

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر ❖ ❖ بسكرة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم : علم النفس العيادي

مذكرة لنيل شهادة الماستر بعنوان

قلق الموت لدى مرضى

السيكوز

إشراف الأستاذ :

* الدكتور : لحسن العقون

من إعداد الطالب :

* محمد عبوش

السنة الجامعية :

2017/2016

شكر و تقدير

الحمد لله الذي انار لنا طريق العلم ووفقنا لإنجاز هذا العمل و انعم علينا بالهدى و السداد ،و لرسوله الذي غرس في قلوبنا حب العلم و الايمان و بعد اتمامه رست افكارنا على مرسى النهاية فخرج بذلك هذا العمل الى النور ،فوجدنا انفسنا منقادين بشرف الوفاء و خالص العرفان و جميل التقدير الى الاستاذ المشرف الدكتور العقون لحسن على قبوله بصدر رحب الاشراف على هذا البحث و مسائرتنا في الخطوات التي رافقت انجازه ،بما قدمه من توجيه و ما بذله من جهد لنجاحه نقول له ابقاك الله منهلا للعلم و طلابه .

و لا يفوتنا ايضا ان نتقدم بالشكر الى جميع الاساتذة الافاضل لشعبة علم النفس العيادي الذين كانت لهم بصمتهم الخاصة لوصولنا الى هذا المستوى .
و لا ننسى جميع الزميلات و الزملاء الذين ساعدونا بكل ما امكنهم انجاز عملنا .كما اشكر جمعية مرضى السيليكوز بدائرة تكوت بتقديمها يد المساعدة .

فهرس المحتويات

الجانب النظري

الفصل الاول : الاطار العام للدراسة

الصفحة

- 1 / مقدمة اشكالية..... 2
- 2 / الفرضيات..... 4
- 3 / دوافع اختيار الموضوع..... 4
- 4 / اهمية الدراسة..... 4
- 5 / اهداف الدراسة..... 5
- 6 / التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة..... 5
- 7 / الدراسات السابقة و التعليق عليها..... 5

الفصل الثاني : قلق الموت

1 / القلق

- 1-1 تعريف القلق..... 11
- 2-1 نشأة القلق..... 14
- 3-1 انواع القلق..... 15
- 4-1 مستويات القلق..... 17
- 5-1 الاعراض العيادية للقلق..... 17
- 6-1 اسباب القلق..... 18
- 7-1 النظريات المفسرة للقلق..... 20

22.....علاج القلق 8-1

2/ الموت

23.....1-2 تعريف الموت

24.....2-2 مواقف الفرد المتميزة و المتناقضة اتجاه الموت

24.....3-2 النظريات المفسرة للموت

25.....4-2 سيكولوجية الموت

27.....3- قلق الموت

27.....1-3 مفهوم قلق الموت

28.....2-3 النظريات المفسرة لقلق الموت

30.....3-3 اسباب قلق الموت

30.....4-3 مكونات قلق الموت

31.....5-3 اعراض قلق الموت

33.....6-3 قياس قلق الموت

35.....7-3 علاج قلق الموت

الخلاصة

الفصل الثالث : مرض السيليكوز

1/مهنة صقل الحجارة

38.....1-1 مفهوم مهنة صقل الحجارة

- 39..... 2-1 تاريخ ممارسة حرفة صقل الحجارة
- 40..... /2 اسباب ممارسة مهنة صقل الحجارة
- 41..... 1-2 الاسباب الاجتماعية
- 41..... 2-2 الاسباب الاقتصادية والسياسية
- 41..... 3-2 احصائيات حول مهنة صقل الحجارة
- 43..... /3 تعريف مرض السيليكوز
- 43..... 1-3 التعرض لمرض السيليكوز
- 44..... 2-3 العوامل المرضية
- 44..... 3-3 الاعراض العيادية
- 45..... 4-3 مضاعفات المرض
- 47..... 5-3 تطور المرض
- 47..... 6-3 الاشكال العيادية
- 48..... 7.3 العلاج

الفصل الرابع : الاجراءات المنهجية للدراسة

- 51..... /1 منهج الدراسة
- 51..... /2 حدود الدراسة
- 52..... /3 عينة الدراسة
- 53..... /4 أدوات الدراسة (مقياس قلق الموت للدكتور بشير معمريه)

الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج.

1/ عرض وتحليل نتائج الدراسة النتائج

61.....	1.1 . الفرضية العامة.....
63.....	2.1 . الفرضية الجزئية الأولى.....
63.....	3.1 . الفرضية الجزئية الثانية.....
64.....	2 تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات.....
64.....	1.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة.....
66.....	2.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
67.....	3.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
68.....	3 المناقشة العامة.....
70.....	توصيات.....
71.....	خاتمة.....
72.....	قائمة المراجع.....
	ملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص عينة المصابين	52
02	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للعينة الكلية	61
03	توزيع افراد العينتين حسب درجات القلق	61
04	دراسة الفروق بدرجات قلق الموت حسب متغير الاصابة او عدم الاصابة بالمرض .	62
05	دراسة الفروق في درجة قلق الموت لدى مرضى السيليكوز حسب متغير الحالة الاجتماعية	63
06	دراسة الفروق في درجات قلق الموت لدى مرضى السيليكوز حسب اقدمية الاصابة بالمرض	64

الإطار النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

خلق الله عزّ وجل الكائنات الحيّة على سطح الأرض، وأعطى لكلّ منها وظيفة ومهمّة كي تؤدّيها، فلو أخذنا حال الإنسان الذي كرّمه الله عزّ وجل عن هذه الكائنات؛ بل جعلها كلها مسيرّة لخدمته لأداء وظيفته في إعمار الأرض وعبادته عزّ وجل. جاء ذكر العمل والحثّ عليه على لسان الرّسول صلى الله عليه وسلم فقال: "إن الله يحبّ إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه"، وذكر في القرآن بقوله تعالى: "وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون" (التوبة 105). فالعمل الشريف وعدم الترفع عن الأعمال البسيطة يطهّر المجتمع من شرّ

البطالة، والعمل في شتى المجالات ليس عيباً، وقد آن الأوان للتخلص من فكرة احتقار بعض المهن الناتجة عن ثقافة العيب في بعض المجتمعات، وخير دليل على ذلك أنّ المهنة أيّاً كانت فهي شرف لأنّ أنبياء الله ورسوله عملوا في العديد من المهن؛ كالرعي والتجارة . وبغض النظر عن توفير المتطلبات الماديّة، وتوفير المأكل والمشرب، وجميع اللوازم الضروريّة الفيزيولوجية والتي تعتبر دافع نحو العمل حسب العالم ماسلو؛ فإنه يشبع حاجة الإنسان ونيله الاحترام والتقدير، وإثبات الذات، وحصوله على الاطمئنان النفسي المعنوي. فلا توجد حياة سعيدة من دون عمل.

الا أن هناك من الأعمال ما هو خطير يهدد حياة الانسان كالسرطان اذ يعتبر من واحد من أهم أسباب المراضة والوفيات في جميع أرجاء العالم , وقد بلغ عدد الحالات الجديدة للاصابة به 14 مليون حالة تقريبا في عام 2012 . فهو ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم ,

وقد حصد في عام 2015 أرواح 8.8 مليون شخص وتعزى اليه وفاة واحدة ما أصل 06 وفيات علي سعيد العالم . ومن هذه السرطانات نجد الأمراض السرطانية التي تمس العمليات الحيوية كالتنفس نتيجة لتلوث البيئة واستنشاق الغبار بحيث يعاني مئات الملايين من الناس كل يوم من الأمراض التنفسية المزمنة. ووفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية (2004)، هناك حالياً 235 مليون شخص يعانون من الربو، و 64 مليون شخص يعانون من الداء الرئوي المزمن. ومن بين الامراض التنفسية المزمنة نجد داء السليكوز , او داء الرئة

الصواني ؛ مرض معروف منذ القدم ؛ الذي ينتج عن استنشاق جزيئات غبار السيليس البلورية الحرة و الصغيرة الحجم (أقل من 5 ميكرومتر) ، و التي تصل إلى الحويصلات الهوائية ، أين تبقى محجوزة داخل النسيج الرئوي، بالإضافة إلى أن مادة السيليس تسمم النسيج الرئوي ، إذ أن تركيز هذه المادة في الهواء المستنشق يعتبر من العوامل الرئيسية التي تتسبب في حدوث مرض السيليكوز ذي المضاعفات الكثيرة التي تزيد من خطورته ، وتكون الإصابة بالمرض اكبر عندما يكون تركيز السيليس في الهواء المستنشق أكثر مما يجعل كمية الغبار المستنشق تتجاوز إمكانيات التصفية للرئتين ، كما أن عامل التعرض لمدة طويلة لغبار السيليس يزيد من خطورة الإصابة. (ع حميزي، 2008، ص 10).

كما أن مرض السيليكوز من الأمراض المزمنة الذي يتوجب علي المريض المتابعة العلاجية مدى الحياة لعدم جدوي العلاج الطبي . ومن هنا يدرك المريض بأن مرضه موت بطيئ ولا مجال للنجاة منه ، فتتولد لديه اضطرابات عضوية في حالة المضاعفات واضطرابات نفسية مما يجعله في حالة من القلق ، التشاؤم ، التوتر ، والخوف من المستقبل الغامض وكل ما يتصل بالموت . هذا الخوف من المستقبل متى تمكن من الانسان حول حياته جحيما مما يؤدي الى تطور هذا الخوف الى خوف من الحاضر مع توقع دائم للشر فقط .

صوموئيل (صوموئيل 1994 ص ص 16/15) . هذه الوضعية النفسية يصطلح عليها بقلق الموت : الذي هو ليس مجرد قلق طبيعي يرتكز في موضوع ما وكأنما هو داء يمكن تشخيصه أو تحديد أعراضه بل هو قلق ميتافيزيقي لانعرف له موضعا ولانجد له باعنا ولانستطيع ان نطلق عليه اسما وصفيا . انه قلق لاينصب علي موضوع ما ولايرتكز حول شئى لابد من عمله، بل هوقلق على المستقبل نفسه أو بالاحرى على حدث مقبل ليس للانسان عليه سلطة. (عبد المنع حنفي 1994 ص176). هذا الشعور لطالما حاول الانسان

الهروب منه وعدم التفكير فيه، وذلك لما يرافقه من مشاعر مكرهة تشعر الانسان بالضعف وقلة حيالته. فالخوف من الموت لانجده الا عند من يرى الموت حقيقة، ويشعر بألم عظيم غير ألم الأمراض التي ربما تقدمته وكانت سبب حلوله وهذا ما يميز مرض السيليكوز. لذلك ارتائنا أن نقوم بدراسة هذا المتغير لدى مرضى السيليكوز في دائرة تكوت بباتنة للوقوف

على درجة قلق الموت التي تعبر عن الحالة النفسية لدى أفراد هذه العينة. ومن هنا نطرح التساؤل التالي :

ما مدى درجة قلق الموت لدي المرضى المصابين بمرض السيليكوز ؟

12 الفرضيات

الفرضية العامة: يعاني المرضى المصابين بمرض السيليكوز من درجات عالية في قلق الموت.

الفرضيات الجزئية

1/ توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدي عينة الدراسة تعزي الي متغير أقدمية الاصابة بالمرض.

2/ توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدي عينة الدراسة تعزي الي متغير الحالة الاجتماعية.

13 دوافع البحث

1/ موضوع الساعة اذ أحدث ضجة في الوسط الأوراسي واصبح خطر يهدد مجتمع البنائين بالموت البطئ.

2/ معاشية وتعاملي اليومي مع مرضي ضيق التنفس ورؤية معاناتهم.

3/ ما يخلفه من أثار نفسية واجتماعية (اليتامى والارامل).

14 الاهمية

1/ تسليط الضوء علي المشاكل النفسية لمرضي السليليكوز.

2/ محاولة لفت انتباه الباحثين لتفسير قلق الموت لدي مرضي السليليكوز.

3/ محاولة تخفيف عن معاناة مرضي السليليكوز.

15 الاهداف

1/ محاولة الكشف عن درجات قلق الموت لدي مرضي السيليكوز.

2/ التعرف علي الحالة النفسية لدي مرضي السيليكوز.

3/ التعرف علي اخطار السيليكوز ومحاولة الوقاية منه.

16 التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة

* السيليكوز (التكلس الرئوي) : هو مرض مهني تسببه مادة السلس الناتجة عن غبار صقل الحجارة علي مستوي الاسناخ الرئوية اذ تحدث خللا في وظيفة الرئة مما ينتج مضاعفات تنفسية مزمنة وآلام شديدة .

* المريض بالسيليكوز: فرد يعاني من اعراض السيليكوز واثبت المرض طبيا ومن طرف طبيب مختص في الامراض الصدرية والتنفسية.

* قلق الموت : هو نوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق والذي يركز على موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص. وفي دراستنا هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في اختبار قلق الموت الذي صممه د/ معمرية بشير 2007 ، والذي يتناول أربعة وثلاثين 34 بند، ويتضمن أربعة بدائل : لا ، قليلا ، متوسط وكثيرا . كما تتراوح درجاته بين الصفر 0 و مائة واثنين 102 .

17 الدراسات السابقة:

أ. دراسات عربية

1/ دراسة أحمد عبد الخالق (1993) : قام بقياس قلق الموت علي عينة قوامها (477) طالبا

وقورنت بعينة أخري بداية (1993) أي بعد العدوان العراقي علي الكويت . وأسفرت النتائج

على ارتفاع درجة قلق الموت بعد العدوان العراقي . واستنتج أن قلق الموت وحدة مرنة يمكن أن تتأثر بظروف البيئة .

- 2/ دراسة محمد نبيل عبد الحميد (1995): قام بدراسة حول قلق الموت وعلاقته بدافعية الانجاز. وشملت الدراسة (221) طالبا جامعيًا واستخدم مقياس قلق الموت من تصميمه ومقياس دافعية الانجاز من اعداد فيفل (1989)، وتبين وجود فروق دالة بين مرتفعي ومنخفضي الانجاز في قلق الموت لصالح مرتفعي الانجاز حيث كانت ($t=7.28$)
- 3/ دراسة عبد الوهاب و وفاء محمد (1995): قام بدراسة على طلاب الجامعة لمعرفة العلاقة بين قلق الموت ببعض المتغيرات النفسية، حيث أوضحت الدراسة أن التقدير المرتفع للذات والتدين الجوهري يلعبان دورا حاسما في تخفيض قلق الموت.
- 4/ دراسة ابراهيم (1995): وهدفت الدراسة الى معرفة العلاقة بين قلق الموت والاصابة ببعض الأمراض العضوية الأخرى كالسكري ، ضغط الدم ، المفاصل والربو على مجموعة أصحاء (مجموعة ضابطة) ومجموعة مرضية (مجموعة تجريبية) . وقد أشارت النتائج علي أن المجموعة التجريبية قد تحصلت علي متوسطات الدرجات أعلى من متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة في متغير قلق الموت.
- 5/ دراسة ليلى كايد (1995) : وتهدف هذه الدراسة الى معرفة العلاقة بين قلق الموت والقيم الدينية لدي المسنين في الأردن ، وأجريت الدراسة علي عينة قوامها (60) مسنا . وقد أظهرت النتائج المتوصل اليها على أن هناك درجة متوسطة لقلق الموت والقيم الدينية وعدم وجود فروق على مقياس قلق الموت تعزي لمتغير الجنس والعمر والمستوي التعليمي.
- 6/ دراسة أحمد عبد الخالق (1997) : قام ببناء مقياس وسواس الموت يتكون من 15 فقرة ، وفي عام 1998 قام باجراء دراسة تهدف الي معرفة العلاقة بين التفاؤل وقلق الموت على عينة من طلبة جامعة الكويت (270) طالب وطالبة . وكانت النتيجة وجود علاقة دالة ايجابية بين قلق الموت والتفاؤل، ووجود علاقة دالة سلبية بين قلق الموت والتشاؤم .
- 7/ دراسة أبركان الصالح (2013) : قام بدراسة ادراك المرض وأساليب التدبير لدى مرضي

السليكوز ، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي واستعمل مقياسي ادراك المرض و أساليب التدبر على عينة تتكون من (32) فرد تتراوح اعمارهم بين 19 و50 سنة . واستعمل في الاساليب الاحصائية معامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار الخطي المتعدد . وكانت النتائج تشير الى أنه توجد علاقة بين ادراك المرض واساليب التدبر لدي العينة.

ب. دراسات سابقة بالاجنبية:

1. دراسة تمبلر (1971) :هدفت هذه الدراسة الى تحديد الارتباط بين الكئابة من قائمة مينيسوتا

و قلق الموت لدى عينة من المسنين وأخرى من الافراد ممن كانوا في المرحلة المتأخرة من اوسط العمر . اظهرت النتيجة وجود علاقة جوهرية موجبة بين الاكتئاب وقلق الموت.

2. دراسة ليستر 1979: حاول دراسة الاتجاهات بين الشباب و الشيوخ ، وقد طبق مقياس

الاتجاهات نحو الحياة والذي يتالف من 11 فقرة ومقياس الاتجاه نحو الشيخوخة . تكونت

العينة من 64 فردا، تراوحت أعمارهم بين 50 و 80 سنة يمثلون عينة الشيوخ. و 71 طالبا

من الكلية بعمر 21 و 27 سنة . وقد أظهرت النتائج ان الطلبة ممن يحملون اتجاهها اجابيا نحو

الحياة كانت درجة خوفهم من الموت قليلة ، أما الدين يحملون اتجاه سلبي نحو الحياة فقد كانت

درجة خوفهم من الموت عالية . وقد أوضحت الدراسة بأن الشيوخ اقل خوفا من الشيخوخة

مما لدى الشباب.

3. ستيفنس و اخرون (1980): لقد حاول مقارنة درجة قلق الموت لدى الشيوخ عنه لدى

الشباب، فأخذ عينة بلغت 295 فردا تتراوح أعمارهم 16 و83 سنة . وقد استخدم مقياس قلق

الموت، فوجد أن الأفراد الكبار والذين تراوحت أعمارهم 60 و 83 سنة كانت درجة قلق

الموت لديهم أدنى مما لدي الشباب.

4. دراسة مونلز ولويز : تهدف الدراسة الى معرفة الفروق في درجة قلق الموت وكذا معرفة

القيمة التنبؤية للجنس ، السند الاجتماعي ، طول مدة الإقامة ، الصحة الشخصية والقدرة

الوظيفية وقلق الموت لدي كبار السن. وأسفرت النتائج أن هناك ارتباط عالي بين قلق الموت وتدهور الحالة الصحية .

5. دراسة ريتشاردسون (1993) : تهدف الدراسة الى البحث عن العلاقة بين قلق الموت

والسعادة الروحانية لدي كبار السن، وكانت العينة 33 مبحوث، واستخدم الباحث مقياسي قلق الموت لتمبلر والسعادة الروحانية ، فحصل كبار السن على درجات مرتفعة على مقياس السعادة الروحانية ودرجات منخفضة على مقياس قلق الموت.

6. دراسة تريبلت واخرون (1995) : اقيمت الدراسة على عينة قوامها 280 طالبا تتراوح

اعمارهم بين (17 و 23) عاما وكانت النتائج وجود ارتباط بين قلق الموت والقلق العام والخوف من الموت والتدين بدرجة أقل.

7. دراسة مالتباي (1999) قام باستخدام قلق الموت وكابة الموت علي الطلبة البالغين وكانت

النتيجة أن هناك علاقة دالة ايجابية بين المقياسين.

• تعليق حول الدراسات السابقة:

اعتمدت الدراسات السابقة على أداة واحدة وهي اختبار قلق الموت وشملت الدراسة متغيرات نفسية مختلفة مثل الاكتئاب , القلق العام وتقدير الذات، كذلك مدى ارتباط قلق الموت ببعض الامراض العضوية . كما تناولت مختلف الفئات العمرية من شيوخ وشباب ومن الجنسين ذكور وإناث.

*أوجه الشبه : هناك نقاط مشتركة بين دراستنا والدراسات السابقة من حيث الاداة وهي اختبار قلق الموت ، فالفئة العمرية 19 / 56 سنة وكذلك بعض الامراض الجسدية المزمنة كالسكري , ضغط الدم وكذا الربو.

*أوجه الاختلاف : تختلف دراستنا عن الدراسات السابقة من حيث العينة بحيث نجد في الدراسات السابقة كانت تتمثل في الطلاب والشيوخ والشباب الأصحاء وبعض المرضى ومن الجنسين ، في مقابل ان دراستنا اعتمدت على عمال صقل الحجارة من الجنس الذكوري والمرضي بداء السيليكوز. والشيء الملاحظ هو اختلاف البيئة الجغرافية ونوع الثقافة والدين،

إضافة إلى أن الدراسات السابقة كانت في القرن الماضي عكس دراستنا كانت دراسة حالية .
كما تناولت الدراسات السابقة أمراض شبيهة بمرض السيليكوز وليس المرض نفسه . إضافة
إلى اختلاف أدوات الدراسة من حيث المنهج وأداة الاحصاء وعدد بنود الاختبار وطريقة
تصحيحه . فدراستنا الحالية تحاول التطرق إلى قلق الموت لدى مرضى السيليكوز بقرية
تكوت والذي يعتبر من الأمراض المزمنة النادرة التي لا جدوى من العلاج الطبي لها .

الفصل الأول

قلق الموت

تمهيد

من الطبيعي أن الأفراد يدركون تماما أن وجودهم سينتهي دون معرفة الزمان و المكان أو الطريقة التي سيموتون بها. فالخوف من الموت هو أمر شائع و عام لدى البشر و ذلك لان الموت يقتحم أفكارنا و حياتنا بطرق شتى و لأسباب متعددة سواء أكانت هذه الأسباب بيئية خارجية كموت عزيز أو نفسية داخلية كمرض يصيب الإنسان، فالموت يمكن أن يكون مصدرا من مصادر القلق، حيث سنتناول في هذا الفصل مفهوم الموت الذي يرتبط لدى الكثيرين بانفعالات عنيفة و مشاعر و اتجاهات سلبية تجمع معا مكونة ما يسمى ب "قلق الموت".

1. القلق

1.1 تعريف القلق:

يحتل القلق في علم النفس مكانة بارزة حيث يعتبر مركز الأمراض النفسية و العقلية و العرض الجوهري في الاضطرابات النفسية و الأمراض العضوية لذلك اختلفت وجهات نظر علماء النفس و نظرياتهم عن القلق إلى حد كبير نظرا لكونه مفهوم شديد التركيب و تكويننا نظريا مرتبط مع غيره من التكوينات فمن خلال ذلك تعدد مجموعة من وجهات النظر التي تنصب حوله من طرف العلماء الأجانب و العرب و مختلف القواميس.

يعرف لغويا: القلق مشتق من فعل قلق يقلق قلقا فيقال قلق الشخص أي اضطرب و انزعج و لم يستقر في مكان واحد. و في تعريف آخر (ق ل ق).(فعل رباعي متعد) قلقت، اقلق اقلق مصدر قلق. قلق العلبة:حركها. قلقة الهم:أزعجه. أيضا قلق مصدر قلق.

-إحساس بالضيق و الحرج، و قد يصاحبه تبعض الألم، استعداد فطري لا يقنع بما هو كائن و يتطلع إلى ما وراءه، فهو مبعث حياة و حركة و عامل تقدم و تطور. و يقول العرب اقلق المرء الشيء أي:حركه من مكانه و اقلق القوم السيوف أي حركوها في أغمادها ، فالقلق، إذن الحركة و الاضطراب عكس الطمأنينة . (لويس معلوف الياسعي, 1956 ص156).

اصطلاحاً: أصل الكلمة من *angusta* و هي تعني الضيق يحصل في القفص الصدري لا إرادياً نتيجة عدم القدرة على الحصول على مقادير كافية من الأكسجين و شعوره أحياناً بالاختناق. (ارزقي بو علي، 1989، ص46).

نجد في العديد من المعاجم إشارة لمختلف التعاريف المتضمنة للقلق منها **المعجم الموسوعي لعلم النفس** الذي أشار الى أن القلق هو حالة وجدانية تتميز بعاطفة من انشغال البال و فقدان الأمن. الاضطراب المنتشر على المستوى الجسدي و النفسي و توقع خطر غير محدد، يقف الفرد أمامه عاجزاً. (فاخر عاقل، بدون سنة، ص208)

و يعرف القلق حسب قاموس علم النفس الطبي على أنه يعبر عن ألم و تعب داخلي ناتج عن الشعور بالخوف من شيء مجهول غير حاضر وكذا توقع خطر خارجي لا يملك الفرد أمامه أي وسيلة للمواجهة . (Dictionnaire de la psychologie medicale, 1998, p74). كما يعرف معجم (oxford) القلق على أنه: إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف و عدم التأكد من المستقبل (عبد اللطيف حسن فرج، 2008، ص 127).

في حين يعرف Bergeret القلق بأنه رد عاطفة مكورة ذات علاقة أما مع موقف صدمي حالي أو انتظار لخطر مرتبط بمواضيع غير معروفة. (bergeret,1979,p224) أما تعريف ادلر للقلق فهو مشاعر النقص عند الفرد سواء كانت مشاعر النقص هذه جسدية أو معنوية أو اجتماعية ، و هذه المشاعر حسب أدلر أنها أسلوب حياة هذا الفرد .(حامد عبد السلام زهران ، 1977، ص 399)

وبحسب فرويد **S. freud** فإن القلق هو شيء ما يشعر به الفرد وهو في حالة انفعالية نوعية غير سارة لدى الكائن العضوي، و يتضمن مكونات ذاتية و فسيولوجية و سلوكية تتكرر بين الحين و الآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو الألام في المعدة او الزيادة في عدد ضربات القلب.(عبد الكريم قاسم أبو الخير ، 2002، ص103).

إضافة الى ذلك عرف **شيلي تايلر** القلق على أنه مشكلة ليس بطبيعته يبعث على الضيق و التوتر و الشدة و حسب، و إنما لأنه قد يؤثر في قدرة المريض على القيام بوظائفه ، و في تعريف اخر يقول أنه استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد التشخيص للمرض حيث تخور قوى العديد من المرض و يحسون بالعجز إزاء ما يمكن ان ينطوي عليه المرض من تغير في حياتهم و من احتمالات الموت. ("شيلي تايلر، 2008، ص626).

هذه بالنسبة لتعاريف الأجانب ، و سنتطرق لجملة من تعاريف العلماء العرب منهم **حامد عبد السلام زهران** الذي يعرفه أنه حالة توتر شامل و مستمر نتيجة توقع تهديد أو خطر فعلي أو رمزي قد يحدث و يصاحب هذه الحالة خوف غامض او أعراض جسمية و نفسية . إضافة إلى ذلك يعرفه **فاخر عاقل** انه حالة من الخوف المنتشر و المبالغة في الاهتمام و كذلك هو حالة نفسية تتصف بالتوتر و الخوف و ذلك بالنسبة لبعض الأمور المحددة أحيانا بصورة معمقة و غامضة (**فاخر عاقل، بدون سنة، ص 603**).

يعرف "**فيصل خير الزراد**" القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوقع و الخوف و التحفز و التوتر ، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية و يأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد و من هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس أو الشعور بضربات القلب و الصداع و الشعور بالدوار بالإعياء و كثرة الحركة أحيانا (**عبد اللطيف حسين فرج ، 2008، ص128**).

إما **فيصل عباس** عرفه على أنه شعور عام مبهم بالخوف و التوجس و التوتر، دون إدراك مصدر الخوف و يكون مصحوبا بأحاسيس جسمية تتكرر بين الحين و الآخر بشكل ضيق في الصدر ، أو فراغ في المعدة ، أو تسارع في نبضات القلب، أو التوتر في أطراف الجسم (**فيصل عباس، 1983، ص37**).

و في تعريف **لأحمد محمد عبد الخالق** أضاف فيه أن القلق انفعال غير سار و شعور مكرر بتمهيد أو لا مع عدم راحة و استقرار، و هو كذلك إحساس بالتوتر و خوف دائم لامبرر له من الناحية الموضوعية و غالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول . كما يرى أن القلق يتضمن استجابة مفرغة بمواقف لاتعني خطرا حقيقيا و التي لا تخرج من الواقع عن إطار

الحياة العادية. لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت ضروريات
تصعب مواجهتها. (احمد محمد عبد الخالق، 1987، ص40).

تختلف صياغة مفهوم القلق من عالم إلى اخر لكنها تنصب حول مفهوم واحد الى و هو
أن القلق يخلق نوع من الضغط و الانفعال الشديد الذي يهدد كيان الفرد ، فمن خلال التعارف
المختلفة للقلق يتضح لنا انه من الضروري الإشارة إلى نشأته.

2.1 نشأة القلق:

القلق مرض نفسي المنشأ يمكن فهمه بالرجوع إلى تاريخ المريض و مراحل تطور
الشخصية فكيف ينشأ القلق ؟

تبنى الشخصية تدريجيا بتعرضها لمخاوف و تجارب متعددة و لمعرفة النشأة في الرجوع إلى
مرحلة الميلاد لتفسير معالم القلق، فالإنسان يتعرض في الأول إلى صدمة نفسية عند الولادة
التي هي تجربة الاتصال الأول الفجائي بالعالم الخارجي المغاير لمحيط الرحم الامن الذي كان
يعيش فيه ، فيكون بذلك صراعه الأول مع الموت ، و يحتفظ الإنسان بهذه التجربة و العاطفة
الصعبة طوال حياته و يعيشها كلما شعر بالخطر أو خطر الموت ، أو ما يسمى بقلق الموت .
و ينشأ القلق النفسي فيزيولوجيا من زيادة نسبة الأدرينالين في الدم حيث تنشط الكبد و تولد
المادة السكرية و الغدة فوق الكلوية في الدم مع تنبيه الجهاز العصبي السمبثاوي الذي يؤدي
إلى رفض ضغط الدم و زيادة ضربات القلب و احمرار الوجه و زيادة في إفرازات العرق و
يتحول الدم من الأعضاء الحيوية إلى العضلات، وتتسع حدقة العين و يستعد الجسم للطوارئ.
و المركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي الإرادي هو الهيبوتلاموس الذي يقع في المنطقة
المتوسطة من الدماغ ، و هو مركز التعبير عن الانفعالات و هو متصل بالمخ الحشوي لتلقي
التعليمات حول طبيعة المثيرات من أجل التكيف، و إذا عجز عن التكيف مع الشحنات المثيرة
عن الحد المعين اذ يضطرب تناسق الشحنات مما يؤدي إلى الإحساس بتوتر عصبي أو قلق
نفسى. (عبد المنعم الحنفي، مرجع سابق، ص179).

3.1 أنواع القلق:

اهتم العلماء بدراسة ظاهرة القلق المنتشرة بشدة ، و من بينهم فرويد الذي كان يشاهدها بوضوح في معظم الأمراض العصبية التي كان يعالجها و ميز بين مجموعة من أنواعه . و هي كالتالي :

- **القلق الموضوعي(السوي):** هو الخوف من موضوع خارجي معروف كالخوف من الحريق، الزلزال، العرق... هذا النوع من القلق المعقول لدى الإنسان عندما يخاف عادة من الأخطار الخارجية التي تهدد حياته، و يسمى بالقلق الحقيقي الموضوعي.
- **القلق العصابي :** المصاب به لا يدرك حالته غير أنه يشعر بحالة من الخوف المنتشر غير المحدد.
- **القلق الحاد:** هو الذي يثير به الجهاز العصبي المستقل فيشتد جيب القلب حتى تتكون له وخزه في الصدر، فيزيد العرق وتفرط التهوية ينقص التنفس و يعسر البلع و يبول الشخص أو يسهل أو يتقيا و قد تضعف ركبته و يتهاوى من طوله.
- **القلق المزمن:** تخف الأعراض العاقبة أو أنها قد تضعف أحيانا و كثيرا ما تكون هناك انعكاسات، انتفاضة تحثها أصوات مفاجئة. يبدو القلق دائما على وجه المريض ، و يضطرب نومه و كثيرا ما تأتيه الأحلام المزعجة قد يشكو من هذه الأعراض، و لكن ذلك لا يكون قبل أن يثبت القلق فلا يصبح قلقا عاما أو هائما و عندئذ تقل كفاءة الشخص و يفسد انتباهه و يتوهم بنفسه المرض.
- **القلق المثبت :** هو الذي يرتبط بعضو أو منطقة من الجسم، فيشكو المريض اضطرابات في وظائفها و كثيرا ما تكون شكواه في عسر البلع أو اشتداد جيب القلب و يقال للموضوع المتوهم أنه سبب القلق.
- **القلق التحذيري :** أن يستخدم الأنا القلق محذرا من المواقف الصادمة أو المهددة التي قد يواجهها الشخص أو التي تضطره إليها مطالبه الغريزية. و ينشأ هذا النوع من القلق من الطفولة ، و يتعلم به الطفل أن يسبق الحوادث و أن يستجيب لتوقعاته للقلق فيحذرها و يتجنب أو يحاول السيطرة عليها .

- **قلق الأنا:** هو كل ما يتبدى على الشخص كلما اشم خطرا يهدد و يستعين الأنا بالقلق مستنفرا دفاعاته ضد ما قد يحسب أنه موقف مهدد فيحذر بذلك الدخول في خيارات سبق له أن عانى منها .
 - **قلق الأنا الأعلى:** هو محاولة من الأعلى تتم على مستوى اللاشعوري لتحذير الأنا الأعلى الموقف ذات المضمون الخلقى، و يقال له لذلك القلق الخلقى أيضا.
 - **القلق الفمي:** هو الذي تدفع إليه الصراعات الفمية في الطور الفمي و قد يستمر بالشخص بعد ذلك و يكون من أسس الاكتئاب، و قد يصبح طابع شخصيته أو الصفة الغالبة عليه، و قبل تثبيت القلق الذي سبق ذكره هو العملية التي يتم بها القلق المصاحب لموقف من مواقف الطفولة من مرحلة معينة إلى المرحلة المتأخرة مثلا استمرار قلق المرحلة الأولية في اللاشعور عند البالغ.
 - **القلق التلقائي:** هو ذلك القلق الذي يستبد به تلقائيا عندما تتنبه مشاعره و أحاسيس، فلا يستطيع السيطرة عليها و مدافعتها.
 - **قلق الهو:** دوافعه لاشعورية غريزية و القلق المترتب عليه هو القلق الغريزي.
 - **القلق الاكتئابي:** فهو الذي يشاهد على المرضى، و قلقهم هو خوف من الأنا أن يلحقه الدمار و تموت كل الموضوعات المحبوبة، و ليست استجابة القلق عند المكتئب إلا محاولة بائسة منه لإنقاذ الأنا و كل الموضوعات المحبوبة الخارجية و المستدخلة .
 - **القلق البسيط:** هو قلق يقارب الاكتئاب، و أبرز سماته أن يخشى المرء على نفسه أو يتعدى عليه أو يصيبه مكروه.
 - **القلق اللاشعوري:** يظهر تصرفات الشخص و سلوكه لتجعله عصبيا دون أن يدري أو يجعله يعرف لماذا يرجف، أو يخشى أن ينام أو يرهب السير و حده أو التجول في الأماكن المفتوحة و المغلقة فإذا هو بذلك يمتلكه القلق. (عبد المنعم الحنفي، 1984، ص178).
- تختلف شدة و درجة القلق من فرد إلى آخر و من وضعية إلى أخرى و فيما يلي سنتطرق إلى عرض مستوياته الثلاثة .

4.1 مستويات القلق:

تشير الدراسات العديدة إلى وجود القلق في حياة الإنسان بدرجات مختلفة تمتد ما بين القلق البسيط الذي يظهر على شكل الخشية و انشغال البال و القلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب و الفزع و توجد مستويات للقلق هي:

1-4-1 المستويات المنخفضة للقلق: يحدث حالة التنبيه العام للفرد و يزداد تيقظه و ترتفع

لديه الحساسية للأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر و يكون الفرد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد ، و بهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إلى إنذار لخطر و شيك الوقوع .

2.4.1 المستويات المتوسطة للقلق: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك

مرونته و تلقائيته، و يستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة و تكون استجابته و عاداته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة ، و بالتالي يصبح كل شيء جديد مهددا و تنخفض القدرة على الابتكار و يزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة .

3-4.1 المستويات العليا من القلق: يحدث اضمحلال و انهيار التنظيم السلوكي للفرد و

يحدث نكوص إلى أساليب أكثر بدائية ، و ينخفض التأزر و التكامل انخفاضا كبيرا في هذه الحالة . (عبد اللطيف حسين فرج، 1994. ص145).

5.1 الأعراض العيادية للقلق:

يمكن تقسيم هذه الأعراض إلى أعراض جسمية و أعراض نفسية و أعراض سيكوسوماتية.

1-5-1 الأعراض الجسمية: و تظهر هذه الأعراض على أعضاء متعددة جدا فتشمل القلب و

ارتفاع في نبضاته و تقلصات مؤلمة له ، و ارتفاع ضغط الدم ، كما تشمل الجهاز الهضمي و التنفسي فيشعر المصاب بالقلق و بصعوبة في البلع أو الإحساس بغصة بالإضافة إلى ضيق التنفس أو السرعة ، و يشعر باضطراب معوي مما قد يحدث تقلصات عضلية مؤلمة في الساقين و الذراعين و الأم في الصدر بالإضافة إلى إحساس جلدي بالحرارة و التعرق و

التميل، و كذلك برودة الأطراف و اضطرابات في النوم و الصداع و فقدان الشهية و تجدر الإشارة الى انه كلما زادت حدة القلق زادت هذه الأعراض و تعددت .

1-5-2 الأعراض النفسية : أولها الخوف و هو مقترن تماما مع القلق ، و قد يتجاوز إلى

خوف مفرط حين يشتد القلق و يصاب المريض بالتوتر و التهيج العصبي و سرعة الانفعال و الغضب و يفقد الشهية للطعام و توقع الأذى و المصائب، و عدم الثقة و الطمأنينة و الرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة بالإضافة لهذا كله تحدث للقلق بعض الأعراض العقلية مثل ضعف التركيز و كثرة النسيان و الأوهام المرضية الجسمية ، و في حالات حادة ينتاب المريض شعور بانفصال الجسد عن البيئة و انفصال الذات عن الجسد.

1-5-3 الأعراض السيكوسوماتية : و يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تنشأ نتيجة

معانات القلق النفسي و الانفعالات الشديدة كما يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض إلى حالات القلق النفسي و التوترات الشديدة، و في مثل هذه الحالات يكون علاج القلق النفسي و التوترات أساسيا لشفاء المريض و من اجل صحته العامة و من أهم هذه الأمراض :ارتفاع ضغط الدم ،الذبحة الصدرية ،جلطة الشرايين التاجية ،الربو الشعبيالروماتيزم،البول السكري. (عبد اللطيف حسين فرج , 2008،ص153/154).

6.1 أسباب القلق:

تتعدد أسباب القلق بتعدد وجهات النظر لرواد علم النفس عندما يتحدثون عن العوامل التي تؤدي إلى القلق ، فهناك من يركز على القلق كمصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة و هذا ما نجده عند المنظرين في المدرسة التحليلية ، بينما يركز السلوكيون على عملية التعلم و تعميمه، أماالإنسانيون فيرون إن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق . و من جانب آخر اشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب و إن كانت موضوعية و مثيرات داخلية فإنها تختلف مما يوجب الأخذ بالاعتبار جميع الأسباب المحتملة. و فيما يلي ذكر لأهم الأسباب القلق بصفة عامة .

1-6-1 الاستعداد الوراثي: تعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق ، حيث تؤكد

بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق و من هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم ، حيث التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي و الاستجابة للمنبهات الخارجية و الداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين.

1-6-2 العمر : تعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق، حيث يزداد القلق

مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة و كذلك ضموره لدى المسنين فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عنه لدى الراشدين فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام و الحيوانات . أما القلق في المراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الأمن و الخجل. و عادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة سن اليأس و الشيخوخة. و يمثل القلق واحدا من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج الاضطرابات الوظيفية .

1-6-3 الاستعداد النفسي العام : تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق ، و من

ذلك الضعف النفسي العام و الشعور بالتهديد الداخلي و الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه ، و التوتر النفسي الشديد ، و الشعور بالذنب و الخوف من العقاب و توقعه ، و يعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، و عدم تقبل مر الحياة و زجرها ، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق و ذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة.

1-6-4 الأسباب الاجتماعية : تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من

المثير الأساسي للقلق إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق، و لاشك أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها و تشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق. و تشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، و الضغوط الحضارية و الثقافية و البيئية المشبعة بعوامل الخوف و الحرمان و الوحدة و عدم الأمن و اضطراب الجو الأسري و تفكك الأسرة و أساليب تعامل الوالدين القاسية ، و توفر النماذج القاسية للوالدين و الفشل في الحياة و من ذلك الفشل الدراسي (عبد اللطيف حسن فرج ،مرجع سابق ،ص151-152).

نستخلص من هذا أن للقلق عدة مسببات قد تسمح بظهوره و تختلف هذه الأسباب من شخص لآخر حسب اختلاف التعاريف و تعدد تفاسير أسباب حدوثها إنما عائد إلى تعدد النظريات المفسرة له و بالتالي ارتأينا أن نعرض فيمالي أهم المدارس المفسرة للقلق.

7.1 النظريات المفسرة للقلق :

تعددت النظريات المفسرة للقلق و ذلك بتعدد المدارس النفسية و التي كانت تجمع تحت لوائها مجموعة من العلماء البارزين في علم النفس، و فيما يلي بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق.

فنظرية التحليل النفسي التي رائدها S freud من بين مرجعيات هذه النظريات ، و من أوائل علماء النفس من تحدثوا و اهتموا بدراسة ظاهرة القلق إذ يقول "لست بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق ،فكل منا قد عانى مرة هذا الإحساس ، أو على الأصح هذه الحالة الانفعالية بطريقة الخاصة ، غير إنني اعتقد أن السؤال الذي يطرح كما ينبغي هو : لماذا يعاني العصائبيون على الأخص قلقا أكثر و أشد بكثير من بقية الناس. (ارون بيك، ترجمة عادل مصطفى، 2005 ، ص147). ففي البداية أعطى فرويد النشاط الجنسي دورا هاما في

حدوث القلق المرضي و بعد ذلك تخلى عن هذه الفكرة إلى فكرة أكثر تعقيدا و هي فكرة الكبت و هذا الأخير يتناول الأفكار و المشاعر و الرغبات التي لا تتقبلها الذات الواعية ،فإنها تدفعها بقوة الكبت إلى الجزء اللاوعي من الذات ،و يؤدي إلى تراكم الطاقة في اللاوعي و بالتالي تحولها إلى قلق.(ابو حجلة نظام،1998، ص ص38-40). لم يتوقف فرويد عند هذا الحد ،

فبعد 30 سنة من هذه النظريات تحول فرويد عن نمط بناء النفس على أساس الوعي و اللاوعي ،إلى نمط جديد و هو البناء على أساس ثلاثي (الأنا،الأنا الأعلى ،ألهو) حيث أن القلق في رأي فرويد هو إشارة على الخطر يحصل عندما لا تستطيع الأنا إيجاد حلول و تهدد القوى الغريزية بالخروج مثلا.(عدس عبد الرحمان و توق محي الدين، 1989 ، ص448).

كذلك يرى "اتورانك" أن الإنسان في جميع مراحل نمو الشخصية شعر بخبرات متتالية من الانفصال، حيث يفسر (Rank) أن جميع حالات القلق التالية على أساس قلق الميلاد، فهي عبارة عن تنفيس أو تفريغ لانفعال القلق الأولي، و الانفصال عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير القلق الأولي و يصبح كل انفصال بما بعد من أي نوع كان مسببا لظهور القلق. في حين يرى أصحاب النظرية السلوكية المعرفية أمثال (emery et back) و آخرون

ان الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب و القلق و الشعور بالذنب مرجعها الأفكار الخاطئة . فالأشخاص الذين يظهرون القلق ماهي إلا استجابات تعلمها الفرد من التجارب المزعجة التي مر بها، و بالتالي يلجأ إلى تعميمها و يصبح يخاف من المواقف أو التجارب التي يشابهها أيأن هؤلاء الأشخاص يصبح لهم نظام تفكير خاص بهم. (ابو حجلة نظام، 1988، ص41). فالفكرة الأساسية لديهم تدور حول الخوف من الانهيار و فقدان الجسدي أو الاجتماعي أو النفسي بالتوظيف مع ارتباطاتهم المعرفية الغير عقلانية، و هذا الاضطراب في التفكير اللامنطقي يعود إلى أربع اكبر أنواع من الأخطاء و هي :

- التجريد الانتقائي

- التعميم الظاهر

- التصغير

- التعظيم

كما تعتبر هذه المدرسة القلق منعكسا غير شرطيا نحو المنبهات المؤلمة أو الخطيرة ، لهذا في السنوات الأخيرة قام أنصار المدرسة السلوكية بالاعتماد أكثر على النظريات المعرفية لتفسير القلق العصابي باعتباره مسبوقا بأنماط من التفكير الخاطى و المشبوه أو السلبي.

وترى المدرسة السلوكية أن السلوك السوي الشاذ هي استجابة تعلمها الفرد من البيئة التي تحكم السلوك و تصنعه و لذلك فالمجبر لا خيار له و لا إرادة و لا عقل. (المرجع نفسه ، ص41).

أما باندورا (pandora) حاول ربط حالات القلق و عمليات التعليم غير المكيف ،حيث

درس معتقدات الأفراد في قدرتهم الذاتية ، و هذه المعتقدات تؤثر على ردود أفعال إزاء الشدائد و التوترات و السلوك الذي ينبع عن ذلك ، و قد اتضح أن الفرد الذي يمتلك الفعالية الذاتية و المقدره على السيطرة في مواقف معينة قد لا يكون في مواقف أخرى.(زهرا ن حامد عبد السلام مرجع سابق ،ص45).

في حين تعتبر النظرية السيكوسوماتية القلق الذي يسببه مرض خطير كالربو بمثابة نكوص نفسي يعيشه المصاب بسبب خطورة إصابته السيكوسوماتية كما يمثل القلق رجوع جزئي للمصاب إلى التثبيتات الوظيفية القديمة، إذ يظهر على شكل مرض لكنه في الحقيقة يحمي الاقتصاد الحي العام للمصاب (pierre marty,1991,p21). إذا حسب النظرية

السيكوسوماتية القلق يتمثل في نكوصات نفسية و الرجوع إلى التثبيتات القديمة . و لقد أوضحت النظرية البيولوجية في العديد من الدراسات أثر العامل الوراثي في ظهور القلق و من بين هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم ،حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي الإرادي و الاستجابة للمنبهات الخارجية و الداخلية ،بصورة متشابهة تؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوائم ، كذلك أظهرت الدراسة القائمة على الأسر أن 15% من أبناء المرضى بالقلق و إخوتهم يعانون من المرض نفسه ، و قد وجد كل من childs و satler أن نسبة القلق لدى التوائم المتشابهة تصل إلى 50% و ان 65% ، وهذا مؤشر إلى أن الوراثة لها دور في الاستعداد للإصابة بالقلق. رغم اختلاف النظريات التي تفسر القلق إلا انه كل نظرية و لها طابعها الخاص في تفسيره لذا سنوضح فيما يلي التشخيص الفارقي للقلق.

8-1 علاج القلق :

يتوزع علاج القلق كما هو في أغلب الأمراض النفسية و من بينها العلاج النفسي حيث يقوم على أساس بناء علاقة ودية مع المريض تهيب لكسب ثقته حتى يتمكن من التعبير و الترويح عن نفسه و البوح بآلامه و مشكلاته، ما يساعد عن الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال

سلسلة اللقاءات و الأحاديث او تفسير الأحلام. وكمثال عن العلاج النفسي نذكر العلاج السلوكي الذي يرى بأن القلق عادة او فعل لمنعكس شرطي خاطئ، و من أجل إزالة القلق أو إضعافه يعرض المريض الى تجارب صناعية مفتعلة و هو حالة استرخاء تام أو تحت تأثير العقاقير المهدئة ، و يعرض لنفس الحالة التي تبعث على القلق في نفسه و بدرجة اقل و الخوف بصورة متدرجة حتى يتم تجاهلهم أو عدم الاكتراث به و هناك أيضا علاج مهم جدا و مفيد و هو الاسترخاء و يقصد به استرخاء المريض نفسيا و فكريا و جسديا لمساعدته على بذل إرادته و إصراره على الإيحاء الذاتي و بالتنويم الباطني بحيث يصل الدماغ الى حالة من النسيان و الراحة (عبد الكريم ابو قاسم خير ،2002،ص107).

يضاف الى ذلك العلاج الاجتماعي الذي يهتم بدراسة حالة المريض و ظروفه الحياتية المختلفة تمكن من تشخيص مصادر القلق ان وجدت و يمكن تلاشي تلك المصادر بتغيير الوضع الأسري و المحيط الاجتماعي أو ظروف العمل غير المناسبة أو كل ما من شأنه أن يسيء الى صفاء و طمأنينة المريض . دون أن نهمل العلاج بالعقاقير أي العلاج العضوي للقلق الذي يعتمد بالدرجة الأولى على استخدام العقاقير المهدئة ، فحالات القلق الشديدة تحتاج الى إسعاف سريع و الى تهدئة المريض قبل التفكير بالعلاج النفسي أو العلاج الاجتماعي .

2- الموت :

2-1 تعريف الموت: الحياة و الموت متناقضان تناقض النور و الظلام و البرودة و الحرارة

لذا فان معاجم اللغة العربية تعرف كل واحدة منها بأنه نقيض الاخر.
لغة: مات يموت، مت موتا، فهو مائة و ميت . مات الرجل : زالت الحياة عنه ، توفي . ماتت النار: برد رمادها فلم يبق من الجمر شيء . مات فلان: مات و استنقل في نومه. مات الشيء : همد و سكن (لويس معلوف الياسعي ،نفس المرجع ،ص745).

اصطلاحا: من وجهة نظر السلوكيين هي كف تام و دائم للوعي أو الشعور و توقف المخ عن أداء دوره بالنسبة للعمليات الحسية و الحركية الدنيا والوظائف العقلية العليا. و يرى **قيفل** أنه يمكن النظر للموت على أنه راحة من الألم أو موت في سلام. و يرى **ماكلياند** أن الموت قد ينظر إليه على أنه عقاب أو انفصال عن نحبهم على الأرض ، أو اجتماع الشمل مع الذين هم

في السماء و قد ينظر إليه على أنه أمر غير حقيقي كما في أفكار الأطفال. كما يقترح ماكلياند أنه يمكن النظر الى الموت على أنه المحبوب عندما يظهر في المراحل التي توجد فيها هلاوس لدى المرض على فراش الموت. (احمد محمد عبد الخالق، نفس المرجع، ص 15).

2-2 مواقف الفرد المتميزة و المتناقضة تجاه الموت:

يحدد اديت بيلور (odette taylor) بعض هذه المواقف ب :

- **الخوف:** و جود الخوف مع وجود الوعي بالموت ، و في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت و اعتباره ظاهرة اجتماعية غير أن الخوف المبرر هو طبيعي ايجابي و مثير للرغبة في الحياة ، في حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا يؤدي الى حالات حصر حادة.
 - **القلق:** ان الموت باعتباره موضوعا حقيقي يحدث عند الإنسان القلق ، يرى فرويد أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية خطيرة لا يستطيع صدها و القلق هنا يأتي من إدراك الفرد بقرب نهايته من جهة ، و تأكده من وجود حياة أخرى بعد الموت من جهة نظر أخرى، و بالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية للوجدان و يخفي خوفه من الموت نفسه ، هذا الأخير يؤدي الى انتظار يائس للموت و يزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين..
- ان بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق و الدفاعات التي يستعملها مثل: العودة الأبدية ، و الانتحار ، و الرفض المرضي للموت

2-3 النظريات المفسرة للموت:

لقد تباينت وجهات النظر التي تناولت موضوع الموت حيث ارتسمت في اطر نظرية منها من وجهة نظر الاتجاه السلوكي المعرفي فيرى رواد هذا الاتجاه أمثال "بيك" و "اليس" ان الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب و القلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير عقلانية (cottraux1993,p66). كما يؤكد "بيك" أن سلوك الفرد يتحدد بالطريقة التي يدرك بها الواقع و ما يفرزه من مثيرات أما "اليس" فيرى ان السلوك ستحدد بالاعتقادات و الأفكار اللامنطقية التي يكتسبها الفرد استنادا للتعلم الخاطيء و غير المنطقي فيتأثر هذا التفكير

في نفس الفرد و طريقته في التفكير ، و يتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما فيها قلق الموت (speilger,1983,p58).

من وجهة النظر النفسية اهتم كل من "برقوس ، فيفل، فرويد" بمسألة الموت وكانوا يجتهدون خاصة الى استجابة الأشخاص الذين فقدوا سند أو حميما، و قد تتفاوت هذه الاستجابات من الحزن و الحداد الى الاكتئاب و الانتحار ، إذن فنظرة الموت مرتبطة لدى الكثيرين بانفعالات عنيفة و مشاعر جياشة ، و اتجاهات سلبية تتجمع معا، مكونة ما ندعوه بإيجاز قلق الموت . ذهب فرويد الى ان نزوة الموت تتعارض مع نزوة الحياة ، فهي تنزع الى الاختزان العام للتوترات، اي الى الحالة اللاعضوية ، بمعنى آخر تتوجه فيها بعد ثانويا الى الخارج و تتجلى عندها على شكل نزوة العدوان او نزوة التدمير. كما يرى برقوس ان الموت هو الامتياز او الفدية (احمد عبد الخالق، مرجع سابق ،ص83).

اما من وجهة النظر الطبية فالموت هو انقطاع الحياة ، و تشخيصه يطرح مشاكل حقيقية بدأت في الظهور منذ ان أصبح نقل الأعضاء الحيوية ممكنا و منذ هذا التطور شرعت الأبحاث الطبية في البرهنة عن مظاهر توقف حياة الإنسان .

4-2 سيكولوجية الموت:

بعيدا عن ماهية الموت ، و جذره الديني أو الفلسفي ، و عما إذا كان فناء أم وجها اخر لحياة أخرى، يتناول علم النفس الحديث مفهوم الموت على أنه كف تام للوعي أو الشعور و توقف المخ عن أداء دور المايسترو في قيادة العمليات الحركية و الحسية الدنيا ، و الوظائف العقلية العليا ، دارسا بوسائله السريرية و الميدانية استجابات الأشخاص الذين فقدوا عائلا أو عزيزا ، و التي تتفاوت من الحزن و الحداد الى الانتحار ، و ما يصاحب هذه الاستجابات من مظاهر انفعالية و حركية و انعكاساتها على الصحة النفسية و الجسمية و المهنية بوجه عام ، و مساعدتهم على التغلب على أحزانهم و التكيف مع ظروفهم الجديدة.

كما يهتم علم النفس بدراسة انفعالات الناس و مشاعرهم و اتجاهاتهم السلبية نحو مفهوم

الموت، و التي تكون باجتماعها ما ندعوه ب قلق الموت death Anxiety و الذي عرفه

ديكشتاين بالقول "أنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت، و التقدير السلبي لهذه الحقيقة".

و ذهب بعض النفسانيين أبعد من ذلك ، اذ وجدت "ميلاني كلاين" أن الخوف من الموت هو أصل كل القلق الذي يصيب المرء في حياته و أساس الأفكار و التصرفات العدائية المشاكسة لدى البشر". و كتب فرويد (1856-1939) في أحد أبحاثه عن الموت و الحرب " لا يمكن تصور موتنا بالحقيقة، و أن تصورناه فإننا نعمل ذلك كأحياء متفرجين لذلك فمدرسة التحليل النفسي تؤكد و تعتقد أن قرارة الإنسان "اللاشعورية اقتناعا بالخلود. إننا قد نتقبل فكرة الوجوديين القائلة بأن قبول الموت يرتبط ارتباطا وثيقا باكتساب معنى الحياة و غايتها ، و من أقوال قدماء الإغريق بهذا الصدد "تأمل الموت و توقعه اذا أردت ان تتعلم كيف تعيش ."

و قد عقب بعضهم على ذلك بقوله:"ما من أحد يتمتع بطعم الحياة الحقيقية سوى ذلك الذي يكون مستعدا دوما لمفارقتها". و أن ذات الانسان تولد و تنشأ حين يواجه الموت فقط". والأمثلة التي تشهد على صحة هذه الأقوال تأتي من أشخاص يعانون أمراضا خطيرة تجعل حياتهم تدنو من نهايتها، ان مواجهتهم للموت تحدهم الى ممارسة الكثير من الأنشطة في تلك الفترات القصيرة من حياتهم ، اذ ان ضغط الوقت و ضيقه يدفعهم الى اختيار السبل و البدائل التي يقضون من خلالها أيامهم الأخيرة.

في كتابه المعنون "هل هناك جواب عن الموت" شدد كوستنباوم(1976) على فكرة أن وعينا للموت يمكننا من أن نخطط لحياة غنية إذ أنه يجعلنا نرى حياتنا رؤية كلية، كما يدفعنا الى البحث عن الأجوبة الحقيقية و النهائية، انه يرتبط بقدرتنا على تشكيل الهوية التي نريد . ان واحدا من الأمور التي ينبغي على الإنسان أن يفكر فيها جديا و يتخيلها هي قضية موته، بما يشمله من جنازة و مأتم و توقع لما سيقوله الناس بعد موته أيضا، و يمكن للشخص أن يدون ذلك كله تدوينا منهجيا على الورق ، بما يتيح له أن يتطلع الى حياته الحالية و الى ما يرغب أن تكون عليه ،من هنا نقول ان تقبل الموت يرتبط ارتباطا وثيقا باكتشاف معنى الحياة،فذلك يتيح لنا ان نتعلم كيف نعيش بحق ، و هنا نتذكر قول ابن سينا : ليس المهم ان نعيش حياة طويلة ،بل ان نعيش حياة عريضة.

3-قلق الموت

3-1 مفهوم قلق الموت:

ان الموت يعتبر من العوامل الهامة و لا يستهان بها في إحداث القلق الذي يهدد الاستقرار النفسي للإنسان، و من هنا يمكن القول أن القلق و خصوصا قلق الموت مرتبط بوضعية الموت سواء أكان قريبا أو بعيدا بمعنى آخر حسب نوعية الحالة المرضية و حتى النفسية و الاجتماعية للإنسان و من هنا ظهرت عدة تعاريف لهذا النوع من القلق الذي نتطرق اليها فيمايلي:

يعرف عبد المنعم حنفي **قلق الموت** ليس مجرد قلق طبيعي يتركز في موضوع ما و كأنما هو داء يمكن تشخيصه او تحديد أعراضه بل هو قلق ميتافيزيقي لا نعرف له موضعا و لا نجد له باعئا و لا نستطيع ان نطلق عليه اسما، انه قلق لا ينصب على موضوع ما و لا يتركز حول شيء لا بد من عمله ، بل هو قلق على المستقبل نفسه أو بالأحرى على حدث مقبل ليس للإنسان عليه سلطة. (عبد المنعم حنفي، 1994، ص179). فقلق الموت قد يترتب عن القلق العضوي و هو نوع الاكتئاب مختلط فيه القلق مع الموت يترقبه. كما يعرف على أنه حالة انفعالية غير سارة يجعل بها تأمل الفرد في وفاة احد هو نوع من القلق الذي يركز على موضوعات تتصل بالموت و الاحتضار لدى شخص او ذويه، فالموت مفهوم مجرد و لكنه مرتبط بحقيقة مادية و فعل واقعي، مثله مثل الخوف من الوحدة و من التقدم في العمر و غيره. (احمد محمد عبد الخالق، 1987، ص39).

أما تعريف "تامبلر" هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت و الموضوعات المتصلة به. (بشير معمريه، 2007، ص212). و في تعريف اخر "ارنست بيكر" يرى مشكلات التكيف و الاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن ان تصنف في إطار واحد هو الخوف من الموت. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص74). أما فرويد يعرفه على أنه قلق الأنا الأعلى ، اي انه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صداه في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي و كبح شهواته .

و يعرفه عبد الخالق : بأنه نوع خاص من القلق العام يشير الى حالة انفعالية مكدره و مشاعر شك و عجز و خوف تركز حول كل ما يتصل بالموت و الانتظار لدى الشخص نفسه او ذويه و من الممكن ان يثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة و ترفع درجاتها.(احمد محمد عبد الخالق،1987،ص93).

كما تعددت تعاريف قلق الموت تتعدد النظريات المفسرة له و سنوضحها في العنصر التالي.

2-3 النظريات المفسرة لقلق الموت :

لقد تعددت النظريات و الاتجاهات التي أعطت تفسيرات متعددة و مختلفة عن قلق الموت و أهمها:

نظرية التحليل النفسي التي تنص على أن قلق الموت يكون بمثابة حالة يكون فيها الانا

غير قادر على تقبل الموت،و اذا استند الى ما جاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصابي و قلق الموت فانه أشار الى قلق الموت قد يشكل دوما صعوبة بالنسبة الى التحليل النفسي،و رغم ذلك توصل الى الميكانيزم الأساسي للموت من المحتمل ان يجعله قائما بين الأنا و الأنا الأعلى .(Boutounier ,1976.p144). أما من وجهة نظر "ميلاني كلاين

"melanie Klein الموت و أوهامه يخيف الإنسان و يهدد حياته و نعتقد ان الخوف من

الموت هو أصل كل القلق الذي يصيب الانسان في حياته و التصرفات العدائية و حول هذا المعنى يقول "شيكل "sckkel" بأن الخوف الذي نعانيه متشعب من الخوف من الموت .

في حين نظرية كارل روجرز التي تنص على مفهوم الشخص المحقق لوظائفه يرى ان الوعي

بالاقتران من الموت يهدد هؤلاء الأشخاص الذين يحمون أنفسهم ضده مع ذلك فان فكرة روجرز عن الانفتاح الكامل للخبرة عند الأشخاص المثاليين تنجر عن موقف الموت بوصفه تهديدا أساسيا، كما يوافق "ماسلو "maslou" في قوله "ان الشخص الذي يحقق ذاته من يتبين

لديه خوف منخفض من الموت".(احمد محمد عبد الخالق،مرجع سابق،ص12).

ومن بين أهم وجهات النظر النظرية الوجودية (بيكر، هايدجر، فرانكل frankel

haydger,Beicher). ترى أن قلق الموت خاصية إنسانية أساسية ، و من الواضح أنها مسألة حساسية للأفراد المتقدمين في العمر، و قد ركزت هذه الأخيرة على أهمية الموت و سلموا بأن الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت و نهايته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية ان يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته . و افتراض "ماي مانوفسكي "ان الوجود يكتسب حيويته و تلقائيته من حقيقة مواجهات الموت او عدمه. كما يري "مارثن" و "هايدجر" في كتابه "الوجودية و الزمن" ان الموت تهديد بعدم الوجود و من ناحية أخرى فان التحقق من عدم الوجود في المستقبل يعد شرطاً مسبقاً لفهمنا الكامل لحياتنا. كما يعتبر شرطاً مسبقاً لتحرير أنفسنا من القلق ثم بعد الموت أساس حرية الفرد. (راجع احمد عزت، 1994، ص96).

أما أصحاب النظرية السلوكية يعتبرون القلق بمثابة خوف من ألم او عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث، و هو انفعال مكتسب مركب من الخوف و الألم و توقع الشر لكنه يختلف عن الخوف و يثيره موقف خطر مباشر مائل أمام الفرد و القلق ينزع الى الأزمات فهو يبقى و يرى اكثر من الخوف العادي و يرتبط بالموت او إزاء حده و لا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه. إذن فهو يبق خوف محبوس لا يجد له مصرفاً. أما النظرية المعرفية تعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبها خطأ نسبي و حتى التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة و من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.(fonctaine et al 1948,p108). و تعتبر النظرية المعرفية السلوكية الاضطرابات السيكلوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب و القلق ذات صلة وثيقة بالأفكار اللاعقلانية ، حيث ترى أن السلوك يتحدد بالاعتقادات التي يكونها الانسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية، فإذا كان التعلم الخاطئ و غير منطقي فيسود طريقته في التفكير و يتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت.

3-3 أسباب قلق الموت:

يعد الموت أعظم غموض و أكبر سر يواجه الانسان و يصيبه بالقلق اتجاه ما ينتظره بعد الموت و لهذا فالقلق له أسباب شتى ، و قد وضح هذه الأسباب مجموعة من الفلاسفة و الباحثين و علماء النفس كما أجريت دراسات إغريقية في هذا الصدد.

فالفيلسوف الإسلامي: "مسكويه" أحد الفلاسفة المسلمين الذين جاؤو بالقول من أن الخوف من الموت لا نجده الا عندما يرى أن الموت حقيقة أو لأنه يظن أن بدنه اذا انحل و بطل تركيبه فقد انحلت ذاته و بطلت نفسه بطلان عدم، و ان العالم سوف يبقى موجودا و ليس بوجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس و كيفية المعاد او أنه يظن ان الموت ألم عظيم غير ألم الأمراض التي ربما تقدمه و أدت إليه و كانت سبب حلوه. و لأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت أو لأنه متحيز لا يدري على شيء يقدم بعد موته،او لأنه يأسف على ما يخلفه المال. (احمد محمد عبد الخالق 1987 ص137).

أما من وجهة نظر السيكولوجيين فيرى "ستولثر" أن قلق الموت يظهر للأسباب التالية:

خوف الفرد من المعاناة البدنية و الألم عند الاحتضار، كذلك الكف عن السعي نحو الأهداف.

فحياة الإنسان تقاس بما استطاع تحقيقه، و الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص أيضا الخوف من العقاب الإلهي و العدم. كذلك يقول "ماسرمان" بأنه تسببه العديد من الظروف كالمرض الحوادث و الكوارث الطبيعية و غيرها. كما يرى روثمان "Rothman" افتراضا بديلا اذ يرى أن الشخص يخاف من الموت لأنه ينهي فرضيته في السعي نحو الأهداف المهمة للنسبة لتوفيره لذاته و تقديرها و قام هذا المؤلف بعملية مسح لتحديد الأسباب الكامنة للخوف من الموت ، و ظهر أقصى اتفاق ذكره المفحوصين تركز حول العبارات التي تصف بأنه نهاية النشاط الغرضي. (احمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 213.ص192).

4-3 مكونات قلق الموت :

حدد الفيلسوف "باك شوورن"، مكونات ثلاثة للخوف من الموت تتمثل في:

- الخوف من الاحتضار.

- الخوف مما سيحدث بعد الموت.

- الخوف من توقف الحياة .

كما ذكر "كافانوGavano" مكونات للخوف من الموت :

- عملية الاحتضار

- الموت الشخصي

- فكرة الحياة الأخرى

كذلك ركز ليستر Lester على قطبان هما :الموت و الاحتضار و تتمثل مكوناته في :

- الخوف من موت الذات

- الخوف من احتضار الذات

- الخوف من موت الآخرين

- الخوف من احتضار الآخرين

أما "البنفتون" فقد رأى ان قلق الموت يركز حول مخاوف تكون كما يلي :

- التحلل و التفسخ

- الركود او التوقف

- الانفصال

و كنتيجة لمدة أجريت فيها بحوث قام مجموعة من العلماء تظهر مكونات قلق الموت في :

- الهموم المتصلة بالضغط و الألم.

- الانشغال المعرفي الانفصالي.

- الهموم المتصلة بالتغيرات الجسدية.

- الوعي بمرور الزمن (احمد محمد عبد الخالق، 1987، ص48).

3-5 أعراض قلق الموت :

3-5-1 الأعراض البدنية :

- التوتر الزائد

- الأحلام المزعجة

- سرعة النبض أثناء الراحة

- فقد السيطرة على الذات
- نوبات العرق
- غثيان او اضطراب المعدة
- تنميلات اليدين او الذراعين او القدمين
- نوبات في الدوخة و الإغماء
- ضربات زائدة او سرعة في دقات القلب.

3-5-2 الأعراض النفسية :

- نوبة من الهلع التلقائي
- الاكتئاب
- الانفعال الزائد
- عدم القدرة على التمييز
- اختلاط التفكير
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة
- سرعة الغضب و الهيجان و توتر الأعصاب
- العزلة و الانسحاب من العالم و انتظار لحظة الموت
- الشعور بالموت الذي قد يصل الى درجة الفزع .

3-5-3 أعراض عصبية و نفس عصبية

- اضطرابات النوم و اليقظة
- اضطراب السلوك
- الحصر.

3-5-4 أعراض تنفسية :

- اضطرابات في التنفس
- ضيق في التنفس

- تمزق الغشاء ألفمي الرقيق.
- اضطرابات البلع .
- اضطرابات هضمية
- إمساك
- قيء.

إذا فأعراض قلق الموت هي أعراض بارزة يمكن التعرف إليها، و لكن هل هي بدرجات متساوية او مختلفة ؟ و للإجابة على هذا السؤال سنتطرق فيما يلي لقياس قلق الموت.

3-6 قياس قلق الموت:

يقاس قلق الموت بعدة طرق أهمها :المقابلة و قوائم الاختبار و المسائل الفسيولوجية ، و زمن الرجوع . و تعد الاختبارات أكثر الطرق استخداما و نعرض في الفقرات التالية تفصيلا لأهم هذه الطرق:

- المقابلة التي استخدمت و حدها و بالإضافة الى الاستخبارات او بديلا عنها، و قد يستخدم كأساس للمقابلة بحيث يمكن إضافة سؤال يعد ضروريا لتحديد اتجاه المفحوص، و يسهل استخدام هذه الطريقة مع الأطفال، كما يمكن الحصول على المعلومات عن اتجاهات الأطفال بواسطة كتابة مقالات خلال المقابلة الفردية او الجماعية ، حيث انه يمكن ان يطلب منهم مثلا تدوين كل ما يتبادر أذهانهم عن الموت، و كذلك يمكن ان يطالبوا بتقديم رسوم عن الموت. و قد استخدمت طرق أخرى لقياس الاتجاهات الفردية او الجماعية مثل مقاييس التقديم و طريقة قوائم الاختبار. كما استخدم أيضا أسلوب تحليل المضمون، فقد قام "برنارد" بفحص المذكرات لفتيان صغار على حين فحص "انطوني" إجابات أسئلة معينة في مقياس يبينه للذكاء ، بينما طلب "روين" من المفحوصين أن يعرفوا كلمة مرتبطة بالموت . و قد أورد "تمبلر" أربع دراسات تم فيها استخدام مجموعة محددة من الأسئلة، و بلغ عدد الأسئلة التي استخدمت في هذه المقابلة 32 سؤالا ، في حين استخدمت دراسة أخرى لسؤالين فقط هما :

-هل أنت خائف من الموت؟

-هل أنت تقدمت في الحياة بعد الموت ؟

فمن الملاحظ في الوقت الحاضر أن المقابلة أصبحت نادرة الاستخدام في بحوث القلق. كما أن العيوب و القيود ذاتها التي يمكن بروزها اذا ما استخدمت في قياس الاتجاه نحو الموت و القلق منه ، فضلا عن توافر طرق أخرى أهمها الاستخبارات تعد ذات مزايا عديدة من نواحي كثيرة . كما تستخدم ايضا الطرق الاستنباطية في قياس قلق الموت مثل استخباراتهم الموضوع TAT و الذي تم تطبيقه بالطريقة المألوفة ، بحيث يحدد الانشغال بالموت من خلال ظهوره في القصة التي يقدمها المفحوص، كذلك تم تقدير الانشغال بالموت طبقا للدرجات من 1 الى 3 و اعتمادا على التكرار المؤلف لموضوع الموت . (أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص64).

- **الاستجابة الجلفانية الجلدية :** اهتم عدد قليل من الباحثين في قياس قلق الموت بالاستجابة المفاجئة للجلد، و تستخدم هذه الطريقة لقياس درجة توصيل سطح الجلد للتيار الكهربائي نتيجة إفراز كميات مختلفة من العرق بتأثير منبهات معينة مثل كلمات ذات صيغة انفعالية كما في اختبار التداعي الحر ، او إثارة ذكرى ماضية او ضوضاء مفاجئة كذلك استخدمت الصدمة الكهربائية منها .
- **الاستخبارات** التي توجد منها الان ما لا يقل عن 25 اختبار لقياس قلق الموت ، او الخوف منه و الانشغال به و الاتجاه نحوه . و تجدر الإشارة الى تمبلر و لستر قد حاولا اشتقاق مقياس لقلق الموت من قائمة منسوتا المتعددة الأوجه للشخصية، و لم يتمكنوا من ذلك و سوف نتعرض لنماذج هذه المقاييس. و من المهم أيضا أن نشير الى مقياس الانشغال بالموت الذي وضعه "ديكستين" Dostkain عام 1972، و قد وضعه على ضوء تعريفه للانشغال بالموت بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت و التقدير السلبي لهذه الحقيقة ، و قد ذكر أن مقياسه يهدف الى قياس الفروق الفردية في الدرجة التي يواجه بها الشخص شعوريا الموت بحيث يضطرب نتيجة لمتعلقاته. و يشمل في صورته النهائية على 30 عبارة يجاب عنها بواحد من البدائل بتغيير مضمونها كما يلي : البنود 11 الأولى يجاب عنها بأحد البدائل كثيرا ، أحيانا ،

نادرا ، أبدا. أما بقية البنود يجاب عنها واحد من البدائل الآتية : أوافق بشدة .-أوافق الى حد ما .-أعارض بشدة .-أعارض الى حد ما .

و فيما يلي نماذج من هذه البنود:

-أفكر في موتي الشخصي

-أفكر في موت الأحياء-

توقع موتي بسبب القلق .

أما المقياس المتعدد الأبعاد للخوف من الموت "Mfods" الذي وضعه "هولترHolter" عام

1979 ، وقد ذكر معظم الدراسات التي هدفت الى قياس التقرير الشعوري للخوف من الموت

و القلق منه و التي استخدمت مقاييس أحادية البعد لقياس هذا المفهوم . و هدف هولتر من دراسته الوصول الى وضع مفهوم متعدد للخوف من الموت اعتمادا على الدراسات السابقة و نتائج التحليل العاملي و هذه الأبعاد هي :

*الخوف من عملية الاحتضار

*الخوف من موت المجهول

*الخوف من موت الآخرين من المهمين في حياة الفرد

*الخوف من الشعور بالموت

الخوف من الجسد بعد الموت

الخوف من الموت قبل الأوان. (احمد محمد عبد الخالق، مرجع سابق،ص51،64).

3-7 علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، و يصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق، و العلاج السلوكي هو أكثر طرق العلاج للقلق بمختلف أنواعه.حيث أنه يحقق أعلى نسبة شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة ، فاذ كان قلق الموت مرتفع نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا بإضافة لخبرات سيئة فانه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي . و قد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية و التدريب على الاسترخاء ، مقابل عدم التدخل بأي طريقة في

علاج قلق الموت المرتفع، و قد ظهرت فعالية تقليل الحساسية و الاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تتلق أي علاج. (نفس المرجع ، ص228).

خلاصة

يعتبر قلق الموت حالة تمر بها فئة معينة من الأفراد في ظروف معينة ، و هو عبارة عن استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانشغال المتعمد على تأصل او توقع اي مظهر من المظاهر العديدة و المرتبطة بالموت، لها عدة أسباب تختلف باختلاف الأفراد و ظروفهم و هي مصحوبة عادة بمجموعة من الأعراض منها الميل الى توقع الشر، توتر الأعصاب، و سرعة الغضب ، و عدم القدرة على التركيز. بالإضافة الى الارتباك و العزلة و الانسحاب. و لقلق الموت مكونات تتمثل في الخوف من الاحتضار ، الخوف من الحياة الأخرى و الخوف من توقف الحياة وموت الذات. كما تعددت الأطر النظرية التي تناولته من خلال التحليل النفسي و نظرية الذات و الوجودية السلوكية المعرفية ولكل منها نظرة تختلف عن الأخر في تفسيرها له . كما أن قلق الموت قابل للقياس بعدة طرق أهمها المقابلة، الطرق الإسقاطية ، قوائم الاختبار، الاستجابات الفسيولوجية و الاستخبارات و تعد الأخيرة هي الأكثر الطرق شيوعا و استخداما .

الفصل الثالث

مرض السيليكوز

تمهيد:

اشتهرت العديد من الدول منذ عصور بعيدة بنحت الحجارة و صقلها و تكييفها حسب ذوقهم الخاص و ميولاتهم الفنية لتنسجم مع تقاليدهم حيث ساعدتهم في ذلك وجود المقالع و توفر الحجارة ،هذا ما جعل هذه المادة عنصرا أساسيا مهما في أبنيتهم حيث تتصف الحجارة التي يستخدمونها في الابنية بأنها من النوع الكلسي الذي يحتوي على مواد ضارة بصحة العمال الذين يزاولون مهنة صقل الحجارة و من بينها مادة السيليس التي من المحتمل أن تعرض الجهاز الرئوي إلى الاصابات بعدد من الاضطرابات الخطيرة و المميتة من بينها السيليكوز (التكلس الرئوي) الذي صادفناه كمتغير خفي ينشأ من خلال مزاولة هذه المهنة.

1/ صقل الحجارة

1-1 مفهوم مهنة صقل الحجارة :

الصقل لغة

صقل:(فعل)

صقل يصقل صقلا و صقالا ،فهو صاقل ،و المفعول لمصقول و صقيل.

صقل الايناء:جلاه ،ازال صداه

صقل كلامه :هذبه ،زينه

صقل الدابة:اعتنى بتربيتها

صقله بالعصا:ضربه بها

صقل به الارض:ضربها به.

صقلته التجارب:منحته خبرة بالحياة لكثرتها

صقل مواهبه :تعهدا بالتمرين و التنشيط و الرعاية (لويس معلوف اليسوعي،مرجع

سابق،ص430.

اصطلاحا : هي عملية تشكيل الاحجار عن طريق شحذها بواسطة عجلة تجليخ أو دولا ب تسنين

أو تلميع). بالنسبة للاحجار الملساء يتم استعمال دواليب من الحجارة الرملية لحكها و تشكيلها.

فهو فن تجسيدي يرتكز على انشاء مجسمات ثلاثية الابعاد كالانسان و الحيوان و ذلك

باستخدام الجص أو الشمع أو نقش الصخور و يعتبر من فنون النحت و هو احد جوانب الابداع

الفني و يعتمد على المجسمات الثلاثية الابعاد. تقوم هذه المهنة أساسا على تكسير الحجارة و جعلها باحجام و اوزان تختلف حسب طلب الزبون ، ذات لون أسود تتوسطها عدة ألوان داخلها، و تتم عملية التقطيع و التصنيع بطرق و وسائل بسيطة و تقليدية، تكون هي السبب في الإصابة بمرض السيليكوز، دون حماية للجهاز التنفسي الذي يأخذ في استنشاق الغبار برئتيه حتى يصيبهما مع مرور الوقت، حيث ان هذا النشاط يزاول في الهواء الطلق أو في مرائب دون اخذ أي احتياطات، يتم جلب الاحجار ، و نحتها في المكان الذي يراد استغلالها فيه، وغالبا ما يكون فيلات و منازل الاثرياء في مختلف و لايات الوطن و هذه الطريقة تزيد من خطر الاصابه بالمرض. (طارق رقيق،الجمعة 06 ديسمبر2013).

2.1 تاريخ ممارسة حرفة صقل(نحت)الحجارة:

فن الصقل أقدم من التاريخ المسجل حيث كان يعرف بالنحت ، و قد عثر علماء الآثار على عينات من العظام و القرون المنحوتة صنعها الانسان خلال العصر الحجري . و تعود بدايات الصقل إلى العصور الاولى و المجتمع البدائي ، فقد كانت المنحوتات ذات أحجام صغيرة و مستديرة نفذت من الاحجار الطينية و الخشب، و نقشت على جدران المغاور مباشرة، أو على احجار مسطحة و ذلك لاغراض طقوسية أو تعاويذ أو معتقدات دينية، و أما لتخليد الالهة و الحكام و ابراز عظمتهم و جبروتهم و ينحت الناس اليوم العديد من الاشياء من الخشب، و تعد الاقنعة المنحوتة ابرز الامثلة على الفن الافريقي، و يستخدم سكان الجزر في المحيط الهادي الجنوبي ادوات بسيطة لصنع اجسام طقسية علاوة على الادوات و الالوان التي تستخدم يوميا، و ينحت الحرفيون زخارف بالغة التعقيد على المنازل و قشور جوز الهند . و نحت المصريون القدامى اشكالا جميلة من الخشب و العاج و المرمر و الحجر و الفيروز و مواد اخرى . و العديد من المنحوتات لافت للنظر لانها نحتت من احجار شديدة الصلابة مثل صخر الديوريت البركاني و الرخام السماقاني، و صنع الحرفيون المصريون مجوهرات ذات نقش غائر أي ذات نقوش محفورة على اسطحها ، و استخدم الناس تلك المجوهرات في انتاج نسخ منها على الشمعا لاحمر . و استخدمت حضارات بلاد ما بين النهرين النقش الغائر ايضا، و نحت السومريون و البابليون القدامى اختاما اسطوانية من الاحجار الملونة و عندما تتم دحرجة هذه الاسطوانات على طين ناعم ، فإنها تترك بصمات

عليه ، و في النصف الغربي من الكرة الارضية عرف القدماء النحت ايضا،فقد نتحت هنود الازتك ، و المايا،والزابوتيك تماثيل عديدة على اهرامات حجرية ، و بجانب ذلك ،صنع افراد هذه القبائل منحوتات من حجر اليشيم و السبح (الزجاج البركاني).نحت من العصر الاشوري " راس انسان و جسم ثور و أسد".

في العصر الحديث ازداد اهتمام النحاتين بالتجريد ، فاصبح جل اهتمامهم منصبا على مشكلات التكوين و اهملو المحتوى أو الرسالة في العمل النحتي ، و لم يعد اهتمامهم مركزا حول الانسان، كما كان في كل القرون السابقة. على الرغم من أن النحت الواقعي الذي يهتم بشكل الانسان كاد يندثر، الا ان بعض النحاتين استوحوا من حركة جسم الانسان اعمالا فنية ، و من اشهر هؤلاء النحات السويسري البرتو جياكومتي و الانجليزي هنري مور، أما النحات الامريكي دوين هانستون فقد عاد إلى الواقعية بطريقة مبالغ فيها تماشيا مع المدرسة الجديدة في النحت و التصوير التشكيلي المسماة

بالواقعية المغالية التي تحاول كسر الحواجز السابقة التي كانت تفصل الفن عن الحياة اليومية. لقد اجبرت التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية خلال القرن العشرين النحاتين على ان يستخدموا اساليب و مواد تختلف عما كان يستخدمه النحاتون الذين سبقوهم ، و معظم النحاتين يعملون بمفردهم و ليس في داخل ورش و قد تعلمو في المدارس لا كمتدربين في الورش.و كان عليهم ان ينجزو العمل بسرعة بالنظر إلى التكاليف الباهضة للبقاء في استوديو واسع مع غلاء الادوات و المواد. و في يومنا هذا نجد قليلا من النحاتين ممن يحفرون في الخشب أو الحجر،لانه عملية شاقة و يستغرق و قتا طويلا و لا ينتهي العمل فيه قبل ان يقوم الفنان بعملية الصقل النهائي عليه بمطرقة و ازميلية ،فضلا عن ان النحات يصبح بحاجة إلى مال ينفقه في مواد باهضة الثمن،لذلك فان عملية تشكيل النماذج تكون اسرع بكثير و اكثر ملائمة من عملية الحفر، و يصبح باستطاعتهم ايضا التغيير فيالتصاميم في اثناء العمل و هذه السرعة في الاسلوب تروق الفنان الحديث كثيرا. (هشام شريف سعد،19 أكتوبر 2011)

2- أسباب ممارسة مهنة صقل الحجارة :

تتمثل أهم الاسباب و الدوافع الحقيقية التي جعلت الشباب يقبلون على هذه الحرفة القاتلة و بشكل ملفت للانتباه فيما يلي:

1-2 الاسباب الاجتماعية:

- خصوصية المناطق و التي يتوفر فيها مقالع كبيرة لاستخراج الحجارة و الصخور من الجبال.
- انتشار البطالة التي تعتبر من أخطر المشاكل و أهمها التي تتسبب و تهدد استقرار المجتمع و تزرع أمنه .
- ارتفاع معدلات النمو السكاني بشكل كبير جدا .
- اساليب التنشئة الاجتماعية من حيث عدم وجود قدرة في المنزل و عدم وجود أي محفزات للتعلم.
- عزوف بعض أصحاب رؤوس الاموال عن الاستثمار و عمل المشاريع العديدة .التي يمكن من خلالها توظيف اعداد هائلة من الافراد في اعمال مفيدة و لا تظر بالصحة.
- الاعتماد التام على الالات و على وسائل التكنولوجيا الحديثة تسبب في انتشار ظاهرة البطالة و هذا ما يؤدي بهذه الفئة إلى اللجوء إلى هذه الحرفة الخطيرة .

2-2 الاسباب الاقتصادية و السياسية : هذه المهنة تدر عليهم اموالا كثيرة تتراوح بين

- 100 الف دج إلى 150 الف دينار جزائري و في وقت سريع.
- انخفاض الطلب على العنصر البشري للقيام ببعض الاعمال.
- كثير من الحكومات الراسمالية اصبحت تنتهج سياسات تحجيم و تقليل الانفاق من الاموال على المشاريع الاستثمار في مختلف المجالات و كان من نتيجة هذه السياسات ،انخفاض الطلب على العمالة
- للممارسة الملائمة لهذه الحرفة خصصت حجرات مختلفة تساعد العامل على الصقل و انجاز المنحوتات في احسن الظروف.

● احصائيات حول الممارسين لمهنة صقل الحجارة :

- الاحصائيات التي تحصلنا عليها في موضوع بحثنا أن هناك أكثر من 900 ممارس لمهنة صقل الحجارة عبر قرى و بلديات باتنة ، من الذين يتركون لأجلها ديارهم و اهاليهم و يحجون إلى الولايات الكبرى خاصة العاصمة و وهران، عنابة عين الدفلى ،بجاية قسنطينةالخ ليمارسو هذه المهنة التي لم ينج منها أي مصاب. حيث كشف المتدخلون خلال اليومين

الدراسيين المنظمين من طرف وزارة الصحة و السكان بباتنة حول داء السيليكوز الناتج عن مهنة صقل الحجارة، ان بلدية تكوت لوحدها عرفت و فاة 84 ضحية إلى غاية السداسي الاول في السنة الجارية بالاضافة إلى الكثير من حالات الوفاة الناتجة عن الداء ببعض بلديات ولاية باتنة و التي وصل عددها إلى 110 شخص.

تعد بلدية تكوت من أهم المناطق التي تشهد استفحالا لداء التكلس الرئوي بسبب الاقبال المتزايد لشبان البلدية على احتراف مهنة صقل الحجارة، في غياب البدائل و انتشار البطالة في اوساطهم، علما ان بلدية تكوت الواقعة على بعد 80 كلم من ولاية باتنة تحتوي على مقالع للحجارة و صخور كبيرة يعمد الشباب إلى اقتلاعها بواسطة الات خاصة و صقلها بما يناسب اذواق اصحاب المنازل الفخمة و الفيلات ، مقابل مبالغ مغرية بالنسبة لهؤلاء الشبان. في هذا السياق اشار الدكتور عبد السلام فريد إلى ان زحف الداء خلف 42 ارملة و 96 يتيما ، دون الاخذ في الحسبان بعض الحالات الاخرى المسجلة بباقي بلديات الولاية، مضيفا ان مديرية الصحة لولاية باتنة نظمت في 2007 حملة التشخيص لداء التكلس الرئوي مست 359 صاقل للحجارة، من بينهم 176 يحمل أعراض المرض منهم 21 مصابون بتعقيدات صحية ،مشيرا ان ولاية باتنة ككل تسجل إلى غاية اليوم 925 ممتهن في صقل الحجارة من بينهم 350 مصابا بالسيليكوز، 59 مصابا منهم يحمل تعقيدات بمرض السل و 7 يخضعون للتنفس الاصطناعي ، و قد تحدث بعض الاطباء عن وجود بعض الحالات المصنفة في خانة الميؤوس منها، حيث لاتزال المصالح الطبية المختصة تعلن بين وقت و اخر عن وفاة مصاب بداء التكلس الرئوي. ما جعل مجموعة من المهتمين و اولياء الضحايا و الممارسين يطالبون بوضع مخطط استعجالي واضح من طرف السلطات الرسمية بولاية باتنة ، من اجل وقف مهنة الموت أو على الاقل توفير ادوات و اجهزة حديثة تقي ممارس هذه المهنة من خطر الاصابة بمرض السيليكوز.(طارق رقيق ،الجمعة 06 ديسمبر 2013).

3. تعريف مرض التكلس الرئوي (السيليكوز):

أو داء الرئة الصواني، أو تصون الرئة ، وهو مرض معروف منذ القدم ، ينتج عن استنشاق جزيئات غبار السيليس البلورية الحرة و الصغيرة الحجم (اقل من 5ميكرومتر) ، و التي تصل إلى الحويصلات الهوائية ، أين تبقى محجوزة داخل النسيج الرئوي. بالإضافة إلى أن مادة السيليس تسمم النسيج الرئوي ، إذ أن تركيز هذه المادة في الهواء المستنشق يعتبر من العوامل الرئيسية التي تتسبب في حدوث مرض السيليكوز ذي المضاعفات الكثيرة التي تزيد من خطورته ، وتكون الإصابة بالمرض أكبر عندما يكون تركيز السيليس في الهواء المستنشق أكثر مما يجعل كمية الغبار المستنشق تتجاوز إمكانيات التصفية للرئتين ، كما أن عامل التعرض لمدة طويلة لغبار السيليس يزيد من خطورة الإصابة (ع حميزي، مرجع سابق ،ص 10).

● التعريف بمادة السيليس :

مادة السيليس (أو رمل الصوان) :هي معدن متواجد بكثرة في الطبيعة ، و هي تمثل 75 بالمئة من القشرة الأرضية، مما يجعلها في الحقيقة متواجدة بكميات متنوعة في اغلب المواد المعدنية المستعملة في الكثير من القطاعات الصناعية .
– وتكون مادة السيليس الحرة على شكل بلوري (SiO_2) وهي سامة مقارنة بالسيليس المركبة من مواد معدنية أخرى مثل السيليكات (Robert R- LAUWERYS ,2003 ,p621).

1.3 التعرض: إن خطر التعرض لتلك المادة يزداد في الأماكن التالية:

- مناجم الذهب (في إفريقيا الجنوبية) ، و في مناجم القصدير (بوليفيا و اندونيسيا) أين يوجد فيها غبار غني بمادة السيليس الحرة، كما نجدها في مناجم الفحم الحجري بأوروبا إذ يتواجد بتلك المناطق مرض التكلس الرئوي من جراء الغبار المختلط (Anthraco silicose).
- بالإضافة إلى الأشغال العمومية (أشغال الأنفاق و ترميم السدود) و يعتبر خطر التكلس الرئوي في المناجم أكثر منه في المحاجر. وكما نجد خطر هذا المرض في مصانع التطهير و

التشبيك، و كذا في صناعات الزجاج و البلور. وكذا في صناعات الطحين و الفرينة ، وفي استعمالات الرمل في تطريق الزجاج ،

في صناعة الترميم و صقل الحجر الغنية بمادة السيليس (مثل الغرانيت)، و كذا في تزيين الواجهات بالحجر و الرخام .

2.3- العوامل الممرضة :

في البداية لاتظهر أعراض المرض ، ولا يمكن التعرف على الإصابة به إلا بالتشخيص بالأشعة السينية للصدر، و يمكن أن يستغرق ذلك مدة تتراوح بين 10 الى 30 سنة في الحالات العادية ، أما في حالة التعرض لكميات كبيرة من الغبار المحتوي على السيليس، كما هو الحال عند استعمال القاطعات الكهربائية في نحت الحجارة مثلا ،فان أعراض المرض يمكن أن تظهر بعد سنة أو سنتين فقط أو حتى بعدأشهر من العمل. إذ تتمثل الأعراض في السعال و التنخم . ثم يتطور المرض لينتج عنه قصور في التنفس ، حيث يصبح المصاب يعاني من الضيق في التنفس ،و العياء ويتأثر بذلك القلب محدثا حالات خطيرة ميؤوس منها .(نفس المرجع ،ص11)

تظهر الصور الإشعاعية للصدر:

- غياب الابيضاض في الصورة . (Absence d'opacité)

– صورة مصغرة لبقع بيضاء حلقية . (Petites opacités cerclaire)

– صورة لبقع بيضاء صغيرة و غير منتظمة. (Petites opacités irregulières)

– صورة لبقع بيضاء واسعة. (larges opacités) .

3.3 الأعراض العيادية :

قام الباحث واينر "Wagner" بتحديد أعراض التكلس الرئوي ، حيث نشره في بحث سنة

1997. إذ يرى بصفة عامة أن الاعرض لا تظهر إلا بعد سنوات عديدة من 10 الى 15 سنة

من التعرض لمادة السيليس . إلا أن التعرض للغبار بصفة مكثفة , فإن المرض يظهر بعد أشهر .

إن العرض الذاتي (symptome subjectif) والمتمثل في الشعور بالنقص في التنفس ، أين يظهر في البداية بقوة و يستمر بصورة دائمة. حيث يظهر المريض عدم القدرة على العمل بصورة كلية كما يظهر أعراض متمثلة في: تدهور الحالة الصحية العامة ،فقدان الوزن ، العياء ، سعال و الأام في الصدر.

إذ تظهر تلك الأعراض في حالة تضاعف التكلس الرئوي إلى عدوى "infection" أو إلى انتفاخ رئوي انسدادى (emphysème obstructif) والذي ينتقل تدريجيا إلى حالة القلب

الرئوي المزمن "Coeur pulmonaire chronique".

إن التحاليل للغاز في الدم في وقت الراحة تظهر عدم التشبع بالهيموغلوبين وهذا بسبب وجود اضطراب في عملية التبادل الغازي . فالتشبع بأكسيد الهيموغلوبين يبقى منخفض عن 95 بالمئة .

الضغط الجزئي لثاني أكسيد الكربون في الدم الشرياني. فيبقى عاديا . و في هذه المرحلة نجد زيادة في عملية التهوية أثناء التنفس العميق ، و يقابله زيادة في استهلاك الأوكسجين .

4.3 مضاعفات المرض:

- أ - السل الرئوي التكلسي (silico tuberculose): ينتج هذا المرض من تراكم بكتيريا تدعى (mycobacterium tuberculosis) المكتشفة عند الحيوان، و يعتبر هذا المرض صعب الاكتشاف إذ يتطور ويعطي كتل شبه ورمية ، إذ أودى هذا المرض بحياة الكثير من عمال مناجم الذهب بإفريقيا الجنوبية في بداية هذا القرن ، وكذا عمال الفحم بأوروبا.
- ب- (necrobiose des masses pseudotumorales) : نجد هذا النوع من المرض خاصة عند عمال الفحم الحجري ، حيث يعطي أعراض متمثلة في :- قيء اسود اللون ،

صورة الصدر تظهر شكل مائي هوائي (hydro aérique) في صورة بقعة دائرية منتظمة
مع غياب لعصيات كوخ ، و يعتبر هذا هو التشخيص الفارقي مع المرض السابق
ج- **انتفاخ رئوي وحيد الجانب (pneumothorax)** : يظهر هذا النوع في حالة التكلس
الرئوي الشبه الورمي ، مع بقعة من انتفاخ رئوي (bulle d'emphysème) ، حيث يظهر
هكذا دون أعراض معينة ، ومع وجود إنتان على مستوى جانبي الصدر ، مع نقص في وظيفة
إحدى الرئتين . (Roert R –LAUWERYS, 2003 p 626)

- **الالتهاب المزمن للقصبات الهوائية (bronchite chronique)** : إن استهلاك التبغ هو
المسبب الأساسي لهذا المرض ، كما يعتبر من مضاعفات التكلس الرئوي و شأنه في ذلك شأن
الأمراض الشبه ورمية . (Minette, 1962,p57) إن بعض الدراسات الوبائية تبين بان
التعرض لمادة السيليس تعطي فعل تهيجي للمجري التنفسية مما ينتج ما يسمى (التناذر
الانسدادية) ، مع غياب كل أعراض التكلس الرئوي و خاصة في الصور الإشعاعية للصدر .
ه- **الانتفاخ الرئوي (L'emphysème)** : بعض الباحثين مثل كوكروفت "Cockcroft" ، يرى
بان الانتفاخ الرئوي لا يعتبر من مضاعفات التكلس الرئوي و إنما يتكون من خلال تضاعف
ما يسمى (Anthraco silicose) عند عمال مناجم مادة الشاربون . (Cockcroft et al
. (1982,p600

و- **التحول إلى سرطان (Action cancérogène)** : التجارب على الجرذان أثبتت إمكانية
التحول التكلس الرئوي إلى سرطان الرئة حين استنشاق مادة السيليس البلورية عن طريق
دخولها عبر الرغامي و القصبات الهوائية .
كثيرا من الدراسات الوبائية تؤكد وجود علاقة بين التعرض لمادة السيليس و مختلف
أمراض المناعة الذاتية مثل تصلب الجلد ، التهاب المفاصل الرئوي ، و أمراض القصور
الكروي المزمن . (STeenland et Gold smith,1995,p603) .

5.3 تطور المرض:

- تتدخل عدة عوامل في تطور مرض التكلس الرئوي و منها :
- قابلية الشخص للتعرض .
 - درجة و مدة التعرض للغبار .
 - حجم الجزيئات ونسبها المئوية لمادة السيليس الحرة .
 - احتمال إصابة الجهاز التنفسي بالمرض مثل السل الرئوي .
- إن تطور المرض هذا يستمر حتى 50 سنة و هذا حسب كثافة استنشاق الغبار بالإضافة إلى عوامل أخرى مساعدة في التكتيف المستمر .
- التكلس الرئوي الناتج عن الكثافة المستمرة لاستنشاق مادة السيليس تتطور إلى قصور كلوي ، و قصور وعائي قلبي (القلب الرئوي المزمن) . وتتمثل الأعراض الأولى في :
- زيادة حجم الصمام الأيمن للقلب .
 - آلام على مستوى الكبد .
 - الزيادة في حجم الكبد .
 - انتفاخ في الأطراف السفلية . (Robert et LAUWERYES , pp628-629)

6.3 - الأشكال العيادية :

يأخذ التكلس الرئوي عدة أشكال منها :

* **التكلس الرئوي الحاد:** هذا النوع من الأشكال العيادية يسمى كذلك (silicolipoprotiènos)

(alvéolaire) ، ويوجد هذا النوع من عند عمال صناعة مواد تحتوي على غبرة السيلسيوم

المستنشقة باستمرار ، كما يستنشقها المريض إراديا كما في حالة مريضة استنشقت مادة

(AJAX) على شكل غبرة لمدة عام ، أدى بها إلى مرض التكلس الرئوي الحاد . (DAIZE et)

(al , 1994 , pp251-254)

تناذر كابلان-كولينيني (syndrome de caplan -colinet) :

مكتشف من طرف كل من الأخصائي في الأشعة الانجليزي كابلان ، و الأخصائي في أمراض المفاصل البلجيكي كوليني ، وهو عبارة عن مركب بين التهاب المفاصل الرثوي المزمن التقدم و التكلس الرئوي المكثف . إن كثرة ظهور التهاب المفاصل الرثوي عند مرضى التكلس الرئوي في دراسة أجراها العالم "كالفرت" باليوم ا على عينة متكونة من 04 ملايين عامل معرض لغبار يحتوي مادة السيليس لمدة 18 سنة، أظهرت الدراسة ظهور مرض التكلس الرئوي مع أعراض التهاب المفاصل الرثوي و هذا بالمقارنة مع العينة الشاهدة . وتعتبر مادة السيليس مثل ما يسمى بالانجليزية ("PAMP" pathogen associated molecular pattern) مستقبلة من طرف البالعات السنخية الرئوية ، هذه المستقبلات هامة في التعرف على السيليس و بالتالي فان هذه الأخيرة تقوم بتحريض الخلايا المناعية خلال الإصابة الداخلية أو الخارجية للرئتين . أضف إلى أن بعض الدراسات تعطي نتائج هامة في المجال المناعي من خلال وجود العديد من الأجسام الضدية الذاتية في مصل المريض المعرض للسيليس. (Racil H et al ,2010, pp36–39)

* داء برويتيني على شكل خراج رئوي (protiènose alvéolaire): يظهر هذا النوع جدول عيادي لمرض ذات الرئة (pneumonie) ويعتبر غسل القصبات الهوائية مع الاسناخ الرئوية أحسن علاج.

7.3 العلاج :

لا يوجد علاج لهذا المرض، وإنما العلاج بالألمنيوم المعتمد سنة 1939 من طرف "ديني

وأصحابه" (Denny et al) وهذا باستعمال :

-أملاح الألمنيوم، إلا أنها غير مستعملة في الوقت الحالي.

- غسل الشعبات الهوائية مع الاسناخ الرئوية المتضررة ، وهذا في حالة سرعة انتشار المرض .

– علاج التظاهرات المرضية المجتمعة مع بعضها مثل: التهاب القصبات الهوائية،

المضاعفات القلبية أو المعدية. (Philippe GODARD , 1993,p606)

وتعتبر الوقاية الطبية أحسن وسيلة علاجية ،وهذا بعد ظهور الأعراض الأولى أثناء

التشخيص الإشعاعي و الوظيفي .

أما الوقاية التقنية فتهدف إلى منع الجزيئات الصغيرة من الغبار من الانتشار والتقليل من

تنقلها، والابتعاد عن التعرض للغبار الذي يحتوي على مادة السيليس و عدم استنشاقه .

هناك نوعان من الوقاية التقنية: الجماعية و الفردية، فأما الوقاية الجماعية فتكمن في : محاربة

الخطر عند مصدره .وذلك :

* بامتصاص الغبار عند مصدره.

* بترطيب محيط العمل باستعمال الماء .

* استعمال قاطعات مزودة بخراطوم ماء.

* تحديد و حصر مكان الخطر ،مع احترام إجراءات المراقبة .

* إعلام طبيب العمل و مفتشية العمل بممارسة المهنة م(ن اجل المتابعة و المراقبة

* تكوين العمال و إعلامهم من اجل الحفاظ على سلامتهم الصحية .

فأماالوقاية التقنية الفردية فتكمن في :

* استعمال أجهزة خاصة لامتصاص الغبار

* العمل داخل حجرات مكيفة لنحت الحجارة (هناك ثلاثة أنواع من الحجرات المكيفة وهي:

حجرات ذات تدفق مائل، حجرات ذات تدفق عمودي، و حجرات ذات تدفق أفقي.)

الإطار التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

1- منهج الدراسة:

جاء في المعجم الوسيط : نهج الطريق ، وضح استبان ، و المنهاج : الطريق الواضح و الخطة المرسومة ، و منه منهاج الدراسة . لقد اتفقت المعاجم اللغوية على أن المنهج هو الطريق الواضح الذي يتبعه الإنسان للوصول إلى غاية ما. اصطلاحا : المنهج خطة يسير عليها الباحث بدءا من التفكير في موضوع البحث حتى ينتهي من انجازه ومن تعريفاته : المنهج هو خطة معقولة لمعالجة مشكلة ما ، وحلها عن طريق استخدام المبادئ العلمية المبنية على الموضوعية ، و الإدراك السليم المدعمة بالبرهان و الدليل. (محمد خان ، 2011، ص 14-15) . تم استخدام المنهج الوصفي المقارن للإجابة على فرضيات الدراسة وقد تمت المعالجة الإحصائية عن طريق حزمة العلوم الاجتماعية SPSS .

يعرف المنهج الوصفي على انه طريقة من طرق التحليل و التفسير بشكل علمي للوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية معينة وهو الطريقة لوصف الظاهرة المدروسة و تطويرها كليا عن طريق جمع المعلومات مقننة عن المشكل و تصريفها و تحليلها و إخضاعها للدراسة الدقيقة ، و يشمل هذا المنهج عدة أنماط من الدراسات منها جانب الدراسات المقارنة التي تركز على كيف و لماذا تحدث الظاهرة الاجتماعية فتقارن جوانب التقارب و التشابه و الاختلاف بين الظاهرة لكي تكشف أي العوامل يبدو أنها تصاحب إحداثا أو ظروفها أو ممارسات معينة وتحاول أن تنظر بعمق بغية تأكيدها إذا كانت هذه العلاقة قد تسبب أو تكمن وراء الحلة السطحية. (صلاح الدين شروح، 2003 ، ص 150).

2. حدود الدراسة:

- الحدود المكانية: تحدد إجراء الدراسة الميدانية على عينة من المواطنين القاطنين بدائرة تكوت باتنة.

- الحدود الزمنية: لقد امتدت دراسة بحثنا رسميا في الفترة الممتدة من ديسمبر 2016 إلى

فيفري 2017، و التي من خلالها حددنا موضوع بحثنا بالضبط، ووضعنا الفرضيات بناءا

على ملاحظناه في أرض الواقع، ثم قمنا بجمع المعلومات حول الموضوع، و تحديد العينة، وتطبيق المقياس للتأكد من الفرضيات لنهي العمل بمجموعة من الاقتراحات.

3. عينة البحث و خصائصها: تم اختيار العينة من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في مجموعة من

العمال الذين يعملون في البناء في دائرة تكوت ولاية باتنة ، و البالغ عددهم 70 فردا ذكور

(35 مصاب بداء السيليكوز ، 35 غير مصابين بالمرض). تراوح المدى العمري بين (18

إلى 60 سنة) بمتوسط عمري قدر ب 28,44 وانحراف معياري 10,18. و فيما يلي عرض

لخصائص عينة الأفراد المصابين بالمرض، حسب الحالة الاجتماعية و أقدمية الإصابة بالمرض.

الجدول (1) يبين خصائص عينة المصابين بالمرض

النسبة المئوية	العدد	خصائصها	
0.428%	15	أعزب	الحالة الاجتماعية
0.572%	20	متزوج	
0.34%	12	أقل من عام	أقدمية الإصابة بالمرض
0.66%	23	أكثر من عام	

يتضح لنا من خلال الجدول أن نسبة المتزوجين بلغت 0.57%، أي ما يمثل 20 فردا، في

حين أن نسبة الذكور بلغت " 0.43 %"، أي ما يمثل 15 فردا. في حين أنه حسب المستوى

أقدمية الإصابة بالمرض فكانت النسبة الأكبر لعينة أكثر من عام أقدمية في الإصابة بنسبة 66

% بفارق 32% عن اقل من عام أقدمية الإصابة بالمرض أي ما يعادل 23 فردا في مقابل

12 فردا.

4. أدوات الدراسة: مقياس قلق الموت للدكتور بشير معمرية

لابد لكل بحث من توفر الأدوات اللازمة لجمع المعلومات حول العينة المدروسة و استخدمنا في هذا البحث : مقياس قلق الموت للباحث بشير معمرية.

1.4 وصف المقياس :

- يتكون المقياس في نسخته النهائية من 34 بندا (عبارة) تمت صياغتها بأسلوب التقرير الذاتي و يجاب عنها ضمن أربعة بدائل هي : لا نادرا، أحيانا، غالبا. و قد مر بالخطوات التالية لأعداده:
 - قام مصمم الاستبيان بالاطلاع على عدد من الدراسات و الاستبيانات في المراجع التي تناولت قلق الموت و بعدها قام بأعداد 53 بندا لقياس قلق الموت .
 - قام بعرض الاستبيان على 157 طالبا و طالبة من قسم علم النفس بجامعة باتنة ،من أجل التعرف على مدى وضوح التعليمات و البنود من الناحية اللغوية ،فقام وفقا لذلك بأخذ ملاحظات الطلبة التي زودته بتغذية راجعة مفيدة ،فقام بالتعديل في التعليمات و في بعض البنود التي ابدوا عدم فهم لمضمونها ،و إدماج بعض البنود فأسفرت العملية عن إلغاء 4 بنود فأصبح الاستبيان يتكون من 49 بندا.
 - قام بعرض الاستبيان على الأساتذة الباحثين في علم النفس في جامعات الجزائر و ناقش معهم البنود و مضامينها و صياغتها، ومدى قدرتها على قياس قلق الموت و طريقة الإجابة عنها فأسفرت هذه العملية عن إعادة صياغة بعض البنود و حذف 9 منها أما لأنها لا تقيس قلق الموت أو لأنها مكررة ، فأصبح الاختبار يتكون من 40 بندا.

عينة التقنين:

تكونت من 1125 فردا منهم 446 من الذكور و 681 من الإناث و تتكون كل عينة من الجنسين من عينتين فرعيتين أخريين و فقا للعمر.

- **العينة الأولى:** 683 فردا منهم 241 من الذكور و 442 من الإناث تراوحت أعمارهم بين 18-25 سنة بلغ متوسط أعمار الذكور 20.72 و انحراف معياري 1.46 أما متوسط أعمار الإناث فبلغ 20.31 و انحراف معياري 1.76 و تم جمع أفراد من جامعات باتنة و جامعة باجي مختار عنابة و جامعة ورقلة و من التعليم الثانوي و التكوين المهني و إداريين و مهنيين.
- **العينة الثانية:** بلغ عدد أفرادها 263 فردا منهم 203 ذكور و 239 من الإناث تراوحت أعمارهم بين 26 و 37 سنة بمتوسط حسابي قدره 30.24 للذكور و انحراف معياري قدره 2.56 أما متوسط عمر الإناث فبلغ 26.18 و انحراف معياري قدره 2.26 و تم جمع أفرادها من طلاب المرحلة الجامعية الأولى و طلاب الدراسات العليا بجامعة الحاج لخضر باتنة ، و من الإداريين و المهنيين بمدينة باتنة مدة الدراسة : استغرق تطبيق الاستبيان على العينات السابقة لجمع المعلومات منها حول قلق الموت ابتداء من شهر فيفري 2004 إلى شهر جوان 2005.

- 2.4 الخصائص السيكومترية للمقياس:** قام الدكتور بشير معمريه بحساب معدلات الصدق و الثبات في البيئة الجزائرية للعينتين السابقتين كما يلي:
- **أولا: العينة الأولى (الفئة العمرية بين 18-25 سنة).**

1-الصدق : تم حساب الصدق ب 3 طرق

1.1- الصدق البنائي بأسلوب الاتساق الداخلي: تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل

بند و الدرجة الكلية للاختبار. و بينت النتائج أن معاملات الارتباط بين الدرجات على بنود يبين أن الدرجة الكلية للاستبيان كلها دالة إحصائية عند مستوى 0.01 إلا أن هناك 6 بنود

انخفضت معاملات ارتباطها إلى اقل من 0.3 مع الدرجة الكلية مما يخل بمستوى التناسق بين

بنود الاستبيان فتم حذفها. و بقى 34 بندا و هي تكون بنود الاستخبار في صورته النهائية مما يعني أن الاختبار يتمتع باتساق داخلي معقول مما يدل على انه يقيس متغيرا واحدا متناسقا، و هذا مؤشر واضح على صدق الاختبار، سواء عند عينة الذكور أو عينة الإناث أو عند العينة الكلية من ذوي الفئة العمرية (18-25 سنة).

2.1- صدق المحك بأسلوب التلازم : تبين أثناء عرض الباحث للخلفية النظرية للدراسة أن

قلق الموت، هو قلق معمم طليق، ولذا قام بحساب معاملات الارتباط بينه و بين كل من قلق الحالة و قلق السمة ، فقام بتطبيق قائمة سبليرجر و آخرون لقياس قلق الحالة و قلق السمة و هي تعريف احمد محمد عبد الخالق.

3.1- الصدق التميز بأسلوب المقارنة الطرفية: تم سحب 27 بالمائة من طرفي التوزيع

للمرات التي حصل عليها أفراد العينة في استبيان قلق الموت للراشدين بعد ترتيبها من ادني درجة إلى أعلاها. بالنسبة لعينة الذكور كانت 65 فردا من كل طرف و بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعينتي الطرفين كل على حدة ثم حسبت قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين. أما بالنسبة لعينة الإناث فكانت النسبة تساوي 119 فردا من كل طرف و بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعينتي الطرفين كل على حدة، ثم حسبت قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين.

2-الثبات : تم حساب الثبات بثلاثة طرق كذلك :

1-2 حساب معدل الاتساق عبر الزمن بأسلوب إعادة التطبيق: تم تطبيق الاستبيان ثم أعيد

تطبيقه على 111 من الذكور ، 123 من الإناث و كان الفاصل الزمني بين التطبيقين يتراوح بين 20 يوما و ثلاثة أشهر فجاء معامل الارتباط بين التطبيقين كما يلي:

عينة الذكور : 0.612 دال إحصائيا عند مستوى 0.01

عينة الإناث: 0.654 دال إحصائيا عند مستوى 0.01.

2.2- طريقة التجزئة النصفية بأسلوب فردي/زوجي: قام معد الاختبار بتصحيح إجابات أفراد

العينة بطريقة استخراج درجتين لكل فرد على حداها على البنود الفردية و الثانية على الزوجية فصار لكل فرد درجتان ، ثم قام حساب معامل الارتباط بين الدرجتين لعينة الذكور ن =241 و لعينة الإناث ن=442 فجاء معاملا الارتباط كالتالي :

عينة الذكور : 0.853 و ارتفع بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون 0.922.

عينة الإناث : 0.853 و ارتفع بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون 0.922

ما يشير إلى أن الاختبار يتميز بمستوى عال من الاتساق بين البنود و الاختبار.

2-3 حساب معدل معامل الفا كرومباخ: جاء معامله يساوي 0.914 و هو معامل مرتفع.

• ثانيا: العينة الثانية (الفئة العمرية 29-37 سنة).

1- الصدق: تم حساب الصدق بثلاث طرق

1.1- الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي: حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند

و الدرجة الكلية للاختبار كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 إلا أن هناك ستة بنود

انخفضت معاملات ارتباطها إلى اقل من 0.3 مع الدرجة الكلية و هي نفس البنود مع العينة

الأولى ذات الفئة العمرية (18-25 سنة) فتم حذفها و بقي 34 بنود و هي تكون بنود الاختبار

في صورته النهائية مما يعني أن الاختبار يتمتع باتساق داخلي معقول مما يدل على انه يقيس

متغيرا واحدا متناسقا و هذا مؤشر واضح على صدق الاختبار سواء عند عينة الذكور أو عينة

الإناث من ذوي الفئة العمرية (26-37 سنة).

2.1- صدق المحك بأسلوب التلازم: تم حساب معاملات الارتباط بين اختبار قلق الموت و

كل من قلق الحالة و قلق السمة من إعداد سبليرجر و آخرون ، و تعريب احمد محمد عبد

الخالق و حسب معاملات الارتباط لعينة الذكور (ن=203) أما الإناث (ن=239). معاملات الارتباط دالة إحصائية عند مستوى 0.01

3.1- الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية: حيث تم سحب 27 بالمئة من طرفي

التوزيع للدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في اختبار قلق الموت للراشدين بعد ترتيبها من أدنى درجة إلى أعلاها. بالنسبة لذكور كانت 55 فردا من كل طرف و بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعينتي الطرفين كل على حدة، ثم حسبت قيمة "ت" لدلالة الظروف بين المجموعتين المتطرفتين و قسمة "ت" بينت لدلالة الفروق بين متوسطي العينة الدنيا و العليا. يتبين من قيمة "ت" 26.66 انها دالة إحصائية عند مستوى 0.01 لدلالة الذيلين، مما يشير لي أن الاختبار له القدرة على التميز بين المجموعتين المتطرفتين مما يدل على صدقه لدى عينة الإناث .

2- الثبات : تم حسب الثبات بثلاثة طرق:

1-2 حساب معامل الاتساق عبر الزمن: تم تطبيق الاختبار ثم أعيد تطبيقه على 153 من

الذكور و 174 من الإناث و كان الفاصل الزمني بين التطبيقين يتراوح بين 20 يوما و ثلاثة أشهر فجاء معاملا الارتباط بين التطبيقين كما يلي:

1-1-2: عينة الذكور: 0.702 دال إحصائيا عند مستوى 0.1

2-1-2: عينة الإناث: 0.715 دال إحصائيا عند مستوى 0.01

2-2 طريقة التجزئة النصفية بأسلوب فردي /زوجي: قام معد الاختبار بتصحيح إجابات أفراد

العينة بطريقة استخراج درجتين لكل فرد، أحداها على البنود الفردية و الثانية على البنود الزوجية فصار لكل فرد درجتان، ثم قام بحساب معامل الارتباط بين العينة الذكور ن =239 و العينة الإناث ن =239 فجاء معامل الارتباط كما يلي .

1-2-2 عينة الذكور: 0.756 و ارتفع بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون إلى 0.561.

2-2-2 عينة الإناث: كان 0.770 و ارتفع بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون إلى 0.780. مما يشير إلى ان الاختبار يتميز بمستوى عال من الاتساق بين البنود داخليا مما يشير إلى ثباته .

3-2-2: حساب معامل الفا كرومباخ: جاء معامله يساوي 0.926 و هو معامل مرتفع. ملاحظة: أجريت جميع العمليات الإحصائية لحساب معاملات الصدق و الثبات للاستخبار باستعمال الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية spss .

3- طريقة التطبيق و التصحيح و تقدير الدرجة:

يطبق الاختبار أساسا بطريقة جماعية، أي يجب عنه عدة أفراد في نفس الجلسة كما يمكن تطبيقه بطريقة فردية. يجب على الاختبار حسب التوضيح الوارد في التعليمات بان يضع المفحوص علامة (X) أمام واحدة من الاختبارات الأربعة التالية: لا. نادرا. أحيانا. غالبا. وعند التصحيح يمنح المفحوص درجة صفر إذا أجاب ب:لا، و درجة 1 إذا أجاب ب:نادرا، و درجة 2 إذا أجاب ب:أحيانا، و درجة 3 إذا أجاب ب غالبا، و التصحيح يكون في اتجاه واحد. وتتراوح الدرجة النظرية التي يحصل عليها الفرد على الاختبار من صفر إلى 102 درجة و يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مشاعر قلق الموت. و يستخدم الاختبار في مجال البحث النفسي و في مجال تشخيص قلق الموت .

تعتبر الإجراءات المنهجية مفتاح كل دراسة و التي عن طريقها نتوصل إلى نتائج دقيقة واضحة و موضوعية يمكن الاعتماد عليها، حيث توصلنا من خلال هذا الفصل أن الاختبار الذي اعتمدنا عليه صادق و ثابت في بيئة عينة الدراسة المختارة. لذلك قررنا أن نعتمد على

نتائج الخصائص السيكومترية للباحث بشير معمريّة لان عينة تقنين المقياس التي اعتمد عليها هي مجموعة من الأفراد الجزائريين تتطابق إلى حد بعيد مع أفراد عينة الدراسة.

4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: جرى اختبار التحليلات الإحصائية طبقاً

لسمات العينة و فرضيات الدراسة، و قد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية).

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة: فيما يلي عرض و تفسير و مناقشة النتائج المتحصل عليها

حسب فرضيات الدراسة :

1.1 الفرضية العامة : جاء نص الفرضي العامة كما يلي:

يعاني مرضى السيليكوز من درجات عالية من قلق الموت.

لدراسة هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسط درجات قلق الموت في العينة الكلية (المصابين والغير مصابين بالمرض)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم: 02 يوضح المتوسط والانحراف المعياري للعينة الكلية:

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	
12.45	39.03	70	العينة الكلية

من خلال الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة الكلية المكونة من 70 عامل بناء؛

موزعة على عينتين المصابين بالمرض بعدد أفراد قدره 35، والغير مصابين بالمرض الذين

بلغ عددهم 35 فرد؛ بلغ 39.03 درجة مع انحراف معياري قدر ب 12.45 .

بعد حساب المتوسط الحسابي للعينة الكلية، قمنا بتحديد نسبة الأفراد الذين يعانون من

درجات عالية عن المتوسط في قلق الموت في كل من عينة المصابين بالمرض أو غير

المصابين به. والجدول التالي يوضح ذلك:

النسبة المئوية	العدد	درجات قلق الموت	
0.37%	13	أقل من 39	عينة المصابين بالمرض
0.63%	22	أكبر من 39	
0.68%	24	أقل من 39	عينة غير المصابين بالمرض
0.32%	11	أكبر من 39	

جدول رقم: 03 توزيع أفراد العينتين بحسب درجات القلق

من خلال النتائج المبينة في الجدول (03) نجد أن نسبة درجات القلق العالية (من 39 فما فوق) لدى المصابين بمرض السيليكوز قدرت ب 0.63% وهي نسبة عالية، في حين بلغت نسبة درجات القلق العالية في عينة غير المصابين بهذا المرض ما قيمته 0.32 % فقط. و عليه فالنتيجة الحالية تبين بان مرضى السيليكوز يعانون من درجات عالية من قلق الموت. وعليه يمكننا أن نقول بأن الفرضية العامة التي تنص على أن مرضى السيليكوز يعانون من درجات عالية من قلق الموت قد تحققت.

وللتأكد من هذه النتيجة ، ارتأينا أن نقوم بدراسة الفروق بين درجات قلق الموت عند كل من عينة المرضى والغير المصابين بالمرض، فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم:04 دراسة الفروق في درجات قلق الموت حسب متغير الإصابة أو عدم الإصابة بالمرض.

الدالة	t	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد		
0.025 دالة عند مستوى دلالة 0.0	2.33	8.72	42.20	35	وجود المرض	المرض
		14.76	35.86	35	عدم وجود المرض	

من خلال معطيات الجدول (04) يتضح لنا أن قيمة ت المحسوبة هي 2.33 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,05 ، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بدلالة الإصابة أو عدم الإصابة بالمرض لصالح وجود المرض ، بمعنى أن الأفراد المصابين بمرض السيليكوز (م 42.20، ع 8.72) يعانون من درجات عالية من قلق الموت بمقارنتهم بالأفراد غير المصابين بالمرض(م 35.36، ع 14.76) ، وهذا ما يدعم النتيجة الأولى التي توصلنا إليها

من خلال الجدول رقم 04

2.1 الفرضية الجزئية الأولى: التي تنص على: " توجد فروق في درجات قلق الموت لدى مرضى السيليكوز حسب متغير الحالة الاجتماعية.

جدول رقم:05 دراسة فروق في درجات قلق الموت لدى مرضى السيليكوز حسب متغير

الحالة الاجتماعية

الدالة	t	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الحالة الاجتماعية	
0.47 غير دالة	0.465	8.53	43.00	15	أعزب	
		9.02	41.60	20	متزوج	

بلغ متوسط درجات القلق لدى عينة غير المتزوجين المصابين بالمرض 43.00 مع انحراف

معيارى قدره 8.53 في حين بلغ المتوسط الحسابى لعينة المتزوجين المصابين بالمرض

41.06 بانحراف معيارى قدره 9.02 . من خلال معطيات الجدول (05) يتضح لنا أن قيمة

t هي 0.465 وهي قيمة غير دالة عند مستويي الدلالة في العلوم الاجتماعية " 0.01،

"0.05 . وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بدلالة الحالة الاجتماعية لدى

مرضى السيليكوز بمعنى أن المتزوجين وغير المتزوجين من المصابين بالمرض يعانون

كلاهما من درجات عالية من قلق الموت بنفس الشدة . وعليه فأن الفرضية التي تنص على

وجود فروق دالة إحصائية لدى مرضى السيليكوز بدلالة الحالة الاجتماعية لم تتحقق.

3.1 الفرضية الجزئية الثانية : التي تنص : " توجد فروق في درجات قلق الموت لدى

مرضى السيليكوز حسب متغير أقدمية الإصابة بالمرض".

جدول رقم:06 دراسة فروق في درجات قلق الموت لدى مرضى السيليكوز حسب متغير

أقدمية الإصابة بالمرض

الدالة	t	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد		
0.76 غير دالة	0.30	12.42	42.83	12	أقل أو يساوي عام	أقدمية الإصابة
		6.32	41.87	23	أكثر من عام	

من خلال النتائج المبينة في الجدول (06) نجد غياب الفروق بحسب أقدمية الإصابة بالمرض

بحيث نجد أن قيمة ت هي 0.76 وهي قيمة غير دالة عند مستويي الدلالة في العلوم م

الاجتماعية " 0.01، 0.05". وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بدلالة

الحالة الاجتماعية لدى مرضى السيليكوز بمعنى أن المصابين بالمرض منذ عام أو أقل (م 42.83، ع 12.42) والمصابين بالمرض منذ أكثر من عام (م 41.87، ع 6.32) يعانون

كلاهما من درجات عالية من قلق الموت بنفس الشدة والانتشار. وعليه فإن الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية لدى مرضى السيليكوز بدلالة أقدمية الإصابة بالمرض لم تتحقق.

2. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات:

1.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

تبين من خلال عرض نتائج الفرضية العامة إلى أن أكثر من 0.63% المصابين بمرض السيليكوز يعانون من درجات عالية من المتوسط في قلق الموت وهي نسبة عالية بمقارنتها بنسبة درجات القلق العالية في عينة غير المصابين بهذا المرض المقدرة ب 0.32 % فقط. وهذا ما أكدته دراسة الفروق في درجات القلق بين عيني الدراسة المصابين وغير المصابين بالمرض حيث بلغت قيمة ت 2.33، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.05. ويمكن تفسير ذلك من خلال مجموعة من العوامل تتعلق أساسا بطبيعة مرضى السيليكوز والتصور

الاجتماعي له وإدراكه من طرف المصاب و كذا بطبيعة المصابين بهذا المرض. فبطبيعة مرض السيليكوز في المخيال الاجتماعي لسكان دائرة تكوت هو مرض خطير ومزمن وأمل الشفاء منه منعدم بمعنى أن الفرد يدركه على أنه مرض الموت، وما يصاحب ذلك من معاناة الفرد من العديد من أعراض الاضطرابات النفسية كالقلق والكآبة واليأس والانعزال نتيجة صدمة الإصابة بالمرض العضوي(الذي يعتبر تهديد مباشر لحياة الفرد وتقييد لأسلوب حياته السابق) والأثر النفسي لعدم وجود علاج لهذا المرض على التوافق النفسي والاجتماعي لهذا الفرد. تتفق هذه النتيجة مع العديد من نتائج الدراسات الأجنبية كدراسة دراسة إبراهيم (1995) التي خلصت إلى وجود علاقة جوهرية بين قلق الموت والإصابة ببعض الأمراض العضوية الأخرى كالسكري، ضغط الدم، المفاصل والربو، بحيث أشارت النتائج إلى أن مجموعة المرضى قد تحصلت علي درجات عالية من قلق الموت بالمقارنة مع مجموعة الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة. (جعفر أبو صاع، 2003، ص 4) .

أما من جانب طبيعة مرضى السيليكوز، نجد أن اغلبهم شباب في مقتبل العمر ممن اتخذوا من صقل الحجارة كمهنة، ما يفسر ارتفاع مستويات قلق الموت لديهم لان هذا المرض يحد من طموحاتهم ونشاطهم في حين نجد أن معنى الشباب هو الانطلاق والنشاط والاستمتاع بالحياة. وهذا ما يتوافق مع نتائج دراسة ستيفنس و اخرون (1980) التي خلصت إلى أن الأفراد الكبار والذين تراوحت أعمارهم 60 و 83 سنة كانت درجة قلق الموت لديهم أدنى مما لدي الشباب ومن خصائصهم السيكولوجية التنافس والسيادة وحب الظهور و البحث عن مستقبل مزدهر و تحقيق طموحاتهم من خلال مهنتهم هذه، لكن المرض يحد من طموحهم و تفاؤلهم، وهذا ما يفسر زيادة درجات قلق الموت لديهم . و هذا ما أكدته دراسة (عبد الخالق، 1997) التي توصلت إلى وجود علاقة طردية بين التشاؤم وقلق الموت، و علاقة عكسية بين التفاؤل و قلق الموت. و مما زاد الحدث حدثا مؤلما هو سماع و رؤية المرضى وفاة أصدقائهم الواحد تلو الآخر فجأة و دون سابق إنذار، وهذا ما أشار إليه (تمبلر، 1976) إذ أن قلق الموت يحدده عاملين: حالة الصحة بوجه عام و عامل خبرة الحياة المتصلة بموضوع الموت-

(موت الأصدقاء-)، وقد تؤدي بموت الفرد نفسه. و من هنا نستنتج أنه من الطبيعي أن يكون مستوى قلق الموت عند مرضى السيليكوز مرتفع.

إن ارتفاع درجة قلق الموت لمرضى السيليكوز يرجع إلى عدم تقبلهم للموت لأنه حدث يناقض الحياة إذ يعود بالدرجة الأولى إلى عمرهم الصغير الذي يجعلهم في مرحلة الإقبال على الحياة والتشبث بها ، ورغبتهم القوية في التمتع بمباهجها وملذاتها وتحقيق أهدافهم وطموحاتهم فيها ، فهم يروها قريبة جدا بحكم عملهم الغالي الثمن إذ يمكنهم تغطية كل مطالبهم في أقل مدة زمنية . وكذلك يمكنهم الشعور بتحقيق الذات والإشباع والرضا والارتياح . أما الموت فهو الحدث الذي ينهي الحياة وكل ما يتوفر فيها من اشباع دون رجعة .

2.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تبين لنا من خلال نتائج الفرضية الجزئية الأولى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بدلالة الحالة الاجتماعية لدى مرضى السيليكوز بمعنى أن المتزوجين (م 41.06، ع 9.02) وغير المتزوجين من المصابين بالمرض (م 43.00، ع 8.53) يعانون كلاهما من درجات عالية من قلق الموت بنفس الشدة حيث قدرت قيمة ت هي 0.465 وهي قيمة غير دالة عند مستويي الدلالة في العلوم الاجتماعية " 0.01، 0.05". وعليه فإن الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية لدى مرضى السيليكوز بدلالة الحالة الاجتماعية لم تتحقق. ويمكن تفسير ذلك بالأثر العميق الذي يخلفه هذا المرض بكل ثقله الإدراكي النفسي والاجتماعي على الحالة الصحة والنفسية للمريض، فهو مرض فتاك ومهدد لحياة الفرد بسرعة وبلا أمل في العلاج ، ما يجعل من متغير الحالة الاجتماعية ذو تأثير بسيط أو منعدم على درجات قلق الموت عند أفراد عينة الدراسة. وهناك تفسير آخر للنتيجة غير الفارقة في اختبار قلق الموت فهو أن عينة البحث أغلبها شباب و من الراشدين و بما أنهم كذلك فكلهم يدركون أن مرضهم يمثل نهاية حتمية وسريعة لطموحاتهم وأمالهم في هذه الحياة.

إن مرض السيليكوز يتميز بنفس الألم لكونه ظاهرة بيولوجية بيوكيميائية لدى جميع المرضى دون مراعاة الحالة الاجتماعية لأن العضو المصاب نفسه وهو الرئة التي تلعب هاما في حياة

الانسان . فنجد جوزيف لودو يقول أن القلق والانفعال يمكنهما أن يؤثرتا على العاطفة و هنا أقصد العاطفة الأبوية, فالآباء لا يفكرون إلا في قلق الموت الذي يهدد حياتهم. وهناك دراسة واحدة تؤكد عن تهرب المسنين الأراامل عما يثير قلق الموت في أذهانهم على حين يميل العزاب و المطلقين والمتزوجين إلى اهتمام أكثر بموضوع قلق الموت و لكن لم تؤيد ذلك دراسات أخرى. ومن هنا يتضح أن عامل الحالة الاجتماعية لا يؤثر علي قلق الموت.

3.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تبين لنا من خلال نتائج الفرضية الجزئية الثانية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بدلالة اقدمية الإصابة بالمرض لدى مرضى السيليكوز بمعنى أن المصابين بالمرض منذ عام أو أقل (م 42.83، ع 12.42) والمصابين بالمرض منذ أكثر من عام (م 41.87، ع 6.32) يعانون كلاهما من درجات عالية من قلق الموت بنفس الشدة والانتشار بحيث نجد أن قيمة ت هي 0.76 وهي قيمة غير دالة عند مستويي الدلالة في العلوم الاجتماعية " 0.01، 0.05". وعليه فإن الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية لدى مرضى

السيليكوز بدلالة أقدمية الإصابة بالمرض لم تتحقق. ويمكن تفسير ذلك بالظروف العامة المصاحبة لهذا المرض التي يتمركز بشدة بهذه الدائرة في ولاية باتنة مع وفيات تقدر بحوالي حالة أو أكثر كل شهر دون مراعاة مدة الإصابة هذا نظرا لتطور المرض بسرعة لنقص الدفاعات البيولوجية لدى بعض المرضى وهذا ما يجعل الأفراد يعاودون معايشة صدمة الإقبال على الموت في كل لحظة يسمعون فيها موت احد الأصدقاء تلوى الآخر فجأة و دون سابق إنذار, وهذا ما أشار إليه (تمبلر، 1976) إذ أن قلق الموت يحدده عاملين: حالة الصحة بوجه عام و عامل خبرة الحياة المتصلة بموضوع الموت- (موت الأصدقاء-). (نفس

المرجع ، ص 05).

كما أن الألم المصاحب لمرض السيليكوز ألم مزمن. إذ يعد هذا الصنف من الألم من أبرز المشاكل الصحية التي يعاني منها المرضى صغارا و كبارا.

يؤدي الألم المزمن إلى الانعزال عن الحياة الاجتماعية ومزيد من الانطوائية، فهي بذلك تقلل فرص المريض في الاتصال بأهله و أصدقائه. و من ثم تظهر على المريض تغيرات سلوكية من اهتمام زائد بما يعانیه من أعراض، و قلق دائم و اكتئاب و أقرب مثال على ذلك الآلام في حالة اعتلال الأعصاب الناتج عن مضاعفات الأمراض السرطانية . و هذا ما يجعل تفكير المريض سواء بغض النظر عن اقدمية الإصابة بالمرض لا يفكر إلا في موضوع الألم الذي يؤثر في رفع درجات قلق الموت لديه.

3- المناقشة العامة:

يعتبر مرض السيليكوز من الأمراض المهنية الخطيرة التي تصيب الفرد وتحكم على حياته بالموت. فهو مرض مزمن يتميز بارتفاع درجات قلق الموت وبالآلم المزمن الذي من خلاله يشعر المريض بأنه سوف يموت. ضف إلى ذلك إزمانية العلاج أي التبعية العلاجية مدى الحياة و العيش تحت رحمة الأكسجين، و كذلك عدم جدوى العلاج الطبي , ومن هنا يكون تأثير للصور الانفعالية في اختيار اساليب مركزة حول المشكلة , لكن المريض يركز على استمرارية الألم والموت حتما لا اعتقاده السلبي للعلاج مما يجعله يشعر بالموت في أي لحظة ، فمرضى السيليكوز منشغلون بالتغيرات الجسمية و الألم الذي يعيشونه مما يجعلهم يشعرون بالعجز عن قيام بعض الوظائف هذا ما يولد لهم قلق الموت. فالفكرة الراسخة في أذهانهم أن الألم مع غياب رئة سليمة يسبب قلق الموت لا محالة أي قدوم الموت والخوف منه. ومما يزيد من قلقهم هو النظام النظام الابوسي المتبع في مجتمعنا الذي يمنح للرجل السلطة والسيطرة , فهو يشعر بأنه مسؤول ويحمل على عاتقه أعباء أفراد استرته فالرؤية الى هذه المسؤولية من زاوية مرض السيليكوز وألمه المزمن القاتل تجعله غير قادر على اداء مهمته وهذا نظرا للنقص العضوي الذي يؤدي الى النقص النفسي حسب السيكولوجي أدلر. وهناك دراسات اثبتت انه حينما الألم مزمن يواجه المرضى تغيرات سيكولوجية ينتج عنها مشاكل سلوكية ونفسية مختلفة أبعد من التجربة المؤلمة في حد ذاتها , ومن هذه التغيرات الانعزال عن الحياة الاجتماعية ومزيديا من الانطوائية فهي بذلك تقلل فرص المريض في الاتصال باهله واصدقائه , ومن ثم تظهر على المريض تغيرات سلوكية من اهتمام زائد بما يعانیه من قلق دائم واكتئاب .

إن الألم المزمن ظاهرة واسعة الانتشار في الحياة اليومية لمرضى السيليكوز، و من الممكن الجزم حتى أنه ظاهرة مرافقة لهم مدى الحياة لكون ظاهرة الألم ظاهرة بيولوجية لا تفرق بين الأفراد وخاصة أن العضو المصاب هو الرئة والذي يلعب دورا في حياة الإنسان، و من هنا يرى المريض أن حياته مهددة في كل لحظة وخاصة إذا رأى تغير البيئة الاجتماعية حوله كموت أصدقائه من نفس المرض . فهذا الألم المزمن هو عامل أساسي يؤثر على قلق الموت لدي مرضى السيليكوز دون عوامل أخرى مثل الحالة الاجتماعية أو مدة الإصابة.

توصيات

في ضوء النتائج التي كشفت عنها الدراسة نقترح جملة من التوصيات والتي نأمل ان تساهم في مساعدة مرضي السيليكوز من معاناتهم اليومية.

1/ الحاجة الماسة الى المزيد من البحوث والدراسات حول معاناة مرضي السيليكوز وذلك بتوسيع العينة وأدوات البحث نظرا لنقص البحوث في هذا المجال .

2/ اعداد أيام دراسية وملتقيات لفائدة النفسانيين لمساعدة مرضى السيليكوز والتكفل بهم .

3/ شرح خطورة المرض لعمال صقل الحجارة الاصحاء من اتخاذ وسائل الوقاية منه.

4/ تظافر كل الجهود الطبية , النفسية , والاجتماعية لتخفيف القلق عن هذه الفئة من المرضى

خاتمة:

ما نريد قوله من خلال نتائج الدراسة أنه تعددت و تباينت الدراسات حول موضوع قلق الموت , و تناولته من زوايا مختلفة مع ارتباطه ببعض المتغيرات سواء النفسية أو الجسدية. و في دراستنا قمنا ببحث علاقة قلق الموت بمرض السيليكوز لدى عمال صقل الحجارة بدائرة تكوت , و التي بينت وجود قلق الموت لدى المرضى , كما بينت عدم وجود الفروق بين المرضى المتزوجين والعزاب وكذا مدة الإصابة وهذا راجع إلى الألم المزمن الذي عكر وغير مجرى حياة المرضى. اذ يعتبر الألم تجربة مرضية شخصية وذاتية , فهو عامل يؤثر علي قلق الموت أكثر من أي عامل من العوامل الأخرى مثل الحالة الاجتماعية أو مدة الإصابة .

وبما أن قلق الموت متغير غامض و مرض السيليكوز هو موت بطيء من خلال توقف عمل الرئة يمكن القول بأن هذه الدراسة تعتبر كبداية للفت الانتباه إلى هذا الموضوع من خلال التركيز على ضرورة الاهتمام بالبحث الشامل في هذا الجانب ونأمل أن تجرى دراسات أكثر موضوعية وأكثر دقة من أجل تدعيم أو نفي هذه النتيجة وتخطيط بشكل أفضل لتحسين وتخفيف من معاناتهم .

قائمة المراجع:

- المراجع باللغة العربية:
- القرآن الكريم
- 1- ابو حجلة نظام ،(1998) :الطب النفسي الحديث، بدون طبعة ،دائرة المكتبة الوطنية .
ارون بيك, ترجمة عادل مصطفى (2000), العلاج المعرفي والاضطرابات المعرفية ,
ط1, دار النهضة العربية .
- 2- ارزقي بوعلي،(1989) :الانسان و القلق دار النشر،سينا،القااهرة.
- 3- احمد محد عبد الخالق (1987) : قلق الموت ' عالم المعرفة , الكويت
- 4- القس صموئيل : القلق حالة وجدانية , الهيئة العامة الاسكندرية , ط1 ,مطبعة سيوبرس
مصر (1994), ص 16/15
- 5- القس صومويل (1994) الهيئة العامة الاسكندرية ط1 مطبعة سبوبرس مصر 94
ص16./15
- 6- حميزي.ع، (2008): الوقاية من مرض السياليكوز ،دليل مختصر لحرفي نحت الحجارة،
دار الشهاب- باتنة
- 7- حامد عبد السلام زهران،(1977) :الصحة النفسية و العلاج النفسي ،عالم الكتب،الطبعة
الثالثة،القااهرة.
- 8- حميزي علي (2008) : الوقاية من مرض السياليكوز , دليل مختصر لحرفي نحت
الحجارة , دار الشهاب باتنة .
- 9- راجح احمد عزت،(1994):اصول علم النفس ،المكتب المصري الحديث الاسكندري.
- 10- عبد الكريم قاسم ابو الخير، (2002) :التمريض النفسي، بدون طبعة ،دار وائل للطباعة
و النشر،عمان ،الاردن .
- 11- عبد اللطيف حسين فرج،(2008) :الاضطرابات النفسية(الخوف –القلق-التوتر-
الانفصام-الاعراض النفسية) بدون طبعة دار حامد للتوزيع.
- 12- محمد خان(2011) : منهجية البحث العلمي ، ط1 ، منشورات المخبر ابحات في اللغة
و الادب ، جامعة محمد خيضر –بسكرة- الجزائر
- 13- معمريه بشير (2007) : بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس . الجزئ الرابع.

- 14- فاخر عاقل بدون سنة، علم النفس التربوي ط13، دار العلم.
- 15- فاروق السيد عثمان، (2001): القلق و ادارة الضغوط النفسية ، ط1 دار الفكر العربي القاهرة.
- 16- فيصل عباس، (1983) اشكالية المعالجة النفسية دار نفائس، بيروت ، طون طبعة .
- 17- فارس كمال نظمي ،النحت عبر التاريخ، العدد .1804
- 18- هشام شريف سعد،المقالع الحجرية في تدمر ، 19 اكتوبر .2011
- 19- عبد المنعم حنفي (1994) موسوعة الطب النفسي ، ط1 ، مدلولي مصر .
- 20- صلاح الدين شروح : منهجية البحث العلمي ، دار النشر والتوزيع 203 ص150
- 21- طارق رقيق،صقل الحجارة يهدد 925 شابا بالسيلايكوز بباتنة (يوم دراسي حول المرض).بتاريخ:2013/12/06.
- 22- شيلي، تايلر، ترجمة وسام درويش، بريك وآخرون. (2008): علم النفس الصحي، ط1،-الأردن.
- 23- لويس معلوف، (1956):المنجد في اللغة و الادب ،ط،المطبعة الكاثوليكية بيروت .
- 24- هشام الشريف سعد ،المقالع الحجرية في تدمر ، 19 اكتوبر 2011.

- 25-BERGERET,1979 ,Abrégé de psychologie pathologie théorie et techniquesd
masson , p224
- 26-Boutonier (J.F) : (1976) .Longoisse,P.UF.paris.
- 27-Cottaux,(1993),thérapie cognitive.Ed technique deycimed chir Paris
,France,Psychiatrie,A4.
- 28- Daize .E, (1994): silicose aigue pour inhalation volontaire de poudre à recurer
Ann ,fr, anesth-rean ,masson –paris,13;251-254.
- 29-Fonctaine et al (1984)chimie de la thérapies comportement ables édition
oralayat,Belgique.
- 30- Minette. A ,(1962): Premiers resultats des etudes d’enterprise à l’institut
medical ste Barbe à LAUKEN sur la bronchite des houilleurs . Rev .inst. Hyg
.mines, 17,57
- 31- Philippe. Godard, (1993) : Maladies Respiratoires, paris-milan –Barcelone-
Bonn.
- 32-Pierre marty: (1991) mentalisation et psychosomatique,Ed.A.D.G.P Paris
professionnelle,4eme édition-Paris.
- 33-Racil. H, Benamar .J, Cheikh .S, Rouhou .I, Ridene S, Yalaoui. A, Chabbou
,(2010) ; Syndrome de caplan et collinet ; Approche immunologique , Revue
francaise d’allergologie.50 ;36- 39.
- 34-Robert. R, Lauwerys, (2003) ; Toxicologie industrielle et intoxication
professionnelle , 4eme edition, -paris .
- 35-Speillger,(1983),contenparny behavionan thérapy ;My file.steenland.k.
- 36- Steenland .k, Goldsmith .D. F,(1995) ; Silica exposure and autoimmune
disease , Am ,J , ind, med -28; 603 .
- 37-Dictionnaire de la psychologie médicale,(1998).

Internet

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ar/>
18/05/2017 (22h;26mn).

الملاحق

الملاحق

استكبار قلق الموت للراشدين

د. بشير معمرية
قسم علم النفس جامعة باتنة

العمر الجنس
المستوى التعليمي
التخصص العلمي
المهنة

تعليمات: فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن مشاعر الناس نحو الموت. اقر أكل عبارة على حدة، ثم أجب بوضع علامة X أمامها وتحت كلمة لا أو نادرا أو أحيانا أو غالبا. أجب عن كل العبارات. لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

العبارات	لا	نادرا	أحيانا	غالبا
1 - أقلق من الموت				
2 - أقلق حين يتحدث الناس عن الموت				
3 - يفزعني أنه مهما طال عمري أني سوف أموت				
4 - أشعر بالقلق عند موت أحد أقاربي				
5 - يقلقني أني أموت في حادث				
6 - يقلقني ما ينتظرني بعد الموت				
7 - يقلقني أن أموت فجأة				
8 - أخشى أن أموت بطريقة مأساوية				
9 - يقلقني أني أموت عندما يحين أجلي				
10 - أخاف أن تجرى لي عملية جراحية فأموت بسببها				
11 - يقلقني أن أموت في كارثة طبيعية (زلزال أو فيضان مثلا).				
12 - أتجنب زيارة مريض بمرض خطير				
13 - يفزعني أن يقتلني شخص ما				
14 - أصاب بالقلق عندما أجد نفسي				

				أمام شخص يحتضر
				15 - أخشى أن أموت مقتولا
				16 - أتجنب القيام بالأعمال الصعبة تجنباً لخطر الموت
				17 - أخاف أن أموت بسكتة قلبية
				18 - عندما أصاب بمرض أخشى أن أموت بسببه
				19 - أشعر بالقلق عندما أتذكر الموت
				20 - أتجنب السفر خوفاً من الموت في حادث
				21 - أشعر بالقلق عند موت أحد جيرانى
				22 - أخاف أن أموت بمرض خطير كالسيديا
				23 - أخشى أن تقوم حرب مدمرة فأسرت فيها
				24 - أقلق عند سماعي بخبر موت شخص
				25 - يفزعني أن تنتقل إليّ عدوى مرض قاتل
				26 - أتجنب التواجد وحدي في غرفة مات فيها أحد الأشخاص
				27 - أخشى أن أموت أثناء النوم
				28 - يقلقني أنني سوف أموت في أي وقت
				29 - أخشى أن أموت بسكتة دماغية
				30 - يفزعني أن أموت حرقاً بالنار
				31 - أتجنب زيارة المقابر
				32 - أصاب بالرعب عندما أشاهد شخصاً ميتاً
				33 - أقلق عندما أشاهد صور الموتى في صفحات الوفيات بالجراند
				34 - أخشى أن أموت بتسمم غذائي