

جامعة الجزائر 2

أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

التدين وعلاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين

دراسة ميدانية على عينة من المرضى المزمنين

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور :

محمد الطاهر طعيلي

إعداد الطالبة :

سميرة عمامرة

السنة الجامعية: 2016/2017



جامعة الجزائر 2

أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

التدين وعلاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين

دراسة ميدانية على عينة من المرضى المزمنين

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور :

محمد الطاهر طعيلي

إعداد الطالبة :

سميرة عمامرة

السنة الجامعية: 2016/2017

## شكر وتقدير

جاء في التزيل الحكيم

﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ﴾ سورة إبراهيم، الآية 07

كما جاء في الأثر "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

أشكر الله سبحانه وتعالى الذي وفقني في إنجاز هذا العمل

وأشكر زوجي الدكتور "نبلي محمد الصغير" اللذين كان لي السند والعون طوال مشوار

حياتي

كما أتقدم بالشكر والتقدير والعرفان إلى الدكتور "طعربي محمد الطاهر" الذي تفضل

بالإشراف على هذه المذكرة ومنحني من وقته الثمين ولم يبخل عليّ بتعليماته

وتوجيهاته.

كما أتقدم بجزيل الشكر للدكتور "فيصل قريشي" والأستاذ "مأمون عبد الكريم"

على مساعدتي في المعالجات الإحصائية لنتائج هذا البحث.

ولا أنسى شكري للدكتورة "سود الزهرة" التي لم تبخل عليّ بتوجيهاتها القيمة طوال فترة

إعداد الرسالة.

كما أتقدم بالشكر إلى الأستاذة عفاف حنكة على تفضلها بالمراجعة والتدقيق اللغوي.

والشكر موصول إلى كل من ساعدني ووقف إلى جانبي حتى تمّ إنجاز هذا الجهد،

وأخص بالذكر هنا الأستاذة "وقاد سميرة"

سميرة

## فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
	شكر وعران
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
أ- ج	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول: الإطار العام للدراسة</b>	
6	1- إشكالية الدراسة
13	2- فرضيات الدراسة
13	3- أهداف الدراسة
14	4- أهمية الدراسة
15	5- المفاهيم الإجرائية لمغيرات الدراسة
15	6- الدراسات السابقة
19	7- تعليق على الدراسات السابقة
<b>الفصل الثاني: التدين</b>	
22	تمهيد
23	1- مفهوم التدين
26	2- نظريات التدين
37	3- أنماط التدين
41	4- مراتب التدين
42	5- تطور الشعور بالتدين
45	6- العوامل المؤثرة في التدين

51	7- العلاقة بين التدين والصحة النفسية
56	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث: قلق الموت</b>	
58	تمهيد
59	1 - مفهوم القلق
63	2 - أنواع القلق
64	3 - أسباب القلق
66	4 - أعراض القلق
67	5 - النظريات المفسرة للقلق
71	ثانياً: قلق الموت
71	1 تعريف الموت
72	2 مفهوم قلق الموت
74	3 التناولات المفسرة للموت والقلق منه
86	4 أنواع قلق الموت
87	5 أسباب قلق الموت
93	6 العلاقة بين قلق الموت وبعض المتغيرات
97	7 قياس قلق الموت
100	خلاصة الفصل
<b>الجانب الميداني</b>	
<b>الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية</b>	
103	تمهيد
104	1 - منهج الدراسة
104	2 - إجراءات الدراسة الاستطلاعية
106	3 - عينة الدراسة
107	4 - أدوات جمع البيانات
124	5 - العينة الأساسية
126	6 - الأساليب الإحصائية
127	خلاصة الفصل

## الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

129	تمهيد
129	1- عرض ومناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها
129	1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها
131	1-2 عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها
133	1-3 عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها
142	1-4 عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها
144	1-5 عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها
146	1-6 عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها
150	1-7 عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها
152	الاستنتاج العام
154	مقترحات
قائمة المراجع الملاحق	

## فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس	106
02	يوضح توزيع افراد العينة الاستطلاعية حسب نوع المرض	106
03	يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه لمقياس التدخين	109
04	يوضح معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس التدخين	110
05	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس سلوك التدخين وأبعاده	111
06	يوضح معامل ألفا كرونباخ وتصحيح الطول بمعادلة جتمان لمقياس سلوك التدخين و أبعاده	112
07	يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه لمقياس التدخين	113
08	يوضح معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس التدخين	114
09	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس سلوك التدخين وأبعاده	115
10	يوضح معامل ألفا كرونباخ وتصحيح الطول بمعادلة جتمان لمقياس سلوك التدخين و أبعاده	116
11	يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية لمقياس قلق الموت	120
12	يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه لمقياس قلق الموت	121

122	يوضح معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس قلق الموت	13
123	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الموت وأبعاده	14
124	يوضح معامل ألفا كرونباخ وتصحيح الطول بمعادلة جتمان لمقياس قلق الموت	15
125	يوضح خصائص العينة الأساسية حسب الجنس	16
125	يوضح توزيع افراد العينة الأساسية حسب نوع المرض	17
129	يوضح مدى انتشار كل من التدخين وقلق الموت لدى أفراد العينة	18
131	يوضح مدى انتشار قلق الموت لدى أفراد العينة	19
134	يوضح الارتباط بين التدخين وقلق الموت	20
142	يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات مرتفعي ومتوسطي التدخين في قلق الموت	21
144	يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين الجنسين قلق الموت	22
147	يوضح نتائج(فا) لدلالة الفروق بين أفراد العينة في قلق الموت تبعا لنوع المرض	23
148	يوضح اختبار شيفيه Scheffe للفروقات المتعددة في قلق الموت تبعا لمتغير نوع المرض	24
150	يوضح نتائج اختبار(ف) لدلالة الفروق بين أفراد العينة في قلق الموت تبعا لمدة الإصابة	25

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل
91	يمثل نموذج قلق الموت المقترح من قبل تومير وإيامسون

## ملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة التدخين وقلق الموت لدى المرضى المزمنين ولتحقيق الهدف المرجو اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي ، وطبقت الدراسة على عينة قوامها 342 مريضا مصاب بمرض مزمن تم اختيارهم بطريقة عشوائية، حيث اشتملت على 133 ذكورا و 209 إناث ماكثين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الجيلاني بن عمر بولاية الوادي. وقد استخدمت الدراسة مقياسين: مقياس التدخين للدكتور فيصل القرشي(2015) ومقياس قلق الموت من إعداد الباحثة وللتحقق من فرضيات الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية بتطبيق نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية: وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ينتشر التدخين لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات مرتفعة .
- ينتشر قلق الموت لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات منخفضة .
- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين التدخين وقلق الموت لدى المرضى المزمنين .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي التدخين ومتوسطات درجات متوسطي التدخين في قلق الموت لدى المرضى المزمنين .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في كل قلق الموت لدى المرضى المزمنين تبعا لمتغير الجنس لصالح الإناث .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدى المرضى المزمنين تبعا لمتغير نوع المرض لصالح مرضى السرطان .
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدى المرضى المزمنين تبعا لمتغير مدة المرض (الازمان) .

## **Abstract:**

The study aimed to uncover the relationship between religiosity and death anxiety in chronic patients

In order to reach the goals; The study was based on a descriptive approach. The study was applied to a sample of 342 chronically ill patients, They were randomly chosen, which included 133 males and 209 females at the General Hospital of Jilali Ban Omar in the Wilayat of Eloued. The study used two measures: the religiosity measure of Dr. Faisal Al-Quraishi (2015) and the measure of death anxiety by the researcher. And to verify the hypotheses of the study, the following statistical methods were used to implement the statistical package system for social sciences:

– The study found the following results:

– - The prevalence of religiosity among people with chronic diseases is high.

– - The prevalence Death anxiety among people with chronic disease is low.

- There is an inverse correlation between religiosity and death anxiety in chronic patients.

\_There are statistically significant difference between the average of the levels of religiosity and th mean scoes of the average religiosity in the anxiety of death i favor of the average religiosity

- There are statistically significant differences in religiosity among chronically ill patients according to sex variable in favor of males.

- There were statistically significant differences in all death anxiety in chronic patients according to sex variable in favor of females.

- There were statistically significant differences in death anxiety in chronic patients depending on the type of disease in favor of cancer patients.

- There were no statistically significant differences in the anxiety of death in chronic patients according to the duration of disease (time).

مقدمة

تشكل الأمراض المزمنة باختلاف انواعها موضوعا ذا ابعاد مختلفة، حيث تعد الأمراض المزمنة أحد أهم أسباب الوفاة في العالم.

وتأتي الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري في مقدمة أهم أسباب الوفاة في العالم حيث تقف وراء حدوث أكثر من 63% من مجموع الوفيات والتي تؤدي كل عام بحياة 38 مليون نسمة تقل اعمارهم عن 60 سنة و 80% من الوفيات الناجمة عن الامراض المزمنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بأعداد متساوية بين الرجال والنساء. (منظمة الصحة العالمية، 2016)

ولذلك تعتبر الاصابة بالأمراض المزمنة عقبة كؤود في حياة المرضى المصابين بها حيث تعوق ممارستهم لحياتهم الطبيعية وأنشطتهم اليومية لما ينجم عنها من مشكلات ومضاعفات صحية واضطرابات نفسية عديدة، ويعتبر القلق بكل أشكاله المختلفة من الاضطرابات النفسية الشائعة في العصر الحالي والذي يؤثر على الصحة النفسية للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، ولكنه يصبح خطرا بازدياد درجته عن الحد الطبيعي وقلق الموت هو احد الاشكال المختلفة للقلق الذي يعاني منه الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة والذي يمثل في حد ذاته مشكلة نفسية حقيقية ، لان وعي الافراد بموتهم الخاص يزداد نتيجة لتعرض الاحداث المؤلمة او الخطرة، وإذا كان الموت حقيقة يدركها كل الناس وامرا حتميا لا بد منه فإنه تختلف وجهة نظر الفرد له، فإذا كان ينظر له على انه عدم محض وفناء للحياة الدنيا فهؤلاء الناس هم أشد الأفراد قلقا واضطرابا، وأما الذين ينظرون الى الموت على انه ليس فناء او عدما محضا ولكنه انتقال من الحياة الدنيا الفانية الى الحياة الاخرى الباقية فهم اكثر الناس سعادة وصحة نفسية، وعلى الرغم من أن كل انسان يقلق من الموت إلا أن هناك عوامل ومتغيرات كثيرة تؤثر في درجة هذا القلق، ومن بين هذه المتغيرات التديّن الذي يعتبر سببا في التخفيف من حدة قلق الموت.

من هنا فان اهمية الدراسة الحالية تنبثق من اهمية موضوعها كونها تحاول التعرف على العلاقة بين التدین وقلق الموت لدى المرضى المزمنين على ضوء بعض المتغيرات كالجنس ونوع المرض ومدة الاصابة، وقد تضمنت الدراسة جانبين: جانب نظري وآخر ميداني.

**الجانب النظري:** جاء هذا الجانب بقصد تكوين نظرة شاملة حول موضوع الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة واشتمل على ثلاثة فصول.

**الفصل الأول:** اشتمل على طرح مشكلة الدراسة وفرضياتها وذكر أهمية وأهداف الدراسة ثم الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة والتعليق عليها.

**الفصل الثاني:** هذا الفصل يتعلق بالتدين، وقد تم فيه تعريف الدين والتدين، ونظريات حول التدين، ومراتب التدين وتطور الشعور الديني من الطفولة المبكرة حتى المراهقة، والعوامل المؤثرة في التدين وأنماط التدين.

**الفصل الثالث:** تناول هذا الفصل قلق الموت حيث تمّ التعرض إلى أهم تعريفات القلق وأنواع القلق بالإضافة إلى الأعراض والعوامل المتسببة في ظهور القلق، وكذلك التعرض إلى أهم النظريات المفسرة له.

ثم تطرق إلى تعريف الموت والقلق منه ثم تناولت النظريات المفسرة للموت، والقلق منه بالإضافة إلى أنواع وأسبابه، وقلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات وأخيراً قياس قلق الموت.

أما الجانب الميداني، فقد احتوى على الفصول التالية:

**الفصل الرابع:** تم التطرق إلى الإجراءات المنهجية وكانت كالتالي: منهج الدراسة، حدود الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، أدوات جمع البيانات، إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

**الفصل الخامس:** احتوى على عرض النتائج وتحليلها ومناقشة فرضيات الدراسة وختاماً باستنتاج عام.

وأخيراً خلاصة عامة لنتائج الدراسة وآفاق ومقترحات

الجانب النظري

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

تعتبر الصحة الجسدية والنفسية من أهم مقومات الحياة الأساسية التي يحتاجها البشر فبدونها لن يستطيعوا إكمال مسيرة حياتهم بشكل طبيعي، لاسيما إن اعترضتها الأمراض التي تعتبر أحد أهم المنغصات العامة في حياة الإنسان.

فالأمرض من المشكلات الخطيرة التي تؤثر في المجتمعات الإنسانية، تحديدا تلك الأمراض المزمنة المهددة للحياة، والمسؤولة بدورها عن أهم أسباب الوفاة في العالم. (ياسين، 2011، 7)

وتعتبر الأمراض المزمنة من الامراض المهددة لحياة المريض، والتي تترك أثرا واضحا على المرضى وعلى أسرهم والمحيط الذين يعيشون فيه، في حين تختلف استجابات هؤلاء المرضى للآثار النفسية الناجمة عن هذه الأمراض متراوحة ما بين انفعالات الغضب والإهمال والإحباط وبين الإحساس بفقدان السيطرة وعدم الاحساس بالاستقلالية، مما يجعلهم معرضون لاضطرابات القلق والاكتئاب. (التميمي، 2003، 3)

وفي هذا الصدد تتحدث (ELIAN F، 2010) عن الاضطرابات الناجمة عن المرض الجسدي ومنها اضطرابات القلق، التي وجدتها جد شائعة عند المصابين بالأمراض الخطيرة والمزمنة . حيث تتراوح من قلق استجابي الى حالة خوف شديد من خطر تدهور صحة المريض، وهذه المخاوف متعلقة بتخيلات مفزعة حول نتائج الكشف الطبي وطرق العلاج وأضافت ELIAN F أن القلق يمكن أن يثير نوعا من نوبات الهلع والخوف، وهذا القلق من شأنه أن يتكرر ليصبح موضوع الخوف عند المريض، لأنه لا يتعلق بحالته الصحية فحسب بل بنهاية حياته.

حيث يعتبر القلق، بكل أشكاله المختلفة من الاضطرابات النفسية، الاجتماعية والاقتصادية الشديدة التي تؤثر على الصحة النفسية للأفراد.

فالمرض يتضمن تهديدا مضاعفا ضد حياة الفرد نفسها، حيث أن غالبية الأفراد ينشغلون بالقضايا الوجودية والروحية حول الموت والفناء، وتكثر مثل هذه الأسئلة عندما يصاب الشخص بمرض حاد أو مزمن، وربما يخمن أحدنا بأنه من المحتمل أن الكوارث كالأزمات والحوادث تولد القلق من الموت لدى الأفراد الذين يتعرضون لها، أو حتى لدى الأفراد المحيطين بهم، وهذا صحيح لأن وعي الأفراد بموتهم الخاص يزداد نتيجة التعرض للأحداث المؤلمة أو الخطرة. (غوانمه، 11، 2003)

فالإنسان بطبعه يخاف من كل مجهول وغير متوقع خاصة إذا كان هذا المجهول يشكل نهاية وجوده في هذه الحياة ويسبب موته الشخصي، فمن النادر أن نجد إنسانا لم يمر بخبرة موت الآخرين طيلة فترات حياته المختلفة، وقد علم بأسباب موتهم المختلفة، وهذا ما يولد قلقا تجاه هذه الاسباب وتجنبها حيث يعتبر المرض أهم هذه الأسباب ولاسيما إن كان خطيرا او مزمنا والذي يحمل في طياته تهديدا ضد استمرارية الحياة وجودتها ويجعل الإنسان ماثلا امام نهاية محتومة لا مفر منها. (ياسين، 2011، 5)

وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات أن الإصابة بمرض مزمن تشكل ضغطا على المريض مما يتولد عنه حالة من القلق أو خوف من الموت، لأن ذلك يجعله يحس بتهديد حياته وصحته الجسدية والنفسية، حيث أجرى محمد النابلسي دراسة على مرضى القلب في إحدى مستشفيات لبنان مستخدما المقابلة الشخصية، والتي قاس من خلالها الخوف من الموت لدى المرضى، حيث أشارت النتائج الى أن 100% من مرضى الاحتشاء القلبي يعانون من قلق الموت. (ياسين، 10، 2011)، وما بينته دراسة كورنيل CORNELL أنه كلما كان الفرد في صحة جسدية متدهورة كلما زادت شدة القلق من الموت، أي أن قلق الموت مرتبط في جزئه الأكبر بالصحة الجسمية، أو التكامل البدني للفرد. ودراسة توماس THOMAS 1998 التي بينت أن قلق الموت يزيد عند من يعانون

بالأمراض الجسدية ودراسة باول PAUL1983 والتي أثبتت وجود علاقة بين قلق الموت وكل من مرض السكر ومرض التهاب المفاصل.

وكما أوضحت دراسة جيزيل GISELE 1982 وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت ومرض ارتفاع ضغط الدم، و دراسة كسير CEAR 1989 التي توصلت الى وجود علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض الربو.

ودراسة إبراهيم (1995) تهدف الى بيان العلاقة بين قلق الموت والإصابة ببعض الأمراض العضوية(السكر، السرطان، ضغط الدم، التهاب المفاصل، الربو)، وقد أشارت النتائج إلى أن جميع المرضى الخمس قد حصلوا على متوسطات أعلى في قلق الموت. (الكايد، 1995، 23-24)

كل هذه الدراسات تشير وتثبت ان قلق الموت يزداد لدى من يعانون من أمراض جسدية. فطبيعة البشر تجعلهم يخافون الموت وهم في كامل صحتهم، فكيف لو أصابهم المرض، ولا سيما إن كان خطيرا مما يسبب لهم الضغوط النفسية ويجعلهم دائمي التفكير فيه، ومن هنا يعد قلق الموت من الانفعالات السلبية المعقدة والمؤلمة التي شغلت حيزا مهما من تفكير الفلاسفة والمفكرين وعلماء النفس، حيث اهتم الفلاسفة على مر العصور بالموت والخوف منه و رأوا ان الموت سر لا يكاد ينفصل عن أصل وجودنا.

ويقلق الإنسان من الموت بسبب نهايته، فالموت يضع نهاية كل شيء، لإنجازات الفرد ونشاطاته، وعلاقته الاجتماعية وأفكاره ومشاعره ولكل ما يمتلكه في هذه الحياة، وهذا ما جعل قلق الإنسان من الموت يولد ويتطور ويدفعه للبحث عن الخلود، منذ عرف الإنسان الموت حاول أن يتغلب عليه وأن يهرب منه، ولكنه لم ينجح لا بهذه ولا بتلك بقي خاضعا لسيف الموت في كل لحظة من لحظات حياته. (صويص، 2011، 12-13)

لقد اهتمت علوم وتخصصات عديدة بدراسة الموت، منها الطب والتمريض، والصحة العامة، والعلوم الاجتماعية والسلوكية وعلى الأخص علم النفس، حيث اهتم علماء النفس حديثاً بمفهوم الموت وفي العقدين الأخيرين من القرن الماضي، درس قلق الموت في إطار واسع من المجالات وتحددت درجاته على مقاييس متعددة متباينة في ارتباطها بمتغيرات شملت السن والجنس والديانة والمهنة والصحة الشخصية، والقدرة العقلية والسلوك الشاذ.

(عسيلة، حمدونة، 2015، 731)

ولقد اهتمت أيضا الديانات السماوية جميعها أيما اهتمام بموضوع الموت، فللموت أهمية مركزية في كل ديانة، وفي كل نسق فكري وفلسفي متماسك، ومن الممكن القول بأن الخوف من الموت أمر شائع وعام لدى البشر، ذلك أن الموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى ولأسباب متعددة، ويرى كارل يونغ أن قلق الموت مصدر اساسي للبوأس العصابي خصوصا في النصف الثاني من حياة الإنسان، ولعل من أسباب التخفيف من قلق الموت هو الوازع الديني.

ولذلك فقد بدأت تظهر حديثا اتجاهات بين بعض علماء النفس تنادي بأهمية الدين أو التوحد من النظام الديني في بناء الصحة النفسية، والتكيف النفسي والاجتماعي للأفراد وفي علاج الأمراض النفسية، وهذا ما عبرت عنه كارل هورني ( Karon Horny ) بقولها: " إن خوف الإنسانية بصفة عامة وأمل الإنسان هو نقطة الانطلاق نحو الدين، فالإنسان دائما يخشى فكرة الغيب التي تسبب بصفة عامة قلقا من محاولة معرفة هذا الغيب أو اللامتناهي كذلك إن علم الإنسان بوجود نهاية محددة له تسبب لديه قلقا وأن أمل الإنسان هو بلوغ الجنة التي يمكن أن يحلم بها ويتخيلها ولكن من الصعب أن يوجد لها أو يخلقها، ونحن نحاول ان نتحرر من هذا المحدود وذلك القلق، وهذا العمل هو وظيفة أو مهمة الدين "

( الكايد، 1995، 9 )

وترى هذه الاتجاهات أن الإيمان بالله قوة خارقة تمد الإنسان المتدين بطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق الحياة، وتجنبه القلق الذي يتعرض له الكثير من الناس في هذا العصر الحديث الذي يسيطر عليه الاهتمام بالحياة المادية ويسوده التنافس الشديد من أجل الكسب المادي، والذي يفتقر في الوقت نفسه إلى الغذاء الروحي، مما سبب كثيرا من الضغط والتوتر لدى الإنسان المعاصر، وجعله نهبا للقلق، وعرضة للإصابة بالأمراض النفسية. (نجاتي، 1982، 239).

ومن بين هؤلاء العلماء الذين نادوا بأهمية الدين وليام جيمس 1920، كارل يونغ (CARL.YUNG)، أ.أ. بريل (A.A.BRIL)، هنري لينك (HENRY LINK)

ويذكر كارل يونغ أن مشاكل العديد من المرضى النفسيين تؤدي إلى فقدان الوازع الديني وعدم وجود النظرة الدينية إلى الحياة، (الشهري، 1996، 3) ولم يقف الأمر عند الأطباء النفسيين بل تجاوزه إلى أطباء الأجسام أنفسهم، فهم يرون أن الإيمان بالله ضرورة لنجاح علاج الكثير من الأمراض الجسمية والعصبية، وخاصة إذا اجتمع إيمان الطبيب وإيمان المريض (الكايد، 1995، 9)

كما بينت العديد من الدراسات مثل طريفة الشويعر 1405هـ بروس 1986 BRUCE إسعاد البناء 1990، العسيري 1410هـ، الخراز والزهراني 1412هـ أهمية التدين في الوقاية من المرض النفسي وتحقيق الأمن النفسي والصحة النفسية، وليس أدل على أهمية الدين في مجال الأمراض النفسية من قبول منظمة الصحة العالمية في اجتماعها الرابع 1984 فكرة الجانب الروحي، باعتباره الركن الرابع من أركان الصحة والتي تتضمن الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية (الشهري، 1996، 3)

في حين بينت دراسات أخرى أن مستوى الشعور بقلق الموت لدى المؤمنين بالحياة الآخرة، يكون أقل في أثره مقارنة بالأفراد الذين لا يؤمنون بالحياة بعد الموت، وأن الوازع الديني يلعب دوراً حاسماً في التقليل من مستوى قلق الموت إلى أبعد الحدود.

(الحو، الشكعة، ب س، 18).

وينظر محمد الفيومي (1991:388) إلى الموت نظرة إيمانية تذهب الفلق، ويقول أن الاعتقاد في الحياة بعد الموت يزود الإنسان بالأمل، ويعطيه شيئاً من الطمأنينة والسلام إزاء الموت لأنه يدرك أنه مسافر من عالم إلى آخر في رعاية رب غفور رحيم.

(عبد العزيز، ب س، 130)

واهتم علم النفس بدراسة التدين لكونه قائماً على مجموعة من النظم والتكوينات النفسية التي تضم المعتقدات، والمشاعر والسلوكيات، وتناولت الأبحاث النفسيّة دراسة التدين وارتباطه بالصحة النفسية والجسمية، وكشفت أغلبها عن وجود علاقات إيجابية بمتغيرات علم النفس الإيجابي والصحة الجسمية، وعن علاقات سلبية بمتغيرات علم النفس المرضي والأمراض الجسمية، هذا على الرغم من اختلاف الأديان. (Koenig,2004)

وهذا ما أثبتته الدراسة التي أجريت من قبل كل من فرانكس وتمبلر وكابيلتي

وكوفمان (Franks, Templer, Cappelletty, &Kauffman, 1990/1991) بهدف

التعرف على العلاقة بين بعض المتغيرات الدينية، وقلق الموت لدى الرجال المصابين

بمرض الإيدز وغير المصابين به، حيث أشارت النتائج أنّ قلق الموت الأعلى عند

المصابين بالإيدز كان عند فئة الذين يترددون بشكل كبير على الكنيسة، والذين ينتمون إلى

دياناتهم التي ولدوا عليها والذين لا يتمسكون باعتقادات أخرى غير الديانة الرسمية، في حين

دراسة جيبس ولاوليس (Gibbs& Lawlis,1978) التي هدفت إلى معرفة أثر القيم الدينية

على قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان، قد أشارت إلى أن مستوى قلق الموت بين

الأكثر تدينا كان أقل مما يدل على أن للقيم الدينية تأثيرا مهما على مستوى قلق الموت لدى المرضى. (غوانمه، 2003، 43)

ويرى ألبورت Allport ان الدين يحصن الفرد ضد التعرض للقلق والشك والبؤس، فهو أيضا يمدّه بالعزم الذي يمكنه في كل مرحلة من مراحل نموه. (الصالح، 2007، 336)

وبالرغم من التقدم العلمي والتكنولوجي الذي تعيشه الشعوب والمجتمعات الغربية في الطرق والأساليب والفنيات والأجهزة، إلا أنها لم تحقق النجاح المرجو في القضاء أو التخفيف من حدة هذه الأمراض أو الوقاية منها، وهذا ما أدى بعلماء النفس والمعالجين النفسيين الى تبني وجهة نظر أثر الدين في حياة الإنسان، وأسباب اضطرابه وأساليب علاجه.

وعليه، جاءت هذه الدراسة لمعرفة علاقة التدين بقلق الموت لدى عينة من المرضى المزمنين ومعرفة الفروق في مستوى قلق الموت باختلاف بعض المتغيرات.

و في ضوء ما تقدم يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

1. ما مدى انتشار قلق الموت لدى المرضى المزمنين؟
2. ما مدى انتشار التدين لدى المرضى المزمنين؟
3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى التدين ومستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي التدين ومتوسطات درجات متوسطي التدين في قلق الموت لدى المرضى المزمنين؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين المنخفض باختلاف جنسهم؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين باختلاف نوع مرضهم؟

7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين باختلاف مدة الإصابة؟

## 2- فرضيات الدراسة:

1. ينتشر التدخين لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات مرتفعة.
2. ينتشر قلق الموت لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات مرتفعة.
3. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى التدخين ومستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين.
4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي التدخين ومتوسطات درجات متوسطي التدخين في قلق الموت لدى المرضى المزمنين.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين باختلاف جنسهم.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين باختلاف نوع مرضهم.
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين باختلاف مدة الإصابة.

## 3- أهداف الدراسة:

1. الكشف عن مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين.
2. الكشف عن مدى انتشار التدخين لدى المرضى المزمنين.
3. معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين التدخين وقلق الموت لدى المرضى المزمنين.

4. التعرف على الفروق في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين ذوي مستوى التدبير (بأبعاده المختلفة).

5. التعرف على الفروق في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين باختلاف نوع المرض.

6. التعرف على الفروق في مستوى قلق الموت لدى المرضى المزمنين باختلاف مدة الإصابة.

### 4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في تناولها للجوانب التالية:

1. إبرازها لأهمية الدين في تحقيق الصحة النفسية وفي علاج الأمراض النفسية.
2. دراسة هذه الفئة وإلقاء الضوء عليها قد يساعد المهتمين على وضع البرامج التي يمكن أن تخفف من قلق الموت، وتحقق التوافق والنمو النفسي السليم.
3. الإهتمام بدراسة الجانب الديني لدى المرضى المزمنين، مع ما هو متوقع من لجوء المريض المصاب بمرض مزمن إلى التدبير خاصة في مرحلة المرض، وأن التدبير المعتدل يعد معياراً للصحة النفسية.
4. إضافتها الجديد إلى التراث السيكولوجي الإسلامي.
5. فحصها للتدبير من الناحية السيكولوجية لمعرفة مدى تأثيره على الصحة الجسمية والنفسية للأفراد، وخاصة المرضى المزمنين.

5- المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

1. قلق الموت:

التعريف الإجرائي لقلق الموت: هو مجموع الاستجابات الانفعالية، التي يعبر عنها الفرد المريض بمرض مزمن نحو الموت، وتكون هذه الاستجابات إما موجبة أي تعكس حالة الرضى والطمأنينة لمرضه، أو سالبة أي تعكس حالة التوتر والانزعاج من مرضه .

2. التدين:

ويعرف التدين إجرائياً هو التزام الفرد بعقيدة الإيمان الصحيح (الإيمان بالله، وملائكته، وكتبه، ورسله، وباليوم الآخر، وبالقدر خيره وشره)، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمره الله به، والانتهاز عن إتيان ما نهى الله عنه، ويتم قياسه من خلال الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة في مقياس التدين المستخدم في هذه الدراسة.

6- الدراسات السابقة:

– دراسة ديفنس (Devins 1980) هدفت الى التعرف على العلاقة بين قلق الموت وبين متغيرات نوع المرض والجنس، حيث تكونت عينة الدراسة من 211 فرداً، استخدم الباحث مقياس قلق الموت لتمبلر، وقد أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت بين الجنسين (الاناث اظهرن مستوى أعلى من قلق الموت)، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الخوف من الموت تبعا لاختلاف نوع المرض.

– دراسة روبنسون وود (Robinson & Wood, 1983) هدفت إلى معرفة ما إذا كان هناك فروق في مستويات قلق الموت تعزى لاختلاف نوع المرض والجنس والعمر، حيث طبق الباحثان مقياس قلق الموت لتمبلر على عينة من 100 شخص، أفراد أصحاء غير

مصائبين بأي مرض، وأفراد مصابين بالتهاب المفاصل الروماتيزي، وأفراد مصابين بمرض السكر، وافراد عولجوا من مرض السرطان حديثا وقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات قلق الموت تعزى لنوع المرض والجنس.

– دراسة هولاند وآخرون (Holland, t al ;1988): دراسة اختبرت العلاقة بين قلق الموت وكل من مستوى التدخين، ومستوى الرضى عن الحياة لدى كبار السن المتقاعدين، تكونت عينة الدراسة من (60)متقاعدا تراوحت أعمارهم بين سن (60-84)عاما، تمّ استخدام مقياس التدخين لفونير وديجونغز (Folner &Dejonger)، ومقياس تمبلر مكموردي(Templer-Mcmorgy) لقلق الموت. أشارت النتائج بأنّ هناك علاقة دالة سلبية بين التدخين وقلق الموت.

– دراسة الشويعر (1989): هدفت إلى معرفة العلاقة بين الالتزام الديني وقلق الموت وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة سالبة بين الالتزام الديني في الإسلام وقلق الموت.

– دراسة راسموسين و جونسون (Rasmussen & Johnson,1994) فقد هدفت إلى التعرف على العلاقة بين قلق الموت وكل من الروحانية ومستوى التدخين والجنس لدى طلبة الجامعات، حيث طبق الباحثون مقياس قلق الموت لتمبلر ومقياس الروحانية على(209)طالب جامعي، منهم (134)إناثا و(74) ذكورا. وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية ذات دلالة بين الروحانية وقلق الموت، وإلى وجود فروق ذات دلالة في مستوى قلق الموت تعزى للجنس لصالح الإناث.(غوانمه2003،39-41)

– دراسة الكايد (1995):هدفت الى معرفة العلاقة بين القيم الدينية وقلق الموت لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية في الأردن، تكونت عينة الدراسة من 60 مسنا منهم 27 ذكورا و 32 إناثا تمّ تطبيق مقياس قلق الموت من إعداد الباحثة ، ومقياس القيم الدينية من إعداد التل أبو بكر، وقد كشف الدراسة عن النتائج التالية:

توجد علاقة عكسية قوية بين قلق الموت والقيم الدينية، عدم وجود فروق في قلق الموت تعزى لمتغير الجنس.

دراسة إبراهيم (1995): هدفت الى معرفة العلاقة بين قلق الموت، والاصابة ببعض الأمراض العضوية(السكر، السرطان، ضغط الدم، التهاب المفاصل، الربو). حيث اشتملت عينة الدراسة على مجموعات سوية(كعينات ضابطة) وأخرى مرضية (مجموعات تجريبية). تكونت العينة من ( 102) ذكور و( 98) إناثا من مرضى السكر، والسرطان، وضغط الدم، التهاب المفاصل ومرض الربو وتكونت المجموعة السوية(الضابطة) من ( 21) للذكور و(19) للإناث، وقام بتطبيق مقياس تمبلر لقلق الموت والمترجم إلى اللغة العربية من قبل الباحث احمد عبد الخالق، وقد أشارت النتائج إلى أن جميع عينات المرضى الخمس قد حصلت على متوسطات أعلى من العينة الضابطة في قلق الموت، وقد تقدم مرضى السرطان باقي الأمراض يليه بعد ذلك مرضى الربو ويأتي بعده مرضى السكر، ثم مرضى التهاب المفاصل الذين يقل القلق لديهم، وكذلك مرضى ضغط الدم، وظهرت فروق جوهرية عند مستوى 0.01 لصالح عينة مرضى السكر من الذكور، ارتفع متوسط درجاتهم عن الإناث، وهذا يعني أن الذكور إذا ارتفع متوسط درجاتهم عن الاناث وهذا يعني أن الذكور أكثر قلقا من الموت بنظائرهم من الإناث وفيما عدا ذلك لم تظهر الفروق الجوهرية بين عيني الذكور والإناث على باقي الأمراض.(الكايد،1995، 23)

دراسة هايسلب و لوهر وبييرلين (Hayslip, Luhr&Beyerlein, 1997): هدفت إلى التعرف على المستويات الشعورية واللاشعورية لقلق الموت لدى الأشخاص المصابين بأمراض مميتة، ومعرفة فيما إذا كان هنالك أثر لكل من الجنس ومدة اكتشاف المرض على قلق الموت، تكونت عينة الدراسة من ( 141) فردا، منهم ( 32) فردا مصابا بمرض الإيدز في مراحل نهائية و( 39) مصابا بمرض الإيدز في بدايات مرحله، و( 70) فردا أصحاء وقد تم استخدام مقياس يقيس قلق الموت الشعوري، وآخر يقيس قلق الموت

اللاشعوري وعدد من مقاييس التقدير الذاتي لمستوى الرضى عن الحياة، ومستوى التحسر على الحياة وقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت تعزى لمتغيرات الجنس ومدة اكتشاف المرض. (غوانمه 2003، 39-41)

– دراسة بوفيدا وآخرون (Poveda,et al,2000) الدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين قلق الموت ومتغيرات الجنس، والإصابة بالأمراض المزمنة، تكونت العينة من 226 مريضا، تم اختيار العينة عشوائيا، وباستخدام مقياس قلق الموت لتمبلر وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الرجال والنساء في مستوى قلق الموت (النساء أظهرن مستوى أعلى). (غوانمه 2003، 39).

– دراسة نجوم (2001): هدفت إلى معرفة الالتزام بالدين الإسلامي وعلاقته بكل من قلق الموت والاكنتاب لدى المسنين والمسنات، وقد تم اختيار العينة بطريقة عشوائية، تكونت العينة من ( 200 ) مسن ومسنه من دار الرعاية الاجتماعية والجمعيات الخيرية، وقد تم استخدام مقياس الالتزام الديني الإسلامي إعداد طريفة الشويعر 1409هـ، ومقياس قلق الموت إعداد عبد عبد الخالق ، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها: توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الالتزام بالدين الإسلامي وقلق الموت. (نجوم، 2001)

– دراسة مأمون محمود وادي غوانمه (2003) بعنوان قلق الموت وعلاقته بنمط السلوك (أ) و بعض المتغيرات لدى عينة من مرضى القلب في مركز الملكة عليا:

–هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق الموت ونمط السلوك(أ) لدى عينة من مرضى القلب في مركز الملكة علياء لأمراض وجراحة القلب، وكذلك التعرف على العلاقة بين قلق الموت ونمط السلوك ( أ) ، ومدى قدرة متغيرات الجنس والعمر والمستوى التعليمي، وكمية التدخين والالتزام الديني ونمط السلوك ا والدعم الاجتماعي على التنبؤ بمستوى قلق الموت لدى مرضى القلب، تكونت عينة الدراسة من (197) مريضا بالقلب(119 ذكور، 78 إناثا) تم اختيارهم عشوائيا من 956 مريضا، تم استخدام مقياس قلق الموت الذي أعده الباحث، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك درجة منخفضة من قلق الموت لدى مرضى القلب.

(غوانمه 2003).

– دراسة تهناني محمد جبر ياسين(2011) بعنوان قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان، وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندي: هدفت هذه الدراسة إلى تقصي مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان البالغين وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة(الجنس، العمل، المرحلة المرضية والحالة الزوجية) وقد تمّ اختيار العينة بطريقة قصدية، تكونت العينة من 154 مريضاً (81 ذكورا و73 إناثا)، تراوحت أعمارهم ما بين(18 و 22) بمتوسط عمري قدره(50) عاما، وقد تمّ تطوير مقياس خاص لقياس قلق الموت لدى هذه فئة وخلصت الدراسة إلى هم النتائج التالية:

وجود قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة على عوامل المقياس الثلاثة.

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على عوامل المقياس بشكل عام.

(ياسين2011)

#### التعليق على الدراسات السابقة :

اتفقت الدراسة الحالية من حيث العينة مع دراسة كل من روبنسون وود( Robinson & wood,1983) ، ودراسة إبراهيم (1995)، ودراسة هايسلب ولوهروببيرلين (Hayslip,Luhr & Beyerlin,1997) ومع دراسة بوفيدا وآخرون(Poveda, et al 2000).

واتفقت في طريقة اختيار العينة وكان الاختيار بطريقة قصدية مع دراسة تهناني(2003).

واتفقت أيضا في النتائج المتوصل إليها، مع دراسة كل من ديفنس ( Devins,1980)، وفي دراسة هولاند وآخرون ( Holland et al,1988)، ودراسة الشويعر (1989)، ودراسة راسموسين وجونسون ( Rasmussen & Johnson,1994)، ودراسة الكايد (1995)، ودراسة هايسلب و لوهر وببيرلين (Hayslip,Luhr&Beyerlein,1997)، ودراسة

نجوم(2001)، حيث توصلوا جميعهم إلى نفس النتائج وهي:

– وجود فروق في مستوى قلق الموت بين الجنسين.

- وجود فروق في مستوى قلق الموت تبعاً لمتغير نوع المرض.
- وجود علاقة سلبية بين التدخين وقلق الموت.

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة قريشي في مقياس التدخين المستخدم في الدراسة.

اختلفت الدراسة الحالية من حيث العينة مع الدراسات التالية: دراسة نجوم (2001)، ودراسة الكايد (1995)، ودراسة هولاند وآخرون (Holland et al,1988)، ودراسة راسموسين وجونسون (Rasmussen & Johnson,1994)، كانوا مسنين وطلبة.

اختلفت الدراسة الحالية في مقياس التدخين ومقياس قلق الموت في جميع الدراسات السابقة

واختلفت الدراسة الحالية من حيث النتائج في كل من دراسة روبنسون وود (Robinson & wood,1983)، ودراسة هايسلب و لوهر وبيرلين (Hayslip,Luhr&Beyerlein,1997)، ودراسة مأمون (2003)، ودراسة ميسيها وآخرون (Missiha et all 2003)، ودراسة تهاني (2011) حيث توصلوا إلى النتائج التالية:

لا توجد فروق في قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس.

يعانون من مستويات مرتفعة من القلق الموت.

أما الإضافة الجديدة في الدراسة الحالية:

- تمّ بناء مقياس قلق الموت خاص بالمرضى المزمينين.
- إثبات العلاقة بين التدخين وقلق الموت لدى المرضى المزمينين.
- إثبات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي التدخين ومتوسطات درجات متوسطي التدخين لصالح متوسطي التدخين في قلق الموت.
- إثبات وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعاً لمتغير نوع المرض.

# الفصل الثاني

## التدوين

## تمهيد :

الاعتقاد شيء مستقر في قلب الإنسان، فعاطفة الاعتقاد أمر غريزي مشترك بين الناس عامة، في كل عصر وفي كل مكان، وهذه النزعة إلى التدين لدى الإنسان ترمي إلى قيادة السلوك الإنساني وتنظيمه، ويهتم الباحث النفسي بالمضامين الخاصة بالدين، لأن ما يهّمه هو الموقف الإنساني الذي يُعبّر عن الدين، ومدى تأثيره على الإنسان، وهل هذا التأثير حسن أم سيء على تنمية قوى الإنسان، فهو لا يهتم بتحليل الأديان بقدر ما يهتم بقيمتها وسنتطرق في هذا الفصل إلى بعض تعاريف الدين والتدين وكذا مختلف تفسيرات التدين في ضوء بعض النظريات النفسية والاجتماعية المختلفة، وكذا أنماط ومراتب التدين وأيضاً الحديث حول التدين بين الطفولة والمراهقة، والتطرق إلى العوامل المؤثرة فيه، وأخيراً نعرض إلى الحديث عن العلاقة بين التدين والصحة النفسية .

1) مفهوم التدين:

أ-الدين:

لغة: تعني الجانب الروحي والعقائدي من حيث أنها علاقة بين طرفين يُنظم أحدهما الآخر ويخضع له. (الجوهري، 1989، 203).

والمقصود بالدين لغويا الجزاء والمكافأة، ويقال: ( دانه، يدين، دينًا)، أي جازاه، ويقال: كما (تُدين تُدان) أي كما تجازي تجازى بفعلك وبحسب ما عملت، والدين أيضا الطاعة، تقول (دان له بدين) أي أطاعه، والجمع أديان، ويقال: ( دان بكذا ديانة) فهو متدين (ودينه تديبنا) وكله إلى دينه) (الرازي 1994، 218)

أما في اللغة الإنجليزية فإن أصل كلمة دين تعني (Religion) وبالبحت في الأصل اللغوي لهذه الكلمة، فهي تعني العبادة المصحوبة بالخشية، ونجد أنها اشتقت من الفعل (religere) فهي تعني في اللغة اللاتينية الرهبة. (الفيومي 1985، 48)

الدين في القرآن الكريم: وردت كلمة الدين في ستّ وتسعين موضعا في آيات القرآن الكريم على وجوه من المعاني، تفهم حسب سياقها في نصوص الآيات، وهي لا تتعدى ثمانية أوجه :

➤بمعنى الجزاء والحساب والثواب، والعقاب، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١﴾ يَوْمَئِذٍ

يُوقِفُهُمُ اللَّهُ دِينَهُمُ الْحَقَّ وَيَعْلَمُونَ أَنَّ اللَّهَ هُوَ الْحَقُّ الْمُبِينُ ﴿٢٥﴾ النور:

➤بمعنى العبادة والطاعة، ومنه قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١﴾ وَقَتْلُوهُمْ حَتَّى لَا تَكُونَ

فِتْنَةً وَيَكُونَ الدِّينُ لِلَّهِ فَإِنْ أَنَّهُمْ فَلَاعُدُونَ إِلَّا عَلَى الظَّالِمِينَ ﴿١٩٣﴾ البقرة:

➤ الإسلام، ومنه قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ فَإِذَا رَكِبُوا فِي الْفُلِكِ دَعَا اللَّهُ

مُخْلِصِينَ لَهُ الَّذِينَ فَلَمَّا نَجَّاهُمْ إِلَى الْبَرِّ إِذَا هُمْ يُشْرِكُونَ ﴿ العنكبوت: ٦٥ أخلصوا له الشدة التي نزلت بهم وأفردوا له الطاعة.

➤ الملة، ومنه قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ فَأَقْرَمَ وَجْهَكَ لِلدِّينِ الْقَيِّمِ مِنْ قَبْلِ أَنْ يَأْتِيَ يَوْمَ لَا مَرَدَّ لَهُ، مِنْ اللَّهِ يَوْمَئِذٍ يَصَّدَّعُونَ ﴿ الروم: ٤٣

➤ الشريعة، ومنه قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ أَمْ لَهُمْ شُرَكَاءُ شَرَعُوا لَهُمْ مِّنَ الدِّينِ مَا لَمْ يَأْذَنْ بِهِ اللَّهُ وَلَوْلَا كَلِمَةُ الْفَصْلِ لَفُضِيَ بَيْنَهُمْ وَإِنَّ الظَّالِمِينَ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ ﴿ الشورى: ٢١

➤ يوم القيامة، ومنه قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَإِنَّ عَلَيْكَ اللَّعْنَةَ إِلَى يَوْمِ الدِّينِ ﴿ الحجر: ٣٥

➤ الحكم والقضاء، ومنه قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ فَبَدَأَ بِأَوْعِيَّتِهِمْ قَبْلَ وِعَاءِ أَخِيهِ ثُمَّ اسْتَخْرَجَهَا مِنْ وِعَاءِ أَخِيهِ ﴿ كَذَلِكَ كِدْنَا لِيُوسُفَ ﴿ مَا كَانَ لِيَأْخُذَ أَخَاهُ فِي دِينِ

الْمَلِكِ إِلَّا أَنْ يَشَاءَ اللَّهُ ﴿ نَرْفَعُ دَرَجَاتٍ مِّنْ نَّشَاءٍ ﴿ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ ﴿ يوسف: ٧٦ (الذهبي ، 1975 ، 35)

اصطلاحاً :

يُعرَّف معجم اكسفورد الدين بأنه اعتراف الإنسان بقوة عليا غير منظورة تتحكم في مصيره ولها عليه حق الطاعة والتبجيل، والعبادة. (ايرك ، 1997 ، 36)

أما دور كايم Durk Heim فيُعرف: >> الدين بنظام موحد من العقائد والعبادات المرتبطة بالأشياء المقدّسة، وهو يقوم على أساس أن العقائد عبارة عن حالات فكرية أو مجموعة من المبادئ العملية التعبدية>> (زيدان ، 1980 ، 218).

ويُشير محمد عبد الله دراز إلى أن تعريف الدين اشتهر لدى الإسلاميين، بأنه وضع إلهي لذوي العقول السليمة باختيارهم إلى الصلاح في الحال والفلاح في المآل. (دراز ، 1990 ، 33)

ويُعرف الدين أنه علاقة خضوع وانقياد وعبودية من قبل البشر، يشعرون بها نحو خالق حاكم، ومسيّر لأمر الكون، وحاكم قهّار، يُحي ويميت وإليه النشور، وقد وضع لها نظاما كاملا شاملا للحياة بجميع جوانبها، وأمرنا أن نسير عليه وأخبرنا بالجزاء الذي أعدّه لجميع المكلفين يوم الحساب. (النجلاوي ، 1999 ، 17)

ويلاحظ من التعاريف السابقة لمفهوم "الدين" أنها اتفقت على وجود ثلاث عناصر أساسية وهي :

- ✓ العنصر الأول: وهو الإنسان .
- ✓ العنصر الثاني: وهو موضوع العبادة .
- ✓ العنصر الثالث: وهو العلاقة التي تربط بين الإنسان وموضوع العبادة .

#### ب- التدين::

**لغة:** يقال دان بكذا ديانة، وتدين به، فهو دين ومتدين ودينّت الرجل تديينا، وإذا وكلته إلى دينه.

أي: يدين دينا وديانة تعبد بالدين ... وتدين بكذا تعبد به، فهو متدين، إذا فالتدين مأخوذ من الدين، والدين: هو التسليم والطاعة والتذلل، والخضوع، والعبودية (قريشي، 2015 ، 37)

اصطلاحاً: وهو التزام حدود الدين بلا نقص ولا تفريط ولا زيادة، وغلو، وهو منهج عدلا ووسطا ولا شطط فيه، ولا خفف.

(عقيلان، 2011، 21)

يعرف ( روبروج وريتشارد 1975 ) Rohrbaugh, Richard

بأنه صفة للشخصية تعود إلى توجهات عقلية (معرفية) عن الحقيقة الواقعة وراء نطاق الخبرة والمعرفة، وعن علاقة الفرد بهذه الحقيقة، وتوجهاته ضمنا لكي يؤثر على الحياة الدنيوية اليومية للفرد، وذلك بمشاركته في تطبيق الشعائر الدينية.

(Rohrbough.J.Richard,J.1975, P:137)

ويُعرف صالح بن إبراهيم الصنيع التديّن بأنه: التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به والانتهاز عن إتيان ما نهى الله عنه.

(الصنيع، 2002، 92)

والالتزام الديني هو المداومة والاستمرار من العبد في إتباع منهج الدين عقيدة وعملا بامتثال الأوامر واجتتاب النواهي، والالتزام الديني قد يعني الاهتمام الفعلي والحقيقي بالدين والإخلاص فيه، وارتباط الفرد بممارسة الطقوس والشعائر الدينية.

(بارون، 2008، 20)

ويُقصد بالالتزام الديني الإسلامي : إتباع الفرد لكل تعاليم المنهج الإسلامي الحنيف بمصدره: القرآن الكريم، وسنة نبيّه عليه أفضل الصلاة وأتمّ التسليم، وذلك من خلال علاقته بربه وبمعاملاته مع الآخرين.

(اليافعي، 2011، 21)

وترى سعيدة أبو سوسو: "التديّن أن يتبع الإنسان ما أمره الله به ورسوله ويتضمن الإيمان الديني (بعدا إيديولوجيا) ويشتمل على الإيمان بالله وملائكته، وكتبه، ورسله، واليوم الآخر وبالقضاء خيره وشره.

التديّن العملي: وهو أن يمارس الشخص تعاليم دينه عمليا بالعبادات .

التأثر بالدين: وهو أن يسلك الشخص سلوكا يتفق مع تعاليم دينه، أي أن تكون علاقته مطابقة لما أمره الله به ورسوله.

(أبو سوسو ، 1989 ، 240)

والتدين هو الامتثال الواعي للفرد لتعاليم الدين الإسلامي، والتمسك بها فكراً وسلوكاً في مواقف الحياة اليومية التي تتمثل بأساسيات الإيمان، وأداء العبادات، والتمسك بالعادات والمنجيات، وتجنب المهلكات. (هادي، 2004، 15)

التدين هو إتباع الفرد لكل تعاليم المنهج الإسلامي الحنيف، وذلك من خلال علاقته بربه ومعاملته مع الآخرين. (موسى، 1999، 539)

ويلاحظ من خلال هذه التعريفات أن للتدين أنها تدور حول الأبعاد والعقائد، ويعبر عنها بالبعد الإيديولوجي، وبُعد العبادات، وبُعد المعاملات، وبُعد الأخلاق .

## 2. نظريات حول التدين :

تتفاوت نظرة الباحثين النفسانيين لأثر الدين على الصحة النفسية للأفراد تبعاً للموقف الذي يتبناه الباحث اتجاه الدين، ويمكن تلخيص أبرز الاتجاهات في موقفين متضادين هما :

❖ الموقف الإيجابي من الدين: الذي يرى القائلون به أن تمسك الفرد بتعاليم دينه، يزيد من مستوى صحته النفسية ويساعده في التغلب على كثير من مشكلاته النفسية، كما أن تركه لتعاليم أو ضعفه في الالتزام بها يؤدي به إلى الوقوع فريسة لكثير من تلك المشكلات.

(فيكتور، 1981، 34)

ويعتبر أدلر ويونغ C.Jung & A.Adler أهم من اتجه إلى تفسير مكانة الدين وفعله في النفس الإنسانية، فأدلر يقول: "إن فكرة الإله وأهميتها لبني البشر، يمكن فهمها والتعرف عليها وتقديرها من الجهة السيكولوجية الفردية، بأنها تجسيد وتفسير للوعي الإنساني للعظمة والكمال"

أما يونغ فيرى أن التجربة الدينية حالة من المواجهة المثيرة مع قوة دينامية أو واقع والذي لا يملك الفرد أي سلطة إرادية عليه. (عمال ، 1994 ، 131) .

❖ الموقف السلبي من الدين: الذي يرى القائلون به أن التمسك بتعاليم الدين بسبب

الإصابة بالمشكلات النفسية، وهذا واضح لدى زعيم مدرسة التحليل النفسي فرويد S. Freud ومفهوم هؤلاء للدين قائم على واقع المجتمعات الغربية التي حُرقت فيها الأديان

وأدخلت عليها الكثير من الانحرافات، والتي أبعدت الدين عن أصوله الصحيحة، وظهرت فيها الكثير من التناقضات مما أفقد الناس الثقة فيما يريده رجال الدين. (الصنيع، 1999، 12)

### 1.2- نظرية فلسفة الحياة :

إن الدين يعطي معنى كلياً للحياة، فهو الذي يوجد لدى الإنسان الحافز للتعامل مع الواقع، وهو الذي يدل الإنسان على طريقه في هذه الدنيا، وهو الذي يعطي للمعاناة والصعوبات معنى، وهذه عرفها الإنسان منذ قديم الزمان، وتكلم عنها الأقدمون والمحدثون

وجاءت في سياق القرآن الكريم عند قَالَ تَعَالَى: **أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ** وَلَا تَهْتَفُوا فِي **أَبْتِغَاءِ الْقَوْمِ** **إِنْ تَكُونُوا تَأْمُونُ فَإِنَّهُمْ يَأْمُونُ كَمَا تَأْمُونُ** **وَتَرْجُونَ مِنَ اللَّهِ مَا لَا يَرْجُونَ**

وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا ﴿١٠٤﴾ النساء: ١٠٤

ويضيف الباحثون أنها تجعل الإنسان يُحسن بوجوده، وبقيمته، وأن كل طريق في هذه الدنيا ويسير في اتجاه معين، وهذا كله يعطي تناسقاً داخلياً وخارجياً للإنسان، ويجعله يجد ما يتمسك به وقت الأزمات والصعوبات والتي لا بد منها لكل فرد منّا، بل ويجد في المعاناة نفسها ومعناها دافعاً أقوى للبقاء والمكافحة حتى يصل ذلك إلى حد التلذذ بها أحياناً .

ولقد تكلم من الغربيين عدد كبير من الباحثين مثل كارل يونغ C.Jung وفيكتر فرانكل V. Frankl وسكوت Scotte ، ويُعدّ يونغ أحد من خرجوا من طور المدرسة التحليلية التي تربت على يد فرويد الذي وقف موقفاً سلبياً من الدين جملة وتفصيلاً لكن يونغ اشتهر باهتمامه بمعتقدات المجتمعات وموروثاتها والروحانيات بشكل خاص، فيقول: " إنه لواضح في أي علم نفس يمسّ البناء النفسي للشخصية الإنسانية لا يمكنه إغفال حقيقة أن الدين ليس فقط ظاهرة نفسية اجتماعية تاريخية، ولكنه كذلك يُعتبر شيئاً مهماً للذات الشخصية لعدد كبير جداً من الناس". (غنو، 2006، ص: 64)

أمّا فرانكل فهو صاحب نظرية تقوم على العلاج بالمعنى ويقول عن هذا: " إن العلاج بالمعنى يعتبر الإنسان كائنًا ينصب اهتمامه الرئيسي على تحقيق المعنى وتحقيق القيم بدلاً

من أن يهتم بمجرد إرضاء أهوائه"، وبالإضافة إلى ذلك يُبين (شرف والعيسوي) أن الدين هو الأساس الذي يبني عليه الفرد فلسفته في العبادة، ويخلصه من مشاعر الذنب وينمي الشعور بالإيمان والصبر، ويطرد مشاعر اليأس والقنوط، كما يساعد الفرد على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى ومغزى ودلالة. (أشرف ، العيسوي ، 1974 ، 187)

ويُوضح قطب بأن الدين هو الذي يوجه الفرد بكافة إمكاناته الجسمية والعقلية والانفعالية للمشاركة بإيجابية في الحياة للوصول إلى سعادة الفرد والمجتمع. (قطب ، 1983 ، 35) وعليه فإن الدين هو الذي يُوجه الفرد إلى خالقه بالعبودية والاحتكام إلى أوامره ونواهيه ومن ثم فالدين يجعل الفرد يتجاوز حدود ذاته، ويتخطاها بالوعي المتجاوب الشامل الممتد خارج الذات إلى الكون كله، كما أنه يوجه الفرد إلى وجود أعلى تلتزم به الذات وتحتكم إليه في ميزانها الأخلاقي. (نجاتي ، 1986 ، 85)

## 2.2- النظرية الاجتماعية :

منذ عام 1940 بدأت بحوث ودراسات جديدة تركز على وظائف الدين على مستوى الفرد والمجتمع، وأصبحت النظرة إليه على أساس أنه ظاهرة اجتماعية، والمعروف عن أصحاب هذه النظرية أنهم لا يقبلون بالتفسيرات النفسية والبيولوجية، والغيبية والجغرافية المفسرة لجميع الظواهر بما فيها الظاهرة الدينية، وهي تركز على الحياة الاجتماعية وسط المجتمعات الدينية. (عزيزو ، 2012 ، 332)

حيث يرى أصحاب هذه النظرية بأن الدين وجد من أجل ترسيخ مفهوم التضامن الاجتماعي في المجتمعات البدائية، وبدل على ذلك كثرة وكثافة الطقوس الروحية في هذه المجتمعات، فالنظام الغيبي، في هذه المجتمعات يُعتبر قوة موحدة وفاعلة في زيادة التآزر والتضامن الاجتماعي. (بركات، 2006 ، 09)

حيث يرى دور كايم E. Durkhiem أن تدرس الظاهرة الدينية في أقدم عصورها وأقربها إلى عهد النشأة، وذلك لدى القبائل والعشائر لأنها أقدم وجودا من النظام الأسري، أي أن أفضل دراسة للظاهرة الدينية إنما يكون لدى الأمم البدائية .

بمعنى ان الدين عند دوركايم نشأ اجتماعيا، وأن أصله يرجع لحياة الجماعة التي تستدعي ظهور مجموعة من القواعد والنشاطات التي بدورها تنظم الجماعة. لقد تعرضت أفكار دوركايم عن الدين إلى بعض أوجه النقد أولها تجاهله للنظرة الدينية الفردية، حيث خالف جميع المذاهب المتقدمة في دعواها أن الدين حالة نفسية تتبع من فطرة الفرد، كلما فكر في الآفاق، أو في نفسه، ويرى أن التدين وليد أسباب اجتماعية. (دراز، 1990، 151)

ويشدد دور كايم على أن الديانات لا تنحصر في المعتقدات فحسب، بل تتجاوزها لتشتمل مجموعة من الأنشطة الطقوسية الاحتفالية الدورية، التي يجتمع فيها المؤمنون ويلتقون سويا، وفي هذه الاحتفالات الجمعية يتأكد ويترسخ الإحساس بالتضامن الاجتماعي. وفي مثل هذه المجتمعات ينأى أفراد الجماعة بأنفسهم عن المشاغل اليومية في الحياة الاجتماعية، ويرتقون بأنفسهم إلى مرتبة عليا يشعرون معها بالتواصل مع قوى علوية. (أنتوني، 2005، 581)

حيث نجد أن قاموس بنجوين لعلم الاجتماع Abercromliue & Turner 1988 يُشير إلى اتجاهين لتعريف الدين في علم الاجتماع: يُعرف الاتجاه الأول دور كايم (1912) الدين في سياق وظائفه الاجتماعية: الدين مجموعة من الاعتقادات والطقوس التي ترجع للمقدس الذي يجمع الناس معا في جماعات اجتماعية وبهذا المعنى قام بعض علماء الاجتماع بتوسيع فكرة الدين لكي تشمل القومية .

ويعرّف الاتجاه الثاني الذي يتبعه ماكس فيبر Max Fieber وبول تليش – Pol Teliteche الدين على أنه مجموعة من الأمور المترابطة، تقدم إجابات على الأمور الإنسانية الوجودية المحيرة كالميلاد، الموت، والمرض، والتي تجعل للعالم معنى . وبهذا المعنى يُعتبر الدين هو الاستجابة الإنسانية لتلك الأشياء التي تهمنا بدرجة عظيمة، وبتطبيق هذا التعريف يصبح كل البشر متدينين، لأننا جميعا نواجه مشاكل وجودية مثل: المرض، الشيخوخة، والموت. (بركات ، 1993 ، 59-60)

كما يُقدم فروم Fraum فكرة " الدين غير اللاهوتي " الذي يمكن تلمسه من خلال أفكار ماركس Marx وايكهارت Ikhart وشفافترز Shfaitzer وبوذا Bauda ، ويكون جوهر هذا الدين الفاعلية الاجتماعية التي تمارس بروح الرعاية والتضامن والتكامل الإنساني، ويرى أن هذا الدين الجديد يناسب ضرورات الإنسان الجديد. (فروم، 1997، 173)

أما ماكس فيبر Max Fipeer فقد توصل من خلال دراسته إلى أن هناك تأثيراً متبادلاً بين الظواهر الدينية والظواهر الاقتصادية، فالرأسمالية الحديثة تثير المبادئ والقدرة على الاختراع، وترفض النزعة التقليدية، والخيالية أو اللاعقلية، وأن إيمان الفرد يتحدّد من خلال أعماله الدنيوية، وقد أوضح فيري Ferry أن عقيدة الدول الكاثوليكية غير البروتستانتية متخلف نسبياً، فالديانة البروتستانتية كانت تدعيماً وتثبيتاً لأشكال النشاط التي تُعتبر ضرورية لإقامة المشروعات الرأسمالية الحديثة. (الخشاب، 1988، 56)

لقد ركّز فيبر على مدى نفوذ الأخلاق والمعتقدات على التصرفات الإنسانية وتأثير التصورات الدينية على النشاطات الاقتصادية.

ولقد ذهب هيربرت سبنسر Harbert Spincer إلى أن معظم نظريات الدين وشعائره تطوّرت من عبادة الأسلاف في الزمن البدائي، إذا كان أفراد القبيلة يعبدون سلفهم المقدّس الذي انحدروا من صلبه. (سيرل، 1985، 13)

ويلاحظ أن أصحاب المنظور السوسيولوجي يدرسون الظاهرة الدينية في أقدم عصورها لكي يصلوا إلى النشأة الأولى للدين وذلك من خلال القبائل القديمة أو الأمم البدائية .

### 3.2- النظرية الأنثربولوجية :

ركّز الأنثربولوجيون في دراستهم للنظم الدينية في هذه المجتمعات على ركيزتين أساسيتين هما: العقائد والطقوس أو الشعائر، وهما ركنان يكملان بعضهما البعض، في

أديان هذه المجتمعات البدائية، كما لوحظ أن النظم الروحية البدائية لا تقتصر على العقائد الدينية فقط، بل تضم أيضا العقائد والممارسات السحرية إضافة إلى الأساطير.

(بركات، 2006، 08)

حيث اهتمّ مالينوفسكي Malinoviski بدراسة الظاهرة الدينية في المجتمعات البدائية من خلال دراسته لجزر Trobriand ، واهتمّ بالجانب السحري والعملي في السلوك البدائي ولاحظ أن الفلاحة تشكل المصدر الرئيسي لمعيشتهم وأن الأنشطة الخاصة بها قد ارتبطت ببعض الشعائر السحرية، ويذهب إلى أن سكان هذه الجزر يفرقون تفرقة واضحة بين ما يمكن إنجازه بالوسائل العملية وما يبقى ليحل عن طريق الاعتقادات السحرية أو الشعائر فالرجل البدائي يعمل لوجهين من الحقيقة الجانب العملي والجانب السحري، ويستخدم السحر في الحالات التي تكون فيها المشاعر قوية في بعض الأنشطة إلى الدرجة التي لا يمكن معها الاعتماد على الإجراءات الامبريقية فقط، ويصبح الدين والسحر بمثابة مخارج من المواقف أو المآزق التي لا مخرج منها عبر الجانب العملي، ولا حل لها إلا بواسطة الاعتقادات والشعائر السحرية.

(بيومي ، 2004، 144)

ويُميز " مالينوفسكي " بين الدين والسحر، فالسحر يهدف إلى غاية عملية، ولكن الدين هو غاية في حد ذاته، فالطقوس الدينية تُعبّر عن المشاعر، كما أن الدين يمدّ الناحية الأخلاقية في الإنسان، ولم يهتم راد كليف براون Rad Klif Brown بالموقف الذي تتولد فيه الشعائر مثل " مالينوفسكي "، ولكن اهتمامه ينصب على كيفية أداء هذه الطقوس ووظائفها في إثارة وتهدئة القلق بمجرد إقامتها.

(الخشاب، 1988، 59)

يلاحظ على أصحاب المنظور الأنثروبولوجي أنهم يرون أن الدين استجابة للضغوط العاطفية، حيث دفعته المخاوف والأخطار مثل: القلق، الأمراض والموت، التي تبني طقوس سرية وظيفتها تهدئة القلق بمجرد إقامتها .

4.2- النظرية النفسية :

يرى باحثون كثيرون منهم ساباتييه SABATIER وبرجسون BERGSON أن الإنسان ليس في حاجة لأن يكون فكره في مظاهر الطبيعة، أو أن يفكر في عالم الأرواح، لأن تجاربه النفسية في حياته اليومية كفيلة بأن تدفعه إلى أن يدرك أن هناك قوة عليا مسيطرة يجب التوجه لها بالعبادة وعليه فقد وجدت سيكولوجية الدين لتتهتم بالإنسان منذ أن بدأ يهتم بأسس عقيدته الدينية إلا أن الأصول العلمية جاءت مع الباحث فريزر وتايلر Frazer & Tayler حيث يعود لهما الفضل في إثبات أن الظواهر الدينية لا تستعصي على البحث العلمي، أما الباحث لوبا LOUBA فهو أول من تعرض للبحث عن الدين من الناحية السيكلوجية بكل موضوعية، فقرر أن يكون هناك "علم النفس الديني" خالياً من عنصر الاعتقاد. (عزيزو ، 2012، 335-336)

\*نظرية التحليل النفسي :

تُرجع هذه النظرية الدين إلى الاضطراب أو المرض النفسي أو الصراع القائم في نفس الإنسان، هذا الصراع الناتج عن تباين وظائف جوانب الشخصية الثلاثة، الهو بما يحمل من رغبات جنسية محرمة، والأنا بها يمثل من قيم وتقاليد ومعايير المجتمع، والأنا الأعلى وبما يمثله من ضمير والمُثل العليا للفرد. (راضي، 2008، 83)

والدين ينبع من عجز الإنسان في مواجهة قوى طبيعية في الخارج والقوى الداخلية الغريزية، وأن الدين من وجهة نظر فرويد ما هو إلا مرحلة مبكرة من التطور الإنساني، يُنمي فيها الإنسان ما أسماه بالوهم الديني المتبقي من خبرات وتجارب الطفولة، وأن الدين ما هو إلا عصاب جماعي تُسببه ظروف مماثلة للظروف التي يتحدث وتسبب عصاب الطفولة. (صالح، 2007، 337)

إن الدين على حسب التحليل النفسي وحسب فرويد نفسه هذاء، ونوع من التراجع للحياة وفقا لمبدأ اللذة .

يرى فرويد أن الدين هذيان وأنه يشّوه الواقع ويزجر العقل، ولا يحقق السعادة التي يبتغيها الإنسان فيقول: << إن الدين يضرّ بلعبة التكيف، إذ يفرض على الجميع، وعلى نسق واحد، طرقه الخاصة للوصول إلى السعادة وللغور بالمناعة ضد الألم، تقوم خطته على تخفيض قيمة الحياة، وعلى تشويه صورة المعالم الواقعي تشويها بالغا، وهذا نهج يتخذ مسلمة له زجر العقل وتخويفه، وبهذا الثمن يفلح الدين، بالبأسه أتباعه بالقوة ثوب طفولة نفسية ويزجهم جميعا في هذيان جماعي>> . (نقلا عن عزيزو ، 2012، 340)

ويرى فرويد كذلك أن الدين لم يحقق السعادة والأخلاق التي يبحث عنها الإنسان فيقول: << فمن المشكوك فيه أن يكون البشر قد عرفوا في مجملهم، في العهد الذي كان يسود فيه، بلا منازع، سعادة أكبر من تلك التي يعرفونها اليوم، وعلى كل حال ما كانوا بالتأكيد، أكثر أخلاقية>> ويشبه فرويد يرى الدين في حياة الإنسان بالدور الذي نقوم به المنبهات والمسكرات للإنسان عند تناوله لهما، فيقول: << مفعول العزاء والسلوان، الذي يقدمه الدين للإنسان يمكن المقايسة بينه وبين مفعول المنومات>> (عزيزو ، 2012 ، 343)

ويرى بريل (Brill) المحلل النفسي: إن المرء المتدين حقا لا يعاني قط مرضا نفسيا، أما المحلل النفسي كارل يونغ (Carl G.Jung, 1966) فقد ذكر: "استشارني في خلال إلا عوامل الثلاثين الماضية أشخاص من مختلف شعوب العالم المتحضرة، وعالجت مئات كثيرة من المرضى... فلم أجد مريضا واحدا من مرضاي الذين كانوا في المنتصف الثاني من عمومهم -أي جاوزا سن 35 سنة- من لم تكن مشكلته في أساستها هي افتقاره إلى وجهة نظر دينية في الحياة .

أما ألبورت (Allport) توصل إلى أن 82% من مجموعة كبيرة من الناس تؤكد على أن الدين والالتزام به يمكن أن يكون الأساس في أعداد الأفراد وتكوين فلسفة في الحياة .

### 5.2- التصور الإسلامي للتدين (نظرية الإسلام للتدين):

ينبثق التصور الإسلامي للدين والإيمان من تأكيده على وجود علاقات وثيقة بين تمام الإيمان، وحسن النظر والعمل، وحسن التفكير في الظواهر الكونية والحياتية، فالإنسان في التصور الإسلامي مخلوق لديه استعداد فطري للخير والشر، والإسلام منح الحرية للإنسان في الاختيار أيفعل الخير وينفع الآخرين فيثاب أو يفعل الشر ويضرهم فيعاقب.

(العيسوي ، 1989 ، 205)

أن للإسلام غايات وأهداف إنسانية واجتماعية سامية تصل بالفرد المسلم إلى مرضاة الله وتكون لديه معرفة بغاية الوجود الإنساني، حتى يحس أن لحياته معنى وقيمة، وحتى يعيش الفرد في وفاق مع نفسه، ومع فطرة الوجود الكبير من حوله، ويسلم من التمزق والصراع النفسي الداخلي، وينطلق من عبودية الأنانية والخضوع لمطالبه المادية ورغباته الذاتية.

(رشاد ، 1997 ، 09)

وبذلك فإن الدين من وجهة نظر الإسلام يعم أرجاء الحياة، وهو الذي يصوغ سلوك الإنسان وهو المعيار الذي يحتكم إليه في كل ما يصدر عنه لتحديد الاضطراب والانحراف عن الغاية والوظيفة التي خلق من أجلها هذا الإنسان، وبذلك يعتبر الدين هو الأساس الذي يبنى عليه الفرد فلسفته الخاصة في الحياة ويخلصه من مشاعر الذنب، وينمي لديه الشعور بالإيمان والصبر، ويطرد مشاعر الأسى والقنوط، كما يساعده على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى ومغزى في حياته.

(الخضر ، 2000 ، 10)

تعقيب على النظريات :

لقد أثبتت كل الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية، والنفسية أنه لم يوجد مجتمع بلا دين مهما كانت صورة ذلك التدين، والاستقراء يؤكد أنه وجدت في التاريخ مدن ليس فيها مصانع ولا معامل ولا مدارس ولا نواد، ولكن لم توجد في تاريخ الإنسان الطويل مدينة بلا معابد .

إلا أنه قد تعترض الإنسان ببعض المؤثرات التربوية أو الاجتماعية أو السياسية، والتي قد تؤثر سلبا على هذا الاستعداد الفطري للتدين، فتظهر معالمه أو تضعف من أثره وفاعليته في هداية الإنسان، من أجل ذلك أرسل سبحانه وتعالى الأنبياء والرسل لهداية الإنسان وتذكيره بمنهج الله مبشرين ومنذرين قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ رُسُلًا مُبَشِّرِينَ

وَمُنذِرِينَ لِيَلَّا يَكُونَ لِلنَّاسِ عَلَى اللَّهِ حُجَّةٌ بَعْدَ الرُّسُلِ ۗ وَكَانَ اللَّهُ عَزِيزًا حَكِيمًا ﴿ النساء: ١٦٥

١٦٥

كما أن الدين يتجه بالإنسان نحو تكامل الشخصية وتوازنها، وما المرض إلا اختبار لمدى صبر الإنسان على ابتلاء ربه فعليه أن يسعد لأن الله اختاره للابتلاء وعليه الصبر لينال رضا الله ودخول الجنة قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ

الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ ۗ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿ البقرة: ١٥٥

فالابتلاء سنة كونية فحين يصاب المؤمن بالمرض يصبر ويحتسب عملا بقوله

تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ ۗ وَمَنْ يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ

قَلْبَهُ ۗ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ ﴿ ١١ وَأَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ ۚ فَإِن تَوَلَّيْتُمْ فَإِنَّمَا عَلَىٰ رَسُولِنَا

الْبَلَاغُ الْمُبِينُ ﴿ ١٢ التَّغَابُن: ١١ - ١٢

وهذا ما يبطل ما ذهب إليه فرويد حين أرجع الدين إلى المرض والاضطراب .

إن هذه النظريات هي نظريات منقوصة، قاصرة في تفسير طبيعة الظواهر، وخاصة في توضيح المفاهيم الدينية، بل وربما بعضها تجرأ على الدين، وتجراً على فطرة الإنسان وما كان عرضها إلا انقاء واستظهارا لتراجعها أمام علم النفس الذي يعتمد على فطرة الدين التي فطر الله الإنسان عليها، وما كانت نظرة وتصورات الإسلام للنفس الإنسانية إلا إعلاء لها وسموا وتكريما للإنسان، لأن الله كرم بني آدم، كرمه في خلقه، وعقله، وسلوكه، وكرمه بعقيدته وإيمانه، كرمه تكريما جعل الملائكة يسجدون له، وعليه فإن عرض الباحثة للتصور الإسلامي للدين كان ختاماً لتلك النظريات، لأن الإسلام والدين يقاس به .

### 3- أنماط التدين :

يتفاوت الناس في تدينهم وتطبيقهم للدين في حياتهم، وهذا الاختلاف راجع إلى أن الدين يتفرع إلى عنصر اعتقادي، وبعد العبادات، وبعد المعاملات، وبعد الأخلاق، وكل شخص يأخذ من هذه الأبعاد بقدر يختلف عن الشخص الآخر .

ويتميز الإنسان في الإسلام بتعدد مستوياته، ويترقى فيها الإنسان المسلم من مستوى لآخر في خط تصاعدي، حسب اجتهاده في فهم وتطبيق تعاليم الدين، ومن هنا ينشأ الاختلاف في الخبرات الدينية، وفي مستويات التدين، وفيما يلي عدد من أشكال التدين وصوره التي يمكن أن نشاهدها في حياتنا اليومية وهي كما يلي :

3-1 التدين المعرفي (الفكري): وهنا ينحصر التدين في دائرة المعرفة، حيث نجد الشخص يعرف الكثير من أحكام الدين ومفاهيمه، ولكن هذه المعرفة تتوقف على الجانب العقلاني والفكري ولا تتعداه إلى دائرة العاطفة، والسلوك، فهي مجرد معرفة عقلية، وبعض هؤلاء الأشخاص ربما يكونون بارعين في الحديث عن الدين أو الكتابة فيه، رغم هذا فهم لا يلتزمون بتعاليمه في حياتهم اليومية . (بقيادة، 2011، 112 - 113)

2-3 التدين العاطفي (الحماسي): في هذه الحالة نجد أن الشخص يبدي عاطفة جارفة وحماسا كبيرا نحو الدين، ولكنه لا يواكبه معرفة جيّدة بأحكام الدين، ولا سلوكا ملتزما بقواعده، وهذا النوع ينتشر بسرعة في الشبّاب خاصة حديثي التدين، وهي مرحلة يجب إكمالها بالجانب المعرفي والجانب السلوكي حتى لا تطيش ولا تتمحي .

3-3 التدين السلوكي (تدين العبادة): وهنا تتحصر مظاهر التدين في دائرة السلوك، حيث نجد الشخص يقوم بأداء العبادات والطقوس الدينية، ولكن دون معرفة كافية بحكمتها وأحكامها، وبدون عاطفة دينية تعطي لهذه العبادات معناها الروحي، ولكن فقط يؤدي هذه العبادات كعادة اجتماعية تعودها، وهذا النوع يمكن أن يكتمل ويرشد بإضافة الجانب المعرفي، وإيقاظ الجانب الروحي. (بقيادة، 2011، 112 - 113)

3-4 التدين النفعي (المصلحي): يلتزم الفرد بالكثير من مظاهر الدين الخارجية للوصول إلى مكانة اجتماعية خاصة، أو تحقيق أهداف دنيوية شخصية، وهؤلاء الناس يستغلون احترام الناس للدين، ورموزه فيحاولون كسب ثقتهم ومودتهم بالتظاهر بالتدين، وتجده دائما حيث توجد المكاسب والمصالح الدنيوية الشخصية، وتفترقه في المحن والشدائد .

3-5 التدين التفاعلي (تدين ردّ الفعل): نجد هذا النوع من التدين في الأشخاص الذين قضا حياتهم بعيدا عن الدين يلهون ويمرحون، ويأخذون من متع الدنيا وملذّاتها، بصرف النظر عن الحلال والحرام، وفجأة نتيجة تعرّض شخص من هؤلاء لموقف معين أو حادث معين، نجده قد تغيّر من النقيض إلى النقيض، فيبدأ في الاستقامة، ويتسم تدينه بالعاطفة القويّة والحماس الزائد، ولكن مع هذا يبقى تدينه سطحيا، تنقصه الجوانب المعرفية والروحية العميقة، وفي بعض الأحيان يتطرق هذا الشخص في التمسك بمظاهر الدين حفاظا على توازنه النفسي والاجتماعي، وتخفيفا للشعور بالذنب الذي يلهب ظهره، وهذا النوع لا بأس به إذا وجد المجتمع المتقبّل والمرشد لهذا الشخص التائب المتحمّس ليكمل طريقه ويصعد مدارج السالكين برفق ورويّة. (القرشي، 2015، 72-73)

3-6 التدين الدفاعي (العصابي): فقد يكون الدين دفاعاً ضد الخوف أو تأنيب الضمير أو دفاعاً ضد القهر و الإحباط، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى التدين ليخفف من تلك المشاعر أو يتخلص منها، وكلما زادت المشاعر قوة زادت قوة اتجاهه للدين، ويحدث هذا الشكل أيضاً من خلال الاحتماء بالدين لمواجهة الصعوبات التي عجز بعض الأشخاص عن مواجهتها، ويُمثل الدين هنا تغطية لقصورهم وعجزهم، والهرب من المواجهة الحقيقية مع الواقع، وينقص هذا الشكل من التدين للجوانب الروحية، وجوانب المعاملات، والنواحي الأخلاقية في الدين.

3-7 التدين المرضي (الذهاني): نواجه هذا النوع أثناء العمل في العيادات والمستشفيات عند بعض المرضى مع بداية الذهان (المرض العقلي)، حيث يلجأ المريض للتدين في محاولة منه للتخفيف من حدة التدهور والتناثر المرضي الذي يظهر على الشخصية، ولكن الوقت يكون قد فات فتظهر أعراض المرض مصطبغة ببعض المفاهيم شبه الدينية الخاطئة فيعتقد ويحلف بأنه نبيّ أو المهدي المنتظر ويتصرف على هذا الأساس، وعلى الرغم من فشل هذه المحاولة المرضية إلا أنها دليل على دور الدين في المحافظة على الشخصية في مواجهة التدهور والتفكك، وبمعنى آخر أن التدين دفاع نفسي صحي، ولكن بشرط أن يكون في الوقت المناسب وبطريقة منهجية مناسبة. (حاتم محمد ، 2005 ، 163)

3-8 التدين الحقيقي (الأصيل): حيث يتغلل الدين الصحيح في المعرفة والعاطفة والسلوك فنجد أن الشخص يكون لديه التدين الفكرة المركزية المحركة والموجهة لكل نشاطاته الداخلية والخارجية-، ونجد قوله متفقاً مع عمله وظاهره متفقاً مع باطنه في انسجام تام، وهذا الشخص المتدين نجده يُسخر نفسه لخدمة دينه، وإذا وصل الإنسان لهذا المستوى من التدين الأصيل شعر بالأمن والطمأنينة والسكينة، ووصل إلى درجة من التوازن النفسي تجعله يقابل شدائد الحياة بصبر ورضى، وتجد نفسك تتواصل معه بسهولة. (الحسين، 2006 ، 106)

3-9 التدين المتطرفي: يعني الغلو في جانب أكثر من جوانب الدين، بما يخرج الشخص عن الحدود المقبولة التي يقرها الشرع، ويجمع عليها علماء الدين إفراطاً أو تفريطاً. ويمكن تقسيم هذا النوع حسب التالي :

أ- التدين المتطرفي الفكري: حيث يصعب النقاش مع هذا الشخص حول ما توصل إليه من أفكار، وينغلق على فكرة فلا يقبل فكراً أو رأياً آخر .

ب- التدين المتطرفي العاطفي: قد يكون التطرف في مجال العاطفة حيث تصبح عواطف الشخص كلها متركزة على الجوانب الدينية، ويصبح شديد الحساسية من هذه الناحية، شديد المبالغة في الانفعال بها.

ت- التدين المتطرفي السلوكي: هنا نجد الشخص يبالغ مبالغة شديدة في أداء الشعائر الدينية الظاهرية بما يخرجها عن الحدود المقبولة شرعاً، وقد يقوم بالزام الآخرين بذلك .

ث- التدين التصوفي: هو تجربة ذاتية شديدة الخصوصية، يمرُّ بها قليل من الناس لهم تركيب اجتماعي روحي خاص، ولذلك فليس من السهل التعبير عنها بالألفاظ المعتادة، لأنها تحدث خارج حدود الألفاظ، ولكننا نستطيع أن نقول على وجه التقريب: أنه في هذه المرحلة التصوفية يمر الشخص بفترة معاناة شديدة بين كثير من المتناقضات، ثم فجأة يحسُّ أنَّ هناك شيئاً هائلاً قد حدث وكأنه وُلد من جديد، فأصبح يرى نفسه، ويرى الكون بشكل مختلف تماماً، ويحسُّ أن كثيراً من صراعاته قد هدأت، وأن كثيراً من الحجب والأقنعة قد كشفت، وأنه قد توحدَّ مع الكون، وعلى الرغم من عمق هذه التجربة، وسحرها إلا أنها تبقى خبرة شخصية غير صالحة للتعميم، وهي فوق ذلك خبرة خطيرة غير مأمونة، حيث تختلط بها الإلهامات بالوسواس، فيرى بعضهم أشياء يعتقدونها إلهامات، وفي حقيقة الأمر هي تلبيسات شيطانية، إذن فهي منطقية تيه وخطر.

(القرشي، 2015، 74)

4- مراتب التدين :

1.4- مرتبة الإيمان: الإيمان أصله معرفة القلب وتصديقه، والإيمان بوجود خالق لهذا الكون أمر فطري في النفوس، ودلائل عظمة هذا الخالق تتجلى في مخلوقاته، وعليه جُبلت القلوب على الإقرار بهذه الحقيقة .

2.4- مرتبة الإسلام: الإيمان مستلزم للإسلام، ورأس الإسلام مطلقاً شهادة أن لا إله إلا الله، وبها بعث الله جميع الرسل قال تعالى: **أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿٣٦﴾** وَلَقَدْ بَعَثْنَا فِي كُلِّ أُمَّةٍ رَسُولًا أَنِ اعْبُدُوا اللَّهَ وَاجْتَنِبُوا الطَّاغُوتَ <sup>ط</sup> فَمِنْهُمْ مَن هَدَى اللَّهُ وَمِنْهُمْ مَن حَقَّتْ عَلَيْهِ الضَّلَالَةُ <sup>ع</sup> فَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَانظُرُوا كَيْفَ كَانَتْ عَاقِبَةُ الْمُكَذِّبِينَ ﴿٣٦﴾ **النحل:** ٣٦

3.4- مرتبة الإحسان: هذه المرتبة لا تكون إلا إذا تحققت المرتبة الأولى والثانية معا والإحسان هو الإتيان بالحسنات، والحسنات هي فعل الواجبات والمستحبات، وترك المحرمات والمكروهات، وفعل أو ترك المباحات لأنها مباحات، مع التصديق بذلك لله تعالى والإخلاص له فيه، ومع استحضار رؤية الله تعالى وإطلاعه على الظاهر والباطن قال تعالى: **أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١١٢﴾** بَلَىٰ مَنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَلَهُ أَجْرُهُ عِنْدَ رَبِّهِ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴿١١٢﴾ **البقرة:** ١١٢

4.4- مرتبة الاستقامة: الاستقامة كلمة جامعة آخذة بمجامع التدين، وهي القيام بين يدي الله على حقيقة الصدق والوفاء بالعهد، وهي تتعلق بين يدي الله على حقيقة الصدق والوفاء بالعهد، وهي تتعلق بالأقوال والأفعال، والأحوال، والنيات، قال تعالى: **أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ**

﴿إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَمُوا تَتَنَزَّلُ عَلَيْهِمُ الْمَلَائِكَةُ أَلَّا تَخَافُوا وَلَا

تَحْزَنُوا وَأَبْشِرُوا بِالْجَنَّةِ الَّتِي كُنتُمْ تُوعَدُونَ ﴿٣٠﴾ فصلت: ٣٠

(القرشي، 2015، 50)

## 5- تطوّر الشعور الديني من الطفولة المبكرة إلى المراهقة :

يمرّ نمو أو تطور الشعور الديني لدى الطفل بعدد من المراحل التي تقابل مراحل النمو النفسي للإنسان، وهي :

### 5-1 الشعور الديني في مرحلة الطفولة المبكرة :

يمرّ الشعور الديني لدى الأطفال بتطور معقد وطويل، ويندمج في التطور الشامل ل نفسية الفرد، ولا تجد قبل سنّ الرابعة اهتماما من جانب الطفل بموضوعات الدين إلا في شكل عدد محدود من الألفاظ يردّها دون إدراك لمعناها كالله، والملائكة والموت، وليس الدين في حياة الفرد انفعالا خاصا أو عاطفة بالذات تقوم إلى جانب غيرها من العواطف إنما يظهر على الانفعالات والعواطف العادية، التي تتبلور حول موضوعات الدين كالحبّ الديني والخوف الديني، فالحبّ الديني ليس إلا الحبّ العادي موجها إلى موضوع ديني هو الله أو كل ما يعتبره الشخص مقدسا. (المليجي ، المليجي ، 1982، 270)

ويتميّز النمو في هذه المرحلة الواقعية، حيث يضيفي الطفل على موضوعات الدين وجودا واقعيًا محسوسًا، فالملاك في تصوّره رجل أو امرأة بأجنحة وملابس بيضاء، والشيطان غليظ ينبعث من عينيه الشرر ويعلو رأسه قرنان، وربما له ذيل طويل ولرجليه حافران.

(زهران، 1995، 230)

وتبدأ بوادر نمو الضمير في السنّة الثانية من عمر الطفل، عندما يبدأ يكتسب تحريم أفعال معينة (لا تقترب من الكتب)، (لا تفتح الخزانة)، إلى آخر ذلك من التحريمات التي

يتمتعها الطفل تدريجياً، ومع تقدم السن لا تقتصر الضمير على تلك الأمور والنواهي البسيطة، بل يتسع ليشمل معايير أشمل تعميماً، أو بعبارة أخرى ليشمل تصورات عامة عمداً عما يجب وما لا يجب، فلا يكتفي الطفل بالعزوف عن ضرب أخيه الأصغر مثلاً، ولكن يتجاوز ذلك بأن يسلك طريقة عطوفة حانية بشكل عام، بل أكثر من ذلك قد يتعلم الطفل أيضاً أن يكون أميناً مطيعاً، لا يكذب ولا يسرق، ويحترم حقوق الآخرين ومصالحهم و هكذا.

(إسماعيل، 1986، 275)

وابتداء من السنة الثالثة تقريباً في حياة الطفل تقوم الأم بدور هام في نمو الطفل الديني إذ تشرع في تلقين الطفل بعض تعاليم الدين حينما تلمس منه قدرته على الفهم والكلام، فتتقص عليه حكايات الأنبياء والقديسين، على أن الطفل يستمد قسطاً كبيراً من موقفه الديني بطرق غير مباشرة من تهديدات الأم له بعذاب النار إذا عصى، وعودها له بنعيم الجنة إذا أطاع ومن مشاهدته لصلوات أهله، ومن مظاهر الأعياد الدينية، ومن زيارته مع والده للمساجد أو الكنائس.

(المليجي ، المليجي ، 1982 ، 274)

### 5-2 الشعور الديني في مرحلة الطفولة المتأخرة :

يتميز الشعور الديني في هذه المرحلة الاجتماعية، حيث يتأثر الطفل بالبيئة الاجتماعية التي يتربى فيها، فإن كانت بيئته متدينة نشأ على ما تربي عليه، ويتطبع بذلك، ويأخذ السلوك الديني وأداء الفرائض شكلاً اجتماعياً، ويصبح الدين بذلك وسيلة من وسائل التوافق الاجتماعي

(زهران، 1995، 284)

والطفل في هذه المرحلة يكون قد تمثل معايير السلطة الوالدية، وارتضى أحكامها ويكون قد تعلم إخضاع ميوله ورغباته لحكم الواقع، ومن ثم يكون قد ارتضى تصورات السلطة لموضوعات الدين، وراجع نفسه بصحتها وكبت الشكوك والأسئلة المحظورة، وكذلك

كبت الرغبات الفطرية المحظورة، فيبدو موقفه من الدين كموقف الكبار منه، ويجيب على الأسئلة بشأن الدين مدافعا عنها كما لو كان له آراؤه الخاصة، التي لها محل الشك فيها.

(المليجي ، المليجي ، 1982، 274)

### 3-5 الشعور الديني في مرحلة المراهقة المبكرة والوسطى والمتأخرة :

مع دخول الطفل إلى مرحلة المراهقة يتسع أفقه وينمو ذكاؤه، وتزداد قدرته على التجريد وتنقلص تصورات الحسيّة والخيالية، وتحلّ بدلا منها التصوّرات العقلية القائمة على التجريد .

والمُراهق عكس الطفل قادر على التفكير خارج الحاضر، وقادر على الخروج بنظريات تتناول الأشياء والأحداث، وما يهواه هو التفكير خارج نطاق الحاضر المحسّوس، وهذا الذهن المفكّر يميّز فترة المراهقة، ويبدأ في الحادية عشر أو الثانية عشر، يستطيع الفرد التفكير بالطريقة الفرضيّة الاستنتاجية، دون علاقة بالواقع المعاش. ( سليم، سليم، 1985، 218).

وفي مرحلة المراهقة المبكرة قد يُشاهد ازواج في الشعور الديني، حيث يوجد لدى المراهق شعور ديني مركّب مزدوج يحوي عناصر متناقضة، فقد يحب الله إلى جانب الخوف منه، وقد يوجد الإيمان بالموت إلى جانب كرهه كنهاية لا مفرّ منها .

وفي مرحلة المراهقة الوسطى، قد يشاهد الشكّ حيث يلاحظ ميل بعض المراهقين إلى الشكّ، ويختلف الشكّ باختلاف شخصية المراهقة، فيتراوح بين النقد العابر والارتياب الحاد في كل العقائد، وقد يرجع ذلك إلى أنّ تعليم التعاليم الدينية في الطفولة كان غير مخطط أو غير ملائم لمستوى النمو أو ناقص أو معدوم .

وفي مرحلة المراهقة المتأخرة يشاهد الحماس الديني الذي قد يصل إلى درجة التطرف والذي يحل محل الاتجاه الديني التقليدي، ويتلوّن الحماس الديني بالسّمات الغالبة على شخصية المراهق.

(زهران، 1995، 397- 421)

وتسمى هذه المرحلة من النمو العقلي وفق تقسيم جان بياجيه مرحلة العمليات الشكلية وهذا التفكير المجرد الشكلي، يعكس هذا التطور في النمو العقلي، مع نمو ثقة المراهق بذاته ووصوله إلى النضج الجنسي في منتصف المرحلة تقريبا، على إحداث يقظة عامة في الشخصية وازدهار شامل لجميع القوى النفسية وقد يأخذ شكل يقظة دينية عامة، فالمراهق في سعيه للتحرر ولتدعيم ذاته يراجع كل ما اكتسب في طفولته من قيم وتصورات ومعتقدات.

(المليجي ، المليجي ، 1982 ، 329)

## 6- العوامل المؤثرة في التدين :

### 6-1 العوامل الذاتية :

#### أ. العامل الفطري :

الفطرة هي ما فطر الله عليه الخلق من المعرفة به قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ

﴿ إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَلَقْتُ بَشَرًا مِّنْ طِينٍ ﴿٧١﴾ فَإِذَا سَوَّيْتُهُ، وَنَفَخْتُ فِيهِ مِن رُّوحِي فَقَعُوا لَهُ،

سَجِدِينَ ﴿٧٢﴾ ﴾ ص: ٧١ - ٧٢

تصرّح الآية بطبيعة الإنسان وأصل خلقه وجبلته، وأنه من طين ممزوج بروح الله تعالى، وأنّ الجسد لا ينفصل عن الروح، وأن كل محاولة للفصل أو بذر الشقاق بينهما شذوذ وانحراف في السلوك، وعاهة في التكوين، كما أن لكل عنصر منه متطلباته، وخلق له ميول للمحافظة عليه فالطعام والشراب والجنس، للمحافظة على الجسد، والتدين، للمحافظة

على الروح، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَإِذْ أَخَذَ رَبُّكَ مِن بَنِي آدَمَ مِنْ ظُهُورِهِمْ

ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَشْهَدَهُمْ عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ أَلَسْتُ بِرَبِّكُمْ ۖ قَالُوا بَلَىٰ ۗ شَهِدْنَا أَن تَقُولُوا يَوْمَ الْقِيَامَةِ إِنَّا كُنَّا

عَن هَذَا غَافِلِينَ ﴿١٧٢﴾ ﴿ الأعراف: ١٧٢ ﴾ فهذه الآية صريحة في وجود التدين في النفس

الإنسانية قبل وجودها وظهورها على ظهر البسيطة، فالنفس أو الفطرة خلقها الله تعالى

وأودع فيها هذا الاتجاه إلى الخالق، والإنسان مهما ابتعد عن منهج الله وجدد وكفر بالدين، فإنه لن يستطيع أن يغيّر فطرته >> لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم <<الروم . الآية: بدليل أنه لا يستطيع أن يحجب هذه الفطرة عما يجيش فيها عند الأزمات والأوقات الحرجة أمام البواعث السابقة للتدين وبدليل عما يجده الإنسان من الندم على الأفعال الذميمة، ومن وخز الضمير إذا بقي عنده ضمير ولم تفسده المفاتن والشياطين. (الزحيلي، 1991، 49)

وهذا ما قصده الرسول . صلى الله عليه وسلم . في الحديث الشريف: >> ما من مولود إلا يولد على الفطرة، فأبواه يهودانه، وينصرّانه، ويمجّسانه << (صحيح مسلم، 1998، ص:212)

فالإنسان لا غنى له عن التدين لأنه جزء من ذاته ونفسه وفطرته، ولذا يجب أحد الفلاسفة الفرنسيين على سؤال: لماذا أنا متدين؟ فيقول لأنني لم أحرّك شفّتي بهذا السؤال مرة إلا وأراني مسوقاً للإجابة عليه بهذا الجواب، وهو: أنا متدين، لأنني لا أستطيع أن أكون خلاف ذلك، لأن التدين لازم معنوي من لوازم ذاتي. (الزحيلي، 1991، 51)

### ب. العامل النفسي :

قال بعض العارفين " انتهى سفر الطالبين إلى الظفر بأنفسهم، فمن ظفر بنفسه أفلح ومن ظفرت به نفسه خسر، وهلك قال تعالى: **أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿٣٧﴾** فَأَمَّا مَنْ طَغَى ﴿٣٧﴾ وَءَاثَرَ الْحَيَاةَ الدُّنْيَا ﴿٣٨﴾ فَإِنَّ الْجَحِيمَ هِيَ الْمَأْوَىٰ ﴿٣٩﴾ وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَىٰ ﴿٤٠﴾ فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَىٰ ﴿٤١﴾ **النازعات: ٣٧ - ٤١**

فالنفس تدعو إلى الطغيان وإيثار حياة الدنيا، والرّب يدعو إلى خوفه ونهي النفس عن الهوى، والقلب بين الداعين يميل إلى هذا الداعي مرة، وإلى هذا مرة أخرى، وهذا موضع الابتلاء، وقد وصف سبحانه النفس في القرآن بثلاث صفات. (أبي بكر، ابن القيم، 1999، 74)

❖ النفس الأمارة: وهي الموافقة للشهوات الشيطانية التي تنشأ عنها جميع الأفعال الذميمة

❖ أما النفس اللّوامة: فهي المعترضة للنفس الأمانة الشهوانية، وهي الزاجرة لها عن قبيح أفعالها، فإذا صدر من الأمانة فعل رديء، تعرضت لها ولامتها على ما صدر منها من القبائح والعيوب وزجرتها عنه .

❖ أما النفس المطمئنة: فهي المستقرة الثابتة المتيقنة بالحق، فلا يخالجها ريب، لأنها استتارت بنور القلب فتحلّت بالأخلاق الحميدة، وتخلّت عن الأخلاق الذميمة، والاطمئنان لا يحصل إلا بالله وذكره، والتفكير في الذات العالية الشريفة، والصفات الشامخة المنيفة، قال

تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿٢٧﴾ يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنِّةُ ﴿٢٨﴾ ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً ﴿٢٩﴾

الفجر: ٢٧ - ٢٨

(الشناوي، 2001، 41)

## 6-2 العوامل الاجتماعية للتدين :

### أ. الأسرة :

تمثل الأسرة المؤسسة الأولى المؤثرة على سلوك الفرد، بما تقوم به من تطبيع الطفل حيث يتلقى منها ثقافة وقيم وموروثات المجتمع، وبالتالي فهي الإطار الذي يحدد تصرفاته.

(الجولاني، 1998، 17)

لهذا حتّ الإسلام على تكوين الأسرة، ودعا إلى أن يعيش الناس في ظلّها، فهي الصورة الطبيعية المستقيمة التي تلبّي رغبات الإنسان وتفي بحاجاته، وهي الوضع الفطري الذي ارتضاه الله لحياة الناس، منذ فجر الخليقة.

(الخولي، 2003، 59)

والأسرة في أي مجتمع من المجتمعات لها فعاليتها وتأثيرها على سلوك أفرادها، فهي تقوم بوظيفة إيجابية في تحديد الأفكار العامة والضوابط الأساسية، فكل شيء يحدث للفرد يكون ردّ فعله متأثراً بما نشأ عليه في أسرته، ولهذا فإن الأسرة تقوم بدور هام وأساسي وفعال في توجيه وإرشاد أفرادها نحو التدين.

(سليم، 1985، 230)

وفي هذا الجانب نجد الرسول -صلى الله عليه وسلم- : " ما من مولود إلا يُولد على

الفطرة فابواه يهودانه، وينصرّانه، ويُمجّسانه".

(صحيح مسلم، 1998، 212)

من هذا الحديث النبوي يتبين لنا أن الأسرة هي المسؤولة عن فطرة الطفل، وكل انحراف يقوم به الطفل يكون مصدره الأول الوالدين، فالطفل بفطرته يكون له قابلية التلقين والتعويد، وبالتالي ما نُفَس في طفولته يتبعه ويتأصل في نفسيته في باقي مراحل حياته، ولا يقتصر دور الأسرة في تنمية التدين والالتزام الديني على الجانب الإيماني فقط، بل يتعداه ليشمل جميع الجوانب العقلية، والخُلقية، والجسمية، والنفسية والاجتماعية. حيث تعطي هذه التربية ثمارها في جعل الفرد متدينا ومتوازنا ومتكامل في حياته، مما يساعده أيضا على تنمية مداركه الثقافية الدينية، التي تتماشى مع تعاليم دينه المعمول بها والمنتق عليها.

(علون، 1996، 117)

### ب. جماعة الرفاق :

هي مرحلة تتكون من أفراد متساويين، تقوم بينهم روابط طبيعية على قدم المساواة، وفقا لميولهم ويعبرون عن أنفسهم تعبيراً ذاتياً، إذ يشعر العضو داخلها بنوع من الاستقلالية وتعتبر هذه الجماعة أداة ضبط إذ أنها تؤثر على سلوك أفرادها. (الرشدان، 2005، 318)

بما تملكه هذه الجماعة من سلطة وقدرة على توجيه وضبط سلوك أفرادها، بوسائل عديدة تهيئها لهم، كالتطابق والتماثل والقبول، والثواب، والعقاب، والاستقلالية وتحمل المسؤولية وغيرها من الوسائل، مما قد لا يتوفر لدى غيرها من الجماعات الأخرى، داخل المجتمع.

(الأشول، 1979، 330)

وهكذا يتضح لنا التأثير الكبير الذي يمكن أن يحدثه الرفيق على رفيقه، بحيث إذا كان الرفيق صالحاً متديناً دعاه إلى الاستقامة وساعده على تنمية تدينه وزيادة التزامه الديني وتمسكه بفضائل الدين، أما إذا كان الرفيق سيئاً فإنه يدعو إلى الانحراف والابتعاد عن التدين، عاجلاً أو آجلاً، لأن استمرار علاقة الفرد بهؤلاء لا بد أن ينتج تأثيراً يجعل الفرد يسلك سلوكاً مثل سلوكهم.

(أبو زيد، 1977، 20)

ج. وسائل الإعلام :

من الملاحظ في حياتنا المعاصرة أن دور وسائل الإعلام قد تعاضم بشكل هائل، وفي ضوء ذلك يذهب البعض إلى أن التغيير الثقافي ما هو إلا ثمرة من ثمرات وسائل الإعلام وكافة الوسائل المسموعة والمرئية والمطبوعة تؤدي دورا فعالا بارزا في تكوين شخصية الفرد وتطبيعها الاجتماعي على أنماط سلوكية معينة. (أبو جادو، 2000، 234)

فالوسائل الإعلامية ليست مجرد وسائل للتسلية والتثقيف فقط، وإنما لها فوق ذلك كله أثر عميق في تكوين علاقات الناس، ونفسياتهم وميولهم واتجاهاتهم، وسلوكهم وتحديد نمط حياتهم وما يُبثُّ فيها من مواد تؤثر بدرجة كبيرة على تدين الأفراد، وبشكل تدريجي قد لا يحسُّ به الفرد مباشرة. (يكن، 1983، 18)

فإذا كانت هذه البرامج موجّهة لخدمة الفرد ومجتمعه لتحقيق الأهداف التي يسعى المجتمع لتحقيقها، ومن أهمّها أن يزداد الفرد تمسّكا واعتزازا بدينه، ودفاعا عنه والدعوة إليه، وإن كانت البرامج موجّهة لغير ذلك، وهو الغالب في عصرنا الحاضر، فإنّ مردود ذلك سيكون ضعفا في إيمان الفرد وتهاونا في التزام دينه ممّا يعود عليه وعلى مجتمعه بالخسران المبين. (الصنيع، 1999، 58)

فتتمية التدين تكون عن طريق النفوذ إلى العقل فتقنعه وتطمئنه، وإلى القلب فتتهره وتحركه، وإلى الإرادة فتدفعها وتوجّهها، وينطبق هذا من حيث التأثير الإيجابي على تدين الأفراد فالفرد الذي لديه اهتمام بالبرامج الدينية ومتابعتها، تتجلى عنده زيادة الشعور الديني. والإحساس بمكانة الدين في الحياة يُكسبه سلوكا واعيا، وحياة مستقيمة، فضلا عن تحقيق السعادة والطمأنينة والسكينة والاستقرار. (القرضاوي، 1997، 201)

د - المسجد

يُعتبر المسجد النواة الأولى للمجتمع الإسلامي، ويُمثّل مؤسسة اجتماعية بنائيا ووظيفيا وفيه كل مقدمات النظام الاجتماعي، لأن الصلاة مثلا في جماعة هي مسؤولية اجتماعية يقرّها الإسلام على كل الناس. (طعيمة، 1994، 260)

وتكسب المتردد عليه فوائد عظيمة أولها رضا الله ثم زيادة في الإيمان والتدين، ومحبة المؤمنين، وهذا ما لا يتوفر في أي عبادة من العبادات الأخرى، وقد مدح الله أهل المساجد وبين صفاتهم وثوابهم في قوله قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿٣٦﴾ فِي بُيُوتِ أُولَئِكَ لَنُفَعَلَنَّ لَهُمْ فِي حَيَاتِهِمْ وَعَمَلِهِمْ شَرًّا وَأَلْزَمْنَا لَهُمْ سُبُلَ مَنَاجِدِهِمْ وَأَخْرَجْنَا لَهُمْ مَنَاجِدَ يَخْرُجُونَ فِيهَا ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَنزَلْنَا إِلَيْهِمُ الْكُتُبَ وَالْحِجَابَ وَالْحُلَّةَ لِيُذَكَّرُوا فِيهَا وَلَهُمْ فِيهَا رِجَالٌ لَا تُلْهِمُهُمْ مَجْرَةً وَلَا يَبِيعُ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَإِقَامِ الصَّلَاةِ وَإِيتَاءِ الزَّكَاةِ يَخَافُونَ يَوْمًا تَتَقَلَّبُ فِيهِ الْقُلُوبُ وَالْأَبْصَارُ ﴿٣٧﴾ النور: ٣٦

(الصنيع، 56:2000)

- ٣٧

وفي ظل هذه الموجات التي يشهدها العالم، والمجتمع الإسلامي بالخصوص، وما يُهدد الأفراد من الأخطار القيمة يتحمل المسجد مسؤولية عظيمة ومهمة في حفظهم من التردّي في هاوية الحيرة والشك، والزيغ والانحراف. (بختي، 1991، 460)

هـ. المدرسة :

تمثل المدرسة هيئة ثانية بعد الأسرة في تشكيل شخصية الأفراد، لما تقتضيه هذه الأخيرة من مدة تقتسمها مع الأسرة تتجاوز السبع ساعات، وهي النسق الثاني الذي يدخل فيه الفرد من حيث التأثير. (بوفلجة، 1992، 18)

وتقوم مؤسسة المدرسة بوظائف عدّة منها: نقل الثقافة، والمحافظة على التراث الثقافي للمجتمع، بما يطرأ عليه من تغييرات ونمو، وكذلك توفير الظروف المناسبة لنمو الفرد من النواحي الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية. (ترمي، 1981، 226)

وتعتبر المناهج الدراسية إذا كانت مبنية وموجهة في سبيل بناء الإنسان الملتزم بدينه اعتقادا وقولا وعملا من خلال ربط جميع محتوى هذه المناهج بالدين بصور متعدّدة وبحسب طبيعة المادة الدراسية تخدم في مجموعها تقوية العامل الديني، وزيادة تدين وإيمان الطلاب والعكس هو الناتج السلبي الضعيف في التدين والإيمان، وقلة التمسك بالدين ممّا يسهل عملية الانحراف. (سمك، 1973، 69)

تعقيب :

وفي الأخير نستطيع أن نقول بعد إلقاء الضوء على أهم العوامل التي حاولت إلى حد كبير تنمية التدين أن أساسها كان تنمية الوعي للمدركات الأساسية وضرورة الالتزام بتأدية الأعمال والواجبات الدينية، غير أنها قد تختلف في تأثيرها، أو قد لا تقوم بدورها كما يجب، ومع ذلك يكون الفرد أكثر تديناً بسبب هداية الله له، وبالتالي يصعب علينا أن نحدد العامل

الرئيسي في تدين الفرد، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿٥٦﴾ إِنَّكَ لَا تَهْدِي مَنْ أَحْبَبْتَ

وَلَكِنَّ اللَّهَ يَهْدِي مَنْ يَشَاءُ وَهُوَ أَعْلَمُ بِالْمُهْتَدِينَ ﴿٥٦﴾ القصص: ٥٦

#### 7- العلاقة بين التدين والصحة النفسية:

إن الحياة الإسلامية مليئة بكل ما يؤدي إلى تمتع الفرد بالصحة النفسية والعقلية والسلامة الجسمية، ويحض القرآن الكريم على أن لا يحمل الإنسان نفسه ما لا يطيق أو يتحمل، لأن ذلك يؤدي إلى إرهاق النفس، ومن ثم إصابتها بالمرض، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿٥٦﴾ لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا ۗ لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ ۗ رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَا إِنْ نَسِينَا أَوْ أَخْطَأْنَا ۗ رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا إَصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِنَا ۗ رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ ۗ وَاعْفُ عَنَّا وَارْحَمْنَا ۗ أَنْتَ مَوْلَانَا فَانصُرْنَا

عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ ﴿٢٨٦﴾ البقرة: ٢٨٦ (العيسوي، 2001، 55)

فالقرآن الكريم نزل لهداية الناس ولدعوتهم إلى عقيدة التوحيد، وتعليمهم قيما جديدة وأساليب جديدة من التفكير والحياة، لإرشادهم إلى السلوك السوي السليم الذي فيه صلاح الإنسان وخير المجتمع، ولتوجيههم إلى الطرق الصحيحة لتربية النفس وتنشئتها تنشئة سليمة تؤدي بها إلى بلوغ الكمال الإنساني الذي يتحقق به سعادة الإنسان في الحياة الدنيا والآخرة. (نجاتي، 1982، 236)

قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١﴾ إِنَّ هَذَا الْقُرْآنَ يَهْدِي لِلَّتِي هِيَ أَقْوَمُ وَيُبَشِّرُ الْمُؤْمِنِينَ

الَّذِينَ يَعْمَلُونَ الصَّالِحَاتِ أَنَّ لَهُمْ أَجْرًا كَبِيرًا ﴿١﴾ الإسراء: ٩

وقال قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١﴾ وَنُزِّلَ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ

وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا ﴿٨٢﴾ الإسراء: ٨٢

و قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١﴾ وَلَوْ جَعَلْنَاهُ قُرْآنًا عَجْمِيًّا لَقَالُوا لَوْلَا فُصِّلَتْ آيَاتُهُ

ءَاجْمِيًّا وَعَرَبِيًّا قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ ءَامَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ ﴿١﴾ وَالَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ فِي ءَاذَانِهِمْ وَقُرْ

وهُوَ عَلَيْهِمْ عَمًى ﴿٢﴾ أُولَٰئِكَ يُنَادَوْنَ مِن مَّكَانٍ بَعِيدٍ ﴿٤٤﴾ فصلت: ٤٤

ولاشك أن في القرآن الكريم طاقة روحية هائلة ذات تأثير بالغ الشأن في نفس الإنسان فهو يهز وجدانه، ويرهق أحاسيسه ومشاعره، ويصقل روحه، ويوقظ إدراكه وتفكيره، ويجلي بصيرته، فإذا بالإنسان بعد أن يتعرض لتأثير القرآن يصبح إنسانا جديدا، كأنه خلق خلقا جديدا. فتعليم والمبادئ الإسلامية عقيدة، فكرا، عملا، إيمانا ومعاملة تشمل كل جوانب الشخصية الإنسانية وتتناولها بالصقل والتنمية والتهديب والتربية، بحيث يشب المسلم شخصية سوية متكيفة ناجحة. فالإلتزام خير عاصم من الزلل ومن الخطأ ومن التعرض للإصابة بالأمراض النفسية والعقلية والأخلاقية. فضلا عن أنه يتمتع بالمرونة والعقلانية والبحث والإفناع بالحقيقة، فهو دين يدعو إلى المعرفة والحقيقة والانفتاح على العالم والتطور والحوار المستمر والتواصل، وتأسيس لغة التعايش مع الآخرين. (بركات، 2006، 111)

ولقد حرص الرسول صلى الله عليه وسلم على أن يغرس في الناشئة من أبناء المسلمين معالم الصحة النفسية حتى تكون حياتهم خالية من الاضطرابات والقلق، وحتى تكون أنفسهم سوية.

والإسلام يجعل المسلم مرتبطا بالله في كل خطوة من خطواته، فهو يؤمن بالله وحده لا شريك له، ومنه يستمد العون والقوة، وهو يصلي لله في كل يوم وليلة خمس مرات، ومن يجعل الله هو العون له، فإنه يأمن ويطمئن ويرتاح، وبذلك تتحقق له الصحة النفسية لأنه يحس بأقوى سند في هذه الحياة، كما أن الإسلام يعطي للفرد أهميته ويجعل له كيانا

مستقلا، وهو بهذا يبث الثقة في نفسه ويحصنه ضد الأمراض النفسية قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنْ

الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ الَّذِينَ ءَامَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا ءِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ ءُولَئِكَ لَهُمُ ءَلْمَنٌ وَهُمْ مُهْتَدُونَ ﴿٨٢﴾

﴿ الأنعام: ٨٢ ﴾

وعلاج الأمراض النفسية يكون الالتزام الديني الإسلامي المنبثق عن الإيمان الخالص

بالله والذي ينتج عن التربية الدينية الصحيحة، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَلَوْ

جَعَلْنَاهُ قُرْءَانًا ءَعْجَمِيًّا لَقَالُوا لَوْلَا فُصِّلَتْ ءَايَاتُهُ ۖ ءَعْجَمِيٌّ وَعَرَبِيٌّ قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ ءَامَنُوا هُدًى

وَشِفَاءٌ ۗ وَالَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ فِي ءَاذَانِهِمْ وَقْرٌ وَهُوَ عَلَيْهِمْ عَمًى ۗ ءُولَئِكَ يُنَادَوْنَ مِنْ

مَكَانٍ بَعِيدٍ ﴿٤٤﴾ ﴿ فصلت: ٤٤ ﴾ (اليافعي، 1418هـ، 19-20)

فالفرد الملتزم دينيا يشعر بالسعادة والهناء والراحة النفسية في الدنيا والآخرة، وسعادته في الدنيا تكون بسعادته مع نفسه ومجتمعه، وسعادته في الآخرة هي السعادة العظمى، التي لا تعادلها سعادة.

فالتدين منقذ كثير من المشكلات النفسية، فهو يُخفف من القلق النفسي حيث أن الإنسان يستمد من إيمانه التوجيه، فيملأ قلبه باليقين ويحثه على العلم، ويعينه على تخطي الصعاب. وأكد (زهران، 1982، 407)، صلة الدين بالنمو العام، وبالناحية الجنسية لدى المراهقين، حيث يتخذ الدين وسيلة لإعلاء النزوات والغرائز الجنسية عند المراهقين، فتحوّل طاقاتهم استقرارا نفسيا واطمئنانا .

ويؤكد أيضا على أن للدين أثرا واضحا على النمو النفسي والصحة النفسية، والعقيدة حيث يتغلغل في النفس، ويدفعها إلى سلوك إيجابي، والدين يساعد الفرد على الاستقرار والإيمان يؤدي إلى الأمان وينير الطريق أمام الفرد من الطفولة إلى الرشد ثم الشيخوخة.

(راضي، 2008، 76)

وقد نادت منظمة المؤتمر الإسلامي بأبوظبي عام 1402هـ بأهمية الإيمان بالله في استقرار الصحة النفسية لدى الأفراد، ودلت على هذه الأهمية بتناولها للعديد من الدراسات الإحصائية التي أجريت في الدول الكبرى حول تأثير التدين في ارتقاء الصحة النفسية، ومن هذه الدراسات دراسة أجريت على الجنود في ميادين القتال وانتشار الإدمان بين الأمريكيين

العاديين مقارنة بأتباع طائفة المورمون في غرب الولايات المتحدة، الذين يحرمون شرب الخمر، ويتعاطون المخدرات، وكذلك أثبتت الدراسات الميدانية والإحصائية لظاهرة الانتحار إلى أقل نسبة في العالم، هي البلدان الإسلامية، وأعلى نسبة في أوروبا وأمريكا بين الأطباء النفسانيين والعاملين في مجال العلاج النفسي من الأخصائيين.

ومن هنا نؤكد وننادي بأهمية الالتزام الديني بشريعة الإسلام، حيث أنها أساس لجلب الصحة النفسية للإنسان، قَالَ تَعَالَى: **أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ** ﴿٣٠﴾ إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ

أَسْتَقَمُوا تَتَزَلُّ عَلَيْهِمُ الْمَلَائِكَةُ أَلَّا تَخَافُوا وَلَا تَحْزَنُوا وَأَبْشُرُوا بِالْجَنَّةِ الَّتِي كُنتُمْ

تُوعَدُونَ ﴿٣٠﴾ نَحْنُ أَوْلِيَائُكُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الْآخِرَةِ وَلَكُمْ فِيهَا مَا تَشْتَهَى

أَنفُسُكُمْ وَلَكُمْ فِيهَا مَا تَدَّعُونَ ﴿٣١﴾ **فصلت: ٣٠ - ٣١** (اليافعي، 1418هـ، 20)

وتبيّن أيضاً من دراسات كثيرة أن الشخص المتدين تدينا حقيقيا قريب من الله، يعيش في سلام وهدوء مع نفسه راضيا عن ماضيه وحاضره، ومتفائلا بمستقبله، ومما يجعله متمتعا بصحة نفسية جيدة وهناك أيضا الكثير من الدراسات والبحوث التي تناولت أثر التدين على الاكتئاب النفسي كمرض من الأمراض النفسية التي تحرم الإنسان من الصحة النفسية، ومن هذه الدراسات دراسة بايمان 1978 Pyman وجويتز 1983 Geinuitz ، وبرويست 1985 Prolst، ومادر 1987 Mader ، وياكمان 1988 Backman ، وسيجل Siegel 1989، وقد انتهت إلى أن الأفراد الأكثر تدينا أقل معاناة من الأعراض الاكتئابية.

(سليم، سليم، 1985، 427)

إن تحقيق التوازن بين البدن والروح في طبيعة الإنسان ضروري لتحقيق الشخصية السوية، التي تتمتع بالصحة النفسية، وهي النفس التي سماها القرآن الكريم ( النفس المطمئنة). إن الإنسان السويّ صاحب النفس المطمئنة هو الذي يُعنى بصحة البدن وقوته ويُشبع حاجاته الضرورية عن طريق الحلال، ويشبع حاجاته الروحية بالتمسك بعقيدة التوحيد، والتقرب إلى الله تعالى والعبادات والأعمال الصالحة، والابتعاد عن السيئات وكل ما

يغضب الله تعالى، وهو الذي يتوخى دائما الاستقامة في السلوك، ويكون في أقواله وأفعاله متفقا مع المنهج الذي وضعه الله تعالى للإنسان في القرآن الكريم، والذي بيّنه رسول الله صلى الله عليه وسلم في السنة الشريفة. (نجاتي ، 1986 ، 277 - 278)

وإذا نظرنا للأنموذج المثالي للنفس المطمئنة، والتي تحققت فيها جميع مؤشرات الصحة النفسية في أعلى مستوياتها، نجدها ممثلة في شخصية الرسول محمد صلى الله عليه وسلم حيث توازن فيه الجانبان المادي والروحي، فقد كان صلى الله عليه وسلم، يشبع حاجاته البدنية في حدود الشريعة الإسلامية، كما يشبع حاجاته الروحية بإخلاص العبادة لله والتمسك والالتزام بالشريعة الإسلامية، وبذلك تحققت له الاستقامة في السلوك على أكمل وجه، قَالَ

تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَإِنَّكَ لَعَلَى خُلُقٍ عَظِيمٍ ﴿٤﴾ القلم: ٤

فالصحة النفسيّة لا تتحقق للفرد ما لم يلتزم بالدين الإسلامي على أكمل وجه، والفرد ملزم بإتباع كل ما أنزل الله عزّ وجلّ في كتابه من تعاليم، وما احتوته السنة النبويّة الشريفة من آداب سلوكية وتوجيهات، لأن هذا من شأنه أن يحقق للفرد أينما وجد الأمن والسلام الكامل، وبلوغ أهدافه والسلامة ينطلق من منطلق الإيمان بالله جلّ جلاله، وهو منبع كل طمأنينة وصحة نفسية، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنَّىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيٰوةً طَيِّبَةً ۖ وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ ﴿٩٧﴾ النحل: ٩٧

وينادي علماء النفس والطب النفسي والصحة النفسية بضرورة تنمية الحاجة إلى الدين وإشباعها بالتدين الحقيقي، للوقاية من الاضطرابات والانحرافات السلوكية . وأشار ماك كان Mecann ، وبويسن Boisen ، والبورت Alport إلى أهمية تنمية هذه الحاجة وإشباعها، لأنها من أهم عوامل نجاح العلاج النفسي، ونصحوا بضرورة وجود رجل الدين ضمن فريق العلاج النفسي .

### خلاصة الفصل :

انطلاقاً مما سبق يتبين أن التدين يساهم في زيادة الصحة النفسية، انطلاقاً من معرفة العبد لنفسه ولربه ولدينه، وإطلاعه على القيم والمبادئ الروحية والخلقية، والعمل بها. إن هذه المعرفة تُعتبر مشعلاً يُوجه الفرد في دنياه ويزيد استبصاراً بنفسه وبأعماله، وذنوبه وطرائق تكيفه في حاضره ومستقبله.

## الفصل الثالث

### قلق الموت

## تمهيد

يُعتبر القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في الشخصية الإنسانية، وموضوع القلق كان ولازال من أهم الموضوعات التي تفرّض نفسها دائما على اجتهادات الباحثين في العلوم النفسية، لما له من أهمية وعمق وارتباط بأغلب المشكلات النفسية، وقد ترتبط هذه المشكلات النفسية، إما بعوامل اجتماعية، وإما بعوامل جسمية، كمرض مزمن يولد تلك الأفكار المزعجة والخوف من الموت، وهذا ما يدعى بقلق الموت، ولذلك لا يمكن الحديث عن قلق الموت إلا في ضوء فهم القلق بشكل عام، ولذا تحاول الباحثة في هذا الفصل التعرض إلى أهم تعريفات القلق وأنواع القلق بالإضافة إلى الأعراض والعوامل المتسببة في ظهور القلق، وكذلك التعرض إلى أهم النظريات المفسرة له.

ثم نتطرق إلى تعريف الموت والقلق منه ثم تناولت النظريات المفسرة للموت، والقلق منه بالإضافة إلى أنواعه وأسبابه، وقلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات، وأخيرا قياس قلق الموت .

1- **تعريف القلق:** لقد اختلفت الآراء حول تحديد معنى القلق باعتباره جذع مشترك في جميع مجالات الأمراض النفسية، لذلك تعددت مفاهيمه وتشعبت وكل حسب اتجاهه وإطاره الفكري، وتصوراتهِ الخاصة، وسنذكر فيما يلي مختلف الآراء في تعريف القلق .

1.1- **التعريف اللغوي للقلق:** يشير مصطلح القلق في المعجم العربية إلى حالة من الحركة وعدم الاستقرار؛ إذ يعرفه المعجم الوجيز: قلق الشيء قلقاً : حرّكه . والهَمّ وغيره فلاناً: أزعجه (قلق) -قلقاً- لم يستقرّ في مكان واحد، أو على حال فهو قلق.

(المعجم الوجيز، 1994، 513)

وفي منجد اللغة العربية: قلق، قلق، قلق ، قلقا الشيء: حرّكته، قلقَ -قلقاً: اضطرب وانزعج فهو قلق-مقلق، وهي قلقة ومقلق، وأقلقه، أزعجه والشيء من مكانه: حرّكه- والقوم السيوف في الغمد، حرّكها في أعمادها قبل أن يحتاجوا إلى سّلمها عند الحاجة إليها.

(المنجد، 1991، 651)

وعرّفه (ابن منظور، ج9، 2726) أنه الانزعاج، يقال: قلقا وأقلقه غيره، يقال قلق الشيء قلقاً، فهو قلق، وأقلق الشيء من مكانه، وقلقه أي حرّكه، والقلق أيضاً ألا يستقر في مكان واحد.

ويتضح من التعريفات اللغوية السابقة للقلق على أنها انفقت في دلالتها على أن القلق يقصد به الاضطراب وعدم الاستقرار وعدم الطمأنينة .

## 2.1-التعريف الطبي للقلق :

يرى (بيتز 1969 Bittz) بأن القلق ناجم عن زيادة حمض اللاكتيك أو نقص الكالسيوم (أرون بيك، 1999، ص 158). وعرّفه يوجين ريموند (Redmond, EU) بأنه: " الهلع والخوف ينشان عن إفراط خلايا كيروليبوس العصبي في المخ. (شيهان، 1988، 107)

فقد أكدّ د. كوستا (Dakosta 1971) زعيم التفكير الطبي والنفسي " أن القلق وحدة من الأعراض الحشوية مجسداً بذلك الجانب الطبي الصرف ( Besancom et cool, 1993, P: 37)

### 3.1- تعريف القلق في معاجم علم النفس :

عرّف القلق في معجم اكسفورد (1989) على أنه: " إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل"

كما يعرف في معجم وبستر (1991) على أنه: " إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائماً يتصف بعلامات فسيولوجية، مثل: التعرق، والتوتر، وازدياد نبضات القلب، وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة طبيعة التهديد، وبسبب شكّ الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح". (فرج، 2009، 127)

ويعرّف جان لابلاتش في معجمه القلق: بأنه الشعور بالخوف ينتج عن سبب غير معروف. ويشير براون في معجمه إلى أن القلق: هو خاصية أو حالة مميزة للفرد تجعله يشعر بعدم الارتياح والتوتر والهّم. (الحسيني، 2011، 16)

ويعرّفه معجم علم النفس والطب النفسي 1990: " أنه شعور عام بالفزع والخوف من شرّ مرتقب وكارثة توشك أن تحدث، والقلق استجابة لتهديد غير محدد، كثيراً ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية، ومشاعر عدم الأمن والنزاعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس، وفي الحالتين يعبئ الجسم إمكانياته لمواجهة التهديد، فتتوتر العضلات، ويتسارع النفس ونبضات القلب. (فرج، 2009، 127)

4.1- تعريف العلماء والباحثين العرب :

\* تعريف حامد عبد السلام زهران :

القلق هو حالة توتر شامل ومستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية. (زهران، 1997، 484)

**تعريف أحمد عكاشة:** "القلق هو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، أو ضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة. (عكاشة، 2003، 134)

**تعريف سامر جميل رضوان:** "القلق هو عبارة عن رد فعل الفرد على الخطر الناجم عن فقدان الفشل الواقعي أو المتصور، والمهمّ شخصياً للفرد، حيث يشعر بالتهديد جراء هذا فقدان أو الفشل، ويقصد بالفقدان هنا قيم إنسان ما أو فقدان شيء يملكه ويقدره إيجابياً ويرغب في الاحتفاظ به، كالصحة، العافية الجسدية، والممتلكات المادية، الحرية الشخصية وقدرته على التصرف والفعل، واحترام الذات وتقديرها من قبل الآخرين. (رضوان، 2002، 232)

5.1 - تعريف العلماء والباحثين الأجانب :

-**تعريف فرويد:** يرى القلق بأنه نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد، ويكونه خلال المواقف التي يصادفها، فهو يختلف عن بقية الانفعالات غير السارة، كالشعور بالإحباط أو الغضب أو الغيرة، لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحسّ بها الفرد، وأخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح. (الخالدي، 2006، 197)

- **تعريف فلين (Felin)** فيعتبره: " تضايق نفسي جسدي متلازم ومتزامن بشمولية الخوف وتباينها من الفرع إلى الجذع .  
( Pierron, 1979, p:24)

- **تعريف ايريك فروم:** يرى بأنه حالة تنشأ عن الصراع بين الحاجة للتقرب من الوالدين والحاجة إلى الاستقلال.  
(السيد، 2001، 23)

- **تعريف سيلبي " Selye:** هو استجابة غير نوعية التي يعطيها الجسم إلى كل ما يطلب منه فعله.  
(Pierre loo et autres; 2003; p:02)

- **تعريف هورني Horny:** ترى القلق هو عبارة عن استجابات انفعالية لخطر يهدد الشخصية  
(الزغلول، 2009، 367)

- **تعريف هيلجار Helgard:** القلق هو حالة من توقع الشرّ أو عدم الراحة أو الاستقرار التي ترتبط بالشعور بالخوف.  
(جابر، عبد العزيز، 2002، 325)

من خلال العرض السابق لمفهوم القلق يتضح للباحثة أن هناك اختلافا في تعريف القلق بين الباحثين فمنهم من ركز على الأعراض النفسية له، ومنهم من ذكر الأعراض الفسيولوجية وبعضهم جمع بين الاثنين، إلا أنهم اتفقوا على أن القلق يرتبط بتوقع أمر ما والخوف من الشيء غامض، وعلى أن القلق هو نقطة بداية الاضطرابات السلوكية، وله تأثير على صحة الفرد وإنتاجيته .

وترى الباحثة أيضا أن التعريفات السابقة للقلق اشتملت على عدّة أمور، أهمها :

- ❖ القلق حالة شعورية يمر بها الأفراد ويشعرون بها .
- ❖ أن القلق حالة نفسية غير مرتبطة بفئة عمرية محددة .
- ❖ زيادة القلق يؤدي إلى إعاقة السلوك والأداء .

❖ القلق يحدث نتيجة توقع حدوث خطر غير محدد الزمان أو المكان، وانعدام الموضوع في غالب الأحيان .

إذن بالرغم من اختلاف الباحثين وعلماء النفس في إعطاء تعريف موحد للقلق ومن خلال هذه التعريفات تخلص الباحثة إلى التعريف التالي: بأن القلق هو استجابة انفعالية لحالة خطر موجه إلى الفرد سواء كانت داخلية أو خارجية، تظهر على شكل توتر شامل ومستمر، نتيجة شعور الفرد بعدم الراحة والاستقرار والضيق التي ترتبط بالشعور بالخوف وعدم التأكد من المستقبل، مما ينتج عنه حدوث تغيرات فيزيولوجية، سلوكية، انفعالية

## 2- أنواع القلق :

يقسم الباحثون القلق إلى نوعين هما :

### 1-2 القلق العادي أو الموضوعي :

ويطلق عليه أحيانا اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح، أو القلق الدافع، أو القلق الإيجابي، ويعرف أيضا: على أنه القلق الصحي والقلق الأساسي والمطلوب في حياة الفرد والذي من المفروض أن يتزود به، وهو ما تكون معه الحياة طبيعية ولا حياة بدونه، وإذا اختلف من حياة الفرد أصبح إنسانا مريضا متلبد الوجدان. (أبو عذب، 2008، 15)

إنّ هذا النوع أقرب أنواع القلق إلى السواء، وهو قلق ناتج عن إدراك الفرد لخطر يتهدهده، ويكون مصدره خارجيا موجودا فعلا، وهو قلق محدد يدرك الفرد أسبابه ودوافعه (الشوريجي، 2003، 139)، هذا القلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو بتجنبه بإتباع أساليب دفاعية إزاءه، وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف ذلك أن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الفرد. (أبو عذب، 2008، 85)

ويحدث هذا القلق لدى الأسوياء العاديين في مواقف الانتظار أو التوقع مثل: موقف الامتحان، أو معاناة أم قلق من نتيجة لمرض شديد أصاب وحيدها. (الداهري، 2008، 224)

ومما سبق يتضح أنه قلق مرغوب (قلق واقعي) إذ لم يتجاوز الحد الطبيعي له، والذي نعيشه جميعاً في حياتنا اليومية، ويؤدي بنا إلى التقدم والارتقاء.

**2-2 القلق العصابي أو المرضي:** هو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علقته وكل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض دون مبرر موضوعي، ولذلك فهو قلق مرضي يسمى أحياناً بالقلق الهائم أو الطليق، الذي يتمثل في الشعور بعدم الارتياح وبتقرب المصائب، وهذا الشعور مستمر ودائم لدى الفرد. (هارولد، ترج.: ميخائيل، 1997، 49)

فالقلق العصابي هو القلق الذي يزيد عن القلق الطبيعي، ويشتد جداً مما ينتج عنه أنه يقلل كفاءة الإنسان، وقدرته على التركيز، ويضعف قدرته على مواجهة الحياة وحل المشكلات، لأنه يؤدي إلى إعاقة التفكير والسلوك، واضطرابات في الشخصية، كما ينقص تفاعله مع البيئة، وتعامله مع الناس ويصيبه بأمراض جسدية ونفسية. (حبيب، 1994، 29).

### 3- أسباب القلق :

**3-1 الاستعداد الوراثي:** تُعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور القلق، حيث تؤكد بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق، ومن هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم، حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين.

(فرج، 2009، ص: 151)

**3-2 العمر:** تُعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق، حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضموره لدى المسنين، فيظهر لدى الأطفال بأعراض مختلفة لدى الراشدين .

**3-3 الاستعداد النفسي العام:** تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي، الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد، وأهدافه، أو التوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وعدم تقبل مدّ الحياة وجزرها، كما يؤدي إلى الكبت إلى القلق، وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجهه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة .

**3-4 العوامل الاجتماعية:** تُعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثيرات الأساسية للقلق، إذ ولاشك أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها وتشعب جوانب الحياة المقلقة، خاصة في عصر اتسم بالقلق، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والثقافية، والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة، وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري، وتفكك الأسرة، وأساليب المعاملة الوالدية القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفتل في الحياة، ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني، والزواجي. (فرج، 2009، 151-152)

**3-5 مشكلات الطفولة والمراهقة:** بالإضافة إلى مشكلات الشيخوخة والتفاعل بين مواقف الحاضر، وخبراته وذكريات الصراعات في الماضي وأساليب المعاملة الوالدية، والخاطئة كالقسوة، والتسلط والحماية الزائدة، والحرمان واضطراب العلاقة الشخصية مع الآخرين.

(أشرف و الشربيني، 2005، 97-98)

ومن العلماء من اعتبر أن هناك أسباب للقلق من الناحية الدينية ومنها :

❖ عدم الاستيعاب لحقيقة الصلة بين الإنسان والله عزّ وجلّ قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ

الرَّجِيمِ ﴿ إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَمُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴾ الأحقاف: ١٣

❖ عدم وضوح أهمية الهدف من رسالة الإنسان .

❖ التعرض للنقد والتشكيك وانخفاض معنويات الإنسان .

❖ التفكير المستمر والمتأزم بالحياة المعيشية والمستقبل المعيشي. (الهمل، 2010، 33)

#### 4- أعراض القلق :

يمكن تقسيم هذه الأعراض إلى: أعراض جسدية، وأعراض نفسية، وأعراض سيكوسوماتية

**4-1 الأعراض الجسمانية:** وتتمثل الأعراض الجسدية في سمات تظهر على الملامح

الجسدية للفرد، ومن بينها نذكر: شحوب الوجه، واتساع فتحة العين، وبرودة الأطراف سرعة

نبضات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التنفس، والشعور بالاختناق، وجفاف الحلق

وصعوبة البلع... الخ، ومن الأعراض الجسدية أيضا الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية

وتوتر العضلات والأزمات العصبية وغيرها من الأعراض. (العناني، 2000، 114)

**4-2 الأعراض النفسية:** وهي تعتمد في درجتها على شدة القلق ومدى استمراره وتأثيره

وأهم أعراضه :

- مخاوف مجهولة المصدر: حيث يكون الخوف هائما، طليقا، ومنتشرا، فالفرد لا يجد

موضوعا أو مبررا لها، وهذه المخاوف تؤثر في الحياة المهنية للفرد، خاصة فيما يخص

علاقته مع الآخرين .

- شرود الذهن، وضعف القدرة على التركيز والنسيان، وتراكم الأفكار المزعجة

بالإضافة إلى الصعوبة في تنظيم المعلومات واستيعابها واستخدامها .

- شدة الحساسية والشعور بعدم الاستقرار: وتتمثل في الحساسية المفرطة، من الضجيج

والأضواء وسرعة الإثارة والتشاؤم، وقد يصاب الفرد بانزعاج شديد بمجرد سماعه طرق

الباب.

- تجنب المواقف الاجتماعية، والميل إلى العزلة وتقلص حجم الاهتمامات الترويحية

والإقبال على الحياة .

- صعوبات النوم والأرق المستمر والكوابيس المزعجة بالإضافة إلى الشعور بالألم، وعدم الاستقرار، مما يؤدي إلى الإرهاق النفسي الشديد. (صبي، 2003، 272).

**3-4 الأعراض السيكوسوماتية:** هي أعراض عضوية ذات جذور نفسية، يقف القلق خلفها فيكون هو السبب الرئيسي لحدوثها ومن أهمها: أمراض القلب، اضطراب ضغط الدم، البول السكري، القرحة المعدية، أمراض الجلد، الصداع النصفي... الخ. (الخالدي، 2006، 215-216).

#### 5- أهم النظريات المفسرة للقلق :

لقد تضاربت وجهات النظر المختلفة في تفسير القلق لدى الإنسان، وقد جاء هذا التضارب والاختلاف، من ثراء المفهوم وتعقيده في نفس الوقت، لدرجة أن العديد من علماء النفس اعتبروه المحرك الأساسي لكل سلوك سويّ أو مرضي ينتج عن الإنسان .

ومن الجدير بالذكر هنا أن استعدادنا للقلق ليس دليل الشذوذ، بل هو وسيلتنا للتكيف وحفظ الذات من الخطر، أما الشذوذ فيكون في الشدة والتطرف، وفي تأثير القلق على سلوكنا تأثيرا يجعله مضطربا وغير مناسب، ومن منطلق الاختلاف في وجهات النظر حول مفهوم القلق، سنقوم بعرض أهم النظريات التي حاولت تفسيره.

**1-5 نظرية التحليل النفسي:** اعتبر أنصار التحليل صدمة الميلاد هي المصدر الأول لمشاعر القلق لدى الإنسان، فالوليد عندما ينتقل من بيئة الرحم المشبعة الهادئة الآمنة للبيئة الخارجية بكل ما تحمله من مثيرات غامرة تختلف كل الاختلافات عن البيئة المطمئنة التي اعتادها فإنه يشعر بعجزه عن مواجهة هذا العالم فيغمره لأول مرة شعور بالقلق الهائل الذي يصبح النموذج الأول، ويعتبرون أن المكوّن الرئيسي للقلق هو مزيج من الخوف والقلق.

(أبو عزت، 2008، 38)

فالتحليليون يفسرون القلق بأنه إشارة للأنا لكي تقوم بعمل ضد ما يهددها، وكثيرا ما يكون المههد هو الأفكار غير المقبولة التي عملت الأنا بالتعاون مع الأنا الأعلى على

كبتها، وهي تقترب من منطقة الشعور والوعي، وتوشك على اختراق الدفاعات، وعلى هذا تكون وظيفة القلق الأساسية هي الإنذار لأننا لكي نقوم بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها. (العناني، 2000، 115)

**2-5 النظرية السلوكية:** تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد، وهذه وجهة نظر متباينة ومخالفة لنظرية التحليل النفسي فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، فالقلق عندهم هو استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي، تحت ظروف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، وبمعنى آخر هو استجابة خوف تستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، بمعنى أن القلق هو استجابة خوف إشرافية متعلمة، والفرد غير واع بالمثير الطبيعي الأصلي لهذا، وبناء على ذلك فإن النظرية السلوكية ترى أن القلق والخوف المرضي يمكن محوه، لأنه مكتسب ويكون ذلك عن طريق الاشراف الكلاسيكي. (أبو عزت، 2008، 42)

**3-5 النظرية المعرفية:** ترى هذه النظرية بأن سبب القلق عائد إلى مغالاة الفرد في الشعور بالتهديد، واعتباره مسبقاً بأنماط من التفكير الخاطئ والتشويهات المعرفية وبالتالي سوء التفسير من قبل الفرد لإحساساته الجسمية العادية، ومثال ذلك زيادة ضربات القلب لدى الشخص، وتفسير الزيادة على أنها أزمة قلبية، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة الإحساس بالأعراض السلبية. (عبد المجيد، 2007، 08)

وتفسر أيضاً النظرية المعرفية للقلق لدى الإنسان بأنه عبارة عن أفكار خاطئة، جعلت من تقييم المواقف أمراً صعباً، لأن القلق ما هو إلا مجرد عارض ناتج عن موقف معين ولا يصل إلى العملية المرضية نفسها، شأنه في ذلك شأن الصداع أو ارتفاع درجة الحرارة ولكن استخدام الفرد لطريقة تفكير سلبية ينتج عنها سوء تقييم وتقدير للأمور يؤدي إلى وجود القلق لديه. (الوايلي، 2003، 46-47)

4-5 النظرية الإنسانية: يرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله المستقبل من أحداث تهدد وجود الإنسان، فينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث، وليس من ماض الفرد كما في التحليل النفسي، ويرى أصحاب هذا الاتجاه بأن الخوف من الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان، ويضيفون أن الإنسان يعيش في هذه الحياة، ويواجه الكثير من المواقف التي تثير قلقه، فقد يكون خوف الفرد من المستقبل في تحقيق حياة كاملة مثيرا للقلق، حيث يعتبر الفشل في تحقيق مثل هذه الحياة مظهرا من مظاهر اللاوجود، وفي ضوء ذلك يعتبر فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفشله في اختبار نمط وأسلوب حياته، وفشله في إيجاد معنى لحياته وخوفه من احتمال حدوث الفشل في الوصول إلى الحياة المرغوبة يعتبر كل ذلك مثيرا للقلق لدى الإنسان.

(حسين، 2007، 35).

#### 5-5 رأي العلماء ذوي التوجه الإسلامي :

يرى المشروع الإسلامي أن القلق ينشأ عند الفرد نتيجة مخالفة أحكام الشريعة الإسلامية، وعدم الامتثال لحدود الله، فهو بذلك يتبع نفس هواها، ويجري لاهثا وراء دنيا غير مبال ولا معتبرا لآخرته، ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "الكيس من دان نفسه وعمل لما بعد الموت، والعاجز من اتبع نفسه هواها وتمنى على الله الأماني" (أخرجه الإمام أحمد)، ويمكن إجمال الأسباب والدوافع الكامنة وراء نشأة حالة القلق عند الفرد كما يراها التشريع الإسلامي على النحو التالي :

❖ ارتكاب الذنوب: فالذنوب هي مخالفة القوانين الإلهية، واتباع هوى النفس الأمارة بالسوء، وتعتبر الذنوب والخطايا، واقتراف الآثام، وارتكاب المعاصي كالسموم للقلق، فهي إن لم تُهلك صاحبها تضعفه .

❖ الظلال: هو عكس الهدى، ويؤدي إلى وقوع في دوامة الاضطرابات النفسية، ومن ثم الإصابة بالقلق الذي هو الناتج الطبيعي للظلال .

❖ الصراع بين الخير والشر: إن أخطر صراعات الإنسان هو صراعه بين قوى الخير وقوى الشرّ، وبين الحلال والحرام، وينشأ الصراع بين الهوى (النفس الأمارة بالسوء)، وبين الأنا الأعلى (النفس اللوامة)، حيث ينعكس آثار هذا الصراع على الأنا (النفس المطمئنة) وتحولها إلى نفس مضطربة فإذا ما استحكّم الصراع من الإنسان، صرعه وأحاله إلى فريسة للقلق .

❖ ضعف الضمير: هناك مقولة في علم النفس ترى أن الأمراض النفسية، ومظاهر التوافق النفسي هي أمراض الضمير، وهي حالة هروبية من تأنيب الضمير، ويضاف إلى ضعف الضمير الضعف الأخلاقي والانحراف السلوكي. (أبو عزت، 2008، 46-47).

من خلال استعراض آراء أصحاب مدارس علم النفس التي عملت على تفسير القلق إلى عدة أمور أهم ما استخلصت الباحثة لهذه النتائج :

- أن التحليليين اعتبروا صدمة الميلاد هي المصدر الأول الذي يثير القلق لدى الإنسان وأن القلق هو إشارة للأنا لكي تقوم بعمل ضد ما يهددها .

- أن المدرسة السلوكية فسّرت القلق على أنه سلوك متعلم خاطئ من البيئة حدث من خلال الخبرات السابقة التي اكتسبها الفرد في حياته الأولى .

- ترى النظرية المعرفية أن القلق يتولد لدى الإنسان ليس بسبب ما يمر به من أحداث ولكن بسبب أسلوب من التفكير لا يخضع للمنطق، وتبني مجموعة من المفاهيم والمعتقدات الخاطئة .

- النظرية الإنسانية رأت أن القلق ينشأ من إدراك الفرد لنهاية حياته وحتمية موته وأن الحاضر والمستقبل لدى الفرد هو الذي يثير القلق عنده .

- رأي العلماء ذوي التوجه الإسلامي: بأن القلق يحدث نتيجة لضعف الوازع الديني وقلة الوعي بتعاليم الإسلام، وعدم الامتثال لأوامر الله تعالى، وإيتاء الأفراد لهوى أنفسهم.

ثانياً: قلق الموت

يُعتبر قلق الموت نوعاً من أنواع القلق العام، والذي يتركز على موضوعات متصلة بالموت، والموت مفهوم مجرد لكنه حقيقة مادية وفعل واقعي يتشابه مع المفاهيم الأخرى مثل الخوف من الوحدة .

1- تعريف الموت :

لغة: الموت كلمة مأخوذة من فعل مات، والموت ضد الحياة. (بن هادية، وآخرون، 1991، 166)

وحسب "N.Sielamy" الموت ترجمة لكلمة *la mort* ، ومصدرها لاتيني من كلمة "mortir" وتعني توقف الحياة، فالموت هو التوقف النهائي لوظائف العضوية فبعدما كانت تُعرف بأنها توقف القلب والتنفس، وأصبحت تُعرف على أنها توقف نشاط الجهاز العصبي المركزي (Norhert.S; 1999;p:172)

الموت هو التوقف التام للوظائف الحسيّة، وعدم الحياة ممّا من شأنه أن يكون حيّاً أو تعطيل القوى عن أفعالها وترك النفس استعمال الجسد. (الحنفي ، 2000 ، 851)

والواقع أن تفكير الإنسان في الموت في لحظة من لحظات حياته، أمر حتمي، وقد تراوده الفكرة بصورة تلقائية، وقد تبرز أمام عينيه دون إرادة منه، عندما يفقد أحد أقاربه أو أصدقائه، أو عندما يرى شخصا يحتضر، أو مقبرة، أو يرى شخصا مريضاً بمرض خطير وعلى الرغم من أن كل إنسان يخاف الموت، إلا أن هناك عوامل كثيرة تؤثر في مدى هذا الخوف، منها: العمر، السنّ، درجة التدخين، الاضطراب النفسي، المرض، الحروب والاضطرابات السياسية والاجتماعية، والاقتصادية وغيرها. (معمرية، 2009، 297)

مع أن الموت بالنسبة للعديد من الناس يأتي فجأة، إلا أن معظم الذين يعانون من أمراض خطيرة أو مستفحلة، يدركون بأنهم يموتون قبل موتهم الفعلي بفترة من الزمن

فالأمرض المستفحلة يصاحبها عادة وعي تدريجي بالموت، ونتيجة لذلك تبرز عدة مسائل طبية ونفسية تواجه المريض. (تايلور، 2008، 683)

وتختلف النظرة إلى الموت تبعاً لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه، واعتماد على عدد من المتغيرات الشخصية، فقد أورد دافيد ليستر (lester) سنة 1967 ثلاث مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي :

1. الموت بوصفه وسيلة يحاول بها تحقيق أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.
2. الموت بوصفه انتقالاً إلى حياة أخرى، والتي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة فظيعة أو حياة رائعة ينتظرها الشخص بخوف أو بهدوء .
3. الموت بوصفه نهاية نتوقعها (نقلا عن: عبد الخالق، وآخر، 1991، 51) .

## 2- تعريف قلق الموت :

وردت تعاريف كثيرة لقلق الموت أهمها وأبرزها ما يلي :

تعريف أحمد عبد الخالق: >> هو نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدرية ومشاعر شك وعجز وخوف، وتتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة، وترفع من درجاتها<<. ( عبد الخالق، وآخر، 1999، 178 )

تعريف هولتر (1979): w.Holter قلق الموت هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانفعال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت. (معمرية، 2007، 212)

وفي حين عرّفه محمد عيد: >> شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حينما كان وأينما اتّجه، في يقظته ومنامه، في حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله حزينا محصورا متوجسا من مجرد العيش على نحو طبيعي. (معمرية، 2007، 213)

ويعرّفه واس "Wasse" بأنه خبرة انفعالية تتضمن الخوف من فقدان الذات وفقدان الهوية وعدم الوجود كلية. (عبد الحميد، 1995، 107)

ويلخص تعريف تمبلر ولونيتو: Templer & Lonetto بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه. (نقلا عن بن فطيمة، 2014، 38) .

ويذكر تمبلر سنة 1976 أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما: حالة الصحة النفسية بوجه عام، أما العامل الثاني فقد وجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية (Templer; 1979, p:92)

أما تعريف " أرنست بيكر (Ernest Biker) يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت. (السيد عثمان، 2001، 74)

من خلال التعاريف السابقة تلاحظ الباحثة أنها جميعا ركزت على الجانب الانفعالي وأنها تشترك في نقطة أساسية هي الموت، حيث اتفق معظم العلماء على أن قلق الموت هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر من الشك والعجز والكدر تدور حول الموت أو الموضوعات المتصلة به كالاحتضار والدفن.... الخ. فالموت يعد من الخبرات الجديدة وغير مسبوقه من أجل ذلك يخاف كل إنسان تقريبا من الموت ويقلق منه، لأن الموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى ولأسباب متعددة سواء كانت أسباب بيئية خارجية أو داخلية نفسية.

## 3- التناولات المفسرة للموت والقلق منه :

أبدى العديد من الباحثين اهتماما كبيرا بتفسير الموت والقلق منه، مما أدى إلى تعدد واختلاف النظريات المفسرة له نتيجة لتعدد الباحثين، وتعدد الأطر النظرية، وفيما يلي عرض لبعض التناولات المفسرة للموت والقلق منه :

## 3-1 تناول الفيلسفي :

ذكرت روبرت أولسن (Robert Olson) أنه على الرغم من أن معظم الفلاسفة الكبار درسوا مشكلة الموت بطريقة أو بأخرى، فإنه قلة منهم هم الذين درسوه دراسة نسبية مستفيضة، بحجة أنه يمكن أن يدرس بكفاية أكثر على يد علماء النفس أو علماء الاجتماع في الوقت الذي لم يظهر هؤلاء العلماء أنفسهم ميلا لدراسة هذا الموضوع إلا حديثا جدا. (شورون، 1984، 07).

ففي العصور البدائية لم يكن الموت بعد لازمة ضرورية للوضع البشري، إذ كان يعتقد أن الإنسان ولدا خالدا لكن الآلهة هي التي بعثت بالموت بعد أن أخذتها الغيرة من الإنسان الذي طردها الأرض.

أما المصريون القدماء فاتخذوا من التحنيط وسيلة للتخليد وإنكار الفناء، فالموت لديهم تغيير للشكل فحسب، وهو وسيلة لإعادة الحياة من جديد، ثم جاء سقراط (399-470) ق.م ليقول: << ألم تعلموا أن الطبيعة حكمت علي بالموت منذ لحظة الميلاد >> وآمن أرسطوا (322-384) ق.م بخلود العقل الذي يأتي إلى الإنسان من الخارج، إنه العنصر الإلهي في الإنسان وهو وحده الذي لا يفنى عند الموت. (نظمي، 2007، 21)

ويقول أرسطو أيضا في الخوف والقلق من الموت لقد عرف عقلاء الناس الخوف بأنه توقع الشر نحن الآن نخشى كافة الشرور على سبيل المثال الدناءة، المرض، الفقر، فقدان الأصدقاء، الموت، لكن الإنسان الشجاع لا يعتقد أن كافة هذه الشرور تقلقه، فمن المؤكد أنه

يخشى أعظمها ألا وهو الموت، ومع ذلك فإنه لا يبدو قلقا إزاء موت نبيل في مواجهة الأوضاع الطارئة التي تضم في رحابها الموت. (شورون، 1984، 61 - 62)

أمّا أفلاطون فيرى أن الموت عملية لا تؤثر إلا في الجهاز العضوي الجسمي وأن النفس لا تموت وأن الجسد عائق لتحقيق المعرفة، لأن حواسنا تشوش رؤيتنا العقلية القادرة على رؤية نور الحقيقة، وأن بلوغ المعرفة الحقّة يغدو ممكنا حينما تتحرر النفس من أغلال سجن الجسم، وأن الفيلسوف الحق يسعى إلى الموت والاحتضار دوماً، لأنه يسعى وراء الحقيقة.

(شورون، 1984، 54)

وفي الفلسفة الحديثة نظر هيغل (1770-1831) (Higle) م إلى أن الموت بوصفه مرحلة من مراحل تجلي الحقيقة " الحقيقة المطلقة"، ويتوحد فيه ما هو إلهي مع ما هو إنساني، كما يرى الوجوديون أن الموت لا يعني نهاية الوظيفة الجسمية أو نقطة النهاية للوعي والعلاقات الاجتماعية، إن الموت يتخلل رمزيا حياة الفرد كلها، وهو متجسد في حالات خيبة أمل الإنسان وعجزه ومحاولاته الفاشلة في إدراك المعنى، وأن الخوف من الموت أو القلق إزاءه أمر طبيعي وأن الشيء غير الطبيعي هو في مساعدتنا على نسيان الموت أو أن نخدع أنفسنا بأن الموت ليس أمرا واقعا. (نقلا عن الحجامي، 2004)

أعدى رأي " سارتر " (1905-1980م) نقيضا للحرية: " الموت ليس إمكانياتي ... ولأن الموت لا يضرب جنوره في حريتنا، فليس بمقدوره إلا أن يحرم الحياة من كل منى، وكتب " البرموكا" في أسطورة سيزيف: >> الموت هو المشكلة الحقيقية الفلسفية الجادة الوحيدة في الحياة<<.

(نظمي، 2007، 22)

أمّا عند الفلاسفة العرب فيشبه ابن رشد الموت بالنوم، فهو تعطيل مؤقت للحياة تعود بعده النفس إلى حياة أخرى، وهذا التعطيل لا يرجع لفساد جوهر النفس، وإنما لفساد البدن الذي كانت تتخذة أداة المعرفة عن طريق الحواس والخيال.

وقد ذكر ابن مسكويه أن الموت ليس بشيء أكثر من ترك النفس استعمال آلاتها وهي الأعضاء التي نسميها بمجموعها بدنا، كما يترك الصانع آلاته، وأن النفس جوهر جسماني وليس عرضا قابلا للفساد، ويؤكد الغزالي أن الموت تغيير حال فقط، وأن الروح باقية بعد مفارقة الجسد إما معذبة أو منعمة، ومعنى مفارقتها للجسد انقطاع تصرفها عنه بخروجه عن طاعتها.

ويذكر " بدوي" في كتابه " الموت والعبقرية" أن الموت حادث كلي كلية مطلقة من ناحية وجزئي شخصي جزئية مطلقة من ناحية أخرى فالكل فان، ولكن كل منّا يموت وحده، ولا بد أن يموت هو نفسه، ولا يمكن أن يكون واحدا آخر بديلا عنه. (نقلا عن الحجامي، 2004)

### 3-2 التناول النفسي :

يرى فرويد Freud أن الغرائز تتجمع في غريزتين أساسيتين هما غريزة الموت وغريزة الحياة، وهما أساس الحياة النفسية عند الإنسان، رغم أن كل واحدة منها تعمل نقيض عمل الأخرى فغريزة الحياة تهدف إلى استمرار الحياة، وغريزة الموت دافعها العدوان والتدمير والانتحار. (فرويد، 1982، 16)

فغريزة الموت إذا اتجهت إلى الخارج بدأت في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكراهية، وإذا اتجهت إلى الداخل بدت في صورة قلق مرضي، والحياة صراع بين غرائز الموت وغرائز الحياة، غير أن غرائز الموت في صمت. (لابلاش وبونت أليس، 1985، 52)

كما يعتقد فرويد أن حيلة الخوف من الموت هي عبارة عن تخلي الأنا بدرجة كبيرة عن شحنته الجنسية النرجسية، وأن الخوف من الموت إنما يتعلق بالتفاعل بين الأنا والأنا الأعلى، ويقول فرويد أن الخوف من الموت يظهر في حالتين، إما كرد فعل لخطر خارجي وإما كعملية داخلية كما في الميلانخوليا(الاكتئاب)، أو الغرائز الجنسية والتي تشمل أيضا حفظ الذات، وأن الخوف من الموت في الاكتئاب يمكن تفسيره بأن الأنا يقوم بتسليم نفسه

لأنه يشعر أنه مكروه ومضطهد من الأنا الأعلى، بدلا من أن يكون محبوبا، فعندما يجد الأنا نفسه وقد تخلت عنه جميع قوى الوقاية فيأخذ بالاستسلام للموت.

(فرويد، 1961، 124-125)

كما يرجع فرويد الخوف من الموت إلى فترة الطفولة في المرحلة الفمية لضعف الأطفال حديثي الولادة، نتيجة كبت الشوق إلى الاتحاد المتجدد مع الأم، ورغبة صريحة لا واعية للعودة إلى حالة مبكرة من الاتكال التام والاندماج النفسي في رحم الأم.

(Mc Carthy;1980, p:89).

أمّا ألفريد أدلر Alfred Adler يرى أن الشخص العصابي يسرف في نمو الخوف من الموت عندما يشعر بأنه غير قادر على مسايرة صعوبات وصراعات الحياة اليومية فالعصاب أسهل طريقة للهروب.

(عبد الرحمن، 1998، 180-181).

وترى ميلاني كلاين أن الموت وإسهامه يخيف الإنسان، ويهدد حياته، وتعتقد أن الخوف من الموت هو أصل كل القلق الذي يصيب الإنسان في حياته، وأساس كل الأفكار والتصرفات العدائية، وحول هذا المعنى يقول شنتكيل Shetikle أن كل خوف يعانيه منتشعب من الخوف من الموت.

(عبد الحميد، 1995، 105).

وحسب إيريك فروم، الخوف من الموت ليس كما تدل الظواهر خوفا من توقف الحياة فمن المؤكد وجود خوف من الآلام والمعاناة التي يمكن أن تسبق الموت، ولكن هذا النوع من الخوف يختلف عن الخوف من الموت ذاته، إلا أنه له ما يبرره إذا ما مورست الحياة كما لو كانت شيئا يمتلك، إذ يكون الخوف ليس خوفا من الموت وإنما هو خوف من السقوط في اللاهوية من أن يصير الإنسان شيئا مفقودا. (فروم، 1989، 135)، أمّا سوليفان وهورناي (Sullinan & henery) فإنهما يُعدان قلق الموت وفقدان الهدف من الحياة والكآبة مفاهيم متشابهة، ولا يمكن الفصل بينهما.

(Mc Cartly; 1980,P:124).

ويفترض بعض واضعي نظريات التحليل النفسي أن الخوف من الموت كامن وراء كل المخاوف، وأن معظم أنواع القلق الأخرى كما يذكر (هيرمان فيفل) ماهي إلا مظهر خادع لقلق الموت، كما يرى أن الخوف من الموت هو خوف من الإبادة، والمحق التام وفقدان الذاتية، كما يعتقد بيكر أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها والتي تضم الاكتئاب والفصام والعصاب، والانحرافات الجنسية، يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت. (سيد، 2015، 28-29).

ويؤكد كارل يونغ (Carl.G.Jung) أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي وخصوصا في النصف الثاني من حياة الإنسان. (السيد عثمان، 2001، 74)

ويرى الاتجاه السلوكي أن الموت هو عبارة عن " كف تام وأداء للوعي أو الشعور وتوقف المخ عن أداء دور القائد بالنسبة للعمليات الحيوية والحسيّة الدنيا والوظائف العقلية العليا". (عبد الخالق، 1987، 16)

هذا بالإضافة إلى أن الموت على المستوى السلوكي يعني دراسة السلوك الممثل في استجابات الأشخاص عند فقد عائل أو حميم، واختلاف هذه الاستجابات في الصور (حزن حداد، اكتئاب، انتحار). و ما يصاحبها من مظاهر انفعالية وحركية، وكذا انعكاساتها على الصحة النفسية والجسمية والمهنية بوجه عام، ومساعدتهم للتغلب على أحزانهم والتكيف مع ظروفهم الجديدة. (عبد الخالق، 1987، 12)

فيتخلص قلق الموت من وجهة النظر السلوكية في السلوك الذي يسلكه الإنسان المتواجد في وضعية مباشرة أمام الموت أو أحد مثيراته دون تمكنه من التخلص من هذه الوضعية. (بن فطيمة، 2014، 45)

ويرى أصحاب النظرية الوجودية (بيكر Beaker ، هايرجر Hidjer ، فرانكل Frankl) بأن القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية، ومن الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد

المتقدمين في العمر، وقد ركزت هذه الأخيرة على أهمية الموت، وسلّموا بأن الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت ونهايته بوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته، وافترض (ماي (May ومنكوفسكي (Minko feski) أن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود .

ويقول مارت Marten وهايدجر Haidjer في كتابه " الوجودية والزمن": >> أن الموت تهديد بعدم الوجود، ومن ناحية أخرى فإن التحقيق من عدم الوجود في المستقبل يُعد شرطاً مسبقاً لفهمنا الكامل لحياتنا، كما يعتبر شرطاً مسبقاً لتحرير أنفسنا من القلق ثم يعد الموت أساس حرية الفرد. (عبد الخالق، 1998، 10-11)

ويذهب فرانكل Frankl إلى أن القلق الوجودي يكمن وراء القلق العصابي، والقلق الوجودي هو: >> الخوف من الموت، وفي نفس الوقت الخوف من الحياة ككل، وأنه ناتج عن ضمير يشعر بالذنب تجاه الحياة أو الإحساس بعدم تحقيق الشخص إمكانياته القيمة.

(فرج، 2009، 140)

أمّا وجهة النظر الإنسانية والتي تمثل امتداد للفكر الوجودي يرى أن المثير الأساسي للقلق هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفشله في اختيار أسلوب حياته، وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحيا الحياة التي يريدها، وأنه هو الكائن الوحيد الذي يدرك أنه سوف يموت يوماً ما، وفي لحظة ما، ويزداد قلق الإنسان إذا ما فقد بعضاً من طاقاته وقدراته لاعتلال في الصحة أو إصابته بمرض لا شفاء منه أو إذ تقدم به السن. (فرج، 2009، 141)

وترى أيضاً المدرسة الإنسانية أن الموت هو تهديد بعدم الوجود، وهو محض وفناء تام

للشخصية، وأن الموت يمنع الفرد من تحقيق ذاته، ومن هنا ينشأ الإحباط الوجودي، وأن الإحساس بالمعنى في الحياة والكفاح هو جوهر الدافعية الإنسانية، وهذا له جوهر في تحديد ونوعية جودة الحياة. (الشويخ، 2007، 121)

ومن هنا ركزت الوجودية على ضرورة تقبل الفرد حتمية الموت ونهايته بوصفة حقيقة مطلقة، ويتعين على الفرد تحديد معنى الوجود الإنساني في حقيقة موته، وأن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهته للموت أو عدم الوجود، وأن حقيقة الموت هي التي تعطي الحياة معنى أكثر من تفرغها للمعنى، وذلك عن طريق إلقاء الضوء على تفرد كل إنسان وفرديته وبواسطة توحد كل فرد بالمجتمع الإنساني. (أبو عطية، 2002، 54)

وجدير بالذكر أن النظرية الوجودية قد أشارت إلى أن الموت يحتل دورا هاما في التطور العاطفي والإدراكي لدى الأفراد. (Lynn, 2010)

نظرية تدبر الهلع من أبرز نظريات علم النفس الاجتماعي في تفسير قلق الموت، حيث تستند هذه النظرية إلى المدرسة الوجودية، والتي تؤكد على أهمية الخوف في السلوك الإنساني (غوانمة، 2003). و تصف هذه النظرية الطرق والآليات، التي يوظفها الأفراد من خلال إطارهم الثقافي لتدبر الهلع والقلق المتزايد نتيجة وعيهم وشعورهم بأنهم سيموتون في يوما ما. (شويخ، 2007، 119).

وترجع هذه النظرية القلق من الموت إلى دافع حفظ الذات الذي يشترك فيه الإنسان مع الكائنات الحية، ولكن على الرغم من مشاركة الإنسان لهذا الدافع فإن الإنسان يؤمن بأن الموت حتمي ولا مفر منه، وتضيف النظرية أن تدبر الهلع من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية للقلق يتكون من الإطار الثقافي العالمي، تقدير الذات، ويقصد بمفهوم الإطار الثقافي العالمي مجموعة المعتقدات السائدة بين الأفراد والتي يتم تكوينها من خلال بيئتهم الثقافية التي يعيشون فيها، والتي تمدهم بمعنى القيم، وترتيبها، ومعاييرها، وثباتها، أما مفهوم تقدير الذات فيشير إلى اعتقادات الفرد، والتي يتم تكوينها طبقا للطريقة التي يعيش بها مع القيم الموجودة في الإطار الثقافي. (Nadhmi, 2006)

فبعض الأطر الثقافية تحت الفرد على الوعي الكامل بالموت، ومن ثمّ تزيد القلق عنده، فالقاعدة الأساسية لنظرية تدبر الهلع أن الوعي بمفهوم الموت يزيد من إحساس الفرد بالهلع والخوف والقلق، ومن ثمّ تظهر الحاجة إلى تقييم الإطار الثقافي لهؤلاء الأفراد لمعرفة كيفية تدبرهم للهلع. (Ying, et al,2007)

وترى هذه النظرية أننا كي نستطيع تجنب قلق الموت، وخاصة عند مرورنا بظروف طارئة كالمرض الخطير مثلا، فإننا نوجد الثقافة ونشارك بها من أجل تزويد حياتنا بالإحساس بالخلود، ممّا يشكل حاجزا ضد قلق الموت، فعلى سبيل المثال عندما يساهم الفرد في ثقافة مجتمعة من خلال الأفكار والعلاقات الاجتماعية أو حتى أطفاله، فإنه سيضمن بأنه سيعيش إلى الأبد بشكل رمزي من خلال آثاره التي سيتركها بعد مماته. (غوانمه،2003،34)

نظرية ليفتون (Lifton): تذهب هذه النظرية إلى أن أساس الرغبة النفسية في قلق الهلع من الموت يفسره مفهوم البقاء الرمزي، أي أن فكرة الاستمرارية تمثل آلية دفاعية لتدبر التهديد من الموت، وأن الإحساس بالبقاء الرمزي يساعد الفرد على مواجهة الإحساس بالموت والانتها، والبقاء الرمزي هو الاستجابة التوافقية المتوقعة لمحاربة الموت ومواجهته بواقعيته، فهذا الإحساس يمثل حافزا يساعد الفرد على معالجة الحدث الواقعي.

(Peter & Joanne,2008)

وقدم ليفتون خمسة أنماط تفسر إدراك الفرد وشعوره بالإدراك الرمزي:

1. النمط الحيوي العضوي: ويمثل إحساس الفرد بأنه من الجيل السابق، ولكنه مازال يعيش بل أنه يشعر بأنه سيعيش ليرى النسل القادم .

2. النمط الإبداعي: مرجعه إحساس الفرد بالبقاء إلى شعوره بأن عمله له تأثير واضح على مجتمعه، وثقافته، والمحيطين به، وبالتالي لن ينتهي هذا الأثر حتى بعد وفاته .

3. النمط الطبيعي: ينتج هذا الإحساس من خلال تصور الفرد عن نفسه بأنه جزء من الكون الذي ينتمي إليه، كما أنه جزء من نفسه بأنه جزء من الطبيعة، وبالتالي يفترض الفرد أن كل شئ مستمر حتى بعد وفاته . (Stolorow,2005)

4. النمط الروحاني: يعالج هذا النمط إمكانية أو احتمالية زيادة التفكير في الموت، والسبب هو معتقدات الفرد الدينية والروحانية، فالفرد طبقاً لهذا التصور يكون اعتقاداً بأن الجسد فان أما الذات والروح فهما باقيان، أي أن النمط الروحاني يتجاوز الوجود المادي للجسم .

5. النمط التجريبي أو الخبراتي: وينتج هذا النمط نتيجة شعور الفرد بالكفاءة في التعامل مع الحياة، فهذا التصور يتسم بأنه حالة نفسية تأخذ شكل الذروة الهائلة لخبرة الفرد و إحساسه بوجوده حياً

ووفقاً لهذه النظرية فإن الأنماط الخمسة السابقة هي التي تكون إحساس الفرد بالموت ولذلك فهي تؤكد على أن الفرد الذي لديه إحساس بالبقاء يكون شعوره بقلق الموت أقل ممّن ينعلم لديه هذا الإحساس بالبقاء أو الاستمرار . (شويخ، 2007، 123)

وتعتبر نظرية كوبلر - روس من أهم ما كتب حول الموت، حيث تنظر إلى الإنسان على أنه يمر عبر سلسلة من المراحل، والتي يمكن التنبؤ بها، تبدأ بالإنكار، فالغضب فالمقايضة، فالإكتئاب، ثم القبول، وقد أظهرت الأبحاث أن المرضى لا يمرون عبر هذه المراحل بتتابع واحد، وإنما هي عبارة عن ظواهر تصف ردود أفعال الأفراد الذين يتوقعون الموت إلى حد ما . (تايلور، 2008، 712).

هذا يعني أن المريض ينكر عند معرفته بأنه مصاب بمرض خطير، ويعتبر الإنكار في المراحل المبكرة من التكيف للمرض طبيعياً، ويعتبر متطرفاً عندما لا يستطيع المريض مواجهة حقيقة مرضه، ثم يظهر الغضب، حيث يواجه استياءه هذا وغيظه نحو أي شخص معافى ثم تأتي المقايضة، وذلك بتخلي المريض عن غضبه، وذلك بالتعاقد مع " الله " حيث

يقبل المريض القيام بالأعمال الحسنة، ثم تأتي مرحلة الاكتئاب ، حيث يدرك المريض أن ما يمكنه فعله هو قليل جدا، ويصاحب هذا الإدراك تدهور في الأعراض، ودلالات حسية على صعوبة الشفاء، أو يصاحب هذه الفترة حزن من احتمال الموت، ثم تليها مرحلة التقبل حيث يكون المريض في هذه المرحلة ضعيفا، ويكون قد تعود على فكرة الموت.

أما نظرية تمبلر في قلق الموت تعرف بنظرية العاملين في قلق الموت، ووفقا لهذه النظرية فإن درجة القلق من الموت يرجع إلى محددتين أساسيين هما:

– الحالة العامة للصحة النفسية لدى الفرد.

– خبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية.

بالنسبة للعامل الأول (حالة الصحة النفسية للفرد بوجه عام) وجد أن المرضى النفسيين

يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت، وذلك مقارنة بالأسوياء، من

ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء

مرتبطة ارتباطا إيجابيا مع قلق الموت. (Abdel-khalek & Tomas-Sabado,2005)

وقد افترض تمبلر أربعة جوانب للخوف من الموت هي عملية الاحتضار، الموت

بوصفه حقيقة مطلة ونهائية، الجثث، الدفن.

واقترح هولتر (Houlter) مفهوما متعدد الأبعاد للخوف من الموت من ضمنها الخوف

من عملية الاحتضار، الميت المجهول، الجسد بعد الموت، الموت قبل الأوان، كما ميّز

كونت (Kount) وزملائه أربعة أبعاد مستقلة في قلق الموت وهي الخوف من المجهول

المعاناة، الوحدة والتلاشي الشخصي. (عبد الخالق، 1987، 49)

### 3-3 تناول الديني :

في الديانة اليهودية نجد أن فكرة الخلود والبعث لم تكن فكرة غريبة بالنسبة إليهم إذ اعتبروا الموت هو الشر الأعظم، وأنه يحل بالعالم من خلال خطأ الإنسان، فقد خلق هذا الإنسان لكي يحيا ولا يموت، فالربّ منحه شرارة الحياة وقدر له العيش على الأرض، وحذره حول ما لا ينبغي أن يأتي كي لا يسقط ضحية الموت.

وتتظر الديانة المسيحية إلى الموت بأنه أعظم الأعداء وأقساهم، ولكن هذا العدو تمّ بالفعل قهره، فالنظرية المسيحية تكررت ببعث الموتى يوم القيامة إذ تفتح القبور، ويقف القديس الخاطئ أمام الربّ، كما يحاكم على ذلك وهو بعث الجسم وليس خلود النفس، فخلود النفس ليس من المسيحية وإنما هو من أمور الوثنية، فالموت عندهم هو ذلك الرعب العظيم الذي ليس على ما يبدو عليه من قوة لا تقهر وقدرا لا مناص منه، فهو يقهر وسينهض الأموات من جديد.

(الحجامي، 2004، 67)

يأتي الموت في التصور الإسلامي في سياق الإيمان بالخالق عزّ وجلّ، فهو ليس ذلك المجهول الذي يبثّ الخوف والرهبّة في النفوس، ولكنه قضاء الله وحكمته في أن يعيش الإنسان أياما في الدنيا، ثم يعيش عمرا خالدا في الآخرة، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَمَا كَانَ لِنَفْسٍ أَنْ تَمُوتَ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ كِنَبَأً مُّوَجَّهًا ﴾ **آل عمران: ١٤** قَالَ تَعَالَى:

﴿ وَأَنَا لَنَحْنُ نُحْيِي وَنَمِيتُ وَنَحْنُ الْوَارِثُونَ ﴾ **الحجر: ٢٣** حيث

ذكرت كلمة الموت في القرآن الكريم في أكثر من سورة وآية، ولقد بلغ تكرار كلمة الموت في القرآن الكريم (34) مرة بينما بلغ تكرار كلمة الموت في الحديث الشريف من الكتب التسع (73) مرة، والقرآن الكريم يصور المسلم أن الموت حكمة وغاية، كما للحياة حكمة

وتكتمل الحكمتان في اختبار الإنسان وامتحانه في حياة أخرى باقية قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنْ

الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْعَفُورُ﴾ الملك:2

(الطهراوي، 2008، 463)

فالموت في الإسلام انتقال بين حالتين وليس نهاية المطاف أو خاتمة المطاف، وإنما الآخرة هي دار القرار التي لن يكون فيها موتا مطلقا بل خلودا ودواما .

لذا فالمؤمن صادق الإيمان لا يخاف الموت، لأنه يعلم أن الموت سينقله إلى نعيم الحياة الباقية، التي وعد بها الله عباده المتقين (نجاتي، 1997، 113)، وعلى ذلك فإن الإيمان بالله تعالى وبالحياة الآخرة، وبالبعث والثواب، والعقاب، والجنة، والنار، يجعل المؤمن لا يخشى الموت أو يخافه، ويجعل لحياته في الدنيا هدفا ومعنى . وعلى المسلم أن يتقبل ليس فقط حتمية القضاء والقدر، وإنما عليه أن يتأمل أيضا معناه على أنه ليس فناء نهائيا، أو إسدال الستار على الفصل الأخير، كما هو الحال في بعض الفلسفات المعاصرة، وإنما هي بداية حياة أخرى أبقى وأخلد.

(صادق، أبو حطب، 1990، 687)

كما يعتبر الموت -بالنسبة للمؤمن- ولادة جديدة لقول الرسول صلى الله عليه وسلم " الناس نيام، فإذا ماتوا انتبهوا"، ولذلك نجد أن الكثير من وصل الزهد والتصوف بهم لدرجة لا يخشون فيها الموت بل أن بعضهم قد يرنو إليه مشتاقا وينتظره مثلها وبترقبه راجيا ويتوقعه آملا بسرعة الحلول.

(عبد الخالق، 1987، 20)

ويؤكد على ذلك ألبرت Alpert حيث يرى أن المتدين الحقيقي هو الذي يجعل من الدين جزء أصيلا في حياته، وهؤلاء لا يخافون الموت، أما المتدينون الذين يلجؤون إلى الدين كمظهر أو سلوك اجتماعي أو للهرب من بعض المشكلات، فهم الذين يخافون الموت (عبد الحميد، 1995، 105). ويرى الفيلسوف الإسلامي "مسكويه" أن الخوف من الموت ليس يعرض إلا لمن يدري ما الموت على الحقيقية.

(سيد، 2015، 32)

وعلى ذلك إذا كان الخوف من الموت هو الشعور العام عند كل إنسان، فإن هذا الشعور يتناقض كلما ازداد الإيمان بأن هناك إلها واحدا، وأن هناك بعثا وحياة أخرى بعد الموت، وأن هناك حسابا ونعيما وعذابا، إذا آمن الإنسان بكل ذلك يتلاشى عنده الإحساس بالخوف من الموت، ويحل بدلا منه سكينه دائمة، وإذا كانت الأديان دعوة موجهة إلى كافة الناس بعدم الخوف من الموت ذاته، فإن الدين الإسلامي بصفة خاصة يولي هذه المسألة اهتماما كبيرا.

(عبد الخالق، 1987، 176)

#### تعقيب :

من خلال استعراض كل من التناولات الفلسفية والنفسية والدينية التي عملت على تفسير الموت والقلق منه، وعلى الرغم من اختلافها إلا أنها تكمل بعضها البعض، فقلق الموت لا يمكن إرجاعه إلى عامل واحد فقط، وإنما يرجع إلى مجموعة من العوامل التي تتكامل لإحداث ذلك الانفعال، واتفقت جميعها على أن القلق من الموت يشمل الخوف من كل أو بعض المظاهر المتعلقة بالموت، إلا أن الباحثة تتفق مع وجهة نظر الدين الإسلامي وتميل إلى تبني هذه الواجهة لتفسيرها لقلق الموت حسب الدراسة الحالية .

#### 4- أنواع قلق الموت:

**4-1 قلق الموت الحاد:** هو زملة الأمراض العنيفة والملحة التي تظهر خلال زمن قصير ومن الملاحظ أن قلق الموت الحاد يرتبط بتغيرات الحياة الواقعية كموت قريب أو مرض شديد .

**4-2 قلق الموت المزمن:** هو كالمرض الذي طالت مدة مكثه لدى المريض، ودام فترة طويلة، مثال ذلك طائفة عريضة من أمراض القلب، ويلاحظ أن قلق الموت المزمن يرتبط ارتباطا إيجابيا بدرجة العصبية لدى الفرد.

(عبد الخالق، 1987، 20-21)

## 5- أسباب قلق الموت :

يُعد الموت من أعظم الأمور الغامضة، وأكبر الأسرار التي يجهلها الإنسان في حياته وبديهي أن يصيب الإنسان القلق تجاهه، ولهذا القلق أسباب شتى، وقد وضح هذه الأسباب الفلاسفة وعلماء الدين وعلماء النفس، حيث أشار الرازي " أن الإنسان يخاف من الموت لأنه يظن أن بدنه إذا انحل وبطل تركيبه، فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور أو لأنه يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض التي ربما تقدمته، وأدت إليه وكانت سبب حلوله، ولأنه يعتقد أن عقوبة تحل بعد الموت، أو لأنه متحير لا يدري على أي شيء يقدم بعد الموت، أو لأنه يأسف على ما يخلفه من المال والمقتنيات، وهذه كلها ظنون باطلة لا حقيقة لها، أما من جهل الموت، ولم يدري ما هو على الحقيقة فإنّ نبيّن له أن الموت ليس بشيء أكثر من ترك النفس استعمال آلاته، وأن النفس جوهر جسماني وليست عرضا وأنها غير قابلة للفساد. (نجوم، 2002، 21)

أمّا أسباب قلق الموت من وجهة نظر علماء النفس، كما يراها فيفل فهي خوف من الإبادة أو المحق التام، وفقد الذاتية، ولقد تقدمت عدة أسباب تعتبر الكفيلة بجعل الفرد يعاني من قلق الموت، وفي محاولة "لمسرمان Mosserman" تُبيّن له أن هذا النوع من القلق يرجع إلى عدم القدرة على التخيل الفعلي لما سيكون عليه عدم الوجود التام أو فقدان الوعي الفريد أو أن يحدث انعدام الشعور إلى الأبد، وقدّم "ديجوري وورثمان" افتراضا بديلا إذ يريان أن الشخص يخاف من الموت لأنه ينهي فرصته في السعي نحو الأهداف المهمة بالنسبة لتوقيره لذاته وتقديرها .

أرجع كل من بيكر وبرونر اضطراب قلق الموت إلى أسباب فطرية موروثية، كما أرجعا سبب قلق الموت إلى أسباب محدودة مثل كراهية الجثة، العدو الاجتماعية للحزن الاشمئزاز الحضاري، الصدمة، تخيل التحلل أو التعفن.

ميز لستر (Lester 1974) من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت، تتمثل في بعدين لكل منهما قطبان: ( الموت/ الاحتضار)، ( الذات/ الآخرون)، ومن ثمّ تشتمل هذه الجوانب على ما يلي :

- الخوف من موت الذات .
  - الخوف من احتضار الذات .
  - الخوف من موت الآخرين.
  - الخوف من احتضار الآخرين.
- (فاضلي، المسيلي، 2004، 96-97)

وأورد شولتز Shultz الأسباب الآتية :

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار .
  - الخوف من الإذلال نتيجة للألم الجسمي .
  - توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائماً بما حققه الإنسان، وليس بالعمر الذي قضاه فيها .
  - تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال .
  - الخوف من العقاب الإلهي .
  - الخوف من العدم.
- (عبد الخالق، 1987، 215)

وترى أيضا فويثر سبي (Weathersby, 2003) بأننا نخاف من الموت، سواء كنا أسويا أو مرضى للأسباب التالية:

- الخوف من عملية الاحتضار: إن مفهومنا عن طور الاحتضار يتأثر بخبراتنا الماضية وكل منّا عادة يتساءل، هل سيكون هنالك ألم؟ هل سأكون وحيدا؟
- الخوف من المجهول: إنّ اعتقادنا الديني والروحي يؤثر في خوفنا من الموت، فنحن لسنا على يقين بمصيرنا بعد الموت

– الخوف من ترك الأقرباء والمحبوبين خلفنا: كل منا لديه أقرباء ومحبوبون وأطفال، والدعم المالي والاجتماعي، لذلك من الصعب التفكير في تركهم خلفنا.

– الخوف من الموت المفاجئ: فماسلو يرى أنّ الخوف من الموت هو في الحقيقة الخوف من عدم قدرتنا على الوصول إلى مستوى تحقيق الذات، وعدم القدرة على تحقيق كل طموحاتنا وآمالنا.  
(غوانمة 5، 2003)

ويري الشريف (1995): أن الإنسان ما لم يجد حلا منطقيا عقلانيا لفكرة الموت، فإنها ستتحول وتتجذر في أعماق شعوره إلى خوف مرضي:

1. الخوف من قصر العمر: إن الخوف من قصر العمر يعتبر مشكلة تؤرق الإنسان، ولا

يشفي هذه العقدة إلا الاعتقاد الإيماني بأن العمر هو من قدر الله: " قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنْ

الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَمَا كَانَ لِنَفْسٍ أَنْ تَمُوتَ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ كِنْبًا مُّؤَجَّلًا ﴾ آل عمران:

١٤٥ وكنتيجة لعقدة الخوف من قصر العمر، نرى تهافت أكثر الناس على متاع الحياة الدنيا والارتقاء في أحضان الموبقات، واعتقاد أكثر المرضى وبعض الأطباء ان الطب يستطيع

أن يطيل اجل الإنسان " قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَمَا يَعْمُرُ مِنْ مُّعَمَّرٍ وَلَا يُنْقِصُ

مِنْ عُمُرِهِ إِلَّا فِي كِتَابٍ إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴾ فاطر: ١١

2. الخوف من عذاب الموت: هناك عذاب يصاحب الموت وسبقه ولكن الظالمين والمجرمين

من الناس، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَلَوْ تَرَى إِذِ الظَّالِمُونَ فِي غَمَرَاتِ الْمَوْتِ

وَالْمَلَائِكَةُ بَاسِطُو أَيْدِيهِمْ أَخْرَجُوا أَنفُسَهُمْ الْيَوْمَ تُجْزَوْنَ عَذَابَ الْهُونِ بِمَا كُنتُمْ تَقُولُونَ

عَلَى اللَّهِ غَيْرَ الْحَقِّ وَكُنتُمْ عَنْ آيَاتِهِ تَسْتَكْبِرُونَ ﴾ الأنعام: ٩٣ اما المؤمنون من عباده فلقد

وعدهم بأن موتهم سواء أكان موت الجسد أم الروح فإنه مختلف تماما عن موت الظالمين

"قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١﴾ أَمْ حَسِبَ الَّذِينَ اجْتَرَحُوا السَّيِّئَاتِ أَنْ نَجْعَلَهُمْ كَالَّذِينَ

ءَامَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ سَوَاءً مَحْيَاهُمْ وَمَمَاتُهُمْ سَاءَ مَا يَحْكُمُونَ ﴿٢١﴾ الجاثية: ٢١

3. الخوف من ما بعد الموت : القلق ما بعد الموت ومن القبر بالذات، وفكرة من أن كلا منا

سيدفن في يوم من الأيام في مكان ضيق مظلم لا سبيل للخروج منه، هي فكرة موجودة في

شعور كل إنسان عاقل منذ أن وعى معنى الموت، لكن المؤمن يثبتته الله عز وجل بالقول

الثابت " قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١﴾ يَثْبُتُ اللَّهُ الَّذِينَ ءَامَنُوا بِالْقَوْلِ الثَّابِتِ فِي

الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الْآخِرَةِ ۗ وَيُضِلُّ اللَّهُ الظَّالِمِينَ ۗ وَيَفْعَلُ اللَّهُ مَا يَشَاءُ ﴿٢١﴾ إبراهيم:

٢٧، وفي دراسة أجراها عبد الخالق (1985) على ثلاث بلاد عربية هي مصر والمملكة

العربية السعودية، ولبنان للتعرف على أسباب قلق الموت، حيث وردت معظم الأسباب حول

الخوف من الحساب والعقاب والخوف من مفارقة الأهل والأحباب وحب البقاء، والتمسك

بالدنيا والخوف على الأبناء أو الأسرة والرغبة في التمتع أكثر بالدنيا، وعدم معرفة المصير

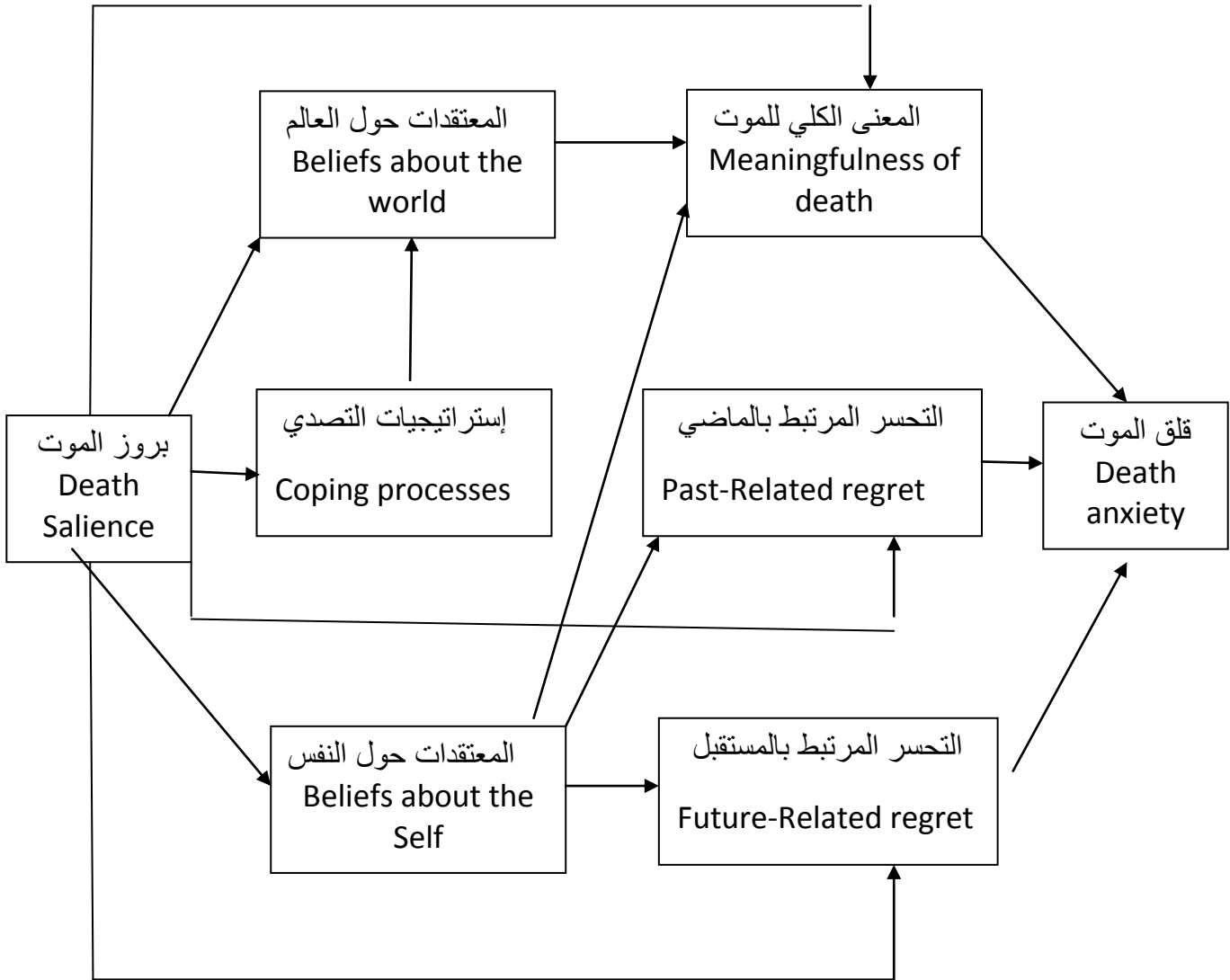
بعد الموت والخوف من النار ومن يوم القيامة. (عبد الخالق، 1987، 214)

لا أما تومير وإلياسون (Tomer & Eliason, 1996) فيريان أن قلق الموت يعتمد على

الطريقة التي كان قد عاشوا حياتهم بها، وعلى التلهف والحسرات على هذه الحياة. فالفرد

الأكثر قلقا من الموت هو الأكثر تلهفا وتحسرا على الحياة، ويؤكد أن قلق الموت يتأثر

أيضا بتفسيراتنا وتأويلاتنا لمعنى الموت. والشكل رقم(1) يوضح نموذجهما المقترح



شكل رقم (1) يمثل نموذج قلق الموت المقترح من قبل تومير وإيامسون

استنادا إلى النموذج المقترح هنالك ثلاثة محددات مباشرة لقلق الموت وهي: التحسر المرتبط بالماضي، والتحسر المرتبط بالمستقبل، والمعنى الكلي للموت.

المحددان الأولان يشيران إلى نوع من التحسر الذي يستثار عندما نتأمل موتنا الشخصي، فالتحسر المرتبط بالماضي يشير إلى الشعور بعدم إنجاز وتحقيق الأهداف والطموحات الأساسية، والتحسر المرتبط بالمستقبل يشير إلى الوعي بعدم القدرة أو العجز عن تحقيق الأهداف الأساسية في المستقبل. المحدد الثالث (المعنى الكلي للموت) يشير

إلى مفهوم وتصورات الفرد عن الموت على أنه إيجابي أو سلبي، ولعل استثارة هذه المحددات يكون أكثر وضوحاً عند إصابتنا بالأمراض.

فاستناداً إلى النموذج يمر الفرد بخبرة قلق الموت العالي عندما يشعر بالتحسر المرتبط بالماضي والمستقبل، أو عندما يدرك بأنّ موته سيكون بلا معنى. ولتوضيح كيف يعمل هذا النموذج، فمثلاً عند حدوث طارئ في العائلة كمرض أو وفاة أحد أعضائها، فإنّ هذا يؤدي إلى زيادة بروز الموت، وخاصة للفرد المريض، والتأثير المباشر لذلك هو ازدياد قلق الموت مع تنشيط التحسر المرتبط بالماضي والتحسر المرتبط بالمستقبل والموت بلا معنى.

كما أنّ بروز الموت يتأثر بالمعتقدات حول النفس، فإذا كان تقدير الذات عند الفرد سلبياً فإنّ هذا يؤدي إلى زيادة بروز الموت للفرد، وزيادة الاعتقاد بأنّ موته سيكون بلا معنى وبالتالي زيادة قلق الموت لديه. (Tomer & Eliason, 1996)

أما سيسيرللي (Cicirelli, 1998) فهو يفسر أسباب قلق الموت من خلال المعاني الشخصية للموت، وهي تفسيرات معرفية مستمدة من الأشياء والأحداث في البيئة، وتحدث قبل وخلال تحفيز ردود الفعل العاطفية، فنحن كبشر لدينا ميل طبيعي لخلق المعاني حول الأشياء والأحداث والخبرات في البيئة، وأهمها ما يتعلق بظاهرة الموت، مثل المرور بخبرة مرض ما، أو موت عزيز. والتأثير المتراكم لمثل هذه الخبرات المتنوعة يؤثر في المعنى الشخصي للموت. ومثل هذه المعاني حول الموت يمكن أن تتضمن نتائج إيجابية أو سلبية بالنسبة للأفراد، وذلك حسب طبيعتها. فإذا كانت المعاني إيجابية فإنّ النتائج تكون إيجابية وهذا يؤدي إلى راحة وطمأنينة النفس، لأن الفرد يكون أكثر تقبلاً لموت الآخرين المهمين ولتوقع موت النفس، وبالتالي أقل قلقاً من الموت. أما إذا كانت المعاني الشخصية المرتبطة بالموت سلبية، فإنّ نتائجها تكون سلبية على الأفراد، وتؤدي إلى الانزعاج وعدم الطمأنينة ويكون الأفراد أقل تقبلاً للأحداث المؤلمة، مثل الإصابة بالأمراض الخطرة، أو وفاة شخص عزيز، وهؤلاء الأفراد هم يولدوا مخاوف متعددة وسلبية من الموت بشكل عام.

وقد يرتبط قلق الموت مع متغيرات أخرى يكون سبب في وجودها أو نتيجة لها.

وقد يرتبط قلق الموت مع متغيرات أخرى يكون سبب في وجودها أو نتيجة لها .

#### 6- العلاقة بين قلق الموت وبعض المتغيرات :

#### 6-1 العلاقة بين القلق العام وقلق الموت :

قلق الموت نوع من أنواع القلق العام، وأن الأفراد المهيؤون بحكم تكوينهم الانفعالي للقلق بصفة عامة، وهو أشد الأفراد إحساس بقلق الموت، وهذا يرجع إلى العلاقة الموجبة بين القلق العام وقلق الموت، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات ومن بينها دراسة 1981 Weiner & AMInta والتي توصلت لهذا من خلال دراستهما على عينة 100 من المحتضرين وأسرههم ووجدوا أن قلق الموت يرتبط بدرجة مرتفعة مع القلق العام، وكذا دراسة كل من تامبلر وديليلند (Templer & Dilliland 1982) ، ودراسة أحمد عبد الخالق على عينة مصرية بلغ تعدادها 1443 من الجنسين وأسفرت على الارتباط بين سمة القلق العام وقلق الموت. (فاضلي، المسيلي، 2004،)

ولقد كشفت دراسة أخرى أجريت على 100 من العاملين مع المحتضرين وأسرههم أن قلق الموت يرتبط بدرجة مرتفعة مع القلق العام، وأن 27% من التباين فهو مشترك بينهما.

( Amenta & Weiner; 1981, 962)

فالقلق العام يمتد ليشمل مجموعة من الأعراض كالشعور بالضيق والتوتر والشد النفسي ونوبات الهلع، وتوقع الشرّ، ويصاحب ذلك مجموعة من الأعراض العضوية كالشعور بنوبات الدوار واختلال التوازن، وصعوبات التنفس والاضطرابات القلبية، وينتاب الفرد المصاب بقلق الموت الشعور بالهواجس السوداوية، والأفكار القهرية، والوسواس بأن الموت يتربص به في كل مكان ينتقل إليه، وخلال أي نشاط يقوم به، ويحصل في أي لحظة

ويسيطر عليه الحزن العميق لذلك يصبح من الواضح أن العلاقة بين القلق العام وقلق الموت علاقة تلازمية أو علاقة خطية. (الخالدي، 2002، 122)

### 6-2 العلاقة بين قلق الموت ومرض الموت :

يرى بعض من الباحثين أن التمييز بين قلق الموت ومرض الموت تكمن في درجة نوع القلق بينهما، حيث يشير قلق الموت إلى أنه قلق متصل بالموت، بوصفه فعلا منتهيا لا رجعة فيه، بينما يشير مرض الموت إلى نوع من القلق الموجه إلى المرض الأخير الذي يعاني منه المريض على فراش الموت، وما سيتبعه من آلام ومعاناة، وعلى الرغم من أنه يمكن التمييز بينهما . على أساس نظري . فإن معظم الباحثين يرون أن مرض الموت أحد مكونات قلق الموت وليس بعدا منفصلا عنه. (عبد الخالق، 1987، 44-45)

### 6-3 العلاقة بين قلق الموت والتدين :

لقد اهتم الدين منذ أمد بعيد بهذا الموضوع اهتماما كبيرا، وعند البحث عن متعلقات قلق الموت، نجد أن الدين يكون مجال رحب للاستكشاف، حيث أن كل الديانات العالمية تقريبا قد تعرضت بإسهاب للحديث عن الموت والحياة الآخرة، كما يرى المؤرخ العالمي (أرنولد) Arnold إن العلاقة بين الدين والموت ذات جذور عميقة وتعتبر المعتقدات الدينية لدى المصريين القدامى أقدم الأمثلة على ذلك. (عبد الخالق، 1987، 97)

كما يحتوي القرآن الكريم على العديد من الآيات القرآنية التي تُذكر الإنسان بالموت

﴿ قَالَ تَعَالَى: اَعُوذُ بِاللّٰهِ مِنَ الشَّيْطٰنِ الرَّجِيْمِ ﴾ ﴿ قُلْ اِنَّ الْمَوْتَ الَّذِي تَفِرُّونَ مِنْهُ فَاِنَّهٗ مُلْقِيكُمْ ﴾

الجمعة: ٨

وعلى الرغم من الأبحاث السيكولوجية العديدة التي بدأت منذ حوالي ربع قرن، إلا أن العديد من البحوث لم تثبت هذه العلاقة، فقد أكدت دراسة مبكرة قام بها "كليش" Kalish " 1963 أنه ليس هناك علاقة بين مقاييس الخوف من الموت والاتجاهات الدينية، وكذلك لم

يجد "ريتمان" Ritman، 1965 هذه العلاقة، وفي دراسة بعنوان المتعلقة الدينية لقلق الموت 1970 أجريت على 213 من طلاب الجامعة الأمريكية، لم يُكشف عن علاقة جوهرية بين مقاييس قلق الموت ومختلف متغيرات قائمة التدين (النابلسي، 1991، 50)، في حين أن هناك العديد من الدراسات التي أكدت أن هناك علاقة إيجابية بين قلق الموت والتدين . وقد ذكر "ليستر" Lister 1967 أن الآراء الدينية تتأثر بمدى الانشغال بالموت، وقد افترض فيفل Fifel أن كبار السنّ يلجؤون للدين لمواجهة المخاوف المرتبطة بالموت، كما أكدت الدراسات التي قام بها كل من (الكسندر Alexander و أدلر شتاين Adler; Shtaiene على ذلك. (عبد الخالق، 1987، 98)

#### 5-6 العلاقة بين الموت والصحة الجسمية والنفسية :

لاشك أن المرض الجسمي يرتبط في ذهن المريض بحتمية العلاقة بينه وبين الموت وذلك من خلال توقف القلب، أو الجهاز التنفسي، أو القصور الكلوي، أو ارتفاع ضغط الدم كما يؤدي المرض إلى تشويه صورة الذات وإعاقة الفرد عن إشباع حاجاته، ممّا يزيد من قلقه وتوتره .

من الممكن أن نتوقع أن يرتفع قلق الموت في حالة المواقف العصبية، وبخاصة في المواقف التي ترتبط بحياة الإنسان، وباحتمال وفاته (النيال، 1991، 114)، فالأخطار التي تحيط بالإنسان كثيرة ومتعددة، ومن الممكن أن يؤدي عدد غير قليل منها إلى وفاة الإنسان ومن هذه الأخطار وقوع الإنسان فريسة مرض خطير ومزمن، يشعر معه بأنه غير قادر على التحكم في جسمه، وأن هناك مضاعفات ومشكلات سواء كانت صحية أو نفسية ناجمة عنه لا يستطيع تجنبها، تقلق راحته وتزيد مخاوفه ممّا يؤدي إلى إثارة قلق الموت والخوف منه فلقد أثبتت نتائج العديد من الدراسات وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الإصابة بالمشكلات الصحية والشعور بقلق الموت .

مثل دراسة كاشاني وهكامي Kashani & Hakami .N, 1982 والتي أوضحت أن مرضى السرطان يعانون من خوف شديد من الموت، ودراسة ماجدة خميس علي إبراهيم (1992) التي أوضحت أن مرضى السكر والسرطان والتهاب المفاصل والربو من الذكور يعانون من قلق الموت.

أثبتت بعض الدراسات أن المجموعات التي تتميز بالاضطراب النفسي العام، هي وحدها التي تبدي اهتماما بارزا بقلق الموت، وفضلا عن ذلك فإن الافتراض بأن قلق الموت عام وشائع تؤكده بيانات، تفسر بأن قلق الموت لدى الأشخاص الأصحاء يدافع ضده بنجاح .

فحين أثبتت نتائج بعض الدراسات الأخرى عدم وجود علاقة بين الإصابة بالمشكلات الصحية والشعور بقلق الموت، مثل دراسة بلاك برون وآخرين Black Imrn.S et al 1978، والتي أظهرت عدم وجود فرق في قلق الموت بين المراهقين المرضى وغير المرضى، أمّا بالنسبة لعلاقة قلق الموت بالمشكلات النفسية، فلقد أكدت نتائج معظم الدراسات على وجود علاقة بين قلق الموت والمشكلات النفسية، ومن هذه الدراسات دراسة أحمد عبد الخالق (1986) التي أظهرت نتائجها أن قلق الموت يكون مرتفعا لدى حالات القلق أو عصاب القلق، كذلك أشار ميدلتون (1936) أن أفكار الشخص متصلة بموته تصاحب عادة فترات من الاكتئاب. (نقلا عن عبد الخالق، 1987، 146-147)

ودراسة تمبلر ولوفي و دويسون و شالاجيان Templer; Lavoie; 1990 M.Doleson I. , Chalgujian.H التي أوضحت أن قلق الموت يرتبط ارتباطا موجبا بالقلق العام والاكتئاب العام، ودراسة محمد إبراهيم عيد والتي أوضحت وجود ارتباط موجب بين كلا من الاكتئاب والقلق والعدوان، وقلق المخاوف المرضية، و الذهانية، أما دراسة رمضان زعطوط وعبد الكريم قريشي (2006) فقد أوضحت عدم وجود ارتباط بين قلق الموت والاكتئاب. (سيد، 2015، 68-69-70)

7- قياس قلق الموت: يقاس قلق الموت بعدة طرق أهمها :

### 7-1 المقابلة الشخصية :

استخدمت هذه الطريقة إما وحدها وإما بالإضافة إلى الاستبيان أو بديلا عنه وقد يستخدم الاستبيان أساسا للمقابلة بحيث يمكن إضافة أي سؤال يُعد ضروريا لتحديد اتجاه المفحوص، فضلا عن مقاييس التقدير وطريقة قوائم الاختبار وأسلوب تحليل المضمون قد تستخدم هذه الطريقة مع الأطفال بسهولة فقد قام بيرنادا (Bernada) بفحص مذكرات فتيات صغيرات، على حين فحص أنتوني (Entony) إجابات أسئلة معينة في مقياس "بينه للذكاء".

ولقد قام تمبلر (Templer) بأربع دراسات استخدم فيها المقابلة الشخصية بشكل مرن، وأشار كذلك إلى سبع دراسات تتم فيها استخدام مجموعة محددة من الأسئلة، وبلغ عدد الأسئلة التي استخدمت في هذه المقابلات الشخصية (32) سؤالا في إحدى الدراسات، في حين استخدمت دراسة أخرى سؤالين فقط هي: هل أنت خائف من الموت؟ هل تعتقد في الحياة بعد الموت؟ وعلى الرغم من أن بعض الدراسات اهتمت أساسا بالانطباع الإكلينيكي فإن معظم الباحثين قاموا . على الأقل . بعملية إحصاء للتكرارات في تحليلهم للبيانات.

(نقلا عن الحجامي، 2004، 86) .

### 7-2 الطرق الإسقاطية :

استخدمت بعض الطرق الإسقاطية التقليدية في قياس قلق الموت، مثل اختبار تفهم الموضوع TAT، والذي يتم تطبيقه بالطريقة المألوفة، بحيث يحدد الانشغال بالموت من خلال ظهوره في القصة التي يقدمها المفحوص، كذلك يتم تقدير الانشغال بالموت، طبقا لدرجات من 01 إلى 03 اعتمادا على التكرار المؤلف لموضوع الموت في كل بطاقة .

كما يحدد هذا الانشغال على أساس دراسة استطلاعية، وقد استخدم بعض الباحثين طريقة أو أخرى من الطرق الإسقاطية الآتية :

- مقياس تكلمة الجمل

- أن يطلب من المفحوص تأليف قصة، أو كتابة مقال عمّا يتبادر إلى ذهنه، عندما يفكر في الموت .

- أن تقدم صورة لشخص مضطجع، ثم يطلب من المفحوص تحديد، ما إذا كانت هذه الصور لشخص نائم أو ميت، على حين استخدم باحثون آخرون طريقة التداعي الحرّ، بأن طلبوا من المفحوصين أن يسترجعوا ردود فعلهم لفكرة الموت خلال شبابهم مثلا .

وقد ركز المهتمون باستخدام الطرق الإسقاطية في قياس قلق الموت، على الانطباعات الإكلينيكية دون تقديم وصف دقيق للمعيار المستخدم، أو أي تقدير كمي، فضلا عن معاناة هذه الطرق الإسقاطية من مشكلات سيكولوجية عديدة، هي انخفاض كل من ثبات هذه الطرق، وثبات ما بين المصححين وثبات نظام التصحيح، وكذلك الصدق وعلى الرغم من كل هذه المشكلات، وجوانب النقص الواضحة في هذه الطرق فإن بعض الباحثين المحدثين، مازالوا يصرون على استخدامها، ومن الملاحظ أن عدد هذه البحوث قليل جدا مقارنة بالبحوث التي تستخدم الاستخبارات. (عبد الخالق، 1987، 55)

### 3-7 الاستجابة الجلفانية للجلد :

تستخدم هذه الطريقة لقياس درجة توصيل سطح الجلد للتيار الكهربائي، نتيجة إفراز كميات مختلفة من العرق بتأثير منبهات معينة مثل: كلمات ذات صبغة انفعالية - كما في اختبار تداعي الكلمات- أو إثارة ذكرى ماضية أو خبرة سابقة، أو ضوضاء مفاجئة كذلك استخدمت الصدمة الكهربائية منبها، ولكنها لم تعد تستخدم الآن نظرا لأن قوانين التجريب والقياس تحظر استخدامها مع الأدميين .

ولكن يرى أحمد عبد الخالق أن استخدام هذه الاستجابة في قياس قلق الموت يواجه مشكلتين هما :

- انخفاض ثباتها .

- قصر استخدامها على موقف القياس الفردية مما يجعلها مكلفة للوقت والجهد.

(عبد الخالق، 1987، 58)

#### 7-4 التقديرات اللغوية الفارقة :

هو مقياس (ورقة وقلم) يقدم فيه للمفحوص سلسلة من أزواج الصفات المتعارضة مثل: "موت/حياة"، "قوة/ضعف"، ويطلب منه أن يحدد موقفا لنفسه على متصل يضم زوجي الصفات، وقد استخدم بعض الباحثين هذه الطريقة لتقدير مفهوم الموت، ويشير ليست Lester, 1972 في دراسته لمقياس القيمة المنحرفة من خلال التقديرات اللغوية الفارقة لمفهوم الموت أنه يمكن أن تطرق الخوف من الموت لدى المفحوصين، ومع ذلك فإن هذه الطريقة ليست واسعة الاستخدام لقياس قلق الموت.

(عبد الخالق، 1987، 58 - 59)

#### 7-5 الاستخبارات :

وهي من الطرق الشائعة لقياس قلق الموت، والتي يوجد منها الآن ما لا يقل عن (25) مقياسا لقياس قلق الموت أو الخوف منه، والانشغال به، والاتجاه نحوه، على حين أن بعضها الآخر قد تمّ نشره منذ عهد قريب، ولم تتح بيانات تفصيلية عنها، على حد علمنا إلى الآن، ونظرا لنشر البعض منها منذ فترة طويلة ووجود بعض المشكلات المنهجية الأخرى فلم تعد تستخدم الآن.

(عبد الخالق، 1987، 59)

## خلاصة الفصل :

حاولنا في هذا الفصل التعرف على القلق بصفة عامة، ثم قلق الموت بصفة خاصة والذي شغل هذا الأخير الكثير من المفكرين وعلماء النفس والدين منذ القديم إلى يومنا هذا ولقد تراوحت معظم أفكارهم، ونظرياتهم للموت، حسب الانتماء الفكري أو الاعتقادي والديني لكل منهم، وعلى الرغم من ذلك التباين الواضح في سرد الآراء حول الموت والقلق منه، إلا أنهم خلصوا في الأخير بأن الموت حقيقة حتمية تواجه الإنسان وتترصد به في أي زمان ومكان، كما اعتبروها ظاهرة تقلق الإنسان، وخاصة إذا كان في حالة حرب أو في حالة اعتلال بدني أو مصاب بمرض خطير أو مزمن، والتي تزيد من الأسباب التي تجعل الإنسان يدرك أكثر بأن الموت هو المواجهة الأخيرة مع هذا المرض.

**الجانب الميداني**

## الفصل الرابع

# الإجراءات المنهجية للدراسة

## تمهيد:

بعد التطرق في الجانب النظري إلى تحديد إشكالية الدراسة، وما يتعلق بها من متغيرات خصص جزء من الدراسة للجانب التطبيقي الذي يحتوي على الجانب المنهجي، الذي يبرز أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات المتحصل عليها، وعلى جانب خاص بعرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها على ضوء الفرضيات المقدمة، وأخيرا تقديم الاستنتاج العام للدراسة.

و قد خصص هذا الفصل لعرض الدراسة الاستطلاعية وتوضيح مجتمع وعينة الدراسة. إضافة إلى إجراءات تطبيق الدراسة مع شرح موضّح لأدوات جمع البيانات المستعملة في الدراسة .

### 1. منهج الدراسة :

يعني منهج البحث: الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة (العساف، 1995، 90)، اتبعنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي بأساليبه الارتباطي والمقارن والاستكشافي وقد ارتأينا إتباع هذا المنهج لتلائمه مع طبيعة الدراسة .

### 2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية :

تمثل الدراسة الاستطلاعية " الخطوة التي تسبق الاستقرار نهائيا على خطة الدراسة ويفضل القيام بدراسة استطلاعية على عدد محدود من الأفراد". (أبو علام، 2004، 87)

فالدراسة الاستطلاعية تعتبر أساسا جوهريا لبناء البحث كله، وإهمال الكتابة عن الدراسة الاستطلاعية في البحث ينقصه أحد العناصر الأساسية فيه، ويسقط عن الباحث جهدا كبيرا كان قد بذله فعلا في المرحلة التمهيديّة للبحث.

### 2-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

وتمت الدراسة الاستطلاعية في المؤسسة اللتي ينتمي إليها مجتمع الدراسة المؤسسة الاستشفائية الشهيد بن عمر الجيلاني وقد شملت الدراسة الاستطلاعية 86 مريضا مصابا بمرض مزمن، وقد تمّ تطبيق كل مقياس حيث تمت قراءة تعليمات المقياس وشرح طريقة الإجابة على بنود كل مقياس وكان الهدف من هذه الدراسة:

– التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث و الصعوبات التي ربما تواجهنا في تطبيق أدوات البحث.

- الدراسة الأولية لأدوات البحث بالتحقق من صحة أدوات جمع البيانات التي تمّ اختيارها، والتأكد من خصائصها السيكومترية تمهيدا لاستعمالها في الدراسة الأساسية
- التعامل المباشر مع أفراد العينة والتعرف على مدى تجاوبهم مع إجراءات البحث، وتحديد الزمن اللازم لتطبيق الأدوات المستعملة .
- التحقق من ملائمة المقاييس ومدى فهم أفراد العينة لمصطلحاتها .
- اكتشاف بعض جوانب القصور في إجراءات تطبيق المقاييس لتفاديها في إجراء الدراسة الأساسية .

حيث استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة الاستطلاعية جملة من النقاط :

- تمّ التعرف على مختلف الظروف التي سيتم فيها إجراء الدراسة الأساسية ورصد مختلف الصعوبات التي ربما تؤثر على تطبيقها .
- التأكيد من تمتع أدوات الدراسة بالخصائص السيكومترية التي تعطينا الثقة لاستخدامها .
- تقدير الوقت اللازم لإجراء الدراسة الأساسية والفترة الزمنية المناسبة لذلك .
- تحديد خطة تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية .

## 2- 2 عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت العينة الاستطلاعية من 86 مريضا من المرضى المزمنين ماكتئين بالمؤسسة الاستشفائية بن عمر الجيلاني، تم اختيارهم بطريقة عرضية، من أجل التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، واشتملت العينة الاستطلاعية على 44 ذكرا بنسبة (51.20%)، و (42) انثى، بنسبة (48.80%) والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم (1) يبين خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس

النسبة المئوية %	العدد	الجنس
51.20%	44	ذكور
58.8%	42	إناث
100%	86	المجموع

جدول رقم (2) يبين توزيع افراد العينة الاستطلاعية حسب نوع المرض

النسبة المئوية %	العدد	نوع المرض
33.7%	29	سكري
23.3%	20	ضغط الدم
29.1%	25	قصور كلوي
14%	12	السرطان
100%	86	المجموع

### 3- حدود الدراسة: اشتملت على الحدود التالية:

1 -الحدود المكانية: ينتمي مجتمع الدراسة إلى القطاع الصحي بالوادي، وتحديدًا المؤسسة

الاستشفائية الشهيد بن عمر الجيلاني

2 -الحدود الزمانية: تم تطبيق أدوات الدراسة في الفترة ما بين 2017/1/11 الى

2017/4/25

3 -الحدود البشرية: تشمل الدراسة على المرضى المزمنين (مرض السكري، مرض ضغط الدم، مرض القصور الكلوي، مرض السرطان) من الجنسين ذكور وإناث والماكثين بالمستشفى الشهيد بن عمر الجيلاني

#### 4. أدوات جمع البيانات:

#### 4-1 مقياس سلوك التدين :

4-1-1 وصف المقياس: أعدّ هذا المقياس من قبل "فيصل القرشي" سنة 2015 أثناء إعدادة لأطروحة الدكتوراه بعنوان "التدين وعلاقته بكل من التفكير وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية". حيث يتكون هذا المقياس من (36) بندا يتوزع على أربعة أبعاد وهي كالتالي:

بعد أركان الايمان: يتكون من (8) بنود تشتمل: الإيمان بالله(5،3،2،1)، وملائكته(7)، وكتبه(8)، ورسله(6)، والإيمان بالقضاء والقدر(4)

بعد أركان الإسلام: يتكون من (10) بنود تشتمل: الشهادتان (14،9)، وإقام الصلاة(18،15،12،10)، وإيتاء الزكاة(16،13)، وصوم رمضان (11)، وحج البيت(17)

بعد الواجبات من شعب الإيمان: يتكون من (8) بنود تشتمل: قراءة القرآن(20)، الدعاء(25)، الوفاء بالعهد (19)، صلة الرحم(22)، مساعدة الفقراء (21)، الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر(26،23)، الصبر(24)

بعد المنهيات من شعب الإيمان: يتكون من (10) بنود تشتمل: الرياء(27)، الكذب (36)، تعاطي المسكرات (31)، الحسد(30)، النميمة(34)، التجسس(35)، الغيبة(29)، إساءة الجوار(33)، الكسب المحرم(28)، سماع الموسيقى والأغاني(32)(انظر الملحق رقم 1)

وتتم الإجابة عن بنود المقياس ضمن خمسة اختيارات تتدرج كما يلي: أبدا، نادرا، أحيانا، كثيرا، دائما، وتصحح هذه البنود بتدرج تصاعدي قيمى من (1-5) درجات بالنسبة للبنود (5، 6، 7، 8، 14، 15، 16، 17، 18، 23، 24، 25، 26، 32، 33، 34، 35، 36)، ويتدرج تنازلي قيمى من (1-5) بالنسبة للبنود (1، 2، 3، 4، 9، 10، 11، 12، 13، 19، 20، 21، 22، 27، 28، 29، 30، 31) لتقليل قيمة الاجابة العشوائية(القرشي2015،

266،267)، ويكون مستوى التدين:

عاليا ما بين (132-180) درجة

متوسطا ما بين (84-131) درجة

منخفضا ما بين (36-83) درجة

#### 4-1-2 الخصائص السيكومترية لمقياس سلوك التدين:

أ- الصدق: تمّ حساب الصدق بطريقتين:

صدق المحتوى: تمّ حساب صدق الاتساق الداخلي عن طريق حساب ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، ثم حساب درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس، والجدولين رقم (3، 4) التاليين بيّننا النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية للصدق .

جدول رقم(3) يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

لمقياس التدين

البعد	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
أركان الإيمان	1	0.52	**	الواجبات من شعب الإيمان	19	0.53	**
	2	0.47	**		20	0.70	**
	3	0.44	*		21	0.63	**
	4	0.41	**		22	0.73	**
	5	0.41	**		23	0.51	**
	6	0.40	**		24	0.61	**
	7	0.42	**		25	0.53	**
	8	0.34	*		26	0.41	**
أركان الإسلام	9	0.40	**	المنهيات من شعب الإيمان	27	0.52	**
	10	0.67	**		28	0.50	**
	11	0.60	**		29	0.44	**
	12	0.76	**		30	0.49	**
	13	0.41	**		31	0.43	**
	14	0.50	**		32	0.53	**
	15	0.42	**		33	0.63	**
	16	0.33	*		34	0.72	**
	17	0.33	*		35	0.69	**
	18	0.43	**		36	0.72	**

\*\*دال عند 0.01 \*دال عند 0.05

يتضح من الجدول (3) أن جميع العبارات فهي دالة عند مستوى 0.01، أو 0.05، وتراوحت معاملات بعد أركان الإيمان ما بين (0.34-0.52)، وبعد أركان الإسلام ما بين

(0.76-0.41)، و بعد من شعب الإيمان الواجبات ما بين ( 0.73-0.41)، و بعد من شعب الإيمان المنهيات ما بين ( 0.72-0.43)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه .

جدول رقم(4) يوضح معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس التدين

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البعد
0.0001	**0.73	أركان الإيمان
0.0001	**0.80	أركان الإسلام
0.0001	**0.74	من شعب الإيمان الواجبات
0.0001	**0.79	من شعب الإيمان المنهيات

\*\* دال عند 0.01

يتضح من خلال الجدول رقم(4) أن جميع الأبعاد دالة عند مستوى 0.01 وتراوحت معاملاتها ما بين ( 0.80-0.73)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه .

ونستخلص من الجدولين (3، 4) أن معاملات الاتساق الداخلي تشير الى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية .

**صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):**

تمّ حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الأرباعي الأعلى، ومتوسطات مجموعة الأرباعي الأدنى، باستخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول رقم (5) بين النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية.

جدول رقم (5) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس سلوك التدين وأبعاده

المقياس و أبعاده	مرتفعو الدرجات ن=20		منخفضو الدرجات ن=20		درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
أركان الإيمان	34.85	1.81	29.80	1.79	38	**8.85	0.0001
أركان الإسلام	40.95	4.04	31.15	3.38		**8.14	0.0001
شعب الإيمان الواجبات	37.15	2.01	29.35	4.09		**7.65	0.0001
شعب الإيمان المنهيات	44.60	3.18	35.25	5.32		**6.74	0.0001
الدرجة الكلية	153.05	8.77	130.05	13.04		**6.55	0.0001

\*\*دال عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (5) أن قيم (ت) كلها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 حيث بلغت قيم ت(8.85، 8.14، 7.65، 6.74)، وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على جميع أبعاد مقياس سلوك التدين، والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يعني أن المقياس صادق .

ب- الثبات:

تمّ حساب معامل ثبات مقياس سلوك التدخين وأبعاده بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، والجدول رقم (6) يبين ذلك

جدول رقم (6) يوضح معامل ألفا كرونباخ وتصحيح الطول بمعادلة جتمان لمقياس سلوك التدخين و أبعاده

المقياس و أبعاده	العينة	معامل ألفا كرونباخ	معامل جتمان
أركان الإيمان	40	0.27	-0.42
أركان الإسلام		0.65	0.26
ش. إ. الوجبات		0.72	0.79
ش. إ. المنهيات		0.76	0.54
الدرجة الكلية		0.84	0.82

يتضح من الجدول رقم (6) أن قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ لدرجات أبعاد مقياس سلوك التدخين تراوحت بين (0.27-0.76)، وأما الدرجة الكلية فكانت (0.84)، وبعد تصحيح الطول بمعادلة جتمان تراوحت درجات أبعاد المقياس بين (-0.42-0.79)، و أما الدرجة الكلية فكانت (0.82)، وهي قيم مرتفعة تدل على درجة ثبات المقياس (القريشي 2015، ص:262،266)

4-1-3 خصائص السيكومترية المستخدم في الدراسة الحالية:

للتحقق من صلاحية المقياس لقياس ما وضع لقياسه لجأنا إلى إيجاد صدقه وثباته لنصل إلى الوثوق بصحة النتائج والبيانات التي يتم جمعها بهذه الأداة وذلك من خلال تطبيق الأداة على عينة الدراسة الاستطلاعية و التي تكونت من 86 مريضا مصابا بمرض مزمن .

أ- الصدق: تمّ حسابه بطريقة :

صدق الاتساق الداخلي: استخدمت الباحثة صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبند.

جدول رقم (7) يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه

لمقياس التدين

البعد	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
أركان الإيمان	1	0.614**	0.0001	ث. إ. الوجبات	19	0.260*	0.001
	2	0.214*	0.048		20	0.842**	0.0001
	3	0.422**	0.0001		21	0.225*	0.009
	4	0.354**	0.001		22	0.469**	0.0001
	5	0.466**	0.0001		23	0.394**	0.0001
	6	0.542**	0.0001		24	0.249*	0.003
	7	0.555**	0.0001		25	0.570**	0.0001
	8	0.343**	0.0310		26	0.523**	0.0001
أركان الإسلام	9	0.524**	0.0001	ث. إ. المنهيات	27	0.370**	0.0001
	10	0.733**	0.0001		28	0.240*	0.026
	11	0.473**	0.0001		29	0.478**	0.0001
	12	0.573**	0.011		30	0.403**	0.0001
	13	0.272*	0.0090		31	0.442**	0.0001
	14	0.459**	0.0001		32	0.529**	0.0001
	15	0.502**	0.0001		33	0.487**	0.0001
	16	0.359**	0.001		34	0.782**	0.0001
	17	0.492**	0.0001		35	0.586**	0.0001
	18	0.741**	0.0001		36	0.607**	0.0001

\*\* دال عند 0.01 \* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (7) أن جميع العبارات فهي دالة عند مستوى (0.01)، أو (0.05)، وتراوحت معاملات بعد أركان الإيمان ما بين (0.21-0.55)، وبعد أركان الإسلام ما بين (0.27-0.73)، و بعد من شعب الإيمان الواجبات ما بين (0.22-0.84)، و بعد من شعب الإيمان المنهيات ما بين (0.24-0.78)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه .

جدول رقم(8) يوضح معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس التدين

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
أركان الإيمان	**0.807	0.0001
أركان الإسلام	**0.799	0.0001
من شعب الإيمان الواجبات	**0.782	0.0001
من شعب الإيمان المنهيات	**0.658	0.0001

\*\* دال عند 0.01

يتضح من خلال الجدول رقم(8) أن جميع الأبعاد دالة عند مستوى(0.01) وتراوحت معاملات ما بين (0.65-0.80)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه .

ونستخلص من الجداول (6، 7، 8) أن معاملات الاتساق الداخلي تشير الى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية .

**صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):**

تمّ حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الأرباعي الأعلى، ومتوسطات مجموعة الأرباعي الأدنى، باستخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول رقم (9) بين النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية.

جدول رقم (9) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس سلوك التدين وأبعاده

المقياس و أبعاده	مرتفعو الدرجات ن=43		منخفضو الدرجات ن=43		درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
أركان الإيمان	34.35	1.74	29.44	2.22	84	** 11.37	0.0001
اركان الإسلام	44.79	3.39	34.95	1.09		** 16.56	0.0001
شعب الإيمان الواجبات	37.40	1.63	31.98	2.47		** 11.98	0.0001
شعب الإيمان المنهيات	43.49	2.45	35.58	4.10		** 10.83	0.0001
الدرجة الكلية	155.84	8.70	136.14	8.80		** 10.43	0.0001

\*\*دال عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (9) أن قيم (ت) كلها دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) حيث بلغت قيم ت(11.37، 16.56، 11.98، 10.83، 10.43)، وهذا يشير إلى وجود فروق ذات

دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على جميع أبعاد مقياس سلوك التدين، والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يعني أن المقياس صادق .

ب- الثبات:

تمّ حساب معامل ثبات مقياس سلوك التدين وأبعاده بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، والجدول رقم (10) يبين ذلك

جدول رقم (10) يوضح معامل ألفا كرونباخ وتصحيح الطول بمعادلة جتمان لمقياس

سلوك التدين و أبعاده

المقياس و أبعاده	العينة	معامل ألفا كرونباخ	معامل جتمان
أركان الإيمان	86	0.22	-0.82
أركان الإسلام		0.66	0.47
ش. إ. الوجبات		0.48	0.69
ش. إ. المنهيات		0.60	0.56
الدرجة الكلية		0.79	0.67

يتضح من الجدول رقم (10) أن قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ لدرجات أبعاد مقياس سلوك التدين تراوحت بين (0.22،0.66)، وأما الدرجة الكلية فكانت (0.79)، وبعد تصحيح الطول بمعادلة جتمان تراوحت درجات أبعاد المقياس بين (-0.82،0.47)، و أما الدرجة الكلية فكانت (0.67)، وهي قيم مرتفعة تدل على درجة ثبات المقياس .

4-2 مقياس قلق الموت:

4-2-1 إجراءات إعداد مقياس قلق الموت:

لبناء مقياس قلق الموت قامت الطالبة الباحثة بمراجعة ما أمكن الحصول عليه من دراسات ونظريات، والاطلاع على عدد من المقاييس الخاصة والمتعلقة بقلق الموت الاجنبية والعربية مقياس قلق الموت لتمبلر (Death Anxiety Scale(DAS) , Templer,1967 ، مقياس "كوليت\_ ليستر" للخوف من الموت Collett\_Lester Fear of Death Scale(FODS)1969 ، ومقياس للاتجاه نحو الموت "ليستر" عام 1974 The Lester Attitude Toward Death Scale ، ومقياس الانشغال بالموت "ديكستين" "Death Concern Scale Dickstein 1972 ، ومقياس متعدد الأبعاد للخوف من الموت "هولتر" "Multidimensional Fear of Death Scale(MFODS) Hoelter1979 واستخبار قلق الموت" كونت 1982 (Death Anxiety Questionnaire(DAQ) Conte ، مقياس قلق الموت أحمد عبد الخالق 1987، و مقياس قلق الموت بشير معمريه 2007، مقياس قلق الموت مأمون محمود وادي غوانمه 2003 ، مقياس قلق الموت ليلي شافع عبد العزيز الكايد 1995 ، ومقياس قلق الموت تهاني محمد جبر ياسين 2011

وقد لاحظت الباحثة أن أغلب هذه المقاييس مصممة لغير المرضى، أي للأشخاص العاديين وأرادت الباحثة إعداد مقياس خاص بقلق الموت لدى المرضى المزمنين، إذ تم أخذ بعض الأفكار والبنود المتعلقة بموضوع الدراسة من هذه المقاييس وتعديلها .

4-2-2 وصف المقياس وطريقة التصحيح: يتكون المقياس من 36 بنداً واشتمل المقياس

على ثلاث أبعاد وهي:

البعد الأول: الأفكار المختلطة عن الموت: هو أن يبدو المريض قلقاً أو متوتراً إما مطمئناً نتيجة التفكير في الموت بسبب إصابته بمرض مزمن وتكرار هذه الأفكار وسيطرتها .

وهي الفقرات التالية: 1 4 7 10 13 16 19 22 25 28 31 33 35

البعد الثاني: الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية: هو شعور المريض المريح أو غير المريح تجاه المرض، وما يولده من مضاعفات .

وهي الفقرات التالية: 2 5 8 11 14 17 20 23 26 29 32 34 36

البعد الثالث: التوقعات المرتبطة ما بعد الموت: وهي مجمل الأفكار التي تراود المريض حول الحياة ما بعد الموت، فإذا كانت هذه الأفكار إيجابية فإن المريض يكون مرتاحا مطمئن النفس، أما إذا كانت هذه الأفكار سلبية فإن المريض يسيطر عليه القلق والخوف .

وهي الفقرات التالية: 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30

البنود الإيجابية: 9 فقرات وهي الفقرات التالية: 2 4 10 21 24 25 26 28 36

البنود السلبية: 27 فقرة وهي الفقرات التالية: 1 3 5 6 7 8 9 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 22 23 27 29 30 32 33 34 35 (انظر الملحق رقم 2)

مفتاح التصحيح:

البنود الإيجابية تصحح كالتالي:

لا: 1

قليلا: 2

متوسطا: 3

كثيرا: 4

أما البنود السلبية تصحح عكس البنود الإيجابية كآآي:

لا: 4

قليلًا: 3

متوسطًا: 2

كثيرًا: 1

#### 4-2-2 الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت المستخدم في الدراسة الحالية:

للتحقق من صلاحية المقياس لقياس ما وضع لقياسه لجأنا إلى إيجاد صدقه وثباته لنصل إلى الوثوق بصحة النتائج والبيانات التي يتم جمعها بهذه الأداة وذلك من خلال تطبيق الأداة على عينة الدراسة الاستطلاعية و التي تكونت من 86 مرضا مصاب بمرض مزمن .

أ- الصدق: تمّ حسابه بطريقة :

**صدق الاتساق الداخلي:** استخدمت الباحثة صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد.

جدول رقم(11) يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية لمقياس قلق الموت

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	**0.495	0.0001	19	**0.530	0.0001
2	**0.628	0.0001	20	**0.487	0.0001
3	**0.589	0.0001	21	***0.645	0.026
4	**0.486	0.0001	22	*0.241	0.026
5	**0.875	0.0001	23	**0.504	0.0001
6	*0.297	0.006	24	*-0.220	0.042
7	**0.954	0.0001	25	**0.785	0.0001
8	*0.233	0.03	26	**0.492	0.0001
9	**0.863	0.0001	27	*0.212	0.05
10	**0.764	0.0001	28	**0.569	0.0001
11	**0.765	0.0001	29	*0.598	0.0001
12	**0.844	0.0001	30	*0.222	0.050
13	**0.844	0.0001	31	**0.709	0.0001
14	**0.673	0.0001	32	**0.662	0.001
15	**0.708	0.0001	33	**0.619	0.0001
16	**0.572	0.0001	34	**0.560	0.0001
17	*0.339	0.001	35	**0.604	0.0001
18	**0.489	0.0001	36	**0.403	0.0001

\*\* دال عند 0.01 \* دال عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (11) أن جميع العبارات دالة عند مستوى (0.01) ، أو (0.05)، وتراوحت معاملاتها ما بين (0.22،0.95)، وهذا يعطي دلالة على متوسط معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (12) يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه لمقياس قلق الموت

البعد	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الأفكار المختلطة عن الموت	1	**0.584	0.001	بعد التوقعات المرتبطة عن الموت	17	**0.522	0.0001
	4	**0.540	0.0001		20	**0.728	0.0001
	7	**0.917	0.0001		23	**0.739	0.0001
	10	*0.288	0.042		26	**0.709	0.0001
	13	**0.863	0.0001		29	**0.391	0.0001
	16	**0.639	0.0001		32	**0.779	0.001
	19	**0.633	0.0001		34	**0.723	0.0001
	22	**0.357	0.001		36	*0.242	0.025
	25	**0.457	0.001		3	**0.512	0.0001
	28	**0.648	0.001		6	**0.424	0.0001
الانشغال بالألم الجسدية والنفسية	31	**0.817	0.0001	9	**0.791	0.0001	
	33	**0.727	0.0001	12	**0.743	0.0001	
	35	**0.601	0.0001	15	**0.793	0.0001	
	2	**0.617	0.0001	18	**0.737	0.0001	
	5	**0.905	0.0001	21	** -0.588	0.0001	
	8	**0.548	0.001	24	** -0.559	0.001	
	11	**0.786	0.0001	27	**0.441	0.0001	
	14	**0.728	0.0001	30	**0.348	0.001	

\*\* دال عند 0.01 \* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (12) أن جميع العبارات دالة عند مستوى (0.01)، أو (0.05)، وتراوحت معاملات بعد الافكار المختلطة عن الموت ما بين (0.28،0.86)، و بعد الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية ما بين (0.24،0.90)، و بعد التوقعات المرتبطة عن الموت ما بين (0.34،0.79)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه .

جدول رقم(13) يوضح معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس قلق الموت

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الافكار المختلطة عن الموت	**0.947	0.0001
الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية	**0.910	0.0001
التوقعات المرتبطة ما بعد الموت	**0.824	0.0001

\*\*دال عند 0.01

يتضح من خلال الجدول رقم(13) أن جميع الأبعاد دالة عند مستوى 0.01 وتراوحت معاملات ما بين (0.82،0.94)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه .

ونستخلص من الجداول (11، 12، 13) أن معاملات الاتساق الداخلي تشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية .

**صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):**

تمّ حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الأرباعي الأعلى، ومتوسطات مجموعة الأرباعي الأدنى، باستخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول رقم (18) بيّن النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية

جدول رقم (14) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الموت وأبعاده

المقياس وأبعاده	مرتفعو الدرجات ن=43		منخفضو الدرجات ن=43		درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الافكار المختلطة عن الموت	26.28	4.88	17.74	0.97	84	**11.23	0.0001
الانشغال بالألام الجسدية والنفسية	28.53	6.24	17.81	2.93		**10.19	0.0001
التوقعات المرتبطة ما بعد الموت	23.72	3.86	16.95	1.15		**11.00	0.0001
الدرجة الكلية	76.86	14.09	54.19	4.9		**9.96	0.0001

\*\*دال عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (14) أن قيم (ت) كلها دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) حيث بلغت قيم ت (9.96، 11.00، 10.19، 11.23)، وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على جميع أبعاد مقياس قلق الموت، والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يعني أن المقياس صادق .

ب- الثبات:

تمّ حساب معامل ثبات مقياس قلق الموت بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، والجدول رقم (19) يبين ذلك:

جدول رقم (15) يوضح معامل ألفا كرونباخ وتصحيح الطول بمعادلة جتمان لمقياس قلق الموت

المقياس	العينة	الفا كرونباخ	معامل جتمان
الدرجة الكلية	86	0.88	0.73

يتضح من الجدول رقم (15) أن قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ للدرجة الكلية كانت (0.88)، وبعد تصحيح الطول بمعادلة جتمان تراوحت الدرجة الكلية فكانت (0.73)، وهي قيم مرتفعة تدل على درجة ثبات المقياس .

5- الدراسة الأساسية:

1-5 عينة الدراسة الأساسية:

واشتملت العينة الأساسية:

تكونت من (133) مريضا، بنسبة (38.9%)، و 209 مريضة بنسبة (61.1%) وبلغ عدد مرضى السكري (92) بنسبة (26.9%)، ومرضى ضغط الدم (80) بنسبة (23.4%)، ومرضى القصور الكلوي (94) بنسبة (27.5%)، ومرضى السرطان (76) بنسبة (22.2%)، تمّ اختيارهم بطريقة قصدية، نظرا لعدم وجود إحصاءات رسمية بالمستشفى والجدولان رقم (16) و(17) يبينان الخصائص العامة للعينة الأساسية:

5-2-1 خصائص العينة:

الجدولان رقم (16) و(17) يبينان خصائص العينة الأساسية:

جدول رقم (16) يبين خصائص العينة الأساسية حسب الجنس

النسبة المئوية %	العدد	الجنس
38.9%	133	ذكور
61.1%	209	إناث
100%	342	المجموع

جدول رقم (17) يبين توزيع أفراد العينة الأساسية حسب نوع المرض

النسبة المئوية %	المجموع	إناث		ذكور		الجنس نوع المرض
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
26.9%	92	51.09%	47	48.91%	45	السكري
23.4%	80	67.5%	54	32.5%	26	ضغط الدم
27.5%	94	50%	47	50%	47	القصور الكلوي
22.2%	76	80.27%	61	19.73%	15	السرطان
100%	342	61.1%	209	38.9%	133	المجموع

5-2 إجراءات الدراسة الأساسية: بعد أن تمّ التأكد من صلاحية أداة القياس أي التأكد من صدقها وثباتها وتحديد عينة الدراسة من خلال المنهج المناسب والحدود المكانية والزمانية، بدأنا في تطبيق الدراسة بداية من شهر جانفي إلى غاية شهر أفريل

3-5 خطوات تطبيق أدوات الدراسة:

- تطبيق أدوات الدراسة الحالية، مقياس التدين ومقياس قلق الموت، على عينة استطلاعية مكونة من (86) مريضا بمرض مزمن لحساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة .
- تطبيق أدوات الدراسة الحالية مقياس التدين ومقياس قلق الموت على عينة أساسية مكونة من (342) مريضا بمرض مزمن للتحقق من فرضيات الدراسة .
- بعد تحديد الاستبيانات التي استوفت الشروط، تمّ تفريغ البيانات وفق مقاييس التصحيح المبينة سابقا، ثمّ حسب درجات كل فرد على كل مقياس منها، وتمّ معالجة البيانات إحصائيا اعتمادا على تقنية الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية. SPSS

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- معامل الارتباط .
- اختبار ت: (T test) .
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية
- معامل الفا كرونباخ ومعامل جتمان .
- تحليل التباين الاحادي .

### خلاصة الفصل:

تعرضنا في هذا الفصل إلى أهم الخطوات المتبعة في الدراسة الميدانية، فقد تناولنا فيه منهج الدراسة المتبع ومتغيراتها، وكذا أهداف وإجراءات الدراسة الاستطلاعية، ثم تطرقنا إلى الأدوات المستخدمة لجمع البيانات من حيث وصفها وخصائصها السيكومترية لنعرض بعد ذلك إجراءات الدراسة الأساسية وتحديد مجتمع الدراسة والعينة، لنعرض بعد ذلك إجراءات تطبيقها وأدوات التحليل الإحصائي للبيانات المحصل عليها، ونحاول في الفصل الموالي عرض وتحليل النتائج ومناقشتها.

# الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة

ومناقشتها

تمهيد:

بعد أن تطرقنا في الفصل السابق إلى أهم الإجراءات المنهجية للدراسة، سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج المتوصل إليها أثناء الدراسة، ومناقشتها وتفسيرها وتحليلها على ضوء ما تقدم من الدراسات السابقة وما تضمنه الإطار النظري للدراسة.

1- عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها: حيث تنص هذه الفرضية على ما يلي:

ينتشر التدخين لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات مرتفعة.

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب المتوسط الافتراضي والمتوسط الحسابي لدرجات المرضى في التدخين، والنتائج المتحصل عليها ممثلة في الجدول التالي:

جدول رقم(18) يوضح مدى انتشار التدخين لدى أفراد العينة

المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتوسط الافتراضي	عدد البنود	المقياس وأبعاده
مرتفع	4.50	31.56	24	8	أركان الإيمان
مرتفع	6.05	38.24	30	10	أركان الإسلام
مرتفع	4.38	33.59	30	10	ش.إ.الواجبات
مرتفع	5.54	40.11	24	8	ش.إ.المنهيات
مرتفع	16.32	143.49	108	36	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول رقم(18) أن مستوى انتشار التدخين لدى المرضى المزمنين مرتفع وبالتالي تحققت هذه الفرضية.

أظهرت نتائج الفرضية الأولى أن مستوى التدين لدى المرضى المزمين مرتفع، حيث اتفقت هذه النتيجة مع دراسة ميشال (Michelle, 1988, pp 67-68) ، حيث توصل إلى أن العلاقة مع الله مرتبطة إيجابيا بدرجة دالة إحصائيا مع الرضا عن الصحة.

(قريشي 2015، 120 )

وترى الباحثة أن ذلك أمر طبيعي في مجتمعنا الذي يتميز بتمسكه بتقاليده وعاداته العربية الإسلامية الأصيلة، من قيم ومبادئ مستوحاة من الدين الإسلامي، والتي من خلالها تنتظم الحياة وتستقيم، إذ يلجأ الإنسان لخالفه ومنقذه كلما اشتد عليه الظرف، وضافت به السبل، فالمرضى المصابين بأمراض مزمنة يلجؤون إلى الله والعبادة ، فالعبادات بكافة أنواعها من صلاة، وزكاة، وصيام، وحج وغيرها سواء كان منها فرضا أو نفلا كلها تفيد في زيادة إيمان المسلم، وتعمل على وقايته من الاضطرابات النفسية بكافة أشكالها. فإقامة المسلم لهذه العبادات يولد في النفس أثارا واضحة من الأمن والاطمئنان، فهي دواء للقلوب وشفاء لها، فالصلاة صلة بين العبد وربيه يجد فيها الإنسان الراحة والطمأنينة، والزكاة تطهر النفس من البخل والشح والقسوة والطمع، والصوم عبادة من شأنها ان تكبح جماع وشهوات النفس وتتمى ضمير الفرد، وتخلف في نفسه الرأفة والرحمة بالآخرين، إضافة إلى تعود الصبر والاحتساب عند الله، والحج عبادة من أعظم العبادات التي تحقق الصحة النفسية للفرد والمجتمع .

فإصابة الفرد بمرض مزمن تجعله يلجأ إلى الله تبارك وتعالى، ويستقيم على أمره لكي يخفف عنه، ويصبر على البلاء، وبالتالي ترتفع درجة تدينه، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " عَجَبًا لِأَمْرِ الْمُؤْمِنِ إِنَّ أَمْرَهُ كُلَّهُ لَهُ خَيْرٌ وَلَيْسَ ذَلِكَ لِأَحَدٍ إِلَّا لِلْمُؤْمِنِ إِنْ أَصَابَتْهُ سَرَّاءٌ شَكَرَ فَكَانَتْ خَيْرًا لَهُ وَإِنْ أَصَابَتْهُ ضَرَّاءٌ صَبَرَ فَكَانَتْ خَيْرًا لَهُ ". رواه مُسْلِمٌ.

فالأفراد المصابون بمرض مزمن يغلب عليهم الشعور بالإيمان والاعتكاف بعبادة الله تعالى وتأدية فرائضه، فالمريض يشغل نفسه بالعبادات ويجد ذلك راحة نفسية وسعادة مما يؤدي بهم الى الحصول على الراحة النفسية ويبث في نفوسهم القيم الدينية والتمسك بها. فالإيمان قوة خارقة تمد الإنسان المتدين بطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق الحياة، وتجنبه القلق الذي يتعرض له الأفراد المصابين بأمراض مزمنة، مما يزداد إقبالهم على السلوكيات الدينية.

**1-2 عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها:** حيث تنص هذه الفرضية على ما يلي: ينتشر قلق الموت لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات مرتفعة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب المتوسط الافتراضي والمتوسط الحسابي لدرجات المرضى في قلق الموت والنتائج المتحصل عليها ممثلة في الجدول التالي

**جدول رقم(19) يوضح مدى انتشار قلق الموت لدى أفراد العينة**

أبعاد المقياس	عدد البنود	المتوسط الافتراضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
الأفكار المختلطة عن الموت	13	32.5	25.54	6.67	منخفض
الانشغال بالألم الجسدية والنفسية	13	32.5	27.38	8.76	منخفض
التوقعات المرتبطة ما بعد الموت	10	25	21.33	5.18	منخفض
الدرجة الكلية	36	90	74.26	18.32	منخفض

يتضح من الجدول رقم(19) أن مستوى انتشار قلق الموت لدى المرضى المزمنين كان منخفضاً في جميع أبعاد المقياس، وبالتالي لم تتحقق هذه الفرضية.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة مأمون محمود وادي غوانمه التي توصلت إلى أن هناك درجة منخفضة من قلق الموت لدى المرضى القلب .

ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن قلق الموت يتأثر بعدة متغيرات منها: الأسرة، العلاقة مع الآخرين، الدين، التربية والتنشئة الاجتماعية التي تحيط بهم .

فالمرضى المصابين بأمراض مزمنة لديهم أسر أقارب وأصدقاء يتلقون منهم الحب والرعاية والاهتمام، ويتلقون الدعم النفسي والاجتماعي من العائلة والزوج والأصدقاء.

فحصول المرضى المصابين بأمراض مزمنة على الدعم الاجتماعي من المحيطين بهم: عن أسرة، وأصدقاء، وأقرباء يجعلهم دائمي الشعور بأن الآخرين يحبونهم ويقدرونهم ويهتمون بهم، ويعتبرونهم ذوي قيمة، وهذا يجعل حياتهم ذات معنى ويساعدهم على تخفيف الآلام والمعاناة الجسدية والنفسية والناجمة عن الإصابة بالأمراض المزمنة (مرضى السكري وضغط الدم، مرضى القصور الكلوي، مرضى السرطان)، ويجعلهم أكثر قدرة على التعايش والتعامل مع المرض ومتطلباته، مما يدعم عدم انشغالهم بالأفكار المرتبطة بالموت، وعن التوقعات المرتبطة ما بعد الموت جراء المرض، وهذا يساعدهم على تخفيض قلقهم من الموت. فوجود شبكة اجتماعية حول الفرد المصاب بمرض مزمن تمكنه من التشاور حول القرارات المتعلقة بمرضه، ويجد من يذكره بمواعيد الدواء ومن يحثه على الالتزام بالسلوكيات الصحية التي تخفف من الآثار السلبية للأمراض المزمنة، وتساهم في تزويد المريض بالطمأنينة، والتشجيع المستمر لمجابهة المرض، وهذا كله يجعل المريض أكثر طمأنينة وأكثر شعورا بالأمن، وأقل تعرضا وتأثرا بالضغوط النفسية، والآثار السلبية جراء المرض وعلى رأسها الخوف من الموت. والدعم الاجتماعي من طرف الأهل من تقبل للمريض ولظروف مرضه، وعدم التذمر من مساعدته ورعايته وتقديم العون له، ومثل هذا يكون له أثر طيب في نفس المريض وفي تخفيف المعاناة والآلام الجسدية والنفسية والابتعاد عن الافكار المرتبطة بالموت وما بعد الموت.

فالأفراد المصابين بالأمراض المزمنة أصبحوا أكثر قبولا لحياتهم وظروفهم الصحية، ولتطورات مرضهم، ولعل هذا ما لاحظته الباحثة خلال فترة إجراء الدراسة من أحاديث المرضى المباشرة فبعضهم كان يصرح بأن الموت علينا حق.

وكذلك تواجد المرضى ومكوئهم مع أشخاص مصابين بنفس المرض يجعلهم يتقبلون المرض، كل هذا يبعث الطمأنينة والراحة في نفوس المرضى، ويخفف الآثار السلبية للمرض عليهم، ومنها الألام الجسدية والنفسية والافكار المرتبطة بالموت، والتوقعات المرتبطة ما بعد الموت جراء الإصابة بمرض مزمن، أيضا أن المرضى المزمين خلال الفترة الطويلة من التعامل مع المرض ومتطلباته: من اخذ دواء ومراجعة للطبيب ودخول او مراجعة للمستشفى، قد اعتادوا عليها، وأصبحت لا تشكل قلقا لديهم، وبالتالي فإن أثرها على قلق الموت عندهم يكون منخفضا .

إضافة إلى قوة التفكير الروحي لديهم، مما يجعلهم أكثر رجوعا إلى الله والاعتماد عليه في تيسير أمورهم، والتوكل عليه مما ينعكس إيجابا على توقعاتهم الأخروية، وهذا بدوره يجعلهم أكثر تقبلا وإيمانا بالأسباب المؤدية للموت وبالتالي يخفض من قلق الموت لديهم.

### 3-1 عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين التدين وقلق الموت لدى المرضى المزمين وللتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون والنتائج المتحصل عليها ممثلة في الجدول التالي:

جدول رقم (20) يبين الارتباط بين التدين وقلق الموت

العينة	الدرجة الكلية	التوقعات المرتبطة ما بعد الموت	الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية	الأفكار المختلطة عن الموت	قلق الموت		
					أبعاد لتدين		
342	-	**0.238-	**0.292-	**0.410-	معامل الارتباط	أركان الإيمان	
					0.000		0.000
	**0.356	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة	أركان الإسلام
						0.000	
	-	**0.138-	**0.177-	**0.235-	معامل الارتباط	ش.إ. الواجبات	
					0.000		0.000
	**0.209	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة	ش.إ. المنهيات
						0.000	
	-	**0.162-	**0.230-	**0.338-	معامل الارتباط	الدرجة الكلية	
					0.000		0.000
	**0.279	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة	
						0.000	0.000
-	**0.159-	**0.197-	**0.273-	معامل الارتباط	الدرجة الكلية		
				0.000		0.000	
**0.239	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة		
					0.000	0.000	
-	**0.214-	**0.275-	**0.383-	معامل الارتباط	الدرجة الكلية		
				0.000		0.000	
**0.332	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة		
					0.000	0.000	

دال عند 0.01

يتضح من الجدول رقم(20): بلغت قيمة معامل الارتباط ما بين(-0.138، -0.383)، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقول : أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين التدين وقلق الموت، وبالتالي تحققت هذه الفرضية، وهذا يعني أنه كلما كانت درجة التدين مرتفعة كلما انخفضت درجة قلق الموت لدى المرضى المزمنين.

اتفقت نتائج دراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي قامت بها الكايد(1995) ، وكذلك نتائج دراسات التي قام بها كل من الشويعر(1989)، ودراسة هولاند و آخريين (Holland, et al)، ودراسة راسموسين وجونسون (Rasmussen & Johnson, 1994)، ودراسة نجوم(2001) ،والتي أشارت جميعها إلى وجود علاقة سلبية دالة بين مستوى التدين وقلق الموت .

ويمكن تفسير ذلك بأن الإيمان بالله وملائكته وكتبه، ورسله واليوم الآخر ، والقضاء والقدر خيره وشره يرتبط بالصحة النفسية للإنسان، لأن الإيمان عملية نفسية تنفذ إلى أعماق النفس وتحيط بجوانبها الإدراكية، والوجدانية، والروحية، والنزوعية، فتبعث فيهم يقينا لا يتزعزع بوجدانية الله وألوهيته وربوبيته، وثقة لا تزلزل بقدرته وعدله، وحكمته، ورضا صادقا بقضائه وقدره، وقناعة غامرة بعبائمه، وعملا مخلصا بمبادئ الإسلام الخلقية والسلوكية.

(عسيلة، حمدونة، 2015، 734)

فالإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره، هو الذي يجنب الإنسان القلق ويجنبه الوسواس والأفكار المختلطة عن الموت، والابتعاد عن الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية، ويخفض كل ما هو متوقع ما بعد الموت، حيث ترى طريفة الشويعر (1408هـ، 64) أن المؤمن بالقضاء والقدر يستمد قوته من الإيمان بالله فيدرك معه أن رزقه مقسوم و أجله محدود وبهذا

يمكنه ان يواجه المستقبل دون خوف أو وجل، بل إنه يلقاه آمناً مطمئناً، لأن إيمانه هو مصدر أمنه .

إن الايمان بالله وملائكته ورسوله وكتبه واليوم الآخر والقدر خيره وشره، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ

بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١﴾ ءَأَمِنَ الرَّسُولُ بِمَا أُنزِلَ إِلَيْهِ مِنْ رَبِّهِ ءَوَالْمُؤْمِنُونَ ؕ كُلٌّ ءَأَمِنَ بِاللَّهِ

وَمَلَائِكَتِهِ ءَوَكُتُبِهِ ءَوُرُسُلِهِ ءَلَا نَفَرَقُ بَيْنَ أَحَدٍ مِّن رُّسُلِهِ ؕ وَقَالُوا سَمِعْنَا وَأَطَعْنَا ؕ غُفْرَانَكَ رَبَّنَا

وَإِلَيْكَ الْمَصِيرُ ﴿٢٨٥﴾ البقرة: ٢٨٥، ونجد في رحاب كل منها تربية نفسية إن أحسن

شرح هدفها والتدريب عليها، ويؤدي الالتزام بها إلى تشكيل فلسفة عامة تقينا الاضطرابات

النفسية (سعادت، 2014، 75)

إن الإيمان بالله قوة خارقة تمد الإنسان المتدين بطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق

الحياة، وتجنبه القلق الذي يتعرض له كثير من الناس في هذا العصر، حيث قال الفيلسوف

وعالم النفس الأمريكي: " إن أعظم علاج للقلق ولا شك الإيمان" (الشهري، 1996، 22)

فالإنسان إذا اعتقد أن الموت من عند الله تعالى، وأن كل نفس سوف تذوق الموت وكان

إيمانه بالله تعالى إيماناً راسخاً، فإن هذا الإيمان سوف يكسب الإنسان مناعة وقاية من

الأمراض النفسية . وقد وصف القرآن الكريم ما يحدثه الإيمان من الأمن والطمأنينة في نفس

المؤمن: قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿٢﴾ الَّذِينَ ءَأْمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ ؕ أَلَا

بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾ الرعد: ٢٨، فالمؤمن بالله تعالى حق الإيمان لا

يخاف شيئاً في هذه الحياة الدنيا لأنه يعلم علم اليقين أنه لا يصيبه شيء إلا بمشيئة الله.

(الكايد 1995، 8-9)

فالمؤمن الصادق الإيمان لا يخاف الموت كما يخافه معظم الناس، إذ أنه يعلم أن

الموت سينقله إلى جوار الله تعالى ينعم بلقائه ورحمته، إنه ينظر إلى الموت نظرة واقعية،

فهو يعلم أنه حقيقة لا بد منها ولا مفر منها، و أن لكل إنسان أجلا محدودا قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ

﴿ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴾ كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَإِنَّمَا تُوَفَّقُ أُجُورَكُمْ يَوْمَ الْقِيَامَةِ ﴿

آل عمران: ١٨٥، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَلَنْ يُؤَخِّرَ اللَّهُ نَفْسًا إِذَا جَاءَ أَجَلُهَا

﴿ الْمُنَافِقُونَ: ١١ قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ أَيِنَّمَا تَكُونُوا يَدْرِكَكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ

كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُشَيَّدَةٍ ﴿ النساء: ٧٨ ولذلك فالمؤمن يعمل في حياته الدنيا على هذا الأساس

معدا نفسه للحياة الآخرة بالإيمان بالله وعبادته والعمل الصالح (نجاتي 1989)، فالإنسان إذا

عرف أن الموت حق على كل مخلوق و أعدّ عدة الإيمان وصالح العمل أيقن برحمة الله

الواسعة وسار في طريق الآخرة، عندها ترتفع المعنويات ويذهب القلق واليأس من نفسه

ويبعد الوسوس المرتبطة بالموت.

إن العبادات بكافة أنواعها: من صلاة، وصيام، وزكاة، وحج كلها تفيد في زيادة إيمان

المسلم، وتعمل على وقايته من الاضطرابات النفسية بكافة أشكالها.

فالصلاة عبادة عظيمة ملازمة للمسلم كل يوم خمس مرات، ومتضمنة لأقوال وأفعال

محددة وهي صلة للمسلم بخالقه حيث يدعوه ويطلب عونه ومساعدته، كما أنها تطهر النفس

وتجلب السكون والطمأنينة، حيث نجد القرآن الكريم يأمر المؤمنين بالاستعانة بالصلاة

وقد كان من عادة الرسول صلى الله عليه وسلم إذا اشتد عليه أمر من الأمور يلجأ إلى

الصلاة فيجد الراحة والطمأنينة فكان يقول لبلال: " قم يا بلال فأرحنا بالصلاة.

(سنن أبي داود، 3986، ج4، 296).

وأيضا فقد روى الإمام أبو داود في سننه عن حذيفة رضي الله عنه قال: " كان النبي

صلى الله عليه وسلم إذا حزّ به امر صلى " وهذا فيه دلالة على أن الصلاة تذهب القلق

(الصنيع، 2002، 215) وتبعث في الإنسان الشعور بالصفاء الروحي، والاطمئنان القلبي

والاسترخاء التام، وترديد آيات القرآن العظيمة في الصلاة يجلب الهدوء النفسي، الذي له دور في تخفيف كل من حدة التوتر والأفكار المرتبطة بالموت، والأفكار ما بعد الموت حيث تساعد حالة الاسترخاء والهدوء النفسي التي تحدثها الصلاة على التخلص من قلق الموت الذي يعاني منه الأفراد المصابين بأمراض مزمنة، وحالة الاسترخاء التي تحدثها ما بعد الصلاة، من تسبيح، واستغفار، ودعاء يمتد أثرها إلى ما بعد الصلاة، وفي تكرار الصلاة على تلك الهيئة تعمل على الانطفاء التدريجي للقلق ولذلك فهي تعمل على وقاية صاحبها من الإصابة بالأمراض النفسية. (العمودي، 2014، 204)

فالصلاة فنية علاجية مناسبة لخفض القلق لدى الأفراد، فيتعلم الفرد منها الاسترخاء الذي يسهم كفنية للعلاج النفسي الروحي (الديني) في تخفيف أزمات الحياة الصعبة، وتكوين اتجاهات جيدة ومناسبة للتعامل مع ظروف هذه الحياة والافتتاع بأن الأمر كله بيد الله.

(سعادت، 2014، 39)

أما الصيام عبادة عظيمة، فيها تزكية وتقوى لنفس الصائم، وتربية وتهذيب للنفس وعلاج لكثير من أمراض النفس والجسد، فالصائم يعيش في ظل مبادئ وأجواء روحية مريحة مشبعة بالثقة والإيمان، والتزام الصائم بالامتناع عن الطعام والشراب وشهوات الجسد يقوي فيه الإرادة، ويجعله صلباً قوياً في مجابهة مشاكل الحياة وصعابها، (الصنيع، 2002، 216)، ومن ثم تمتلئ نفسه باليقين والرضى، وتدرجياً تذهب عن نفسه الوسوس والأفكار المرتبطة بالموت، وتبعد عنه الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية، وتزيل الأوهام وتمحي المخاوف والهواجس المرتبطة بالتوقعات ما بعد الموت، فيجد دائماً الله إلى جواره فيركن إليه ويزداد تشبهاً به، وعندما يستطيع الصائم أن يصل إلى هذه الدرجة بعبادته وصلاته وقراءته للقرآن الكريم يكون قد وصل بر الأمان، فالصيام يجلب لنفس المسلم الراحة، ويبعد عنها القلق والضيق، ويعود النفس على الصبر وتحمل مشاق الحياة مما يؤدي بها ذلك الحصول على الراحة النفسية والطمأنينة.

وإقامة المسلم للواجبات، من قراءة قرآن والدعاء، والذكر، والصبر والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، تولّد في النفس آثارا واضحة من الأمن والاطمئنان، فهي دواء للقلوب وشفاء لها. فتلاوة القرآن العظيم بتدبر والعمل بما فيه من الفضائل العظيمة التي لا تعد ولا تحصى هو سبب السعادة للإنسان وجلاء للأحزان، فتمسك الإنسان المؤمن بكتاب الله لاجئا إليه دائما، فهو بالنسبة له خير مرشد في تحقيق الاستقرار النفسي له فمهما قابله من مشاكل وواجهه من محن فإن كتاب الله وكلماته المشرقة بأنوار الهدى كفيلة بأن تزيل ما في نفسه من وساوس وافكار مرتبطة بالموت ما بعد الموت، وما في جسده من آلام و أوجاع نفسية وجسدية، ويتبدل خوفه إلى أمن وسلام (سعدت، 2014)، والدعاء عبادة يتقرب بها الفرد إلى ربه طلبا للمغفرة، وهو بهذا يخفف عن نفسه ما يشعر به من مشاعر القلق والهم والخوف وخاصة أنّ الله سبحانه وتعالى قد أمره بالدعاء ووعده بالاستجابة، قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنْ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿ وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ ﴾ غافر: ٦٠، فالأدعية والذكر تدخل في النفس الطمأنينة وراحة البال وينشط في التمسك بالأمل في الشفاء، في المستقبل ويقوي رجاؤه لأنه قد ألقى ثقل مرضه أو مصيبتة إلى من يتكفل بها بقوة وقدرة شفائية وهو الله.

(سعدت، 2014، 220)

والصبر أمر عظيم يمكن الإنسان من ضبط نفسه لتحمل المتاعب والمشاق والآلام وضبطها عن الاندفاع بعوامل الضجر، الجزع، السأم، الملل، العجلة، الغضب والخوف (الميداني، 1992: ج2: 305)

وبهذا الصبر يعمل على تنقية النفس من رواسب المرض النفسي، فهو يزيل الغضب الطمع، الجشع، الحقد، الغل، الكره والخوف ويبدلها بالإحسان والعفو، الرضا، المحبة والاحتساب عند الله، ويمكن اعتباره مؤشرا أو دليلا قويا على تمتع الفرد بصحة نفسية جيدة (العمودي، 2016، 207)، ويرجع نجاح الصبر كفنّية من فنيات الإرشاد النفسي الديني إلى

أن نزول البلاء والمصائب والمشكلات على العبد علامة على حب الله تعالى، بل هو خير للمؤمن من ان يدخر له العقاب في الآخرة، يقول رسول الله صلى الله عليه وسلم: "إذا أراد الله بعبد الخير عجل له العقوبة في الدنيا، وإذا أراد بعبده الشر أمسك عنه بذنبه حتى يوافيه به يوم القيامة". رواه الترمذي

أما العبادات الأخرى كالصدق، الإخلاص، العفو، الصفا والإحسان وغيرها من العبادات تزود النفس الإنسانية بفيض من الهدوء القلبي والأمن النفسي والسكينة والطمأنينة حتى تكون سعيدة في دنياها مطمئنة على آخرتها راضية مرضية. قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ

بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿٢٧﴾ يَتَأَيَّنُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ ﴿٢٨﴾ فَادْخُلِي فِي عِبَادِي ﴿٢٩﴾ وَادْخُلِي جَنَّتِي ﴿٣٠﴾ الفجر: ٢٧-٣٠

كما عمل الإسلام على تعزيز السلوكيات الإيجابية في أبنائه كإفشاء السلام، صلة الرحم، عيادة المريض، تسميت العاطس، مساعدة الفقراء، الأمر بالمعروف وحث الفرد على الأخذ بها لما لها من أثر على تحسن علاقته مع الآخرين، وكذلك نهى عن الجوانب السلبية في السلوك والتعامل التي نهى عنها الإسلام، لما فيها من فساد وبغضاء بين الأفراد بعضهم مع بعض، وتجنب النفاق والسخرية والغيبة والنميمة، والكذب، وتعاطي المسكرات، والحسد والتجسس وسوء الظن بالناس .

ويري الشريف (1995) أن الإسلام يعطي للحياة معنى جميلاً مشعاً بالأمل بحياة أفضل من خلال فكرة البعث والحساب والعقاب، ويمحو من شعور الإنسان الصورة المرعبة للموت . قَالَ تَعَالَى: أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا﴾ وَهُوَ الْعَزِيزُ الرَّحِيمُ ﴿٢﴾ الْمَلِكُ: ٢، ذلك أن للموت في المفهوم الإسلامي معنى مشرقاً، مفعماً بالأمل والرجاء، معنى حياة أفضل واستمرارية خالدة وسعيدة، في حين أن للموت في المنظار

العلمي المادي معنى تعيسا مظلما يعني الفناء والعدم، وكل حي يكره الفناء ويخافه ويهرب منه .

فالموت في الدين الإسلامي له بعد آخر، أنه ليس ذلك المجهول الذي يبث الخوف والرغبة في النفوس، ولكنه قضاء الله وحكمته في أن يعيش عمرا زائلا في الدنيا، ثم يعيش عمرا خالدا في الآخرة، قَالَ تَعَالَى: **أَعُوذُ بِاللَّهِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ ﴿١٤٥﴾ وَمَا كَانَ لِنَفْسٍ أَنْ تَمُوتَ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ كِنَبَأً مُّوجَّلاً**

إن الموت في الإسلام انتقال بين حياتين وليس نهاية أو خاتمة مطاف، وإنما الآخرة هي دار القرار، تلك الدار التي لن يكون فيها موت مطلقا بل خلود ودوام، من ثم جعل الدين الإسلامي الموت هدفا، فاستراح الإنسان بعد ان عرف حكمة الله من هذه الحيا ومن الموت حيث أن الموت حقيقة فلا داعي للخوف منه، ولا بأس من عدم القلق من لقاءه، خاصة إذا كانت أن كثرة ورود الآيات القرآنية التي تتعرض للموت ليس الغرض منها التخويف والتهديد، ولكن هدفها التقليل من حالة الخوف الإنساني من الموت. (نجوم، 1422، 19)

والموت وما يترتب من مشكلات على وقوعه أمر يقيني يدركه الإنسان، ومع ذلك فهو حريص على تناسي الموت قدر المستطاع، ويشير الباحثون إلى أن اهتمام الناس بدفن أفكارهم عن الموت، لا يقل شأنًا عن حرصهم على دفن موتاهم، وفي المعنى نفسه، أنه لما فشل الناس عن إيجاد علاج للموت فإن أفضل طريقة للاستمتاع بالحياة هي التخلي عن التفكير في الموت. (الشهري، 1996، 09-10)

كما أن إصابة أفراد العينة بأمراض مزمنة يجعلهم ينتظرون الموت بأي لحظة، مما يدفعهم لأن يستعدوا للموت، بأن يكونوا أكثر تمسكا بشعائر الدين، حتى يكونوا أكثر قربا من ربهم وهذا يبعث الطمأنينة في أنفسهم بأنهم استعدوا للمرحلة القادمة (الحياة بعد الموت) مما يجعل تدينهم يلعب دورا في تخفيف قلق الموت.

4-1 عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها :

تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي التدخين ومتوسطات درجات متوسطي التدخين في قلق الموت لدى المرضى المزمنين.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة (ت) بين متوسطات درجات مرتفعي التدخين ومتوسطات درجات متوسطي التدخين لدى أفراد العينة، والجدول رقم (24) يوضح النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية:

جدول رقم(21) يبين نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات مرتفعي ومتوسطي

التدخين في قلق الموت

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	متوسطي الدرجات ن=80		مرتفعو الدرجات ن=262		التدخين أبعاد قلق الموت
			إ.المعياري	م.الحسابي	إ.المعياري	م.الحسابي	
0.000	340	**7.18	6.80	29.39	6.04	24.21	الأفكار المختلطة عن الموت
0.000		**5.74	8.82	32.09	8.23	25.95	الانشغال بالألام الجسدية والنفسية
0.000		**4.81	6.12	23.70	4.64	20.61	التوقعات المرتبطة ما بعد الموت

دال عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (21) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي التدين، ومتوسطات درجات متوسطي التدين لصالح متوسطي التدين في أبعاد قلق الموت والدرجة الكلية، حيث بلغت قيم (ت) (7.18، 5.74، 4.18، 6.79) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، وبالتالي تحققت هذه الفرضية، مما يعني ارتفاع قلق الموت لدى المرضى المزمين متوسطي التدين أكثر من المرضى مرتفعي التدين .

أي أن ذوي التدين المتوسط أكثر عرضة لقلق الموت أكثر من ذوي التدين المرتفع، لأن ذوي التدين المرتفع يكونون أقل عرضة لقلق الموت نظر لتقبل الموت والاستعداد المسبق له .

كما أن الفرد ذا التدين الأعلى أكثر إيماناً بالآخرة، وبوجود الحساب والعذاب من الشخص المتوسط تديناً، ويكون أكثر طمأنينة بما قدمه من أعمال صالحة وعبادات، ستكون حصناً ودرعاً له بعد الموت والبعث، مما يجعله يتقبل الموت ولا يخاف منه، بل قد ينتظره بفارغ الصبر، لأنه على يقين أن الموت سينقله من حياة كد وشقاء زائلة، إلى حياة نعيم ورخاء أبدية، كما أن التدين العالي ينزع الخوف والرغبة من الموت من قلب المؤمن، وينزل السكينة والطمأنينة بدلا منها، قال تعالى: "يأتيها النفس مطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في عبادي وادخلي جنتي"

كما أنّ الإسلام جعل لكلّ من الموت والحياة حكمة وغاية، فحكمة الحياة أن يعيش الفرد عمراً زائلاً في الدنيا، وحكمة الموت أن يعيش عمراً ابدياً في الآخرة، وهذا يجعل الفرد ذي التدين العالي مطمئناً على مصيره بعد الموت، مما يجعل قلق الموت عنده منخفضاً ويجعل الفرد الأقل تديناً دائماً الانشغال على مصيره بعد الموت مما يرفع من مستوى قلق الموت لديه.

(غوانمه، 85، 1995)

ومما لا شك فيه أن التدين بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف يعتبر مصدرا أساسيا وهاما في بث الأمن والطمأنينة في نفوس المسلمين، وفي مقابل هذا فإن البعد عن الله والضلال واتباع الهوى سبب في شعور الإنسان بالضيق والقلق .

### 1-5 عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها :

تتص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المزمين تبعا لمتغير الجنس .

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب قيمة (ت) بين درجات الذكور ودرجات الإناث في قلق الموت، والجدول رقم (22) يوضح نتائج المعالجة الإحصائية:

#### جدول رقم(22) يبين نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين الجنسين قلق الموت

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الإناث ن=209		الذكور ن=133		الجنس	
			م.الحسابي	إ.المعياري	م.الحسابي	إ.المعياري	المتغير المقاس	
0.000		3.58* *	18.88	77.04	16.55	69.89	الدرجة الكلية	

\*\* دال عند 0.01 \* دال عند 0.05

يتضح من الجدول رقم ( 22) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الذكور ودرجات الإناث في قلق الموت لصالح الإناث حيث بلغت قيم (ت) في قلق الموت ( 4.11 ، 2.56 ، 2.99 ، 3.85) وهي قيم دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، و 0.05 ، وعليه نرفض الفرضية الصفرية.

وبالتالي تحققت الفرضية مما يعني وجود فروق بين الذكور والإناث في قلق الموت بكل أبعادها لصالح الإناث، وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع معظم الدراسات في هذا

المجال، فقد اتفقت مع نتائج دراسة بوفيدا وآخرون (Poveda, et, al, 2000) دراسة ديفنس (Devins 1980)، دراسة (صايمة، 2002)، دراسة (بركات، 2006)، دراسة إبراهيم (1995)، ودراسة راسموسين و جونسون (Rasmussen & Johnson, 1994) حيث أشارت نتائجها جميعا إلى أن الإناث أكثر قلقا من الموت مقارنة بالذكور وبشكل دال إحصائيا.

واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة تهاني محمد جبر ياسين (2011) ودراسة روبنسون وود (Robinson & Wood, 1983) والتي دلت جميع نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت يعزى لاختلاف الجنس.

ويمكن تفسير ذلك بأن الإناث عادة ما يكنّ أقل شعورا بالأمان والطمأنينة النفسية من الرجال وهذا يجعلهن أكثر خوفا بشكل عام من الألم والمعاناة الطويلة، وأقل تحملا لها وخاصة الآلام والمعاناة المصاحبة للإصابة بأمراض خطيرة ومزمنة، وهذا يجعل قلق الموت لديهن أعلى مقارنة بالرجال

فالموت عند الإناث دلالة على نهاية العلاقات الشخصية، وهذا يجعلهن دائمي التفكير بالعلاقات الشخصية، ويضعن أهمية أكثر لهن، وأهمية أقل للإنجازات، فتعلق الإناث وارتباطهن بالآخرين: من زوج، أطفال، والدين يكون أكثر من الرجال، مما يجعل الخوف من الموت لديهن لا يتعلق بموتهن الشخصي فقط، بل بموت الآخرين الهامين في حياتهن فالمرأة كما هو معروف في ثقافتنا مستعدة أن تضحي بنفسها من أجل إنقاذ أبنائها، من شدة تعلقها به إذا اقتضت الضرورة لذلك، وهذه الأمور تجعل خوفهن من الموت عاليا.

كما أن النمط السائد في ثقافتنا، وخاصة عند الأنثى، أن هنالك توجهها من الذكور للزواج بعد وفاة زوجاتهم، وهذا له أكبر الأثر في انشغالها على أبنائها ومستقبلهم، مما

يجعلها أكثر خوفاً على مصيرهم فيما إذا توفيت، وهذا يساهم في رفع درجة خوفها من الموت بمقارنة بالذكور.

ومن بين التفسيرات وهو ما قدمته (كوبلر-روس) إذ ترى أن الإناث يشعرن بأمان أقل على أن قلقهن المرتفع من الموت لا يتعلق فقط بموتهن شخصياً، بل يتعلق بموت أزواجهن كما أن النساء عموماً يخفن الألم والمعاناة الطويلة أكثر من الرجال، كذلك اقترح "يونج ودانيل" تفسير آخر إذ يريان أن ارتفاع درجات الإناث في قلق الموت ربما يرجع إلى توقعات الأدوار تبعاً للجنس، والتي تتحدد حضارياً، فالمتوقع عادة من الذكور أن يكونوا شجعاناً بحيث لا يكشفون عن خوف أو قلق بهذا الصدد. (عبد الخالق، 1987)

#### 6-1 عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها:

تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية قلق الموت لدى المرضى المزمنين تبعاً لاختلاف نوع مرضهم و للتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب قيمة (فا) لقلق الموت تبعاً لمتغير نوع المرض والجدول رقم (23) يوضح نتائج المعالجة الإحصائية:

جدول رقم (23) يبين نتائج (فا) لدلالة الفروق بين أفراد العينة في قلق الموت تبعا لنوع

المرض

أبعاد قلق الموت	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأفكار المختلطة عن الموت	بين المجموعات	764.96	3	254.98	**5.96	0.001
	داخل المجموعات	14447.88	338	42.74		
	المجموع	15212.84	341			
الانشغال بالألم الجسدية والنفسية	بين المجموعات	1187.79	3	395.93	**5.35	0.001
	داخل المجموعات	24977.02	338	73.89		
	المجموع	26164.82	341			
التوقعات المرتبطة بما بعد الموت	داخل المجموعات	520.47	3	173.49	**6.77	0.000
	بين المجموعات	8655.52	338	25.60		
	المجموع	9176	341			
الدرجة الكلية	داخل المجموعات	7014.43	3		**7.35	0.000
	بين المجموعات	107523.40	338			
	المجموع	114537.83	341			

\*\* دال عند 0.01

يتضح من الجدول رقم ( 23 ) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى المزمنين (مرضى السكري، ضغط الدم، ومرضى القصور الكلوي والسرطان) في قلق الموت بأبعاده المختلفة، حيث بلغت قيمة (ف) ( 5.96 ، 5.35 ، 6.77 ، 7.35 ) وهي قيم دالة عند مستوى 0.01 وبالتالي تحققت الفرضية، وعليه نقبل الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت، تبعاً لمتغير نوع المرض، ولمعرفة مصادر الاختلاف في الدرجات المتحصل عليها، قامت الباحثة بحساب المقارنة المتعددة باستخدام اختبار شيفيه Scheffe ، فكانت النتائج مبيّنة في الجدول رقم (24) التالي:

**جدول رقم (24) يبين اختبار شيفيه Scheffe للفروقات المتعددة في قلق الموت تبعاً**

**لمتغير نوع المرض**

السرطان	القصور الكلوي	ضغط الدم	نوع المرض	المتغيرات
*9.80-	2.57	1.84-	السكري	قلق الموت
8.01-	4.41		ضغط الدم	
*12.42-			القصور الكلوي	

\*دال عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (24) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05،

في قلق الموت بين مرضى السرطان وكل من مرضى السكري ومرضى القصور الكلوي لصالح مرضى السرطان

وانتقلت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ديفنس (Devins 1980) التي توصلت

الى وجود فروق في قلق الموت حسب نوع المرض واختلفت مع دراسة روبنسون

وود (Robinson & Wood, 1983) التي توصلت الى عدم وجود فروق في قلق الموت حسب نوع المرض .

ويمكن تفسير ذلك بأن الإنسان بطبعه يخاف من كل مجهول وغير متوقع، خاصة إذا كان هذا المجهول يشكل نهاية وجوده في هذه الحياة، ويسبب موته الشخصي . فمن النادر أن نجد إنسانا لم يمر بخبرة موت الآخرين طيلة فترات حياته المختلفة، وقد علم بأسباب موتهم المختلفة. وهذا ما يوّد قلقا تجاه هذه الأسباب وتجنبها، حيث يعتبر المرض أهم هذه الأسباب ولا سيما إن كان خطيرا والذي يحمل في طياته تهديدا ضد استمرارية الحياة وجودتها ويجعل الإنسان ماثلا أمام نهاية محتومة لا مفر منها . (ياسين، 2011، 3)

وإصابة الأفراد بمرض مزمن يشكل لهم نوعا من التهديد لحياتهم، ويزيد ولو جزئيا من وعيهم بموتهم الخاص، ويزيد من تفكيرهم بالمخاطر التي قد تتولد نتيجة المرض وتطوراتها، ولعل أكثر هذه المخاطر إثارة لقلقهم هي ان هذا المرض قد ينهي حياتهم فأصابتهم بالمرض هي السبب الرئيسي لخوفهم من الموت، فليس هناك أخطر من الأمراض السرطانية وخاصة أن الطب الحديث مازال عاجزا عن إيجاد العلاج الشافي لها، مما يوّد لدى المريض همّا وقلقا خاصة إن كان متعلقا بالحياة ويحبها. أيضا بسبب غموض مصيره الصحي وما قد ينتظره من مضاعفات لمرضه .

إن الموت هو النهاية الحتمية للبشر، وإن هذا الموت لا بد من له سبب فليس هناك سبب أقوى للموت من الإصابة بمرض السرطان، خاصة بأن النظرة المجتمعية لطبيعة هذا المرض مميتة، ولا سيما عند التقدم بالمرحلة المرضية، إذ يشير أسعد (1990) إلى أن الإصابة بالأمراض السرطانية معناها نهاية العالم بالنسبة للمريض، ممّا يوّد لديه خوفا من الموت وإحساسا بالعجز. إضافة إلى التغيرات الجسدية التي قد تنتج عن التطور السلبي للمرض، كعملية بتر أحد الأطراف كما في سرطان العظام، أو تساقط الشعر وشحوب اللون نتيجة مضاعفات العلاج، ويضاف لها في بعض الأحيان فقدان بعض الوظائف الحيوية

للجسم، مما يجعل المريض يتصور بأن جسده وبعض الوظائف الحيوية في خطر، وهي أسباب قد تهدد حياته، وتدهور الحالة المرضية للمريض، وعدم الاستجابة للعلاج، مما يولد مستوى عال من قلق الموت. (ياسين، 2011، 24)

### 7-1 عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها:

تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المزمين تبعاً لاختلاف مدة الإصابة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة (فا) لقلق الموت تبعاً لمتغير مدة الإصابة والجدول رقم (25) يوضح نتائج المعالجة الإحصائية:

جدول رقم (25) يبين نتائج اختبار (ف) لدلالة الفروق بين أفراد العينة في قلق الموت تبعاً لمدة الإصابة

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
قلق الموت	داخل المجموعات	471.58	2	235.79	0.70	0.497
	بين المجموعات	114066.25	339	336.47		
	المجموع	114537.83	341			

يتضح من الجدول رقم (25) أن قيمة "فا" غير دالة إحصائياً وبالتالي نقبل الفرضية

الصفريّة، وبذلك يمكننا القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى المزمين (مرضى السكري وضغط الدم، ومرضى القصور الكلوي والسرطان) في قلق الموت بأبعاده المختلفة تبعاً لمتغير مدة الإصابة وبالتالي لم تتحقق هذه الفرضية .

اختلفت نتائج دراسة الحالية مع دراسة هايسلب ولوهر وبييرلين

(Hayslip, Luhr & Beyerlein, 1997) أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة

إحصائية في مستوى قلق الموت تعزى مدة اكتشاف المرض .

ويمكن تفسير ذلك حيث يعد الموت تلك النهاية المجهولة والغامضة، وإنها من

الأسرار غير المعروفة والتي أخفاها الله سبحانه وتعالى عن عباده، ومن الطبيعي أن تشكل

تلك النهاية لدى الفرد المصاب بمرض مزمن خوفا وقلقا شديدا، خاصة عند مواجهته أمور

مقلقة كالمرض وخاصة الأمراض المزمنة، لأن المرض المزمن هو علة يعيشها صاحبها

بصورة دائمة وتؤثر في جميع أو معظم جوانب حياته، فالأمراض المزمنة هي أمراض تتسم

بكونها أمراض تدوم فترات طويلة، ويمكن أن تتطور وتصبح مهلكة أو مميتة. فالموت يهابه

ويخافه لكل سواء في بداية إصابته بالمرض أو بعد مدة من الإصابة، لأن طبيعة الأمراض

المزمنة وما يرافقها من آلام وما يتطلبه من علاج مستمر والبقاء في المستشفى لفترات

طويلة، وفقدان الحيلة وفقدان الشهية، وما تفرضه بعض الأمراض من تشوهات وعيوب

جسمية، كل هذا بالطبع لا بد أن يؤثر في نفسية المرضى.

الاستنتاج العام:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن علاقة التدين وقلق الموت لدى المرضى المزمنين وذلك باعتبار أن الأمراض المزمنة تسبب مشكلات وصعوبات صحية، نفسية، اجتماعية واقتصادية، ولا يستطيع بوجودها الفاعلون القيام بأعمالهم ووظائفهم كما يحب، أي أن المرض المزمن هو علة يعيشها صاحبها بصورة دائمة أو شبه دائمة، وتؤثر في جميع او معظم جوانب حياته .

لتحقيق أهداف هذا البحث وللإجابة على تساؤلاته وتحقيق فروضه تمّ تطبيق أداتين هما: مقياس التدين من إعداد الدكتور فيصل قرشي، ومقياس قلق الموت من إعداد الباحثة، على عينة استطلاعية بلغ عدد أفرادها 86 مريضا مزمنيا من أجل التحقق من خصائصهما السيكومترية، وبعد التأكد من صلاحية المقياسين للتطبيق قامت الباحثة بتطبيق المقياسين على عينة الدراسة الأساسية المتكونة من 342 مريضا مزمنيا (133 ذكور، 209 إناث) من المؤسسة الاستشفائية الجبلاني بن عمر بولاية الوادي، وتم معالجة البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS**، وتركزت المعالجات الإحصائية على معامل الارتباط (بيرسون)، واختبار "ت".

و بعد معالجة البيانات إحصائيا ومناقشتها تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

- ينتشر التدين لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات مرتفعة
- ينتشر قلق الموت لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات منخفضة
- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين التدين وقلق الموت لدى المرضى المزمنين
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي التدين ومتوسطات درجات متوسطي التدين في قلق الموت لدى المرضى المزمنين

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في كل قلق الموت لدى المرضى المزمين تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث
  - توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدى المرضى المزمين تبعاً لمتغير نوع المرض لصالح مرضى السرطان
  - لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدى المرضى المزمين تبعاً لمتغير مدة المرض (الازمان)
- ومن خلال هذه النتائج يتبين أن مجمل فرضيات البحث الحالي تحققت ما عدا فرضيتين.

الاقتراحات:

في ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسة تقترح الباحثة مايلي:

1. إعداد برنامج إرشادي بمحتوى ديني للتخفيف من قلق الموت لدى المرضى المزمنين.
2. بناء برامج توعوية وإرشادية مستمدة من الدين الإسلامي، والتي تعمل على زيادة مستوى الوعي والالتزام بالأحكام والمبادئ والتعاليم الدينية، لما تبين من دور التدين في تخفيض قلق الموت .
3. توعية الأفراد الذين لهم علاقة بالمرضى المزمنين بضرورة تزويد هؤلاء المرضى بالدعم والمساندة من جميع الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية والعاطفية، لما يحدثه ذلك من زيادة الطمأنينة النفسية لدى المرضى المزمنين.
4. دراسة العلاقة بين التدين وعدد من متغيرات الشخصية.
5. إجراء دراسات تتناول العلاقة بين التدين وقلق الموت بين المرضى وغير المرضى.
6. إجراء المزيد من البحوث عن قلق الموت.
7. زيادة تقوية الوازع الديني لدى المرضى المزمنين.

قائمة المصادر

والمراجع

## قائمة المصادر والمراجع:

### القرآن الكريم

#### 1. المراجع باللغة العربية

1. ابن القيم الجوزية، محمد بن أبي بكر (1990): الوابل الصيب من الكلم الطيب، دار الكتاب العربي، بيروت.
2. ابن القيم محمد بن أبي بكر (1999): إغاثة اللفهان من مصايد الشيطان، دار بن زيدون، بيروت.
3. ابن منظور (2003): لسان العرب ج8، دار الحديث، القاهرة.
4. ابن منظور، أبي الفضل (1994): لسان العرب، دار صادر، بيروت.
5. أبو جادو محمد علي (2000): سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، ط2، دار المسيرة، عمان.
6. أبو داود، سليمان السيحستاني (د.ت): سنن أبي داود بشرح عون المعبود، دار الكتاب العربي، بيروت.
7. أبو سليمان بهجت عبد المجيد (2007): اثر الاسترخاء والتدريب على حل المشكلات في خفض القلق وتحسين الكفاءة الذاتية لدى عينة من طلبة الصف العاشر القلقين، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
8. أبو سوسو سعيدة (1989): أثر التدين على المخاوف لدى طالبات المرحلة الجامعية، مجلة كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، مصر.
9. أحمد عبد الخالق، مايسة النيبال (1991): الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق والانبساط، دراسات نفسية، ك1، ج4، القاهرة.
10. أحمد عكاشة (2003): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
11. أحمد فاضلي، رشيد المسيلي (2004): الآثار النفسية للانتفاضة الفلسطينية، دار قرطبة، الجزائر.
12. أحمد محمد عبد الخالق (1987): قلق الموت، عالم المعرفة، الكويت.

13. أحمد يحي عبد النعيم (2014): قلق الموت من السرطان، المكتب العربي للمعارف، القاهرة.
14. آدم حاتم محمد (2005): الصحة النفسية للمراهقين، ط 1، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة.
15. أديب الخالدي (2002): مرجع في الصحة النفسية، ط 2، دار الوفاء للنشر والتوزيع، ليبيا.
16. أديب الخالدي (2006): المرجع في علم النفس الإكلينيكي، ط 1، دار وائل للنشر، عمان الأردن.
17. إسماعيل محمد عماد الدين (1986): الأطفال مرآة المجتمع، النمو النفسي الاجتماعي للطفل في سنواته التكميلية، سلسلة عالم المعرفة، العدد 99، المجلس الوطني للثقافة والآداب والفنون، الكويت.
18. أشرف محمد عبد الغني وأميمة الشربيني (2005): الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، كلية رياض الأطفال، جامعة الإسكندرية، مصر.
19. الأشول عادل (1979): علم النفس الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
20. آمال صادق، فؤاد أبو حطب (1990): نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، ط 2، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
21. أمينة التميمي (2003): التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن حول التقنية الدموية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
22. أنيس إبراهيم وآخرون (1973): المعجم الوسيط، دار الفكر، القاهرة.
23. إيريك فروم (1989): الإنسان بين الجوهر والمظهر، ترجمة سعد زهران، مراجعة وتقديم لطفي فطيم، عالم المعرفة، الكويت.
24. إيريك فروم (1997): الدين والتحليل النفسي، ترجمة: فؤاد كمال، مكتبة غريب، مصر.
25. بركات حمزة حسن (1993): الاغتراب وعلاقته بالتدين والاتجاهات السياسية لدى طلاب الجامعة، أطروحة دكتوراه في علم النفس جامعة عين شمس، القاهرة.

26. بشير معمريّة (2007): بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، منشورات الحبر، الجزائر.
27. البناء أسعاد عبد العظيم (1990): دور الدعية والأذكار في علاج القلق كأحد طرق العلاج انبسي الاليني، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ج1، القاهرة.
28. ببرت سيرل (1985): علم النفس الاليني، ترجمة: سمير عبده، ط1، دار الآفاق الجديدة، بيروت.
29. تهانى جبر محمد ياسين (2011): قلق الموت لالى عينة من مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جنالري، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الالردنية.
30. جاك شورون (1984)، الموت في الفكر الغربى، ترجمة كامل يوسف، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
31. جودت بنى جابر وسعيد عبد العزيز (2002): الالدخل إلى علم النفس، ط1، مكتبة دار الثقافة والالار العلمية الالوية، عمان، الالردن.
32. الجولانى فادية عمر (1998): الأسرة العربية " تحليل اجتماعى لبناء الأسرة وتغيير اتجاهات الأبال" الإسكندرية للكتاب، مصر.
33. الجوهري إسماعل بن حماد (1989): الصالح لالغة العربية، دار العلم للمالين، بيروت.
34. حامد عبد السلام زهران (1995): علم النفس النمو، ط5، عالم الالاب، القاهرة.
35. حامد عبد السلام زهران (1997): الصلحة النفسية والعلاج النفسى، ط3، عالم الالاب، مصر.
36. الالنفى عبد المنعم (2000): المعجم الشامل لمصطلحات الفلسفة، ط2، مكتبة مابلولى القاهرة.

37. خالد بن شكري عمر نجوم (1422هـ): الالتزام بالدين الإسلامي وعلاقته بكل من قلق الموت والاكْتئاب لدى المسنين والمسِنَّات بالعاصمة المقدسة ومحافظة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.
38. الخشاب سامية (1988): علم الاجتماع الديني، دار المعارف المصرية، القاهرة.
39. خضر عباس بارون (2008): التديّن وعلاقته بالصحة النفسية والقلق لدى المراهقين الكويتيين، المجلة التربوية، العدد 88، المجلد 22.
40. الخولي سناء وآخرون (2003): الأسرة العربية في وجه التحديات والمتغيرات المعاصرة، مؤتمر الأبوة الأولى، ط1، دار ابن حزم، بيروت.
41. دافيد شيهان (1988): ترجمة عزو شعلان، مرض القلق، عالم المعرفة، الكويت.
42. دافيد. هارولد، تر: ج. يوسف ميخائيل أسعد (1997): الاسترخاء النفسي والعصبي، دار النهضة للطباعة والنشر، مصر.
43. دراز محمد (1990): الدين بحوث ممهدة لدراسة تاريخ الأديان، دار القلم، الكويت.
44. الذهبي محمد حسين (1975): الدين والتديّن، مجلة البحوث الإسلامية، المجلد 1، العدد 1، رئاسة إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد.
45. رابح تركي (1981): التعليم القومي والشخصية الوطنية، ط2، الشركة الوطنية للتوزيع والنشر، الجزائر.
46. الرازي محمد (1994): مختار الصحاح، دار الفكر العربي، القاهرة.
47. الراشدان عبد الله زاهي (2005): التربية والتنشئة الاجتماعية، ط1، دار وائل، الأردن.
48. رجاء عبد الرحمان الخطيب (2002): التديّن وعلاقته بالاكْتئاب لدى طلبة وطالبات جامعة الأزهر والجامعات الأخرى، أكتوبر، نوفمبر، ديسمبر.
49. رجاء محمود أبوعلام (2007): .: مناهج البحث في العلوم النفسية و التربوية، دار النشر للجامعات، القاهرة.
50. رحمة شحود صويص (2011): قلق الموت وعلاقته بالمساندة الاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، دمشق.

51. الزحيلي محمد(1991): وظيفة الدين في الحياة وحاجة الناس إليه، ط1، جمعية الدعوة الإسلامية.
52. زياد بركات(2006):الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي، مجلة جامعة الخليل للبحوث، المجلد2، العدد2.
53. زيدان عبد الباقي(1980):الأسرة والطفولة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
54. زينب نوفل احمد راضي( 2008 ):الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى، رسالة ماجستير في الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية، غزة.
55. سالم سعيد سالم الشهري(1996):الالتزام الديني في الاسلام وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب جامعة ام القرى بمكة المكرمة، جامعة أم القرى مكة المكرمة.
56. سامر جميل رضوان(2002):الصحة النفسية، ط1، دار المسيرة، الأردن.
57. سليمان بن محمد الحسين( 2006 ):التدين وعلاقته بالعصاب والانبساط دراسة طفولة، أفريل جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
58. سمك محمد صالح( 1973): فن التدريس للتربية الدينية و ارتباطاتها النفسية، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
59. سميرة محمد شند(2002):دراسة لقلق المستقبل، وقلق الموت لدى طلاب الجامعة من منظور متغيري الجنس والتخصص، مجلة كلية التربية، المجلد8، العدد3.
60. سهام درويش أبو عطية( 2002 ): مبادئ الإرشاد النفسي، ط 2، دار الفكر، عمان الأردن.
61. سيجموند فرويد( 1961 ):الذات والغرائز، ترجمة عثمان نجاتي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
62. سيجموند فرويد( 1988 ) الأنا و الهو، ترجمة: جورج كربوش، ط 5، دار الطليعة، بيروت.
63. سيجموند فرويد( 1992 ):الحب والحرب والحضارة والموت، ترجمة عبد المنعم الحنفي، ط1، دار الرشاد، القاهرة.

64. سيد صبحي (2003): الإنسان وصحته النفسية، ط 1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.
65. شرف محمد العيسوي عبد الرحمان (1974): سيكولوجية الحياة الزوجية المسيحية والإسلام منشأة المعارف، الإسكندرية.
66. الشريف عدنان (1995): من علم النفس القرآني، دار العم للملايين، بيروت.
67. الشويعر طريفة بنت السعود (1409): الالتزام الديني في الإسلام وعلاقته بقلق الموت، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية للبنات.
68. شيلي تايلور ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا داود (2008): علم النفس الصحي، ط 1، دار حامد، عمان، الأردن..
69. صالح حسين الداھري (2008): أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط 1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
70. صالح إبراهيم الصنيع (2002): دراسات في علم النفس من منظور إسلامي، دار العلم للكتب، السعودية.
71. صالح إسماعيل عبد الله الهمص (2010): قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظة الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة.
72. صالح بن إبراهيم الصنيع (2002): العلاقة بين مستوى التدين والقلق العام لدى عينة من طلاب الجامعة، المجلد 14، العدد 1، مجلة العلوم التربوية.
73. صالح بن إبراهيم الصنيع (2002): دراسات في علم النفس من منظور إسلامي، دار العلم للكتب، السعودية.
74. صموئيل حبيب (1994): القلق حالة وجدانية تبنى أو تهدم، ط 1، دار الثقافة.
75. الصنيع صالح بن إبراهيم (1999): التدين علاج الجريمة، ط 2، مكتبة الراشد، الرياض.
76. طارق محمد عبد الوهاب، وفاء مسعود محمد (2000): قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، العدد 54، مصر.

77. طعيمة صابرة(1994): منهج الإسلام في تربية النشء وحمايته، ط 1، دار الجيل، بيروت.
78. طه عبد العظيم حسين (2007):العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، دار الوفاء لدنيا للطباعة والنشر، جمهورية مصر العربية.
79. الطهراوي جميل حسن(2008):الضغوط النفسية وطرق التعامل معها في القرآن الكريم، مركز القرآن الكريم، غزة، فلسطين.
80. طيبة عمر محمد العمودي ( 2014): دور الالتزام الديني في تحقيق الأمن النفسي، العدد 28، مجلة دراسات في التعليم الجامعي.
81. عاطف مسعد الحسيني (2011):قلق المستقبل والعلاج بالمعنى، دار الفكر العربي، القاهرة .
82. عبد الرحمان العيسوي(1989):الإيمان والصحة النفسية، المكتب العربي، القاهرة.
83. عبد الرحمان العيسوي(2001):الإسلام والصحة النفسية، دراسة نفسية، ط 1، دار الرتب الجامعية، بيروت.
84. عبد العباس غضيب الحجامي ( 2004):الاضطرابات المزاجية وعلاقتها بقلق الموت عند المسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر.
85. عبد اللطيف حسين فرج (2009):الاضطرابات النفسية، ط1، دار الحامد، عمان.
86. عبد الله بن أحمد الوايلي (2003): فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية نايف للعلوم الأمنية، الرياض.
87. عثمان الخضر (2000):التدين والشخصية أحادية العقلية في بعض شرائح المجتمع الكويتي، مجلة دراسات نفسية، المجلد15، العدد10.
88. العربي بختي ( 1991):التربية العائلية في الإسلام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

89. عزيزو سعاد (2012):الاتجاهات نحو ظاهرة الإرهاب وعلاقتها بالتدين والشعور بالانتماء لدى الشباب الجزائري، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة، الجزائر.
90. علوان عبد الله ناصح (1996):تربية الأولاد في الإسلام، ج 1، دار الفكر المعاصر، بيروت.
91. علي سليم سلوى سليم (1985): الإسلام والضبط الاجتماعي، ط 1، مكتبة وهبة، القاهرة.
92. عماد عبد الرحيم الزغلول (2009):الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، ط1، دار الشروق، عمان الأردن.
93. العناني، حنان عبد الحميد (2000):الصحة النفسية، ط 1، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.
94. عنو عزيزة(2006): مدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأدكار والدعية على اكتئاب الاستجابي لدى طالبات الجامعة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
95. غسان حسين الحلو، علي عادل الشكعة،(ب س) عبد الناصر عبد الرحيم القدومي، أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد88.
96. غياث بوفلجة(1992):التربية والتكوين بالجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
97. غيدنز أنتوني(2005):ترجمه فايز الصباغ، علم الاجتماع، المنظمة العربية للترجمة مؤسسة ترجمان، توزيع مركز الدراسات الوحدة العربية، ط4، بيروت.
98. فارس كمال نظمي (2007):قلق الموت لدى الأستاذ الجامعي العراقي، مجلة الحوار المتمدن، العدد 1804، 2007/1/23.
99. فاروق السيد عثمان (2001):القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة.

100. فاطمة إكرام بقيادة (2011): التدينّ والعلاقة الزوجية في المجتمع الجزائري، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الديني غير منشورة، جامعة الجزائر.
101. فاطمة محمد صالح (2007): الالتزام الديني وعلاقته بالصحة النفسية، مجلة التربية والعلم، المجلد 14، العدد 4.
102. فيصل القرشي (2015): التدينّ وعلاقته بكلّ من التفكير وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة باتنة، الجزائر.
103. الفيومي محمد (1985): القلق الإنساني مصادره وتياراته والتدين كعلاج له، ط 3، دار الفكر العربي، القاهرة.
104. قطب محمد (1983): منهج التربية الإسلامية، ط 3، دار الشروق، القاهرة.
105. كمال علي (1994): العلاج النفسي حديثا وقديما، سلسلة أبواب العقل الموصودي، ط 1، المؤسسة العربية للدراسات.
106. لابلاتش وبونتاليس (1985): التحليل النفسي ترجمة: مصطفى حجازي، ب د، المؤسسة الجامعية للدراسات، لبنان.
107. ليلي شافع عبد العزيز الكايد (1995): قلق الموت والقيم الدينية لدى المسنين في دور الرعاية في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.
108. مأمون محمود وادي غوانمة (2003): قلق الموت وعلاقته بنمط السلوك "أ" وبعض المتغيرات لدى عينة من مرضى القلب في مركز الملكة علياء، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.
109. محمد ابراهيم عسيلة، أسامة سعيد حمدونة (2015): الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الامل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد 42، العدد 3.
110. محمد احمد النابلسي (1991): الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ج 1.

111. محمد أحمد بيومي (2004): علم الاجتماع الديني ومشكلات العالم الإسلامي، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية.
112. محمد السيد عبد الرحمان (1998): نظريات الشخصية، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
113. محمد حسن غانم (2004): التدين وعلاقته بقلق الموت والأحداث السارة والنظرة للحياة دراسة نفسية مقارنة بين المسنين والمسنات، دراسات عربية في علم النفس.
114. محمد عثمان نجاتي (1997): القرآن وعلم النفس، ط6، القاهرة، دار الشروق.
115. محمد محروس الشناوي (2001): بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
116. محمد نبيل عبد الحميد (1995): قلق الموت وعلاقته بكل من الدافعية للإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، العدد 35 سبتمبر.
117. محمود إبراهيم عبد العزيز (ب س): قلق الموت وعلاقته بالتدين ومعنى الحياة لدى عمال مصنع فوسفات الحديد، المؤتمر الدولي السابع، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
118. محمود أبو زيد (1977): الدين والتماسك الاجتماعي، مركز الدراسات المرأة والتنمية، جامعة الأزهر، القاهرة.
119. محمود فتوح محمد سعدات (2014): الإرشاد النفسي الديني في ضوء القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة.
120. مروة فرج مغربي سيد (2015): قلق الموت وعلاقته ببعض المشكلات لدى المراهقين المصابين بمرض أنيميا البحر الأبيض المتوسط، دار المعرفة الجامعية، مصر.
121. مريم بن فطيمة (2014): قلق الموت وعلاقته بفاعلية الذات والدافعية للإنجاز لدى المسنين، مذكرة ماجستير غير منشورة بالبيدة الجزائر.
122. المليجي عبد المنعم، المليجي الحلمي (1982): النمو النفسي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

123. مهدي محمد سعيد موسى رابعه (2013): قلق الموت والرضا عن الحياة لدى كبار السن وعلاقتهما بالتدين وكيفية قضاء الوقت وبعض المتغيرات الديمغرافية، أطروحة دكتوراه غير منشورة في الإرشاد النفسي، الجامعة الأردنية.
124. موسى رشاد عبد العزيز (1999): علم النفس الدعوة بين النظرية والتطبيق، ط 1، دار المعرفة، القاهرة.
125. موسى رشاد (1997): سيكولوجية التدين، مجلة التقويم والقياس النفسي والتربوي، المجلد 5، العدد 9، غزة.
126. الميداني عبد الرحمان حسن حنبكة (1992): الأخلاق الإسلامية و أسسها، ج 2، دار القلم، دمشق.
127. نائل إبراهيم أبو عزت (2008): فعالية برنامج مقترح اخفض قلق الامتحان لدى طلبة المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
128. نجاتي محمد عثمان (1409): القرآن وعلم النفس، دار الشروق، القاهرة.
129. نجاتي محمد عثمان (1982): القرآن وعلم النفس، ط 1، دار الشروق، بيروت.
130. النحلاوي عبد الرحمان (1990): أصول التربية الإسلامية وأساليبها في البيت والمدرسة والمجتمع، ط 2، دار الفكر، دمشق، سوريا.
131. نهاد محمود محمد عقيلان (2011): الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتوافق النفسي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
132. النيسابوري مسلم بن الحجاج (1989): صحيح مسلم، المجلد 4، ط 1، دار الكتب العلمية، بيروت مصدر.
133. هادي ابتسام راضي (2004): الالتزام الديني لدى طلبة الجامعة في أقسام الطرائق تدريس القرآن الكريم والتربية الإسلامية وأقرانهم في الأقسام الأخرى كلية ابن رشد، رسالة ماجستير غير منشورة، بغداد.
134. هناء احمد شويخ (2007): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية-مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية-أيترك للنشر، القاهرة.

135. هيفاء عبد الحسين الأنصاري وأحمد عبد الخالق:التدين وعلاقته بفعالية الذات والقلق لدى ثلاث عينات كويتية، دراسات نفسية مح 22 ع 1 جانفي.

136. يسرى سالم بن صالح اليافعي ( 1418هـ):الالتزام الديني الإسلامي ومعالم الصحة النفسية لدى طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

137. يسرى سالم بن صالح اليافعي ( 1418هـ):الالتزام الديني الإسلامي ومعالم الصحة النفسية لدى طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.

138. يكن منى حداد (1983): أبنائنا بين وسائل الإعلام وأخلاق الإسلام، ط 2، مؤسسة الرسالة، بيروت.

139. يوسف القرضاوي(1977):الإيمان والحياة، مؤسسة الرسالة، بيروت.

## II . المراجع باللغة الاجنبية

140.Rohrbaugh J , Richard, J 1975 :Religiosity in youth a personal control against deviant behavior of personality, vol43.

141.Freshet,E.2007 Death anxiety after life and patients with terminal cancer, Walden University, U.S.A.

142.Donovan, J.2002. Implicit religion and the curvilinear relationship between religion and death, university of Georgia school of tow, Georgia.

143.Lynn,2010 Growing up amidst violence, death anxiety, cognitive development and conception of death in children, California institute of integral studies.

144.Templer, D 1976: tow factors theory of death anxiety note, Essence, N 1.

145.McCarthy, J B 1980: death anxiety the loss of the self, cardnar press, New York.

146.Brun Daniel, l'enfant donne pou mort enfin de la guérison psychique.

147. Amenta, M., and Weiner, A. 1981: Death anxiety and in life in hospice workers psychological reports.
148. Flugell, J.C. 1996: Man morals and society penguin London.
149. Pierre Loo et autre, 2003 le stress permanent, réaction adaptation de l'organisme aux aléas existentiels 3<sup>ème</sup> édition Masson Paris.
150. Norhert Sillamy, 1999, Dictionnaire de la psychologie, Larousse, Paris.
151. Besançon et Cool 1993 manuel des psychopathologies.
152. Pierror 1979 vocabulaire de psychologie, bed puf, Paris.
153. Geraldin, c. 2004. The surviving sibling, the effects of sibling death in childhood, Journal psychoanalytic-psychotherapy, Vol.18, No2 .
154. Abdel-Khalek, A. & Tomas-Sabdo, J. 2005. Anxiety and Death anxiety in Egyptian and Spanish nursing student, Death studies, 29, routledge-fracis Inc.
155. Tomer, A. & Eliassen, G. 1996. Toward a comprehensive model of death anxiety. Death Studies, 20.
156. Cicirelli, V.G. 1998. Personal meaning of death in relation to fear of death. Death Studies, 22 .
157. Koenig, H.G. 2004. Religion, Spirituality, and Medicine: Research and Implications for Clinical Practice. Southern medical journal, 97.
158. Henderson, L. 2000. Variables Affecting Death Anxiety.
159. Payne, S.A. Dean, S.J., & Kalus, C. 1998. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. Journal of Advanced Nursing, 28.
160. Ying, H., Harris, B. and Wing, N. 2007. General beliefs about the word as defensive mechanisms against death anxiety, Omega Journal of death and dying, vol. 54, no3.
161. Nadhmi, F. 2006. University professors in Iraq and death anxiety, An Iraq academic, vol. 32.
162. Stolorow, R. 2005. Perspectives on death anxiety, Arevie, Department of psychology, New Jersey University, U.S.A.

163.Peter, B. & Joanne, C.2008.Personal fear of death and grief in bereaved mothers, Royal Alexandra Hospital for children, Sydney, Aust.,vol.32,no 5.

164.Gerzon, J.(2008).The tow poles of existence : life anxiety and death anxiety,A revie, Department of psychology, Ifregwa University, U.S.A.

165.Jerry, P. (2000). Freudian analysis of death, Syracuse University, Newyork, U.S.A.