

دراسة مقارنة في تحمل المسؤولية على وفق قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي

A comparative study in assuming responsibility according to death anxiety among medical staff working in quarantine

م. د. حيدر ثابت خلف

الجامعة المستنصرية / كلية الآداب / قسم علم النفس

L. Dr. Haider Thabet Khalaf

Al-Mustansiriya University/College of Arts/Department of Psychology

Haiderth80@gmail.com

المستخلص :

يهدف البحث الحالي التعرف على :

١. تحمل المسؤولية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي
٢. قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي .
٣. دلالة الفرق الإحصائي لتحمل المسؤولية تبعاً لمتغير الجنس (ذكر أنثى) .
٤. دلالة الفرق الإحصائي لقلق الموت تبعاً لمتغير الجنس (ذكر أنثى) .
٥. دلالة الفرق الإحصائي لتحمل المسؤولية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي وفقاً لقلق الموت. ولتحقيق اهداف البحث الحالي اعتمد الباحث على ما يأتي :
١. استخدم الباحث المنهج الوصفي في التوصل الى نتائج البحث
٢. تم اعداد مقياس قلق الموت يتلاءم مع الدراسة الحالية وتكون من أربعة ابعاد لكل بعد (٧ فقرات بصيغته النهائية , في حين تبني الباحث مقياس (الجميلي , ٢٠١٦) لتحمل المسؤولية المتكون من ثلاثة مجالات لكل مجال (١٠) فقرات .

٣. يتكون مجتمع البحث من الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي في مستشفيات محافظة بغداد لعام ٢٠٢١ وقد شملت عينة البحث الحالي (١٣٠) عامل في الحجر الصحي بين طبيب ومعاون طبيب , وقد تم تفرغ البيانات بالاستعانة بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وظهرت النتائج كما يلي :
١. الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي يتمتعون بمستوى عالي من تحمل المسؤولية .
 ٢. ارتفاع قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي .
 ٣. لا يوجد فرق بين الذكور والإناث في تحمل المسؤولية لدى الكوادر العاملة في الحجر الصحي .
 ٤. وجود فرق بين الذكور والإناث في مستوى قلق الموت ولصالح الإناث لدى الكوادر العاملة في الحجر الصحي.
 ٥. لا يوجد فرق في تحمل المسؤولية تبعاً لقلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي .

واستكمالاً لهذه النتائج التي تم التوصل إليها قدم الباحث عدداً من التوصيات والمقترحات .

الكلمات المفتاحية: تحمل المسؤولية، قلق الموت، الكوادر الطبية، الحجر الصحي، كوفيد ١٩

Abstract:

This research aims to identify:

1. Take responsibility for the medical staff working in quarantine
2. Death anxiety among medical staff working in quarantine.
3. The significance of the statistical difference to assume responsibility according to the gender variable (male-female).
4. The significance of the statistical difference for death anxiety according to the gender variable (male-female).
5. The significance of the statistical difference to take responsibility for the medical staff working in quarantine, according to death anxiety.

To achieve the objectives of this research, the researcher relied on the following:

1. The researcher used the descriptive method in reaching the research results
2. The death anxiety scale was prepared in accordance with this study, and it consisted of four dimensions for each dimension (7) paragraphs in its final form, while the researcher adopted

the scale (Jumaili, 2016) to assume responsibility, which consisted of three domains for each domain (10) paragraphs.

3. The research community consists of medical staff working in quarantine in Baghdad governorate hospitals for the year 2021. The sample of the research included (130) workers in quarantine between a doctor and a physician's assistant, and the data was dumped using the Statistical Bag for Social Sciences (SPSS) and the results appeared as follows:

- 1. Medical personnel working in quarantine have a high level of responsibility.*
- 2. High death anxiety among the medical staff working in quarantine.*
- 3. There is no difference between males and females in taking responsibility for the cadres working in quarantine.*
- 4. There is a difference between males and females in the level of death anxiety and in favor of females among the cadres working in quarantine.*
- 5. There is no difference in taking responsibility according to death anxiety among medical staff working in quarantine.*

As a complement to these results, the researcher presented a number of recommendations and proposals.

Keywords: *taking responsibility, death anxiety, medical personnel, quarantine, Covid 19.*

الفصل الأول (الإطار العام للبحث)

مشكلة البحث :

برزت مشكلة البحث الحالي بعد أن كشفت نقابة الأطباء يوم الأربعاء المصادف ٨/٦/٢٠٢٠ عن تسجيل حالتها وفاة وإصابة ٣٢٢ بفايروس كورونا بين الأطباء في البلاد عدا إقليم كردستان طالت ٢٠٠ طبيب و ١٢٤ طبية , وأردفت النقابة أن "بغداد هي أكثر المحافظات تسجيلاً للإصابات والوفيات بصفوف الأطباء بـ ١٧٠ حالة , تليها البصرة (جنوب) بـ ٣٧ حالة , ثم كربلاء (وسط) بـ ٢٧ حالة" , ولأن الاعتقاد السائد لأغلب المصابين بهذا الوباء بإمكانية الموت , وبذلك زادت معه حالة القلق من الموت للمصابين , ولأن الموت يعد من المشكلات الكبيرة التي تواجه بني البشر عموماً وعلى الرغم من الجهود الحثيثة التي تبذلها المنظمات المحلية والاقليمية والدولية

للتقليل من مخاطر الموت ، ويعد الموت أمراً غامضاً وسراً خطيراً يواجه البشرية بشكل عام والمصابين بهذا الفيروس بشكل خاص كون الإنسان بفطرته يمتلك قلقاً مستقبلاً غامضاً وما تؤول له حياته المستقبلية وما تضم له الأزمات والصراعات والحوادث .

إلا أن الإنسان ولا سيما في فترة الصبا والشباب ، يتصرف وكأنه لا يعي حقيقة الموت ، والواقع أن إدراكه لها هو أكبر من هذا الوعي ، والذي يحدث أن الإنسان يكبت ويستبطن في اللاشعور الخوف من الموت ويتحول ذلك إلى حالة من القلق لا يعلم مصدرها ، وهكذا يتخلص الإنسان من تجربة الشعور المباشر بمصدر الخوف وهو الشعور الذي يمكن ان يدفعه إلى الشؤم ، وأن يحط من قدرته على ملاقاتة مشاق الحياة ويستبدله بشعور من القلق يخلق في نفسه الحذر من الخطر، ويجعله أكثر يقظة وتهيئاً لملاقاة أخطار الحياة (كمال، ١٩٨٨، صفحة ٦٧١).

ومن خلال ما تقدم فقد يحدث تدني في مستوى المسؤولية الاجتماعية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي والذي ينعكس على دورهم الريادي في إدارة وديمومة عمل هذه المؤسسات الحيوية في ظل هكذا ظرف استثنائي ، وقد يتضح ذلك من خلال عدم الاهتمام أو الحرص في القيام بالأعمال المختلفة وفي العبارات التي تتردد في شؤون حياة المصابين اليومية ، فقد يلمس المجتمع هذا الخلل والاضطراب الذي قد يرجع في جانب كبير منه إلى النقص في تحمل المسؤولية عند الأفراد العاملين في مختلف مراكز الحجر الصحي بصورة خاصة والعاملين في المؤسسات الصحية بصورة عامة ، وإن هذا التدني الظاهر في المسؤولية يرجع إلى التغيير الاجتماعي والاقتصادي والسياسي السريع في المجتمعات التي تحدث فيها تغييرات سريعة .

ومن المؤكد أنه لا يوجد مجتمع يفتقر أفراداه إلى الإحساس بالمسؤولية، ولكن درجة المسؤولية تتفاوت في مستواها بمقدار التزام المجتمعات وأفرادها، فالمسؤولية من الصفات الإنسانية (عثمان، ١٩٧٣، صفحة ٧).

وهنا لابد من الدعوة إلى تنمية وإثراء تحمل المسؤولية الاجتماعية لدى الأفراد بصورة عامة والكوادر الصحية بصورة خاصة لأن تهاون هذه الشريحة في تحمل المسؤولية قد يؤدي إلى فقدان حياة بعض المصابين بهذا الفيروس ، وبالتالي يؤدي إلى اتساع الفجوة بين العلاقات الإنسانية ويمزق الروابط ، ويبين أسباب التحطم في المجتمع ، من هنا فإن موضوع تحمل المسؤولية يصبح قضية تربوية واجتماعية وأخلاقية ودينية تستدعي التركيز عليها داخل الطبقات الاجتماعية عامة لما تنطوي عليه من دلالات قيمة لحياة الإنسان والمجتمع .

أهمية البحث :

تتعلق أهمية هذا البحث من خلال أهمية شريحة الكوادر الطبية العاملة في المجال الصحي وما لهذه الشريحة من دور في المحافظة على حياة الافراد في داخل المجتمع من خلال القدرة على تشخيص واكتشاف الامراض التي يمكن ان تصيب الانسان في مجتمعاتهم وسعيهم الى علاجها بإذن الله عز وجل وبسرعة والتخفيف من أوجاعهم وآلامهم من خلال ادوية معينة ودقيقة، وبذلك فإنهم يحمون نواة المجتمع وهم بني البشر، وبهذا العمل يقومون بغرس معاني الرحمة بين الناس والتكافل في المجتمع حين يتضح بمهنتهم انهم

قادرون بفضل الله تعالى على التخفيف من أوجاع الناس ومعاناتهم لما تتطوي عليها هذه المهنة من دلالات لقيمة حياة الإنسان وتحمل مسؤولية المحافظة على هذه الحياة .

ومن المعروف أن الشخصية السوية للكوادر الطبية لها دورها في أداء أهمية خاصة تجاه الآخرين، فالمجتمعات المعاصرة تتطلب كفاءة متميزة في أداء الأعمال الطبية وتناغم في شخصية القائم بهذه الأعمال تناغماً مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع ومع العمل الذي يقوم فيه ولا يمكن أن نتصور مثلاً (أن الطبيب سيئ التوافق يستطيع أن يؤدي عمله بكفاءة أمام مرضاه كما لا نستطيع أن نتصور شخصاً ما في موقف اجتماعي يحقق نجاحاً في علاقاته إذا لم يكن سوياً) (كاظم ، ١٩٩٤ ، صفحة ٣٣).

وتأتى أهمية دراسة قلق الموت من أهمية الشخصية السوية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي فالخوف بدرجة منخفضة او متوسطة من الموت امرأ سوياً وعادياً في حين أنّ الخوف منه بدرجة مرتفعة أمر غير سوي أي أنه حالة مرضية تدل على اضطراب انفعالي شديد في الشخصية لأنه قلق فريد من نوعه لعدم وجود سبب له سوى الوجود نفسه فهو مرض ميتافيزيقي لا علاج له (عبد الخالق ، ١٩٨٧ ، صفحة ١٩).

ويخبرنا علماء الحياة أيضاً أن وعي الإنسان بموته هو إحدى الخصائص التي تسمح له أن يوجد بوصفه إنساناً وليس حيواناً وهذا الوعي بالموت هو إحدى الخصائص الأساسية للجنس البشري بوصفه نوعاً حياً ، وقد بدأ علماء النفس في السنوات الأخيرة يعرفون ذلك الأثر البالغ والعميق الذي يحدثه توقع الموت في النفس الإنسانية كونه بموته ليس مجرد نهاية بسيطة للحياة فحسب بل نهاية وجوده (جاسم ، ٢٠٠٦ ، صفحة ٤).

ولما كان الموت ليس بتجربة حياتية فإن العدم في الحياة هي مصدر خشية وقلق يتولد لدى الإنسان في أي مرحلة حياتية يواجه فيها هذا الاحتمال او يفكر فيه ملياً، والواقع ان ادراكه لها هو أكبر من ظاهرة هذا الوعي

والذي يحدث هو أن الإنسان يكبت ويستبطن الخوف من الموت في اللاشعور الى أن يتحول هذا الخوف الى حالة من القلق لا يعلم مصدرها (كمال، ١٩٨٨، صفحة ٧٠٩).

وبذلك فقد تقع على عاتق هذه الكوادر ضغوطات كبيرة تتمثل بأدراكهم الخوف من خسارة وجودهم النهائي في هذه الحياة وخسارة الراقدين في الحجر الصحي نتيجة الإصابة بهذا الوباء اللعين ، لذلك نجد ان تحمل المسؤولية والإحساس بها سواء كان على المستوى الاجتماعي أو الشخصي لدى هذه الشريحة المهمة على قدر كبير من الأهمية لما لها من أثر في نظم الحياة داخل المجتمعات الإنسانية كأحد أهم ركائز الصحة الطبية والنفسية ، فهو شعور مركب من تقبل الآخرين والثقة بالنفس وبهذا فإن الفرد الذي يشعر بأهمية المسؤولية الملقاة عليه يتصف بدرجة واضحة من المثابرة الصبر والاعتماد على النفس وتحمل الآخرين للحرص على موقعه كفرد منتج بين أفراد مجتمعه ، حيث يعد مفهوم المسؤولية لدى الأفراد الذين يتبنون سلوكيات تتسم بالمسؤولية تجاه انفسهم والآخرين له أثر واضح في الشعور بالسعادة وتحقيق النجاح الذي يقودهم الى التقدم ، حيث يثق جلاسر (Glasser) بقدرة الأفراد المسؤولين عن تصرفاتهم وعن كل سلوكياتهم على اتخاذ قراراتهم لأنهم عقلانيون قادرين على حل مشاكلهم (الجميلي، ٢٠١٦، صفحة ٩).

وإن تحمل الفرد للمسؤولية يعبر عن نمو شخصيته وارتباطه الوثيق بالجماعة والشعور بالانتماء إليها والرغبة الشديدة بالحفاظ عليها والعمل على تطويرها، فالفرد المسؤول هو فرد يهتم بمناقشة وفهم المشكلات من حوله ويبدل جهده في سبيل المحافظة على سمعة الجماعة التي ينتمي اليها (سعيد ، ٢٠٠٧، صفحة ٢٤) .

وقد افترضت البحوث العلمية أن الافراد الذين يتحملون المسؤولية يميلون إلى امتلاك خصائص معينة للشخصية تميزهم عن الآخرين الذين لديهم تدني في مستوى تحمل المسؤولية ، وهذ الخصائص تجعلهم متفهمين لانفعالات الآخرين ورابطي الجأش (Self-assured) ، ومتعاطفين (Symathetic) ولديهم ضمير أخلاقي عالي وهم يتسمون بالتآلف الاجتماعي والاستقرار الانفعالي الرغبة العالية في تأدية واجباتهم وروح المغامرة ، وهم يريدون دائماً استحسان ورضى الناس وأكثر توجهاً نحو الآخرين (Other- Oriented) من توجههم نحو أنفسهم (Self-Oriented) وملتزمين بالمعايير والقيم الاجتماعية والأخلاقية السائدة في المجتمع (Brown, 1991, p. 368) .

ولذا يعد تحمل المسؤولية من أهم القيم التي يجب أن تحرص المؤسسات كافة منها التربوية والاجتماعية على زرعها وتميئتها في نفوس الأفراد منذ الصغر لما يترتب عليها من سلوكيات مرغوبة يجب أن يسلكها الفرد (بطرس ، ١٩٩٩، صفحة ١٤).

وأيضاً فإن أهمية دراسة تحمل المسؤولية كونها تمثل الالتزام الفعلي والذاتي للفرد تجاه نفسه والجماعة التي ينتمي إليها وما ينطوي عليه من الاهتمام بها وحل مشكلاتها والمشاركة معها في انجاز بعض الأعمال التي تقوم بها فضلاً عما يحمله الفرد من احساس بحاجات جماعته ويكون هذا نابغاً من ضميره (الجبوري، ١٩٩٧، صفحة ١٦)

أهداف البحث :

يهدف البحث الحالي التعرف على :

١. تحمل المسؤولية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحبر الصحي .
٢. قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحبر الصحي .
٣. دلالة الفرق الإحصائي لتحمل المسؤولية تبعاً لمتغير الجنس (ذكر_أنثى) .
٤. دلالة الفرق الإحصائي لقلق الموت تبعاً لمتغير الجنس (ذكر_أنثى) .
٥. دلالة الفرق الإحصائي لتحمل المسؤولية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحبر الصحي وفقاً لقلق الموت

حدود البحث :

يتحدد البحث الحالي بإجراء مقارنة في تحمل المسؤولية وفقاً لقلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحبر الصحي في محافظة بغداد للعام ٢٠٢١

تحديد المصطلحات :

١ . قلق الموت : عرفه كلا من

هولتر (Holter, 1979): استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية في عدم السرور، والانشغال المعتمد على تأمل او توقع اي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (Hoelter, 1979, p. 998).

مارتن (Martin , 1983): هو حالة انفعالية غير سارة، يعجل بها تأمل الفرد في وفاته (Martin, 1983, p. 52).

إليس (Ellis, 2010) : أنه استجابة انفعالية ناتجة عن زيادة في المخاوف من الموت والأفكار من الموت والأفكار غير العقلانية التي بنيت عليه بسبب المبالغة من توقع الموت أو التعجل به نتيجة ضعف قدرته في مواجهة مواقف الحياة المخيفة والخطيرة (Ellis A. , 2010, p. 7). (وقد تبني الباحث هذا التعريف لتبني نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت إليس).

٢ . تحمل المسؤولية : عرفه كلاً من

وود (Wood, 1994): السلوكيات المرغوبة التي تعكس القيم المشتركة بصورة واسعة النطاق في ثلاثة أنواع من التفاعلات الاجتماعية والالتزامات الشخصية (Wood, 1994, p. 70).

ادلر (Adler, 1996): مواجهة الفرد لمشكلات الحياة والعمل على حلها عن طريق إيجاد مهنة تمكنه من البقاء وأدامه الحياة، ومن خلال إقامة علاقات طيبة مع الآخرين، وإيجاد شريكاً لحياته وتحمله لمتطلبات الزواج وبناء أسرة سعيدة في جو يسوده التعاون والعطاء (ادلر، ١٩٩٦، الصفحات ٢٩-٣٠).

سرى (٢٠٠٠): نمو السلوك المسؤول لفرد يعيش في عالم اجتماعي حقيقي فيه صالحة وصالح الآخرين ويصبح الفرد قادراً على تحمل مسؤولية قراراته واختياراته ويستطيع تقرير مصيره (سرى ، ٢٠٠٠، صفحة ١٣٥).

٣ . الكوادر الطبية : هم العاملون على تحسين الصحة بين أفراد والعائلات والمجتمعات من خلال الوقاية من الأمراض والإصابات وعلاجها ومراقبة الحالات وتعزيز السلوكيات الصحية ، وتشمل هذه الفئة أخصائي الطب الاجتماعي والوقائي وممرضي الصحة العامة وأخصائي التمريض السريري وأخصائي التغذية وموظفي الصحة البيئية وموظفي الإسعاف وأخصائي البوابات ومفتشي الصحة وآخرين .

٤ . الحجر الصحي : ويشير إلى مختلف الإجراءات الطبية المتبعة لإحباط انتشار العدوى التي قد تنتشر بالمستشفيات ، حيث توجد صور مختلفة للحجر الصحي تُستعمل اعتماداً على نمط العدوى والعوامل المتضمنة في انتشارها، وذلك بهدف مواجهة التشابه في عملية الانتشار عبر الجسيمات الهوائية أو القطرات، أو عبر الاتصال عن طريق الجلد، أو من خلال الاتصال عن طريق سوائل الجسم. (<https://ar.wikipedia.org/>)

الفصل الثاني (الاطار النظري)

نظرية العلاج العقلاني الانفعالي للعالم "ألبرت إليس"

إن عمل هذه النظرية مبني على فرضية أن الإنسان ولد ولديه إمكانية لأن يكون عقلاً بتفكير سليم أو غير عقلي بتفكير غير واضح ، ويهدف الفرد منذ بداية حياته إلى الحفاظ على ذاته ، والبحث عن الحب والسعادة ، التفكير والتحدث والتفاعل مع الآخرين ومن ثم النمو السليم وتحقيق الذات .

وأيضاً قد يمتلك الفرد النزعة أو الميل الى إيذاء الذات، تجنب التفكير، المماطلة، تكرار دائم للأخطاء، عدم التسامح، الكفاح للوصول إلى الكمال وتقريع الذات، الخوف من الموت ثم تجنب تحقيق أقصى قدرات الإنسان، وتؤمن هذه النظرية أن الإنسان غير معصوم من الخطأ، وهذا يساعده لتقبل نفسه كمخلوق يقترب الأخطاء أحياناً وب نفس الوقت يتعلم كيف يعيش بسلام أكثر مع نفسه (كوري، ٢٠١١، صفحة ٣٥٦).

وقد أشارت هذه النظرية إلى أن الناس يشعرون بالضيق عندما يسعون إلى تحقيق أهداف معينة وتظهر عوائق أو أحداث تمنعهم من تحقيق هذه الأهداف، ويحمل الناس معتقدات وأفكار حول هذه الأحداث على أنها تؤثر على مشاعرهم وسلوكياتهم ومسؤولياتهم الاجتماعية وبناءً عليه فإن الأحداث بحد ذاتها لا تخلق المشاعر، وإنما المعتقدات والأفكار والقناعات حول هذه الأحداث هي التي تسهم في تشكيل المشاعر الناتجة عن الأحداث ويقتبس أليس عن شكسبير قوله في مسرحية هاملت (لا يوجد هناك شيء جيد أو سيئ، ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك) (Todd, 1999, p. 123).

هذه المعتقدات والأفكار قد تكون عقلانية تؤدي إلى سلوكيات وانفعالات معتدلة الشدة وتعد صحية، أو غير عقلانية تؤدي إلى سلوكيات وانفعالات شديدة قد تعود إلى الاضطراب وتعيق الوصول إلى الأهداف أو الشعور بالرضا والسعادة، وهي تمثل مطالب وإدراكات غير واقعية وجامدة حول كيف ينبغي أن تكون عليه الأمور وتؤدي إلى عبارات اللوم الموجهة نحو الذات والآخرين وعبارات التذمر التي تصف الأمور بانها فضيحة أو لا تطاق والتي توضح تضخيم الأمور، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية والإحباط (Vernon, 1983, p. 203).

وأن الفكرة الأساسية في نظرية إلس هي " أننا نشكل أنفسنا عن طريق أفكارنا، وأن ردود أفعالنا ونمط حياتنا يقترن باعتقاداتنا الأساسية لذا فهي موجهة عقلياً، وقال من الواضح جداً بأننا لا نتأثر بالحقائق لكن بالطرق التي تفسر بها الحقائق" فهو يركز على الجانب المعرفي السلوكي أو ما يسمى الجانب المعرفي والجانب الانفعالي السلوكي لدى الفرد وتفاعله مع الآخرين والأحداث، فقد تأثر بفلسفة الإغريق والرومان كأبيقراط واپيكتيتوس الذين أشاروا أن ما يجعل أفكارنا مضطربة ليس الأحداث نفسها وأنما حكم الناس على الأحداث (التميمي، ٢٠١٦، صفحة ٢٥٠).

ويرى إلس أن هناك ترابطاً بين العاطفة والمشاعر، والعقل والتفكير والسلوك حيث يميل البشر إلى أن يفكروا ويتعاطفوا ويتصرفوا في وقت واحد ولذلك فإنهم ذو رغبة وإدراك وحركة، وهم نادراً ما يتصرفون بدون ادراك ما دامت أحاسيسهم أو أعمالهم الحالية يتم فهمها في شبكة من التجارب السابقة والذكريات والاستنتاجات، كما أن سلوكهم هو وظيفة لتفكيرهم وتعاطفهم وعملهم، ويركز العلاج العقلاني الانفعالي على هذه الفكرة لأن المشاعر تستثار عن طريق إدراك موقف معين، ويقول إلس "عندما ينفعل الإنسان فإنه يفكر ويتصرف، وحينما يتصرف

فإنه يفكر وينفعل , وحينما يفكر فإنه ينفعل ويتصرف" لذلك فإن هناك تشابكاً بين التفكير والعقل، والعاطفة والمشاعر (عبدالله ، ٢٠١٢ ، صفحة ١٦٥)

لذلك يرى إلس أن ما يعاني منه الشخص من مشاكل نفسية وانفعالية لا يكون بالضرورة سببها المواقف أو الأحداث المباشرة التي تقع في البيئة الخارجية للشخص وأنماط ترجع إلى أفكار ذلك الشخص تجاه ذلك الموقف أو الحدث، ولذلك فإن "إلس" قد حدد العناصر الأساسية لنظريته في النموذج الذي اسماه ABC على النحو التالي:

- ١- الموقف أو الحدث الذي يؤثر في الشخص: ويرمز له بالحرف (A) "Activating Event" , وهو غالباً يمثل المواقف التي تظهر فيها المشكلة النفسية أو القلق , وهذه المواقف إما أن تكون داخلية مثل الأفكار والمشاعر أو خارجية مثل المواقف التي يعترض لها الفرد في البيئة .
- ٢- الأفكار أو المعتقدات التي تتكون لدى الفرد حول ذلك الموقف أو الحدث: ويرمز لها بالحرف "B" "Belief" , وتلك الأفكار إما أن تكون جامدة ويطلق عليها الأفكار اللاعقلانية "IB" , أو مرنة ويطلق عليها الأفكار العقلانية "RB" , ويستدل على الأفكار اللاعقلانية عادة من عبارات لغوية مثل (يجب , لا بد , ينبغي... الخ) , وفي هذه الحالة إذا آمن الفرد بها فإن تفكيره غير العقلاني سوف يكون هو السائد مثل (يجب أن يحبني الناس , يجب أن أحصل على تقدير ممتاز... الخ) إذ إن أصحاب هذه الأفكار الجامدة يستنتجون أفكاراً غير عقلانية ايضاً.

ويرى (إلس) أن المعتقدات العقلانية هي تقييمات ترتبط بما هو مثبت تجريبياً وتكون صحيحة، وواقعية ومنطقية ليست مطلقة، وذات هدف واقعي , وتعود الى عواطف مناسبة ومنسجمة. أما المعتقدات اللاعقلانية فيرى أنها تعميمات مستمدة من افتراضات غير مثبتة تجريبياً، وتظهر بلغة مطلقة باستخدام كلمات الحاجة (Need) ويجب (Must) وهي عبارات ملحة , وافكار مدمرة تمثل التفكير المطلق ويشير الى ان السلوك المضطرب هو سلوك غبي من أناس غير أغبياء (اللاذقاني ، ١٩٩٥ ، الصفحات ١٧-١٨).

إن هذه المعتقدات اللاعقلانية لا تؤدي فقط الى انفعالات سلبية وغير مفيدة , ولكنها تؤدي الى الخروج باستنتاجات , او استدلالات حول أحداث غير منتجة وغير مسؤولة وغير مفيدة , وتتعدى البيانات المتوفرة حول الحدث (Bond, 1999, p. 557) كما أن هذه المعتقدات تعيق الفرد عن تحقيق أهدافه وغاياته وتشعره بالتعاسة من دون وعي , فالإنسان يملك القدرة على السيطرة على وضعه الاجتماعي والانفعالي , ولديه القدرة على وعي الذات وتقييم أهدافه واغراضه في الحياة وبالتالي يمكنه تغييرها , وايضاً لديه القدرة على التفكير في ان يقرر بطريقة مختلفة حول أي موقف عليه الاختيار , وعلى أن يرفض وبشدة أن يجعل نفسه في غاية القلق أو الاكتئاب حول أي شيء كان

(Ellis A. , “How to stubbornly refuse to make yourself miserable about any thing– yes”,, 1988, p. 28)

٣- الردود الانفعالية والسلوكية التي تنشأ من الأفكار والاعتقادات : ويرمز لها بالحرف "C" (Consequences) , وهي الردود الانفعالية النهائية والسلوك النهائي الناتج عن معتقدات الفرد وافكاره بخصوص الموقف او الحدث , ونحن نعلم أن الذي يوضح لنا الردود الانفعالية والسلوكية التي تنشأ من الافكار الجامدة اللاعقلانية ليس الموقف بحد ذاته , ولكنه معتقدات الناس وأفكارهم نحو ذلك الموقف , والمعتقدات الجامدة اللاعقلانية تسبب الاضطرابات وتسمى بالردود السلبية , أما الأفكار المرنة العقلانية فهي التي لا تحدث بسببها الاضطرابات حتى ولو كانت الردود غير مناسبة (علاء الدين ، ٢٠١٣ ، الصفحات ١٠١-١٠٢).

لذلك تعتقد هذه النظرية أن المشكلات السلوكية والانفعالية التي تنشأ من أسلوب تفكيرنا والأفكار التي نملكها وأن حوارنا الداخلي يعكس ما يجول في فكرنا من أفكار وبالتالي فإن المشاعر السلبية لا تحدث إذا غيرنا هذا الحوار الداخلي وغيرنا أفكارنا وتفسيراتنا للأحداث والمواقف فجوهر النظرية يكمن في أسلوب التفكير في المواقف والأحداث وليس في الأحداث بحد ذاتها وأن التفكير السلبي واللاعقلاني بالمواقف والأحداث هو الذي يسبب الاضطراب (عبدالله ، ٢٠١٢ ، صفحة ١٦٩).

ويرى (اليس) أن على البشر لابد أن يمتلكوا اهدافاً أساسية وغايات وقيماً كي يستطيعوا البقاء على قيد الحياة , أي أنهم عندما يكونوا عقلانيين فإنهم يسعون الى إقامة علاقات مع الأفراد الآخرين , مدركين لذاتهم وللآخرين واجتماعيين , أما اذا كانوا لاعقلانيين فأنهم يسيئون لأهدافهم الخاصة في الحياة الاجتماعية التي يجب ان تكون قائمة على اساس التبادل والتعامل الاجتماعي وتحمل المسؤولية (Ellis A. , “The value of efficiency in psychotherapy” , 1980, pp. 1-2) . عندما يتعرض الانسان الى تجربة أو حادث فانه يتناوله بالتفسير والتحليل , فالإنسان كائن خلاق مبدع وليس مستسلم للمنبهات، فاذا ادرك الفرد ما يحيط به بطريقة سوية , فانه يستطيع ان يعيش بصورة طبيعية أما اذا أدرك الموقف بطريقة مشوشة , ومضطربة فان ذلك يؤدي به الى الاضطراب النفسي ان تفسيرنا للأحداث يعد بمثابة محدد لاستجاباتنا , ولذلك فان حدوث القلق لدى الفرد يرتبط بعناصر هامة هي:

أ. إن الناس يشعرون بالقلق عندما يعتقدون بحدوث شيء بغيض او مكروه في المستقبل القريب .

ب. احتمالية فقدان الشيء يجعل له اجلاً وتقديراً عالياً لدى الفرد أي انه يبالغ في توقعاته الأمر الذي يزيد من قلقه.

ج. إن القلق سمة الشخص الذي يكون عاجزاً عن التعامل مع الموقف، الذي يجد نفسه في مواجهته. (محمد ، ١٩٩٢، صفحة ٢٢) (Ellis A. , 1977, p. 39)

إن دور المعتقدات اللاعقلانية في حدوث القلق حسب النموذج الذي طرحه (اليس) وعلى النحو الآتي: عندما يُرفض الفرد في مقابلة عمل أو يرسب في الامتحان ، فإنه يفسر هذا الحادث على أنه مصيبة أو كارثة ، ويعد ذلك فشلاً دائماً ، وأنه لا يستطيع النجاح في المستقبل ، أي إن القلق الذي أصيب به الفرد نتيجة رسوبه في الامتحان ربما يتبين أنه ناتج عن الحدث الذي واجهه ، ولكن وجهة النظر المعرفية ترى إن القلق هو ليس نتيجة مباشرة للرسوب في الامتحان بل إن معتقدات الفرد التي يحملها عن الرسوب ، وكيفية تفسيره لذلك الحدث بصورة لاعقلانية واستمرار التلقين الذاتي الهازمة للذات هو الذي يؤدي إلى حدوث القلق لدى الفرد ، أي أن معتقدات الفرد وقيمه واتجاهاته لعبت دوراً في تفسيره للحدث بأنه مخيف، أو يبعث على القلق أو الضيق ، وقد عرف اليس قلق الموت بأنه استجابة انفعالية ناتجة عن زيادة في المخاوف من الموت والأفكار من الموت والأفكار غير العقلانية التي بنيت عليه بسبب المبالغة من توقع الموت أو التعجل به نتيجة ضعف قدرته في مواجهة مواقف الحياة المخيفة والخطيرة (Ellis A. , 2010, p. 7) .

وبالتالي يؤدي إلى زيادة حدة الاماني غير العقلانية وفرضياته أن بعض الأشياء مقدسة بدلاً من أنها مرغوبة ، وتعظيمه حد العبادة بعض جوانب نفسه ، أو الآخرين أو العالم من حوله هي المسؤولة عن استجابة الفرد المضطربة وليس الحدث الذي يقع ، أو يظهر بأنه السبب في الاضطراب (محمد ، ١٩٩٢ ، صفحة ٢٣) (Ellis A. , 1973, pp. 56-58) ، ان المعتقدات اللاعقلانية تؤدي إلى نتائج ضارة ومضطربة في الوظائف المعرفية للفرد إذ أنها تؤثر في استنتاجاته غير الحاسمة، وكذلك في مرونة تفكيره، واتخاذ قراراته. (محمد ، ١٩٩٢ ، صفحة ٢٣) .

أما فيما يخص تحمل المسؤولية فقد تناولت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي في مفاهيمها الأساسية ، القواعد التي يعيش الناس من خلالها تلك القواعد التي تقف وراء ما نعتقد ونفكر به في المواقف المعينة بأنها المعتقدات الرئيسية، وهي تمثل القواعد الصامتة التي توجه الفرد كيف يرد وكيف يستجيب الناس إلى الأحداث والظروف في حياتهم عموماً ، وعليه أن يتحمل مسؤولية ذلك ، ولكي يكون ناجحاً عليه أن يكون صادقاً مع نفسه ، وله طموحاته وتوقعاته الخاصة به لا أن يعيش طموحات وتوقعات الآخرين ، ويتجنب التلاعب بالآخرين والذي يتم عن طريق لومهم عما يشعرون به ، ويقوم به ، فلا أحد يجبرنا على أن نشعر بطريقة معينة أو نقوم بإجراء معين أي أننا لا نبقى أنفسنا عاجزين ، ولا نتوقع دائماً مساندة الآخرين لنا في الأوقات التي يمكننا أن نساعد فيها أنفسنا ، لأن الفرد مسؤول عن سلوكه وخبراته ، والمسؤولية تعني أن الفرد عليه أن يحدد جوهر وجوده ، وأن يملك اسقاطاته بدل أن يوجه اللوم إلى الآخرين على أفكاره ومشاعره وانفعالاته وسلوكه ، فتقبل المسؤولية هي إحدى سمات الشخصية السوية ويمكن النظر

إلى المسؤولية من زاوية أخرى باعتبارها القدرة على الاستجابة فعندما يتصرف الفرد أو يقرر أو يختار فإن لديه القدرة على الاستجابة ، ويقترح إلس أن عدداً صغيراً من "المعتقدات الرئيسية" وهي المسؤولة عن أكثر العواطف والسلوكيات الضارة وغير المفيدة في تحمل المسؤولية ، وهي أربعة معتقدات للتقييم اللاعقلاني :

أ- المطالب الملحة والإلزامية:

حيث تعبر عن الأسلوب الذي يتشبث بواسطته الأشخاص بالوجوبيات غير المشروطة والضرورات المطلقة وهي أن تعتقد بأن اشياء معينة يجب أن او لا يجب أن تحدث، وأن بعض الشروط (على سبيل المثال النجاح، الرضا والحب، او الموافقة) ، وهي ضرورات مطلقة ، وتتضمن المطالب الملحة (قوانين محددة عن الكون) التي يجب أن يلتزم بها ويمكن أن توجه المطالب داخلياً وخارجياً ، وتقرح نظرية إلس بأن هناك ثلاث ضرورات اساسية:

١- مطالب وطلبات حول النفس.

٢- مطالب وطلبات حول الآخرين.

٣- مطالب وطلبات حول العالم.

ب- الفضاة والتهويل :

ويحدث عندما نبالغ في تقدير نتائج الأحداث الحالية او الماضية، او المستقبلية، وعند رؤيتهم كما لو أنها اسوأ ما يمكن أن يحدث. وتتصف باستخدام الكلمات مثل " السيئة " " الفظيع " " الشنيع " ، المخيف والمرعب " الهائل".

ج- عدم القدرة على تحمل الانزعاج والمضايقة :

وغالباً ما تتعلق بعبارة " لا أستطيع مواجهته أو تحمله، أو لا اطيق ذلك " ، وتستند الى الفكرة التي تتضمن أن الشخص لا يستطيع تحمل بعض الظروف او الأحداث. هو في اغلب الاحيان، يلي حدوث التفكير التقييمي السابق (الفضاعة والتهويل)، ويمكن أن يثير مطالب بوجوب عدم حدوث بعض الاشياء.

د- إصدار التقديرات للذات والآخرين :

وتتعلق بعملية تقييم الشخص لكامل ذاته وكل نفسه (او تقييمه لذات شخص آخر على هذا النحو)، وبكلمات اخرى، أن يحكم على القيمة الكلية لذاته او لشخص اخر. (علاء الدين ، ٢٠١٣ ، صفحة ١١٢).

ومن خلال ما تقدم يتضح ان الأفكار غير العقلانية التي يحملها الفرد عن قلق الموت تسهم بتشكيل القواعد والمعتقدات الرئيسية التي توجه الفرد للاستجابة الى الاحداث والظروف في حياته عموماً وبالتالي قد تؤثر سلباً على تحمل المسؤولية لديهم وقد تنخفض لديهم المسؤولية في حياتهم اليومية نتيجة لتلك الأفكار.

الفصل الثالث (منهجية البحث وإجراءاته)

يتضمن هذا الفصل عرضاً لمنهجية البحث وإجراءاته من حيث تحديد مجتمع البحث واختيار عينته ووصف أدواته والوسائل الإحصائية المستخدمة فيه وعلى النحو الآتي :

أولاً: - منهجية البحث :-

استعمل الباحث في الدراسة الحالية المنهج الوصفي لكونه أنسب المناهج ملائمة للكشف عن الفروق بين المتغيرات من اجل التحليل و وصف للظاهرة المدروسة , ويعد البحث الوصفي من أكثر أنواع البحوث انتشاراً وشيوعاً ، ويعرف على انه استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية كما هي قائمة في الحاضر , بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها , أو بينها وبين ظواهر تعليمية أو نفسية أو اجتماعية , ولا يقف البحث الوصفي كما يبدو من التسمية عند حدود وصف ظاهرة موضوع البحث، وإنما يذهب ابعده من ذلك فيحلل ويفسر ويقارن ويقوم أملاً في التوصل إلى تعميمات ذات معنى يزيد بها رصيد معارفنا عند تلك الظاهرة. (الزوبعي واخرون ، ١٩٨١ ، صفحة ٥٣) .

ثانياً: مجتمع البحث :

يقصد بالمجتمع Population هو جميع الأشياء أو الأفراد أو الأشخاص الذين يشكلون موضوع مشكلة البحث، أو هو جميع العناصر ذات العلاقة بمشكلة الدراسة التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها نتائج الدراسة (عباس واخرون، ٢٠٠٩، صفحة ٢١٧).

حيث يشتمل مجتمع البحث الحالي على الكوادر الطبية العاملة داخل مستشفيات مدينة بغداد لسنة (٢٠٢١) من الذكور والإناث والبالغ عددهم (٢٥٣٢١) منهم (٩٩٧٠) طبيب وطبيبة و(١٥٣٥١) عدد الملاكات التمريضية في محافظة بغداد، وكما مبين في الجدول/١ .

الجدول ١/

أعداد المجتمع الأصلي

المجموع	اناث	ذكور	الكوادر الطبية
٣٩٠٥	١٦٢٢	٢٢٨٣	الأطباء الاختصاص
٥٦٩٢	٣٤٨٧	٢٢٠٥	الأطباء غير الاختصاص
٣٧٣	١٠٦	٢٦٧	الأطباء المنسبون من وزارة التعليم العالي
١٥٣٥١	١٠٤٤١	٤٩١٠	الملاك التمريضي
٢٥٣٢١	١٥٦٥٦	٩٦٦٥	المجموع الكلي

الاعداد أعلاه تم الحصول عليها من خلال التقرير السنوي للعام ٢٠٢١ وهو وثيقة إحصائية رسمية تصدر عن وزارة الصحة / دائرة التخطيط وتنمية الموارد / قسم تطوير القوة العاملة / شعبة المكننة، حيث يتم احتساب المؤشرات الإحصائية وفق الطرق المعتمدة من قبل منظمة الصحة العلمية.

ثالثا : عينة البحث:

من خلال الاطلاع على نسبة الكوادر الطبية (طبيب , معاون طبي) العاملة في الحجر الصحي في المجتمع نجدها غير متساوية مع بعض لذلك اختيرت عينة البحث الحالي البالغ عددهم (١٣٠) بالأسلوب الطبقي العشوائي وعلى وفق المراحل الآتية :-

- ١- تم اختيار عينة البحث من اربعة مستشفيات , اثنتان تمثلان جانب الرصافة(مستشفى بغداد التعليمي ومستشفى الكندي) , واثنتان تمثلان جانب الكرخ (مستشفى اليرموك ومستشفى الفرات العام) بالطريقة العشوائية .
- ٢- تم اختيار (٨٠) معاون ومعاونة طبيب و(٥٠) طبيب وطبيبة بالطريقة العشوائية لتمثيل عينة البحث.
- ٣- تم اختيار (٥٢) معاون طبيب لكل من جوانب (الرصافة , الكرخ) بواقع (١٣) لكل مستشفى, و(٢٨) معاونة طبيب من جوانب (الرصافة , الكرخ) بواقع (٧) لكل مستشفى بالطريقة العشوائية.
- ٤- تم اختيار (٣٦) طبيب لكل من جوانب (الرصافة , الكرخ) بواقع (٩) لكل مستشفى, و(١٤) طبيبة بواقع (٧) لكل من جوانب (الرصافة , الكرخ) .

رابعاً : اداتا البحث :

تحقيقاً لأهداف البحث الحالي، تطلب الأمر بناء مقياس قلق الموت بسبب الإصابة بفيروس كورونا في حين تمكن الباحث من الحصول على أداة جاهزة لقياس تحمل المسؤولية الاجتماعية معدة من قبل (إبراهيم ، ٢٠١٦) .

وفيما يأتي عرض تفصيلي لبناء مقياس قلق الموت، ومقياس تحمل المسؤولية الاجتماعية

خطوات بناء المقياس :

١- التخطيط للمقياس:

تم تعريف مفهوم قلق الموت على وفق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت اليس المتبناة، ثم وفي ضوء النظرية حددت أربعة مجالات لمقياس قلق الموت هي:

الافراط في الأفكار غير عقلانية، المجال الانفعالي، نقص القدرة على مواجهة الحياة، توقع الموت

٢- جمع وصياغة الفقرات:

لقد قام الباحث بجمع فقرات المقياس بمجالاته الأربعة من خلال النظرية المتبناة والتعريف الذي اشتق منها والمقاييس السابقة ذات العلاقة، وذلك بالاستفادة من بعض فقراتها المناسبة لمفهوم قلق الموت بالاعتماد على الأسس المعتمدة في صياغة فقرات المقاييس .

٣- صلاحية الفقرات:

يذكر أيبيل (Ebel , 1972) إن أفضل الوسائل المستعملة للتأكد من صلاحية الفقرات هي قيام عدد من الخبراء المختصين بتقدير صلاحيتها في قياس الصفة التي وضعت من اجلها (Eble , 1972, p. 555) فإذا قالوا إن الأداة تقيس السلوك الذي وضعت لقياسه فان الباحث يستطيع الاعتماد على حكمهم (عباس واخرون، ٢٠٠٩، صفحة ٢٦٤).

واستناداً على ذلك فقد رتبت الفقرات التي تم صياغتها في استبانة ، كلاً بحسب مجالها مع نكر التعريف النظري المعتمد في الدراسة للمفهوم وللمجالات الاربعة ، وتم عرضها بعد صياغتها الأولية على مجموعة من الخبراء

المختصين في ميدان علم النفس وطلب من كل منهم أن يختار من الفقرات المخصصة لكل مجال (٧) فقرات يراها مناسبة لقياس المجال ، وقد تم إبقاء الفقرات التي تم الاتفاق عليها من قبل (٤) فأكثر من المحكمين لغرض الحكم على مدى صلاحيتها في قياس ما وضعت لأجله ، ومدى سلامة العبارات من حيث صياغتها لغوياً ، وملائمة بدائل الإجابة.

وفي ضوء آرائهم وتوجيهاتهم، تم الإبقاء على الفقرات التي نالت نسبة اتفاق (٨٠٪) فأكثر، مع تعديل بعض الفقرات الأخرى، أما الفقرات التي حصلت على نسبة اتفاق اقل من (٨٠٪) والتي كان عددها (٨) فقرات فقد تم حذفها من المقياس، بحيث أصبح المقياس يتكون في صياغته النهائية من (٢٨) فقرة والجدول/٢ ، يوضح أرقام الفقرات ونسبة الموافقة عليها من الخبراء .

الجدول /٢

أرقام فقرات مقياس قلق الموت ونسبة الموافقين عليها من الخبراء

النسبة المئوية	عدد غير الموافقين	عدد الموافقين	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
١٠٠٪	.	٥	١٧	١,٢,٣,٧,٨,٩,١٠,١١,١٣,١٦,١٧,٢١ ٢٣,٢٥,٢٨,٣٠,٣٤
٨٠٪	١	٤	١١	٥,٦,١٢,١٤,٢٦,١٨,٢٠,٢٤,٢٩,٣١,٣٢
٦٠٪	٢	٣	٨	٤,١٩,٢٢,١٥,٢٧,٣٣,٣٥,٣٦

٤- الدراسة الاستطلاعية:

لضمان وضوح تعليمات المقياس وفهم فقراته لعينة البحث ومعرفة الوقت اللازم للإجابة، طبق المقياس على عينة استطلاعية بلغ عدد أفرادها (١٠) من الكوادر الطبية*، حيث تمت الإجابة بحضور الباحث وطلب منهم إبداء ملاحظاتهم حول وضوح الفقرات وصياغتها وطريقة الإجابة ، وفيما إذا كانت هناك فقرات غير مفهومة، وقد تأكد الباحث أن فقرات المقياس وتعليماته واضحة للمستجيب ولا حاجة إلى تغيير أو تعديل صياغة أية فقرة من

*طبق المقياس على مجموعة من العاملين في المجال الطبي في مستشفى بغداد التعليمي .

فقرات المقياس، وأن الوقت الذي استغرقه أفراد العينة في استجاباتهم على المقياس تراوح بين (٨-١٦) دقيقة، كما أن متوسط وقت الإجابة على المقياس كان (١٠.٥) دقيقة .

٥- تصحيح المقياس :

ويقصد به وضع درجة لاستجابة المفحوص على كل فقرة من فقرات المقياس ومن ثم جمع هذه الدرجات لإيجاد الدرجة الكلية لكل استمارة، وقد تم تصحيح الاستمارات على أساس (٢٨) فقرة، بعد أن أعطيت الدرجات (٥، ٤، ٣، ٢، ١) للاستجابة على الفقرات الايجابية في قياس المفهوم، في ضوء اختيار افراد العينة لإحدى بدائل المقياس (تنطبق علي دائماً، تنطبق علي غالباً، تنطبق علي أحياناً، لا تنطبق علي نادراً، لا تنطبق علي ابداً) وكانت أوزان البدائل هذه تعكس بالنسبة للفقرات العكسية السلبية وكما مبين في الجدول/٣، وبذلك تبلغ أعلى درجة يحصل عليها المستجيب على مقياس القدرة على حل المشكلات (١٤٠) و أقل درجة هي (٢٨)، بينما يبلغ المتوسط الفرضي (٨٤).

الجدول/٣

أرقام الفقرات الايجابية والعكسية في قلق الموت

١، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ١٠، ١١، ١٣، ١٥، ١٦، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٤، ٢٧، ٢٨	الفقرات الإيجابية
٢، ٩، ١٢، ١٤، ١٧، ٢٣، ٢٦، ٢٥	الفقرات السلبية

٦- تطبيق المقياس على عينة البحث

لغرض قياس الخصائص السايكومترية لمقياس قلق الموت، فقد تم تطبيقه على عينة البحث البالغ عددها (١٥٠) فرد من العاملين في الحجر الصحي، وقد فقدت (١٣) استمارة كما واستبعدت (٧) استمارة بسبب نقص المعلومات أو الاستجابات، وبهذا بلغ العدد الكلي لاستمارات البحث (١٣٠) استمارة خضعت للتحليل الإحصائي.

٧ - التحليل الإحصائي لفقرات المقياس : (مؤشرات صدق وثبات مقياس قلق الموت)

- الصدق Validity:

يعد الصدق من الشروط المهمة الواجب توافرها في بناء المقاييس النفسية، ويعني الصدق قدرة الأداة على قياس ما أعدت لقياسه فعلاً (عباس واخرون، ٢٠٠٩، صفحة ٢٦١) (صابر واخرون، ٢٠٠٢، صفحة ١٦٧).

وقد تحقق الباحث من صدق مقياس قلق الموت من خلال أنواع الصدق الآتية :

أ- الصدق الظاهري Face Validity:

تكون الأداة صادقة إذا كان مظهرها يشير إلى ذلك من حيث الشكل ومن حيث ارتباط فقراتها بالسلوك المقاس، فإذا كانت محتويات الأداة وفقراتها مطابقة للسمة التي تقيسها فإنها تكون أكثر صدقاً. (عباس واخرون، ٢٠٠٩، صفحة ٢٦٢). والصدق الظاهري أقل أنواع الصدق أهمية لأنه يحاول أن يتعرف على مدى قياس الاختبار للغرض الذي وضع من أجله ظاهرياً (الزويبي واخرون، ١٩٨١، صفحة ٤٤) وقد تحقق هذا النوع من الصدق للمقياس من خلال عرضه على الخبراء والأخذ بأرائهم حول صلاحية فقرات وتعليمات المقياس وكما مر ذكره في صلاحية الفقرات.

ب - صدق البناء Construct Validity:

ويقصد به تحليل درجات المقياس استناداً إلى البناء النفسي للظاهرة المراد قياسها، أو في ضوء مفهوم نفسي معين (Cronbach, L. J, 1964, p. 121).

ويشار إلى صدق البناء بصدق المفهوم أو التكوين الفرضي ، حيث يفترض أن كل أداة من الأدوات تبنى على أساس نظرية معينة يمكن استعمالها في التنبؤ بأداء الأفراد وعندها تكون هذه الأداة صادقة صدق بناء. وبعبارة أخرى فإن صدق البناء يعني إلى أية درجة تؤكد نتائج تطبيق الأداة صحة الافتراضات المستخلصة من النظرية حول مفهوم السمة التي وضعت لقياسها (عباس واخرون، ٢٠٠٩، صفحة ٢٦٤). وتحقق هذا النوع من الصدق في المقياس الحالي من خلال المؤشرات الآتية:-

القوة التمييزية :

يعد حساب الصدق التمييزي للفقرات جانباً مهماً في التحليل الإحصائي للفقرات وذلك للتأكد من قدرتها في توضيح الفروق الفردية في السمة المراد قياسها (Eble , 1972, p. 392) (عبد الرحمن ، "القياس النفسي"، ١٩٨٣، صفحة ٨٥) ويشير جيزل (Ghisell,1981) إلى ضرورة إبقاء الفقرات ذات الصدق التمييزية في الصورة النهائية للمقياس، واستبعاد الفقرات غير المميزة أو تعديلها أو تجريبها من جديد. (Ghisell, 1981, p. 434).

وقد تحقق الباحث من الصدق التمييزية للفقرات من خلال:

١. أسلوب المجموعتين المتطرفتين:

لحساب الصدق التمييزي لفقرات المقياس بأسلوب المجموعتين المتطرفتين، تم تحديد الدرجة الكلية لكل استمارة من الاستمارات البالغ عددها (١٣٠) استمارة. وبعد ترتيب الدرجات تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى، تم أخذ نسبة قطع ٢٧٪ من الاستمارات الحاصلة على أعلى الدرجات وأدناها بغية الحصول على مجموعتين متطرفتين يتوافر فيهما شرطاً التمايز والحجم (Stanley, J& Hopkins K.D, 1972, p. 286) وفي ضوء هذه النسبة فإن عدد كل من المجموعتين المتطرفتين كان (٣٥) استمارة أي أن (٧٠) استمارة خضعت للتحليل من أصل (١٣٠) استمارة ، وقد تراوحت حدود درجات المجموعة العليا ما بين (١١٢-١٣١) درجة ، أما درجات المجموعة الدنيا فقد تراوحت ما بين (٣٤-٧١) درجة. ثم تم استعمال الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفرق بين المجموعة العليا والدنيا لكل فقرة من فقرات المقياس. وقد وجد أن فقرات المقياس كلها مميزة عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، علماً أن القيمة التائية الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) ودرجة حرية (٦٨) هي (٢.٥٧) والجدول ٤/ يوضح ذلك.

الجدول/٤

معاملات تمييز فقرات مقياس قلق الموت بأسلوب المجموعتين المتطرفتين

الرقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية المحسوبة	الدلالة الإحصائية
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
١	٣,٦٢	١,٧١	١,٨٧	٠,٥١	٧,٠٠	دالة
٢	٣,٨٧	٠,٩١	٢,٤	١,٨٦	٥,٢٥	دالة
٣	٣,٦٨	١,٢٩	١,٧٠	١,٢٦	٧,٦١	دالة
٤	٣,٧٥	٠,٧٣	١,٥٠	١,٠٦	١٠,٢٢	دالة
٥	٣,٢٥	١,٢٦	٢,٠٥	١,٥٨	٤,٢٨	دالة
٦	٣,٦٢	٠,٣٨	١,٧٥	٠,٦٠	١١,٦٨	دالة
٧	٣,٤٣	١,٠٦	١,١٨	٠,١٦	١٢,٥٠	دالة
٨	٢,٨٧	١,٣١	١,٥٠	٠,٨٠	٥,٧٠	دالة
٩	٣,٤٣	١,٧٢	١,٦٢	١,٠٥	٦,٤٦	دالة
١٠	٣,٥٦	١,١٩	١	٠,٠٠٤	١٤,٢٢	دالة
١١	٣,١٨	١,٠٩	١,٣٧	٠,٥١	٨,٦١	دالة
١٢	٣,٣٧	١,٣١	١,٤٣	٠,٣٩	٨,٨١	دالة
١٣	٣,٦٨	١,٤٢	١,٢٥	٠,٣٣	١١,٠٤	دالة
١٤	٣,٣٧	١,٧١	١,٢٥	٠,٣٣	٨,٨٣	دالة
١٥	٣,٦٢	٠,٧٨	٢,١٨	١,٩٣	٥,٣٣	دالة
١٦	٣,٥٦	١,٥٩	٢,٠٢	١,٩٩	٤,٩٦	دالة
١٧	٣,٤٣	٢,١٢	١,٣١	١,٠٢	٧,٣١	دالة
١٨	٣,٥٦	١,٣٩	١,٦٢	٠,٦٥	٨,٠٨	دالة
١٩	٣,٦٠	٢,٠٦	٢,٢١	١,٢٠	٤,٦٣	دالة
٢٠	٣,٢٥	١,٠١	١,٨٧	٠,٧٨	٦,٢٧	دالة
٢١	٣,٥٢	٠,٨٠	٢,٠٦	١,٣٦	٦,٠٨	دالة
٢٢	٣,٦٢	١,٤٥	٢,١٢	٢,٠٩	٤,٨٣	دالة
٢٣	٣,٣٨	١,٢٩	٢,٠٧	١,٩٨	٤,٣٦	دالة
٢٤	٣,١٢	٠,٩١	١,٢٥	٠,٩٧	٨,٥٢	دالة
٢٥	٣,٧٥	٠,٨٦	٢,٠٦	١,٧٩	٦,٢٥	دالة
٢٦	٤,٥٠	٠,٥٣	١,٥٠	١,٠٦	١٤,٢٨	دالة
٢٧	٣,٣٧	٠,٧٨	١,٤٣	٠,٢٦	١١,٤١	دالة
٢٨	٣,٥٦	١,٧٢	١,٥٢	٠,٩٣	٧,٥٥	دالة

٢. علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس :

إيجاد علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس يعد أسلوباً آخر لتحليل الفقرات، وهو من أدق الوسائل المعتمدة في حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس (العيسوي ، ١٩٨٥ ، صفحة ٩٥)

وبحسب أناسي تعدّ الدرجة الكلية للمفحوصين أفضل محك داخلي يمكن الاعتماد عليه عندما يتعذر الحصول على محكٍ خارجي (Anastasi, 1976, p. 206) (علام ، ٢٠٠٠ ، صفحة ٢٧٨).

وتقتض هذه الطريقة أن الدرجة الكلية للأفراد تعتبر معياراً لصدق الاختبار. وعليه تحذف الفقرة عندما يكون معامل ارتباطها بالدرجة الكلية واطناً، على اعتبار أن الفقرة لا تقيس الظاهرة التي يقيسها الاختبار بأكمله. (الزوبعي وآخرون ، ١٩٨١ ، صفحة ٤٣).

ولاستخراج علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس تم تطبيق معامل ارتباط بيرسون، وكانت الاستمارات الخاضعة للتحليل (١٣٠)، بينت النتائج أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١)، علماً أن القيمة التائية الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) ودرجة حرية (١٢٨) هي (٢.٥٧)، والجدول ٥/ يوضح ذلك.

الجدول ٥/

معاملات ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس قلق الموت

رقم الفقرة	معامل الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس	القيمة التائية	الدلالة الإحصائية
١	٠,٥٥٣	٩.٣٥	دالة
٢	٠,٧٦٤	١٧.٧٩	دالة
٣	٠,٥٨٤	١٠.٢٤	دالة
٤	٠,٥٩٥	١٠.٥٧	دالة
٥	٠,٦٢٣	١١.٤٧	دالة
٦	٠,٦٩٧	١٤.٣٢	دالة
٧	٠,٦٤٠	١٢.٠٦	دالة

دالة	١٢.٠٣	٠,٦٣٩	٨
دالة	١٠.٨٢	٠,٦٠٣	٩
دالة	١٣.٣١	٠,٦٧٣	١٠
دالة	١٠.٧٩	٠,٦٠٢	١١
دالة	١١.٤٤	٠,٦٢٢	١٢
دالة	١٤.١٥	٠,٦٩٣	١٣
دالة	١٣.٢٧	٠,٦٧٢	١٤
دالة	١٥.٩٩	٠,٧٣٢	١٥
دالة	١٠.٥١	٠,٥٩٣	١٦
دالة	١٣.٦٨	٠,٦٨٢	١٧
دالة	١٢.٦٩	٠,٦٥٧	١٨
دالة	١٧.٤٣	٠,٧٥٨	١٩
دالة	١٦.٤٧	٠,٧٤١	٢٠
دالة	١٢.٨٠	٠,٦٦٠	٢١
دالة	١٠.١٥	٠,٥٨١	٢٢
دالة	١٥.٧٤	٠,٧٢٧	٢٣
دالة	١٣.١٩	٠,٦٧٠	٢٤
دالة	١١.٣٤	٠,٦١٩	٢٥
دالة	١٦.٤٧	٠,٧٤١	٢٦
دالة	١٤.٧٧	٠,٧٠٧	٢٧
دالة	١٢.٨٨	٠,٦٦٢	٢٨

٣. علاقة درجة الفقرة بدرجة المجال :

استعمل الباحث هذا المؤشر للتأكد من أن فقرات كل مجال تعبر عنه . ولتحقيق هذا الغرض تم استخراج معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المجال مع الدرجة الكلية له ولمجالات المقياس الأربعة، وبعد تطبيق الاختبار التائي لدلالة معامل الارتباط ظهر أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مقارنة القيم التائية المستخرجة بالقيمة التائية الجدولية (٢,٥٧) عند مستوى دلالة (٠.٠١) ودرجة حرية (١٢٨) كما مبين في الجدول/٦ .

الجدول ٦/

معاملات ارتباط درجة كل فقرة من فقرات المجال بالدرجة الكلية للمجال الموجودة فيه لقلق الموت

المجال	رقم الفقرة	معامل الارتباط	القيمة التائية	الدلالة الإحصائية
الافراط في الأفكار غير العقلانية	١	٠,٦٥٢	١٢,٥٠	دالة
	٥	٠,٧٣٥	١٦,١٥	دالة
	٩	٠,٧١٩	١٥,٣٤	دالة
	١٣	٠,٦٨٧	١٣,٨٩	دالة
	١٧	٠,٧١٧	١٥,٢٤	دالة
	٢١	٠,٧٣٢	١٥,٩٩	دالة
	٢٥	٠,٦١٨	١١,٣١	دالة
المجال الانفعالي	٢	٠,٧٢٥	١٥,٦٤	دالة
	٦	٠,٧٢٣	١٥,٥٤	دالة
	١٠	٠,٧٦٢	١٧,٦٧	دالة
	١٤	٠,٦٢١	١١,٤١	دالة
	١٨	٠,٧٠٩	١٤,٨٦	دالة
	٢٢	٠,٦٦٧	١٣,٠٧	دالة
	٢٦	٠,٨١٧	٢١,٦٠	دالة
نقص القدرة على مواجهة الحياة	٣	٠,٧٠٤	١٤,٦٣	دالة
	٧	٠,٦٣٦	١١,٩٢	دالة
	١١	٠,٧٢٢	١٥,٤٩	دالة
	١٥	٠,٧٤٧	١٦,٨٠	دالة
	١٩	٠,٦٩٧	١٤,٣٢	دالة
	٢٣	٠,٦٦٨	١٣,١١	دالة
	٢٧	٠,٧٣٨	١٦,٣١	دالة
توقع الموت	٤	٠,٧٠٢	١٤,٥٤	دالة
	٨	٠,٦٥٢	١٢,٥٠	دالة
	١٢	٠,٦٢١	١١,٤١	دالة
	١٦	٠,٦٨٢	١٣,٦٨	دالة
	٢٠	٠,٦٧٩	١٣,٥٥	دالة
	٢٤	٠,٧٣٢	١٥,٩٩	دالة
	٢٨	٠,٧١٤	١٥,١٠	دالة

٤. علاقة درجة كل بعد بالأبعاد الأخرى:

تم استخراج هذا النوع من الصدق من خلال استخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل مجال بالمجالات الأخرى، إذ تم حساب الدرجة الكلية لكل مجال من مجالات المقياس ثم حسب معامل الارتباط بين درجة كل مجال والمجالات الأخرى للمقياس، وبعد تطبيق الاختبار التائي لدلالة معامل الارتباط ظهر أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مقارنة القيم التائية المستخرجة بالقيمة التائية الجدولية (٢,٥٧) عند مستوى دلالة (٠,٠١) ودرجة حرية (١٢٨) كما مبين في الجدول/٧.

الجدول/٧

معاملات ارتباط درجة كل مجال بدرجة المجالات الأخرى لمقياس قلق الموت

القيمة التائية المحسوبة	معامل الارتباط	المجالات
٨.٦٤	٠,٥٢٦	علاقة درجة الافراط في الأفكار غير العقلانية بدرجة المجال الانفعالي
١٠.٥١	٠,٥٩٣	علاقة درجة الافراط في الأفكار غير العقلانية بدرجة نقص القدرة على مواجهة الحياة
١٠.٨٢	٠,٦٠٣	علاقة درجة الافراط في الأفكار غير العقلانية بدرجة توقع الموت
٩.٢٤	٠,٥٤٩	علاقة درجة المجال الانفعالي بدرجة نقص القدرة على مواجهة الحياة
٩.٣٠	٠,٥٥١	علاقة درجة المجال الانفعالي بدرجة توقع الموت
١١.٥٨	٠,٦٢٦	علاقة درجة نقص القدرة على مواجهة الحياة بدرجة توقع الموت

٥. علاقة درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس :

بما إن مقياس قلق الموت يتألف من أربعة مجالات ، لذلك تم إيجاد العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمجال الواحد والدرجة الكلية للمقياس كون ارتباطات المجالات بالدرجة الكلية للمقياس هي قياسات أساسية للتجانس لأنها تساعد في تحديد مجال السلوك المراد قياسه (Anastasi, 1976, p. 155). وباستعمال معامل ارتباط بيرسون اتضح أن ارتباط درجة كل مجال بالدرجة الكلية للمقياس دال إحصائياً عند مقارنة القيم التائية

المستخرجة بالقيمة التائية الجدولية (٢,٥٧) عند مستوى دلالة (٠.٠١) ودرجة حرية (١٢٨)، والجدول ٨/ يوضح ذلك.

جدول ٨/

معاملات ارتباط الدرجة الكلية لكل مجال بالدرجة الكلية لمقياس قلق الموت

القيمة التائية	معامل الارتباط	المجال
١٤.١٩	٠,٦٩٤	الافراط في الأفكار غير عقلانية
١٤.٥٤	٠,٧٠٢	المجال الانفعالي
١١.٦٤	٠,٦٢٨	نقص القدرة على مواجهة الحياة
٢١.١٨	٠,٨١٢	توقع الموت

- ثبات المقياس Reliability :

من شروط المقياس الجيد اتصافه بثبات عال (Anastasi, 1976, p. 103) وهو أن يعطي الاختبار النتائج نفسها إذا ما أعيد تطبيقه على المجموعة نفسها من الأفراد في الظروف نفسها (عبد الرحمن ، "المقياس النفسي (النظرية والتطبيق)"، ١٩٩٨، صفحة ١٦٣) (الغريب ، ١٩٦٢، صفحة ٥٦١) وقد استعمل الباحث الطرق الآتية لاستخراج ثبات المقياس:-

أ - طريقة التجزئة النصفية:-

تعد هذه الطريقة من أكثر طرق الثبات استخداما وسرعة لأنها تتطلب تطبيق الاختبار على الأفراد مرة واحدة فقط (الغريب، ١٩٧٧:٦٢٧) والفكرة التي تقوم عليها هذه الطريقة هي تقسيم فقرات الاختبار الى نصفين متساويين متكافئين بطرائق متعددة اكثرها شيوعا تقسيم فقرات الاختبار الى جزأين الجزء الأول يمثل الفقرات الفردية والجزء الآخر يمثل الفقرات الزوجية ، ثم يتم ايجاد معامل الارتباط بين درجات الجزأين ، ثم يصحح بمعادلة سبيرمان _ براون لاستخراج الثبات الكلي لأن الثبات الناتج عن التجزئة النصفية يمثل معامل ثبات نصفي الاختبار (عودة ، ١٩٩٨:٣٤٩) .

لذلك قام الباحث بتجزئة مقياس قلق الموت الى جزئين بعد تطبيقه على عينة البحث البالغ عددها (١٣٠) فرداً من الكوادر الطبية يمثل الجزء الاول درجات الفقرات التي تحمل الأرقام الفردية ، ويمثل الجزء الثاني درجات الفقرات التي تحمل الارقام الزوجية ، ثم حسب معامل الثبات بمعادلة سبيرمان - براون ، و بلغت قيمة معامل الثبات المستخرج بهذه الطريقة (٠.٧٩٠) و بعد تصحيحه باستخدام معادلة التصحيح لـ (سبيرمان - براون) بلغت قيمته (٠.٨٨٢) وهو مؤشر على أن معامل ثبات الاختبار جيد.

ب- معامل ألفا للاتساق الداخلي Alpha Coefficient for Internal Consistency:

تعتمد هذه الطريقة على اتساق أداء الفرد من فقرة إلى أخرى وان هذا العامل يعطينا تقديراً جيداً للثبات في أغلب المواقف، (ثورنديك ، ١٩٨٩ ، صفحة ٩٧) .

ولاستخراج الثبات بهذه الطريقة خضعت استمارات عينة التحليل الإحصائي البالغة (١٣٠) استمارة لمعادلة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach Formula) وقد بلغ معامل ثبات المقياس (٠.٧٩٨) وهو ثبات عال عند مقارنته بالمعيار المطلق ، كما تم حساب الثبات لكل مجال من مجالات المقياس وذلك باستخراج معامل ألفا للاتساق الداخلي لكل مجال من المجالات ، فقد بلغ (٠,٧٢٤) لمجال الافراط في الأفكار غير العقلانية ، و(٠,٧٩٢) للمجال الانفعالي ، في حين قد بلغ (٠,٧٧٨) لمجال نقص القدرة على مواجهة الحياة ، و(٠,٨٦٧) لمجال توقع الموت .

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن البحث الحالي قد توصل إلى بناء مقياس قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي يتمتع بعدة مؤشرات للصدق والثبات، فضلاً عن مؤشرات الكفاءة في التمييز بين الأفراد ذوي المستوى العالي والمنخفض .

ثانياً: مقياس تحمل المسؤولية :

بعد الاطلاع على الدراسات والادبيات ذات العالقة بمتغير تحمل المسؤولية تبنى الباحث مقياس (الجميلي,٢٠١٦) الذي يتكون من (٣٠) فقرة موزعة على ثلاثة مجالات هي (المسؤولية الاجتماعية ، المسؤولية المهنية ، ومسؤولية الحب والزواج) بواقع (١٠) فقرات لكل مجال ، وتم التحقق من مؤشرات الصدق بأكثر من طريقة وكانت كلها ذات دلالة احصائية ، اما الثبات فقد بلغ (٠,٨٦) بطريق اعادة الاختبار ، و (٠,٩٠) بمعادلة الفا كرونباخ . وقد اختار الباحث هذا المقياس لكونه يتميز من حيث أنه ليس بالطويل الممل ولا بالقصير المخل

في تعليماته وعدد فقراته وبدائله وأن فقراته تتلاءم مع مجتمع البحث الحالي فضلاً عن استعمال الخطوات العلمية في بنائه .

الفصل الرابع (عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها)

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها استناداً إلى ما تم جمعه من بيانات على وفق تسلسل أهداف البحث، كما يتضمن تفسير ومناقشة النتائج في ضوء النظرية المتبناة والدراسات السابقة، ثم التوصيات فالمقترحات وكما يأتي:

الهدف الأول:- تحمل المسؤولية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي.

لتحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة البالغ عددهم (١٣٠) على مقياس تحمل المسؤولية ، وقد وجد أن المتوسط الحسابي كان مقداره (١٤٨,١٢١) درجة ، وبانحراف معياري قدره (٢٣,٩٨٤) درجة ، وبمقارنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي للمقياس الذي بلغ (٩٠) درجة يتضح انه أعلى من المتوسط الفرضي ، ولاختبار دلالة هذا الفرق إحصائياً استعمل الباحث الاختبار التائي لعينة واحدة ، وتبين أن القيمة التائية المحسوبة بلغت (١٤,٨١١) درجة وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) ودرجة حرية (١٢٩)، والجدول ١١/ يوضح ذلك.

الجدول/١١

الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي للعينة والمتوسط الفرضي على مقياس تحمل المسؤولية

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
١٣٠	١٢١,١٤٨	٢٣,٩٨٤	٩٠	١٤,٨١١	٢,٥٧	٠,٠١

وهذا يعني أن الكوادر الطبية العاملة بالحجر الصحي يتمتعون بدرجة عالية من تحمل المسؤولية ويمكن تفسير ذلك في ضوء نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ، التي تناولت في مفاهيمها الأساسية القواعد التي يعيش الناس من خلالها ، تلك القواعد التي تقف وراء ما نعتقد ونفكر به في المواقف المعينة بأنها المعتقدات الرئيسية ، وهي تمثل القواعد الصامتة التي توجه الفرد كيف يرد وكيف يستجيب الناس الى الأحداث والظروف في حياتهم

عموماً ، وعليه أن يتحمل مسؤولية ذلك ، ولكي يكون ناجحاً عليه أن يكون صادقاً مع نفسه ، وله طموحاته وتوقعاته الخاصة به لا أن يعيش طموحات وتوقعات الآخرين ، والمسؤولية تعني أن الفرد عليه أن يحدد جوهر وجوده فتقبل المسؤولية هي إحدى سمات الشخصية السوية ويمكن النظر إلى المسؤولية من زاوية أخرى باعتبارها القدرة على الاستجابة فعندما يتصرف الفرد أو يقرر أو يختار فإن لديه القدرة على الاستجابة (علاء الدين ، ٢٠١٣ ، صفحة ١١٢)

الهدف الثاني: قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي .

لتحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسط الحسابي لدرجات افراد العينة البالغ عددهم (١٣٠) على مقياس قلق الموت ، وقد وجد أن المتوسط الحسابي كان مقداره (١٠٢,٩٦٨) درجة ، وبانحراف معياري قدره (١٤,٨٩٥) درجة ، وبمقارنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي للمقياس الذي بلغ (٨٤) درجة ، ولاختبار دلالة الفروق إحصائياً بين المتوسطين استعمل الباحث الاختبار التائي لعينة واحدة، وتبين أن القيمة التائية المحسوبة بلغت (١٤,٥٩٠) درجة وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) ودرجة حرية (١٢٩) ، وهذا يعني أن قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي اعلى من متوسط المجتمع ، والجدول /١٠ يوضح ذلك.

الجدول /١٠

الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي للعينة والمتوسط الفرضي على مقياس قلق الموت

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
١٣٠	١٠٢,٩٦٨	١٤,٨٩٥	٨٤	١٤,٥٩٠	٢,٥٧	٠,٠١

وهذا يعني أن الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي يتمتعون بدرجة عالية من قلق الموت ، ويمكن تفسير ذلك في ضوء نظرية العلاج العقلاني الانفعالي للعالم "ألبرت إلس" ترى أن القلق هو ليس نتيجة مباشرة للموت بل ان معتقدات الفرد التي يحملها عن الموت نفسه ، وكيفية تفسيره لذلك الحدث بصورة لاعقلانية واستمرار التلقين الذاتي الهازمة للذات هو الذي يؤدي الى حدوث القلق لدى الفرد ، أي ان معتقدات الفرد وقيمه واتجاهاته لعبت دورا في تفسيره للحدث بانه مخيف أو يبعث على القلق أو الضيق ، وقد عرف اليس قلق الموت بأنه استجابة انفعالية ناتجة عن زيادة في المخاوف من الموت والأفكار غير العقلانية التي بنيت عليه بسبب المبالغة من توقع الموت أو

التعجل به نتيجة ضعف قدرته في مواجهة مواقف الحياة المخيفة والخطيرة (Ellis A. , 2010, p. 7) وهنا قد يأتي دور الأفكار والمعتقدات التي يحملها هؤلاء الافراد عن طبيعة فايروس كورونا الفتاكة التي قد تؤدي بحياتهم نتيجة الإصابة بعدوى هذا الفيروس مما قد أدى الى زيادة الخوف او القلق من الموت.

الهدف الثالث: دلالة الفرق الاحصائي لتحمل المسؤولية تبعاً لمتغير الجنس (ذكر_انثى) .

لتحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسط الحسابي لدرجات عينة الذكور البالغ عددها (٨٨) وعينة الإناث البالغ عددها (٤٢) , وقد بلغ متوسط عينة الذكور (١٢٢,٣٧٣) وبانحراف معياري مقداره (٢٦,٩٤٣) وبلغ متوسط عينة الإناث (١١٩,٩٣٧) وبانحراف معياري مقداره (٢٠,٦٨٩) , ولاختبار الدلالة الإحصائية بين المتوسطين تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وبلغت القيمة التائية المحسوبة (٢,٥٢٩) عند مستوى دلالة (٠,٠١) ودرجة حرية (١٢٨) , وقد تبين أنها غير دالة إحصائياً مما يشير إلى عدم وجود فرق بين الذكور والإناث في درجة تحمل المسؤولية , والجدول ١٣/ يوضح ذلك.

الاختبار التائي لدلالة الفرق في تحمل المسؤولية لدى الكوار الطبية العاملة في الحجر الصحي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - إناث)

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
الذكور	٨٨	١٢٢,٣١١	٢٦,٩٤٣	٢,٥٢٩	٢,٥٧	٠,٠١
الإناث	٤٢	١١٩,٩٨٤	٢٠,٦٨٩			

ويمكن تفسير هذه النتيجة على وفق النظرية المتبناة في ان المطالب الملحة والالزامية التي تعبر عن الاسلوب الذي يتشبث بواسطته الاشخاص بالوجوبيات غير المشروطة والضرورات المطلقة وهي أن تعتقد بأن اشياء معينة يجب أن او لا يجب أن تحدث , وأن بعض الشروط (على سبيل المثال النجاح , الرضا والحب , او الموافقة) , وهي ضرورات مطلقة , وتتضمن المطالب الملحة قوانين محددة عن الكون التي يجب أن يلتزم بها ويمكن أن توجه المطالب داخلياً وخارجياً , وتقترح نظرية اليس بأن هناك ثلاث ضرورات اساسية: (مطالب وطلبات حول النفس , مطالب وطلبات حول الاخرين , مطالب وطلبات حول العالم) (علاء الدين , ٢٠١٣ , صفحة ١١٢)

الهدف الرابع: التعرف على دلالة الفرق في قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي وفقاً لمتغير الجنس (ذكور_ إناث).

لتحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسط الحسابي لدرجات عينة الذكور البالغ عددها (٨٨) وعينة الإناث البالغ عددها (٤٢) , وقد بلغ متوسط عينة الذكور (٩٨,١٨٩) وبانحراف معياري مقداره (١٧,٩٦١) وبلغ متوسط عينة الإناث (١٠٧,٧٢٤) وبانحراف معياري مقداره (١١,٧٩٦). ولاختبار الدلالة الإحصائية بين المتوسطين تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وبلغت القيمة التائية المحسوبة (١٢,٩٣٧) عند مستوى دلالة (٠,٠١) ودرجة حرية (١٢٨). وقد تبين أنها دالة إحصائية مما يشير إلى وجود فرق بين الذكور والإناث في درجة قلق الموت ولصالح الإناث، بمعنى أن الإناث لديهم قلق الموت اعلى من اقرانهم الذكور , والجدول /١٢ يوضح ذلك.

الجدول/١٢

الاختبار التائي لدلالة الفرق في قلق الموت لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الحي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - إناث)

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
الذكور	٨٨	٩٨,١٨٩	١٧,٩٦١	١٢,٩٣٧	٢,٥٧	٠,٠١
الإناث	٤٢	١٠٧,٧٢٤	١١,٧٩٦			

ويمكن تفسير هذه النتيجة على وفق النظرية المتبناة , الى ان الاناث اكثر تأثراً بالأفكار والمعتقدات حول الاحداث (فكرة الموت نتيجة الإصابة بعدوة الفايروس) وهذا قد يؤثر على مشاعرهم وسلوكياتهم ومسؤولياتهم الاجتماعية وبناءً عليه فأن الاحداث بحد ذاتها لا تخلق المشاعر وانما المعتقدات والأفكار والقناعات حول هذه الاحداث هي التي تسهم في تشكيل المشاعر الناتجة عن الاحداث , وقد اشارت هذه النظرية الى ان الناس يشعرون بالضيق عندما يسعون الى تحقيق أهداف معينة وتظهر عوائق أو احداث تمنعهم من تحقيق هذه الأهداف (Todd, 1999, p. 123)

الهدف الخامس: دلالة الفرق الاحصائي لتحمل المسؤولية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي وفقاً لقلق الموت :

لتحقيق هذا الهدف تم تحديد الدرجة الكلية لكل استمارة من استمارات قلق الموت البالغ عددها (١٣٠) استمارة , وبعد ترتيب الدرجات تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى , تم أخذ نسبة قطع ٢٧٪ من الاستمارات الحاصلة على أعلى الدرجات وأدناها بغية الحصول على مجموعتين متطرفتين يتوافر فيهما شرطاً التمايز والحجم (Stanley, J& Hopkins K.D, 1972, p. 286) وفي ضوء هذه النسبة فإن عدد كل من المجموعتين المتطرفتين كان (٣٥) استمارة لكل مجموعة , تم استخراج المتوسط الحسابي لتحمل المسؤولية , (لاستمارات المجموعة العليا لقلق الموت) وقد بلغ (١٠١,١٤٦) وبانحراف معياري مقداره (٢٤,٨٩٤) , والمتوسط الحسابي لتحمل المسؤولية (لاستمارات المجموعة الدنيا لقلق الموت) وبلغ متوسطهم (٩٨,٩٧٢) وبانحراف معياري مقداره (٢٧,٩٢٧) , واختبار الدلالة الإحصائية بين المتوسطين تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين , وبلغت القيمة التائية المحسوبة (١,٧٧٠) عند مستوى دلالة (٠,٠١) ودرجة حرية (٦٨) , وقد تبين أنها غير دالة إحصائياً مما يشير إلى عدم وجود فرق في تحمل المسؤولية على وفق قلق الموت (العليا - الدنيا) والجدول /١٤ يوضح ذلك.

الجدول /١٤

الاختبار التائي لدلالة الفرق في قلق الموت على وفق تحمل المسؤولية (العليا - الدنيا)

مستوى الدلالة	القيمة التائية الجدولية	القيمة التائية المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
٠,٠١	٢,٥٧	١,٧٧٠	٢٤,٨٩٤	١٠١,١٤٦	٣٥	العليا
			٢٧,٩٢٧	٩٨,٩٧٢	٣٥	الدنيا

أي أن تحمل المسؤولية لدى الكوادر الطبية العاملة في الحجر الصحي لا تتأثر بطبيعة قلق الموت لديهم وهذه النتيجة كانت غير متوقعة لأنها قد اختلفت عن التوجهات النظرية التي تشير الى ان الأفكار والمعتقدات الغير عقلانية التي تؤدي الى القلق بصورة عامة وقلق الموت بصورة خاصة يؤثر في اتخاذ القرارات وغالباً ما تتعلق بعبارات " لا استطيع مواجهته او تحمله، او لا اطيق ذلك "، وتستند الى الفكرة التي تتضمن أن الشخص لا يستطيع تحمل بعض الظروف او الأحداث , هو في اغلب الأحيان يلي حدوث التفكير التقييمي السابق (الفضاعة

والتحويل) ، ويمكن أن يثير مطالب بوجوب عدم حدوث بعض الأشياء، وهو احد المعتقدات الأربعة للتقييم اللاعقلاني (عدم القدرة على تحمل الانزعاج والمضايقة) في نظرية أليس ، وقد يفسر الباحث هذه النتيجة بطبيعة المسؤولية الملقاة على عاتق الكوادر الطبية بصورة عامة والعاملين في الحجر الصحي بصورة خاصة التي تحتم عليهم المحافظة على حياة الانسان لان تهاون هذه الشريحة في تحمل المسؤولية قد يؤدي إلى فقدان حياة بعض المصابين بهذا الفيروس ، وبالتالي يؤدي الى اتساع الفجوة بين العلاقات الإنسانية ويمزق الروابط الاجتماعية ، وبذلك فإنهم يحمون نواة المجتمع وهم بني البشر ، و بهذا العمل يقومون بغرس معاني الرحمة بين الناس والتكافل في المجتمع حين يتضح بمهنتهم انهم قادرون بفضل الله تعالى على التخفيف من اوجاع الناس ومعاناتهم لما تنطوي عليها هذه المهنة من دلالات لقيمة حياة الانسان وتحمل مسؤولية المحافظة على هذه الحياة .

التوصيات:

بناءً على ما تم التوصل إليه في البحث الحالي من نتائج يوصي الباحث بما يأتي :

- ١ . قيام المؤسسات الصحية وعلى رأسهم وزارة الصحة بتقديم الدعم النفسي والاجتماعي والمالي للكوادر الطبية العاملة في أي مجال فيه خطورة على حياتهم ، والمحاولة من تقليل قلق الموت لدى هذه الكوادر من خلال خلق بيئة مناسبة داخل المؤسسات التي يعملون بها تتوفر فيها كافة مستلزمات الحماية الصحية لتقليل مخاطر الموت.
- ٢ . تعزيز وتشجيع الكوادر الطبية على تحمل المسؤولية للمحافظة على حياة الانسان لان أي تهاون قد يؤدي الى خسارة هذه الحياة .
- ٣ . اعطاء فرص متساوية لكلا الجنسين للتعبير عن مشاعرهم وافكرهم ومعتقداتهم وما يشعرون به من خوف وقلق تجاه حياتهم المستقبلية للحيلولة دون وقوعهم في مخاطر هذه الحياة لان الافراد عندما يشخصون نقاط القوة والضعف لديهم تصبح الرؤية اكثر وضوحاً في المستقبل .
- ٤ . تقديم التعزيز والتحفيز للكوادر الصحية العاملة في المجالات الخطيرة من خلال كتب الشكر والحوافز السنوية من قبل الجهات المعنية بذلك .
- ٥ . العمل على اثراء جوانب تحمل المسؤولية بكافة اشكالها لدى هذه الشريحة المهمة بغض النظر عن الجوانب الانفعالية لديهم وأيضاً التفريق بين الحياة المهنية من جهة وما يمرون به من مشاعر قلق وتوتر من جهة أخرى للمحافظة على حياة الانسان.

المقترحات:-

استكمالاً للبحث الحالي يقترح الباحث ما يأتي:

١. إجراء دراسة مماثلة للبحث الحالي على عينات أخرى مثل موظفي وزارة الكهرباء ووزارة النفط .
٢. دراسة مقارنة في قلق الموت لدى الكوادر الطبية تبعاً لمتغيري المستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية.

المصادر العربية والأجنبية :

References

١. اجلال محمد سرى . (٢٠٠٠). "علم النفس العلاجي" (الإصدار ط٢). القاهرة: عالم الكتب.
٢. حميد سالم الجبوري. (١٩٩٧). "المسؤولية الاجتماعية لدى أبناء الريف والمدينة". كلية الآداب , جامعة بغداد ، رسالة ماجستير (غير منشورة).
٣. فاطمة عوض و خفاجة , ميرفت علي صابر واخرون. (٢٠٠٢). "أسس ومبادئ البحث العلمي". الإسكندرية: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.
٤. فهيمة لبيب بطرس . (١٩٩٩). "دور التعليم الثانوي العام ونوعي المصروفات في تنمية المسؤولية الاجتماعية" , دراسة ميدانية بمحافظة المينا (الإصدار العدد الخامس عشر , الجزء الثاني). أسيوط: مجلة كلية التربية , جامعة أسيوط.
٥. احمد محمد عبد الخالق . (١٩٨٧). قلق الموت. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
٦. الجميلي, ع . (2016). أساليب الحياة وعلاقتها بتحمل المسؤولية. كلية التربية , الجامعة المستنصرية , رسالة ماجستير غير منشورة.
٧. الفريد ادلر. (١٩٩٦). "سيكولوجيتك في الحياة كيف تحياها؟", (تعريب: أ.د عبد العلي الجسماني، المترجمون) بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
٨. تيسير حسن محمد . (١٩٩٢). "العلاقة السببية بين المعتقدات اللاعقلانية والقلق العصابي". كلية الآداب , الجامعة المستنصرية , رسالة ماجستير غير منشورة.
٩. جاسم , ا . (2006). المعتقدات اللاعقلانية لدى المسنين وعلاقتها بقلق الموت .كلية التربية , الجامعة المستنصرية , رسالة ماجستير غير منشورة.
١٠. جهاد محمود علاء الدين . (٢٠١٣). "نظريات الإرشاد النفسي المعرفي والإنساني". الاردن: الأهلية للنشر والتوزيع عمان.
١١. جيرالد كوري . (٢٠١١). "النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي". (ترجمة: د. سامح وديع الخفش، المترجمون) عمان: دار الفكر.
١٢. رمزية الغريب . (١٩٦٢). "التقويم والقياس في المدرسة الحديثة". القاهرة: دار النهضة العربية.
١٣. رويده وهيجني , اليزابيث ثورنبايك . (١٩٨٩). "القياس والتقويم في علم النفس والتربية" , (ترجمة: عبدالله الكيلاني وعبد الرحمن عدس، المترجمون) عمان: مركز الكتاب الأردني.
١٤. سعد عبد الرحمن . (١٩٨٣). "القياس النفسي". الكويت: مكتبة الفلاح.
١٥. سعد عبد الرحمن . (١٩٩٨). "القياس النفسي (النظرية والتطبيق)" (الإصدار ط٣). القاهرة: دار الفكر العربي.

١٦. سعيد , م" . (2007). *قوة الانا والشعور بالمسؤولية والضبط الزائد "العنادية" لدى المراهقين المعوقين بصرياً والمبصرين* .دمشق: كلية التربية , جامعة دمشق، رسالة ماجستير (غير منشورة).
١٧. سيد أحمد عثمان. (١٩٧٣). *المسؤولية الاجتماعية في الإسلام الكتاب السنوي في التربية وعلم النفس*. القاهرة: عالم الكتب.
١٨. صلاح الدين محمود علام . (٢٠٠٠). *"القياس والتقويم التربوي والنفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة"* . القاهرة: دار الفكر العربي.
١٩. عباس واخرون, م" . (2009). *مدخل الى مناهج البحث في التربية وعلم النفس* (ط٢). ed.). عمان: دار المسيرة.
٢٠. عبد الرحمن العيسوي . (١٩٨٥). *"القياس والتجريب في علم النفس والتربية"* . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
٢١. عبدالجليل أبراهيم, وبكر, محمد الياس والكناني, ابراهيم الزوبعي واخرون . (١٩٨١). *"الاختبارات و المقاييس النفسية"* . جامعة الموصل , دار الكتب للطباعة.
٢٢. علي كمال. (١٩٨٨). *النفس انفعالاتها وامراضها وعلاجها* (الإصدار ط٤). دار واسط للطباعة والنشر.
٢٣. علي مهدي كاظم . (١٩٩٤). *بناء مقياس مقنن لسمات الشخصية للمرحلة الاعداية في العراق*. كلية التربية (ابن رشد) , جامعة بغداد, رسالة ماجستير غير منشورة.
٢٤. محمد اللاذقاني . (١٩٩٥). *"اثر برنامج ارشادي جماعي للتدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي"* . الجامعة الاردنية/ كلية التربية/ رسالة ماجستير منشورة.
٢٥. محمد قاسم عبدالله . (٢٠١٢). *"نظريات الارشاد والعلاج النفسي"* . عمان المملكة الاردنية الهاشمية: دار الفكر ناشرون موزعون.
٢٦. محمود كاظم التميمي . (٢٠١٦). *"مؤشرات في الصحة النفسية"* . عمان _ الأردن , شارع الملك حسين مجمع الفحيص التجاري: دار المنهجية للنشر والتوزيع.
27. Anastasi, A. (1976). *"Psychological testing"*. New York: Mac-Millan.
28. Bond, F. (1999). *"Testing TWO Mechmanisms by which Rational and irrational Beliefs May Affect the functionlity of inferences"* . British Journal of medical psychology 72.
29. Brown, J. (1991). *The Self and Social Conduct Linking Self Representations to Pro-Social Behavior* (Vol. 60). Journal of Personality and Social Psychology.
30. Cronbach, L. J. (1964). *"Essentials of Psychological Testing"*. New York: Harper Brothers.
31. Eble , R. (1972). *"Essentials of Education Measurment"* . Printice -Anastasi , A(1976): Psychological testing , New York, Mac-Millan.
32. Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*: New York: Julian .Paperback ed., New York: McGraw-Hill, Book company.
33. Ellis, A. (1977). *"How to Live With and without anher"*: Newyoe, Readers Digest press,.
34. Ellis, A. (1980). *"The value of efficiency in psychotherapy"* . Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 17(4).
35. Ellis, A. (1988). *"How to stubbornly refuse to make yourself miserable about any thing- yes"*., anything! Secaucus NJ: Lyle Stuart.
36. Ellis, A. (2010). *"Rational emotive behavior therapy. In K. S". Dobson (Ed.),. Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 226–276). Guilford Press.

37. Ghisell, E. (1981). *"Measurement Theory for behavioral Sciences"*. W. H. Frecman and Company: San Francesco.
38. Hoelter, S. (1979). *"Muhidimensiiond treatment of fear of death"*. journal of consulting and clinical psychology , 47.
39. <https://ar.wikipedia.org/>. (n.d.).
40. Martin, T. (1983). *"Death anxiety and socill desirability among nurses omega"* . Jornal of Death and Dying.
41. Stanley, J& Hopkins K.D. (1972). *"Educational and Psychological measurement and evaluation"*. New York: Prentic-hall. Cronbach, L. J. 1964: "Essentials of Psychological Testing", Harper Brothers, New York.
42. Todd, J. (1999). *Foundation of chincal and caunseling psychology. Longman.*
43. Vernon, A. (1983). *"Rational-Emotive Education in A Ellis and M.E (Ed) Ration al-Emotiue"* . Approaches to the problems of childhood, M.y plenum.
44. Wood, D. (1994). *"The development of responsibility schemata patterns of thoughts feeling social responsibilit."*