

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل
الصحي لمرضى كوفيد ١٩

**Fear of death and its correlation to social support among medical staff
working in health isolation centers for Covid-19 patients**

د/ علي شاکر الفتلاوي^١، نور هشام عبودي^٢

^١كلية الآداب والعلوم، جامعة قطر *Email: ashakir@qu.edu.qa*

^٢كلية الآداب، جامعة القادسية *Email: noorhishaam@gmail.com*

تاريخ الاستلام: 2023/08/29 تاريخ القبول: 2023/10/29 تاريخ النشر: 2023/12/25

Doi: 10.21608/GFSC.2023. 332660

مستخلص البحث:

يهدف البحث الحالي الى دراسة علاقة الخوف من الموت بالدعم الاجتماعي في المجتمع العراقي، وقد تمحورت أهداف البحث الحالي حول قياس العلاقة الارتباطية بين متغير الخوف من الموت لدى مجتمع الدراسة على وفق نظرية إدارة الارهاب لشيلدون سولومون (Sheldon Solomon) ومتغير الدعم الاجتماعي على وفق أنموذج الأثر الواعي من الضغط لهوبفول (Hobfoll)، إذ شمل مجتمع البحث الحالي الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد-١٩ في مركز محافظة القادسية. فكانت النتائج كما يلي:

١. ان الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد١٩ لديهم درجة منخفضة من الخوف من الموت لدى عينة الدراسة.

٢. توجد فروق دالة احصائياً بين الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد١٩ في الخوف من الموت على وفق متغير الجنس (ذكور، إناث) ولصالح الاناث، ولا توجد فروق دالة احصائياً وفق متغير سنوات الخدمة (١-١٥)، و(١٦-٣٠) سنة.

المؤلف المرسل: علي شاکر الفتلاوي *Email: ashakir@qu.edu.qa*

٣. تتمتع الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد١٩ بدرجة عالية منالدعم الاجتماعي.

٤. لا توجد فروق دالة احصائياً بين الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي

Abstract:

The current research aims to study the fear of death variable in Iraqi society (medical staff working in health isolation centers for Covid 19 patients), and its correlation to social support. The objectives of the current research focused on studying the correlation between the variable of fear of death according to terror management theory by Sheldon Solomon and the variable of social support according to Stress Buffering Hypothesis of (Hobfoll), The current research community included medical staff working in health isolation centers for Covid-19 patients in Al-Qadisiyah governorate center, with a total of (781) from various medical specialties, and both research scales (fear of death and social support) were applied to a sample consisting of (400) members of the medical staff working in health isolation centers for Covid 19 patients, from the center of Al-Qadisiyah Governorate, and they were selected by the random stratification method. the results were as follows:

1. The medical staff working in health isolation centers for Covid-19 patients have a low degree of fear of death.
2. There are statistically significant differences between medical staff working in health isolation centers For covid 19 patients in the fear of death according to gender variable (male, female) and in favor of Females, and there are no statistically significant differences according to the variable years of service (1-15),

مقدمة:

إن مواجهة الموت مصدر قلق إنساني هائل يتأثر بالتجارب الشخصية والمعتقدات الاجتماعية والثقافية، وإن الخوف من الموت والقلق المستمر منه، حالة عاطفية سلبية يحرضها بروز الموت، قد يعاني منها الممرضون وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعرض لهم الموت ويواجهونه (Nia&Others,2016).

فليس من المستغرب أن يكون للموت القدرة على إثارة مخاوف كبيرة لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩، وبالنسبة لبعضهم يعد الخوف من الموت سبباً يمكن أن يمنعهم من الانجاز في عملهم، والتأثير على صحتهم النفسية والجسمية، وعلى الرغم من الاعتقاد بأن الملاكات الطبية يطورون طرقاً تلقائية للتوافق مع خوفهم من الموت، فإن فترات الاجهاد المتزايدة لديهم أو تهديد صحة الذات يمكن أن تؤدي الى أوضاع غير فعالة أو مرضية لتعامل بعض منهم (Ronald J. , 2018, p.332)، وإلى جانب ذلك فإن الافتقار إلى الدعم الكافي وتماسك الاسرة، وضعف

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

التواصل، وعدم انسجام العلاقات قد يؤثر أيضاً على الصحة النفسية وطبيعة الحياة لديهم (Soleimani et al., 2017, p.8).

فقد وجدت دراسات سابقة عديدة، أن الدعم الاجتماعي والخدمات النفسية والاجتماعية الأخرى قد يساعد في الحد من الأفكار المرتبطة بالوفاة، وأن هنالك ارتباط سلبي بين الخوف من الموت والدعم الاجتماعي (Khawar, M., & Others, 2013).

١. مشكلة البحث Research Problem

نهاية عام ٢٠١٩، ظهر فيروس جديد، فيروس كوفيد ١٩ (SARS-CoV-2)، المسبب لمتلازمة الجهاز التنفسي الحادة على مستوى العالم من ووهان في الصين (Di Gennaro et al., 2020)، وفي ١١ شباط (فبراير) ٢٠٢٠، أطلق المدير العام لمنظمة الصحة العالمية على المرض الناجم عن فيروس SARS-CoV-2 اصطلاح "COVID-19". في غضون شهر واحد فقط، عد المرض الناجم عن الفيروس حالة طوارئ صحية عامة من قبل منظمة الصحة العالمية وتم إعلانه جائحة بحلول مارس ٢٠٢٠ (WHO, 2020).

قدرت البيانات التي جمعتها منظمة الصحة العالمية من خلال الرصد العالمي لمرض كوفيد ١٩، من بلدان أوروبية وأمريكية، أن ما يقارب ١٤% من حالات الإصابة التي تم إبلاغ المنظمة عنها كانت من الملاكات الطبية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٠). أشارت دراسة جوهانس وآخرون (٢٠٢٠)، إلى استطلاع أجرته الجمعية الطبية البريطانية في ١٤ مايو ٢٠٢٠ أثناء الجائحة والذي بين أن ٤٥٪ من أطباء المملكة المتحدة يعانون من الاكتئاب أو الخوف أو التوتر أو الإرهاق أو غيرها من حالات الصحة النفسية المتعلقة بأزمة COVID-19 أو التي تفاقمت بسببها (BMA, 2020).

ولقد سببت الجائحة الأخيرة في زيادة الخوف والقلق في جميع أنحاء العالم، إذ ليس من المستغرب أن يكون للموت القدرة على إثارة مخاوف كبيرة لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩، وبالنسبة لبعضهم يعد الخوف من الموت سبباً يمكن أن يمنعهم من الانجاز في عملهم، والتأثير على صحتهم النفسية والجسمية، وعلى الرغم من الاعتقاد بأن الملاكات الطبية يطورون طرقاً تلقائية لتوافق مع خوفهم من الموت، إلا أن فترات الاجهاد المتزايدة لديهم أو تهديد صحة الذات يمكن أن تؤدي الى أوضاع غير فعالة أو مرضية للتعامل لبعض منهم (Ronald J., 2018, p.332).

أظهرت إحدى الدراسات المهمة Newton-John et al. (2020)، التي شملت ٨١٠ أسترالياً على وجه التحديد، مخاوف الموت في سياق الوباء. وكشفت النتائج عن وجود علاقة إيجابية كبيرة بين الخوف من الموت والسلوكيات المتعلقة بـ COVID-19 علاوة على ذلك، أشارت اجابات المشاركين على الفقرات التي تقيّم المعتقدات المحيطة بالفيروس، إلى إدراك متزايد للتهديد من قبل الفيروس، على سبيل المثال، عندما سُئل المشاركون عن مدى احتمالية وفاتهم إذا أصيبوا بـ COVID-19 في الأشهر الثمانية عشر المقبلة، كان متوسط تقدير الاحتمالية ٢٢٪، وهو رقم يزيد عن ١١ ضعف معدل الوفيات الفعلي في أستراليا بنسبة أقل من ٢٪ لذلك، في حين أن الخوف من الموت قد يكون بالفعل عاملاً دافعاً في السلوك البشري اليومي، فإنه يبدو أكثر أهمية من أي وقت مضى في سياق الوباء الحالي. وقد تشير هذه النتائج إلى وجود علاقة سببية بين الخوف من الموت والضييق النفسي، وقد تتفاقم هذه العلاقة في الجائحة الحالية (Newton-John et al., 2020).

واستناداً الى ما سبق فان لـ COVID-19 آثار سلبية كبيرة على الصحة النفسية للملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩، مما يعزز ظهور مشاكل مثل الخوف من الموت والاكنتاب واضطراب النوم (Chirico & Magnavita, 2021)، وإلى جانب ذلك فإن الافتقار إلى الدعم الكافي وتماسك الأسرة، وضعف التواصل، وعدم انسجام العلاقات قد يؤثر أيضاً على الصحة النفسية وطبيعة الحياة لديهم (Soleimani et al., 2017, p.8).

لذا فلابد من الاشارة الى الدعم الاجتماعي الذي يعد عنصراً حاسماً في التوافق مع الضغوط. حيث يمكن للعلاقات الوثيقة أن تزيد من احترام الذات وقد تكون حاجزاً ضد الخوف من الموت، في حين أن تعطيل هذه العلاقات قد يؤدي إلى الوعي بالموت، والخوف منه، ويصبح الدعم الاجتماعي مهماً أكثر عند شعور الناس باقترابهم من الموت، كما ان الدعم الإيجابي المتصور من الأسرة مرتبطاً بشدة بانخفاض الخوف من الموت، ففي دراسة أجريت على كبار السن، وجد أن كبار السن الذين لديهم شبكة دعم اجتماعي قوية لديهم خوف أقل من الموت بسبب شعور أكبر بالأمان من خلال علاقاتهم مع الآخرين (Khawar et al., 2013, p.79).

وتجدر الإشارة الى أن هنالك بعداً ذا حيوية كبرى يرتبط بالدعم الاجتماعي، يتمثل في مدى إدراك الفرد للدعم المقدم له والذي يمكن أن يخلق عنده أثراً إيجابياً على الجانبين النفسي والبيولوجي (خميسة، ٢٠٠٧، ص ١).
إن توافر إدراك الدعم الاجتماعي لدى الأفراد المواجهين لكوفيد ١٩ بالضرورة يقوي من دوافعهم الذاتية نحو مواجهة خطر الموت، والتخفيف من حدة الخوف منه، خاصة أن مصادر الدعم الاجتماعي تشكل المصدر الأول لطلب المساعدة عندما يواجه الفرد مشكلة تتحدى طاقاته وقدراته، لذا فإن البحث الحالي يستهدف دراسة طبيعة العلاقة في سلوك الملاكات الطبية المتصدية لمخاطر كوفيد ١٩ بين الخوف من الموت والدعم الاجتماعي، خاصة وأن دراسات عديدة بيّنت نتائجها عموم العلاقة بين الدعم الاجتماعي وعوامل الصحة النفسية للأفراد، ومنها الدراسة التي وجدت أن الدعم الاجتماعي مهم للصحة النفسية ويمكن أن يخفف من أثر مسببات القلق (Sirin & Others, 2013).

٢. أهمية البحث Research Significance

تحيط بنا حوادث الموت طوال حياتنا، ومظاهره المادية والرمزية المجردة ظاهرة في محتويات الثقافات البشرية عامة، فقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً بعلم نفس الموت والاحتضار (Psychology of death and dying) حيث يعد التعرض غير المباشر للصغار والكبار على حد سواء لتصوير وسائل الإعلام للعنف والموت، أحد العوامل المسؤولة عن تعزيز الاهتمام بقضايا الموت والاحتضار. بينما أصبح الحديث عن الموت أمراً شائعاً، إلا أن من المفارقات أنه لا يوجد العديد من الأفراد الذين يمكنهم التعامل مع معظم تجارب الموت المباشرة دون تحمل عبء نفسي ثقيل وطويل الأمد (Davidson & Jackson, 1985, p.10).

أشار بيكر Becker ١٩٧٣ الى أن الخوف من الموت، ظاهرة شائعة في المجتمعات جميعها وغالباً ما ينظر إليه على أنه الدافع الرئيس للسلوك البشري (Becker, 1973). كما أفرد ستانلي هول Stanley Hall شكلاً من الفوبيا أسماه مخافة الموت، وتعتقد كلاين Kline إن الخوف من الموت هو أصل كل قلق يصيب الإنسان في حياته، وأساس كل الأفكار والتصرفات العدائية (الشاذلي، ٢٠٠١، ص ١٠٥)، ويمكن القول إن الأهمية

النفسية للموت والاحتضار هي القضية الأكثر عالمية وذات الصلة الوثيقة التي تواجه البشر (Grof, 2000)، إذ إن الرغبة في التشبث بالحياة والخوف من الموت يعتبران مبدأين أساسيين للإنسانية يطاردان البشر مثل أي شيء آخر. إنه الباعث الرئيس للنشاط البشري نشاط المصمم إلى حد كبير لتجنب الموت، والتغلب عليه بإنكار أنه مصير الإنسان النهائي" (Davidson, 1985, p.10).

تسببت شدة جائحة كوفيد-١٩ في إثارة تداعيات واسعة النطاق على الصحة النفسية، فزادت الاضطرابات الوجدانية مثل الاكتئاب، والأرق، والخوف من الموت، وعليه وجب الاهتمام باحتياجات الصحة النفسية العاجلة للملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد-١٩، الذين كانوا على الخطوط الأمامية لمواجهة الجائحة، فغالبًا ما يتعرض هؤلاء مباشرة إلى خطر الإصابة بالعدوى ويعملون ساعات طويلة ويعيشون غالباً في ظل أحداث مرهقة، إنهم بحاجة إلى الحصول على الدعم والرعاية، كما أشار هيث وآخرون Heath et al إلى أن الأطباء الذين لديهم علاقات شخصية ومهنية صحية وذات مغزى، وُجد أنهم راضون ويعانون من إرهاق وخوف أقل (Mostafa, 2020).

تقدم الأدبيات النظرية دليلاً قوياً على أن الدعم الصادر من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وخاصة الدعم من الأسرة والأصدقاء يمكن أن يحسن الوضع النفسي للفرد، ويقلل من حاجة الفرد إلى التماسك والشعور بالانتماء، ومن ثم مواجهة الشعور بالوحدة. نجد ذلك في دراسة أجراها يلديريم وكوكابايك Yildirim & Kocabiyik في تركيا هدفت لمعرفة العلاقة بين الدعم الاجتماعي والشعور بالوحدة لمرضى السرطان في تركيا، شملت عينة الدراسة مرضى السرطان الذين يخضعون للعلاج الكيميائي، وقد تم علاجهم في العيادات الخارجية بمستشفيات الجامعة التركية، وكان عددهم (١٤٤) مريضاً بالسرطان بشكل عام، و(٩٢) مريضة معظمهن متزوجات. أظهرت نتائج البحث أن مريضات سرطان الثدي لديهن مستويات منخفضة نسبياً من الشعور بالوحدة، وإن درجة الوحدة ذات ارتباط سلبي بدرجة الدعم الاجتماعي وذات دلالة إحصائية (طشطوش، ٢٠١٥، ص٤٥٢)، وفي دراسة Celik & Others, 2022 نتائج أساسية أشارت إلى وجود علاقة سلبية بين القلق والخوف والدعم الاجتماعي المدرك من العائلة والأصدقاء (Celik & Others, 2022).

وأشارت نتائج دراسة أجراها Alnazly et al (٢٠٢١) عن الدعم الاجتماعي خلال جائحة COVID-19 إلى أن العاملين من الملاكات الطبية يرون بأنهم يتلقون مستويات عالية من الدعم الاجتماعي، حيث أظهرت النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أن العاملين من الملاكات الطبية يكتسبون مستويات عالية من جميع أنواع الدعم الاجتماعي عند تقديم الرعاية للمرضى (Alnazly, et al., 2021).

وفي دراسة أجراها Deying Hu ٢٠٢٠ شارك فيها (٢٠١٤) ممرضة مؤهلة في الخطوط الأمامية لعلاج مرضى كوفيد-١٩ من مستشفيات في ووهان (الصين)، إلى جانب البيانات الاجتماعية والديموغرافية، تم استخدام مجموعة من الأدوات الصحيحة والموثوقة لقياس نتائج الإرهاق، والقلق، والاكتئاب، والخوف من الموت، والآفات الجلدية، والكفاءة الذاتية، والمرونة، والدعم الاجتماعي، من خلال الاستطلاع عبر الإنترنت في فبراير (٢٠٢٠)، وكانت النتائج: قد أشارت إلى أن لدى المشاركين مستوى معتدل من الإرهاق ومستوى عالٍ من الخوف (Deying Hu, 2020).

وأجرى بيسر وبريل Besser & Priel (٢٠٠٨) دراسة هدفت لمعرفة العلاقة بين الاكتئاب والخوف من الموت والدعم الاجتماعي لدى كبار السن، شملت عينة الدراسة (١١٣) فرداً من كبار السن الذين كانوا جميعاً بصحة جيدة ويعملون بشكل جيد، أظهرت نتائج البحث أن الدعم الاجتماعي يعمل على تخفيف درجة الخوف من الموت لديهم (Besser & Priel, 2008, p.1720).

وهدف دراسة أجراها شلدون كوهين وآخرون Cohen et al ١٩٩٧ حول قوة الدعم الاجتماعي في تعزيز الاستجابة المناعية، اشتملت على عينة من (٢٧٦) فرداً من الذين تتراوح أعمارهم بين (١٨ - ٥٥) عام والذين تعرضوا لفيروس البرد (Rhinovirus)، وبعد القيام بإجراءات تجريبية وسريعة دقيقة، وجد أن ٤٠% ممن تعرضوا للفيروس قد أصيبوا بنزلة برد وكان معظمهم من الأفراد الذين ليس لديهم روابط اجتماعية وثيقة، وكان أقوى دليل على تأثير الدعم الاجتماعي في تحسين فاعلية المناعة هو ما كشفته تحاليل إحصائية إضافية، حيث وجد أن الأشخاص الذين لديهم علاقات اجتماعية مع العائلة والأصدقاء المقربين لهم فضلاً عن أولئك الذين يتلقون دعماً عاطفياً اجتماعياً هم أقل عرضة للإصابة بالفيروس ممن يفتقرون إلى الروابط الاجتماعية القوية ولا يتلقون دعماً اجتماعياً (يخلف، ٢٠٠١، ص ١٤٤).

لقد ازدادت أهمية متغير الخوف من الموت والاحتضار في الوقت الحاضر، بسبب تطور المجتمع وزيادة ضغوط الحياة، وبناءً على ذلك قد يظهر للدعم الاجتماعي دوراً مهماً في التصدي لتأثير هذه الضغوط ومنع الإصابة بالاضطرابات، ويعمل بوصفه مخففاً للصدمة ضد أحداث الحياة السلبية.

3. أهداف البحث Research Aims

تهدف الدراسة الحالية إلى تعرف:

- الخوف من الموت لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩.
- دلالة الفرق الاحصائي في الخوف من الموت على وفق متغيرات الجنس (ذكور- اناث)، وسنوات الخدمة (١-١٥)، (١٦-٣٠)، لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩.
- الدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩.
- دلالة الفرق الاحصائي في الدعم الاجتماعي على وفق متغيرات الجنس (ذكور- اناث)، وسنوات الخدمة (١-١٥)، (١٦-٣٠) سنة، لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩.
- دلالة العلاقة الارتباطية بين الخوف من الموت والدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩.

4. حدود البحث: Research Limitation

يتحدد البحث الحالي بالملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد-١٩ في مركز محافظة القادسية في العراق، من الذكور والإناث، والذين تتراوح أعمارهم من (٢٥ - ٦٥) سنة.

5. تحديد المصطلحات Define Terms

أ. الخوف من الموت Fear of death

-التعريف النظري: هولتر (Hoelter 1979): رد فعل عاطفي يتضمن مشاعر ذاتية من عدم الرضا والقلق على أساس التأمل او توقع أي من الجوانب العديدة المتعلقة بالموت، المتمثلة ب الخوف من عملية الاحتضار والخوف من موت الآخرين والخوف من المجهول والخوف من الموت قبل الاوان (Hoelter, 1979, P25).

التعريف الإجرائي:الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من خلال إجابته على فقرات مقياس الخوف من الموت.

ب. الدعم الاجتماعي Social support

- التعرف النظري:كوهن وآخرون (Cohen, et al 1986): مجموع المتطلبات الخاصة بالفرد التي يطلها من البيئة المحيطة به، سواء كانوا افراداً أو جماعات (عائلة، أصدقاء، الاشخاص المميزين والقريبين) وتساعد هذه المتطلبات الشخص على مواجهة الحياة عندما يكون تحت تأثير احداث ضاغطة (Cohen et al., 1986,p.965).

التعريف الإجرائي:الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من خلال إجابته على فقرات مقياس الدعم الاجتماعي.

٦. إطار نظري Theoretical framework

أ. الخوف من الموت Fear of Death:

- نظرية إدارة الإرهاب: Terror Management Theory

عملت مجموعة من علماء علم النفس الاجتماعي والتطوري، كل من جيف جرينبيرج، وشيلدون سولومون، وتوم بيسزينسكي، و Jeff Greenberg, Sheldon Solomon, and Tom Pyszczynski (Greenberg et al., 1997) على صياغة نظرية نفسية اجتماعية أكثر حداثة تحتوي على العديد من العناصر الوجودية. هي نظرية إدارة الإرهاب (TMT). وهي النظرية نفسها التي تحملعناوين مختلفة مثل: نظرية السيطرة على الرعب أو الخوف، حيث تم تدوينها في كتابهم (The Worm at the Core: On the Role of Death in Life) وترى هذه النظرية أن الصراع النفسي الأساسي ينجم عن وجود غريزة الحفاظ على الذات مع إدراك أن الموت أمر لا مفر منه وإلى حد ما لا يمكن التنبؤ به، وينتج عن هذا الصراع الرعب، الذي يتم إدارته من خلال مزيج من الهروب والمعتقدات الثقافية

التي تعمل على مواجهة الواقع البيولوجي بأشكال أكثر أهمية واستدامة من المعنى والقيمة (Greenberg, 2012)

اشتقت نظرية إدارة الإزهاب أصلاً من عمل عالم النفس والانثروبولوجي الأمريكي إرنست بيكر Ernest Becker والذي أصدر كتابه الشهير "إنكار الموت The Denial of Death" في عام ١٩٧٣ وأثار نقاشاً واسعاً بين الباحثين ومنح على أثره جائزة بوليتزر Pulitzer Prize. يجادل بيكر في هذا الكتاب بأن خوفنا من الموت هو العامل الرئيس وراء معظم السلوكيات البشرية، وفي الحالات القصوى يكون السبب الجذري للاضطرابات النفسية. كلنا نخاف الموت، لكن بعضنا أشد وعياً من بعض، وحتى أولئك الذين لا يبدو أنهم خائفون من الموت يدفنونه في لا وعيهم.

وتقترح أن الخوف من الموت يكمن وراء أو يحفز الكثير من السلوك الذي نقوم به، وإن الخوف من الموت دفين في اللاوعي لدى كل البشر وأنه في لحظات الرعب القصوى والأزمات الكبرى، كتفجير إرهابي، أو انتشار وباء قاتل، أو حصول كارثة بيئية ضخمة مثل تسونامي، فإن الخوف من الموت الدفين في اللاوعي يعاد إلى الوعي البشري بصورة واضحة ومباشرة، بعدما كانوا ينكرونه أو يتجاهلونه أو يتهربون من التفكير به، وبذلك يستدعي الخوف من الموت من اللاوعي، ويصبح هاجساً أساسياً في الوعي الفردي والجمعي للبشرية، وهذا الاستدعاء في زمن المصائب والحروب والكوارث يصبح مخيفاً بطريقة مفرطة تسبب التخبط والهلع، تقترح هذه النظرية المثيرة للجدل والناشئة بين العناصر النفسية والاجتماعية والثقافية وجود صراع نفسي أساسي ينتج عن امتلاك غريزة للحفاظ على الذات عند إدراك البشر أن الموت غير متوقع وحتمي ويسبب هذا الصراع الخوف ويتم السيطرة عليه باعتناق أنظمة رمزية أو معتقدات ثقافية تعمل على التصدي للواقع بطرق راسخة وثابتة بالمعنى والقيمة.

تفترض نظرية إدارة الإزهاب أن الناس يتعاملون مع مشكلة الموت من خلال استعمال طريقتين متميزتين للدفاع: الأولى هي دفاعات عقلانية مباشرة ومركزة على التهديد والثانية دفاعات ثقافية رمزية.

أحد الأمثلة الأكثر وضوحاً على القيم الثقافية التي تهدئ وتسكن الخوف من الموت هي القيمة الثقافية التي تدعي منح الخلود (كالدين والإيمان بالحياة بعد الموت)، ومع ذلك، فإن نظرية إدارة الإزهاب تعتقد أيضاً أن القيم الثقافية الأخرى - بما في ذلك

تلك التي لا ترتبط بوضوح بالموت- تمنح الخلود الرمزي، ومثال على ذلك، ترتبط قيم الهوية الوطنية والآراء الثقافية عن الجنس وسمو البشر عن الحيوانات بالخوف من الموت، وفي الكثير من الاحيان تعد هذه القيم مصدر لتزويد الخلود الرمزي إما من خلال تزويد الفرد بإحساس أنه جزء من شيء عظيم سيعيش ويبقى أكثر من الشخص في النهاية (مثل البلد، والعرق، والجنس) أو أن تصبح الهوية الرمزية للفرد أسى من طبيعة الفرد الحيوية (مثلاً أنت شخصية وليس مجرد مجموعة من الخلايا).
وتتجلى آليات الدفاع هذه في شكل مكوّن مزدوج، عازلة للخوف الثقافي من الموت يتكون من: طبيعة النظرة الثقافية للعالم أولاً، ومن مستوى تقدير الذات لدى الفرد ثانياً.

والتي يتم اكتسابها من خلال الاعتقاد بأن المرء يرقى إلى معايير القيم المتأصلة في وجهة نظر المرء الثقافية للعالم، وبما أن قيم الفرد الثقافية تحدد الأشياء ذات المعنى أو القيمة فهي كذلك أساس تقدير الذات، وتصف فرضيات هذه النظرية تقدير الذات بأنه القياس الذاتي الشخصي لمدى نجاح الفرد بمجاراة قيمه الثقافية.
نحن نتجاوز الخوف من الموت بأحد الطرق الثلاث: الانكار، والهروب، والتسامي. ويحدث الانكار والهروب بالتجاهل والتشتيت والانشغال، ويحدث التسامي بالتركيز على حقيقتنا المعنوية والرمزية، عندما نؤمن أن الموت ليس سوى نهاية واقعة البيولوجي المادي، وحقيقتنا المعنوية والرمزية خالدة.

إن خوف البشر من فنائهم التام يمكن أن يجعلهم قلقين بشدة حتى وإن كان ذلك لا شعورياً، ويقضوا حياتهم كلها في محاولة جعلها ذات مغزى، حيث تقيم المجتمعات رموزاً: كالقوانين والأنظمة الدينية والأنظمة الثقافية والمعتقدات لشرح كم هي مهمة هذه الحياة وتحديد ما الذي يجعل بعض خصائص الافراد ومهاراتهم ومواهبهم فريدة من نوعها، ومكافأة الاشخاص الذين يجسدون صفات معينة ومعاقبة أو قتل من لا يلتزم برؤية العالم الثقافية الخاصة بهم. لأنك عندما تنتقد الثقافة الجماعية، أو القيمة الدينية التي تناشدها الجماعة في أوقات الأزمات والخوف، فأنت تهاجم الوسيلة الوحيدة لديهم لتجاوز خوفهم من الموت، وهذا أيضا هو السبب الذي يجعل الكثير من الناس يجدون صعوبة في تغيير قناعاتهم الدينية والثقافية، لأنها ضرورة نفسية يتغلب من خلالها الانسان على خوفه من الموت والفناء. وينطبق الامر نفسه عندما تسخف من

قيمة شخص ما وقت الازمات مثل ان انتقاد مقولات خاطئة لاحد الاطباء فانه سبهاجمك بشدة. لان انتقاداتك لما يجعله يعتقد انه مهما في هذه الحياة انما هو استدعاء غير مباشر للموت لأنه أصبح شخصا لا قيمة لبقائه على قيد الحياة اساسا. في نهاية المطاف، يتم بناء احترام الذات ثقافياً، حيث لا توجد طريقة للشعور بالرضا عن الذات في غياب معايير محددة اجتماعياً للصواب والخطأ. من الواضح أن ما يعدّ صواباً وما هو خطأ يختلف من ثقافة إلى أخرى، ولا توجد رؤية ثقافية واحدة للعالم صحيحة ومطابقة، ومن ثم، يجب على الأفراد الاعتماد على الإيمان من أجل الحفاظ على إيمانهم بالرؤية المحددة ثقافياً للواقع التي يؤمنون بها. وبالتالي، يصبح الخوف من الموت القوة الأساسية وراء المعايير / الإطار الثقافي وكذلك مصدر احترام الذات المؤدي إلى المفهوم الذاتي للفرد (Greenberg et al., 1997).

ب. الدعم الاجتماعي Social Support:

• انموذج الأثر الواعي من الضغط:

وفقا للزاروس (١٩٩٦) ولزاروس ولونير (١٩٧٨) Lazarus & Launier ينشأ الضغط عندما يشعر الفرد بوجود موقف ملح أو مهدد يتعرض له ولا توجد لديه استجابة مناسبة ليتعامل مع هذا الموقف، من وجهة نظر سيلز Sells أن مثل هكذا المواقف يكون الناس على وعي فيها أنه يجب ان يستجيبوا لهذا الموقف ولكن لا تكون الاستجابة المناسبة متوفرة مباشرة. وتتضمن التأثيرات المباشرة التي تنتج عن تقدير الشخص للموقف المجهد النواحي الوجدان السلبية، وزيادة الاستجابة الفزيولوجية والتوافقات السلوكية أن حدث ضاغط واحد قد لا يحتاج لقدرة كبيرة للفرد حتى يتعامل مع الموقف، إلا أنه عندما تكون المشاكل كثيرة وتحدث بشكل مستمر ومجهد لقدرة الانسان على حل هذه المشكلة فهذا قد يؤدي الى حدوث اضطرابات خطيرة (الشناويوعيد الرحمن، ١٩٩٤: ٣٨).

يوضح هذا الأنموذج ان الدعم الاجتماعي يكون فعالا او أكثر فعالية فقط للأفراد الذين يعانون من ضغوط شديدة، ويفترض الانموذج أن أحداث الحياة الصعبة التي يتعرض لها الأفراد في الحياة اليومية تؤثر سلبيا على صحتهم الجسدية والنفسية، وأن العلاقات الاجتماعية المساندة تحمي الشخص وتبعد احتمالية حدوث تأثيرات سلبية له. لذلك وفقا لهذا الانموذج يرتبط الدعم الاجتماعي بصحة الأفراد الذين

يتعرضون لأحداث ضاغطة (رضوان وهريدي، ٢٠٠١: ٧٥)، والعلاقات الاجتماعية الوثيقة تقوي السلوكيات الايجابية أو الاستجابات العصبية الغدية المناسبة وذلك من اجل الحفاظ على أنشطة الجسم الفسيولوجي السليم لمواجهة الضغوط الصعبة والمخاطر الصحية الأخرى التي تهدد عافية الفرد وصحته. بمعنى آخر يوضح هذا الانموذج أن الدعم الاجتماعي هو جانب مهم في عملية إدارة الضغوط، أي أنها آلية او مفتاح لتخفيف الضغوط. وهذا يفسر القيمة الوقائية أو العلاجية للعلاقات الاجتماعية الوثيقة والقوية (عثمان، ١٤٦: ٢٠٠١).

تشمل الآليات التي تربط المرض بالضغط على سلسلة من الاختلالات في وضائف الهرمونات العصبية أو وظائف الجهاز المناعي، أو التغيرات المميزة في السلوكيات المتعلقة بالصحة (إدمان الكحول، نقص التغذية وغيرها) أو مجموعة من حالات الفشل في الرعاية الذاتية وتجدر الإشارة الى أن تعريف الضغط يقوم بالربط بدقة بين الضغوط المقدررة والإحساس بانعدام القدرة، وإمكانية خسارة تقدير الذات. إن عدم القدرة المدركة على التعامل مع الموقف الذي يتطلب استجابة فعالة يؤدي الى الشعور بانعدام القدرة (قلة الحيلة أو العجز)، وقد يفقد التقدير لدرجة أن يشعر الانسان إن إخفاقه في التعامل مع الضغوط بطريقة مناسبة يكون بسبب القدرة الذاتية أو سماته الشخصية المستقرة بدلاً من الأسباب الخارجية. لذلك يمكن حصر دور الدعم الاجتماعي في هذه السلسلة في مكانين: (الشناويوعبد الرحمن، ١٩٩٤: ٣٩).

- الأول: يمكن أن يتدخل الدعم الاجتماعي بين حدث ضاغط (أو توقع الحادث) وبين الاستجابة للضغط، من خلال تخفيف أو منع الاستجابة للضغط المقدر أي أن الناس يدركون أن الآخرين يستطيعون تزويدهم بالموارد والقدرات اللازمة وقد يتسبب ذلك في إعادة تقييم ما إذا كان هناك ضرر بسبب الموقف أو تصبح قدرته على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف قوية ومن ثم فلا يقدر الشخص الموقف على أنه ضاغط جداً.

- الثاني: يمكن أن يتداخل الدعم المناسب بين خبرة الضغوط وظهور الحالات المرضية، من خلال التقليل أو الاستبعاد من رد فعل الضغوط أو التأثير بشكل مباشر على العمليات الفزيولوجية، يمكن للدعم أن ينهي الأثر المترتب على تقدير الضغوط من خلال توفير حلول للمشكلات، وذلك بالتهوين أو بالتخفيف من الأهمية المتصورة

للمشكلات حيث يحدث كبح للهرمونات العصبية بحيث يصبح الانسان أقل استجابة للضغط المدرك أو من خلال تعزيز السلوكيات الصحية السليمة (خميسة، ٢٠٠٧: ٣٤).

٧. مجتمع البحث Research community:

يتمثل مجتمع البحث الحالي بالملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد١٩ محافظة القادسية من كلا الجنسين (ذكور، إناث)، إذ بلغ حجم مجتمع البحث (٧٨١) فرداً من مختلف التخصصات الطبية، موزعين بواقع (٤٤٠) من الذكور بنسبة (٥٦%) من مجتمع البحث، و (٣٤١) من الإناث بنسبة (٤٤%) من المجتمع.

٨. عينة البحث Research sample:

تم سحب عينة البحث بالطريقة الطبقيّة العشوائية Stratified Random sample، ذات التوزيع المتناسب Proportional Allocation، إذ بلغ حجم عينة البحث (٤٠٠) فرداً من مختلف التخصصات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد١٩ في مركز مدينة الديوانية، وكانت نسبتها (٥١%) من مجتمع البحث، وبواقع (٢٢٥) من الذكور، و (١٧٥) من الإناث، وبلغت نسبة عدد الذكور فيها (٥٢%) ونسبة عدد الإناث فيها (٤٨%) وكما هو مبين في جدول (١).

جدول (١) توزيع أفراد عينة البحث تناسبياً تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، وإناث)

ت	الجنس	العدد	النسبة
1	ذكور	206	52%
2	إناث	194	48%
المجموع الكلي		400	100%

٩. أدوات البحث Research Tools:

اتخذت اجراءات لبناء مقياس الخوف من الموت Fear of Death، على وفق نظرية إدارة الازهاق (Terror Management Theory)، حيث تم اعتماد تعريف هولتر (Hoelter, 1979)، بوصفه تعريفاً نظرياً للخوف من الموت في البحث الحالي.

أ. مقياس الخوف من الموت Scale Fear of Death:

بعد الاطلاع على الأدبيات العراقية والعربية والأجنبية السابقة، كان لزاماً الاتجاه نحو بناء مقياس للخوف من الموت يلائم البيئة المحلية (العراقية).
وللبداء ببناء مقياس الخوف من الموت، فقد تم تحديد بعض الأسس البنائية النظرية التي ستكون الدليل للسير بخطوات بناء المقياس، ويمكن تحديد المنطلقات النظرية التي اعتمدت في بناء المقياس بما يأتي:
(١) اعتماد التعريف النظري لمفهوم الخوف من الموت "أساساً في تحديد المكونات السلوكية له.

(٢) ملاءمة المقياس لمحددات البيئة العراقية المحلية.

وفي ضوء تلك المنطلقات النظرية، فقد اعتمدت الخطوات الآتية:

أولاً. تحديد مفهوم متغير الخوف من الموت نظرياً:

بعد الاطلاع على العديد من الأدبيات والدراسات والأطر النظرية السابقة ذات العلاقة، تم تبني تعريف هولتر (Hoelter, 1979)، تعريفاً نظرياً للخوف من الموت، وهو (رد فعل عاطفي يتضمن مشاعر ذاتية من عدم الرضا والقلق على أساس التأمل أو توقع أي من الجوانب العديدة المتعلقة بالموت والمتمثلة ب الخوف من عملية الاحتضار، والخوف من موت الآخرين، والخوف من المجهول، والخوف من الموت قبل الأوان) (Hoelter, 1979).

ثانياً. إعداد فقرات المقياس:

لغرض إعداد فقرات المقياس الملائمة للخوف من الموت وتمثيلها لمكوناته السلوكية في ضوء التعريف النظري، فقد أتبعنا الخطوات التالية:

● الأسس التي اعتمدت في صياغة فقرات مقياس الخوف من الموت:

(١) ضرورة ملاءمة الفقرة لطبيعة خصائص أفراد العينة.

(٢) أن تقدم بصيغة المتكلم وتقبل تفسير واحد فقط.

(٢) أن تجعل فقرات المقياس من الخبرة الشعورية للفرد قادرة على بيان حاجاته وأفكاره، مما يجعل استجابته اللفظية ممثلة إلى حد كبير لخصائصه الداخلية أو الذاتية التي تبدو للفرد نفسه كما تبدو للآخرين (wingings, 1973, p. 386).

(٣) اعتماد بدائل التقدير الخماسي، إذ إن العامل في الملاك الطبي يؤشر على أحد البدائل الخمسة (تنطبق على تماماً، يحصل على ٥ درجات) و (تنطبق علي، يحصل على

٤ درجات) و (تنطبق على أحياناً، يحصل على ٣ درجات) و (لا تنطبق علي، يحصل على درجتان) و (لا تنطبق على ابدأً، يحصل على درجة واحدة)، هذا في حالة الفقرات الإيجابية والعكس يكون في حالة الفقرات العكسية.

صياغة الفقرات والتعليمات:

بعد الاطلاع على الأدبيات المختلفة، أمكن صياغة (٣٤) فقرة، تتبعها خمسة بدائل أو خيارات.

وانطلاقاً من كون التعليمات تمثل دليل المستجيب لإرشاده للإجابة على المقياس، وبما تكتمل الصورة الأولية للمقياس بغية التمكن من تطبيقه على العينة، فقد تم الحرص عند أعدادها على أن تكون واضحة تتسم بالبساطة أي بإمكانها أن توصل إلى المستجيب ما المطلوب منه عمله، فضلاً عن إخفاء الغاية الحقيقية من المقياس أي عدم كتابة أسم المقياس للحصول على بيانات صادقة.

كما وطلب من الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي الإجابة عن جميع الفقرات، وأنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة وعليه اختيار الإجابة التي تناسبهم. كذلك تضمنت التعليمات مثلاً يوضح كيفية الإجابة وأسلوبها، كذلك طلب منهم عدم كتابة أسمائهم، وأن إجاباتهم ستكون سرية ولأغراض البحث العلمي، إذ ترى وايلي wylie إن التغلب على عامل الميل للاستحسان (المرغوبة الاجتماعية social desirability) قد يقوم بطمأنينة المستجيبين إلى سرية إجاباتهم (علام، ١٩٨٦، ص ٤٤)، وبعد إعداد التعليمات أصبح المقياس كاملاً بصيغته الأولية.

ب. صلاحية فقرات المقياس:

لغرض التحقق من صلاحية فقرات المقياس التي تم أعدادها والبالغة (٣٤) فقرة، تم عرضها على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس، لغرض الحكم على مدى كفاءتها في قياس الخوف من الموت، إذ احتوت استمارة التحكيم على تعريف الخوف من الموت، وبدائل الإجابة على المقياس.

وبعد أن أبدى الخبراء استجاباتهم وملاحظاتهم على عبارات المقياس، وباستخدام النسبة المئوية لكل فقرة من فقرات المقياس، والفقرة التي تحصل على نسبة الموافقة ٨٠ % فأكثر تبقى في المقياس، والفقرة التي تحصل على نسبة الموافقة أقل من ٨٠ % تحذف من المقياس، إذ تمت الموافقة على (٣٢) فقرة والتي حصلت على

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

نسبة ٨٠% فأكثر، ماعدا الفقرة (٦) إذ كانت نسبة الموافقة عليها ٧٥%، والفقرة (١٥) فقد كانت نسبة الموافقة عليها ٦٩%، وبذلك تم استبعادهما من المقياس، وتم إجراء تعديلات بسيطة على بعض الفقرات، والجدول (٢) يبين ذلك.

جدول (٢) آراء السادة المحكمين في صلاحية مقياس الخوف من الموت.

المعارضون		الموافقون		العدد	أرقام الفقرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
0%	0	100%	16	10	1, 4, 5, 7, 9, 13,18,23,24,29
6%	1	94%	15	9	2, 8, 10, 11, 14, 19,22,30,33
12%	2	88%	14	6	3,21,26,27,31,34
19%	3	81%	13	7	12,16,17,20,25,28,32
25%	4	75%	12	1	6
31%	5	69%	11	1	15

ج. التجربة الاستطلاعية للمقياس (تجربة وضوح التعليمات والفقرات):

استهدفت التعرف على مدى وضوح فقرات المقياس من حيث الصياغة أو المعنى، ومدى فهم المبحوث لبدائل الاجابة. ولتحقيق ذلك طبق المقياس الكترونياً على عينة استطلاعية عشوائية بلغ عدد أفرادها (٥٠) من الملاكات الطبية العاملین في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩، بواقع (٢٥) من الذكور و (٢٥) من الاناث، وطلب منهم إعطاء ملاحظتهم عن وضوح فقرات المقياس وصياغتها وطريقة الاجابة، وإذا ما كانت هناك فقرات غير مفهومة، وقد اتضح ان فقرات المقياس وتعليماته كانت واضحة للمجيب ولا حاجة الى تغيير أو تعديل أية فقرة من فقرات المقياس.

د. وصف المقياس:

صمم المقياس لقياس الخوف من الموت لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩ في مركز محافظة القادسية، ويتكون مقياس الخوف من الموت المعد لتحليل الفقرات احصائياً من (٣٢) فقرة.

وقد توزعت الفقرات على اتجاهين رئيسين سلبي وإيجابي، ويتم تصحيح المقياس على وفق طريقة ليكرت في الإجابة على بدائل مقياس الخوف من الموت، وهذه البدائل (تنطبق علي تماماً، تنطبق على، تنطبق علي أحياناً، لا تنطبق علي، لا تنطبق

علي ابداء)، ويعطي عند التصحيح الدرجات (١-٢-٣-٤-٥) للفقرات عكس اتجاه السمة، بينما تعطى الدرجات (١-٢-٣-٤-٥) للفقرات باتجاه السمة، وتصحح هذه البدائل من (٥) إلى (١) درجة للفقرات التي تشير إلى الخوف من الموت، أي أن الدرجة المرتفعة تشير إلى درجة مرتفعة من الخوف من الموت، ويصبح التصحيح عكسياً للفقرات التي لا تشير إلى الخوف من الموت.

هـ. التحليل الاحصائي للفقرات

(١) طريقة المجموعتين الطرفيتين Extreme Groups Method:

لحساب القوة التمييزية لكل فقرة في مقياس الخوف من الموت، تم سحب عينة عشوائية بالطريقة الطباقية ذات التوزيع التناسبي، وبلغت عينة التحليل (٤٠٠) فرداً من الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد١٩، تم سحبها بصورة عشوائية من مجتمع الملاكات الطبية في مركز مدينة الديوانية.

وبعد الانتهاء من تصحيح استمارات المفحوصين وحساب درجة كل استمارة (مستجيب) على الخوف من الموت، تم ترتيب درجات الاستمارات من الأعلى إلى الأدنى (تنازلياً)، وتم أخذ نسبة (٢٧ %) من الاستمارات ذات الدرجات الأعلى لمقياس الخوف من الموت وسميت بالمجموعة العليا وكانت (١٠٨ استمارة)، وتراوحت درجاتها بين (٦٢) إلى (٨٣) درجة. وتم أخذ نسبة (٢٧%) من الاستمارات ذات الدرجات الأدنى وسميت بالمجموعة الدنيا وكانت (١٠٨ استمارة)، وتراوحت درجاتها بين (٣٢) إلى (٤٩) درجة.

وبعد أن تم استخراج الوسط الحسابي والتباين لكلا المجموعتين العليا والدنيا على مقياس الخوف من الموت، تم تطبيق الاختبار التائي (t . test) لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفروق بين أوساط المجموعتين، وذلك لأن القيمة التائية المحسوبة تمثل القوة التمييزية للفقرة بين المجموعتين (مايرز، ١٩٩٠، ص٣٠). وعدت القيمة التائية المحسوبة مؤشراً لتمييز كل فقرة من خلال مقارنتها بالقيمة الجدولية والبالغة (١.٩٦) درجة، وبناءً على ذلك تبين أن جميع الفقرات دالة إحصائياً عند درجة حرية (٢١٤) ومستوى دلالة (٠.٠٥) وقيمة جدولية (١.٩٦) درجة، ماعدا الفقرة (٣) فقد كانت غير دالة إحصائياً، لذلك تم حذفها من المقياس لأن قيمتها التائية المحسوبة أقل من القيمة الجدولية، وجدول (٣) يبين ذلك.

جدول (٣) القوة التمييزية لفقرات مقياس الخوف من الموت بطريقة المجموعتين الطرفيتين

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

دلالة الفروق عند مستوى دلالة (.05)	القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		الفقرة
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دالة إحصائياً	6.072	.77668	1.5648	.67672	2.1667	1
دالة إحصائياً	7.236	.80427	1.7685	.63366	2.4815	2
غير دالة	1.816	.55254	1.2222	.57125	1.3611	3
دالة إحصائياً	4.391	.55714	1.2315	.73265	1.6204	4
دالة إحصائياً	7.183	.73624	1.6667	.64362	2.3426	5
دالة إحصائياً	12.132	.52721	1.2407	.61368	2.1852	6
دالة إحصائياً	11.208	.57367	1.2685	.60373	2.1667	7
دالة إحصائياً	10.723	.50713	1.2037	.68529	2.0833	8
دالة إحصائياً	8.109	.59332	1.2778	.71040	2.0000	9
دالة إحصائياً	6.327	.23013	1.0556	.53016	1.4074	10
دالة إحصائياً	8.634	.64984	1.3704	.64261	2.1296	11
دالة إحصائياً	6.047	.66250	1.4815	.57185	1.9907	12
دالة إحصائياً	11.010	.52524	1.2037	.64308	2.0833	13
دالة إحصائياً	13.125	.44213	1.1944	.60308	2.1389	14
دالة إحصائياً	4.281	.44961	1.1481	.61789	1.4630	15
دالة إحصائياً	5.750	.57728	1.3241	.71695	1.8333	16
دالة إحصائياً	7.790	.67261	1.4259	.63713	2.1204	17
دالة إحصائياً	8.686	.67358	1.4352	.64200	2.2130	18
دالة إحصائياً	10.983	.54393	1.3241	.61838	2.1944	19
دالة إحصائياً	10.184	.60886	1.2778	.60709	2.1204	20
دالة إحصائياً	6.856	.50849	1.2778	.58086	1.7870	21
دالة إحصائياً	7.505	.76320	1.6574	.58509	2.3519	22
دالة إحصائياً	10.550	.67672	1.5000	.59789	2.4167	23
دالة إحصائياً	15.914	.38219	1.1481	.64503	2.2963	24
دالة إحصائياً	10.475	.68813	1.4444	.62229	2.3796	25
دالة إحصائياً	11.777	.55128	1.2963	.64664	2.2593	26
دالة إحصائياً	10.999	.57735	1.2778	.53535	2.1111	27
دالة إحصائياً	11.427	.60879	1.3241	.55714	2.2315	28
دالة إحصائياً	8.539	.71671	1.4815	.63550	2.2685	29
دالة إحصائياً	10.834	.62955	1.4259	.61389	2.3426	30

دالة إحصائياً	7.509	.74390	1.7315	.54584	2.3981	31
دالة إحصائياً	11.642	.64583	1.3519	.61621	2.3519	32

٢) علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس (الاتساق الداخلي):

تعدّ الدرجة الكلية للمقياس مقياساً معيارياً مباشراً من خلال ارتباطها بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على الفقرات، ومن ثم فإن ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الإجمالية للمقياس، تعني إن الفقرة والمقياس يقيسان المفهوم ذاته، وعلى وفق هذا المؤشر يتم الاحتفاظ بالفقرات (Lindquist, 1957, P.71)، والتي يكون معامل ارتباطها مع الدرجة الإجمالية للمقياس ذو دلالة إحصائية (Anastasi, 1976, P.154). وان المقياس الذي يتم اختيار فقراته على وفق هذا المؤشر يمتلك صدقاً بنائياً، ومن مزايا هذه الطريقة أنها تقدم مقياساً متناسقاً في فقراته (Smith, 1966, P.70). وقد استعمل معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)، لاستخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لفقرات المقياس ل (٤٠٠) استمارة (مستجيب)، وهي نفس الاستمارات التي استعملت في طريقة المجموعتين الطرفيتين، وتبين أن معاملات الارتباط جميعها لكل الفقرات ذات دلالة إحصائية حينما تم مقارنتها بقيمة معامل الارتباط الدرجة الحرجة البالغة (٠٠٠٩٨) درجة، ومستوى دلالة (٠٠٠٥) درجة، ودرجة حرية (٣٩٨) درجة، وجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤) قيم معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس الخوف من الموت

الفقرة	قيمة معامل الارتباط	الفقرة	قيمة معامل الارتباط	الفقرة	قيمة معامل الارتباط
1	.284*	13	.525*	24	.605*
2	.386*	14	.521*	25	.508*
4	.234*	15	.255*	26	.512*
5	.387*	16	.313*	27	.513*
6	.509*	17	.418*	28	.521*
7	.518*	18	.470*	29	.439*
8	.478*	19	.480*	30	.481*
9	.404*	20	.482*	31	.391*
10	.318*	21	.317*	32	.536*
11	.466*	22	.406*		
12	.334*	23	.495*		

و. الخصائص القياسية (السيكومترية) لمقياس الخوف من الموت:

(١) مؤشرات الصدق Validity Indexes

هنالك عدة أساليب لقياس صدق الاداة، وقد اعتمدت مؤشرات عدة للصدق

وهي:

- الصدق الظاهري Face Validity

إن أحسن طريقة لحساب الصدق الظاهري، هي عرض الباحث لفقرات المقياس قبل أن يطبقه على مجموعة محكمين يتسمون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية الفقرات في قياس السمة المقاسة، والذي يجعل الباحث يطمئن إلى آرائهم ويأخذ بالأحكام التي اتفق عليها أغلبهم أو بنسبة (% ٨٠) أو أكثر (الكبيسي، ٢٠١٠، ص٢٩٥). وتحقق هذا الصدق في مقياس الخوف من الموت، عن طريق عرض المقياس بصورته الأولى على مجموعة محكمين مختصين في ميدان علم النفس، لتقدير مدى صلاحية وملاءمة فقرات المقياس وتعليماته وبدائله، وكما ذكر سلفاً.

- صدق البناء Construct Validity

من أكثر اشكال الصدق انتشاراً، ويشير المختصون الى أن صدق البناء يتوافق مع مفهوم أيبيل Ebel للصدق من خلال تشيخ المقياس بالمعنى العام (الإمام، ١٩٩٠، ص١٣١)، ويتحقق هذا الصدق عندما نمتلك معياراً نقرر على وفقه أن الاختبار يقيس بناءً نظرياً محدداً. وقد توافر هذا الشكل من الصدق في مقياس (الخوف من الموت) من خلال المؤشرات الآتية:

- أسلوب المجموعتين الطرفيتين.
- ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس.

(٢) مؤشرات الثبات Reliability Indexes

يشير مفهوم ثبات درجات الاختبار إلى امكانية خلو المقياس من أخطاء غير منتظمة تشوه القياس. فإذا كان الاختبار يقيس ميزة معينة بمقاييس متسقة في ظل ظروف مختلفة تؤدي إلى أخطاء القياس، فإن درجات الاختبار تكون ثابتة، فالثبات في هذا المعنى، يعني اتساق أو دقة القياس (علام، ٢٠٠٠، ١٣١).

ولاستخراج الثبات تم استخدام:

- طريقة معامل (ألفا كرونباخ) للاتساق الداخلي Alpha coefficient consistency

إن حساب معامل ألفا كرونباخ لفحص الاتساق الداخلي، هو مؤشر لثبات المقياس يتحقق من الاتساق الداخلي الذي يزودنا بمعلومات عن خطأ القياس على وجه التحديد (O'Rourke et al., 2005, P.159).

ولاستخراج الثبات بطريقة الاتساق الداخلي للمقياس الحالي تم استخدام معامل الفا كرونباخ وبعد تطبيق المقياس على عينة من (٤٠٠) فرداً، كانت النتائج تشير إلى أن معامل الفا كرونباخ لمقياس الخوف من الموت قد بلغ (٠,٨٦٠)، وهو معامل ثبات عالي.

إذ إن معامل الفا كرونباخ الذي يساوي أو يزيد عن (٠,٨٠) هو معامل ثبات عالي، وأن المعامل الذي يساوي أو يقل عن (٠,٦٠) هو معامل ثبات منخفض (Nunnally & Bernstein, 1994, P.25).

ز. وصف المقياس بصيغته النهائية وتصحيحه وحساب الدرجة الكلية:

تألف مقياس الخوف من الموت بصورته النهائية من (٣١) فقرة. وقد تم تصحيح المقياس على وفق طريقة ليكرت في الإجابة على بدائل مقياس الخوف من الموت، وتصحح هذه البدائل من (٥) إلى (١) درجة لل فقرات التي تشير إلى الخوف من الموت، ويصبح التصحيح عكسياً لل فقرات التي لا تشير إلى الخوف من الموت، وبذلك فإن المدى النظري لأعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب هي (١٥٥) درجة، وأدنى درجة هي (٣١) درجة، وبمتوسط فرضي قدره (٩٣) درجة.

ب. مقياس الدعم الاجتماعي Social SupportScale

أولاً. تحديد مفهوم متغير الدعم الاجتماعي نظرياً:

بعد الاطلاع على العديد من الأدبيات والدراسات والأطر النظرية السابقة ذات العلاقة، تم تبني تعريف كوهين ١٩٨٨ (Chen S, 1986)، تعريفاً نظرياً للدعم الاجتماعي، (متطلبات الانسان الخاصة والذي يحتاجها من بيئته المحيطة سواء كانت افراداً أو جماعة (العائلة، والأصدقاء، والاشخاص المميزين والقريبين) التي تساعد على مواجهة الاحداث الحياتية الضاغطة) (Cohen S, 1986).

ثانياً. إعداد فقرات المقياس:

صياغة الفقرات والتعليمات:

بعد الاطلاع على الأدبيات المختلفة، واعتماداً على الأسس سالفة الذكر، أمكن صياغة (٢٢) فقرة، تتبعها خمسة بدائل أو خيارات للإجابة (تنطبق عليّ تماماً، تنطبق عليّ، تنطبق عليّ أحياناً، لا تنطبق عليّ، لا تنطبق عليّ أبداً).
ب. صلاحية فقرات المقياس:

لغرض التحقق من صلاحية فقرات المقياس التي تم أعدادها وبالغة (٢٢) فقرة، تم عرضه على محكمين مختصين في علم النفس والتربية، للحكم على مدى كفاءتها في قياس الدعم الاجتماعي، إذ احتوت استمارة التحكيم على تعريف الدعم الاجتماعي، وبدائل الإجابة على المقياس. وقد أسفرت نتائج آراء المحكمين على قبول الفقرات جميعها مع تعديلات بسيطة في صياغة بعض الفقرات، جدول (٥)، وبذلك فقد تم الإبقاء على (٢٢) فقرة.

وبعد أن أبدى الخبراء استجاباتهم وملاحظاتهم على عبارات المقياس، وباستعمال النسبة المئوية لكل فقرة من فقرات المقياس، والفقرة التي تحصل على نسبة الموافقة ٨٠ % فأكثر تبقى في المقياس، والفقرة التي تحصل على نسبة الموافقة أقل من ٨٠ % تحذف من المقياس، إذ تمت الموافقة على جميع الفقرات حيث حصلت على نسبة ٨٠ % فأكثر.

جدول (٥) آراء السادة المحكمين في صلاحية مقياس الدعم الاجتماعي.

المعارضون		الموافقون		العدد	أرقام الفقرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
0%	0	100%	16	7	2,4,5,6,9,13,18
6%	1	94%	15	10	1,3,7,10,11,12,15,16,20,21
12%	2	88%	14	5	8,14,17,19,22

ج. التجربة الاستطلاعية للمقياس (تجربة وضوح التعليمات والفقرات):

استهدفت التعرف على مدى وضوح فقرات المقياس من حيث الصياغة أو المعنى، ومدى فهم المبحوثين لبدائل الإجابة. ولتحقيق ذلك طبق المقياس إلكترونياً على عينة استطلاعية عشوائية بلغ عدد أفرادها (٥٠) من الملاكات الطبية

العاملين في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد-١٩، بواقع (٢٥) من الذكور و(٢٥) من الإناث، وطلب منهم إعطاء ملاحظاتهم عن وضوح الفقرات وصياغتها وطريقة الإجابة، و إذا ما كانت هناك فقرات غير مفهومة، ومن ذلك اتضح أن فقرات المقياس وتعليماته كانت واضحة للمجيب ولا حاجة الى تغيير أو تعديل أية فقرة من فقرات المقياس.

د. وصف المقياس:

صمم المقياس لقياس الدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد-١٩ في مركز محافظة القادسية، يتكون مقياس الدعم الاجتماعي المعد لتحليل الفقرات إحصائياً من (٢٢) فقرة، توزعت على اتجاهين رئيسين سلبي وإيجابي.

هـ. التحليل الإحصائي للفقرات

١) طريقة المجموعتين الطرفيتين Extreme Groups Method

لحساب القوة التمييزية لكل فقرة في مقياس الدعم الاجتماعي، تم سحب عينة عشوائية بالطريقة الطبقيّة ذات التوزيع التناسبي، وبلغت عينة التحليل (٤٠٠) فرداً من الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد-١٩، تم سحبها بصورة عشوائية من مجتمع الملاكات الطبية في مركز مدينة الديوانية. وبعد الانتهاء من تصحيح استمارات المفحوصين وحساب درجة كل استمارة (مستجيب) على الدعم الاجتماعي، تم ترتيب درجات الاستمارات من الأعلى الى الأدنى (تنازلياً)، وتم أخذ نسبة (٢٧%) من الاستمارات ذات الدرجات الأعلى لمقياس الدعم الاجتماعي وسميت بالمجموعة العليا وكانت (١٠٨ استمارة)، وتراوحت درجاتها بين (٧٦) إلى (١٠٨) درجة. وتم أخذ نسبة (٢٧%) من الاستمارات ذات الدرجات الأدنى وسميت بالمجموعة الدنيا وكانت ١٠٨ استمارة، وتراوحت درجاتها بين (٣١) إلى (٥٩) درجة.

وبعد أن تم استخراج الوسط الحسابي والتباين لكلا المجموعتين العليا والدنيا على مقياس الدعم الاجتماعي، تم بتطبيق الاختبار التائي (t . test) لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفروق بين أوساط المجموعتين، وذلك لأن القيمة التائية المحسوبة تمثل القوة التمييزية للفقرة بين المجموعتين (مايرز ، ١٩٩٠ ، ص ٣٠).

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

وعدت القيمة التائية المحسوبة مؤشراً لتمييز كل فقرة من خلال مقارنتها بالقيمة الجدولية والبالغة (١.٩٦) درجة، وبناءً على ذلك تبين أن جميع الفقرات دالة إحصائياً عند درجة حرية (٢١٤) ومستوى دلالة (٠.٠٥) وقيمة جدولية (١,٩٦)، وجدول (٦) يبين ذلك.

جدول (٦) القوة التمييزية لفقرات مقياس الدعم الاجتماعي باستعمال طريقة المجموعتين الطرفيتين

الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية المحسوبة	دلالة الفروق عند مستوى دلالة (٠.٠٥)
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
1	4.3981	.88539	2.9537	1.36296	9.236	دالة إحصائياً
2	3.8889	1.07940	2.1667	1.05459	11.860	دالة إحصائياً
3	3.7315	.98214	1.6944	.71641	17.414	دالة إحصائياً
4	3.1111	1.18663	1.6296	.66407	11.322	دالة إحصائياً
5	3.4815	1.02749	2.2500	1.08624	8.559	دالة إحصائياً
6	3.9630	.89574	2.0093	.92216	15.793	دالة إحصائياً
7	3.5093	1.21897	1.7315	.74390	12.937	دالة إحصائياً
8	4.0556	1.01238	2.5370	1.13916	10.355	دالة إحصائياً
9	3.6389	1.07180	1.9722	.82551	12.803	دالة إحصائياً
10	3.8148	1.18517	2.0741	.94428	11.938	دالة إحصائياً
11	4.2963	.80022	2.7130	1.14427	11.784	دالة إحصائياً
12	4.2685	.84948	2.6574	1.11206	11.965	دالة إحصائياً
13	4.3426	.73830	2.6667	.99532	14.054	دالة إحصائياً
14	2.8519	1.26650	1.6111	.73413	8.808	دالة إحصائياً
15	4.1944	.85880	2.6204	1.21300	11.007	دالة إحصائياً
16	4.2870	.89705	1.7407	.82451	21.718	دالة إحصائياً
17	3.2407	1.24458	1.7407	.90037	10.148	دالة إحصائياً
18	4.1019	.78466	3.2593	1.46849	5.259	دالة إحصائياً
19	3.8611	1.07180	2.2778	1.03068	11.066	دالة إحصائياً
20	4.2593	1.08834	2.4630	1.32852	10.870	دالة إحصائياً
21	3.6759	1.00307	2.0093	.94221	12.586	دالة إحصائياً

دالة إحصائية	10.550	1.15859	3.1481	.61873	4.4815	22
--------------	--------	---------	--------	--------	--------	----

٢) علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس (الاتساق الداخلي): لاستخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، فقد استعمل معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)، ل (٤٠٠) استمارة (مستجيب). وهي نفس الاستمارات التي استعملت في طريقة المجموعتين الطرفيتين، وتبين أن معاملات الارتباط جميعها لكل الفقرات ذات دلالة إحصائية حينما تم مقارنتها بقيمة معامل الارتباط الدرجة الحرجة البالغة (٠٠٠٩٨) درجة، ومستوى دلالة (٠٠٠٥) درجة، ودرجة حرية (٣٩٨) درجة، وجدول (٧) يوضح ذلك. جدول (٧) قيم معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس

الدعم الاجتماعي

الفقرة	قيمة معامل الارتباط	الفقرة	قيمة معامل الارتباط	الفقرة	قيمة معامل الارتباط
1	0.455	9	0.594	17	0.565
2	0.572	10	0.599	18	0.395
3	0.692	11	0.552	19	0.552
4	0.597	12	0.561	20	0.507
5	0.467	13	0.586	21	0.577
6	0.677	14	0.519	22	0.522
7	0.598	15	0.531		
8	0.548	16	0.655		

و. الخصائص القياسية (السيكومترية) لمقياس الدعم الاجتماعي:

١) مؤشرات الصدق Validity Indexes

هنالك عدة أساليب لقياس صدق الأداة، وقد استعملت مؤشرات عدة

للصدق وهي:

- الصدق الظاهري Face Validity

إن أحسن طريقة لحساب الصدق الظاهري، هي عرض فقرات المقياس قبل أن يطبق على مجموعة محكمين يتسمون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية الفقرات في قياس السمة المقاسة، والذي يجعل الباحث يطمئن إلى

آرائهم ويأخذ بالأحكام التي اتفق عليها أغلبهم أو بنسبة (٨٠%) أو أكثر (الكبيسي، ٢٠١٥، ٢٠١٠). وتحقق هذا الصدق في مقياس الدعم الاجتماعي، عن طريق عرض المقياس بصورته الأولية على مجموعة محكمين مختصين في ميدان علم النفس؛ لتقدير مدى صلاحية وملاءمة فقرات المقياس وتعليماته وبدائله، وكما ذكر سلفاً.

- صدق البناء Construct Validity

توافر هذا النوع من الصدق من خلال المؤشرات الآتية:

- أسلوب المجموعتين الطرفيتين.

- ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس.

(٢) مؤشرات الثبات Reliability Indexes

- طريقة معامل (ألفا كرونباخ) للاتساق الداخلي Alpha coefficient consistency
لاستخراج الثبات بطريقة الاتساق الداخلي للمقياس الحالي تم استخدام معامل الفا كرونباخ وبعد تطبيق المقياس على عينة من (٤٠٠) فرداً، كانت النتائج تشير الى أن معامل ألفا كرونباخ لمقياس الدعم الاجتماعي قد بلغ (٠,٨٩٦) درجة، وهو معامل ثبات عالي.

ز. وصف المقياس بصيغته النهائية وتصحيحه وحساب الدرجة الكلية:

تألف مقياس الدعم الاجتماعي بصورته النهائية من (٢٢) فقرة وقد تم تصحيح المقياس على وفق طريقة ليكرت في الإجابة عن بدائل مقياس الدعم الاجتماعي وهذه البدائل هي (تنطبق علي تماماً، تنطبق علي، تنطبق علي أحياناً، لا تنطبق علي، لا تنطبق علي ابداً) وتصحح هذه البدائل من (٥) إلى (١) درجة لل فقرات التي تشير إلى الدعم الاجتماعي، ويصبح التصحيح عكسياً لل فقرات التي لا تشير إلى الدعم الاجتماعي، وبذلك فإن المدى النظري لأعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب هي (١١٠) درجة، وأدنى درجة هي (٢٢) درجة، وبمتوسط فرضي قدره (٦٦) درجة.

١٠. التطبيق النهائي لأداتي البحث:

تم تطبيق أداتي البحث على عينة من الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩ البالغ حجمها (٤٠٠)، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية

الطبقية ذات التوزيع التناسبي، وبعد الانتهاء من التطبيق صححت الإجابات وحسبت الدرجات الكلية لكل منها، من أجل استخراج نتائج البحث.

١١. الوسائل الإحصائية:

لغرض التحقق من أهداف البحث، تم الاستعانة بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، لمعالجة البيانات إحصائياً باستعمال الوسائل الإحصائية الآتية:

أ. الاختبار التائي لعينة واحدة t . test one sample : للتعرف على دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي للخوف من الموت والدعم الاجتماعي .

ب. الاختبار التائي لعنتين مستقلتين t . test one samples : لاستخراج القوة التمييزية لفقرات مقياسي البحث بأسلوب المجموعتين الطرفيتين.

ج. معامل ارتباط بيرسون $\text{person correlation coefficient}$ ، لتحقيق الآتي:

أولاً. إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياسي البحث.

ثانياً. إيجاد العلاقة الارتباطية بين الخوف من الموت والدعم الاجتماعي.

د. معادلة ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي (Alpha Formula For Internal Consistency) لاستخراج الثبات لمقياسي الخوف من الموت والدعم الاجتماعي.

هـ. تحليل التباين الثنائي لتعرف الفروق في الخوف من الموت والدعم الاجتماعي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، سنوات الخدمة).

و. اختبار المقارنات المتعدد (شيفيه Sheffe)

أولاً. لاختبار التفاعل بين متغيري (الجنس - سنوات الخدمة) للخوف من الموت لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩.

ثانياً. لاختبار التفاعل بين متغيري (الجنس - سنوات الخدمة) للدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩.

ز. اختبار المقارنات المزدوجة لاختبار دلالة الفروق تبعاً لمتغير الجنس للخوف من الموت لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩.

ح. الالتواء والتفرطح والمتوسط والوسيط والمنوال والمدى والتباين والانحراف المعياري، لاستخراج الخصائص السايكومترية لمقياسي البحث.

١٢. عرض النتائج، تفسيرها ومناقشتها:

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

الهدف الاول: تعرف الخوف من الموت لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل
الصحي لمرضى كوفيد ١٩ في محافظة القادسية:

بلغ المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد عينة البحث الملاكات الطبية العاملة في مراكز
العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩ (٥٤.٥٠٥٠) درجة، وبلغ الانحراف المعياري (٩.٥٨٥٩١)
درجة، وعند حساب الفرق بين متوسط درجات العينة على مقياس الخوف من الموت
والمتوسط الفرضي للمقياس البالغ (٩٣) درجة من خلال استعمال الاختبار التائي لعينة
واحدة، وجد أن الفرق ذو دلالة إحصائية، حيث بلغت القيمة التائية المحسوبة (-
٨٠.٣١٦) درجة وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٦) درجة، عند
مستوى دلالة (٠,٠٥)، ودرجة حرية (٣٩٩)، وهذا يدل على وجود فرق دال إحصائياً بين
المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، وذلك يشير إلى أن الملاكات الطبية العاملة في
مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩ لديهم درجة منخفضة من الخوف من الموت
والجدول (٨) يبين ذلك.

جدول (٨) الاختبار التائي (t-test) لعينة واحدة لمقياس الخوف من الموت لدى

الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩

حجم العينة	الوسط الحسابي	الوسط الفرضي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	الدالة
400	54.5050	93	9.58591	-80.316	1.96	399	دالة

تفسير النتيجة:

تشير هذه النتيجة الى أن عينة البحث، ربما امتلكوا شعوراً عالياً بالقيمة
الشخصية وتقدير الذات، والتي اكتسبت من خلال المهنة الانسانية التي يمارسوها،
وبالتالي عملت بوصفها نتائج لقيم ثقافية تؤدي الدور الرئيس في إدارة مخاوف الموت،
فمن البديهي أن يرغب الناس بأن يشعروا بأنفسهم مخلوقات لها قيمة واعتبار مع
إحساس بالاستقرار، وهو مفهوم ينتهي الى مكونات تقدير الذات السلوكية، حيث يزد
تقدير الذات الفرد بواقى ضد الخوف المرتبط بالموت، مما يتفق مع ما طرحت نظرية
إدارة الارهاب. وفي السياق ذاته ترى نظرية Nia&Others,2016 أن مواجهة الموت يتأثر
بالتجارب الشخصية والمعتقدات الاجتماعية والثقافية، وترتبط عملية المواجهة

بمتغيرات من مثل العمر وسلامة الأنا والتدين وتأثيرات وسائل الإعلام (Nia&Others,2016)، ولعل ذلك ما يفسر انخفاض مستوى أودرجة الخوف من الموت. الهدف الثاني: تعرف دلالة الفرق الاحصائي في الخوف من الموت على وفق متغير الجنس (ذكور- اناث) وسنوات الخدمة (١-١٥)، (١٦-٣٠)، لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل لمرضى كوفيد١٩:

ولتحقيق هذا الهدف تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في مقياس الخوف من الموت تبعاً لمتغير الجنس وعدد سنوات الخدمة كما موضح في جدول (٩).

جدول (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في مقياس الخوف من الموت تبعاً لمتغير الجنس وعدد سنوات الخدمة.

العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	سنوات الخدمة	الجنس
151	9.92038	54.6556	خدمة(١٥-١)سنة	ذكور
55	10.61978	52.1273	خدمة(٣٠-١٦)سنة	
206	10.14767	53.9806	الكلية	
149	9.10617	54.5705	خدمة(١٥-١)سنة	إناث
45	8.27049	56.6889	خدمة(٣٠-١٦)سنة	
194	8.94348	55.0619	الكلية	
300	9.50887	54.6133	خدمة(١٥-١)سنة	ذكور و إناث
100	9.85489	54.1800	خدمة(٣٠-١٦)سنة	
400	9.58591	54.5050	الكلية	

ولأجل تعرف دلالة الفروق بين متوسطات درجات الملاكات الطبية العاملين في مراكز العزل لمرضى كوفيد١٩ في الخوف من الموت على وفق متغيري الجنس (ذكور واناث) وعدد سنوات الخدمة (١٥-١ سنة) و(٣٠-١٦ سنة) تم استخدام تحليل التباين الثنائي (Tow Way ANOVA) على وفق مستوى دلالة احصائية (٠,٠٥)، و جدول (١٠) يبين ذلك.

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

جدول (١٠) نتائج تحليل التباين الثنائي للفروق في درجات المستجيبين على مقياس
الخوف من الموت على وفق متغيري الجنس وعدد سنوات الخدمة.

مستوى الدلالة (٠,٠٥)	القيمة الفائية		تقدير التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
	الجدولية	المحسوبة				
دالة احصائيا	3.86	4.087	372.896	1	372.896	الجنس
غير دالة	3.86	0.034	3.127	1	3.127	سنوات الخدمة
دالة احصائيا	3.86	4.403	401.811	1	401.811	وسنوات الجنس الخدمة
			91.248	396	36134.356	الخطأ
				399	36663.990	الكللي المصحح

عند درجة حرية (١: ٣٩٩) وقيمة فائية جدولية (٣.٨٦) ودرجة حرية (١: ٣٩٩) وقيمة فائية جدولية (٣.٨٦) ومستوى دلالة (٠,٠٥). يتبين من الجدول الآتي

١. بلغت القيمة الفائية المحسوبة لمتغير الجنس (٤.٠٨٧) درجة وهي أكبر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (٣.٨٦) درجة مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية.
٢. بلغت القيمة الفائية المحسوبة لمتغير سنوات الخدمة (٤.٠٣٤) درجة وهي أصغر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (٣.٨٦) درجة مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية.
٣. بلغت القيمة الفائية المحسوبة لتفاعل متغير الجنس وسنوات الخدمة (٤.٤٠٣) درجة وهي أكبر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (٣.٨٦) درجة مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

وللتعرف على دلالة الفروق في درجات أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس تم استعمال اختبار المقارنات المزدوجة الذي أشار إلى أن الفرق في الجنس دال لصالح الاناث كما في جدول (١١).

جدول (١١) المقارنات المزدوجة للمتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في مقياس الخوف من الموت تبعاً لمتغير الجنس.

مستوى الدلالة (٠,٠٥)	الخطأ المعياري للفروق	متوسط الفروق	الخطأ المعياري الحسابي	المتوسط الحسابي	الجنس
دال إحصائياً	1.107	2.238	0.752	53.391	ذكور
			0.812	55.630	إناث

وللتعرف على دلالة الفروق في درجات أفراد العينة في تفاعل متغير الجنس وسنوات الخدمة تم استعمال اختبار المقارنات المتعددة (شيفيه) الذي أشار إلى أن الفروق في التفاعل غير دالة إحصائياً كمل في جدول (١٢)

جدول (١٢) اختبار المقارنات المتعدد (شيفيه) لدرجات أفراد العينة في الخوف من الموت للتفاعل بين متغير الجنس وسنوات الخدمة

مستوى الدلالة (٠,٠٥)	الخطأ المعياري للفروق	الفرق في المتوسطات	الجنس - سنوات الخدمة	الجنس - سنوات الخدمة
غير دال	1.50445	2.5284	ذكور خدمة (٢٠-١٦) سنة	ذكور خدمة (١٥-١)
غير دال	1.10304	0.0852	إناث خدمة (١٥-١) سنة	
غير دال	1.62235	-2.0333	إناث خدمة (٢٠-١٦) سنة	
غير دال	1.50714	-2.4432	إناث خدمة (١٥-١) سنة	ذكور خدمة (٢٠-١٦)
غير دال	1.92010	-4.5616	إناث خدمة (٢٠-١٦) سنة	
غير دال	1.62485	-2.1184	إناث خدمة (٢٠-١٦) سنة	إناث خدمة (١٥-١)

أ. توجد فروق تبعاً لمتغير الجنس (ذكور- إناث) لصالح الإناث.

لعل تفسير هذه النتيجة يرجع إلى أن الإناث أكثر تأثراً وعرضة للاضطراب العاطفي والنفسي، مقارنة بالذكور الذين تغلب عليهم العقلانية، لذا يكون الذكور أكثر تقبلاً لفكرة الموت، ولا يفوتنا أن ننوه إلى الدور الفطري والاجتماعي للمرأة المتمثلة في الامومة ورعاية الأسرة الذي قد يسهم في زيادة الخوف المرتبط بالموت.

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

ب. لا توجد فروق تبعاً لمتغير سنوات الخدمة (١-١٥) سنة، (١٦-٣٠) سنة. ويمكن تفسير هذه النتيجة باتجاهاً جائحة كوفيد ١٩ حالة غير اعتيادية وجديدة تعيشها عينة البحث باختلاف سنوات الخدمة لكل منها، حيث أن الجميع يعيشون ذات الوضع الاستثنائي ويخوضون ذات الصعوبات الجديدة، وبناءً على ذلك وعلى حسب ما تقترحه نظرية الخوف من الموت فإن الوعي المتزايد بفكرة الموت لدى عينة البحث يدفعهم إلى تنشيط الدفاعات القريبة، لقمع مثل هذه الأفكار، مثل الانخراط في سلوك أكثر صحة، لضمان حياة أطول، باتباع اجراءات الوقاية.

الهدف الثالث: تعرف الدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩ في مركز مدينة الديوانية:

بعد تطبيق مقياس الدعم الاجتماعي على العينة البالغة (٤٠٠) فرداً من الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩، بلغ المتوسط الحسابي (٦٧.٤٧٢٥) درجة، والانحراف المعياري (١٤.٥٢٩٨٧) درجة، وعند حساب الفروق بين متوسط درجات عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي والمتوسط الفرضي للمقياس نفسه والبالغ (٦٦) درجة، من خلال استعمال الاختبار التائي لعينة واحدة (One sample t-test)، اتضح أن الفرق دال إحصائياً، إذ وجد أن القيمة التائية المحسوبة البالغة (٢٠.٢٧) درجة أكبر من قيمة ت الجدولية والبالغة (١,٩٦) درجة، وعند مستوى دلالة (٠,٠٥)، ودرجة حرية (٣٩٩)، وهذا يعني وجود فرق دال إحصائياً، وتشير هذه النتيجة أن الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩، لديهم درجة عالية من الدعم الاجتماعي، وجدول (١٣) يوضح ذلك.

جدول (١٣) الاختبار التائي (t-test) لعينة واحدة لمقياس الدعم الاجتماعي لدى

الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩

حجم العينة	الوسط الحسابي	الوسط الفرضي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	الدلالة
400	67.4725	66	14.52987	2.027	1.96	399	دالة

ويمكن تفسير هذه النتيجة على وفق أنموذج الأثر الواقعي من الضغط المعتمد في البحث الحالي، على أن مدى إدراك عينة البحث للدعم الاجتماعي المقدم من المحيطين بهم، يعتمد بشكل كبير على كونهم محاطين بظروف حياتية ضاغطة (المتثلة بجائحة كوفيد19)، حينها يكون للدعم الاجتماعي تأثير أكبر لديهم، إذ مما لا شك فيه أن الدعم الاجتماعي يشكّل أحد الأدوات الحيوية لعملية إدارة الضغوط، أي أنه عبارة عن آلية لتخفيف الضغوط أو مفتحها. وهذا يفسر القيمة العلاجية أو الوقائية للعلاقات الاجتماعية القوية والحميمة. وهذا ما أشارت إليه دراسة Ruis-Fernandez & Others, 2021 التي وجدت أن الدعم الاجتماعي المدرك يرتبط بالأبعاد المدركة لجودة الحياة المهنية، وله التأثير الكبير في تجنب إرهاق العمل. (Ruis-Fernandez & Others, 2021)

الهدف الرابع: تعرف الفرق الاحصائي في الدعم الاجتماعي على وفق متغير الجنس (ذكور-إناث) وسنوات الخدمة (١٥-١)، (١٦-٣٠)، لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد19:

ولتحقيق هذا الهدف تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في مقياس الدعم الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس وسنوات الخدمة كما موضح في جدول (١٤).

جدول (١٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة لمقياس الدعم الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس وعدد سنوات الخدمة.

العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	سنوات الخدمة	الجنس
151	13.84476	66.4702	خدمة(١٥-١)سنة	ذكور
55	16.19750	69.7818	خدمة(٣٠-١٦)سنة	
206	14.54365	67.3544	الكلية	
149	14.66183	67.8456	خدمة(١٥-١)سنة	إناث
45	14.31288	66.7778	خدمة(٣٠-١٦)سنة	
194	14.55179	67.5979	الكلية	ذكور و إناث
300	14.24921	67.1533	خدمة(١٥-١)سنة	
100	15.37560	68.4300	خدمة(٣٠-١٦)سنة	

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

400	14.52987	67.4725	الكلية
-----	----------	---------	--------

ولتعرف دلالة فروق الدرجات لأفراد العينة في مقياس الدعم الاجتماعي تبعاً لمتغيرات الجنس وسنوات الخدمة والتفاعل بينها تم استعمال تحليل التباين الثنائي، وكانت النتائج كما هو موضح في جدول (١٥).

جدول (١٥) الفروق في الدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩ على وفق متغيري الجنس وعدد سنوات الخدمة.

مستوى الدلالة (0.05)	القيمة الفائية		تقدير التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
	الجدولية	المحسوبة				
غير دال	3.86	0.233	49.357	1	49.357	الجنس
غير دال	3.86	0.443	93.685	1	93.685	سنوات الخدمة
غير دال	3.86	1.688	356.914	1	356.914	سنوات X الجنس الخدمة
			211.485	396	83748.225	الخطأ
				399	84235.698	الكلية المصحح

عند درجة حرية (١: ٣٩٩) وقيمة فائية جدولية (٣.٨٦) ودرجة حرية (١: ٣٩٩) وقيمة فائية جدولية (٣.٨٦) ومستوى دلالة (٠.٠٥). يتبين من الجدول الآتي

١. بلغت القيمة الفائية المحسوبة لمتغير الجنس (٠.٢٣٣) درجة وهي أصغر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (٣.٨٦) درجة مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

٢. بلغت القيمة الفائية المحسوبة لمتغير سنوات الخدمة (٠.٤٤٣) درجة وهي أصغر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (٣.٨٦) درجة مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

٣. بلغت القيمة الفائية المحسوبة لتفاعل متغير الجنس وسنوات الخدمة (١.٦٨٨) درجة وهي أصغر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (٣.٨٦) درجة مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

أ. لا توجد فروق تبعاً لمتغير الجنس (ذكور- إناث).

ولعل هذه النتيجة تعود الى أن الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد١٩ من كلا الجنسين (ذكور-إناث)، قد تعرضت الى ذات الظروف الضاغطة المتمثلة بوباء كوفيد١٩، لذا فإن إدراك تأثير الدعم الاجتماعي متمثلاً لدى كلا الجنسين، وهذا يتفق مع ما يقترحه انموذج الأثر الوافي من الضغط.

ب. لا توجد فروق تبعاً لمتغير سنوات الخدمة (١-١٥) سنة، (١٦-٣٠) سنة.

قد يكون للدعم الاجتماعي أثراً كبيراً في تقليل تقدير الضغط من خلال تقديم حل للموقف الضاغط ، وذلك بالتهوين أو التخفيف من الأهمية التي تدركها الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل لهذا الموقف بصرف النظر عن عدد سنوات العمل في المهنة الطبية، حيث يكون هناك كبح للهرمونات العصبية بحيث يصبحون أقل استجابة للضغوط المدركة، وبالتالي فإن العلاقات الاجتماعية القوية تعزز سلوكيات إيجابية أو استجابات عصبية غدية مناسبة والتي تحافظ بدورها على انشطة الجسم الفسيولوجية في وجه الضغوط والمخاطر الصحية الأخرى التي تهدد عافيتهم وصحتهم.

الهدف الخامس: العلاقة الارتباطية بين الخوف من الموت والدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل لمرضى كوفيد١٩ في مركز مدينة الديوانية.

بلغ معامل الارتباط بين الخوف من الموت والدعم الاجتماعي (٠.٤٥)، ويشير معامل الارتباط الى أن العلاقة الارتباطية بين الخوف من الموت والدعم الاجتماعي، هي علاقة عكسية، وعند مقارنة قيمة معامل الارتباط بالقيمة الحرجة لمعامل الارتباط البالغة (٠.٠٩٨) تبين أن قيمة معامل الارتباط أكبر من القيمة الحرجة لمعامل الارتباط، وهذا يدل على أن معامل الارتباط ذو دلالة احصائية، والجدول (١٦) يوضح ذلك.

جدول (١٦) قيمة معامل الارتباط بين الخوف من الموت والدعم الاجتماعي والدلالة

الاحصائية لمعامل الارتباط.

الخوف من الموت وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي
لمرضى كوفيد ١٩

المتغيرات	قيمة معامل الارتباط	القيمة الحرجة لمعامل الارتباط	مستوى الدلالة (0.05)
الدعم الاجتماعي والخوف من الموت	-0.45	0.098	دال إحصائياً

ومن النتيجة يتبين أنه كلما كان الأفراد يحظون بدرجة جيدة من الدعم الاجتماعي فإن مستوى الخوف من الموت يتراجع، وبالاستناد الى الفرضيات التي طرحتها نظرية إدارة الارهاب وأنموذج الأثر الواقي من الضغط واللدان تم تبنيهما في البحث الحالي، يتبين أنه نتيجة للضغط الهائل الذي تمر به الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي لمرضى كوفيد ١٩، فقد كان تأثير الدعم الاجتماعياً أكثر قوة وفعالية لديهم وأن إدراكهم بأن الآخرين يمكنهم أن يقدموا لهم الدعم والإمكانات اللازمة قد عزز من شعورهم بتقدير ذواتهم وعملهم الانساني، وكان بمثابة تأكيد على ما يحظون به من أهمية شخصية وفردية تعزز من صورهم عن ذواتهم، من خلال تعظيم الدور الذي يقومون به، محاولين أن يؤكدوا لأنفسهم وللموت أن هناك دوراً مهماً يفعلوه في هذه الحياة، وكأنها وسيلتهم "بأقناع الموت" باستثنائهم لانهم مهمون لهذه الحياة وهذا بدوره كان بمثابة عامل وقائي عازل للخوف من الموت. وهذا ما ذهب اليه نتائج دراسة Brady M.,2015 التي وجدت أن هنالك تدخلات اجتماعية يمكن لها أن تمنع الآثار المنهكة لقلق الموت والخوف منه، لتحسين الصحة النفسية للموظفين وتحسين الرعاية التي يقدمونها للمرضى بشكل منطقي وعملي (Brady,2015)، فضلاً عن نتائج دراسة Gonen&Others,2012 التي وجدت أن توافر الأفراد على علاقات حميمة مع الأهل والأصدقاء تؤدي دوراً مهماً في التخفيف من توترات الخوف من الموت (Gonen&Others,2012).

كذلك فقد أظهرت دراسة Bibi & Khalid,2020 إلى أن الدعم الاجتماعي يساعد في الحد من الخوف من الموت والقلق منه (Bibi & Khalid, 2020)، فضلاً عن دراسة Zhao& Others,2022 التي وجدت هنالك ارتباط سلبي عالي بين الدعم الاجتماعي والقلق (Zhao& Others,2022).

١٢. التوصيات والمقترحات:

بناءً على ما توصل اليه البحث الحالي من نتائج، يمكن إجمال التوصيات والمقترحات بالآتي:

- زيادة الدعم والمساندة، والحرص على توفير معدّات الحماية الشخصية المناسبة لفئة الملاكات الطبية في المجتمع، حيث تبقى هي الفئة الأساسية المشاركة في مواجهة أي من الطوارئ التي يمكن أن تدهم المجتمع.
- ضرورة أن تتولى وسائل الاعلام إدامة استراتيجية تكوين قيم واتجاهات إيجابية نحو الملاكات الطبية العاملة في مراكز العزل الصحي للمرضى.
- يمكن تدريب فريق من المتخصصين في الرعاية الصحية والمرضات بشكل مناسب لمواجهة مثل هذه التحديات وغيرها.
- إجراء دراسات لبناء برامج إرشادية وتدريبية لزيادة الشعور بالمساندة الاجتماعية، والتخفيف من توترات الخوف من الموت لدى الملاكات الطبية المتصدية للعمل في مراكز العزل الصحية.
- إجراء دراسات تستهدف تعرّف العلاقة بين الخوف من الموت ومتغيرات أخرى مقترنة، لدى العاملين في الميدان الصحي عموماً، مثل (الصلابة النفسية، والاكتئاب، وتقدير الذات، وجودة الحياة، وتحيزات الإدراك المتأخر).

المصادر:

المصادر العربية:

- _ الشاذلي، عبد الحميد محمد، (٢٠٠١). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط٢، المكتبة الجامعة، الاسكندرية، مصر.
- _ الشناوي محروس محمد، عبد الرحمن السيد محمد، (١٩٩٤). المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- _ خميسة، قنون، (٢٠٠٧): الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية الاداب، جامعة محمد خيضر.

- طشطوش، رامي عبد الله، (٢٠١٥). الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، المجلة الاردنية في العلوم التربوية، م ١١ ع ٤، الاردن.
- علام، صلاح الدين محمود، (١٩٨٦). تطورات معاصرة في القياس النفسي والتربوي، مطابع القبس التجارية، الكويت.
- غربي، عبد الناصر (٢٠١٨). الصلابة النفسية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المكفوفين والمسنين المبصرين، مجلة الباحث في العلوم النفسية والاجتماعية، ٣٥ع، الجزائر.
- يخلف، عثمان، (٢٠٠١). علم نفس الصحة الاسس النفسية والسلوكية للصحة، ط ١، دار الثقافة للطباعة والنشر.

ثانيا: المراجع الاجنبية

- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). **Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers.** Plos one, 16(3), e0247679.
- Becker, E. (1973). **The denial of death**, New York (The Free Press) 1973.
- Brady M. ((٢٠١٥). **Death anxiety among emergency care workers.** *Emerg Nurse.* ; 23:32-7.
- Bibi,Akhtar,& Khalid,Muhammad Adnan,(2020) **Death anxiety**, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan, *Death Stud*,44(12):787-792.
- British Medical Association. (2020). **The mental health and wellbeing of the medical workforce–now and beyond COVID-19.**
- Chirico, F., & Magnavita, N. (2020). **The crucial role of occupational health surveillance for health-care workers during the COVID-19 pandemic.**
- Çelik,ipek & Sena Karakebelioğlu, Berna Güloğlu (2022). **The relationship between anxiety and perceived social Support**

- during the initial stage of the COVID-19 outbreak, *J Psychiatric Nurs*, 13(2):115-124.
- Cohen, S., Sherrod, D. R., & Clark, M. S. (1986). **Social skills and the stress-protective role of social support.** *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 963.
- Davidson, P., & Jackson, C. (1985). **The nurse as a survivor: Delayed post-traumatic stress reaction and cumulative trauma in nursing.** *International journal of nursing studies*, 22(1), 1-13.
- Di Gennaro, F., Pizzol, D., Marotta, C., Antunes, M., Racalbutto, V., Veronese, N., & Smith, L. (2020). **Coronavirus diseases (COVID-19) status and future perspectives: a narrative review.** *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2690.
- Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *J Psychosoc Oncol*. 2012; 30:347–58.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). **Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements.** In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 29, pp. 61-139). Academic Press.
- Greenberg, J., & Arndt, J. (2012). **Terror management theory.** In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 398–415). Sage Publications Ltd.
- Hoelter, J. W., & Hoelter, J. A. (1981). **On the interrelationships among exposure to death and dying, fear of death, and anxiety.** *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 11(3), 241-254.
- Khawar, M., Aslam, N., & Aamir, S. (2013). **Perceived social support and death anxiety among patients with chronic diseases.** *Pakistan journal of medical research*, 52(3).
- Mostafa, A., Sabry, W., & Mostafa, N. S. (2020). **COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers.** *PloS one*, 15(12), e0244172.

-
- Newton-John, T., Chambers, S., Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). **Psychological distress and COVID-19: estimations of threat and the relationship with death anxiety.** Under review.
 - Nia, Hamid Sherif (2016). **Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article,** *Int J Community Based Nurs Midwifery* Jan; 4(1): 2–10.
 - Ronald J. (2018): **Death Anxiety.** *American Journal of Psychotherapy*, 42(2), p. 332.
 - Ruis-Fernandez, Maria Dolares & Others (2021). **Perceived health, perceived social support and professional quality of life in hospital emergency nurses,** *International Emergency Nursing*, Volume 59.
 - Sirin SR, Gupta T, Ryce P, Katsiaficas D, Suárez-Orozco C, Rogers-Sirin L. Understanding the role of social support in trajectories of mental health symptoms for immigrant adolescents. *J Appl Dev Psychol.* (2013) 34:199–207.
 - Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., & Chan, Y. H. (2017). **Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer.** *Cancer nursing*, 40(1), E1-E10.
 - World Health Organization Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19–11 March 2020.
 - World Health Organization, 2020. Statement on the Second Meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the Outbreak of Novel Coronavirus (2019-nCoV). Published January 30.
 - Zhao, Guojun & Others (2022). **The relationship between perceived social support with anxiety, depression, and insomnia among Chinese college students during the COVID-19 pandemic: The mediating role of self-control,** *Front Psychiatry.* 13: 994376.