماعي والحالة الصحية والنفسية التي تؤثر على توافقه النفسي وتقديره لذاته.(كفافي 1990 ص65).

4- مشكلات المسنين:

يعاني المسنين من المشاكل البدنية والنفسية والاجتماعية والعقلية والاقتصادية، وذلك كله يرجع إلى طبيعة المرحلة العمرية الصحية التي يعيشها منها:

4-1 المشكلات البدنية تتمثل في القدرات الجسمانية المختلفة التي تتفاعل مع البيئة المحيطة بها حيث يظهر على المسن الضعف والتدهور في الجوانب الجسمانية والبدنية وهذا انعكاس لنقص مستمر في قدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية .

4-2 المشكلات النفسية إن المسنين في معظم الأحيان يعانون من مشاكل عاطفية ذات منشأ نفسي وتسمى بالاضطرابات الوظيفية مثل اللقلق النفسي واضطرابات الشخصية الاضطراب الانطوائي) والاضطرابات العاطفية مثل الاكتئاب ويؤكد الباحثون أن المسنين قادرين على الاستمرار في نشاطهم إذا أعطى لهم المجتمع الفرصة في حالة صحية ونفسية ، كما تتضمن المشكلات النفسية الإحساس بالنهاية فالخوف من الموت المفاجئ يخلق لدى المسنين بعض القيمة والدينية والخوف من عدم اتساع الوقت للمسن من التوبة والتكفير عن خطاياه بالإكثار من العبادة والتقرب إلى الله.

4-3 المشكلات الاجتماعية من العوامل التي تسهم في إطالة العمر الروابط الأسرية الوثيقة واستمرارية الحياة اليومية ومن الطبيعي أن يلعب الأفراد أدوار نشطة في المجتمع مما يساعد على الحفاظ على مكانتهم كأعضاء لهم قيمتهم الوظيفية، وهذا غير وارد فيما يتعلق بكبار السن، ويعد التكيف الاجتماعي مع فقدان شريك الحياة عنصرا هاما وفعالا ومن مشكلات الاجتماعية التي تسود مرحلة الشيخوخة أيضا.

4-4 المشكلات العقلية من المعروف أن الشيخوخة عملية مصحوبة بالانحدار والتدهور في القدرات العقلية بصفة عامة تؤدي إلى حدوث تغيرات في معدل السرعة والدقة في الذاكرة وعمليات التعلم والتفكير والتذكر والاسترجاع كما تتضاءل عند كبار السن القدرة على الإدراك والتعرف وتنحدر مرونة الذكاء العام ويرجع انحدار القدرات العقلية إلى ما يعتري الجهاز العصبي من الشيخوخة وتدهور فسيولوجي يؤدي إلى ضمور خلايا المخ. (العزاوي 2014 ص93-95).

4-5 المشكلات الاقتصادية تزداد المشكلات الاقتصادية للمسنين، وذلك لانخفاض قيمة المعاش عما كان يتقاضاه قبل التقاعد حتى يكاد يصل إلى نصف راتبه أثناء الخدمة بالإضافة إلى ارتفاع الأسعار بصورة مستمرة وإنفاق الكثير على الأدوية التي يتعاطاها المسن بصورة مستمرة. (فهمي، 2012 ص 46).

5- علاج مشكلات المسنين:

5-1 العلاج الطبي: وهو علاج الأعراض الطبية المرتبطة بالضعف العام و الضعف العضلي.

5-2 العلاج النفسي: وتهدف إلى تحقيق الأمن النفسي والانفعالي وإشباع الحاجات وتحقيق عزة النفس للشيخ وشعوره بالحب، وأنه مطلوب وأن أهله في حاجة إليه و إقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية وجسمية تكفي لإسعاده في الحدود الجديدة التي يفرضها سنه، يفيد في ذلك العلاج بالعمل .

5-3 العلاج البيئي : يجب تنمية اهتمامات وميول الشيخ وملء وقت فراغه بوسائل التسلية، ودفعه إلى المشاركة في الحياة الاجتماعية والاهتمام بمظهره العام. ويجب تشجيع الشيخ على ممارسة الهوايات للتخفيف من متاعب وقت الفراغ. ولتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي يجب الاهتمام بالتأهيل النفسي والاجتماعي للشيخ ولا بد من توفير الرعاية لهم على كافة المستويات حسب قدراتهم ومستوياتهم . (زهران حامد، 1984 ص549-548)

6- احتياجات المسنين النفسية و الاجتماعية:

- الحاجات النفسية:

- الحاجة إلى الشعور بالثقة في النفس فالأخصائي النفسي يحاول مساعدته على تحقيق شعوره بثقته بنفسه.

- الحاجة إلى الشعور بالأمن، فالمسن يجب أن يجد الرعاية والخدمات المختلفة التي يحتاجها من أجل أن يتحرر من الخوف.

- الحاجة إلى الاستقرار العاطفي: أن الاستقرار العاطفي للمسن يخلصه من الجمود العاطفي المؤقت (غباري، 2003 م، 273 ،274)

- الحاجات الاجتماعية للمسن: من أهم الحاجات الاجتماعية للمسن:

- الحاجة إلى الاحتفاظ بمكانته الاجتماعية.

- الحاجة إلى التوافق مع الظروف الجديدة.

- الحاجة إلى الوجود في الجماعة.

كما أن المسنون بحاجة شديدة إلى الترويح في النفس وشغل وقت الفراغ وخاصة وان وقت فراغهم طويل (غباري، 2003 ،ص 275 ،276).

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث : إجراءات الدراسة المنهجية

- تمهيد.

- تعريف المنهج.

- الأدوات المستخدمة.

- الدراسة الاستطلاعية.

- الهدف من الدراسة.

- مكان إجراء الدراسة.

- الإطار الزمني و المكاني للدراسة.

تمهيد:

كل البحوث العلمية تعتمد على منهجية معينة ، يراد من خلالها الوصول إلى نتائج علمية دقيقة و لهذا خصصنا هذا الجانب لتوضيح المنهجية التي اتبعناها في بحثنا من اجل إحاطة أكثر بالموضوع ، و التحقق من الفرضيات المطروحة.

1- منهج البحث:

يجب على كل باحث أن يحدد نوع المنهج الذي يتبعه قبل بداية بحثه ، حتى يصل إلى نتائج موضوعية ، إذا فطبيعة بحثنا تفرض علينا منهج خاص للوصول إلى إثبات أو نفي فرضياتنا اعتمادا على المنهج الوصفي.

لتحقيق أهداف هذه الدراسة اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الذي يعتبر الأسلوب الأمثل في دراسة مجالات الظواهر الإنسانية والطبيعية المختلفة. حيث أن هذا المنهج يهتم بتوفير أوصاف دقيقة للظاهرة المراد دراستها من حيث طبيعتها ودرجة وجودها فقط وهذا النوع من البحوث الوصفية يتم بواسطة استجواب جميع أفراد مجتمع البحث أو عينة كبيرة منهم، كما أكد ذلك. (مصطفى عليان وآخرون 2000 ص 43.)

ولا يقتصر المنهج الوصفي على وصف الظاهرة وجمع المعلومات والبيانات، بل لابد من تصنيف المعلومات والبيانات وتنظيمها والتعبير عنها كميا وكيفيا بحيث يؤدي ذلك إلى فهم علاقات هذه الظاهرة مع غيرها من الظواهر، والهدف من تنظيم المعلومات والبيانات مساعدة الباحثة على التوصل إلى استنتاجات وتعميمات تساعد وتساهم في فهم الواقع وتطويره (مصطفى عليان واخرون 2000ص43).

- الأدوات المستخدمة:

- مقياس قلق الموت لتمبلر: ترجمة احمد محمد عبد الخالق

الجنس:..... السن: .....

مدة الإصابة بالمرض:.....

التعليمة: إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ، ضع دائرة حول (ص)

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

عبارات الاختبار:

1- أخاف كثيرا من الموت	**ص**	**خ**
2- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت	**ص**	**خ**
3- لا يزعجني الاخرون عندما يتكلون عن الموت	**ص**	**خ**
4- اخاف من احتمال ان ترى لي عملية جراحية	**ص**	**خ**
5- لا اخاف اطلاقا من الموت	**ص**	**خ**
6- لا اخاف بشكل خاص بالاصابة باي مرض خطير	**ص**	**خ**
7- التفكير في الموت لا يزعجني اطلاقا	**ص**	**خ**
8- اتضايق كثيرا من سرعة مرور الوقت	**ص**	**خ**
9- اخشى ان اموت موتا مؤلما	**ص**	**خ**
10- ان موضوع الحيات بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا	**ص**	**خ**
11- اخشى فعلا ان تصيبني سكتة قلبية	**ص**	**خ**

12- كثيرا ما افكر كم هي الحياة قصيرة فعلا	ص	خ
13- اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	ص	خ
14- يرعبني جسد الميت	ص	خ
15- ارى ان المستقبل يحمل شيئا يخيفني	ص	خ

- التعريف بالمقياس:

حسب موضوع البحث وطبيعته تم الاعتماد على مقياس قلق الموت للأمريكي دونالد تمبلر وهو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرق الأسئلة التي تسمح بجمع البيانات الخاصة بقلق الموت ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والإسبانية حتى اليابانية والهندية واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على فئات متفاوتة من الذكور والإناث ومن ثقافات مختلفة وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة طبق هذا المقياس سنة 1970 م ، بدأ تكوين المقياس بوضع 40 بندا ، ثم اختيارها على أساس منطقي كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة ، ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بندا ، وهي الصورة النهائية للمقياس ويحتوي على (9) بنود تصحح ب " نعم " و (6) تصحح ب " لا " (قواجلية ، 2012، ص 64-65) .

- صدق وثبات المقياس

لقد قام "تمبلر" بتصحيح صدق المقياس مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات مرض في المجال السيكاتري ممن قرروا أن لديهم قلقا عاليا من الموت بدرجات معينة ضابطة من مرضى السيكاتريين اللذين قرروا أن لديهم قلق الموت، وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين، مما يشير إلى صدق المقياس.

لقد قام أحمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية وطبقت النسختان العربية والإنجليزية) معا مع عينة من طلاب مصر بقسم اللغة الإنجليزية، وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والانجليزية إلى 0.87 بالنسبة للذكور والإناث (ن = 43) وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة للعربية في حين وصل معامل ارتباط بين الصورتين إلى 0,70 بالنسبة إلى الذكور (ن 44 و 0.73 بالنسبة للإناث (ن = (56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة (سبيح 2018 ، ص 27).

طريقة تصحيح وتطبيق المقياس

يمكن تطبيق المقياس فرديا أو جماعيا، تحتوي خلاصة الأسئلة على " التعليمة " التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

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

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

تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها وتتضمن هذه الكراسة كتابة سن المفحوص المستوى الدراسي ويطلب من المفحوص قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

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

بإعطاء:

نقطة (01) للبنود التي تصحح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص ب "صحيح "

نقطة (01) للبنود التي تصحح ب (خ) وأجاب عليها المفحوص ب "خطأ ".

صفر (0) للبنود التي تصحح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص ب " خطأ ".

صفر (0) للبنود التي تصحح ب (خ) وأجاب عليها المفحوص ب " صحيح".

البنود التي تصحح ب (ص)	1	4	8	9	10	11	12	13	14
البنود التي تصحح ب (خ)	2	3	5	6	7	15			

جدول رقم (02): يوضح سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها :

يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي:

- الدرجة التي تتراوح بين (60) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.

- الدرجة التي تتراوح بين (07-08)- تشير إلى وجود قلق موت متوسط.

- الدرجة التي تتراوح بين (09 - 15) تشير إلى وجود قلق موت مرتفع.

(قواجلية ، 2012، ص 65).

- أدوات الدراسة:

- الملاحظة العيادية:

هي وسيلة يستخدمها الباحث العيادي في اكتسابه للخبرات و المعلومات، حيث نجد الباحث يلاحظ بإتباعه منهج معين، و يجعل من ملاحظاته أساسا لمعرفة واعية أو فهم دقيق لظاهرة معينة.(دوقان عبيدات ،ترجمة :سهيلة أبو سعيد ،2002ص 79).

هي حصيلة عمليات عدة يمكن بواسطتها إيجاد نموذج للتحليل نبدأه بفرضية ومفاهيم و تخضه للتجربة الواقع الملحوظة حين تجتمع الكثير من المعلومات حول الحالة (محمد عبد الظاهر الطيب. 2003).

كما تعد الملاحظة العلمية من أهم مقومات المنهج العلمي و قد استخدمناها كنقطة انطلاق للحصول على معلومات و بيانات حول الحالة.

- المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة الإكلينيكية من التقنيات الأساسية لدراسة الحالة و فهم معاش الفرد, استدلالاته و دوافعه تعرفها

كفعل اتصالي بمعنى تبادل الكلام بين الأشخاص مع واحد أو أكثر في حالة المقابلة مع الفواج . (Cyssau c , 2003,p,43)

- الدراسة الاستطلاعية:

وفقا لتربص المبرمج من طرف وزارة التعليم العالي و البحث العلمي للطلبة استفدت من الحصول على ورقة من جامعة محمد بن احمد وهران2 تمكنني بفضلها باختيار عينة من المؤسسة الاستشفائية مجبر تامي عين الترك وهران

- حدود الدراسة :

1- المجال الزمني: أجريت الدارسة الاستطلاعية خلال السنة الدراسية 2023/2022 من شهر افريل الى جوان

حيث قسمت إلى يومان إلى ثلاث أيام في الأسبوع بمستشفى مجبر تامي عين الترك وهران.

2- المجال المكاني: اشتملت الدارسة الاستطلاعية للمسنين المصابين بأمراض مزمنة بقسم الطب الداخلي في المؤسسة الاستشفائية الواقعة بعين الترك في ولاية وهران .

3- المجال البشري: اعتمدت عينة الدراسة على 45 حالات مصابين بأمراض مزمنة , تراوحت أعمارهم بين (62-84)

- خصائص العينة:

جدول(3): يبين مواصفات العينة الأساسية حسب الجنس

الجنس	العدد
ذكر	20
أنثى	25

جدول(4): يبين مواصفات العينة الأساسية حسب مدة الإصابة بالمرض

مدة الإصابة	العدد
من سنة إلى سنتين	47
سنتين فما فوق	53

- الهدف من الدراسة:

لقد كان الهدف من إجراء الدارسة الاستطلاعية هو تكوين تصور عام للبحث، و كذا الفصل في العديد من الأمور من الأساسية بالنسبة للطالبة، خصوصا فيما يتعلق:

أ. بتحديد مجالات الدارسة (المكانية والزمنية.)

ب. بناء وتحديد وتقسيم محاور أدوات الدارسة النهائية.

ت. إيجاد مرتكز و قدر من معرفة تنطلق منه في دراسة المعمقة.

- مكان إجراء الدراسة:

المؤسسة الاستشفائية للدكتور " مجبر تامي " من بين مؤسسات متعددة الخدمات الموجودة بعين الترك في وهران تقدم مختلف الخدمات فنجد الصيدلية , و قسم الأرشيف , والاستقبال "الإدارة "و قاعة العمليات, الاستعمالات, و طبيب عام , و قاعة التحاليل , و الأشعة , و مكتب طبيب جراح. يحتوي على مكتب الأخصائي الارطفوني و النفساني , مكتب المساعدة الاجتماعية , مكتب طبيب جراح , مكتب طبيب المعدة , و قاعة الانتظار , وقاعة رئيس القسم .

بت مختلف الأقسام الخاصة منها قسم خاص بالمفاصل ,و قسم خاص بطبيب الأطفال ,و قسم خاص بطبيب الأسنان ,و طبيب ادن انف حنجرة ,وقسم الطب الداخلي, و قسم خاص بالعظام , و طبيب العيون

تعمل المؤسسة 24/24 ساعة

الفصل الرابع : عرض و تحليل و مناقشة النتائج

- عرض نتائج الدراسة.
- مناقشة نتائج الفرضيات.
- استنتاج عام.
- التوصيات و الاقتراحات.

تمهيد :

بعد استعراضنا في الفصل السابق لمختلف الخطوات و الإجراءات التي اتبعناها في سياق الدراسة الميدانية ، نسعى من خلال هذا الفصل عرض النتائج التي تم التوصل إليها انطلاقا من أدوات البحث و منها سنحاول التعمق في هذه النتائج بالتحليل و مناقشتها و تفسيرها.

1-عرض نتائج الدراسة:

- عرض نتائج الفرضية الاولى:

التي تنص على(يعاني المسن المصاب بمرض مزمن من درجة عالية من مستوى قلق الموت).

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجة استجابة المفحوص المقياس.

وبعد معالجة الإحصائيات توصلنا إلى النتائج الموضحة في الجدول أدناه:

الجدول(05): (يوضح مستوى قلق الموت لدى المسن المصاب بمرض مزمن)

	عدد الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت	**45**	**10.9778**	**4.2984**	**مرتفع**

من خلال الجدول(05) يتضح أن المتوسط الحسابي لقلق الموت لدى المسنين المصابين بأمراض مزمنة بلغ (10.9778) وانحراف معياري قدر بـ (4.2984).

- من خلال النتائج المعروضة في الجدول نستنتج تحقق الفرضية الأولى.

- عرض نتائج الفرضية الثانية:

التي تنص على (وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المسنين المصابين بمرض مزمن وفقا لمتغير الجنس).

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب متوسطة الدرجات، وكذلك لحساب انحرافات معيارية للجنسين، وبعد معالجة إحصائية توصلنا إلى النتائج الموضحة في الجدول:

الجدول(6): يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في مستوى قلق الموت لدى المسنين المصابين بأمراض مزمنة تبعا لمتغير الجنس

الجنس		التجانس ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت لدى المسن المصاب بمرض مزمن	ذكور	2.293	0.137	20	9.400	4.210	43	_	0.026	دال
	إناث			25	12.240	4.013		2.308		

من خلال الجدول(06) نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (ف) والذي بلغت قيمه (2.293) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) نستنتج أن هناك تجانس بين المجموعتين مما استدعى تطبيق اختبار (T test) لعينتين مستقلتين متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية في مستوى قلق الموت لدى الشخص المسن المصاب بالأمراض المزمنة والتي بلغت نسبة الذكور (9.400) ، وبالنسبة للإناث (12.240)، نلاحظ أن هناك فروق بينهما غير أن قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T test) والتي بلغت (2.308) جاءت سالبة والدالة الإحصائية عند مستوى الدلالة ألفا (a=0.05).

- من خلال النتائج نستنتج تحقق الفرضية الثانية.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المسن المصاب بمرض مزمن وفقا لمتغير مدة الإصابة بالمرض.

للتحقق من هذه الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية F أو ما يسمى باختبار التباين الأحادي الذي يقوم على أساس الفرق بين أكثر من عينتين، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى نتيجة كما هو موضح في الجدول.

الجدول (07): يوضح الفروق بين أفراد العينة في قلق الموت لدى المسن المصاب أمراض مزمنة تبعا لمتغير مدة الإصابة.

مصدر التباين		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت لدى المسن المصاب بمرض مزمن	داخل المجموعات	269.676	2	148.338	12.067	0.000	دال
	ما بين المجموعات	516.302	42	12.293			
	الكلي	812.978	44				

من خلال الجدول(07) وبالنظر إلى قيمة الدلالة الإحصائية F أو ما يسمى "بتحليل التباين الأحادي في مستوى قلق الموت لدى المسن المصاب بمرض مزمن وفق متغير مدة الإصابة والتي بلغت (12.067) ، نلاحظ أن القيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.05).

من خلال النتائج المعروضة سابقا نستنتج تحقق الفرضية.

2- مناقشة نتائج الفرضيات:

1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

من خلال النتائج المعروضة في الجدول (05) نستنتج تحقق الفرضية، تدل النتائج على وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة، وقد يعزى هذا الارتفاع الى طبيعة كبر السن او المرض المزمن الغير القابل للشفاء، وكذا تأثيره على الحالة الصحية للمريض حيث يؤثر المرض على الكثير من المتطلبات، من أهمها: العجز عن العمل بسبب ضعف في الجسم وكذا ارتباطه بأن المرض المزمن هو بدوره يصيب عضو مهم في الجسم، وهذه الآثار الناجمة عن المرض تنشئ لدى هؤلاء المرضى نظرة تشاؤمية وسلبية نحو أفكارهم ثم على نفسيتهم وعلى كل آمالهم وأهدافهم وغاياتهم التي كانوا يخططون لها لأنفسهم و لأبنائهم ، بالإضافة إلى ذلك فإن كل هاته الضغوط التي يواجهها المرضى المسنين واعتمادهم على الآخرين تولد لديهم قلق كاستجابة للضغوط الراهنة وكذا مستقبل الأبناء والأسرة بأكملها أمر يدعو إلى قلق الموت.

فهم يعتقدون أن الحياة قد انتهت و ان سنهم مع المرض لا يسمح لهم لتلبية حاجياتهم، حيث أن كل مريض له غاياته وأهدافه التي يرغب في تحقيقها، بالإضافة إلى أنه يظهر قلق الموت كردة فعل طبيعية نتيجة العجز الذي تسبب به التقدم في العمر مع المرض، حيث يصبح المريض عاجز عن تأدية ما عليه من متطلبات واحتياجات نحو أسرته والآخرون. وهذا يدفعه إلى التوجه والاعتماد على الآخرين في مساعدته في تلبية هاته الاحتياجات، مما يشعر بالحرج والقلق لأنّ حياته أصبحت اقتصادية وهذا ما يسبب له القلق.

2- تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

من خلال النتائج المعروضة في الجدول (06) نستنتج تحقق الفرضية، ونفسرّ مستوى قلق الموت يؤثر على الإناث المسنات أكثر من الذكور المسنين وقد يرجع إلى أن الإناث أكثر حساسية للمشكلات نظرا لطبيعتهن الفطرية بالإضافة إلى طبيعة أدوارهن كالأمومة.

3- تفسير نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة:

من خلال النتائج المعروضة في الجدول (07) نستنتج تحقق الفرضية. نفسر أن مستوى قلق الموت يتأثر باختلاف زمن الإصابة بالمرض لدى المرضى المصابين او المشخصين لمدة من عام إلى عامين مختلفة عن النتائج للمرضى المصابين لمدة عامين فما فوق، حيث أن المرضى الجدد لديهم درجات قلق الموت أكثر المرضى المصابين مند عامين فما فوق وذلك من خلال أنّهم لم يتأقلموا مع طبيعة مرضهم و أسلوب الحياة المقيد بحيث أن صدمة المرض لا يزال تأثيرها على المرضى على عكس الفئة الأخرى حيث أنّهم يتعايشون طبيعة الحياة مع المرض المزمن.

- الاستنتاج العام:

لقد توصلنا إلى نتائج عدة كما ظهر عبر عرض و تحليل و مناقشة النتائج و التي أفضت إلى تحقق كل فرضيات الدارسة

بحيث توصلت الدراسة إلى انه يوجد مستوى مرتفع من قلق الموت لدى الشخص المسن المصاب بمرض مزمن.

كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في قلق الموت لدى المسنين المصابين بمرض مزمن وفق متغيري الجنس و مدة الإصابة بالمرض.

- توصيات و اقتراحات:

1. توفير الدعم العاطفي: يجب أن نكون على استعداد للتواصل مع المسنين المصابين بأمراض مزمنة وقلق الموت ونقدم لهم الدعم العاطفي. يمكن أن يشمل ذلك الاستماع الفعّال لمشاكلهم ومخاوفهم وتوفير الدعم العاطفي المناسب للتخفيف من القلق والضغوط العاطفية.

2. تقديم المعلومات والتثقيف: يجب أن نقدم للمسنين المصابين بأمراض مزمنة معلومات وتثقيف حول حالتهم وكيفية التعامل معها. يمكننا توضيح العلاجات المتاحة وتوضيح الطرق الممكنة لتحسين جودة الحياة وتخفيف الأعراض.

3. تشجيع الرعاية الذاتية: يجب أن نشجع المسنين على اتخاذ مسؤولية الرعاية الذاتية وتعزيز الصحة والرفاهية الشخصية. يمكننا توفير المشورة حول النظام الغذائي الصحي، والنشاط البدني المناسب، والعناية بالصحة العقلية والاجتماعية.

4. تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية: يجب أن نعمل على تسهيل وصول المسنين إلى الخدمات الصحية المناسبة. يمكننا توجيههم إلى العيادات والمستشفيات المختصة وتوفير المعلومات حول برامج التأمين الصحي والدعم المالي المتاح.

5. تعزيز الانخراط الاجتماعي: يمكننا تشجيع المسنين على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والثقافية المختلفة. يمكننا تنظيم برامج ترفيهية ونشاطات تعليمية وتوفير الفرص للتفاعل والتواصل مع الآخرين.

6. التواصل والتعبير: يجب على الأشخاص المسنين أن يعبروا عن مخاوفهم وأفكارهم حول الموت والقلق المرتبط به. يمكن أن يكون التواصل المفتوح والصريح مع أفراد الأسرة والأصدقاء أو المؤطرين النفسيين مفيدًا لتخفيف القلق وإيجاد طرق للتعامل معه.

خـــاتمـــــة

ـ خاتمة:

من خلال ما توصلنا إليه في هذه الدراسة تبين أن المسنين المصابين بمرض مزمن يعانون من قلق الموت، حيث يعد هذا الأخير من المواضيع الصعبة وخاصة إذا كان هذا المرض خطير مثل السكري و الضغط الدموي و القصور الكلوي ... هذه الأمراض تترك آثار نفسية.

وإن ما يمكننا أن نختم بهذه الدراسة على مدى ضرورة وأهمية التكفل النفسي بكبار السن الذي من شأنه أن يخفف من القلق من الأمراض التي لا تقل آثارها النفسية عن الإصابة نفسها.

ولهذا يجب الاهتمام بهذه الفئة من المرضى ليكون منها دورا للأخصائي النفساني في التدخل والتكفل النفسي التي من شأنها أن تخفف من حدة المرض وإبعادها عن فكرة الموت وجعلها أكثر تقبلا للمرض ولذاتها وأهم الأهداف التي يسعون إليها.

قائمة المصادر والمراجع

ـ قائمة المصادر و المراجع:

1. أريج خليل محمد القيق (2016) قلق الموت و علاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين مذكرة ماجستر كلية التربية الجامعة الإسلامية غزة.
2. الحجامي عبد العباس (2004) الاضطرابات المزاجية و علاقتها بقلق الموت عند المسنين بدور العجزة ولاية الجزائر العاصمة ماجستر علم النفس الاكلينيكي جامعة الجزائر2.
3. السيد عثمان فاروق (2001) القلق و إدارة الضغط النفسي القاهرة دار الفكر العربي.
4. السيد فهمي علي (2009) علم نفس الصحة الخصائص النفسية الايجابية و السلبية للمرضى و الأسوياء مصر الإسكندرية دار الجامعة الجديدة للنشر.
5. النوبي محمد محمد علي (2012) الاتجاهات الحديثة في التشخيص و العلاج و كيفية التعامل ط1 دار صفاء للنشر و التوزيع الأردن.
6. بعلول نسيبة (2019) جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بام البواقي مذكرة ماستر قسم العلوم الاجتماعية جامعة العربي بن مهيدي ام البواقي.
7. بن فطيمة مريم (2014) قلق الموت و علاقته بفاعلية الذات و الدافعية للانجاز لدى المسنين جامعة بليدة2 لونيسي علي الجزائر.
8. بوزنادة فائزة (2018) مؤشرات الصحة النفسية لدى المسن القاطن بالمدينة مع تطبيق اختبار روشاخ مذكرة ماستر علم النفس العيادي الجزائر.
9. حامدي هاجر (2020) الحاجات النفسية للمسن المقيم بدار المسنين رسالة ماستر قسم علم النفس العيادي جامعة محمد خيضر بسكرة.

10. حمو علي خديجة (2012) علاقة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة و المقيمين مع دويهم رسالة ماجستر معهد علم النفس و علوم التربية جامعة الجزائر.

11. حنفي عبد المنعم (1997) موسوعة الطب النفسي القاهرة مكتبة مادبولي (قاموس).

12. رحامنية وهيبة (2017) قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار العجزة مذكرة تخرج في علم النفس العيادي جامعة قالمة الجزائر.

13. زهران حامد عبد السلام (1999) الصحة النفسية و العلاج النفسي القاهرة: علم الكتاب.

14. زهران حامد عبد السلام (2005) الصحة النفسية و العلاج النفسي القاهرة عالم الكتب.

15. سراي مريم (2016) المعاش النفسي للمسنين المتواجدين بدار العجزة ببلدية صالح باي ولاية سطيف مذكرة تخرج بسكرة.

16. سيني احمد (2015) تقدير الذات و علاقته بالتوافق النفسي لدى المسن مذكرة ماجستر كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران2 الجزائر.

17. شاوش محمد (2004-2005) واقع ممارسة النشاط الرياضي الصيفي لدى المعاقين أصحاب الأمراض المزمنة.

18. شهان دافيد ترجمة عزة شعلال (1994) أصول علم النفس الإسكندرية المكتب المعرفي الحديث.

19. عاشور نسيبة (2016-2017) قلق الموت عند المسنين مظاهره و آثاره رسالة ماستر قسم علم النفس العيادي جامعة العربي بن مهيدي ام بواقي.

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

21. عبد الله عطية أسماء (2008) اضطرابات القلق لدى الأطفال طبعة1 الإسكندرية مؤسسة حورس الدولية للنشر و التوزيع.

22. غربي عبد الناصر (2018) الصلابة النفسية و علاقتها بقلق الموت لدى المسنين المكفوفين و المسنين المبصرين دراسة وصفية بولاية الوادي جامعة ورقلة.

23. غنيم عليان ربحي مصطفى (2000) مناهج و أساليب الحث العلمي النظرية و التطبيق ط1 دار صفاء للنشر و التوزيع الأردن.

24. فاروق السيد عثمان (2001) القلق و إدارة الضغوط النفسية القاهرة دار الفكر العربي.

25. فاعوري ايهم (2008) قلق المستقبل لدى عينة من دوي الاحتياجات الخاصة و العاديين من أبناء محافظة قنيطرة جامعة دمشق كلية التربية قسم علم النفس.

26. فايدا حسين (2003) الاضطرابات السلوكية تشخيصها أسبابها علاجها القاهرة مصر مؤسسة طبية للنشر و التوزيع.

27. فقيري تونس (2014) علاقة سلوك النمو (أ) لدى عينة من النساء المجهضات رسالة ماجستر قسم علم النفس العيادي جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

28. قناوي هدى (1987) سيكولوجية المسنين ط1 مركز التنمية البشرية والمعلومات القاهرة.

29. قواجلية آية (2012) قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان جامعة بسكرة الجزائر.

30. كفافي علاء الدين (1990) الصحة النفسية ط3 هجر للطباعة و النشر القاهرة.

31. محمد لفحل نبيل (2004) الاكتئاب النفسي للمسنين دار قباء مصر.

32. معمرية بشير (2007) بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس منشورات الحبر الجزء الرابع الجزائر.

33. معمرية بشير خزار عبد الحميد (2009) الاضطرابات الجسمية و النفسية لدى المسنين مجلة العلوم النفسية العربية الجزائر.

34. نجوم خالد بن شكري (2002) الالتزام بالدين الإسلامي و علاقته بكل من قلق الموت و الاكتئاب لدى المسنين و المسنات بالعاصمة المقدسة و محافظة جدة رسالة ماجستر كلية التربية جامعة أم القرى.

35. ابو ركاب نشر 2010/06/16 الساعة 01:00 https://safa.ps/p/24466

36. القران الكريم : آل عمران 185 / لقمان 34 / النساء 78 / الروم 54.

الملاحق

- مقياس قلق الموت لتمبلر: ترجمة احمد محمد عبد الخالق

الجنس:..... **السن:** .....

مدة الإصابة بالمرض:.....

التعليمة: إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ، ضع دائرة حول (ص)

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

عبارات الاختبار:

1- أخاف كثيرا من الموت	ص	خ
2- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت	ص	خ
3- لا يزعجني الاخرون عندما يتكلون عن الموت	ص	خ
4- اخاف من احتمال ان ترى لي عملية جراحية	ص	خ
5- لا اخاف اطلاقا من الموت	ص	خ
6- لا اخاف بشكل خاص بالاصابة باي مرض خطير	ص	خ
7- التفكير في الموت لا يزعجني اطلاقا	ص	خ
8- اتضايق كثيرا من سرعة مرور الوقت	ص	خ
9- اخشى ان اموت موتا مؤلما	ص	خ
10- ان موضوع الحيات بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا	ص	خ
11- اخشى فعلا ان تصيبني سكتة قلبية	ص	خ
12- كثيرا ما افكر كم هي الحياة قصيرة فعلا	ص	خ
13- اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	ص	خ
14- يرعبني جسد الميت	ص	خ
15- ارى ان المستقبل يحمل شيئا يخيفني	ص	خ