

Post-Stroke Death Anxiety of a Sample of Stroke Patients at Bethlehem Arab Society for Rehabilitation and Surgery

Mirna Mario Kharoufeh*¹, Ola Ali Hussein²

Social Work Department || Bethlehem arb society for medical and rehabilitation || Palestine¹

Faculty of Educational Sciences || Al- Quds University || Palestine²

Received:

20/06/2022

Revised:

15/07/2022

Accepted:

26/09/2022

Published:

30/01/2023

* Corresponding author:

myrnak@hotmail.com

Citation: Kharoufeh, M.

M; Hussein, O. A. (2023).

Anxiety after stroke

among a sample of

patients with stroke in the

Bethlehem Arab Society

for Rehabilitation and

Surgery. Journal of

Educational and

Psychological Sciences,

7(1), 63–81.

<https://doi.org/10.26389/AJSRP.N200622>

2023 © AJSRP • National

Research Center, Palestine,

all rights reserved.

• Open access



This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC) license

Abstract: This study aimed to identify the level of post-stroke death anxiety of a sample of stroke patients, and the differences in their level of death anxiety according to the study variables (gender, age, educational level, stroke re-currency, and the presence of relatives who died with stroke). To achieve the objectives of the study, the analytical descriptive approach was used, applying the death anxiety scale consisting of (24) paragraphs on an available sample of (50) individuals in all departments of Bethlehem Arab society for Rehabilitation. The results of the study showed that the death anxiety level among the sample was moderate. The results also indicated that there were no statistically significant differences at the significance level ($\alpha \leq 0.05$) in the level of death anxiety after stroke among the stroke sufferers, attributable to the study variables (sex, age, educational level, stroke recurrence and the presence of relatives who died of stroke). In light of these results, the study recommended the design of specialized counseling and treatment programs to reduce the degree of post-stroke death anxiety among patients at Bethlehem Arab Society for Rehabilitation, to enable patients to learn mechanisms for dealing with psychological and physical symptoms.

Keywords: Post-Stroke, Death anxiety, Bethlehem Arab Society for Rehabilitation and Surgery.

قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة

ميرنا ماريو خاروفة*¹، علا علي حسين²

قسم الخدمات الاجتماعية || جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة || فلسطين¹

كلية العلوم التربوية || جامعة القدس || فلسطين²

المخلص: هدفت هذه الدراسة التعرف إلى مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة الدماغية، والكشف عن الفروق في مستوى قلق الموت لديهم تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، تكرار الإصابة، ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية). ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وذلك بتطبيق مقياس قلق الموت المكون من (24) فقرة على عينة متبصرة قوامها (50) فرد المتواجدين في جميع اقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة. وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت لدى أفراد الدراسة جاء بدرجة متوسطة. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى المصابين بالجلطة تعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، تكرار الجلطة ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية). وفي ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بتصميم برامج إرشادية وعلاجية متخصصة لخفض درجة قلق الموت لدى المرضى ما بعد الجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل، وذلك لتمكين المريض من تعلم آليات التعامل مع الأعراض النفسية والجسدية.

الكلمات المفتاحية: قلق الموت، الجلطة الدماغية، جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة.

المقدمة.

يعتبر الدماغ البشري الأكثر تطوراً بين أدمغة الكائنات الحية، بما يملكه من وظائف عقلية تمكن الإنسان من القيام بوظائف حركية، حسية، حاسية وإدراكية تتدرج من البسيط إلى الأكثر تعقيداً (أبو حامد، 2009). الجلطة الدماغية تحدث حين يتعرض جزء من الدماغ لضرر نتيجة نقص تدفق الدم إليه أو تمزق وعاء دموي، أي حدوث نزيف في الدماغ (ليندلي، 2014). وقد أظهرت آخر الإحصائيات التي نشرتها "Stroke Association" في شباط، 2018 في المملكة المتحدة، بأنه يُسجل حوالي (100.000) إصابة بجلطة دماغية في كل عام، أي ما يعادل إصابة كل خمسة دقائق. أما على مستوى دولة فلسطين فإن تقرير وزارة الصحة الفلسطينية للعام 2017 والذي قامت بنشره على موقعها الإلكتروني في شهر تموز، 2018 أظهر بأن الجلطات الدماغية شكلت المسبب الثالث للوفيات في فلسطين، وقد بلغت نسبة الوفاة بسبب الجلطة الدماغية (11.4%) من مجمل العدد الكلي للوفيات والذي بلغ (11.578) حالة مُبلغ عنها.

وأيضاً بحسب نفس الدراسة التي نشرتها "Stroke Association" على موقعها الإلكتروني في المملكة المتحدة في 2018، فإن كل إنسان يتعرض لجلطة دماغية يختبر هذه الجلطة بطريقة تختلف عن غيره، ولكن بالنسبة لمعظم الناس فهي تعني بالنسبة إليهم خسارة للحياة التي كانوا يعيشونها بالسابق. أن الشعور بالصدمة، الإنكار، الغضب، الحزن والذنب هي مشاعر طبيعية للحدث المدمر والغير طبيعي الذي تعرض له المريض، والتعامل مع هذه المشاعر يمكن أن يكون أمر صعب ويختلف من شخص إلى آخر، ولكن ما يزيد من صعوبة تعامل الإنسان مع هذه المشاعر هو عدم إدراك الأشخاص المحيطين به بأنه يختبر هذه المشاعر الصعبة والمتداخلة. فالمريض تختلط عليه المشاعر فيشعر بالإحباط والغضب كرد فعل على هذا التغير السريع الذي حصل بحياته وقلب نظام حياته وروتينه ودمر مخططاته، ويصاحب كل هذا أحياناً صعوبة لدى المرضى ما بعد الجلطة الدماغية في التحكم بمزاجهم ومشاعرهم فقد يُظهر الشخص تغير سريع مفاجئ بالمزاج وأحيان كثيرة يكون من دون سبب واضح. وبعض الأشخاص يحاولون إنكار وجود هذه المشاعر ويحاولون الظهور بصورة الأقوياء، ولكن عدم وعي وإدراك هذه المشاعر التي يمر بها الشخص وعدم محاولته لإيجاد طرق للتعامل معها يجعل هذه المشاعر ساحقة وضاغطة عليه وقد تؤدي إلى ظهور أعراض القلق أو الاكتئاب.

إذ أظهرت دراسة International Journal of Stroke (2015) أظهرت أن ثلثي الناجين من الجلطة الدماغية يعانون من أعراض القلق، وكما بينت الدراسة بأن بعض الحالات استمرت لديهم أعراض قلق مدة عشر سنوات بعد التعرض للجلطة الدماغية. وعلى الرغم من أن البشر مثل باقي المخلوقات يختبرون الولادة، المرض، الشباب، النضج، الشيخوخة فالموت، يبقى الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يعرف بانه سوف يموت يوماً ولكن يسعى دائماً لأخذ بعض التدابير لحماية نفسه من هذا التدمير أو النهاية رغم معرفته بان الموت أمر حتمي (Elias, 2001). وبالرجوع إلى تاريخ البشرية، فإن حقيقة الموت والمحدودات البشرية طالما كانت مصدر قلق قوي وإثارة للصدمة، والتي أصبحت واحدة من أكثر السمات الغير سارة في التاريخ البشري وتجعل الإنسان يقف عاجز أمام الموت والمستقبل (Feifel, 1990).

وعلى الرغم من أن الموت هو واقع بيولوجي ونفسي والإحساس بالموت وعملية الموت هي راسخة ومتأصلة في التنشئة الاجتماعية للفرد، ولكن لأن التفكير في الموت هو أمر مروع، فإن أكثرية الناس يفضلون عدم التفكير فيه (عبد الخالق، 2002). ويعرف هولنز "Holnes" قلق الموت بانه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور، والانشغال المعتمد على تأمل وتوقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت (عبد الخالق، 1987). وتعرفه (شقيير، 2003)، بأنه حالة من الخوف الغامض المهم اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت.

بناء على ما تقدم فيمكن الاستنتاج بأنه نتيجة الجلطة الدماغية يحصل ضمور بخلايا الدماغ، وهذا يسبب عجز في وظيفة عصبية أو أكثر قد تكون حركية أو حسية أو حاسية أو إدراكية، وأيضاً فإن معظم الناس ما بعد الجلطات الدماغية يختبرون تجربة تغير في جانب من الجوانب العاطفية لديهم، حيث أن الجلطة الدماغية هي حدث مفاجئ وصادم يؤثر على جميع جوانب حياة الشخص نفسه وأفراد أسرته ومن يتعامل معه، وقد يختبر المصاب بالجلطة أكثر من نوع قلق

في نفس الوقت، ولكن هذه الدراسة ستركز على دراسة موضوع "القلق من الموت" الذي قد يعبر عنه المريض ما بعد الجلطة الدماغية بشكل مباشر وصريح أو قد لا يصح عنه.

مشكلة الدراسة:

شعرت إحدى الباحثين بمشكلة الدراسة من خلال ملاحظاتها الشخصية والمهنية أثناء عملها كأخصائية نفسية اجتماعية تعيش بشكل شبه يومي حالات مختلفة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية وترصد معاناة ذويهم، وأيضاً بعد الاطلاع على الأدبيات المتعلقة بموضوع قلق الموت، فإن هنالك العديد من الدراسات العربية والاجنبية التي تناولت الموضوع بتوسع ولكن على حد علم الباحثان لا توجد دراسات تطرقت للحديث عن قلق الموت ما بعد تعرض المرضى لجلطة دماغية. ومع ذلك، يمكن الإشارة إلى دراسة سيلفا وآخرون (Silva, et al., 2016) التي حاولت تفسير وفهم تجربة ثمانية ناجين ما بعد تعرضهم لجلطة دماغية، من خلال استخدام البحث النوعي وعمل مقابلات شبه منظمة لثلاث رجال وخمس نساء، وتبين من خلال الدراسة بأن تجربة الجلطة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل الخوف من الموت والعجز وفقدان الاستقلالية وعدم القدرة على العمل.

وتبقى الجلطة الدماغية عبارة عن حدث صادم للشخص ولأفراد أسرته، وكنتيجة له تتأثر جميع جوانب حياة الشخص ومن يعيش معه، وهذا الحدث قد يجعل المريض يختبر أكثر من نوع قلق في نفس الوقت، ولكن في هذه الدراسة تم التركيز على موضوع "قلق الموت" الذي قد يختبره المريض ما بعد الجلطة بشكل مباشر ويعبر عنه بشكل صريح أو قد لا يصح عنه.

أسئلة الدراسة:

- 1- ما مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة؟
- 2- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى قلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، المستوى العلمي، تكرار الإصابة، وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية)؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. معرفة مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة.
2. التحقق من وجود فروق بين متوسطات مستوى قلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، المستوى العلمي، تكرار الإصابة، وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في:

● الأهمية النظرية:

- وضع تصور نظري مبني على أسس علمية لموضوع قلق الموت الذي أصبح يلزم كل فئة عمرية في عصرنا الحالي.
- تسليط الضوء على دراسة عينة مرضى ما بعد الجلطة الدماغية وهي عينة لم يسبق أن تم دراستها في فلسطين أو أي دولة عربية بالسابق بحدود علم الباحثة، وأهمية القيام بدراسات أخرى لتشمل هذه العينة.

- المساهمة في الإضافة إلى الأدب النفسي والتربوي الخاص بقلق الموت لفئة المرضى ما بعد الجلطة الدماغية، بما قد تقدمه هذه الدراسة من نتائج وتوصيات.

• الأهمية التطبيقية:

- تفيد نتائج الدراسة الاخصائيين النفسيين والاجتماعيين في التخطيط في البرامج النفسية والاجتماعية الداعمة لأفراد عينة الدراسة.
- التشجيع على عقد الندوات النفسية والطبية لمناقشة الأعراض الجسدية والنفسية المصاحبة للجلطة الدماغية، والسبل التي تساعد على الحد من هذه الآثار والتي تدعم المرضى وتساعدهم على الاستمرار بالرغم من الآثار الناتجة عن التعرض لجلطة دماغية.
- التأكيد على أهمية إعداد برامج إرشادية وعلاجية للمرضى ما بعد التعرض لجلطة دماغية، وذلك لمساعدتهم على الاستفادة من مصادر القوة في شخصيتهم وتوظيفها لرفع كفاءتهم في مواجهة الأزمة التي يمرون بها نتيجة التعرض للجلطة الدماغية وصولاً إلى التقبل والتأقلم والتكيف مع أعراض الاعاققة التي تنتج عن الإصابة.

حدود الدراسة:

تم تطبيق هذه الدراسة على عينة من مرضى ما بعد الجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل في محافظة بيت لحم خلال الفصل الدراسي 2018/2019.

2- الإطار النظري والدراسات السابقة.

أولاً- الإطار النظري:

مفهوم قلق الموت:

تختلف ردود فعلنا كبشر اتجاه الموت، حيث أن موت البشر هي قضية ملحة تسيطر على فكر الإنسان منذ مرحلة الطفولة، ويحاول بكل الطرق الدفاعية أن يحارب الموت، حيث تؤثر فكرة الرفض للموت بشكل كبير على جوانب التكيف للإنسان من نواحي عاطفية ونفسية، وبالنهاية فإن على الإنسان أن يتقبل الموت وأيضاً وجود الموت كجزء لا مفر منه في الحياة (Langs, 1997).

• تعريفات قلق الموت بحسب بعض العلماء:

- أشار (عبد الخالق، 1987) إلى أن قلق الموت يعتبر نوع من أنواع القلق العام، حيث يشعر بهذا النوع أفراد بدرجة أكبر من غيرهم، وذلك يعود لتكوينهم النفسي الأكثر حساسية من غيرهم، فإن قلق الموت هو خبرة عامة يمكن لأي فرد أن يمر بها وفقاً لتعرضه لظروف أو مواقف حياتية معينة متباينة فبالتالي فإننا جميعاً نخشى الموت بدرجات متفاوتة. ويعرف قلق الموت على أنه حالة انفعالية غير سارة واستجابة انفعالية تتضمن مشاعر تتمثل بعدم السرور والانفعال المتعمد على التأمل أو توقع لأي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.
- وقلق الموت هو "الخوف الشديد من الموت، وعادةً ما ينطوي على خوف غير طبيعي حول ما إذا كان الشخص سيظل موجوداً أم لا بشكل من الأشكال بعد الموت الجسدي" (Morse, 2000, p:20).

أسباب قلق الموت:

أكد زغير (2016) الأسباب التالية لقلق الموت: القلق حول الإصابة بمرض خطير، القلق من وفاة شخص عزيز، القلق من التعرض لحادث ينجم عنه وفاة، القلق من المقابر وشكلها، القلق من ضعف مناعة الجسم، القلق بمجرد التفكير في الموت، القلق من إمكانية الموت أثناء إجراء عملية جراحية والقلق من إمكانية التعرض لحادث سير وغيرها العديد من الصور والأشكال التي يمكن أن تسبب قلق الموت.

أشكال قلق الموت:

1. قلق الموت الاستلابي (Predatory Death Anxiety): الخوف من التعرض للأذى من الكائنات الحية وبالأخص من البشر وأيضاً من الكوارث الطبيعية، مما يستلزم كاستجابة إلى المبالغة في رد الفعل اتجاه هذا التهديد والميل إلى الهجوم قبل التعرض للهجوم.
2. قلق الموت المفترس (Predator Death Anxiety): هو الشعور بالذنب بشكل شعوري ولا شعوري بشكل خاص الناجم عن إيذاء الآخرين والحاجة الناتجة لتلقي العقاب بالنهاية عن طريق الموت (عادة ما يكون على شكل الإيذاء الذاتي أو الانتحار بالنهاية).
3. قلق الموت الوجودي (Existential Death Anxiety): هو من أقوى أشكال قلق الموت، ويشمل الخوف من الفناء الشخصي النهائي. هذا النوع من القلق يعمل في معظم الأحيان من دون وعي. وينشط مجموعة واسعة من السلوكيات والأفكار التي تم تصميمها بلا وعي لإنكار الموت وتعرض الشخص لأذى هائل (Langs, 2008).

أنواع قلق الموت:

- هنالك نوعان لقلق الموت بحسب عبد الخالق (1987) ويتم التمييز بينهما على أساس حدة قلق الموت وشدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص وهذان النوعان هما:
1. قلق الموت المزمن: وهو قلق الموت الذي طالته مدته، وازدادت معاناة المريض به.
 2. قلق الموت الحاد: وهو القلق الذي يظهر في جملة اعراض، تكون عنيفة ملحة وفي زمن قصير وترتبط بخبرات الحياة، كموت قريب أو مرض شديد.

أعراض قلق الموت:

- إن أعراض قلق الموت يعبر عنها الفرد بطرق وأساليب متعددة حيث تحدث لديه تغيرات بالسلوك الداخلي واستجابات متعددة وهي:
1. سلوك تجنبي: وهذا السلوك قد يعبر عنه الشخص بشكل شعوري، كأن يرفض الذهاب للمشاركة في جنازة (وذلك لان الجنازة هي رمز للموت بالنسبة اليه)، وقد يقوم بتجنب زيارة المستشفى أو التعبير عن رأيه بالموت والمشاعر المصاحبة له عند فقدان أحد الأصدقاء أو الأقارب. اما الشكل الآخر فهو لا شعوري من السلوك التجنبي يتمثل في الضيق الشديد في حال ذكر جنازة أمامه فيقوم الفرد بإشغال نفسه بأشياء أخرى ويخلق الأعذار لكي يتجنب زيارة صديق يحتضر على فراش الموت، وقد يظهر سلوك آخر معاكس للسلوك المألوف بحيث يقوم بإشغال نفسه بالعمل أو المتعة والسفر ولكن يكون ذلك بشكل متطرف وقد يلجأ إلى النوم لتجنب التعبير عن قلقه وتوتره.
 2. تغيير أساليب الحياة: حيث يهتم الفرد ويبالغ بنصيحة الاختصاصيين بالصحة أكثر من غيرهم وكأنه بذلك يؤجل موعد الموت، حيث يتناول وجبات صحية ويتجنب تناول الطعام الذي يحتوي على نسبة مرتفعة من الكوليسترول ويراقب وزنه ويتناول الفيتامينات ويمارس الرياضة بانتظام، وكما يمتنع عن تناول المشروبات التي تحتوي كفايين أو التدخين، فإن التطرف الزائد في ممارسة هذه السلوكيات هو عبارة عن هروب لا عقلاني من الموت.
 3. الأحلام والموت: يتم التعبير عن قلق الموت بشكل لا شعوري وذلك اثناء النوم وتمثل الأحلام رموزاً لأمال ومخاوف ولقلق الإنسان وكما تعبر عن أحاسيسه وأفكاره وصراعاته أثناء الأحلام الليلية. وقد يعبر عن قلق الموت من خلال أحلام اليقظة والتخيلات اليومية وخاصة لحظة ما قبل النوم فقد يتخيل نفسه في جنازته ميتاً (شقيبر، 2016).

النظريات المفسرة لقلق الموت:

- نظرية التحليل النفسي (1890م): كان فرويد من أوائل العلماء الذين ناقشوا قلق الموت، حيث أشار إلى أن المخاوف المتعلقة بالوفاة تعكس صرعات الطفولة غير المحسومة بدلاً من الخوف من الموت نفسه، وذلك لأنه كان متشكك

حول مدى قدرتنا على قبول الموت نفسه. في عام (1952) كتب مقال في صحيفة التايمز حول الحرب والموت وذكر "بانه بشكل غير واعي لا يمكن أن يؤمن الإنسان بموته"، حيث يتصرف وكأنه سوف يبقى خالداً. وقد اعتبر فرويد أن اللاوعي هو المصدر الأساسي للفكر والسلوك، وأنه عندما نجادل حول كون الموت حقيقة فإنه في الباطن لا يوجد أحد يؤمن بموته (Furer & Walker, 2008).

- نظرية الذات لكارل روجرز: على ضوء مفهوم الشخص المحقق لوظائفه يرى أن الوعي بالاقتراب من الموت يهدد هؤلاء الأشخاص الذين يحمون أنفسهم ضده، مع ذلك فإن فكرة روجرز حول الانفتاح الكامل للخبرة عند الأشخاص المثاليين تغير من موقع الموت بوصفه تهديداً أساسياً، كما يوافق "ماسلوا" في قوله "أن الشخص الذي يحقق ذاته من يتبين أن لديه خوفاً منخفضاً من الموت" (عبد الخالق، 1998).
- النظرية المعرفية: أن قلق الموت يعتبر سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار قد تخرج عن حدود المنطق والعقلانية، وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة وذلك من خلال تزويد الشخص المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (مشري، 2015).
- النظرية الوجودية (فرانكل): ترى بان القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية والقلق سمة أساسية من سمات الوجود الإنساني ومن الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر، وقد ركزت على أهمية الموت وسلموا بان الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت ونهايته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته (أبو زعيزع، 2013).

قلق الموت والعلاج النفسي:

يعد العلاج السلوكي من أكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعاً وانتشاراً وهو كذلك من أفضلها، حيث أثبتت الدراسات بأنه يحقق أعلى نسب للشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة، وقد أجريت دراسة على طلاب التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم، التدريب على الاسترخاء)، وقد أظهرت طريقة تقليل الحساسية المنظم والاسترخاء المتدرج فعالية لدى المجموعة التي خضعت للعلاج بالمقارنة مع المجموعة التي لم تخضع لأي تدخل، وكما كانت نتيجة هذه الفنيات السلوكية أكثر فعالية من البرامج التعليمية أو البرامج قصيرة الأمد (عبد الخالق، 1987).

مفهوم الجلطة الدماغية:

يعرفها أبو حامد (2009، ص 17-18): "حدوث اضطراب مفاجئ في التروية الدموية لجزء من الدماغ مما يؤدي إلى عجز في وظيفة عصبية أو أكثر قد تكون حركية أو حسية أو حاسية أو استعرافية"، وتعرف مايو كلينك الجلطة الدماغية على أنها انقطاع أو قلة في تدفق الدم إلى الدماغ مما يمنع وصول الأكسجين والعناصر الدماغية إلى المخ وذلك يسبب موت في خلايا المخ.

أسباب حدوث الجلطة الدماغية:

1- الجلطة الدماغية الناتجة عن الانسداد أو ما يسمى (بالجلطة الإقفارية):

إن سبب معظم حالات الجلطات الدماغية (ما يعادل نسبة 85%)، هو بسبب انسداد الأوعية الدموية في الدماغ، حيث يستخدم الدماغ كميات كبيرة من الأكسجين والمواد الغذائية (مثل الجلوكوز)؛ التي تصل إليه عبر الدورة الدموية. ويعد السبب الأول والأكثر شيوعاً للجلطة الدماغية هو انسداد وعاء دموي يقوم بتزويد الدماغ بهذه المواد الغذائية الأساسية، مما يسبب حدوث جلطة دموية، تعرف "بالخثر الدموي"، والتي قد تتشكل محلياً في شريان دماغي أو في مكان آخر (مثلاً في القلب) وتعتبر في مجرى الدم لتصل إلى الدماغ ويدعى هذا النوع بالخثر، إذ ينسد وعاء دموي في الدماغ نتيجة لانتقاله عبر الأوردة وصولاً للدماغ، وكنتيجة لذلك سرعان ما تُحرم الخلايا الدماغية من الأكسجين والجلوكوز وتتوقف

عن العمل بشكل ملائم. وفي حال لم يستأنف تدفق الدم بسرعة، تموت تلك الخلايا الدماغية (تتعرض للضمور). ويعرف هذا النوع من الجلطات الدماغية بالجلطة الدماغية الإقفارية أو الاحتشاء الدماغية. فمصطلح "الإقفاري" معناه نقص الدم، أما مصطلح "الإحتشاء" فيشير إلى موت جزء من الجسم. وتسمى هذه الظاهرة أيضاً من ناحية طبية بالإنصمام (Embolism) (ليندلي، 2014).

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

- النزيف الدماغية نتيجة انفجار في "أم الدم" (Aneurysm) وهو عبارة عن انتفاخ أو توسع كيسي يشابه البالون يظهر في جدار الشريان وفي حال نمت "أم الدم" إلى درجة كبيرة وأصبحت رقيقة الجدران، فقد تتمزق وعندها تحدث نزفاً دموياً بين الدماغ وأغشيته، ويسمى هذا النزيف "ما دون العنكبوتي" (Subarachnoid hemorrhage).
- النزيف داخل الدماغ يحدث عندما ينفجر وعاء دموي داخل أنسجة الدماغ ويؤدي إلى نزيف دموي، مما يسبب أضرار في أنسجة الدماغ ويؤدي إلى موت الخلايا العصبية. كذلك تتأثر وتتضرر الخلايا العصبية الموجودة حول منطقة التسرب الدموي لعدم حصولها على كمية كافية من التروية الدموية. ويكون العامل الرئيسي للنزيف داخل الدماغ ناتج عن فرط ضغط الدم (ليندلي، 2014).

علامات/ مظاهر الجلطة الدماغية:

- 1- الضعف أو الشلل المفاجئ في جهة واحدة من الجسم في اليد أو الرجل أو الوجه.
- 2- ضعف في عضلات الوجه.
- 3- ضعف مفاجئ في التوازن وعدم الاستقرار.
- 4- الصداع الشديد والمفاجئ والغير عادي والتقيؤ.
- 5- إضراب في المضغ والبلع.
- 6- وخز أو تشويش أو ضعف المفاجئ في حاسة اللمس (خدر أو تنمل) في أحد شقي الجسم وأيضاً قد تصيب الوجه.
- 7- اضطراب في الكلام يظهر على شكل صعوبة في تسمية الأشياء أو في لفظ الكلمات أو في الفهم، ويدعى هذا بالحبسة الكلامية
- 8- تشويش مفاجئ في البصر (اضطراب بالرؤية)، يظهر إما على شكل رؤيا مزدوجة، أو انعدام الرؤيا في نصف المجال البصري، أو عمى في إحدى العينين (أبو حامد، 2009).

قلق الموت للمرضى في أيام العمر الأخيرة:

ليس مستغرباً، أن يكون قلق الموت شائع بين الأفراد الذين يعانون من القلق الصحي، وغالباً ما يكون القلق بشأن الموت السبب الرئيسي وراء خوف الناس من الأمراض الخطيرة (Furer & Walker, 2008). فكلما تقدم الإنسان بالعمر يزيد احتمال القلق مع اقتراب الآخرة، ويتعرض الإنسان لأي مرض أو إصابة خطيرة، فإن هذا الاعتقاد والشعور باقتراب النهاية يرتفع بنسبة أكبر، ويبدأ الشخص بالشعور بأن مرحلة العد التنازلي قد بدأت. ولكن هذه المدة قد تطول فقد تصل إلى أشهر وسنوات مما يجعل منها عبئاً ثقيلاً على المريض نفسه وأيضاً على القائمين برعايته. أن أصعب ما في هذه الفترة هو فقد المريض للسيطرة على جسده وقد يحصل لديه تدهور في القدرات العقلية وتزداد درجة اعتماده على الآخرين من اجل القيام بوظائف حياته اليومية، فيشعر بأنه أصبح يشكل عبئاً على الآخرين وهذا يؤدي إلى تدهور في حالته النفسية وهنا يكون القلق هو سيد الموقف، فيعتقد المريض بأن تشخيصه أو العلاج الذي يتناوله ليس سليماً، وقد يزيد هذا القلق في حال لم يستجيب المريض للعلاج ولم تختفي الأعراض التي يعاني منها، وقد يبدأ المريض بطلب الذهاب إلى منزله وترك المستشفى في حال سيطرت على ذهنه فكرة بأن موته قد اقترب فيفضل الموت بمنزله على الموت في المستشفى، وهنا يكون

للأطباء والطواقم الطبي دور مهم في التدخل على الرغم من تأكدهم من أن بعض الحالات الطبية ميؤوس منها بحسب المقاييس الطبية، وأن المريض قد يكون معرض للتدهور واحتمال الوفاة بأي وقت، وبالرغم من ذلك فإنهم يبذلون قصارى جهدهم في مساندة المريض وأفراد أسرته وبالأخص من خلال تزويد الطبيب للمريض بالأدوية التي قد تساعده على النوم والتغلب على الألم والقيام بمساندة المريض وأفراد أسرته أثناء اتخاذ القرار الذين يرونه مناسباً مع تزويدهم بالنصح والإرشاد (الشربيني، 2015).

ثانياً- الدراسات السابقة:

- هدفت دراسة خليل العرب (2011) التعرف إلى الخصائص الاجتماعية لمرضى السرطان ودرجة الشعور بقلق الموت، وإلى معرفة مدى تأثير متغيرات كل من الجنس والعمر ونوع الورم السرطاني على المرضى المصابين بالسرطان. وقد استخدمت الباحثة منهج المسح الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (100) مريضاً بالسرطان (54 ذكر و43 أنثى)، وقد تم اختيارهم بالطريقة القصدية وهم من المراجعين للمستشفيات الحكومية والخاصة في فترة إجراء هذه الدراسة. تم استخدام مقياس قلق الموت الذي أعده (عوض، 2009) وذلك بعد تقنين المقياس. أظهرت النتائج أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين سرطان الثدي وسرطان القولون وذلك لصالح سرطان الثدي، وكما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر متغير الجنس وجاءت لصالح الإناث، وأخيراً أظهرت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر متغير العمر.
- وهدفت دراسة محمود (2015) التعرف إلى قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية لديهم. حيث تكون عينة الدراسة من (308) مسناً ومسنّة، تم اختيارهم من المترددين على مصارف (بنوك) مدينة بغداد لتلقي رواتب التقاعد. استخدمت الباحثة مقياس قلق الموت ومقياس الرضا عن أهداف الحياة ومقياس النزعة الاستهلاكية من إعدادها. وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن مستوى قلق الموت كان منخفضاً عند المسنين، ومستوى الرضا عن أهداف الحياة كان بشكل عالي، أما بالنسبة لمستوى النزعة الاستهلاكية فكان متوسط، وتبين أنه يمكن التنبؤ بقلق الموت من خلال الرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية.
- وفي دراسة جبران، وآخرون (2015) والتي هدفت التعرف إلى قلق الموت لدى المرأة الحامل وعلاقته ببعض المتغيرات في فلسطين، ولتحقيق الدراسة استعمل الباحثون المنهج الوصفي التحليلي، وقاموا بتطوير أداة للدراسة تمثلت في مقياس قلق الموت للمرأة الحامل بلغ عدد فقراته (19) فقرة، تم التحقق من صدقه وثباته، وبعد عملية جمع الاستبانات تمت معالجتها إحصائياً. كما وأظهرت نتائج الدراسة: أن درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل جاءت بدرجة متوسطة إذ بلغت قيمة متوسط الدرجة الكلية (3.11) وبانحراف معياري درجته الكلية (0.476)، كذلك أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تعزى لمتغير عمر (31-36) سنة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تبعاً لمتغير مكان السكن لصالح سكان المدينة، كما أظهرت النتائج وجود فروق في درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تبعاً لمتغير عمل الأم، وكانت الفروق لصالح الأم العاملة.
- في حين أجرى بستاني وآخرون (Bastani, et al., 2016) دراسة أشارت إلى أن نسبة انتشار مرض السرطان بين فئة الشيخوخة له تأثير على الصحة العامة للمسنين، وأحد المكونات التي تؤثر على الصحة العامة للمسن الذي يعاني من مرض كالسرطان هو قلق الموت. لذا اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك بدراسة (130) مسن يعانون من مرض السرطان ويأخذون العلاج الكيميائي من خلال المعاينة العشوائية. وقد تم استخدام نموذج المعلومات الديموغرافية وأيضاً مقياس Templer لقلق الموت. وقد أظهرت نتائج الدراسة: أن نسبة (42.3%) من كبار السن لديهم نسبة قلق من الموت بشكل كبير. وكان هنالك علاقة كبيرة بين قلق الموت لدى المسنين مع متغير العمر، والحالة

الاجتماعية، ونوع الورم السرطاني، وفترة المعاناة من السرطان، والأمراض المصاحبة الاخرى. وكما وأظهرت الدراسة أن نسبة قلق الموت أقل لدى الكبار بالسن ذوي مستوى التعليم العالي، ومتزوجين وفترة الإصابة بالورم السرطاني لديهم أقل، وليس لديهم امراض اخرى مصاحبة.

- وقد أشارت دراسة العمر (2016) إلى أهمية التعرف إلى مستوى كل من قلق الموت والأمن النفسي لدى أفراد عينة الدراسة، والتعرف على العلاقة الارتباطية بين قلق الموت والامن النفسي، ومعرفة الفروق بين متوسطات درجات الطلبة أفراد عينة البحث على مقياس قلق الموت والأمن النفسي تبعاً لمتغير السنة الدراسية. وطبق الباحث دراسته على عينة مكونة من (463) طالبا وطالبة من كلية التربية بجامعة دمشق، وطبق عليهم مقياس قلق الموت من إعداد الباحث ومقياس الأمن النفسي من إعداد (العوض، 2013) وذلك بعد تحققه من صدقها وثباتها. وقد أشارت نتائج الدراسة الى: أن انخفاض مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة وارتفاع مستوى الام النفسي لدى عينة البحث، ووجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة على مقياس قلق الموت ودرجاتهم على مقياس الامن النفسي، ووجود فروق بين متوسط درجات الطلبة على مقياس قلق الموت لصالح طلبة السنة الأولى، وأخيرا وجود فروق بين متوسط الدرجات على مقياس الامن النفسي لصالح طلبة السنة الرابعة.

- أما دراسة سيلفا وآخرون (Silva, et al., 2016) هدفت لمحاولة تفسير وفهم تجربة ثمانية ناجين ما بعد تعرضهم لجلطة دماغية. تم جمع البيانات من خلال مقابلات شبه منظمة ومن خلال استخدام التحليل الموضوعي النوعي. تكونت عينة الدراسة من ثلاث رجال وخمس نساء، وتبين من خلال الدراسة بأن تجربة الجلطة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل الخوف من الموت والعجز وفقدان الاستقلالية وعدم القدرة على العمل. وكان للدعم الاجتماعي من الأسرة وللجانب الديني أهمية للتمكن من التعامل مع التغييرات في الحياة اليومية ووجود عدم كفاءة لشبكة الرعاية الصحية. كما تشير نتائج الدراسة إلى ضرورة وجود تثقيف صحي حول الأعراض التنبؤية للجلطة الدماغية، والتوعية من آثار هذا المرض على حياة الناجين، والحاجة إلى فرق رعاية صحية متعدد التخصصات لتشجيع روح المبادرة من أفراد أسرة الناجين من الجلطة الدماغية.

- وأجرى يوكسل وآخرون (Yüksel, et al., 2017) دراسة هدفت إلى التحقق من المستويات الفردية من قلق الموت ومعنى الحياة في ضوء بعض المتغيرات مثل الجنس، العمر، الناحية الأكاديمية، الحالة الاجتماعية، مستوى التدين والشهادة على موت أحد. حيث تكونت عينة الدراسة من (185) فرداً منهم (82 ذكور و103 إناث) وتتراوح أعمارهم ما بين (25-55) سنة ويعيشون في مدينة اسطنبول، تركيا. تم جمع البيانات باستخدام نموذج المعلومات الشخصية، مقياس قلق الموت واستبيان معنى الحياة. وقد أظهرت النتائج أنه كلما ارتفع معدل قلق الموت فإنه بالمقابل ينخفض مستوى معنى الحياة بالنسبة للشخص. كما بينت الدراسة أن قلق الموت لا يختلف باختلاف المتغيرات التالية العمر، الحالة الاجتماعية، الناحية الأكاديمية، المعتقد الديني المتصور والعيش مع شخص ما. وأشارت الدراسة أن هناك ميل لدى النساء للشعور بقلق الموت بدرجة أكبر من الرجال، وأن الأشخاص الذين شهدوا وفاة شخص مقرب عادة يشعرون بقلق من الموت بدرجة أكبر ممن لم يختبروا ذلك.

- وتناولت دراسة مختارونورالدين (2017) الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري، والتعرف إلى الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعاً لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والسن. حيث أجريت الدراسة بمدينة معسكر، وتكونت العينة من (106) فرد تم اختيارهم بطريقة عشوائية، طبق عليهم مقياس قلق الموت (لعبد الخالق، 2003). أظهرت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة، وكما اظهرت إلى وجود فروق دالة احصائيا في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي والسن.

- في حين تمثل هدف دراسة سينوف (Sinoff, 2017) التعرف إلى قلق الموت عند المسنين وتقييم حالة القلق من الموت عند الأطفال اتجاه والديهم. حيث أظهرت الدراسة بان هنالك تأثير لكل من التدين والجنس والحالة الاجتماعية والعمر على قلق الموت. وغالباً ما يفترض أطفال الأشخاص المسنين بأن القلق من الموت هو السائد لدى والديهم. وكما قد أظهرت الدراسة بان المسنين لديهم قلق موت منخفض حيث سجلوا ما نسبته (15/4) على مقياس تمبلر لقلق الموت، أما أطفالهم فقد سجلوا نسبة قلق موت لأنفسهم أعلى وهي (15/6.9) وكما سجلوا قلق موت بالنسبة لوالديهم (8.9/15). كما اظهرت النتائج غياب قلق الموت لدى الكبار بالسن ولكن معظمهم يخشون عملية الموت، بينما يخاف الأطفال من الموت وهذا يمنعهم من الكشف عن معلومات طبية حول مرض والديهم.
- كما هدفت دراسة ربايعه (2018) التعرف إلى مستويات قلق الموت لدى طلبة مدارس المسجد الأقصى. حيث تكونت عينة الدراسة من جميع طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى على اختلاف أجناسهم ومستوى المرحلة وأماكن سكنهم وذلك خلال العام الدراسي (2018/2017). لقد تم استخدام المنهج الوصفي من خلال تصميم استبانة بغرض التعرف على قلق الموت لدى عينة الطلبة والتي اشتملت على (20) فقرة. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى من وجهة نظر الطلبة أنفسهم تعزى لمتغير الجنس، وكانت الفروق لصالح الاناث، كما وأظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لعينة الدراسة تعزى لمتغير مكان السكن.
- في حين هدفت دراسة ثابت وعبد الله (Thabet & Abdalla, 2018) إلى تحديد الإدراك والعلاقة بين قلق الموت وهاجس الموت بين طلاب الجامعات الفلسطينية، حيث تكونت عينة الدراسة من (216) طالب جامعي فلسطيني مسجلين في جامعة الأزهر والجامعة الإسلامية في قطاع غزة وأيضاً في الضفة الغربية طلاب من جامعة القدس في القدس. توزعت عينة الدراسة بين (87) من الطلاب الذكور بما نسبته (43.3%) و(129) من الإناث بما نسبته (59.7%) وقد تراوحت أعمارهم ما بين (17 إلى 30) عام. وقد استخدم الباحثان ثلاثة استبانات الأولى للمعلومات الاجتماعية والديموغرافية (الجنس، العمر، اسم الجامعة، مكان السكن والحالة الاجتماعية)، والثانية حول قلق الموت (تم استخدام المقياس العربي لقلق الموت ASDA) والأخيرة الهاجس حول مقياس الوفاة (تم استخدام مقياس هاجس الموت العربي DOS). وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن متوسط درجة قلق الموت كانت (60.39)، وأظهرت الدراسة أن قلق الموت نسبته أعلى بين الطالبات وبالأخص في قطاع غزة، كما وأظهرت النتائج أن متوسط درجات هاجس الموت كان أعلى لدى الطلاب في قطاع غزة، اما متوسط هيمنة الموت، وتكرار فكرة الموت وتأملات الموت كانت بدرجة أعلى بين الإناث مقارنة بالذكور. وكان هنالك ارتباط ايجابي بين القلق من الموت وهاجس الموت وهيمنة الموت وتكرار فكرة الموت وتأملات الموت.

التعقيب على الدراسات السابقة:

استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في المنهجية والأداة وبلورة الإطار النظري والربط بنتائج الدراسة الحالية، وكذلك في الإجراءات المنهجية وإجراءات التطبيق. ولقد تم الاستعانة بالعديد من المتغيرات السابقة في الدراسة الحالية وكانت المتغيرات هي: الجنس، العمر، المستوى التعليمي، تكرار الجلطة للمريض، وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية. أولاً: من حيث الهدف: تنوعت الأهداف تبعاً لموضوع كل دراسة، ولكن معظمها كان يهدف التعرف على مستوى قلق الموت وأيضاً علاقة قلق الموت بمتغيرات أخرى منها المتغيرات الديموغرافية بالإضافة إلى متغير الأمن النفسي، هاجس الموت، الموقف اتجاه الحياة، الرضا عن الحياة، الرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية.

ثانياً: من حيث العينة: تنوعت الدراسات السابقة عينات مختلفة من المجتمع مثل طلبة الجامعات والمدارس، المرأة الحامل، كبار السن، مرضى السرطان.

ثالثاً: من حيث المنهج: تعددت المناهج المستخدمة في الدراسات السابقة منها استخدم منهج دراسة الحالة، المنهج الاستطلاعي، المسح الاجتماعي، الوصفي التحليلي او الوصفي الارتباطي. وبناء على ما سبق يتبين أن الدراسة الحالية تختلف وتتميز عن غيرها من الدراسات السابقة أنها تناولت دراسة عينة المرضى ما بعد التعرض لجلطة دماغية، وهي عينة قد تم دراستها بشكل سابق بالإضافة إلى متغيرات متعددة مصاحبة، ولكن على حد علم الباحثان لم يتم التطرق لدراسة الجانب الذي يتعلق بقلق الموت، مما يؤكد أهمية إجراء الدراسة الحالية.

3- منهجية الدراسة وإجراءاتها.

منهج الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته لطبيعة الدراسة وأهدافها، والإجابة على تساؤلاتها.

مجتمع الدراسة وعينتها:

تألف مجتمع الدراسة من جميع المصابين بجلطة دماغية ممن لم تؤثر الجلطة الدماغية على الناحية الإدراكية لديهم من حيث الفهم والاستيعاب والقدرة على التعبير، وذلك في كافة أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة في محافظة بيت لحم. وقد تم اختيار عينة متيسرة بلغ عدد أفرادها (50) مصاب/ة وذلك خلال الفصل الدراسي 2018-2019، وقد تم تعبئة الاستمارة معهم في أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة المختلفة وهي قسم الطوارئ، العيادات الخارجية، قسم الجراحة والباطني والقلب، والنسبة الأكبر من المبحوثين كانوا متواجدين في قسم التأهيل- للبالغين. الجدول (1) يوضح خصائص عينة الدراسة.

جدول (1): خصائص عينة الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	28	56.0
	أنثى	22	44.0
العمر	50 سنة فما دون	11	22.0
	51 سنة فأكثر	39	78.0
المستوى التعليمي	أقل من توجيبي	32	64.0
	توجيبي فأعلى	18	36.0
تكرار الجلطة	أول مرة	36	72.0
	ثاني مرة فأكثر	14	28.0
وجود أقارب توفوا بجلطات دماغية	نعم	17	34.0
	لا	33	66.0

أدوات الدراسة:

إعداد المقاييس: بعد الاطلاع على عدة مقاييس ومنها مقياس (شقيير، 2003) ومقياس (عبد الخالق، 1996) وغيرها من المقاييس ذات الصلة بقلق الموت، قامت الباحثتان بإعداد مقياس من تصميمهم مكون من (24) فقرة. لقد تم استخدام التدرج الخماسي ليكرت (بشكل كبير جداً (5) (نقاط)، بشكل كبير (4)، بشكل متوسط (3)، بشكل قليل (2)، بشكل قليل جداً (1)).

صدق أداة الدراسة:

صدق المحتوى: تم عرض المقياس على عدد مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة من أعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم النفس والإرشاد النفسي والتربوي في جامعة القدس، جامعة بيت لحم، جامعة بيرزيت وجامعة الاستقلال وبلغ عددهم (14) محكم/ة وذلك بهدف إبداء الرأي في فقرات الاستبانة من حيث: مدى وضوح لغة الفقرات وسلامتها لغوياً، ومدى شمول الفقرات للجانب المدروس، وإضافة أي معلومات أو تعديلات أو فقرات يرونها مناسبة، ووفق هذه الملاحظات تم إخراج الاستبانة بصورتها النهائية.

الصدق البنوي: تم التحقق من صدق البنوي للأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك اتساق داخلي بين الفقرات، كما هو موضح في الجدول (2).

جدول (2): قيم معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجات فقرات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.541**	0.000	9	0.501**	0.000	17	0.645**	0.000
2	0.637**	00.00	10	0.435**	0.002	18	0.712**	0.000
3	0.728**	0.000	11	0.718**	0.000	19	0.483**	0.000
4	0.661**	0.000	12	0.708**	0.000	20	0.699**	0.000
5	0.678**	0.000	13	0.671**	0.000	21	0.676**	0.000
6	0.618**	0000.	14	0.588**	0000.	22	0.577**	0.000
7	0.580**	0000.	15	0.445**	1000.	23	0.387**	0.006
8	0.767**	0000.	16	0.702**	0000.	24	0.492**	0.000

ثبات أداة الدراسة:

تم التحقق من ثبات الدرجة الكلية للأداة بحساب درجات مقياس قلق الموت من خلال حساب قيمة معامل ثبات كرونباخ ألفا، وقد بلغت قيمة معامل الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا للمقياس (0.926)، وهذه النتيجة تشير إلى تمتع هذه الاداة بثبات يفي بأغراض الدراسة.

إجراءات الدراسة:

- تم اتباع الخطوات التالية لإجراء الدراسة:
- تحضير أداة الدراسة وهي عبارة عن اختبار لقياس قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة، وذلك بالرجوع إلى العديد من البحوث والدراسات المحكمة والكتب ذات الصلة بموضوع الدراسة.
 - عرض أداة الدراسة على مجموعة من المحكمين من أجل أخذ ملاحظاتهم واقتراحاتهم بما يختص بموضوع الصياغة والمحتوى والبناء، للوصول إلى الصورة النهائية لهذه الأداة.
 - التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس بتطبيقه على عينة استطلاعية تكونت من (10) من خارج العينة الأساسية، وقد تم التأكد من الصدق والثبات.
 - عرض مقياس قلق الموت على إدارة جمعية بيت لحم العربية للتأهيل، وأخذ الموافقة بتعبئة الاستمارات في جميع أقسام الجمعية العربية.

- التواصل مع جميع الاطباء وطواقم التمريض ورئيس قسم التأهيل وموظفين الاستقبال وإبلاغهم حول إجراء بحث بعنوان "قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لعينة من المصابين بالجلطة"، وتم الاتفاق معهم على إبلاغ إحدى الباحثتان فور وصول أي مريض مشخص بالإصابة بجلطة دماغية بغض النظر عن تاريخ الإصابة.
- تعبئة (50) استمارة وكان ذلك بمساعدة إحدى الباحثتان كون الجلطة تترك آثار جسدية تختلف شدتها من شخص إلى آخر، مما تعيق إمكانية تعبئة الاستمارة (للصعوبة لدى البعض في الكتابة، أو في الرؤية) وقد استدعى ذلك مساعدة أفراد العينة من خلال قراءة الفقرات وتعبئة الاستمارة بناء على خياراتهم للإجابات دون أي تحيز.
- تم تصحيح المقياس وتحليل النتائج، بإدخال البيانات إلى جهاز الحاسوب وباستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences).

المعالجات الإحصائية في الدراسة:

تم استخدام عدد من المعالجات الإحصائية بغرض الإجابة على أسئلة الدراسة التأكد من صدق الأداة وثباتها، من خلال استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات المقياس، واختبار (t- test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha).

4- عرض النتائج ومناقشتها.

- نتيجة السؤال الأول: "ما مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة؟"
للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للدرجة الكلية والتي تعبر عن مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة. والجدول (3) يوضح ذلك:
جدول (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
15	أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية.	3.64	1.495	متوسطة
5	أقلق من أن يحرمني الموت شخصاً عزيزاً علي.	3.62	1.510	متوسطة
6	أخاف بأن أدخل في غيبوبة قبل الموت.	3.30	1.568	متوسطة
9	أتجنب مواجهة الأخطار تفادياً للموت.	3.14	1.443	متوسطة
24	أخشى أن أموت قبل أن أحقق أحلامي.	3.12	1.624	متوسطة
13	يرعبني الألم المصاحب للموت.	3.02	1.532	متوسطة
23	أخاف التعامل مع المرضى حتى لا ينتقل إليّ مرض معد.	2.96	1.456	متوسطة
14	أخشى من الأمور المجهولة بعد الموت.	2.82	1.612	متوسطة
1	ينتابني قلق شديد إذا دخلت المستشفى.	2.80	1.591	متوسطة
2	أتجنب زيارة القبور.	2.80	1.666	متوسطة
22	أخاف أن تجري لي عملية جراحية من بعد إصابتي بالجلطة الدماغية.	2.80	1.539	متوسطة
8	أخشى الموت كلما مرضت.	2.76	1.559	متوسطة
19	أنزعج عند سماع صوت سيارة الإسعاف.	2.76	1.379	متوسطة
18	ينتابني الشعور بأنني سوف أموت فجأة.	2.74	1.509	متوسطة

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
20	تسيطر على فكرة أنني سوف أموت قريباً.	2.68	1.463	متوسطة
17	أخشى من رؤية الموتى.	2.60	1.578	متوسطة
7	التفكير بالموت يجعلني سلبي بالنسبة إلى حياتي الحاضرة.	2.56	1.473	متوسطة
16	رؤية الأطباء تذكرني بالموت.	2.42	1.566	متوسطة
21	ارتعب من مشاهدة اجراءات الدفن.	2.36	1.425	متوسطة
12	أخشى من النوم وعدم النهوض مرة أخرى.	2.30	1.446	منخفضة
4	تنتابني أحلام حول الموت.	2.24	1.333	منخفضة
11	أخاف من الجلوس مع مريض يحتضر.	2.22	1.375	منخفضة
10	أثناءم عند رؤية الملابس السوداء.	2.14	1.400	منخفضة
3	رؤية الدم تذكرني بالموت.	1.96	1.261	منخفضة
	الدرجة الكلية	2.74	0.910	متوسطة

يتضح من خلال الجدول (3) أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس قلق الموت قد بلغ (2.74) وانحراف معياري (0.910) وهذا يدل على أن مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة جاء بدرجة متوسطة. كما وتشير النتائج أن (19) فقرة جاءت بدرجة متوسطة و(5) فقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية " على أعلى متوسط حسابي (3.64)، ويلها فقرة " أقلق من أن يحرمني الموت شخصاً عزيزاً علي " بمتوسط حسابي (3.62). وحصلت الفقرة " رؤية الدم تذكرني بالموت " على أقل متوسط حسابي (1.96)، يليها الفقرة " أثناءم عند رؤية الملابس السوداء " بمتوسط حسابي (2.14).

- وقد تم استخراج الأعداد والنسب المئوية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية.

جدول (4): الأعداد والنسب المئوية لقلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة.

النسبة المئوية	العدد	المستوى
40	20	منخفضة
50	25	متوسطة
10	5	عالية

وبين جدول (4) أن نسبة الذين جاء مستوى قلق الموت لديهم بدرجة منخفضة 40%، ونسبة 50% بدرجة متوسطة، ونسبة 10% بدرجة عالية.

وتفسّر الباحثان هذه النتيجة بأن مستوى قلق الموت جاء متوسطاً لدى المرضى المصابين بالجلطة الدماغية، إلى خوضهم تجربة الموت بشكل فعلي عند تعرضهم للجلطة الدماغية، فلم يعد هاجس الموت شيء مخيف بالنسبة اليهم فتجربة التعرض لجلطة دماغية تعني للكثيرين بأنها نهاية حياتهم، حيث يكونوا قد اختبروا لحظة الموت واقتربوا من خط نهاية حياتهم، وهذه التجربة الشعورية للموت قد تكسر حاجز الخوف من هذا الشبح المخيف، ويمكن أن يعني للكثيرين العودة من الموت حصولهم على فرصة أخرى للحياة ولإنهاء أعمالهم الغير مكتملة، بالإضافة إلى ذلك فإن الأزمة التي تعرضوا لها زادت صلابتهم وقوة وأصبح لديهم قوة عزم أكبر وتحدي وإصرار على إيجاد سبل للتكيف وآليات للتعامل مع هذا الظرف الصحي الصعب.

كما يمكن أن تُفسّر هذه النتيجة إلى أن الشخص بعد التعرض للجلطة قد فقد جزء من قدراته الحركية أو الحسية وبالنسبة إليه أن يعيش في ألم وترافقها إعاقة دائمة قد تعني بالنسبة اليه العذاب الدائم، ولذا لم يعد الموت

هاجس مخيف بالنسبة اليه بل يمكن أن يفضله في بعض الاحيان عن الاستمرار لبقية حياته تحت رحمة مساعدة الآخرين؛ فلذا لم يعد الموت يسبب له مصدر قلق بل مصدر للراحة الأبدية.

وبالرجوع إلى ما أشار اليه فرويد في مقاله عام (1952) الذي نشره في صحيفة التايمز حول الحرب والموت وذكر " بأنه بشكل غير واعي لا يمكن أن يؤمن الإنسان بموته"، حيث يتصرف وكأنه سوف يبقى خالداً". وقد اعتبر فرويد أن اللاوعي هو المصدر الأساسي للفكر والسلوك، وأنه عندما نجادل حول كون الموت حقيقة فإنه في الباطن لا يوجد أحد يؤمن بموته (Furer & Walker, 2008) وهنا يكون سبب هذه النتيجة هو إنكار المرضى بشكل غير واعي. بالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن أن نفسر هذه النتيجة من خلال نظرية إدارة الارهاب (لبيكر، 1973) والتي أشارت إلى أن الكثير من الطاقة البشرية تركز على إنكار الموت كاستراتيجية للحفاظ على الموت تحت السيطرة (Furer & Walker, 2008)، ولهذا يمكن أن يكون هنالك إنكار لفكرة الموت ليشعر الشخص بأنه في موقع سيطرة ومن هنا يمكن أن تكون جاءت إجابات الأكثرية لتدل على درجة متوسطة وتلهمها درجة منخفضة من قلق الموت. وأيضاً تتبنى الدراسة هنا الرؤية النفسية لما يسمى بنماء ما بعد الصدمة (PTG growth Post traumatic) بحسب (Morse, 2000) لتفسير هذه النتيجة، وتعتمد هذه الرؤيا على واقع أثبتته بعض الأبحاث والذي تقول بأنه على قدر وجود تأثيرات سلبية للمحن إلا انها وجدت أنه بالمقابل لهذه المحن تجد حدوث تغييرات ايجابية وذلك لدى فئة كبيرة من الأشخاص، وينتج ذلك عن التحدي والاصرار لديهم لمواجهة الصعوبات بعد التعرض لصدمة، وهنا يقابل الشخص التحديات بأهداف حياتية مهمة وقد تكون أفضل من قبل المحنة بكثير، وقد تؤثر أيضاً على سلم اولويات الشخص ومعتقداته وتزيد من تفاعله مع الحياة بصورة أكثر ايجابية وتجعلها أكثر استقراراً (القرا، 2015).

● نتيجة السؤال الثاني: " هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى قلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، تكرار الإصابة، وحالة الموت لقريب بالجلطة)؟ وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضية التالية: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى قلق الموت ما بعد التعرض لجلطة دماغية لعينة من المرضى المصابين بجلطة دماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، تكرار الإصابة، وحالة الموت لقريب بالجلطة)

نتيجة متغير الجنس:

جدول (5): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية

حسب متغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	الدلالة
ذكر	28	2.8393	1.01555	0.868	0.390
أنثى	22	2.6136	0.75922		

يظهر من خلال الجدول (5) عدم وجود فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير الجنس.

تُفسر الدراسة هذه النتيجة إلى إمكانية مرور ومعايشة أفراد العينة من ذكور وإناث بنفس التجربة وهي التعرض لجلطة دماغية، والتي تعتبر بحد ذاتها تجربة الاقتراب من الموت بشكل كبير، فعندما يقترب الفرد من الموت يخاف كل إنسان بغض النظر عن جنسه بصورة متشابهة. ويمكن تفسير هذه النتيجة بالعودة لنظرية التعلم الاجتماعي لدولارد وميللر حيث أكدوا أن المثير يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو الخطر فيتجنب هذه

التهديدات، وبما أن الموت تهديد حقيقي ولا مفر منه، ولا يمكن مواجهته ويرادف الموت بالنسبة للإنسان التلاشي، فينشأ عنه قلق خطير يطلق عليه قلق الموت (محمود، 2015). اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (ربايعة، 2018) ودراسة (مختار ونور الدين، 2018)

نتيجة متغير العمر:

جدول (6): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة حسب متغير العمر

مستوى الدلالة	قيمة "t"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر
0.072	1.925	0.88315	3.1932	11	50 سنة فما دون
		0.88678	2.6122	39	51 سنة فأكثر

يتبين من خلال الجدول (6) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.925)، ومستوى الدلالة (0.072)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير العمر. تعزو الدراسة هذه النتيجة إلى إيمان أفراد العينة بحتمية الموت في أي عمر للإنسان، فمن ناحية علمية أظهرت الدراسات تعرض فئة الأطفال والشباب للجلطات الدماغية أيضاً ولكن بدرجة قليلة مقارنة بالعمر الكبير، وهنالك وعي من قبل عينة الدراسة بهذه الحقيقة لذا فهم يدركون بأن الموت حتمي وأنه لا مفر منه، فهو النهاية الحتمية لكل كائن حي مهما اختلف عمره وهذه حقيقة لا يمكن أن تغيرها مهما حاول الإنسان ذلك ومهما بذل من جهد، لذا لا داعي لهذا القلق. كما يمكن أن عزو هذه النتيجة إلى أن معظم أفراد العينة تجاوزوا سن الخمسين، حيث أنجزوا الكثير بحياتهم فجزء كبير منهم تعلم، واشتغل، وتزوج، وعلم أبناءه وزوجهم وأصبح لديهم أحفاد ومنم من زوج احفاده وتقاعد، فبالنسبة إليهم أنجزوا الكثير بحياتهم وقد اقتربوا من خط نهاية حياتهم فإنجازاتهم بالحياة قد هيئتهم لانتظار الآخرة. اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (خليل العرب، 2011)، واختلفت مع دراسة (جبران وآخرون، 2015).

نتيجة متغير المستوى التعليمي:

جدول (7): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية حسب متغير المستوى التعليمي

مستوى الدلالة	قيمة "t"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي
0.093	1.715	0.95059	2.9023	32	أقل من توجيبي
		0.77547	2.4514	18	توجيهي فأعلى

يتضح من خلال معطيات الجدول (7) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.715)، ومستوى الدلالة (0.093)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن درجة الوعي في المجتمع الفلسطيني زادت مع التطور العلمي وتطور البرامج الحاسوبية والهواتف الذكية، وهذا قد زاد من درجة الوعي فأصبح بوسع الأمي أو غيره أن يستمع لأي مقالة حول أي موضوع باستخدام برامج خاصة على الحاسوب ممكن أن تقرأ له أي نص، ويمكن أن يتم من خلال برامج على الانترنت ترجمة أي مادة مكتوبة بغير لغة الأم للشخص، وهذا ساعد على رفع درجة الوعي للأشخاص باختلاف فئاتهم العمرية ودرجاتهم التعليمية، فممكن لأي شخص تعرض للجلطة أن يقرأ عنها حتى لو كان شخص مستواه العلمي متدني، وزيادة الوعي جعلت درجة المعرفة لدى أفراد العينة بشكل أكبر حول الجلطة الدماغية وطرق الوقاية من التعرض لتكرار الجلطة؛ مما ساعد

على انخفاض مستوى قلق الموت لديهم. وأيضاً لا ننسى دور التلفاز والبرامج العلمية التي رفعت من درجة الوعي لدى الأفراد وبالأخص أن هذه البرامج تستضيف أطباء يتحدثون بشكل علمي حول الجلطة الدماغية وأسبابها وطرق الوقاية منها بالإضافة إلى استضافة أشخاص قد أصيبوا بجلطة دماغية سابقاً ويتحدثون حول تجربتهم وهذا يدل على أن الجلطة تترك أثر ولكن ليست بالتجربة المميّنة في كثير من الأحيان. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (مختار ونور الدين، 2017) واختلفت مع دراسة (Bastani, et al., 2016.)

نتيجة متغير تكرار الإصابة:

جدول (8): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية حسب متغير تكرار الجلطة

تكرار الجلطة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
أول مرة	36	2.8183	0.94460	0.975	0.334
ثاني مرة فأكثر	14	2.5387	0.81149		

تشير المعطيات في الجدول (8) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.975)، ومستوى الدلالة (0.334)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير تكرار الجلطة. تعزو الدراسة هذه النتيجة إلى أنه لا يوجد إنسان يمكن أن يتعود على فكرة تعرضه لجلطة، لذا لن يختلف بين جلطة أولى أو ثانية فأكثر حيث تبقى لها نفس التأثير على مريض الجلطة لصعوبة هذه التجربة، ويؤكد ذلك القول حصول فقرة المقياس رقم (15) على أعلى متوسط (6.64)، "أخشى من تكرار الإصابة بجلطة دماغية" وهذا يدل على أنها تشكل هاجس خوف وقلق للشخص. ويمكن تفسير ذلك من وجهة النظرية الوجودية (لفرانكل) والتي ترى بأن القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية والقلق سمة أساسية من سمات الوجود الإنساني، لذا ركزت النظرية على أهمية الموت وأن يسلم به الفرد ويتقبل حتمية الموت ونهاية حياته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته (أبو زعيزع، 2013)، فممكن أن تكون التجربة الأولى جعلت الشخص يعي بأن الموت حقيقة وشيء حتي لم يعد لعدد التكرارات أي تأثير مما جعل النتيجة تظهر بعدم وجود فروق.

نتيجة متغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية:

جدول (9): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة على الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية

وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	الدلالة
نعم	17	2.4387	0.93554	1.673	0.105
لا	33	2.8952	0.87028		

يتبين من خلال الجدول (9) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.673)، ومستوى الدلالة (0.105)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة تعزى لمتغير وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية. تعزو الدراسة هذه النتيجة إلى إدراك الأشخاص بحتمية الموت وأنه نهاية كل إنسان، فتجربة التعرض لجلطة هي تقرب الإنسان من نهايته، وبمجرد أنه خرج من التجربة بعكس قريبه الذي توفي ممكن أن تعني أنه حصل على فرصة أخرى لحياته؛ وعليه أن يقوم بإنهاء أعماله الغير منتهية بعكس قريبه التي لم تعطه الحياة هذه الفرصة، لهذا السبب يمكن تفسير عدم تأثر عينة الدراسة بموت شخص قريب بجلطة دماغية. اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (Yüksel, et al., 2017).

التوصيات والمقترحات.

في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها توصي الباحثان بما يلي:

1. تصميم برامج إرشادية وعلاجية متخصصة لخفض درجة قلق الموت لدى المرضى ما بعد الجلطة الدماغية، وذلك في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل وتهدف هذه البرامج إلى خفض قلق الموت لدى المصابين بالجلطة الدماغية والتي من خلالها يتمكن المريض تعلم آليات التعامل مع الأعراض النفسية والجسدية وصولاً به إلى مرحلة من التقبل وأخيراً إلى مرحلة من التكيف قدر الإمكان.
2. عمل برامج تدخل نفسي مع أفراد أسرة المريض الذي تعرض لجلطة دماغية، وذلك كوسيلة لتعبيرهم عن الضغوطات التي يعيشونها بسبب اختلاف في نمط حياتهم وتعلم طرق التعامل مع فرد الأسرة المصاب بالجلطة الدماغية وبالأخص في حال أثرت الإصابة على النواحي الإدراكية للمصاب.
3. رفع الوعي الجماهيري حول الجلطة الدماغية ومؤشراتها والعوامل التي تساعد في حدوثها، وأيضاً نشر الوعي حول آليات التعامل مع المريض في أثناء التعرض للجلطة وخلال فترة الاستشفاء، وأهمية التعامل مع الأعراض النفسية والجسدية التي تتركها هذه الإصابة.
4. ضرورة الاهتمام بفئة المرضى ما بعد التعرض لجلطة دماغية، لما تتركه الإصابة من أعراض جسدية ونفسية مصاحبة للجلطة تحتاج إلى متابعة واهتمام.
5. إجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية حول قلق الموت لعينة المرضى ما بعد التعرض لجلطة دماغية، حيث أن المكتبات الفلسطينية تفتقر لمثل هذه الدراسات على حد علم الباحثة ومن المهم دراسة الموضوع بأخذ متغيرات أخرى بعين الاعتبار مثل التدخين، مكان السكن، وجود أمراض أخرى مرافقة وغيرها من المتغيرات التي لم يتم التطرق إليها في هذه الدراسة وذلك باستخدام أدوات ومناهج أخرى ومقارنتها بنتائج الدراسة الحالية.
6. عمل دراسة حالة لعينة من المرضى ما بعد الجلطة الدماغية بشكل معمق وذلك بالاستناد إلى نتائج هذه الدراسة والتي تساعد على التعرف بشكل أعمق على أسباب حصول أفراد العينة على مستوى قلق موت متوسطة وقليلة.

قائمة المصادر والمراجع.

أولاً- المراجع بالعربية:

- أبو حامد، سمير (2009). الجلطة الدماغية. خطوات للنشر والتوزيع، دمشق: سوريا.
- أبو زعينة، عبد الله (2013). الاتجاهات النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي. زمزم ناشرون وموزعون، الأردن.
- جبران، أميرة؛ عوض، حسني؛ وريماوي، عمر (2015). قلق الموت لدى المرأة الحامل في فلسطين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، (47): 130-159.
- خليل العرب، أسماء (2011). قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقته بمتغيرات الجنس والعمر ونوع السرطان. المجلة الاجتماعية، (4): 78-116.
- ربايعه، محمد (2018). قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى كما يراه الطلبة أنفسهم. مجلة الفتح، (76).
- زغير، رشيد (2016). علم النفس العيادي. دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.
- الشربيني، لطفي (2015). الدليل إلى فهم وعلاج القلق. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق.
- شقير، زينب (2003). فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى طلبة جامعة القدس. رسالة دكتوراة، جامعة عين شمس، القاهرة: مصر.
- شقير، سمير (2016). برنامج إرشاد نفسي لقلق الموت والاكتئاب. دار الجندي للنشر والتوزيع، القدس.
- عبد الخالق، أحمد (1987) قلق الموت. عالم المعرفة، (111)، الكويت

- عبد الخالق، أحمد(1998). الصدمة النفسية. مجلس النشر العلمي، لجنة التأليف والتعريب والنشر، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت.
- عبد الخالق، أحمد(2002). الوسواس القهري: التشخيص والعلاج. مجلس النشر العلمي، لجنة التأليف والتعريب والنشر، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت.
- العمر، محمد(2016). قلق الموت وعلاقته بالأمن النفسي. مجلة جامعة البحث، 38 (38).
- القرا، زهية(2015). خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- ليندلي، ريتشارد(2014). السكتة الدماغية. ترجمة هنادي مزبودي، دار المؤلف، الرياض.
- محمود، ضحى(2015). قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية. مجلة الاستاذ (215): 378-355.
- مختار، بوفرة؛ نور الدين، شعبي(2017). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية بمدينة معسكر. مجلة الرواق، (09)
- مشري، سامية (2015). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، سكرة.

ثانياً- المراجع بالإنجليزية:

- Bastani, F, Farnood, F & Haqhani, H.(2016) Evaluation of Death Anxiety in Elderly Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 2(3), pp. 153-160.
- Elias, N.(2001). *The Loneliness of the Dying*. The Continuum International Publishing Group Inx 370 Lexington Avenue, New York, NY 10017T (translated by Edmund Jephcott.
- Feifel, H. (1990). *Education of Health*14(1):718-730.
- Furer, P & Walker, J.(2008). Death Anxiety. A Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. DOI: 10.1891/0889-8391.22.2.167.
- Langs R. (2008)Unconscious death anxiety and two of psychotherapy, *Psychoanalytic Review*..95, (5).
- Langs R.(1997). *Death Anxiety and Clinical Practice*. London, KARNAC Book.
- Morse, D. *Searching For Eternity*. (2000) A Scientist's Spiritual Journey to Overcome Death Anxiety. United States. Eagle Wing Books, Inc,
- Silva JK, Vila VDC, Ribeiro MFM, Vandenberghe I. (2016). Survivors` perspective of life after stroke.18: e1148.
- Sinoff, G.(2017) Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child's Inability to Assess Their Own Parent's Death Anxiety State. *Frontiers in Medicine*. Doi: 10.3389/fmed.2017.00011.
- State of the Nation. (2018): Stroke statistics. (https://www.stroke.org.uk/system/files/sotn_2018.pdf). (5:00pm,18.10.2018).
- Thabet, A & Abdalla, T.(2018). Death Anxiety and Obsessional Death among University Palestinian Students. *Clinical and Experimental Psychology*. 4:1 DOI: 10.4172/2471-2701.1000178.
- Yüksel, M., Güneş, F., & Akdağ, C. (2017). Investigation of the death anxiety and meaning in life levels among middle-aged adults. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2, 165–181.