

الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب

إعداد

أ/ ريم عوض محمد الشهري

درجة الماجستير في علم النفس - تخصص (الإرشاد النفسي) كلية التربية - جامعة الطائف

المخلص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين مرضى القلب وعلاقتها بقلق الموت كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق في الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت بين مرضى القلب التي تعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي "الدخل"، المستوى الاجتماعي، المستوى الروحي "الدين"، والمستوى التعليمي)، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وتم اختيار عينة مكونة من (٣٩٩) مريض ومريضة من المراجعين للمستشفيات في مدينتي أبها وخميس مشيط، وتم تطبيق المقاييس التالية: مقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد الشربيني (٢٠٠٥)، ومقياس قلق الموت من إعداد شقير (٢٠٠٩). وقد أسفرت النتائج عن وجود تأثير دال إحصائياً (للنوع) عند مستوى دلالة (٠,٠١)، ولا يوجد تأثير دال إحصائياً (للعمر)، ولا يوجد تأثير دال إحصائياً للتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية، كما لا يوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى (الاقتصادي)، ويوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى (الاجتماعي) لصالح المستوى المنخفض عند مستوى دلالة (٠,٠١)، ولا يوجد تأثير دال إحصائياً للتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية. لا يوجد تأثير دال إحصائياً (للنوع والعمر)، والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت. ويوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى (الاجتماعي) لصالح المستوى المنخفض عند مستوى دلالة (٠,٠١)، ولا يوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى (الاقتصادي)، ولا يوجد تأثير دال إحصائياً للتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت.

Irrational Thoughts and their Relationship to Death Anxiety among Heart Patients

By:

Reem Awad Mohammad Al Shahry

Master Degree in Psychology - Psychological Counseling - College of Education - Taif University

ABSTRACT

The current study aimed to identify the prevalence of the irrational thoughts among heart patients and their relationship to death anxiety. The study also aimed to detect the differences in irrational thoughts and death anxiety among heart patients in relation to the variables of gender, age, economic level "income", social level, spiritual level. The study made use of the comparative correlational descriptive method. The study participants totaling (399) patients (males and females) were selected from heart patient at the hospitals of Abha and Khamis Mushayt. An irrational thoughts scale by Al-Sherbiny (2005) and a death anxiety scale by shoucair (2009) were administered to fulfill the purpose of the study. The results of the study showed that there was a statistically significant effect at 0.01 level in relation to (gender). There was no statistically significant effect at 0.01 level in relation to (age). There was no statistically significant effect of the

interaction between the gender and age of heart patients on the scale of irrational thoughts. There was no statistically significant effect of the economic level and there was a statistically significant effect of the (social) level in favor of the low levels at 0.01. There was no statistically significant effect of the interaction between the economic and social levels of heart patients on the scale of irrational thoughts. There was no statistically significant effect of the gender or age or the interaction between them on the variance of the heart patients degrees on death anxiety scale. There was a statistically significant effect of the (social) level in favor of the low level at 0.01. There was no statistically significant effect of the economic level, and there was no statistically significant effect of the interaction between them on the variance of the study participants' degrees on the death anxiety scale.

مقدمة:

برغم التقدم المعرفي والتكنولوجي وزيادة الرفاهية المادية التي نعيشها في هذا العصر والتي لم يسبق لها مثيل إلا أن العلماء اتفقوا على أن يطلقوا على عصرنا "عصر القلق" (زهران، ٢٠١٠، ٤٨٦).

ويعود السبب في ذلك لاهتمامنا بالجانب المادي وإهمال الجانب الروحي أو العقدي والذي جعل الفرد يقف حائراً وسط هذه الموجة الحضارية والتغيرات السريعة في محاولة منه لمواكبة واستيعاب هذا التقدم الهائل، ولكن فشله في ذلك وعدم وجود الطمأنينة والسكينة داخله جعلت منه فريسة سهلة للقلق، ويعتبر "قلق الموت" من أهم أنواع القلق التي ظهرت حديثاً وسيطرت على فئة كبيرة من الناس خصوصاً الفئات الشابة نسبياً. ويعد قلق الموت خطراً على صحة الأفراد وإنتاجيتهم، خصوصاً إذا سيطر على الفرد بشكل كبير مسبباً اختلال في توازن الفرد سواء من الناحية العقلية أو الجسدية أو السلوكية مما يجعله مادة دسمة للدراسة بين الأوساط العمرية المختلفة. (Schoon, 2006, 7)

ولكن إذا ما أمعنا النظر لقلق الموت سنجدته نتيجة لا سبب لظروف ومتغيرات عدة لعل من أهمها الأفكار التي يحملها الفرد وطريقة تفسيره للأمور التي تحدث من حوله. فأهم ما يميز ذلك القلق هو أن سلوك الفرد الظاهري يأخذ الفرد بعيداً عن مثير معين وأن التغيرات التي تحدث لدى الفرد تحدث في جهازه العصبي المستقل بعيداً عن أعيننا وهذا ما دفع بعلم النفس إلى محاولة تفسير تلك التصرفات ومن أهم من كتب وبحث في ذلك العالم الأمريكي (Albert Ellis) والذي أتى لنا بالنظرية العقلية الانفعالية والتي تقوم فلسفتها على أن التفكير والانفعال والسلوك تتداخل فيما بينها في علاقات السبب والنتيجة المتبادلة (القيسي، ٢٠١٠، ٢٠٨).

وبالتالي تعد "الأفكار اللاعقلانية" هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية، والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغط لدى الفرد، كما أنها تسيطر على تفكيره وتوجه سلوكه، فضلاً عن أنها أفكار غير واقعية، وغير منطقية، ومطلقة، وغير ملائمة، وتؤدي إلى نتائج انفعالية غير سارة، ويُعبر عنها الفرد لفظياً في شكل الينغيات، والوجوبيات *Shoulds, Musts* مثل (يجب أن، ينبغي أن، من الضروري أن...)، وتؤدي إلى هزيمة الذات، وغالباً ما تكون نتاج الخصائص الفطرية وعملية التعلم (عبد الله وعبد الرحمن، ٢٠٠٢، ٦١٧).

ولكن ماذا إذا كان الفرد الذي يحمل تلك الأفكار يحمل مرض عضوياً يعد حسب منظمة الصحة العالمية- في صدارة أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم ألا وهو مرض القلب ففي تقريرها الصادر في (يناير ٢٠١٥) أشارت إلى: أنّ عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية يفوق عدد الوفيات الناجمة عن أيّ من أسباب الوفيات الأخرى، وأن ما نسبته (١٧,٥) مليون نسمة قضاوا نحبهم جرّاء الأمراض القلبية الوعائية في عام (٢٠١٢)، ممّا يمثل (٣١%) من مجموع الوفيات التي وقعت في العالم في العام نفسه. وتحدثت عن (٨٢%) من الـ (١٦) مليون حالة وفاة الناجمة عن الإصابة بالأمراض غير السارية التي تحدث قبل سن (٧٠) سنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وتتسبب أمراض القلب والأوعية الدموية في (٣٧%) منه (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥، ١).

وطبقاً لتوقعات منظمة الصحة العالمية فإنه بحلول (٢٠٢٠) يتوقع أن تحتل أمراض القلب والشرابيين المرتبة الأولى والسبب الرئيس للإعاقة والوفاة في العالم. كما أكد مختصون على أن مرض القلب بات شبحاً يهدد حياة مواطنين المملكة العربية السعودية كونه السبب رقم واحد في الوفيات وأن ما نسبته (٤٠%) من المرضى الذين تستقبلهم أقسام الطوارئ هم مرضى القلب. ومع هذه الإحصائيات المخيفة واتساع انتشار مرض القلب جعلت منه باعثاً ومسبباً للقلق والقلق من الموت تحديداً وجعل المريض في حالة ترقب، خوف، شعور بالضيق وألم غامض. (الحكمي، ٢٠١٥، ٧١)

إن الآثار النفسية للمرض على الأفراد المصابون به لا تنتهي بانتهاء أزمة المرض فغموض المصير الصحي لمريض القلب، وخوفه من المستقبل المجهول، وما قد ينتظره من مضاعفات أثناء مرضه قد يسبب له شعور بعدم الطمأنينة والتي تظهر من خلال الأرق وكثرة الكلام وعدم القدرة على الاستقرار نتيجة لكثرة التفكير بمرضه، مما قد يدفعه للنظر إلى الأمر بطريقة غير عقلانية تزيد من فكرة اقترابه من الموت وتعيق حياته بشكل كامل (Davies، 2007، 91).

ويؤكد "Adabrt& sterang" أن المرضى وأقاربهم كثيراً ما ينشغلون بالأفكار الوجودية وبقلق الموت حتى وإن لم يظهر ذلك بشكل مباشر والتي تظهر من خلال أنواع عدة من المشاعر المرتبطة بالقلق من الموت والمنتشرة بكثرة بين المرضى وذويهم فالألم والحزن واليأس والقلق كل هذه الأمور يجب على الأفراد الذين يتعاملون مع المرضى أن يكونوا على وعي بها من أجل تزويدهم بالمساندة والدعم اللازمين، في محاولة للوصول إلى تكيف أفضل مع المرض باستخدام أنواع مختلفة من العلاج لعلاج قلق الموت، ولعل من أهم طرق العلاج نظرية العلاج العقلاني الانفعالي والتي تدعو للنظر للأمور من حولنا بطريقة واقعية والبعد عن تضخيم الأمور (Ellis)، 2004، 291

مشكلة الدراسة وتساولاتها:

ترى الباحثة أن خطورة الأفكار اللاعقلانية تنعكس سلباً على الفرد الذي يحملها فهي تجعله عرضة للاضطرابات السلوكية والنفسية والتكيف غير الفعال، وإذا ما التقت تلك الأفكار بمرض خطير كمرض القلب فإن من شأن ذلك أن يضاعف من خطورتها، وهذا بدوره يؤثر سلباً على سرعة تعافيتهم وتقليل الآلام التي يشعرون بها وربما ساعدت على سرعة تدهور الحالة وعدم استجابتها للعلاج، لذلك لا بد من معرفة آثار الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات التي يحملها مريض القلب على الجوانب النفسية والشخصية المختلفة، خصوصاً ما يتعلق منها بإثارة قلق الموت لديه، باعتبار الأفكار اللاعقلانية تقود عادة إلى نتائج سلوكية وانفعالية سلبية أكثر منها صحية.

ويرتبط التفكير اللاعقلاني بالعديد من مؤشرات سوء التكيف النفسي من بينها القلق والاكتئاب، نتيجة لأن الأحداث والخبرات التي تمر بالفرد يتم تأويلها وتفسيرها بصورة سلبية (Bridges & Harnish، 2010).

ولقد أشارت نتائج دراسة (Modi & Thingujam، 2007) على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الأفكار اللاعقلانية والغضب الزائد، سواء كان الدافع للغضب داخليا أو خارجيا، ووجود علاقة ارتباطية سلبية بين الأفكار اللاعقلانية والتحكم في الغضب الداخلي والخارجي ووجود علاقة ارتباطية سلبية بين الأفكار اللاعقلانية وتقبل الذات.

كما توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الأفكار اللاعقلانية، والرضا عن الحياة، حيث أن وجود الأفكار اللاعقلانية يؤثر بشكل غير مباشرة على الرضا عن الحياة الخاصة بالفرد، نتيجة عدم قدرته على إقامة علاقات اجتماعية سليمة مع المحيطين به، وهذا كله يؤثر سلباً على مريض القلب حيث أن الإجهاد الزائد لعضلة القلب يضاعف من شدة المرض ويجعله أسوأ حالاً، وقد أظهرت دراسات أمريكية عديدة نشرت في "دورية الكلية الأمريكية لأمراض القلب" أن نحو (٢٥%) من الأشخاص المصابين بمرض القلب والأوعية الدموية لديهم نوع ما من مشكلات القلق مما يجعلهم عرضة لزيادة النوبات القلبية وسرعة تدهور في الحالة الصحية أكثر من بقية المرضى الذين لا يعانون من القلق.

(Froh، Fives، Fuller، Jacofsky، Terjesen، & Yurkewicz، C، 2007، 33)

ومن هذا المنطلق يمكن للباحثة صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية والتي تسعى هذه الدراسة للإجابة عليها:

١. ما أثر (العمر والنوع) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية؟
٢. ما أثر المستوى (الاقتصادي/ الاجتماعي) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية؟
٣. ما أثر (العمر والنوع) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت؟
٤. ما أثر المستوى (الاقتصادي/ الاجتماعي) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت؟
٥. هل توجد علاقة ارتباطية بين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية ودرجاتهم على مقياس قلق الموت؟

أهداف الدراسة:

١. معرفة أثر (العمر والنوع) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية.
٢. معرفة أثر المستوى (الاقتصادي/ الاجتماعي) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية.
٣. معرفة أثر (العمر والنوع) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت.
٤. معرفة أثر المستوى (الاقتصادي/ الاجتماعي) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت.

٥. معرفة العلاقة بين درجات أفراد العينة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية ودرجاتهم على مقياس قلق الموت.

أهمية الدراسة:

أ / الأهمية النظرية:

١. بما أن متغيري الدراسة قد تم دراستهما كلا على حده إلا أن أهمية الدراسة الحالي تكمن حسب حدود (علم الباحثة) أنه أول بحث في البيئة السعودية يتناول علاقة الأفكار اللاعقلانية بقلق الموت لدى مرضى القلب.
٢. محاولة الكشف عن مؤشرات الأفكار اللاعقلانية وارتباطها بظهور قلق الموت على الأفراد، وذلك باستخدام أدوات علمية من شأنها إعطاء نتائج تفيد القطاع النفسي والصحي.
٣. محاولة الإسهام في إعطاء فكرة عن الأنواع المختلفة للأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مراجعي عيادات القلب بمدينة تبليبا وأهميتها مشيطة.
٤. توضيح بعض الأبعاد المرتبطة بتأثير الأفكار اللاعقلانية على الشعور بقلق الموت ونسبة انتشارها بين مرضى القلب.

ب / الأهمية التطبيقية:

١. لهذه الدراسة أهميتها التطبيقية وذلك من خلال نتائجها التي تأمل الباحثة أن يستفيد منها مرضى القلب أنفسهم، والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون، والقائمون على شئون مرضى القلب ورعايتهم سواء في المستشفيات أو الوزارات المعنية أو الجمعيات التي تعنى بمرضى القلب.
٢. كما تتبع أهمية هذه الدراسة في مجال الإرشاد النفسي والأسري وذلك من خلال وضع برامج إرشادية وعلاجية من شأنها رفع الكفاءة النفسية للمرضى لمواجهة القلق والأفكار التي تواجههم في مصيرهم مع مرض القلب.
٣. توعية المحيطين بمرضى القلب من أجل خلق بيئة إيجابية تعمل على تفهم المرض والبعد عن القلق المفرط.
٤. العمل على رفع كفاءات الطواقم الطبية والأخصائية التي تتعامل مع مريض القلب في محاولة لتفهم الأفكار التي يحملها المرضى، والمحاولة لتغيير الأفكار غير العقلانية تجاه مرض القلب ومستقبلهم مع هذا المرض.

مصطلحات الدراسة:

١. الأفكار اللاعقلانية Irrational Ideas:

تتبنى الباحثة تعريف الشربيني (٢٠٠٥، ٥٤٠) حيث عرف الأفكار اللاعقلانية بأنها: تلك الأفكار السالبة الخاطئة غير المنطقية وغير الواقعية، التي تتسم بعدم الموضوعية والتأثر بالأهواء الشخصية والمبنيية على توقعات وتعميمات خاطئة، ومبنيية على مزيج من الظن والتهويل والمبالغة".

وتعرف الباحثة الأفكار اللاعقلانية إجرائيا: بأنه الدرجة التي يحصل عليها مريض القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية المستخدم بالدراسة الحالية إعداد (الشربيني، ٢٠٠٥).

٢. قلق الموت Death Anxiety :

تتبنى الباحثة تعريف شقير (٢٠٠٩، ٣) حيث تعرف قلق الموت: بأنه "حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت، أي

أنه حالة غير سارة ناتجة عن استجابة الخوف الهائم عند الفرد تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، والتقدير السلبي لموقف الموت، وما ينتظر بعد الموت من مصير".

وتعرف الباحثة قلق الموت إجرائياً: بأنه الدرجة التي يحصل عليها مريض القلب على مقياس قلق الموت المستخدم بالدراسة الحالية إعداد (شقيير، ٢٠٠٩).

٣. مرضى القلب: (Heart Patients)

تتبنى الباحثة تعريف بك (٢٠٠١، ٥) مرضى القلب بأنهم " هم الأشخاص من الذكور والإناث الذين شخّصوا على أنهم مصابون بأحد المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات القلب الآتية: (القصور الدوراني- اللانظميات- الداء الشرياني الإكليلي- الذبحة - احتشاء عضلة القلب - الجلطة القلبية - الحمى الرثوية - آفات الصمامات المكتسبة - أمراض القلب الولادية - التهاب الشغاف الخمجي - التهاب العضلة القلبية - أورام القلب - أمراض الأبهري)"

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة الحالية على دراسة الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب.

الحدود الزمانية: ترتبط الحدود الزمانية بفترة تطبيق هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ١٤٣٧-١٤٣٨ هـ والفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ١٤٣٨-١٤٣٩ هـ.

الحدود البشرية: عينة من مرضى القلب.

الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة على مراجعي عيادات القلب في مدينتي أبها وخميس مشيط ويقدر عددهم (٣٩٩) حالة وتتراوح أعمارهم بين ١١ - ٦٠ عاماً.

الدراسات السابقة:

قدم (2013) **Tawahina ،Thabet. & vostonise**، دراسة بعنوان: قلق الموت واضطراب كرب ما بعد الصدمة والصدمة والحزن والصحة النفسية للفلسطينيين ضحايا الحرب على غزة، هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين خبرة الحرب الصادمة في الحرب على غزة واضطراب كرب ما بعد الصدمة والحزن الناتج عن الصدمة وقلق الموت والصحة النفسية، وتم تطبيق عدة اختبارات منها قائمة غزة الصادمة للحرب على غزة ومقياس الحزن واضطراب كرب ما بعد الصدمة والنسخة العربية من مقياس قلق الموت على عينة مكونة من (٣٧٤) فرد من عمر (٢٢-٦٥) سنة، وقد أظهرت النتائج إن أكثر الأحداث الصادمة هو سماع الصواريخ والانفجاريات (٩٤، ٧%) ويليها مشاهدة الأشلاء في التلغاز (٩٢، ٨%) وكانت نسبة من تركوا بيوتهم بحثاً عن مكان امن أثناء الحرب (٧٢، ٢%). أما بالنسبة لقلق الموت فقد كانت الإناث أعلى نسبة مقارنة بالذكور.

وقام (2014) **Ajoka & Babatunde** بدراسة بعنوان: تأثير العمر والجنس على قلق الموت لدى الراشدين في مقاطعة اكيئي، نيجيريا، وهدفت هذه الدراسة للكشف عن تأثير العمر والجنس على قلق الموت وكان حجم العينة مكون من (٤٦٨) شخص (٢٣٨) ذكور و (٢٣٠) إناث مقسمة لثلاث مجموعات عمرية من الراشدين. وتم تطبيق مقياس قلق الموت لتميلر. وأوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وقلق الموت. ولكن وجدت الدراسة أن الإناث في مجموعة متوسط العمر اظهروا ارتفاع لقلق الموت عن الذكور.

كما قام نور الدين (٢٠١٤) بدراسة بعنوان "الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها باستخدام الحوار في الوسط الجامعي لدى الطلبة والفروق فيهما تبعاً لبعض المتغيرات"، وتهدف الدراسة إلى التعرف على علاقة الأفكار اللاعقلانية باستخدام الحوار لدى طلبة جامعة باتنة، والكشف عن الفروق فيهما تبعاً لمتغير (الجنس، التخصص، ولاية الإقامة)، وقد جاءت عينته ممثلة ب(١٩١) طالب من طلبة جامعة - باتنة - اختيروا بطريقة عرضية، وإما الأداة فقد تم استخدام مقياس الأفكار اللاعقلانية من -إعداد سليمان الريحاني ١٩٨٧-، واستبيان استخدام الحوار -إعداد الباحث- وتبنى المنهج الوصفي، وأظهرت الدراسة النتائج التالية: عدم وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية واستخدام الحوار لدى أفراد عينة البحث،، وجود علاقة ارتباط سالبة بين كل من فكرة (توقع الكوارث، تجنب المشكلات، الشعور بالعجز، علاقة الرجل والمرأة) واستخدام الحوار. ووجود علاقة ارتباط موجبة بين كل من فكرة (اللوم القاسي للذات والآخرين، الاعتمادية) واستخدام الحوار، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير التخصص لصالح العلميين، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الحوار لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير التخصص لصالح الأديبين، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير ولاية الإقامة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الحوار لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير ولاية الإقامة لصالح طلبة ولاية الوادي.

وقدما رسول، وجرجيس (٢٠١٥) في دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعة صلاح الدين، وتهدف الدراسة للتعرف على مستوى ودلالة الفروق في الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعة صلاح الدين- أربيل حسب متغير الجنس (الذكور، الإناث) متغير الاختصاص (العلمي، الإنساني)، تم اختيار (٦٠٨) طالباً وطالبة كعينة البحث من المرحلة الثالثة في جامعة صلاح الدين من الذكور والإناث من الأقسام الإنسانية والعلمية في الكليات النهارية للعام الدراسي (٢٠١٣-٢٠١٤) واعتمدت الدراسة على مقياس (ملا طاهر، ١٩٩٥) للأفكار اللاعقلانية، والمطور للبيئة الكوردية من قبل (البرواري، ٢٠٠٨)، و، أظهرت النتائج أن مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعة صلاح الدين مرتفعة، وأن طلبة الجامعة من الإناث و الاختصاصات الإنسانية لديهم مستوى أكبر من الأفكار اللاعقلانية مقارنة بالذكور والاختصاصات العلمية.

كما قام الحكمي (٢٠١٥) في دراسة بعنوان "برنامج علاجي معرفي لتخفيف قلق الموت لدى مرضى القلب، وهدفت هذه الدراسة للتحقق من فاعلية العلاج المعرفي في خفض متوسط درجة قلق الموت لدى مرضى القلب، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠ مريضاً) من مرضى القلب المراجعين لعيادة القلب في المستشفى العسكري بالمنطقة الشرقية بالسعودية، وباستخدام المنهج الشبة تجريبي ومقياس قلق الموت زينب شقير، وظهرت النتائج التالية: انخفاض مستوى القلق بشكل كبير ودال إحصائياً في المجموعة التجريبية حيث كان (٧٢، ٥) قبل العلاج المعرفي وانخفض إلى (٥٦، ٦) بعد العلاج المعرفي، وهذه النتيجة تؤكد فاعلية العلاج المعرفي في خفض مستوى القلق عند مرضى القلب، إضافة إلى تساوي مستوى القلق في المجموعة التجريبية والضابطة قبل بداية تطبيق العلاج المعرفي، وبقاء المجموعة الضابطة" بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج" على نفس مستوى القلق، بينما قلت تلك النسبة لدى المجموعة التجريبية وهذا بدوره يدل على أن التغيير الحاصل يعود للعلاج المعرفي.

وقدما عسلي و حمدونة، (٢٠١٥). الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، تهدف الدراسة الحالية إلى تعرف علاقة الالتزام الديني

بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، كذلك التعرف على الفروق في كل من الالتزام الديني وقلق الموت وخبرة الأمل تبعاً لمتغير الجنس، والتخصص العلمي، والمستوى الدراسي، والانتماء التنظيمي لهم، وأجريت الدراسة على عينة من (٣٩٤) مفحوصاً، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الالتزام الديني وقلق الموت، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين الالتزام الديني وخبرة الأمل لدى الطلبة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في الالتزام الديني، ووجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث لصالح الإناث في قلق الموت ولصالح الذكور في خبرة الأمل، وأخيراً لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للتخصص العلمي.

وأجرت القيق (٢٠١٦) بدراسة بعنوان قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين، دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة، وبيان علاقة قلق الموت بالصحة النفسية، ومقارنة قلق الموت لدى المسنين المقيمين في دار الرعاية، وأقرانهم المقيمين مع أسرهم، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتمثلت أدوات الدراسة باستمارة بيانات شخصية، مقياس قلق الموت لدى المسنين -إعداد الباحثة -، وتكونت عينة الدراسة من (٣٣) مسن مقيم في دار الرعاية، (٤٧) مسن مقيم مع أسرته في محافظة رفح، وجاءت النتائج بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة المسنين تعزى لمتغير مكان الإقامة، لصالح المقيمين مع أسرهم، كما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الإقامة، كما تبين عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين قلق الموت والصحة النفسية.

وقام القحطاني (٢٠١٦) بدراسة بعنوان قلق المستقبل وعلاقته بالأفكار غير العقلانية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى طلاب وطالبات قسم علم النفس بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، وتهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين قلق المستقبل (الأبعاد والدرجة الكلية) والأفكار غير العقلانية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى طلاب وطالبات قسم علم النفس بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، اعتمد الباحث على الطريقة العشوائية الطبقيّة في اختيار أفراد عينة البحث وبلغ حجم العينة (٢٢٤) طالبا وطالبة من قسم علم النفس والمنظمين بمرحلة البكالوريوس بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية مقسمة إلى: (١٠٤) طلاب وطالبات من المستوى الدراسي الأول بواقع (٥٤) طالبا و (٥٠) طالبة، و (١٢٠) طالبا وطالبة من المستوى الدراسي الثامن بواقع (٦٠) طالبا و (٦٠) طالبة، وقام الباحث باستخدام أداتي البحث وهما مقياس قلق المستقبل من -إعداد شقير، ٢٠٠٥ -، ومقياس الأفكار غير العقلانية من -إعداد هوبر ولاين- Hooper & Layne ترجمة وتقنين على البيئة العربية (عبدالله وعبدالرحمن، ٢٠٠٢)، وتطبيقه على البيئة السعودية المطيري، ١٤٣٤ هـ). أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين درجات أفراد العينة على مقياس الأفكار غير العقلانية ودرجاتهم على مقياس قلق المستقبل (الدرجة الكلية والأبعاد: القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية المستقبلية - قلق الصحة وقلق الموت - القلق الذهني "قلق التفكير في المستقبل") ولا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس الأفكار غير العقلانية ودرجاتهم على بعدي (اليأس من المستقبل -الخوف والقلق من الفشل في المستقبل) من أبعاد مقياس قلق المستقبل، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق أخرى ذات دلالة إحصائية بين المتغيران تبعاً للنوع والمستوى الدراسي.

في دراسة (المحتسب والعكر، ٢٠١٧) هدفت الدراسة إلى الكشف عن المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأفكار اللاعقلانية والتوجه نحو الحياة لدى ذوي الإعاقة، والتعرف إلى العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والتوجه نحو الحياة بعد عزل المساندة الاجتماعية وطبقت مقاييس الدراسة على عينة قوامها (١١٥) من ذوي الإعاقة من الذكور والإناث، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة عكسية بين المساندة الاجتماعية والأفكار اللاعقلانية، وأن المساندة الاجتماعية لعبت دوراً وسيطاً بين الأفكار اللاعقلانية والتوجه نحو الحياة، ووجود معامل ارتباط مباشر بين الأفكار اللاعقلانية والتوجه نحو الحياة، وعند العزل الإحصائي لتأثير المساندة الاجتماعية عن العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والتوجه نحو الحياة تناقصت قيمة معامل الارتباط وأصبحت غير دال إحصائياً، ووجود فروق في المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي ومكان السكن ومستوى الدخل، ووجود فروق في التوجه نحو الحياة تبعاً لمتغير عدد أفراد الأسرة والحالة الاجتماعية.

دراسة Azimian، (2017) Et al والتي تهدف إلى التعرف على مدى تأثير برنامج رعاية روحاني على خفض مستوى قلق الموت لدى مرضى القلب. استخدم الباحثون المنهج الشبه تجريبي ذي التصميم على المجموعتين التجريبية والضابطة. وتكونت العينة من (١٠٠) مريض بالقلب بمدينة طهران، واستخدمت الدراسة مقياس قلق الموت قبل وبعد التجربة، وتوصلت الدراسة إلى وجود تأثير للبرنامج على مستوى خفض قلق الموت ولكنه تأثير غير دال إحصائياً.

وهدف دراسة (Tufail، Kynat، Saleem، Adeeb، 2017) Zaffar & إلى الوقوف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية المدركة وقلق الموت لدى مرضى القلب. استخدم الباحثون الدراسة المستعرضة (Cross-sectional). تكونت العينة من (١٣٢) من مرضى القلب في جنوب البنجاب في باكستان. استخدمت الدراسة مقياس قلق الموت، ومقياس المساندة الاجتماعية المدركة واستبانة جودة الحياة. توصلت الدراسة إلى انخفاض جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى مرضى القلب وارتفاع مستوى قلق الموت وأن هناك علاقة ارتباطية سلبية دالة بين جودة الحياة وقلق الموت وبين المساندة الاجتماعية وقلق الموت، وأن الذكور تفوقوا على الإناث في مستوى جودة الحياة وأن الإناث تفوقوا على الذكور في المساندة الاجتماعية وقلق الموت.

أجرى (Samadifard & Narimani، 2017) دراسة بعنوان: "التنبؤ بقلق الموت لدى كبار السن من خلال يقظة الذهن والأفكار اللاعقلانية" وهدفت هذه الدراسة إلى إمكانية التنبؤ بقلق الموت لدى كبار السن وعلاقته بيقظة الذهن والأفكار اللاعقلانية، وتكونت العينة من (١١٠) من كبار السن فوق الستين في مدينة أردبيل بإيران، واستخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهداف الدراسة، كما استخدمت الدراسة مقياس اليقظة الذهنية ومقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس قلق الموت. وقد توصلت الدراسة إلى أن قلق الموت كان مرتفعاً لدى كبار السن، ووجود علاقة دالة بين يقظة الذهن والأفكار اللاعقلانية وكلاهما له علاقة بقلق الموت لدى كبار السن.

علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة توصلت الباحثة إلى أن دراستها الحالية قد اتفقت مع الدراسات السابقة في بعض الجوانب من ناحية، واختلفت في بعض الجوانب من ناحية أخرى:

- اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات التي تناولت العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت، في أنها تناولت المتغيرين، إلا أن الدراسة الحالية اختلفت عنها في البيئة التي تم تطبيق الدراسة عليها، فجميع الدراسات السابقة كانت على بيئات أجنبية، والدراسة الحالية على البيئة المحلية – العربية السعودية.

- اتفقت الدراسة الحالية مع أغلب الدراسات السابقة في استخدام المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن.
 - اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في طبيعة العينة -مرضى القلب من الجنسين-، مما يؤكد أهمية هذه الفئة كعينة للدراسة وللوضع الصحي الذي يمرون به، في محاولة لمعرفة العوامل المسببة له أو التي قد تزيد من مضاعفاته.
 - كذلك اتفقت الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي تناولت العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت في أنها توصلت إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.
- أوجه تميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:**

لم تتناول الدراسات السابقة الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب مما دعا بالباحثة إلى دراسة متغير الأفكار اللاعقلانية وتأثيرها على مستوى قلق الموت وبهذا تكون الدراسة الوحيدة -على حد علم الباحثة - في البيئة المحلية والعربية التي تقوم بتناول الموضوع.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

لقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة فيما يلي: المساعدة على تكوين صورة لإعداد الإطار النظري، واختيار أفضل المقاييس، والمنهجية العلمية، كما تم الاستفادة منها في تفسير نتائج الدراسة، ووضع التوصيات والمقترحات.

الإطار النظري:

المحور الأول: الأفكار اللاعقلانية:

مفهوم الأفكار العقلانية:

تعرف بأنها تلك الأفكار الواقعية والمنطقية التي تساعد في حصول الشخص على أهدافه، وتبدو عادة في مصطلحات من المنطق؛ والسبب أنها لا تحدد في أي معنى مطلق ولكنها نسبية في الطبيعة وتصحبها في الغالب حالات وجدانية سليمة تدفع الإنسان للمزيد من النضوج والانفتاح. (Ellis, 21004, 31).

كما يعرفها العنزي (٢٠٠٧، ٤٨) بأنها "كل تفكير أو سلوك ينهجه الفرد بشكل فطري ويتفق معه الآخريين من ذوي العقول السليمة، ويعتبر ذلك التفكير أو السلوك مناسب لكل زمان ومكان.

الأفكار الأساسية التي تقوم عليها الأفكار العقلانية:

١. **التفضيل التام:** والذي يقوم على مكونين هما: تأكيد التفضيل، ونفي المطلب. بمعنى أن يكون الفرد واعيا لما يريد قادرا على تحقيقه، وواعيا أيضا بما لا يريد وبيئته عنه.
٢. **الأفكار غير المرعبة:** وتتكون من: مكون تأكيد الشر، ونفي الرعب. بمعنى أن يدرك المرء أن هناك شر محتمل الحدوث، وبينما قد يحدث الأمر السيئ ولم يحصل المرء على ما يريد فإن ذلك ليس بالأمر الخطير.
٣. **القدرة العالية على تحمل الإحباط:** وتظهر القدرة على تحمل الإحباط عند عدم إشباع رغباته أو تحقيق أهدافه، وأنه ليس هناك أشياء لا يمكن حلها.
٤. **تقبل الاعتقاد:** وهي القدرة على تقبل الاعتقاد السلبي (دردير، ٢٠١٠، ٦٨).

مفهوم الأفكار اللاعقلانية:

هي تلك الأفكار غير الواقعية وغير المنطقية والمطلقة والمعتنقة بشكل مكرس، وهي تعيق أهداف الشخص وتقتل عادة في اختبار السبب إنها الأفكار التي تقود عادة إلى نتائج سلوكية وانفعالية موهنة أكثر منها ميسرة، وهي تتضمن في محتواها أحكاماً عن ماذا ينبغي وماذا يجب أن يكون وعن كم تبدو المواقف والأحداث مرعبة ومخيفة، وتؤدي بمن يعتنقها إلى إثارة مجموعة من الانفعالات السلبية والاضطراب الانفعالي، وهي بشكل عام تأخذ شكل عبارة: "لأنني أريد شيء ما فهو ليس فقط أمراً مفضلاً أو مرغوب فيه أن يوجد بل يجب أن يوجد بشكل مطلق"، ومن المرعب ألا يتحقق ذلك بشكل واضح " (Ellis، 2004، 29).

إن الأفكار اللاعقلانية هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية، والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغط لدى الفرد، كما أنها تسيطر على تفكيره وتوجه سلوكه، فضلاً عن أنها أفكار غير واقعية، وغير منطقية، ومطلقة، وغير ملائمة، وتؤدي إلى نتائج انفعالية غير سارة، ويُعبر عنها الفرد لفظياً في شكل الينبغيات، والوجوبيات (Shoulds, Musts) مثل (يجب أن، ينبغي أن، من الضروري أن...)، وتؤدي إلى هزيمة الذات، وغالباً ما تكون نتاج الخصائص الفطرية وعملية التعلم (عبد الله وعبد الرحمن، ٢٠٠٢، ٦١٧).

كما أشار الصباح والحموز (٢٠٠٧، ٢٨٢) إلى أنها عبارة عن مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي لا تتفق مع الواقع الفعلي للأمور، وتعتبر غير موضوعية، تتميز بتعظيم الأمور المرتبطة بالذات والآخرين، وتسعى إلى ما لا تستطيع الوصول إليه والتصرف بموجب ما تحمله هذه الذات من قيم ومعتقدات، مما يجعلها تتحكم في أقدارها.

وتعرف بأنها "أفكار خاطئة وغير واقعية، تتسم بعدم الموضوعية، وتقترب بأساليب خاطئة في التفكير، كالمبالغة والتهويل، وابتغاء الكمال وتعظيم الأمور المرتبطة بالذات والآخرين، والتعليمات الخاطئة، والتننؤ، والابتعاد عن المسؤولية، فضلاً عن أنها هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية، وتعيق الفرد عن تحقيق السعادة (العنزي، ٢٠١٠، ٦٤).

كما يعرفها نور الدين (٢٠١٤، ٣٣) بأنها "معتقدات ومفاهيم وألفاظ ذاتية يعتنقها ويتبناها الفرد عن الأحداث والظروف الخارجية وهي بمثابة أفكار خاطئة بعيدة عن المنطق، تتصف بعدم الموضوعية وعدم الواقعية كما أنها تخلو من العقلانية، وبذلك فهي خلل يصيب تفكير الفرد فيخرج عن الشخص العادي والسليم ويتأثر بالأهواء الشخصية، وتؤدي هذه الأفكار إلى سلوكيات وانفعالات غير صحية تعيق الفرد عن التكيف السوي، كما تؤدي إلى نشوء اضطرابات وجدانية وسلوكية ونفسية وأعراض مرضية للفرد".

تقسيم الأفكار اللاعقلانية:

حاول عديد من الباحثين المحدثين تقسيم الأفكار اللاعقلانية إلى أقسام رئيسية يندرج تحتها أنواع الأفكار اللاعقلانية التي اعتمدها Ellis" وهي كالتالي:

فهناك من قسمها إلى ثلاثة أنواع:

١. أفكار تتعلق بالذات: مثل يجب أن أتقن كل شيء، وإن لم أفعل فهذا أمر فظيع لا يمكن تحمله والتي تؤدي إلى الخوف والقلق والاكتئاب، والشعور بالذنب.
٢. أفكار تتعلق بالآخرين: مثل يجب أن يعاملني الجميع معاملة عادلة، وإذا لم يفعلوا فذلك فظيع لا يمكنني تحمله، والتي تؤدي إلى الشعور بالغضب والعدوانية والسلبية.

٣. أفكار تتعلق بظروف الحياة: مثل يجب أن تكون الحياة بالشكل الذي أريده، وإذا لم تكن فذلك أمر فظيع لا يمكن تحمله، والتي تؤدي بدورها إلى الشعور بالأسى والألم النفسي. (الغامدي، ٢٠٠٩، ١٢)، (الزهراني، ٢٠١٠، ٩).

ويشير دردير (٢٠١٠، ٧٣) بأن الأفكار الأساسية التي تقوم عليها الأفكار اللاعقلانية:

وهي تعد النقيض للأفكار الأساسية التي تقوم عليها الأفكار العقلانية وتتنحصر في:

١. المطالب: فهي تأخذ شكل المطالب الواجبة (ينبغي، يجب)، وعند عدم حصول ذلك فهذا يسبب للفرد الاضطراب الانفعالي.
٢. الأفكار المرعبة: وهو الشعور بالخطر عند عدم تنفيذ مطالب الصارمة للفرد مما يشعره بالفرع ولا يستطيع تحمل ذلك.
٣. فكرة انخفاض تحمل الإحباط: فهو مؤمن بأن قدرته على تحمل الإحباط منخفضة وربما منعدمة.
٤. فكرة انخفاض القيمة: والشعور بعدم الثقة بالنفس.

صفات الأفكار اللاعقلانية:

وصف "Ellis" الأفكار اللاعقلانية بعدة صفات منها:

١. المطالبة الحتمية (ينبغي حتما. لازم. لا بد. يجب): يرى Ellis وجود علاقة إرتباطية بين رغبات الفرد ومطالبة الدائمة واضطرابه الانفعالي، كأن يصر على إشباع تلك المطالب.
٢. أن ينجح دائما في عمله دون إخفاق: ويحدث نفسه دائما بتلك المطالب ويفرضها على نفسه، وعندما لا تتحقق يحدث لديه الاضطراب ويحكم بالفشل على نفسه. (رتيب، ٢٠١١، ٣٥).
٣. ويرى Ellis: أنه ينبغي التقليل من ترديد تلك الكلمات بين الشخص وبين نفسه، وخفض مستوى المطالب اللاعقلانية.
٤. التعميم المفرط (كل/معظم/جميع/٩٠%): يتمثل ذلك في تبني أفكار عامة بناءً على خبرات محدودة، فهو يحكم على نفسه بالفشل إذا ما فشل لمرة واحدة (الغامدي، ٢٠٠٩، ٧٠).
٥. تقدير النفس سلبياً (أنا سيء/ تافه/ ضعيف الشخصية / قبيح وهكذا): فيقرر Ellis أن التقدير للذات من أشكال التعميم الزائد، وأن نمط التفكير الخاطئ يؤثر في تقدير الشخص لذاته، وعليه يجب تقبل الذات بدلاً من تقييم الأخطاء.
٦. التهريب (لا بد من إرهاب المخطئ/ وعقابه بقسوة / تعنيف الناس بدلا من التماس العذر لهم): فالمطالب غير المنطقية لا يمكن تحقيقها دون تعنيف، وهذا ما يسبب الانفعالية الزائدة وعدم القدرة على حل المشكلة بشكل عقلائي (شحاتة، ٢٠٠٦، ٣٩).
٧. الاعتماد على اللفظ دون المعنى (مثل المعاني المجردة للأمثال فنجده يعملها بلفظها دون معناها المجرد): كقول "يعمل من الحبة قبة" فيقوم بأخذ مجموعة من الحبوب ويحاول أن يجمعها لتعطي شكل قبة، بدل من فهم أن المرء يقوم على تضخيم الأمور.
٨. الاعتماد على التخمين والإحساس والحدس دون أعمال التجريب والعلم: ويتمثل اللاتجريب بخروج الفرد باستنتاجات خاطئة وغير معتمدة على أدلة كافية، كأن يعتقد أن الموقف ينطوي على تهديد دون أن يمتلك الأدلة الكافية، وعليه يرى Ellis أنه من الضروري تعليم الشخص أن

يستمد أفكاره من التجربة الدقيقة، وإن كل فكرة لا تستند على خبرة منطقية تسبب سلوك مضطرباً.

٩. إلحاح التكرار: فيمثل ذلك ضغط داخلي لا شعوري (تجعل الفرد يميل إلى تكرار الأفكار اللاعقلانية الخاطئة بشكل مستمر). (نور الدين، ٢٠١٤، ٦٠).

١٠. عدم التسامح: فالعقاب الصارم الوسيلة الوحيدة لتصحيح الأخطاء، مع عدم القدرة على التسامح وإن كان الخطأ بسيط (الغامدي، ٢٠٠٩، ٧٠).

١١. أخطاء التفسير والعزو: حيث ينسب المرء أفعاله الخاطئة إلى الآخرين مما يؤثر على إدراكه للأحداث الخارجية، وانفعاله وسلوكه، مما يؤدي للوم المستمر للذات والآخرين (الزهراني، ٢٠١٠، ٤٦).

مصادر اكتساب الأفكار اللاعقلانية:

أشارت ضيف (٢٠١٥، ١٧٧) إلى أن مصادر اكتساب الأفكار اللاعقلانية هي:

١. **أساليب المعاملة الوالدية السلبية:** إن لأساليب المعاملة الوالدية الدور الكبير في نشأة الأفكار اللاعقلانية، فعندما تقتصر العلاقة بين الوالدين والطفل للتفاعل الإيجابي والاحترام المتبادل يشعر وقها الطفل بانتهزام الذات، والرعاية الزائدة للطفل غير صحيحة فهي لا تجعله يتعلم كيف يتعامل مع مشكلاته بنفسه ولا يستطيع الاستقلال بنفسه، كما إن مطالبة الطفل بالكمال وإظهار جوانب القوة ومقارنتهم بغيرهم ممن في سنهم تجعل منهم عرضة للاضطراب، كما اتضح أن الأوضاع الأسرية السلبية تلعب دوراً في اكتساب الفرد للأفكار اللاعقلانية، حيث تبين أن أبناء المطلقين كانت لديهم أفكار لا عقلانية بدرجة مرتفعة ومرتبطة ببعض الأعراض النفسية السلبية مثل الاكتئاب النفسي. كما أن التمييز في التعامل و التربية بين الإناث و الذكور في الأسرة -التي لها دور كبير في إعداد شخصية الفرد - من حيث تقديم العناية أو إتاحة المجال لتنمية الشخصية بكل جوانبها قدر الإمكان فلا يقدم عطف زائد للإناث ولا خوف زائد، ولا يطلب مسؤولية زائدة من الذكور، مما قد يؤدي إلى مفعول سلبي أكثر من أن يؤدي لمفعول إيجابي لكلا الجنسي، ويؤثر على علاقاتهم مع الآخرين فيما ينتظرون منهم أو بالعكس أي ما ينتظره الآخرون منهم، ومما قد يسيء لمعتقدات الفرد و تحمله لمسؤولية نتائج أعماله و تفسيراته لما حوله من أحداث وأشخاص (مارديني، ٢٠١٢، ٢٠٢).

٢. **التربية والتعليم:** تخلق أساليب التربية والتعليم والمناهج الدراسية طالباً متلقياً معتمداً على التلقين فهي لا تشجع التفكير والإبداع، واستخدام الطرق العلمية في حل المشكلات، وإنما تشجع على الحفظ ورفض النقاش، والالتزام بالجمود حتى ينل الطالب استحسان المعلم وهذا ما يساعد على نشأة الأفكار اللاعقلانية للطلبة (علام، ٢٠٠٤، ١٠٣).

٣. **العزلة الاجتماعية:** تساهم العزلة الاجتماعية بشكل كبير في تكوين الأفكار اللاعقلانية، حيث الفرد للحكم أو المعيار الاجتماعي على أفكاره ومعتقداته كما تنسم شخصية الفرد المنعزل ببعض الجمود الذي يمنعه من تقييم الفكرة تقيماً سليماً بما يتفق مع الآخرين، وما ترتضيه الجماعة التي يعيش فيها ويستمد منها المساندة والدعم. (الوليدي، ٢٠١٣، ٢٧١).

٤. **الجمود الفكري:** من خلال عدم الرغبة في تغيير أفكارهم، أو استبدالها بأخرى أكثر عقلانية ومرونة ومنطقية، فيقع الفرد أسيراً للتفكير المتصلب حيث يكون تفكيره منجمداً مظلماً يرى من خلاله جانب واحد للحياة، ولا يرغب في أن يغير فكره ليرى الجانب الآخر (عبد الله، ٢٠١٣، ٢٥١).

٥. **ثقافة المجتمع:** انتشار الأفكار اللاعقلانية في المجتمع مدعاة لاكتساب الأفراد لأفكار لاعقلانية، فتم هذه الأفكار المجتمع الخارجي أو البيئة كما هو الحال في سيادة الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالسحر والشعوذة، وعليه فنشوء فرد لاعقلاني ضحية للمجتمع (دردير، ٢٠١٠، ٦٨).
٦. **وسائل الإعلام المختلفة:** حيث أصبح الإعلام في وقتنا الحاضر غير هادف وغير مسئول يجعل من المتعة اللحظية، وجذب الانتباه للشباب لتحقيق أعلى أرباح، مع غياب الرقابة التربوية والاجتماعية والأخلاقية، وعليه تتحول هذه الأعمال إلى وسيلة لاكتساب الأفراد أفكار غير موضوعية وغير عقلانية عن الحياة في كل جوانبها، كما أن سهولة الوصول للمعلومات الغزيرة جدا باستخدام تقنيات في متناول الجميع كشبكة الانترنت، تؤدي إلى ركون الفرد إلى الوسائل والتقنيات دون وعي أو تفكير، وعليه يجب أن يعتمد الفرد على أساليبه وسماته في التفكير والبحث وأن لا يركن إلى ما هو سهل (جعفر، ٢٠١١، ١٢٤).
٧. **العوامل الوراثية:** حيث تلعب دورا في إحداث الأفكار اللاعقلانية وتهيئة المريض واستعداده للإصابة. حيث ينتقل من خلال مورثات متعددة العوامل وليس من خلال مورثات مسيطرة بنسبة تصل إلى (٤١%) بين الأولاد، أما إذا كان احد الوالدين مصاب فان النسبة تصل إلى (١٦%) بين الأولاد (طه والصايغ، ٢٠١٠، ٦١٨).
٨. **دور الجهاز العصبي:** فبعض الأمراض العضوية تصيب الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بالأفكار اللاعقلانية (العنزي، ٢٠٠٧، ٧٥).
- ويجب أن ننبه إلى أن أسباب الأفكار اللاعقلانية وتنوع مصادر اكتسابها أصبحت تشكل تهديد على الفرد خاصة والمجتمع عامة، كون المعتقن لهذه الأفكار يساهمون في نشرها من خلال تفاعلهم وانفعالاتهم وسلوكهم حتى تعم أطلياف المجتمع، فلا بد من وضع حد لهذه الأفكار في مهدها حتى لا تنتشر بين أطلياف المجتمع ونصبح في دوامة مجتمع لاعقلاني (نور الدين، ٢٠١٤، ٥٢).
- الأعراض المرضية الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية:**
- يوضح العنزي (٢٠٠٧، ٧٧) أن أهم تلك الأعراض:
١. **الوسواس:** حيث تظهر ضد رغبة المريض، وتأخذ شكل أفكار، وخيالات عقلية، ومخاوف، وتأخذ شكل الاجترار وتحدث في مرض الوسواس والاكتئاب.
 ٢. **فقد السيطرة على التفكير:** حيث يخبر المريض أن أفكاره تحت تحكم قوى خارجية، وأنها قادرة على وضع أفكار في رأسه ليست خاصة به، أو سحب أفكار من رأسه، وتدفع أفكاره على الناس في إشارة إلى تحطم الحدود بين الأنا والمحيط الخارجي.
 ٣. **تطاير الأفكار:** حيث يكون الكلام مستمر وليس مترابط، القفز من فكرة لأخرى دون ربط، كما في حالات الهوس الحادة والفصام.
 ٤. **تبلد مسار التفكير:** كالبطء الشديد، مع النقص في التركيز، ونقص الانتباه، وفقد الذاكرة، كما يحدث في الاكتئاب المتبلد.
 ٥. **التفاصيل الكثيرة غير الضرورية:** بسبب نقص قدرة الشخص في الحكم على الأمور وتوقعه حول ذاته، ويحدث لدى مرضى الصرع، الأغبياء، مرضى الوسواس، ويرتبط التفكير اللاعقلاني بالعديد من مؤشرات سوء التكيف النفسي من بينها القلق والاكتئاب، نتيجة لأن الأحداث والخبرات التي تمر بالفرد يتم تأويلها وتفسيرها بصورة سلبية (Bridges & Harnish، 2010، 866).

المحور الثاني: قلق الموت:**مفهوم قلق الموت:**

من الصعب إيجاد تعريف شامل وجامع لقلق الموت بسبب غموضه وإشكاليته، والتي تشمل جوانب متعددة سواء منها ما كان قبل الموت، أو أثناءه أو بعده، ومنها ما يتعلق بطبيعة الموت وماهيته كمادة علمية، وما يمكن أن يرافقه من تحولات فلسفية ومن التعاريف التي وردت لقلق الموت ما يلي:

من وجهة نظر Abdel-Khalek (2004)، (288) "أنه نوع من أنواع القلق العام يشير إلى حالة إنفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف، تتركز حول ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع درجاتها.

كما يعرف قلق الموت بأنه "التوتر والخوف من الموت وذلك من خلال التفكير المستمر بالموت (Death Rumination) وسيطرة فكرة الموت (Death Domination) وتكرار فكرة الموت (Death Idea Repetition) (الحلو وقدمي، ٢٠٠٣، ٢٢).

كما يعرف بأنه "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت (نصر، ٢٠١١، ١٩٣).

ويعرف بأنه " حالة من التوتر والاضطراب، تنتج عن التفكير المستمر لشخص بموضوع الموت، وكل ما يرتبط به من أحداث، سواء كانت قبل الموت، أو أثناءه، أو التفكير بما سيحدث بعد الموت، وهذا التفكير يمكن أن يشمل الموت نفسه، أو موت الآخرين، مما يؤثر سلباً في حياة الفرد، ويجعله في دوامة مستمرة من الاضطراب والقلق (صويص، ٢٠١١، ٥١).

أسباب قلق الموت:

تختلف أسباب القلق من الموت باختلاف الأفراد، أو بمعنى أصح باختلاف نظرة الأفراد إليه ومدى درجة الوعي التي يحملها الفرد تجاه قلق الموت، ومن أهم تلك الأسباب:

١. **الخوف من الموت المفاجئ:** حيث يرى "ماسلو" أن الخوف من الموت هو في الحقيقة خوف من عدم قدرتنا على الوصول إلى مستوى تحقيق الذات في هرم الحاجات الذي وضعه، وعليه عدم القدرة على كل طموحاتنا وأماننا (الصمادي وغوانمة، ٢٠٠٥، ٦٥٦).

٢. **الخوف من المجهول:** فكل ما سيحدث في أثناء الموت أو بعده سيبقى مجهولاً، ولا يمكن أن يثبت بشكل صحيح بينما لا يزال الإنسان على قيد الحياة.

٣. **أسباب دنيوية:** مثل كراهية الجثث وغرابتها، والعدوى الاجتماعية للحزن، والاشمئزاز الحضاري والتفاعل العاطفي، والخوف من العدوى والصدمة، وتخيل التحلل والتعفن، في حين ينظر إليه كل من "بيكر" و"برونر" على أنه خوف فطري موروث. (عبد الخالق والنيال، ٢٠٠٧، ٣٩٠).

٤. **الخوف من فقدان السيطرة:** مثل فقدان القدرة على المعرفة، والسيطرة على الأشياء التي يكافح المرء من أجل تحقيقها، وعلى اعتبار الموت فعل خارج عن السيطرة لأي شخص، فإن أولئك الذين يخافون من فقدان السيطرة يحاولون إبعاد الموت من خلال المراقبة الصارمة والمتطرفة للصحة، وهؤلاء معرضون بمرور الوقت إلى الإصابة بالأفكار التسلطية والوساوس القهرية (Kausar & Saima، 2010، 270).

٥. **الخوف على الآخرين:** فالعديد من الأشخاص لا يخافون الموت بحد ذاته، وإنما يخافون مما سيحدث لعائلاتهم من بعدهم، ويمكن رؤية هذا بشكل واضح لدى الآباء الجدد، أو الآباء لأبناء وحيدين، فهؤلاء سيعانون القلق من أن تعاني عائلاتهم مالياً، وأن أحد لن يهتم بهم.

كما أعزى "Sholders" أسباب القلق من الموت للتالي:

١. الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
٢. الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسدي.
٣. الخوف من العقاب الإلهي (بخاصة لدى المتدينين).
٤. الخوف من العدم (Abdel-khalek & Tomas، 2005، 160).

ومن خلال ما سبق يمكن أن نجمال أسباب قلق الموت بما يلي:

١. **الجانب الانفعالي:** ويشمل المعاناة من أحد الاضطرابات النفسية، الخوف من الوحدة، والخوف من نهاية الحياة، الخوف من العدم.
٢. **الجانب الفسيولوجي:** ويتمثل الخوف من مصير الجسد بعد الموت، الخوف من الم الاحتضار، الخوف من الموت بطريقة بشعة "القتل، الحرق...".
٣. **الجانب الاجتماعي:** توقف السعي نحو الأهداف، تأثير الموت فيمن سيتركهم الشخص من أسرته خصوصاً الأطفال منهم، ثقافة المجتمع تجاه موضوع الموت وما يتسم به من حزن، والتنشئة الأسرية التي تثبت الخوف من الموت للفرد من صغره.
٤. **الجانب الديني:** الخوف من المصير المنتظر والذي يحتمل أن تكون النار مصير للشخص المذنب، الخوف من الظلام وعذاب القبر (صويص، ٢٠١١، ٨٣).

أشكال قلق الموت:

ذكر (Langs، 2008) 328 أن لقلق الموت ثلاثة أشكال كالتالي:

١. **قلق الموت الاستلابي:** وهو أقدم أنواع القلق من الناحية السلافية، ويوجد في الكائنات وحيدة الخلية التي طورت مستقبلات للرد على الإخطار الخارجية، وهي تمتلك جهاز حماية ذاتياً، وآليات استجابة لضمان البقاء على قيد الحياة في مواجهة الهجمات والمخاطر الطبيعية والكيميائية، ويثار هذا النوع من قلق الموت لدى البشر حينما يواجهون مواقف الخطر المتنوعة التي تهدد بقاؤهم، وهذه المواقف قد تكون نفسية أو جسدية، ويشمل قلق الموت لدى البشر الخوف من أذى الكائنات الحية الأخرى، وبخاصة البشر الآخرين أو الكوارث الطبيعية، ويقوم قلق الموت الاستلابي بحرك مصادر الفرد التكيفية، ويؤدي إلى القتال أو الهرب، ويؤدي إلى جهود نشيطة لمكافحة هذا الخطر، أو يحاول الهروب من الحالة المهددة له، وقد تأخذ ردود الفعل هذه أشكالاً فسيولوجية.
٢. **قلق الموت المفترس:** يظهر هذا الشكل من قلق الموت عندما يؤدي الفرد الآخرين جسدياً أو عقلياً، وغالباً ما تجري إثارة هذا النوع من القلق في اللاوعي بدلاً من الإدراك الواعي، ويكمن رد الفعل الأساسي من هذا النوع من القلق بمجرد الإحساس بالذنب بصورة شعورية أو لاشعورية، ويحفز مجموعة من القرارات العقابية لمرتكبي الأذى للآخرين تكون عادة على شكل إيذاء الذات أو الانتحار.
٣. **قلق الموت الوجودي:** وهو من أقوى أشكال قلق الموت، ويشمل الخوف من الفناء الشخصي النهائي، وهذه المخاوف أنتت نتيجة لاكتساب اللغة البشرية، مما أدى إلى التمييز

بين الذات والآخرين، وإلى الوعي الكامل بالهوية الشخصية، والقدرة على توقع المستقبل، ويعمل هذا النوع من القلق في أغلب الأحيان بشكل لاشعوري، وينشط سلوكيات وأفكار متنوعة وواسعة، والتي تصمم بشكل لاشعوري لإنكار الموت، ويدافع البشر ضد هذا النوع من قلق الموت من خلال النكران، وينفذ من خلال مجموعة واسعة من الآليات العقلية والسلوكيات الجسدية. وقد صمم الإنسان آلية أساسية للتعامل مع مخاوف الموت الوجودية، وهي تعتمد على النكران بأشكال لا تعد ولا تحصى. وهذا النكران يعتمد على أنواع متنوعة مثل: كسر القواعد، انتهاك الإطارات والحدود، الاحتفالات الهوسية، العنف الموجهة ضد الآخرين، محاولات كسب ثروات هائلة أو قوة.

العوامل المحددة لقلق الموت:

طبقاً لـ (Lester & Templer & Abdel-khalek، 2007، 262) في نظرية العاملين فإن درجة القلق من الموت يحددهما عاملان رئيسيان هما:

١. حالة الصحة النفسية التي يتمتع بها الفرد بشكل عام: فالمرضى السيكاتريين يميلون للحصول على درجات مرتفعة في قلق الموت أكثر من الأشخاص الأسوياء، إن مؤشرات الإضطراب وعدم التوافق لدى الأسوياء وغيرهم ترتبط إيجابياً مع مقياس قلق الموت، كما استخراج ارتباطاً سلبياً بين قلق الموت والهدف من الحياة، كما تثبت هذه النظرية أن المرضى الذين عولجوا من أعراض الاكتئاب بالعقاقير المضادة للاكتئاب قد تناقص قلق الموت لديهم؛ حيث يرتبط التناقص في قلق الموت لديهم إيجابياً بالتناقص في الاكتئاب.
٢. خبرات الحياة التي تعرض لها المرء المتصلة بموضوع الموت: ويستند هذا العامل الثاني في المقام الأول على مبادئ التعلم والتأثيرات البيئية، إذا تعلمت الخوف من الموت عن طريق أساليب التنشئة الوالدية، ثم وفقاً لمبادئ التعلم ممن يحيطون بالشخص، وتعرض المرء لمواقف ومثيرات تحدث أثراً نفسياً سيئاً ومؤلماً للمرء خصوصاً في فترة الطفولة؛ مما يجعل تكرار الموقف أو المثير باعثاً للخوف لدى الفرد.

أعراض قلق الموت:

يمكن تقسيم أعراض قلق الموت إلى:

- أ- أعراض نفسية: التوتر - نوبات هلع - صعوبة في التركيز - الخوف من أشياء لا وجود لها - الاكتئاب - والشعور بالعجز - اختلاط التفكير - العزلة - الشعور بالموت الذي قد يصل لدرجة الفزع (شقيير، ٢٠٠٣، ٦٢)
- ب- أعراض جسدية: الخفقان - سرعة التنفس - رعشة " خاصة في أصابع الأيدي" - عرق " خاصة في راحة اليد " - الشعور بالتعب والإنهاك لأي مجهود ولو كان بسيطاً - اضطرابات النوم - نوبات من الدوخة والإغماء (قواجلية، ٢٠١٣، ٤٦)
- ج- الجهاز الهضمي: ازدياد الحموضة - سوء الهضم - نوبات من الإسهال - القولون العصبي - مغص - الرغبة في القيء - القيء العصبي (عبد الخالق والنيال، ٢٠٠٧، ٣٩٠).
- د- الأعراض الاجتماعية فهي: الإحساس بالانقباض وعدم الطمأنينة والتفكير المُلح واضطراب النوم، وقد ينعكس هذا الاضطراب النفسي على الجسم فتبرد الأطراف و يتسبب العرق ويخفق القلب وتتقلص المعدة ويفتر الجسم وتعطل القدرة على الإنتاج، وقد يهرب الإنسان إلى أحلام اليقظة كعلاج مؤقت.

هـ- الأعراض المعرفية: التطرف في الأحكام وجعل كل المواقف باتجاه واحد يميل للسوداوية غالباً، التصلب عند العصبيين، التسلط، الجمود، الميل للاعتماد على منهم أقوى منهم، والبعد عن المنطقية، تبني الأفكار والمعتقدات المطلقة -سرعة الغضب والهيجان -سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة -العزلة وانتظار الموت (قواجلية، ٢٠١٣، ٤٧)

المحور الثالث: أمراض القلب:

تؤثر أمراض القلب (Heart disease) على أي من وظائف القلب وعلى أي من أجزاء القلب.

وتعرف أمراض القلب والشرايين بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر في القلب والأوعية الدموية وتهدد حياة المصاب بها National Vital Statistics Reports، 2007، (59)

كما تعرف (بك، ٢٠٠١، ٥) مرضى القلب بأنهم "هم الأشخاص من الذكور والإناث الذين شخّصوا على أنهم مصابون بأحد المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات القلب الآتية: القصور الدوراني- اللانظميات -الداء الشرياني الإكليلي -الذبحة - احتشاء عضلة القلب -الجلطة القلبية -الحمى الرثوية -آفات الصمامات المكتسبة -أمراض القلب الولادية -التهاب الشغاف الخمي -التهاب العضلة القلبية -أورام القلب -أمراض الأبهري.

تتوقع (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥) أن تصل أعداد الوفيات بمرض القلب إلى (٢٣،٣) مليون حالة وفاة في العالم بحلول عام (٢٠٣٠)، وأفادت بأن أمراض القلب والشرايين الناتجة لا تفرق بين الجنسين رجالاً ونساءً، وأنها باتت «العدو الأول للنساء»، وليس سرطان الثدي، كما هو شائع، فأمرض القلب هي أهم مسببات الوفاة الأكثر انتشاراً حول العالم، وجاء في تقرير منظمة الصحة العالمية حول أمراض القلب والأوعية الدموية، مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، أنها جميعاً أمراض غير معدية- طويلة الأمد وتتطور ببطء، وهي الأمراض القاتلة الرئيسية في العالم، وتتسبب بحوالي (٦٣ %) من جميع الوفيات.

وبحسب الكتاب الإحصائي السنوي (وزارة الصحة السعودية، ٢٠١٠) فإن أمراض القلب تعد السبب في (٤٢%) من حالات الوفاة من الأمراض غير المعدية بالمملكة للعام (٢٠١٠)، وكانت أشارت إلى أنّ السبب الرئيسي لوفاة مرضى «السكري» في المملكة يعود إلى أمراض القلب، حيث تُشكّل النسبة حوالي ثلثي حالات الوفاة من النسبة الإجمالية، مُضيفاً أنّ هذه النسبة المرتفعة تشكل عبئاً كبيراً على المؤسسات الصحية في المملكة على مستوى العلاج، والتأهيل الطبي، وكذلك المواعيد، والمداخلات الجراحية، وغيرها، كما أنّ لها تبعات اقتصادية، واجتماعية، ونفسية على المرضى وأسرهم والمجتمع بشكل عام، وعن مخاطر انتشار أمراض القلب في السعودية خلال السنوات المقبلة نتيجة الأمراض المزمنة والممارسات الغذائية الخاطئة، تتحول أمراض القلب في المملكة إلى وباء بعد نحو (٢٠) عاماً، أي بحلول عام (٢٠٣٦)، أسوة بأمراض أخرى منتشرة حالياً على نطاق واسع كالضغط والسكري.

وتتفق كثير من الجهات المهتمة والمختصة بأمراض القلب منها وزارة الصحة السعودية (MOH.gov.sa) المجلة البريطانية الطبية (BMJ)، المعهد الوطني للقلب والرئة والدم (NHLBI)، جمعية أمراض القلب الأميركية (AHA)، منظمة الصحة العالمية (WHO)، مختبرات ميرك للأبحاث Merck Research Laboratories، (2003) على أن أهم أمراض القلب وأكثرها انتشاراً هي على النحو التالي:

١. **تصلب الشرايين Atherosclerosis**: حالة تراكم وتجمع مواد شحمية ودهنية متأكسدة على طول جدران الشرايين وتفاعلها مع جدار الشريان، وترسب الدهون وتجمع الصفائح الدموية والمواد اللدبية على جدار الشرايين مسببة تضيقها.
٢. **أمراض القلب التاجية Coronary Heart Disease**: وهي مرض نقص تغذية الدم بالأوكسجين، وتشمل مجموعة الأمراض الخاصة بالشرايين التاجية وهي: ضيق الشرايين التاجية. تصلب الشرايين التاجية. قصور الشرايين التاجية. أمراض قلبية تؤثر على الشرايين التاجية.
٣. **الذبحة الصدرية Angina**: هي انخفاض في تدفق الدم إلى عضلة القلب. والذبحة هي عرض لمرض في الشريان التاجي، وتقسم إلى:
 - الذبحة الصدرية المستقرة (ذبحة مزمنة ثابتة).
 - الذبحة الصدرية غير المستقرة، وتشير هذه إلى نوبة قلبية وشيكة الحدوث.
٤. **النوبة القلبية Heart Attack**: هي عرقلة تدفق الدم إلى القلب قد تؤدي إلى تلف جزء من عضلة القلب، أو حتى إلى تدميرها الكلي.
٥. **السكتة القلبية Congestive Heart failure، Heart Arrest**: هي توقف القلب عن النبض و الخفقان بشكل مفاجئ مما يتسبب في توقف الدم عن التدفق إلى الدماغ و إلى كافة الأعضاء الحيوية في الجسم.
٦. **قصور القلب Heart Failure**: أو ما يسمى فشل القلب الاحتقاني هو من أحد الأمراض المزمنة التي تصيب العضلة القلبية ويؤثر على قدرتها في ضخ الدم ليصل إلى جميع أنحاء الجسم بالكمية الكافية.
٧. **عدم انتظام ضربات القلب: Heart Arrhythmia** أو اختلال ضربات القلب هي مشكلة تحدث في إيقاع نبضات أو دقات القلب، حيث تصبح دقات القلب إما سريعة جداً أو بطيئة جداً أو لها إيقاع غير منتظم. وهناك أربع أنواع رئيسية من عدم انتظام ضربات القلب، وهو ضربات القلب السريعة جداً، وضربات القلب البطيئة وعدم انتظام ضربات القلب فوق بطينية و البطينية.
٨. **أمراض صمامات القلب Heart Valve Disease**: هي مجموعة من الأمراض تضر بصمامات القلب، وتؤثر على عملها. وتوجد الصمامات في القلب لتفصل بين أجزاء القلب، و للقلب أربعة صمامات وهي:
 - أ- **الصمام المترالي**: في مخرج الأذين الأيسر ويفصله عن البطين الأيسر. يُفتح الصمام عند انقباض الأذين ويُغلق عند انبساطه.
 - ب- **الصمام الثلاثي الشرف**: في مخرج الأذين الأيمن ويفصله عن البطين الأيمن. يُفتح الصمام عند انقباض الأذين ويُغلق عند انبساطه.
 - ج- **الصمام الأبهر**: في مخرج البطين الأيسر، ويفصله عن الشريان الأبهر. يُفتح الصمام الأبهر عند انقباض البطين ويُغلق عند انبساطه.
 - د- **الصمام الرئوي**: في مخرج البطين الأيمن، ويفصله عن الشريان الرئوي. يُفتح الصمام الرئوي عند انقباض البطين ويُغلق عند انبساطه.
 وعليه يوجد نوعان أساسيان من أمراض صمامات القلب، ويُمكن أن تحدث في أي صمام:

- **تضييق الصمام:** وهي الحالة التي يتضيق فيها الصمام. اذا كان التضيق طفيفاً، فلا يؤدي لمرض ما أو لأعراض. أما اذا تضيق الصمام كثيراً، فان الجزء ما قبل الصمام من القلب، سيعمل بقوة أكثر أو يتضخم، ليدفع الدم من خلال الصمام المتضيق. قد يؤدي الأمر لفشل القلب وأعراض عديدة.
- **قلس الصمام:** وهي الحالة التي لا يُغلق فيها الصمام بشكل تام. في البداية لا يؤدي الأمر لأعراض تُذكر. أما إذا كان القلس بارزاً، فسيتسرب الكثير من الدم للجزء ما قبل الصمام. وقد يؤدي الأمر لتوسع القلب وعمله بقوة أكثر ليدفع الدم الزائد. قد يُسبب قلس الصمام فشل القلب.

٩. **اعتلال عضلة القلب Cardiomyopathy:** وهو اعتلال القلب مصطلح يستخدم للإشارة إلى أي مرض أو أي اضطراب يؤثر في وظيفة القلب أو أحد أقسامه.

هناك ثلاث أنواع رئيسية لاعتلال عضلة القلب إما تكون:

- أ- اعتلال عضلة القلب المتوسع: هذا النوع غالباً مجهول.
- ب- اعتلال عضلة القلب الضخامي: هذا النوع ينتج عن تضخم القلب.
- ج- اعتلال عضلة القلب المقيد: و هنا يكون القلب مقيد و غير قادر على التمدد.

الأسباب المؤدية للإصابة بأمراض القلب: حسب (كاربر، ٢٠٠٤، ٨٣-٨٤)

أسباب أمراض القلب الخارجة عن السيطرة (الغير قابلة للإصلاح):

١. **السن:** يدخل الرجال من سن ٤٥ عاماً وما فوق، والنساء من سن ٥٥ عاماً وما فوق، بشكل تلقائي في دائرة الخطورة الزائدة للإصابة بأمراض القلب.
٢. **التاريخ العائلي:** يعد الأشخاص الذين ينتمون لعائلات ذات ميل وراثي للإصابة بأمراض القلب (الفئة الأكثر تعرضاً للخطر).

أسباب أمراض القلب القابلة للإصلاح:

١. **السمنة الزائدة:** تشير الدراسات إلى أن الوزن الزائد والدهون الزائدة في الجسم - وخصوصاً حول منطقة الخصر - تزيد من مخاطر واحتمالات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.
٢. **فرط الدهون في الدم:** من الممكن أن تسبب زيادة مستويات الكوليسترول الرديء وفرط الدهون ثلاثية الغليسيريدي في الدم، تراكم الدهون على جدران الأوعية الدموية، مما يسبب حدوث حالة من تصلب الشرايين.
٣. **التدخين:** بالإضافة إلى أضرار التدخين المألوفة والمعروفة، فإن التدخين من الممكن أن يسبب أيضاً تسارع وتيرة تجلط الصفائح الدموية، مما يسرع عملية تخثر الدم. هذا الأمر قد يؤدي لنشوء حالة من تصلب الشرايين.
٤. **ارتفاع (فرط) ضغط الدم:** من الممكن أن يسبب ارتفاع ضغط الدم أضراراً مستديمة في الأوعية الدموية، كما أنه قد يسبب انسدادها.
٥. **التوتر:** فالأشخاص الذين يعانون من الضغط والتوتر النفسي في مجالات الحياة المختلفة، غالباً ما يعانون من ارتفاع ضغط الدم.

فروض الدراسة:

- في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة قامت الباحثة بصياغة الفروض التالية:
١. لا يوجد تأثير دال إحصائياً (للنوع والعمر) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية.
 ٢. لا يوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى (الاجتماعي /الاقتصادي) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية.
 ٣. لا يوجد تأثير دال إحصائياً (للنوع والعمر) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت.
 ٤. لا يوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى (الاجتماعي /الاقتصادي) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت.
 ٥. لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أفراد العينة تبعاً لـ (النوع/ العمر/ مستوى التعليم/ المستوى الديني/ المستوى الاقتصادي/ المستوى الاجتماعي) من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية ودرجاتهم على مقياس قلق الموت.

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي، والسببي المقارن) في تحقيق أهداف الدراسة، والإجابة عن تساؤلاتها والتي تنصب على وصف وتفسير الظواهر، والكشف عما بينها من علاقات، إذ يتميز بأنه لا يقف عند حد وصف الظاهرة فقط، وما يسبق ذلك من جمع المعلومات حول الحالة الحاضرة والموجودة فعلاً، ولكنه علاوة على وصف الظاهرة، فهو يمكن من معرفة العلاقات المتبادلة بين الحقائق، مما يبسر فهمها، وتفسيرها (العساف، ٢٢٩، ٢٠٠٩).

مجتمع الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى القلب المراجعين لعيادات القلب بمدينتي أبها وخميس مشيط وتحديداً في كل من المستشفيات التالية "مستشفى القوات المسلحة بالجنوب، مستشفى أبها الخاص، مستشفى الحياة الوطني، مستشفى عسير، المستشفى السعودي الألماني" في الفصل الدراسي الثاني عام (١٤٣٧-١٤٣٨)، والفصل الأول من العام الدراسي (١٤٣٨-١٤٣٩) هـ.

عينة الدراسة:

١. العينة الاستطلاعية: تم اختيار العينة الاستطلاعية (بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة) حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مرضى القلب المترددين على العيادات، وتكونت من (١٠٠) مريض ومريضة. (تم استثناءهم من العينة الأساسية)
٢. عينة الدراسة الأساسية: تم اختيار عينة الدراسة من (٣٩٩) مريض ومريضة من المستشفيات المذكورة أعلاه، وقد شملت الجنسين (ذكور - إناث)، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (١١-٦٠) عاماً.

وقد تم اختيار العينة بطريقة العينة الطبقية العشوائية كما هو موضح في الجدول (١)

جدول (١) توزيع أفراد عينة الدراسة

العينة الكلية	عدد المرضى الإناث	عدد المرضى الذكور
٣٩٩ مريض.	١٨٦ مريضة	٢١٣ مريض

أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس الأفكار اللاعقلانية: إعداد الشربيني (٢٠٠٥).

يتكون مقياس الأفكار اللاعقلانية من (١٨) عبارة توزعت على (١١) فكرة من أفكار أليس وأضاف الشربيني (٧) أفكار لاعقلانية.

ويكون تقدير الدرجات أمام كل عبارة باختيار (نعم، لا)، وعليه تقدر الدرجات (٢، ١). وقام معد الإختبار بإجراء الصدق والثبات للمقياس على عينة مكونة من (١١٧) طالبة من طالبات جامعة الإمارات العربية المتحدة.

الخصائص السيكومترية لمقياس الأفكار اللاعقلانية في الدراسة الحالية:

للوصول إلى الخصائص السيكومترية لمقياس الأفكار اللاعقلانية قامت الباحثة بتطبيق مفردات المقياس على (١٠٠) مريض ومريضة يعانون من مرض القلب يتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١١ - ٦٠) عاماً.

الصدق:

(١) الصدق الظاهري: قامت الباحثة بتطبيق الصورة الأولية على عينة استطلاعية (عينة التقنين) مكونة من (١٠٠) مريض ومريضة من مرضى القلب بهدف التعرف على مدى تفهم أفراد العينة الاستطلاعية لعبارات وتعليمات المقياس، وقد اتضح منها أن العبارات والتعليمات تتميز بالوضوح والفهم لجميع أفراد العينة علماً بأنه تم استبعاد هذه العينة من العينة الإجمالية التي تم فيها اختيار عينة الدراسة.

(٢) الاتساق الداخلي:

للتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط لدرجة المفردات والدرجة الكلية للمقياس ككل، ويمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال الجدول (٢):

جدول (٢) الاتساق الداخلي لمفردات مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى القلب من خلال

الدرجة الكلية للمقياس ن = ١٠٠

مقياس الأفكار اللاعقلانية							
م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط
١	٠,٨٤٤	٥	٠,٧٦٢	٩	٠,٦٥٠	١٣	٠,٧٦٢
٢	٠,٦٤٤	٦	٠,٦٥٠	١٠	٠,٧٦٢	١٤	٠,٧٦٢
٣	٠,٦٢٣	٧	٠,٦٢٣	١١	٠,٧١٤	١٥	٠,٨٦٧
٤	٠,٧٦٢	٨	٠,٩٠١	١٢	٠,٦٢٦	١٦	٠,٦٥٠

يتضح من جدول (٢) أن جميع مفردات مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى القلب تتراوح بين (٠,٦٢٣ - ٠,٨٤٤) وهذا يعني تمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة.

الثبات: تم حساب الثبات في الدراسة الحالية من خلال:

طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وذلك من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية. التي تكونت من (١٠٠) مريض ومريضة من مرضى القلب، ثم تم تصحيح المقياس، ثم تجزئته إلى قسمين، القسم الأول اشتمل على المفردات الفردية (١، ٣، ٥، ٧، ٩)، والثاني على المفردات الزوجية (٢، ٤، ٦، ٨)، وذلك لكل شخص على حدة، ثم تم حساب معامل الثبات بطريقة سبيرمان براون، بين درجات المفحوصين في المفردات الفردية، والمفردات الزوجية، فكانت قيمة معامل سبيرمان - ومعامل جتمان العامة للتجزئة النصفية مرتفعة، مما تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبيان ذلك في جدول (٣):

جدول (٣) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية ن = ١٠٠

مستوى الثبات	التجزئة النصفية جتمان	التجزئة النصفية سبيرمان- براون	التجزئة النصفية
مرتفعة	٠,٧٧٩	٠,٧٨٠	الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى القلب

• ضعيفة أقل من (٠,٥) ♦ متوسطة بين (٠,٥-٠,٧) ♦ مرتفعة أكبر من (٠,٧)

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية بطريقة التجزئة النصفية سبيرمان - براون متقاربة مع مثيلتها طريقة جتمان مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات

طريقة (ألفا / كرونباخ):

قامت "الباحثة" بحساب معامل الاتساق الداخلي لمقياس الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى القلب باستخدام معادلة (ألفا / كرونباخ) حيث أنها تعتمد على التباينات بين درجات الأفراد في العبارات الخاصة بالمقياس كلاً على حدة ، وذلك بعد حذف المفردة من الدرجة الكلية للمقياس باعتبار أن باقي المفردات محكاً للمفردة التي تم حذفها من الدرجة الكلية للمقياس، وهذا ما يوضحه الجدول (٤):

جدول (٤) معاملات ثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى القلب بطريقة الاتساق الداخلي

(ألفا/كرونباخ) ن = ١٠٠

ألفا العام = ٠,٧٧٧					
مستوى الثبات	ألفا كرونباخ	م	مستوى الثبات	ألفا كرونباخ	م
مرتفعة	٠,٧٧٥	٩	مرتفعة	٠,٨٧٦	-١
مرتفعة	٠,٦٧٧	-١٠	مرتفعة	٠,٧٧٦	-٢
مرتفعة	٠,٧٧٦	-١١	مرتفعة	٠,٦٧٥	-٣
مرتفعة	٠,٦٧٥	-١٢	مرتفعة	٠,٦٧٥	-٤
مرتفعة	٠,٦٧٥	-١٣	مرتفعة	٠,٦٧٦	-٥
مرتفعة	٠,٧٧٥	-١٤	مرتفعة	٠,٨٧٨	-٦
مرتفعة	٠,٧٧٦	-١٥	مرتفعة	٠,٦٧٥	-٧
مرتفعة	٠,٨٧٦	-١٦	مرتفعة	٠,٦٧٦	٠

• ضعيفة أقل من (٠,٥) ♦ متوسطة بين (٠,٥-٠,٧) ♦ مرتفعة أكبر من (٠,٧)

يتضح من الجدول (٤) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة حيث بلغت قيمة ألفا-كرونباخ (٠,٧٧٧) وهي أكبر من (٠,٧) مما يعطى مؤشراً جيداً لثبات المقياس، مما يشير إلى أن قيمة معامل ألفا بعد حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس الذي تنتمي له المفردة نجدها كلها داله حيث يتضح من خلال مقارنة قيمة ألفا بعد حذف درجة المفردة بقيمة ألفا العام = (٠,٧٧٧) حيث إن قيمة ألفا في حالة حذف المفردة أقل منه في حالة وجودها وهذا يعني أن وجود المفردة لا يؤثر سلباً على ثبات الاختبار.

وبعد التحقق من صدق وثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى القلب، وبناءً على ما سبق تم حذف العبارة رقم (٦) و (٩) في ترتيب المقياس لكونها أقل من مستوى الصدق والثبات الممكن، وتم الإبقاء على المفردات الست عشر الأخرى، وبصورته النهائية يكون المقياس عبارة عن (١٦) مفردة، درجة التصحيح الدنيا فيها (١٦)، والقصوى (٣٢) درجة.

ثانياً: مقياس قلق الموت: إعداد شقير، (٢٠٠٩):

أعد هذا المقياس شقير (٢٠٠٩)، وفي طور الإطار النظري للبحث ومراجعة الدراسات السابقة وضعت الباحثة تعريفاً إجرائياً لقلق الموت، ثم قامت بمراجعة بعض المقاييس التي أعدت سابقاً لمقياس قلق الموت وهو يتضمن (٣٦) عبارة في صيغة أسئلة، يمثل بعد الإجابة عليها مدى القلق الذي يشعر به الشخص من الموت

الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت في الدراسة الحالية:

لوصول إلى الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت قامت الباحثة بتطبيق مفردات المقياس على (١٠٠) شخص يعاني من مرض القلب يتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١١ - ٦٠) عاماً

أولاً: الصدق الظاهري:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية (عينة التقنين) مكونة من (١٠٠) مريض ومريضة من مرضى القلب بهدف التعرف على مدى تفهم أفراد العينة الاستطلاعية لعبارات وتعليمات المقياس، وقد اتضح منها أن العبارات والتعليمات تتميز بالوضوح والفهم لجميع أفراد العينة علماً بأنه تم استبعاد هذه العينة من العينة الإجمالية التي تم فيها اختيار عينة الدراسة.

ثانياً: الاتساق الداخلي:

للتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط لدرجة المفردات والدرجة الكلية للمقياس ككل، ويمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال جدول (٥):

جدول (٥) صدق المحتوى لمفردات مقياس قلق الموت لدى مرضى القلب من خلال الدرجة الكلية للمقياس ن = ١٠٠

مقياس قلق الموت لدى مرضى القلب							
م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط
١	٠,٦٩٩	١٠	٠,٨٦٣	١٩	٠,٥٤٤	٢٨	٠,٨٥٢
٢	٠,٨١٧	١١	٠,٨٠١	٢٠	٠,٨٢٤	٢٩	٠,٧٧٤

مقياس قلق الموت لدى مرضى القلب							
٠,٦٩٩	٣٠	٠,٨٢٧	٢١	٠,٦٥٢	١٢	٠,٨٦٣	٣
٠,٨٦٢	٣١	٠,٦٩٩	٢٢	٠,٥٦٩	١٣	٠,٨٥٢	٤
٠,٦٩٩	٣٢	٠,٧٧٨	٢٣	٠,٨٠٩	١٤	٠,٨٦٣	٥
٠,٤٩٤	٣٣	٠,٨٦١	٢٤	٠,٨٦٣	١٥	٠,٤٣٩	٦
٠,٦٢٧	٣٤	٠,٥٦٩	٢٥	٠,٨٦٤	١٦	٠,٨٠١	٧
٠,٨٢٤	٣٥	٠,٦٩٩	٢٦	٠,٦٤٢	١٧	٠,٦٩٩	٨
٠,٨٢٧	٣٦	٠,٦٥٦	٢٧	٠,٨٠١	١٨	٠,٥٦٩	٩

يتضح من جدول (٥) أن جميع مفردات مقياس قلق الموت لدى مرضى القلب تتراوح بين (٠,٤٣٩ - ٠,٨٦٤) وهي دالة احصائياً عند (٠,٠١)، وهذا يعني تمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة.

ثالثاً: الثبات:

طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وذلك من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية، التي اشتملت (١٠٠) مريض ومريضة لدى مرضى القلب، ثم تم تصحيح المقياس، ثم تجزئته إلى قسمين، القسم الأول اشتمل على المفردات الفردية، والثاني على المفردات الزوجية، وذلك لكل شخص على حدة، ثم تم حساب معامل الارتباط بطريقة سبيرمان براون، بين درجات المفحوصين في المفردات الفردية، والمفردات الزوجية، فكانت قيمة معامل سبيرمان- براون، ومعامل جتمان العامة للتجزئة النصفية مرتفعة، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبيان ذلك في الجدول (٦):

جدول (٦) قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس قلق الموت ن=١٠٠

مقياس	التجزئة النصفية سبيرمان- براون	التجزئة النصفية جتمان	مستوى الثبات
قلق الموت	٠,٧٧٦	٠,٧٩٤	مرتفعة

• ضعيفة أقل من (٠,٥) ♦ متوسطة بين (٠,٥-٠,٧) ♦ مرتفعة أكبر من (٠,٧)

يتضح من جدول (٦) أن معاملات ثبات مقياس قلق الموت بطريقة التجزئة النصفية سبيرمان - براون متقاربة مع مثيلتها طريقة جتمان مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات

طريقة الاتساق الداخلي بطريقة (ألفا / كرونباخ):

قامت "الباحثة" بحساب معامل الاتساق الداخلي لمقياس قلق الموت لدى مرضى القلب باستخدام معادلة (ألفا / كرونباخ) حيث أنها تعتمد على التباينات بين درجات الأفراد في العبارات الخاصة بالمقياس، وذلك بعد حذف المفردة من الدرجة الكلية للمقياس باعتبار أن باقي المفردات محكاً للمفردة التي تم حذفها من الدرجة الكلية للمقياس، وهذا ما يوضحه في جدول (٧)

جدول (٧) معاملات ثبات مقياس قلق الموت لدى مرضى القلب بطريقة الاتساق الداخلي
(ألفا/كرونباخ) $n=100$

ألفا العام = ٠,٨٠٥					
م	ألفا كرونباخ	مستوى الثبات	م	ألفا كرونباخ	مستوى الثبات
١	٠,٧٣٢	مرتفعة	١٩	٠,٧٨١	مرتفعة
٢	٠,٧٧٩	مرتفعة	٢٠	٠,٧٣٢	مرتفعة
٣	٠,٧٨١	مرتفعة	٢١	٠,٧٨٦	مرتفعة
٤	٠,٧٨١	مرتفعة	٢٢	٠,٧٨١	مرتفعة
٥	٠,٧٨١	مرتفعة	٢٣	٠,٧٨١	مرتفعة
٦	٠,٧٩٢	مرتفعة	٢٤	٠,٧٣٢	مرتفعة
٧	٠,٧٨٢	مرتفعة	٢٥	٠,٦٣١	مرتفعة
٨	٠,٧٨٠	مرتفعة	٢٦	٠,٧٨٤	مرتفعة
٩	٠,٧٨٤	مرتفعة	٢٧	٠,٨٠٤	مرتفعة
١٠	٠,٧٨٥	مرتفعة	٢٨	٠,٨٠٢	مرتفعة
١١	٠,٧٣٢	مرتفعة	٢٩	٠,٧٣٢	مرتفعة
١٢	٠,٧٨٤	مرتفعة	٣٠	٠,٨٠٣	مرتفعة
١٣	٠,٧٨١	مرتفعة	٣١	٠,٧٨١	مرتفعة
١٤	٠,٧٣١	مرتفعة	٣٢	٠,٧٨٨	مرتفعة
١٥	٠,٧٨١	مرتفعة	٣٣	٠,٧٨١	مرتفعة
١٦	٠,٧٨٧	مرتفعة	٣٤	٠,٧٨٨	مرتفعة
١٧	٠,٧٣٢	مرتفعة	٣٥	٠,٧٨٢	مرتفعة
١٨	٠,٧٨١	مرتفعة	٣٦	٠,٧٨٠	مرتفعة

• ضعيفة أقل (٠,٥) ♦ متوسطة بين (٠,٧-٠,٥) ♦ مرتفعة أكبر (٠,٧)

يتضح من خلال جدول السابق أنّ معاملات الثبات مرتفعة حيث بلغت قيمة ألفا- كرونباخ (٠,٨٠٥) وهي أكبر من (٠,٧) مما يعطى مؤشراً جيداً لثبات المقياس، ويوضح أن قيمة معامل ألفا بعد حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس الذي تنتمي له المفردة نجدها كلها داله حيث مقارنة قيمة ألفا بعد حذف درجة المفردة بقيمة ألفا العام = (٠,٨٠٥) حيث إن قيمة ألفا في حالة حذف المفردة أقل منه في حالة وجودها وهذا يعني أن وجود المفردة لا يؤثر سلباً على ثبات الاختبار.

وأخيراً، وبعد التحقق من صدق وثبات مقياس قلق الموت لدى مرضى القلب في صورته النهائية. وبناءً عليه لم يحذف من المقياس أي مفردة وظل المقياس كما هو وعدد مفردات مقياس

قلق الموت لدى مرضى القلب هو (٣٦) مفردة للمقياس. تكون درجته الدنيا (٠)، وأعلى درجة (٣٦).

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول " لا يوجد تأثير دال إحصائيا (للنوع والعمر) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية".

للتحقق من ذلك تم استعمال أسلوب تحليل التباين الثنائي ذي التصميم العامل (٢×٢) (Two- Way Analysis of variance with interaction) لمعرفة الفروق بين متوسطات النوع والعمر والتفاعل بينهما على مقياس الأفكار اللاعقلانية.

جدول (٨) البيانات الوصفية لدرجات مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية في ضوء متغيري (النوع والعمر)

النوع	العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
ذكور	٢٠-١١	١٤	٢٥,١٤٢٩	٤,٢٩٤١٣
	٣٠-٢١	٦٥	٢٤,٤٦١٥	٣,٨٠٨٢٠
	٤٠-٣١	٧٤	٢٤,٣٦٤٩	٣,٥٥٩٩٥
	٥٠-٤١	٣٣	٢٣,٨١٨٢	٤,٠١١٣٥
	٦٠-٥١	٢٧	٢٤,٤٤٤٤	٣,٨٦٦٣٦
	المجموع		٢١٣	٢٤,٣٧٠٩
إناث	٢٠-١١	١٥	٢٦,٤٦٦٧	٣,٥٨٣٠٣
	٣٠-٢١	٧٣	٢٦,٥٢٠٥	٣,٤٣٢٣٢
	٤٠-٣١	٥٨	٢٦,٦٥٥٢	٢,٥٨٥٧٣
	٥٠-٤١	٢٦	٢٥,١٩٢٣	٤,٤٥٤٣٨
	٦٠-٥١	١٤	٢٨,٥٠٠٠	٢,٧٦٦٥٦
	المجموع		١٨٦	٢٦,٥٢١٥
المجموع	٢٠-١١	٢٩	٢٥,٨٢٧٦	٣,٩٢٨٥٥
	٣٠-٢١	١٣٨	٢٥,٥٥٠٧	٣,٧٤٥٧٠
	٤٠-٣١	١٣٢	٢٥,٣٧١٢	٣,٣٥٧٥٨
	٥٠-٤١	٥٩	٢٤,٤٢٣٧	٤,٢٣١٢٦
	٦٠-٥١	٤١	٢٥,٨٢٩٣	٣,٩٩٩٣٩
	المجموع		٣٩٩	٢٥,٣٧٣٤

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور، حيث يبلغ المتوسط العام للإناث (٢٦,٥٢١٥)، والمتوسط العام للذكور بلغ (٢٤,٣٧٠٩).

وبناء على الجدول السابق تم عمل تحليل التباين الثنائي للدلالة على الفروق على مقياس الأفكار اللاعقلانية تبعاً للنوع والعمر، والتفاعل بينهما، والجدول (١٧) يوضح ذلك:
جدول (٩) تحليل التباين الثنائي ذي التفاعل لدلالة الفروق على مقياس الأفكار اللاعقلانية تبعاً للنوع والعمر

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	النسبة الفئوية	مستوى الدلالة
الأفكار اللاعقلانية	النوع	٣٢٨,٥٨٣	١	٣٢٨,٥٨٣	٢٥,٥٥٨	٠,٠١
	العمر	٩٤,٦٩٤	٤	٢٣,٦٧٤	١,٨٤١	غير دالة
	النوع × العمر	٤٨,٠٦٨	٤	١٢,٠١٧	٠,٩٣٥	غير دالة
	الخطأ	٥٠٠,١٨٧	٣٨٩	١٢,٨٥٧		
	الكلية	٢٦٢٤٦٢,٠٠٠	٣٩٩			

يتضح من الجدول السابق ما يأتي:

- أن النسبة الفئوية المحسوبة بالنسبة للأفكار اللاعقلانية حسب النوع (٢٥,٥٥٨) وهي أكبر من النسبة الفئوية الجدولية (٣,٩١) عند مستوى دلالة (٠,٠١) وهذه النتيجة تشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأفكار اللاعقلانية تبعاً للنوع (الذكور والإناث) لصالح الإناث حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢٦,٥٢١٥) لدى الإناث مقارنة بالذكور والذي بلغ المتوسط الحسابي (٢٤,٣٧٠٩)
 - كما أظهرت النتائج أن النسبة الفئوية المحسوبة بالنسبة للأفكار اللاعقلانية حسب العمر (١,٨٤١) وهي أقل من النسبة الفئوية الجدولية (٢,٤٤) وهذه النتيجة تشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأفكار اللاعقلانية تبعاً للعمر (للعمرك) وأشارت النتائج أن النسبة الفئوية المحسوبة بالنسبة للأفكار اللاعقلانية في التفاعل بين النوع والعمر (٠,٩٣٥) وهي أصغر من القيمة الفئوية الجدولية (٢,٤٤) وهذه النتيجة تشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في التفاعل بين النوع والعمر في الأفكار اللاعقلانية. وبهذه النتيجة تكون الدراسة الحالية متفقة مع عديد من الدراسات التي أثبتت وجود فروق تعزى لمتغير الجنس منهاو(القحطاني، ٢٠١٦) كما تتفق مع دراسة (رسول وجرجس، ٢٠١٥) من حيث أن النتيجة لصالح الإناث.
 - ولم تظهر الدراسة فروق تعزى لعامل العمر وترى الباحثة بأن السبب قد يكون أن المرضى بمختلف فئاتهم العمرية يعيشون نفس الثقافة الاجتماعية والدينية والسياسية والاقتصادية، إضافة إلى انتشار وسائل الإعلام الحديث والتي جعلت من الرأي العام واحداً لدى مختلف الفئات العمرية.
- نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني "لا يوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى (الاجتماعي/الاقتصادي) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية".

وللتحقق من ذلك تم استعمال أسلوب تحليل التباين الثنائي ذي التصميم العامل (Two- Way Analysis of variance with interaction) لمعرفة الفروق بين متوسطات

المستوى (الاجتماعي /الاقتصادي) والتفاعل بينهما في درجات مقياس الأفكار اللاعقلانية، والجدول (١٠) يوضح ذلك:

جدول (١٠) البيانات الوصفية لدرجات مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية. في ضوء متغيري المستوى (الاجتماعي /الاقتصادي)

الاقتصادى	الاجتماعى	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
اقل من ٣٠٠٠	منخفض	٢	٢٤,٠٠	٨,٤٩
	متوسط	٣٩	٢٥,٤٤	٤,٣٥
	عالي	٩٦	٢٤,٧١	٤,٨٩
	المجموع	١٣٧	٢٤,٩١	٤,٧٦
من ٣-٦	منخفض	٥	٢٦,٨٠	٤,٨٢
	متوسط	٢٢	٢٥,٣٦	٤,٨٤
	عالي	٢٤	٢٤,٠٠	٤,٨٦
	المجموع	٥١	٢٤,٨٦	٤,٨٤
٦-١٠	منخفض	٢١	٢٤,٠٠	٤,٥٦
	متوسط	٧٢	٢٥,١١	٤,٦٩
	عالي	٢١	٢٢,٨٦	٥,٢٠
	المجموع	١١٤	٢٤,٤٩	٤,٨٠
فوق ١٠	منخفض	٧	٢٤,٨٦	٣,٨٠
	متوسط	٥٨	٢٥,٣١	٤,٥٧
	عالي	٣٢	٢٣,٣٨	٣,٨٢
	المجموع	٩٧	٢٤,٦٤	٤,٣٤
المجموع	منخفض	٣٥	٢٤,٥٧	٤,٥٤
	متوسط	١٩١	٢٥,٢٧	٤,٥٧
	عالي	١٧٣	٢٤,١٤	٤,٧٦
	المجموع	٣٩٩	٢٤,٧٢	٤,٦٧

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط العام لدى المستوى الاجتماعي عند مستوى اقتصادي (أقل من ٣٠٠٠) أعلى منه لدى بقية المستويات الأخرى، حيث يبلغ المتوسط العام لدى المستوى الاجتماعي عند مستوى اقتصادي (أقل من ٣٠٠٠) (٢٤,٩١)، وكان المتوسط العام للمستوى الاجتماعي عند المستوى الاقتصادي من (٦٠٠٠-١٠٠٠٠) أقل المستويات الأخرى، حيث بلغ متوسط الدرجات (٢٤,٤٩).

وبناءً على الجدول السابق تم عمل تحليل التباين الثنائي للدلالة على الفروق على مقياس الأفكار اللاعقلانية تبعاً للمستوى (الاجتماعي/الاقتصادي)، والتفاعل بينهما، والجدول (٢٢) يوضح ذلك:

جدول (١١) تحليل التباين الثنائي ذي التفاعل لدلالة الفروق في الأفكار اللاعقلانية تبعاً للمستوى (الاجتماعي/الاقتصادي)

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
الأفكار اللاعقلانية	المستوى الإقتصادي	٤٦,٤٣	٣	١٥,٤٨	٠,٧١	غير دالة
	المستوى الإجتماعي	١٧٠,٦٥	٢	٨٥,٣٣	٣,٩٢	٠,٠١
	التفاعل بين المتغيرات	٥٣,٥٢	٦	٨,٩٢	٠,٤١	غير دالة
	الخطأ	٨٤٣٣,٧٧	٣٨٧	٢١,٧٩		
	الكلية	٢٥٢٤٢٨,٠٠	٣٩٩			

يتضح من الجدول السابق:

- أن نسبة القيمة الفائية المحسوبة بالنسبة للأفكار اللاعقلانية في المستوى الإقتصادي (٠,٧١) وهي أقل من النسبة الفائية الجدولية (٢,٦٧) وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأفكار اللاعقلانية تبعاً للمستوى الإقتصادي.
- وأظهرت النتائج أن النسبة الفائية المحسوبة بالنسبة للأفكار اللاعقلانية في المستوى الإجتماعي (٣,٩٢) وهي أكبر من النسبة الفائية الجدولية (٣,٠٦) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الأفكار اللاعقلانية تبعاً للمستوى الإجتماعي.
- وأظهرت النتائج أن النسبة الفائية المحسوبة بالنسبة للأفكار اللاعقلانية في التفاعل بين للمستوى الإجتماعي/الاقتصادي (٠,٤١) وهي أقل من النسبة الفائية الجدولية (٣,٠٦) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الأفكار اللاعقلانية تبعاً للتفاعل بين للمستوى الإجتماعي/الاقتصادي.
- ولتحديد طبيعة هذا التباين في المستوى الإجتماعي تم استخدام اختبار توكي للمقارنة بين المتوسطات الحسابية ويوضح ذلك الجدول (١٢):

جدول (١٢) نتائج اختبار توكي اتجاه الدلالة بين متوسطات المجموعات الفرعية على مقياس الأفكار اللاعقلانية (الاجتماعي)

الأبعاد	مجموعة المقارنة	المتوسط	فروق المتوسطات ومستوى الدلالة	
			منخفض	متوسط
الاجتماعي	منخفض	٢٥,٣١	-	
	متوسط	٢٤,٩١	٠,٦٩٦	
	عالي	٢٣,٧٤	٠,٤٣٣-	١,١٢٨-

يتضح من الجدول السابق:

وجود فروق بين فئة المستوى الاجتماعي (المرتفع) وبين جميع الفئات الأخرى لصالح المستوى الاجتماعي المنخفض حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢٧,٤٩) وهو أعلى من الفئات الأخرى كما يتضح عدم وجود فروق بين فئة المستوى الاجتماعي (المتوسط) وبين المستوى الاجتماعي المرتفع.

كما لم تجد الباحثة دراسات تقيس علاقة المستوى الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية وقد تم الإشارة في الإطار النظري إلى الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية فلا يوجد مجال للشك في أن المساندة الاجتماعية لها دور عظيم في تخفيف ضغوط الحياة التي يعانها الشخص، سواء بالكلمة الطيبة، النصيح، قضاء الحاجات، والتي تعتبر من شيم المسلم العربي، استجابة لدعوة الإسلام بالترحم والتعاون في الخير، والنهي عن الظلم، والبغي. كما أن المساندة الاجتماعية أحد أهم مصادر الأمن الذي يحتاجه الفرد من العالم الذي يعيش فيه، "وقد احتلت المرتبة الثالثة حسب درج ماسلو للحاجات الإنسانية"، وبعد اللجوء إلى الله - سبحانه وتعالى- وعندما يشعر الشخص بأن هناك ما يهدده، وأن طاقته في المقاومة قد استنفذت، وأنه في حاجة ماسة للمساعدة، وعون من الخارج، وخاصة عندما يريد أن يأتي هذا العون من أقرب الناس إليه (دياب، ٢٠٠٦، ٦) وكل هذه العوامل جعلت من الترابط الاجتماعي القوي حبل متين يخفف على الفرد من الضغوط، ومصدر لطلب العون والمساعدة في حال وقوع الفرد في أزمة ما.

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الرابع على أنه " لا يوجد تأثير دال إحصائياً (للتنوع والعمر) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت. للتحقق من ذلك تم استعمال أسلوب تحليل التباين الثنائي ذي التصميم العائلي (Two- Way Analysis of variance with interaction) لمعرفة الفروق بين متوسطات النوع والعمر والتفاعل بينهما في مقياس قلق الموت.

جدول (١٣) البيانات الوصفية لدرجات مرضى القلب على مقياس قلق الموت في ضوء متغيري (النوع والعمر)

النوع	العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
ذكور	٢٠-١١	١٤	١٣,٧١٤	٥,٣٣٥
	٣٠-٢١	٦٥	١١,١٦٩	٤,٦٢٩
	٤٠-٣١	٧٤	٩,٥٦٨	٤,٠٣٨
	٥٠-٤١	٣٣	١٠,٥١٥	٢,٥٨٢
	٦٠-٥١	٢٧	١٤,٥٥٦	٤,٤٦٠
	المجموع		٢١٣	١١,١٠٨
إناث	٢٠-١١	١٥	١٤,٨٦٧	٤,٧٧٤
	٣٠-٢١	٧٣	١٢,٠٢٧	٤,٥١٠
	٤٠-٣١	٥٨	١١,٥٣٤	٣,١٦٠

النوع	العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
	٥٠-٤١	٢٦	١٤,٠٣٨	٥,٠٠٤
	٦٠-٥١	١٤	٨,٩٢٩	٢,٩٤٤
	المجموع	١٨٦	١٢,١٥١	٤,١٣٤
المجموع	٢٠-١١	٢٩	١٤,٣١٠	٤,٩٠٥
	٣٠-٢١	١٣٨	١١,٦٢٣	٤,٥٤٥
	٤٠-٣١	١٣٢	١٠,٤٣٢	٣,٦٩٩
	٥٠-٤١	٥٩	١٢,٠٦٨	٣,٨٧٢
	٦٠-٥١	٤١	١٢,٦٣٤	٤,٣٣٦
	المجموع	٣٩٩	١١,٥٩٤	٤,٢٠٨

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط العام لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور، حيث يبلغ المتوسط العام لدى الإناث (١٢,١٥١)، وكان المتوسط العام للذكور أقل من الإناث، حيث بلغ متوسط الدرجات (١١,١٠٨).

وبناء على الجدول السابق تم عمل تحليل التباين الثنائي للدلالة على الفروق على مقياس قلق الموت تبعاً (للنوع/العمر)، والتفاعل بينهما، والجدول (٢٥) يوضح ذلك:
جدول (١٤) تحليل التباين الثنائي ذي التفاعل لدلالة الفروق على مقياس قلق الموت تبعاً للنوع والعمر

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	القيمة الفائية	مستوى الدلالة
قلق الموت	النوع	٩,٣٥٩	١	٩,٣٥٩	٠,١٤١	غير دالة
	العمر	٣٧٩,٦٦٤	٤	٩٤,٩١٦	١,٤٣٥	غير دالة
	النوع × العمر	٥٢٨,٦٣٦	٤	١٣٢,١٥٩	١,٩٩٨	غير دالة
	الخطأ	٢٥٧٢٩,٠٦٧	٣٨٩	٦٦,١٤٢		
	الكلية	٨٠٤٤٦,٠٠٠	٣٩٩			

يتضح من الجدول السابق:

- أن النسبة الفائية المحسوبة بالنسبة لقلق الموت في النوع (٠,١٤١) وهي أقل من النسبة الفائية الجدولية (٣,٩١) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات قلق الموت تبعاً للنوع (الذكور والإناث).
- كما أظهرت النتائج أن النسبة الفائية المحسوبة بالنسبة لقلق الموت في العمر (١,٤٣٥) وهي أقل من النسبة الفائية الجدولية (٢,٤٤) وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات لقلق الموت تبعاً (للعمر).

كما أشارت النتائج أن النسبة الفئوية المحسوبة بالنسبة لقلق الموت في التفاعل بين النوع والعمر (١,٩٩٨) وهي أقل من القيمة الفئوية الجدولية (٢,٤٤) وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات قلق الموت تبعاً للتفاعل بين النوع والعمر.

ينص الفرض الرابع " يوجد تأثير دال إحصائياً للمستوى (الإجتماعي/الاقتصادي) والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت.

وللتحقق من ذلك تم استعمال أسلوب تحليل التباين الثنائي ذي التصميم العامل (Two- Way Analysis of variance with interaction) لمعرفة الفروق بين متوسطات للمستوى (الاقتصادي/ الاجتماعي) والتفاعل بينهما على مقياس قلق الموت والجدول (٩) يوضح ذلك:

جدول (١٥) البيانات الوصفية لدرجات مرضى القلب على مقياس قلق الموت في ضوء متغيري للمستوى (الاقتصادي/ الاجتماعي)

الاقتصادي	اجتماعي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
أقل من ٣٠٠٠	منخفض	٢	٣٠,٠٠	٠,٠٠
	متوسط	٣٩	١٧,٥١	٦,٣٥
	عالي	٩٦	١٤,٩٤	٦,٤٦
	المجموع	١٣٧	١٥,٨٩	٦,٥٢
من ٣-٦	منخفض	٥	٣٠,٠٠	٩,٠٠
	متوسط	٢٢	١٨,٨٦	٦,٤١
	عالي	٢٤	١٥,١٧	٦,٢٠
	المجموع	٥١	١٨,٢٢	٦,٥٨
٦-١٠	منخفض	٢١	٢١,٨٦	٥,٨٠
	متوسط	٧٢	١٧,٧١	٦,٤٤
	عالي	٢١	١٤,٩٥	٦,٥٠
	المجموع	١١٤	١٧,٩٦	٦,٤٧
فوق ١٠	منخفض	٧	١٥,١٤	٥,٣٥
	متوسط	٥٨	١٥,٨٦	٦,٤١
	عالي	٣٢	١٥,٨٤	٦,٠٩
	المجموع	٩٧	١٥,٨٠	٦,١٣
المجموع	منخفض	٣٥	٢٢,١٤	٥,٧٤
	متوسط	١٩١	١٧,٢٤	٦,٣٨
	عالي	١٧٣	١٥,١٤	٦,٢٨
	المجموع	٣٩٩	١٦,٧٦	٦,٤٤

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط العام لدى المستوى الاجتماعي عند مستوى اقتصادي من (٣٠٠٠-٦٠٠٠) أعلى منه لدى المستويات الاجتماعية الأخرى، حيث يبلغ المتوسط العام لدى المستوى الاجتماعي عند مستوى اقتصادي من (٣٠٠٠-٦٠٠٠) (١٨,٢٢)، وكان المتوسط العام للمستوى الاجتماعي عند مستوى اقتصادي فوق (١٠٠٠٠) أقل من المستويات الاجتماعية الأخرى، حيث بلغ متوسط الدرجات (١٥,٨٠).

وبناءً على الجدول السابق تم عمل تحليل التباين الثنائي للدلالة على الفروق على مقياس قلق الموت تبعاً للمستوى (الاقتصادي/الاجتماعي)، والتفاعل بينهما، والجدول (٣٠) يوضح ذلك جدول (١٦) تحليل التباين الثنائي ذي التفاعل لدلالة الفروق في قلق الموت تبعاً للمستوى (الاقتصادي / الاجتماعي)

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	القيمة الفائية	مستوى الدلالة
قلق الموت	المستوى الاقتصادي	٧٣٦,٧٩	٣	٢٤٥,٦٠	٢,٣٣	غير دال
	المستوى الاجتماعي	١٣٦٦,٠٧	٢	٦٨٣,٠٣	٦,٤٧	(٠,٠١)
	التفاعل بين المتغيرات	٧٤٧,٧٣	٦	١٢٤,٦٢	١,١٨	غير دال
	الخطأ	٤٠٨٦٩,٦٦	٣٨٧	١٠٥,٦١		
	الكلية	١٥٥٤٣٧,٠٠	٣٩٩			

يتضح من الجدول السابق:

- أن النسبة الفائية المحسوبة لمقياس قلق الموت تبعاً للمستوى الاقتصادي (٢,٣٣) وهي أقل من النسبة الفائية الجدولية (٢,٦٧) وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات قلق الموت تبعاً للمستوى الاقتصادي.
- كما أظهرت النتائج أن النسبة الفائية المحسوبة لقلق الموت في المستوى الاجتماعي (٦,٤٧) وهي أكبر من النسبة الفائية الجدولية (٣,٠٦) وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات قلق الموت تبعاً للمستوى الاجتماعي.
- كما أظهرت النتائج أن النسبة الفائية المحسوبة لقلق الموت في التفاعل بين المستوى الاجتماعي /الاقتصادي (١,١٨) وهي أقل من النسبة الفائية الجدولية (٢,١٧٣) وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات قلق الموت تبعاً للتفاعل بين المستوى (الاقتصادي/ الاجتماعي).
- ولتحديد طبيعة هذا التباين في المستوى الاجتماعي تم استخدام اختبار توكي للمقارنة بين المتوسطات الحسابية ويوضح ذلك الجدول (١٧):

جدول (١٧) نتائج اختبار توكي اتجاه الدلالة بين متوسطات المجموعات الفرعية في مقياس قلق الموت (الاجتماعي).

الأبعاد	مجموعة المقارنة	المتوسط	فروق المتوسطات ومستوى الدلالة	
			منخفض	متوسط
الاجتماعي	منخفض	٢٤,٢٥٠	-	عالي
	متوسط	١٧,٤٨٧	٤,٩٠٢-	متوسط
	عالي	١٥,٢٢٥	٧,٠٠٤-	٢,١٠٢-

يتضح من الجدول السابق:

وجود فروق بين فئة المستوى الاجتماعي (المنخفض) وبين جميع الفئات الأخرى لصالح المستوى الاجتماعي المنخفض حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢٤,٢٥٠) وهو أعلى من الفئات الأخرى

كما يتضح عدم وجود فروق بين فئة المستوى الاجتماعي (المتوسط) وبين المستوى الاجتماعي المرتفع.

لم تحصل الباحثة على دراسات تربط بين كل من قلق الموت والمستوى الاقتصادي "الدخل" ومن وجهة نظر الباحثة أن القلق من الموت يرتبط بالأمر المعنوية أكثر من الأمور المادية، وخصوصاً لفئة مثل "مرضى القلب" فالأمور المادية لا يمكن أن تغني أو تكون سبب للاستقرار النفسي، بل بالعكس في مثل الأمراض يتساوى الغني والفقير فالمال مهما كثر لا يمكن بحال من الأحوال أن يشترى الصحة، أو يخفف من مرض، أو يحمي عزيز من الفقد.

وتعزو الباحثة ذلك إلى الروابط الاجتماعية التي يتمتع بها المجتمع القبلي والاهتمام الذي يبديه المحيطون بالمريض، تبادل الزيارات، وقدرة المريض على مشاركة آلامه ومخاوفه، والوصول إلى حلول، وتقديم النصائح، مما يهون على المريض مما يعانیه، والتخفيف من شعوره بالقلق تجاه حالته الصحية، إضافة إلى تقليل وقت الفراغ الذي يقضيه المريض بمفرده، ويكثر من التفكير بمرضه، ومصيره مما يخفف من حدة استسلامه لقلق الموت.

ينص الفرض الخامس على أنه " لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات أفراد العينة تبعاً (النوع - العمر - مستوى التعليم - المستوى الديني - المستوى الاقتصادي - المستوى الاجتماعي) من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية ودرجاتهم على مقياس قلق الموت.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيم معاملات ارتباط بيرسون بين الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت لدى مرضى القلب، والجدول (١٨) يوضح ذلك:

جدول (١٨) قيم معاملات الارتباط بين الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت لدى مرضى القلب (ن=٣٩٩)

المتغيرات	قلق الموت	مستوى الدلالة
الأفكار اللاعقلانية	٠,٣٦٦**	(٠,٠١)

يتضح من الجدول (١٨) ما يأتي: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية، بين درجات الأفكار اللاعقلانية وبين قلق الموت حيث بلغ معامل الارتباط على (٠,٣٦٦) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهذا يعني أن تأثير الأفكار اللاعقلانية على قلق الموت تأثير قوي.

جدول (١٩) قيم معاملات الارتباط بين الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت لدى مرضى القلب تبعاً (النوع - العمر - مستوى التعليم - المستوى الديني - المستوى الاقتصادي - المستوى الاجتماعي)

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	العدد	مجموعات المقارنة	الأفكار اللاعقلانية/ قلق الموت
٠,٠١	٠,٤٣٦	٢١٣	ذكور	النوع
٠,٠١	٠,٣٨٢	١٨٦	إناث	
٠,٠١	٠,٤٠٧	١٣٧	٢٠ - ١١	العمر
٠,٠١	٠,٣٩٤	٥١	٣٠ - ٢١	
٠,٠١	٠,٣٨٢	١١٤	٤٠ - ٣١	
٠,٠١	٠,٣٩٤	٩٧	٥٠ - ٤١	
٠,٠١	٠,٤٠٧	١٣٧	٦٠ - ٥١	
٠,٠١	٠,٩٨٣	٩	ابتدائي	التعليم
٠,٠١	٠,٥٢٠	٢٩	متوسط	
٠,٠١	٠,٤٢٣	١٠٧	ثانوي	
٠,٠١	٠,٣٨٥	٢١٩	جامعي	
٠,٠١	٠,٥٢٣	٣٥	فوق جامعي	
٠,٠١	٠,٩٥٣	٢٢	ضعيف	الديني
٠,٠١	٠,٤٠٢	١٥١	متوسط	
٠,٠١	٠,٣٦٠	٢٢٦	مرتفع	
٠,٠١	٠,٦٧٥	٣٥	ضعيف	اجتماعي
٠,٠١	٠,٤١١	١٩١	متوسط	
٠,٠١	٠,٣٤٦	١٧٣	مرتفع	
٠,٠١	٠,٤٠٧	١٣٧	اقل من ٣	اقتصادي
٠,٠١	٠,٣٩٤	٥١	من ٦/٣	
٠,٠١	٠,٣٨٢	١١٤	٦/١٠	
٠,٠١	٠,٣٩٤	٩٧	فوق ١٠	

يتضح من الجدول (١٩) ما يأتي:

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الأفكار اللاعقلانية وبين درجات قلق الموت لدى الذكور من مرضى القلب حيث بلغ معامل الارتباط (٠,٤٣٦) وهو دال إحصائياً عند

- مستوى (٠,٠١) وهذا يعني أنه يوجد تأثير للأفكار اللاعقلانية على قلق الموت لدى الذكور من مرضى القلب
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الأفكار اللاعقلانية وبين درجات قلق الموت لدى الإناث من مرضى القلب حيث بلغ معامل الارتباط (٠,٣٨٢) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهذا يعني أنه يوجد تأثير للأفكار اللاعقلانية على قلق الموت لدى الإناث من مرضى القلب
 - توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الأفكار اللاعقلانية وبين درجات قلق الموت لدى مراحل العمر من مرضى القلب وهي (٢٠-١١، ٣١-٤٠، ٤١-٥٠، ٥١-٦٠) حيث بلغ معامل الارتباط على التوالي (٠,٤٠٧، ٠,٣٩٤، ٠,٢٨٢، ٠,٣٩٤) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهذا يعني أنه يوجد تأثير للأفكار اللاعقلانية على قلق الموت لدى المراحل العمرية المختلفة من مرضى القلب.
 - توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الأفكار اللاعقلانية وبين درجات قلق الموت لدى مستويات التعليم المختلفة من مرضى القلب وهي (ابتدائي- متوسط- ثانوي- جامعي - فوق الجامعي) حيث بلغ معامل الارتباط على التوالي (٠,٩٨٣، ٠,٥٢٠، ٠,٤٢٣، ٠,٢٨٥) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهذا يعني أنه يوجد تأثير للأفكار اللاعقلانية على قلق الموت لدى المستويات التعليمية المختلفة من مرضى القلب.
 - توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الأفكار اللاعقلانية وبين درجات قلق الموت لدى مستويات الدين المختلفة من مرضى القلب وهي (ضعيف- متوسط- عالي) حيث بلغ معامل الارتباط على التوالي (٠,٩٥٣، ٠,٤٠٢، ٠,٢٦٠) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهذا يعني أنه يوجد تأثير للأفكار اللاعقلانية على قلق الموت لدى مستويات الدين المختلفة من مرضى القلب.
 - توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الأفكار اللاعقلانية وبين درجات قلق الموت لدى مستويات الاجتماعية المختلفة من مرضى القلب وهي (منخفض - متوسط- عالي) حيث بلغ معامل الارتباط على التوالي (٠,٦٧٥، ٠,٤١١، ٠,٢٤٦) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهذا يعني أنه يوجد تأثير للأفكار اللاعقلانية على قلق الموت لدى المستويات الاجتماعية المختلفة من مرضى القلب.
 - توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الأفكار اللاعقلانية وبين درجات قلق الموت لدى مستويات الاقتصادية المختلفة من مرضى القلب وهي (أقل من ٣، من ٣/٦، ١٠/٦) فوق (١٠) حيث بلغ معامل الارتباط على التوالي (٠,٤٠٧، ٠,٣٩٤، ٠,٢٨٢، ٠,٣٩٤) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وهذا يعني أنه يوجد تأثير للأفكار اللاعقلانية على قلق الموت لدى المستويات الاقتصادية المختلفة من مرضى القلب.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Samadifard & Narimani (2017) والتي أكدت وجود علاقة بين كل من الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت. وترى الباحثة أن وجود علاقة بين درجات مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية ودرجاتهم على قلق الموت. فكلما كانت الصورة داخل ذهن الشخص مشوشة، ومبنيّة على أوهام، وكلما كان أكثر جمود فيما يعتقد، زاد ابتعاده عن محيطه، وانعزاله عن مجتمعه، وجعله فريسة للخاوف التي أحاط بها نفسه، وزاد من القلق الذي ينتابه حول مصيره، ويكون الأمر أكثر شراسة لمن يعانون من أمراض مزمنة، فمرضى القلب يكونون أكثر عرضة للموت منهم عن الأشخاص الذين يتمتعون بصحة جيدة، إضافة إلى طابع الفجائية الذي يمتاز به مرض القلب من أزمات قلبية وجلطات، مما يجعل المريض يشعر بأنه سيموت في أي لحظة، فيزيد قلقه من الموت بشكل مضاعف، خصوصاً وأن هناك نظرة نمطية

أكتسبها المرضى عن خطورة أمراض القلب، وانعدام فرص الشفاء، وهذا يزيد من شعورهم بالتهديد وزيادة قلق الموت بشكل خاص، وتصاحب مريض القلب بعض السلوكيات التي تدل على أنه يفكر في مرضه بشكل غير منطقي، فيبتعد عن أي نشاط بدني مهما كان بسيط بحجة أنه سيجهد قلبه ويموت، ويرفض الاجتماعات بحجة أن الأكسجين يكون قليل وهذا لا يتناسب مع وضعه الصحي، ويرفض القيام حتى بشؤونه الخاصة بحجة أنه مريض ويجب على الجميع خدمته وأنه غير مسئول عن أي أمر، وقد يظهر بعضه سلوكا معاكساً ولكنه يدل على تفكير لاعقلاني أيضاً، فيقوم بالاستمرار في التدخين وربما يزيد عن سابق علمه أنه مريض بالقلب، ويزيد من السمنة والكولسترول بحجة أنه ميت على أي حال، كما أن ثقافة المجتمع تلعب دورا كبيرا في تشكيل أفكار الفرد، فالأفكار اللاعقلانية تعود بأسبابه إلى طرق التنشئة التي يحظى به الفرد، وانتشار أي فكرة لاعقلانية في المجتمع تجعل من الفرد في الغالب خاضعا لتلك الفكرة، فيجب على المرضى غربة الأقوال التي يستعملونها بشكل روتيني، فاللفظ دليل المعتقد، وربما بذلك يتخلص المريض من رسوخ بعض المعتقدات الخاطئة وتأثيرها على حياته، والبعد عن التمييز في التعامل و التربية بين الإناث و الذكور في الأسرة -التي لها دور كبير في إعداد شخصية الفرد - من حيث تقديم العناية أو إتاحة المجال لتنمية الشخصية بكل جوانبها قدر الإمكان.

توصيات الدراسة:

١. أن تعمل المؤسسات الصحية على جعل الإرشاد والعلاج النفسي لهؤلاء المرضى جزء لا يتجزأ مما يتلقونه من علاج طبي، للوصول بهم إلى وضع صحي مناسب وتخفيف الآثار النفسية لديهم.
٢. ضرورة تزويد مرضى القلب بالدعم والمساندة الاجتماعية والنفسية والعاطفية من أسرهم والمحيطين بهم والتي بدورها تساهم في التقليل من الأفكار اللاعقلانية التي تزيد من احتمال إصابتهم بقلق الموت.
٣. عمل برامج تثقيفية وإعلامية تعنى بمرضى القلب، والتي من شأنها أن تساهم في تقبلهم للمرض والإلمام بأعراضه ومضاعفاته الجسدية والنفسية، وكيفية الحد من تلك المضاعفات.
٤. ضرورة تبصير مرضى القلب بأساليب التفكير العقلاني الايجابي، ومدى انعكاسه الصحي على حالتهم النفسية، وبالتالي يعود على صحتهم الجسدية بالنفع الايجابي. وإظهار مدى خطورة الاعتقاد بأفكار خاطئة.
٥. العمل على تفعيل دور الأسرة كعلاج يقدم لمرضى القلب تدريب عائلاتهم ومن هم في محيطهم حول طرق التعامل وتفهم التغيرات الحادثة لدى هذه الحالات، وأهمية الإرشاد الديني في خفض كل من الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت.

المراجع

- بك، أماني (٢٠٠١). فاعلية برنامج علاجي فى خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب. رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم.
- جعفر، فاكهه (٢٠١١). الأفكار العقلانية واللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلبة كلية التربية- صبر - جامعة عدن. مجلة كليات التربية-اليمن، (١٢)، ١١٧-١٤٢.
- الحكمي، علي (٢٠١٥). برنامج علاج معرفي لتخفيف قلق الموت لدى مرضى القلب. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- الحو، غسان و قدومي، عبد الناصر (٢٠٠٣). أثر انتفاضة الأقصى فى مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة. رسالة الخليج العربي-السعودية. ٢٤ (٨٨)، ١٣-٣٩.
- دردير، نشوة (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشادي عقلاى انفعالى فى تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة، مصر.
- دياب، مروان (٢٠٠٦). دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- رسول، سازه، وجرجيس، مؤيد (٢٠١٥). الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعة صلاح الدين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة صلاح الدين، العراق.
- زهران، حامد (٢٠١٠). التوجيه والإرشاد النفسى. عالم الكتب، القاهرة..
- الزهراني، محمد (٢٠١٠). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بإدارة الوقت لدى عينة من طلاب جامعة حائل. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
- شحاتة، سماح (٢٠٠٦). الأفكار اللاعقلانية لدى المديرين ذوي الاضطرابات النفسجسمية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنصورة، مصر.
- الشربيني، زكريا (٢٠٠٥). الأفكار العقلانية وبعض مصادر اكتسابها دراسة على عينة من طلبة الجامعات. القاهرة. مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائين النفسيين المصريين "رانم". ١٥ (٤)، ٥٦٧-٥٣١.
- شقيير، زينب (٢٠٠٩). مقياس قلق الموت. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- الصباح، سهير والحموز، عايد (٢٠٠٧). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعات الضفة الغربية فى فلسطين. مجلة اتحاد الجامعات العربية-جامعة القدس، فلسطين، (٤٩)، ٢٧٩-٣٢٩.
- الصمادى، أحمد، وغوانمه، مأمون (٢٠٠٥). قلق الموت لدى مرضى القلب. مجلة العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت: الكويت، ٣٣ (٣). ٦٤٩ - ٦٧٣.
- صويص، رحمة (٢٠١١). قلق الموت وعلاقته بالمساندة الاجتماعية: دراسة ميدانية على عينات متنوعة من مدينتي حمص ودمشق. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق، سوريا.
- ضيف، حليلة (٢٠١٥). الأفكار العقلانية واللاعقلانية حسب نظرية أليس (Ellis). مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية - مركز جيل البحث العلمى - الجزائر. (١٠). ١٧٣-١٨٥.

طه، منال والصايغ، أمال (٢٠١٠). أثر المعلومات المدخلة تحت العتبة الإدراكية في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى طالبات الجامعة. دراسات عربية في علم النفس-مصر، ٩ (٣). ٦٠٧-٦٤٢.

عبد الخالق، أحمد: والنيال، مايسة (٢٠٠٢). الدافع للانجاز وعلاقته بقلق الموت لدى طلاب من دولة قطر. دراسات نفسية-مصر. ١٢ (٣). ٣٨٣ - ٣٩٥

عبد الله، معتز وعبد الرحمن، محمد (٢٠٠٢). مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال والمراهقين. مركز البحوث والدراسات النفسية- جامعة القاهرة. ٤٤ (٤). ٦١٢-٦٤٥.

عبد الله، هديل (٢٠١٣). الدلالات الفلسفية للأفكار العقلانية و اللاعقلانية بين طلبة جامعة الموصل الممارسين و غير الممارسين للنشاط الرياضي - دراسة وصفية مقارنة- مجلة الرافدين للعلوم الرياضية - كلية التربية الرياضية - جامعة الموصل - العراق. ١٩ (٦٠)، ٢٤٣-٢٦٢.

عسليّة، محمد و حمدونة، أسامة (٢٠١٥). الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة. دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية-الأردن، ٤٢ (٣)، ٧٣١-٧٥١

علام، منتصر (٢٠٠٤). مقارنة فعالية برنامجين للإرشاد التوكيدي و الإرشاد العقلاني الانفعالي في تعديل مفهوم الذات لدى عينة من الأطفال اللقطاء، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.

العنزي، خالد (٢٠١٠). إدراك القبول-الرفض الوالدي- والأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل لدى عينة من طلاب جامعة الحدود الشمالية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية.

العنزي، فهد (٢٠٠٧). علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية دراسة مقارنة بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين في مدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

الغامدي، غرم الله (٢٠٠٩). التفكير العقلاني والتفكير غير العقلاني ومفهوم الذات ودافعية الانجاز لدى عينة من المراهقين دراسيا والعاديين بمدينة مكة المكرمة وجدة. رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة أم القرى، مكة.

القحطاني، محمد (٢٠١٦). قلق المستقبل وعلاقته بالأفكار غير العقلانية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى طلاب وطالبات قسم علم النفس بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الإمام-الرياض. (٤١). ١٥-٧٤.

قواجلية، آية (٢٠١٣). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، الجزائر.

القيسي، لما (٢٠١٠). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والمستوى الدراسي والجنس وتقدير الذات لدى طلبة جامعة الطفيلة التقنية. مجلة العلوم التربوية والنفسية-عمان، ١١ (١). ٢٠٥-٢٢٧.

القيق، أريج (٢٠١٦). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين: دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

كاربر، جين (٢٠٠٤م). العلاجات المعجزة لأمراض القلب (ترجمة: فاديا عبدوش، وجنات يموت)، لبنان: شركة دار الفراشة للطباعة والنشر.

مارديني، ماري (٢٠١٢). المعتقدات اللاعقلانية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى أفراد الجالية العربية المقيمة في المملكة السويدية رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الآداب والتربية، الأكاديمية العربية المفتوحة، الدنمارك.

المحتسب، عيسى، العكر، محمد (٢٠١٧). المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأفكار اللاعقلانية والتوجه نحو الحياة لدى ذوي الإعاقة. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية-فلسطين. ٢٥ (٤). ٣١٤-٣٤٦.

منظمة الصحة العالمية (٢٠١٥). الأمراض القلبية الوعائية. جنيف، استرجعت ٢٥ مايو، ٢٠١٨ من <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ar>

نصر، أحمد (٢٠١١). المساندة الاجتماعية في علاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان ببعض المستشفيات الحكومية. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية - مصر، (٣١)، ١٩٣-٢٠٢.

نور الدين، بغورة (٢٠١٤). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها باستخدام الحوار في الوسط الجامعي لدى الطلبة والفروق فيهما تبعاً لبعض المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر.

وزارة الصحة السعودية (٢٠١٠). أمراض القلب سبب في ٤٢% من وفيات الأمراض غير المعدية في المملكة العربية السعودية، الرياض، <https://moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/News/Pages/News-2013-10-30-002.aspx>

الوليدي، علي محمد (٢٠١٣). فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض مستوى قلق المستقبل لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية بمنطقة عسير. مجلة كلية التربية بينها- مصر، ٢(٩٣). ٢٤٥-٢٨٤.

Abdel-khalek, A. & Tomas,J.(2005).Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish. nursing students, 29(2),157-169.

Abdel-Khalek, A.(2004). Does War Affect Death Anxiety Level. Journal of Death And Dying, 49(4), 287-297.

Adeeb, M., Saleem, M., Kynat, Z., Tufail, M. & Zaffar, M. (2017). quality of life, perceived social support and death anxiety among cardiovascular diseases of south Punjab. Pakistan Heart Journal, (50), 83-87.

Ajoke, O. & Babatunde, A,(2014). Influence Of cohort And sex On Death Anxiety Among Adult In Nigeria,Social Science research Network Papers. Ssrn.com

- Azimian, J., soleimany, M., pahlevan, S. & Banihashemi, H. (2017). The effect of spiritual care program on death anxiety of cardiac patients: Randomized controlled trial. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*, 25(5), 412-426.
- Bridges, K. & Harnish, R. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety. *Areview Health*, 2(8), 862-877.
- Davies, M. (2007) irrational beliefs and unconditional self-acceptance. II. Experimental. Evidence for a causal link between two key features of REBT. *Journal of Rational-Emo- tive & Cognitive-Behavior Therapy*, (26), 89–101.
- Ellis, A. (2004). *Rational emotive behavior therapy: It works for me, It can work for you*. London: Prometheus Books.
- Froh, J., Fives, C., Fuller, J., Jacofsky, M., Terjesen, M., & Yurkewicz, C. (2007). Interpersonal relationships and irrationality as predictors of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, (2), 29–39.
- Kausar, S. & Saima, A.(2010).Correlates Of Death Anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26(1) ،264-276.
- Langs, R. (2008). *Beyond Yahweh and Jesus: Bringing Death's Wisdom to Faith, Spirituality, and Psychoanalysis*. Latham, MD: Jason Aronson.
- Lester, D., Templer, D. & Abdel-Khalek, A. (2007). A cross-cultural comparison of death anxiety: A brief note. *Omega: Journal of Death and Dying*, (54), 255-264.
- Mark, H. Beers, R. Berkow, M. Bogin, J. Fletcher, K. & Bondy, R (2003). *The Merck Manual of Medical Information*. USA: Merck Research Laboratories.
- Modi, D. & Thingujam, N. (2007). Role of anger and irrational thinking on minor physical health problems among married couples. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 13(1), 119-128.
- National Vital Statistics Reports. (2007). *Deaths: Final data for 2004*. United States: Center for Disease Control, 55(19), 54-63.
- Samadifard, H. & Narimani, M. (2017). Prediction of Death Anxiety of Elderly Based on Mindfulness and Irrational Beliefs. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3). 15-21.
- Schoon, I. (2006). *Rich and resilience: Adaptations in changer times*. New York: Cambridge University Press.

Thabet,A., Tawahina,S. & vostonise,R.(2013).Death Anxiety Ptsd ،Trauma, grief, And Mental Health, ،Health Care;urrent Reviews Violent dating relationships, violence and victims. Springer Publishing company, (15), 3-43.