

فعالية برنامج إرشاد نفسي ديني في خفض  
اضطرابات النوم لدى عينة من المعاقين بصرياً

د. فوقية محمد راضي

د. السيد عبد الحميد أبو قله

أستاذ التربية الخاصة المساعد

أستاذ الصحة النفسية المشارك

جامعة طيبة - المدينة المنورة

جامعتي المنصورة وطيبة بالمدينة المنورة

ملخص :

هدف البحث إلى التحقق من فعالية برنامج للإرشاد النفسي الديني في خفض اضطرابات النوم (الأرق، فرط النوم، اضطراب إيقاع النوم واليقظة، الكوابيس، الفزع الليلي) لدى عينة تكونت من (126) معاق بصرياً بمدارس النور للمكفوفين بالمدينة المنورة تراوحت أعمارهم الزمنية بين 12 - 17 سنة، وقد قسمت العينة عشوائياً إلى أربع مجموعات: مجموعتان من الذكور أحدهما تجريبية (ن = 32) والأخرى ضابطة (ن = 30)، ومجموعتان من الإناث أحدهما تجريبية (ن = 33) والأخرى ضابطة (ن = 31).

وقد أشارت نتائج البحث إلى ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لصالح المجموعة الضابطة (ذكور - إناث).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لصالح القياس القبلي (ذكور - إناث).
- استمرار فعالية برنامج الإرشاد النفسي الديني في خفض اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً بعد توقف استخدامه (ذكور - إناث).

فعالية برنامج إرشاد نفسي ديني في خفض  
اضطرابات النوم لدى عينة من المعاقين بصرياً

د. فوقية محمد راضي

د. السيد عبد الحميد أبو قل

أستاذ التربية الخاصة المساعد

أستاذ الصحة النفسية المشارك

جامعة طيبة - المدينة المنورة

جامعتي المنصورة وطيبة بالمدينة المنورة

مقدمة:

سبحان من خلق كل شيء فأبدعه، وصور كل شيء في الكون فأثقنه، خلق الإنسان على الأرض ويسر له كل الظروف المناسبة لحياته عليها، وجعل فيما حوله آيات بينات ليهتدي بها على الطريق القويم.

ولعل تعاقب الليل والنهار بهذا النظام المحكم من أهم هذه الآيات، قال تعالى: {وَهُوَ الَّذِي جَعَلَ اللَّيْلَ وَالنَّهَارَ خُلْفَةً لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يَذَّكَّرَ أَوْ أَرَادَ شُكُورًا} [الفرقان: 62]. وقال تعالى: {وَجَعَلْنَا اللَّيْلَ لِبَاسًا\* وَجَعَلْنَا النَّهَارَ مَعَاشًا} [النبا: 10-11].

النوم فطرة الإنسان من الله بها عليه، ولا يمكن لبشر أن يظل مستيقظاً لا ينام فتلك صفة الواحد القهار لا يشاركه فيها أحد قال تعالى: {اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْحَيُّ الْقَيُّومُ لَا تَأْخُذُهُ سِنَّةٌ وَلَا نَوْمٌ لَهُ مَا فِي السَّمَاوَاتِ وَمَا فِي الْأَرْضِ مَنْ ذَا الَّذِي يَشْفَعُ عِنْدَهُ إِلَّا بِإِذْنِهِ يَعْلَمُ مَا بَيْنَ أَيْدِيهِمْ وَمَا خَلْفَهُمْ وَلَا يُحِيطُونَ بِشَيْءٍ مِّنْ عِلْمِهِ إِلَّا بِمَا شَاءَ وَسِعَ كُرْسِيُّهُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ وَلَا يَئُودُهُ حِفْظُهُمَا وَهُوَ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ} [البقرة: 255].

وقوله تعالى: {أَلَمْ يَرَوْا أَنَّا جَعَلْنَا اللَّيْلَ لَيْسَكُنُوا فِيهِ وَالنَّهَارَ مُنْصَرًّا إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يُؤْمِنُونَ} [النمل: 86]. وقوله تعالى: {لَوْ مِنْ آيَاتِهِ مَنَامُكُمْ بِاللَّيْلِ وَالنَّهَارِ وَابْتِغَاؤُكُمْ مِنْ فَضْلِهِ إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَسْمَعُونَ} [الروم: 23].

إن تعاقب الليل والنهار آية من نواميس الحياة التي سخرها الخالق - جلّت قدرته - لخدمة الإنسان، قال تعالى: {وَسَخَّرَ لَكُمْ الشَّمْسَ وَالْقَمَرَ دَائِبَيْنِ وَسَخَّرَ لَكُمْ اللَّيْلَ وَالنَّهَارَ} [إبراهيم: 33] كما أن تعاقب الليل والنهار يعتبر ضرورة لنمو الحياة على الأرض، وإنه لمن المحال أن تستمر الحياة مع نهار سرمدي أو ليل سرمدي قال تعالى: {قُلْ أَرَأَيْتُمْ إِنْ جَعَلَ اللَّهُ عَلَيْكُمُ اللَّيْلَ سَرْمَدًا إِلَى يَوْمِ الْقِيَامَةِ مَنْ إِلَهٌ غَيْرُ اللَّهِ يَأْتِيكُمْ بِضِيَاءٍ أَفَلَا تَسْمَعُونَ\* قُلْ أَرَأَيْتُمْ إِنْ جَعَلَ اللَّهُ عَلَيْكُمُ النَّهَارَ سَرْمَدًا إِلَى يَوْمِ الْقِيَامَةِ مَنْ إِلَهٌ غَيْرُ اللَّهِ يَأْتِيكُمْ بِلَيْلٍ تَسْكُنُونَ فِيهِ أَفَلَا تُبْصِرُونَ\* وَمِنْ رَحْمَتِهِ جَعَلَ لَكُمْ اللَّيْلَ وَالنَّهَارَ لِتَسْكُنُوا فِيهِ وَلِتَبْتَغُوا مِنْ فَضْلِهِ وَلَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ} [القصص: 71-73].

إن تخصيص النهار للمعاش والعمل، وتخصيص الليل للنوم والسكن حقيقة علمية كونية أكدت

البحوث النفسية والطبية الحديثة صحتها، وإن محاولة الإنسان مخالفة سنة الكون هذه بأن ينام في النهار ويستيقظ في الليل يعرض صحته الجسمية والنفسية لأضرار بالغة.

إن النوم آية من آيات الله عز وجل وله قيمة حيوية في حياتنا، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية، ويركز معظم الباحثين علي الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة ولا يتناولون اضطرابات النوم علي الرغم من أننا ننام ثلث أعمارنا تقريباً (حامد زهران، 1997).

إن الحرمان من النوم السوي له تأثيرات خطيرة علي شخصية الفرد ونموه النفسي، حيث ترتبط مشكلات النوم بالتعب والإرهاق ونقص الانتباه وضعف القدرات الإدراكية والحركية واضطراب المزاج والتوتر وسرعة الاستثارة والاكتئاب والتفاعلات الاجتماعية السلبية مع الآخرين ونقص القدرة علي الإنجاز بشكل عام (Stores & Ramchandani, 1999).

وتشير الإحصائيات إلي أن نسبة انتشار اضطرابات النوم بين تلاميذ المدارس تقدر بنحو 25% (Lozoff, Wolf & Davis, 1985)، حيث ترتبط بالمشكلات السلوكية (Stein et al., 2001)، وصعوبات الاستذكار والتحصيل الدراسي (Dahl, 1996).

وتظهر اضطرابات النوم في صور عديدة أكثرها شيوعاً الأرق، الكلام أثناء النوم، كثرة النوم، التقلب الزائد أثناء النوم، الأحلام المزعجة، الكوابيس، الفزع الليلي، المخاوف الليلية، المشي أثناء النوم، شلل النوم، البكاء قبل النوم وبعد النوم، مص الإبهام أثناء النوم، والإصرار على النوم مع البكاء (حسان شمسي باشا، 1993).

ورغم أن بعض اضطرابات النوم قد تخف حدته تلقائياً مع العمر، فإن نسبة مرتفعة من هذه الاضطرابات تستمر لفترة زمنية طويلة، وتشيع اضطرابات النوم بصورة ملحوظة لدى المعاقين وكذلك المرضى بأمراض عضوية أو نفسية (Stores & Ramchandani, 1999).

وتُعد اضطرابات النوم من أكثر المشكلات الانفعالية شيوعاً لدي المعاقين بصرياً، فقد توصل ليجر وآخرون (Leger et al., 1996) إلي أن 83% من المعاقين بصرياً لديهم اضطرابات نوم، كما أشار زيري وآخرون (Zizi et al., 2002) إلي أن المعاقين بصرياً لديهم شكاوي نوم عديدة تضمنت صعوبة الخلود إلى النوم، صعوبة الاستمرار في النوم، اليقظة المبكرة، النعاس النهاري اللاإرادي، تعاطي الأدوية المنومة.

ويفترض بعض الباحثين (e.g. Fazzi et al., 2008; Wee & Van Gelder, 2004) أن اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً تحدث نتيجة لعدم قدرتهم علي إدراك الضوء، مما يؤثر

علي إفراز الملتونين *Melatonin* الذي يعتبر المنظم الرئيسي لدورة النوم واليقظة، حيث ينشط

إفراز الملاتونين في الظلام ويخمد في الضوء .

فالمعاقون بصرياً غالباً ما يقاومون الذهاب إلي النوم أو يذهبون للنوم متأخرين ويستيقظون لفترات طويلة أثناء الليل وبصفة عامة لديهم عادات نوم مضطربة  
(Bumbalo & Seidel, 1975).

هذا وقد أجريت دراسات قليلة حول اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً (فوقيه محمد راضي ،  
2007; Leger et al., 1999b; e.g. Fazzi et al., 2008) وأشارت نتائجها جميعاً إلي أن  
المعاقين بصرياً لديهم اضطرابات نوم أكثر تكراراً مقارنة بالمبصرين .  
وجدير بالذكر أنه لم تجر أي دراسات عن اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً علي عينات  
سعودية - في حدود علم الباحثين - ولذلك يُعد التعرف علي اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً  
والتدخل لعلاجها مجالاً حيوياً بحاجة إلي المزيد من الجهود البحثية.

مشكلة البحث:

النوم حاجة بيولوجية مشتركة لدي كل البشر ، ورغم أن فهم سلوك النوم لا يزال أمراً غامضاً لدي  
معظم الباحثين ، إلا أنه بات من الواضح أن الأنماط الصحية للنوم ترتبط بعلاجات الصحة الجسمية  
والنفسية ، وعلي النقيض من ذلك تُنبئ مشكلات النوم بأخطار صحية جسيمة ، ومن ثم يبدو فهم  
سلوك النوم مهماً وحيوياً.

ولقد برهنت البحوث النفسية والطبية (Thiedke,2001; Anders & Eiben, 1997; e.g.)  
علي أهمية النوم بالنسبة للنمو السوي للفرد ، وأن بناء النوم - خاصة في المراحل الأولى من حياة  
الشخص - يمكن النظر إليه علي أنه نتاج مدي عريض من العوامل البيئية والعصبية الحيوية ، هذه  
العوامل قد تكون داخلية أو خارجية المنشأ (Fazzi et al., 2008).

إن فقدان حاسة الإبصار لا يتسبب في حدوث مشكلات وظيفية فحسب بل يصاحبه اضطرابات  
وجدانية تتضمن المعنويات المتدنية ، الاكتئاب ، العزلة الاجتماعية ، انخفاض مستوي التفاعل  
الاجتماعي ، تقدير الذات المنخفض ، عدم الشعور بالأمن النفسي واضطرابات النوم  
(Branch et al., 1989).

وتُعد اضطرابات النوم من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً لدى المعاقين بصرياً ، ففي دراسة  
مبكرة توصل فريبرج (Fraiberg,1977) إلي أن الإعاقة البصرية وثيقة الصلة باضطرابات النوم ،  
وأن اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً مجال مهم للبحث وأن نمط النوم واليقظة لدي هذه الفئة  
من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة لا يحدث بطريقة منتظمة ، وفي دراسات

أكثر حداثة (Leger et al., 1999; e.g. Davitt, Morgan & Cruz, 1997) تبين أن النوم

المضطرب لدي المعاقين بصرياً يرتبط بالتغير في دورة النوم واليقظة.

ويفترض بعض الباحثين (e.g. Jan, Freeman & Fast, 1999; Lubkin, Beizai & Sadun, 2002; Wee & Van Gelder, 2004) أن اضطراب دورة النوم واليقظة لدي المعاقين بصرياً يرتبط بنقص أو انعدام الاستثارة الضوئية لديهم مما يؤثر علي قدرة الغدة الصنوبرية *Pineal Gland* على إفراز الملاتونين.

ولاشك أن لاضطرابات النوم تأثيرات سلبية علي النمو السوي (Stores,1999) حيث ترتبط بالعديد من المشكلات السلوكية (Minde et al., 1993; Stein et al., 2001) ، وانخفاض التحصيل الدراسي (Dahl, 1996)، كما ترتبط صعوبات النوم لدي الأبناء بالضغط النفسية وتعطل المهارات الوالدية لدي الأمهات (Quine,1991) ومن ثم فإن التعرف علي اضطرابات النوم وعلاجها يُعد أمراً بالغ الأهمية.

هذا وقد ثار جدل كبير حول فعالية العلاج السلوكي الذي تنحصر فائدته في علاج اضطرابات النوم سلوكية المنشأ (Mendell, Goldberg & Fry, 1996; Okawa et al.,1987) والعلاج الطبي الذي يركز علي استخدام الأدوية المنومة حيث توجد أدلة علي أن المعاقين بصرياً لا يستجيبون للدواء بطريقة إيجابية، إضافة إلي التأثيرات الجانبية للدواء (Richmn,1985; Simonoff & Stores,1987) مما يبرهن علي الحاجة إلي الإرشاد الديني لاسيما أن الإرشاد الديني قد أظهر فعالية عالية في علاج القلق والوسوس، والهستيريا وتوهم المرض، والخوف والاضطرابات الانفعالية (حامد زهران، 2002).

وجدير بالذكر أن الباحثين الحاليين قد توصلوا من خلال دراسة استطلاعية أجريت علي (27) معاق بصرياً بمدارس النور للمكفوفين بالمدينة المنورة في الفصل الثاني من العام الدراسي 1427/ 1428 هـ إلي نتائج تشير إلي أن (85%) من أفراد عينة الدراسة لديهم صعوبات نوم عديدة، (89%) لديهم معرفة ضئيلة عن اضطرابات النوم من حيث طبيعة النوم ومراحله، أسباب اضطرابات النوم، (100%) لا يحبذون العلاج الطبي لاضطرابات النوم، (26%) يحفظون أذعية وأذكأراً للنوم، (15%) يمارسون الآداب النبوية المرتبطة بالنوم، (96%) بحاجة إلي معرفة كافية عن آداب النوم في الإسلام.

يتضح إذن من مراجعة التراث النفسي ومن نتائج الدراسة الاستطلاعية أن ثمة حاجة ملحة لدي عينة الدراسة من المعاقين بصرياً إلي خفض اضطرابات النوم، وبناء عليه يحاول الباحثان التحقق من فعالية برنامج للإرشاد النفسي الديني في خفض اضطرابات النوم لدي عينة من الطلاب المعاقين بصرياً لاسيما أن الإرشاد الديني يقوم على مبادئ دينية وروحية وضعها الله سبحانه وتعالى، فضلاً عن أن المعاقين بصرياً قد أظهروا - في الدراسة الاستطلاعية - ميلاً واضحاً لاستخدام طريقة

الإرشاد الديني مما يساعد على تحقيق أفضل النتائج، هذا ولم يجد الباحثان - في حدود علمهما - أية دراسة سابقة استخدمت الإرشاد الديني لخفض اضطرابات النوم لدى المعاقين بصرياً.

**هذا ويمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤل الآتي:**

ما مدى فعالية برنامج إرشاد نفسي ديني في خفض اضطرابات النوم لدي عينة من المعاقين بصرياً ؟

**هدف البحث:**

التحقق من فعالية برنامج إرشاد نفسي ديني في خفض اضطرابات النوم لدي عينة من المعاقين بصرياً.

**أهمية البحث:**

يستمد البحث الحالي أهميته الأكاديمية من تناوله لموضوع يُعد - في حدود علم الباحثين - واحداً من الموضوعات الحديثة في مجال دراسات الإعاقة البصرية، حيث لا توجد أي دراسة عربية - في حدود علم الباحثين - تناولت هذا الموضوع.

وتتمثل الأهمية التطبيقية لهذا البحث في الاستفادة من برنامج الإرشاد النفسي الديني في خفض اضطرابات النوم لدي عينة من المعاقين بصرياً.

**المفاهيم الإجرائية للبحث:**

**الإرشاد النفسي الديني:**

يعرف حامد زهران (2002) الإرشاد النفسي الديني بأنه إرشاد يقوم علي أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب دينية روحية أخلاقية.

ويُعرف الباحثان الإرشاد النفسي الديني بأنه أسلوب إرشادي يهدف إلي الاستفادة من آيات القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة لمساعدة الفرد للتغلب علي اضطرابات النوم التي يعاني منها.

**اضطرابات النوم:**

تُعرف فوقيه راضي (2007 : 7) اضطرابات النوم بأنها " زملة أعراض تتميز باختلال نظام النوم من حيث كميته ونوعيته وتوقيته والظروف السلوكية والفسيولوجية المرتبطة بالنوم ". وتتضمن اضطرابات النوم كما تقاس بالأداة المستخدمة خمسة اضطرابات هي:

**(1) الأرق: *Insomnia***

ويتميز بصعوبة الخلود إلي النوم والنقطة المتكررة أثناء الليل والاستيقاظ من النوم مبكراً دون الحصول علي نوم كاف وينتج عن ذلك شعور بالتعب والإرهاق، وسرعة الاستثارة خلال ساعات

النهار .

### (2) فرط النوم: *Hypersomnia*

ويتميز بزيادة عدد ساعات النوم وكثرة النعاس أثناء النهار مع نوبات من النوم يصعب مقاومتها، واستغراق وقت طويل للانتقال من النوم إلى اليقظة.

### (3) اضطراب إيقاع النوم واليقظة: *Sleep/ Wake Rhythm Disorder*

ويعني فقدان التزامن بين نظام الشخص في النوم واليقظة وجدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليتلاءم مع المتطلبات الاجتماعية، ويتضمن اضطراب إيقاع النوم واليقظة ثلاثة أنواع هي النوم المتقدم أو المتأخر، النوم غير المنتظم، والنوم كثير التغيير .

### (4) الكوابيس: *Nightmares*

وتُعرف بأنها أحلام مرعبة ومضطربة تحدث ليلاً وتصحباها انفعالات مروعة تتسبب في إيقاظ الحالم المفاجئ من النوم.

### (5) الفزع الليلي: *Night Terror*

أحد اضطرابات النوم ويتميز بحدوث نوبات متكررة من الاستيقاظ المفاجئ من النوم مصحوبة بصرخة هلع وخوف شديد وعرق غزير، وأثناء الفزع الليلي يضطرب الشخص ولا يتذكر عادة الأحداث المفزعة، كما لا يمكنه الاستجابة للآخرين.

### الإعاقة البصرية:

يُعرف هالاهاان، وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1993) الإعاقة البصرية بأنها " عدم القدرة على الاعتماد على حاسة البصر في إنجاز المهام أو الأعمال العادية، وتكون درجة الإبصار 20/ 200 أو أقل في العين الأقوى، وذلك باستخدام النظارة الطبية. وتربوياً فالإعاقة البصرية هي عدم القدرة على القراءة والكتابة إلا بطريقة بريل ."

### إطار نظري:

تُعد اضطرابات النوم من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً لدى المعاقين بصرياً، فقد وجد لن- داين، داين، داين (Lin-Dyken & Dyken, 2002) أن ما يزيد عن 88 % من المعاقين بصرياً في دراسته لديهم اضطرابات نوم تظهر عادة في شكل صعوبة الخلود إلى النوم واليقظة الليلية لفترات طويلة، اليقظة المبكرة في الصباح، النوم المفرط أثناء النهار، وبصورة مشابهة توصلت نتائج دراسات سابقة عديدة (e.g. Leger et al., 1999b; Mindell & De Marco, 1997) إلى أن اضطرابات النوم أكثر شيوعاً لدى المعاقين بصرياً مقارنة بالمبصرين، فقد أشار تروستر، برامبرنج، فانديربرج (Troester, Brambring & Van der Burg, 1996) إلى أن نسبة اضطرابات النوم

لدي المعاقين بصرياً تُقدر بنحو 42.6% بينما تتخفف هذه النسبة إلى 20.9% لدى المبصرين. ولقد وُجد أن العامل الحاسم في الإصابة باضطرابات النوم يعزى إلي عدم قدرة المعاقين بصرياً علي إدراك الضوء والذي يتسبب في الإنتاج الشاذ للميلاتونين الذي يؤدي بدوره إلي عدم انتظام دورة النوم واليقظة (e.g. Lubkin, Beizai & Sadun, 2002; Stores, 2001b) وجدير بالذكر أن النوم المضطرب مشكلة ضاغطة ومثيرة للشعور بالألم وعدم الارتياح وقت حدوثها، كما أن استمرار النوم المضطرب ضار بالصحة النفسية للفرد وخاصة فيما يتعلق بقدرته علي التعلم وحالته المزاجية وسلوكه وسعادة أفراد الأسرة الآخرين (Stores, 1999) ومن ثم يُعد التعرف المبكر علي اضطرابات النوم وانتقاء طريقة العلاج الملائمة أمراً بالغ الأهمية بالنسبة للمعاقين بصرياً.

إن معرفة طبيعة النوم من حيث مدته ونوعيته وتوقيته يجب أن يصبح عنصراً روتينياً في تقييم اضطرابات النوم، ومن الضروري أيضاً تحديد أسباب النوم المضطرب، فصعوبة الخلود إلي النوم مثلاً قد تحدث نتيجة عوامل عديدة تشمل مخاوف وقت النوم، الموضوعات التي تشغل بال الفرد عند النوم، تذبذب الممارسات الوالدية وقت النوم، أو عدم انتظام دورة النوم واليقظة (Stores & Ramchandani, 1999)

وتأخذ اضطرابات النوم أشكالاً كثيرة تستوجب طرقاً مختلفة للمساعدة والعلاج، وفي هذا السياق أشارت نتائج دراسات عديدة (e.g. Mendell, Goldberg & Fry, 1996) إلي أن العلاج السلوكي التقليدي *Conventional behavioural treatment* قد أظهر فعالية محدودة في علاج اضطرابات النوم لدي عدد ضئيل من المعاقين بصرياً، وأن العلاج السلوكي قد يفيد في علاج اضطرابات النوم سلوكية المنشأ كاضطرابات النوم التي تحدث نتيجة تذبذب الممارسات الوالدية، وتستند طرق العلاج السلوكي عادة إلي الإشارات الاجتماعية المنظمة للوقت كموايد الوجبات وروتين وقت النوم للمساعدة في تنظيم نوم المعاقين بصرياً (France & Hudson, 1993).

ومن ناحية أخرى يزعم بعض الباحثين (e.g. Simonoff & Stores, 1987) أن استخدام التنويم المغناطيسي *Hypnotic medication* في علاج اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً ليس له ما يبرره، ويعتقدون أن العلاج بالتنويم المغناطيسي يزيد الموقف تعقيداً، فالتنويم المغناطيسي يتسبب في إرباك المعاق بصرياً وقت النوم، فينتج عنه تأثيرات مرتدة طويلة الأمد ليلاً وتأثيرات ضارة بصحة الفرد أثناء النهار، ورغم أن جرعة الدواء الفعالة قد تُحدث تحسناً مؤقتاً، لا توجد براهين تؤكد فعالية العلاج بالتنويم المغناطيسي علي الأمد البعيد.

وقد يفيد العلاج الضوئي *Phototherapy* " تعريض مناطق معينة في الجسم لضوء قوى أثناء



الليل والنهار ينتج عنه تغيير دورة النوم واليقظة في اتجاه معاكس للملاوتين " في تحسين حالة الأفراد الذين يعانون اضطرابات نوم عضوية المنشأ، غير أن فائدة العلاج الضوئي لم تتأكد بعد (Minors, Wterhouse & Wirz, 1991).

كما توجد تقارير مبدئية عن قيمة فيتامين ب<sup>12</sup> في تنظيم دورة النوم واليقظة لدى المعاقين بصرياً ولكن هذه التقارير لا تزال بحاجة إلي تقييم مفصل (Okawa et al., 1987)

إن ثمة جدلاً كبيراً بين الباحثين فيما يتعلق بفعالية طرق العلاج السلوكي والعلاج الطبي في تحسين نوعية النوم لدى المعاقين بصرياً، كما يشعر آباء الأطفال المصابين باضطرابات النوم بالإحباط ولا يتحمسون لاستخدام العلاج الطبي أو السلوكي الذي أوضحت التجارب أنه غير مقبول بالنسبة لهم (Wiggs & Stores, 1996)

هذا وقد تبه علماء النفس إلي أهمية استثمار الدين في الإرشاد النفسي، حيث أن الدين أقوى العوامل التي تثبت الأمن والطمأنينة في نفس الإنسان، وهذا أوج ما يحتاجه المريض النفسي حتى يشفي (علاء الدين كفاي، 2003).

ولقد وضع الدين الإسلامي نظاماً شاملاً لحياة الإنسان يتفق مع طبيعته وفطرته ولا يتصادم معها، ومن ثم يُعد العلاج المشتق من هذا النظام أكثر الأنظمة ملائمة للإنسان، فنظرة الإسلام إلي الإنسان هي نظرة الخالق جل وعلا، فهو الذي خلقنا وهو أعلم بمن خلق، يقول تعالي {أَلَا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللَّطِيفُ الْخَبِيرُ} [المك:14]، ويقول تعالي {وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ وَنَعَلَهُ مَا تُوَسَّوَسُ بِهِ نَفْسُهُ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ} [ق: 16].

إن الإيمان بالله يحقق للفرد الصحة النفسية، ويوضح القرآن الكريم أن الإيمان بالله أفضل علاج يقي الإنسان من الاضطراب النفسي، يقول الله تعالي {الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ} [الرعد: 28].

لقد ثبت بالتجارب المتكررة التي قام بها الأطباء النفسيون أن الإيمان بالله من أقوى الوسائل الفعالة لمواجهة العديد من الأمراض النفسية، وأن المعالجين النفسيين قد استعانوا بالدين في علاج مرضاهم (هانم ياركندي، 2000).

وفي سياق الحديث عن الإرشاد الديني لاضطرابات النوم، برهنت البحوث الطبية الحديثة أن نوم رسول الله صلي الله عليه وسلم كان عدل النوم، كما يُعد الأفضل في تحقيق السكينة النفسية والصحة الجسمية للنائم وأنه من أفضل الإجراءات الطبية التي تيسر عمل كافة أجهزة الجسم.

هذا ولم يجد الباحثان - في حدود علمهما - أية دراسة سابقة استخدمت الإرشاد الديني لخفض اضطرابات النوم لدى المعاقين بصرياً رغم أن الإرشاد الديني منهج موثوق بنجاحه وفاعليته، فضلاً عن أن المعاقين بصرياً أكثر تقبلاً لكل ما يتفق مع التوجهات الدينية ويقبلون عليه بحماس إيماناً في

جدواه وقيمتها مما يجعلهم أكثر اندماجاً في العملية الإرشادية مما يبشر بمآل حسن.

دراسات سابقة:

أجرى ساسكي وآخرون (*Sasaki et al., 1992*) دراسة هدفت إلى التعرف على اضطرابات النوم لدى 73 من المراهقين المكفوفين تراوحت أعمارهم الزمنية بين 13 - 18 سنة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن 40% من أفراد العينة لديهم اضطرابات نوم أهمها النعاس النهاري اللاإرادي، صعوبة الاستيقاظ من النوم في الصباح، الذهاب إلى النوم في وقت متأخر ليلاً، والنوم حتى المساء في أيام الإجازات.

وقام تابنده وآخرون (*Tabandeh et al., 1995*) بدراسة هدفت إلى التعرف على اضطرابات النوم لدى 200 من المكفوفين، وقد أشارت النتائج إلى أن 62% من أفراد العينة لديهم اضطرابات نوم، كما تبين ازدياد اضطرابات النوم بازدياد حدة الإعاقة البصرية.

وتوصل اسبيلز (*Espezel, 1996*) في دراسة أجريت على عينة تكونت من 100 معاق بصرياً تراوحت أعمارهم الزمنية بين 3 شهور و 17 سنة إلى أن العلاج بالميلاتونين يخفض اضطرابات النوم ويحقق فوائد عديدة للمعاقين بصرياً وللقائمين على رعايتهم.

ولقد وجد ليجر وآخرون (*Leger et al., 1996*) في دراسة أجريت على عينة تكونت من 794 من المكفوفين أن 83% من أفراد العينة لديهم مشكلات نوم أهمها صعوبة الخلود إلى النوم، اليقظة أثناء النوم، قصر فترة النوم، النعاس النهاري اللاإرادي.

وأجرى تروستر وآخرون (*Troester et al., 1996*) دراسة هدفت إلى التعرف على اضطرابات النوم لدى 265 من المكفوفين، 67 من المبصرين، وقد أشارت النتائج إلى أن المكفوفين كلياً لديهم اضطرابات نوم أكثر تكررًا مقارنة بالمكفوفين جزئياً والمبصرين.

وأشارت نتائج دراسة ميندل، دماركو (*Mindell&Demarco, 1997*) التي أجريت على 28 من المكفوفين، 22 من المبصرين، إلى أن المكفوفين لديهم مشكلات نوم أكثر من المبصرين، وترتبط هذه المشكلات بوقت النوم، حيث تبين أن المكفوفين يذهبون للنوم متأخرين أثناء الليل، وينامون لفترة أقل.

وحصل فولدي وآخرون (*Fouldi et al., 1998*) في مسح أجرى على 1237 معاق بصرياً تراوحت أعمارهم الزمنية بين 17 - 19 سنة على نتائج تشير إلى أن هناك واحد بين كل خمسة أفراد في عينة الدراسة يصف نومه بأنه قليل أو قليل جداً، وبينت نتائج الدراسة أن ممارسة الرياضة البدنية ترتبط بنوم أفضل.

وأجرى تابنده وآخرون (*Tabandeh et al., 1998*) دراسة هدفت إلى معرفة مدى انتشار اضطرابات النوم لدى 388 من المكفوفين، 44 من المبصرين، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن

المكفوفين لديهم اضطرابات نوم أكثر (48.7%) مقارنة بالمبصرين (9.1%)، وقد تبين أن أكثر مشكلات النوم شيوعاً لدى المكفوفين هي النوم المتقطع، قصر فترة النوم، والنعاس النهاري اللاإرادي. وتوصل ليجر وآخرون (Leger et al,1999a) في دراسة أجريت على عينة تكونت من 1073 من المكفوفين، 794 من المبصرين إلي أن المكفوفين بصرياً (كلياً وجزئياً) لديهم اضطرابات نوم أكثر مقارنة بالمبصرين، وقد اتضح أن أكثر مشكلات النوم شيوعاً لدى المكفوفين هي النوم الليلي المتقطع، النعاس النهاري اللاإرادي، استخدام الحبوب المنومة، قصر فترة النوم. كما توصل ليجر وآخرون (Leger et al., 1999b) في دراسة أخرى أجريت على عينة تكونت من 77 من المكفوفين، 79 من المبصرين تراوحت أعمارهم الزمنية بين 3 - 18 سنة إلي أن المكفوفين لديهم اضطرابات نوم أكثر من المبصرين، فقد تبين أن 17.4% من المكفوفين مقابل 2.6% من المبصرين ينامون أقل من سبع ساعات يومياً، وأن 13.4% من المكفوفين مقابل 1.3% من المبصرين يعانون من النعاس النهاري اللاإرادي، كذلك يستيقظ المكفوفون من النوم مبكراً أكثر من المبصرين.

ولقد وجد زيزي وآخرون (Zizi et al.,2002) في دراسة لبحث تأثير الإعاقة البصرية على شكاوى النوم والتي أجريت علي عينة تكونت من 1118 متطوعاً من الراشدين أن 9% من أفراد العينة يستخدمون أدوية منومة، 25% لديهم صعوبة في الخلود إلى النوم، 52% لديهم صعوبة في الاستمرار في النوم، 28% يعانون من اليقظة المبكرة، 12% يعانون من النعاس النهاري اللاإرادي. وقام مارجلوس، ريد (Margolis & Reed, 2004) بدراسة هدفت إلي التحقق من تأثير الممارسات الدينية في رمضان علي توقيت النوم واليقظة لدي عينة من طلاب كلية الطب بجامعة الإمارات العربية المتحدة، وقد أشارت النتائج إلي أن الصوم والممارسات الدينية في رمضان له تأثير دال علي توقيت النوم.

وحصل كل من وبي، فان جيلدر (Wee & Van Gelder,2004) من خلال دراسة أجريت علي 25 معاق بصرياً تراوحت أعمارهم الزمنية بين 12 - 20 سنة، 12 مبصراً، علي نتائج تشير إلي أن المعاقين بصرياً نتيجة لأمراض بالعصب البصري لديهم مستويات مرضية للنعاس النهاري، صعوبة في الخلود إلى النوم ومرات يقظة ليلية أكثر مما يعنى أن أمراض العين بمثابة عامل خطر في الإصابة باضطرابات النوم.

وتوصل باهمام (Bahammam,2005) في دراسة أجريت علي عينة تكونت من (101) مفحوصاً في الرياض بالمملكة العربية السعودية إلي أن الصوم والتغيرات في نمط الحياة في شهر رمضان المعظم ذات تأثير دال علي سلوك النوم واليقظة (توقيت النوم والنعاس النهاري).

ولقد وجد علي خان وآخرون (Ali Khan et al., 2006) في دراسة أجريت علي عينة قدرها

(435) من الأصحاء في باكستان *Pakistan* أن ثمة تغيرات في دورة النوم واليقظة تعزي لصوم شهر رمضان المعظم وممارسة الشعائر الدينية.

وأشارت نتائج دراسة فوقيه راضي (2007) والتي أُجريت علي (225) معاق بصرياً، (225) مبصراً إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين المعاقين بصرياً والمبصرين في اضطرابات النوم (الأرق، فرط النوم، اضطراب إيقاع النوم واليقظة، الكوابيس، الفزع الليلي) وذلك في صالح المعاقين بصرياً، كما أن ثمة فروق بين الذكور والإناث من المعاقين بصرياً في اضطرابات النوم وذلك في صالح الإناث، كذلك اتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين ذوى الإعاقة البصرية الكلية وذوى الإعاقة البصرية الجزئية في اضطرابات النوم وذلك في صالح ذوى الإعاقة البصرية الكلية، كما أشارت النتائج إلي وجود علاقات موجبة دالة إحصائياً بين اضطرابات النوم لدى المعاقين بصرياً وكل من القلق والاكتئاب.

هذا وقد قامت فازي وآخرون (*Fazzi et al., 2008*) بدراسة هدفت إلي وصف أنماط النوم لدي عينة من المعاقين بصرياً مقارنة بالمبصرين، تكونت العينة من آباء 154 معاق بصرياً، 50 مبصراً، وقد أشارت نتائج الدراسة إلي أن المعاقين بصرياً لديهم اضطرابات نوم أكثر مقارنة بالمبصرين تظهر في شكل صعوبة الخلود إلي النوم والاستمرار فيه واليقظة الليلية المتكررة.

يتضح من عرض نتائج الدراسات السابقة ندرة الدراسات التي تناولت بالبحث اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً، وأنه لا توجد دراسات سابقة - في حدود علم الباحثين - حاولت التحقق من فعالية الإرشاد النفسي الديني في خفض اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً علي الرغم من أن الإرشاد الديني طريقة محببة للمعاقين بصرياً مما يساعد علي تحقيق نتائج إيجابية في مجال خفض اضطرابات النوم لدي هذه الفئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة.

#### فروض البحث:

(1) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لصالح المجموعة الضابطة.

(2) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لدي المجموعة التجريبية لصالح القياس القبلي.

(3) تتباين درجات المجموعة التجريبية علي استبيان اضطرابات النوم في القياسات: القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني.

#### إجراءات البحث:

#### عينة البحث:

تكونت عينة البحث في صورتها النهائية من (126) معاق بصرياً بمعاهد النور بالمدينة المنورة خلال الفصل الثاني من العام الدراسي 1428/ 1429 هـ، منهم (62) معاقاً، (64) معاقة بصرياً، وقد قُسمت العينة عشوائياً إلى أربع مجموعات حسب متغيري الجنس والمجموعة كما هو موضح بالجدول (1).

جدول (1) توزيع أفراد عينة البحث حسب متغيري الجنس والمجموعة

ضابطة			تجريبية			المجموعة الجنس
ع	م	ن	ع	م	ن	
3.253	12.967	30	3.389	13.156	32	ذكور
4.425	13.322	31	4.037	13.121	33	إناث

أدوات البحث:

أولاً: استبيان اضطرابات النوم:

أُستخدم استبيان اضطرابات النوم إعداد فوقية راضي (2007)، ويتكون من (52) مفردة صممت لقياس خمسة اضطرابات للنوم هي: الأرق (15 مفردة)، فرط النوم (13 مفردة)، اضطراب إيقاع النوم والنقطة (8 مفردات)، الكوابيس (9 مفردات)، الفرع الليلي (7 مفردات).

وقد صيغت مفردات الاستبيان بحيث يجاب عنها استناداً إلى طريقة ليكرت *Likert*، حيث أن كل مفردة أمامها ثلاثة مستويات هي غالباً، أحياناً، نادراً، وتتراوح الدرجات من (1 - 3) درجات على كل مفردة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة اضطرابات النوم.

هذا وقد اشتمت بعض دلالات الثبات لاستبيان اضطرابات النوم في دراسة سابقة (فوقية راضي، 2007) بطريقة إعادة الاختبار بفواصل زمني قدره أسبوعين على عينة مصرية تكونت من (30) معاق بصرياً، وقد تراوحت معاملات الثبات للمقاييس الفرعية بين 0.741 - 0.871، كما تبين أن الاستبيان يتمتع بدلالات صدق مرتفعة وذلك باستخدام التحليل العاملي والصدق الظاهري للاستبيان (فوقية راضي، 2007).

صدق الاستبيان:

قام الباحثان الحاليان بالتحقق من الصدق العاملي لاستبيان اضطرابات النوم وذلك بتطبيقه على عينة قدرها (115) معاق بصرياً بمعاهد النور بالمدينة المنورة وتحليل الدرجات عاملياً بطريقة

\* تم تقسيم عينة البحث إلى أربع مجموعات: تجريبية وضابطة للذكور، وتجريبية وضابطة للإناث وذلك لأن نتائج دراسات سابقة عديدة قد أشارت إلى وجود فروق في اضطرابات النوم بين الجنسين، إضافة إلى اختلاف

ظروف تطبيق برنامج الإرشاد النفسي الديني في معهد النور للبنات عنها لدى البنين.  
المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد 62 - المجلد التاسع عشر - فبراير 2009 (265)

المكونات الأساسية لهوتلنج *Hoteling* باستخدام محك جتمان، ويوضح جدول (2) نتائج التحليل العاملي لاستبيان اضطرابات النوم.

جدول (2) نتائج التحليل العاملي لاستبيان اضطرابات النوم

العوامل	الأرق	فرط النوم	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	الكوابيس	الفرع الليلي
التشبعات	0.867	0.697	0.764	0.788	0.801
الشيوع	0.752	0.486	0.584	0.621	0.642
الجزر الكامن	3.085				
نسبة التباين العاملي	61.79				

يتضح من جدول (2) صدق استبيان اضطرابات النوم، فقد أسفر التحليل العاملي عن وجود عامل تنتظم حوله المكونات الفرعية للاستبيان (الأرق، فرط النوم، اضطراب إيقاع النوم واليقظة، الكوابيس، الفرع الليلي) بقيم تشبع عالية تعبر عن درجة ارتباط كل مكون (اضطراب) بهذا العامل، مما يشير إلي الصدق العاملي للاستبيان.

ثبات الاستبيان:

قام الباحثان الحاليان بالتحقق من ثبات استبيان اضطرابات النوم بطريقة الاتساق الداخلي وذلك باستخدام معادلة ألفا كرونباخ *Cronbach's Alpha*، وقد تكونت العينة من (35) معاق بصرياً بمعاهد النور بالمدينة المنورة، ويوضح جدول (3) معاملات ثبات ألفا للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان اضطرابات النوم.

جدول (3) معاملات ثبات ألفا للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان اضطرابات النوم

المقاييس	الأرق	فرط النوم	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	الكوابيس	الفرع الليلي	الدرجة الكلية
معامل ألفا	0.750	0.698	0.696	0.699	0.505	0.871

ثانياً: برنامج الإرشاد النفسي الديني:

أهداف البرنامج الإرشادي:

يهدف البرنامج الإرشادي إلى خفض اضطرابات النوم لدي عينة من المعاقين بصرياً من خلال تحقيق الأهداف الإجرائية التالية:

- 1- تزويد عينة المعاقين بصرياً بمعلومات عن اضطرابات النوم: طبيعة النوم ومراحله، أسباب اضطرابات النوم، تأثير الحرمان من النوم علي حياتهم.
- 2- تبصير عينة المعاقين بصرياً بفضل الدعاء والذكر وحثهم علي ممارسة هذه الفضيلة.
- 3- مساعدة عينة المعاقين بصرياً علي التغلب علي اضطرابات النوم من خلال الاقتداء بنوم رسول الله صلي الله عليه وسلم (الدعاء والذكر ومراعاة الآداب النبوية المتعلقة بالنوم).

مصادر بناء البرنامج الإرشادي:

- القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة.
- الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.

الأساليب الإرشادية المستخدمة:

استخدم الباحثان أسلوب الإرشاد الجماعي والإرشاد الفردي في جلسات البرنامج من خلال الفنيات الإرشادية التالية:

1- المحاضرة:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة عن اضطرابات النوم: طبيعة النوم ومراحله، أسباب اضطرابات النوم، تأثير الحرمان من النوم علي حياة الفرد وكيفية التغلب علي اضطرابات النوم من خلال الاقتضاء بنوم رسول الله صلي الله عليه وسلم والهدف من استخدام هذه الفنية هو إشباع الحاجات المعرفية لعينة المعاقين بصرياً مما يساعد علي خفض اضطرابات النوم لديهم.

2- المناقشة الجماعية:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الحوار حول موضوع المحاضرة بين الباحثين وعينة المعاقين بصرياً من ناحية، وبين المعاقين بصرياً بعضهم مع بعض من ناحية أخرى، وبهذا فإن

المادة العلمية للمحاضرة تصبح موضوع نقاش، والهدف من استخدام هذه الفنية هو إثراء البناء المعرفي لعينة المعاقين بصرياً، وتعزيز التواصل بين أعضاء الجماعة.

### 3- التكاليف المنزلية:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف عينة المعاقين بصرياً ببعض المهام في ختام كل جلسة، والهدف من استخدام هذه الفنية نقل أثر ما استفاده المعاقون بصرياً من حضور الجلسات الإرشادية إلى سلوكيات وممارسات حياتية إيجابية.

### 4- التعزيز الإيجابي:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعمات (ثناء - مكافآت) لعينة المعاقين بصرياً على الاستجابات الملائمة أثناء الجلسات وحفظ الآيات القرآنية وأدعية وأذكار النوم وممارستها. هذا وقد عُرض البرنامج في صورته الأولية على عدد من المحكمين\* المتخصصين في مجالات التربية الخاصة والطب النفسي والشريعة الإسلامية بجامعة المنصورة وطبقة بالمدينة المنورة وذلك بهدف التحقق من صدق محتوى البرنامج وملاءمته لأفراد العينة وصحة الإجراءات التطبيقية للبرنامج، ووفقاً لمقترحات المحكمين أُجريت التعديلات المطلوبة ومن ثم إعداد الصورة النهائية للبرنامج الإرشادي والذي تم تطبيقه على عينة المعاقين بصرياً.

### الجلسات الإرشادية:

في ضوء ما سبق قام الباحثان بإعداد 15 جلسة إرشادية، تراوحت مدة الجلسة ما بين (60-90) دقيقة حسب طبيعة كل جلسة ومضمونها الإرشادي. وتتضمن الجلسات الإرشادية الموضوعات التالية:

الجلسة الأولى: التعريف بالبرنامج الإرشادي.

الجلسة الثانية - الجلسة الرابعة: اضطرابات النوم.

الجلسة الخامسة - الجلسة السابعة: فضل الدعاء والذكر.

الجلسة الثامنة - الجلسة العاشرة: آداب النوم في الإسلام.

الجلسة الحادية عشرة - الجلسة الثانية عشرة: نوم رسول الله صلى الله عليه وسلم.

الجلسة الثالثة عشرة - الجلسة الرابعة عشرة: أدعية وأذكار النوم.

\* أ.د. شاكر عطيه قنديل - كلية التربية - جامعة المنصورة.

أ.د. فؤاد حامد الموافي - كلية التربية - جامعة المنصورة.

أ.د. حسن مصطفى عبد المعطي - كلية التربية والعلوم الانسانية - جامعة طيبة - المدينة المنورة.

د. عبد السلام سالم السحيمي أستاذ مشارك بكلية الشريعة - الجامعة الإسلامية - المدينة المنورة.

د. أحمد حفيز أحمد حافظ استشاري الطب النفسي ومدير مستشفى الطب النفسي - المدينة المنورة.



الجلسة الخامسة عشرة: تقييم البرنامج الإرشادي.

خطوات البحث:

1- قام الباحثان بتطبيق استبيان اضطرابات النوم في شهر صفر 1429هـ (القياس القبلي) وباستخدام اختبار (ت) تم التحقق من التكافؤ بين المجموعات: التجريبية والضابطة (ذكور - إناث)، ويوضح جدول (4)، جدول (5) هذه النتائج.

جدول (4) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي علي استبيان اضطرابات النوم (ذكور)

مستوي الدلالة	قيمة (ت)	الضابطة (ن= 30)		التجريبية (ن= 32)		المجموعة اضطرابات النوم
		ع	م	ع	م	
غير دالة	0.376	1.613	29.533	1.693	29.687	الأرق
غير دالة	0.760	1.680	21.733	1.402	22.031	فرط النوم
غير دالة	0.449	1.731	17.366	1.702	17.562	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
غير دالة	0.132	1.381	16.767	1.354	16.812	الكوابيس
غير دالة	0.547	1.715	15.566	1.361	15.781	الفرع الليلي
غير دالة	1.161	1.211	100.97	2.948	101.87	الدرجة الكلية

جدول (5) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي علي استبيان اضطرابات النوم (إناث)

مستوي الدلالة	قيمة (ت)	الضابطة (ن= 31)		التجريبية (ن= 33)		المجموعة اضطرابات النوم
		ع	م	ع	م	
غير دالة	0.432	1.482	30.741	1.607	30.909	الأرق
غير دالة	0.746	0.836	23.032	0.768	23.181	فرط النوم
غير دالة	0.393	1.198	18.645	1.091	18.757	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
غير دالة	0.066	0.964	17.258	0.802	17.273	الكوابيس
غير دالة	0.353	1.402	16.032	1.302	16.151	الفرع الليلي
غير دالة	0.946	2.819	105.71	1.875	106.27	الدرجة الكلية

يتضح من الجدولين (4)، (5) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي استبيان اضطرابات النوم في القياس القبلي لدي عينة الذكور وعينة الإناث.

2- قام الباحثان\* بتنفيذ برنامج الإرشاد النفسي الديني مع المجموعتين التجريبتين (في شهري ربيع الأول وربيع الآخر 1429 هـ).

3- تطبيق استبيان اضطرابات النوم (القياس البعدي الأول) في بداية شهر جمادى الأولى 1429 هـ للتحقق من فعالية برنامج الإرشاد النفسي الديني في خفض اضطرابات النوم لدي عينة المعاقين بصرياً.

4- تطبيق استبيان اضطرابات النوم (القياس البعدي الثاني) في بداية شهر جمادى الآخرة 1429 هـ، وذلك للتحقق من استمرار فعالية البرنامج بعد توقف استخدامه في خفض اضطرابات النوم لدي أفراد المجموعتين التجريبتين.

نتائج البحث:

الفرض الأول:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لصالح المجموعة الضابطة". للتحقق من هذا الفرض أستخدم اختبار (ت)، ويوضح جدول (6)، جدول (7) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لدي عينة الذكور وعينة الإناث.

جدول (6) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم (ذكور)

مستوي الدلالة	قيمة (ت)	الضابطة (ن = 30)		التجريبية (ن = 32)		اضطرابات النوم
		ع	م	ع	م	
0.01	5.864	1.634	29.467	1.908	26.812	الأرق
0.01	5.168	1.921	21.632	1.103	19.593	فرط النوم
0.01	4.162	1.837	17.267	1.366	15.562	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
0.01	5.742	1.586	16.633	1.242	14.562	الكوابيس
0.01	4.246	1.869	15.431	1.830	13.437	الفرع الليلي
0.01	9.927	4.732	100.43	3.514	89.968	الدرجة الكلية

\* قامت الباحثة الحالية بتنفيذ برنامج الإرشاد النفسي الديني مع طالبات معهد النور بالمدينة المنورة بينما نفذ الباحث الثاني إجراءات البرنامج مع عينة الطلاب المكفوفين.

جدول (7) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم (إناث)

مستوي الدلالة	قيمة (ت)	الضابطة (ن = 31)		التجريبية (ن = 33)		اضطرابات النوم
		ع	م	ع	م	
0.01	5.222	1.628	29.419	1.745	27.212	الأرق
0.01	3.106	2.174	21.936	1.226	20.576	فرط النوم
0.01	2.095	1.910	17.129	1.458	16.242	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
0.01	3.812	1.684	16.354	1.439	14.879	الكوابيس
0.01	3.527	1.956	15.193	1.638	13.606	الفرع الليلي
0.01	6.457	5.718	100.03	3.364	92.515	الدرجة الكلية

يتضح من الجدولين (6)، (7) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لصالح المجموعة الضابطة لدي عينة الذكور وعينة الإناث.

#### الفرض الثاني:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لدي المجموعة التجريبية لصالح القياس القبلي ".  
 للتحقق من هذا الفرض أُستخدم اختبار (ت)، ويوضح جدول (8)، جدول (9) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لدي المجموعة التجريبية (ذكور - إناث).

جدول (8) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لدي المجموعة التجريبية (ن = 32 - ذكور)

مستوي الدلالة	قيمة (ت)	البعدي		القبلي		اضطرابات النوم
		ع	م	ع	م	
0.01	6.375	1.908	26.812	1.693	29.687	الأرق
0.01	7.728	1.103	19.593	1.402	22.031	فرط النوم
0.01	5.182	1.366	15.562	1.702	17.562	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
0.01	6.942	1.242	14.562	1.354	16.812	الكوابيس
0.01	5.812	1.830	13.437	1.361	15.781	الفرع الليلي
0.01	14.68	3.514	89.968	2.948	101.87	الدرجة الكلية

جدول (9) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لدي المجموعة التجريبية (ن=33 - إناث)

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	البعدي		القبلي		اضطرابات النوم
		ع	م	ع	م	
0.01	8.948	1.745	27.212	1.607	30.909	الأرق
0.01	10.35	1.226	20.576	0.768	23.181	فرط النوم
0.01	7.934	1.458	16.242	1.091	18.757	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
0.01	8.485	1.439	14.879	0.802	17.273	الكوابيس
0.01	6.988	1.638	13.606	1.302	16.151	الفرغ الليلي
0.01	20.52	3.364	92.515	1.875	106.27	الدرجة الكلية

ينتضح من الجدولين (8)، (9) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي علي استبيان اضطرابات النوم لدي المجموعة التجريبية لصالح القياس القبلي لدي عينة الذكور وعينة الإناث.

#### الفرض الثالث:

" تتباين درجات المجموعة التجريبية علي استبيان اضطرابات النوم في القياسات: القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني ".

للتحقق من هذا الفرض أُستخدم تحليل التباين الأحادي، ويوضح جدول (10)، جدول (11) نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات المجموعة التجريبية علي استبيان اضطرابات النوم في القياسات: القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني لدي عينة الذكور وعينة الإناث.

جدول (10) نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات المجموعة التجريبية علي استبيان

اضطرابات النوم في القياسات: القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني (ذكور)

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المقاييس
0.01	10.623	146.281 13.770	2 93 95	292.563 1280.594 1573.157	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الأرق
0.01	13.119	115.948 8.838	2 93 95	231.896 821.938 1053.834	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	فرط النوم

0.01	7.223	26.271 3.637	2 93 95	52.542 338.219 364.490	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
0.01	5.994	37.646 6.281	2 93 95	75.292 584.188 621.834	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الكوابيس
0.01	5.855	18.885 3.225	2 93 95	37.771 299.969 337.740	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الفرز الليلي
0.01	14.813	1247.823 84.240	2 93 95	2495.646 7834.313 10329.959	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الدرجة الكلية

جدول (11) نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات المجموعة التجريبية علي  
استبيان اضطرابات النوم في القياسات: القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني (إناث)

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المقاييس
0.01	8.538	67.162 7.866	2 96 98	134.323 755.143 889.466	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الأرق
0.01	14.009	143.313 10.230	2 96 98	286.626 982.121 1268.747	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	فرط النوم
0.01	7.139	68.818 9.639	2 96 98	137.636 925.391 1063.027	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
0.01	7.298	71.394 9.782	2 96 98	142.788 939.113 1080.901	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الكوابيس
0.01	6.721	60.737 9.036	2 96 98	121.475 867.495 988.973	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الفرز الليلي
0.01	8.837	411.424 46.554	2 96 98	822.848 4469.263 5292.111	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الدرجة الكلية

يتضح من الجدولين (10)، (11) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اضطرابات النوم لدي

المعاقين بصرياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني، ولتحديد بين أي القياسات حدثت الفروق تمت المقارنة بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها المعاقون بصرياً علي استبيان اضطرابات النوم والتي يوضحها جدول (12)، جدول (13).

جدول (12) متوسطات درجات المعاقين بصرياً علي استبيان اضطرابات النوم في

القياس القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني (المجموعة التجريبية - ذكور)

البعدي الثاني		البعدي الأول		القبلي		القياس اضطرابات النوم
ع	م	ع	م	ع	م	
1.901	26.975	1.908	26.812	1.693	29.687	الأرق
1.413	19.537	1.103	19.593	1.402	22.031	فرط النوم
1.414	15.449	1.366	15.562	1.702	17.562	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
1.320	14.500	1.242	14.562	1.354	16.812	الكوابيس
1.971	13.784	1.830	13.437	1.361	15.781	الفرع الليلي
4.235	90.245	3.514	89.966	2.948	101.87	الدرجة الكلية

جدول (13) متوسطات درجات المعاقين بصرياً علي استبيان اضطرابات

النوم في القياس القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني (المجموعة التجريبية - إناث)

البعدي الثاني		البعدي الأول		القبلي		القياس اضطرابات النوم
ع	م	ع	م	ع	م	
1.919	27.393	1.745	27.212	1.607	30.909	الأرق
1.212	20.697	1.226	20.576	0.768	23.181	فرط النوم
2.451	16.333	1.458	16.242	1.091	18.757	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
1.447	14.981	1.439	14.879	0.802	17.273	الكوابيس
1.629	13.781	1.638	13.606	1.302	16.151	الفرع الليلي
3.617	93.185	3.364	92.515	1.875	106.27	الدرجة الكلية

ولتحديد اتجاه الفروق أُستخدم اختبار شيفيه، ويوضح جدول (14) هذه النتائج.

جدول (14) الفروق بين متوسطات درجات اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً في القياس القبلي والبعدي الأول والبعدي الثاني (المجموعة التجريبية)

إناث		ذكور		العينة	اضطرابات النوم
البعدي الثاني	البعدي الأول	البعدي الثاني	البعدي الأول	القياسات	
*3.516	*3.627	*2.712	*2.875	القبلي	الأرق
0.181		0.163	—	البعدي الأول	
*2.484	*2.605	*2.494	*2.438	القبلي	فرط النوم
0.121		0.056	—	البعدي الأول	
*2.424	*2.515	*2.113	*2	القبلي	اضطراب إيقاع النوم واليقظة
0.091		0.113	—	البعدي الأول	
*2.292	*2.394	*2.312	*2.25	القبلي	الكوابيس
0.102		0.062	—	البعدي الأول	
*2.37	*2.545	*1.997	*2.344	القبلي	الفرع الليلي
0.175		0.347	—	البعدي الأول	
*13.086	*13.756	*11.628	*11.907	القبلي	الدرجة الكلية
0.67		0.279	—	البعدي الأول	

\* دال عند مستوي 0.05

يتضح من جدول (14) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي الأول والقياس القبلي والبعدي الثاني، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي الأول والبعدي الثاني، مما يشير إلى استمرار فعالية برنامج الإرشاد النفسي الديني في خفض اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً.

تفسير النتائج:

توصلت نتائج البحث الحالي إلى أن برنامج الإرشاد النفسي الديني له تأثير فعال في خفض اضطرابات النوم لدى عينة المعاقين بصرياً، ويعتقد الباحثان أن فعالية البرنامج تعزي إلي ثراء جلسات البرنامج التي استوحى الباحثان محتواها من القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة، فالمتتبع

لسنة النبي صلي الله عليه وسلم في نومه والمتأمل لسلوكه في نومه ويقظته يجد هدياً كاملاً وشاملاً يعين علي سمو الروح وصحة الجسد.

فقد أوصي النبي الكريم صلي الله عليه وسلم المسلم باتباع آداب معينة للنوم من أهمها: النوم في مكان آمن، فقد جاء عند أبي داود أن رسول الله صلي الله عليه وسلم قال: « مَنْ بَاتَ عَلَى ظَهْرِ بَيْتٍ لَيْسَ عَلَيْهِ حِجَارٌ فَقَدْ بَرَّتْ مِنْهُ الذِّمَّةُ ». وعند أحمد: « من بات فوق بيت ليس له أجار يرد رجله أو يدفع قدميه، فوقع فمات فبرئت منه الذمة »، وعدم نوم الشخص بمفرده تجنباً للشعور بالوحدة، والتقريب بين الأولاد والبنات في المضاجع أثناء النوم لحديث النبي صلي الله عليه وسلم « مُرُوا أَوْلَادَكُمْ بِالصَّلَاةِ وَهُمْ أَبْنَاءُ سَبْعِ سِنِينَ وَاصْرِبُوهُمْ عَلَيْهَا وَهُمْ أَبْنَاءُ عَشْرِ، وَفَرِّقُوا بَيْنَهُمْ فِي الْمَضَاجِعِ ». رواه أبو داود في سننه، وتنظيف الفراش قبل النوم لحديث أبي هريرة رضي الله عنه قال: قَالَ النَّبِيُّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ « إِذَا أَرَى أَحَدَكُمْ إِلَى فِرَاشِهِ فَلْيَنْفُضْ فِرَاشَهُ بِدَاخِلَةِ إِزَارِهِ فَإِنَّهُ لَا يَدْرِي مَا خَلْفَهُ »، وعدم تأخير النوم بعد صلاة العشاء إلا لضرورة لما روى أبو هريرة أن النبي صلي الله عليه وسلم كان يكره النوم قبل صلاة العشاء والحديث بعدها. والوضوء قبل النوم لقول الرسول صلي الله عليه وسلم للبراء بن عازب رضي الله عنه « إِذَا أَتَيْتَ مَضْجَعَكَ فَتَوَضَّأْ وَضُوءَكَ لِلصَّلَاةِ ». رواه البخاري، والمواظبة علي صلاة الوتر وهي صلاة محبة إلي الله سبحانه وتعالى، فالله جل وتعالى وتر يحب الوتر، إضافة إلي النوم ابتداءً علي الشق الأيمن لقول الرسول صلي الله عليه وسلم للبراء « إِذَا أَتَيْتَ مَضْجَعَكَ فَتَوَضَّأْ وَضُوءَكَ لِلصَّلَاةِ ثُمَّ اضْطَجِعْ عَلَى شِقِّكَ الْأَيْمَنِ » وقوله « إِذَا أُوَيْتَ إِلَى فِرَاشِكَ وَأَنْتَ طَاهِرٌ فَتَوَسَّدْ يَمِينِكَ ». رواه البخاري، وألا يضطجع الإنسان علي بطنه أثناء نومه ليلاً ولا نهاراً لما ورد أن النبي صلي الله عليه وسلم قال « إِنَّهَا ضُجْجَةٌ أَهْلِ النَّارِ »، وقال: « إِنَّهَا ضُجْجَةٌ يَبْغِضُهَا اللَّهُ عَزَّ وَجَلَّ » رواه أبو داود، وعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: « رَأَى رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ رَجُلًا مَضْطَجِعًا عَلَى بَطْنِهِ فَقَالَ إِنَّ هَذِهِ ضُجْجَةٌ يَبْغِضُهَا اللَّهُ وَرَسُولُهُ ». رواه الترمذي، وما رواه أبو أمامه رضي الله عنه قال: « مَرَّ النَّبِيُّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ عَلَى رَجُلٍ نَائِمٍ فِي الْمَسْجِدِ مَنْبُطِحٍ عَلَى وَجْهِهِ فَضْرِبُهُ بِرِجْلِهِ وَقَالَ: قِمْ وَقَعِدْ فَإِنَّهَا نَوْمَةٌ جَهَنَّمِيَّةٌ » رواه ابن ماجه.

وجدير بالذكر أن البحوث الطبية الحديثة قد أثبتت أن النوم علي الشق الأيمن يُعد الأفضل في تحقيق السكينة النفسية والصحة الجسمية للنائم، وأنه من أفضل الإجراءات الطبية التي تيسر عمل كافة أجهزة الجسم.

إن المتأمل لآيات القرآن الكريم وكذلك أدعية النوم التي حثنا رسول الله صلي الله عليه وسلم علي تكرها قبل النوم وعند الاستيقاظ من النوم يجد آداباً نبوية تدور كلها حول المعاني التالية: إخلاص التوحيد لله، تسليم الأمر لله وحده وتقويض كل شيء إليه، والاحتماء بالله من كل قوي الكون سواء من الجن أو الأُنس، الالتجاء لله كمصدر للأمن والطمأنينة، قطع العلاقات الدنيوية والتصالح مع الله ومع



الناس، توجيه النفس وجهة ربانية حتى تكون في مأمن عند خروجها أثناء النوم، كل هذه المعاني إذا استوعبها الإنسان قبل نومه فإنه يكون في حالة رضا واطمئنان واسترخاء، وهذا الأمر ضروري للخلود إلي نوم هادئ والاستمرار فيه، كما يؤثر ذلك في أحلامه، فالإنسان عندما يستحضر أدعية وأذكار النوم في قلبه فإنه بذلك يوجه مستقبلاته النفسية وجهة ربانية فتستقبل أثناء النوم إحياءات ربانية ورؤى تزيدها اطمئناناً واستبشاراً.

إن المواظبة على ذكر الله تعالى بالتسبيح والدعاء وتلاوة القرآن الكريم يزيل أسباب التوتر النفسي ويعمل على إعادة توازن الجهاز النفسي والعصبي ويضفي على النفس السكينة والطمأنينة، قال تعالى: {الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ} [الرعد: 28]. وقال تعالى: {وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا} [الرعد: 28] ، فالاهتمام بالجانب الروحي من شأنه شفاء الصدر وتخليص النفس من الاضطرابات والآلام النفسية، قال تعالى: {يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ} [يونس: 57].

وتعزي فعالية البرنامج الإرشادي أيضاً إلي ما يتضمنه من معارف وفيرة عن اضطرابات النوم: طبيعة النوم ومراحله، أسباب اضطرابات النوم، تأثير الحرمان من النوم، آداب النوم في الإسلام. إضافة إلي ذلك فإن الرغبة الحقيقية من جانب أفراد المجموعتين التجريبيتين (ذكور - إناث)، والجدية والمواظبة علي حضور جلسات البرنامج قد شجع الباحثين علي تنفيذ الجلسات بطريقة تتسم بالإيجابية، حيث لاحظ الباحثان تفاعل واندماج المعاقين بصرياً في جلسات البرنامج الإرشادي وحرصهم البالغ علي حفظ الآيات القرآنية وأدعية النوم واكتساب المزيد من المعرفة عن آداب النوم في الإسلام.

#### توصيات البحث:

- علي ضوء ما توصل إليه البحث من نتائج تشير إلي فعالية الإرشاد النفسي الديني في خفض اضطرابات النوم لدي المعاقين بصرياً يوصي الباحثان بما يلي:
- ضرورة أن تقدم وحدة التربية الإسلامية بمعاهد النور بالمدينة المنورة ضمن أنشطتها خلفية مناسبة عن اضطرابات النوم وكيفية التعامل معها من منظور إسلامي.
- كما يوصي الباحثان بإجراء المزيد من الدراسات عن برامج الإرشاد النفسي الديني وفعاليتها في تحسين الصحة النفسية للمعاقين بصرياً خاصة أن المعاقين بصرياً يفضلون أسلوب الإرشاد الديني ويقبلون عليه الأمر الذي يساعد على تحقيق أفضل النتائج.

#### المراجع

- (1) حامد عبد السلام زهران (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي . ( ط . 3 ) . القاهرة : عالم الكتب .

- (2) حامد عبد السلام زهران (2002): التوجيه والإرشاد النفسي . (ط . 3) . القاهرة : عالم الكتب .
- (3) حسان شمسي باشا (1993): النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن . جدة : دار المنارة للنشر والتوزيع .
- (4) علاء الدين كفاقي (2003) : الصحة النفسية والإرشاد النفسي . الرياض : دار النشر الدولي .
- (5) فوقيه محمد راضي (2007) : اضطرابات النوم لدى الأطفال المعاقين بصرياً وعلاقتها بالقلق والاكتئاب ، مجلة كلية التربية بأسيوط ، 1 ، 2 - 56 .
- (6) هانم حامد ياركندي (2000) : الصحة النفسية في المفهوم الإسلامي ودراسات نفسية أخرى . الرياض : دار عالم الكتب .
- (7) *Ali Khan, S.; Zaheer, M.; Aiza, S. & Hafeez, M. (2006). Sleep and wakefulness during holy month of Ramadan. Pakistan Journal of Physiology, 2(2), 15-19.*
- (8) *Anders, T. & Eiben, L. (1997). Pediatric sleep disorders: A review of the past ten years. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 9-20.*
- (9) *Bahammam, A. (2005). Assessment of sleep patterns, daytime sleepiness and chronotype during Ramadan in fasting and nonfasting individuals. Saudi Medical Journal, 26(4), 616-622.*
- (10) *Bambalo, J. & Seidel, M. (1975). Identifying and serving a multiply handicapped population: Deaf-blind children and their families. Nursing Clinics of North America, 10, 341-352.*
- (11) *Branch, L.; Horowitz, A. & Carr, C. (1989). The implications for everyday life of incident self-reported visual decline among people over age 65 living in the community. Gerontologist, 29, 359-365.*
- (12) *Dahl, R. (1996). The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. Seminars in Pediatric Neurology, 3, 44-50.*
- (13) *Davitt, B.; Morgan, C. & Cruz, O. (1997). Sleep disorders in children with congenital anophthalmia and microphthalmia. J AAPOS, 1, 151-153.*
- (14) *Espezel, H.; Jan, J.; O'Donnell, M. & Milner, R. (1996). The use of melatonin to treat sleep-wake rhythm disorders in children who are visually impaired. Journal of visual Impairment and Blindness, 90, 34-50.*
- (15) *Fazzi, E.; Zaccagnino, M.; Gahagan, S.; Capsoni, C. et al. (2008). Sleep disturbances in visually impaired toddlers. Brain & Development, 30, 9, 572-578.*

- (16) Fouladi, M.; Moseley, M.; Jones, H. & Tobin, M. (1998). *Sleep disturbances among persons who are visually impaired: Survey of dog guide users. Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92 (7), 522-530.
- (17) Fraiberg, S. (1977). *Insights from the blind*. New York: Basic Books.
- (18) France, K. & Hudson, S. (1993): *Management of infant sleep disturbance: A review. Clinical Psychology Review*, 13, 635-647.
- (19) Hallahan, D. & Kauffman, J. (1993). *Exceptional children: Introduction to special education*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- (20) Jan, J.; Freeman, R. & Fast, D. (1999). *Melatonin treatment of sleep-wake cycle disorders in children and adolescents. Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 491-500.
- (21) Leger, D.; Guilleminault, C.; Defrance, R.; Domont, A. & Paillard, M. (1996). *Blindness and sleep patterns. Lancet*, 348, 830-831.
- (22) Leger, D.; Guilleminault, C.; Defrance, R.; Domont, A. & Paillard, M. (1999a) *Prevalence of sleep/ wake disorders in persons with blindness. Clinical Science*, 97 (2), 193-199.
- (23) Leger, D.; Prevot, E.; Philip, P.; Yence, C.; Labaye, N.; Paillard, M. & Guilleminault, C. (1999b). *Sleep disorders in children with blindness. Annals of Neurology*, 46 (4), 648-651.
- (24) Lin-Dyken, D.C. & Dyken, M.E. (2002). *Use of Melatonin in young children for sleep disorders. Infants and young children*, 15(2), 20-37.
- (25) Lozoff, B.; Wolf, A. & Davis, N. (1985). *Sleep problems seen in pediatric practice. Pediatrics*, 75, 477-483.
- (26) Lubkin, V.; Beizai, P. & Sadun, A. (2002). *The eye as metronome of the body. Survey of Ophthalmology*, 47, 1, 17-26.
- (27) Margolis, S. & Reed, R. (2004). *Effect of religious practices of Ramadan on sleep and perceived sleepiness of medical students. Teaching and Learning in Medicine*, 16(2), 145-149.
- (28) Mendelson, W.; Sack, D.; James, S.; Martin, J.; Wagner, R.; Garnett, D.; Milton, J. & Wehr, T. (1997). *Frequency analysis of the sleep EEG in depression. Psychiatry Research*, 21, 89-94.
- (29) Mindell, J. & DeMarco, C. (1997). *Sleep problems of young blind*

- children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 1, 33–39.
- (30) Mindell, J.; Goldberg, R. & Fry, J. (1996) Treatment of a circadian rhythm disturbance in a 2-year-old blind child. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 2,162–166.
- (31) Minors, D.; Waterhouse, J. & Wirz, J. (1991) A human phase-response curve to light. *Neuroscience Letters*, 133, 36–40.
- (32) Okawa, M.; Mishima, K.; Nanami, T.; Shimizu, T.; Iijima, S.; Hishikawa, Y. & Takahashi, K. (1990) Vitamin B-12 treatment for sleep-wake cycle disorders. *Sleep*, 13, 15–23.
- (33) Okawa, M.; Nanami, T., Wada, S.; Shimizu, T.; Hishikawa, Y.; Sasaki, H.; Nagamine, H. & Takahashi, K. (1987). Four congenitally blind children with circadian sleep-wake rhythm disorder. *Sleep*, 10,101–110.
- (34) Richman, N. (1985) A double-blind drug trial of treatment in young children with waking problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 591–598.
- (35) Sasaki, H.; Nakata, H.; Murakami, S.; Uesugi, R.; Harada, S. & Teranishi, M. (1992). Circadian sleep-wake rhythm disturbance in blind adolescents. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 46,209.
- (36) Sheldon, S.; Spire, J. & Levy, H. (1992): Sleep-wake cycle disorders. In: S.Sheldon; J. Spire & H.Levy (Eds.). *Pediatric Sleep Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders. p 106–118.
- (37) Simonoff, E. & Stores, G. (1987) Controlled trial of trimeprazine tartrate for night waking. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 253–257.
- (38) Stein, M.; Mendelsohn, J.; Obermeyer, W.; Amromin, J. & Benca, R. (2001). Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics*, 107 (4), 60.
- (39) Stores, G. (1999): Children's sleep disorders: Modern approaches, developmental effects and children at special risk. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 568-573.
- (40) Stores, G. (2001). Normal sleep including developmental aspects. In: G. Stores & L. Wiggs (Eds.) *Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: Its significance and management* (pp. 10-14). London: Mac Keith Press.
- (41) Stores, G. & Ramchandani, P. (1999). Sleep disorders in visually

- impaired children. Developmental Medicine & Child Neurology, 41,348-352.*
- (42) *Tabandeh, H.; Lockley, S.; Buttery, R.; Skene, D.; Defrnce, R.; Arendt, J. & Bird, A. (1998). Disturbance of sleep in blindness. American Journal of Ophthalmology, 126(5), 707-712.*
- (43) *Tabandeh, H.; Lockley, S.; Skene, D.; Bird, A.; Arendt, J. & Defrnce, R. (1995). Disturbances of sleep in blindness. Investigative Ophthalmology and Visual science, 36, 533.*
- (44) *Thiedke, C. (2001). Sleep disorders and sleep problems in childhood. American Family Physician, 63,277-284.*
- (45) *Troster, H.; Brambring, M. & Van Der Burg, J. (1996). Daily routines and sleep disorders in visually impaired children. Early Child Development and Care, 119, 1-14.*
- (46) *Wee, R. & Van Gelder, R. (2004). Sleep disturbances in young subjects with visual dysfunction. Ophthalmology, 111(2), 297-302.*
- (47) *Wiggs, L. & Stores, G. (1996): Sleep problems in children with severe intellectual disabilities: What help is being provided? Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 9,159-164.*
- (48) *Zizi, F.; Jean, L.; Magai, C.; Greenidge, K.; Wolintz, A. & Phillip, O. (2002). Sleep complaints and visual impairment among older Americans: A community-based study. Gerontol A Biol Sci Med Sci., 57(10), 691-694*

*The Effectiveness of a Religious Psychological Counseling program  
in Reducing Sleep Disorders in a Sample of Visually Impaired*

**Dr.Fawkia Radi**

*Associate professor of Mental Health  
Mansoura University/ Taibah University  
In Almadinah Almunawwarah*

**Dr.El Sayed Abo Gollah**

*Assistant professor of Special Education  
Faculty of Education & Humanities  
Taibah University, Almadinah  
Almunawwarah*

**(Abstract)**

*This study aimed at examining the effectiveness of a religious psychological counseling program in reducing sleep disorders (insomnia, hypersomnia, sleep/ wake rhythm disorder, nightmares, night terror) in a sample consisting of (126) visually impaired students aged (12 - 17) years regesterd in Alnoor Schools for the blind in Almadinah Almunawwarah , Kingdom of Saudi Arabia.*

*The sample was randomly divided into four groups: Two male groups ,an experimental group (N= 32) and a control group (N= 30) and two female groups , an experimental group (N= 33) and a control group (N= 31) .*

**Results of the study were as follow :**

- *There were statistically significant differences between the scores mean of the experimental group and the scores mean of the control group in the post test on the questionnaire of Sleep Disorders in favor of the control group (males and females).*
- *There were statistically significant differences between the scores mean of the pre test and the scores mean of the post test on the questionnaire of Sleep Disorders in the experimental group in favor of the pre test (males and females).*
- *The effectiveness of the religious psychological counseling program in reducing sleep disorders in visually impaired students continued later after finishing the program (males and females)*