



جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا

القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة

من كبار السن في فلسطين

**Predictive Ability of Cognitive Distortions and Death Anxiety
in Quality of Life Among a Sample of Elderly in Palestine**

إعداد:

داليا خليل الكردي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي

جامعة القدس المفتوحة (فلسطين)

آب 2022م



جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا

القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة

من كبار السن في فلسطين

**Predictive Ability of Cognitive Distortions and Death Anxiety
in Quality of Life Among a Sample of Elderly in Palestine**

إعداد:

داليا خليل الكردي

ياشرف:

الأستاذ الدكتور محمد أحمد شاهين

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي

جامعة القدس المفتوحة (فلسطين)

آب 2022م

القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة
من كبار السن في فلسطين

**Predictive Ability of Cognitive Distortions and Death Anxiety
in Quality of Life Among a Sample of Elderly in Palestine**

إعداد:

داليا خليل الكردي

بإشراف:

الأستاذ الدكتور محمد أحمد شاهين

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت في 2022/08/28م

أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ الدكتور محمد أحمد شاهين	جامعة القدس المفتوحة	مشرقاً ورئيساً
الأستاذ الدكتور عمر طالب الريماوي	جامعة القدس	عضواً
الدكتور نبيل أمين المغربي	جامعة القدس المفتوحة	عضواً

أنا الموقع أدناه داليا خليل الكردي؛ أفوض/ جامعة القدس المفتوحة بتزويد نسخ من رسالتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص، عند طلبهم بحسب التعليمات النافذة في الجامعة.

وأقر بأنني قد التزمت بقوانين جامعة القدس المفتوحة وأنظمتها وتعليماتها وقراراتها السارية المعمول بها والمتعلقة بإعداد رسائل الماجستير عندما قمت شخصيًا بإعداد رسالتي الموسومة بـ: "القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين"، وذلك بما ينسجم مع الأمانة العلمية المتعارف عليها في كتابة الرسائل العلمية.

الاسم: داليا خليل الكردي

الرقم الجامعي: 00330012010071

التوقيع: 

التاريخ: 2022/08/28م

الإهداء

أهدي هذا الجهد المتواضع مع التحية والحب والعرفان

إلى سراج الأمة المنير وشفيعها وهادي البشرية نبينا محمد (صلى الله عليه وسلم)

إليك.. طيب الذكر فأنت معلمي وقودتي، يا صاحب القوة والشموخ، يا من كنت لي قنديل ظلامي

ونور أيامي، أبي الحنون رحمك الله.

إلى نبع الحنان والدعم والعطاء، إلى أُمِّي التي مهما كبرت سأبقى طفلتها، لك يا والدتي الحبيبة، يا

سيدة القلب والحياة، أهديك رسالة لتهديني الرضا والدعاء.

إلى صاحب المحبة والوفاء.. إلى نصفي الآخر على الأرض، ومسكني ومأمني ومن شق معي

طريق المعاناة والسهر، وهو خير متاع وخير عون، إلى زوجي الغالي.

إلى ... عالمي المخملي ومصباح بيتي وعشق قلبي ومن أستيقظ لأجلهن كل صباح بناتي الأربعة

إلى.. من وجودهم أنس ومسرة وغيابهم غربة بهم أستمد قوتي وعزتي وإصراري وأختي

إلى.. رفاقُ دربي الذين قدموا لي كل الحب والدعم والكلمات الصادقة، إليكم أصدقائي وزملائي

الأعزاء.

إلى كل معلم أنار لي جزءاً من دروب صحوتي

الباحثة

الشكر والتقدير

قال تعالى: ﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ﴾ (الأحقاف: 15)

الحمد لله والصلاة والسلام على إمام المرسلين، المعلم الأول محمد خاتم النبيين، والشكر الدائم لله على نعمه، وأعظمها نعمة العقل، وأسأل الله العليم الخبير أن يديم نعمه، ويهب لنا العلم النافع إنه على كل شيء قدير. واعتزافاً لذوي الفضل بفضلهم، ورداً بالمعروف إلى أهله من غير نقصان ولا نكران، أحمده الله الذي أكرمني ويسر لي إتمام هذه الرسالة، فالشكر له وحده أولاً وأخيراً.

وأقدم بجزيل الشكر والتقدير لعميد الدراسات العليا، للأستاذ الدكتور الفاضل محمد أحمد

شاهين؛ على تفضله بالإشراف على رسالتي، موجهاً ومرشداً، ومصححاً لبوصلة الرسالة، فكان له الأثر الإيجابي في إخراج الرسالة بهذا الشكل. والشكر موصول إلى أعضاء لجنة المناقشة؛ الأستاذ الدكتور عمر الريماوي، والدكتور نبيل المغربي، اللذان كان لملاحظتهما دور في إخراج الرسالة في صورتها النهائية.

كُلُّ الشكر والتقدير إلى أفراد عينة الدراسة لحسن تعاونهم، وزملائي وأصدقائي وأهلي الذين ساعدوني في الوصول إليهم.

الباحثة

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	صفحة الغلاف
ج	قرار لجنة المناقشة
د	التفويض والإقرار
هـ	الإهداء
و	الشكر والتقدير
ز	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
ل	قائمة الملاحق
م	الملخص باللغة العربية
س	الملخص باللغة الإنجليزية
14-1	الفصل الأول: خلفية الدراسة ومشكلتها
2	المقدمة
7	مشكلة الدراسة وأسئلتها
9	فرضيات الدراسة
10	أهداف الدراسة
11	أهمية الدراسة
12	حدود الدراسة ومحدداتها
13	التعريفات الاصطلاحية والإجرائية لمتغيرات الدراسة
53-15	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
38-16	الإطار النظري
53-38	الدراسات السابقة
66-54	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
55	منهجية الدراسة
55	مجتمع الدراسة وعينتها
57	أداتي الدراسة وخصائصهما السيكومترية
63	متغيرات الدراسة
64	إجراءات تنفيذ الدراسة

65	المعالجات الإحصائية
94-67	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
68	النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
76	النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
80	النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث
85	النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
86	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
87	النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
91	النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
93	النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة
110-95	الفصل الخامس: تفسير النتائج ومناقشتها
96	تفسير نتائج السؤال الأول ومناقشتها
98	تفسير نتائج السؤال الثاني ومناقشتها
100	تفسير نتائج السؤال الثالث ومناقشتها
102	تفسير نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها
104	تفسير نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها
105	تفسير نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها
106	تفسير نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها
108	تفسير نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها
109	التوصيات والمقترحات
112	المراجع باللغة العربية
121	المراجع باللغة الإنجليزية
146-125	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	موضوع الجدول	الجدول
56	عينة الدراسة تبعًا للمتغيرات المستقلة (التصنيفية)	1.3
59	قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس التشوهات المعرفية بالمجال الذي تنتمي إليه، وقيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، كذلك قيم معاملات ارتباط كل مجال مع الدرجة الكلية للمقياس (ن=35)	2.3
60	قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس قلق الموت بالمجال الذي تنتمي إليه، وقيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، كذلك قيم معاملات ارتباط كل مجال، مع الدرجة الكلية للمقياس (ن=35)	3.3
60	قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس جودة الحياة بالمجال الذي تنتمي إليه، وقيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، كذلك قيم معاملات ارتباط كل مجال مع الدرجة الكلية للمقياس (ن=35)	4.3
61	معاملات الثبات بطريقة كرونباخ ألفا	5.3
63	درجات احتساب مستوى كل مقياس من مقاييس الدراسة	6.3
69	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل مجال من مجالات مقياس التشوهات المعرفية وعلى المقياس ككل مرتبة تنازليًا	1.4
70	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال التضخيم والتهوين مرتبة تنازليًا حسب المتوسطات الحسابية	2.4
71	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال التعميم الزائد مرتبة تنازليًا حسب المتوسطات الحسابية	3.4
72	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال "ماذا لو" الأسئلة العقيمة مرتبة تنازليًا حسب المتوسطات الحسابية	4.4
73	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال التفكير الكارثي مرتبة تنازليًا حسب المتوسطات الحسابية	5.4
74	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال القفز إلى النتائج مرتبة تنازليًا حسب المتوسطات الحسابية	6.4
75	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال الكل أو اللاشيء مرتبة تنازليًا حسب المتوسطات الحسابية	7.4
76	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل مجال من مجالات مقياس قلق الموت وعلى المقياس ككل مرتبة تنازليًا	8.4
77	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال الخوف من الأمراض المميتة مرتبة تنازليًا حسب المتوسطات الحسابية	9.4

78	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال الخشية من الموت مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	10.4
79	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال سيطرة فكرة الموت مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	11.4
80	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة وعلى المقياس ككل مرتبة تنازلياً	12.4
81	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات جودة الحياة النفسية مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	13.4
82	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات جودة شغل الوقت وإدارته مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	14.4
83	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات جودة الحياة الأسرية والاجتماعية مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	15.4
84	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات جودة الحياة الصحية مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	16.4
85	معاملات ارتباط بيرسون بين التشوهات المعرفية وكل من: قلق الموت وجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين (ن=108)	17.4
86	نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي لتأثير مساهمة كل من التشوهات المعرفية وقلق الموت في التنبؤ بجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين	18.4
88	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على مقياس التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل	19.4
89	تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات (بدون تفاعل) على الدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس التشوهات المعرفية تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل	20.4
90	نتائج اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لمجالي: (الكل أو اللاشيء، القفز إلى النتائج) لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير المستوى التعليمي	21.4
91	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على مقياس قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل	22.4
92	تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات (بدون تفاعل) على الدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس قلق الموت تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل	23.4

93	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل	24.4
94	تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات (بدون تفاعل) على الدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس جودة الحياة تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل	25.4

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
126	أدوات الدراسة قبل التحكيم	أ
133	قائمة المحكمين	ب
134	أدوات الدراسة بعد التحكيم (الصدق الظاهري)	ت
140	أدوات الدراسة بعد إجراء فحص الخصائص السيكومترية	ث
146	كتاب تسهيل المهمة	ج

القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين

إعداد: داليا خليل الكردي

إشراف: الأستاذ الدكتور محمد أحمد شاهين

2022

ملخص

هدفت الدراسة التعرف إلى القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين، ومستوى كل منها، والفروق فيها بحسب متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، من خلال تطبيق أدوات الدراسة على عينة متيسرة (متاحة)، ضمت (108) من كبار السن في فلسطين.

أظهرت النتائج أن التشوهات المعرفية ومجالاتها كافة لدى كبار السن في فلسطين جاءت بمستوى متوسط، وبلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.79)، بنسبة مئوية (55.8%)، وجاء مجال "التضخيم والتهوين" في المرتبة الأولى، بينما جاء مجال "الكل أو اللاشيء" في المرتبة الأخيرة. كما جاء مستوى قلق الموت ومجالاته متوسطاً، وبلغ المتوسط الكلي لقلق الموت (2.91)، بنسبة مئوية (58.2%)، وجاء مجال "الخوف من الأمراض المميتة" في المرتبة الأولى، بينما جاء مجال "سيطرة فكرة الموت" في المرتبة الأخيرة. ولم يختلف مستوى جودة الحياة ومجالاته عن المتوسط، وبلغ المتوسط الكلي (3.55)، بنسبة مئوية (71.0%)، وجاء مجال "جودة الحياة النفسية" أولاً، بينما جاء مجال "جودة الحياة الصحية" أخيراً.

وبينت النتائج وجود أثر دال إحصائياً لكل من التشوهات المعرفية وقلق الموت في التنبؤ بجودة الحياة، وأن كل من التشوهات المعرفية وقلق الموت قد وضحا معاً (41.9%) من نسبة التباين في جودة الحياة؛ أي إن متغيري: التشوهات المعرفية وقلق الموت، لهما دور مهم وأساس في التنبؤ بجودة الحياة. وأشارت النتائج إلى وجود فروق دلالة إحصائياً في مجالي التشوهات المعرفية: الكل أو

اللاشيء، القفز إلى النتائج، تعزى لمتغير المستوى التعليمي، لصالح ثانوية عامة فأدنى، ولم تكن الفروق دالة في التشوهات المعرفية باختلاف متغير: الجنس، مستوى الدخل، كما لم تكن الفروق دالة إحصائيًا سواءً في قلق الموت أم في جودة الحياة باختلاف متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

الكلمات المفتاحية: التشوهات المعرفية، قلق الموت، جودة الحياة، كبار السن.

**Predictive Ability of Cognitive Distortions and Death Anxiety in Quality of Life
Among a Sample of Elderly in Palestine**

Preparation: Dalia Khalil Alkurdi

Supervision: Prof. Mohammed Ahmed Shaheen

2022

Abstract

The study aims to identify the predictive ability of cognitive distortions and death anxiety in the quality of life among elderly in Palestine, and the level of each of them, and the differences due to: gender, educational level, income level, using the descriptive correlative approach, by applying the study tools on an available sample, which includes 108 elderly people in Palestine.

The results show that the level of cognitive distortions and its fields among elderly in Palestine is moderate, with an average of (2.79), draw a percentage (55.8%), and the field of “amplification and underestimation / simplification” is the highest, while the field of “all or nothing” is the lowest. The level of death anxiety and its domains is also moderate, with an average of death anxiety is (2.91), draw a percentage (58.2%), and the domain of "fear of fatal diseases" ranked first, while the domain of "the idea of death control" came the last. The level of quality of life and its domains does not differ from the moderate level, with an average of (3.55), draw a percentage (71.0%), and the "psychological quality of life" domain is the lowest, while the "healthy quality of life" is the lowest.

The results show that there is a statistically significant effect of both cognitive distortions and death anxiety in predicting quality of life, and that both cognitive distortions and death anxiety explain together (41.9%) of the percentage of variance in quality of life; In other words, the two variables: cognitive distortions and death anxiety, have an important and basic role in predicting the quality of life. The results indicates that there are statistically significant differences in the two areas of cognitive distortions: all or nothing, jumping to results, due to the educational level variable, in favor of less than high school, while the differences are not significant in cognitive distortions according to: gender, income level, and the differences are also not significant in either death anxiety or quality of life, according to: gender, educational level, income level.

Key words: Cognitive distortions, death anxiety, quality of life, elderly people.

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

1.1 المقدمة

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها

3.1 فرضيات الدراسة

4.1 أهداف الدراسة

5.1 أهمية الدراسة

6.1 حدود الدراسة ومحدداتها

7.1 التعريفات الاصطلاحية والإجرائية لمتغيرات الدراسة

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

1.1 المقدمة

يعتبر التقدم في السن مرحلة من أهم مراحل النمو البشري التي يمكن أن يمر بها الإنسان، وللتقدم في السن خصائصه وظروفه الخاصة كأى مرحلة من مراحل الحياة، وتعد الصحة النفسية من أهم المؤشرات التي ترتبط بجودة الحياة لدى الإنسان وبخاصة في مرحلة الشيخوخة، التي يتطلب التمتع بها وتحقيقها اهتمامًا خاصًا من قبل المهتمين في وضع سياسات النظام الصحي ومقدمي الخدمات لكبار السن. ويعتبر قلق الموت واحداً من أكثر المؤثرات في الصحة النفسية في سن الشيخوخة بالإضافة لتعلقها بأبعاد متعددة الجوانب، لأن هذه المرحلة العمرية مليئة بمشاعر الضعف والمعوقات الأدائية بحسب طبيعتها في أغلب الحالات.

وتمثل التغيرات البيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وشيوع التشوهات المعرفية والأفكار غير العقلانية أهم خصائص مرحلة الشيخوخة لدى المسن مقارنة بالمراحل العمرية السابقة، إضافة إلى تراكم الأمراض، وانخفاض الدخل. ويترتب على هذه التغيرات خمول جسمي وعقلي، يترافق مع اضطرابات نفسية، منها: القلق، والتفكير بالمستقبل، والتفكير بالموت. كما إن هذه المرحلة العمرية تعد من أصعب المراحل، فهي تبدأ بالانفصال عن المجتمع، والإحساس بقلة الفائدة، ويواجه بعض المتقاعدين صعوبات أكثر من غيرهم من المسنين (القيق، 2016).

لقد تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن الطريقة التي تدرك بها الأشياء وليس الأشياء هي التي تميز سلوكنا وتصفه بالاضطراب أو السواء، وفي هذا الصدد يقول "أبيقورس": "لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي لهم عنها" (العقاد، 2001: 15). واستنادًا إلى هذه

الأفكار، ترى النظرية المعرفية أن الطريقة التي تتم فيها معالجة المعلومات حول الأحداث تلعب دورًا مهمًا في حدوث المشكلات الانفعالية، ومن هذه المشكلات التشوهات المعرفية التي تمثل مجموعة من الأفكار المبالغ فيها، والمعارف المضطربة، وتزيد من تشويه الفرد لم يحدث حوله من أحداث في المواقف المختلفة (Covin et al, 2011).

ويمر الفرد في حياته بمراحل نمائية متعددة، وكل مرحلة من هذه المراحل تتأثر بما قبلها، وتمهد لما بعدها؛ أي إن النمو عملية متصلة ومستمرة، والنمو في جوانبه المتعددة سواءً أكانت بيولوجية، أم اجتماعية، أم معرفية، لا تقف عند مرحلة المراهقة، بل تستمر لمرحلة الشيخوخة. وتتضمن المعرفة العقلية كل ما يدور في ذهن الإنسان من أفكار متراكمة حول نفسه وحول الغير، ممن قابلهم في حياته منذ صرخته الأولى وحتى صمته الأخير. هذه الأفكار هي التي تجعل الإنسان يكتسب مشاعر معينة حول نفسه أو غيره أو المواقف التي يمر بها في حياته اليومية. فالمواقف والأحداث التي نمر بها لا تتسبب في مشاعرنا الإيجابية أو السلبية، لكن إدراكنا لهذه المواقف وتفكيرنا حولها هو الذي يتسبب في اكتسابنا لمشاعر معينة عندما ينحرف عما هو واقعي؛ أي تصبح أفكارنا غير منطقية، ففي هذه الحالة نجد الفرد يعتقد افتراضات وتصورات مشوهة تنتهي به إلى استنتاجات خاطئة في إدراكه لمواقف وأحداث واضحة (أبو عبيد، 2018).

وهذه الأفكار المضطربة والمشوهة تظهر في سلسلة أو منظومة وتتخذ شكل الاعتقادات التي تتضمن اختلالاً وظيفياً، وتلعب دوراً رئيساً في الاضطرابات النفسية. كما أكد "بيك" (Beck) على أن التشوهات المعرفية تكون شائعة بين الأشخاص الذين يعانون من العديد من الاضطرابات المختلفة، وهذه التشوهات المعرفية يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الوصول لاستنتاجات خاطئة حتى في إدراكه لمواقف واضحة (صلاح الدين، 2015).

واتفق الباحثون على تأثير التشوهات المعرفية على الأفراد الذين يحملون هذه الأفكار؛ إذ أوضح أرجيل (Argyle, 2001) أن الطريقة التي يفكر فيها الفرد تحدد نمط تكيفه، فالفرد الذي يفكر بطريقة إيجابية في الأحداث التي يعيشها، ينعكس على مزاجه ويتكيف مع بيئته، كما إن التشويه المعرفي للأحداث وأخطاء التفكير، تؤدي بالفرد إلى اضطرابات مزاجية، ما يساعد على انخفاض مستوى التكيف لديه. ويشير مهيدات والحربي (Mhaidat & Alharbi, 2016) إلى أن التشوه المعرفي يؤثر على طريقة تفسير الأحداث، وطريقة التعامل مع المعلومات؛ فالشخص الذي لديه تشوه معرفي يميل إلى تشويه وتغيير المعلومات بطريقة تجعل منه ضحية لأفكاره المشوهة، دون أي دليل واضح يدعم هذه الأفكار.

ويمثل القلق واحدًا من أهم الانفعالات والأكثر ارتباطًا بحياة الفرد، ويحدث القلق استجابة للمخاوف والهموم والإشكاليات التي تتجم عن الإحباط العقلي، والمتوقع للجهود المبذولة من أجل إرضاء الحاجات الأساسية وما يتصل بها من دوافع وحوافز (الخصاونة، 2007). وحسب ماي (May)، فإن القلق هو محور جميع الأمراض النفسية والجسمية والاختلالات العقلية والانحرافات السلوكية، وينظر ساربن (Sarbin) إلى القلق باعتباره المحرك الأساس لكل من السلوك السوي وغير السوي، ويتضمن: القلق، والخوف من الفشل، والتعرق، والارتجاف، وضيق النفس، والأفكار السلبية، والشعور المبالغ فيه بالهلع، وتجنب الناس، ورفض المناسبات الاجتماعية خوفًا من الإحراج والرفض (عيد، 2000).

ويعد قلق الموت أهم عامل في فترة الشيخوخة، وهو أحد أكثر أنواع القلق تعقيدًا، لأنه سبب في أنواع القلق الأخرى من وجهة نظر فرويد، وهو سمة نفسية تدرس في كل من علم نفس الشخصية، وعلم النفس المرضي. وقد اجتذب موضوع الشيخوخة في السنوات الأخيرة انتباه الخبراء

وواضعي السياسات وحتى الجمهور. وتشير التقارير إلى أنه بحلول الثلاثين عامًا القادمة، ستصل النسبة المئوية للسكان المسنين إلى حوالي (26٪) من إجمالي السكان (أبو صالح، 2013).

ويشير قلق الموت إلى الأفكار والمخاوف والمشاعر حول الأيام الأخيرة من الحياة التي يمر بها الشخص طوال حياته. ويشمل القلق من الموت: الوعي بأهمية الموت، وأنواع المعتقدات والمواقف والصور والأفكار عن الموت، وما يحدث بعد الموت. وينظر على قلق الموت باعتباره من أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا في الشيخوخة (Khalvati et al., 2021). وقد يتأثر قلق الموت لدى كبار السن بالفروق الفردية والعديد من العوامل النفسية، كما أوضحت دراسة زلفاغاري وساديغي (Zolfaghari & Sadeghi, 2019)، في أثناء تقصيصهما للتنبؤ بقلق الموت لدى كبار السن الذين يعيشون في مراكز رعاية المسنين من خلال التشوهات المعرفية والوحدة واستراتيجيات التعامل مع الإجهاد.

وشهدت العقود الماضية اهتمامًا ملحوظًا بالبحوث والدراسات الميدانية المتعلقة بظاهرة الموت، من حيث علاقتها بالعديد من الظواهر الاجتماعية والصحية والنفسية والتربوية، دراسة وبحثًا وتحليلًا، وبشكل لافت للنظر العديد من الدراسات التي حاولت البحث في العوامل النفسية والاجتماعية ذات العلاقة الوثيقة بالموت، مثل: الوسواس، والقلق، والاكتئاب، والإحباط، وسيطرة فكرة الموت على عقول وعواطف بعض الناس نتيجة الفقر والفشل، أو الشعور بالظلم والعدوان. وهناك دراسات ذهبت إلى أبعد من ذلك حين أكدت أن الإيمان بالحياة بعد الموت يضعف ويبدد الشعور نحو قلق الموت (الحلو وآخرون، 2003). وهذا مردوده ارتباطات موجبة بين القلق العام وقلق الموت، فمن أهم المراحل العمرية التي قد يشعر فيها الفرد بقلق الموت هي مرحلة ما قبل الموت نفسه (مرحلة الشيخوخة) (القيق، 2016).

تعتبر جودة الحياة حجر الأساس في قيام علم النفس الإيجابي، وهذه النظرة للجوانب الإيجابية لدى الإنسان لدى المنظرين والباحثين، بعد أن كان جلّ اهتمامهم لعقود طويلة ينصب على الجوانب السلبية في شخصية الفرد إلى أن انتبهوا إلى الدور الذي تلعبه الجوانب الإيجابية في حياة الفرد. ونظرًا للدور المهم الذي تلعبه الجوانب الإيجابية في حياة الفرد، فقد أدى هذا الدور إلى زيادة الاهتمام بها عند مختلف الفئات العمرية وبخاصة لدى فئة المسنين، بهدف تشجيعهم على الاستمرار في الحياة وعلى التكيف المستمر مع أحداث الحياة الضاغطة (شينار وآخرون، 2021).

ويُنظر إلى مفهوم جودة الحياة باعتباره مفهومًا واسعًا يشمل الصحة النفسية والتوافق والتعاؤل بالمستقبل والسعادة، والرضا عن الحياة، والحياة الأسرية والاجتماعية، وذلك تماشيًا مع النظرة الإيجابية للحياة التي يشملها علم النفس الإيجابي (أبو رأسين، 2012). كما أصبح مفهوم جودة الحياة في الآونة الأخيرة بؤرة ارتكاز للعديد من الدراسات والبحوث، وبدأ العلماء ينظرون إليه بوصفه مفهومًا أوسع من مفهوم الصحة النفسية (الطالب، 2013).

وتُعرف جودة الحياة حسب لونجست (Longest, 2008: 108) الوارد في سعد الله (2019: 25) بأنها: "قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية كالحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية، والاستقرار الاقتصادي، والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ويؤكدان شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة".

ويشير أوج (Ogg, 2005) إلى أن الشيخوخة مرحلة عمرية تكثُر مشكلاتها وتعقيداتها، لأن الإنسان يتولد لديه أفكار حول نهاية عمره، واقترب موعد موته، كما تتأثر الحالة النفسية لديه باختلاف ظروف مختلفة، منها: مكان الإقامة، والمساندة الاجتماعية، والجنس. والشيخوخة هي عملية بيولوجية حتمية مصحوبة بتجارب ممتعة وغير سارة، وأدت التطورات الاجتماعية

والاقتصادية والعلمية في السنوات الأخيرة إلى ارتفاع متوسط العمر المتوقع وانخفاض معدلات الوفيات، فالنمو السكاني الناتج أكبر بكثير في البلدان النامية منه في البلدان المتقدمة (Sheykhi et al., 2020).

ومن الطبيعي أن الإنسان يتغير تغيراً عضوياً ونفسياً نتيجة لتقدم عمره، فبعد أن كان قادراً على مواجهة مشكلات حياته بقوة، أصبح كائنًا ضعيفًا يعيش على ماضيه أكثر من حاضره، غير أن بعض كبار السن ينجحون في مواجهة مشكلاتهم وتحقيق ذواتهم (حمو علي، 2012). وتزايدت في السنوات الأخيرة الدراسات التي تهتم بفئة كبار السن، وذلك لعدة أسباب من أهمها: تزايد أعداد كبار السن، وجهود التنمية البشرية، وتوسع علم النفس والإرشاد النفسي، إضافة إلى المسؤولية الاجتماعية تجاه فئة كبار السن، كونها قضية نفسية وإنسانية (مرسي، 2008).

وجدير بالذكر أن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أصدر نشرة تتعلق بنسبة المسنين في فلسطين؛ حيث بلغ عدد كبار السن في فلسطين (282,679) فردًا، بما نسبته نحو (5%) من إجمالي السكان منتصف العام (2021)، بواقع (186,804) مسنًا في الضفة الغربية يشكلون نحو (6%)، و(95,875) مسنًا في قطاع غزة (5%) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2021). ومن هذا المنطلق، فإن هذه الدراسة تسعى للتعرف إلى التشوهات المعرفية وقلق الموت لدى عينة من كبار السن وعلاقتها بمستوى جودة الحياة لديهم.

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها

تصاحب مرحلة الشيخوخة العديد من التغيرات الايجابية والسلبية على الصعيد النفسي والبيولوجي والفكري، وعلى سبيل الذكر لهذه التغيرات، تدهور الوظائف العقلية، مثل: ضعف الذاكرة والنسيان، والحديث عن الماضي وضعف عملية الإدراك، وذلك لتلف جزء من خلايا المخ

إضافة إلى الضعف الجسدي، وظهور عديد من المشكلات الجسدية. وأكدت إحصاءات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2021)، أن جميع الفئات العمرية معرضة لخطر الإصابة بالأمراض وبخاصة في الوقت الحالي، خطر الإصابة بفيروس كوفيد 19، إلا أن كبار السن هم أكثر عرضة لخطر الوفاة والأمراض الشديدة بعد الإصابة، وتشير بيانات وزارة الصحة أنه من بين نحو (4,286) حالة وفاة في فلسطين جراء الإصابة بفيروس كورونا، فإن حوالي (78%) من حالات الوفاة كانت لكبار السن (60 عام فأكثر)، كما بلغ عدد كبار السن المصابين في فلسطين (23,942) مصاباً؛ أي ما نسبته (6%) من المصابين في فلسطين، وذلك حتى 2021/9/25.

وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يتمتعون بنظرة إيجابية للحياة يعانون من قلق أقل من الموت، وبالمقابل، ارتبط اليأس والإدراك المنخفض والتشاؤم بين كبار السن بالشعور بالوحدة، وباضطراب القلق الشديد من الموت (Greenblatt-Kimron et al., 2021: 2).

ومن خلال الاطلاع والدراسة اتضح أن هناك نقصاً يتمثل في عدم وجود دراسات تناولت القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت بجودة الحياة أو الصحة النفسية لدى كبار السن؛ حيث وُجدت دراسات تناولت التشوهات المعرفية كدراسة (طموني، 2019)، ودراسة (أبو هلال، 2018)، ودراسة (أبو عبيد، 2018)، ووجدت دراسات تناولت قلق الموت كدراسة (بدران، 2021)، ودراسة (عاشور، 2016)، ودراسة (القيق، 2016)، كما وجدت العديد من الدراسات التي تناولت جودة الحياة كدراسة (اليامي، 2021)، ودراسة (شينار وآخرون، 2021).

واتضح - حسب علم الباحثة- أن هناك ندرة في وجود دراسات تناولت القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن، وبناءً على ذلك وجدت أهمية القيام بدراسة القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت بجودة الحياة لدى عينة من كبار السن، وقد جاءت هذه الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيس التالي:

هل يمكن التنبؤ للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن؟

وبناءً عليه، أجابت هذه الدراسة عن الأسئلة الفرعية الآتية:

السؤال الأول: ما مستوى التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

السؤال الثاني: ما مستوى قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

السؤال الثالث: ما مستوى جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

السؤال الرابع: هل توجد علاقة بين التشوهات المعرفية وقلق الموت وجودة الحياة لدى عينة من

كبار السن في فلسطين؟

السؤال الخامس: ما القدرة التنبؤية لكل من التشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى

عينة من كبار السن في فلسطين؟

السؤال السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات التشوهات المعرفية

لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل؟

السؤال السابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات قلق الموت لدى عينة

من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل؟

السؤال الثامن: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات جودة الحياة لدى عينة

من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل؟

3.1 فرضيات الدراسة

للإجابة عن أسئلة الدراسة (الرابع حتى الثامن)، فقد صيغت الفرضيات الصفرية الآتية:

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين

التشوهات المعرفية وقلق الموت وجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.

الفرضية الثانية: لا توجد قدرة تنبؤية دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لكل من التشوهات المعرفية وقلق الموت في التنبؤ بجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

4.1 أهداف الدراسة

سعت الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرف إلى مستوى التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين.
2. التعرف إلى مستوى قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين.
3. التعرف إلى مستوى جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.
4. التحقق من وجود علاقة بين التشوهات المعرفية وقلق الموت وجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.

5. فحص القدرة التنبؤية لكل من التشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.

6. الكشف عن الفروق بين متوسطات التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

7. الكشف عن الفروق بين متوسطات قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

8. الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى لمتغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

5.1 أهمية الدراسة

تتجلى أهمية الدراسة في أهميتها النظرية والتطبيقية فيما يأتي:

5.1.1 الأهمية النظرية

يعد موضوع التنبؤ بالتشوهات المعرفية وقلق الموت وجودة الحياة كمفهوم مستقل قائم، ويعتبر من المواضيع الحديثة والدراسات القليلة - حسب علم الباحثة - خاصة في المجتمع الفلسطيني؛ لذا تأمل الباحثة أن تكون هذه الدراسة بمثابة إضافة إلى التراث العلمي النفسي والتربوي، وتسهم هذه الدراسة في إثراء المكتبة العربية والمؤسسات الحكومية والتعليمية. كما أن الفئة التي تقوم عليها الدراسة هي كبار السن؛ حيث يعدون أكثر الفئات حساسية وقلقاً بما يتعلق بالموت وحب الحياة.

5.2.2 الأهمية التطبيقية

تكشف الدراسة عن إمكانية التنبؤ بالتشوهات المعرفية وقلق الموت في ضوء جودة الحياة، وهي بالتالي قد تفيد العاملين في مجال الإرشاد النفسي والدعم النفسي، والاستشارة في التخطيط واتخاذ القرارات، فيما يتعلق ببرامج التنمية البشرية والشخصية لكبار السن، وتسهم في لفت نظر المعنيين؛ من أجل تعزيز كبار السن نفسيًا واقتصاديًا واجتماعيًا. كما إن نتائج الدراسة قد تساعد في الإعداد والتخطيط للبرامج الإرشادية، والوقائية، والعلاجية؛ لخفض مستوى التشوهات المعرفية وخفض مستوى قلق الموت، وزيادة مستوى جودة الحياة بما يتناسب مع التغيرات البيئية.

6.1 حدود الدراسة ومحدداتها

تمثلت حدود الدراسة الحالية في الآتي:

الحدود البشرية: اقتصر تطبيق الدراسة على عينة من كبار السن الذين تبدأ أعمارهم من (65) عام فأكثر.

الحدود المكانية: طبقت هذه الدراسة على كبار السن في فلسطين.

الحدود الزمانية: طبقت هذه الدراسة في العام 2021-2022م.

الحدود المفاهيمية: اقتصرت الدراسة على الحدود المفاهيمية والمصطلحات الواردة في الدراسة.

الحدود الإجرائية: استخدم في هذه الدراسة مقياس التشوهات المعرفية، ومقياس قلق الموت، ومقياس

جودة الحياة، وهي بالتالي ستقتصر على الأدوات المستخدمة لجمع البيانات، ودرجة صدقها وثباتها

على عينة الدراسة وخصائصها، والمعالجات الإحصائية المناسبة.

7.1 التعريفات الاصطلاحية والإجرائية لمتغيرات الدراسة

التشوّهات المعرفية: عرف بيك وآخرون (Beck et al., 1987) التشوّهات المعرفية بأنها: "عملية عقلية تمثل أخطاء في التفكير تؤدي إلى معتقدات سلبية، وتسبب بدورها مشاعر سلبية مما يساعد على ظهور نمط استجابات الفرد السلوكية" (طموني، 2019: 11). وتعرف التشوّهات المعرفية إجرائيًا بأنها: بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث من خلال استجاباته على فقرات مقياس التشوّهات المعرفية.

قلق الموت: يعرف قلق الموت بأنه: "التوتر والخوف من الموت، والتفكير المستمر به، وسيطرة فكرة الموت لدى المسن والموضوعات المتصلة به كالقبر والأمراض المميتة، والخوف الشديد من مظاهر الخوف المختلفة" (بدران وآخرون، 2021: 179). ويعرف القلق الاجتماعي إجرائيًا بأنه: بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث من خلال استجاباته على فقرات مقياس قلق الموت.

جودة الحياة: تعرف جودة الحياة بأنها: "حالة عامة إيجابية يشعر خلالها الفرد بالصفاء والهدوء والطمأنينة والبهجة، والارتياح، وتقبل وفهم الذات كما هي، والتوافق والتفاعل الأكاديمي والاجتماعي" (جمال، 2016: 9). وتعرف جودة الحياة إجرائيًا بأنها الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس جودة الحياة.

المسن (الشيخوخة): يعرف المسن بأنه: "الفرد الذي يتعرض لمجموعة من التغيرات البيولوجية بسبب تقدمه في العمر، وما يصاحبها من تغير في المراكز والأدوار المهنية والصحية والاجتماعي التي كان يمارسها، والتي من شأنها التأثير في إدراك الآخرين له وطرق تفاعلهم معه، وعلى إعادة تصور المسن لذاته وعمر ومواقفه المختلفة، بينما يحدد المتخصصون والباحثون في علم النفس مفهوم المسن على أساس التغير في الخصائص النفسية المصاحبة لتقدم الفرد في العمر، وبخاصة فيما تعلق بسلوكه وحاجاته ودوافعه" (كرادشة والسمرى، 2019: 5). ولا يوجد سن محدد يمكن اعتباره

سن الدخول في مرحلة الشيخوخة، لكن، جرى التعارف على أن عمر (65) عام هو العمر الذي يشير إلى بداية سن الشيخوخة، علمًا أن هذا العُرف لم يستند إلى أسس بيولوجية، وإنما هو عرف تاريخي (Besdine, 2022).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري

1.1.2 التشوهات المعرفية

2.1.2 قلق الموت

3.1.2 جودة الحياة

2.2 الدراسات السابقة

1.2.2 الدراسات السابقة المتعلقة بالتشوهات المعرفية

2.2.2 الدراسات السابقة المتعلقة بقلق الموت

3.2.2 الدراسات السابقة المتعلقة بجودة الحياة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يقدم في هذا الفصل عرضاً للإطار النظري والدراسات السابقة، ففي الجزء الأول منه سيكون العرض عن متغيرات الدراسة الرئيسية، المتمثلة في: التشوهات المعرفية، وقلق الموت، وجودة الحياة، مصادرها وتصنيفاتها، أهميتها، وأبعادها، خصائصها، وأنواعها واستراتيجيات الحد منها، وأبرز النظريات المفسرة لها. أما الجزء الثاني من هذا الفصل، فيتمثل في الدراسات السابقة التي لها صلة بالبحث الحالي؛ إذ وزعت بحسب متغيرات الدراسة، وتضمنت دراسات عربية وأخرى أجنبية.

1.2 الإطار النظري

1.1.2 التشوهات المعرفية

إن طريقة تفكير الفرد وإدراكه للموقف تكون هي المحدد لطريقة استجابته وسلوكه بناء على ما يمتلكه من خبرات ومخزون معرفين فإذا كان ادراكه وتفكيره منطقيًا تكون استجاباته وسلوكاته منطقية، بينما إذا كانت استجاباته وسلوكه يشوبها نوع من التشويه المعرفي فإن تفكيره وسلوكاته تكون غير منطقية (Clark, 2002).

وأكد رواد المعرفة وعلى رأسهم بيك (Beck) أن شعور الفرد وسلوكه يتحدان من خلال نمط إدراكه وطبيعة خبراته الذاتية، كما أهتم بيك بالأفكار التلقائية التي تؤثر في تفكير الفرد، وتكون نتيجتها تكوين افتراضات خاطئة أطلق عليها اسم التشوهات المعرفية (صباح، 2021). هذه المعرفة المشوهة تعتبر بأنها مدركات وتفسيرات خطأ للمواقف والأحداث، كما أنها لا تعكس الحقيقة، بالإضافة إلى كونها لا تكيفية وتؤدي إلى التوتر الانفعالي والمشكلات السلوكية (جي، 2012).

كما أكد "بيك" أن المعرفة لدى الفرد والتي تشمل على الممكنات اللفظية والبصرية في الوعي والإنساني مبنية على مجموعة من المخططات المعرفية المطورة من الفرد من خلال التعرض لخبرات حياتية سابقة؛ حيث تعمل هذه المخططات العقلية المعرفية على توجيه إدراك الفرد لذاته، والآخرين والبيئة المحيطة، وأنه عندما تحدث أي أخطاء أو تشوهات في تلك البناءات المعرفي، ويتطور لدى الفرد مجموعة من الاضطرابات الانفعالية والنفسية، وبالتالي فإن هذه التشوهات في البنى المعرفية تؤدي بالفرد إلى الاعتقاد بأنه غير قادر على تجوز المشكلات والصعوبات التي يواجهها في مختلف جوانب حياته (Kaplan et al., 2017).

وتحتل دراسة التشوهات المعرفية أهمية خاصة؛ حيث قام العديد من العلماء بجهود كبيرة في دراستها وخاصة العالم بيك (Beck)، وذلك لأن المعرفة تعد وسيلة الإنسان لفهم ذاته والتعرف عليها، كما إنها سبيله للتعرف إلى العالم المحيط به وأيضًا تعتبر المعرفة هي الطريق للتوصل إلى حقائق الأشياء، وذلك عندما تكون صحيحة وقائمة على أساس علمي، لذلك عندما يحدث لها تشويه أو تضطرب المعرفة تصبح خاطئة، وبالتالي تؤدي إلى شقاء الفرد ولا تحقق له السعادة، فالفرد هنا يلجأ إلى تشويه الحقائق والتحويل وتضخيم السلبيات والتقليل من الإيجابيات ويزداد لومه لذاته، ويعمم خبرات الفشل ويتوقع حدوث الكوارث، وهذا كله مرتبط بكيفية إدراكه للأمور وتفسيره للأحداث وتكوينه المعرفي (المعاينة، 2016).

وتظهر التشوهات المعرفية عندما تكون مخططات الفرد حول نفسه والعالم الخارجي سلبية، مما ينتج عنها أفكارًا وتحيزات غير منطقية، فالأفراد يفسرون ويستدعون الخبرات الخاصة بالأحداث الخارجية في مقابل تراجع ظهور المخططات الإيجابية التي أصبحت أقل هيمنة من المخططات السلبية، مما يجعل الأفراد المشوهين معرفيًا يلاحظون الجوانب السلبية في الأحداث ويصعب عليهم ملاحظة الجوانب الإيجابية، كذلك تكون قدرتهم على تذكر الأحداث السلبية أفضل من قدرتهم على

تذكر الأحداث الإيجابية (الرشيدي وآخرون، 2001). كذلك فإن الصياغة السلبية لتجارب المرء ذات صلة بالتشويهاات المعرفية، ويمكن أن تؤثر بشكل كبير على الرؤيا الذاتية للفرد ومشاعره وأنماط التفاعلات بين الأفراد (Besta et al., 2014).

1.1.1.2 مفهوم التشوهات المعرفية

يرى كوري (Corey, 2000) إن أصحاب النظرية المعرفية يركزون على أن شعور الفرد وسلوكه يتحدان من خلال نمط إدراكاته، وطبيعة الخبرة الذاتية له. كما أن الافتراضات النظرية للإرشاد المعرفي تشير إلى أن التواصل الذاتي بين الناس يتأثر إلى حد بعيد بما يحدث في داخل كل منهم، وأن معتقدات الفرد لها معني خاص لديه؛ حيث يمكن اكتشافها والتعرف إليها بنفسه، بدلاً من أن يقوم المرشد المعرفي بتحديدتها وتفسيرها له. وقد اهتم بيك (Beck) بالأفكار التلقائية التي تؤثر على عملية التفكير، وتؤدي إلى تكوين افتراضات خاطئة أطلق عليها مصطلح "التشوهات المعرفية".

وعرف بريري (Briere, 2000: 2-3) التشوهات المعرفية بأنها: "هي التصور السلبي للآخرين والعالم الخارجي، وهي تنشأ وتتفاقم من وجود بعض الظواهر الاضطرابية مثل القلق والتوتر".

وعرف باريجا (Barriga, 2001: 1) التشوهات المعرفية بأنها: "طرق وأساليب غير دقيقة أو متحيزة لإضفاء المعني على التجارب والخبرات". وتعرف التشوهات المعرفية على أنها: مصطلح يستخدم في وصف نمط حديث للذات عن طريقة أفكار الفرد التلقائية عن أحداث الحياة بشكل سلبي، وتؤدي إلى مشاعر من اليأس، والحزن، والخجل، والعضب، والقلق (Clemmer, 2009).

بينما يعرف جروهول (Grohol, 2009) التشوهات المعرفية بأنها: طرق سهله يسلكها العقل البشري لإقناعنا بأن شيء ما ليس صحيحاً في الواقع، وهو مجموعة من الأفكار الخطأ وغير الدقيقة

التي يستخدمها بعض الناس لتعزيز الأفكار والانفعالات السلبية لديهم؛ ما يجعل الشخص يشعر بالسوء تجاه نفسه.

أما كوفين وآخرون (Covin et al., 2011: 297)، فيعرفون التشوهات المعرفية بأنها: "مجموعة من الأخطاء المعرفية التي يمارسها الفرد في مجالين من مجالات حياته، أحدهما يرتبط بطبيعة علاقاته الاجتماعية مع الأهل والأصدقاء والأسرة والآخر يرتبط بإنجازاته الشخصية، كنجاحه أو فشله في مجال العمل".

وعرف إنجلر (Engler, 2014) التشوهات المعرفية بأنها: معتقدات منحازة أو مبالغ فيها قد تكون حقيقية غير عقلانية أو محرفة، وقد تشجع في بعض الأحيان التفكير السلبي. بينما عرفها هيلموند وآخرون (Helmond et al., 2015) بأنها تمثل نمطاً فكرياً غير عقلاني ومبالغ فيه، يشارك في ظهور وإدامة حالات الاضطراب النفسي.

كما تُعرف التشوهات المعرفية على أنها: مصطلح يستخدم في وصف نمط حديث للذات عن طريقة تفكير الفرد التلقائية، عن أحداث الحياة بشكل سلبي، وقد تؤدي إلى مشاعر من اليأس والحزن والخجل ولغضب والقلق (صباح، 2021).

أما بيك وويسمان (Beck & Weissman, 1978: 6)، فيروا بأن التشوهات المعرفية عبارة عن "منظومة من الأفكار الخاطئة والتي تظهر أثناء الضغط النفسي، عندما تفجر الأحداث الضاغطة مخططاً غير واقعي، فلكل فرد قاعدة من الأحكام الشخصية القابلة للانحراف التي تجعل الشخص عرضة للضغط النفسي بطريقة فريدة، وتبدو هذه القابلية للانحراف متصلة ببناء الشخصية والمخطط المعرفي". وعرفها "بيك" بأنها: "مجموعة من العمليات العقلية تمثل أخطاء في التفكير، وتثير أفكاراً ومعتقدات سلبية تبعث بدورها مشاعر سلبية، وتتدخل في تشكيل نمط استجابات الفرد السلوكية".

وعرفها كليمر (8: 2009, Clemmer) بأنها: "مصطلح يستخدم لوصف نمط من التفكير، أو حديث النفس، عن طريقة تفكير الفرد التلقائية عن أحداث الحياة في إطار سلبي وتؤدي إلى مشاعر، مثل: الحزن، والعضب، والخجل، واليأس، والقلق. بالإضافة إلى أنواع أخرى، مثل: كل شيء أو لا شيء، التصغير، الانتقاء العقلي، التضخيم، التنبؤ، قراءة الأفكار".

بينما عرفها كوفين وآخرون (297: 2011, Covin et al.) بأنها: "مجموعة من الأخطاء المعرفية التي يمارسها الفرد في مجالين من مجالات حياته، أحدهما يرتبط بطبيعة علاقاته الاجتماعية مع الأهل والأصدقاء والأسرة، والآخر يرتبط بإنجازاته الشخصية كنجاعة أو فشله في مجال العمل".

2.1.1.2 أنواع التشوهات المعرفية

بحسب نظرية بيك وآخرون (2008, Beck et al.)، يمكن التركيز على ثمانية أنواع من التشوهات

المعرفية، وهي كالآتي:

النوع الأول - تفكير الكل أو اللا شيء (التفكير الثنائي): هو تصنيف الناس بطريقة متطرفة جدًا إلى أبعد حد، كأن يرى الشخص أن أداءه في العمل إما يمثل النجاح الكامل، أو الفشل التام، كل شيء أو لا شيء، وهذا التشويه المعرفي يشير إلى ميل الفرد في تقييم الأشياء (حجاب، 2016). ويشير هذا المفهوم إلى ميل الفرد لتقييم الأشياء بشكل متطرف (أبيض-أسود)، من خلال التفكير أن شيئاً ما يجب أن يكون بالضبط، وهنا يريد الفرد الحصول على كل شيء أو خسارة كل شيء. فمثلاً: الطالب الذي يحصل على علامة عالية لكنها ليست كاملة، فيقول: أنا فاشل تمامًا. إن هذا التفكير هو تشويه معرفي، لأنه يقوم على أساس القطبية في التفكير، أي على أساس متطرف كل شيء أو لا شيء، ولا يوجد وسط (Sharf, 2012).

النوع الثاني - التعميم الزائد (المفرط): يشير هذا التشوية إلى اعتناق معتقدات متطرفة بنيت على إثر حادث معين، ثم يميل الفرد إلى تطبيق هذه المعتقدات بشكل غير صحيح على حوادث ليست مشابهة للحدث السابق (Corey, 2008). وهو يمثل استخدام اعتقادات غير ملائمة منطلقاً من أحداث استثنائية إلى أوضاع مختلفة، فقد يصل الشخص إلى قرار أنه فشل بسبب خطأ استثنائي (حجاب، 2016). أي أن الفرد يرى نفسه أنه إذا مر بخبرة سيئة مرة، فإن هذه الخبرة سوف تحدث له دائماً؛ حيث يقوم بعمل تعميم شامل على كل المواقف من خلال موقف واحد (Olendzki, 2005)، وقد يميل إلى المبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي والتهوين من المزايا والنجاح الشخصي (Mcguire, 2000).

النوع الثالث - التجريد الانتقائي: ينظر إلى التجريد الانتقائي بأنه التركيز على تفاصيل صغيرة أخرجت من سياقها في حين تجاهل غيرها من الميزات البارزة في الموقف، وتصور التجربة برمتها على أساس هذا الجزء (Lester et al., 2011). ويوجه هنا الفرد اهتماماً وانتباهاً خاصاً لأحد التفاصيل السلبية وينشغل بها متجاهلاً أي من التصورات الإيجابية الأخرى، فهو لا يرى الصور بشكل كلي لكنه يركز فقط على الجانب السيء فيها (Dattilio & Freeman, 2000). وهنا ينظر الفرد إلى التجريد الانتقائي بأنه التركيز على تفاصيل صغيرة أخرجت من سياقها في حين تجاهل غيرها من الميزات البارزة في الموقف، وتصور التجربة برمتها على أساس هذا الجز، والمقصود هنا تكوين استنتاج مبني على النظر إلى الحدث وتفصيلاته بمعزل عن أي شواهد أخرى، وفي هذه العملية يجري تجاهل الكثير من العمليات الأخرى، وأهم نقطة في الحدث تستبعد كلياً (Flanagan & Flanagan, 2004).

النوع الرابع - القفز إلى النتائج (الاستدلال التعسفي): يُطلق عليه أيضاً الاستدلال التعسفي، ويُعرف بأنه عملية استخلاص أو استنتاج من حالة، أو حدث، أو تجربة (Alford, 2009)؛ أي يجعل الفرد

يصل إلى قرار مستقبلي نهائي إلى هزيمة الذات، فالشخص هنا يستنتج أن النتائج ستكون سلبية بدون وجود دليل على ذلك (العصار، 2015). إن الشخص الذي يشوه تفكيره بهذه الطريقة يستنتج نتائج سلبية دون وجود أي دليل يدعم هذا الاستنتاج، حتى وإن كانت الأدلة تشير إلى نتائج إيجابية. وهناك نوعان لهذا التشويه المعرفي، هما: الأول قراءة العقل؛ إذا يعتقد الفرد بأنه يعرف فيما يفكر به الآخرون، والثاني قراءة المستقبل؛ إذ يتوقع الشخص أن الأمور في المستقبل سوف تتحول إلى السوء، ومثال على ذلك: الشخص الذي يطلب من الطبيب صورة أشعة بشكل روتيني، ويفترض فوراً أنه مصاب بالسرطان (Gurwen et al., 2000).

النوع الخامس - تفكير الينبغيات (عبارات لا بد وينبغي): وهي عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير، ما يؤدي إلى تحجيم سلوك الفرد الاجتماعي ويعرضه للغضب والعوان أو الانسحاب والتجنب، لتمسكه بهذه العبارات الحاسمة التي تكشف عن التطرف والتصلب (يوسف، 2001). وتُترجم هذه الفكرة إلى أفعال "ينبغي"، و"يجب" أن يكون، فالتفضيلات والتوقعات قد حُولت إلى طلبات جامدة متصلبة، وعندما لا تتوافق هذه المطالب مع مشاعر الفرد فإنه يصاب بالإحباط (طموني، 2019). وهذا ما يمكن أن نجده لدى العديد من الأشخاص الذين يحاولون أن يحثوا أنفسهم للقيام بالواجبات والأشياء التي لا تتوجب عليهم، لذا يستعملون عبارات "لا بد"، و"ينبغي"، لكي يقدموا مبرراً لسلوكهم. فمثلاً: لاعبة الجمباز التي تؤدي تمريناً صعباً على جهاز المتوازي، تقول لنفسها: لا يجب أن أرتكب أي أخطاء، وقد يؤدي بها هذا النمط من التفكير إلى الشعور بالإحباط والكره (كوروين وآخرون، 2008).

النوع السادس - المنطق الانفعالي (الاستدلال الانفعالي): يشير هذا التشوه إلى عملية معرفية لا تكيفية تستخدم الخبرة الانفعالية للفرد كدليل على صدق الفكرة (جي، 2012). فالفرد يرسم نهاية حدث ما بناءً على إحساسه الداخلي متجاهلاً إي دلائل لإمكانية حدوث العكس، وقد يميل إلى اتخاذ قراراته

بناءً على ما يفضله ويرتاح إليه (Grohol, 2009; Yurica, 2002). وبحسب ليهي (Leahy, 2017)، سيقوم الفرد بتفسير الأحداث من خلال مشاعره؛ إذ يعتمد الفرد على انفعالاته كدليل لإثبات الحقائق، كأن يقول: أشعر بالإحباط واليأس، لذلك فإن مشكلتي لن تُحل. ويمكن تشبيه هذا الاستنتاج العاطفي بيوم ممطر لا تشرق فيه الشمس أبداً، هذا الخطأ مهم على وجه الخصوص في مفاده سيادة المعارف اللاتكيفية للاضطرابات النفسية ومقاومتها للتغير؛ إذ يحدث هذا الخطأ عندما يفسر المرء استجابة انفعالية لفكرة ما كدليل على صحة هذه الفكرة وصدقها. فإذا تسببت فكرة ما (القلق بشأن عدم التوظيف مثلاً) في التوتر، فإن الفرد ينخرط في الاستدلال الانفعالي ويستخدم التوتر كدليل على أن لديه ما يبهر القلق بشأن خسارته لوظيفته.

النوع السابع- التفسيرات الشخصية (الشخصانية): وتعني إقامة علاقة سببية مباشرة وتامة بين الأحداث وذات الفرد رغم عدم وجود أي رابط بينهما؛ حيث تتضمن هذه التفسيرات الشخصية أي رابط بينهما، كما تتضمن هذه التفسيرات الشخصية أن يُحمل الشخص نفسه مسؤولية الأحداث التي تكون غير خاضعة لسيطرته تماماً (السيندي، 2013). إن الفرد يسند المسؤولية الشخصية بما ذلك اللوم أو التناء على الأحداث التي لا يتحكم فيها الفرد، وتكون خارجه عن إرادته (Grohol, 2009). فيقول الفرد لنفسه مثلاً: "أنا طولي ليس في المستوى الذي أحب، لا بد أن الناس جميعاً يلاحظون ذلك ويتحدثون عني"، وفي هذا النمط من التشوهات المعرفية يلوم الفرد نفسه على أشياء لم يكن مسؤولاً عنها، ويعتقد أن اتجاهاته الخاصة وسلوكاته ربما تسهم في حدوث المشكلات، ويشعر أنه السبب في الأحداث السلبية التي تحدث من حوله، وهو في حقيقة الأمر ليس مسؤولاً عنها، ما يسبب له مشكلات في التواصل مع الآخرين (العصار، 2015).

النوع الثامن- التضخيم والتهوين أو التقليل: يُقصد بالتضخيم والتقليل إدراك حالة أو موقف بشكل أكبر بكثير مما هو عليه فعلاً أو بكثير من الواقع أو العكس (Sharf, 2012). وهي تعني أن يبالغ

الفرد أو يضحك من مشكلاته أو عيوبه، أو التقليل والتهوين من طبيعة مميزاته، وتنتج عن رؤية الحدث بوصفة أكثر أهمية وذو شأن خطير أو أقل أهمية عما هو عليه في الواقع (الشريف، 2006). ويحدث التشوه المعرفي عند الأفراد عندما يقومون بتضخيم العيوب الصغيرة والتقليل من أهمية الأحداث المهمة، وتؤدي هذه العملية بدورها إلى الشعور بالدونية والاكئاب. ومن الأمثلة على هذا التشويه المعرفي، طالبة تقول لنفسها: الحصول على درجات عالية في الامتحان لا يعني أنني ذكية ... يمكن للآخرين الحصول على درجات عالية أيضًا (Beck, 2008).

النوع التاسع - التقليل من شأن الأحداث الإيجابية: يشير هذا النمط من التشوه المعرفي إلى التقليل من شأن الحوادث الإيجابية التي يمر بها الفرد وتحويلها إلى حوادث سلبية، فالفرد هنا لا يُنكر الخبرات الإيجابية فقط، بل يعمل على قلبها بطريقة عكسية تمامًا، وهو ما يسمى بالكيمياء العكسية. إن هذا النمط من التفكير يعد من أشد التشويهات المعرفية تدميرًا، وذلك لأن الفرد يعمل دائمًا على قلب الحوادث الإيجابية إلى حوادث سلبية؛ أي لا يكتفي الفرد بالنظر إلى ما هو سلبي فقط، بل يتجاوزها إلى أن يفسر الأحداث الإيجابية تفسيرًا سلبيًا مطلقًا، ويسبب هذا التشويه المعرفي الاضطرابات النفسية كالإكتئاب وهزيمة الذات (Gurwen et al., 2000).

ويضاف إلى التشوهات المعرفية السابقة ما ذكره كلٌّ من كوروين وآخرون (2008: 35)، وهي (2012، 52).

- "ماذا لو" الأسئلة العقيمة: حيث يستمر الفرد في طرح الأسئلة الخاطئة: "ماذا لو حدث شيء ما؟ ويفشل في الاقتناع بأي إجابة يصل إليها.

- التفكير المثالي (الإفراط في التفكير): يلزم الفرد نفسه بأن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة، وأن ينجح ما يمكن أن يعتبر ذا أهمية وقيمة بدون أخطاء.

- التفكير الكارثي: إن المحاولات الانتحارية ما هي إلا تعبير نهائي عن الرغبة في الهروب، فالفرد يرى مستقبله مثقل بالألم والعناد ولا يجد سبيلاً إلا الانتحار، ويبدو له خطوة منطقية، فهو يعتقد أن الإلتجار يرفع عن أسرته عبئاً ثقيلاً (أبو أسعد وعربيات، 2015).

ويلاحظ مما سبق أن هناك تشابكاً بين التفكير والمشاعر والآراء والمعتقدات والمواقف والاستجابات التي تُبنى عليها آراء الفرد، وذلك من خلال الانفعالات المنطقية أو اللامنطقية التي تحتوي على تشوهات، وبالتالي يؤدي المخطط المعرفي المشوه بالفرد إلى فقدان الأمل والشعور بالعجز وعدم الكفاءة وانخفاض تقديره لذاته، ما يجعله عاجزاً عن التعامل مع المجتمع والتواصل مع الآخرين، وذلك كله يؤثر على سماته الشخصية.

وعليه، فإن الباحثة ستعتمد على العوامل الآتية: (التفكير الثنائي، والتعميم الزائد، والقفز إلى النتائج، والتضخيم والتهوين، والتفكير الكارثي، وأسئلة "ماذا لو")، كمجالات للتشوهات المعرفية.

2.1.1.3 النظريات المفسرة للتشوهات المعرفية

أولاً- النظرية المعرفية:

تأسست النظرية المعرفية بواسطة "أرون بيك" Beck، وجرى بناؤها على افتراض أن التفكير السلبي المشوه يؤثر على مشاعر الفرد وبالتالي يؤثر على سلوكه، وهذا بدوره يقود إلى الاضطرابات النفسية، وأنه من خلال تعديل التفكير السلبي سيؤدي ذلك إلى نمو مشاعر أكثر إيجابية، والتي تنعكس على سلوكه فيحدث المزيد من التحسن باتجاه الابتعاد عن الاضطراب. كما لاحظ "بيك" أن التشويه المعرفي قد يرجع إلى أن الأشخاص يعتقدون ثلوثاً سلبياً من الاعتقادات، يشمل على ما يلي: أفكار سلبية عن الذات باعتباره قاهرة وغير ذات قيمة، وأفكار سلبية عن العالم باعتباره متوحشاً، وأفكار سلبية عن المستقبل (أبو هلال، 2018).

ثانيًا - النظرية السلوكية العاطفية العقلانية:

يعد "ألبرت إليس" Ellis مؤسسها وأهم روادها، ومن أهم افتراضاته أن عواطف الفرد تتبع أساسًا من معتقداته وتقييماته وتفسيراته، وردود أفعاله تجاه المواقف الحياتية، كما تفترض أن الناس يولدون وهم يمتلكون أفكار عقلانية وأفكار غير عقلانية، وأن الأفكار اللاعقلانية هي أكثر تأثيرًا على السلوك، وتتشكل الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد في مرحلة الطفولة فتصبح جزءًا من تركيبته، وحين يتعلم الفرد مجموعة من المهارات التي تساعده في التخلص من الأفكار اللاعقلانية، وبناء أفكار إيجابية تجاه المواقف والخبرات، فإن ردود أفعاله العاطفية ستتغير، وهذا يمكن الفرد من حل جميع مشكلاته المستقبلية وليس فقد المشكلات الحاضرة (Corey, 2001).

ويؤكد "إليس" على إقناع الفرد بأن النتائج الانفعالية غير المرغوبة ليس نتيجة حتمية للحدث بل نتاج الأفكار والاعتقادات الخاطئة التي يتبناها الفرد، وقام بوضع مخطط (ABC) للتشوهات المعرفية المكون من الحدث أو الخبرة (ACT)، والمعتقدات (Believes)، والنتائج الانفعالية غير المرغوبة (Emotional Consequences). فالحدث أو الخبرة (A) هو السبب ظاهريًا في الانفعالات (C)، ولكن وفقًا لهذه النظرية فإن نُظم الأفكار أو الاعتقادات هي همزة الوصل بين (A, C)؛ أي إنه المسؤول عن الانفعالات وليس الحدث أو الخبرة. كما أضاف "إليس" إلى مخططة التنفيذ (Disputing)، والذي يمثل تصويب وتنفيذ الأفكار الخاطئة اللاعقلانية، وبذلك يصبح النموذج بالصورة الآتية (ABCD)، وهذا يشير إلى مناقضة الأفكار اللاعقلانية. وعليه، يجري تصحيح تلك الأفكار بوجود خبرات عاطفية انفعالية جديدة برزت، أي تركيب معتده المعرفي خلال عملية الاستبصار للأفكار اللاعقلانية، وذلك مبني على فهم معرفي جديد (C) مغاير للأول (B)، يتبعه تأثير سلوكي وهو (BE)، فالرمز (CE) هو تأثير معرفي ينجم عن التفكير الخاطئ السابق (B)، وكلما أزلنا من الفرد المعتقد الخاطئ الذي يحمله أزلنا الشوائب وانتهت متاعبه العاطفية، وكان

التفكير أكثر واقعية وعقلانية ويتناغم مع الحدث ويرمز له بالرمز (BE)؛ أي التأثير السلوكي، وهو الخطوة النهائية في تعديل السلوك في جهاز المعتقد بدلاً من لوم الذات وتحقيرها (العويضة، 2009).

ثالثاً - النظرية التحليلية:

يرى "فرويد" Frued مؤسس النظرية التحليلية أن التشوّهات المعرفية عبارة عن ميكانيزمات دفاعية تنتج عند الفشل في إشباع الحاجات الغريزية، بينما يرى أدلر "Adler" أن التشوّهات المعرفية تنتج عن جانب النقص والعجز الذي يشعر به الفرد بسبب فشله في الوصول إلى الكمال، ويرى "سوليفان" Sulivan أن التشوّهات المعرفية عبارة عن صور ذهنية حول النفس والآخرين، وهذه الصور تعتبر كأى إدراك أو ملاحظة تتأثر بطبيعة نظام الذات للفرد، لذلك ليس بالضرورة أن تتماثل بصورة صادقة (أبو أسعد وعربيات، 2015).

2.1.2 قلق الموت

يعد القلق من أبرز الاضطرابات التي عانى منها الإنسان منذ القدم، نتيجة الجوع والمرض والعبودية والحرمان والحروب ... وازداد انتشار هذا الاضطراب بمرور السنين وأصبح أكثر شيوعاً بسبب ما تواجهه البشرية من تعقيد حضاري وتغيرات اجتماعية وتطلعات أيديولوجية، وكثرة الصراعات وتعددتها. ويعد قلق الموت نوع من أنواع القلق العام والخوف من الموت، وهو اضطراب شائع وعام لدى البشر، فعلى الرغم من أن القلق حالة انفعالية غير سارة تتضمن الخوف من الموت، إلا إنه حقيقة ثابتة لا يمكن أن يرفضها أحد (سكران وبوشقيف، 2018).

فالموت منتشر في كل مكان وقد يسبب القلق، ويتضمن القلق من الموت العديد من مواقف الموت التي يجري تعريفها عمومًا على أنها القلق الذي يعاني منه الناس تحسبًا للحالة التي لم يعودوا موجودين فيها. لذلك، فهو يصف قلق الشخص وخوفه من الموت. ويتميز قلق الموت بالتهديد وعدم

الارتياح وعدم الراحة مع الموت. ووفقًا للنظريات الوجودية، فإن القلق من الموت هو قلق لا مفر منه يحدث قبل الدخول في مستوى وعي الشخص، بينما تنظر النظريات المعرفية إلى قلق الموت على أنه يلعب دورًا حيويًا في اضطرابات القلق الأخرى (Greenblatt-Kimron et al., 2021).

ومع تزايد عدد كبار السن بسرعة، تصبح قضية نظافتهم وصحتهم ورفاههم في المجتمعات أكثر تعقيدًا وتنطوي على مجالات جديدة، فالشيخوخة مرتبطة بكل من التغيرات الجسدية مثل أمراض القلب، والتغيرات النفسية مثل القلق من الموت (Varaee et al., 2018). ويعد القلق من الموت أحد القضايا الرئيسية التي يتعامل معها كبار السن؛ والموت ظاهرة حتمية، ويلعب التفكير فيها دورًا حاسمًا في حياة الإنسان منذ بداية التاريخ. ويرى البعض الموت على أنه مرحلة من مراحل الحياة، لكن البعض الآخر يعتبره نهاية الحياة (Keshavarz- Afshar et al., 2016).

ويشير قلق الموت إلى الخوف من الموت، أو الانقطاع عن العالم، أو الخوف مما يحدث بعد ذلك. في حين أن القلق من الموت هو تجربة واحدة، فإن الناس يتفاعلون معه بشكل مختلف. وبالتالي، فإن الفروق الفردية، مثل: العمر، والجنس، والمهنة، وتجربة الموت، إلى جانب مواجهتها، يمكن أن تؤثر على مستوى القلق من الموت الذي قد يكون لدى المرء (Rajabi et al., 2013).

1.2.1.2 مفهوم قلق الموت

إن تحديد مفهوم قلق الموت يتطلب استعراض آراء الباحثين كل حسب موقعه العلمي وانتمائه لتيار فكري معين، ومن أبرز المفاهيم المتعلقة بمفهوم قلق الموت:

عرف فرويد (Freud) القلق بأنه شيء يشعر به الفرد؛ أي إنه حالة انفعالية نوعية غير سارة، ويتضمن مكونات ذاتية وفيزيولوجية وسلوكية تتكرر بين الحين والآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو آلام في المعدة أو زيادة عدد ضربات القلب (أبو الخير، 2002: 103).

وعرف عودة (2014: 8) قلق الموت بأنه: "حالة توتر ناتجة عن الانشغال الفكري الزائد في حقيقة الموت وطبيعته وما سيؤول إليه الجسد بعد الموت، فضلاً عما يتضمنه هذا التفكير من تقدير سلبي ومرعب لهذه الحقيقة فهو قلق بتفكير الفرد السلبي نحو مستقبل وجوده الشخصي".

ويعرف ديسكتاين (Dickstein, 1972) قلق الموت بأنه: "التأمل الشعوري في حقيقة الموت أو التقدير السلبي لهذه الحقيقة" (صالح، 2015: 485).

ويعرف هولتر (Holter, 1979) قلق الموت المشار إليه لدى (ريماوي وعض، 2015: 135) بأنه: "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية، مع عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت".

وتعرف شوقي (2015: 14) قلق الموت بأنه: "حالة انفعالية غير سارة تشير إلى القلق من المجهول بعد الموت، وكيفية الإعداد للموت، والقلق من العجز، وعدم القدرة والوحدة".

وتعرف القيق (2016: 14) قلق الموت بأنه: "خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه".

كما يُنظر إلى القلق من الموت باعتباره ذلك الشعور الكامن الذي يجعل المرء يشعر بطعم الموت في كل شيء، وأن القلق من الموت هو أمر طبيعي، ولكن إذا كان شديداً، فإنه يُضعف أداء الفرد (Varaee et al., 2018).

ومن خلال التعاريف السابقة، يمكن تعريف قلق الموت بأنه حالة نفسية انفعالية يمر بها الفرد، وتكون ناتجة عن التفكير المستمر في حقيقة الموت والخوف الزائد والهاجس الذي يسيطر على حياة الفرد وفكره.

2.2.1.2 أنواع قلق الموت

هناك نوعان من قلق الموت؛ حيث يُعتمد في التمييز بينهما على أساس حدة قلق الموت، أي

شدة هيمنة فكرة الموت على التفكير، هما (فقيري، 2015):

النوع الأول- قلق الموت المزمن: وهو كالمرض الذي طال مدته، وازدادت معانات المريض به.

والنوع الثاني- قلق الموت الحاد: وهو القلق الذي يظهر في جملة أعراض، تكون عنيفة ملحة وفي

زمن قصير وترتبط بخبرات الحياة، كموت قريب أو مرض شديد.

3.2.1.2 أسباب قلق الموت

هناك ثلاثة جوانب مختلفة لقلق الموت: الجانب الأول شعور ذاتي، والثاني خارجي ظاهر

يشمل على مختلف التغيرات والحركات والأوضاع، والثالث جانب سيكولوجي، كما أن مظاهر قلق

الموت ترجع إلى الخوف من المجهول والخوف من فقدان الأسرة والأصدقاء والجسم، والذات، فالخوف

من الموت هو خوف فقدان الذات، لكن حالة الموت لا أساس لها في الخبرة الشخصية، ومن ثم فهي

أبعد من الخيال والتصور، وليس في مقدور أي شخص أن يتخيل فعلاً ما الذي يمكن أن يكون عليه

عدم الوجود التام، أو أن يفقد ذاته، ويحدث انعدام الشعور للأبد (القيق، 2016).

ويرجع شرلتز (Sharletz) أسباب قلق الموت إلى عدة عوامل تدفع الإنسان إلى القلق من

الموت، ولكل إنسان عوامل وأسباب خاصة به، ومنها: الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند

الاحتضار، والخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي، والخوف من توقف السعي نحو الأهداف؛ إذ

تقاس الحياة دومًا بما حققه الإنسان، والخوف من تأثير الموت على أسرة الشخص وبخاصة الأطفال،

والخوف من العدم (قواجلية، 2013).

وأرجع الحكمي (2015) أسباب قلق الموت إلى ثلاثة جوانب مختلفة؛ فالجانب الأول شعور ذاتي، والثاني خارجي ظاهر يشتمل على مختلف التغيرات والحركات والأوضاع، والثالث جانب سيكولوجي. كما إن مظاهر قلق الموت ترجع إلى الخوق من المجهول، والخوف من فقدان الأسرة والأصدقاء، والجسم، والذات. ويرجع عبد الخالق (1985) المشار إليه لدى (نجوم، 2002)، أسباب قلق الموت من خلال دراسة أجراها في ثلاثة بلدان عربية (مصر، والسعودية، ولبنان) إلى الخوف من الحساب والعقاب، والخوف من مفارقة الأهل والأحباب، وعدم معرفة المصير بعد الموت، والخوف من النار ومن يوم القيامة، وحب البقاء والتمسك بالدنيا، والخوف على الأبناء والأسرة والرغبة في التمتع أكثر بالدنيا.

4.2.1.2 أعراض قلق الموت

هناك أعراض كثيرة ومتعددة لقلق الموت، منها ما هي بدنية ونفسية، وقد أوردتها (شيهان، 1998) كالاتي: **الأعراض البدنية؛ وتتضمن** (التوتر الزائد، والأحلام المزعجة، وسرعة النبض أثناء الراحة، وفقد السيطرة على الذات، ونوبات التعرق، وغثيان أو اضطراب المعدة، وتتميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين. أما **الأعراض النفسية؛ فتتضمن** (نوبة من الهلع التلقائي، والاكتئاب، والانفعال الزائد، وعدم القدرة على التمييز، واختلاط التفكير، وزيادة الميل للعدوان، وسهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة، وسرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب، والشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع.

أما فقيري (2015)، فقد لخص أعراض قلق الموت في الآتي: الإصابة بضيق التنفس، وسيطرة التشاؤم والنظرة القاتمة للحياة، وسيطرة الانفعالات السلبية ومنها البكاء، والإصابة بالأرق وتعذر النوم، والانطواء، والإصابة بالكآبة الشديدة، والإصابة بالصداع أو الآلام الجسدية المختلفة، والهروب

من المواقف التي تتعلق بالموت مهما كانت قرابة المصاب للميت، وكثرة الشكوى من الأمراض المختلفة التي لا وجود لها واقعيًا، والتحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت.

وأشار أرمينوت (Arminot, 2013) إلى أن هناك أعراض أخرى، تتمثل في: التعب العام، وجفاف الجسم، وفقدان الشهية، واضطرابات بولية، وصوبة البلع، واضطرابات هضمية، والإمساك، والقيء، وتمزق الغشاء الفم، واضطرابات التنفس، واضطرابات سلوكية مختلفة، واضطرابات النوم واليقظة، والترقب، وانتظار أشياء غير موجودة فعليًا.

ويمكن الاستنتاج بأن الأعراض لقلق الموت كثيرة ومختلفة، وهي تعتمد على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، وبالتالي تتنوع وتختلف من شخص لآخر، ويضاف إليها نقص الإيمان والوازع الديني للفرد.

5.2.1.2 النظريات المفسرة لقلق الموت

أولاً- نظرية التحليل النفسي:

يعتقد "فرويد" أن قلق الموت هو أساس كل قلق، ويرى رواد التحليل النفسي أن قلق الموت بمثابة حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبل الموت، وإذا استند إلى ما جاء به "فرويد" فيما يخص التفريق بين القلق العصابي وقلق الموت، فقد أشار إلى أن قلق الموت له ميكانزم أساس يقع بين الأنا والأنا الأعلى (مباركي، 2015: 13).

ثانياً- النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يُحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي،

وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذًا، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفاً (قواجلية، 2013). كذلك فإن الإنسان حين يشعر بانفعال قلق الموت أو الخوف، فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، ويتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تزيد من حدة الانفعال (القيق، 2016).

ثالثاً- نظرية التعلم الاجتماعي:

يتحدث دولار وميلر (Dollard & Miller) بأن علاقات المسن تقتصر على تحقيق الذات وترتبط بالدور الاجتماعي للمسن، كما أن القلق كونه شكلاً من أشكال الخوف الذي يكون مصدره غامضاً، ويعتقدان أن أساس القلق صراع داخلي وإدراك الفرد للمثير؛ حيث إن هذا المثير يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو الخطر فيتجنب هذه التهديدات، وبما أن الموت تهديد حقيقي ولا مر منه، ولا يمكن مواجهته باعتباره مرداف للتلاشي، فينشأ قلق خطير يطلق عليه قلق الموت (محمود، 2015).

رابعاً- النظرية المعرفية:

تعكس المشكلات العصابية أخطاء نسبية في الحكم، ويعتبر قلق الموت بناءً على ذلك سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض أو اضطرابات، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبه خطأ نسبي، وحتى يتسنى التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة، من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطرابات النفسية المتمثلة في مستوى قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (عماري، 2013).

خامسًا - نظرية الذات:

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

3.1.2 جودة الحياة

تعتبر جودة الحياة الهدف المنشود في العصر الحديث، فأصبح الإنسان يسخر طاقاته المختلفة المادية والمعنوية من أجل أن يحصل على حياة كريمة يشعر فيها بالراحة النفسية والمادية، ويشبع كافة حاجاته سواءً أكانت معنوية أم مادية قدر الإمكان، ويأمل بالرفاهية في أسرع وقت (سعد الله، 2019).

ويعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الجديدة التي أصبح الباحثون في علم النفس والاجتماع يتناولونها في دراساتهم الحديثة، ويجري قياس مستوى تقييم الأفراد لجودة حياتهم في مراحل حياتهم المختلفة، بدلاً من الاقتصار على دراسة الجوانب السلبية والمضطربة التي شغل بها العلماء لفترة طويلة سابقاً، فلم يدخل مفهوم جودة الحياة للعلوم الاجتماعية والنفسية حتى بداية القرن العشرين؛ حيث أصبح أحد أهم مفاهيم علم النفس الإيجابي الذي تأسس عام (1998م) على يد العالم الأمريكي مارتن سليجمان "Sligman"، والذي ركز على كيفية جعل الفرد سعيداً في حياته؛ إذ يتمثل الهدف من هذا العلم على دراسة وتحليل مراكز القوة والإبداع والعبقرية ودور خصائص الإنسان الإيجابية، مثل: التفاؤل والرضا، والتسامح، والأمل، ونوعية الحياة، وتحقيق السعادة للأفراد (جمال، 2016).

1.3.1.2 مفهوم جودة الحياة

يشير ريني وآخرون "Rene et al." إلى أن جودة الحياة تعني إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة وتغيّر حدة الوجدان والشعور، وأن تقييم جودة الحياة يتأثر باستبصار الفرد للجانب الموضوعي والذاتي منه (نورس، 2016).

وتعددت الآراء حول تحديد مفهوم جودة الحياة، فقد عرفها تايلور وروجان "Taylor & Rogan" بأنها تمثل رضا الفرد بقدره بالحياة والشعور بالراحة والسعادة، وأكد العديد من الباحثين والدارسين أن جودة الحياة هي نظام معقد يضم مجالات عديدة، منها: المجال النفسي، والمجال الاجتماعي، والمجال البدني، والرضا عن الحياة، والسعادة، والرفاهية الذاتية (خلاف وبوزيدي، 2018).

أما سنوك (Snock, 2000: 24)، فيعرفها بأنها: "إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع هي شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن، وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة".

كما تُعرف جودة الحياة بأنها: "شعور الفرد بالرضا والسعادة وبالقدرة على إشباع الحاجات في أبعاد الحياة الذاتية والموضوعية، والتي تشمل: (النمو الشخصي، السعادة البدنية والمادية، والاندماج الاجتماعي والحقوق البشرية" (الكرخي، 2011: 2).

وتُعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة الوارد في أبو حلاوة (2010: 24): "إدراك الفرد لوضعهم وموقعهم في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليته، وعلاقته الاجتماعية، أو اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة".

ويلاحظ أن تعريف منظمة الصحة العالمية هو الأشمل في مفهوم جودة الحياة، وذلك لأن جودة الحياة تختلف من شخص إلى آخر وفق: المكان، والزمان، والثقافة، والدين، والحالة الاقتصادية والاجتماعية.

كما أنه من خلال استعراض العديد من التعريفات لبعض الباحثين حول جودة الحياة، يتبين أن جودة الحياة بوجه عام تشير إلى الصحة النفسية، ويمكن تقييمه من خلال ثلاثة ظروف، هي: التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة أو الاستمتاع)، والتقدير الذاتي للرضا في مجالات أو جوانب معينة (العمل، الصحة، العلاقات مع الآخرين)، والعلاقات الديمغرافية النسبة لجودة الحياة (المؤشرات الاجتماعية والموارد أو العوائق).

2.3.1.2 مقومات جودة الحياة ومؤشراته

هناك مكونان رئيسان لمقومات جودة الحياة، هما: المكون الذاتي، وهو ما يعرف بالخبرة الذاتية للفرد وإدراكه للظروف التي يمر بها من خلال تقويم الجوانب النفسية، ويركز هذا التقويم على قياس الرفاهية النفسية والرضا والسعادة الشخصية، ويقاس أيضاً المشاعر الإيجابية لدى الأفراد وتوقعاتهم للحياة. أما المكون الثاني: فهو جودة الحياة الموضوعية، ويهتم بمستويات جودة الحياة بشكل مستقر عن ذاتية الفرد ويتضمن الظروف الصحية، والرفاهية الاجتماعية والظروف المعيشية، والسكن والتعليم (ضميري، 2019).

ويعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص إلى آخر حسب ما يراه من اعتبارات تقييم حياته، وتوجد عوامل كثيرة تحدد مقومات جودة الحياة كما جاء في (خلاف وبوزيدي، 2018)، هي: القدرة على التحكم، والأوضاع المالية والاقتصادية، والقدرة على التفكير واتخاذ القرارات، والأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية، والصحة الجسمانية والعقلية، والمعتقدات الدينية والقيم الثقافية.

ويرى ماجينو (Magginio, 2015) أن المؤشرات الرئيسية لجودة الحياة هي كالآتي: المؤشرات الموضوعية؛ وتتمثل في مستوى المعيشية والسكن، والتعليم، والكثافة السكانية والخدمات الصحية، وطول العمر. والمؤشرات الذاتية؛ وتتمثل بالسعادة، والرفاه النفسي، والروح المعنوية، وتقدير الذات، والثقة. والمؤشرات الاجتماعية؛ وتتمثل في العلاقات الشخصية، وممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية. والمؤشرات الجسمية والبدنية؛ وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام والنوم والقدرة الجنسية، والشهية. والمؤشرات المهنية؛ وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن عمله أو مهنته، وقدرته على التوافق معه، والقدرة على تنفيذ المهام المطلوبة منه. أما المؤشرات النفسية؛ فتتمثل في النمو النفسي للفرد، والكفاءة الاجتماعية والمعرفية، وفاعلية الذات، والتوافق مع المرض، وشعور الفرد بالقلق والاكتئاب.

4.3.1.2 النظرية المعرفية وتفسيرها لجودة الحياة

ترتكز هذه النظرية على فكرتين، الفكرة الأولى أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة حياته، والفكرة الثانية في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرًا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة وفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة، هما:

الأولى - نظرية لاوتن "Lauton's Theory": طرح "لاوتن" مفهوم طبيعة البيئة؛ ليوضح فكرته عن جودة الحياة، والتي تدور حول إدراك الفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبيعة البيئة، ففي الطرف المكاني لها تأثيران: أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً، والآخر تأثيره غير مباشر إلا إنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها. أما الطرف الزمني، فيتمثل في إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته، ويكون أكثر إيجابية كلما تقدم في

العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة (شيخي، 2014).

والثانية- نظرية شالوك "Shallock Theory": يقدم "شالوك" تحليلاً مفصلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر، وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات أكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور، فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته (مبارك، 2010).

2.2 الدراسات السابقة

تناول هذا الجزء من الدراسة الدراسات السابقة المتصلة بموضوع الدراسة، وقد عُرضت الدراسات العربية والأجنبية من الأحدث إلى الأقدم، وقد قسمت إلى دراسات مرتبطة بالقلق الاجتماعي وأخرى مرتبطة بجودة الحياة (بحيث تقسم الدراسات بحسب متغيرات الدراسة سواءً أكانت عربية أم أجنبية).

1.2.2 الدراسات السابقة المتعلقة بالتشوهات المعرفية

هدفت دراسة عبد العزيز (2021) التعرف إلى العلاقة الارتباطية بين التشوهات المعرفية، والدعم الاجتماعي الأكاديمي المدرك، والتعاطف الذاتي، والمتغير المحك (المناعة النفسية الأكاديمية)، وقدرتها على التنبؤ في المناعة النفسية الأكاديمية، لدى (250) طالباً وطالبة من طلبة جامعة الفيوم، طبق عليهم مقاييس: التشوهات المعرفية، والدعم الاجتماعي الأكاديمي المدرك، والتعاطف الذاتي، والمناعة النفسية الأكاديمية، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط سالبة دالة إحصائياً بين المناعة النفسية الأكاديمية والتشوهات المعرفية، ووجود

علاقة ارتباط موجبة دالة بين المناعة النفسية الأكاديمية وكل من الدعم الاجتماعي الأكاديمي المدرك وأبعاده والتعاطف الذاتي. وأشارت النتائج إلى إسهام بعدي التفسيرات الشخصية والمبالغة من أبعاد التشوهات المعرفية والدعم الاجتماعي الأكاديمي المدرك وبعدي اليقظة العقلية واللفظ بالذات من أبعاد التعاطف الذاتي في التنبؤ بالمناعة النفسية الأكاديمية، بينما لم تنتبأ بقية الأبعاد من التشوهات المعرفية والتعاطف الذاتي في التنبؤ بالمتغير المحك للبحث، كما وجد أن إسهام الأبعاد المختلفة للمتغيرات التفسيرية تنبأت بشكل دال إحصائياً بالمتغير المحك (المناعة النفسية الأكاديمية) بنسبة (52.2%) من التباين الكلي.

وحاولت دراسة المعلا والعظمت (2021) التعرف إلى مستوى إعاقة الذات والتشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة آل البيت بالأردن، وقدرة التشوهات المعرفية على التنبؤ بالإعاقة الذاتية. وتكونت عينة الدراسة من (643) طالباً وطالبة من طلبة جامعة آل البيت، طبق عليهم مقياس إعاقة الذات المعد من قبل جونز ورودوال (Jones & Rhodewalt, 1982)، ومقياس التشوهات المعرفية المعد من قبل (Salah al-Din, 2015). وقد توصلت النتائج إلى أن مستوى إعاقة الذات والتشوهات المعرفية كان متوسطاً، وأوضحت أن التشوهات المعرفية ساهمت في تفسير ما نسبته (14.1%) من إعاقة الذات، كما أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى إعاقة الذات الكلي تعزى إلى متغير الجنس ولصالح الذكور، وفروق تبعاً للكلية ولصالح الكليات الإنسانية، وفروق تبعاً للتفاعل بين الجنس والكلية.

وسعت دراسة الجراح والمومني (2020) إلى الكشف عن مستوى التشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة اليرموك، من خلال عينة ضمت (1552) طالباً وطالبة، اختيروا بالطريقة العشوائية من جميع الكليات العلمية والإنسانية. واستخدم مقياس التشوهات المعرفية لروبيرت (Roberts, 2015) بعد التحقق من خصائصه السيكومترية. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى التشوهات المعرفية كان

متوسطاً على الدرجة الكلية والأبعاد، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، ووجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير المعدل التراكمي لصالح المستوى المقبول، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيري: الكلية، والسنة الدراسية.

وهدفت دراسة أبو هلال (2020) التعرف إلى أنماط التعلق وعلاقتها بالتشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية، والكشف عن الفروق في أنماط التعلق والتشوهات المعرفية بحسب: الجنس، والترتيب الولادي، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، من خلال تطبيق مقياس أنماط التعلق، ومقياس التشوهات المعرفية، على عينة ضمت (280) طالباً وطالبة من جامعة النجاح الوطنية، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين النمط القلق والتشوهات المعرفية، وعلاقة ارتباطية سلبية بين النمط الآمن والتشوهات المعرفية، وإلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين النمط التجنبي والتشوهات المعرفية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق في التشوهات المعرفية تعزى إلى الجنس لصالح الذكور، وعدم وجود فروق في التشوهات المعرفية تعزى إلى الترتيب الولادي لدى الطلبة.

وحاولت دراسة حمدي (2020) فحص العلاقة بين التشوهات المعرفية وبين كل من العدوان الاستجابي والعدوان الاستباقي لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين، والتنبؤ بالعدوان الاستباقي من خلال التشوهات المعرفية والعدوان الاستجابي، وضمت العينة (100) من المراهقين الذكور، منهم (50) من الأحداث الجانحين، و(50) من المراهقين غير الجانحين، تراوحت أعمارهم ما بين (13-18) عام، وتضمنت أدوات الدراسة المقابلة، وقائمة التشوهات المعرفية من إعداد أراه وشاه (Ara & shah, 2015)، واستخبار العدوان الاستباقي والعدوان الاستجابي من إعداد رين وزملائه (Raune et al, 2006)، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباطات موجبة دالة إحصائية بين التشوهات

المعرفية وكل من العدوان الاستباقي والعدوان الاستجابي لدى الجانحين وغير الجانحين، ويمكن التنبؤ بالعدوان الاستباقي من خلال العدوان الاستجابي لدى الجانحين وغير الجانحين، بينما يمكن التنبؤ بالعدوان الاستباقي من خلال التشويشات المعرفية بصورة جزئية؛ حيث إن من لديهم معتقدات لاعقلانية وعدوان استجابي يكون لديهم القدرة على التنبؤ بالعدوان الاستباقي لدى الجانحين، بينما من لديهم تفكير ثنائي وعدوان استجابي لديهم القدرة على التنبؤ بالعدوان الاستباقي لدى غير الجانحين.

وحاولت دراسة إسلامي وسماذيفارد (Islami & Samadifard, 2018) تحديد العلاقة بين التشوهات المعرفية والمرونة المعرفية بقلق الموت لدى كبار السن في أردبييل. باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، على عينة ضمت (130) رجلاً مسناً من خلال طريقة أخذ العينات المتاحة من جميع الرجال المسنين الذين تزيد أعمارهم عن (60) عاماً في مدينة أردبييل. استخدم مقياس التشوهات المعرفية (ICDS)، ومقياس المرونة المعرفية (CFI)، ومقياس القلق من الموت (DAS)، وأظهرت النتائج وجود علاقة معنوية بين كل من التشوهات المعرفية والمرونة المعرفية مع قلق من الموت، وأشارت معاملات بيتا للمتغيرات التنبؤية إلى أن التشوهات المعرفية، والمرونة المعرفية، لديهما قدرة تنبؤية كبيرة في قلق الموت لدى كبار السن.

وهدفت دراسة بونورجيا (Ponourgia, 2018) إلى تقييم الدور الوسيط للتشوهات المعرفية في العلاقة بين الضغوط الحياتية وتأثيرها على زيادة المشكلات السلوكية والعاطفية لدى الأفراد، واستخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، وتطبيق مقياس الضغوط الحياتية، ومقياس التشوهات المعرفية، ومقياس المشكلات السلوكية والعاطفية، على عينة قوامها (247) من طلبة مدارس الثانوية الملحقين بالمدارس الحكومية، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ارتباط زيادة التشوهات المعرفية لدى

الطلبة بزيادة الشدائد الحياتية، والتي ترتبط بدورها بعدد أكبر من الأعراض التي تعكس المشكلات السلوكية والعاطفية لدى طلبة المرحلة الثانوية.

وسعت دراسة هيم (Heim, 2018) إلى رصد دور التشوهات المعرفية لدى السيدات المعنفات واللاتي تعرضن للعنف من أزواجهن في قرارهن بالبقاء على شريك الحياة العنيف، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، من خلال تطبيق مقياس التشوهات المعرفية، على عينة ضمت (80) سيدة من ضحايا العنف الزوجي، تراوحت أعمارهن ما بين (18-62) عام، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن السيدات ذوات التشوه المعرفي المرتفع لديهن قرار البقاء مع الزوج العنيف، وأنهم يرين قدراتهن على أساس عنف الزوج، أما السيدات ذوات التشوه المعرفي البسيط فإن قرارهم ارتكز على ترك الزوج العنيف.

وهدفت دراسة أفكيجاز (Aviccagir & Kalkan, 2018) إلى التحقق من مدى علاقة التبعية الشخصية والتشوهات المعرفية لدى الشباب الجامعي، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي في إجراء الدراسة، من خلال تطبيق مقياس التشوهات المعرفية، ومقياس التبعية الشخصية، على عينة من الشباب الجامعي قوامها (879) شابًا وشابة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط كبير بين وجود تشوهات معرفية لدى الشباب الجامعي وميلهم إلى التبعية الشخصية في سلوكياتهم.

2.2.2 الدراسات السابقة المتعلقة بقلق الموت

بحثت دراسة تاج وآخرون (Taj et al., 2022) في العلاقة بين قلق الموت واستراتيجيات المواجهة بين مرضى التهاب الكبد سي. طبق مقياس قلق الموت ومقياس التأقلم المختصر لجمع المعلومات من المشاركين، باستخدام تقنية أخذ العينات بطريقة الكرة الثلجية لجمع بيانات المجموعات السريرية من مستشفيات مختلفة في البنجاب. استخدمت الدراسة الحالية تصميم مقطعي، وجرى

الاتصال بعينة من (200) مريض مصاب بالتهاب الكبد C مناصفة بين الذكور والإناث، خلال مدة استمرت ل (10) شهور. أشارت النتائج إلى وجود علاقة قوية بين قلق الموت واستراتيجيات المواجهة بين مرضى التهاب الكبد سي، وبينت أن قلق الموت كان مرتفعاً بين مرضى التهاب الكبد C، في حين أن مريضات التهاب الكبد C لديهن مستوى مرتفع من القلق من الموت مقارنة بمرضى التهاب الكبد الوبائي سي.

حققت دراسة (Ezaka et al., 2022) في الأدوار التنبؤية للتجنب التجريبي على العلاقة بين القلق من الموت ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة بين مرضى السكري. وشارك في الدراسة ما مجموعه (105) مشاركاً (62؛ 58.5% إناث)، وتراوح أعمار المشاركين ما بين (21-75) عام، بمتوسط عمر (53.45)، وانحراف معياري (14.44). اختير المشاركون باستخدام تقنية أخذ العينات الملائمة وإعطائهم أدوات الدراسة قبل مشاوراتهم، وهي: مراجعة جرد قلق الموت (DAI-R)، واستبيان القبول والعمل (AAQ)، واستبيان جودة الحياة لمرضى السكري (DQOLQ)، وأظهرت النتائج أنه لا يوجد ارتباط كبير بين القلق من الموت وجودة الحياة ($R=-0.36$).

وهدفت دراسة بدران وآخرون (2021) التعرف إلى قلق الموت لدى عينة من المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19 وذلك، والكشف على الفروق في قلق الموت في ظل انتشار فيروس كوفيد-19 في ضوء متغير الحالة الصحية (المعاناة من أمراض مزمنة/خلوه من الأمراض المزمنة)، باستخدام المنهج الوصفي التحليلي على (60) مسنناً، طبق عليهم مقياس قلق الموت، وأظهرت النتائج أن مستوى انتشار قلق الموت لدى المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19 مرتفع، وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الصحية لصالح المعاناة من أمراض مزمنة.

وحاولت دراسة غربي وغربي (2021) التعرف إلى مستويات الصلابة النفسية ومستويات قلق الموت لدى عينة من المسنين المكفوفين، والمسنين المبصرين، والعلاقة بين الصلابة النفسية وقلق الموت، على عينة قوامها (64) فردًا، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي بأسلوب العلاقات الارتباطية من خلال تطبيق مقياس قلق، ومقياس الصلابة النفسية، لدى أفراد العينة. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى أفراد العينة، ووجود فروق دالة إحصائية في المتغيرين تبعًا لمتغير الإعاقة البصرية، في حين لم تكن الفروق دالة إحصائية تبعًا لمتغير الجنس.

أما دراسة خالفاتي وآخرون (Khalvati et al., 2021)، فحاولت إجراء مراجعة منهجية وتحليل قلق الموت من خلال الدراسات المتعلقة بقلق لموت لدى كبار السن في إيران، والمنشورة باللغة الفارسية من عام 2011 إلى عام 2019م، بناءً على قواعد IranDoc وSID الوطنية، بما في ذلك استخدام الكلمات MagIran و IDML و CIVILICK، وجرى تصنيف الدراسات إلى ثلاثة أقسام: المقارنة (3 دراسات)، والتدخل (11 دراسة)، والعوامل التي تؤثر على القلق من الموت (18) دراسة. أظهرت نتائج الدراسة من خلال البحث في (61) مقال، أن (40.35%) من المشاركين من النساء الأكبر سنًا بمتوسط عمر (67.80 ± 6.44) عام كان متوسط، وأن درجة القلق من الموت أعلى لدى الرجال منه لدى النساء، وكانت أعلى درجة (11.8) لدى كبار السن الذين يعيشون في دور رعاية المسنين، كما أظهرت نتائج الدراسات عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العلاج الروحي والحد من القلق من الموت لدى كبار السن.

وهدفت دراسة بولطبعة ولوجلي (2020) التعرف إلى مستوى قلق الموت لدى المسنين بدور المسنين والمسنين مع أسرهم، والكشف عما إذا كانت هناك فروق بين المسنين بدور المسنين والمسنين مع أسرهم وفقًا لمتغير: (الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي). استخدم المنهج الوصفي المقارن،

من خلال تطبيق مقياس قلق الموت (أحمد عبد الخالق)، على عينة قوامها (56) مسن ومسنة من المقيمين في دار رعاية المسنين ببلدية الجبل الأخضر والمسنين المقيمين مع أسرهم والمسجلين بقسم الخدمات الضمانية البيضاء، تراوحت أعمارهم ما بين (65-79) عامًا. أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط العينة والمتوسط النظري للمقياس لصالح متوسط العينة، وذلك على بعدي الخوف مما بعد الموت وبعد الخوف من الأمراض المميتة، ووجود فروق دالة في مستوى قلق الموت بين المسنين المقيمين بدار المسنين والمقيمين مع أسرهم لصالح فئة المسنين المقيمين مع أسرهم، وعدم وجود فروق دالة في مستوى قلق الموت بين المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع أسرهم تعزى لمتغير: النوع، أو الفئة العمرية، أو المستوى التعليمي.

وسعت دراسة عباس (2020) للتعرف إلى قلق الموت والأمن النفسي لدى طالبات الصف السادس الإعدادي بفروعها الثلاثة (الأحيائي، التطبيقي، الأدبي) في إعدادية الآمال للبنات، واستخدم المنهج الوصفي بأسلوب العلاقات الارتباطية؛ إذ تكونت من (40) فقرة، من خلال تطبيق مقياس قلق الموت، ومقياس الأمن، وأظهرت نتائج الدراسة أن للقلق الموت تأثير على مستوى الأمن النفسي، وتباين مستوى قلق الموت والأمن النفسي لدى عينة البحث.

وحاولت دراسة زولفاجاري وساديجي (Zolfaghari & Sadeghi, 2019) التعرف إلى القدرة التنبؤية بقلق الموت لدى كبار السن الذين يعيشون في مراكز رعاية المسنين بناءً على التشوهات المعرفية والوحدة واستراتيجيات التعامل مع الإجهاد، من خلال المنهج الوصفي الارتباطي. وكونت عينة الدراسة من (120) شخصًا مسنًا، خلال طريقة أخذ العينات المتاحة من مركزي Sabzomid و Parnian في طهران، طبق عليهم مقياس تمبلر للقلق من الموت (1970)، واستبيان بيك وويزمان للتشوه المعرفي (1987)، واستبيان راسل وبابيلو وكاترون للوحدة (1980) وأندلر وباركر (1990)، استبيان استراتيجيات المواجهة. أظهرت النتائج ضأن التشويه المعرفي له علاقة إيجابية معنوية بقلق

الموت، وكشفت النتائج عن وجود ارتباط إيجابي معنوي بين الشعور بالوحدة وقلق الموت. بالإضافة إلى ذلك، جرى تأكيد العلاقة السلبية بين استراتيجية المواجهة الموجهة نحو المشكلة وقلق الموت لدى كبار السن.

وهدفت دراسة مرسى (2019) الكشف عن دور المساندة الاجتماعية كمتغير معدل للعلاقة بين القلق والوحدة النفسية لدى عينة من المسنين والمسنات. وضمت العينة (114) من المسنين، (59) من الذكور، و(55) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين 60 و87 عامًا، طبق عليهم مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد سوزان ديون، وقائمة سبيلبرجر للقلق كحالة ترجمة أحمد عبد الخالق، ومقياس الإحساس بالوحدة النفسية. وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط سلبي بين المساندة الاجتماعية وكل من القلق والوحدة النفسية كل منهما على حدة، بينما وجد ارتباط إيجابي بين القلق والوحدة النفسية. وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين المسنين والمسنات في المتغيرات الثلاثة، كما أشارت نتائج تحليل الانحدار إلى دور متغير المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين القلق والوحدة النفسية، وأيضاً في خفض القلق والوحدة النفسية.

3.2.2 الدراسات السابقة المتعلقة بجودة الحياة

هدفت دراسة سيسبان (2021) إلى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والتوافق النفسي للتلميذ- دراسة ميدانية على تلاميذ المرحلة المتوسطة بولاية مستغانم في الجزائر، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي، وضمت العينة (60) من تلاميذ المرحلة المتوسطة بولاية مستغانم، طبق عليهم مقياس جودة الحياة، ومقياس التوافق النفسي. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة موجبة بين جودة الحياة والتوافق النفسي للتلميذ في المرحلة المتوسطة، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين تلاميذ المرحلة المتوسطة في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس.

وحاولت دراسة الكتاني (2019) التعرف إلى العلاقة بين أزمة الهوية وجودة الحياة لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدارس رهط، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، واختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية؛ حيث بلغت (300) طالب وطالبة، طبق عليهم مقياس أزمة الهوية، ومقياس جودة الحياة، وتوصلت النتائج إلى أن مستوى أزمة الهوية لدى طلبة مدرسة رهط جاءت بدرجة منخفضة، كما أشارت النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة للطلبة جاء بدرجة مرتفعة، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين أزمة الهوية وجودة الحياة؛ أي كلما قل مستوى أزمة الهوية يزيد مستوى جودة الحياة، كما تبين عدم وجود فروق بين مستوى أزمة الهوية وجودة الحياة باختلاف الجنس للطلاب.

وتناولت دراسة بن سعيد والبرديسي (2019) جودة الحياة الأسرية لدى المسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، وهي دراسة ميدانية على عينة عشوائية من المسنين بمدينة مكة المكرمة، استخدمت المنهج الوصفي المسحي لعينة ضمت (136) مسناً، طبق عليهم استبانة أعدت لهذا الغرض، وأظهرت نتائج الدراسة تمتع أفراد العينة بجودة حياة أعلى من المتوسط، وأن أكثر الأبعاد ارتفاعاً هو البعد الإدراكي لجودة الحياة الأسرية، يليه البعد الصحي، وأخيراً البعد البيئي، كما توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة دالة إحصائياً بين جودة الحياة الأسرية وبعض المتغيرات الاجتماعية (الإدراك، وجود الأبناء، الحالة الصحية، العمر)، بينما لم تكن العلاقة دالة بين جودة الحياة والمتغيرات الاقتصادية (الدخل الشهري، امتلاك مسكن)، وأشارت النتائج إلى أن هناك فروق دالة إحصائياً لمتغير الحالة الاجتماعية في جودة الحياة الأسرية، وفروق دالة إحصائياً لمتغير وجود الأبناء في جودة الحياة الأسرية لدى عينة الدراسة لصالح من ليس لديهم أبناء.

وسعت دراسة تشانغ وآخرون (Zhang et al., 2019) للتعرف إلى العلاقة بين القلق وجودة الحياة لدى النساء في أواخر الحمل في مستشفى مقاطعة جبلين في الصين، ودور الوسيط الموازي لأعراض الاكتئاب وجودة النوم، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي، من خلال عينة ضمت (1200)

امراً، طبق عليهن مقياس القلق، ومقياس إدنبرغ للاكتئاب بعد الولادة، ومؤشر جودة النوم في بيتسرخ، ومسح صحي قصير المدى مكون من (12) عنصر، واستخدام نماذج وسيطة متعددة متوازنة لتحليل العلاقات بين الإجهاد وأعراض الاكتئاب ونوعية النوم و PHQOL/MHQOL، وأظهرت النتائج وجود تأثير للإجهاد الملحوظ على (جودة الحياة المتعلقة بالصحة الجسدية) جزئياً من خلال المسار غير المباشر لجودة النوم، لكن في نموذج MHQOL (جودة الحياة المتعلقة بالصحة العقلية)، لعبت أعراض الاكتئاب وجودة النوم وسطاء متوازيين، وكان تأثير المسار غير المباشر لأعراض الاكتئاب أعلى من جودة النوم.

وسعت دراسة ألفيس وآخرون (Alves et al., 2018) إلى تقييم تأثير الاحتراق الوظيفي على جودة الحياة لأعضاء هيئة التدريس من مختلف مجالات المعرفة، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي، على عينة ضمت (360) عضواً من أعضاء هيئة التدريس من جامعة عامة في البرازيل، طبق عليهم مقياس أولدنبورغ للاحتراق الوظيفي، ومقياس الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، وأظهرت النتائج أن جودة الحياة كانت متوسطة لدى أعضاء هيئة التدريس، كان لدى الذكور درجات أعلى في جودة الحياة من الإناث في مجالات الصحة البدنية، والنفسية والعلاقات الاجتماعية، ولم يختلف تصور أعضاء هيئة التدريس لنوعية الحياة وفقاً لمجال معرفتهم، وكان أعضاء هيئة التدريس الذين ذكروا أنهم بحاجة إلى مزيد من الوقت للاسترخاء بعد العمل كانوا أقل عرضة للرضا عن صحتهم، وأظهر الاحتراق الوظيفي ارتباطاً سلبياً بنوعية الحياة.

وهدفت دراسة عبد القوي (2018) إلى تحديد مستوي جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الأسرية وعلاقتها بمستوي رعايتهم لذويهم المسنين، باستخدام منهج المسح الاجتماعي. وتكونت عينة الدراسة من (60) مبحوث من المسجلين ببرنامج الرعاية المنزلية للمسنين بمدينة الملك فهد الطبية، طبق عليهم مقياس جودة الحياة، ومقياس رعاية المسنين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات

دلالة إحصائية بين مقدمي الرعاية الأسرية لذويهم المسنين تبعًا للمستوى التعليمي، وبين ذوي التعليم أقل من الجامعي وفوق الجامعي لصالح ذوي التعليم فوق الجامعي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين العاملين وغير العاملين من مقدمي الرعاية الأسرية لذويهم المسنين لصالح غير العاملين. كما توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الأسرية ومستوى رعايتهم لذويهم المسنين.

وهدفت دراسة **حدمر (2017)** إلى التعرف إلى أساليب التنشئة الأسرية وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من المراهقين في مرحلة التعليم الثانوي، تراوحت أعمارهم بين (16-19) عام، اختيروا بطريقة الطبقيّة العشوائية، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي من خلال تطبيق مقياسي: أساليب التنشئة الأسرية، وجودة الحياة. أظهرت نتائج الدراسة أن الإهمال الوالدي يؤدي إلى تسبب المراهقين وعدم إدراكهم لجودة الحياة، وأنه يجب المزاجية بين التدليل والصرامة للوصول إلى جودة عالية من التنشئة الأسرية، وبالتالي إدراك المراهق لجودة الحياة.

وبالإطلاع على الدراسات المتعلقة بالتشوهات المعرفية، فإن معظم هذه الدراسات كانت تتناول مجتمعات مغايرة لكبار السن، فقد تبين أن قلة من الدراسات تناولت التشوهات المعرفية لدى كبار السن. ويلاحظ في هذه الدراسات أن مستوى التشوهات المعرفية كان متوسطاً في دراسة (المعلا والعظمت، 2021)، ودراسة (الجراح والمومني، 2020)، ودراسة (أبو هلال، 2020)، لدى عينات من طلبة الجامعة، وكانت الفروق في مستوى التشوهات المعرفية الكلي لصالح الذكور في دراسة (المعلا والعظمت، 2021)، ودراسة (الجراح والمومني، 2020)، ولم تكن الفروق في مستوى التشوهات المعرفية دالة في دراسة (الجراح والمومني، 2020) باختلاف السنة الدراسية.

وبينت دراسة عبد العزيز (2021) وجود علاقة ارتباط سلبية دالة إحصائية بين المناعة النفسية الأكاديمية والتشوهات المعرفية، وأشارت دراسة (أبو هلال، 2020) إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية

بين النمط القلق والتشوهات المعرفية، وعلاقة ارتباطية سلبية بين النمط الآمن والتشوهات المعرفية، وإلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين النمط التجنبي والتشوهات المعرفية، لدى الطلبة الجامعيين. كما أشارت دراسة (حمدي، 2020) إلى وجود ارتباطات موجبة بين التشوهات المعرفية وبين كل من العدوان الاستجابي والعدوان الاستباقي، وبينت دراسة (Ponourgia, 2018) وجود ارتباط بين زيادة التشوهات المعرفية وزيادة الشدائد الحياتية لدى الطلبة، وأوضحت دراسة (Heim, 2018) أن السيدات ذوات التشوه المعرفي المرتفع لديهن قرار البقاء مع الزوج العنيف، وأنهم يرين قدرتهن على أساس عنف الزوج، أما السيدات ذوات التشوه المعرفي البسيط فإن قرارهم ارتكز على ترك الزوج العنيف. كما أسفرت نتائج دراسة (Aviccagir & Kalkan, 2018) عن وجود ارتباط كبير بين وجود تشوهات معرفية لدى الشباب الجامعي وميلهم إلى التبعية الشخصية في سلوكياتهم. وأظهرت نتائج دراسة (Islami & Samadifard, 2018) وجود علاقة معنوية بين كل من التشوهات المعرفية والمرونة المعرفية مع قلق من الموت، وأشارت معاملات بيتا للمتغيرات التنبؤية إلى أن التشوهات المعرفية، والمرونة المعرفية، لديهما قدرة تنبؤية كبيرة في قلق الموت لدى كبار السن. وقد أظهرت نتائج دراسة (Zolfaghari & Sadeghi, 2019) أن التشويه المعرفي له علاقة إيجابية معنوية بقلق الموت، وبناءً على نتائج البحث، يمكن أن يرتبط اختيار استراتيجيات المواجهة المناسبة ضد الإجهاد وتقليل الشعور بالوحدة والتشوه المعرفي بخفض قلق الموت لدى كبار السن الذين يعيشون في دار المسنين. أما بخصوص الدراسات المتعلقة بقلق الموت، فقد أظهرت دراسة (بدران وآخرون، 2021) أن مستوى انتشار قلق الموت لدى المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19 مرتفع، بينما كان مستوى قلق الموت متوسطاً في دراسة (Khalvati et al., 2021)، وبينت دراسة (Taj et al., 2022) أن قلق الموت كان مرتفعاً بين مرضى التهاب الكبد C، في حين أن مريضات التهاب الكبد C لديهن مستوى مرتفع من القلق من الموت مقارنة بمرضى التهاب الكبد الوبائي سي.

وأشارت دراسة (غربي وغربي، 2021) إلى عدم وجود فروق دالة في قلق الموت لدى المسنين المكفوفين والمسنين المبصرين باختلاف الجنس، كما أظهرت دراسة (بولطبعة ولوجلبي، 2020) عدم وجود فروق دالة في مستوى قلق الموت بين المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع أسرهم تعزى لمتغير: الجنس، أو المستوى التعليمي، بينما كانت الفروق في درجة القلق من الموت أعلى لدى الرجال منه لدى النساء في دراسة (Khalvati et al., 2021).

وبينت دراسة (Ezaka et al., 2022) عدم وجود ارتباط كبير بين القلق من الموت وجودة الحياة لدى مرضى السكري، وأشارت دراسة (Taj et al., 2022) إلى وجود علاقة قوية بين قلق الموت واستراتيجيات المواجهة بين مرضى التهاب الكبد سي، وأشارت دراسة (غربي وغربي، 2021) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى المسنين المكفوفين والمسنين المبصرين، بينما بينت دراسة (Khalvati et al., 2021)، عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العلاج الروحي والحد من قلق الموت لدى كبار السن. وأظهرت دراسة (عباس، 2020) أن للقلق الموت تأثير على مستوى الأمن النفسي لدى عينة من الطالبات. وقد أشارت دراسة (Zolfaghari & Sadeghi, 2019) أن التشويه المعرفي له علاقة إيجابية معنوية بقلق الموت، وكشفت النتائج عن وجود ارتباط إيجابي معنوي بين الشعور بالوحدة وقلق الموت، بينما أوضحت دراسة (مرسي، 2019) وجود ارتباط سلبي بين المساندة الاجتماعية وكل من القلق والوحدة النفسية لدى المسنين، بينما وجد ارتباط إيجابي بين القلق والوحدة النفسية. كما أشارت نتائج تحليل الانحدار إلى دور متغير المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين القلق والوحدة النفسية، وأيضاً في خفض القلق والوحدة النفسية.

وبخصوص الدراسات المتعلقة بجودة الحياة، فقد أظهرت دراسة (الكتاني، 2019) أن مستوى جودة الحياة للطلبة جاء بدرجة مرتفعة، وكان مستوى جودة الحياة أعلى من المتوسط في دراسة (سعيد والبرديسي، 2019) لدى المسنين، وأن أكثر الأبعاد ارتفاعاً هو البعد الإدراكي لجودة الحياة،

يليه البعد الصحي، وأخيرًا البعد البيئي. أما في دراسة (Alves et al., 2018)، فقد كان مستوى جودة الحياة متوسطًا لدى أعضاء هيئة التدريس، كان لدى الذكور درجات أعلى في جودة الحياة من الإناث في مجالات الصحة البدنية، والنفسية والعلاقات الاجتماعية.

وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة بين الطلبة في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس في دراسة (سيسبان، 2021)، ودراسة (الكتاني، 2019)، بينما كانت الفروق في جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس لصالح الذكور في دراسة (Alves et al., 2018).

وكانت العلاقة موجبة بين جودة الحياة والتوافق النفسي لدى الطلبة في دراسة (سيسبان، 2021)، كما كانت العلاقة عكسية بين أزمة الهوية وجودة الحياة لدى الطلبة في دراسة (الكتاني، 2019)، وأشارت دراسة (بن سعيد والبرديسي، 2019) إلى أن هناك علاقة دالة بين جودة الحياة لدى المسنين وبعض المتغيرات الاجتماعية (الإدراك، وجود الأبناء، الحالة الصحية، العمر)، بينما لم تكن العلاقة دالة بين جودة الحياة والمتغيرات الاقتصادية (الدخل الشهري، امتلاك مسكن)، وكانت العلاقة دالة بين القلق وجودة الحياة لدى النساء في أواخر الحمل في دراسة (Zhang et al., 2019)، وبينت دراسة (عبد القوي، 2018) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الأسرية ومستوى رعايتهم لذويهم المسنين. أما دراسة (حدر، 2017)، فقد بينت أن الإهمال الوالدي للمراهقين يؤدي إلى تسببهم وعدم إدراكهم لجودة الحياة.

وقد أظهرت نتائج دراسات كل من التشوهات المعرفية، ودراسات قلق الموت ودراسات جودة الحياة لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية من خلال استخدام متغير التشوهات المعرفية ومتغير قلق الموت، ومتغير جودة الحياة، واتضح وجود ندرة في الدراسات التي تربط بين المتغيرات الثلاث للدراسة. ووجود العديد من الدراسات التي ربطت المتغير التشوهات المعرفية بمتغيرات أخرى، وكذلك المتغير قلق الموت بمتغيرات أخرى، وأخيرًا جودة الحياة بمتغيرات أخرى.

ومن هنا، فإن الدراسات التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية لا تتصل بموضوعها اتصالاً مباشراً، مما دفعها إلى ضرورة إجراء هذه الدراسة بهدف التعرف إلى التشوهات المعرفية وقلق الموت وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين؛ إذ لم تجمع الدراسات السابقة بين متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة، وبذلك سوف يتمتع موضوع هذه الدراسة بالجدة والأصالة، حيث لم تتم دراسته من قبل في المجتمع الفلسطيني.

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في بناء الإطار النظري، وتحديد صياغة وأهمية مشكلة الدراسة، وكذلك معرفة الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة وبين الدراسة الحالية؛ إذ إن معظم الدراسات المذكورة استخدمت المنهج الوصفي التحليلي، وكذلك استخدمت المقاييس والاستبانات في أدواتها لجمع البيانات، وهو ما اتفق مع الدراسة الحالية. كما إن الدراسة الحالية تميزت في تناولها متغير التشوهات المعرفية لدى كبار السن في فلسطين، فقد تبين قلة الدراسات التي تناولت هذا المتغير في المجتمعات العربية والأجنبية، وكانت غير متوافرة -حسب علم الباحثة- في البيئة الفلسطينية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

1.3 منهجية الدراسة

2.3 مجتمع الدراسة وعينتها

3.3 أدوات الدراسة وخصائصها

4.3 متغيرات الدراسة

5.3 إجراءات تنفيذ الدراسة

6.3 المعالجات الإحصائية

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل الطرق والإجراءات للدراسة، والتي تضمنت تحديد منهجية الدراسة المتبعة، ومجتمع الدراسة والعينة، وعرض الخطوات والإجراءات العملية التي اتبعت في بناء أدوات الدراسة وخصائصها، ثم شرح مخطط تصميم الدراسة ومتغيراتها، والإشارة إلى أنواع الاختبارات الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات الدراسة.

1.3 منهجية الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي للحصول على المعلومات الخاصة بموضوع الدراسة، وذلك لأنه أكثر المناهج ملاءمة لطبيعة هذه الدراسة؛ حيث أن المنهج الوصفي الارتباطي هو الأمثل لتحقيق أهداف هذه الدراسة، كونه المنهج الذي يقوم بدراسة وفهم ووصف الظاهرة وصفاً دقيقاً من خلال المعلومات والأدبيات السابقة، وإن هذا المنهج لا يعتمد فقط على جمع المعلومات، إنما يقوم بالربط وتحليل العلاقة ما بين متغيرات الدراسة للوصول إلى الاستنتاجات المرجو الوصول إليها من خلال الدراسة (عوده وملكاوي، 1992).

2.3 مجتمع الدراسة وعينتها

تكون مجتمع الدراسة من جميع كبار السن فلسطين والبالغ عددهم (282,679) فرداً، بما نسبته نحو (5%) من إجمالي السكان منتصف العام 2021م، بواقع (186,804) فرداً، يشكلون نحو

(6%) في الضفة الغربية، و (95,875) فردًا يشكلون (5%) في قطاع غزة، وفقًا لمصادر الجهاز المركزي للإحصاء لعام الدراسة (2021)م.

أما عينة الدراسة، فقد اختيرت كالآتي:

أولاً- العينة الاستطلاعية: اختيرت عينة استطلاعية مكونة من (35) من كبار السن في فلسطين، وذلك بغرض التأكد من صلاحية أدوات الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات.

ثانيًا- عينة الدراسة الأصلية: اختيرت عينة الدراسة بالطريقة المتيسرة (المتاحة)، وقد بلغ حجم

العينة (108) من كبار السن في فلسطين، وقد تم الوصول لهم من خلال استبانة الكترونية ومن خلال زيارة لدار رعاية في مدينة رام الله، بالإضافة لعدد من المقابلات مع كبار السن.

الجدول (1.3) يبين توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة (التصنيفية):

جدول (1.3)

عينة الدراسة تبعًا للمتغيرات المستقلة (التصنيفية)

المتغير	المستوى	العدد	النسبة %
	ذكر	45	41.7
	أنثى	63	58.3
	المجموع	108	100
	ثانوية عامة فأدنى	16	14.8
	دبلوم	15	13.9
	بكالوريوس	47	43.5
	أعلى من بكالوريوس	30	27.8
	المجموع	108	100
	منخفض (أدنى من 2000)	21	19.4
	متوسط (2000-3500)	30	27.8
	مرتفع (أكثر من 3500)	57	52.8
	المجموع	108	100

3.3 أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية

لتحقيق أهداف الدراسة، اعتمدت ثلاثة مقاييس لجمع البيانات، هي: مقياس التشوهات المعرفية، مقياس قلق الموت، ومقياس جودة الحياة، كما يلي:

أولاً: مقياس التشوهات المعرفية

من أجل تحقيق الغاية المرجوة من الدراسة الحالية، وبعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة وعلى مقاييس التشوهات المعرفية المستخدمة في بعض الدراسات، ومنها: دراسة أبو عبيد (2018)، ودراسة شبير (2018)، ودراسة صلاح الدين (2015)، جرى تطوير مقياس التشوهات المعرفية استناداً إلى تلك الدراسات. وقد تكون المقياس في صورته الأولى من (50) فقرة، كما هو موضح في ملحق (أ).

ثانياً: مقياس قلق الموت

من أجل تحقيق الغاية المرجوة من الدراسة الحالية، وبعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة وعلى مقاييس قلق الموت المستخدمة في بعض الدراسات، ومنها: دراسة القيق (2016)، ودراسة أبو صاع (2010)، جرى تطوير مقياس قلق الموت استناداً إلى تلك الدراسات. وقد تكون المقياس في صورته الأولى من (21) فقرة، كما هو موضح في ملحق (أ).

ثالثاً: مقياس جودة الحياة

من أجل تحقيق الغاية المرجوة من الدراسة الحالية، وبعد اطلاع الباحثة على الادب التربوي والدراسات السابقة وعلى مقاييس جودة الحياة المستخدمة في بعض الدراسات، ومنها: دراسة شينار وآخرون (2021)، ودراسة النيامي (2021)، ودراسة الكتوت (2021)، جرى تطوير مقياس جودة الحياة استناداً إلى تلك الدراسات. وقد تكون المقياس في صورته الأولى من (37) فقرة، كما هو موضح في ملحق (أ).

1.3.3 الصدق الظاهري (Face validity) لمقاييس الدراسة

للتحقق من الصدق الظاهري أو ما يعرف بصدق المحكمين لمقاييس الدراسة الثلاثة، وهي: مقياس التشوهات المعرفية، مقياس قلق الموت، ومقياس جودة الحياة، عُرِضت هذه المقاييس في صورتها الأولية على مجموعة من المتخصصين من ذوي الخبرة والاختصاص ممن يحملون درجة الدكتوراه، وقد بلغ عددهم (10) محكمين، كما هو موضح في ملحق (ب)؛ إذ اعتمد معيار الاتفاق (80%) كحد أدنى لقبول الفقرة. وبناءً على ملاحظات وآراء المحكمين، أُجريت التعديلات المقترحة، فُعدلت صياغة بعض الفقرات، وحذفت بعض الفقرات، ووصولاً إلى النسخة المحكمة للتطبيق على العينة الاستطلاعية كما هو موضح في ملحق (ت).

2.3.3 الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة

من أجل فحص الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة الثلاثة، طُبِّقت على عينة استطلاعية مكونة من (35) من كبار السن في فلسطين، ومن خارج عينة الدراسة المستهدفة، وكانت النتائج كالآتي:

أ) صدق البناء لمقاييس الدراسة (Construct Validity):

استخدم صدق البناء، إذ حُسب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لاستخراج قيم معاملات ارتباط الفقرات بالمجال الذي تنتمي إليه والدرجة الكلية لمقاييس الدراسة الثلاثة، كما هو مبين في الجداول (2.3)، (3.3)، (4.3):

جدول (2.3)

قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس التشوهات المعرفية بالمجال الذي تنتمي إليه، وقيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، كذلك قيم معاملات ارتباط كل مجال مع الدرجة الكلية للمقياس (ن=35)

الارتباط مع الدرجة الكلية	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية	الارتباط مع المجال	الرقم
الكل أو اللاشيء			التعميم الزائد			القفز إلى النتائج		
.62**	.55**	10	.69**	.77**	18	.78**	.66**	1
.61**	.58**	11	.66**	.71**	19	.66**	.68**	2
.76**	.75**	12	.86**	.64**	20	.89**	.76**	3
.84**	.79**	13	.72**	.53**	21	.85**	.66**	4
.63**	.50**	14	.74**	.65**	22	.76**	.64**	5
.80**	.79**	15	.80**	.56**	23	.80**	.74**	6
.58**	.59**	16	.64**	.45**	24	.82**	.83**	7
.81**	.72**	17	.68**	.50**	-	-	-	8
.62**	.55**	-	-	-	-	-	-	9
درجة كلية للمجال **.93			درجة كلية للمجال **.83			درجة كلية للمجال **.89		
الارتباط مع الدرجة الكلية	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية	الارتباط مع المجال	الرقم
التضخيم والتهوين			التفكير الكارثي			"ماذا لو" الأسئلة العقيمة		
.88**	.85**	34	.81**	.74**	41	.84**	.67**	25
.75**	.64**	35	.79**	.65**	42	.77**	.63**	26
.78**	.69**	36	.70**	.77**	43	.77**	.65**	27
.76**	.69**	37	.81**	.74**	44	.77**	.75**	28
.65**	.59**	38	.82**	.66**	45	.82**	.68**	29
.86**	.85**	39	.87**	.78**	-	-	-	30
.81**	.77**	40	.83**	.72**	-	-	-	31
.59**	.60**	-	-	-	-	-	-	32
.42**	.40**	-	-	-	-	-	-	33
درجة كلية للمجال **.94			درجة كلية للمجال **.90			درجة كلية للمجال **.85		

**دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($p < .01$)

يلاحظ من البيانات الواردة في الجدول (2.3) أن معامل ارتباط الفقرات تراوحت ما بين (40) - (89)، وكانت ذات درجات مقبولة ودالة إحصائياً؛ إذ ذكر جارسيا (Garcia, 2011) أن قيمة معامل الارتباط التي تقل عن (30) تعتبر ضعيفة، والقيم التي تقع ضمن المدى (30- أقل أو يساوي 70) تعتبر متوسطة، والقيمة التي تزيد عن (70) تعتبر قوية، لذلك لم تحذف أي فقرة من فقرات المقياس.

يلاحظ من البيانات الواردة في الجدول (4.3) أن معامل ارتباط الفقرات: (16، 28)، كانت ذات درجة غير مقبولة وغير دالة إحصائياً، وتحتاج إلى حذف، أما باقي الفقرات فقد تراوحت ما بين (30 - 78)، وكانت ذات درجات مقبولة ودالة إحصائياً. وفي ضوء ما أشار إليه جارسيا (2011، Garcia)، فقد حُذفت الفقرات: (16، 28)، وأصبح عدد فقرات المقياس (32) فقرة.

ب) الثبات لمقاييس الدراسة:

للتأكد من ثبات مقاييس الدراسة الثلاثة، فقد جرى التحقق من ثبات الاتساق الداخلي لكل مقياس، باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات العينة الاستطلاعية، بعد استخراج الصدق، والجدول (5.3) يوضح ذلك:

جدول (5.3)

معاملات الثبات بطريقة كرونباخ ألفا

الأداة	المجال	عدد الفقرات	كرونباخ ألفا
	الكل أو اللاشئ	9	.87
	التعميم الزائد	8	.87
	القفز إلى النتائج	7	.90
	التضخيم والتهوين	9	.88
	التفكير الكارثي	7	.91
	"ماذا لو" الأسئلة العقيمة	5	.85
	التشوهات المعرفية ككل	45	.97
	الخوف من الأمراض المميتة	6	.89
	سيطرة فكرة الموت	7	.87
	الخشية من الموت	8	.90
	قلق الموت ككل	21	.95
	جودة الحياة الصحية	9	.77
	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	7	.79
	جودة الحياة النفسية	8	.79
	جودة شغل الوقت وإدارته	8	.81
	جودة الحياة ككل	32	.92

يتضح من الجدول (5.3) أن قيم معامل ثبات كرونباخ ألفا لمجالات مقياس التشوهات المعرفية تراوحت ما بين (85-91)، وللدرجة الكلية بلغت (97). كما تراوحت قيمة معامل الثبات لمجالات مقياس قلق الموت ما بين (87-90)، وللدرجة الكلية بلغت (95). وقد تراوحت قيمة معامل الثبات لمجالات مقياس جودة الحياة ما بين (77-81)، وللدرجة الكلية بلغت (92)، وتعتبر هذه القيم مرتفعة وتجعل من الأدوات قابلة للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

تصحيح مقاييس الدراسة:

أولاً- **مقياس التشوهات المعرفية:** تكون مقياس التشوهات المعرفية في صورته النهائية من (45)، موزعة على ستة مجالات كما هو موضح في ملحق (ث)، وقد مثلت جميع الفقرات الاتجاه الإيجابي للتشوهات المعرفية.

ثانياً- **مقياس قلق الموت:** تكون مقياس قلق الموت في صورته النهائية من (21)، موزعة على ثلاثة مجالات كما هو موضح في ملحق (ث)، وقد مثلت جميع الفقرات الاتجاه الإيجابي لقلق الموت.

ثالثاً- **مقياس جودة الحياة:** تكون مقياس جودة الحياة في صورته النهائية من (32)، فقرة، موزعة على أربعة مجالات كما هو موضح في ملحق (ث)، وقد مثلت الفقرات: (1، 4، 7، 8، 9، 10، 15، 17، 18، 19، 22، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 32) الاتجاه الإيجابي لجودة الحياة، بينما مثلت الفقرات: (2، 3، 5، 6، 11، 12، 13، 14، 16، 20، 21، 23، 24، 31) الاتجاه السلبي لجودة الحياة؛ إذ عكست الأوزان عند تصحيحها، وذلك لصياغتها بالاتجاه السلبي.

وقد طلب من المستجيب تقدير إجاباته عن طريق تدرج ليكرت (Likert) خماسي، وأعطيت الأوزان للفقرات كما يلي: دائماً (5) درجات، غالباً (4) درجات، أحياناً (3) درجات، نادراً (2) درجات، أبداً (1)، درجة واحدة.

ولغايات تفسير المتوسطات الحسابية، ولتحديد مستوى كل من: التشوهات المعرفية وقلق الموت، وجودة الحياة لدى عينة الدراسة حولت العلامة وفق المستوى الذي يتراوح ما بين (1-5) درجات، وتصنيف المستوى إلى ثلاثة مستويات: مرتفع، ومتوسط، ومنخفض، وذلك وفقاً للمعادلة الآتية:

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى (لتدرج)}}{\text{عدد المستويات المفترضة}}$$

$$1.33 = \frac{5-1}{3}$$

وبناءً على ذلك، فإنّ مستويات الإجابة على المقياس تكون على النحو الآتي:

جدول (6.3)

درجات احتساب مستوى كل مقياس من مقاييس الدراسة	
2.33 فأقل	مستوى منخفض
2.34 - 3.67	مستوى متوسط
3.68 - 5	مستوى مرتفع

4.3 متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات التصنيفية، والتابعة الآتية:

أ- المتغيرات التصنيفية:

1. الجنس: وله مستويان، هما: (1- ذكر، 2- أنثى).
2. المستوى التعليمي: وله أربعة مستويات، هي: (1- ثانوية عامة فأدنى، 2- دبلوم، 3- بكالوريوس، 4- أعلى من بكالوريوس).

3. مستوى الدخل بالشيكل: وله ثلاثة مستويات، هي: (1- منخفض (أدنى من 2000)،

2- متوسط (2000-3500)، 3- مرتفع (أكثر من 3500)).

ب- المتغيرات التابعة:

1. الدرجات على مقياس التشوهات المعرفية ومجالاته لدى عينة الدراسة.

2. الدرجات على مقياس قلق الموت ومجالاته لدى عينة الدراسة.

3. الدرجات على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى عينة الدراسة.

ج- المتغيرات المتنبئة:

التشوهات المعرفية، وقلق الموت.

د- المتغير المتنبأ به:

جودة الحياة.

5.3 إجراءات تنفيذ الدراسة

اتبعت في تنفيذ الدراسة عددًا من الخطوات على النحو الآتي:

1. جمع البيانات الثانوية من العديد من المصادر الثانوية كالكتب، المقالات، التقارير، الرسائل

الجامعية، وغيرها، وذلك من أجل وضع الإطار النظري للدراسة، والاستعانة بها في بناء أدواتها

وتوظيفها في الوصول إلى نتائج الدراسة لاحقًا.

2. تحديد مجتمع الدراسة ومن ثم تحديد عينة الدراسة.

3. تطوير أدوات الدراسة من خلال مراجعة الأدب التربوي في هذا المجال.

4. تحكيم أدوات الدراسة المراد تطبيقها على عينة الدراسة.

5. تطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية ومن خارج عينة الدراسة الأساسية؛ إذ شملت (35) من كبار السن في فلسطين، وذلك بهدف التأكد من دلالات صدق وثبات أدوات الدراسة.
6. تطبيق أدوات الدراسة على العينة الأصلية، والطلب منهم الإجابة على فقراتها بكل صدق وموضوعية، وذلك بعد إعلامهم بأن إجاباتهم لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.
7. إدخال البيانات إلى ذاكرة الحاسوب؛ حيث استخدم برنامج الرزمة الإحصائي (SPSS, 28) لتحليل البيانات، وإجراء التحليل الإحصائي المناسب.
8. مناقشة النتائج التي أسفر عنها التحليل في ضوء الأدب النظري والدراسات السابقة، والخروج بمجموعة من التوصيات والمقترحات البحثية.

6.3 المعالجات الإحصائية

- من أجل معالجة البيانات وبعد جمعها، استخدم برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS, 28)، وذلك من خلال المعالجات الإحصائية الآتية:
1. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.
 2. استخدام معادلة كرونباخ الفا (Cronbachs Alpha)، من أجل قياس ثبات الاتساق الداخلي لفقرات كل أداة من أدوات الدراسة.
 3. اختبار بيرسون (Pearson Correlation) لمعرفة العلاقات بين الفقرات وأبعادها والدرجة الكلية للمقياس، وبين متغيرات الدراسة.
 4. اختبار معامل الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise Multiple Regression) باستخدام أسلوب الإدخال (Stepwise).

5. اختبار تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات "بدون تفاعل" (3-MANOVA "without Interaction").

6. المقارنات البعدية باستخدام اختبار شيفيه (Scheffe).

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة

1.4 النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة

1.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

2.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

2.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

2.4 النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

1.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

2.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

3.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

4.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

5.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضًا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء أسئلتها وفرضياتها التي تم طرحها، وقد نظمت وفقًا لمنهجية محددة في العرض؛ حيث عرضت في ضوء أسئلتها وفرضياتها، ويتمثل ذلك في عرض نص السؤال أو الفرضية، يلي ذلك مباشرة الإشارة إلى نوع المعالجات الإحصائية المستخدمة، ثم جدول البيانات، ووضعها تحت عناوين مناسبة، يلي ذلك تعليقات على أبرز النتائج المستخلصة، وهكذا تعرض النتائج المرتبطة بكل سؤال وفرضية على حدة.

1.4 النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة

1.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

ما مستوى التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

للإجابة عن السؤال الأول، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية

لمقياس التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين، والجدول (1.4) يوضح ذلك:

جدول (1.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل مجال من مجالات مقياس التشوهات المعرفية وعلى المقياس ككل مرتبة تنازلياً

المرتبة	رقم المجال	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	4	التضخيم والتهوين	3.07	0.615	61.4	متوسط
2	2	التعميم الزائد	2.82	0.768	56.4	متوسط
3	6	ماذا لو "الأسئلة العقيمة"	2.81	0.987	56.2	متوسط
4	5	التفكير الكارثي	2.68	0.836	53.6	متوسط
5	3	القفز إلى النتائج	2.66	0.847	53.2	متوسط
6	1	الكل أو اللاشيء	2.64	0.886	52.8	متوسط
		المتوسط الكلي للتشوهات المعرفية	2.79	0.648	55.8	متوسط

يتضح من الجدول (1.4) أن المتوسط الحسابي لتقديرات عينة الدراسة على مقياس التشوهات المعرفية ككل بلغ (2.79)، وبنسبة مئوية (55.8%)، ومستوى متوسط. أما المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجالات مقياس التشوهات المعرفية، فقد تراوحت ما بين (2.64-3.07)، وجاء مجال "التضخيم والتهوين" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.07)، وبنسبة مئوية (61.4%)، ومستوى متوسط، بينما جاء مجال "الكل أو اللاشيء" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.64)، وبنسبة مئوية (52.8%)، ومستوى متوسط.

وقد حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات كل مجال من مجالات مقياس التشوهات المعرفية كل مجال على حدة، وعلى النحو الآتي:

1) مجال التضخيم والتهوين:

جدول (2.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال التضخيم والتهوين مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	26	الأشياء القليلة التي أفعالها تعني الكثير للآخرين	3.57	1.043	71.4	متوسط
2	25	أشعر أنني مؤثر في الأشياء مهما كانت درجة مشاركتي فيها	3.54	1.009	70.8	متوسط
3	29	يمكن للأحداث الصغيرة أن تجلب عواقب وخيمة	3.51	0.932	70.2	متوسط
4	27	ألاحظ أنني مختلف عن الآخرين، بطريقة تجعلني أشعر بالتميز	3.46	1.147	69.2	متوسط
5	33	أقل من شأن خطورة المواقف	3.01	1.131	60.2	متوسط
6	28	أنا أبالغ في تهويل الأمور وأهميتها الحقيقية في حياتي	2.84	1.112	56.8	متوسط
7	31	بحاجة لتقدير الآخرين حتى أشعر بقيمتي	2.73	1.116	54.6	متوسط
8	30	لا أحد يستطيع تحقيق الإنجازات التي أفعالها مهما بذل من مجهود	2.50	1.081	50.0	متوسط
9	32	أميل إلى استبعاد الصفات الإيجابية التي أملكها	2.48	1.046	49.6	متوسط

يتضح من الجدول (2.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال التضخيم والتهوين تراوحت ما بين (2.48-3.57)، وجاءت الفقرة: "الأشياء القليلة التي أفعالها تعني الكثير للآخرين" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.57)، وبنسبة مئوية (71.4%)، ومستوى متوسط، بينما جاءت الفقرة: "أميل إلى استبعاد الصفات الإيجابية التي أملكها" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.48)، وبنسبة مئوية (49.6%)، ومستوى متوسط.

2) مجال التعميم الزائد:

جدول (3.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال التعميم الزائد مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	13	لا أحد يدرك معنى الصداقة الحقيقية في هذه الأيام	3.48	1.148	69.6	متوسط
2	17	الدنيا مصالح شخصية	3.44	0.979	68.8	متوسط
3	12	أرى أن الوفاء والحب أصبح معدوم بين الناس	3.18	1.101	63.6	متوسط
4	15	لا أحد يستحق الثقة في هذه الأيام	3.11	1.202	62.2	متوسط
5	14	لا أحد يفهمني	2.79	1.169	55.8	متوسط
6	16	كل الناس في هذه الأيام سيئون	2.49	1.072	49.8	متوسط
7	10	إذا اكتشفت أن أحد الجيران لا يحب التعامل معي، أشعر أن كل الناس لا تحبوني	2.05	0.990	41.0	منخفض
8	11	إذا ساعدت أحد أفراد أسرتي ولم تتحسن أموره أفترض أنه لا داعي لمساعدة أي فرد آخر لاحقاً	2.01	1.063	40.2	منخفض

يتضح من الجدول (3.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال التعميم الزائد تراوحت ما بين (2.01-3.48)، وجاءت الفقرة: "لا أحد يدرك معنى الصداقة الحقيقية في هذه الأيام" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.48)، وبنسبة مئوية (69.6%)، ومستوى متوسط، بينما جاءت الفقرة: "إذا ساعدت أحد أفراد أسرتي ولم تتحسن أموره أفترض أنه لا داعٍ لمساعدة أي فرد آخر لاحقاً" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.01)، وبنسبة مئوية (40.2%)، ومستوى منخفض.

(3) مجال "ماذا لو" الأسئلة العقيمة:

جدول (4.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال "ماذا لو" الأسئلة العقيمة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	43	أفكر في إجابة سؤال: ماذا لو مت اليوم؟	3.31	1.241	66.2	متوسط
2	45	لا أجد إجابة على ماذا لو فقدت عائلتي؟	2.78	1.376	55.6	متوسط
3	44	أطرح على نفسي أسئلة كثيرة ولا أقتنع بأية إجابة تخطر على بالي	2.72	1.252	54.4	متوسط
4	41	أسأل نفسي: ماذا لو تركني زوجي/ تركتني زوجتي وأولادي وحيداً؟	2.66	1.276	53.2	متوسط
5	42	أسأل نفسي: ماذا لو أنني فشلت في التفاعل مع من حولي؟	2.61	1.151	52.2	متوسط

يتضح من الجدول (4.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال "ماذا لو" الأسئلة العقيمة تراوحت ما بين (2.61-3.31)، وجاءت الفقرة: "أفكر في إجابة سؤال: ماذا لو مت اليوم؟" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.31)، وبنسبة مئوية (66.2%)، ومستوى متوسط، بينما جاءت الفقرة: "أسأل نفسي: ماذا لو أنني فشلت في التفاعل مع من حولي؟" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.61)، وبنسبة مئوية (52.2%)، ومستوى متوسط.

4) التفكير الكارثي:

جدول (5.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال التفكير الكارثي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

المرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	40	أرى أنه حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة	2.95	1.045	59.0	متوسط
2	38	توقعاتي السلبية عادة ما تتحقق	2.89	1.044	57.8	متوسط
3	37	أتخيل عادة عواقب وخيمة ستحدث بسبب أخطائي	2.73	1.073	54.6	متوسط
4	35	أتوقع بأن الأمور سوف تسوء في أي موقف أواجه	2.63	1.149	52.6	متوسط
5	34	إذا تطورت مشكلة في حياتي، فهذا يشير إلى أن حياتي عرضة للمشكلات باستمرار	2.56	1.105	51.2	متوسط
6	39	عندما يحدث شيء سلبي في حياتي، فهذا أمر فظيع ولا أستطيع احتماله	2.55	1.106	51.0	متوسط
7	36	عندما تغير الأنظمة أو القوانين في المكان الذي أتواجد فيه فهذا التغيير يعود إلى أشياء اقترفتها	2.44	1.061	48.8	متوسط

يتضح من الجدول (5.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال التفكير الكارثي تراوحت ما بين (2.44-2.95)، وجاءت الفقرة: "أرى أنه حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (2.95)، وبنسبة مئوية (59.0%)، ومستوى متوسط، بينما جاءت الفقرة: "عندما تغير الأنظمة أو القوانين في المكان الذي أتواجد فيه فهذا التغيير يعود إلى أشياء اقترفتها" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.44)، وبنسبة مئوية (48.8%)، ومستوى متوسط.

(5) مجال القفز إلى النتائج:

جدول (6.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال القفز إلى النتائج مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	22	عادة ما أكون على حق في أي موقف أتخذه حتى إن لم أكن أملك الدليل على ذلك	3.05	1.171	61.0	متوسط
2	19	عادة ما أنتبأ أن الأمور تسير نحو الأسوأ	2.83	1.106	56.6	متوسط
3	24	لا أملك دليلاً، ولكنني على حق في أي موقف أمر فيه	2.75	1.261	55.0	متوسط
4	18	أستخلص النتائج دون النظر بعناية إلى التفاصيل	2.60	1.093	52.0	متوسط
5	21	أقفز إلى الاستنتاجات دون النظر إلى الخيارات البديلة	2.47	1.115	49.4	متوسط
6	20	أصدر الأحكام مباشرة دون التحقق المسبق من كل الحقائق	2.45	1.080	49.0	متوسط
7	23	لا أحد سيكون جيد مثلي	2.45	1.131	49.0	متوسط

يتضح من الجدول (6.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال القفز إلى النتائج تراوحت ما بين (2.45- 3.05)، وجاءت الفقرة: "عادة ما أكون على حق في أي موقف أتخذه حتى إن لم أكن أملك الدليل على ذلك" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.05)، وبنسبة مئوية (61.0%)، ومستوى متوسط، بينما جاءت الفقرة: "لا أحد سيكون جيد مثلي" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.45)، وبنسبة مئوية (49.0%)، ومستوى متوسط.

6) مجال الكل أو اللاشيء:

جدول (7.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال الكل أو اللاشيء مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	1	إذا أكلت طعام ما خارج المنزل ومرضت، فلن آكل خارج المنزل مطلقاً	3.14	1.131	62.8	متوسط
2	5	يجب على الآخرين احتراممي، وإلا فإنهم مخطئون	2.95	1.436	59.0	متوسط
3	2	لكي أكون سعيداً لا بد أن أكون موضع اهتمام من الجميع	2.74	1.271	54.8	متوسط
4	3	الشخص الذي لا يقف معي بالتأكيد هو ضدي	2.60	1.238	52.0	متوسط
5	8	إما إنني أحب الشخص أو أكرهه	2.56	1.154	51.2	متوسط
6	9	في رأيي، فإن الأمور إما سوداء أو بيضاء ولا توجد مناطق رمادية	2.56	1.240	51.2	متوسط
7	4	إما أن أكون الأفضل دائماً وإلا لا داعي من وجودي	2.47	1.203	49.4	متوسط
8	6	إذا لم يتقبل الآخرين آرائي فمعنى ذلك أنني شخص غير مرغوب فيه	2.44	1.194	48.8	متوسط
9	7	يجب على الآخرين أن يفعلوا ما أطلبه، وإلا فإنهم لا يستحقون احترامي	2.26	1.155	45.2	منخفض

يتضح من الجدول (7.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال الكل أو اللاشيء تراوحت ما بين (2.26 - 3.14)، وجاءت الفقرة: "إذا أكلت طعام ما خارج المنزل ومرضت، فلن آكل خارج المنزل مطلقاً" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.14)، وبنسبة مئوية (62.8%)، ومستوى متوسط، بينما جاءت الفقرة: "يجب على الآخرين أن يفعلوا ما أطلبه، وإلا فإنهم لا يستحقون احترامي" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.26)، وبنسبة مئوية (45.2%)، ومستوى منخفض.

2.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

ما مستوى قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

للإجابة عن السؤال الثاني، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية

لمقياس قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين، والجدول (8.4) يوضح ذلك:

جدول (8.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل مجال من مجالات مقياس قلق الموت وعلى المقياس ككل مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم المجال	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية%	المستوى
1	1	الخوف من الأمراض المميتة	3.28	0.871	65.6	متوسط
2	3	الخشية من الموت	2.78	0.967	55.6	متوسط
3	2	سيطرة فكرة الموت	2.76	0.952	55.2	متوسط
		الدرجة الكلية لقلق الموت	2.91	0.833	58.2	متوسط

يتضح من الجدول (8.4) أن المتوسط الحسابي لتقديرات عينة الدراسة على مقياس قلق الموت

ككل بلغ (2.91) وبنسبة مئوية (58.2%) ومستوى متوسط. أما المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد

عينة الدراسة عن مجالات مقياس قلق الموت، فقد تراوحت ما بين (3.28-2.76)، وجاء مجال "الخوف

من الأمراض المميتة" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.28)، وبنسبة مئوية (65.6%)،

ومستوى متوسط، بينما جاء مجال "سيطرة فكرة الموت" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ

(2.76)، وبنسبة مئوية (55.2%)، ومستوى متوسط.

وقد حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لتقديرات أفراد عينة

الدراسة على فقرات كل مجال من مجالات مقياس قلق الموت كل مجال على حدة، وعلى النحو

الآتي:

1) الخوف من الأمراض المميتة:

جدول (9.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال الخوف من الأمراض المميتة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى المتوسط
1	4	أخشى أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي	3.63	1.197	72.6	متوسط
2	6	أقلق عند سماع وفاة شخص بشكل مفاجئ	3.56	1.146	71.2	متوسط
3	5	أخشى من احتمال إصابتي بمرض مميت كالسرطان	3.44	1.202	68.8	متوسط
4	2	أخاف أن أصاب بنوبة قلبية	3.31	1.148	66.2	متوسط
5	1	يرعبني احتمال أن تجري لي عملية جراحية	3.31	1.250	66.2	متوسط
6	3	أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الحوادث	2.41	1.208	48.2	متوسط

يتضح من الجدول (9.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال الخوف من الأمراض المميتة تراوحت ما بين (2.41-3.63)، وجاءت الفقرة: "أخشى أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.63)، وبنسبة مئوية (72.6%)، ومستوى متوسط، بينما جاءت الفقرة: "أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الحوادث" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.41)، وبنسبة مئوية (48.2%)، ومستوى متوسط.

(2) الخشية من الموت:

جدول (10.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال الخشية من الموت مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	18	لا أحب رؤية أحد يحتضره الموت	3.62	1.386	72.4	متوسط
2	15	أخشى أن أموت فيحاسبني الله على ذنوبي	3.25	1.319	65.0	متوسط
3	17	أشعر بأن الموت قريب مني حين أجلس وحيداً مع نفسي	2.67	1.238	53.4	متوسط
4	16	يتملكني إحساس بالتشاؤم من الموت عندما أصلي أو أشاهد صلاة الميت	2.66	1.291	53.2	متوسط
5	19	أشعر برعب شديد حينما يتحدث أمامي أحد عن الموت	2.66	1.327	53.2	متوسط
6	20	أود معرفة طبيعة حياة القبر لكنني أخشى أن أسأل عن القبر	2.64	1.370	52.8	متوسط
7	21	أرفض فكرة زيارة القبور	2.46	1.286	49.2	متوسط
8	14	أنظر إلى الحياة نظرة متشائمة لأنها ستنتهي حتماً بالموت	2.25	1.276	45.0	منخفض

يتضح من الجدول (10.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال

الخشية من الموت تراوحت ما بين (2.25-3.62)، وجاءت الفقرة: "لا أحب رؤية أحد يحتضره الموت"

في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.62)، وبنسبة مئوية (72.4%)، ومستوى متوسط، بينما

جاءت الفقرة: "أنظر إلى الحياة نظرة متشائمة لأنها ستنتهي حتماً بالموت" في المرتبة الأخيرة،

بمتوسط حسابي بلغ (2.25)، وبنسبة مئوية (45.0%)، ومستوى منخفض.

3) سيطرة فكرة الموت:

جدول (11.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مجال سيطرة فكرة الموت مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

المرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	9	يرعيني التفكير بالألم الذي يصاحب لحظة الموت	3.06	1.225	61.2	متوسط
2	8	يرودني تفكير مفاجئ بأنني سأموت	2.95	1.218	59.0	متوسط
3	11	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبداً	2.78	1.256	55.6	متوسط
4	7	لدي إحساس عميق بأنني سأموت قريباً	2.75	1.193	55.0	متوسط
5	10	كانت تسيطر علي فكرة أنني سأموت في سن مبكرة	2.63	1.250	52.6	متوسط
6	13	أخشى من أمور مجهولة قد تحدث لي بعد الموت	2.60	1.304	52.0	متوسط
7	12	التفكير بالموت يسبب لي التوتر والأرق	2.53	1.131	50.6	متوسط

يتضح من الجدول (11.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال سيطرة فكرة الموت تراوحت ما بين (2.53-3.06)، وجاءت الفقرة: "يرعيني التفكير بالألم الذي يصاحب لحظة الموت" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.06)، وبنسبة مئوية (61.2%)، ومستوى متوسط، بينما جاءت الفقرة: "التفكير بالموت يسبب لي التوتر والأرق" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.53)، وبنسبة مئوية (50.6%)، ومستوى متوسط.

3.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

ما مستوى جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

للإجابة عن السؤال الثالث، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية

لمقياس جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين، والجدول (12.4) يوضح ذلك:

جدول (12.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة وعلى المقياس ككل مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم المجال	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	3	جودة الحياة النفسية	3.69	0.619	73.8	مرتفع
2	4	جودة شغل الوقت وإدارته	3.67	0.663	73.4	متوسط
3	2	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	3.60	0.711	72.0	متوسط
4	1	جودة الحياة الصحية	3.29	0.576	65.8	متوسط
		الدرجة الكلية لجودة الحياة	3.55	0.524	71.0	متوسط

يتضح من الجدول (12.4) أن المتوسط الحسابي لتقديرات عينة الدراسة على مقياس جودة

الحياة ككل بلغ (3.55) ونسبة مئوية (71.0%) ومستوى متوسط. أما المتوسطات الحسابية لإجابات

أفراد عينة الدراسة عن مجالات مقياس جودة الحياة فقد تراوحت ما بين (3.29-3.69)، وجاء مجال

"جودة الحياة النفسية" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (3.69)، ونسبة مئوية (73.8%)،

ومستوى مرتفع، بينما جاء مجال "جودة الحياة الصحية" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ

(3.29)، ونسبة مئوية (65.8%)، ومستوى متوسط.

وقد حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات كل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة كل مجال على حدة، وعلى النحو الآتي:

1) جودة الحياة النفسية:

جدول (13.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات جودة الحياة النفسية مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	18	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي	4.06	0.946	81.2	مرتفع
2	24	أتمنى الموت	4.01	1.131	80.2	مرتفع
3	19	أشعر أن دوري لا يزال مهماً في المجتمع	3.99	0.981	79.8	مرتفع
4	22	أنا سعيد في معظم الأوقات	3.65	0.920	73.0	متوسط
5	17	أشعر بالرضا عن الظروف المحيطة بي	3.64	1.115	72.8	متوسط
6	20	أشعر بالألم النفسي والوحدة بسبب كبر سني	3.52	1.172	70.4	متوسط
7	21	أشعر بالاستياء عند التفكير بقرب الموت	3.34	1.185	66.8	متوسط
8	23	أشعر بأن روحي المعنوية منخفضة	3.33	1.023	66.6	متوسط

يتضح من الجدول (13.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال جودة الحياة النفسية تراوحت ما بين (3.33-4.06)، وجاءت الفقرة: "أحصل على دعم عاطفي من أسرتي" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (4.06)، وبنسبة مئوية (81.2%)، ومستوى مرتفع، بينما جاءت الفقرة: "أشعر بأن روحي المعنوية منخفضة" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.33)، وبنسبة مئوية (66.6%)، ومستوى متوسط.

2) جودة شغل الوقت وإدارته:

جدول (14.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات جودة شغل الوقت وإدارته مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	32	أشعر بأنني محظوظ مقارنة بمعظم الناس	4.00	0.832	80.0	مرتفع
2	25	أنا آخذ الحياة كما تأتي وأقوم بأفضل الأشياء	3.84	1.015	76.8	مرتفع
3	28	لدى الوقت الكافي لأداء أعمالي	3.82	0.830	76.4	مرتفع
4	26	أنا أستمتع بحياتي بشكل عام	3.81	0.942	76.2	مرتفع
5	27	لدي الكثير من السيطرة على الأشياء المهمة في حياتي	3.76	0.956	75.2	مرتفع
6	30	أنجز المهام التي أقوم بها في وقتها المحدد	3.73	0.982	74.6	مرتفع
7	29	لدي أنشطة/ هوايات اجتماعية أو ترفيهية أستمتع بممارستها	3.42	1.177	68.4	متوسط
8	31	يصعب علي تنظيم وقت لتناول الوجبات الغذائية	2.98	1.136	59.6	متوسط

يتضح من الجدول (14.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال

جودة شغل الوقت وإدارته تراوحت ما بين (2.98-4.00)، وجاءت الفقرة: "أشعر بأنني محظوظ مقارنة

بمعظم الناس" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (4.00)، وبنسبة مئوية (80.0%)، ومستوى

مرتفع، بينما جاءت الفقرة: "يصعب علي تنظيم وقت لتناول الوجبات الغذائية" في المرتبة الأخيرة،

بمتوسط حسابي بلغ (2.98)، وبنسبة مئوية (59.6%)، ومستوى متوسط.

3) جودة الحياة الأسرية والاجتماعية:

جدول (15.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات جودة الحياة الأسرية والاجتماعية مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	10	لدي من يمنحني الحب والعاطفة	4.06	0.920	81.2	مرتفع
2	14	أرى نظرات الشفقة ممن حولي تجاهي	3.87	1.111	77.4	مرتفع
3	15	لدى أصدقاء ما زالوا يتواصلون معي	3.85	0.984	77.0	مرتفع
4	13	أصبحت علاقتي بأفراد أسرتي فاترة	3.60	1.110	72.0	متوسط
5	11	أشعر بضعف قدرتي على القيادة في الأسرة	3.36	1.063	67.2	متوسط
6	16	أرغب بالذهاب للعيش في مكان لا يعرفني فيه أحد	3.23	1.227	64.6	متوسط
7	12	أصبحت أفضل الانطواء على نفسي	3.22	1.194	64.4	متوسط

يتضح من الجدول (15.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجال

جودة الحياة الأسرية والاجتماعية تراوحت ما بين (3.22-4.06)، وجاءت الفقرة: "لدي من يمنحني

الحب والعاطفة" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (4.06)، وبنسبة مئوية (81.2%)، ومستوى

مرتفع، بينما جاءت الفقرة: "أصبحت أفضل الانطواء على نفسي" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي

بلغ (3.22)، وبنسبة مئوية (64.4%)، ومستوى متوسط.

4) جودة الحياة الصحية:

جدول (16.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات جودة الحياة الصحية مرتبة تنازليًا حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	المستوى
1	4	أنا بصحة جيدة بما يكفي للخروج والتجول	4.04	0.875	80.8	مرتفع
2	1	لدي شعور بالحيوية والنشاط	3.96	0.896	79.2	مرتفع
3	8	أناام جيدًا	3.58	1.024	71.6	متوسط
4	7	لدي الكثير من الطاقة الجسدية	3.46	0.971	69.2	متوسط
5	6	تتكرر زياراتي للطبيب ولا يوجد علاج نافع	3.45	1.241	69.0	متوسط
6	3	صحتي تقيد قدرتي على الاعتناء بنفسني	2.91	1.124	58.2	متوسط
7	9	أمارس بعض التمارين بشكل منتظم	2.90	1.176	58.0	متوسط
8	5	أشعر بالانزعاج من الآثار الجانبية للدواء الذي أتناوله	2.74	1.203	54.8	متوسط
9	2	الألم يؤثر على صحتي	2.53	0.942	50.6	متوسط

يتضح من الجدول (16.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال جودة الحياة الصحية تراوحت ما بين (2.53-4.04)، وجاءت الفقرة: "أنا بصحة جيدة بما يكفي للخروج والتجول" في المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي قدره (4.04)، وبنسبة مئوية (80.8%)، ومستوى مرتفع، بينما جاءت الفقرة: "الألم يؤثر على صحتي" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.53)، وبنسبة مئوية (50.6%)، ومستوى متوسط.

2.4 النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

1.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين التشوهات المعرفية وكل من: قلق الموت وجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.

لاختبار الفرضية الثانية، استخرج معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation) بين التشوهات المعرفية وكل من: قلق الموت، وجودة الحياة، لدى عينة من كبار السن في فلسطين، والجدول (17.4) يوضح ذلك:

جدول (17.4)

معاملات ارتباط بيرسون بين التشوهات المعرفية وكل من: قلق الموت وجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين (ن=108)

التشوهات المعرفية	قلق الموت	جودة الحياة
1		
التشوهات المعرفية	.539**	
قلق الموت	1	
جودة الحياة	-.534**	1

**دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($p < .01$)

يتضح من الجدول (17.4) الآتي:

- وجود علاقة ارتباط دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($p < .01$) بين التشوهات المعرفية وقلق الموت لدى كبار السن في فلسطين؛ إذ بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون (.539) وجاءت العلاقة طردية؛ بمعنى أنه كلما ازدادت درجة التشوهات المعرفية ازداد مستوى قلق الموت.
- وجود علاقة ارتباط دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($p < .01$) بين التشوهات المعرفية وجودة الحياة لدى كبار السن في فلسطين؛ إذ بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون (-.596)، وجاءت العلاقة عكسية؛ بمعنى أنه كلما ازدادت درجة التشوهات المعرفية انخفض مستوى جودة الحياة.

- وجود علاقة ارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ($p < .01$) بين قلق الموت وجودة الحياة لدى كبار السن في فلسطين؛ إذ بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون (-.534)، وجاءت العلاقة عكسية؛ بمعنى أنه كلما ازدادت درجة قلق الموت انخفض مستوى جودة الحياة.

2.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

لا توجد قدرة تنبؤية دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq .05$) لكل من التشوهات المعرفية

وقلق الموت في التنبؤ بجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.

لاختبار الفرضية الأولى، ومن أجل قياس تأثير مساهمة كل من التشوهات المعرفية وقلق

الموت في التنبؤ بجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين، استخدم معامل الانحدار

المتعدد التدريجي (Stepwise Multiple Regression) باستخدام أسلوب الإدخال (Stepwise)،

والجدول (18.4) يوضح ذلك:

جدول (18.4)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي لتأثير مساهمة كل من التشوهات المعرفية وقلق الموت في التنبؤ بجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين

النموذج	المعاملات غير المعيارية		المعاملات	قيمة ت	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	التباين المفسر R^2	معامل الارتباط المعدل
	معامل الانحدار	الخطأ المعياري						
1	الثابت	4.895	.180	27.123	.000			
	التشوهات المعرفية	-.482	.063	-7.636	.000	.596 ^a	.355	.349
2	الثابت	5.080	.181	28.140	.000			
	التشوهات المعرفية	-.351	.071	-4.909	.000			
	قلق الموت	-.189	.056	-3.398	.001	.647 ^b	.419	.408

قيمة "ف" المحسوبة للتشوهات المعرفية = 58.305 دالة عند مستوى دلالة < .000

قيمة "ف" المحسوبة للتشوهات المعرفية وقلق الموت = 37.826 دالة عند مستوى دلالة < .000

*دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($p < .01$)

يتضح من الجدول (18.4) وجود أثر دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$) لكل من التشوهات المعرفية وقلق الموت في التنبؤ بجودة الحياة، ويلاحظ أن كل من التشوهات المعرفية وقلق الموت قد وضحا معًا (41.9%) من نسبة التباين في جودة الحياة؛ أي إن متغيري: التشوهات المعرفية وقلق الموت، لهما دور مهم وأساس في التنبؤ بجودة الحياة. وتجدر الإشارة إلى أن قيم عامل تضخم التباين (VIF) للنماذج التنبؤية الاثنان قد كانت متدنية؛ ما يشير إلى عدم وجود إشكالية التساهمية المتعددة (Multicollinearity)، التي تشير إلى وجود ارتباطات قوية بين المتنبئات. وعليه، يمكن كتابة معادلة الانحدار، وهي: ($y = -0.351x_1 - 0.189x_2 + 5.080$)؛ أي كلما تغير متغير التشوهات المعرفية درجة واحدة يحدث تغير عكسي في جودة الحياة بمقدار (-.351)، وكلما تغير متغير قلق الموت درجة واحدة يحدث تغير عكسي في جودة الحياة بمقدار (-.189).

$X_1 =$ التشوهات المعرفية

$X_2 =$ قلق الموت

$Y =$ جودة الحياة

3.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

لاختبار الفرضية الثالثة، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، والجدول (19.4) يبين ذلك:

جدول (19.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على مقياس التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل

المتغير	المستوى	الإحصائي	الكل أو اللاشيء	التعميم الزائد	القفز إلى النتائج	التضخيم والتهوين	التفكير الكارثي	ماذا لو" الأسئلة العقيمة	التشوهات المعرفية ككل
	M	2.69	2.68	2.72	3.05	2.70	2.69	2.77	
	SD	1.010	.837	.902	.587	.852	.926	.692	
	M	2.60	2.91	2.61	3.09	2.66	2.90	2.80	
	SD	.793	.707	.810	.639	.831	1.027	.619	
	M	3.35	3.09	3.24	3.36	2.85	2.90	3.16	
	SD	.672	.575	.709	.545	.748	1.038	.519	
	M	2.68	2.98	2.80	3.05	2.58	2.95	2.84	
	SD	.856	.769	.712	.610	.552	.909	.570	
	M	2.47	2.74	2.51	2.99	2.59	2.71	2.67	
	SD	.901	.825	.925	.673	.879	.997	.707	
	M	2.50	2.72	2.51	3.06	2.77	2.87	2.74	
	SD	.822	.755	.728	.535	.937	1.014	.597	
	M	2.84	3.01	2.76	3.20	2.79	3.07	2.95	
	SD	.925	.645	.960	.828	.959	1.170	.719	
	M	2.72	2.91	2.77	3.24	2.77	3.04	2.91	
	SD	.814	.883	.920	.500	.796	.843	.630	
	M	2.52	2.70	2.56	2.94	2.59	2.60	2.66	
	SD	.906	.736	.764	.556	.813	.954	.615	

M=المتوسط الحسابي SD=الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (19.4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس التشوهات المعرفية في ضوء توزيعها حسب متغيرات الدراسة. وللكشف عن دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس التشوهات المعرفية، فقد أجري تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات "بدون تفاعل" (3-MANOVA "without Interaction"، والجدول (20.4) يبين ذلك:

جدول (20.4)

تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات (بدون تفاعل) على الدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس التشوهات المعرفية تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل

الدلالة الإحصائية	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المجالات	مصدر التباين
.391	.741	.534	1	.534	الكل أو اللاشيء	
.262	1.275	.748	1	.748	التعميم الزائد	
.373	.800	.539	1	.539	القفز إلى النتائج	
.648	.210	.076	1	.076	التضخيم والتهوين	
.447	.583	.414	1	.414	التفكير الكارثي	
.752	.101	.097	1	.097	ماذا لو " الأسئلة العقيمة	
.721	.129	.052	1	.052	الدرجة الكلية	
.010*	3.955	2.849	3	8.546	الكل أو اللاشيء	
.482	.828	.486	3	1.457	التعميم الزائد	
.025*	3.261	2.198	3	6.595	القفز إلى النتائج	
.223	1.487	.538	3	1.614	التضخيم والتهوين	
.522	.755	.536	3	1.609	التفكير الكارثي	
.579	.659	.632	3	1.896	ماذا لو " الأسئلة العقيمة	
.125	1.958	.785	3	2.356	الدرجة الكلية	
.527	.645	.465	2	.930	الكل أو اللاشيء	
.697	.362	.212	2	.425	التعميم الزائد	
.528	.643	.433	2	.866	القفز إلى النتائج	
.052	3.055	1.105	2	2.210	التضخيم والتهوين	
.287	1.264	.898	2	1.797	التفكير الكارثي	
.080	2.590	2.485	2	4.970	ماذا لو " الأسئلة العقيمة	
.187	1.707	.685	2	1.370	الدرجة الكلية	
		.720	101	72.742	الكل أو اللاشيء	
		.587	101	59.276	التعميم الزائد	
		.674	101	68.086	القفز إلى النتائج	
		.362	101	36.540	التضخيم والتهوين	
		.711	101	71.774	التفكير الكارثي	
		.960	101	96.930	ماذا لو " الأسئلة العقيمة	
		.401	101	40.512	الدرجة الكلية	

*دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($p < .05$)

يتضح من الجدول (20.4) عدم وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha < .05$) على

مقياس التشوهات المعرفية ومجالاته تعزى إلى متغير: الجنس، مستوى الدخل. كما يتضح عدم وجود

فروق دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على مقياس التشوهات المعرفية ومجالات: (التعميم الزائد، التضخيم والتهوين، التفكير الكارثي، ماذا لو" الأسئلة العقيمة) تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، بينما كانت هناك فروق دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على مجالي: (الكل أو اللاشيء، القفز إلى النتائج).

وللكشف عن موقع الفروق بين المتوسطات الحسابية لمجالي: (الكل أو اللاشيء، القفز إلى النتائج) لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، أجري اختبار (Scheffe) والجدول (21.4) يوضح ذلك:

جدول (21.4)

نتائج اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لمجالي: (الكل أو اللاشيء، القفز إلى النتائج) لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير المستوى التعليمي

المتغير	المستوى	المتوسط	ثانوية عامة فأدنى	دبلوم	بكالوريوس	أعلى من بكالوريوس
الكل أو اللاشيء	ثانوية عامة فأدنى	3.35			.886*	.854*
	ثانوية عامة فأدنى	3.24			.733*	.727*
القفز إلى النتائج	أعلى من بكالوريوس	2.51				

دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($p < 0.05$)*

يتبين من الجدول (21.4) وجود فروق دلالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مجالي: (الكل أو اللاشيء، القفز إلى النتائج) لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير المستوى التعليمي بين (ثانوية عامة فأدنى) من جهة وكل من (بكالوريوس)، و(أعلى من بكالوريوس)، من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح (ثانوية عامة فأدنى).

4.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

لاختبار الفرضية الثالثة، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، والجدول (22.4) يبين ذلك:

جدول (22.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على مقياس قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل

المتغير	المستوى	الإحصائي	الخوف من الأمراض المميتة	سيطرة فكرة الموت	الخشية من الموت	قلق الموت ككل
		M	3.16	2.58	2.64	2.77
		SD	.854	.961	.894	.837
		M	3.36	2.88	2.88	3.02
		SD	.880	.932	1.011	.822
		M	3.57	3.07	2.80	3.11
		SD	.878	.639	.805	.677
		M	3.27	2.73	3.07	3.01
		SD	.996	1.174	1.244	1.037
		M	3.25	2.82	2.76	2.92
		SD	.866	.953	.908	.806
		M	3.17	2.51	2.64	2.75
		SD	.819	.950	.997	.849
		M	3.42	3.04	2.98	3.12
		SD	.714	.811	.941	.721
		M	3.57	2.97	2.95	3.13
		SD	.929	.937	1.116	.874
		M	3.07	2.54	2.61	2.72
		SD	.850	.969	.875	.815

M=المتوسط الحسابي SD=الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (22.4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت في ضوء توزيعها حسب متغيرات الدراسة. وللكشف عن دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس قلق الموت، فقد أجري تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات "بدون تفاعل" ("3-MANOVA "without Interaction")، والجدول (23.4) يبين ذلك:

جدول (23.4)

تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات (بدون تفاعل) على الدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس قلق الموت تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل

الدلالة الإحصائية	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المجالات	مصدر التباين
.660	.195	.143	1	.143	الخوف من الأمراض المميتة	
.415	.669	.590	1	.590	سيطرة فكرة الموت	
.460	.550	.519	1	.519	الخشية من الموت	
.441	.598	.408	1	.408	الدرجة الكلية	
.639	.565	.416	3	1.248	الخوف من الأمراض المميتة	
.629	.580	.512	3	1.535	سيطرة فكرة الموت	
.779	.365	.344	3	1.032	الخشية من الموت	
.887	.213	.145	3	.436	الدرجة الكلية	
.066	2.790	2.053	2	4.107	الخوف من الأمراض المميتة	
.269	1.329	1.173	2	2.345	سيطرة فكرة الموت	
.476	.747	.705	2	1.410	الخشية من الموت	
.192	1.680	1.147	2	2.293	الدرجة الكلية	
		.736	101	74.326	الخوف من الأمراض المميتة	
		.882	101	89.095	سيطرة فكرة الموت	
		.943	101	95.277	الخشية من الموت	
		.683	101	68.935	الدرجة الكلية	

يتضح من الجدول (23.4) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$) على

مقياس قلق الموت ومجالاته تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

5.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة

لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

لاختبار الفرضية الخامسة، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد

عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغيرات:

الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل بالشيكول، والجدول (24.4) يبين ذلك:

جدول (24.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل

المتغير	المستوى	الإحصائي	جودة الحياة الصحية	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	جودة الحياة النفسية	جودة شغل الوقت وإدارته	جودة الحياة ككل
		M	3.30	3.65	3.73	3.68	3.58
		SD	.537	.739	.584	.578	.482
		M	3.28	3.56	3.67	3.66	3.53
		SD	.607	.693	.647	.723	.555
		M	2.96	3.67	3.64	3.68	3.46
		SD	.614	.594	.626	.675	.439
		M	3.20	3.46	3.75	3.38	3.44
		SD	.263	.823	.511	.609	.424
		M	3.34	3.59	3.66	3.62	3.54
		SD	.599	.687	.651	.618	.542
		M	3.43	3.66	3.74	3.90	3.67
		SD	.584	.767	.639	.707	.579
		M	3.08	3.44	3.58	3.51	3.39
		SD	.585	.689	.637	.675	.536
		M	3.24	3.51	3.61	3.66	3.50
		SD	.514	.708	.565	.557	.437
		M	3.39	3.70	3.78	3.74	3.64
		SD	.591	.715	.639	.709	.551

M=المتوسط الحسابي SD=الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (24.4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة في ضوء توزيعها حسب متغيرات الدراسة. وللكشف عن دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس جودة الحياة، فقد أُجري تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات "بدون تفاعل" ("4-MANOVA "without Interaction")، والجدول (25.4) يبين ذلك:

جدول (25.4)

تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات (بدون تفاعل) على الدرجة الكلية والمجالات الفرعية لمقياس جودة الحياة تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل

الدلالة الإحصائية	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المجالات	مصدر التباين
.707	.142	.046	1	.046	جودة الحياة الصحية	
.948	.004	.002	1	.002	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	
.884	.021	.008	1	.008	جودة الحياة النفسية	
.788	.073	.032	1	.032	جودة شغل الوقت وإدارته	
.824	.049	.014	1	.014	الدرجة الكلية	
.221	1.494	.481	3	1.442	جودة الحياة الصحية	
.827	.297	.154	3	.461	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	
.936	.139	.055	3	.165	جودة الحياة النفسية	
.140	1.867	.809	3	2.426	جودة شغل الوقت وإدارته	
.827	.298	.083	3	.248	الدرجة الكلية	
.432	.846	.272	2	.544	جودة الحياة الصحية	
.343	1.081	.559	2	1.117	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	
.378	.981	.389	2	.777	جودة الحياة النفسية	
.669	.404	.175	2	.350	جودة شغل الوقت وإدارته	
.359	1.034	.287	2	.574	الدرجة الكلية	
		.322	101	32.481	جودة الحياة الصحية	
		.517	101	52.204	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	
		.396	101	40.014	جودة الحياة النفسية	
		.433	101	43.757	جودة شغل الوقت وإدارته	
		.277	101	28.023	الدرجة الكلية	

يتضح من الجدول (25.4) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq .05$)

على مقياس جودة الحياة ومجالاته تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

الفصل الخامس

تفسير النتائج ومناقشتها

1.5 تفسير نتائج أسئلة ومناقشتها

1.1.5 تفسير نتائج السؤال الأول ومناقشتها

2.1.5 تفسير نتائج السؤال الثاني ومناقشتها

3.1.5 تفسير نتائج السؤال الثالث ومناقشتها

2.5 تفسير نتائج فرضيات الدراسة ومناقشتها

1.2.5 تفسير نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها

2.2.5 تفسير نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها

3.2.5 تفسير نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها

4.2.5 تفسير نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها

5.2.5 تفسير نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها

3.5. التوصيات

الفصل الخامس

تفسير النتائج ومناقشتها

يتضمن هذا الفصل تفسير ومناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، ومن خلال أسئلتها، وما أُنبتق منها من فرضيات، وذلك بمقارنتها بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة الواردة في هذه الدراسة، وبناءً على ما ورد في الإطار النظري، وفي ضوء النتائج وتفسيرها، صيغت التوصيات والمقترحات بما يتلاءم مع النتائج التي توصلت إليها.

1.5 تفسير نتائج أسئلة الدراسة ومناقشتها

1.1.5 تفسير نتائج السؤال الأول ومناقشتها

السؤال الأول: ما مستوى التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

أظهرت النتائج أن مستوى التشوهات المعرفية ومجالاتها كافة لدى كبار السن في فلسطين جاءت بمستوى متوسط، وجاء مجال "التضخيم والتهوين" في المرتبة الأولى، بينما جاء مجال "الكل أو اللاشئ" في المرتبة الأخيرة.

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (المعلا والعظومات، 2021)، ومع نتيجة دراسة (الجراح والمومني، 2020)، ودراسة (أبو هلال، 2020)، التي أظهرت نتائج جميعاً أن مستوى التشوهات المعرفية جاء بدرجة متوسطة لدى عينات من طلبة الجامعة، واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (Heim, 2018)، التي بينت أن مستوى التشوهات المعرفية جاء بدرجة مرتفعة.

يعد البقاء بصحة جيدة والشعور بأن الشخص في أفضل حالاته أمر مهم للغاية في أي سن، ومع التقدم في العمر يواجه الشخص عددًا متزايدًا من التغييرات الرئيسية في الحياة، ما يؤثر في صحته النفسية (بما فيها: التغييرات الوظيفية، والتقاعد، وفقدان الأحبة)، والتعامل السليم مع هذه التغييرات يُعد مفتاح البقاء بصحة جيدة. ومن أهم التغييرات التي تظهر على كبار السن، تغير نمط حياة الأشخاص بعد تقدمهم في العمر، ما يؤثر في صحتهم النفسية، والتغييرات الوظيفية، وفقدان الأحبة، وهي تؤثر في الصحة النفسية لديهم.

ومع الأخذ بالاعتبار خصوصية هذه المرحلة، والاختلاف في طبيعة المجتمع لمعظم الدراسات السابقة، فقد يعزى المستوى المتوسط للتشوهات المعرفية لدى كبار السن، إلى ارتفاع المستوى التعليمي لعينة الدراسة (الفئة المبحوثة)، ما ساهم في ازدياد الوعي لديهم والنظرة الواقعية للأشياء نوعاً ما؛ حيث إن المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة من كبار السن بلغ تقريباً (71.3%) حاصلين على درجة البكالوريوس فأعلى. وبالتالي وعي كبار السن وتطور خبراتهم المختلفة خلال حياتهم الأكاديمية والعملية، ولكن الظروف التي يعيشها المجتمع الفلسطيني وبخاصة كبار السن من ظروف حياتية ومعيشية لها خصوصية مختلفة عن المجتمعات الأخرى الناتجة عن الوضع السياسي والاقتصادي الصعب، فهو ما زال تحت الاحتلال الإسرائيلي حتى الآن وعاصروا حروباً ومجازر متكررة خلال السنوات السابقة، ناهيك عن الأزمات الاقتصادية المتلاحقة التي ترتبت عن ذلك، والتي كان لها دور كبير في التأثير على المعتقدات والقيم الاجتماعية ونظرة كبار السن للحياة والناس، ما شكل أفكاراً غير إيجابية ومشوهة أحياناً عن العالم نتيجة عدم رفع الظلم عنه، كذلك النظرة المتشائمة للمستقبل، فكل ذلك شكل جزءاً من مفهوم التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن، وتسبب في وصول المستو إلى المتوسط.

ويعزى حصول التضخيم والتهوين أعلى مستوى ضمن مستويات التشوهات المعرفية، إلى رغبة كبير السن في أن يكون ذو سلوك جيد وقدوة للآخرين، وسعيه لأن يظهر في سلوك مثالي، ولكن التغيرات النفسية المصاحبة لكبر السن قد تؤثر على تضخيم وتقليل حالة الإدراك لدى كبار السن، وخاصة في الحالات ما قبل الخرف.

وقد يفسر حصول مجال "الكل أو اللاشيء"، ضمن مجالات التشوهات المعرفية على أدنى مستوى ضمن مستويات التشوهات المعرفية، باعتبار وقوع أغلب العينة ضمن اقل متوسط حسابي (بكالوريوس فأعلى)، ما أدى إلى تطور قناعة كبار السن بأنهم في سن لا يسمح لهم بأخذ الدور كاملاً، وأن النجاح والفشل يعتمد على مشاركة الآخرين، وبخاصة ما يتعلق بالأسرة؛ حيث إن الأبناء لديهم عائلاتهم وآرائهم وحياتهم الخاصة، فالتأثير عليهم بشكل كلي لا يمكن تحقيقه.

2.1.5 تفسير نتائج السؤال الثاني ومناقشتها

السؤال الثاني: ما مستوى قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

أظهرت النتائج أن مستوى قلق الموت ومجالاته متوسطاً، وجاء مجال "الخوف من الأمراض المميتة" في المرتبة الأولى، بينما جاء مجال "سيطرة فكرة الموت" في المرتبة الأخيرة. وتوافقت هذه النتيجة من نتيجة دراسة (Khalvati et al., 2021)، التي كان مستوى قلق الموت فيها متوسطاً، واختلفت مع نتائج دراسة (بدران وآخرون، 2021)، التي بينت مستوى انتشار قلق الموت لدى المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19 مرتفع، ودراسة (Taj et al., 2022)، التي أشارت نتائجها إلى أن قلق الموت كان مرتفعاً بين مرضى التهاب الكبد C.

وترى الباحثة ان قلق الموت يعتبر من الانفعالات السلبية الموجودة لدى الإنسان؛ حيث يميل عادة إلى الخوف من الأشياء المجهولة والخفية وغير المتوقعة، وفي الموت جوانب كثيرة مجهولة وغامضة وخفية وغير متوقعة، كما إن قلق الموت يعد من الخبرات الجديدة وغير المسبوقة، من أجل ذلك يخاف كل إنسان تقريباً من الموت، لذلك فإن القلق من الموت أمر شائع وعام لدى البشر ولا سيما كبار السن، وذلك لأن الموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى ولأسباب متعددة، سواءً أكانت هذه الأسباب بيئية أم داخلية نفسية.

وتعزو الباحثة حصول كبار السن على درجة متوسطة في قلق الموت، إلى أن الموت حقٌّ على كل كائن حي على وجه البسيطة، لا مفرّ منه ومن سكراته كائنًا من كان، حيوانًا كان، أم إنسيًا، أم جنئيًا، إلا ان هناك حالات من كبار السن عجزت عن الهروب من فكرة الخوف من الموت، وذلك نظرًا لهرم الجسم وكثرة الأمراض. وعليه، فإن حصول بعض الخوف من الأمراض المميتة يرتبط بواقع عصرنا الحالي الذي يسمى عصر القلق؛ إذ نتج عنه أمراض مختلفة منها الجلطات الدماغية، وأمراض السرطان، وآخرها فايروس كورونا الذي كان معظم حالات الوفاة بسببه من كبار السن. كما أن الانسحاب التدريجي لكبار السن من الحياة الاجتماعية، يوصلهم إلى حالة العزلة، بسبب حرمانهم من أقرب الأشخاص لديهم كالأصدقاء، أو الزوج/ الزوجة نتيجة موتهم، وهذا يعزز لدى كبار السن القلق عند وفاة أي شخص بشكل مفاجئ.

كما وتعزو الباحثة هذا المستوى المتوسط في قلق الموت لدى كبار السن في فلسطين إلى التهديدات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها كبار السن كالإهمال، الذي يترافق مع حالات من التوتر والتشاؤم، وانخفاض مستوى الثقة بالنفس وبالأخرين بسبب رفع مستوى القلق لدى كبار السن.

3.1.5 تفسير نتائج السؤال الثالث ومناقشتها

السؤال الثالث: ما مستوى جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين؟

أظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة ومجالاتها لدى كبار السن في فلسطين جاءت بدرجة متوسطة، وكان مجال "جودة الحياة النفسية" الأعلى، بينما كان مجال "جودة الحياة الصحية" الأدنى. اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (Alves et al., 2018)، فقد كان مستوى جودة الحياة متوسطاً لدى أعضاء هيئة التدريس. واختلفت مع نتائج دراسة (الكتاني، 2019)، التي بينت أن مستوى جودة الحياة للطلبة جاء بدرجة مرتفعة، وكان مستوى جودة الحياة أعلى من المتوسط في دراسة (سعيد والبرديسي، 2019) لدى المسنين، وأن أكثر الأبعاد ارتفاعاً هو البعد الإدراكي لجودة الحياة، يليه البعد الصحي، وأخيراً البعد البيئي.

وترى الباحثة ان مرحلة الشيخوخة مرحلة مهمة في حياة الفرد، فهي آخر مرحلة من مراحل النمو الارتقائي للإنسان، فالبعض يعتبرها مرحلة الحكمة والخبرة ويوليها أهمية كبيرة، والتي تنعكس على اهتمامه بالمسن ورعايته وإعطائه المكانة التي يستحقها، وبخاصة في ظل المشكلات النفسية والجسدية التي يتعرضون لها. ويعتبرها البعض الآخر مرحلة النهاية، ما يجعله لا يولي الأهمية اللازمة للمسن ويهمله من جميع النواحي، وهذا يؤدي إلى وجود درجة متوسطة أو منخفضة في جودة حياة كبار السن.

وتعزو الباحثة المستوى المتوسط في جودة الحياة ومجالاته لدى كبار السن في فلسطين باعتبار أن هناك مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تؤدي إلى العزلة، وفقد الاستقلال، والشعور بالوحدة، والضيق النفسي لدى كبار السن. إن وجود الحياة النفسية لها تأثير على الصحة البدنية والعكس صحيح؛ فالمسن الفلسطيني دائم القلق على أبنائه وأحفاده، حتى في ظل التغير التدريجي من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية في المجتمعات العربية ومنها المجتمع

الفلسطيني. كما إن طبيعة الخدمات والامتيازات التي تقدم للمسن الفلسطيني وبخاصة الحكومية منها تكاد لا تكون موجودة مقارنة بالواقع الموجود في دول العالم التي تتمتع بالاستقلال، ولديها إمكانات اقتصادية ومستوى معيشة مرتفع، وتقدم خدمات إعاشة، وصحية، ورعاية، ... لكبار السن، فانعكس ذلك سلباً على مستوى جودة الحياة لدى كبار السن في فلسطين، وجاء بمستوى منخفض في مجالاته كافة.

كما تفسر الباحثة حصول مجال "جودة الحياة النفسية" على المرتبة الأولى بين مجالات جودة الحياة لدى كبار السن في فلسطين باعتبار أن معظم كبار السن لديهم الحماس والقوة لإنجاز أعمالهم سواءً (الوظيفية أم أعمال أخرى)، حتى في ظل الظروف الصعبة التي يعيشها المجتمع الفلسطيني، فمسؤولية كبير السن لا تتوقف ولا تنتهي حتى مع تقدمه في السن، وهو يحتاج إلى أن يباشر مسؤولياته حتى لو كانت بدرجة أقل تجاه أبنائه وأحفاده. كما أن المجتمع الفلسطيني هو مجتمع متماسك، في ظل وجود (الكبير)، وهو الذي يحتكم إليه الناس في خلافاتهم، ويستشيرونه في أمور حياتهم، ويثقون برأيه لرجاحة عقله، ويحمل همهم ويخلص المشورة لهم، فنجد بيته هو بيت للجميع، وهذا يشعره بأهمية دوره بعيداً عن العزلة والوقوع في حالة من اليأس وصولاً إلى الاضطراب النفسي.

أما حصول مجال "جودة الحياة الصحية" على الترتيب الأخير، فقد تعزو الباحثة ذلك إلى الاعتبارات المتعلقة بكبر السن، والتغيرات الجسدية والنفسية وغيرها، كما أن كثيراً من كبار السن يفقدون قدرتهم على العيش بصورة مستقلة، بسبب محدودية الحركة، أو الألم المزمن، أو الضعف، أو غير ذلك من المشكلات النفسية أو الجسمية، وحاجتهم إلى شكل من أشكال الرعاية طويلة الأجل. بالإضافة إلى ذلك، فإن كبار السن أكثر عرضة للمعاناة من حوادث مثل مشاعر الحزن والحداد، أو انخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي في ظل التقاعد، أو العجز. ويمكن أن يكون

واقع الرعاية الصحية في فلسطين، وتكلفتها إذا لم تكن مجانية ومتوافرة لدى بعض الأسر مؤشراً واضحاً نحو انخفاض جودة الحياة الصحية لدى كبار السن.

2.5 تفسير نتائج فرضيات الدراسة ومناقشتها

1.2.5 تفسير نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين التشوهات المعرفية وقلق الموت وجود الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.

أظهرت قيم معاملات الارتباط وجود علاقة دالة إحصائية بين التشوهات المعرفية وقلق الموت وجود الحياة لدى كبار السن في فلسطين، وجاءت العلاقة طردية بين التشوهات المعرفية وقلق الموت، وعكسية بين التشوهات المعرفية وجود الحياة.

وانتقلت هذه النتيجة مع معظم الدراسات السابقة، فقد بينت دراسة (Islami & Samadifard, 2018) وجود علاقة معنوية بين كل من التشوهات المعرفية وقلق الموت، وأشارت دراسة (غربي وغربي، 2021) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى المسنين المكفوفين والمسنين المبصرين، وبينت دراسة (بن سعيد والبرديسي، 2019) أن هناك علاقة دالة بين جودة الحياة لدى المسنين وبعض المتغيرات الاجتماعية، وكانت العلاقة دالة بين القلق وجود الحياة لدى النساء في أواخر الحمل في دراسة (Zhang et al., 2019)، كما بينت دراسة (عبد القوي، 2018) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الأسرية ومستوي رعايتهم لذويهم المسنين. واختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Ezaka et al., 2022)، التي أظهرت عدم وجود ارتباط كبير بين القلق من الموت وجود الحياة لدى مرضى السكري.

ومن وجهة نظر الباحثة يعد قلق الموت حالة انفعالية غير سارة تتضمن الخوف من الموت، وهو قلق لا مفر منه يحدث قبل الدخول في مستوى وعي الشخص، كما تنظر النظريات المعرفية إلى قلق الموت على أنه يلعب دورًا حيويًا في اضطرابات القلق الأخرى، وعليه فمع كبر الشخص في السن تصبح صحتهم ورفاههم في المجتمعات أكثر تعقيدًا، وحيث أن التشوهات المعرفية تؤثر سلباً على مشاعر الفرد، فهي بالتالي تؤثر على سلوكه، وهذا بدوره يقود إلى الاضطرابات النفسية، وعليه فإن قلق الموت لدى كبار السن ناتج عن التشوهات المعرفية لديهم، أي كلما ازدادت درجة التشوهات المعرفية ازداد مستوى قلق الموت.

كما إن فكرة جودة الحياة تدور وتتمحور حول إدراك الفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبيعة البيئة، ففي الطرف المكاني لها تأثيران: أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً، والآخر تأثيره غير مباشر، إلا إنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها. أما الطرف الزمني، فيتمثل في إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته، ويكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة، وعليه كلما ازدادت درجة التشوهات المعرفية انخفض مستوى جودة الحياة.

أظهرت بعض النظريات المفسرة لقلق الموت في أواخر القرن العشرين، ومنها نظرية النهج الوجودي، التي من روادها "رولو ماي"، و "فرانكل"، أن شخصية الفرد محكومة بالخيارات والقرارات المستمرة فيما يتعلق بواقع الحياة والموت؛ كما بينت نظرية الندم التي أطلقها "أدريان تومر"، و "غرافتون إلياسون"، فإنه من خلال الطريقة التي يقيم بها الناس جودة حياتهم وقيمتها، غالباً ما تجعل إمكانية الموت الناس أكثر قلقاً إذا شعروا أنهم لم يتمكنوا من إنجاز أي مهمة إيجابية في الحياة التي يعيشونها. وعليه، فإن العلاقة طردية بين التشوهات المعرفية وقلق الموت.

وفي حالة كبار السن فإن التفكير في الأمراض المميتة الناتجة من كبر في السن تعظم شعور
الخوف والهلع أو الرهبة والجزع، وهذا ما أشار إليه "تملبر" في نظريته لأسباب قلق الموت، بأن
القلق من الموت يتحدد بعاملين، هما: الصحة النفسية (جودة الحياة)، وخبرات الحياة المتصلة
بالصحة الجسدية، حيث ترتفع درجات قلق الموت عند الأشخاص الذين يعانون من حالة نفسية
وجسدية سيئة (شقيير، 2016). وعليه، فإن العلاقة عكسية بين قلق الموت وجودة الحياة.

2.2.5 تفسير نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها

الفرضية الثانية: لا توجد قدرة تنبؤية دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لكل من التشوهات
المعرفية وقلق الموت في التنبؤ بجودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين.

أظهرت النتائج أن كل من التشوهات المعرفية وقلق الموت قد وضحا معًا (41.9%) من نسبة
التباين في جودة الحياة؛ أي إن متغيري: التشوهات المعرفية وقلق الموت، لهما دور مهم وأساس
في التنبؤ بجودة الحياة.

واتفقت هذه النتيجة مع الدراسات السابقة، فقد بينت دراسة (Islami & Samadifard, 2018)
وجود علاقة معنوية بين كل من التشوهات المعرفية وقلق الموت، وأشارت معاملات بيتا للمتغيرات
التنبؤية إلى أن التشوهات المعرفية، والمرونة المعرفية، لديهما قدرة تنبؤية كبيرة في قلق الموت لدى
كبار السن. وقد أظهرت نتائج دراسة (Zolfaghari & Sadeghi, 2019) أن التشويه المعرفي له علاقة
إيجابية معنوية بقلق الموت، وبناءً على نتائج البحث، يمكن أن يرتبط اختيار استراتيجيات المواجهة
المناسبة ضد الإجهاد وتقليل الشعور بالوحدة والتشوه المعرفي بخفض قلق الموت لدى كبار السن
الذين يعيشون في دار المسنين.

وتفسر الباحثة التشوهات المعرفية لمعظم التباين في جودة الحياة، لاعتبار أن التشوهات المعرفية ترتبط بطبيعة علاقة الشخص الاجتماعية والأهل والأصدقاء والأسرة، بالإضافة إلى ارتباطه بالإنجازات الشخصية كنجاعة أو فشله في العمل أو في حياته، وكذلك تعتبر جودة الحياة بأنها أدراك الشخص لوضعه وموقعه في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابقها أو عدمها مع أهدافه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليتها، وعلاقته الاجتماعية، أو اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، ما يعني أن قدرة كبار السن على تقليل أو زيادة التشوهات المعرفية لديهم يساهم في جودة الحياة، فكان متغيري: التشوهات المعرفية وقلق الموت، لهما دور مهم وأساس في التنبؤ بجودة الحياة.

كما وأنه -على حد علم الباحثة-، فإن الدراسات التي تناولت جودة الحياة، تناولته من حيث علاقة وأثر المتغيرات المستقلة على جودة الحياة، ولم تجد دراسة تناولت قدرة التشوهات المعرفية وقلق الموت في التنبؤ بجودة الحياة.

3.2.5 تفسير نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في التشوهات المعرفية ومجالاتها تعزى إلى متغير: الجنس، مستوى الدخل، باستثناء وجود فروق دلالة إحصائية في مجالي: (الكل أو اللاشيء، القفز إلى النتائج) لدى كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير المستوى التعليمي بين (أدنى من

ثانوية عامة) من جهة وكل من (بكالوريوس) و(أعلى من بكالوريوس)، من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح (أدنى من ثانوية عامة).

وكانت الفروق في مستوى التشوهات المعرفية الكلي لصالح الذكور في دراسة (المعلا والعظمت، 2021)، ودراسة (الجراح والمومني، 2020)، ولم تكن الفروق في مستوى التشوهات المعرفية دالة في دراسة (الجراح والمومني، 2020). كما أنه -على حد علم الباحثة-، فإن الدراسات التي تناولت التشوهات المعرفية، لم تتناول متغير: المستوى التعليمي، أو مستوى الدخل.

وتبدو الفروق في التشوهات المعرفية لصالح كبار السن الحاصلين على مستوى تعليمي أدنى من ثانوية عامة منطقية في إطار معنى التشوهات المعرفية وتفسيراتها، فهي من المنطقي أن تكون أكثر انتشاراً بين الأفراد الأقل تعليماً، لكنها جاءت في الدراسة الحالية في مجالي: (الكل أو اللاشيء، القفز إلى النتائج)، وهذا قد يكون لارتباط هذين المجالين أكثر بكبار السن، فكبير السن يفكر بطريقة قد تتشابه مع الأطفال في علاقته بالآخرين، وسعيه لكسب رضاهم والوصول إلى النتائج التي تحقق أهدافه باعتبار تراجع الدور لكبير السن في داخل الأسرة مقارنة مع ما كان في الماضي، وهذا يجعلهم يريدون كل شيء أو لا شيء، ويتسرعون في القفز إلى النتائج أحياناً.

4.2.5 تفسير نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في قلق الموت ومجالاته تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

أشارت دراسة (غربي وغربي، 2021) إلى عدم وجود فروق دالة في قلق الموت لدى المسنين المكفوفين والمسنين المبصرين باختلاف الجنس، كما أظهرت دراسة (بولطبعة ولوجلي، 2020) عدم وجود فروق دالة في مستوى قلق الموت بين المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع أسرهم تعزى لمتغير: الجنس، أو المستوى التعليمي، بينما كانت الفروق في درجة القلق من الموت أعلى لدى الرجال منه لدى النساء في دراسة (Khalvati et al., 2021)،

وقد يعزى عدم وجود فروق دالة في قلق الموت ومجالاته تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، إلى أنه وعلى الرغم من أن الفروق والاختلافات في الشخصية بين الذكور والإناث، إلا أن الخوف من التعرض للأمراض لكبير السن تدور في تفكير كل منها، سواءً أكانوا ذكوراً أم إناثاً، وبغض النظر عن المستوى التعليمي، ومستوى الدخل لأي منهم. كذلك فإن سيطرة فكرة الموت موجودة في عواطف وانفعالات الذكور والإناث في هذا السن على حد سواء. كما أنه مما لا شك فيه أن الموت باعتباره نهاية للحياة يلعب دوراً كبيراً في ظهور القلق من الموت عند الإنسان، وبالتالي فإن كبار السن يدركون حقيقة الموت بغض النظر عن مستواهم التعليمي، ومهما اختلفت، امتثالاً لقول الله تعالى: (وَلِكُلِّ أُمَّةٍ أَجَلٌ فَإِذَا جَاءَ أَجْلُهُمْ لَا يَسْتَأْخِرُونَ سَاعَةً وَلَا يَسْتَقْدِمُونَ) (الأعراف: 34).

5.2.5 تفسير نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة ومجالاته تعزى إلى متغير: الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الدخل.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (سيسبان، 2021)، ودراسة (الكتاني، 2019)، إلى عدم وجود فروق دالة بين الطلبة في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، ورغم الاختلاف في مجتمع الدراسة، بينما كانت الفروق في جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس لصالح الذكور في دراسة (Alves et al., 2018).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن كبار السن سواءً أكانوا ذكوراً أم إناثاً يتلقوا الدعم الأسري والمجتمعي من حيث الاهتمام والمساندة ممن حولهم بغض النظر عن جنسهم، كما أن كبار السن يدركون أهمية جودة الحياة وبخاصة في المراحل الأخيرة من العمر، وبالتالي إدراكهم لأهمية الأعمال أو الأشياء التي يعملونها، التي أصبحوا يشعرون بفقدانها من خلال عدم قدرتهم والتزامهم بأعمالها كما في السابق، ما خلق عندهم نوع من الإدراك والوعي بأهمية الجودة على المستوى العام، فمفهوم الجودة يجري التعايش به والتعرف إلى مضامينه من خلال الحياة وجودتها. كذلك فإن كبار السن الذين مستواهم التعليمي متدنٍ تعرفوا إلى مفهوم جودة الحياة من خلال الحياة نفسها وليس من خلال المدارس أو الجامعات، وبالتالي لا يؤثر المستوى التعليمي في سعادة أو عدم سعادة كبار السن بحياتهم، فالعادات والتقاليد في المجتمع الفلسطيني تقضي بأهمية وقداسة العناية بكبار السن، وكثيراً

ما يتسابق الأبناء في توفير الرعاية الصحية والطبية لهم، فلم تكن الفروق في جودة الحياة ذات دلالة باختلاف أي من متغيرات الدراسة.

3.5 التوصيات والمقترحات

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يمكن التوصية بما يلي:

أولاً- توصيات الدراسة:

1. بالإشارة إلى وجود مستوى متوسط لمتغيرات الدراسة الثلاثة، فإن من الأهمية إعادة النظر في دراسة المراحل العمرية وسماتها، وإعادة النظر في حدود كل فئة عمرية، وباعتبار أنه كان لمستوى التعليم المنخفض لدى المسنين دور في بعض مجالات التشوهات المعرفية، فإن هذا قد يشير إلى أهمية تحديد العامل الرئيس المؤثر (العمر أم المستوى التعليمي)، وهل يؤثر المستوى الثقافي في تغيير مظاهر الفئة العمرية، وبخاصة في مرحلة العمر المتأخرة.
2. إدراج مواد تختص بالتوعية حول التشوهات المعرفية في المناهج التدريسية، من قبل وزارة التربية والتعليم، وذلك في جميع المراحل العمرية في المدارس، للمساعدة على نشر التوعية بهذه التشوهات في التفكير، وبالتالي التقليل من انتقالها مع الإنسان من المراحل العمرية المبكرة وتفاقمها ومنع تحويلها لثقافة ونمط تفكير لدى المسنين.
3. بناء برامج إرشادية متخصصة للمقبلين على الزواج، من قبل الجهات الحكومية؛ حيث إن المقبلين على الزواج هم حلقة الوصل بين الجيل الجديد وكبار السن، فهم يقع على عاتقهم جزء من مسؤولية الوعي ومحاولة تصحيح الخلل الموجود بنسبته المتوسطة، وقد يساهم ذلك في التقليل من شيوع هذه التشوهات مع مرور الوقت، فينتج جيل جديد من كبار السن وإعٍ بهذه التشوهات.

4. تقديم برامج إرشادية متخصصة من قبل مراكز الإرشاد والمؤسسات المجتمعية لإفراغ المخزون النفسي للمسنين وغير المسنين وعدم التعامل مع الكبت على أنه شيء عادي ومن المسلمات التي يتعايش معها الفرد، وتحسين الشعور بالتكامل والرضا عن الحياة، وخفض قلق الموت لديهم.

ثانيًا - مقترحات الدراسة:

- 1) عمل دراسات أكثر تختص بمعرفة كيفية بداية تكون هذه الأخطاء والتشوهات المعرفية، وبأي مرحلة عمرية تبدأ في الظهور، ومعرفة أسبابها، وبالتالي القدرة على اقتراح حلول للحد منها، لما لها من أثر سلبي على جودة الحياة للشخص نفسه وللمحيطين به.
- 2) إجراء المزيد من الدراسات حول العلاقة بين جودة الحياة ومتغيرات أخرى، مثل: الصلابة النفسية، وقوة الأنا، والشعور بالأمن النفسي، والأخذ بالاعتبار متغيرات تصنيفية أخرى، مثل: الحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى الاقتصادي، وذلك لندرة الدراسات العربية والمحلية حول هذا الموضوع.

المصادر والمراجع العربية والأجنبية

المصادر والمراجع العربية والأجنبية

القرآن الكريم

أولاً: المراجع باللغة العربية

أبو أسعد، أحمد وعربيات، أحمد. (2015). نظريات الإرشاد النفسي والتربوي. عمان: دار الميسرة

للنشر والتوزيع.

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

أبو حلاوة، محمد السعيد. (2010). جودة الحياة، المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السنوي، المنعقد

بتاريخ 2010/8/7، كلية التربية، جامعة الإسكندرية، مصر.

أبو راسين، محمد بن حسن راسي. (2012). فعالية برنامج تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة لدى

طلبة الدبلوم التربوي بجامعة الملك خالد بأبها. مجلة الإرشاد النفسي، (30)، 187-234.

أبو صاع، جعفر. (2010). قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيماوية الإسرائيلية

في محافظة طولكرم وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة التقديميين العرب على الانترنت، تاريخ

الاطلاع: 2021/12/26، <http://alhourriah.org>.

أبو صالح، شرين أحمد. (2013). الاغتراب النفسي وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من المعلمين

المسنين. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

أبو عبيد، علاء نصر. (2018). التشوهات المعرفية وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية كما

يدركها الأبناء في محافظة شمال غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية،

غزة، فلسطين.

أبو هلال، ياسمين. (2020). أنماط التعلق وعلاقتها بالتشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة النجاح

الوطنية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 4(8): 155-174.

بدران، دليلة وبرويس، وردة وسلطاني، أسماء. (2021). قلق الموت لدى عينة من المسنين في

ضوء انتشار فيروس كوفيد-19. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 14(2): 177-187.

بن سعيد، إكرام بنت بكر والبرديسي، مرضية بنت محمد. (2019). جودة الحياة الاسرية لدى

المسنين في المجتمع ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية: دراسة ميدانية بمكة

المكرمة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر

بولطيفة، علي ولوجلي، حميدة. (2020). قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين

مع أسرهم: دراسة مقارنة، مجلة رابطة الأدب الحديث، 133(1): 211-266.

الجراح، رانيا وليد والمومني، فواز أيوب. (2020). مستوى التشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة

اليرموك. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 11(31):

164-179.

جمال، نغم. (2016). جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الإرشادية لدى طلبة المرحلة الثانوية.

(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2021). الإحصاء الفلسطيني يستعرض أوضاع المسنين

في المجتمع الفلسطيني. منشور بتاريخ 2021/10/01، تاريخ الاطلاع: 2021/12/26:

<https://www.pcbs.gov.ps/postar.aspx?lang=ar&ItemID=4080>

جي، هوفمان. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية للمشكلات، (ترجمة:

مراد عيسى)، القاهرة: دار الفجر.

حجاب، منصور. (2016). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض التشوّهات المعرفية لدى مدمني المخدرات. (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

حدر، زينب. (2017). أساليب التنشئة الأسرية وانعكاساتها على جودة الحياة لدى المراهق. مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 2(2): 129-150.

الحكمي، علي بن أحمد. (2015). برنامج علاجي معرفي لتخفيف قلق الموت لدى مرضى القلب. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية. الحلو، غسان حسين والشكعة، علي عادل والقدومي، عبد الناصر عبد الرحيم. (2003). أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة: دراسة تطبيقية على طلبة جامعة النجاح الوطنية بنابلس. مجلة رسالة الخليج، 1(88): 1-41.

حمدي، صفاء عبد النبي. (2020). التشويّهات المعرفية والعدوان الاستجابي كمنبئات بالعدوان الاستباقي. المجلة العلمية لكلية الآداب، 1(1): 233-252.

حمو علي، خديجة. (2012). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم: دراسة مقارنة لـ(12) حالة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر.

الخصاونة، غادة. (2007). تقدير مستويات القلق لدى طالبات كلية التربية الرياضية في جامعة اليرموك في مسابقات الجمباز. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 21(4): 1097-1112.

خلاف، بوزيدي وأسماء، دنيا. (2018). جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل لدى عينة من طلبة الدكتوراه. مجلة البحث في التنمية البشرية، 9(2): 194-217.

الرشيدي، بشير ومنصور، طلعت والناقلي، محمد والخلفي، ابراهيم والناصر، فهد وبورسلي، بدر والقشعان، حمود. (2001). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطراب الضغوط التالية للصدمة- التشخيص. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.

ريماوي، عمر وعوض، حسني. (2015). قلق الموت لدى المرأة الحامل في فلسطين في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، 1(47): 130-159.

سعد الله، سحر خالد. (2019). الحساسية الانفعالية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المتقاعدين في قطاع غزة. (رسالة ماجستير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

سكران، كريمة وبوشقيف، أمينة. (2018). قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة: دراسة اكلينيكية لأربعة حالات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل- بعين تموشنت. المركز الجامعي، الجزائر.

سيسبان، فاطيمة الزهراء. (2021). جودة الحياة لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة وعلاقته بالتوافق النفسي. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 14(1): 91-108.

السيندي، خالد. (2013). التشويهات المعرفية وعلاقتها بسمة الانبساط والانطواء لدى متعاطي المخدرات والمتعافين منه. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

شبير، أحمد. (2018). التشوهات المعرفية وعلاقتها بأساليب التنشئة الاجتماعية لدى عينة من السجناء في قطاع غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

الشريف، بسمة عيد. (2006). أثر برنامج توجيه جمعي لتعديل التشوهات المعرفية في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف لدى طالبات المرحلتين الأساسية والثانوية. (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

شقيير، سمير. (2016). برنامج إرشاد نفسي لقلق الموت والاكتئاب. القدس: دار الجندي للنشر والتوزيع.

شوقي، فاطمة الزهراء. (2015). فاعلية برنامج العلاج النفسي التكاملي لتخفيف حدة الضغوط وقلق الموت لدى عينة من كبار السن. (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، جامعة عين شمس، مصر.

شيخي، مريم. (2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة ابي بكر، بلقيد، الجزائر.

شينار، سامية وفريد بوتعني وبولحبال، آية. (2021). تطبيقات جودة الحياة في مراكز رعاية المسنين. مجلة سيسيولوجيا، 5(1): 155-174.

شيهان، دافيد. (1998). مرض القلق. (ترجمة: عزت شعلان)، الكويت: عالم المعرفة. صالح، عباس. (2015). دراسة لبيان قلق الموت وعلاقته بأداء مهارة الإرسال بكرة الطائرة لدى طالبات الصف الخامس الإعدادي. مجلة الفتح، 11(62): 482-494.

صباح، رنين أحمد. (2021). التشوهات المعرفية وعلاقتها بالاتجاهات نحو الزواج والرفاهية النفسية وفقاً للحالات الزوجية في محافظات شمال الضفة الغربية. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

صلاح الدين، لمياء عبد الرازق. (2015). مقياس التشوهات المعرفية للشباب الجامعي. مجلة الارشاد النفسي، 1(41): 651-682.

ضميري، مهند. (2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي - سلوكي في تحسين جودة الحياة النفسية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس المفتوحة، القدس، فلسطين.

الطالب، محمد عبد العزيز. (2013). جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل وبيعض المتغيرات

الديمغرافية لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية الآداب، 2(26): 576-619.

طموني، عبد الرحمن أحمد محمود. (2019). فاعلية برنامج ارشادي معرفي خفض التشوهات

المعرفية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس

المفتوحة، فلسطين.

عاشور، نسيبة. (2016). قلق الموت لدى المسنين مظاهره وآثاره. (رسالة ماجستير غير منشورة)،

جامعة العربي بن مهيدي، الجزائر.

عباس، زهراء حسين. (2020). قلق الموت وعلاقته بالأمن النفسي لدى طالبات الصف السادس

الإعدادي بفروعها الثلاثة (الأحيائي، التطبيقي، الأدبي). مجلة الجامعة العراقية، 1(48):

438-450.

عبد العزيز، أسماء حمزة. (2021). الإسهام النسبي للتشوهات المعرفية والدعم الاجتماعي الأكاديمي

المدرک والتعاطف الذاتي في التنبؤ بالمناعة النفسية الأكاديمية لدى طلاب الجامعة. مجلة

جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، 15(3): 187-299.

عبد القوي، رضا رجب. (2018). جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الاسرية وعلاقتها بمستوى رعايتهم

لذويهم المسنين. مجلة الخدمة الاجتماعية، 1(59): 151-188.

العصار، إسلام أسامة. (2015). التشوهات المعرفية وعلاقتها بمعني الحياة لدى المراهقين في

قطاع غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). سيكولوجية العدوانية وترويضها: منحنى علاجي معرفي

جديد. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

عماري، حنان. (2013). قلق لموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي: دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة محمد خضير، بسكرة، الجزائر.

عودة، علي محمد. (2014). دراسة مقارنة في قلق الموت وفقاً لصورة الذات لدى المسنين. مجلة آداب المستنصرية، 1(64): 1-23.

عوده، أحمد وملكاوي، فتحي حسن. (1992). أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية: عناصر البحث ومناهجه والتحليل الإحصائي. إربد: مكتبة الكتابي.

العويضة، سلطان بن موسى. (2009). العلاقة بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية ومستويات الصحة النفسية عند عينة من طلبة جامعة عمان الأهلية. مجلة رسالة الخليج العربي، 30(113): 109-155.

عيد، محمد ابراهيم. (2000). دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب. مجلة كلية التربية، 4(24): 349-394.

غربي، عبد الناصر وغربي، رزيقة. (2021). الصلابة النفسية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المكفوفين والمسنين المبصرين: دراسة وصفية بولاية الوادي. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، 13(1): 281-294.

فقيري، تونس. (2015). علاقة سلوك النمط (1) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، الجزائر.

قواجلية، آية. (2013). قلق الموت لدى الراشد المصاب السرطان. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة محمد خضير، الجزائر.

القيق، أريج. (2016). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين: دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرنهم العاديين. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

الكتاني، هيام. (2019). أزمة الهوية ولعلاقتها بجودة الحياة لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدارس رهط. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الخليل، الخليل، فلسطين.

كرادشة، منير عبد الله والسمرى، مريم محمد. (2019). التحديات النفسية التي تواجه المسنين في محافظة مسقط: دراسة كمية تحليلية. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية، 13(1): 311-340.

الكرخي، خنساء نوري. (2011). جودة الحياة لدى المرشدين التربويين وعلاقتها بالذكاء الانفعالي، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة ديالى، بغداد، العراق.

كوروين، بيرني ورودل، بيتر وبالمر، ستيفن. (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. (ترجمة: محمود مصطفى)، القاهرة: دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع (2002).

مبارك، بشرى عناد. (2010). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، 1(99): 714-771.

مباركي، أسماء. (2015). قلق الموت عند الراشد المصاب بالقصور الكلوي المومن: دراسة اكلينيكية لثلاث حالات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر قائمة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة محمد خضير، بسكرة، الجزائر.

محمود، ضحى عادل. (2015). قلق لموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية. مجلة الأستاذ، 1(215): 355-378.

مرسي، صفاء اسماعيل. (2019). المساعدة الاجتماعية وعلاقتها بكل من القل والوحدة النفسية لدى

المسنين من النوعين. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 29(102): 231-288.

مرسي، محمد بدر. (2008). *المسنون في عالم متغير: مقدمة في علم الشيخوخة*. الإسكندرية:

دار الوفاء لدنيا الطبع والنشر.

المعاينة، أحمد سالم. (2016). *مستوى التشوهات المعرفية لدى الطلبة وعلاقتها بالإساءة اللفظية*

الموجهة لهم من المعلمين في مدارس مديرية لواء القصر. (رسالة ماجستير غير منشورة)،

جامعة مؤتة، سوريا.

المعلا، نظمي والعظمت، عمر. (2021). *القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية بإعاقة الذات لدى طلبة*

جامعة آل البيت. *مركز تطوير التعليم الجامعي*، 1(19): 24-52.

موقع الشرق. (2015). *الموظفون كبار السن أكثر حماساً من الشباب*. موقع الإلكتروني، تاريخ

النشر: 2015/09/10، تاريخ الاطلاع: 2022/08/05: <https://cutt.us/dmntd>.

نجوم، خالد بن شكري. (2002). *الالتزام بالدين الإسلامية وعلاقته بكل من قلق الموت والاكئاب*

لدى المسنين والمسنات بالعاصمة المقدسة ومحافظه جدة. (رسالة ماجستير غير منشورة)،

جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.

نورس، خرفية. (2016). *جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور*.

(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة زيان عاشور الجلفة، الجلفة، الجزائر.

اليامي، محمد حسين. (2021). *تقنين مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية على*

عينة من طلبة جامعة نجران بالمملكة العربية السعودية. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات*

التربوية والنفسية، 29(2): 201-215.

يوسف، جمعة. (2001). **النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية**. القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر .

ثانيًا: المراجع باللغة الإنجليزية

- Alves, P., Oliveira, A., & Paro, H. (2019). Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? **Plos one**, 14(3), e0214217.
- Argyle, M. (2001). **The Psychology of Happiness**. (2nd Edition) Routledge.
- Arminot, F. (2013). **Angoisse de mort – Définition, symptômes et traitement de l'angoisse de mort**. <https://www.qare.fr/sante/angoisse/mort/>.
- Aviccagir, G., & Kalkan, M. (2018). The Effect of Interpersonal dependency tendency on Interpersonal cognitive distortions on youths. **Journal of Human Behavior in the Social Environment**, 28(6), 771–786.
- Barriga, A. Q., Gibbs, J. C., Potter, G., & Liau, A. K. (2001). **How I Think (HIT) Questionnaire Manual**. Champaign, IL: Research Press.
- Beck, A. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. **American Journal of Psychiatry**, 165 (8), 969–977.
- Beck, A. Weismann, N. (1978). **Development and validation of dysfunctional attitude scale**: A preliminary Investigation. Paper presented at the annual meeting of the American educational research association (62nd, Canada, TO, March 27-3).
- Beck, A., Alford, B. (2009). **Depression Causes and Treatment**. (2nd edition), Published by University of Pennsylvania Press Philadelphia, Pennsylvania.
- Besdine, R. (2022). **An overview of aging**. MD, Warren Alpert Medical School of Brown University, USA. <https://www.msdmanuals.com/ar/home/>.
- Bestal, T., Barczak, A., Lewandowska-Walter, A. & Dozois, D. (2014). **Polish version of the Cognitive Distortions Scale (CDS)**: Preliminary validation and personality correlates.
- Briere, J. (2000). **CDS Cognitive Distortions Scale**. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Clark, L., (2002). **Help for emotions: managing anxiety, anger, and depression** (2editions). USA: Parents Press.

- Clemmer, K. (2009). **Cognitive Distortions: Define, Disorder & Disprove**. Retrieved From: [http:// eating disorder.org](http://eatingdisorder.org).
- Corey, G. (2001). **Theories and Practices of Counseling and Psychotherapy**. (Ninth edition) CA, Pacific Grove.
- Covin, R.; Dozois, D.; Ogniewicz, A.; & Seeds, P. (2011). Measuring Cognitive Errors: Initial Development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). **International Journal of Cognitive Therapy**, 4(3): 297–322.
- Dattilio, F. & Freeman, A. (2000). **Cognitive Behavioral Strategies**, 2nd ed., NY: The Guilford Press.
- Déllbard Céline et. al. (2001). **Et si nous parlions? l’infirmier face à la mort**, EPPA, Op DEL.
- Engler, B. (2014). **Personality theories. Australia: Wadsworth CENGAGE learning**, (Ninth edition) Wadsworth Publishing Co Inc.
- Ezaka E., Nassif, R., Chibuike, O., Okeke, S., Chukwubuzo O., & Ekpunobi, Ch., (2022). Relationship between death anxiety and health-related quality of life among diabetic patients: The predictive roles of experiential avoidance, **Global journal of obesity diabetes and metabolic syndrome**, 1(1): 011 – 019
- Flanagan, J. S & Flanagan, R. S. (2004). **Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills Strategies, and Techniques**, Wiley.
- Garcia, E. (2011) **A tutorial on correlation coefficients**, information- retrieval- 18/7/2018.<https://pdfs.semanticscholar.org/c3e1/095209d3f72ff66e07b8f3b152fab099edea.pdf>.
- Greenblatt-Kimron, L., Kestler-Peleg, M., Even-Zohar, A., & Lavenda, O. (2021), Death Anxiety and Loneliness among Older Adults: Role of Parental Self-Efficacy, **International Journal of Environmental Research and Public Health Article**, 18(9857): 1–11.
- Grohol, J. (2009). **Cognitive Distortions**. New York: Routledge Taylor & Francis>
- Gurwen, B., Palmer, S., Ruddell, P. (2000). **Brief Cognitive Behavior Therapy**. Sage Publications, London.
- Heim, E. M., Trujillo Tapia, L Quintanilla Gonzales, R. “My Partner will change”: Cognitive distortion In Battered women, in Bolivia, **Journal of Interpersonal Violence**, 33 (8), 2018, pp: (1348 – 1365).
- Helmond, P., Overbeek, G., Brugman, D., & Gibbs, J. C. (2015) . A Meta - analysis on cognitive distortions and externalizing problem behavior: Associations,

- moderators, and treatment effectiveness. **Criminal Justice and Behavior**, 42(3), 245 - 262.
- Islami, A. & Samadifard, H, (2018). Death Anxiety in the Elderly: The Role of Cognitive Failures, Flexibility and Distortion. **Journal of Geriatric Nursing Introduction**, (4), 36-43.
- Kaplan, S., Morrison, A., Goldin, p., Olino, T., Heimberg, R & Gross, J. (2017). The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Validation in a Sample of Adults with Social Anxiety Disorder. **Cognitive Therapy Research**, 1(41): 576 – 587.
- Keshavarz-Afshar H, Jahan-Bakhshi Z, Anisi J, Azad-Marzabadi E, Ghahvehchi-Hosseini F. (2016). The determination of mental health among military retired forces based on organizational and humanistic variables. **Journal of Mil Medicine**. 18(2):191–6.
- Khalvati, M., Babakhanian, M., Khalvati, M., Nafei, A., Khalvati, M., & Ghafuri, R. (2021). Death Anxiety in the Elderly in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis, **Iranian Journal of Ageing**, 16(2): 152-171.
- Leahy, R, L. (2017). **Cognitive Therapy Techniques: a Practitioner's Guide**, (2nd edition), The Guilford Press.
- Lester. K; Mathews, A.; Davison, Ph.; Burgess, J., & Yiend, J. (2011). "Modifying cognitive errors promotes cognitive well-being: A new approach to bias modification". **Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry**, (42)1: 298-308.
- Maggino, F. (2015). **A New Research Agenda for Improvements in Quality of Life**. German: Springer.
- Mcguire, J. (2000). **Cognitive-behavioral approaches: An introduction to theory and research**. University of Liverpool: United Kingdom.
- Mhaidat, F. & ALharbi, B. (2016). The Impact of Correcting Cognitive Distortions in Reducing Depression and the Sense of Insecurity Among A Sample of Female Refugee Adolescents. **Contemporary Issues in Education Research**, 9(4): 159-166.
- Ogg, J. (2005). Social Exclusion and Insecurity Among Older Europeans: The Influence of Welfare Regimes. **Ageing Society**, 69-90.
- Olendzki, A. (2005). Cognitive and behavior therapy in chronic depression. **Journal of Psychology and Christianity**, 13(4), 327–341.

- Ponourgia, C. & Comoretto, A. (2018). Do cognitive distortions explain the longitudinal relationship between life adversity and emotional and behavioral problems in secundar. **Stress Health**, 33(5):590-599. doi: 10.1002/smi.2743. Epub 2017 Feb 15.
- Rajabi S, Narimani M, Basari A. (2013). Evaluation and comparison of mental health statues a policemen and military personnel. **Journal of Military Psychology**, 4(13):32–43.
- Sharf, R. S. (2012). **Theories of Psychotherapy and Counseling, Concepts and Cases**, (Fifth edition), Cengage Learning.
- Sheykhi, A., Saeedinezhad, F., Raiesi, Z., & Rezaee, N., (2020). Effect of Reminiscence Therapy on Death Anxiety in Retired Elderly Men: An Interventional Study. **Surgical Nursing Journal**, 9(1): 1–6.
- Snock, Frank J., (2000). **A close look at measuring patient well-being in quality of life**, diabetes spectrum, 13(1), 24-28.
- Taj, A., Loona, MI., Khurshid, M., & Yousuf, A. (2022). Relationship between death anxiety and coping strategies among patients of hepatitis C. **Global Journal of Medical, Pharmaceutical, and Biomedical Update**, 17:3-8.
- Varaee P., Momeni, Kh., Moradi, A., (2018). The Prediction of Psychological Well-being Based on Death Anxiety and Self-compassion in the Elderly. **International Journal of Behavioral Sciences**, 12(1), 18–24.
- Yurica, C. (2002). **Inventory of cognitive distortions: Validation of a psychometric instrument for the measurement of cognitive distortions**. Unpublished doctoral dissertation. Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Zhang, H., Zhang, Q., Gao, T., Kong, Y., Qin, Z., Hu, Y., ... & Mei, S. (2019). Relations between stress and quality of life among women in late pregnancy: The parallel mediating role of depressive symptoms and sleep quality. **Psychiatry Investigation**, 16(5), 363-370.
- Zolfaghari, Sh. & Sadeghi, M. (2019). Prediction of death anxiety of elderly living in elderly care centers based on cognitive distortions, loneliness, and stress coping strategies, **Journal of Gerontology (joge)**, 3(4): 30–39.

الملاحق

- أ. أدوات الدراسة قبل التحكيم
- ب. قائمة المحكمين
- ت. أدوات الدراسة بعد التحكيم (الصدق الظاهري)
- ث. أدوات الدراسة بعد إجراء فحص الخصائص السيكومترية
- ج. كتاب تسهيل مهمة

الملحق (أ): أدوات الدراسة قبل التحكيم



جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الأستاذ الدكتور المحترم/ة.

تحية طيبة وبعد،

تقوم الباحثة بدراسة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي بعنوان:

"القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين". ومن أجل ذلك جرى العمل على تطوير ثلاثة مقاييس للدراسة، الأول: التشوهات المعرفية، والثاني: قلق الموت، والثالث: جودة الحياة، ويطلب من المستجيب أن يضع علامة (X) داخل المربع الذي يناسبه، بحيث يبين مدى موافقته على العبارة التي تتوافق مع رؤيته. ولما كنتم من أهل العلم والدراية والاهتمام بهذا الموضوع، فإنني أتوجه إليكم بأمل إبداء رأيكم في كل فقرة من فقرات المقاييس المرفقة، وبيان ما إذا كانت الفقرة مناسبة أم غير مناسبة للقياس، وإذا كانت ملائمة أم غير ملائمة من حيث انتمائها للمجال الذي وضعت فيه، وإن كانت سليمة لغويًا أم غير سليمة، وإفادتي باقتراحاتكم فيما إذا كانت الفقرة بحاجة إلى تعديل أم لا، وإن كان هناك فقرات يمكن إضافتها.

شاكراً ومقدراً لكم حسن تعاونكم،

الباحثة: داليا خليل أنور الكردي

إشراف: أ. د. محمد أحمد شاهين

بيانات المحكم

اسم المحكم	الجامعة	الرتبة	التخصص

المقياس الأول - التشوهات المعرفية

عرف بيك وآخرون (Beck et al., 1987) التشوهات المعرفية بأنها: "عملية عقلية تمثل أخطاء في التفكير تؤدي إلى معتقدات سلبية، وتسبب بدورها مشاعر سلبية مما يساعد على ظهور نمط استجابات الفرد السلوكية" (طموني، 2019: 11).

سيطور هذا المقياس بهدف استخدامه كأداة موضوعية بهدف قياس التشوهات المعرفية لدى عينة من كبار السن في فلسطين، وبالإستعانة بمقياس التشوهات المعرفية في دراسة (أبو عبيد، 2018)، ودراسة (شبير، 2018) ودراسة (صلاح الدين، 2015) في تطوير المقياس للدراسة الحالية، ومن ثم العمل على تقنيه بما يتلائم مع أهداف وعينة الدراسة والبيئة الفلسطينية، ويتوقع أن يتكون المقياس في صورته الأولى من (50) فقرة، موزعة على (6) مجالات/ أبعاد، هي: (التفكير الثنائي، والتعميم الزائد، والقفز إلى النتائج، والتضخيم والتهوين، والتفكير الكارثي، وأسئلة "ماذا لو"). تُصحح كالاتي: دائماً (3) درجات، أحياناً (2) درجات، غالباً (درجة واحدة).

الرقم	الفقرة	ملاءمة الفقرة		صياغة الفقرة		التعديل المقترح إن وجد
		ملائمة	غير ملائمة	مناسبة	غير مناسبة	
المجال الأول: تفكير الكل أو اللاشيء (التفكير الثنائي)، وتعرفه: هو تصنيف الناس بطريقة متطرفة جداً إلى أبعد حد، كأن يرى الشخص أن أداءه في العمل إما يمثل النجاح الكامل، أو الفشل التام كل شيء أو لا شيء، هذا التشويه المعرفي يشير إلى ميل الفرد في تقييم الأشياء (حجاب، 2016).						
1	إذا أكلت طعام ما خارج المنزل ومرضت، فلن آكل خارج المنزل مطلقاً					
2	لكي أكون سعيداً لا بد أن أكون في الاهتمام الأول					
3	أعتقد بأن أي إنسان إن لم يكن معي فإنه ضدي					
4	إذا لم أكن قادراً على فعل الشيء الصحيح فإنه لا شيء يستحق الفعل مطلقاً					
5	إن لم أكن متأكداً أنني سأكون الأفضل، أفضل					
6	يجب على الآخرين احترامي، وإلا فإنهم مخطئون					
7	إذا لم يشكرني شخص على اقتراحي، فإنه بالتأكيد لم يفهمني بشكل صحيح					
8	يجب على الآخرين أن يفعلوا ما أطلبه، وإلا فإنهم لا يستحقون احترامي					
9	إما إنني أحب الشخص أو أكرهه					
10	في رأيي، فإن الأمور إما سوداء أو بيضاء ولا توجد مناطق رمادية					
11	لا بد أن تكون كل قراراتي سليمة					

المجال الثاني: التعميم الزائد (المفرط) وتعريفه: استخدام اعتقادات غير ملائمة منطلقاً من أحداث استثنائية إلى أوضاع مختلفة، فقد يصل الشخص إلى قرار أنه فشل بسبب خطأ استثنائي (حجاب، 2016).				
				12
				إذا اكتشفت أن أحد الجيران لا يحب التعامل معي، أشعر أن كل الناس لا تحبني
				13
				إذا ساعدت أحد أفراد أسرتي ولم تتحسن أموره أفترض أنه لا داعي لمساعدة أي فرد آخر لاحقاً
				14
				لا أبالي إذا حذرنى أحد أن الطقس سيء اليوم
				15
				أشعر بعدم محبة الآخرين لي
				16
				لا يوجد من يهتم بالصدقة هذه الأيام وخاصة من هم في جيلي
				17
				لا أحد يفهمني
				18
				تكمن مشكلاتي في ثقتي الزائدة في نفسي
				19
				سأنجح في كل شيء بدون أي جهد إضافي
				20
				الدنيا مصالح شخصية
المجال الثالث: القفز إلى النتائج، وتعريفه: عملية استخلاص أو استنتاج من حالة، أو حدث، أو تجربة (Alford,)				
				21
				أستخلص النتائج دون النظر بعناية إلى التفاصيل
				22
				عادة ما أتنبأ أن الأمور تسير نحو الأسوأ
				23
				أصدر الأحكام مباشرة دون التحقق المسبق من كل
				24
				أقفز إلى الاستنتاجات والنتائج دون النظر إلى
				25
				عادة ما أكون على حق في أي موقف أتخذه حتى إن لم أملك الدليل على ذلك
				26
				لا شيء سيكون سيء بالنسبة لي
				27
				لا أحد سيكون جيد مثلي
				28
				لا أملك دليلاً، ولكنني على حق في أي موقف أمر
المجال الرابع: التضخيم والتهوين: إدراك حالة أو موقف بشكل أكبر بكثير مما هو عليه فعلاً أو بكثير من الواقع أو العكس (Sharf, 2012).				
				29
				أشياء قليلة أفعالها تجعلني الأفضل
				30
				أشعر أنني مؤثر في الأشياء مهما كانت درجة
				31
				الأشياء القليلة التي أفعالها تعني الكثير للآخرين
				32
				ألاحظ أنني مختلف عن الآخرين، بطريقة تجعلني أشعر بالتميز

					أنا أبالغ في تهويل الأمور إلى أبعد من أهميتها الحقيقية في حياتي	33
					يمكن للأحداث الصغيرة أن تجلب عواقب وخيمة	34
					لا أحد يستطيع تحقيق الإنجازات التي أفعها مهما بذل من مجهود	35
					بحاجة لتقدير الآخرين حتى أشعر بقيمتي	36
					أميل إلى استبعاد الصفات الإيجابية التي أملكها	37
					أقل من شأن خطورة المواقف	38
<p>المجال الخامس: التفكير الكارثي، وتعريفه: إن المحاولات الانتحارية ما هي إلا تعبير نهائي عن الرغبة في الهروب، فالفرد يرى مستقبله مثقل بالألم والعناد ولا يجد سبيلاً إلا الانتحار، ويبدو له خطوة منطقية، فهو يعتقد أن الانتحار يرفع عن أسرته عبئاً ثقيلاً (أبو أسعد وعربيات، 2015).</p>						
					إذا تطورت مشكلة في حياتي، فهذا يشير إلى أن حياتي عرضة للمشكلات باستمرار	39
					أتوقع بأن الأمور سوف تسوء في أي موقف أواجه	40
					عندما تغير الأنظمة أو القوانين في المكان الذي أتواجد فيه فهذا التغيير يعود إلى أشياء اقترفتها	41
					أتخيل عادة عواقب وخيمة ستحدث بسبب أخطائي	42
					توقعاتي السلبية عادة ما تتحقق	43
					عندما يحدث شيء سلبي في حياتي، فهذا أمر فظيع ولا أستطيع احتماله	44
					أرى أنه حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة	45
<p>المجال السادس: "ماذا لو" الأسئلة العقيمة: حيث يستمر الفرد في طرح الأسئلة الخاطئة*: "ماذا لو حدث شيء ما؟ ويفشل في الاقتناع بأي إجابة يصل إليها.</p>						
					أسأل نفسي: ماذا لو تركني زوجي/ تركتني زوجتي وأولاي وحيداً؟	46
					أسأل نفسي: ماذا لو أنني فشلت في التفاعل مع	47
					أفكر في إجابة سؤال: ماذا لو مت اليوم؟	48
					أطرح على نفسي أسئلة كثيرة ولا أقتنع بأية إجابة تخطر على بالي	49
					لا أجد إجابة على ماذا لو فقدت عائلتي؟	50

المقياس الثاني - قلق الموت

وتعرف شوقي (2015: 14) قلق الموت بأنه: "حالة انفعالية غير سارة تشير إلى القلق من المجهول بعد الموت، وكيفية الإعداد للموت، والقلق من العجز، وعدم القدرة والوحدة".

سيطور هذا المقياس بهدف استخدامه كأداة موضوعية بهدف قياس قلق الموت لدى عينة من كبار السن في فلسطين، والاستعانة بدراسة (القيق، 2016)، ودراسة (أبو صاع، 2010)، ومن ثم العمل على يقينه بما يتلائم مع أهداف وعينة الدراسة والبيئة الفلسطينية، ويتوقع أن يتكون المقياس في صورته الأولية من (21) فقرة، موزعة على ثلاثة مجالات، هي: (الخوف من الأمراض المميتة، سيطرة فكرة الموت، التفكير المستمر بالموت)، تُصحح كالاتي: تنطبق على تمامًا (5) درجة، تنطبق على أحياناً (4) درجة، تنطبق على نادراً (3) درجة، لا تنطبق على (2) درجة، لا تنطبق على أبداً (درجة واحدة).

الرقم	الفقرة	ملاءمة الفقرة		صيغة الفقرة		التعديل المقترح إن وجد
		ملائمة	غير ملائمة	مناسبة	غير مناسبة	
المجال الأول: الخوف من الأمراض المميتة						
1	يرعبني احتمال أن تجري لي عملية جراحية					
2	أخاف أن أصاب بنوبة قلبية					
3	أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الحوادث					
4	أخشى أن يحرمني الموت من شخص عزيز					
5	أخشى من احتمال إصابتي بمرض مميت					
6	أقلق عند سماع وفاة شخص بشكل مفاجئ					
المجال الثاني: سيطرة فكرة الموت						
7	لدي إحساس عميق بأنني سأموت قريباً					
8	ينتابني شعور مفاجئ بأنني سأموت					
9	يرعبني التفكير بالألم الذي صاحب لحظة الموت					
10	كانت تسيطر علي فكرة أنني سأموت في سن					
11	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبداً					
12	التفكير بالموت يسبب لي التوتر والأرق					
13	أخشى أمور مجهولة بعد الموت					
المجال الثالث: التفكير المستمر بالموت						
14	أنظر إلى الحياة نظرة متشائمة لأنها ستنتهي					
15	أخشى أن أموت فيحاسبني الله على ذنوبي					
16	يتملكني إحساس بالنتشأوم من الموت عندما أصلي أو أشاهد صلاة الميت					
17	حيناً أجلس وحيداً مع نفسي أشعر بأن الموت					

					18	لا أحب رؤية أحد يحتضره الموت
					19	أشعر برعب شديد حينما يتحدث أمامي أحد عن
					20	أود معرفة طبيعة حياة القبر لكنني أخشى أن أسأل عن القبر
					21	أرفض فكرة زيارة القبور

المقياس الثالث- جودة الحياة

عرفها تايلور وروجان "Taylor & Rogan" بأنها تمثل رضا الفرد بقدره بالحياة والشعور بالراحة والسعادة، وأكد العديد من الباحثين والدارسين أن جودة الحياة هي نظام معقد يضم مجالات عديدة، منها: المجال النفسي، والمجال الاجتماعي، والمجال البدني، والرضا عن الحياة، والسعادة، والرفاهية الذاتية (خلاف وبوزيدي، 2018). سيطور هذا المقياس بهدف استخدامه كأداة موضوعية بهدف قياس جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين، والاستعانة بدراسة (شينار وآخرون، 2021)، ودراسة (اليامي، 2021)، ودراسة (الكتوت، 2021) ومن ثم العمل على يقينه بما يتلائم مع أهداف وعينة الدراسة والبيئة الفلسطينية، ويتوقع أن يتكون المقياس في صورته الأولية من (37) فقرة، موزعة على خمسة مجالات، هي: (جودة الحياة الصحية، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة الحياة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته)، تُصحح كالاتي: تنطبق على تمامًا (5) درجة، تنطبق على أحياناً (4) درجة، تنطبق على نادراً (3) درجة، لا تنطبق على (2) درجة، لا تنطبق على أبداً (درجة واحدة).

الرقم	اتجاه الفقرة	الفقرة		ملاءمة الفقرة		صياغة الفقرة	التعديل المقترح إن وجد
		ملائمة	غير ملائمة	ملائمة	غير ملائمة		
المجال الأول: جودة الحياة الصحية							
1							
2	-						
3	-						
4							
5	-						
6	-						
7							
8							
9	-						
10							
المجال الثاني: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية							
11							
12	-						

					أعاني من السلوك الصدامي مع أفراد أسرتي	-	13
					أصبحت أفضل الانطواء على نفسي	-	14
					أصبحت علاقتي بجيرانني ومحيطي فاترة	-	15
					أرى نظرات الشفقة ممن حولي تجاهي	-	16
					لدى أصدقاء ما زالوا يتواصلون معي		17
					لديّ أبنائي، وهو أمر مهم للتواجد معهم		18
					أرغب بالذهاب للعيش في مكان لا يعرفني		19
المجال الثالث: جودة الحياة النفسية							
					أشعر بالرضا عن الظروف المحيطة بي		20
					أحصل على دعم عاطفي من أسرتي		21
					أشعر أن دوري لا يزال مهمًا في المجتمع		22
					أشعر بالألم النفسي والوحدة بسبب كبر	-	23
					أشعر بالتشاؤم عند التفكير بقرب الموت	-	24
					أشعر بالاستياء عند سماع أي أخبار عن	-	25
					أنا سعيد في معظم الأوقات		26
					أشعر بأن روحي المعنوية منخفضة	-	27
					أتمنى الموت	-	28
المجال الرابع: جودة شغل الوقت وإدارته							
					أنا آخذ الحياة كما تأتي وأقوم بأفضل		29
					أنا أستمتع بحياتي بشكل عام		30
					أهتم بتوفير وقت للنشاطات الاجتماعية		31
					لدي الكثير من السيطرة على الأشياء		32
					لدى الوقت الكافي لأداء أعمالي		33
					لدي أنشطة/ هوايات اجتماعية أو ترفيهية أستمتع بممارستها		34
					أنجز المهام التي أقوم بها في وقتها المحدد		35
					يصعب على تنظيم وقت لتناول الوجبات	-	36
					أشعر بأنني محظوظ مقارنة بمعظم الناس		37

مع بالغ شكري وتقديري

الباحثة

الملحق (ب): قائمة المحكمين

الرقم	الاسم	الرتبة	التخصص	الجامعة
1	أ. د. حسني عوض	أستاذ	إرشاد نفسي وتربوي	جامعة القدس المفتوحة
2	أ. د. سامي أبو اسحق	أستاذ	صحة نفسية	جامعة القدس المفتوحة
3	أ. د. زياد بركات	أستاذ	علم نفس تربوي	جامعة القدس المفتوحة
4	أ. د. يوسف ذياب عواد	أستاذ	صحة نفسية	جامعة القدس المفتوحة
5	أ. د. معتصم مصلح	أستاذ	علم نفس تربوي	جامعة القدس المفتوحة
6	د. فايز محاميد	أستاذ مشارك	إرشاد نفسي وتربوي	جامعة النجاح
7	د. منى البلبيسي	أستاذ مساعد	علم نفس تربوي	جامعة القدس المفتوحة
8	د. إبراهيم المصري	أستاذ مشارك	إرشاد نفسي وتربوي	جامعة الخليل
9	د. محمد العوري	أستاذ مساعد	إرشاد نفسي وتربوي	جامعة بير زيت
10	د. أحمد سعد	أستاذ مساعد	إرشاد نفسي وتربوي	جامعة القدس المفتوحة

الملحق (ت): أدوات الدراسة بعد التحكيم (الصدق الظاهري)



جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزتي/ عزيزي من كبار السن

تحية طيبة وبعد،

تقوم الباحثة بدراسة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي بعنوان: "القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي من كلية الدراسات العليا-جامعة القدس المفتوحة؛ وقد وقع عليك الاختيار لتكون ضمن عينة الدراسة. لذا، أرجو منك التعاون في تعبئة هذه الاستبانة بما يتوافق مع وجهة نظرك، علماً بأن بيانات الدراسة هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيراعى الحفاظ على سريتها، ولا يطلب منك كتابة اسمك أو ما يشير إليك، شاكرين لك حسن تعاونك.

مع بالغ شكري وتقديري،

الباحثة: داليا خليل أنور الكردي

بإشراف: أ. د محمد أحمد شاهين

أولاً- المتغيرات التصنيفية:

الجنس: ذكر أنثى

المستوى التعليمي: أمي دبلوم فأقل بكالوريوس أعلى من بكالوريوس

مستوى الدخل بالشيكل: منخفض (أدنى من 2000) متوسط (2000-3500) مرتفع (أكثر من 3500)

المقياس الأول - التشوهات المعرفية

الرقم	الفقرة	دائمًا	غالبًا	أحيانًا	نادرًا	أبداً
لمجال الأول: تفكير الكل أو اللاشيء (التفكير الثنائي)						
1	إذا أكلت طعام ما خارج المنزل ومرضت، فلن أكل خارج					
2	لكي أكون سعيدًا لا بد أن أكون موضع اهتمام من الجميع					
3	الشخص الذي لا يقف معي بالتأكيد هو ضدي					
4	إما أن أكون الأفضل دائمًا وإلا لا داعي من وجودي					
5	يجب على الآخرين احترامي، وإلا فإنهم مخطئون					
6	إذا لم يتقبل الآخرين آرائي فمعنى ذلك أنني شخص غير مرغوب					
7	يجب على الآخرين أن يفعلوا ما أطلبه، وإلا فإنهم لا يستحقون					
8	إما إنني أحب الشخص أو أكرهه					
9	في رأيي، فإن الأمور إما سوداء أو بيضاء ولا توجد مناطق					
المجال الثاني: التعميم الزائد (المفرط)						
10	إذا اكتشفت أن أحد الجيران لا يحب التعامل معي، أشعر أن كل الناس لا تحبونني					
11	إذا ساعدت أحد أفراد أسرتي ولم تتحسن أموره أفترض أنه لا داعي لمساعدة أي فرد آخر لاحقًا					
12	أرى أن الوفاء والحب أصبح معدوم بين الناس					
13	لا أحد يدرك معنى الصداقة الحقيقية في هذه الأيام					
13	لا أحد يفهمني					
15	لا أحد يستحق الثقة في هذه الأيام					
16	كل الناس في هذه الأيام سيئون					
17	الدنيا مصالح شخصية					
المجال الثالث: القفز إلى النتائج						
18	أستخلص النتائج دون النظر بعناية إلى التفاصيل					
19	عادة ما أتنبأ أن الأمور تسير نحو الأسوأ					
20	أصدر الأحكام مباشرة دون التحقق المسبق من كل الحقائق					
21	أقفز إلى الاستنتاجات دون النظر إلى الخيارات البديلة					
22	عادة ما أكون على حق في أي موقف أتخذه حتى إن لم أكن أملك الدليل على ذلك					
23	لا أحد سيكون جيد مثلي					

					24	لا أملك دليلاً، ولكنني على حق في أي موقف أمر فيه
المجال الرابع: التضخيم والتهوين						
					25	أشعر أنني مؤثر في الأشياء مهما كانت درجة مشاركتي فيها
					26	الأشياء القليلة التي أفعالها تعني الكثير للآخرين
					27	ألاحظ أنني مختلف عن الآخرين، بطريقة تجعلني أشعر
					28	أنا أبالغ في تهويل الأمور وأهميتها الحقيقية في حياتي
					29	يمكن للأحداث الصغيرة أن تجلب عواقب وخيمة
					30	لا أحد يستطيع تحقيق الإنجازات التي أفعالها مهما بذل من
					31	بحاجة لتقدير الآخرين حتى أشعر بقيمتي
					32	أميل إلى استبعاد الصفات الإيجابية التي أملكها
					33	أقل من شأن خطورة المواقف
المجال الخامس: التفكير الكارثي						
					34	إذا تطورت مشكلة في حياتي، فهذا يشير إلى أن حياتي عرضة للمشكلات باستمرار
					35	أتوقع بأن الأمور سوف تسوء في أي موقف أواجه
					36	عندما تغير الأنظمة أو القوانين في المكان الذي أتواجد فيه فهذا التغيير يعود إلى أشياء اقترفتها
					37	أتحيل عادة عواقب وخيمة ستحدث بسبب أخطائي
					38	توقعاتي السلبية عادة ما تتحقق
					39	عندما يحدث شيء سلبي في حياتي، فهذا أمر فظيع ولا
					40	أرى أنه حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى عواقب
المجال السادس: "ماذا لو" الأسئلة العقيمة						
					41	أسأل نفسي: ماذا لو تركني زوجي/ تركتني زوجتي وأولادي
					42	أسأل نفسي: ماذا لو أنني فشلت في التفاعل مع من حولي؟
					43	أفكر في إجابة سؤال: ماذا لو مت اليوم؟
					44	أطرح على نفسي أسئلة كثيرة ولا أفقتع بأية إجابة تخطر على
					45	لا أجد إجابة على ماذا لو فقدت عائلتي؟

المقياس الثاني - قلق الموت

الرقم	الفقرة	دائمًا	غالبًا	أحيانًا	نادرًا	أبداً
المجال الأول: الخوف من الأمراض المميتة						
1	يرعبني احتمال أن تجري لي عملية جراحية					
2	أخاف أن أصاب بنوبة قلبية					
3	أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الحوادث					
4	أخشى أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي					
5	أخشى من احتمال إصابتي بمرض مميت كالسرطان					
6	أقلق عند سماع وفاة شخص بشكل مفاجئ					
المجال الثاني: سيطرة فكرة الموت						
7	لدي إحساس عميق بأنني سأموت قريباً					
8	يرادوني تفكير مفاجئ بأنني سأموت					
9	يرعبني التفكير بالألم الذي يصاحب لحظة الموت					
10	كانت تسيطر علي فكرة أنني سأموت في سن مبكرة					
11	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبداً					
12	التفكير بالموت يسبب لي التوتر والأرق					
13	أخشى من أمور مجهولة قد تحدث لي بعد الموت					
المجال الثالث: الخشية من الموت						
14	أنظر إلى الحياة نظرة متشائمة لأنها ستنتهي حتماً بالموت					
15	أخشى أن أموت فيحاسبني الله على ذنوبي					
16	يتملكني إحساس بالتشاؤم من الموت عندما أصلي أو أشاهد صلاة الميت					
17	أشعر بأن الموت قريب مني حين أجلس وحيداً مع نفسي					
18	لا أحب رؤية أحد يحتضره الموت					
19	أشعر برعب شديد حينما يتحدث أمامي أحد عن الموت					
20	أود معرفة طبيعة حياة القبر لكنني أخشى أن أسأل عن					
21	أرفض فكرة زيارة القبور					

المقياس الثالث - جودة الحياة

الرقم	الفقرة	دائمًا	غالبًا	أحيانًا	نادرًا	أبداً
المجال الأول: جودة الحياة الصحية						
1	لدي شعور بالحيوية والنشاط					
2	الألم يؤثر على صحتي					
3	صحتي تقيد قدرتي على الاعتناء بنفسني					
4	أنا بصحة جيدة بما يكفي للخروج والتجول					
5	أشعر بالانزعاج من الآثار الجانبية للدواء الذي أتناوله					
6	تتكرر زياراتي للطبيب ولا يوجد علاج نافع					
7	لدي الكثير من الطاقة الجسدية					
8	أنام جيدًا					
9	أمارس بعض التمارين بشكل منتظم					
المجال الثاني: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية						
10	لدي من يمنحني الحب والعاطفة					
11	أشعر بضعف قدرتي على القيادة في الأسرة					
12	أصبحت أفضل الانطواء على نفسي					
13	أصبحت علاقتي بأفراد أسرتي فاترة					
14	أرى نظرات الشفقة ممن حولي تجاهي					
15	لدى أصدقاء ما زالوا يتواصلون معي					
16	لديّ أبنائي، وهو أمر مهم للتواجد معهم					
17	أرغب بالذهاب للعيش في مكان لا يعرفني فيه أحد					
المجال الثالث: جودة الحياة النفسية						
18	أشعر بالرضا عن الظروف المحيطة بي					
19	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي					
20	أشعر أن دوري لا يزال مهمًا في المجتمع					
21	أشعر بالألم النفسي والوحدة بسبب كبر سني					
22	أشعر بالاستياء عند التفكير بقرب الموت					
23	أنا سعيد في معظم الأوقات					
24	أشعر بأن روحي المعنوية منخفضة					
25	أتمنى الموت					
المجال الرابع: جودة شغل الوقت وإدارته						
26	أنا آخذ الحياة كما تأتي وأقوم بأفضل الأشياء					

					27	أنا أستمتع بحياتي بشكل عام
					28	أهتم بتوفير وقت للنشاطات الاجتماعية
					29	لدي الكثير من السيطرة على الأشياء المهمة في حياتي
					30	لدى الوقت الكافي لأداء أعمالي
					31	لدي أنشطة/ هوايات اجتماعية أو ترفيهية أستمتع بممارستها
					32	أنجز المهام التي أقوم بها في وقتها المحدد
					33	يصعب علي تنظيم وقت لتناول الوجبات الغذائية
					34	أشعر بأنني محظوظ مقارنة بمعظم الناس

مع بالغ شكري وتقديري/ الباحثة

الملحق (ث): أدوات الدراسة بعد إجراء فحص الخصائص السيكومترية



جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزتي/ عزيزي من كبار السن

تحية طيبة وبعد،

تقوم الباحثة بدراسة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي بعنوان: "القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي من كلية الدراسات العليا-جامعة القدس المفتوحة؛ وقد وقع عليك الاختيار لتكون ضمن عينة الدراسة. لذا، أرجو منك التعاون في تعبئة هذه الاستبانة بما يتوافق مع وجهة نظرك، علماً بأن بيانات الدراسة هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيراعي الحفاظ على سرّيتها، ولا يطلب منك كتابة اسمك أو ما يشير إليك، شاكرين لك حسن تعاونك.

مع بالغ شكري وتقديري،

الباحثة: داليا خليل أنور الكردي

بإشراف: أ. د محمد أحمد شاهين

أولاً- المتغيرات التصنيفية:

الجنس: ذكر أنثى

المستوى التعليمي: ثانوية عامة فأدنى دبلوم بكالوريوس أعلى من بكالوريوس

مستوى الدخل بالشيكل: منخفض (أدنى من 2000) متوسط (2000-3500) مرتفع (أكثر من 3500)

المقياس الأول - التشوهات المعرفية

الرقم	الفقرة	دائمًا	غالبًا	أحيانًا	نادرًا	أبداً
المجال الأول: تفكير الكل أو اللاشئ (التفكير الثنائي)						
1	إذا أكلت طعام ما خارج المنزل ومرضت، فلن أكل خارج المنزل					
2	لكي أكون سعيدًا لا بد أن أكون موضع اهتمام من الجميع					
3	الشخص الذي لا يقف معي بالتأكيد هو ضدي					
4	إما أن أكون الأفضل دائمًا وإلا لا داعي من وجودي					
5	يجب على الآخرين احترامي، وإلا فإنهم مخطئون					
6	إذا لم يتقبل الآخرين آرائني فمعنى ذلك أنني شخص غير مرغوب فيه					
7	يجب على الآخرين أن يفعلوا ما أطلبه، وإلا فإنهم لا يستحقون					
8	إما إنني أحب الشخص أو أكرهه					
9	في رأيي، فإن الأمور إما سوداء أو بيضاء ولا توجد مناطق رمادية					
المجال الثاني: التعميم الزائد (المفرط)						
10	إذا اكتشفت أن أحد الجيران لا يحب التعامل معي، أشعر أن كل الناس لا يحبونني					
11	إذا ساعدت أحد أفراد أسرتي ولم تتحسن أموره أفترض أنه لا داعي لمساعدة أي فرد آخر لاحقًا					
12	أرى أن الوفاء والحب أصبح معدوم بين الناس					
13	لا أحد يدرك معنى الصداقة الحقيقية في هذه الأيام					
14	لا أحد يفهمني					
15	لا أحد يستحق الثقة في هذه الأيام					
16	كل الناس في هذه الأيام سيئون					
17	الدنيا مصالح شخصية					
المجال الثالث: القفز إلى النتائج						
18	أستخلص النتائج دون النظر بعناية إلى التفاصيل					
19	عادة ما أنتبأ أن الأمور تسير نحو الأسوأ					
20	أصدر الأحكام مباشرة دون التحقق المسبق من كل الحقائق					
21	أقفز إلى الاستنتاجات دون النظر إلى الخيارات البديلة					
22	عادة ما أكون على حق في أي موقف أتخذه حتى إن لم أكن أملك الدليل على ذلك					
23	لا أحد سيكون جيد مثلي					

					24	لا أملك دليلاً، ولكنني على حق في أي موقف أمر فيه
المجال الرابع: التضخيم والتهوين						
					25	أشعر أنني مؤثر في الأشياء مهما كانت درجة مشاركتي فيها
					26	الأشياء القليلة التي أفعالها تعني الكثير للآخرين
					27	ألاحظ أنني مختلف عن الآخرين، بطريقة تجعلني أشعر بالتميز
					28	أنا أبالغ في تهويل الأمور وأهميتها الحقيقية في حياتي
					29	يمكن للأحداث الصغيرة أن تجلب عواقب وخيمة
					30	لا أحد يستطيع تحقيق الإنجازات التي أفعالها مهما بذل من مجهود
					31	بحاجة لتقدير الآخرين حتى أشعر بقيمتي
					32	أميل إلى استبعاد الصفات الإيجابية التي أملكها
					33	أقل من شأن خطورة المواقف
المجال الخامس: التفكير الكارثي						
					34	إذا تطورت مشكلة في حياتي، فهذا يشير إلى أن حياتي عرضة للمشكلات باستمرار
					35	أتوقع بأن الأمور سوف تسوء في أي موقف أواجه
					36	عندما تغير الأنظمة أو القوانين في المكان الذي أتواجد فيه فهذا التغيير يعود إلى أشياء اقترفتها
					37	أتخيل عادة عواقب وخيمة ستحدث بسبب أخطائي
					38	توقعاتي السلبية عادة ما تتحقق
					39	عندما يحدث شيء سلبي في حياتي، فهذا أمر فظيع ولا أستطيع
					40	أرى أنه حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة
المجال السادس: "ماذا لو" الأسئلة العقيمة						
					41	أسأل نفسي: ماذا لو تركني زوجي/ تركتني زوجتي وأولادي وحيداً؟
					42	أسأل نفسي: ماذا لو أنني فشلت في التفاعل مع من حولي؟
					43	أفكر في إجابة سؤال: ماذا لو مت اليوم؟
					44	أطرح على نفسي أسئلة كثيرة ولا أقتنع بأية إجابة تخطر على بالي
					45	لا أجد إجابة على ماذا لو فقدت عائلتي؟

المقياس الثاني - قلق الموت

الرقم	الفقرة	دائمًا	غالبًا	أحيانًا	نادرًا	أبدًا
المجال الأول: الخوف من الأمراض المميتة						
1	يرعبني احتمال أن تجري لي عملية جراحية					
2	أخاف أن أصاب بنوبة قلبية					
3	أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الحوادث					
4	أخشى أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي					
5	أخشى من احتمال إصابتي بمرض مميت كالسرطان					
6	أقلق عند سماع وفاة شخص بشكل مفاجئ					
المجال الثاني: سيطرة فكرة الموت						
7	لدي إحساس عميق بأنني سأموت قريبًا					
8	يرادوني تفكير مفاجئ بأنني سأموت					
9	يرعبني التفكير بالألم الذي يصاحب لحظة الموت					
10	كانت تسيطر علي فكرة أنني سأموت في سن مبكرة					
11	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبدًا					
12	التفكير بالموت يسبب لي التوتر والأرق					
13	أخشى من أمور مجهولة قد تحدث لي بعد الموت					
المجال الثالث: الخشية من الموت						
14	أنظر إلى الحياة نظرة متشائمة لأنها ستنتهي حتمًا بالموت					
15	أخشى أن أموت فيحاسبني الله على ذنوبي					
16	يتملكني إحساس بالتشاؤم من الموت عندما أصلي أو أشاهد صلاة الميت					
17	أشعر بأن الموت قريب مني حين أجلس وحيدًا مع نفسي					
18	لا أحب رؤية أحد يحتضره الموت					
19	أشعر برعب شديد حينما يتحدث أمامي أحد عن الموت					
20	أود معرفة طبيعة حياة القبر لكنني أخشى أن أسأل عن القبر					
21	أرفض فكرة زيارة القبور					

المقياس الثالث - جودة الحياة

الرقم	الفقرة	دائمًا	غالبًا	أحيانًا	نادرًا	أبداً
المجال الأول: جودة الحياة الصحية						
1.	لدي شعور بالحيوية والنشاط					
2.	الألم يؤثر على صحتي					
3.	صحتي تقيد قدرتي على الاعتناء بنفسني					
4.	أنا بصحة جيدة بما يكفي للخروج والتجول					
5.	أشعر بالانزعاج من الآثار الجانبية للدواء الذي أتناوله					
6.	تتكرر زيارتي للطبيب ولا يوجد علاج نافع					
7.	لدي الكثير من الطاقة الجسدية					
8.	أنام جيداً					
9.	أمارس بعض التمارين بشكل منتظم					
المجال الثاني: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية						
10.	لدي من يمنحني الحب والعاطفة					
11.	أشعر بضعف قدرتي على القيادة في الأسرة					
12.	أصبحت أفضل الانطواء على نفسي					
13.	أصبحت علاقتي بأفراد أسرتي فائتة					
14.	أرى نظرات الشفقة ممن حولي تجاهي					
15.	لدى أصدقاء ما زالوا يتواصلون معي					
16.	أرغب بالذهاب للعيش في مكان لا يعرفني فيه أحد					
المجال الثالث: جودة الحياة النفسية						
17.	أشعر بالرضا عن الظروف المحيطة بي					
18.	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي					
19.	أشعر أن دوري لا يزال مهماً في المجتمع					
20.	أشعر بالألم النفسي والوحدة بسبب كبر سني					
21.	أشعر بالاستياء عند التفكير بقرب الموت					
22.	أنا سعيد في معظم الأوقات					
23.	أشعر بأن روحي المعنوية منخفضة					
24.	أتمنى الموت					
المجال الرابع: جودة شغل الوقت وإدارته						
25.	أنا آخذ الحياة كما تأتي وأقوم بأفضل الأشياء					
26.	أنا أستمتع بحياتي بشكل عام					

					27. لدي الكثير من السيطرة على الأشياء المهمة في حياتي
					28. لدى الوقت الكافي لأداء أعمالي
					29. لدي أنشطة/ هوايات اجتماعية أو ترفيهية أستمتع بممارستها
					30. أنجز المهام التي أقوم بها في وقتها المحدد
					31. يصعب علي تنظيم وقت لتناول الوجبات الغذائية
					32. أشعر بأنني محظوظ مقارنة بمعظم الناس

مع بالغ شكري وتقديري

الباحثة

الملحق (ح): كتاب تسهيل المهمة

Al-Quds Open University

Academic Affairs
Deanship of Graduate Studies

Ramallah - P.O. Box 1804 - Postcode: P6058238
Tel: 02/2976240 - 02/2956073
Fax: 02/2963738
Email: fgs@qou.edu



جامعة القدس المفتوحة

الشؤون الأكاديمية
عمادة الدراسات العليا

رام الله - ص. ب. 1804 - الرمز البريدي: P6058238
هاتف: 02/2956073 - 02/2976240
فاكس: 02/2963738
بريد الكتروني: fgs@qou.edu

Ref. :

الرقم: ع. د. ع. / 1166/22

Date :

التاريخ: 2022/08/6

حضرات السادة مؤسسات رعاية ومتابعة كبار السن المحترمون

تحية طيبة وبعد،

تسهيل مهمة

فتهدىكم عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي في جامعة القدس المفتوحة أطيب التحيات، وبالإشارة إلى الموضوع أعلاه تقوم الطالبة (داليا خليل الكردي) بإعداد رسالة ماجستير في تخصص "الإرشاد النفسي والتربوي" بعنوان: (القدرة التنبؤية للتشوهات المعرفية وقلق الموت في جودة الحياة لدى عينة من كبار السن في فلسطين). وعليه، أمل من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة في إعداد رسالتها وتوزيع أدوات الدراسة المتعلقة بها، شاكرين لكم حسن تعاونكم في خدمة البحث العلمي ومعالجة قضايا مجتمعنا الفلسطيني.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

أ. د. محمد شاهين

عميد الدراسات العليا



نسخة:

• الملف.