



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 08 ماي 1945 قالمة
كلية علوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار العجزة
دراسة ميدانية بدار العجزة بحمام دباغ – قالمة –

مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:
د. حميدة بوتفنوشات

من إعداد الطلبة:

- عبيدي نسرين
- حجاجي شيماء
- بربش نور الهدى
- عبيدي إيمان

السنة الجامعية: 2021/2022

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

نتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى من ساعدنا والذي كان له فضل علينا بإرشاده وعمله المخلص والذي مهد لنا طريق العلم والمعرفة

الأستاذة المشرفة: "الدكتورة بوتغوشات حميدة" التي تفضلت بالإشراف على هذه الدراسة منذ كانت مجرد فكرة حتى إتمامها إلى صورتها النهائية ولم تدخر جهدا في مساعدتنا بما قدمته من توجيهات ونصائح قيمة زادت من قيمة الدراسة.



إهداء

إهداء إلي من صد الأشواق عن دربي ليمهد لي طريق العلم، لمن علمني خطوات الحياة الأولى، وكان ولا يزال لي سندا في الدنيا، من علمني الحب والعطاء، من قاوم وجاهد مصاعب الحياة حتى وصلت لما أنا عليه اليوم، قوة عيني، أبي الغالي، أدامك الله لنا بصحة وعافية وعوضك خيرا منه.

إلي من يعجز القلم أمامها، من بها تنبهر الدروب، من بفضلها وعطائها وحبها وتشجيعها وصلت إلي مكاني هذا، منبع العنان والملجأ من الزمان، "أمي حبيبة قلبي"، أدامك الله بصحة وعافية، وورقة كما أطيب جناحه.

إلي ملجأ وسندا ورفيقي، من بهما تستمر سعادة الحياة، من بهما أقفص صامدة رغم كل الظروف، إخوتي «عبد الوهاب، أيمن» وفقهما الله أينما كنتم.

إلي صغيرتي وجميلتي أنجلي ما أمكت، نصفي الثاني، وردتي الزاهية، أختي الوحيدة "وسام" أسئل الله توفيقك وحمایتك وإسعادك.

إلي رفيقاتي في ثمره جهدنا هذه أمضينا وقتنا طيبا "إيمان، شيما، نور الهدى"، وإلي خير صبة وخير رفقة إلي أطيب القلوب "هديل، بريزة، إكرام، صروة".

إلي أقربنا الأفاضل الكرام، حائلتي «عبدي، ما قور»، كل فرد باسمه كبيرا وصغيرا.

إلي كل من حملتهم ذاكرتي ولم تحملهم مذكرتي، إلي كل من ساند حتى بالكلمة الطيبة إلي كل من عبر علينا وترك الأثر الطيب.

إلي الدكتوراة الكريمة، بعطائك زدني معرفة وخبرة، وبوتفؤنشاتك حميدة، شكرا جزيلا لك، أسئل الله لك المزيد من النجاحات.

الإهداء

بسم الله أرفع قلبي الحبار لأكتب بكل اعتبار بعيون حبلى بالمدماع وقلوب يغمرها الحمد والثناء لله عز

وجل وأفواه ملئها الاغتباط ...

إلى جنتي، حمالة آلامي وهباطة أحزاني إلى أملى المتسمر إلى عنواني "أمي".

إلى من تكبد أعاصير الكيد وتخبط بين جدران الحياة إلى من علمني خطوتي الأولى وحروفها إلى عزيز

قلبي "أبي".

حفظكما الله وبني لكما قصرا من جنانه يا رب.

إلى فخري جنود الوطن، سنداي وكتفائي، ملجئ أوجاعي وراسمي بسمتي إخوتي عزيزا قلبي "إلياس،

إدريس".

إلى براعمي الصغار "إيناس، إسلام".

إلى بلسم جراحي وأيقونات المحبة وجواهر الوفاء صديقاتي "جومانة، إيمان».

إلى من جاهدت وكافحت معنا كل الشكر والامتنان أستاذتي وصديقات المذكرة أتمنى لهن دوام الصحة

والعافية

وأخيرا ليس أخرا أهدي ثمرة جهدي لكل من توالى حروف أسماهم أمامكم، كل الشكر ...



إهداء

إلى حجة الله على خلقه وسراجة في أرضه

إلى نور الأنوار وزين الأبرار وسبيل الأخيار

إلى قائم آل محمد "عليه السلام"

إلى أعز مخلوق في الدنيا "أبي" إلى من علمني لذة النجاح إلى الذي لم يبخل على بشيء احتجته إلى من

رأيت انعكاس نجاحي وفرحي بريقا في عينيه..

إلى مأمي وأماني إلى من حملتني وهنا ووضعتني وهنا إلى المثل والقدوة إلى من كان دعائها ورضائها

بوصلتي في المسير "أمي العزيزة"

إلى الزهرتان الغاليتان على قلبي أخواتي "رحمة" و "ملاك"

إلى من كانوا ولا زالوا سندا لي في الحياة إخوتي الأعزاء "علاء" و "عيسى"

إلى من عرفني بهم مذكرتي ولن تنساهم ذاكرتي

إلى الأستاذة الكريمة حميدة بوتفنوشات التي رافقتنا طيلة هذا البحث ولم تبخل علينا بالمعلومات

والنصائح القيمة سدد الله خطاك وحقق مناك وجزأك عنا كل خير.



إهداء

نحمد الله عزوجل الذي وفقنا في إتمام هذا البحث العلمي والذي ألهمنا الصحة والعافية والعزيمة،

فالحمد لله حمدا كثيرا.

ممتنة لكل من كان له فضل في مسيرتي وساعدني ولو باليسير.

إلى من أفضلها على نفسي وضحت من أجلي بكل ما هو ثمين، ولم تدخر جهداً في سبيل إسعادي على

الدوام "أمي حبيبتي ونور عيني حفظك الله من كل شر وأدامك الله لي."

إلى سندي في الحياة صاحب الوجه الطيب والأفعال الحسنة، فلم يبخل على طيلة حياته "والدي

العزيز أطل الله في عمرك وحفظك من كل سوء."

إلى إخوتي وأخواتي أدعوا المولى عزوجل أن يطيل أعماركم ويرزقكم بالخيرات.

إلى أعزرفقة وأطيب القلوب "منى" و"هديل" حقق الله مناكم وسدد خطاكم.

إلى أصدقائي وأحبائي الذين ساعدوني بكل ما يملكون وفي أصعدة كثيرة كنتم خيررفقة وصحبة،

رزقكم الله بما تتمنون.

ونتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة المشرفة (وبفنوات حميدة) على كل ما قدمته لنا

من توجيهات ومعلومات قيمة ساهمت في إطرء موضوع دراستنا في جوانبها المختلفة، ولا ننسى تقديم

الشكر الجزيل لكل الأساتذة والأستاذات بالجامعة.



فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
	شكر وتقدير
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
أ	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.
4	1- الإشكالية
6	2- الفرضيات
7	3- أهداف الدراسة
8	4- أهمية الدراسة
9	5- التعاريف الإجرائية
10	6- الدراسات السابقة
	الفصل الثاني: القلق وقلق الموت
19	تمهيد
20	أولاً: القلق
20	1- تعريف القلق
20	2- أنواع القلق
21	3- أعراض القلق
22	4- أسباب القلق
24	5- نظريات القلق
27	6- علاج القلق
29	ثانياً: قلق الموت

29	1- تعريف قلق الموت
29	2- الربط بين القلق والموت
30	3- مكونات قلق الموت
31	4- أعراض قلق الموت
33	5- أسباب قلق الموت
36	6- نظريات قلق الموت
41	7- علاج قلق الموت
43	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الشخص المسن (مرحلة الشيخوخة)	
46	تمهيد
47	1- مفهوم الشخص المسن
47	- تعريفه
48	- تصنيفه
48	2- خصائص المسنين
53	3- المشاكل التي يواجهها الشخص المسن
56	4- النظريات المفسرة لمشكلات المسنين
59	5- الاضطرابات والأمراض المصاحبة للمسنين
64	6- مفهوم دار العجزة
65	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
69	تمهيد
70	1- المنهج المستخدم
71	2- أدوات الدراسة

71	• الملاحظة
72	• المقابلة
73	• مقياس قلق الموت
75	3- حدود الدراسة
75	4- عينة الدراسة
76	5- الدراسة الاستطلاعية
77	خلاصة الفصل
	الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج
80	تمهيد
81	1- عرض وتحليل النتائج
94	2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
96	3- الاستنتاج العام
97	4- التوصيات والاقتراحات
98	خلاصة الفصل
101	خاتمة
103	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
74	يوضح سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر	01
83	يوضح نتائج تطبيق مقياس قلق الموت للحالة (ع، م)	02
86	يوضح نتائج تطبيق مقياس قلق الموت للحالة (ت)	03
89	يوضح نتائج تطبيق مقياس قلق الموت للحالة (ت، أ)	04
93	يوضح نتائج تطبيق مقياس قلق الموت للحالة (م، د)	05
95	يوضح مختلف الدرجات التي تحصل عليها المسنين في دار العجزة في مقياس "دونالد تمبلر" لقلق الموت.	06

المقدمة

المقدمة:

يعتبر الموت أو قلق الموت انفعال سلبي ناتج عن الإحساس بمشاعر سلبية التي تجعل بعض الأفراد دائمي التفكير به تحسبا لخطر الموت القريب، فهو يعد استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم 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 كالسرطانات أو التقدم في العمر مثلا نجده في مرحلة الشيخوخة .

تعد مرحلة الشيخوخة من المراحل الحرجة في عمر الإنسان مليئة بالصراعات والتحديات مع الذات ومع المجتمع، فالمسنين في هذه المرحلة يتعرضون للعديد من المشكلات لذا فهم يحتاجون إلى الرعاية والدعم من كافة النواحي النفسية، الدعم الأسري الذي يخلق لديه شعورا بالأمان والاحتواء، ومراكز الرعاية الإجتماعية لمساعدتهم على التكيف والتوافق مع التغيرات التي تطرأ عليهم في حياتهم.

ومن هذا المنطلق نحن بحاجة إلى المزيد من الدراسات المحلية حول موضوع قلق الموت من أجل التوصل إلى نتائج علمية نعرف من خلالها مدى انتشار هذه الظاهرة لدى فئة، وقد تم تقسيم الدراسة على النحو التالي:

الفصل الأول: الفصل الأول خصص للإطار العام للدراسة بتحديد إشكالية البحث ووضع الفرضيات التي عمدنا على التحقق منها إضافة إلى أهمية وأهداف البحث والإشارة إلى أهم المفاهيم، الجانب النظري: وهو الإطار النظري لمتغيرات الدراسة ويتضمن فصلين:

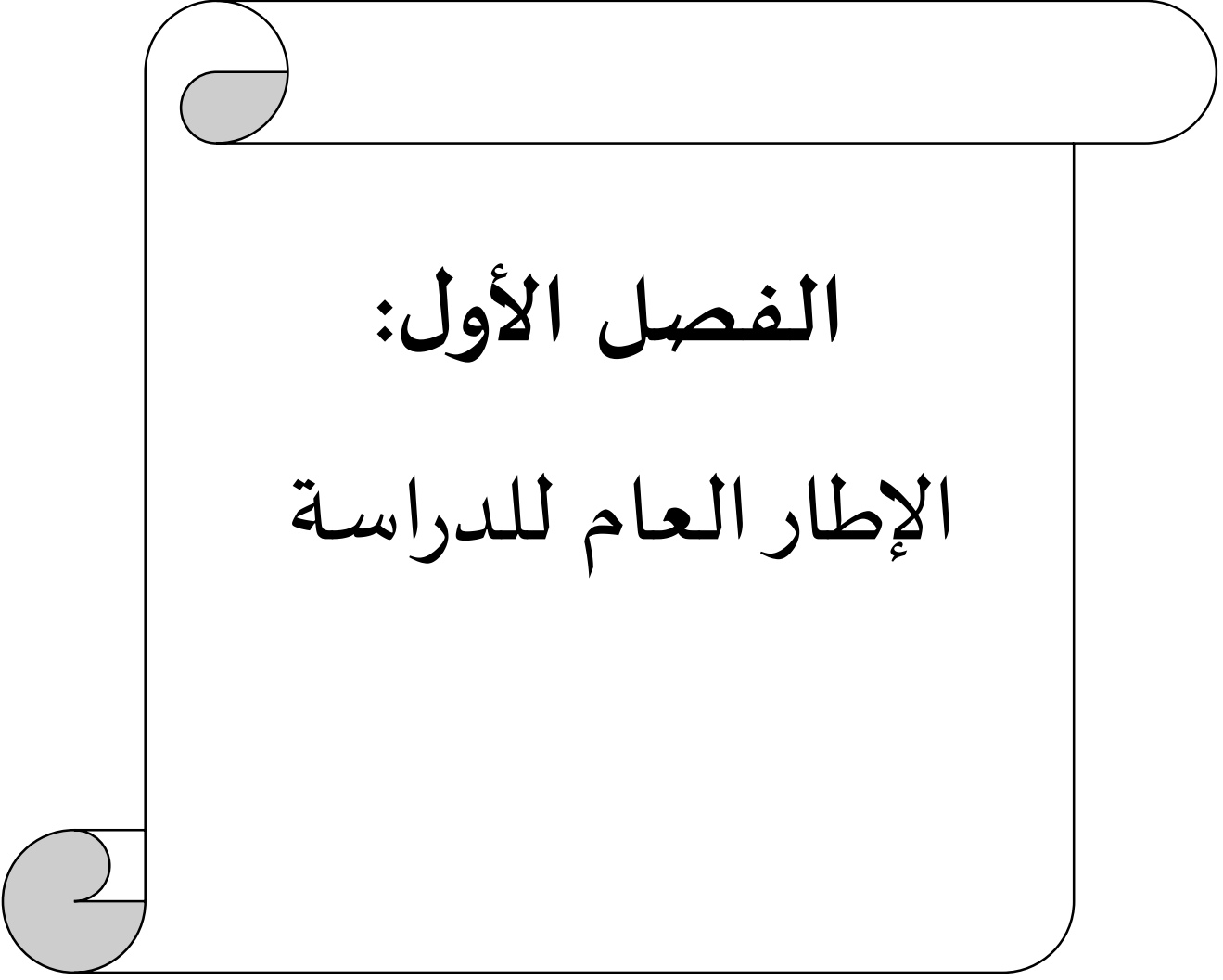
الفصل الثاني: خصصناه للقلق وقلق الموت والذي يتضمن جزأين أساسيين: خصصنا الجزء الأول للقلق بذكر تعريف القلق ثم تطرقنا لأنواع القلق المختلفة، وأعراض وأسباب ونظريات القلق، كما أشرنا إلى أهم العلاجات، وأما في الجزء الثاني فقد قمنا بعرض قلق الموت، بذكر تعريف قلق الموت، الربط بين القلق والموت، مكونات وأعراض وأسباب وأهم النظريات التي فسرت قلق الموت وذكرنا العلاجات المقدمة لقلق الموت.

الفصل الثالث: تناولنا فيه الشخص المسن (مرحلة الشيخوخة) من خلال عرض مفهوم الشخص المسن (تعريفه، تصنيفه)، أيضا خصائص المسنين وأهم المشاكل التي يواجهها الشخص المسن، والنظريات المفسرة لمشكلات المسنين وأهم الاضطرابات والأعراض المصاحبة لهم، وأخيرا تعريف دار العجزة.

أما الجانب الميداني: الفصل الرابع: والذي يتضمن الإجراءات المنهجية للدراسة، الذي يتضمن المنهج الذي استخدمناه، أدوات الدراسة (ملاحظة، مقابلة، مقياس قلق الموت)، حدود وعينة الدراسة، والدراسة الاستطلاعية.

أما بالنسبة للفصل الخامس فقد قسمناه إلى ثلاثة أجزاء، الجزء الأول خصصناه لتقديم الحالات الأربع المدروسة، والجزء الثاني خصص لمناقشة النتائج على ضوء الفرضيات واستنتاج عام، أما الجزء الثالث ذكرنا فيه التوصيات والاقتراحات، وفي الأخير خاتمة وقائمة المصادر والمراجع.

الإطار النظري



الفصل الأول:
الإطار العام للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- الإشكالية
- 2- الفرضيات
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- التعاريف الإجرائية
- 6- الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

يمر الإنسان خلال حياته بمجموعة من المراحل العمرية، حيث أنه لكل مرحلة خصائص ومميزات تختلف عن غيرها، ابتداءً من مرحلة الطفولة وصولاً إلى مرحلة الشيخوخة التي تعتبر المحطة الأخيرة في رحلة الإنسان الإنمائية، تبدأ معالم الإنسان في التغير سواء في المظهر الخارجي للجسم أو في الحالة النفسية والمعنوية، وكذلك الحالة الصحية للجسم.

تعد مرحلة الشيخوخة آخر مرحلة يمر بها الفرد وهي كباقي المراحل العمرية، تحدث فيها جملة من التغيرات التي تمس جميع النواحي الجسمية (تجاعيد، تغير في الوزن والطول، لون الشعر، تغيرات في اليدين وتتميز بالرعشة واللون الأزرق والقدمان بالتورم...)، كذلك تغيرات في الحواس وتتمثل في ضعف حاسة السمع وتغير الصوت، أيضاً تغيرات عقلية بحيث يتعرض للتدهور العقلي وينتج عنه ضعف في الذاكرة، التفكير والقدرات العقلية، وتغيرات في الحالة النفسية والمعنوية كالشعور بالكآبة والقلق والشعور بالوحدة النفسية، كما تغيرات اجتماعية يفقد فيها المسن مكانته الاجتماعية وتدهور علاقاته الأسرية مما يؤدي إلى شعوره بالوحدة والانعزال. فالتغير الجسدي للفرد يؤثر على الجانب النفسي له، لهذا أصبح موضوع المسن موضوعاً مهماً تناوله العديد من الباحثين من خلال عدة دراسات.

فالشيخوخة مرحلة يواجه فيها المسن تغيرات تطراً عليه من تدهور وضعف في صحته وقواه الجسمية وهذا شيء طبيعي، ولكونه كان قادراً على مواجهة مشاكله وأصبح إنساناً ضعيفاً لا يقدر على مواجهة صعوبات الحياة، ومن أهم هذه المشاكل الصحية معاناته من العديد من الأمراض منها: داء السكري، الزهايمر، ضغط الدم، أمراض القلب، التهاب المفاصل والربو، أيضاً مشاكل نفسية بحيث تنقص قيمته الذاتية، شعوره بالوحدة والعزلة، الاكتئاب، قلق الموت الذي يعد هاجساً يهدد الصحة النفسية للمسن ومن أهم المشاكل التي يعاني منها، فيصبح المسن دائم التفكير في موضوع الموت لأنه حقيقة واقعة لا محالة ونهاية حتمية لجميع المخلوقات.

حيث يرى "هولتر" قلق الموت أنه: «استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانفعال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.» (عبد الخالق، 1987، ص38).

فقلق الموت أمر طبيعي يتعرض له أي شخص لكن بدرجات فاتجاهاتنا نحو الموت اتجاهات متناقضة انطلاقاً من مبدأ الظروف الفردية والعمرية، 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 ويعد علامة مرضية شاذة تدل على اضطراب انفعالي شديد.

تتعدد الأسباب والعوامل المؤدية للخوف والقلق من الموت منها: الخوف من النهاية، الخوف من الآلام البدنية أثناء الاحتضار، عدم معرفة المصير بعد الموت وضعف الوازع الديني. قد يؤثر قلق الموت على الصحة النفسية من خلال الخوف الشديد، الاكتئاب، التوتر، الانطواء، ضعف الانفعال وفقدان السيطرة، ويظهر أيضا في أعراض جسمية تتمثل في الأرق والتعب، مشاكل في النوم، زيادة نبضات القلب، صعوبة في التنفس وزيادة في التعرق وغيرها من الأعراض.

ولقد 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، 2013-2014، ص 105) أما في البيئة العربية أجريت عدة دراسات تناولت قلق الموت كدراسة "أريج خليل محمد الفيق" (2016) حول قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين التي توصلت إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين قلق الموت والصحة النفسية.

خصصت الدولة مراكز لرعاية المسنين الذين يحتاجون إلى عناية صحية للحالات المزمنة دون أن تستلزم حالاتهم دخول المستشفى، قد يتخذ قرار الانتقال إلى دار رعاية المسنين بعد تغير ظروف المسن، فقد تحدث إصابة أو تدهور الوظيفة بشكل مفاجئ أو ببطء وقد تتغير الظروف العائلية، مما يجعل توفير الرعاية في المنزل صعبة ويحتاجون من يعتني بهم ويقدم لهم خدمات لمساعدتهم في القيام بالنشاطات اليومية ومراقبة اضطراباتهم والإشراف على علاجهم. ومن هنا جاءت الدراسة الحالية كإسهام للبحث والتعرف على مستوى قلق الموت للمسنين المقيمين بدار العجزة، ومما تقدم نطرح الإشكال الآتي:

- هل يعاني المسنين في دار العجزة من قلق الموت؟

2- الفرضية العامة:

❖ يختلف مستوى قلق الموت بين المسنين في دارالعجزة .

3- أهداف الدراسة:

- ❖ تحديد مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين المقيمين بدار العجزة.
- ❖ معرفة الفروق بين الجنسين في مستوى الشعور بقلق الموت.

4- أهمية الدراسة:

- ❖ لفت الانتباه عن مدى تأثير قلق الموت على المسنين المقيمين بدار العجزة.
- ❖ تقدم الدراسة اطارا نظريا وميدانيا يستفيد منه الباحثين والمهتمين بموضوع قلق الموت لدى فئة المسنين.
- ❖ توجه للعاملين بالقطاع الإجتماعي والتكفل الأمثل بفئة المسنين.

5- تحديد التعاريف الإجرائية:

- ❖ قلق الموت: هو استجابات المسنين المقيمين بدار العجزة على استبيان قلق الموت وذلك بوضع دائرة حول (صحيح) أو (خطأ) والتي تعبر عن مدى شعورهم بالمواقف الضاغطة.
- ❖ الشيخوخة: هم فئة من الناس تتراوح أعمارهم بين 65 إلى 75 سنة، عاجزين عن رعاية أنفسهم إثر تقدمهم في السن، ويعانون ضعفا في قدراتهم ويحتاجون للمساعدة.
- ❖ دار العجزة: هو مركز مخصص للأفراد المسنين الذين ليس لديهم مأوى أو من يتكفل بهم.

6- الدراسات السابقة:

1. دراسة مولن ولوبز Mullin /Lopez 1982:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى القلق الموت وكذلك معرفة القيمة التنبئية للجنس السند الاجتماعي طول مدة الإقامة المستوى التعليمي، الصحة الشخصية، القدرة الوظيفية وقلق الموت لدى عينة من كبار السن مقيمين في ثلاثة بيوت للتمريض قوامها 128 مفحوص بواقع 103 مفحوص وقد النتائج ما يلي :

هناك فرق جوهري في مستوى الموت عند عينة كبار الشيوخ مقارنة بعينة صغار الشيوخ وجود ارتباط عال بين قلق الموت وتدهور الحالة الصحية وسوء القدرة الوظيفية وارتفاع المستوى التعليمي لدى عينة كبار الشيوخ (فقيري ، 2013 \ 2014 ، ص 105).

2. دراسة نجوم 2000 بالدين الاسلامي وعلاقته بكل من قلق الموت والاكتئاب لدى المسنين والمسنات بالعاصمة المقدسة ومحافظة جدة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الالتزام بالدين الإسلامي وقلق الموت والاكتئاب النفسي معرفة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي 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 .

3. 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، ص7).

4.دراسة غانم غالب عبد المحسن(2008) " رعاية المسنين في الاسلام مع دراسة ميدانية لدور المسنين في منطقة وسط الضفة الغربية " .

هدفت الدراسة إلى بيان رعاية الاسلام للمسنين بشكل عام وبيان التغيرات التي تطرأ على مرحلة الشيخوخة وبيان الاسس التي تقوم عليها رعاية المسنين في الاسلام .
ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وللوصول إلى نتائج واستنتاجات استخدم الباحث عينة بلغ عددها 43 مسن وذلك عن طريق استبيانات تم تعبئتها من قبل كبار السن أنفسهم وبمساعدة من الباحث توصلت هذه الدراسة الى النتائج التالية:

- في مرحلة الشيخوخة يطرأ على الانسان تغيرات كبيرة أهمها الضعف العام في الجسم والحواس والشعور بالحاجة إلى الآخرين.
- يتواجد أكثر كبار السن في دور المسنين بناء على رغبة أبنائهم وأقاربهم .
- يتلقى المسنين العناية الكبيرة وتعامل المسؤولين معهم بكل احترام .

5.دراسة أبو ركاب وقوته (2010):المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات.

هدفت الدراسة إلى تحديد مختلف المشاكل النفسية والاجتماعية لدى كبار السن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل الجنس السكن المستوى الاقتصادي ..ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الرسالة المنهج الوصفي التحليلي وطبقت على عينة قدرت ب 1138 مسن ومسنه وذلك باستخدام عدة أدوات أهمها scl 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 و15.8% 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.

6. دراسة الحاج محمد دواحي عبد الحليم و بن عمارة عمر (2013) "مقارنة القلق النفسي بين المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني والرياضي".

هدفت الدراسة الى كشف الفروق بين المسنين الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية في درجة معاناتهم من القلق النفسي. والتعرف على مدى انتشار سمة القلق لدى المسنين في المجتمع الجزائري ولتحقيق هذه الاهداف اتبعت الدراسة المنهج الوصفي وطبقت على عينة قدرت بمجموعتين تكونت كل مجموعة من 15 فرد مجموعة مسنين ممارسين للأنشطة البدنية والرياضية ومجموعة مسنين غير مسنين للأنشطة الرياضية باستخدام مقياس ويليام Zong للقلق وتوصلت إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المسنين الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية وغير ممارسين له.
- سمة القلق عند الاشخاص المسنين الغير ممارسين للرياضة مرتفعة مقارنة بالمسنين الممارسين للنشاط البدني والرياضي.

7. دراسة آية قواجلية (2013): " قلق الموت لدى الراشد المصاب. بالسرطان".

هدفت الدراسة لمعرفة معاناة الراشد المصاب بمرض السرطان من قلق الموت والتعرف أكثر على الحالة النفسية للمريض والمشاكل النفسية التي يخلفها هذا المرض لدى المصاب به وتحديد مستوى قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج الإكلينيكي، وطبقت على عينة قدرت بـ 3 حالات، باستخدام مقياس "دونالد تمبلر" لقلق الموت، وتوصلت إلى النتائج التالية:

- استخدامهم أسلوب التوجه نحو التجنب، أي محاولة الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة أو أن يكتفي بالانسحاب منها.
- إحساسهم بالنقص.
- حياتهم النفسية بعد اكتشافهم المرض تتسم بالقلق والإحباط والخوف من الموت إضافة إلى ذلك الانفعال والاكتئاب.
- لديهم قلق الموت مرتفع ولا يختلف حسب الجنس.
- يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت.

8. 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 بـ 80 مسناً، 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 نسبياً.
- تبين أنه لا يوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية.

9. دراسة بوقرة مختار وشعبي نور الدين (2017): "قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية بمدينة معسكر".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري وكذا التعرف على الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعاً لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والسن ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج الوصفي وللحصول على نتائج واستنتاجات أجريت الدراسة على عينة قوامها 106 مواطن تم اختيارهم بطريقه عشوائية وذلك بتطبيق مقياس عبد الخالق 2003 لقياس قلق الموت وكشفت الدراسة عن النتائج التالية: وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة توجد فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس .

10. دراسة نسيبة عاشور (2016\2017): "قلق الموت لدى المسنين مظاهره وأثاره".

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 بـ 4 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.

11. دراسة فوزية سبيح (2018): "قلق الموت عند الطلاب المصابين بالربو في مرحلة الثانوية".

هدفت الدراسة للتعرف على الحالة النفسية للمريض وإبراز تأثير قلق الموت عند المصاب بالربو ومحاولة الكشف عن درجة قلق الموت لدى الطالب المصاب بالربو ووصف أعراض القلق عند المصابين بالربو، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج الإكلينيكي، وطبقت على عينة قدرت بـ 3 حالات مصابين بالربو، باستخدام مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت، وتوصلت إلى النتائج التالية: أن الثلاث حالات لديهم عامل مشترك واحد هو التفوق والنجاح في دراستهم رغم إصابتهم بمرض الربو، وأن الحالات الثلاثة لديهم قلق ما بين درجتي (مرتفع، متوسط) إلا أن هذا المرض لم يكن عائق أمامهم من النجاح والتفوق في دراستهم وأنهم متقبلون لحالتهم.

12. دراسة مريم بن خليفة (2018): "أثر الصلابة النفسية على قلق الموت لدى المصابات بالسرطان".

هدفت هذه الدراسة للتعرف على مستويات الصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي وعنق الرحم، وكذا درجات قلق الموت لديهن، والتحقق من الدور الذي تلعبه الصلابة النفسية وكيفية تأثيرها في درجات قلق الموت، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج العيادي، وطبقت على عينة قدرت بـ 4 حالات مصابات بالسرطان، باستخدام مقياسي عماد محمد أحمد مخيمر لصلابة النفسية وبشير معمريه لقلق الموت، وتوصلت إلى النتائج التالية: الصلابة النفسية تؤثر في تخفيف قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان عنق الرحم والثدي مع وجود درجات من قلق الموت ومعاناة الحالات منه.

13. دراسة العابد إيمان (2018) "واقع الرعاية الصحية لكبار السن".

هدفت الدراسة إلى التعرف على آراء كبار السن حول الرعاية الصحية ونوعية الخدمات المقدمة لهم، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج الوصفي، وطبقت على عينة قدرت بـ 100 مسن، باستخدام مقياس سفانكس، وتوصلت إلى النتائج التالية:

- صرح أفراد العينة أنهم يعانون من العجز.

- صرح أفراد العينة أنهم لا يحتاجون للمساعدة بنسبة 74,75، أما الذين يحتاجون للمساعدة 52,8 لمساعدتهم في تناول الدواء.

14. دراسة على أمحمدي والعربي غريب (2018) "المساندة الاجتماعية لمشكلات الشيخوخة".

هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية ومشكلات الشيخوخة، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج الوصفي، وطبقت على عينة تكونت من 60 مسن ومسنة، باستخدام مقياس مشكلات الشيخوخة لحسين عبد المعطي، ومقياس المساندة الاجتماعية للكردبي، وتوصلت إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية ومشكلات الشيخوخة.
- هناك اختلاف في ترتيب المشكلات الحياتية اليومية لمرحلة الشيخوخة بين الجنسين خاصة المشكلات (القيمية والأخلاقية، ومشكلات العلاقات في المجتمع، والمشكلات المالية).

15. دراسة نسبية 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 الكلينيكي حيث تكونت عينة البحث من حالتين من المقيمين في دار العجزة باستخدام مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية حيث تم التوصل الى النتائج التالية :

- مستوى جودة الحياة لدى المسنين المقيمين في دار العجزة منخفض .

تعقيب عن الدراسات السابقة :

من خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة التي تناولت متغير الدراسة الحالية، المتمثلة في قلق الموت لدى المسنين، والذي تناولته من زوايا مختلفة، مثل دراسة بوقرة مختار شعبي نور الدين (2017) حيث استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي على عكس دراستنا والتي استخدمنا فيها المنهج الإكلينيكي كما أنها أجريت الدراسة على عينة قوامها 106 مواطن تم اختيارهم بطريقة عشوائية بينما دراستنا أجريت على أربعة أشخاص تم اختيارهم بطريقة قصدية، كما أنها طبقت مقياس عبد الخالق 2003 لقياس قلق الموت على خلاف دراستنا التي طبقنا فيها مقياس "دونالد تمبلر لقلق الموت ، كذلك نجد دراسة أريج خليل محمد القيق (2016) والتي اتبعت أيضا المنهج الوصفي التحليلي على خلاف دراستنا وطبقت على عينة قدرت ب 80 مسنا اختيروا بطريقة عشوائية على عكس دراستنا، ونجد دراسة آية قواجلية والتي اتبعت المنهج الإكلينيكي والذي يتوافق ودراستنا الحالية كما أنها طبقت مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر وهو المقياس المتبع في دراستنا أيضا ، على عينة اختيرت بطريقة قصدية قدرت بثلاث حالات وهذا يختلف مع دراستنا التي تقدر بأربع حالات ، كما يتضح مما سبق عرضه من دراسات سابقة أنها تختلف من حيث الهدف و المكان وحجم العينة ، ومعظمها طبق على مجتمعات عربية ومنها مجتمعات أجنبية ، وقد تقاربت النتائج على الرغم من الاختلاف البيئي والثقافي والديني .

وفي دراستنا الحالية تطرقنا إلى قلق الموت وأثره على المسنين المقيمين في دارالعجزة، حيث اعتمدنا المنهج الإكلينيكي وبتطبيق المقابلة النصف موجهة والملاحظة العيادية إلى جانب مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت على عينة تمثلت في أربع حالات.

الفصل الثاني:

القلق وقلق الموت

الفصل الثاني: القلق وقلق الموت.

تمهيد

أولاً: القلق

- 1- تعريف القلق.
- 2- أنواع القلق.
- 3- أعراض القلق.
- 4- أسباب القلق.
- 5- نظريات القلق
- 6- علاج القلق.

ثانياً: قلق الموت

- 1- تعريف قلق الموت.
- 2- الربط بين القلق والموت.
- 3- مكونات قلق الموت.
- 4- أعراض قلق الموت.
- 5- أسباب قلق الموت.
- 6- نظريات قلق الموت.
- 7- علاج قلق الموت.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

أصبح القلق في وقتنا الراهن سمة بارزة لدى مختلف الشرائح العمرية صغارا وكبارا، وتختلف الظروف والأسباب التي تسبب القلق من شخص لآخر، ومن هذه الأحداث "قلق الموت" الذي أصبح شائعا، ذلك أن الموت يأتي فجأة دون معرفة الزمان والمكان، فهو يراود أفكارنا بمختلف الطرق والأسباب. وقد وجدت صعوبة من قبل العلماء والباحثين في تحديد ماهية قلق الموت.

في هذا الفصل سوف نتعرف على القلق بصفة عامة، وأنواعه وأهم الأعراض التي يظهر فيها، لذلك أهم أسبابه، ونظرياته وطريقة علاجه، أيضا سنتطرق الى التعريف بقلق الموت، وكيفية الربط بينه وبين القلق، أيضا سنقوم بذكر مكوناته، وأهم أعراضه والأسباب المؤدية له، كذلك سنتحدث عن النظريات التي درست موضوع قلق الموت، وفي الأخير سنقدم العلاجات الموجودة لهذه المشكلة.

أولاً: القلق:

1- تعريف القلق:

- يعرفه "سيبلبرجر" بأنه: "ردود أفعال تركز أصلاً على القلق الموضوعي عندما تكون المثيرات أو الإشارات الداخلية". (رحمانية، 2017، ص 29)
- يعرفه "حامد عبد السلام زهران" بأنه: "حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية". (زهران، 2005، ص 484)

القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب، ومضطرباً. كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو متردداً عاجزاً عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز. (عثمان، 2001، ص 18) ومن الممكن أن نعدد بإيجاز وجهات النظر التالية عن القلق:

. انفعال سلبي (يرتبط بالخوف والمخاوف الشاذة).

. زملة إكلينيكية (مجموعة أعراض مرضية) تشتمل على عدد كبير من الأعراض.

. حالة تنبه شديد، أو نشاط فيزيولوجي زائد، أو درجة مرتفعة على متصل التنشيط. (عبد الخالق، 1987، ص 26)

اختلفت وجهات نظر علماء النفس ونظرياتهم حول تعريف القلق، نظراً لكونه مفهوماً شديداً التركيب، فهو مفهوم أساسي لتفسير معظم نظريات الشخصية وعلم الأمراض النفسية، من حالات توتر وقلق وخوف وانزعاج التي تؤثر على شخصية الفرد وصحته النفسية والجسمية.

2- أنواع القلق: قسم المشتغلون بعلم النفس المرضي القلق إلى أنواع هي:

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

ب. القلق العصبي: يكمن مصدره داخل الفرد نفسه لكنه لا يعرف له أصلاً أو يجد له مبرراً موضوعياً أو سبباً صريحاً واضحاً فهو خوف أسبابه مكبوتة لا شعورية، إنه قلق هائم طليق غامض.

ج . القلق الخلقي: هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم (الأنا الأعلى) (الأنا) عندما يأتي الفرد أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز (الأنا الأعلى) أي أن هذا النوع يتسبب عن مصدر داخلي مثله مثل القلق العصابي الذي ينتج من تهديد دفعات (الهو) الغريزية ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل والاشمئزاز. (عاشور، 2016-2017، ص 11.10)

للقلق أنواع منها ما يمكن التعامل معه بشكل آمن، ومنها ما لا يمكن الإغفال عنه فإذا بلغ بنا الأمر إلى أنواع مرتفعة من القلق فأنت تواجه مشكلة كبيرة وعليك الانتباه لها، والقلق يقسم إلى ثلاثة أنواع وذلك لتصنيف التعامل مع كل نوع قلق ولكل منها خصائصه وخطورته على صحة الإنسان النفسية.

3- أعراض القلق:

الأعراض الجسمية:

تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمتابعة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية الحركية والتعب والصداع المستمر الذي لا يهدئه الأسبيرين، 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 التهدد 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) .

الأعراض النفسية:

تشمل القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل، والعصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة، والحساسية النفسية الزائدة، وسهولة الاستثارة والهيياج وعدم الاستقرار، والخوف بصفة عامة والخوف الذي قد يصل إلى درجة الفرع والشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات، والهم والاكنتاب العابر، والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل، وتوهم المرض والشعور بقرب النهاية والخوف من الموت، وضعف التركيز وشروء الذهن

واضطراب قوة الملاحظة، وضعف القدرة على العمل والإنتاج والإنجاز، وسوء التوافق الاجتماعي، وسوء التوافق المهني، وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط. (زهران، نفس المرجع السابق، ص 486).

توجد عدة أعراض تظهر على شخصية مريض القلق، وهي ما تجعلنا نعي أن هذا الشخص على مشارف الخطر للإصابة بحالات قلق حاد، وعلينا فقط مراقبة هذه السمات للتعامل مع المصاب بشكل سريع يضمن عدم الوصول الأمر لمراحل خطيرة.

4- أسباب القلق: تعددت أسباب القلق ومن أهمها نذكر:

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات تختلط وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل: القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان إلخ.
- التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا او عاطفيا او تربويا) الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة والإرهاق الجسدي والتعب والمرض وظروف الحرب.
- الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيلة الطويلة خاصة الجماع الناقص.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.
- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) وشعور بالتهديد الداخلي او الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه ، والتوتر النفسي الشديد ، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص ، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة ، وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة ، ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات ، والإحباط، والفشل، اقتصاديا، زواجيا او مهنيا..... إلخ.
- يرى السلوكيون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينه ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك. (زهران، نفس المرجع السابق، ص 488 – 489).

يرجع كثير من علماء النفس خاصة أصحاب مدرسة التحليل النفسي، أصل نشوء القلق إلى حالات أربع عاشها حسبهم كل فرد في ماضيه، وهي:

- صدمة الميلاد: الذي هو النموذج البدائي للقلق وهو صراع من أجل البقاء وهو التجربة الأولى التي يوضع فيه الانسان فجأة أمام تغير أساسي لمحيطه، تتوقف فيه مسألة حياته على جملة من ردود أفعال حيوية متصلة بهذه الوظيفة وهذه التجربة الأولى تتكون المخاوف الأولى.
- صدمة الفصام: أنه حصل الفصام، وهو الخوف الذي يستدعيه الانفصال عن الموضوعات التي يرى المرء انها جوهرية لحياته، يعيش الطفل بعد صدمة الميلاد بقليل - أي الفترة التقليدية للرضاعة- في حال الانفصال عنها خوفا من عدم استطاعته على ابقاء السعادة والاطمئنان والامن، والمتمثل في الالتحام بأمه.
- عقدة الاخصاء: ويرى أصحاب المدرسة التحليلية أنها تأتي بعد مع الانفعالات الجنسية الطفلية وهو خوف من عقاب الوالدين بسبب التفكير الجنسي إنه الشعور بالألم نتيجة التفكير في تملك أحد الأبوين من الجنس الآخر وهذه العقدة هي المسئولة عن كثير من الذنب اللاشعوري.
- التنشئة الاجتماعية: إن القلق الناشئ عن التنشئة الاجتماعية هو خوف من النبذ من طرف المجتمع إنه قلق الأنا الأعلى بسبب الخوف من عدم القدرة على الاستجابة للمتطلبات الثقافية للأبوين والمجتمع. (زعر، 2010، ص 28-29).

ذكر "لطفي الشربيني" في كتاب له عديد من أسباب القلق نذكر من بينها:

- التعرض لموقف معين مثل: حادث السيارة أو نزاع مع شخص آخر أو أزمة مالية
- التكوين النفسي للفرد وخصائص الشخصية التي يتميز بها فبعض الناس بحكم تكوينهم لديهم الاستعداد للإصابة بالقلق.
- انتقال القلق بالوراثة عبر الأجيال.
- انشغال البعض برأي الآخرين فيهم والشعور بالظلم وعدم الإنصاف من العدالة أو تأثير الزحام والضوضاء والتفكير في تأثير الحسد والسحر. (الشربيني، 2007، ص 49-79).

ذكرت " أسماء بكاري " عدة أسباب للقلق:

- الاستعداد الوراثي: في بعض الحالات وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- الاستعداد النفسي: ضعف النفسي العام والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد والأزمات أو المتاعب والخسائر المفاجئة والصدمات النفسية مثل: الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا أو زوجيا والحلول الخاطئة وكثرة الحرمان الثقافية.
- مواقف الحياة الضاغطة: مطالب ومصالح المدنية المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهجم والحرمان وعدم الأمان، واضطرابات الجو الأسري والوالدان العصبيان القلقان.
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة: الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل: القسوة والتسلط والحماية الزائدة واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.
- التعرض لحوادث وخبرات حادة: كالحوادث الاقتصادية أو عاطفية أو تربوية، وخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسدي والمرض. (بكارى، 2020، ص 24-25).

من خلال ما تم عرضه نستخلص أن الأسباب المؤدية للقلق تختلف وتتعدد من شخص لآخر وحسب البيئة والظروف المعيشية والاجتماعية وحسب الاتجاهات الفكرية وحسب نظرة الأفراد وخبراتهم حيث أن أهم أسباب القلق نذكر أسباب وراثية ونفسية، مشكلات المراحل العمرية المختلفة، مشكلات الحاضر وجهل المستقبل، الفشل في السعي نحو تحقيق الذات وأيضا مواقف الحياة التي تصادف الشخص، طرق التنشئة الاجتماعية الخاطئة.

5- النظريات المفسرة للقلق:

• نظرية التحليل النفسي:

يعتقد المحللون النفسيون، وأكثرهم شهرة سيغموند فرويد (Sigmund Freud) أن العقل البشري يتكون من عناصر مختلفة: الوعي واللاوعي. فيتعامل القسم الواعي من الدماغ مع المخاوف والرغبات. إذا كان من الصعب التعامل أحيانا مع هذه المخاوف والرغبات، يحاول الفكر أن يقوم بدفن تلك التي لا يستطيع التعايش معها في اللاوعي، بدلا من محاولة حلها. ولكن لسوء الحظ، قد لا يجدي هذا نفعاً، فعندما تحاول هذه الرغبة أو الخوف أن تعبر عن نفسها، ينتج عنها قلق. فاعتقد سيغموند فرويد، الذي عمل بأستراليا في بداية القرن العشرين، أن اضطرابات القلق في بعض النساء

اللواتي عالجهن تعود إلى رغبات جنسية لم يتمكن من التعايش معها أو مناقشتها لأنها لا تعتبر من شيم السيدات (مكزي، 2013، ص 34-35).

• المدرسة السلوكية:

يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالاً على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي، ويركز الأوائل من السلوكيون من أمثال واطسون Watson على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دفعا مكتسباً.

فالسلكيون لا يركزون على الصراعات الداخلية كما يفعل التحليليين، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الآلي ويصبح هذا المثير قادر على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي. وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف، مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير هذا الشعور، وعندما يبني الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المهيمن الذي هو القلق (بكري، 2020، ص 26-27)

• النظرية المعرفية:

يمثل علم النفس المعرفي اتجاهاً قوياً في علم النفس المعاصر؛ حيث أثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة. يعتبر " جورج كيلي " (G. Kelly) من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتها السواء واللاسواء؛ حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات. وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث، على اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل.

يعتبر النموذج المعرفي عند " بيك " (A.Beek) أكثر النماذج المعرفية لتفسيرات للقلق، إذ يعتبر الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لمرض القلق وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميزة لمريض القلق فيما يلي:

❖ أفكار متكررة عن الخطر: فمريض القلق هو دائماً في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية.

❖ نقص القدرة على " مجادلة " الأفكار المخيفة: قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم معاقة، ومهما هذا الشك، فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار.

❖ تعميم المثير (المنبه): يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق؛ بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تغير بيئي أن يدرك بوصفه خطراً. (قواجلية، 2012، ص 20-22)

• نظرية التعلم:

نظرية التعلم تعتبر هذه النظرية أن القلق هو خوف مرتبط بالمحفز الخاطئ فنحن نتعلم أن نخاف من الشيء الخطأ أو نتفاعل بشكل غير ملائم في مواقف معينة ويصبح الأمر عادة، وكلما فعلنا هذا أكثر تعودنا عليه أكثر، فعلى سبيل المثال، تنتج نوبات الذعر والمخاوف حلقة مفرغة تبقىها مستمرة على الدوام.

تأتي نوبات الذعر من حيث لا ندري، ويعتقد البعض أنهم يتعرضون لاضطرابات في القلب، فيبدئون بمراقبة حالة قلوبهم، غير أن مجرد التفكير في قلبك قد يجعله ينبض بسرعة أكبر، وعندما تشعر بقلبك ينبض بسرعة تقوم بإقناع نفسك بأنك تعاني فعلاً من مشكلة في القلب، ويزداد بذلك قلقك.

قد تخرج المخاوف عن السيطرة بالطريقة نفسها، فإحدى أبسط الأمور التي لا تعجب الأفراد في العناكب هي حقيقة أنه لا يمكن التوقع بها، فكثير من الأفراد الذين يعانون من الخوف من العناكب (رهاب العناكب) لا يقتربون منها، ولا يطبقون حتى النظر إليها. فعدم الاقتراب من العناكب، وعدم النظر إليها يجعلها أكثر غموضاً، وبالتالي مخيفة أكثر فأكثر، ونتيجة ذلك تصبح العناكب أكثر إثارة للقلق، ولا سيما بسبب عدم النظر إليها والاقتراب منها.

إن تفادي العنكبوت أو الهرب منها (أو من أي خوف آخر) يزيد من الخوف بطريقة أخرى، فإذا قلقت وسارعت بالهروب من الموقف فأنت تعلم نفسك درسين: العنكبوت يسبب القلق والوسيلة الوحيدة للسيطرة على الوضع هي الهرب، فأنت تعلم نفسك أن الخوف من العناكب هو جزء من تكوينك، وأما الحقيقة فهي أننا نحن من نخيف أنفسنا، وأنه يمكننا السيطرة على الوضع، كما يمكننا السيطرة على خوفنا من دون الهرب منه. فالهروب من مخاوفنا يجعلها تكبر ويمنعنا من السيطرة عليها. (مكثري، 2013، ص 26-27).

• المدرسة الإنسانية:

ترجع هذه المدرسة القلق إلى الخبرة التي يعيشها الفرد حينما يهدد شيء ما مفهومه لذاته حيث حدد " ماسلو " سلم الحاجيات الإنسانية حسب أهميتها إلى أن تصل إلى تحقيق الذات. كما يؤدي عدم بلوغ تلك الحاجات في المستويات الأربعة الأولى إلى حدوث القلق مما يدفع بالفرد إلى محاولة إشباعها بغية استعادة التوازن. كما ركز " ثورون " على أن قلق الفرد ليس ناشئاً من خبرات الماضي بل يكمن في خوفه من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد حياتهن وهو " ريبس " حالة عاطفية غير مريحة تتصف بتوقع الشر والتوتر باعتبار أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك تماماً نهايته الحتمية، وأن توقع حدوث الموت فجأة يعد التنبيه الأساسي للقلق عند الإنسان (بن خليفة، 2018، ص 37).

نلاحظ من خلال ما تم عرضه أن التفسيرات المقدمة من طرف علماء النفس التحليليون قد ركزت على أن القلق ينتج عن الفشل في التعامل والتعايش مع المخاوف والرغبات ، هذا ما يناهز ما جاء به أنصار التيار السلوكي حيث أكدوا أن القلق ناتج عن عملية التعلم الخاطئ وتعميمه على أشياء أخرى ، حيث تتفق معها نظرية التعلم التي تعتبر أن القلق ينتج عن الخوف من شيء إضافة إلى التفاعل معه بشكل كبير لتصبح عادة بالتكرار فينتج عنها التعلم الخاطئ ، و النظرية المعرفية تركز على أن القلق ينتج عن عملية التوقع والخوف من المجهول والمستقبل ، بينما النظرية الإنسانية تؤكد أن القلق يرتبط بالفشل في تحقيق الكيان الوجودي للذات و بالنظرية المستقبلية وعملية التوقع .

6- علاج القلق:

القلق أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج ومن طرق العلاج نذكر ما يلي:

1 - العلاج النفسي: هو طرق نفسانية متعددة ذات خلفية نظرية، لعلاج مشكلات ذات صبغة وجدانية تؤثر سلباً على سلوك الفرد فتحدث اضطراباً في شخصيته، والعلاج النفسي ضروري لا تستغني عنه كل الطرق العلاجية خاصة في علاج الحالات العصبية، حيث يعتمد أساساً على فكرة الاضطرابات النفسية التي عادة ما تقود إلى أمراض عضوية خطيرة تعود في جوهرها إلى اضطراب نفسي عميق وقديم (زعت، 2010، ص 41-42).

2 - الإرشاد النفسي : ويشمل الإرشاد العلاجي والإرشاد الزواجي وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها (إبراهيم ، 2002 ، ص 89).

3- العلاج السلوكي : ويستخدم في حالات الخوف المرضي العصابي ويعتمد على التخلص من الفعل المرضي وتكوين فعل سوي وذلك بأن يمرن المريض على الاسترخاء ثم تعرض عليه منبهات أقل من أن تصدر قلقاً أو تسبب ألماً ثم زيادة المنبه بالتدريج حتى يستطيع المريض مواجهة مواقف الخوف وبذلك يتحقق له الشفاء. (بكارى، 2020، ص 29).

4-العلاج الطبي : للأعراض الجسمية المصاحبة وطمأننة المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسدي واستخدام المسكنات (مثل الباريتورات « أميتال Amytal ») واستخدام المهدئات (مثل ستيلازين Stelazine) والعقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم Librium). وهنا يجب تعريف المريض أن هذه مسكنات ومهدئات حتى لا يعتقد أن مرضه عضوي المنشأ. ويجب الحرص في استخدام العقاقير المهدئة خلفية حدوث الإدمان. ويرجح البعض أنه في حالة القلق يزيد الأثر النفسي أكثر من المفعول الكيميائي للعقاقير. وقد وجد أن العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية كان فعالاً قدر فعالية استخدام العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير كذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي في بعض الأحيان (زهران، 2005، ص 489).

5-العلاج البيئي و الاجتماعي : فبعد دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت وملاقاتها بتغيير الوضع العائلي أو المحيط الاجتماعي أو الدفع نحو التكيف معها ، أو ظروف العمل غير المناسبة أو كل ما من شأنه أن يؤدي إلى صفاء وطمأنينة المريض (زعتز، 2010 ، ص 43- 44).

6-العلاج العضوي : وذلك بالعقاقير المهدئة ، وكذلك علاج الأعراض المصاحبة كفقد الشهية وغيرها ، ويراعي ألا يكون هذا العلاج أساسياً أو وحيداً ، ونستعمل هنا المهدئات الخفيفة عادة. ويلعب المرشد أو الأخصائي بمراحل العلاج دوراً كبيراً في تخفيف القلق أو مساعدة الحالة للتخلص من حالة القلق التي انتابته، من خلال تخفيف حدة آثار القلق السلبية أو التأقلم والتكيف حالته أو مساعدته في الخروج من الحالة بسلام، وإيجاد أساليب وسلوكيات تتخلص من ضغط تلك الحاجة غير المشبعة والأسباب المؤدية للقلق (قواجلية، 2012، ص 24 – 25).

نستخلص من كل ما تم عرضه أن هناك العديد من علاجات القلق والتي تختلف وتتنوع حيث أهمها العلاج السلوكي الذي يصلح لجميع أنواع القلق والذي يحقق أعلى نسب شفاء من بين أغلب العلاجات الأخرى والتي ذكرنا منها العلاج النفسي والإرشاد النفسي والعلاج الطبي والعلاج البيئي الاجتماعي والعلاج العضوي.

ثانيا: قلق الموت

1- تعريف قلق الموت:

يعد تعريف قلق الموت مشكلة لأنه لا يشير بشكل تقليدي إلى خوف محدد. فالموت مفهوم مجرد، لكنه حقيقة مادية وفعل واقعي، شأنه شأن مفاهيم أخرى مجردة.

يعرفه "تمبلر" بأنه: "حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته هو" (عبد الخالق، 1987، ص38).

كما يعرفه "هولتر" بقوله أنه: "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت" (عبد الخالق، مرجع سابق، ص38).

بينما يعرفه "ديكستين" بأنه: "التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة". (عبد الخالق، نفس المرجع السابق، ص38).

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

اختلفت التعاريف حول قلق الموت، بحيث وجد العلماء صعوبة في إعطاء تعريف محدد له، لأنه ليس هناك إجابة ثابتة عن ماهية الموت، لكن يمكن الإجابة عن بعض المشكلات التي تنتج عن القلق والخوف من الموت. فينتج قلق الموت عادة من النظرة السلبية لأي حالة انفعالية يمر بها الشخص، وربط أي مشكل يواجهه بالموت.

2- الربط بين القلق والموت:

إن الموت باعتباره نهاية للحياة، يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه، فالتصور غامض أو مبهما 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، ص12)

3- مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف "جاك شورون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

. الخوف من الاحتضار.

. الخوف مما سيحدث بعد الموت.

. الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كافانو" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة للموت، وقد

تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

. عملية الاحتضار.

. الموت الشخصي.

. فكرة الحياة الأخرى.

. النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

أما "ليفتون" فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون من:

. التحلل أو التفسخ.

. الركود أو التوقف.

. الانفصال.

كذلك ميز "ليستر" (48). من وجهة نظر سيكولوجية. بين جوانب أربعة للخوف من الموت تتمثل في بعدين لكل

منهما قطبان كما يلي: الموت/ الاحتضار/ الذات / الآخرون. ومن ثم تشمل هذه الجوانب على ما يلي:

. الخوف من موت الذات.

. الخوف من احتضار الذات.

. الخوف من موت الآخرين.

. الخوف من احتضار الآخرين.

وقد اقترح "هولتر" ثمانية أبعاد في مقياسه وهي كما يلي: الخوف من: عملية الاحتضار، الميت، التحطيم بعد الموت مباشرة، موت الآخرين ممن لهم أهمية في حياة الشخص، المجهول، موت الشعور، الجسد بعد الموت، الموت قبل الأوان. (عبد الخالق، نفس المرجع السابق، ص46،45)

مفهوم قلق الموت له أبعاد مختلفة، كل باحث وضع مكونات وجوانب مختلفة اشتركت كلها في نقطة واحدة وهي الخوف والقلق من الموت.

4- أعراض قلق الموت:

. الإصابة بضيق التنفس.

. كثرة البكاء.

. سيطرة التشاؤم والنظرة القاتمة للحياة.

. سيطرة الانفعالات السلبية ومنها البكاء.

. الإصابة بالأرق وتعذر النوم.

. الانطواء.

. الإصابة بالكآبة الشديدة.

. الإصابة بالصداع، أو الألام الجسدية المختلفة.

. كثرة الشكوى من الأمراض المختلفة، التي وجود لها واقعياً.

. التحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت.(فقيري، 2015، ص78)

أعراض جسمية:

- . الإغماء والدوخة.
- . نوبات من الصداع المزمن.
- . تسارع ضربات القلب.
- . نوبات من التنميل أو التخدير في الذراعين أو القدمين أو اليدين.
- . فقدان التوازن والسيطرة العضلية.
- . الإسهال.
- . الأرق.
- . توهج الحرارة أو الهبوب الساخن.
- . الغثيان.
- . النوم المضطرب.
- . صعوبة في التنفس.
- . آلام الصدر.
- . البرود الجنسي.

أعراض نفسية:

- . الخوف الشديد.
- . الاكتئاب.
- . الخوف من المرض والموت.
- . أفكار تسلطية وأفكار عدوانية.
- . أفعال قهرية.
- . الانفعال وفقدان السيطرة على النفس.
- . نوبات من الهلع التلقائي وغير المتوقع.
- . استغراب الواقع وتفكك الشخصية.

. الانعزال والوحدة. (دافيد، 1988، ص87.30)

. القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل.

. العصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة.

. الشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات.

. ضعف القدرة على العمل والإنتاج والإنجاز.

. سوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق المهني.

. ضعف التركيز وشروء الذهن واضطراب قوة الملاحظة.(زهران، 2005، ص487)

ينعكس قلق الموت على الصحة النفسية والجسدية، حسب كل شخص، منهم من تؤثر عليهم نفسياً من خلال

انفعالات عنيفة ومشاعر واتجاهات سلبية، ومنهم من تظهر عليهم أمراض عضوية مختلفة.

5- أسباب قلق الموت:

تتعدد أسباب وعوامل التي تؤدي إلى القلق من الموت نذكر منها:

ذكر مسكوية عدة أسباب نذكر منها:

- يظن أن بدنه إذا انحل وبطل تركيبه فقد وانحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور.
- أن العالم سيبقى موجودا وهو غير موجود فيه.
- يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم المرض.
- متحيز لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
- يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت. (عاشور، 2016\2017، ص 14)

يذكر أيضا ماسرمان بعض الظروف مثل المرض والحوادث والكوارث الطبيعية، أما عن الأسباب فذكر:

- الخوف من النهاية.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من الموت بعد مرض عضال.

- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.

يرجع بيكر برونر هذا القلق إلى أسباب دنيوية منها:

- كراهية الجثة وغرابتها.
- العدوى الإجتماعية للحزن والاشمئزاز الحضاري والتفاعل العاطفي.
- الخوف من العدوى والصدمة.
- تخيل التحلل أو التعفن.

وكما أورد شولتز أيضا الأسباب الآتية:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسدي.
- توقف السعي نحو الأهداف.
- الخوف من العقاب الإلهي خاصة عند المدمنين.
- الخوف من العدم.
- تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة الأطفال الصغار (سبيح، 2018، ص 13)

قام المؤلف بدراسات عربية عن أسباب قلق الموت في 3 بلدان عربية حيث توصل إلى التالي:

لدى عينة مصرية:

- الخوف من الحساب والعقاب.
- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف من ترك ملذات الدنيا.
- الخوف من قلة الأعمال الصالحة.

لدى عينة سعودية:

- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية.

- الرغبة في تحقيق الآمال قبل الموت.
- حب البقاء والتمسك بالدنيا.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب والأسرة.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من النار ومن عذاب القبر وظلامه.

لدى عينة لبنانية:

- الحرب الأهلية.
- قلة الإيمان.
- سماع القصص يوميا ورؤية الجثث.
- توقع الموت في كل لحظة.
- الخوف من طريقة الموت.
- لأن الموت شيء مجهول بالنسبة للإنسان.
- الخوف من الموت بدون سترة. (عبد الخالق، 1987، ص 215-219)

وذكرت "مريم بن خليفة" عدت أسباب لقلق الموت نذكر منها:

تختلف أسباب قلق الموت باختلاف نظرة الأفراد وخبراتهم حوله حيث:

- يرجع "جاك شورون" أسباب الخوف من الموت إلى الخوف من حدث الموت نفسه والانقطاع عن الوجود والخوف مما سيحدث فيما بعد.
- يعمل قلق الموت بشكل لاشعوري وينشط أفكارا مختلفة عن فكرة العدم وفقدان الذات وفقدان الحياة بشكل عام وحتى العقاب الإلهي لدى المتدينين خوفا من المصير الذي ينتظرهم، كما أنه ينتج سلوكيات تكون مصممة لإنكار الموت.
- توجد أسباب أخرى مؤثرة على مدى الخوف من الموت ، كضعف الإيمان والإصابة بالأمراض الخطيرة ويتركز خوف المريض في أنه يصبح عالية على المجتمع بسبب العجز والاعتماد على الآخرين في قضاء حاجاته الأكثر

خصوصية مع تطور المرض ، تزيد حدة القلق لدى الفرد مع تقدمه في السن وشيوع المعتقدات في المجتمع حول فجأة الموت والاحتضار والألام المصاحبة له والنتائج الصادمة عن الأوضاع الاقتصادية والسياسية والحروب والكوارث الطبيعية ، إضافة إلى التعبيرات المقدمة للموت التي تعكس مقدار القلق المرتبط به ، تحمل بعض التعبيرات معاني ايجابية كالرحيل عن الحياة والذهاب للجنة واجتماع الشمل في الحياة الأخرى أو النوم ، بينما يتضمن بعضها الآخر تعبيرات سلبية كالانفصال ، فقدان ، العقاب ، الصدمة ، تولد تمثيلات الفرد اتجاه الموت . (بن خليفة، 2018، ص 49-50).

نستخلص من كل ما تم عرضه أهم الأسباب المؤدية لقلق الموت التي في مضمونها لا تبتعد كثيرا عن أسباب القلق نذكر تضخيم الصورة الذهنية لألم الموت، عدم معرفة ما يوجد بعد الموت، الخوف من طريقة الموت وزمنها، عدم تحقيق جميع الأهداف الموسومة في الحياة، العقاب الإلهي، الحروب وعدم الاستقرار الدولي وأخيرا الإصابة بمرض عظام خطير.

6- النظريات المفسرة لقلق الموت:

تعددت واختلفت النظريات والآراء التي تحدثت عن قلق الموت كونه موضوع عام وواسع حيث نجد:

• نظرية التحليل النفسي:

يرى (فرويد) أن الغرائز تتجمع في غريزتين أساسيتين هما غريزة الموت، وغريزة الحياة، وهما أساس الحياة النفسية عند الإنسان، رغم أن كل واحدة منهما تعمل نقيض عمل الأخرى فغريزة الحياة تهدف إلى استمرار الحياة، وغريزة الموت دافعها العدوان والتدمير والانتحار فتتصارع غرائز الفرد وتهدده بفقد التحكم، فالحياة صراع بين غرائز الموت وغرائز الحياة، غير أن غرائز الموت تعمل في صمت. يرى "فرويد" أنه إذا اتجهت غريزة الموت إلى الخارج بدت في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكرهية، وإذا اتجهت إلى الداخل بدت في صورة قلق الموت (مغربي سيد، 2015، ص 27).

أما (ميلاني كلاين) فترجع قلق الموت إلى التهديد النزوي الناتج عن نزوة الموت الموجودة في اللاشعور منذ الولادة، وكذا الصراع القائم بين نزوتي الحياة والموت، فبالنسبة لها يعتبر قلق الموت هو أساس كل قلق يصيب الفرد في حياته وأنه أساس كل الأفكار والتصورات العدائية الناتجة عن النزوات العدوانية (بن خليفة، 2018، ص 52).

- النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيين 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 ، اذن فهو خوف محبوس لا يجد له مصرفاً ، كذلك الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو الخوف فان التأثيرات تصاحبها تغيرات جسمية ، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة ، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال فيها.(قواجلية، 2012، ص 35).

- النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن افكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما فيها ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجها خطأ 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.(سأبيح، 2018، ص ص15-16).

- النظرية المعرفية والسلوكية:

أمثال " أليس " يعتبرون الاضطرابات السيكلوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة الذي يتعرض له فيكتسب أفكار لا منطقية استناداً لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت (عاشور، 2016\2017، ص 17).

- النظرية الإنسانية:

تذهب هذه النظرية إلى القول بأن الإنسان يدرك نهايته وأن الموت قد يحدث في أية لحظة ففجائية الموت واليقين بوجود النهاية هو المثير الأساسي للقلق عند الفرد، الذي يخاف من فقدان ذاته وهويته، فالمنظور الإنساني يعتقد بأنه لا أحد يعتقد في أعماقه بموته الشخصي رغم أنه جزء لا يتجزأ من حياته وعن دوافعنا النرجسية في الحياة (بن خليفة، 2018، ص 53).

- النظرية العضوية البيولوجية:

عرف " بيشا " الحياة أنها مجموعة الوظائف التي تقاوم الموت ويرى " كلود بيرنارد " أن الحياة هي الموت مفسرا ذلك أنه إن أردنا أن نقول إن جميع الوظائف الحيوية هي بالضرورة نتيجة لعملية الاحتراق العضوي، وحديثا حاول بعض علماء الأحياء تقدير العمر التقريبي للوفاة وهناك ثلاثة حقائق أساسية في هذا المجال وهي:

- شرايين الإنسان تحدد العمر.
- كلما زاد محيط البطن بالنسبة لمحيط الصدر فغالبا ما ينخفض العمر المتوقع ما لم تؤثر عوامل أخرى كأمراض معينة.
- إن الموت ليس إفلاس القلب بل هو توقف المخ (بكارى، 2020، ص 35).

- نظرية علم النفس الفردي:

يرى " ألفريد أدلر " أن الشخص العصابي عندما يشعر بأنه غير قادر على مساندة صعوبات وصراعات الحياة اليومية ، يلجأ إلى حيل وأساليب متعددة الأشكال ليكتسب الرفعة والسمو ، وذلك بإبعاد السمات غير المرغوبة الى اللاشعور ، متجنباً المسئوليات ، ومحاولا فقط عمل الاسهل من المطالب ، مؤثراً دائما المتطلبات والافعال غير الواقعية أو مترقبا للآخرين ، ويلقي اللوم نتيجة اخطاؤه وتقصيره على الآخرين ، يريد كل شيء أو لا شيء على الاطلاق ، ويصبح استبدادي ، يبحث عن الانتقام ، ويتجنب الآخرين ، يحقر من شأن وأهمية الحياة ويسرف في نمو الخوف من الموت - خبيث- متظاهر- قلق - غير شجاع - يشعر دائما بالذنب ، سريع التأثر بالآخرين (قابل للإيحاء) ، أو قد يلجأ الى ايه حيلة أخرى تحول صورة النقص الواضحة لديه إلى ميزة .فالعصاب أسهل طريقة للهروب (عبد الرحمان ، 1998، ص 180 – 181) .

- النظرية النفسية الاجتماعية في النمو والتطور:

يرى "إريك هومبرجر إريكسون " أنه إذا كانت رؤية الشخص لماضيه وخبراته رؤية مغتبطة يختلط فيه الاحساس بالإنجاز والنشوة فإنه ينظر إلى حياته على أنها جديرة بالبقاء والاستمرار، ومثل هذا النوع يواجه الموت دون خوف، أما الأشخاص الذين يملكهم اليأس وينظرون إلى الماضي على أنه خال من مغزى أو قيمة فهم الذين يخافون من الموت.

يفسر " أتورانك «القلق على أساس صدمة الميلاد ووليست العقدة الأوديبية هي المشكلة الرئيسية للإنسان فهي التي تحرك في اللاشعور ذلك القلق الأصلي الناشئ عن الانفصال عن رحم الأم ويشير فرويد إلى أن أتورانك يرى أيضا أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته، هما خوف الحياة وخوف الموت، خوف الحياة هو قلق التقدم والاستقلال الفردي، ويظهر هذا القلق عند احتمال حدوث أي نشاط ذاتي للفرد. ويظهر القلق في هذه الحالة لأن تحقيق ذلك يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه السابقة. أما خوف الموت على عكس خوف الحياة، فهو قلق من التأخر وفقدان الفردية، إنه خوف من أن يضيع في المجموع، أو خوف من أن يفقد استقلاله الفردي ويعود إلى حالة الاعتماد على الغير ويعتقد أتورانك أن كل فرد يشعر بهاذين القلقين، وهو دائم التردد بينهما، والشخص العصابي هو الشخص الذي لا يستطيع أن يحفظ التوازن بين هذين القلقين.

أما "هيرمان" فيفل يذكر أن أنواع القلق ماهي إلا مظهر خادع لقلق الموت، كما يرى أن الخوف من الموت هو خوف من الإبادة، أو المحق التام وفقدان الذاتية.

يعتقد "إرنست بيكر" أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، والتي تضم الاكتئاب والفصام والعصاب والانحرافات الجنسية، ويمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت (مغربي سيد، 2015، ص 28-29).

• نظرية العاملين:

لقد ذهب " تمبلر «إلى أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما:

1- الحالة الصحية النفسية بوجه عام.

2- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

وبالنسبة للمحدد الأول فإن المرضى السيكاكترين (في مجال الطب النفسي) يميلون إلى الحصول على درجات مرتفعة في قلق الموت بالمقارنة إلى الأسوياء، إن مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء ترتبط إيجابيا مع مقاييس قلق الموت، وقد استخرج " براون " ارتباطا سلبيا بين قلق الموت والهدف من الحياة، كما ثبت أن المرضى الذين عولجوا من أعراض الاكتئاب بالعقاقير المضادة للاكتئاب قد تناقض قلق موت لديهم، ارتباطا إيجابيا بالتناقض في الاكتئاب.

ومن الملفت للاهتمام أن يظهر قلق الموت في الجانب الأكبر منه لارتباطه بالصحة الجسمية أو التكامل البدني، فقد حصل مرضى الغسيل الكلوي على درجات تقع في الحدود السوية تماما ولم تظهر علاقة بين درجات مقاييس قلق الموت والدرجة في المقاييس الفرعية المشيرة إلى الانشغال " البدني في دليل كورنيل " الطبي لدى الأشخاص المحالين إلى التقاعد.

وقد أجرى " تلمبر " 17 دراسة معمقة على عينات سوية وسيكاترية طبق عليها عدد غير قليل من المقاييس، وتؤكد نتائج هذه الدراسة نظرية " تمبلر " ذات العاملين في قلق الموت (بكارى، 2020، 37).

• نظرية تحقيق الذات:

يؤكد الكثير من المنظرين في مجال الشخصية أن الأفراد مدفوعون لتحقيق إمكاناتهم الداخلية، فيرى ماسلو أن الشخص الذي يحقق ذاته من بين خصائصه أن لديه قبولاً مرتفعاً لذاته، وقلقا منخفضاً، وخوفاً منخفضاً من الموت، حيث افترض عدد من الباحثين أن الذين لديهم درجات أقل في تحقيق الذات ممن لم يكملوا مشروعاتهم في الحياة، يخبرون قلق الموت بدرجة أعلى مقارنة بمن شعروا بأنهم أكملوا مشروعاتهم (مغربي سيد، 2015، ص 30)

من خلال ما تم عرضه سابقاً من مختلف النظريات والآراء نجد أنهم اختلفوا في المضمون من نظرية لأخرى حيث تتضمن ما يلي: نظرية التحليل النفسي لفرويد تحدث عن غريزتي الموت وغريزة الحياة وأكدت على أن غريزة الموت هي من تظهر في صورة قلق الموت إذا اتجهت إلى الداخل.

من خلال ما تم عرضه من بعض النظريات والاتجاهات نجد أنها تختلف في مضمونها من نظرية لأخرى حيث نستخلص أن النظرية التحليلية لفرويد تتحدث عن غريزتي الموت وغريزة الحياة ، وأكد على أن غريزة الموت هي من تظهر في صورة قلق الموت إذا اتجهت إلى الداخل ، أما النظرية السلوكية فتعتبر قلق الموت انفعال داخلي مكتسب تصاحبه تغيرات في الجسم والسلوك ، بينما النظرية المعرفية تعتبر قلق الموت انفعال ناتج عن الخبرات والأفكار الغير منطقية التي يكونها الفرد عن نفسه وللتخلص منها يجب القيام بتغيير جذري لتلك الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار معرفية جديدة ، من ناحية أخرى نجد علماء النظرية المعرفية السلوكية من بينهم "أليس" يعتبرون أن بالاضطرابات الانفعالية تنتج اضطرابات سلوكية من خلال أن الفرد يكون أفكار وخبرات ومعتقدات غير منطقية عن واقع الحياة تؤدي إلى تعلم خاطئ فتسبب له في اضطرابات سلوكية ، وأيضا نجد النظرية الإنسانية التي تقول أن الإنسان مدرك

بوجود الموت والمثير الأساسي للقلق منه عند الفرد هو فجائية الموت ، والنظرية العضوية البيولوجية فتختلف عن سابق النظريات في أنها ترجع الموت إلى عوامل وأسباب جسمية وعضوية حيث ذكرو ثلاث حقائق أساسية قمنا بذكرها سابقا .

في حين أن في علم النفس الفردي نجد ألفرد أدلريقول أن من صفات الشخص العصابي الإسراف في نمو الخوف من الموت بسبب عجزه عن مسايرة ظروف ومصاعب الحياة اليومية فيلجأ إلى استخدام واعتماد حيل لإبعاد السمات غير المرغوب فيها ، وأيضا هناك النظرية النفسية الإجتماعية في النمو والتطور نجد أن " إريك " ربط الخوف من الموت بنظرة الشخص لماضيه أي إذا كانت نظرتة لماضيه دنيئة امتلكه الخوف و " أتورانك " ركز على صدمة الميلاد كأساس للقلق الناشئ عن الانفصال من رحم الأم وفي نظره الشخص العصابي هو من لا يستطيع حفظ التوازن بين صورتني القلق (خوف الموت ، خوف الحياة) ، و " هيرمان فيفل " و " إرنست بيكر " يركزان أن قلق الموت هو إطار عام لمشكلات التكيف والاضطرابات النفسية ، أما بالنسبة لنظرية العاملين عند تمبلر هناك عاملين يحددان درجة قلق الموت هما : الحالة الصحية النفسية و خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت حيث استخرج " براون " علاقة تأثير سلبية بين قلق الموت والهدف العام من الحياة ، وأخيرا نجد نظرية تحقيق الذات التي تتحدث عن أن الشخص الذي يحقق ذاته يكون لديه قلقا وخوفا منخفضان من الموت .

7- علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح لعلاج ما يستخدم في علاج القلق، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه، حيث يحقق أعلى نسب شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة إذا كان قلق الموت مرتفع عرضا مستقبلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا، إضافة لخبرات سيئة فإنه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي.

وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية والتدريب على الاسترخاء، مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية والاسترخاء المتدرج لدى المجموعتين التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تتلقى أي علاج. (عبد الخالق، 1987، ص 227).

الاسترخاء: هو حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة إنفعالية شديدة أي جهد جسدي شاق، فقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم أو يكون إرادة عندما يتخذ المرء وضعا مريحاً ويتصور حالات باعثة على الحدود أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (سبيح، 2018، ص 16-17)

وقد أجريت دراسات في هذا الميدان حيث كان العلاج جماعياً فمثلاً 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 مصاحباً أولاً لحالة مرضية أكثر شمولاً كالاكتئاب، عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإن هذه الاضطرابات يجب أن تعالج بالعلاج السلوكي أو المواد الكيميائية باستخدام المسكنات والمهدئات والعقاقير المضادة للقلق التي تخفض نسبة القلق والتوتر والتهيج أو استخدام العلاج بالتخليل الكهربائي. (عبد الخالق، 1987، ص 228)

نستخلص أن علاج قلق الموت نستخدم فيه نفس أساليب علاج القلق وهناك العلاج السلوكي الذي أثبت نجاحه إضافة إلى العلاج الدوائي والعلاج العقاقير.

خلاصة الفصل:

يعتبر موضوع القلق من أهم المواضيع التي لقت اهتماما من قبل الدارسين ومن أهم المواضيع في علم النفس والصحة النفسية ومن أهم أنواعه قلق الموت الذي اختلفت في تفسيره العديد من النظريات ولقد حاولنا في هذا الفصل تقديم أهم التعريفات التي قدمت لمصطلح القلق وأيضا تطرقنا إلى ذكر أنواعه وأعراضه وأسبابه وعرضنا بعض من النظريات التي فسرتة وأيضا ذكرنا عدة علاجات وضعت له.

كما تطرقنا لأهم أنواع القلق الذي هو قلق الموت حيث عرضنا أهم التعريفات التي قدمت له وأيضا وقمنا بربط بين مفهومي القلق والموت وأيضا ذكرنا مكونات قلق الموت وأعراضه وأسبابه وأهم النظريات المفسرة له وأخيرا العلاجات المختلفة.

الفصل الثالث:

الشخص المسن (مرحلة

الشيخوخة).

الفصل الثالث: الشخص المسن (مرحلة الشيخوخة).

تمهيد

1- مفهوم الشخص المسن

• تعريفه.

• تصنيفه.

2- خصائص المسنين.

3- المشاكل التي يواجهها الشخص المسن.

4- النظريات المفسرة لمشكلات المسنين.

5- الاضطرابات والأمراض المصاحبة للمسنين.

6- مفهوم دارالعجزة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

حياة الإنسان عبارة عن مراحل متتالية ومنتابعة منذ ولادته إلى وفاته ، ولكل مرحلة من هذه المراحل خصائص ومميزات خاصة بها تميزها عن الأخرى وتتطلب عناية خاصة بها تميزها عن الأخرى و سنتطرق إلى آخر مرحلة والتي هي مرحلة حساسة جدا تتطلب الاهتمام ، وهي المرحلة التي تلي الرشد وتسمى مرحلة الشيخوخة ويطلق على أصحاب هذه المرحلة كبار السن أو المسنين ، وفي هذا الفصل سوف نتعرف على من هم المسنين و من هم الأشخاص الذين يعتبرون من فئة المسنين كذلك ، سنتعرف على أهم خصائص ومميزات المسنين في مرحلة الشيخوخة الجسمية و العقلية النفسية و الانفعالية و كذلك الاجتماعية ، أيضا سنتطرق إلى أهم المشاكل التي يواجهها الشخص المسن الفيزيولوجية و الاجتماعية و الاقتصادية ، كما سنتحدث كذلك في هذا الفصل على النظريات المفسرة لمشكلات المسنين والاضطرابات و الامراض المصاحبة لهم .

1- مفهوم الشخص المسن:

✓ تعريف:

- يرى "حامد زهران" أن الشيخوخة هي مجموعة تغييرات جسمية ونفسية وتحدث بعد سن الرشد وفي الحلقة الأخيرة من الحياة ومن التغييرات الجسمية الضعف العام في الصحة ومن المتغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة وضيق الاهتمامات وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية (زهران، 1978، ص 543).
 - كما يرى "محمد مصطفى" حبشي أن لكل إنسان عمريين عمرا زمنيا وعمرا فيزيولوجيا إما العمر الزمني هو ما يعبر عم عدد سنوات حياته بينما العمر الفيزيولوجي هو ما يعبر عن حالة الشخص الفيزيولوجية والأخير هو المهم وما يدل على ذلك أننا نجد رجال في الستين أو السبعين من عمره كله نشاط وصحته وأجهزته الحيوية سليمة بينما نجد شابا في العشرين من عمره في حالة سيئة وغاية الكسل وعدم القدرة على الحركة والنشاط وهذا خير دليل على أهمية الحالة الفيزيولوجية مهما كان العمر الزمني (حبشي، 1988، ص 11).
 - تعريف "عبد الله سرحان" 1998: المسن هو الشخص الذي تجاوز 60 عام وتظهر مجموعة من التغييرات الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية تجعله في أمس الحاجة إلى رعاية ومساعدة الآخرين (غانم، 2020، ص 123).
 - الشيخوخة هي التحول الكامل في مقدرة الفرد على المساهمة في العمل وحماية المجموعة وهناك شبه اجتماع على اعتبار سن 60 بداية مرحلة الشيخوخة وتستمر إلى نهاية العمر (حسين، 2021، ص 97).
- من خلال ما سبق نلاحظ أن للعلماء تقارب في تعريف الشيخوخة وعليه نستنتج إن الشيخوخة هي أحد المراحل الطبيعية في حياة الفرد تطراً فيها تغييرات فيزيولوجية نفسية واجتماعية نتيجة لتقدمه في السن ويكون فيها الشخص تجاوز 60 عام.

✓ تصنيفه:

صنفت منظمة الصحة العالمية مراحل كبار السن إلى:

- الرشد: وهو من كان في سن 60 إلى حوالي 74 سنة لا يزال يسهم في الحياة بحيوية ونشاط.
- الشيخ: وهو من كان في سن 75 سنة أو 85 سنة والذي قلت مساهمته.
- الهرم: وهو من كان في سن 85 سنة فأكثر وغالبا ما يكون ملائما لفراشه.
- المعمر: وهو من بلغ 100 سنة فأكثر (الزب يدي 2009، ص 21).

2- خصائص المسنين:

- التغيير في الشكل العام للجسم:

هناك عديد من التغييرات التي يمكن أن ندركها لأول وهلة على الشخص المسن ويمكن تمييزها ومعرفتها ومن ذلك:

الوزن: فالشخص المسن غالبا ما يكون خفيف للجسم وهذا لا ينفي وجود بعض الشيوخ البدينين لأنهم كانوا في شبابه أيضا كذلك، أي أنهم لم يزدوا في الوزن عندما تجاوزوا سن الستين بل استمرت حالة الوزن معهم ولم تكن شيئا طارئا، وحتى هؤلاء الذين كانوا مصابين بالبدانة في شبابه يقل وزنهم بعد تجاوزهم سن الستين. (فكري، 80، ص 24).

الطول: ينقص الطول بعد الستين بمعدل (2-3) شخص في سن الشباب وقد أوضحت دراسة أجريت على (3.000) شخص من المسنين الأصحاء إن متوسط عمر لطول الرجل في سن الستين (1.70) ينقص إلى (165سم) بعد سن الخامسة الثمانين، أما السيدات فكان متوسط الطول (158سم) ثم قصر إلى (150سم) في الخامسة والثمانين وفي كل الحالات يكون قصر الطول الناتج عن الشيخوخة مصحوبا بتحدب أو انحناء في العمود الفقري.

الشعر: من المظاهر الشائعة في الشيوخ ظاهرة سقوط الشعر، حتى أن كان كثيرا من الشيوخ عندهم صلع تام وهذا الصلع يكون مصاحبا لزيادة في شعر الأنف والأذنين وقد ينبت الشعر في وجه السيدات، ويميل العلماء في تفسير سقوط الشعر والأسنان عند الشيوخ إلى اعتبارها من مظاهر التفاعل الذاتي المتحصن.

الجلد: من مظاهر الشيخوخة التي تظهر على الجلد ولا تخطئها العين ذلك التجعد الواضح لجلد الوجه، ويصبح جلد الجسم بصفة عامة متفطنا وجافا مع فقدان ليونته وطبقة الدهن التي تبطنه ويترتب على ذلك انخفاض سمك الجلد

إلى ما يقل عن نصف سمكه في سن الشباب كذلك تظهر على ظهر اليد عند الشيخوخة بقع حمراء بسبب نزيف شعري رفيع نتيجة لضعف جدران الشعيرات الدموية في هذا الجزء من الجسم.

اليدين والقدمان: تحدث مع المسن تغيرات في اليدين وتتميز بالرعشة واللون الأزرق، وتتميز القدمان بالتورم بسبب اختزان السوائل بهما كحد مضاعفات الدوالي بالساقين التي تنشر بين الشيخوخة بنسبة تتراوح بين (30-50%) إلى جانب وجود بقع زرقاء تحت الجلد. (فكري، نفس المرجع السابق، ص 24).

• التغيرات البيولوجية والفسولوجية:

تغير معدل الأيض: تدل عملية الأيض *métabolisme* على عمليتي البناء والهدم في الجسم، ولهذا الأيض علاقة مباشرة بمدى قدرة الجسم على تجديد نفسه، وتقاس هذه العملية بالسعر في الساعة، وفي الشيخوخة يهبط معدل الأيض من 38 سعر في الساعة إلى 35 سعر في سن السبعين، ويظل في هبوطه حتى نهاية العمر ومعنى هذا الهبوط هو تغلب عوامل الهدم على عوامل البناء في الجسم. (السيد، 1975، ص 250-251).

ولكن العلامة الواضحة والمميزة للشيخوخة هي زحف الهدم بشدة متغلبا على البناء وخاصة إذا كان ذلك سائدا في المراحل السابقة للشيخوخة بما في ذلك الطفولة ذاتها التي تعتبر المراحل خطأ في احراز البناء وأكثر المراحل خطأ في تجنب الهدم (أسعد، 1977، ص 7).

التغير في خلايا الجسم: لقد كان من أسباب القصور في إدراك كيفية حدوث التغيرات البيولوجية في الشيخوخة هو ندرة المعلومات المتاحة عن التغيرات التي تصاحب الشيخوخة داخل خلايا الجسم، ولقد ثبت أن الخلية التي تقدم بها السن (تشيخ) تموت أو تستبدل كل 24 ساعة بغيرها أو بسرعات متفاوتة أو لا تستبدل إطلاقا، وعندما تتجاوز سرعة وفاة الخلية وانقراضها سرعة الاستبدال، فإنه يمكن تسمية ذلك بالشيخوخة (فكري، 1975، ص 22).

تغير معدل الماء والأملاح المعدنية في الجسم: أعطت الفحوص الكيمياوية المخبرية للسوائل في أجسام الشيخوخة، نتائج مميزة للشيخوخة حيث تتضاءل كمية الماء في الأنسجة، وتطول المدة اللازمة لتمائل المواد والعناصر الغذائية وتحليلها إلى عناصرها الأولية حيث يتم توزيعها على أنسجة الجسم، وكذلك تضطرب النسب بين الأملاح المعدنية لبعض العناصر الموجودة في الجسم ومنها الصوديوم والكلور والكلس والبوتاس والفوسفور. (رويحة، 1972، ص 20-21).

تغير معدل نشاط الغدد الصماء: يصل إفراز الغدد الصماء إلى دروته في سن العشرين، ويهبط معدل إفراز هرمونات هذه الغدد بسرعة منتظمة حتى سن السبعين سنة ثم تتغير سرعته في هبوطها حتى نهاية الحياة. (السيد، 1975، ص 351).

التغيرات في الدورة الدموية: فالدورة الدموية من أكثر الأعضاء تأثراً بالشيخوخة، وهذا التأثير له آثار على باقي الجسم حيث أنه يمددها بحاجتها من التغذية والأكسجين، وفي الشيخوخة تتناقص القوة الدافعة للدم في خط مستقيم ينحدر بانتظام تبعاً لزيادة العمر الزمني حيث تكون أقصى قوة لاندفاع الدم في سن العشرين تضل في تناقصها حتى سن التسعين إلى نهاية الحياة. (السيد، نفس المرجع السابق، ص 252).

ويرتفع ضغط الدم عند الشيخوخة فيصبح الضغط الانقباضي عندهم ضيق (150-175) ملل من الزئبقي مقابل (100-140) عند الشباب، أما الدورة الدموية في الأطراف فلا حاجة إلى الإشارة إليها فمن الواضح عند الشيخوخة أنهم يشكون من برودة الأطراف بسبب ضعف الدورة الدموية. وهذه البرودة كثيراً ما تكون مصحوبة بلون أزرق في الجلد. (betwinick-j.& storandt, m,1974,p545)

تغير السعة الهوائية للرئتين: تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعاً لزيادة السن وخاصة بعد سن العشرين وتتناقص هذه السعة أيضاً في خط مستقيم يهبط بانتظام تبعاً لزيادة العمر الزمني شأنها في ذلك شأن قوة اندفاع الدم في الأوعية المختلفة، وتضل قدرة الإنسان على التنفس في انحدارها حتى يصل الفرد إلى شيخوخته فتتقص هذه القوة 25% كما كانت في الرشد ومن الملاحظات العادية عند الشيخوخة ضيق التنفس وسببه انخفاض مقدرة الرئتين على القيام بوظائفها وهي تنقية الدم من ثاني أكسيد الكربون وإمداده بالأكسجين وذلك بسبب التغيرات التي تحدث بها وبالقفس الصدري بسبب الشيخوخة (curtis, h.j,1983,p368).

التغيرات في الجهاز الهضمي: دلت الدراسات التي دارت حول تأثير الشيخوخة على أعضاء الجهاز الهضمي والكبد على:

- انخفاض ملحوظ في كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية إلى ما يتراوح بين (10-20%) عن معدلها الطبيعي.

- إفراز البنكرياس يقل عند الشيخوخة، وهذا يؤثر بلا شك على الهضم.

- ضعف مقدرة الأمعاء الغليظة على التفرغ، ويظهر ذلك واضحاً فيما يعانيه الشيخوخة من الإمساك.

- قصور الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية بنسبة (50 – 65%) عن الطبيعي ولا ينخفض أثر ذلك على تغذية الشيخ وقد يكون تفسيراً لما يعانيه معظمهم من نقص الاغذية. (skry.m.e.1965,pp210-226)

التغير في وظيفة الكبد: يقل حجم الكبد ووزنه إلى حوالي ثلثي الحالة الطبيعية، وقد أثبتت الدراسة التي أجراها مركز أبحاث الشيخوخة بجامعة الاسكندرية أنه يقلل قدرة الكبد من الناحية الوظيفية والتي تبلغ حوالي 75% من مقدرته، فان هذا النقص في حجم الكبد لا يعرض الشيخ إلى أعراضه نفس وظائف الكبد لأنه في حدود الاحتياطي متصللاً عما تقوم به خلايا الكبد الباقية من محاولة تعويض النقص في عددها بزيادة مقدرتها الوظيفية وقد أثبتت ذلك الدراسات الحديثة التي أوضحت زيادة كمية الانزيمات داخل الخلايا الكبدية للشيخوخة. (CUTISKHJ1963k365-366)

التغيير في وظائف الكلى: يحدث قصور في وظائف الكلى ومقدرتها على الإفراز من الجسم وقد أثبتت الدراسات على هذه الوظائف انخفاضها عند الشيخوخة إلى نسبة تتراوح بين (40-45%) 66 الشيخوخة عندهم اضطرابات في الجهاز العصبي والمخ لأن هذا خطأ لا يجب أن تقع فيه في الواقع أن ما بين (7-10%) من الشيخوخة يتمتعون بحالة طبية (hicks.L.H.birran.j.E.1970.380- 3).

• التغيير في القوة العضلية والاداء الحركي:

تغيير القوة العضلية والعضوية: تضم العضلات في هذه المرحلة تبعاً لزيادة العمر وتقل مرونتها بسبب التغييرات الفيسيولوجية والعضوية في خلاياها وبذلك تؤثر عن النواحي الحركية تبعاً لهذا الضمور والجمود وتتأثر قوة العضلات في سرعة انكماشها وامتدادها وبذلك يضعف القوة العضلية للفرد (السيد. 1975.ص353).

وقد أمكن هذا الانخفاض في قوة العضلات وإيجاد نسبة لها على مر السنين وهي (1.5%) في السنة ابتداءً من سن الخامسة والستين ويستمر ذلك إلى سن الخامسة والثمانين ويصاحب هذا القصور في قوة عضلات الجسم قصوراً مماثلاً في سرعة انقباضها تحت أي ظروف وهذا راجع فقط إلى ضمورها وإلى بطء التنبيه عن طريق الاعصاب الموصلة اليها (FATZONE.J. A-45-47)

وقد أوضحت الدراسات العديدة أن المسنين يتميزون بضعف القوة العضلية وتناقص في سرعة الاستجابة وأن القوة البدنية تتأثر بضعف القوة العضلية فقوة العضلة تضمحل بتقدم السن وأن المتوسط لقوة القبضة العضلية

عن سن الستين يصل او يضمحل بمقدار (17%) عن حده الأقصى في فترة الشباب، وأن الحد الأقصى لقوة القبضة لمن بلغوا سن (65) سنة مساويا له تقريبا عند أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين (12-15) سنة (الصاوي، 1977، ص10).

من ناحية الاداء الحركي: من المعروف أن حركة الشيخ تكون في الغالب ممدودة ومفيدة وتؤدي بصعوبة خاصة في المشي الذي يضمحل مع التقدم في السن إلى مجرد تحريك قصير وبخطوات قصيرة وقد أوضحت الدراسات والبحوث التي أجريت حول الأداء الحركي للمسنين أن أداء المسنين على مقاييس التحكم اليدوي أضعف منه في حالة الشباب وأن سرعة حركة اليد في الانقباض والانبساط والوصول والقبض على الأشياء والدوران يتزايد في مدى العمر من (8-18) حتى تصل إلى حدها الاقصى عند سن 18 سنة وتضمحل بعد ذلك اضمحلالا واضحا.(عبد السلام، 1952، ص15-16).

• التغيير الحاسي:

الحواس هي أبواب المعرفة ومنافذ العقل إلى العالم الخارجي حيث يعتمد إدراك الفرد لهذا العالم على وظيفة تلك الحواس إذ يقوم الجهاز العصبي بتجميع الاستشارات الحسية وتحويلها إلى مدركات عقلية وهكذا يدرك الفرد نفسه والعالم المحيط به عبر حواسه. (betwinck,j-1971,pp241-244).

ولكل حاسة تكوين عضوي، ووظيفة سلوكية، وتعتمد هذه الوظيفة على مدى نضج التكوين لهذه الحواس، وتتأثر الحواس أيضا بالشيخوخة فتبدوا وظيفتها ضعيفة مند سن الخمسين ومن ذلك:

- حاسة الابصار: تضعف الاستجابة الضوئية للعين تبعا لزيادة العمر وذلك لأن حدقة العين تفقد جزءا كبيرا من قوتها. ويصاحب ذلك تناقص في حدة الابصار وفي القدرة على الرؤية في المستويات المنخفضة من الإضاءة ونقل الحساسية للألوان بتقدم السن ويظهر أن التغيرات تلك في الرؤية لدى الأفراد من الجنسين بعد سن 45 سنة راجع إلى الاختلافات التي تحدث في وظائف فسيولوجية معينة للمخ والى أن الإنسان تضيق عيناه بتقدم السن مما يقلل من كمية الضوء التي تصل إلى الشبكية.
- حاسة السمع: تبدأ حاسة السمع في الضعف في وقت مبكر، وتدلل الدراسات العلمية على أن البذور الأولى لضعف السمع تبدأ في سن الخمسين، ومن مظاهر هذا الضعف صعوبة إدراك الأصوات الحادة، وفي نفس

الوقت ارتفاع في العتبة الفارقة للسمع بتقدم السن، وتزايد في حاجة المسنين لأن يرفع الآخرون أصواتهم ليكون سماعهم بوضوح. ويرجع ذلك إلى ظهور الأعصاب الطرفية في اللغة القاعدية لقوقعة الأذن.

■ **تغير الصوت:** يتغير الصوت البشري تبعاً لزيادة السن، وبما أن مخارج الحروف تعتمد على درجة نضج الصوت فيضعف ويفقد جزءاً من حرارته ويصبح مرتفعاً متقطعاً وكذلك تتغير طريقة النطق فعندما يكثر تساقط الأسنان بزيادة العمر فطريقة إخراج الحروف تتغير أيضاً التي تعتمد في جوهرها على تكوين سليم لجوف الفم كحرف (السين) مثلاً.

■ **حاسة الذوق:** تضعف براعم التذوق المنتشرة على طرف وجانبي اللسان البشري تبعاً لزيادة العمر ويقل إحساس الكبار بالمواد السكرية وتأثر هذه البراعم أيضاً بالتوابل الحريقة وكثرة التدخين.... الخ.

■ **حاسة اللمس:** يضعف إحساس الجلد تبعاً لزيادة العمر وخاصة فيما بين (40-65 سنة) حيث يصل معدل الضعف إلى نهايته القصوى، وبذلك يصبح تكييف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة بطيئاً ضعيفاً، وإذ يتأثر الشيخوخة بالحر والبرد ألقاس عما كانوا في رشدهم (welford,a,t1956,pp582-610)

● التغير في النشاط العقلي والقدرات العقلية:

الواقع أن النشاط العقلي للإنسان يتوقف أولاً على مدى سلامة المخ باعتباره جهاز التفكير. ثم يتوقف بعد ذلك على ما يتلقاه ذلك الجهاز من خبرات عقلية ومعنى هذا أن الإنسان يتعرض للتدهور العقلي إذا ما تعرض إلى الاضمحلال في نشاط المخ أو نقص فيما يتلقاه من خبرات.

وفي الشيخوخة فإن ما نلاحظه من ضعف أو خطأ في التفكير إنما يرتد إلى ما قد يحدث من عطب في التفكير نتيجة ضمور خلايا المخ، أو لسبب حدوث مرض به أو إصابته بحادث ما، أو قد يرجع عطب التفكير إلى سوء تغذية المخ بالخبرات المعرفية الجديدة أو عدم تفاعل خبرات المقدمة إلى المخ مع آخر مستوى وصل إليه أو تقديم معلومات رائعة.

3- مشكلات التي يواجهها الشخص المسن:

تطراً على المسنين في هذه المرحلة العديد من التغيرات في حياتهم في مختلف المجالات مما يتسبب في ظهور العديد

من المشكلات نذكر منها:

- المشكلات الصحية:

إذا كانت مرحلة كبر السن من الناحية الجسمية تمثل حالة من الاضمحلال الذي يعتري القدرات الجسمية وتدهور في قدرة أجهزة وأعضاء الجسم على القيام بوظائفها فإنه نتيجة لذلك قد يصاب الجسم بالضعف وعدم القدرة على مقاومة الأمراض التي قد تلازم التقدم في العمر والتي تسبقها غالباً بأمراض الشيخوخة (محمد، 1981، ص 119).

ومن أسبابها إهمال المسنين أنفسهم وعدم اهتمامهم بالكشف الطبي الدوري وعدم طلبهم المساعدة خوفاً من توقع إصابتهم بأمراض مزمنة وعدم معرفتهم وأسرههم بأمراض الشيخوخة وكيفية الوقاية منها، وعدم قدرتهم على تحمل نفقات العلاج وتوفير الأجهزة المعاونة وتمثل أهمها في: اضمحلال البصر، ضعف حاسة السمع، انخفاض مستوى النشاط العقلي المتمثل في التذكر والتخيل والإدراك (رحمانية، 2016، ص 51)

- المشكلات الاقتصادية:

وسببها الإحالة الى التقاعد ونقص المعاش تؤثر على قدرة المسن في أن يحيا حياة مشبعة بالدرجة الكافية أكثر مما يؤثر عليه كبر السن وضهور أعباء العلاج والدواء (حجازي، أبوغالي، 2010، ص 117)

- المشكلات الإجتماعية:

تتميز هذه المرحلة بانحصار العلاقات الإجتماعية فتقاعد المسن عن عمله يفصله عن علاقاته الإجتماعية وحين يفقد المسن أصدقائه فلا يستبدلهم بآخرين كما أن تدهور العلاقات الأسرية والعائلية ويؤدي الى شعوره بالوحدة والانعزالية والانسحاب التدريجي من المجتمع والحياة الإجتماعية.

- المشكلات الترفيهية:

يعاني من وجود وقت فارغ يعجزون عن استثماره لاسيما في حالة عدم وجود الأماكن التي يمضون فيها وقت فراغهم، وعدم ملائمة البرامج التليفزيونية والإذاعية حيث يمضي الكثير منهم وقتهم في مشاهدة التلفاز أو الاستماع الى الراديو وهي نشاطات سلبية لا تستدعي الحركة من المسن (حجازي، أبوغالي، نفس المرجع السابق، ص 117)

- مشكلات التقاعد:

وهو ما يشعر المسن بالقلق على المستقبل والحاضر والخوف والانهيار العصبي وخاصتا إذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد أسلوباً جديداً من السلوك لم يألفه من قبل ولا يوجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه

وخاصة إذا لم يهيا لهذا التغيير، وإذا شعر أو أشعره الناس أنه قد أصبح بلا فائدة منه وبعد أن كان يضمن أنه ملء السمع والبصر (حسين، احمد شحاتة، 2009، ص 366).

• المشكلات العاطفية والجنسية:

يواجه العديد من المسنين الوحدة إما بسبب الطلاق أو موت أحد الزوجين أو العزوبية، وأكثرهم تعرضاً للمشكلات العاطفية أولئك الذين فقدوا أزواجهم فيصابون في الغالب بالاكتئاب لإحساسهم بالوحدة واليأس عن الحياة أو شعورهم بأنهم أصبحوا ثقلاً عن الأبناء والأقارب (البدوي، 1998، ص 156)

كذلك نقص الحيوية بصفة عامة ونقص القدرة الجنسية بصفة خاصة قد تسبب إضطرابات نفسية عند كبار السن (سيد، 1999، ص 107)

• المشكلات النفسية:

القلق : تحتل مشكلة القلق الترتيب الأول في المشكلات النفسية ومن بين الدراسات التي درست ذلك دراسة فوزي (1982) بأن القلق سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة وتنتج من أربعة مصادر هي : قلق الصحة ، قلق التقاعد ، قلق الانفعال ، والإحساس بالوحدة والفرع ، قلق من المجهول و الموت ، إن سمة القلق عند المسنين تؤثر في جميع مناحي حياتهم حتى إن بعضهم يلجأ الى العزلة والاكتئاب وانتظار الموت ويفضل الكثير من كبار السن أن يعيشوا بمفردهم على العيش الى الآخرين كما لا يريدون الإحساس بالعجز أو الشعور بأنهم عالة على غيرهم (الكافي ، 2004 ، ص 269)

الاكتئاب: يمثل الاكتئاب حالة انفعالية يشعر بها الفرد بالحزن وفقدان السعادة والانسحاب الإجتماعي على فقدان الأمن والإحساس بعدم القيمة وفقدان الأمل في المستقبل هذا بالإضافة الى عدم القدرة على الإنجاز وزيادة الإحساس بالذنب نحو الذات والآخرين، كما يتميز بوجود بعض الأعراض واضطرابات الشهية والشعور بالإجهاد ونقصان الوزن (مبروك، 2002، ص 158)

الشعور بالوحدة النفسية: يمثل الشعور بالوحدة النفسية أحد المشكلات المعبرة الناتجة عن عدم الرضا بالعلاقات الإجتماعية القليلة والغير مشبعة ، وتعد مشكلة من المشكلات الشائعة لدى كبار السن ، فالإحساس بالاكتئاب أو العزلة الإجتماعية و الافتقار الى الآخرين ربما يكون البداية بالنسبة للكثير من الاضطرابات كضهور أعراض الاكتئاب مما يؤدي الى زيادة شعور المسن بعدم القدرة على التوافق ، ويرى الكثير من المسنين و الباحثين بمجال كبار السن

وجود علاقة ارتباط بين الوحدة و الاكتئاب فالأشخاص مرتفعة الشعور بالوحدة النفسية أكثر تميزا للأعراض الإكتئابية و النفسية (مبروك ، نفس المرجع السابق ، ص 192) .

مشكلة الاغتراب النفسي: تقع مشكلة الاغتراب النفسي في الترتيب الرابع بين المشكلات لدى المسنين حيث يؤكد إبراهيم على أن المشكلات تجسد لدى المسن في شعوره بالغربة في مجتمعه وأسرته وبين ذويه مما يؤدي به الى العزلة وفقدان السيطرة والشعور بالعجز.

عته الشيخوخة : وهي تدهور خطير يصيب القدرات العقلية يؤدي الى خلل في الذاكرة وعدم القدرة على التصرف السليم وأداء الوظائف الإجتماعية ، ومن مظاهر حالة العته التي تبدأ في الضهور تدريجيا لدى المسنين فقدان القدرة على التركيز ، ثم ضعف الذاكرة والنسيان خصوصا الأحداث القريبة في البداية ثم نسيان حتى أسماء الأهل والأقارب كما يتحول المسن الى إنسان تائه لا يخلد للراحة ، ويهمل نظافة جسده وثيابه وعدم القدرة على الكلام وضعف الحركة ما يتسبب في حالة من العجز والاعاقة البدنية والعقلية (سليم ، 2002 ، ص 514 – 515) .

هذيان الشيخوخة: هو حالة من اضطراب الوعي تجعل المريض غير قادر على مواصلة الانتباه لكل ما يجري حوله بنفس الاهتمام أو التأثر كما يصاحب ذلك نوع من اضطراب الإدراك مما يجعل المريض يخطئ في فهم مدلولات ما يجري حوله ويحول ذلك الى هلاوس (الميلادي، 2002، ص 28-29)

ومنه نرى أن المسنين في هذه المرحلة يمرون بالعديد من المشكلات منها الإجتماعية بسبب الانقطاع عن الأصدقاء حيث تكون علاقاتهم محدودة ونجد كذلك مشاكل اقتصادية وذلك راجع الى نقص المعاش بعد التقاعد وضهور أعباء العلاج والدواء، وذلك لتدهور الصحة فنجد أغلب المسنين يعانون من أمراض مزمنة، كذلك أمراض القلب والأمراض المصاحبة لمرحلة الشيخوخة وكل هذه المشكلات تولد لديهم إضطرابات نفسية كالقلق، الاكتئاب وغيرها.

4- النظريات المفسرة لمشكلات المسنين:

هناك نظريات عديدة فسرت لنا المشكلات التي يعاني منها المسنين نذكر منها ما يلي:

• نظرية فك الارتباط:

وهي أقدم النظريات في علم النفس الشيخوخة ، تنص على أن عملية التقدم في السن باعتبارها تتضمن بالضرورة تقليص النشاط أو الانسحاب الذي لا بد منه من جانب المسن ، الأمر الذي يؤدي إلى الحد تدريجيا من تفاعله مع

المحيطين به وفي الوسط الاجتماعي ، فالانسحاب يحزر المسن من الضغوط التي يفرضها عليه المجتمع من أجل الاستمرار في الإنتاج ، كما أنه فرصة للأجيال الشابة لكي تحل محل المسنين وتقوم بالأدوار المطلوبة ، أثارت هذه النظرية الكثير من الجدل ، وكانت عرضة لانتقادات شديدة على أساس أن حتمية فك الارتباط أو الانسحاب أمر غير مقبول . إضافة إلى أن الاتجاه السائد اليوم في المجتمعات المعاصرة على خلاف ذلك، حيث يشجع المسنون على الاعتماد على الذات والاندماج في الحياة وممارسة الأنشطة لأطول فترة ممكنة، وأنه ليس من مصلحة المسنين تحقيق هذا الانسحاب (حميش، 2010، ص264).

• نظرية النشاط:

أثارت النظرية السابقة جدلاً عنيفاً وواجهت الكثير من الانتقادات فجاءت هذه النظرية لتؤكد النتائج الإيجابية لاستمرار الارتباط بالعالم على سعته والتوصل إلى أدوار بديلة لتلك التي فقدت نتيجة التقاعد أو التمرل ويتضمن ذلك مستويات عالية من المشاركة الاجتماعية والروح المعنوية وغيرها من عناصر الرضا وإن كان كثيراً ما يتعذر من تحديد هذه العلاقة.

ويمكن التغلب على هذه التناقضات باقتراح أهداف مزدوجة بالانتقاء من عناصر كل من الارتباط وفك الارتباط فبعض الأدوار لا يسهل تعويضها (كشريك العمر) وأدوار قد تموت (كالجد والجدة) وبعضها يتقلص إلى حد ما (كالعمل) كما أن الصحة والقدرة الجسمية يصنعان قيوداً على النشاط وهناك قدر كبير يتوقف على ما تقدمه البيئة وتجارب الحياة وقيم العصر الذي عاش فيه المسن في الحد من تلك الأنشطة ، كانت النتيجة لهاتين النظريتين أنهما أثارا الحماس ، وإجراء مزيد من الأبحاث و المناظرات في هذا المجال ويميل الاتجاه اليوم إلى رؤية أكثر بعداً تضم الشيخوخة في نظرية يمكن أن تنظم كل سلوك اجتماعي لذلك أدخلت في علم الشيخوخة عناصر جديدة مثل علم الأحياء الاجتماعي والنظرية التبادلية والتعامل الرمزي ونماذج نمائية لتوقع طول العمر. (قناوي 1987، ص10)

• النظرية التبادلية:

وتعني الفكرة الرئيسية لهذه النظرية إلى الأخذ والعطاء بمعنى الحصول على شيء يعني الالتزام برد شيء ذا قيمة مماثلة ويرى البعض أن هذا المبدأ هو الأساس الذي يقوم عليه المجتمع ومن هنا يمكن تفسير مركز كبار السن في المجتمع تفسير جزئياً أي يفتقر إلى القيمة التبادلية فهم لا يملكون شيئاً يقدمونه مقابل الرعاية والاهتمام وقاعدة

التبادلية ليس لأجل محدد بمعنى الالتزام حتى يتم الوفاء برد القيمة وفي العلاقات بين الأشخاص فإن كبار السن في علاقاتهم بالشباب يمكن تفسيرها في ضوء ذلك ويرى الباحث أن هذه النظرية لا تناسب المسنين في المجتمعات المسلمة حيث أشار القران الكريم في أكثر من موضوع إلى التوصية ببر الوالدين وصدق على هذا الحديث النبوي (بروا بآئكم تبروكم أبناءكم) وهذا هو منطق المجتمع المسلم في التعامل مع كبار السن (النوبي ، 2012، ص 22)

• نظرية الأزمة:

وترتكز هذه النظرية على الدور المهني للشخص داخل المجتمع فقيام المسن بعمل ما يعد من الأمور المهمة حيث يدعم هويته ويحسن علاقته مع الآخرين وبمساعدة على التوافق النفسي الاجتماعي ويرى مؤيدي هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة للمسن خاصة لدى الأشخاص المسنين الذين يعطون أهمية كبرى للعمل واختلف الباحثين إبداء هذه النظرية فالبعض يرى أن فقدان الفرد المسن لعمله وإحالاته للتقاعد يؤثر في نفسيته وفي علاقته بأسرته والمجتمع الذي يعيش فيه بينما يرى الآخرون أن الإحالة إلى التقاعد ليس العامل الأوحده في عدم رضا المسن عن نفسه بل هناك عوامل أخرى مثل: المستوى الاقتصادي والاجتماعي والحالة الصحية (النوبي ، نفس المرجع السابق ، ص 22).

• نظرية الشخصية:

ويرى مؤيدي هذه النظرية أن التوافق لدى كبار السن يرتبط بسمات الشخصية وأن التغييرات المصاحبة للتقدم في العمر هي نتيجة التفاعل بين متغيرات الاجتماعية الخارجية و البيولوجية الداخلية و طبقا لهذه النظرية فإن الأشخاص ذوي الشخصيات المتكاملة يتميزون بالأداء المرتفع ولديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية والأنا الدفاعية والضبط الذاتي والمرونة والنضج والخبرة والتفتح بينما الأفراد ذوي الشخصيات غير المتكاملة لديهم إعاقات في وظائفهم النفسية مما يفقدهم القدرة على الضبط الذاتي ولديهم تدهور في قدراتهم بشكل عام (النوبي ، نفس المرجع السابق ، ص 22).

• نظرية التوافق:

يرى أتشلي أن عملية التوافق تقوم على عنصرين أساسيين هما:

(التسوية الداخلية –التفاوض والتفاهم بين الاشخاص) وتعني التسوية الداخلية إعادة النظر في معايير إتخاذ القرار أما التفاوض بين الأشخاص فيتم في مناقشة الأهداف والطموحات مع الآخرين الذين يتعامل معهم وفي ضوء هذين

العنصرين يمكن أن يغير الفرد أهدافه حسب المرحلة العمرية التي يمر بها وهذا يتطلب من المتقاعد أو المسن التكيف مع الأدوار الجديدة و الفرد الذي يغير أهدافه وفقا لسنه يشعر بالرضا و النجاح و التفاعل الايجابي مع الآخرين أما الذي لا يستطيع أن يغير أهدافه و طموحاته فيرى أن التقاعد أمرا صعبا و يشعر بعدم الرضا مع تفاعل سلبي أو تدهور في العلاقات. (النوبي ، نفس المرجع السابق ، ص 23) .

نستخلص من خلال ما تم عرضه أن نظرية فك الارتباط تقوم على أساس انسحاب المسن من المجتمع نتيجة لتناقص قدراته و تفاعله داخل المجتمع الذي ينتهي إليه ، ثم جاءت نظرية النشاط كردة فعل لها والتي تؤكد على النتائج الايجابية لاستمرار الارتباط بالعالم على سعته و التوصل إلى أدوار بديلة لتلك التي فقدت نتيجة التقاعد أو التمرل أما عن النظرية التبادلية فهي تقوم على فكرة رئيسية الأخذ و العطاء بمعنى الحصول على شيء يعني الالتزام برد شيء ذا قيمة مماثلة ثم تم التطرق لنظرية الأزمة والتي تهتم بدور المسن داخل المجتمع و الذي يعمل على تطوير علاقته مع الآخرين أي تحقيق التوافق الاجتماعي أما عن نظرية الشخصية فقد تناولت الشخصيات المتكاملة و الغير متكاملة للمسنين و دورها في تحديد درجة و مستوى القدرات المعرفية و النضج و الخبرة و التفتح .. وأخيرا ذهبنا إلى نظرية التوافق، التي تقوم على أساس عنصرين أساسيين هما النسوية الداخلية التفاهم اهم و التفاوض بين الأشخاص.

5- الاضطرابات و الأمراض المصاحبة للمسنين :

تظهر في مرحلة الشيخوخة عند المسنين بعض من الاضطرابات أهمها ما يلي:

● الزهايمر:

قد يصاب الجهاز العصبي المركزي بالعطب أو بعض التشوهات الناتجة عن عمليات التدهور العضوي الوظيفي التي يتعرض لها خلال فترات الشيخوخة وقد تؤدي إلى حدوث انحلال في البنية الوظيفية في الجهاز العصبي المركزي وقد تتصلب شرايين القشرة الدماغية بشكل سريع فتتغلغل مجاريها فتظهر على الفرد المسن نتيجة على لذلك بعض الأعراض المرضية التي تشير إلى إصابته بمرض الزهايمر والذي يصيب أيضا بعض الأشخاص قبل الشيخوخة مع نهاية مرحلة متوسط العمر فمن أهم مظاهره الشروء الذهني و عدم الرضى بالواقع و الاهتمام به كثيرا يؤدي هذا المرض إلى وفاة الشخص .

ويمكن تشخيص مرض الزهايمر من خلال تأثيره على الخلايا العصبية الدماغية وإتلافها وكذلك المادة الدماغية التي يؤدي بها إلى الانكماش فهو مع مرور الزمن والسنين يؤدي إلى تراجع في القدرات الذهنية والفكرية والشخصية. أهم أعراضه نذكر:

-النسيان: يعد أهم الأعراض المصاحبة لمرض الزهايمر يتم فيه تراجع الذاكرة القريبة ويصبح تذكر إحدائها مضطربا مما يجعل المصاب يتذكر أحداث بعيدة ومع مرور الزمن يتراجع فهمه وإدراكه لها مع تراجع قدراته اللغوية.

- قدرات ذهنية طفولية.
- عدم التعرف على أفراد الأسرة.
- اضطراب الشعور بالمكان والزمان.
- عدم السيطرة على الحركة.
- عدم التعرف على الأقارب والأصدقاء (خلادي، 2012، ص 48).

• الاكتئاب:

وهو أكثر من الشعور بالحزن الشديد وهو مرض منتشر وخطير تختلف أعراض الاكتئاب من فرد إلى آخر فالبعض يظهر لديه في شكل أحاسيس قاسية من اللوم خاصة في فترات الحداد والحزن أو البعض الاخرين يكون مصحوبا بأعراض مرضية منها التأنيب المستمر للذات ومشاعر الذنب المبالغ فيها واليأس والأرق وفقدان الشهية والبكاء المتكرر وانعدام الثقة في النفس (خلادي، نفس المرجع السابق، ص50)

وله أسباب عديدة منها البيولوجية والنفسية والاجتماعية. (عسكر، 2001، ص95)

البيولوجية: اضطراب في النواقل العصبية في المخ والهرمونات في الجهاز العصبي والغدد الصماء.

النفسية: فقد شخص عزيز والتشويه السلبي لخبرات الحياة.

الاجتماعية: أكثر الأشخاص للاكتئاب هم الفقراء للصحة الجسدية والشبكة الاجتماعية.

❖ وسائل تخفيف من حدة الاكتئاب لدى المسنين:

■ العلاج العقلائي:

لمساعدة المسن من للتخلص من الاكتئاب والنظرة السلبية للحياة، والعزلة الاجتماعية:

- ضرورة دمج المسنين في مجرى الحياة اليومية بما يحقق التفاعل المنشود بين فئات العمرية المختلفة.
- التأكيد على ضرورة رعاية المسن في كتف أسرته وعائلته وعدم اللجوء إلى عزل المسنين إلا في حالات الضرورة الصحية والنفسية والاجتماعية وأيضاً الاقتصادية للمسن وعائلته.
- إعادة إرشاد وتوجيه المسنين لخفض الاكتئاب لديهم من خلال تعديل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وأنماط التفكير الخاطئة لديهم واحلال أخرى أكثر عقلانية وواقعية عن طريق أسلوب الاقناع المنطقي وبذلك ينخفض الاكتئاب لديهم وتحقق لهم الصحة النفسية.
- إكساب المسنين مهارة فهم الأمور وتفسير المواقف الخارجية بعقلانية وإدراك الذات والعالم الخارجي بصورة مهددة للذات والتعامل مع الآخرين والضغط الاجتماعية من خلال تدريب المهارات الاجتماعية.
- تشجيع المسنين المكتئبين على النشاط الايجابي ومحاربة الافكار الانهزامية السلبية والبحث النشيط عن الأسباب التي تؤدي إلى الاصابة بالحالات الوجدانية السلبية التي تؤدي إلى الاصابة بالاكتئاب ومحاولة تجنبها من خلال المناقشة والحوار والمزج والقيام بالواجبات المنزلية والأنشطة المختلفة...والدمج مع الآخرين والاختلاط لفترات طويلة (فهيم، 2004، ص99).

■ العلاج الدوائي:

يضاف إلى الوسائل السابقة لإعادة التوازن النفسي لدى المسن جرعات دوائية تتناسب مع قدرات المسن على تحمل هذه الجرعات، ويراعى فيها أن إمتصاص المسن للدواء وإستفادته منه تكون أقل من الشباب..، لذلك التعامل مع المسن يحتاج إلى حرص شديد والى خبرة ودراية من قبل الطبيب المعالج. (فهيم، نفس المرجع السابق، ص99)

❖ كيف نتخاطب مع مريض الزهايمر(الخرف):

يؤثر الزهايمر على منطقة التخاطب بالدماغ فيواجه المريض في البداية صعوبات في اكتمال الجملة أو إيجاد الكلمة المناسبة وأحياناً صعوبة في فهم الكلمات التي تلقى عليه كما أنه يعيد السؤال لعدة مرات أو يخطئ في استخدام

بعض الكلمات سوف تلاحظ أن طلاقة المريض وقدرته على التخاطب تتغير من فترة إلى أخرى ففي بعض الأيام تكون جيدة وفي بعض الأيام تكون متردية وهذا ما يحدث في السنوات الأولى من مرض الزهايمر يفضل استخدام لغة الإشارة البسيطة كالابتسامة وهزة الرأس و التخاطب بالعين فهذا يسهل على المريض فهم المراد عندما يتكلم مريض الخرف أو يحكي حكاية حتى لو كانت مكررة عشرات المرات يفضل الاستماع له والانصات و الابتسام له فهذا يساعد على تحسن نفسيته .

استخدام الكلمات اللطيفة مع المصاب بالخرف (تفضل ، طال عمرك وغيرها...) والابتعاد عن الكلمات الجافة التي تجرح مشاعره وخصوصا في السنوات الأولى عندما يكون المريض على شيء من الوعي بمشاكلته فإن جرح مشاعره قد يصيبه بالاكنتاب الداخلي حاول أن تبعد المزعجات عن غرفة مريض الخرف وخاصة الراديو و التلفزيون لا تتكلم عن المريض مع الآخرين بحضرته معتقد أنه قد لا يفهم فقد يحس المريض ببعض الكلمات و يفهمها عندما لا يجد المريض الكلمات المناسبة حاول أن تساعدته بان تقترح عليه كلمة معينة أو أعطه خيارات يختار منها أو أعطه قلم كي يكتبها ، مريض الزهايمر عندما تصبح ذاكرته ضعيفة قد يعيد السؤال مرات كثيرة حتى لو تم أجبته فمثل هذه الحالة يفضل أن تجيبه مرة أو مرتين ثم تحاول أن تغير الموضوع دون أن يتعب المريض من تكرار السؤال عندما يقول المريض كلاما أو قصة غير حقيقية يختلقها هو أو معلومة غير صحيحة لا تحاول أن تصحح له أو تجادله في صحة الموضوع يكفي الابتسامة وتغيير الموضوع لإنهاء الوضع ذكر أحد المرضى أن والدته مصابة بالخرف فكانت تسأله متى يتأتي أمها على الرغم من أنها ماتت من قبل 20 سنة وأنه وجد أفضل إجابة أخبريني عن أمك ماذا كانت تفعل وماذا كانت تقول لاحظ أن هذا يسعد المريضة فتبدا تتكلم عن أمها بدل أن يجادلها بموت أمها. فماذا لو حصل وغضب المريض وقال كلمات سيئة جدا مثل السب و الشتم في هذه الحالة كل ما يجب عليك فعله هو أن لا تأخذ الأمر بمحمل شخصي بل يجب الابتسام بوجهه و القول له أعلم أنك غاضب وهدئ من روعك ومن هذا القبيل حتى يهدأ المريض أو تغيير الموضوع أو إحضار الطعام بحيث ينسى المريض هذه القصة ويبدأ بالأكل .

التشخيص بمرض الخرف في المراحل المبكرة صعب على العائلة وعلى المريض إذا كان لا زال لديه الوعي لذلك من المفضل دائما عدم مواجهة المريض بتشخيصه مثل لديك خرف أو مرض الزهايمر بل يجب تبسيط الأمر بمعلومات بسيطة مثل قول لديك مشكلة بسيطة في الذاكرة وأن الطبيب قال لديك ضعف بالذاكرة دون مواجهته بحقيقة التشخيص لأن هذا لا يغير من مجرى الأمور بل يزيد من الأزمة النفسية للمريض (حسين 2021، ص152).

• مرض السكر:

شائع جدا في الكبر ويسجل أعلى ارتفاع عند السن 55 سنة ويزيد مع تقدم العمر مضاعفات السكر على الأجهزة المختلفة للجسم معوقة وقاتلة وكما أن نصف عدد المصابين بالسكر لا يعملون بإصابتهم وبالتالي تضيع فرصة العلاج ينقسم إلى نوعين:

✓ النوع الاول: ويحدث فيه نقص شديد في إنتاج الأنسولين ومن أهم أعراضه نقص الوزن والتعرض لنوبات ارتفاع حموضة الدم ويبدأ مبكرا في الحياة ويعيش المصابون بهذا النوع ممن استمروا على العلاج الصحيح طول عمرهم وأجهضوا المضاعفات عمرا طويلا.

✓ النوع الثاني: وهو صامت غالبا أي بلا أعراض واضحة ويرتبط في معظم الأحيان بالسمنة وعليه تحدث مقاومته لعمل الأنسولين. (عاشور، 2001، ص95)

▪ علاج مرض السكري:

إبقاء سكر الدم بقدر الامكان في مستواه الطبيعي مع أنه من المستحيل أن تضمن عدم حدوث حالات هبوط السكر نتيجة العلاجات التي يأخذها المريض.

وتقليل احتمال ظهور مضاعفات السكري أو على الأقل تأخيرها بقدر الإمكان وتخفيف حدتها وذلك إذا ما تم إبقاء سكر الدم في مستواه الطبيعي ولكي نحقق الهدف الأول وهو إبقاء المريض دون أعراض العطش الشديد و التبول الشديد والوهن فيجب أن لا يزيد مستوى السكر في الدم عن 160-150 ملغم ولمنع المضاعفات المزمنة فيجب أن لا يزيد مستواه الثاني و اليافعين في الظهور بعد نحو عشر سنوات من حدوثه أما النوع الثاني فيصيب من هم في سن الأربعين فما فوق فإنه لا يعتمد على الأنسولين ويمكن علاجه بالحمية أولا ثم تناول الأقراص إن لم تكفي الحمية للسيطرة عليه ويكون حدوثه بشكل غير حاد و بأعراض خفيفة في البداية لكن ظهور مضاعفاته يكون بعد فترة وجيزة من اكتشافه إذا يكون المرض قد أصاب المريض مند فترة غير قصيرة لكنه لم يكتشفه نظرا لحدة اعراضه الخفيفة .

أن ظهور أعراض مرض السكري يعني وجود نقص في الأنسولين التي ينتجها البنكرياس وأن أنسجة الجسم لا تستجيب لمفعول الأنسولين وفي كلتا الحالتين يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم ولكن بعض مرضى السكري من النوع الثاني يستطيعون بالحمية الغذائية والرياضة البدنية وبدون أدوية وتخفيف أوزانهم ضبط السكر وهذا لا يعني أنهم قد شفوا

من المرض فالسكري داء دائم وليس علة عابرة فإذا عاد هؤلاء إلى الإفراط في الطعام وقلة النشاط فإن أعراض المرض تعاودهم ويرتفع مستوى السكر في الدم لديهم (الزبيدي، 2009، ص214)

نستنتج أن فئة المسنين تعاني الكثير من المشاكل والأمراض أهمها الزهايمر الذي يصيب الجهاز العصبي المركزي (الدماغ) ومن أهم أعراضه النسيان بالإضافة إلى الاكتئاب التي أخذت أسبابه طابع نفسي وبيولوجي واجتماعي وفي الأخير مرض السكر الذي ينقسم بدوره إلى نوعين نوع أول يتميز بنقص إنتاج الأكسجين ونوع ثاني يكون صامت بلا أعراض وأخيرا طريقة علاجه التي تعتمد على الحمية الغذائية والأنشطة الرياضية والأدوية.

6- دار العجزة:

• تعريفها:

هي مؤسسة اجتماعية تخصصت في رعاية فئة من فئات كبار السن من الجنسين وقد تكون حكومية او اهلية او شبه حكومية وشروط القبول بها اختيارية ويسير نظامها وفقا لنظام الباب المفتوح وهي تهدف إلى الاهتمام بحاجات المسن الفردية والاجتماعية والمجتمعية والعمل على توفير الانشطة والبرامج التي تقابل اوضاعهم الجسمانية والعقلية والبيئية ومساعدتهم على التخطيط لأنفسهم مع تقديم الدعم لكي يظلوا نشطين على قدر الامكان في ضوء الموارد المجتمعية والعلاقات الاسرية (عبد المحسن، 1993ص32).

خلاصة الفصل:

من خلال ما عرضناه في هذا الفصل حول مرحلة الشيخوخة من تعريفات للشخص المسن مع التصنيفات لمراحل المسن التي يمر بها الرشد ، الشيخ ، الهرم ، المعمر بالإضافة إلى خصائص الشخص المسن الجسمية، العقلية، النفسية، الانفعالية، والاجتماعية كذلك التطرق إلى أهم المشكلات التي يواجهها والتي أخذت طابع فيزيولوجي سيكولوجي اجتماعي واقتصادي مع التطرق للنظريات التي فسرت هذه المرحلة أهمها نظرية فك الارتباط، نظرية الشخصية...، وأخيرا ذهبنا إلى الحديث عن مختلف الأمراض والمشكلات النفسية التي يتعرض لها مع تقديم البعض من العلاجات والتطرق إلى تعريف دار العجزة .

الإطار الميداني

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية

للدراصة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد

- 1- المنهج المستخدم.
- 2- أدوات الدراسة.
 - الملاحظة.
 - المقابلة.
 - مقياس قلق الموت.
- 3- حدود الدراسة.
- 4- عينة الدراسة.
- 5- الدراسة الاستطلاعية.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

في هذا الفصل سوف نعيد التذكير بالفرضيات، كما سوف نبرز تعريف المنهج العيادي المستخدم في الدراسة، بالإضافة إلى تعريف وشرح الأدوات المستخدمة والتي تشمل الملاحظة العيادي، المقابلة العيادي، ومقياس قلق الموت حيث قمنا بالاعتماد على مقياس دونالد تمبلر الذي قدمنا تعريفه وطريقة تصحيحه، وكذلك توضيح حدود الدراسة المتمثلة في المجال المكاني والزمني والمجال البشري، وكذلك تحديد عينة الدراسة، من خلال قيامنا بالدراسة الاستطلاعية.

1- المنهج المستخدم:

• تعريف المنهج:

مجموعة من القواعد والإجراءات والأساليب التي تجعل العقل يصل إلى معرفة حقة بجميع الأشياء التي يستطيع الوصول إليها بدون أن يبذل مجهودات غير نافعة. (إبراهيم، 2000، ص60)

الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة، تهيمن على سبيل العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة. (بدوي، 1977، ص5)

• تعريف المنهج العيادي:

إن المنهج الإكلينيكي هو الدراسة العميقة لحالة فردية في بيئتها، يعني في ضوء المجتمع الذي تنتمي إليه، وهي ليست حالة معلقة بين السماء والأرض، بل هي منتمية لكل الذي تتصل به، وواحد من أهم أهداف المنهج الإكلينيكي هو تحديد طرق للعلاج. (النجار، 2008، ص16)

هي طريقة تنظر للسلوك بمنظور خاص فهي تحاول الكشف بكل موضوعية عن كينونة الفرد، والطريقة التي يشعر بها والسلوكيات التي يقوم بها في مواقف ما، وكذلك الكشف عن الصراعات النفسية مع إظهار واقعها وما يقوم به من سلوكيات إزاء هذه الصراعات من أجل التخلص منها. (حامدي، 2020، ص39)

• تعريف دراسة حالة:

يعرفها "جوليان روتير": "يؤكد أن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو الحالة، ومن المعلومات ما يأتي من مناقشة مباشرة مع المريض (العميل) وتتضمن طبيعة المشكلات، وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحباطاته." (عطوف، 1981، ص349).

فدراستنا الحالية تقوم على دراسة حالة فردية بعينها وهذا ما يستوجب اتباع المنهج الإكلينيكي في الدراسة والذي يستخدم أساساً لأغراض التشخيص.

2- أدوات الدراسة:

● الملاحظة:

تعني الملاحظة باللغة الإنجليزية observation وإن كان هناك العديد من الباحثين والعلماء يفضلون ترجمتها بالمشاهدة حيث يعرف البعض الملاحظة بأنها المشاهدة الدقيقة لأداء معين مع الاستعانة بالوسائل والأدوات التي تتلاءم مع طبيعة هذا الأداء، وهذا المعنى العام للملاحظة، ويمكن تعريف الملاحظة أيضا على أنها مراقبة مقصودة تستهدف رصد أي تفسيرات فنية تحدث على موضوع الملاحظة من جانب آخر يمكن تعريف الملاحظة على أنها الحصول على الحقائق من الخبرات والمعلومات من واقع المواقف الفنية وفقا للحالة الراهنة (بديري، 2018، ص37).

المقصود بها استخدام الملاحظة الشخصية لموضوع ما وتسجيل البيانات التي تم ملاحظتها عن هذا الموضوع، لتحديد الأسلوب المناسب للتعامل مع الآخرين ولاتخاذ قرارات سليمة تم اتخاذها بناء على معلومات دقيقة (البدوي، 2014، ص93).

يمكن تعريف الملاحظة بأنها تقنية أو أداة سيكو بيذاغوجية واجتماعية لمعاينة مجموعة من الكائنات والظواهر والوقائع، إما بطريقة عفوية مباشرة، إما اعتمادا على مجموعة من الآليات النظرية والأدوات التطبيقية والإجرائية، بغية تجميع المعلومات والبيانات والمعطيات حول شخص معين أو موضوع ما، وذلك لتثبيت فكرة أو فرضية، أو إيجاد حلول علاجية. (حمداوي، 2014، ص50).

تعتبر الملاحظة الأساس الأول الذي يمكن أن تبنى عليه كل المهارات والفنيات الممارسة في المقابلة العيادية، والملاحظة في أبسط صورها هي: المشاهدة التي يقوم بها المرشد على الطبيعة لجوانب تربوية أو اجتماعية معينة. وتهدف الملاحظة الى اختبار الأداء السلوكي لفرد ما في موقف معين خلال فترة زمنية معينة.

ويمكن تعريف الملاحظة بأنها أداة علمية منظمة لدراسة سلوك المسترشد في المواقف التي يصعب استخدام أدوات علمية أخرى، وذلك بهدف مقارنة هذا السلوك مع سلوكياته في مواقف مختلفة، أو مع سلوك أشخاص آخرين خلال فترة زمنية معينة، بشرط أن يتم ذلك بدقة علمية، وتسجيل ما يلاحظ وتحليل ما يتم التوصل من معلومات بواسطة أدوات أخرى، وتفسير ما يلاحظ من أجل اتخاذ القرار المناسب في ضوء هذه المعلومات. (الجراحشة، 2017، ص124).

ومما سبق نستنتج أن الملاحظة هي إحدى أدوات جمع البيانات وتستخدم في البحوث الميدانية لجمع المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها عن طريق الدراسات النظرية أو المكتوب، ويمكن للباحث سواء كان كلاماً أو سلوكاً. أما بالنسبة للملاحظة الغير مباشرة فقد تمت في المركز دون علم الحالة بأنه محط مشاهدة حيث تم تدوين سلوكات الحالة داخل المركز وعلاقاته بالمقيمين الآخرين.

المقابلة:

هي عبارة عن مواجهة شخصية مباشرة بين الباحث والطرف الآخر حيث يقوم الأول بتوجيه الأسئلة شفوية مباشرة وتسجيل الإجابات التي يدلي بها هذا الأخير ومن ثم يلخص ما توصل إليه وفق برنامج البحث. (مطر، 2014، ص91).

كما تعرف أيضاً على أنها محادثة بين القائم بالمقابلة والمستجوب وذلك بغرض الحصول على معلومات من المستجوب بهدف الوصول إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة يحتاج الباحث الوصول إليها كما يمكن تعريفها على أنها الإدراك بمعنى فهم المستجيب لما هو مطلوب منه فالقيام بمقابلة معنية يتطلب تبني المستجيب دوراً معيناً للأبد معه بأن يعرف ما هو متوقع منه في ذلك الدور. (وعي، 2017، ص248)

يمكن تعريف المقابلة على أنها معلومات شفوية يقدمها المبحوث من خلال لقاء يتم بينه وبين الباحث أو من ينوب عنه، والذي يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على المبحوث وتسجيل الإجابات على الاستمارات والمخصصة لذلك، والمقابلات العلمية يجب أن تكون هادفة ومحددة والهدف. (الزغبى، الوادي، 2011، ص188).

فالمقابلة إذن عبارة عن عملية تفاعل لفظي بين القائم على بعض المعلومات والتعبيرات والتي تتعلق بأرائه واتجاهاته ومعتقداته ويمكن أن تساعد في تقويم الناقد للبيانات.

وقد طبقنا في دراستنا هذا النوع من المقابلة والتي هي المقابلة النصف موجهة لأنها تتوافق مع موضوع دراستنا.

• مقياس قلق الموت:

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 و استخدم 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 بنداً ، ثم اختارها 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 متابعة حتى وصل إلى 15 بنداً ، وهي الصورة النهائية للمقياس و يحتوي 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 مستخدماً عدة طرق منها مقارنة درجات مرض في المجال السيكاتري ممن قرروا أن لديهم قلقاً عالياً 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) معاً مع عينة من طلاب مصر بقسم اللغة الإنجليزية، وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والإنجليزية 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) و0,73 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة (سبيج، 2018، ص 27).

طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

يمكن تطبيق المقياس فردياً أو جماعياً، تحتوي خلاصة الأسئلة على " التعليم " التي توضح طريقة الإجابة وتمثل

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 التعليم لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموماً لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعات ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15 بنداً، (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".

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

جدول رقم (01): 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 (0-6) 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).

3- حدود الدراسة:

- تحديد المجال المكاني:

تم إجراء هذه الدراسة الميدانية في دار العجزة بقالملة (حمام دباغ) بعد الحصول على تصريح بالزيارة من طرف جامعة 8 ماي 1945 قالملة، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، ووقع عليه مدير الدار.

- تحديد المجال الزمني:

تم إجراء الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من 7 \ 03 \ 2022 إلى 25 \ 04 \ 2022.

- تحديد المجال البشري:

اعتمدت الدراسة على (04) حالات مقيمين بدار العجزة تتراوح أعمارهم بين 64، 93 سنة.

4- عينة الدراسة:

- تعريف العينة:

- هي نموذجاً يشمل ويعكس جانباً أو جزءاً من وحدات المجتمع الأصلي المعني بالبحث تكون ممثلة له بحيث تحمل صفاته المشتركة وهذا النموذج أو الجزء يعني الباحث عن دراسة كل الوحدات ومفردات المجتمع الأصلي خاصة في حالة صعوبة أو استحالة أو دراسة كل وحدات المجتمع المعني بالبحث (قندجلي، 2013، ص186)

- يعرفها "موريس أنجرس": أنها مجموعة فرعية من عناصر المجتمع البحث كما أنها ذلك الجزء من المجتمع الذي يجري اختيارها وفق لقواعد وطرق علمية بحيث تمثل المجتمع تمثيلاً صحيح (محمد، 2017، ص313).

- العينة القصدية:

هي تلك الحالات التي لا تعتمد طريقة اختيار العينة على أسلوب العشوائي نظراً لأن مجال تطبيقها امبريقياً يعتمد على اختيار شريحة أو قطاع معين بطريقة مقصودة (القوصي، 2014، ص56).

وتعرف أيضاً بالعرضية، أو العمدية، أو الهادفة، وهي العينة التي يتم اختيارها لغرض معين أو قصد معين، كونها تحقق أغراض الدراسة التي يقوم بها الباحث. وينتقي الباحث الأفراد الذين هم من بين مفردات العينة على أساس عمدي (قصدي)، طبقاً لما يراه من سبب تتوافر في هذه المفردات بما يخدم أهداف الدراسة، فمن أراد دراسة واقعة معينة أو قضية معينة يتقصد الأشخاص ذوي العلاقة بتلك الواقعة أو القضية دون غيرهم. (ابو سمرة، الطيطي، 2020 ص 59)

تعني هذه العينة اختياراً كيفياً من قبل الباحث للمبحوثين استناداً إلى أهداف بحثه ولا يتم اختيار المبحوثين من خلال الجدول العشوائي أو عن طريق القرعة، فهي بهذه الحالة لا تعطي الفرص المتكافئة لكل وحدة اجتماعية لأن تكون ضمنها. (عبد الرحيم، احمد مسلم، 2011 ص 80).

فقد ضمنت عينة دراستنا بالضبط فئة المسنين في المركز وتمثلت في أربع حالات تراوحت أعمارهم بين 64_93 سنة تم اختيارهم بطريقة قصدية.

5- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات التي يعتمد عليها الباحث عند القيام بأي بحث علمي والتي تسمح له بالتعرف واختيار حالات الدراسة التي يرغب في دراستها وجمع المعلومات والبيانات عنها بهدف الوصول إلى نتائج تؤكد صدق وثبات المقياس.

بعدها تمت الموافقة من طرف الجامعة بالتوجه إلى مركز المسنين بحمام دباغ ولاية قلمة، توجهنا بتقديم طلب من أجل القيام بهذه الدراسة حضينا باستقبال جيد من طرف رئيس المركز والأخصائية النفسية التي ساعدتنا على اختيار الحالات التي تخدم موضوع بحثنا وفي الأخير تمكنا من الحصول على المعلومات المرادة من خلال هذه الدراسة الاستطلاعية.

خلاصة الفصل:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج العيادي باعتباره الطريقة المؤدية إلى الكشف عن القواعد العامة التي يتبعها الباحث من أجل الوصول إلى نتائج موضوعية.

أما أدوات الدراسة فتمثلت في المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالات الأربعة وتطبيق مقياس دونالد تمبلر لقياس قلق الموت على الفئة المتمثلة في أربعة مسنين وذلك من أجل الوصول إلى الهدف من الدراسة والمتمثل في تحديد مستوى قلق الموت عند المسنين المقيمين بدار العجزة.

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة النتائج

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل النتائج:

1- الحالة الأولى:

- عرض البيانات العامة.
- عرض نتائج الملاحظة.
- تحليل محتوى المقابلة النصف موجهة مع الحالة.
- عرض نتائج المقياس.
- تحليل نتائج المقياس.
- خلاصة الحالة.

2- الحالة الثانية:

- عرض البيانات العامة.
- عرض نتائج الملاحظة.
- تحليل محتوى المقابلة النصف موجهة مع الحالة.
- عرض نتائج المقياس.
- تحليل نتائج المقياس.
- خلاصة الحالة.

3- الحالة الثالثة:

- عرض البيانات العامة.
- عرض نتائج الملاحظة.
- تحليل محتوى المقابلة النصف موجهة مع الحالة.
- عرض نتائج المقياس.
- تحليل نتائج المقياس.
- خلاصة الحالة.

4- الحالة الرابعة:

- عرض البيانات العامة.
- عرض نتائج الملاحظة.
- تحليل محتوى المقابلة النصف موجهة مع الحالة.
- عرض نتائج المقياس.
- تحليل نتائج المقياس.

- خلاصة الحالة.

ثانياً: مناقشة النتائج

1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

2- استنتاج عام.

ثالثاً: التوصيات والاقتراحات.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتم عرض في هذا الفصل النتائج المتحصل عليها من الدراسة الميدانية حيث تم الوصول إلى بعض النتائج تحصلنا عليها من خلال تطبيق كل من الملاحظة العيادية والمقابلة النصف موجهة ومقياس "دونالد تمبلر" لقلق الموت على العينة المتمثلة في أربعة مسنين من دار العجزة، حيث أن الهدف من جمع المعلومات وعرضها وتحليلها ومناقشتها للوصول إلى الهدف وهو الإجابة على فرضيات البحث.

(1)- عرض وتحليل النتائج:

1- تقديم الحالة الأولى:

• تاريخ الحالة:

الحالة (ع ، م) الذي يبلغ من العمر 65 سنة ، أعزب ومتقاعد كان يعمل في شركة بناء ، لم يدرس أبدا إلا في المسجد فقط ، له 6 إخوة ، 2 إناث و 4 ذكور ، يعاني من مرضي السكر وضغط الدم ، ويأخذ في أدوية منهم الأنسولين ، ويعاني من نقص النظر ومقطوع الساقين بسبب تخثر الدم فيهما ، عملية قطع السلق الأولى كانت سنة 2017 و الثانية سنة 2019 وهو نفس تاريخ دخوله إلى المركز " دار العجزة " ، بعد قيامه بالعملية الثانية (قطع الساق الثانية) وجد نفسه عاجز ، فأخذه من المستشفى إلى دار العجزة وهو الآن جليس كرسي متحرك ، تزوره إحدى أخواته من حين إلى آخر.

• عرض نتائج الملاحظة:

تمت الملاحظة العيادية أثناء إجراء المقابلة والمقياس في فترات صباحية ، في حديقة داخل دار العجزة ، ومن ملاحظتنا للحالة (ع ، م) أن كلماته متناقلة وكثير التلعثم وأيضا حديثه مليء بالتوقف لفترة معينة وأيضا تضييع له الكلمات ، أثناء حديثه يخفض صوته في بعض الكلمات أو ينطقها غير مسموعة ، ويحب الحديث والغور في الكلام ، أيضا لاحظنا أنه مرح وقليل الحركة وحركاته بطيئة ، والكرسي المتحرك الذي يجلس عليه قديم نوعا ما ، ويجلس دائما في حديقة الدار أكثر الأوقات وحيد ، لاحظنا رعشة في يديه ، وأيضا انزعاجه من الأسئلة المطروحة خاصة أسئلة المقياس ، ثيابه غير نظيفة مع وجود رائحة قوية ، وأيضا مزعج كثيرا من تواجدته في دار العجزة يظهر ذلك من حديثه وملامح وجهه.

• عرض ملخص المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ع، م):

تم القيام بالمقابلة بتاريخ 07 مارس 2022 ، حيث سارت بشكل جيد وهذا بعدما كسبنا ثقة الحالة ، فقد تبين لنا أن الحالة (ع ، م) غير متكيف نوعا ما مع من في المركز ، لوجود مسنين غير أصحاء عقليا حيث يقول : " لي هنا كل مهابيل فهم غير كعبات برك صحاح ، أنا نخرج هنا ونقعد وهو ما هام يداوروا " ، بدأ بالحديث عن أعماله في حياته بكل أريحية ، بينما تحدث عن عائلته بشكل سطحي سريع ولم يطل الحديث عنهم سوى ذكر عددهم وأسماءهم ، ثم تحدث عن العمليات الجراحية التي مر بها ، حيث يقول : " عملت الزوز عمليات هنا في فائمة لولة في 2017 والثانية في 2019 فسببطارتاع واد لمعيز".

أما عند التحدث عن الدار قال بأنه لا يريد البقاء فيها وأنه مقيم فيها بشكل مؤقت حيث يقول: " والله ماني باغمها لبلاصة هاذي خلاه ورائي قلقان ياسر لوكان جيت مزالورجليا ، لوكان يقولولي أي مكة هنا والله مانجمها ».

أما بالنسبة لعلاقاته الإجتماعية فهو أغلب الوقت جالس لوحده، لديه صديقين فقط في بعض الأحيان يجلس معهما، وأيضا عندما تحدث عن موضوع الموت لم يظهر عليه الانزعاج ويقول إنه لا يخاف من الموت في حد ذاتها لكنه يخاف من طريقة الموت حيث يقول: " نخاف نموت وميفيقش بيا حتى واحد حتى باه يغمضلي ولا يشهدلي ".

- تحليل المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ع، م):

من خلال المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ع، م) تبين لنا أنه تأثر كثيرا وعانى من عدة صدمات هم قطع ساقيه الأولى والثانية وإصابته بمرض السكري، وكذلك تأثر عند دخوله إلى دار العجزة التي تتالت مع قطع ساقه الثانية، وأيضا هو مزعج كثيرا من إقامته في الدار ويعيش حالة من القلق الشديد، وهو بحاجة إلى رعاية نفسية خاصة وجسمية أيضا.

فالتحول الجذري الذي طرأ على حياته بعدما كان يعمل ويعيش في بيت أبيه يجد نفسه مقطوع الساقين جليس كرسي متحرك يحتاج مرافقا في كل شيء، هذا التحول أدى إلى تدهور حالته النفسية والانزعاج، وهذا ما اتضح في قوله: " صعب الإنسان كي يكون عايش حياتو كيما يحب مباعد فجأة تتبدل خلاه صعبية بزاف يا بنتي، اللي زاد بلا ساقين أحسن ملي يعيش في النعمة ومباعد يتحرم منها".

الحالة (ع، م) يتحدث عن الذات المثالية التي تبتعد تماما عن الذات الواقعية والتي هي العيش بساقيه، وأيضا يود الخروج من الدار في أقرب وقت ممكن، عندما يتحدث عن الموت لا يتأثر كثيرا بهذا الموضوع وله إيمان كبير بالله، ومؤمن بأن الموت حق في قوله: " الموت راهي حق ورانا رايحينلها كل ومنقدروش نهربوا منها".

الوضعية الصحية للحالة (ع، م) أثرت على سلوكياته وحياته الإجتماعية، حيث أنه أكثر الأوقات يجلس وحيد في حديقة الدار.

• عرض نتائج تطبيق المقياس للحالة (ع، م):

خ	ص	عبارات المقياس :
×		- أخاف كثيرا من الموت .
	×	- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت .
	×	- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت .
	×	- أخاف أن أجري عملية جراحية .
	×	- لا أخاف إطلاقا من الموت .
×		- لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة .
	×	- لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت .
	×	- أتضايق كثيرا من مرور الوقت .
	×	- أخشى أن أموت موتا مؤلما .
	×	- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا .
×		- أخشى فعلا أن تصيبي سكتة قلبية .
×		- كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا .
×		- أفشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة .
	×	- يزعجني منظر جسد ميت .
×		- أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني .

جدول رقم (02): يوضح نتائج تطبيق مقياس قلق الموت للحالة (ع ، م) .

- تحليل مقياس قلق الموت للحالة (ع، م):

تم إجراء هذا المقياس مع الحالة (ع، م) في ظروف جد حسنة وهادئة، حيث أن الحالة (ع، م) وافق التعامل معنا ورحب بنا، حيث قمنا بإخباره بتعليمه المقياس ثم قمنا بقراءة عبارات المقياس له بسبب أنه لا يعرف القراءة، حيث استغرق حوالي نصف ساعة تقريبا لأنه كان يقدم شرحا بعد كل عبارة.

فقد كانت النتائج المتحصل عليها كالآتي:

تحصل الحالة (ع، م) على درجة 07 التي تنتمي إلى مجال (07- 08) وهي تشير إلى وجود قلق موت متوسط وهذا دلالة على أن الحالة عنده قلق متوسط تجاه الموت.

- خلاصة عامة عن الحالة (ع، م):

من خلال التحليل الذي قمنا به من المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ع ، م) تبين لنا أنه مرتجارب عديدة مؤلمة في حياته أكسبته صبورا وقوة لمواجهة الحياة ، وتقبل فكرة الموت نوعا ما ، حيث تبين لنا أنه خائف وقلق من طريقة وكيفية وموضع موته ، أما بالنسبة للقلق من الموت في حد ذاته تبين لنا من خلال تطبيق مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر الذي تحصل فيه على 07 درجة والتي تنتمي إلى المجال (07 – 08) الذي يشير إلى وجود قلق موت متوسط ، أن الحالة (ع ، م) يعاني من قلق موت متوسط ، هذا قد يكون راجع إلى بعده عن عائلته ، وتواجده في دار العجزة .

2- تقديم الحالة الثانية:

• تاريخ الحالة:

الحالة(ت) التي تبلغ من العمر 93 سنة أرملة كانت تعيش وسط عائلة فقيرة حالتها الاجتماعية فقيرة وجد مزرية تعاني من مرض في العينين وآلام متكررة في الأذن كذلك آلام في أسفل الظهر، وهي أم لطفل توفي في عمر 3 أشهر كانت الحالة (ت) تعيش مع أختها في بيت قصديري قبل الدخول الى دار العجزة في سنة 2017 من طرف الجمعية الخيرية بسبب الظروف المعيشية الصعبة التي كانت تواجهها مع أختها.

• عرض نتائج الملاحظة:

تمت الملاحظة في الفترة الصباحية داخل دار العجزة وأثناء تطبيق مقياس قلق الموت ومن خلال ملاحظتنا للحالة (ت) يبدو أنها ذات هندام نظيف ملائم ومناسب لسنها كما لاحظنا أن لديها ذاكرة جيدة إذ أنها تسترجع الأحداث وتتذكر تفاصيلها (تاريخ دخولها للمركز.....). أما الإجابة عن الأسئلة كانت ترد بتركيز وتتذكر جيدا لكنها كانت تظهر عليها ملامح التوتر وهذا يظهر في شبك يديها، وكانت علاقاتها مع المقيمين بدار العجزة سيئة حيث تحب الجلوس لوحدها منفردة في غرفتها بعيدة عنهم، أما مع العمال والاختصاصيين النفسانيين جيدة.

• عرض ملخص المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ت):

تم القيام بالمقابلة بتاريخ 07 مارس 2022 تمت في ظروف صعبة وذلك في غرفتها وهذا بعد كسب ثقتها وطمأنتها بأن غرض هذه المقابلة هو البحث العلمي فقط بدأت الحالة في الحديث عن نفسها وعن الظروف الصعبة التي مرت بها بكل أريحية بدأت أولا بالحديث عن معاناتها مع أختها المعاقة التي كانت تسكن معها في بيت مزري الحال وعن والديها وزوجها الذين استشهدوا إبان الثورة التحريرية كذلك الايام الصعبة التي مرت بها وهذا ما جعل الجمعية الخيرية تتقدم لتقديمها للمركز.

أما في التحدث عن ابنها الذي فارقتها في عمر 3 أشهر كانت لها صدمة كبيرة وهي تتألم حتى الآن عند تذكره.

• تحليل المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ت):

من خلال المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ت) لاحظنا أنها متأثرة على فقدان أختها والتي كانت شريكها في الغرفة وبقائها وحيدة في المركز وأنها تعيش أزمة فقدان ثقة في الآخرين وهذا يجعلها ترفض وجود شريك في الغرفة وبقائها وحيدة كما أنها تشعر بالخوف الشديد عند الحديث عن الموت كونها كبيرة في السن وموت كل أقرانها وأقربائها وتشعر بالقلق والانزعاج من مرور الوقت كونها تعاني من نقص في حاسة السمع والبصر وتقضي وقتها في التجول في المركز.

• عرض نتائج تطبيق المقياس للحالة (ت):

خ	ص	عبارات المقياس :
	×	- أخاف كثيرا من الموت .
×		- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت .
×		- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت .
	×	- أخاف أن أجري عملية جراحية .
×		- لا أخاف إطلاقا من الموت .
×		- لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة .
×		- لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت .
	×	- أتضايق كثيرا من مرور الوقت .
	×	- أخشى أن أموت موتا مؤلما .
	×	- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا .
	×	- أخشى فعلا أن تصيبي سكتة قلبية .
	×	- كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا .
×		- أفشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة .
	×	- يزعجني منظر جسد ميت .
	×	- أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني .

جدول رقم (03): يوضح نتائج تطبيق مقياس قلق الموت للحالة (ت) .

- تحليل مقياس قلق الموت للحالة (ت):

تم إجراء هذا المقياس مع الحالة في ظروف جيدة حيث وافقت الحالة على التعامل معنا، استغرقت الحالة حوالي 45 دقيقة وقد كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

ظهر عند الحالة خوف وقلق شديد من الموت الذي تبين من خلال الإجابة على بنود الاختبار وحصولها على درجة 14 وهي ضمن مجال (9-15) والتي تشير إلى وجود قلق موت مرتفع، وكذلك العوامل الانفعالية حيث لاحظنا على الحالة انزعاج وتوتر عند الحديث على الموت.

- خلاصة عامة عن الحالة (ت):

من خلال التحليل الذي قمنا به من المقابلة النصف موجهة، ومع ما سجل في الملاحظات فقد ظهر على الحالة الشعور بقلق موت مرتفع وذلك حسب ما تحصلنا عليه من نتائج المقياس كما ظهر على الحالة الخوف الشديد وكبت للعواطف وتوتر حيث قالت: "نخاف بزاف من الموت لدرجة التي بات نتخيل" كانت الحالة مرحة وسعيدة بزيارتنا حيث كانت تشعر بالوحدة وليس لديها علاقات مع المقيمات في الدار حيث قالت: "معنديش لي يطل عليا بزاف ونفرح كي يجيوني البنات كيما أنتم".

3- تقديم الحالة الثالثة:

• تاريخ الحالة :

الحالة (ت أ) يبلغ من العمر 73 سنة، مطلق لديه 7 اولاد، 6 ذكور، وفتاة واحدة، مستواه الدراسي السادسة ابتدائي، متقاعد، كان يعمل رئيس مشروع، يعاني من داء السكري منذ 2008، يتلقى في الدار الرعاية النفسية فقط، ترجع أصوله ومسقط رأسه إلى بلدية حمام دباغ، دخل المركز في 2021 بمحض إرادته الشخصية ويرجع سبب لجوئه للدار على حد قوله عزة النفس، حالة عيشه في الدار جيدة حسب قوله: "أنا هنا حر نأكل من رزق الدولة وعاش بين أهلي وناسي وبشهرتي لباس عليا".

• عرض نتائج الملاحظة:

تمت الملاحظة العيادية في الفترة المسائية داخل المركز أثناء تطبيق مقياس قلق الموت ومن ملاحظتنا للحالة (ت أ) كان نظيف الملابس، منتظم المظهر وكان يستند على عصا حيث كان يواجه صعوبة في المشي برجله اليمنى كما أنه كان ضعيف السمع حيث توجب علينا الكلام بصوت مرتفع بالإضافة إلى أنه كان ضعيف البصر. أما عن الإجابة عن الأسئلة فقد كان في منتهى التركيز وكان يكثر من الأمثال الشعبية القديمة وكان يتكلم بكل ثبات ولا يبالغ كثيرا في الحديث.

أما عن ملاحظتنا الغير مباشرة للحالة لاحظنا أنه ليس لديه علاقات مع المقيمين في الدار ويقضي أغلب وقته في الخارج وعلاقاته مع العاملين في الدار محدودة إلا الأخصائية النفسية كانت علاقاته معها جيدة.

• عرض ملخص المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ت أ):

تم إجراء المقابلة بتاريخ 2022/04/25 تمت في ظروف هادئة في حديقة الدار وسارت بشكل جيد بعدما كسبنا ثقة الحالة بدأ في الحديث عن نفسه وعن عائلته بكل أريحية ودون تحفظ، حيث بدأ الحديث بكل طلاقه وسبب دخوله الدار وهو أب لسبعة أولاد وكان سبب ذلك هو عزة نفسه ورفضه للذل حيث قال: "مانعشش ربيب ونمد يدي لولدي ومرتو كي تشوفني أدور عليا وجها".

أما في الحديث عن الموت فقد أبدى عدم الانزعاج عند الحديث عن الموت فموضوع الانزعاج حسب رأيه بمدى وقوة إيمان الشخص بالله، كما أنه تراوده أفكار عن الموت بشكل يومي خاصة عند الخلود إلى النوم لكنه لا يزعج من ذلك إلا عندما يفكر في أخطاء الماضي والذنوب التي ارتكبها في صغره وكيف سيواجه بها الله بعد الموت.

• تحليل المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ت أ):

من خلال المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ت أ) لاحظنا أنه متأثر كثيرا من طلاقه وفقدانه السلطة الأبوية على أولاده، وأنه يعيش أزمة ثقة في الآخرين وخاصة النساء وهذا يجعله يعيش في حالة من الحزن، كما أنه متأثر ومتخوف من حالته الصحية لاسيما أنه يعاني من عدم استقرار في نسبة ضغط الدم في الآونة الأخيرة، لاحظنا أيضا أن الحالة متمسك بدينه وصلاته وصومه بالرغم من المرض ويتحلى بإيمان قوي كما أنه ثابت ويتحلى بالحكمة.

• عرض نتائج تطبيق المقياس للحالة (ت أ):

خ	ص	عبارات المقياس :
×		- أخاف كثيرا من الموت .
×		- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت .
	×	- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت .
×		- أخاف أن أجري عملية جراحية .
	×	- لا أخاف إطلاقا من الموت .
×		- لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة .
	×	- لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت .
×		- أتضايق كثيرا من مرور الوقت .
	×	- أخشى أن أموت موتا مؤلما .
	×	- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا .
×		- أخشى فعلا أن تصيبي سكتة قلبية .
	×	- كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا .
×		- أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة .
×		- يزعجني منظر جسد ميت .
×		- أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني .

جدول رقم (03) يوضح نتائج تطبيق مقياس قلق الموت للحالة (ت أ).

- تحليل مقياس قلق الموت للحالة (ت أ):

من خلال التحليل الذي قمنا به من المقابلة النصف موجهة، ومع ما سجل في الملاحظات فقد ظهر على الحالة الشعور بقلق موت مرتفع وذلك حسب ما تحصلنا عليه من نتائج المقياس كما ظهر على الحالة الخوف الشديد وكبت للعواطف وتوتر حيث قالت: "نخاف بزاف من الموت لدرجة التي بات نتخيل" كانت الحالة مرحة وسعيدة بزيارتنا حيث كانت تشعر بالوحدة وليس لديها علاقات مع المقيمات في الدار حيث قالت: "معنديش لي يطل عليا بزاف ونفرح كي يجيوني البنات كيما أنتم".

تم إجراء هذا المقياس مع الحالة في ظروف جيدة حيث وافقت الحالة على التعامل معنا، استغرقت الحالة حوالي ربع ساعة وقد كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

ظهر على الحالة عدم الشعور بقلق الموت الذي تبين من خلال الإجابة على بنود الاختبار وحصوله على درجة (05) وهي ضمن مجال (0-6) التي تشير إلى عدم وجود قلق موت، وكذلك العوامل الانفعالية التي لاحظنا على الحالة عدم وجود انزعاج أو قلق عند الحديث عن الموت.

- خلاصة عامة عن الحالة (ت أ):

من خلال التحليل الذي قمنا به من المقابلة النصف موجهة، ومع ما سجل في الملاحظات تبين أن الحالة (ت أ) ليس له أي مشكل في الإقامة في دار العجزة ومتعايش مع الوضع، كما أنه لا يشعر بالغبرة كونه يقيم في قريته وله معارف في المنطقة وكذلك متدين ومتقرب من الله ولا يعاني من قلق الموت وهذا ما بينته نتائج مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت.

4- تقديم الحالة الرابعة:

• تاريخ الحالة:

الحالة (م، د) تبلغ من العمر 64 سنة، عذباء، لم تدرس أبداً، لها أختين واحدة توفيت والأخرى متزوجة، تعاني الحالة من داء السكري وضغط الدم، تاريخ دخولها للمركز كان أواخر سنة 2018، تزورها أختها من حين لآخر.

• نتائج الملاحظة:

تمت الملاحظة العيادية في الفترة المسائية داخل المركز أثناء تطبيق مقياس قلق الموت، ومن ملاحظتنا للحالة (م، د) كانت تجلس في غرفتها مستلقية على السرير تظهر عليها علامات التعب والقلق، أبدت الحالة في الأول انزعاجاً لكنها سرعان ما أبدت موافقة، وعند إجابتها عن الأسئلة تلتزم الصمت قليلاً ثم تجيب ولا تتبالغ كثيراً في الكلام بحيث تجيب بعبارات موجزة، ومن خلال ملاحظتنا غير المباشرة للحالة فقد لاحظنا أنها ليست لديها علاقات مع المقيمين في المركز، وتقضي أغلب وقتها في غرفتها، في حين لديها علاقات محدودة مع العاملين في الدار بحيث أنهم يعاملونها باحترام.

• ملخص المقابلة النصف موجهة مع الحالة:

تم القيام بالمقابلة بتاريخ 25 أبريل 2022، تمت في ظروف هادئة داخل الغرفة، حيث سارت المقابلة بشكل يسوده القليل من التوتر بحكم أن الحالة تشعر ببعض القلق، لكنها تجاوزت معنا وهذا بعد ما كسبنا ثقة الحالة، بدأت الحالة (م، د) بالحديث عن نفسها وعائلتها حيث قالت: "كنت نعيش مع دارنا في دوار كانوا عندي زوز خواتاتي بنات وحدة كبيرة ولخرا صغيرة وأنا الوسطانية، مات بابا ويما في عام واحد ربي يرحمهم، أختي الصغيرة زوزت والكبيرة ماتت ربي يرحمها، بقيت وحدي عاونوني ناس الخير ووقفوا معايا وجيت هنا"، من ثم تحدثت عن حالتها الصحية بحيث كانت تشتكي من داء السكري وضغط الدم في قولها: "عندي السكر ولاطونسيو كرهت نشرب الدوا كل يوم بصح كي نشوف لي هنا واحد معوق واحد ميشوفش ولي ميسمعش نقول الحمد لله"، أما عن حديثها عن الدار قالت: "مكانش كيما تكوني عايشة بين ناسك وحبابك، يكذب عليك لي يقلك راني عايش هنا فرحان وميني، نهار جيت هنا معجبنيش الحال بصح معندي واين نروح، هنا يعاملوني مليح يفقدوني ويسقسو عليا".

أما بالنسبة لعلاقتها مع المقيمين بالمركز فليست لدى الحالة علاقات ودائماً ما تجلس وحيدة في غرفتها وذلك في قولها: "تشوفي يا بنتي أنا نخاف من لمخالطة الواحد يقعد وحدو يصلي ويقرا فالمصحف ويقرب من ربي سبحانو"، وفي حديثها عن موضوع الموت لم تبدي انزعاجاً كبيراً بحيث قالت: "أنا منخافش من الموت يا بنتي الموت مكتوبة فالجيبين ولي مكتوب فالجيبين متنحيش اليديين".

• تحليل المقابلة النصف موجهة مع الحالة:

من خلال المقابلة النصف موجهة مع الحالة (م، د) تبين لنا أنها تأثرت جداً عند فقدانها لعائلتها وتقلب حالتها بين ليلة وضحاها كونها أصبحت وحيدة، وذلك كما ذكرنا سابقاً في قولها: "مكانش كيما تكوني بين ناسك وحبابك".

كما أنها تعاني من قلق على حالتها الصحية بحكم أنها تعاني من مرضين مزمنين (داء السكري وضغط الدم). كما أن الحالة متمسكة بدينها وصلاتها وقراءتها للقرآن والذكر، وفي حديثها عن الموت لا تتأثر كثيرا لأن إيمانها بالله سبحانه وتعالى كبير في قولها: "الموت حق عليا وعليك وعلى الناس كل ولازم نرضا بواش كتبلنا ربي".

الحالة (م، د) في أغلب الأحيان تجلس وحيدة في غرفتها، وليست لديها علاقات مع المقيمين داخل الدار لخوفها من المخالطة.

• عرض نتائج تطبيق مقياس للحالة (م، د):

خ	ص	عبارات المقياس :
×		- أخاف كثيرا من الموت .
×		- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت .
	×	- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت .
	×	- أخاف أن أجري عملية جراحية .
	×	- لا أخاف إطلاقا من الموت .
×		- لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة .
	×	- لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت .
×		- أتضايق كثيرا من مرور الوقت .
	×	- أخشى أن أموت موتا مؤلما .
	×	- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا .
×		- أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية .
	×	- كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا .
×		- أقتشع عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة .
	×	- يزعجني منظر جسد ميت .
×		- أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني .

جدول رقم (05): يوضح نتائج تطبيق مقياس قلق الموت للحالة (م، د).

- تحليل مقياس قلق الموت "لدونالد تمبلر" مع الحالة:

تم إجراء هذا المقياس مع الحالة (م، د) في ظروف جيدة، حيث وافقت الحالة على التعامل معنا بعدما أبدت قلق وانزعاج بالأول، بحيث قمنا بإخبارها بتعليمه المقياس ثم قمنا بقراءة عبارات المقياس لها بحكم أنها لا تجيد القراءة، واستغرقتنا حوالي 20 دقيقة، وقد كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

تحصلت الحالة على درجة 08 التي تنتمي إلى المجال الذي يتراوح بين (07 . 08) ويشير إلى وجود قلق موت متوسط، وهذا دليل على أن الحالة لديها قلق متوسط اتجاه الموت.

• خلاصة عامة عن الحالة (م، د):

من خلال التحليل الذي قمنا به من المقابلة النصف موجهة مع الحالة (م ، د) وما سجلنا من ملاحظات، واستنادا إلى ما تم الوصول إليه من خلال تطبيقنا لاختبار قلق الموت "لدونالد تمبلر" فقد ظهر على الحالة الشعور بقلق الموت الذي تبين من خلال درجة الاختبار 08 درجة والتي تشير إلى قلق موت متوسط، فهي تخاف كثيرا من أن تموت بشكل مؤلم، وتخاف من احتمالية خضوعها لعملية جراحية لقلوبها: "منيش حابة نتعذب قبل ما نموت بقاتلي حرقه في قلبي نهارشفت بابا يتعذب قدامي بالكونسار والموت تاعو كانت صعبية"، ونجد أيضا بأن الحالة (م ، د) لديها نظرة تفاؤلية للمستقبل ولا يزعجها موضوع الموت كثيرا وهو شعور ذاتي بالراحة النفسية.

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلة النصف موجهة والملاحظة العيادية وتطبيق اختبار دونالد تمبلر لقلق الموت تبين لنا اختلاف وتباين في مستوى قلق الموت فمن خلال المقابلة والملاحظة العيادية.

بالنسبة للحالة الأولى: (ع، م) لاحظنا أنه عانى من عدة صدمات منها بترساقية الاثني عشر ودخوله المركز بالإضافة إلى إصابته بالسكري، فالتحول الجذري الذي حدث في حياته أدى إلى تدهور حالته النفسية وبالرغم من هذه الصدمات فهو يتحلى بقدر من الصبر وهنا استنتجنا من خلال مقياس دونالد تمبلر أن لديه قلق موت متوسط.

وكذا بالنسبة للحالة الثانية: (ت) تشعر بالوحدة النفسية وفقدان الثقة بالآخرين وذلك بعد وفاة أختها التي كانت تشاركها الغرفة حيث منذ موتها ترفض أي شريك في الغرفة وشعورها بالخوف الشديد لكبر سنها وموت أقاربها في مثل سنها ومن هنا استنتجنا حسب مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت أن الحالة لديها قلق موت مرتفع.

أما الحالة الثالثة: (ت، أ) متأثر كثيرا من طلاقه وفقدانه السلطة الأبوية على أولاده وأنه يعيش أزمة ثقة خاصة مع النساء وهذا يجعله يعيش في حالة من الحزن، كما أنه متخوف من حالته الصحية، وبالرغم من هذا فهو صبور ويتميز بالثبات والحكمة، ومنه استنتجنا حسب مقياس دونالد تمبلر أن الحالة لا تعاني من قلق موت.

الحالة الرابعة: (م، د) تعاني من الوحدة وذلك بعد وفاة عائلتها وتقلب حالتها بين ليلة وضحاها كما أنها قلقة بشأن حالتها الصحية كونها تعاني من السكري والضغط، كما أنها تجلس وحيدة وليس لديها علاقات داخل الدار، ومنه استنتجنا حسب مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر أن الحالة لديها قلق موت متوسط.

الحالة	الدرجة المتحصل عليه	مستوى قلق الموت
الحالة الأولى	7	قلق موت متوسط
الحالة الثانية	14	قلق موت مرتفع
الحالة الثالثة	5	عدم وجود قلق موت
الحالة الرابعة	8	قلق موت متوسط

الجدول (06): يوضح مختلف الدرجات التي تحصل عليها المسنين في دار العجزة في مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت

من خلال ما سبق تبين أن الفرضية التي مفادها أن مستوى قلق الموت يختلف بين المسنين المقيمين بدار العجزة تحققت، ففي دراستنا للجانب النظري وجدنا أن مرحلة الشيخوخة هي مرحلة جد حساسة في حياة الانسان، وذلك لمختلف التغيرات والمشكلات التي تصاحب هذه المرحلة من الناحية الصحية، من الناحية النفسية، من الناحية الاجتماعية، من الناحية الاقتصادية.

كما أنه تعددت الأسباب التي تؤدي إلى قلق الموت فقد ذكر موسكيه عدة أسباب منها:

- يضمن أن للموت ألما عظيما غير ألم المرض.
- يعتقد بعقوبة تحل به بعد الموت. (عاشور. 2017/2016. ص 14)

كما ذكر أيضا ماسرمان عدة أسباب منها:

- الخوف من النهاية.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى. (سبيح. 2018. ص 13)

ونرى أن أكثر المسنين المتضررين والمتأثرين بشكل كبير هم المقيمين في دار العجزة والبعيدين عن عائلاتهم حيث نجد أنهم لا يشعرون بالأمان والاطمئنان في غياب الدعم الأسري.

لاحظنا أيضا أن هناك علاقة بين الجانب الجسدي والجانب النفسي وهذه العلاقة عبارة عن تأثير وتأثر، فعندما يصاب الجسم بأمراض تظهر على المريض أعراض نفسية، ومن الأمراض المصاحبة لمرحلة الشيخوخة نجد: الأمراض المزمنة (السكري، ضغط الدم)، أمراض القلب، الربو، التهاب المفاصل ومنه نجد لديهم تدهور في الصحة النفسية حيث تظهر لديهم العديد من الاضطرابات النفسية مثل: فقدان الاهتمام بالذات، وبالأنشطة اليومية، القلق، الاكتئاب، الخوف، والتي تؤدي بهم إلى العزلة والانطواء.

وجدنا أيضا أن درجة القلق أو مستوى القلق يختلف باختلاف العمر والحالة الاجتماعية للمسن والجنس وبالتالي تم التحقق من الفرضية والتي لم تتفق مع بعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع قلق الموت مثل: دراسة «بوقرة مختار وشعبي نور الدين " (2017) الذي درس موضوع قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات حيث وجد مستوى مرتفع من قلق الموت، ودراسة " آية قواجلية (2013) التي توصلت إلى أنه لديهم قلق موت مرتفع ولا يختلف حسب الجنس.

وهناك دراسات أخرى توافقت مع دراستنا مثل دراسة " نسبية عاشور " (2016/2017) والتي توصلت إلى وجود قلق موت عند الحالات المختارة بنسب مختلفة، ودراسة " فوزية سبيح " (2018) توصلت إلى وجود قلق موت بين درجتي مرتفع ومنخفض.

(3) - استنتاج عام:

من خلال النتائج التي توصلنا إليها يمكن استنتاج ما يلي:

أن المسنين الموجودين بمركز دارالعجزة بحمام دباغ فالمة لديهم اختلاف في مستوى قلق الموت والذي كشفت عنه نتائج الدراسة حيث وجدنا أنها تتراوح بين قلق موت مرتفع ومتوسط ومنخفض وذلك لأسباب مختلفة.

(4)- التوصيات والاقتراحات:

- ضرورة التكفل النفسي والصحي بالمسنين بدار العجزة من خلال المراقبة الطبية المستمرة خاصة للذين يعانون من أمراض مزمنة حساسة.
- الاهتمام بالجانب الديني من خلال الندوات والنشاطات الارشادية والمسابقات الدينية التي تساعد على الثبات الديني والنفسي للمسن.
- توفير مرافق ترفيهية والزيارات الخارجية لكسر الروتين اليومي للمسنين حيث لها أثر كبير على الصحة النفسية للفرد.
- دعم الفئة القادرة من المسنين على أعمال وحرف مختلفة وتوفير مواد خام وتسويق انتاجاتهم وذلك لملا وقت فراغهم وكذلك الاستفادة من خبراتهم.
- زيادة تكوين المشرفين والعاملين في الدار من خلال الندوات والدورات ولقاءات مع المختصين بهدف زيادة الخبرة لتحسين كيفية التعامل معهم.
- خلق جو من الاستقرار والاطمئنان في المركز.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تطرقنا إليه في الاجراءات الميدانية التي تعتبر مدعم للجانب النظري، والتي تم التعرف فيها على الأدوات المنهجية لتتم إجراء هذه الدراسة واستطعنا من خلال الجانب التطبيقي الذي يشمل العينة والمنهج وأدوات جمع البيانات التي تمثلت في المنهج العيادي (دراسة الحالة) والملاحظة والمقابلة العيادية، وتطبيق مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر الذي من خلاله نتعرف على مستوى قلق الموت لدى المسنين.

توصلنا إلى نتائج الدراسة والتي جاوبنا من خلالها عن التساؤل المطروح في إشكالية الدراسة.

خاتمة

خاتمة:

من بين المواضيع التي أثارت اهتمام المفكرين والباحثين خاصة في مجال علم النفس مشكلة قلق الموت وذلك في مرحلة الشيخوخة والذي يعتبر أكبر هاجس يواكب تفكير الشخص المسن حتى لو كانت هناك محاولة منه للتخلص والهروب من ذلك إلا أنه يخلق بداخله مشاعر مؤلمة تجعله يشعر بالضعف وتقلل من حيالته وهذا ما يؤثر على حياته النفسية وتجعله يفقد متعة الحياة التي يعيشها وبالتالي يعيش يومه ولا ينظر لغده.

ومن خلال ما تطرقنا إليه في دراستنا و التي هدفنا من خلالها التأكد من استجابات المسنين على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلرو التي تدل على وجود اختلاف في مستوى القلق لديهم حيث جاءت النتائج بعد تحليل المقابلات و الملاحظات المسجلة أثناءها إضافة إلى تطبيق اختبار دونالد تمبلر تحققت فرضية موضوع دراستنا و منه يمكن القول أن هناك تباين بين المسنين في نسبة القلق و الخوف و الضغوطات النفسية وعليه توجب الاهتمام المكثف بهذه الفئة في مختلف المجالات أهمها الجانب الصحي حيث أن أغلبهم يعانون العديد من الأمراض كذلك الجانب النفسي من خلال الدعم العاطفي و تتم بمساعدة الأخصائية النفسانية وهذا يجعل الحالات تتقبل هذه المرحلة و ما ينتج عنها من تغييرات (جسمية ،فيزيولوجية ...).

قائمة المصادر والمراجع

الكتب:

- إبراهيم، عبد الستار. (2002). قلق قيود من الوهم. مصر: مكتب الانجلو المصرية.
- أبو سمرة، أحمد؛ الطيطي، محمد عبد الله. (2020). مناهج البحث العلمي. عمان: دار اليازوري.
- النجار، خالد عبد الرزاق. (2008). حقيبة تدريبية أكاديمية دراسة حالة. السعودية: جمعية البر والإحسان.
- النوبي، محمد. (2012). الخرف لدى المسنين. الأردن: الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- بدوي، عبد الرحمان. (1977). مناهج البحث العلمي. الكويت: وكالة المطبوعات.
- حميش، عبد الحق. (2010). رعاية الشيخوخة في الإسلام. بيروت: دار الأرقم.
- دافيد، شهبان. (1988). مرض القلق (ترجمة عزت شعلان). الكويت: عالم المعرفة.
- الزبيدي، كامل علوان. (2009). علم النفس الشيخوخة. الوراق للنشر والتوزيع.
- زعتر، نور الدين. (2010). القلق.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- الشربيني، لطفي. (2007). القلق "الأسباب والعلاج". الإسكندرية: منشأة المعارف.
- صالح عبد الرحيم، أمال؛ أحمد مسلم، عدنان. (2011). دليل البحث البحث الاجتماعي. الرياض: العبيكان.
- عاشور، عبد المنعم. (2001). صحة المسن "كيف يمكن رعايتها". القاهرة: مركز الأهرام للنشر والترجمة.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (1987). قلق الموت. الكويت: عالم المعرفة.
- عبد الخالق، محمد. (1987). قلق الموت. الكويت: عالم المعرفة.
- عبد الرحمان، محمد السيد. (1998). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء.
- عسكر، عبد الله. (2001). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عطوف، محمود ياسين. (1986). علم النفس العيادي (الإكلينيكي). بيروت: دار العلم للملايين.
- فاروق، السيد عثمان. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.

- فرج مغربي سيد، مروة. (2015). قلق الموت وعلاقته ببعض المشكلات لدى المراهقين المصابين بمرض أنيميا البحر الأبيض المتوسط. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- قنديجلي، عامر إبراهيم. (2013). منهجية البحث العلمي. اليازوري العلمية.
- القويسم، محمد مفيد. (2014). الإحصاء الوصفي والاستدلالي. دمشق: مركز الكتاب الأكاديمي.
- كلير، فهيم. (2004). الرعاية النفسية والصحية للمسنين. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- محمد قناوي، هدى. (1987). سيكولوجية المسنين. مصر: مركز التنمية البشرية والمعلومات.
- مروان، عبد المجيد ابراهيم. (2000). أسس البحث لإعداد الرسائل الجامعية. عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- مكزي، كوام. (2013). القلق ونوبات الذعر (ترجمة أمان الدين هلا). الرياض: دار المؤلف للتوزيع.

الرسائل:

- بكاري، أسماء. (2020). قلق الموت لدى المصابين بالقصور الكلوي. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
- بن خليفة، مريم. (2018). أثر الصلابة النفسية على قلق الموت لدى المصابات بالسرطان. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي والصحة العقلية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- حامدي، هاجر. (2020). الحاجات النفسية للمسن المقيم بدار المسنين. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- رحمانية، وهيبية. (2017). قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار العجزة. رسالة ماجستير منشورة، قسم علم النفس العيادي، جامعة 08 ماي 1945، قالمة.
- سبيح، فوزية. (2018). قلق الموت عند الطلاب المصابين بالربو بمرحلة الثانوية. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس المدرسي، جامعة الدكتور طاهر مولاي، سعيدة.

- عاشور، نسيبة. (2016,2017). قلق الموت لدى المسنين مظاهره وآثاره. رسالة ماستر منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
- فقيري، تونس. (2014). علاقة سلوك النمو (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- قواجلية، آية. (2012). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان. رسالة ماستر منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

مجلة:

- خلادي، يمينة. (2012). درجة الاتصال النفسي بين المسن وأفراد أسرته كما يدركها المسن. الجزائر: مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية 90-10-04.

المراجع الأجنبية:

- Botwinick, j storandt, M. (1974). Cordiouascular statuts, defressive affectrive, and other factors in reaction time , J. Of gerontology.
- Curtis, H.J.(1963). Biological mechranisms underlying the ageing process ,science .
- Hicks , L ,H.Birren ,J ,E (1970) .Aging , Brainand damage , and psycho motor slowing , psychological Bulletin .
- Falzone , J.A (1967) comfens actions and cartrols in the geing process .
- Welford , D . (1958) . Aging and human skill . London , university of cambridge .

الملاحق

الملحق رقم (01):

محاورة المقابلة:

المحور الأول: المعلومات الشخصية

الاسم:

العمر:

الحالة الاجتماعية:

المستوى التعليمي:

تاريخ الدخول للمركز:

المحور الثاني: الحالة الصحية

كيف هي حالتك الصحية؟

هل تعاني من أمراض مزمنة؟

هل تتلقى رعاية صحية؟

هل ترى نفسك بحاجة إلى رعاية خاصة بصحتك؟

المحور الثالث: وضعية المسن داخل دار العجزة

ماهي ردة فعلك أثناء دخولك إلى المركز؟

كيف جئت لهذه الدار؟

كيف هي حالة عيشك في الدار؟

هل لديك علاقة مع المقيمين أو العاملين في المركز؟

ما هو شعورك وأنت في الدار؟

المحور الرابع: قلق الموت

هل تنزعج من الحديث عن الموت؟

هل تراودك أفكار عن الموت؟

هل يسبب التفكير في الموت قلقا لديك؟

هل تخاف من المرض المزمن؟

كم مرة تفكر في الموت في اليوم؟

الملحق رقم (02):

مقياس " دونالد تمبلر "

الجنس: السن:

التعليمة:

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

خ	ص	عبارات المقياس
		• أخاف كثيرا من الموت .
		• نادرا ما تخطر لي فكرة الموت .
		• لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت .
		• أخاف أن أجري عملية جراحية .
		• لا أخاف إطلاقا من الموت .
		• لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة .
		• لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت .
		• أتضايق كثيرا من مرور الوقت .
		• أخشى أن أموت موتا مؤلما .
		• إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا .
		• أخشى فعلا أن تصيبي سكتة قلبية .
		• كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا .
		• أفشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة .
		• يزعجني منظر جسد ميت .
		• أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني .



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



قالمة :

الرقم " 98 / ج ق / ك ع / ! / ق ع ن / 22

الى السيد : **مدير دار
الأشخاص المسنين
حمام دباغ قالمة.**

دراسة ميدانية

يشهد رئيس قسم علم النفس أن الطلبة :

- * **عبدي لسنين**
- * **عبدي ليمان**
- * **بريت بوزالهدى**
- * **حاجي شيباء**



طلبة بالسنة الثالثة علم النفس العيادي ويحضرون لانجاز بحث بعنوان:

تلاق الموت لدى المسنين.

تحت اشراف: **أ. بوتغوشك حميدة.**

وانهم بحاجة إلى دراسة ميدانية بمؤسستكم.

املنا كبير في حسن تعاونكم ولكم منا فائق الاحترام

رئيس القسم



نسخة للحفظ