



مقدار ما يتنبأ به قلق الموت لدى الممرضين العاملين في وحدة العناية الحثيثة بالإكسيثيميا

إعداد

د/ عبدالناصر موسى القراله

أ/ حنان عمر الخطيب

**قسم الإرشاد والتوجيه، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة،
وزارة التربية والتعليم الأردنية، الأردن**

مقدار ما يتنبأ به قلق الموت لدى المرّضين العاملين

في وحدة العناية الحثيثة بالإكسيثيميا

عبدالناصر موسى القراله*، حنان عمر الخطيب

قسم الارشاد والتوجيه، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، وزارة التربية والتعليم
الأردنية، الأردن

*البريد الإلكتروني: dr_naser_musa@mutah.edu.jo

المُلخَص:

تناول هذا البحث التحقّق من مقدار ما يتنبأ به قلق الموت لدى المرّضين العاملين في وحدة العناية الحثيثة بالإكسيثيميا، وقد اقتصر البحث على جميع المرّضين العاملين في وحدة العناية المركّزة، والبالغ عددهم (74) ممرّضًا، حيث طبّق عليهم البحث في العام 2019. ولتحقيق أهداف البحث تم تطوير مقياسين، هما: مقياس قلق الموت وتكوّن من أربعة أبعاد، وهي: الخوف من الموت، والخوف من الاحتضار، والخوف من توقّف الحياة، والخوف من الحياة بعد الموت، وتطوير مقياس الإكسيثيميا المكوّن من ثلاثة أبعاد، وهي: صعوبة تمييز المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، والتفكير الموجّه خارجيًا، وتم التحقّق من الخصائص السيكومترية للمقياسين من خلال الصدق والثبات، وتوصّل نتائج البحث إلى أن مستوى قلق الموت والإكسيثيميا لدى المرّضين جاء بدرجة متوسطة، سواء على الدرجة الكليّة أو على الأبعاد، كما تبين وجود ارتباط إيجابي بين قلق الموت والإكسيثيميا، وأن أبعاد قلق الموت تفسّر ما نسبته (11%) من الإكسيثيميا، وقد جاء الخوف من الحياة بعد الموت أعلى بُعد في التفسير، كما توصّلت النتائج إلى عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والإكسيثيميا تبعًا لسنوات الخبرة لدى المرّضين، وبناء على نتائج خرج البحث ببعض التوصيات، ومنها: العمل على الاستفادة من طبيعة العلاقة بين قلق الموت والإكسيثيميا ففي حالة ملاحظة ظاهرة لدى المرّض يجب العمل على تخفيض الظاهرة الأخرى المرتبطة بها والمؤثّرة فيها.

الكلمات المفتاحية: قلق الموت، بالإكسيثيميا، المرّضون، وحدة العناية الحثيثة.



The Predicted Death Anxiety Level among the Nurses Working in the Intensive Care Unit of Alexithymia

Abdel Nasser Al-Qarala*, Hanan Al-Khatib

Department of Counseling and Guidance, College of Educational
Sciences, Mutah University, Jordanian Ministry of Education,
Jordan

*Email: dr_naser_musa@mutah.edu.jo

Abstract:

The current study investigated the predicted death anxiety level among the nurses working in the intensive care unit of Alexithymia in the governmental and military hospitals in Karakin 2019/2020. To achieve the goals of the study, two scales were developed: (1) the death anxiety scale which consists of four dimensions, namely: fear of death, fear of dying, fear of life discontinuance, and fear of life after death. (2) Alexithymia scale which consists of three dimensions: The difficulty of feelings' distinction, difficulty of describing feelings, and thinking which is directed externally. The psychometric properties of the two scales were verified (validity and reliability). The results of the study concluded that the level of death anxiety and Alexithymia among the nurses came at a moderate degree, both on the overall degree and on the dimensions. Also, the results showed that there is a positive correlation between death anxiety and Alexithymia. The death anxiety dimensions showed (11%) percentage from Alexithymia and the fear of life after death showed the highest dimension in the interpretation. The results also revealed that there is no statistically significant difference in death anxiety and Alexithymia according to the nurses' years of experience. Based on the results of the study, some recommendations are presented such as to take the advantage of the nature of the relationship between death anxiety and Alexithymia and if in case noticing such phenomenon, the nurse has to work on reducing the other phenomenon associated.

Keywords: death anxiety, Alexithymia, nurse, intensive care unit.

مُقدّمة البحث:

إذا كانت معظم حقائق الكون نسبية، ويمكن التشكيك في النظريات والمفاهيم والإضافة إليها، فهناك حقيقة واحدة لا ينكرها عاقل، ملحدًا كان أو متدينًا، جاهلاً أو عالمًا، صغيرًا أو كبيرًا، ومهما تقدّمت العلوم والمعارف وتبدّلت الأفكار فلا أمل في تغييرها، أو الابتعاد عنها، وهي الموت؛ فالموت هو النهاية الحتمية لكل حيّ، وهو ما لا يستطيع أي كائن الهروب منه أو تجنّبه.

وإذا كانت مفردات هذا العصر هي المسبّب الأساس للكثير من أنواع القلق، فإن قلق الموت مقدّر على البشر منذ بدء الوجود؛ لأن الموت هو العامل الأكثر منطقية لاستدعاء القلق، فكان لزامًا علينا التعايش معه على مستوى الشعور واللاشعور.

ويرى (فرويد) أن الهدف من الحياة هو الوصول إلى الموت، وأن الإنسان لديه إرادة الموت وإرادة الحياة، ولكنه يميل على المستوى اللاشعوري لإنكار الموت، بينما يرى السلوكيون أن قلق الموت يخضع لقواعد التعلّم الشرطي كسائر أنواع المخاوف الإنسانية، أما أصحاب النظرية المعرفية فيوضّحون ذلك بأن المواقف لا تؤدّي في حدّ ذاتها للقلق ولكن تفسيرنا لها، وتوقّعتنا للأحداث المهدّدة هو ما يجعلنا نشعر بالقلق (Sue, Sue, Neville, & Smith, 2019)

أما الوجوديون فيرون أن وجود الإنسان يحمل في طيّاته تهديده بالفناء وضياح كينونته، وقد تتّفق أغلب المدارس النفسية على أن القلق بأنواعه، ومنها قلق الموت، من المكونات الرئيسية لشيئًا أنواع المخاوف ولكثير من أنواع الغُصاب، مثل الغُصاب القهري، والضعف العصبي، وتوهّم المرض وغيرهما (Sharf, 2015).

ويرى (Abd al-Khaliq, 1987) أن الخوف من الموت هو الخوف من الاحتضار والخوف مما سيحدث بعد الموت والخوف من توقف الحياة، ويؤكد أن قلق الموت هو تركيب متعدد الأبعاد والحاجة ماسة إلى دراسة أشمل لتحديد مكونات هذا المفهوم المركب وأبعاده بشكل أدق، ومن الطبيعي جدا في هذا المكان غير الآمن من العالم أن يفكر الانسان غالبا في الموت أكثر من تفكيره في الحياة، حيث يمكن أن يأتيه الموت من كل حذب وصوب، من خلفه أو من بين يديه، فضلا عما يحيط به هناك من مظاهر تشير إلى الموت وما يؤدي إليه من دمار وتفجير وحوادث دامية من أجل ذلك يصبح التفكير في الموت والقلق منه وسط هذه الظروف المأساوية القلقة أمرا مسوغا تماما.

كما يؤكد (Abdel Khaleq, 1998) حول التفاؤل والتشاؤم وقلق الموت دراسة عاملية، والتي طبقها على عينة من (37) من الجنسين، وقد توصلت الدراسة إلى علاقة التفاؤل بالتشاؤم مع قلق الموت حيث تتراكم الأدلة على وجود بعدين مستقلين نسبيا للمفهومين وليس عاملا واحدا ثنائي القطب. وقد تناولت دراسة (Abdel Khaleq, & Saleh, 1999) واستخدمت عينة قوامها (709) من الطلبة والطالبات السوريين الذين يدرسون في كليات عديدة بجامعة دمشق، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ان عامل الانشغال بالموت يختلف بين الجنسين، حيث حصلت الاناث على درجات أعلى بالمقارنة إلى الذكور.

ويوضّح بيفن (Piven, 2000) أن هناك من يرى أن قلق الموت ليس اضطرابًا نفسيًا، إنما هو تهديد انفعالي، وهو جزء من طبيعة الإنسان، ويسعى الإنسان للتعامل مع قلق الموت لمنعه من الوصول إلى حيّز الشعور؛ ولذلك يلجأ الإنسان في تعامله مع شعوره بهذا القلق إلى تكوين أساليب دفاعية قوية لمواجهة؛ فقلق الموت يعني الخوف من العدم وهو موجود من الطفولة وطوال مراحل الحياة، الأمر الذي يدفع الإنسان إلى استخدام حيل الدفاع النفسي للهروب منه.

وقد استخلص (تمبلر) وزملاؤه أربعة أبعاد تصف العناصر المختلفة لقلق الموت، وهي: القلق حول التأثير المعرفي والانفعالي للموت والاحتضار، والترقب والخوف من التغيرات الجسمية خلال الموت والاحتضار، والوعي بالوقت المحدود بين الميلاد والوفاة وسرعة مروره، والقلق حول المشقة والألم المصاحب للموت (Miller, Lee, & Henderson, 2012)، كما أجرى (Hau, Graham, & Shortely, 2009) دراسة تهدف إلى فحص دور بعض المتغيرات، مثل: التفاؤل والتفكير في خفض معدلات قلق الموت، وذلك على مجموعتين: إحداهما من مرضى سرطان الدم، والأخرى من الأسوياء، وتلقت مجموعة المرضى برنامجاً لمدة ستة شهور، وتبين وجود فروق بين المجموعتين في متغير قلق الموت في اتجاه المجموعة التجريبية. حيث انخفض لديهم القلق. بينما توصلت دراسة (Kashani and hakami, 1982) إلى أن الكبت والقلق من الموت يُعدان من أهم الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بمرض السرطان. ولقد اتفقت الدراسة السابقة مع نتائج دراسات تناولت العلاقة بين قلق الموت وأمراض مزمنة أخرى، مثل: دراسة (Norman, Beyer&Sherman, 2010)، وقد عبّر مرضى الإيدز والسرطان كلاهما عن شعور كبير تجاه قلق الموت، كما أظهرت النتائج ارتباطاً قوياً للشعور بقلق الموت بشعور منخفض لجودة الحياة.

كما أن محاولة السيطرة على قلق الموت، قد يكون هو العامل الرئيس وراء سلوكهم الاجتماعي الذي قد يظهر في ممارسات الرمزية، كالفن والموسيقى متجاوزة جسم الإنسان، فضلاً عن الدفاع القوي ضد أولئك الذين لديهم وجهات نظر مختلفة في تقييمهم للعالم؛ وذلك لأن البشر، عادة، ما يعتمدون على الأشخاص الآخرين للتحقق من صحة وجهة نظرهم الاجتماعية عن العالم، وعن احترام الذات للحصول على الحماية ضد قلق الموت (Iverach, Menzies, & Menzies, 2014).

وأشار بيفن (Piven, 2000) إلى أن لقلق الموت ثلاثة جوانب أساسية، وهي: الندم على الماضي، والأسف على المستقبل، ومعنى الموت عند الشخص. كما بحثت دراسة رامشانداني (Ramchandani, 2010) مدى تأثير هذه المعتقدات لما بعد الحياة كمؤشر لقلق الموت واكتئاب الموت، ووجدت أن قوة الاعتقاد في ما بعد الموت يرتبط بشكل دال وسلبي باكتئاب الموت، وأن المتزوجين أكثر اكتئاباً من غير المتزوجين، في حين أن الإناث أعلى في مستوى قلق الموت من الذكور.

ويظهر قلق الموت على أشكال عديدة، منها: القلق الاستلابي الذي يجعل الإنسان ينشط لمكافحة هذا الخطر الذي يهدد بقاءه، فيحاول الهروب أو المواجهة، وتأخذ ردود فعله أشكالاً عقلية أو فيزيولوجية، وقلق الموت الوجودي من أقوى أشكال قلق الموت، ويشمل الخوف من الفناء الشخصي النهائي، كما يظهر قلق الموت المفترس عندما يؤدي الفرد الآخرين جسدياً أو عقلياً، ويحصل رد الفعل الأساس من هذا النوع من القلق بمجرد إحساس الفرد بالذنب بصورة شعورية أو لا شعورية (Langs, 2008).

ولقد حدّد جولمان (Goleman, 1995) مصطلح الوعي بالذات –Self-Awareness وهو أحد أبعاد الذكاء الانفعالي Emotional Intelligence الذي يقصد به قدرة الفرد على قراءة مشاعره، وإدراك تأثير تلك المشاعر على ردود أفعاله، واستجابته للمواقف المختلفة، وتأثير ذلك على عملية صنع القرار لدى الفرد لجوانب القوة والضعف لديه، والتعرف على مشاعره، ومن ثم يعد الوعي

بالذات أساس الثقة بالنفس، وعلى الجانب الآخر إذا لم نكن قادرين على إدراك مشاعرنا فيسكون من الصعب إدراك مشاعر الآخرين؛ ولذا يستخدم الاختصاصيون والأطباء النفسيون في وصف هذه الحالة بالإكسيثيميا Alexithymia للإشارة إلى الصعوبات التي يواجهها الفرد خلال تعرّفه ووصف مشاعره الداخلية.

وبعدّ نقص التعبير عن المشاعر بالإكسيثيميا Alexithymia من الاضطرابات النفسية التي تم تناولها بالبحث حديثاً نسبياً، حيث ترجع بدايات ظهورها كمصطلح إلى جهود العالم الأمريكي سفينيوس (Sefenios) عام (1972)، ويطلق هذا المعنى على المرضى الذين لديهم أعراض نفسجسية (سيكوسوماتية)، ويعانون من ضعف في القدرة على وصف انفعالاتهم تجاه المواقف التي تحتاج للتعبير عن العواطف، ثم أصبح يستخدم المصطلح على هؤلاء الأفراد فقط، دون الرجوع لظهور أمراض سيكوسوماتية (Shahidi&Besharat, 2011)

إن الإلكسيثيميا هي سمة شخصية مستقرة بسبب اختلال وظيفي في معالجة المعلومات المعرفية العاطفية (Taylor, 2000) وضعف في خصائص الإدراك المعرفي لمعالجة المشاعر ويفتقر إلى التمثيل العقلي للعواطف (Choi- Kain& Gunderson, 2008). وعدم القدرة على التنظيم الذاتي ولديه ندرة في المفردات اللغوية ونقص في الكلمات المستخدمة في التعبير عن عواطفه تجاه الأخرى (Mattila&Saarni, 2009) لدى الفرد خصائص سلوكية فهو لا يمتلك حياة وجدانية يتكلم عنها ولذلك يميل إلى تفرغ الطاقة المكبوتة لديه بشكل سلوكي جسسي، ومن ثم فيصنفونه بأنه لديه أمية انفعالية فيعبر عن مشاعره بشكل جسسي (Pirlot, &Corcos, 2012) بالإضافة إلى خصائص جسمية وبيولوجية فقد وجدت الإلكسيثيميا نتيجة الانقطاع الوظيفي للألياف الترابطية بين نصفي المخ ومن هنا فقد حدث لديه انقطاع التدقيق للمعلومات بين نصفي المخ الأيمن والأيسر (Baeza-Velasco, Carton, Almohsen, Blotman, &Gély-Nargeot, 2012) وتشتت في الانتباه وفرط النشاط ولديه خصائص انفعالية ويتضمن ضعفاً في التعبير عن المشاعر وزيادة نسبة القلق والاكتئاب والعواطف الخاصة من الطرف الآخر (Vanheule, Desmet,) (Verhaeghe, &Bogaerts, 2007) برود في المشاعر وفقدان السيطرة على الذات والمشاركة غير الوجدانية (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2004).

وتعرّف الإكسيثيميا بأنها اضطراب وجداني - معرفي يؤثّر على طريقة تنظيم الأفراد لانفعالاتهم (McDonald, &Prkachi, 1990). كما تعرّف بأنها بناء متعدّد الأبعاد يشير إلى الصعوبات الوجدانية والمعرفية التي تؤثّر على خبرات الأفراد الانفعالية وطريقة تعبيرهم عن انفعالاتهم. (Ie, 1997)

وتعرّف، كذلك بأنها الصعوبة في التعرّف على المشاعر والتفريق في ما بين المشاعر والأحاسيس البدنية الناشئة عنها، كما تشمل الصعوبة في وصف المشاعر التي تعترى غيرنا، وضيق الأفق في التصرّ والتخيّل، وقلة الآمال والأحلام (Honegger, 2007)، وهي حالة وجدانية غير طبيعية نتيجة لقصور في الترميز، حيث يؤدي الترميز إلى الميل إلى الأحاسيس الجسدية المصاحبة للاستثارة الانفعالية، وسوء تفسير تلك الأحاسيس بأنها مؤشرات للأمراض (Kapeleris, 2009)

كما تعرّف بأنها سمة شخصية تجعل الفرد يتعرّض للاضطرابات السيكلولوجية والجسمانية المتنوّعة (Lalä, Bobîrnac, &Tîpa, 2010). كذلك تعرّف بأنها سمة شخصية تتميز بعدم القدرة على فهم الانفعالات وتفسيرها، والتعبير عنها لفظياً، مع الميل إلى الاعتماد على الأحداث الخارجية مع سعة محدودة من التخيّل (Ferguson, et al, 2009). وتعرّف، أيضاً بأنها

خاصية سيكولوجية تتميز بقلّة الميل إلى التفكير في العواطف والانغماس في الخيال، بالإضافة إلى القصور في القدرة على وصف الانفعالات والتعرّف عليه (Vazquez, et al, 2010)، كذلك عرفت بأنها مجموعة من القصور المعرفية – الوجدانية الشائعة بين المرضى السيكوسوماتيين، والتي تؤدّي إلى صعوبات في إقامة علاقات علاجية بين المرضى السيكوسوماتيين والمعالجين. (Noli, et al, 2010)

وتتكوّن الإكسيثيميا من مكونين: أحدهما وجداني، والآخر معرفي، ويرتبط المكوّن الوجداني Affective Component: بقصور في القدرة على التمثيل العقلي للانفعالات؛ ما يؤدّي إلى صعوبة في الاستثارة الانفعالية والتنظيم الانفعالي، ويمكن تصنيف الاضطراب الوجداني للأكسيثيميا إلى صعوبة في تحديد الانفعالات والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسدية، وصعوبة في وصف العواطف للآخرين، والمكوّن المعرفي Cognitive Component: الذي يتمثّل في نمط التفكير الموجّه خارجياً، وقلة العمليات التخيلية ونقص الخيال؛ لذا فالأفراد الإكسيثميك يعانون من عجز في الإبداع، كما أن استخدامهم للرموز محدود للغاية، ويرتبط تفكيرهم بالمواقف والعواطف الداخلية. كما أن القصور في المكوّن المعرفي للأكسيثيميا يتضمّن القصور في القدرات المعرفية (Lijuan, 2009)

وفي دراسة هيلميس وآخرين (Helmes, McNeill, Holden, & Jackson, 2008) حول مفهوم الإكسيثيميا وعلاقته بميكانيزمات الدفاع "defense mechanisms" توصّلت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في الإكسيثيميا لصالح عيّنة الذكور.

ويمكن أن تشمل الإكسيثيميا نوعين، هما: الإكسيثيميا الأولية وترجع لعوامل وراثية تعكس اضطرابات التعاطف، وينتج عنها نقص في العواطف، والإكسيثيميا الثانوية، وهي إستراتيجية دفاعية لحماية الذات من الخبرات الصادمة التي حدثت في الطفولة المبكرة قبل تعلّم اللغة (Pirlot, & Corcos, 2012)

ويمكن وصف خصائصها في ما يلي: صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بينهما وبين الأحاسيس الجسدية خلال الإثارة الانفعالية، وصعوبة وصف المشاعر للآخرين، وندرة أحلام اليقظة، ومحدودية الخيال ونمط التفكير الموجّه خارجياً (Taylor, Bagby, & Parker, 1999)

وسعت دراسة جوستافسون (Gustavson, 2007) إلى قياس الإكسيثيميا وبعض متغيّرات القدرة الانفعالية، حيث أظهرت وجود علاقة ضعيفة بين المتغيّرات الانفعالية والصحة النفسية، بينما وجدت علاقة متوسطة بين المتغيّرات المعرفية والعاطفة السلبية.

وأشار كل من ويب ومكموران (Webb, & McMurrin, 2008) إلى وجود ارتباط بين الذكاء والحسب الانفعالي، كما لم يكن التنبؤ بسمات الشخصية الحدي من خلال الذكاء، بينما أمكن التنبؤ بسمات اضطراب الشخصية الحدي من خلال الحسب الانفعالي بشكل دال.

بينما أشارت دراسة نيكوجوفتار (Nikoogoftar, 2009) إلى أن استخدام التدريب على الذكاء الانفعالي يزيد من المهارات الاجتماعية (مقياس فرعي للذكاء الوجداني)، ويقلّل من الصعوبة في وصف المشاعر (مقياس فرعي للحسب الانفعالي). وعلى صعيد آخر توصّلت دراسة (Pham., Ducro., & Luminet, 2010) إلى انخفاض مستوى الإكسيثيميا لدى السيكوباتيين،

كما أوضحت نتائج الدراسة ارتفاع مستوى الإدراك الانفعالي والتنظيم الانفعالي لدى السيكيوباتيين.

وفي الإطار نفسه توصلت دراسة (Grieve, 2010) إلى وجود علاقة بين الذكاء الانفعالي والإكسيثيميا وانخفاض المهارات الانفعالية المدركة لدى الذكور، بينما اختلف الأمر لدى الإناث حيث ارتبط الذكاء الانفعالي، وليس الإكسيثيميا، بالمهارات الانفعالية المدركة.

وأشارت دراسة بوغمان وآخرون (, Baughman, Schwartz, Schermer. Veselka, , Petrides, , & Vernon, 2011) إلى وجود ارتباط سلبى بين الإكسيثيميا والذكاء الانفعالي السماتي، وأوضح تحليل التباين للجينات السلوكية أن هذه الارتباطات، ما عدا واحدًا فقط، أسهمت بشكل أساس مع العوامل الجينية، وبشكل ثانوي مع العوامل البيئية غير المشتركة.

بينما توصل كل من (Nowakowski, McFarlane, & Cassin, 2013) إلى أن هؤلاء الأفراد لا يعبرون عن مشاعرهم بالشكل المناسب؛ ما يسبب لهم اضطرابات في الأكل.

وحول الصحة النفسية للممرّضين، فقد تناولت دراسة (Lindo, McCaw-Binns,) (LaGrenade, Jackson and Eldemire-Shearer, 2006) الصحة النفسية لدى الأطباء والممرّضين في مستشفيات بمدينة كنجستون، جمايكا. وتكوّنت عينة الدراسة من (212) طبيبًا وممرّضًا من العاملين في مستشفى كنجستون العام والمستشفى الجامعي، واستخدم الباحثون مقياس الصحة النفسية من إعداد الباحثين، وبيّنت نتائج الدراسة أن (27%) من أفراد عينة الدراسة يمكن وصفهم بأنهم يعانون من ضغوط نفسية، ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ظهور أعراض المشكلات النفسية وكل من سنوات الخبرة، وضغوط العمل، والضغوط الخارجية، والضائقة المالية، وتمثّلت مؤشرات تأثر الصحة النفسية في الخوف من القدوم إلى العمل، وسنوات الخبرة لأكثر من خمس سنوات، والضغوط النفسية الخارجية.

وتناولت دراسة (Nia., Lehto., Ebadi, & Peyrovi, 2016) قلق الموت لدى الممرّضين والقائمين بالرعاية الصحية، حيث تم إجراء مراجعة للكثير من الأبحاث المنشورة منذ عام 2000، وقد تبين أن قلق الموت عادة ما يكون مرتبطاً بمزيد من المواقف السلبية حول رعاية المرضى الذين يموتون، وحول عائلاتهم، وقد أوصت المراجعة بمزيد من التدخّلات التربوية والنفسية لمساعدة الممرّضات على بناء استراتيجيات قوية للتعامل مع القلق من الموت لتعويض النتائج السلبية، مثل: ترك المواقف، وضعف التواصل، والتناقص في الصحة الشخصية، ونوعية الحياة.

مشكلة البحث:

نتيجة للظروف المهنية التي يمرّ بها العاملون في الحقل الطبي، وتعرّضهم يوميًا للكثير من الأحداث والأزمات المختلفة، ومشاهدتهم للجثث، ومعايشتهم لخبرة الموت، فقد يرتبط ذلك بانخفاض في التعبير العاطفي لديهم، وقد يشكّل لديهم نوعًا من الحالة النفسية المستمرة، وقد أصبحت حياة الممرّض بالذات مليئة بالأحداث غير السارة اليومية، والتي قد تؤدي كثيرًا إلى ما يشبه التبدّل العاطفي لديه، وعدم قدرته على التعبير عن الفرح أو الحزن بسهولة، ونظرًا لطبيعة مهنة الممرّض المختلفة عن كل المهن الأخرى في العالم، فهو أقرب الأفراد إلى المريض، ولا يستطيع أن يتعد عنه، فيتحدث معه ويساعده على تجاوز مشكلته الصحية، وفي الوقت نفسه قد يؤدي ذلك إلى مشاهدته وهو يحتضر أو يموت في بعض الأحيان.

إن هذه الظروف تشكل هاجسًا مستمرًا لدى الممرّضين عمومًا، خاصة من يعمل في وحدة العناية المركّزة التي يتعامل فيها الممرّض مع حالات صعبة جدًّا؛ تكون بين الحياة والموت، وقد يؤدّي بالممرّض وقتها إلى حالة تشبه الاحتراق العاطفي، وعدم القدرة على معايشة الخبرات، وصعوبة الانتقال من حالة نفسية إلى حالة نفسية أخرى خلال اليوم الواحد.

وبالتالي فقد تبلورت مشكلة هذا البحث في الافتراضات التالية:

يوجد مقدار لتنبؤ قلق الموت لدى الممرّضين العاملين في وحدة العناية المركّزة بالإكسيثيميا لديهم ويتفرّع عن هذه الفرضية الفرضيات التالية:

1. يوجد مستوى قلق الموت والإكسيثيميا لدى الممرّضين العاملين في وحدة العناية المركّزة بدرجة متوسطة.
2. يوجد هناك علاقة بين قلق الموت والإكسيثيميا لدى الممرّضين العاملين في وحدة العناية المركّزة.
3. تتنبأ أبعاد قلق الموت لدى الممرّضين العاملين في وحدة العناية المركّزة في الإكسيثيميا لديهم.
4. لا يوجد فروق في قلق الموت والإكسيثيميا لدى الممرّضين العاملين في وحدة العناية المركّزة باختلاف سنوات الخبرة.

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى محاولة التعرف على مستوى كلّ من قلق الموت والإكسيثيميا والعلاقة بينهما، ومقدار ما يتنبأ به قلق الموت بالإكسيثيميا، وهل يختلف قلق الموت والإكسيثيميا باختلاف سنوات الخبرة؟

أهمية البحث:

تكمن أهمية هذا البحث في أهمية الموضوع الذي تتصدّى لبحثه، حيث إنه يسعى إلى دراسة قلق الموت ومقدار ما يتنبأ به بالإكسيثيميا لدى عيّنة من الممرّضين العاملين في وحدة العناية المركّزة، ولا شك أن هذا الموضوع ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية.

أولًا: الأهمية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة في أنها تتناول موضوعين من الموضوعات التي تثير التراث النفسي، وهما: قلق الموت والإكسيثيميا، فهما، وإن تناولتهما الدراسات الأجنبية- وما زالت- بالبحث والتجريب، إلا أنهما في البيئة العربية ما يزالان في طور النمو والبحث، واختلاف نتائج الدراسات التي تناولت هذين المفهومين تؤكد أن المجال ما زال بحاجة إلى المزيد من الدراسات النظرية والتطبيقية التي تعمل على التحقق من أصالة المفهومين والتأصيل النظري لهما، ومدى تباينهما عن المفاهيم الأخرى وعلاقته بها.

تظهر أهمية البحث، أيضاً في تناولها لمتغيرين لهما أكبر الأثر في تحقيق الصحة النفسية للفرد، وهما: قلق الموت والإكسيثيميا؛ لما لهذين المتغيرين من دور كبير في مساعدة الفرد وحمايته من الوقوع فريسة لاضطراب الصحة النفسية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية للبحث في ضوء ما ستسفر عنه من نتائج يمكن أن يستفاد منها في تخصيص برامج مساعدة للممرّضين للتخفيف من قلق الموت والإكسيثيميا لديهم. هذا بالإضافة إلى أن البحث الحالي يخصّ فئة من أهم فئات المجتمع؛ فئة الممرّضين العاملين في وحدة العناية المركزة، وهم يتعاملون مع فئة حرجة من المرضى، ويحتاجون لأن يكونوا مرنين، وبالوقت نفسه قادرين على التعاطف بدرجة أصيلة. ويأمل الباحثان أن يستفيد من نتائج البحث الحالي الممرّضون أنفسهم، والقائمون على إعداد برامج تدريبية لهم، وأعضاء هيئة التدريس عند تدريبهم لمساقات نفسية.

التعريفات المفاهيمية والإجرائية:

قلق الموت: Death Anxiety

نوع من أنواع القلق العام، الذي يتميز بمستويات عالية وثابتة من القلق المفرط على الكثير من الظروف الحياتية التي تستمر لأكثر من أيام، أو حتى لشهور، وهذه المخاوف هي كبيرة بما يكفي لتسبب مشاكل في الحياة اليومية، وتكون مصحوبة باستجابات فسيولوجية، مثل: سرعة خفقان القلب، وتوتر العضلات، والأرق، وضعف التركيز، والخوف المستمر، والعصبية (Sue, Sue,&Sue, 2015)

وإجرائياً: هي الدرجة التي يحصل عليها الممرّض على مقياس قلق الموت المطور من قبل الباحث.

الإكسيثيميا: Alexithymia

تعرف على أنها الصعوبة في التعرف على المشاعر، والتفريق في ما بين المشاعر والأحاسيس البدنية الناشئة عنها، كما تشمل الصعوبة في وصف المشاعر التي تعترى الآخرين، وضيق الأفق في التصور والتخيل، وقلة الآمال والأحلام. (Zavodny,2001; Honegger, 2007)

وإجرائياً: هي الدرجة التي يحصل عليها الممرّض على مقياس الإكسيثيميا المطور من قبل الباحث.

محددات البحث:

يتحدد هذا البحث بالمحددات التالية:

الحدّ الموضوعي: يقتصر البحث على جميع الممرّضين العاملين محافظة الكرك والطفيلة والعقبة في جنوب المملكة الأردنية الهاشمية في وحدة العناية المركزة.

الحدّ المكاني: محافظة الكرك والطفيلة والعقبة في جنوب المملكة الأردنية الهاشمية.

الحدّ الزمني: للعام 201-9.

الحدّ البشري: جميع الممرّضين.

أدوات البحث: يتحدد البحث بالأدوات المطوّرة والمستخدمة، وهي: مقياس قلق الموت، ومقياس الإكسيثيميا.

التصميم والإجراءات:

استخدمنا البحث المنهج الوصفي التحليلي التنبؤي لمناسبتة موضوع البحث، وقد تكوّن مجتمع البحث من جميع المرّضين العاملين في محافظة الكرك والطفيلة والعقبة في جنوب المملكة الأردنية الهاشمية، وعند اختيار العيّنة تم تطبيق البحث على جميع المرّضين، وقد بلغ عددهم (112) ممرّضًا، اختير (30) منهم بطريقة عشوائية للعيّنة الاستطلاعية للتأكد من صدق المقاييس وثباتها، وبالتالي بقي العدد (82)، وعند إدخال البيانات وتفريغها استبعدت (8) استبانات لعدم استكمال استجابة المرّضين؛ ولذلك أصبح عدد أفراد عيّنة البحث (74) ممرّضًا.

أدوات البحث:

أولاً: مقياس قلق الموت:

يتكوّن المقياس الحالي من أربعة أبعاد استخلصها الباحثان من الكثير من الدراسات والقراءات المختلفة حول مفهوم قلق الموت (Death Anxiety)، وكذلك المقاييس العديدة السابقة. ومن خلال ما أتيح الاطلاع عليه من التراث العلمي، خاصة وقد تم تبني مقياس الباحثين استخدام مقياس (Iverrache et al., 2014) لبناء البحث، وقد قام الباحثان بالاعتماد على مقياس قلق الموت) ومقياس درجة شعور الفرد بقلق الموت الذي يعدّ حالة انفعالية غير سارة تنتج من فرط تفكير الفرد في الموت والخوف منه، والخوف من الاحتضار، والأمراض الخطيرة، وكذلك توقع الفرد الدائم للعقاب والعذاب في الحياة الأخرى، ويتكوّن مقياس قلق الموت من أربعة أبعاد رئيسية، و(28) فقرة:

البُعد الأول: الخوف من الموت (Fear Of Death) : وهو خوف شديد يشعر به الفرد جراء التفكير بصورة مستمرة في موته، والخوف من كلّ ما يحرك لدى الفرد تخيل ما يصاحب فكرة الموت، ويتكوّن هذا البُعد من سبعة مواقف، ويقيس هذا البُعد مدى خوف الفرد من المتعلّقات الخاصة بالموت، مثل: الجنائز، والملابس السوداء، ورؤية الموتى في المنام، وصفحات الوفيات في الجرائد.

البُعد الثاني: الخوف من الاحتضار (Fear Of Dying) ويتكوّن هذا البُعد من سبعة مواقف، مثل البُعد الأول، ويقيس هذا البُعد مدى خوف الفرد من كميّة الموت، والخوف الشديد من سكرات الموت، وشعور الفرد بأن عملية الانتقال إلى العالم الآخر هي عملية مخيفة ومؤلمة.

البُعد الثالث: الخوف من توقّف الحياة (Fear Of Life Stop): ويتكوّن هذا البُعد من سبعة مواقف، ويقيس مدى انشغال الفرد بتفكيره في توقّف حياته بشكل مفاجئ نتيجة إصابته بمرض مزمن وخطير، مثل: مرض القلب الذي قد يؤدّي إلى الموت ونهاية الحياة.

البُعد الرابع: الخوف من الحياة بعد الموت (Fear Of Life After Death): ويتكوّن هذا البُعد، كذلك من سبعة مواقف، ويقيس مدى خوف الفرد من عالم ما بعد الموت، وتوقّعات الفرد عن

الحياة الأخرى، وغموضها بالنسبة للفرد، وهل ستكون عذاباً وألماً وعقاباً على الذنوب والآثام فقط، أم ستكون مكاناً للراحة والاطمئنان؟

وقد أُدرج أمام كل فقرة من الفقرات مقياساً متدرّجاً من خمس درجات حسب أسلوب ليكرت على النحو الآتي: (دائماً، غالباً، أحياناً، قليلاً، نادراً).

وللتحقّق من مناسبة المقياس لهدف البحث وبيئتها تمّ التحقّق من الخصائص السيكمومترية التالية للمقياس:

أولاً: دلالات صدق أداة البحث:

1-الصدق الظاهري (صدق المُحكِّمين):

للتأكّد من صدق المقياس ومناسبته لأهداف البحث، ومدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، تمّ عرض المقياس على عدد من المُحكِّمين بلغوا (14) مُحكِّمًا من أعضاء هيئة التدريس العاملين في كليات التربية في الجامعات الأردنية، وتمّ اعتماد محك اتفاق (11) مُحكِّمًا للإبقاء على الفقرة أو تعديلها، وقد طلب منهم إبداء رأيهم في فقرات المقياس من حيث الصياغة اللغوية، والوضوح، والحاجة إلى التعديل، ووضوح المعنى، ومدى انتماء الفقرة للمقياس والبُعد، وإبداء أي معلومات أو تعديلات يرونها مناسبة، وبناءً على اقتراحاتهم، تمّ إجراء تعديلات لغوية في (11) فقرة، ولم يتم حذف أي فقرة من فقرات المقياس.

2-صدق البناء الداخلي:

يتمّ التأكّد من صدق البناء من خلال توزيع الاستبانة على عيّنة استطلاعية عددها (30) ممرّضًا من مجتمع البحث وخارج العيّنة، ومن ثمّ حساب معاملات الارتباط بين كلّ فقرة من الفقرات مع البُعد، وارتباط الفقرات مع بعضها، وتراوحت معاملات الارتباط للأبعاد مع الدرجة الكلية بين (0.41-0.71)، كما تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرات مع الدرجة الكلية بين (0.31-0.62)، وكانت جميع الفقرات دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.05): لذا لم يتم حذف أي من الفقرات.

3-الصدق التلازمي

تمّ استخدام الصدق التلازمي للتحقق من مناسبة المقياس من خلال تطبيق المقياس في البحث الحالي على عينة من (30) ممرّضًا من مجتمع البحث وخارج العينة وتطبيق مقياس (Chouair, 2002) المعروف صدقه وثباته على نفسه العينة، وقد تبين أن معامل الارتباط بين المقياسين كان (0.88)

دلالات ثبات أداة البحث:

تمّ التأكّد من ثبات أداة البحث باستخدام طريقتين لحساب الثبات، وهي:

1-ثبات الإعادة (Test Retest):

تمّ تطبيق المقياس على عيّنة استطلاعية بلغت (30) ممرّضًا من مجتمع البحث وخارج العيّنة الأساسية، حيث طلب منهم الإجابة عن فقرات أداة البحث، ثمّ أُعيد تطبيقه عليهم بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وتمّ حساب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجات الممرّضين في

التطبيقات، وعلى الأبعاد الأربعة للمقياس والدرجة الكلية. وتراوحت معاملات الثبات بالإعادة للأبعاد بين (0.82-0.93) وللدرجة الكلية (0.89) وهي قيم مناسبة للثبات.

2-طريقة كرونباخ ألفا:

لقد تم حساب ثبات أداة البحث عن طريق معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وذلك على المرصين في العينة الاستطلاعية، وتراوحت معاملات الاتساق الداخلي بطريقة كرونباخ ألفا للأبعاد بين (0.81-0.88) وللدرجة الكلية (0.84)، وهي قيم مناسبة للثبات.

تطبيق مقياس قلق الموت وتصحيحه وتفسيره حسب اتجاه الفقرات:

يتم تطبيق المقياس المكوّن من (28) فقرة، والمستجيب لهذا المقياس هم المرصون، وتراوح الدرجة على فقرات المقياس بين (28-112)، حيث تعطى الدرجات في حالة ارتفاع مستوى قلق الموت كما يلي: دائماً (5)، غالباً (4)، أحياناً (3)، قليلاً (2)، نادراً (1)، ويتم عكس التقديرات في حالة الاتجاه المرتبط انخفاض مستوى قلق الموت، ولتفسير فقرات المقياس يتم استخدام المدى، وفيه تقسيم الدرجة حسب المتوسط الحسابي للفقرة من (1-5) إلى ثلاثة مستويات على النحو الآتي: بين 1-2.33 مستوى منخفض من قلق الموت، وبين 2.34-3.66 مستوى متوسط من قلق الموت، وبين 3.67-5 مستوى مرتفع من قلق الموت.

ثانياً: مقياس الإكسيثيميا:

قام الباحثان بتطوير مقياس الإكسيثيميا من خلال العودة للتراث النفسي والدراسات السابقة، ومن أهمها: (le, 1997; Mattilalk&Saarni, 2009; Lijuan, 2009; Bagby, et al, 1994) الذي يتكوّن من عشرين فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد على النحو التالي: صعوبة تمييز المشاعر Difficulty Identifying Feelings وعدد فقراته (7) فقرات، صعوبة وصف المشاعر Difficulty Describing Feeling وعدد فقراته 5 فقرات، التفكير الموجّه خارجياً Externally- Oriented Thinking وعدد فقراته 8 فقرات، وقد قام الباحثان بالتحقق من مناسبة المقياس لهدف البحث وبيئتها، وتم التحقق من الخصائص السيكومترية التالية للمقياس:

أولاً: دلالات صدق أداة البحث:

1-الصدق الظاهري (صدق المُحكّمين):

للتأكد من صدق المقياس ومناسبته لأهداف البحث، ومدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، تم عرض المقياس على عدد من المُحكّمين بلغوا (14) مُحكّمًا من أعضاء هيئة التدريس العاملين في كليات التربية في الجامعات الأردنية، وتم اعتماد محك اتفاق (11) مُحكّمًا للإبقاء على الفقرة أو تعديلها، وقد طلب منهم إبداء رأيهم في فقرات المقياس من حيث الصياغة اللغوية، والوضوح، والحاجة إلى التعديل، ووضوح المعنى، ومدى انتماء الفقرة للمقياس والبُعد، وإبداء أي معلومات أو تعديلات يرونها مناسبة، وبناءً على اقتراحاتهم، تم إجراء تعديلات لغوية في (8) فقرات، ولم يتم حذف أي فقرة.

2-صدق البناء الداخلي:

تم التأكد من صدق البناء من خلال توزيع المقياس على عينة استطلاعية عددها (30) ممرّضاً من مجتمع البحث وخارج العينة، ومن ثم حساب معاملات الارتباط بين كلّ فقرة من الفقرات مع البعد، وارتباط الفقرات مع بعضها، وتراوحت معاملات الارتباط للأبعاد مع الدرجة الكلية بين (0.45-0.77)، كما تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرات مع الدرجة الكلية بين (0.38-0.65)؛ ما يدل على أن جميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.05)؛ لذا لم يتم حذف أي من الفقرات.

3-الصدق التلازمي

تم استخدام الصدق التلازمي للتحقق من مناسبة المقياس من خلال تطبيق المقياس في البحث الحالي على عينة من (30) ممرّضاً من مجتمع البحث وخارج العينة وتطبيق مقياس (تورنتو للأكسثيميا TAS-20 Toronto, Alexithymia) (Bagby, Parker, & Taylor, 1994) والمترجم في دراسة (Daoud, 2016) المعروف صدقه وثباته على نفسه العينة، وقد تبين أن معامل الارتباط بين المقياسين كان (0.91)

دلالات ثبات أداة البحث:

تم التأكد من ثبات أداة البحث باستخدام طريقتين لحساب الثبات، وهي:

1-ثبات الإعادة (Test Retest)

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغت (30) ممرّضاً من مجتمع البحث وخارج العينة الأساسية، حيث طلب منهم الإجابة عن فقرات أداة البحث، ثم أعيد تطبيقه عليهم بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وتم حساب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجات الممرّضين في التطبيقين، وعلى الأبعاد الأربعة للمقياس والدرجة الكلية، وتراوحت معاملات الثبات بالإعادة للأبعاد بين (0.88-0.86) وللدرجة الكلية (0.94)، وهي قيم مناسبة للثبات.

2-طريقة كرونباخ ألفا:

لقد تم حساب ثبات أداة البحث عن طريق معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وذلك على الممرّضين في العينة الاستطلاعية، وتراوحت معاملات الاتساق الداخلي بطريقة كرونباخ ألفا للأبعاد بين (0.88-0.92) وللدرجة الكلية (0.91)، وهي قيم مناسبة للثبات.

تطبيق مقياس الإكسثيميا وتصحيحه وتفسيره حسب اتجاه الفقرات:

يتم تطبيق المقياس المكوّن من (20) فقرة، والمستجيب لهذا المقياس هم الممرّضون، وتتراوح الدرجة على فقرات المقياس بين (20-100)، حيث تعطى الدرجات في حالة ارتفاع مستوى الإكسثيميا كما يلي: أوافق بشدة (5)، أوافق (4)، محايد (3)، لا أوافق (2)، لا أوافق بشدة (1)، ويتم عكس التقديرات في حالة الاتجاه المرتبط انخفاض مستوى الإكسثيميا، ولتفسير فقرات المقياس يتم استخدام المدى، وفيه تقسيم الدرجة حسب المتوسط الحسابي للفقرة من (1-5) إلى ثلاثة مستويات على النحو الآتي: بين 1-2.33 مستوى منخفض من الإكسثيميا، وبين 2.34-3.66 مستوى متوسط من الإكسثيميا، وبين 3.67-5 مستوى مرتفع من الإكسثيميا.

إجراءات البحث:

- تم تنفيذ البحث وفقاً للخطوات التالية:
- تم القراءة في التراث النفسي والدراسات السابقة حول قلق الموت والإكسثيميا.
- تم تطوير مقياسي قلق الموت والإكسثيميا والتحقق من خصائصهما السيكومترية من صدق وثبات.
- تم زيارة المستشفيات في محافظة الكرك والطفيلة والعقبة في جنوب المملكة الأردنية الهاشمية تم تحليل النتائج ومناقشتها والخروج بالتوصيات المناسبة.

نتائج البحث ومناقشته:

النتائج المتعلقة بالفرض الأول: مستوى قلق الموت والإكسثيميا لدى الممرضين العاملين في وحدة العناية المركزة كان متوسطاً.

للإجابة عن الفرض الحالي تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقلق الموت والإكسثيميا لدى الممرضين في مستشفيات الكرك والطفيلة والعقبة، والجدول (1) يبين نتائج ذلك.

جدول (1): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقلق الموت والإكسثيميا لدى الممرضين في مستشفيات الكرك والطفيلة والعقبة

الترتيب	التقدير	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأبعاد	المقياس
2	متوسط	1.01	2.55	الخوف من الموت	قلق الموت
4	متوسط	0.75	2.43	الخوف من الاحتضار	
3	متوسط	0.57	2.44	الخوف من توقّف الحياة	
1	متوسط	0.66	3.04	الخوف من الحياة بعد الموت	
	متوسط	0.49	2.62	الدرجة الكلية	
2	متوسط	0.83	2.91	صعوبة تمييز المشاعر	الإكسثيميا
1	متوسط	0.87	3.44	صعوبة وصف المشاعر	
3	متوسط	0.89	2.88	التفكير الموجّه خارجياً	
	متوسط	0.52	3.03	الدرجة الكلية	

يتبين من نتائج الجدول (1) أن قلق الموت لدى الممرضين جاء بدرجة متوسطة، وبمتوسط حسابي (2.62) وانحراف معياري (0.49): ما يظهر وجود قلق نحو الموت لدى الممرضين، وقد يُعزى

ذلك إلى أن الممرّضين يختلطون مع المرضى يوميًا، ويشاهدون حالات وفاة أمام أعينهم، وقد جاء بُعد الخوف من الحياة بعد الموت بأعلى بُعد، وربما يُعزى ذلك إلى أن الممرّضين، في أغلبهم، من ضمن الديانات السماوية ويؤمنون بالحياة بعد الموت، ويخافون من عذاب القبر، وقد جاء الخوف من الموت بالدرجة الثانية؛ لأن الموت قد يترافق مع بعض الآلام والأمراض، وفقدان القدرة على الخدمة الذاتية، وجاء بُعد الخوف من توقّف الحياة بدرجة ثالثة، ويُعزى ذلك إلى أن موت الفجأة قد انتشر هذه الأيام بصورة زائدة؛ ما يشكّل هاجسًا لدى الممرّضين، بينما جاء بُعد الخوف من الاحتضار بالمركز الرابع؛ لكون الممرّضين على رأس عملهم وهم، في أغلبهم، من مرحلة الشباب، والاحتضار، عادة، ما يأتي بكثرة لدى كبار السنّ. ولذلك وجد الممرّضون أن لديهم هذا العامل بدرجة أقلّ من بقية الأبعاد.

كما جاء الإكسيثيميا بدرجة متوسطة لدى الممرّضين بمتوسط حسابي بلغ (3.03) وانحراف معياري بلغ (0.52)، وعلى الرغم من أن مهنة التمريض من المهن التي تتطلب التعاطف مع الآخرين والاهتمام بهم، إلا أنها قد تشكّل احتراقًا نفسيًا لدى الممرّض على المدى الطويل. وجاء بُعد صعوبة وصف المشاعر بالمركز الأول من حيث الأبعاد، ويعود ذلك لكثرة وصف مشاعرهم، الأمر الذي شكّل لديهم صعوبة في وصف المشاعر لاحقًا، وجاء بُعد صعوبة تمييز المشاعر بالمرتبة الثانية؛ بسبب اختلاط مشاعر الفرح والحزن لدى الممرّضين نتيجة شفاء بعضهم وموت آخرين، بينما جاء بُعد التفكير الموجّه خارجيًا في الدرجة الثالثة، ويُعزى ذلك إلى أن الممرّضين يحاولون التركيز في عملهم؛ نظرًا لصعوبة العمل ودقته وأهميته في حياة المرضى.

ويرى فرانز وآخرون (Franz, et al, 2008) أن الإكسيثيميا نقص في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي نتيجة صعوبة القدرة على ترجمة الإشارات العاطفية المستقبلية من الأفراد المحيطين، وضعف في القدرات اللغوية التي تمكّنهم من القدرة على وصف ما لديهم من مشاعر وأحاسيس إلى الآخرين.

وتتمثّل الخصائص المميزة للإكسيثيميا، كذلك في فقدان الوعي الانفعالي، وضآلة الخبرات الذاتية، واهتمام بسيط بالأحلام، وجمود الفكر، والتوجّه الخارجي للسلوك، كما أنهم يعانون من عجز، أو عدم قدرة على الوصول إلى مشاعرهم وأخيلتهم الداخلية؛ إذ يكونون منشغلين بالأعراض الجسمية والتفاصيل الدقيقة للأحداث الخارجية، وتسود لديهم حالة من صعوبة القدرة على تحديد مشاعرهم للآخرين ووصفها، ونقص القدرة على استخدام الكلمات أو الرموز "عملية ترميز المشاعر" في التعبير عن المشاعر (Sifneos, 2000)، ولا يستطيعون العثور على الكلمات المناسبة لوصف مشاعرهم، مع أنهم يعانون من أمراض لا تقلّ خطورة وألمًا عن غيرهم؛ فقصّتهم أنهم ليس لهم قصة (Muller, 2000).

ومن سمات الشخصية التي تؤثر على تقييم الفرد للموقف الاتزان الانفعالي، فإذا كان الفرد متزنًا انفعاليًا فإنه يتعامل مع الضغوط بشيء من الواقعية والهدوء، كما أنه يسعى إلى مواجهة الفشل والإحباطات التي يلاقها أثناء تعرّضه للمواقف الضاغطة، وبالتالي فإنه سيتبنّى أساليب المواجهة الفاعلة التي تمكنه من التعامل بإيجابية مع تلك المواقف بدلًا من الهروب، كما أنه يكون قادرًا على التحكّم في الانفعالات، وهذا يساعده على التصديّ بفاعلية لما يواجهه من مواقف ضاغطة (Suldo, & Hubner, 2004).

ومن النماذج المفسّرة للإكسيثيميا نموذج الصدمة الذي يرى أن الإكسيثيميا هي طريقة تعايش مع الصدمة، وتستخدم كوسيلة للتعايش والتعامل مع الضغوط النفسية، والانفعالات

السالبة المرتبطة بالإيذاء الجسدي والجنسي في الطفولة، ويمكن أن تكون الإكسثيميا نتيجة عدم القدرة على التعايش والتعامل بفاعلية مع الضغوط النفسية (Ashley, 2008Connor&).

كما يفسر نموذج التعلم الاجتماعي الإكسثيميا حيث يكتسب السلوك بالتقليد من الوالدين؛ لأن الوالدين اللذين لديهما صعوبات في تنظيم مشاعرهما يكون لديهما صعوبة في تفسير انفعالات أولادهما، ولا يقدران على تعليمهم كيف يصفون مشاعرهم ومتى (Carty, 2012). وهؤلاء الأشخاص يميلون إلى تجنب إقامة العلاقات الاجتماعية القوية، وإذا اضطروا إلى التواصل مع الآخرين فتكون الروابط سطحية؛ لأن الآخرين يتوقعون منهم التعبير عن المشاعر بشكل أفضل، وهم لا يستطيعون ذلك (Vanheule et al, 2007).

مما يتوافق مع الفرض الأول الذي يثبت أن المستوى كان متوسطا.

النتائج المتعلقة بالفرض الثاني: هناك علاقة بين قلق الموت والإكسثيميا لدى الممرضين العاملين في وحدة العناية المركزة.

للإجابة عن الفرض الحالي تم استخدام معامل ارتباط (بيرسون)، والجدول (2) يبين النتائج.

جدول (2): معاملات الارتباط بين قلق الموت والألكسثيميا لدى الممرضين في مستشفيات الكرك والطفيلة والعقبة

الدرجة الكلية لقلق الموت	الخوف من الحياة بعد الموت	الخوف من توقّف الحياة	الخوف من الاحتضار	الخوف من الموت	معامل الارتباط	
0.36**	0.11	0.21	0.26*	0.28*	معامل الارتباط	صعوبة تمييز المشاعر
0.00	0.34	0.07	0.02	0.02	مستوى الدلالة	
0.15	0.03	0.07	0.04	0.21	معامل الارتباط	صعوبة وصف المشاعر
0.21	0.84	0.56	0.79	0.07	مستوى الدلالة	
0.31**	0.10	0.36**	0.27*	0.26*	معامل الارتباط	التفكير الموجّه خارجياً
0.00	0.38	0.00	0.02	0.02	مستوى الدلالة	
0.26*	0.12	0.28*	0.17	0.38**	معامل الارتباط	الدرجة الكلية للألكسثيميا
0.02	0.31	0.02	0.14	0.00	مستوى الدلالة	

**دالة عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \geq 0.01$)

*دالة عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \geq 0.05$)

يتبيّن من نتائج الفرض الحالي وجود ارتباط إيجابي بين قلق الموت والإكسيثيميا، بمعنى أنه كلما زاد قلق الموت لدى الممرّض زادت صعوبة التعبير عن عواطفه، حيث بلغ معامل الارتباط بينهما (0.26) وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، كما يتبيّن من الجدول وجود علاقة ارتباطية بين بعض أبعاد قلق الموت مع بعض أبعاد الإكسيثيميا، ومنها صعوبة تمييز المشاعر مع الخوف من الموت، والخوف من الاحتضار والخوف من الحياة بعد الموت والدرجة الكلية لقلق الموت، وكذلك التفكير الموجّه خارجياً مع الخوف من الموت، والخوف من الاحتضار والخوف من توقّف الحياة بعد الموت والدرجة الكلية لقلق الموت، بينما لم يكن هناك علاقة بين صعوبة وصف المشاعر مع أي بُعد من أبعاد قلق الموت، وكان هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للأكسيثيميا مع الخوف من الموت والخوف من توقّف الحياة.

ويرتبط مفهوم الموت لدى كثير من الأفراد بانفعالات عنيفة ومشاعر واتجاهات سلبية تجتمع معاً مكونة ما يسمّى قلق الموت، ويرتبط بشكل جوهري بالمشكلات الصحية والجسمية، وتوجد، أيضاً أدلة على وجود مستويات مرتفعة من قلق الموت مصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية، كالقلق العام والاكتئاب (Iverach, Menzies, & Menzies, 2014). وهناك عدد من العوامل التي تتحكم في مستوى قلق الموت لدى الفرد، منها: الألفة مع الموت، والفقدان والمفاجئ، والأمراض الجسمية، والتدين، والنضج النفسي الاجتماعي، وهي عوامل تختلف من فرد إلى آخر بشكل كبير (Wink & Scott, 2005).

ولقد أجريت الكثير من الدراسات عن العلاقة بين قلق الموت وبعض المتغيّرات الأخرى، ومنها التوجّه الديني حيث جاءت نتائج تلك الدراسات مختلفة إلى حدّ كبير، ومنها دراسة (Thorson, 1991).

حيث توصّلت نتائج دراسة (Baroun, 2006) إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين التدين والصحة والسعادة، في حين وجدت علاقة ارتباطية سالبة بين القلق وكل من التدين والصحة والسعادة. وأشارت دراسة (Laub Huizenga, 2011) أن عينة البحث تعاني من وجود أعراض للقلق والاكتئاب بدرجة عالية.

وقد استهدفت دراسة (Hintze., Templer., Cappelletty, & Frederick, 2007) التعرف على علاقة قلق الموت بالاكتئاب على عيّنة من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة بلغت (94) مريضاً من جنوب كاليفورنيا في الولايات المتحدة الأمريكية، ثم طبّق عليهم مقياس قلق الموت ومقياس بك للاكتئاب، واستبانة المتغيّرات الديموغرافية لتقييم مدى تأثيرها في كلا المتغيّرين، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين قلق الموت والاكتئاب وتباين التأثير في المتغيّرات الديموغرافية.

ويعزو الباحثان وجود العلاقة بين المتغيّرين إلى أنهما يعدّان من المتغيّرات السلبية؛ فزيادة أحدهما يؤدّي الى زيادة الآخر، وفي حالة ارتفاع قلق الموت لدى الممرّض فإنه سيَشكّل عائقاً لديه يمنعه من التعبير عن نفسه بالشكل الصحيح.

مما يؤكّد الفرضية البديلة التي ترى وجود علاقة بين قلق الموت والاكسيثيميا.

النتائج المتعلقة بالفرض الثالث: تتنبأ أبعاد قلق الموت لدى الممرضين العاملين في وحدة العناية المركزة في الإسكثيميا لديهم.

للتعريف على مدى مساهمة أبعاد قلق الموت في زيادة الإسكثيميا لدى الممرضين في محافظة الكرك تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد، بطريقة (Enter)، كما يتضح من خلال الجدول (3):

جدول (3): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لدراسة مدى مساهمة أبعاد قلق الموت لدى الممرضين في محافظة الكرك بالإسكثيميا

المتغير	معامل الانحدار	بيتا ² (معامل الارتباط)	قيمة ت	مستوى الدلالة	R	R2 معامل التحديد
الخوف من الموت	0.6	0.11	0.96	0.34	0.11	0.01
الخوف من الاحتضار	0.12	0.17	1.49	0.14	0.17	0.03
الخوف من توقف الحياة	0.15	0.17	1.43	0.16	0.17	0.03
الخوف من الحياة بعد الموت	0.15	0.19	1.63	0.11	0.19	0.04

يتبين من الجدول السابق أن أبعاد قلق الموت تفسر ما نسبته (11%) من الإسكثيميا، وقد جاء الخوف من الحياة بعد الموت كأعلى بُعد في التفسير، وتلاه الخوف من الاحتضار، والخوف من توقف الحياة، بينما جاء بُعد الخوف من الموت كأقل بُعد من الأبعاد التي تفسر الإسكثيميا بنسبة (1%) فقط. ويدل ذلك على أن هناك تأثيراً لأبعاد قلق الموت وزيادته لدى الممرضين على شعورهم بالتعبير الانفعالي؛ فزيادة قلق الموت لدى الممرض تؤدي إلى انخفاض في قدرته على التعبير الانفعالي، الأمر الذي يخلق لديه حالة من الصعوبة في التعبير الانفعالي عما يريد أن يقوله.

مما يؤكد الفرضية البديلة التي اشارت لها النتيجة. ويدل على أن هناك علاقة بين نقص القدرة على التعبير عن الانفعالات والتعبير العاطفي من جهة وبين القلق الذي يصيبه وهو قلق الموت.

النتائج المتعلقة بالفرض الرابع: لا يوجد هناك فروق في قلق الموت والإسكثيميا لدى الممرضين العاملين في وحدة العناية المركزة باختلاف سنوات الخبرة

للإجابة عن الفرض الحالي تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، وجاءت نتائج تحليل التباين على النحو الذي يوضحه الجدول (4):

الجدول (4): نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين المتوسطات الحسابية لمقياس قلق الموت والإكسيثيميا تبعاً لسنوات الخبرة

المتغير	مصدر الفروق	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
قلق الموت	بين المجموعات	0.49	2	0.24	1.03	0.36
	داخل المجموعات	16.85	71	0.24		
	الكلية	17.33	73			
الإكسيثيميا	بين المجموعات	0.46	2	0.23	0.86	0.43
	داخل المجموعات	18.99	71	0.27		
	الكلية	19.45	73			

يتبين من الجدول (4) عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والإكسيثيميا تبعاً لسنوات الخبرة لدى الممرّضين، حيث بلغت قيم ف (0.86-1.03) على التوالي، وهذه القيم غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05=α).

يظهر من ذلك أن الممرّضين لا يختلفون في مستوى قلق الموت والإكسيثيميا تبعاً لسنوات الخبرة، حيث يبدو أن هناك عوامل أخرى تلعب دوراً في التعبير عن قلق الموت والإكسيثيميا، ويبدو أن الممرّضين، حتى لو كانوا من ذوي سنوات خبرة قليلة أو متوسطة أو كثيرة، فهم لا يختلفون في هذين العاملين، حيث يتعرّض الممرّض يومياً للظروف نفسها في العمل، ويعايش الصعوبات والتحديات نفسها التي تؤثر على توافقه النفسي.

مما يتفق مع الفرضية الصفرية التي تبناها الباحثان والتي ترى عدم وجود فروق في قلق الموت والإكسيثيميا تعزى لسنوات الخبرة.

توصيات البحث:

بناء على ما توصل إليه نتائج البحث فإنه يُوصى بما يلي:

1. ضرورة العمل من خلال ورش العمل في المستشفيات من أجل تخفيض قلق الموت والإكسيثيميا لدى الممرّضين.
2. إجراء برامج إرشادية للممرّضين لزيادة شعور الممرّض بمعنى عمله، على الرغم من صعوباته وتحدياته.
3. العمل على الاستفادة من طبيعة العلاقة بين قلق الموت والإكسيثيميا، ففي حالة ملاحظة ظاهرة لدى الممرّض يجب العمل على تخفيض الظاهرة الأخرى المرتبطة بها والمؤثرة فيها.



-
4. العمل على الاهتمام بنوعية العلاقات لدى الممرّض، وتطوير تلك العلاقات التي يمكن أن تكون داعمة للممرّض ومساندة له؛ لتخفيف قلق الموت والإكسيثيميا لديهم.
 5. ضرورة اهتمام متخذي القرار بزيادة التركيز على الحالة النفسية للممرّضين.
 6. تنفيذ أنشطة وإجراءات تدريبية تسهم في تخفيف قلق الموت والإكسيثيميا؛ لما له من تأثير في إدراك الأفراد لحياتهم المستقبلية ووعيمهم بذواتهم وكفاءتها.

قائمة المراجع:

- Abd al-Khaliq, Ahmad (1987). Death anxiety. The World of Knowledge Series, March, 111, 5-217.
- Abdel Khaleq, Ahmed (1998). Optimism, Pessimism, and Death Anxiety: A Factual Study, *Psychological Studies*, 34 (8), 374-361.
- Abdel Khaleq, Ahmed and Saleh, Ghassan (1999). Preoccupation with death: a comparative study on Syrian samples, *psychological studies*, Egyptian Psychologists Association, 9 (2), 189-177.
- Baeza-Velasco, C., Carton, S., Almohsen, C., Blotman, F., &Gély-Nargeot, M. C. (2012). Alexithymia and emotional awareness in females with Painful Rheumatic Conditions. *Journal of psychosomatic research*, 73(5), 398-400.
- Baroun, K. A. (2006). Relations among religiosity, health, happiness, and anxiety for Kuwaiti adolescents. *Psychological reports*, 99(3), 717-722.
- Baughman, H. M., Schwartz, S., Schermer, J. A., Veselka, L., Petrides, K. V., & Vernon, P. A. (2011). A behavioral-genetic study of alexithymia and its relationships with trait emotional intelligence. *Twin Research and Human Genetics*, 14(6), 539-543.
- Besharat, M. A., &Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(2), 145-149.
- Carty, J. (2012). Alexithymia, social constraints, and self-efficacy as moderators of written emotional disclosure and coping skills training: for which patients with rheumatoid arthritis do these interventions improve pain and physical functioning. Master thesis. Wayne State University. Detroit, Michigan.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Choucair, Zainab (2002). Death Anxiety Scale, Cairo: The Anglo-Egyptian Library.
- Connor .D, &Ashley, L. (2008). Are alexithymia and emotional characteristics of disclosure associated with blood pressure reactivity and psychological distress following written emotional disclosure?. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 495- 512.



- Daoud, Nasima (2016) the alexithymia relationship, patterns of parenting, socio-economic status, family size, and gender. *Jordanian Journal of Educational Sciences*, 12 (4), 415-434.
- Ferguson, E., Bibby, P. A., Rosamond, S., O'Grady, C., Parcell, A., Amos, C., ... & O'Carroll, R. (2009). Alexithymia, cumulative feedback, and differential response patterns on the Iowa Gambling Task. *Journal of personality*, 77(3), 883-902.
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., ... & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54-62.
- Goleman, D. (1995). Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ', New York: Bantam Harter, JK, Schmidt, FL, & Hayes, T. L 2002, 'Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis'. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.
- Grieve, R., & Mahar, D. (2010). The emotional manipulation–psychopathy nexus: Relationships with emotional intelligence, alexithymia and ethical position. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 945-950.
- Gustavson, B. J. (2007). *Multiple measures of alexithymia and related emotional ability measures: Associations with health measures*. Wayne State University.
- Haun, J. N., Graham-Pole, J., & Shortley, B. (2009). Children with cancer and blood diseases experience positive physical and psychological effects from massage therapy. *International journal of therapeutic massage & bodywork*, 2(2), 7.
- Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of clinical psychology*, 64(3), 318-331.
- Hintze, J., Templer, D. I., Cappelletty, G. G., & Frederick, W. (2007). Death depression and death anxiety in HIV-infected males. *Death studies*, 17(4), 333-341.
- Honegger, A. (2007). *Femininity and masculinity in men and women: Relationship to alexithymia*. PhD, Alliant international university.
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*, 34(7), 580-593.

- Kapeleris, A. R., &Paivio, S. C. (2011). Identity and emotional competence as mediators of the relation between childhood psychological maltreatment and adult love relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(6), 617-635.
- Kashani, J., &Hakami, N. (1982). Depression in children and adolescents with malignancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 27(6), 474-477.
- Lalã, A., Bobîrnac, G., &Tîpa, R. (2010). Stress levels, alexithymia, type A and type C personality patterns in undergraduate students. *Journal of medicine and life*, 3(2), 200-205
- Langs, R. (2008). Unconscious death anxiety and the two modes of psychotherapy. *The Psychoanalytic Review*, 95(5), 791-818.
- Laub Huizenga, L. A. (2011). *Expressive Writing Intervention for Teens Whose Parents Have Cancer* (Doctoral dissertation, University of Kansas).
- Le, H. N. (1997). *The relations among culture, parental socialization of emotions, and alexithymia* (Doctoral dissertation, University of Illinois at Urbana-Champaign).
- Lijuan, D. (2009). The relationship between the effective component of alexithymia ace facial recognition and expression of emotion. Master, University of Singapore.
- LINDO, J., MCCA W-BINNS, A., & LAGRENADE, J. (2006). Bienestar mental de doctores y enfermeras en dos hospitales en Kingston, Jamaica. *West Indian med. j*, 55(3), 153-159.
- Mattila, A, &Saarni, S. (2009) . Alexithymia and health - related Quality of life in a general population. *psychiatry online org psychosomatics*,5 (1), 59-68.
- McDonald, P. W., &Prkachin, K. M. (1990). The expression and perception of facial emotion in alexithymia: a pilot study. *Psychosomatic medicine*.,55,199-210
- Miller, A. K., Lee, B. L., & Henderson, C. E. (2012). Death anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Death studies*, 36(7), 640-663.
- Muller, R. J. (2000). When a patient has no story to tell: Alexithymia. *Psychiatric Times*, 17(7), 1-4. ISO 690
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., &Peyrovi, H. (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(1), 2.
- Nikoogoftar, M. (2009). Emotional intelligence training, alexithymia, general health, and academic achievement. *journal of Iranian psychologists*. 5(19), 184-198.,



- Noli, G., Cornicelli, M., Marinari, G. M., Carlini, F., Scopinaro, N., & Adami, G. F. (2010). Alexithymia and eating behaviour in severely obese patients. *Journal of human nutrition and dietetics*, 23(6), 616-619.
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, 1(1), 21.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2004). Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 150-161.
- Pham, T. H., Ducro, C., & Luminet, O. (2010). Psychopathy, alexithymia and emotional intelligence in a forensic hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 24-32.
- Pirlot, G., & Corcos, M. (2012). Understanding alexithymia within a psychoanalytical framework. *The international journal of psychoanalysis*, 93(6), 1403-1425.
- Piven, J. (2000). A Freudian analysis of death anxiety Dissertation abstracts international, Syracuse university libraries Surface, Doctor of Philosophy.
- Ramchandani, K. (2010). *Coping with personal death: the extent that afterlife beliefs influence death anxiety and death depression*. Alliant International University, San Francisco Bay.
- Sharf, R. S. (2015). *Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases*. Cengage Learning.
- Sherman, D. W., Norman, R., & McSherry, C. B. (2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 99-112.
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Crime. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 113-116.
- Sue, D. W., Sue, D., Neville, H. A., & Smith, L. (2019). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Sue, D., Sue, D. W., Sue, S., & Sue, D. M. (2015). *Understanding abnormal behavior*. Cengage Learning.
- Suldo, S., & Hubner, E. (2004). Does life satisfaction: encyclopedic of women and gender : sex seminars and differences and the impact of society on gender, J, Worell(ED), 2(1), 667-676.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.

-
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Thorson, J. A. (1991). Afterlife constructs, death anxiety, and life reviewing: The importance of religion as a moderating variable. *Journal of Psychology and Theology*, 19(3), 278-284.
- Vanheule, S., Desmet, M., Verhaeghe, P., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymic depression: Evidence for a depression subtype?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(5), 315.
- Vazquez, I., Sandez, E., Gonzalez-Freire, B., Romero-Frais, E., Blanco-Aparicio, M., & Vereja-Hernando, H. (2010). The role of alexithymia in quality of life and health care use in asthma. *Journal of Asthma*, 47(7), 797-804.
- Webb, D., & McMurrin, M. (2008). Emotional intelligence, alexithymia and borderline personality disorder traits in young adults. *Personality and Mental Health*, 2(4), 265-273..
- Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(4), P207-P214.
- Zavodny, D.L (2001). Alexithymia and social desirability as mediating variables in the cross-method assessment of anger. PhD, University of Dakota.