

## فعالية برنامج علاج نفسي إسلامي مُقترح في تخفيض القلق

(قلق ما قبل العملية الجراحية نموذجاً)

ملخص:

يُبرز هذا البحث التأثيرات النفسية لممارسة الشعائر الدينية على تخفيض القلق مُتخذاً من القلق الذي يسبق العملية الجراحية نموذجاً في التطبيق، فاقترح الباحث لذلك بناء برنامج علاج نفسي مُستوحى من أصول الدين الإسلامي (العقيدة ، العبادات الأدائية والذكر)، في شكل جلسات علاجية إرشادية، ومعتمداً في الوصول إلى النتائج على المنهج التجريبي الذي تُعتبر نتائجه من أدق وأوثق النتائج واختار لذلك تصميمًا مناسباً وهو تصميم المجموعتين المتجانستين (التجريبية والضابطة)، ثم القيام بالقياس البعدي لهما عن طريق مقياس القلق لـ "سبيلبرجر" ومقياس قلق الموت لـ "دونالد تمبلر"، ليعالج النتائج إحصائياً عن طريق اختبار (ت) لمعرفة مستوى دلالة الفروق بينها، ليجد بعد الدراسة أن الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة للاختبارين كلٌّ على حدة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) لصالح المجموعة الضابطة بمعنى أن المجموعة التجريبية أقل قلقاً على مقياسي الدراسة مما يعني أن المتغير المستقل (برنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح) له فعالية في تخفيض "قلق ما قبل العملية الجراحية".

Abstract:

This research paper tries to shed light on the psychological effects of religious practise on anxiety reduction. The case study was anxiety that precedes surgical operations. That, the researcher ,suggests psychological treatment. That is root in the teachings of the religion of Islam (the doctrine and worships be then verbal or per formative) the treatment would take the form sessions depending on the experimental method which is deemed one of the most accurate and reliable plan ,that is of two homogeneous groups (the experimental and control).the results were measured using Anxiety test of " Spielberger" and Death Anxiety test of "Donald Templer" . the data was processed statistically using " T "test to know the significance of mean the results has born out that the discrepancy between the average of two groups is a statistic function of (0.01) level for the control group .this means the experimental group is less anxious in the scale of the study and that the independent variable (the programme Islamic) is effective in reducing the anxiety that precedes the surgical operation

إنسان هذا العصر قلق، خاصة بعد أن أحاط به عالم التكنولوجيا و آثاره السلبية و الذي فصله عن عالم الطبيعة و حياته الروحية ،فهو إنسانٌ معزول عن أعماق ذاته ،محرومٌ من أهم صفاته الإنسانية ،والدين هو أهم أسس حياة الإنسان بحيث لا يُمكن أن يُستغنى عنه بحال من الأحوال، لذا تراه عندما يغفل عنه يضطرب وينحرف عن تحقيق أهم أهدافه التي يجب أن يحققها في هذه الحياة، وإن الدراسات النفسية الغربية الحديثة لم تُعطِ للدين المكانة التي يستحقها أثناء دراستها للسلوك الإنساني.

والقلق أشهر الاضطرابات النفسية وأكثرها دراسةً وشيوعاً، ففي مجلة الملخصات النفسية الصادرة عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس في فترة خمس سنوات (1974-1979م) نُشر حوالي 2064 بحثاً ومقالاً وكتاباً عن القلق، مما يدل على زيادة الاهتمام بموضوع القلق و أثره على جوانب السلوك الإنساني وهذا ليس بالغريب لأن القلق هو العرض الأكثر شيوعاً في جميع الأمراض النفسية ولكن هذه الدراسات تناولت القلق وربطته بكثير من الجوانب النفسية سواءً تأثراً أو تأثيراً، ولكنها أهملت جانباً هاماً في حياة الإنسان لم يَل ما يستحقه من الدراسة والذي هو "الدين" حيث ضل هذا الجانب مُهمشاً ،وتارةً مُستبعداً من قبل الباحثين الغربيين وذلك لأسباب تعود لتاريخ الدين في المجتمعات الغربية التي لطالما كان الدين عندهم حجرة عثرة في وجه التقدم ، ولكن هذا لا ينطبق على الدين الإسلامي الذي أول ما أنزل من القرآن قوله تعالى: ﴿اقرأ﴾.

إن العلاج النفسي الإسلامي له ميزات حيث أن له السبق التاريخي حيث أن العلماء المسلمين أول من نظروا إلى المرض العقلي نظرة علمية وليس نظرة خرافية ما انعكس ذلك فعليا في إنشاءهم لمصحاتٍ نفسية عُرفت بـ"البيمارستان"، حيث أنه في حوالي سنة 93هـ الموافق لـ707م أسس الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك بدمشق أول بيمارستان للمختلين، وكانت تخصص لهم أموال تنفق عليهم للعيش داخل المأوى وخارجه، وتبعهم فيما بعد العباسيون وبالتالي يكون المسلمون أول من أعطوا ما يسمى بـ"حقوق المريض النفسي"، وإن أهم ميزة للعلاج النفسي الإسلامي أن منبع أصوله من نصوص الكتاب والسنة وبذلك يكون أعظم علاج نفسي وأفضله وهذا ما نؤمن به عقيدةً، ثم فيما بعد فإننا نستأنس بالدراسات العلمية التي أثبتت هذه الفعالية والأفضلية، لأن الله هو الذي خلق الإنسان وهو يعلم ما يُصلحه وما يُمرضه ﴿ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير﴾ (سورة الملك أية 14) ﴿هو أعلم بكم إذ أنشأكم من الأرض و إذ أنتم أجنة في بطون أمهاتكم﴾ (سورة النجم أية 32).

- وان مما يميز هذا النوع من العلاج أيضا في نظام الحوافز هو "الحافز الروحي" أي الرغبة في الثواب والخوف من العقاب والطمع في رضا الله ، أي أنه ليس حافز مادي يشترك فيه مع الحيوان ولكنه استجابةً لإيمانٍ ديني .

- في العلاج النفسي الإسلامي ميزة أخرى من حيث هدف العلاج ,حيث لا يقتصر هذا النوع في العلاج على مجرد الوصول إلى الحالة التوافقية بين الفرد ونفسه أو بين الفرد والمجتمع وإنما المساعدة على أن يكون الفرد قادراً على تحقيق هدفه الرئيسي في الحياة وهو عبادة الله: ﴿ ما خلقت الإنس والجن إلا ليعبدون﴾(سورة الذاريات،آية56)،أي أن المعالج المسلم لا يعتمد في علاجه المستوى الأفقي فقط(الفرد-المجتمع)بل يراعي كذلك المستوى الرأسي الأفقي(الله ثم الفرد-المجتمع)

- كذلك يعتقد الباحث أنه لو إتفق علماء النفس الباحثين والمُنظرين على مفهوم صحيح وواحد للسواء والشذوذ فإن علم النفس يكون قد تقدم خطوات عملاقة وتاريخية ،لأن عدم إتفاقهم في هذا المعيار هو أكبر نقطة ضعف في علم النفس الحديث, أما في العلاج النفسي الإسلامي فإنه يتميز بأن معايير السواء والشذوذ عنده موحدة وثابتة,(حيث أن السلوك السوي هو السلوك الإسلامي قال النبي صلى الله عليه وسلم: (( أن الحلال بين وأن الحرام بين وبينهما أمور متشابها لا يعلمهن كثير من الناس, فمن اتقى الشبهات فقد سترأ لدينه وعرضه ومن وقع في الشبهات وقع في الحرام كالراعي يرعى حول الحمى يوشك أن يقع فيه ألا وإن لكل ملك حمى ألا وإن حمى الله محارمه ألا وإن في الجسد مضغة إذا فسدت فسد الجسد كله وإذا صلحت صلح الجسد كله ألا وهي القلب)) (رواه البخاري), فهذا الحديث أرشد إلى كيفية التعامل مع الأنواع الثلاثة من السلوك ( السلوك السوي, السلوك المنحرف والسلوك المختلف فيه)) (توفيق،عزالدين،1998ص343)، وإن الله زودنا بالفطرة التي تؤيد الحق والسواء، (إن السواء في القرآن الكريم واضح المعالم محدد الأبعاد متكامل وبالتالي يمكن لنا أن نقول أن هناك أشخاص من المنظور القرآني يتمتعون بسواءٍ كامل، وهذا الذي لم تشر له أي مدرسة من مدارس علم النفس, إن السواء في بعض مدارس علم النفس يبدو كأنه أمر بعيد المنال أو أمر مستحيل كما قال رائد مدرسة التحليل النفسي فرويد , كما أنه قد يبدو عسير التحقيق في البعض الآخر (كما في المذهب الإنساني ), أو أن الإنسان يصل إليه بطريقة آلية كما زعمت المدرسة السلوكية , بينما هو في القرآن في متناول من يلتزم بأوامر الدين ونواهيه ومن يوازن بين الجانبين المادي والروحي في هذه الحياة) (سليمان عبد الرحمان سيد،1996ص92), وكذلك أن المعيار الإسلامي للسواء والشذوذ يضم في حد ذاته الجوانب الإيجابية من معايير السواء والشذوذ الأخرى ويتبناها من مثل(المعيار الطبي ,المعيار الاجتماعي المعيار البيئي ,المعيار الذاتي...),لذا فإن مفهوم السواء والانحراف في المفهوم الإسلامي لا يطرح أي إشكال (فالمصطلحات الإسلامية التي تصف حالة السواء والانحراف مصطلحات واضحة بالإيمان يقابله الكفر،والسنة يقابلها البدعة, والعدل يُقابلة الظلم والصبر يقابله الجزع والحياة الطيبة تقابلها المعيشة الضنك،و السكينة يقابلها الغم والأمن يقابله

الخوف ،وهناك ثبات ووضوح في الطريق الموصل إليها إنه الإيمان، لكن الإيمان عندما يكون نظرة إلى الوجود وموقفاً من الحياة ونمطا من السلوك)(التوفيق،محمد عزالدين1998ص348)

- كذلك ما يميز العلاج النفسي الإسلامي أنه ركّز على جانب الروح، حيث أن التغاضي عن الروح كما قال كثير من العلماء هو أزمة علم النفس الحديث حيث عمت النظرة المادية في دراساتهم وأنكروا وجود شيء داخل الإنسان أي أنهم اهتموا بكل شيء عدا الروح، إن الإنسان يحمل بداخله عنصرا غيبياً لا يخضع لمناهج الدراسة المادية، فلا يجب أن يُدرس الإنسان كأعصاب وشرابين وخلايا فقط بل ندرسه بروحه كذلك ، ولقد لاحظ "أريك فروم" وهو محلل نفسي معاصر هذا القصور الخطير في أبحاث علم النفس الحديث فقال:(أن اهتمام علم النفس الحديث يتّصبّ على مشكلات تافهة تتماشى مع منهج علمي مزعوم وذلك بدلا من أن يضع مناهج جديدة لدراسة مشكلات الإنسان الهامة وهكذا أصبح علم النفس يفتقر إلى موضوعه الرئيسي وهو الروح) (1977ص11) ،ويُضيف العيسوي عبد الرحمان مميزات للعلاج النفسي الإسلامي وهي كما يلي :

- أنه علاج إيماني أي يعتمد على ترسخ دعائم الإيمان في نفس الفرد ويشعره بالأمن والاستقرار.
- أنه علاج خُلقي بمعنى أنه خُلقي في منهجه فيحترم كرامة الإنسان ويصونها ويعتمد في الوقاية والشفاء على بث المبادئ الخُلقية والحميدة في نفس الفرد.
- أنه علاج امتثالي بمعنى أنه يدعو الفرد إلى الامتثال للقيم والمبادئ والمثل العليا والأعراف السائدة في المجتمع.
- أنه علاج تعضيدي فهو يقدم العون والمساعدة والتأييد والتشجيع للمريض حتى يُرضي نفسه ويثق بها ويتحرر من مشاعر النقص والدونية .
- أنه علاج إقناعي بمعنى أنه يقوم على أساس إقناع المريض عقلياً بالحلول المنطقية.
- أنه علاج شمولي حيث يتناول شخصية المسلم بكافة جوانبها الجسمية والعقلية والروحية والخلقية والاجتماعية والاقتصادية .
- أنه علاج سلوكي بمعنى أنه يستهدف تعديل سلوك الفرد ،وذلك لأن العبرة بالعمل الحقيقي وفي أطار "الإسلام دين المعاملة".

- أنه علاج واقعي لا يعتمد على الأمور الفلسفية والخيالية أو الخرافية. (1982ص126)

تكون هذه الدراسة مساهمةً في تلك الجهود التي ابتدأها بعض الأطباء النفسانيين وأخصائيو علم النفس المسلمون في أكثر من مكان سواء عن طريق جهودٍ فردية أو جماعية رغم العقبات والإحباطات، و لقد أُصدرت عدة كتب وأقيمت عدة ندوات محلية و دولية و أنشأت عدة جمعيات مثل الجمعية الإسلامية العالمية للصحة النفسية ورابطة علماء النفس المسلمين.

هناك الكثير من الدراسات التي أجريت على القلق والدين، وسيقتصر على عرض بعض الدراسات التي أجريت في السنوات الأخيرة والتي أمكن الحصول عليها وهي كما يلي:

قام محمد السيد حواله سنة 1990 دراسة حول القلق الأخلاقي و علاقته بالقيم و المفاهيم الدينية وتكونت عينة الدراسة من 100 طالب من كلية الدين في جامعة الأزهر و 100 طالب من كلية التربية في جامعة قناة السويس، وكان مدى أعمار العينة من 22-26 سنة، واستخدم الباحث أربعة اختبارات هي : اختبار تحديد القضايا "لقياس النمو الأخلاقي" و اختبار حالة وسمة القلق عند الكبار واختبار "روتر" لتكملة الجمل، واختبار القلق الأخلاقي من إعداد الباحث، ومن أهم نتائج الدراسة وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين القلق الأخلاقي (الذي يعكس ارتفاعا في مستوى الدين) وبين قلق الحالة وقلق السمة لدى عيني الدراسة كما خرج الباحث بنتيجة مفادها أن دراسة العلوم الدينية (طلاب كلية أصول الدين) تخفض مستوى التوتر النفسي لدى الطلاب .

كما قامت ظريفة الشويعر كذلك بدراسة أخرى حول الالتزام الديني وعلاقته بقلق الموت على عينة من 287 فردا منهم 142 من الذكور و 145 من الإناث العاملين و العاملات في القطاع التعليمي في مدينة مكة المكرمة و جدة، واستخدمت مقياسي الالتزام الديني ومستوى قلق الموت وهما من إعداد الباحثة، وكان من أهم النتائج وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين مستوى الالتزام الديني ومستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة الذكور و على العكس كانت النتيجة لدى عينة البنات.

قامت عنو عزيزة سنة 2006 بدراسة مدى فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم، الأذكار والأدعية على الاكتئاب الإستجابي لدى طالبات جامعة الجزائر، حيث كانت العينة مكونة من 120 طالبة لديهن اكتئاب إستجابي عن طريق استخدام مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث، واستخدمت المنهج العيادي كأسلوب للدراسة وقامت بتطبيق الحمص العلاجية الفردية، وكان من نتائج الدراسة أن تقدير الذات لدى العينة قد تحسن إلى 81.57% في حين تحسن الاكتئاب عند 80.55% .

كما قام الصنيع صالح إبراهيم بدراسة من أجل معرفة العلاقة بين التدين والقلق العام لدى عينة من طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الطلاب إحداهما طلاب كلية الشريعة وعددهم 119 طالبا متوسط عمرهم 21.40 سنة، و121 طالبا من كلية العلوم الاجتماعية متوسط عمرهم 22.97 سنة والمجموع الكلي للعينة 240 طالبا استخدم مقياس التدين من إعداد الباحث وكذلك مقياس القلق العام للراشدين من إعداد محمد جمل الليل، وانتهت الدراسة على نتائج تؤيد العلاقة العكسية بين التدين والقلق العام لدى عيني الدراسة كما أن طلاب كلية الشريعة حصلوا على متوسط

درجات أعلى من طلاب كلية العلوم الاجتماعية على مقياس التدين، بينما على مقياس القلق العام حصل طلاب كلية العلوم الاجتماعية على متوسط أعلى من طلاب كلية الشريعة .

### تساؤلات الدراسة:

وسيراً على منوال الدراسات السابقة فإن الباحث اختار دراسة مدى فعالية برنامج علاجي نفسي إسلامي اقترحه لتخفيض القلق و اختار قلق ما قبل العملية الجراحية نموذجاً للتطبيق واطعاً نُصب عينيه التساؤل العام التالي :

- هل لبرنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح فعالية في تخفيض درجة قلق ما قبل العملية الجراحية؟

والتساؤلات الفرعية التالية :

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة المقبلتين على عملية جراحية على مقياس القلق ل"سيبلرجر" بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة المقبلتين على عملية جراحية على مقياس قلق الموت ل"دونالد تمبلر" بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح؟

### أهداف الدراسة :

يهدف هذا البحث إلى المساهمة في الدراسات النفسية التي سعت إلى تخفيض درجة القلق ودرجة قلق ما بعد العملية الجراحية خصوصاً.

- المساهمة ببناء برنامج علاجي نفسي الهدف منه تعزيز حركية الدراسات النفسية والعلاجية المختلفة  
- الكشف عن الجانب الوقائي والجانب العلاجي الذي يمنحه الدين الإسلامي لمعتنقيه، ليُشكل هذا البحث محاولة ولو مُتَشَمَّة في بعث ما يُسمى "التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية" أو ما يُعرف عموماً بـ"أسلمة المعرفة" بجامعاتنا الجزائرية بين باحثيها وطلبتها.

- المساهمة بدراسة نفسية تأخذ بعين الاعتبار أحد خصائص الشخصية الجزائرية وهو الاعتقاد بالدين الإسلامي، وإبراز الأثر الفعال للدين والتدين في ميدان الصحة النفسية والإشارة إلى ما يحتويه قرآنا العظيم وسنة نبينا من دلالاتٍ إلى الصحة النفسية والطرق الموصلة إليها والمبعدة عن القلق.

### فرضيات الدراسة:

من خلال ما ذكر سابقاً وإتباعاً لاستنتاجات الملاحظات الميدانية واعتماداً على ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات هذا الموضوع فإنه تمت صياغة الفرضيات التالية :

- الفرضية العامة :

إن لبرنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح فعالية في تخفيض درجة قلق ما قبل العملية الجراحية .

- الفرضيات الفرعية :

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة المقبلتين على عملية جراحية على مقياس القلق ل"سبيلبرجر" بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح لحساب المجموعة الضابطة.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة المقبلتين على عملية جراحية على مقياس قلق الموت ل"دونالد تمبلر" بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح لحساب المجموعة الضابطة .

المفاهيم الأساسية للدراسة :

أ- القلق:

يُعرفه فخري الدباغ بأنه : (شعور عام مبهم بالخوف و التوجس و التوتر,دون إدراك لمصدر الخوف, ويكون مصحوب بأحاسيس جسدية تتكرر بين الحين و الآخر يشكل ضيقاً في الصدر أو التنفس أو تسرع في نبضات القلب ) (1983ص96) .

أما راجح أحمد عزت فيعرفه : (القلق حالة من الانفعال يشير إلى وجود خطر داخلي أو خارجي شعوري أو لاشعوري يهدد الذات وجوهره ،فيه الانتظار والتوقع والعجز عن الهرب،والقلق انفعال مُركب من الخوف والألم وتوقع الشر ) (1993ص18).

استعاناً بمجموع التعاريف السابقة وبالمشاهدات في الميدان الإكلينيكي فان التعريف الإجرائي للقلق هو أنه حالة انفعالية غير سارة ثابتة نسبياً، تتشكل لدى الفرد نتيجة للتهديد قد يكون داخلياً, وقد يكون خارجياً, ويتميز بالتوتر نتيجة الشعور بذلك التهديد, و إن توقع الخطر قد يكون له مُبرراته في الواقع الموضوعي كما يمكن أن يكون ذاتياً مُتوهماً, وترافق هذه الحالة أعراض جسدية مزعجة وسلوكات سلبية والقلق هنا كما يقيسه اختبار القلق ل"سبيلبرجر".

ب- قلق ما قبل العملية الجراحية:

إن القلق الذي يسبق العملية الجراحية هو قلق يطبعه ويُسيطر عليه حالة قلق الموت ولا يمكن الفصل بينهما فهما وجهان لعملة واحدة، وتعريف قلق ما قبل العملية الجراحية إجرائياً هو (حالة من الاضطراب الفكري والوجداني أمام الخطر المحدق بالجسد، وربما بالحياة نتيجة للعملية الجراحية، ويتضخم هذا الاضطراب عندما تكون الجراحة بمثابة الخيار الوحيد أمام المريض لكي يتجنب خطر حالة مرضية يعانيتها، ولكن بعد أن تكون معاناته من قلق الموت خلال الفترة الفاصلة بين معرفته بإصابته وبين قراره الخضوع للجراحة) (كبريال، السبع، 1995، ص51) وقلق الموت (نوع من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكبرة ومشاعر شك وعجز وضيق تتركز حول كل ما يتصل بالموت أو الاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجتها) (عبد الخالق أحمد، 1987، ص23). وتعريف قلق الموت إجرائياً : هو الخوف المتعلق بالتفكير في الموت سواءً موت الشخص ذاته أو موت الآخرين وكذلك في الموضوعات ذات الصلة بالموت مثل الفناء الاحتضار، الدفن، تحلل الجسم وغيرها ويُقصد به في بحثنا هذا كما يقيسه اختبار قلق الموت لـ"دونالد تمبلر".

### ج- العلاج النفسي الإسلامي:

العلاج النفسي هو (تطبيقٌ منهجي لتقنيات نفسية مُحددة لإعادة التوازن العاطفي) (Sillamy, Norbert, 2000, P214)، أما العلاج الإسلامي منه فهو شكل من أشكال العلاج السابق يستهدف إصلاح باطن وظاهر الفرد، وذلك بتصحيح منظومته المعرفية وفق أسس عقائدية عن طريق ترسيخ الإيمان وإكسابه سلوكيات إسلامية في التعامل، والقيام بمختلف الشعائر الدينية وذكر الله، وذلك ما ينعكس إيجاباً على استقراره النفسي واطمئنانه، وتعريف العلاج إجرائياً في هذا البحث هو أنه أسلوبٌ من التعامل الإنساني في شكل جلسات علاجية إرشادية تعتمد أساساً على الدين في التفكير و التطبيق، الهدف منه القضاء على القلق وعموما الأمراض النفسية المختلفة وتخفيفها أو مساندة من يعانيتها، وهو يقوم أساساً على معرفة الفرد لربه ودينه ونفسه وهدف وجوده في الحياة، (ويقوم على أساليب ومبادئ دينية روحية أخلاقية) (زهران، حامد عبد السلام، 1997، ص360)، وذلك بالاعتماد على أصول الدين الثلاثة:

1-المعتقد (الإيمان بالله، الإيمان باليوم الآخر ، لإيمان بالقضاء والقدر، التوبة، الصبر التفويض والاحتساب، التأسى بالأنبياء والصالحين) 2- العبادات الأدائية (الصلاة، الصدقة ) 3-الذكر الديني (تلاوة القرآن، الدعاء والاستغفار).

اجراءات الدراسة الميدانية

أ- منهج البحث والتصميم:



لقد اعتمد في دراسة فعالية البرنامج المقترح المنهج التجريبي، لأنه المناسب في دراسة أثر أو فعالية ظاهرة أو متغير ما، وكذلك لما له من قيمة علمية ولأنه يسمح بالمقارنة مع عينات لم تخضع للمتغير المستقل محل الدراسة . إن البحث التجريبي هو تغييرٌ مُتعمد و مضبوط للشروط المحددة لواقعة معينة، وملاحظة التغيرات الناتجة عن هذه الواقعة ذاتها وتفسيرها وهو( يتضمن محاولة لضبط كل العوامل الأساسية المؤثرة في المتغير أو المتغيرات التابعة في التجربة ماعدا عاملاً واحداً يتحكم فيه الباحث ويُغيره على نحوٍ مُعين بقصد تحديد و قياس تأثيره في المتغير أو المتغيرات التابعة)(محمد جاسم 2004 ص63).

ولقد اعتمد الطالب على تصميمٍ مناسب و أكثر دقة في النتائج وهو القياس بعد التجربة فقط للمجموعتين التجريبية والضابطة بحيث (تنتقى المفردات عشوائياً من مجتمع الظاهرة أو توزع عشوائياً على المجموعتين، هذه العشوائية تسمح بافتراض أن المجموعتين لا تختلفان اختلافاً جوهرياً أي أن الفرق بينهما يكون في حدود الخطأ المرتقب الذي لا تكون له دلالة إحصائية يُدخل المتغير المستقل على المجموعة التجريبية وحدها دون الضابطة، وفي النهاية يُحسب الفرق بين المجموعتين في المتغير التابع ويخضع هذا الفرق للدراسة الإحصائية للتعرف عما إذا كان له دلالة أي يرجع للصدفة أم لا، أي للتعرف على مدى الثقة التي تضعها فيه باعتباره فرقاً حقيقياً يمكن أن نحصل عليه لو كررنا التجربة عدة مرات على عينات جديدة من نفس المجتمع .

- المجموعة التجريبية ( عينة - متغير مستقل - قياس )

- المجموعة الضابطة ( عينة — قياس )

يمتاز هذا التصميم بأنه يسمح بالمقارنة بين المجموعتين، كما أن الاختيار أو التوزيع العشوائي يسمح بتعميم نتائج الدراسة و فضلاً عن هذا فإن هذا التصميم يضبط تأثير التاريخ و تعدد القياسات و تأثير تغيير الأدوات و إنحدار الدرجات نحو المتوسط و هذه كلها عوامل تؤثر في الصدق الداخلي للتجربة، أما بالنسبة للصدق الخارجي، فإن هذا التصميم يضبط تأثير التفاعل بين القياس و المتغير المستقل أما بقية العوامل المؤثرة فإنها تكون موضعاً للاعتبار)(محمد عبد الظاهر الطيب و آخرون 2000 ص205) .

## ب - العينة:

إن تحديد العينة يعتبر من أهم المحاور الأساسية التي تقوم عليها البحوث الميدانية، وهي من بين أصعب الأمور التي يتطلب ضبطها، لأن أفرادها يُفترض أنهم يُمثلون المجتمع الأصلي في جُل الخصائص التي يتميز بها مجتمع الدراسة ، ولقد اعتمد الطالب على " العينة القصدية " كنوعٍ لعينته والتي هي تعمدٌ في اختيار فئة معينة، ويكون هذا الاختيار مبنياً على اعتبارات منطقية ومقبولة تؤكد تمثيلها للمجتمع الأصلي، وكان ذلك في ضوء ما لوحظ في الدراسة الاستطلاعية و النظرة الشاملة للحالات الموجودة بالمستشفى وسجلاتها، وخاصة إن كان

المعيار الأساسي في اختيار الحالات هو إجراءاتهم لعملية جراحية، و لقد أُعتمد على عينة قوامها (36) مريضاً مقبلاً على عملية جراحية من مرضى مصلحي الجراحة نساء والجراحة رجال، و قد تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين بالتساوي هما :

- المجموعة التجريبية (Experimental group) وعدد أفرادها (18) .
- المجموعة الضابطة (Control group) وعدد أفرادها (18) .

ولقد تمت المجانسة بين المجموعتين عن طريق فرز البيانات عامة و الملفات الطبية المرضى وأهم عناصر المجانسة: السن، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي، درجة خطورة العملية الجراحية، التاريخ المرضي والجراحي.

### ج- ضبط متغيرات الدراسة :

المتغير عبارة عن موقف ، مشكلة ، ظاهرة أو سلوك مشاهد و هذه المتغيرات غير مستقرة أي بمعنى متغيرة في درجتها، وإن كانت ثابتة فإن ثباتها يكاد يكون نسبياً، وإنه قبل التجربة تم تحديد متغيرات التجربة قدر الإمكان، وتحديد مدى العلاقة بين المتغيرين الأساسيين من خلال صياغة الفروض، وحاول الوقوف عند حدود المتغيرات الأخرى التي قد تلعب دوراً فاعلاً في إفساد تلك العلاقة بين المتغير المستقل و المتغير التابع وهما أساساً عملية البرنامج التجريبي، وهناك متغيرات أخرى متوقعة لكنها غير معلومة وغير مقصودة لكن عزلها مقصود و تحييد أثرها مطلوب ، لذا فإنه تم ضبط المتغيرات أي تثبيت تلك العوامل و تحييدها، ما عدا العامل الذي يراؤ معرفة أثره قدر الإمكان، وهناك أربعة عوامل حاول الطالب ضبطها :

- 1- العوامل التي تنشأ من المجتمع الأصلي للعينة 2- العوامل التي تنبع من إجراءات الاختبار التجريبي
- 3- العوامل التي ترجع إلى مؤثرات من مصادر خارجية 4- العوامل التي ترجع إلى تأثير المُجرب .

### د- أدوات الدراسة:

ولقد أُستعملت المقاييس التالية:

- مقياس القلق لـ"سيبلرجر" لأنه المناسب لقياس الأعراض الإكلينيكية الآنية لقلق ما قبل العملية الجراحية وهو

المعروف بـ: State- trait Anxiety inventory (STAI)

- مقياس قلق الموت لـ"دونالد تمبلر" وذلك لأن الخضوع لعملية جراحية يجعل فكرة "الموت" حاضرةً بالخاص،

والمقياس معروف بـ: (D.A.S)( Death anxiety Scale)

هـ- عرض البرنامج على مجموعة محكمين:

بعد أن صمّم الطالب محتوى البرنامج المقترح قام بعرضه على تسعة (09) من أعضاء هيئة تدريس في قسمي علم النفس و العلوم الشرعية بالجامعات التالية: محمد خيضر بسكرة ،جامعة الجزائر جامعة الإمام محمد بن سعود ،جامعة البترول والمعادن (الظهران) بالسعودية و قطر لتحكيم البرنامج ومعرفة آرائهم خاصةً فيما يلي من العناصر:

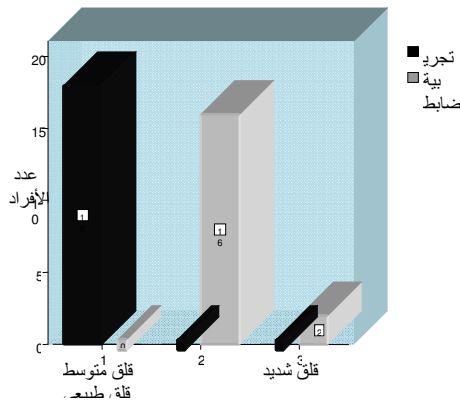
- خطوات البرنامج التي تم تحديدها - محتوى البرنامج وتوافر عناصر الترابط فيه .
  - مناسبة كل جلسة وزمنه للمرضى المقبلين على عملية جراحية - مناسبة إجراءات كل جلسة لأهدافها -
  - مناسبة التصميم التجريبي لدراسة فعالية البرنامج - مناسبة المقاييس النفسية المعتمدة لاستخلاص النتائج .
- وقد تمت مراجعة الجلسات وعمل التعديلات اللازمة على البرنامج في ضوء آراء ومقترحات المحكمين.
- عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

### 1- عرض النتائج:

أ- مستويات القلق على مقياس "سبيلبرجر": تبعا لنتائج القلق للمجموعتين على مقياس القلق ل"سبيلبرجر" كانت مستويات القلق كالتالي :

جدول يوضح مستويات نتائج القلق للمجموعتين على مقياس القلق ل"سبيلبرجر":

المجموعة	عدد الأفراد	قلق طبيعي	قلق متوسط	قلق شديد
التجريبية	18	18	00	00
الضابطة	18	00	16	02



شكل يوضح مستويات نتائج القلق للمجموعتين على

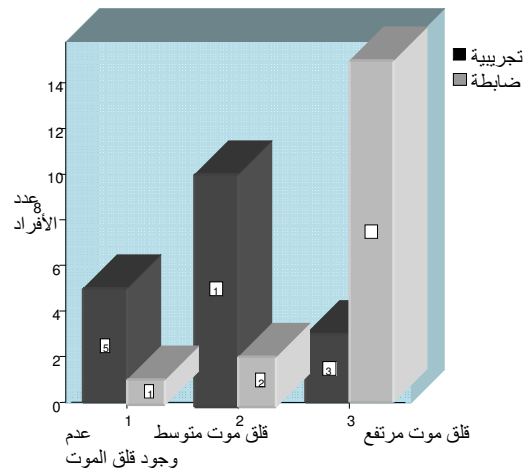
مقياس "سبيلبرجر"

من خلال الجدول السابق والرسم البياني يتبين لنا أن كل أفراد المجموعة التجريبية المقدر عددهم بثمانية عشر فرد كان قلقهم في مستوى "القلق الطبيعي"، أما أفراد المجموعة الضابطة فجل أفرادها كان مستواهم في "القلق المتوسط" بستة عشر فرد، وفردين في مستوى "القلق الشديد"، ويعني هذا أن مستويات قلق المجموعة التجريبية أفضل من مستويات قلق المجموعة الضابطة ، وهذا بتفسيرٍ آخر يدعم صحة الفرضية الفرعية الأولى.

**ب- مستويات القلق على مقياس "دونالد تمبلر"** وكانت مستويات القلق كما في الجدول التالي:

جدول يوضح مستويات نتائج القلق للمجموعتين على مقياس قلق الموت لـ"دونالد تمبلر"

المجموعة	عدد الأفراد	عدم وجود قلق الموت	قلق موت متوسط	قلق موت مرتفع
التجريبية	18	05	10	03
الضابطة	18	01	02	15



شكل يوضح مستويات نتائج قلق الموت للمجموعتين

من خلال الجدول السابق والرسم البياني يتبين لنا أن خمسة أفراد من المجموعة التجريبية المقدر عددها بثمانية عشر فرد كان تصنيفهم في مستوى إيجابي "عدم وجود قلق الموت"، في حين كان تصنيف فرد واحد من المجموعة الضابطة المقدر عددها بثمانية عشر فرد في المستوى السابق وصُنّف ثلثي أفراد المجموعة التجريبية في مستوى "قلق موت متوسط" بعشرة أفراد وفردين فقط في نفس المستوى بالنسبة للمجموعة الضابطة، وصُنّف أغلب أفراد المجموعة الأخيرة في مستوى "قلق الموت المرتفع" بخمسة عشر فرداً في مقابل ثلاثة أفراد فقط

للمجموعة التجريبية، ويعني هذا أن مستويات قلق المجموعة التجريبية أفضل من مستويات قلق المجموعة الضابطة، وهذا بتفسير آخر يدعم صحة الفرضية الفرعية الثانية.

### ج- النتائج الإحصائية:

بعد القيام بالمعالجة الإحصائية كانت النتائج للمجموعتين على مقياس القلق "سبيلجر" ومقياس قلق الموت "دونالد تمبلر" كالتالي:

جدول يوضح النتائج الإحصائية للمجموعتين على مقياس "سبيلجر" و"دونالد تمبلر"

المقياس	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مقياس قلق الموت لتمبلر	التجريبية	18	7.33	1.572	5.012	34	0.01
	الضابطة	18	10.56	2.229			
مقياس القلق لسبيلجر	التجريبية	18	32.75	2.545	14.219	34	0.01
	الضابطة	18	51.91	5.120			

من خلال الجدول السابق نجد أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات القلق للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على قلق الموت لـ"دونالد تمبلر" بلغت (5.012)، وقيمة (ت) بين متوسطي درجات القلق للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق لـ"سبيلجر" بلغت (14.219)، وبالرجوع إلى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت)، نجد أن قيمتي (ت) الأولى والثانية المحسوبتين أكبر من قيمتي (ت) الجدولتين عند درجة حرية (34) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يعني أن الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة للاختبارين كل على حدة دالة إحصائياً عند هذا المستوى لصالح المجموعة الضابطة أي أن المجموعة التجريبية أقل قلقاً على مقياسي الدراسة، مما يعني أن المتغير المستقل المدخل على المجموعة التجريبية المقبلة على عملية جراحية له فعالية في تخفيض قلق ما قبل العملية الجراحية، ومنه نستطيع أن نقول أن الفرضية العامة قد تحققت.

### 2- مناقشة النتائج:

بعد خضوع أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح، مرّ الطالب مقياسي القلق لـ"سبيلجر" و"قلق الموت لـ"دونالد تمبلر" على أفراد المجموعتين قبل ذهابهم إلى قاعة العمليات الجراحية على الأقل بجوالي ساعة، وبعد الحصول على إجابات المرضى وتنقيطها ودراستها إحصائياً وجد فيما يخص نتائج القلق على مقياس "سبيلجر" أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات القلق للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

(14.219)، وبالرجوع إلى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) وجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولة عند درجة حرية (34) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يعني أن الفرق بين المتوسطين دال إحصائياً عند هذا المستوى لصالح المجموعة الضابطة أي أن المجموعة التجريبية أقل قلقاً، ووجد فيما يخص نتائج قلق الموت على مقياس "دونالد تمبلر" أن قيمة (ت) بين متوسطي درجات القلق للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (5.012) وبالرجوع إلى الجدول الإحصائي الخاص باختبار (ت) وجد أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولة عند درجة حرية (34) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يعني أن الفرق بين المتوسطين دال إحصائياً عند هذا المستوى لصالح المجموعة الضابطة أي أن المجموعة التجريبية أقل قلقاً وكل هذا يعني أن المجموعة التي خضعت لبرنامج العلاج النفسي الإسلامي قد انخفض القلق عندها قبل خضوعها لعملية جراحية، وهذا يجعل الفرضية العامة التي تقول: (إن لبرنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح فعالية في تخفيض درجة قلق ما قبل العملية الجراحية) قد تحققت.

وتتفق هذه النتائج مع دراسات تناولت برامج نفسية دينية في علاج الأمراض النفسية من مثل :

دراسة محمد درويش محمد حول مدى فعالية العلاج الديني في تخفيض القلق لدى طلاب الجامعة وتكونت العينة من 20 طالبا من كلية التربية بجامعة عين الشمس ممن حصلوا على درجات الإربعي الأعلى على مقياس القلق، وقسموا إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (عشرة طلاب) تعرضت للمعالجة الدينية، والأخرى ضابطة (عشرة طلاب) لم تتعرض لأي معالجة ومتوسط عمر العينة 20-32 سنة استخدام مقياس القلق من إعداد الباحث، و طبق برنامج علاجي للمجموعة التجريبية استعرض 150 جلسة طبقت بطريقة فردية، وكانت نتيجة الدراسة وجود فروق دالة إحصائية في انخفاض درجات القلق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية .

و دراسة ظريفة الشويعر سنة 1998 حول الإيمان بالقضاء و القدر و أثره على القلق النفسي حيث كانت العينة مكونة من 200 طالب من كلية التربية للبنات بجدة و استخدمت مقياس الإيمان بالقضاء و القدر من إعداد الباحثة و مقياس القلق من إعداد كاتل و ترجمة سمية فهمي وكان من أهم نتائج الدراسة وجود علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائية بين الإيمان بالقضاء والقدر ومستوى القلق لدى عينة الدراسة كما وجدت فروقا دالة إحصائية في درجة القلق النفسي بين الطالبات الأكثر إيمانا بالقضاء والقدر والطالبات الأقل إيمانا به لصالح المجموعة الثانية.

ويُفسر النتائج التي توصل إليها الطالب في تخفيض القلق اعتماده العلاج الديني كأساس للعلاج النفسي وهو ما دعت إليه الكثير منة المدارس والكثير من المختصين بعدما رأوا التأثير النفسي العجيب الذي يمنحه الدين

لمعتنقيه، لذا تضمن البرنامج الذي اقترحه أهم الشعائر الدينية الذي اختيرت عناصره من أصول الدين الإسلامي (العقائد، العبادات، الذكر)، ولقد اتفقت (جميع مدارس العلاج النفسي على أن القلق هو السبب الرئيسي في نشوء أعراض الأمراض النفسية ولكنها تختلف فيما بينها في تحديد العوامل التي تسبب القلق وتتفق هذه المدارس أيضا على أن الهدف الرئيسي للعلاج النفسي هو التخلص من القلق وبث الشعور بالأمن في نفس الإنسان ولكنها تتبع لتحقيق هذا الهدف أساليب علاجية مختلفة وهذه الأساليب لا تنجح دائما في تحقيق الشفاء التام من الأمراض النفسية أما الإيمان بالله إذا ما بُثَّ في نفس الإنسان منذ الصغر فإنه يُكسبه مناعة ووقاية من الإصابة بالأمراض النفسية) (نجاتي 1987 ص 249)، ولقد وصف القرآن ما يحدثه الإيمان من أمن وطمأنينة في نفس المؤمن في قوله عز وجل: ﴿الذين آمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون﴾ (سورة الأنعام، آية 82). وفي قوله تعالى: ﴿الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾ (سورة الرعد، آية 28)، ولقد قال عالم النفس الأمريكي وليام جيمس William James (1910): (إن أعظم علاج للقلق ولا شك هو الإيمان...، إن الإيمان من القوى التي لا بد من توفرها لمعاونة المرء على العيش، وفقده نذير بالعجز عن تحمل معاناة الحياة...، إن بيننا وبين الله رابطة لا تنفصم فإذا نحن أخضعنا أنفسنا لإشرافه تعالى تحققت كل أمنياتنا وأمانينا...، إن أمواج المحيط المصطخبة المنقلبة لا تعكر قط هدوء القاع العميق ولا تقلق أمنه) (كار ينجي 1956 ص 282).

### 3- خاتمة ومقترحات:

إن الحالة النفسية التي يكون عليها المريض المقبل على عملية جراحية مدة إستشفائه لا تخلو من كونها عبارة عن فحوصات، تحاليل وإجراء التصوير بالأشعة بالإضافة إلى المراقبة الطبية وكله تبعث على عدم الاطمئنان، وقد توحى بصعوبة العملية الجراحية للمريض، وهو ما قد يؤدي به إلى الشعور بالقلق والانزعاج والتوجس، وكذلك ما يجول في ذهنه من فكرة الموت من يوم دخوله المستشفى إلى ما قبل تحذيره، لأنه يرى مصيره بعد العملية إما إلى استيقاظٍ على نجاح العملية أو إلى ظهور تعقيدات غير متوقعة والموت، ولا أصدقُ تعبيراً على ما يشعر به المريض في هذه الفترة من مقولة أحدهم: (راني أرّجل في الدنيا وارّجل في الآخرة) وبالتالي فإن المريض المقبل على عملية جراحية يحق في حاجة ماسة إلى "جلسات نفسية" فعالة في تخفيض درجة قلقه.

وقد كان هذا البحث لدراسة فعالية برنامج نفسي ديني مُقترح في تخفيض درجة القلق عند هؤلاء المرضى المقبلين على عملية جراحية، والذي تتضمن جلساته شعائر دينية مستوحاة من أصول الدين الإسلامي (العقيدة العبادات الأدائية، الذكر)، حيث إن اختبار فرضيات البحث أوصل إلى أن للبرنامج أثر إيجابي في تخفيض درجة قلق ما قبل العملية الجراحية وهو ما يتفق مع ما توصلت إليه دراسات سابقة تناولت متغيري البحث والتي تؤكد

ارتباط استقرار الصحة النفسية بالإيمان، فالعقيدة الإسلامية تعطي الفرد فهما سليما لحقيقته وللكون وللحياة وحين ينسجم الإنسان مع هذه الحقائق يكون قد توافق مع ذاته مما يحقق له طمأنينة القلب وسكينة النفس قال تعالى: ﴿الذين آمنوا ولم يُلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون﴾ (سورة الأنعام، آية 82)، وقال عز وجل: ﴿الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله، ألا بذكر الله تطمئن إلى الله، وهو ما يمد الإنسان بطاقة نفسية لمواجهة صعاب الحياة . القلوب﴾ (سورة الرعد، آية 28)، وقال أيضا: ﴿إن الذين قالوا ربنا الله ثم استقاموا فلا خوف عليهم ولا هم يحزنون﴾ (سورة الأحقاف، آية 13)، والعقيدة تزداد رسوخا بممارسة العبادات الأدائية التي تعمل على ربط العبد بربه، وهي ليست بطقوس مُبهمة أو حركات رياضية بل هي حياة روحية بين الخوف والرجاء، وفي ختام هذا البحث يُقترح ما يلي:

- ضرورة تواجد الأخصائي النفسي ضمن الفريق الطبي الجراحي واعتماد برامج حصص نفسية للمرضى قبل الخضوع للعمليات الجراحية.
- تخصيص مكان للصلاة في المستشفيات، واعتماد برامج لتنمية الجانب الديني عن طريق الوعظ.
- اعتماد العلاج النفسي الإسلامي كأحد طرق العلاج النفسي .
- إثراء مكاتب معاهد علم النفس بدراسات تتناول تخفيض درجة قلق ما قبل العملية الجراحية.
- القيام بدراسات نفسية من أجل اعتماد الدين كمعيار للسواء والشذوذ، واعتبار القرآن والسنة هما المصدران الأساسيان للمعرفة اليقينية عن الإنسان (صحته ومرضه)، لأن الذي خلق هو أعلم بحقيقة خلقه ﴿ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير﴾ (سورة الملك آية 14). وبالتالي الوصول إلى رؤى إسلامية لموضوعات علم النفس وقضاياها .
- القيام بدراسات نفسية للاستفادة من الجانب الوقائي للدين والتدين.
- القيام بدراسات من أجل الاستفادة من تراث العلماء المسلمين السابقين فيما يخص الصحة النفسية من مثل ابن القيم الجوزية .
- أن يحرص الباحثون في علم النفس على الأخذ بعين الاعتبار ثقافات المجتمعات في فهمهم للأمراض النفسية من حيث أسبابها وطرق علاجها، لأن زمن "عالمية المرض النفسي" قد ولى.
- أن يحرص كذلك الباحثون النفسيون على بناء اختبارات نفسية تلائم البيئة العربية والإسلامية وان أمكن الوصول إلى اختبارات خاصة بالثقافة الجزائرية.

المراجع :



## -الكتب:

- 01- اريك فروم، الدين والتحليل النفسي، (ترجمة فؤاد كامل)، القاهرة، مكتبة غريب، 1977
- 02- توفيق، محمد عز الدين، التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية، دار السلام، القاهرة، ط1  
1988
- 03- الجوزية، ابن القيم، مدا رج السالكين، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط2، 2003
- 04- الدباغ، فخري، أصول الطب النفساني، دار الطليعة، بيروت، ط1983، 3  
عمار، عمان، ط1، 2001
- 05- راجح، أحمد عزت، أصول علم النفس، دار المعارف، القاهرة، 1993
- 06- زهران، حامد عبد السلام، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب، القاهرة، ط2  
ط4، 2003
- 07- سليمان عبد الرحمان سيد، السواء والشذوذ في النظريات النفسية والآيات القرآنية  
مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 1996
- 08- الشرقاوي، حسن، نحو علم النفس الإسلامي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية ط3، 2003
- 09- طبارة، عفيف عبد الفتاح، روح الصلاة في الإسلام، دار العلم للملايين، بيروت، 1983
- 10- عبد الخالق، أحمد محمد، قلق الموت، عالم المعرفة، الكويت، 1987
- 11- عبد الظاهر، محمد الطيب وآخرون، مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، مكتبة  
الأبجلمصرية، القاهرة، ط1، 2000
- 12- العيسوي، عبد الرحمن، الإسلام والعلاج النفسي، دار النهضة العربية، بيروت، 1982
- 13- كارينجي، دايل، دع القلق وابدأ الحياة، مكتبة الآفاق، المنصورة، 1988
- 14- المهدي، محمد عبد الفتاح، العلاج النفسي في ضوء الإسلام، دار الوفاء، ط1، 1990
- 15- محمد جاسم محمد، علم النفس التجريبي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1  
2004
- 16- نجاتي، محمد عثمان، القرآن وعلم النفس، دار الشروق، ط3، سنة 1987
- المجلات العلمية:
- 17- كبريال السبع، قلق العملية الجراحية، الثقافة النفسية المتخصصة، عدد 22، المجلد  
السادس، دار النهضة العربية العربية، بيروت، 1995

18- القباجي، علاء الدين، النفس المطمئنة، عدد 58، 2003، دار النهضة العربية العربية، بيروت

مرجع باللغة الأجنبية:

19- Sillamy, Norbert, **dectionnaire de psychologie**, éditions France loisirs ,paris,2000

\*\*\*\*\*

ملحق:

### نموذج برنامج العلاج النفسي الإسلامي المقترح

تمهيد

( تتفق جميع مدارس العلاج النفسي على أن القلق هو السبب الرئيسي في نشوء أعراض الأمراض النفسية ولكنها تختلف فيما بينها في تحديد العوامل التي تسبب القلق وتتفق هذه المدارس أيضا على أن الهدف الرئيسي للعلاج النفسي هو التخلص من القلق وبث الشعور بالأمن في نفس الإنسان ولكنها تتبع لتحقيق هذا الهدف أساليب علاجية مختلفة وهذه الأساليب لا تنجح دائما في تحقيق الشفاء التام من الأمراض النفسية أما الإيمان بالله إذا ما بُثَّ في نفس الإنسان منذ الصغر فإنه يُكسبه مناعة ووقاية من الإصابة بالأمراض النفسية) (نجاتي، محمد عثمان، 1987 ص 249-257)، ولقد وصف القرآن ما يُحدثه الإيمان من أمنٍ وطمأنينة في نفس المؤمن في قوله عز وجل: ﴿الذين آمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون﴾ (سورة الأنعام، آية 82)، وفي قوله تعالى: ﴿الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾ (سورة الرعد، آية 28)، ولقد قال عالم النفس الأمريكي وليام جيمس (1910) **william.James**: (إن أعظم علاج للقلق ولا شك هو الإيمان وإن الإيمان من القوى التي لا بد من توفرها لمعاونة المرء على العيش وفقدته نذير بالعجز عن تحمل معاناة الحياة..، إن بيننا وبين الله رابطة لا تنفصم فإذا نحن أخضعنا أنفسنا لإشرافه تعالى تحققت كل أمنياتنا وأمانينا..، إن أمواج المحيط المصطخبة المنقلبة لا تعكر قط هدوء القاع العميق ولا تقلق أمنه) (نقلًا عن كار ينجي 1956 ص 298).

أ- مصدر برنامج العلاج:

لقد اعتمد في بناء البرنامج على: - القرآن الكريم - السنة النبوية

- تراث العلماء المسلمين - دراسات سابقة

ب- جلسات العلاج النفسي الإسلامي:

1- جلستي العلاج النفسي الإسلامي الإعتقادي:

إنه لمن المعروف لدى من مارس العلاج النفسي أن الانفعال تسبقه فكرة فإذا استطعنا أن نُغير فكرة الشخص فإننا نغير مشاعره وانفعالاته، لذلك فإن العلاج النفسي يهدف أساساً إلى التغيير في أفكار المرضى النفسيين عن أنفسهم وعن الناس والحياة والمشكلات التي عجزوا عن مواجهتها من قبل وكانت في قلقهم، وحينما تتغير أفكار المريض النفسي نتيجةً للعلاج فإنه يُصبح أقدر على مواجهة مشكلاته وأقدر على حلها بل إنه غالباً ما يرى أن مشكلاته التي كانت تُثقله في الماضي والتي أدت إلى مرضه لم تكن في الحقيقة بالضخامة التي كان يتوهمها ولم يكن هناك مُبرر يدعو إلى قلقه الشديد بسببها، إن تغيير الأفكار خطوة أولى وضرورية لتغيير شخصية الإنسان وسلوكه، ولقد اتّبع الدين في تربيته لشخصيات الناس وتغيير سلوكهم تغيير الأفكار والعقائد والتصورات، لأن الدين عقيدة قوية وواضحة متماسكة وصحية للإنسان.

(إن الإيمان بالله يوصل المسلم إلى درجة عالية من القوة الروحية والتي تسمى في علم النفس بـ"القوة النفسية" والتي تحافظ على تماسك الشخصية وتناسق عمل مكوناتها وتجعلها أكثر فاعلية وتأثيراً وإنتاجاً، وعلى العكس فإن ضعف الطاقة الروحية التي هي مكافئة لما يسمى في علم النفس بـ"ضعف الطاقة النفسية" يكون سبباً لمعظم الاضطرابات النفسية حسب مفهوم نظرية جانيت "Theory Janet" (المهدي محمد، 1989 ص 99)، قال أيضاً المحلل النفسي أبريل (A.abrill): (المرء المتدين حقاً لا يعاني قط مرضاً نفسياً)، وقال كارل جوستاف يونغ (1961): (استشارني خلال أعوام الثلاثين الماضية أشخاصاً من مختلف شعوب العالم المتحضر وعالجت مئات كثيرة من المرضى، فلم أجد مريضاً واحداً من مرضاي من لم تكن مشكلته في أساسها هي افتقاره إلى وجهة نظرة دينية في الحياة، وأستطيع القول إن كل واحد منهم قد وقع فريسة المرض لأنه فقد ذلك الشيء الذي تمنحه الأديان القائمة في كل عصر لأتباعها، وأنه لم يتم شفاء أحدٍ منهم حقيقةً إلا بعد أن استعاد نظرتة الدينية في الحياة) (نقلا عن المؤلف السابق ص 85)

وتتضمن جلستي العلاج النفسي الإسلامي الاعتقادي العناصر التالية :

1- الجلسة الأولى: - الإيمان بالله، - الإيمان بالقضاء والقدر، - الإيمان باليوم الآخر

2- الجلسة الثانية: - التوبة، - الصبر والتفويض والاحتساب، - التأسي بالأنبياء والصالحين

2- جلسة العلاج النفسي الإسلامي بالعبادات الأدائية :

قال ابن القيم الجوزية (751هـ): (إن أوامر المحبوب (الله) فُرة العيون وسرور القلوب ونعيم الأرواح ولذات النفوس وبها كمال النعيم، فُرة عين المحب في الصلاة والحج وفرحه وسروره في ذلك وفي الصيام والذكر والتلاوة، أما الصدقة فعجبٌ من العجب، وأما الجهاد والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر والدعوة إلى الله والصبر على أعداء الله سبحانه وتعالى فلذة بذلك أمرٌ آخر لا يناله الوصف ولا يُدرکه من ليس له نصيب منه، وكل من كان

به أقوى كان نصيبه من الالتذاذ به أعظم) (2003ص74)، إن التقرب بالعبادات إلى الله يبعث في الإنسان قوة روحية عظيمة والشعور بالسعادة والأمن النفسي فهو بذلك يعلم أنه في رعاية الله تعالى وحمايته وأن الله يمدّه بعونه وتأييده فعن أبي هريرة رضي الله عنه أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال محدثاً عن ربه: (( قال تعالى: من عادى لي ولياً فقد آذنته بحرب، وما تقرب لي عبدي بشيء أحب إلي من أداء ما افترضته عليه، وما يزال عبدي يتقرب إليّ بالنوافل حتى أحبه، فإذا أحببته كنتُ سمعه الذي يسمع به وبصره الذي يُبصر به ويده التي يبسط بها ورجله التي يمشي بها، وأن سألني لأعطينه وإن استعاذني لأعيذنه )) (أخرجه البخاري). ولقد وصل "هنري لانك H.lanek" إلى قناعة بعد أن أجرى بحث حول أهمية الصلاة وفائدتها على شخصية الإنسان فقال: (إن كل من يعتقد ديناً أو يتردد على دار عبادة يتمتع بشخصية أقوى وأفضل مما لا دين له ولا يزال أية عبادة) (نقلا عن طبارة، 1983ص29)، (ولقد ثبت علمياً أن الصلاة بحركاتها للجسم والضغط على الجبهة تزيد من حافزية استعارة خلايا الدماغ لتزداد إفرازاتها الأمينية، تلك الإفرازات التي تساعد على الانسحاب والانبساط النفسي إثر التفاعلات الخلوية الدماغية) (القبانجي، 2003ص09).

وأقتصرت جلسة العلاج النفسي الإسلامي بالعبادات الأدائية تبعاً لمكان البحث وموضوعه والمدة الزمنية المحدودة على العناصر التالية : 1- الصلاة 2- الصدقة .

3- جلستي العلاج النفسي الإسلامي بالذكر :

يقول الله تعالى: ﴿الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾ (سورة الرعد آية 28)، وقوله تعالى أيضاً: ﴿فاصبر على ما يقولون وصبّح بحمد ربك قبل طلوع الشمس وقبل غروبها، ومن أناء الليل فصبّح وأطراف النهار لعلك ترضى﴾ (سورة طه، آية 130). ويقول عليه الصلاة والسلام: ( ذكر الله شفاء القلوب ) ( رواه الترمذي )، إن ذكر الله من تسييحٍ وتكبيرٍ واستغفارٍ ودعاءٍ وتلاوةٍ يؤدي إلى تزكية نفس الذاكر وصفائها بالأمن والطمأنينة، وهو بلا شك علاج للقلق الذي يعتري الإنسان حينما يشعر أنه ضعيفٌ عاجز أمام ضغوط الحياة وأخطارها أما المعرض عن ذكر الله: ﴿ومن أعرض عن ذكري فإن له معيشةً ضنكاً ونحشره يوم القيامة أعمى﴾ (سورة طه، آية 124) يقول الحسن الشرقاوي عن أثر ذكر الله في العلاج النفسي: (من أفضل طرق العلاج النفسي الإسلامي "الذكر" لأنه يصقل القلوب، إذ أنه يُبدل الخوف أمناً والعداوة محبةً، ويُحوّل القلق والجزع والاضطراب إلى سكينَةٍ والرعب إلى طمأنينة، ويُعَلِّب بالذكر على الذاكر روحانيته على ثرائيته فيعرف أن الريبة هواجس شيطانية والتوتر وساوس، فإذا أخلص الإنسان في عبوديته وأطاع ربه وافترق إلى ربه تعالى رفع عنه الهم والحزن وبذا يكون الذاكر أبداً مع الله) (1976ص297)، قال عليه الصلاة والسلام أن الله تعالى قال: (( أنا

عند ظن عبدي بي وأنا معه إذا ذكرني، فإذا ذكرني في نفسه ذكرته في نفسي، وإن ذكرني في ملأٍ ذكرته في ملأٍ خيرٍ منه، وإن تقرب إلي شبراً تقربت منه ذراعاً، وإن تقرب إلي ذراعاً تقربت منه باعاً وإن أتاني يمشي أتيته هرولاً ((أخرجه الشيخان والترمذي )، وعنه أيضاً صلى الله عليه وسلم قال : (( أن الله تعالى يقول : أنا مع عبدي ما ذكرني وتحركت شفتاه بي)) (رواه أبوهريرة).

وتتمثل جلستي هذا الأسلوب في : - جلسة الذكر بالقرآن، - جلسة الذكر بالأدعية و الاستغفار

## ج- هدف البرنامج العلاجي المقترح :

### 1- الهدف العام:

\* تخفيض درجة القلق لدى المريض المقبل على عملية جراحية .

### 2- أهداف جزئية :

- تغيير الأفكار السلبية نحو المشكل المعاش (المرض والإقدام على العملية الجراحية) بأفكار إيجابية سليمة ذات طابع ديني.

- النظر إلى الموت نظرة واقعية غير مرضية وأنها حتمية لا مفر منها عند بلوغ الأجل.

- اكتساب سلوكيات وتعاملات ايجابية اتجاه مصدر القلق .

### د- مراحل تطبيق البرنامج:

#### 1- المرحلة الأولى: القيام بتجربة استطلاعية من أجل :

- معرفة متوسط بقاء المريض في مصلحة لجراحة انتظاراً للعملية .

- معرفة الوقت الذي يلزم لتطبيق كل شعيرة على حدة والشعائر كلها.

- اكتشاف المتغيرات المتنوعة المعلومة والدخيلة من أجل ضبطها.

- مراجعة خطوات البرنامج برنامج العلاج و تقويمها.

- الوقوف عن قرب من ( عينة البحث , مكان التجربة , الصعوبات التي قد تقف

في وجه السير الحسن للبحث ... )

#### 2- المرحلة الثانية : الاطلاع على برنامج المرضى المقرر إجراؤهم لعملية جراحية وعلى سجل المعلومات

لكل مريض , و الاتفاق مع الأعضاء المشاركين على كيفية الشروع في تنفيذ تجربة البرنامج .

#### 3- المرحلة الثالثة : ويتم فيها إجراءات اختيار العينة وتوزيعها على المجموعتين الضابطة والتجريبية

بالاستعانة بالمعلومات العامة والسجلات الطبية للمرضى وبرنامج المصلحة لإجراء العمليات الجراحية.

#### 4- المرحلة الرابعة :

- تعارف المعالج و المريض لإتاحة الفرصة لبناء علاقة علاجية إرشادية- جعل المريض يستبصر قلقه وأثاره والأعراض المصاحبة، وفهم تأثير بعض الظروف والأسباب المؤدية لنشوءه .
- اقتراح برنامج العلاج على المريض ثم تهيئته للتنفيذ.

## 5- المرحلة الخامسة:

الانطلاق في تنفيذ جلسات المحاور في شكل البرامج الموضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (1م) يوضح الجلسة الأولى من البرنامج العلاجي :

جلسة	عناصر الجلسة	محتوى العنصر	هدف العنصر
العلاج النفسي الإسلامي الاعتقادي (01)	-الإيمان بالله	- تعريف الإيمان بالله -الفوائد الشرعية والروحية	- ترسيخ الاعتقاد بوجود الله وبرعايته لنا وقربه منا وأنه يرعانا وإمكانية مناجاته -الإيمان بعدل الله - معرفة الله والحرص على استجلاب رضاه
	- الإيمان بالقضاء والقدر	- التعريف بالقضاء والقدر - الفوائد الشرعية والروحية	- تسليم الأمر لله في كل الأحوال - الاعتقاد أن النفع والضرر بيد الله وأن كل شيء مُقدر - الاعتقاد بأن الآجال والأرزاق وكل شيء مكتوب بقدر وأن أمر المسلم كله خير
	- الإيمان باليوم الآخر	- التعريف باليوم الآخر - الفوائد الشرعية والروحية	- تعزيز الاعتقاد بوجود حياة ما بعد الموت - وبالمفهوم الايجابي والواقعي للموت وأنه ليس آخر مطاف الإنسان - الاعتقاد بالعدل والتعويض والرحمة من الله

جدول رقم (2م) يوضح الجلسة الثانية من البرنامج العلاجي :

جلسة	عناصر الجلسة	محتوى العنصر	هدف العنصر
التوبة	- التوبة	- تعريف التوبة -الفوائد الشرعية	- التوبة من الذنوب - الاعتقاد بغفران الله للذنوب مهما بلغت - حسن الظن بالله - فتح باب الأمل في استجلاب

	والروحية	رضا الله - عدم اليأس والقنوط من رحمة الله - الاعتقاد بأن خير الخطاءين التوابين
- الصبر والتفويض والاحتساب	- تعريف الصبر والتفويض والاحتساب - الفوائد الشرعية والروحية	- الاحتساب وتفويض الأمر لله والصبر - اكتشاف الجوانب الإيجابية للأمراض - الاعتقاد أن المصائب ابتلاءات من الله - عدم التحمّل و والتسخط - الاعتقاد أن أمر المؤمن كله خير
- التأسّي بالأنبياء والصالحين	- تعريف التأسّي	- اتّخاذ الرسول نموذجاً مثالياً للإنسان المتوازن - أخذ العبرة والأخلاق من سير الأنبياء - الاستعانة بسيرهم في كيفية التعامل مع المشاكل ومواجهة الحالات النفسية

جدول رقم (3م) يوضح محتوى وهدف زيارة الدعم والمتابعة رقم (01):

المحتوى	الهدف
- الوقوف على مدى تطبيق برامج اليوم السابق	- ضمان تطبيق البرنامج وتكامله - التأكد من تحقق قدر كبير من الأهداف - التأكد من الفهم والتطبيق الصحيح لعناصر البرنامج

جدول (4م) يوضح الجلسة الثالثة من البرنامج العلاجي :

جلسة	عناصر الجلسة	محتوى العنصر	هدف العنصر
بالمعدات الأدائية	- شعيرة الصلاة	- تعريف الصلاة - الفوائد الشرعية والروحية	- السعي نحو "إقامة الصلاة" على أكمل وجه وإقامة بعض النوافل - الاستعانة بالصلاة لتخفيف الهموم والأحزان والشكوى إلى الله - اتّخاذها محطات للتزود الروحي والتطهر من الذنوب

- شعيرة الصدقة	- تعريف الصدقة - الفوائد الشرعية والروحية	- الإنفاق والتصدق لوجه الله - اكتساب عادة ايجابية غير مادية - اتخاذ الصدقة وسيلة لتطهير النفس واستحلاب رضا الله - اتخاذها كأحد وسائل العلاج من الأمراض
----------------	--	---

جدول رقم (5م) يوضح الجلسة الرابعة من البرنامج العلاجي :

جلسة	عناصر الجلسة	محتوى العنصر	هدف العنصر
العلاج النفسي الإسلامي بالذكر	- القرآن الكريم	- تعريف القرآن الكريم- الفوائد الشرعية والروحية	- اتخاذ ورد يومي من القرآن الكريم وتدبر معانيه - الاعتقاد بأن القرآن شفاء من الأمراض النفسية و البدنية واتخاذها وسيلة وقاية وعلاج
	- الأدعية والاستغفار	- تعريف الأدعية والاستغفار - الفوائد الشرعية والروحية	- الحرص على ذكر الأدعية والاستغفار في كل حال وفي أي زمان - اتخاذ الدعاء والرقى وسيلة من وسائل الشفاء والتخفيف من الهموم والشكوى إلى الله - الاعتقاد أن الله قريب مجيب للدعوات يغفر الذنوب مهما كبرت - اتخاذ الاستغفار والأدعية وقاية وعلاج من الأمراض والمشاكل وكذلك وقاية من عقدة الذنب

جدول رقم (6م) يوضح محتوى وهدف زيارة الدعم والمتابعة رقم (02) :

المحتوى	الهدف
- الوقوف على مدى تطبيق برامج	- ضمان تطبيق البرنامج وتكامله



اليوم السابق	– التأكد من تحقق قدر كبير من الأهداف
	– التأكد من الفهم و التطبيق الصحيح لعناصر البرنامج

### الجدول الزمني للجلسات:

نموذج زمني مجموعه (170) دقيقة لكل مريض كما هو مبين في الجدول:

الجدول رقم (7م) يوضح الرزنامة الزمنية لليوم الأول من البرنامج العلاجي:

الجلسات	العناصر	الحجم الزمني	الفترة الزمنية
الجلسة الأولى	عنصر الإيمان بالله	15د	صباحاً
	عنصر الإيمان بالقضاء والقدر	15د	
	عنصر الإيمان باليوم الآخر	15د	
الجلسة الثانية	عنصر التوبة	15د	مساءً
	عنصر الصبر والتفويض والاحتساب	15د	
	عنصر التأسّي والعلاج بالقدوة	15د	
زيارة الدعم والمتابعة	دعم ومتابعة	10د	آخر المساء

الجدول رقم (8م) يوضح الرزنامة الزمنية لليوم الثاني من البرنامج العلاجي:

الجلسات	العناصر	الحجم الزمني	الفترة الزمنية
الجلسة الثالثة	شعيرة الصلاة	15د	صباحاً
	شعيرة الصدقة	15د	
الجلسة الرابعة	شعيرة الذكر بالقرآن	15د	مساءً
	شعيرة الأدعية والاستغفار	15د	
زيارة الدعم والمتابعة	دعم ومتابعة	10د	آخر المساء

## المشاركون في تطبيق البرنامج :

يقوم الطالب بتجريب برنامج العلاج ويساعده في ذلك وتحت إشرافه الأعضاء الآتون ،كلٌ حسب اختصاصه من أجل إنجاح تطبيق البرنامج:

- 1- أخصائي نفسي مساعد (مكلف بجمع وتوثيق البيانات الشخصية وتمرير المقاييس النفسية)
- 2- طبيب مختص في الجراحة العامة (من أجل إخضاع مصلحتي الجراحة و برنامج العمليات لمقتضيات برنامج العلاج النفسي).

## 6- المرحلة السادسة:

- القيام بالقياس البعدي (بمقياس القلق لسبيدبرجر ومقياس قلق الموت لدونالد تمبلر) قبل ذهاب المرضى إلى قاعة العمليات على الأقل بحوالي ساعة من الزمن.
- تقييم شامل لمدى تطبيق البرنامج وتكامله وتحقيقه لأكبر قدر من الأهداف .
- إنهاء تطبيق البرنامج العلاجي بعد تحقيق أهم الأهداف وانتهاء الفترة الزمنية .