قلق الموت لدى عينة من مرضى القلب

أحمد عبدالمجيد الصمادي*
مأمون محمود غوانمة**

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى القلب في مركز الملكة علياء لأمراض القلب وجراحته في الأردن، وكذلك تحديد قدرة متغيرات الجنس والعمر والمستوى التعليمي وكمية التدخين والالتزام الديني والدعم الاجتماعي في التنبؤ بمستوى قلق الموت لدى مرضى القلب. تكونت عينة الدراسة من (197) مريضاً بالقلب (119 ذكراً، و78 أنثى)، اختيروا من بين (956) مريضاً، هم من المراجعين للمركز خلال فترة إجراء الدراسة. استخدم مقياس قلق الموت الذي أعده الباحثان، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك درجة منخفضة من قلق الموت لدى أفراد العينة. كما أشارت النتائج باستخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي إلى أن المتغيرات التي استطاعت تفسير جزء من التباين في قلق الموت بمستوى دال إحصائياً هي متغيرات الالتزام الديني، والدعم الاجتماعي، والجنس، بينما لم تستطع متغيرات العمر، وكمية التدخين، والمستوى التعليمي الإسهام بمستوى دال إحصائياً تفسير التباين في مستوى قلق الموت.

المصطلحات الأساسية: القلق، الموت، مرضى، القلب.

خلفية الدراسة وأهميتها:

يشير قلق الموت إلى شعور مخيف، أو الرهبة التي تحدث عندما يفكر أحدنا بما يحدث له بعد الموت، أو بعملية الاحتضار، أو بانتهاء وجودنا، الذي يمكن أن يتضمن بضعة أبعاد، مثل: الخوف من موت النفس، والخوف من احتضارها، والخوف من موت الآخرين واحتضارهم (Bond, 1998).

ولقد بقي قلق الموت خارج نطاق البحوث التجريبية حتى ستينيات القرن

* أستاذ الإرشاد النفسي في كلية التربية بجامعة الإمارات العربية المتحدة – أبو ظبي – الإمارات العربية المتحدة.
** معلم في وزارة التربية الأردنية، الأردن.

الماضي؛ حيث أدت أحداث الحرب العالمية الثانية، والاتجاه الإنساني، وعلماء النفس الوجوديون إلى دفع البحوث حول الموت والخوف منه إلى الطليعة. فمآسي الحربين العالميتين ردت الناس إلى التفكير في الحياة والإنسان، فبرزت الوجودية، وجعلت من الموت فكرة فلسفية ومعضلة القرن العشرين (Feifel, 1990). لهذا بدأ الاهتمام العلمي بدراسة سيكولوجية الموت والقلق منه منذ ستينيات القرن العشرين، وكان من أهم رواده ليستر (Lester) وتمبلر (Templer). وحتى ذلك الوقت، كان قلق الموت موضوعاً محرَّماً بالنسبة للعلماء السلوكيين والمختصين في الصحة العقلية (Alison, 1999). وفي العقود الأخيرة صدرت في الغرب دوريات اهتمت واختصت بموضوع الموت وقلق الموت مثل: مجلة أوميجا (Omega) التي تحول اسمها إلى دراسات حول الموت (Death Studies)، ومجلة التربية المتصلة بالموت (Death Education).

في ظل هذا الاهتمام المتنامي بموضوع قلق الموت يرد إلى الذهن تساؤلات عدة، منها: هل من الطبيعي أن نخاف الموت؟ ولماذا أصلاً نخافه ما دام يقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية ولا مجال للتهرب منه؟ وكيف نتعامل مع هذا القلق في خِضَمّ الحياة اليومية؟ وهل خوفنا من الموت يكون في حالة إصابتنا بالأمراض وتعرضنا للمخاطر فقط؟ وللإجابة عن هذه التساؤلات كثرت الآراء والنظريات. ترى ويثرسبي (Weathersby, 2003) أننا نخاف من الموت، سواء كنا أسوياء أم مرضى، للأسباب التالية:

– **الخوف من عملية الاحتضار:** إن مفهومنا عن طور الاحتضار يتأثر بخبراتنا الماضية. وكل منا عادة يتساءل، هل سيكون هنالك ألم؟ وهل سأكون وحيداً؟

– **الخوف من المجهول:** إن اعتقادنا الديني والروحي يؤثر في خوفنا من الموت، فنحن لسنا على يقين بمصيرنا بعد الموت.

– **الخوف من ترك الأقرباء والمحبوبين خلفنا:** كل منا لديه أقرباء ومحبوبون، وبعضهم يعتمد علينا في التربية، والدعم المالي والاجتماعي، لذلك فمن الصعب التفكير في تركهم خلفنا.

– **الخوف من الموت المفاجئ:** يرى ماسلو (Maslow)، صاحب هرم الحاجات أن الخوف من الموت هو في الحقيقة الخوف من عدم قدرتنا على الوصول إلى مستوى تحقيق الذات، وعدم القدرة على تحقيق كل طموحاتنا وآمالنا.

اقترح مجموعة من علماء النفس الاجتماعي في الآونة الأخيرة نظرية جديدة

حول قلق الموت استناداً إلى النظرية الوجودية، تدعى نظرية إدارة الرعب (Terror Management Theory)، وهي تؤكد أهمية الخوف من الموت (Florian & Mikulincer, 1997). وترى هذه النظرية أننا كي نستطيع تجنب قلق الموت، وبخاصة عند مرورنا بظرف طارئ مثل الإصابة بمرض خطير، فإننا نوجد الثقافة ونشارك فيها. وبهذه المشاركة، نكون قادرين على أن نزوِّد حياتنا بالمعنى والإحساس بالبقاء (Sense of Permanence)، والإحساس بالخلود (Sense of Immortality). وهذا يشكل دفاعاً وحاجزاً ضد قلق الموت.

أما الرؤية الإسلامية للموت والخوف منه، فإن الله – سبحانه وتعالى – لم يضع هذه الحقيقة في التصور الإنساني إلا من وراء قصد وابتلاء، ليرى أي منا يستحق الجزاء والإحسان وأي منا لا يستحق ذلك. فالخوف من الموت وما بعده أمر حتمي وضروري لنا، ما دام ضمن حدود المعقول، لما تعطيه عقيدتنا السمحة من أهمية لمرحلة ما بعد الموت، وهذا يجعل خوفنا وقلقنا مما ينتظرنا بعد نهايتنا دافعاً لنا من أجل العمل في دنيانا بما ينجينا مما ينتظرنا من وقائع ما بعد الموت، فقد قال سبحانه وتعالى: ﴿ٱلَّذِى خَلَقَ ٱلْمَوْتَ وَٱلْحَيَوٰةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا ۚ وَهُوَ ٱلْعَزِيزُ ٱلْغَفُورُ﴾ (الملك 2). فخوف الإنسان من الموت في العقيدة الإسلامية لا يرتبط بخوفه من فراق الدنيا وملذاتها كما ركزت على ذلك الثقافة الغربية، بل بينت عقيدتنا السمحة أن هذا الخوف يرتبط أساساً بالمراحل التي تلي فراق الإنسان لهذه الدنيا، بدءاً بمرحلة المكوث بالقبر، وانتهاءً بمرحلة البعث والحساب.

ويرى عثمان نجاتي (1989) أن الفرد إذا كان إيمانه بخالقه راسخاً ويقينياً، وإذا كان عنده اعتقاد أن الموت من عند الله تعالى، وأن كل نفس لا بد أن تموت، فإن مثل هذه الأمور تكسب الإنسان المناعة ضد الاضطرابات النفسية، لما يحدثه الإيمان من أمن وطمأنينة نفسية في النفس، ولأن الإيمان الحق بالله – تعالى – يجعل الفرد لا يخاف شيئاً في هذه الحياة، وعلى رأسها الموت، لتيقنه أن كل شيء بمشيئة الله.

مدى تأثير الأمراض في قلق الموت:

يتضمن المرض تهديداً مضاعفاً ضد حياة الفرد نفسها، حيث إن غالبية الأفراد يتفكرون وينشغلون بالقضايا الوجودية والروحية حول الموت والفناء، وتكثر مثل هذه الأسئلة عندما يصاب الشخص بمرض حاد (Cohen et al., 1999). وربما يُخمِّن أحدنا بأنه من المحتمل أن الكوارث كالأمراض والحوادث تولِّد القلق من الموت لدى

الأفراد الذين يتعرضون لها، أو حتى لدى الأفراد المحيطين بهم. وهذا صحيح؛ لأن وعي الأفراد بموتهم الخاص يزداد نتيجة التعرض للأحداث المؤلمة أو الخطرة (Cheung Chung & Easthope, 2000).

ومن هذا المنطلق فإن إصابة الفرد بمرض القلب 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 وجهاً 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.

يعاني مريض القلب القلق بشكل عام بسبب غموض مصيره الصحي، وخوفه من المستقبل المجهول والغامض، وما قد ينتظره بسبب 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 (عماد شارة، 1988). ويرى محمد النابلسي (1987) أن الخوف من الموت يؤدي دوراً بارزاً في إحداث الاضطرابات القلبية مثل خفقان القلب، وضيق التنفس، والغثيان، ويؤكد أن جميع المرضى المصابين بالذبحة القلبية الذين فحصهم، أكدوا له أن شعوراً بالخوف من الموت انتابهم قبل فترات مختلفة من إصاباتهم بالمرض، ويؤكد هؤلاء المرضى أن خوفهم من الموت كان منسياً وغير واعٍ حتى لحظة حدوث المرض، وكان هذا يجبرهم على الجمود وعدم الحراك، وهذه الإحساسات كانت تجعلهم يتذكرون، بشكل مفاجئ، خوفهم السابق من الموت.

وتجدر الإشارة إلى أن الآثار النفسية للمرض على الأفراد، الناجمة عن الإصابة بالأمراض الخطرة لا تنتهي بانتهاء أزمة المرض، فالأفراد الذين ينجون من الموت نتيجة المرور بأزمات وأمراض خطرة مثل السكتة القلبية (Heart Failure) يستمرون في التأثر بما يسمى بخبرات الاقتراب من الموت التي تؤثر في مجرى حياتهم اليومية، وأن فهم مثل هذه الخبرات ضروري للوصول إلى فهم لوعي الأفراد بموتهم الخاص، ومدى خوفهم منه (Williams, 2003).

ويؤكد أدلبرت وسترانج (Adelbratt & Strang, 2001) أن المرضى وأقرباءهم كثيراً ما ينشغلون بالأفكار الوجودية (Existential Thoughts) وبقلق الموت، وحتى

لو لم يظهر قلق الموت بشكل مباشر فإنه قد يبرز من خلال أنواع عدة من المشاعر المرتبطة بخوف الموت، والمنتشرة بكثرة بين المرضى وذويهم مثل: الألم والحزن واليأس والخوف الوجودي (Existential Fear)، والقلق الوجودي (Existential Anxiety). مثل هذه الأمور يجب على الأفراد الذين يتعاملون مع المرضى أن يكونوا على وعي بها من أجل تزويدهم بالمساندة والدعم اللازمين؛ وذلك للوصول إلى تكيف أفضل مع المرض. فللأفراد الذين يتعاملون مع مرضى القلب في المستشفيات، مثل الأطباء والممرضين، دور أساسي في التغلب على الآثار السلبية الناجمة عن المرض، مثل الخوف من الموت.

ويفسر كاستينبوم ونورماند (Kastenbaum & Normand, 1990) السبب الذي يجعل مرحلة الاحتضار تسبب الخوف والمعاناة للمرضى، بأن الأفراد عادة ما يرسمون مشهداً لموتهم المتوقع يخالف تجاربهم في خضم الحياة اليومية، ففي دراستهما على طلبة سجلوا في مساق التربية المتصلة بالموت، طلبا من الطلبة تصور كيف سيكون مشهد فراش موتهم؟ أجاب معظم المشتركين بأن موتهم سوف يحدث في الشيخوخة، وفي بيتهم الخاص، وهم محاطون بأفراد عائلاتهم. وفضلاً عن ذلك، اعتقد المشاركون بأنهم سيكونون مدركين وواعين حتى خلال مراحل الاحتضار الشديدة، وأن موتهم سيكون غير مؤلم، ومختصر، ودون حزن.

وقد حاول العلماء تعرف المراحل التي يمر بها قلق الموت نتيجة إصابة الأفراد بالأمراض وبخاصة الخطرة منها مثل حالات أمراض القلب. ففي دراستهما لردود فعل المرضى المصابين بأمراض مميتة (Terminal Patients) اقترح أنبجوزار وبوينو (Abengozar & Bueno, 1999) وجود خمس من مراحل المجابهة النفسية تظهر لدى هؤلاء المرضى تجاه موتهم الخاص محاولة لمواجهة قلق الموت وهي: الإنكار، والغضب، والمساومة، والحزن، والقبول.

نستنتج مما سبق أن القلق من الموت والخوف منه، لا يختص بشريحة من شرائح المجتمع أو عمر معين. ومن ثم فمن الخطأ أن نحكم على أن قلق الموت غير موجود وغير منتشر بين مرضى القلب، لمجرد أننا لا نجدهم يتكلمون عن الموت ويتحدثون عنه. ولا توجد دراسة عملية في مجتمعنا تؤيد هذا الفرض أو تنفيه، لذلك فنحن بحاجة إلى إجراء دراسات عديدة عن قلق الموت لدى هذه الشريحة المهمة في المجتمع، وغيرها من شرائح المجتمع المختلفة لنتوصل إلى نتائج مستندة إلى

منهجية علمية، نتعرف من خلالها مدى انتشار هذه الظاهرة، ومن ثم أخذها بعين الاعتبار في الكتب والمقالات العديدة التي تتحدث عن المرضى ومعاناتهم وأنواع القلق المنتشرة بينهم، التي لا يوجد فيها ذكر لقلق الموت، ومدى انتشاره بينهم، وأثره على توافقهم النفسي إلا ما ندر.

خلاصة القول إن موضوع قلق الموت لدى مرضى القلب يعتبر موضوعاً معقداً وشائكاً، حيث يتأثر بعديد من العوامل النفسية والجسمية والمتغيرات المرتبطة بالشخص المريض وظروفه الصحية والاجتماعية.

مشكلة الدراسة:

إن إصابة الأفراد بمرض القلب يحمل في طياته تهديداً جزئياً ضد استمرارية حياتهم، وقد يجعل نهايتهم وموتهم ماثلاً أمامهم، مما يؤثر في سلوكياتهم وتصرفاتهم، ويذكرهم بنهايتهم الحتمية، وقد يفقدهم الإحساس بجدوى الحياة، ويسبب لهم هماً وغماً كبيراً، مما يجعل معاناتهم كبيرة والضغوط التي يواجهونها مضاعفة، وينعكس ذلك على جميع أفراد الأسرة المحيطين بهم، ومن ثم تبرز الحاجة لتوفير الدعم والمساعدة النفسية والاجتماعية لهم ولأفراد أسرهم.

ولعدم وجود الدراسات عن قلق الموت لدى فئة مرضى القلب محلياً أو لندرة هذه الدراسات، فإننا نجهل مستوى هذا النوع من القلق لديهم، وهل ارتفاع مستواه يصل إلى المدى الذي يمكن أن يشكل خطراً على توافقهم النفسي، فقلق الموت يعتبر لدى العديد من العلماء القلق الأساسي في هذا الوجود. لذلك حاولت الدراسة الحالية الإجابة عن السؤالين التاليين:

1 – ما مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى القلب في مركز الملكة علياء لأمراض القلب وجراحته؟

2 – ما قدرة متغيرات الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والالتزام الديني، وكمية التدخين، والدعم الاجتماعي على التنبؤ بقلق الموت لدى عينة الدراسة؟

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من الموضوع الذي تتناوله، وهو قلق الموت، حيث تسعى إلى معرفة مستوى هذا النوع من القلق لدى شريحة مهمة من شرائح المجتمع، وهي مرضى القلب. بالإضافة إلى أن هذه الدراسة من الدراسات المبكرة التي تناولت الموضوع، سواء على المستوى العربي أم المستوى المحلي عند

شريحة مرضى القلب؛ حيث يتوقع أن ترفد المكتبة العربية بمعلومات مهمة عن مستوى قلق الموت لدى مرضى القلب، وتؤخذ هذه المعلومات بالحسبان عند عمل برامج الإرشاد الجمعي والفردي التي تخص مرضى القلب، مما يجعلها أكثر فاعلية وأكثر فائدة فيما تقدمه لهذه الشريحة من خدمات.

كما يتوقع أن يستفاد من المعلومات التي تقدمها هذه الدراسة في التوعية الإرشادية للمهنيين الذين لهم علاقة بمرضى القلب وأسرهم، مما يجعلهم أكثر قدرة على التعامل والتفاعل مع مرضى القلب، وهذا يعود بالفائدة على مرضى القلب وتوافقهم النفسي والاجتماعي.

الدراسات السابقة:

أجرى كل من بورجيوز وبولانجر ولافوي ودزولنيرس (Bourgeois, et al., 1980) دراسة على مرضى القلب بهدف تعرف مستويات القلق لديهم وتحليله إلى عوامله. تكونت عينة الدراسة من عشرين مريضاً اختيروا بشكل عشوائي، ثم اختبروا باستخدام عدة مقاييس تقيس مختلف أنواع القلق قبل إجرائهم للعملية الجراحية، وبعد إجرائها. وقد أشارت النتائج على مقاييس القلق بعد إجراء التحليل العاملي عليها، إلى أن ما نسبته (55%) من القلق كان مركزاً حول الخوف من الموت، وما نسبته (15%) حول عدم الشفاء، وما نسبته (10%) حول الشفاء، وما نسبته (20%) أشارت إلى عدم وجود أي نوع من أنواع القلق.

أما محمد النابلسي (1989)، فقد أجرى دراسة على مرضى القلب في أحد مستشفيات لبنان، حيث كان يقابلهم بحكم عمله طبيب قلب، ويسألهم شفوياً هل يخافون الموت أم لا؟. أشارت النتائج إلى أن معظم المصابين بمرض القلب لديهم خوف عال من الموت؛ حيث أشار ما نسبته (100%) من مرضى الاحتشاء القلبي إلى أنهم يعانون الخوف من الموت قبل إصابتهم وبعدها.

وفي دراسة شيه وتشو (Shih & Chu, 1999) التي أجريت على مرضى القلب الأمريكيين ذوي الأصول الصينية وعيّنة أخرى من مرضى القلب التايوانيين الذين أُدخِلوا وحدة العناية المركزة في أحد مستشفيات ولاية كاليفورنيا، وفي أحد مستشفيات تايوان، وأجريت لهم عمليات جراحية. وكان من ضمن أهدافها دراسة مستويات الخوف من الموت لديهم. تكونت عينة الدراسة من (30) مريضاً، منهم (20) أمريكياً صينياً و(10) مرضى من تايوان، حيث جمعت البيانات من خلال إجراء

مقابلات معهم. وقد أشارت النتائج إلى أن (70%) من المرضى الأمريكيين الصينيين، و(90%) من المرضى التايوانيين يعانون مستوى مرتفعاً للخوف من الموت خلال المرحلة الحادة من المرض وبعدها.

وقد أجرى فان لوميل، وفوان ويس، ومييرز، وإلفيريتش (Van Lommel et al., 2001) دراسة على مرضى القلب الذين مروا بخبرات الاقتراب من الموت، بهدف تعرف أسباب هذه الخبرات والعوامل المؤثرة في عمقها ومحتواها وتكرارها، وعلاقتها بمستوى الخوف من الموت وتكرار السكتة القلبية. وقد أشارت النتائج إلى أن تكرار خبرات الاقتراب من الموت ارتبطت بأكبر المرضى سناً، وبحدوث السكتة القلبية لأول مرة.

أجرى ديفنس (Devins, 1980) دراسة هدفت إلى تعرف العلاقة بين قلق الموت ومتغيرات: نوع المرض ومكان السكن والجنس، حيث تكونت عينة الدراسة من (211) فرداً. استخدم الباحث مقياس قلق الموت لتمبلر ومقياس الاتجاهات نحو الموت الرحيم الاختياري. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة في مستوى قلق الموت بين الجنسين (الإناث أظهرن مستوى أعلى من قلق الموت). كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة في مستوى الخوف من الموت تبعاً لاختلاف نوع المرض.

والدراسة التي أجراها عبدالخالق (Abdel-Khalek, 2000/2001) على عينة كويتية من الطلبة الجامعيين عددهم (215) فرداً هدفت إلى تعرف علاقة اكتئاب الموت بالضغوط النفسية والجنس لدى الطلبة الجامعيين في الكويت. واستخدم الباحث مقياس قلق الموت لتمبلر، ومقياس ضغوط الموت، ومقياس القلق العام، ومقياس الاكتئاب العام. وقد بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات الذكور والإناث في مستوى قلق الموت لصالح الإناث، حيث أحرزت الإناث متوسطات أعلى من الذكور. هذه الاكتشافات متطابقة مع نتائج سابقة أجراها الباحث على عينة مصرية وأخرى لبنانية.

أما دراسة راسموسين وجونسون (Rasmussen & Johnson, 1994) فقد هدفت إلى تعرف العلاقة بين قلق الموت وكل من الروحانية ومستوى التدين والجنس لدى طلبة الجامعات، حيث طبق الباحثان مقياس قلق الموت لتمبلر ومقياس الروحانية على (209) طلاب جامعيين، منهم (134) أنثى، و(74) ذكراً. وقد أشارت

النتائج إلى وجود علاقة سلبية ذات دلالة بين الروحانية وقلق الموت، وإلى وجود فروق ذات دلالة في مستوى قلق الموت تعزى للجنس ولصالح الإناث. وتشير هذه الاكتشافات إلى أن التناقض في نتائج الأبحاث التي تهتم في العلاقة بين مستوى التدين وقلق الموت يمكن أن يفسر بمتغير الروحانية.

وفي دراسة رُشدية وتمبلر وكانن وكانفيلد (Roshdieh et al., 1999) التي هدفت إلى اختبار علاقة اكتئاب الموت وضغوط الموت بكل من مستوى التدين وخبرات الحرب الأهلية لدى الطلبة الإيرانيين. تكونت عينة الدراسة من (1167) طالباً جامعياً إيرانياً. وقد دلت نتائج الدراسة على أن المتغيرات التي كان لها علاقة بكل من قلق الموت واكتئاب الموت العالية تمثلت في الاعتقاد الديني الأضعف، والجنس (النساء أكثر قلقاً مقارنة بالذكور)، وإصابة الأصدقاء أو الأقرباء من جراء الحرب، وموت الأصدقاء أو الأقرباء، وعدم الإيمان بالحياة بعد الموت. وقد دعم قلق الموت المرتفع بين النساء الإيرانيات الاستدلال القائل بأن قلق الموت المرتفع بين الإناث يعد ظاهرة عالمية.

والدراسة التي أجراها مولينس ولوبيز (Mullins & Lopez, 1982) تهدف إلى تعرف الاختلافات في مستوى قلق الموت الشعوري لدى المقيمين في دور الرعاية استناداً إلى العمر والمستوى التعليمي، والجنس، والحالة الصحية، والدعم الاجتماعي، وطول الإقامة. تكونت عينة الدراسة من (228) مقيماً من ثلاث دور رعاية. كشفت نتائج الدراسة أن قلق الموت المرتفع لدى أصغر المقيمين عمراً ارتبط بشكل دال مع متغيرات الحالة الصحية السيئة، والدعم الاجتماعي القليل، والقدرة الوظيفية المنخفضة، في حين ارتبط قلق الموت المرتفع لدى أكبر المقيمين سناً مع متغيرات الحالة الصحية السيئة، والقدرة الوظيفية المنخفضة، والمستوى التعليمي المرتفع. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة بين قلق الموت والعمر، حيث أظهر أكبر المقيمين سناً قلق موت أعلى مقارنة بأصغر المقيمين سناً.

وأجرى فيني وآخرون (Viney, 1992) دراسة هدفت إلى تعرف العلاقة بين قلق الموت، ومستوى الدعم الاجتماعي، ومستوى التعرض لمخاطر الموت لدى المرضى المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز). تكونت عينة الدراسة من (215) رجلاً مصابين بالإيدز. وقد بينت النتائج أن المرضى الذين تعرضوا لمخاطر موت أكثر كانوا أكثر قلقاً من الموت وبشكل دال مقارنة بالمرضى الذين تعرضوا لمخاطر موت

أقل. كما بينت النتائج أن المرضى الذين تعرضوا لدعم اجتماعي قليل، كانوا أكثر قلقاً من الموت، وبشكل دال إحصائياً، من المرضى الذين تعرضوا لدعم اجتماعي عال.

وأجرت ليلى الكايد (1995) دراسة على عينة، قوامها (60) شخصاً، منهم (28) ذكراً و(32) أنثى، وهدفت إلى تعرف العلاقة بين القيم الدينية وقلق الموت لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية في الأردن، ومعرفة إذا كان هناك أثر دال إحصائياً لمتغيرات الجنس، والمستوى التعليمي، والعمر، والتواصل الاجتماعي على قلق الموت. وقد استخدمت الباحثة مقياس قلق الموت الذي أعده أحمد عبدالخالق، بالإضافة إلى مقياس خاص بالقيم الدينية. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك درجة متوسطة من قلق الموت لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية في الأردن، وأن هناك درجة عالية من القيم الدينية لديهم، وبينت الدراسة أن هناك علاقة عكسية بين قلق الموت والقيم الدينية (كلما زاد مستوى القيم الدينية قل قلق الموت لديهم)، وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة على مقياس قلق الموت تعزى لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي والعمر والدعم الاجتماعي.

وهدفت دراسة بيرمان (Berman, 1977) إلى تعرف درجة العلاقة بين سلوك التدخين وكل من متغيرات قلق الموت، واعتقاد الحياة بعد الموت، ومركز الضبط. تكونت عينة الدراسة من (300) طالب جامعي. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة بين قلق الموت وسلوك التدخين.

يتبين من مجموعة الدراسات السابقة ندرة الدراسات التي تناولت قلق الموت لدى مرضى القلب، كما يتضح من هذه الدراسات أن قسماً منها ركز على دراسة مستوى قلق الموت لدى مرضى القلب مع عدم تناول المتغيرات ذات العلاقة وفي بيئات أجنبية، مما يعطي مسوغاً لإجراء مثل هذه الدراسة على مرضى القلب في بيئة عربية.

الطريقة والإجراءات

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (197) مريضاً بالقلب (119 ذكراً، و78 أنثى)، راوحت أعمارهم بين (8–81) عاماً، وبمتوسط مقداره (56.32) عاماً. حيث قام الباحثان باختيارهم بالطريقة القصدية المتيسرة. وبالنسبة لتوزيع أفراد العينة على متغيرات الجنس والعمر والمستوى التعليمي وكمية التدخين فيوضحها جدول (1).

جدول (1)
توزيع العينة بحسب متغيرات الجنس والعمر وكمية التدخين والمستوى التعليمي

الجنس	العمر			المستوى التعليمي			التدخين (سيجارة يومياً)			
	أقل من 34	55–35	56 فأكثر	أساسي	ثانوي	جامعي	صفر	9–1	19–10	20 فأكثر
ذكور 119	19	48	52	41	52	26	65	2	20	32
إناث 78	11	31	36	36	30	12	77	0	1	0
المجموع 197	30	79	88	77	82	38	142	2	21	32
النسبة	%15	%40	%45	%39	%42	%19	%72	%1	%11	%32

أداة الدراسة:

مقياس قلق الموت:

قام الباحثان بكتابة فقرات مقياس قلق الموت بعد الاطلاع على الدراسات السابقة، وعلى بعض مقاييس قلق الموت مثل: مقياس قلق الموت الذي أعده عبدالخالق (1987)، ومقياس قلق الموت الذي أعدته ليلى الكايد (1995)، ومقياس تمبلر لقلق الموت، المشار إليه في مان تشيونج وتشانج وإيستوب (Cheung, Chung & Easthope, 2000)، ومقياس ليمنج للخوف من الموت، المشار إليه في ليمنج وديكنسون (Leming & Dickinson, 1985)، ومقياس ليستر للخوف من الموت (Lester, 1990). واستناداً إلى هذه المصادر المختلفة، وفي ضوء تعريف قلق الموت الذي يشير إلى أي خبرة سلبية يمر بها الفرد عند تذكره لموته أو موت الآخرين المهمين والموضوعات المتصلة به، فقد صيغت (32) فقرة تناسب المصابين بأمراض القلب موزعة على أربعة مجالات هي: مخاوف تتعلق بالجانب المعرفي الانفعالي (7) فقرات، ومخاوف تتعلق بموت النفس (9) فقرات، ومخاوف تتعلق بموت الآخرين (7) فقرات، ومخاوف تتعلق بمرض القلب (9) فقرات.

صدق المقياس:

استخدم الباحثان عدة مؤشرات للتأكد من تمتع المقياس بالخصائص السيكومترية اللازم توافرها بمثل هذه الأدوات منها:

1 – **صدق المحتوى:** بعد كتابة فقرات المقياس التي يبلغ عددها (32) فقرة، عرضت على عشرة محكمين من حملة الدكتوراه في تخصصات علم النفس،

والقياس والتقويم، والإرشاد النفسي؛ لإبداء الرأي فيها من حيث: سلامة الصياغة اللغوية، ومدى انتماء الفقرة للمقياس، ومدى انتماء الفقرة للمجال، وإبداء أية ملاحظات يرونها مناسبة من إضافة أو حذف. وبناء على آراء المحكمين، أجريت التعديلات التي أشار إليها اثنان فأكثر، أي ما نسبته (20%) من المحكمين، وقبلت الفقرات التي أجمع عليها (80%) فأكثر من المحكمين. تطبيق هذا الإجراء أدى إلى حذف 7 فقرات، وبقي في المقياس 25 فقرة.

2 – **صدق البناء:** قام الباحثان بتطبيق مقياس قلق الموت بصورته الأولية على عينة متيسرة من مرضى القلب في مستشفى محلي بعيد عن عينة الدراسة، مكونة من (21) مريضاً: (11 ذكراً، و10 إناث). ولأغراض صدق البناء فقد اعتمد الباحثان على معيارين لقبول الفقرات، وهما: ألا يقل معامل الارتباط بين علامة الفقرة والعلامة الكلية للبعد أو للمقياس عن (0.25)، وأن يكون دالاً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) في جميع تحليلات الصدق التالية:

أ – حساب معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية على المقياس: لقد حسبت معاملات ارتباط بيرسون بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس، وأشارت النتائج إلى أن عدد الفقرات التي تتميز بدرجة دالة من الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس، وبمعامل ارتباط لا يقل عن (0.25). تطبيق هذا الإجراء أدى إلى إسقاط 5 فقرات من الأداة، ومن ثم بقيت 20 فقرة شكلت المقياس بصورته النهائية.

ب – حساب معامل الارتباط بين درجة الفقرة ودرجة المجال: حسبت معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، باعتبار ذلك مؤشراً على صدق البناء، حيث تجاوز ارتباطها 0.25، وبذلك تكون 20 فقرة قد أوفت بالمحكات المعتمدة للتحقق من صدق البناء (الملحق 1)، موزعة على المجالات كما يلي:

– مخاوف تتعلق بالجانب المعرفي الانفعالي (5 فقرات)، وهي الفقرات من (1–5).

– مخاوف تتعلق بموت النفس (5 فقرات)، وهي الفقرات من (6–10).

– مخاوف تتعلق بموت الآخرين (4 فقرات)، وهي الفقرات من (11–14).

– مخاوف تتعلق بمرض القلب (6 فقرات)، وهي الفقرات من (15–20).

ثبات المقياس:

قام الباحثان باستخدام عينة الصدق البالغ عددها (21) مريضاً لحساب معامل الاتساق الداخلي لمجالات المقياس الأربعة، وللأداة ككل، وذلك بتطبيق معادلة كرونباخ ألفا على نتائج العينة الاستطلاعية. وقد دلت النتائج على تمتع المقياس

بصورته النهائية بمعامل ثبات بلغ (0.86). أما معامل الثبات كرونباخ ألفا لمجالات المقياس، فقد بلغ للمجال الأول (0.77) وللمجال الثاني (0.75)، وللمجال الثالث (0.51)، وللمجال الرابع (0.75). كما قام الباحثان باستخدام عينة الدراسة البالغ عددها (197) فرداً لحساب معامل الاتساق الداخلي لمجالات المقياس الأربعة، وللأداة ككل، وذلك بتطبيق معادلة كرونباخ – ألفا على نتائج عينة الدراسة. وقد دلت النتائج على تمتع المقياس بمعامل ثبات بلغ (0.891). أما معامل الثبات كرونباخ–ألفا لمجالات المقياس، فقد بلغ للمجال الأول (0.79)، وللمجال الثاني (0.711)، وللمجال الثالث (0.491)، وللمجال الرابع (0.76).

تصحيح المقياس:

يتكون المقياس من (20) فقرة، وقد اعتمدت خمسة بدائل للإجابة عن فقرات المقياس، بحيث تعطى عند التصحيح الدرجات الآتية: الاستجابة «بدرجة كبيرة جداً» خمس درجات، والاستجابة «بدرجة كبيرة» أربع درجات، والاستجابة «بدرجة متوسطة» ثلاث درجات، والاستجابة «بدرجة قليلة» درجتان، والاستجابة «بدرجة قليلة جداً» درجة واحدة. يمكن لدرجات المفحوصين أن تراوح بين 20–100 درجة، ويستغرق إعطاء المقياس من 5–10 دقائق. وقد صنف الباحثان مستويات قلق الموت إلى ثلاث فئات اختيارية على النحو الآتي:

– **فئة قلق الموت المرتفع:** وهم من حصلوا على درجة 70 فأكثر. على اعتبار أن الحد الأدنى لفئة من أجاب على فقرات المقياس بدرجة كبيرة أو أكثر هو 3.5 مضروباً بعدد فقرات المقياس (20 فقرة).

– **فئة قلق الموت المنخفض:** وهم من حصلوا على درجة تقع ضمن المدى 50–69 على اعتبار أن الحد الأدنى لفئة من أجاب على فقرات المقياس بدرجة متوسطة هو 2.5، والحد الأعلى لهذه الفئة هو 3.49.

– **فئة قلق الموت المنخفض:** وهم من حصلوا على درجة تقع دون 49 درجة على اعتبار أن الحد الأعلى لفئة من أجاب على الفقرات بدرجة قليلة فما دون هو أقل من 2.49.

إجراءات الدراسة:

قام الباحثان ببناء المقياس والتحقق من ملاءمته لأغراض الدراسة باستخدام دراسة استطلاعية. ثم قاما بزيارة مركز الملكة علياء لأمراض القلب وجراحته، ومقابلة المسؤولين وأخذ الإذن منهم لإجراء الدراسة، بعد تقديم عرض موجز عنها وعن أهدافها. ووزع المقياس على عينة الدراسة بعد تقديم عرض موجز عنها وتوضيح الهدف منها، والإجابة عن أسئلة المشاركين فيها. كان ذلك في مركز

استقبال المراجعين في المستشفى. وعبئت الاستبانات من قبل أفراد العينة، أما بالنسبة للأميين من أفراد الدراسة فكان أحد الباحثين يقرأ كل سؤال للمفحوص ويعطيه خيارات الإجابة. ومن ثم أدخلت البيانات إلى ذاكرة الحاسوب، وأجريت المعالجة الإحصائية باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

النتائج والمناقشة

أولاً – النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى القلب في مركز الملكة علياء لأمراض القلب وجراحته؟

للإجابة عن هذا السؤال، حسبت المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة (ن = 197) في مركز الملكة علياء لأمراض القلب وجراحته على مقياس قلق الموت، وعلى مجالات المقياس الأربعة، حيث صنفت المتوسطات والنسب المئوية إلى ثلاثة مستويات من قلق الموت هي: قلق الموت المرتفع، وقلق الموت المتوسط، وقلق الموت المنخفض. وجدول (2) يوضح ذلك.

جدول (2)
توزيع المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة (ن=197) على مقياس قلق الموت الكلي وعلى مجالاته الأربعة وفق مستويات قلق الموت الثلاثة

أولاً – الأبعاد	مستويات قلق الموت ومدى كل مستوى						المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	منخفض		متوسط		عالٍ			
	أقل من 49		50–69		70–100			
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
1 – مخاوف تتعلق بالجانب المعرفي الانفعالي	112	%56.9	55	%27.9	30	%15.2	40.44	11.4
2 – مخاوف تتعلق بموت النفس	119	%60.4	57	%28.9	21	%10.7	44.2	10.1
3 – مخاوف تتعلق بالآخرين	116	%58.9	64	%32.5	17	%8.6	45.1	12.8
4 – مخاوف تتعلق بمرض القلب	112	%56.9	54	%27.4	31	%15.7	49.6	13.5
ثانياً – الأداة الكلية	129	%65.5	46	%23.3	22	%11.2	43.59	11.41

كما هو موضح في جدول (2) فإن مستوى قلق الموت لدى مرضى القلب في مركز الملكة علياء لأمراض القلب وجراحته كان منخفضاً في ضوء المعايير الاختيارية التي اتبعها الباحثان في هذه الدراسة؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم (43.59)، وبانحراف معياري مقداره (11.41). كما يتبين من الجدول نفسه أن غالبية أفراد العينة (ن=129)، وبنسبة بلغت (65.5%)، كانوا ضمن هذا المستوى من قلق الموت، في حين كان (46) فرداً من أفراد عينة الدراسة (ما نسبته 23.3%) ضمن مستوى قلق الموت المتوسط، وجاء ما نسبته (11.2%) من عينة الدراسة (ن=22) ضمن مستوى قلق الموت المرتفع.

ويمكن تفسير انخفاض مستوى القلق لأفراد الدراسة بأنهم أصبحوا في حالة معايشة مع المرض من خلال مرورهم بخبرات الفحوص والتحاليل الطبية المتكررة، يضاف إلى ذلك أن معظم أفراد العينة من المستويات العمرية الناضجة التي وصلت المستوى من تقبل المرض، كما أن التزام أفراد العينة الديني قد ساعد على أداء دور مهم في التسليم بالقضاء والقدر ومحدودية العمر. وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة (Shih & Chu, 1999) التي أظهرت مستويات عالية من القلق لدى مرضى القلب.

بالنسبة لمجالات المقياس الأربعة، فقد حسبت المتوسطات الحسابية الموزونة، ويتضح من جدول (2) أن المجال الرابع «مخاوف تتعلق بمرض القلب» حصل على أعلى متوسط ومقداره (49.6)، وهو يقع ضمن مستوى قلق الموت المرتفع بحسب المعيار المتبع في الدراسة الحالية، وهو المجال الوحيد الذي جاء ضمن هذا المدى. إن إصابة الأفراد بمرض خطير كمرض القلب، يشكل نوعاً من التهديد لحياتهم، ويزيد ولو جزئياً من وعيهم بموتهم الخاص، ويزيد من تفكيرهم بالمخاطر التي قد تتولد نتيجة المرض وتطوراته، ولعل أكثر هذه المخاطر إثارة لقلقهم هو أن هذا المرض قد ينهي حياتهم، لذلك يمكن القول إن إصابتهم بالمرض هي سبب رئيس لخوفهم من الموت. بينما حصل المجال «مخاوف تتعلق بالجانب المعرفي الانفعالي» على أدنى المتوسطات، ومقداره (40.44)، وهو يقع ضمن مستوى قلق الموت المنخفض بحسب المعايير التي تبناها الباحثان. في حين حصل المجال «مخاوف تتعلق بموت الآخرين» على ثاني أعلى المتوسطات، وبمتوسط بلغ (45.1)، تلاه في المرتبة الثالثة المجال «مخاوف تتعلق بموت النفس»، وبمتوسط بلغ (44.2)، وكلاهما كان ضمن مدى قلق الموت المنخفض، أما حصول المجال

«مخاوف تتعلق بموت الآخرين» على ثاني أعلى المتوسطات فهو نتيجة متوقعة في مجتمع يتميز بالتماسك الاجتماعي والأسري، وهذا بدوره يؤدي دوراً محورياً في زيادة مستوى قلق الموت على الأفراد، ويجعل الاستجابة لموتهم شديدة الوطأة على النفس.

ثانياً – النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: «ما قدرة متغيرات الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والالتزام الديني، وكمية التدخين، والدعم الاجتماعي في التنبؤ بمستوى قلق الموت لدى عينة مرضى القلب في مركز الملكة علياء لأمراض القلب وجراحته.

للإجابة عن السؤال الثاني، استخدم تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (stepwise)، الذي يستخدم لتحديد أي المتغيرات من المتغيرات الستة التي أدخلت في المعادلة للتنبؤ بمستوى قلق الموت، حيث كان هناك متغير تابع واحد هو قلق الموت، وستة متغيرات متنبئة هي: الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والالتزام الديني، وكمية التدخين، والدعم الاجتماعي. وقد استخدم مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) للدخول في المعادلة، ومستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.1$) للخروج منها. ويبين جدول (4) نتائج التحليل المتعلقة بقدرة المتغيرات المستقلة على التنبؤ بمستوى قلق الموت، كما يبين جدول (3) مصفوفة معاملات الارتباط بين هذه المتغيرات.

جدول (3)
مصفوفة معاملات الارتباط بين قلق الموت والمتغيرات المتنبئة

المتغيرات	قلق الموت	الجنس	العمر	التعليم	التدين	التدخين	الدعم
قلق الموت	---	0.19**	0.15*-	0.10	0.70**-	0.06	0.64**-
الجنس		---	0.12-	0.12-	0.04-	0.50**-	0.06-
العمر			---	0.44**-	0.33**	0.03	0.29**
التعليم				---	0.33**-	0.15*	0.21**-
التدين					---	0.07-	0.60**
التدخين						---	0.04-
الدعم							---

* ذو دلالة عند مستوى ($\alpha = 0.05$) أو أقل. ** ذو دلالة عند مستوى ($\alpha = 0.01$) أو أقل.

يتضح من معاملات الارتباط في جدول (3) أن علاقة الالتزام الديني بقلق الموت كانت سلبية، وهذا دلالة على أن المستوى المتزايد من الالتزام الديني يمكن أن ينبئ بمستوى قلق الموت المتناقص، أي أنه كلما زاد مستوى الالتزام الديني لدى مرضى القلب نقص مستوى قلق الموت لديهم، والعكس صحيح. وكذلك الحال بالنسبة لعلاقة الدعم الاجتماعي بقلق الموت، فالمستوى المتزايد من الدعم الاجتماعي يعتبر متنبئاً ذا دلالة بمستوى قلق الموت المتناقص. أما بالنسبة لمتغير الجنس، فقد كانت الإناث أكثر قلقاً للموت، حيث كانت مستويات قلق الموت لديهن أعلى منها مقارنة بالذكور وبشكل دال إحصائياً.

جدول (4)
نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي لمتغيرات الدراسة المتنبئة بمستوى قلق الموت بدلالة

المتنبئات	معامل الانحدار غير المعياري	معامل الانحدار المعياري (بيتا)	معامل الارتباط المتعدد (ر)	التباين المفسر ($ر^2$)	التغير في ($ر^2$)	التغير في (ف)	مستوى دلالة التغيير في (ف)
الثابت	52.35						
الالتزام الديني	5.81-	0.37-	0.698	0.487	0.487	185.4	0.001
الدعم الاجتماعي	3.82-	0.25-	0.792	0.628	0.039	20.06	0.001
الجنس	4.69	0.14	0.804	0.648	0.019	10.59	0.001

يتضح من جدول (4) أن المتغيرات التي فسرت، وبشكل ذي دلالة إحصائية، نسبة من التباين في مستوى قلق الموت بلغت ثلاثة متغيرات من أصل ستة متغيرات، وهي متغيرات: الالتزام الديني، والدعم الاجتماعي، والجنس، حيث استطاعت تفسير ما نسبته (0.648) من التباين في مستوى قلق الموت. بينما لم تستطع متغيرات: المستوى التعليمي، كمية التدخين، والعمر تفسير نسبة ذات دلالة في مستوى قلق الموت. كما يتضح من جدول (4) أن أكثر المتغيرات قدرة على التنبؤ بمستوى قلق الموت كان متغير الالتزام الديني، حيث فسر وحده ما نسبته (0.49) من التباين في مستوى قلق الموت، وهذه النسبة ذات دلالة إحصائية عند

مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$). واستطاع متغير الدعم الاجتماعي زيادة نسبة التباين المفسر في قلق الموت (4%) عند إدخاله المعادلة إلى جانب المتغيرات السابقة، وهذه الزيادة دالة إحصائياً أيضاً عند مستوى ($\alpha = 0.001$). وأخيراً تمكن متغير الجنس من إضافة ما نسبته (1.9%) من التباين المفسر في مستوى قلق الموت، وذلك عند دخوله المعادلة إلى جانب المتغيرين السابقين، وهذه الزيادة ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.001$).

كشفت الدراسة أن الالتزام الديني هو أقوى المتنبئات في مستوى قلق الموت، وكان على علاقة سلبية به. كما أكدت نتائج هذه الدراسة الفرض الذي يرى أن «المستوى العالي من الالتزام الديني يعتبر متنبئاً قوياً بقلق الموت المنخفض».. كما أن الفرد المتدين أكثر إيماناً بالآخرة وبوجود الحساب والعذاب من الشخص الأقل تديناً، ويكون أكثر طمأنينة بما قدمه من أعمال صالحة وعبادات ستكون حصناً ودرعاً له بعد الموت والبعث، مما يجعله يتقبل الموت ولا يخاف منه، بل قد ينتظره بفارغ الصبر، لأنه على يقين أن الموت سينقله من حياة كد وشقاء زائلة، إلى حياة نعيم ورخاء أبدية. كما أن الالتزام الديني العالي ينزع الخوف والرهبة من الموت من قلب المؤمن، وينزل السكينة والطمأنينة في قلبه، قال تعالى: ﴿يَٰٓأَيَّتُهَا ٱلنَّفْسُ ٱلْمُطْمَئِنَّةُ ﴿٢٧﴾ ٱرْجِعِىٓ إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً ﴿٢٨﴾ فَٱدْخُلِى فِى عِبَٰدِى ﴿٢٩﴾ وَٱدْخُلِى جَنَّتِى ﴿٣٠﴾﴾ (الفجر: 27–30). ومن جهة أخرى إذا كان ذو التدين القليل، أو الذي لا دين له – إن صح التعبير – لا يؤمن بوجود البعث بعد الموت، فإن هذا يكون مصدر خوف من الموت عنده، لأن مثل هذا الفرد عنده اعتقاد بأن زواله عن الدنيا زوال أبدي، وأن موته سينهي وجوده إلى الأبد؛ مما يجعله أكثر تمسكاً بالحياة، وأكثر حباً لها، وهذا يزيد من مستوى قلق الموت لديه. فقلق الموت كما بين راسموسين وجونسون (Rasmussen & Johnson, 1994) يرتبط بالاعتقاد الذي يقول: «إن الفرد المرتكب للذنوب سينال العقاب المناسب لها». وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي قامت بها ليلى الكايد (1995)، وكذلك نتائج الدراسات التي قام بها كل من (Rasmussen, 1994; Roshdieh et al., 1999) التي أشارت جميعها إلى وجود علاقة سلبية دالة بين مستوى التدين وقلق الموت.

استطاع متغير الدعم الاجتماعي زيادة التباين المفسر في قلق الموت بشكل دال إحصائياً، وكان ثالث أقوى المتنبئات بقلق الموت. وقد أكدت نتيجة الدراسة

الفرض الذي يرى أن الدعم الاجتماعي هو متنبئ ذو دلالة بقلق الموت وعلى علاقة سلبية به. إن حصول مرضى القلب على الدعم الاجتماعي من المحيطين بهم من أُسرة وأصدقاء، يؤدي إلى فوائد جمة؛ إذ يجعلهم دائمي الشعور بأن الآخرين يحبونهم ويقدرونهم ويهتمون بهم ويعتبرونهم ذوي قيمة، وهذا يجعل حياتهم ذات معنى، ويخفف من آلامهم ومعاناتهم الناجمة عن الإصابة بمرض القلب، ويجعلهم أكثر قدرة على التعايش والتعامل مع المرض ومتطلباته، وأقل مروراً بالخبرات الشاقة من جراء المرض، مما يقلل من انشغالهم بالخوف من الموت، وهذا يساعد في تخفيض قلقهم من الموت. كما أن الدعم الاجتماعي العالي عند مريض القلب يعكس مستوى عالياً من الرضا عن الآخرين بما يظهرونه من تقبل له ولظروف مرضه، وعدم التذمر من مساعدته ورعايته وتقديم العون له. ومثل هذا يكون له أطيب الأثر في نفس المريض، وفي تخفيف المعاناة والآلام عليه. وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي قام بها (Viney, 1992; Mullins & Lopez, 1982)، حيث بينت نتائجها وجود علاقة دالة وسلبية بين الدعم الاجتماعي وقلق الموت، فيما اختلفت نتائجها مع نتائج دراسة ليلى الكايد (1995)، التي أشارت إلى عدم وجود علاقة دالة بين الدعم الاجتماعي وقلق الموت.

تمكن متغير الجنس من إضافة (1.9%) من التباين المفسر في مستوى قلق الموت عند دخوله المعادلة إلى جانب المتغيرات السابقة. وقد دعمت نتيجة الدراسة الرأي الذي يقول «إن خوف الإناث العالي من الموت مقارنة بالذكور يعتبر ظاهرة عالمية» (Roshdieh et al., 1999). يمكن تفسير هذه الظاهرة من أوجه عدة، منها: أن الموت يختلف معناه عند كلا الجنسين: فالموت عند الإناث دلالة على نهاية العلاقات الشخصية، بينما عند الذكور يشير إلى نهاية الإنجازات. وهذا يجعل الإناث يُفكِّرن دائماً بالعلاقات الشخصية ويضعن أهمية أكثر لها، وأهمية أقل للإنجازات، فتعلق الإناث وارتباطهن بالآخرين من زوج وأطفال ووالدين يكون أكثر من الرجال، مما يجعل الخوف من الموت لديهن لا يتعلق بموتهن الشخصي فقط، بل بموت الآخرين المهمين في حياتهن، وهذه الأمور تجعل خوفهن من الموت عالياً؛ لأن موتهن أو موت الآخرين المهمين من حولهن معناه نهاية لهذه العلاقات الشخصية. في حين يعطي الذكور أهمية أكثر للمهن والإنجازات الشخصية، وأهمية أقل للعلاقات الشخصية، ومن ثم فإن شعورهم بأنهم أنجزوا في هذه الحياة – والإنجازات قد تكون أعمالاً أو أولاداً أو أحفاداً أو علاقات – يعمل على خفض قلق الموت لديهم،

وهذه الإنجازات تولد لديهم الإحساس بالبقاء. يضاف إلى ذلك ما طرحه يونغ ودانييل (Young & Daniels, 1980) من أن الإناث أكثر قلقاً من الموت بسبب الدور المتوقع من كلا الجنسين. فكما هو معروف حضارياً، فإن مجتمعنا عادة ما يتوقع من الذكور أن يكونوا شجعاناً وأقوياء، وأكثر قدرة على تحمل الصعاب من الإناث، مما يجعلهم يُظهرون أنهم أقل قلقاً من الإناث، ومن ثم أكثر شجاعة وتحملاً، وكذلك يجعلهم أقل قدرة لأن يظهروا عواطفهم مثل الخوف من الموت، لأن إظهاره فيه مخالفة للدور المتوقع منهم، وهذا يؤثر في مكانتهم بين أفراد مجتمعهم. أما الأنثى فإن الدور المتوقع منها لا يفرض عليها هذه الضغوط، ومن ثم تكون أكثر حرية وقدرة على إظهار عواطفها ومشاعرها وقلقها من الموت. كما أن الإناث عادة ما يكنَّ أقل شعوراً بالأمان والطمأنينة النفسية من الرجال (Sanders et al., 1980)، وهذا يجعلهن أكثر خوفاً بشكل عام من الألم والمعاناة الطويلة، وأقل تحملاً لها، وبخاصة الآلام والمعاناة المصاحبة للإصابة بمرض خطير كمرض القلب، وهذا بجعل قلق الموت لديهن أعلى مقارنة بالرجال. وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع نتائج معظم الدراسات في هذا المجال (Roshdieh et al., 1999; Rasmussen, 1994; Devins, 1980). حيث أشارت نتائجها جميعاً إلى أن الإناث أكثر قلقاً من الموت مقارنة بالذكور وبشكل دال إحصائياً، فيما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ليلى الكايد (1995)، التي دلت نتائجها على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت يعزى لاختلاف الجنس.

أظهرت الدراسة الحالية عدم قدرة متغير العمر على التنبؤ بمستوى قلق الموت، وقد اتفقت نتيجتها مع نتيجة دراسة وحيدة هي دراسة ليلى الكايد (1995)، التي أشارت نتيجتها إلى عدم وجود فروق دالة في مستوى قلق الموت تعزى إلى متغير العمر، فيما اختلفت نتيجتها مع نتائج دراسة (Robinson & Wood, 1983)، حيث أشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت تعزى إلى العمر، ولصالح صغار السن (صغار السن أكثر قلقاً من الموت مقارنة بكبار السن). كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Mullins & Lopez, 1982)، حيث أشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت تعزى إلى العمر، ولصالح ذوي العمر الأكبر (كبار السن أكثر قلقاً من الموت مقارنة بصغار السن).

يمكن أن يكون سبب الاختلافات بين نتائج الدراسة الحالية، ونتائج الدراسات

السابقة، هو اختلاف المجتمعات، فجميعها أجريت في مجتمعات غربية تختلف عن مجتمعنا ثقافياً وحضارياً ودينياً، والدراسة الوحيدة التي اتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية (دراسة ليلى الكايد، 1995) هي دراسة أجريت محلياً. والدراسة الحالية تقترح أن متغيرات الالتزام الديني، والدعم الاجتماعي، تعتبر متنبئات أفضل بقلق الموت من العمر، ويمكن أن تؤدي دوراً محورياً في تفسير الاختلافات في نتائج الدراسات السابقة حول أثر العمر على قلق الموت.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية عدم قدرة متغير كمية التدخين، على التنبؤ بمستوى دال من التغيير في قلق الموت. ويمكن تفسير ذلك في أن عمر أفراد العينة المرتفع مؤشر على أن لهم فترة طويلة من الزمن يمارسون عادة التدخين، التي يبدأ المدخنون في مجتمعنا بممارستها عادة في مرحلة مبكرة من العمر، وكأنَّ هذه العادة أصبحت جزءاً من حياتهم اليومية، ومن ثم اعتادوا على أنها ممارسة عادية، إضافة إلى عدم اقتناع معظم المدخنين بوجود أثر كبير. وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Berman, 1977) التي أشارت إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة بين التدخين وقلق الموت. وفي ضوء النتائج يوصي الباحثان بضرورة إجراء المزيد من البحوث التي تتناول هذه الفئة من خلال اختبار أثر متغيرات جديدة.

المصادر:

عماد شارة (1988). **أمراض القلب والأوعية الدموية في 268 سؤالاً**، دمشق: دار المعرفة.

ليلى عبدالعزيز الكايد (1995). قلق الموت والقيم الدينية لدى المسنين في دور الرعاية في الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة): جامعة اليرموك – إربد، الأردن.

محمد أحمد النابلسي. (1987). **أمراض القلب النفسية**. طرابلس – لبنان: دار الإيمان للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد عثمان نجاتي (1989). **القرآن وعلم النفس**. جدة: دار الشروق.

Abdel-Khalek, A. M. (2000/2001). Death, anxiety, and depression in Kuwaiti uyndergraduates. Omega: *The Journal of Death and Dying,* 42 (4): 309-320. from: http://www.baywood.com/search/.

Abengozar, M. C., & Bueno, B. (1999). Intervention on attitudes toward death along the life span. *Educational Gerontology,* 25 (5): 435-449.

Abdelbratt, S., & Strang, P. (2001). Death anxiety in brain tumor patients and their spouses. *Palliative Medicine,* 14 (6): 508.

Alison, K. E. (1999). Attitudes towards death and dying in the professional community. Retrieved 20/ July/ 2002 from: http://www.unh.edu/mcnair/99.y_dumont.abs.html

Berman, A. L. (1977). Smoking behavior: How is it related to locus of control,

death anxiety, and belief in after life? *Omega: The Journal of Death and Dying*, 4 (2). Retrieved 20/ August/ 2002 from: http:// www.baywood.com/search/.

Bond, C. W. (1998). *Influence that religiosity, age, and gender has on death anxiety*. Retrieved 16/ June/ 2002 from: http://www.dunamai.com/ fodyq/ch1.thm.

Bourgeois, A., Boulanger, M., Lavoie, R., & Desaulniers, D. (1980). Views of patients after open heart surgery. *Cane J Surg,* 23 (2): 152-153. Retrieved 25/ September/ 2002 from: http://www.ncbi,nlm.nih.gov/.

Cheung, Ch., Chung, C., & Easthope, Y. (2000). Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft CRASH. *Death Studies,* 24 (8): 689-705.

Cohen, S., Mount, B. M., Thomas, J., & Mount, L. (1999). Existential well-being is an important deteminant of quality of life. *Cancer*, 77: 576-586.

Devins, G. M. (1980). Contributions of health and demographic status to death anxiety and attitudes toward voluntary passive euthanasia. *Omega: The Journal of Death and Dying,* 11 (4): 293-302. (ERIC: Document Reproduction Service, No. EJ242055).

Feifel, H. (1990). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychologist,* 45: 537-543.

Florian, V., & Mikulincer, M. (1997). Fear of personal death in adulthood: The impact of early and recent losses. *Death Studies*, 21 (1): 1-24.

Kastenbaum, R. J., & Normand, C. (1990). Deathbed scenes as imagined by the young and experienced by the old. *Death Studies,* 14: 201-217.

Leming, M. R., & Dickinson, G. E. (1985). *Understanding dying, and bereavement*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Lester, D. (1990). *The Collett-Lester fear of death scale: The original version and a revision*. New Jersey. Hemisphere Publishing Corporeation. Retrieved 17/ July/ 2002 from: http://www.dunamai.com/survey/ fddyq/collet-Lester-FDDYQ.htm.

Mullins, L. C., & Lopez, M. A. (1982). Death anxiety among nursing home residents: A comparison of the young-old and the old-old. *Death Education,* 6 (1), 75-86. Retrieved 25/ September/ 2002 from: http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/.

Rasmussen, C. H., & Johnson, M. E. (1994). Spirituality and religiosity: Relative realtionships to death anxiety. Omega: *The Journal of Death and Dying,* 29 (4), 313-318, (ERIC: Document Reproduction Service, Mo. EJ497280).

Robinson, P. J., & Wood, K. (1983). Fear of death and physical illness: A personal construct approact. *Death Education,* 7 (2-3): 213-228.

Roshdieh, S., Templer, D. I., Cannon, W. G., & Canfiedld M. (1999). The

relationships of death anxiety and death depression to religion and civilian war-related experiences in Iranians. *Omega: The Journal of Death and Dying,* 38 (3). Retrieved 21/ Nov/ 2002 from: http:// www.bayood.com/search/.

Sanders., J. F., Poole, T. E., & Rivero, W. T. (1980). Death anxiety among the elderly. *Psychological Reports,* 46 (1): 53-54.

Shih, F. J., & Chu, S. H. (1999). Comparisons of American-Chinese and Taiwanese patients' preceptions of dyspnea and helpful nursing actions during the intensive care unit transition from cardiac surgery. *Heart Lung,* 28 (1), 41-54 Retrieved 25/ September/ 2002 from: http://www.ncbi.nlm.nih.goc/.asp/

Van Lommel, S., Van Wees, R., Meyers, V. & Elfferich, I. (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: A prospective study in the Netherlands. *Lancet,* 358 (9298), 2039-2046.

Viney, L. L. (1992). The Psychosocial Impact of Multiple Death from AIDS: *Journal of - Death and Dying,* 24 (2), 251-263. (ERIC: Document Reproduction Service, No. EJ442606).

Weathersby, T. (2003). *Why we fear death*. About, Inc. Retrieved 13/ June/ 2003 from: http://www.dying.about.com/library/weekly/aa081700b.htm.

Williams, K. (2003). *The near-death experience [NDE] and death*. Retrieved 11/ June/ 2003 from: http://www.near-death.com/experiences/research13.html.

Young, M., & Daniels S. (1980). Born Again stutus as a factor in death anxiety. *Psychological Reports,* 47 (2): 367-370.

قدم في: يناير 2004

أجيز في: مايو 2005

ملحق (١)
مقياس قلق الموت

الأخ المستجيب/ الأخت المستجيبة:

يقوم الباحث بإعداد دراسة عن قلق الموت لدى مرضى القلب، وذلك جزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص توجيه وإرشاد نفسي. ومن أجل ذلك يضع الباحث بين أيديكم مجموعة من الفقرات، راجياً التكرم بالإجابة عن جميع الفقرات، وذلك بوضع إشارة (X) أما كل فقرة، بحسب البديل الذي ترونه يناسبكم. ونأمل توخي الصدق والدقة والموضوعية في ذلك خدمة لأهداف البحث العلمي، علماً بأن الاستجابات ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

واقبلوا فائق الاحترام.

معلومات عامة:

* الجنس: ذكر أنثى
* العمر: ..... سنة
* المستوى التعليمي: .....
* كمية التدخين اليومية: صفر 1–9 10–19 20 فأكثر
* مستوى التزامك الديني:

قليل جداً قليل متوسط عال عالٍ جداً

* ما مدى وجود الاتصال المنتظم مع أقربائك ومعارفك؟ وما مدى تزويدهم لك بالمساعدة والدعم العاطفي والاقتصادي والمعلوماتي؟

قليل جداً قليل متوسط عال عال جداً

الرقم	الفقـرة	بدرجة كبيرة جداً	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	بدرجة قليلة جداً
1	يزعجني أنني لن أعود إلى الحياة الدنيا بعد موتي.					
2	أحاول تجنب التفكير في الموت.					
3	أنزعج عند سماعي أحاديث عن الموت.					
4	أود لو يبتعد الناس عن استخدام كلمة «الموت».					
5	أتمنى لو أن الموت داء له دواء.					
6	أخاف أن أموت بطريقة مؤلمة.					
7	أخاف أن أكون وحدي عندما أموت.					
8	أخاف أن أموت بشكل مفاجئ.					
9	أخاف أن أنام ولا أستيقظ بعد ذلك.					
10	أخاف من عملية الاحتضار.					
11	يزعجني ترك الأحبة خلفي عندما أموت.					
12	أنزعج عند المشاركة بغسيل جثة ميت.					
13	أكره الجلوس بجانب شخص يحتضر.					
14	أخاف من المشاركة بغسيل جثة ميت.					
15	مرضي يجعلني أخاف من الموت.					
16	ينتابني الخوف إذا أبلغني الطبيب أن عليَّ إجراء عملية جراحية.					
17	أخاف من توقف قلبي بشكل مفاجئ.					
18	أشعر بالقلق إذا نفد علاج مرض القلب من عندي.					
19	أنزعج عندما أسمع أن أحد الأشخاص توفي بمثل مرضي.					
20	ينتابني القلق إذا اضطررت لزيارة مريض بالقلب في المستشفى.					

Psychology

Death Anxiety among Sample of Heart Patients

Ahmad Smadi*

Mamoon Ghwanmeh**

The present study investigated the levels of death anxiety among heart patients in Queen Ali Center for Heart Diseases in Jordan. The study also examined the possibility of predicting death anxiety by variables such as sex, educational background, age, smoking, social support, and religion commitment. 197 subjects of heart patients (119 males, 78 females;) participated in this study, and completed the Death Anxiety Scale (ADS) which was developed by the researchers, results of the study showed a low level of death anxiety among the sample of the study. Stepwise Multiple Regression Analysis results showed that religion commitment, social support and sex variables were significant predictors of death anxiety ($r^2 = 0.648$, $\alpha = 0.001$).

Keywords: Anxiety, Death, Heart, Diseases, Patients.

* Faculty of Education, United Arab Emirates University, United Arab Emirates.

** Teacher in Ministry of Jordanian Education, Jordan