



بحوث قسم علم الاجتماع



فعالية برنامج إرشادي عقلاي انفعالي للتخفيف من قلق الموت لدى عينة من مرحلة الرشد المتأخر المصابين به (كوفيد- ١٩)

د/ مها صبرى أحمد إبراهيم

دكتوراة- تخصص صحة نفسية

الملخص:

هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج إرشادي للتخفيف من قلق الموت، والتعرف على أثره في خفض مستوى قلق الموت لدى عينة من لدى عينة من مرحلة الرشد المتأخر المصابين بكوفيد (١٩). وتكونت عينة البحث الكلية من (١٠٠) مشاركة ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٦٠ - ٦٥) سنة، بينما تكونت عينة البرنامج الإرشادي من (٢٠) مشارك، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٦٠ - ٦٥) سنة، وتم تقسيمهم بالتساوى إلى مجموعتين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس قلق الموت (إعداد/ الباحثة)، والمقابلة الإكلينيكية المنظمة، ودراسة الحالة، والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثة).

وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات المجموعتين (الضابطة والتجريبية) قبل تطبيق البرنامج على مقياس قلق الموت، وجود فروق ذات دلالة إحصائية متوسطى درجات المجموعتين (الضابطة والتجريبية) بعد تطبيق البرنامج على مقياس قلق الموت (المقياس البعدى) لصالح المجموعة التجريبية، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية متوسطى درجات المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج على مقياس قلق الموت (المقياس التبعي). مما يستدل منها على فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض قلق الموت لدى عينة البرنامج. كما أشارت النتائج إلى استمرار فاعلية البرنامج حتى فترة المتابعة.

الكلمات المفتاحية:

قلق الموت - مرحلة الرشد المتأخر - الإرشاد العقلاني الانفعالي - البرنامج

الإرشادي.

**The effectiveness of a rational emotional
counseling program to reduce death anxiety among a
sample of late adulthood infected with (Covid-١٩)**

Research Summary:

This study aimed to design a counseling program to alleviate death anxiety, and to identify its impact on reducing the level of death anxiety among a sample of a sample of late adulthood infected with (Covid -١٩). The total research sample consisted of (١٠٠) participants whose ages ranged between (٦٠-٦٥) years, while the sample of the counseling program consisted of (٢٠) participants, whose ages ranged between (٦٠-٦٥) years, and they were divided equally into two groups: Two experimental and control groups, and the study used experimental method. The study tools were the death anxiety scale (prepared by the researcher), the structured clinical interview, the case study, and the indicative program (prepared by the researcher).

The results concluded that there were no statistically significant differences between the average scores of the two groups (control and experimental) before applying the program on the death anxiety scale, and there were statistically significant differences in the mean scores of the two groups (control and experimental) after applying the program on the death anxiety scale (post-measurement) in favor of the group. The experimental group, as well as the presence of statistically significant differences in the mean scores of the experimental group after the completion of the application of the program on the death anxiety scale (follow-up measurement). Which indicates the effectiveness of the counseling program in reducing death anxiety among the program sample. The results also indicated that the program continued to be effective until the follow-up period.

Keywords:

Death anxiety - late adulthood stage - Rational Emotional Counseling - a counseling program.

مقدمة البحث:

فيروس كورونا المستجد (كوفيد- ١٩- COVID) من سلالة كورونا، التي تم التعرف عليه لأول مرة في عدد من المصابين بأعراض الالتهاب الرئوي في مدينة "ووهان" Wuhan بمقاطعة هوبي في الصين في أوائل شهر ديسمبر عام ٢٠١٩، وأعلنت منظمة الصحة العالمية عنها رسمياً في ٣٠ يناير بعد أن تفشي الفيروس مما يُشكل حالة طوارئ صحية عامة تبعث

على القلق الدولي، وأكدت تحول الفاشية إلى جائحة يوم ١١ مارس. أُبلغ عن أكثر من ١٩٤ مليون إصابةً بكوفيد-١٩ في أكثر من ١٨٨ دولةً، ومنطقةً حتى تاريخ ٢٧ يوليو ٢٠٢١، تتضمن أكثر من ٤,١٧٠,٠٠٠ حالة وفاة، بالإضافة إلى تعافي أكثر من مليون مصاب. وتعتبر الولايات المتحدة أكثر الدول تضرراً من الجائحة، حيث سجلت أكثر من ربع مجموع عدد الإصابات المؤكدة.

ولقد أصيب به كل الأفراد بمختلف مراحل الأعمار. ولقد سببت أزمة كورونا الكثير من الانعكاسات الصحية الجسدية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، وأرهقت الأجهزة الطبية في البلدان كافة. وشهدت الأزمة حشد الكثير من الجهود والطاقت لمجابهة هذه الجائحة.

ولا يميز فيروس كورونا بين الجنسيات أو بين النساء والرجال أو الأعمار. ومما لا شك فيه أن مرحلة الشيخوخة هي آخر المراحل العمرية، والتي يتعرض فيها الفرد لمجموعة من التحولات خاصةً الجانب الجسمي حيث يشهد الضعف والنقص في القوة العضلية والطاقة الجسمية بوجه عام؛ وهذه التغيرات تؤدي إلى آثار على الصعيد النفسي.

وفي هذه المرحلة يفكر المسن كثيراً في الموت، ويشعر باقتراب أجله، ويكون دائم التفكير في موضوع الموت كيف يأتي، متى؟. فقلق الموت هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من الشعور بالضيق والانفعال والانفعال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

والقلق هو الشعور بالتوتر حيال الأمور التي تحدث حولنا أو توشك على الحدوث، ويتوافق تفشي فيروس كورونا المستجد بحالة عامة من عدم اليقين، ومن الطبيعي أن يُصاب الناس بالقلق من إمكانية تشخيص إصابتهم بالفيروس، إلى جانب القلق من إصابة أحد الأشخاص المقربين بالعدوى، والقلق من تعرض النفس أو المقربين للعزلة الاجتماعية أو الحجر الصحي.

ومن ثم كان للإرشاد النفسي في تلك السنوات العصبية دور كبير في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية، وخاصةً قلق الموت، والانفعالات الحادة، ومواجهة مشاكل الحياة،

ومحاولة تقبل الواقع بما فيه من مواقف وأحداث سلبية أم إيجابية. ولقد كانت خدمات الإرشاد الصحي المتخصصة أثناء تلك الأزمة، وفي حال الإغلاق وحظر التجول صارت المقابلة الشخصية غير متاحة بسبب حالة الطوارئ الصحية، ولذا قدمت الخدمات النفسية عبر الهاتف.

لهذا أصبح هذا الموضوع من القضايا المهمة والموضوعات المستحدثة التي تناولها الباحثين بالدراسة والبحث. ومن ثم كان لزاماً على الخدمات النفسية كالإرشاد النفسي، والعلاج النفسي أن تتأقلم بسرعة للاستجابة للمشكلات النفسية والضغوط التي نشأت في هذا العصر.

مشكلة الدراسة:

نحن نعيش اليوم في عالم متغير يخضع لتأثيرات اجتماعية، وثقافية، واقتصادية، وسياسية متقلبة تجعل الحياة التي يعيشها الإنسان أكثر تعقيداً وتحولها من البسيط الى المركب؛ بالإضافة إلى انتشار الوباء في هذا العصر؛ وهو ما أطلق عليه 'فيروس كورونا المستجد' أو **كوفيد (19)** ، الذي جعل الحياة أشد تعقيداً، وهو سلالة جديدة من الفيروسات التاجية، ويسبب الحمى والسعال وضيق النفس: (World Health Organization., ٢٠٢٠، ٥٠).

فمن الملاحظ في عصرنا الحالي أن القلق من المشكلات النفسية الشائعة التي يعاني منها الفرد وذلك إلى الحد الذي جعل بعض الباحثين يطلقون على عصرنا الراهن عصر القلق، وخاصةً تلك الفترة الزمنية إذ بدأ اندلاع فيروس كورونا المستجد من مدينة **وهان Wuhan** كما أعلنت الصين نفسها، بالرغم من أن البعض يرون أنه بدأ قبل ذلك في سوق الحيوانات البرية الحية، وثمة تقارير صادرة من الصين تؤكد وجود مركز مختبرات وأبحاث للفيروسات والأحياء الدقيقة على بعد مائة متر فقط من ذلك السوق؛ لذلك، يرى البعض أن هذا الفيروس هو استعمال غير سوي للتكنولوجيا المتطورة، وشطط في ممارسة الحرية، وصناعة صينية أغرقت العالم في أزمة لا يعلم مداها إلا الله سبحانه وتعالى (قاسمي وفخيتي، ٢٠٢٠).

ولقد أدى هذا **الفيروس** بسبب قدرته العالية على العدوى، وكثرة ضحاياه إلى حالة من الهستيريا الجماعية، وتسبب في العديد من الخسائر الاقتصادية، وفقدان الوظائف، والهلع

العام، والقلق، والتوتر، والوساوس، والاكتئاب، وضغوط ما بعد الصدمة؛ مما جعل بعض الباحثين يأتون بمصطلح جديد يسمى بـ "قوبيا الكورونا" Corona Phobia، الذي تجلت آثاره في قدر كبير من أعراض المشكلات النفسية التي ظهرت بين أفراد المجتمع؛ Khalaf, ٢٠٢٠, (Dubey et al., ٢٠٢٠).

وتُعد مناعة الجسم من العناصر المهمة في مواجهة فيروس كورونا المستجد، ولكن مع التقدم في السن، تتراجع كفاءة خلايا الجهاز المناعي مع التقدم في السن، وتعمل بصورة أبطأ. ومن ثم يمكن لبعض أنواع العدوى، مثل الالتهاب الرئوي، والأنفلونزا، أن تكون أكثر شيوعاً بين المسنين، وأن تكون مسؤولة عن أعداد أكبر من الوفيات. كما تُصبح أعراض الحساسية أقل شدة مع التقدم في السن. ومع تباطؤ عمل الجهاز المناعي، تُصبح أمراض المناعة الذاتية أقل شيوعاً (United Nations. Policy Brief., ٢٠٢٠, Lupe, Keefer, Szigethy, ٢٠٢٠).

ولقد أعلنت منظمة الصحة العالمية أن حجم تفشي هذا الوباء كبير جداً حتى بات بمنزلة جائحة عالمية صحية، ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية في ٢٦ فبراير (٢٠٢١)، وصل عدد المصابين به إلى ١١٢,٦٤٩,٣٧١. كما بلغ عدد الوفيات ٢,٦٠١,٢٢٩ في تسع عشرة ومائتي دولة ومنطقة وإقليماً، ويزداد الوضع سوءاً حيث يرتفع عدد المصابين والمتوفين كل يوم (Yang et al., ٢٠٢٠)؛ لذلك فقد كان تقييم منظمة الصحة العالمية للوضع الوبائي على أنه خطير جداً؛ مما حدا بالبعض لوصف القرن الحادي والعشرين بأنه عصر جائحة الكورونا، وعصر الأمراض النفسية أيضاً، وأن الاستعداد النفسي والاجتماعي لهذا الوباء يُعد ضرورة ذات طابع عالمي (Dubey et al., ٢٠٢٠).

وقد أصاب العالم كله أجمع بالقلق بجميع صورته ومظاهره، وأصاب كل الفئات العمرية إذ يصيب الجهاز المناعي للجسم ويمكن للمرض أن يتسبب بالتهاب الرئة أو صعوبة التنفس. كما يمكن أن يؤدي إلى الوفاة في بعض الحالات الشديدة منه (World Health Organization., ٢٠٢٠).

ولقد بات الموت يُشكل مصدر تهديد وانفعال سلبي ناتج عن الإحساس بمشاعر سلبية نتيجة للخطر الذي دق ناقوسه على العالم كله، وأصبح الأمر كله مسألة حياة أو موت. ويُعد هذا الوباء من أخطر الأحداث التي يحدثت في القرن (٢١)، ووجب على العلماء فك شفراتها إذ جعل العالم بأسره غير قادر على الخروج من ديمومة وقوقعة التفكير السلبي في الموت، وأعاق المسيرة الحياتية، وحجب العالم عن مساندة الحياة والتمتع بملذاتها أو التفكير في أحلام مستقبلية (١١٢٢: ٢٠١٣، Ellis, Wahab, Ratnasingan, Dubey et al., ٢٠٢٠: ١٢٢، قاسمي وفخيتي، ٢٠٢٠).

ويُعد الموت حقيقة لا تقبل الشك وليس ضرباً من ضروب الخيال، وكل منا سمع أو رأى أو كلاهما بموت شخص تربطه بهم علاقات، أو لا تربطهم به أي علاقة، ومهما طال العمر أو قصر سوف نذوق الموت حتماً، وكثير من الآيات القرآنية والروايات تحدثت عنه، ولكن بعض الأشخاص نراهم حين ذكر الموت ينفرون منه ويشعرون بالانقباض والانزعاج، وتراهم يحاولون تغيير الموضوع إلى موضع آخر، وأحياناً ترى النفور من قبل الأشخاص عن سماع ذلك الحديث. إن هذه المشاعر تتباين شدتها من فرد إلى آخر، وهذه الفروق ليست حصراً على موضوع الموت والقلق منه، بل هذه الفروق تظهر في موضوعات أخرى نتيجة للفروق الفردية بين الأفراد وبين الظروف التي يمر بها الفرد من أمن وسلام وحرب ونزاع. وهناك أفراد يتميزون بالقبول والتوافق مع فكرة الموت، وآخرون يتصفون بالخوف المفرط من الموت. ويجب الاهتمام بالأفراد المفرطون في الخوف من الموت. ومن ثم يحتاج كبار السن خدمات الصحة النفسية لحسن التوجيه نفسياً ومهينياً واجتماعياً للوقاية من مشكلات منظورة قبل وقوعها أو لعلاج مشكلات قائمة يعاني منها المسنون (أبوعوض، ٢٠٠٨: ٤٥).

ويُعد القلق من الاضطرابات النفسية التي تصيب الفرد في تلك الفترة، وفي كل المراحل العمرية المختلفة، ويصيب القلق المسنين خاصة وذلك لأن هذه المرحلة تقترب بالاستهلاك التدريجي للأعضاء والتغيرات الحيوية التي تطرأ على الجسم والتي ترافق الشيخوخة. كما تأتي مشكلة التقاعد على رأس المشكلات؛ وذلك لأن المسن يشعر بفراغ كبير حيث ويجد أن دخله نقص، وقد يشعر أنه بذلك انتهى دوره في الحياة لذلك يشعر المسن في أعماق نفسه بالقلق على

حاضره وخوفه من مستقبله مما قد يؤدي به إلى الاضطرابات النفسية. كما يرافق الشيخوخة استهلاك تدريجي للأعضاء وتغيرات حيوية تطراً على الجسم (أبوعوض، ٢٠٠٨: ٤٥).

وبما إننا في عصر الأوبئة، فإن الوقاية خير من العلاج، ومن أساسيات الوقاية من الاضطرابات التي قد تحدث نتيجة انتشار الفيروس رفع حيز الوعي عند القائمين على رعاية المرضى، ومراعاة الجانب النفسي بطمأنته قدر الإمكان أثناء الجائحة، وعدم التهويل، وتوعيته بالمعلومات المبسطة، وحثه على الاحتفاظ باللياقة الصحية، بتناول الغذاء الصحي، وكمية كافية من الماء، واستمرار التواصل الاجتماعي معه عن طريق وسائل الاتصال المعروفة حالياً (Derbyshire., ٢٠٢٠, Department of Health, Australian Government., ٢٠٢٠).

ولقد تم إدراج الإجراءات الوقائية لمكافحة جائحة كوفيد-١٩، كما أنه في حالة الاستقرار الصحي لمريض كورونا نحرص على عدم تعريضه لأي إصابة بالفيروس المستجد حيث يتم صرف الأدوية بطريقة يراعى فيها سلامة المرضى والعاملين الصحيين، بالتنسيق مع عائلته لاستلام الأدوية من قبل شخص لا يعاني من اي أمراض تنفسية (Department of Health, Australian Government., ٢٠٢٠).

وإذا استدعت الحالة الحضور فيراعى سرعة فحصها مع اتخاذ جميع تدابير السلامة علماً بأن إدارات المستشفيات تمضي في التعامل مع الجائحة، وفقاً للآليات المدرجة في إدارة الأزمات والطوارئ جنباً إلى جنب مع المعين (Derbyshire., ٢٠٢٠, Department of Health, ٢٠٢٠).

وحول آليات التعامل مع حالات الهلع والقلق وقلق الموت نتيجة الخوف من فيروس كورونا يتم التعامل مع تلك الحالات باستخدام العلاجات السلوكية والعلاج النفسي الداعم للمريض، حيث يتم تثقيف الأسرة ومقدمي الرعاية حول العوامل المساهمة والمؤدية للحالة،

وطرق الوقاية منها، وقد يحتاج بعضها إلى العلاجات الدوائية الموقنة والدعم النفسي من المختصين (Milanović, Pantelić, Trajković, Sporiš, Kostić, James., ٢٠١٣).

كما وضعت برامج خاصة لمتابعة المرضى والوقوف على المشكلات التي قد يتعرضون لها وذلك بالاتصال المباشر بهم أو بأهلهم مع تواجد أطباء على مدار الساعة في حالة الطوارئ لخدمة المرضى. كما وضعت برامج الدعم النفسي، وحالياً تنفذ برنامج العلاج الطبي والنفسي عن بعد (Center for Disease Control and Prevention, ٢٠٢٠).

ومن ثم تكمن مشكلة الدراسة في أن فيروس كورونا المستجد تسبب في حدوث نوع من القلق النفسي على البشر بجميع أعمارهم، وأصاب وفتك بالملايين؛ مما فرض على الناس البقاء في بيوتهم، وعلقت رحلات الطيران، والذي جعل الأفراد دائمي التفكير في الموت تحسباً لخطر الموت القريب، وهذا ما يسمى "قلق الموت" أو "وسواس الموت"، ومما زاد الخوف في نفوس الناس انتشار أخبار الوباء بسرعة كبيرة من خلال وسائل التواصل الاجتماعي (الحبشي، ٢٠٢٠، ١٢٢:٢٠٢٠). (Dubey et al., ٢٠٢٠)

ومن ثم تنطلق إشكالية البحث من مظاهر وانعكاسات وتأثيرات انتشار جائحة كورونا التي تهدد الأفراد بمختلف الأعمار بخطر الموت، والضيقة الاقتصادية التي يشهدها ويعيشها العالم المتمثلة بانتشار البطالة وخسارة الأعمال والمهن والوظائف بأشكالها وأنواعها المتعددة. إذ يشعر أفراد المجتمع بقلق كبير، وتوتر مرتفع على مستوى ما تقدمه الدول من خدمات صحية، ومن اهتمام بقطاع الاستشفاء. ولا ننسى أننا بصدد أزمة اقتصادية أدت إلى ارتفاع تكاليف العناية الصحيّة وتكاليف الاستشفاء، إضافة إلى توقّف المستشفيات عن التعامل مع مؤسسات الضمان الاجتماعي، واقتصار استقبال المرضى على الحالات المرضية الحرجة فقط بسبب قلة توفر المستلزمات الطبية، وتوقف عمليات الاستيراد والتصدير من وإلى الخارج بفعل توقف عمل المطارات في ظل جائحة كورونا (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho, & Ho, ٢٠١١-٢٠٢٠: ٢٠١)

كما ارتفع مستوى التشاؤم والقلق لدى الأفراد بالأعمار كافة، وازدادت درجة الاعتقاد بقرب الأجل، وفقدان الإحساس بالأمن النفسي الذي يُعدُّ متغيراً مهماً من متغيرات

الصحة النفسية. فإحساس القلق يقترن بالشعور بعدم الطمأنينة النفسية، ومشاعر الخوف على النفس، والممتلكات، والأهل، والإحباط فضلاً عن سيطرة تلك المشاعر على الأفراد (Viswanath, A. & Monga, ٢٠٢٠: ١٢٣., Torales, Higgins, Castaldelli-Maia, & Ventriglio., ٢٠٢٠: ١٢٣)

كما ارتبط هذا الوباء بالقلق من الموت، والخوف من العدم نتيجة للمعاناة والآلام الناجمة عن هذا الوباء، ويُعد قلق الموت أمراً طبيعياً بالنسبة لانتشار هذا الوباء.

ومن ثم اهتمت الباحثة بالإرشاد النفسي للحالات التي أصيبت بهذا الفيروس، ووقايتهم من الاضطرابات النفسية وعلاجها والمحافظة علي استمرار الصحة والتكيف الأفضل. وفي مجال المسنين فإن الشيخوخة تقترن بالاستهلاك التدريجي للأعضاء والتغيرات الحيوية التي تطرأ على الجسم والتي ترافق الشيخوخة حيث تحتاج خدمات الصحة النفسية للمسنين لحسن التوجيه نفسياً ومهنياً واجتماعياً للوقاية من مشكلات منظورة قبل وقوعها أو لعلاج مشكلات قائمة يعاني منها المسنون (أبو عوض، ٢٠٠٨).

وأن الذي ينظر إلى سنة الله الكونية يجد أن الشيخوخة طور زمني حتمي، في دورة حياة كل مخلوق أو موجود، فالشيخوخة من خطة الخالق في هذا الكون. كل شيء يبدأ خلقه بطور الطفولية وينتهي بطور الشيخوخة. نجد ذلك في الإنسان والنبات والحيوان والطير وحتى الجماد كالجبال والمحيطات. ففي جسم الإنسان إذا جاءت مرحلة الشيخوخة زادت عمليات الموت واهدم على عمليات الحياة والبناء ولا يمكن إعادة الشباب في خلايا الجسم أبداً، ويذكر ذلك في الحديث النبوي: عن ابي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله قال: {مثل ابن ادم والى جنبه تسع وتسعون منيه إن أخطأته المنايا وقع في الهرم حتى يموت}. أخرجه الترمذي (ابن كثير، ١٩٦٩: ٢٥٥).

وأن للظروف البيئية تأثير كبير على مدى تمتع الفرد بالصحة النفسية والعقلية، فالفرد منذ ولادته يتأثر بما يتعرض له من خبرات القسوة والحرمان والعنف والحب والعطف والدفء والحنان والإشباع، حيث تُعد الصحة النفسية من أكثر المتغيرات الإنسانية إثارة للاهتمام والدراسة

في العصر الحديث. ويهدف الإرشاد النفسي إلى تحقيق الصحة النفسية عامة، لدى كل الأفراد بمختلف أعمارهم، والصحة النفسية لدى المسنين خاصة، وهي مقدرة المسن على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا ما يؤدي إلى التمتع بحياة خالية نسبياً من الاضطرابات النفسية، وأن يرضى عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، حيث يتطلب التقدم في السن التكيف مع المتغيرات الجسمية والعقلية التي تصاحب الشيخوخة (العيسوي، ٢٠٠٨: ١٤١ - ١٩٧).

ونظراً لأن هذا الوباء جائحة عالمية، فقد حثت الهيئات البحثية المانحة للمملكة المتحدة على تكثيف التعاون للعمل مع الباحثين ومع من عايشوا هذا الوباء على أرض الواقع للبدء في أبحاث علمية في هذا الموضوع؛ نظراً لأن التعاون الدولي في البحث العلمي في هذا المضمار يُعدّ أمراً لا غنى عنه؛ لما له من فوائد متعددة في إيجاد علاج أو لقاح لهذا الوباء. وكان انتشار الفيروس، ولا يزال له تأثير عميق على مناحي الحياة كافة بما فيها الصحة النفسية لأفراد المجتمع (Holmes et al., ٢٠٢٠). وبالرغم من ذلك، فلم تلق مشكلات الصحة النفسية المرتبطة به الاهتمام الكافي من جانب الباحثين في الوقت الراهن (Lee, ٢٠٢٠).

ومن ثم عمدت الباحثة إلى دراسة فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من قلق الموت لدى عينة من المسنين المصابين بكوفيد (١٩). ومع وجود تنوع في دراسات البرامج الإرشادية للتخفيف من حدة السلوك العدواني لدى الأطفال، وقلق المستقبل لدى الشباب،..... إلخ. ألا أنه توجد ندرة في الدراسات التي تناولت دراسة فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من قلق الموت لدى عينة من المسنين المصابين بكوفيد (١٩).

وقد حظى باهتمام الباحثين في العديد من التخصصات، فعلى سبيل المثال لا الحصر، تناولت بعض الدراسات برامج التدخل النفسي للمتأثرين بالجائحة (Orrù et al., ٢٠٢٠)، ودراسات تناولت استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بقلق الموت لدى المشتبه في إصابتهم بالفيروس (قريي، ٢٠٢٠).

وبمراجعة التراث البحثي في مجال الدراسات التي تناولت جائحة كورونا، هدفت دراسة كاو وآخرين (Cao et al, ٢٠٢٠) في الصين، إلى الوقوف على التأثير النفسي لجائحة كورونا

على طلاب الجامعات من كليات الطب في الصين. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود أقارب أو معارف مُصابين بكورونا قد شكّل عامل خطر لزيادة قلق الطلاب، كما ارتبط التأخير في الأنشطة الأكاديمية بشكلٍ إيجابي بأعراض القلق.

وهدفت دراسة كسيونغ وآخرون Xiong et al (٢٠٢٠) إلى الوقوف على تأثير جائحة كورونا على الصحة النفسية للسكان في العديد من الدول. وقد كشفت النتائج عن ارتفاع معدلات أعراض القلق من ٦,٣٣٪ إلى ٥٠,٩٪، والاكئاب من ١٤,٦٪ إلى ٤٨,٣٪، واضطراب ما بعد الصدمة من ٧٪ إلى ٥٣,٨٪، الضيق النفسي من ٣٤,٤٣٪ إلى ٣٨٪. وتم الإبلاغ عن الإجهاد من ٨,١٪ إلى ٨١,٩٪ في عموم السكان خلال جائحة كورونا في الصين، إسبانيا، إيطاليا، إيران، الولايات المتحدة الأمريكية، تركيا، نيبال والدانمرك. وبهذا تبين ارتباط جائحة كورونا بمستويات شديدة الأهمية من الضيق النفسي.

وهدفت دراسة هاوريلوك وآخرون Hawryluck et al (٢٠٢٠) إلى "مكافحة سارس والآثار النفسية للحجر الصحي في تورنتو، كندا". وأظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من الأشخاص المعزولين يعانون من الضيق على الرغم من أن الأشخاص الخاضعين للحجر الصحي عانوا من أعراض توحى بكلٍ من اضطراب ما بعد الصدمة والاكئاب، إلا أن المقاييس المستخدمة لقياس هذه الأعراض، من وجهة نظر الباحثين، ليست كافية لتأكيد هذه التشخيصات. كما ارتبط التعرف على شخص مصاب بالسارس أو التعرّض المباشر مع اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكئاب.

وهدفت دراسة رشا عمر تدمري، وريم فواز، حسين حمّية (٢٠٢٠): إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى اللبنانيين خلال أزمة جائحة كورونا، وإلى الوقوف على الفروقات في مستويات الصحة النفسية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية كالعمر، والنوع، والوضع الاجتماعي، والمستوى التعليمي، والوضع الوظيفي، والمستوى الاقتصادي، والحفاظة. وأوضحت الدراسة أن اللبنانيين يتمتعون بدرجة مرتفعة من الصحة النفسية. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية تُعزى للفئة العمرية، والنوع، والوضع الاجتماعي،

والمستوى التعليمي، والوضع الوظيفي، والمستوى الإقتصادي (رشا عمر تدمري، وآخرون، ٢٠٢٠: ١١٦-١١٨).

وهدفت دراسة *خولة بنت سالم الوهيبيّة، إيمان عبد الجليل شهاب، أمل بنت سليم الشبيبة* (٢٠٢١): مستوى القلق النفسي لجائحة كورونا لدى الأسر العمانية والبحرينية والمقيمين وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية. وأظهرت النتائج أن الإناث هن الأكثر قلقاً من الذكور. وحسب العمر فالذين كانت أعمارهم أكثر من ٤٠ سنة أقل قلقاً من غيرهم، وأصحاب المؤهلات المتدنية أكثر قلقاً من أصحاب المؤهلات التعليمية العليا. وحسب طبيعة العمل أن العاطلين هم أكثر قلقاً من العاملين والمتقاعدين.

وبمراجعة التراث البحثي في مجال قلق الموت فقد تناول هذا الموضوع دراسات عديدة كدراسة مامون محمود غوامّة (٢٠٠٥)، وهدفت إلى دراسة قلق الموت لدى عينة من مرضى القلب، ودراسة سمير إسماعيل شقير (٢٠١٦)، ودراسة فهد بن عبد الله الربيعة (٢٠١٥)، ودراسة محمد توفيق محمود ربابعة (٢٠١٨)، والتي هدفت إلى دراسة قلق الموت لدى طلبة المدارس كما يراه الطلبة أنفسهم (محمد توفيق محمود ربابعة، ٢٠١٨).

وبمراجعة التراث البحثي في مجال البرامج الإرشادية فقد تناول هذا الموضوع دراسات عديدة كدراسة "بكير (٢٠٠١) والتي هدفت إلى دراسة أثر برامج إرشادي قائم على الضبط الذاتي في تحسين مستوى التحكم بالغضب ومركزية الضبط لدى عينة من طالبات الصف الأول ثانوي، ودراسة سماح وحيدة، شكري كريمّة (٢٠١٨)، والتي هدفت إلى فاعلية برنامج إرشادي قائم على ضبط الذات للتخفيف من تشتت الانتباه لدى عينة من أطفال المرحلة التحضيرية (سماح وحيدة، شكري كريمّة، ٢٠١٨).

وبمراجعة التراث البحثي في مجال البرامج الإرشادية التي تمثل المنهج الوقائي التي أجريت أثناء جائحة كورونا، دراسة *إيناس محمد خميس* (٢٠٢٠) وهدفت إلى بناء وتنفيذ وتقييم برنامج إرشادي يهدف إلى تحسين الوعي واستمرار اتباع التدابير الوقائية أثناء جائحة كورونا لدى عينة من العاملين بجامعة الإسكندرية". وقد أسفرت نتائج الدراسة عما يلي: ٧٢,٣٪ من أفراد

العينة كانوا يستمدون معلوماتهم من التلفزيون، وأن الغالبية العظمى ، ٩٣,٥٪ لديهم وعي جيد بالتدابير الوقائية الواجب اتباعها للحد من انتشار المرض، ٥٣,٨٪ فقط كانت ممارستهم جيدة فيما يتعلق باتباع التدابير الوقائية للوقاية من الإصابة بالفيروس .

كما أفادت النتائج بأن ٨٥,٩٪، ٨٣,٧٪، ٧٢,٣٪ من أفراد العينة أن الغلو في أسعار المطهرات والكمادات وعدم توافرها كانت من أكثر العوائق التي واجهتهم أثناء الحظر المنزلي، وأن ٥٨,٢٪ من إجمالي العينة تأثروا بدرجة شديدة نفسياً واجتماعياً نتيجة البقاء في المنزل خلال فترة الحظر. وأوضحت نتائج الدراسة أن الإناث وأفراد العينة من المتزوجين ولديهم أبناء كانوا أكثر وعياً بالتدابير الوقائية، ووجود علاقة ارتباطية معنوية بين كل من التزام أفراد العينة باتباع التدابير الوقائية ووعيهم بهذه التدابير.

وأوضحت النتائج البحثية أن الأفراد الحاصلين على تعليم جامعي ومن يشغلون وظائف مهنية يتمتعون بوعي والتزام في اتباع التدابير الوقائية أعلى من الأفراد الحاصلين على مؤهلات تعليمية أقل ويشغلون وظائف إدارية أو حرفية. وكان مستوى الوعي الجيد بالتدابير الوقائية ارتفع بنسبة ٧٨,٢٪ بعد تطبيق البرنامج في مقابل ٣٤,٨٪ قبل تطبيق البرنامج، كما أوضحت النتائج أن الغالبية العظمى من أفراد العينة التجريبية ٨٢,٦٪ ارتفع مستوى وعيهم الكلي والمتعلق بأسباب انتشار وأعراض الإصابة بالفيروس والتدابير الوقائية الواجب اتباعها والمتعلقة بالنظافة الشخصية، وعند التسوق والتجمعات وبيئة العمل والمواصلات حيث كانت ٣٤,٨٪ قبل تطبيق البرنامج، كما ارتفع معدل الوعي الجيد بضرورة الالتزام باتباع التدابير الوقائية بعد تطبيق البرنامج حيث بلغ ٧٨,٢٪، ووجود فروق دالة احصائياً بين التطبيق القبلي والبعدي في الوعي والالتزام باتباع التدابير الوقائية عند مستوى احتمالي ٠,٠١ .

كما أجرت دراسة **حنان عثمان محمد أبو العينين (٢٠٢١)**. هدفت إلى بناء وتطبيق برنامج إرشادي لتعزيز الصحة النفسية وقياس أثره في خفض أعراض القلق من كورونا. وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض أعراض القلق لدى عينة من أسر مرضى فيروس كورونا بمدينة نجران بالمملكة العربية السعودية.

يتضح مما سبق توجد ندرة في الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية للمرضى المصابين بفيروس كورونا المستجد. كما يمكننا صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات الآتية:

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعتين (الضابطة والتجريبية) بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت (القياس البعدى) لصالح المجموعة التجريبية؟.

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت (القياس القبلى، والقياس البعدى)؟

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت (القياس البعدى، والتبعي)؟

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى تصميم برنامج إرشادى لخفض قلق الموت لدى عينة من المسنين وذلك بهدف زيادة فعالية الخدمات النفسية، وكذلك زيادة مقدرتها على التغلب على الصعوبات والمشكلات التي تواجههم في زمن كورونا. ومن ثم تعدد أهداف البحث ويمكن إجمالها فيما يأتى:

١. إلقاء الضوء على اضطراب قلق الموت كأحد الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً في العصر الحالي.

٢. إعداد مقياس قلق الموت يلائم عينة الدراسة.

٣. إعداد برنامج إرشادي، ومقياس مدي فعالية هذا البرنامج في خفض قلق الموت لدى عينة البرنامج.

٤. التعرف على مدي استمرارية أثر البرنامج بعد إنتهاء تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة.

أهمية البحث:

للبحث أهمية نظرية، وأهمية تطبيقية. **فالأهمية النظرية للبحث:** تنبع من خلال اكتساب الموضوع أهميته من خلال أهمية الموضوعات مجال الدراسة وهي الإرشاد النفسى، قلق الموت، مرحلة الرشد المتأخر. وتُعد هذه المرحلة إحدى مراحل حياة الفرد وهي جديرة بالاهتمام. ولا شك أن الإنسان في تلك المرحلة يتصور نفسه في آخر مراحل حياته، فإذا اطمئن على حياته انعكس على نشاطه. كما أن التقدم العلمي والطبي أدى إلى ارتفاع متوسط العمر في الدول المتقدمة إلى (٧٦) سنة، وفي الدول النامية (٦٥) سنة، والدول الأقل نمواً (٦٣) سنة مما أدى إلى زيادة أهمية البحث وما له من انعكاسات وآثار في مختلف جوانب الحياة، وهذا يتطلب اهتمام أكبر برعاية المسنين.

بينما تتمثل **الأهمية التطبيقية للبحث:** في دراسة الإرشاد العقلاني الذي يقوم على افتراض مؤداه **أن السلوك اللاتكيني يمكن تغييره، وأن هناك تفاعلاً بين أفكار الفرد ومشاعره وسلوكه**. إذ أن السلوك اللاتكيني والمضطرب نتاج الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية والتي تتكون خلال مراحل مبكرة من حياة الفرد، والتي تؤثر على طريقة إدراكه وتأويله للأحداث والمواقف الاجتماعية المختلفة. ومن ثم يتوجه الإرشاد العقلاني إلى تغيير التفكير والسلوك المضطرب (Dryden, ٢٠٠٩., Johnson, Steve., ٢٠١٦: ٦١, ١٣)

وتكمن أهمية دراسة مرحلة الرشد المتأخر في أنه يحدث فيها تغيرات فسيولوجية تتخذ خط الانحدار السالب في العمليات الوظيفية لأجهزة الجسم المختلفة، والتي تؤدي إلى الاكتئاب، والقلق مما ينتج عنها عدم الرضا عن الحياة (Engel, et al, ٢٠١١ & Beutel, et al, ٢٠١٠).

وتكمن أهمية البحث في أن **"العلاج العقلاني الانفعالي"** يهدف إلى مساعدة الأفراد على اكتشاف مظاهر الخلل في التعامل مع جائحة كورونا بما يساعدهم على التكيف السوي تلك الجائحة، من خلال إعداد برنامج إرشادي قائم على الاتجاه العقلاني الانفعالي يعمل هذا البرنامج على مساعدة أعضاء المجموعة الخاضعة للبرنامج الإرشادي على اكتساب بعض الاستراتيجيات

المناسبة والتي تعزز السلوك السوي وتعمل على إعادة التقييم المعرفي لبعض الأفكار الخاطئة (Dryden, Dispgiueppe, ٢٠١٠., Hendren, ١٩٩١, ٦٢).

ومن ثم تكمن أهمية الدراسة في تصميم برنامج إرشادي للتخفيف من قلق الموت لدى عينة من المسنين المصابين بكوفيد (١٩)، وإثراء المعرفة في مجال رعاية المسنين، وتقديم الخدمات النفسية لهم، والمساهمة في معالجة مشاكل المسنين. ويُعد بمثابة إضافة للمعرفة في مجال رعاية كبار السن، وتوجد ندرة في البحوث العلمية التي أجريت على كبار السن في عصر كوفيد (١٩).

مصطلحات البحث:

فيروس كورونا المستجد- مرحلة الرشد المتأخر- قلق الموت- الإرشاد العقلائي الانفعالي- البرنامج الإرشادي. وفيما يلي التعريف بمصطلحات البحث:

فيروس كورونا المستجد(كوفيد - ١٩):

هو نوع من أنواع الفيروسات جديد من نوعه يصيب - الجهاز التنفسي للمرضى المصابين بالتهاب رئوي، وهو فيروس مجهول السبب ومُعَدِّ، ولم يكن هناك أي علم بوجود هذا الفيروس ذو سريع الانتشار. وهو فيروس مستحدث وهو سلالة جديدة من الفيروسات التاجية يصيب الجهاز التنفسي للإنسان (المركز الوطني للتثقيف والإعلام الصحي والسكاني، ٢٠٢٠).

تعريف مرحلة الرشد المتأخر:

أولاً: **التعريف اللغوي:** مفهوم المسن(الشيخ): شاخ الإنسان شيخاً وشيخوخة: أسن الشياخة منصب الشيخ وموضعه موضع ممارسته، ومن أدرك الشيخوخة وهي غالباً عن الخمسين وهو فوق الكهل ودون الهرم(النوبي، ٢٠١٢: ١٩).

ثانياً: التعريف الإصطلاحي:

تعريف الأمم المتحدة: إن بداية سن الشيخوخة يختلف من مجتمع إلى آخر فسن بدء الشيخوخة منذ ٦٠ سنة للرجل، ٥٠ سنة للمرأة حيث أن لكل دولة ومجتمع متوسط عمر معين.

تعريف هاندر " Hander " :

بأنها هي السن التي ينتهي فيها نضج الإنسان، ويتحول النمو إلى عملية تفكك وهبوط تدريجي في حياة الإنسان وفي قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها وهي حقيقة بيولوجية تميز التطور في دورة حياة الإنسان (رويحة، ٢٠٠٤ : ٢٢).

كما يعرف أيضاً: بأنه هو كل فرد أصبح عاجز عن رعاية وخدمة نفسه إثر تقدمه في العمر، وليس بسبب إعاقة أو شبهها. وتعرف بأنها تدهور تدريجي للكائنات الحية الناضجة كنتيجة لمرور الزمن وتحديث بناء على التغيرات لا يمكن ردها وهي أساسية لأفراد الجنس البشري (٥٠ : ٢٠١٠، Ayers, Petkus, Liu, PattersonL, Wetherell).

تعريف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي:

أنها التوافق السليم والشعور بالصحة والرغبة في الحياة وكلمة المسن تعني الرجل الكبير ولذلك يقال أسن الرجل أي في مرحلة لا تعود إلى الشباب (خليفة، ٢٠٠٨ : ٣٥).

وعرفه باكر، بيكانان، اسمول، هينز، ويتفيلد وآخرون (Baker, Buchanan, Small, Hines, & Whitfield : ١١٠-١١٢ : ٢٠١١) كبر السن بأنه هو المرحلة العمرية الأخيرة للإنسان التي تحدد بدايتها بإحالة الفرد على التقاعد عند بلوغه سن (٦٠-٦٥) أو (٧٠) عاماً. كما تعرف بأنها التراجع التدريجي للقدرة الحيوية في الجسم التي تنتهي بالموت.

تعريف القاموس الطبي:

الشيخوخة تعني كل مامن شأنه أن تحدث ويؤثر على الإنسان في الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية عند كبار السن، حيث أنها عملية تغير داخل الوضع الاجتماعي لدى المسن. (النوبي، ٢٠١٢: ١٣ - ١٥).

تعريف قلق الموت:

تعريف "Templer (٢٠٠٧: ١٢) بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (Chol., ٢٠٠٩: ١٩).

وهو حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه الموت وتجاه مصير الانسان بعد الموت، ويعتبر حالة انفعالية سلبية ناتجة عن الخوف عند الإنسان بكل ما يتعلق بالموت، والتقدير السلبي لموقف الموت وما ينتظره بعد الموت (Wrosch, Dunne, Scheier, Schulz., ٢٠٠٦: ٣٦).

وهو "شعور يهيمن على الفرد بالموت ماوت يرتبص به حيثما كان، وأينما اتجه في يقظته ومنامه في حركته وسكونه وتفكيره الأمر الذي يجعله حزينا محسوراً متوجساً من مجرد العيش على نحو الطبيعي (Chou., ٢٠٠٩: ١٩٩).

ويمكن تعريف **قلق الموت** بأنه حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه الموت وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت، وهو حالة انفعالية غير سارة ناتجة عن استجابة الخوف الهائم لدى الأفراد، بكل ما يتعلق بالموت والتقدير السلبي لموقف الموت وما ينتظر بعد الموت من مصير.

وقد حدد الفيلسوف "جاكشورون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي: الخوف من الاحتضار، والخوف مما سيحدث بعد الموت، والخوف من توقف الحياة (Wrosch, et al., ٢٠٠٦: ٨٦, Chou., ٢٠٠٩: ١٩٩).

ومن أهم مكونات مخاوف الفرد الشخصية بالنسبة إلى الموت هي: الخوف من عملية الاحتضار، والخوف من موت الشخص نفسه، والخوف من الحياة الأخرى. والخوف من النسمة السحيقية أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر. كما تتركز مخاوف حول قلق الموت في: التحلل أو التفسخ، والركود أو التوقف، والانفصال.

وقد ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: (الموت/ الاحتضار)، (الذات/ الآخرون). ومن ثم تشمل هذه الجوانب على مايلي: الخوف من موت الذات، والخوف من احتضار الذات، والخوف من موت الآخرين، والخوف من احتضار الآخرين (Wrosch, et al., ٢٠٠٦: ٨٦, ChoL., ٢٠٠٩: ٦٩).

تعريف البرنامج الإرشادي:

عرفته (سميرة قنديل، ٢٠١٦: ٣-٤) بأنه هو برنامج مخطط ومنظم يقوم على أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية، بهدف تنمية أو تحسين أو تعديل أو تعزيز معارف أو معتقدات أو اتجاهات أو سلوك الفئة المستهدفة، من خلال مجموعة من الأنشطة والخبرات المنظمة والمخططة والمحددة بجدول زمني معين.

وتعرفه **الرابطة النفسية الأمريكية** (٢٠٠٧: ١٠٢) الإرشاد على أنه نوع من العلاج يستخدم لأغراض مثل تدعيم مفاهيم خاصة وذلك من خلال استراتيجيات أو جلسات تستخدم لتحسين أسلوب الحياة، وتستخدم بعض الأفراد المواد القرائية المختارة بدقة كأدوات لمساعدة الذات وتحسين النمو الشخصي والإرتقاء وتيسير التواصل ومناقشة المشكلات بانفتاح وتحسين مفهوم الذات أو تشجيع التخلص من الضغوط والتوتر الوجداني.

تعريف الإرشاد العقلاني الانفعالي:

عرفه **درايدن، ونيمبا** (١٨: ٢٠٠٤، Dryden, & Neenan) بأنه أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبياً، الذي اهتم بإدخال العمليات المعرفية إلى حيز العلاج، ويتضمن

عدداً من الاستراتيجيات والفتيات العلاجية، ويتسم هذا المنحى العلاجي بأنه يتعامل مع العديد من الاضطرابات من منظور ثلاثي، حيث يتناول المكونات المعرفية والانفعالية، والسلوكية لهذه الاضطرابات، بغرض تعديل المكونات المشوهة منها والعمل على تحويلها إلى مكونات أكثر ملاءمة وصحية.

تعريف البرنامج الإرشادي:

تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي إجرائياً في الدراسة: بأنه هو تطبيق الجلسات الإرشادية والتي تتضمن معلومات عن مرحلة الشيخوخة، ومعلومات عن الفيروس، ومعلومات لتنمية الوعي واتباع التدابير الوقائية للوقاية من الإصابة بفيروس كورونا المستجد، وذلك من خلال وحدات تعليمية مصممة ومتضمنة مجموعة من الأهداف والأنشطة والوسائل وأساليب التدريس، مخططة ومحددة بجدول زمني معين. ويهدف البرنامج الإرشادي إلى ما يلي:

١. توفير المعلومات المناسبة لطبيعة المشكلة للفرد المضطرب.
٢. تهيئة الظروف المناسبة للاستبصار والتعلم الذاتي.
٣. تهيئة الظروف لمناقشة أركان وأبعاد المشكلة.
٤. تعديل الاتجاهات والقيم القديمة وصولاً إلى قيم واتجاهات جديدة.
٥. خلق الإحساس ولفت الانتباه إلى أن الآخرين لديهم نفس المشاكل.
٦. المساعدة في الوصول إلى حلول للمشكلات التي تسبب الاضطراب.
٧. ربط الفرد المضطرب بالواقع وإيجاد حلول واقعية لمشكلاته.

(Jolstedt , Wahlund, Lenhard, et al., ٢٠١٨: ٥٨٨)

فروض البحث:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين (الضابطة والتجريبية) بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت (القياس البعدى) لصالح المجموعة التجريبية.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت لصالح القياس البعدى.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياس البعدى بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت والقياس التتبعى.

إجراءات البحث المنهجية:

تتضمن إجراءات البحث المنهجية للتحقق من أهداف الدراسة الحالية، وتتضمن هذه الإجراءات: منهج البحث، والأدوات، والأساليب الإحصائية المستخدمة فى تحليل ومعالجة البيانات. وفيما يلى وصف مفصل لكل الإجراءات المنهجية للبحث الحالى.

منهج البحث:

استخدمت الدراسة الحالية كل من المنهج التجريبي، ومنهج دراسة الحالة للتحقق من فروض الدراسة، وستعرض الباحثة المناهج المستخدمة فى الدراسة فيما يلى:-

▪ المنهج التجريبي Experimental Method

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي لمحاولة ضبط كل العوامل الأساسية المؤثرة فى المتغير أو المتغيرات التابعة ماعدا عاملاً واحداً يتحكم فيه الباحث وبغيره على نحو معين بقصد تحديد وقياس تأثيره على المتغيرات التابعة. وقد اختارت الباحثة أحد التصميمات التجريبية وهو طريقة

المجموعات المتكافئة ذى المجموعة الواحدة التى تتضمن أكثر من مجموعة، ويشترط فى هذا النوع من التصميم التجريبي أن تكون المجموعات من مجتمع أصلى واحد مع مراعاة التكافؤ بين المجموعات من حيث العدد، ومتوسط الأعمار، ودرجات الأفراد على مقاييس المتغير التابع المستخدمة فى الدراسة لتحقيق المساواة بين احتمالات الاختيار لكل فرد من أفراد المجتمع الأصلى. وتعرض المجموعة التجريبية وحدها للمتغير المستقل، بينما المجموعة الضابطة لاتعرض للمتغير المستقل، ثم تُجرى عملية القياس البعدى للمتغير التابع فى نهاية التجربة فى المجموعتين، ويقارن بينهما على أساس القياس البعدى والتتبعي (العساف، ٢٠٠٤).

وقد استخدمت الباحثة التصميم التجريبي الذى يتكون من مجموعة واحدة تجريبية وأخرى ضابطة لدراسة أثر المتغير المستقل (الإرشاد العقلاي الانفعالي) على المتغير التابع (قلق الموت).

عينة البحث:

تكونت عينة الدراسة الكلية من عينة التقنين، وعينة البرنامج. وستعرض الباحثة كلا من عينة الدراسة بالتفصيل فيما يلى:-

عينة التقنين:

تكونت عينة البحث الكلية من (١٠٠) مريضاً بمرض كورونا من المترددين على المستشفى العام بمدينة الزقازيق؛ لتقنين أداة البحث. واشترط فى العينة الكلية الشروط الآتية:-

✘ أن تنطبق عليهم محكات تشخيص قلق الموت الواردة بالدليل التشخيصى والإحصائى الخامس للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

✘ يتم استبعاد الاضطرابات الأخرى المصاحبة لقلق الموت.

وتم توزيع عينة الدراسة الكلية طبقاً للنوع، مستوى التعليم، والجدول التالى يوضح توزيع عينة البحث الكلية طبقاً للنوع:

جدول (١)

يوضح توزيع عينة البحث وفقاً للنوع

النوع		عينة الدراسة
إناث	ذكور	
٥٠	٥٠	
المجموع		١٠٠

والجدول التالي يوضح توزيع عينة البحث طبقاً لمستوى التعليم.

جدول (٢)

يوضح توزيع عينة البحث وفقاً لمتغير مستوى التعليم

مستوى التعليم	الذكور	الإناث
تعليم دون المتوسط	١٨	١٤
تعليم متوسط	١٣	١٦
تعليم عالي	٢٠	١٩
المجموع	١٠٠	

عينة البرنامج:

تم اختيار (٢٠) مريضاً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى: التجريبية وعددها (١٠)، والثانية: الضابطة وعددها (١٠) من الذكور ممن تراوحت أعمارهم من (٦٠ - ٦٥) سنة بمتوسط عمري ٦١,٥ سنة، وانحراف معياري ٠,٩٩.

تم اختيار عينة البرنامج الإرشادي بطريقة قصدية من عينة تقنين البحث أو عينة الدراسة الكلية ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس قلق الموت، حيث تكونت من (٢٠) مريضاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوي، الأولى: المجموعة الضابطة، والثانية: المجموعة التجريبية. وقد اشترط في المجموعة التجريبية. واشترط في عينة البرنامج الإرشادي الشروط الآتية:-

- ✗ أن لا يكون المسن قد خضع لعلاج نفسى سابق.
- ✗ أن لم يتم حجزهم بالمستشفى النفسية من قبل.
- ✗ تم استبعاد الأمراض الجسمية المزمنة كالسكر، الضغط.
- ✗ أن يكونوا جميعاً من مستوى اقتصادى اجتماعى متوسط.
- ✗ أن يكونوا جميعاً من مستوى تعليم متوسط.
- ✗ أن يكونوا ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس قلق الموت.

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة: أدوات قياس سيكومترية، وأدوات قياس كLINيكية، والبرنامج الإرشادى. وفيما يلي توضيح ذلك:

أولاً: أدوات قياس سيكومترية	إعداد/ الباحثة.
مقياس قلق الموت.	
ثانياً: أدوات ضبط العينة	
استمارة المستوى الاجتماعى - الاقتصادى	إعداد/ عبد العزيز السيد الشخص.
ثالثاً: البرامج العلاجية.	
برنامج إرشادى عقلائي انفعالي	إعداد/ الباحثة.

مقياس قلق الموت:

تكون المقياس فى صورته النهائية من (٤٠) عبارة. وفيما يلي وصف المقياس.

وصف المقياس:

يتكون المقياس من ثلاثة أبعاد؛ وهى كما يلي:

١. البعد المعرفي: ويتضمن: (مخاوف تتعلق بموت النفس، مخاوف تتعلق بموت الآخرين، مخاوف تتعلق بمرض الشخص، مخاوف تتعلق بكورونا).

٢. البعد الفسيولوجي: ويتضمن التغيرات الفسيولوجية: كضيق التنفس، وسرعة ضربات القلب.

٣. البعد الانفعالي: كالخوف، والغضب.

والجدول التالي يوضح أبعاد المقياس، وأرقام عبارات كل بعد على حده، والعدد الكلي لعبارات كل بعد.

جدول (٣)

يوضح أبعاد مقياس القلق الموت

الأبعاد	العبارات	العدد
البعد المعرفي	١-٤-٧-١٠-١٣-١٦-١٩-٢٢-٢٥-٢٨-٣١-٣٤-٣٧-٤٠.	١٤ عبارة
البعد الفسيولوجي	٢-٥-٨-١١-١٤-١٧-٢٠-٢٣-٢٦-٢٩-٣٢-٣٥-٣٨.	١٣ عبارة
البعد الانفعالي	٣-٦-٩-١٢-١٥-١٨-٢١-٢٤-٢٧-٣٠-٣٣-٣٦-٣٩.	١٣ عبارة
عدد عبارات المقياس ككل		٤٠ عبارة

طريقة تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس بطريقة التقدير الكيفي، واتبعت الباحثة الطريقة الكيفية لتصحيح درجات الأفراد على مقياس قلق الموت حيث يتم وضع التقييم الكيفي على مدرج يتدرج في

الشدة من واحد إلى خمسة لكل الأبعاد. والجدول التالي يوضح ذلك الطريقة الكيفية لتصحيح الاستجابات على مقياس قلق الموت.

جدول (٤)

الطريقة الكيفية لتصحيح الاستجابات على مقياس قلق الموت

بدائل الاجابة Alternative Answers					
التقديرات	١	٢	٣	٤	٥
الاستجابات	لا توجد	خفيفة	متوسطة	شديدة	مفرطة

واتبعت الباحثة طريقة ليكرت على مدرج خماسي تتكون الاستجابات من خمس اختيارات أو بدائل هي: (توجد بدرجة قليلة جداً - توجد بدرجة قليلة - توجد بدرجة متوسطة - بدرجة كبيرة - توجد بدرجة كبيرة جداً). وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس (٤٠-٢٠٠). والجدول التالي يوضح التقدير الكيفي للدرجات.

جدول رقم (٥)

يوضح التقدير الكيفي للدرجات المفحوصيين على مقياس قلق الموت

المجموعات	توزيع الدرجات في المدى	درجة أو شدة قلق الموت
الأولى	١ - ٤٠	الحد المنخفض جداً من قلق الموت
الثانية	٤١ - ٨٠	الحد المنخفض من قلق الموت
الثالثة	٨١ - ١٢٠	الحد المتوسط من قلق الموت
الرابعة	١٢١ - ١٦٠	الحد المرتفع من قلق الموت
الخامسة	أكبر من ١٦١	الحد المرتفع جداً من قلق الموت

يتضح من الجدول السابق أن الدرجة المرتفعة تشير إلى ارتفاع قلق الموت مما يستدل منه على أن المريض يعاني من اضطرابات تعيق أدائه المهني والاجتماعي، بينما بل تشير الدرجة المنخفضة إلى معدل منخفض من قلق الموت، مما يستدل منه على أن الفرد يعاني من اضطرابات لاتعيق أدائه المهني والاجتماعي، ويستطيع الفرد أن يتكيف ويواجه مشكلاته الحياتية. ومن ثم تعرف الباحثة مقياس قلق الموت إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس قلق الموت.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم التحقق من صدق وثبات المقياس عن طريق تطبيقه على عينة تتكون من (١٠٠) مريضاً بالكورونا.

أولاً: الاتساق الداخلي للمقياس Internal Consistency

تم التحقق من اتساق المقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط عن طريق تحليل وحدات المقياس Item analysis ، والمقياس ككل، وكذلك حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه لمقياس أعراض الحالة المرضية.

أ. معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة، والدرجة الكلية للمقياس:

من خلال اتباع طريقة الاتساق الداخلي وذلك اعتماداً على معاملات الارتباط لكل عبارة والمجموع الكلي للمقياس كمؤشر للاتساق. والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٦)

يوضحك قيم معاملات الارتباط بين درجة المفحوصين على كل عبارة والدرجة الكلية على مقياس قلق الموت

م	قيم مُعامل الارتباط	م	قيم مُعامل الارتباط	م	قيم مُعامل الارتباط	م	قيم مُعامل الارتباط
١	٠,٥١	١١	٠,٣٠	٢١	٠,٥١	٣١	٠,٤١
٢	٠,٤٦	١٢	٠,٥٨	٢٢	٠,٥٥	٣٢	٠,٦٠
٣	٠,٥٩	١٣	٠,٥٦	٢٣	٠,٥٦	٣٣	٠,٤٨
٤	٠,٥٥	١٤	٠,٤٨	٢٤	٠,٥٩	٣٤	٠,٤٥
٥	٠,٦٣	١٥	٠,٥٤	٢٥	٠,٥٠	٣٥	٠,٥٥
٦	٠,٥٥	١٦	٠,٤٠	٢٦	٠,٤٨	٣٦	٠,٤٧
٧	٠,٥٤	١٧	٠,٤٣	٢٧	٠,٥٩	٣٧	٠,٥٦
٨	٠,٦٤	١٨	٠,٥٤	٢٨	٠,٥٦	٣٨	٠,٦٥
٩	٠,٦٥	١٩	٠,٥٣	٢٩	٠,٦٠	٣٩	٠,٥٦
١٠	٠,٥٧	٢٠	٠,٥٥	٣٠	٠,٥٦	٤٠	٠,٥٩

يتضح من جدول (٢) ما يلي:

أن جميع قيم معاملات الارتباط بين درجة المفحوصين على العبارة والدرجة الكلية على مقياس قلق الموت دالة، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠,٤٠ - ٠,٦٥) وهى قيم دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). وهذا يُشير إلى اتساق عبارات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس ككل.

أ. معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة، والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه:

تم التحقق من اتساق المقياس من خلال حساب معاملات ارتباط درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد التى تنتمى إليه، وذلك على عينة قوامها (١٠٠) مريضاً بقلق الموت.

جدول (٧)

يوضح معاملات ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه لمقياس قلق الموت

(ن = ١٠٠)

البعد المعرفى		البعد الفسيولوجى		البعد الانفعالى	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٥٥	٢	٠,٥٤	٣	٠,٥٦
٤	٠,٦٩	٥	٠,٦٥	٦	٠,٦١
٧	٠,٥٥	٨	٠,٧٣	٩	٠,٥٣
١٠	٠,٥٦	١١	٠,٦٦	١٢	٠,٦٥
١٣	٠,٥٩	١٤	٠,٥٨	١٥	٠,٥٦
١٦	٠,٥٣	١٧	٠,٥٤	١٨	٠,٧٣
١٩	٠,٧٦	٢٠	٠,٥٥	٢١	٠,٦٧
٢٢	٠,٦٥	٢٣	٠,٦٥	٢٤	٠,٧٣
٢٥	٠,٥٨	٢٦	٠,٦٥	٢٧	٠,٦٧
٢٨	٠,٧٥	٢٩	٠,٥٧	٣٠	٠,٧٣
٣١	٠,٥٥	٣٢	٠,٧٦	٣٣	٠,٥٧
٣٤	٠,٦٥	٣٥	٠,٦٩	٣٦	٠,٦٦
٣٧	٠,٦٣	٣٨	٠,٧٣	٣٩	٠,٧٠
٤٠	٠,٥٨				

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١).

ثانياً: الصدق Validity

الاختبار الصادق يقيس ما وضع لقياسه، وتختلف الاختبارات في مستويات صدقها تبعاً لاقتراحها أو ابتعادها من تقدير تلك الصفة التي تهدف إلى قياسها (البهي، ٢٠٠٦ : ٤٠٠).

أ. صدق المحكمين Content Validity

عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفي ومدى تمثيلها للمجال محل الاهتمام تم حساب ارتباط تقديرات المحكمين وأحكامهم على هذا التمثيل، ولذا تم الاستعانة بأحد عشر محكماً للحكم على مدى تمثيل البنود لقياس الحالة المرضية محل الاهتمام. وبناءً على اطلاع هؤلاء المتخصصين على تلك الأداة، تم إدخال بعض التعديلات البسيطة في صياغة البنود لتصبح أكثر وضوحاً ودقة. ولقد أقر المتخصصون بكفاءة الأداة، واتفقت تقديرات المحكمين على أدوات الدراسة بنسب (٩٠٪) إلى (١٠٠٪)، مما يدل على مدى تمثيل البنود المقياس للهدف الأساسي المطلوب قياسه.

صدق المحك:

تم استخدام طريقة صدق المحك حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس مع الدرجة الكلية لبعض المقاييس التي تقيس قلق الموت كمقياس قلق الموت إعداد/ أحمد عبد الخالق. والتي بلغت (٠,٧٩) وهي قيمة مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)

ثالثاً: ثبات المقياس

تم حساب ثبات مقياس قلق الموت بطريقتين هما: الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ، الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار على نفس أفراد العينة بفواصل زمني قدره أسبوعين بين

التطبيقات، وكان عدد أفراد العينة في التطبيق الأول (١٠٠)، وعدددهم في التطبيق الثاني (٧٠)، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٨)

يوضح ثبات مقياس قلق الموت عن طريق إعادة تطبيق الاختبار، ومعامل ألفا

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ	إعادة تطبيق الاختبار Re-Test
البعد الأول: المعرفي	٠,٨٢	٠,٨٩
البعد الثاني: الفسيولوجي	٠,٨٣	٠,٨٨
البعد الثالث: الانفعالي	٠,٨٤	٠,٨٦

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات للمقياس مرتفعة مما يدعو إلى الثقة في ثبات المقياس والنتائج التي يمكن التوصل إليها عند استخدام المقياس في الدراسة الحالية.

أدوات القياس الإكلينيكية

استخدمت الباحثة أدوات الإكلينيكية التالية: استمارة دراسة الحالة، والمقابلة الإكلينيكية التشخيصية. وفيما يلي عرض لهذه الأدوات الإكلينيكية:-

(أ) استمارة دراسة الحالة

استمارة دراسة الحالة وذلك بهدف جمع معلومات عن الحالة في جوانب متعددة وهي معلومات عامة عن الحالة، وبيانات عن الأسرة، وطبيعة العلاقة بينهم وبينه خاصةً، وبيانات عن طبيعة العلاقة بين أفراد الأسرة، ومعلومات عن تاريخ النمو، وسنوات التعليم، وبيانات عن العلاقات الاجتماعية والأصدقاء والزملاء، وخبرات الطفولة، ومعلومات عن الحقل الجنسي، ومعلومات عن الحوادث والأمراض، والفحوصات الطبية والنفسية التي تعرض لها الفرد، والأحلام، وملاحظات عامة على العميل (سامية القطان, ١٩٧٩, ٧٧-٨٣).

تسمح المقابلة بالحصول على أكبر قدر من المعلومات كما أنها تسمح لنا بالتأكد من صحة ما يديه المفحوص من معلومات من خلال زلات اللسان أو التناقض في سرد المعلومات والأحلام التي يراها، كما قامت الباحثة بالاسترشاد بروؤس الموضوعات الهادية، وهي كما يلي :-

- المرض الحالى "الشكوى الحالية".
- الحوادث والأمراض.
- الأسرة.
- الحقل الجنسي.
- الطفولة.
- العادات والمعتقدات.
- سنوات التعليم.
- اتجاهه من أسرته.
- العمل.
- اتجاهه من المرض الحالى.
- مكان الإقامة.
- الأحلام(سامية القطان, ١٩٧٩, ٧٧-٨٣).

المقابلة الإكلينيكية التشخيصية

المقابلة الإكلينيكية تحبى الفرصة أمام الإكلينيكى للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة، وتفهم العميل والتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التي يصل إليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى وهو أمر ضرورى للتوصل إلى الصياغات التشخيصية(لويس كامل مليكه، ١٩٨٥ :٦٥).

وتُعَد دراسة الحالة مرحلة أساسية لبدء عملية التشخيص والتقييم. وتستخدم المقابلة معتمداً في البدء على استمارة دراسة الحالة وذلك لجمع المعلومات العامة عن المريض، وشكواه التي يعانى منها (محمود عبد الرحمن حموده ، ٢٠٠٤ : ١٤-١٧).

الصياغة التشخيصية Diagnostic Expression

بعد الانتهاء من تطبيق المقاييس يتم كتابة تقرير عام عن كل حالة يتضمن وصفاً للأعراض، ودرجات الحالات على المقاييس النفسية، وذلك بغرض متابعة سير العملية العلاجية

ومدى استجابته واستفادته من البرنامج الإرشادي لأنه من الممكن تغيير الخطة العلاجية لصالح الفرد لتحقيق مستوى مناسب من الاستفادة والتغير للأفضل.

أدوات ضبط العينة:

تتمثل أدوات ضبط عينة البرنامج العلاجي فيما يلي: استمارة البيانات العامة، واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة، واختبار الذكاء، ومستوى التعليم، وشدة الأعراض المرضية. وفيما يلي توضيح أدوات ضبط العينة:-

(أ) استمارة البيانات العامة

هي مجموعة من المعلومات الأساسية عن الراشد متمثلة في الآتي: الاسم والعمر الزمني والنوع والديانة، والحالة الاجتماعية، وعدد أفراد الأسرة، وترتيبه بين أخوته، ومحل الإقامة، وتهدف إلى ضبط أفراد العينة.

(ب) استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة

(إعداد/عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٥)

هدفت الباحثة من تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي لدى عينة الدراسة إلى عزل أثر متغير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، لوجود العديد من الدراسات والبحوث التي تشير إلى أن المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة له دور في حدوث ونشأة المرض النفسي.

وقامت الباحثة بالمجانسة بين أفراد عينة البرنامج الإرشادي، والمجموعة الضابطة من حيث المتغيرات الأتية: المستوى التعليمي، والنوع، والسن، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي، وشدة الاضطراب.

جدول (٩)

يوضح متغيرات ضبط العينة التجريبية، والعينة الضابطة لمرضى قلق الموت باستخدام

مان- وتنى

(ن = ٢٠)

المتغيرات	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z
المستوى التعليمي	المجموعة الضابطة	٧,١٥	٥٨	٤٧	٠,٢٨
	المجموعة التجريبية	٨,٩	٧١,٦	٢٨,٨	
العمر	المجموعة الضابطة	٩,٨	٧٩,٦	٢٦,٧	٠,٢٢
	المجموعة التجريبية	٨,٧	٦٨,٥	٣٠,٢	
المستوى الاجتماعي - الاقتصادي	المجموعة الضابطة	٨,٦	٧٠,٥	٢٩,٦	٠,٢٢
	المجموعة التجريبية	٩,٧	٧٣	٢٦	
مقياس قلق الموت	المجموعة التجريبية	٩,٤٨	٧٦,٥٥	٢٤,٥	٠,١٦
	المجموعة الضابطة	١٠,٤	٨١,٨	١٩,٣	

تشير نتائج الجدول السابق إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات السالفة الذكر. وبالتالي فإنه يمكن الاطمئنان إلى مجانسة المجموعتين في المتغيرات الوسيطة التي يمكن أن تؤثر على نتائج الدراسة.

البرنامج الإرشادي العقلائي الانفعالي إعداد/ الباحثة

يُعد الإرشاد العقلائي الانفعالي من المداخل العلمية الحديثة في خدمة الفرد، والجماعة، والذي أثبت فاعليته في التعامل مع الأفكار غير المنطقية والانفعالات الغير منضبطة والسلوكيات الخاطئة، وتصحيح فكر العميل ومشاعره. وقد اعتمدت الباحثة في بناء البرنامج على الأطر النظرية المتعلقة بالإرشاد العقلائي الانفعالي، والدراسات العربية والأجنبية التي اشتملت على برامج

إرشادية لاضطراب قلق الموت، وبرامج لعلاج اضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب، والسلوك العدواني.

وعمدت الباحثة إلى تصميم البرنامج العلاجي لتجنب قصور البرامج العلاجية في إجراءات تطبيقها للعلاج العقلاني الانفعالي إذ أن كافة البرامج العلاجية تأخذ جانباً واحداً فقط وهو التأهيل المعرفي والسلوكي للأفراد مع إهمال متطلبات مرحلة الرشد المتأخر، ومظاهر نموها.

ومن ثم عمدت الباحثة إلى الوضع في الاعتبار تأهيل المسنين لتأخذ هذه البرامج بشكل عام صور الخدمات الصحية والوقائية لتمثل جوانب هامة لإشباع احتياجات ومتطلبات تلك المرحلة مع توفير الجو الملائم لإشباع تلك الاحتياجات.

(Scavella, Samuel Patrick., ٢٠٠٤: ١٤٤., Jolstedt, Wahlund, Lenhard, et al., ٢٠١٨; ٢٠٥)

تهدف جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي إلى التركيز على طبيعة الأعراض المرضية، وأسباب ظهور هذا المرض، والمتابعة وذلك بالتأكد من الواجبات المنزلية، ومراجعة جيدة للالتزامات الأسبوع الماضي، وتخطيط الواجبات المنزلية الجيدة، وإجراءات المراقبة الذاتية.

(Himle et al., ٢٠٠٣)

وعادةً ما يسبق تطبيق فنيات وأسس برامج الإرشاد النفسي بجلستين تمهيديتين لتقييم الاضطراب، ثم يليها الجلسات الإرشادية، ويعقب كل جلسة مناقشة الأفراد حول ما دار في الجلسة لمعرفة وتقييم فوائد المعالجة والمهارات الجديدة المكتسبة-Ritter & Hazlett (Stevens, ٢٠٠٦).

كما تتطلب المرحلة الأولية التعرف على الجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادمة، وأسباب المشكلات التي يعانيها المريض، ومن ثم الشروع في عقد الاتفاقات، وتحديد عدد الجلسات، وأهداف كل جلسة بناءً على الجلسة السابقة، مع تحديد الواجبات المنزلية.

وقامت الباحثة بالأخذ برأي المحكمين بناءً على التوصيات والمقترحات التي قدموها وهي مقترحات تتعلق بعدد الجلسات الإرشادية، حيث تضمن البرنامج الإرشادي قبل عرضه على المحكمين (١٦) جلسة إرشادية، وتكون البرنامج الإرشادي في صورته النهائية من (١٤) جلسة إرشادية، وتراوحت مدة كل جلسة من (٤٥ - ٦٠) دقيقة.

وعادةً ما يسبق تطبيق البرنامج جلسيتين منفصلتين لتطبيق الأدوات، وحساب صدق وثبات المقاييس النفسية قبل تطبيق البرنامج. وكذلك التمهيد لبناء جلسات البرنامج. وبذلك تكون البرنامج الإرشادي من (١٤) جلسة إرشادية علاجية، ومدة كل جلسة (٤٥ - ٦٠) دقيقة، واستمر البرنامج الإرشادي لمدة شهر ونصف تقريباً، بواقع جلسيتين إرشاديتين إسبوعياً.

كما استخدمت الباحثة درجات الأفراد على المقاييس النفسية كأداة تقييمية وتشخيصية لقياس مقدار تحسن الأعراض. ولتلك البرامج الإرشادية أهداف عامة، وأهداف إجرائية. وفيما يلي توضيح تلك الأهداف.

الأهداف العامة للبرامج الإرشادية:-

١. إزالة أو خفض النتائج غير المنطقية أو الاضطرابات الانفعالية لدى المسترشد (Dryden, ٢٠٠٩: ١٥).
٢. تزويد المسترشد بطريقة تمكنه من أن يكون لديه أدنى مستوى من القلق ومن الغضب، وذلك من خلال التحليل المنطقي لاضطراباته .
٣. مساعدة المسترشد على أن يهتم بنفسه أولاً، ولكن دون أن يصبح أنانياً، ويتمركز حول الذات بالكامل ودون أن يخطئ بحق الآخرين.
٤. مساعدة المسترشد على أن يتحمل المسؤولية الشخصية العمل باستقلالية، وهو قد يحتاج إلى مساعدة الآخرين، إلا أن ذلك ليس مطلباً إلزامياً أو مطلقاً.
٥. مساعدة المسترشد على تقبل ذاته إذ إننا جميعاً نواجه الإحباط أو نشعر بالأسف أو الندم (Spada, Caselli, & Wells, ٢٠١٢: ٢١٢).

الأهداف الإجرائية للبرنامج الإرشادي:

١. الإرشاد الأسري: يساهم في التخفيف من قلق الموت.
 ٢. إرشاد المرضى إلى التفكير بعقلانية لتقليل الصراعات الداخلية، وخفض القلق والتوتر.
 ٣. يساعد الفرد على تحقيق أهداف الحياة.
 ٤. يقلل من الصراعات الداخلية للفرد.
 ٥. يساعد على التفكير في عدة صيغ من الاحتمالات.
- (Johnson, Steve., ٢٠١٦: ٦١، ١٣., Windy Dryden., ٢٠١٠: ١٥-١٨)

جلسات البرنامج العقلاى الانفعالى الإرشادى:

وستعرض الباحثة ملخصاً عاماً لجلسات البرنامج الإرشادى، وعددها، والأهداف منها فى الجدول التالى رقم (١٠):-

جدول (١٠) يوضح عرض جلسات البرنامج الإرشادى

الجلسة الأولى
شرح نظام الإرشاد النفسى والتعرف على قوانينه وأخلاقياته. الشروع فى تحقيق العلاقة العلاجية. المناقشة والحوار فى موضوعات عامة ومفيدة لتزويد التواصل الاجتماعى بين المعالج والمسنين.
الجلسة الثانية
عرض لأدوات القياس. الاستبصار بأهمية هذه الأدوات فى البرنامج الإرشادى الحالى. إعطاء المسنين فكرة عن أهمية الأدوات التى سيتم تطبيقها.

جمع البيانات الضرورية المطلوبة للبرنامج الإرشادي.
تطبيق بعض أدوات القياس.
الإعداد لتطبيق البرنامج الإرشادي.

الجلسة الثالثة
الإرشاد الأسرى

شرح طبيعة اضطراب السلوك الفوضوى، وأسبابه، وإبراز أهمية الإرشاد النفسى ودوره فى الشفاء.
التعرف على ما يعرفه الأسر عن مرحل، ة الرشد المتأخر، واضطراباتها.
تزويد الأسرة بالمعلومات المناسبة عن اضطراب قلق الموت.
الاستبصار بأسباب الاضطراب السلوكى وأعراضه الشائعة.
التركيز على تأثير الاضطراب على الجوانب المختلفة من حياة المريض.
فهم الأسباب والمشكلات المترتبة علي الاضطراب.
شرح منطق الإرشاد وإجراءاته بالتفصيل.

الجلسة الرابعة
تقديم المعلومات

التعرف على ما يعرفه العملاء عن قلق الموت.
تزويد العملاء بالمعلومات المناسبة عن مرحلة الرشد المتأخر.
تزويد العملاء بالمعلومات المناسبة عن قلق الموت.
شرح منطق الإرشاد وإجراءات العلاج بالتفصيل.
مساعدة المراهقين على تقبل العلاج والالتزام التام بتنفيذ خطواته.

الجلسة الخامسة- الجلسة السابعة

إعادة البناء المعرفى (الأفكار العقلانية واللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت)

دحض الأفكار اللاعقلانية وتفنيدها منطقياً.
الدحض التدريجى لتلك الأفكار لخفضها.
التدريب على حل المشكلات ومواجهتها.
مساعدة المسنين على تقبل الإرشادات، والالتزام التام بتنفيذ خطواته.

معرفة المشكلات التي يعاني منها الأفراد لتحسين العلاقات الاجتماعية.

الجلسة الثامنة- الجلسة العاشرة

إعادة البناء السلوكي

مساعدة المسنين على الفهم المنطقي للاضطراب السلوكي.

تدريب المسنين على الاسترخاء مع التنفيذ المنطقي.

مراجعة قائمة الأعراض لتحديد تمارين الواجب المنزلي المقبل.

تنظيم البرنامج الإرشادي والوقت مع الأفراد(الحالات).

الجلسة الحادية عشر

منع الانتكاسة Replace prevention

شرح استراتيجيات منع الانتكاسة Replace prevention.

التأكيد على أهمية الاسترخاء، والتنفيذ المنطقي، والمواجهة.

الجلسة الثانية عشر

التخرج وإنهاء البرنامج Graduation

القيام بتقييم عام للبرنامج الإرشادي ومناقشة أى ملاحظات حول طرق التشخيص والبرنامج الإرشادي المستخدم.

الإعداد لإنتهاء المعالجة.

التخطيط لتخصيص جلسة من أجل إجراء القياس البعدي.

التخطيط لإجراء متابعة إرشادية بالاتفاق مع المسنين.

الجلسة الختامية(الجلسة الثالثة عشر)

القياس البعدي

تطبيق أدوات القياس.

الإعداد لإنهاء البرنامج الإرشادي.

الجلسة الأخيرة (المتابعة) (الرابعة عشر)

تطبيق أدوات القياس.

التحقق من مدى فعالية البرنامج الإرشادي بعد إنتائه.

التجربة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية من (٢٠٢٠/١١/١٥ إلى ٢٠٢١/٦/٣٠) وستعرض الباحثة فيما يلي عينة الدراسة الاستطلاعية، والهدف منها، والأدوات المستخدمة. الدراسة الإستطلاعية تُعد خطوة مهمة قبل الشروع في أي بحث علمي، وهو الاحتكاك بالميدان للتأكد من توفر إمكانية الحصول على العينة الخاصة بالظاهرة المدروسة وتهدف إلى التجريب والتدريب على أدوات البحث التي تستعمل في الدراسة. وفي هذا الإطار قامت الباحثة بدراسة إستطلاعية في مستشفى الزقازيق العام.

أ.عينة الدراسة الاستطلاعية:

بعد الانتهاء من إعداد وبناء مقاييس وأدوات الدراسة، قامت الباحثة بإجراء التجربة الاستطلاعية على عينة مختارة من مجتمع البحث، وتكونت عينة الدراسة التجريبية الاستطلاعية من (١٠) مرضى ممن تم تشخيصهم بقلق الموت، وذلك بغية معرفة وضوح التعليمات ووضوح الفقرات، ومناسبتها لما تقيسه، ومعرفة الوقت المستغرق، ومعرفة مدى مناسبة جلسات البرنامج الإرشادي وذلك لتقليل من الأخطاء الناجمة قبل عملية التطبيق.

ب.الهدف من التجربة الاستطلاعية:

من خلال متابعة المرضى في مستشفى العام بالزقازيق، ورؤية أعراض قلق الموت رؤية متفحصة مستنيرة للتأكد من سلامة المقاييس والأدوات التي ستستخدم في الدراسة الحالية، والتأكد من مدى صلاحية البرنامج الإرشادي المقترح لعلاج قلق الموت لدى مرضى كورونا.

وقد قامت الباحثة بتعديل إجراءات تطبيقية في الأدوات، والتصميم التجريبي لتوزيع عينة البرنامج الإرشادي، وإجراءات في مسار تطبيق البرنامج العلاجي المقترح وهي كما يلي:-

١. تم إحداث تعديلات في أدوات الدراسة أثناء إجراء الدراسة الاستطلاعية.

٢. تم تعديل في اختيار أنسب الطرق لتوزيع عينة الدراسة الأساسية.

٣. تم تعديل في إجراءات البرنامج التطبيقية حيث تم إدخال جلسات إرشادية لأسر المرضى أو المسؤولين عنهم، والتأكيد على أهمية الإرشاد النفسى للمريض.
٤. التأكد من صلاحية البرنامج الإرشادى، ومعرفة مدى فعاليته في التقليل من حدة قلق الموت.
٥. تدريب الباحثة على كيفية تطبيق البرنامج وإدارة الجلسات العلاجية.
٦. تلافي القصور الذي قد يحدث أثناء الممارسة الإرشادية والعلاجية، وتقليل أخطاء التطبيق في التجربة الأساسية للدراسة.
٧. تكوين صورة واضحة لدى الباحثة عن التسلسل المنطقي لمحتوى كل جلسة وفتياتها ومناسبتها للزمن المقترح ومدى تفاعل الأعضاء مع الفنيات، واختيار أنسب الأماكن لتطبيق جلسات البرنامج.

إجراءات البحث:-

مرت البحث الحالى بالخطوات الأساسية التالية:

١. الإطلاع على بعض الأدبيات والدراسات السابقه التي تناولت الإرشاد النفسى، وكذلك قلق الموت لدى عينة الدراسة.
٢. بناء الأدوات المناسبة في هذا البحث بعد استعراض الدراسات السابقة في هذا المجال.
٣. إعداد مقياس قلق الموت لدى المسنين.
٤. بناء البرنامج الإرشادى الخاص بالدراسة الحالية.
٥. تحديد العينة التجريبية وفقاً لتطبيق أدوات الدراسة.

٦. تم ضبط عينة البرنامج الإرشادي من حيث مستوى التعليم- دخل الأسرة، والعمر والحالة الاجتماعية، وتم استبعاد من لم تنطبق عليهم شروط الضبط، لكي لا تؤثر تلك المتغيرات على نتائج الدراسة وتفسيرها وتحليلها.
٧. تم تطبيق مقياس قلق الموت لدى عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.
٨. تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح على أفراد مجموعة الدراسة.
٩. إعادة تطبيق مقياس قلق الموت لدى عينة الدراسة التجريبية بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي (المقياس البعدي).
١٠. بعد فترة متابعة البرنامج (ثلاثة أشهر)، تم تطبيق المقياس مره أخرى على المجموعة التجريبية، ويمثل ذلك (المقياس التتبعي).
١١. تحليل البيانات وتلخيصها من خلال الأساليب الإحصائية الملائمة، ثم التوصل إلى النتائج ومناقشتها وتفسيرها.

الأساليب الإحصائية:-

قامت الباحثة باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية وهي: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومعامل الارتباط، اختبار مان وتني، واختبار "T-Test"، واختبار "ولكوكوسن" Wilcoxon. وقد استخدمت الباحثة برنامج الحزمة الإحصائية SPSS.

حدود البحث:

- الحدود المكانية: تم تطبيق أدوات البحث في مستشفى الزقازق العام بمدينة الزقازيق (قسم الباطنة).
- الحدود الزمانية: لقد تم الإجراء الفعلي لتطبيق جلسات البرنامج الإرشادي منذ عام (٢٠٢٠/١١/١٥ إلى ٢٠٢١/٦/٣٠).

- الحدود البشرية: تم تطبيق أدوات البحث على عينة قوامها (١٠٠) بالتساوي (بواقع (٥٠) مريضاً، (٥٠) إنثى مريضة).

فروض البحث:

فيما يلي عرض لفروض البحث، ومناقشتها، وتفسيرها.

الفرض الأول:-

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس قلق الموت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي (القياس البعدى) لصالح المجموعة التجريبية؟

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة معادلة مان وتني كبديل لاختبار "ت" البارامترى، وذلك لصغر حجم العينة. وذلك بهدف التعرف على الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية على القياس البعدى فقط لأنه تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين في درجاتهم على القياس القبلى. والجدول التالى يوضح ذلك.

جدول (١١) يوضح قيم U ، وقيم Z ودلالاتها للفرق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين (الضابطة- التجريبية) في القياس البعدى لمقياس قلق الموت

أبعاد المقياس / المجموعات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة Z
الجانب المعرفي	المجموعة التجريبية	٨٣,٠٠	٥,٠٠	٣,٨٩٥
	المجموعة الضابطة	٢٠٧,٠٠		
الجانب الفسيولوجي	المجموعة التجريبية	٢١٥,٥٠	٦,٥٠	٣,٨٣٣
	المجموعة الضابطة	٧,٠٤		
الجانب الانفعالي	المجموعة التجريبية	٨٢,٥٠	٤,٥٠	٣,٨٥٢
	المجموعة الضابطة	٢١٧,٥٠		
المقياس ككل	المجموعة التجريبية	٨٨,٠٠	٠,٠٠	٤,١٢١
	المجموعة الضابطة	٢١٢,٠٠		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (الضابطة، والتجريبية). على مقياس قلق الموت المتمثل في الأبعاد الأتية: [الجانب المعرفي، الجانب الفسيولوجي، الجانب الانفعالي]، عند مستوى دلالة ٠,٠١ بعد تطبيق البرنامج العلاجي في اتجاه المجموعة التجريبية، وهذا يعني فعالية البرنامج الإرشادي. وبذلك تحقق الفرض كلياً.

مناقشة الفرض الأول:

يتضح من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث انخفضت درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق الموت المتمثل في الأبعاد الأتية: [الجانب المعرفي، الجانب الفسيولوجي، الجانب الانفعالي]. مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى قلق الموت.

الفرض الثاني:-

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت (القياس القبلي، والقياس البعدي).

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "ولكوكوسن" Wilcoxon لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت (القياس القبلي، والقياس البعدي). والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٢)

يوضح نتائج Wilcoxon للمقارنة بين متوسطات رتب درجات القياس التبعي والقياس البعدي على مقياس قلق الموت لدى المجموعة التجريبية (ن = ١٠)

أبعاد المقياس	الرتب	عدد الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي	الرتب السالبة	١	٣	٨	٢,٦١٢-	دالة
	الرتب الموجبة	٩	١٩	١٨,٤		
	التساوي	-	-	-		
الجانب الفسيولوجي	الرتب السالبة	٢	٤	٨	٢,٦١٨-	دالة
	الرتب الموجبة	٨	١٩	١٨,٤		
	التساوي	-	-	-		
الجانب الانفعالي	الرتب السالبة	٢	٤	٨	٢,٦١٣-	دالة
	الرتب الموجبة	٨	١٨	١٨,٤		
	التساوي	-	-	-		
المقياس ككل	الرتب الموجبة	١٠	٠,٢٧٠٥	٦,٥	١٦	دالة
	الرتب السالبة	-	٠	٠		
	التساوي	-	-	-		

يتضح من الجدول السابق فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت (القياس القبلي، والقياس البعدي). وبذلك تحقق الفرض كلياً.

مناقشة الفرض الثاني:

يتضح من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس قلق الموت (القياس القبلي، والقياس البعدي) حيث زادت درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق الموت المتمثل في الأبعاد الآتية: [الجانب المعرفي، الجانب الفسيولوجي، الجانب الانفعالي]. مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي في خفض قلق الموت.

الفرض الثالث:-

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس قلق الموت بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي وفترة المتابعة (القياس البعدي، القياس التتبعي).

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "ولكوكوسن" Wilcoxon لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي على مقياس قلق الموت. والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٣)

نتائج Wilcoxon للمقارنة بين متوسطات رتب درجات (القياس البعدي،
القياس التتبعي). على مقياس قلق الموت لدى المجموعة التجريبية (ن = ١٠)

أبعاد المقياس	الرتب	عدد الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي	الرتب السالبة	٧	٢٣,٦٥	٦,٦٠	٠,٣٠٨	غير دالة
	الرتب الموجبة	٥	٢١,٦٥	٤,٨٠		
	التساوى	١	-	-		
الجانب الفسيولوجي	الرتب السالبة	٧	٤١,٥٠	٥,٩٣	٠,٧٦١	غير دالة
	الرتب الموجبة	٥	٢٤,٥٠	٦,١٣		
	التساوى	١	-	-		
الجانب الانفعالي	الرتب الموجبة	٥	١٤,٥٠	٤,٨٣	٠,٥٣٣	غير دالة
	الرتب السالبة	٧	٢١,٥٠	٤,٣٠		
	التساوى	١	-	-		
المقياس ككل	الرتب الموجبة	٩	٥٨,٥٠	٧,٢٩	١,٥٠٣	غير دالة
	الرتب السالبة	٣	١٩,٥٠	٤,٨٢		
	التساوى	-	-	-		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية على مقياس قلق الموت في القياس التتبعي (بعد مرور ثلاثة أشهر من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي)، وبذلك تحقق الفرض كلياً.

مناقشة الفرض الثالث:

يتضح من نتائج الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين (التتبعي، والبعدي) حيث انخفضت درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق الموت المتمثل في الأبعاد الأتية: [الجانب المعرفي، الجانب الفسيولوجي، الجانب الانفعالي]. مما يشير إلى استمرار فعالية البرنامج الإرشادي في خفض قلق الموت.

تفسير نتائج فروض البحث:

تتفق نتائج الفرض الأول والفرض الثاني مع نتائج ما توصلت إليه دراسة حنان عثمان محمد أبو العينين (٢٠٢١) التي توصلت إلى فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز الصحة النفسية وخفض أعراض القلق من كورونا. ودراسة إيناس محمد خميس (٢٠٢٠) والتي توصلت إلى فاعلية البرنامج الإرشادي لتحسين مستوى الوعي واستمرار اتباع التدابير الوقائية أثناء جائحة كورونا؛ ووجود فروق دالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي في الوعي والإلتزام باتباع التدابير الوقائية.

وانتقلت نتائج الدراسات فعاليته في خفض قلق الموت، وفعاليتها في الوقاية الأولية للأفراد وتعديل سلوكهم. كما اتفقت نتائج الدراسات في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة، والمجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي حيث أدى إلى خفض حدة قلق الموت، بينما لم توجد فروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسات النفسية (التتبعي، والبعدي) حيث انخفضت درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق الموت. مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي، واستمرار فعاليته وأثره بعد نهاية فترة البرنامج الإرشادي.

وتفسر الباحثة النتائج استناداً على الإطار النظري والدراسات السابقة حيث أشار إليس إلى أن كل الأفراد بإمكانهم تعديل السلوك من خلال تبنيهم أفكاراً عقلانية أكثر عقلانية. ومن ثم تقلل من الاضطراب السلوكي، وما يعانيه الفرد من مشكلات.

كما تفسر الباحثة النتائج التي تم التوصل إليها في إطار التفاعل الذي أبداه أفراد المجموعة التجريبية، وسعيهم الواضح في الوصول إلى درجة من إحداث التغيير في أشكال سلوكهم بناءً على التغيير في أنماط التفكير لديهم، وبالتالي فإن السعي إلى التغيير، والتأكيد عليه في الممارسة الإرشادية يعد جانباً مهماً في تحقيق الأهداف المرجوة من برنامج الإرشاد العقلاني.

كما تفسر الباحثة النتائج التي تم التوصل إليها من خلال تنوع الأساليب والفنيات التي اتبعتها أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي والتي تتضمن إدارة الجلسات الإرشادية، وطريقة التعامل مع أعضاء المجموعة الإرشادية في إطار من المودة والإخاء، وإشعار المسن بذاته الأمر الذي يُعزز من ثقته بنفسه و يتيح له المجال للتفاعل الإيجابي مع المرشد وبقية أفراد عينة البرنامج (المسترشدين)، وسير العملية الإرشادية، وذلك عامل معزز لتحقيق الاستفادة من البرنامج الإرشادي.

وكذلك فعالية فنيات الحوار والمناقشة الجماعية إذ تُعد فنية المناقشة الجماعية فنية أساسية في الإرشاد الجمعي كونها تركز بشكل أساسي على التفاعل والاتصال بين أعضاء الجماعة من خلال ذلك التفاعل يتم تبادل الآراء واتخاذ القرارات.

تفسير النتائج:

يمر العالم بجائحة كورونا وهي انتشار الوباء في عدة بلدان أو قارات، وعادةً ما يصاب به عدد كبير من السكان، ولا تستثني فئة أو عمراً أو جنس، يصاب به الجميع بدرجات متفاوتة، وقد نشر فيروس كورونا (كوفيد- ١٩)، الذعر والخوف مع الحذر وقلق الموت، فقد كان معظم ضحاياه هم كبار السن، لتأتي نشرات الأخبار والتوعية على واقع من تجاوز الستين عاماً مضرحة بالقلق "إنه وباء يفتك بكبار العمر" وهي جملة تكفي لإحداث اضطراب تام في نفوس المسنين (World Health Organization., ٢٠٢٠، حنان ملكاوى، ٢٠٢٠).

لقد لوحظ أن أكثر الاضطرابات انتشاراً في ظل عصر أزمات الأوبئة (فيروس كورونا المستجد) هي الاكتئاب، وضعف القدرات الإدراكية والمعرفية، وقلق الموت لدى المسنين. وتزداد

نسب الإصابة بهذا الفيروس نتيجة التهويل مما يؤدي إلى تزايد معدلات الملح والذعر وقلق الموت لدى المسنين (Mizere. Malawi., ٢٠٢٠).

وكشفت نتائج الدراسات والبحوث النفسية عن وجود علاقة بين اضطراب الحالة النفسية للمسن، وإصابته بالقلق عامة، وقلق الموت خاصة، وإصابته بالفيروس أثبتت الدراسات أن نسبة ٨٠٪ من المسنين على الأقل يعانون من الأمراض المزمنة (كالكسري والضغط)، ٦٨٪ منهم قد يعانون من أكثر من مرض مما يؤدي إلى زيادة عملية الإلتهاب الذاتي في الجسم، وبالتالي نقص المناعة، وزيادة احتمالية الإصابة بفيروس (كوفيد-١٩)، ومع نقص المناعة يزداد التوتر لدى المسن، وبالتالي تزيد نسبة الإصابة بالاضطراب نفسي (Nieman, Wentz., ٢٠٢٠, Mizere. Malawi., ١١٧-١٠٢: ٢٠١٩).

ونظراً لأن كبار السن هم ركيزة المجتمع، وأحد أهم أعمدة التوازن في النسيج المجتمعي فقد أولت منظمة الصحة العالمية اهتماماً بارزاً بالصحة النفسية لكبار السن، ويُعد الإرشاد من الأساليب العلاجية التي لها تأثير في تغيير نفسية المرضى، وتعديل تفكيرهم برؤية الحياة من منظور واقعي، وهذا يساهم في الكثير من تجنب الاضطرابات النفسية، والشعور بالرضا والسعادة والصحة النفسية لديهم (Mizere. ٢٠١٩: Nieman, Wentz., ٢٠٢٠, Malawi.).

وقد خصصت برامج وآليات للتعامل مع المسن في وقت الأزمات والأوبئة كوباء فيروس كوفيد-١٩، وحسب بيانات منظمة الصحة العالمية أن تلك الفئة أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية بنسبة تبلغ حوالي ٢٠٪ عن باقي الفئات العمرية. وقد وضعت برامج إرشادية وعلاجية نفسية للتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لدى المسنين (Center for Disease Control and Prevention, ٢٠٢٠).

وتعرف مرحلة الرشد المتأخر بأنها هي المرحلة التي تبدأ بعمر الستين وتنتهي بنهاية الخامسة والستين وفيها يظهر تفوق سرعة النقصان على البناء في الجانبين التكويني والوظيفي.

ومن ثم سعت البرامج الإرشادية إلى تحقيق مطالب النمو في مرحلة الرشد المتأخر، وهي المرحلة التي يظهر فيها سرعة النقصان في الجانبين التكويني والوظيفي. ولكي تتحقق الصحة النفسية في تلك المرحلة لا بد من تحقق مطالب النمو فيها؛ وهي كما يلي:

١. التكيف بالنسبة للضعف الجسمي والمتاعب الصحية التي تأخذ بالظهور في هذه المرحلة.

٢. التكيف لتوقع أو حدوث فقد شريك الحياة زوج أو زوجة.

٣. تهيئة الجو المناسب للحياة الصالحة في هذه المرحلة.

٤. تقبل الواجبات الاجتماعية، وتنمية وتعميق العلاقة القائمة بين الأقران اجتماعياً.

توصيات البحث:

١. التخطيط الشامل لرعاية شؤون المسنين وإدماج ذلك ضمن التخطيط التنموي العام.
٢. عقد المؤتمرات وتعميق البحوث حول هذا الموضوع وتوعية المجتمع به وبآثاره العامة.
٣. توفير الجو الملائم وسبل الراحة الجسمية والنفسية للمسنين.
٤. التعاون بين الحكومات والمنظمات الأهلية وجميع قطاعات المجتمع لتحسين أحوال المسنين.
٥. وضع الحلول المناسبة للمشكلات التي تواجه المسنين حتى لا تكون عائقاً في تحقق الصحة النفسية للمسنين.
٦. دعم دور الأسرة حتى تتمكن من مواصلة دورها مع المسنين في ضوء المتغيرات المعاصرة.
٧. إعداد برامج في التوعية الصحية لكافة شرائح المجتمع في كيفية التعامل وسبل الوقاية من الأوبئة المستجدة.

٨. استمرار إطلاق حملات صحية توعوية متواصلة لتعديل السلوكيات الخاطئة أثناء وبعد الجائحة.

البحوث المقترحة:

اقترحت الباحثة إجراء دراسات وبحوث عن المسنين تتناول الموضوعات الآتية:

١. المشكلات النفسية والاجتماعية لدى المسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية.
٢. التوافق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى المسنين.
٣. اتجاهات المجتمع وعلاقته بالصحة النفسية لدى المسنين.
٤. الحاجات النفسية للمسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات.
٥. فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في خفض الاضطرابات النفسية لدى المسنين.

(Milanović, et al., ٢٠١٣: ١٩, Milanović ., ٢٠١٣: ٢١٢)

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

١. ابن كثير، عماد الدين ابو الفدا اسماعيل (١٩٦٩): *تفسير القرآن العظيم*، دار المعرفة، بيروت، ج ١.
٢. أبو العنين، حنان عثمان محمد (٢٠٢١). *برنامج إرشادي لتعزيز الصحة النفسية وقياس أثره في خفض أعراض القلق من كورونا لدى عينة من أسر مرضى فيروس كورونا بمدينة نجران بالمملكة العربية السعودية*. مجلة الفنون والأدب وعلوم الإنسانيات والاجتماع، (٦٧)، ٨٧-١٠٦.
- <https://doi.org/10.33193/JALHSS.67,2021,481>
٣. أبوعوض، سليم (٢٠٠٨): *التوافق النفسي للمسنين*، الأردن، دار أسامة للنشر، ط ١.
٤. أمين، رويحة (٢٠٠٤): *شباب في الشيخوخة*، القاهرة، دار العلم للنشر.
٥. تدمري، رشا عمر، فواز، ريم، حميدة، حسين (٢٠٢٠): *الصحة النفسية لدى اللبنانيين خلال جائحة كورونا (كوفيد-١٩) في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية*. دراسة وصفية مسحية على عينة من أفراد المجتمع اللبناني. *المجلة العلمية للبحث العلمي*. العدد الخامس والعشرون. ISSN: ٢٦٦٣-٥٧٩٨. www.ajsp.net.
٦. الحبشي، معوض حسن (٢٠٢٠): *فيروس كورونا: التحدي الجديد والأصعب للإدارة المصرية*. مجلة إدارة الأعمال، ١٦٨، ص ٥.
٧. حمودة، محمود عبد الرحمن (٢٠٠٥). *أمراض النفس*.

٨. الختاتنة، سامي محمد (٢٠١٣): دليل المقاييس والإختبارات النفسية والتربوية، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
٩. ربيعة، محمد توفيق محمود (٢٠١٨) : قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى كما يراه الطلبة أنفسهم. جامعة القدس المفتوحة/فلسطين. مجلة الفتح، العدد السادس والسبعون . كانون الاول لسنة (٢٠١٨).
١٠. السيد، فؤاد البهي (٢٠٠٨): علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري. ط٤. دار الفكر العربي، القاهرة.
١١. عبد اللطيف، خليفة (٢٠٠٨): دراسات في سيكولوجية المسن، القاهرة، دار غريب للطباعة.
١٢. العساف، صالح بن حمد (٢٠٠٤). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. الرياض: مكتبة العبيكان. ط(٣).
١٣. علي، محمد النوي محمد (٢٠١٢) : الخرف لدى المسنين، الأردن، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
١٤. العيسوي، عبدالرحمن (٢٠٠٧): الاضطرابات النفسية وعلاجها، الإسكندرية، الدار الجامعية.
١٥. قاسمي، محمد؛ وفخيته، بن جلون (٢٠٢٠): وباء فيروس كورونا المستجد: كوفيد - ١٩ - وجدلية الانتصار الاندحار. مجلة الباحث للدراسات القانونية والقضائية، ١٧ ، ٥٨ - ٥١.
١٦. القطان، سامية (١٩٧٩). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الأول، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٧. قنديل، سميرة أحمد (٢٠١٦): *البرامج الإرشادية والتدريبية في الاقتصاد المنزلي*، كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.

١٨. المركز الوطني للتثقيف والإعلام الصحي والسكاني (٢٠٢٠): *الدليل الإرشادي للوقاية من مرض فيروس كورونا (كوفيد - ١٩) - للعاملين في المجال التوعوي في المجتمع*، صنعاء، الجمهورية اليمنية . www.unicef.org

١٩. ملكاوي، حنان عيسى (٢٠٢٠): *تداعيات جائحة فيروس كورونا المستجد على الأمن الصحي العربي، نشره الألكسو العلمية "جائحة كورونا كوفيد - ١٩ وتداعياتها على أهداف التنمية - المستدامة (٢٠٣٠)*. العدد الثاني، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، جامعة الدول العربية.

٢٠. مليكة، لويس كامل (١٩٨٥). *علم النفس الإكلينيكي، التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية*، الجزء الأول، النهضة المصرية، القاهرة.

٢١. وحيدة، سماح، كريمة، شكري (٢٠١٨): *فاعلية برنامج إرشادي قائم على ضبط الذات للتخفيف من تشتت الانتباه لدى عينة من أطفال المرحلة التحضيرية*. دراسة ميدانية بالمؤسسة الابتدائية ششم يوسف تاسوست - جيجل، ماجستير في علوم التربية. جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية- قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا.

٢٢. الوهيبية، خولة بنت سالم، شهاب، إيمان عبد الجليل، الشبيبة، أمل بنت سليم (٢٠٢١): *مستوى القلق النفسي لجائحة كورونا لدى الأسر العمانية والبحرينية والمقيمين وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية*. مجلة الدراسات التربوية والنفسية، مجلة (١٠)، العدد (٢). DOI:

<http://dx.doi.org/10.24200/jeps.vol15iss2pp219-234>

ثانياً: المراجع الأجنبية

1. American Psychiatric Association (APA), (٢٠٢٠). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, text revision (٦th Ed). Washington: American Psychiatric Association.
٢. Ayers C, Petkus AJ, Liu L, Patterson TL, Wetherell JL.(٢٠١٠). *Negative life events and avoidant coping are associated with poorer long-term outcome in older adults treated for generalized anxiety disorder. Journal of Experimental Psychopathology*.١:١٤٦-١٥٤.
٣. Baker,A.,Buchanan,T.Small,J.Hines,D&Whitfield,E.(٢٠١١).*Dentifying the Relationship Between Chronic Pain, Depression, and Life Satisfaction in Older*, African Americans. *Research on Aging*, ٣٣ (.٤), ٤٢٦-٤٤٣
٤. [Beutel, E.](#)Glaesmer,H, Wiltink,J,Marian,H &Brahler, E.(٢٠١٠). *Life Satisfaction, Anxiety, Depression and Resilience Across the Life Span of Men, Aging Male*, ١٣(١), ٣٢-٣٩.
٥. Center for Disease Control and Prevention, USA.(٢٠٢٠). *Older adults. Center for Disease*

Control and Prevention [internet]. ٢٠٢٠ Aug ١٦;
Your health. Weblink.

Chou KL. (٢٠٠٩). **Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults**. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. ٢٠٠٩;١٧:٤٥٥-٤٦٤.

Chou KL. (٢٠٠٩). **Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults**. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. ١٧:٤٥٥-٤٦٤.

Department of Health, Australian Government. (٢٠٢٠). **Corona virus (COVID-١٩) advice for older people**. Commonwealth of Australia, Department of Health [internet]. ٢٠٢٠ Sep ٣. Weblink.

Derbyshire J.(٢٠٢٠). **Elderly people are among the most physically and financially vulnerable to COVID-١٩, but their needs are too often ignored**. Help Age International [internet]. ٢٠٢٠ May ١٤. Weblink.

Dryden, W. (٢٠٠٩). **Rational emotive behaviour therapy: Distinctive features**. East Sussex: Routledge.

Dryden, W., & Neenan, M. (٢٠٠٤). ***Rational Emotive Behavioural Counselling in Action*** (third edition). London: Sage. .١١

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., .١٢
Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Lavie, C. J. (٢٠٢٠).
Psychosocial impact of COVID-١٩. Diabetes &
Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews,
١-٩. doi: ١٠.١٠١٦/j.dsx.٢٠٢٠.٠٥.٠٣٥.

Ellis, L.; Wahab, E. A.; Ratnasingan, M. (٢٠١٣). .١٣
"Religiosity and fear of death: A three-nation
comparison". *Mental Health, Religion & Culture*. ١٦
(٢): ١٧٩. doi:١٠.١٠٨٠/١٣٦٧٤٦٧٦,٢٠١١,٦٥٢٦.٦

Engel, H.Siewerdt, F.Jackson, R.Akobundu, U.Wait, .١٤
C&Sahyoun, N.(٢٠١١). ***Hardiness, Depression, and
Emotional Well-Being and Their Association
with Appetite in Older Adults***. [Journal of the
American Geriatrics Society](#), ٥٩ (٣), ٤٨٢-٤٨٧.

Hendren ,R ,(١٩٩١). ***Conduct disorder in*** .١٥
childhood (in) wiener J. M.(ed) Text book of child
and adolescent psychiatry .Washington : American
psychiatry press.

Himle,Joseph A.; Van Etten, Michelle & Fischer, .١٦
Daniel J. (٢٠٠٣). ***Group Cognitive Behavioral***

Therapy For Obsessive – Compulsive Disorder:***A Review.*** Brief Treatment And Crisis Intervention,

٣, ٢, ٢١٧-٢٢٩.

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., .١٧

Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., & Ford, T.

(٢٠٢٠). ***Multidisciplinary research priorities for******the COVID-١٩ pandemic:*** a call for action for

.mental health science. The Lancet Psychiatry

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).Johnson, Steve. (٢٠١٦). ***the congruence of Philosophy***. ١٨***of Rational Emotive behavior therapy within the******Philosophy of main stream.*** Journal of cognitive and

Behavioral psychotherapies. Special issue of Philosophy

and Rational Emotive and cognitive Behavior

therapies .pp. ٤٥- ٥٥.

Jolstedt M, Wahlund T, Lenhard F, et al.(٢٠١٨). .١٩

Efficacy and cost-effectiveness of therapist-***guided internet cognitive behavioural therapy for******paediatric anxiety disorders: a single-centre,***

single-blind, randomised controlled trial. Lancet Child

.Adolesc Health. ٢:٧٩٢

Khalaf, M. A. (٢٠٢٠). ***Psychological consequences***. ٢٠***of COVID-١٩ and challenges for post-traumatic***

interventions. Journal of Psychology Research, ١٠,
٢٤-٢٩.

Lee, S. A. (٢٠٢٠). **Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety**. *Death Studies*, ١-٩.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>

Lupe SE, Keefer L, Szigethy E. (٢٠٢٠). **Gaining resilience and reducing stress in the age of COVID-19**. *Curr Opin Gastroenterol*. ٢٠٢٠;٣٦(٤):٢٩٥-٣٠٣. pmid:٣٢٣٩٨٥٦٧.

Milanović Z, Pantelić S, Trajković N, Sporiš G, Kostić R, James N.(٢٠١٣). **Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women**. *Clin interv Aging*. ٢٠١٣; ٨:٥٤٩-٥٦. DOI | PubMed | GoogleScholar | PDF.

Milanović Z, Pantelić S, Trajković N, Sporiš G, Kostić R, James N.(٢٠١٣). **Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women**. *Clin interv Aging*. ٢٠١٣;٨:٥٤٩-٥٦. DOI | PubMed | GoogleScholar | PDF.

Mizere J. Malawi. (٢٠٢٠). ***youths engage in helping elderly amid COVID-١٩*** [internet]. Xinhua Net. ٢٠٢٠ Jul ٢١. Weblink.

Nieman DC, Wentz LM. (٢٠١٩). ***The compelling link between physical activity and the body's defense system.*** J Sport Health Sci. ٢٠١٩;٨(٣):٢٠١-١٧. DOI | PubMed | GoogleScholar | PDF.

Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Conversano, C. (٢٠٢٠). ***Psychological intervention measures during the COVID-١٩ pandemic.*** Clinical Neuropsychiatry, ١٧(٢), ٧٦-٧٩.

Ritter, Michael R. & Hazlett - Stevens, Holly (٢٠٠٦). ***The use of exposure and ritual prevention in the treatment of harm obsessions with covert compulsions.*** Clinical Case Studies, ٥, ٦, ٤٥٥-٤٧٦.

Scavella, Samuel Patrick (٢٠٠٤). ***The effect of positive behavioral support on disruptive and defiant behavior of high school aged***

Spada, M. M., Caselli, G., & Wells, A. (٢٠١٢). ***A triphasic metacognitive formulation of problem drinking.*** Clinical Psychology and Psychotherapy.

- Torales, J., O.; Higgins, M.; Castaldelli-Maia, J. M.& .٣١
 Ventriglio, A. (٢٠٢٠). ***The outbreak of COVID-١٩ coronavirus and its impact on global mental health.*** International Journal of Social Psychiatry. Advance online publication. <https://doi.org/١٠,١١٧٧/٠٠٢٠٧٦٤٠٢٠٩١٥٢١٢>.
- United Nations. Policy Brief., (٢٠٢٠). ***The Impact of COVID-١٩ on older persons.*** United Nations
- Viswanath, A. & Monga, P. (٢٠٢٠). ***Working through the COVID-١٩ outbreak: Rapid review and recommendations for MSK and allied health personnel.*** Journal of Clinical Orthopedics and Trauma. DOI: <https://doi.org/١٠,١١٦/j.j١٤>.
- Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; Ho, C. .٣٤
 S.& Ho, R. C. (٢٠٢٠). ***Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the ٢٠١٩ Coronavirus Disease COVID-١٩ Epidemic among the General Population in China.*** International Journal of Environmental Research and Public Health, ١٧(٥), ١٧٢٩. doi:١٠,٣٣٩٠/ijerph١٧٠٥١٧٢٩.
- Windy Dryden, Raymond Dispgiueppe. .٣٥
 (٢٠١٠). ***aprimè on Rational Emotive Behavior***

Therapy. ٢th edition. Journal of cognitive and Behavioral psychotherapies.pp. ٣٩, ٧٢٣-٧٤٩.

Windy Dryden, Raymond Dispgiueppe. .٣٦
(٢٠١٠). ***aprime on Rational Emotive Behavior Therapy.*** ٢th edition. Journal of cognitive and Behavioral psychotherapies.pp. ٣٩, ٧٢٣-٧٤٩.

World Health Organization.(٢٠١١). ***Physical activity .٣٧ and older adults: Recommended levels of physical activity for adults aged ٦٥ and above.***
World Health Organization [internet]. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Weblink.

World Health Organization., (٢٠٢٠). ***Mental health .٣٨ and psychosocial considerations during the COVID-١٩ outbreak,*** ١٨ March ٢٠٢٠. World Health Organization; ٢٠٢٠.

Wrosch C, Dunne E, Scheier MF, Schulz R.(٢٠٠٦). .٣٩
Self-regulation of common age-related challenges: Benefits for older adults' psychological and physical health. *Journal of Behavioral Medicine.*٢٩:٢٩٩-٣٠٦.

Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., . . .
& Xiang, Y. T. (٢٠٢٠). ***Mental health services for
older adults in China during the COVID-١٩
outbreak.*** The Lancet Psychiatry, ٧(٤), e١٩.