

**العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت
لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج
إرشادي من المنظور الإسلامي في خدمة الفرد**

د. كلثم جبر الكواري

أستاذ مساعد بقسم العلوم الاجتماعية

كلية الآداب والعلوم

جامعة قطر

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

أولاً: مشكلة الدراسة:

تعد الأمراض المزمنة واحدة من المشاكل المهمة التي بات العالم يعمل على مواجهتها ومحاولة التقليل من مخاطرها، فالأمراض المزمنة تعد من الأسباب الرئيسية للوفاة على مستوى العالم إذ يموت العديد من الأفراد في كل عام نتيجة الإصابة بتلك الأمراض.

وقد واجه الإنسان منذ بداية وجوده على الأرض تحديات عديدة فرضتها عليه البيئة والطبيعة، ولعل أخطر هذه التحديات هي الأمراض المزمنة في كونها تهدد الإنسان وتمثل خطراً عليه، وتفرض عليه مشاكل عديدة من الناحية الصحية. (عماد ناجي رشيد، ٢٠٠٢: ٣٠٣)

وتلازم الأمراض المزمنة الشخص المريض فترات طويلة؛ قد تستمر معه لسنوات بل قد تستمر مدى الحياة، هذه خاصية الأمراض المزمنة لذلك يتحتم متابعتها بشكل مستمر عن طريق تنظيم الدواء وعمل الفحوصات المخبرية وتوافق أسلوب حياة المريض؛ لكي يستطيع التغلب على المضاعفات وممارسة الحياة بشكل طبيعي وتشمل الأمراض المزمنة العديد من الأمراض منها أمراض القلب والسكتة والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري والفشل الكلوي (مركز الميزان لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨: ٣)

وبالنظر إلي وضع الحالات التي تعاني من الأمراض المزمنة على المستوى العالمي، تظهر المؤشرات أن هناك ازدياداً مضطرباً، نتيجة لما حققته الصحة العمومية من نجاحات صاحبة تقدم عدد كبير من السكان في العمر، وبالتالي يزداد عدد الناس الذين يعايشون واحدة أو أكثر من الحالات المزمنة لعشرات السنوات. ومن العوامل الأخرى التي تساهم في ازدياد الحالات المزمنة أيضاً

التحضر، وتبيّي أنماط حياة غير صحية، والترويج لبعض العناصر التي تزيد من خطر الإصابة بالحالات المزمنة على المستوى العالمي مثل التدخين، وفي ذلك ما يؤدي إلى ظهور احتياجات وطلبات جديدة طويلة الأمد على نُظُم الرعاية الصحية، وفي عام ٢٠٢٠ لن تقتصر الحالات المزمنة على كونها السبب الرئيسي للعجز في العالم، بل إنها إذا لم تعالج بشكل جيد ستصبح أكثر المشكلات التي تواجهها نُظُم الرعاية الصحية تكلفةً، وبالتالي ستشكّل تهديداً صحياً واقتصادياً لجميع البلدان. فالحالات المزمنة ذات علاقة متبادلة مع الفقر، وهما معا يتسببان في تعقيد سبل تقديم الرعاية الصحية في البلدان النامية التي تعاني في الوقت الحاضر من برامج عمل غير منجزة تتعلق بالأمراض المعدية الحادة وسوء التغذية وصحة الأم (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٢: ٥).

ويعد الانتشار المتزايد للأمراض المزمنة مسؤولاً عن حوالي ٦٠٪ من الوفيات في العالم، ويبلغ نصيب البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض ٧٧٪ من مجموع الوفيات و ٨٥٪ من مجموع الحالات المرضية المرتبطة بالأمراض المزمنة، وإن تزايد هذه الأمراض مرتبط بالتغير الحاصل في أنماط التغذية وتزايد استهلاك الأطعمة المصنعة ذات المحتوى العالي من الدهون والملح والسكر، وتتصف الأمراض المزمنة بسمة وهي ارتفاع تكلفتها الاقتصادية بدرجة كبيرة، وعدم قدرة الكثيرين على تحملها مما يؤدي إلى العجز أو فقدان التام لقدرة الشخص الإنتاجية.

(Hope, Rains, 2003,329-330)

ومن المتوقع أن تمثل الأمراض المزمنة، بحلول سنة ٢٠٢٠، قرابة ثلاثة أرباع جميع الوفيات التي تحدث على نطاق العالم، وأن ٧١٪ من الوفيات الناجمة عن الإصابة بمرض القلب الإسكيمي، و ٧٥٪ من الوفيات الناجمة عن السكتة الدماغية، و ٧٠٪ من الوفيات الناجمة عن مرض السكر، ستحدث في بلدان نامية.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

وسوف يزيد عدد المصابين في العالم النامي بمرض السكر بأكثر من مرتين ونصف، من ٨٤ مليوناً في سنة ١٩٩٥ إلى ٢٢٨ مليوناً في سنة ٢٠٢٥، والواقع أن عدد حالات الإصابة بأمراض أوعية القلب في الهند والصين أكبر الآن حتى مما هو في جميع بلدان العالم المتقدمة اقتصادياً مجتمعة. (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣: ٥٥).

وقد حاولت العديد من البحوث والدراسات العربية والأجنبية؛ دراسة الأسباب وتفسيرها – كل علي حسب تخصصه – وبلورة آليات لمواجهة تلك الأمراض، والحد من آثارها الفردية والمجتمعية.

وتناولت دراسة (أمل فايد: ٢٠٠٠م): المشكلات الاجتماعية لمرضى الكبد والتخطيط لمواجهتها، حيث هدفت الدراسة إلى تحليل المشكلات الاجتماعية لمرضى الكبد لمعرفة أسبابها وآثارها ووضع برامج رعاية اجتماعية في مواجهة هذه المشكلات واختارت الباحثة ٣٠ مريضاً من القسم الداخلي وذلك لوجود ٦٠ سريراً فقط بالقسم الداخلي للمعهد واختير المرضى الذين يعانون من مرض الكبد والالتهاب الكبدي الوبائي؛ الذي يصنف من قائمة الأمراض المزمنة وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية ضرورة توافر العدد الكافي من الأخصائيين العاملين وهذا يرجع إلى أن العدد الموجود لا يكفي لمواجهة مشكلات المرضى، ضرورة التركيز على العوامل الروحية الدينية التي تعمل على التقليل من الإحساس بالقلق من الموت.

وسعت دراسة (طارق محرم: ٢٠٠١م): إلى اختبار فعالية نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد في علاج مشكلات مرضى الالتهاب الكبدي الفيروسي، محاولة إثراء الإطار النظري لطريقة خدمة الفرد من خلال استفادتها من التطبيقات العملية لاستراتيجيات التدخل العلاجي والتكنيكات والأساليب المميزة لنموذج التركيز على المهام تكونت عينة الدراسة من (٢٠) مريضاً مصاباً بالالتهاب

الكبد الفيروسي تم اختيارهم بصورة عمدية ووزعت عينة الدراسة إلى ١٠ حالات تجريبية ١٠ حالات ضابطة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرض الرئيسي للدراسة ومؤداه: توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة نموذج التركيز على المهام والتخفيف من حدة مشكلات مرضى الكبد أحد الأمراض المزمنة.

كما كشفت دراسة (عاطف مفتاح: ٢٠٠٣م) عن طبيعة المشكلات الاجتماعية لدى أسر الأطفال مرضى أنيميا البحر المتوسط التي تعوق أداءهم الاجتماعي، وقام الباحثة باختيار عينة مكونة من ٢٠ مفردة بحثية، وتوصلت الدراسة إلى صحة الفرض القائل بعدم وجود فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للمجموعتين على مقياس اضطراب العلاقات الاجتماعية.

فقد تبين من نتائج الدراسة المسحية التي قام بها (BatiehaJaddou,2004) على البالغين في دولة قطر، أن معدل الإصابة بارتفاع ضغط الدم بلغ نسبة ٣٢،١٪، وبلغت السمنة بين السيدات ٣،٧٨٪، بينما بين الرجال ٦٨،٩٪، وهي من العوامل الرئيسية المسببة لأمراض القلب والشرايين. وأن داء السكري بين الرجال ٢٥،٧٪ والسيدات ٣،٢٣٪، ومن النتائج المهمة يلاحظ أن قلة الحركة والنشاط بين السيدات، واستهلاك شحوم الحيوانات من العوامل المسببة لتلك الأمراض باعتبارها عوامل مرتبطة ارتباطا وثيقا بارتفاع ضغط الدم. وأظهرت نتائج دراسة (خليل إسماعيل عباس أمين: ٢٠٠٩م) الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناة ذوى الأمراض المزمنة حيث توصلت الدراسة إلى أنه يترتب على وجود الأمراض المزمنة آثار اقتصادية واجتماعية كثيرة، منها: عدم قدرة المريض في كثير من الحالات على إعالة نفسه وعدم قدرته على تحمل أعباء عائلية واجتماعية.... وغيرها.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

وحاولت (نفيسة الزهيري: ٢٠١٢م) في دراستها وضع برنامج مقترح للمساندة الاجتماعية لمرضى الإيدز و أسرهم من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، حيث تمثل الهدف الرئيسي لهذه الدراسة في التوصل إلى برنامج مقترح للمساندة الاجتماعية لمرضى الإيدز وأسرتهم من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وبلغت عينة الدراسة من مرضى الإيدز ١٠٣، جميع الأخصائيين الاجتماعيين والبالغ عددهم ١٢ أخصائياً اجتماعياً وأسفرت نتائج الدراسة عن أن مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة لأسر مرضى الإيدز ذات مستوى متوسط وتمثلت مصادرها في الأقارب، الأخصائي الاجتماعي، ثم الأصدقاء أشارت نتائج الدراسة أن صور المساندة الاجتماعية المقدمة لمرضى الإيدز وأسرتهم من قبل الأخصائي الاجتماعي جاءت بنسب مرتفعة، وأن الأخصائي الاجتماعي عند تقديمه للمساندة الاجتماعية يستخدم العديد من الاستراتيجيات والتقنيات والأدوات ويمارس أيضاً العديد من الأدوار.

وكشفت دراسة (ندا حسين: ٢٠١٢م) عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات كمنبئات بأعراض الاكتئاب لدى المصابين بالإيدز وتم إجراء الدراسة على مجموعتين من الأفراد إحداهما مصابة بالإيدز عددها "٥٠" فرداً والأخرى غير مصابة بهذا المرض وعددها "٥٠" فرداً وروعي التكافؤ بين المجموعتين في عدد من المتغيرات المهمة مثل النوع، العمر، مستوى التعليم، الحالة الاجتماعية وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية يوجد ارتباط إيجابي بين انخفاض تقدير الذات والاكتئاب لدى الذكور المصابين بالإيدز وغير المصابين بهذا المرض، كما يوجد ارتباط سالب بين الاكتئاب وكل من المساندة الانفعالية، يوجد ارتباط إيجابي بين الاكتئاب وانخفاض تقدير الذات لدى كل من الإناث المصابات بالإيدز والإناث غير المصابات بالإيدز وأشارت نتائج الدراسة إلى أهمية

العوامل الروحية في دعم المساندة الاجتماعية والتقليل من مستوى الاكتئاب لدى المصابين بمرض الإيدز.

وأوضحت نتائج دراسة (حمادة رمضان: ٢٠١٢م) أن ثمة قصوراً في الأدوار الفعلية للممارس العام في الخدمة الاجتماعية والتي يقوم بها للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية للمحيطين بمرضى الزهايمر كأحد الأمراض المزمنة، وقد رجع ذلك إلى عدم الإلمام الكافي بطبيعة أدواره فضلاً عن عدم تلقيه الدورات التدريبية الكافية لتحقيق أدواره بالطريقة المنشودة، وأشارت نتائج الدراسة إلى ضرورة تحديد آليات العمل اللازمة لتخفيف حدة الضغوط الواقعة على الأنساق المحيطة بمرضى الزهايمر خاصة الزيارات الميدانية والاجتماعات وورش العمل والمقابلات كما أشارت نتائج الدراسة إلى أهمية العوامل الروحية في التخفيف من حدة الضغوط الحياتية لدى المحيطين بمرضى الزهايمر كما أفادت نتائج الدراسة إلى أهمية تحديد المهارات المهنية اللازمة للممارس العام في الخدمة الاجتماعية وذلك لتخفيف حدة الضغوط الحياتية الواقعة على الأنساق المحيطة بمرضى الزهايمر وذلك مثل المهارة في الاتصال بالمؤسسات المماثلة وذلك لإمكانية الاستفادة من خبراتها وإمكاناتها وبرامجها المتنوعة وكذلك المهارة في تكوين العلاقة المهنية.

وباستقراء ما أشارت إليه الدراسات المرتبطة بالأمراض، يتضح أن المرض - بصفة عامة والمزمن منه بصفة خاصة - يمثل تهديداً لحياة الفرد والأسر والمجتمع بأسره، حيث إن استمرار الأمراض المزمنة وملازمتها للشخص المريض فترات طويلة أو مدى الحياة، يجعل المرضى ينشغلون بالقضايا الوجودية والروحية حول الموت والفناء، وهو ما يمثل عبئاً ذهنياً إضافياً لدى المرضى بأمراض مزمنة، يصاحبه تولد القلق من الموت لديهم، أو حتى لدى الأفراد المحيطين بهم.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

ويشير محمد جبر إلي أن إصابة الفرد بأمراض مزمنة ربما تزيد من تفكيره في المخاطر التي قد تتولد نتيجة ذلك، ولعل أكثر هذه المخاطر إثارة لقلق الفرد هي أن هذا المرض قد ينهي حياته في أي لحظة، ومن ثم يجعله وجها لوجه أمام نهايته المحتومة، مما يثير خوف الفرد من موته الخاص، وهذا يؤثر في سلوكياته وتصرفاته وعلى مجرى حياته، ويجعل الفرد أكثر تفكيراً وانشغالاً بما قد يولده المرض من مخاطر على الشخصية ويعانى مرضى الأمراض المزمنة بشكل عام بسبب الغموض في المصير الصحي، والخوف من المستقبل المجهول والغامض، وما قد ينتظر المريض من مضاعفات مرضه، وما يسببه له من شعور غير مريح، ويظهر ذلك من خلال الأرق وكثرة الكلام وعدم القدرة على الاستقرار نتيجة كثرة التفكير في مرضه. (محمد جبر محمود، ٢٠١٢: ٦٦- ٦٨)

وقد وجد (كلوينسكي) ارتباطاً قوياً بين قلق الموت وبين التوقعات التشاؤمية، حيث إن الأفراد أظهروا تخوفاً من الموت يتعلق بالعمل وحل المشكلات وانهيار القيم والاعتقاد بمسألة الحظ العاثر والوحدة والمرض والموت ويرتبط التشاؤم بسوء التوافق وبالاضطرابات النفسية كالقلق واليأس والاكتئاب، حيث إن الأفراد الأقل تفاؤلاً كانوا أكثر تعديداً في آمالهم وطموحاتهم من الأشخاص الأكثر تفاؤلاً مما يشير إلى أن الأفراد المتشائمين (الأقل تفاؤلاً) غالباً ما يكونون أكثر حيرة وشكاً مما يجعلهم يبالغون من توقعاتهم كتعويض عن الخوف مما هو قادم ومجهول. (نجوى اليحفوفى، ٢٠٠٢: ١٣٤)

واتساقاً مع ذلك؛ تناولت مجموعة من الدراسات والبحوث العربية والأجنبية العلاقة بين الأمراض المزمنة والقلق بصفة عامة وقلق الموت بصفة خاصة:

حيث هدفت دراسة (عبد الله جاد: ١٩٩٤) إلى التعرف علي العلاقة بين قلق الموت وبعض سمات الشخصية، والعلاقة بين قلق الموت والتدين، ومعرفة الفروق في

قلق الموت بين الذكور والإناث، وكذلك بين ذوي التخصص الديني والعادي، وقد أظهرت الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث في القدرة علي تحقيق المكانة الاجتماعية، المخالطة الاجتماعية، والتقبل الذاتي، وضبط النفس، والكفاية المعرفية؛ لصالح الذكور، وفي الشعور بالسعادة والتحصيل بالاعتماد علي النفس لصالح الإناث، كما وجدت فروق إحصائية بين ذوي التخصصات الدينية العادية في الشعائر الدينية، والثقافة الدينية، والمشاعر الدينية، والسلوك الإسلامي، والدرجة الكلية للتدين؛ لصالح طلاب التخصصات الدينية، ووجد ارتباط دال موجب بين أبعاد الموت والتدين؛ أي أن قلق الموت لدي المتدينين مرتفع وأن ضبط النفس والتسامح والتدين من أكثر المتغيرات تنبؤاً بمستوي قلق الموت، وأشارت نتائج الدراسة إلي ارتباط قلق الموت بالسمات السالبة للشخصية، وأن مرتفعي قلق الموت أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية.

وكشفت دراسة (Tomer & Eliason, 1996) عن العلاقة بين قلق الموت وتأكيد الذات، والتي هدفت إلى بناء نموذج شامل لقلق الموت، حيث افترض الباحثان ثلاثة أنماط مؤثرة في سلوك الفرد نحو قلق الموت، وهذه الأنماط: الشعور بالندم وتأنيب الضمير على الأعمال التي فشل الفرد في تحقيقها في الماضي، الشعور بالاكْتئاب نتيجة عدم إمكانية الفرد من تحقيق الأهداف التي يسعى إليها في المستقبل، المعاني والأفكار التي يحملها الفرد في ذاته نحو الموت سواء كانت إيجابية أو سلبية، فهذه الأنماط الثلاثة تم تطويرها لتحديد التأثير الكلي للموت المفاجئ على قلق الموت، وذلك من خلال تطوير أفكار لها علاقة بمعاني الموت لدى الفرد، لكنها في الوقت نفسه تعتمد على ما استطاع الفرد إنجازة في حياته، من أجل بناء فهم أعمق وأشمل لقلق الموت لدى الأفراد والجماعات

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

حاولت دراسة (أحمد عبد الخالق: ١٩٩٨م) التعرف علي العلاقة بين التفاوض والتشاؤم وقلق الموت على عينة من طلبة جامعة الكويت قوامها (٢٧٠) طالبا وطالبة ، وكان من أهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج وجود علاقة دالة وإيجابية بين قلق الموت والتشاؤم ، ووجود علاقة دالة لكنها سلبية بين قلق الموت والتفاوض.

اهتمت دراسة (فايز محمد على: ١٩٩٨م) بالتعرف على أثر القلق النفسي والضغط النفسي في إحداث الأمراض الجسمية: وقد شملت (اضطرابات الجهاز العصبي، القلب وارتفاع ضغط الدم، اضطرابات الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، الجهاز البولي والتناسلي، الجهاز الغدي وداء السكري ، والجهاز العضلي والغضروفي، الاضطرابات النسائية(الحيض والإسقاط) الأمراض الجلدية ، وأوضحت نتائج الدراسة أن الأمراض المزمنة التي يصعب علاجها تكون سبباً رئيساً في الشعور بالقلق والضغط النفسية بشكل دائم .

توصلت دراسة (Malthby, Jones, 1999) أن هناك علاقة دالة وإيجابية بين المقياس وكل من قلق الموت وكآبة الموت، كما توصلت إلى أن المقياس يصلح لاستخدامه في الدراسات الميدانية المتعلقة بأسى الموت، وقد تم بناء مقياس حول تسلط فكرة الموت وتطبيقه على عينة مكونة من (٢٠٩) من طلبة الجامعات الإنجليزية بالاعتماد على مقياس عبد الخالق حول وسواس الموت.

هدفت دراسة (طارق عبد الوهاب، وفاء محمد: ٢٠٠٠م) إلي التعرف علي قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، حيث أوضحت نتائج الدراسة أن التقدير المرتفع للذات والتدين الجوهري يلعبان دوراً حاسماً في تخفيض قلق الموت والوقاية منه، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن وجود مرض عضوي يلعب دوراً كبيراً في زيادة قلق الموت.

حاولت دراسة (خالد حسين: ٢٠٠٢م) التعرف على مستوى القلق من الموت لدى مرضى الفشل الكلوي المرضى والأسوياء، وعلاقته بتوافقهم النفسي والاجتماعي، حيث جاءت نتائج الدراسة لتؤكد وجود فروق جوهرية بين متوسطات عيني البحث مرضى الفشل الكلوي والأسوياء في الأداء على أبعاد مقياس قلق الموت المستخدم في الدراسة، وأشارت نتائج الدراسة أيضا إلى انخفاض مستوى قلق الموت لدى المرضى الذين لديهم سمات التدين من عينة الدراسة.

واهتمت دراسة (owner, 2004) بالتعرف على مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السكر حيث قام الباحث بأخذ عينة من ٣٨ مريضا بالسكر أحد الأمراض المزمنة وطبق عدد من الأدوات منها مقياس الاكتئاب لهاملتون - مقياس زونج لتقدير القلق - مقياس السلوك المرضى - وأضحت نتائج الدراسة أن مجموعة مرضى السكري لديهم درجة مرتفعة من القلق ودرجة فوق المتوسط من الاكتئاب ولديهم اتجاهات سلوكية غير مرضية.

وتناولت دراسة (رياب يوسف: ٢٠٠٤م): بعنوان الاكتئاب لدى متقدمي العمر وعلاقته بكل من مربع الصحة النفسية، وجهة الضبط وقلق الموت (دراسة إكلينيكية) حيث هدفت الدراسة إلى دراسة بعض المتغيرات المرتبطة بالاكتئاب عند المسنين المتقاعدین وهي مصدر الضبط، قلق الموت، وأبعاد مربع الصحة النفسية (التلاؤم، الرضا، التفاعل، الفاعلية) وجودة الصحة النفسية، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب وكل من مصدر الضبط الخارجي وقلق الموت، كما أشارت نتائج الدراسة الإكلينيكية إلى بعض الحاجات التي يفتقدها المسن وهي الحاجة إلى الدعم الأسري، الحاجة إلى الرعاية والتوجيه، الحاجة إلى الأمن والطمأنينة والتحرر من الخوف الحاجة إلى اللجوء إلى الله والإقدام على العبادات الروحية.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

وكشفت دراسة (عزة عبد الحميد: ٢٠٠٥م) عن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأطفال المصابون بالسرطان، وعلاقة هذه الاضطرابات بمدى الإصابة - نوع الإقامة - المستوى التعليمي والثقافي للوالدين، وكذلك نوع المصاب (ذكوراً - إناثاً)، والكشف عن الفروق بين الأطفال الأصحاء، والأطفال المرضى، والأطفال المتماثلين للشفاء فى كافة الاضطرابات موضع الدراسة (اكتئاب - انطواء - عدائية - قلق الموت)، أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها ٢٧٩ طفلاً (٨٥ طفلاً مريضاً، ٣٤ طفلاً متماثلاً للشفاء، ١٦٠ طفلاً من الأطفال الأصحاء)، توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال الأصحاء ومتوسطات درجات الأطفال المرضى على مقياس الاضطرابات النفسية فى اتجاه الأطفال المرضى، ومتوسطات درجات الأطفال المتماثلين للشفاء على مقياس الدراسة فى اتجاه الأطفال المرضى.

وأظهرت دراسة (Toner,2006) العلاقة بين الضغوط الحياتية وقلق الموت عند طلاب الجامعة، حيث أوضحت نتائج الدراسة أن الرغبة فى التوافق الاجتماعى والعوامل الروحية لها دور أساسى فى الحد من قلق الموت والوقاية منه، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الأمراض المزمنة تشكل عاملاً قوياً فى شعور الفرد بقلق الموت.

وهدفت دراسة (هدى حمدان: ٢٠٠٨م) إلى تحديد معدلات انتشار الأمراض المزمنة، وبحث العلاقة بين كل من التعب والقلق والاكتئاب والتعرف على الفروق بين الجنسين من الذكور والإناث وتكونت عينة الدراسة من (١٣٦٤) منهم (٦٨٦) ذكور، (٦٧٨) إناث من مختلف كليات جامعة الكويت، تراوحت أعمارهم بين (١٨ - ٣٧) عاماً، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية فى معدلات انتشار الأمراض المزمنة بين الجنسين حيث بلغت النسبة (٦.١٩%) للإناث، (٢.٠٤%) للذكور، كما كشفت الدراسة عن وجود ارتباطات موجبة ومرتفعة بين كل من

زملة التعب والقلق والاكتئاب، واستخراج عامل واحد مرتفع التشعبات سمي العامل العام للاضطراب النفسي.

وتوصلت دراسة (Malvine,2008) إلي أن الأمريكيين قد أظهروا مستويات عالية من القلق خلال العقود الحالية مقارنة بالعقود الماضية، وتوصل أن القلق قد ازداد بين عامي(١٩٩٧-٢٠٠٥) حوالي ٣١٪ وتفترض الدراسة زيادة المخاطر البيئية والظروف الاجتماعية مثل زيادة معدل الطلاق وزيادة معدل تكرار الجريمة، وانتشار الأمراض المزمنة (قد يكون مسؤولاً عن ارتفاع مستويات القلق.

وأوضحت دراسة(دعاء الحمزاوي:٢٠١١م) فعالية برنامج قائم على العلاج بالواقع في خفض حدة قلق الموت لدى عينة من المسنين حيث هدفت الدراسة إلى فحص إمكانية خفض قلق الموت باستخدام برنامج قائم على العلاج بالواقع لدى عينة من المسنين قوامها(٢٠) حيث جاءت نتائج الدراسة لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق الموت وذلك لصالح المجموعة التجريبية وأشارت نتائج الدراسة أيضاً إلى العلاقة بين ارتفاع مستوى قلق الموت ووجود أمراض مزمنة لدى بعض عينة الدراسة.

وكشفت دراسة (أحمد هلال:٢٠١٣) عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان حيث تهدف أيضاً للتعرف على الفروق بين كل من الذكور والإناث عند تطبيق مقياس قلق الموت والاكتئاب على عينة الدراسة حيث أوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة دالة وإيجابية بين المقياس وكل من قلق الموت والأمراض المزمنة لدى مصابي السرطان من عينة الدراسة وأن نسبة قلق الموت مرتفعة لدى السيدات أكثر من الذكور.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

وحاولت دراسة (رحاب أبو القاسم: ٢٠١٣م) الكشف عن العلاقة بين القلق (حالة وسمة) في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل، وقد أثبتت نتائج الدراسة، أن هناك علاقة ارتباط بين القلق النفسي والحالة الصحية لمريضات السكر عينة الدراسة، فكلما ارتفعت درجات القلق علي مقياس الدراسة، كلما ازدادت سوء حالة مريضات السكر.

وفي ضوء تحليل ما أسفرت عنه نتائج الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع قلق الموت والأمراض المزمنة، يتضح أن الموت - باعتباره نهاية للحياة - يلعب دوراً كبيراً في ظهور القلق عند المرضى بأمراض مزمنة، حيث أوضحت النتائج أن الأمراض المزمنة التي يصعب علاجها تكون سبباً رئيسياً في الشعور بالقلق والضغط النفسية بشكل دائم، كما تبين أن قلق الموت يرتبط بالتشاؤم لديهم وشعورهم بفكرة حتمية الموت.

ويرى أصحاب المنحى الوجودي في هذا الصدد أن القلق خبرة وجودية كامنة وملازمة لوجود الإنسان وأن الإنسان يخبر القلق على أنحاء شتى فمنبع القلق هو العالم من حيث هو كذلك أما موضوع القلق فهو إمكانية أن نكون موجودين في العالم. (محمد إبراهيم عيد، ٢٠٠٢: ٧٩- ٨٠).

واتساقاً مع ذلك أوضحت نتائج بعض الدراسات أن الرغبة في التوافق الاجتماعي والعوامل الروحية لدى المرضى لها دور أساسي في الحد من قلق الموت والوقاية منه، ويؤكد (محمد عزب) ذلك من خلال تحليله لبعض الدراسات، والتي بينت أن مستوى الشعور بقلق الموت لدى المؤمنين بالحياة الآخرة يكون أقل في أثره مقارنة بالأفراد الذين لا يؤمنون بالحياة بعد الموت، وأن الوازع الديني والوطني يلعب دوراً حاسماً في التقليل من مستوى قلق الموت إلى أبعد الحدود، وخاصة في أوساط

الجنود والمقاتلين الذين يدافعون عن وطنهم، أو مبادئهم، ضد المحتلين (محمد عبد المجيد عزب، ٢٠٠٩: ١٣٦).

وأيضاً أشار كثير من علماء النفس والمحللين والمعالجين النفسيين إلى أن العلاج بالإيمان أكثر فاعلية من العلاج بالعقاقير، وأن معظم العلل والاضطرابات النفسية ترجع لنقص التدين وضعف الإيمان، وأن العلاج النفسي الديني هو أفضل الطرق للشفاء. (محمد جبر، ٢٠٠٥: ١٨).

وهذا ما أكدته بعض الدراسات والبحوث التي اهتمت بالكشف عن التأثيرات الايجابية للجوانب الدينية أو العوامل الروحية بصفة عامة ومنها:

- هدفت دراسة (موزه الكعبي: ١٩٩٦م) إلى تصميم برنامج إسلامي مقترح في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلة القلق النفسي، وتحسين الأداء الاجتماعي لدي عينة الدراسة من مريضات القلق النفسي، وتوصلت الدراسة إلى أن تطبيق البرنامج الإسلامي قد أدى إلى انخفاض أعراض القلق النفسي وتحسين الأداء الاجتماعي لديهم.

- توصلت دراسة (نجوي الشرقاوي: ١٩٩٩م) إلى فاعلية نموذج التدخل في الأزمات من منظور إسلامي في تحسين مستوى استجابة المصاب بالبتير، إلى جانب التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية المترتبة على أزمة البتير لديه، ومنها (المشكلات الأسرية - المشكلات الزوجية - مشكلات العلاقات... وغيرها).

- كشفت دراسة (Linda, 1999) عن وجود علاقة بين العوامل والاعتقادات الروحية لأباء وأمهات الأطفال المصابين بأشكال مختلفة من الإعاقات، حيث أوضحت النتائج أن ارتفاع مستوى العوامل والاعتقادات الروحية، قد ساهم في زيادة تقبلهم لطفلهم المعاق، مما ينعكس على استقرار حياتهم الأسرية.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

- حاولت دراسة (مجدة محمود، إيمان القماح: ٢٠٠٠م) دراسة علاقة التوافق النفسي بكل من الوعي الديني وقلق الموت لدى عينة من المسنين، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية بين قلق الموت ودرجة الوعي الديني.
- توصلت دراسة (أزهار عيسوي: ٢٠٠٩م) إلى عدة استنتاجات متصلة بتفسير نتائج الفروض ووضعت الدراسة عدة مقترحات من أهمها: تصميم برنامج تدريبي لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في دور الرعاية الاجتماعية للأطفال على ممارسة الجوانب الروحية والدينية عند التعامل مع مشكلات الأطفال، وكذلك العلاقة بين ممارسة المدخل الروحي في خدمة الفرد وتحسين العلاقات الأسرية لأطفال دور الرعاية الاجتماعية، وأظهرت النتائج صحة فروض الدراسة التي تم الإشارة إليها؛ وفعالية برنامج التدخل المهني المصمم وفقاً للمدخل الروحي في التعامل مع مشكلة إساءة الوالدين للأطفال.
- أوضحت نتائج دراسة (عاطف مفتاح: ٢٠٠٧) فعالية برنامج التدخل المهني المصمم وفقاً للمدخل الروحي في التخفيف من حدة مشكلات العلاقات الاجتماعية بين المسنين وأبنائهم كما توصلت الدراسة لتحديد أهم مؤشرات التحسن في العلاقات وأكثر الأساليب العلاجية في تحقيق ذلك التحسن باستخدام المدخل الروحي.
- كشفت دراسة (محمد شاهين: ٢٠٠٦) عن فعالية التدخل المهني باستخدام المنظور الإسلامي في تحسين العوامل الروحية (الصبر على البلاء - الرضا بالقضاء والقدر) لأسر الأطفال التوحديين، والتخفيف من حدة مشكلات العلاقات الاجتماعية لوالدي الطفل التوحدي داخل وخارج نطاق الأسرة.

- أكدت نتائج دراسة (مصطفى الفقي: ٢٠٠٦) علي وجود علاقة ذات إحصائية بين ممارسة برنامج التدخل المهني من المنظور الإسلامي وتحسين مستوي تدين المسن، وينعكس ذلك علي تحسن مستوي التوافق الشخصي والاجتماعي للمسن.

- أسفرت نتائج دراسة (حمدي حجازي: ٢٠٠٩م) عن فاعلية برنامج التدخل المهني من المنظور الإسلامي، في إحداث تغير إيجابي في مستوي العلاقات الاجتماعية للأطفال مجهولي النسب المقيمين بقري الأطفال (S.O.S)، كما كشفت الدراسة فاعلية البرنامج في تحسين الجوانب الروحية، مما صاحبه تحسن في مستوي العلاقات الاجتماعية بين الطفل وأمه، وبين الطفل وأخيه.

وفي ضوء ما أسفرت عنه الدراسات السابقة من نتائج ومعلومات، سواء التي اهتمت بالأمراض المزمنة وقلق الموت أو التي ركزت علي العوامل الروحية والدينية، تحددت مشكلة الدراسة الحالية في قضية بحثية مؤداها:

" العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدي المرضى بأمراض مزمنة "

ثانياً : أهمية الدراسة ومبررات اختيارها

- ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة على مستوى العالم مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم، إذ تقف وراء ٦٣٪ من مجموع الوفيات. ومن أصل مجموع أولئك الذين قضوا نحبتهم بسبب الأمراض المزمنة في عام ٢٠٠٨ والبالغ عددهم ٣٦ مليون نسمة، كان ٢٩٪ ينتمون إلى فئة الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ٧٠ عاماً وكان النصف ينتمي إلى فئة النساء. (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠)

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

- رفض كثير من المرضى فكرة العلاج الطبي وأهمية العوامل الروحية في الحد من قلق الموت.
- الكشف عن الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع مستوى قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة.
- مساعدة المسئولين في إعداد برامج علاجية وإرشادية تعمل على الحد من قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة.

ثالثاً: أهداف الدراسة

نهدف الدراسة إلي تحقيق الآتي:

- تحديد العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة.
- وضع برنامج إرشادي من المنظور الإسلامي للتخفيف من حدة قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة.

رابعاً: فروض الدراسة

سعت الدراسة في ضوء أهدافها إلي التحقق من صحة الفروض الرئيسية والفرعية في الآتي:

الفرض الأول:

"توجد علاقة إرتباطية بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة" ، وينبثق منه عدة فروض فرعية:

- توجد علاقة إرتباطية بين الصبر وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة.
- توجد علاقة إرتباطية بين الرضا بالقضاء والقدر وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة.

الفرض الثاني:

"توجد علاقة إرتباطية بين الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة ودرجة العوامل الروحية لدى المرضى بأمراض مزمنة".

الفرض الثالث:

"توجد علاقة إرتباطية بين الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة ودرجة قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة".

خامساً: المفاهيم والإطار النظري

مفهوم العوامل الروحية :

الروح لغةً: كُلُّ مَا هُوَ قَائِمٌ عَلَى إِثْبَاتِ الرُّوحِ وَسُمُّوْهَا عَلَى الْمَادِّيَّاتِ www.almaany.com وجمعها أرواح والنسب إليه روحاني، ما به حياة الأنفس ويقال خفيف الروح أي لطيف – مذهب القائلين بأن النفس غير مادية(قاموس المنجد، ٢٨٦: ١٩٩٨)

ويقول الله عز وجل: (وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا). (الإسراء: ٨٥)، ويعلق "السعدي" في تفسيره لتلك الآية بقوله " من يسأل مثل هذه المسائل يقصد بها التعنت والتعجيز ويدع السؤال عن المهم ، فيسألون عن الروح التي هي من الأمور الخفية ، التي لا يتقن وصفها وكيفيةها كل

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

أحد ، وهم قاصرون في العلم الذي يحتاج إليه العباد ، ولهذا أمر الله رسوله أن يجيب سؤالهم بقوله " قل الروح من أمر ربي " أي من جملة مخلوقاته ، التي أمرها أن تكون فكانت ، فليس في السؤال عنها كبير فائدة ، مع عدم علمكم بغيرها.(عبد الرحمن السعدى ، ١٩٩٩: ٤١٧)

ويشير " دافيد هودج " في مقاله الذي نشره عام ٢٠٠١ أن مصطلح العوامل الروحية غالبا ما يستخدم بالتبادل مع مصطلح الدين ، وأنه رغم تداخلهما إلا إنهما متمايزان عن بعضهما ، فالدين ينبع من العوامل الروحية ، ويعبر عن " حقيقة داخلية ذاتية يشترك فيها الأفراد في أشكال مؤسسية ، وشعائر ، ومعتقدات ، وممارسات " ، أما العوامل الروحية " فتعبر عن العلاقة بين الرب (الخالق) وأيا كانت تلك العلاقة فهي تعبر عن غاية نهائية تهتم بالشعور بمعنى الحياة والهدف منها ورسالة الإنسان فيها.(أحمد السنهوري، ٢٠٠٥: ٢٨٤)

ويشير " دادلي وهلفجوت " إلى أن الجوانب الروحية أشمل من الجوانب الدينية ، على أساس أن الدين " في إطار الحضارة العربية " يشير إلى " الأطر المؤسسية الرسمية التي تمارس في إطارها المعتقدات والممارسات الروحية " ، وأن الجدل الدائر حول الجوانب الروحية إنما يرجع في جانب منه إلى صلة النواحي الروحية بالدين ، ذلك أن الفصل القانوني بين الدين والدولة في المجتمع الأمريكي يمنع تدريس الدين في أي مؤسسة حكومية ، ويحول دون إدخال الدين ضمن برامج المؤسسات الاجتماعية التي تتلقى دعما حكوميا ، كما ميزت " ماريا كارول " بينهما بقولها " إن العوامل الروحية تشير إلى الطبيعة الأساسية للإنسان ، وإلي سعيه للوصول للمعنى والهدف في الحياة ، في حين أن الدين يشير إلى مجموعة من المعتقدات المؤسسية والمنظمة ، وإلي مجموعة من الوظائف الاجتماعية التي تعتبر وسيلة للتعبير عن النواحي والخبرات الروحية. (إبراهيم رجب ، ٢٠٠٠: ١٦١)

وييري "فرانكل" أن العوامل الروحية تتصل "بقدرة الإنسان على أن يجد معنى أعمق لوجوده خلال عملية مكافحته أو محاولته لتغيير موقفه في الحياة، وأن البعد الروحي لا يمكن تجاهله لأنه هو ما يجعل الإنسان إنساناً". (فرانكل، ١٩٨٢: ١٣٠)

ويشير "عبد العزيز النوحى" إلى أن الروح غيب من أمور الآخرة، غير قابل للإدراك بأي من حواس الإنسان، ولكن ورد بالديانات، وتعارف عليها البشر كخاصية تميز الكائن الحي عن الكائنات غير الحية، بمعنى أنها تكسب الكائن حياته وتشعره بوجوده وكيونته وهويته (عبد العزيز النوحى، ٢٠٠١: ٤١٧)

ويعرف "ادوارد كاندا" العوامل الروحية بأنها "تمثل جشطلت من العمليات الكلية للحياة البشرية والنمو الإنساني، الذي يشمل الجوانب البيولوجية والعقلية والاجتماعية والروحية معاً، فهي تشير إلى كل ما هو إنساني". (E.Canda, 1997:5)

كما يعرفها "هايفيلد وكاسون" بأنها "ذلك البعد المتضمن لحاجة الإنسان للتوصل إلى إجابات مرضية حول معنى الحياة ومعنى المرض ومعنى الموت، إضافة إلى السعي للوصول إلى علاقة أعمق مع الله ومع الناس ومع الذات". (إبراهيم رجب، ٢٠٠٠: ١٦١)

وييري "روبرت باركر" أنها "تمثل الجزء الروحي اللامادي والقوة الباطنية لدى الجنس البشري، وتفضيل ذلك على الأشياء الدنيوية" (R.Barker, 2003:414)

ويعرفها "محمد عليوة" بأنها "الجانب الروحي في شخصية المسلم - والذي يعتبر جوهرها ومضمونها - الصلة الداخلية للمؤمن بالله تعالى وانشداده

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

النفسي والعاطفي به تعالى من حيث الإيمان والحب والإخلاص، وما يرافق هذه المعاني الثلاثة الرئيسية من خوف، ورجاء، وتواضع الذي يقوم صرح الشخصية الإسلامية وكذلك الحال في الأخلاق والتربية الروحية هي بالنتيجة بناء هذه العلاقة الداخلية للمؤمن بالله، وتمييزها. (محمد عليوة، ٢٠٠٦ : ٥٤)

وتعني الباحثة بمفهوم العوامل الروحية إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه "الدرجة التي يحصل عليها المريض بمرض مزمن في مقياس العوامل الروحية.

ولقد ظهر الكثير من الكتب والمقالات وعقد الكثير من المؤتمرات التي اهتمت بالعوامل الروحية مثل " كتاب بوليس " كأول مرجع عن العوامل الروحية حول نظرية السلوك البشري ، والذي أسماه " العوامل الروحية في ممارسة الخدمة الاجتماعية ١٩٩٦ " ، كما نظمت جمعية العوامل الروحية العديد من المؤتمرات القومية التي أبرزت العلاقة بين مهنة الخدمة الاجتماعية والعوامل الروحية والدينية، ولقد تزايدت البحوث العلمية التي تؤكد على الحاجة للبعد الروحي في تعليم وممارسة المهنة في فترة التسعينيات مثل " دادلي وهيلفجوت ١٩٩٠ " .

(E.Canda, 1997:3-4)

ويستمد المدخل الروحي مسلماته الأساسية من نظرة الإسلام للإنسان وطبيعة الحياة الإنسانية وعلو وجود الإنسان وعلاقته بالله سبحانه وبالآخرين في هذا الكون فهذا النموذج يقتضى التصديق بوجود الله سبحانه وتعالى وأنه هو النافع والضار وأنه هو الشايف وهو الذي يحي ويميت وتتكون الشخصية الإنسانية طبقاً لهذا المنظور من مكونين أساسيين هما الجسد الذي خلق من طين والروح التي هي تعبر عن إرادة الله في سريان الحياة في هذا المخلوق، وينتج عن سريان الروح في الجسد أن يصبح نفساً بشرية تتسم بالعديد من خصائص مكوناتها وهي الروح والجسد. (على حسين زيدان، ٢٠١٢ : ٢١٠ - ٢٠١٢)

مبررات استخدام المدخل الروحي:

ويذكر " عبد العزيز النوحى " أنه توجد ثمة مبررات دفعت للاهتمام بالعوامل الروحية في الآونة الأخيرة ، تتلخص في النقاط التالية : (عبد العزيز فهمى النوحى ، ٢٠٠١ : ٦٥)

أنه قد تبين وجود علاقات ارتباطية متبادلة بين " الروح ، والعقل ، والجسم ، البيئية " في كثير من العلوم التي استندت إليها الخدمة الاجتماعية في بناء قاعدتها المعرفية مثل " الطب النفسي - علم النفس - علوم البيئية " مما كان له أثره على نظريات وتوجهات المهنة .

ما هو متوقع من زيادة في أعداد أنساق العملاء الذين يعرضون مشكلات ومواقف ذات ارتباط بجوانب روحية ودينية ، ويستند ذلك التوقع لعدة مبررات هي:

- انتشار الحروب وأسلحة الدمار الشامل واحتمال فناء الجنس البشرى .
- تزايد الضغوط وتعرض بعض الأفراد للشعور بالإحباط والظلم ، واضطرار بعض الشعوب للتهجير من أوطانها مما دعا للعودة إلى الديانات والعوامل الروحية .
- اعتماد النظم السياسية في بعض الدول على أصول دينية وخاصة الديانات السماوية ، مما كان له أثره على وجدان شعوب تلك الدول وتوجيهها وجهة روحية في كافة جوانب الحياة .
- التقدم العلمي الهائل في مختلف العلوم الفلكية والجيولوجية والطبيعية والحيوية والكيميائية واكتشاف معلومات أبهرت الجميع ، مما دفع الكثيرين إلى التفكير رغما عنهم في أنه لا بد من وجود خالق ذو قدرة مطلقة مهيمنة على هذا الكون.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

- كما يشير " عبد الله محمد " في هذا الصدد أيضا إلى مجموعة من مبررات استخدام المدخل الروحي في العلوم الاجتماعية: (عبد الله السعيد محمد ، ٢٠٠٣ : ٣٥٢ - ٣٥٨)
- سيادة المادية المعاصرة وحاجة البشرية إلى التوازن بين الجانبين المادي والروحي والذي لا يحققه سوى النموذج الإسلامي .
- ما يتعلق من تلك المبررات بطبيعة الإسلام ، حيث يتميز الإسلام " بالشمولية " لأنه يتناول كل ما يتعلق بالحياة والمجتمع والإنسان والكون ، ويتميز " بالتكامل " لما يتميز به من نظرة تكاملية للأمور ، بالإضافة لما يتميز به أيضاً الإطار الإسلامي " بالدقة " حيث إن مصدره الله سبحانه وتعالى ، وهكذا يتناسب مع مهنة الخدمة الاجتماعية ويدعم فاعليتها .
- ما يتعلق من تلك المبررات بالمجتمع الإسلامي نفسه ، حيث يتميز الإطار الإسلامي بصلاحيته للتعامل مع المجتمع في مختلف حالاته من قوة وضعف وأزمات ، لذا من المتوقع قبول أفراد المجتمع للممارسات القائمة على ذلك التصور الإسلامي .
- ما يتعلق من تلك المبررات بطبيعة مهنة الخدمة الاجتماعية ، حيث يقدم التصور الإسلامي صورة واضحة متكاملة للطبيعة الإنسانية ، ويعتبر أفضل المناهج لإحداث التغيير في الإنسان ، كما تتأثر المهنة بثقافة المجتمع والتي يشكل الدين جزءاً كبيراً منه ، وبذلك تحظى بتقبل أفراد المجتمع لها لأنها تتناسب مع ظروف المجتمع الذي يعيشون فيه .

مفهوم قلق الموت:

القَلْبُ لغةً (بكسر اللام): المضطرب والمنزعج، وهو قَلْبٌ (بكسر اللام). والقَلْبُ (بفتح القاف واللام): حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث. ومن باب

الألفاظ المترادفة والمتقاربة لـ (القلق): الجزع، والهَم، والغم، واليأس، والخشية، والسأم، والضجر، والتبرم، والملل، والسخط، والرهبنة. ونقيضها: الاطمئنان، والسكينة، والرضا، والأمن والسلام. (المعجم الوجيز، مادة قلق: ٢٠٠٥)

والقلقُ (اصطلاحاً) تعبير يستعمله المتأخرون من علماء الأخلاق، وعلماء النفس ((وهو استعداد تلقائي للنفس يجعلها غير راضية بالواقع، فإذا تطلّع المرءُ إلى الأحسن والأفضل - ونظر إلى حياته الواقعية - فوجدتها محفوفة بالمخاطر، بعيدة عن تحقيق ما يصبو إليه من الكمال والسعادة، أحسَّ بالقلق والغَم.. وقد يشتدّ القلق حتى يصبح مرضاً، كما هو في نفوس أصحاب الوسواس الذين تغلب عليهم السوداء، وتستحوذ على عقولهم التصورات المؤلمة التي لاسييل إلى دفعها فالنفس القلقة مضادة للنفس المطمئنة التي تتفاءل بالخير وتتوكل على الله). (جميل صليبا، ٢٠٠: ١٩٧٩)

ويعرف القلق بأنه "استجابة انفعالية لخطر يخشى من وقوعه يكون موجهاً للمكونات الأساسية للشخصية كما يرى أنه حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات مختلفة (رحاب أبو القاسم، ٢٠١٣: ١٤١)

كما يعرف قلق الموت بأنه "عبارة عن التوتر والخوف من الموت وذلك من خلال التفكير المستمر بالموت وسيطرة فكرة الموت وتكرار فكرة الموت". (عبد الناصر القدومي، ٢٠٠٠: ٦٩- ٨٤)

وتعني الباحثة بمفهوم قلق الموت إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه "الدرجة التي يحصل عليها المريض بمرض مزمن في مقياس قلق الموت".

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

ويري العلماء والباحثون أن القلق يشبه العملة المعدنية، فله وجهان مختلفان؛ فمن جهة قد يساعد القلق الإنسان على تحسين ذاته وعلى الإنجاز والوصول إلى مستويات أعلى من الكفاءة، ومن الجهة الأخرى، يمكن للقلق أن يحطم الإنسان ويشيع التعاسة في حياته، ويكمن الفرق الجوهرى بين وجهى القلق في الدرجة التي يكون عليها، وهو في ذلك مثله كباقي جوانب حياة الإنسان والتي يفضل دائماً أن تكون على درجة من الاعتدال، وتبقى الحاجة الأساسية للإنسان في هذا الصدد وهى اكتسابه المعرفة المناسبة لاستخدام وتطوير القلق بطريقة بناءة، وأن يكون الإنسان سيد القلق لا عبداً له. (محمد سيد الفقى، ٢٠٠٦: ١٢- ١٣)

ويقسم "أحمد محمد عبد الخالق" القلق إلى نوعين؛ أولهما القلق المحمود، أو السوي؛ حين يكون القلق عدم الرضا بالواقع الذي لا يروق للمرء ولا يحقق رغباته (حسب معتقداته)، ويكون حينئذ استجابة لمواقف محددة كالقلق عند انتظار حدث لموعده أو زمان أو مناسبة في حياة الإنسان العاطفية والروحية، من نحو انتظار غائب أو حبيب يترقب ساعة وصوله. أو قلق ما يمرُّ به الطلبة قبل الامتحان، وكذلك قلق ترقب إعلان نتائج مسابقة أو نحو ذلك. أو قلق الأمهات والآباء على أبنائهم إذا ألمَّ بأحدهم مرض، أو قلق انحباس المطر في بلادنا.. ونحو ذلك كثير. وقد يرتقي هذا النوع إلى قلق الانشغال بهمّ العام للأفراد والجماعات، والتطلع إلى تغييره إلى الأفضل، فيكون حينئذ مهمّازاً للرقى والنهضة لتحقيق ما يصبو إليه الفرد من طموح، أو تحقيق ما تتطلع إليه الجماعة، والنوع الثاني من القلق، هو القلق السوداوي، وهو القلق المرضي غير المحمود. (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٨٧: ٢٥)

ووقف أبو إسماعيل، عبد الله الأنصاري الهروي الحنبلي الصوفي (ت ٤٨١ هـ) في كتابه (منازل السائرین) عند منزلة (القلق) كأحد المتغيرات التي تصيب

الإنسان من حين لآخر. والقلق عنده ثلاث درجات؛ فقال: " القَلَقُ: تحريكُ الشوق بإسقاط الصبر؛ فالدرجة الأولى: قَلَقٌ يُضَيِّقُ الخُلُقَ لبضم الخاء] ، والثانية قلق يُبغضُ الخُلُقَ [بفتح الخاء] ، والثالثة قَلَقٌ يلدُّ الموت. " (عبد الله الهروي، ١٩٩٠: ٩٢)

فالحالة الأولى من القلق: غَمٌ يُضَجِرُ مزاج صاحبه على احتمال الأغيار
[الآخرين] مِمَّنْ هم ليسوا على مذهبه أو هواه، وهذا مبدأ عام في التآلف والتنافر، وإسقاط الصبر هنا، أي ضيق الصدر والنزق. وأما الحالة الثانية من القلق، وهي البغضاء والكراهية؛ حالة تصيب الإنسان إذا كان في وسط اجتماعي مع وجود التنافر بينه وبين مَنْ يخالطهم في هذا الوسط. والحالة الثالثة ذلك القلق الذي يحدث نتيجة ذكر المحبوب - شخصاً أو ذاتاً أو مذهباً - وعندها يشعر الإنسان باستعذاب الموت، وَكَأَنَّ تَقْوِلَ الاسْتِشْهَادِ تَوْقاً لِلْحَقِّ وَلِقَائِهِ.

والقلق من وجهة نظر الإسلام لا يصل إلى حدِّ القلق المرضي (بفتح الراء). بل هو قلق صحيح. حيث يشير (صاحب المنازل) إلى القلق الذي يصاحب المسلم ويؤدي إلى صحة إيمانه. لأنَّ المسلم المتَّبِعَ لمنهج الله سبحانه وتعالى لا يقع فريسة لمثل أنواع القلق المرضي الذي يتحدث عنه علماء النفس وفق النظريات النفسية المعاصرة. ذلك لأنَّ المنهج الإسلامي قد حدّد الطرق السليمة التي تعين الإنسان المسلم على تخطي لحظات الإحساس والشعور بالقلق إلى حالة الاستقرار النفسي، وخاصة مَنْ يلتزم التزاماً دقيقاً بأوامر الله ونواهيه. (نبيه إبراهيم إسماعيل، ٢٠٠١: ١٤٢)

ومن ثم يُعد القلق جزءاً طبيعياً من حياة الإنسان يؤثر في سلوكه، وهو علامة على إنسانيته، وحقيقة من حقائق الوجود، وجانب دينامي في بناء الشخصية ومتغير من متغيرات السلوك. وينشأ القلق عند جميع الأفراد في مختلف مواقف التحدي التي تواجههم وفي هذه الحالة يُعد شيئاً طبيعياً، لأنه يشكل دافعاً للفرد لاتخاذ الإجراءات السلوكية المناسبة لمواجهة الموقف، ولكنه يصبح خطراً إذا زادت

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

درجته عن الحد الطبيعي، وعندها قد يرتبط بالاضطرابات السلوكية، وقد يختلط ويتقاطع مع الخوف والصراع والوهم ومواقف الإحباط التي قد يتعرض لها الفرد في حياته. (محمد المومني - مازن نعيم، ٢٠١٣: ١٧٤-١٧٥)

وهناك العديد من مصادر قلق المستقبل، ومن أهمها توقع تهديد ما لدى الفرد، سواءً كان هذا التهديد واضحاً للفرد أم غامضاً، ويرتبط التوقع بالأحداث المستقبلية، والخوف من المستقبل وما يحمله من تهديد يواجهه الفرد، وينشأ قلق المستقبل من أمور يتوقع حدوثها في المستقبل، ويكون هذا التوقع مصاحباً لحالة من التوجس الشديد التي يصعب على الفرد التعامل معها؛ مما يسبب له توتراً واضطراباً في مختلف جوانب السلوك. (Barlow, Davis, 2000:1274-1263)

ومع ازدياد الصراع وتفاقم المشكلات وانتشار الأمراض المزمنة من كل الأنواع وخصوصاً في العقود الأخيرة، كل هذا وغيره جعل الإنسان قلقاً على مستقبله وعلى مستقبل أبنائه، ومع التقدم العلمي والتكنولوجي الكبير الذي وصل إليه الإنسان، هناك تراجعاً في شعور الفرد بالأمان والطمأنينة، ويتسع هذا القلق حتى كاد يصبح روحاً للحياة، وفي الوقت الذي قد يعد هذا القلق دافعاً لجوانب راقية من سلوك الإنسان، فقد يتحول هذا القلق في أحيان أخرى إلى نقمة وينقلب من قوة دافعة إلى قوة معوقة للإنجازات. (أمثال هادي، أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢: ٢٧٣)

وتؤكد "Mc Namara" أن الفرد الذي يراقب الأحداث بشكل مبالغ فيه، فإن هذه الأحداث ستتحوّل إلى مصادر للضغط وإن إدراك المثير على أنه سلبي؛ يرجع إلى عدم قدرة الفرد على التحكم فيه ومن ثم ارتفاع الإحساس بالقلق (McNamara, Simon, 2000:4-5)، ومن ثم يلعب الموت دوراً كبيراً في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه؛ فالموت غامض ومبهم زيادة على اعتباره جزئية مطلقة؛ كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عند الموت. (عبد الكريم قريشي، ٢٠٠٥: ٣٥٣)

ويعد قلق الموت انفعال يتواجد في طيات الشعور، وهو نوع وحيد من القلق؛ حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج، وهو الشيء الوحيد الذي لا يمكن للإنسان إخفاؤه، حيث لا يعتبر قلقاً عادياً أو داء يمكن تشخيصه؛ حيث يعد قلق الموت هو قلق على المستقبل في حد ذاته؛ أي قلق على موقف وحدث ولا يوجد للفرد أي سلطة عليه. (آية قواجلية، ٢٠١٣: ٣٥)

وهناك العديد من الأمراض التي تزيد أعراضها عند التعرض إلى حالات القلق النفسي والتوترات الشديدة، وفي مثل هذه الحالات يكون علاج القلق والانفعالات أساسياً لشفاء المريض ومن أجل صحته العامة ومنها: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية، الربو الشعبي، الروماتيزم، البول السكري، قرحة المعدة. (عبد اللطيف فرج، ٢٠٠٩: ١٥٣)

مفهوم الأمراض المزمنة:

الأمراض لغةً: جمع مَرَضٍ كُلُّ ما خَرَجَ بالكائن الحيِّ عن حدِّ الصِّحَّةِ والاعتدال من علةٍ أو تقصير. (www.almaany.com)

ويشير تقرير وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي إلي أن مفهوم الأمراض المزمنة "عبارة عن حالة مرضية تتصف بالامتداد الزمني الطويل كما يوصف المرض بالمزمن إذا ما تميز بوحدة أو أكثر من الصفات الآتية) أن لا يكون هناك شفاء منه، أو أنه يخلف إعاقة مستديمة، أو يكون ناتجاً عن اختلال باثولوجي يصعب علاجه، أو أنه يتطلب تدريب المصابين به تدريجياً لإعادة تأهيلهم وتوفير عناية خاصة ورعاية طبية طويلة الأمد. (تقرير وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، ٢٠٠٤: ٢٦٠)

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

ويعرف تقرير منظمة الصحة العالمية الأمراض المزمنة بأنها " تلك الأمراض التي تدوم فترات طويلة وتتطور بصورة بطيئة عموماً. وتأتي الأمراض المزمنة، مثل: أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم. (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠: ١٦٥)

كما تعرف الأمراض المزمنة بأنها " عبارة عن الأمراض التي لا يُرجى الشفاء منها وتستمر مع الإنسان طيلة حياته، فهي تستمر لفترات طويلة مع الإنسان و يكون تقدمها وتطورها بصورة بطيئة في أغلب الحالات.(حيدر غوش، ٢٠١١: ٢٣٠)

وتعني الباحثة بمفهوم الأمراض المزمنة في الدراسة الحالية بأنه " تلك الأمراض التي تصيب المريض، وتلازمه فترات طويلة من عمره، وتتسبب في شعوره بقلق الموت ومنها: السرطان، الفشل الكلوي، السكري، القلب."

ويرتبط المرض المزمن (الجسمي) ارتباطاً جوهرياً بقلق الموت، إذ يزداد قلق الموت لدى من يعانون من أمراض جسمية مزمنة(أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٥: ٣٣٨)، وتضم الأمراض المزمنة مدى واسع يبدأ بالحالات البسيطة مثل فقدان السمع جزئياً، ويمتد ليصل إلى حالات خطيرة تهدد الحياة مثل أمراض السرطان والقلب والسكري ومما لا شك فيه أن هناك العديد من الأمراض المزمنة التي تترك آثاراً بالغة في مختلف نواحي حياة المريض، فكثير ما يواجه المرضى بأمراض مزمنة حالة من عدم التوازن الجسمي والنفسي والاجتماعي، حيث يكتشفون أن أساليب حياتهم الاعتيادية في التوافق مع المرض ليست فعالة، لیبداً المريض شيئاً فشيئاً يدرك كيف سيغير المرض المزمن أسلوب حياته. (شيلي تايلور، ٢٠٠٨: ٦١٩)

سادساً : الإجراءات المنهجية للدراسة

نوع الدراسة:

تتتمي تلك الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية بغية الوقوف على العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة.

المنهج المستخدم:

ارتباطاً بالدراسة الوصفية من جهة وبأهداف الدراسة من جهة أخرى اعتمدت الدراسة على استخدام المسح الاجتماعي بالعينة.

أدوات الدراسة:

- مقياس العوامل الروحية: (من إعداد الباحثة)

تأسيساً على المفهوم الإجرائي للعوامل الروحية وارتباطاً بنوع ومنهج البحث الحالي اعتمدت الباحثة على الأدوات التالية لجمع البيانات :

تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث ومن خلال تلك المفاهيم تم تحديد أبعاد المقياس في الأبعاد التالية :

- الصبر على البلاء .

- الرضا بالقضاء والقدر .

قامت الباحثة بمراجعة العديد من المقاييس ذات الصلة بمتغيرات البحث الحالي وقد استفاد الباحث من تلك المراجعة والاطلاع في التصميم الفني للمقياس وجمع عبارات للمقياس الحالي والتي وردت في الدراسات التالية :

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

- ١- شعبان عبد الصادق عزام (٢٠٠٤) : نحو منظور إسلامي في خدمة الفرد لعلاج القصور في الأداء الاجتماعي لمدمني المخدرات ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الأزهر .
- ٢- محمد مصطفى محمد شاهين (٢٠٠٦) : التدخل المهني باستخدام طريقة خدمة الفرد لمواجهة المشكلات الاجتماعية لأسر الأطفال التوحيديين (دراسة من المنظور الإسلامي للتخفيف من حدة المشكلات) رسالة دكتوراه غير منشورة ، قسم خدمة اجتماعية وتنمية المجتمع ، كلية التربية ، جامعة الأزهر .
- ٣- عاطف مفتاح أحمد (٢٠٠٨) : العلاقة بين ممارسة المدخل الروحي في خدمة الفرد ومشكلة الإساءة الوالدية للأطفال ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة ، جامعة حلوان .
- ٤- ازهار محمد عيسوي (٢٠٠٩) : العلاقة بين ممارسة المدخل الروحي ومشكلة الإساءة الوالدية للأطفال ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- ٥- عاطف مفتاح أحمد (٢٠١١) : ممارسة برنامج للتدخل المهني بالمدخل الروحي مع المسنين بدور الرعاية الاجتماعية لتحسين مستوى رضاهم عن الحياة ، بحث منشور ، بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، جامعة حلوان عدد (٣٢) جزء (١٥) .
- ٦- آيات إبراهيم صبيح (٢٠١٢) : استخدام المدخل الروحي والمدخل المعرفي السلوكي للتدخل المهني مع المشكلات المترتبة على إجمالي الإنترنت ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٢) ، جزء (٣) .

قامت الباحثة بصياغة عبارات المقياس في صورته المبدئية وتم مراعات القواعد العلمية في صياغة عبارات المقياس ، خاصة القواعد التي حددها "روبرت ثورندايك وإليزابيث هيجن Robert L. Thorndike & Elizabeth P. Hogen في مقاييس الفرد كما يراه الآخرون . وتم وضع المقياس في صورته المبدئية .

تم التأكد من صدق المقياس من خلال عرض الباحثة للمقياس في صورته المبدئية على عدد خمسة محكمين من الأكاديميين والممارسين لاستطلاع آراءهم فيما يلي :

- مدى سلامة صياغة العبارات .
- مدى تعبير العبارة عن المؤشر المراد قياسه .
- إضافة أي عبارات يراها المحكم أكثر ارتباطاً بأبعاد المقياس ، ولم يرد ذكرها

- بعد مراجعة المحكمين للمقياس في صورته المبدئية أبقته الباحثة على العبارات التي حصل على نسبة اتفاق (٩٠٪) فأكثر .

كما تم التأكد من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة عشوائية من المرضى بأمراض مزمنة .

ويتكون المقياس من (٤٨) عبارة، ويشتمل علي بعدين، الأول: الصبر علي البلاء ويتكون من (٢٤) عبارة، والثاني: الرضا بالقضاء والقدر ويتكون من (٢٤) عبارة ، ولتصحيح المقياس؛ تم وضع الاستجابات علي التدرج الثلاثي (نعم- إلي حد ما- لا) وأعطيت درجات قياسية (٣- ٢- ١) للعبارات الإيجابية،

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

(١ - ٢ - ٣) للعبارة السلبية وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٤٨ - ١٤٤) درجة، ويشير ارتفاع درجة المبحوث علي المقياس إلي ارتفاع مستوي العوامل الروحية لديه، بينما تدل الدرجة المنخفضة علي تدني مستوي العوامل الروحية لديه. وقد تم قياس الصدق بطريقتين: صدق المضمون؛ حيث تم تحديد العوامل الروحية (الصبر علي البلاء - الرضا بالقضاء والقدر) بشكل دقيق وتمثيلها في مجموعة من العبارات بعد فحصها لتقدير مدي تمثيلها للإبعاد الفرعية للمقياس، ثم صدق الوجه (الظاهري)؛ كما سبق وتم توضيحه في صدق المحكمين .

وقد تم التحقق من ثبات المقياس ككل وأبعاده الفرعية عن طريق استخدام طريقة إعادة الاختبار Test-Retest ، بفاصل زمني قدره (١٥) يوماً بين التطبيق الأول والثاني، وقد بلغت درجة معامل الثبات لبعده الصبر علي البلاء (٠.٩٢)، وبعد الرضا بالقضاء والقدر (٠.٩٤)، وللمقياس ككل (٠.٩٤)، وهي معاملات دالة عند مستوي معنوية ٠.٠١، مما يشير إلي ثبات المقياس.

مقياس قلق الموت:

قامت بإعداد هذا المقياس " زينب محمود شقير"، ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٣٦) عبارة، ولتصحيح المقياس؛ تم وضع الاستجابات علي التدرج الثنائي (موافق - غير موافق)، والإجابة علي جميع العبارات بموافق وتعطي درجة (١) ماعدا العبارات (٥ - ١٤ - ٢٠ - ٢٥ - ٢٨ - ٢٩) تكون الإجابة بغير موافق، ويعطي عليها المبحوث (١)، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٠ - ٣٦) درجة، ويشير ارتفاع درجة المبحوث علي المقياس إلي ارتفاع مستوي قلق الموت، والعكس.

ويتمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات والصدق، حيث قام معدة بتقنيته وتحقيق الصدق والثبات من خلال تطبيقه علي عينة قوامها (١٠٠٠) فرد من الذكور

والإناث بمحافظة الغربية، موزعه علي ثلاث مستويات عمرية (١٦ - ١٨)، (١٩ - ٢٢)، (٢٣ فأكثر).

وقد تم قياس الصدق بثلاث طرق: صدق المحتوي (الظاهري)؛ حيث تم تدوين العبارات التي طرحها الطلاب حول وصف مشاعرهم نحو الموت، بحيث تتضمن أهم مكونات قلق الموت بشكل دقيق (التفكير في لحظة الموت - عذاب القبر - الذنوب - الحساب بعد الموت - الجزاء بعد الموت) وتمثيلها في مجموعة من العبارات بعد فحصها لتقدير مدي تمثيلها للمقياس، وقد أصبح عدد الفقرات ٤٠ فقرة؛ وتم عرض بنود المقياس علي مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس، صدق التكوين الفرضي؛ حيث تم حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس، وقد كانت كل عبارات المقياس صادقة ماعدا عبارتين، حيث تراوح مستوي الدلالة بين ٠.٠٥ إلى ٠.٠١، صدق المحك: حيث تم تطبيق مقياس قلق الموت إعداد / محمد عيد علي نفس عينة التقنين، وإيجاد معامل الارتباط بين درجات الطلاب في المقياسين والتي تراوحت بين (٠.٤١ : ٠.٨٢) وجميعها دالة عند مستوي ٠.٠١، وفي ضوء ذلك تم وضع المقياس في صورته النهائية.

وقد تم التحقق من ثبات المقياس بطريقتين:

الأولي: عن طريق استخدام طريقة إعادة الاختبار Test-Retest، بفاصل زمني قدره شهر بين التطبيق الأول والثاني، وقد بلغت درجة معامل الثبات للمراحل الدراسية الثانوية والجامعية والدراسات العليا علي التوالي (٠.٧١)، (٠.٥١)، (٠.٦٣)، وهي معاملات دالة عند مستوي معنوية ٠.٠١.

والثانية: عن طريق التجزئة النصفية split-half، حيث تم تقسيم المقياس إلي نصفين الأول: يشمل العبارات من (١ - ١٨)، (١٩ - ٣٦)، وقد بلغت درجة معامل

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

التيبات للمراحل الدراسية الثانوية والجامعية والدراسات العليا علي التوالي (٠.٩٠)، (٠.٨٥)، (٠.٦٢)، وهي معاملات دالة عند مستوي معنوية ٠.٠١ مما يشير إلي ثبات المقياس.

ثبات وصدق المقياس في الدراسة الحالية

الثبات :

قامت الباحثة بحساب معامل ثبات مقياسي (العوامل الروحية، وقلق الموت) باستخدام طريقة إعادة الاختبار Test-Retest، بالتطبيق على (٢٠) مريضاً بمرض مزمن (من غير أفراد العينة)، وذلك بفاصل زمني (١٥) يوماً بين التطبيق الأول والثاني، وتم حساب معامل الثبات باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين درجات التطبيقين الأول والثاني.

الصدق:

استخدمت الباحثة الصدق الذاتي (الإحصائي)، وتم حسابه بأخذ الجذر التربيعي لمعامل ثبات مقياس العوامل الروحية وبعديه الفرعيين، وكذلك مقياس قلق الموت.

**جدول رقم [١] يوضح ثبات مقياسي
[العوامل الروحية، وقلق الموت] وصدقهما**

م	المقاييس الأساسية وأبعادها	معامل الثبات (ر)	معامل الصدق	مستوي الدلالة
١	بعد الصبر علي البلاء	٠.٨٥	٠.٩٢	دال ٠.١
٢	بعد الرضا بالقضاء والقدر	٠.٨٧	٠.٩٣	دال ٠.١
٣	العوامل الروحية ككل	٠.٨٦	٠.٩٣	دال ٠.١
٤	قلق الموت	٠.٨٥	٠.٨٩	دال ٠.١

مجالات الدراسة :

المجال المكاني:

تم تطبيق الدراسة بمستشفيات مؤسسة حمد الطبية وعددها (٤) مستشفيات (مستشفى القلب - مستشفى الخور- مستشفى الأمل - مركز الكلي).

المجال البشري:

بلغ عدد المرضى بالمستشفيات السابق الإشارة إليها (المجال المكاني) أثناء تطبيق الدراسة الميدانية (٤٠٦) مريض وذلك بواقع (١٢٢) بمستشفى القلب - (١٢٠) بمستشفى الخور - (٨٤) بمستشفى الأمل - (٨٠) مركز الكلي وقد تضمنت شروط اختيار العينة كل مما يلي :

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

- ١- ان لا يقل سن المريض اثناء تطبيق الدراسة عن ٢٠ عام.
- ٢- ان لا يعاني من اكثر من مرض مزمن .
- ٣- ان يكون خالي تماما من أي نوع من أنواع الاعاقات البسيطة او الحادة.
- ٤- ان يكون من بين النزلاء او المترددين على المستشفيات السابقة بصورة منتظمة.

وقد انطبقت تلك الشروط السابقة على عدد (١٤٣) مريض ؛ وتمكنت الباحثة من تطبيق الدراسة علي عينة قوامها(٥٦) مفردة من المرضى الذين أبدوا موافقتهم على تطبيق مقياسي الدراسة واستيفاء كافة البيانات المطلوبة؛ ويمكن استيضاح خصائص عينة الدراسة من الجداول التالية :

جدول رقم [٢] يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمنغير النوع

النوع	ك	%
ذكر	٣٣	٥٨.٩٣
أنثي	٢٣	٤١.٠٧
المجموع	٥٦	%١٠٠

تشير بيانات الجدول السابق إلي أن نسبة المرضى الذكور، قد بلغت(٨٥.٩٣%)، بينما نسبة المرضى الإناث بلغت (٤١.٠٧)، مما يشير إلي أن الأمراض المزمنة تصيب كل من الذكور والإناث معا ، وتلك النسب لا تعني انتشار الأمراض المزمنة بصورة أكبر عند الذكور مقارنة بالإناث في هذه الدراسة ، وإنما الاختلاف يرجع لطبيعة اختيار عينة الدراسة وخصائصها.

جدول رقم [٣] يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لمنغير السن

السن	ك	%
٢٠ - أقل من ٣٠	٧	١٣%
٣٠ - أقل من ٤٠	١٣	٢٣%
٤٠ - أقل من ٥٠	٨	١٤%
٥٠ سنة فأكثر	٢٨	٥٠%
المجموع	٥٦	١٠٠%
متوسط السن	٣٢ سنة تقريبا	

يتضح من بيانات الجدول السابق أن متوسط أعمار المرضى عينة الدراسة قد بلغ (٣٢ سنة تقريبا)، وأن نصف عينة الدراسة يقع في الفئة العمرية من (٥٠ سنة فأكثر)، وذلك بنسبة (٥٠%)، يليها بنسبة (٢٣%) الفئة العمرية من (٣٠ سنة لأقل من ٤٠ سنة)، كما تتقارب نسب الفئة العمرية (٢٠ - أقل من ٣٠)، (٤٠ - أقل من ٥٠)، حيث جاءت بنسبة (١٣% - ١٤%) على التوالي.

جدول رقم [٤] يوضح الجنسية لعينة الدراسة

الجنسية	ك	%
قطري	١٩	٣٣.٩٣%
غير قطري	٣٧	٦٦.٠٧%
المجموع	٥٦	١٠٠%

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن نسبة المرضى غير القطريين، قد بلغت (٦٦.٠٧%)، بينما بلغت نسبة المرضى القطريين (٣٣.٩٣%)، مما يشير إلى أن ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة بين الوافدين بدرجة الضعف تقريبا مقارنة بالقطريين، وقد يعزي ذلك إلى زيادة الأعباء الاقتصادية والاجتماعية للوافدين المغتربين عن

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

أوطانهم في سبيل تحسين أوضاعهم المادية، مما ينعكس سلباً على النواحي الصحية، مما جعلهم أكثر عرضة للمرض مقارنة بالآخرين.

جدول رقم [٥] يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	ك	%
لم يسبق الزواج	٥	٨.٩٤
أعزب	١١	١٩.٦٤
متزوج	٣٠	٥٣.٥٧
أرمل	٦	١٠.٧١
مطلق	٤	٧.١٤
المجموع	٥٦	%١٠٠

يتبين من نتائج الجدول السابق، أن أكثر من نصف المرضى عينة الدراسة متزوجون بنسبة (٥٣.٥٧%)، وجاءت نسبة (٢٨.٥٧) لتشير إلى أن بعض المرضى لم يسبق لهم الزواج وبعضهم أعزب، بينما تقاربت نسبة الأرمل والمطلق؛ حيث جاءت علي الترتيب (١٠.٧١)(٧.١٤)

جدول رقم [٦] يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمغير الحالة التعليمية

الحالة التعليمية	ك	%
أمي	٤	٧.١٤
يقرأ ويكتب	٤	٧.١٤
إعدادي	٢	٣.٥٧
ثانوي	١٠	١٧.٨٦
مؤهل عالي	٣٣	٥٨.٩٣
دراسات عليا	٣	٥.٣٦
المجموع	٥٦	%١٠٠

تشير نتائج الجدول السابق إلي أن غالبية عينة الدراسة حاصلون على مؤهل عالي ودراسات عليا بنسبة (٦٤.٢٩٪)، يليها بنسبة (١٧.٨٦٪) الحاصلون على شهادة الثانوية، ثم تساوي بنسبة (٧.١٤٪) كل من (يقرءون ويكتبون - الأمي)، وأخيراً بنسبة (٣.٥٧٪) الحاصلون على شهادة الإعدادية.

جدول رقم [٧] يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المرض

المرض	ك	%
السرطان	١٣	٢٣.٢١
ال فشل الكلوي	١٦	٢٨.٥٨
السكري	١٣	٢٣.٢١
القلب	١٤	٢٥.٠٠
المجموع	٥٦	١٠٠٪

يتضح من بيانات الجدول السابق، والذي يبين توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المرض، أن مرضي الفشل الكلوي يمثلون نسبة (٢٨.٥٧٪)، بينما يمثل مرضي القلب بنسبة (٢٥٪)، وتساوي تمثيل مرضي السرطان والسكري بنسبة (٢٣.٢١٪).

جدول رقم [٨] يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير مدة المرض

المدة	ك	%
أقل من سنة	٢١	٣٧.٥٠
من ٢- لأقل من ٤ سنوات	١٢	٢١.٤٣
من ٤- لأقل من ٦ سنوات	١٤	٢٥.٠٠
٦ سنوات فأكثر	٩	١٦.٠٧
المجموع	٥٦	١٠٠٪

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

تكشف بيانات الجدول السابق، أن نسبة كبيرة تمثل (٥٨.٩٣%) من المرضى عينة الدراسة يعانون من الأمراض المزمنة - سائلة الذكر - منذ أقل من ٤ سنوات، في مقابل أن هناك بعض المرضى يرجع تاريخ إصابتهم بالمرض المزمن من (٤ - لأقل من ٦ سنوات) بنسبة (٢٥%)، بينما جاءت مدة المرض من (٦ سنوات فأكثر) في المرتبة الأخيرة بنسبة (١٦.٠٧%)، وتلك النتائج تشير إلى أن غالبية عينة الدراسة من المرضى حديثي العهد بالأمراض المزمنة، وهو ما قد يعكس تباين في مستوى قلق الموت لدى بعضهم في مقابل مستوى العوامل الروحية سواء فيما يرتبط بدرجة الصبر علي البلاء أو مستوى الرضا بالقضاء والقدر.

المجال الزمني: تحد فترة جمع البيانات من ٢٠١٥/١/١٥ م، وحتى

٢٠١٥/٣/١٥ م.

المعاملات الإحصائية المستخدمة:

قامت الباحثة باستخدام عدة معاملات إحصائية في تحليل بيانات الدراسة

وهي:

الإحصاء الوصفي (التكرارات والنسب المئوية - المتوسط والانحراف

المعياري).

الإحصاء الاستدلالي (معامل ارتباط بيرسون - تحليل التباين الأحادي -

اختبار "ت" للعينات المترابطة).

حساب المعاملات الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي (Spss,

ver.20).

سابعاً : الدراسة الميدانية

تهتم الدراسة الميدانية بجدولة البيانات، وتصنيفها وعرضها، ثم تحليل وتفسير البيانات علي نحو يحقق استخلاص النتائج التي انتهت إليها الدراسة وفقاً لنوع الدراسة ومنهجها واتساقاً مع أهدافها، إضافة إلى الإجابة على تساؤلاتها، ونتاولها تفصيلاً علي النحو الآتي:

1- عرض النتائج الخاصة بوصف استجابات عينة الدراسة علي مقاييس

الدراسة:

تمهد أساليب الإحصاء الوصفي (التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات... وغيرها) السبيل للأساليب الإحصائية الاستدلالية، بما يسهم في التوصل إلى نتائج موضوعية، تستند إليها الباحثة في تفسير نتائج دراسته الميدانية، ومن ثم يمكن عرض وصف لاستجابات عينة الدراسة من المرضي بأمراض مزمنة علي مقياسي (العوامل الروحية - وقلق الموت) في التالي:

جدول [٩] يوضح درجات حالات عينة الدراسة علي مقياس العوامل الروحية

الدرجة الكلية	درجة الصبر	درجة الرضا	الدرجة الكلية	درجة الصبر	درجة الرضا	المبحوث	الدرجة الكلية	درجة الصبر	درجة الرضا	المبحوث	الدرجة الكلية
٨٤	٤١	٤٣	٤١	٩٣	٥٢	٤١	٢١	٩٠	٤٠	٥٠	١
٩٨	٥٠	٤٨	٤٢	٨٦	٤٥	٤١	٢٢	٨٣	٣٧	٤٦	٢
٨٦	٤٨	٣٨	٤٣	٩٠	٤٣	٤٧	٢٣	٨٠	٣٩	٤١	٣
٩٥	٥١	٤٤	٤٤	٨٧	٤٣	٤٤	٢٤	٩٥	٤٨	٤٧	٤
٩٨	٥١	٤٧	٤٥	٩٤	٤٦	٤٨	٢٥	٨٨	٤٢	٤٦	٥
٨٧	٤٢	٤٥	٤٦	٨٨	٤٤	٤٤	٢٦	٩٥	٤٨	٤٧	٦
٨٢	٤٠	٤٢	٤٧	٩٣	٥١	٤٢	٢٧	٨٨	٤٢	٤٦	٧
٩٩	٤٥	٥٤	٤٨	٨٧	٤١	٤٦	٢٨	٨٥	٤٧	٣٨	٨
٨١	٤٣	٣٨	٤٩	٨٩	٤٨	٤١	٢٩	١١٠	٥٩	٥١	٩

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

الدرجة الكلية	درجة الرضا	درجة الصبر	المبحوث	الدرجة الكلية	درجة الرضا	درجة الصبر	المبحوث	الدرجة الكلية	درجة الرضا	درجة الصبر	المبحوث
٩٥	٤٨	٤٧	٥٠	٩١	٤٤	٤٧	٣٠	٨٣	٣٧	٤٦	١٠
٩٠	٤٧	٤٣	٥١	٩٥	٤٨	٤٧	٣١	٨٠	٣٩	٤١	١١
٩٤	٤٩	٤٥	٥٢	٩٦	٤٤	٥٢	٣٢	٩٥	٤٨	٤٧	١٢
٨٦	٤٠	٤٦	٥٣	٨٨	٤٤	٤٤	٣٣	٩٧	٤٦	٥١	١٣
٩٤	٤٦	٤٨	٥٤	٩٩	٥٢	٤٧	٣٤	٨٨	٤٢	٤٦	١٤
٨٠	٣٨	٤٢	٥٥	٩٨	٥٣	٤٥	٣٥	٨٥	٣٩	٤٦	١٥
٨٦	٤٨	٣٨	٥٦	٨٢	٤٠	٤٢	٣٦	٨٢	٤١	٤١	١٦
				٩٦	٥٨	٣٨	٣٧	٨٤	٤٣	٤١	١٧
				٩١	٤٧	٤٤	٣٨	٨٥	٤٤	٤١	١٨
				٩٤	٤٣	٥١	٣٩	٨٨	٤٢	٤٦	١٩
				٨٢	٣٧	٤٥	٤٠	٩٠	٤٦	٤٤	٢٠
٦.١٨	الانحراف المعياري		٨٩.٧٣						المتوسط		
٨٠	الدرجة الصغرى		١١٠						الدرجة العظمى		
%	ك		درجات الحالات						فئات الدرجات		
٥١.٧٩	٢٩		٨٠ - أقل من ٩٠								
٤٦.٤٣	٢٦		٩٠ - أقل من ١٠٠								
١.٧٩	١		١٠٠ فأكثر								

أظهرت نتائج الجدول السابق؛ والذي يوضح درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي مقياس العوامل الروحية ككل، أن المتوسط العام لدرجات المبحوثين علي المقياس قد بلغ (٨٩.٧٣)، بانحراف معياري (٦.١٨)، وقد بلغت أعلى درجة علي المقياس (١١٠)، وفي المقابل بلغت أقل درجة علي المقياس (٨٠)، مما يشير إلي أن مستوي العوامل الروحية لعينة الدراسة يتراوح بين (ضعيف - متوسط).

كما أسفر تصنيف درجات حالات المرض بأمراض مزمنة علي مقياس العوامل الروحية إلي فئات تكرارية؛ إلي وجود ثلاث فئات رئيسية؛ حيث جاءت الفئة التي تتراوح درجاتها علي المقياس بين (٨٠ - أقل من ٩٠ درجة) في الترتيب

الأول بنسبة مئوية (51.79)، يليها في الترتيب الثاني الفئة التي تتراوح درجاتها علي المقياس بين (90- أقل من 100 درجة) بنسبة مئوية (46.43)، وأخيراً الفئة تتراوح درجاتها علي المقياس من (100 فأكثر) بنسبة مئوية (1.79).

جدول [10] يوضح درجات حالة عينة الدراسة علي مقياس قلق الموث

الدرجة	المبحوث	الدرجة	المبحوث	الدرجة	المبحوث
25	41	17	21	24	1
12	42	15	22	18	2
13	43	14	23	23	3
13	44	20	24	18	4
19	45	14	25	23	5
21	46	24	26	17	6
26	47	19	27	23	7
12	48	14	28	27	8
30	49	17	29	12	9
18	50	23	30	16	10
20	51	21	31	22	11
18	52	17	32	16	12
26	53	22	33	19	13
16	54	20	34	23	14
14	55	23	35	19	15
19	56	12	36	16	16
		14	37	25	17
		19	38	28	18
		16	39	12	19
		15	40	13	20
4.64	الانحراف المعياري	18.79	المتوسط		
12	الدرجة الصغرى	30	الدرجة العظمى		
%	ك	درجات الحالات			
42.86	24	12- أقل من 18			
41.07	23	18- أقل من 24			
16.07	9	24 فأكثر			

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

كشفت نتائج الجدول السابق؛ والذي يوضح درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي مقياس قلق الموت، أن المتوسط العام لدرجات المبحوثين علي المقياس قد بلغ (١٨.٧٩)، بانحراف معياري (٤.٦٤)، وقد بلغت أعلى درجة علي المقياس (٣٠)، وفي المقابل بلغت أقل درجة علي المقياس (١٢)، مما يشير إلي أن مستوي قلق الموت لعينة الدراسة يتراوح بين (ضعيف - متوسط - مرتفع).

كما أسفر تصنيف درجات حالات المرض بأمراض مزمنة علي مقياس قلق الموت إلي فئات تكرارية؛ إلي وجود ثلاث فئات رئيسية؛ حيث جاءت الفئة التي تتراوح درجاتها علي المقياس بين (١٢ - أقل من ١٨ درجة) في الترتيب الأول بنسبة مئوية (٤٢.٨٦)، يليها في الترتيب الثاني الفئة التي تتراوح درجاتها علي المقياس بين (١٨ - أقل من ٢٤ درجة) بنسبة مئوية (٤١.٠٧)، وأخيراً الفئة التي تتراوح درجاتها علي المقياس من (٢٤ فأكثر) بنسبة مئوية (١٦.٠٧).

٢- عرض النتائج الخاصة باختبار الفرض الرئيسي الأول:

النتائج الخاصة باختبار الفرض الفرعي الأول:

"توجد علاقة ارتباطية بين الصبر وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة".

جدول [١١] يوضح العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي

(بعد الصبر - مقياس العوامل الروحية) ومقياس قلق الموت

المقياس	قيمة (ر)	المنوية (Sig)	مستوي الدلالة
العوامل الروحية(بعد الصبر)	- ٠.٢٧٨	٠.٠٤	دال عند ٠.٠٥
قلق الموت			

أسفرت نتائج الجدول السابق، والذي يشير إلى العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي (بعد الصبر - مقياس العوامل الروحية)، ومقياس قلق الموت، عن وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي (بعد الصبر - مقياس العوامل الروحية)، ودرجاتهم علي مقياس قلق الموت، حيث بلغت قيمة الارتباط بينهما (ر= -٠.٢٧٨)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، وهذا يعني أنه كلما انخفض مستوي(الصبر - العوامل الروحية) لدي المرضى بأمراض مزمنة، صاحبه ارتفاع في مشاعر قلق الموت لديهم؛ والعكس صحيح.

النتائج الخاصة باختبار الفرض الفرعي الثاني:

" توجد علاقة ارتباطية بين الرضا بالقضاء والقدر وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة".

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

جدول [١٢] يوضح العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي

(بعد الرضا - مقياس العوامل الروحية) ومقياس قلق الموت

المقياس	قيمة (ر)	المنوية (Sig)	مستوي الدلالة
العوامل الروحية(بعد الرضا)	- ٠.٢٦٢	٠.٠٥	دال عند ٠.٠٥
قلق الموت			

تكشف نتائج الجدول السابق، والذي يشير إلى العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي (بعد الرضا - مقياس العوامل الروحية)، ومقياس قلق الموت، عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة(عينة الدراسة) علي (بعد الرضا - مقياس العوامل الروحية)، ودرجاتهم علي مقياس قلق الموت، حيث بلغت قيمة الارتباط بينهما (ر= -٠.٢٤٢)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠.٠٥)، وهذا يعني أنه كلما انخفض مستوي (الرضا - العوامل الروحية) لدى المرضى بأمراض مزمنة، صاحبه ارتفاع في مشاعر قلق الموت لديهم؛ والعكس صحيح.

النتائج الخاصة باختبار الفرض الرئيسي الأول:

"توجد علاقة ارتباطية بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة"

جدول [١٣] يوضح العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة

علي مقياسي العوامل الروحية وقلق الموت

المقياس	قيمة (ر)	المنوية (Sig)	مستوي الدلالة
العوامل الروحية	- ٠.٣٥٩	٠.٠٠٧	دال عند ٠.٠١
قلق الموت			

يتضح من بيانات الجدول السابق، والذي يبين العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي مقياسي العوامل الروحية و قلق الموت ككل، أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين متوسط درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي مقياس العوامل الروحية، ودرجاتهم علي مقياس قلق الموت، وبلغت قيمة الارتباط ($r = -0.359$)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يعني أنه كلما انخفض مستوى العوامل الروحية لدي المرضى بأمراض مزمنة، صاحبه ارتفاع في مشاعر قلق الموت لدي مفردات عينة الدراسة؛ والعكس صحيح.

٣- عرض النتائج الخاصة باختبار الفرض الرئيسي الثاني:

"توجد علاقة ارتباطية بين الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة؛ ودرجة العوامل الروحية لدى المرضى بأمراض مزمنة".

وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجداول الآتية:

جدول [١٤] يوضح العلاقة الارتباطية بين العوامل الروحية و متغير السن

المتغيرات	قيمة (ر)	المعنوية (Sig)	مستوي الدلالة
العوامل الروحية	٠.٤١	٠.٠٠٠	دال عند ٠.٠١
السن			

يتضح من بيانات الجدول السابق، والذي يبين العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي مقياسي العوامل الروحية طبقاً لاختلاف متغير السن، أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي مقياس العوامل الروحية و فئات السن، حيث بلغت قيمة الارتباط ($r = 0.41$)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

جدول [١٥] يوضح العلاقة الارتباطية بين العوامل الروحية ومتغير الجنسية

المتغيرات	قيمة (ر)	المنوية (Sig)	مستوي الدلالة
العوامل الروحية	- ٠.١٥	٠.٢٦	غير دال
الجنسية			

أظهرت بيانات الجدول السابق، والذي يبين العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي مقياسي العوامل الروحية طبقا لاختلاف متغير الجنسية، أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي مقياس العوامل الروحية ومتغير الجنسية، حيث بلغت قيمة الارتباط (ر = -٠.١٥)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

جدول [١٦] يوضح العلاقة الارتباطية بين العوامل الروحية ومتغير النوع

المتغيرات	قيمة (ر)	المنوية (Sig)	مستوي الدلالة
العوامل الروحية	- ٠.٠٧	٠.٦١	غير دال
النوع			

أظهرت بيانات الجدول السابق، والذي يبين العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي مقياسي العوامل الروحية طبقا لاختلاف متغير النوع، أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي مقياس العوامل الروحية والنوع، حيث بلغت قيمة الارتباط (ر = -٠.٠٧)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

جدول [١٧] يوضح نتائج إختبار [ف] لتحليل التباين الأحادي، للفروق بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية طبقاً لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية والتعليمية

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	المعنوية (Sig)	مستوي الدلالة
الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٢١٨.٢٧	٤	٥٤.٥٧	١.٤٨	٠.٢٢	غير دال
	داخل المجموعات	١٨٨٤.٧١	٥١	٣٦.٩٦			
	المجموع	٢١٠٢.٩٨	٥٥				
الحالة التعليمية	بين المجموعات	٤٦٦.٢٠	٥	٩٣.٢٤	٢.٨٥	٠.٠٢	دال عند (٠.٠٥)
	داخل المجموعات	١٦٣٦.٧٩	٥٠	٣٢.٧٤			
	المجموع	٢١٠٢.٩٨	٥٥				

كشفت بيانات الجدول السابق عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية ككل طبقاً لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة ف (١.٤٨) بمستوي معنوية غير دال (٠.٢٢).

كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية ككل طبقاً لاختلاف متغير الحالة التعليمية، حيث بلغت قيمة (ف) (٢.٨٥)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠.٠٥).

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدي المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

**جدول [١٨] يوضح نتائج إختبار [Scheffe] لتحديد إنجاه
الدلالة الإحصائية طبقاً لمنغير الحالة التعليمية**

المتغير	مدة المرض		ن	المتوسط	متوسط الاختلاف	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
	(I) الحالة التعليمية	(J) الحالة التعليمية					
الحالة التعليمية × العوامل الروحية	أمي	يقرأ	٤	٩١.٧٥	٥.٧٥	٤.٠٥	٠.٧١
		إعدادي	٢	٩٢.٥٠	٥.٠٠	٤.٩٥	٠.٩١
		ثانوي	١٠	٩٢.١٠	٥.٤٠	٣.٣٨	٠.٦١
		عالي	٣٣	٨٧.٧٠	٩.٨٠	٣.٠٣	٠.٠٢
		دراسات عليا	٣	٨٩.٣٣	٨.١٧	٤.٣٧	٠.٤٣
	يقرأ	أمي	٤	٩٧.٥٠	٥.٧٥ -	٤.٠٥	٠.٧١
		إعدادي	٢	٩٢.٥٠	٠.٧٥ -	٤.٩٥	١.٠٠
		ثانوي	١٠	٩٢.١٠	٠.٣٥ -	٣.٣٨	١.٠٠
		عالي	٣٣	٨٧.٧٠	٤.٠٥ -	٣.٠٣	٠.٧٦
		دراسات عليا	٣	٨٩.٣٣	٢.٤٢	٤.٣٧	٠.٩٩
	إعدادي	أمي	٤	٩٧.٥٠	٥.٠٠ -	٤.٩٥	٠.٩١
		يقرأ	٤	٩١.٧٥	٠.٧٥	٤.٩٥	١.٠٠
		ثانوي	١٠	٩٢.١٠	٠.٤٠	٤.٤٣	١.٠٠
		عالي	٣٣	٨٧.٧٠	٤.٨٠	٤.١٧	٠.٨٦
		دراسات عليا	٣	٨٩.٣٣	٣.١٧	٥.٢٢	٠.٩٩
	ثانوي	أمي	٤	٩٧.٥٠	٥.٤٠ -	٣.٣٨	٠.٦١
		يقرأ	٤	٩١.٧٥	٠.٣٥	٣.٣٨	١.٠٠
		إعدادي	٢	٩٢.٥٠	٠.٤٠ -	٤.٤٣	١.٠٠
		عالي	٣٣	٨٧.٧٠	٤.٤٠	٢.٠٧	٠.٢٩
		دراسات عليا	٣	٨٩.٣٣	٢.٧٧	٣.٧٧	٠.٩٨
	عالي	أمي	٤	٩٧.٥٠	٩.٨٠ -	٣.٠٣	٠.٠٢
		يقرأ	٤	٩١.٧٥	٤.٠٥ -	٣.٠٣	٠.٧٦
		إعدادي	٢	٩٢.٥٠	٤.٨٠ -	٤.١٧	٠.٨٦
		ثانوي	١٠	٩٢.١٠	٤.٤٠ -	٢.٠٧	٠.٢٩
		دراسات عليا	٣	٨٩.٣٣	١.٦٤ -	٣.٤٥	١.٠٠
	دراسات عليا	أمي	٤	٩٧.٥٠	٨.١٧ -	٤.٣٧	٠.٤٣
		يقرأ	٤	٩١.٧٥	٢.٤٢ -	٤.٣٧	٠.٩٩
		إعدادي	٢	٩٢.٥٠	٣.١٧ -	٥.٢٢	٠.٩٩
		ثانوي	١٠	٩٢.١٠	٢.٧٧ -	٣.٧٧	٠.٩٨
		عالي	٣٣	٨٧.٧٠	١.٦٤	٣.٤٥	١.٠٠

❖ - دال عند مستوي معنوية (٠.٠٥).

أسفرت بيانات الجدول السابق والذي يوضح نتائج اختبار (Scheffe) لتحديد اتجاه الدلالة الإحصائية طبقا لمتغير الحالة التعليمية، عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠٥) بين اتجاهات عينة الدراسة الذين حالتهم التعليمية (مؤهل عالي / أمي) حول مقياس العوامل الروحية؛ لصالح مفردات عينة الدراسة من المرضى الأميين.

جدول [١٩] يوضح نتائج إختبار [ف] لتحليل التباين الأحادي، للفروق بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية طبقا لاختلاف متغير نوع المرض ومدته

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	المعنوية (Sig)	مستوي الدلالة
نوع المرض	بين المجموعات	٢٥٦.٠٢	٣.٠٠	٨٥.٣٤	٢.٤٠	٠.٠٨	غير دال
	داخل المجموعات	١٨٤٦.٩٦	٥٢.٠٠	٣٥.٥٢			
	المجموع	٢١٠٢.٩٨	٥٥.٠٠				
مدة المرض	بين المجموعات	٢٢٤.٨٩	٣.٠٠	٧٤.٩٦	٢.٠٨	٠.١١	غير دال
	داخل المجموعات	١٨٧٨.٠٩	٥٢.٠٠	٣٦.١٢			
	المجموع	٢١٠٢.٩٨	٥٥.٠٠				

أوضحت بيانات الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية ككل طبقا لاختلاف متغير نوع المرض، حيث بلغت قيمة ف (٢.٤٠) بمستوي معنوية غير دال (٠.٠٨). كما أشارت بيانات الجدول السابق إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية ككل طبقا لاختلاف متغير مدة المرض، حيث بلغت قيمة ف (٢.٠٨) بمستوي معنوية غير دال (٠.١١).

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

٤- عرض النتائج الخاصة باختبار الفرض الرئيسي الثالث:

"توجد علاقة ارتباطية بين الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة؛ ودرجة قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة".

وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجداول الآتية:

جدول [٢٠] يوضح العلاقة الارتباطية بين قلق الموت ومتغير السن

المتغيرات	قيمة (ر)	المنوية (Sig)	مستوي الدلالة
قلق الموت	- ٠.٥٦	٠.٠٠٠	دال عند ٠.٠١
السن			

يتضح من بيانات الجدول السابق، والذي يبين العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي مقياس قلق الموت طبقا لاختلاف متغير السن، أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي مقياس قلق الموت وفئات السن، حيث بلغت قيمة الارتباط ($r = -0.56$)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١).

جدول [٢١] يوضح العلاقة الارتباطية بين قلق الموت ومتغير الجنسية

المتغيرات	قيمة (ر)	المنوية (Sig)	مستوي الدلالة
قلق الموت	٠.١٩	٠.١٧	غير دال
الجنسية			

أظهرت بيانات الجدول السابق، والذي يبين العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي مقياس قلق الموت طبقا لاختلاف متغير الجنسية، أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) علي مقياس قلق الموت والجنسية، حيث بلغت قيمة الارتباط ($r = 0.19$)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

جدول [٢٢] يوضح العلاقة الارتباطية بين قلق الموت ومنغير النوع لعينة الدراسة

المتغيرات	قيمة(ر)	المعنوية (Sig)	مستوي الدلالة
قلق الموت	٠.٤٤	٠.٠٠٠	دال عند ٠.٠١
النوع			

أظهرت بيانات الجدول السابق، والذي يبين العلاقة الارتباطية بين درجات عينة الدراسة علي مقياس قلق الموت طبقا لاختلاف متغير النوع، أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة(عينة الدراسة) علي مقياس القلق ومتغير النوع؛ لصالح الإناث، حيث بلغت قيمة الارتباط (ر = ٠.٤٤)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١).

جدول [٢٣] يوضح نتائج إختبار [ف] لتحليل التباين الأحادي، للفروق بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقا لاختلاف منغير الحالة الاجتماعية والتعليمية

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	المعنوية (Sig)	مستوي الدلالة
الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٤٥.١٣	٤.٠٠	١١.٢٨	٠.٥١	٠.٧٣٢	غير دال
	داخل المجموعات	١١٣٨.٣٠	٥١.٠٠	٢٢.٣٢			
	المجموع	١١٨٣.٤٣	٥٥.٠٠				
الحالة التعليمية	بين المجموعات	٦٣.٢٧	٥.٠٠	١٢.٦٥	٠.٥٦	٠.٧٣٦	غير دال
	داخل المجموعات	١١٢٠.١٦	٥٠.٠٠	٢٢.٤٠			
	المجموع	١١٨٣.٤٣	٥٥.٠٠				

كشفت بيانات الجدول السابق عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقا لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة ف (٠.٥١) بمستوي معنوية غير دال (٠.٧٣٢).

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقاً لاختلاف متغير الحالة التعليمية، حيث بلغت قيمة (ف) (٠.٥٦)، بمستوي معنوية غير دال (٠.٧٣٦).

جدول [٢٤] يوضح نتائج اختبار [ف] لتحليل التباين الأحادي، للفروق بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية طبقاً لاختلاف متغير نوع المرض ومدته

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	المعنوية (Sig)	مستوي الدلالة
نوع المرض	بين المجموعات	٨٠.٣١	٣.٠٠	٢٦.٧٧	١.٢٦	٠.٣٠	غير دال
	داخل المجموعات	١١٠٣.١٢	٥٢.٠٠	٢١.٢١			
	المجموع	١١٨٣.٤٣	٥٥.٠٠				
مدة المرض	بين المجموعات	٢٥٣.٦٦	٣.٠٠	٨٤.٥٥	٤.٧٣	٠.٠١	دال عند ٠.٠١
	داخل المجموعات	٩٢٩.٧٧	٥٢.٠٠	١٧.٨٨			
	المجموع	١١٨٣.٤٣	٥٥.٠٠				

أوضحت بيانات الجدول السابق؛ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقاً إلى اختلاف متغير نوع المرض، حيث بلغت قيمة ف (١.٢٦) بمستوي معنوية غير دال (٠.٣٠).

كما أشارت بيانات الجدول السابق؛ إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقاً لاختلاف متغير مدة المرض، حيث بلغت قيمة (ف) (٤.٧٣)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠.٠١).

جدول [٢٥] يوضح نتائج إختبار [Scheffe] لتحديد اتجاه دلالة الإحصائية طبقاً لمتغير مدة المرض

المتغير	مدة المرض		ن	المتوسط	متوسط الاختلاف	الخطأ المعياري	مستوي الدلالة
	مدة المرض (I)	مدة المرض (J)					
مدة المرض × قلق الموت	أقل من عام	من ٢- لأقل من ٤	١٥	٢٢.١٧	٢.٥٠	١.٦٤	٠.٥١
		من ٤- لأقل من ٦	٢٠	١٩.٦٧	٥.٥٢	١.٥٤	❖٠.٠١
		٦ فأكثر	٩	١٦.٦٥	٤.٦١	١.٨٦	٠.١٢
	من ٢- لأقل من ٤	أقل من عام	١٢	١٧.٥٦	- ٢.٥٠	١.٦٤	٠.٥١
		من ٤- لأقل من ٦	٢٠	٢٢.١٧	٣.٠٢	١.٤٤	٠.٢٤
		٦ فأكثر	٩	١٩.٦٧	٢.١١	١.٧٨	٠.٧١
	من ٤- لأقل من ٦	أقل من عام	١٢	١٦.٦٥	- ٥.٥٢	١.٥٤	❖٠.٠١
		من ٢- لأقل من ٤	١٥	١٧.٥٦	- ٣.٠٢	١.٤٤	٠.٢٤
		٦ فأكثر	٩	٢٢.١٧	- ٠.٩١	١.٧٠	٠.٩٦
	٦ فأكثر	أقل من عام	١٢	١٩.٦٧	- ٤.٦١	١.٨٦	٠.١٢
		من ٢- لأقل من ٤	١٥	١٦.٦٥	- ٢.١١	١.٧٨	٠.٧١
		من ٤- لأقل من ٦	٢٠	١٧.٥٦	- ٠.٩١	١.٧٠	٠.٩٦

❖❖ - دال عند مستوي معنوية (٠.٠١).

أسفرت بيانات الجدول السابق والذي يوضح نتائج اختبار (Scheffe) لتحديد اتجاه الدلالة الإحصائية طبقاً لمتغير مدة المرض، عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠١) بين اتجاهات عينة الدراسة الذين تتراوح مدة مرضهم بين (أقل من عام/ من ٤- لأقل من ٦ أعوام) حول مقياس قلق الموت؛ لصالح مفردات عينة الدراسة الذين تتراوح مدة مرضهم المزمين (من ٤- لأقل من ٦ أعوام).

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

ثامناً : مناقشة النتائج وتفسيرها

خلصت هذه الدراسة إلي مجموعة من النتائج الهامة ، والتي اتصلت باختبار فروضها الرئيسية والفرعية ، وسوف يتم مناقشة تلك النتائج وتفسيرها في إطار المنحنى النظري للدراسة؛ ونتائج الدراسات والبحوث السابقة المتصلة بموضوع الدراسة علي النحو الآتي:

تفسير النتائج الخاصة باختبار الفرض الرئيسي الأول :

ويتم تفسير نتائج الفرض الرئيسي من خلال الآتي:

تفسير النتائج الخاصة باختبار الفرض الفرعي الأول:

أشارت نتائج الدراسة الميدانية إلي صحة الفرض الفرعي الأول والذي ينص علي " وجود علاقة ارتباطية بين بعد الصبر وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة". حيث تبين من نتائج الجدول رقم (١١) أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة علي (بعد الصبر - مقياس العوامل الروحية) ، ودرجاتهم علي مقياس قلق الموت ، وهذا يؤشر إلي أنه كلما انخفض مستوي(الصبر - العوامل الروحية) لدي المرضى بأمراض مزمنة ، صاحبه ارتفاع في مشاعر قلق الموت لديهم؛ والعكس صحيح.

وقد يعزي وجود علاقة ارتباطية إلي اعتقاد بعض المرضى عينة الدراسة ، أن المرض ابتلاء من الله عز وجل ، ومن ثم يواجهون هذه الأزمة بصبر واحتساب وطلب الثواب من المولي سبحانه وتعالى في الدنيا والآخرة ، والبعض الآخر يشعر بالخوف والاكئاب وتسيطر عليه فكرة حتمية الموت ، ومن ثم يزداد حزنه وهمه ، وتضعف

قدرته علي التحمل ، وفي أحيان كثيرة يردد المرضى عبارات انهزامية مثل " أنا عاوز أموت " يا رب تاخذني بقي وغيرها.

تفسير النتائج الخاصة باختبار الفرض الفرعي الثاني:

أسفرت النتائج عن صحة الفرض الفرعي الثاني والذي ينص علي " وجود علاقة ارتباطية بين الرضا بالقضاء والقدر وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة".

حيث كشفت نتائج الجدول رقم (١٢) عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة علي (بعد الرضا - مقياس العوامل الروحية)، ودرجاتهم علي مقياس قلق الموت، وهذا يعني أنه كلما انخفض مستوي (الرضا - العوامل الروحية) لدي المرضى بأمراض مزمنة، صاحبه ارتفاع في مشاعر قلق الموت لديهم؛ والعكس صحيح.

وقد يعزي ذلك إلي شعور بعض المرضى عينة الدراسة بالرضا بما قسمه الله عز وجل لهم - وخاصة الذين لديهم مستويات مرتفعة من الصبر علي البلاء - وهذا يتفق مع المنحي النظري للعلوم الإنسانية المنطلقة من المنظور الإسلامي، والتي أكدت علي أن تحسين درجة الصبر لدي العملاء عن المصائب والأزمات يصاحبه تحسن في مستوي الرضا بالقضاء والقدر (محمد شاهين:٢٠٠٦)، إلي جانب شعور البعض الآخر بعدم الرضا عن قضاء الله سبحانه وتعالى، وهو ما ظهر جليا في بعض ردود الأفعال النفسية غير المقبولة والتي تم ذكرها - سالفًا - كمؤشر علي تدني درجة الصبر علي البلاء لدي عينة الدراسة.

تفسير النتائج الخاصة باختبار الفرض الأول:

أشارت نتائج الدراسة الميدانية إلي صحة الفرض الأول والذي ينص علي " وجود علاقة ارتباطية بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة".

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

حيث يتضح من بيانات الجدول رقم(١٣)، أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة علي مقياس العوامل الروحية، ودرجاتهم علي مقياس قلق الموت، وهذا يعني أنه كلما انخفض مستوى العوامل الروحية لدي المرضى بأمراض مزمنة، صاحبه ارتفاع في مشاعر قلق الموت لديهم؛ والعكس صحيح، فالعوامل الروحية لدي المرضى لها دور أساسي في الحد من قلق الموت والوقاية منه، ويؤكد(محمد عزب:٢٠٠٩م) ذلك من خلال تحليله لبعض الدراسات؛ والتي بينت أن مستوى الشعور بقلق الموت لدى المؤمنين بالحياة الآخرة يكون أقل في أثره مقارنة بالأفراد الذين لا يؤمنون بالحياة بعد الموت، وأن الوازع الديني والوطني يلعب دوراً حاسماً في التقليل من مستوى قلق الموت إلى أبعد الحدود. (محمد عبد المجيد عزب، ٢٠٠٩: ١٣٦)، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة(أحمد عبد الخالق:١٩٨٧) والتي أوضحت أن الأفراد الأكثر تديناً؛ يخافون من الموت بدرجة أقل، ودراسة(مجدة محمود، إيمان القماح:٢٠٠٠) والتي أشارت إلي وجود علاقة ارتباطية بين قلق الموت ودرجة الوعي الديني، كما أشارت نتائج دراسة(خالد حسين:٢٠٠٢) إلى انخفاض مستوى قلق الموت لدى المرضى الذين لديهم سمات التدين.

تفسير النتائج الخاصة باختبار الفرض الرئيسي الثاني:

أثبتت نتائج الجداول من أرقام(١٤ :١٩)، صحة الفرض الرئيسي الثاني والذي ينص علي " وجود علاقة ارتباطية بين الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة ودرجة العوامل الروحية لدى المرضى بأمراض مزمنة"، ويمكن تفسير تلك النتائج علي النحو الآتي:

تبين من نتائج الجدول رقم (١٤) وجود علاقة ارتباطية طردية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة(عينة الدراسة) علي مقياس العوامل الروحية وفئات السن،

وهذا يدل على أنه كلما ارتفع السن، صاحبة ارتفاع في مستوى العوامل الروحية، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه الكتابات النظرية، والتي تشير إلى أن منظومة الوعي الديني للفرد تمر بعدة مراحل خلال حياته، حيث تبدأ المنظومة بالإيمان المطلق في الطفولة ثم اليقظة الدينية في المراهقة، ثم مرحلة الإيمان والسكينة (مجدة محمود، إيمان القماح، ٢٠٠٠: ٧٥)، وفي ضوء هذا المنحى النظري، يتضح أن (عينة الدراسة) من المرضى بأمراض مزمنة؛ يحتلون مواقع متباينة ومتدرجة على منظومة الوعي الديني، وهو ما جعل هناك تفاوتاً في مستوى العوامل الروحية لديهم.

أظهرت بيانات الجدول رقم (١٥)، عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) على مقياس العوامل الروحية ومتغير الجنسية، وهذا قد يعزى إلى تقارب نمط الحياة التي يعيشها القطريين والوافدين، وإن كان هناك اختلافات كبيرة في جنسيات هؤلاء الوافدين، ويتفق ذلك مع (تقرير منظمة الصحة العالمية) والذي أشار إلى التحضر، وتبني أنماط حياة غير صحية من العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بالحالات المزمنة على المستوى العالمي (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢: ٥).

أظهرت بيانات الجدول رقم (١٦)، عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة) على مقياس العوامل الروحية والنوع، وهذه النتيجة قد تشير إلى تقارب الجوانب الدينية لديهم، وهي تبدو متسقة مع نتائج الفرض الأول، وتدلل على أن هناك تشابهاً في الظروف المرضية التي يعيشها الذكور والإناث (عينة الدراسة)، مما جعل الاختلافات حول العوامل الروحية تتلاشى شيئاً فشيئاً، وعلى الرغم من ذلك قد يكون - من وجهة نظر الدراسة الراهنة - هناك اختلاف في العوامل المساعدة والمحقة للعوامل الروحية بينهم.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

كشفت بيانات الجدول رقم (١٧) عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية ككل طبقا لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية، وهذه النتيجة قد تشير إلى تقارب مستوى العوامل الروحية لدى المرضى بأمراض مزمنة، وإن كان هناك تفاوت في الحالة الاجتماعية (لم يسبق له الزواج - أعزب - متزوج... وغيرها)، كما أظهرت نتائج الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية ككل طبقا لاختلاف متغير الحالة التعليمية.

أسفرت بيانات الجدول رقم (١٨) والذي يوضح نتائج اختبار (Scheffe) لتحديد اتجاه الدلالة الإحصائية طبقا لمتغير الحالة التعليمية، عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين اتجاهات عينة الدراسة الذين حالتهم التعليمية (مؤهل عالي / أمي) حول مقياس العوامل الروحية؛ لصالح مفردات عينة الدراسة من المرضى الأميين، وهذا يدل على أن المستوى التعليمي يؤثر على مستوى العوامل الروحية لدى المرضى بأمراض مزمنة.

أوضحت بيانات الجدول رقم (١٩) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية ككل طبقا لاختلاف متغير نوع المرض، كما أشارت بيانات الجدول إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس العوامل الروحية ككل طبقا لاختلاف متغير مدة المرض.

تفسير النتائج الخاصة باختبار الفرض الرئيسي الثالث:

أظهرت نتائج الجداول من أرقام (٢٠: ٢٥)، صحة الفرض الرئيسي الثالث والذي ينص على " توجد علاقة إرتباطية بين الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

ودرجة قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة"، ويمكن تفسير تلك النتائج علي النحو الآتي:

يتضح من بيانات الجدول رقم (٢٠) وجود علاقة ارتباطية عكسية بين درجات المرضي بأمراض مزمنة(عينة الدراسة) علي مقياس قلق الموت وفئات السن، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة(Rasmussen, 1996) والتي كشفت عن جود علاقة ارتباطية عكسية بين قلق الموت والسن، فكلما زاد السن؛ كلما انخفض قلق الموت لدي عينة الدراسة والتي تقع في الفئة العمرية من(١٨ - ٨٠ سنة).

أظهرت بيانات الجدول رقم (٢١)، عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات المرضي بأمراض مزمنة(عينة الدراسة) علي مقياس قلق الموت والجنسية، وهذه النتيجة تدل علي أن مستوي القلق لدي المرضي بأمراض مزمنة(عينة الدراسة)، لا يختلف اختلافاً كبيراً بين القطريين والوافدين.

أظهرت بيانات الجدول رقم(٢٢) أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين درجات المرضي بأمراض مزمنة(عينة الدراسة) علي مقياس قلق الموت ومتغير النوع؛ لصالح الإناث، وقد يعزي ذلك إلي طبيعة المرأة والتي تتسم بالعاطفية والوداعة؛ علي عكس الرجل الذي يتسم بالخشونة والصلابة، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة(مجدة محمود، إيمان القماح:٢٠٠٠)، والتي أشارت إلي وجود فروق جوهريّة لصالح النساء علي متغير القلق، ويؤكد ذلك (أحمد هلال:٢٠١٣) في دراسته والتي أوضحت نتائجها وجود علاقة دالة وإيجابية بين قلق الموت والأمراض المزمنة لدى مصابي السرطان وأن نسبة قلق الموت مرتفعة لدى السيدات أكثر من الذكور.

كشفت بيانات الجدول رقم (٢٣) عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقاً لاختلاف متغير الحالة

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

الاجتماعية، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقا لاختلاف متغير الحالة التعليمية، وهذه النتيجة قد تشير إلي تقارب مستوي قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة عينة الدراسة، وإن كان هناك تفاوت في الحالة الاجتماعية (لم يسبق له الزواج- أعزب- متزوج...وغيرها)، أو في الحالة التعليمية (مؤهل عالي - دراسات عليا - ثانوي....وغيرها).

أوضحت بيانات الجدول رقم (٢٤)؛ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقا لاختلاف متغير نوع المرض، وهذه النتيجة لا تتفق مع نتائج دراسة (owner, fletcher:2004) والتي أشارت إلي أن مرضي السكري لديهم درجة مرتفعة من القلق ودرجة فوق المتوسط من الاكتئاب، كما أوضحت بيانات الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة حول مقياس قلق الموت طبقا لاختلاف متغير مدة المرض، ويتفق مع نتائج دراسة (دعاء الحمزاوي: ٢٠١١) والتي أوضحت أن هناك علاقة أسفرت بيانات الجدول رقم (٢٥) والذي يوضح نتائج اختبار (Scheffe) لتحديد اتجاه الدلالة الإحصائية طبقا لمتغير مدة المرض، عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات عينة الدراسة على مقياس قلق الموت وذلك للمبحوثين الذين أصيبوا بالمرض المزمن منذ أقل من عام وبين من يعانون من المرض المزمن من منذ (٤ - لأقل من ٦ أعوام) وكانت هذه الفروق لصالح مفردات عينة الدراسة الذين تتراوح مدة أصابهم بالمرض المزمن ما بين (٤ - لأقل من ٦ أعوام)، وهو الأمر الذي يعكس تباين في مستوي قلق الموت في مقابل مستوي العوامل الروحية لدى الغالبية العظمى من المبحوثين سواء فيما يرتبط بمستوى الصبر علي البلاء أو مستوي الرضا بالقضاء والقدر.

تاسعاً: برنامج إرشادي من المنظور الإسلامي في خدمة الفرد لتحسين مستوى العوامل الروحية وخفض مستوى قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة

في ضوء المعطيات النظرية وما أسفرت عنه نتائج الدراسة الراهنة، والتي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة، تضع الباحثة برنامج إرشادي من المنظور الإسلامي في خدمة الفرد لتحسين مستوى العوامل الروحية الأساسية (الصبر - الرضا) وخفض مستوى قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة، حيث اكتسبت العوامل الروحية أهمية بالغة في دراسات وبحوث الخدمة الاجتماعية في الوقت الراهن، وأكدت الدراسات والبحوث ذات الصلة أن تلك العوامل تعمل كمتغير وسيط للتخفيف من حدة مشكلات العملاء بصفة عامة وبخاصة مشكلات الأفراد الذين يعانون من الأزمات والمحن، كما هو الحال بالنسبة للمرضى بأمراض مزمنة عينة الدراسة، وينطلق البرنامج الإرشادي في الدراسة الراهنة من مجموعة من المحاور الأساسية والتي تتحدد في الآتي:

أولاً: مسلمات البرنامج الإرشادي:

- العوامل الروحية تحصن الإنسان ضد الخوف من الموت.
- الإنسان صحيح الاعتقاد قادر على مواجهة قلق الموت.
- العوامل الروحية دعامة أساسية في الاستراتيجيات والأساليب التي تستخدم لخفض مستوى قلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

ثانياً: أهداف البرنامج الإرشادي :

- يسعى البرنامج الإرشادي إلي تحقيق هدف رئيسي وهو تحسين مستوى العوامل الروحية لدى المرضى بأمراض مزمنة ، للتخفيف من حدة مستوي قلق الموت لديهم ، ؛ من خلال الأهداف الفرعية الآتية:
- مساعدة المرضى علي تحسين صلتهم بالله - عز وجل - والتقرب إليه والالتزام بما أمر به الله ورسوله عند الابتلاء.
- مساعدة المرضى علي تقوية قدراتهم علي الصبر وتحمل الصعاب التي تواجههم بسبب المرض.
- مساعدة المرضى علي الرضا والتسليم بقضاء الله وقدره ، وإدراك حقائق مرضهم بواقعية وموضوعية ، والتوافق معها.

ثالثاً: مراحل وخطوات تنفيذ البرنامج الإرشادي:

- تستند عملية تنفيذ البرنامج الإرشادي في هذه الدراسة ، إلى مجموعة من المراحل الأساسية ، والتي تتمثل في الآتي:-

المرحلة الأولى: تقدير الموقف:

وتتضمن هذه المرحلة الآتي:

- التعرف علي مدى التزام المرضى بأداء العبادات المفروضة.
- ما لديهم من خوف من الله عز وجل؛ ومقدار ما لديهم من رجاء وأمل في الله.
- مقدار ما لديهم من صبر علي البلاء؛ ومقدار الرضا بقضاء الله وقدره.

- تقدير مستوى قلق الموت لديهم؛ وتحديد السبب الرئيسي لحدوثه.

المرحلة الثانية: التخطيط لتنفيذ البرنامج الإرشادي

في هذه المرحلة يتم مساعدة المرضى على تحديد الأهداف وأولويات العلاج، والمشاركة في وضع الخطة، وتحديد الأساليب المناسبة للعلاج، وتعتمد هذه الخطة في الأساس على ما توافر من معلومات خلال مرحلة تقدير الموقف.

المرحلة الثالثة: تنفيذ البرنامج الإرشادي:

وفي هذه المرحلة يتم وضع خطة التدخل حيز التنفيذ الفعلي، وتحقيق أهداف التدخل المهني من خلال الاستعانة بالأساليب العلاجية التي تم الاستقرار عليها مسبقاً، وفي هذه المرحلة يتم مساعدة المريض على البحث في ذاته والثقة بها، واكتساب معان جديدة لحياته، كطريقة تؤدي إلى تحويل نظرته إلى ما كان يراه صعباً؛ إلى فرصة لتحقيق الصبر والرضا بالقضاء والقدر.

المرحلة الرابعة: المتابعة والتقوية:

وتتضمن هذه المرحلة الوقوف على الصعوبات التي تواجه التنفيذ في كل مراحلها، ومدى فاعلية الأساليب العلاجية التي تم استخدامها في مساعدة المرضى على تحقيق الأهداف التي ينبغي الوصول إليها.

المرحلة الخامسة: الإنهاء والنتيجة:

تعتبر هذه هي المرحلة النهائية والتي انتهى عندها الوقت المحدد للبرنامج، وفيها تنتهي العلاقة بين المعالج والمرضى، وتظهر مؤشرات تحقيق أهداف العلاج، ثم يقوم المعالج بعد إنهاء التدخل مباشرة بتتبع حالة المرضى، بهدف الاطمئنان على ثبات واستمرار التحسن في مستوى العوامل الروحية لديهم، مما

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

ينعكس علي مستوى قلق الموت، وعدم حدوث انتكاسة مرة أخرى، ويتم ذلك من خلال مقابلات واتصالات قصيرة متباعدة.

رابعاً: استراتيجيات وأساليب البرنامج الإرشادي

الاستراتيجية المعرفية:

وتشتمل الاستراتيجية المعرفية على العديد من الأساليب الفنية التي يمكن

استخدامها، وهي:

- الاستعراض المعرفي:

يمثل الاستعراض المعرفي أسلوباً أساسياً للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي، وهذا الأسلوب يحاول باختصار أن يحدد لماذا يعاني المريض من قصور في الأفكار والمدرجات؛ أدت لحدوث المشكلة، من ناحية أخرى يحدد كيف يستطيع المريض التعاون مع المعالج للتخطيط من أجل إحداث التغيير المرغوب، مما يترتب عليه حل المشكلة، ويتم تحقيق هذا الأسلوب العلاجي من خلال التكنيكات الآتية:-

- العصف الذهني (إثارة الأفكار أو استنباط الأفكار):

هو أسلوب محوري تقوم عليه عملية الاستعراض المعرفي أنفة الذكر، ويهدف العصف الذهني إلى توليد الأفكار، والحصول على أكبر عدد من الأفكار المرتبطة بالموقف الإشكالي بغض النظر عن نوعيتها "منطقيتها وعدم منطقيتها"، فمن المهم عدم توجيه أي انتقاد للأفكار المطروحة، لأن النقد يعوق تحقيق الهدف من وراء تطبيق هذا الأسلوب، ومن ثم يقوم المعالج بحصر دقيق

للأفكار السلبية لدى المرضى بأمراض مزمنة ثم تصنيفها ومناقشتها بهدف تغييرها وتكوين أفكار ايجابية بديلة.

- التشجيع:

هو أسلوب مكمل للاستعراض المعرفي وما يتضمنه من عصف ذهني ويستعين به المعالج لتشجيع المرضى على الحديث واستعراض الأفكار السلبية، وهذا الأسلوب يحفزهم على توليد الأفكار ونجاح عملية الاستعراض المعرفي.

- التوضيح والتفسير (التعليم):

ويهدف المعالج من استخدام هذا الأسلوب إلى مساعدة المرضى على تفهم حقيقة موقفهم الراهن، وأفكارهم، ومعتقداتهم الخاطئة، والتي تسببت في المشكلة، وتزويدهم بالأدلة، التي تبرهن لهم بوضوح؛ ارتباط تلك الأفكار والمعتقدات، بحدوث الوقف الإشكالي، ويساعد ذلك التفسير لمسببات المشكلة في وصولهم إلى أفكار ايجابية جديدة.

- التفاعل العقلي:

أسلوب التفاعل العقلي هو تأثير عقل في عقل آخر، مما يجعل الأفكار والمعاني المتولدة الجديدة عبارة عن مزيج من إنتاج عقليين على الأقل (المعالج والمرضى) مما يساهم في ارتضائهم وقبولهم، ويعتمد هذا الأسلوب على الحوار السقراطي؛ لتعديل الأفكار الخاطئة، والسلبية التي تؤدي إلى حدوث الموقف الإشكالي، ويستند هذا الأسلوب على عدة تكتيكات؛ هي :

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

الوعظ: الوعظ هو: تذكير الغافل عن حكم من الأحكام، يعنى أن تكرر لموعوظ ما يعلمه لكنه لا يفعله والوعظ كأسلوب علاجي يستخدمه المعالج أثناء التفاعل العقلي .

الجدل: هو أسلوب من أساليب الحوار يهدف إلى إظهار الحقيقة وإجلاء القانط وإبراز سبيل الحق، ويأتي الجدل مكملاً لأسلوب الوعظ ، فعندما يبدأ المرضى في إثارة الاعتراضات على ما يقوله المعالج؛ اعتقاد بصواب وجهة نظرهم في الموقف الإشكالي، يستخدمه المعالج لإقناع المرضى بأوجه الفساد والخطأ في البراهين والأدلة، التي يسوقونها لتبرير المشكلة .

- إعادة البناء المعرفي:

يعد هذا الأسلوب هو المحصلة النهائية للاستراتيجيات المعرفية، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً الصلة، بمدى نجاح أخصائي الجماعة في استخدام الأساليب الفنية سالفة الذكر، وخاصة الاستعراض المعرفي والتفاعل العقلي، فالأخصائي (المعالج) لا يستطيع أن يقوم بإعادة البناء المعرفي إلا بعد أن يتم استكمال الاستعراض المعرفي، وما يرتبط من أساليب فنية بشكل دقيق وواضح، وقد يكون هناك تزامن بينهم (وهي وجهة النظر الأكثر شيوعاً)، أو يكون هناك تتابع بينهما، وبغض النظر عن هذا الاختلاف

- الاستراتيجية الانفعالية (الوجدانية):

تشتمل الاستراتيجية الانفعالية (الوجدانية) على العديد من الأساليب الفنية التي يمكن استخدامها، وهي :

التعليمات الذاتية : يركز هذا الأسلوب على أن ما يقوله الناس لأنفسهم (الحديث الداخلي) يمثل السبب الرئيسي للسلوك غير التوافقي، ومن ثم فتعديل

الحديث الداخلي من خلال تدريب المرضى على تعليمات ذاتية يؤدي إلى حديث داخلي يدفع إلى سلوك توافقي.

العلاج بالتأسي: يقوم هذا الأسلوب علي توجيه المعالج للمريض نحو النظر إلي حال من ابتلي بمثل بلائه من المحيطين من حوله أو مساعدته علي مقارنة وضعه الحالي بوضع مريض آخر، إلي جانب تذكيره بالنعم التي منحها الله له في مقابل ما لحق به من بلاء، ويستعين الأخصائي في تطبيق هذا الأسلوب باختياره لبعض مواقف الابتلاء من قصص الأنبياء والصالحين ولاسيما التي تتشابه مع موقفه.

العلاج بالاسترجاع: الاسترجاع هو قول "إن لله وأنا إليه راجعون"، ويركز هذا الأسلوب علي مساعدة المريض علي تأمل وضعه، وتذكيره بالموت دائماً وتوقعه في كل لحظة، حتي يدرك المريض أن مصيره ومرجعه حتماً إلي الله سبحانه وتعالى، ويمكن للأخصائي المعالج القيام بذلك بمفرده أو الاستعانة بالفقهاء وأئمة الدين في هذا السبيل من خلال المحاضرات والندوات الدينية.

بث الأمل وتوقع الخير: يعتمد تطبيق هذا الأسلوب علي مساعدة الأخصائي المعالج للمريض علي إدراك أن اليأس لا يخفف المصيبة بل يضاعفها ويزيد من آثارها السلبية وعلي الآخرين من حوله، وتشجيعه علي وضع مجموعة من الأهداف الخاصة به في المستقبل والبدء في تحقيقها.

التعريف بحسن الجزاء وعظم الأجر: يقوم هذا الأسلوب علي مساعدة الأخصائي للمريض علي إعادة النظر في موقفه الإشكالي، وتغيير وجهة نظره تجاه ما لحق به من مصيبة من كونها كارثة ألمت به إلي كونها اختبار وابتلاء من قبل الله - عز وجل - وتبصيره بحسن الجزاء وعظم الأجر نتيجة الصبر علي البلاء والرضا بالقضاء والقدر.

- الاستراتيجية السلوكية:

تشتمل الاستراتيجية السلوكية على العديد من الأساليب الفنية التي يمكن

استخدامها، وهى:

لعِب الدور: يعتبر أسلوب لعب الدور من الأساليب الفنية المركبة، ويستخدم لتفعيل ايجابيات المشكلة، ولزيادة الاستجابات التوافقية، من خلال التعرف على الأفكار السلبية الكامنة وراء الاستجابات الانفعالية، واكتساب خبرات جديدة تساعد بدورها في تغيير الأفكار السلبية، والسلوكيات غير الملائمة لديهم.

الاقتداء: يستخدم هذا الأسلوب من خلال تقديم النموذج القدوة في عرض فعلى أو عرض القدوة بطريقة التخيل (القصة)، أو عرض رمزي من خلال المشاهدة التليفزيونية أو الفيديو وغيرها، وفى هذا الأسلوب يقوم المريض بتحويل المعلومات التي يحصل عليها من ملاحظة نموذج الاقتداء، إلى تخيلات معرفية وإدراكية ضمنية وإلى استجابات لفظية متكررة؛ تستخدم كمؤشرات للسلوك الظاهر؛ وهذه الاستجابات؛ هي بشكل أساسي تعليمات ذاتية.

الواجبات المنزلية: يعتبر هذا الأسلوب العلاجي من الأساليب العلاجية المحورية، فهو يمثل تطبيقاً عملياً لكافة الأساليب العلاجية السابقة، حيث يرتبط اكتساب المرضى لسلوكيات جديدة إيجابية، بإعطاء المعالج واجباً منزلياً للمرضي ككل، أو لكل مريض منفرداً، مما يساعدهم علي ممارسة المهارات التي يتعلمونها أثناء التدخل المهني، ويعزز ثقتهم في أنفسهم، وقدراتهم علي المشاركة في تغيير السلوك بمفردهم.

المراجع :

أولا : المراجع العربية :

- ١- إبراهيم عبد الرحمن رجب(٢٠٠٠م): الإسلام والخدمة الاجتماعية، القاهرة، الثقافة المصرية للطباعة والنشر.
- ٢- أحمد السنهوري (٢٠٠٥م): موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية، القاهرة، مركز نشر توزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان.
- ٣- أحمد عبد المنعم هلال (٢٠١٣م): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من قلق الموت والاكتئاب لدى عينة من أطفال مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، معهد الطفولة.
- ٤- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٧م): قلق الموت (الكويت: عالم المعرفة، عدد ١١١).
- ٥- _____ (١٩٩٨م): التفاضل والتشائم وقلق الموت، دراسة عاملية، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثامن، العدد (٣- ٤).
- ٦- _____ (٢٠٠٥م): سيكولوجية الموت والاحتضار، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
- ٧- أزهار محمد عيسوي (٢٠٠٩م): العلاقة بين ممارسة المدخل الروحي في خدمة الفرد ومشكلة الإساءة الوالدية للأطفال، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ٨- أمثال هادي، أحمد عبد الخالق(٢٠٠٢م): تخفيض القلق لدى طالبات المرحلة الثانوية، مجلة دراسات نفسية، مج(١٢) العدد(٢)

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

- ٩- أمل كمال فايد (٢٠٠٠م): المشكلات الاجتماعية لمرضى الكبد والتخطيط لمواجهتها، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٠- آية قواجلية (٢٠١٣م): قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خضير، سكرة.
- ١١- تقرير منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢م): الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة، ركائز العمل.
- ١٢- _____ (٢٠٠٣م): تقرير مشاورة مشتركة بين خبراء منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة، جنيف.
- ١٣- _____ (٢٠١٠م): التقرير الخاص بمستوى الصحة في العالم، [/www.who.int/ar](http://www.who.int/ar)

- ١٤- تقرير وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي (٢٠٠٤م): مسح الأحوال المعيشية في العراق، تقرير الجداول، الجزء الأول.
- ١٥- جميل صليبا (١٩٧٩م): المعجم الفلسفي، بيروت، دار الكتاب اللبناني.
- ١٦- حمادة السيد رمضان (٢٠١٢م): تصور مقترح لأدوار الممارس العام في الخدمة الاجتماعية للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية للمحيطين بمرضى الزهايمر، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٧- حمدي حامد محمد (٢٠٠٩م): استخدام النموذج الإسلامي في خدمة الفرد في التخفيف من حدة مشكلات العلاجات الاجتماعية للأطفال مجهولي

- النسب، رسالة دكتوراه غير منشوره، قسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- ١٨- حيدر غوش (٢٠١١م) الأمراض المزمنة الأسباب والوقاية، دار الشرق، الكويت.
- ١٩- خالد أحمد حسين (٢٠٠٢م): قلق الموت دراسة نفسية في الإدراك المتبادل بين مرضى الفشل الكلوي والأسوياء وعلاقتهم بتوافقهم النفسي والاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنيا.
- ٢٠- خليل إسماعيل إبراهيم، عباس عزيز أمين (٢٠٠٩م): الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناة ذوي الأمراض المزمنة في العراق، المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، العدد (٢)، مج (١).
- ٢١- دعاء الحمزاوي (٢٠١١): فعالية برنامج قائم على العلاج بالواقع في خفض حدة قلق الموت لدى عينة من المسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.
- ٢٢- رأفت عبد الرحمن محمد (٢٠١٠م): رؤية مستقبلية لتطوير التدخل المهني لخدمة الفرد مع المرضى بأمراض مزمنة بحث منشور بمجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية.
- ٢٣- رباب عبد المنعم سيف محمود (٢٠٠٤م): الاكتئاب لدى متقدمي العمر وعلاقته بكل من مريع الصحة النفسية، وجهة الضبط وقلق الموت (دراسة إكلينيكية)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم التربوية، جامعة عين شمس.

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

- ٢٤- رحاب على أبو القاسم (٢٠١٣م): أثر القلق في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل، طرابلس، كلية الآداب، جامعة الجبل الغربي، المجلة الجامعة، العدد (١٥) مج (٢). \.
- ٢٥- روبرت ثورندايك، إليزابيث هيغن (١٩٨٩): القياس والتقويم في علم النفس والتربية، ترجمة: عبدالله زياد الكيلاني، عبد الرحمن عدس، عمان، مركز الكتاب الأردني.
- ٢٦- زينب محمود شقير: مقياس قلق الموت، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠١٠.
- ٢٧- شيلي تايلور (٢٠٠٨م): علم النفس الصحي، ترجمة: وسام درويش يريك، فوزي شاكر داود، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- ٢٨- طارق عبد الوهاب، وفاء محمد (٢٠٠٠م): قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (٥٤).
- ٢٩- طارق محرم صدقي السيد (٢٠٠١م): فعالية نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد في علاج مشكلات مرضى الكبد، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ٣٠- طلعت مصطفى السروجي، وآخرون (٢٠٠٨م): مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- ٣١- عاطف مفتاح عبد الجواد (٢٠٠٣م): العلاقة بين ممارسة نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد ومشكلة اضطراب العلاقات الاجتماعية للأسر الأطفال مرضى أنيميا البحر المتوسط، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

- ٣٢- _____ (٢٠٠٧م): العلاقة بين ممارسة المدخل
الروحي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة مشكلات علاقات الاجتماعية لدى
المسنين، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان .
- ٣٣- عبد الرحمن السعدى (١٩٩٩م): تيسير الكريم الرحمن الرحيم في
تفسير كلام المنان، بيروت، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر.
- ٣٤- عبد العزيز فهمى النوحى (٢٠٠١م) الممارسة العامة في الخدمة
الاجتماعية ، القاهرة ، دار الأقصى للطباعة والنشر.
- ٣٥- عبد الكريم قريشى (٢٠٠٥م): الاكتئاب المقنع والتكتم وقلق
الموت، دراسات عربية في علم النفس، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، مج (٤)
العدد (٣).
- ٣٦- عبد اللطيف حسين فرج (٢٠٠٩م): الاضطرابات النفسية (الخوف،
القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، ط ١، مكة المكرمة، دار
حامد للنشر والتوزيع.
- ٣٧- عبد الله جاد محمود (١٩٩٤م): بعض محددات الشخصية لدي ذوي
التخصصات الدينية والعادية من طلاب الجامعة وأثرها علي قلق الموت لديهم، رسالة
دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.
- ٣٨- عبد الله الهروي (١٩٩٠م): كتاب منازل السائرين، بغداد، مكتبة
الشرق الجديد.
- ٣٩- عبد الناصر القدومى (٢٠٠٠م): القلق النفسي عند الممارسين وغير
الممارسين للأنشطة الرياضية في جامعات الضفة الغربية ، مجلة جامعة الأزهر بغزة
، سلسلة العلوم الإنسانية ، العدد (٤) .

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

- ٤٠ - عبد الله السعيد محمد (٢٠٠٣م): نظريات ومداخل تطبيقية في العلوم الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- ٤١ - عزة خضري عبد الحميد (٢٠٠٥م): الاضطرابات النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من التلاميذ المصابين بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان.
- ٤٢ - علي بن الحسن الهنائي (١٩٩٨م): قاموس المنجد في اللغة والإعلام: بيروت، دار المشرق، ط ٣٧.
- ٤٣ - على حسين زيدان (٢٠١٢م): نماذج ونظريات وتطبيقات في خدمة الفرد، دار الكتاب الجامعي، مطبعة المهندس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان
- ٤٤ - عماد ناجي رشيد (٢٠٠٢م): التداوي بالأعشاب والنباتات الطبية، المجلة الثقافية، العدد السادس والخمسون، مطبعة الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- ٤٥ - فايز محمد على (١٩٩٨م): الطب السيكوماتي، رسالة دكتوراه غير منشورة، أباها، جامعة الملك خالد بن عبد العزيز.
- ٤٦ - فيكتور فرانكل (١٩٨٢م): الإنسان يبحث عن المعنى، ترجمة: طلعت منصور، الكويت، دار القلم.
- ٤٧ - محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٢م): الهوية والقلق والإبداع، القاهرة، دار القاهرة للنشر.
- ٤٨ - محمد أحمد المومني، مازن محمود نعيم (٢٠١٣م): قلق المستقبل لدى طلبة كليات المجتمع في منظمة الجليل في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مج (٩) عدد (٢)

- ٤٩- محمد جبر محمد (٢٠٠٥م): الاضطرابات النفسية وضعف الإيمان، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع.
- ٥٠- محمد جبر محمود (٢٠١٢م): سيكولوجيا الأمراض المزمنة، الدار اللبنانية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- ٥١- مجمع اللغة العربية (٢٠٠٥م): المعجم الوجيز، القاهرة، مادة (قلق).
- ٥٢- محمد سيد الفقى (٢٠٠٦م): تقنين مقياس مراحل القلق عن الأطفال والشباب، مجلة الشؤون الاجتماعية، جمعية الاجتماعيين الإمارات العربية المتحدة، العدد (٢٧)، مج (٤).
- ٥٣- محمد عبد المجيد عزب (٢٠٠٩م): قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى المقاتلين على الحدود، مجلة علم النفس، جامعة النجاح الوطنية، العدد (٥٥)، مج (١٠).
- ٥٤- محمد مصطفى شاهين (٢٠٠٦م): التدخل المهني باستخدام طريقة خدمة الفرد لمواجهة المشكلات الاجتماعية لأسر الأطفال التوحديين (دراسة من المنظور الإسلامي)، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بالقاهرة، قسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع، جامعة الأزهر.
- ٥٥- محمد مصطفى عليوة (٢٠٠٦م): الشخصية المسلمة في مختلف المجتمعات، بيروت، دار النور للنشر والتوزيع.
- ٥٦- مركز الميزان لحقوق الإنسان (٢٠٠٨م) الأمراض المزمنة في قطاع غزة (دراسة لواقع مرضى الفشل الكلوي والسرطان والقلب)، غزة.
- ٥٧- مصطفى محمد الفقى (٢٠٠٦م): التدخل المهني لطريقة خدمة الفرد من المنظور الإسلامي في تحسين التوافق الشخصي والاجتماعي للمسنين، رسالة

العلاقة بين العوامل الروحية وقلق الموت لدى المرضى بأمراض مزمنة كمؤشر لبرنامج إرشادي...

دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بالقاهرة، قسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع، جامعة الأزهر.

٥٨- موزه الكعبي (١٩٩٦م): ممارسة برنامج إسلامي مع حالات القلق

النفسي، رسالة دكتوراه، غير منشورة، الرياض، كلية الخدمة الاجتماعية للبنات.

٥٩- نبيه إبراهيم إسماعيل (٢٠٠١م): الدراسات النفسية في التراث العربي

الإسلامي، القاهرة، إيتراك للنشر والتوزيع.

٦٠- نجوي إبراهيم الشرقاوي (١٩٩٩م): فاعلية التدخل في الأزمات مع

حالات الطوارئ الطبية، رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، كلية الخدمة

الاجتماعية، جامعة حلوان.

٦١- نجوى اليحفوظي (٢٠٠٢م): التفاؤل والتشاؤم وعلاقته ببعض

المتغيرات لدى طلبة الجامعة بالجزائر، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (٢٦).

٦٢- ندا محمد حسين (٢٠١٢م): إدراك المساندة الاجتماعية وتقدير الذات

كمنبئات بأعراض الاكتئاب لدى المصابين بالإيدز، رسالة ماجستير غير منشورة،

كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة حلوان.

٦٣- نفيسة السيد الزهيري (٢٠١٢م): برنامج مقترح للمساندة الاجتماعية

لمرضى الإيدز وأسره من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، رسالة

ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٦٤- هدى السيد حمدان (٢٠٠٨م): زملة التعب وعلاقتها بكل من القلق

والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة الكويت "مجلة الدراسات النفسية،

العدد (١٦)، مج (٨).

ثانياً : المراجع الإنجليزية :

- 1- Barlow, Davis. (2000): Unraveling the Mysteries of Anxiety and Its Disorders from the Perspective of Emotion Theory, American Psychologist, 55.
- 2- Batieha, Jaddou (2004): The prevalence of hypertension and it's associated risk factors in a newly developed country .Saudi Med J. 18(3)
- 3- Canda Edward (1997): Encyclopedia of Social Work Washington, NASW press.
- 4- Hope, Rains. (2003): Handbook of Clinical, Medicine. 4th ed., Oxford, University Press.
- 5- Malthby, Jones., (1999): The reliability and validity of death obsession scale a mangy English university and adult samples, personality Individual Differences, 28.
- 6- Malvin, molin(2008): Future anxiety , Journal of Children & Adolescent . social work , Vol. (7) , N.(6)
- 7- Mc Namara , Simon (2000) : Stress in Young people what new and what new and what can we do ? London.
- 8- Owner, Fletcher (2004): psychical aspects of diabetes, Registrar, psychiatric medical American.
- 9- Tomer, Atone., & Eliason, Grito., (1996): Toward a comprehensive model of death anxiety, Death Studies, 20.

10- Toner, James (2006): relationship between the pressures of life and death anxiety when university students, Journal of Humanistic Psychology ,New York: Bloomsbury.

11- Linda, Treloar(1999): Spiritual Belief, Response at Disability and the Chureh, Journal of Religion Disability& Health, Vol. (3), Issue (4).

Rasmussen Christian A(1996): relationship of death anxiety with age& Psychosocial Maturity, Journal of Psychology, , Vol. (130), Issue (2).

Barker Robert (2003): Social Work Dictionary, Washington, N.A.S.W.