

قلق الموت وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الجلطات الدماغية

إعداد

د. خلود عويس محمود

مدرس علم النفس- كلية الآداب- جامعة الفيوم

DOI: 10.21608/psyb.2024.293808.1015

مجلة المنهج العلمي والسلوك
مجلة علمية نصف سنوية محكمة

مجلة المنهج العلمي والسلوك ٥م، ع (١٠) ديسمبر ٢٠٢٤

رابط المجلة على بنك المعرفة المصري هو: <https://psyb.journals.ekb.eg>

الترقيم الدولي الموحد للطباعة (ISSN): 2682-4205

الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني (ESSN): 2786-0248

المجلة حاصلة على ٧ درجات في تقييم المجلس الأعلى للجامعات

تقييم يوليو ٢٠٢٢، ٢٠٢٣، ٢٠٢٤

ديسمبر ٢٠٢٤

قلق الموت وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الجلطات الدماغية

د. خلود عويس محمود

مدرس علم النفس - كلية الآداب - جامعة الفيوم

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى مرضى الجلطات الدماغية، والكشف عن الفروق في قلق الموت تبعاً لمتغير (الجنس، العمر، مدة الإصابة) لدى مرضى الجلطات الدماغية، وكذلك الكشف عن الفروق في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير (الجنس، العمر، مدة الإصابة) لدى مرضى الجلطات الدماغية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٢) مشاركاً (٢٧ ذكراً، و ١٥ أنثى) من مرضى الجلطات الدماغية تراوحت أعمارهم ما بين ٤٠ إلى ٧٠ عام بمتوسط عمري (٥٨،٣٣)، وانحراف معياري (٧±، ٩٠)، وتمثلت أدوات الدراسة في استمارة البيانات الأولية إعداد الباحثة، ومقياس قلق الموت إعداد أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦، ومقياس الصلابة النفسية إعداد عماد مخيمر، ٢٠٠٣ وأشارت أبرز

النتائج إلى:

- ١- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين قلق الموت بأبعاده الأربعة (الخوف من الموتى والقبور، الخوف مما بعد الموت، الخوف من الأمراض المميتة، الإنشغال بالموت وأفكاره) والصلابة النفسية بأبعاده الثلاثة (الالتزام، التحكم، التحدي) لدى مرضى الجلطات الدماغية.
- ٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الذكور والإناث في متغير قلق الموت بأبعاده الأربعة وكانت الفروق لصالح الإناث.
- ٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الذكور والإناث في متغير الصلابة النفسية بأبعاده الثلاثة وكانت الفروق لصالح الذكور.
- ٤- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث تبعاً لمتغير العمر في متغير قلق الموت بأبعاده الأربعة لدى مرضى الجلطات الدماغية.

- ٥- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث تبعاً لمتغير العمر في متغير الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- ٦- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربعة تبعاً لمتغير مدة الإصابة في متغير قلق الموت بأبعاده الأربعة لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- ٧- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربعة تبعاً لمتغير مدة الإصابة في متغير الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- الكلمات المفتاحية:** قلق الموت - الصلابة النفسية- الجلطات الدماغية.

Death anxiety and its relationship to psychological hardiness among stroke patients

Preparation

Dr. Kholoud Owais Mahmoud

Psychology teacher – Faculty of Arts – Fayoum University

Abstract:

The current study aimed to reveal the relationship between death anxiety and psychological hardiness in stroke patients, and to detect differences in death anxiety according to the variable (gender, age, duration of injury) in stroke patients, as well as to reveal differences in psychological hardiness according to the variable (gender, Age, duration of injury) among stroke patients. The study sample consisted of (42) participants (27 males, 15 females) of stroke patients. Their ages ranged from 40 to 70 years, with an average age of (58.33), and a standard deviation of (± 7). , 90), and the study tools were the primary data form prepared by the researcher, the death anxiety scale prepared by Ahmed Abdel Khaleq, 1996, and the psychological hardiness scale prepared by Imad Mukhaimer 2003. The most prominent results indicated:

- 1- There is a statistically significant negative correlation between death anxiety in its four dimensions (fear of the dead and graves, fear of what comes after death, fear of fatal diseases, preoccupation with death and its thoughts) and psychological hardiness in its three dimensions (commitment, control, challenge) among stroke patients.
- 2- There were statistically significant differences between the male and female groups in the death anxiety variable in its four dimensions, and the differences were in favor of females.
- 3- There were statistically significant differences between the male and female groups in the psychological hardiness variable in its three dimensions, and the differences were in favor of males.
- 4- There are no statistically significant differences between the three study groups depending on the age variable in the death anxiety variable in its four dimensions among stroke patients.
- 5- There are no statistically significant differences between the three study groups depending on the age variable in the psychological hardiness variable in its three dimensions among stroke patients.

6- There are no statistically significant differences between the four study groups depending on the variable duration of injury in the death anxiety variable in its four dimensions among stroke patients.

7- There are no statistically significant differences between the four study groups depending on the variable duration of injury in the variable of psychological hardiness in its three dimensions among stroke patients.

Keywords: death anxiety - psychological hardiness - strokes.

مقدمة:

تعرض الإنسان للإصابة بالأمراض الخطيرة في حياته قد تؤدي به إلى الانتقال من الحالة المستقرة إلى الحالة الغير مستقرة ، ولذا تظهر معاناة نفسية و جسدية على الشخص المصاب ، وقد يؤثر ذلك على مجرى حياته ، ومن بين تلك الأمراض الجلطات الدماغية.

فالجلطة الدماغية قد تؤثر على جميع نواحي حياة الشخص المصاب، فقد تترك آثار نفسية وجسدية لدى الشخص ولكن تتفاوت و تختلف درجة الإصابة من شخص إلي آخر من حيث شدتها و مدة الإصابة و كذلك حجمها، كما أن الإصابة بالجلطة الدماغية قد تشكل صدمة بالنسبة للشخص المصاب بمجرد معرفته بالإصابة، حيث أنها تغير في حياته الشخصية و الأسرية والاجتماعية و المهنية ، و كذلك تؤثر على استيعابه وتقبله لذاته.

وتحدث الجلطة الدماغية عندما يتعرض جزء من الدماغ لضرر نتيجة نقص تدفق وصول الدم إليه أو تمزق وعاء دموي، وقد يزداد معدل الإصابة بالجلطة الدماغية مع تقدم الإنسان في العمر، وعادة ما تكون نسبة الإصابة عند الرجال أكبر من النساء (ريتشارد ليندلي ، ٢٠١٤).

وقد أظهرت آخر الإحصائيات التي نشرتها Stroke Associatio, 2018 في المملكة المتحدة بأنه يسجل حوالي 100.000 إصابة بجلطة دماغية في كل عام، أي ما يعادل إصابة كل خمسة دقائق Stroke Associatio lie). (majazie, 2018) ، ويختبر الإنسان الذي يتعرض لجلطة دماغية بطريقة تختلف عن غيره، والشعور بالحزن والذنب والصدمة هي مشاعر طبيعية لتلك الحدث الذي تعرض له المريض، وتختلف طريقة التعامل مع تلك المشاعر من شخص إلي آخر، فبعض المرضى تختلط عليهم المشاعر فيشعروا بالإحباط والغضب كرد فعل علي هذا التغير السريع الذي حدث بحياتهم ويصاحبهم صعوبة التحكم في مشاعرهم ومزاجهم ، وقد نجد البعض الآخر من المرضى يحاولون

إنكار هذه المشاعر ويظهروا أنهم أقوياء، ولكن عدم وعيهم وإدراكهم لهذه المشاعر التي يمروا بها وعدم محاولتهم لإيجاد طرق للتعامل معها يجعل هذه المشاعر ضاغطة عليهم ، ويؤدي إلي ظهور أعراض القلق (Stroke Associatio o). (Alie majazie, 2018) فالقلق الذي يظهر بعد التعرض لجلطة دماغية قد يكون جزء كبير منه مرتبط بالأعراض الجسدية المصاحبة للجلطة إبتداء من الضعف إلي العجز التام أحياناً، ومنهم من يكون لديه قلق راجع إلي عدم قدرته علي القيام بوظائف الحياة اليومية، أو قد يكون القلق متعلق بالأسرة والأبناء ومصيرهم، أو قد يتعلق بالظروف الاقتصادية والمادية المترتبة علي العلاج، أو القلق من التعرض لجلطة جديدة قد تزيد من العجز الجسمي واللغوي والحركي أو القلق من الموت.

لذا يمكن القول بأن مصاب الجلطة الدماغية قد يتعرض لأكثر من نوع من القلق، و لكن من خلال هذه الدراسة سوف أحاول التركيز علي موضوع القلق من الموت على اعتبار أنه من أكثر الاضطرابات انتشاراً بين هؤلاء المرضى ويؤثر على حياة الإنسان و يهدد سعادته ويسلبه القدرة على الاستمتاع بالحياة، و قد يعبر عنه المريض بعد تعرضه للجلطة الدماغية وبشكل صريح وواضح أو قد لا يصرح عنه، حيث أوضحت دراسة ميرنا ماريو يوسف (٢٠١٩) أن مستوى قلق الموت جاء بدرجة متوسطة لدي المرضى المصابين بجلطات دماغية.

وقلق الموت يمثل الخوف الشديد من الموت ، و عادة ما ينطوي علي خوف غير طبيعي حول ما إذا كان الشخص سيظل موجوداً أم لا بعد الموت الجسدي) (Morse, 2000, 20)، وأشارت دراسة (Mullin &Loppez (1982) إلي وجود ارتباط عال بين قلق الموت وتدهور الحالة الصحية لدى عينة كبار الشيوخ (فقيري يونس، ٢٠١٥، ١٠٥).

وفي مقابل كل هذا لوحظ أن الأفراد الذين يحتفظوا بمستوى عالي من المناعة النفسية لا يصيبهم الكرب النفسي بالرغم من تعرضهم لأحداث حياتية ضاغطة. (سالم المفرجي، عبد الله الشهري، ٢٠٠٨)، فالإنسان دائماً يحتاج إلي

استراتيجيات دفاعية يتفادى من خلالها صدمات وضغوط الحياة ويستطيع بها التكيف السليم في أوقات الشدة، ومن أهم هذه الاستراتيجيات الدفاعية الصلابة النفسية .

لذا تعتبر الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة كمصطلح إيجابي وواقعي، وتعنى مدى امتلاك الفرد مجموعة سمات تساعد على مواجهة مصادر الضغوط، ومنها القدرة على الالتزام، و القدرة على التحدي، و القدرة على التحكم في الأمور الحياتية، فالصلابة مصدر من مصادر المقاومة الذاتية من أجل مقاومة الآثار السلبية للضغوط الحياتية والتخفيف من آثارها على الصحة الجسمية و النفسية، و يرى (محمد عودة، ٢٠١٠، ٧٦) أن الأشخاص الأكثر صلابة يتعرضون للضغوط ولا يمرضون.

فالصلابة النفسية تلعب دوراً هاماً في جودة حياة الفرد، فمن يعانون من الإنخفاض فيها يكونون أكثر عرضه للإضرار النفسية والصحية علي المدى الطويل، بينما الذين لديهم ارتفاع في الصلابة النفسية يكونون أكثر قدرة علي مواجهة الضغوط النفسية، لذا أصبحت الصلابة النفسية بمثابة حماية وأمان ضد تلك الضغوط النفسية والجسدية(عبد المطلب عبد القادر، 2018، 11)، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات، أمثال دراسة Clark et hartma, (1996) التي أوضحت أن الصلابة النفسية لها دور في تقليل أثر الضغوط و زيادة الصحة النفسية والجسدية (معلال صارة حدة، ٢٠١٩، ٢٦)، ودراسة كارفر وشيبر (carver&scheier) التي أظهرت أن الصلابة النفسية تمثل ترحيب الفرد وتقبله للمتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها حيث تعمل كمصدر واق ضد العواقب الجسمية السيئة للضغوط (محمد عودة، ٢٠١٠، ٦٥).

لذا تركز الدراسة الحالية علي متغير قلق الموت وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الجلطات الدماغية وهو الوقت الذي تزداد فيه نسب التعرض

للجلطات الدماغية وما تتركه الجلطات من آثار قد تؤثر علي الشخص المصاب مما يستوجب الأمر الاهتمام بدراسة تلك المتغيرات لدي تلك الفئة المرضية .
مشكلة الدراسة:

مع زيادة ضغوط الحياة و تعقيدها وكثرة متطلباتها، تفشت الأمراض الخطيرة وازدادت انتشارها وأصبحت الجلطات الدماغية من أمراض العصر، وكما أنني وجدت في الآونة الأخيرة تعرض الكثير من الأشخاص سواء المحيطين و المقربين لي وكذلك أشخاص يتم السماع عنهم من قبل الآخرين بأنهم تعرضوا لجلطة دماغية مفاجئة، وقد لمست من خلال تعاملي مع هؤلاء الأشخاص المصابين معاناة يشعروا بها بعد تعرضهم للإصابة و الأثر النفسي الذي تتركه الإصابة على المريض ، بالإضافة إلى الإطلاع على الأطر النظرية والدراسات التي تناولت موضوع الجلطات الدماغية ، ووجدت دراسات قليلة تناولت قلق الموت لدى أفراد تلك العينة ، ومن هنا وجدت دافع لكي أقوم بدراسة قلق الموت لدى أفراد تلك العينة .

تعتبر الجلطة الدماغية واحدة من أهم الأمراض الصحية في العالم لأنها السبب الرئيسي الثاني للوفاة والسبب الرئيسي الثالث للإعاقة (Feigin et al , 2021)، فهي تؤثر علي 20% تقريباً في الأشخاص الذين يزيد عمرهم عن 60 عاماً، وحسب ما أشار إليه الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (2019) أن حوالي 300 ألف حالة في مصر سنوياً يكون مصاب بجلطة دماغية، يتوفي منهم 70 ألف حالة ، ويظل عدد كبير من باقي المرضي يعانون من إعاقة في عموم الجسم، أو بعض أجزاء منه مثل الإعاقة الحركية و صعوبة الكلام وإعوجاج في الفم و ثقل في اليد والقدم وقد يحدث تغير في صفاتهم النفسية والجسدية نتيجة آثار الجلطة الدماغية التي أحدثت تغيرات في بيوكيميائية الجسم وكذلك في الحالة المزاجية التي أثرت نفسياً و اجتماعياً علي الشخص المصاب (هاني عارف، ٢٠١٨).

كما وجد أن معدل انتشار الجلطات الدماغية في الولايات المتحدة مرتفع للغاية، ولاحظ (Alans.s,Go, et al 2013) أنه يصاب بجلطة دماغية بمعدل شخص في الولايات المتحدة كل ٤٠ ثانية، وكل ٤ دقائق يموت شخص آخر، وفي كل عام يصاب حوالي ٧٩٥٠٠٠ شخص بالولايات المتحدة بالجلطات الدماغية، حوالي ٦١٠,٠٠٠ منهم تكون الجلطات الدماغية جديدة أو لأول مرة، و ما يقرب من ١٨٥٠٠٠ شخص نجوا من الجلطة ويصابوا بجلطة دماغية أخرى .
الجلطات الدماغية الإقفارية التي تحدث عندما تسد جلطات الدم الأوعية الدموية المتجهة إلي الدماغ هي الأكثر شيوعاً و يمثل حوالي ٨٧% من جميع الجلطات الدماغية(Alans.s,Go, et al 2013)

كما يساهم ارتفاع ضغط الدم في حدوث أكثر من ١٢,٧ مليون جلطة دماغية في جميع أنحاء العالم. وبمعدل حوالي ٦٥٠.٠٠٠ حالة وفاة بالجلطة الدماغية كل عام في الدول المتقدمة، أي أن المعدل الإجمالي للجلطات الدماغية لا يزال مرتفعاً (Niloufar Tahery, 2015,)

ويمكن الجلطات الدماغية أن تحدث في أي عمر ومع ذلك يزداد خطر الإصابة بها مع التقدم في العمر، وما يقرب من ربع الجلطات الدماغية تحدث لدى الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ٦٥ عاماً، وتشمل أعراض الإصابة بالجلطات الدماغية (الارتباك، صعوبة في التحدث، التخدير المفاجيء في أحد الجانبين للجسم، مشكلة في الرؤية، صعوبة في الفهم والمشي، فقدان التوازن (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014)

فالجلطة الدماغية هي مرض شديد الخطورة ، وقد تؤدي إلي الموت وفي حالة النجاة من الجلطة الدماغية قد تترك آثار سلبية خطيرة علي الشخص المصاب، فليس مستغرباً، أن يكون قلق الموت شائع بين الأفراد الذين يعانون من القلق الصحي، وغالباً ما يكون القلق بشأن الموت السبب الرئيس وراء خوف الناس من الأمراض الخطيرة (Fure&Walker, 2008).

ويجدر الإشارة إلي أن هناك دلائل بحثية متزايدة تؤكد أن هناك ارتباط وثيق بين الأمراض الخطيرة والمزمنة والجلطات الدماغية وبين قلق الموت، علي سبيل المثال، دراسة سيلفا وآخرون (Silva et al, 2016) أظهرت أن تجربة الجلطة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل الخوف من الموت والعجز وفقدان الاستقلالية وعدم القدرة علي العمل، وأشارت دراسة كلاً من طارق عبد الوهاب، وفاء محمد (٢٠٠٠) إلي أن وجود مرض عضوي يلعب دوراً كبيراً في زيادة قلق الموت، وأبحاث Macrea et costo, 1985 أوضحت وجود ارتباطات إيجابية بين المشكلات الصحية وقلق الموت، حيث يفقد المريض القدرة علي التحكم في نشاطاته وأعماله بفعل المرض الذي يعاني منه، مما يحدث خللاً في تقدير الذات ويسهم في تفجير قلق الموت لديه، والذي عرفه "S. Freud" بأنه رد فعل لخطر خارجي معروف يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من التوتر والضيق و الألم والإنزعاج (عثمان فاروق السيد، ٢٠٠١، ٧٨)

وأشارت دراسة (Rafsten et al, 2018) إلى أن حوالي ٢٩,٣ % من مرضي الجلطات الدماغية يعانون من قلق الموت بعد التعرض للإصابة مما يؤثر علي العديد من جوانب حياتهم، كما أوضح (Li et al, 2019) أنه عند حدوث الجلطة الدماغية لأول مرة فإن القلق من الموت خلال المرحلة الحادة من الإصابة يمكن أن يستمر لأسابيع أو أشهر أو حتي سنوات.

وقد يزداد احتمال القلق مع تقدم الإنسان في العمر، ويتعرض الإنسان لأي مرض أو إصابة خطيرة، فإن هذا الاعتقاد والشعور بإقتراب النهاية يرتفع بنسبة أكبر، ويبدأ الشخص بالشعور بأن مرحلة العد التنازلي قد بدأت، ولكن هذه المدة قد تطول فقد تصل إلي أشهر وسنوات مما يجعل منها عبئاً ثقيلاً علي المريض نفسه وأيضاً علي القائمين برعايته، إن أصعب ما في هذه الفترة هو فقد المريض للسيطرة علي جسده وقد يحصل لديه تدهور في الوظائف العقلية وتزداد درجة اعتماده علي الآخرين من أجل القيام بوظائف حياته اليومية، فيشعر بأنه أصبح

يمثل عبء علي الآخرين وهذا يؤدي إلي تدهور في حالته النفسية وهنا يكون القلق هو سيد الموقف، قد يزيد هذا القلق في حال لم يستجيب المريض للعلاج ولم تختفي الأعراض التي يعاني منها، وقد يبدأ المريض بطلب الذهاب إلي منزله و ترك المستشفى في حال سيطرت علي ذهنه فكرة بأن موته قد إقترب فيفضل الموت بمنزله علي الموت في المستشفى، وهنا يكون للأطباء والطاقم الطبي دور مهم في التدخل علي الرغم من تأكدهم من أن بعض الحالات الطبية ميؤوس منها بحسب المقاييس الطبية، و أن المريض قد يكون معرض للتدهور وإحتمال الوفاة بأي وقت، وبالرغم من ذلك فإنهم يبذلون قصاري جهدهم في مساندة المريض وأفراد أسرته و بالأخص من خلال تزويد الطبيب للمريض بالأدوية التي قد تساعده علي النوم والتغلب علي الألم والقيام بمساندة المريض و أفراد أسرته أثناء إتخاذ القرار الذين يرونه مناسباً مع تزويدهم بالنصح والإرشاد (لطفي لشربيني، ٢٠٠٧).

كذلك تناول العديد من الباحثين قلق الموت لدي كبار السن، كدراسة، (James) (Samadifard & A. Thorson & F.C.Powell , 1988) ودراسة (Narimani , 2017) أوضحت أن استجابات الكبار في السن تجاه ما بعد الحياة ممثلة بقلق الموت مرتفعة وأن للعمر تأثير على ارتفاع مستوى قلق الموت .

ولكن في المقابل أشارت بعض الدراسات كدراسة ثورسون (Thorson & Perkins, 1977) إلي أن الأفراد الأكبر سناً، هم الأقل قلقاً من الموت، مقارنة مع من هم أصغر منهم سناً، و قد حصل الذكور على مستوى منخفض في قلق الموت مقارنة بالإناث، كما أنه لا توجد فروق في مستوى القلق من الموت، يعزى لمتغير المستوى التعليمي (فقيري تونس، ١٢١، ٢٠١٥).

وكذلك دراسة راسموسير (Rasmusser & Brems, ١٩٩٦) أشارت إلي أنه كلما زاد العمر انخفض قلق الموت وهناك دراسات أخرى بينت أن كبار السن يظهرون قلقاً من الموت أقل نحو الموت من الشباب (Tomer, 2015) .

وهناك نتائج متضاربة و مختلفة حول الفروق في قلق الموت، حيث هناك من أظهر وجود فروق في قلق الموت وفقاً (للجنس والحالة الاجتماعية، مدة الأصابة، المستوى التعليمي) مثل دراسة بوفيدا وآخرون (Poveda, et al, 2001) أوضحت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى قلق الموت، فقد أظهرت الإناث مستوى أعلى، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات قلق الموت بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة غير المضطربين نفسياً.

و دراسة شروق خير عوض (2009) أشارت إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث علي مقياس قلق الموت، إذا كانت درجات الإناث أعلى من درجات الذكور، ووجود فروق دالة إحصائياً بين مرضي السرطان ومرضي القلب ومرضي السكري علي مقياس قلق الموت، إذ كانت درجات مرضي السرطان أعلى من درجات مرضي السكري ومرضي القلب، ووجود فروق دالة إحصائياً بين الفئات العمرية (55) فأقل، (65-56)، (66 فأكثر) علي مقياس قلق الموت، إذ كانت درجات الفئة (55) فأقل أعلى من درجات الفئة (65-56) والفئة (66) فأكثر.

أما دراسة (Ajoka & Babatunde 2014) أوضحت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وقلق الموت، ولكن وجدت الدراسة أن الإناث في مجموعة متوسط العمر أظهرن ارتفاع لقلق الموت عن الذكور، ولكن دراسة الريماوي أبو هلال (2015) أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدي المسنين تبعاً لمتغير العمر لصالح 80 فما فوق، و متغير الأمراض لصالح المصابين بأمراض مزمنة.

كما أوضحت دراسة (Bastani et al , 2016) أن نسبة قلق الموت أقل لدي الكبار بالسن ذوي مستوي التعليم العالي، و متزوجين ، و فترة الإصابة بالورم السرطاني لديهم أقل، و ليس لديهم أمراض أخرى مصاحبة .

وهناك دراسات أخرى علي النقيض أظهرت عدم وجود فروق في قلق الموت، مثل دراسة (Kausar Suhail & Saima Akram , 2010) توصلت إلى عدم وجود علاقة بين قلق الموت والعمر، كما ذكرت (دراسة غاندي الرياحنة، 2014) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية علي مقياس قلق الموت لدي أفراد عينة الدراسة تعزي لمتغير العمر و مدة الإصابة و عدد مرات الغسيل والدخل الشهري، ودراسة (زهية خليل القرا ، ٢٠١٥) أظهرت عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية (0,05) في درجات قلق الموت وأبعاده التالية (الخوف من الموتى والقبور ،الخوف مما بعد الموت ،الخوف من الأمراض المميتة ،الانشغال بالموت وأفكاره)لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة تعزى للعمر والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية أولدخول الشهري ولطبيعة حالة البتر، وكذلك دراسة يوكسل و خرون (Yuksel, et al , 2017) أن قلق الموت لا يختلف باختلاف المتغيرات التالية(العمر، الحالة الاجتماعية، الناحية الأكاديمية) وهناك دراسات أخرى اختلفت في نسب قلق الموت، مثل دراسة (بوفرة مختار، نور الدين شعيني، ٢٠١٧) أشارت إلي وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة، ووجود فروق دالة إحصائياً في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي و السن.

وكذلك أوضحت دراسة(مي عباس، ٢٠١٧) أن إرتفاع نسبة قلق الموت لدي مرضي الفشل الكلوي، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير النوع والجنس والحالة الاجتماعية،وأما دراسة(ميرنا ماريو يوسف خاروفة، 2019) ذكرت أن مستوي قلق الموت لدي مرضي الجلطات الدماغية جاء بدرجة متوسطة، وكذلك أشارت النتائج إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزى لمتغيرات الدراسة جميعها(لجنس، العمر،

الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الجلطة، ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية).

وتقودنا الدراسات المذكورة أعلاه إلى استنتاج أن التأثير النفسي للأمراض المزمنة والخطيرة أو الجلطات الدماغية يشكل خطراً على المصابين من الناحية النفسية، فيزيد من حالات القلق بشكل عام و القلق من الموت بشكل خاص، ولكن جاءت نسب قلق الموت مختلفة بين تلك الدراسات فتتراوح النسب ما بين متوسط و مرتفع، كما وجد اختلاف بين الدراسات علي الفروق في قلق الموت مما دفع الباحثة لدراسة تلك المتغير علي عينة مرضي الجلطات الدماغية .

ففي ظل هذه التغيرات الناتجة عن تلك الأمراض لابد من النظر إلى الجوانب الإيجابية أيضاً لحياة الأفراد، لذا نتناول متغير الصلابة النفسية باعتباره متغيراً يقي الإنسان من آثار الضواغط الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتقاؤلاً وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما تعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية.

وقد أشارت كوبازا، ١٩٧٩ إلى أن الصلابة النفسية الذي ستركز عليه الباحثة في هذه الدراسة من أول العوامل والمتغيرات التي ساعدت الأفراد على التغلب على هذه الأزمات وعلى كيفية التعامل معها، وتوصلت إلى أن الصلابة النفسية هي التي تكمن وراء احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط، وإلى أنها مجموعة من الخصائص النفسية التي تشمل متغيرات الالتزام، التحدي، التحكم.

ويؤكد الليرد وسميث (Allerd & Smith, 1989) أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر مقاومة للأمراض المدرجة تحت تأثير الضغط بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية، وأن لديهم أيضاً مجموعة من الجمل الإيجابية عن الذات أكثر من أولئك الأقل صلابة والتي تعرف بالالتزام والسيطرة والتحدي والتي ترجع إلى التفاؤل وهي سمة من شأنها أن تقي من الآثار الجسدية المتعددة للضغط.

ومن الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية دراسة هولاهان وموس (Holahan & Moos, 1985) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متغير الصلابة النفسية لصالح الذكور أكثر من الإناث.

بينما أظهرت دراسة (نور محمد و هويدا إبراهيم ، ٢٠١٢) وجود فروق بين الذكور والإناث الطالبات و الطلاب بكلية التربية في الصلابة النفسية لصالح الإناث.

في حين أشارت دراسة (عدنان القاضي، ٢٠٢٢) إلى أن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان كانت أقل من المتوسط الفرضي، ليس هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0,05) في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس. وتوصلت دراسة (صديق محمد أحمد، ٢٠١٥) إلى عدم وجود فروق وفقاً للعمر والحالة الزوجية ونوع الإصابة في الصلابة النفسية ، ووجود فروق وفقاً للمستوى التعليمي في الصلابة النفسية.

وأكدت كذلك دراسة كلاً من (مسعود عبد الحميد حجو، عصام عبد الغني العامودي، ٢٠٢٢) علي عدم وجود فروق في متوسطات كل من الصلابة النفسية لدي عينة الدراسة تبعاً لمتغير (العمر، مكان السكن) ما عدا متغير الجنس لصالح الذكور ببعده الالتزام.

وعلي النقيض أكدت دراسة (أميرة أحمد صلاح، ٢٠١٩) علي وجود فروق دالة إحصائياً في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير العمر، وفي اتجاه الفئة العمرية (36 إلى 45 سنة)، وتبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية في اتجاه فئة (المتزوجات)

بينما أشارت دراسة (حسني عوض وأميرة صلاح، ٢٠٢٠) إلى وجود فروق دالة إحصائياً لمقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغيرات العمر، الحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، في حين كشفت النتائج عن عدم وجود تلك الفروق تبعاً لمتغيري المستوى التعليمي، و مستوي الدخل و ذلك علي عينة من مريضات سرطان الثدي .

أما دراسة (سفيان إبراهيم الربدي، ٢٠٢٠) أكدت أن مستوى الصلابة النفسية لدي عينة طلبة الجامعة متوسط، ووجود فروق دالة إحصائياً لمقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغيرات التخصص، المستوى الدراسي، وعدد أفراد الأسرة، والدخل، وعدم وجود تلك الفروق تبعاً لمتغير النوع كما توصلت دراسة (سعيد فاتح، ٢٠١٥) إلى أن لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي مستوى متوسط من الصلابة النفسية، بكل أبعادها المتمثلة بكل من بعد الالتزام وبعد التحكم وبعد التحدي.

وأظهرت دراسة (عبد المطلب عبد القادر عبد المطلب، ٢٠١٨) إلى وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية ومعظم مكونات الاضطرابات الجسمية وذلك علي عينة من المعلمين، ويعتبر تكرار المرض منبئاً قوياً بالصلابة النفسية. كما أشارت دراسة (عبد الناصر غربي، ٢٠١٨) إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدي عينة من المسنين المكفوفين والمبصرين، بمعنى كلما زادت الصلابة النفسية انخفض قلق الموت والعكس، ووجود فروق دالة إحصائياً في متغيري الصلابة النفسية وقلق الموت تبعاً لمتغير الإعاقة البصرية، في حين عدم وجود فروق تبعاً لمتغير الجنس. وأكدت دراسة (سارة حمدي التلاوي، ٢٠١٥) أن متوسط مريضات سرطان الثدي أعلى في قلق الموت من الأصحاء، وأن لمتغير نوع المرض (صرع عام أولي، مريضات سرطان الثدي) تأثير على كل من الصلابة النفسية وقلق الموت.

وكما أكدت دراسة (مريم بن خليفة، ٢٠١٨) علي أن الصلابة النفسية تؤثر في تخفيف قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان عنق الرحم و الثدي مع وجود درجات من قلق الموت ومعاناة الحالات منه.

ولذا أظهرت دراسة كلاً من (طه أحمد المستكاوي، مايسة محمد شكري، شيماء عاطف سيد، ٢٠٢٢) أن هناك إسهام لكل من المساندة الاجتماعية (الدرجة

الكلية)، ويُعد التحكم (أحد الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية) في خفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي .على حين لا يوجد إسهام لكل من بعد الالتزام وبعد التحدي (من أبعاد الصلابة النفسية).

تبين من الدراسات المذكورة أعلاه أن هناك اختلاف وتعارض وجدال بين الدراسات التي تناولت الفروق في الصلابة النفسية وقلق الموت، ونظراً لقلة الدراسات الأجنبية وعدم وجود دراسة عربية- في حدود علم الباحثة -تناولت متغيرات الدراسة (قلق الموت -الصلابة النفسية) مجتمعة كما بالصورة الحالية للدراسة، هذا ما دفع الباحثة إلى دراسة العلاقة بين تلك المتغيرين، كما سلطت الدراسة الحالية الضوء على متغير الصلابة النفسية على اعتبار أنه متغير إيجابي قد يعين الفرد على تخطي الأزمات والمشكلات الصحية و الجسدية و النفسية الناتجة عن التعرض للجلطة الدماغية .

ومن خلال ما تقدم يمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- ١-هل توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت و الصلابة النفسية لدى مرضى الجلطات الدماغية؟
- ٢-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث) لدى مرضى الجلطات الدماغية؟
- ٣-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث) لدى مرضى الجلطات الدماغية؟
- ٤-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمتغير العمر (٤٠-٥٠ عام) (٥١-٦٠ عام)، (٦١-٧٠ عام) لدى مرضى الجلطات الدماغية؟
- ٥-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير العمر (٤٠-٥٠ عام) (٥١-٦٠ عام)، (٦١-٧٠ عام) لدى مرضى الجلطات الدماغية؟
- ٦-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمدة الإصابة (عام واحد، عامان، ثلاثة أعوام، أربعة أعوام) لدى مرضى الجلطات الدماغية؟
- ٧-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمدة الإصابة (عام واحد، عامان، ثلاثة أعوام، أربعة أعوام) لدى مرضى الجلطات الدماغية؟

أهداف الدراسة:**تحدد أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:**

- التعرف على العلاقة بين قلق الموت و الصلابة النفسية لدى مرضى الجلطات الدماغية.

- التعرف على الفروق في قلق الموت تبعاً لمتغيرات (الجنس ، العمر، مدة الإصابة) لدى مرضى الجلطات الدماغية.

- التعرف على الفروق في الصلابة النفسية تبعاً لمتغيرات (الجنس، العمر، مدة الإصابة) لدى مرضى الجلطات الدماغية.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في الموضوع الذي تقوم بدراسته والمتمثل في قلق الموت و علاقته بالصلابة النفسية وتحدد تلك الأهمية من خلال توظيف نتائجها النظرية والتطبيقية.

الأهمية النظرية:

١ - تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية المتغيرات التي تتناولها **والممثلة في:**
 أ - **متغير قلق الموت** : وهو أصبح يلزم كل فئة عمرية في عصرنا الحالي، حيث يمثل مدي انشغال الفرد دوماً بالموضوعات المرتبطة بالموت من خلال العديد من المؤشرات الخارجية مثل (موت آخرين- فقدانهم)، أو مؤشرات ذاتية مثل (التقدم في العمر أو الإحساس بهامشية الحياة) مما يقود الشخص إلى القلق من الموت والخوف منه، كما ترصد الدراسة الحالية معدلات قلق الموت التي يعاني منها مرضي الأمراض الخطيرة وخاصة مصابي الجلطات الدماغية .

ب - **متغير الصلابة النفسية** : اعتبره أحد مفاهيم علم النفس الوقائي الإيجابي، و متغيراً واقعياً من الضغوط أو كسمة من السمات الشخصية التي تجعل الأفراد و من ضمنهم مرضي الجلطات الدماغية يواجهوا بفاعليه و اقتدار المواقف

الضاغطة التي تهدد سلامتهن النفسية، حيث وجدت الباحثة ندرة في الدراسات التي تتناول متغيرات الدراسة وكذلك التي تدرس العلاقة بينهم ، مما قد يجعلها نقطة انطلاق لدراسات بحثية فيما بعد.

٢- تكمن أهمية الدراسة في تناولها عينة مرضي الجلطات الدماغية (أوسط العمر، كبار السن) بمختلف مستوياتهم التعليمية وحالتهم الاجتماعية، وهي تعتبر أحدي الفئات التي لم تحظي الكثير من الاهتمام من قبل الباحثين، وما تحتاج إليه هذه العينة من مقترحات وبرامج وتوصيات تسهم في دعم صحتهم النفسية وخفض مستوى القلق والحد من تفاقمه لديهم، و رفع مستوى الصلابة النفسية لديهم، لذا سوف نحاول تسليط الضوء علي أهمية القيام بدراسات أخرى لتشمل تلك العينة.

٣- تعد هذه الدراسة إضافة جديدة للمكتبة العلمية والنفسية والاجتماعية، وذلك لحرصها على جمع واستقصاء معلومات متعلقة بمتغيرات الدراسة الممثلة في قلق الموت وكذلك الصلابة النفسية لدي مرضي الجلطات الدماغية، مما يفيد الباحثين والمرشدين النفسيين في المجال.

-الأهمية التطبيقية:

١-تكتسب الدراسة الحالية أهميتها التطبيقية من خلال أهم النتائج التي ستتوصل إليها، والتي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار عند وضع أي حلول للتخفيف من التفكير في قلق الموت.

٢-نتائج الدراسة قد تفيد الأخصائيين النفسيين في تصميم البرامج الإرشادية التي تعمل علي زيادة مستوى الصلابة النفسية لدي مرضي الجلطات الدماغية.

٣-دعوي للالتفات إلي هذه الفئة (المصابين بالجلطات الدماغية) في المجتمع والحث علي التكفل بهم نظراً للمعاناة النفسية والجسمية التي تنتج عن آثار الجلطة.

٤-سوف تشجع الدراسة علي عقد الندوات النفسية والطبية لمناقشة الأعراض الجسدية والنفسية المصاحبة للجلطة والكشف عن الطرق التي تساعد علي الحد

من هذه الأثار وتساعدهم علي الاستمرار علي الرغم من الأثار الناتجة عن التعرض للجلطة الدماغية.

٥- إستثمار نتائج الدراسة في إعداد برامج إرشادية وعلاجية للمرضي المصابين بالجلطات الدماغية وذلك لمساعدتهم علي الاستفادة من مصادر القوة في شخصيتهم وتوظيفها لرفع كفاءتهم لمواجهة الأزمة التي يمرون بها نتيجة التعرض للجلطة الدماغية من أجل الوصول إلي النقبل و التكيف مع تلك الأعراض الناتجة عن الإصابة، مما يؤدي إلي تنمية مستوي الصلابة النفسية لديهم.

التعريفات الإجرائية:

قلق الموت:

يعرف إجرائياً علي أنه حالة انفعالية مكدره ، و مشاعر شك و عجز و خوف، تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار، لدي الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة، هذه الحالة الانفعالية غير السارة و ترفع درجتها، والذي يمكن التعبير عنه و تقديره من خلال الدرجة التي يحصل عليها المبحوث في اختبار قلق الموت إعداد أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦.

الصلابة النفسية:

تعرف إجرائياً علي أنها نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله، واعتقاد الفرد بأن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث، ويتحمل مسؤولية ما يتعرض له من أحداث ، وأن ما يطرأ علي جوانب حياته من تغيير هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً وإعاقة له، والذي يمكن التعبير عنه وتقديره من خلال الدرجة التي يحصل عليها المبحوث في اختبار الصلابة النفسية إعداد عماد مخيمر، ٢٠٠٣.

الجلطة الدماغية:

وعرفها (سمير أبو حامد، 2009، 17-18) بأنها اضطراب مفاجيء في التروية الدموية لجزء من الدماغ يتظاهر بعجز في وظيفة عصبية أو حركية أو حسية، وينجم هذا الإضطراب عن انسداد شريان دماغي أو تمزق شريان دماغي .

مريض الجلطة الدماغية: هو الشخص الذي تعدي سن الأربعون عاماً ، وتم تشخيصه من قبل أطباء المخ والأعصاب علي أنه يعاني من وجود جلطة بالفص الجداري أو الصدغي، وتتراوح مدة إصابته ما بين سنة وأربع سنوات.

الإطار النظري:

أولاً: قلق الموت:

عرفه (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٩) بأنه حالة انفعالية مكدره ، و مشاعر شك و عجز و خوف، تتركز حول كل ما يتصل بالموت و الاحتضار، لدي الشخص نفسه أو ذويه ، و من الممكن أن تثير أحداث الحياة .

وعرفت (زينب شقير، 2003، 33) قلق الموت بأنه حالة من الخوف الغامض تجاه الموت وتجاه مصير الإنسان بعد الموت، ويعتبر حالة انفعالية سلبية ناتجة عن الخوف عند الإنسان بكل ما يتعلق بالموت والتقدير السلبي لموقف الموت وما ينتظره بعد الموت .

كما عرف قلق الموت بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانشغال المتعمد علي تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت (أحمد نصر، 2011، 193).

ورأي (حمدونة أسامة عسليية محمد، 2015، 733) قلق الموت بأنه حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر سلبية ذاتية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مفروضة علي الفرد، ولا محال أنها قادمة لكن متي وأين وكيف .

كما عرف قلق الموت بأنه التوتر والخوف من الموت وذلك من خلال التفكير المستمر بالموت وسيطرة فكرة الموت وتكرار فكرة الموت (غسان الحلو وعبد الناصر قدومي، ٢٠٠٣، ٢٢)

ورأي (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤) أن قلق الموت هو انشغال الفرد دوماً بالموضوعات المرتبطة بالموت من خلال العديد من المؤشرات الخارجية مثل (موت آخرين - فقدانهم)، أو مؤشرات ذاتية مثل (التقدم في العمر أو الإحساس بهامشاية الحياة)، مما يقود الشخص إلى القلق من الموت والخوف منه.

وقد عرف (Morse, 2000, 20) قلق الموت علي أنه الخوف الشديد من الموت ، وعادة ما ينطوي علي خوف غير طبيعي حول ما إذا كان الشخص سيظل موجوداً أم لا بشكل من الأشكال بعد الموت الجسدي.

واعتبر كل من (رحيم عبد القادر وشنان علي، ٢٠٠٩، ١١٦) قلق الموت بأنه الإحساس بالنهاية واليأس والقنوط والقنوط من الشفاء لأي مرض أو كلما رحل أحد المعارف أو الأقارب.

لذا ترى الباحثة أن قلق الموت يمثل الخوف من الموت والتفكير المستمر فيه وسيطرة فكرة الموت على الشخص وإحساسه بانتهاء حياته ومدى شعوره باليأس وقد الأمل في الشفاء في حالة المرض .

أنواع قلق الموت:

قلق الموت نوعان ، حيث يعتمد في التمييز بينهما علي أساس:

- حدة قلق الموت
 - شدة هيمنة فكرة الموت، علي تفكير الشخص، وهما:
- **قلق الموت المزمن:** هو قلق الموت الذي طالت مدته، و إزدادت معاناة المريض به.

- قلق الموت الحاد: هو القلق الذي يظهر في جملة أعراض، تكون عنيفة ملحّة و في زمن قصير و ترتبط بخبرات الحياة ، كموت قريب، أو مرض شديد) أحمد محمد عبد الخالق، 1999، 91).

مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف "جاك شورون **Jack chorion** " مكونات ثلاثة للخوف من الموت وهي :

• الخوف من الاحتضار، الخوف مما سيحدث بعد الموت، الخوف من توقف الحياة .

كما ذكر "كافانو **Kafano** "في كتابه "مواجهة الموت "وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت ، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي :عملية الاحتضار ، الموت الشخصي، فكرة الحياة الأخرى.

ومن وجهة نظر سيكولوجية ميز "ليستر **Lister** أربع جوانب لقلق الموت وتتمثل في بعدين لكل منهما قطبان هما الموت والاحتضار وتشمل هذه الجوانب على ما يلي : الخوف من موت الذات، الخوف من احتضار الذات، الخوف من الآخرين، الخوف من احتضار الآخرين (منير وهبة الخازن، 1990، ١١٩)

أسباب قلق الموت:

تختلف أسباب قلق الموت باختلاف نظرة الأفراد إليه و مدى درجة الوعي التي يحملها الفرد تجاه قلق الموت:

ومن أهم تلك الأسباب:

• الخوف من الموت المفاجيء :

حيث رأي ماسلو أن الخوف من الموت هو في الحقيقة خوف من عدم قدرتنا علي الوصول إلي مستوي تحقيق الذات في هرم الحاجات الذي وضعه، وعليه عدم

القدرة علي كل طموحاتنا وأمالنا) أحمد الصمادي، ومأمون غوانمة، 2005، (656).

الخوف من المجهول:

فكل ما سيحدث في أثناء الموت أو بعده سيبقي مجهولاً، ولا يمكن أن يثبت بشكل صحيح بينما لا يزال الإنسان علي قيد الحياة.

أسباب دنيوية:

مثل كراهية الجثث و غرابتها، والعدوي الاجتماعية للحزن، والاشمئزاز الحضاري والتفاعل العاطفي، والخوف من العدوي والصدمة، وتخيل التحلل والتعفن ، في حين ينظر إليه كل من " بيكر " و " برونر " علي أنه خوف فطري موروث (أحمد عبد الخالق و مايسة النيال، 2007، ٣٩٠).

الخوف من فقدان السيطرة:

مثل فقدان القدرة علي المعرفة، والسيطرة علي الأشياء التي يكافح المرء من أجل تحقيقها، وعلي اعتبار الموت فعل خارج عن السيطرة لأي شخص، فإن أولئك الذين يخافون من فقدان السيطرة يحاولون إبعاد الموت من خلال المراقبة الصارمة والمتطرفة للصحة ، وهؤلاء معرضون بمرور الوقت إلي الإصابة بالأفكار التسلطية والوساوس القهرية.

الخوف علي الآخرين:

فالعديد من الأشخاص لا يخافون الموت بحد ذاته، و إنما يخافون مما سيحدث لعائلاتهم من بعدهم، و يمكن رؤية هذا بشكل واضح لدي الآباء الجدد، أو الآباء لأبناء وحيدين ، فهؤلاء سيعانون القلق من أن تعاني عائلاتهم مالياً، وأن أحد لن يهتم بهم (Kausar&Saima, 2010, 270) .

في حين رأي أحمد عبد الخالق (1987) من خلال الدراسات التي قام بها، بأن أسباب قلق الموت تعود الي:

١. الخوف من الحساب والعقاب.

٢. الخوف على الأولاد.
 ٣. الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
 ٤. الخوف من الموت بعد مرض عضال.
 ٥. الخوف من التوقيت في أية لحظة مفاجئة.
 ٦. حب البقاء والتمسك بالدينا.
 ٧. عدم الإيمان بالله وضعف الوازع الديني.
 ٨. الخوف من النار ويوم القيامة.
 ٩. توقع الموت في كل لحظة.
- أما (رشيد زغير، 2016) فإنه يوضح وجود عدة عوامل مسببة لقلق الموت وهي: القلق حول الإصابة بمرض خطير، القلق من وفاة شخص عزيز، القلق من التعرض لحادث ينجم عنه وفاة، القلق من المقابر وشكلها، القلق من ضعف مناعة الجسم، القلق بمجرد التفكير في الموت، القلق من إمكانية الموت أثناء إجراء عملية جراحية، والقلق من إمكانية التعرض لحادث سير وغيرها العديد من الصور والأشكال التي ممكن أن تسبب قلق الموت.

أعراض قلق الموت:

هناك عدة أعراض لقلق الموت، نذكر منها:

أعراض بدنية: و تتمثل هذه الأعراض في:

- فقدان السيطرة على الذات والتوتر الزائد، والأحلام المزعجة .
- سرعة نبضات القلب أثناء الراحة مع نوبات العرق .
- غثيان أو اضطراب المعدة .
- دوخة وإغماء (نقلاً عن سكران كريمة، بوشقيف أمينة، 2018، 35)

أعراض نفسية:**تتمثل الأعراض النفسية في:**

- الاكتئاب والانفعال الزائد. - عدم القدرة على التمييز . -الهلع التلقائي واختلاط التفكير والعدوانية.
- سهولة توقع أشياء سلبية في الحياة . -سرعة الغضب والهيجان . -توتر الأعصاب والعزلة والانسحاب .
- انتظار لحظة الموت . -الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع .

أعراض عصبية و نفس عصبية :تتمثل في

- اضطرابات في السلوك . -اضطرابات النوم واليقظة.

أعراض تنفسية:

- اضطرابات تنفسية مع ضيق في التنفس.

اضطرابات أخرى وأعراض عامة:

- اضطرابات البلع . -اضطرابات هضمية (امساك، قيء) -تمزق الغشاء الفمي الرقيق .
- تعب عام أو كلي . -جفاف الجسم. -فقدان الشهية(آية قواجلية، 2013، 35).

وقد ذكر أحمد عبد الخالق من أعراض قلق الموت ما يلي:

- الميل إلى توقع الشر والمصائب اللذان يفقدان صاحبهما الثقة بنفسه.
- هلاوس الاضطهاد المرتبطة بالموت.
- توتر الأعصاب وسرعة الغضب.
- عدم القدرة على التركيز والارتباك والتردد في إيجاد القرارات.
- العزلة والانسحاب وانتظار الموت.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع (أحمد عبد الخالق، 1998، 42).

تشخيص قلق الموت:

-يصنف قلق الموت بحسب الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM5) علي أنه نوع من أنواع الرهاب المحدد أو النوعي ويعرف علي أنه خوف ملحوظ أو قلق حول شيء أو موقف محدد وهنا يمكن أن يكون الموت. -يعتبر الخوف والقلق من الموت رهاباً إذا كان هذا الخوف ينشأ في كل مرة يفكر فيها الشخص بالموت وأيضاً تستمر الأعراض لأكثر من ستة أشهر، كما و يعيق الحياة اليومية و يؤثر علي العلاقات الخاصة بالشخص.

-تشتمل الأعراض الرئيسية التي قد يتعرض لها الشخص نتيجة قلق الموت

علي:

-الخوف أو القلق الفوري عند التفكير في الموت أو الاحتضار.
-نوبات الهلع التي ممكن أن تسبب الدوخة، الهبات الساخنة، التعرق، و إرتفاع في معدل ضربات القلب أو عدم إنتظامها.
-تجنب المواقف التي قد يكون من الضروري فيها التفكير بالموت (مثل حضور جنازة أو زيارة مريض)
-الشعور بالمرض أو الإصابة بألم في المعدة عند التفكير بالموت أو الاحتضار.

-المشاعر العامة للإكتئاب أو القلق.

-هذا القلق أو الرهاب من الموت يمكن أن يؤدي إلي الشعور بالعزلة وتجنب الاتصال بالأصدقاء والعائلة وتختلف درجته بحسب المواقف أحياناً فممكن أن يرتفع عند إصابة الشخص أو أحد اقربائه بمرض، وكما يمكن أن يكون قلق الموت مرتبط بحالة قلق أخري أو اكتئاب (Candman, 2018) .

النظريات المفسرة لقلق الموت:

نظرية التحليل النفسي:

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

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

النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيين القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف، ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمت فهو يبقى أكثر من الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده ، ولا ينطلق في سلوك مناسب للفرد باستعادة توازنه ، اذن فهو خوف محبوس لا يجد له مصرفا ، كذلك الإنسان حيث يشعر بانفعال

قلق الموت أو الخوف فإن التأثيرات تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة ، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال فيها (آية قواجلية، 2012، 35).

النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما فيها ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية، ويجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (فوزية سبيح، 2018، 15-16).

النظرية العضوية البيولوجية:

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

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

نظرية العاملين:

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

- الحالة الصحة النفسية بوجه عام.

- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

وبالنسبة للمحدد الأول فإن المرضي السيكاتريين (في مجال الطب النفسي) يميلون إلى الحصول على درجات مرتفعة في قلق الموت بالمقارنة إلى الأسوياء، إن مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء ترتبط إيجابياً مع مقاييس قلق الموت، وقد استخرج "براون" ارتباطاً سلبياً بين قلق الموت والهدف من الحياة، كما ثبت أن المرضي الذين عولجوا من أعراض الاكتئاب بالعقاقير المضادة للاكتئاب قد تناقض قلق موت لديهم، ارتباطاً إيجابياً بالتناقض في الاكتئاب. ومن الملفت للاهتمام أن يظهر قلق الموت في الجانب الأكبر منه لارتباطه بالصحة الجسمية أو التكامل البدني، فقد حصل مرضي الغسيل الكلوي على درجات تقع في الحدود السوية تماما ولم تظهر علاقة بين درجات مقاييس قلق الموت والدرجة في المقاييس الفرعية المشيرة إلى الانشغال "البدني في دليل كورنيل" الطبي لدى الأشخاص المحالين إلى التقاعد.

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

ثانياً: الصلابة النفسية: Psychological Hardiness:

كانت كوبازا kopasa من أوائل من وضع الأساس لمصطلح الصلابة النفسية ، حيث لاحظت أن بعض الناس يستطيعون تحقيق ذواتهم وإمكاناتهم الكامنة برغم تعرضهم للكثير من الإحباطات والضغوط، لذلك فقد كانت ترى أنه يجب التركيز على الأشخاص الأسوياء الذين يشعرون بقيمتهم ويحققون ذواتهم

وليس المرضى، وقد اشتقت كوبازا مصطلح الصلابة النفسية متأثرة بالفكر الفلسفي الوجودي الذي يرى أن الإنسان في حالة صيرورة مستمرة، والذي يركز في تفسيره لسلوك الإنسان على المستقبل لا على الماضي، ويرى أن دافعية الفرد تتبع أساسًا من البحث المستمر النامي عن المعنى والهدف من الحياة (Maddi,2004).

كما يرى الوجوديون أن الفرد في بحثه عن معنى لحياته يتخذ حتمًا قرارات متعددة ، هذه القرارات تشكل حجر الأساس لكل شيء في الحياة، وسواء أدركنا أم لم ندرك فإن كل سلوكياتنا تترتب على قرارات نتخذها، وقد أدركت كوبازا نقاط التقاطع بين أساليب مواجهة الضغوط مع التوجه نحو المستقبل، واقتُرحت أن الشخصية الصلبة تتمتع بثلاث خصائص هي:

- ١ - القدرة على الانخراط والالتزام تجاه حياتها أو تجاه المجتمع.
- ٢ - القدرة على التحكم والتأثير في مجريات أمور حياتها.
- ٣ - الاعتقاد بأن التغيير مثيرًا للتحدي (Lambert, et al, 2003).

لذا تحوي الصلابة النفسية ثلاث مكونات و هي :

الالتزام والتحكم والتحدي .

وتؤكد كوبازا أن الصلابة النفسية مفيدة لمقاومة الضغوط والانهاك النفسي ؛ حيث إنها تعدل من إدراك الفرد للأحداث وتجعلها أقل أثرًا ، فتكسب الفرد قدرًا من المرونة، ولهذا فالصلابة النفسية تزيد من قدرات الفرد لمواجهة الضغوط المختلفة ، وكذلك الوقاية من الإنهاك النفسي (مدحت عباس، 2010).

وقد أشارت دراسة هنا ومورسي (Hannah & Morresse 1978) أن الصلابة النفسية تيسر عمليات الإدراك والتقييم والمواجهة التي يقوم بها الفرد، فتؤدي إلى التعامل الصحيح مع المواقف الضاغطة، وذلك من خلال عدة طرق:

- ١ -تعديل الصلابة النفسية من إدراك الأحداث وتجعل تأثيرها السلبي أقل حدة وتأثيرًا.

٢ -تؤدي الصلابة النفسية إلى أساليب مواجهة مرنة تختلف باختلاف الموقف الضاغط.

٣ -تزيد الصلابة النفسية من قدرة الدعم الاجتماعي كأسلوب من أساليب المواجهة.

٤ -توجه الصلابة النفسية الفرد إلى أن يغير في أسلوب حياته مثل نظامه الغذائي أو ممارساته الرياضية والصحية ، مما يجنبهم الإصابة بالأمراض الجسدية، في حين أشارت دراسة (Lambert,2003) أن الشخصية الصلبة عندما تواجه المتغيرات السالبة فإنها تواجهها بممارسات ذات علاقة بصحة الجسد ، منها ممارسة الاسترخاء والتغذية الصحية والقيام بالتدريبات الرياضية ، الأمر الذي يكون ارتباطاً إيجابياً بين الصلابة النفسية والصحة الجسدية .

وتوصل (Walker, 2006, p. 172) إلى أن الصلابة النفسية تنمو كنتيجة للخبرة، فالنجاح في الدراسة وفي الحياة بشكل عام يزيد من إحساس الفرد بالالتزام والتحكم والتحدي، أما من جهة أخرى فإن الفشل يمكن أن يقلل من تلك المتغيرات، فإدراك التحكم هو إحساس الفرد بالفاعلية والتأثير في ظروف الحياة المتنوعة.

لذا سوف نتطرق الباحثة إلي توضيح تعريف الصلابة النفسية وذلك بعرض تعريفات وآراء العلماء حول المصطلح ، ثم ذكر أهميتها و خصائصها وأبعادها و نظرياتها.

تعريف الصلابة النفسية :

الصلابة :هي صلب أي شديد، صلب الشيء أي صلابة الشيء، فهو صلب أي شديد (محمد مكرم ابن منظور، 1990، 297)

وعرف شيلي تايلور (2008)الصلابة النفسية بأنها "خاصية يتسم بها الفرد، و من مظاهرها الشعور بالالتزام وبالقدرة على ضبط الذات، والاستعداد

لمواجهة التحدي، ويعتقد أن هذه السمة تشكل مصدراً مفيداً في التعامل مع الأحداث الضاغطة (شيلي تايلور، 2008، ٢٨٨).

وعرفت "كوبازا" الصلابة النفسية بأنها اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في كفاءته وقدرته على استغلال كافة مصادره وإمكاناته النفسية والبيئية المتاحة، كي يكون له القدرة على إدراك الأحداث الحيوية الشاقة إدراكاً غير محرف أو مشوه، ويمكنه أيضاً أن يفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية ويتكيف معها بشكل إيجابي (Kobasa, 1979, p.4-5)

عرف عماد محمد مخيمر (1996) الصلابة النفسية بأنها نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله، وإعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يواجهه من أحداث يتحمل المسؤولية عنها، وأن ما يطرأ علي جوانب حياته من تغير هو أمر ضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً أو إعاقة له (عماد محمد مخيمر، 1996، ٢٨٤).

وأشار (سيد أحمد البهاص، 2002، ٣٩١) إلي الصلابة النفسية علي أنها مصدر من مصادر الوقاية من العواقب الجسمية والنفسية المترتبة علي الضغوط الحيوية.

وعرفتها جيهان محمد أحمد (2002) بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية و هي خصال فرعية تضم (الالتزام، التحكم، التحدي) التي يراها الفرد علي أنها خصال مهمة له في التصدي للمواقف الصعبة أو المثيرة للمشقة النفسية و في التعايش معها بنجاح (جيهان محمد أحمد، 2002، 35).

عرف كارفر وششير (carver&scheier) الصلابة النفسية بأنها ترحيب الفرد وتقبله للمتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها، حيث تعمل بصلابة كمصدر واق ضد العواقب الجسمية السيئة للضغوط (محمد محمد عودة، 2010، ٦٥).

كما قام بروكس (Brooks,2005) بتعريف الصلابة النفسية علي أنها قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع الضغوط النفسية والقدرة على التكيف مع التحديات و الصعوبات اليومية والتعامل مع الإحباط، والأخطاء، والصدمات النفسية (سعيد فاتح، 2014-2015، 14).

ويري مدحت عباس (2010) أن الصلابة النفسية عبارة عن أفعال من جانب الفرد تقيم وتواجه الأحداث الضاغطة والتي يمكن أن تؤثر علي صحته، فيمكن لمكونات الصلابة أن تهيء الفرد ليقوم بالأحداث الضاغطة بجعلها أقل تهديداً، ليتمكن من النظر إلي نفسه علي أنه أكثر كفاءة في مواجهتها ، وليعتمد علي إستراتيجيات تعمل علي التركيز علي المشكلة، و طلب الدعم، والإعتماد الأقل علي إستراتيجيات التركيز علي المشاعر والبعد عن المواجهة(مدحت عباس، 2010، ١٧٤)

كما توصلت كوبازا (1979) إلى أن الصلابة النفسية هي سمة شخصية وعرفت أبعادها كالتالي :

- ١ - الإلتزام :يعني اعتقاد الفرد في حقيقة و أهمية و قيمة ذاته و فيما يفعل، ويمكن أن يتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ و القيم، و إعتقاده أن لحياته هدفاً و معني يعيش من أجله.
- ٢ - التحكم :و يعني الإستقلالية والقدرة علي إتخاذ القرار و مواجهة الأزمات، وكما يشير التحكم إلي إعتقاد الفرد أنه بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث، و يتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له و يتضمن التحكم ما يلي:
 - القدرة علي إتخاذ القرار والإختيار من بين البدائل المتعددة.
 - القدرة علي التفسير والتقدير للأحداث الضاغطة.
 - القدرة علي المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز و التحدي.

٣ - **التحدي**: ويشير إلى إعتقاد الفرد أن ما يطرأ من تغيير علي جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للنمو من كونه تهديداً له، مما يساعده علي المبادأة وإستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والإجتماعية التي تساعد الفرد علي مواجهة الضغوط بفعالية، ويظهر التحدي في إقتحام المشكلات لحلها والقدرة علي المثابرة عند مواجهة المشكلات (Koassa, 1979, 11).

ومن خلال هذه التعريفات السابقة يتضح أن مفهوم الصلابة النفسية يمثل مدي قدرة الفرد علي مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ومحاولة الفرد أن يخفف من أثارها علي صحته النفسية والجسدية عن طريق تقبله للضغوط التي يتعرض لها، ويتعامل معها بموضوعية، وتكيفه مع الصعوبات اليومية والتحديات، وتعامله مع المواقف الصعبة والمحيطة، وهذا كله يتم من خلال امتلاكه لثلاث أبعاد الالتزام و التحكم والتحدي .

أهمية الصلابة النفسية:

- الصلابة النفسية تلعب دور حاسم في تحسين الأداء النفسي والصحة النفسية والبدنية و زيادة الدعم النفسي(الحسين محمد سيد، 2012، 13).

- وقد قدمت كوبازا عدة تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد ويمكن فهم تلك العلاقة من خلال فحص أثر الضغوط على الفرد وفي هذا الخصوص ترى كل من (مادي وكوبازا) أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الإرجاع، تؤدي إلى استثارة الجهاز العصبي الذاتي والضغط المزمن يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض جسدية واضطرابات نفسية وهنا تأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية، والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق، ويتم ذلك من خلال طرق متعددة فالصلابة:

-أولاً: تعدل من إدراك الأحداث وتجعلها تبدو أقل وطأة.

-ثانياً: تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة أو تنقله من حال إلى حال.
-ثالثاً: تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الاجتماعي.

-رابعاً: تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة. وهذه بالطبع تقلل من الإصابة بالأمراض الجسمية (عمر حمادة و عز عبد اللطيف ، ٢٠٠٢).

- وقد أكدت البحوث أهمية إدراك الأحداث في الشعور بالضغط من عدمه، فقد وجد كل من رودالت وزون (Rodwalt & zun) أنه بمقارنه الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة بأقرانهم ذوي الصلابة المنخفضة وجدوهم يميلون أكثر للنظر إلى أحداث الحياة الماضية على أنها كانت إيجابية وكانت لديهم القدرة على التحكم فيها، ووجد (مادي وكوبازا) أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يكونون أكثر قدرة على الاستفادة من أساليب مواجهتهم للضغط بحيث تقيدهم في خفض تهديد الأحداث الضاغطة من خلال رؤيتها من منظور واسع وتحليلها إلى مركباتها الجزئية ووضع الحلول المناسبة لها .

- تكمن أهمية الصلابة النفسية في كونها تعمل علي مقاومة الضغوط و الشدائد التي يتعرض الفرد لها في حياته اليومية، حيث تقف سداً منيعاً لحماية هذه الضغوط والمواقف التي تواجهه في مختلف جوانب الحياة لتحويلها إلي مواقف وخبرات مفيدة وتجعل منه فرداً قادراً علي مواجهة التحديات والصعوبات وأكثر قدرة و سيطرة لتقادي أثارها السلبية(محمد زهير علوي، 2012، 29)

-ويؤكد الليرد وسميث (Allerd & Smith, 1989) أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر مقاومة للأمراض المدرجة تحت تأثير الضغط بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية، وما نتج عنها من انحدار في مستوى التحفز الفسيولوجي ، وأن لديهم أيضاً مجموعة من الجمل الإيجابية عن الذات أكثر من أولئك الأقل صلابة

، والتي تعرف بالالتزام والسيطرة والتحدي، والتي ترجع إلى التفاوض وهي سمة من شأنها أن تقي من الآثار الجسدية المتعددة للضغط.

- كما تؤثر الصلابة النفسية على القدرات التكيفية فالأفراد الأكثر صلابة عندهم كفاءة ذاتية أكثر ولديهم قدرات إدراكية من ناحية، أن الشخص الصلب يدرك ضغوطات الحياة اليومية على أنها أقل ضغطاً ولديهم استجابات تكيفية أكثر.

- كما ذكر (خالد بن محمد العبدلي، 2012، 33) إن الصلابة النفسية تنشئ جدار دفاعي نفسي للفرد يساعده علي التكيف مع أحداث الحياة الضاغطة وتجعله قادر علي مقاومة الضغوط ويخفف من أثارها السلبية وينظر إلي المستقبل نظرة تفاؤلية خالية من القلق و الاكتئاب .

خصائص الصلابة النفسية:

يتفق العديد من المختصين أن خصائص الصلابة النفسية تنقسم إلى نوعين، و تتمثل فيما يلي:

خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

توصلت كوبازا من خلال دراساتها إلي أن الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية المرتفعة يتميزون بالخصائص التالية:

القدرة علي الصمود والمقاومة، القدرة علي وضع الخطط لمواجهة المشكلات، القدرة على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة (زينب راضي، 2008).

يتسمون بالقيادة والأخلاق، وبالواقعية والموضوعية، ولديهم حب الاستطلاع واستكشاف البيئة من حولهم، تقدير ذات مرتفع، يستغلون إمكاناتهم في تحقيق أهدافهم، لديهم القدرة علي تحمل المسؤولية و إتخاذ القرارات، لديهم نظرة إيجابية نحو الذات واخرين والمستقبل، يميلون إلي التجديد والارتقاء (مروة الهادي، 2009).

القدرة علي الإنجاز و الإبداع، اعتبار أن الأحداث الضاغطة أمر طبيعي، و ليس تهديداً لهم، الممارسة الصحية ، نظام غذائي و ممارسة الرياضة، والصحة الجسمية و النفسية(روان عوض، 2015/ 2014) التفاوض و التوجه الإيجابي نحو الحياة، الهدوء و القدرة علي التحكم في الإنفعالات ، الشعور بالرضا عن الذات، الاستفادة من خبرات الفشل في تطوير الذات (عبد الله مرعي الشهري، 2015).

وتصنيف "حمادة وعبد اللطيف" أن الأفراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية هم: أفراد ملتزمون بالعمل الذي عليهم أداءه بدلاً من شعورهم بالغرابة . أفراد لديهم القدرة في التحكم في الأحداث بدلاً من شعورهم بفقدان القوة. أفراد ينظرون إلى التغيير على أنه تحدي عادي بدلاً من أن يشعروا بالتهديد. أفراد يجدون في إدراكهم وتقييمهم للأحداث الحياة الضاغطة بممارسة القرار (حمادة لؤلؤة ، عبد اللطيف حسين ، 2002 ، 237-238).

خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة:

تتمثل خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة في اتصافهم بعدم الشعور بهدف واضح ومحدد لأنفسهم ولا معنى لحياتهم، ولا يتفاعلون مع بيئتهم بايجابية ، ويتوقعون التهديد المستمر، والضعف في مواجهة الأحداث الضاغطة المتغيرة ثبات الأحداث الحياتية، وليس لديهم أي اعتقاد بضرورة التجديد والارتقاء، وعاجزون عن تحمل الأثر السيئ للأحداث الضاغطة(عماد محمد مخيمر، 2011).

وكما يتميز الأفراد ذوو الصلابة النفسية المنخفضة بالسمات التالية:

عدم القدرة علي تحمل المسؤولية، قلة المرونة في إتخاذ القرارات، الهروب من مواجهة الأحداث الضاغطة (محمد محمد عودة، ٢٠١٠)، يتفاعلون بسلبية مع بيئتهم (إيمان أبو قوطة، 2013، 55). عدم القدرة علي تحمل المشقة، سرعة الغضب والحزن الشديد (الحسين سيد، 2012)

أبعاد الصلابة النفسية:

إن الصلابة النفسية مركب مكون من ثلاثة عناصر أساسية مترابطة فيما بينها وهي:

(1)الالتزام Commitment

يعتبر مكون الالتزام من أكثر مكونات الصلابة ارتباطاً بالدورالوقائي للصلابة بوصفها مصدراً لمقاومة مثيرات المشقة، حيث أشار جونسون وسارسون (Johnson& Sarson, 1978) إلي ذلك عندما تبين لهم أن غياب هذا البعد يرتبط بالكشف عن الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب.

"هو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه و قيمه والأخرين من حوله" (عماد مخيمر، 2002، ٦)

وعرفت (جيهان حمزة، 2002، 35) الالتزام بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته و تحديده لأهدافه و قيمه في الحياة وتحمله المسؤولية .

وعرفه (عثمان السيد، 2001، ٢١٥) بأنه اعتقاد الفرد في حقيقة وأهمية وقيمة ذاته ويمكن أن يتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم، واعتقاده أن لحياته هدف ومعنى يعيش من أجله

أنواع الالتزام:

الالتزام يتكون من مجموعة أبعاد:

(1) بعد الالتزام نحو الذات: ويقصد به اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمه الخاصة في الحياة وتحديد اتجاهاته الإيجابية على نحو يميزه عن الآخرين.

(2) بعد الالتزام نحو العمل: ويقصد به اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء له أو للآخرين، واعتقاده بضرورة الاندماج في محيط العمل وكفاءته في انجاز الأعمال الموكلة له، وضرورة تحمله مسؤوليات العمل والالتزام بنظمه.

(3) بعد الالتزام الديني: ويقصد به التزام الفرد بعقيدة الإيمان الصحيح وما جاء في القرآن و السنة النبوية من قيم ومبادئ و قواعد، وظهور ذلك في سلوكياته بممارسة ما يأمر به الله وما ينهى عنه.

(4) بعد الالتزام الأخلاقي: ويقصد به التزام الفرد بالقيم والأخلاقيات التي ترجع في أصلها إلى الأديان والعقائد، وتحلي الفرد بصفات خلقية كالصدق و الأمانة و التسامح و الرحمة.

(5) بعد الالتزام القانوني: ويقصد به اعتقاد الفرد بضرورة الانصياع لمجموعة القواعد والأحكام العامة وتقبل تنفيذها بواسطة السلطة المختصة لما تمثله من أسس منظمة للسلوكيات العامة داخل المجتمع، أي تقبله لقوانين مجتمعه وتجنبه مخالفتها.

(6) بعد الالتزام الاجتماعي: شعور الفرد بالمسؤولية تجاه مجتمعه ومشاركته أبناء المجتمع في الأنشطة الاجتماعية وبكل سعادة ورضا (سعيد فاتح، 2015، 49).

(2) التحكم: Control

وهو مدى اعتقاد الفرد بأنه يمكن أن يتحكم فيما يلقاه من أحداث، ويتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له (عماد مخيمر، ١٩٩٦ ، ٢٨٣)، ويعكس الاعتقاد بأن الفرد ليس عاجزاً أو فاقداً للعون ولكنه يمكن أن يؤثر في العديد من الأحداث، وله القدرة على التحكم في الظروف الشخصية.

وعرف فولكمان (Volcman, 1984) التحكم بأنه اعتقاد الفرد بإمكانية تحكمه في المواقف الضاغطة التي يتعرض لها (محمد عودة، 2010، 71).

ويتضمن التحكم أربع صور رئيسية هي:

أ - القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل متعددة: يشمل هذا التحكم المتعلق باتخاذ القرار طريقة التعامل مع الموقف باختيار بديل من البدائل (تجنب الموقف -إنهاء الموقف - محاولة التعايش مع الموقف)، ولذا يرتبط هذا التحكم بطبيعة الموقف وظروف حدوثه.

ب -التحكم المعرفي : وهو القدرة على استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة عند تعرض الفرد للمواقف المشقة والصعبة، كالتفكير في الموقف، والتعامل بصورة منطقية وواقعية، واستخدام كافة المعلومات المتاحة عن الموقف وعمل خطة للتغلب علي المشكلة.

ج -التحكم السلوكي :هو قدرة الفرد الفعالة على المواجهة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز والتحدي، والقدرة على التعامل مع الموقف بصورة علنية وملموسة، بمعنى التحكم بأثر الحدث الضاغط من خلال القيام ببعض السلوكيات المخططة لها من أجل تغيير وتعديل في وقع الحدث الضاغط.

د -التحكم الاسترجاعي : يرتبط بمعتقدات الفرد واتجاهاته السابقة عن الموقف وطبيعته، حيث يؤدي استرجاع الفرد لمثل هذه المعتقدات إلى تكوين انطباع محدد عن الموقف، ورؤيته على أنه موقف ذو معنى وقابل للتناول والسيطرة عليه من أجل تخفيف من وقع الحدث الضاغط (أثيل الفضل، ٢٠١٤ ، ٥١).

٣- التحدي Challenge:

يعني اعتقاد الفرد بأن التغيير في الأحداث شيء عادي، وهو اعتقاد الفرد بأن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير وضروري أكثر من كونه تهديداً له، مما يساعد الفرد على المبادأة واكتشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية

والاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بفاعليه(عماد مخيمر، ٢٠١١ ، ٢٢).

وقد أشار "يونغ" أن الشخص الطبيعي يحاول أن يتطور ويتغير نحو الأفضل على عكس الشخص العاجز الذي يبقى حبيساً للماضي، ويتوقف عن الحركة نحو المستقبل، كما رأي "ألد" و "سميث (1989) "أن التحدي هو الميل إلى رؤية التغيير غير متوقع أو التهديد المحتمل كتحدي ايجابي وليس حدث مهدداً ، في حين أكد كل من "نيوكم" و"هارلو" أن اعتقاد الفرد في عدم قدره على التحكم يشعر الفرد بعدم الجدوى والعجز ،فضلا عن ذلك أشارت "كوبازا" أن الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة لا يتمتعون بسمة التحدي، ولا يشعرون بالتهديد من التغيير، ويعتقدون أن الحياة تكون أفضل عندما لا تنطوي على أي تغييرات Kobasa et al., 1982).

مكونات التحدي:

تناولت كوبازا عدة مكونات للتحدي و منها:

(1) المرونة المعرفية:

وتختص ببنية الفرد المعرفية التي تساعده علي الاستمرار في مواجهة أحداث الحياة و هي نقيض الجمود المعرفي.

(2) القدرة علي التحمل:

و ذلك من خلال قدرة الفرد علي المثابرة و بذل الجهد و الكفاح حتي الانتهاء من المشكلات التي تعترض طريقه.

(3) المجازفة و المغامرة:

وهي الأقدام علي مواجهة المشكلات دون تهور مع ميل الفرد لمحاولة اكتشاف ما يدور حوله من أحداث.

(4) الاهتمام بالتجارب:

وذلك من خلال النظر إلي الأحداث كتجارب مثيرة للاهتمام مع الاحساس بالمتعة عند حلها ومن ثم الانتقال لحل المشاكل أو أحداث أخري(عبد الله مرعي الشهري، 2015، 31).

نظرية كوبازا المفسرة للصلابة النفسية:

نظرية (Kobasa, 1982) لقد قدمت كوبازا نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية و الجسمية، تناولت خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوماً حديثاً في هذا المجال واحتمالات الإصابة بالأمراض، ويعد نموذج لازورس من أهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية، حيث أنها نوقشت من خلالها ارتباطها بعدد من العوامل وحددها في ثلاث عوامل رئيسية و هي:

(1)البيئة الداخلية للفرد.

(2)الأسلوب الإدراكي المعرفي.

(3)الشعور بالتهديد و الإحباط.

ذكر لازورس أن حدوث خبرة الضغوط يحددها في المقام الأول :طريقة إدراك الفرد للموقف، و اعتباره خطأً قابلة للتعايش، تشمل عليه الإدراك الثانوي ، و تقديم الفرد لقدرته الخاصة، و تحديد لمدي كفاءتها في تناول المواقف الصعبة، و ترتبط هذه العوامل الثلاثة ببعضها البعض، فعلي سبيل المثال :يتوقف الشعور بالتهديد علي الأسلوب الإدراكي للموقف، كما يؤدي الإدراك الإيجابي إلي تساؤل الشعور بالتهديد، و يؤدي الإدراك السلبي إلي زيادة الشعور بالتهديد، و إلي تقييم بعض الخصال الشخصية كتقدير الذات.

وطرحت كوبازا (Koaza, 1979) الافتراض الأساسي لنظريتها ، بعد أن أجرت دراسة علي رجال الأعمال، والمحامين، والعاملين في الدرجة المتوسطة

و العليا في الصحة النفسية، والجسمية، والأحداث الصادمة، وقد خرجت ببعض النتائج و التي كان منها:

(1)الكشف عن مصدر إيجابي جديد في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية و الجسمية ، وهو الصلابة النفسية بأبعادها و هي " الالتزام، التحكم، التحدي."

(2)أن الأفراد الأكثر صلابة حصلوا علي معدلات أقل في الإصابة بالاضطرابات رغم تعرضهم للضغوط الشاقة.

فكان هذا الافتراض أن التعرض للأحداث الصادمة الحياتية الشاقة يعد أمراً ضرورياً، بل أنه حتمي لا بد منه لارتقاء الفرد و نضجه الانفعالي و الاجتماعي، و أن المصادر النفسية و الاجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوي و تزداد عند التعرض لهذه الأحداث الصادمة، و من أبرز هذه المصادر (الصلابة النفسية). (محمد محمد عودة، 2010، 79)

وقد فسرت كوبازا الارتباط القائم بين الصلابة و الوقاية من الإصابة بالأمراض، بأنه أدي إلي تحديدها للخصال المميزة للأفراد مرتفعي الصلابة، و من خلال توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من آثار التعرض للأحداث الضاغطة.

وتري كوبازا أن الأفراد الذين يتسمون بصلابة نفسية يكونون أكثر نشاطاً ومبادأة واقتداراً و قيادة وضبطاً داخلياً، وأكثر صموداً ومقاومة لأعباء الحياة، وأشد واقعية وإنجازاً وسيطرة وقدرة علي تفسير الأحداث .كما يجدون أن تجاربهم ممتعة وذات معني، وعلي العكس فإن الأشخاص الأقل صلابة يجدون أنفسهم والبيئة من حولهم بدون معني، و يشعرون بالتهديد المستمر، والضعف في مواجهة أحداثها المتغيرة، و يعتقدون أن الحياة تكون أفضل عندما تتميز بالثبات في أحداثها ، أو عندما تخلو من التجديد، فهم سليليون في تفاعلاتهم مع البيئة (زينب أحمد راضي، 2008، ٣٧)(Koasa & Maddi, 1982, 169-172).

ثالثاً: الجلطة الدماغية :

هي عبارة عن توقف جزء من الدماغ عن العمل بسبب حدوث مشاكل في تدفق الدم مما يؤدي إلي الإصابة بالأعراض الكلاسيكية للجلطة الدماغية، مثل الوهن المفاجيء في الذراع و الساق في نفس الجانب من الجسم (ريتشارد ليندلي، 2014).

وعرفها (سمير أبو حامد ، 2009 ، 17-18) بأنها اضطراب مفاجيء في التروية الدموية لجزء من الدماغ يتظاهر بعجز في وظيفة عصبية أو أكثر حركية أو حسية ، وينجم هذا الإضطراب عن انسداد شريان دماغي أو تمزق شريان دماغي .

كما أن مرضي الجلطات الدماغية الذين يصلوا الطوارئ ويتم إسعافهم خلال الثلاث ساعات الأولى من ظهور الأعراض يميلوا إلى أن يكونوا أكثر صحة بعد ٣ شهور من الإصابة بالجلطة عن الذين تأخرت رعايتهم. (Hacke et al., 2004)

وأظهر كل من (Gabriele Kitzmuller et al , 2012) أن الناجون من الجلطات الدماغية يخشون الوصم من قبل الآخرين بسبب فقدان القدرة علي الكلام و الاضطراب المعرفي مما يؤدي إلي العزلة الاجتماعية و فقدان العلاقات و الشعور بالوحدة.

ما بعد الجلطة الدماغية :هي الأعراض النفسية و الجسدية التي تتركها الجلطة الدماغية، و ما تسببه من عدم قدرة الشخص علي التأقلم مع الواقع الجديد (Stein, et al, 2009)



صورة أشعة مقطعية لجلطة بالتمخ

https://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%85%D9%84%D9%81:MC_A_Territory_Infarct.svgMCA_Territor

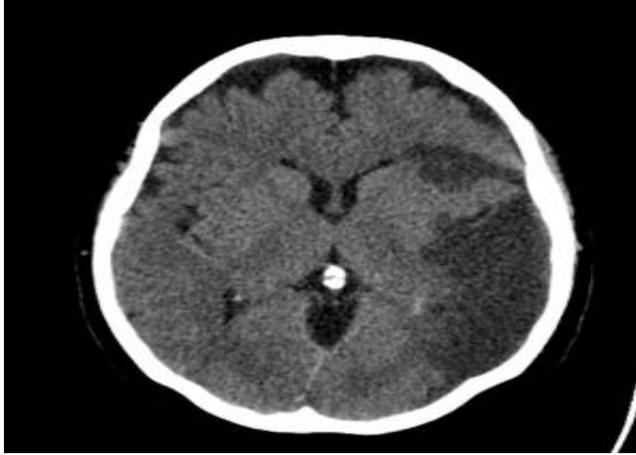
أسباب حدوث الجلطة الدماغية:

١. الجلطة الدماغية الناتجة عن الإنسداد أو ما يسمى (بالجلطة الإقفارية):

إن سبب معظم حالات الجلطات الدماغية ما يعادل نسبة (85%) هو بسبب إنسداد الأوعية الدموية في الدماغ، حيث يستخدم الدماغ كميات كبيرة من الأكسجين والمواد الغذائية مثل الجلوكوز، التي تصل إليه عبر الدورة الدموية، ويعد السبب الأول والأكثر شيوعاً للجلطة الدماغية هو إنسداد وعاء دموي يقوم بتزويد الدماغ بهذه المواد الغذائية الأساسية، مما يسبب حدوث جلطة دموية، تعرف "بالخثر الدموي" والتي قد تتشكل محلياً في شريان دماغي أو في مكان آخر مثل في القلب وتعبر في مجري الدم لتصل إلي الدماغ ويدعي هذا النوع بالخثر، إذ ينسد وعاء دموي في الدماغ نتيجة لإنتقاله عبر الأوردة وصولاً للدماغ، وكنتيجة لذلك سرعان ما تحرم الخلايا الدماغية من الأكسجين والجلوكوز و تتوقف عن العمل بشكل ملائم، وف حال لم يستأنف تدفق الدم بسرعة، تموت

تلك الخلايا الدماغية وتتعرض للضمور . ويعرف هذا النوع من الجلطات الدماغية بالجلطة الدماغية الإقفارية أو الاحتشاء الدماغي، فمصطلح الإقفاري معناه نقص الدم، أما مصطلح “الإحتشاء” فيشير إلي موت جزء من الجسم، و تسمى هذه الظاهرة أيضاً من ناحية طبية بالإنصمام (Embolism). (ريتشارد ليندلي، 2014)

الجلطة الإقفارية تكون عادة باللون الأسود أوأقل كثافة من بقية الدماغ وتحتاج لطبيب الأشعة لقراءتها لأنه أحياناً تكون غير واضحة لغير العين المتمرسه.



جلطة دماغية في الجزء الأيسر من الدماغ

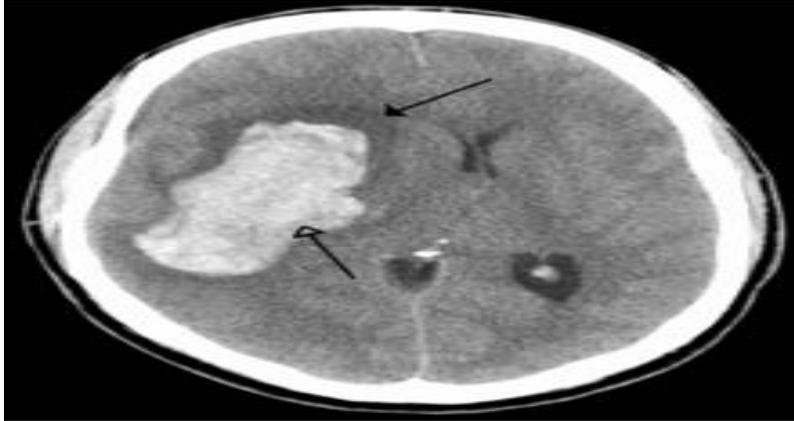
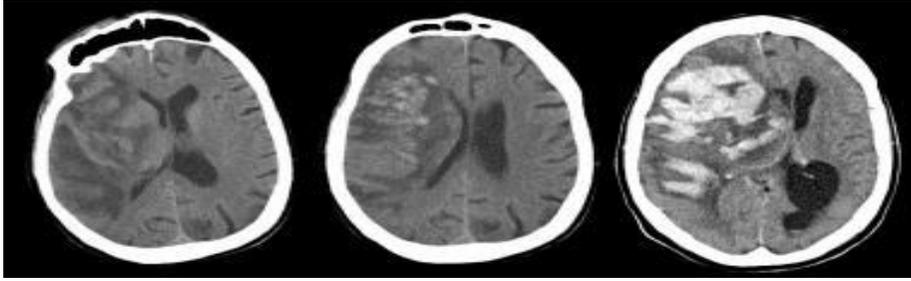
https://radclass.files.wordpress.com/2016/11/d6de91a6623d7230a61e3d3f4d1cc9_big_gallery.jpg?w=300

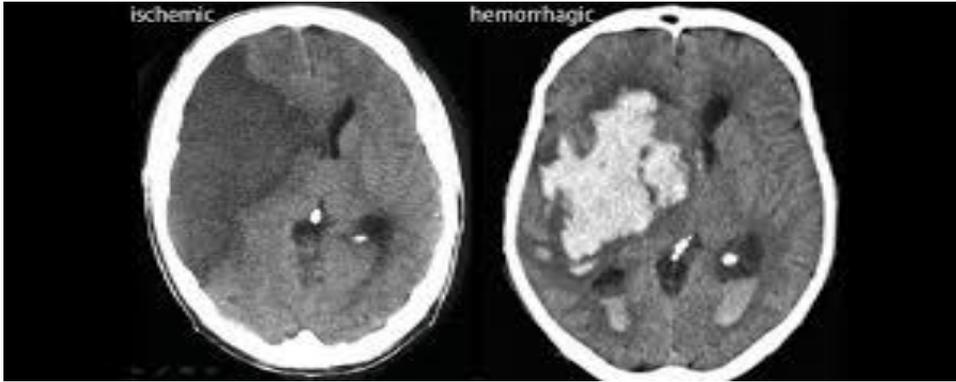
٢- الجلطة الدماغية الناتجة عن النزيف (الجلطة النزفية):

النزيف الدماغي نتيجة إنفجار في “أم الدم (Aneurysm) ” وهو عبارة عن إنتفاخ أو توسع كيسي يشابه البالون يظهر في جدران الشريان وفي حال نمت “أم الدم” إلي درجة كبيرة وأصبحت رقيقة الجدران، فقد تتمزق وعندها تحدث نزفاً دمويّاً بين الدماغ وأغشيته، ويسمي هذا النزيف “ما دون العنكبوتي (Subarachnoid hemorrhage).”

النزيف داخل الدماغ يحدث عندما ينفجر وعاء دموي داخل أنسجة الدماغ و يؤدي إلي نزيف دموي، مما يسبب أضرار في أنسجةالدماغ ويؤدي إلي موت الخلايا العصبية .كذلك تتأثر وتتضرر الخلايا العصبية الموجودة حول منطقة التسرب الدموي لعدم حصولها علي كمية كافية من التروية الدموية.و يكون العامل الرئيس للنزيف داخل الدماغ ناتج عن فرط ضغط الدم .(ريتشارد ليندلي، ٢٠١٤).

أما الجلطة الناتجة عن نزيف فتكون باللون الأبيض نظرا لوجود الدم في البداية وتتحول تدريجياً مع الزمن إلى اللون الرمادي والأسود.





شكل يوضح الجلطة الأقفارية الجلطة النزيفية في الأشعة المقطعية

<https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2F2Fi.ytimg>

علامات ومظاهر الجلطة الدماغية:

هناك العديد من المظاهر وقد يكون أكثر من عرض في نفس الوقت ومنها :

الضعف أو الشلل المفاجيء في جهة واحدة من الجسم في اليد أو الرجل أو الوجه، ضعف في عضلات الوجه، ضعف مفاجيء في التوازن وعدم الاستقرار، الصداع الشديد والمفاجيء والغير عادي والتقيوء، إضطراب في المضغ والبلع، وخز و تشويش أو ضعف مفاجيء في حاسة اللمس، تشويش مفاجيء في الرؤية (اضطراب بالرؤيا)، يظهر إما علي شكل رؤيا مزدوجة ، أو انعدام الرؤيا في نصف المجال البصري، أو عمي في إحدي العينين، و أخيراً إضطراب في الكلام يظهر علي شكل صعوبة في تسمية الأشياء أو في لفظ الكلمات أو في الفهم، و يدعي هذا بالحبسة الكلامية، كما أنه كنتيجة للجلطة أيضاً فإن القدرة علي الكلام تتأثر بدرجات متفاوتة من شخص إلي آخر، و يظهر تأثيرها علي اللغة وإمكانية تشكيل الكلمات، وكما تتأثر اللغة الاستيعابية واللغة التعبيرية، وهذا يؤدي إلي تعرض المريض للإحباط كنتيجة لعدم القدرة علي التعبير عما يريد، أو عدم فهمه لما يدور من حوله، وأحياناً تطرأ مشاكل أخرى في النطق بسبب حدوث

ضعف في العضلات المسؤولة عن تحريك الفم واللسان عند التلفظ بالكلام فيما يعرف "عسر التلفظ" (Brainin, M & Heiss, W, 2010).

الأسباب التي تؤدي إلى الجلطة الدماغية:

-التقدم بالعمر، تصلب الشرايين، ارتفاع ضغط الدم، التدخين، عدم انتظام ضربات القلب (لرجفان الأذيني).

-ومن الأسباب أيضاً التي تزيد من مخاطر التعرض لجلطة دماغية هي وجود مرض سكري غير مسيطر عليه لدي المريض، وجود مستوي عالي من الدهون في الدم، الوزن الزائد، الإفراط في تناول الكحول، وقلة ممارسة التمارين الرياضية و بعض اضطرابات الدم (مثل فقر الدم المنجلي) ريتشارد ليندلي، 2014).

ويري (Neuhauser, 2003) أن عوامل خطر الإصابة بالجلطة الدماغية التي لا يمكن الوقاية منها ممثلة في (العمر، العرق، الجنس، الجينات) أما عوامل خطر الإصابة بالجلطة الدماغية التي يمكن الوقاية منها ممثلة في (زيادة الوزن، قلة النشاط البدني، الإفراط في شرب الخمر، التدخين، تعاطي المخدرات، ارتفاع ضغط الدم، الكوليسترول، السكري، أمراض القلب و الأوعية الدموية) ، وتقليل خطر الإصابة بالجلطة الدماغية يمكن أن يقلل من قلق الموت ويحسن نوعية حياة الأفراد المصابين بها. (Niloufar Tahery , 2015)

التغيرات النفسية / الجسدية ما بعد الجلطة الدماغية:

بعد التعرض لجلطة دماغية فإنه في كثير من الأحيان تترك إعاقة شديدة ودائمة، وخاصة لدي كبار السن، هذا يمكن أن يؤدي إلي فقدان الاستقلالية والحاجة بعدها إلي رعاية طويلة الأجل، وتتضمن الإعاقة الناتجة ضعف في أكثر من وظيفة واحدة علي سبيل المثال، يصاحب فقدان القدرة في الجانب الأيمن في كثير من الأحيان فقدان الكلام، ويمكن أن تصاحب الجلطة الدماغية الشديدة بجميع أنواعها فقدان الوعي والإرهاق والإحباط والإكتئاب والشعور بالقلق بشكل

دائم، أما بعض الجلطات الدماغية فيمكن أيضاً أن تؤثر علي التحكم في المثانة أو الأمعاء، أو القدرة علي البلع بشكل صحيح (Steinet al, 2009) .

وجد الباحثون أن هناك علاقات بين الضرر الذي يلحق بمناطق معينة في الدماغ والأعراض النفسية، حيث يعاني مريض الجلطة الدماغية من الاكتئاب الشديد وضعف شديد في الوظائف التنفيذية، وأظهرت فحوصات التصوير العصبي للمرض انخفاض حجم المادة الرمادية في الفص الجبهي الأيسر والمناطق الظهرية، وأن القلق والاكتئاب مرتبطان بإصابات الجهة اليمنى من النصف المخي. (Ricarjo,et al 2004)

وفي دراسة أجراها (Paradiso et al, 1999) أظهروا أن المرضى الذين لديهم إصابات في القشرة الجبهية وجد لديهم اضطرابات قلق.

كما يؤثر تلف الدماغ الناتج عن الجلطة الدماغية علي العمليات الإدراكية مما قد يؤدي إلي ظهور أعراض نفسية مثل القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري . (Niloufar Tahery 2015).

الدراسات السابقة:

ستتناول الباحثة الدراسات السابقة من خلال أربع محاور، **المحور الأول** الدراسات التي تناولت قلق الموت، **المحور الثاني** الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية، **والمحور الثالث** الدراسات التي تناولت العلاقة بين قلق الموت و الصلابة النفسية، و **المحور الرابع** الدراسات التي تناولت الجلطات الدماغية فيما يلي عرض للأربع محاور:

المحور الأول: الدراسات التي تناولت قلق الموت:

في هذا السياق بحثت دراسة (Poveda, et al, 2001) في العلاقة بين قلق الموت ومتغيرات الجنس، والإصابة بالأمراض المزمنة، واستهلاك العقاقير النفسية، والتردد على العيادات، وبلغ عدد أفراد العينة (226) مريضاً أسبانياً

تزيد أعمارهم عن (18عاما) بمتوسط عمر (25.2) عاماً، وقد تم اختيار العينة عشوائياً من بين 1829 شخصاً حضروا إلى العيادة للاستشارة في الفترة ما بين أيار وتموز 1999، وجمعت البيانات من المرضى عن طريق إجراء مقابلات وجاهية معهم باستخدام مقياس قلق الموت لتمبلر، و أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى قلق الموت، فقد أظهرت الإناث مستوى أعلى، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات قلق الموت بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة غير المضطربين نفسياً، في حين تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد المصابين بأمراض نفسية والأفراد غير المصابين في مستوى القلق، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات قلق الموت تعزي إلى اختلاف عدد مرات التردد على العيادة.

كما تناولت دراسة (Gantsweg, 2001) الفروق بين الذكور والإناث في التعبير عن الذات والقلق من الموت، حيث شارك في الدراسة (91) فرداً من جنوبي كاليفورنيا، وأظهرت نتائج الدراسة أنه لا يوجد فروق واختلافات بين الذكور والإناث في طريقة التعبير عن الذات والعلاقات بالآخرين وقلق الموت. كذلك اختبرت دراسة (شروق خير عوض، 2009) مستوى قلق الموت لدي مرضي السرطان ومرضي القلب ومرضي السكري ضمن بعض المتغيرات في منطقة عكا، وتكونت عينة الدراسة من 458 من المرضى من كلا الجنسين من منطقة عكا، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتطوير مقياس قلق الموت وتطبيقه، و باستخدام المعالجات الإحصائية المناسبة، وكشفت النتائج عن وجود درجة متوسطة من قلق الموت لدي أفراد العينة، ووجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث علي مقياس قلق الموت، إذا كانت درجات الإناث أعلى من درجات الذكور، ووجود فروق دالة إحصائية بين مرضي السرطان و مرضي القلب ومرضي السكري علي مقياس قلق الموت، إذ كانت درجات مرضي السرطان

أعلى من درجات مرضي السكري ومرضي القلب، ووجود فروق دالة إحصائياً بين الفئات العمرية (٥٥) فأقل، (٥٦-٦٥)، (٦٦) فأكثر على مقياس قلق الموت، إذ كانت درجات الفئة (٥٥) فأقل أعلى من درجات الفئة (٦٥-٥٦) و (٦٦) فأكثر.

و في دراسة أجراها (Kausar Suhail & Saima Akram , 2010) لمعرفة ارتباطات قلق الموت في باكستان بعدة عوامل وهي العمر والجنس والتدين، وتم تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر و مقياس الخوف من الموت لكوليت لاستير ، على عينة بلغت 132 شخص، و توصلت النتائج إلى عدم وجود علاقة بين قلق الموت والعمر وإنما وجدت علاقة بين التدين والجنس .

و هدفت دراسة (أسماء خليل العرب، 2011) التعرف على الخصائص الاجتماعية لمرضي السرطان و درجة الشعور بقلق الموت ، و معرفة مدى تأثير متغيرات كل من الجنس و العمر و نوع الورم السرطاني علي المرضي المصابين بالسرطان، و تكونت عينة الدراسة من 100 مريضاً بالسرطان منهم (٥٤) ذكراً، (٤٣) أنثي، و تم اختيارهم بالطريقة القصدية، و قد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس قلق الموت بين سرطان الثدي وسرطان القولون و ذلك لصالح سرطان الثدي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس قلق الموت تعزي لمتغير الجنس و جاءت لصالح الإناث، و عدم وجود فروق في مقياس قلق الموت تعزي لمتغير العمر.

وقام (Ajoka & Babatunde, 2014) بدراسة لمعرفة مدى تأثير العمر والجنس على قلق الموت لدى الراشدين في مقاطعة اكيبي، نيجيريا، وهدفت هذه الدراسة للكشف عن تأثير العمر والجنس على قلق الموت، وكان حجم العينة مكون من (٤٦٨) شخص منهم (٢٣٨) ذكور و (٢٣٠) إناث مقسمة لثلاث مجموعات عمرية من الراشدين، وتم تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر، وأوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وقلق الموت، ولكن

وجدت الدراسة أن الإناث في مجموعة متوسط العمر اظهرن ارتفاع لقلق الموت عن الذكور .

و هناك دراسات أخرى بينت أن هناك علاقة بين قلق الموت و الموت المفاجيء ، حيث أن الأفراد الذين يعانون من سكرات الموت يتعرضون لقلق الموت بشكل أكبر من الذين يموتون بشكل مفاجيء ، و أن كبار السن يظهرون قلقاً أقل نحو الموت من الشباب.(Tomer, 2015)

كما ذكرت دراسة (غاندي الرياحنة ، 2014) مدى أهمية التعرف علي مستوي قلق الموت ومستوي الرضا عن لدى مرضي الفشل الكلوي في ضوء بعض المتغيرات، حيث تكونت عينة الدراسة من 311 من مرضي الفشل الكلوي في محافظة إربد، وتم تطبيق مقياس قلق الموت ، وبينت نتائج الدراسة أن مستوي قلق الموت العام لدي أفراد العينة كان متوسطاً، كما أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية علي مقياس قلق الموت تعزي لمتغير الجنس ولصالح الإناث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية علي مقياس قلق الموت لدي أفراد عينة الدراسة تعزي لمتغير العمر و مدة الإصابة وعدد مرات الغسيل والدخل الشهري، ووجود علاقة سالبة بين قلق الموت والرضا عن الحياة لدي أفراد العينة .

كما اهتمت دراسة (الريماوي أبو هلال، 2015) بالتعرف علي المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدي المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس، والتعرف علي الفروق في مستوي قلق الموت تبعا لمتغيرات (العمر، الجنس، عدد الأبناء، متغير الأمراض)، وتكونت عينة الدراسة من 184 من المسنين، وتم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية، و مقياس قلق الموت علي عينة عشوائية طبقية، و توصلت نتائج الدراسة إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدي المسنين تبعا لمتغير (الجنس، عدد الأبناء)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات

قلق الموت لدي المسنين تبعا لمتغير العمر لصالح 80 فما فوق، و متغير الأمراض لصالح المصابين بأمراض مزمنة، كما تبين وجود علاقة بين درجتي المساندة الاجتماعية وقلق الموت لدي المسنين.

كما هدفت دراسة (أميرة جبران ، حسني عوض، 2015) إلي التعرف علي مستوي قلق الموت لدي المرأة الحامل وعلاقته ببعض المتغيرات في فلسطين، و تم تطبيق مقياس قلق الموت علي المرأة الحامل حيث بلغ عدد فقراته 19فقرة ، وأظهرت نتائج الدراسة أن درجة قلق الموت لدي المرأة الحامل جاءت بدرجة متوسطة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدي المرأة الحامل تعزي لمتغير العمر (31-36)، ومكان السكن لصالح سكان المدينة . وقامت (زهية خليل القرأ ، 2015) بدراسة للتعرف على خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر بعد الحرب الأخيرة على غزة وبعض المتغيرات الديمغرافية (الجنس والحالة الاجتماعية وطبيعة البتر والدخل الشهري والمستوى العلمي)، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة من ذوي البتر مكونة من 52شخص من سن 18سنة وما فوق باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الباحثة للإجابة على اسئلة الدراسة الأدوات التالية وهي مقياس الخبرات الصادمة لعبد العزيز ثابت ، ومقياس استراتيجيات التكيف تقنين سمير قوته، ومقياس قلق الموت لأحمد عبد الخالق تقنين ناهده العرجا على البيئة الفلسطينية، وقد استخدمت الباحثة في المعالجة الاحصائية عدد من المقاييس ومن أهمها اختبار T TEST وتحليل التباين ، ومعامل الارتباط بيرسون والمتوسطات الحسابية، وألفا كرومباخ، وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية (0,05)في درجات قلق الموت وأبعاده التالية (الخوف من الموتى والقبور ،الخوف مما بعد الموت ،الخوف من الأمراض المميتة ،الانشغال بالموت وأفكاره) لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة تعزى للعمر والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية والدخل الشهري ولطبيعة حالة البتر.

وقدما (محمد عسليّة و أسامة حمدونة، ٢٠١٥) الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، وهدفت الدراسة إلي التعرف علي علاقة الالتزام الديني بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، كذلك التعرف على الفروق في كل من الالتزام الديني وقلق الموت وخبرة الأمل تبعاً لمتغير الجنس، والتخصص العلمي، والمستوى الدراسي، وأجريت الدراسة على عينة من (٣٩٤) مفحوصاً، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الالتزام الديني وقلق الموت، ووجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث لصالح الإناث في قلق الموت.

كما هدفت دراسة (Niloufar Tahery , 2015) إلى الكشف عن تأثير مستوى قلق الموت علي جودة الحياة لدي مرضي الجلطات الدماغية، و تكونت عينة الدراسة من ٥٠ مشاركاً من مرضي الجلطات الدماغية في منطقة لوس إنجلوس و متوسط عمرهم ٦٥ عاماً، وتم تطبيق مقياس قلق المزت ومقياس جودة الحياة علي أفراد عينة الدراسة، وتوصلت نتائج الدراسة إلي زيادة مستوى قلق الموت له تأثير سلبي على جودة الحياة لدى مرضي الجلطات الدماغية، حيث وجد انخفاض في جودة الحياة لديهم.

كما أوضحت دراسة (Bastani et al , 2016) تقييم قلق الموت لدي مرضي السرطان المسنين والذين يخضعون للعلاج الكيميائي، و نسبة انتشار مرض السرطان بين فئة الشيخوخة له تأثير علي الصحة العامة للمسنين، ومن أحد المكونات التي تؤثر علي الصحة العامة للمسن الذي يعاني من مرض كالسرطان هو قلق الموت، وتكونت عينة الدراسة من 130 مسن يعانون من مرض السرطان ويأخذون العلاج الكيميائي من خلال المعاينة العشوائية، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة (42,3%) من كبار السن لديهم نسبة قلق من الموت بشكل كبير، وهناك علاقة كبيرة بين قلق الموت لدي المسنين و متغير العمر، والحالة

الاجتماعية، ونوع الورم السرطاني، و فترة المعاناة من السرطان، و الأمراض المصاحبة الأخرى، وكما أظهرت الدراسة أن نسبة قلق الموت أقل لدى الكبار بالسن ذوي مستوي التعليم العالي، و متزوجين، و فترة الإصابة بالورم السرطاني لديهم أقل، و ليس لديهم أمراض أخرى مصاحبة .

كما هدفت دراسة (Saleem ,Kynat ,Tufail ,Zaffar , 2017 ، Adeeb ، الوقوف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية المدركة و قلق الموت لدى مرضى القلب، استخدم الباحثون الدراسة المستعرضة ، و تكونت العينة من (132) من مرضى القلب في جنوب البنجاب في باكستان، استخدمت الدراسة مقياس قلق الموت، و مقياس المساندة الاجتماعية المدركة و استبانة جودة الحياة، توصلت الدراسة إلى انخفاض جودة الحياة و المساندة الاجتماعية لدى مرضى القلب و ارتفاع مستوى قلق الموت، و أن هناك علاقة ارتباطية سلبية دالة بين جودة الحياة و قلق الموت و بين المساندة الاجتماعية و قلق الموت، و أن الذكور تفوقوا على الإناث في مستوى جودة الحياة، و أن الإناث تفوقن على الذكور في المساندة الاجتماعية و قلق الموت.

كما أوضحت دراسة (Yuksel, et al , 2017) مدي أهمية التحقق من المستويات الفردية من قلق الموت و معني الحياة في ضوء بعض المتغيرات مثل (الجنس، العمر، الناحية الأكاديمية، الحالة الاجتماعية، مستوى التدين، و الشهادة علي موت أحد) ، و تكونت عينة الدراسة من (١٨٥) فرداً منهم (٨٢) ذكور، (١٠٣) إناث، و تتراوح أعمارهم ما بين

(25-55) عاماً، و يعيشون في مدينة أسطنبول، تركيا، و قد تم تطبيق مقياس قلق الموت علي أفراد عينة الدراسة، و قد أظهرت النتائج أنه كلما ارتفع معدل قلق الموت فإنه بالمقابل ينخفض مستوى معني الحياة بالنسبة للشخص، كما بينت أن قلق الموت لا يختلف باختلاف المتغيرات التالية (العمر، الحالة الاجتماعية، الناحية الأكاديمية، المعتقد الديني المتصور، و العيش مع شخص ما)، و أشارت

أن هناك ميل لدى النساء للشعور بقلق الموت بدرجة أكبر من الرجال، و أن الأشخاص الذين شهدوا وفاة شخص مقرب عادة ما يشعرون بقلق من الموت بدرجة أكبر ممن لم ييختبروا ذلك .

وأجرى (Samadifard & Narimani, 2017) دراسة هدفت إلى إمكانية التنبؤ بقلق الموت لدى كبار السن وعلاقته بيقظة الذهن والأفكار اللاعقلانية، وتكونت العينة من (١١٠) من كبار السن فوق الستين في مدينة أربيل بإيران، واستخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهداف الدراسة، كما استخدمت الدراسة مقياس اليقظة الذهنية ومقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس قلق الموت، وقد توصلت الدراسة إلى أن قلق الموت كان مرتفعاً لدى كبار السن، ووجود علاقة دالة بين يقظة الذهن والأفكار اللاعقلانية وكلاهما له علاقة بقلق الموت لدى كبار السن.

وهدف دراسة (بوفرة مختار، نور الدين شعبي، ٢٠١٧) إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري، وكذلك التعرف على الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعاً لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والسن، وجرى الدراسة بمدينة معسكر حيث تكونت عينة الدراسة من (١٠٦) فرد تم اختيارهم بطريقة عشوائية، طبق عليهم مقياس قلق الموت، وتمت المعالجة الإحصائية للبيانات ببرنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وكشفت الدراسة عن النتائج التالية :وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة، ووجود فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والسن.

واهتمت دراسة (مي عباس، 2017) بالتعرف على قلق الموت والإكتئاب وعلاقتهما ببعض المتغيرات لدى عينة من مرضي الفشل الكلوي في مستشفى الملك نمر، حيث بلغ حجم العينة من (80) مريضاً تم اختيارهم بالطريقة

العشوائية البسيطة، و تم استخدام مقياس قلق الموت من إعداد أحمد عبد الخالق، و مقياس بيك للإكتئاب، وقد أظهرت نتائج الدراسة إرتفاع نسبة قلق الموت لدي مرضي الفشل الكلوي، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس و الحالة الاجتماعية.

وهدفت دراسة (محمد ربايعه ، 2018)إلي التعرف علي مستويات قلق الموت لدي طلبة مدارس المسجد الأقصى، وتكونت عينة الدراسة من جميع طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى علي إختلاف أجناسهم ومستوي المرحلة وأماكن سكنهم، وتم تطبيق استبيانة قلق الموت علي عينة الدراسة وهي مكونة من 20فقرة، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوي قلق الموت لدي طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى من وجهة نظر الطلبة أنفسهم تعزي لمتغير الجنس لصالح الأناث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوي قلق الموت تعزي لمتغير مكان السكن .

واهتمت دراسة (Toner, 2019)بالتعرف علي العلاقة بين الضغوط الحياتية وقلق الموت عند مقدمي الخدمات الصحية في نيويورك بلومزبري، وتكونت عينة الدراسة من 120من مقدمي الخدمات الصحية، وأوضحت نتائج الدراسة أن الرغبة في التوافق الاجتماعي والعوامل الروحية لها دور أساسي في الحد من قلق الموت والوقاية منه، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الأمراض المزمنة تشكل عاملاً قوياً في شعور الفرد بقلق الموت.

وأجرت (ريم عوض محمد الشهري، 2019) دراسة للتعرف على مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين مرضى القلب وعلاقتها بقلق الموت، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق في الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت بين مرضى القلب التي تعزى للمتغيرات(الجنس،العمر، المستوى الاقتصادي "الدخل"، المستوى الاجتماعي، المستوى الروحي"الدين"، والمستوى التعليمي)، واستخدمت الباحثة

المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وتم اختيار عينة مكونة من (٣٩٩) مريض ومريضة من المراجعين للمستشفيات في مدينتي أبها وخميس مشيط، وتم تطبيق المقاييس التالية: مقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد الشربيني (٢٠٠٥)، ومقياس قلق الموت من إعداد شقير (٢٠٠٩)، وقد أسفرت النتائج لا يوجد تأثير دال إحصائياً (للنوع، والعمر)، والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت. ويوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى الاجتماعي لصالح المستوى المنخفض عند مستوى (٠.١)، ولا يوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى الاقتصادي، ولا يوجد تأثير دال إحصائياً للتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت.

هدفت دراسة (ميرنا ماريو يوسف خاروفة، 2019) إلى التعرف على مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة، والتعرف على الفروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الإصابة، ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، وذلك بتطبيق مقياس قلق الموت المكون من 24 فقرة من تطوير الباحثة علي عينة متيسرة، حيث اشتملت العينة علي 50 فرد، وتم إجراء البحث في جميع أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت لدى أفراد الدراسة جاء بدرجة متوسطة، و كذلك أشارت النتائج إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزي لمتغيرات الدراسة جميعها (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، عدد الأبناء ، مستوى الدخل، تكرار الجلطة، ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية).

وهدفت دراسة (Mohammad Torabi a , et al,2023) إلى معرفة تأثير برامج الرعاية الروحية لعلاج قلق الموت لدى مرضي الجلطات الدماغية، و أجريت الدراسة على ٨٩ مريضاً بجلطة دماغية مقسمين إلي مجموعة تجريبية (٤٥) ومجموعة ضابطة (٤٤) في مستشفى بيسات - همدان بإيران، و تم تطبيق برنامج الرعاية الروحية في ست جلسات يومية متتالية بواقع ٥٤٥ - ٦٠ دقيقة لكل منها، وأكمل المشاركون استبيان البيانات الديموغرافية، ومقياس قلق الموت لتيمبلر، وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع قلق الموت لدى أفراد العينة بسبب الأعراض المفاجئة ، وعدم وجود فروق في قلق الموت لدى المجموعة التجريبية والضابطة في البداية، وبعد شهر من التدخل بتطبيق برامج الرعاية الروحية وجد فروق بين المجموعتين في قلق الموت، وأدى برنامج الرعاية الروحية إلي خفض قلق الموت لدى المرضي بشكل ملحوظ، توصي الدراسة بأن يقوم الممرضون بتقديم الرعاية الروحية كجزء من خطط الرعاية الشاملة لمرضي الجلطات الدماغية للحد من قلق الموت لديهم.

الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية:

قامت دراسة (Hartley, 2011) بتحديد العلاقة بين الصلابة النفسية والصحة النفسية والمثابرة الأكاديمية، وتم استخدام مقياس الصلابة النفسية، ومقياس للصحة النفسية ومقياس للمثابرة على (٦٠٥) طلاب وطالبات في إحدى الجامعات الأمريكية، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية والصحة النفسية.

وهدفت دراسة (نور محمد و هويدا إبراهيم ، ٢٠١٢) إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في مستوى الصلابة النفسية، وتمثلت عينة الدراسة من طلاب وطالبات كلية التربية البالغ عددهم (80) طالبا وطالبة، وتم استخدام مقياس الصلابة

النفسية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث في الصلابة النفسية لصالح الإناث.

كما هدفت دراسة (سعيدة فاتح ، ٢٠١٥) إلى معرفة مستوى الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، ومعرفة مستوى كل بعد (الالتزام، التحكم، التحدي) من أبعاد الصلابة النفسية لديهم، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي من خلال أداة لقياس الصلابة لدى المرأة المصابة بالسرطان، إعداد عماد مخيمر (٢٠٠٢)، وحيث تكونت عينة الدراسة من (60) امرأة مصابة بسرطان الثدي من مستشفى الحكيم سعدان -بسكرة، وقد اختيرت عينة البحث بطريقة عشوائية قصدية وتوصلت الدراسة إلى أن لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي مستوى متوسط من الصلابة النفسية، بكل أبعادها المتمثلة بكل من بعد الالتزام وبعد التحكم وبعد التحدي.

بينما قامت (سارة التلاوي، ٢٠١٥) بدراسة هدفت إلى الكشف عن وجود علاقة بين الصلابة النفسية وأساليب التفكير، وبين بعض سمات الشخصية (قلق الموت ، التفاؤل، التشاؤم) لدى مرضى الأمراض المزمنة (مرضى الصرع العام الأولي، ومريضات سرطان الثدي)، وتكونت عينة الدراسة من (90) مريضاً مصاباً بأمراض مزمنة ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات سرطان الثدي والأصحاء، حيث كان متوسط مريضات سرطان الثدي أعلى في قلق الموت من الأصحاء، وأن لمتغير نوع المرض (صرع عام أولي، مريضات سرطان الثدي) تأثير على كل من الصلابة النفسية وقلق الموت.

في حين هدفت دراسة (صديق محمد أحمد، 2015) إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي بولاية الخرطوم، وقد تكونت عينة الدراسة من 120 مريضة بسرطان الثدي، وقد تم اختيارهن بالطريقة العشوائية الطبقيّة، وقد طبق عليهن مقياس الصلابة النفسية، ومقياس المساندة الاجتماعية، وقد تم استخدام المنهج الوصفي، وقد توصلت نتائج

الدراسة إلى وجود علاقة موجبة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى مريضات سرطان الثدي، وعدم وجود فروق وفقاً للعمر والحالة الزوجية ونوع الإصابة في الصلابة النفسية ، ووجود فروق وفقاً للمستوى التعليمي في الصلابة النفسية.

كما أجرى (عبد المطب عبد القادر عبد المطب، ٢٠١٨) دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية والاضطرابات الجسمية، وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من المعلمين والمعلمات بدولة الكويت، وتم استخدام المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤٠) معلماً ومعلمة بمحافظة الأحمدية، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس الصلابة النفسية، وقائمة كورنال الجديدة للاضطرابات الجسمية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين المعلمين والمعلمات في بعض مكونات الاضطرابات الجسمية لصالح المعلمين، ووجود فروق بين المتزوجين والعزاب والمنفصلين في اضطرابات السمع و الإبصار لصالح العزاب، وتوجد فروق بينهم في اضطرابات الجهازين الهضمي والعظمي لصالح المتزوجين، كما توجد فروق بين الكويتيين والوافدين في معظم مكونات الاضطرابات الجسمية لصالح الوافدين، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية ومعظم مكونات الاضطرابات الجسمية، ويعتبر تكرار المرض منبئاً قوياً بالصلابة النفسية.

وهدف دراسة (أميرة أحمد صلاح، ٢٠١٩) إلى بحث العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، وأظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع للمساندة الاجتماعية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، وأن مستوى الصلابة النفسية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي قد جاءت أيضاً بدرجة مرتفعة، و وجود علاقة ارتباطية طردية موجبة بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، ووجود فروق

دالة إحصائياً في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير العمر، وفي اتجاه الفئة العمرية (٣٦ إلى 45 سنة)، وتبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية في اتجاه فئة (المتزوجات) وقام (أمجاد يونس ، ٢٠٢٠) بدراسة للتعرف علي مستوى الصلابة النفسية لدي طلبة كلية التربية، ودلالة الفروق في مستوى الصلابة النفسية لدي طلبة كلية التربية حسب متغيري الجنس (ذكور وأناث)، والتخصص (علمي، إنساني)، وأنماط السيادة الدماغية ودلالة الفروق في أنماط السيادة الدماغية لدي طلبة كلية التربية حسب متغيري الجنس (ذكور وأناث)، والتخصص (علمي، إنساني)، والعلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية وأنماط السيادة الدماغية (أيسر، أيمن، متكامل) لدي طلبة كلية التربية، ودلالة الفروق في مستوى الصلابة النفسية لدي طلبة كلية التربية حسب أنماط السيادة الدماغية، وقد تكونت عينة الدراسة من 240 طالب وطالبة من الجامعة العراقية، كلية التربية، وقد اختيروا بالطريقة الطبقية العشوائية البسيطة ذات الاختيار المتساوي، وقد تبنت الباحثة مقياس مخيمر 1996 لقياس الصلابة النفسية، ومقياس تورانس 1987 لقياس السيادة الدماغية، وكانت أهم النتائج يمتلك طلبة كلية التربية مستوى مرتفع من الصلابة النفسية، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدي طلبة كلية التربية حسب متغيري الجنس والتخصص .

كما هدفت دراسة (حسني عوض وأميرة صلاح، ٢٠٢٠) إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة، وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، حيث تم تطوير استبانة كأداة للدراسة، وتكونت من مقياس (المساندة الاجتماعية ، ومقياس الصلابة النفسية)، وجري التأكد من صدق الأداة و ثباتها، وقام الباحثان باختيار عينة مكونة من 123مبحوثة من النساء المريضات المصابات بسرطان الثدي في محافظة رام الله و البيرة، و شكلت نسبته (50%) من مجتمع الدراسة الأصلي، وأظهرت النتائج أن متوسط النسبة المئوية التقديرية لمستوى الصلابة النفسية لدي

النساء المصابات بسرطان الثدي قد جاءت بدرجة مرتفعة، إذا بلغت نسبتها 74,8%، وجود فروق دالة إحصائياً لمقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغيرات العمر، الحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، في حين كشفت النتائج عن عدم وجود تلك الفروق تبعاً لمتغيري المستوى التعليمي، ومستوى الدخل.

وأرادت دراسة (سفيان الربدي، ٢٠٢٠) التعرف علي مستوى قلق المستقبل ومستوى تقدير الذات ومستوى الصلابة النفسية لدى طلبة الجامعة، والتعرف علي درجة الاختلاف في الصلابة النفسية لدي عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات (النوع، التخصص الدراسي، المستوى الدراسي، عدد أفراد الأسرة، مستوى الدخل)، والتعرف علي إمكانية التنبؤ بالصلابة النفسية لدي العينة من خلال تقدير الذات وقلق المستقبل لديهم، وتم استخدام مقياس الصلابة النفسية، ومقياس قلق المستقبل، ومقياس تقدير الذات، وتم جمع البيانات من العينة التي بلغت 450 طالب وطالبة من جامعة القصيم، توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الصلابة النفسية لدي عينة الدراسة متوسط، ووجود فروق دالة إحصائياً لمقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغيرات التخصص، المستوى الدراسي، وعدد أفراد الأسرة، والدخل، وعدم وجود تلك الفروق تبعاً لمتغير النوع، وقلق المستقبل يسهم إسهاماً دالاً وموجباً في التنبؤ بالصلابة النفسية لدي طلبة الجامعة (المستوي الكلي، وبعد الالتزام).

هدفت دراسة (الطبيبي عبد الكريم، زنبو حمزة، ٢٠٢١) إلى التعرف على العلاقة بين أبعاد الصلابة النفسية واستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى طلبة السنة الأولى جذع مشترك علوم اجتماعية في ضوء متغير الجنس والصفة، لهذا الغرض طبقنا مقياسين هما، الأول لمقياس مستوى الصلابة النفسية، والآخر لمقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية على عينة مكونة من 92 طالباً وطالبة، حيث بلغ عدد الذكور 41 طالباً وعدد الإناث 51 طالبة، تخصص جذع مشترك

علوم اجتماعية، ملتحقين للدراسة في جامعة أحمد دراية بأدرار، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة هو بالمستوى المتوسط، وأن هناك علاقة ارتباطية بين أبعاد الصلابة النفسية و استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة، كما بينت النتائج وجود فروق دالة احصائيا بين أفراد عينة الدراسة في الصلابة النفسية تعزى لمتغير الجنس والصفة.

وأجرى كلاً من (مسعود عبد الحميد حجو، عصام عبد الغني العامودي، ٢٠٢٢) دراسة لمعرفة مستوى كل من الصلابة النفسية وقلق المستقبل و كذلك معرفة العلاقة بينهما لدي المصابين والمحموزين جراء جائحة كورونا، وتكونت عينة الدراسة من 378مبحوثاً من المحموزين والمصابين جراء جائحة كورونا، وتم استخدام مقياس الصلابة النفسية وقلق المستقبل من إعداد الباحث (2021)، وأظهرت نتائج الدراسة أن المستوى الكلي للصلابة النفسية لدى عينة الدراسة مرتفعة، كما أظهرت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة ارتباط عكسية بين مستوى الصلابة النفسية ومستوي قلق المستقبل، كما أشارت نتائج الدراسة إلي عدم وجود فروق في متوسطات كل من الصلابة النفسية لدي عينة الدراسة تبعاً لمتغير (العمر، مكان السكن) ما عدا متغير الجنس لصالح الذكور ببعد الالتزام.

كما هدفت دراسة (عدنان القاضي، ٢٠٢٢) إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية لدى عينة من مرضى السرطان في مدينة تعز اليمن، وتم استخدام المنهج الكمي (الوصفي الارتباطي)، وتمثلت عينة البحث (100) فرد من الجنسين الذين يترددون على مركز الأمل لعلاج السرطان في مدينة تعز، وتم اختيارهم بطريقة قصدية عشوائية بسيطة، وتم استخدم أداتين هما: مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحث)، ومقياس الصلابة النفسية إعداد رولا الصفدي(2013)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي - :أن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان كانت أقل من المتوسط الفرضي، ليس

هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0,05) في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس؛ فكلاهما قد حصلوا على درجات أقل من المتوسط.

المحور الثالث: الدراسات التي تناولت العلاقة بين قلق الموت و الصلابة النفسية:

في هذا الاتجاه قام (عبد الناصر غربي، ٢٠١٨) دراسة للتعرف على مستويات الصلابة النفسية ومستويات قلق الموت لدى عينة من المسنين المكفوفين والمسنين المبصرين، ومعرفة العلاقة بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى أفراد العينة، وكذلك معرفة الفروق في الصلابة النفسية وقلق الموت لديهم، تبعاً لمتغيري الإعاقة البصرية، والجنس. وتكونت عينة الدراسة من 64 فرداً من المسنين المكفوفين والمبصرين بالجزائر، وتم استخدام مقياس الصلابة النفسية إعداد عماد مخيمر، مقياس قلق الموت إعداد أحمد عبد الخالق، 2003، قد أظهرت نتائج الدراسة أن المسنين المكفوفين حصلوا على درجات منخفضة في مقياس الصلابة النفسية أما المسنين المبصرين حصلوا على درجات مرتفعة على نفس المقياس، وقلق الموت مرتفع لدى المسنين المكفوفين مقارنة بالمسنين المبصرين، ووجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى أفراد العينة بمعنى كلما زادت الصلابة النفسية انخفض قلق الموت والعكس، ووجود فروق دالة إحصائياً في متغيري الصلابة النفسية وقلق الموت تبعاً لمتغير الإعاقة البصرية، في حين عدم وجود فروق تبعاً لمتغير الجنس.

واهتمت دراسة (مريم بن خليفة، ٢٠١٨) بالتعرف على مستويات الصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي وعنق الرحم، وكذلك درجات قلق الموت لديهن، والتحقق من الدور الذي تلعبه الصلابة النفسية وكيفية تأثيرها في درجات قلق الموت، ولتحقيق هذه الأهداف اتخذت هذه الدراسة المنهج العيادي، وطبقت على عينة قدرت با 4 حالات مصابات بالسرطان، باستخدام مقياسي عماد محمد

أحمد مخيمر لصلابة النفسية وبشير معمريه لقلق الموت، وتوصلت إلى النتائج التالية: الصلابة النفسية تؤثر في تخفيف قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان عنق الرحم والثدي مع وجود درجات من قلق الموت ومعاناة الحالات منه.

كما هدفت دراسة (منيفي رشيدة، 2018) إلى معرفة العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي، الكشف عن الفروق في متغيري قلق الموت والصلابة النفسية تبعاً لمتغيرات الممتلئة في (السن، مدة المرض، الحالة الاجتماعية)، وتكونت عينة الدراسة من 36 امرأة مصابة بسرطان الثدي تم اختيارهم بطريقة قصدية، وتتراوح أعمارهم ما بين 60 - 30، عاماً، ومدة المرض من سنة إلى أربع سنوات، وتم تطبيق مقياس قلق الموت إعداد زينب شقير، 2009، ومقياس الصلابة النفسية إعداد عماد محمد مخيمر، 2002، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي، بمعنى أن قلق الموت بكل أعراضه و نتائجه يؤثر تأثيراً بالغاً وكبيراً علي هذه الفئة من النساء المصابات بسرطان الثدي ، وزيادة الشعور به تقلل من مستوى الصلابة النفسية لديهن، في حين يزيد مستوى الصلابة النفسية لدي هذه الفئة إذا ما قل مستوى الشعور بقلق الموت، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمتغير (السن، مدة المرض) ، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً للحالة الاجتماعية، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التحكم لمقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغير السن، ووجود فروق في الصلابة النفسية تبعاً للحالة الاجتماعية، وعدم وجود فروق في الصلابة النفسية تبعاً لمدة المرض لدي أفراد العينة .

كما أجرت (هبه فتحي النادي، ٢٠١٩) دراسة للكشف عن علاقة الصلابة النفسية بقلق الموت لدي عينة من ضباط الشرطة ، كما حاولت الكشف عن

الفروق في الصلابة النفسية و قلق الموت تبعاً لمتغير "السن، سنوات الخبرة، الرتبة العسكرية"، و تكونت عينة الدراسة من 30 ضابطاً بمتوسط عمري 31,83 سنة، وقد طبق عليهم مقياسين هما: إستبيان الصلابة النفسية إعداد عماد مخيمر، 2011، و مقياس قلق الموت إعداد زينب شقير (1998)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية سالبة بين الأبعاد الفرعية لإستبيان الصلابة النفسية و قلق الموت، كما وجدت فروق في الصلابة النفسية "بعد الإلتزام تبعاً لمتغير السن لصالح 35 فأكثر، كذلك وجدت فروق دالة إحصائياً في قلق الموت تبعاً لمتغير "السن، الرتبة العسكرية".

وقام كلاً من (طه المستكاوي وآخرين ، 2022) بدراسة للتعرف علي حجم إسهام كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بخفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي، وقد تكونت عينة البحث من (60) مريضة من مريضات سرطان الثدي، تم اختيارهن من المريضات المترددات على مستشفيات جامعة طنطا قسم الأورام ومعهد الأورام بطنطا، وتتراوح أعمارهن ما بين-32 (62 عاماً، منهن 29 من الريف، 31 من الحضر، وطبق عليهن ثلاثة مقاييس، هي: مقياس الصلابة النفسية (عماد مخيمر (2011)) ومقياس المساندة الإجتماعية " (Helen & Nortnouse, 1988) ترجمة شيماء عاطف"، ومقياس قلق الموت (Templer (1970)، إعداد أحمد عبدالخالق (1986)، وقد توصلت النتائج إلى أن هناك إسهام لكل من المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية)، وُبعد التحكم (أحد الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية) في خفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي. على حين لا يوجد إسهام لكل من بعد الإلتزام وبعد التحدي (من أبعاد الصلابة النفسية)، كما لا يوجد إسهام لكل بعد على حدة من أبعاد المساندة الاجتماعية، في خفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي.

المحور الرابع: الدراسات التي تناولت الجلطات الدماغية:

دراسة سينيور وآخرون (Sinyor et al, 1986) هدفت إلى البحث في ظاهرة الإكتئاب ما بعد التعرض لجلطة دماغية وتقييم نتائجه علي عملية إعادة التأهيل، حيث شملت عينة الدراسة 64ممن خضعوا لبرنامج تأهيلي بعد التعرض لجلطة دماغية بأسابيع قليلة، وتم تقييم الإكتئاب من خلال مقياس تقرير الذات وتقييم الموظفين العاملين معهم، كما صنف المرضى أيضا استراتيجيات التكيف التي قاموا باستخدامها للتعامل مع مرضهم خلال تواجدهم في المستشفى، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الإكتئاب وصلت إلي 47% من بين فئة المفحوصين بغض النظر عن مكان الجلطة في الفص الأيمن أو الأيسر من الدماغ علي حد سواء، وأظهرت الدراسة أن الاكتئاب هو رفيق متكرر للجلطة الدماغية وله تأثير سلبي في عملية إعادة التأهيل والنتائج المترتبة عليها.

وقد ذكرت دراسة سيلفا وخورن (Silva et al, 2016) مدي محاولة تفسير وفهم تجربة ثمانية ناجين ما بعد تعرضهم لجلطة دماغية، حيث تم جمع البيانات من خلال مقابلات شبة منظمة ومن خلال استخدام التحليل الموضوعي النوعي، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث رجال و خمس نساء، وتبين من خلال الدراسة أن تجربة الجلطة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل الخوف من الموت و العجز و فقدان الاستقلالية و عدم القدرة علي العمل، وكان للدعم الاجتماعي من الأسرة و للجانب الديني أهمية للتمكن من التعامل مع التغيرات في الحياة اليومية، كما تشير نتائج الدراسة إلي ضرورة وجود تثقيف صحي حول الأعراض التنبؤية للجلطة الدماغية، والتوعية من اثار هذا المرض علي حياة الناجين، والحاجة إلي فرق رعاية صحية متعدد التخصصات لتشجيع روح المبادرة من أفراد أسرة الناجين من الجلطة الدماغية.

أجرى نهامر وآخرون (Langhammer et al ,2018)دراسة للتحقق من مدي إمكانية الأشخاص بعد التعرض لجلطة دماغية من العودة إلي العمل،

والحفاظ علي الوضع المالي، ووصف متابعتهم للعلاج، ومدى مشاركتهم في شبكات التواصل الإجتماعي والأنشطة الترفيهية، وتكونت عينة الدراسة من 260 شخص، وقام بالمشاركة بهذه الدراسة سبعة دول ومنها تسعة مراكز تأهيل متخصصة (ومن بينها دولة فلسطين، حيث شاركت جمعية بيت لحم العربية في الضفة الغربية ومركز الوفا في قطاع غزة) وأظهرت النتائج انخفاض نسبة العودة إلي العمل، وانخفاض الوضع المالي، وكان العلاج الطبيعي هو أكثر الخدمات متابعه بعد عملية الخروج من المراكز، وكان الأشخاص المصابون بجلطة دماغية أقل نشاطاً في مجال التواصل علي شبكات التواصل الاجتماعي، وأيضاً في مجال المشاركة بالأنشطة الترفيهية، وإنخفاض درجة الرضي عن الحياة بعد التعرض لجلطة دماغية.

تعليق عام علي الدراسات السابقة:

من حيث الهدف:

سعت بعض الدراسات للكشف عن العوامل التي تؤثر في الصلابة النفسية، وتحديد العلاقة بين الصلابة النفسية والصحة النفسية وبعض المتغيرات النفسية مثل دراسة هولاهان وموس Holahan & moos, 1985 ، دراسة سميث و إلبرد Smith & Alpeerd ، دراسة و، Hartley, 2011 دراسة مسعود عبد الحميد حجوة، عصام عبد الغني العامودي، ٢٠٢٢.

كما هدفت بعض الدراسات للكشف عن الفروق في الصلابة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموجرافية الممثلة في (العمر، الجنس، مدة الإصابة، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي) مثل دراسة نور محمد وهويدا إبراهيم، ٢٠١٢، دراسة أمجاد يونس عبد، ٢٠٢٠، دراسة سفيان إبراهيم الربدي، ٢٠٢٠. أما بالنسبة للكشف عن الفروق في قلق الموت تبعاً للمتغيرات الديموجرافية فقد اهتمت به دراسة (ثورسون، ١٩٧٧، دراسة Mullin & loppez, 1982

دراسة Poved ، دراسة James, Thorson and F.C. Powell, 1988 ، دراسة etal, 2001 ، دراسة شروق خير عو، ٢٠٠٩، دراسة أسماء خليل العرب، ٢٠١١، دراسة Ajoka & Babatunde, 2014 ، دراسة الريماوي أبو هلال، ٢٠١٥، دراسة بوفرة مختار و نور الدين شعبني ، ٢٠١٧، دراسة محمد ربابعة، (٢٠١٨)

كما هدفت دراسة سعيدة فاتح، ٢٠١٥، دراسة مريم بن خليفة للكشف عن مستوى الصلابة النفسية لدي عينات مختلفة. وهدفت دراسة كلا من عبد الناصر غربي، ٢٠١٨، دراسة طه أحمد المستكاوي، مایسة محمد شكري، شيماء عاطف سيد، ٢٠٢٢ للكشف عن مستويات الصلابة النفسية وقلق الموت لدي عينات مختلفة من المسنين ومرضي السرطا.

وهدفت بعض الدراسات الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية لدي عينات مختلفة من المرضي مثل (دراسة صديق محمد أحمد، ٢٠١٥، دراسة أميرة أحمد صلاح، ٢٠١٩، دراسة حسني عوض وأميرة صلا، ٢٠٢٠، دراسة الطيبي عبد الكريم، زنبو حمزة، ٢٠٢١، دراسة عدنان القاضي، (٢٠٢٢)

وهناك دراسات هدفت لتحديد العلاقة بين قلق الموت و جودة الحياة و المساندة الاجتماعية مثل (دراسة Zaffar, Tufail, Saleem , 2017 ، دراسة Yukselet et al, 2017) أما للكشف عن علاقة قلق الموت ببعض المتغيرات النفسية فكانت دراسة (طارق عبد الوهاب، وفاء محمد، ٢٠٠٠) وسعت بعض الدراسات لتحديد العلاقة بين قلق الموت و الصلابة النفسية لدي عينات أخرى مختلفة مثل(دراسة منيفي رشيدة ، ٢٠١٨، دراسة هبة فتحي النادي، ٢٠١٩)، أما دراسة كلاً من (سيلفا و آخرون Silva et al, 2016 ، دراسة لنهامر و آخرون Langhammer et al (2018) فقد كشفت عن قلق الموت لدي مرضي الجلطات الدماغية.

من حيث الأدوات:

اعتمدت معظم الدراسات علي الاستبيانات من إعداد الباحثين و مقاييس قلق الموت و الصلابة النفسية.

من حيث الإجراءات و طريقة جمع المعلومات:

تم تطبيق الاستبيانات و المقاييس لاستطلاع آراء المشاركين من خلال التطبيق بشكل مباشر عن طريق التعامل مع المشاركين.

من حيث النتائج:

أسفرت نتائج بعض الدراسات عن أن الأفراد الأقل صلابة أكثر مرضاً والعكس ، والأشخاص الأكثر صلابة يستخدمون جمل إيجابية في التعبير عن الذات و الأشخاص الأقل صلابة يستخدمون جمل سلبية . مثل دراسة Koasa, 1979، دراسة Smith , Alpeerd .

كما أظهر دراسات أخرى أن الصلابة النفسية كانت بدرجة متوسطة لدي عينات مختلفة من المرضى و طلاب جامعة مثل دراسة (سعيدة فاتح، ٢٠١٥، دراسة الطيبي عبد الكريم و زنبو حمزة ، ٢٠٢١) بينما أظهرت دراسة (أميرة أحمد صلاح ، ٢٠١٩) أن الصلابة جاءت بدرجة مرتفعة لدي مريضات السرطان، في حين جاء مستوى الصلابة النفسية أقل من المتوسط الفرضي لدي عينة من السرطان كما في دراسة (عدنان القاضي ، ٢٠٢٢).

كما أوضحت بعض الدراسات وجود فروق في الصلابة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموجرافية في حين دراسات أخرى أوضحت عدم وجود فروق في الصلابة تبعاً للمتغيرات الديموجرافية الممثلة في (العمر، الجنس، مدة الإصابة، الحالة الإجتماعية) علي سبيل المثال أظهرت دراسة كلاً من (هولاهان وموس، ١٩٨٥، نور محمد وهويدا إبراهيم، ٢٠١٢) وجود فروق في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الجنس، وأظهرت دراسة (أميرة أحمد صلاح، ٢٠١٩ ، دراسة حسني عوض ، ٢٠٢٠) وجود فروق في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية

و عدد سنوات المرض، بينما أوضحت دراسة كلاً من (أمجاد يونس، ٢٠٢٠، سفيان إبراهيم الربدي، ٢٠٢٠، دراسة مسعود عبد الحميد حجو، عصام عبد الغني العامودي، ٢٠٢٢) عدم وجود فروق في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الجنس، العمر .

أظهرت بعض الدراسات عن وجود قلق الموت بدرجة مرتفعة لدى كبار السن مثل (دراسة Samadifard & narimani, 2017، دراسة James & Thorson and powell, 1988، دراسة بوفرة مختار و نور الدين شعنبي، ٢٠١٧) في حين كشفت دراسة (بستاني و آخرون Bastaniet et al, 2016) عن وجود قلق الموت بدرجة قليلة لدى كبار السن. بينما أوضحت دراسة (ميرنا ماريو يوسف خاروقة، ٢٠١٩) عن وجود قلق الموت بدرجة متوسطة لدى مرضي الجلطات الدماغية. أشارت بعض الدراسات إلي وجود فروق في قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس مثل دراسة (شروق خير عوض، ٢٠٠٩، دراسة محمد عسلي و أسامة حمدونة، ٢٠١٥، دراسة أسماء خليل العرب، ٢٠١١) في حين أوضحت دراسات أخرى عن عدم وجود فروق في قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس مثل (دراسة Gantsweg, 2001، دراسة عباس، ٢٠١٧) و أوضحت دراسة كلاً من (غاندي الرياحنة، ٢٠١٤، دراسة أميرة جبران، حسني عوض، ٢٠١٥) عدم وجود فروق في قلق الموت تبعاً للعمر و مدة الإصابة. بينما أظهرت دراسة (Thorson & Perkins, 1977) عدم وجود فروق في قلق الموت تبعاً للمستوي التعليمي، كما أظهرت دراسة (ميرنا ماريو خاروقة، ٢٠١٩) عدم وجود فروق في قلق الموت لدى مرضي الجلطات الدماغية تبعاً (للجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، تكرار الجلطة).

وكشفت بعض الدراسات عن وجود علاقة موجبة بين الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية لدى عينات مرضية مثل مرضي السرطان كدراسة (صديق محمد أحمد، ٢٠١٥، دراسة أميرة أحمد صلاح، ٢٠١٩) بينما هناك من أظهر وجود

علاقة ارتباطية موجبة وضعيفة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدي مرضي السرطان مثل (دراسة عدنان القاضي، ٢٠٢٢) أما دراسة (عبد المطلب عبد القادر، ٢٠١٨) فأشارت إلي وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية و بعض مكونات الاضطرابات الجسمية، أكدت دراسة (الريماوي أبو هلال ، ٢٠١٥) علي وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية و قلق الموت أما دراسة (Zaffar , Tufail, Kynat, Adeeb, 2017) فحددت نوع العلاقة بين جودة الحياة وقلق الموت وبين المساندة الاجتماعية وقلق الموت علي أنها علاقة ارتباطية سلبية ، في حين أظهرت دراسة كلاً من (منيفي رشيدة، ٢٠١٨، دراسة عبد الناصر غربي، دراسة هبة فتحي النادي، ٢٠١٩) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين قلق الموت و الصلابة النفسية.

وكشفت دراسة (Silva et al, 2016) عن أن الجلطة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل الخوف من الموت .

من خلال عرض الدراسات السابقة نجد أن الدراسات الأجنبية و العربية التي تناولت قلق الموت بشكل عام والصلابة النفسية لدي مرضي الجلطات قليلة، ولم تجد الباحثة - في حدود علمها- دراسة تناولت العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدي عينات مرضية، حيث تم تناول العلاقة بين تلك المتغيرات علي عينات من المسنين ورجال الشرطة فقط وهذا ما يميز الدراسة الحالية.

أظهرت الدراسات السابقة اهتماماً بدراسة قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية، وكذلك تناولت متغير الصلابة النفسية وما يرتبط به من متغيرات، وتتفق الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في بعض الأهداف الممثلة في الكشف عن الفروق في مستوى قلق الموت، والصلابة النفسية وفقاً لعدد من المتغيرات الديموجرافية، منها العمر، الجنس، مدة الإصابة.

كما تتفق الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في اعتمادها على المنهج الوصفي استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية في تحديد

منهج الدراسة وصياغة الفروض واختيار الأساليب الإحصائية المناسبة وتفسير النتائج كما تم الاستفادة من المراجع التي استعان بها الباحثون في دراساتهم.

فروض الدراسة:

- ١- توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت و الصلابة النفسية لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث) لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث) لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمتغير العمر (٤٠-٥٠ عام) (٥١-٦٠ عام)، (٦١-٧٠ عام) لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- ٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير العمر (٤٠-٥٠ عام) (٥١-٦٠ عام)، (٦١-٧٠ عام) لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- ٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمدة الإصابة (عام واحد، عامان، ثلاثة أعوام، أربعة أعوام) لدى مرضي الجلطات الدماغية.
- ٧- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمدة الإصابة (عام واحد، عامان، ثلاثة أعوام، أربعة أعوام) لدى مرضي الجلطات الدماغية.

منهج الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة و فروضها استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، حيث تهتم بدراسة الارتباط بين قلق الموت و الصلابة النفسية لدي مرضي الجلطات الدماغية، بالإضافة إلي التعرف علي الفروق في قلق

الموت وكذلك الصلابة النفسية تبعاً للمتغيرات الآتية (الجنس، العمر، مدة الإصابة) لدي مرضى الجلطات الدماغية.

وصف عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٤٢) مشاركاً (٢٧ ذكراً، و ١٥ أنثى) من مرضى الجلطات الدماغية تراوحت أعمارهم ما بين ٤٠ إلى ٧٠ عام بمتوسط عمري (٥٨,٣٣)، وانحراف معياري ($\pm ٧,٩٠$)، اختارت الباحثة عينة الدراسة من مستشفى الفيوم العام، مستشفى مكة التخصصي، مستشفى الزهراء بالفيوم، وبعض العيادات الخاصة لأطباء المخ والأعصاب بالفيوم، وتم تشخيص عينة الدراسة من قبل أطباء المخ و الأعصاب، حيث تم تشخيصهم على أن المرضي الخاضعين للدراسة لديهم جلطات في الفص الجداري أ والفص الجداري الأيمن، أو الفص الصدغي ، وأن يكون درجة واعيههم طبقاً لتشخيص الأطباء المتخصصين ١٥/١٥ وأما ١٣ / ١٥ بكون شبه واع، أقل من ١٣ بكون فاقد الوعي ، وقد روعي ذلك في اختيار عينة الدراسة ، ويوضح جدول(١) بيانات المشاركين في الدراسة.

جدول (١) بيانات المشاركين في الدراسة

		المتغير	التكرار	النسبة
النوع	ذكور		٢٧	64,3%
	إناث		١٥	35,7
مدة الإصابة	عام		12	28,6%
	عامان		6	14,3%
	ثلاثة أعوام		15	35,7%
	أربعة أعوام		9	21,4%
عدد الأبناء	ابن		٩	20,9%
	ثلاثة أبناء		١٤	32,6%

	أربعة أبناء	١٢	27,95
	خمسة أبناء	٣	7%
	ستة أبناء	٤	9,3%
المستوى التعليمي	جامعي	١٢	27,9%
	معهد	١١	25,6%
	دبلوم	١٩	44,2%
الحالة الاجتماعية	متزوج	١٥	34,9%
	أعزب	٢٧	62,8%
الإجمالي		42	

يتضح من الجدول السابق أن عدد الذكور المشاركين في الدراسة بلغوا ٢٧ مريضاً، وعدد الإناث بلغوا ١٥ مريضة من مرضي الجلطات الدماغية، بلغ عدد المرضى الذين لديهم إصابة دماغية من عام حوالي ١٢ مريضاً، وعدد المرضى الذين لديهم إصابة دماغية من عامان حوالي ٦ مريضاً، وعدد المرضى الذين لديهم إصابة من ثلاثة أعوام حوالي ١٥ مريضاً، وعدد المرضى الذين لديهم إصابة من أربعة أعوام حوالي ٩ مريضاً.

أدوات الدراسة :

قامت الباحثة باستخدام الأدوات الآتية:

- استمارة البيانات الأولية إعداد الباحثة.
- مقياس قلق الموت إعداد أحمد عبد الخالق ، 1996
- مقياس الصلابة النفسية إعداد عماد مخيمر .(2003)
- استمارة البيانات الأولية : إعداد الباحثة

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة استمارة بحثية تتضمن البيانات الأساسية للمشاركين في الدراسة مثل العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي، وجود أمراض عضوية أو مزمنة من عدمه، مدة الإصابة.

مقياس قلق الموت: إعداد أحمد عبد الخالق، (1996)

يتكون المقياس من 20 فقرة، يجب عن كل منها علي مقياس خماسي "ليكرت" (لا ، قليلاً، متوسط، كثيراً، كثيراً جداً) ، حيث أن المقياس يقيس أربعة أبعاد وهي موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (2) توزيع الفقرات علي مقياس قلق الموت

البعاد	الفقرات الممثلة للبعد	عدد الفقرات
الخوف من الموت و القبور	18،17،16،12،11،8،3،2	8
الخوف مما بعد الموت	15،13،9،7	4
الخوف من الأمراض المميتة	19،10،6،5،4	5
الإنشغال بالموت و أفكاره	20،14،1	3

تصحيح المقياس:

تتراوح درجات هذا المقياس من درجة واحدة إلي 100 درجة، وتقع الإجابة علي المقياس في خمس مستويات (لا، قليلاً، متوسط، كثيراً، كثيراً جداً) وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين (خمس درجات و درجة واحدة) بمعنى إذا كانت الإجابة (لا تكون درجته 1، قليلاً درجته 2، متوسط درجته 3، كثيراً درجته 4، كثيراً جداً درجته 5) ، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلي ارتفاع مستوى قلق الموت.

وبالتالي فإن أدنى درجة ممكنة لقلق الموت هي 20 درجة، وأعلى درجة ممكنة هي 100 درجة، ولذا تصنف مستويات قلق الموت كالتالي (46 - 20) منخفض، (73 - 47) متوسط، (100 - 74) مرتفع.

الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت في الدراسة الحالية:

الاتساق الداخلي:

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس قلق الموت باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد وبالدرجة الكلية للمقياس وبحساب علاقة درجة كل بعد من أبعاد المقياس (الخوف من الموتى والقبور - الخوف مما بعد الموت - الخوف من الأمراض المميتة- الانشغال بالموت وأفكاره) بالدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البعد على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ ٠.٣ فأكثر. ويوضح الجدول (٣) و(٤) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

جدول (٣) علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد وبالدرجة الكلية للمقياس

رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس	رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس	رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس
٢	,836	,820	١٥	,923	,913			
٣	,823	,773	٤	,899	,833			
٨	,804	,843	٥	,834	,751			
١١	,839	,804	٦	,771	,716			
١٢	,928	,910	١٠	,873	,865			
١٦	,902	,882	١٩	,829	,867			
١٧	,812	,792	١١	,846	,837			
١٨	,848	,855	١٤	,930	,887			

٧	,883	,854	٢٠	,912	,882
٩	,852	,766			
١٣	,744	,780			

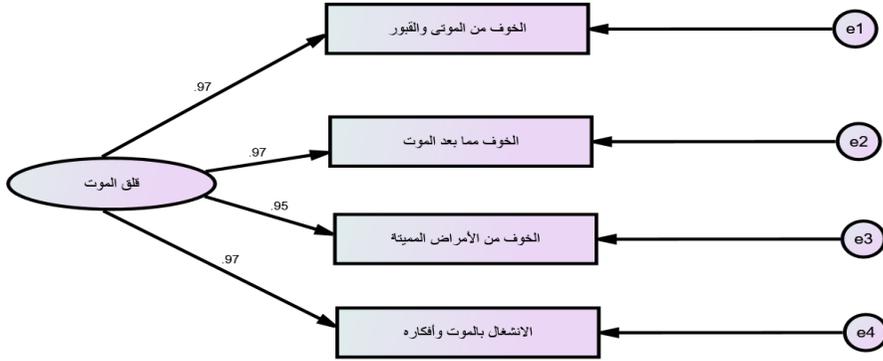
جدول (٤) علاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس.

البعد	علاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس
الخوف من الموتى والقبور	,982
الخوف مما بعد الموت	,972
الخوف من الأمراض المميتة	,962
الانشغال بالموت وأفكاره	,970

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها هذين الجدولين عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس، وبين أبعاد المقياس والدرجة الكلية لمقياس قلق الموت. وتبدو أهمية هذه النتيجة في أنها تكشف ببساطة عن بنية متجانسة للمقياس، ومن ثم تؤكد التصور النظري الذي انبثق عنه، كمقياس مستقل لقياس قلق الموت.

صدق المقياس:

قامت الباحثة بالتأكد من بنية مقياس قلق الموت بحساب التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS إصدار ٢٤، للتأكد من جودة مطابقة أبعاد المقياس الأربعة المكونة لقلق الموت (الخوف من الموتى والقبور - الخوف مما بعد الموت - الخوف من الأمراض المميتة- الانشغال بالموت وأفكاره). ويعرض جدول (٤) قيم معاملات الانحدار المعيارية لأبعاد المقياس في الشكل رقم (١) للنموذج المقترح، والدلالة المعنوية.



شكل رقم (١) النموذج التوكيدي المقترح لأبعاد مقياس قلق الموت
جدول (٥) معاملات الانحدار المعيارية ودلالاتها لتثبيح أبعاد المقياس .

البعد	معامل الانحدار المعيارية	الدلالة المعنوية
الخوف من الموتى والقبور	,969	,001
الخوف مما بعد الموت	,967	,001
الخوف من الأمراض المميتة	,952	,001
الانشغال بالموت وأفكاره	,965	,001

ويلاحظ من الجدول السابق أن جميع معاملات الانحدار المعيارية عالية الدلالة لجميع الأبعاد المكونة للمقياس، فقد كانت مستوى الدلالة المعنوية هي ,001. ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول (٥) من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ ٠.٩٠، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ ٠.٠٢.

جدول (٦) مؤشرات جودة المطابقة لأبعاد مقياس قلق الموت.

المكون	نسبة مربع كاي X2/df	محك المعلومات لأكبر AIC	مؤشر المطابقة المعياري NFI	جودة المقارنة CFI	خطأ التقريب الى متوسط المربعات RMSEA
قيمة المؤشر	0.214	16.428	,969	1.000	صفر
المدى المثالي للمؤشر	أن تكون أقل من ٥	القيم الأقل هي الأفضل	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	تقترَب من صفر

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض يطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه وهي نسبة مربع كاي X^2/df ؛ مؤشر محك المعلومات AIC، ومؤشر جودة المقارنة CFI ومؤشر المطابقة المعياري NFI وجميعها تقع في المدى المثالي ، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والذي بلغت قيمته صفر وهو يقع أيضًا في المدى المثالي. وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس الأبعاد الأربعة في التعبير عن مكون قلق الموت. ومن ثم، يمكننا اعتبار البنود المقترحة للمقياس تقيس قلق الموت. وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

ثبات المقياس:

تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين هما (التجزئة النصفية ، ومعامل ثبات ألفا) ، ويوضح الجدول التالي (٧) قيم معاملات الثبات :

كرونباخ ألفا	الجزئة النصفية			المتغير
	جتمان	سبيرمان - براون		
		بعد تصحيح الطول	قبل تصحيح الطول	
,944	,920	930	,869	الخوف من الموتى والقبور
,865	,837	,842	,727	الخوف مما بعد الموت
,891	,846	,870	,764	الخوف من الأمراض المميتة
,877	,817	,889	,782	الانشغال بالموت وأفكاره
,934	,948	,979	,959	الدرجة الكلية لقلق الموت

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات مرتفعة بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، وهذا يعني أن قياسنا لقلق الموت يعد متحرراً من الخطأ؛ وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

مقياس الصلابة النفسية: أعداد عماد مخيمر، 2003

ويضم المقياس (47) بنداً، تندرج ضمن (3) أبعاد (الالتزام، التحكم، التحدي)، و تتم الاجابة عليها بأحد البدائل (تتطبق دائماً ودرجته 3، وتطبق أحيانا ودرجته 2، و لا تتطبق أبداً ودرجته 1).

وبالتالي فإن أدنى درجة ممكنة للصلابة النفسية هي 47، وأعلى درجة ممكنة هي 141، وعليه تصنف مستويات الصلابة النفسية كالتالي (78- 47) منخفض، (109- 79) متوسط، (141- 110) مرتفع.

الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية في الدراسة الحالية:

الاتساق الداخلي

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس الصلابة النفسية باستخدام علاقة كل بعد من أبعاد المقياس (الالتزام - التحكم - التحدي) بالدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البعد على أساس محك العلاقة التي تُقَدَّر بـ ٠.٣ فأكثر. ويوضح الجدول (٨) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

جدول (٨) علاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس.

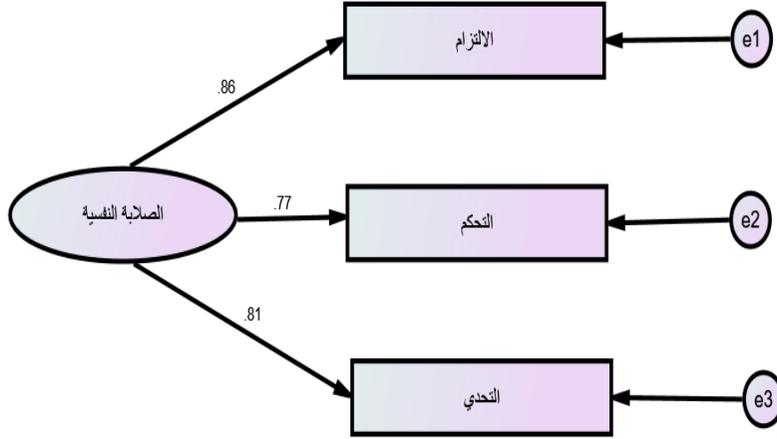
البعد	علاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس
الالتزام	,982
التحكم	,972
التحدي	,962

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها الجدول السابق عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين درجة كل البعد والدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية. وتبدو أهمية هذه النتيجة في أنها تكشف ببساطة عن بنية متجانسة للمقياس، ومن ثم تؤكد التصور النظري الذي انبثق عنه، كمقياس مستقل لقياس الصلابة النفسية.

صدق المقياس:

قامت الباحثة بالتأكد من بنية مقياس الصلابة النفسية بحساب التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS إصدار ٢٤، للتأكد من جودة مطابقة أبعاد المقياس الثلاثة المكونة للصلابة النفسية (الالتزام - التحكم -

التحدي). ويعرض جدول (٩) قيم معاملات الانحدار المعيارية لأبعاد المقياس في الشكل رقم (٢) للنموذج المقترح، والدلالة المعنوية .



شكل رقم (٢) النموذج التوكيدي المقترح لأبعاد مقياس الصلاية النفسية
 جدول رقم (٩) معاملات الانحدار المعيارية ودلالاتها لتشبع أبعاد المقياس .

البعد	معامل الانحدار المعياري	الدلالة المعنوية
الالتزام	,863	,001
التحكم	,767	,001
التحدي	,806	,001

ويلاحظ من الجدول السابق أن جميع معاملات الانحدار المعيارية عالية الدلالة لجميع الأبعاد المكونة للمقياس، فقد كانت مستوى الدلالة المعنوية هي ٠,٠٠١، ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول ()، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز ال ٠,٠٩٠، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز ال ٠,٠٠٢.

جدول (١٠). مؤشرات جودة المطابقة لأبعاد مقياس الصلابة النفسية.

المكون	نسبة مربع كاي X2/df	محك المعلومات لأكيك AIC	مؤشر المطابقة المعياري NFI	جودة المقارنة CFI	خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA
قيمة المؤشر	0.121	10.121	,998	1.000	صفر
المدى المثالي للمؤشر	أن تكون أقل من ٥	القيم الأقل هي الأفضل	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	تقترَب من صفر

ينتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض يطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه وهي نسبة مربع كاي X^2/df ؛ مؤشر محك المعلومات AIC، ومؤشر جودة المقارنة CFI ومؤشر المطابقة المعياري NFI وجميعها تقع في المدى المثالي، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والذي بلغت قيمته صفر وهو يقع أيضًا في المدى المثالي.

وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس الأبعاد الثلاثة في التعبير عن مكون الصلابة النفسية. ومن ثم، يمكننا اعتبار البنود المقترحة للمقياس تقيس الصلابة النفسية. وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

ثبات المقياس

تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين هما (التجزئة النصفية ، ومعامل ثبات ألفا) ، ويوضح الجدول التالي (١١) قيم معاملات الثبات :

كرونباخ ألفا	الجزئة النصفية		المتغير	
	جتمان	سبيرمان - براون		
		بعد تصحيح الطول		قبل تصحيح الطول
,859	,838	,839	,723	الالتزام
,843	,930	,940	,868	التحكم
,857	,809	,811	,682	التحدي
,853	,762	,852	,722	الدرجة الكلية للصلابة النفسية

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات مرتفعة بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، وهذا يعني أن قياسنا للصلابة النفسية يعد متحرراً من الخطأ؛ وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة
إجراءات الدراسة:

تمت إجراءات الدراسة علي النحو التالي:

-قامت الباحثة بإعداد الإطار النظري للدراسة وتحديد المتغيرات الثلاثة وهي: قلق الموت، الصلابة النفسية، الجلطات الدماغية.

-قامت الباحثة بالإطلاع علي الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت كل متغير علي حده والدراسات التي تناولت علاقة تلك المتغيرات ببعضها البعض لدى عينات مرضية مختلفة وفي البيئات العربية والأجنبية.

-قامت الباحثة بإعداد وتجهيز الاختبارات والمقاييس اللازمة، فبعد الإطلاع علي عدد من المقاييس ذات الصلة بموضوع الدراسة، وقع الاختيار علي المقاييس

- المستخدمة في الدراسة الحالية بعد أن تم التأكد من صلاحيتها للاستخدام بالتطبيق علي عينة الدراسة والتأكد من صدق و ثبات المقاييس بطرق مختلفة.
- تحديد أفراد عينة الدراسة الأساسية بالتعاون مع هيئة التمريض واطباء المخ والأعصاب وذلك من خلال الإطلاع علي التذاكر الخاصة بالمرضي والتقارير الطبية والأشعاعات وذلك بمستشفيات الفيوم العام والتأمين الصحي والعيادات الطبية الخاصة.
- تم تطبيق أدوات الدراسة علي أفراد العينة ممن وقع عليهم الاختيار والتشخيص من قبل الأطباء المتخصصين وتبين إمكانية التطبيق عليهم وأن درجة وعيهم ممثلة ١٥ أى بدرجة وعي تسمح له بالاستيعاب والفهم لعبارات المقاييس الخاصة بالتطبيق.
- تم استبعاد حالات المرضي الذين لديهم درجة وعي أقل من ١٣ طبقاً لتشخيص أطباء المخ والأعصاب وتم استبعاد حالات العناية المركزة الحرجة وحالات جلطات الفص الجبهي واقتصر التطبيق علي حالات الجلطات الدماغية الموجودة في الفصوص الجدارية والصدغية والجدارية اليمنى طبقاً لتشخيص الأطباء المتخصصين.
- تم استبعاد حالات المرضي الأميون واقتصر على التعليم المتوسط والجامعي طبقاً لتذاكر الحالات الموجودة في المستشفى.
- استبعاد الحالات غير الراضية في الخضوع للدراسة ، وغير الجاديين فيها.
- في كل جلسة تطبيق تقوم الباحثة بشرح الغرض من الدراسة ، وأهميتها وطمأنة المفحوصين بأن هذه البيانات فقط لأغراض البحث العلمي ولا يمكن لأي شخص الإطلاع عليها، ولمزيد من التشجيع فإنه غير مطلوب تدوين أسمائهم علي أوراق الإجابة الخاصة بالمقاييس.
- تم مراجعة الإجابة و تصحيحها .
- عرض ومناقشة نتائج الدراسة بعد عمل التحليلات الإحصائية اللازمة.

الأساليب الإحصائية:

الإحصاءات الوصفية.

التحليل العاملي التوكيدي بإستخدام برنامج الأموس.

معامل ارتباط بيرسون.

اختبار مان ويتني لمجموعتين مستقلتين.

اختبار كروسكال - واليس لأكثر من مجموعتين مستقلتين.

نتائج الدراسة:

حُسبت الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة (المتوسط ، الانحراف المعياري،

معاملي الالتواء والتفرطح) وذلك للتأكد من أن بيانات عينة الدراسة تتوزع توزيعاً

اعتدالياً ، ويوضح جدول (١٢) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي:

جدول (١٢) الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة.

المتغير	الانحراف المتوسط	الانحراف المعياري	الإلتواء	الخطأ المعياري للإلتواء	الخطأ المعياري للتفرطح	الخطأ المعياري للتفرطح
قلق الموت	56.761	21.76124	.535	.365	-	.717
الصلابة النفسية	99.119	10.88342	.645	.365	.884	.717

يتضح من الجدول السابق أن بيانات عينة الدراسة في ضوء متغيرات الدراسة

تتوزع اعتدالياً فقيم معاملي الإلتواء والتفرطح تنحصر بين (± ١,٩٦)؛

وبالتالي فهي في النطاق.

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد علاقة إرتباطية بين قلق الموت والصلابة النفسية

لدى مرضى الجلطات الدماغية" .

للتحقق من هذا الفرض حُسبت العلاقة بين كل من قلق الموت بأبعاده الفرعية (الخوف من الموتى والقبور - الخوف مما بعد الموت - الخوف من الأمراض المميتة - الانشغال بالموت وأفكاره) و الصلابة النفسية بأبعاده الفرعية (الالتزام - التحكم - التحدي) لدى مرضى الجلطات الدماغية باستخدام معامل ارتباط بيرسون باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ويوضح جدول (١٣) نتيجة الفرض.

جدول رقم (١٣) العلاقة بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى عينة الدراسة (ن=٤٢).

العلاقة	معامل الارتباط	الدلالة
الخوف من الموتى والقبور_ الالتزام	-.536**	,01
الخوف مما بعد الموت - الالتزام	-.463**	,01
الخوف من الأمراض المميتة - الالتزام	-.520**	,01
الانشغال بالموت و أفكاره - الالتزام	-.445**	,01
الدرجة الكلية لقلق الموت - الالتزام	-.540**	,01
الخوف من الموتى والقبور - التحكم	-.546**	,01
الخوف مما بعد الموت - التحكم	-.476**	,01
الخوف من الأمراض المميتة - التحكم	-.428**	,01
- التحكم الانشغال بالموت وأفكاره	-.539**	,01
الدرجة الكلية لقلق الموت - التحكم	-.522**	,01
الخوف من الموتى والقبور - التحدي	-.703**	,01
الخوف مما بعد الموت - التحدي	-.596**	,01
الخوف من الأمراض المميتة - التحدي	-.630**	,01
- التحدي الانشغال بالموت وأفكاره	-.675**	,01

الدرجة الكلية لقلق الموت - التحدي	**-,576	,10
الدرجة الكلية للصلابة النفسية - الدرجة الكلية لقلق الموت	**-,654	,01

**01,01 دال عند

➤ يتضح من الجدول السابق وجود علاقة سالبة ودالة إحصائياً بين قلق الموت بأبعاده (الخوف من الموتى والقبور - الخوف مما بعد الموت - الخوف من الأمراض المميتة - الانشغال بالموت وأفكاره) وأبعاد الصلابة النفسية (الالتزام - التحكم - التحدي) لدى مرضى الجلطات الدماغية، وهي علاقات دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ معنوية. وهذا يعني كلما ارتفع قلق الموت انخفضت الصلابة النفسية، وكلما انخفض قلق الموت ارتفعت الصلابة النفسية لدى أفراد العينة. أظهرت نتائج الدراسة تحقق هذا الفرض حيث وجدت علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائياً بين أبعاد قلق الموت والصلابة النفسية بأبعادهما لدى مرضى الجلطات الدماغية، فنظرياً أجمع العديد من الباحثين علي وجود علاقة عكسية بين تلك المتغيرين، بمعنى كلما زاد الإحساس بقلق الموت بأبعاده الأربعة (الخوف من الموتى والقبور - الخوف مما بعد الموت - الخوف من الأمراض المميتة - الانشغال بالموت وأفكاره) كلما قل مستوى الصلابة النفسية بأبعادهما الثلاثة (الالتزام - التحكم - التحدي)، وكلما قل الإحساس بقلق الموت كلما زاد مستوى الصلابة النفسية، وعليه جاءت نتيجة الدراسة الحالية لتفسر العلاقة بين هذين المتغيرين باعتبار أن كلاهما يتأثر بالأخر. أي أن الفرد الذي يعاني من قلق الموت بدرجة مرتفعة وينشغل بيه ودائم التفكير في الموت والموتى والقبور ويخاف من الأمراض المميتة ينعكس كل ذلك علي شخصيته وحياته ويكون مشاعر سلبية لديه وبالتالي يؤثر علي مستوى الصلابة النفسية ومدى تقبله للمرض ومواجهته والتأقلم والتعايش معه، على عكس الفرد الذي يكون لديه

مستوى قلق الموت منخفض فبالتالي يصبح قادر على تحمل المسؤولية و مواجهة المشكلات والآلام والأمراض والتكيف والتأقلم مع المرض وبالتالي يرتفع مستوى الصلابة النفسية لديه.

ووجد الباحثون أن هناك علاقات بين الضرر الذي يلحق بمناطق معينة في الدماغ والأعراض النفسية، حيث يعاني مريض الجلطة الدماغية من الاكتئاب الشديد وضعف شديد في الوظائف التنفيذية، وأظهرت فحوصات التصوير العصبي للمرض انخفاض حجم المادة الرمادية في الفص الجبهي الأيسر والمناطق الظهرية ، وأن القلق والاكتئاب مرتبطان بإصابات الجهة اليمنى من النصف المخي. Ricarjio E Jorge, Ro bert. G. Robinson, Et al (2004)

وفي دراسة أجراها (Paradiso, Chemerinski, Yazici, Tartaro, & Robinson, 1999) أظهروا أن المرضى الذين لديهم إصابات في القشرة الجبهية وجد لديهم اضطرابات قلق. كما يؤثر تلف الدماغ الناتج عن الجلطة الدماغية علي العمليات الإدراكية مما قد يؤدي إلي ظهور أعراض نفسية مثل القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري . (Niloufar Tahery, 2015)

وحسب لستر (فإن قلق الموت يرتبط بالصحة النفسية للفرد وإن كبار السن الذين تكون حالتهم الصحية والنفسية جيدة صلابتهم النفسية مرتفعة) ينخفض لديهم مستوى قلق الموت، أما المسنين المنطوين اجتماعياً والذين تكون أنشطتهم محدودة فإنهم أكثر قلقاً إتجاه الموت.

فقلق الموت يمثل مدي انشغال الفرد دوماً بالموضوعات المرتبطة بالموت من خلال العديد من المؤشرات الخارجية، مثل (موت آخرين -فقدانهم)، أو مؤشرات ذاتية مثل (التقدم في العمر أو الإحساس بهامشاية الحياة)، مما يفقد الشخص إلى القلق من الموت والخوف منه. (محمد غانم، ٢٠٠٤)، ورأي (Morse, 2000, 20) فقلق الموت أنه يمثل الخوف الشديد من الموت، وعادة

ما ينطوي علي خوف غير طبيعي حول ما إذا كان الشخص سيظل موجوداً أم لا بشكل من الأشكال بعد الموت الجسدي، فهذا القلق قد يؤثر سلباً علي جميع نواحي حياة الفرد مثلما أوضح (Rafsten et al , 2018) أن مرضي الجلطات الدماغية الذين يشعروا بالقلق الشديد قد أثر ذلك علي العديد من جوانب حياتهم. و بالتالي يصبح الفرد غير قادر علي تحمل المسؤولية ومواجهة المشكلات وأعباء الحياة أو التصدي للمواقف الصعبة والمثيرة للمشقة والتعب و يصعب عليه التعايش معها بنجاح والتعايش مع طبيعة المرض ومواجهته وبذلك يصبح الفرد ذو مستوى صلابة نفسية منخفض.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي توصلت في مجملها إلي أن قلق الموت يؤثر في مستوى الصلابة النفسية للفرد.

في هذا الاتجاه أكدت دراسة **عبد الناصر غربي (2018)** علي وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدي أفراد العينة بمعنى كلما زادت الصلابة النفسية انخفض قلق الموت والعكس.

وأشارت دراسة **مريم بن خليفة (2018)** إلي أن الصلابة النفسية تؤثر في تخفيف قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان عنق الرحم و الثدي مع وجود درجات من قلق الموت ومعاناة الحالات منه.

كما أكدت دراسة **منيفي رشيدة، 2018** علي وجود علاقة ارتباطية سالبة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدي المصابات بسرطان الثدي، بمعنى أن قلق الموت بكل أعراضه و نتائجه يؤثر تأثيراً بالغاً وكبيراً علي هذه الفئة من النساء المصابات بسرطان الثدي، وزيادة الشعور به تقلل من مستوى الصلابة النفسية لديهن، في حين يزيد مستوى الصلابة النفسية لدي هذه الفئة إذا ما قل مستوى الشعور بقلق الموت .

كما أكدت دراسة **هبة فتحي النادي، 2019** علي وجود علاقة إرتباطية سالبة بين الأبعاد الفرعية لإستبيان الصلابة النفسية و قلق الموت لدي ضباط الشرطة.

وأشار كلاً من طه أحمد المستكاوي، مايسة محمد شكري، شيماء عاطف سيد (2022 إلى أن هناك إسهام بُعد التحكم (أحداً الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية) في خفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي. على حين لا يوجد إسهام لكل من بعد الالتزام وبعد التحدي (من أبعاد الصلابة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي).

لذا تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة المذكوره أعلاه والتي أكدت على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أبعاد قلق الموت والصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة، فوجد أن الفرد المصاب بالجلطة الدماغية يعاني من القلق من الموت نتيجة إصابته المفاجئة بالمرض وعدم قدرته علي الحركة وممارسة حياته بالشكل الطبيعي كما كان سابقاً ومدى تأثير الجلطة علي النواحي الجسمية والعقلية والنفسية واعتقادهم أنهم سيموتوا قريباً ، وكل هذا يجعله غير قادر علي التعامل بإيجابية مع الأحداث الضاغطة والمواقف الصعبة التي يتعرض لها في حياته وغير قادر علي تحمل مسؤوليته الشخصية و شعوره بالعجز وأنه يمثل عبئاً على الآخرين وبالتالي يؤثر سلباً علي مستوى الصلابة النفسية.

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - إناث) لدى مرضى الجلطات الدماغية".
للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث في قلق الموت (الخوف من الموتى والقبور - الخوف مما بعد الموت - الخوف من الأمراض المميتة - الانشغال بالموت وأفكاره) باستخدام اختبار "مان ويتني" لمجموعتين مستقلتين، ويوضح جدول (١٤) نتائج هذا الفرض

جدول (١٤) الفروق في متوسطي رتب درجات الذكور والإناث في قلق الموت
(ن=٤٢).

المتغير	الجنس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار مان ويتني	قيمة "Z"	الدلالة	اتجاه الفروق
الخوف من الموتى والقبور الخوف مما بعد الموت	ذكر	27	14.50	391.50	13,5	-4,984	,001	الإناث
	انثى	15	34.10	511.50				
الخوف من الأمراض المميتة	ذكر	27	14.46	390.50	12,51	-5,026	,001	الإناث
	انثى	15	34.17	512.50				
الخوف من الموتى والقبور الخوف مما بعد الموت	ذكر	27	14.65	395.50	17,5	-4,879	,001	الإناث
	انثى	15	33.83	507.50				
الخوف من الأمراض المميتة	ذكر	27	14.46	390.50	12,5	-5,022	,001	الإناث
	انثى	15	34.17	512.50				
الدرجة الكلية لقلق الموت	ذكر	27	14.52	392.00	14,00	-4,955	,001	الإناث
	انثى	15	34.07	511.00				

اتضح من جدول (١٤) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الذكور والإناث في متغير قلق الموت بأبعاده الأربعة لدى مرضى الجلطات الدماغية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١ ، وكانت الفروق لصالح مجموعة الإناث. يمكن تفسير هذه النتيجة إلي الفروق والاختلاف في الشخصية بين الذكور والإناث، والجانب الانفعالي لدى الإناث قابل للاستثارة وسيطرة فكرة الموت علي عواطفهن، نتيجة تعرضهن لضغوط الحياة و الإحباطات التي يتعرضن لها في الأسرة والمجتمع مقارنة بالذكور، و كذلك نقص الوازع الديني لدي الإناث يرفع من مستوى قلق الموت لديهن مقارنة بالذكور.

كما يرجع محمد عبد الوهاب، ٢٠٠٠ حصول الإناث علي درجات أعلى في قلق الموت إلى استعدادهن الأكبر للاكتئاب و الاستعداد المرافق للحزن و التشاؤم، وذكر سولتزر، ١٩٧٩ أن النساء يخفن من الموت علي أساس انفعالي بينما ينظر الرجال إلي الموت من الجانب المعرفي، كما أشار يونغ في تفسيره لارتفاع نسب قلق الموت لدى النساء بأنه يعود إلى توقعات الأدوار حسب الجنس والذي يتحدد ثقافياً.

و تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة الممثلة في دراسة **Poveda, et al, 2001** التي درست العلاقة بين قلق الموت ومتغيرات الجنس، والإصابة بالأمراض المزمنة، و أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى قلق الموت، فقد أظهرت الإناث مستوى أعلى.

وكذلك دراسة **شروق خير عوض (2009)** مستوى قلق الموت لدي مرضي السرطان ومرضي القلب و مرضي السكري ضمن بعض المتغيرات في منطقة عكا، وكشفت النتائج عن وجود درجة فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث علي مقياس قلق الموت ، إذا كانت درجات الإناث أعلى من درجات الذكور. وكذلك دراسة **أسماء خليل العرب، 2011** التعرف علي الخصائص الاجتماعية لمرضي السرطان ودرجة الشعور بقلق الموت ، و معرفة مدى تأثير متغيرات كل من الجنس و العمر و نوع الورم السرطاني علي المرضي المصابين بالسرطان، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس قلق الموت تعزي لمتغير الجنس وجاءت لصالح الإناث.

وأيضا دراسة **Ajoka & Babatunde 2014** بدراسة لمعرفة مدى تأثير العمر والجنس على قلق الموت لدى الراشدين في مقاطعة اكيبي، نيجيريا، وهدفت هذه الدراسة للكشف عن تأثير العمر والجنس على قلق الموت، وأوضحت النتائج عدم

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وقلق الموت، ولكن وجدت الدراسة أن الإناث في مجموعة متوسط العمر اظهروا ارتفاع لقلق الموت عن الذكور. كما ذكرت دراسة **غاندي الرياحنة** ، 2014 مدى أهمية التعرف علي مستوى قلق الموت ومستوي الرضا عن لدى مرضي الفشل الكلوي في ضوء بعض المتغيرات، وبينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية علي مقياس قلق الموت تعزي لمتغير الجنس ولصالح الإناث .

وقدما **محمد عسليّة وأسامة حمدونة** (٢٠١٥) الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث لصالح الإناث في قلق الموت.

كما هدفت دراسة **Adeeb ،Saleem ،Kynat ،Tufail ،Zaffar 2017** الوقوف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية المدركة وقلق الموت لدى مرضى القلب، استخدم الباحثون الدراسة المستعرضة ، وتوصلت الدراسة إلي أن الإناث تفوقن على الذكور في قلق الموت.

وهدفت دراسة **محمد ربايعه** (2018) إلي التعرف علي مستويات قلق الموت لدي طلبة مدارس المسجد الأقصى، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدي طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى من وجهة نظر الطلبة أنفسهم تعزي لمتغير الجنس لصالح الأناث.

نتائج الفرض الثالث و مناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - إناث) لدى مرضى الجلطات الدماغية".
 للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث في الصلابة النفسية (الالتزام - التحكم - التحدي) باستخدام اختبار مان ويتي لمجموعتين مستقلتين، ويوضح جدول (١٥) نتائج هذا الفرض.
 جدول (١٥) الفروق في متوسطي رتب درجات الذكور والإناث في الصلابة النفسية (ن=٤٢).

المتغير	الجنس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار مان ويتي	قيمة "Z"	الدلالة	اتجاه الفروق
الالتزام	ذكر	27	27.33	738.00	45,00	-4,155	,001	الذكور
	انثى	15	11.00	165.00				
التحكم	ذكر	27	26.02	702.50	80,50	-3,221	,001	الذكور
	انثى	15	13.37	200.50				
التحدي	ذكر	27	27.44	741.00	42,00	-4,256	,001	الذكور
	انثى	15	10.80	162.00				
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	ذكر	27	27.85	752.00	31,00	-4,510	,001	الذكور
	انثى	15	10.07	151.00				

اتضح من جدول (١٥) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الذكور والإناث في متغير الصلابة النفسية بأبعاده الثلاثة لدى مرضى الجلطات الدماغية عند مستوى دلالة ٠٠١ وكانت الفروق لصالح مجموعة الذكور.
 ويمكن تفسير هذه النتيجة إلي الفروق والاختلاف في الشخصية بين الذكور والإناث فالصلابة النفسية تعتبر من العوامل المهمة في الشخصية سواء عند الذكور والإناث، فالذكور يتمتعوا بصلابة نفسية مرتفعة حيث نجد لديهم القدرة

علي التحكم في الأمور و نزعة تفاؤلية وأكثر توجهاً نحو الحياة ويمكن التغلب علي المشاكل والاضطرابات الجسمية والنفسية وهي كلها سمات يتميز بها الأشخاص ذو الصلابة النفسية. وأظهرت دراسة أن الذكور أكثر صلابة من الأناث في إدراكهم للتحدي والتحكم. Stephenson, 1990 وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة الطيبي عبد الكريم ، زنبو حمزة (2021) التي أشارت إلي وجود فروق دالة احصائياً بين أفراد عينة الدراسة من الطلاب في الصلابة النفسية تعزى لمتغير الجنس و كذلك دراسة كلاً من مسعود عبد الحميد حجو ، عصام عبد الغني العامودي (2022) التي أشارت إلي وجود فروق في متوسطات كل من الصلابة النفسية لدي المصابين جراء جائحة كورونا تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور ببعيد الالتزام.

واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة نور محمد، و هويدا إبراهيم، ٢٠١٢ التي أوضحت وجود فروق في متغير الصلابة النفسية تبعاً للجنس لصالح الأناث. واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (أمجاد يونس عبد، ٢٠٢٠) ودراسة (سفيان إبراهيم الربيدي، ٢٠٢٠) ودراسة (عدنان القاضي، ٢٠٢٢) حيث أكدوا علي عدم وجود فروق في متغير الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الجنس. وترى الباحثة أن الاختلاف في نتائج الدراسات السابقة قد يرجع إلي اختلاف العينات التي طبق عليها واختلاف البيئة التي يعيش فيها الأفراد ، ودرجة معايشة الضغوط المصاحبة للمرض تختلف من بيئة إلى أخرى وبالتالي ستختلف الصلابة النفسية أيضاً من بيئة إلى أخرى.

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمتغير العمر وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات وفقاً للعمر (٤٠-٥٠ عام) و (٥١-٦٠ عام) و (٦١-٧٠ عام) لدى مرضى الجلطات الدماغية".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الثلاث في قلق الموت بأبعاده الأربعة باستخدام اختبار كروسكال-واليس ويوضح جدول رقم (١٦) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي. جدول (١٦) دلالة الفروق بين مجموعات الدراسة الثلاث في قلق الموت.

المتغير	العمر	العدد	متوسط الرتب	اختبار كروسكال- واليس	الدلالة
لخوف من الموت والقبور	٤٠-٥٠ عام	13	18.69	4,553	غير دالة
	٥١-٦٠ عام	12	17.67		
	٦١-٧٠ عام	17	26.35		
لخوف مما بعد الموت	٤٠-٥٠ عام	13	21.73	3,375	غير دالة
	٥١-٦٠ عام	12	16.46		
	٦١-٧٠ عام	17	24.88		
لخوف من الأمراض المميتة	٤٠-٥٠ عام	13	22.42	4,392	غير دالة
	٥١-٦٠ عام	12	15.50		
	٦١-٧٠ عام	17	25.03		
لانشغال بالموت وأفكاره	٤٠-٥٠ عام	13	19.42	5,262	غير دالة
	٥١-٦٠ عام	12	16.58		
	٦١-٧٠ عام	17	26.56		
لدرجة الكلية لقلق الموت	٤٠-٥٠ عام	13	21.88	4,784	غير دالة
	٥١-٦٠ عام	12	15.42		
	٦١-٧٠ عام	17	25.50		

اتضح من جدول (١٦) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث تبعًا لمتغير العمر في متغير قلق الموت بأبعاده الأربعة لدى

مرضى الجلطات الدماغية ، فلم تصل قيمة اختبار كروسكال- واليس لمستوى الدلالة المعنوية.

وعليه جاءت نتيجة الدراسة الحالية لتفسر بأنه لا توجد فروق في قلق الموت تبعاً لمتغير العمر والذي تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات وفقاً للعمر (٤٠-٥٠ عام) و(٥١-٦٠ عام) و(٦١-٧٠ عام) لدى مرضي الجلطات الدماغية، وهذا على اعتبار أن هذا المرض من الأمراض الخطيرة و التي تأتي بشكل مفاجيء وسريع وعلي غير توقع مما تؤثر علي كل الفئات العمرية لأنه بطبيعة الحال يهدد حياتهم. ويمكن تفسير ذلك بأن جميع الاعمار يعانون من قلق الموت بنفس المستوى، وهذا يدل علي عدم وجود تأثير لمتغير العمر .

فجميع الجلطات الدماغية تؤثر علي الحركة، وفي بعض الحالات قد تؤدي الإصابة إلى الاعتماد علي كرسي متحرك، أو في بعض الأحيان الحاجة إلي رعاية منزلية دائمة، ولا تنتهي تجربة التعرض لجلطة دماغية بإنهاء الجلطة، فهي تترك إلي جانب الأعراض الجسدية أعراض نفسية، حيث تتضارب انفعالات ومشاعر المريض من حزن واكتئاب وتوتر وقلق وانخفاض الطاقة، التعب، صعوبة في النوم، الأوجاع والآلام المزمنة التي لا تستجيب للعلاج، أفكار حول الموت، أو الانتحار.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة أجراها **Kausar Suhail & Saima Akram , 2010** لمعرفة ارتباطات قلق الموت في باكستان بعدة عوامل وهي العمر والجنس والتدين، و توصلت النتائج إلى عدم وجود علاقة بين قلق الموت والعمر .

وكذلك دراسة **أسماء خليل العرب، 2011** التعرف علي الخصائص الاجتماعية لمرضي السرطان ودرجة الشعور بقلق الموت، ومعرفة مدي تأثير متغيرات كل من الجنس والعمر ونوع الورم السرطاني علي المرضي المصابين بالسرطان، وقد

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق في مقياس قلق الموت تعزي لمتغير العمر.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة **Ajoka & Babatunde 2014** لمعرفة مدى تأثير العمر والجنس على قلق الموت لدى الراشدين في مقاطعة اكيوتي، نيجيريا، وهدفت هذه الدراسة للكشف عن تأثير العمر والجنس على قلق الموت، وأوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وقلق الموت. وأيضاً دراسة **غاندي الرياخنة، 2014** مدى أهمية التعرف علي مستوى قلق الموت و مستوى الرضا عن لدى مرضي الفشل الكلوي في ضوء بعض المتغيرات، و بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية علي مقياس قلق الموت لدي أفراد عينة الدراسة تعزي لمتغير العمر .

ودراسة **بوفرة مختار ، نور الدين شعربي (2017)** إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري، وكذلك التعرف على الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعاً لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والسن، وكشفت الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً للعمر.

ودراسة **ميرنا ماريو يوسف خاروفة (2019)** إلي التعرف علي مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدي عينة من المرضي المصابين بالجلطة، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزي العمر، وكذلك دراسة **Yukse et al , 2017** التي أرادت التحقق من المستويات الفردية لقلق الموت ومعنى الحياة في ضوء بعض المتغيرات (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية) وأظهرت النتائج أن قلق الموت لا يختلف باختلاف العمر. وهذا يدل على أن قلق الموت و الخوف منه لا يختص بفئة عمرية محددة .

بينما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة مثل دراسة شروق خير عوض، ٢٠٠٩ التي هدفت للكشف عن قلق الموت لدي مرضي السرطان

والقلب والسكري وأظهرت وجود فروق في قلق الموت بين الفئات العمرية لصالح الفئة ٥٥ فأقل، وكذلك دراسة الريماوي أبو هلال، ٢٠١٥ التي أرادت الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المسنين وأظهرت وجود فروق في قلق الموت تبعاً لمتغير العمر لصالح الفئة العمرية ٨٠ فما فوق. وكذلك اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة Samadifard& Narimani, 2017 التي هدفت للتبوء بقلق الموت لدى كبار السن، وأوضحت نتائج الدراسة وجود قلق موت مرتفع لصالح كبار السن. وهدفت دراسة Bastani et al , 2016 للكشف عن قلق الموت لدى السرطان، وأظهرت النتائج وجود قلق الموت أقل لدى كبار السن.

نتائج الفرض الخامس و مناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير العمر وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات وفقاً للعمر (٤٠-٥٠ عام) و (٥١-٦٠ عام) و (٦١-٧٠ عام) لدى مرضى الجلطات الدماغية". للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الثلاث في الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة باستخدام اختبار كروسكال-واليس، ويوضح جدول رقم (١٧) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي. جدول (١٧) دلالة الفروق بين متوسطات رتب مجموعات الدراسة الثلاث في الصلابة النفسية.

المتغير	العمر	العدد	متوسط الرتب	اختبار كروسكال- دلالة
للتزام	٤٠-٥٠ عام	13	22.31	غير دالة
	٥١-٦٠ عام	12	22.25	

		20.35	17	٧٠-٦١ عام	
غير دالة	1,475	22.58	13	٥٠-٤٠ عام	التحكم
		24.13	12	٦٠-٥١ عام	
		18.82	17	٧٠-٦١ عام	
غير دالة	5,117	27.27	13	٥٠-٤٠ عام	التحدي
		21.42	12	٦٠-٥١ عام	
		17.15	17	٧٠-٦١ عام	
غير دالة	2,216	24.42	13	٥٠-٤٠ عام	الدرجة الكلية للصلابة النفسية
		23.08	12	٦٠-٥١ عام	
		18.15	17	٧٠-٦١ عام	

اتضح من جدول (١٧) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث حسب متغير العمر في متغير الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لدى مرضى الجلطات الدماغية، فلم تصل قيمة اختبار كروسكال-واليس لمستوى الدلالة المعنوية.

وعليه جاءت النتيجة لتفسر بأنه لا توجد فروق في الصلابة النفسية تبعاً للعمر وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات (٥٠-٤٠ عام) و(٦٠-٥١ عام) و (٧٠-٦١ عام) أي أن جميع الأعمار وجد لديهم مستوى الصلابة النفسية بنفس المستوى وهذا يدل على عدم وجود تأثير لمتغير العمر .

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة **صديق محمد أحمد (2015)** التي كشفت عن العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي بولاية الخرطوم، وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق وفقاً للعمر في الصلابة النفسية .

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة مسعود حجو، عصام العامودي ، ٢٠٢٢ ، التي كشفت عن العلاقة بين الصلابة النفسية وقلق المستقبل لدى المصابين بكورونا و أشارت النتائج إلي عدم وجود فروق في الصلابة النفسية تبعاً للعمر . بينما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة أميرة أحمد صلاح ، ٢٠١٩ التي كشفت عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية لدي مرضي سرطان الثدي، و أظهرت النتائج وجود فروق في متغير الصلابة النفسية لصالح الفئة العمرية (٣٦-٤٥ سنة).

نتائج الفرض السادس ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمدة الإصابة وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات (عام واحد) و (عامان) و (ثلاثة أعوام) و (أربعة أعوام) لدى مرضى الجلطات الدماغية".
للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الأربع في قلق الموت بأبعاده الأربعة باستخدام اختبار كروسكال- واليس، ويوضح جدول رقم (١٨) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي
جدول (١٨) دلالة الفروق بين مجموعات الدراسة الأربع في قلق الموت.

المتغير	مدة الإصابة	العدد	متوسط الرتب	اختبار كروسكال- واليس	الدلالة
الخوف من الموت والمقابر	عام	12	19.29	4,414	غير دالة
	عاملن	6	29.75		
	ثلاثة أعوام	15	22.60		
	أربعة أعوام	9	17.11		
الخوف مما بعد الموت	عام	12	17.96	4,233	غير دالة
	عاملن	6	28.83		

		23.40	15	ثلاثة أعوام	
		18.17	9	أربعة أعوام	
غير دالة	6,154	17.46	12	عام	الخوف من الأمراض المميتة
		28.50	6	عاملن	
		25.03	15	ثلاثة أعوام	
		16.33	9	أربعة أعوام	
		18.54	12	عام	
غير دالة	3,654	29.67	6	عاملن	الانشغال بالموت وأفكاره
		21.80	15	ثلاثة أعوام	
		19.50	9	أربعة أعوام	
		18.25	12	عام	
غير دالة	4,963	27.50	6	عاملن	الدرجة الكلية لقلق الموت
		24.13	15	ثلاثة أعوام	
		17.44	9	أربعة أعوام	

اتضح من جدول (١٨) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربع تبعاً لمتغير مدة الإصابة في متغير قلق الموت بأبعاده الأربعة لدى مرضى الجلطات الدماغية ، فلم تصل قيمة اختبار كروسكال - واليس لمستوى الدلالة المعنوية.

وعليه جاءت نتيجة الدراسة الحالية لتفسر بأنه لا توجد فروق في قلق الموت تبعاً لمدة الإصابة سواء كانت الإصابة عاماً او عامين أو ثلاث اعوام أو أربعة أعوام لدى مرضى الجلطات الدماغية ، فجميع مرضى الجلطات الدماغية وجد لديهم قلق الموت بنفس المستوى من حيث الخوف من المرض و توقع الموت و صعوبة سيطرته على الأفكار التي تدور بذهنه حول الموت و توقعهم أنهم سيموتوا قريباً.

وأشار كلا من (Guo et al, 2023, Oshvandi et al, 2022) إلي أن مرضي الجلطات الدماغية يعانون من أعراض وإعاقات مفاجئة وسريعة ويتركوا محيطهم المألوف ويدخلوا في بيئة غير مألوفة ويشعوا بأنهم عديمي الفائدة ولا يمكن الاعتماد عليهم و يشعروا بالقلق و يعتقدوا أنهم سيموتوا قريباً مما يجعلهم أكثر قلقاً.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة مثل دراسة **Poveda, et al, 2001** التي كشفت عن العلاقة بين قلق الموت ومتغيرات الجنس، والإصابة بالأمراض المزمنة، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات قلق الموت تعزي إلى اختلاف عدد مرات التردد على العيادة.

كما ذكرت دراسة **غاندي الرياحنة، 2014** مدى أهمية التعرف علي مستوى قلق الموت ومستوي الرضا عن لدى مرضي الفشل الكلوي في ضوء بعض المتغيرات ، وبينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية علي مقياس قلق الموت لدي أفراد عينة الدراسة تعزي مدة الإصابة و عدد مرات . وكذلك هدفت دراسة **ميرنا ماريو يوسف خاروفة (2019)** إلي التعرف علي مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدي عينة من المرضي المصابين بالجلطة، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزي تكرار الجلطة.

نتائج الفرض السابع و مناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمدة الإصابة وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات (عام واحد) و (عامان) و (ثلاثة أعوام) و(أربعة أعوام) لدى مرضى الجلطات الدماغية".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الأربع في الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة باستخدام اختبار كروسكال-واليس ويوضح جدول رقم (١٩) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (١٩) دلالة الفروق بين مجموعات الدراسة الأربع في الصلابة النفسية.

المتغير	مدة الإصابة	العدد	متوسط الرتب	اختبار كروسكال-واليس	الدلالة
الالتزام	عام	12	22.13	2,689	غير دالة
	عاملن	6	16.50		
	ثلاثة أعوام	15	20.07		
	أربعة أعوام	9	26.39		
التحكم	عام	12	21.38	2,075	غير دالة
	عاملن	6	16.50		
	ثلاثة أعوام	15	21.10		
	أربعة أعوام	9	25.67		
التحدي	عام	12	20.67	5,077	غير دالة
	عاملن	6	14.75		
	ثلاثة أعوام	15	20.60		
	أربعة أعوام	9	28.61		
الدرجة الكلية للصلابة النفسية	عام	12	21.42	4,266	غير دالة
	عاملن	6	14.50		
	ثلاثة أعوام	15	20.70		
	أربعة أعوام	9	27.61		

اتضح من جدول (١٩) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربع في متغير الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة تبعًا لمتغير مدة الإصابة لدى مرضى الجلطات الدماغية ، فلم تصل قيمة اختبار كروسكال-واليس لمستوى الدلالة المعنوية

وعليه جاءت نتيجة الدراسة الحالية لتفسر بأنه لا توجد فروق في الصلابة النفسية تبعاً لمدة الإصابة سواء كانت الإصابة عاماً أو عامين أو ثلاث أعوام أو أربعة أعوام ، فجميع مرضي الجلطات الدماغية وجد لديهم الصلابة النفسية بنفس المستوى من حيث قدرتهم علي التحمل والتكيف والتعايش مع المرض وتقبله ومواجهته لأحداث الحياة الضاغطة . فالجلطات الدماغية ينتج عنها أعراض جسمية و نفسية تجعل الفرد غير قادر على التأقلم مع الواقع الجديد (Stein et al, 2009)

واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة مثل دراسة **Bastani et al m (2016)** التي تقيم قلق الموت لدي مرضي السرطان المسنين والذين يخضعون للعلاج الكيميائي، ونسبة انتشار مرض السرطان بين فئة الشيخوخة له تأثير علي الصحة العامة للمسنين، وأظهرت النتائج هناك علاقة كبيرة بين قلق الموت لدي المسنين وفترة المعاناة من السرطان وكما أظهرت الدراسة أن نسبة قلق الموت أقل لدي الكبار بالسن ذوي مستوي التعليم العالي، و فترة الإصابة بالورم السرطاني لديهم أقل، و ليس لديهم أمراض أخرى مصاحبة . وكذلك دراسة **حسني عوض وأميرة صلاح (2020)** التي هدفت التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة، وأظهرت وجود فروق دالة إحصائياً لمقياس الصلابة النفسية تبعاً لعدد سنوات الإصابة بالمرض.. وقد رجعت الباحثة ذلك إلي اختلاف عينات الدراسة وكذلك اختلاف مدة الإصابة في الدراسة الحالية و الدراسات السابقة.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة و مناقشتها توصي الباحثة بما يلي:

- تصميم برامج إرشادية وعلاجية لخفض درجة قلق الموت لدى مرضى الجلطات الدماغية ، بحيث يتمكن المريض من خلالها التعامل مع الأعراض الجسدية و النفسية الناتجة عن الإصابة والتقبل والتكيف بقدر الإمكان.
- أوصي بعمل برامج إرشادية لأفراد أسرة المريض تساعدهم على التعامل بشكل مناسب وصحيح مع الشخص المصاب.
- إجراء المزيد من الأبحاث حول قلق الموت لدى مرضى الجلطات الدماغية مع الأخذ في الاعتبار المتغيرات التي لم تتطرق لها هذه الدراسة مثل : التدخين، ووجود أمراض أخرى وغيرها من المتغيرات.
- ضرورة الاهتمام بتلك الفئة المرضية لما تتركه الإصابة من آثار نفسية وجسدية تحثا إلى اهتمام و رعاية .
- رفع وعي أفراد المجتمع بمعرفة معلومات عن الجلطات الدماغية والعوامل التي تؤدي إلى حدوثها ونشر الوعي بآليات التعامل مع المرضى و كيفية التعامل مع الآثار الناتجة عن الإصابة.
- تعزيز الأخصائيين النفسيين لمستوى الصلابة النفسية لدى مرضى الجلطات الدماغية وذلك من خلال توعيتهم بقدرتهم على التعامل مع المرض والبعد عن التفكير السلبي.
- تصميم برامج إرشادية لمرضى الجلطات الدماغية تعمل على تنمية الصلابة النفسية وتنمية قدرته على مواجهة المرض والآثار الناتجة عنه لتفادي الانتكاسة والأمر الذي يسهم في خفض مستوى قلق الموت لديهم ويزيد من تحسن فرص الشفاء بدرجة أو أكثر من الأمراض الخطيرة أو على الأقل التعايش معها والسيطرة عليها.

- ضرورة تقديم الخدمات النفسية لمرضي الجلطات الدماغية وجعلها جانب مكمل للعلاج الطبي وذلك لتخفيف من حدة التوتر الانفعالي وقلق الموت الذي يصاحب المرض وقد يكون مؤثراً على مسار العلاج.
- عمل برامج إرشادية وتدريبية وعلاجية تهدف إلى خفض مستوى قلق الموت.

المراجع العربية

أثيل وليد الفضل. (٢٠١٤). ضغوط العمل و الصلابة النفسية لدي عينة من القضاة و المحامين الكويتيين الذكور. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الكويت.
أحمد محمد عبد الخالق. (١٩٩٨). الصدمة النفسية. مطبوعات جامعة الكويت. الكويت.
أحمد محمد عبد الخالق. (١٩٩٩). قلق الموت. علم المعرفة. الكويت.
أحمد محمد عبد الخالق، مایسة النیال (٢٠٠٧). الدافع للانجاز و علاقته بقلق الموت لدي طلاب من دولة قطر. دراسات نفسية. ١٢ (٣). ٣٨٣-٣٩٥.
أحمد نصر. (٢٠١١). المساندة الاجتماعية في علاقتها بقلق الموت لدي مرضي السرطان ببعض المستشفيات حكومية . مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية . مصر. (٣١). ١٩٣-٢٠٢.
أحمد الصمادي، مأمون غوانمه. (٢٠٠٥). قلق الموت لدي مرضي القلب . مجلة العلوم الاجتماعية. جامعة الكويت. ٣٣ (٣). ٦٤٩-٦٧٣.
أسماء بكاري. (٢٠٢٠). قلق الموت لدي المصابين بالقصور الكلوي . رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي. جامعة محمد بوضياف. المسيلة.
أسماء خليل العرب. (٢٠١١). قلق الموت لدي المصابين بمرض السرطان و علاقته بمتغيرات الجنس و العمر ونوع السرطان. المجلة الاجتماعية. (٤). ٧٨-١١٦.

أمجاد يونس عبد. (٢٠٢٠). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسيادة الدماغية لدى طلبة كلية التربية. مجلة الدراسات التربوية والعلمية. ٢ (١٥). ٣٧٥-٤٠٢.

أمير أحمد عيد صلاح. (٢٠١٩). المساندة الاجتماعية و علاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله و البيرة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس المفتوحة (فلسطين).

أميرة جبران، حسني عوض، عمر ريموي. (٢٠١٥). قلق الموت لدى المرأة الحامل في فلسطين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة البحوث التربوية و النفسية . (٤٧). ١٣٠-١٥٩.

إيمان عبد الرحمن أبو قوطة. (٢٠١٣). قلق الحمل وعلاقته بالمساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية.

أية قواجلية. (٢٠١٢). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان . رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

الحسين بن حسن محمد سيد. (٢٠١٢). الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة. رسالة ماجستير. جامعة أم القرى.

الريماوي أبو هلال. (٢٠١٥). المساندة الاجتماعية و علاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس. مجلة كلية التربية للبنات. ٢٦ (٣).

الطبيبي عبد الكريم، زنبو حمزة. (٢٠٢١). الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة السنة الأولى جذع مشترك علوم اجتماعية. دراسة ميدانية بجامعة أحمد دراية بأدرار . رسالة ماجستير. كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية والعلوم الإسلامية. جامعة أحمد دراية. ولاية أدرار.

بوفرة مختار، نور الدين شعيني. (٢٠١٧). قلق الموت و علاقته ببعض المتغيرات " دراسة ميدانية بمدينة معسكر" . المركز الجامعي أحمد زبانة غليزان. مجلة الدراسات الاجتماعية و النفسية و الانثروبولوجية. ٩. ١٧٦ - ١٨٦.

جيهان محمد أحمد حمزة. (٢٠٠٢). دور الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية و تقدير الذات في إدراك المشقة و التعايش معها لدي الراشدين من الجنسين في سياق العمل. رسالة ماجستير غير منشورة . كلية الآداب. جامعة القاهرة.

حسني عوض، أميرة صلاح. (٢٠٢٠). المساندة الاجتماعية و علاقتها بالصلابة النفسية لدي عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله و البيرة. مجلة البحوث التربوية و النفسية. ١٧ (٦٥). ١-٤١.

حمادة لؤلؤة و عبد اللطيف حسين. (٢٠٠٢). الصلابة النفسية و الرغبة في التحكم لدي طلبة الجامعة. مجلة الدار النفسية. ٢ (٢).

حمدونة أسامة سعيد، عسلىة محمد إبراهيم. (٢٠١٥). الالتزام الديني و علاقته بكل من قلق الموت و خبرة الأمل لدي طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة. مجلة دراسات العلوم الانسانية و الاجتماعية. ٤٢ (٣). ٧٣١ - ٧٥٠.

خالد بن محمد بن عبد الله العبدلي . (٢٠١٢). الصلابة النفسية و علاقتها باساليب مواجهة الضغوط النفسية لدي عينة من طلاب المرحلة الثانوية . رسالة ماجستير. جامعة أم القرى.

رحيم عبد القادر، شنان علي . (٢٠٠٩). قياس مستوي القلق لدي المسنين المقيمين في دور الدولة للرعاية الاجتماعية وعلاقته بالجنس والعمر والحالة الاجتماعية . مجلة جامعة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية. ٣٤ (١). ١١ - ٤١٢٥ .

رشيد زغير. (٢٠١٦). علم النفس العيادي. عمان . الأردن: دار أسامة للنشر و التوزيع.

- زهية خليل القرا. (٢٠١٥). خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدي حالات البتر في الحرب الأخيرة علي غزة. رسالة ماجستير. كلية التربية. الجامعة الإسلامية. غزة.
- روان أحمد عوض. (٢٠١٤-٢٠١٥). الصلابة النفسية و علاقتها بالأحداث الضاغطة . رسالة ماجستير. جامعة دمشق.
- ريتشارد ليندلي. (٢٠١٤). السكتة الدماغية. ترجمة هنادي مزبودي. السعودية: دار المؤلف.
- ريم عوض محمد الشهري. (٢٠١٩). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدي مرضي القلب. كلية التربية. جامعة الطائف. مجلة البحث العلمي في التربية. ٢٠ (١٠).
- زينب أحمد نوفل راضي. (٢٠٠٨). الصلابة النفسية لدي أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. الجامعة الإسلامية. غزة.
- زينب شقير . (٢٠٠٣). فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض مستوى الاكتئاب و قلق الموت لدي طلبة جامعة القدس. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عين شمس. القاهرة.
- سارة حمدي نجيب التلاوي. (٢٠١٥). الصلابة النفسية وأساليب التفكير وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدي عينة من مرضي الأمراض المزمنة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية الآداب. جامعة أسيوط.
- سالم المفرجي ، عبد الله الشهري. (٢٠٠٨). الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة. مجلة علم النفس المعاصر و العلوم الإنسانية . ٢ (١٩). ١٤٩ - ٢٠٦.

سعيد فاتح. (٢٠١٥). الصلابة النفسية لدي المرأة المصابة بسرطان الثدي. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة محمد خيضر. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. الجزائر.

سفيان إبراهيم الريدي. (٢٠٢٠). قلق المستقبل و تقدير الذات كمنبئات بالصلابة النفسية لدي طلبة الجامعة . مجلة التربية. ٣٩ (١٨٧). ١٢٠-١٦٦.

سكران كريمة، بوشقيف امينة . (٢٠١٨). قلق الموت لدي المرأة المقبلية علي الولادة “ دراسة إكلينيكية لأربعة حالات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة ، الأم، الطفل بعين تموشنت “ . رسالة ماجستير. معهد الأداب و اللغات. قسم العلوم الاجتماعية.

سمير أبو حامد. (٢٠٠٩). الجلطة الدماغية. دمشق. سوريا: خطوات للنشر والتوزيع.

سيد أحمد البهاص. (٢٠٠٢). النهك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدي معلمي ومعلمات التربية الخاصة. مجلة كلية التربية. جامعة طنطا. ١ (٣١). ٣٨٤-٤١٤.

شروق خير عوض. (٢٠٠٩). قلق الموت لدي عينة من مرضي السرطان ومرضي السكري ومرضي القلب في منطقة عكا. دراسة مقارنة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة اليرموك. الأردن.

شيلي تايلور. (٢٠٠٨). علم النفس الصحي. ترجمة فوزي شاکر ووسام درويش بريك. الأردن.

صديق محمد أحمد. (٢٠١٥). الصلابة النفسية و علاقتها بالمساندة الاجتماعية لدي المصابات بسرطان الثدي بولاية الخرطوم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النيلين. كلية الدراسات العليا

طارق محمد عبد الوهاب، وفاء محمد الحديني. (٢٠٠٠). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدي طلاب الجامعة. مجلة علم النفس. ٥٤. ٧٩-٩٨.

طه أحمد المستكاوي، مایسة محمد شكري، شیماء عاطف سيد. (٢٠٢٢). إسهام الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بخفض قلق الموت لدي عينة من مريضات سرطان الثدي. المجلة المصرية للدراسات النفسية. ٣٢ (١١٦). ٤٦٧.

عبد الله علي مرعي الشهري. (٢٠١٥). الصلابة النفسية و علاقتها بجودة الحياة لدي طلبة كلية التربية جامعة الدمام. رسالة ماجستير. جامعة الملك فيصل.

عثمان فاروق السيد. (٢٠٠١). القلق و إدارة الضغوط النفسية. ط١. القاهرة: دار الفكر العربي.

عماد محمد مخيمر. (١٩٩٦). إدراك القبول/ الرفض الوالدي و علاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية. ٦ (٢). ١٦٥ - ١٨٩.

عماد محمد مخيمر. (٢٠٠٢). الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين الضغوط وأعراض الإكتئاب لدي الشباب الجامعي. المجلة العربية للدراسات النفسية. ٧ (١٧). ١-٢٠.

عمر حمادة، عز عبد اللطيف. (٢٠٠٢). الصلابة النفسية و الرغبة في التحكم لدي طلاب الجامعة. مجلة الدراسات لنفسية. العدد الثاني. ٢٢٩-٢٧٢.

عبد الله علي مرعي الشهري. (٢٠١٥). الصلابة النفسية و علاقتها بجودة الحياة لدي طلبة كلية التربية بجامعة الدمام. رسالة ماجستير. جامعة الملك فيصل.

عبد المطلب عبد القادر عبد المطلب. (٢٠١٨). الصلابة النفسية و علاقتها بالاضطرابات الجسمية و بعض المتغيرات الديموجرافية لدي عينة من معلمي ومعلمات المرحلة المتوسطة بدولة الكويت. مجلة الطفولة العربية. الكويت. ١٩ (٧٤). ٣٥-١٠.

عدنان القاضي .(٢٠٢٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدي عينة من مرضي السرطان في محافظة تعز . مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية). ٣٦ (٤). ٦٧٠.

عبد الناصر غربي. (٢٠١٨). الصلابة النفسية وعلاقتها بقلق الموت لدي المسنين المكفوفين والمسنين المبصرين. دراسة وصفية بولاية الوادي. جامعة حمه لخضر الوادي (الجزائر). مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الاجتماعية. غاندي الرياحنة. (٢٠١٤). قلق الموت والرضا عن الحياة لدي مرضي الفشل الكلوي في محافظة إربد. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك. محافظة إربد. عمان.

غسان الحلو، عبد الناصر قديمي. (٢٠٠٣). أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدي طلبة الجامعة. رسالة الخليج العربي. السعودية. ٢٤ (٨٨). ٣٩-١٣.

فقيري تونس. (٢٠١٥). علاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدي عينة من النساء المجهضات رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي. جامعة قاصدي مرباح و رقلة.

فوزية سبيح. (٢٠١٨). قلق الموت عند الطلاب المصابين بالربو بمرحلة الثانوية. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس المدرسي. جامعة الدكتور طاهر مولاي. سعيدة.

لظفي الشربيني. (٢٠٠٧). القلق " الأسباب والعلاج". الإسكندرية: منشأة المعارف.

محمد حسن غانم. (٢٠٠٤). التدين وعلاقته بقلق الموت و الأحداث السارة و النظرة للحياة " دراسة نفسية مقارنة بين المسنين و المسنات". مجلة دراسات في علم النفس. ٣ (٢). ٢٥٥-١٩٧.

- محمد ربايعة. (٢٠١٨). قلق الموت لدي طلبة مدارس الأقصى الشرعية و مدارس رياض الأقصى كما يراه الطلبة أنفسهم. مجلة الفتح. ٧٦
- محمد زهير علوي. (٢٠١٢). العلاقة بين الصلابة النفسية و دافعية الانجاز لدي الرياضيين من ذوي الإعاقة الحركية الضفة الغربية، رسالة ماجستير غير منشورة . كلية الدراسات العليا. جامعة النجاح الوطنية بنابلس . فلسطين.
- محمد عسلي ، أسامة حمدونة. (٢٠١٥). الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت و خبرة الأمل لدي طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة. مجلة دراسات العلوم الإنسانية و الاجتماعية. ٤٢ (٣). ٧٣١-٧٥١.
- محمد محمد عودة. (٢٠١٠). الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدي أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة . مذكرة ماجستير. الجامعة الإسلامية. غزة.
- محمد مكرم بن منظور (١٩٩٠). لسان العرب. المجلد ٧. بيروت: دار الصادر.
- مدحت عباس . (٢٠١٠). الصلابة النفسية كمنبئ بخفض الضغوط النفسية و السلوك العدواني لدي معلمي المرحلة الإعدادية . مجلة كلية التربية. ٢٦ (١). ١٦٨-٢٧٣.
- مروة فرج مغربي سيد. (٢٠١٥). قلق الموت و علاقته ببعض المشكلات لدي المراهقين المصابين بمرض أنيميا البحر الأبيض المتوسط . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- مروة السيد علي الهادي. (٢٠٠٩). الأمن النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدي المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. رسالة ماجستير. جامعة الزقازيق.
- مريم بن خليفة . (٢٠١٨). أثر الصلابة النفسية علي قلق الموت لدي المصابات بالسرطان. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي و الصحة العقلية. جامعة عبد الحميد بن باريس. مستغانم.

مسعود عبد الحميد حجوة، عصام عبد الغني العامودي. (٢٠٢٢). الصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدي عينة من المحجوزين والمصابين جراء جائحة كورونا في قطاع غزة. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية . ١٣ (٤٠). ١٦١.

معالل صارة حدة (٢٠١٩). الصلابة النفسية لدي المرأة المعنفة جسدياً (دراسة عيادية لأربعة حالات بولاية غرداية). رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية والانسانية. جامعة غرداية.

منير وهبه الخازن. (١٩٩٠). معجم مصطلحات علم النفس. دار النشر الجامعية.

منيفي رشيدة. (٢٠١٨). قلق الموت وعلاقته بالصلابة النفسية لدي المصابات بسرطان الثدي. رسالة ماجستير. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة يحيى فارس. المدينة.

ميرنا ماريو يوسف خاروقة. (٢٠١٩). مستوي قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدي عينة من المرضى المصابين بالجلطة. رسالة ماجستير. كلية العلوم التربوية. جامعة القدس. فلسطين.

مي عباس. (٢٠١٧). قلق الموت والإكتئاب لدي مرضي الفشل الكلوي بمستشفى الملك نمر الجامعي وعلاقتها ببعض المتغيرات . رسالة ماجستير غيرمنشورة. جامعة النيلين. السودان.

نور محمد، هويدا إبراهيم. (٢٠١٢). صلابة الشخصية لدي طلبة و طالبات قسم علم النفس في جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. رسالة ماجستير غير منشورة . جامعة السودان للعلوم و التكنولوجيا. الخرطوم. السودان.

هاني عارف (٢٠١٨). السكتة الدماغية السبب الثاني للوفاة في مصر .

الكونسلتو. ص ١٠

هبة فتحي النادي. (٢٠١٩). الصلابة النفسية و علاقتها بقلق الموت لدي عينة من ضباط الشرطة. مجلة الخدمة النفسية. العدد الثاني عشر.

المراجع الأجنبية:

- Adeeb, M, Saleem, M, Saleem, M. Kynat, Z, Tufail, M, & Zaffar, M. (2017). Quality of life, perceived social support and death anxiety among cardiova scular diseases of south punjab . Pakistan Heart Journal, 50 , 83-87.
- Ajoka,o& Babatunde,A.(2014). Ifluence of cohort and sexon Death anxiety Among Adult in Nigeria, Social Science research net work papers, Ssrn. Com.
- Allerd, K. D & Smith, T. W. (1989). The hardy personality cognitive and physiological Responses to Evaluative threat. Journal of personality and social psychology, 50. 1. 257-266.
- Alan, S, Go, Dariush Mozaffarian et al. (2013). Heart Disease and stroke statistics. Areport from the American Heart Association.
- Bastanti, F, Farnood, F & Haqhani, H. (2016). Evaluation of Death Anxiety in Elderly patients with cancer undergoing chemotherapy . Journal of client - centered Nursing Care. 2. 3. 153-160.
- Brainin , M & Heiss, W. (2010). Texbook of stroke medicine Cambridge University, press, New york.
- Candman, B. (2018). What to know about the fear of death. Medial News to day .
- Feigin, V.L., Stark, B.A., Johnson, C.O., Roth, G.A., Bisignano, C., Abady, G.G., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abd- Allah, F., Abedi, V., 2021.
- Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol. 20 (10), 795–820.
- Firestone, R. (2007). Individual defenses against death anxiety . 17. 6. 497-515.

- Furer, P & Walker, J.(2008). Death Anxiety. A Cognitive-Behavioral Approach. Journal of ognitive Psychotherapy. DOI: 10.1891/0889-8391.22.2.167.
- Gantsweg, J. (2001). Gender self- Construal , and Death Anxiety with a jewish community sample, Doctoral Dissertation university of California- SanDiego Dissertation Abstract International . 62. 474.
- Guo, L., Guo, Y., Booth, J., Wei, M., Wang, L., Zhu, Y., He, Y., Liu, Y., 2023. Experiences of health management among people at high risk of stroke in China: a qualitative study. Nurs. Open 10 (2), 613–622.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1398>.
- Harorani, M., Jadidi, A., Hannah, T & Morressey, C. (1978). Correlates of psychological hardiness in canadian adolescents, Journal of social psychology . Vol 127. 4. 339-344.
- Hartley, M. (2011). Examining the relationship between resilience, mental health, and academic persistence in under graduate college students. Journal of American college Health. 59. 596-604.
- Holahan, Charles, J, Moos, Rudojfh. (1985). Journal of personality and Social psychology, 49 (3). 739-747.
[Http:LL WWW. Medical news to day. com L articles L 321939 php](http://LL WWW. Medical news to day. com L articles L 321939 php).
- James , A, Thorson And F. C Powell. (1988). Elements of Death Anxiety and Meanings of Death, Journal of clinical psychology , 44, 5 , 691-701.
- Kausar, S & Saima Akram. (2010). Correlates of Death Anxiety in Pakistan. Death Studies. 26 (1). 264-276.
- Kobasa, S. C & Maddi, Paccutti, M. C. (1982). Personality and exercise as buffersin the stress- illness relationship. Journal of behavioral medicine. 5. 4. 391-404.
- Kobassa, S. C. (1979). Stressful life events personality and health an inquiry in to hardiness, Journal of personality and social psychology , 37 (1). 685-742.

- Lambert, V.A, Lambert, C,E & Yamse, H. (2003). Psychological hardiness, Workplace and related stress reduction strategies, *Journal of nursing and Health sciences*, 5. 181-184.
- Langhammer, B, Sunnerhagenk, S, Sallstrom, S, Backer, F, & Stanghelle, j k (2018). Return to work after specialized rehabilitation an explorative longitudinal study in a cohort of severely disabled persons with stroke in seven countries. *Brain Behav.* [HttpLL DoiL orgl 1501002l brb3. 055](http://doi.org/10.1093/brain/awz055).
- Li, W., Xiao, W.M., Chen, Y.K., Qu, J.F., Liu, Y.L., Fang, X.W., Weng, H.Y., Luo, G.P., 2019. Anxiety in patients with acute ischemic stroke: risk factors and effects on functional status. *Front. Psychiatry* 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00257>
- Maddi, S.R. (2004). Hardiness: An operationalization of Existential courage, *Journal of Humanistic psychology*, 44. 3. 279- 298.
- Mohammad Torabi a, Vahid Yousofvand b,* , Azim Azizi c , Naser Kamyari d , Mojtaba Khazaei e(2023). Impact of spiritual care programs on stroke patients' death anxiety: A randomized controlled trial, *Journal of Affective Disorders Reports*.
- Morse, D. (2000). *Searching for Eternity: Ascendents Spiritual journey of over come Death Anxiety*. United States. Eagle wing Books. Inc.
- Niloufar Tahery, 2015. *A Comparison of Death Anxiety and Quality of life of Stroke Survivors*. A Dissertation Submitted to the Faculty of the Chicago School of Professional Psychology In Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology.
- Oshvandi, K., Torabi, M., Khazaei, M., Khazaei, S., Yousofvand, V., 2022. Impact of hope on stroke patients receiving a spiritual care program in iran: a randomized controlled trial. *J. Relig. Health* 1–14.

<https://doi.org/10.1007/s10943-022-01696-1>.

Rafsten, L., Danielsson, A., Philippe Nubukpo (2006). Guide pratique de psycho geriatric, 2, Paris, Masson.

Poveda, M, Roya, G, Aldemunde, P, Fuentes, C, Juan, J, ortola, P & Oltra, M. (2001). Anxiety About Death in Primary care : Relation with frequency of consultation And psycho Morbidity of patients . Aten primaria, 126, 7, 446- 452.

Rafsten, L., Danielsson, A., Sunnerhagen, K.S., 2018. Anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis. J. Rehabil. Med. 50 (9), 769–778.

<https://doi.org/10.2340/16501977-2384>

Ricarjo Ejorge, Robert. G. Robinson, David moster, Amanetateno, Bendeicto cresp- Facorro, Stephan Arndt. (2004). Major depression following traumatic brain in jury. Arch Gen Psychiatry, 16 (1). 42-50.

Samadifard, H. & Narimani, M. (2017). Prediction of Death Anxiety of Elderly Based on Mind fulness and irrational Beliefs, Iranian Journal of psychiatric Nursing, 5 (3). 15-21.

Sergio paradiso, Eran chemerinski, Kazimm, Yazici, Armando Tartaro, Robert G Robinson (1999). Frontal lobe syndrome re assessed: Comparison of patients with lateral ormedial frontal brain damage. Neurol neurosurg psychiatry, 67. 664-667.

Silva, Jk, VilavDc, Ribeiro Mfm, Vandenberghe, 1. (2016). Survivors perspective of life after stroke . 18:1148.

Sinyor, D., Amato, P, Kaloupek, D. G, Becker, R, Goldenberg, M& Coopersmith. H. (1986). Post- Stroke depression: relation ships to functional impairment, .coping

Stein , j , Havey , R, Macko, R, Winstein, G & Zorowitz, R. (2009). Stroke Recovery and Rehabilitation. Demos Medical Publishing .united state of America. State of the Nation . (February, 20). Stroke Statistics. strategies, and rehabilitation out come stroke. 17. 1102- 1107.

- State of the Nation. (2018): Stroke statistics. (https://www.stroke.org.uk/system/files/sotn_2018.pdf). (5:00pm,18.10.2018)
- Sunnerhagen, K.S., 2018. Anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis. *J. Rehabil. Med.* 50 (9), 69–778. <https://doi.org/10.2340/16501977-2384>
- Tomer, A. Eliason, G. (2015). Toward a comprehensive model of Death Anxiety, *Death studies*, 20, 343-365.
- Toner, J. (2019). Relationship between the pressures of life and death anxiety when Health service providers, *Journal of Humanistic psychology*, New York: Bloomsburg.
- Walker, M. J. (2006). The effects of nurses: Practicing of the heart to technique on perceived stress, Spiritual well-being, and hardiness. *Journal holistic Nursing*. 23. 164-175.
- Yuksel, M, Gunes, F & Akdag, C. (2017). Investigation of the death anxiety and meaning in life levels among middle aged adults. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2. 165-181.