قلق الموت وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي

م.د. غزوة فيصل كاظم

الجامعة المستنصرية

dr.ghazwa@uomustansiriyah

الملخص

يستهدف البحث الحالي إلى:

١-التعرف على قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي.

٢-التعرف على المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي.

٣-هل توجد علاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية.

قد تحدد البحث بدراسة متغيرات البحث(قلق الموت وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي) حيث قامت البحث ببناء المقياسان وطبقت هذه المقاييس على عينة مؤلفة من (١٠٠) مريض ومريضة اختيرت بطريقة عشوائية).

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

أولا:أظهرت النتائج أن إفراد العينة من المرضى لديهم قلق الموت.

ثانيا: تمتع إفراد العينة بالمساندة الاجتماعية المقدمة لهم من قبل الأهل والأصدقاء والأقارب.

ثالثا لاتوجد علاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية.

وقد خرج البحث بعدد من التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: قلق الموت، المساندة الاجتماعية، الفشل الكلوي

Death anxiety and its relationship to social support in patients with kidney failure

Assistant Doctor Ghazwa Faisal Kadhim

Mustansiriya University

Abstract

Current search targets:

identify the anxiety of death in patients with kidney failure.

identify social support in patients with kidney failure.

Is there a relationship between death anxiety and social support?

The study may determine the variables of research (death anxiety and its relation to social support in patients with renal failure). The research has constructed the two measures and applied these measures to a sample of 100 patients and patients randomly selected.

The results of the study showed the following:

First, the results showed that the sample of patients had a concern for death.

Second: Enjoy the sample of the social support provided to them by friends, family and relatives.

Thirdly, there is no connection between death anxiety and social support.

The research came out with a number of recommendations and suggestions.

Keywords: death anxiety, social support, kidney failure

مشكلة البحث:

أن اتجاهنا نحو الموت بوجه عام اتجاه متناقض يسترعي ويتعين التوقف عنده. ومرجع تناقضه أننا نسلم به ولا ننكره. ولكننا مع ذلك نكرهه ونمقته، نتوقعه، ولكن معظمنا يود من صميم قلبه أن يتأخر مجيئه، نعترف بحتميته، ولكننا في خضم الحياة الدنيا ومعترك المطالب والتكالب ننساه أو نتناساه.

أن مفهوم الموت مرتبط لدى كثيرين بانفعالات عنيفة ومشاعر جياشة واتجاهات سلبية تتجمع معا مكونة ما ندعوه بإيجاز (قلق الموت) أو الخوف منه. وليس من اليسير أن نذكر دراسة الموت في مجال محوره المركزي، ألا وهو قلق الموت(عبد الخالق، ١٩٩٠،ص١٤).

ومن خلال اطلاع الباحثة على الدراسات المرتبط بقلق الموت وجدت أن اغلب الدراسات تناولت مفهوم قلق الموت عند المرضى وخصوصا المرضى المصابين بالإمراض المستعصية. وقد تحسست الباحثة بالفعل هذا الارتباط من خلال مرافقتها والدتها المصابة بمرض الفشل الكلوي والذي يعد من الإمراض التي تلزم دخول المريض عدة أيام للمستشفى خلال الأسبوع لتلقي العلاج وهو علاج مكلف وصعب وقد يتعرض المريض لعدد كبير من المضاعفات مثل الإصابات ببعض أنواع الفيروسات والإصابة بفقر الدم الحاد.

لذا ارتأت الباحثة دراسة قلق الموت وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي.

أهمية البحث: في الآونة الأخيرة بدا يزداد أعداد الإفراد المصابين بالإمراض المستعصية ومنها مرض الفشل الكلوي حيث تشير الإحصاءات غير الرسمية التي حصلت عليها الباحثة من مراكز

غسل الكلى ومن خلال قيامها بالدراسة الاستطلاعية قبل الشروع باجرى البحث على سبيل المثال عدد المرضى الذين خضعوا لغسيل الكلى خلال شهر واحد بلغ ثلاثة الألف حالة في مستشفى بغداد التعليمي في مدينة الطب.علما أن عدد المرضى المسجلين بجداول الغسل يصل عددهم إلى اربعمئة وستون مريض تتراوح مرات تواجدهم في المستشفى بين يوم واحد في الأسبوع إلى ثلاثة أيام أسبوعيا.

لذا تكمن أهمية دراسة الموضوع في انه أصبح هاجس الكثير من الإفراد مع تردي ملحوظ في مستوى الخدمات المقدمة التي تجعل المريض

أهداف البحث:

يستهدف البحث الحالي:

أولا: التعرف على مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي.

ثانيا:إيجاد العلاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي.

حدود البحث:

يقتصر البحث الحالي على مرضى الفشل الكلوي الذين يتلقون العلاج في مستشفى بغداد التعليمي ومستشفى الكندي في مدينة بغداد للعام الحالي ٢٠١٨-٢٠١٧

مصطلحات البحث:

قلق الموت "Death Anxiety "

١- عرّفه ديكستاين (Dickstein) (١٩٧٢) بأنه " التأمل الشعوري في حقيقة الموت أو التقدير السلبي لهذه الحقيقة " (Dickstein: 1972, P. 565) .

٢- عرّفه هولتر (Hoelter) (١٩٧٩) بأنه " استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت " (Hoelter: 1979, P. 998) .

٣- عرّفه تمبلر (Templer) (١٩٨٣) بأنه " حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد وفاته هو " (Martin: 1983,P. 52) .

٤- عرّفه عبد الخالق (١٩٩٠) بأنه " نوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه " (عبد الخالق : ١٩٨٧، ص ٣٩) .

أما التعريف النظري فقد اعتمدت الباحثة تعريف تمبلر لقلق الموت ويتم قياسه اجراءياً من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها المريض نتيجة استجابته لفقرات المقياس .

المساندة الاجتماعية Social Support

عرفها باركر(١٩٩١):أنها الأنشطة والعلاقات الرسمية وغير الرسمية التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية وتسهم في بناء شخصية الفرد(Barker,1991).

كما عرفها ملانوبتش وزاريت (١٩٩٥):بأنها المساندة المتمثلة في إظهار مشاعر الود والحب للمسنين وإشعارهم بأن هناك من يقف بجانبهم وجدانيا عند الحاجة(Malone Beach,E;etal,1995,29).

كما يعرفها كوهين(١٩٩٦):بأنها هي مظاهر الرعاية والاهتمام التي تقدم بشكل لفظي او غير لفظي، وتتضمن الاستماع والتعاطف والطمأنينة وتتيح الفرصة للتعبير عن المشاعر التي ربما تخفض من المشقة، وتؤدي إلى تحسين العلاقات بين الأفراد والتزويد ببعض الأهداف أو المعاني لخبرات الحياة(محمد شعبان،٢٠٠٢،ص٤٠).

أما التعريف النظري فقد اعتمدت الباحثة على الأطر المفسرة لمتغير المساندة الاجتماعية وعرفت المساندة الاجتماعية: مجموعة الخدمات الاجتماعية والنفسية والمادية المقدم لمريض الفشل الكلوي من قبل الأهل، الأقرباء، الأصدقاء والكادر الطبي ويتم قياسه اجراءياً من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها المريض نتيجة استجابته لفقرات المقياس .

الفصل الثاني

الأطر النظري: قلق الموت

يعدُّ فرويد من طليعة العلماء الذين حاولوا تفسير مضمون القلق في إطار نظريته في التحليل النفسي وأسماها بالحصر، وترى نظريته بأن دوافع السلوك الإنساني تنبع من طاقة بايولوجية عامة (المليجي : ٢٠٠٠، ص ١٥) .

ويعتقد فرويد بأن ديناميات الشخصية (الهو، الانا، الانا الاعلى) تعتمد إلى حد كبير على ضرورة إشباع حاجات الفرد بالاتصال بموضوعات العالم الخارجي، فكما أن البيئة المحيطة تمد الكائن الحي الجائع بالطعام، والعطشان بالماء فأنها تقوم بدور آخر في تشكيل مصير الإنسان وشخصيته، فالبيئة في الوقت نفسه تحتوي على مناطق خطرة وغير آمنة، فهي تهدد أمن الشخص وتكون قادرة على إحداث الألم وزيادة التوتر، وعليه نجد أن استجابة الفرد المعتادة للتهديدات الخارجية وخاصةً التي لا يكون متأهباً لمواجهتها مصحوبة بالتوتر والقلق نتيجة إحساسه بالخوف، وإذا ما تكررت المواقف وتغلب الخوف على الفرد سوف يؤدي إلى ضعف الانا وعجزها عن السيطرة على الشخصية وصعوبة أعادتها إلى حالة التوازن،وفي هذه الحال سوف تغرق الذات في فيضان الحصر (هول، ليندزي : ١٩٧٨، ص ٦٧) .

وفسّر فرويد نشوء ذلك أيضاً وعزاه إلى عملية الكبت وعلى وجه التحديد التجارب النفسية المؤلمة التي تحدث في سنوات الطفولة مهما كان مصدرها، ومن بين هذه التجارب المكبوتة هي الرغبات

الجنسية الفاشلة من حياة الطفل لتعارضها مع القيود التي تمنع تحقيقها، والهدف من عملية الكبت هو تبديد القلق الناتج عن بقاء الرغبة والمانع لها في الوعي، وعلى هذا الأساس فهو ينظر إلى القلق على أنه خوف داخلي، وأن أحساس الفرد به ما هو إلا إنذار بأن تجربة ما مكبوتة أصبحت مهيأة للظهور الى حيز الوعي مهددة التكامل النفسي للفرد (كمال : ١٩٨٩، ص١٨٧) .

ويطلق فرويد على القلق الذي لا يمكن معالجته بالطرق المجدية اصطلاح (صدمي) حيث يؤدي هذا القلق بالشخص إلى حالة عجز طفلي، وفي الحقيقة أن النمط الأولي لكل الأنواع اللاحقة من القلق يتمثل في صدمة الميلاد، فالوليد يقذف بفيض غامر من المنبهات من العالم الخارجي لا يكون متأهباً لها بعد، كما أنه لا يستطيع التكيف لها (الفيومي : ١٩٧٥، ص ٦٢).

ويرى فرويد ومريدوه الذين ساروا في منهج التحليل النفسي أن القلق من الموت كامن وراء كل المخاوف، ومصدر ذلك غريزة الموت التي توجد عند جميع البشر، ويعتقد فرويد أن كل شخص مؤمن بأنه سوف يموت في النهاية، ولكن غريزة الحياة تجعله يبدي ميلاً لأن يركن الموت جانباً أي يغيبه عن وعيه اعتقادا بخلوده الشخصي، الذي يدفعه إلى استخدام الكثير من وسائل الدفاع النفسي لا شعورياً وذلك لإخفاء قلقه من الموت (فرويد: ١٩٧٧، ص ٢٧) .

ويرى هذا العالم أن طبيعة الشخصية يكون مرجعها عائداً إلى هاتين الغريزتين، فإن سيطرة غريزة الموت (العدائية) تكون الشخصية مضطربة قلقة وإن حلت غريزة الحياة تكون الشخصية على قدرٍ عالٍ من السوية، شرط أن يتعلم الفرد الأساليب التي تجعله قادراً على خفض التوترات التي يواجهها والناجمة من العمليات الفسيولوجية، والصراعات، والاحباطات والتهديدات (هول، ليندزي : ١٩٧٨، ص ٦٩) .

أما يونغ (Jung) فقد أتبع نهج فرويد في تفسيره للطبيعة البشرية لكنه أعطى لها معنى آخر مختلفاً، إذ أن نظرته إلى الشخصية كانت مستقبلية آخذاً في الاعتبار الماضي كعنصر مهم في تحريك وتشكيل نمط السلوك وفي لغة يونغ، أن الإنسان تحركه الأهداف بقدر ما تحركه الأسباب، لذلك فهو يسعى إلى النمو الدائم، وعليه فأنه يحاول دائماً السيطرة على الصعوبات التي يعاني منها منذ الطفولة، ولكن إذا تواترت الصعوبات واستمر الفشل، سوف يعاني الفرد من اضطراب القلق، وإذا تظافرت هذه الأسباب مع جزء مما احتواه مخزون الذكريات في اللاشعور الجمعي الذي أشار إليه يونغ، والذي يرى فيه أن الإنسان أصلاً لديه الاستعداد للخوف من مخاطر الطبيعة بأنواعها وهذه المخاوف الكامنة تنمو عند الإنسان إذا ما دعُمت بخبرات نوعية (التوترات،الصراعات، الفشل) عند ذلك سوف تذكى حالة الاضطراب وينمو القلق وربما بأنواعه المختلفة، ويعدُّ يونغ هذا رد فعل طبيعياً يلجأ إليه الفرد عندما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي والتي تعدُّ تهديداً لوجوده(هول وليندزي:١٩٧٨،ص١١٢).

ويفترض يونغ وجود أنماط أولية عديدة في اللاشعور الجمعي ومنها الموت، وهذا النمط يعد وديعة دائمة في العقل لخبرة تتكرر على الدوام عبر أجيال كثيرة، ويرى هذا العالم أن الفرد يعمل بواسطة هذا النمط إلى دفع ذاته للبحث عن مصدر جديد للطاقة النفسية (Jung : 1954, P. 58)

فإذا لم يستطع الفرد تحقيق ذلك سيكون الموت المصدر الأساسي للبؤس العصابي لديه، وعند ذلك سيكون القلق من الموت هو المصدر الرئيسي لاضطراباته الشخصية وخاصةً في النصف الثاني من حياته (الفيومي : ١٩٧٥، ص ١٠٢) .

أما أدلر فقد أنتهج منهجاً فلسفياً في نظريته وهذه الفلسفة مفادها أن الإنسان تحركه توقعاته للمستقبل أكثر مما تحركه خبرات الماضي، وهذه التوقعات ليست مبنية على أهداف تعدُّ جزءً من خطة إنمائية، كما أنه لا يؤمن بالقدرية أو القدر، فهذان يوجدان بصورة ذاتية نفسية لدى الإنسان ولم يكون إلا محاولات ذات تأثير في السلوك الراهن فإذا اعتقد الشخص مثلاً أن هناك جنة للمتقين وجحيماً للآثمين، فان هذا الاعتقاد سيؤثر على سلوكه، ويرى أدلر أن تصرفات الإنسان تستند إلى أفكار خيالية لا تصف بالضرورة الواقع ومن أمثلة تلك الخيالات الاعتقاد بالحياة الآخرة بعد الموت، وإن التصرفات الشريرة لا بد أن يتبعها عقاب، ويرى أن الفشل في تجاوز الخوف من الموت هو سبب المرض العقلي (هول وليندزي : ١٩٧٨، ص ١٦٣) .

أما فروم فقد حاول منذ البداية الربط والجمع بين مبادئ التحليل النفسي وبين الفكر الاجتماعي المعاصر له (الماركسي)، فكان الموضوع الأساسي لجميع كتاباته هو أن الإنسان يحس بالوحدة والعزلة عندما ينفصل أو يصبح مستقلاً عن والديه أو عن بقية البشر، ويقف وحيداً في مواجهة هذا العالم الخارجي، فهو حينئذٍ يشعر بالوحدة، والعزلة، والعجز والقلق (Fromm: 1947, P. 15) .

وفسّر فروم القلق كأحد الإمراض النفسية بأنه حالة الصراع القائم بين سعي الإنسان للتمتع بالحرية وتحقيق الذات والسعادة والاستقلال وبين النظم المختلفة القائمة في مجتمعه والتي قد تحبط هذا السعي (هول وليندزي : ١٩٧٨، ص١٧٦).

ويرى هذا العالم أن قلق الموت يكون على نوعين : الأول هو الذي يحسه الإنسان حينما يتأمل فكرة الموت والمتمثلة في الكثير من معتقداته الدينية وطقوسه التي تهدف إلى أبقاء الجسد والمحافظة عليه أطول فترة ممكنة، ولكن في كثير من الأحيان تنتابه المخاوف عندما يشعر أنه سوف يفقد هذا الخلود بسبب المعوقات التي تجابهه في حياته، ورغم هذا فقد اعتبرها فروم من المخاوف الطبيعية، والثاني هو الخوف الشاذ الذي يأخذ طابع الوساوس والذي غالباً ما يعاني منه الشخص العصابي وقد أطلق عليه(الخوف اللامعقول من الموت) وهذا ناتج عن شعور الفرد بأنه فشل في الحياة وإنه عاجز عن تحقيق أهدافه في المجتمع (Fromm: 1955, 66) .

أما هورني فقد أكدت على القلق الأساسي الذي تعتقد أنه الإحساس الذي ينتاب الطفل بعزلته وقلة حيلته في عالمٍ يحفل بإمكانيات العداوة والعوامل المعاكسة في البيئة وهذا يمكن أن يؤدي إلى الشعور بانعدام الأمن عند الطفل مما يجعله يفقد التحكم والسيطرة ويكون غير مبالٍ ويكون سلوكه شاذاً لا يحترم الحاجات الفردية للآخرين ويفتقر إلى التوجيه الحقيقي، وإن اتجاهاته متضاربة، ويفتقر إلى حرارة العاطفة، فأحياناً يضطر إلى مناصرة احد الوالدين في الخلافات الأسرية، والانعزال عن الأطفال الآخرين،وما إلى ذلك كله وبصفةٍ عامة فإن كل ما يؤدي إلى اضطراب شعور الطفل بالأمن في علاقته بوالديه يؤدي إلى القلق الأساسي. (Horney: 1939, P. 100- 120)

وترى هورني أن الطفل الذي يشعر بانعدام الأمن ينمي مختلف الأساليب ليواجه ما يشعر به من عزلة وقلة حيلة ولهذا فأنه يكون في صراع دائم مع مجتمعه، ولكنه يمكن أن يتجنب هذه الصراعات إذا كان الطفل في أسرة يتوفر فيها الأمن والحب والتسامح والدفء العاطفي،إذ أن هورني تعتقد أن الصراع ينتج عن الظروف الاجتماعية وإن خبرات الطفولة ستؤثر فيما بعد على الفرد حيث أن وجود الفرد في بيئة عدوانية تمثل خطراً موجهاً له باستمرار وهذا يؤدي إلى نشوء القلق الذي يخلق عدم تقبل للحياة وبالتالي الاستسلام للموت (هول وليندزي : ١٩٧٨، ص ١٩١) .

وهناك اتجاه نظري آخر يرى أن القلق ينشأ عن الصراع النفسي نتيجة التعارض القائم بين عاطفتين مثل الصراع بين الدوافع الأساسية، والغريزية وبين المعايير الاجتماعية والمُثل التي أكتسبها الفرد، ومن رواد هذا الاتجاه ماننجر (Menninger) الذي يرى أن الصراع يقوم بين أحدى قوتين دافعتين عند الإنسان منذ الطفولة الأولى : قوة التعدي وهي مؤذية محطمة في طبيعتها، والثانية : جنسية، وهي بناءه تدفع نحو الحب ويرى هذا العالم أن الفرد إذا عجز عن كبح جماح قوى التعدي سوف يصاحبه القلق دائماً، فهذا الدافع يعمل وكأنه خطر يهدد من سلامة الشخصية وأن مصدره داخلي، والأمر يصبح أكثر سوءاً عندما يكون هناك تهديد خارجي يمتزج مع التهديد الداخلي للكيان النفسي (عبد الصمد: ١٩٩٩، ص ٨٥) .

إن هذه النظرية وان كانت في محتوياتها تشبه نظرية فرويد، إلا أنها لا تصر على الدوافع الجنسية كمحور أساسي لنشوء القلق، وهي ترى أن القلق ناتج عن الرغبات الواعية واللاواعية (كمال: ١٩٦٨، ص ٨٨) .

أما أصحاب المدرسة السلوكية واطسن وبافلوف فقد فسّروا القلق على أنه خوف الفرد من مثيرات أو اشتراطات موجودة في البيئة حيث يرتبط (شيء) معين ارتباطاً عارضاً بخبرة تثير القلق وغالباً ما تكون هذه الخبرة خطرة تهدد الفرد فيقوم برد فعل معين إزاءها، لذلك فأن قلق

الموت وفقاً لآراء المدرسة السلوكية هو رد فعل لموقف معين يجعل الشخص في مواجهة مع الموت (دافيدوف : ٢٠٠٠، ص ١٥٢) .

ويتحدث دولارد وميلر عن القلق كونه شكلاً من أشكال الخوف الذي يكون مصدره غامضاً ويعتقدان أن المصدر الأساسي للقلق هو الصراع الداخلي وإدراك الفرد للمثير، وهذا الإدراك هو الذي يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو الخطرة التي تمر في حياته فيحاول تجنبها، وبما أن الموت مكروه لدى الفرد فهو مرادف للعدم والتلاشي لذلك يعدُّ مثيراً لقلق الموت (هول وليندزي : ١٩٧٨، ص ٢٢٥) .

ويؤكد اصحاب النظرية السلوكية . المعرفية على أن أي اختلال في توازن النفس البشرية ما هو إلا استجابات انفعالية وجدانية لمؤثرات بيئية ناتجة من التفاعلات المستمرة بين المثير والتفكير والاستجابة وبهذه الطريقة، يكوّن الإنسان تصوراته ومفاهيمه عن نفسه وعن الآخرين وهذا ما دعا إليه كيلي إن هذه المفاهيم تمثل الفلسفة الخاصة التي يتمسك بها الفرد في الحياة (عاقل : ١٩٦٧، ص ٢٧٥) .

ويعدُّ قلق الموت عند هؤلاء العلماء ومنهم أليس (Ellis) ، وماهوني (Mahoney) وبيك (Beck) استجابة تلقائية . سلوكية فكرية مرتبطة بصورة مباشرة بالأفكار والمفاهيم والمعتقدات غير المنطقية والخاطئة عن الموت والمتمثلة في شكل ادراكات أو عمليات معرفية مثيرة للقلق تظهر بصورة حوار داخلي أو ألفاظ داخلية يقولها الفرد لنفسه عن الحوادث والمواقف الخطرة غير المحببة التي يمر بها الفرد خلال فترة حياته (موراي: ١٩٨٨، ص٧٧) .

وأحياناً يميل الإنسان إلى المبالغة في تقدير خطورة الموقف وحصول الأذى، وقد يستسلم لهذه المواقف ويعتقد انه غير قادر على مواجهتها، وعدم قدرته على التكيف معها، سوف يؤدي إلى ظهور قلق الموت في تفكيره وفي نمط سلوكه (ابو حجلة : ١٩٩٨، ص ٤١) .

وقد اقترح(**هولتر**) على أساس من الدراسات السابقة، ونتائج التحليل العالمي التي أجراها مفهوما متعدد الإبعاد للخوف من الموت، وقد ضمن هذه الإبعاد الثمانية في مقياسه، وهي كما يأتي: الخوف من عملية احتضار الميت، التحطيم بعد الموت، مباشرة موت الآخرين ممن لهم أهمية في حياة الشخص الجهول، موت الشعور الجسد بعد الموت قبل الأوان.

ولقد وضع(تمبلر) مقياس قلق الموت على اساس افتراض الجوانب الاتية:

عملية الاحتضار (الموت) بوصفه حقيقة مطلقة، ونهائية، الجثث، الدفن (Templer1970:165)، ويستخلص مما سبق أن مفهوم قلق الموت هو تركيب متعدد الإبعاد، والحاجة ماسة إلى دراسة أشمل لتحديد مكونات وإبعاد هذا المفهوم المركب بشكل أدق فلا تعيد تبعا لاختلاف الدراسات، أو خصائص العينات ويؤكد ذلك شولز إذ يشير إلى أن عديدا من

جوانب عدم الاتساق في نتائج بحوث قلق الموت يمكن أن تتضح إذا ما بدا الباحثون يوجهون انتباههم جيدا إلى مكونات قلق الموت، بدلا من معالجته على انه مفهوم وحدوي

بناءً على ما تقدم من عرضٍ للنظريات النفسية التي تناولت مفهوم قلق الموت فقد قامت الباحثة بالاستفادة من كل الأطر النظرية المطروحة وقامت بالاعتماد على الافتراضات التي وضعها تمبلر في بناء مقياس قلق الموت.

المساندة الاجتماعية Social Support

يقصد بالمساندة الاجتماعية ذلك "النظام الذي يتضمن الروابط والتفاعلات الاجتماعية طويلة المدى مع الآخرين الذين يمكن الاعتماد عليهم والوثوق بهم ليمنحوا الفرد السند العاطفي، ويقدموا له العون ويكونوا ملاذا له وقت الشدة" (،١٩٨١، ص ٤١٣).

ويرى بروسايدانوا (١٩٨٠)المساندة الاجتماعية بأنها " المدى الذي يدركه فرد ما بأن حاجته إلى المساندة بالمعلومات،والتغذية الرجعية، والثقة بالآخرين قد أشبعت، وتتحدد إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على استبيان المساندة الاجتماعية ".

ويرى ثوتس (١٩٨٢) أن المساندة الاجتماعية تعنى " شبكة العلاقات الاجتماعية التي تزود الفرد بالمساندة الاجتماعية والعاطفية والأدائية " .

Social Support groupsجماعات المساندة الاجتماعية

أو كما يطلق عليها البعض اسم جماعات المساعدة الذاتية وهي جماعات صغيرة العدد اختيارية تتشكل عادة من مجموعة الأقران الذين يجتمعون بهدف مساعدة بعضهم بعضا وإشباع حاجاتهم المشتركة كالتغلب على صعوبات الإعاقة، أو إحداث تغييرات شخصية واجتماعية مرغوبة، وتعمل هذه الجماعات على توفير المساعدة والدعم والمساندة العاطفية لأعضائها(أبو عباة ونيازي،١٤٢٠هـ).

وتتكون جماعات المساعدة الذاتية غالبا من الأشخاص الذين يشتركون في الاهتمامات ويرتبطون مع بعضهم لفترة زمنية طويلة نسبيا وذلك بهدف مساعدة بعضهم على التكيف وحل مشكلاتهم النفسية والاجتماعية التي يواجهونها من خلال الجهود المشتركة والتعاون والتعاطف والمساندة المتبادلة. التعامل مع كثير من المشكلات والضغوط والتهديدات والتحديات المجتمعية بفاعلية مؤثرة.

وقد استخدم هذا النوع من الجماعات بكثرة في العقود الأربعة الأخيرة حيث ذكر توسلن ورايفاس أنه يوجد حوالي مليون ونصف جماعة للمساعدة الذاتية في الولايات المتحدة الأمريكية تخدم ما يقارب (٥١) مليون شخص، وتتعامل مع مشكلات نفسية واجتماعية وطبية وبيئية مختلفة. ويتراوح حجم هذه الجماعات مابين الجماعات المحلية الصغيرة التي تجتمع في منازل أعضائها إلى الجماعات الكبيرة التي تشرف عليها بعض المؤسسات والهيئات المتخصصة.

إن أهمية جماعات المساعدة الذاتية تمكن في إنها تذكرنا بقيمة جماعات الأصدقاء الداعمة والمتعاطفة والمساندة التي تشعرنا بالانتماء والحرية والراحة.

ويستفيد من خدمات هذا النوع من الجماعات شرائح عريضة من أفراد المجتمع كشريحة المرضى بأمراض مزمنة أو مستعصية أو خطيرة أو معدية كالسرطان والفشل الكلوي والربو والإيدز والكبد الوبائي، والمعاقين والقائمين على رعايتهم. ومدمني الكحول والمخدرات، وكبار السن ممن يواجهون مشكلات صحية، وزائدو الوزن، وآباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية، والمطلقات، والأرامل، وحالات الإهمال وإساءة المعاملة.

(Katz and Bender، 1987)

وتتركز اهتمامات جماعات المساعدة الذاتية حول مشاركة أعضاء الجماعة ومساعدة بعضهم بعضا في الاهتمامات، والآلام، والمشاعر، والتغييرات في نمط وأسلوب الحياة، والتركيز على المشاعر والمواقف الإيجابية، والرغبة في البحث عن الأفضل، والأمل في المستقبل والبحث عن السعادة.

وتعد هذه الجماعات من الجماعات الهامة في حياة الإنسان حيث أنها تساعده ف

أنماط المساندة الاجتماعية :

وللمساندة **أنماط أو أشكال متعددة،** فقد أوضح كل من هاوس (١٩٨١) وحسب أنماطها Allah,A.(١٩٩٦) أن هناك أربعة أنماط رئيسية للمساندة الاجتماعية هي: المساندة الانفعالية Emotional support التي تنطوي على الرعاية والثقة والقبول ؛ والمساندة المعلوماتية Informational support التي تنطوي على إعطاء معلومات أو تعليم مهارة تؤدى إلى حل مشكلة أو موقف ضاغط ؛ والمساندة الأدائية أو بالفعل Instrumental support التي تنطوي على المساعدة في العمل والمساعدة بالمال ؛ ومساندة التقدير Esteem support.

في حين أوضح تردي أن هناك خمس أنماط للمساندة الاجتماعية تتمثل في وجهة المساندة الاجتماعية إما بالعطاء أو بالأخذ أو الاثنين معاً ؛ الاستعداد لتقديم المساندة الاجتماعية ؛ الشعور بالرضا تجاه المساندة من قبل الآخرين ؛ المحتوى الذي يميز المساندة كالمساندة الوسيلية والمعلوماتية والتقديرية ؛ شبكة العلاقات الاجتماعية لدى الفرد والتي تتمثل في أعضاء الأسرة وجماعة الأصدقاء والجيران والزملاء في العمل .

أما كارولين وايت وآخرون (١٩٩٨) فقد أوضحت أن أنماط المساندة الاجتماعية تتمثل في:المساندة الانفعالية Emotional support؛ ومساندة شبكة العلاقات الاجتماعية Social network support؛ومساندة التقدير Esteem support؛ والمساندة الواضحة أو المحسوسةTangible support؛ والمساندة المعلوماتية Informational support،وهذه الأنماط

تختلف في درجة الأهمية بالنسبة للفرد حسب نموذج الحياة التي يحياها والمستوى المدرك من الضغوط .

وللمساندة الاجتماعية **وظائف متعددة**،فهي تسهم في توفير الراحة النفسية، حيث أن التفاعل الاجتماعي المساند يولد درجة من المشاعر الإيجابية التي تحقق الصحة النفسية وتخفف المعاناة من بعض الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب، والوحدة النفسية،كما أن لها وظيفة **إنمائية** عندما يكون لدى الفرد شبكة من العلاقات الاجتماعية الحميمة التي تساعده على تحقيق التوافق الإيجابي،ولها وظيفة **وقائية** في مساعدة الفرد على مواجهة الأحداث الخارجية التي يدركها على أنها شاقة وتمثل ضغوط عليه (محمد محروس وآخرون،ص٢٣،١٩٩٤

الفصل الثالث:

منهجية البحث وإجراءاته :

يضم هذا الفصل تحديد المنهج المستعمل في البحث الحالي وإجراءاته من حيث تحديد مجتمعه واختيار عينته وإجراءات بناء المقياس الذي أعدته الباحثة لقياس أسباب هجرة الشباب العراقي غير الشرعية وطلب اللجوء فضلا عن تحديد أهم الوسائل الإحصائية التي استعملت في تحليل بيانات الدراسة وعلى النحو الأتي .

منهجية البحث :

يستهدف البحث الحالي وصفا لقلق المستقبل وعلاقته بالمساندة الاجتماعي وعليه اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي الذي يسعى إلى تحديد الوضع الحالي للظاهرة المدروسة، ومن ثم وصفها. وبالنتيجة فهو يعتمد دراسة الظاهرة على ما توجد عليه في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا . (ملحم، ٢٠٠٠، ص٣٢٤) وان دراسة أي ظاهرة أو مشكلة تتطلب أولا وقبل كل شيء وصفا لهذه الظاهرة وتحديدا كيفيا وكميا . والهدف من تبني هذا النوع من الدراسات هو التوصل إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة (داود وعبد الرحمن، ١٩٩٠،ص١٦٣– ١٧٨).

إجراءات البحث :

يتضمن هذا الفصل عرضا للإجراءات والأساليب التي اتبعتها الباحثة من حيث تحديد مجتمع الدراسة، وعينة البحث، وكذلك بيان أهم الخطوات التي تم أتبعتها في بناء مقياس الدراسة . إذ تطلب بناء مقياسا (قلق الموت،المساندة الاجتماعية) وكذلك يشمل هذا الفصل عرض الوسائل الإحصائية الملائمة في تحليل البيانات.

مجتمع البحث:

يتألف مجتمع البحث الحالي من مرضى الفشل الكلوي الذي يخضعون للعلاج عن طريق الغسل الدموي في مستشفيات مدينة بغداد ولم تتمكن الباحثة من حصر المجتمع بشكل دقيق لعدم وجود إحصاءات بعدد المرضى .

عينة البحث:

تكونت عينة البحث الحالي من (١٠٠) مريض ومريضة تم اختيارهم بطريقة عشوائية وتم تطبيق مقياسا (قلق الموت، المساندة الاجتماعية)على مرضى الفشل الكلوي في مستشفى الكندي ومستشفى بغداد التعليمي .

أداتا البحث:

التجربة الاستطلاعية

من خلال تواجد الباحثة مع والدتها في المستشفى ومرافقتها لها في مراحل المرض والعلاج كانت على تماس أيضا مع مرضى آخرين وكان لديها تساؤل عن ما يمر به المريض من انفعالات ومن تسيطر عليه من أفكار وما هو دور المرافقين من الأهل وأيضا الكادر الطبي. ومن خلال تقديمها بعض الأسئلة وتسجيل الملاحظات التي ساهمت في بناء مقياسا (قلق الموت، المساندة الاجتماعية).

مؤشرات الصدق (الصدق الظاهري)

بعد جمع فقرات المقياس

أ–قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي.

ب–المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي.

ومن أجل التأكد من صلاحية تلك الفقرات لقياس الظاهرة المراد قياسها تم عرض المقياس على مجموعة من الخبراء* في مجال علم النفس والإرشاد وعلم الاجتماع للتأكد من مدى صلاحية الفقرات.

وبعد عرضها على الخبراء استبعدت الفقرات التي لم تحصل على نسبة اتفاق (٨٠%) فأكثر وعدلت صياغة بعض الفقرات على وفق ملاحظات السادة الخبراء وأصبح (قلق الموت بصيغته النهائية يتكون من(١٥) فقرة وكذلك مقياس المساندة الاجتماعية يتكون من (١٥) ملحق(١).

مؤشرات الثبات:

طريقة الاختبار وإعادة الاختبار.

لغرض التأكد من ثبات الاختبار قام الباحثة بتطبيق المقياسان(قلق الموت، المساندة الاجتماعية) على (٢٠) مريض في مستشفى الكندي قسم الغسيل الدموي وذلك يوم(٢٠١٧/١١/١١٠) وتم وضع أشارات خاصة على تلك الاستمارات لغرض تشخيص المستجيبين دون علمهم وبعد مرور أسبوعين على هذا التطبيق تم تطبيقه مرة ثانية، وتم حساب معامل الارتباط بين الاختبارين وقد تبين انه قد بلغ (٨٧%)وهو معامل ثبات جيد قياساً للدراسات السابقة.

التطبيق النهائي

وبعد التأكد من صلاحية المقياس من خلال مؤشرات الصدق الظاهري ومؤشرات الثبات من خلال طريقة الاختبار وإعادة الاختبار عد المقياس صالحاً.لذا قامت الباحثة بتطبيق المقياسان(قلق الموت، المساندة الاجتماعية) على عينة عشوائية من مرضى الفشل الكلوي كما هو في الملحق (٢)

الوسائل الإحصائية:

وبعد الانتهاء من بناء مقاييس متغيرات البحث الحالي يمكننا إعطاء وصف للخصائص الإحصائية لكل مقياس، وان التحليلات الإحصائية تم إجراؤها باستعمال برنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم النفسية والاجتماعية (SPSS) والوسائل الإحصائية التي تم استعمالها في البحث هي:-

١-الاختبار التائي لعينة واحدة لقياس لاختبار دلالة الفرق في المتوسطات الحسابية، وقياس متغيرات البحث (اثناسيوس و البياتي،١٩٧٧،ص٢٥٤) .

٢-معامل ارتباط بيرسون لحساب معاملات الارتباط لإيجاد العلاقة بين(قلق الموت والمساندة الاجتماعية).

الفصل الرابع

- عرض النتائج وتفسيرها
- التوصيات
- المقترحات

نتائج البحث عرضها ومناقشتها وتفسيرها:

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج التي تم التوصل إليها وتفسيرها بناءً على بيانات البحث وعلى وفق تسلسل أهدافه، ومن ثم التوصيات والمقترحات.

عرض نتائج البحث على وفق أهدافه:

الهدف الأول : قياس مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي

تحقيقاً لهذا الهدف قامت الباحثة بتطبيق مقياس قلق الموت على عينة البحث الأساسية، والبالغ عددهم (١٠٠) مريض ومريضة، وبلغ متوسط درجات المرضى على مقياس قلق الموت (٣١.٨٦٠٠) درجة، وبانحراف معياري مقداره (٥.٢٧٠٥٠) درجة، وللتأكد من معنوية الفرق بين المتوسط الحسابي المحسوب من العينة والمتوسط الفرضي والبالغ (٣٠)، وباستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة تبين إن هناك فروق دالة إحصائيًاً عند مستوى (٠,٠٥) ولصالح المتوسط الحسابي .إذ كانت القيمة التائية المحسوبة للعينة (٣١,٤٦٧) وهي اكبر من القيمة الجدولية (١,٩٨) عند مستوى (٠,٠٥) وبدرجة حرية (٩٩) والجدول(١) يوضح ذلك.

جدول (١)نتيجة الاختبار التائي لعينة واحدة لدرجات العينة على قلق الموت

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرض	القيمة التائية		مستوى الدالة
					المحسوبة	الجدولية*	
قلق الموت	١٠٠	٣١.٨٦٠٠	٥.٢٧٠٥٠	٣٠	٣.٥٢٩	١.٩٨	دالة

من خلال الجدول أعلاه يظهر أن أفراد العينة يعانون من قلق الموت وتعد النتيجة طبيعية نظرا لتواجدهم بالمستشفى ولحاجتهم للعلاج الدائم وتتوافق هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت عينات من المرضى كمرضى السرطان .

الهدف الثاني: قياس مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي

تحقيقاً لهذا الهدف قامت الباحثة بتطبيق مقياس المساندة الاجتماعية على عينة البحث الأساسية، والبالغ عددهم (١٠٠) مريض ومريضة، وبلغ متوسط درجات المرضى على مقياس المساندة الاجتماعية (٣٩.٦١٠٠) درجة، وبانحراف معياري مقداره (٣.٨٤٢٦٠) درجة، وللتأكد من معنوية الفرق بين المتوسط الحسابي المحسوب من العينة والمتوسط الفرضي والبالغ (٣٠)، وباستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة تبين إن هناك فروق دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠٥) ولصالح المتوسط الحسابي .إذ كانت القيمة التائية المحسوبة للعينة (٢٥.٠٠٩) وهي اكبر من القيمة الجدولية (١,٩٨) عند مستوى (٠,٠٥) وبدرجة حرية (٩٩) والجدول(١) يوضح ذلك.

جدول (١)نتيجة الاختبار التائي لعينة واحدة لدرجات العينة على المساندة الاجتماعية

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية		مستوى الدالة
					المحسوبة	الجدولية*	
المساندة الاجتماعية	١٠٠	٣٩.٦١٠٠	٣.٨٤٢٦ ٠	٣٠	٢٥.٠٠٩	١.٩٨	دالة

الهدف الثالث: العلاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية

ت	المقياس	معامل الارتباط	القيمة التائية المحسوبة
	قلق الموت		
	المساندة الاجتماعية	0.079	0437

من الجدول أعلاه تظهر النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية على الرغم من أن الدراسات السابقة توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية قد تخفض من قلق الموت لدى المرضى الأ أن البحث الحالي أظهرت نتائجه بعدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيران وتفسر الباحثة ذلك أن سوء الخدمات المقدمة زحمة المكان وازدياد أعداد المرضى والإجراءات المعقدة في المستشفى وتكلفة العلاج وتأثر المرضى بالحالات التي يرونها يوميا

كالتدهور الصحي للمرضى الآخرين فشل عمليات زارعة الكلى قلة الوعي الصحي لدى المرضى وذويهم جعلت المرضى تكون نظرتهم سلبية لأوضاعهم الصحية ويشعرون باليأس عالرغم من الاهتمام والدعم الذي يتلقونه من أسرهم وأصدقائهم وهذا ما تحسستها الباحثة عن قرب من خلال مرافقتها لوالدتها المصابة بالفشل الكلوي.

المقترحات:

-عمل برنامج إرشادي وقائي صحي لمرضى الفشل الكلوي.

-عمل دراسة تتناول ذوي المرضى كعينة مثلا دراسة الشعور باليأس وعلاقته بقلق المستقبل لزوجات مرضى الفشل الكلوي.

-عمل دراسة الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بقلق الموت لدى مريضات الفشل الكلوي.

التوصيات:

- تفعيل عمل الباحثين الاجتماعين الذين هم ضمن الكادر الطبي المقدم للخدمات وذلك لحاجة المرضى للدعم الاجتماعي والنفسي وليس فقط المرضى أيضا ذوي المرضى.

-يجب على وزارة الصحة أن تولي اهتمام أكبر لمراكز الغسل الدموي فهي في وضع مزري وتفتقد إلى الكثير من الخدمات التي لابد من توفرها للمرضى مع زيادة أعدادهم.

-توفير المستلزمات الطبية والدوائية التي تفتقدها أغلب المراكز، وأيضا افتقار المراكز لوجود طبيب مختص.

-تدريب العاملين للعمل بمهنية اكبر فأحيانا أغلب الحالات تكون حرجة وتحتاج لعناية أكثر.

المصادر:

-أبو عباة، صالح عبد الله، ونيازي، عبد المجيد طافش(١٤٢٠)،أساسيات ممارسة طريقة العمل مع الجماعات، الرياض مكتبة العبيكان.

-أبو حجلة، نظام (١٩٩٨) : **الطب النفسي الحديث**، الجامعة الأردنية كلية الطب، الأردن .

- دافيد وف، ليندا (٢٠٠٠) : **موسوعة علم النفس** ، ط١، ج ٥، ترجمة سيد الطواب، محمود عمر، مراجعة فؤاد أبو حطب، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية .

-داود، عزيز حنا وعبد الرحمن، أنور حسين(١٩٩٠):**مناهج البحث التربوي**،بغداد، دار الحكمة.

-عبد الخالق، احمد محمد(١٩٨٧) **قلق الموت**، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.

- عاقل، فاخر (١٩٦٧): **التعلم ونظرياته**، ط١، دار العلم للملايين .

- عبد الصمد، ليون (١٩٩٩) : **العناية الإلهية**، موسوعة المعرفة المسيحية، دار المشرق، بيروت .

- محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن(١٩٩٤).**المساندة الاجتماعية والصحة النفسية** :مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية .القاهرة: الأنجلو المصرية.

-ملحم، سامر محمد (٢٠٠٠): **القياس والتقويم في التربية وعلم النفس**، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان،الأردن.

- المليجي، حلمي (٢٠٠٠) : **علم النفس الإكلينيكي**، ط١، دار النهضة العربية، بيروت .

- موراي، أدوار . ج. (١٩٨٨) : **الدافعية والانفعال**، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة ومحمد عثمان نجاتي، دار الشروق، عمان .

- فرويد، سيجموند (١٩٧٧) : **أفكار لأزمنة الحرب والموت**، ترجمة : سمير كرم

- الفيومي، محمد ابراهيم (١٩٧٥) : **القلق الإنساني**، مكتبة الانكلو مصرية.

- كمال، علي (١٩٦٨) : **النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها**، ط١، ج١، بغداد.

- هول وليندزي (١٩٧٨) : **نظريات الشخصية**، ط٢، ترجمة فرج أحمد فرج، قدري حفني، لطفي فطيم، دار الشايع للنشر، القاهرة .

-Barker,R.(1991).The social work dictionary. Second Edition. Washington, DC :National Association of social workers.

-Dickstein, L. S. (1972): Death Concern Measurment and correlates, psychological reports.

-Hoelter, J. W (1979): Multi dimensional treatment of fear of death, Journal of consulting and clinical psychology.

- Horney, karen (1939): New Waysin psychoalysis, New York.

-Katz, A and Larswn,J.(1990).Direct social work practicae:theory and skills. Third edition. Belmont, California: Wadsworth publishing company

-Fromm, E (1947): Man for himself, New York, Rinehert.

-Fromm, E (1955): The sane society , New York, Rinehart.

- Ross,R.&Cohen,S.(1987).Sex roles and social support as moderators of Psychology, life stress adjustment .**Journal of Personality and Social Psychology**,vol.52,no.5.

- Templer, D.I. The construction and Validation of a death Anxiety scak, Journal of General psychology, 1970, 82, 165-177.

الملاحق

ملحق (١)

مقياسا القلق والمساندة الاجتماعية بصيغتهما الأولية

الأستاذ الفاضل..... المحترم

تحية طيبة

تروم الباحثة القيام بدراسة(قلق الموت وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي) وقد عرف العالم تمبلر قلق الموت:هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه(عبد الخالق،١٩٩٠،ص٣٨).

وقد قامت الباحثة ببناء مقياس لقلق الموت ليناسب عينة البحث وهم مرضى الفشل الكلوي. بعد الاطلاع على الأطر النظرية والمقاييس النفسية وأهمها وأشهرها مقياس تمبلر لقلق الموت والذي أرفقه لكم طيا مع المقياس المعد لعينة الفشل الكلوي.

وقد عرفت الباحثة المساندة الاجتماعية بأنها: مجموعة الخدمات النفسية والاجتماعية والمادية المقدم لمريض الفشل الكلوي من قبل الأهل، الأقرباء، الأصدقاء والكادر الطبي. وقامت الباحثة ببناء مقياس المساندة الاجتماعية بالاعتماد على الأطر النظرية التي تناولت مفهوم المساندة الاجتماعية.

ت	الفقرات	تنطبق علي تماما	تنطبق علي إلى حد ما	لا تنطبق علي أبدا
١	أشعر بالراحة والأمان عندما يرافقني أحد من أفراد أسرتي			
٢	أعتمد على أسرتي في أموري المادية			
٣	أسرتي يبحثون عن معلومات دائما في سبيل أرشادي في وضعي الصحي			
٤	لدي ارتباط قوي مع أفراد أسرتي			
٥	تشاركني عائلتي في ألآمي وأحزاني			
٦	أسرتي تتعاطف معي كثيرا ويقدرون ما أمر به			
٧	يستمع أفراد أسرتي لي عندما أتحدث عن وضعي الصحي			
٨	توفر لي أسرتي كل المتطلبات المادية لعلاجي.			
٩	يذكر لي أفراد عائلتي قصص الأنبياء والأوصياء في الصبر على الابتلاء كي يخففوا عني.			

لذا أرجو منكم أبداء ملاحظتكم العلمية حول الموضوع بصورة كاملة من العنوان إلى الفقرات

مع وافر شكري وامتناني لكم.

دكتورة غزوة فيصل كاظم

مقياس قلق الموت

مقياس المساندة الاجتماعية

بعد الأسرة: وهم الإخوة والأخوات الزوج أو الزوجة والأبناء

بعد الفريق الطبي: الأطباء والممرضين والعاملين في مراكز العلاج

ت	الفقرات	تنطبق علي تماما	تنطبق علي إلى حد ما	لا تنطبق علي أبدا
١	يعاملني أفراد الفريق الطبي بالود والاحترام أثناء وجودي لجلسة للغسيل الدموي			
٢	يقدر أفراد الفريق الطبي احتياجاتي			
٣	استطيع أن أتحدث عن حالتي مع أفراد الفريق الطبي			
٤	يقدم لي أفراد الفريق الطبي نصائح حول الاهتمام بصحتي			

بعد الأصدقاء: أصدقاء المريض من المعارف والجيران

ت	الفقرات	تنطبق علي تماما	تنطبق علي إلى حد ما	لا تنطبق علي أبدا
١	أشعر بالراحة عند زيارة أصدقائي لي			
٢	يحدثني أصدقائي عن صبر الأنبياء والأوصياء كي أتحمل أوجاعي			
٣	أفضل عندما يشتد بي المرض وجود أصدقائي المقربين بجانبي			
٤	يعرض علي أصدقائي أن يساعدوني ماديا في تكاليف العلاج			

ملحق(٢)

مقياسا قلق الموت والمساندة الاجتماعية بصيغتهما النهائية

عزيز المريض.....

تحية طيبة

بين يديك مجموعة من الفقرات أرجو الإجابة عنها بما تشعر أنه ينطبق عليك أو لا ينطبق.

علما أن هذه الفقرات تستخدم لإغراض البحث العلمي ولا داعي لذكر الاسم

تمنياتي لكم بوافر الصحة والسلامة.

العمر:

ت	الفقرات	تنطبق علي	تنطبق علي أحيانا	لا تنطبق علي أبدا
١	اشعر بعدم جدوى حياتي وإنها منتهية.			
٢	عند الذهاب للمستشفى تراودني المخاوف والقلق.			
٣	أفكر بالموت كثيرا بسبب المرض ومضاعفاته.			
٤	ينتابني الشعور بالخوف والقلق عندما يسوء وضع احد المرضى بجانبي أو يتوفى.			
٥	أحلم بالمتوفين من عائلتي والأصدقاء.			
٦	أتكلم كثيرا مع المرضى الآخرين حول مضاعفات المرض وسوء الوضع الصحي.			
٧	أعتقد أن انتظار الموت أصعب من الموت ذاته.			
٨	أخاف وأخشى عذاب القبر.			
٩	أشعر بالسوء والقلق والانزعاج عندما أتي لموعد العلاج (الغسيل الدموي).			
١٠	تسيطر علي فكرة أني سأموت على سرير المستشفى.			
١١	أنا من النوع الذي لا يخشى الموت أبدا			
١٢	أعتقد أنه لابد من أن أتقبل فكرة الموت على أنه نهاية كل شي حي.			
١٣	أخاف من احتمال أن تجرى لي عملية جراحية.			
١٤	انزعج وأتأثر عندما اسمع احد المرضى في الردهات الباقية قد توفي نتيجة سوء وضعه الصحي.			
١٥	اشعر بالخوف عندما يحدث خطأ في عمل الجهاز الذي يقوم بتصفية دمي.			

ت	**الفقرات**	**تنطبق علي تماما**	**تنطبق علي إلى حد ما**	**لا تنطبق علي أبدا**
١	أشعر بالراحة والأمان عندما يرافقني أحد من أفراد أسرتي			
٢	أعتمد على أسرتي في أموري المادية			
٣	أسرتي يبحثون عن معلومات دائما في سبيل أرشادي في وضعي الصحي			
٤	لدي ارتباط قوي مع أفراد أسرتي			
٥	تشاركني عائلتي في ألآمي وأحزاني			
٦	أسرتي تتعاطف معي كثيرا ويقدرون ما أمر به			

٧	يستمع أفراد أسرتي لي عندما أتحدث عن وضعي الصحي			
٨	يذكر لي أفراد عائلتي قصص الأنبياء والأوصياء في الصبر على الابتلاء كي يخففوا عني.			
٩	أشعر بالراحة عند زيارة أصدقائي لي			
١٠	أفضل عندما يشتد بي المرض وجود أصدقائي المقربين بجانبي			
١١	يعرض علي أصدقائي أن يساعدوني ماديا في تكاليف العلاج			
١٢	يعاملني أفراد الفريق الطبي بالود والاحترام أثناء وجودي لجلسة للغسيل الدموي			
١٣	يقدر أفراد الفريق الطبي احتياجاتي			
١٤	استطيع أن أتحدث عن حالتي مع أفراد الفريق الطبي			
١٥	يقدم لي أفراد الفريق الطبي نصائح حول الاهتمام بصحتي			