وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الاضطرابات النفسية المصاحبة للمسن داخل مركز رعاية الشيخوخة قلق الموت أنموذجا

– دراسة عيادية لأربع حالات بدار رعاية المسنين عين تموشنت–

من إعداد الطالب:
قسيلات عبد الكريم

تحت إشراف الأستاذ:
أ. سني أحمد

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
أ. بن عيسى عبد الحكيم	أستاذ محاضر – ب –	رئيسا
أ. سني أحمد	أستاذ محاضر – ب –	مشرفا ومقررا
أ. حامدي أيوب	أستاذ محاضر – أ –	مناقشا

السنة الجامعية 2025-2026

قَالَ اللهُ تَعَالَى:

{اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ

ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ}

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى أغلى ما أملك في الوجود **أبي وأمي** سندي في الدنيا ولا أحصي لهما الفضل أطال الله في عمرهما

إلى **إخوتي وأخواتي** الأعزاء **وأبنائهم** الأحباء

إلى من قدم لي الدعم وكان صبورا في كل المواقف الصعبة التي مررت بها **زوجتي الكريمة**

إلى من تحملوا بعدي وانشغالي عنهم أبنائي **صفاء، فيصل، مريم**

إليهم جميعا أهدي ثمرة هذا الجهد

شكر وعرفان

بعد حمد الله وشكره على توفيقه

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى مشرفي الدكتور"سني أحمد" الذي لم يدخر أي جهد لمساعدتي وتوجيهي في إنجاز هذا البحث.

كما أتقدم بالشكر والامتنان إلى كل من ساعدني مهما كانت نوعية ودرجة مساعدته لي في هذا البحث منهم:

"مديرة دار رعاية المسنين" التي استقبلتنا أحسن استقبال

وكذلك "المختصة النفسانية العيادية" التي لم تبخل علينا بالنصائح والتوجيهات.

إلى "الحالات الأربع" عينة الدراسة

إلى جميع من ساهم من قريب أو من بعيد في إتمام هذا العمل

ولا أنسى تقديم كامل شكري إلى كل من يلتمس لي العذر في كل نقص أو قصور ويفيدني باقتراحاته "أعضاء لجنة المناقشة"

ملخص البحث:

موضوع دراستنا كان حول الاضطرابات النفسية المصاحبة للمسن داخل مركز رعاية الشيخوخة- قلق الموت أنموذجا، وقد هدفت الدراسة إلى معرفة إن كان المسن يعاني من قلق الموت في دار رعاية المسنين، كما هدفت إلى معرفة الاختلاف في درجة الشعور بقلق الموت بالنسبة للمسن الذي له اتصال مع أسرته والمنقطع عن الاتصال بها، وهل يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند الإناث أكثر منه لدى الذكور.

وبناءا عليه قمنا بدراسة عيادية على أربع حالات (2 ذكور و2 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (70- 87) عاما، مقيمين بدار رعاية المسنين بولاية عين تموشنت، واستخدمنا المنهج العيادي معتمدين في ذلك على دراسة الحالة، كما استعملنا وسائل البحث العلمية والمتمثلة في المقابلة العيادية والملاحظة العيادية ومقياس قلق الموت لدونالد تمبلر.

وقد توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

- يعاني المسنون المتواجدون في دار الرعاية من قلق الموت، حيث تباينت مستويات هذا الشعور لدى الحالات الأربع المدروسة بين المتوسط والمرتفع.

- تبين وجود تفاوت في مستوى قلق الموت لدى المسن بناء على مدى تواصله مع أسرته، حيث كان مستوى قلق الموت عند الحالتين المتصلتين مع أسرتهما متوسطا، في حين كان مستوى قلق الموت عند الحالتين المنقطعتين أسريا مرتفعا.

- يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند الإناث مقارنة بالذكور، إذ تبين أن الحالتين من الإناث كانتا أقل شعورا به بمستوى متوسط، في حين سجلت الحالتان من الذكور مستويات مرتفعة.

وقد نوقشت هذه النتائج في إطار الخلفية النظرية لموضوع البحث والدراسات السابقة في ذلك.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات النفسية، قلق الموت، المسن، مركز رعاية الشيخوخة.

Abstract

The subject of our study was the psychological disorders associated whith the elderly within the nursing home death anxiety as a model. The study aimed to determine whether the elderly suffer from death anxiety within the nursing home, and to identify the difference in the degree of death anxiety between elderly individuals who maintain contact with their families and those who are disconnected from them, and whether there is difference in the degree of death anxiety between females and males.

Accordingly, we conducted a clinical syudy on four cases (2 males and 2 females) aged between (70 - 87) years, residing in a nursing home in the state of Ain Temouchent. We used the clinical method, relying on case studies, and we also used scientific research methods, namely the clinical interview, clinical observation, and Donald Templar's death anxiety scale.

The current study reached the following results :

- The elderly within the nursing home suffer from death anxiety, with the levels of this feeling varying between moderate and high among the four studied cases

- A difference was found in the level of death anxiety among the elderly based on their level of contact with their families.The level of death anxiety was moderate in the two cases who were connected to their families, while the level of death anxiety was high in the two cases who were disconnected from their families.

- There is a difference in the degree of death anxiety between females and males. The two female cases were found to be less anxious, at a moderate level, while the two male cases recorded high level.

The results were discussed within the theoretical background of the research topic and previous studies on the subject.

Keywords: Psychological disorders, death anxiety, elderly, geriatic care center.

قائمة المحتويات

المحتوى	الصفحة
الإهداء	أ
شكر وعرفان	ب
ملخص البحث بالعربية	ج
ملخص البحث بالانجليزية	د
قائمة المحتويات	هـ
قائمة الجداول	ي
مقدمة	1
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	5
1. إشكالية الدراسة	6
2. فرضيات الدراسة	8
3. أهداف الدراسة	8
4. أهمية الدراسة	9
5. المفاهيم الإجرائية للدراسة	10
6. الدراسات السابقة	10
الفصل الثاني: الاضطرابات النفسية– قلق الموت	17
تمهيد	18
أولا: الاضطرابات النفسية	18
1. تعريف الاضطراب النفسي	18
2. مفهوم الاضطرابات النفسية عند المسن	19
3. أنواع الاضطرابات النفسية عند المسن	20
ثانيا: سيكولوجية القلق	21
1. تعريف القلق	21
2. أعراض القلق	22

1.2. الأعراض النفسية	22
2.2. الأعراض الجسمية	23
3. أسباب القلق	23
1.3. العوامل البيولوجية	23
2.3. العوامل النفسية والاجتماعية	24
4. أنواع القلق	24
ثالثا: قلق الموت	25
1. تعريف قلق الموت	25
2. أسباب قلق الموت	26
3. أعراض قلق الموت	27
4. مكونات قلق الموت	27
5. صراع الخوف والقلق تجاه الموت	28
6. النظريات المفسرة لقلق الموت	29
1.6. نظرية التحليل النفسي	29
2.6. نظرية الذات	30
3.6. النظرية النفسية الاجتماعية في النمو والتطور	30
4.6. نظرية التعلم الاجتماعي	30
5.6. نظرية العاملين	31
6.6. النظرية المعرفية السلوكية	31
7. نظرة المسن إلى الموت	31
8. علاج الاضطرابات النفسية عند المسن– قلق الموت	32
خلاصة	33
الفصل الثالث: الشيخوخة المسعفة	34
تمهيد	35
أولا: الشيخوخة	35

1. مفهوم الشيخوخة	35
2. الشيخوخة من منظور الباحثين	36
3. الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة	37
1.3. الخصائص الجسمية	37
2.3. الخصائص العقلية	38
3.3. الخصائص الانفعالية	38
4.3. الخصائص النفسية	38
4. احتياجات المسن في مرحلة الشيخوخة	39
5. مشكلات مرحلة الشيخوخة	39
6. النظريات المفسرة لمشكلات المسن	40
1.6. نظرية التبادل الاجتماعي	40
2.6. نظرية الانسحاب أو فك الارتباط	41
3.6. نظرية الأزمة	41
4.6. نظرية النشاط	42
5.6. نظرية الدور	43
ثانيا: مركز رعاية الشيخوخة	43
1. تعريف مركز رعاية الشيخوخة	43
2. عوامل دخول المسنين لمركز رعاية الشيخوخة	44
3. أهداف مركز رعاية الشيخوخة	45
4. وضعية المسن في مركز رعاية الشيخوخة	45
5. مبادئ رعاية المسنين في مركز الشيخوخة	46
6. أساليب رعاية المسنين في مركز الشيخوخة	47
خلاصة	47
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	48
أولا: الدراسة الاستطلاعية	49

1. الغرض من الدراسة الاستطلاعية	49
2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية	49
3. اجراءات الدراسة الاستطلاعية	49
4. عينة الدراسة الاستطلاعية	50
ثانيا: الدراسة الأساسية	50
1. المقاربة المنهجية	50
1.1. المنهج العيادي	50
2.1. دراسة الحالة	51
2. مكان الدراسة	52
3. عينة الدراسة	52
4. أدوات الدراسة	53
1.4. المقابلة العيادية	53
2.4. الملاحظة العيادية	54
3.4. المقياس المستخدم	55
5. حدود الدراسة	57
6. صعوبات الدراسة	57
الفصل الخامس: عرض الحالات ومناقشة النتائج	58
أولا: عرض الحالات	59
1. عرض الحالة الأولى	59
2. عرض الحالة الثانية	64
3. عرض الحالة الثالثة	69
4. عرض الحالة الرابعة	73
ثانيا: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات	78
1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية العامة	78
2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الأولى	82

3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثانية	84
خاتمة	87
توصيات واقتراحات	89
المراجع	90
الملاحق	97

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع العينة القصدية حسب متغيرات الدراسة ومعطيات أخرى متعلقة بها	53
02	سلم مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	56
03	سير حصص المقابلات مع الحالة الأولى (خ)	59
04	الدرجة المتحصل عليها للحالة (خ) على مقياس تمبلر	63
05	سير حصص المقابلات مع الحالة الثانية (س)	64
06	الدرجة المتحصل عليها للحالة (س) على مقياس تمبلر	68
07	سير حصص المقابلات مع الحالة الثالثة (ش)	69
08	الدرجة المتحصل عليها للحالة (ش) على مقياس تمبلر	73
09	سير حصص المقابلات مع الحالة الرابعة (ح)	74
10	الدرجة المتحصل عليها للحالة (ح) على مقياس تمبلر	77
11	نتائج تطبيق مقياس قلق الموت على الحالات الأربعة	78

مقدمة

مقدمة:

تعتبر مرحلة الشيخوخة مرحلة طبيعية أساسية من مراحل النمو الانساني، وهي حالة تتأثر بفيزيولوجية الفرد ونفسيته، كما تتأثر بالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يعيش فيها، وهي مرحلة متميزة لها خصائص نفسية معينة متمثلة في حالة من التمركز حول الذات والشعور الشديد بالنهاية، بحيث يجد المسن صعوبة كبيرة في المحافظة على مكانته في المجتمع مما يؤثر على إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي لديه.

ومن جهة أخرى يواجه كبار السن مواقف تهدد ذواتهم فلم يعد أحد يحتاج إليهم ويشعرون بالكبر وبتراجع قدراتهم الجسمية والعقلية وبفقدانهم القدرة والحيوية، يحسون بعدم الفائدة، ويخافون من الموت ومن المرض الذي يحيلهم إلى الإعتماد على الغير، كما يشعرون بأنهم قد عزلوا بعد موت أصدقائهم، وبأنهم يقفون في طريق الأجيال الصغرى، فيميلون بذلك إلى الانسحاب والعزلة، ويفقدون الاهتمام بالحياة خاصة إذا حرموا من البيئة الأسرية.

إن الأسرة والأبناء يلعبون دورا هاما في رعاية المسنين بتوفير الحماية لهم، وتعزيز قيمتهم الاجتماعية وشعورهم بالرضا عن الحياة في هذه المرحلة الحرجة من العمر، مما يؤثر بشكل واسع على الجوانب الصحية والاجتماعية والنفسية للمسن.

إلا أن الحياة الأسرية في وقتنا الحالي تغيرت بتغير المجتمع مما أثر على البناء الأسري ووظائف الأسرة، بحيث لا يجد كبار السن من أفراد أسرهم من يهتم بخدمتهم ويسهر على راحتهم. وفي الوقت الذي بدأت فيه الدولة تهتم بهذه الفئة من المجتمع من خلال تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية والنفسية المناسبة لها، تفشت بوضوح ظاهرة غريبة عن مجتمعاتنا العربية بصفة عامة ومجتمعنا المحلي خاصة وذلك في الآونة الأخيرة، وهي انتشار دور الرعاية الخاصة بالمسنين، والتي يتمثل دورها في توفير جميع متطلبات الحياة اليومية من مأكل وملبس، والاستمتاع بالبرامج الثقافية والترفيهية، حتى يتمتع المسن بنوع من الاستقلالية ويشعر فيها بالراحة والأمن والسكينة، وكذلك توفير الأطباء والممرضين والأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين وذلك من أجل المحافظة على التكيف النفسي والاجتماعي.

إلا أن الحياة النفسية للمسن في دار الرعاية قد لا تكون حياة هادئة، فقد تملؤها المشاكل والصعوبات العلائقية مع الآخرين، وكذا الصعوبات في التكيف والشعور بالوحدة والانعزال عن العالم

الخارجي، الأمر الذي يبرز الحاجة الملحة إلى إقامة دراسة سيكولوجية لمجموعة من هؤلاء المسنين المقيمين بدور رعاية الشيخوخة، والبحث في الآثار والاضطرابات النفسية الناجمة عن إيداعهم فيها بالخصوص دراسة قلق الموت لديهم.

ومنه سنحاول في بحثنا هذا أن نتناول موضوع الاضطرابات النفسية المصاحبة للمسن داخل مركز رعاية الشيخوخة – قلق الموت أنموذجا، ونظرا لأهمية الموضوع وسعيا لتحقيق أهدافه ومن أجل الإحاطة بمختلف جوانبه تمت دراسته في جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي، ومنه انقسمت الدراسة الحالية إلى مقدمة، خمسة فصول، خاتمة، توصيات واقتراحات.

فالفصل الأول تناول إشكالية البحث وفرضياته، أهدافه وأهميته، ومفاهيمه الإجرائية، والدراسات السابقة الأجنبية منها والعربية التي اهتمت بجوانب لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية.

أما الفصل الثاني فتناول الاضطرابات النفسية– قلق الموت، حيث تطرقنا إلى الاضطرابات النفسية أولا من حيث تعريفها بصفة عامة، مفهومها وأنواعها لدى فئة المسنين بصفة خاصة. ثم تطرقنا في الشق الثاني إلى سيكولوجية القلق حيث تناولنا تعريف القلق، أعراضه، أسبابه، وأنواعه. أما قلق الموت فقد خصصنا له شقا ثالثا مستفيضا، حيث تناولنا تعريفه وأسبابه وأعراضه ومكوناته الأساسية، مع تسليط الضوء على صراع الخوف والقلق تجاه الموت، كما استعرضنا النظريات المفسرة لقلق الموت وكيفية نظرة المسن إلى الموت، وصولا إلى علاج الاضطرابات النفسية وقلق الموت لدى المسن.

أما الفصل الثالث فتطرقنا فيه إلى الشيخوخة المسعفة، تناولنا في الشق الأول منه موضوع الشيخوخة، حيث حددنا مفهومها العام ثم رؤية الباحثين لها، كما تناولنا الخصائص المميزة لهذه المرحلة العمرية، وأبرزنا احتياجات المسن ومشكلاته، مدعمين ذلك بالنظريات المفسرة لمشكلات المسنين. وفي الشق الثاني من الفصل تطرقنا إلى مركز رعاية الشيخوخة، فقمنا بتعريفه وتوضيح العوامل التي تؤدي إلى دخول المسنين لهذه المراكز، مع إبراز الأهداف التي تسعى مثل هذه المراكز لتحقيقها، كما سلطنا الضوء على وضعية المسن داخل المركز، والمبادئ والأساليب المعتمدة في رعاية هذه الفئة.

أما الفصل الرابع فتناول منهجية الدراسة الميدانية وتضمن جانبين: أولهما الدراسة الاستطلاعية، حيث تطرقنا إلى الغرض من الدراسة الاستطلاعية، ثم تناولنا حدودها الزمانية والمكانية، كما تطرقنا إلى اجراءات الدراسة الاستطلاعية والعينة التي تضمنتها، ليتم بعد ذلك الانتقال إلى الدراسة الأساسية التي انطلقت من مقاربة منهجية متمثلة في المنهج العيادي بالاعتماد على دراسة الحالة، كما تم تحديد مكان

الدراسة، وعينة الدراسة الأساسية التي طبقت عليها أدوات جمع البيانات كالمقابلة العيادية والملاحظة والمقياس المستخدم، كما تم التطرق إلى حدود البحث، وكذا الصعوبات التي واجهناها أثناء قيامنا بالبحث.

وقد خصص الفصل الخامس لعرض الحالات ومناقشة النتائج، وتضمن شقين: أولهما عرض حالات الدراسة الأربعة، والشق الثاني تم فيه مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات المطروحة.

وفي الأخير تم التطرق إلى خاتمة البحث وتحديد أهم التوصيات والاقتراحات في ضوء ما أسفر عنه البحث من نتائج.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. المفاهيم الإجرائية للدراسة
6. الدراسات السابقة

1. إشكالية الدراسة

من المعروف أن الإنسان عندما يمر في كل مرحلة من مراحل عمره يكون لتلك المرحلة مهام يتوجب القيام بها، وقد أسهم علم النفس في فهم الكثير عن النفس البشرية، وما تمر به في كل مرحلة وفي كل مجتمع، وعندما نتحدث عن الشيخوخة فإننا نتحدث عن مرحلة يصعب تحديدها بالأرقام، لذا برزت عدة مصطلحات للتعبير عن الأفراد الذين ينضمون إلى فئة المسنين ويلجون مرحلة الكبر، ومن هذه المصطلحات: المسنون، المتقدمون في السن، أو كبار السن.

ولقد ازداد الاهتمام بسيكولوجية كبار السن في الآونة الأخيرة، وذلك لازدياد عددهم، وزيادة التطور المعرفي في قضايا المسنين واحتياجاتهم ومشكلاتهم المستمرة، وهناك محاولات عديدة لتعريف هذه المرحلة، كما استعملت مفاهيم عدة تتناول كبار السن سواء على المستوى الزمني أو على مستوى تغيرات المرحلة. (الضلاعين، 2025، ص. 52)

إن أهم خصائص مرحلة الشيخوخة التغيرات البيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والصحية والاقتصادية، كما أن التقدم في السن قد تصاحبه ديناميات نفسية تتسم بنقص الكفاءة الوظيفية وعدم التحكم في الانفعالات كالميل إلى العناد، والاعتمادية على الآخرين، والإحساس بالعجز والشعور بالشك، وقد يصل الأمر إلى الاضطراب النفسي كالاكتئاب والقلق بما فيه قلق الموت وغير ذلك من الاضطرابات. (محمود، 2023، ص. 187)

وقد شغل موضوع قلق الموت حيزا كبيرا من تفكير العديد من العلماء والمفكرين ومنهم ارنست بيكر الذي يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت. (عثمان، 2001، ص. 74)

وقد أشار بانيرجي (2017) Banerijee إلى أنه من أكثر المشكلات النفسية انتشارا في مرحلة الشيخوخة هي الاكتئاب والقلق من الموت، كما أشار (2019) .Zhang et al إلى أن الخوف من الموت كأحد أنماط المخاوف الوجودية يعتبر ظاهرة شائعة في جميع المجتمعات، وقد يكون كبار السن أكثر عرضة لذلك القلق والخوف عند مواجهة أحداث مرتبطة بالموت مقارنة بمن هم أصغر سنا، بينما يشير شقير (2016) إلى أن قلق الموت هو حالة من الخوف الغامض والمبهم تجاه ما يتعلق بموضوع وما ينتظره الانسان من مصير بعد الموت. ويعتبر قلق من الموت بدرجة منخفضة أمرا سويا وعاديا، في

حين يعد القلق منه بدرجة أكبر أمر غير سوي ومؤشر على وجود اضطراب لدى الفرد. (محمود، 2023، ص ص. 187-188)

إن معاناة المسن من المشكلات والاضطرابات النفسية كقلق الموت يؤثر على توافقه النفسي، ومن ثم تتأثر درجة الاقبال على الحياة وتتدنى مستوى الصحة النفسية، وذلك نظرا للتغيرات الاجتماعية السريعة والمتوالية، ومنه وجب الالتفات إليهم ورعايتهم في هذه المرحلة العمرية.

ومنه أصبح موضوع رعاية المسنين من المواضيع التي يجب أن نعيرها اهتماما خاصا، فبالرجوع إلى الدراسات والبحوث التي قامت بها بعض الهيئات المتخصصة في الأمم المتحدة تبين أن المسنين عندما لا يجدون الرعاية المناسبة لهم فإنهم يتعرضون إلى الكثير من المشكلات، ويكونون عرضة لكثير من الاضطرابات. (شتات، 2019، ص.4)

لهذا نجد أن الشريعة الإسلامية قد دعت إلى الاهتمام بالمسنين وتبني حقوقهم وأكدت عليها، ولم تقم بتنظيم الحقوق فحسب بل ونادت بحمايتها وطالبت الكل برعايتها، وبينت واجبات وحقوق المسنين وشرعت لهم الأحكام التي تتناسب مع عمرهم وطاقتهم.

والمجتمع الجزائري بما يحتويه من خصوصية ثقافية واجتماعية ومرجعية دينية وعادات وتقاليد تقدس كلها هذه الفئة من الأفراد وتعطيهم مكانة خاصة، فإنه في الفترة الأخيرة لوحظت ظاهرة غريبة تهدد مكانة هذه الفئة كما تهدد كيان الأسرة الجزائرية والمجتمع بالتفكك إنها ظاهرة هجر الوالدين وإيداع المسنين بديار الشيخوخة، هذه الديار التي أسست للتكفل وحماية المسنين الذين هم بدون مأوى ولا كفيل، والعاجزين عن التكفل بأنفسهم، بحيث تمنحهم نوعا من الاستقلالية في المعيشة وتوفر سبل التواصل بالبيئة، مع العمل على تهيئة وسائل الترويح والثقافة المناسبة لهم، والسماح بممارسة أنشطة تعود على المسن ومجتمعه بالنفع.

إلا أن إيداع المسن بدور الرعاية يحرمه من الجو الأسري والعلاقات الاجتماعية الدافئة والإشباع العاطفي والسند النفسي، مما يجعله عرضة للعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، ويتولد لديه عدم الاحساس بالحب والأمن النفسي، وعدم تقدير الذات والعجز، حيث يرى نفسه عديم النفع وأنه عالة على المجتمع وعلى الآخرين، يشعر باليأس وبالوحدة النفسية لبعده عن أولاده وعائلته وأقاربه وافتقاده لجو العائلة التي كان يحتضنه داخله، كما يشعر بالكآبة وخيبة الأمل وفقدان الهدف والمعنى من الحياة، مما يجعله دائما في قلق مستمر ناتج عن التفكير في المستقبل وقرب الأجل، فيخاف من الموت وحيدا،

ويصبح الموت لديه هاجسا يرهق كاهله ويعكر صفو حياته، ويدعم اعتقاده هذا على أساس أن الأعوام المتبقية له في دار الرعاية قليلة وأن الموت غير بعيد عنه، لذلك أصبح دراسة موضوع قلق الموت عند المسن بدار رعاية المسنين حتمية لا بد منها، ومنه جاءت إشكالية بحثنا كالتالي:

الإشكالية العامة:

هل يعاني المسن المتواجد بدار رعاية المسنين من قلق الموت ؟.

التساؤلات الفرعية:

- هل يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند المسن الذي له إتصال مع أسرته والمنقطع عن الإتصال الأسري؟.
- هل يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند الإناث أكثر منه لدى الذكور؟.

2. فرضيات الدراسة:

إن الفرضيات هي إجابة مؤقتة على الإشكالية والتي نستعرضها كالآتي:

الفرضية العامة:

يعاني المسن المتواجد بدار رعاية المسنين من قلق الموت.

الفرضيات الفرعية:

- يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند المسن الذي له اتصال مع أسرته والمنقطع عن الاتصال الأسري.
- يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند الإناث أكثر منه لدى الذكور.

3. أهداف الدراسة:

- التعرف على الحالة النفسية للمسن بدار رعاية المسنين.
- محاولة الكشف والتحقق من معاناة المسنين من قلق الموت ومستوى هذا القلق.
- معرفة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المسنين حسب متغير الاتصال بالأسرة.
- معرفة الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت لدى المسنين حسب متغير الجنس.

4. أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من طبيعة الموضوع الذي تناولته، ولا شك أن هذا الموضوع ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أم التطبيقية.

الأهمية النظرية:

– لفت الانتباه إلى العوامل النفسية وتأثيرها على حياة المسن المقيم بدار الرعاية خصوصا مع تنامي ظاهرة إيداع المسنين بها.

– تظهر أهمية البحث أيضا في تناوله لمتغير قلق الموت والذي له أثر كبير في تدني الصحة النفسية لدى الفرد ووقوعه في الاضطرابات النفسية.

– تكمن أهمية دراستنا أيضا في نوع العينة والمتمثلة في الأفراد المسنين الموجودين في دور الرعاية، نظرا لأهمية وحساسية هذه المرحلة في حياة الإنسان، وكذا حجم المشاكل النفسية التي قد يتعرضون لها، لذا وجب تسليط الضوء عليهم ولفت الانتباه لأهمية رعايتهم باعتباره أمر أساسي يدل على رقي المجتمع وتقدمه.

– كما تكمن أهمية البحث في التوصل إلى نتائج يمكنها أن تفتح المجال لإجراء المزيد من الدراسات مستقبلا.

الأهمية العملية:

– إن قلق الموت موضوع عملي، فكل دراسة تلقي الضوء عليه ستضفي عليه المزيد من التحليل الواقعي خاصة في ظل الظروف التي يعيشها المسن بعيدا عن أسرته .

– محاولة الخروج بنتائج علمية من خلال الدراسة التطبيقية، وطرح توصيات كمساهمة في إثراء الحلول العملية لظاهرة قلق الموت عند المسنين.

– تعزيز ميدان الدراسات والبحوث النفسية بدراسة تتناول قلق الموت عند المسن في دار رعاية المسنين، وهذا قصد وضع برنامج وقائي أو علاجي للمسن وايجاد الآليات المناسبة لتخفيض قلق الموت لديهم.

5. المفاهيم الإجرائية للدراسة:

قلق الموت:

يعرفة تمبلر بأنه: "خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه". (معمرية، 2007، ص. 212)

التعريف الاجرائي: هو الدرجة التي يتحصل عليها المسن المتواجد في مركز رعاية الشيخوخة على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر.

المسن:

يعرف المسن على أنه ذلك الشخص الذي وصل إلى مرحلة العمر المتأخرة، والتي ضعفت فيها قدرته وأصبح عاجزا عن تناول مشكلاته بنجاح، فهو في حاجة إلى الرعاية النفسية والجسمية والعقلية والاجتماعية. (غباري، 2003، ص. 261)

يعرف المسنون في دراستنا بأنهم الأشخاص الذين يتراوح سنهم ما بين (70–87) سنة، مقيمين بدار رعاية المسنين لولاية عين تموشنت وعددهم أربع حالات.

دار رعاية المسنين:

هي مؤسسة اجتماعية انسانية تهدف إلى تقديم الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للمسنين الذكور منهم والاناث والذين لم تتمكن أسرهم من ايوائهم فيها لظروف متعددة. (بلان، 2009، ص.21)

في الدراسة الحالية هو مركز تابع للخدمات الاجتماعية لولاية عين تموشنت مخصص للأشخاص المسنين الذين ليس لديهم مأوى أو من يتكفل بهم.

6. الدراسات السابقة:

الدراسات العربية:

<u>دراسة رحيم وشنان (2009):</u>

جاءت الدراسة بعنوان: "قياس مستوى قلق الموت لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية وعلاقته بالجنس والعمر والحالة الاجتماعية"، وطبقت الدراسة على مجموعة من المسنين، وقد تكونت عينة الدراسة من المسنين الذين تتراوح أعمارهم من (60–69) الفئة الأولى، أما الفئة الثانية فمن

(70–80) والفئة الثالثة من (80) فما فوق، وقد توزعت حسب متغيري العمر والجنس، حيث استخدم مقياس قلق الموت لأحمد عبد الخالق (1987)، ومقياس القلق الصريح لمصطفى فهمي (1974)، ومن أبرز هذه النتائج عدم وجود فروق بين المسنين في القلق العام، وقلق الموت حسب متغير الجنس، وان المسنين المتقاعدين أكثر إحساسا بالقلق العام وقلق الموت من المسنين الذين لا يعملون، وأوضحت النتائج أن المسنين الذين تبلغ اعمارهم (70) فما فوق كانوا أكثر إحساسا بالقلق العام، وقلق الموت من المسنين الذين تقع أعمارهم ما بين (60–69) عاما.

دراسة معمرية وخزار (2009):

بعنوان: "الإضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة"، هدفت الدراسة إلى التعرف على الإضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة، من خلال استبيانين إحداهما للإضطرابات النفسية والأخرى للإضطرابات الجسمية، تم تحليلهما بإستخدام المنهج الوصفي وتكونت عينة الدراسة من (56) من المسنين تراوحت أعمارهم بين (61–88) سنة، ظهر من خلال الدراسة وجود ترتيب للإضطرابات الجسمية لدى عينة الذكور حيث جاءت أمراض العيون والإعاقة الحركية والضعف العام وطريحو الفراش، وجاء لدى عينة الإناث أمراض العيون والإعاقة الحركية والتلعثم في الكلام وطريحات الفراش وآلام في العمود الفقري وآلام الساقين وضعف النظر ونحافة الجيم والروماتيزم في المرتبة الأولى، أما بالنسبة للإضطرابات النفسية فجاء القلق العام واليأس والإكتئاب النفسي واضطرابات النوم وقلق الصحة وقلق الموت والنظرة السلبية إلى الحياة والعجز وقلة النشاط والهذاءات في الترتيب الأول لدى عينة الذكور، وجاء قلق الموت والخوف والنظرة السلبية إلى الحياة وإنخفاض تقدير الذات في الترتيب الأول لدى الإناث، ولم توجد فروق بين الذكور والإناث في الأمراض الجسمية، بينما تفوق الذكور في العصبية الزائدة عن الإناث، وتفوق الإناث في توهم المرض على الذكور.

دراسة القيق (2016):

بعنوان: "قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين، دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين"، هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات قلق الموت والصحة النفسية لدى مجموعة من المسنين في محافظة غزة، وتعرف العلاقة التي تربط قلق الموت بصحتهم النفسية، وعمل مقارنة بين مستويات القلق بين المسنين باختلاف مكان إقامتهم، واتبع الباحث المنهج

الوصفي التحليلي، واستخدم مقياس قلق الموت لدى المسنين، واستمارة البيانات الشخصية، ومقياس الصحة النفسية كأدوات للدراسة، وشملت عينة الدراسة (80) مسنا من المقيمين لدى أسرهم، ودور الرعاية وكانت أبرز نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة قد بلغ (65,63)، بينما بلغت نسبة الصحة النفسية لديهم (71,484%)، وعدم وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد الخلو من الأمراض العصابية وقلق الموت، ووجود فروق دلالة إحصائية تعزى لمتغير مكان الإقامة في إستجابات أفراد عينة الدراسة لصالح المقيمين مع الأسرة.

دراسة عاشور نسيبة (2017/2016):

بعنوان: "قلق الموت لدى المسن مظاهره و آثاره"، هدفت الدراسة للتعرف على قلق الموت لدى الشخص المسن وتحديد آثاره ومظاهره، ولتحقيق هذه الأهداف استخدمت هذه الدراسة المنهج العيادي وطبقت على عينة قدرت ب (04) حالات مسنين بتوظيف تقنية تحليل المحتوى حسب طريقة "روجر ميشل" ومقياس قلق الموت، وتوصلت إلى النتائج التالية: وجود قلق موت عند الحالات المختارة للدراسة وبدرجات متباينة والذي يظهر بأشكال مختلفة منها سلوكية ونفسية لها تأثير نوعا ما سلبي على حياتهم.

دراسة رحامنية وآخرون (2017):

بعنوان: "قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار العجزة، دراسة ميدانية بدار الاشخاص المسنين بحمام الدباغ قالمة" والتي هدفت للتعرف على مستوى قلق الموت والحالة النفسية لدى مجموعة من المسنين المقيمين بدار العجزة، وتم الاعتماد على المنهج الإكلينيكي باستخدام دراسة الحالة، المقابلة والملاحظة العيادية، واختبار قلق الموت (لأحمد محمد عبد الخالق) كأدوات للدراسة، وشملت العينة (04) حالات، وكانت أبرز نتائج الدراسة أن مستوى شعور عينة الدراسة بقلق الموت جاء بدرجة مرتفعة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الوضعية الزواجية في مستوى قلق الموت لصالح الفئة المتزوجة.

دراسة بولعطية ولوحي (2020)

بعنوان:" قلق الموت لدى المسنين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم– دراسة مقارنة–" بحيث هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى قلق الموت لدى المسنين بدور الرعاية والمسنين مع أسرهم، أجريت الدراسة على عينة قوامها (56) مسنا ومسنة من المقيمين في دار رعاية المسنين ببلدية الجبل الأخضر والمسنين المقيمين مع أسرهم والمسجلين بقسم الخدمات الضمانية البيضاء، تم إستخدام مقياس قلق الموت، أظهرت

النتائج ارتفاع مستوى قلق الموت لدى أفراد العينة على هاذين البعدين، وعدم وجود فروق في مستوى المسنين المقيمين مع أسرهم تعزى لمتغير النوع، والفئة العمرية.

دراسة قليوبي خالد (2020):

جاءت الدراسة بعنوان:" الدعم الإجتماعي كمنبئ بقلق الموت لدى عينة من المسنين في دور الرعاية الإجتماعية بمدينة مكة"، وهدفت إلى الكشف عن علاقة الدعم الإجتماعي بقلق الموت لدى عينة من المسنين المقيمين في دور الرعاية الإجتماعية، وتكونت عينة الدراسة من (80) مسنا ومسنة، وقد طبق عليهم مقياس الدعم الإجتماعي ومقياس قلق الموت، وقد كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الدعم الإجتماعي وقلق الموت لدى المسنين من عينة الدراسة، كما أظهرت النتائج وجود فروق ترجع إلى النوع في إتجاه الإناث.

دراسة الطراونة هيا (2021):

بعنوان: "مستوى قلق الموت وعلاقته بالأعراض الإكتئابية السائدة لدى عينة من المسنين"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق الموت وعلاقته بالأعراض الإكتئابية السائدة لدى عينة من المسنين بالأردن، حيث تكونت العينة من (80) مسنا، تم تطبيق أداتي الدراسة وهما: مقياس قلق الموت ومقياس الأعراض الإكتئابية، وأوضحت نتائج الدراسة أن مستوى إنتشار قلق الموت لدى عينة من المسنين في الأردن بلغ (52,19%) كما وأن هناك علاقة موجبة بين قلق الموت وأبعاده الفرعية والأعراض الإكتئابية، كذلك أوضحت نتائج الدراسة أيضا وجود فروق بين المسنين من حيث الجنس (الذكور والإناث) في كل من قلق الموت لصالح الذكور.

الدراسات الأجنبية:

دراسة أوليفي (Ollivet،2007)

بعنوان: "قلق الموت والإكتئاب لدى المسنين" وكان الهدف هو معرفة مدى انتشار القلق والإكتئاب بين المسنين، وأجريت هذه الدراسة المسحية على عينة قوامها (13004) من المسنين أعمارهم تفوق (65) سنة، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: ينتشر إضطراب القلق والإكتئاب بين المسنين كلما تجاوزوا (65) سن، وينتشر أكثر لدى المسنين الذين يعيشون وحدهم، وليس لديهم أقارب. ينتشر القلق بين هؤلاء المسنين بنسبة مئوية تقدر ب 3,1% في حين ينتشر الإكتئاب بينهم بنسبة مئوية مقدارها

8,04% وهي نسبة عالية، وأكثر المسنين لايحصلون على علاج منتظم للقلق والإكتئاب على الرغم من معاناتهم.

دراسة عزايزة وآخرون (Gigini.et, Shoham.Azaiz.Ron,2010):

هدفت الدراسة للتعرف على قلق الموت لدى المسنين فلسطيني الداخل (48)، حيث تكونت العينة من (145) مسنا ومسنة، وكانت أعمارهم من (60) عاما فما فوق، وطبق عليهم مقياس ثابت من قلق الموت تم تطبيقه من خلال المقابلات مع المسنين، حيث حصل المسنون من هم في دور الرعاية على نسبة عالية من قلق الموت وكانت هناك فروق فردية تعزى للجنس، المؤهل العلمي، مكان السكن وغير المتعلمين ولدى المقيمين في دور الرعاية، ولم تكن هناك فروق حسب درجة التدين، وعلاقة ذلك بإدراك المسن للمساندة الإجتماعية، ومن نتائج الدراسة أيضا أنه كلما تلقى المسنين مساندة إجتماعية من شبكة العلاقات الإجتماعية كلما قل قلق الموت لديهم وأيضا كان لشبكة العلاقات الإجتماعية فائدة في تخفيف الأفكار والمعلومات التي تقود لقلق الموت.

دراسة مسلر وآخرون (Misler.et al,2012)

بعنوان: "إستكشاف قلق الموت بين كبار السن– مراجعة الأدب والتحقيق التجريبي"، والتي هدفت إلى مراجعة الأدبيات المتاحة حول قلقهم، وإستكشاف ميزات هذه التجربة بين عينة صغيرة من كبار السن من الرجال والنساء، واتبع الباحث المنهج التجريبي، وشملت عينة الدراسة (49) مسنا من الفئة العمرية مابين (60) و(90) سنة، وكانت أبرز نتائج الدراسة تركيزا بحثيا محدودا على القلق من الموت بين كبار السن، لاسيما بين أولئك الموجودين بالمؤسسات، وأن المشاركين المسنين في المنشئة المعيشية المساعدة أظهروا مستويات أعلى من الخوف المرتبط الموت، وهو مرتبط أيضا بتدني احترام الذات، وقلة الهدف في الحياة، وضعف الصحة العقلية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في القلق من الموت لصالح النساء، حيث أظهرت النساء خوفا أكبر من موت أحبائهم، وعواقب وفاتهم على هؤلاء الأحباء أكثر من الرجال.

دراسة كيسكن وآخرون (Keskin.et al, 2018)

بعنوان: "قلق الموت عند كبار السن، العلاقة بالمشاركة في الحياة اليومية"، والتي هدفت لتحليل القلق من الموت وأنشطة الحياة اليومية لكبار السن الذين يعيشون في دار رعاية المسنين، واتبع الباحثون المنهج الوصفي، وتم استخدام نموذج المعلومات الديمغرافية، ومقياس قلق الموت، ونموذج أنشطة الحياة

اليومية كأدوات للدراسة، وشملت عينة الدراسة (150) مسنا ومسنة، وكانت أبرز نتائج الدراسة أن متوسط درجة قلق الموت لدى المشاركين قد بلغ (05,44 =1,5)، وكان متوسط درجة نموذج أنشطة الحياة اليومية قد بلغ (36,67=9,4)، حيث حاز استخدام المرحاض أقل درجة من أنشطة الحياة اليومية التي بلغت (7,48=2,62)، وكان القلق من الموت أعلى بشكل ملحوظ بين الرجال، وعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق من الموت وأداء أنشطة الحياة اليومية.

دراسة بالا وماهشواري (Bala&Mahachwari,2019):

بعنوان: "القلق من الموت والإكتئاب بين كبار السن"، التي هدفت إلى تقييم القلق من الموت والإكتئاب الناتج عن الموت بين كبار السن وعلاقتهم بالمتغير الإجتماعي والديمغرافي، وتم اتباع منهج الدراسات النوعية من خلال إجراء وصف مسحي مقطعي لتقييم القلق من الموت والإكتئاب الناتج عن الموت بين (100) ممن تزيد أعمارهم عن 60 عاما، وتوصلت الدراسة إلى أن أغلب كبار السن لديهم نسبة (94,0%) قلق الموت المتوسط بدرجة متوسطة، بينما يعاني ما نسبته (3,0%) من قلق الموت الشديد، وأن أغلب كبار السن (72%) يعانون من اكتئاب الموت بدرجة متوسطة، بينما يعاني (15%) منهم من اكتئاب الموت الشديد، ووجود علاقة إرتباطية إيجابية بدرجة معتدلة بين القلق من الموت والإكتئاب بسبب الموت.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من العرض السابق لتلك الدراسات نستخلص ما يلي:

أولا: من حيث الموضوع والهدف

– هناك دراسات ركزت على قلق الموت عند المسن المقيم بدار رعاية المسنين كدراسة كل من رحيم وشنان (2009)، عزايزة وآخرون (2010)، قليوبي خالد (2020)، مسلر وآخرون (2012)، عاشور نسيبة (2017/2016)، دراسة رحامنية وآخرون (2017)، كيسكن وآخرون (2018)، ودراسة بولعطية ولوحي (2020).

– كما أن هناك دراسات تناولت متغيرات سيكولوجية أخرى عند المسن بالإضافة إلى قلق الموت كدراسة أوليفي (2007)، معمرية وخزار (2009)، القيق (2016)، بالا ومهاشواري (2019)، ودراسة الطراونة (2021).

– هناك إجماع بين الدراسات على ازدياد قلق الموت لدى كبار السن رغم اختلاف وضعياتهم سواء المقيمين مع أسرهم أو المقيمين بدور الرعاية.

ثانيا: من حيث المنهج

تم استخدام المنهج العيادي في دراسة كل من عاشور نسيبة (2017/2016) ودراسة رحامنية وآخرون (2017)، وتم استخدام المنهج المقارن في دراسة بولعطية ولوحي (2020)، وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي في دراسة قليوبي خالد (2020)، وكيكسن (2018)، أما دراسة مسلر وآخرون (2012) فتم استعمال المنهج التجريبي.

ثالثا: من حيث الأداوات

– هناك دراسات اعتمدت على دراسة الحالة واستخدمت في ذلك المقابلة العيادية والملاحظة مع تطبيق مقياس قلق الموت كدراسة رحامنية وآخرون (2017)، بالإضافة إلى الأدوات السابقة استخدمت دراسة نسيبة عاشور (2017/2016) تقنية تحليل المحتوى، أما دراسة معمرية وخزار (2009) فقد استخدمت استبيان للاضطرابات النفسية والجسمية.

– وقد تم استخدام مقياس قلق الموت في دراسة بولعطية ولوحي (2020)، كما تم استخدام إلى جانب مقياس قلق الموت مقاييس أخرى تقيس متغيرات سيكولوجية كما في دراسة رحيم وشنان (2009)، القيق (2016)، قليوبي خالد (2020)، الطراونة (2021)، كيسكن وآخرون (2018)، ودراسة بالا وماهشواري (2019).

رابعا: من حيث النتائج

توصلت دراسة الطراونة (2021) إلى وجود فرق بين المسنين من حيث الجنس (الذكور والإناث) في كل من قلق الموت لصالح الذكور، وتوصلت دراسة كيسكن وآخرون (2018) أن قلق الموت كان أعلى بشيء ملحوظ عند الرجال، كما توصل معمرية وخزار (2009) إلى أن الإضطرابات النفسية من بينها القلق العام واليأس والإكتئاب النفسي، واضطرابات النوم وقلق الصحة وقلق الموت والنظرة السلبة إلى الحياة وقلة النشاط والهذاءات كانت في الترتيب الأول لدى الذكور. كما توصلت دراسة مسلر وآخرون (2012) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في قلق الموت لصالح الإناث، وكذلك دراسة قليوبي خالد (2020) التي خلصت إلى أنه هناك فروق ترجع إلى النوع في اتجاه الإناث.

الفصل الثاني:
الاضطرابات النفسية ـ قلق الموت

تمهيد

أولا: الاضطرابات النفسية

1. تعريف الاضطراب النفسي

2. مفهوم الاضطرابات النفسية عند المسن

3. أنواع الاضطرابات النفسية عند المسن

ثانيا: سيكولوجية القلق

1. تعريف القلق

2. أعراض القلق

3. أسباب القلق

4. أنواع القلق

ثالثا: قلق الموت

1. تعريف قلق الموت

2. أسباب قلق الموت

3. أعراض قلق الموت

4. مكونات قلق الموت

5. صراع الخوف والقلق تجاه الموت

6. النظريات المفسرة لقلق الموت

7. نظرة المسن إلى الموت

8. علاج الاضطرابات النفسية عند المسن– قلق الموت

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الشيخوخة مرحلة حساسة كونها تتسم بهشاشة نفسية نتيجة تراجع قدرات المسن الجسمية وتقلص أدواره الاجتماعية، هذا يجعل المسن أكثر عرضة للضغوطات الداخلية والخارجية التي قد تتجاوز قدراته الاستيعابية وتفوق طاقة آلياته الدفاعية المعتادة، وقد تنتج عن هذه الضغوطات اضطرابات نفسية كالقلق مما يخل بتوازنه النفسي وبصحته النفسية. وفي عمق هذه الاضطرابات يبرز قلق الموت كمتغير جوهري حيث لم يعد الموت فكرة بعيدة عن المسن بل واقعا يفرض نفسه بشكل يومي، ويتداخل هذا القلق مع الاضطراب النفسي في علاقة طردية فكلما تعمق اليأس النفسي، ارتفع مؤشر القلق من الموت.

في هذا الفصل تناولنا موضوع الاضطرابات النفسية وقلق الموت، حيث تطرقنا إلى الاضطرابات النفسية أولا من حيث تعريفها بصفة عامة، مفهومها وأنواعها لدى فئة المسنين بصفة خاصة، ثم تطرقنا ثانيا إلى سيكولوجية القلق حيث تناولنا تعريف القلق، أعراضه، أسبابه، وأنواعه. أما قلق الموت فقد خصصنا له جزءا ثالثا مستفيضا، حيث استعرضنا تعريفه وأسبابه وأعراضه ومكوناته الأساسية، مع تسليط الضوء على صراع الخوف والقلق تجاه الموت، كما استعرضنا النظريات المفسرة لقلق الموت وكيفية نظرة المسن إلى الموت وصولا إلى علاج الاضطرابات النفسية وقلق الموت لدى المسن.

أولا: الاضطرابات النفسية

1. تعريف الاضطراب النفسي:

في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (CIM-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية يشير مصطلح الاضطراب إلى وجود مجموعة من الأعراض والسلوكات التي تكون محددة عياديا، وتشتمل في معظم الأحيان على مشاعر الضيق واضطراب في وظائف الشخصية. (سلامة، 2026، ص. 3)

ويعرف الاضطراب النفسي في الدليل التشخيصي الرابع (DSM-4) الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه مجموعة من أعراض سلوكية ونفسية عياديا تكون ذات معنى، تطرأ على الشخص ويصاحبها عادة مشاعر ضيق وتوتر وحزن وإحباط وتشاؤم، ومهما يكن أصل هذه الاضطرابات فإنها تعتبر مظاهر لاختلال وظيفة سلوكية ونفسية أو بيولوجية للشخص. (سلامة، 2026، ص.3)

كما تعرف بدر سعاد (2018) الاضطراب النفسي بأنه حالة سوء التوافق مع النفس أو مع البيئة طبيعية كانت أم اجتماعية، ويعبر عنها بدرجة عالية من القلق والتوتر والإحساس باليأس والتعاسة والقهر،

وغالبا ما تمس البعد الانفعالي للشخصية، ويظل معها الفرد المضطرب متصلا بالحياة الواقعية، قادرا على استبصار حالته المضطربة. (شتات، 2019، ص.9)

مما سبق نستنتج أن الاضطرابات النفسية هي حالة تعبر عن سوء التوافق مع النفس أو عدم قدرة الفرد على التكيف مع الحياة ومصاعبها، فالفرد يعبر عن مشكلاته بالمرض، فيحدث خلل في وظائف الجسم وفي البعد الانفعالي للشخصية، تظهر هذه الاضطرابات وتنشأ غالبا بسبب وجود حالة صراع نفسي داخلي بين مكونات الشخصية والتي تثيرها المواقف المختلفة التي يمر بها الفرد، ويزيد من تأثيرها السلبي وحدتها الضغوط الداخلية والخارجية.

2. مفهوم الاضطرابات النفسية عند المسن:

في حالة المسنين فإن الاضطرابات النفسية هي حالة من سوء التوافق مع النفس أو مع البيئة، تظهر على شكل قلق وتوتر وإحساس باليأس، ويصاحبها أحيانا سلوك العزلة عن الناس وعدم الرغبة في مخالطة الآخرين، وضعف التركيز وعدم الاكتراث بالحياة وإهمال المسن المضطرب لنفسه ولمظهره العام، وضعف مهارات التواصل مع الآخرين وعدم الميل للتعبير عن الذات وشعوره بفقدان الأهمية والقيمة، ورغم ذلك يظل المسن متصلا بالحياة الواقعية وقادرا على الاستبصار بحالته. (سلامة، 2026، ص.4)

وتشير احصائيات منظمة الصحة العالمية (2017) أن أكثر من 20% ممن تفوق أعمارهم 60 سنة يعانون من اضطراب نفسي أو عصبي، وأن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في هذه الفئة العمرية هي: الاكتئاب بنسبة 17.4%، يليها اضطراب القلق الذي يصيب 3.8% من المسنين، ومشاكل تعاطي المخدرات التي تصيب ما يقارب 1%، وحوالي ربع الحالات الناجمة عن إيذاء النفس تكون بين من هم بأعمار 60 سنة فما فوق. (سلامة، 2026، ص.3)

ويرى جعفر (2008) أن فئة المسنين تعتبر من أكثر الفئات العمرية التي تتعرض إلى الاضطرابات النفسية، بسبب التغيرات الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المسن في هذه المرحلة، كالاكتئاب والذي تعود أسبابه إلى الاهمال وفقدان النشاط البدني والعجز والحرمان العاطفي وفقدان المكانة، كما يصيبهم القلق بأنواعه كقلق الموت، ويصابون كذلك بالخوف والفزع، والوساوس والأفعال القهرية، وتوهم المرض، والوحدة النفسية، والتصلب حيث يقاومون التغيير، واضطرابات الذاكرة واضطرابات النوم. (بشير وخزار، 2009، ص. 77)

تظهر الاضطرابات عند المسن في ظل الأزمات وتزايد الضغوطات الداخلية والخارجية وأهمها: أزمة التقاعد، وأزمة زواج الأبناء وانشغالهم بحياتهم الخاصة، وكذلك أزمة فقدان شريك الحياة، مما يجعل المسن يعبر عن ذلك بدرجة عالية من القلق والتوتر والشعور بالتعاسة والقهر، وغير ذلك من الأعراض النفسية.

3. أنواع الاضطرابات النفسية عند المسن:

في مجال الإصابة بالاضطرابات النفسية يرى بعض الباحثين أنه لا يوجد اختلاف بين المسنين وبين من هم أقل عمرا في أنماط الاضطرابات النفسية، حيث يتعرض المسن إلى:

- **القلق:**

تحتل مشكلة القلق الترتيب الأول في المشكلات النفسية، حيث أن القلق سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة، وينتج من أربع مصادر وهي: قلق الصحة، قلق التقاعد، قلق الإنفصال والإحساس بالوحدة والفراغ، والقلق من المجهول والموت. إن سمة القلق لدى المسنين تؤثر في جميع نواحي حياتهم حتى أن بعضهم يلجأ إلى العزلة والإكتئاب وانتظار الموت، ويفضل الكثيرون من كبار السن أن يعيشوا بمفردهم على العيش مع الآخرين، كما يحسون بالعجز وبأنهم عالة على غيرهم. (الطفيلي، 2004، ص. 269)

سوف يتم التطرق لمشكلة القلق وقلق الموت بالتفصيل في الشق الثاني والثالث من هذا الفصل.

- **الاغتراب النفسي:**

يعتقد بعض المسنين أن نظرة الآخرين إليهم أصبحت خالية من التقدير والاحترام، لأنهم غير قادرين على استخدام السلطة بسبب إحالتهم على التقاعد أو بسبب وصولهم الى مرحلة الضعف والوهن، ويزداد هذا الشعور حدة كلما تباعدت المسافة بين المسن وبين من تربطه بهم صلة قرابة كالأبناء والأقارب، وبعد أن كانوا يمثلون له مصدر الأمان والحماية من الناحية النفسية والاجتماعية وحتى الاقتصادية. كما أن التغيرات في القيم والظروف الاجتماعية والاقتصادية نحو الفردية والاستغلال، وابتعاد الأبناء عن آبائهم المسنين وانعدام الاهتمام بهم يجعلهم يشعرون بعدم الفعالية الذاتية في الحياة لدرجة انتظارهم للموت، كل هذه العوامل تساعد على ظهور مظاهر الاغتراب النفسي عند المسن والتي تتجلى في فقدان السيطرة، فقدان المعنى، فقدان المعايير، والشعور بالعجز. (سلامة، 2026، ص. 7)

- **الشعور بالوحدة:**

الشعور بالوحدة هي حالة ناتجة عن ضعف أو فقدان المساندة الاجتماعية، يظهر هذا الاضطراب لدى المسن حين تتناقص أو تنعدم لديه فرص المشاركة في الأنشطة والحياة الاجتماعية، وفقدان الأدوار التي كان يشغلها وكثرة وقت الفراغ لديه، وتفكك العلاقات التي تربطه بالآخرين، وانحسار قدرته على اتخاذ القرارات، وفقدان شريك الحياة، أو التغيرات التي تطرأ على أسلوب حياته مهما كان نوعها، فيجد نفسه وحيدا ومنغلقا على نفسه ويشعر بالوحدة ويكون ذلك سببا في إصابته بالاكتئاب النفسي. (سلامة، 2026، ص. 8)

- **الاكتئاب النفسي:**

يحدث الاكتئاب عند المسن بعد حادث غير مستحب في الأحداث اليومية التي يمر بها، سواء منها ما يرتبط بالظروف الأسرية أو اضطراب العلاقات مع الآخرين، أو صعوبات الحياة التي يعيشها كالأزمات الاقتصادية، أو فقدان شخص عزيز، أو الشعور بالوحدة وعدم شغل وقت الفراغ بصورة إيجابية. تبدو على المسن في حالة الاكتئاب أعراض متمثلة في: فقدان الطاقة، وانحراف المزاج، الحساسية الزائدة والانسحاب الاجتماعي، توهم المرض، التشاؤم من المستقبل وفقدان الأمل في الحياة وعدم الرغبة فيها، وقد يقود ذلك إلى الانتحار. ويصاحب الاكتئاب عادة التدهور الحركي والصداع، فقدان الشهية ونقص الوزن والامساك، ومشاكل النوم كالأرق، كما يصاحبه أيضا التردد والبطء في الكلام. (مبروك، 2002، ص. 185)

ثانيا: سيكولوجية القلق

1. تعريف القلق:

حسب فرويد Freud القلق هو شيء ما يشعر به الفرد، أو حالة انفعالية نوعية غير سارة لدى الكائن العضوي، ويتضمن مكونات ذاتية وفيزيولوجية وسلوكية تتكرر بين الحين والآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس، أو الألم في المعدة أو زيادة في عدد ضربات القلب. (أبو الخير، 2002، ص.103)

يعرف حامد الزهران القلق بأنه: "حالة توتر شاملة ومستمرة نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض أو أعراض نفسية وجسدية". (زهران، 2005، ص. 484)

ويعرف مسرمان Messerman القلق على أنه: "حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد التكيف، فهذا يعني أن القلق ما هو إلا مظهر للعمليات الانفعالية المتداخلة التي تحدث أثناء الإحباط والصراع ". (الفاعوري، 2007، ص. 8)

أما فيصل خير الدين فيعرف القلق بأنه: "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى الفرد، ومن هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في المعدة، أو الضيق في التنفس، أوالشعور بضربات القلب، والصداع والشعور بالدوار وبالإعياء، وكثرة الحركة أحيانا". (فرج، 2009، ص. 128)

من خلال ما سبق نلاحظ اختلاف وجهات نظر علماء النفس حول تعريف القلق، نظرا لكونه مفهوما شديد التركيب، فهو مفهوم أساسي لتفسير معظم نظريات الشخصية وعلم الأمراض النفسية، ومثل هذه الحالات تؤثر على شخصية الفرد وصحته النفسية والجسمية.

توجد عدة أعراض تظهر على شخصية مريض القلق، وهي ما تجعلنا نعي أن هذا الشخص على مشارف الخطر، وعلينا فقط مراقبة هذه الأعراض للتعامل مع المصاب بشكل سريع يضمن عدم الوصول الأمر لمراحل خطيرة.

2. أعراض القلق:

هناك أعراض كثيرة للقلق منها نفسية وجسمية حسب ما ورد في (علي، 2009، ص. 63):

1.2. الأعراض النفسية:

- سرعة الإثارة العصبية فيصبح المريض حساسا للضوضاء ويفقد أعصابه بسهوله ويثور لأتفه الأسباب.
- صعوبة التركيز والنسيان مع الشعور بالاختناق والصداع .
- مخاوف مرضية في أعضاء الجسم لا أساس لها كالخوف من السرطان أو مرض القلب.
- عدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمن والراحة والأرق ورؤية الأحلام المزعجة.
- الحساسية المفرطة والشك والتردد والضيق وترقب المستقبل.

2.2. الأعراض الجسمية:

– أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري: آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر، سرعة دقات القلب والنبض، ارتفاع ضغط الدم.

– أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي: فقدان الشهية أو عسر الهضم وصعوبات البلع، شد في الحلق، الاسهال أو الامساك، المغص الشديد وأحيانا الغثيان والقيء.

– أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي: ضيق الصدر وعدم القدرة على التنفس أو سرعة التنفس.

– أعراض مرتبطة بالجهاز الحركي والعضلي: آلام العضلات في الذراعين والساقين والظهر والرقبة، الإعياء والانهاك الجسدي، الحركات العصبية، الرعشة.

– أعراض مرتبطة بالجهاز التناسلي: كثرة التبول أو احتباسه، الخلل في الوظائف الجنسية.

– أعراض جلدية: كالاكزيما والبهاق والصدفية وتساقط الشعر.

3. أسباب القلق:

أسباب القلق وعوامله متنوعة وفيما يلي عرض لأهمها حسب ما ورد في (فايد، 2003، ص. 5):

1.3. العوامل البيولوجية:

تنشأ أعراض القلق النفسي عن زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعية السمبثاوي والبراسمبثاوي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم، ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم،و تزيد ضربات القلب وتجحظ العينان إلى غير ذلك من الأعراض. أما ظواهر الجهاز الباراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول والإسهال، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية.

كما تلعب الوراثة دورا هاما في الاستعداد للاصابة باضطراب القلق (لكن الوراثة ليست العامل الوحيد، حيث أن القلق ينتج عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والبيئية).

2.3. العوامل النفسية والاجتماعية:

– أرجع سيجموند فرويد S. Freud القلق إلى صراعات داخلية لاشعوري ، والتي هي عبارة عن قوى داخلية تتصارع مع بعضها البعض، ويؤدي تصارعها إلى ظهور الأعراض المرضية، وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق وهما القلق السوي والمرضي.

– أدلر Adler: أرجع القلق إلى شعور الشخص بالنقص ومحاولته التفوق.

–السلوكيون أمثال دولارد، ميللر، بافلوف: يرجعون اضطراب السلوك عامة واضطراب القلق خاصة إلى تعلم سلوكات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها، وتساهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل في تدعيم تلك السلوكات والعمل على استمرارها وبقائها.

– كما تلعب الضغوط البيئية دورا هاما في حدوث أي اضطراب أو تفاقمه، وهناك نوعين من الضغوط:

الضغط المباشر مثل: فقدان الوظيفة، الطلاق، المرض.

الضغط الغير المباشر: الذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين مثل الرغبة الشديدة في عمل شيء معين مع تحريم قوي في نفس الوقت.

4. أنواع القلق:

لقد ميز فرويد بين نوعين من القلق وهما القلق السوي والمرضي:

- **قلق سوي:**

وهذا النوع من القلق هو قلق واقعي وموضوعي خارجي المصدر وموجود بالفعل، ويحدث لدى الأفراد الأسوياء العاديين في مواقف مثلا: انتظار عملية جراحية، أو اجتياز امتحان.

- **قلق مرضي:**

هذا هو النوع الذي نقصده كمرض نفسي حيث أنه داخلي المصدر لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره، فأسبابه لاشعورية ودوافعه مكبوتة وغير معروفة، وهو ناتج عن الصراع القائم بين الدوافع المكبوتة في الهو وبين قوى الكبت في الأنا. (جبل، 2000، ص. 129)

ثالثا: قلق الموت:

يعد قلق الموت انفعال يتواجد في طيات الشعور وهو نوع وحيد من القلق، حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج، والشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفاؤه هو أن قلق الموت لا يعتبر قلق عادي، أو داء يمكن تشخيصه، لكن هو قلق على المستقبل في حد ذاته، أي قلق على موقف وحدث لا توجد للفرد أي سلطة عليه. (حنفي، 1997، ص .179)

1. تعريف قلق الموت:

إن تحديد مفهوم قلق الموت يتطلب منا استعراض آراء الباحثين كل حسب موقعه العلمي وانتمائه لتيار فكري معين، وسنقدم أبرز التعاريف الخاصة بقلق الموت:

يعرفه هولتر Holter بقوله: "إنه إستجابة إنفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت". (عبد الخالق،1987، ص.38).

بينما يعرفه ديكستاين Dickstein بأنه: "التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة". (عبد الخالق،1987، ص.38).

ويعرفه تمبلر Templer بأنه: "خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه". (معمرية، 2007، ص. 212)

وقد استخلص تمبلر وزملاؤه أربعة أبعاد تصف العناصر المختلفة لقلق الموت وهي :القلق حول التأثير المعرفي والانفعالي للموت والاحتضار، والترقب والخوف من التغي ا رت الجسمية خلال الموت والاحتضار، والوعي بالوقت المحدود بين الميلاد والوفاة وسرعة مروره، والقلق حول المشقة والألم المصاحب للموت. (الضلاعين، 2025، ص.54)

ويرى ارنست بيكر Ernest Baker أن مشكلة التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعها في إطار واحد هو الخوف من الموت. (عثمان، 2001، ص. 74)

ويضيف أدلر Adler: "أن المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت" (عثمان، 2001، ص.84)

من خلال التعاريف السابقة نعرف قلق الموت على أنه حالة نفسية يمر بها الفرد، ناتجة عن التفكير المستمر في الموت والخوف الزائد والهاجس الذي يسيطر على حياة الفرد وتفكيره، وينتج قلق الموت عادة من النظرة السلبية لأي حالة انفعالية يمر بها الشخص، وربط أي مشكل يواجهه بالموت.

كما اختلفت الآراء والتعاريف حول قلق الموت، بحيث وجد العلماء صعوبة في إعطاء تعريف محدد له لأنه ليس هناك إجابة ثابتة عن ماهية الموت، كما يعد تعريف قلق الموت مشكلة لأنه لا يشير بشكل تقليدي إلى خوف محدد، فالموت مفهوم مجرد لكنه حقيقة مادية وفعل واقعي، شأنه شأن مفاهيم أخرى مجردة.

2. أسباب قلق الموت:

من أسباب قلق الموت حسب ما ورد في (صالح، 2015، ص.486):

- الخوف من نهاية الحياة.

-الخوف من مصير الجسد بعد الموت.

-الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.

-الخوف من الموت بعد مرض عضال.

-الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.

-الخوف من أن يحزن الأحياء على من يموت.

- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية.

-الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.

-عدم معرفة المصير بعد الموت.

-الخوف من ظلام القبر وعذابه.

-الخوف عما يصاحب خروج الروح من الجسد من ألم شديد.

وفي دراسة أجراها عبد الخالق (1985) في بلدان عربية هي: مصر، السعودية، ولبنان للتعرف على أسباب قلق الموت، ومن بين الأسباب التي توصل إليها: الخوف من الحساب والعقاب، الخوف من

مفارقة الأهل والأحباب، عدم معرفة المصير بعد الموت، الخوف من النار ومن يوم القيامة، حب البقاء والتمسك بالدنيا، الخوف على الأبناء والأسرة، الرغبة في التمتع أكثر بالدنيا. (نجوم، 2010، ص.23)

3. أعراض قلق الموت:

هناك أعراض عديدة ومختلفة لقلق الموت وقد ذكرها (فقيري، 2015، ص. 78) كما يلي:

- الإصابة بضيق التنفس، الإصابة بالصداع أو الآلام الجسدية المختلفة.
- كثرة الشكوى من الأمراض المختلفة التي لا وجود لها واقعيا.
- سيطرة التشاؤم والنظرة القاتمة للحياة، والانطواء والإصابة بالكآبة الشديدة.
- سيطرة الانفعالات السلبية ومنها البكاء.
- الإصابة بالأرق وتعذر النوم.
- التحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت.

ويضيف (زهران، 2005، ص.487) أعراضا أخرى مثل:

- القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل.
- العصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة.
- الشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات.
- ضعف القدرة على العمل والإنتاج والإنجاز.
- سوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق المهني.
- ضعف التركيز وشرود الذهن واضطراب قوة الملاحظة.

4. مكونات قلق الموت:

ذكر (عبد الخالق،1987، ص ص. 45-46) في كتابه "قلق الموت" مكونات هذا القلق حسب عدة باحثين أمثال:

الفيلسوف "**جاكشرون**" الذي حدد مكونات ثلاثة وهي: الخوف من الإحتضار، الخوف مما سيحدث بعد الموت، الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر " **كفافو**" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف مايلي: عملية الإحتضار، الموت الشخصي، فكرة الحياة الأخرى، النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

أما " **ليفترون**" فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي: التحلل أو التفسخ، الركود أو التوقف، الإنفصال.

كذلك ميز " **ليسيتر**" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت، إذ هناك بعدان لكل منهما قطبان كما يلي: الموت/الإحتضار/الذات/ الآخرون، ومن تم تشتمل هذه الجوانب على مايلي: الخوف من موت الذات، الخوف من إحتضار الذات، الخوف من موت الآخرين، الخوف من إحتضار الآخرين.

5. صراع الخوف والقلق تجاه الموت:

يمثل الوعي بحتمية الموت مثيرا سيكولوجيا تتجاذبه استجابتان انفعاليتان هما الخوف والقلق:

- **الخوف:**

وجود الخوف يكون مع وجود الوعي بالموت، وهو في الغالب عرض نتيجة وعي الفرد بذلك، إن الخوف المبرر هو طبيعي إيجابي ومثير للرغبة في الحياة، في حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا ما يؤدي إلى حالات حصر حادة، وهذا انطلاقا من كون الموت موضوع حصر مطلق، فقد أسماه "أدغار موران (1951) Edgar Morin " بالعصاب الأنثربولوجي المتميز"، إنه المنبع والمصب لكل حالات القلق والحصر التي يعاني منها الكائن البشري.(عماد، 2014، ص.33)

- **القلق:**

إن الموت يعتبر موضوعا حصريا يحدث لدى الإنسان قلقا يتعلق بمصيره السلبي، ويرى فرويد أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية لا يستطيع الفرد صدها، والقلق هنا يأتي من إدراك الفرد لقرب نهايته من جهة، وتأكده من وجود حياة أخرى من جهة ثانية، وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية للوجود فيخفي خوفه من ذلك مما يؤدي إلى انتظار يائس وهادئ للموت.

ويكون الخوف من الموت عند كل إنسان أمرا طبيعيا وهذا لأنه معرض له، ويزداد تأكده من ذلك عندما يرى موت الآخرين، وبالتالي هذا الخوف يكون مبرر أي أن الفرد يخاف من الموت لأنه يعرف بأنه

النهاية وأنه يحرمه من الحياة، لذلك يصبح هذا الخوف مثيرا للرغبة في العيش، غير أن الخوف القهري من الموت يسبب للفرد حالات حصر حادة، ذلك أنه دائم الانتظار لهذا الموقف، خاصة إذا كان في وضعية تكون فيها حياته مهددة. (فرويد، 1987، ص.122)

- **الربط بين القلق والموت:**

إن الموت باعتباره نهاية للحياة يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه، فالتصور يبقى غامضا ومبهما، زيادة على اعتباره جزئية مطلقة أي فردية شخصيته.

إن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق، والدفاعات التي يستعملها هي: العودة الأبدية، الانتحار، الرفض المرضي للموت، فكل هذه التظاهرات كما يقول "مالاشيرون" تبرر قلق الموت عند الإنسان، ويضيف كذلك أن ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عن الموت.(عاشور، 2017، ص. 13)

القلق يرتبط بالموت نظرا لأنه حتمية لا هروب منها، فهو ينتج عن مصادر عديدة تزيد من الخوف من الموت. ولعل أحد أهم الأسباب التي تدعو إلى كره الموت ومقت التحدث عنه هو الخوف والقلق منه بالمقارنة بغيره من الموضوعات المثيرة للكراهية (كالفشل والمرض وغيره)، أو الموضوعات المسببة للقلق (كالعمل والمستقبل والأبناء) . إن الإنسان قد يكون لديه أمل في التوصل إلى حل لهذه المشكلات يوما ما أو بطريقة معينة، أما الموت فليس كمثله شيء، إنه مرض الأمراض الذي لا شفاء منه أبدا، ولا علاج ناجحا له مطلقا.(عبد الخالق، 1987، ص. 12)

6. النظريات المفسرة لقلق الموت:

تعددت واختلفت النظريات التي تحدثت عن قلق الموت كونه موضوع عام وواسع حيث نجد:

1.6. نظرية التحليل النفسي:

يرى "فرويد" أن الغرائز تتجمع في غريزتين أساسيتين هما غريزة الموت وغريزة الحياة، وهما أساس الحياة النفسية عند الإنسان رغم أن كل واحدة منهما تعمل نقيض عمل الأخرى، فغريزة الحياة تهدف إلى استمرار الحياة، وغريزة الموت دافعها العدوان والتدمير والانتحار، فتتصارع غرائز الفرد وتهدده بفقد التحكم، فالحياة صراع بين غرائز الموت وغرائز الحياة، غير أن غرائز الموت تعمل في صمت، ويرى

"فرويد" أنه إذا اتجهت غريزة الموت إلى الخارج فإنها تبدو في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكراهية، وإذا اتجهت إلى الداخل تبدو في صورة قلق الموت. (مغربي، 2015 ، ص. 27)

2.6. نظرية الذات:

يرى رواد هذه النظرية ومنهم "روجرز" أن أي خبرة يمر بها الفرد في حياته ولا تتفق مع تنظيم أو بناء ذاته ستعمل كتهديد له، وكلما زاد هذا التهديد زاد جمود الذات، وهذا من شأنه أن يصيب الفرد بالقلق الذي يدفع به إلى إنكار مسببات هذا القلق وإبعادها عن طريق آليات الدفاع، في محاولة منه للإبقاء على صورة الذات متماسكة، فتواتر الخبرات المؤلمة في تفكير الفرد تجعله يضطرب وينشأ قلق الموت. (محمود، 2015، ص. 361).

أما "ماسلو" فيرى أن الشخص الذي يحقق ذاته لديه قبول مرتفع لذاته وقلق منخفض، وخوف منخفض من الموت، حيث افترض عدد من الباحثين أن الأفراد الذين لديهم درجات أقل في تحقيق الذات ممن لم يكملوا مشروعاتهم في الحياة يخبرون قلق الموت بدرجة أعلى مقارنة بمن شعروا بأنهم أكملوا مشروعاتهم. (مغربي، 2015 ، ص.30)

3.6. النظرية النفسية الإجتماعية في النمو والتطور:

يرى" إريك إريكسون" أنه إذا كانت رؤية الشخص لماضيه وخبراته رؤية مغتبطة، يختلط فيها الاحساس بالإنجاز والنشوة فإنه ينظر إلى حياته على أنها جديرة بالبقاء والاستمرار، ومثل هذا النوع يواجه الموت دون خوف، أما الأشخاص الذين يتملكهم اليأس وينظرون إلى الماضي على أنه خال من المغزى أوالقيمة فهم الذين يخافون من الموت. (محمود، 2015، ص. 360)

أما "هيرمان فيفل" فيذكر أن أنواع القلق ماهي إلا مظهر خادع لقلق الموت، كما يرى أن الخوف من الموت هو خوف من الإبادة أو المحق التام وفقدان الذاتية. (مغربي، 2015 ، ص ص. 28-29)

4.6. نظرية التعلم الإجتماعي:

يتحدث "دولارد وميلر" أن علاقات الفرد تقتصر على تحقيق الذات وترتبط بالدور الإجتماعي له، كما أن القلق شكل من أشكال الخوف الذي يكون مصدره غامضا، ويعتقد أن أساس القلق صراع داخلي وإدراك الفرد للمثير، حيث أن هذا المثير يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو

الخطر فيتجنب هذه التهديدات، وبما أن الموت مرداف للتلاشي وهو تهديد حقيقي لا مفر منه ولا يمكن مواجهته فينشأ قلق خطير يطلق عليه قلق الموت. (محمود، 2015، ص. 361)

5.6. نظرية العاملين:

لقد ذهب " تمبلر" (1976) إلى أن درجة قلق الموت يحددها عاملين هما:

-الحالة الصحة النفسية بوجه عام.

-خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

وقد أجرى "تمبلر" 17 دراسة معمقة على عينات سوية وسيكاترية طبق عليها عدد معتبر من المقاييس، وتؤكد نتائج هذه الدراسات نظرية "تمبلر" ذات العاملين في قلق الموت.

إن المرضى السيكاتريين (في مجال الطب النفسي) يميلون إلى الحصول على درجات مرتفعة في قلق الموت مقارنة بالأسوياء، وإن مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء ترتبط إيجابيا مع مقاييس قلق الموت، وقد استخرج" براون" ارتباطا سلبيا بين قلق الموت والهدف من الحياة، كما ثبت أن المرضى الذين عولجوا من أعراض الاكتئاب بالعقاقير المضادة للاكتئاب قد تناقص قلق الموت لديهم ارتباطا إيجابيا بالتناقص في الاكتئاب. (الحكمي، 2015، ص. 37)

6.6. النظرية المعرفية السلوكية:

يعتبر أصحاب هذا الاتجاه أمثال "أليس" الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرون أن السلوك مرتبط بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها، فيكتسب أفكار لا منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي، فيحدد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (مغربي، 2015، ص ص. 28-29)

7. نظرة المسن إلى الموت:

يتجسد قلق الموت في حالات خيبة أمل الإنسان وعجزه ومحاولاته الفاشلة في إدراك المعنى عند المسن، وإن الهدف من الحياة لدى المسن هو في إيجاد معنى لها ويسعى لذلك بالطريقة التي يسلكها،

ولذلك فإن الكثير من معاناة المسن تنجم عن فشله في إيجاد معنى للحياة أو إيجاد معان جديدة لها. (محمود، 2015، ص. 355)

إن الموت ليس بالأمر الهين في أي وقت أو مرحلة من مراحل العمر، لكنه في الشيخوخة ربما يكون واضحا، فكبار السن بصورة عامة أكثر استعدادا لمواجهة الموت من صغار السن، حيث يكون المسن قد فكر بالموت وقام ببعض التحضيرات الأولية، وشاهد أصدقاء له أو أقارب يعبرون هذه الطريق، وأتيحت للمسن فرصة التعبير عن استعداده للموت، كذلك يكون كبير السن قد تكيف مع بعض أهدافه وانسحب من بعض النشاطات بسبب ضعف طاقاته. (شيبلي تايلور، 2008، ص. 160)

وفي مجال قلق الموت لدى المسنين وجد ليستر (1967) في دراسة له على عينة من المسنين مقيمين في مؤسسة إيواء أن 45 % منهم يعتقدون أن الناس يخافون من الموت في سن السبعين وما بعدها، وأوضح كذلك أن وقت الفراغ يعتبر متغيرا هاما يرتبط بقلق الموت لديهم، حيث أن المسنين الذين لديهم أنشطة قليلة لشغل وقت فراغهم كانوا أكثر معاناة من قلق الموت.

وبينت دراسة حسن مصطفى (1998) أن قلق المسنين له مصادر أربعة وهي قلق الصحة، قلق التقاعد وترك العمل، قلق الانفصال، وقلق الموت. (الطفيلي، 2004، ص.269)

8. علاج الاضطرابات النفسية عند المسن– قلق الموت:

لكل حالة من حالات الاضطراب لدى المسنين الأساليب العلاجية الملائمة للتخفيف من حدتها تبعا لفردية كل مسن، ولكن يمكن أن نذكر أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة لعلاج الاضطرابات النفسية عند كبار السن والتي تشمل ما يلي كما ورد في (سلامة، 2026، ص ص. 10–11):

– العلاج الجماعي والذي يمكن أن يوفر للمسن المضطرب نفسيا الدعم الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي الذي يحتاج له.

– تكوين جماعات للتطوع من المسنين لخدمة المجتمع المحلي والمشاركة في تنمية البيئة بما يملكونه من خبرة، وهذا يساعدهم في شغل أوقات فراغهم ويشعرهم أنهم لا يزالون أفراد فعالين في المجتمع.

– التعرف على السمات الشخصية للمسن ودورها في مشكلته، كسماته العقلية وحالته النفسية والبدنية والاجتماعية.

– العمل على تشجيع المسن في تقبل مشكلاته وتعزيز ثقته بنفسه واشعاره بأهميته في المجتمع.

– إزالة ما يجول بخاطر المسنين من أنهم أصبحوا أشخاصا بغير قيمة في داخل المجتمع ولدى أسرهم، وأنهم معزولون تماما عن بيئاتهم.

– العمل على استثمار خبرات المسنين والاستفادة من مهاراتهم وإمكانياتهم في مشاريع وبرامج يستفيدون منها وتفيد مجتمعهم.

– استخدام أساليب العلاج الروحي والتي تقوم على ترسيخ دعائم الإيمان وأن المؤمن يجب أن تقوى لديه صفات التفاؤل والأمل ولا مجال للتشاؤم أو الاحباط والقنوط واليأس.

– استخدام العلاج المعرفي السلوكي لأن الاضطراب يمكن أن يحدث لدى المسن بسبب تصوراته ومعتقداته الخاطئة عن نفسه وعن أدواره في هذه المرحلة، وأنه أصبح بلا جدوى وليس له قيمة وأن حياته على وشك الانتهاء ويجب أن ينتظر لحظة الموت، وغير ذلك من الأفكار والمعتقدات الخاطئة والتصورات اللاعقلانية، فإن العلاج المعرفي السلوكي له دور هام في تصحيح أفكار المسنين الخاطئة وسلوكهم غير السوي.

– وتبقى الوقاية من الاضطراب النفسي خير من العلاج، وذلك بتأهيل المسنين قبيل وصولهم لهذه المرحلة، وتوجيههم للقيام بأعمال تطوعية متنوعة من خلال العديد من المؤسسات الاجتماعية ليستمر عطاؤهم في المجتمع، وحتى لا يتسرب لديهم الإحساس بفقدان القيمة والمكانة، كما يجب استمرار المساندة الأسرية لهم لا سيما من أبنائهم وأقاربهم.

خلاصة:

بناء لما سبق يتضح أن المعاناة النفسية للمسن في مرحلة الشيخوخة ليست نتيجة لضعف وعجز جسدي فحسب، بل هي نتيجة تفاعل بين تدهور الوظائف النفسية وبروز الهواجس الوجودية المرتبطة بالخوف من الفناء. فالاضطرابات النفسية التي تصيب المسن تعمل كبيئة محفزة لتفاقم القلق من الموت لديه، مما يجعل من دراسة هذين المتغيرين وحدة مترابطة لا يمكن فهم أحدهما بمعزل عن الآخر في هذه المرحلة العمرية، فكلما عانى المسن من الاضطراب النفسي زاد خوفه من الموت وقرب النهاية، وكلما سيطر عليه قلق الموت أثر ذلك على مستوى تكيفه وصحته النفسية.

الفصل الثالث:
الشيخوخة المسعفة

تمهيد

أولا: الشيخوخة

1. مفهوم الشيخوخة

2. الشيخوخة من منظور الباحثين

3. الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة

4. احتياجات المسن في مرحلة الشيخوخة

5. مشكلات مرحلة الشيخوخة

6. النظريات المفسرة لمشكلات المسن

ثانيا: مركز رعاية الشيخوخة

1. تعريف مركز رعاية الشيخوخة

2. عوامل دخول المسنين لمركز رعاية الشيخوخة

3. أهداف مركز رعاية الشيخوخة

4. وضعية المسن في مركز رعاية الشيخوخة

5. مبادئ رعاية المسنين في مركز الشيخوخة

6. أساليب رعاية المسنين في مركز الشيخوخة

خلاصة

تمهيد:

تعد الشيخوخة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان كونها آخر محطة في حياته، مما يجعلها تتميز بالعديد من الخصائص سواء على المستوى النفسي أو الاجتماعي أو العلائقي أو حتى ما يمس الجانب الصحي، هذه الخصوصية هي التي تجعل هذه المرحلة العمرية أكثر أهمية، وبالتالي يصبح من الضروري دراستها وتسليط الضوء على عوامل مختلفة من شأنها أن تؤثر على سيرورة مرحلة الشيخوخة. وفي ظل التحولات المعاصرة التي شهدتها البنية الاسرية وغياب الاتصال النفسي بين المسن وأفراد أسرته والمحيطين به، تم البحث عن حلول للتخلص منه ووضعه في مراكز رعاية الشيخوخة ليس فقط كبديل مكاني، بل كضرورة مؤسسية تهدف إلى احتواء المسن بكرامة.

ومنه تطرقنا في هذا الفصل إلى دراسة موضوع الشيخوخة، حيث بدأنا بتحديد مفهومها العام ورؤية الباحثين المختلفين لها، مع تناول الخصائص المميزة لهذه المرحلة العمرية ،وإبراز احتياجات المسن ومشكلاته، مدعمين ذلك بالنظريات المفسرة لمشكلات المسنين. وفي الشق الثاني من الفصل تطرقنا إلى مركز رعاية الشيخوخة، فقمنا بتعريفه وتوضيح العوامل التي تؤدي إلى دخول المسنين لهذه المراكز، مع إبراز الاهداف التي تسعى مثل هذه المراكز لتحقيقها، كما سلطنا الضوء على وضعية المسن داخل المركز، والمبادئ والأساليب المعتمدة في رعاية هذه الفئة.

أولا: الشيخوخة

1 . مفهوم الشيخوخة:

لقد أسهم علم النفس في فهم الكثير عن النفس البشرية وما تمر به في كل مرحلة، وعندما نتحدث عن الشيخوخة فإننا نتحدث عن مرحلة يصعب تحديدها بالأرقام، لذا برزت عدة مصطلحات للتعبير عن الأفراد الذين ينضمون إلى فئتها ومن هذه المصطلحات :المسنون، المتقدمون في السن، أو كبار السن.

فيما يلي سوف نعرض مجموعة من التعاريف الخاصة بالشيخوخة والمسن:

يعرف هيرلوك Hurlock الشيخوخة على أنها الفترة التي يحدث خلالها ضعف وانهيار في الجسم واضطراب في الوظائف العقلية، ويصبح الفرد أقل كفاءة وليس له دور محدد ومنسحب اجتماعيا، وسيء التوافق ومنخفض الدافعية وغير ذلك من المتغيرات. (خليفة، 1997، ص. 15)

وفي تعريف القاموس الطبي: الشيخوخة تعني كل ما من شأنه أن يحدث ويؤثر على الإنسان في الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية عند كبار السن، حيث أنها عملية تغير داخل الوضع الاجتماعي لدى المسن. (النوبي، 2012، ص. 13).

ويرى "زهران" أن التقدم في السن هو مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث في المرحلة الأخيرة من الحياة، ومن التغيرات الجسمية الضعف العام في الصحة، ومن التغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة وضيق الاهتمامات وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية. (زهران، 2005، ص. 349)

والمسن بصفة عامة هو الذي بدأت كل وظائفه الحيوية في التراجع ونقصت إسهاماته في نواحي الحياة المختلفة، حيث يمر المسنون بأزمات، وتأخذ هذه الأزمات ثلاث أبعاد متمثلة في: أزمة الهوية المتجسدة في العلاقة مع الذات والقيم، ثم أزمة الاستقلالية المتعلقة بتلبية الاحتياجات، ثم أزمة الانتماء أولا للمجتمع وثانيا للمرحلة العمرية الحالية في الحياة. (بوغالي، 2012، ص. 14)

مما سبق نستخلص أن الشيخوخة هي تلك المرحلة الأخيرة من العمر والتي تحمل معها عدة تغيرات فيزيولوجية، سلوكية، نفسية، وعقلية، تأتي على شكل ضعف ووهن، وأيضا تغيرات اجتماعية متمثلة في فقدان المسن لدوره الاجتماعي لاسيما العلاقات التي تربطه بالأشخاص المحيطين به.

2. الشيخوخة من منظور الباحثين:

يستخدم الباحثون مفهوم الشيخوخة وأحيانا أخرى التقدم في العمر على أنهما مرادفان ويشيران إلى نفس المعنى، ويشار لمفهوم التقدم في العمر إلى مختلف الأعمار وهي كالتالي حسب ما ورد في (خليفة، 1997، ص ص.11-14):

أ-**العمر الزمني:** وتم تقسيم الشيخوخة على هذا الأساس إلى (4) مستويات:

المستوى الأول: ويسمى فترة ما قبل التقاعد وتمتد من 55 إلى 65 سنة.

المستوى الثاني: يسمى فترة التقاعد في سن 65 سنة.

المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر وتمتد من 75 سنة فأكثر.

المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز وتمتد من 80 سنة إلى 110 سنة .

ب- العمر البيولوجي: ويستخدم في تحديد الشيخوخة العضوية، وهو مقياس وصفي يقدم على أساس المعطيات البيولوجية، فكل مرحلة تمثل معدل نشاط الغدد الصماء، قوة دفع الدم، التغيرات العصبية، وسلامة الحواس مثل السمع والبصر.

ج- العمر الاجتماعي: ويقاس بأداء الأدوار الإجتماعية وعلاقات الفرد، ومدى توافقه الإجتماعي ومدى تفاعله مع الآخرين.

د- العمر النفسي: ويستخدم هذا العمر في تحديد الشيخوخة من الناحية النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم على مجموعة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وذكائه، ومدى تقييمه لذاته والرضا عنها.

3. الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة:

للشيخوخة مجموعة من الخصائص والتغيرات التي تميزها عن غيرها من مراحل النمو، وعند تحديد خصائص الشيخوخة يجب أن نضع في الاعتبار أهمية التفريق بين مفهومين أساسين هما: مفهوم الاختلافات العمرية والذي يشير إلى المراحل العمرية التي يملكها الإنسان، والمفهوم الآخر يتعلق بالتغيرات المختلفة التي تعتري أي فئة عمرية، وبذلك تعتبر متغيرات العمر التي تطرأ على الإنسان خاضعة لمجموعة من الخبرات والمؤثرات التي يمر بها عبر مراحل حياته ومن هذه الخصائص نذكر:

- مرحلة الشيخوخة هي إحدى مراحل النمو التي تمثل نهاية دورة الحياة.
- مرحلة الشيخوخة تتأثر بالسمات الواردة إليها من المراحل السابقة لها.
- إن مرحلة الشيخوخة تمثل نمط شائع من التغير البيولوجي، يتصف بالاضمحلال والتدهور في البناء والوظيفة البيولوجية بعد وصولها إلى اكتمال النضج.

هناك مجموعة من الخصائص الجسمية، والعقلية والانفعالية والنفسية سوف نعرضها كما وجداها في (شاذلي، 2001 ، ص ص .38-41) :

1.3. الخصائص الجسمية:

- ضعف أداء السمع والبصر في سن الخمسين فما فوق.
- ضعف السمع يؤدي إلى صعوبات الاتصال والتفاعل مع الآخرين.

- صعوبات في الرؤية بسبب فقد حاسة البصر لمرونتها.

- ضعف الشهية والشكوى من اضطراب النوم.

- ترهل العضلات وفقدان القدرة الجسمية.

- ضعف مقاوم الأمراض وتغيرات البيئة.

- الإصابة بالأمراض المزمنة.

2.3. الخصائص العقلية:

- يتغير نشاط خلايا المخ نتيجة الكبر أو سوء التغذية والمرض، مما يؤثر على عمليات الاحتفاظ والاسترجاع (ضعف الذاكرة، النسيان، الخرف).

- تباطؤ في التفكير وضعف القدرة على التعلم.

- تضاؤل القدرة على الإدراك.

- تدهور الذكاء.

- تضاؤل القدرة على الابتكار.

3.3. الخصائص الانفعالية:

- كل مظاهر الضعف الجسدي والأمراض المختلفة التي يعانيها المسن تصبح مصدر خوفه.

- شعور المسن بالوحدة وحاجته للسند جراء إحالته على التقاعد، افتقاد الزوجة، ابتعاد الأبناء عن الأسرة الأصلية.

- الحساسية الزائدة، والإحساس بالنقص في حاضره يجعله يتعلق بالماضي.

- نوبات بكاء وحنين يشعر بها المسنون اتجاه أحبائهم الذين رحلوا قبلهم.

4.3. الخصائص النفسية:

- انفعالات المسنين تدور حول أنفسهم لا حول غيرهم فهي ذاتية، مما تؤدي إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني.

- عجز في ضبط مشاعرهم وأحاسيسهم وعواطفهم.

- العناد الذي يؤدي إلى السلوك المضاد وصلابة الرأي.

- حب الإطراء والمديح والتشجيع.

- سمة القلق البارزة لديهم حيث لا يجدون متنفسا لانفعالاتهم مما يؤدي للإكتئاب.

- الموقف السلبي الذي يشعر به إزاء البيئة المحيطة به.

- الخمول والبلادة والتعصب.

- التصلب الفكري والتحفظ والحرص والحذر.

4. احتياجات المسن في مرحلة الشيخوخة:

تتمثل احتياجات المسن حسب (أبو عوض، 2008، ص ص. 241-242) فيما يلي:

- الحاجة إلى الشعور بالثقة في النفس.

- الحاجة إلى الشعور بالأمن والتحرر من الخوف.

- الحاجة إلى الاستقرار العاطفي الذي يخلص المسن من الجمود.

- الحاجة إلى احتفاظ المسن بمكانته الاجتماعية.

- الحاجة إلى التوافق مع الظروف الجديدة.

- الحاجة إلى الوجود في الجماعة.

- الحاجة شديدة إلى الترويح عن النفس وشغل وقت الفراغ.

5. مشكلات مرحلة الشيخوخة:

يمكن اختصار المشكلات التي يعاني منها المسن في مرحلة الشيخوخة فيما يلي نقلا عن (الحجامي، 2004، ص ص. 117-118):

- فقدان اعتبار الذات بفقدان المركز والدور الإنتاجي، وما يرافق ذلك من شكوك حول قيمة المسن أو أهميته في أسرته ومجتمعه.

- فقدان الإحساس بالأمن وعدم القدرة على الوفاء بمستلزمات العيش.

- صعوبة التكيف مع الانتقال من وضع المنتج الى وضع المتقاعد.

- الإحساس بالعجز الصحي.

- تدني القدرة على مقاومة الضغوط الناشئة عن التغير الاجتماعي، كتغيير مكان السكن أو فقدان أفراد العائلة.

- عدم القدرة على إيجاد منافذ لاهتماماته وهواياته بغية توظيفها والحصول على المتعة الشخصية.

- محدودية الحوافز للانتماء والمشاركة الاجتماعية.

- ضعف الذاكرة وضعف الادراك والشعور بالفشل والتشاؤم والكآبة ورغبة المسن في العزلة.

- الشعور بالوحدة جراء فقدان أحبائه.

- اضطراب العلاقات الاجتماعية.

- الشعور بقرب الموت حيث يعيشون متحسرين وكأنهم ينتظرون النهاية.

6. النظريات المفسرة لمشكلات المسن:

وعلى مستوى النظريات الاجتماعية والنفسية المفسرة لسلوك المسنين، فقد شهد النصف الثاني من القرن العشرين اهتماما متزايدا من الدراسات بأوضاع المسنين ومدى توافقها مع مرحلة تقدم العمر، لاسيما مرور المجتمعات الحديثة بتحولات واسعة بسبب معدلات التحضر العالية، والتي أدت إلى تفكك الروابط الأسرية، فنشأت نتيجة لذلك نظريات كثيرة في هذا المجال منها:

1.6. نظرية التبادل الاجتماعي:

بدأت هذه النظرية بفكرة جديدة قدمها "هومانز" (1961) وهي النظر إلى السلوك الاجتماعي كتبادل، ثم تطورت أكثر في تحليلها للتبادل والسلطة في الحياة الاجتماعية على يد" بلاو" (1964) و"إيمرسون" (1962– 1972). مبدأ النظرية هو أن التفاعل بين الأفراد والهيئات الجماعية يمكن وصفه على أنه محولات للوصول إلى الحد الأقصى من المكافأة المادية وغير المادية، وتقليل التكاليف المادية وغير المادية. (شاذلي، 2001، ص. 136)

تقوم نظرية التبادل الاجتماعي على فريضتين رئيستين وهما:

الأولى: أن القدر الذي يحوزه المسنون من موارد القوة بالنسبة إلى فئات العمر الأخرى يتناسب طرديا مع درجة تحديث المجتمع، وبعكس المسنين في المجتمعات التقليدية فإن المسنين في المجتمعات الصناعية لديهم موارد قليلة للقوة التبادلية في التفاعل الاجتماعي اليومي.

أما الثانية: أن هناك علاقة انحنائية بين العمر الزمني ودرجة موارد القوة، فامتلاك موارد القوة يميل إلى أن يكون محدودا في فترة الشباب، ثم يزيد خلال العمر الأوسط المتأخر، ثم يقل بحدة في سنوات العمر المتقدمة. (حاج لكحل، 2008، ص. 58)

2.6. نظرية الانسحاب أو فك الارتباط:

نظرية قدمها كل من هنري وكمنج (Henry & Cumming) عام (1961)، تقوم هذه النظرية على افتراض أن الأفراد عندما يصلون إلى مرحلة معينة من العمر فإنهم يبدؤون تدريجيا في الانسحاب من الحياة الاجتماعية، وتتناقص أنشطتهم الاجتماعية وتضعف روابطهم بالآخرين، ويعزفون عن مشاركتهم ويفضلون العزلة، ويخشون الارتباط بأي نشاط اجتماعي.

وترى النظرية أن التقدم في السن يؤدي لميل الفرد لفك ارتباطاته تدريجيا بالنشاطات والفعاليات التي كان يرتبط بها، وزيادة ميله للعزلة والتمركز نحو الذات، لذلك على المجتمع أن يهتم بإيجاد أدوار إيجابية للمسنين لزيادة تفاعلاتهم مع البيئة ومساعدتهم على التكيف المناسب. إن عملية الانسحاب هذه سواء كانت اختيارية أو إجبارية فإنها تشترك في نقطة العجز والقصور في الوظائف العامة لدى المسنين التي بموجبها تتم هذه العملية. (خليفة، 1997 ، ص.35)

3.6. نظرية الأزمة:

يرى" إيريكسون" بأن الفرد قادر على تطوير شخصيته خلال مراحل النمو المتلاحقة طيلة حياته، ويعتقد بوجود فترات حرجة للنمو وهذه الفترات تتسم بنقاط تحول حاسمة، ويؤكد "إريكسون" أن الأزمة النفسية الاجتماعية يجب أن تحل بنجاح قبل أن ينتقل الفرد إلى المرحلة التالية.

كما يرى "إريكسون" في نمو الأنا بصفة عامة وتشكل الهوية بشكل خاص نقلة نوعية في تاريخ التحليل النفسي، حيث حولت مساره من التركيز على سيكولوجية الأنا المؤكدة لتطور الأنا ونمو فاعليتها وفقا لمبدأ التطور، مؤكدا بدوره لأهمية التفاعل بين العوامل البيولوجية والبيئية، وما يثمر عن تفاعلهما من

سمات شخصية في إحداث التغير نفسي – اجتماعي، يفترض"إريكسون" أن الظواهر النفسية تمر بتاريخ تطوري شبيه بالتكوينات البيولوجية ويسير النمو السيكولوجي والاجتماعي

كما تعد نظرية "اركسون" في الشخصية والتطور النفسي والاجتماعي من أكثر النظريات تماسكا وتأثيرا في فهم مرحلة الشيخوخة واضطراباتها، حيث يصف مهمة الفرد في هذه المرحلة محاولة إدماج خبرات الحياة بسلبياتها وإيجابياتها، وإذا تمكن الفرد من إنجاز هذه المهمة فإنه يستطيع أن يتصالح مع الخبرات السلبية في الماضي، وأن يطور تكامل وحكمة الأنا التي تمكنه من التوافق الناجح مع نفسه ومع الآخرين، والرضا بالخسارات التي يمتلئ بها حاضره، والتي تعكس الحالة التي أطلق عليها اركسون يأس الأنا. (شتات، 2019، ص.5)

4.6. نظرية النشاط:

وتفترض هذه النظرية أنه لكي يحدث التوافق بشكل فعال مع فقدان عمل أو وظيفة، فإنه يجب على الفرد أن يجد بديلا لتلك الأهداف الشخصية التي كان يحققها ذلك العمل، وأن ينمي اهتماماته ويواصل نشاطاته بما يساعد على رفع روحه المعنوية، ويعتبر" فريدمان" و"هافيجرست"و" ميلر" مؤسسي هذه النظرية، وقد ركز كل من" فريدمان وهافيجرست" على أهمية الأنشطة البديلة في حالة فقد الفرد لوظيفته وعمله، والتي يمكن من خلالها شغل وقت فراغه وإعادة توافقه، كما ركز"ميلر" على الأنشطة البديلة التي تمثل مصدرا جديدا للدخل، فالأنشطة البديلة التي يقوم بها الشخص بعد التقاعد تحقق له هدفين: الهدف الأول أنه يجد البديل عن العمل المفتقد والثاني أنها تعتبر مصدرا جديدا للدخل الذي تناقص بعد التقاعد عن العمل.

إن نظرية النشاط ترى أن الرضا لدى كبار السن إنما يتوقف على اندماج الفرد في المجتمع، وعلى تلك الإسهامات التي يظل يضيفها، وعلى شعوره بأنه مازال نافعا ومطلوبا، فقيام المسن ببعض الأنشطة يعتبر أمرا ضروريا لزيادة رضا المسن عن الحياة وقناعته بها.

هذه النظرية لا تلائم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين، ولا تفسر إلا نسبة ضئيلة مما يعانيه المسنون، فالأفراد الذين كانوا مشغولين بدرجة كبيرة في عملهم قبل التقاعد، ولم يكن لديهم الوقت الكافي لممارسة بعض الأنشطة أو المهارات لن يجدوا مكانا في هذه النظرية. (خليفة، 1997، ص ص. 36-37)

5.6. نظرية الدور:

يؤكد بعض رواد هذه النظرية الاجتماعيين أمثال " أرنولد روز" (1965) أن مشكلة المسنين لا تنشأ من تدهور القوة الطبيعية للمسنين، بل في إجحافهم من قبل المجتمع ورفضه إفساح المجال للاستفادة من حكمتهم وخبرتهم المتراكمة خلال السنين الطويلة، وتقوم نظرية الدور على أن الفرد في حياته يشغل مكانة اجتماعية في مجتمعه يقوم من خلالها تأدية أدوار معينة، والمقصود بالدور هو مجموعة الأنشطة والأفعال التي يقوم بها الفرد في تفاعله مع الآخرين، كما أن المجتمع يبدأ في تغيير نظرية إلى دور الفرد مع تقدمه في العمر ويظهر ذلك عند بلوغه الستين عاما، حيث يفرض عليه التوقف عن أداء دور مهم في حياته ظل يزاوله لسنوات عديدة، وهو دوره الوظيفي، كما أن المجتمع يتوقع تغيير دور الفرد الاجتماعي مع تقدمه في السن. (حاج لكحل،2008، ص. 57)

في ضوء ما سبق من النظريات فإن المسن يمكن أن يعيش مرحلة الشيخوخة وهو يتمتع بحالة جسمية ونفسية واجتماعية مستقرة، أو أن يعيش ظروفا صعبة قد تؤدي إلى إصابته ببعض الأمراض الجسمية أو الاضطرابات النفسية، وهو في هذه الحالة يحتاج إلى الرعاية لتحقيق قدر من التوافق والتكيف مع نفسه وبيئته حتى لا تتدهور حالته الصحية والنفسية والاجتماعية.

ثانيا: مركز رعاية الشيخوخة

1. تعريف مركز رعاية الشيخوخة:

هي مؤسسة اجتماعية تختص برعاية فئة كبار السن من الجنسين وشروط القبول بها اختيارية، ويسير نظامها وفقا لنظام الباب المفتوح، وهي تهدف إلى الاهتمام بحاجات المسن الفردية والاجتماعية والمجتمعية، والعمل على توفير الأنشطة والبرامج التي تقابل أوضاعهم الجسمانية والعقلية والبيئية، ومساعدتهم على التخطيط لأنفسهم، مع تقديم الدعم لكي يظلوا نشطين على قدر الامكان في ضوء الموارد المجتمعية والعلاقات الأسرية.(عبد المحسن، 1993، ص. 32)

وتعرف أيضا على أنها إحدى المراكز والمساكن الاجتماعية المخصصة لإيواء الأشخاص الذين يتميزون بصفة الضعف والعجز، أو أناس وصلوا سن الشيخوخة والذين تتجاوز أعمارهم الستين عاما فأكثر على الأغلب، ففيها يقطنون ويعيشون حياتهم ويتلقون خلال وجودهم هناك المأوى والمأكل والمشرب والملبس والعلاج الطبي والنفسي وبرامج الترفيه عن النفس. (غنام، 2019، ص. 307)

وفي تعريف آخر هي مؤسسة اجتماعية وانسانية، أنشئت بقصد وعن عمد وتدبير من المجتمع لتحقيق أهداف معينة، أبرزها توفير الاستقرار الاجتماعي والنفسي للمسنين لمواجهة المشكلات التي عجزت أسرهم عن توفيرها لهم وبأسلوب إنساني منظم. (عبد اللطيف، 2007، ص. 208)

مما سبق نستنتج أن دار رعاية الشيخوخة هي عبارة عن مؤسسة اجتماعية لإيواء أفراد يتميزون بصفة الضعف والعجز، ممن وصلوا إلى سن الشيخوخة أو بلغوا الكبر وتخلى عنهم أبناؤهم في ظرف من الظروف، فاتخذوا دار الرعاية مأوى لهم، والتي تهدف إلى رعاية وإيواء المسنين الذين لا يستطيعون العمل أو تدبير شؤون أنفسهم، ولا يتوفر لديهم أسر وأقارب بهدف توفير الاستقرار النفسي والاجتماعي لهم.

2. عوامل دخول المسنين لمركز رعاية الشيخوخة:

في هذا الصدد يشير "محمد حسن غانم" (2009) أن هناك عديدا من العوامل التي ساعدت على استفحال مشكلة المسنين وتقبل فكرة ايداعهم في مؤسسات للإيواء وهي:

- تحول المجتمع من البساطة إلى التعقيد مما يصعب على المسن أن يتكيف مع الأوضاع الجديدة.
- تحول الأسرة الكبيرة الممتدة إلى الأسرة الصغيرة النووية.
- الاهتمام المتزايد بالتصنيع والتكنولوجيا، وانشغال الأبناء لفترة أطول في الوظيفة مما أفرز الشعور بالاغتراب عند المسن.
- الهجرة من الريف إلى الحضر لتحسين مستوى المعيشة أو التعليم مما أفرز الشعور بالاغتراب عند المسن.
- انتشار ظاهرة المساكن الصغيرة مما أثر في عدم امكانية استيعابها لامتداد الأسرة.
- خروج المرأة للعمل مما أوجد صعوبة في توفير الرعاية للمسنين والأطفال.
- قلة فاعلية الجماعات والعلاقات الأولية نظرا لزيادة التخصصات وتقسيم العمل مما يصعب على المسن التكيف مع هذه البيئة. (خلادي، 2012، ص ص. 53-54)

وتضيف (بدرة، 2014، ص.13) أنه من العوامل التي دفعت بالبعض إيداع ذويهم في دار الرعاية أو التحاق المسن بها بنفسه ما يلي:

– العلاقات السلبية بين الجيل القديم والجيل الجديد، حيث تحولت رعاية المسنين من مرحلة الإكرام إلى مرحلة الفتور، مما حدا به مكرها أو طائعا التوجه إلى دار الرعاية.

– المسنون الوحيدون في حال وفاة الشريك أو المطلقين أو العازبين.

– ضعف دخل الأسرة وعدم تمكنها من الإيفاء بمتطلبات المسن الصحية.

– شعور بعض المسنين بأنهم غير مرغوب فيهم في منازل ذويهم فيفضلون الابتعاد.

– فقدان الترابط والتعاطف الأسري وذلك نتيجة للتطورات الموجودة في المجتمع.

3. أهداف مركز رعاية الشيخوخة:

يقوم مركز الرعاية على العديد من الأهداف أهمها ما وجدناه في (عبد الله، 2013، ص.172):

– إيواء حالات المسنين وتأمين الإقامة اللائقة لهم والتي تضمن لهم الأمان، وتقديم كافة الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية، والثقافية والتعليمة والترفيهية التي تتيح لهم التوافق النفسي، وتساعدهم على التكيف الاجتماعي، مما يشعرهم بإنسانياتهم ويوفر لهم الراحة والطمأنينة في حياتهم، ويوثق الصلة بينهم وبين أسرهم والبيئة الخارجية.

– العمل على إدماج المسنين في الحياة الاجتماعية العامة وتوفير خدمات لضمان التأهيل والإدماج الاجتماعي والأسري.

– مساعدة المسنين على مواجهة المشكلات الناتجة عن كبر السن.

– وقاية المسنين من أمراض الشيخوخة بالتعاون مع وزارة الصحة.

4. وضعية المسن في مركز رعاية الشيخوخة:

وجود المسن في دار رعاية الشيخوخة أو ما تسمى بدار العجزة يعني جحود الأبناء، أو أن المسن لم يحسب لغده ولم يتوقع أن نهاية عمره ستكون بهذا الشكل، فحياة المسن في هذه المؤسسات ضمن مجموعة غير متناسقة تقضي على خصوصية الفرد، فكثير منهم يكون اتصالهم بالعالم الخارجي شبه نادر، إضافة إلى معاناتهم وافتقارهم إلى الدفء العائلي، هذا ما يجعل المسن يعاني من خمول وكسل وكره الكلام، وفقدان الرغبة في اتخاد القرارات والمبادرات، فيهمل الإعتناء بمظهره الخارجي ويرغب في الإنزواء. (سليم، 1998، ص ص. 18– 19).

لقد أكدت العديد من البحوث التي أجريت لدراسة وضعية المسنين المقيمين بدار العجزة وما يشابهها من مؤسسات، أن هناك ضعفا في التركيز عند البعض ومعاناة الكثيرين من التعاسة واللامبالاة واحتقار الذات. ومن بين الدراسات التي تناولت وضعية المسنين في دور الرعاية دراسة كل من عزة عبد الكريم مبروك (2002)، عبد الرحمان بخيث (1999)، هشام محمد محمود (1999)، ليدفورد (1975)، والذين أكدوا أن المسنين في دور العجزة مصابون باضطرابات نفسية كالإكتئاب، القلق، الوحدة النفسية، قلق الموت، توهم المرض، اضطراب الذاكرة، انخفاض تقدير الذات، كما يعانون من الإهمال والإغتراب. ويتحدث "ليبرمان" عن تأثير دور الرعاية فيرى أنها تجعل نسبة الراغبين في الموت من المسنين أعلى منها عند أمثالهم خارج هذه المؤسسات. (سليم، 1998، ص. 20).

5. مبادئ رعاية المسنين في مركز الشيخوخة:

توجد عدة مبادئ ينبغي الأخذ بها عند التخطيط لرعاية المسنين وعلاج مشكلاتهم واضطراباتهم، وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

- **مبدأ الاستقلالية:** وبموجبه يحق للمسن الحصول على ما يكفي من متطلبات المعيشة.

- **مبدأ المشاركة:** ويحق للمسن الاندماج في المجتمع والمشاركة بنشاط حسب قدراته.

- **مبدأ الرعاية:** ويحق للمسن الاستفادة من خدمات الرعاية والحماية المجتمعية، والحصول على الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعة والقانونية والتمتع بالحقوق الانسانية.

- **مبدأ الاشباع الذاتي:** ويحق للمسن استغلال فرص التطوير الكامل لقدراته مع الاستفادة من الموارد المختلفة في المجتمع.

- **مبدأ الكرامة:** ويحق للمسن العيش بكرامة وأمان والمعاملة الحسنة.

وعلى ضوء هذه المبادئ فإن الحفاظ على المسنين ورعايتهم هو واجب يقع على الدولة بما أنه تم التخلي عنهم من طرف أسرهم، حتى يستطيع المسنون من خلال دور الرعاية إشباع حاجاتهم واستثمار أوقاتهم وعلاج مشكلاتهم المختلفة. (سلامة، 2026، ص ص. 9-10)

6. أساليب رعاية المسنين في مركز الشيخوخة:

إن رعاية المسنين واجب إنساني في كل المجتمعات من خلال تقديم أقصى ما تستطيع تقديمه من خدمات للكبار الذين أفنوا حياتهم في سبيل مجتمعاتهم، بحيث تشتمل رعايتهم على ما يلي:

– الرعاية الصحية لهم بحيث أن مشكلات الصحة أهم ما يؤرق كبار السن وذلك بمتابعة حالتهم الصحية في المستشفيات والعيادات.

– الإرشاد والتوجيه النفسي لكبار السن وذلك حتى يتقبلوا أنفسهم بصورتهم الجديدة بعد ترك العمل وشعورهم بالفراغ، ومنه ممارسة نشاطات جديدة تقلل الإحساس بالفراغ لديهم.

– محاولة استغلال خبرات ومهارات المسنين وقدراتهم المتبقية، مما يساعدهم على الإحساس بالقيمة وشغل وقت فراغهم والإشباع النفسي.

– إنشاء نوادي خاصة بالمسنين يمارسون فيها هواياتهم المفيدة، ويقدم لهم فيها برامج ونشاطات مثمرة تناسبهم لأنهم متقاربين في السن والميولات والاتجاهات والاهتمامات.

– استغلال المناسبات السعيدة ومشاركتهم فيها كالأعياد وشهر رمضان المبارك، فلا يجب تركهم في مثل هذه المناسبات، وفتح لهم آفاق جديدة نحو التفاؤل وتقبل الحياة. (الزبيدي، 2009، ص. 52)

خلاصة:

تعتبر مرحلة الشيخوخة مرحلة حرجة من مراحل العمر، فهي المرحلة النهائية من حياة الفرد، ونظرا لأهمية هذه المرحلة درسها علماء النفس بالتعرف على سيكولوجية الشيخوخة من ناحية الخصائص المميزة لها، وكذلك الحاجات التي تتطلبها المرحلة، والمشكلات التي تواجه المسنين والنظريات المفسرة لتلك المشكلات، كما تطرقنا إلى مراكز رعاية الشيخوخة كبيئة احتواء أساسية لكبار السن الذين تخلت عنهم الأسرة وأعجزتهم الشيخوخة عن القيام بشؤون أنفسهم أو أعجزهم المرض، حيث توفر لهم الدعم المتخصص والرعاية الكاملة بمختلف أنواعها الصحية والاجتماعية والنفسية والترفيهية، لحفظ الكرامة الانسانية للمسن في ظل التحولات المعاصرة.

الفصل الرابع:
الاجراءات المنـهجية للدراسة

أولا: الدراسة الاستطلاعية

1. الغرض من الدراسة الاستطلاعية

2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية

3. اجراءات الدراسة الاستطلاعية

4. عينة الدراسة الاستطلاعية

ثانيا: الدراسة الأساسية

1. المقاربة المنـهجية

2. مكان الدراسة

3.عينة الدراسة

4. أدوات الدراسة

5. حدود الدراسة

6. صعوبات الدراسة

أولا: الدراسة الاستطلاعية

1. الغرض من الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الهامة والضرورية التي تساعدنا في التعرف على الميدان الذي يجرى فيه البحث، ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة التي تتدخل في سيره، بالإضافة إلى استشارة ذوي الخبرة العاملين في الميدان للتعرف على آرائهم وأفكارهم التي قد تساعدنا في إجراء الدراسة.

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى جمع المعلومات الأولية التي تمكننا من التأكد من وجود الإشكالية المطروحة في الميدان، حيث تعتبر هذه المرحلة مرحلة تجريب الدراسة بقصد اختبار سلامة الأدوات المستخدمة في البحث ومدى صلاحيتها، ويمكن اعتبارها صورة مصغرة للبحث، وهي تهدف إلى اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه قبل بدء التطبيق الكامل للخطوات التنفيذية.

إن الغرض من دراستنا الاستطلاعية يتمثل في تحقيق الأهداف التالية:

- استكشاف ميدان الدراسة الأساسية.
- التعرف على الصعوبات التي قد نتعرض لها لنتفاداها في الدراسة الأساسية.
- ضبط عينة الدراسة والتعرف على أدوات البحث.
- الإلمام بالتصور الشامل للبحث.

2. الحدود المكانية والزمانية للدراسة الاستطلاعية:

- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في دار رعاية المسنين بولاية عين تموشنت.

- **الحدود الزمانية:** تم إجراء الدراسة الاستطلاعية من تاريخ 05 مارس إلى 08 مارس 2026.

3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

قمنا في بادئ الأمر بجولة استطلاعية في دار رعاية المسنين بولاية عين تموشنت في الفترة الممتدة من 05 مارس إلى 08 مارس 2026، حيث تم استقبالنا من طرف المديرة والتي قامت بدورها بتوجيهنا إلى الأخصائية النفسانية، وكانت هذه الزيارة للخروج بنظرة شاملة وأكثر وضوحا حول موضوع البحث.

وللتعرف أكثر على دار رعاية المسنين وعلى الفئة المقيمة بها قمنا بجولة في المرافق الخاصة بالمركز، حيث اندمجنا وسط المسنين خلال هذه الفترة وتواصلنا معهم بشكل مباشر. كما تمكنا بمساعدة الأخصائية النفسانية العيادية من التعرف على مختلف الحالات، وأعطت لنا فكرة عن الحالات التي سيتم التعامل معها والتي تخدم موضوع دراستنا.

4. عينة الدراسة الاستطلاعية:

قمنا باختيار حالة استطلاعية واحدة لها القدرة الجيدة على التواصل مسنّ ذكر مقيم بدار رعاية المسنين، بداية طبقنا عليه مقياس قلق الموت **لتمبلر**، ثم مباشرة انتقلنا بعدها إلى إجراء المقابلة العيادية وكان المبتغى من وراء ذلك معرفة والتحقق مما يلي:

- هل كانت الأسئلة واضحة للمسن ؟
- هل شعرت الحالة بمقاومة أو خوف مبالغ فيه عند سؤال معين ؟
- هل ترتيب الأدوات المقياس أولاً ثم المقابلة كان مريحا للحالة؟

وبعد القيام بالدراسة الإستطلاعية وتطبيق المقياس تبين لنا أنه نظراً لحساسية الموضوع بالنسبة لشخص مسن ومنذ المقابلة الأولى، وجب أن نقوم في بحثنا هذا باجراء عدة مقابلات لكسب ثقة الحالة والتعمق أكثر في التاريخ النفسي لها ومن ثم تطبيق المقياس.

أما بالنسبة للحالات التي سوف تجرى عليها الدراسة الأساسية فقد وقع اختيارنا في الفترة الاستطلاعية على (04) حالات من الجنسين (2 ذكور و2 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (70- 87) سنة، وهي حالات تخدم موضوع بحثنا بالرجوع إلى متغيرات الدراسة المرتبطة باتصال المسنّ بأسرته من عدمه، وكذا متغير الجنس.

ثانيا: الدراسة الأساسية

1. المقاربة المنهجية:

1.1. المنهج العيادي:

طبيعة دراستنا تتجه إلى استخدام المنهج العيادي والذي يعتمد على دراسة حالة فردية بعمق قصد فهمها، إذ يقوم على ملاحظة الحالات ومعرفة ظروف حياتهم ومعاناتهم، بحيث يتيسر تأويل كل حادث

في ضوء الوقائع الأخرى نظرا لكونها تشكل كلا ديناميا، "فالمنهج العيادي يعني الدراسة العميقة للحالات الفردية، بصرف النظر عن انتسابها إلى السوية أو المرض". (عباس، 2002، ص. 18).

لقد تمّ اعتماد هذا المنهج لأنه يهدف إلى فحص الفرد والتعرف على خصوصياته بشكل دقيق وشامل في إطاره الكلي المنتمي إليه، بغية الوصول لمعرفة معمقة عن الأفراد على اختلاف أعمارهم، جنسهم، وبنياتهم النفسية المتكيفة والمضطربة.

تبعا لما يفرضه محتوى البحث فإن توظيف المنهج العيادي في دراستنا كان من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة المتمثلة في:

- الكشف عن معاناة المسن من قلق الموت داخل دار رعاية المسنين.
- إظهار التباين في درجة الشعور بقلق الموت عند المسن الذي له اتصال بأسرته والمسن المنقطع عن الاتصال بأسرته داخل دار رعاية المسنين.
- إبراز الاختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند المسنين بين الإناث والذكور المقيمين بدار رعاية المسنين.

2.1. دراسة الحالة:

تعد دراسة الحالة التقنية الأساسية التي من خلالها نستطيع التطلع على جميع جوانب الشخصية للفرد، ومعرفة الأسباب التي ساهمت في ظهور مختلف الإضطرابات النفسية، كما أنها المجال الأكثر توسعا لاستعمال مختلف الأدوات المساهمة في التقويم والتشخيص، وأيضًا تصل بالفرد للتنبؤ بحالته النفسية والسير نحو ايجاد العلاج المناسب لتجاوز تلك الوضعية الصعبة التي أدت إلى الإضرار به. (غزال، 2016، ص ص. 105-106).

ومنه تم الاعتماد على دراسة الحالة لجمع أكبر قدر ممكن من البيانات وذلك بالتعمق في دراسة حالة معينة بدءا من تاريخها، المراحل التي مرت بها بقصد الوصول إلى نتائج تخص أهداف البحث. فدراسة الحالة هي الوعاء الذي ننظم ونقيّم فيه كل المعلومات والنتائج التي نتحصل عليها من الحالة عن طريق المقابلة العيادية والملاحظة والمقاييس النفسية.

2. مكان الدراسة:

قمنا بإجراء الدراسة الأساسية بدار رعاية المسنين بمدينة عين تموشنت حيث تتربع هذه المؤسسة على مساحة كلية مقدرة بـ 4924 م^2، ومساحة مبنية تبلغ 1092 م^2، استحدثت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 12-113 المؤرخ في 07-03-2012.

من المهام الرئيسية للمؤسسة هي التكفل الطبي والنفسي والتربوي والاجتماعي للأشخاص المسنين، ونظام التكفل بها نوعين (إقامي- ونهاري). للمؤسسة قدرة استيعاب نظرية (60 مسنّ) وأثناء قيامنا بإجراء هذه الدراسة بلغ عدد المتكفل بهم (28) مسنا يتوزعون على (10) نساء و(18) من الرجال.

يتكون الطاقم البيداغوجي لدار المسنين من (03) أخصائي نفساني عيادي و(02) أخصائي نفساني تربوي و(02) معلمي التعليم المتخصص، وأستاذين (02) سلك التعليم المتخصص و(03) مربيين و(02) مساعد إجتماعي.

أما الطاقم الطبي والشبه طبي فيوجد بها (01) طبيب عام و(01) ممرض إلى جانب الطاقم الإداري الذي يتكون من (07) إداريين و(55) عاملا مهنيا.

تسهر الطواقم الثلاثة على خدمة الأشخاص المسنين، وتكفل لهم الرعاية الصحية والنفسية والخدمة الاجتماعية، وفق برنامج بيداغوجي يجسد في شكل مجموعة من النشاطات كبرنامج الخرجات والترفيه، والمشاركة الحفلات والمناسبات الدينية والوطنية ومشروع البستنة وقاعة مخصصة للعلاج الوظيفي.

3. عينة الدراسة:

تتكون عينة دراستنا من أربع (04) حالات من المسنين (2 ذكور و2إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (70 و87) سنة تم اختيارهم بطريقة قصدية، حيث أنهم أصحاء لا يعانون من إعاقة أو عجز كلي، مع مراعاة متغيرات الدراسة المرتبطة باتصال المسن بأسرته من عدمه، وكذا متغير الجنس (الاختيار من كلا الجنسين بالتساوي)، والجدول التالي يبين توزيع العينة القصدية حسب متغيرات الدراسة ومعلومات أخرى متعلقة بها:

جدول 01

توزيع العينة القصدية حسب متغيرات الدراسة ومعطيات أخرى متعلقة بها

رمز الحالة	متغير الجنس	الحالة العائلية	متغير الاتصال – الانقطاع	السن	المستوى التعليمي	مدة الإقامة
الحالة الأولى (خ.ع)	ذكر	مطلق	غير متصل–انقطاع الزيارة فاقد للسند العائلي	87 سنة	ابتدائي	عامين ونصف
الحالة الثانية (س.ع)	أنثى	أرملة	متصلة– زيارات منتظمة تواصل دائم مع الأقارب	79 سنة	ابتدائي	3 سنوات ونصف
الحالة الثالثة (ش.أ)	ذكر	أعزب	غير متصل– فاقد للسند العائلي	77 سنة	بدون مستوى	06 أشهر
الحالة الرابعة (ح.ب)	أنثى	مطلقة	متصلة– تواصل دائم مع الأقارب	70 سنة	متوسط	08 سنوات

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن الحالات الأربع تختلف من حيث عدة معطيات كالسن، الحالة العائلية، المستوى التعليمي، مدة الإقامة بالمركز، كما تم اختيار الحالات بالوقوف على مؤشر الاتصال أو الانقطاع الأسري، حيث سجلنا حالتين متصلتين مع أقاربهما وحالتين منقطعتين تماما عن الزيارات العائلية، كما تم اختيار الحالات من كلا الجنسين (ذكور، إناث).

4. أدوات الدراسة:

1.4. المقابلة العيادية:

هي محادثة موجهة بين القائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو عدة أشخاص أوهي مواجهة بين الباحث والمبحوث، ولا تقتصر على التبادل اللفظي بينهما فقط، بل تستخدم تعبيرات الوجه، نظرات العيون، الإيماءات والسلوك العام. (صابر وخواجة،2002 ص. 134).

ونوع المقابلة المستخدمة في بحثنا هي نصف الموجهة والتي يعتمد فيها الفاحص على دليل المقابلة، حيث يقوم بجمع المعطيات وتحديد أسئلة معينة تطرح على المفحوص مع ترك المجال للإجابة، مع تجنب مقاطعته وتركه يعبر ويجيب عن الأسئلة المطروحة فقط. (غزال، 2016، ص. 110).

ولإثراء المقابلة نصف الموجهة وظفنا مجموعة أسئلة جوهرية تخدم مسار بحثنا، فحددنا دليلا للمقابلة حتى نضمن السير الحسن للمقابلة العيادية مع الحالة، من خلال تقسيم الأسئلة على مجموعة من المحاور شملت:

- البيانات الأولية عن الحالة
- الوضع الصحي العام والتاريخ النفسي والعيادي للحالة
- تمثلات الموت ومعناه النفسي/ قلق الموت ومظاهره العيادية.
- الإقامة بدار المسنين كخبرة نفسية وكذا خبرات الفقد والاقتراب من الموت.
- آليات التكيف والدفاع النفسي.
- التقدير الذاتي ومعنى الحياة.

2.4. الملاحظة العيادية:

يمكن تعريف الملاحظة بأنها تقنية لمعاينة مجموعة من الظواهر والوقائع إما بطريقة عفوية مباشرة، وإما اعتماداً على مجموعة من الآليات النظرية والأدوات التطبيقية والإجرائية، بغية تجميع المعلومات والبيانات والمعطيات حول شخص معين أو موضوع ما، وذلك لتثبيت فكرة أو فرضية وإيجاد حلول علاجية. (حمداوي، 2014، ص.50)

وفي ضوء ما تم ذكره وظفنا في دراستنا الملاحظة العيادية الهادفة إلى التشخيص الدقيق للإضطرابات النفسية وعلى رأسها قلق الموت عند المسن المقيم بدار رعاية المسنين، قصد تحديد العوامل الكامنة وراء هذا الإضطراب من خلال التحليل المتعمق والوصف الكلي للبيانات وتوظيفها كمرجع لبناء التوقعات والمآلات المستقبلية للحالات المدروسة، من خلال ربط وتحليل العلاقة السببية التي تجمع بين الخبرات الماضية والإضطرابات النفسية الحاضرة، وهذا ما يساعدنا على تقديم تفسير متكامل للوضعية العيادية.

وتحقيقا لتوظيف الملاحظة العيادية الدقيقة والهادفة عمدنا إلى استخدامها بغية:

- رصد المحتوى اللفظي
- المظهر والإنفعال
- المظاهر الجسدية
- الآليات الدفاعية السائدة

3.4. المقياس المستخدم:

1.3.4. وصف المقياس:

اعتمدنا على مقياس قلق الموت للأمريكي **دونالد تمبلر**، وهو عبارة عن مقياس يتضمن قائمة من الأسئلة التي تسمح بجمع البيانات الخاصة بقلق الموت، ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والإسبانية حتى اليابانية والهندية، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على فئات متفاوتة ومن ثقافات مختلفة، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة. طبق هذا المقياس سنة (1970)، وقد بدأ بناء المقياس بوضع 40 بندا تم اختيارها على أساس منطقي، بحيث كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة، ثم مرّ المقياس على مراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بنداً وهي الصورة النهائية له، ويحتوي على (09) بنود تصحح بـ "نعم" و(06) تصحح بـ "لا" (قواجلية، 2012، ص ص. 64-65).

2.3.4. طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

يمكن تطبيق المقياس فرديا أو جماعيا، تحتوي خلاصة الأسئلة على "التعليمة" التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليه بشكل كبير ضع دائرة حول (ص).
- إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليه بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).
- تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها وتتضمن هذه الكراسة: كتابة سن المفحوص، المستوى الدراسي، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم.

وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه، ويكون التنقيط بإعطاء:

- نقطة (1) للبنود التي تصحح بـ (ص) وأجاب عليها المفحوص بـ "صحيح".
- نقطة (1) للبنود التي تصحح بـ (خ) وأجاب عليها المفحوص بـ "خطأ".
- تعطى (0) للبنود التي تصحح بـ (ص) وأجاب عليها المفحوص بـ "خطأ".
- تعطى (0) للبنود التي تصحح بـ (خ) (3) وأجاب عليها المفحوص بـ "صحيح" .

والجدول التالي يوضح سلم مقياس قلق الموت:

جدول 02

سلم مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

البنود التي تصرح بـــــ (ص)	1	4	8	9	10	11	12	13	14
البنود التي تصحح بـــــ (خ)	2	3	5	6	7	15	/	/	/

يفترض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص الحصول عليها، أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها، يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالآتي:

- الدرجة التي تتراوح بين (0–06) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.
- الدرجة التي تتراوح بين (07–08) تشير إلى وجود قلق موت متوسط.
- الدرجة التي تتراوح بين (09–15) تشير إلى وجود قلق موت مرتفع. (قواجلية، 2012، ص.65).

3.3.4. الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق وثبات المقياس:

لقد قام **تمبلر** بتصحيح صدق المقياس مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات المرضى في المجال السيكاتري ممن قرروا أن لديهم قلقا عاليا من الموت بدرجات معينة مع مجموعة أخرى ضابطة، وقد استخرجت فروقا جوهرية بين درجات الفريقين، مما يشير إلى صدق المقياس.

لقد قام أحمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية وطبقت النسختان (العربية والإنجليزية) معا على عينة من طلاب مصر بقسم اللغة الانجليزية، وقد وصل معامل الإرتباط بين الصورتين العربية والانجليزية الـ 0,87 بالنسبة للذكور (ن: 43) وهنا حسب ثبات الاختبار بالصورة العربية، في حين وصل معامل الإرتباط بين الصورتين إلى 0,70 بالنسبة للذكور (ن:44) و0,73 بالنسبة للإناث (ن: 56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة. (سبيح، 2018، ص. 27).

وبناءاً على الدراسات الجزائرية الموثوقة التي قامت بتقنين واستخدام مقياس **تمبلر** دراسة بشير معمرية (جامعة باتنة، 2007) حيث تعتبر هذه الدراسة المرجع الأساسي لتقنين مقياس قلق الموت في الجزائر.

يرى الباحث **بشير معمرية** أن مقياس قلق الموت يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة حيث تم التأكد من صدقه الظاهري والاتساق الداخلي والصدق التميزي، حيث بينت النتائج درجة مقبولة من الصدق والثبات مما يجعله صالحًا للإستخدام في البيئة الجزائرية. وقد قام **بشير معمرية** بحساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرومباخ فكانت نتيجته (0.93) وهي دالة على ثبات الأداة، وبحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معامل الإرتباط "بيرسون Person" كانت النتيجة (0,75)، وبعد تصحيحها باستخدام "سبيرمان براون" بلغت قيمة معامل الثبات الإجمالي للمقياس (0,86) وهي دالة عند مستوى (0.01)، وهذا يطمئن مرة ثانية على ثبات نتائج المقياس إذا ما تم استخدامه في الدراسة الأساسية. (بشير معمرية، 2007).

ملاحظة:

يطبق المقياس في المجتمعات الأوروبية من 16 إلى 80 سنة، وفي دراستنا الحالية تم تطبيقه على عينة بحثنا للذين تتراوح أعمارهم ما بين 70 و87 سنة للضرورة العلمية ولعدم تواجد المقاييس، وقد تم اعتماده نظرا لسلاسة تطبيقة وكذا تمتعه بصدق وثبات مرتفعين.

5. حدود الدراسة:

– **الحدود الموضوعية:** تعتمد هذه الدراسة على قياس درجة قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين كما تلتزم الدراسة بتطبيق مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر.

– **الحدود البشرية:** طبقت هذه الدراسة على عينة من المسنين (إناثا وذكورًا) تتراوح أعمارهم بين 70 و87 سنة.

– **الحدود المكانية:** أقيمت الدراسة الحالة بدار رعاية المسنين بولاية عين تموشنت.

– **الحدود الزمانية:** غطت هذه الدراسة الأساسية الحيز الزماني الممتد من 09 مارس إلى غاية 20 أفريل 2026.

6. صعوبات الدراسة:

– صعوبة اختيار العينة (قليلة مقارنة بالتعداد الكلي للمسنين)، معظم المسنين يعانون من إعاقات جسدية وعقلية.

– ضيق الوقت أثناء إجراء الدراسة وذلك إحتراما للنظام الداخلي للمؤسسة، حيث تجرى المقابلات في الفترة الصباحية فقط ولمدة ساعة ونصف تزامن فترة وجودنا بالمؤسسة بوجود عدد معتبر من المتربصين والباحثين.

الفصل الخامس:

عرض الحالات ومناقشة النتائج

أولا: عرض الحالات

1. عرض الحالة الأولى

2. عرض الحالة الثانية

3. عرض الحالة الثالثة

4. عرض الحالة الرابعة

ثانيا: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية العامة

2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الأولى

3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثانية

أولا: عرض الحالات

1. الحالة الأولى:

1.1. عرض الحالة الأولى

البيانات الأولية:

الإسم: (خ. ع)

الجنس: ذكر

السن: 87 سنة

الحالة العائلية: مطلق

عدد الأبناء: 03 ذكور وبنت

المستوى الدراسي: بدون مستوى

المهنة: متقاعد

مدة الإقامة بدار المسنين: عامين ونصف

سير المقابلات:

قمنا بجدولة سلسلة من اللقاءات الميدانية مع الحالة (خ) التي تمحورت حول أهداف عيادية محددة، ونبين تفاصيل سير هذه المقابلات وتواريخها ومحتواها في الجدول التالي:

جدول 03

سير حصص المقابلات مع الحالة الأولى (خ)

المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	مضمـــــــــون المقـــــابلة
الأولى	2026/03/09	30 دقيقة	التعارف وكسب الثقة وجمع البيانات الأولية
الثانية	2026/03/15	45 دقيقة	البحث في التاريخ النفسي والعيادي للحالة–معرفة تصور الموت ومعناه النفسي
الثالثة	2026/03/29	40 دقيقة	رصد قلق الموت ومظاهره العيادية– الإقامة بدار المسنين كخبرة نفسية
الرابعة	2026/04/06	45 دقيقة	البحث في خبرات الفقد والإقتراب من الموت– آليات التكيف والدفاع النفسي
الخامسة	2026/04/15	50 دقيقة	فهم التقدير الذاتي ومعنى الحياة– تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر

تاريخ الحالة:

الحالة (خ) يبلغ من العمر 87 سنة ولد بمدينة سعيدة، مطلق وأب لثلاثة أبناء متزوجون وبنت واحدة عزباء وله أختين يتوسطهم ترتيبا، متقاعد بحيث كان يعمل في شركة وطنية وليس له مستوى تعليمي. يظهر الحالة ببنية جسدية هزيلة، طويل القامة، لغته بسيطة وواضحة، يتكلم بصوت منخفض وفي بعض الأحيان غير مسموع، حيث أظهر بعض التحفظ في المقابلة الأولى، إنفعالاته مطابقة لكلامه وخاصة عند الحديث عن الأسرة والأبناء وقصة دخوله إلى دار المسنين، ويظهر ذلك جليا في إضطراب نبرة صوته حيث صرح بأن علاقته مع زوجته وأبنائه لم تكن تسير بالشكل المطلوب، كانت علاقة مضطربة ومشحونة خلصت إلى الطلاق، ومن هنا بدأت معاناته حيث بقي يعيش وحيدا في بيته، وحسب ما صرح به الحالة أن أخ زوجته هو من كان السبب وراء اضطراب التفاعل الأسري، فهجرته الزوجة والأبناء ولم يعد قادرا على إعالة نفسه، ففكر في الإقامة بدار المسنين.

يقيم الحالة بدار الرعاية لمدة تفوق السنتين والنصف، كان على اتصال بإحدى أخواته ثم إنقطع الإتصال وهنا بدأت معاناته حيث لخصها بقوله "وليت مقطوع"، نجم عن هذا الإنقطاع اعتلال وجدانه وأدى إلى تدهور حالته الصحية، فالحالة مصابة بداء السكري وارتفاع الضغط الدموي، ويعالج في الوقت الحالي عن البروستات، إلى جانب مضاعفات صحية أخرى كآلام المفاصل وصعوبة الحركة والإنتقال بين مرافق الإقامة وأصبح يعايش القلق والعزلة حيث صرح بأنه يفضل البقاء وحيدا في غرفته وعن علاقته بأقرانه المسنين رد قائلا "نقعد بحدي مايجوني ما نروح ليهم"، أما عن علاقته بالطاقم العامل بدار الرعاية فهي حسنة خاصة مع الأخصائية النفسانية العيادية.

وصف الإتصال بالحالة:

أجريت المقابلات مع الحالة بالنادي الخاص بالمقيمين، حيث اتسمت اللقاءات الأولى بالحذر والتحفظ النسبي والإجابة عن الأسئلة المطروحة بقدر من الكفاية، ومع توالي المقابلات وكسب الثقة أخذت الحالة في التعبير والحديث المسترسل وسمح لنا بتغيير مكان المقابلة لمرة واحدة فقط في حديقة دار المسنين.

السلوك العام:

أثناء إجراء المقابلات لاحظنا على الحالة إرتجاف اليد اليمنى وخاصة عند الحديث عن أسرته، كما أنه كان يفضل البقاء في غرفته ولايبرح سريره أغلب الأوقات ويحب البقاء وحيدا.

النشاط العقلي:

لاحظنا على الحالة أن تفكيرها " تفكير إجتراري" تلخص حول المرض والموت وخاصة أنه عايش تجربة داخل دار المسنين عندما توفي أحد المقيمين أمام أنظاره وبحضوره المشهد كاملا. ومع مرور المقابلات أصبحت الحالة تتحدث بتلقائية فأخذ يتعمق في سرد الأحداث العائلية ووصف الأفراد حسب المواقف.

المزاج والعاطفة:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة ومن ملاحظاتنا تبين أنه يعيش القلق والتوتر الدائم وهذا راجع إلى الوحدة وانقطاع الزيارة عنه، كما يعاني من الأرق وفقدان الشهية. مزاجه متقلب بين التفهم والتقبل لوضعه، وبين الغضب وسهولة الإستثارة بقوله "ربيتهم وكبرتهم وحرمت روحي ودورك راني هنا". أثناء مقابلتنا مع الحالة وخاصة عند طرحنا أسئلة عن علاقته مع الزوجة والأبناء كان يصمت وأحيانا يطول صمته، يسيطر على الحالة المزاج الإكتئابي والقلق والشعور بالنبذ قائلا "مابغاونيش نكون معاهم وخلاوني وحدي".

محتوى التفكير:

تسيطر على الحالة أفكار حول النهاية والموت واقتراب الأجل ويظهر ذلك بقوله " أنا التالي ونلحق بيهم" أي قدوم الدور عليه، يطغى على تفكيره عدم جدوى الحياة حيث كان يردد "عشت لي كتب ربي لاش نزيد". كما تشعر الحالة بفقدان الدور الإجتماعي وتفتقد إلى الدعم الأسري، ماولد عنده شعورا أنه مات إجتماعيا قبل أن يموت جسديا عندما قال: "كبرو وما عندهم ما يديرو بيا"، ويربط آلامه الجسدية (الأمراض المزمنة) بفكرة الفناء بقوله " قربت ساعتي".

القدرة العقلية:

تتميز الحالة بقوة الذاكرة بعيدة المدى، لكن ذاكرته القريبة ضعيفة ومشتتة بسبب شدة القلق، ويعاني أحيانا من نقص الإنتباه والتركيز، ظهر ذلك من خلال شرود ذهني وصمت طويل أثناء المقابلة، كما لديه القدرة على سرد الأحداث بتفاصيلها الدقيقة.

تميزت الحالة بقدر عال من السلامة العقلية، وهو على وعي بالتوجه الزماني والمكاني. لدى الحالة أيضا فهم واستيعاب وإدراك عادي، إلا أنه كان يطلب تكرار السؤال بعض المرات ويمكن أن نعتبر ذلك مقاومة أوطريقة مباشرة لرفض الإجابة خاصة في المقابلة الأولى.

الإستبصار والحكم:

من خلال المقابلات خلصنا إلى أن الحالة على وعي بمعاناته المتمثلة في الوحدة وتخلي الأسرة عنه عندما قال "هاذ الشيئ واعر"، وبالمقابل لديه استبصار ضعيف حيث يرى أن قلقه بمثابة استعداد للموت أو الرحيل وليس اضطرابا نفسيا بحاجة إلى علاج حين قال "حتى ربي يدي أمانتو".

الحالة غير متكيفة داخل دار الرعاية رغم مضي أكثر من سنتين ونصف عن إقامته بدار المسنين، تظهر عليه علامات الإنعزال والبقاء وحيدا ولخصها بجملة واحدة " كل واحد في بلاصتو وأنا خاطيني منهم"، ويعاني من سلوك إنسحابي يظهر في بقائه جل أوقاته بالغرفة ورفضه المشاركة في النشاطات والخرجات الترفيهية.

خلاصة عن الحالة (خ):

إنطلاقا من المقابلات العيادية والملاحظة تبين ما يلي:

– يعيش الحالة قلق وتوتر دائم نتيجة تواجده بدار رعاية المسنين كخبرة نفسية، اتسمت بعدم التكيف وانقطاع الزيارة العائلية والسند الأسري كمآل لحاله.

– تعاني الحالة من إضطرابات النوم (الأرق، النوم المتقطع وتأخر النوم).

– تسيطر على الحالة أفكار اقتراب النهاية وفقدان الدور الإجتماعي.

– تعاني الحالة من ضعف تقدير الذات وفقدان المعنى بالوجود والحياة.

– تفتقد الحالة إلى الثقة في الآخرين ويظهر ذلك في رفضه تكوين صداقات بدار الرعاية المقيم بها.

– تعيش الحالة عدم التوافق والتكيف النفسي والإجتماعي بدار الرعاية، ويتأكد ذلك من خلال عزلته وبقائه وحيدا في غرفته.

– لدى الحالة نقص في القدرة على التركيز تمثل ذلك في شرود الذهن والصمت المطول.

– تعاني الحالة من ضعف الذاكرة للأحداث القريبة إذ يصعب عليه تذكرها.

– تعاني الحالة من انعدام الشعور بالأمان والإحساس بفقدان المعنى معبرا عن ذلك بقوله "عشت لي كتب ربي مابقات بنة"، مما ولد لديه شعورا بفقدان معنى الحياة، فأصبح الموت لديه نهاية مرعبة لخلوها من التواصل الإنساني والدعم الأسري.

– شعوره كبير بالخوف والنبذ، فانقطاع الزيارات العائلية عنه لعب دور الضاغط الأساسي مما أدى إلى تدهور الحالة النفسية حيث يقول "بقيت وحدي".

– يعيش الحالة صراع داخلي بين الشعور بجفاء الأبناء وإلقاء اللوم على نفسه بسوء العاقبة حين قال "شادرت أنا حتى يصرالي هاك".

– أما إجتماعيا كون الحالة عزلة دفاعية على شكل سلوكات تجنبية لتكوين صداقات جديدة داخل دار الرعاية ورفضه مشاركة الآخرين النشاطات.

– شعور الحالة بفقدان الدور الإجتماعي بعدما كان الأب المعيل والمربي والحامي لعائلته، أصبح الآن وحيدا وعالة على مجتمعه الذي ينتمي إليه (دار رعاية المسنين) عندما قال " لوكان ما المركز شكون يرفدني".

2.1. نتائج تطبيق المقياس على الحالة:

قمنا بتطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر على الحالة (خ) في ظروف مناسبة لمدة 20 دقيقة، واستجابة الحالة موجودة في الملاحق (الملحق رقم 01)، والجدول التالي يوضح نتائج تطبيق المقياس:

جدول 04

الدرجة المتحصل عليها للحالة (خ) على مقياس تمبلر

الحالة	الدرجة المتحصل عليها	المجـــــال	مستوى قلق الموت
(خ)	13	من (09 – 15)	مرتفع

تحصلت الحالة (خ) على (13) درجة وهي تنتمي إلى المجال من (09–15) وهذا يعني أن لديه مستوى مرتفع من قلق الموت.

– يسيطر على الحالة تفكير إجتراري يتمثل في مواضيع المرض والموت والفقد وتجلى ذلك في استجابته على عبارات المقياس التالية: 01–04–05–06–07–08–09–10–11–12–13–14–15.

2. الحالة الثانية:

1.2. عرض الحالة الثانية:

البيانات الأولية:

الإسم: (س.ع)

الجنس: أنثى

السن: 79 سنة

الحالة العائلية: أرملة

عدد الأبناء: بنت واحدة متوفاة

المستوى الدراسي: إبتدائي

مدة الإقامة بدار المسنين: 03 سنوات ونصف

سير المقابلات:

قمنا بجدولة سلسلة من اللقاءات الميدانية مع الحالة (س) التي تمحورت حول أهداف عيادية محددة، ونبين تفاصيل سير هذه المقابلات وتواريخها ومحتواها في الجدول التالي:

جدول 05

سير حصص المقابلات مع الحالة الثانية (س)

المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	مضمـــــــون المقـــــابلة
الأولى	2026/03/10	40 دقيقة	التعارف وكسب الثقة وجمع البيانات الأولية
الثانية	2026/03/16	45 دقيقة	البحث في التاريخ النفسي والعيادي للحالة–معرفة تصور الموت ومعناه النفسي
الثالثة	2026/03/29	40 دقيقة	رصد قلق الموت ومظاهره العيادية– الإقامة بدار المسنين كخبرة نفسية
الرابعة	2026/04/07	50 دقيقة	البحث في خبرات الفقد والإقتراب من الموت– آليات التكيف والدفاع النفسي
الخامسة	2026/04/19	45 دقيقة	فهم التقدير الذاتي ومعنى الحياة– تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر

تاريخ الحالة:

الحالة (س) أنثى تبلغ من العمر 79 سنة، ولدت بمدينة بني صاف، أرملة وأم لبنت واحدة توفيت في عمر 12 سنة، للحالة أربعة إخوة ذكور حيث تحتل المرتبة الأولى بين إخوتها، لم يسبق لها أن اشتغلت فهي كانت ربة بيت ولديها مستوى الثالثة إبتدائي. تظهر الحالة ببنية جسدية مقبولة الشكل، حسنة المظهر، وتبدو أصغر من سنها، متوسطة القامة، عينان خضراوتان، مبتسمة أغلب الأوقات، كلامها مفهوم وتتحدث بصوت معتدل، متعاونة أثناء المقابلات ومرحة تتكلم بسلاسة منذ المقابلة الأولى. بدأت الحالة في سرد قصتها بزواجها الأول من ابن عمها وكان زواجا عن حب ورضى الطرفين، وبعد مرور 07 سنوات عن زواجها وإنجابها للبنت الوحيدة المتوفية بدأت تظهر المشاكل الزواجية بينها وبين زوجها، وحسب أقوال الحالة السبب وراء طلاقها هي أم زوجها التي لم تتقبل زواجهما منذ البداية، فتم الطلاق وعادت الحالة للعيش مع والديها، وبقيت على ذلك الحال لمدة 05 سنوات، ثم تزوجت مرة أخرى من رجل يكبرها سنا ميسور الحال وله أبناء وبنات كبار، لم تنجب من زوجها الأخير حتى وافته المنية، عاشت الحالة مع بنات الزوج لمدة سنة واحدة، ثم قرر الورثة بيع المنزل وهذا ما وقع بالفعل لتجد الحالة نفسها بدون مأوى خصوصا أن والديها توفيا، فلجأت إلى بنات أختها وبقيت معهم لمدة قصيرة، إلا أنها لم تتقبل العيش معهم بحجة طمعهم في منحة التقاعد التي تركها لها زوجها، فدلها أحد أقاربها على دار رعاية المسنين للعيش فيها، فأصبحت إحدى المقيمات بالدار، مر على إقامتها مدة 03 سنوات ونصف وهي على إتصال منتظم مع أهلها وأقاربها، وتذهب لزيارتهم في المناسبات الدينية والأعياد.

تعاني الحالة من أمراض مزمنة كارتفاع الضغط الدموي ومرض الصرع، ما يميز الحالة أنها من بين المقيمات الأكثر مشاركة في النشاطات، فهي اجتماعية ولديها علاقات جيدة مع المقيمين والطاقم العامل بدار الرعاية، ولديها صداقات داخل الدار ويراها الجميع على خلق حسن.

وصف الإتصال بالحالة:

تمت المقابلات مع الحالة بالنادي والحديقة بدار الرعاية، فكانت الحالة جد متعاونة معنا ومرحبة ومسترسلة في الحديث بكل طلاقة، ولها القدرة على التعبير حيث تجيب على الأسئلة برؤية ووضوح، فكانت تقترح علينا مكان إجراء كل مقابلة. لدى الحالة تواصل بصري طبيعي ومسترخية في جلوسها وتعابير وجهها مناسبة لما تقوله، وما لوحظ عليها هو ظهور إستجابة عاطفية تكررت لمرتين بالبكاء أثناء سردها للذكريات خاصة حول فقدها لوالديها ووفاة إبنتها.

السلوك العام:

تبدو الحالة بمظهر خارجي مرتب، ملابسها نظيفة ومناسبة، بشوشة، وعند إجرائنا للمقابلات مع الحالة لاحظنا قيامها بالعبث بقماش لباسها، ومرات تقوم بهز ساقها خاصة عند حديثها عن طلاقها من الزوج الأول، الحالة دائمة الإقتراب الجسدي أثناء المقابلات إذ ليس لديها حدود مكانية.

النشاط العقلي:

لدى الحالة تفكير نمطي متكرر حول زواجها الثاني، وتشيد بزوجا أنه كان ميسور الحال وعاشت معه أسعد أيامها. ما لاحظناه على الحالة أن لديها فرط تنبيه للأصوات المحيطة وللمارة أثناء المقابلات التي تمت في الحديقة، كما أنها تنسى السؤال وتخرج عن الموضوع في بعض الأحيان.

تتميز الحالة بذاكرة جيدة سواء قريبة أو بعيدة المدى، ويظهر ذلك بالوصف الدقيق للأحداث رغم مرور السنين عليها.

المزاج والعاطفة:

من خلال مقابلاتنا مع الحالة لاحظنا أنها تتميز بمزاج تفاؤلي حين قالت "راني عايشة وربي كريم وحنين على عبادو"، لديها سرعة إستثارة خاصة حول موضوع فقدها لزوجها وابنتها وذلك بالبكاء. كما تعيش الخوف من المجهول، فهي تخاف من مرحلة ما بعد الموت، وتخاف من لحظة الإحتضار بقولها "مور مانموتو شراه يستنى فينا " وقولها كذلك "الموت حارة".

محتوى التفكير:

لدى الحالة مخاوف وجودية أي تفكر فيما بعد الموت حيث قالت "نخاف لخاطرش مانعرفش واش كاين كي نموتو"، ولديها كذلك مخاوف صحية ويظهر ذلك حين قالت "الله يجعل قد الصحة قد العمر".

الحالة متعلقة بالماضي وتتحدث كثيرا عن شبابها وهذا يفسر على أنها تحاول إظهار هويتها أمام فكرة الموت التي أصبحت تهدد وجودها.

تعيش الحالة إنكارا جزئيا حين سؤالنا عن الوضع الصحي والأمراض المزمنة، فهي تعاني من الصرع وإرتفاع الضغط الدموي ولم تصرح بذلك، وهذا له دلالة وهي أنها تبعد فكرة الرحيل عن حيز الوعي المباشر لتقليل التوتر.

القدرة العقلية:

لدى الحالة قدرة على الإستجابة للمواقف الحالية والجديدة، حيث تكيفت وكونت صداقات وعلاقات مع أقرانها من المقيمين والطاقم العامل بدار الرعاية، ولها قدر عالي من السلامة العقلية، من حيث قدرتها على ملاحظة التفاصيل المحيطة بالمكان وتعرف المكان المفضل للجلوس لكل مقيم.

لاحظنا على الحالة قدرتها على مجارات المقابلات وإدارتها بسرد ماضيها بنوع من الإطالة والتسلسل في الأحداث مع تحديد الزمان والمكان.

الإستبصار والحكم:

الحالة واعية بوجودها بدار المسنين، ومتكيفة مع واقعها النفسي والاجتماعي من خلال علاقاتها داخل الدار بقولها "كنت براجلي وداري ودنيا دارت مالقيت وين نروح وهاذي هي داري وهذا هو مكتوبي".

كما لاحظنا قدرتها على إتخاذ القرارات اليومية بالمشاركة في النشاطات والخرجات الترفيهية، ولديها سلوكات صحية تتمثل في الإلتزام بأوقات تناولها للأدوية.

خلاصة عن الحالة (س):

بالرجوع الى المقابلة والملاحظة العيادية تبين ما يلي:

– تعاني الحالة من الخوف من المستقبل والتشبث بماضيها المليء بذكريات الطفولة.

– تظهر على الحالة سلوكات ترجع إلى مراحل نمائية سابقة على شكل نكوص، فهي تحاول دائما الظهور في شكل لا يعكس سنها الحالي بل أقل من ذلك.

– تعيش الحالة تراجعا في الصحة الجسدية بظهور الأمراض المزمنة (داء السكري من النوع الأول، إرتفاع الضغط الدموي، نوبات الصرع).

– تعيش الحالة قلق صحي ويتجلى ذلك في قولها "نخاف الصحة تروح" وقولها كذلك "الله يجعل قد الصحة قد العمر".

– لدى الحالة آلية الإنكار فهي تعاني من مرض الصرع ولم تذكر ذلك خلال المقابلات.

– لوحظ على الحالة عدم الاستقرار المزاجي، مزاجها متذبذب بين التحسن أيام زيارة أقاربها والمزاج المنخفض عند العودة لدار الرعاية.

– تظهر على الحالة تغيرات سلوكية حادة مثل العدوانية والقلق المستمر.

– عاشت الحالة تجربة الفقد وتأثرت بوفاة إبنتها ووالديها ثم زوجها، وبررت تواجدها بدار الرعاية بقولها "لوكان بنتي راها حية مرانيش هنا"، وفي قولها كذلك "كي يروحو الوالدين يروحو العينين".

– تظهر الحالة آلية التسامي من خلال لجوئها المكثف للعبادات ونصحها لقريناتها من المسنات، والهدف من هذا كله هو إعطاء معنى للحياة في أيامها الأخيرة وكأنها تحضر لما هو آت، مما يجعلها تتقبل فكرة الرحيل من خلال الممارسة الدينية.

– تظهر عليها سرعة الإستثارة والمتمثلة في البكاء كلما ذكرت موضوع فقدها لإبنتها ووالديها وزوجها.

– تعاني الحالة من مخاوف وجودية وتفكيرها منصب على ما بعد الموت بقولها "نخاف من الموت لخاطرش منعرفش شا يكون بعد الموت".

– الحالة متعلقة بالماضي وهذا يفسر على أنها تحاول إظهار هويتها أمام فكرة الموت التي تهدد وجودها.

– إجتماعيا لا تزال الحالة على إتصال بالعالم الخارجي (الأهل والأقارب) إذ تقوم بزيارتهم في المناسبات الدينية، وكذلك لديها تواصل مع المقيمين والطاقم المشرف في دار الرعاية.

2.2. نتائج تطبيق المقياس على الحالة:

تم تطبيق مقياس قلق الموت على الحالة (س) في ظروف حسنة وملائمة، بحيث استغرقت مدة التطبيق مدة 25 دقيقة، وقد أدرجنا استجابتها على المقياس في الملاحق (الملحق رقم 02)، والجدول الموالي يبين نتائج تطبيق المقياس:

جدول 06

الدرجة المتحصل عليها للحالة (س) على مقياس تمبلر

الحالة	الدرجة المتحصل عليها	المجـــــال	مستوى قلق الموت
(س)	08	من (08 – 15)	متوسط

تحصلت الحالة (س) على درجة (08) وهي تنتمي إلى المجال من (08 – 15) وهذا يعني أن لديها قلق موت متوسط.

يسيطر على الحالة التفكير في مواضيع المرض والموت والفقد وتجلى ذلك في استجابتها على عبارات المقياس التالية: 04-07-08-09-10-11-12-14.

3. الحالة الثالثة:

1.3. عرض الحالة الثالثة:

البيانات الأولية:

الإسم: (ش.أ)

الجنس: ذكر

السن: 77 سنة

الحالة العائلية: أعزب

عدد الأبناء: /

المستوى الدراسي: بدون مستوى

المهنة: متقاعد

مدة الإقامة بدار المسنين: 06 أشهر

سير المقابلات:

قمنا بجدولة سلسلة من اللقاءات الميدانية مع الحالة (ش) التي تمحورت حول أهداف عيادية محددة، ونبين تفاصيل سير هذه المقابلات وتواريخها ومحتواها في الجدول التالي:

جدول 07

سير حصص المقابلات مع الحالة الثالثة (ش)

المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	مضمـــــــــون المقـــــابلة
الأولى	2026/03/09	40 دقيقة	التعارف وكسب الثقة وجمع البيانات الأولية
الثانية	2026/03/15	45 دقيقة	البحث في التاريخ النفسي والعيادي للحالة–معرفة تصور الموت ومعناه النفسي
الثالثة	2026/03/29	50 دقيقة	رصد قلق الموت ومظاهره العيادية– الإقامة بدار المسنين كخبرة نفسية
الرابعة	2026/04/06	45 دقيقة	البحث في خبرات الفقد والإقتراب من الموت– آليات التكيف والدفاع النفسي
الخامسة	2026/04/15	40 دقيقة	فهم التقدير الذاتي ومعنى الحياة– تطبيق مقياس قلق الموت **لتمبلر**

تاريخ الحالة:

الحالة (ش) ذكر يبلغ من العمر 77 سنة ولد بمدينة تيزي وزو، أعزب، له أسرة تتكون من الأب والأم وأخوين وأختين، تتصدر الحالة ترتيب الإخوة، بدون مستوى دراسي، يظهر ببنية جسدية مقبولة، طويل القامة، يتحدث بصوت منخفض وفي بعض الأحيان غير مسموع، يمشي ببطئ بخطى متثاقلة، وبعد كسب ثقته بدأ في سرد حياته والتي لخصها بقوله أنها كانت قاسية وصعبة، حيث أنه لم يزاول دراسته بسبب الظروف الإقتصادية المزرية وخرج لميدان الشغل وهو في سن الثامنة من عمره، إذ كان يعمل في أشغال الحقول، كما تحمل مسؤولية أمه وإخوته خاصة بعد وفاة والده، ولم يستطع الزواج وتكوين أسرة بسبب إعالته لعائلته، سافر بعيدا عن أسرته للعمل وليوفر لهم النقود، وبعد وفاة والدته انقطع إتصاله بإخوته وأكمل بقية حياته بعيدا عنهم، إلى أن استقر به المقام بمدينة عين تموشنت ليعمل في مخبزة، فساءت حالته الصحية وكثر مرضه ما جعله عاجزا عن العمل، فأصبح بدون مأوى فدله أحد معارفه على دار المسنين ليدخلها ويصبح مقيما بها.

وصف الإتصال بالحالة:

قمنا بالمقابلات مع الحالة بالنادي وبعض المرات بالحديقة بناءا على طلبه، حيث اتسم بالهدوء وإجاباته عن أسئلة المقابلة كانت مختصرة، ومع مرور الوقت أصبح يتحدث بطلاقة، فكان مجمل حديثه عن الماضي المرير كما يسميه بقوله "عشت عيشة مرة "، كان يتكلم ويستعمل الإشارة والشرح بتحريك كلتا يديه ويتجنب التواصل البصري، حيث يتحدث ملتفتا إلى جنبه وعند إجابته على الأسئلة يطيل في الصمت ثم يجيب.

السلوك العام:

خلال ملاحظتنا العيادية أثناء إجرائنا للمقابلات لاحظنا على الحالة هز الساقين أثناء الحوار معه، وأنه يفضل الإنزواء في الحديقة بعيدا عن أقرانه، ولا يحب تغيير مكان جلوسه، يبدو زاهدا من مظهره وحديثه، ويعلو طبعه التشاؤم والإنكسار بتكرار قوله "أولدي مرانا في حالة ".

النشاط العقلي:

ما لاحظناه على الحالة أن معظم حديثه كان عن طفولته وهذا بقوله "ماعشتش صغري كي لولاد"، يتمتع بقوة الذاكرة بعيدة المدى لدرجة أنه يصف الأحداث الماضية بأدق التفاصيل.

ظهر على الحالة إجترار ذهني حيث يكرر قصص ماضيه وخروجه للعمل مبكرا وغربته عن أسرته، ولديه أوهام بعودة أمه إلى الحياة ذلك لأنه لم يحضر جنازتها ولم يعلم بذلك إلا بعد مرور شهرين بقوله "لوكان تولي يما".

المزاج والعاطفة:

يعيش الحالة الشعور بالوحدة والعزلة ويسيطر عليه الحزن والإنطواء حيث قال "راني وحداني والوحيد ربي"، كما أنه سريع الغضب لمجرد اقتراب أحدهم منه، ومتشائم لمستقبله ومآله بقوله "منا للجبانة". يظهر على الحالة عاطفة سطحية، فهو غير مبال بما يدور حوله حتى تعابير وجهه تبدو جامدة ولا يبتسم إلا قليلا.

محتوى التفكير:

لاحظنا أن تفكير الحالة منصب على ماضيه، ويبدي تعلقا بالماضي الطفولي ويحن له ويظهر ذلك في قوله "ماعقلتش على صغري"، له مخاوف وجودية متعلقة بمستقبله في دار الرعاية بقوله "منا نخرج ميت"، كما تسيطر على الحالة أفكار قرب فنائه حيث قال "مابقاش بزاف ونلحق يما وبابا".

القدرة العقلية:

يتمتع الحالة بقوة الذاكرة بعيدة المدى إذ يروي أدق التفاصيل عن إخوته ووالديه، ولديه قدرة على الفهم والإستيعاب أثناء التحاور معه، وما يظهر عليه بشكل واضح هو تثبيته الذهني، فهو يعيش في ماضيه وهذا ما يجعله يفتقر إلى المرونة، ويفتقر إلى خطوة المبادأة حيث لا يملك أي خطط أو أهداف وكأن وجوده بدار الرعاية هو انتظار سلبي.

الإستبصار والحكم:

تعاني الحالة الإنسحاب والعزلة في دار الرعاية كونه لم يكون صداقات جديدة ولا يعي بمكان تواجده، حيث يعيش في ماضيه وذكرياته على حساب الواقع، يفتقد إلى التفكير في المستقبل وهو يعاني من جمود في التخطيط ويجد صعوبة في تصور المستقبل القريب عندما قال: "ليامات باينين وقاع كيف كيف". كما يعيش الحالة استسلاما ويأسا من واقعه حيث يقول "ماعندي عليها وين هنا نبقى حت نموت".

خلاصة عن الحالة (ش):

من خلال المقابلات والملاحظة العيادية تبين ما يلي:

– يعيش الحالة الحرمان الوالدي حيث قال "ماشبعتش والديا" وتأثر بفقدانهم، فعاش تجربة فقد للأقارب والسند العائلي.

– لدى الحالة ضعف الثقة بالنفس حيث قال "هنا مانصاحبش لخاطرش مايقبلونيش معاهم".

– تعاني الحالة من الإنعزال والإنسحاب الإجتماعي ما جعله غارقا في التفكير في الماضي والطفولة، وتوصف هذه العزلة كآلية دفاعية لحماية الذات من الرفض المتوقع من المحيطين به، وقد عبر عن ذلك بقوله "ما يبغوش يقربو مني لخاطرش براني"، فحسبه عاش الغربة مرتين الأولى عن العائلة والثانية داخل دار الرعاية.

– تفتقر الحالة إلى المشاركة الإجتماعية بسبب فقدان المكانة في المجتمع وعبر عنها بقوله" كنت بصحتي ونجيب المال ووليت لا صحة لا مال".

– تعيش الحالة إجترار وجداني يحيا في ماضيه أكثر من حاضره، فالماضي يمثل الهوية الوحيدة المتبقية له لأنه فاقد للسند العائلي.

– لدى الحالة جمود في التخطيط للمستقبل وهذا ما جعله يشعر باللامعنى وضعف تقديره لذاته حيث قال " كبرت ما نصلح لوالو".

– تعاني الحالة من نقص في الدافعية وتراجع الإهتمامات بقوله "مانقدر ندير حاجة ومافخاطري حتى حاجة".

– يظهر على الحالة الخمول والبلادة الحسية وسطحية استجاباته الإنفعالية.

– يعيش الحالة مخاوف وجودية ويظهر ذلك جليا في قوله "منا يدوني للجبانة ".

– يعاني الحالة من اضطراب النوم ومخاوف عن الصحة، يتحدث بمرارة عن الرحيل ولخص ذلك في عبارة "مابقاليش بزاف ونخرج من ميت".

– يشعر الحالة بالإغتراب وغياب القيمة الإجتماعية بسبب إنعدام الزيارات العائلية والسند الأسري وبقائه أعزبا بدون زوجة ولا أبناء، فجعل من وجوده بدار رعاية المسنين كأنه انتظارا لنهايته وليس استكمالا لحياته معبرا عن هذا الشعور بقوله "ماخليتش لي يذكرني ويدعيلي".

2.3. نتائج تطبيق المقياس على الحالة:

تم تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر على الحالة (ش) في ظروف جيدة، إستغرقت مدة التطبيق 20 دقيقة، و قد أدرجنا استجابة الحالة على المقياس في الملاحق (الملحق رقم 03)، والجدول التالي يبين نتائج تطبيق المقياس:

جدول 08

الدرجة المتحصل عليها الحالة (ش) على مقياس تمبلر

الحالة	الدرجة المتحصل عليها	المجـــال	مستوى قلق الموت
(ش)	09	من (09 – 15)	مرتفع

تحصل الحالة (س) على درجة (09) درجة وهي تنتمي إلى المجال من (09 – 15) وهذا يعني أن لديها قلق موت مرتفع.

يسيطر على الحالة تفكير إجتراري يتمثل في مواضيع المرض والموت والفقد وتجلى ذلك في استجابته على عبارات المقياس التالية: 01-05-06-07-08-10-11-12-14

4. الحالة الرابعة:

1.4. عرض الحالة الرابعة:

البيانات الأولية:

الإسم: (ح. ب)

الجنس: أنثى

السن: 70 سنة

الحالة العائلية: مطلقة

عدد الأبناء: /

المستوى الدراسي: متوسط

المهنة: متقاعدة

مدة الإقامة بدار المسنين: 08 سنوات

سير المقابلات:

قمنا بجدولة سلسلة من اللقاءات الميدانية مع الحالة (ح) التي تمحورت حول أهداف عيادية محددة، ونبين تفاصيل سير هذه المقابلات وتواريخها ومحتواها في الجدول التالي:

جدول 09

سير حصص المقابلات مع الحالة الرابعة (ح)

المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	مضمـــــــــون المقـــــابلة
الأولى	2026/03/10	40 دقيقة	التعارف وكسب الثقة وجمع البيانات الأولية
الثانية	2026/03/16	45 دقيقة	البحث في التاريخ النفسي والعيادي للحالة–معرفة تصور الموت ومعناه النفسي
الثالثة	2026/03/29	50 دقيقة	رصد قلق الموت ومظاهره العيادية– الإقامة بدار المسنين كخبرة نفسية
الرابعة	2026/04/07	45 دقيقة	البحث في خبرات الفقد والإقتراب من الموت– آليات التكيف والدفاع النفسي
الخامسة	2026/04/19	40 دقيقة	فهم التقدير الذاتي ومعنى الحياة– تطبيق مقياس قلق الموت **لتمبلر**

تاريخ الحالة:

الحالة (ح) أنثى، تبلغ من العمر 70 سنة، ولدت بمدينة عين تموشنت، مطلقة ولديها مستوى الثانية متوسط، متقاعدة عن العمل بحيث كانت تشتغل بمركز البريد والمواصلات، قصيرة القامة، بشرتها سمراء، عيناها سوداوتان، تمشي مستعملة عكازها بسبب إصابتها بضمور على مستوى الرجل اليمنى، وتعاني من مرض السكري وارتفاع ضغط الدم.

للحالة 03 إخوة و02 أخوات تعتليهم ترتيبا، كانت تعيش مع والديها وإخوتها، وكانت تساعد والدها في إعالة إخوتها إلى أن تزوجت، وبعد وفاة والديها بمدة قصيرة تطلقت من زوجها وبقيت تعيش مع إبن أخيها، وعندما تزوج هذا الأخير قررت عدم البقاء معه، وحسب أقوال الحالة أن ابن أخيها رفض فكرة

رحيلها لكنها أصرت وقالت "نخرج بكرامتي ونخليهم يعيشوا حياتهم"، فذهبت عند إحدى قريباتها وباشرت في ترتيب إجراءات الدخول لدار المسنين، وهي الآن مقيمة بدار الرعاية لمدة 08 سنوات، وبقيت على إتصال بإبن أخيها وتزوره في المناسبات والأعياد.

وصف الإتصال بالحالة:

تميزت الحالة بالتعاون أثناء تواصلنا معها، تتكلم بصوت مسموع وتدل نبرة صوتها على الحزن، يميل حديثها إلى تكرار الفكرة مرات عديدة خاصة فيما يتعلق بموضوع الصحة والوحدة التي تشعر بها.

لدى الحالة مخزون لغوي فهي تحسن إنتقاء الكلمات، كما تصمت مباشرة بعد السؤال حتى تفكر جيدا ثم تجيب. أما جسديا فلاحظنا على الحالة فرك يديها وضمهما بشدة مصحوبا بعدم الثبات البصري فكان نظرها يتوزع على أرجاء المكان.

السلوك العام:

تبدو الحالة نظيفة من مظهرها الخارجي، لباسها مرتب، ومن خلال المقابلات والملاحظة العيادية تبين أنها تظهر سلوكات إعتمادية وإتكالية على المشرفين بدار الرعاية.

النشاط العقلي:

الحالة على وعي بالزمان والمكان المتواجدة فيه، وتحتفظ بالتركيز العام، وفي بعض الأحيان يشوب هذا التركيز نوع من التشتت عند تعرضها لوعكة صحية. لدى الحالة ذاكرة بعيدة وقريبة للأحداث، حيث كانت تستحضر تفاصيل دقيقة عن حياتها العائلية والمهنية.

المزاج والعاطفة:

يغلب على الحالة المزاج المتقلب، يميزها الهدوء عند زيارة أقاربها وبعد عودتها إلى دار الرعاية تسيطر عليها مشاعر الحزن والأسى بقولها "كي نزورهم نرتاح وكي نولي نفوت يامات مريضة ". كما يسيطر عليها شعور الخوف من المجهول حول طريقة الموت إذ عبرت عن ذلك بقولها "قاع نموتو بصح كيفاش نموت، نخاف يصيبوني يابسة".

محتوى التفكير:

يدور تفكير الحالة حول المجهول وماذا سيكون عليه المستقبل حيث قالت "حتى لوينتا وأنا هنا، راني خايفة يزيد عليا الحال". كما يطغى عليها التفكير في موضوع الصحة، فهي تعيش الهواجس الصحية لقولها "حتى الصحة ما بقاتش".

القدرة العقلية:

ما لوحظ على الحالة أنها تتمتع بقدر مقبول من التركيز والإنتباه أثناء المقابلات إلا أن هذا التركيز يتشتت عند طرح أسئلة متعلقة بزواجها وطلاقها، إذ تحاول تغيير سياق الحديث فتحتج بأنها تعاني من آلام في الرجل.

الإستبصار والحكم:

الحالة على وعي بوضعها الصحي، فهي محافظة على مواعيد أخذ الأدوية وحريصة عليها. أما من الناحية المزاجية فلديها استبصار جزئي بحالتها، حيث تعلم أنها تبالغ في مخاوفها ولكنها تعجز عن التحكم والسيطرة عليها تماما كما قالت "تكذب عليك لراني مليحة، مداخل يعلم ربي" وقولها كذلك "نتقلق بزاف ومانعرفش من واش".

خلاصة الحالة (ح):

بالرجوع إلى المقابلات والملاحظة العيادية للحالة (ح) تبين ما يلي:

– تعاني الحالة من انشغال فكري حول المستقبل والمجهول، وحالة من التوجس المتعلقة بالصحة، فهي تفسر مرضها وضيقها النفسي كدلالة على اقتراب النهاية.

– تتأرجح الحالة بين الإرتباط والفقد، لها إتصال أسري (الزيارة) الذي يلعب دور المخفف للقلق، ولكنه في نفس الوقت يولد مخاوف الفقد والإشتياق، تجلى ذلك في قولها "كي نشوفهم نرتاح، وكي نولي لهنا نقول هاذي الزيارة تالية".

–تعيش الحالة الخوف والحساسية الزائدة بالذات بقولها "هنا يبغو يسمعو خباري ويستشفو فيا زعما بنت لبلاد ودخلت لدار العجزة".

– تفتقر الحالة إلى القدرة على التفكير المتزن والموضوعي، حيث بررت تواجدها بدار الرعاية على أنه بإرادتها، ولكن محتوى الخطاب لديها يحمل شعورها بالجفاء ونكران الجميل الذي تلقته من إخوتها.

– فقدت الحالة الدور الإجتماعي عندما قالت "كانت عندي الشهرية ونخدم عليهم وكبرتهم ودرك راهم لباس عليهم".

– تتحدث الحالة عن الذات المثالية والتي تختلف تماما عن الذات الواقعية، فتعيش على هواجس الرغبة في التواجد مع أسرة حقيقية، ولكنها فقدت المعايير والقيم التي كانت تؤمن بها في بيئتها القديمة، ويفسر هذا على أنه نوع من الإغتراب الواقعي والمثالي.

– أظهرت الحالة عدة مرات آلية دفاعية وهي التجنب بتغيير سياق الحديث عند سؤالها عن الحياة الزوجية والطلاق.

– تبحث الحالة عن الرعاية والإهتمام، ويفسر ذلك على أنه تفادي لمواجهة الموت وحيدة.

– لدي الحالة إضطراب النوم (النوم المتأخر والمتقطع) بسبب التفكير في الماضي (التفكير الإجتراري).

– تعاني الحالة من الأمراض السيكوسوماتية فالشعور بالضيق يتحول إلي آلام جسدية.

– تظهر الحالة الإتكالية والإعتمادية على المشرفين في دار الرعاية، يفسر ذلك على أنه نكوص إلى المرحلة الطفولية، تطلب الإهتمام الزائد بسبب خوفها من تفاقم وضعها الصحي.

– تعاني الحالة من قلق وجودي مرتبط بسنها وبالبيئة المكانية والحالة الصحية المتدهورة .

2.4. نتائج تطبيق المقياس على الحالة:

تم تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر على الحالة (ح) في ظروف جيدة، وإستغرقت مدة التطبيق 20 دقيقة، وقد أدرجنا استجابة الحالة على المقياس في الملاحق (الملحق رقم 04)، والجدول التالي يبين نتائج تطبيق المقياس:

جدول 10

الدرجة التي تحصلت عليها الحالة (ح) على مقياس تمبلر

الحالة	الدرجة المتحصل عليها	المجـــــال	مستوى قلق الموت
(ح)	07	من (07 – 15)	متوسط

تحصلت الحالة (ح) على درجة (07) وهي تنتمي إلى المجال من (07-15) وهذا يعني أن لديها مستوى قلق موت متوسط.

- يسيطر على الحالة التفكير في مواضيع المرض والموت والفقد وتجلى ذلك في استجابتها على عبارات المقياس التالية: 02 - 08-09- 11-12-13-15.

ثانيا: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على ما يلي: "يعاني المسن المتواجد بدار رعاية المسنين من قلق الموت".

من خلال الاعتماد في دراستنا على المقابلة والملاحظة العيادية ومقياس قلق الموت لتمبلر، تبين أن المسنين يعانون من قلق الموت داخل دار رعاية المسنين كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول 11

نتائج تطبيق مقياس قلق الموت على الحالات الأربعة

الحالات	الدرجة المتحصل عليها	المجال	مستوى قلق الموت
الحالة 1 (خ. ع)	13	(09-15)	مرتفع
الحالة 2 (س. ع)	08	(08-15)	متوسط
الحالة 3 (ش. أ)	09	(09-15)	مرتفع
الحالة 4 (ح. ب)	07	(07-15)	متوسط

من خلال الجدول أعلاه، تبين أن:

الحالة الأولى (خ.ع) تحصل على درجة (13) من خلال تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر، وهي تنتمي إلى المجال من (09-15) وهذا يعني أن لديه قلق موت مرتفع.

أما الحالة الثانية (س.ع) فقد تحصلت في المقياس على (08) درجات، وهي تنتمي إلى المجال من (08-15) وهذا يعني أن لديها قلق موت متوسط.

وبخصوص الحالة الثالثة (ش. أ) فقد تحصل في مقياس قلق الموت على (09) درجات، وهي تنتمي إلى المجال من (09-15) وهذا يعني أن لديه قلق موت مرتفع.

بينما الحالة الرابعة (ح. ب) فقد تحصلت في المقياس على (07) درجات، وهي تنتمي إلى المجال من (07-15) وهذا يعني أن لديها قلق موت متوسط.

ومنه فإن الحالات الأربع عينة الدراسة يعانون من قلق الموت مما يشير إلى صحة الفرضية العامة المطروحة، حيث تباينت مستويات الشعور بقلق الموت لدى الحالات بين المتوسط والمرتفع.

ومما سبق يتبين أن الحالة الأولى (خ.ع) يعاني من قلق موت مرتفع مقارنة بالحالات الأخرى، وهذا راجع إلى انقطاع الإتصال الأسري عنه وغياب الزيارة، مما جعله يعيش الشعور بالوحدة والعزلة داخل دار الرعاية، كما يغلب عليه التفكير التشاؤمي والنظرة السوداوية للحياة فيما يتعلق بالمواضيع التي تخص المرض والموت، ذلك لأنه عاش وضعا مأساويا نتيجة تجربة الفقد لأحد أقرانه بدار الرعاية، إذ كان برفقته أثناء الإحتضار وقال عن هذه التجربة "راح هو وأنا التالي" فأصبح ينتظر دوره، وما زاده غصة شعوره بالنبذ من أبنائه وإحساسه بالجفاء والخذلان وفقده للدور الإجتماعي، فبعدما كان المعيل أصبح عالة على المجتمع، فضعف لديه الاستبصار وتقديره لذاته وغلب عليه الطابع السوداوي والكآبة، وأصبح يرى قلقه أنه بمثابة استعداد للرحيل والموت وليس اضطرابا نفسيا بحاجة إلى علاج، وهذا ما يفسر فقدانه لميكانيزمات التكيف النفسي والاجتماعي داخل دار الرعاية، وعدم شعوره بالأمان بعدما افتقد المعنى الحقيقي للحياة وهذا ما عبر عنه قائلا: "عشت لي كتب ربي ما بقات بنة"، إلى جانب معاناته من إضطرابات النوم وبعض الأمراض المزمنة كمرض السكري النوع الأول، وارتفاع الضغط الدموي، والبروستات.

أما الحالة الثانية (س.ع) فهي تعاني من قلق الموت بدرجة متوسطة بالرغم من بقائها على اتصال بالأهل والأقارب في المناسبات والأعياد، الحالة مقيمة بدار الرعاية لمدة ثلاث سنوات تبدو أكثر تقبلا وتفاؤلا بوضعها الحالي، وأكثر مشاركة في البرامج المسطرة داخل دار الرعاية، إلا أن تواجدها هناك لم يمنع من ظهور آليات دفاعية كالتسامي (La sublimation)، يظهر ذلك من خلال لجوئها المكثف إلى العبادات والنصح والإرشاد لقريناتها من المسنات، وبمثابة إستعداد للرحيل، فهي التي عاشت تجربة الفقد لبنتها ووالديها ثم زوجها إذ عبرت عن ذلك حين قالت "نلحقهم عاد نريح"، فأصبح مزاجها مضطربا غير مستقر، وبالرغم من زيارتها للأقارب إلا أنها تشعر بالحزن والأسى بعد الرجوع إلى دار الرعاية، وقد انعكس ذلك على سلوكها بالعدوانية والقلق المستمر وسرعة الإستثارة لديها بالبكاء. تسيطر على الحالة مخاوف وجودية وتفكير منصب على ما بعد الموت حيث قالت: "نخاف من الموت لخاطرش ما نعرفش

شا يكون بعد الموت"، كما تخاف من فقدان الصحة والعافية وقد ذكرت بخصوص ذلك: "نخاف تروح الصحة"، و"الله يجعل قد الصحة قد العمر"، ويفسر هذا على أنه استعداد للرحيل، كما أن تعلقها بماضيها يوحي بأنها تحاول إظهار هويتها أمام فكرة الموت التي أصبحت تهدد وجودها.

وعن الحالة الثالثة (ش.أ) فإن يعاني من قلق موت مرتفع، كونه منقطع تماما عن أي اتصال أسري، وتعد إقامته بدار الرعاية لمدة لا تتعدى الستة أشهر غير كافية حتى يصبح متكيفا بها، فظهر عليه الانعزال والانزواء داخل دار الرعاية، وعزف عن تكوين صداقات، وقد برر ذلك بقوله: "ما نصاحبش ما يبغونيش أنا براني"، هذه العزلة جعلته يعيش على ماضيه فتكون لديه الاجترار الوجداني، حيث يحيا في ماضيه أكثر من حاضره، إذ أن الماضي يمثل الهوية الوحيدة المتبقية له لأنه فاقد للسند العائلي ولأن وجوده بدار الرعاية يعد بمثابة النهاية وليس استكمالا لحياته، ضعفت ثقته بنفسه وظهرت عليه طباع التشاؤم والإنكسار والإستسلام واليأس إذ قال: "ما عندي عليها وين هنا حتى نموت"، فأصبح يفتقر للمرونة والمبادرة والدافعية، كما تراجعت اهتماماته من خلال قوله: "ماراه يطربلي والو"، وطغى عليه الخمول والبلادة الحسية ويظهر ذلك في استجاباته الإنفعالية السطحية وحديثه المتكرر عن قرب الفناء بقوله: "ما بقاش بزاف ونلحق يما و بابا "، ويؤكد ذلك مرة ثانية " ما بقاش بزاف ونخرج منا ميت".

أما بخصوص الحالة الرابعة (ح.ب) فهي تعاني من قلق موت متوسط، وبالرغم من طول مدة إقامتها بدار الرعاية والمقدرة بثماني سنوات إلا أنها بقيت على اتصال بإخوتها وتزورهم في المناسبات، كما تبدو على قدر مقبول من التكيف من خلال مشاركتها في البرامج الخاصة بالمسنين بحكم أنها كانت موظفة، إلا أن هذه المؤشرات لم تكن لها الجدار الحامي الذي يقيها من الأمراض السيكوسوماتية فحسب التاريخ النفسي للحالة بدأت تتدهور حالتها الصحية منذ دخولها دار الرعاية إذ تحولت آلامها النفسية في صورة جسدية، وهذا راجع إلى عدم تقبلها فكرة تواجدها بدار الرعاية وخاصة أنها تسكن بذات المدينة. تشعر الحالة بالخذلان والجفاء من قبل الإخوة والأخوات، فبعد أن كانت المعيلة لهم فقدت الدور والمكانة الإجتماعية بينهم، وفقدت معها الثقة بالنفس، وتولدت لديها مخاوف وحساسية زائدة بالذات وقد عبرت عن ذلك قائلة: "يبغو يسمعو خباري". كما ظهرت عليها اضرابات النوم بسبب التفكير الإجتراري لأحداث الماضي والمجهول والمستقبل حيث قالت: "حتى لوينتا وأنا هنا"، تبدو عليها الهواجس الصحية في قولها: "حتى الصحة ما بقاتش"، وتفسر مرضها وضيقها النفسي كدلالة على اقتراب النهاية حيث قالت: "نخاف يصيبوني يابسة".

بناءا على التحليل والمناقشة العيادية للحالات الأربع، وجدنا أن المسنين يعانون من قلق الموت بدار الرعاية، ويظهر ذلك من خلال مجموعة من المؤشرات النفسية والسلوكية والمتمثلة في: نقص الثقة بالنفس، تدني احترام الذات، سلوكات اعتمادية، الخوف والحساسية الزائدة بالذات والإنفعال الزائد، عدم القدرة على التمييز، وزيادة العدوانية، سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة، البلادة الحسية، العزلة والانسحاب، العناد وصلابة الرأي، توجس المرض والعجز، سرعة الاستثارة الإنفعالية وحتى الميولات الإكتئابية. إضافة إلى المؤشرات البدنية التي تظهر على الحالات في شكل: تنميل اليدين والأطراف السفلى، إضطرابات النوم والأحلام المزعجة، سرعة ضربات القلب، وفقدان السيطرة على الذات، وظهور الأمراض السيكوسوماتية والأمراض المزمنة كداء السكري وإرتفاع الضغط الدموي، الصرع، ومرض البروستات.

أما عن المؤشرات الإجتماعية فظهرت في أشكال مختلفة على رأسها: فقدان الإتصال الأسري والافتقاد إلى السند العائلي، وبالتالي الحرمان من الدعم الإجتماعي، والميل إلى العزلة الإجتماعية وضعف المشاركة، عدم التوافق الإجتماعي والإحساس بفقدان المكانة الإجتماعية، الاحتفاظ بكل شيء يرمز لما هو من الماضي.

أما المؤشرات العقلية والإدراكية فتمثلت في: قصور الانتباه وضعف القدرة على التركيز الطويل، بطء وانخفاض القدرة على تعلم مهارات جديدة، ضعف القدرة على التفكير المتزن، ومشكلات الذاكرة والنسيان والشرود الذهني.

وقد ظهرت مثل هذه النتائج في دراسات سابقة منها دراسة مسلر وآخرون (2012) والتي خلصت إلى أن المسنين المتواجدين في المنشئة الإجتماعية للمساعدة قد أظهروا مستويات أعلى من الخوف المرتبط الموت، وهو مرتبط أيضا بتدني احترام الذات، وقلة الهدف في الحياة، وضعف الصحة العقلية.

وأشار كل من بالا ومهاشواري (2019) أن أغلب كبار السن وبنسبة (94%) لديهم قلق موت بدرجة متوسطة، بينما يعاني ما نسبته (3 %) من قلق الموت الشديد، وأنه توجد علاقة ارتباطية طردية بين القلق من الموت والاكتئاب بسبب الخوف الشديد من الموت.

كما أشارت نسيبة عاشور(2017/2016) في دراستها إلى وجود قلق الموت عند المسنين بدرجات مختلفة، وأن مؤشراته السلوكية والنفسية لها تأثير سلبي على حياتهم. وقد توصل أوليفي (2007) إلى أن اضطراب القلق والإكتئاب ينتشر بين المسنين كلما تجاوزوا سن 65 سنة، خصوصا ممن يعيشون وحدهم

وليس لديهم أقارب، وينتشر القلق بين هؤلاء المسنين بنسبة مئوية تقدر بـ (3,1%) في حين ينتشر الاكتئاب بينهم بنسبة مئوية مقدارها (8,04%) وهي نسبة عالية.

وتتفق نتائج دراستنا مع ما جاء به "إريكسون" في نظريته التي تعد من أولى النظريات التي تناولت فئة المسنين، حيث يرى أن المسنين يواجهون حاجة الإقتراب من الموت وهم يناضلون من أجل تحقيق إحساسهم بالإندماج، كما يرى "اركسون" أن التقدم في العمر والتقاعد يمثلان أزمة للمسن، ويؤثران على علاقة المسن بأسرته ومجتمعه على نظرة المسن لنفسه بشكل خاص. (Erikson,1989).

وإذا حاولنا تفسير ظهور تلك المؤشرات الدالة على قلق الموت عند الحالات الأربع لوجدناها مرتبطة بالواقع المعيشي المؤلم لديهم، حيث كان شعورهم موحدا بالعزلة النفسية والاجتماعية، وشعورهم بالجفاء والخذلان من أبنائهم وأسرهم، وشعورهم باللامعنى للحياة، وافتقارهم إلى المشاركة الإجتماعية، انشغالهم في التفكير الإجتراري للمرض والعجز والموت، وبقائهم متعلقين بماضيهم، كل هذا جعلهم يعيشون ما تبقى لهم من عمرهم وكأنهم يستشعرون قرب رحيلهم، وموعد فنائهم، قلقهم من الموت لا يعني الرفض بقدر ما يعني قرب النهاية وهم بعيدون عن الأسرة والأبناء.

2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

تنص الفرضية الفرعية الأولى على أنه: "يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند المسن الذين له إتصال مع أسرته والمنقطع عن الاتصال الأسري".

وبالاعتماد على المقابلة والملاحظة العيادية ومقياس قلق الموت لتمبلر والمبينة نتائجه في الجدول رقم (11) وجدنا أن:

الحالة (خ.ع) المنقطع عن الإتصال الأسري، تحصل على (13) درجة على مقياس قلق الموت، وهذا يعني أن الحالة لديه قلق موت مرتفع.

أما الحالة (ش.أ) المنقطع عن الإتصال أسري، فقد تحصل على (09) درجات على مقياس تمبلر، وهذا يعني أن الحالة لديه قلق موت مرتفع.

بينما الحالة (س.ع) لديها إتصال أسري، تحصلت على (08) درجات على مقياس قلق الموت، وهذا يعني أن الحالة لديها قلق موت متوسط.

كما أن الحالة (ح.ب) لديها إتصال أسري، تحصلت على (07) درجات على مقياس قلق الموت لتمبلر، وهذا يعني أن الحالة لديها قلق موت متوسط.

بناءا على هذه النتائج نستنتج أن الفرضية الفرعية الأولى والتي تنص على أنه: "يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند المسن الذين له إتصال مع أسرته والمنقطع عن الإتصال الأسري بدار رعاية المسنين"، ومنه فإن الفرضية محققة.

وقد ظهرت مثل هذه النتائج في دراسة سابقة حيث وجد أوليفي (2007) أن اضطراب القلق والاكتئاب ينتشر بين المسنين كلما تجاوزوا 65 سنة، كما ينتشر أكثر بين المسنين الذين يعيشون وحدهم وليس لديهم أقارب.

ويمكن تفسير ذلك بأن عدم تواجد المسن في أحضان أسرته يؤثر على الصحة النفسية والجسدية ويؤدي إلى سوء التوافق مع نفسه وبيئته، لأن الأسرة هي الوسط النفسي والاجتماعي السليم الذي يمكن أن يكفل للمسن رعاية واهتمام سليمين، بتوفير الحاجات البيولوجية والنفسية للمسن وهذا ما يراه ماسلو في نظرية التدرج الهرمي للحاجات الإنسانية، حيث أشاد بأن للسلوكيات البشرية وظيفة تهدف إلى إشباع الحاجة، فيرى أن الشعور بالوحدة النفسية ينشأ بسبب عدم إشباع حاجة الانتماء والحب، والوحيد نفسيا يكون مدفوعا بجوع للاحتكاك والصداقة الحميمية، فالفرد بحاجة إلى التغلب على مشاعر الاغتراب والعزلة التي سادت بسبب الحراك الإجتماعي وتحطم الجماعات التقليدية، وبعثرة الأسرة، والفجوة بين الأجيال بسبب التحضر المستمر وإختفاء الوجه لوجه.(الصنيع، 1990، ص. 85).

ويرى بولبي في نظريته (التعلق الوجداني) أن الفرد الذين يقوم بروابط تعلق طبيعية مع الآخرين يكون أكثر أمنا واعتمادا على نفسه مقارنة بالفرد الذي يفتقد إلى هذه الروابط، فعند إعاقة هذه الروابط يصبح الفرد عرضة للعديد من المخاطر والأضرار البيئية التي تؤدي إلى عزلته وابتعاده عن الآخرين، وأن استخدام المساندة الإجتماعية المتاحة تجنب الفرد الوقوع في الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها والتخفيف منها.(الشاعر، 2005).

ويشير الشناوي وعبد الرحمان (1994) إلى مفهوم الوحدة المترابطة، التي تعني أنه من المفروض أن يكون أفراد المجتمع الواحد مترابطين في وحدة عضوية نفسية اجتماعية واحدة، وأن المودة والحب والعطاء سلوك ساند داخل الأسرة، وبالتالي فإن ذلك سينعكس على الفرد بحسب درجة الترابط.

أما هومانز (1961) فيركز في نظريته للتبادل الإجتماعي على مبدأ الأخذ والعطاء، بمعنى الحصول على الشيء يلزم رد مماثل ويكون ذا قيمة، وحسب هذا المبدأ فإن كبار السن عندما ينالون الرعاية والاهتمام ويجب عليهم بالمقابل الرد بالمثل في القيمة التبادلية، إلا أن هذا المبدأ لا يتماشى ولا

يناسب المجتمعات المسلمة لأنها لا تقوم على مبدأ الأخذ والعطاء خصوصا مع فئة المسنين، فإكرامهم والاهتمام بهم يكون بدون مقابل، لأن بر الوالدين والتعامل باحترام مع كبار السن من المبادئ الإسلامية ومن الأخلاق الفاضلة التي يجب على كل فرد التحلي بها.(النوبي، 2012 ص.24)

3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

تنص الفرضية الفرعية الثانية على أنه: "يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند الإناث أكثر منه لدى الذكور".

وبالاعتماد على المقابلة والملاحظة العيادية ومقياس قلق الموت لتمبلر والمبينة نتائجه في الجدول رقم (11) وجدنا أن:

الحالة (س.ع) أنثى، تحصلت على (08) درجات على مقياس قلق الموت لتمبلر، وبالتالي فإن الحالة لديها قلق موت متوسط.

الحالة (ح.ب) أنثى، تحصلت على (07) درجات على مقياس قلق الموت لتمبلر، وبالتالي فإن الحالة لديها قلق موت متوسط.

الحالة (خ.ع) ذكر، تحصل على (13) درجة على مقياس قلق الموت لتمبلر، وبالتالي فإن الحالة لديه قلق موت مرتفع.

الحالة (ش.أ) ذكر، تحصل على (09) درجات على مقياس قلق الموت لتمبلر، وبالتالي فإن الحالة لديه قلق موت مرتفع.

بناء على هذه النتائج فإن فرضية: "يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت عند الإناث أكثر منه لدى الذكور" فرضية غير محققة في دراستنا.

وقد اتفقت نتائج بحثنا مع نتائج دراسات سابقة هدفت إلى معرفة مستوى قلق الموت عند المسنين الذكور والإناث كدراسة الطراونة (2021)، والتي توصلت إلى وجود فروق بين المسنين من حيث الجنس في قلق الموت لصالح الذكور.

كما توصلت دراسة كيسكن (2018) إلى نتيجة مفادها أن قلق الموت كان أعلى بشيء ملحوظ بين المسنين الذكور. كما أشار معمرية وخزار(2009) إلى أن الإضطرابات النفسية عند المسن ومن

بينها القلق العام، واليأس والاكتئاب النفسي، وقلق الصحة وقلق الموت، والنظرة السلبية إلى الحياة، وقلة النشاط، تنتشر أكثر لدى عينة الذكور.

وفي المقابل اختلفت نتائج دراستنا مع ما توصل إليه مسلر وآخرون (2012)، حيث تم التوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق من الموت عند المسن تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

كما تختلف النتائج المتوصل إليها في دراستنا مع دراسة قليوبي خالد (2020)، والتي خلصت إلى أنه هناك فروق في مستوى قلق الموت عند المسنين ترجع إلى النوع في إتجاه الإناث.

تظهر النتيجة التي تحصلنا عليها أن درجة الشعور بقلق الموت عند الإناث كانت بدرجة متوسطة عند كلتا الحالتين، وهذا يعود إلى وجود الإتصال الأسري لديهما على خلاف الذكور المنقطعين عن الإتصال العائلي، ذلك لأن المساندة الأسرية تقي المسن من العزلة النفسية والإجتماعية، كما أن الروابط الأسرية تبقي على جسور التواصل وتمكن من بناء علاقات داخل دار الرعاية مع الطاقم المشرف ومع الأقران المقيمين، والمشاركة معهم في البرامج التعليمية، والنشاطات المبرمجة داخل دار الرعاية. إن الاندماج والاستفادة من العلاقات الداعمة (داخل دار الرعاية وخارجها) يعمل عمل المتغير الوسيط والمعدل ليقلل من تأثير وقسوة التفكير في الهواجس الوجودية والصدمات المقترنة بالعجز الصحي والفقد، فوجود المساندة العائلية إلى جانب المساندة الإجتماعية منح الحالتين من الإناث إحساسا بالأمان والتقدير وأبقى لديهما الشعور بالإنتماء، مما قلل لديهما الشعور بمخاوف الفناء، وبالتالي خفف من حدة ودرجة القلق عند الحالتين، فالمساندة الإجتماعية تعد مؤشرا جوهريا للحفاظ على جودة الحياة والصحة النفسية للمسنين.

كما تجدر الإشارة إلى أن الإناث يتميزن بالمرونة أكثر في التعبير عن الهواجس الوجودية، مما يسمح لهن بتفريغ الشحنات الإنفعالية المتعلقة بالفناء والموت، كما أن قدرتهن على الاستثمار في شبكات الدعم الأسري والاجتماعي منحتهن الثقة في النفس والأمان، وجعلتهن يكتسبن آليات التكيف وتحقيق التقدير الذاتي والرضا ومعنى الحياة.

وهذا التفسير المقدم يوافق ما جاءت به نظرية الشخصية، من حيث ارتباط التوافق لدى المسنين بسماتهم الشخصية، حيث ترى النظرية أن التغيرات المصاحبة لمرحلة المسنين هي نتيجة التفاعل بين المتغيرات الفيزيولوجية الداخلية والاجتماعية والخارجية، وحسب هذه النظرية فالأفراد المندمجون يستطيعون تقديم أداء أحسن لأن لديهم درجة مرتفعة من ضبط الذات، ولديهم القدرات المعرفية والمرونة

والنضج، عكس الأفراد غير المندمجين يعانون من إضطرابات في وظائفهم النفسية، وعدم القدرة على ضبط انفعالاتهم وتدني مستوى قدراتهم، كما يتمتع الأفراد والشخصيات المندمجة بدرجة عالية من الرضا عن الحياة. (النوبي،2012، ص. 24).

ويرى (Gibson) أن كفاءة التفاعل الإجتماعي هو المؤشر الحاسم للصحة النفسية وليس حجمه أو مقداره، لذا تعتبر المساندة الإجتماعية أحد المتغيرات الواقعية التي يفترض بأنها تخفض من التأثير السلبي لضغوطات الحياة، فالمساندة النفسية ترتبط بشكل عام بتخفيف الاضطرابات النفسية، ومنها قلق الموت. (السرسي وعبد المقصود، 2000).

خاتمة

خاتمة:

تعتبر مرحلة كبر السن حالة من الإضمحلال لقدرات وامكانيات المسن نتيجة لما يعتريه من تغيرات جسمية، نفسية، عقلية، واجتماعية، إذ تشهد هذه المرحلة تراجعا في استغلال قدراته لمواجهة ضغوط الحياة، فتظهر الإضطرابات النفسية كقلق الموت نتيجة عدم التوافق النفسي والإجتماعي وخاصة لدى فئة المسنين المتواجدين بدور الرعاية، إذ يتجسد قلق الموت بفشل المسن وعجزه عن إدراك المعنى لأن الهدف في حياته هو إيجاد معنى لها، وفقد المسن للسند الأسري هو فقد للدعم النفسي والإجتماعي الفاعل فهو بحاجة إليه رغم ما تقدمه دار رعاية المسنين من خدمات إيوائية، طبية، نفسية، وإجتماعية.

وقد حاولنا من خلال البحث الحالي دراسة الاضطرابات النفسية– قلق الموت كنموذج عند المسن المتواجد بمركز رعاية الشيخوخة، وفيه تطرقنا إلى دراسة الموضوع نظريا وميدانيا، ففي الجانب النظري حاولنا التعرف على أهم المفاهيم التي جاءت فيه وهي: الاضطرابات النفسية، قلق الموت، سيكولوجية الشيخوخة، ومراكز رعاية الشيخوخة. وقد قمنا بالدراسة الميدانية في دار رعاية المسنين بولاية عين تموشنت، على عينة عددها أربع حالات، واستخدمنا مجموعة من الأدوات كالملاحظة العيادية والمقابلة العيادية ومقياس تمبلر لقلق الموت، وذلك للإجابة على التساؤلات المطروحة في الإشكالية.

وتوصلنا من خلال ذلك إلى نتائج تؤكد صدق الفرضية العامة:

– يعاني المسن المتواجد بدار رعاية المسنين من قلق الموت.

كما توصلنا إلى نتائج تؤكد صدق الفرضية الفرعية الأولى:

– يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت لدى المسن الذي لديه اتصال بأسرته والمسن المنقطع عن الاتصال الأسري.

إلا أن النتائج أظهرت عدم صحة الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على أنه:

– يوجد اختلاف في درجة الشعور بالقلق عند الإناث أكثر منه لدى الذكور.

إذ أثبتت النتائج عكس ذلك، حيث كان الذكور من المسنين أكثر شعورا بقلق الموت مقارنة بالإناث.

إلا أنه في نهاية النتائج المستخلصة من البحث تجدر الإشارة إلى أنها تبقى نتائج تنطبق فقط على عينة الدراسة، وأن كون هذه العينة– تضم 04 حالات– لا يمكن أن تمثل مجتمع المسنين المتواجدين في دور الرعاية، فهي محاولة للكشف عن قلق الموت لديهم على أمل أن تكون هذه الدراسة فاتحة ومشجعة للقيام بالعديد من الدراسات حول هذا الموضوع.

تـوصيـات واقتراحات:

التوصيات:

– توفير المؤازرة النفسية: بأن نكون على إستعداد للتواصل مع المسنين المقيمين بدور الرعاية وخاصة من تظهر عليهم مؤشرات سلوكية ونفسية، وتقديم الدعم العاطفي المناسب قصد تفادي ظهور قلق الموت.

– تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية: وذلك من خلال تسهيل حصول المسنين بدور الرعاية للخدمات الصحية والنفسية المناسبة لهم وتفادي تفاقم الوضع الصحي بالتشخيص المبكر.

– تفعيل الإنخراط المجتمعي: ويكون بتشجيعهم على المشاركة في الأنشطة الإجتماعية والثقافية كتنظيم برامج ترفيهية ونشاطات تعليمية وتوفير الفرص للتواصل مع الآخرين.

– تقديم الإرشادات والشروحات: يجب أن يكون المسن على دراية حول حياته داخل دار الرعاية، ووضع برامج علاجية، وتوضيح الطرق الممكنة لتحسين جودة الحياة وتخفيف الأعراض.

– تعزيز الإتصال والمكاشفة: الأشخاص المسنين بحاجة إلى التعبير عن مخاوفهم وأفكارهم حول الموت، ويمكن أن يكون التواصل مفتوح وصريح مع أفراد الأسرة والأصدقاء والمؤطرين النفسيين فهو مفيد لتخفيف حدة القلق وإيجاد السبل للتعامل معه.

– تعزيز الإدراك العام والوعي الجمعي: بالتوعية حول متطلبات المسن والتغيرات التي تطرأ عليه في هذه المرحلة العمرية، وكيفية التعامل معه لتوفير أكبر قدر من التفاعل الإجتماعي والتوازن الإنفعالي للمسن وذلك بتسخير كل وسائل الإعلام والتواصل الإجتماعي بمختلف أنواعها.

– ترقية كفاءة المختصين: بتأهيل أخصائيين نفسانيين وإجتماعيين قادرين على التعامل مع هذه الفئة.

– إجراء البحوث والدراسات العلمية المتعلقة بقلق الموت عند المسن والإهتمام بدراسة موضوع الشيخوخة لما له من أهمية بالغة، والتركيز على هذه الشريحة المهمة التي قدمت وأعطت للمجتمع الكثير من جهدها وخبراتها، وتوفير الرعاية لهم.

الإقتراحات:

– إجراء المزيد من الأبحاث والدراسات التي تدرس علاقة قلق الموت بمتغيرات علم النفس الإيجابي (الصلابة النفسية، جودة الحياة، المساندة الإجتماعية).

– دراسة الإضطرابات النفسية المصاحبة للمسنين بدور الرعاية وعلاقتها بالصحة النفسية.

– دراسة التقدير الذاتي ومعنى الحياة عند المسنين بدور الرعاية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. أبو الخير، عبد الكريم قاسم. (2002). *التمريض النفسي*. دار وائل للطباعة والنشر.

2. أبو عوض، سليم. (2008). *التوافق النفسي للمسنين*. دار أسامة.

3. بدرة، سهاد سمير. (2014). *الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بتلبية الاحتياجات النفسية والرضا عن الحياة لدى المسنين* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. قسم الإرشاد النفسي، جامعة دمشق.

4. بلان، كمال يوسف. (2009). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم. *مجلة جامعة دمشق، 25* (1+2)، 15-47.

5. بولعطية، علي، ولوحي، حميدة .(2020). قلق الموت لدى المسنين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم: دراسة مقارنة. *مجلة فكر وإبداع*، (133)، 211- 266.

6. بوغالي، حاجي. (2012). *مكانة المسن داخل الأسرة الجزائرية* [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر2.

7. تشيبلي تايلور. (2008). *علم النفس الصحي* (ترجمة وسام درويش بركة وآخرون). دار حامد للنشر والتوزيع.

8. جبل، محمد فوزي. (2000) .*الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*. المكتبة الجامعية.

9. الحاج لكحل، راضية. (2008). *الصحة النفسية للمسنين*.[رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.

10. الحجامي، عبد العباس غضيب. (2004). *الاضطرابات المزاجية وعلاقتها بقلق الموت عند المسنين* [رسالة ماجستير غير منشورة].كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.

11. الحكمي، علي بن احمد. (2015). *برنامج علاجي معرفي لتخفيف قلق الموت لدى مرضى القلب* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

12. حمداوي، جميل. (2014). *البحث التربوي: مناهجه وتقنياته*. دار الكتب العلمية.

13. حنفي، عبد المنعم. (1997). *موسوعة الطب النفسي*. مكتبة مدبولي.

14. خلادي، يمينة. (2012). درجة الاتصال النفسي بين المسن وأفراد أسرته كما يدركها المسن وعلاقتها بتوافقه النفسي الاجتماعي: مقاربة تحليلية نظرية للتراث النظري حول الشيخوخة. *مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية*، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، (9)،47-57

15. خليفة، عبد اللطيف محمد. (1997). *دراسات في سيكولوجية المسنين*. دار غريب للطباعة والنشر.

16. رحيم، عبد القادر، وشنان، علي. (2009). قياس مستوى قلق الموت لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية وعلاقته بالجنس والعمر والحالة الاجتماعية. *مجلة جامعة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، 34* (1)، 124- 125.

17. الزبيدي، كامل علوان. (2009). *علم النفس الشيخوخة* (ط.1). دار الورق للنشر والتوزيع.

18. زهران، حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. عالم الكتب.

19. سبيح، فوزية. (2018). *قلق الموت عند الطلاب المصابين بالربو مرحلة الثانوية* [رسالة ماستر غير منشورة]. جامعة الدكتور مولاي طاهر سعيدة.

20. السرسي، أسماء، وعبد المقصود، أماني.(2000). المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية. *مجلة كلية التربية ببنها . 10* (44)، 197-.244

21. سلامة، منصور محمد. (2026). الاضطرابات النفسية لدى المسنين المتقاعدين ورؤية اجتماعية لعلاجها. *مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، 50* (1)، 1-17.

22. سليم، هدى نسيم. (1998). *الشيخوخة في مفاهيم طلاب الطب ودور مهنة الخدمة الاجتماعية*. الشركة العالمية للكتاب.

23. شاذلي، عبد الحميد محمد. (2001). *التوافق النفسي للمسنين*. المكتبة الجامعية.

24. الشاعر، درداح. (2005). *اتجاهات طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة نحو المخاطرة وعلاقتها بكل من المساندة الاجتماعية وقيم الحياة لديهم* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة عين الشمس بالتعاون مع جامعة الأقصى.

25. شتات، ديما .(2019). *الاضطرابات النفسية والجسدية لدى عينة من المسنين المقيمين في المخيمات الفلسطينية في محافظتي الخليل وبيت لحم* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الخليل، فلسطين.

26. الشناوي، محمد، وعبد الرحمان، محمد. (1994). *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية*. مكتبة الأنجلو مصرية.

27. صابر، فاطمة عوض، وخواجة، ميرفت علي. (2002). *أسس ومبادئ البحث العلمي*. دار ومكتبة الإشعاع للطباعة والنشر والتوزيع.

28. صالح، عباس نسيمة.(2015). دراسة لبيان قلق الموت وعلاقته بأداء مهارة الإرسال بكرة الطائرة لدى طالبات الصف الخامس الإعدادي. *مجلة الفتح، 11*(62)، 482-494.

29. الصنيع، صالح بن إبراهيم. (1990). *التدين والصحة النفسية*. مكتبة الملك فهد.

30. الضلاعين، أنس صالح ربيع. (2025). مستوى قلق الموت لدى عينة من كبار السن وعلاقته بالتدين لديهم. *مجلة جامعة الحسين بن طلال للبحوث، 11*(3)، 51-81.

31. الطراونة، هيا حسني .(2021). مستوى قلق الموت وعلاقته بالأعراض الاكتئابية السائدة لدى عينة من المسنين في الأردن. *مجلة جامعة عمان العربية للبحوث- سلسلة البحوث التربية والنفسية، 5*(1)، 394-414.

32. الطفيلي، امتثال زين الدين. (2004). *علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة*. دار المنهل اللبناني.

33. عاشور، نسيبة. (2017/2016). *قلق الموت لدى المسنين مظاهره وآثاره* [رسالة ماستر]. جامعة العربي بن مهيدي- أم البواقي.

34. عباس، فيصل. (2002). *العيادة النفسية* (ط.1). دار المنهل اللبناني.

35. عبد الخالق، أحمد محمد. (1987). *قلق الموت*. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

36. عبد اللطيف، رشاد أحمد. (2007). *في بيتنا مسن: مدخل اجتماعي متكامل*. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

37. عبد الله، مجدي أحمد محمد. (2013). *مقدمة في سيكولوجية الشيخوخة وطب نفس المسنين* (ط.1). دار المعرفة الجامعية.

38. عبد المحسن، عبد الحميد. (1993). *الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين*. دار الثقافة للنشر والتوزيع.

39. عثمان، فاروق السيد. (2001). *القلق وادارة الضغوط النفسية* (ط.1) . دار الفكر العربي.

40. علي، السيد فهمي. (2009) . *علم نفس الصحة*. دار الجامعة الجديدة للنشر.

41. عماد، عبد الغني. (2014). *سوسيولوجيا الموت: الخطابات والممارسات*. مركز دراسات الوحدة العربية.

42. غباري، محمد سلامة. (2003). *رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية: رعاية المعوقين*. المكتب الجامعي الحديث.

43. غزال، أمال. (2016). *دراسة سيكوباتولوجية للفتيات المحاولات الانتحار في حالة الفشل العاطفي* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة وهران2.

44. غنام، صليحة. (2019). واقع رعاية المسنين في دار العجزة بالجزائر: دراسة ميدانية على عينة من المسنين بدار العجزة، بباتنة. *مجلة الحقيقة للعلوم الاجتماعية والانسانية، 18*(2)، 302-317.

45. الفاعوري أيهم. (2007). *قلق المستقبل لدى عينة من ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين بمحافظة القنيطرة* [رسالة جامعية غير منشورة]. جامعة دمشق، سوريا.

46. فايد، حسين علي. (2003). *الاضطرابات السلوكية: تشخيصها أسبابها علاجها*. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

47. فرج، عبد اللطيف حسين. (2009). *الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)* (ط.1) . دار حامد للنشر والتوزيع.

48. فرويد، سيجموند. (1987). *أفكار لأزمة الحرب والموت* (ترجمة سمير كرم). دار الطليعة للطباعة والنشر.

49. فقيري، تونس. (2015). *علاقة سلوك النمو(أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

50. قليوبي، خالد بن محمد .(2020). الدعم الاجتماعي كمنبئ بقلق الموت لدى عينة من المسنين في دور الرعاية الاجتماعية بمدينة مكة. *مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، 112* (1)، 388-420.

51. قواجلية، آية. (2008). *قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان* .[رسالة ماستر غير منشورة]. جامعة محمد خيضر بسكرة.

52. القيق، أريج خليل محمد .(2016). *قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين: دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين* [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية بغزة.

53. مبروك، عزة عبد الكريم. (2002). تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين. مجلة *دراسات عربية*، *1*(2)، 185-209.

54. محمود، ضحى عادل. (2015). قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن اهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية. *مجلة الأستاذ*، (215)، 355-378.

55. محمود، محمد حسن أنور. (2023). ديناميات الخوف من الموت لدى المسنين والمسنات "دراسة حالة". *مجلة كلية الآداب جامعة سوهاج*، (67)، 187- .206

56. معمرية، بشير. (2007). *بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس*. منشورات الحبر.

57. معمرية، بشير، وخزار عبد الحميد .(2009). الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، (23)، 74-83.

58. مغربي، مروة فرج سيد.(2015). *قلق الموت وعلاقته ببعض المشكلات لدى المراهقين المصابين بمرض أنيميا البحر الأبيض المتوسط*. دار المعرفة الجامعية.

59. نجوم، خالد بن شكري. (2002). *الالتزام بالدين الإسلامي وعلاقته بكل من قلق الموت والاكتئاب لدى المسنين والمسنات بالعاصمة المقدسة ومحافظة جدة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة أم القرى

60. النوبي محمد علي. (2012). *الخرف لدى المسنين: الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل* (ط.1). دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

قائمة المراجع باللغة الاجنبية:

61. Azaiza,Ron, Soham & Gigini,F,Ron,P Shoham M,& Gigini.I. (2010). Deathand anxiety Amoung Elredy arab Muslims in Israel: *Death studies*.(34) . 351-364.

62. Bala,R & Maheshwari,s.k. (2019). Death anxiety and death depression amoung Elderly. *International journal of psychiatric nursing*, 55-61.

63. Erikson,H.G. (1989). *For a good old age*. America. Congress cataloging.

64. Keskin,G, Dulgerler,S, Engin,E, BILGE,A,Ozer,S, & Peker,S .(2018) .Death anxiety in the elderly relation & participation in daily life.*Turkish journal of gerutrics*, 383-393.

65. Missler,M, Strobe,M, Gusten,L, Mastenbrock,M, Chmon,S, & Howenk,K,V, (2012).Exploring death anxiety amoung Elderly people: A literature Review and Empirical Investigation. *Sage journal*, 357-379.

66. Ollivet.c.(2007). *Les nouvelles technologies entre phantasmes et services rendus.Alzheimer le soin*. Ehirsch and collivet.paris.Vuibert.

الملاحق

الملحق رقم (01): استجابة الحالة الأولى (خ) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

الملحق رقم (02): استجابة الحالة الثانية (س) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

الملحق رقم (03): استجابة الحالة الثالثة (ش) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

الملحق رقم (04): استجابة الحالة الرابعة (ح) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

الملحق رقم (05): الترخيص للقيام بالدراسة الميدانية.

الملحق رقم (01): استجابة الحالة الأولى (خ) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

بيانات عن الحالة:

الإسم: (خ.ع) /الجنس: ذكر/ السن: 87 سنة / الحالة العائلية: مطلق/ المستوى التعليمي: بدون مستوى

تعليمات المقياس:

* إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع علامة (x) حول (ص)

* إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع علامة (x) حول (خ)

الرقم	عبـــــارات المقـــــياس	ص	خ
01	أخاف كثيرا من الموت	x	
02	ناذرا ما تخطر لي فكرة الموت	x	
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	x	
04	أخاف أن أجري عملية جراحية	x	
05	لا أخاف إطلاقا من الموت		x
06	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة من مرض السرطان		x
07	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت		x
08	أتضايق كثيرا من مرور الوقت	x	
09	أخشى أن أموت موتا مؤلما	x	
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا	x	
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	x	
12	كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة	x	
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	x	
14	يزعجني منظر جسد ميت	x	
15	أرى أن المستقبل يحمل شيئ يخيفني		x

الملحق رقم (02): استجابة الحالة الثانية (س) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

بيانات عن الحالة:

الإسم : (س.ع) /الجنس: أنثى/ السن: 79 سنة / الحالة العائلية : أرملة/ المستوى التعليمي : ابتدائي

تعليمات المقياس:

* إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع علامة (x) حول (ص)

* إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع علامة (x) حول (خ)

الرقم	عبـــــارات المقـــــياس	ص	خ
01	أخاف كثيرا من الموت		x
02	ناذرا ما تخطر لي فكرة الموت	x	
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	x	
04	أخاف أن أجري عملية جراحية	x	
05	لا أخاف إطلاقا من الموت	x	
06	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة من مرض السرطان	x	
07	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت		x
08	أتضايق كثيرا من مرور الوقت	x	
09	أخشى أن أموت موتا مؤلما	x	
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا	x	
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	x	
12	كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة	x	
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		x
14	يزعجني منظر جسد ميت	x	
15	أرى أن المستقبل يحمل شيئ يخيفني	x	

الملحق رقم (03): استجابة الحالة الثالثة (ش) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

بيانات عن الحالة:

الإسم: (ش.أ) /الجنس: ذكر/ السن: 77 سنة / الحالة العائلية: أعزب/ المستوى التعليمي: بدون مستوى

تعليمات المقياس:

* إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع علامة (x) حول (ص)

* إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع علامة (x) حول (خ)

الرقم	عبـــــارات المقـــــياس	ص	خ
01	أخاف كثيرا من الموت	x	
02	ناذرا ما تخطر لي فكرة الموت	x	
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	x	
04	أخاف أن أجري عملية جراحية		x
05	لا أخاف إطلاقا من الموت		x
06	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة من مرض السرطان		x
07	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت		x
08	أتضايق كثيرا من مرور الوقت	x	
09	أخشى أن أموت موتا مؤلما		x
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا	x	
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	x	
12	كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة	x	
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		x
14	يزعجني منظر جسد ميت	x	
15	أرى أن المستقبل يحمل شيئ يخيفني	x	

الملحق رقم (04): استجابة الحالة الرابعة (ح) على مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

بيانات عن الحالة:

الإسم: (ح.ب) /الجنس: أنثى/ السن: 70 سنة/ الحالة العائلية: مطلقة/المستوى التعليمي: الثانية متوسط

تعليمات المقياس:

* إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع علامة (x) حول (ص)

* إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع علامة (x) حول (خ)

الرقم	عبـــــارات المقـــــياس	ص	خ
01	أخاف كثيرا من الموت		x
02	ناذرا ما تخطر لي فكرة الموت		x
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	x	
04	أخاف أن أجري عملية جراحية		x
05	لا أخاف إطلاقا من الموت	x	
06	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة من مرض السرطان	x	
07	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت	x	
08	أتضايق كثيرا من مرور الوقت	x	
09	أخشى أن أموت موتا مؤلما	X	
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا		x
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	x	
12	كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة	x	
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	x	
14	يزعجني منظر جسد ميت		x
15	أرى أن المستقبل يحمل شيئ يخيفني		x

الملحق رقم (05): الترخيص للقيام بالدراسة الميدانية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
Université Ain Témouchent Belhadj Bouchaib
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
Faculté des lettres et des langues et des sciences sociales
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

عين تموشنت في: 2026/02/15

طلب ترخيص بإجراء دراسة ميدانية

إلى السيد(ة)/
مدير مركز دار الحجارة - عين تموشنت -

يرجى منكم التفضل بقبول فائق تقبل طلبي:

الاسم واللقب (ة) : عبد الكريم قدسيلات

تاريخ ومكان الميلاد: 08/07/1979 تلمسان

المسجل في: ماستر في علم الاجتماع العيادي

وذلك من أجل إجراء تربص ميداني داخل مصالحكم، يهدف هذا التربص إلى تدعيم التكوين بتطبيق المعارف النظرية التي تم تدريسها لي بالمؤسسة الجامعية.

تاريخ فترة التربص: من: 2026/03/05 إلى 2026/04/20

الأستاذ(ة) المشرف(ة): بلسنوسي أحمد

خلال هذا التربص، نلتزم بالامتثال لصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في نظام داخلي لمؤسستكم، والالتزام بالإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن.

نعتمد على تعاونكم ونرجو أن تتقبلوا، سيدتي وسيدي، خالص شكرنا وتحياتنا.

رئيس القسم أو المسؤول المفوض

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب - طريق سيدي بلعباس ص.ب 284 عين تموشنت - الجزائر
UNIVERSITY AIN TEMOUCHENT BELHADJ BOUCHAIB
BP 284 Route de SIDI BELABBES - AIN TEMOUCHENT 46000 - ALGERIE