مجلة جامعة الأزهر – غزة، سلسلة العلوم الإنسانية 2020، المجلد 22، العدد 2 ص 101-130

الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة

Life Pressure And It's Relation To Death Anxiety Among Health Care Providers In Gaza Governorates .

محمد حسن العثامنة

جامعة الأقصى-غزة

ماجستير إرشاد نفسي

m.ha-2001@hotmail.com

تاريخ الاستلام 2020/11/02 تاريخ القبول 2020/12/20

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن العلاقة بين الضغوط الحياتية وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة، ومعرفة الفروق التي تعزى لمتغيرات (الجنس، والخبرة)، وقد تألَّفت عينةُ الدراسة من (80) طبيباً وممرضاً، تمَّ اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة من المجتمع الأصلي للعام (2020)، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت مقياس الضغوط الحياتية من إعداد الخطيب (2020)، ومقياس قلق الموت إعداد الباحث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنَّ مستوى الضغوط الحياتية كان مرتفعاً بوزن نسبي (79.8%)، ولم تُظهِر النتائج فروق دالة إحصائياً في الضغوط الحياتية تبعاً لمتغير الجنس، كما أظهرت الدراسة فروق دالة احصائياً في الضغوط الحياتية تبعاً لمتغير الخبرة لصالح 10 سنوات فأكثر، كما توصلت الدراسة إلى أن الدرجة الكلية لقلق الموت كانت متوسطة بوزن نسبي (61.3%)، ولم تظهر فروق دالة إحصائياً في درجة قلق الموت تبعاً لمتغيرات الدراسة، وتكشف النتائج عن وجود علاقة طردية بين متغيري الضغوط الحياتية وقلق الموت.

الكلمات المفتاحية: الضغوط الحياتية، قلق الموت، مقدمي الخدمات الصحية.

Abstract:

The current study aimed to reveal the relation between life pressure and death anxiety among health care providers in Gaza governorates, and for finding out the differences attributed to the variables (sex, experience). And thus the sample of the study consisted of (80) doctors and nurses, they

were selected in a simple random sample method from the original society for (2020), and to achieve the objectives of the study it used the measure of life pressure which was prepared by AlKhatib in (2020), and the measure of death anxiety which was prepared by the researcher, and the results of the study found that the level of life pressure was high by a rate weight equals (79.8%), and the results did not show statistically significant differences in life pressure according to the experience variable for 10 years and over, as the study found that the overall degree of death anxiety was an average in a rate weight equals (61.3%), and it did not show statistically significant differences in the degree of death anxiety according to the study variables, and the results showed a variable relation between life pressure and death anxiety.

Keywords: Life pressure , death anxiety, health care providers.

مقدمة الدراسة:

إن الضغوط الحياتية التي يتعرض لها الفرد متباينة وبخاصة في ظل عصر الضغوط والأزمات النفسية، والتي تتطلب التوافق أو إعادة التوافق مع البيئة، الأمر الذي أدى إلى أن يصبح موضوع الضغوط الحياتية من الموضوعات ذات الأهمية، وتبرز في مختلف البيئات والمجتمعات وبخاصة التي تتطلب من القائمين عليها التفاعل المباشر مع الناس مثل: الأطباء والممرضين، والاختصاصين النفسيين والاجتماعيين.

ويعدُّ قطاع الخدمات الصحية من أكبر المجالات عرضة للضغوط؛ فالعاملون في المستشفيات والمراكز الصحية يتعرضون إلى درجات متباينة من الضغوط النفسية والاجتماعية والمهنية، لذلك فإنَّ الخدمات الصحية ومراكزها المختلفة تعتبر من المهن التي تتضمن مهاماً كثيرة وضغوطاً أكثر، فبعض العاملين غير راضين عن مهنتهم وغير مطمئنين لها، مما يترتب عليه آثار سلبية تنعكس على كفاءة أعمالهم وتوافقهم النفسي والمهني (جودة، 2003: 2).

ومن المعروف أنَّ الضغوط الحياتية تمثل خطراً على صحة الفرد وتوازنه كما تهدد كيانه النفسي، وما ينشأ عنها من آثار سلبية، تؤدي إلى ضعف القدرة على التكيف، وضعف في مستوى الأداء، والعجز في ممارسة مهام الحياة اليومية وانخفاض الدافعية للعمل، والشعور بالإنهاك النفسي (الخطيب، 2020: 2)، وفي ذات السياق أكَّد الشيخ (2017: 8) أن تأثير الضغوط الحياتية لا

يتوقف عند الجوانب الشخصية للأفراد أو العضوية فحسب، بل يتعدى –أيضاً– إلى التقليل من كفاءة وقدرة الفرد العامل، ممّا يحد ذلك من أدائه الوظيفي.

ويذكر الصياد (2018: 470) أنَّ الضغوط تتولد بسبب مجموعة من التراكمات النفسية أو البيئية أو المهنية أو المواقف الشخصية التي يمر بها الفرد، ممَّا ينتج عنها بعض الأزمات والتوترات والظروف الصعبة القاسية، التي يواجهها الأفراد، بل إنها قد تبقى وقتاً طويلاً إذا استمرت الظروف المثيرة لها، وقد تترك آثاراً نفسية عميقة.

وإن دراسة القلق وأنواعه له مكانة في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، نظراً لأنَّ القلق بشكل عام يقف وراء العديد من الاضطرابات النفسية، ويرى (عبد الخالق، 18:1987) إن الإنسان عادة يميل إلى الخوف من المجهول والغريب والخفي وغير المتوقع، وفي الموت جوانبٌ كثيرةٌ ومجهولةٌ وغامضةٌ، خفية وغير متوقعة، كما أنَّ الموت خبرةٌ جديدةٌ غير مسبوقة، من أجل ذلك يخاف كلُّ إنسان تقريباً من الموت، وأن من أهم أسباب هذا الخوف من الموت هو ضعف الإيمان، وعدم قوة العقيدة، وتناقص التسليم بأمور الدين، والأفراد المهيؤون بحكم تكوينهم النفسي للقلق العام هم أشد الأفراد إحساساً بقلق الموت، ويرجع ذلك إلى الارتباط الموجب بين القلق العام وقلق الموت.

وإن مفهوم الموت مرتبط لدى الكثيرين بانفعالاتٍ عنيفة ومشاعر جياشة واتجاهات سلبية، تتجمع معاً مكونة قلق الموت أو الخوف منه، ذلك أن الموت موضوعٌ من نوع مختلف تماماً، فهو موضوع عنيف يكسر إيقاع الحياة الرتيب، وليس هذا فقط بل إنه يوقف دورتها، ويجعلها تقف جامدة (العرجا، 2004: 32).

إنّ لقلق الموت أهمية تنبع ممّا يتمتع به قلق الموت كموضوع له بعد إنساني كامن متأصل في الوجود الإنساني ككل، وإن حدته قد تزداد في بعض الأوقات، وفي بعض المواقف الصعبة، ولدى فئات معينة من الأفراد خاصة هؤلاء الذين لديهم تكوين نفسي مهيّأ للقلق العام، ولديهم شعور عال بالذنب، أو فئة مقدمي الخدمات الصحية، ليس هذا كل شيء بل إن هناك جانباً مضيئاً في هذا الموضوع فهناك من ينظر للموت بنظرة مختلفة عن كونه نهاية حياة.

لذلك سوف تهتم الدراسة الحالية بدراسة الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية، حيث يعيش مقدمو الخدمات الصحية الكثير من الضغوط النفسية والاجتماعية

والمهنية أثناء حياتهم، وقد يكون قلق الموت جزءاً من الضغوط الحياتية التي يواجه مقدمي الخدمات الصحة أثناء الحياة.

مشكلة الدراسة:

لقد أصبحت ظاهرتا القلق والضغوط في بيئة العمل محلَّ اهتمام كثير بسبب الأمراض الناجمة عن الضغوط التي قد يتعرض لها العاملين لها، فأصبحت الحياة مصدراً للكثير من الضغوط والأزمات النفسية التي نشأت نتيجة لعوامل مختلفة، وعليه فإن الأفراد الذين يعملون في المجال الصحي يتعرضون إلى الضغوط، مما جعلهم يحظوا باهتمامٍ متزايد من قبل الباحثين، وذلك لما تتركه هذه الضغوط من آثارٍ سلبية على سلوك الأفراد ومواقفهم تجاه وظائفهم ومؤسساتهم، ومع ظهور الأمراض المعدية ازدادت نسبة الإصابة لدى العاملين بالقطاع الصحي على المستوي العالمي مما قد يرفع مستوى الضغوط وقلق الموت لديهم، ومن هنا تأتي الحاجة إلى إجراء دراسة **الضغوط الحياتية وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة.**

وتتمثل مشكلة الدراسة من التساؤلات الآتية:

1. ما مستوى الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة؟
2. ما مستوى قلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة؟
3. هل توجد علاقة بين الضغوط الحياتية وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة؟
4. هل توجد فروق في متوسط درجات الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات قطاع غزة يعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، سنوات الخبرة)؟
5. هل توجد فروق في متوسط درجات قلق الموت لدى مقدمي خدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، سنوات الخبرة)؟

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى:

1. التعرف إلى مستوى كل من الضغوط الحياتية، وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة.

2. الكشف عن العلاقة بين الضغوط الحياتية وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة.
3. معرفة الفروق في متوسطات درجات الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات قطاع غزة يعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، سنوات الخبرة).
4. معرفة الفروق في متوسطات درجات قلق الموت لدى مقدمي خدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى إلي المتغيرات التالية (الجنس، سنوات الخبرة).

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية في الجوانب التالية:

- **الأهمية النظرية:**

1. تناولت الدراسة فئة جديدة من فئات المجتمع التي تتطلب المزيد من الدراسات حول جوانب الشخصية، النفسية والاجتماعية والمهنية وهي مقدمي الخدمات الصحية.
2. يمكن أن تسهم هذه الدراسة في إجراء تدابير وقائية للحد من آثار قلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية.
3. تزويد وزارة الصحة بالأسباب الكامنة وراء الضغوط الحياتية التي تؤثر على الضغوط الحياتية، والتخفيف من قلق الإصابة بالمرض لدى مقدمي الخدمات الصحية.
4. تساهم الدراسة في تفعيل دور الإرشاد النفسي والتربوي لدى مقدمي الخدمات الصحية للتخفيف من الضغوط الحياتية التي يتعرضون لها وقلق الموت.
5. عدم وجود دراسات محلية– على حدود علم الباحث– تناولت الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية.

- **الأهمية التطبيقية:**

1. المساهمة في تصميم برامج نمائية، وإرشادية لتنمية مهارات إدارة الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية في وزارة الصحة.
2. إثارة اهتمام المختصين والباحثين والمهتمين من قبل المؤسسات، والمنظمات على تفعيل البرامج الارشادية، والنفسية للتخفيف من حدة الضغوط وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية.

3. قد يستفاد من نتائج الدراسة الحالية من تحسين واقع الخدمات الصحية وجودة العمل لدى مقدمي الخدمات الصحية.

حدود الدراسة:

1. **الحد النوعي:** مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة.
2. **الحد المكاني:** مستشفيات ومراكز وزارة الصحة بغزة.
3. **الحد الزماني:** طبقت الدراسة من شهر يوليو إلى شهر سبتمبر عام 2020.
4. **الحدود الموضوعية:** الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة في القطاع الحكومي.

مصطلحات الدراسة:

❖ **الضغوط الحياتية:** Life Stress

عرفها الخطيب(2020) هي عبارة عن المثيرات الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الفرد بصورة مستمرة وبدرجة من الشدة تفوق مصادره وإمكاناته الخاصة وقدرته التوافقية ويقيمها على أنها مهددة لذاته وصحته النفسية والاجتماعية والأُسرية والمهنية" ، وتقاس بالدرجة التي تحصل عليها مقدمي الخدمات الصحية على مقياس الضغوط الحياتية إعداد الخطيب(2020).

❖**قلق الموت:** Death Anxiety

ويعرفه الباحث: هو خوف زائد لدى مقدمي الخدمات الصحية من الإصابة بمرض أو العدوى منه، وانشغالهم بصحتهم بشكل المفرط والقيام بسلوكيات مرتبطة بالصحة بشكل مفرط ، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها مقدم الخدمات الصحية على مقياس قلق الموت.

❖ **مقدمو الخدمات الصحية:**

يعرفهم الباحث أنهم هم العاملون الذين يقومون بتقديم الخدمات الصحية من كشف، وتشخيص وعلاج ودعم نفسي واجتماعي لجميع المرضي بالمستشفيات والمراكز الصحية.

الدراسات السابقة:

من خلال اطّلاع الباحث على الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة، وجد أنّ هناك ندرة في الدراسات التي تربط بين المتغيرات بشكل ثُنائي وتستهدف عينة الدراسة، وسيستعرض الباحث أهم هذه الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة من الأحدث إلى الأقدم، ومنها:

أولاً: دراسات تناولت الضغوط الحياتية:

دراسة النصراوي(2020)

هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط للأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية حسب متغيري الجنس والترتيب الوظيفي، وتكونت عينة الدراسة من(1088) طبيباً (561 ذكر و 527 أنثى) يعملون في المستشفيات الحكومية، واستخدم الباحث مقياس الضغط المهني ،وأظهرت النتائج أن الأطباء يعانون من ضغوط مهنية عالية، ولكن لا يوجد فرق كبير بين الأطباء من حيث الجنس، ومع ذلك كانت هناك اختلافات كبيرة لصالح السكان المبتدئين.

دراسة Yayli et al (2019)

هدفت الدراسة معرفة العلاقة بين الضغوط المرتبطة بالعمل مع متغيرات الحياة في العمل، وتكونت العينة من (290) عاملاً في مستشفى تابع لإحدى الجامعات التركية في تركيا، واستخدم الباحث مقياس نمط التكيف مع الضغوط ومقياس التكيف المختصر، وأشارت نتائج الدراسة إلى:

أن درجات الإناث للاكتئاب والقلق أعلى من الذكور، وأن معظم خريجي التمريض يعانون من أعراض النفس جسدية أكثر من غيرهم بالإضافة إلى الحساسية البين شخصية، والاكتئاب والعدائية والأفكار الخاصة بالعظمة الذاتية.

الدعمس(2018)

هدفت الدراسة إلى تعرف مستوى الضغط وعلاقته بكل من الرضا الوظيفي والاكتئاب لدى الأطباء والممرضين في مدينة عمان، وقد تكونت عينة الدراسة من(474) من الأطباء والممرضين، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام ثلاثة مقاييس: قائمة بيك للاكتئاب، وتم تعريب وتطوير مقياسين آخرين هما مقياس مصادر الضغط النفسي ومقياس الرضا الوظيفي ليكونا مناسبين لبيئة الدراسة. أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء والممرضين كان متوسطاً والى أن مصادر الضغط النفسي التي احتلت أولوية الترتيب لدى الأطباء هي: (تنسيق القرارات داخل الفريق، تأثير العمل في حياتي الشخصية، قلة الوقت لأداء المهمة بأكملها، نظام المناوبات يؤثر في عائلتي وحياتي الشخصية، وقلة النوم)، بينما مصادر الضغط النفسي التي احتلت أولوية الترتيب لدى الممرضين هي: (توقع اتصال من المرضي لطلب المساعدة، ظروف العمل السيئة، التعامل مع حالات وفاة المريض، قلة النوم، وساعات العمل تؤثر في عائلتي وحياتي الشخصية. كما أشارت

النتائج إلى وجود فروق في الضغط النفسي، الرضا الوظيفي، والاكتئاب لدى الأطباء والممرضين تعزى للجنس ولقطاع المستشفى والخبرة، وإلى وجود علاقة بين الضغط النفسي وكل من الرضا الوظيفي والاكتئاب.

دراسة Vandevala, Pavey, Chang, & Cox, (2017)

هدفت الدراسة التعرف إلى الضغوط لدى العاملين في وحدة العناية المركزة في بريطانيا، وتأثير هذه الضغوط في الاكتئاب والاحتراق النفسي، وتألفت عينة الدراسة من (58) طبيباً، و(38) ممرضاً في وحدات العناية المركزة، وبيّنت نتائج الدراسة وجود ارتباط بين الضغط وكل من الاكتئاب والاحتراق النفسي، وخطر الوقوع في دائرة الاضطراب النفسي، كما تبين أنّ الضغط يرتبط بطول ساعات العمل.

دراسة الشلهوب (2016)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين أبعاد قوة الأنا وأبعاد الضغوط الحياتية لدى الاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين العاملين بمجمع الأمل للصحة النفسية وأقسام الصحة النفسية في بعض المستشفيات الأخرى بمدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة من (80) مختصاً نفسياً واجتماعيّاً من الجنسين العاملين بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض وأقسام الصحة النفسية في المستشفيات بالرياض، كما توصلت الدراسة لعدة نتائج أهمها: بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، بين الاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين من الجنسين في متغير الضغوط الصحية، لصالح الأخصائيين الاجتماعيين، كما أوضحت النتائج أن مستوى جملة أبعاد الضغوط الحياتية (المهنية والنفسية والصحية والاقتصادية والأسرية) كان أعلى لدى الإناث مقارنة بالذكور من أفراد عينة الدراسة.

دراسة الزهراني (2014)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين أبعاد الضغوط الحياتية والاكتئاب الإكلينيكي لدى الممرضين العاملين في المستشفيات العسكرية من الجنسين، وتكونت عينة الدراسة من (153) ممرضاً وممرضة العاملين بالمستشفيات العسكرية (مستشفى قوى الأمن، ومستشفى الحرس الوطني، ومدينة الأمير سلطان الطبية) بالرياض،، وتم استخدام مقياسين هما: مقياس الضغوط الحياتية: إعداد: السيد فهمي علي (2013م)، ومقياس الاكتئاب الإكلينيكي، أهم النتائج:

تبين وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الضغوط الأسرية، والصحية، والنفسية، وبين الاكتئاب الإكلينيكي لدى الممرضين، كما توجد علاقة ارتباطية بين الدرجة الكلية لأبعاد الضغوط الحياتية، والضغوط المهنية، والصحية، والنفسية، والاكتئاب الإكلينيكي لدى الممرضات، بينت النتائج أنه توجد فروق جوهرية بين الممرضين والممرضات في الضغوط الحياتية، والضغوط المهنية، والصحية، والاقتصادية، والنفسية، لصالح الممرضات.

دراسة راجعي (2014)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الضغوط التي يعاني منها العمال في القطاع الصحي، وتكونت عينة الدراسة من العاملين في القطاع الصحي (40) ممرض، وإداري لولاية ورقلة، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة قوية ما بين مكونات الضغوط النفسية (عامل المكان، وعلاقة مع الأطباء والممرضين والعلاقة مع المسؤولين، والعامل المادي)، كما بينت الدراسة أن العاملات في القطاع الصحي يعانين من مستوي عال من ضغط العمل، كما أن العاملين الذكور في القطاع نفسه يعانون من مستوي أقل من ضغوط العمل.

ثانياً: دراسات تناولت قلق الموت:

دراسة (Toner, 2019)

هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين الضغوط الحياتية وقلق الموت عند مقدمي الخدمات الصحية في نيويورك بلومزبري، وتكونت عينة الدراسة من (120) من مقدمي الخدمات الصحية، وأوضحت نتائج الدراسة أن الرغبة في التوافق الاجتماعي والعوامل الروحية لها دور أساسي في الحد من قلق الموت والوقاية منه، وأشارت النتائج أيضاً– إلى أن الأمراض المزمنة تشكل عاملاً قوياً في شعور الفرد بقلق الموت.

دراسة Ya– Hui Wen (2018)

هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين التدين وقلق الموت، وتكونت عينة الدراسة من (165) العاملين بالقطاع الصحي، واستخدمت الدراسة مقياس الدافع الديني، ومقياس قلق الموت، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين التدين وقلق الموت.

دراسة Nia, Rebecca. Lehto, , Ebadi, , and Peyrovi(2016)

هدفت الدراسة التعرف إلى علاقة بين قلق الموت واستراتيجيات الإدارة بين مقدمي الخدمات الصحية في بيئات صحية مختلفة عبر الثقافات، وتكونت عينة الدراسة من (250) من مقدمي الخدمات واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس قلق الموت، ومقياس الاستراتيجيات إعداد الباحثين، وتوصلت الدراسة إلي وجود علاقة عكسية بين القلق من الموت واستراتيجيات الإدارة بين مقدمي الخدمات الصحية.

دراسة Sanandaji, DavoodKheirkhah, Aghajani(2017)

هدفت الدراسة تحديد معدل القلق من الوفاة بين ممرضات المستشفيات المختلفة وعلاقتها ببعض العوامل الشخصية والاجتماعية، وتكونت عينة الدراسة من (387) ممرضة تعمل في مستشفى تعليمي، واستخدمت الأدوات التالية: استبيان الخصائص الاجتماعية الشخصية ومقياس قلق الموت إعداد تمبلر، أظهرت النتائج وجود فروق بين متوسط قلق الموت لدى الممرضات العاملات في الأجنحة الحرجة والعامة تعزي للحالة والموقع التنظيمي والمكان الحالي للخدمة، كما بينت وجود ارتباط لقلق الموت والعوامل الشخصية والاجتماعية.

دراسة Soleimani, Lehto, Negarandeh, Bahrami, Chan.(2016)

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقات بين العوامل الاجتماعية والديموغرافية والمتعلقة بالمريض والدعم الاجتماعي، والتدين مع القلق من الموت ونوعية الحياة لدى مقدمي الرعاية في أسرة السرطان الإيرانية، وتكونت عينة الدراسة من(330) من مقدمي الرعاية الأسريين من معهد السرطان الإقليمي الحضري في إيران، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس صحة القلق من الموت (مقياس تمبلر) ونوعية الحياة (نسخة الأسرة)، وتوصلت الدراسة إلي النتائج التالية: وجود مستويات معتدلة من القلق من الموت ووجود علاقه ارتباطية عكسية بين جودة الحياة وقلق الموت، كما بينت الدراسة أن القلق من الموت مرتبطٌ بتدني نوعية الحياة في إيران.

دراسة Jonasen (2015)

هدفت الدراسة إلى قياس تصورات موظفي رعاية المسنين عن موتهم، وتكونت عينة الدراسة من (128) موظفًا في منشأة تكية الغرب الأوسط الذين يعملون في دار العجزة، واستخدمت الدراسة

مقياس القلق من الموت (RDAS)، أشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية بين درجات RDAS وطول الفترة الزمنية المستخدمة في دار العجزة لدى الممرضات بشكل عام.

تعقيب على الدراسات السابقة:

نلاحظ من خلال العرض السابق لبعض الدراسات السابقة أنها تمت في بيئات أجنبية وعربية، وأنها لم تتناول متغيرات البحث الحالي مجتمعة وهي الضغوط الحياتية وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة، وأن بيئتنا الفلسطينية في غزة تفتقر لمثل هذه الدراسات، مما يشير إلى أهمية هذه الدراسة وما يدفع الباحثون للقيام بها.

الطريقة والإجراءات:

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، بوصفه أنسب المناهج الملائمة لهدف الدراسة، ويهتم بوصف الظاهرة وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كمياً.

مجتمع الدراسة وعينتها: يمثل مجتمع الدراسة جميع مقدمي الخدمات الصحية في وزارة الصحة محافظات غزة، في محافظات غزة للعام (2020)، أما عينة الدراسة قام الباحث بتقسيمها:

أ- **العينة الاستطلاعية:** الهدف منها التحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة، وتضمنت (30) من مقدمي الخدمات الصحية من خارج العينة الفعلية.

ب- **العينة الفعلية:** تم أخذ العينة بطريقة عشوائية بسيطة من المجتمع الأصلي للدراسة، حيث تألفت العينة الإجمالية من (80) من مقدمي الخدمات الصحية، والجدول التالي يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغيراتها.

الجنس		
ذكر	45	%56.25
أنثي	35	%43.75
المجموع	80	%100
الخبرة		
5 فأقل	23	%28.75
10-5	18	%22.5
10 فأكثر	39	%48.75
المجموع	80	%100

أدوات الدراسة

أولاً: مقياس الضغوط الحياتية

وصف المقياس:

أعد هذا المقياس الخطيب (2020)، ويتكون من (39) فقرة موزعة على ثلاثة مجالات رئيسة، وهى: الضغوط المهنية، ويحتوى على (16) فقرة، والضغوط الاجتماعية ويحتوى على (12) فقرة، والضغوط الأسرية ويحتوى على (11) فقرة، ويجيب المفحوص على عبارات المقياس باختيار الإجابة التي تتلاءم معه للإجابات الآتية: موافق بشدة تأخذ خمس درجات، " وموافق " تأخذ أربع درجات، "، وأحيانا" تأخذ ثلاث درجات ومعارض تأخذ درجتين، ومعارض بشدة تأخذ درجة واحدة، والدرجة الصغرى للمقياس (39) والدرجة الكبرى (204) درجة.

صدق وثبات مقياس الضغوط الحياتية إعداد الخطيب (2020)

أولاً: الصدق

1. صدق الاتساق الداخلي

تم حساب صدق الاتساق الداخلي على عينة استطلاعية مكونة من 20 مقدم خدمات، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد التي تنتمي له، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (1) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس الضغوط الحياتية مع الدرجة الكلية للبعد التي تنتمي له

الضغوط المهنية			الضغوط الاجتماعية		
الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	.409*	0.025	17	.456*	0.011
2	.393*	0.031	18	.437*	0.016
3	.449*	0.013	19	.702**	0.000
4	.637**	0.000	20	.416*	0.022
5	.460*	0.010	21	0.287#	0.124
6	.675**	0.000	22	.646**	0.000

7	.498**	0.005	23	.717**	0.000
8	.764**	0.000	24	.438*	0.015
9	.609**	0.000	25	.500**	0.005
10	.573**	0.001	26	.720**	0.000
11	.687**	0.000	27	.839**	0.000
12	.546**	0.002	28	.655**	0.000
13	.736**	0.000	الضغوط الأسرية		
14	.729**	0.000	33	.620**	0.000
15	.362*	0.049	34	.647**	0.000
16	.601**	0.000	35	.594**	0.001
الضغوط الأسرية			36	.533**	0.002
29	.789**	0.000	37	.722**	0.000
30	.378*	0.039	38	.862**	0.000
31	.400*	0.029	39	.483**	0.007
32	.475**	0.008			

****دالة عند 1%** ***دالة عند5%** **# غير دالة عند 0.05**

يتبين من الجدول رقم (1) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس الضغوط الحياتية مع الدرجة الكلية للبعد التي تنتمي له كان موجباً ودالة عند مستوى دلالة 0.05، ومستوى (0.01) مما يدل على أن هناك اتساق داخلي بين جميع فقرات كل بعد من الأبعاد.

2. صدق الاتساق البنائي

تم حساب صدق الاتساق البنائي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد وبين الدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (2) نتائج معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس الضغوط الحياتية مع الدرجة الكلية للمقياس

م	الدرجة الكلية للمقياس		
	البيان	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	الضغوط المهنية	.456*	0.011
2	الضغوط الاجتماعية	.757**	0.000
3	الضغوط الاسرية	.836**	0.000

****دالة عند 1%** ***دالة عند5%**

يتبين من الجدول رقم (2) أن معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس الضغوط الحياتية مع الدرجة الكلية للمقياس كان موجبا ودال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 ، ومستوى (0.01) مما يشير إلي أن المقياس يتميز بالصدق البنائي لأبعاده، وهذا مؤشر على صدق المقياس في قياس الظاهرة التي أعد من أجلها.

ثانياً: ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية، من خلال طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، وجاءت النتائج على النحو التالي:

1. معامل الثبات وفقا لطريقة ألفا كرونباخ

جدول رقم (3) معامل الثبات مقياس الضغوط الحياتية وفقا لطريقة ألفا كرونباخ

م	البيان	عدد الفقرات	معامل الثبات ألفا
1	الضغوط المهنية	16	0.863
2	الضغوط الاجتماعية	12	0.817
3	الضغوط الاسرية	11	0.822
	الدرجة الكلية للمقياس	39	0.864

يتبين من الجدول رقم (3) أن معامل الثبات للدرجة الكلية لمقياس الضغوط الحياتية وفقاً لطريقة ألفا كرونباخ كانت 0.864 ويعد معامل ثبات مرتفع، مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع.

2. طريقة التجزئة النصفية

تم حساب معامل الثبات وفقا لهذه الطريقة من خلال تقسيم الاستبانة وأبعادها إلى مجموعتين، وتم حساب معامل الارتباط بيرسون بينهما، وتم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معامل سبيرمان براون للأبعاد الزوجية، ومعامل جتمان للأبعاد الفردية، والنتائج موضحة بالجدول التالي:

جدول رقم (4) معامل الثبات مقياس الضغوط الحياتية وفقا لطريقة التجزئة النصفية

م	البيان	عدد الفقرات	معامل الثبات قبل التعديل	معامل الثبات بعد التعديل
1	**الضغوط المهنية**	16	0.552	0.712
2	**الضغوط الاجتماعية**	12	0.709	0.798
3	**الضغوط الأسرية**	11	0.745	0.854
	الدرجة الكلية للمقياس	39	0.831	0.907

يتبين من الجدول رقم (4) أن معامل الثبات للدرجة الكلية لمقياس الضغوط الحياتية وفقاً لطريقة التجزئة النصفية كانت 0.907 ويعد معامل ثبات مرتفع، مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع.

مما سبق يمكن القول إن مقياس الضغوط الحياتية يتمتع بصدق اتساق داخلي وبنائي جيد، بالإضافة إلي أنه يتمتع بثبات مرتفع مما يدلل على أن المقياس جيد وصالح للتطبيق على أفراد العينة الفعلية وذلك من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

ثانياً: مقياس قلق الموت

وصف المقياس:

بعد الاطلاع على عدد من المقاييس ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة كمقياس الصافي (2020)، مقياس النادي (2019)، مقياس مختار (2017)، مقياس Sanandaji, (2017 DavoodKheirkhah, Aghajani) ،أعد هذا المقياس الباحث، ويتكون من (12) فقرة، ويجيب المفحوص على عبارات المقياس باختيار الإجابة التي تتلاءم معه للإجابات الآتية: موافق بشدة تأخذ خمس درجات، " وموافق " تأخذ أربع درجات، "وأحيانا" تأخذ ثلاث درجات ومعارض تأخذ درجتين، ومعارض بشدة تأخذ درجةً واحدة، والدرجة الصغرى للمقياس (12) والدرجة الكبرى (60) درجة.

صدق وثبات مقياس قلق الموت إعداد الباحث

أولا: الصدق

1. صدق المحتوى(المحكمين)

وتم عرض فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء في مجال الاختصاص في دولة فلسطين، والمملكة العربية السعودية، للحكم على فقراته، من حيث صياغتها، ومناسبتها، وملاءمتها لقياس ما وضعت من أجله، فقاموا بإجراء بعض التعديلات والتزم الباحث بالتعديلات.

2. صدق الاتساق الداخلي

تم حساب صدق الاتساق الداخلي على عينة استطلاعية مكونة من 20 من مقدمي الخدمات الصحية، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد التي تنتمي له، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (5) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للبعد التي تنتمي له

قلق الموت					
الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	.725**	0.000	7	.792**	0.000
2	.635**	0.000	8	.823**	0.000
3	.662**	0.000	9	.719**	0.000
4	.768**	0.000	10	.486**	0.006
5	.743**	0.000	11	.386*	0.035
6	.615**	0.000	12	.573**	0.001

**** دالة عند 1%** ***دالة عند5%** **# غير دالة عند 0.05**

يتبين من الجدول رقم (5) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس كان موجباً ودالة عند مستوى دلالة 0.05، و مستوى (0.01) ممّا يدل أنَّ هناك اتساقاً داخلياً بين جميع فقرات المقياس.

3. صدق الاتساق البنائي

تم حساب صدق الاتساق البنائي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج على النحو الآتي:

جدول رقم (6) نتائج معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس

	البيان	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	**الدرجة الكلية للمقياس**	.736**	0.000

****دالة عند 1%** ***دالة عند5%**

يتبين من الجدول رقم (6) أن معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس كان موجباً ودالاً إحصائياً عند مستوى دلالة ومستوى (0.01) مما يشير إلي أن المقياس يتميز بصدق البنائي، وهذا مؤشر على صدق المقياس في قياس الظاهرة التي أعدّ من أجلها.

ثانياً: ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية، من خلال طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، وجاءت النتائج على النحو التالي:

1. معامل الثبات وفقا لطريقة ألفا كرونباخ

جدول رقم (7) معامل الثبات مقياس قلق الموت وفقا لطريقة ألفا كرونباخ

م	البيان	عدد الفقرات	معامل الثبات ألفا
	الدرجة الكلية للمقياس	12	0.896

يتبين من الجدول رقم (7) أن معامل الثبات للدرجة الكلية لمقياس قلق الموت وفقاً لطريقة ألفا كرونباخ كانت 0.896 ويعد معامل ثبات مرتفع، مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع.

2. طريقة التجزئة النصفية

تم حساب معامل الثبات وفقا لهذه الطريقة من خلال تقسيم الاستبانة وأبعادها إلي مجموعتين، وتم حساب معامل الارتباط بيرسون بينهما، وتم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معامل سبيرمان براون، ومعامل جتمان، والنتائج موضحةٌ بالجدول الآتي:

جدول رقم (8) معامل الثبات مقياس قلق الموت وفقاً لطريقة التجزئة النصفية

م	البيان	عدد الفقرات	معامل الثبات قبل التعديل	معامل الثبات بعد التعديل
	الدرجة الكلية للمقياس	12	0.872	0.930

يتبين من الجدول رقم (8) أنَّ معامل الثبات للدرجة الكلية لمقياس قلق الموت وفقاً لطريقة التجزئة النصفية كانت0.930 ويعد معامل ثبات مرتفع، مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع.

مما سبق يمكن القول أنَّ مقياس قلق الموت يتمتع بصدق اتساق داخلي وبنائي جيد، بالإضافة إلى أنه يتمتع بثباتٍ مرتفعٍ ممّا يدلل على أن المقياس جيدٌ وصالحٌ للتطبيق على أفراد العينة الفعلية وذلك من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

المحك المعتمد في الدراسة:

محك المقياس الخماسي: لتحديد المحك المعتمد بالدراسة، فقد تم تحديد طول الخلايا في مقياس ليكرت الخماسي من خلال حساب المدى بين درجات المقياس (5-1=4) ومن ثم تقسيمه على أكبر قيمة في المقياس للحصول على طول الفئة (5/4=0.8)، لتحديد فئات المستويات الخمسة، **والجدول رقم (9) يوضح فئات المحك المعتمد في الدراسة.**

الوزن النسبي	من %20-%36	أكثر من %36-%52	أكثر من %52-%68	أكثر من %68-%84	أكثر من %84
المتوسط الحسابي	1-1.8	1.81-2.60	2.61-3.40	3.41-4.20	4.21-5
التصنيف	منخفضة جدا	منخفضة	متوسطة	مرتفعة	مرتفعة جدا

نتائج الدراسة:

نتائج التساؤل الأول والذي ينص على: ما مستوى الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية؟

وللإجابة على ذلك التساؤل قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للدرجة الكلية وللأبعاد، والنتائج موضحة بالجدول رقم (10).

جدول رقم (10) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للدرجة الكلية الضغوط الحياتية ولأبعادها

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
المهنية	3.986	0.487	79.7	3
الاجتماعية	3.988	0.460	79.8	2
الأُسرية	4.002	0.475	80.0	1
الدرجة الكلية للمقياس	3.99	0.420	79.8	

يتبين من الجدول رقم (10) النتائج التالية:

1.أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة قد بلغ 3.99 (من أصل 5) بوزن نسبي 79.8%، مما يشير إلي أن مستوى الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة كانت مرتفعة وفقاً لمحك الدراسة ويعزو الباحث تلك النتيجة إلي طبيعة العمل في المستشفيات غالباً ما يتطلب التعامل مع مواقف صعبة، فيجب على العاملين في المستشفيات التعامل مع المرضى من مختلف الأوساط الاجتماعية، ومن أصحاب التوجهات المختلفة، ومن جميع الحالات والمتنوعة بما فيها الإصابات الخطيرة التي تهدد الحياة، وهذا ما أكدته دراسة (Dachalson, E. Gyang, E. and Azi, P. 2017).

يري الباحث أنَّ مقدمي الخدمات الصحية الذين يعملون في المستشفيات في محافظات غزة يواجهون تحديات يومية، إذ يتطلب عليهم توفير رعاية طيبة في ظل قلة الإمكانات الصحية لدى القطاع الصحي في محافظات غزة، والظروف الاقتصادية الصعبة التي يعاني منها القطاع الصحي في غزة على صعيد الإمكانات المتاحة والرواتب غير منتظمة للعاملين في القطاع الصحي، ممّا يؤدي إلى عواقب على صحتهم الجسمية والنفسية، بالإضافة أن العمل في المجال الصحي مهنةٌ مجهدةٌ وضاغطةٌ بسبب ظروف العمل وأعبائه التي تُلقي على كاهل مقدمي الخدمات الصحية، ونتيجة لذلك فالضغوط الحياتية أمرٌ شائعٌ بين أولئك الذين هم على اتصال دائم مع الآخرين كمقدمي الخدمات الصحية، وإنَّ عبءَ العمل وضغوطَ المهنة التي يتعرض لها مقدم الخدمات الصحية عاملٌ مهمٌ في الضغوط الحياتية.

2.إنّ بُعدَ الضغوط الأسرية كانت أكبر أبعاد الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة بوزن نسبي 80%، بينما بعد الضغوط المهنية أقل الأبعاد بوزن نسبي 79.7%، ويعزو الباحث تلك النتيجة إلي أنَّ مقدمي الخدمات الصحية أكثر عرضة للضغط النفسي باعتبار إن حياة الأطباء والممرضين بصفة عامة متغيرة نسبياً بناء على ظروف العمل والحالات الطارئة التي يعيشونها في بيئة العمل، نظراً لحساسية المهنة ولارتباطها بحياة الناس، وتأثير نظام المناوبات في العمل وساعات العمل الطويل، وضعف القدرة على التوازن بين العمل والأسرة، تأثير العمل في الحياة الشخصية من أهم مسببات الضغط النفسي لدى مقدمي الخدمات الصحية كما أوضح The (guardian, 2017)، وكما يعزو الباحث حصول الضغوط الأسرية على المرتبة الأولي إلى أن عمل مقدمي الخدمات الصحية يتميز بالضغوط النفسية نتيجة الصدامات التي تحدث بين الطواقم الصحية الأخرى من الأطباء والممرضين .. إلخ، وأيضاً مع مرافقي المرضى وأقاربهم من الزوار، وكذلك طبيعية المهنة ونتيجة الدوام، وقد جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة (خميس، 2013) والتي أشارت إلى أن عمال القطاع الصحي يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية.

وقد جاءت الضغوط المهينة بالمرتبة الأخيرة بين مجالات الضغوط الحياتية، وقد يرجع تفسير ذلك إلى عدم رضا عن نظام وتقييم مستوي الأداء كما يتأكد نتائج دراسة جودة (2003)، كما يشعر مقدمو الخدمات الصحية بضغوط ناجمة عن عملهم في ظروف عمل غير ملائمة وخوف مستمر على صحتهم.

نتائج التساؤل الثاني والذي ينص على: ما مستوى قلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية؟

وللإجابة على ذلك التساؤل قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للدرجة الكلية وللأبعاد، والنتائج موضحة بالجدول رقم (11).

جدول رقم (11) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للدرجة الكلية لقلق الموت

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
الدرجة الكلية للمقياس	3.067	0.389	61.3

يتبين من الجدول رقم (11) النتائج التالية:

1.إنَّ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية **بمحافظات** قد بلغ 3.067(من أصل 5) بوزن نسبي 61.3%، مما يشير إلي أن مستوى قلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة كان متوسطاً وفقاً لمحك الدراسة ويعزو الباحث تلك النتيجة إلي أنَّ مقدمي الخدمات الصحية الذين يعملون في المستشفيات في محافظات غزة يواجهون تحديات يومية، إذ يتطلب عليهم توفير رعاية طيبة في ظل قلة الإمكانات الصحية، مما يؤدي إلى عواقب على صحتهم الجسمية والنفسية، بالإضافة إلى أن العملَ في المجال الصحي مهنةٌ مجهدةٌ وضاغطة بسبب ظروف العمل وأعبائه التي تُلقى على كاهل مقدمي الخدمات الصحية، وخطورة الإصابة بالمرض.

ويرى الباحث أنَّ مقدمي الخدمات لديهم مستوي عالٍ من الوعي والإدراك يميزهم عن باقي فئات المجتمع، إذ اكتسبوا القدرات اللازمة لتحمل المصاعب والشدائد، والتكيف مع المواقف الضاغطة عن طريق إيجاد استراتيجيات دفاعية تحميهم من قلق الموت، فهم مؤمنون بالموت كنهاية حتمية لكل إنسان، ويرجع الباحث حصول مقدمي الخدمات على مستوي متوسطٍ إلى الوازع الديني والتمسك بالقيم الدينية والإيمان بالله وقدره، الذي يؤكد أن المرض هو ابتلاء من الله عز وجل والذي يجعل المجتمع المسلم يتقبل البلاء كواقع يمكن معايشته رغم مرارة الواقع، هذا ما أكدته دراسة (الصافي، 2020).

يؤكد (Gregov, Kovacevic & Sliskovic, 2011) أنَّ ضغوطاً ترتبط لدى الأطباء بمجموعة من النتائج السلبية مثل: انخفاض مستوي الصحة النفسية، والاحتراق النفسي والاكتئاب.

نتائج السؤال الثالث والذي ينص على: هل توجد علاقة بين الضغوط الحياتية وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة؟

وللإجابة عن السؤال قام الباحث باستخدام معامل الارتباط بيرسون للتعرف على نوع وقوة العلاقة بين المتغيرات، والجدول رقم(12) يوضح النتائج.

جدول رقم(12) يوضح الارتباط بين الضغوط الحياتية وقلق الموت لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة

	قلق الموت	
	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية الضغوط الحياتية	.517(**)	0.000

يتبين من الجدول (12) أن مستوى الدلالة لمعامل الارتباط بين الدرجة للضغوط الحياتية وبين الدرجة الكلية وقلق الموت كانت أقل من 0.05، وأن معامل الارتباط كان موجباً، مما يشير لوجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للضغوط الحياتية وبين الدرجة الكلية لقلق الموت.

يعزو الباحث تلك النتيجة إلى أنَّ مقدمي الخدمات الصحة في مختلف المؤسسات يتعرضوا إلى الضغط الذهني والجسماني والمهني، فعادة ما يعلو مستوى الضغوط الحياتية في القطاعات والمهن الحساسة التي تتميز بصعوبة العمل وكثافته وأهميته، فالقطاع الصحي من القطاعات كانت ومازالت عرضة إلى الضغوط النفسية والاجتماعية والمهنية سواء على مستوى الأطباء أو الممرضين أو حتى العاملين في الوظائف الإدارية، يعود ذلك لأهمية المهن الصحية والطبية التي تتعامل مع صحة الإنسان ورعايتها.

ويرى الباحث أنَّ القطاع الصحي الفلسطيني كغيره يتميز بارتفاع مستويات الضغوط فيه نتيجة الحصار والعدوان المستمر وضعف البنية التحتية للخدمات الصحية، مع قلة توافر الإمكانات والأدوات المطلوبة في الرعاية الصحية، وينعكس ذلك على أداء العاملين وانتمائهم للمؤسسات التي يعملون فيها، كما ينعكس –أيضاً– على المرضى والمراجعين والأهالي، حيث لا تتوافر الإمكانات والوسائل لأخذ الحذر في التعامل مع المرضي بشكل كافٍ من قبل مقدمي الخدمات الصحية واحتمالية الإصابة بالمرض.

ويفسر الباحث أن قلق الموت تسببه الأفكار المتعلقة بالموت، ترجع تلك النتيجة لانتشار الأمراض المعدية، وشعور مقدمي الخدمات بخوف من الإصابة بالعدوي، وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (الصافي، 2020) والتي أكدت أنَّ قلقاً يرتفع في ظل وجود خطر أو حدث بيئي خطير.

التساؤل الرابع والذي ينص على هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في متوسط الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى إلي المتغيرات التالية (الجنس، الخبرة)؟

الفرضية: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) في متوسط الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى للجنس (ذكر ، أنثي) ".

وللإجابة عن هذه الفرضية تم استخدام اختبار t-test للعينات المستقلة للتعرف على الفروق بين مجموعتين من البيانات المستقلة، والنتائج موضحة بالجدول (13)

جدول (13): نتائج اختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في متوسط الضغوط الحياتية يعزى للجنس

البعد	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة	
المهنية	ذكر	3.615	1.105	1.003	0.317	غير دالة إحصائيا
	أنثي	3.488	1.038			
الاجتماعية	ذكر	3.723	1.110	1.767	0.078	غير دالة إحصائيا
	أنثي	3.498	1.018			
الأُسرية	ذكر	3.776	1.112	0.779	0.436	غير دالة إحصائيا
	أنثي	3.672	1.130			
الضغوط الحياتية	ذكر	3.705	1.073	1.196	0.233	غير دالة إحصائيا
	أنثي	3.556	1.029			

قيمة t الجدولية لدرجات حرية (78) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96

يتبين من الجدول رقم (13) النتائج التالية: يتبين أن مستوى الدلالة للضغوط الحياتية لدى أفراد عينة الدراسة كانت أكبر من 0.05 مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 للضغوط الحياتية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى للجنس، ويعزو الباحث تلك النتيجة أنَّ جميع مقدمي الخدمات الصحية يعملون في بيئة داخلية وخارجية مليئة بمصادر الضغوط التي قد تسيطر على تفكيرهم سواء ذكور أو أناث، وواقع الضغوط الحياتية اليومية منتشرة في جميع البيئات في واقع المجتمع الفلسطيني لما يمر به من ظروف صعبة، تجعل حياة الفرد في توتر وقلق وإحباط دائم.

الفرضية:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) في متوسط الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى للخبرة ".

وللإجابة عن هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق بين ثلاثة مجموعات من البيانات المستقلة، والنتائج موضحة بالجدول (14).

جدول (14): نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في الضغوط الحياتية لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى للخبرة

البيان	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة f	مستوى الدلالة	
المهنية	بين المجموعات	10.051	2	5.025	4.518	0.012	دالة إحصائية
	داخل المجموعات	316.997	77	1.112			
	الإجمالي	327.048	79				
الاجتماعية	بين المجموعات	12.268	2	6.134	5.014	0.007	دالة إحصائية
	داخل المجموعات	348.638	77	1.223			
	الإجمالي	360.905	79				
الأسرية	بين المجموعات	11.561	2	5.781	4.659	0.01	دالة إحصائية
	داخل المجموعات	353.574	77	1.241			
	الإجمالي	365.135	79				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	8.828	2	4.414	4.098	0.018	دالة إحصائية
	داخل المجموعات	306.986	77	1.077			
	الإجمالي	315.813	79				

قيمة f الجدولية لدرجات حرية (2, 77) عند مستوى دلالة 0.05 =3

يتبين من الجدول (14) النتائج التالية:

أن مستوى الدلالة للدرجة الكلية للضغوط الحياتية وللأبعاد التالية (المهنية، الاجتماعية ، وإدارة الأسرية) كانت أقل من مستوى الدلالة المقبول في الدراسة وهو 0.05 (قيمة f المحسوبة أكبر من الجدولية) مما يشير إلى وجود فروق في متوسط الضغوط الحياتية وتلك الأبعاد لدى مقدمي الخدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى للخبرة .

وللتعرف على مصدر الفروق تم استخدام الاختبار البعدي شيفيه والنتائج موضحة بالجدول رقم (15).

نتائج اختبار شيفيه للتعرف على مصدر الفروق في الضغوط الحياتية تعزى للخبرة

سنوات الخبرة		متوسط الفروق	مستوى الدلالة
5 فاقل	10 فاكثر	-0.0591	0.364
	10-5	0.0932	0.081
10-5	5 فاقل	-0.0932	0.081
	10 فاكثر	-.1523-*	0.005
10 فاكثر	5 فاقل	0.0591	0.364
	10-5	.1523*	0.005

يتبين من جدول رقم (15) ان مصدر الفروق في الضغوط الحياتية كان بالنسبة للخبرة بين ذوي الخبرة 5-10 و 10 فأكثر لصالح 10 فأكثر، يعزو الباحث تلك النتيجة إلى الخبرات والتجارب والقدرات والمهارات التي امتلكها واكتسبها مقدم الخدمات الصحية خلال سنوات عمله في القطاع الصحي، وما نتج عنه شعوره بثقته بنفسه، وارتفاع فاعلية الذات لديه، وقدرته على التحكم في انفعالاته ونسج العلاقات مع الآخرين، وقدرته على الاتصال والتواصل مع أصدقائه وزملائه بصورة جيدة، فهو قادر على إنجاز وإتقان المهام المكلف بها والالتزام بالتعليمات، فهو يعتبر قدوة يُحتذى بها.

التساؤل الخامس والذي ينص على هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في متوسط قلق الموت لدى مقدمي خدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى إلي المتغيرات التالية (الجنس، سنوات الخبرة)؟

الفرضية: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) في متوسط قلق الموت لدى مقدمي خدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى للجنس (ذكر، أنثي).

وللإجابة عن هذه الفرضية تم استخدام اختبار t-test للعينات المستقلة للتعرف على الفروق بين مجموعتين من البيانات المستقلة، والنتائج موضحة بالجدول (16).

جدول (16): نتائج اختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في متوسط قلق الموت يعزى للجنس

	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة	
قلق الموت	ذكر	3.711	1.094	1.158	0.248	غير دالة إحصائيا
	أنثى	3.564	1.019			

قيمة t الجدولية لدرجات حرية (78) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96

يتبين من الجدول أن مستوى الدلالة لقلق المرض لدى أفراد عينة الدراسة كانت أكبر من 0.05 مما يشير إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 لقلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة تعزى للجنس، ويعزو الباحث تلك النتيجة إلي أنّ التفكير بالموت، والخوف من الأمراض والعدوي تجعل مقدمي الخدمات أكثر انتباهاً ويقظة وحذراً في التعامل مع المرضي أثناء الأزمات والكوارث، وإن الذكور والإناث كان لديهم نفس الأفكار والمعتقدات نحو قلق الموت (الإصابة بالمرض) نحو الأمراض وخطورتها، ويرجع الباحث تلك النتيجة –أيضاً– إلى طبيعة المجتمع الفلسطيني الذي يمتاز بوازعه الديني وإيمانه بقضاء الله وقدره.

الفرضية: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) في متوسط قلق الموت لدى مقدمي خدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى للخبرة.

وللإجابة عن هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق بين ثلاث مجموعات من البيانات المستقلة، والنتائج موضحة بالجدول (17).

جدول (17): نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في قلق الموت لدى مقدمي خدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى للخبرة

	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة f	مستوى الدلالة	
قلق الموت	بين المجموعات	5.413	2	2.706	2.364	0.096	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	326.27	77	1.145			
	الإجمالي	331.682	79				

قيمة f الجدولية لدرجات حرية (2, 77) عند مستوى دلالة 0.05 =3

يتبين من الجدول (17) النتائج التالية:

أن مستوى الدلالة للقلق الموت كانت أكبر من مستوى الدلالة المقبول في الدراسة وهو 0.05 (قيمة f المحسوبة أقل من الجدولية) مما يشير لعدم وجود فروق قلق الموت لدى مقدمي خدمات الصحية بمحافظات غزة يعزى للخبرة ".

يعزو الباحث تلك النتيجة إلى الخبرات والتجارب والقدرات التي امتلكها واكتسبها مقدم الخدمات الصحية خلال سنوات عمله في القطاع الصحي، جعلت لديه مستوي عالٍ من الوعي والإدراك، إذ اكتسب القدرات اللازمة لتحمل المصاعب والشدائد، والتكيف مع المواقف الضاغطة، فهم مؤمن بالموت كنهاية حتمية لكل إنسان لذلك ظهرت النتيجة لا توجد فروق تعزي للصحة.

التوصيات: ويمكن من خلال هذه الدراسة أن نشير إلى بعض التوصيات المتمثلة فيما يلي:

- العمل على التقليل من الضغوط الحياتية التي يتعرض لها مقدمي الخدمات الصحية وبالأخص الضغوط الأسرية من قبل وزارة الصحة والمهتمين.
- ضرورة وجود وحدة دعم نفسي لمقدمي الخدمات الصحية داخل المستشفيات؛ للمساهمة في التخفيف من حدة الضغوط الحياتية التي يتعرضون لها وبالأخص الضغوط المهنية.
- ضرورة وجود تنظيم لقاءات وجلسات إسعافات نفسية أولية وتفريغ بشكل دوري متتابع للتقليل من قلق الموت لدى العاملين في مستشفيات محافظات غزة.

مقترحات بحثية: ويقدم الباحث عدداً من المقترحات البحثية لدى الباحثين وطلبة العلم لتناول هذه المقترحات في المستقبل لعدم توفرها بالمكتبة الفلسطينية.

- قلق الموت وأثره على الكفاءة الذاتية لدى مقدمي الخدمات الصحية.
- قلق الموت وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والتكيف مع الضغوط لدى الأطباء في وزارة الصحة.
- الضغوط الحياتية وأثره على معني الحياة لدى مقدمي الخدمات الصحية.

قائمة المراجع العربية:

جودة، يحيي. (2003). مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات الشمال الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية. فلسطين.

الخطيب، عبد الله عبد الهادي. (2020). الضغوط الحياتية وعلاقتها بدافعية الإنجاز لدى المرأة العاملة في الجامعات الفلسطينية. مجلة جامعة غزة. ع 3،ص 225-258 .

خميس، محمد سليم. (2013). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي. مجلة جامعة قاصدي مرباح ورقلة للعلوم الانسانية والاجتماعية. (6)1،ص 285-298.

راجعي، هالة. (2014). الضغوط النفسية لدى العاملين في القطاع الصحي (دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح- ورقة. الجزائر.

الربيعة، فهد بن عبد الله. (2015) التوجه الديني وعلاقته بقلق الموت لدى طلبة جامعة الملك سعود بالرياض. رسالة التربية وعلم النفس. ع 51، ص25-42.

الزهراني، متعب بن حمود. (2014). الضغوط الحياتية وعلاقتها بالاكتئاب الإكلينيكي لدى الممرضين العاملين في المستشفيات العسكرية بالرياض. رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية والإدارية. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

الشلهوب، عهود بنت سعد صالح.(2016). قوة الأنا وعلاقتها بالضغوط الحياتية لدى الاختصاصين النفسيين والاجتماعيين. رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية والإدارية. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. السعودية.

الشيخ، أولاد هدار.(2017). الضغوط المهنية وعلاقتها بدافعية الإنجاز لدى متشار التوجيه والارشاد المدرسي. دراسة ميدانية في منطقة ورقلة .رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الخضر بالودي. الجزائر.

الصافي، تقى نوري جعفر. (2020). مستوى قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المجتمع العراقي. مجلة كلية التربية جامعة واسط. (2)39، ص347-366.

الصياد، إيمان.(2018). ضغوط الحياة اليومية والمرأة العاملة: دراسة ميدانية على عينة من المرأة العاملة بجامعة كفر الشيخ. حوليات آداب عين شمس جامعة عين شمس. 46(2)، ص442- 478.

عبد الخالق، أحمد محمد. (1987): قلق الموت .عالم المعرفة: الكويت.

العرجا، ناهدة. (2004). قلق الموت عند الفلسطينيين في محافظة بيت لحم وعلاقته ببعض المتغيرات أثناء انتفاضة الأقصى. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس. فلسطين.

مختار، بوفرة. (2017). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية بمدينة معسكر. مجلة الرواق مصر. ص 176 – 186.

النادي، هبة فتحي. (2019). الصلابة النفسية وعلاقتها بالقلق الموت لدي عينة من ضباط الشرطة. مجلة الخدمة النفسية عين شمس مصر. (12)،ص 111 – 141.

النصراوي، حيدر كامل مهدي.(2020). الضغوط المهنية لدى الأطباء الذين يعملون في المستشفيات الحكومية جامعة بغداد. مجلة البحوث التربوية والنفسية . ع65،ص637 – 658.

المراجع الأجنبية:

Dachalson, E. Gyang, E. and Azi, P. (2017), Stress Among Nurses: a Comparative Study of two tertiary health care Institutions in nigeria. Ife Centre for Psychologial Studies/Services, 25(1): 82 – 103.

Gregov, L. Kovacevic, A. and Sliskovic, A. (2011), Stress among Croatian physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers – pilot study. Croatian Medical Journal, 52(1): 8–15.

Jonasen . M. (2015). Death Anxiety in Hospice Employees. Brenda Rust O'BeirneFirst Published March 5, 2015 Research Article https://doi.org/10.1177/0030222815575007 Article information.

Nia . f , Rebecca H. Lehto, Ebadi, , and Hamid Peyrovi,.(2016). Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. Int J Community Based Nurs Midwifery. 4(1): 2–10.

Sanandaji .MashaallahEtmadi-, DavoodKheirkhah, Mohammad Aghajani(2017). Anxiety of Death in Iranian Nurses: A Descriptive Study. Journal of Chemical and Pharmaceutical Sciences .Volume 10 Issue 3

Soleimani . i, Lehto, .N, Negarandeh, , Bahrami, , Chan.(2016). Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Caregivers of Patients With Cancer. Wolters Kluwer Health, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited Cancer NursingTM, V. 0, No. 1

The guardian, (2017), Two-thirds of young hospital doctors under serious stress, survey reveals. Retrieved February 11, from https://www.theguardian.com/uk-news/2017/feb/11/stressed-out-doctorsanaesthetists-survey-nhs.

Toner, J (2019): relationship between the pressures of life and death anxiety when Health service providers, Journal of Humanistic Psychology ,New York: Bloomsbury.

Vandevala, T. Pavey, L. Chelidoni, O. Chang, N. Brown, B. And Cox, A. (2017), Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. Journal of Intensive Care, 5 (16).

Ya-Hui . n (2018): Religiosity and. Death Anxiety. The Journal of Human Resource and Adult Learning, Vol. (6), No. (2), pp. 31- 37

Yayli G., Yaman, H. and Yaman, A. (2019). Stress and Work-Life in a University Hospital in Turkey: Evaluation of the Brief Symptom Inventory and Ways of Coping Inventory" Hospital Staff. Social Behavior and Personality, 31, (1), 91-100.