



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



القسم: قسم النشاط البدني والرياضي المكيف
الرقم التسلسلي:

الشعبة: النشاط البدني الرياضي المكيف
الرمز:

التخصص: النشاط البدني الرياضي المكيف والصحة

مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية تخصص: النشاط البدني الرياضي المكيف والصحة

**دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في
التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى
المعاقين حركيا**

**دراسة ميدانية لدى عينة من المعاقين الممارسين لكرة السلة على
الكراسي المتحركة**

إشراف الأستاذ:

- أ.د/ نطاح كمال

المشرف المساعد:

- د. بورنان خليل

إعداد الطالب:

- شناتي عبد العزيز

السنة الجامعية: 2025/2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر وتقدير

"الحمد لله الذي بعزته وجلاله تتم الصالحات" الحمد لله الذي وفقنا لإتمام هذا الجهد العلمي.

ومن لا يشكر الناس لا يشكر الله لذلك:

أتقدم بالشكر الجزيل والامتنان الكثير للأستاذ الدكتور "**كمال نطاح**" الذي أشرف على هذا العمل ولم يبخل عليّ بمساعدته وتوجيهاته وإرشاده القيم طيلة فترة انجازنا لبحثنا.

كما أتقدم بالشكر والتقدير للدكتور "**بورنان خليل**" على المساعدات والنصائح القيمة والمفيدة لبحثنا هذا فشكرا جزيلا لك.

كما أوجه أسمي عبارات التقدير والعرفان الى جاري العزيز وأخي الذي لم تله أمي الأستاذ الدكتور

"**عبد الغني براخلية**" على الجهود والمساعدات القيمة التي لم يبخل علينا بها، وعلى التشجيعات المقدمة من طرفه قبل وبعد نجاحي في مسابقة الدكتوراه.

كما أوجه شكري الى العم الأستاذ الدكتور "**أحمد شناتي**" على ما قدمه لي من توجيهات ونصائح ثمرة وقيمة، فشكرا جزيلا لك.

كما أتقدم بالشكر الى الأستاذتين الفاضلتين في مادة اللغة الإنجليزية "**جبلاحي سمية، طوبينة وردة**" على كل ما قدموه لي من مساعدة لإتمام بحثي هذا.

وأتقدم بجزيل الشكر والامتنان للسيد الفاضل "**الحاج طيايية**" مدير مكتبة بودراي بلقاسم على كل التسهيلات والمساعدات المقدمة من أجل إتمام هذا العمل.

وأتقدم بالشكر للسيدين: **ضيف الله محمد، رابح براخلية**، على كل المساعدات التي قدمها لي في المكتبة العمومية بودراي بلقاسم.

كما لا يفوتني أن اشكر زميلي في الدراسة "**عبد الرحمان وأم كثوم**"، وكل الأساتذة والطاقم الإداري وعمال معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية المسيلة.

الإهداء

إلى هديتي من الله عز وجل والنعمة الكبيرة التي أعيشها إلى من مهد طريق العلم لي إلى من أنار دروب علمي بنور لا ينطفئ إلى اللذان كرسا حياتهما في سبيل سعادتي إلى من أمرنا الله ببرهما " أمي وأبي " إليكما اهدي هذا الجهد وهذا البحث عسى أن أكون مصدر فخر لكما.

كما أهدي هذا الجهد إلى ابنتي وريحاتي وجوهرة حياتي " هاجر " وإلى إخوتي وأخواتي وإلى زوج أختي أسامة.

كما أهديه إلى الأخ فريد لطرش صاحب الشركة التركية DUNYA
REMSEY

وإلى الأصدقاء والأحباب فاتح بيسار، فاتح بن بلخير، خالد شلاي، رامي بن فطوم، سليم سامي، عمار لعجال، أسامة سرايش، بلعمري الروماين، لحسن لعجيني، عبد الحق بوخرص، رضا بن عادل، مولود مجناح، طارق مرزوقي، بلقاسم قواسمية، حكيم دحماني، طارق نقاز، لبوازدة عزالدين، الربيع سواعدية، شيخ ناصر وعبد الكريم، جمال قروم، قوادرية عبد الرشيد، الخير لبوازدة، عمر فراحتية (البنكي) وإلى كل صديق من قريب ومن بعيد.

أهدي لكم جميعا هذا العمل

قائمة المحتويات

الرقم	العنوان	الصفحة
	شكر	/
	إهداء	/
	قائمة المحتويات	/
	قائمة الجداول	/
	الملخص باللغة العربية	/
	الملخص باللغة الإنجليزية Abstract	/
	مقدمة	أ
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة		
1	إشكالية الدراسة	05
2	فرضيات الدراسة	07
3	أهمية الدراسة	08
4	أهداف الدراسة	08
5	تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة	08
6	الدراسات السابقة	10
7	مميزات الدراسة الحالية	20
الجانب النظري		
الفصل الثاني: النشاط البدني الرياضي المكيف		
	تمهيد	22
1	التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف.	23
2	نبذة تاريخية حول النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر	25
3	النشاط البدني الرياضي المكيف	26
4	أساليب تعديل النشاط البدني الرياضي المكيف	27
5	أسس النشاط البدني الرياضي المكيف.	27
6	أهداف وأغراض النشاط البدني الرياضي المكيف	28

30	تصنيف النشاط البدني الرياضي المكيف.	7
31	أهمية وفوائد النشاط البدني الرياضي المكيف.	8
31	العوامل المؤثرة في النشاط البدني الرياضي المكيف.	9
33	دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية المعاق.	10
34	الفحوص الطبية الخاص بالنشاط الرياضي المكيف.	11
34	خطوات تطوير النشاط البدني الرياضي المكيف	12
35	خلاصة	
الفصل الثالث: المشكلات النفسية والجسدية		
37	تمهيد	
38	مشكلة القلق واضطرابات النوم	1
38	تعريف القلق.	1-1
39	انتشار القلق	2-1
40	أسباب القلق	3-1
42	أعراض القلق	4-1
43	النظريات المفسرة للقلق	5-1
45	أنواع القلق	6-1
46	تأثير القلق في المجال الرياضي	7-1
47	أساليب وحالات التعرف على القلق لدى الرياضيين.	8-1
47	تعريف اضطرابات النوم	9-1
47	تصنيف اضطرابات النوم	1-9-1
48	أسباب اضطرابات النوم	2-9-1
49	علاج اضطرابات النوم	3-9-1
50	العلاقة بين القلق واضطرابات النوم	4-9-1
51	مشكلة الاستجابة الاكتئابية	2
51	تعريف الاكتئاب.	1-2
52	الاكتئاب عبر العصور.	2-2
53	مظاهر الاكتئاب.	3-2
54	أسباب الاكتئاب.	4-2

56	أعراض الاكتئاب.	5-2
56	النظريات المفسرة للاكتئاب.	6-2
58	كيفية عمل النشاط البدني في معالجة الاكتئاب.	7-2
59	تعريف الاستجابة الاكتئابية	8-2
59	خصائص الاستجابة الاكتئابية	1-8-2
60	أعراض الاستجابة الاكتئابية	2-8-2
62	أسباب الاستجابة الاكتئابية	3-8-2
63	خيارات علاج الاستجابة الاكتئابية	4-8-2
64	مشكلة الاغتراب النفسي	3
64	ماهية الاغتراب النفسي.	1-3
66	النظريات المفسرة للاغتراب النفسي.	2-3
69	أنواع وأشكال الاغتراب النفسي.	3-3
71	أبعاد الاغتراب.	4-3
72	مراحل الاغتراب.	5-3
73	الاغتراب والاكتئاب.	6-3
73	الاغتراب والقلق.	7-3
74	المشكلات الجسدية	4
74	تعريف المشكلة الجسدية.	1-4
75	المشاكل الصحية الناتجة عن قلة النشاط البدني.	2-4
75	العلاقة بين النفس والجسد.	3-4
76	بعض المشكلات الجسدية	4-4
84	الإصابات(المشكلات) العضلية.	5-4
86	أسباب المشكلة الجسدية.	6-4
87	خلاصة	
الفصل الرابع: الإعاقة الحركية		
89	تمهيد	
90	الإعاقة بالمنظور الإقليمي والدولي	1
91	حجم الإعاقة في الوطن العربي	2

91	تربية المعوقين في الجمهورية الجزائرية ورعايتهم	3
92	ضخامة عدد المعوقين في الجزائر	4
92	أهداف الرعاية المثلى للمعاقين	5
93	المشكلات الناتجة عن الإعاقة	6
94	ماهية الإعاقة	7
95	تعريف الإعاقة	8
95	تصنيف الإعاقة	9
96	مفهوم المعوق أو المعاق	10
96	تعريف الإعاقة الحركية	11
97	أسباب الإعاقة الحركية	12
98	نسبة حدوث الإعاقة الحركية	13
99	الوقاية من الإعاقة الحركية	14
100	احتياجات المعوقين حركيا	15
100	تقسيم الإعاقة الحركية	16
105	دور المنظمات والهيئات العالمية في رعاية المعوقين حركيا	17
106	تاريخ كرة السلة بالكراسي المتحركة	18
107	هيكل وأهداف الاتحاد الدولي لكرة السلة	19
108	خلاصة	
الجانب التطبيقي		
الفصل الخامس: منهجية الدراسة		
110	تمهيد	
111	الدراسة الاستطلاعية	1
111	منهج الدراسة	2
111	متغيرات الدراسة	3
111	أداة جمع البيانات	4
112	الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة	5
114	عينة الدراسة الأساسية	6
116	الأساليب الإحصائية المستعملة	7

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

118	عرض نتائج الفرضيات	1
119	عرض نتائج الفرضية العامة	1-1
120	عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى	2-1
123	عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية	3-1
124	عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	4-1
125	عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة	5-1
126	عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة	6-1
127	عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة	7-1
127	مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة	2
131	الاستنتاج العام	3
133	خاتمة	4
133	الاقتراحات والفرضيات المستقبلية	
136	قائمة المصادر والمراجع	
150	قائمة الملاحق	

قائمة الجداول

الصفحة	رقم الجدول	عنوان الجدول
112	1	يمثل أبعاد أداة الدراسة والعبارات المكونة لها
112	2	يبين صدق الاتساق الداخلي لبعد القلق واضطراب النوم
113	3	يبين صدق الاتساق الداخلي لبعد الاستجابة الاكتئابية
113	4	يبين صدق الاتساق الداخلي لبعد الاغتراب النفسي
114	5	يبين صدق الاتساق الداخلي لبعد المشكلات الجسدية
114	6	يبين ثبات أداة الدراسة باستعمال معامل ألفا الطبقية
115	7	يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس
115	8	يبين توزيع أفراد العينة الأساسية حسب المستوى الدراسي

118	9	يبين توزيع بيانات متغيرات الدراسة باستعمال اختبار Kolmogorov-Smirnov
119	10	يتضمن المقارنة بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري باستعمال اختبار t لعينة واحدة المشكلات النفسية والجسدية
121	11	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على عبارات المحور الأول (المشكلات النفسية)
122	12	يتضمن المقارنة بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري باستعمال اختبار t لعينة واحدة لمحور المشكلات النفسية وأبعاده
123	13	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثاني (المشكلات الجسدية)
124	14	يتضمن المقارنة بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري باستعمال اختبار t لعينة واحدة لمحور المشكلات الجسدية
124	15	يبين نتائج اختبار t للفروق بين الجنسين في محور المشكلات النفسية
125	16	يبين نتائج مان ويتي Mann-Whitney للفروق بين الجنسين في محور المشكلات الجسدية
126	17	يبين نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه للفروق بين مختلف المستويات الدراسية في درجة المشكلات النفسية لدى أفراد العينة
128	18	يبين نتائج اختبار كروسكال واليس Kruskal Wallis للفروق في درجة المشكلات الجسدية حسب المستوى الدراسي لدى أفراد العينة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى مساهمة ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة على الكراسي المتحركة، وتم تحديد القلق واضطراب النوم، والاستجابة الاكتئابية والاعتراب النفسي كمحاور للمشكلات النفسية التي يحتمل أن يعاني منها المعاقين حركيا، وتم أيضا تحديد بعض الأعراض الجسدية كمحور للمشكلات الجسدية، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحث على المنهج الوصفي، ولجمع بيانات الدراسة تم الاعتماد على استبيان الصحة العامة، وتطبيقه على عينة قصدية من المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة على الكراسي، تتكون من 63 معاقا ومعاقة، وباستعمال مجموعة من الأساليب الإحصائية من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)

وجاءت النتائج مؤكدة لفرضيات الدراسة القائمة على مساهمة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية من حيث القلق واضطراب النوم، والاستجابة الاكتئابية، والاعتراب النفسي، ومساهمته أيضا في التخفيف من المشكلات الجسدية الحركية والوظيفية لدى المعاقين حركيا الممارسين لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة.

Research summary :

The current study aimed to identify to what extent the adaptive sports activities contribute in reducing some psychological and physical problems among the physically disabled people who practice basketball in wheelchairs and to identify anxiety, sleep disturbance, depression and psychological alienation as the major axes of the psychological problems that people with mobility disabilities are likely to suffer from. Some physical symptoms have also been identified as an axis of the physical problems. And to achieve the objectives of the study, the researcher used the descriptive method and the general health questionnaire to collect data. It was applied to a sample of physically disabled people, consisting of 63 disabled men and women, who practice the wheelchair basketball. And by using a set of statistical methods through the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program.

The results confirmed the study hypotheses based on the contribution of adapted physical activity in alleviating some psychological problems in terms of anxiety, sleep disturbance, depressive response, and psychological alienation, and its contribution also in alleviating physical, motor, and functional problems among the physically disabled who practice wheelchair basketball.

شهد العالم خلال العقود الأخيرة تطورا ملموسا في التعامل مع العديد من القضايا الهامة التي تهدف إلى تحسين الحياة الإنسانية، وتنظيم المسؤولية العالمية في مواجهة مشكلات الفقر والديمقراطية والمساواة وحقوق الإنسان، والتي تعمل في مجملها على إشاعة السلم والاستقرار وتعزيز البناء الاقتصادي والاجتماعي للمجتمعات في العديد من المناطق، ولقد أفاد هذا التطور قضية الإعاقة والمعوقين وساهم في توجيه اهتمام الباحثين والمخططين لقضية الإعاقة (داود، 2006، ص.43).

لقد وجدت الإعاقات من حيث وجود الإنسان والأسباب المؤدية إليها ولكن رعايتهم لم تكن موجودة، ولم تكن موجودة الخدمات التربوية لنقي باحتياجات الأفراد غير العاديين، وأدت التطورات السريعة في الفلسفات الاجتماعية، وفي نظريات التعلم وفي المجالات التكنولوجية إلى ثروة مستمرة جعلت العمل في مجال التربية الخاصة فيه من الإثارة بقدر ما به من الصعوبة، حيث استخدمت إجراءات وطرق فعالة في تدريب وتعليم الأطفال الذين كانوا يعانون من إعاقات حسية (كالصم و كف البصر)، وذلك في الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا، ثم تلتها الإعاقة العقلية والحركية ولم يكن الأشخاص المعاقين حركيا مقبولين اجتماعيا في المجتمعات القديمة، فقد كانت تلك المجتمعات تعتبرهم عبئا ثقيلا عليها ولهذا كانت تتخلص منهم بأشكال متنوعة (عبيد، 2014، ص.27).

وشهدت السنوات الأخيرة اهتماما علميا وعمليا بالإعاقة والمعاقين باعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي لا يمكن أن يعيش وحيدا في هذا الكون وهذه الحقيقة وضعت المجتمع أمام مسؤولية أخلاقية للمعونة في مواجهة خطر الإعاقة وتحجيمها والحد من آثارها ووضع الحلول للعديد من المشاكل المتعلقة بهذا المجال من خلال برامج وقائية وإرشادية اجتماعية طبية (ماهر، آدم، 2005، ص.9).

اهتمت الجزائر كغيرها من الدول برعاية وتشجيع الأفراد المعاقين وإدماجهم في الحياة الاجتماعية ووضع تسهيلات لتتقلهم وتحسين ظروف معيشتهم ورفاهيتهم وتطبيق تدابير من شأنها القضاء على الحواجز التي تعيق الحياة اليومية لهؤلاء الأشخاص فقد صدر القانون 02-09 في مايو 2002 المتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم (فتحي، 2015، ص.323-334).

وللممارسة الرياضية دور فعال على النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية والصحية للمعوقين، حيث تعتبر ذات أهمية قصوى وبنحو يفوق أهميتها للأصحاء، ومن الأهداف النبيلة لرياضة المعاقين إعادة تأقلمهم والتحامهم ببنية المجتمع المحيط بهم، وبعبارة أخرى تسهيل وسرعة استفادتهم وإفادتهم للمجتمع بانتظامهم، ولها جوانب إيجابية عميقة تفوق كونها علاجا بدنيا ونفسيا لهم فيتعدى الأمر كونها طريقة ووسيلة ناجحة وجيدة للترويح النفسي للمعاق، كما تشكل جانبا مهما من استرجاعه لعنصر الدافعية الذاتية والصبر والرغبة في اكتساب الخبرة والتمتع الصحيح بالحياة، فان ممارسة الرياضة للمعاقين هي تفرغ طبيعي وسليم للطاقة الحيوية والنفسية لهم، كما تساهم في صقل وتهذيب النشء وتعوديهم احترام القواعد والأصول في الملعب وخارجه، ولشغل أوقات الفراغ بطريقة صحيحة (رياض، 2005، ص.14-21-22-23).

يعتبر النشاط البدني الرياضي المكيف حديث النشأة مقارنة بالنشاط الرياضي العادي وينعكس إيجاباً على الأفراد الممارسين، فهو عامل أساسي في بناء شخصية الأفراد من جميع النواحي الحركية، النفسية، العقلية، الصحية، ومن هذا المنطلق يكون واجب علينا أن نكون دعماً وسنداً لهم، بغية تحفيزهم نفسياً واجتماعياً كغيرهم من الأفراد الأسوياء، حيث يساهم النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية الدافعية لدى المعاقين حركياً التي هي مفتاح الممارسة الرياضية على مختلف مستوياتها، كما نجد له دور في تحقيق الأغراض الصحية والنفسية والاجتماعية، ويمنحه تقبل الإعاقة والثقة بالنفس عن طريق التقبل الاجتماعي (مقراني وآخرون، 2020، ص.182).

فإن النشاط البدني الرياضي المكيف يجعل الفرد المصاب يشعر بالقدرات التي يتمتع بها خاصة وإن رياضة ذوي الاحتياجات الخاصة تعتمد على التصنيف في وضع المجموعات المتقاربة من حيث القدرات والاستعدادات لضمان التنافس العادل وتكافؤ الفرص، وهذا ما يجعل مقارنة الفرد مع أقرانه تكون إيجابية وممكنة وهو ما يضمن التناسق بين شخصية الفرد وبيئته والوسط الذي يعيش فيه، والنشاط الرياضي يتيح الفرصة لذوي الاحتياجات الخاصة، لإشباع هواياتهم وممارستها بشكل بناء ومناسب وهي تعبير من المطالب الضرورية للفرد، للتغلب على المشكلات الشعورية لديهم والناجمة عن الشعور بالنقص وعدم التكافؤ مع الآخرين وتحرير النفس من الصراعات والمضاعفات النفسية التي تعاني منها هذه الفئة (خوجة و آخرون، 2019، ص.180).

إن العلاقة بين النفس والجسد علاقة قديمة، وهذا ما لفت نظر العلماء في الوقت الراهن، بل اكتشفوا أن كثير من الأمراض حتى وإن أخذت شكلاً عضوياً إلا أن العوامل النفسية تكون البطل والأساس الذي يحرك الأحداث ويقودها إلى المرض أو إلى الشفاء (غانم، 2015، ص.85).

حتى العديد من المشكلات الجسمية والتي قد تبدو للوهلة الأولى أن أسبابها تتعلق بأجهزة الجسم وأنه لا علاقة لها بالعوامل النفسية والاجتماعية، بينت أن الدراسات الحديثة قد كشفت أن العديد من المشكلات الجسمية تكمن ورائها أسباب نفسية، وإن نفسية الشخص حين تسوء، فإن ذلك يمثل الأرضية الخصبة لنمو بذور - بل ونفوع أشجار - المشكلات النفسية، كما لا يفوتنا الإشارة إلى طائفة من المشكلات الجسمية يطلق عليها المشكلات السيكوسوماتية وهي في حقيقة الأمر مشكلات جسدية، لكن تكمن وراءها أسباب نفسية، وإن التركيز فقط على العلاج الجسدي لا يفيد، ولا بد من الأخذ في الاعتبار حل الصراعات والعقد وكافة الترسبات النفسية حتى تشفى تماماً هذه المشكلات ولا تأخذ أشكالاً جسدية - مرضية متنوعة (حسن، 2018، ص.5).

إن الدراسات أكدت بان الإعاقة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة آثارها تظهر بشكل أبعد من مجرد الحدود الفيزيقية، وتنطلق إلى مجالات أوسع من حياة الفرد، فالفرد يجمع خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصوره لذاته الجسمية ونقصد بها (فكرة المعاق)، ويخطط معظم الناس لحياتهم بناء على مفهومهم لذواتهم الجسمية وقدراتها والقدرات الأخرى المرتبطة بها، وقد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعاق حركي لعمله ا

والى تغير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد خاصة إذا كان هو العائل الوحيد للأسرة، وفي الغالب تؤدي إلى البطالة أو قلة العمل، فضلا عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة الحركية في علاقتها مع مجتمعه والبيئة المحيطة به، وتأثيرها في سلوك الفرد وتصرفاته، وتختلف المعوقات بين الأفراد من فرد لآخر بحسب تكون شخصيته وبناءه النفسي ولأن الحياة تفرض علينا ضغوط وتحكنا بالظروف نجد انه لا يوجد فرد من الأفراد خاليا من المشاكل أو المنغصات الحياتية، فبعض الأفراد يعاني من المشاكل الجسدية ومنهم من يعاني من مشاكل نفسية (بن شهرة وسلامي، 2016، ص.72).

وباعتبار أن ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف يمثل شكلا من الأشكال التي يمكن أن تساهم في نهوض المعاق حركيا بشخصيته والرضا عن نفسه عن طريق التخفيف من بعض المشكلات (النفسية/الجسدية) آثار فينا ذلك الرغبة والميول إلى البحث في هذا المجال عن طريق دراسة من هنا جاءت هذه الدراسة التي تحاول أن تدرس ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف ودوره في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركيا، ولدراسة هذه الظاهرة قمنا بتقسيم الأطروحة إلى هذا إلى جانبين نظري وميداني متمثلة في:

الجانب النظري، وينقسم إلى ثلاث فصول حيث يتمثل الفصل الأول في الإطار التمهيدي، حيث تم عرض فيه كل من: إشكالية الدراسة، أهمية وأهداف الدراسة، أهم المفاهيم الإجرائية، أما **الفصل الثاني**: فقد شمل **النشاط البدني الرياضي المكيف** والذي تناولنا فيه كل من التطور التاريخي له في العالم بشكل عام وفي الجزائر بشكل خاص، وأهم المفاهيم، وأساليب تعديله وأسس وأهدافه وفوائده وتصنيفه وأهميته وأهم العوامل المؤثرة فيه، بالإضافة إلى أغراضه ودوره في تنمية المعاق وأنواعه والفحوص الطبية الخاصة به وخطواته، وأخيرا الإجراءات المتخذة من الدول.

وبالنسبة **للفصل الثالث**: فقد تناولنا فيه بعض **المشكلات النفسية والجسدية**، وهي مشكلة القلق واضطرابات النوم والاستجابة الاكتئابية والاعتراب النفسي، بالإضافة إلى بعض المشكلات الجسدية المرتبطة بالصحة الجسدية مثل السكري والصداع والضغط والقولون العصبي وبعض المشكلات العضلية أما **الفصل الرابع**: فقد تناولنا فيه **الإعاقة الحركية** (الإعاقة بالمنظور الإقليمي والدولي وحجم الإعاقة في الوطن العربي، وتربية المعوقين وضخامة عدد المعوقين في الجزائر والأهداف المثلى للمعاقين والمشكلات الناتجة عن الإعاقة، وأهم مفاهيم الإعاقة ومفهوم المعوق أو المعاق، بالإضافة إلى تعريف وأسباب ونسبة والوقاية وتقسيم الإعاقة الحركية، وكذلك احتياجات ودور المنظمات والهيئات العالمية في رعاية المعوقين حركيا، وأخيرا تاريخ وهيكل وأهداف الاتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة).

وأما بخصوص **الجانب الثالث المتمثل في الباب الثاني: (الجانب التطبيقي)** فقد شمل فصلين مهمين هما: **الفصل الأول**: حيث شمل كل **الإجراءات المنهجية للدراسة** والذي خصص للإطار المنهجي حيث عرضت فيه كل من الدراسة الاستطلاعية وعينة الدراسة والمنهج وصولا إلى أدوات جمع البيانات والأساليب الإحصائية.

مقدمة

أما الفصل الثاني: المتمثل في عرض وتحليل ومناقشة النتائج تم التطرق فيه إلى أهم التحليلات والمناقشات والاستنتاجات الخاصة بكل فرضية وصولاً إلى أهم النتائج والتوصيات والاقتراحات، وفي الأخير ننهي هذه الدراسة بالخاتمة التي توصلنا إليها من خلال دراستنا الحالية مع تقديم جملة من التوصيات التي ارتأيناها مهمة ومناسبة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة
6. الدراسات السابقة
7. مميزات الدراسة الحالية

1- الإشكالية:

لقد اقتضت حكمة الله عز وجل إن يوجد من بين خلقه من يعانون بنقص في قدرات معينة، وهم ما يسمون بذوي الاحتياجات الخاصة، ولا يمكن النظر إليهم على أنهم شر، بل هو امتحان من الله لخلقهم، وإلا لما كان ابتلي الله سيدنا موسى بإعاقة التخاطب، ولا ابتلي سيدنا شعيب بكف البصر، ولا ابتلي سيدنا أيوب بإعاقة جسدية مرضية، أن هذه الفئة تعطينا الدليل على قدرة الله في كونه وأنه يخلق ما يشاء بالكيفية التي يراها وهو قادر على تعويضهم بقدرات تجعلهم متساوين بغيرهم من الأسوياء، ولا يعطى لنا الحق في وصفهم بأنهم عجزوا غير قادرين على العطاء بل هم قادرين على العطاء ولهم الحق في الرعاية و التأهيل (خوجة و آخرون، 2019، ص.180).

تتصف مشكلة الإعاقة بتعدد أبعادها، فهي لا تتحدد بأعداد الأشخاص المعوقين فقط، بل بذلك التأثير السلبي الذي يتركه وجود الشخص المعوق في حياة الأسرة والمجتمع، ويشير تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية في منتصف السبعينيات حول الواقع العالمي للإعاقة، أن ما نسبته من الأشخاص المعوقين يعيشون في المناطق الريفية من الدول النامية ذات الاقتصاديات المتدنية، وفي بيئات تفتقر إلى الحد الأدنى من الخدمات الأساسية، وتتفاقم المشكلة في المناطق الريفية التي تفتقر للخدمات الأساسية كالصحة والتعليم وتدني الموارد وانعدام التسهيلات الخاصة بتسهيل الأشخاص المعوقين، إضافة إلى النقص الحاد في توفر الكفاءات المدربة والمؤهلة للعمل في هذا المجال، وتأتي مشكلة الانفجار السكاني لتمثل تهديدا إضافيا حقيقيا لتلك التدابير التي تستهدف تحسين واقع خدمات التأهيل (داود، 2006، 35-36).

وبالرغم من الاهتمام الكبير بمعالجة مشكلة المعاقين وبأبعادها الحقيقية على المستوى العالمي - منذ القرن الماضي - إلا أنها لا تزال المشكل المعرقل للكثير من الأفراد بكل انعكاساتها السلبية من الناحية النفسية والاجتماعية والصحية...، وكذلك على المجتمع من حيث نموه واستقراره، لذلك اعتبرت هذه الفئة من بين الفئات الخاصة في المجتمع الواجب إعطائها العناية الكافية، وتوفير لها كل متطلبات الحياة من جهة، وتوفير كل الوسائل التي تمكنها من تطوير إمكاناتها وتفجير طاقاتها من جهة أخرى (علام، 2023، ص.533).

يعد المعوقين ثروة بشرية حقيقية يمكن للمجتمع أن يستفيد منها في العديد من مجالات التنمية إذا ما أحسن تربيتها ورعايتها وإعدادها خاصة بعد ما أصبحت تربية المعوقين ورعايتهم ليست ترفا فكريا أو ممارسة تربية زائدة عن الحاجة، بل أصبحت عملية جوهرية وأساسية في أي نظام تربوي، لذلك اهتمت دول العالم بتثنية الإنسان ورعايته ورفع مستوى مهاراته وكفاءته، وشملت برعايتها الأفراد من ذوي الإعاقة وذلك بمساعدتهم في حياتهم الخاصة والاستفادة بهم وبمجهودهم في خدمة مجتمعاتهم وتنميتها حسب قدراتهم واستعداداتهم (فتحي، 2015، ص.5).

إن الإنسان المعاق حركيا مثل أي إنسان آخر له شخصية متفردة ومجموعة متميزة من الصفات الشخصية، وهي من الفئات الهامة في المجتمع التي يجب أن نوليها اهتماما خاصا ورعاية مشددة لأنهم

بحاجة إلى من يقف بجانبهم لمتابعة مشوارهم الحياتي كباقي الأفراد العاديين، وعلى هذا يجب معاملتهم كباقي الأفراد بمراعاة الارتقاء بأحاسيسهم واحترام حقوقهم ومن بينها الحق في العيش والتعليم بشكل طبيعي واعتبارهم طاقات من الضروري استغلالها في بناء المجتمع، رغم إعاقتهم الحركية إلا أنهم يملكون من الإمكانيات والقدرات التي تجعل منهم فردا فعالا في المجتمع، لهم من الحقوق وعليهم من الواجبات التي يتطلب أدائها اتجاه الطرق والبرامج والسبل اللازمة لتأهيلهم وتنمية قدراتهم وتخليصهم مما يعانون جسديا ونفسيا (جمعي و آخرون، 2022، ص.834-835).

وبالنظر إلى مجتمع المعاقين حركيا نجد أنهم يمثلون نسبة غير قليلة في المجتمع المحلي وعلى المستوى العالمي، حيث تظهر هذه الفروق بينهم وبين الأسوياء بصورة واضحة مما يتطلب وضع برامج خاصة تتناسب مع خصائصهم وطبيعتهم بالشكل الذي يتناسب مع درجة وشدة إعاقتهم، ومن النشاطات الرياضية المحببة والممارسة من قبل المعاقين حركيا رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة، ذات الطابع العلاجي، الترفيهي والتنافسي، وقد تطورت وأصبحت من الرياضات المشوقة لما فيها من إصرار وعزيمة وتحدي (حسين وآخرون، 2017، ص.31).

ويعتبر النشاط البدني الرياضي المكيف نسخة إنسانية بامتياز عن النشاط البدني الرياضي وذلك باستهدافه لفئة هشة ومهمشة في المجتمع، وتفرد به بدوره الخاص بإعادة التوازن النفسي وتقديم التأهيل اللازم لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة ممن فقدوا القدرة العقلية أو الجسمية أو الحسية أو النفسية.. الخ، وإعطاء الفرصة السانحة والمساحة اللازمة لممارسة هوايتهم، بشكل يناسب مع قدراتهم و ميولاتهم، وهو ما قد يساعدهم على التغلب على المشاكل النفسية و الاجتماعية والصحية لديهم و الناتجة عن شعورهم بالنقص وعدم التكافؤ مع الآخرين، ويمنحهم القدرة على حجز مكانة محترمة وسط المجتمع بعيدا عن عقدة الإعاقة والشعور بالنقص(بن عبد الرحمن وامحمد، 2019، ص143).

فبتطور الدراسات والبحوث الأكاديمية في الجانب الرياضي وفي الفترة الأخيرة أصبح بإمكان المعاقين حركيا وبمختلف إعاقتهم أن يمارسوا الأنشطة الرياضية التي تناسبهم إذ أنها قد ادخل عليها بعض التعديلات سواء في الأداة نفسها أو القوانين الخاصة باللعبة، والقوانين التي تتناسب مع الإعاقات (جمعي وآخرون، 2022، ص.35-836).

ومن الواضح أن المشكلات التي يتعرض لها المعاق حركيا ذات صبغة نفسية أكثر ما تكون مشكلات جسمية، فقد أشار "الروسان" أن مشاعر الخوف والقلق والدونية والعدوانية من المشاعر المميزة لسلوك ذوي الاضطرابات الحركية، ومن هنا فان انضمام المعاق للأندية، ومشاركته في برامجها وأنشطتها، من بينها الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة، كما توفر له فرص التغلب على الإعاقة، والتلاؤم معها (بن الحاج، 2022، ص.623).

ومن خلال ما سبق طرحه أدى بنا إلى طرح التساؤل العام كالتالي:

هل لممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف دور في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركيا؟

ومن خلال التساؤل العام تم طرح التساؤلات الجزئية التالية:

- هل لممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف دور في التخفيف من بعض المشكلات النفسية لدى المعاقين حركيا؟

- هل لممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف دور في التخفيف من المشكلات الجسدية لدى المعاقين حركيا؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات النفسية بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات الجسدية بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات النفسية بين أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الدراسي؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات الجسدية بين أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الدراسي؟

2- الفرضيات:

الفرضية العامة:

* تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركيا.

الفرضيات الجزئية:

* تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية لدى المعاقين حركيا.

* تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات الجسدية لدى المعاقين حركيا.

* توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات النفسية لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير الجنس.

* توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات الجسدية لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير الجنس.

* توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات النفسية لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

* توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات الجسدية لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

3- أهداف البحث:

إن الدراسة الحالية تهدف الى معرفة دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركيا، وتم تحديد اهداف دراستنا كما يلي:

- * معرفة دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من مشكلة القلق واضطراب النوم لدى المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة.
- * معرفة دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من مشكلة الاستجابة الاكتئابية، لدى المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة.
- * معرفة دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من مشكلة الاغتراب النفسي لدى المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة.
- * معرفة دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات الجسدية الحركية لدى المعاقين حركيا.
- * معرفة دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات الجسدية الوظيفية لدى المعاقين حركيا.
- * معرفة الفروق بين في درجة المشكلات النفسية لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير الجنس.
- * معرفة الفروق في درجة المشكلات الجسدية لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير الجنس.
- * معرفة الفروق في درجة المشكلات النفسية لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير المستوى الدراسي.
- * معرفة الفروق في درجة المشكلات الجسدية لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

4- أهمية البحث:

تعتبر فئة المعاقين حركيا من أكثر الفئات التي تعاني التهميش في مجتمعاتنا وعليه سلطنا الضوء على هذه الفئة لمعرفة الجوانب الخفية التي تعيشها هذه الفئة، بالإضافة الى توجيه الأنظار الى المشكلات النفسية والجسدية التي يعاني منها المعاقين حركيا، ولفت الانتباه تجاه ممارسة هذا النشاط وإدخاله في وسط المعاقين حركيا بصورة أوسع.

ويلعب النشاط البدني الرياضي المكيف دورا كبيرا في حياة المعاق بصفة عامة، والمعاق حركيا بصفة خاصة بحيث يتيح له الفرصة للاحتكاك مع الآخرين والتفاعل معهم بطريقة تمكنه من تحقيق الراحة الجسدية والنفسية وتدعيم الثقة بالنفس، ومن خلال ممارسته للنشاط البدني والرياضي المكيف يعبر المعاق عن ذاته ويتخلص من الشعور بالنقص.

5- تحديد مفاهيم الدراسة:

5-1- النشاط البدني والرياضي المكيف:

النشاط البدني والرياضي:

اصطلاحا: عرفه قاسم حسن حسين «بأنه ميدان من ميادين التربية عموما والتربية البدنية خصوصا ويعد عنصر فعال في إعداد الفرد من خلال تزويده بخبرات ومهارات حركية تؤدي إلى توجيه نموه البدني والنفسي والاجتماعي والخلفي للوجهة الايجابية لخدمة الفرد نفسه ومن خلال خدمة المجتمع " (قاسم، 1990، ص.65).

النشاط البدني والرياضي المكيف:

اصطلاحا: ويعرف وينيك (Winnick, 2011, p.6) النشاط البدني الرياضي المكيف بأنه الرياضات المعدلة أو المصممة لتلبية احتياجات الأفراد ذوي الإعاقة.

إجرائيا: هو عبارة عن برامج تحتوي على أنشطة رياضية والعباب يتم تعديلها بحيث تلائم حالات الإعاقة، وهو عملية تربوية تهدف إلى تحسين أداء المعاق وإثراء الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية لديه.

5-2- المشكلات النفسية:

اصطلاحا: الصعوبات التي تتعلق بأولئك الذين يستجيبون بشكل واضح لبيئتهم، باستجابات انفعالية غير مقبولة اجتماعيا، وبالوقت الذي يمكن تعليمهم سلوكيات انفعالية واجتماعية وشخصية مقبولة تؤدي الى تكيفهم النفسي والاجتماعي (مسعودي، 2023، ص.268).

اجرائيا: هي المشكلات التي تتعلق بانفعالات الأفراد المعاقين حركيا وتسبب لهم اضطرابات نفسية في شخصيتهم نتيجة التشوه والعجز المصاحب للإعاقة الحركية.

5-3- القلق:

اصطلاحا: حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع، ومحاولات الفرد للتكيف (اليومي، 1991، ص.58).

إجرائيا: هو حالة غير ثابتة أو شعور غامض غير سار فيه خوف وتوتر وتحفيز، يصاحبه بعض من المشكلات الجسمية كضيق النفس وزيادة نبضات القلب وارتفاع درجة حرارة الجسم.

5-4- اضطرابات النوم:

اصطلاحا: هي النوم غير المنتظم الذي تتخلله اضطرابات غير سوية مثل الأحلام المزعجة والمشي أثناء النوم والحديث بصوت مسموع أثناء النوم (داليا، 2015، ص.106).

اجرائيا: هي اضطرابات ينتج عنها تغيرات في طريقة النوم، للأشخاص المعاقين كما يمكنها التأثير على الصحة العامة (زيادة خطورة حدوث مشكلات صحية).

5-5- الاكتئاب:

اصطلاحا: يعرفه مصطفى زيور (1985: فيعرفه على "انه حالة من الألم النفسي مصحوب بإحساس بالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير الذات ونقص في النشاط العقلي والحركي" (زيور، 1985، ص.193).

إجرائيا: هو حالة من الحزن الشديد والألم النفسي وعدم الميل إلى أي نشاط والتفكير الغير عقلاني يشعر به الفرد المعاق المصاب بالإعاقة الحركية.

5-6- الاستجابة الاكتئابية:

اصطلاحا: عرفت مرجريت ماهر (1966)، الاستجابة الاكتئابية كأثر أساسي لمرحلة الانفصال، ولاحظت حدوثه خلال فترة انفصال الشخص وجوديا عن أسرته أو استقلاله، كما وجدت أن الاستجابة الاكتئابية-تصبح- لدى بعض الأطفال كردود فعل سلبية معتادة، كما شعرت بان استنزاف عملية الثقة الأولى أو

تخفيض تقدير الذات مع العجز المصاحب لإبطال طاقة العدوان، كلها عمليات تخلق جذور المزاج الاكتئابى(عسكر، 2001، ص.75).

إجرائيا: هي حالة من الحزن والكآبة تكون كاستجابة لمواقف خارجية مأساوية مثل موت أحد الأقارب، الانفصال، الخسائر المادية، وتكون كبيرة عند الأشخاص المعاقين الذين يعاونون من القلق.

5-7- الاغتراب النفسي

اصطلاحا: هو شعور بالضيق والعزلة وعدم الفعالية والوحدة والتضاؤل وعدم الانتماء، وينتج عنه سلوك مدمر تجاه الذات وأيضا تجاه المجتمع، وفي النهاية يصبح سلوك الفرد انسحابي عن المجتمع بعامته، ومن الآخرين الذين يتعامل معهم، ثم من الذات في النهاية (محمود، 1993، ص.85).

إجرائيا: هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المعاق حركيا على استبيان الاغتراب النفسي الذي أعده الباحثان في هذه الدراسة..

5-8- المشكلات الجسدية:

اصطلاحا: تعرف المشكلة على أنها وضع غير مرضي ويسبب صعوبات للناس، والمشكلة الجسدية هي الأمراض والاضطرابات التي ترتبط بجسد الشخص وليس عقله (collinsdictionary, 2023).

إجرائيا: هي مجموعة من الأمراض التي تؤثر على أي جزء من الجسم للأشخاص المعاقين المصابون بهذه المشكلات الى السعي للحصول على رعاية طبية.

5-9- الإعاقة الحركية:

اصطلاحا: هي الإعاقة التي يعاني صاحبها من العجز البدني نتيجة وراثته أو إصابة أو مرض، تحد من حركته ونشاطه بسبب هذا الخلل الحادث له، وبالتالي تؤثر عليه بشكل أو بآخر في مختلف أوجه الحياة وتقعه عن التكيف مع مجتمعه (رياض وناهد، 2001، ص.21).

إجرائيا: هي حالات الأفراد الذين يعانون من خلل في قدراتهم الحركية أو عيوب تتسبب في عدم إمكانية قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية بحيث يؤثر على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي.

6- الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركا الممارسين وتناولته من زوايا مختلفة - دراسة بوقراف توفيق (2001): بعنوان علاقة الانضمام الرياضي بالقلق لدى المعوقين حركيا تخصص كرة السلة 15 - 33 سنة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير معهد التربية البدنية (الجزائر)، والتي هدفت إلى معرفة الانضمام الرياضي لدى المعاقين حركيا، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي، وتكونت عينة البحث من (20) فردا منهم (10) منضمين إلى فريق وداد بوفاريك و(10) غير منضمين، واستخدمت أداة

المقياس حيث تم اختيار المقياس بعناية لما يخدم الدراسة وهو مقياس القلق ل " سبيلبرجر"، ومن أهم النتائج المتوصل إليها: انه هناك علاقة سلبية بين الانضمام الرياضي والقلق الذي يبديه المعوق حركيا، أي أن الانضمام الرياضي لم يكن فعالا في الخفض من درجة القلق، وفسر الباحث بالظروف الصحية التي مر بها أفراد المجموعة المنظمة، والتي تمثلت في نقص الميزانية المالية وسلسلة الهزائم في ذلك الموسم.

- دراسة مشته عبد اللطيف (2001): بعنوان الحالة النفسية الجسمية لأستاذ التربية البدنية والرياضية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي (الجزائر)، حيث هدفت هذه الى معرفة الحالة و الجسمية لأستاذ التربية البدنية و الرياضية بعد حصة تعليمية، وتم اختيار المنهج الوصفي وذلك لتماشيه مع هدف الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من 120 أستاذ من بينهم 72 أستاذ و 48 أستاذة، ومن ابرز النتائج: أن الحالة النفسية الجسمية لأساتذة التربية البدنية والرياضية لا تتأثر تأثرا مباشرا بالمتغيرات التنظيمية مقارنة بمقدار تأثرها بالخصائص الفردية.

- دراسة رواب عمار (2001): بعنوان تحليل العلاقة بين ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف وتقبل الإعاقة (الجزائر)، والتي هدفت إلى تحليل العلاقة بين ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف وتقبل الإعاقة، واستخدمت أداة الاستبيان لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي لتماشيه مع طبيعة الدراسة الميدانية والوصول إلى أهداف الدراسة، واشتملت الدراسة على عينة مكونة من 100 معوق حركيا ذكور ذوي إعاقة حركية للأطراف السفلية وذلك لتماشي مع العينة الممارسة لنشاط كرة السلة على الكراسي المتحركة والتي تقدر ب 50 لاعبا، وكان من ابرز نتائجها:

- كلما زاد العمر تقبل الإعاقة عند المعوق حركيا، وكلما كانت الإعاقة مكتسبة كان تقبل الإعاقة أفضل.

- كلما ارتفع المستوى الدراسي نقصت درجة تقبل الإعاقة، وإذا كان الفرد المعوق لا يعمل ينقص لديه تقبل الإعاقة، والممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف أكثر تقبلا للإعاقة من غير الممارسين له.

- دراسة تركي احمد (2003): بعنوان دور النشاط البدني والرياضي التنافسي في الإدماج الاجتماعي للمعوقين حركيا، رسالة ماجستير في النشاط البدني الرياضي المكيف (الجزائر)، والتي هدفت هذه إلى محاولة إثبات الدور الذي يلعبه النشاط الرياضي المكيف في إدماج المعوقين حركيا اجتماعيا، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي من اجل الوصول إلى أهداف الدراسة، واشتملت الدراسة على عينة مكونة من (100) فردا معوق حركيا ذكورا مقسمة إلى قسمين (50) فردا ممارسين و(50) فردا غير ممارسين للنشاط البدني الرياضي، واستخدم الباحث مقياس تقبل الإعاقة والاستبيان، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن النشاط البدني الرياضي المكيف يلعب دورا هاما في الإدماج الاجتماعي للمعوقين حركيا.

- دراسة بن الحاج الطاهر عبد القادر (2008): بعنوان دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية بعض السمات الشخصية لدى المعوقين حركيا، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص النشاط البدني الرياضي المكيف (الجزائر)، والتي هدفت إلى معرفة أهمية الممارسة الرياضية وانعكاساتها الايجابية على السمات الشخصية للفرد المعوق حركيا واستخدم الباحث المنهج الوصفي من اجل الوصول إلى أهداف

الدراسة، واشتملت الدراسة على عينة مكونة من (90) فردا معوقا حركيا، عشوائية من حيث السن والحالة المهنية والاجتماعية، وقصديه من حيث الجنس وطبيعة الإعاقة وتم تقسيمها إلى مجموعتين (45) فردا ممارسين و(45) غير ممارسين للنشاط الرياضي وتم اختيارهم بطريق عشوائية، واستخدمت أداة المقياس حيث تم اختيار المقياس بعناية لما يخدم الدراسة وهو مقياس بعض سمات الشخصية، وأسفرت النتائج على أن هناك فروقا في سمات الشخصية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي، فالممارسة الرياضية تساهم في تطوير وتنمية السمات الشخصية للفرد المعوق حركيا بصفة خاصة وشخصية بصفة عامة.

- دراسة بكيل ناصر حسين الصوفي (2009): بعنوان انعكاس الإعداد النفسي وظهور حالة القلق التنافسي لدى الرياضيين في ميدان العاب القوى بالجمهورية اليمنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، والتي هدفت إلى التعرف على انعكاس الإعداد النفسي وظهور حالة القلق التنافسي لدى رياضي العاب القوى بالجمهورية اليمنية، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واشتملت عينة الدراسة على 55 رياضيا، واعتمد الباحث على الاستبيان الموجه إلى رياضي العاب القوى لقياس حالة قلق المنافس، وكان من ابرز نتائجها:

- يرجع القلق التنافسي لدى رياضي العاب القوى إلى ضعف القدرة على التطور الذهني.
- يرجع القلق التنافسي لدى رياضي العاب القوى إلى ضعف القدرة على الاسترخاء.
- يرجع القلق التنافسي لدى رياضي العاب القوى إلى ضعف القدرة على الانتباه.
- يرجع القلق التنافسي لدى رياضي العاب القوى إلى ضعف القدرة على مواجهة القلق.
- يرجع القلق التنافسي لدى رياضي العاب القوى إلى ضعف القدرة على الثقة بالنفس.

- دراسة سربوت عبد المالك (2009): عنوان دور الأعداد الرياضي في تحديد مستوى القلق لدى لاعبي كرة اليد، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية (الجزائر)، والتي هدفت إلى التعرف على مدى وجود علاقة تأثير بين إعداد الرياضي (بدنيا، تقنيا، تكتيكا، نفسيا)، وبين مستوى القلق لديه، ثم معرفة نوع تلك العلاقة ومدى إدراك وإلمام المدرب بتأثيراتها على أداء الرياضي، حيث اعتمد الباحث على أداة الاستبيان كتقنية لجمع المعلومات و البيانات وفق المنهج الوصفي، وتمثلت عينتها في 11 مدرب من أصل 13 مدرب و136 لاعبا من أصل 227 لاعبا، وكان من ابرز نتائجها:

- إن نسبة كبيرة من المدربين يفضلون في عملية إعداد الرياضي بين مختلف جوانب التدريب ويربطون بين أعراض القلق جانب من الإعداد بنوع هذا الإعداد مباشرة.

- دراسة بشير حسام (2010): بعنوان تأثير النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من المشاكل النفسية للمعاق حركيا (مجلة علمية محكمة تصدر عن مخبر علوم وتقنيات النشاط البدني الرياضي)، هدفت هذه الدراسة الى تبيان أهم المشاكل النفسية التي يتعرض لها المعاق حركيا داخل المراكز الخاصة من جانب

وأهمية ممارسة النشاط الرياضي الترويحي للتخلص من هذه المشاكل من جانب آخر، واستخدم الباحث المنهج الوصفي، واشتملت عينة الدراسة على 120 طفل معاق حركيا، ومن أبرز نتائج هذه الدراسة:

- للنشاط الرياضي الترويحي أهمية كبيرة في حياة الطفل المعاق حركيا المتواجدين بمراكز التربية للمعاقين حركيا.

-كثير نصف العينة يعتبرون أن مستوى القلق يتأثر بعوامل الإعداد النفسي، وإن كان هناك نسبة ترجع ذلك لتأثير الجوانب الأخرى من الإعداد إضافة إلى بعض العوامل الخارجية (كالجمهور، قوة فريق الخصم، التحكيم، مكان إجراء المنافسة).

- **دراسة فيرم الطيب (2011):** بعنوان ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف وعلاقته بدافعية الانجاز لدى المعاقين حركيا، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في نظرية منهجية التربية البدنية والرياضية، والتي هدفت إلى إبراز مدى مساهمة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحسين نظرة المعاق حركيا لنفسه وتقييمه لها، وبالتالي إثبات وجود علاقة بين ممارسة هذا النشاط ودافعية الانجاز، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي وهذا لتماشيه مع هذه الدراسة، وتكونت العينة من 60 معاق (الممارسين وغير الممارسين لرياضة كرة السل على الكراسي المتحركة، واستخدمت أداة المقياس حيث تم اختيار المقياس بعناية لما يخدم الدراسة وهو مقياس دافعية الانجاز ومن أهم النتائج المتوصل إليها أن الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف لهم مستوى مرتفع لدافعية الانجاز مقارنة بغير الممارسين.

- **دراسة بشير حسام (2011):** بعنوان فعالية النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعاق حركيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، والتي هدفت إلى معرفة اثر النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعاق حركيا داخل المجتمع من خلال تبيين أهم المشاكل النفسية التي يتعرض لها المعاق من جانب وأهمية ممارسة النشاط الرياضي الترويحي للتخلص من هذه المشاكل النفسية من جانب آخر، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن، واشتملت الدراسة على عينة مكونة من (90) طفلا معاقا حركيا مارس و(90) طفلا حركيا غير ممارس للنشاط البدني الرياضي وتم اختيارها بطريقة قصدية، ومن أهم النتائج المتوصل إليها أن لنشاط الرياضي الترويحي الموجه للأطفال المعاقين حركيا اثر ايجابي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعاق حركيا اجتماعيا.

دراسة اميمة أمبارك فضل الله المسماري(2012): بعنوان اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة لدى طلاب جامعة بنغازي، (ليبيا)، قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العليا "الماجستير"، حيث هدفت هذه الدراسة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية وقلق السمة لدى عينة من طلبة جامعة قار يونس، وتكونت عينة الدراسة من(248) طالبا وطالبة تم اختيارهم عشوائيا

موزعين على مجموعتان (124) طالبا وطالبة من كلية الآداب، و(124) طالبا وطالبة من كلية العلوم، حيث تم تطبيق مقياس اضطرابات النوم، ومقياس قلق السمّة، ومن ابرز النتائج:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية بين متوسط عينة الدراسة والمتوسط النظري للمقياس.

مستوى قلق السمّة لدى أفراد عينة الدراسة متوسط.

- **دراسة بن رجم احمد (2012):** بعنوان برنامج مقترح للنشاط الرياضي الترويحي للتقليل من اضطراب الاكتئاب وتنمية بعض القدرات الإبداعية لدى أطفال الروضة، والتي هدفت إلى معرفة اثر النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من الاكتئاب وتنمية بعض القدرات الإبداعية لدى أطفال الروضة من خلال تطبيق برنامج مقترح في النشاط الرياضي الترويحي يتناسب مع استعداداتهم واحتياجاتهم وقدراتهم البدنية والاجتماعية والعقلية، حيث استخدم الباحث المنهج التجريبي واشتملت عينة الدراسة من (34) طفلا ومن أهم النتائج المتوصل إليها: أن لنشاط الترويحي أهمية كبيرة في حياة الطفل فله اثر ايجابي على الحياة الانفعالية له فهو يغلغل إلى أعماق مستويات السلوك ويؤدي بالطفل إلى التخلص من مختلف العقبات التي تواجهه واهم هذه العقبات هي الكشف على مبهمات الحياة.

- **دراسة أسماء محمد شحادة (2012):** بعنوان الاغتراب النفسي وعلاقته بالدافعية للانجاز لدى المعاقين بصريا في محافظات غزة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية، والتي هدفت إلى التعرف على مدى العلاقة بين الاغتراب النفسي والدافعية للانجاز لدى المعاقين بصريا، وأيضا التعرف على مستوى الاغتراب النفسي ومستوى الدافعية للانجاز لديهم، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وقد تكونت عينة الدراسة من (120) طالبا، واستخدمت الباحثة أداة مقياس حيث تم اختيار المقياس بعناية لما يخدم الدراسة وهو مقياس الاغتراب النفسي و مقياس الدافعية للانجاز، ومن أهم النتائج المتوصل إليها: أن مستوى الاغتراب النفسي مرتبط بدرجة كبيرة بالدافعية للانجاز لدى المعاقين بصريا.

- **دراسة اميمة أمبارك فضل الله المسماري(2012):** بعنوان اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمّة لدى طلاب جامعة بنغازي، (ليبيا)، قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العليا "الماجستير"، حيث هدفت هذه الدراسة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية وقلق السمّة لدى عينة من طلبة جامعة قار يونس، وتكونت عينة الدراسة من(248) طالبا وطالبة تم اختيارهم عشوائيا موزعين على مجموعتان (124) طالبا وطالبة من كلية الآداب، و(124) طالبا وطالبة من كلية العلوم، حيث تم تطبيق مقياس اضطرابات النوم، ومقياس قلق السمّة، ومن ابرز النتائج:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية بين متوسط عينة الدراسة والمتوسط النظري للمقياس.

مستوى قلق السمة لدى أفراد عينة الدراسة متوسط.

- **دراسة هامل بوحايك (2013):** بعنوان اثر برنامج إرشادي مقترح في التقليل من القلق والاكتئاب لدى تلاميذ الطور المتوسط (13 - 15) سنة في حصة التربية البدنية والرياضية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، والتي هدفت إلى التحقق من مدى تأثير البرنامج الإرشادي المقترح للتقليل من القلق والاكتئاب الممارس لدى تلاميذ الطور المتوسط (13 - 15) سنة، حيث استخدم الباحث المنهج التجريبي من اجل الوصول إلى أهداف الدراسة، واشتملت عينة الدراسة على 108 تلميذ، واستخدمت أداة المقياس حيث تم اختيار المقياس بعناية لما يخدم الدراسة وهو مقياس الاكتئاب ومقياس القلق، وكان من ابرز نتائجها: أن المراهق يحتاج كثيرا للإرشاد النفسي لتوجه سلوكاته وتصرفاته إلى السلوك الايجابي.

- **دراسة مخنث محمد (2015):** بعنوان دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق التكيف النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة (أصحاب الإعاقة الحركية)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص العلوم الاجتماعية والرياضية (الجزائر)، والتي هدفت إلى إبراز مدى مساهمة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحسين نظرة المعاق حركيا لنفسه وتقييمه لها، وبالتالي: إثبات وجود علاقة بين ممارسة هذا النشاط وتحقيق مستوى عالي من التكيف، التعريف بالنشاط البدني الرياضي المكيف ودوره في تغيير نظرة المعاق حركيا.

حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي من اجل الوصول إلى أهداف الدراسة، واشتملت الدراسة على عينة مكونة من (70) رياضي معوق حركيا ممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف، واستخدم الباحث مقياس التكيف النفسي والاستبيان، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها النتائج ان الممارسة الرياضية المكيفة تساهم في الرفع من مستوى التكيف الشخصي لدى الرياضيين المعوقين حركيا.

- **دراسة دحماني بن سعد الله (2015):** بعنوان تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف على بعض الجوانب النفسية والاجتماعية لدى فئة المعاقين ذهنيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، تخصص النشاط البدني الرياضي المكيف ، والتي هدفت إلى إبراز التأثيرات التي تتركها ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف وتحقيق بعض الجوانب النفسية والاجتماعية لدى المعاقين ذهنيا داخل المراكز الطبية، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الملائم للدراسة من اجل الوصول إلى أهداف البحث، واشتملت العينة (المقصودة) 12 طفلا مارسا تتراوح أعمارهم بين 12 و 15 سنة مابين 50- 70 درجة، واعتمد الباحث على اختبار الذكاء و البرنامج المطبق واستمارة الاستبيان الذي يشمل 40 عبارة صيغت في جمل استفهامية، ومن أهم النتائج المتوصل إليها أن لممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف دور فعال في تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين ذهنيا، أيضا لها دور في التقليل من المشكلات الانفعالية لديهم.

- دراسة فيرم الطيب (2016): بعنوان العلاقة بين ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف ودافعية الانجاز لدى الرياضيين المعاقين حركيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، والتي هدفت إلى إبراز مدى مساهمة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف في تحسين نظرة المعاق حركيا لنفسه وتقييمه لها، وبالتالي إثبات وجود علاقة بين ممارسة هذا النشاط ودافعية الانجاز، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي وهذا لتماشيه مع هذه الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من 50 رياضي معوق حركيا ذوي إعاقات مختلفة حيث استخدم الباحث مقياس دافعية الانجاز والاستبيان، ومن أهم النتائج المتوصل إليها: انه توجد علاقة ارتباطية طردية بين ممارسة الرياضيين المعوقين حركيا للنشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف ودافعية الانجاز وهذا ما يبين أن للممارسة الرياضية دورها الفعال في النهوض بالمعاقين حركيا على رفع مستوى أدائهم، والذي يتجلى في شعور الفرد بأنه قادر على تحسين أدائه بدرجة مرتفعة من الإلتقان وتحمله للمهام الصعبة وكذا الرفع من روح التنافس والشعور بالرغبة في التفوق على الآخرين.

- دراسة قرينات بن شهرة و باهي السلامي (2016): بعنوان المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركيا، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (جامعة عمار ثلجي الاغواط)، والتي هدفت إلى التعرف على مشكلات المعاقين (الإعاقة الحركية) ببعض الولايات الجزائرية في المجال النفسي والاجتماعي والصحي ولتحقيق ذلك استخدم أداة لقياس مشكلات المعاقين حركيا تتوفر فيها شروط الصدق والثبات المناسبة وتم توزيعها على عينة مكونة من 180 معاق حركيا ببعض الولايات الجزائرية (الاغواط، غرداية، ورقلة)، وكشفت نتائج الدراسة عن أن مشكلات المعاقين حركيا كانت ضمن درجة (غالبا)، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن المشكلات الصحية في المرتبة الأولى ثم المشكلات الاجتماعية وفي الأخير المشكلات النفسية.

- دراسة فاتن طلعت قنصوة وجمال شفيق احمد (2017): بعنوان بعض اضطرابات النوم وعلاقتها بالسمنة لدى عينة من الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي (مصر)، حيث هدفت هذه الدراسة الى بحث العلاقة بين بعض اضطرابات النوم والسمنة لدى الأطفال ذو اضطراب طيف التوحد، حيث أجريت الدراسة على عينة تتكون من 60 طفلا، 30 طفلا توحديا، و30 طفلا عاديا وطبق عليهم عدد من الاختبارات وهي: (1) مقياس اضطرابات النوم لدى الأطفال، (2) مؤشر كتلة الجسم لدى الأطفال، (3) مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة، (4) مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي، (5) مقياس تشخيص اضطراب التوحد للأطفال، ومن ابرز نتائج هذه الدراسة: وجود علاقة ارتباطية دالة بين اضطرابات النوم والسمنة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- دراسة بصوار جيلالي(2017): بعنوان دور مناهج التربية البدنية والرياضية في التقليل من أنماط بعض المشكلات النفسية للتلاميذ المتفوقين رياضيا في مرحلة التعليم المتوسط، بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير(جامعة مستغانم)، حيث هدفت الدراسة الى التعرف على دور مناهج التربية البدنية والرياضية في التقليل من بعض أنماط المشكلات النفسية التي يعاني منها التلاميذ المتفوقين رياضيا، واستخدم الباحث المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي، واشتملت عينة الدراسة على 300 تلميذ و96 أستاذ التربية البدنية ، ومن ابرز النتائج المتوصل إليها: الى أن مناهج التربية البدنية الحالي للسنة الثالثة متوسط لا يراعي التلاميذ المتفوقين رياضيا.

- دراسة نايل كسال عزيز (2018): بعنوان اثر النشاط البدني الرياضي التربوي على مستويات الاغتراب النفسي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي (الجلفة)، والتي هدفت إلى دراسة الاغتراب النفسي وعلاقته بالنشاط البدني الرياضي التربوي، واستخدمت أداة المقياس حيث تم اختيار المقياس بعانية لما يخدم الدراسة وهو مقياس الاغتراب النفسي جمع البيانات وفق المنهج الوصفي من اجل الحصول على أهداف الدراسة، وتمثلت عينتها في المجتمع الأصلي لتلميذات الصحراء الغربية والذي يقدر ب 180 تلميذة، تم اختيارهم قسديا، لتطبق عليهم مقياس الاغتراب النفسي وذلك لمعرفة الفروق بين الممارسات وغير ممارسات للنشاط البدني الرياضي التربوي، حيث أسفرت النتائج على أن ممارسة النشاط البدني الرياضي التربوي يساهم بدور كبير في التقليل من مستويات الاغتراب النفسي عند تلميذات الصحراء الغربية.

- دراسة عماروش راضية(2018): بعنوان الأعراض النفسية الجسمية قبل المنافسة الرياضية وعلاقتها بدافعية الإنجاز الرياضي عند مصارعي الجودو الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص الإرشاد النفسي الرياضي(الجزائر)، حيث هدفت الدراسة الى توضيح طبيعة العلاقة بين الأعراض النفس الجسمية ودافعية الإنجاز الرياضي لدى مصارعي الجودو، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لملائمته لهذه الدراسة، وقد تم اختيار عينة قوامها(10) مصارعا في الجودو، ومن ابرز النتائج: انه توجد أبعاد متعددة من الأعراض النفس الجسمية لدى مصارعي الجودو صنف أشبال (الأعراض النفسية-الأعراض الجسدية).

- دراسة عبروس حكيمة(2019): بعنوان دور التربية البدنية والرياضية في الحفاظ على الصورة الجسدية لدى تلميذات الطور الثانوي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي(الشلف)، والتي هدفت الى معرفة ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحقيق صورة إيجابية عن الجسد بين التلميذات الممارسات وغير الممارسات في حصة التربية البدنية والرياضية، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة في 60 تلميذة، وتمثلت ابرز النتائج:

- 1- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد المظهر الخارجي للجسم وتقدير الذات، لدى التلميذات المراهقات ذات الوزن الزائد.
- 2- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الأداء الحركي للجسم وتقدير الذات، لدى التلميذات المراهقات ذات الوزن الزائد.
- 3- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد الأداء الحركي للجسم وتقدير الذات، لدى التلميذات المراهقات ذات الوزن العادي.
- دراسة **بياض منار وسایل حدة وحيدة (2020)**: بعنوان مصادر المشكلات النفسية الاجتماعية لدى اسر الأطفال التوحديين من وجهة نظر الأمهات، حيث هدفت الدراسة الى التعرف على مختلف المشكلات التي تواجهها اسر أطفال التوحد، واشتملت العينة على 50 أما مرافقة للأطفال المصابين بطيف التوحد، وتم اعتماد المنهج الوصفي، وتوصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج تبين أن أكثر المشكلات السلوكية التي تسبب ضغوطا للأهل هي مشكلات التواصل اللفظي والاجتماعي تليها النمطية والسلوك العدواني.
- دراسة **فارس عبد الغني(2021)**: بعنوان دراسة علاقة النشاط الرياضي والبدني بالتعب المصحوب باضطرابات النوم، مجلة التحدي (ام البواقي)، حيث هدفت هذه الدراسة الى البحث عن العلاقة بين مستوى النشاط الرياضي والبدني لأفراد العينة، مدته وطبيعته، ومستوى التعب المصحوب باضطرابات النوم، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة من طلبة ومؤطري معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية الذين مارسوا ولا يزالون يمارسون نوعا من الرياضة، وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي بطريقة التقرير الذاتي، ومن ابرز النتائج التي توصل إليها، أن الزيادة في النشاط اليومي وممارسة الرياضة المنتظمة التي تتجاوز عدة شهور لها تأثير عكسي على مستوى التعب واضطرابات النوم.
- دراسة **فرج الهواري (2022)**: بعنوان الاغتراب وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلاب كليات التربية البدنية بليبيا، والتي هدفت إلى دراسة العلاقة بين الاغتراب والتوافق النفسي الاجتماعي لدى كليات التربية البدنية بليبيا، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي من اجل الوصول إلى أهداف الدراسة، واشتملت الدراسة على عينة مكونة من 260 طالب، واستخدم الباحث مقياس الاغتراب ومقياس التوافق النفسي الاجتماعي للمرحلة الجامعية، وكان من ابرز نتائجها: أن هناك علاقات ارتباطية طردية موجبة بين الاغتراب والتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلاب كليات التربية البدنية بليبيا أي انه كلما انخفضت مظاهر الاغتراب أصبح للطالب قدرة عالية على التوافق النفسي الاجتماعي.
- دراسة **علو زوهير و عاصمي نبيلة(2023)**: بعنوان اضطرابات النوم والصحة النفسية والجسمية لدى أعوان الأمن بالمنوبة الليلية، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، (جامعة باتنة)، حيث هدفت الدراسة

لتقصي اضطرابات النوم والصحة النفسية والجسمية لدى أعوان الأمن الذين يعملون بنظام المناوبات الليلية، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي وذلك لتمايشه مع هدف الدراسة، وتكونت العينة من 61 عون امن مناوب ليلا، ومن ابرز النتائج: يعاني أعوان الأمن بالمناوبات الليلية في الاقامات الجامعية من اضطرابات النوم، كما تساهم شدة الأرق في التنبؤ بتدهور الصحة النفسية والجسمية لدى أعوان الأمن العاملين بنظام المناوبة الليلية في الاقامات الجامعية.

- دراسة مسعودي امحمد (2023): بعنوان المشكلات النفسية لدى التلاميذ المتأخرين دراسيا، مجلة أفاق فكرية (سيدي بلعباس)، حيث تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن المشكلات النفسية الأكثر شيوعا لدى تلاميذ التعليم المتوسط بولاية مستغانم، حيث تكونت العينة من 131 تلميذ وتلميذة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام منهج البحث الوصفي باستخدام أداة الاستبيان مكونة من 65 فقرة موزعة على ثماني مجالات، ومن أبرز نتائج هذه الدراسة:

- أن ترتيب المشكلات النفسية لدى تلاميذ التعليم المتوسط كالتالي: مشكلات سلوكية عامة، مشكلات أسرية والدية، العدوان، مشكلات سلوكية مدرسية وهي مرتفعة، باقي المشكلات فهي منخفضة وهي صورة الذات داخل المدرسة في المرتبة الخامسة ثم مشكلات انفعالية في المرتبة السادسة...
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات النفسية لدى تلاميذ التعليم المتوسط من وجهة نظرهم تبعا لمتغير الجنس.

التعليق على الدراسات السابقة والمشابهة:

من خلال الدراسات السابقة والمشابهة اتضح لنا بأنها تلقي الضوء على الكثير من المعالم، من اجل إثراء الخلفية النظرية للدراسة الحالية حيث دعمت حاجة الباحث الى القيام بهذه الدراسة الجديدة، فقام الباحث بالتعرف على ما تم بحثه من علاقة بين المتغيرات وفهم جوانب الدراسة التي تغيد البحث، من تحديد مشكلة الدراسة الحالية ووضع الفروض واختيار المنهج الملائم واختيار الأدوات المستخدمة وكذلك الأساليب الإحصائية المناسبة للدراسة، بالإضافة الى مقارنة أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات بنتائج الدراسة الحالية، مما يساعد الباحث في تفسير نتائجه، ومن ابرز ما تم استخلاصه من هذه الدراسات:

* معظم الدراسات اعتمدت على مقاييس من إعداد الباحثين أنفسهم والبعض الآخر من الدراسات اعتمدت على مقاييس منزلة من قبل.

* تباين في البيئة ومجتمعات إجراء الدراسات السابقة حيث أن هناك من تم تطبيقها في بيئة محلية، وفيها من طبقة في بيئة عربية.

* معظم الدراسات التي تعرضنا إليها تناولت عينات من المعاقين حركيا.

* إن معظم هاته الدراسات استخدمت المنهج الوصفي لتتاسبه مع طبيعة البحث.

* تناولت هذه الدراسات مختلف الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة.

* إن معظم الدراسات تناولت العلاقة بين النشاط البدني الرياضي المكيف والمشاكل النفسية والصحية (الجسدية) للمعاقين.

* وجود علاقة ارتباطية بين النشاط البدني المكيف والمشاكل النفسية والصحية (الجسدية).

* حيث أشارت هذه الدراسات الى أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشاكل النفسية والصحية (الجسدية).

* معظم الدراسات استخدمت الطريقة العمدية لاختيار العينة.

* اختلاف النتائج المتوصل إليها باختلاف طبيعة البيئة التي تمت فيها الدراسات.

الاستفادة من الدراسات السابقة والمشابهة:

* الاستفادة من التعرف على مختلف أنواع الدراسات التي تناولت بحوث مشابهة للبحث الحالي.

* مساعدة الباحث في تدعيم مشكلة البحث وتحديد التساؤلات وفروض البحث وذلك من اجل فهم الموضوع أكثر.

* الاستفادة من تدعيم الإطار النظري وتزويده بالمصادر والمراجع المتنوعة

* ساعدت الطالب الباحث من تحديد موضوع الدراسة الحالية والهدف منها.

* الاستفادة من الدراسات التي ركزت على النشاط البدني الرياضي المكيف.

* الاستفادة من الدراسات التي ركزت على الإعاقة الحركية.

* الاستفادة من الدراسات التي ركزت على المشاكل النفسية والجسدية.

* ساعدت الطالب الباحث من تحديد المنهج المناسب لطبيعة الدراسة وهو المنهج الوصفي.

* ساعدت الطالب الباحث من تحديد طريقة اختيار العينة وحجمها.

* ساعدت الطالب الباحث من تحديد الأدوات المناسبة لجمع البيانات.

* ساعدت الطالب الباحث من تحديد الأسلوب الأنسب للمعالجات الإحصائية لعينة الدراسة.

مميزات الدراسة الحالية:

* تميزت هذه الدراسة باستعمال مقياس المشكلات النفسية والجسدية للمعاقين حركيا.

* تميزت هذه الدراسة باختيار عينة البحث من كلا الجنسين.

* تميزت هذه الدراسة بالتفرد من حيث أهداف الدراسة والجمع بين أربع متغيرات بالمقارنة بالدراسات السابقة.

الفصل الثاني:

النشاط البدني الرياضي المكيف

تمهيد

1. التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف.
2. نبذة تاريخية حول النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر.
3. النشاط البدني الرياضي المكيف.
4. أساليب تعديل النشاط البدني الرياضي المكيف.
5. أسس النشاط البدني الرياضي المكيف.
6. أهداف وأغراض النشاط البدني الرياضي المكيف.
7. تصنيف النشاط البدني الرياضي المكيف.
8. أهمية وفوائد النشاط البدني الرياضي المكيف.
9. العوامل المؤثرة في النشاط البدني الرياضي المكيف.
10. دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية المعاق.
11. الفحوص الطبية الخاص بالنشاط الرياضي المكيف.
12. خطوات تطوير النشاط البدني الرياضي المكيف.

الخلاصة

تمهيد:

يعتبر النشاط البدني الرياضي المكيف من الوسائل التربوية والترويحية الفعالة التي تساعد الفرد المعاق على تحقيق النمو البدني والعقلي والاجتماعي والنفسي حتى يتقبل إعاقته ويتعايش معها والاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته حتى لا يكون عبئا على المجتمع بل قوة منتجة في جميع المجالات فيشارك في تقدم المجتمع، كما يساعده في تحسين العلاقة بينه وبين الأفراد الآخرين سواء كانوا أصحاء أو متحدي الإعاقة، كما يعد عاملا من عوامل الراحة الايجابية التي تشكل مجالا هاما في استثمار وقت الفراغ بالإضافة إلى ذلك يعتبر من الأعمال التي تؤدي للارتقاء بالمستوى الصحي والبدني للفرد المعوق، ويعمل النشاط البدني الرياضي المكيف كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بين الأشخاص، كما عرف تطورا كبيرا في العقود الأخيرة حتى أصبح يحتل مكانة لا تقل عن تلك التي يحتلها النشاط الرياضي للعاديين. والباحث في هذا المجال يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي تداولها المختصون والعاملون في الميدان واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة، فقد استخدم بعض الباحثون مصطلحات النشاط الحركي المعدل أو التربية الرياضية المعدلة أو التربية الرياضية المكيفة أو التربية الرياضية الخاصة أو رياضة المعاقين، في حين استخدم البعض مصطلحات الأنشطة الرياضية العلاجية أو أنشطة إعادة التكييف، فبالرغم من اختلاف التسميات يبقى الجوهر واحد، أي أنها أنشطة حركية ورياضية تفيد ذوي الاحتياجات الخاصة.

1- التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف:

إن علاقة الرياضة بالإعاقة علاقة قديمة منذ البداية فقد ظهر ما يسمى بالعلاج بالرياضة عندما بدأ الأطباء الذين كانوا يتولون مسؤولية علاج الإصابات والتشوهات وحالات العجز بالاستعانة بالحركات الرياضية في إتمام علاج هؤلاء المرضى وكان الأطباء المهتمون بالعلاج الطبي لحالات التشوهات وأنواع الإعاقات المختلف يعطون أهمية خاص للرياض والتمارين العلاجية لتكون بندا أساسيا من بنود العلاج لهذه الحالات وتعود أصول الرياضة العلاجية إلى أيام المصريين القدماء ولكن تقنيها والعناية بها كأحد وسائل العلاج يعود إلى العلامة الإغريقي جالين (131-201 ق ب) ثم العالم العربي الكبير ابن سينا والذي ولد عام 980م حيث وضعوا الأساس لتلك الرياضة العلاجية وكيفية الاستعانة بها في تحسين صحة هؤلاء المرضى وسرعة شفائهم واستقرار حالتهم.

وقد ادخل البروفيسور جو بيرلوزينت (1529-1583) الرياضة العلاجية ضمن الدراسات الطبية كأحد وسائل العلاج وكان يعتبر الأطباء هم أقدر الناس على وصف الرياضة العلاجية للمرضى بالطريقة السليمة والصحية.

وفي القرن السادس والسابع ميلادي أضيفت للرياضة العلاجية الحمامات العلاجية والرياضيات المائية وتم عمل توصيف لها مع شرح لطريقة مزاول التمرينات بدقة.. وتم نشر عدة كتب عن التمرينات العلاجية مثل: كتاب ميكوريلي 1600م - كتاب طب التمرينات لاندريا نيكولاس فولدز عام 1705م - كتاب العالم الانجليزي جون شوا عام 1823م والذي ابرز فيه أهمية التمرينات العلاجية في علاج التشوهات ومشاكل العمود الفقري وحالات التقوس به، والذي أيضا حذر من أن هذا النوع من العلاج يجب أن يتولاه أفراد المهن الطبية وليس أي احد آخر، وفي عام 1928م تأسس الاتحاد الدولي للطب الرياضي، وبعد الحرب العالمية الثانية زادت العناية بالتربي الرياضية والتربية البدنية وفسولوجيا الحركة و الرياضات العلاجية المختلفة وتركزت كثير من الأبحاث في هذه الفروع.

وفي خلال هذه الفترة بدأ ذوي الاحتياجات الخاصة وخصوصا من كانوا أصلا من الرياضيين في العودة إلى ممارسة رياضتهم المفضلة وانضم لهم مجموعة أخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة والذين لم يكونوا يمارسوا رياضات قبل ذلك والتي أحسوا معها أنهم بالممارسة والحركة ترتفع حالاتهم المعنوية وتسنقر نفسياتهم (مصطفى طاهر وآخرون، 2006، ص.5-6).

مشاركة المعاقين في الأنشطة الرياضية:

بالرغم من تشجيع الأطباء المعالجين للمعاقين للممارسة الرياضية إلا أنهم يمارسونها بناء على رغباتهم ودوافعهم الشخصية أيضا كما مارسوها أحيانا أخرى بطريقة تخالف تعليمات السلامة الطبية لهم، وذلك بالنسبة للمعاقين الرياضيين قبل الإعاقة أو المعاقين غير الرياضيين في الأصل، واشتمل أيضا على المعاقين بأمراض خلقية (من أمثلة ذلك لورد بيرون والذي ولد بعاهة حركية في احد أطرافه السفلى إلا انه مارس التجديف والسباحة والملاكمة، وكذلك عبور أبطال العرب المصريين المعاقين لبحر المانش

فرديا وفي تتابع متتال ومع زيادة وانتشار الرياضة في الخمسين عاما الأخيرة والذي واكبه تطور وتقديم علم الطب الرياضي الحديث أصبح في إمكان المعاقين بمختلف صنوف الإعاقة الشديدة أن يمارسوا أنواع الرياضة المناسبة لهم وذلك في تدريبات منتظمة ومكثف نسيا تستهدف استخدام قابليتهم وطاقاتهم الحيوية للتغلب على الآثار السلبية للإعاقة ولموازنة العجز الجزئي الحاد منها (رياض، 2005، ص.29).

وظهرت أمثلة أخرى وكثيرة وخاصة في فترة ما بين الحربين وفي أوروبا على وجه الخصوص ومن بينهم هارولد كونللي الأمريكي والذي أصيب بشلل ولادي بالذراع الأيسر أدت إلى شلل بأصابع اليد وصاحب الرقم القياسي ي رمي المطرقة والمجري كارولي الذي فقد ذراعه الأيمن عام 1938 ورغم ذلك استطاع أن يكون بطلا اولمبيا للأصحاء في دورتي لندن 1948م وهلسنكي 1952م في الرماية بالمسدس والسيدة مارجريت هاريمان المصابة بالشلل النصفي والتي استطاعت أن تكون من أحسن ثماني رماة في القوس والسهم في العالم بين الأصحاء، والدنمركية ليز هارتل والتي أصيبت بشلل الأطفال بساقها ورغم ذلك أصبحت فارسة كبيرة لتفوز بميدالية اولمبية فضية في دورة هلسنكي الاولمبية للأصحاء عام 1952م (مصطفى وآخرون، 2006، ص.6).

كما تطور الاهتمام العالمي بمنظمات رعاية المعوقين الرياضية وتنظيم المسابقات بين اكبر عدد منهم، فنجد إن الاهتمام بنوادي المعاقين قد بدا في ألمانيا بنادي الصم 1888م وقد مارسوا فيه أنواع مختلفة من الرياضة البدنية، وزاد الاهتمام برياضة المعاقين ببيت الأطراف والمكفوفين خلال وبعد الحرب العالمية الأولى.

وفي انجلترا نشأ نادي المعاقين 922م والذي نظم العديد من المسابقات الرياضية السنوية في مستشفى ستوك ماندفيل وخصه مسابقة المعاقين بالبتن والشلل بأنواعه كما تعلم المعاقون في الأطراف العليا قيادة السيارات والرسم بالأطراف السفلى.

كما أن هناك " الجمعية البريطانية للاعبين الجولف المعاقين ببيت احد الأطراف العليا" والتي تأسست عام 1932م، وتلتها " الجمعية للاعبين الجولف بالبتن".

ومع انتشار رياضة المعاقين بعد الحرب العالمية الثانية في عدد كبير من الدول الأوروبية بالإضافة إلى الهند وكندا واندونيسيا وكوريا واليابان ومصر والمملكة العربية السعودية والكويت ومعظم الدول العربية، ظهر المنافسات الدولية المنظمة، وقد كان التسلسل التاريخي لذلك على النحو التالي:

1944: ادخل السير لودفيج جوتمان رياضة المعاقين بمستشفى ستوك ماندفيل.

1948: أول بطولة تنافسية للمعاقين بالشلل والبتن (مستخدمو الكراسي المتحركة).

1960: إنشاء الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين مرتبطا باتحادات المحاربين القداماء في فرنسا.

1960: أول دورة اولمبية للمعاقين بروما، اشترك فيها 22 دولة، (400 متسابق شلل) وكانت مواكبة لدورة الألعاب الاولمبية الصيفية.

- 1964: دورة المعاقين في خمسة أيام وشاهدها 1000.000 متفرج تحت راية وزارة العمل باليابان مواكبة لدورة الألعاب الاولمبية الصيفية في طوكيو.
- 1964: تأسيس المنظمة الدولية لرعاية المعاقين برعاية الاتحاد الدولي لمصابي الحروب.
- 1968: تأسيس الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين كإتحاد دولي مستقل برياسة السير لودفيج جوتمان (توفي عام 1980)، وسكرتيريه جوان سكرتون في ستوك مانديفيل بانجلترا.
- 1970: أول بطولة عالم لمختلف أنواع الإعاقة (شلل - مكفوفين - صم الخ) تحت رعاية الاتحاد الفرنسي لرياضة المعاقين سانت إتيان.
- 1972: لدورة الاولمبية للمعاقين (بالشلل فقط) في مدينة هايدلبرج بألمانيا الغربية مواكبة للدورة الاولمبية الصيفية للأصحاء في ميونخ.
- 1974: بطولة عالم مختلف أنواع الإعاقة في انجلترا (شارك فيها 26 دولة).
- 1976: الدورة الاولمبية للمعاقين (مختلف أنواع الإعاقة) في تورنتو بكندا (700 مشارك).
- 1980: الدورة الاولمبية للمعاقين في مدينة ارنيم بهولند (مختلف أنواع الإعاقة) مواكبة لدورة الألعاب الاولمبية الصيفية في موسكو.
- 1980: وفاة السير لودفيج جوتمان وبدا الانفصال في في الاتحادات الرياضية للمعاقين.
- 1981-: تأسيس اتحاد مفصل لرياضة المكفوفين.
- تأسيس اتحاد منفصل لرياض لشلل التشنجي.
- 1984م: الدورة الاولمبية السابعة للمعاقين في مختلف أنواع الرياضات في نيويورك بأمريكا وافتتحها الرئيس رونالد ريجان.
- دورة ستوك مانديفيل لرياضة إصابات العمود الفقري.
- ظهور اللجنة الدولية لرياضة المعاقين والتي ضمنت مندوبين من الاتحادات الدولية الرئيسية الأربعة.
- ثم توالى إنشاء اتحادات أوروبية وعربية لرياض المعاقين، فبعد فرنا وألمانيا وانجلترا جاءت النمسا ويوغسلافيا وكندا ولكسمبورج والنرويج واسبانيا والسويد وسويسرا وغيرها من الدول الأوروبية ومعظم الدول العربية (رياض، 2005، ص.30-32).

2- نبذة تاريخية حول النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر:

- تم تأسيس الفدرالية الجزائرية لرياضة المعاقين وذوي العاهات في 19 فيفري 1979م وتم اعتمادها رسميا في فيفري 1981م، وعرفت هذه الفدرالية عدة صعوبات بعد تأسيسها خاصة من الجانب المالي وانعدام الإطارات المتخصصة في هذا النوع من الرياضة وكانت التجارب الأولى لنشاط الفدرالية (chu) في قصرين وكذلك في مدرسة المكفوفين بالعاشور وكذلك في (cmpp) في بوسماعيل، وتم في نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية وهذا بإمكانيات محدودة جدا، وفي سنة 1981م إنظمت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين للاتحادية الدولية (ismgf) وكلك لفدرالية المكفوفين كليا و جزئيا (ibsa) وفي سنة

1983م تم تنظيم الألعاب الوطنية في وهران (من 24 إلى 30) سبتمبر حيث تبعها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتا في مختلف أنحاء الوطن وشاركت الجزائر أو مرة في الألعاب الإفريقية سنة 1991م في برشلونة بفوجين أو فريقين يمثلان ألعاب القوى وكر المرمى، وكان لظهور عدائين ذي المستوى العالمي في الجزائر دفاعا قويا لرياضة المعوقين في بلادنا.

- وقد سطرت الفدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات عدة أهداف متكاملة فيما بينها وعلى رأسها:

أ- تطوير النشاطات البنية الرياضية المكيفة الموجهة لكل أنواع الإعاقات باختلافها ويتم تحقيق الهدف بالعمل التحسيبي والإعلام الموجه للسلطات العمومية ولمختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء الوطن وخاصة الأشخاص المعوقين.

ب- العمل على تكوين إطارات متخصصة في الميدان (ميدان النشاط البدني والرياضي المكيف) وهذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارة الفدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين حيث تكون منخرطة في عدة فيدراليات دولية وعالمية منها:

- 1- اللجنة الدولية للتنسيق والتنظيم العالمي للرياضة المكيفة (i.C.C).
- 2- اللجنة الدولية للتنظيم العالمي لرياضة المعوقين ذهنية (i.P.C).
- 3- الجمعية الدولية لرياضة المتخلفين والمعوقين ذهنية (in as- fmh).
- 4- الفدرالية الدولية لرياضة الكراسي المتحركة (ismw).
- 5- الفدرالية الدولية لكرة السلة فوق الكراسي المتحركة (iwbf).
- 6- الجمعية الدولية للرياضات الخاصة للأشخاص ذوي إعاقات حركية مخيمة (CP - isra)، وفيها من الفدراليات والجمعيات واللجان الدولية العالمية.

-وقد كان للمشاركة الجزائرية في مختلف الألعاب على المستوى العالمي وعلى رأسها الألعاب الاولمبية في سنة 1992 في برشلونة وسنة 1996 في اطلنطا نجاحا كبيرا وظهور قوي للرياضيين المعوقين الجزائريين وخاصة في اختصاص ألعاب القوى، ومنهم (علاق محمد) في (100 - 200 - 400) متر و (بلال فوزي) في اختصاص (800 - 1500 - 5000) متر . (منشورات الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين، 2000، ص.06 - 07). نقلا عن (فيرم، 2016، ص.128 - 129 - 130).

3- النشاط البدني الرياضي المكيف:

3-1- مفهوم النشاط البدني الرياضي:

يرى "الخولي أمين أنور" أن استخدام كلمة النشاط البدني كتعبير يقصد به المجال الكلي والإجمالي لحركة الإنسان، وكذلك عملية التدريب والتنشيط والتربص في مقابل الكسل والوهن والخمول. وفي الواقع فان النشاط البدني بمفهومه العريض هو تعبير عام، يتسع ليشمل كل ألوان النشاط البدني التي يقوم بها الإنسان والتي يستخدم فيها بدنه بشكل عام، وهو مفهوم انثولوجي أكثر منه

اجتماعي، لأنه جزء مكمل، ومظهر رئيسي لمختلف الجوانب القافية لبني الإنسان، فوجد انه تغلغل في كل المظاهر والأنشطة الاجتماعية (الخولي، 1996، ص 22). نقلا عن، بن بوزة (2018).

3-2- تعريف النشاط البدني الرياضي المكيف:

يعني الرياضات والألعاب التي يتم التغيير فيها لدرجة يستطيع بها المعوق غير القادر الممارسة والمشاركة في الأنشطة الرياضية، ومعنى ذلك أن النشاط البدني الرياضي المكيف هو البرامج الارتقائية والوقائية المتعدد التي تشمل على الأنشطة الرياضية و الألعاب، والتي يتم تعديلها بحيث تلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدتها، ويمكننا القول بان ذلك يتم تبعا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم ليمكنهم المشاركة في تلك البرامج وأمان لتحقيق أغراض التربية الرياضية (حلمي، فرحات، 1998، ص.48).

ويعرف وينيك (Winnick (2011, p.6) النشاط البدني الرياضي المكيف بأنه الرياضات المعدلة أو المصممة لتلبية احتياجات الأفراد ذوي الإعاقة.

ويعرف أيضا على أنه ألوان من المسابقات الرياضية المعدلة حيث تناسب حالات الإعاقة ودرجاتها المتعارف عليها (جمال الدين الشافعي وآخرون، 2004، ص.737).

وهو تحويل أو تعديل الأنشطة الخاصة بالتربية الرياضية التقليدية لتمكين المعوقين من المشاركة فيها بشكل أمين، ناجح ومقنع (كمونة، 2002، ص.25).

4 - أساليب تعديل النشاط البدني الرياضي المكيف:

- تقليل الزمن الكلي للعبة ووقت كل شوط وعدد الأشواط والنقاط اللازمة في المباراة.
- تعديل مساحة الملعب لتقليل مقدار الجهد المبذول في النشاط.
- التعديل في قواعد اللعبة وزيادة فترات الراحة النسبية.
- زيادة عدد أفراد الفريق، وذلك لتقليل المسؤولية بتوزيع الأداء على عدد أكبر من اللاعبين.
- تغيير اللاعبين في المراكز المختلفة داخل اللعبة حتى لا يتحمل أي لاعب عبئا أكبر عليه من الجهد.
- السماح بالتغيير المستمر بحيث يشارك كل فرد من اللعب ويأخذ فترة راحة أثناء المباراة.
- التغيير في وزن الأداة والتخفيف منها مثل الجلة والرمح أو في ارتفاع الشبكة حتى لا يشكل عبئا على المعاق أثناء الممارسة.

- تقسيم النشاط على اللاعبين تبعا للفروق الفردية وإمكانيات كل فرد (حلمي، فرحات، 1998، ص.48 - 49).

5 - أسس النشاط البدني الرياضي المكيف:

هناك حقيقة هامة هي أن أهداف النشاط الرياضي للمعاقين تتبع من الأهداف العامة للنشاط الرياضي من حيث النمو العضوي والعصبي العضلي والبدني والنفسي والاجتماعي، حيث يركز النشاط البدني الرياضي للمعوقين على وضع برنامج خاص يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحرثات إيقاعية وتوقيتية

تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون الاشتراك في برامج النشاط البدني الرياضي العام، وقد تؤدي تل البرامج المكيفة في المستشفيات أو المراكز الخاصة بالمعوقين، ويكون الهدف الأسمى لها هو الوصول إلى تنمية أقصى قدرة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه بالإضافة الاندماج في المجتمع والأنشطة الرياضية بأنواعها المختلفة (حلمي وفرحات، 1998، ص.49).

يشير انارينو وآخرون " أن كل ما يحتويه البرنامج العادي ملائم للفرد المعاق، ولكن يجب وضع حدود معينة لمستويات الممارسة والمشاركة في البرامج التي تلائم إصابة أو نقاط ضعف الفرد المعاق" (الحمامي والخولي، 1990، ص.194).

ويراعي عند وضع أسس النشاط البدني الرياضي المكيف ما يلي:

- 1 - العمل على تحقيق أهداف النشاط البدني الرياضي العام.
- 2 - تهدف إلى إتاحة الفرص للأفراد والجماعات للتمتع بالنشاط البدني وتنمية مهاراته الحركية وقدراته البدنية.
- 3 - يهدف البرنامج لي التأهيل والعلاج والتقدم الحركي للمعاق.
- 4 - يمكن تنفيذ تلك البرامج في المدارس والمستشفيات والمؤسسات العلاجية.
- 5 - تقوم على أساس الأنشطة العامة.
- 6 - تمكن المعاق من التعرف على قدراته وإمكاناته، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية له.
- 7 - تمكن المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك من خلال ممارسته للأنشطة الرياضية المكيفة. (حلمي، فرحات، 1998، ص.49 - 50).

6 - أهداف وأغراض النشاط البدني الرياضي المكيف:

- يساهم النشاط البدني الرياضي المكيفة في تطوير اللياقة البدنية والصحية وخاصة فيما يتعلق بوظائف الأجهزة الحيوية كالقلب والرئتين.
 - تنمية وتطوير المهارات الحركية الأساسية كالمشي، الوثب، التسلق... الخ.
 - تنمية وتطوير المهارات الحركية الخاصة بالأنشطة الرياضية مثل (ركل - رمي - اللقف- الخ.....).
 - تنمية وتطوير اللياقة الصحية والنفسية فيما يتعلق بالتوتر - القلق - الاكتئاب - الاضطرابات النفسية.
 - تنمية وتطوير العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي وزيادة القدرة على التواصل مع المجتمع وإمكانية التأثير بالمجتمع المحيط به من خلال الاشتراك في المباريات والتدريبات مع زملائه في الفريق وفي الفرق الأخرى.
 - زياد النواحي المعرفية واكتساب خبرات معرفية من خلال ممارستهم لمختلف الأنشطة الرياضية وذلك عن طريق:
- * معرفة تاريخ اللعبة.

- * معرفة مهارات اللعبة.
- * معرفة النواحي القانونية.
- * معرفة عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالعبة.
- تنمية روح الانتماء للوطن ولل فريق وللمجتمع من خلال المشاركة في البطولات لعالمية والقارية المختلفة.
- تنمية روح النظام واحترام القوانين العامة، من خلال الالتزام بخطط اللعب واحترام وتنفيذ قرارات الحكام.
- استثمار جيد لوقت الفراغ والابتعاد عن الأنشطة السلبية.
- تنمية وتطوير الكفاح وبذل الجهد والاعتماد على قضاء ومتطلبات الحياة.
- الخروج من العزلة والانطواء وزيادة القدرات والعلاقات الاجتماعية التي تعود بالنفع على الفرد وعلى المجتمع (عليوة وآخرون، 2006، ص. 55 - 56).
- ولكي يستطيع المعاقون ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف يتطلب ذلك أمور مهمة منها.
- اختيار المكان الخالي من ذي العوائق والتقاطعات.
- اختيار أخف الملابس وانب الأحذية.
- وضع هدف للوصول إليه.
- المداومة والالتزام ليومي والدوري.
- التدريب على احترام القاعد والأنظمة والتعاون وإنكار الذات.
- العمل على اكتساب اللياقة البدنية وتنمية التوافق العلي العصبي.
- العناية بالقوام وعلاج العيوب أو التشوهات التي تطرأ على قوامهم وفقا لنوع الإعاقة.
- العمل على تقوية أجهزة الجسم الحيوية كالجهاز العضلي والجهاز التنفسي وغيرها.
- التقليل من الآثار السلبية المترتبة على وجود الإعاقة سواء كانت أثار نفسية أو اجتماعية.
- تكوين إحساس لدى ذي الإعاقة بقيمته بين أفراد مجتمعه مما يعطيه الحافز لزيادة قدراته واستغلالها في الارتقاء بنفسه.
- الترويح والارتقاء بروح الجماعة.
- الاعتماد على النفس في قضاء احتياجاتهم المختلفة.
- تنمية اللياقة البدنية المهنية التي تناسب كل مهنة بما يتماشى والحالة التي توجد لديهم من إعاقة ودرجتها.
- العمل على قضاء وقت الفراغ في أنشطة تعود عليهم بالفائدة (البلاوي، 2011، ص. 505 - 506).

7- تصنيف النشاط البدني الرياضي المكيف:

يوجد العديد من الآراء في تصنيف النشاط البدني الرياضي المكيف، وفيما لي تصنيف جامع وشامل لعدد من وجهات النظر.

7-1- النشاط الرياضي الترويحي:

من الآثار الايجابية للنشاط البدني الرياضي المكيف هو تنمية الجانب الترويحي حيث تعد وسيلة ناجحة للترويح النفسي للمعاق فهو يكتسب خبرات تساعد على التمتع بالحياة فمن المعلوم أن الأنشطة الرياضية الترويحي، تتدرج من الألعاب الهادئة كألعاب التسلية إلى الألعاب العنيفة مثل تسلق الجبال (حلمي وفرحات، 1998، ص.51).

والنشاط الرياضي الترويحي وقاية من الملل والقلق والإرهاق وما يسببه كل ذلك من ضغوط نفسية وعصبية لعدم التنوع والتجديد وعدم ممارسة أنشطة تناسب استعداداته وقدراته واهتماماته، وفيه يعبر الفرد عن مشاعره وأحاسيسه وينمي عقله، وتزداد معارفه ومعلوماته وتنمو ميوله وتتعدّل اتجاهاته على نحو تكتسب فيه الحياة رونقها وتصبح أكثر إشراقاً وبهجة (محمود إسماعيل طلبية، 2009، ص.44).

والنشاط الرياضي ما هو جزء من الأنشطة الترويحية، فالأنشطة الترويحية متعددة، وتأتي اللياقة البدنية والصحة الجسمانية والنفسية والعاطفية كنتيجة تلقائية للنشاط الترويحي الرياضي (تهاني، 2001، ص.128).

7-2- النشاط الرياضي العلاجي:

ويقصد به التمرينات العلاجية في تأهيل المرضى والمعاقين (مثل مبتوري الأطراف والمكفوفين) وما بعد التدخلات الجراحية أو الخروج من الجبس.. الخ، والتي انضمت بشكل عام إلى الجوانب العلاجية التقليدية ما بعد الحرب العالمية الأخيرة، وخاصة تأهيلي مصابي العمود الفقري والنخاع الشوكي، مثل مرض الشلل النصفي والشلل الرباعي.

وقد أدى الانعكاس الايجابي لممارسة النشاط الرياضي للمعاقين بدنيا ونفسيا واجتماعيا الى استمرار عدد كبير منهم في ممارسة تلك الأنشطة الرياضية بعد خروجهم من المستشفيات ومراكز التأهيل في نطاق حياتهم العادية.

وتحتل الأنشطة الرياضية التأهيلية حالياً جانبا هاما وكبيرا في المجال الرياضي والطب الطبيعي (رياض، 2005، ص.12).

7-3- النشاط الرياضي التنافسي:

هو النشاط الرياضي المرتبط باللياقة والكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبيا، وهو ما يهدف أساسا إلى الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية وفيما يسمى أيضا رياضة النخبة أو رياضة المستويات العليا، ويعتمد تقدم النشاط الرياضي التنافسي على التدريب العلمي السليم وتقدم المعدات والخدمات والتسهيلات

المعاونة للأداء، وتقدم الطب الرياضي وذلك في قضائي النشاط الرياضي التنافسي للأصحاء وللمعاقين (رياض، 2005، ص.10).

ويجب الالتزام في النشاط الرياضي التنافسي بالقواعد والقوانين الخاصة بالأداء، كما يجب الالتزام بالتقسيمات الفنية والطبية التي تعتمد على درجة اللياقة البدنية أو النفسية والعصبية للمعاق ومستوى الإصابة، وذلك قبل المشاركة في الأنشطة التنافسية حتى يتحقق مبدأ العدالة بالإضافة إلى الاستفادة الكاملة من المشاركة وتجنب حدوث أي مضاعفات طبية تؤثر على حياة المعاق (حلمي، فرحات، 1998، ص.51-52).

8 - أهمية وفوائد ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف:

تلعب الأنشطة الرياضية دورا مهما في تطوير ذوي الاحتياجات الخاصة وتمييزهم بالإضافة إلى أنها تنمي مواهبهم و قدراتهم الشخصية وتغرس المفاهيم والقيم السلوكية وتكسبهم اللياقة البدنية و المهارية الحركية، فتحسن من حالة العضو المصاب، وترفع من روح ذوي الاحتياجات الخاصة المعنوية، فممارسة النشاط الرياضي لذوي الاحتياجات الخاصة على أسس علمية ساعد على تقدم حالتهم البدنية والنفسية وتحسنها، ومن ثم تزداد فرصة تكيفهم مع أفراد المجتمع، حيث أن ممارسة النشاط البدني الرياضي كما أقرتها الجمعية الرياضية الاستشارية في المملكة المتحدة في عام (1976) تكمن في تنمية الأجهزة الحيوية لجسم الإنسان (عليوة وآخرون، 2006، ص.53).

كما له أهمية وفائدة في:

- تطوير مهارات حركية تروحية للعمل المستقل في المجتمع.
- تطوير لياقة بدنية للمحافظة على الصحة.
- تطوير مهارات حركية للسيطرة على التنقل في المجتمع المحلي أو المحيط.
- تطوير متطلبات حركية وبدنية لمهارات المساعدة الذاتية المطلوبة للعيش باستقلالية.
- تطوير متطلبات مهارية حركية ضرورية للمشاركة في فعاليات اجتماعية لغرض ذاتي (كمونة، 2002، ص.26).

9 - العوامل المؤثرة في النشاط البدني الرياضي المكيف:

لتنمية المهارات لدى ذوي الإعاقات بأداء التمرينات والمنافسات الرياضية تمر بعمليات وظيفية مختلفة فمن التأقلم تصل إلى التأهيل للوصول إلى أعلى الدرجات من الكفاءة الوظيفية الممكنة للجهاز العصبي لتمكن ذي الإعاقة من الوصول الى قمة اللياقة البدنية بعناصرها المعروفة من مهارة، قوة عضلية، مرونة، سرعة، توافق عضلي عصبي، وللحصول على هذه العناصر لا بد أن نأخذ في عين الاعتبار عدة عوامل مختلفة تشمل على ما يلي:

9-1- نوع وشدة الإعاقة:

لا بد من التفرق بين نوع وشدة الإعاقة فمثلا عند المعاقين بالشلل النصفي الجزئي ومستوى الفقرات المواكبة للإصابة، كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار أي اختلال بالدورة الدموية خاصة في الإصابات بالشلل ما فوق الفقرة الصدرية الخامسة، فيجب أن تتم الممارسة لمعوقى الشلل النصفي والسفلي الأمل أو الجزئي من وضع الجلوس، في حين انه في المجالات الأقل حدة للشلل الجزئي يمكن للمعاقين المشي أو استعادة إمكانية المشي وتختلف تبعا لذلك نوعية التمرينات الرياضية وكذلك طريقة أدائها (البطراوي، سلامة، 2013، ص 107 - 108).

9-2- تناسب نوع الرياضة مع نوعية الإعاقة:

لا بد وان تتناسب نوع الرياضة مع طبيعة الإعاقة الحادثة ما بعد الإصابة وتزداد هذه النقطة في الأهمية للمعاقين أصحاب الإعاقات المركبة.

9-3- تناسب قواعد الممارسة الرياضية الخاص مع نوع الإعاقة:

تعد الرياضة علاج تكميلي وتأهيلي للمعاقين لارتقاء بمستوى لياقتهم البدنية العامة ويلزم في هذا المجال مراعاة الرغبات والميول لمعاق في اختيار الرياضة المناسبة لميوله فضلا عن صلاحيتها الفنية لنوعية إعاقته (البطراوي، سلامة، 2013، ص.108).

10- دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية المعاق:

النشاط الرياضي يعتبر منبع أساسي لصحة الإنسان ويجلب له المتعة والسرور ويضمن له أحسن اندماج وخاصة للشخص المعوق، ولهذا فان دور النشاط البدني الرياضي يتجلى في ثلاث مستويات رئيسية:

10-1- من الجانب الاجتماعي:

النشاط الرياضي يساعد بلا شك كثيرا في إعادة تأهيل الأشخاص المعوقين ويجده في نفس الوقت كدعم معنوي.

والمعوق الذي يملك إرادة و طاقة التنافس والاستقلالية، وهذه الاستقلالية تأتي بعد مدة معتبرة من إعادة التكييف الوظيفي وكذا إعادة التكييف المهني له الحق في الإدماج في الحياة المهنية العادية والحياة العامة ويستفيد من كل الامتيازات الحياتية الاجتماعية الحديثة لحضارتنا، فالمعوق هو فرد مثل الآخرين لكن بوسائل مختلفة والنشاط الرياضي بالنسبة إليه له نفس الأهداف مثل العاديين والمتمثل في تنمية قدراته البدنية والنفسية، ويستطيع دائما إيجاد نشاط رياضي ملائم لإعاقة مهما تكن طبيعتها ودرجتها.

ويجب أن تعطي للمعوق نفس الفرص مثل العاديين لإعادة العزة والكرامة له كفرد مثل الجميع وبهذا يضمن اندماج اجتماعي أحسن من مجتمعه.

10-2- من الجانب النفسي:

من الناحية النفسية يعتبر النشاط الرياضي وسيلة فعالة لبعث البشاشة والانشراح في الفرد ويعتبر أيضا كعامل للإدماج وصفة خاصة الرياضات الجماعية، يساعد النشاط البدني الرياضي المعوق للتغلب على عواطفه وإحساسه بالانعزال والدونية الذي يقابلها في بعض الأحيان بالإنكار وعدم القبول. وممارسة النشاط البدني الرياضي الذي يكون موجه بطريقة سليمة وتكون حوصلته مكيفة للمعوق يؤثر على السلوك النفسي الاجتماعي للمعوق بصفة عامة مثل:

- إعطاء الثقة بالنفس.

- تطوير روح المنافسة والإرادة (Roi Baudouin, 1993, p 9 – 10) نقلا عن، تركي (2003).

10-3- من الجانب الفيزيولوجي (البدني):

النشاط البدني الرياضي يدفع المحدودية المفوضة من طرف الإعاقة وكل تمرين بدني رياضي له تأثير على البدن، فهو يحسن من الوظائف الحيوية للجسم عند الفرد سواء كان معوقا أم كان سليما ولكن في العديد من الحالات التي يعاني فيها المعوق من المعاناة الناتجة عن التحولات التي حدثت له بفعل إعاقته نجد أن النشاط البدني الرياضي يؤثر فيه على المستوى الفيزيولوجي فيما يلي:

1- تأثير ايجابي على الوظائف الجسمية المختلفة (الجهاز القلبي التنفسي، التنفس، الهضم، تمثيل الغذاء والطرح).

2- التأثير على الأعصاب وكذلك التحكم في الإفرازات الداخلية.

3 - التأثير الايجابي على الإحساسات العضوية.

4 - التأثير الايجابي الخاص بنشاط التوقعي ومنع البدانة والسيطرة على مشاكل القعاد.

5 - النشاط البدني الرياضي ينتج عنه زيادة في البيوتغذية الرجعية (BIO FEED BACK) وكذلك المداومة الشخصية الخاصة ومنع ظهور لإمراض والأعراض في الجسم.

6 - تنمية العمل العقلي أحسن تحكم في الجسم بالتوازن في حالة ثبات أو الحركة، Roi Baudouin, (1993, p 11) نقلا عن، تركي (2003)

11- الفحوص الطبية الخاصة بالنشاط الرياضي المكيف:

عند ممارسة ذوي الاحتياجات للنشاط البدني الرياضي يلزم الاهتمام بما يلي:

أ- تأقلم الأداء الرياضي مع الإعاقة.

ب- تناسب أدوات الممارسة الرياضية وطبيعة الإعاقة.

ج - ملائمة المباني من الناحية الهندسية وطبيعة الإعاقة.

د - تناسب الفحوص الطبية الرياضية وطبيعة الإعاقة (عليوة وآخرون، 2006، ص.56).

واجبات الأطباء المسؤولين عن النشاط البدني الرياضي المكيف:

للأطباء المسؤولين عن تقديم الرعاية الخاصة بالنشاط الرياضي للمعاقين واجبات نذكر منها:

- 1 - توجيه المعاق لممارسة الرياضة الذي تناسب طبيعته إعاقته.
- 2 - عمل الفحوص الطبي العادية والفحوص الخاصة بالنشاط الرياضي للمعاقين.
- 3 - الطبيب مسئول عن عدم مشاركة المعاق في رياضة لا تناسب درجة إعاقته.
- 4 - عمل دورات صقل للكوادر الطبية وغير طبية المعاونة بخصوص إيضاح طبيعة النشاط الرياضي للمعاقين والوقاية من الإصابات الرياضية وأنواع التقسيمات الطبية لهم.
- 5 - عدم السماح بمزاولة المعاق للنشاط الرياضي التنافسي وهو في حالة نفسية غير ملائمة.
- 6 - الإشراف على الطاقم الطبي المعاون، والإشراف الفني الطبي على البطولات التنافسية والتدريبية للمعاقين.
- 7 - تقديم العلاج الطبي العادي للمعاق، والتنسيق في ذلك مع مختلف التخصصات الطبية المسؤولة عن متابعة حالة المعاق.
- 8 - تقديم الإرشادات الطبية الوقائية للمعاق وكذلك الإرشادات الخاصة بالتغذية السليمة.
- 9 - مقاومة استخدام المعاق للمنشطات المحظورة في المجال الرياضي وشرح أخطائها الصحية والتربوية.
- 10 - عمل إحصائيات طبية ودراسات فنية لتقديم أفضل رعاية طبية للمعاقين (رياض، 2005، ص.259).

12- خطوات تطوير برامج النشاط البدني الرياضي المكيف:

- لكي يتم التطوير بأسلوب سليم وحتى يؤتى ثماره نقدم هذه الخطوات لإتباعها عند القيام بعملية تطوير البرنامج.
- 1 - عرف أهداف التطوير.
 - 2 - قسم هذه الأهداف إلى أهداف إجرائية.
 - 3 - عرف خصائص المشتركين في البرنامج.
 - 4 - استخراج احتياجات الأفراد ناءا على خصائصهم.
 - 5 - تعرف على الأنشطة المناسبة للأفراد المعنيين.
 - 6 - تعرف على أفضل طرق التنفيذ للأنشطة التي تحقق الأهداف المنشودة.
 - 7 - عد أفضل أساليب التقويم.
 - 8- عد برنامجا بطريقة الأداء بالأهداف (شرف، 2002، ص.104).

الخلاصة:

- تناول الباحث في هذا المبحث النشاط البدني الرياضي المكيف، وهذا لما له من أهمية قصوى للمعاقين بصفة عامة والمعاقين حركيا بصفة خاصة وبنحو يفوق أهميته للأصحاء، حيث خلص الباحث من خلال ما تناوله إلى النقاط التالية.
- أن النشاط البدني الرياضي المكيف مستمد من النشاط البدني الرياضي الذي يمارسه الأشخاص العاديين لكنه يكيف حسب نوع ودرجة الإعاقة وطبيعة الفرد المعاق من حيث القوانين والوسائل المستعملة،
 - أن النشاط البدني الرياضي يساعد المعاقين في وضع حدود لصورتهم الجسدية ويعلمهم الصبر والهدوء والاستقرار والتحكم في السلوك وفي التصرفات، كما يساعدهم في اكتساب الثقة بالنفس.
 - أن النشاط البدني الرياضي يساعد المعاق على التوازن الحسي الحركي والاستقلالية وفرض ذاته بحيث يجعله أكثر حيوية وخفة بفضل إرادته وتحفيزه على الأداء.
 - إن ممارسة النشاط البدني الرياضي للمعاقين يمكن اعتبارهم مثل الأشخاص العاديين أين تعطى لهم الفرصة للفعل واللعب والترفيه.
 - إن ممارسة النشاط البدني الرياضي للمعاقين، يعد وسيلة تربية وعلاجية ووقائية إذا تم استغلالها بصفة منتظمة ومستمرة، إذ يسهم في تكوين شخصية الأشخاص من الجانب النفسي والصحي والاجتماعي والخلقي والمعرفي، وبالتالي تكوين شخصية متزنة.

الفصل الثالث:

المشكلات النفسية والجسدية

تمهيد

1. مشكلة القلق واضطرابات النوم.

2. مشكلة الاستجابة الاكتئابية.

3. مشكلة الاغتراب النفسي.

4. المشكلات الجسدية.

خلاصة

تمهيد:

إن الاهتمام الكبير الذي يلقاه الأفراد العاديون من قبل المختصين التربويين والباحثين، لم ينتقل الى الأفراد المعوقين إلا خلال العقود الأخيرة، حيث بدأت الأنظار تتجه الى الفرد المعوق واحتياجاته، حيث ظهر هذا الاهتمام في بناء مؤسسات خاصة للمعوقين، والقيام بعدد من الأبحاث والدراسات حول الإعاقة الموجودة وأسبابها وكيفية التعامل معها، وتدريب المختصين للتعامل مع هذه الإعاقات بالطرق المناسبة، وقد ركزت الدراسات على الإعاقات الحركية والعقلية بشكل أكبر من الإعاقات السمعية والبصرية.

وتعد المشكلات النفسية والجسدية من الأمور الشائعة في حياة الأفراد المعاقين، حيث تؤثر على نواحي عديدة من حياتهم، سواء في العمل أو العلاقات الاجتماعية أو الحياة الشخصية، وتشمل هذه المشكلات مجموعة متنوعة من الأمور مثل (القلق، الاكتئاب، القولون العصبي، السكري... وغيرها)، كما تتأثر المشكلات النفسية والجسدية بعدة عوامل بما في ذلك الوراثة والبيئة والثقافة و التجارب الشخصية، وتختلف أعراضها من شخص لآخر، حيث يمكن أن تكون عرضة لمشكلة نفسية أو جسدية واحدة وأكثر، وتشكل هذه المشكلات تحدياً للأفراد المعاقين حركياً حيث يمكن أن تؤدي الى عدم القدرة على تحقيق الأهداف والتفاعل مع الآخرين بشكل صحيح، وتتسبب في تقادم الأمور وتأثيرها السلبي على الصحة النفسية والجسدية للأفراد المعاقين حركياً لذلك من الضروري توفير الدعم والعلاج اللازم للأفراد المصابين بهذه المشكلات والتحدث عنها بشكل عام وفتح النقاش حولها في المجتمع وتحسين الوعي بشأنها للمساعدة في تحقيق الضغط النفسي والتقليل من تأثيرها على حياة الناس.

من هذا المنطلق تظهر أهمية تسليط الضوء على أهم المشكلات النفسية والجسدية التي يعاني منها الفرد المعاق حركياً، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

1- مشكلة القلق واضطرابات النوم

1-1- تعريف القلق:

لغة:

يعرف المعجم الوسيط القلق، على النحو التالي: قلق الشيء حركه وغيره وأزعجه، والمقلق الذي لم يستقر في مكان واحد، ولم يستقر على حال، وقلق: اضطرب وانزعج، فهو قلق: والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلق: الشديد الخوف يقال: رجل مقلق (الغامدي، 2013، ص.35). والقلق معناه الاضطراب وعدم الاستقرار. ويعني الانزعاج ويعني أيضا الحركة وأيضا عدم الاستقرار في مكان واحد (الصفدي، 2001، ص.85).

جاء في لسان العرب لابن منصور: القلق أن يستقر في مكان واحد والذي لا يستقر في مكان واحد لا يوجد عنده طمأنينة أو سكينه (شاهين، 2000، ص.04). ومما سبق يتضح أن القلق معناه، الاضطراب وعدم الاستقرار وافتقاد السكينه والطمأنينة.

اصطلاحا:

على الرغم من الكتابات الكثيرة في هذا الموضوع إلا أن مفهوما محددًا للقلق لم يتم التوصل إليه حتى الآن فهناك من يصف القلق على أنه حالة من القلق والضجر والكآبة والكدر والانفعال والانزعاج والخوف حيث ترتبط هذه المفاهيم بشكل واضح مع مفهوم القلق (الصيرفي، 2008، ص.168). لقد تعددت مفاهيم القلق لدى علماء النفس، وذلك لأن كل واحد نظر إلى القلق من زاوية تختلف عن غيره، وفيما يلي عرض لبعض التعاريف:

كلمة القلق جاءت من الكلمة اللاتينية (Anxiétés)، والتي تعني اضطرابا في العقل، وهو حالة نفسية عرفت في أماضي بحالات الهم والخوف التي تؤدي الإنسان نفسيا وجسميا (القمش والمعايضة، 2009، ص.255).

هو حالة انفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة الحذر الرعب والتحفز، موجّهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعتبر القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان، ويمكن القول أن هناك قلق طبيعى وقلق مرضي (سرحان وآخرون، 2008، ص.11). القلق ما هو إلا مظهر للعمليات الانفعالية المتداخلة التي تحدث خلال الإحباط والصراع والكبت وهو كغيره من العمليات الانفعالية له جانب شعوري يتمثل في الشعور بالعجز والخوف والفرع والتهديد والشعور بالذنب، وجانب لاشعوري يشتمل على عمليات معقدة متداخلة يعمل الكثير منها دون وعى الفرد بها مما قد يجعل الفرد يعاني المخاوف مثلا دون أن يدرك العوامل المسببة لها (الشوربجي، 2003، ص.21). ومن الناس من يتحدث عن القلق بأنه إرث ثقيل نقله لهم الأهل السابقون فيما نقلوا إليهم من صفات جسمانية ونفسية أخرى بفعل وراثه محتومة (إبراهيم، 2002، ص.07).

ويعرف أيضا بأنه حالة نفسية، غير سارة، من التوتر العصبي، تدل على أن: يتوقع خطر في اللاوعي (الفيومي، 1991، ص.57).

والقلق Anxiety انفعال مركب من التوتر والشعور بالخوف وتوقع الخطر وهو خبرة انفعالية غير سارة يدركها الفرد كشيء ينبعث من داخله (درويش، 2007، ص.41).

تعريف بعض العلماء والباحثين للقلق.

- يعرفه فخري الدباغ: بأنه "شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر دون إدراك لمصدر الخوف" (رشاد، 2001، ص. 37).

- كما عرفه شافر ودوركس تعريفا سلوكيا حيث هو: "استجابة مكتسبة تحدث تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك" (حسين فرج، 2009، ص.128).

- يعرفه هورنبي (1989, p56) بأنه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل".

- تعريف نعيم الرفاعي: القلق هو استجابة انفعالية مركبة من الخوف والتوتر والضيق لخطر يخشى من وقوعه يكون موجها بمكونات الأساسية الشخصية (السيد، 2009، ص.221).

- ويرى العالم جولدشتن Goldstein أن القلق إشارة بان المحنة عظيمة، والمحنة هي الحالة التي ينهار عندها كل السلوك المتكامل ولا يبقى غير القلق (غالب، 1981، ص.12).

- يعرفه وبستر (1991, p20) Webster بأنه: إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائما يتصف بعلامات فيزيولوجية مثل: التعرق والتوتر وازدياد ضربات القلب.

- كما يعرفه عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار عبد الحكيم (1992) القلق بأنه: توتر أو اضطراب انفعالي، مصحوب بمشاعر الخوف العام (الفرع) يستند إلى ظروف أو مصادر غير معروفة أو قد يصعب تحديدها (الغامدي، 2013، ص.37).

- هذا وقد قدم وليامز تعريفا للقلق حيث ذكر انه "رد الفعل النفسي والبدني لحالات داخلية وبيئية مطولة تتجاوز فيها قدرات الفرد التكيفية وقابليته الفعلية" (الصيرفي، 2008، ص.168).

1-2- انتشار القلق:

نخطئ كثيرا إذا اعتبرنا القلق مجرد واحد من الأمراض النفسية التي تضمنها قائمة تصنيف طويلة تحتوي على أمراض وحالات نفسية كثيرة مثل الاكتئاب النفسي، والفصام، والهستيريا، والوسواس القهري، وغير ذلك.. لكن الأمر بالنسبة للقلق يختلف بعد تزايد انتشاره في عالم اليوم وفي كل المجتمعات المتقدمة أو النامية في شرق الأرض، وغربها وبين قطاعات مختلفة من الناس من كل الأعمار والمستويات بما هو اقرب إلى الظاهرة أو السمة المميزة لهذا العصر، وعلى ذلك فإن التقديرات التي تذكر أن نسبة 2% إلى 5% من سكان العالم اليوم مصابون بالقلق إنما تشير إلى حالة القلق النفسي المرضية، وهذه تعتبر محدودة إذا أخذنا في الاعتبار الانتشار الهائل للقلق النفسي الفردي والجماعي بما يفوق كثيرا هذه الأرقام.

لقد أدى الانتشار الواسع للقلق بين قطاعات كبيرة من الناس في المجتمع اليوم إلى وجود بعض الحالات التي نقف أمامها في حيرة من الأمر، فلا هي بالحالات المرضية الشديدة التي تظهر عليها علامات الاضطراب النفسي المعروفة لدينا كأطباء نفسيين ، ولا هي بالحالات السوية المتوافقة التي يمكن أن نعتبرها "طبيعية" تماما، وهذه الحالات البيئية ليست فردية معدودة بل تنظم أعدادا هائلة من مختلف طبقات المجتمع، و إذا سلمنا بان كل هؤلاء بحاجة إلى نوع من العلاج أو الرعاية النفسية وعلاجهم بواسطة أعداد قليلة من الأطباء النفسيين لا يمكن أن يكون عمليا في مواجهة هذه الأعداد الكبيرة، كما أن أسلوب تقديم الخدمات الصحية مقابل المال لا يبدو مناسباً في هذه الحالة(الشربيني، 2015، ص.12-13).

وتعد ظاهرة القلق من الظواهر الإنسانية التي تناولها العديد من الباحثين في ميدان علم النفس، ويرى مرضى القلق أنفسهم معتلّي الصحة البدنية فيترددون على الأطباء في مختلف فالاختصاصات والمستشفيات والعيادات الخارجية والطوارئ، وسبيل المثال فإن كلفة علاج مرض القلق العام في الولايات المتحدة الأمريكية تقدر حوالي 43 مليار دولار سنويا أكثر من نصفها تنفق مع الإجراءات الطبية غير المطلوبة، ولا يعرف أن أكثر من الثلث على المعالجة النفسية الصحيحة، وتزداد حالات القلق في المدن المكتظة وبين العاطلين عن العمل والمطلقين والأرامل(سرحان و آخرون، 2008، ص.26).

ويعد القلق جزءا من الحياة اليومية لكثيرين. فالقلق الذي يعكس صفوا بالتمتع بالحياة يصيب كثيرين أيضا. كما أن عدد الذين يمكن أن يستفيدوا من علاج اضطرابات القلق هو 14%. وجدير بالذكر أن اضطرابات القلق منتشرة بشكل واسع. وهي من أكثر المشاكل النفسية شيوعا في المملكة المتحدة. فهيا أكثر انتشارا من الاكتئاب. كما يمكن أن يتحول القلق إلى حلقة مفرغة، حيث يتسبب القلق بظهور تأثيرات أخرى في الجسم كالأعراض الجسدية التي تسبب المزيد من القلق (مكنزي، 2013، ص.09).

1-3- أسباب القلق:

لم تخلو أي مدرسة من مدارس علم النفس والطب النفسي من التعرض لشرح أسباب القلق بشكل عام واهم الأسباب التي نتعرض لها بالبحث:

1-3-1- أسباب وراثية:

تعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق حيث تؤكد بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق، ومن هذه الأبحاث فقد وجد العالم سليستر شليدز 1962-1966 أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة يصل إلى 50% حيث يبين التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمن(غانم، 2009، ص.208).

لقد اثبت العلم أن للوراثة تأثير في ظهور القلق، فقد أثبتت دراسات التوائم تشابه الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن 15% من آباء

وإخوة حول مرضى القلق أنهم يعانون من المرض النفسي ،وقد وجد سلستر وشليدز (1962-1969) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 50% وان حوالي 65% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت نسبة من التوائم غير المتشابهة فوصلت إلى 4% فقط ، أما سمات القلق فظهرت في 13% من الحالات، ولذا فالوراثة تلعب دورا مهما في الاستعداد للمرض وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال (زعتز، 2010، ص.30).

1-3-2- أسباب نفسية:

تساعد بعض الخصائص النفسية مع ظهور القلق، ومنذ ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارج الذي يواجهه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد المحتملة (غانم، 2009، ص.309).

إن اتجاه التحليل النفسي يشدد على دور العمليات النفسية الديناميكية والتنبه الداخلي بالعضوية وهذا الاتجاه لا يشدد على دور العوامل العصبية والبيولوجية للقلق، وإنما يعتبره تهديدا موجها الى الأنا ويحدث بسبب المواقف وما فيها من مثيرات مهددة (واقعية أم متخيلة) وخاصة في مرحلة الطفولة حيث تعتبر صدمة الميلاد أهم خبرة قلق يمر بها الفرد في حياته (قاسم، 1999، ص. 53).

1-3-3- أسباب بيولوجية:

من المعروف أن المهدئات (المطمئئات الصغرى) مثل ديازيبام (Diozepem) ولورازيبام (Lorozepam) وغيرها من مجموعته (بنزوديازيبين) كلها تخفض وتحسن من أعراض اضطراب القلق العام. أي أن يحتاج إلى مواد حيوية تحافظ على توازنه وأن لم تتوفر بشكل طبيعي والجسم يفقد توازنه ويقل نشاطه الطبيعي، تغير الوجه والصوت، تنبه الكائن والكائنات الأخرى إلى وجود الخطر وتمثل حشدا لطاقته الجسمية لمواجهة (فرويد، 1972، ص.134).

1-3-4- أسباب اجتماعية:

تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري وتفكيك الأسرة، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني والزواجي (حسين فراج، 2009، ص.152).

لا شك إن العزلة الاجتماعية، وانعدام الأقراب والأصدقاء من حول الإنسان قد تكون سببا لتعرضه للأمراض النفسية، وخاصة وقت الأزمات، فوجود الأصدقاء أو الأقراب للفرد تجعله يفتح قلبه له، ويشرح له ما يقلقه، وبالتالي يشاركه الرأي في حل مشكلاته وبذلك يكون مفيد للصحة النفسية فشعور الإنسان

بالانتماء إلى مجموعة من الناس أمر يخفف عنه الشعور بالعزلة والانفراد وقد تحدث هذه العزلة بسبب الهجرة والبعد عن الأهل والأصدقاء، أو بالاغتراب في بلد آخر. أو قد تتواجد لدى المجتمعات التي تضعف فيها العلاقات الاجتماعية والأسرية.

لذلك فالقيم والممارسات التي تدعو وتؤكد على صلة الرحم تفيد كثيرا في حفظ صحة المجتمع، والوقاية من الاضطرابات النفسية. وتعمل العلاقات الحميمة كعامل وقاية ضد الآثار السلبية والصدمات الناتجة عن الحوادث المعاشة. والشيء الهام هو نوعية هذه العلاقات، فعلى سبيل المثال الفرد الأعزب قد يكون أكثر عرضة للالتزامات النفسية من المتزوج، ولكن نجد الزواج غير الناجح يكون مليء بالاضطرابات والمشاكل الأسرية، وقد يكون هذا بحد ذاته مصدرا للالتزامات، بدل أن يكون سكنا ومعينا على مثل هذه الأزمات (الغامدي، 2013، ص.60).

1-4- أعراض القلق.

ترافق اضطرابات القلق اضطرابات فيزيولوجية ونفسية مختلفة تكون بمثابة مظاهر أو أعراض له، وهي تتفاوت من حيث الشدة تبعا لشدة القلق.

وعادة تأتي أعراض اضطرابات القلق في شكل أزمات أو نوبات تبدأ فجأة وتستمر مدة دقائق ثم تزول لتعود مرة أخرى، وتزداد النوبات في الشدة مع الوقت كما تقتصر الفترات بينها.

ويتجلى القلق من خلال نوعين من الأعراض جسدية ونفسية وتحدث هذه الأعراض معا في وقت واحد وإن كان بعض الناس قد ينتبه إلى نوع واحد من هذه الأعراض الجسدية أو النفسية دون النوع الآخر (الغامدي، 2013، ص. 96).

يمكن تصنيف أعراض القلق إلى نوعين هما: (السيد، 2001، ص.30).

1-4-1- الأعراض البدنية والجسدية:

- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.
- نوبات الدوخة والإغماء.
- تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- غثيان أو اضطراب في المعدة.
- الشعور بألم في الصدر.
- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق التي تتعلق بالحرارة أو الرياضة البدنية.
- سرعة النبض أثناء الراحة.
- الأحلام المزعجة.
- التوتر الزائد.

1-4-2- الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب وضعف الأعصاب.
- الانفعال الزائد.
- عدم القدرة على الإدراك والتمييز.
- نسيان الأشياء.
- اختلاط التفكير.
- زيادة الميل إلى العدوان.

1-5- النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق وذلك بتعدد المدارس النفسية والتي كانت تجمع تحت لوائها مجموعة من العلماء البارزين في علم النفس، وفيما يلي تعداد بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق وذلك بذكر بعض علمائها البارزين.

1-5-1- نظرية فرويد للقلق:

اهتم عالم النفس "فرويد" بدراسة ظاهرة القلق وحاول أن يعرف سبب نشأته عند الفرد، حيث أنه يميز بين نوعين من القلق هما:

- **القلق الموضوعي:** حينما يدرك الفرد أن مصدر القلق خارجي، حيث يعرفه "فرويد" بأنه "ردة فعل لخطر خارجي" وقد أطلق "فرويد" مع القلق الموضوعي هذه السمات: - القلق الواقعي. - القلق الحقيقي. - القلق السوي.

وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف: لأن مصدره يكون واضح المعالم لدى الفرد، فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف، والقلق هو استجابة لخطر داخلي معروف (السيد، 2001، ص20)

- **القلق العصابي:** يمكن تعريف القلق العصابي على أنه خوف غامض غير مفهوم، لا يستطيع الشخص أن يشعر به أو يعرف سببه، فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي، ويتضح من هذا التعريف أن مصدر القلق العصابي يكمن داخل الشخص في الجانب الذي يطلق عليه "الهو" ويميز "فرويد" بين ثلاث أنواع من القلق العصامي وهي: - القلق الهائم الطليق. - قلق المخاوف المرضية. - قلق الهستيريا (السيد، 2001، ص.21).

1-5-2- نظرية كارل يونغ:

يعتقد يونغ أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، فالقلق برأي يونغ هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقول التي ما زالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، وذلك لان الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعد تهديدا لوجوده ، وتؤدي

بالتالي إلى استئارة مشاعر القلق والخوف من ذاته، وإذا كان الأمر كذلك فكيف تغزو الفرد هذه القوى من اللاشعور الجمعي ؟ ، الإجابة على ذلك تكون بان شعور الفرد في موقف مهدد لكيانه قد يجعله ينسى كل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية ،ويرتد إلى بعض التصرفات اللامعقول ، فالإنسان في حياته العادية المنظمة - مثلا - لا يشعر بتأثير الأشباح ولكنه إذا مر بجوار القبور في الليل ،فانه تنتابه مشاعر الخوف والقلق لأنه قد حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور الجمعي .(زعتر ، 2010، ص 7-8).

1-5-3- نظرية أتورانك (1927Ottorank)

يفسر اتورانك القلق على أساس الصدمة وهي صدمة الميلاد فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولي، والفظام كذلك يستثيره لأنه يتضمن انفصالا عن الأم فالقلق في رأيه هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفعالات وهو يرى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران طيلة حياة الإنسان وهما:

خوف الحياة: هو قلق من الاستقلال الفري عندما يحاول الشخص تكوين علاقات جديدة مع الناس.

خوف الموت: وهو خوف من التأخر وفقدان الفردية والاعتماد على الغير أي فقدان الاستقلالية ويرى راتك أن الشخص العصابي هو الذي لا يستطيع إحداث توازن بين هذين القلقين (زعتر ، 2010، ص 9).

1-5-4- نظرية كارل هورني: Karen Horney

تعتقد هورني أن الطبيعة الإنسانية قابلة للتغير نحو الأفضل ، فهي تعتبر من العلماء المتفائلين بقدرات وإمكانات الإنسان نحو التقدم والارتقاء ، وتعتقد هورني أن الثقافة من شأنها أن تخلق قدرا كبيرا من القلق في الفرد الذي يعيش في هذه الثقافة ،والنظرية الاجتماعية لهورني أظهرت مفهوما أوليا عندها، ونعني به مفهوم القلق الأساسي Basik Anxiety ،وقد عرفت هورني القلق الأساسي بقولها : (إنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعوانية، وترى هورني أن القلق استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، كما ترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي: 1-الشعور بالعجز. 2-الشعور بالعداوة. 3-الشعور بالعزلة.

1-5-5- نظرية إيريك فروم: Eriek Fromm

يعتبر فروم من علماء النفس الذين أعجبوا بعلم الانثروبولوجيا الاجتماعية واستفاد من نتائجه في تفسيره للظواهر النفسية، ومن هنا كان اعتراضه على عض تفسيرات "فرويد" البيولوجية شأنه شأن "كارل هورني" ويرى فروم أن الإنسان في مسيرة حياته الطويلة في ظل المجتمع يكون حاجاته النفسية، ولا يمكن فهم سيكولوجية الفرد إلا بفهم هذه الحاجات. ومن هذه الحاجات حاجة الفرد إلى الانتماء، وإلى إثبات هويته الفردية، وإلى أن يكون خلاقا، ويرى "فروم" أن على المجتمع أن يعمل على تمكين الفرد في إشباع هذه الحاجات.

ويوافق فروم على كثير من ملاحظات "فرويد" للظواهر المتعلقة بالتطور الجنسي للفرد، ولكنه يختلف معه في التفسير البيولوجي الجامد الذي قدمه لحدوث هذه الظواهر، ويعتمد "فروم" في هذا الاختلاف على نتائج البحوث الانثروبولوجية التي أوضحت أن هذا التطور في كثير من المجتمعات البدائية لا يسير على نفس النحو الشائع الذي وصفه "فرويد"، وينتهي "فروم" إلى القول بأن القوى الاجتماعية هي التي تقف وراء كثير من الظواهر التي تظن بأنها بيولوجية.

ويقف اريك فروم (Erik Fromm) عند اعتماد الطفل على والديه من جهة، ونزوعه إلى الاستقلال من جهة أخرى، في فهم أصول القلق، فالطفل يقضي فترة قصيرة من الزمن معتمداً على أمه. وهو يعتمد عليها في غذائه وأمنه وتنقله، وتقود هذه الفترة من الاعتماد عليها إلى الارتباط بقيود أولية.

وبالتالي لا يقف فروم عند هذا الحد بل يضيف عاملاً آخر هو من بين العوامل التي ذكرتها هورني، فالطفل الذي يريد انجاز أعماله مستقلاً عن والديه يقابل أحياناً بعدم الاستحسان والنقد القاسي من الأب، أو من الأم، أو من مجتمع غير واع لإمكانات الطفل، وبالتالي يلاحظ ميل الطفل إلى كبت رغباته والامتناع عن بعض ما يريد فعله، ويكون ذلك مصدراً لقلقه (الغامدي، 2013، ص. 79-80).

1-5-6- النظرية السلوكية:

قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق، ما دام أننا نخبره كخبرة غير سارة وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق أيضاً باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانيزمات متعددة للتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند "بافلوف" يمدنا بتصوير عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي، ويرى "سيغانم" (1973) أن العصاب التجريبي يتميز بالصفات التالية:

أ- إن السلوك العصابي هو نتيجة توتر وضغط وصراع.

ب- إن السلوك العصابي يتميز بالقلق.

ج- إن السلوك العصابي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية.

و لعل أهم ما أكده السلوكيون أن القلق هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد (السيد عثمان، 2006، ص. 24).

1-6- أنواع القلق:

قسم المشتغلون بعلم النفس إلى ثلاث أنواع:

1-6-1- القلق المرضي أو العصابي:

هو القلق الذي يكون مصدره داخلي (القلق داخلي المنشأ) وهذا النوع هو الذي نقصده كمرض نفسي حيث أنه داخلي المصدر وهو ناتج عن الصراع القائم بين الدوافع المكتوبة في "ألهو" وبين قوى

الكتب في "الأنا" وعليه فإن تعريف القلق العصائبي هو عدم الارتياح النفسي والجسمي ويتميز بخوف منتشر وشعور من انعدام الأمن (جبل، 2000، ص.129).

1-6-2- القلق العادي أو الموضوعي:

هو القلق الذي يكون مصدره خارجي (القلق خارجي المنشأ) ويسمى بالقلق الواقعي مثل المتعلق بالإنجاز والنجاح (الرفاعي، 1972، ص.280).

وهو الذي يتصل في مظاهره الرئيسية بالخوف من أمور معينة مجددة في المستقبل وهو أقرب إلى الخوف، لان مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب، فالفرد يشعر بالقلق مثلا إذا ما اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الطريق، والتلميذ الذي أمضى عامه الدراسي في اللعب دون العناية بتحصيل دروسه يشعر بالقلق عندما يقترب موعد الامتحان، ويرتبط مصدر القلق في هذه الحالات وغيرها بالعالم الخارجي، سواء كان موضوعا خاصا أم موقفا معيناً (شاهين، 2000، ص.07).

وهو ينبع من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية، ويمكن معرفة مصدره وحصر مسبباته، لأنه يكون غالبا محدودا في الزمان والمكان، وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة (الأزرق، 2003، ص.89).

1-6-3- القلق الأخلاقي:

ومصدر هذا القلق هو خوف الإنسان من تحدي القيم الخلقية السائدة في المجتمع، وهو قلق مصدره الضمير، ولا يجد الفرد نجاة من هذا القلق، إلا بالانقياد لأوامر الضمير (بديوي، 1993، ص.77).

ويشير إلى معاناة الفرد عندما تكون القيم الذاتية والقواعد الأخلاقية مهددة بالانتهاك، أو انتهكت بالفعل. وينشأ القلق الأخلاقي من خلال الصراع الحادث بين الحاجات واندفاعات "الهو" من ناحية والمعايير الأخلاقية والمثلى للمجتمع والتي تمثلها الأنا الأعلى من ناحية أخرى (زيدنر وماتيسوس، 2016، ص.112-113).

1-7- تأثير القلق في المجال الرياضي:

يعبر الفرد عن جميع جوانبه في كل الانجازات بما فيها من انفعالات وسلوكيات، فالانجازات الرياضية لا تعتمد على تطور البنية البدنية والمهارية فقط بل تتأثر أيضا بعوامل نفسية مثل الدوافع، التفكير، القلق... كما نجد نوعين من حالة القلق في المجال الرياضي.

النوع الأول: عندما يكون القلق يلعب دور المحفز والمساعد للرياضي في معرفته وإدراكه لمصدر القلق وبالتالي يهيئ نفسه.

النوع الثاني: عندما يكون القلق معرقلا ويؤثر سلبا على نفسه (نزار الكامل طه الويس، 1980، ص.14).

1-8- أساليب وحالات التعرف على القلق لدى الرياضيين:

- يمكن استخدام أساليب مختلفة للتعرف على درجة القلق لدى الرياضيين أي استخدام قائمة المنافسة الرياضية أو قياس حالة قلق المنافسة، ومن بين أهم السلوكيات أو الأساليب التي يستطيع المدرب أن يعرف بها درجة القلق عند الرياضي نذكر منها (راتب، 2007، ص. 194-195).
- يمكن تفسير كثرة أخطاء الرياضي وخاصة في المنافسة مؤشرا لزيادة القلق.
 - يمكن أن يكون ضعف أداء الرياضيين في مواقف الأداء الحرجة أو الحاسمة مؤشرا لزيادة درجة القلق.
- مثل لاعب كرة السلة الذي يفشل في تسجيل الرمية الحرة في الدقائق الأخيرة لمباراة كرة السلة عندما تكون نتائج الفريقين متقاربة.
- يمكن أن يميل الرياضي لادعاء الإصابة كمؤشر لقلق المنافسة الرياضية.
- ### 1-9- تعريف اضطرابات النوم:

النوم: هو وسيلة للراحة تؤدي الى تجديد الطاقة والنشاط، ومن الناحية العلمية فان النوم بالنسبة للصحة هو وسيلة للتكيف مع الظروف الداخلية والخارجية للإنسان وغيره من الكائنات، والنوم وقاية من الإجهاد بالحد من استهلاك الطاقة بالتوقف عن النشاط لفترة محدودة والراحة لفترات زمنية منتظمة (الشربيني، 2000، ص.8).

هو حالة طبيعية متكررة، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبيا عما يحيط به من أحداث وهو حالة وظيفية حيوية لها أهميتها في استعادة النشاط وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم بالطاقة اللازمة لاستمرار الحياة (عماد وهبه، 2006، ص.204).

اضطرابات النوم: هي حال عدم الانتظام التي ترافق النوم من حيث مدته ووقته، أو ما يحدث خلاله من سلوك أو نشاط يتعارض مع حالة النوم الطبيعية والتي تدل على عدم تحقيق النوم بالشكل المطلوب (بن جخل، 2021، ص.206).

1-9-1- تصنيف اضطرابات النوم:

يصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) اضطرابات النوم الى:

القسم الأول: اضطرابات النوم التي لا تحدث نتيجة وجود اضطراب عقلي أو لا ترجع الى حالة طبية أو استخدام المواد المخدرة أو العقاقير، وتنقسم الى قسمين:

أ- اضطرابات النوم الأولية (عسر النوم): أي اضطراب كمية النوم وكيفيته ووقته وتشمل:

- الأرق الأولي.
- الإفراط في النوم الأولي.
- نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم).
- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس.
- اضطراب مواعيد النوم واليقظة.
- عسر النوم غير المصنف في مكان آخر (الدسوقي، 2006، ص.26).
- ب- اضطرابات النوم الثانوية (مخلات النوم): وهي عبارة عن أحداث غير طبيعية تقع أثناء النوم وتحدث في الفترة بين النوم واليقظة، وتشمل:
 - اضطراب الكوابيس الليلية.
 - اضطراب الفزع أثناء النوم.
 - اضطراب المشي أثناء النوم.
 - مخلات النوم غير المصنفة في مكان آخر.

القسم الثاني: اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي أو عقلي آخر، وتشمل:

- الأرق المرتبط بالاضطرابات الإكلينيكية أو اضطرابات الشخصية.
- الإفراط في النوم المرتبط بالاضطرابات الإكلينيكية أو اضطرابات الشخصية.

القسم الثالث: اضطرابات النوم الأخرى، وتشمل:

- اضطراب النوم الذي يرجع الى حالة طبية.
- اضطراب النوم المرتبط باستخدام المواد المخدرة أو العقاقير (الدسوقي، 2006، ص. 27).

1-9-2- أسباب اضطرابات النوم:

وتنقسم هذه الأسباب الى:

- أ- مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها عابرة ومؤقتة، بعضها خاص بالفرد مثل: الإكثار من تعاطي العقاقير المنبهة، الإصابة ببعض الأمراض الجسمية كآلام الأسنان، تعاطي أدوية لعلاج أمراض معينة خاصة كأدوية الحساسية، وبعض هذه العوامل الخارجية مثل: الضوضاء، تغير في المناخ،

الانتقال من العمل النهاري الى العمل الليلي، وما يترتب على التقاعد من اختلال في دورة اليقظ - النوم.

ب- مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها مزمنة ومستمرة: وتنقسم بدورها الى مجموعتين من الأسباب:

1- مجموع الأسباب التي يعد اضطراب النوم ثانويا مثل إصابة الفرد بالأمراض العضوية، أو النفسية أو العقلية.

2- مجموعة الأسباب المخلة بالنوم: حيث قدمت عدة نظريات لتفسير كيفية حدوث مشكلات في النوم. ومن هذه النظريات:

- النظرية النورنية للنوم: ويذهب أنصار هذه النظرية الى أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب اتصال الخلايا العصبية ببعضها في المخ، بالإضافة لنقص الدورة الدموية للمخ.

- النظرية الايضية للنوم: وتنهض هذه النظرية على أن المخفي فترة اليقظة يقوم بتخليق مادة تسمى الحامل الحادث للنوم-S- وهذه المادة تتجمع في السائل المخي النخاعي وعند وصوله لمستوى معين من التركيز يحدث النوم وان دورية لتجمع والتخلص من هذا العام تقود الى دورية النوم واليقظة.

- الأسباب النفسية والاجتماعية: حيث أمكن حصر مجموعة من الأسباب النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تقود الى حدوث مشاكل النوم المختلفة ومنها: الضغوط النفسية والاجتماعية، سوء تنظيم إيقاع النوم - اليقظة، العادات السيئة في الطعام والشراب، زيادة الوزن والسمنة (غانم، 2011، ص.164-265-266).

1-9-3- علاج اضطرابات النوم:

ركزت العديد من الاجتهادات في هذا الصدد على علاج الأرق باعتباره الاضطراب الأكثر شيوعا في زملة اضطرابات النوم من خلال المحاور الآتية:

1- العلاج النفسي مع بعض المطمئنتات من مجموعة البزوربازيين مثل: الفاليوم، اتيفان، موجودون، تورمرون خاصة في حالة القلق ويستحسن استعمال هذه العقاقير لمدة لا تزيد عن ستة أسابيع حتى لا يتعود المريض على التعاطي

- 2- إذا كان الأرق ثانويا لاضطراب اكتئاب فالعلاج الأمثل بعد مضادات الاكتئاب خاصة النوع المهدئ مثل: التريبتول التريبتوفان.
- 3- إذا كان الأرق ثانويا بالاضطراب ذهابي فهنا يتجه العلاج الى مضادات الذهان مثل: اللارجاكتيل، الميليريل.
- 4- إذا كان الأرق ثانويا لاستعمال المواد مثل المنبهات أو الهيردين حتى مانع من إعفاء خليط من مضادات القلق والاكتئاب والذهان.
- 5- عندما لا نجد سببا نفسا أو اضطرابا عقليا للأرق نحاول العلاج نوعه غير كيميائي بما يسمى (النوم الصحي).
- 6- إضافة الى تدريب المريض إلى الاسترخاء العضلي التدريجي والتسكين أو التدريب على التنبيه الذاتي.
- 7- تصمم برامج التحكم في المنبه الذي يقود الى الأرق خاصة تلك الأنشطة التي قد يمارسها الشخص قبيل دخوله الى الفراش (غانم، 2006، ص.294).

1-9-4- العلاقة بين القلق واضطرابات النوم:

يعد القلق من الاضطرابات الهامة في حدوث مشكلات النوم، ويمكن أن يصيب الفرد بالأرق، كما أن الأفكار التي تلح على الفرد بصورة قهرية سبب آخر لمشكلات النوم وتقطعه. ومن الممكن أن يعد نمط النوم ومشكلاته بوجه عام من بين مؤشرات الصحة النفسية فان نمط النوم قد يجعل الفرد يستيقظ من نومه نشطا ومرتاحا أو زينا قلقا بما يؤثر على سلوكه وإنجازاته خلال اليوم.

وقد أظهرت العديد من الدراسات الامبيريقية(القليلة) عن وجود علاقة بين القلق واضطرابات النوم، فقد وجد- على سبيل المثال- فريد مان وساتلر من خلال دراسة شملت مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في النوم، ومجموعة ضابطة ليس لديها أي شكاوي(حادة) من النوم، حيث كان عدد الأفراد في كل مجموعة (48) فردا وجميعهم من الذكور، أو بتطبيق مقياسا للتقدير الذاتي للقلق، وجد أن المجموعة التي تعاني من الأرق حصلت على درج مرتفعة في القلق مقارنة بالمجموعة التي ليس لديها مشاكل حادة مع النوم، وهذا في رأينا أمر متوقع لكنه يثبت بصورة عملية طبيعة العلاقة القوية بين المعاناة من القلق في مشكلة أو أكثر من مشاكل النوم.

كما توصلت دراسة أخرى الى أن القلق يظهر في صورة متعددة أظهرت نتائج العديد من الدراسات الميدانية(القليلة) عن وجود علاقة بين القلق ومشكلات النوم فقد وجد فريمان ساتلر (1982). ومن خلال دراستهم التي حاو رصد مظاهر مشكلات النوم لدى عينة تعاني من الأرق وعينة لا تعاني من الأرق، وجاءت النتائج توضح أن جوانب الاضطرابات كانت في جانب العينة المضطربة (غانم، 2006، ص.283-24).

2- مشكلة الاكتئاب:

2-1- تعريف الاكتئاب

لغة: مأخوذ من الفعل كئب بمعنى: تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب وكئيب (الحنفي، 1995، ص. 204).

والكآباء: هو الحزن الشديد، ونقول إمراة كآباء، أي ذات كآبة وحزن، ويقول ما أكأبه: أيما اشد حزنه (يامنة، ياسين، 2014، ص.11).

الاكتئاب هو مرادف للانقباض وانقبض يعني:تجمع وانطوى، إنقبض الرجل على نفسه بمعنى: ضاق بالحياة فاعتزل، انقبض على القوم بمعنى هجرهم(يامنة، ياسين، 2014، ص.11).

يقال اكتأب فلان أي حزن واغتم وانكسر، والكآبة تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، وإما الكآبة فهو الحزن الشديد، ويقال راد مكتئب اللون: إذ ضرب إلى السواد (سرحان وآخرون، 2001، ص.11).

اصطلاحا: يستخدم هذا الاصطلاح أي الاكتئاب Dépression أما كمصطلح للتشخيص أو كوصف لحالة انفعالية، فعندما يستخدم بمعنى انفعال يشير إلى انخفاض في المعنويات أو في الروح المعنوية والكآبة، أما عندما يستخدم كتشخيص فإنه يشير إلى أعراض يمثل فيها انفعال الغضب عنصرا هاما (يامنة، ياسين، 2014، ص.11).

كما أن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر، نتج عن الظروف المحزنة والأليمة التي تعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (الفحل، 2016، ص.07).

أما الأطباء النفسيين فإنهم ينظروا إلى المريض المكتئب انه الشخص الذي يعاني تغيير واضح وملموس في المزاج وفي قدرته على الإحساس بذاته والعالم من حوله والاكتئاب كمرض من أمراض الاضطراب الوجداني يتراوح ما بين النوع البسيط النوع الشديد المزمن الذي قد يؤدي إلى تهديد الحياة (بطرس، 2007، ص.308).

وعرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM في الدليل التشخيصي الأول " بأنه مجموعة الانحرافات لا تتجم عن علة عضوية أو تلف في المخ بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية، ترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، والى اضطرابات علاقات الفرد مع الوسط

الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه وترتبط بحياة الفرد وخاصة طفولته، وهو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات تستهدف حلا لأزمة نفسية ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه قد تفلح في هدفها بقدر قليل أو كبير أو تكون محاولة خائبة لا تجدي في خفض القلق بل تزيده شدة و إصراراً(عطوف، 1986، ص.209).نقلا عن، بوحايك (2013).

أما مصطفى زيور 1985: فيعرفه على "انه حالة من الألم النفسي مصحوب بإحساس بالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير الذات ونقص في النشاط العقلي والحركي"(زيور، 1985، ص.193). ويعرفه انتوني ستور Antoni Stor هو الآلة التي تتسم بالحزن وعدم الميل إلى النشاط الذي قد يتصاعد إلى درجة تصل إلى الغالب إلى السكون التام، والتوقف عن الحركة، و تأخر العمليات العقلية، ويصحب ذلك حالات الاضطراب في نظام النوم، وفقدان الشهية للطعم و الإمساك وارتخاء العضلات وانخفاض الرغبة الجنسية (الخالدي، 2006، ص.379).

ويعرفه ويني كوت Winnicott: الاكتئاب هو عرض مرضي ودل على مزاج: يتضمن عقد لا شعورية قد تصبح شعورية فيما بعد هذه السيرورات اللاشعورية مرتبطة بمشاعر التأثيم، وهذه المشاعر تنتمي إلى العنصر الهدام الملازم للحب(Winnicott , 1975 , p.153).

أما لولو Lou Het Lou: فيرى إن "الاكتئاب يحتوي حتما على الحزن، حيث تؤثر شدته على الحياة اليومية للنشاط، اعتبار الذات والوظائف الأولية كالنوم والشهية". (Lou Het Lou , 1991 , p.8)

2-2- الاكتئاب عبر العصور:

يعد الاكتئاب أقدم الأمراض النفسية وقد ورد وصف لأوضاع تشابه ما نشخصه اكتئابا في عدد من النصوص القديمة الدينية والديونية.

وقد وصف ابن سينا العديد من حالات المالاخوليا أو مرض العشق وكيفية علاجه(سرحان وآخرون، 2000، ص.13).

وفي العام 1921 نشر الطبيب الانجليزي روبرت بيرتون الذي عد فيه هذا المرض مرضا عقليا.وفي كتابات الإغريق هناك بعض الإشارات عن طريق الأساطير، وعن طريق الشعر والأدب إلى حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي، فقد رد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرض النفسي، وكيفية علاجهم والعناية بهم (الشربيني، 2001، ص.25).

وفي القرن التاسع عشر أصبح الاكتئاب يحتل موقعا مركزيا في أعمال كبار الأطباء النفسيين، أمثال كريبلين Kraepelin ويسبرز Jaspers وفرويد Freud وشنايدر Schneider حيث ساهمت كتاباتهم والتي امتد بعضها إلى أواسط القرن العشرين في وضع البذور الجنينية لفهم ظاهرة الاكتئاب وفي النصف الثاني من القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة هذا المرض للدرجة التي جعلت كاتبا مثل كليرمان Klerman 1979 يقول إن هذه الفترة يمكن أن تسمى عصر المالاينخوليا.

ظل الاكتئاب لسنوات طويلة مثله مثل العديد من الأمراض النفسية، أحد الاضطرابات التي استخدم في علاجها العديد من الطرق غير العلمية، حيث كان المرضى يعزلون عن المجتمع في معظم الأحيان، أو يتم علاجهم بالأفيون، أو أي طرق ليس لها أساس علمي (عبد القوي، 2018، ص.137). واليوم يعتبر الاكتئاب من المشاكل الصحية الرئيسية وتخصص الدول والشركات والمؤسسات الأكاديمية جزءا مهما من برامجها لمواجهة، حيث تقدر منظمة الصحة العالمية انه العام 2020 سيكون الاكتئاب ثاني أكبر مسبب للإعاقة في العالم بعد أمراض القلب (سرحان وآخرون، 2018، ص.137).

2-3- مظاهر الاكتئاب:

تتنوع مظاهر الاكتئاب في أشكالها وشدتها، وذلك حسب نوع الاكتئاب ومدته أو هل ترافقه أعراض أخرى أم لا، ومن أي أنواع الاكتئاب هو، ومع ذلك سوف نستعرض المظاهر الرئيسية للاكتئاب من الناحية العملية (سرحان وآخرون، 2001، ص.28).

2-3-1- المزاج: يتكرر المزاج ويهبط ويشعر المكتئب باليأس والقنوط، وعدم القدرة على الاستمتاع، أو يفقد الرغبة في ممارسة أموره المختلفة في حياته اليومية، في العمل أو الدراسة، ويفقد حماسه للهوايات والمطالعة ومتابعة التلفاز.

2-3-2- المظهر والحركة: قد لا يتغير مظهر المريض بشكل واضح في حالات الاكتئاب البسيطة والمتوسطة أحيانا، وفي حالات تكرر المزاج، ولكن التدقيق في المريض ومقارنة مظهره الحالي مع مظهره السابق لمن يعرفه يجد فيه الإهمال بالأناقة والمظهر ويميل إلى النظر إلى الأرض، وغالبا ما يكون هناك تباطؤ حركي.

2-3-3- النوم: يضطرب النوم في الأغلب، فيصحو المريض مبكرا وفي اشد حالات الضيق والانزعاج، ولا يستطيع العودة إلى النوم، وقد يصحو نتيجة الكوابيس التي تدور حول الموت والأموات، ومن الممكن أن يكون النوم متقطعا حتى ولو كانت كافية.

2-3-4- الطعام: تقل شهية المكتئب للطعام وقد يأكل بلا شهية، ثم يصل إلى درجة عدم القدرة على رؤية الطعام أو شم رائحته، ويقل معدل تناول الوجبات وكميتها.

2-3-5- النشاط: يقل نشاط المكتئب عموما، فقد ينقطع عن زيارة الأهل والأصدقاء، ويختفي عن المناسبات والأفراح، ويقضي وقتا طويلا منعزلا صامتا، لا يكثر حتى لقراءة صحيفته المفضلة، أو الاستحمام، أو التسوق.

2-3-6- التفكير: يتغير تفكير الإنسان فلا ينظر للأمور إلا من منظور تشاؤمي قائم يرى فيه الإنسان نفسه فاشلا ولا يثق بنفسه للقيام بالمهام البسيطة التي طالما كان يقوم بها بتفوق.

2-3-7- الأعراض الذهنية: قد يصل مريض الاكتئاب إلى الطبيب العام أو اختصاص الأمراض الباطنية أو القلب أو الجهاز الهضمي أو الأعصاب بشكاوى الصداع، وألم الصدر، وألم البطن، وألم الظهر، أو جميعها معا.

2-3-8- الجنس: من المألوف أن تقل الرغبة الجنسية تدريجيا لدى الذكور والإناث، وقد يضعف الأداء الجنسي والإثارة أيضا، ولا يكثر لها المريض أو المريضة إلى أن هناك أولويات أهم من الجنس.

2-3-9- القدرات العقلية: يترافق الاكتئاب مع ضعف التركيز والانتباه، وذلك لعدم الاكتراث والاستغراق في اختيار الأفكار، مما يؤدي إلى عدم تخزين المعلومات، وعند محاولة استرجاعها لا يجدها المريض.

2-3-10- الأعراض الذهنية: ويقصد بها الهلوس والهذيان وهي مرتبطة بالحواس المختلفة فيرى المريض صورا ويسمع اصواتا ويشم روائح، لا أساس لها ولا وجود لها إلا في دماغه.

2-4- أسباب الاكتئاب:

2-4-1- الأسباب الوراثية: لقد حاول علماء النفس إعطاء تفسيراً ولو انه ظل غير كاف حول مسألة انتقال مرضى الاكتئاب الوراثية عبر الأجيال، فقد وجدوا أن نسبة حدوث مرض الاكتئاب تزداد عند التوائم المتطابقة (التوائم التي تنتج من تلقيح حيوان منوي واحد لبويضة واحدة) بحيث تصل النسبة لحوالي 70% وكذلك تقل نسبة الإصابة بين الأقارب من الدرجة الأولى حوالي 20%(ثائر، 2017، ص.25).

ومن الغريب أن يتصور الناس أن وجود دور وراثي في حدوث الاكتئاب يعني بالضرورة انه لا علاج للمرض وكان التصور في أذهانهم أن الوراثة تعني عيبا خلقيا، لا يمكن إصلاحه مثل يولد بعين واحدة أو بكلية واحدة، أو من لديهم تشوهات خلقية هذه كرة خاطئة حتما، فالكثير من الأمراض النفسية جسدية والعضوية تلعب الوراثة فيها دورا، وهذا لا يعني أن لا علاج لها، بل إن العلماء يرون في ذلك مدخلا لمحاولة فهم المرض والوقاية منه وعلاجه، عن طريق الهندسة الوراثية، كما إن وجود أسباب وراثية لا يعني بالضرورة إن الإنسان يمنع من الزواج والإنجاب فلاكتئاب يزداد قليلا عند الأبناء إذا كان احد الوالدين يعاني من المرض وأكثر إذا كان كلا الوالدين مصابين بالاكتئاب، وعندما يكون المصاب ابعده في القرابة تقل النسبة تدريجيا، ويسبب الانتشار الواسع للاكتئاب فإنه من الصعب أن تجد عائلة تخلو من المرض (سرحان وآخرون، 2001، ص.43).

إلا أن الأبحاث قد أظهرت أن للعوامل الوراثية دورا في كثير من أنواع الاكتئاب، ما يرثه الفرد هي الحساسية المفرطة شكل عام لا الاكتئاب فحسب قد يكون بعض الأشخاص حساسين ولكن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم قد يعانون من الاكتئاب، قد يكون هناك عوامل حياتية تحول دون اكتئابهم كالعلاقات الوثيقة مع أهلهم أو الطبيعة الهادئة التي تثار بسهولة (كارول، وشاري، 2007، ص.31).

2-4-2- الأسباب النفسية: ومن العوامل النفسية نجد:

- عملية الصراع داخل النفس تحدث نتيجة تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد.
- صراعات تنشأ دائما على طموحاتنا وتطلعاتنا من جانب، وبين واقعنا وقدراتنا من جانب آخر.

- لفشل في الحصول على الحب والتقدير والإحباط المتكرر.
- ضعف الأنا الأعلى وإبهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر والرغبة في عقاب الذات.
- سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب.
- أساليب التربية الخاطئة والتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.
- الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس).
- فقدان المعنى في الحياة والشعور بالفرع والشعر بالاغتراب مما يؤدي إلي الشعور بالضجر (الاعظمي، 2013، ص.59).
- 2-4-3- الأسباب البيئية الاجتماعية:** قدم هولمز عالم النفس قائمة تضم كل مواقف الحياة التي يمكن أن يتعرض لها الشخص تسهم في إخلال توازنه النفسي وتسبب الاكتئاب وتظم 43 موقف نذكر منها:
 - الطلاق.
 - وفاة أحد أفراد الأسرة.
 - اضطراب صحي أو سلوكي إلى أفراد الأسرة.
 - مشكلات جنسية.
 - إضافة عنصر جديد للأسرة (مولود أو بالتبني).
 - الإصابة بمرض شديد أو في حادث.
 - الانتهاكات البسيط للقوانين (القمش و المعاوضة، 2009، ص.273).
- 2-4-4- الأمراض العضوية:** قد يبدو المريض المصاب بقصور في عمل الغدة الدرقية بكسله وخموله وعدم المبادرة وزيادة الوزن والتباطؤ الحركي النفسي وكأنه يعاني من الاكتئاب وهذا ممكن، ولكن مظاهر نقص إفراز الغدة وفحص هرموناتها يحدد التشخيص وكذلك الأمر في كثير من أمراض الغدد الصماء، وأمراض السرطان وبعض الأمراض الروماتيزمية.
 - ولا بد من التأكيد هنا أن معالجة المرض العضوي لا تكفي للانتهاء من الاكتئاب فلا بد من علاجه (سرحان وآخرون، 2001، ص.56).
 - مما لوحظ في مرضى الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية عموما، ما يتميزون من تكوين جسمي مميز يطلق عليه التكوين المكتنز.
 - أما عن الأمراض العضوية التي من المعروف إن ترتبط بشعور واضح يماثل حالة الاكتئاب النفسي نذكر منها على سبيل المثال.
 - بعض أمراض الجهاز العصبي مثل جلطة المخ، الصرع، الصداع النمطي، أمراض الغدد الصماء التي تحدث نتيجة لخلل الغدة الدرقية أو الغدة الكلية.
 - نقص هرمونات الغدة الدرقية يؤدي للاكتئاب، وكذلك الفيتامينات كفيتامين ب 12.
 - بعض الأمراض المعدية وأهمها حاليا، الايدز، وأنواع الحمى المختلفة مثل الالتهاب الرئوي، الأنفلونزا.

- عندما يكون مرض ليس له شفاء ويكون المريض في انتظار النهاية (الشامي، 2002، ص.65).
2-5- أعراض الاكتئاب:

تتفاوت أعراض الاكتئاب من حيث شدته وبساطته، كما تختلف من حيث حدة الإصابة أو البطء في تطورها، ففي بعض الأحيان لا تزيد هذه الأعراض إلا قليلا عن المزاج الاعتيادي، وقد تبلغ حدا من الشدة يصعب تفريقه عن الاكتئاب المرضي في أحيان أخرى (مطشر، 2011، ص.103).
وقد تظهر أعراض الاكتئاب، عند وفات شخص عزيز فهذه الأحداث تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق وانكسار النفس (العيسوي، 1993، ص.137).

تتنوع أعراض الاكتئاب النفسية والجسدية المحتملة في الواقع، ما يأتي منه البعض من أعراض الاكتئاب يمكن أن يختلف اختلافا كبيرا لدى آخرين (مكزي، 2013، ص.06).

2-5-1- أعراض نفسية: مثل تعكر المزاج، - فقدان الاهتمام بأمور تعودت أن تستمتع بها، - القلق، - فقدان القدرة على الإحساس، تفكير كئيب، - مشكلات في التركيز والذاكرة، - التوهم، - الهلوسة، - أفكار انتحارية.

2-5-2- أعراض جسدية: مثل، مشكلات في النوم (صعوبة في النوم والاستيقاظ باكرا أو الإفراط في النوم)، - بطء ذهني وجسدي، - فقدان أو إفراط في الشهية، - زيادة الوزن أو انخفاضه، - فقدان الاهتمام بالعلاقة الجنسية، - تعب، - إمساك، - عدم انتظام الدورة الشهرية.

2-6- النظريات المفسرة للاكتئاب:

ثمة نظريات عديدة تناولت موضوع الاكتئاب، كل منها قدم تفسيراً مغايراً مس جانباً معيناً من الموضوع، وذلك لتعدد الأسباب والعوامل المؤدية للمرض.

2-6-1- النظرية السلوكية: يرى المنظرون السلوكيون أن الاكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك آخر. وهم يفسرونه بمصطلحات المثير والاستجابة، فالمكتئبون يتسمون بانخفاض لعدة أنواع من النشاطات وزيادة لأنواع أخرى والتي عادة ما تكون الهروب والتجنب.

ويؤكد السلوكيون على أن السبب الرئيسي للاكتئاب هو فقدان التعزيز، إذ أن الخمول أو الضعف الفاعلية والشعور بالحزن لدى المكتئب هو نتيجة انخفاض مستوى التعزيز الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات غير السارة (مطشر، 2011، ص.13).

2-6-2- نظرية التحليل النفسي: تعتبر من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب وأقدمها، حيث أعطت تحليلاً مفصلاً عن أسباب الإصابة بالمرض وعوامل حدوثه منذ بداية الإصابة به وإلى غاية العلاج فأصحاب هذه النظرية يرون إن سبب الإصابة ناتج عن الخبرات المؤلمة والصدمات التي مر بها الفرد في طفولته المبكرة، وهو إذا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب إذا حدث وإن تعرض لمواقف ضغوط مشابهة (يامنة وياسين، 2014، ص.36).

وترى نظرية التحليل النفسي أنه يمكن تلخيص العوامل المؤثرة في الاكتئاب إلى:

- تغير في التوازن الخاص بالدوافع الغريزية أي الحب والعدوان.
- تغير في علاقة المريض بموضوع الحب.

ويرى (اريكسون) أن من أسباب الاكتئاب هو عدم ثقة الفرد بنفسه وبالعالم الخارجي الذي يحيط به، وعدم قدرته على البت في الأمور، وفشله في الانجاز، وعدم حصوله على تقدير عالي للذات أو حتى فهمها أو تحقيقها (عودة ومرسي، 1986، ص.177-178).

2-6-3- النظرية البيوكيميائية: من الضروري في مثل هذه الدراسة تناول جميع جنبات الظاهرة لموضوع البحث، بحسبها ظاهرة سيكولوجية، بمعنى إن مظاهرها تعبر عن حركة نشطة مستمرة بين طرفي نقيض متمثلة في كل متغير، طرف بيولوجي عمل وفق أنظمة محددة تدخل في إطار الكمية، وبين آثار بيئية تعمل وفق أنظمة متداخلة من الآثار الاجتماعية، وما تحمله من طرائق متعددة في أساليب التغذية وإمكانية الحياة بما فيها من تغيرات في ظروف المناخ البيئي لمحيط والإطار الاجتماعي الذي ينظم وينتظم وفق عمل هذه الأنظمة أو تلك.

وتنتظم النظرية البيوكيميائية في ثلاث نظريات أساسية:

أ - نظريات نشوء الأمين الحيوي التي تشمل (الكاتيلول أمين والاندول أمين والفروض الأخرى).

ب- نظريات كهربية الايض. (عملية الهدم أو البناء أو الميتابوليا).

ج- النظريات المحورية للغدتين النخامية والكظرية.

ولقد بدأت قصة العقاقير المثبطة للخميرة التي تؤكد الأمينات الأحادية باكتشاف عقار مضاد للدرن يسمى (إيبرونيازيد)، وقد لوحظ أن العقار يزيل الاكتئاب، ويتناسب أثره طرديا مع حجم الجرعة المستخدمة (عسكر، 2001، ص.20).

2-6-4- النظرية المعرفية: هذه النظرية هي حديثة العهد نسبيا في الاهتمام بمختلف الاضطرابات الوجدانية، وتذهب هذه النظرية إلى القول بان العمليات المعرفية تلعب دورا مهما في نشأة الاضطرابات الوجدانية، وتعتقد أن الأفكار والعقائد تسبب السلوك الانفعالي، المكتئبون يعملون كما يعملون لأنهم يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء منطقية نمطية، وأنهم يلقون ما يحدث لهم في اتجاه لوم الذات والكوارث وما إلى ذلك. الاكتئاب يقودهم لعمل النتائج غير المنطقية في تقويم أو في الحكم على دواتهم.

ويفسر المعرفيون بعض المظاهر السلبية للاكتئاب كالخمول والتعب والتهيج على أنها نتاج للمحتوى المعرفي السلبي، فالخمول والسلبية تعبيران عن فقدان الدافعية التلقائية، والتعب السريع مع التوقع الدائم للنتائج السلبية لأي فعل يقوم به المكتئب (ارون بيك، 2000، ص.142).

ولقد اعتقد (بيك 1976 beek 95) أن مشاعر البؤس أو الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان، والنقص، الانهزام.

لذا فان نموج ضبط الذات يفسر أعراضا متنوعة من أعراض الاكتئاب وفقا لمجموعة متنوعة من المعارف، أي كلما كانت معايير تقدير الذات شديدة نشأ انخفاض في تقدير الذات أو مشاعر العجز

ولذلك فإن انعدام المكافأة الذاتية يرتبط بتأخر مستوى النشاط ونقص روح المبادرة (عسكر، 2001، ص.45).

2-7- كيفية عمل النشاط البدني في معالجة الاكتئاب:

عند ممارسة الرياضة يتم إفراز مواد كيميائية تدعى الاندورفين من الدماغ، وهذه المواد موجودة في الدماغ بشكل دائم لكنها بحاجة إلى الجهد الجسدي لكي يتم إفرازها، وأنواع الجهد الجسدي التي يحتاج إليها الدماغ لإفراز الاندورفين متنوعة فقد تكون:

- رياضة معينة. - ممارسة الجنس. - الفرح. - الضحك. - تدليك الجسم. - النوم.

بالإضافة إلى الجهد الجسمي هذا كذلك الشوكولاتة قد يكون لها دور في إفراز الاندورفين، لذلك يحبها الناس، فعندما يفرز الاندورفين من الدماغ فهو يسيطر على الحالة النفسية ويساعد على محاربة الاكتئاب ويؤدي إلى الشعور بالمتعة.

الجدير بالعلم أن معظم الأطباء النفسيين في العالم تتصح المرضى والأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب بممارسة الرياضة بشكل منتظم، لان الرياضة هي دواء مكمل وفعال للعديد من المرضى. يطرق التدريب بشكل مباشر الصلة بين العقل ولجسد لصنع المعجزات في مواجهه الاكتئاب، بالنسبة للجسد يقوم التدريب بالعمل الآتي:

-يساعد في تنظيم وزنك.

- يقي المفاصل والعظام.

- يزيد الطاقة والقوة طوال اليوم.

- يقلل من خطر التعرض لمرض القلب.

- يساعد في منع أو السيطرة على النوع الثاني من البول السكري (لبول السكري عند البالغين).

- يقلل خطر التعرض لالتهابات المفاصل، ويخفف الأعراض المرتبطة به.

- ساعد في تقليل الكوليسترول.

- يساعد في خفض ضغط الدم المرتفع.

- يحسن النوم

- يساعد على الحماية من أنواع معينة من السرطان.

إن لم تحملك كل هذه الفوائد على التفكير جدياً في تعيين موضع حقيبتك الرياضية أو حذائك الخفيف، فهاهي بضع الطرق التي يفيد بها التدريب عقلك.

- يخفف من أعراض القلق والاكتئاب.

- يساعد في منع معاودة أعراض الاكتئاب.

- يبني صورة ذاته صحية ويزيد من الثقة.

- يقدم لعقلك شيئاً آخر تفكر فيه.

- يزيد من التفاعل الاجتماعي.
 - يقدم إستراتيجيات صحية للتغلب على المتاعب.
 - يزيد التفكير الايجابي، ويقلل الأفكار السلبية.
- بينما يمكن أن تستغرق مضادات الاكتئاب مدة تصل الى ثلاث أسابيع للوصول إلى معدلات فعالة في جسمك، فإن للتدريب تأثير إجابي مباشر، وهذه ميزة إضافية تحسب للتدريب (بريس، 2010، ص.169-170).

2-8- تعريف الاستجابة الاكتئابية:

يعرفها عبد الستار إبراهيم على أنها: نوع ن الاكتئاب كون ظهورها على نحو واضح، مرتبطاً ببعض الأحداث المأساوية ككوارث موت الأعمام، أو الانفصال، أو الكوارث المادية ولهذا يطلق العلماء على هذا النوع من الاكتئاب. مفهوم الاكتئاب الإيجابي (depression, reactive)، إشارة الى خاصية ارتباطية بوجود مواقف أو أحداث خارجية، أو نازلات تلم بالشخص، وفي هذه الحالة تكون الاستجابة مرتبطة بالموقف، وعادة ما تنتهي بفترة قصيرة، يكون بإمكان صاحبها بعدها أن يمارس حياته بعدها (إبراهيم، 1998، ص.17-18).

كما عرفت مرجريت ماهر (1966)، الاستجابة الاكتئابية كأثر أساسي لمرحلة الانفصال، ولاحظت حدوثه خلال فترة انفصال الشخص وجوديا عن أسرته أو استقلاله، كما وجدت أن الاستجابة الاكتئابية- تصبح- لدى بعض الأطفال كردود فعل سلبية معتادة، كما شعرت بان استنزاف عملية الثقة الأولى أو تخفيض تقدير الذات مع العجز المصاحب لإبطال طاقة العدوان، كلها عمليات تخلق جذور المزاج الاكتئابي (عسكر، 2001، ص.75).

2-8-1- خصائص الاستجابة الاكتئابية:

- * هي غير ذهانية أي بدون هذيانات وهلاوس مع وجود اضطرابات الذاكرة أو أعراض تخص فقدان العلاقة مع الواقع.
- * لا نجد أعراض داخلية المنشأ كالقيظة في الصباح، نقص في الوزن، درجة كبيرة من الشعور بالذنب واتهام الذات.
- * تأتي عادة بعد حدث مصدم.
- * تظهر عند الأشخاص الذين لهم اضطرابات نفسية مرضية.

* غياب العوامل الوراثية.

* حسب التحليل النفسي تعود صراعات لاشعورية.

* وجود عامل فجر خارجي.

* الأعراض الاكتئابية اقل عمقا (Alexander, 1663, P10). نقلا عن بركاني (2016).

2-8-2- أعراض الاستجابة الاكتئابية

هناك مجموعة متنوعة من الأعراض التي قد يعاني منها الأشخاص الذين يعانون من الاستجابة الاكتئابية. كل شخص يستجيب بشكل مختلف مع الأحداث الضاغطة، وتجربة كل شخص مع الاستجابة الاكتئابية فريدة من نوعها. قد يعاني بعض الأشخاص من تغيرات في الشهية ونوبات بكاء بينما قد يعاني آخرون من قلق شديد ويلجئون إلى المخدرات والكحول للحصول على الراحة. وفيما يلي بعض الأعراض الشائعة التي يعاني منها الناس:

* **الغضب:** قد يشعر بعض الأفراد بالغضب نتيجة الأحداث المجهدة التي تحصل . عادة ما يكون هذا الغضب مصحوبًا بالحزن والقلق.

* **تغيرات في الشهية:** يتعامل بعض الأشخاص مع الاكتئاب إما عن طريق تناول الكثير من الطعام أو تجنب الطعام تمامًا. قد تلاحظ عدم رغبتك في تناول الطعام أو اللجوء إلى الطعام كآلية للتكيف العاطفي.

* **الارتباك:** في بعض الأحيان قد يؤدي التوتر والاكتئاب العاطفي إلى شعور الناس بالارتباك إلى حد ما. قد تواجه مشكلات في الذاكرة، وصعوبة في التركيز، وارتباكًا عامًا حول سبب عدم تعافيك.

* **نوبات البكاء:** يعاني بعض الأشخاص من نوبات بكاء شديدة لأنهم غير قادرين على التغلب على الأمور التي سببت لهم الشعور بالاكتئاب. قد يحدث البكاء بشكل يومي، عدة مرات في اليوم، أو أقل تواترًا مثل بضعة مرات في الأسبوع.

* **تعاطي المخدرات:** عندما يواجه العديد من الأشخاص الاستجابة الاكتئابية، فإنهم لا يعرفون كيفية التعامل مع الألم العاطفي، لذا يلجئون إلى الكحول والمخدرات. وهذه عادةً ليست طرقًا آمنة أو مستدامة للتعامل مع هذه الحالة.

* **الشعور باليأس:** يمكن للاكتئاب التفاعلي أن يجعل الناس يشعرون باليأس بشأن الحياة والمستقبل. قد يكون من الصعب إخراج نفسك من هذه الحالة، لذلك عادة ما يكون التدخل الخارجي عن طريق العلاج ضرورياً للتعافي.

* **الصداع:** قد يعاني العديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب من أعراض جسدية، ويعتبر الصداع أحد أكثر الأعراض شيوعاً. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤدي التوتر بحد ذاته إلى الصداع إذا لم يتم التعامل معه بشكل صحيح.

* **الأرق:** إذا كنت تعاني من الاكتئاب التفاعلي، فقد تجد صعوبة في النوم. قد تفكر دائماً في ما تشعر به و/أو الحالة التي تسببت في استجابتك مع الاكتئاب.

* **التهيج:** من الشائع أن تصبح سريع الانفعال عندما تشعر بالاكتئاب. قد تفقد صبرك و/أو تغضب من أشياء بسيطة. كل شيء صغير قد يثير أعصابك أو يثير غضبك.

* **الخفقان:** إذا كنت تعاني من خفقان القلب، فقد تلاحظ أن قلبك يرفرف، أو ينبض بسرعة، أو بشكل غير منتظم. هذه ليست حالة طبية خطيرة، بل هي أحد أعراض التوتر والاكتئاب الذي تعاني منه.

* **الحزن:** قد يكون الحزن الذي تشعر به كرد فعل على حدث أو ظرف شديداً.

* **سلوك التدمير الذاتي:** قد ينتهي الأمر بالأشخاص إلى الانخراط في سلوك التدمير الذاتي مثل عدم الاعتناء بأنفسهم، أو تعاطي المخدرات، أو عدم الأكل، أو القطع، و/أو أي سلوك متهور آخر.

* **مشاكل في النوم:** يعاني العديد من الأشخاص من مشاكل في البقاء نائمين أثناء الليل. قد يعانون من نوم متقطع و/أو ربما ينامون أكثر من اللازم.

* **العزلة الاجتماعية:** بالنسبة لبعض الأشخاص، الطريقة الوحيدة التي يمكنهم من خلالها التغلب على اكتئابهم التفاعلي هي عزل أنفسهم عن الآخرين. هذه ليست فكرة جيدة ويمكن أن تؤدي في الواقع إلى مزيد من الاكتئاب.

* **الأعراض الجسدية:** قد يعاني الأشخاص من أعراض جسدية مثل الألم ومشاكل الجهاز الهضمي وما إلى ذلك نتيجة للاكتئاب التفاعلي.

* **أفكار انتحارية:** ليس من غير المألوف أن يصبح الاكتئاب شديداً لدرجة أن الشخص يفكر في الانتحار. إذا كان الأمر كذلك،

فمن المهم أن تلجأ إلى طبيب نفسي متخصص أو معالج نفسي للحصول على المساعدة.

* **القلق:** يمكن للعديد من الأشخاص أن يشعروا بقلق شديد بشأن الطريقة التي يشعرون بها والمستقبل.
(MentalHealthDaily.com(25/03/2014)

2-8-3- أسباب الاستجابة الاكتئابية

هناك مجموعة متنوعة من المحفزات للاستجابة الاكتئابية. إن ما يجعل شخصًا ما يستجيب مع الاكتئاب الشديد قد لا يكون له

نفس التأثير على شخص آخر. فيما يلي بعض الأسباب الشائعة للاكتئاب التفاعلي

* **العلاقات المسيئة:** إذا كنت محاصرًا في علاقة سيئة وتشعر أنه لا يوجد مخرج، فقد يكون رد فعلك هو الاكتئاب الشديد.

* **الحوادث:** الحقيقة هي أن الناس يتعرضون للحوادث طوال الوقت. بعض الناس غير قادرين على التحكم في استجاباتهم

العاطفية وينتهي بهم الأمر بالاكتئاب الشديد.

* **الانفصال:** الانفصال عن شريك حياتك ليس بالأمر الممتع. على الرغم من أنه قد يكون من الضروري الانفصال، إلا أنه قد يكون مؤلمًا عاطفيًا أيضًا، مما قد يؤدي إلى الاستجابة الاكتئابية.

* **السطو:** إذا وقعت ضحية لعملية سطو و/أو سرقة و/أو سرقة، فقد تعاني من أعراض الاكتئاب.

* **تغيير الوظائف:** قد يعاني بعض الأشخاص من هذا الاستجابة الاكتئابية نتيجة لتغيير وظائفهم.

* **الوفاة في العائلة:** إذا توفي أحد والديك و/أو أحد أفراد العائلة المقربين، فمن الشائع أن تشعر بالاكتئاب. إذا استمر الاكتئاب لفترة أطول من المعتاد، فيمكن تصنيف ذلك على أنه اكتئاب رد الفعل. قد يواجه بعض الأشخاص هذا أيضًا عند وفاة حيوان أليف قريب منهم.

* **الطلاق:** تمامًا مثل حالات الانفصال، يمكن أن يؤدي الطلاق إلى رد فعل عاطفي شديد، والذي قد يكون مرهقًا بدرجة كافية ليسبب الاستجابة الاكتئابية.

* **المشاكل المالية:** أي شخص مدين، أو يعاني من سوء الائتمان، أو يواجه صعوبة في سداد القروض يمكن أن يصبح مكتئبًا للغاية.

* **الحريق:** قد يؤدي فقدان جميع ممتلكاتك في حريق بالمنزل إلى إصابة شخص ما بهذا النوع من الاكتئاب.

* **الطرد من العمل:** من المؤكد أن فصلك من عملك أو طردك منه يمكن أن يكون محفزاً.

* **التحرش:** يمكن أن يكون ذلك نتيجة للتحرش في العمل أو المدرسة.

* **فقدان صديق:** إذا ابتعد صديق مقرب، أو مات، أو انتهت العلاقة، فقد ينتهي بك الأمر إلى عدم القدرة على التغلب على الاكتئاب.

* **الانتقال:** تغيير البيئة أو الانتقال إلى مدينة جديدة، أو نقل المنازل، أو شيء بسيط مثل تبديل الشقق يمكن أن يؤدي إلى الاستجابة الاكتئابية.

* **الكوارث الطبيعية:** إذا وقعت ضحية لكارثة طبيعية مثل إعصار، أو إعصار، أو فيضان، وما إلى ذلك، فقد تفقد منزلك ممتلكاتك. في هذه الحالة، قد تواجه حالة من الاستجابة الاكتئابية حتى تتمكن من السيطرة النفسية على وضعك.

* **التقاعد:** على الرغم من أن التقاعد يميل إلى أن يكون له دلالة إيجابية بشكل عام، إلا أن بعض الأشخاص ينتهي بهم الأمر إلى الاكتئاب لأنهم لا يعرفون كيف يعيشون بدون هيكل الوظيفة والتواصل الاجتماعي من صاحب العمل.

* **المعاناة في المدرسة:** الحصول على درجات سيئة أو حتى بطاقة تقرير سيئة يمكن أن يجعل بعض الأفراد يشعرون كما لو أنهم فاشلون تماماً. قد يصاب بعض الأشخاص بالاكتئاب الشديد بسبب بطاقة تقرير سيئة.

* **العمل:** إن مجرد وجودك في وظيفة تكرهها أو التعرض للمضايقة قد يؤدي إلى الاكتئاب
(MentalHealthDaily.com(25/03/2014)

2-8-4- خيارات علاج الاستجابة الاكتئابية

هناك عدد قليل من خيارات العلاج المختلفة ل الاستجابة الاكتئابية. يستجيب معظم الأشخاص بشكل أفضل للعلاج السلوكي المعرفي من المرجح أن يتمكن أي طبيب نفسي أو معالج نفسي مدرب من

مساعدة الأشخاص على التعامل مع هذه الحالة ومساعدتهم على التغلب على الحدية. إذا كان الشخص لا يتعافى، فقد يوصى بمضادات الاكتئاب.

1. **العلاج السلوكي المعرفي:** يعمل العلاج السلوكي المعرفي عن طريق معالجة الاكتئاب الكامن ويساعد الفرد من خلال اقتراح تغييرات سلوكية بالإضافة إلى تغييرات في التفكير. تتضمن هذه التقنية استخدام التفكير العقلاني مع التغييرات السلوكية للتغلب على السلوك رد الفعل.

2. **العلاج النفسي:** قد تكون أساليب العلاج النفسي الأخرى مفيدة للأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الاكتئاب. يمكن أن يساعد العلاج بالكلام البسيط الأشخاص على التعبير عن مشاعرهم والتوصل إلى خطة للتغلب على الطريقة التي يشعرون بها.

3. **الرعاية الذاتية:** من المهم أن تعتني بنفسك جيدًا أثناء تجربة هذا النوع من الاكتئاب. تأكد من أنك تأكل جيدًا قدر الإمكان، وتحصل على قسط كافٍ من النوم، وتستخدم تقنيات الاسترخاء لتقليل التوتر، وتمارس التمارين الرياضية. لمزيد من المعلومات، اقرأ عن العلاجات الطبيعية للاكتئاب.

4. **الدعم الاجتماعي:** في بعض الأحيان، يمكن لشيء بسيط مثل وجود شبكة دعم اجتماعي جيدة أن يساعد الأشخاص على التعافي من حالة الاكتئاب التي يعانون منها.

5. **مضادات الاكتئاب:** في بعض الأحيان إذا لم يكن العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج النفسي فعالاً، فقد يتم وصف مضادات الاكتئاب للشخص لمساعدته على التأقلم والتعافي من حالته. عادة، إذا كان شخص ما يتناول مضادات الاكتئاب لعلاج الاستجابة الاكتئابية، فهي مجرد فترة مؤقتة فقط لمساعدته على التغلب على الحدية العاطفية (MentalHealthDaily.com(25/03/2014)

3- مشكلة الاغتراب النفسي:

3-1- ماهية الاغتراب النفسي:

لا شك أن الاغتراب مفهوم فلسفي داخل محراب علم النفس، إلا أن مفهوم الاغتراب قد أسهمت فيه العلوم المختلفة كالفلسفة والاجتماع وعلم النفس والطب العقلي والسياسي والاقتصاد واللاهوت كما انه يستخدم في الإحصاء إلى جانب استخداماته في الأدب والفن مما يشير إلى أهميتها البالغة في توحيد المعرفة، وإن كان ذلك قد جعل منه مفهوماً مطاطاً لدرجة يصعب معها تحديده تحديداً إجرائياً نظراً لتنوع المجالات التي يستخدم فيها، وثراء محتوى المفهوم باعتباره ظاهرة تمس مختلف العلوم وفيما يلي بعض تعريفات مصطلح الاغتراب (الشاذلي، 2008، ص.15).

الاغتراب لغة: جاء في مختار الصحاح: الغربة-الاغتراب، تقول (تغرب) و(الاغتراب) بمعنى (غريب) و (غرب) بضمّتين والجمع (الغرباء). والغرباء أيضا الأبعاد (الجماعي، 2010، ص.41).

و(أغترب) فلان إذا تزوج إلى غير أقرابه. وفي الحديث الشريف "اغتربوا لاتضووا" و(التغريب) النفي عن البلد. و(أغرب) جاء بشيء غريب. وأغرب أيضا صار غريب. و(غرب) بعد. يقال (أغرب) عني أي تباعد. و(غرب) كل شيء أيضا حده. والغارب ما بين السنام إلى العنق ومنه قولهم: حبلك على غاربك: أي اذهبي حيث شئت (الجماعي، 2009، ص.41).

وجاء في المعجم الوسيط: (غروب) عن وطنه أي ابتعد عنه. ويقال: أتى الغرب وصار غريبا. وارتحل. وجاء بالشيء الغريب. فسافر بعيدا ويقال رمى فأغرب: أبعد المرمى (المعجم الوسيط، 1989، ص.647).

ولفظ الاغتراب: افتعال من الغرب، ورجل غريب: ليس من القوم والغريب الغامض من الكلام (هياجنة، 2005، ص.08).

الاغتراب اصطلاحا: استخدمت كلمة الاغتراب للدلالة على العديد من المعاني منها ما يشير إلى أن الاغتراب هو تلك الفجوة أو التباعد بين الفرد ونفسه، أو انهيار أي علاقات اجتماعية أو بينية شخصية، والتباعد بينهم وبين الآخرين، وما يتضمنه ذلك من تباعد أو غربة الفرد (جابر والكفافي، 1989، ص.52) نقلا عن، كسال (2018).

يعرفه اريك فروم Erick Fromm (1972) بأنه: شكل من الخبرة يمارسها الإنسان ويشعر فيها انه غريب عن ذاته لا يجد نفسه كمركز لعالمه أو خالق لأفعاله وإنتاجه وإنما أفعاله هي التي تسوده وعليه أن يطيعها وان يعبدها أحيانا(الشاذلي، 2008، ص.16).

ويرى احمد خيرى حافظ (1981) أن الاغتراب يعني وعي الفرد بالصراع القائم بين ذاته وبين البيئة المحيطة له بصورة تتجسد في الشعور بعد الانتماء والسخط والقلق وما يصاحبه ذلك من سلوك إيجابي أو الشعور بفقدان المعنى واللامبالاة ومركزية الذات والانعزال الاجتماعي وما يصاحبه من أعراض إكلينيكية (الجماعي، 2009، ص.49).

وتعرفه وفاء فتحي 1996 بأنه شعور الفرد بالعزلة والضياع والوحدة وعدم الانتماء وفقدان الثقة، والشعور بالقلق والعدوانية ورفض القيم والمعايير الاجتماعية والاغتراب عن الحياة الأسرية والمعاناة من الضغوط النفسية (زهرا، 2004، ص.104).

ويعرفه مصطفى بوتفنوشت الاغتراب على انه التجرد من القدرات الخاصة للفرد ليحل محلها مظاهر غير سوية، والخضوع الإرادي واللاإرادي لسلطة القيم التي ليست من المجتمع الأصلي للفرد (Boutefnouchet, 1984, P121)

عرفه مارتن (Martin (1980, P52 بأنه: ظاهرة وحالة روحية ترجع جذورها في علم النفس وعلم الاجتماع إلى الشعور بالانفصال والنفور من بعض الحالات والأشخاص والقيم أو من المجتمع بشكل عام.

ويعرفه بيك و ميشل Paik Et Michael (2002, p3) بأنه: شعور الفرد بالانفصال عن الأشخاص الآخرين أو عن الذات أو كليهما.

فالاغتراب النفسي هو شعور بالضياع والعزلة وعدم الفعالية والوحدة والتضاؤل وعدم الانتماء، وينتج عنه سلوك مدمر تجاه الذات وأيضا تجاه المجتمع، وفي النهاية يصبح سلوك الفرد انسحابي عن المجتمع بعامة، ومن الآخرين الذين يتعامل معهم، ثم من الذات في النهاية (محمود، 1993، ص.85).

كما أوضح محمد عيد أن مفهوم الاغتراب يستخدم لوصف الكثير من الاضطرابات النفس جسمية، كحالات القلق والإحساس بفقدان الهوية، والإحساس بعدم الثقة، والشعور بالتنبؤ، وان الحياة تمضي على النحو لا إنساني، وإنها عبث غير معقول تمضي بالإنسان نحو الفراغ الوجودي والملل من الحياة نفسها، أو الشعور بالتململ من القيم ورفض المعايير الاجتماعية، أو الانسحاب من المجتمع (شكير، 2001، ص.4).

3-2- النظريات المفسرة للاغتراب النفسي:

3-2-1- نظرية سيجموند فرويد: إن وجهة نظر "فرويد" هنا إنما ترجع الاغتراب إلى سيادة مبدأ الواقع، وقيام نظام الكبت التي قامت على أكتافها الحضارة، إلا أن هذه الرؤية لم تقدم لنا تفسيراً أو إطاراً شاملاً لتوضيح ظاهرة الاغتراب وطبيعتها قبل قيام الحضارة،

ينشأ الاغتراب - من وجهة نظر فرويد- نتيجة الصراع بين الذات وضوابط المدنية أو الحضارة حيث تتولد لدى الفرد مشاعر الضيق والقلق حيث يواجه بضغوط الحضارة وتعيقاتها المختلفة فهذه الضغوط أو الضوابط الحضارية تؤدي بالضرورة إلى الكبت كحيلة دفاعية تلجأ إليها الأنا كحل للصراع بين رغبات الفرد، وضوابط المجتمع، ولكنه حل مرضي يؤدي إلى مزيد من الشعور بالقلق والاضطراب (عباس، 2005، ص.46).

وقد حدد فروم (1984) في "كتابه الهروب من الحرية" ثلاث ميكانيزمات دفاعية، والتي تتمثل "بالسلطوية" وهي نزعة للتخلي عن الحرية الذاتية ودمجها بشخص ما لاكتساب القوة التي تفقدها الذات الأولى للفرد، و "التدميرية" والتي هي هروب من الشعور غير المحتمل بالعجز، فظروف العجز والعزلة مسئولة عن مصدرين آخرين "للتدميرية" هما: القلق وانحراف الحياة أما الميكانيزم فهو الذي يتمثل ب: "تطابق الإنسان الآلي" حيث يتغلب شعور الفرد على اللامعنى بالمقارنة مع القوة المهيمنة على العالم التي تكون خارجه إما عن طريق السلطوية أو التدميرية.

ويرى فرويد أن الشخصية السليمة تكون فيها القوى النفسية الثلاث (الأنا، ألهو، الأنا الأعلى) متوازنة وعندما يضطرب هذا التوازن بين هذه المكونات النفسية الثلاث، يظهر على الفرد عدد من الأعراض بينها (الاغتراب) ويضطرب تكيفه النفسي والوظيفي (الجماعي، 2009، ص.57).

3-2-2- نظرية كارين هورني: تهتم هورني horne بالشروط الاجتماعية والثقافية لتحقيق وجود الإنسان وتبين اثر العلاقات المتبادلة بين الشخصية وقيم المجتمع، بين العلاقات الاجتماعية والتطلعات الفردية في ظل البرجوازية تقوم الثقافة على مبادئ التنافس والفردية وبروز روح العداة والسيطرة بين الناس، فنتيجة لمبدأ المنافسة السائد في المجتمع، وذلك للوصول إلى المركز اللائق وتحقيق ما يطمح إليه الفرد، يميل الإنسان إلى أن يسبق الآخر، وان يستغل ضعفه للسيطرة عليه، ولا تقتصر المنافسة على المجال الاقتصادي بل تشمل الجانب الاجتماعي وتمتد إلى كل العلاقات الإنسانية، حيث يتولد شعور بعدم الأمن والخوف من الاستغلال والسيطرة، مما يؤدي إلى نمو الاتجاهات الانعزالية والعدائية والكرهية، وفقدان الاتزان العاطفي فيشعر الفرد انه عاجز ومهدد وتسود حياته طباع من الحقد على العالم الخارجي وينعكس ذلك على نفسه فيكره ذاته الحقيقية لضعفها وفشلها (عباس، 1994، ص.164-165).

وقد ميزت هورني بين نوعين من اغتراب الذات هما الاغتراب عن الذات الفعلية والاعتراب عن الذات الحقيقية، فالأول يتمثل في إزالة وإبعاد كافة ما كان الفرد عليه بما في ذلك ارتباط حياته الحالية بماضيه وجوهر هذا الاغتراب هو البعد عن مشاعر المرء ومعتقداته، كذلك فقدان الشعور بذاته ككل (دبلة خولة، 2013، ص.88).

3-2-3- نظرية إيريك فروم: ويرجع فروم نشأة الاغتراب إلى العبادة الإلهية الخالصة حيث يكرس الإنسان كل قواه حبه فكرة المعبودة فالعبادة بهذا الشكل تعد خضوعاً أعمى ومع تعقيد المجتمع وتطور الدولة صنع الإنسان لنفسه معبودات أخرى كالدولة الطبقة الاجتماعية ويمكن أن يتجسد هذا المعبود في المال فالإنسان الذي يكرس كل حياته لجمع المال يصبح عبداً (دبلة خولة، 2013، ص.89).

واستخدم إيريك فروم مصطلح الاغتراب، مشيراً به إلى عدد من العلاقات المتنوعة مثل علاقة الإنسان بذاته، وعلاقته بالآخرين وبالطبيعة، وبالعمل الإنساني ونتاجة، إلا انه أولى عنايته الكبيرة بقضية اغتراب الإنسان عن ذاته (هياجنة، 2005، ص.18).

يستند تفسير فروم للاغتراب على الفهم الماركسي مع اهتمامه بالبناء الكلي لشخصية الإنسان بما تتضمنه من خصائص نفسية واجتماعية واقتصادية وروحية ولذا يعتقد الكثير أن إسهامه الحقيقي في جعل مفهوم الاغتراب أكثر اتساعاً عن مفهوم ماركس، وقد اتخذ من مفهوم الاغتراب نقطة الانطلاق لتحليل الشخصية الاجتماعية في المجتمع الحديث وقد عبر عن الأنماط المختلفة من انفصال الإنسان تبعاً لإشكال العلاقات في كافة مجالات الحياة المعاصرة ابتداءً من علاقة الإنسان بذاته فعلاقته بالآخرين، وبالمجتمع وبالعمل الإنساني وبالأشياء، كما تتجلى مظاهر الاغتراب لدى فروم من خلال عرضه لميكانيزمات الهروب من الحرية من ناحية أو من خلال عرضه للطرق اللاسوية لتحقيق حاجات

الإنسان النابعة من ظروف وجوده من ناحية أخرى متمثلة في العجز، والتسلطية، والتخريب، والمسايرة، الاتوماتكية والانعزال، واللامعنى(حماد، 2005، ص.56).

3-2-4- نظرية فويرباخ: قامت معالجة فويرباخ لقضية الاغتراب على نقده للدين، متناولاً للقضية من الجانب السلبي باعتبار الاغتراب حالة فقدان الوجود الأصيل، وأصبح مصطلح غربة عنده مرادفاً لمصطلح "التخارج" وان الدين يمثل اغتراب الإنسان عن جوهره الحقيقي، يقول: (أن مذهبي باختصار هو كما يلي: أن اللاهوت هو الانثروبولوجيا، بمعنى أن ذلك الذي يفصح عن ذاته في موضوع الدين أي الرب "Theos" باللغة اليونانية والله "Gott" باللغة الألمانية لا يعدو أن يكون جوهر الإنسان، وبتعبير آخر فان إله الإنسان ليس إلا الجوهر المتألم للإنسان)، نفهم من مقولة فويرباخ هذه انه يعتبر اللاهوت "Theology" هو الانثروبولوجيا "Anthropolgy" وهذا التحويل لعلم اللاهوت إلى علم الإنسان قد اجتهد فويرباخ لتفسيره.

وهكذا ففويرباخ يعتبر أن الاغتراب الديني هو الأساس لكل الاغترابات، فجوهر الاغتراب هو تحول الأنا إلى آخر تحولاً جزئياً أو كلياً، وتحول الإنسان إلى الله هو الأسبق في كل الحالات من تحوله إلى عمل أو نظام أو شيء أو مذهب، وتصور الدين انثروبولوجيا هو في الحقيقة رؤية تخدم الإنسانية بغض النظر عن سلبيتها، فهي تعيد للإنسانية خصائص وسمات سامية ونبيلة قد افتقد الكثير منها في عصرنا(مساعديه، 2013، ص.27).

3-2-5- نظرية كينستون: لقد وضع كينستون keniston تصوراً نظرياً للاغتراب من خلال دراسته التي أجراها على طلبة جامعة هارفرد، توصل فيها إلى أن الأصل في الاغتراب هو اغتراب الذات الناتج عن فقدان الثقة والنظرة التشاؤمية للمستقبل، وعدم وجود أهداف بعيدة المدى يسعى الفرد إلى تحقيقها، وعدم رضي الفرد نحو معظم أفراد المجتمع (الجماعي، 2009، ص.61).

نظريته عن الاغتراب التي كانت محاورها تنبثق من خلال دراسته الشهيرة التي صدرت تحت عنوان "اللاملتزم the uncommitted" وكان يحاول إن يشخص ملامح الاغتراب لدى الشباب في المجتمع الأمريكي، وضع مقولة أساسية تقول إن الاغتراب يظهر في ثنايا المجتمعات تبعاً لما تحدثه تلك الأطر من ضغوط لا يتقبلها الشباب، ويصبح الاغتراب وفق هذا الاعتراض من قبل الشباب بمثابة الرفض لهذه المعطيات الثقافية، الاجتماعية التي تؤدي إلى السخط وعدم الانتماء، والتهرب من تحمل المسؤولية.

ويرى كينستون أن الذين يعانون من الاغتراب لديهم شعور بفقدان الثقة بأنفسهم وبالطبيعة الإنسانية، وإنهم يعانون من اكتئاب واضطراب نفسي وعدوانية تجاه أنفسهم (Keniston, 1964, p.54).

3-2-6- نظرية هيغل: اعتاد الكثير من الباحثين أن يقدموا لنا هيغل على انه الفيلسوف الذي لا تشغله إلا القضايا الميتافيزيقية، والذي يتوقع خلق أفكار مجردة ليس لها ادني صلة بالواقع، والحق إن هذه الصورة ليست من الحقيقة في شيء، ففي الرجوع إلى مؤلفات هيغل الشاب مجال خصب للتعرف على

هيجل المفكر الثوري الذي لم يكن منفصلا قط عن الهامة التي يمكن من خلالها القول بان هيجل كان دائما قريبا من عالم الإنسان، "فالاعتراب لديه يمثل حقيقة انطولوجية تستمد جذورها من وجود الإنسان في العالم". ومن اجل أن يكون فهم القضية كاملا يجب أن نشير إلى الاعتراب في كتابات هيجل الشاب، وإلى الاعتراب بمعناه المنهجي كما يرد في كتابات هيجل اللاحقة (حماد، 2005، ص.79).

استعمل هيجل التعبير الألماني لمفهوم الاعتراب (entfremdung) في كتابه phenomenology of mind (1807)، وكان في السادسة والثلاثين من عمره، ما يدل على انه اهتم منذ البدء بقيام وحدة حقيقية بين أفراد يملك كل واحد منهم وعيه الذاتي، وبين الفرد والمجتمع لتجاوز النزاعات الناشئة بينهم، معتبرا أن الإنسان مضطرا لان يقبل بمصيره التاريخي وبالعلاقات الاجتماعية والسياسية، وإلا خسر الحرية والوحدة معا، ما أدى بدوره إلى نشوء عدا و تتنافر بين الفكر والواقع، والوعي والوجود، وبين الفرد والمؤسسات، لذلك يصبح هدف مثل هذه الفلسفة استعادة تلك الوحدة المفقودة بإجراء تحليل منتظم وموسع في طبيعة التناقضات في سبيل قيام الوحدة المطلوبة، وبخاصة تلك التي تحدث بين الخاص والكلبي (بركات، 2006، ص.91).

3-3- أنواع وأشكال الاعتراب النفسي:

3-3-1- الاعتراب الذاتي: هو انتقال الصراع بين الذات والموضوع (الأخر) من المسرح الخارجي إلى النفس الإنسانية ه واضطراب في العلاقة التي تهدف بين مطالب الفرد وحاجاته ورغباته من ناحية وبين الواقع وإبعاده من ناحية أخرى، وهو نوع الخبرة التي يحبر فيها المرء نفسه كغريب فالشخص المغترب هو شخص فقد اتصاله بنفسه وبالأخرين، وهي خبرة تنشأ نتيجة للمواقف التي يعيشها الفرد مع نفسه ومع الآخرين ولا تتصف بالتواصل و الرضى، ومن ثم يصاحبها الكثير من الأعراض التي تتمثل في العزلة والانعزال والتمرد والرفض والانسحاب والخضوع، أي أن الاعتراب عن الذات هو شعور الفرد بان ذاته ليس واقعية أو تحويل طاقات الفرد وشعوره بعيدا عن ذاته الواقعية (دبلة خولة، 2014، ص.100).

3-3-2- الاعتراب الاجتماعي: هو شعور بعدم التفاعل بين ذات الفرد وذوات الآخرين، ونقص المودة والألفة مع الآخرين وندرة التعاطف والمشاركة وضعف أوصل المحبة والروابط الاجتماعية مع الآخرين (شقيير، 2001، ص.8).

3-3-3- الاعتراب السياسي: يمكن فهمهم خلال تصورنا انه يقع على طرف متصل بينما تقع المشاركة على الطرف الأخ، والاعتراب السياسي هو تلك الحالة من التناقض القائم بين ذات الفرد وبين مؤسسات النظام السياسي والقائمين على زمام السلطة بل العملية السياسية ذاتها ونتائجها: أداء النظام. أما العزلة السياسية فهي أحد أبعاد الاعتراب السياسي ويقصد بها رفض قواعد السلوك والأهداف السياسية التي يدين بها كثير من أعضاء المجتمع ويمكننا عرض الآثار المترتبة على الاعتراب السياسي بإيجاز في النقاط التالية:

أ - يؤدي إلى الإحجام عن المشاركة في عملية التصويت، ولعل ما ينطبق على التصويت ينطبق على أشكال المشاركة الأخرى.

ب- يؤدي إلى ازدياد نزعة المعارضة أو التصويت السلبي.

ج - إن العلاقة بين المشاركة والاعتراب علاقة عكسية (الشاذلي، 2008، ص.15).

3-3-4- الاعتراب الثقافي: هو ابتعاد الفرد عن ثقافة مجتمعه ورفضها والنفور منها والانبهار بكل ما هو غريب أو أجنبي من عناصر الثقافة، وخاصة أسلوب حياة الجماعة والنظام الاجتماعي، وتفضيله على ما هو محلي (زهرا، 2004، ص.111).

يعتبر الاعتراب الثقافي الذي يشعر به أبناء المجتمع أو أصحاب مرجعية حضارية معرفية معينة إذ ينتابهم شعورا فهم يعيشون ويحيون بقيم وممارسات لا يتحدثون معها الأمر الذي يشعرهم في أعماق نفوسهم بأنهم منفصلون عن هذه القيم والمرجعيات الحضارية الجديدة، ومن أهم مظاهر الاعتراب الثقافي "اضطراب الهوية وأثر العولمة عليها" (خضر، 1999، ص.34) نقلا عن الصيادي (2012).

وفي هذا يقول اريكسون بأنها هي عملية متعلمة من الواقع الثقافي والاجتماعي الذي يعيشه الفرد في مجتمعه، وان حالات التمرد والعصيان والخروج عن الأعراف والقيم إنما تعبر عن أساليب الرفض لثقافة المجتمع بل والشعور بالغربة والاعتراب وحدد صور رفض الهوية الثقافية في إظهار سلوكيات غير مألوفة في ثقافة المجتمع ورفض النظام القيمي، وعدم القدرة على الاندماج في المجتمع (خشبة، 1994، ص.68) نقلا عن كسال (2018).

3-3-5- الاعتراب الديني: ورد الاعتراب الديني في كافة الأديان على انه "الانفصال أو التجنب عن الله فقد جاء الاعتراب في الإسلام على هذه الصورة التي يوضحها حديث الرسول صلى الله عليه وسلم، حيث قال: (بدأ الإسلام غريبا وسيعود غريبا كما بدأ، فطوبى للغرباء)، قيل ومن الغرباء يا رسول الله، قال: الذين يصلحون إذا فسد الناس، والغرباء هم فئة قليلة من أهل الصلاح والتقوى استجابت لرسول الله صلى الله عليه وسلم في مبتدأ الدعوة، ونأت بنفسه عن الشبهات والشهوات (خليفة، 2003، ص.101).

وقد أوضح فتح الله خليف (1979) أن الاعتراب في الإسلام جاء في ثلاث درجات هي: اغتراب المسلم بين الناس، اغتراب المؤمن بين المؤمنين، واغتراب العالم بين المؤمنين. فغربة العلماء هي اشد أنواع الاعتراب لقلتهم بين الناس، وقلة مشاركة الناس لهم (خليفة، 2003، ص.101).

3-3-6- الاعتراب الاقتصادي: يربط مفهوم الاعتراب الاقتصادي بالعمل والإنتاج، ولقد ذاع هذا المفهوم على يد ماركس، ويظهر عندما يشعر الفرد بأنه عبد لعمله، إذ تصبح الغاية من عمله إشباع حاجاته المادية دون الحاجات الاجتماعية والنفسية والتي تؤكد وجوه الإنساني، وذلك نتيجة أن المادة غدت هي القيمة العليا، مما يؤدي الى شعوره بالانفصال عن عمله رغم وجوده الجسمي.

ويرى محمد خضر المختار أن الاغتراب الاقتصادي تتعدد مظاهره وأشكاله فالبيروقراطية التي تتمثل في الشعور بالمسافة بين العمال والمدير، واستغلال العلاقة بين الموظف والمدير في المنظمة هي شكل من أشكال أو مظاهر الاغتراب إلى جانب الشعور بالتمفصل أو الشعور بالتشويش والانفصال وفقد القوة.

3-4- أبعاد الاغتراب:

يتضمن مفهوم الاغتراب عددا من المضامين أو العناصر أو الأبعاد مثل:

3-4-1- العصيان أو التمرد rebellio: يعني شعور الفرد بالرفض لكل ما حوله من نظم سياسية وقيم دينية وتقاليد اجتماعية ورفض السلطة في أي صور من صورها.

3-4-2- الانعزال أو الانفصال أو حالة العزلة أو اللا إنتماء Isolation: هو إحساس الفرد بعدم الانتماء لمن وله ويعزلته عنهم رغم معيشته معهم.

3-4-3- القلق anxiety: هو حالة عدم الارتياح والخوف من خطر غامض غير معروف يمكن إن يكون داخليا في نفس الفرد أو خارجيا في بيئته المحيطة به.

3-4-4- العجز - اللا قوة - حالة اللا قدرة powerlessness: هو شعور الفرد باللا حول واللا قوة والاستسلام وان هناك عوامل خارجية تحدد مصيره كالقضاء والقدر والحظ والمسؤولية وان قدراته الشخصية لا تساعده على تحقيق ما يريده وانه يفتقد الإحساس بأنه قوة مؤثرة ومقررة في حياته.

اللا قوة تشير إلى تلك التي يشعر بها الفرد على انه غير قادر على تحقيق نتائج أو الوصول الى الآفات التي يريدها (عصار، 1984، ص.180).

3-4-5- التشاؤم pessimism: هو شعور الفرد باليأس وعدم أهمية الحياة وعدم الرضا عما يحدث حوله ويمس صميم حياته.

3-4-6- التمرکز حول الذات ego - centricity: هو انشغال الفرد بذاته وأحواله انشغالا لا يتيح له فرصة لمشاركة الآخرين في أحوالهم. وعرفه (سيمان 1990) الاغتراب عن الذات بأنه "عدم قدرة الفرد على التواصل مع نفسه وشعوره بالانفصال عنها واما يرغب في أن يكون عليه، حيث تصير حياة الفرد بلى هدف ويحي بكونه مستجيبا لما تقدم له الحياة دون تحقيق ما يريد من أهداف، وعدم القدرة على إيجاد الأنشطة المكافئة لذاته (Seeman, 1990, p.297).

3-4-7- اللامعنى، فقدان المعنى، الخلو من المعنى meaning le ssness: إحساس الفرد بان وجوده في هذه الحياة غير ذي معنى أو هدف يسعى لتحقيقه وان حياته عبث لا جدوى منها مما يشعره بالملل والرتابة. ويعرف سيمان اللامعنى بأنه توقع الفرد انه لا يستطيع التنبؤ بدرجة عالية من الكفاءة بالنتائج المستقبلية للسلوك فالفرد يغترب عندما لا يكون واضحا لديه ما يجب أن يؤمن به أو يثق فيه وكذلك عندما لا يستطيع تحديد معنى لما يقوم به وما يتخذه من قرارات (السيد شتا، 1984، ص.27).

وقصد به أن الفرد يرى الحياة لا معنى لها، وفق منطق غير معقول، ومن ثم يشعر المغترب ا حياته عبث لا جدوى منها، فيفقد واقعيته وحيها نهبا لمشاعر اللامبالاة والفراغ الوجودي(إبراهيم عيد، 2005، ص.250).

3-4-8- اللامعيارية أو انعدام المعيارية أو فقد المعايير (norm lessness(anom-anomy): حيث اخذ (سيمان Seeman) اللامعيارية من وصف (دوركاييم Durkheim) لحالة (الانوميا Anomie) والتي تصيب المجتمع، وهي حالة انهيار المعايير التي تنظم السلوك وتوجهه ويشير (سيمان) إلى أن مصطلح (الانوميا) يعني في الاستخدام الدارج الموقف الذي تتحطم فيه المعايير الاجتماعية المنظمة لسلوك الفرد، حيث تصبح هذه المعايير غير مؤثرة ولا تؤدي وظيفتها كقواعد للسلوك، (الانوميا) لفظ اجتماعي يشير للحالة التي تغرق فيها القيم العامة في خضم الرغبات الخاصة الباحثة عن الإشباع بأي وسيلة(السيد شتا، 1984، ص.364).

3-4-9- التشيؤ reification: يعني أن الفرد إلى شيء ويفقد ذاته كما تنشأ العلاقات الإنسانية وتتحول الموجودات الإنسانية الحية الى أشياء أو موضوعات جامدة ورغم تعدد تلك الأبعاد فان كلا منها يكمل الآخر ويدعم تفسيره وظيفيا ويتداخل معه، أي إن هذه الأبعاد تتكامل بنائيا في مفهوم الاغتراب الواسع (الشاذلي، 2008، ص.17-18).

3-5- مراحل الاغتراب:

ظاهرة الاغتراب تمر بثلاث مراحل، كل مرحلة تؤدي الى المرحلة الأخرى، وهذه المراحل هي:

3-5-1- مرحلة التهيؤ للاغتراب: وهي المرحلة التي تتضمن مفهوم فقدان السيطرة بتبعية المتمثلين في سلب المعرفة وسلب الحرية ومفهومي فقدان المعنى و اللامعيارية على التعاقب، فعندما يشعر المرء بالعجز أو فقدان السيطرة على الحياة والمواقف الاجتماعية، وانه لأحول له ولا قوة، فلا بد أن تتساوى معاني الأشياء لديه بل وان تفقد الأشياء معانيها أيضا، وتبعاً لذلك فلا معايير تحكمه ولا قواعد يمكن أن ينتهي إليها (السيد شتا، 1984، ص.50).

3-5-2- مرحلة الرفض والنفور الثقافي: وهي المرحلة التي تتعارض فيها اختبارات الأفراد مع الأحداث والتطلعات الثقافية وهناك تناقضين ما هو واقعي وما هو مثالي وما يترتب عليه من صراع الأهداف في هذه المرحلة يكون الفرد معزولاً على المستويين العاطفي والمعرفي عن رفاقه، إذ ينظر إليهم بوصفهم غرباء وعند هذه النقطة يكون مهياً للدخول في المرحلة الثالثة (علي، 2008، ص.521) نقلا عن ، الهواري (2022).

3-5-3- مرحلة التكيف المغترب: وفي هذه المرحلة يحاول الفرد التكيف مع المواقف بعدة طرق منها: الاندماج الكامل والمسايرة والخضوع لكل المواقف.

التمرد والثورة والاحتجاج، أي يتخذ المرء موقفا ايجابيا نشطا، ويتخذ الفرد موقف الرفض للأهداف الثقافية، ويكون المرء في هذه الحالة واقفا بإحدى قدميه داخل النسق الاجتماعي وبالأخرى خارجه، مما يحيله في نهاية المطاف إلى إنسان هامشي (السيد شتا، 1998، ص.105) نقلا عن، الهواري (2022).

3-6- الاغتراب والاكتئاب:

هناك اقتراب واضح بين الشعور بالاغتراب والاكتئاب يمكن فهمه في إطار الدراسات التي تناولت علاقة مفهوم الذات بالاكتئاب، حيث هناك ما يدل على أن الاكتئاب يرتبط بفقر واضح في المهارات الاجتماعية، وصعوبة التوافق في المواقف الاجتماعية، وارجع البعض الشعور بالاكتئاب إلى افتقاد مصادر الهوية الذاتية المستقرة فقد توصل أبو بكر مرسى (1997) إلى أن هناك علاقة ايجابية جوهرية بين أزمة الهوية والاكتئاب لدى الشباب من الجنسين، فالشباب غير المحددين لهويتهم أكثر شعورا بالاغتراب و بالأعراض الاكتئابية مثل الحزن والشعور بالفشل والانسحاب الاجتماعي وعدم الرضا (خليفة، 2003، ص.186).

وينظر "بك" إلى الاكتئاب على انه تنشيط لمجموعة من ثلاث أنماط معرفية، تدفع الفرن لان يرى نفسه وعالمه ومستقبله بطريقة مزاجية خاصة، وفيما يتعلق بالنمط الأول من هذا الثلاث وهو المفهوم السالب عن الذات، يرى "بك" أن الشخص المكتئب يميل لان ير نفسه بطريقة سلبية، انه يعتبر نفسه عاجزا، غير كفاء أو عديم القيمة، يميل إلى أن يغزو تجاربه وخبراته غير السعيدة إلى عجز في ذاته، كما يرى هذا الفرد نفسه انه غير مرغوب فيه وعديم الفائدة بسبب عجزه المفترض، ويتجه الى رفض نفسه نتيجة لذلك، يختل مفهوم الفرد عن ذاته، يؤدي ذلك الى معاناة الفرد من المشاعر الاكتئابية بل والشعور بالاغتراب أيضا(دبلة خولة، 2003، ص.115).

3-7- الاغتراب والقلق:

وحول علاقة الاغتراب بالقلق، فقد تبين أن للاغتراب تأثيرا سلبيا واضحا على الصحة النفسية للفرد، حيث كشفت الدراسة التي قام بها رمضان عبد اللطيف (1991) عن أن هناك علاقة ارتباطية موجب ذات دلالة إحصائية بين الاغتراب والقلق، مما يعني أن مشاعر الاغتراب يلازمها دائما الشعور بالقلق كم توصل محمد إبراهيم الدسوقي (1997) الى علاقة ايجابية بين الاغتراب وكل من الشعور بالهاشمية والقلق وعدم الثبات الانفعالي والاكتئاب والانطواء الاجتماعي (خليفة، 2003، ص.184).

ويتضح من ذلك أن هناك اقترانا واضحا وجليا بين الاغتراب والشعور بالقلق وعدم الأمان النفسي بل وفقدان الثقة ورفض القيم والمعايير السائدة، وفي هذا الشأن يمكننا الاستعانة بما طرحه مصطفى سويف (1968) في تفسيره للاستجابة التطرفية من أن المسألة تبدأ بين الهاشمية يليها اختلال الشعور بالطمأنينة، ثم التوتر والنفور من الغموض، وتكون النتيجة هي تطرف الاستجابة، ولعل هذا التفسير يساعدنا كثيرا في إلقاء الضوء على علاقة الاغتراب بالقلق (خليفة، 2003، ص.234).

4- المشكلات الجسدية:

4-1- تعريف المشكلة الجسدية:

تعرف المشكلة على أنها وضع غير مرضي ويسبب صعوبات للناس، والمشكلة الجسدية هي الأمراض والاضطرابات التي ترتبط بجسد الشخص وليس عقله (collinsdictionary, 2023).
يشار إلى أي حالة طبية لها تأثير على كيفية عمل الجسم وأعضائه على أنها مشكلة جسدية. يمكن أن تستمر هذه الحالات لفترة قصيرة أو طويلة، ويمكن أن تتراوح من أمراض بسيطة إلى أمراض خطيرة تهدد الحياة.

هناك مجموعة واسعة من القضايا الطبية الفعلية التي يمكن أن تؤثر على الفرد، بما في ذلك: Adel (media june 05 ; 2023)

الأمراض التي تسببها الجراثيم: مسببات الأمراض مثل البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات هي المسؤولة عن هذه الأمراض. ومن الأمثلة على ذلك نزلات البرد والأنفلونزا والالتهاب الرئوي والأمراض المنقولة جنسياً.

الحالات المزمنة: هي حالات مزمنة تظهر عادةً مع مرور الوقت، وترتبط في كثير من الأحيان بجوانب من نمط حياة الفرد، مثل سوء التغذية، وقلة النشاط، والتدخين. ومن الأمثلة على ذلك السرطان والسكري وأمراض القلب

الإصابات: تعتبر كسور العظام والحروق وإصابات الرأس كلها أمثلة على هذه الإصابات التي يمكن أن تحدث بسبب الصدمات أو الحوادث.

الأمراض الوراثية: وهي الأمراض التي يرثها الإنسان وتكون ناجمة عن طفرات أو تغيرات في الحمض النووي. ومن الأمثلة على ذلك فقر الدم المنجلي والتليف الكيسي.

مشاكل تتعلق بالصحة العقلية: تتأثر الحالة العاطفية والنفسية للشخص بهذه الحالات، والتي يمكن أن تظهر أيضًا على شكل أعراض جسدية. ومن الأمثلة على ذلك الاكتئاب والقلق والفصام وبالمقابل تعرف الصحة الجسدية بأنها: التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالإنسان، والإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة الحيوية (بطرس، 2007، ص.31).

وهي الحالة الطبيعية التي تؤدي إلى قيام البدن بوظائفه بشكل طبيعي (زهير، 2023، ص.846).

4-2- المشاكل الصحية الناتجة عن قلة النشاط البدني:

يوجد العديد من المشاكل الصحية الخطيرة التي يزيد قلة النشاط البدني من احتمالية الإصابة بها ومن هذه المشاكل ما يلي:

السكري: لوحظ منذ زمن بعيد أن بعض مرضي السكر يقل عندهم السكر في البول كثيرا بعد قيامهم بمجهول عضلي وبذلك تكون حركة الجسم عاملا مساعدا للأنسولين في الجسم، حيث أنها تخفض نسبة السكر في الدم (رفعت، 1981، ص.69).

أمراض القلب: يؤدي جلوس الفرد لفترات طويلة الى الحد من قدرة العضلات على حرق الدهون، مما يزيد من احتمالية حدوث الانسداد والإصابة بمرض الشريان التاجي، والإصابة بأمراض القلب الوعائية. مشاكل الدورة الدموية: يؤدي الجلوس وعدم الحركة لفترات طويلة الى ضعف في الدورة الدموية فقد يؤدي الى عدم وصول الدم الى الرجلين، وقد تؤدي الى تورم الكاحل أو الإصابة.

فقدان العضلات وضعف العظام: قلة النشاط البدني للأفراد الى صعوبة أداء بعض المهام كالتقاط بعض الأشياء، وخصوصا عند كبار السن الذين تضعف العظام لديهم مع مرور الزمن، وتقل الكتلة العضلية. **السمنة:** تؤدي الحركة والرياضة الى خفض وزن الجسم إذا ما مارسها الشخص باستمرار وانتظام ودون إرهاق لمدة أشهر عديدة والمعروف أن الأشخاص لمزاولون للرياضة أو ما تقتضي من أعمالهم ووظائفهم الحركية الجسمية المستمرة هم اقل عرضة للسمنة من غيرهم (جندل، 2016، ص.38).

4-3- العلاقة بين النفس والجسد:

نستطيع أن نرصد العديد عن الفهم المتبادل بين النفس والجسد فقد أشار بريل A, Brill, إلى أن هيبوا قراط (أبو الطب) قد استطاع شفاء برديكاس ل مقدونيا من مرضه الجسدي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه، ولا شك أن الاهتمام بالأدعية وطلب الشفاء من الإله يهيئ الفرد نفسيا لكي تتقبل فسيولوجية الجسد لهذا الدواء مما ينعكس إيجابيا عليه فيشفى بإذن الله، لذا فان الأمراض العضوية إذا طالت أو احتار الأطباء - آنذاك - في علاجها كان يتم اللجوء إلى المعالج وكان غالبا كاهن أو عراف القبيلة وكان هو المسئول عن استئصال الأرواح الشريرة التي تلبس الجسم، وشفاء الأجسام من تأثير النفوس (المضطربة - غير المستقرة) وكان الكاهن لا يعمل بمفرده بل يساعده أفراد آخرون، حيث نجد أن القران الكريم قد تعرض لهذه العلاقة في سورة يوسف اذ أدى غم وحزن سيدنا يعقوب على فقدان ابنه يوسف إلى تغيير لون عينه ومعاناته من الاضطرابات في الرؤية أو الكف لها (وتولى عنهم وقال يا اسفى على يوسف وابيضت عيناه من الحزن فهو كظيم)، "سورة يوسف، آية 84"، ويواصل القرآن حديثه عن

التغيرات الإيجابية التي حدثت في نفس سيدنا يعقوب بعد أن علم أن ابنه يوسف ما زال حيا يرزق و سرعان ما انعكست هذه الحالة النفسية (الطيبة و الإيجابية) على نفسيته فعدت إليه الرؤية، أما العلاج عند اليونان قديما فقد ذهب أرسطو إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والفرح والحسد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن مركب نفسي معقد، وان هذه الانفعالات السيئة والعنيفة والمزمنة تترك آثارها السيئة في الجسم، وابن القيم الجوزية أرجع الصداع الى العديد من الأسباب أهمها العوامل النفسية، وان هناك علاقة مباشرة بين الصداع كالم جسمي وبين الأعراض النفسية كالقلق والغم، وهو بهذا يؤكد هذه العلاقة، لذا فانه يؤكد الحقيقة التي سبق أن ذكرناه من أن التركيز فقط على الأعراض الجسمية وعلاجها لا يجدي بل لابد من اخذ العوامل النفسية في الاعتبار، ولذا فان العوامل النفسية التي تكمن خلف العديد من الاضطرابات والأمراض الجسدية قد بدا يعترف بها ولا شك أن هذه النظرة (المتكاملة) في التعامل مع الجسد + النفس يقود الى الشفاء (غانم، 2011، ص.37-38-39-44-45).

4-4- بعض المشكلات الجسدية:

4-4-1- السكري: يعد مرض السكري من أقدم الأمراض البشرية المعروفة، وقد تجدر اسمه الكامل - Diabetes mellius - من الكلمتين اليونانيتين - Sypon - Sugar - ويصف هذا الاسم بشكل اكبر الأعراض الواضحة للسكري غير المضبوط التي تتمثل بكميات كبيرة من البول الذي يحتوي على السكر (وخصوصا الغلوكوز)، وكان الفرس والهنود والمصريون القدامى قد وصفوا أعراض المرض، لكن الفهم السليم للحالة قد تطور فقط خلال المائة سنة الأخيرة (بيلوس، 2013، ص.2).

ويعرف السكري بأنه حالة مرضية مزمنة تتميز بارتفاع مستوى الجلوكوز (سكر) في الدم، وهذا الارتفاع إما أن يكون ناتج عن قصور مطلق في إفراز هرمون الأنسولين كما في النوع الأول من السكري، وإما أن يكون ناتج عن قصور نسبي في إفراز هرمون الأنسولين مع وجود خلل في عمله كما في النوع الثاني من السكري (مجلي وآخرون، 2017، ص.15).

هو عبارة عن مجموعة أعراض ناشئة عن خلل في التمثيل الغذائي مما يؤدي أساسا الى ارتفاع نسبة السكر بالدم Hyperglycemie (سلامة، 2007، ص.274).

هو ارتفاع معدل السكر في الدم، أكثر من المعدل الطبيعي (والتي تتراوح بين 70- 110 ملغ) ويعتبر مرتفعا عندما يتخطى ال 125 ملغ (نعمة، 2016، ص. 695).

انتشار مرض السكر:

يعد مرض السكر من الأمراض الشائعة على مستوى العالم، ويقدر عدد المصابين به بـ 239 مليون شخص، وينتشر مرض البول السكري في جميع بقاع العالم ويصيب الأغنياء والفقراء، الصغار والكبار الرجال والنساء.

ويلاحظ انتشار مرض البول السكري مع تقدم الحضارة، رغم انه كان معروفا قبل آلاف السنين، وربما يكون وراء الانتشار الكبير تغير نوع الطعام، والرفاهية، والتدخين، والشدة النفسية، والقلق، والسمنة، وأسباب أخرى، وتصل نسبة الإصابة به حوالي 7% من عدد السكان، وتشكل مضاعفات مرض السكري ما يزيد عن 25% من حالات القصور الكلوي، و ما يزيد عن 50% من حالات بتر الأطراف، كما يعتبر مرض السكر السبب الرئيسي للعمى، بما يقدر بحوالي 5000 حالة جديدة كل عام، وبالإضافة الى ذلك يشغل مرض السكر 10% من أيام المكوث في المستشفيات للسيطرة على الحالات الحادة منه (يوسف، 2011، ص.9).

أسباب مرض السكر:

إن السبب الرئيسي لهذا المرض هو عدم قدرة البنكرياس على إفراز الأنسولين بدرجة كافية، أو عدم قدرة الجسم على الاستفادة من الأنسولين، وأحيانا يبدو أن أسباب مرض السكر غير واضحة، ولكن من المعروف أن هناك مجموعة من العوامل ثبت وجود ارتباط بينها وبين مرض السكر، وفي مقدمة هذه العوامل:

أ/ **الوراثية:** تشير الدراسات أن هناك احتمالا لإصابة التوأم الثاني بالنوع الثاني من السكري بنسبة 50% إذا كان التوأم الأول مصابا بهذا المرض، أما احتمال إصابة التوأم الثاني بالنوع الثاني من السكري فتصل إلى أكثر من 90% إذا كان الأول مصابا بالمرض (مجلي وآخرون، 2017، ص.27).

ب/ **السمنة:** لقد ثبت أن 25% من أصحاب الأوزان الثقيلة مصابون بالسكر، وان حوالي 70% من مرضى السكر يعانون من البدانة، لان البدانة تؤدي إلى إجهاد البنكرياس (عبد الرحيم، 2001، ص.80).

ج/ **أمراض البنكرياس:** إن التهاب البنكرياس أو إصابته بالأمراض السرطانية يجعل خلاياه لا تعمل، وكذلك التسمم بعنصر النحاس حيث يترسب بخلايا البنكرياس ويفسدها (عبد الرحيم، 2001، ص.80).

د: **الإجهاد النفسي أو التعرض للخوف.**

هـ: **نقص كفاءة الجهاز المناعي في الجسم.**

و: النظام الغذائي الغير متوازن.

ي: تناول بعض الأدوية والعلاجات الطبية لمدة طويلة.

س: حياة الخمول، وقلة ممارسة الشط البدني (مجلي وآخرون، 2017، ص.27).

أنواع مرض السكري:

النوع الأول (Type 1): غالبا ما يبدأ هذا المرض في المرضى صغار السن، إذ يتحتم عليهم اخذ حقن أنسولين بانتظام للبقاء بصحة سليمة (بيلوس، 2013، ص.4).

النوع الثاني (Type 2): يصيب الكبار، ابتداء من عر 35 سنة، وهو الأكثر شيوعا، ويمثل حوالي 85% من جموع مرضى السكري، وقديما كان يسمى سكي البالغين، أو السكري غير المعتمد على الأنسولين (لطفي، 2018، ص.22).

النوع الثالث (سكر البالغين): وهو مرض السكر الغير معتمد على الأنسولين لقلة إنتاج الأنسولين المفرز أو فاعليته (يوسف، 2011، ص.12).

النوع الرابع (سكر الحمل): يحدث في النصف الأخير من الحمل، ويزول عادة بعد الولادة (يوسف، 2011، ص.12).

أعراض مرض السكري:

- زيادة العطش والجوع.
- ضبابية الرؤية.
- بطء التئام الجروح.
- الإحساس بتتميل أو وخز في أصابع القدمين واليدين.
- الشعور بالتعب وفقدان الوزن.
- التبول اللاإرادي في النوع الأول من السكري.
- حكة في الجلد وخاصة في الأعضاء التناسلية عند النساء.
- تكرار التبول (لطفي، 2018، ص.54).

4-4-2- الصداع:

وهو من أكثر الأمراض شيوعا، ويتفاوت ما بين صداع خفيف الى صداع حاد، وقد يستمر اقل من ساعة أو قد يستمر لعدة أيام (منصور، 2010، ص.514).

الصداع من أكثر آلام الإنسان شيوعاً و تقسر كثرة الصداع أولاً بوفرة أعصاب الرأس (بما فيها الألياف العصبية الصادرة عن مثلث التوائم البلعوم اللساني والمبهم والأعصاب الرقبية الثلاثة العلوية)، ومن جهة أخرى، بما يرافق لصداع من عوامل نفسية كالقلق (حتى في الصاع البسيط)، بينما يمكن تجاهل أي ألم نفس الشدة في أي مكان آخر من الجسم، ويمكن أن ينتج ألم الرأس من انفصال التهابات العصبية الحساسة للألم لهذه الأعصاب أو تمططها أو التهابها أو تخربها بمرض داخل القحف أو خارجه ولكن معظم ألم الرأس ينشأ عن بنى خارج الدماغ وإنذاره غالباً سليم (بقيون، 2012، ص. 50).

أسباب الصداع

- إصابة الرأس بجروح.
- قلس عضلات الرأس.
- خفقان الشرايين التي تغذي فروة الرأس.
- توتر العين.
- التهاب الجيوب الأنفية.
- أعراض الحساسية.
- وفي حالات محدودة للغاية قد يكون سبب الصداع ورم في الدماغ وغيره من أمراض الدماغ.
- اضطرابات الجهاز الهضمي (منصور، 2010، ص. 514).

أنواع الصداع:

الصداع النصفي: يستمد "الصداع النصفي" اسمه من كلمة hemicrania والتي تعني: " صداع في جانب واحد"، على الرغم من انه يمكن تعميمها على الصداع النصفي، وغالباً ما يوصف الصداع النصفي بأنه ألم نابض يزداد سوءاً عند حدوث نشاط بدني، وعلى الرغم من أن الألم قد يكون شديداً، إلا أن الصداع النصفي لا يهدد الحياة في حد ذاته، مع أن حدوث نوبات شديدة منه غالباً ما تعطي هذا الشعور (ماكغريغور، 2013، ص. 7).

هو مرض متكرر الحدوث، وأحياناً يكون الصداع خفيفاً ومحتملاً، ولكنه على الأغلب يكون شديداً ومضنياً، وقد تصحبه الأعراض المختلفة التي تشير إلى اضطراب مؤقت في وظائف المخ، وخاصة أرجاء المخ المعنية بالبصر والكلام والشعور (كامبل، 1981، ص. 5)..

المراحل الخمس من الصداع النصفي:

1- الأعراض الأولية (العلامات التحذيرية).

2- الهالة البصرية (النسمة).

3- الصداع.

4- الاسترخاء.

5- الشفاء (ماكغريغور، 2013، ص.11).

النقاط الأساسية:

- يعتبر الصداع النصفي أكثر من مجرد صداع شديد، وليس بالضرورة أن يكون الصداع هو العرض الرئيسي.
- الصداع النصفي يصيب النساء أكثر من الرجال، وربما يكون بسبب الاختلافات الهرمونية.
- يعاني معظم المصابين من الصداع النصفي من دون الهالة البصرية ويعاني البعض من الصداع النصفي الذي تسبقه الهالة البصرية، وتعاني مجموعة أخرى من كلا النوعين.
- قد تشمل الهالة البصرية بعض الاضطرابات في الإحساس، والرؤية، والكلام.
- يبد أن الصداع النصفي يحدث بسبب بعض التغيرات في المواد الكيميائية الموجودة بالمخ، وخصوص مادة السيروتونين (ماكغريغور، 2013، ص.29).

الصداع التوتري: يكون الألم في صداع توتر عضلات الرأس والعنق ثابتا غير نابض ويكون في الجانب الواحد أو في الجانبين ويتوضع في الناحية الصدغية أو القفوية أو الجدارية أو الجبهية أو يكون متعمما (الصباغ، 1961، ص.75)

أسبابه:

- توتر عضلات الوجه.
- التوتر النفسي.
- التعب والإجهاد.
- التوتر البدني.
- التوتر الذهني.

وتؤدي جميع أنواع التوتر إلى انكماش عضلات الوجه، وهو ما ينتج عنه الصداع التوتري (منصور، 2010، ص. 515).

علاجه: يمكن تخفيف هذا الصداع التوتري باستخدام عقاقير لتخفيف حدة الألم أو باستخدام مسكنات الألم، ويمكن أيضا أن يفيد العلاج بالتغذية الحيوية المرتردة (منصور، 2010، ص. 515).

4-4-3- القولون العصبي:

يعد القولون الجزء الأخير من القناة الهضمية، حيث يمتد إلى ما يربو على خمسة أقدام، وهو يتلقى خليط الطعام من الأمعاء الدقيقة بعد مروره بصمام يفتح في اتجاه واحد، وتقع بالقرب من طريق الدخول هذه الزائدة الدودية (كونينغام، 2009، ص.18).

عبارة عن أنبوبة عضلية تصل ما بين الأمعاء الدقيقة أو الرقيقة التي يتم بها هضم الطعام او امتصاصه، وبين فتحة الشرج، ويصل طول القولون إلى متر ونصف تقريبا (صلاح، 2006، ص.39).

ويتكون القولون من الأجزاء التالية:

- الأعور.
- القولون الصاعد.
- القولون المستعرض.
- القولون النازل.
- القولون السيني أو الحوضي.
- المستقيم (صلاح، 2006، ص.39).

ما هو القولون العصبي: هو خلل في وظيفة القولون نتيجة لزيادة حساسية أمعاء مرضى القولون العصبي، والمسئول عن هذه الحساسية الزائدة هو العصب الحائر مما يؤدي إلى أعراض في الجهاز الهضمي، مثل الانتفاخ، سوء الهضم، والإخراج، ومع أن هذه الأعراض ليست خطيرة في حد ذاتها، ولا تؤدي إلى مرض خطير مستقبلا، إلا أنها مزعجة جدا للمريض (المومني ولافي، 2016، ص.293).

مكونات القولون العصبي:

الإسهال: الإسهال مرض شائع يعرفه الجميع، ويمكن أن يحدث فجأة عقب تناول طعام ملوث وقد يستمر لعدة أيام، ويعرف الإسهال بأنه براز سائل القوام يصاحبه تقلصات في الأمعاء وتصاحبه زيادة غير طبيعية في عدد مرات التبرز (كونينغام، 2009، ص.77).

الإمساك: يعرف العديد من الأطباء الإمساك بأنه فشل الفرد في أن يخرج فضلاته لمدة ثلاثة أيام أو أكثر (كونينغام، 2009، ص.87).

المختلط: حيث يكون الاضطراب في البراز عند المريض إسهالا متكررا تارة، وإمساكا مزمننا تارة أخرى أما النوع الأخير فهو غير شائع يشكو فيه المريض من الم في البطن، وكثرة الغازات، ولا يعاني من اضطراب في الإخراج (المومني ولافي، 2016، ص.289).

أعراض القولون العصبي:

تختلف أعراض القولون اختلافاً بيننا من مريض إلى آخر وتشمل ما يلي:

- ألم البطن.
- عدم انتظام عملية الإخراج (إمساك أو إسهال أو كليهما).
- اضطراب الهضم.
- الانتفاخ.
- الأعراض الخاصة بالدورة الدموية.
- أعراض عامة مثل الدوخة وصعوبة التنفس.
- الأعراض النفسية (صلاح، 2006، ص.48).

أسباب القولون العصبي:

- وجود خلل عصبي أو عضلي، يؤثر في الحركة الدودية للأمعاء.
- إن الأعصاب في أعضاء البطن تتميز بحساسية مفرطة تجعل المصاب بالقولون العصبي أكثر انتباهاً وأسرع تفاعلاً مع نوبة الألم.
- إن مادة السيروتونين التي تفرز في المشابك العصبية، تجعل خلايا الدماغ والجهاز العصبي تتبادل العمل فيما بينها، وتقدر نسبتها الطبيعية في الدماغ (5%) والأمعاء (95%)، وفي حالة التوتر والقلق والاكنتاب يزداد إفراز هذه المادة، فتتراكم كميات كبيرة منها في الأمعاء مسببة أعراض القولون العصبي (المومني و لافي، 2016، ص.289).
- اضطرابات في الحركة الدودية للقولون (صلاح، 2006، ص.57).

4-4- الضغط الدموي:

هو القوة التي يندفع بها الدم الذي يضخه القلب عبر جدران الشرايين، فإذا حدث ولسبب ما إن أصبح ضخ القلب سريعاً، أو زادة مقاومة الأوعية الدموية، فإن ضغط الدم يميل إلى الارتفاع، وإذا ارتاح الإنسان ونام فإن ضغط الدم ينخفض، أما إذا كان الارتفاع عالياً جداً وظل كذلك، يقال عندها أن الشخص مصاب بارتفاع الضغط الدموي (نعمه، 2016، ص.614).

هو القوة التي يضغط بها الدم على جدران الشرايين التي يسير فيها (أبو صالح وحمامة، 2009،

ص.187).

ما مدى انتشار ضغط الدم:

إذا كنت فوق سن الثلاثين ولا يمكنك أن تتذكر متى كانت آخر مرة قمت فيها بفحص ضغط دمك، فانه يجب عليك أن تذهب لرؤية الطبيب، حيث يمكن أن تكون واحدا من ضمن سبعة إلى عشرة ملايين شخص ممن يعانون من ارتفاع ضغط الدم في إنجلترا، وعادة ما يستخدم الأطباء مصطلح "ارتفاع ضغط الدم، لوصف هذه الحالة، والتي قد لا تسبب أية أعراض على الإطلاق لسنوات عديدة، لكنها يمكن أن تؤدي في النهاية إلى مضاعفات خطيرة، بما في ذلك أمراض القلب والسكتات الدماغية (بيقرز، 2013، ص.01).

قياس الضغط الدموي:

ويمكن قياس ضغط الدم عن طريق نوعين من الضغط هما:

أ- الضغط الانقباضي: ويقاس عندما ينقبض القلب أثناء عملية الضخ.

ب-الضغط الانبساطي: ويقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم(غانم، 2011، ص.193).

أسباب ارتفاع الضغط الدموي:

1- العمل المتواصل بما في ذلك حضور الاجتماعات والعمل المكتبي

2- التعرض للبرد (وليس حرارة الغرفة).

3- النشاط البدني قبل قياس الضغط.

4- التوتر والانفعال.

5- الألم.

6- تناول الكافيين (بعد التوقف أو الانقطاع).

7- التدخين الحاد (بعد التوقف أو الانقطاع).

8- شرب الكحول (أبو صالح وحماة، 2009، ص.189).

أعراض ارتفاع ضغط الدم:

1- ضيق التنفس والنهجان خاصة عند القيام بمجهود.

2- حدوث نزيف من الأنف بدون سبب واضح وقد يكون عرضة للإصابة ارتفاع ضغط الدم.

3- الدوخة: خاصة في حالة ارتفاع ضغط الدم.

4- الصداع وآلام الرأس ويتميز هذا الصداع بأنه يحدث في الصباح الباكر ويكون شديدا وأحيانا يكون مصحوب بغثيان وأحيانا يكون خلف الرأس (غانم، 2015، ص.154).

الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم:

- الرجال فوق سن الثلاثين
- وجود تاريخ عائلي بارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب.
- نساء مصابات بارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل.
- الرجال والنساء ذوي البشرة الداكنة (منصور، 2010، ص. 20-21).

توصيات لمرضى ارتفاع ضغط الدم:

- الإقلال من تناول ملح الطعام.
- قراءة مكونات الأطعمة المحفوظة التي عادة ما تحتوي على الصوديوم NA.
- تناول المأكولات الغنية بالبوتاسيوم مثل الليمون- العنب- المشمش- التين- جوز الهند- الفراولة- الزبيب- المنجو- السبانخ- البطاطس- اللوز- معظم الخضروات الورقية- العدس- القمح- الفول السوداني (حسني، 2008، ص. 69).

4-5- الإصابات (المشكلات) العضلية:

تعريف العضلة: تتكون العضلة أصلاً من خلايا عضلية تجمع بعضها إلى بعض لتكوين ألياف عضلية وتتجمع هذه الألياف بعضها إلى بعض ويربط بينهما نسيج رابطي لتكوين العضلة وكالخلايا الحيوانية تحتوي الخلية العضلية على النواة وسط البروتوبلازم وعلى ذلك وان الليفة العضلية تحتوي انويه كثيرة كما أن البروتوبلازم فيها مطاط أي قابل للانقباض والانكماش، والليفة العضلية تغلف بغشاء يسمى ساركوليمما وهو مسؤول عن توصيل الإشارات العصبية على سطح الليفة (مهدي، عبيد فقير، 2023، ص. 5).

تعريف الإصابة العضلية: هي تأثر نسيج أو مجموعة من الأنسجة بمؤثر خارجي أو داخلي أو ذاتي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج (مهدي، عبيد فقير، 2023، ص. 5).

أسباب الإصابات العضلية:

- الإحماء غير الملائم والغير كافي.
- انخفاض القوة العضلية.
- التعب والإرهاق وعدم أعاد العضلات بالشكل الذي يلاءم الجهد البدني المفاجئ.
- وجود إصابة سابقة مهمة.
- شد وتشنج في العضلة.

- تمزقات جزئية أو كلية بالعضلات وأوتارها (تمزق منشأ ومدغم العضلات وأوتارها) والأنسجة المحيطة بالعضلات وحدث الفتق العضلي.
- شد وقطع في مكونات العضلة.
- التهاب الأنسجة العضلية (خليل محمد، 2008، ص.123).
- أنواع الإصابات العضلية:**
- الكدمات العضلية.
- التقلص العضلي (التشنج العضلي).
- الإرهاق العضلي.
- لشد والتمزق العضلي.
- الالتهاب العضلي.
- إصابة الأوتار العضلية.
- التهاب الأوتار العضلية.
- التكلس العظمي للعضلات.
- الضمور العضلي.
- الفتق العضلي (خليل محمد، 2008، ص.123).
- الأعراض العامة للإصابات العضلية ومضاعفاتها:
- الشعور بالألم سواء بالحركة أو الضغط على الجزء المصاب أو بدونها.
- حدوث تغيرات عصبية كالوخز أو الخدر.
- حدوث ضعف في الأداء لمنطقة الإصابة.
- فقدان الحركة جزئاً أو كلياً.
- حدوث تشوه بالمنطقة المصابة.
- تحدث تغيرات في لون الجلد ابتداء من اللون الأحمر، الأزرق، الأصفر، ثم الرجوع الى الله من الطبيعي بعد الشفاء.
- ارتفاع درجة حرارة المصاب في حالة حدوث التهاب (محمود، 2016، ص. 15 - 16).

4-6- أسباب المشاكل الجسدية:

العامل البيئي: يشار إلى أي العوامل أو الظروف الخارجية التي لديها القدرة على التأثير على صحة ورفاهية الكائنات الحية، بما في ذلك البشر، على أنها عوامل بيئية. وقد تكون هذه العوامل فيزيائية، أو كيميائية، أو بيولوجية، أو اجتماعية، وقد تكون طبيعية أو مكونة.

تعتبر درجة الحرارة والرطوبة ونوعية الهواء والماء والإشعاع والضوضاء والكوارث الطبيعية مثل الزلازل والفيضانات والأعاصير كلها أمثلة على العوامل البيئية الفيزيائية. على سبيل المثال، يمكن أن يؤدي التعرض لدرجات الحرارة القصوى إلى الإصابة بضربة شمس أو انخفاض حرارة الجسم، كما أن التعرض لمستويات عالية من التلوث في الهواء يمكن أن يؤدي إلى تفاقم مشاكل الجهاز التنفسي والمساهمة في ظهور الحالات المزمنة مثل الربو وسرطان الرئة.

يعد التعرض للعوامل المعدية مثل البكتيريا والفيروسات والطفيليات، وكذلك المواد المسببة للحساسية مثل حبوب اللقاح وعت الغبار، أمثلة على العوامل البيئية البيولوجية. يمكن أن يؤدي ذلك إلى حدوث مجموعة من المشكلات الطبية، بدءًا من الأمراض البسيطة وحتى الأمراض الخطيرة. (Adel media june, 2023, p, 06)

الوراثة: يمكن أن تتعطل الوظيفة الطبيعية لخلايا الجسم والأنسجة والأعضاء بسبب الطفرات الجينية أو تغيرات الحمض النووي، مما قد يؤدي إلى مشاكل في الصحة البدنية. يمكن أن تتأثر مجموعة واسعة من وظائف الجسم بهذه الطفرات، والتي يمكن أن تنشأ بشكل طبيعي أو تكون مورثة من أحد الوالدين أو كليهما.

يمكن أن تحدث اضطرابات الجين الواحد، والتي تنتج عن طفرات في جين واحد، بسبب بعض الطفرات الجينية. يعد مرض هنتنغتون وفقر الدم المنجلي والتليف الكيسي كلها أمثلة على الاضطرابات التي يسببها جين واحد. اعتمادًا على ما إذا كان الجين سائدًا أو متنحيًا، ترث هذه الاضطرابات عادةً نمطًا يمكن التنبؤ به ويمكن أن تؤدي إلى مجموعة متنوعة من مشكلات الصحة البدنية، بما في ذلك مشكلات الجهاز التنفسي والهضمي والعصبي والعضلي.

يمكن أن تتفاقم قابلية الشخص للإصابة بالأمراض المعدية بسبب الطفرات الجينية في بعض الحالات. على سبيل المثال، قد يكون من السهل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل والالتهاب الرئوي من قبل الأشخاص الذين لديهم طفرات في الجهاز المناعي.

عادات الأكل: يمكن أن تتفاقم مجموعة متنوعة من المشكلات الجسدية وقضايا الصحة البدنية بسبب عادات الأكل غير الصحية. السمنة وزيادة الوزن، والتي تعد من عوامل الخطر الرئيسية لمجموعة متنوعة من الأمراض المزمنة، يمكن أن تكون ناجمة عن عادات الأكل السيئة مثل تناول نظام غذائي غني بالدهون المشبعة والمتحولة، والأطعمة المصنعة، والسكريات المضافة.

خلاصة:

لقد تناول الباحث في هذا المبحث مشكلتين من المشاكل الأكثر انتشاراً في مختلف المجتمعات العالمية ألا وهي المشكلات النفسية والجسدية حيث حاول في هذا الفصل إزالة الغموض الحاصل حول مفهوم المشكلات النفسية والجسدية كظاهرة إنسانية، متعددة الأبعاد لها مظاهرها الخاصة وذلك على عكس المفهوم الشائع بين أغلبية الناس بالنظر إلى تشعب هذا المفهوم ومحدودية استخدامه لديهم، وخلص الباحث من خلال ما تم تناوله إلى النقاط التالية:

- إن نسبة زيادة الشعور بالمشكلات النفسية والجسدية يعكس جانباً مهماً يفنقده إليه الفرد هو الشعور بعدم الانتماء والولاء وانعدام مغزى الحياة، فلم يعد لدى الفرد المعاق دافعاً لكي يعيش حياته فكل أهدافه وطموحاته متوقعة عند حد معين.

- أن المشكلات النفسية والجسدية ظاهرة إنسانية عامة، تحمل في طياتها الجانب الإيجابي والجانب السلبي شائعة في كثير من المجتمعات، وقد يعيشها الإنسان ويكابدها بصفاتها جزءاً من حياته ومكوناً من مكوناته النفسية والاجتماعية.

- أن المشكلات النفسية والجسدية هي ظاهرة متعددة الأبعاد تزداد حدتها ومجال انتشارها كلما توفرت العوامل والأسباب المهيأة لها.

- أن المشكلات النفسية والجسدية من بين الأمراض الأكثر شيوعاً والأكثر خطورة، وهذا دفع العديد من العلماء والأطباء في هذا المجال إلى البحث في خلفيتها من حيث مفهومها وأصنافها وانتشارها وأسبابها وأعراضها وأنواعها وعلاجها وكيفية التعامل معها ومن ثم الخروج بنظريات عديدة تشرح طبيعته وأصوله، ومن هنا يتضح أن المشكلات النفسية تؤثر على مختلف جوانب الحياة من الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية.

- ظاهرة المشكلات النفسية والجسدية من أخطر الظواهر التي تهدد حياة وامن الإنسان خاصة في هذا العصر

في الأخير نستخلص أن الدارس للمشكلات النفسية والجسدية ومظاهرها الكثيرة والمتعددة، بنظرة موضوعية يكتشف مدى بروز هذه الظاهرة بين المجتمعات الحديثة دون تمييز بينها، وكذلك المجالات الكثيرة التي اخترقتها.

الفصل الرابع

محتويات الفصل

- تمهيد.

- 1-الإعاقة بالمنظور الإقليمي والدولي.
- 2-حجم الإعاقة في الوطن العربي.
- 3-تربية المعوقين في الجمهورية الجزائرية ورعايتهم.
- 4-ضخامة عدد المعوقين في الجزائر.
- 5-أهداف الرعاية المثلى للمعاقين.
- 6-المشكلات الناتجة عن الإعاقة.
- 7-ماهية الإعاقة.
- 8-تعريف الإعاقة.
- 9-تصنيف الإعاقة.
- 10- مفهوم المعوق أو المعاق.
- 11- تعريف الإعاقة الحركية.
- 12- أسباب الإعاقة الحركية.
- 13- نسبة حدوث الإعاقة الحركية.
- 14- الوقاية من الإعاقة الحركية.
- 15- احتياجات المعوقين حركيا.
- 16- تقسيم الإعاقة الحركية.
- 17- دور المنظمات والهيئات العالمية في رعاية المعوقين حركيا.
- 18- تاريخ كرة السلة بالكراسي المتحركة.
- 19- هيكل وأهداف الاتحاد الدولي لكرة السلة.

- الخلاصة.

تمهيد:

مع تطور الحضارة وانفتاح المجتمعات وتوسع أفاق بنائها، توسع الاهتمام بالمعاقين وتطورت طرق التخفيف من معاناتهم لتقريبهم من حياة الأصحاء، و يعتبر ميدان الإعاقة احد الميادين الحديثة التي لاقت اهتماما متزايدا من قبل المختصين والعاملين في هذا المجال، وقد شهد تطور هذا الميدان انطلاقة قوية وسريعة نتيجة لعوامل ومتغيرات اجتماعية كثيرة منها عوامل أخلاقية وإنسانية ونفسية، فالإعاقة ظاهرة إنسانية عايشة الإنسان منذ بدأ الخليقة فهي ظاهرة اجتماعية من الممكن إن تكون صناعة المجتمع، وهي تجعل الإنسان المعاق مضطربا نفسيا وجسديا وذلك ما يزيد من تدهور حالته فيكتسب مع الزمن سمات كالحزن، والشعور بالنقص وذلك لاختلافه عن غيره داخل الوسط الذي يعيش فيه، ومن بين هذه الإعاقة نجد فئة المعاقين حركيا الذين كانوا قديما يعانون من مشاكل نفسية ومن النبذ الاجتماعي والعزلة لأنهم يشكلون عبئا على المجتمع، وهذه المشاكل النفسية لا بد لها من حلول ومن بين هذه الحلول ممارسة مختلف الأنشطة الرياضية التأهيلية والترفيهية.

ومن هنا سوف يتطرق الباحث في هذا الفصل إلى المعوقين في العالم والوطن العربي والجزائر بشكل عام، والإعاقة الحركية بشكل خاص باعتبارها موضوع البحث، أو العينة التي نهدف لدراستها، من خلال دراسة مفهوما، أسبابها، أنواعها، الوقاية منها، وكل ما يتعلق بالإعاقة الحركية.

1 - الإعاقة بالمنظور الإقليمي والدولي:

الإعاقة ظاهرة عالمية، فهي قائمة بوجود الحياة على الأرض، وتشير التقديرات العالمية إلى أن ما يقارب 600 مليون شخص في العالم أو 10% من مجموع السكان هم بحاجة إلى نوع ما من المساعدة التأهيلية الخاصة، لأسباب ترتبط بتدني قدراتهم العقلية أو الحسية أو الجسدية ويتزايد هذا التقدير مع النمو في عدد السكان، إذ تشير التقديرات إلى أن عدد سكان العالم سيصل إلى تسعة مليارات شخص بحلول سنة 2025م، ويعني ذلك بلغة الأرقام أن أعداد المعوقين في العالم ستصل إلى نحو 900 مليون شخص خلال هذه الفترة، ما لم تتخذ الإجراءات الكفيلة بالحد من تفاقم هذه المشكلة المتنامية، من خلال تضافر الجهود الدولية والإقليمية والوطنية والمحلية في هذا الميدان.

تتصف مشكلة الإعاقة بتعدد أبعادها، فهي لا تتحدد بأعداد الأشخاص المعوقين فقط، بل بذلك التأثير السلبي الذي يتركه وجود الشخص المعوق في حياة الأسرة والمجتمع، ويشير تقدير صادر عن منظمة الصحة العالمية في منتصف السبعينات حول الواقع العالمي للإعاقة، أن ما نسبة 80% من الأشخاص المعوقين يعيشون في المناطق الريفية من الدول النامية ذات الاقتصاديات المتدنية، وفي بيئات تفتقر إلى الحد الأدنى من الخدمات الأساسية، وتتفاقم المشكلة في المناطق الريفية التي تفتقر للخدمات الأساسية كالصحة والتعليم وتدني الموارد وانعدام التسهيلات الخاصة بتأهيل الأشخاص المعوقين (داود، 2006، ص. 35-36).

بناء على معطيات التقييم العالمي لمشكلة الإعاقة، في منتصف سبعينيات القرن الماضي، تتأدى المجتمع الدولي، ممثلاً بهيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة، إلى ضرورة العمل على مواجهة هذه المشكلة المتنامية، حيث أعلنت سنة 1998م " السنة الدولية للأشخاص المعوقين" تحت شعار " المشاركة العاملة والمساواة" وقد شهدت تلك السنة العديد من النشاطات الدولية والإقليمية والوطنية، وأبرزت العديد من التوصيات والمقترحات لتحسين الخدمات وتنظيمها في مواجهة هذه المشكلة المتفاقمة.

إلا أن الاستعراض الشامل لتلك النشاطات والانجازات والتوصيات بين أنها لم تكن تفي بالأهداف التي وضعتها السنة الدولية للأشخاص المعوقين، وتبين أن تحقيق هذه الأهداف يحتاج إلى فترة زمنية أطول من مجرد سنة واحدة، وعليه فقد أعلنت الفترة 1983 - 1992، " العقد الدولي للأشخاص المعوقين"، حيث تبنى المجتمع الدولي " برنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص المعوقين" كوثيقة موجهة للنشاطات الدولية والحكومية، وذلك لتحقيق مجموعة من المبادئ الهادفة إلى تحسين واقع الإعاقة، وتهيئة الظروف التي تحقق الحد الأدنى من الكرامة الإنسانية لهذه الشريحة في مجتمعها وتأكيد الحقوق العامة والخاصة للأشخاص المعوقين في مجتمع لا بد أن يكون مجتمع الجميع، وبما يخفف من تفاقم هذه المشكلة وتأثيرها على برامج التنمية الوطنية والاقتصادية والاجتماعية (داود، 2006، ص. 37).

شهدت فترة العقد الدولي، العديد من النشاطات على المستويات الدولية والإقليمية والوطنية، وصدرت العديد من التوصيات والقرارات وكان اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثامنة

والأربعين وثيقة " القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين " من خلال قرارها رقم (96/48) بتاريخ 20 كانون الأول/ ديسمبر 1993، تتويجا لنشاطات هذا العقد، تلك الوثيقة التي تمثل خلاصة التجارب المكتسبة خلال عقد الأمم المتحدة للمعوقين، رسخت قواعد عرفية تعكس الشرعية الدولية في مجال حقوق الإنسان والمعاهد والاتفاقيات الدولية في مجال المرأة والطفل وغيرها من الوثائق الدولية، وبحيث يكون تطبيق هذه القواعد يعكس التزاما بكافة المواثيق الدولية (داود، 2006، ص.37-38).

2- حجم الإعاقة في الوطن العربي:

على الرغم من انه لا توجد إحصاءات دقيقة عن حجم الإعاقة والمعوقين في الوطن العربي لأسباب كثيرة قد يكون من بينها:
-الإحجام عن التصريح بالإعاقة.

-عدم اطلاع جامعي الإحصاء على مشاكل الإعاقة، ولكن جميع الظروف الثقافية والاجتماعية والاقتصادية تؤكد أن نسبة المعوقين في الوطن العربي عالية جدا فإذا أخذنا بأكثر النسب تواضعا وهي نسبة 10 % التي قدرته منظمة الصحة العالمية وبكل تأكيد أن عدد المعوقين ككل وعدد منهم في سن الطفولة والشباب في الوطن العربي قد زاد خلال السنوات الماضية عن التقديرات السابقة تبعا للزيادة السكانية العامة في الوطن العربي في تلك الفترة (سلامة والبطراوي، 2013، ص.103-104).

3 - تربية المعوقين في الجمهورية الجزائرية ورعايتهم:

اهتمت التشريعات في الجمهورية الجزائرية برعاية المعوقين، فقد صدر القانون رقم 02 - 09 في مايو 2002م المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وقد تناول الجوانب التالية:

3-1 - حماية المعوقين في الجمهورية الجزائرية:

اهتمت التشريعات في الجمهورية الجزائرية بحماية المعاقين، فقد وضحت المادة الأولى أن الهدف من القانون هو تعريف الأشخاص المعوقين وتحديد المبادئ والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم، ووضحت المادة الثانية من القانون أن حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون تشمل كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر وراثية أو خلقية أو مكتسبة تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية - الحسية وتحدد هذه الإعاقات حسب طبيعتها ودرجتها عن طريق التنظيم (عبد الرسول محمد، 2015، ص.323).

3-2 - أهداف حماية المعوقين في الجزائر:

لقد وضحت المادة 3 من القانون أهداف حماية المعوقين حيث نصت على: تهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى:

- الكشف المبكر للإعاقة والوقاية منها ومن مضاعفاتها.
- ضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكييف.

- ضمان الأجهزة الاصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية الضرورية لفائدة الأشخاص المعوقين، وكذا الأجهزة والوسائل المكيفة مع الإعاقة وضمن استبدالها عند الحاجة.
 - ضمان تعليم إجباري وتكوين مهني للأطفال والمراهقين المعوقين.
 - ضمان إدماج الأشخاص المعوقين واندماجهم على الصعيدين الاجتماعي والمهني لاسيما توفير عمل لهم.
 - ضمان الحد الأدنى من الدخل.
 - توفير الشروط التي تسمح للأشخاص المعوقين بالمساهمة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية.
 - توفير الشروط التي تسمح بترقية الأشخاص المعوقين وتفتح شخصيتهم، لاسيما المتصلة بالرياضة والترفيه والتكيف مع المحيط.
 - تشجيع الحركة الجموعية ذات الطابع الإنساني والاجتماعي في مجال حماية المعوقين وترقيتهم.
- ويجب أن تتم حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وتطوير استقلاليتهم في إطار حياة عادية (عبد الرسول محمد، 2015، ص.323 - 324).

4-ضخامة عدد المعوقين في الجزائر:

إذا كانت وثائق الأمم المتحدة تشير إلى أن عدد المعوقين في كل مجتمع يتراوح ما بين 10% إلى 15% من جملة عدد السكان، فإن عددهم في الجزائر ما يفوق هذه النسبة التي تشير إليها وثائق الأمم المتحدة بسبب حرب التحرير الطويلة (1954) - (1962) التي خاضها الشعب الجزائري بجميع فئاته الاجتماعية ونتاج عنها ضحايا كثيرون ما بين معطوبين ومكفوفين، ومصابين بأمراض عقلية، أو نفسية بالإضافة إلى من أصيبوا بعاهة الصم أو البكم أو هما معا، زيادة عن أصيبوا بحروق وتشوهات نتيجة لانفجار قنابل النابالم التي كان العدو يطلقها على المجاهدين مما نتج عنه عاهات دائمة بالنسبة لعدد كبير من أبناء الجزائر.

ومن هنا وجدة الجزائر نفسها بعد الاستقلال تواجه مشاكل اجتماعية، ونفسية، وصحية عصبية بالنسب لعدد كبير من المواطنين سواء من كانوا هم في صفوف جيش التحرير الوطني أو من عامة الشعب الذين كانوا يحتضنون الثورة ورجالها و يحمونهم بالنفس والنفيس.

ورغم الجهود الضخمة والهائلة التي تبذلها البلاد في ميدان رعاية المعوقين على اختلاف أصنافهم فلا يزال أمامها الشيء الكثير لفعله في هذا الميدان (تركي، 1982، ص.116-117).

5 - أهداف الرعاية المثلى للمعاقين:

يرتجى من الرعاية المثلى للمعاقين أن تحقق الأهداف الآتية:

- 1-زيادة وعي المجتمع وأفراده بوجود المعاقين و احتياجاتهم وإمكانياتهم.
- 2-إنه يمكن المعاقين من العيش بطريقة طبيعية على قدر الإمكان.
- 3-أن يشارك المعاقين ويندمجوا في حياة المجتمع.

- 4- أن تتاح للمعاقين وسائل العيش غير معتمدين على غيرهم.
- 5- أن يبسر للمعاقين الإقامة في مساكن تخصصهم، أو في غيرها من أماكن الإيواء التي يوفرها المجتمع.
- 6- أن يقدم العون للمعاقين داخل مجموعاتهم الاجتماعية عن تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية، بدلا من رعايتهم في مؤسسات منفصلة، كلما أمكن ذلك.
- 7- إزالة التفرقة والتمييز الاجتماعي ضد المعاقين بالعمل على تغيير مواقف الناس إزاء الإعاقة، وهي مواقف يرجع غالبها إلى الخجل وسوء الفهم.
- 8- إزالة الحوائل التي تمنع أو تنفر المعاقين من الاندماج والمشاركة في أنشطة المجتمع.
- 9- العمل على منع الإعاقة بمحاربة أسبابها والظروف المؤدية لها (عبيد، 2011، ص. 18-19).
- 6 - المشكلات الناتجة عن الإعاقة:**

إن المعاق يتعرض لمجموعة من المشكلات الناتجة عن إصابته يمكن أن نجملها فيما يلي: (عبيد، 2011، ص. 89-90-91).

6-1 - المشكلات الاقتصادية: تتسبب الإعاقة في كثير من المشاكل الاقتصادية التي تدفع المعاق إلى مقاومة العلاج أو تكون سببا في انتكاس المرض ومنها:

أ- تحمل الكثير من نفقات العلاج.

ب- انقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعاق هو العائل الوحيد للأسرة، حيث أن الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها.

ج قد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج.

6 - 2 - المشكلات الاجتماعية:

أ- **المشكلات الأسرية:** إن إعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت، حيث أن الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن. ووضع المعاق في أسرته يحيط بعلاقاتها قدر من الاضطراب طالما كانت إعاقة تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي بالكامل.

ب- **المشكلات الترويحية:** أن العاهة تؤثر في قدرة المعاق الاستمتاع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده.

ج- **مشكلات الصداقة:** إن عدم شعور المعاق بالمساواة مع زملائه وأصدقائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم، يؤدي إلى استجابات سلبية لينكمش المعاق على نفسه وينسحب من هذه الصداقات.

د- **مشكلات العمل:** قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعاق لعمله أو تغيير دوره ليتناسب مع وضعه الجديد فضلا على المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه.

6 - 3 - المشكلات التعليمية:

أ- عدم توفر مدارس خاصة وكافية للمعاقين على اختلاف أنواعهم.

ب- الآثار النفسية السلبية لإلحاق الطفل المعاق بالمدارس العادية.

ج- تؤثر بعض العاهات في قدرة المعاق على استيعاب الدروس.

د- بعض حالات الإعاقة كالمقعدين والمكفوفين تتطلب اعتبارات خاصة لضمان سلامتهم خلال توجيههم أو تواجدهم بالمدرسة.

6 - 4 - المشكلات النفسية:

أ- الشعور الزائد بالنقص، مما يعوق تكيفه الاجتماعي.

ب الشعور الزائد بالعجز، مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة.

ج- عدم الشعور بالأمن، مما يولد لديه القلق والخوف من الجهول.

د- عدم الاتزان الانفعالي، مما يولد مخاوف وهمية مبالغ فيها.

6 - 5 - المشكلات الطبية

أ- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.

ب- طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض وتكاليف هذا العلاج كأمراض الوزن والقلب والسكر.

ج- عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعاقين بمستشفيات خاصة تراعي ظروفهم و مشكلاتهم.

د- عدم توفر المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي وخاصة في المحافظات مع عدم توفر الفنيين والأجهزة الطبية لهذا العلاج.

7- ماهية الإعاقة:

7-1- الإعاقة لغة:

لفظ الإعاقة مشتق من الفعل العربي عاق، عوق، عاقه عن الشيء يعوقه عوقاً، أي صرفه وحبسه وعطله، وعاقه عن الشيء: منعه منه وشغله عنه.

ومن ثم فالإعاقة هي المنع عن شيء ما، والحبس عن أداءه، وهو لفظياً مشتقاً من الإعاقة أي التأخير أو التعويق (بن عيسى، 2018، ص28-29).

ويشير المصباح المنير إلى الإعاقة بقوله (عاقه) عوقاً من باب قال وإعاقه وعوقه بمعنى (منعه) فالإعاقة المنع ويقول المنجد في اللغة والإعلام في شرح مادة (عوق) عاق عوقاً وعوق وأعاق إعاقه وإعطاق اعتياقاً وعوقه عن كذا أي صرفه وثبطه وأخره عنه، يقال أعوق بي الزاد أو الدابة إعواقاً أي عجزت عن السفر، وتعوق تثبط وتأخر، وتعوق فلان أي صرفه، ومنه عوائق الدهر أو شواغله، والعائق هو العقبة ويعوق بشكل أو يضع عائقاً (العيسوي، 1997، ص.42).

7-2- اصطلاحاً: فهي لفظ اشتق من الإعاقة أو التأخير أو التعويق بمعنى نقص التكوين وتكبير اليدين كما يطلق مصطلح المعوق على من تعوقه قدراته الخاصة على النمو السوي إلا بمساعدة خاصة أي ك شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولته عمله، أو القيام بعمل آخر أو الاستقرار فيه، أو نقصت قدراته على ذلك نتيجة قصور عضوي أو عقلي أو حسي أو نتيجة لعجز خلقي منذ الولادة (بن عيسى، 2018، ص29).

8- تعريف الإعاقة:

تعد الإعاقة سببا رئيسيا لعدم التكيف مع الواقع والمجتمع بما تسببه من أزمات نفسية واجتماعية داخل محيط الأسرة أو عند مقارنته بأقرانه (القمش، 2013، ص19).

وقد عرف عبد الرحمن الخطيب الإعاقة بأنها: خلل اضطراب يصيب إحدى مكونات الفرد العقلية أو النفسية أو الصحية (الجسمية) والاجتماعية، فلا يقوى على التوافق مع نفسه أو مع الآخرين (عبد الرحيم الخطيب، 2006، ص. 12).

وقد قامت (منظمة الصحة العالمية 1981م) بتعريف الإعاقة على أنها حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، المرتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية (القرشي، 2013، ص.25).

وقد عرفها سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم الإعاقة بأنها: مصطلح يستخدم عادة للإشارة إلى المشكلات في التعليم أو السلوك الاجتماعي ولذلك نقول (اضطراب لغوي أو اضطراب تعليمي) (يوسف إبراهيم، 2010، ص.19).

والإعاقة - حسب تعريف بعض العلماء لها - هي مجرد قصور أو نقص في الوظيفة، سواء كانت الإعاقة في ناحية الأبصار أو السمع أو في مجال الحركة والإحساس وغير ذلك.....(كمال، 2007، ص.41).

فمفهوم الإعاقة إذن هو:

عدم تمكن الفرد الحصول على الاكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة لي إعالة الآخرين وبالتالي إلى تربية خاصة تغلبه على إعاقته (عبد المجيد، 2014، ص.47).

9 - تصنيف الإعاقة:

تصنف الإعاقة حسب نوعها والطبيعة الغالبة عليها إلى الفئات الآتية:

أ-إعاقة جسمية تتصل بالجسم وما به من أجهزة مختلفة ويدخل تحت هذه الفئة أو الفصيلة جميع الإعاقات السمعية والمخية والعضلية والوعائية والغددية والهضمية...وما إلى ذلك.

ب- إعاقات الحواس العليا التي يدخل تحتها فقدان البصر أو ضعفه وفقدان السمع أو ضعفه.

ج- إعاقات عقلية ترتبط أساسا بضعف القدرات العقلية ويدخل تحتها التخلف العقلي بدرجاته المختلفة.

د- إعاقات تتعلق بالقدرة الكلامية واللغوية ويدخل تحتها عيوب النطق والكلام والتخاطب واضطرابات القراءة والكتابة.

هـ- إعاقات نفسية انفعالية ويدخل تحتها جميع الأمراض والاضطرابات النفسية والمظاهر الدالة على سو التكيف النفسي.

و- إعاقات اجتماعية ترتبط باضطرابات علاقات الفرد ببقية أفراد وجماعات مجتمعه، يدخل تحت ذلك اعتبار الإجرام إدمان الخمر والمخدرات وما إلى ذلك.

ز- إعاقة متعددة الجوانب (مروان عبد المجيد، 2014، ص.55-56).

10- مفهوم المعوق أو المعاق:

المعوق: هو الشخص الذي لديه عيب ينتج عنه عاهة أو يتسبب في عدم قيام العضلات أو العظام والمفاصل بوظيفتها العادية، وتكون هذه الحالة إما خلقية أو ناتجة عن مرض، أو حادثة وتزداد خطورتها بسبب الجهل أو الإهمال أو المرض (العوامل، 2003، ص.27).

المعاق: هو مصطلح يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوي إلا بمساعدة خاصة، وهو لفظياً مشتق من الإعاقة أي التأخير أو التعويق (مروان عبد المجيد، 2002، ص.12).

تعرف مريم حنا وآخرون (1979: 109) الشخص المعاق بأنه ذلك الشخص الذي تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوي أو الطبيعي والحياة بصورة طبيعية كغيره من الناس إلا بمساعدة خارجية (ماهر و آدم، 2005، ص.17).

وهناك تعريف آخر يتصف بالشمولية وهو:

"المعاق هو كل من يعاني من نقص دائم يعيقه عن العمل كلياً أو جزئياً في المجتمع أو عن أحدهما فقط، سواء أكان النقص في القدرة العقلية أو النفسية أو الحسية أو الجسدية، وسواء أكان خلقياً أو مكتسباً" ونرى أن هذا التعريف شامل ويحتوي جميع حالات الإعاقة بجميع درجاتها (مروان عبد المجيد، 2002، ص.12).

ويعرف المعوق بأنه:

كما عرفه مؤتمر السلام العالمي والتأهيل المهني بأنه «كل شخص يختلف عن يطلق عليه لفظ سوي أو عادي جسمياً أو حسياً أو عقلياً أو نفسياً أو اجتماعياً إلى الحد الذي يتوجب معه عمليات تأهيلية حتى يحقق أقصى قدر ممكن من التوافق تسمح به قدراته المتبقية (بن عيسى، 2018، ص.31).

توجد عديد من المفاهيم التي لا تخرج في مجموعها عن المعنى الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1975 عن المعوق بأنه: "كل شخص لا يستطيع تأمين حاجاته الأساسية بشكل كامل، أو جزئي، أو حياته الاجتماعية كنتيجة لعاهة خلقية أو غير ذلك، تؤثر في أهليته الجسمية أو العقلية (رشاد، 2008، ص.24).

11 - تعريف الإعاقة الحركية:

إن ميزة الكائن الحي هي الحركة، والمعبر الحقيقي عن الحركة هو الجسم يحدث أحياناً أنه يمنع أو يعيق هذه الحركة مانعاً أو مانعاً، وقد يكون الجسم هو السبب في هذه الإعاقة الحركية، ويمكن أن نعرف الإعاقة الحركية، بأنها عائق جسدي يمنع الفرد من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معاً في الأطراف السفلى

أو العليا مصحوبة باختلاف في التوازن الحركي، ويحتاج الفرد المصاب بها إلى برامج نفسية وطبية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته على تحقيق أهدافه في الحياة (فرج و نعيم، 2008، ص.16).

ويعرفها مصطفى العبسي أن الإعاقة الحركية تسير إلى اضطرابات شديدة عصبية أو عضلية عظمية أو أمراض مزمنة تفرض قيودا وظيفية على إمكانية تعلم الطفل (العبسي، 2010، ص.21).

هي الإعاقة التي يعاني صاحبها من العجز البدني نتيجة وراثية أو إصابة أو مرض، تحد من حركته ونشاطه بسبب هذا الخلل الحادث له، وبالتالي تؤثر عليه بشكل أو بآخر في مختلف أوجه الحياة وتقعده عن التكيف مع مجتمعه (رياض وناهد، 2001، ص.21).

كما تعني الإعاقة الجسدية حالة ضعف عصبي أو عظمي أو عضلي أو حالة مرضية مزمنة تتطلب إجراء تعديلات على المنهج المدرسي وأساليب التدريس وربما المبنى المدرسي لكي يصبح بمقدور الشخص الاستفادة من البرامج التعليمية أو إجراء تعديلات على بيئة العمل (رشاد، 2008، ص.219).

12 - أسباب الإعاقة الحركية:

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة الحركية إسنادا على تعريفاتها لعاملين رئيسيين يتمثلان في العيوب الخلقية الوراثية والى عوامل مكتسبة مستمدة من البيئة التي يعيش فيها الفرد والتي تسبب له الإصابات الجسمية المختلفة ويجدر الإشارة انه ليست جميع الأسباب تؤدي الى مثل هذه الإعاقة تماما (العزه، 2000، ص.48).

ومن أهم أسباب حدوث هذه الإعاقة ما يلي:

- 1- نقص الأكسجين anoxia عن دماغ الطفل سواء في مرحلة من قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها الأمر الذي يسبب تلفا في دماغ الطفل بحيث يؤثر هذا التلف على المراكز العصبية الخاصة بالحركة.
- 2- عوامل وراثية Genetic لها علاقة بخلل كروموسومي ينتقل من الآباء إلى الأبناء إما بشكل متحي أو سائد بحيث يحدث هذا الخلل إعاقة جسدية لدى الطفل المولود حديثا.
- 3- اختلاف دم أم الطفل عن دم الطفل أي اختلاف في العامل الريزي سي factor RH.
- 4- تعرض الأم الحامل للإصابة بالأمراض المعدية كالحصبة الألمانية وغيرها من الأمراض التي تؤثر على صحة الأم الحامل.
- 5- تعرض الأطفال أنفسهم لأمراض التهاب السحايا والالتهابات المخية التي تحدث تلفا في خلايا الدماغ أو القشرة الدماغية.
- 6- تناول الأم الحامل للأدوية الممنوع أثناء الحمل والتي تسبب تشوهات خلقية جسمية.
- 7- إصابة الأم بأمراض تسمم الحمل، ارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة البروتون في جسمها إصابتها بأمراض القلب.
- 8- تعرض الأم الحامل لعوامل سوء التغذية وتعاط الكحول والتدخين وتعرضها للأشعة السينية.
- 9- ولادة أطفال الخداج Immaturity التي تعني عدم اكتمال نمو الطفل وولادته قبل الأوان.

10-الإصابات المختلفة الناتجة عن السقوط وعن الحوادث البيئية المختلفة (العزه، 2000، ص.48-49).

11-تعدد الإنجاب.

12- زواج الأقارب.

13- كبر سن المرأة عند الزواج.

14- الحالة النفسية.

15- تعرض الأم إلى الأشعة الاعتيادية (فرج ونعيم، 2008، ص.18).

16-الالتهابات وتشمل التهابات أغشية السحايا والتهابات الدماغ وغير ذلك

17- الاضطرابات التسممية التي تنتج عن تناول العقاقير بطريقة غير مناسبة أو

تناول المواد السامة مثل الرصاص والزرنيق، أو استنشاق الغازات السامة مثل أو

لأكسيد الكربون (الخطيب، 2003، ص. 19-20).

13 - نسبة حدوث الإعاقة الحركية:

ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقة الجسمية في مجتمع ما نتيجة تباين الإعاقات الجسمية والتعريفات المستخدمة لتحديدها، ويشير بعض الباحثين إلى أن النسبة العالمية لانتشار الإعاقات الجسمية تقدر بحوالي (5%) من عدد السكان، ويلاحظ بعض المؤلفين الباحثين زيادة نسبة الإعاقة الحركية بلا من انخفاضها، وتعزي الزيادة إلى عوامل متلفة أهمها تطور وتقدم الخدمات الطبية مما أدبإلى وجود مناخ طبي أفضل للمحافظة على حياة المصابين، وهذه الخدمات الطبية كانت نادرة او غير متوفرة في الماضي كما هو حالها في الحاضر (رشاد، 2008، ص.221).

تختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع لآخر تبعا للعديد من العوامل التي لها علاقة بالوراثة والوعي الصحي والثقافي والإرشادي وبالمعايير المستخدمة في تعريف كل شكل من أشكال هذه الإعاقة بالإضافة الى العوامل المكتسبة التي تتمثل في حدوث الإصابات الناتجة عن إصابات العمل وحوادث السير والحروب والكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين ففي أمريكا تقدر بحوالي 0.5% حسب إحصاء 1975م (العزه، 2000، ص.52).

وتجدر الإشارة إلى انه على الرغم من التقدم الطبي والتقني وإسهامه بالوقاية ومعالجة العديد من هذه الاضطرابات، إلى أن نسبة هذه الفئة قد زادت في الآونة الأخيرة بسبب تحسين وسائل التعرف والكشف عليها، ووعي الأسر في البحث عن الخدمات اللائمه لهم، وبذلك فان التقدم الطبي والتقني لم يخل من بعض الآثار السلبية على ميدان التربية الخاصة، فاستخدام الأجهزة الطبية الحديثة في الولادة يؤدي أحيانا إلى إصابة بعض الأطفال أثناء الولادة، ثم انه بسبب التقدم الطبي والمعالجة الصحية المتطورة، فان نسبة الوفيات بين هذه الإعاقات - والتي تعتبر حالات شديد ميؤوس منها - قد قلت مم زاد من نسبة المعاقين حركيا (عبيد، 2014، ص. 18).

14 - الوقاية من الإعاقة الحركية:

تعرف الوقاية بأنها: عملية التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والتخفيف من أثرها إذا وقعت، وقد يتضمن برنامج الوقاية كخطوة أولى هي الوقاية الأولية primary prevention وهي جملة الإجراءات التي يتم تنفيذها قبل عملية الزواج وبالتالي قبل حدوث المرض وهذا بالتالي يؤدي إلى تقليل نسبة انتشار الإعاقة الحركية (العوامل، 2003، ص.31).

وحتى يتم برنامج الوقاية من الإعاقة الحركية لابد من القيام بما يلي:

1- توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد المعني من حيث: أهدافه وأساليبه والجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة إلى الأسر التي أنجبت معوقين في الماضي، لتحديد ما إذا كانت الإعاقة وراثية أم بيئية.

2- نوعية الشباب قبل الزواج بأسباب الخطر الرئيسي للإعاقة الحركية الناتجة عن الوراثة أو الفحص المسبق قبل الزواج.

3- الوقاية من الحوادث والمحافظة على سلامة الأطفال سواء في المنازل أو في المراكز التي تعني بهم مثل: الحضانات ورياض الأطفال.

4- التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلامة كلا الزوجين، وخلوه من حالات الإعاقة الحركية قبل أن يقرر الإنجاب.

5- الامتناع عن الإجهاد المفرط باستعمال الأدوية والطرق الشعبية.

6- يقل تلقيح الأم ضد الحصبة الألمانية، بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.

7- الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كلياً.

8- على الأم الحامل، أن تتجنب التعرض لأشعة اكس، خلال فترة الحمل إذ قد يترتب على ذلك إعاقة الجنين.

9- تجنب الأدوية مهما كانت الظروف إلا بأمر وإشراف الطبيب (عبيد، 2014، ص.25).

10- إجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال فالمتابعة الصحية قد تحول دون حدوث حالات إعاقة محتملة.

11- توعية المجتمع بمخاطر تناول العقاقير دون وصفة طبية (الصفدي، 2007، ص.32-33)

12- جوب حدوث الولادة في مستشفى خاص وتحت إشراف طبيب مختص

13- تتب حدوث ولادة عسرة كان تكون الولادة في المنزل.

14- تجنب الأم للتسمم الولادي أثناء الحمل.

15- الكشف المبكر عن حالات الإصابة بالعجز الجسمي.

16- التدخل العلاجي والجراحي المبكر (العزه، 2000، ص.50-51).

15- احتياجات المعوقين حركيا:**15-1- احتياجات صحية وتوجيهية، تتمثل فيما يلي:**

أ- احتياجات بدنية مثل استعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية وهي تمثل كل الخدمات التي حسن الحالة الصحية للمعوق وتتضمن العلاج وأجهزة تعويضه، وتقويم الأعضاء، وأي مساعدات وتجهيزات أخرى تساعد المعوق على استعادة واكتساب استقلالته البدنية.

ب- احتياجات إرشادية مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وتنمية الشخصية.

ج- احتياجات تعليمية مثل أقسام فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار.

د- تدريبه مثل فتح مجالات التدريب تبعاً للمستوى المهاري (رشاد، 2008، ص.224).

15-2- احتياجات اجتماعية، تتمثل فيما يلي:

أ- دعم وتوثيق العلاقات والصلات ما بين المعوق وبين المجتمع مع التركيز على تعديل اتجاهات المجتمع نحو المعوق.

ب- تفرد في بعض الامتيازات المادية والتربوية والضريبية والجمركية وغيرها.

ج- توفير الأدوات والوسائل المتاحة لرفع مستوى التعليم والثقافة وإتاحة مجالات المعرفة له لتمكينه من اكتسابها.

د- توفير الجو الأسري الآمن للمعوق (العوامل، 2003، ص.41).

15-3- احتياجات مهنية، وتتمثل فيما يلي:

أ التوسع في فتح مكاتب ومراكز التأهيل المهني والاجتماعي.

ب- الاهتمام بإنشاء مشروع لتثقيف وتأهيل الطفل المعوق وخصوصاً الطفل صغير السن (رشاد، 2008، ص.224).

ج- التوجه المهني المبكر والاستمرار في عمليات التوجيه لأغراض تأهيلية.

د- تشريعية مثل إصدار القوانين والتشريعات سواء في مجال التعليم أو التشغيل أو غيرها (العوامل، 2003، ص.42).

16- تقسيم الإعاقة الحركية:

المعاقون حركيا وتنقسم هذه الفئة الى فئتين، هما:

-فئة البتر.

- فئة الشلل الدماغي.

16-1- مفهوم البتر: حالة من العجز يفقد الفرد فيها احد أطرافه، أو بعضها أو كلها إما بالجراحة أو

الحوادث أو خلقياً، نتيجة التكوين الجبلي الناقص، وهو نوع من الإعاقة المستحدثة والمرتبطة بالنقدم

الحضاري، واستخدام الميكنة أو الآلة في الوقت الحاضر وبعض أساليب العلاج (عبد الرحيم الخطيب، 2006، ص.80).

والشخص المصاب بالبتير هو ذلك الشخص الذي فقد أحد أطرافه أو أكثر أو حتى كلها، ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أدائه لأدواره الاجتماعية، ومن ثم توافقه الاجتماعي والنفسي في الأسرة والعمل والمجتمع، مما يتطلب تأهيله مهنيا واجتماعيا و نفسيا الاستعادة كل أو بعض توافقه مع نفسه ومع مجتمعه (الخطيب، 2006، ص.80-81).

وهو يعني إزالة أو غياب احد الأطراف أو جزء منها، وقد يكون البتر ولاديا (نتيجة عدم نمو طرف من الأطراف على النحو الطبيعي، ويحدث بفعل تناول الأم الحامل للعقاقير أو العوامل الغذائية) أو مكتسبا نتيجة للإصابات أو الأمراض (البواليز، 2000، ص.64).

16-1-1- إصابات البتور:

- أ- الفئة الأولى (A1) الإصابات التي تشمل بتر الطرفين السفليين فوق الركبة.
- ب- الفئة الثانية (A2) الإصابات التي تشمل بتر الطرف السفلي الأحادي فوق الركبة.
- ج- الفئة الثالثة (A3) الإصابات التي تشمل بتر الطرفين السفليين تحت الركبة.
- د- الفئة الرابعة (A4) الإصابات التي تشمل بتر الطرف السفلي الأحادي تحت الركبة.
- هـ- الفئة الخامسة (A5) بتر ذراع واحد فوق مفصل المرفق.
- و- الفئة السادسة (A6) بتر ذراع واحد أسفل مفصل المرفق.
- ز- الفئة السابعة (A7) بتر ذراع واحد أسفل مفصل المرفق.
- ح- الفئة الثامنة (A8) بتر فوق مفصل الكوع وأسفل مفصل المرفق.
- ط- الفئة التاسعة (A9) بتر فوق المرفق (فرج ونعيم، 2008، ص.27).

16-1-2- الأسباب المؤدية للبتير:

- 1- حوادث العمل وحوادث الصدمات وغيرها وتشكل حوالي 20% من حالات البتور.
- 2- عدم وصول كميات كافية من الدم إلى الأطراف السفلى وتشكل هذه نسبة حوالي 60% من حالات البتر وتظم هذه المجموعة عدة أمراض:
 - أ- تصاب الأوعية الدموية والشرايين.
 - ب- تضيق الأوعية الدموية والشرايين.
 - ج- أمراض السكري (الصفدي، 2007، ص.91).
- 3- التشوهات الخلقية بالأطراف وتشكل حوالي 6% من البتور.
- 4- فقد الإحساس أو الحركة بالعضو نتيجة إصابة العصب.
- 5- عدم التمكن النهائي من العلاج كالإصابة بالأورام الخبيثة أحيانا.
- 6- العوامل والتشوهات الخلقية عدم نمو أجزاء جسم (عبد المجيد، 2014، ص.194).

ويمكن تلخيص أسباب الإعاقة الحركية فيما يلي:

1- أسباب خلقية: ولد بها الطفل وتكون غالباً نتيجة لخلل ما في جهازه العصبي أو قصور في نمو أحد أعضاء الجسم.

2- أسباب نتيجة للإصابة: قد تكون (الإصابة نتيجة حادث معين) وإصابة الطفل بأحد الأمراض التي تسبب خللاً في الجهاز العصبي أو إصابة أحد الأوعية الدموية في المخ ويكون نتيجتها شللاً ما في جسم الطفل (شرف، 2001، ص.59).

16-1-3- مراحل تأهيل المريض بعد البتر:

- ما قبل البتر: على المريض محاولة تقوية عضلات اليدين والظهر والحوض قبل إجراء عملية البتر، حتى يستطيع الاعتماد على الطرف الآخر بشكل أكبر بعد عملية البتر.

- مراحل مقبل البتر: تدرس حالة المريض من جميع النواحي وبعد البتر مباشرة تبدأ عملي تأهيل المريض لاستعمال الطرف الاصطناعي ويبدأ المريض بالمشي مدة ساعة يومياً بواسطة جهاز معين حتى يتم شفاء الجرح تماماً.

- مرحلة وضع الجزء الاصطناعي: وتبدأ بعد شفاء الجرح تماماً وعودة الجزء المبتور بشكل مقبول وتزول الانتفاخات فيفصل له الطرف الاصطناعي مبدئياً ويبدأ باستعماله مباشرة ويتدرج على استعماله في قسم المعالجة الفيزيائية حتى يتدرج عليه جيداً وتتابع بعد ذلك (العوامل، 2003، ص.125).

- ضرورة منح المصاب بساق اصطناعي آخر وذلك لمساعدته في حالة كسر أو عطل في الساق الأولى (الصفدي، 2007، ص.93).

16-1-4- طرق العلاج:

1- رفع العضو المبتور لأعلى بعد الجراحة لمنع الورم وزيادة التجمع الدموي

2 - تنظيف الطرف المبتور وتهوية الجهاز التعويضي لمنع حدوث مشاكل الجلد.

3- التمرينات العلاجية لتحسين وظيفة العضو المبتور (مروان عبد المجيد، 2014، ص.196).

4- العمليات الجراحية أو العقاقير الطبية.

5- استبدال الأطراف الاصطناعية بالطرف أو الأطراف المصابة (العوامل، 2003، ص.125).

16 - 2 - مفهوم الشلل الدماغي:

الشلل الدماغي من الإعاقات النمائية أو الاضطرابات العصبية الحركية ويستخدم مصطلح الشلل الدماغي للإشارة إلى اضطرابات النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة من حياة الإنسان.

الشلل الدماغي: هو أي تغيير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية، ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة (البواليز، 2000، ص.39).

الشلل الدماغي: يحدث نتيجة لإصابة أو أكثر للجهاز العصبي المركزي، وهو خلل في الحركة أو القوام أو كليهما وهو غير مستقل، أيان الحالة مستقرة ولا تحدث لها مضاعفات وهو عبارة عن مجموعة

اختلالات في الحركة والقوام تزداد شدتها أو تقل وفقا لشدة العطب ومكانه في الدماغ (عبد المجيد، 2002، ص.26).

16 - 2 - 1 - أسباب الشلل الدماغي:

أولاً: أسباب ما قبل الولادة:

أ- تعرض الأم الحامل للالتهابات المختلفة.

ب- عدم توافق العامل الريزيبي: إذا كان العامل الريزيبي لدى الجنين موجبا ولدى الأم سالبا، فان دم الأم ينتج أجساما مضادة، وهذه الأجسام تحطم كريات الدم الحمراء لدى الجنين، وهذا بدوره يؤدي إلى أنيميا لدى الجنين، وارتفاع معدل (البيلريوبين) بسبب تكسر الهيموجلوبين، وهذه الحالة قد يصاحبها يرقان وربما تلف دماغي.

ج- الخداج: هو ذلك الطفل الذي تبلغ مدة الحمل فيه 40 أسبوعا أو يولد ووزنه اقل من 2500غم والخداج ينتج من عوامل عديدة، أما إصابات الأم بالتهابات الكلى أو المجاري البولية أو التدخين، وتشكل نسبة 30 % من حالات الشلل الدماغي (الخطيب، 2006، ص.90).

ثانياً: أسباب أثناء الولادة:

وفيما يلي عرض سريع لهذه الأسباب:

1-الرضوض والإصابات في أثناء الولادة أو النزيف، وهذه الأمور قد تنتج عن اتخاذ الطفل لوضع غير طبيعي داخل الرحم، مثل خروج رجلي الطفل أولاً بدلا من رأسه.

2 كذلك قد يحدث لدى الطفل تلف دماغي بسبب تعرض رأسه في أثناء عملية الولادة لضغط غير عادي مما قد يترتب عليه نزيف داخلي.

3 استخدام العقاقير المخدرة في عملية الولادة فذلك قد يؤثر على عملية التنفس لدى الطفل ويؤدي إلى نقص الأكسجين.

4 الاختناق وقد ينتج عن انسداد ميكانيكي في مجرى التنفس لدى الطفل.

5 نقص الأكسجين وقد يحدث في أثناء عملية الولادة لأسباب عديدة منها المشيمة قبل الموعد المناسب، ونزيف المشيمة والولادة غير الطبيعية (الخطيب، 2003، ص.18-19).

ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة:

1 إصابات الرأس: تنجم هذه الإصابات عن السقوط من أماكن مرتفعة، أو الحوادث المنزلية المختلفة، أو حوادث السيارات، أو تعرض الأطفال للعباب البدني العنيف.

2 الالتهابات: وتشمل التهابات أغشية السحايا والتهاب الدماغ وغير ذلك.

3 الاضطرابات التسممية: التي قد تنجم عن تناول العقاقير بطريقة غير مناسبة أو تناول المواد السامة مثل الرصاص أو الزئبق، أو استنشاق الغازات السامة مثل أو لأكسيد الكربون.

4 نقص الأكسجين: وقد يحدث نتيجة للغرق أو الاختناق وانخفاض مستوى السكر في الدم.

5 وأخيرا، قد يحدث لدى الطفل شلل دماغي بفعل تشوهات أو اضطرابات مرضية يصاب بها في كل مرحلة الطفولة مثل استسقاء الدماغ أو الأورام الدماغية (البواليز، 2000، ص.8-49).

16-2-2- تصنيف الشلل الدماغي:

هناك عدة تصنيفات للشلل الدماغي:

الشلل الدماغي التقلصي أو التشنجي spartic اكتشفه الدكتور Little في لندن عام 1961، ويظهر هذا المرض على الشكل التالي يفقد الطفل توازنه وتظهر حركات لا إرادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الإصابة.

الشلل التقلصي يعني وجود شد أو تقلص في العضلات، تقلص العضلات يجعل الحركات بطيئة وضعيفة، والتعليمات القادمة من الجزء المصاب في الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة أو غير الطبيعية لذا فان الطفل يجد صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الأوضاع وها يسبب فقدان أنواع مختلف من الحركات فهم دائما يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة وبالتدرج ممكن أن تتكون تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض، أو الركبتين، أو الأصابع أو القدمين (الصفدي، 2007، ص.33).

الشلل الدماغي الإلتوائي: Alhetosis يتصف الشلل الدماغي (أو الكنعاني كما يسميه البعض) بحركات إلتوائية غير منظمة، وغير هادفة في العضلات، خصوصا العضلات القريبة من مركز الجسم انم سوى التوتر العضلي يتغير باستمرار كما يتصف التغيير في التغيير العضلي بكونه مفاجئا ويظهر على هيئة حركات لا إرادية راقص في الأطراف

هذا ويصنف الشلل الدماغي الإلتوائي بنوعين رئيسيين هما: الشلل التوتري والشلل غير التوتري ويتصف النوع التوتري بوتري عضلي شديد، إلا أن هذا النوع من التوتر يختلف عن التوتر المصاحب للشلل الدماغي التشنجي، ففي الشلل التوتري تؤدي حركة الطرف بشكل متكرر إلى استرخائه في حين يؤدي ذلك الى التيبس في حالة الشلل الدماغي التشنجي.

أما بالنسبة للنوع غير التوتري فيتصف بحركات التوائه دون حدوث توت عضلي شديد وهذه الحركات أنواع عديدة، منها الحركات الدورانية والأوضاع الخاطئة، والحركات الراقصة (البواليز، 2000، ص.43-44).

الشلل الدماغي التقلصي (اللاتوازني): Alaxia ينتج عن إصابة المخيخ وهو الجزء المسؤول عن التوازن والتناسق فتكون حركات الطفل غير متوازنة ويسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة عدم القدرة على ضبط التوازن، ويؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين (العوامل، 2003، ص.60).

الشلل الدماغي الارتعاشي: Tremor من أعراضه ظهور أشكال مختلفة من الارتعاش الذي قد يكون شديد أو خفيفا أو ق يكون سريعا أو بطيئا، إلا إن الارتعاش يكون قاصرا على مجموعات معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحدة، ويكون لا إراديا تماما (العوامل، 2003، ص.60).

الشلل الدماغي التيبسي: Rigidty يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظرا لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، وتكون الإصابة رباعية، وقد يصاحبها صغر الرأس، تختلف عقلي شديد (أصفي، 2007، ص.35).

16-2-3- الوقاية من الشلل الدماغي:

تتم الوقاية من الشلل الدماغي على ثلاث مستويات هي:

المستوى الأول: تحاول البرامج الوقائية على هذا المستوى الحيلولة دون حدوث الضعف الجسدي، وتتمثل الإجراءات الوقائية فيما يلي:

- 1 الرعاية الصحية العامة للوالدين خصوصا الأم قبل الولادة وفي أثنائها.
- 2 حسين المستوى الغذائي ونوعيته للأطفال اليافعين.
- 3 التلقيح ضد الالتهابات البكتيرية والفيروسية المختلفة التي قد تنتهي بالتلف الدماغي.
- 4 لوقاية من نقص الأكسجين.
- 5 حماية الأم الحامل من الأمراض المعدية خصوصا الحصبة الألمانية.
- 6 الوقاية من التحسس المتصل بالعامل الريزيبي.
- 7 الانتباه إلى الحوض الضيق وإجراء عملية ولادة قيصرية.

المستوى الثاني: تهدف الإجراءات الوقائية على هذا المستوى إلى الحيلولة دون تحول الضعف الجسدي إلى عجز، ويتحقق ذلك بالحد من نتائج الضعف أو التعويض عنها لدى الأطفال الذين عانوا من صعوبات معينة في أثناء عملية الولادة والأطفال والخداج أيضا.

المستوى الثالث: تهدف الإجراءات الوقائية على هذا المستوى إلى الحد من القيود الوظيفية التي تنجم على حالة العجز وذلك للحيلولة دون حدوث الإعاقة، وتشمل هذه الإجراءات الإرشاد والتوجيه، والتربية الخاصة والتأهيل، وتعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع وتوفير فرص النمو الاجتماعي (الخطيب، 2003، ص.20-21).

17- دور المنظمات والهيئات العالمية في رعاية المعوقين حركيا:

لقد دلت إحصائيات صدرت عن منظمات متخصصة في الأمم المتحدة أن هناك واحد من بين عشرة أشخاص من سكان العالم مصابا بشكل أو بآخر بتعوق عقلي أو جسدي ويقدر عدد هؤلاء أكثر من 500 مليون شخص.

وقد ظهرت وتأسست العديد من المنظمات في البلدان مهمتها التعبير عن كفاح المعوقين في سبيل تحسين أوضاعهم والحصول على حقوقهم وقد استطاع المعوقون في تلك البلدان من التعبير عن وجهات نظرهم واحتياجاتهم في مختلف النواحي كما تقدم تلك المنظمات الحلول النموذجية التي تحل مشاكل المعوقين في العالم دون تحديد.

- ويلاحظ أن المنظمات والهيئات والاتحادات تتعاون في سبيل تذليل العقبات أمام هذه الفئة وتسهيل دمجهم في المجتمع، وقد سعت جميعها إلى تحقيق الأهداف العامة وهي:
- 1 زيادة الجهود على الصعيد الدولي للحد من سوء التغذية وقلة الغذاء لاسيما بين الأطفال.
 - 2 زادة الجهود في مجال قديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في جميع المجتمعات.
 - 3 العمل على توسيع برامج التحصين ضد الأمراض وخصوصا أمراض الطفولة والعمل على القضاء على شلل الأطفال.
 - 4 دعم الجهود التي تبذلها المنظمات العربية والدولية لإنشاء مراكز إقليمية لإعداد الكوادر الفنية المتخصصة على مختلف المستويات للعمل في مجال خدمات المعوقين.
 - 5 تخصيص يوم من كل عام ليكون يوما عربيا للمعوقين.
 - 6 التأكيد على دعم المؤسسات التي تعني برعاية المعوقين وتأهيلهم وتشغيلهم وتقديم المعونات المالية وإعداد الكوادر العاملة في خدمات المعوقين.
 - 7 العمل على تكوين الجمعيات والاتحادات الوطنية المتخصصة للمعوقين.
 - 8 مناشدة الدول العربية العمل على تقييم الدم المالي للإسهام في صندوق الأمم المتحدة الخاص بالمعوقين حتى تتمكن المنظمة الدولية من تقديم المعونة الفنية اللازمة لرعاية المعوقين.
 - 9 مناشدة الهيئات الدولية ن تكون السنة الدولية للمعوقين هي بداية العمل المنظم في توفير الرعاية الكافية لهذه الفئة (الصفدي، 2007، ص.214-215-216).

18 - تاريخ كرة السلة بالكراسي المتحركة:

تم ابتكار كرة السلة على الكراسي المتحركة عام 1946 من قبل لاعبي كرة سلة سابقين من الولايات المتحدة الأمريكية بعد إصابتهم بالجرب أرادوا أن يخوضوا تجربة الانتعاش الرياضي ضمن مناخ جماعي، إن هذه اللعبة تمارس الآن في أكثر من 75 دولة من قبل ألف شخص (رجالا، نساء، أطفالا) من ذوي الإعاقات التي تمنعهم من اللعب باستخدام أرجلهم ويتم اللعب ضمن، الأندية، المنطقة، المباريات الوطنية والدولية.

إن الاتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة هو الجهة الوحيدة والموجهة و المسؤولة عن كرة السلة بالكراسي المتحركة دوليا ففي عام 1993 أصبح الاتحاد مستقلا ويضم 50 عضوا بعد 20 عاما من تعيينه واعتباره جزءا من اتحاد سلوك ماندفيل الدولي لرياضة الكراسي المتحركة، أما اليوم فإن الاتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي يمثل هذه الرياضة داخل جميع المنظمات المهمة في لعب كرة السلة بالكراسي المتحركة مل الاتحاد الدولي لرياضة كرة السلة FIBA و الهيئة الاولمبية الدولية لرياضة المعوقين IPC واتحاد ستوك ماندفيل الدولي لرياضة الكراسي المتحركة INMNSF (مروان عبد المجيد، 2014، ص.280).

19 - هيكل وأهداف الاتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة:

للإتحاد الدولي هدفان:

- 1 تطوير وتنظيم المنافسات الدولية لكرة السلة الكراسي المتحركة للدول الأعضاء لكي تكون بأعلى مستوى.
- 2 لإيجاد وتطوير قواعد اللعب لإعداد الدول المتزايدة يتم إدارة الإتحاد من قبل رئيس التنفيذ في أمانة سر الإتحاد في المملكة المتحدة ومن قبل لجنة تنفيذية من ذوي الخبرة الفنية الإدارية التعليمية وعلم الرياضة. يتم الاجتماع العالمي كل أربع سنين حيث تتزامن مع بطولة العالم للكأس الذهبي حيث يقوم الممثلون بانتخاب قيادة المنظمة والمصادقة على التشريعات الأساسية التي تحكم نمو وإدارة هذه الرياضة، يعمل الإتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة جنباً إلى جنب مع الإتحاد الدولي لكرة السلة FIBA لكي يشجع الارتباط بين كرة السلة العادية وكرة السلة على الكراسي المتحركة (مروان عبد المجيد، 2014، ص.281).

الخلاصة:

تناول الباحث في هذا المبحث نوع من أنواع الإعاقات التي تعد من أكثر الإعاقات انتشارا خاصة في الآونة الأخيرة وفي مختلف المجتمعات في العالم، وهي الإعاقة الحركية حيث خص الباحث من خلال ما تم تناوله إلى النقاط التالية:

- أن للإعاقة الحركية تأثير كبير على شخصية الفرد مما قد يغير من نظرة المعاق لنفسه فتغلب عليه نظرة التشاؤم والخجل فقدان الثقة بالنفس وتدفعه للعزلة والانطواء.
- أن الإعاقة الحركية تقود إلى مشكلات نفسية عديدة، فإصابة الإنسان المعاق سواء كانت إعاقة مكتسبة أو خلقية تجعله مضطربا جسديا ونفسيا، مما يزيد من تدهور حالته، وهذا لاختلافه عن غيره حتى داخل الوسط الذي يعيش فيه.
- أن الإعاقة الحركية تكون حاجزا أمام الشخص المعاق، بغض النظر عن أصلها، فتحد من إمكانياته خاصة في العلاقات الاجتماعية، بما فيها العمل وإقامة علاقات صداقة وغيرها بسبب المشاعر التي تنتاب المعاق، مما يعكس على سلوكه بالميل للسلوك الغير عادي.
- ومن هذا كله يمكننا أن نخلص إلى القول بأن الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة لا زالت بحاجة إلى البحث المكثف والدراسة المعمقة حتى يمكننا فهمها واستيعاب أصحابها على الوجه الصحيح الأمر الذي يمكننا استثمار القدرات والإمكانيات الحقيقية للمعاقين في المجال الرياضي والحركي المكيف استثمارا نصل معه إلى حد الاقتراب أو المساواة مع الأسوياء في كثير من الأنشطة الرياضية.

الفصل الخامس:

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- متغيرات الدراسة

4- أداة جمع البيانات

5- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

6- عينة الدراسة

7- الأساليب المستعملة في الدراسة

الخلاصة.

تمهيد:

في ضوء أهداف الدراسة اتبع الباحث مجموعة من الإجراءات الميدانية بداية من اختيار المنهج المناسب للدراسة وتحديد مجتمع وعينة الدراسة، بالإضافة إلى استعمال الأدوات البحثية وكذا الأساليب الإحصائية المناسبة، فعلى الباحث أن يحسن اختيار المنهج وأدوات بحثه، وإلا كانت دراسته سطحية وتسيطر عليها الذاتية، فمنهج البحث يعتبر أحد العناصر الأساسية في الدراسات النفسية والاجتماعية، لأنه هو الذي يرسم للباحث الطريق الواجب اتباعه في دراسته، واختيار المنهج في أي دراسة لا يأتي من قبل الصدفة أو بمجرد ميل الباحث ورغبته في اختيار منهج معين، وإنما طبيعة الموضوع. وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل الخاص بالإجراءات الميدانية للدراسة.

1- الدراسة الاستطلاعية:**1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:**

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية لميدان الدراسة كان الهدف منها هو:

. تحديد ميدان الدراسة والاطلاع على خصائص عينة الدراسة.

. تحديد الخصائص السيكومترية وصلاحيّة أداة البحث المستعملة في الدراسة الأساسية.

. الوقوف على الصعوبات المحتملة ومحاولة التقليل منها في الدراسة الأساسية.

-تم زيارة فريقي نور والحضنة لكرة السلة على الكراسي المتحركة وقد اطلعنا على البرنامج الأسبوعي للتدريب والتدريب أكثر منهم لتسهيل عملية البحث وقد تم الموافقة من طرف المسؤولين على قيامنا بالبحث

على هذه النوادي كما تم توزيع أداة الدراسة المتمثلة في المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية

1-2- عينة الدراسة الاستطلاعية: تم زيارة نادي نور ونادي الحضنة بولاية المسيلة، وتم توزيع 19

استمارة بهدف حساب الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة، وبالتالي قدرت عينة الدراسة الاستطلاعية بـ

19 ممارسا للنشاط البدني الرياضي المكيف والمتمثل في كرة السلة على الكراسي.

نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- الموافقة على إجراء البحث من طرف المسؤولين

- صلاحية أداة الدراسة

- حساب الخصائص السيكومترية

2- منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي يعرف بأنه: طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة اجتماعية أو سكان معينين (بوحوش، 1999: 139).

وهو أيضا مجموعة الأساليب البحثية التي توفر إمكانية وصف الظاهرة في رahnها وصفا كميا و/أو كيفيا بدون التدخل في سيرورتها (سعد، 2019، ص.22).

وقد اختير المنهج الوصفي لتلائمه مع طبيعة الدراسة وتساؤلاتها، حيث تم وصف وتصنيف وتحليل المعلومات والبيانات للوصول إلى إجابات على تساؤلات الدراسة.

3- متغيرات الدراسة:

تمثلت متغيرات الدراسة في:

تحديد المتغير المستقل والمتغير التابع

المتغير المستقل: النشاط البدني الرياضي المكيف

المتغير التابع: المشكلات النفسية والجسدية

4- أداة جمع البيانات:

بعد البحث في أدبيات الموضوع وجد الباحث أنه من المناسب للدراسة الحالية الاعتماد على استبيان الصحة العامة (GHQ)، وهو إحدى الأدوات التي تم استخدامها على نطاق واسع لفحص وتقييم الصحة النفسية والاجتماعية، والغرض من الأداة هو اكتشاف السمات التي تميز الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية وجسدية عن الأفراد الذين يعتبرون أنفسهم أصحاء، ويستهدف الاستبيان بشكل خاص المنطقة الرمادية بين المرض النفسي والصحة. يتكون الإصدار الأصلي من الاستبيان من 60 عبارة، إلا أنه ظهرت عدة إصدارات أخرى مختصرة، وأشهرها النسخة التي طورها غولدرغ وهيلبير Goldberg and Hillier (1979) المكونة من 28 عبارة والتي تعرف اختصاراً بـ (GHQ-28)، وقد قمنا بترجمة هذه النسخة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية بمساعدة أساتذة متخصصين في اللغة الإنجليزية، وأساتذة من قسم علم النفس بجامعة المسيلة ممن يتقنون اللغة الإنجليزية بشكل جيد، وتم عرض الأداة على مجموعة من أساتذة التربية البدنية والرياضية في جامعة المسيلة وجامعة الجزائر، ويتكون الاستبيان (GHQ-28) من 28 عبارة موزعة على أربعة أبعاد بحيث يتكون كل بعد من 07 عبارات كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (01): يمثل أبعاد أداة الدراسة والعبارات المكونة لها

البعد	العبارات
الصحة الجسدية	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7
القلق واضطراب النوم	8، 9، 10، 11، 12، 13، 14
الاغتراب النفسي	15، 16، 17، 18، 19، 20، 21
الاستجابة الاكتئابية	22، 23، 24، 25، 26، 27، 28

5- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

5-1- الصدق: تم عرض أداة الدراسة على 10 محكمين (انظر الملاحق) من معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة المسيلة ومن جامعة الجزائر وجامعة بسكرة، ومن قسم علم النفس وقسم الإنجليزية بجامعة المسيلة، ووفق آرائهم واقتراحاتهم تم تصميم الأداة في صورتها الأولى.

صدق الاتساق الداخلي:

وفق هذه الطريقة تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، والجدول التالي يوضح نتائج هذه العملية:

جدول رقم: (02) يبين صدق الاتساق الداخلي لبعد القلق واضطراب النوم

الرقم	العبارات	معامل الارتباط بيرسون
1	هل تعاني من قلة النوم بسبب القلق؟	0,719**
2	هل تواجه صعوبة في البقاء نائماً؟	0,665**
3	هل تشعر بالضغط باستمرار؟	0,599**

0,605**	هل أصبحت منفعلًا وسيء المزاج؟	4
0,466*	هل تشعر بالخوف والذعر دون سبب؟	5
0,553**	هل تشعر ان كل شيء خارج عن السيطرة؟	6
0,608**	هل تشعر بالقلق والتوتر طوال الوقت؟	7
* دال عند مستوى دلالة 0.05		** دال عند مستوى دلالة 0.01

تبين الجدول رقم (02) أن كل عبارات بعد القلق واضطراب النوم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، حيث تراوحت بين (0.719) للعبارة الأولى، و(0.466) للعبارة السادسة.

جدول رقم: (03) يبين صدق الاتساق الداخلي لبعء الاستجابة الاكتئابية

الرقم	العبارات	معامل الارتباط بيرسون
1	هل تفكر في نفسك كشخص لا قيمة له؟	0,636**
2	هل تشعر أن الحياة ميؤوس منها تماماً؟	0,550**
3	هل تشعر أن الحياة لا تستحق العيش؟	0,781**
4	هل تفكر في إمكانية الهروب من نفسك؟	0,689**
5	هل تجد في بعض الأحيان أنك لا تستطيع أن تفعل أي شيء لأنك عصبي؟	0,730**
6	هل تتمنى لو كنت ميتاً وبعيداً عن كل ذلك؟	0,713**
7	هل تجد أن فكرة اتخاذ حياة خاصة بنفسك ظلت تتبادر إلى ذهنك؟	0,730**

تبين الجدول رقم (03) أن معظم عبارات بعد الاستجابة الاكتئابية جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، حيث تراوحت بين (0.78) كأكبر قيمة، و(0.55) كأقل قيمة دالة إحصائياً للارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه.

جدول رقم: (04) يبين صدق الاتساق الداخلي لبعء الاغتراب النفسي

الرقم	العبارات	معامل الارتباط بيرسون
1	هل تخطط لإبقاء نفسك مشغولاً؟	0,587**
2	هل تستغرق وقتاً أطول في الأشياء التي تفعلها؟	0,195
3	هل تشعر بشكل عام أنك تقوم بالأمر بشكل جيد؟	0,637**
4	هل أنت راض عن الطريقة التي قمت بها بمهامك؟	0,559**

هل تشعر أنك تقوم بدور مفيد عند قيامك بالأمر؟	5	,751**
هل تشعر بأنك قادر على اتخاذ القرارات بشأن أي شيء؟	6	,597**
هل تستمتع بأنشطتك اليومية العادية؟	7	,731**

تبين الجدول رقم (04) أن معظم عبارات بعد الاغتراب النفسي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، حيث تراوحت بين (0.73) كأكبر قيمة، و(0.55) كأقل قيمة دالة إحصائياً للارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه. فيما عدا العبارة رقم 2 والتي كان ارتباطها بالبعد ضعيفاً وغير دال إحصائياً، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بـ (0.19)، وبالتالي تم حذف هذه العبارة ليصبح هذا البعد يتكون من 6 عبارات فقط.

جدول رقم: (05) يبين صدق الاتساق الداخلي لبعد المشكلات الجسدية.

الرقم	العبارات	معامل الارتباط بيرسون
1	هل تشعر أنك جيد وفي صحة جيدة؟	,409*
2	هل تشعر أنك بحاجة الى منشطات؟	,557**
3	هل تشعر بالتعب والارهاق؟	,647**
4	هل تشعر أنك مريض؟	,707**
5	هل تحس بألم في الرأس؟	,583**
6	هل تحس بالضيق والضغط في الرأس؟	,427*
7	هل تشعر بنوبات برد أو حر؟	,487**

تبين الجدول رقم (05) أن كل عبارات بعد المشكلات الجسدية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، حيث تراوحت بين (0.707) كأكبر قيمة، و(0.409) كأقل قيمة للارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه.

5-2- الثبات: تم حساب الثبات باستعمال معامل ألفا الطبقي، والذي يصلح للمقاييس التي تحتوي على أبعاد، وتم الاعتماد على معال ألفا كرونباخ لحساب ثبات كل بعد على حدى ثم حساب الثبات الكلي باستعمال معامل ألفا الطبقي كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (06): يبين ثبات أداة الدراسة باستعمال معامل ألفا الطبقي.

المعامل ألفا الطبقي	معامل ألفا كرونباخ	البعد
0.72	0.69	القلق واضطراب النوم
	0.81	الاستجابة الاكتئابية
	0.75	الاغتراب النفسي

	0.61	المشكلات الجسدية
--	------	------------------

كما هو مبين في الجدول تم التأكد من ثبات أداة الدراسة باستعمال معامل ألفا كرونباخ لكل بعد على حدى ولأداة ككل تم استعمال معامل ألفا الطبقي، والملاحظ أن قيمة معامل ألفا الطبقي جاءت مرتفعة، وتعتبر عن ثبات مرتفع، وقدرت قيمة معامل ألفا الطبقي بـ (0.72).

ومن خلال معطيات الصدق والثبات السابقة يمكن القول إن الأداة المستعملة في الدراسة الحالية تتميز بدرجة عالية من الصدق والثبات، ويمكن استعمالها لجمع بيانات الدراسة الأساسية.

6- عينة الدراسة الأساسية:

6-1- مجتمع الدراسة: هو المجموعة الكلية للأفراد أو الأشياء التي تشترك في الخاصية موضوع الدراسة (الزغول، 2005، ص.20) وهو اللاعبين الممارسين لنشاط كرة السلة على الكراسي المتحركة، والمنظمين للنوادي الرياضية التالية نادي نور مسيلة، نادي الحضنة مسيلة، نادي انتصار مسيلة للبنات، نادي بوسعادة، نادي البيان برج بوعريريج ونادي نور العلمة بولاية سطيف

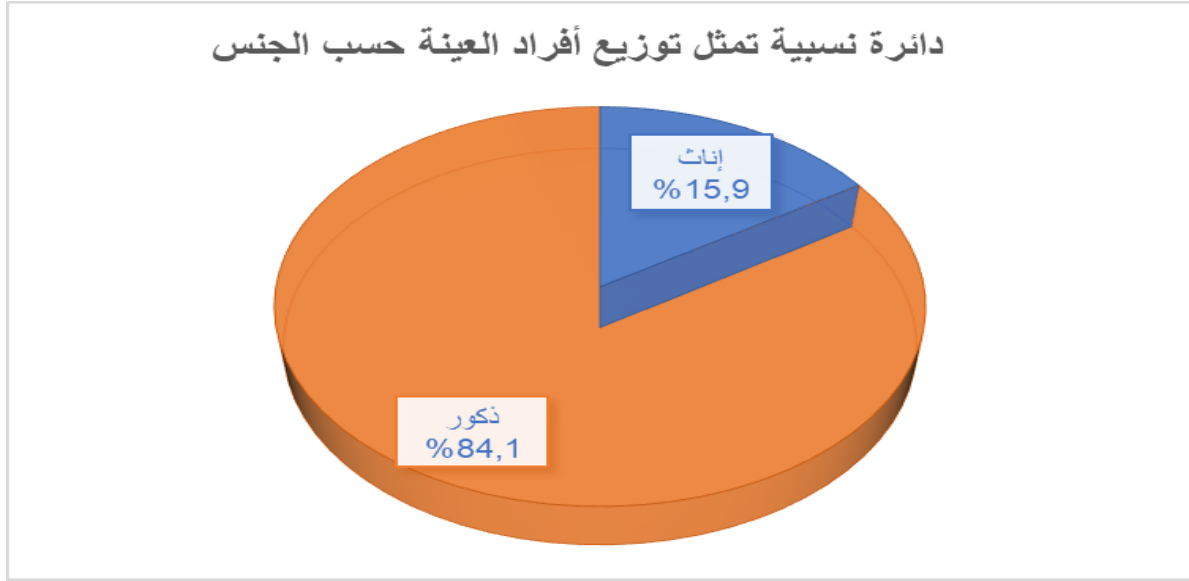
6-2- عينة الدراسة: هي جزء من المجتمع، أو هي المجموعة الجزئية من الأفراد أو الأشياء أو العناصر التي تشترك في الخاصية موضوع الدراسة، ويتم اختيارها بطريقة ما من المجتمع الأصلي (الزغول، 2005، ص.21).

تم تطبيق الدراسة على عينة من المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة على الكراسي المتحركة، كما أن نوع العينة قصدية، وذلك أننا قصدنا فقط المعاقين حركيا الذي يمارسون النشاط البدني الرياضي المكيف، وتكونت عينة الدراسة من 63 ممارس وممارسة لنشاط كرة السلة على الكراسي المتحركة، والمنظمين للنوادي الرياضية، نادي نور مسيلة، نادي الحضنة مسيلة، نادي انتصار مسيلة للبنات، نادي بوسعادة، نادي البيان برج بوعريريج ونادي نور العلمة بولاية سطيف، والجدول التالية توضح خصائص العينة حسب الجنس والمستوى الدراسي:

جدول رقم (07): يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
84.1	53	ذكر
15.9	10	أنثى
%100	63	المجموع

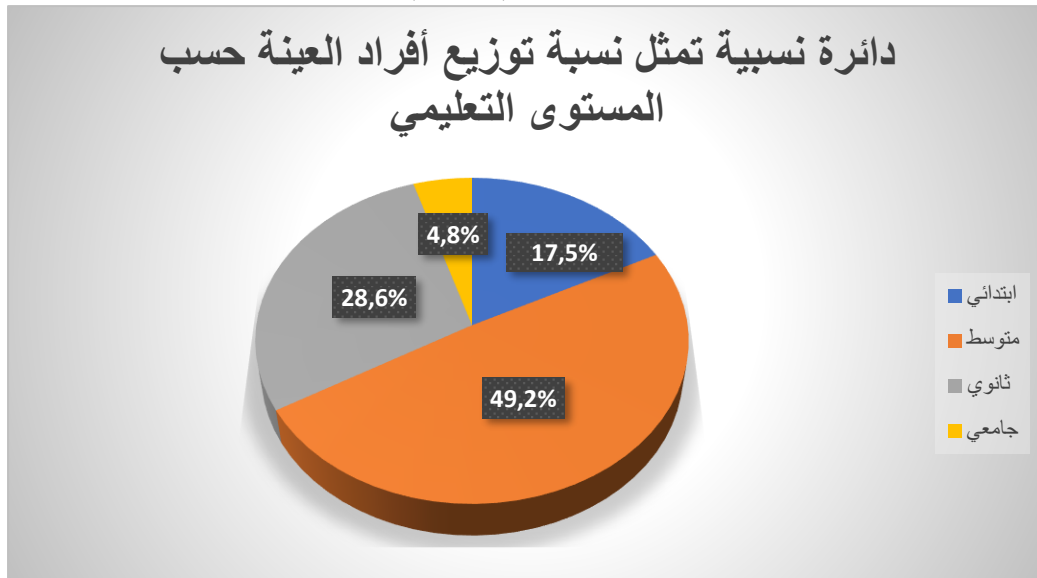
الجدول أعلاه أن نلاحظ أن نسبة الذكور تفوق نسبة الإناث حيث تقدر بـ 84.1 % في حين قدرت نسبة الإناث بـ 15.9 %، ويرجع هذا الفرق إلى أن الذكور أكثر ميلا لممارسة الرياضة من الإناث. والدائرة النسبية في الشكل التالي توضح مقدار الفرق بين الذكور والإناث:



جدول رقم (08): يبين توزيع أفراد العينة الأساسية حسب المستوى الدراسي.

النسبة المئوية	العدد	المستوى الدراسي
17,5	11	ابتدائي
49,2	31	متوسط
28,6	18	ثانوي
4,8	3	جامعي
%100	63	المجموع

نلاحظ من الجدول أن حوالي نصف العينة تقريبا مستواهم متوسط بنسبة (49.2%)، في حين أن الأفراد الذين مستواهم الدراسي جامعي كانت أقل نسبة (4.8%)، بينما كانت نسبة الأفراد من ذوي المستوى الثانوي (28.6%)، ونسبة الأفراد الذين مستواهم الدراسي ابتدائي (17.5%).



7- الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة:

- تم في هذه الدراسة تحليل بيانات أداة الدراسة باستخدام عدد من الأساليب الإحصائية بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، وعموما تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:
- النسبة المئوية لمعرفة توزيع خصائص العينة حسب بعض المتغيرات الشخصية (الجنس، المستوى الدراسي).
 - المتوسط الحسابي والانحراف المعياري من أجل وصف إجابات أفراد العينة على عبارات أداة الدراسة.
 - معامل الارتباط بيرسون من أجل حساب صدق أداة الدراسة
 - معامل ألفا كرونباخ وألفا الطبعي لحساب ثبات أداة الدراسة.
 - اختبار t لمعرفة الفروق الموجودة بين أفراد العينة حسب الجنس في متغيرات الدراسة التي تتوزع بياناتها توزيعا اعتداليا.
 - اختبار مان ويتني Mann-Whitney لمعرفة الفروق الموجودة بين أفراد العينة حسب الجنس في متغيرات الدراسة التي لا تتوزع بياناتها توزيعا اعتداليا.
 - اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه "F" لمعرفة الفروق الموجودة بين أفراد العينة حسب المستوى الدراسي في متغيرات الدراسة.
 - اختبار كروسكال واليس Kruskal Wallis لمعرفة الفروق الموجودة بين أفراد العينة حسب المستوى الدراسي في متغيرات الدراسة.

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض نتائج الفرضيات

1-1- عرض نتائج الفرضية العامة

1-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

1-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

1-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

1-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة

1-7- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة

2- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

3- الاستنتاج العام

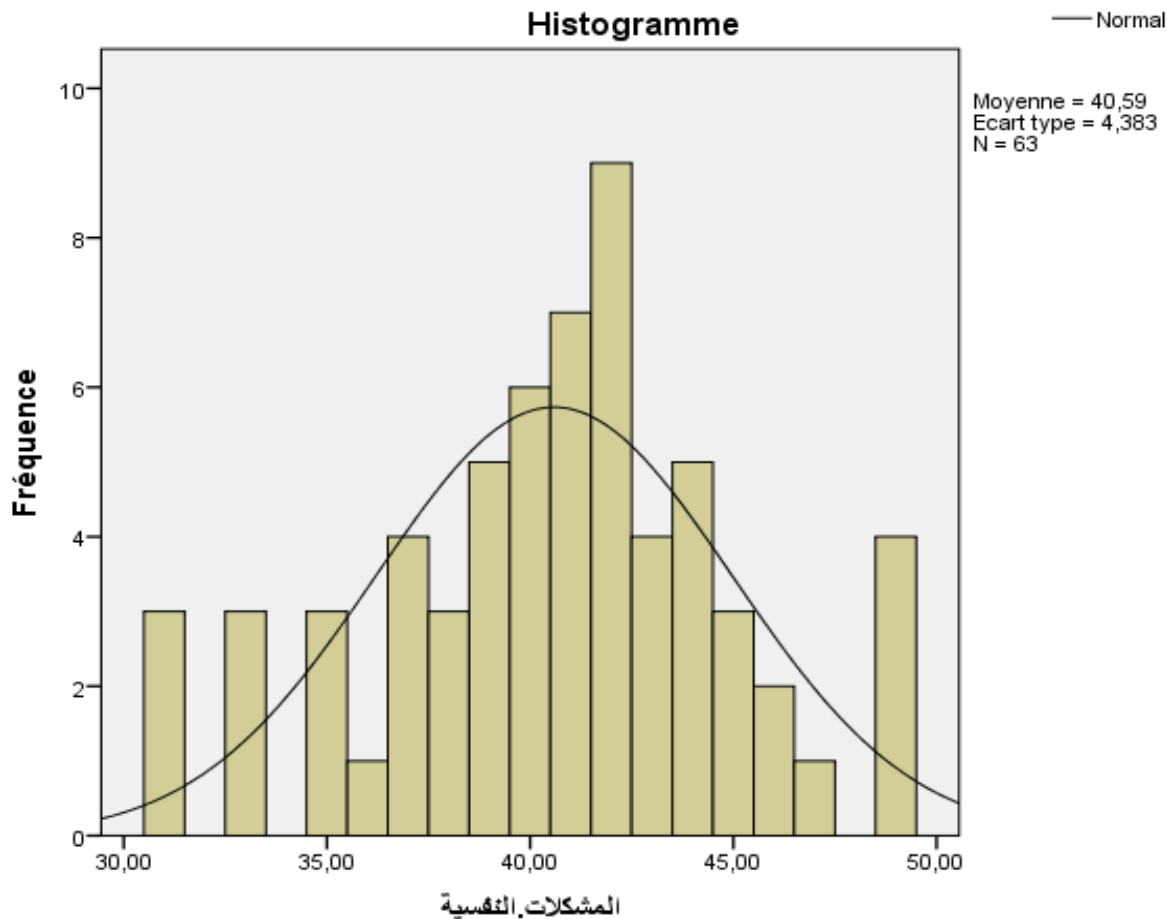
1- عرض نتائج الفرضيات:

لاختبار فرضيات الدراسة المتعلقة بالفروق حسب الجنس والمستوى الدراسي في متغيرات الدراسة كان لابد من معرفة طبيعة توزيع بيانات كل متغير من متغيرات الدراسة، وذلك بالاعتماد على اختبار كلوموغوروف سميرنوف Kolmogorov-Smirnov لمناسبته للعينات التي يكون حجمها أكبر من 50 فرداً، وقد جاء النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (09) يبين توزيع بيانات متغيرات الدراسة باستعمال اختبار Kolmogorov-Smirnov

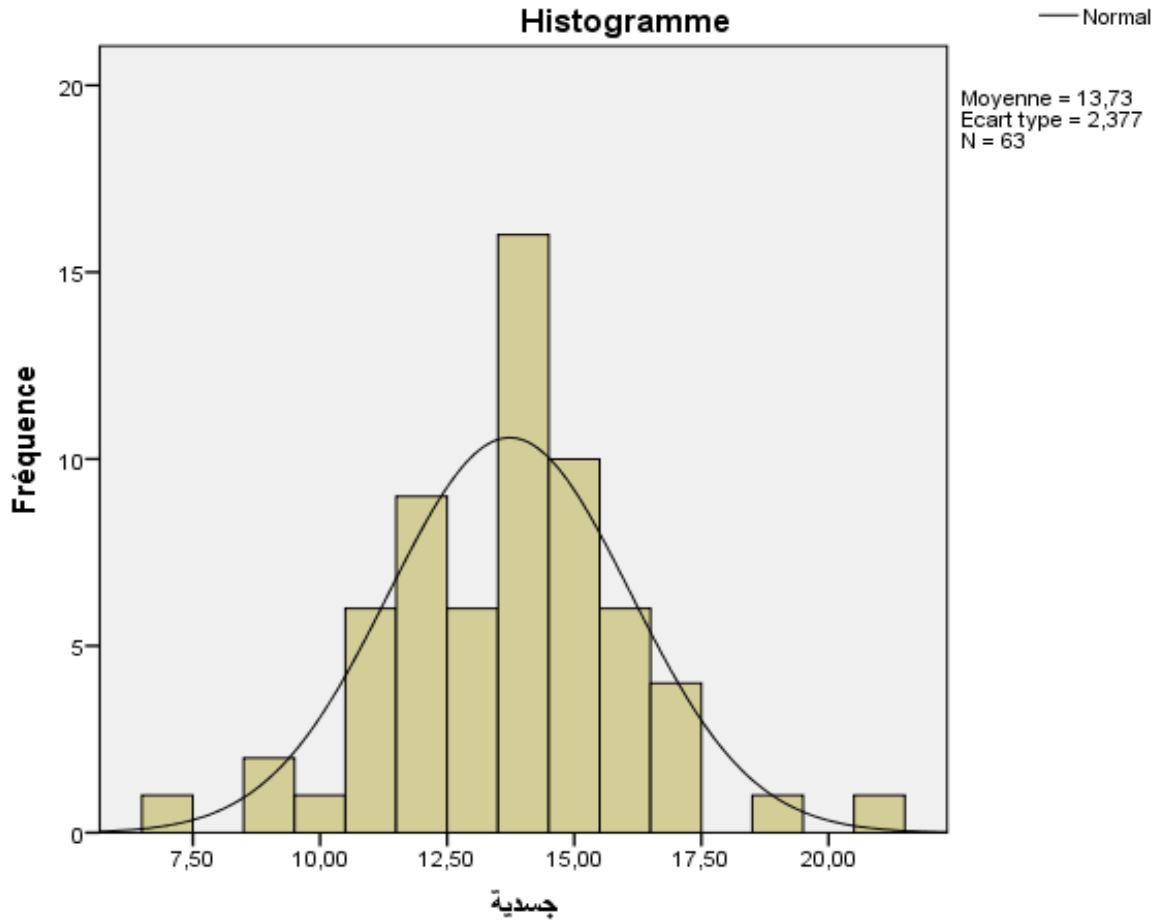
المتغير	الإحصائيات	درجة الحرية	مستوى الدلالة Sig	طبيعة التوزيع
المشكلات النفسية	0,098	63	0,200	معتدل
المشكلات الجسدية	0,148	63	0,001	غير معتدل

نلاحظ من الجدول رقم أن بيانات محور المشكلات النفسية تتوزع توزيعاً اعتدالياً حيث قدرت قيمة سميرنوف بـ (0.098)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً لأن مستوى الدلالة أو ما يسمى بقيمة Sig قدرت بـ (0.200)، بينما والرسم البياني التالي يوضح شكل التوزيع:



رسم بياني يوضح شكل توزيع بيانات متغير المشكلات النفسية

أما بالنسبة لمتغير المشكلات الجسدية فقد قدرت قيمة Kolmogorov-Smirnov بـ (0.148) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.001، وهذا يعني أن درجات متغير المشكلات الجسدية تتوزع توزيعاً غير معتدل، والرسم البياني التالي يوضح ذلك:



رسم بياني يوضح شكل توزيع بيانات متغير المشكلات الجسدية

انطلاقاً من هذه النتائج سنستعمل الأساليب الإحصائية البارامترية بالنسبة لمتغير المشكلات النفسية، في حين سنستعمل الأساليب الإحصائية اللابارامترية لمتغير المشكلات الجسدية.

1-1- عرض نتائج الفرضية العامة:

نص الفرضية: تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركياً.

لاختبار هذه الفرضية استعمل الباحث المتوسط الحسابي والانحراف للدرجة الكلية لاستبيان المشكلات النفسية والجسدية، بالإضافة إلى استعمال اختبار t لعينة واحدة لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري للدرجة الكلية، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (10): يتضمن المقارنة بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري باستعمال اختبار t لعينة واحدة لبعدها المشكلات النفسية والجسدية.

المتغير	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
المشكلات النفسية والجسدية	54	54.31	4.78	0.52	غير دال

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط الدرجة الكلية للمشكلات النفسية والجسدية قدر بـ (54.31) بانحراف معياري قدر بـ (4.78)، وهو متقارب جدا مع المتوسط النظري المقدر بـ (54)، وباستعمال اختبار t لعينة واحدة لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسطين، وجدنا أن قيمة t قدرت بـ (0.52)، وهي قيمة غير دالة إحصائية. وبالتالي يمكن القول إن درجة المشكلات النفسية والجسدية متوسطة لدى أفراد العينة، وهذا يعني أن لممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف دور متوسط في التخفيف من المشكلات النفسية والجسدية لدى أفراد عينة الدراسة الممارسين لكرة السلة على الكراسي.

1-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نص الفرضية: تنص الفرضية على أنه تساهم ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات النفسية لدى عينة من المعاقين حركيا.

لاختبار هذه الفرضية استعمل الباحث النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عبارة وللدرجة الكلية للبعد، بالإضافة إلى استعمال اختبار t لعينة واحدة لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لمحور الم، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (11): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على عبارات المحور الأول (المشكلات النفسية).

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	نوع الإجابة			العبارات	الرقم
		أبدا %	أحيانا %	دائما %		
0.73	1,82	19	44.5	36.5	هل تعاني من قلة النوم بسبب القلق؟	01
0.61	2,09	23,8	61,9	14,3	هل تواجه صعوبة في البقاء نائماً؟	02
0.64	2,19	31,7	55,6	12,7	هل تشعر بالضغط باستمرار؟	03
0.69	1,80	15,9	49,2	34,9	هل أصبحت منفعلاً وسيء المزاج؟	04
0.64	1,80	12,7	55,6	31,7	هل تشعر بالخوف والذعر دون سبب؟	05
0.75	1,87	22,2	42,9	34,9	هل تشعر ان كل شيء خارج عن السيطرة؟	06
0.64	2,09	25,4	58,7	15,9	هل تشعر بالقلق والتوتر طوال الوقت؟	07
0,65	2,36	46,0	44,4	9,5	هل تفكر في نفسك كشخص لا قيمة له؟	08
0,66	2,19	33,3	52,4	14,3	هل تشعر أن الحياة ميؤوس منها تماماً؟	09
0,73	2,09	31,7	46,0	22,2	هل تشعر أن الحياة لا تستحق العيش؟	10
0,60	2,12	25,4	61,9	12,7	هل تفكر في إمكانية الهروب من نفسك؟	11
0,69	2,19	34,9	49,2	15,9	هل تجد في بعض الأحيان أنك لا تستطيع أن تفعل أي شيء لأنك عصبي؟	12
0,69	2,19	34,9	49,2	15,9	هل تتمنى لو كنت ميتا وبعيدا عن كل ذلك؟	13
0,64	2,03	22,2	58,7	19,0	هل تجد أن فكرة اتخاذ حياة خاصة بنفسك ظلت تتبادر إلى ذهنك؟	14
0,71	2,03	27,0	49,2	23,8	هل تخطط لإبقاء نفسك مشغولاً؟	15
0,71	1,85	19,0	47,6	33,3	هل تشعر بشكل عام أنك تقوم بالأمر بشكل جيد؟	16
0,69	2,06	27,0	52,4	20,6	هل أنت راض عن الطريقة التي قمت بها بمهامك؟	17
0,71	1,90	20,6	49,2	30,2	هل تشعر أنك تقوم بدور مفيد عند قيامك بالأمر؟	18
0,61	1,90	14,3	61,9	23,8	هل تشعر بأنك قادر على اتخاذ القرارات بشأن أي شيء؟	19
0,75	1,93	25,4	42,9	31,7	هل تستمتع بأنشطتك اليومية العادية؟	20

يحتوي الجدول رقم (11) النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على عبارات محور المشكلات النفسية، والملاحظ أن النسبة الغالبة لاستجاباتهم كانت للبدل أحيانا، حيث تراوحت النسب المئوية لاستجاباتهم على هذا البدل بين (42.9 %) و(61.9 %)، كما

نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لدرجات العبارات كانت محصورة بين (1.80) و(2.19)، وهذا يعني أنها قريبة من الدرجة المتوسطة للبدائل وهي (2) للبدائل أحياناً، أما بالنسبة للدرجة الكلية فجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (12): يتضمن المقارنة بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري باستعمال اختبار t لعينة واحدة لمحور المشكلات النفسية وأبعاده.

المتغير	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
القلق واضطراب النوم	14	13.69	2.81	-0.85	غير دال
الاستجابة الاكتئابية	14	15.19	2.98	3.16	0.002
الاغتراب النفسي	12	11.69	2.28	-1.04	غير دال
المشكلات النفسية	40	40.58	4.38	1.06	غير دال

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط درجات بعد القلق واضطراب النوم قدر بـ (13.69) بانحراف معياري قدر بـ (2.81)، بينما قدر المتوسط النظري بـ (14)، وباستعمال اختبار t لعينة واحدة لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسطين، وجدنا أن قيمة t قدرت بـ (-0.85)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً. وبالتالي يمكن القول أن درجة القلق واضطراب النوم متوسطة لدى أفراد العينة، وهذا يعني أن ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف دور في التخفيف من القلق واضطراب النوم لدى أفراد العينة الممارسين لكرة السلة على الكراسي ولكن بدرجة متوسطة.

أما بالنسبة لمتوسط درجات الاستجابة الاكتئابية فقدر بـ (15.19) بانحراف معياري قدر بـ (2.98)، بينما قدر المتوسط النظري بـ (14)، وباستعمال اختبار t لعينة واحدة لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسطين، وجدنا أن قيمة t قدرت بـ (3.16)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01. وبالتالي يمكن القول إن درجة الاكتئاب مرتفعة لدى أفراد العينة، وهذا يعني أن ممارسة أفراد العينة للنشاط البدني والرياضي المكيف والمتمثل في كرة السلة على الكراسي لم يساهم في التخفيف من درجة الاستجابة الاكتئابية لديهم. وبالتالي الفرضية الجزئية الثانية لم تتحقق.

أما بالنسبة للدرجة الكلية لمحور المشكلات النفسية فقد قدر متوسطه بـ (40.58) بانحراف معياري قدر بـ (4.38)، بينما قدر المتوسط النظري بـ (40)، وباستعمال اختبار t لعينة واحدة لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسطين، وجدنا أن قيمة t قدرت بـ (1.06)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً. وبالتالي يمكن القول أن درجة المشكلات النفسية متوسطة لدى أفراد العينة، وهذا يعني أن ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف دور في التخفيف من الاغتراب النفسي لدى أفراد العينة الممارسين لكرة السلة على الكراسي ولكن بدرجة متوسطة.

1-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

نص الفرضية: تنص الفرضية على أنه تساهم ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات الجسدية لدى عينة من المعاقين حركيا.

لاختبار هذه الفرضية استعمل الباحث النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عبارة وللدرجة الكلية للبعد، بالإضافة إلى استعمال اختبار t لعينة واحدة لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لبعد المشكلات الجسدية، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (13): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثاني (المشكلات الجسدية).

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	نوع الإجابة			العبارات	الرقم
		أبدا %	أحيانا %	دائما %		
0,59	2,00	17,5	65,1	17,5	هل تشعر أنك جيد وفي صحة جيدة؟	01
0,71	2,00	25,4	49,2	25,4	هل تشعر أنك بحاجة الى منشطة؟	02
0,67	2,03	23,8	55,6	20,6	هل تشعر بالتعب والارهاق؟	03
0,66	1,93	19,0	55,6	25,4	هل تشعر أنك مريض؟	04
0,667	1,93	19,0	55,6	25,4	هل تحس بألم في الرأس؟	05
0,64	1,96	19,0	58,7	22,2	هل تحس بالضيق والضغط في الرأس؟	06
0,59	1,85	11,1	63,5	25,4	هل تشعر بنوبات برد أو حر؟	07

يحتوي الجدول رقم () النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على عبارات بعد المشكلات الجسدية، والملاحظ أن النسبة الغالبة لاستجاباتهم كانت للبدل أحيانا، حيث تراوحت النسب المئوية لاستجاباتهم على هذا البديل بين (49.2%) و(65.1%)، كما نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لدرجات العبارات كانت محصورة بين (1.85) و(2.03)، والملاحظ أن كل متوسطات العبارات جاءت قريبة من الدرجة المتوسطة للبدائل وهي (2) للبدل أحيانا، أما بالنسبة للدرجة الكلية فجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (14): يتضمن المقارنة بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري باستعمال اختبار t لعينة واحدة لبعث المشكلات الجسدية.

المتغير	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
المشكلات الجسدية	14	13.73	2.37	-0.90	غير دال

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط درجات بعد المشكلات الجسدية قدر بـ (13.73) بانحراف معياري قدر بـ (2.37)، وقدر المتوسط النظري بـ (14)، وباستعمال اختبار t لعينة واحدة لمعرفة دلالة الفرق بين المتوسطين، وجدنا أن قيمة t قدرت بـ (-0.90)، وهي قيمة غير دالة إحصائية. وبالتالي يمكن القول أن درجة المشكلات الجسدية متوسطة لدى أفراد العينة، وهذا يعني أن لممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف دور في التخفيف من درجة المشكلات الجسدية لدى أفراد العينة الممارسين لكرة السلة على الكراسي ولكن بدرجة متوسطة.

1-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

نص الفرضية: توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات النفسية بين أفراد العينة الممارسين للنشاط البدني والرياضي المكيف تعزى لمتغير الجنس.

لاختبار هذه الفرضية استعمل الباحث اختبار t لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفرق بين بين الذكور والإناث في درجة المشكلات النفسية، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (15): يبين نتائج اختبار t للفروق بين الجنسين في محور المشكلات النفسية.

المتغير	الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري S	اختبار "ت" t	مستوى الدلالة
القلق واضطراب النوم	ذكور	53	13.90	2.74	1.35	غير دال
	إناث	10	12.60	3.06		
الاستجابة الاكتئابية	ذكور	53	15.45	2.87	1.62	غير دال
	إناث	10	13.80	3.32		
الاغتراب النفسي	ذكور	53	11.69	2.26	-0.002	غير دال
	إناث	10	11.70	2.49		
المشكلات النفسية	ذكور	53	41.05	4.23	2.03	0.05
	إناث	10	38.10	4.55		

نلاحظ من الجدول أعلاه ما يلي:

- متوسط الذكور في درجة القلق واضطراب النوم قدر بـ (13.90) بانحراف معياري قدر بـ (2.74)، وقدر متوسط الإناث بـ (12.60) بانحراف معياري قدره (3.06)، ومن أجل معرفة فيما إذا كان الفرق

بين المتوسطين دال إحصائياً استعملنا اختبار t لعينتين مستقلتين، وقدرت قيمة t بـ (1.35) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين الذكور والإناث في درجة القلق واضطراب النوم لدى عينة من الممارسين لكرة السلة على الكراسي.

- متوسط الذكور في درجة الاستجابة الاكتئابية قدر بـ (15,45) بانحراف معياري قدر بـ (2.87)، وقدر متوسط الإناث بـ (13,80) بانحراف معياري قدره (3.32)، ومن أجل معرفة فيما إذا كان الفرق بين المتوسطين دال إحصائياً استعملنا اختبار t لعينتين مستقلتين، وقدرت قيمة t بـ (1.62) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين الذكور والإناث في درجة الاستجابة الاكتئابية لدى عينة من الممارسين لكرة السلة على الكراسي.

- متوسط الذكور في درجة الاغتراب النفسي قدر بـ (11,69) بانحراف معياري قدر بـ (2.26)، وقدر متوسط الإناث بـ (11,70) بانحراف معياري قدره (2.49)، ومن أجل معرفة فيما إذا كان الفرق بين المتوسطين دال إحصائياً استعملنا اختبار t لعينتين مستقلتين، وقدرت قيمة t بـ (-0.002) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين الذكور والإناث في درجة الاغتراب النفسي لدى عينة من الممارسين لكرة السلة على الكراسي.

- أما بالنسبة لمتغير المشكلات النفسية فقد قدر متوسط الذكور في درجة الاغتراب النفسي بـ (41.05) بانحراف معياري قدر بـ (4.23)، وقدر متوسط الإناث بـ (38.10) بانحراف معياري قدره (4.55)، ومن أجل معرفة فيما إذا كان الفرق بين المتوسطين دال إحصائياً استعملنا اختبار t لعينتين مستقلتين، وقدرت قيمة t بـ (2.03) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وهذا يعني أنه يوجد فرق دال إحصائياً بين الذكور والإناث في درجة المشكلات النفسية لدى عينة من الممارسين لكرة السلة على الكراسي. وبالتالي الفرضية الجزئية الثالثة تحققت.

1-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

نص الفرضية: تنص الفرضية على أنه: توجد فروق دالة إحصائياً في درجة المشكلات الجسدية بين أفراد العينة الممارسين للنشاط البدني والرياضي المكيف تعزى لمتغير الجنس.

لاختبار هذه الفرضية استعمل الباحث اختبار مان ويتني Mann-Whitney باعتباره بديل لاختبار t لعينتين مستقلتين في حالة عدم تحقق شرط اعتدالية التوزيع للبيانات، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (16): يبين نتائج مان ويتني Mann-Whitney للفروق بين الجنسين في بعد المشكلات

الجسدية.

المتغير	الجنس	العينة	متوسط الرتب	U de Mann-Whitney	مستوى الدلالة
المشكلات الجسدية.	ذكور	53	32,69	228.500	غير دال
	إناث	10	28,35		

نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمة مان ويتني قدرت بـ (228.500) وهي أيضا قيمة غير دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا في درجة المشكلات الجسدية لدى عينة من الممارسين لكرة السلة على الكراسي تعزى لمتغير الجنس، ومنه هذه الفرضية لم تتحقق.

1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

نص الفرضية توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المشكلات النفسية بين أفراد العينة الممارسين للنشاط البدني والرياضي المكيف تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

لاختبار هذه الفرضية استعمل الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة دلالة الفرق بين أفراد العينة في درجة المشكلات النفسية تعزى لمتغير المستوى الدراسي، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (17): يبين نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه للفروق بين مختلف

المستويات الدراسية في درجات محور المشكلات النفسية لدى أفراد العينة

المتغير	المستوى الدراسي	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
القلق واضطراب النوم	ابتدائي	11	13,00	2,44	0.36	غير دال
	متوسط	31	13,87	2,75		
	ثانوي	18	13,94	3,15		
	جامعي	3	13,00	3,60		
الاستجابة الاكتئابية	ابتدائي	11	16,00	2,72	1.07	غير دال
	متوسط	31	15,19	2,99		
	ثانوي	18	14,38	3,12		
	جامعي	3	17,00	2,64		
الاغتراب النفسي	ابتدائي	11	11,90	2,73	0.42	غير دال
	متوسط	31	11,64	2,22		
	ثانوي	18	11,44	2,30		
	جامعي	3	13,00	1,00		
المشكلات النفسية	ابتدائي	11	40,90	2,11	0.52	غير دال
	متوسط	31	40,70	4,80		
	ثانوي	18	39,77	4,75		
	جامعي	3	43,00	4,35		

نلاحظ من الجدول رقم () ما يلي:

- أن المتوسطات الحسابية لمختلف المستويات الدراسية لبعء القلق واضطراب النوم جاءت متقاربة جدا، حيث تراوحت بين (13.00) بانحراف معياري قدره (2.44) بالنسبة للمستوى الابتدائي و(13.94) بانحراف معياري قدره (3.15)، ولذلك قدرت قيمة F بـ (0.36) وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين أفراد العينة في درجة القلق واضطراب النوم تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

- المتوسطات الحسابية لمختلف المستويات الدراسية لبعء الاستجابة الاكتئابية تراوحت بين (14.38) للمستوى التعليمي الثانوي، و(17.00) للمستوى التعليمي الجامعي، ومع ذلك جاءت قيمة F غير دالة إحصائيا حيث قدرت بـ (1.07)، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين أفراد العينة في درجة الاستجابة الاكتئابية تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

- وبالنسبة لبعء الاغتراب النفسي فقد جاءت المتوسطات الحسابية لمختلف المستويات الدراسية متقاربة ، حيث تراوحت بين (11.44) بانحراف معياري قدره (2.30) بالنسبة للمستوى الثانوي و(13.00) بانحراف معياري قدره (1.00)، و قدرت قيمة F بـ (0.42) وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين أفراد العينة في درجة الاغتراب النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

- أما بالنسبة المتوسطات الحسابية لمختلف المستويات الدراسية للدرجة الكلية لمحور المشكلات النفسية تراوحت بين (39.77) للمستوى التعليمي الثانوي، و(43.00) للمستوى التعليمي الجامعي، وأيضا جاءت قيمة F غير دالة إحصائيا حيث قدرت بـ (0.52)، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين أفراد العينة في درجة المشكلات النفسية تعزى لمتغير المستوى الدراسي، ويمكن القول أن الفرضية الجزئية الخامسة لم تتحقق.

1-7- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

نص الفرضية توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المشكلات الجسدية بين أفراد العينة الممارسين للنشاط البدني والرياضي المكيف تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

لاختبار هذه الفرضية استعمل الباحث اختبار كروسكال واليس Kruskal Wallis كبديل لاختبار تحليل التباين الأحادي في حالة ما إذا كان توزيع البيانات غير معتدل، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (18): يبين نتائج اختبار كروسكال واليس Kruskal Wallis للفروق في درجة

المشكلات الجسدية حسب المستوى الدراسي لدى أفراد العينة

المتغير	المستوى الدراسي	العينة	متوسط الرتب	قيمة Khi-deux	مستوى الدلالة
المشكلات الجسدية	ابتدائي	11	32,68	5,969	غير دال
	متوسط	31	33,77		
	ثانوي	18	25,39		
	جامعي	3	50,83		

نلاحظ من الجدول رقم (18) أن قيمة كروسكال واليس المحسوبة بواسطة Khi-deux قدرت بـ (5,969) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين أفراد العينة في درجة المشكلات الجسدية تعزى لمتغير المستوى الدراسي، والفرضية لم تتحقق.

2- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة:

1-2- نتيجة الفرضية العامة: تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركياً بدرجة متوسطة.

2-2- نتائج الفرضية الجزئية الأولى والثانية:

- تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات النفسية لدى المعاقين حركياً بدرجة متوسطة.

- تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات الجسدية لدى المعاقين حركياً بدرجة متوسطة.

توصل الباحث إلى أن للنشاط البدني الرياضي المكيف دور في التخفيف من المشكلات النفسية والجسدية بدرجة متوسطة، لدى عينة من المعاقين حركياً الممارسين لكرة السلة على الكراسي. وهذا ما ظهر في نتائج الفرضية العامة والفرضيات الجزئية المرتبطة بها، ما عدا الفرضية الجزئية الثانية والتي كانت درجة الاكتئاب فيها مرتفعة لدى أفراد العينة.

ويرجع الباحث سبب هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة لا يمارسون النشاط البدني الرياضي المكيف والمتمثل في كرة السلة على الكراسي بشكل منتظم بالرغم من أنهم منظمين إلى النادي، فقد صرح القائمون على النوادي بأن أعضاء الفريق لا يتدربون بشكل منتظم، كما أن معظم أفراد العينة مستواهم التعليمي منخفض، وبالتالي لا يحسنون التعامل مع المواقف الضاغطة، فقد أثبتت الدراسات أن ممارسة النشاط البدني الرياضي بشكل عام تساهم بشكل إيجابي في التخلص من الكثير من المشكلات النفسية مثل القلق والضغط النفسي ... هذا من جهة، ومن جهة أخرى تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي في

تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وتحقيق الذات، وتقبل صورة الجسم خاصة لدى المراهقين، ينطبق هذا على الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما أن وفي حدود اطلاعنا من خلال التحدث مع مدربي هؤلاء اللاعبين والمسؤولين عن الأندية التي يمارسون فيها رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة، تبين أن أفراد العينة لم يتلقوا أي من برامج الدعم والإرشاد النفسي، وهذا ربما ما جعل درجة القلق والاعتراب النفسي متوسطة ودرجة الاكتئاب لديهم مرتفعة.

اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصل إليه شريقي وحبارة (2011) في دراستهم للسمات المميزة للاعبين فريق نور كرة السلة على الكراسي المتحركة بالمسيلة، حيث توصلوا إلى أن اللاعبين يتميزون بالاجتماعية والصلابة النفسية، والانبساطية والالتزان الانفعالي، في حين أن سمات مثل العدوانية والعصبية والقابلية للاستثارة منخفضة لديهم، وهذا ما أدى بهم إلى الاستنتاج بأن ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف ساهم في اكتسابهم لسمات نفسية إيجابية، بالإضافة إلى تخفيف السمات النفسية السلبية.

وتوصل بشير (2011) إلى أن النشاط البدني الرياضي يساهم بكفاءة عالية في التخلص من الأعراض الجسمية، وكذا في التخفيف من الأمراض النفسية المختلفة مثل القلق والاكتئاب واختلفت أيضا نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل إليه حرمة وبعيط (2020) في دراستهم لدور النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق الصحة النفسية لدى عينة من لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة من فريق نور بالمسيلة وفريق أمل بوسعادة، حيث أظهرت النتائج التي توصلوا إليها أن ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف تساهم في تنمية وتحقيق الصحة النفسية لدى المعاقين حركيا.

وقد أشارت نتائج الكثير من الدراسات السابقة إلى أن ممارسة النشاط البدني والرياضي بشكل عام والمكيف بشكل خاص يساهم في التخفيف من المشكلات النفسية والجسدية للأفراد الممارسين لهذا النشاط، فقد توصل هزرشي (2022) إلى أن ممارسة الرياضة المكيفة تساهم في التخفيف من القلق العام لدى المعاقين حركيا من خلال توجيه سلوكه دون الخضوع للغير والاعتماد على نفسه، وتوصل دحماني (2015) إلى أن لممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف دور فعال في تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين ذهنيا، أيضا لها دور في التقليل من المشكلات الانفعالية لديهم. وفي دراسة بشير (2011) أن للنشاط الرياضي الترويحي الموجه للأطفال المعاقين حركيا أثر ايجابي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعاق حركيا اجتماعيا، بالإضافة إلى دوره الفعال في التقليل من الأعراض الجسمية. كما توصل في دراسة أجراها نايل (2011) حول تأثير النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف في التقليل من الضغط النفسي لدى المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة على الكراسي المتحركة، توصل إلى أن ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف تساهم في التقليل من الضغط النفسي لدى المعاقين حركيا.

في دراسة أجرتها أبو عزيزة (1993) حول أثر النشطة الرياضية المعدلة في البعد النفسي للمعاقين حركيا، توصلت إلى أن حدوث التطور لدى الأفراد المعاقين في البعد النفسي ارتبط إلى حد كبير بالعمر التدريبي المتراوح بين خمسة إلى ستة أشهر.

وتوصل عمرانى (2024) إلى أن النشاط البدني الرياضي المكيف يقلل من السلوك العدواني، وتوصل حرمة وبعيط (2022) إلى دور كبير للنشاط البدني الرياضي في التقليل من السمات الانفعالية متمثلة في القلق والاضطرابات السلوكية متمثلة في السلوك العدواني لدى المعاقين.

بينما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل إليه بن زيدان وآخرون (2020) من أن المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة على الكراسي المتحركة لا يلتزمون بالممارسات الصحية الإيجابية، مثل النوم والتغذية... وبالتالي لا يتخذون إجراءات صحية وقائية لزيادة مستوى السلوك الصحي لديهم سواء ما يتعلق بالجانب البدني أو الجانب النفسي والاجتماعي.

وفي دراسة سنوسي وآخرون (2018) لمستوى الوعي الصحي لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة استنتجوا أن مستوى الوعي الصحي لديهم منخفض بشكل واضح، كما أن المستوى التعليمي يؤثر على مستوى الوعي لديهم.

2-3- مناقشة نتائج الفرضيات المتعلقة بالفروق حسب الجنس والمستوى الدراسي:

نتائج الفرضيات:

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات النفسية بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات الجسدية بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات النفسية بين أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات الجسدية بين أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

اختلفت نتائج هذه الفرضيات مع دراسة بن عبد الرحمان وزواق (2020) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية لصالح الإناث في درجة الاكتئاب لدى المعاقين الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف. وترجع نتائج الدراسة الحالية إلى أن أفراد العينة الذكور والإناث على السواء لا يمارسون النشاط البدني الرياضي المكيف بانتظام، حيث وجد الباحث صعوبة في الاتصال بهم أثناء إجراءات الدراسة الميدانية.

كما توصل سنوسي وآخرون (2018) إلى وجود تأثير واضح للمستوى التعليمي للأفراد على مستوى الوعي الصحي لديهم، وهذا ما لوحظ في عينة الدراسة الحالية حيث أن معظم أفراد العينة يتراوح مستواهم التعليمي بين المتوسط بنسبة (49.2%)، والثانوي بنسبة (28.6%)، بينما تمثل نسبة الجامعيين من أفراد العينة (4.8%) فقط، وبالتالي ليس لديهم اطلاع على الاستراتيجيات المستعملة في مواجهة الضغوط النفسية والقلق، ومهارات التعامل مع الصدمات النفسية.

3- الاستنتاج العام:

من خلال الدراسة التي قمنا بها والتحليلات التي توصلنا إليها وانطلاقاً من خلال موضوع بحثنا في محاولة معرفة دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف ومدى مساهمته في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركياً الممارسين لكرة السلة على الكراسي المتحركة بالنادي الرياضية المذكورة سابقاً توصلنا إلى النتائج التالية:

- تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من القلق واضطرابات النوم لدى المعاقين حركياً بدرجة متوسطة.

- لا تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من الاكتئاب لدى المعاقين حركياً.

- تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من الاغتراب النفسي لدى المعاقين حركياً بدرجة متوسطة.

- تساهم ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات الجسدية لدى المعاقين حركياً بدرجة متوسطة.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق واضطراب النوم بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الاغتراب النفسي بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات الجسدية بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق واضطراب النوم بين أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الاستجابة الاكتئابية بين أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الاغتراب النفسي بين أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المشكلات الجسدية بين أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

الخاتمة:

تعتبر الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة بمختلف مظاهرها مظهرا من مظاهر النقص الذي يستوجب إتمامه قبل استدراكه، لذا استوجب علينا الاهتمام بهذه الفئة تدريجيا وتكثيف الدراسات المتعلقة بهم وتحقيق مطالبهم وخدمتهم على أحسن وجه لأنهم جزء لا يتجزأ منا ويمكن استثمار هذه الفئة تدريجيا وتوجيهها لتكون عنصر فعال في المجتمع لان المعاق حركيا كلما أتاحت له الفرصة لإثبات ذاته بادر هو في كسب الثقة بالنفس.

حيث أن النشاط البدني الرياضي المكيف من المواضيع التي نالت قسطا كبيرا من الاهتمام والدراسة في شتى الميادين، ويعتبر دائما الحل لكثير من المشكلات التي واجهت الفرد المعاق حركيا في حياته على مر الزمان، خاصة في عصرنا الحالي عصر المشاكل النفسية والتشوهات الجسدية، هذه المشاكل التي كلما زادت زادت الحاجة الى الممارسة الرياضية التي بها يعيش المعاقين حركيا وكأنها جزء من حياتهم، كما يمتلك أهمية بالغة لما له من تأثيرات على المعاق حركيا سواء من الجانب النفسي أو الجسدي، وبما أنا المشكلات النفسية والجسدية تتأثر بالمحيط الذي يحيط بالمعاق حركيا فهي تأثر على الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية وحتى التربوية والتعليمية مما يجعل المعاق حركيا في حاجة ماسة الى مساعدة الآخرين من اجل استثمار قدراته والاستفادة منها وإعطائه فرصة لإبرازها وتطويرها وهو الأمر الذي تستطيع الممارسة الرياضية القيام به، إذ يعد النشاط البدني الرياضي المكيف مجالا خاصا لإبراز الإمكانيات والقدرات ويعمل على تطويرها والارتقاء بصاحبها، ذلك انه يمثل خيارا تربويا خاليا من القيود النفسية، فيساعد الفرد المعاق حركيا في تفتحه وحسن تعامله مع الآخرين، والتنافس الشريف من اجل تحقيق النجاح، كما يزيد من قدرته على إقامة العلاقات الاجتماعية والصدقات مع الغير ويكسبه التفاؤل في الحاضر والمستقبل وينمي صفة المسؤولية لديه في مختلف متطلبات الحياة، مما ينعكس ايجابيا على تفاعله واندماجه في المجتمع.

الاقتراحات والتوصيات المستقبلية:

في ضوء قيامنا بهذا البحث المتواضع ومن خلال الجانب النظري للدراسة الحالية ونتائجها الميدانية، التي كان الهدف منها معرفة دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من بعض المشكلات النفسية والجسدية لدى المعاقين حركيا، توصل الباحث الى مجموعة من التوصيات والمقترحات والفرضيات المستقبلية، أميلين بان تأخذ بعين الاعتبار ان تلامس هموم القائمين على هذا المجال سواء

كانوا مدربين أو مربين أو مسئولين، وتلبي طموحات هذه الفئة من المعاقين حركيا وآمالهم في الممارسة الرياضية،

* التكفل والاهتمام والتشجيع من الجهات الوصية على ممارسة الأنشطة الرياضية للمعاقين عن طريق الإعلام سواء (المسموع، المقروء، الشاهد)، حتى يتم التعريف والتحسيس بأهميتها في أوساط المجتمع، مع التنظيم والمشاركة في الدورات والتظاهرات الرياضية السنوية سواء كانت (محلية، جهوية، وطنية، دولية)

* تحقيق التوافق والجهود بين جميع الجهات الوصية على المعاقين حركيا والجامعات بغرض القيام بدراسات عن الإعاقة الحركية وعلاقتها بالمشكلات النفسية والجسدية.

* العمل على التحسين والتوعية لأهمية التعويض بالممارسة الرياضية لفئة المعاقين حركيا ودور ذلك في تخطي بعض المشاكل النفسية والجسدية التي تتركها الإعاقة، واستغلال كافة الإمكانيات والقدرات من أجل الرفع من درجة الثقة بالنفس.

* التوسع في ممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة عن طريق إنشاء نوادي رياضية جديدة متخصصة في هذا المجال، مع إدماج أخصائيين نفسانيين ضمن الطاقم الفني للفريق.

* إقحام الأنشطة الرياضية المكيفة في البرامج التكوينية وتزويدها بجميع الوسائل المتطورة التي تتوافق مع طبيعة ونوعية الإعاقة.

* تنظيم حصص ترويحية رياضية على مستوى المراكز الخاصة بهذه الفئة للتخفيف من المشاكل النفسية والجسدية،

* الرفع من عدد المراكز والجمعيات الخاصة بفئة المعاقين بصفة عامة والمعاقين حركيا بصفة خاصة عبر ربوع الوطن (مركز واحد على الأقل في كل ولاية وجمعية على مستوى البلدية).

* إمداد وإعانة المستشفيات والمراكز والجمعيات التي تتعامل مع هذه الفئة بعدد كبير من المختصين في مجال التربية الخاصة، وذلك لتحسين العناية التشخيصية والطبية ووضع برامج رياضية معدلة خاصة بكل فئة من المعاقين.

* تجهيز المنشآت الرياضية المكيفة وتوفير كل الأدوات والإمكانات للنوادي الرياضية وللمربين وهذا حسب طبيعة ونوع الإعاقة.

* الحرص والاهتمام بالأنشطة الرياضية المناسبة للمعاقين بصفة عامة والمعاقين حركيا بصفة خاصة.

* إعطاء الأهمية للمتخصصين في ميدان النشاط البدني الرياضي المكيف من خريجي المعاهد والجامعات، مع توفير اخصائين لتكوين هؤلاء الخريجين من اجل الحرص على الاهتمام بهذه الفئة.

* ضرورة إمداد هذه الفئة بالدعم المادي، مع ضرورة نشر الوعي الرياضي والطبي والنفسي لأهمية النشاط الرياضي وتوجيه الأسرة لذلك.

* إعداد مناهج رياضية وحركية معدلة مدروسة بدقة للمعاقين حركيا تعمل على التخفيف من المشاكل النفسية والجسدية بأنواعها المختلفة، مع سن القوانين تجبر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في مراكز ذوي الإعاقة الحركية.

الأفاق المستقبلية للدراسة:

* إجراء دراسات مماثلة لمعرفة المعاقين حركيا نحو ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف.

* إجراء دراسات مماثلة لمعرفة مدى مساهمة الأنشطة الرياضية المكيفة في التخفيف من المشاكل النفسية والجسدية لذوي الإعاقات الأخرى.

* إجراء دراسات مماثلة لتنمية الجانب النفسي للمعاقين حركيا.

* إجراء دراسات مماثلة لتنمية الجانب الجسدي للمعاقين حركيا.

* إجراء دراسات مماثلة على ممارسي الرياضات الفردية لهذه الفئة.

* إدراج برامج إعلامية مقترحة من اجل التخفيف من المشاكل النفسية للمعاقين حركيا عن طريق توعيتهم وحثهم عن الممارسة الرياضية.

* إجراء دراسات مماثلة لمعرفة أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف لمن لديهم إعاقات أخرى.

قائمة المراجع:

القران الكريم

الحديث النبوي الشريف

1. إبراهيم، عبد الستار (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، الكويت، عالم المعرفة.
2. إبراهيم، مروان عبد المجيد (2002). كرة السلة على الكراسي المتحركة لمتحدي الإعاقة، ط1، عمان، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
3. إبراهيم، مروان عبد المجيد (2014). التربية الرياضية لذوي الإعاقة، ط1، عمان، دار الرضوان للنشر والتوزيع.
4. أبو صالح، محمد عياش وحمامة، غازي بن قاسم (2009). الصحة واللياقة البدنية، المملكة العربية السعودية، مكتبة العبيكان.
5. إسماعيل يامنة، عبد القادر وإسماعيل ياسين، عبد الرزاق (2014). دراسة في الاكتئاب والعدوان، عمان، دار اليازوري للنشر والتوزيع.
6. أشرف، محمود (2016). الإصابات الرياضية الأنواع- العلاج والتأهيل، ط1، عمان، دار من المحيط إلى الخليج للنشر والتوزيع.
7. الببلاوي، إيهاب (2011). الخدمات المساندة لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع.
8. بديوي، احمد علي (1994). طفلك ومشكلاته النفسية، القاهرة، شركة سفير للنشر.
9. بركات، حلیم(2006). الاغتراب في العربية متأهات الانسان بين الحلم والواقع، ط1، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية.
10. بشير، حسام (2011). بعنوان فعالية النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعاق حركيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر3.
11. بطرس، حافظ بطرس (2007). التكيف والصحة النفسية للطفل، عمان دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
12. بقيون، سمير (2013). الأمراض العصبية، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
13. بن الحاج الطاهر، عبد القادر (2008). بعنوان دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية بعض السمات الشخصية لدى المعوقين حركيا، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص النشاط البدني الرياضي المكيف (الجزائر).

14. بن الحاج الطاهر، عبد القادر (2022). انعكاس ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف على بعض السمات الشخصية للمعاقين حركيا، المجلد 05، العدد 02، المجلة الجزائرية للأبحاث والدراسات.
15. بن بوزة، هشام (2018). النشاط البدني الرياضي المكيف والتوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا، اطروحة دكتوراه علوم في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، تخصص النشاط البدني الرياضي المكيف، جامعة الجزائر 3.
16. بن جخلد، سعد الحاج (2021). اضطرابات النوم وعلاقتها بظهور صعوبات القراءة عند تلاميذ الطور الابتدائي، المجلد 06، العدد 02، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية.
17. بن رجم، احمد (2012). بعنوان برنامج مقترح للنشاط الرياضي الترويحي للتقليل من اضطراب الاكتئاب وتنمية بعض القدرات الإبداعية لدى أطفال الروضة، جامعة الجزائر.
18. بن زيدان، حسين ومقراني، جمال وسيفي، بلقاسم (2017). مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، العدد 17
19. بن زيدان، حسين، بن زيدان، نورالدين ومقراني جمال (2020). دراسة السلوك الصحي لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة، مجلة المجتمع والرياضة، المجلد 03 (01)، ص ص 22-37
20. بن عبد الرحمان، بلقاسم وزواق، احمد (2019). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في الدمج الاجتماعي للمعاقين بصريا، مجلد 02، عدد 02، مجلة دراسات في علوم الانسان والمجتمع.
21. بن علو، الأزرق (2003). كيف تتغلب على القلق وتتعم بالحياة، القاهرة، دار قباء، للطباعة والنشر والتوزيع.
22. بن عيسى، احمد (2018). الحماية القانونية للأشخاص ذوي الإعاقة على ضوء قواعد القانون الدولي والتشريع الجزائري، تلمسان الجزائر، النشر الجامعي الجديد للطباعة والنشر والتوزيع.
23. البواليز، محمد عبد السلام (2000). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، ط 1، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
24. بوحايك، هامل (2013). اثر برنامج إرشادي رياضي مقترح في التقليل من القلق والاكتئاب لدى تلاميذ الطور المتوسط (13 - 15) سنة في حصة التربية البدنية والرياضية، مذكرة الماجستير في نظريات ومناهج التربية البدنية والرياضية، الشلف.
25. بوضوار، الجيلالي (2017). بعنوان دور منهج التربية البدنية والرياضية في التقليل من أنماط بعض المشكلات النفسية للتلاميذ المتفوقين رياضيا في مرحلة التعليم المتوسط، بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في منهجية وطرق التدريس في التربية البدنية والرياضية، جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم.

26. بوقراف، توفيق (2001). بعنوان علاقة الانضمام الرياضي بالقلق لدى المعوقين حركيا تخصص كرة السلة 15 - 33 سنة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير معهد التربية البدنية (الجزائر).
27. بيك، ارون (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل، مصطفى وغان، يعقوب، بيروت، دار النهضة العربية.
28. تركي، احمد (2003). دور النشاط البدني والرياضي التنافسي المكيف في الإدماج الاجتماعي للمعوقين حركيا، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في النشاط البدني والرياضي المكيف، جامعة الجزائر.
29. تركي، رابح (1982). المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم، الجزائر، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع.
30. تيكاري، نصيرة (2017). مشكلة البطالة وأثرها على القلق والاكتئاب لدى خريجي الجامعات الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في تخصص علم النفس المدرسي.
31. ثائر، عاشور (2017). الاكتئاب، أسبابه، أعراضه، أنواعه، وطرق علاجه، ط1، عمان، دار الخليج للصحافة والنشر.
32. جابر، عبد الحميد جابر والكفافي علاء (1989). معجم علم النفس الطب النفسي القاهرة، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.
33. جبل، فوزي محمد (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الإسكندرية، المكتبة الجامعية.
34. الجماعي، صلاح الدين احمد (2009). الاغتراب النفسي الاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي، ط1، عمان، دار زهران للنشر.
35. جمعي، زقاي واوسماعيل، مخلوف وموسي، فريد (2022). الأنشطة الرياضية المكيفة وعلاقتها بجودة الحياة عند المعاقين حركيا، المجلد 07، العدد 01، مجلة تفوق في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية.
36. جندل، جاسم محمد (2016). السمنة والنحافة، ط1، المملكة الأردنية الهاشمية، دار البداية ناشرون وموزعون.
37. حافظ، داليا نبيل (2015). اضطرابات النوم وعلاقتها بالتفكير العقلاني، العدد 43، مجلة الإرشاد النفسي مركز الإرشاد النفسي.
38. حرمة، زكريا وبعيط، رضوان بن جدو (). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق الصحة النفسية لدى المعاقين حركيا، دراسة ميدانية لفريق نور المسيلة وفريق امل بوسعادة لكرة السلة على الكراسي المتحركة، مجلة التكامل في بحوث العلوم الاجتماعية والرياضية، المجلد 04(02)، ص ص 83-112.

39. حرمة، زكرياء وبعيط، رضوان بن جدو (2020). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق الصحة النفسية لدى المعاقين حركيا، المجلد4، العدد2، مجلة التكامل.
40. حسني، نجلاء (2008). الأمراض الشائعة والعلاج بالغذاء الطبيعي، جدة، مكتبة أسواي للتوزيع.
41. حسين فرج، عبد اللطيف (2009). الاضطرابات النفسية، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال، ط1 عمان، دار الحامد.
42. حلمي، إبراهيم والسيد فرحات، ليلي (1998). التربية الرياضية والترويح للمعاقين، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
43. حماد، حسن (2005). الانسان المغترب عند إريك فروم، القاهرة، دار الحكمة.
44. الحمامي، محمد والخولي، أمين أنور (1990). أسس بناء برامج التربية الرياضية، القاهرة، دار الفكر العربي.
45. حمدي الاعظمي، غسان بشير (2013). الكآبة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن العربي والمهجر، ط1، عمان، دار دجلة.
46. الحنفي، عبد المنعم (1995). الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها، القاهرة، مكتبة مدبولي للنشر.
47. الخالدي، أديب محمد (2006). علم النفس الإكلينيكي المرضي الفحص والعلاج، ط1، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
48. خضر، محمد عبد المختار (1998). الاغتراب والتطرف نحو العنف، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
49. الخطيب، جمال (2003). الشلل الدماغي و الإعاقة الحركية دليل المعلمين و الآباء، ط1، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
50. الخطيب، عبد الرحمن عبد الرحيم (2006). الخدمة الاجتماعية المتكاملة في مجال الإعاقة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
51. خليفة، عبد اللطيف محمد (2003). دراسات في سيكولوجية الاغتراب، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
52. خوجة، عادل وهдал، ياسين وشريط، عبد المنعم (2019). مصادر القلق لدى الرياضيين المعاقين حركيا، مجلد رقم11، عدد رقم01، مجلة التحدي.
53. الخولي، أمين أنور (1996). الرياضة والمجتمع، الكويت، عالم المعرفة.
54. داود، عزيز عبد المجيد احمد (2006). مقدمة حول التأهيل في المجتمع المحلي للأشخاص المعوقين الإعاقة من التأهيل إلى الدمج، ط1، بيروت، مؤسسة فقصوه للطباعة.

55. دبله، خولة عبد المجيد احمد (2014). دور التصدع الأسري المعنوي في ظهور الاغتراب النفسي لدى المراهق، ط1، عمان، دار الجنان للنشر والتوزيع.
56. دحماني، بن سعدالله (2015). بعنوان تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف على بعض الجوانب النفسية والاجتماعية لدى فئة المعاقين ذهنيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر3.
57. درويش، وفاء (2007). إسهامات علم النفس الرياضي في الأنشطة الرياضية، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء لعنوا.
58. الدسوقي، مجدي محمد الدسوقي (2006) اضطرابات النوم الأسباب- التشخيص- الوقاية والعلاج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
59. دي جي، بيقرز (2013). ضغط الدم، ترجمة مارك عبود، ط1، الرياض، دار المؤلف للتوزيع.
60. راتب، أسامة كامل (2007). علم النفس الرياضية، القاهرة، دار الفكر العربي.
61. رجب، محمود (1993). الاغتراب سيرة مصطلح، ط4، القاهرة، دار المعارف.
62. رشاد، عبد العزيز موسى (2008). علم النفس الإعاقة، ط1، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
63. رشاد، علي عبد العزيز موسى (2001). أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، مصر، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
64. الرفاعي، نعيم (1972). الصحة النفسية في دراسة سيكولوجية التكيف، ط6، دمشق، مطبعة الطبرية.
65. رواب، عمار (2001). بعنوان تحليل العلاقة بين ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف وتقبل الإعاقة (الجزائر).
66. رودي، بيلوس (2013). مرض السكري، ترجمة هنادي مزبودي، ط1، الرياض، دار المؤلف للتوزيع.
67. رياض، أسامة (2005). رياضة المعاقين الأسس الطبية والرياضية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
68. رياض، أسامة واحمد عبد الرحيم، ناهد (2001). القياس والتأهيل الحركي للمعاقين، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
69. زعتر، نور الدين (2010). القلق، نشر بواسطة علي عدلاوي في الجلفة أنفو، دار الاوراسية.
70. زهران، حامد عبد السلام (2002). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط3، القاهرة، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
71. زهران، سناء حامد (2004). إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب، ط1، القاهرة، عالم الكتب.
72. زيور، مصطفى (1985). سيكولوجية الاكتئاب، بيروت، دار المريخ للنشر.

73. عماد عبد الرحيم الزغول (2005)، الإحصاء التربوي، دار الشروق، ط1، الأردن.
74. سربوت، عبد المالك (2009): دور الأعداد الرياضي في تحديد مستوى القلق لدى لاعبي كرة اليد، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية (الجزائر).
75. سرحان، وليد والتكريتي، عدنان وحباشنة، محمد (2008). القلق، ط1، دار مجدلاوي للنشر، عمان.
76. سرحان، وليد والخطيب، جمال والحباشنة، محمد (2001). الاكتئاب، ط1، عمان، دار
77. سليمان، يوسف عبد الواحد إبراهيم (2010). سيكولوجية ذوي الإعاقة الحسية (الأصم و الكفيف بين الطاقة المعطلة والقوى المنتجة، ط1، القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
78. سنوسي، عبد الكريم، حجار، محمد خرفان، بن شني، حبيب وبن قوة، علي (2018). مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة، مجلة تفوق في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، المجلد 03 (2)، ص ص 89-97.
79. سيجموند، فرويد (1972). الكف والعرض والقلق، ط4، ترجمة عثمان نجاتي، 1989، ط4، بيروت، دار الشروق.
80. السيد شتا، علي (1984). نظرية الاغتراب من منظور الاجتماع، الرياض، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.
81. السيد شتا، علي (1998). اغتراب الإنسان في التنظيمات الصناعية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
82. السيد، سليمان، عبد الرحمن (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، زهراء الشرق.
83. السيد، محمد عبد المجيد عبد العال (2007). السلوك الإنساني في الإسلام، ط2، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
84. الشاذلي، عبد الحميد محمد (2008). الاغتراب النفسي لدى الشباب الجامعي، ط1، مصر، مجموعة أجيال لخدمات التسويق والنشر والإنتاج الثقافي.
85. الشافعي، جمال الدين والخولي، أمين أنور وراتب كاتب، أسامة وحليفة، إبراهيم عبد ربه (2004). دائرة معارف الرياضة وعلوم التربية البدنية، القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
86. الشامي، محمد (2002). الكلب الأسود رحلة التعافي من الاكتئاب، القاهرة، ط6، دار توي للنشر والتوزيع.
87. شاهين، احمد عبد الله (2000). مشكلة القلق عند الشباب وكيف عالجها الإسلام، ط1، مصر، دار الكتب المصرية.

88. شحادة، أسماء محمد (2012). بعنوان الاغتراب النفسي وعلاقته بالدافعية للانجاز لدى المعاقين بصريا في محافظات غزة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية غزة.
89. الشربيني، لطفي (2000). اضطرابات النوم كيف تحدث.. وما هو العلاج، القاهرة، دار الشعب للطباعة والنشر.
90. الشربيني، لطفي (2001). الاكتئاب... الأسباب... والمرض... والعلاج، ط1، بيروت، دار النهضة العربية.
91. الشربيني، لطفي عبد العزيز (2015). كيف تتغلب على القلق المشكلة... والحل، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
92. شرف، عبد الحميد (2002). البرامج في التربية الرياضية بين النظرية والتطبيق للأسوياء والمعاقين، ط2، القاهرة، مركز الكتاب للنشر.
93. شريقي، حليم حبارة، محمد (2011). السمات الشخصية المميزة للاعبين كرة السلة على الأرائك المتحركة - دراسة ميدانية للاعبين فريق نور المسيلة لكرة السلة على الأرائك المتحركة، مجلة الإبداع الرياضي، المجلد 02(02)، ص ص 212-261.
94. شقير، زينب محمود (2001). مقياس الاغتراب النفسي، مكوناته، ومظاهره، ط1، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
95. الشوربجي، نبيلة عباس (2003). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها - علاجها، ط1، القاهرة، دار النهضة العربية.
96. شيت، كونينغام (2009). دليل علاج القولون وأمراض المعدة والأمعاء، ط4، المملكة العربية السعودية، مكتبة جرير للنشر والتوزيع.
97. الصباغ، فيصل (1961). موجز الأمراض العصبية، دمشق(سوريا)، مطبعة دمشق.
98. الصفدي، عصام (2001). المدخل إلى الصحة النفسية، ط1، خانيونس غزة، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
99. الصفدي، عصام حمدي (2007). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
100. الصوفي، بكيل حسين ناصر (2009). انعكاس الإعداد النفسي في ظهور القلق التنافسي لدى الرياضيين في ميدان العاب القوى بالجمهورية اليمنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في ميدان نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية تخصص تدريب رياضي، جامعة الجزائر.
101. الصيادي، منى علي عطية (2012). الاغتراب النفسي لدى العاطلات عن العمل في ضوء حاجاتهن إلى الإرشاد المهني، بحث مقدم إلى قسم علم النفس في كلية التربية جامعة طيبة، السعودية، كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس (توجيه وإرشاد تربوي).

102. الصيرفي، محمد (2008). الضغط والقلق الإداري، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
103. طارق، كمال (2007). الإعاقة الحسية المشكلة والتحدي، مصر، مؤسسة شباب الجامعة للنشر.
104. طلبة، محمد إسماعيل (2009). سيكولوجية الترويح وأوقات الفراغ، القاهرة، إسلاميك جرافيك.
105. طه الويس، نزار مجيد الكامل (1980). علم النفس الرياضي، ط1، بغداد، دار الكتب للطباعة والنشر.
106. عباس، فيصل (1994). الشخصية في ضوء التحليل النفسي، ط1، لبنان، دار الفكر اللبناني.
107. عبد الحميد، شرف (2001). التربية الرياضية والحركية للأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة، ط1، القاهرة، مركز الكتاب للنشر.
108. عبد الرحيم، محمد (2001). الطب المجرب- الأمراض الباطنية وعلاجها بالأعشاب والنباتات الطبية-، ط1، بيروت، دار الراتب الجامعية.
109. عبد الستار، إبراهيم (2002). القلق قيود من الوهم، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
110. عبد السلام محمد، تهناني (2001). الترويح والتربية الترويحية، ط1، القاهرة، دار الفكر للطباعة والنشر.
111. عبد القوي، سامي (2018). علم الأدوية النفسية الإكلينيكي، ط1، أبو ظبي، مكتبة الانجلو المصرية.
112. عبوس، حكيمة (2019). بعنوان دور التربية البدنية والرياضية في الحفاظ على الصورة الجسدية لدى تلميذات الطور الثانوي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي (الشلف).
113. العبسي، محمد مصطفى (2010). طرق تدريس الرياضيات لذوي الاحتياجات، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
114. عبيد، ماجدة السيد (2011). تأهيل المعاقين، ط3، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
115. عبيد، ماجدة السيد (2014). ذوي التحديات الحركية، ط2، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
116. العزه، سعيد حسني (2000). الإعاقة الحركية والحسية، ط1، عمان، الدار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
117. عسكر، عبد الله (2001). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، القاهرة، مكتبة الانجلو.

118. عصار، خير الله (1984). مبادئ علم النفس الاجتماعي، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
119. عصام، يوسف (2011). لعلاج مرض السكر، رويبة(الجزائر)، دار المواهب للنشر والتوزيع.
120. عطوف، ياسين محمود (1986). علم النفس العيادي الإكلينيكي، ط1، بيروت، دار العلم للملايين.
121. علو، زهير وعاصمي، نبيلة (2023). بعنوان اضطرابات النوم والصحة النفسية والجسمية لدى أعوان الأمن بالمناوبة الليلية، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، (جامعة باتنة).
122. علي، بشرى (2008). مظاهر الاغتراب الطلاب السوريين في بعض الجامعات المصرية، مجلة جامعة دمشق، المجلد 24، العدد الأول، صفحة (513-561).
123. عليوة، علاء الدين، ورياض، أسامة، وظاهر، مصطفى(2006). التربية الصحية لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء لندنيا للطباعة والنشر.
124. عماروش، راضية (2018). بعنوان الأعراض النفسية الجسمية قبل المنافسة الرياضية وعلاقتها بدافعية الإنجاز الرياضي عند مصارعي الجودو الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص الإرشاد النفسي الرياضي(الجزائر).
125. العواملة، حابس (2003). سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الإعاقة الحركي)، ط1، عمان، الأهلية للنشر والتوزيع.
126. عودة، محمد ومرسي، كمال إبراهيم (1986). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، ط2، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
127. عيد، محمد إبراهيم (2005). دخل الى علم النفس الاجتماع، ط2، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
128. العيسوي، عبد الرحمن (1997). سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج و التأهيل، بيروت، دار الرتب الجامعية للنشر.
129. عيسوي، عبد الفتاح (1993). تاريخ الطب النفسي عند العلماء المسلمين، ط1، القاهرة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
130. غالب، مصطفى (1981). تغلب على القلق، ط3، بيروت، دار الهلال.
131. الغامدي، حامد بن احمد ضيف الله (2013). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، ط1، الإسكندرية، مصر، دار الوفاء لندنيا.

132. غانم، محمد حسن (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات - التعريف - محاكاة الأشخاص - الأسباب - العلاج - المال والمسار)، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
133. غانم، محمد حسن (2009). كيف تتعامل مع القلق النفسي، مصر، مركز الحضارة العربية للإعلام والنشر والدراسات.
134. غانم، محمد حسن (2011). الاضطرابات النفسجسمية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
135. غانم، محمد حسن (2011). المرأة واضطراباتها النفسية والعقلية، القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر.
136. غانم، محمد حسن (2015). الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية، القاهرة، مكتبة الانجلو.
137. فارس، عبد الغني (2021). بعنوان دراسة علاقة النشاط الرياضي والبدني بالتعب المصحوب باضطرابات النوم، مجلة التحدي (ام البواقي).
138. فاروق، السيد عثمان (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي للطبع والنشر.
139. فتحي، عبد الرسول (2015). تربية المعوقين ورعايتهم في التشريعات الدولية والعربية، ط1، مصر، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
140. الفحل، نبيل محمد (2016). قياس الاكتئاب النفسي للمسنين، ط1، القاهرة، دار العلوم للنشر والتوزيع.
141. فرج، الهواري (2022). الاغتراب وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلاب كلية التربية البدنية بليبيا، أطروحة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل م د) في نظريات ومنهجية التربية البدنية، جامعة الجزائر3.
142. فرج، جمال صبري ونعيم، عبد الحسين (2008). المهارات الأساسية والقانون الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين، ط1، المملكة الأردنية الهاشمية، دار دجلة للنشر والتوزيع.
143. فنلاي، كامبل (1981). الصداق النصفي، ترجمة احمد عبد الفتاح احمد، القاهرة، دار الشروق.
144. فهمي، السيد علي (2009). علم النفس الصحة، الخصائص النفسية الايجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، الإسكندرية، الجامعة الجديدة للنشر.
145. فوزي، احمد أمين (2004). القلق والعدوان في الرياضة، الإسكندرية، المكتبة المركزية.

146. فيرم، الطيب (2011). بعنوان ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف وعلاقته بدافعية الانجاز لدى المعاقين حركيا، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في نظرية منهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر.
147. فيرم، الطيب (2016). بعنوان العلاقة بين ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف ودافعية الانجاز لدى الرياضيين المعاقين حركيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر.
148. الفيومي، محمد إبراهيم (1991). القلق الإنساني، مصادره، تياراته، علاج الدين له، ط3، دار الفكر العربي للطبع والنشر.
149. قاسم، عبد الله محمد (1999). أمراض القلب وعلاقتها بالكف السلوكي، الثقافة النفسية، بيروت، دار النهضة العربية.
150. القرشي، أمير إبراهيم (2013). التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة بين التصميم والتنفيذ، القاهرة، عالم الكتب.
151. قرينات، بن شهرة وباهي، السلامي (2016). المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركيا، العدد 23، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.
152. قرينات، بن شهرة وباهي، السلامي (2016). بعنوان المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركيا، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (جامعة عمار ثلجي الاغواط).
153. القمش، مصطفى نوري (2013). الإعاقات المتعددة، ط3، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
154. القمش، مصطفى نوري والمعايضة، خليل عبد الرحمن (2009). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط2، بيروت، دار المسيرة للطبع والنشر.
155. قنصوة، فاتن طلعت وجمال، شفيق احمد (2017). بعنوان بعض اضطرابات النوم وعلاقتها بالسمنة لدى عينة من الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي (مصر).
156. كارول، فيتز باتريك وجون، شاري (2007). التغلب على اكتئاب المراهقين: دليل الابوين، ترجمة سهى نزيه كركي، السعودية، العيبكان للنشر.
157. كارين ك، برييس (2010). الاكتئاب، ترجمة بدر محمد العدل، الرياض، مكتبة الشقري.
158. كمونة، فريق (2002). مبادئ وطرق التربية الرياضية للمعاقين، الأردن، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
159. لطفي، منير (2018). رحلتي مع مرض السكري، ط1، المنصورة (مصر)، دار اليقين للنشر والتوزيع.

160. لعلام، عبد النور (2023). دور النشاط البدني والرياضي في تنمية الجانب النفسي للمعاقين حركيا، المجلد (8)، العدد (1)، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية.
161. ماكغريغور، آن (2013). الصداع النصفي وأنواع الصداع الأخرى، ترجمة مارك عبود، الرياض، دار المؤلف للتوزيع.
162. ماهر، احمد وأدم، احمد (2005). التربية الرياضية للمكفوفين، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية للنشر.
163. ماهر، احمد وأدم، احمد (2005). التربية الرياضية للمكفوفين، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
164. متولي البطراوي، أماني وسلامة، محمد عبد العزيز (2013). الترويح و أوقات الفراغ، الإسكندرية، ما هي للنشر والتوزيع.
165. مجدلاوي للنشر والتوزيع.
166. مجلي، ماجد وعبدالفتاح، أسامة وزريقات، عايد (2017). السكري "النشاط البدني- الرعاية النفسية- التغذية- العلاج الطبيعي، ط1، المملكة الأردنية الهاشمية، دار امجد للنشر والتوزيع.
167. مخنث، محمد (2015). بعنوان دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق التكيف النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة (أصحاب الإعاقة الحركية)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص العلوم الاجتماعية والرياضية (الجزائر).
168. مخيمر، عماد محمد ومحمد علي، هبه (2006). المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج، ط1، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
169. مساعدي، لزهرة (2013). نظرية الاغتراب من المنظورين العربي والمغربي، ط1، القبة الجزائر، دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
170. مسعودي، احمد (2023). المشكلات النفسية لدى التلاميذ المتأخرين دراسيا، المجلد 11، العدد 01، مجلة أفاق فكرية.
171. مسعودي، احمد (2023). بعنوان المشكلات النفسية لدى التلاميذ المتأخرين دراسيا، مجلة أفاق فكرية(سيدي بلعباس).
172. المسماري، اميمة أمبارك فضل الله (2012). بعنوان اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة لدى طلاب جامعة بنغازي، (ليبيا)، قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العليا "الماجستير".
173. مشته، عبد اللطيف (2001). بعنوان الحالة النفسية الجسمية لأستاذ التربية البدنية والرياضية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي (الجزائر).

174. المعجم الوسيط (1989). المجلد الثاني، تركيا، دار الدعوة، مؤسسة ثقافية للتأليف والطباعة والنشر والتوزيع.
175. مقراني، جمال وحمودي، عابدة وزبشي، نورالدين (2020). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية سمات الدافعية لدى المعاقين حركيا من وجهة نظر المربين، المجلد 03، العدد 04، المجلة الجزائرية للأبحاث.
176. مكنزي، كوام (2013). القلق نوبات الذعر، ترجمة هلا أمان الدين، ط1، الرياض، فهرسة مكتبة الملك الوطنية أثناء النشر.
177. مكنزي، كوام (2013). الاكتئاب، ترجمة زينب منعم، الرياض، دار المؤلف للنشر والتوزيع.
178. منتهى مطشر، عبد الصاحب (2011). الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، ط1، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
179. منصور، زينب (2010). معجم الأمراض وعلاجها، ط1، الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع.
180. مهدي، محمد وفقير، احمد عطية عبید (2023). الاصابات العضلية الشائعة عند عدائي العاب القوى في الجمهورية اليمنية، المجلد 5، العدد 1، مجلة علوم الأداء الرياضي.
181. موشي، زيدندر وجيرالد، ماثيوس (2016). القلق، معتز سيد عبد الله والحسين محمد عبد المنعم المترجمون، الكويت، وحدة الإنتاج في المجلس الوطني.
182. المومني، فواز أيوب وسلامة، لافي عمارين (2016). الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديمغرافية، المجلد 12، العدد 3، المجلة الأردنية في العلوم التربوية.
183. نايل كسال، عزيز (2018). اثر النشاط البدني الرياضي التربوي على مستويات الاغتراب النفسي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه وفق النظام (LMD) في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضة، تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي، جامعة زيان عاشور الجلفة.
184. نعمه، حسن (2016). موسوعة الطب القديم (الشفاء بالقرآن- الطب النبوي- التداوي بالأعشاب)، بيروت، رشاد برس للنشر.
185. النكلاوي، احمد (1989). الاغتراب في المجتمع المصري المعاصر، القاهرة، دار الثقافة العربية.
186. هياجنة، محمود سليم (2005). الاغتراب في القصيدة الجاهلية، الاردن، دار الكتاب للطباعة والنشر والتوزيع والدعاية.
187. ياسر، صلاح (2006). القولون العصبي، القاهرة، الحرية للنشر والتوزيع.

188. يوسف، محمد عباس يوسف (2005). الاغتراب الإبداعي لدى الفئات الإكلينيكية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
المراجع الأجنبية:

189. Alexander j.M et Isaacs K.S(1963). Contribution à la théorie psychanalytique de la dépression, paris.
190. Hornby As (1989). " Ox Ford Advanced Learns Dictionary ", England, Ox Ford, University Press.
191. Lou. P, Lou. H, (2001). La dépression, puf, 5ème edition, paris.
192. Martin Et Jack k (1980). "Acausal Analysis of The Structurl Antecents of Behavioral Alienation" The Case of Production Organizatin Doctoral Dissertation, University of Uth.
193. MentalHealthDaily.com(25/03/2014)
194. Mostefa Boutefnouchet (S.D) (1984). System Social Etrangement Social, office des pablications universitaires, Alger.
195. Oleron (P) (1961). L'èducation des enfants physiquement handicapés, édition, P.U.F, Paris.
196. Paik, Chei and Michael, William (2002). Fureter Psychometric Evaluation of The Jpanese Version of An Académique Self Concept Social Journal of Psychology.
197. ROI, BAUDOUIN (1993). Sur le chemin du sport avec les personnes handicapès physiques.
198. Webster (1991). Ndirtl New Collegiate Dictionary, Philippines, Mevian Webster Inc.
199. Winnick JP. (2011). Adapted physical education and sport. 2nd ed. Champaign: Human Kinetics.
200. Winnicott (1975). de la pèdiatrie à la psychanalgse, paris.
201. www.adalmedia.com

الملاحق

استبيان الصحة العامة

الصورة الأولى

يرجى قراءة التعليمات بعناية:

نود أن نعرف ما إذا كان لديك أي شكاوى طبية، وكيف كانت صحتك بشكل عام، خلال الأسابيع القليلة الماضية. يرجى الإجابة على جميع الأسئلة الواردة في الصفحات التالية ببساطة عن طريق وضع خط تحت الإجابة التي تعتقد أنها تنطبق عليك تقريبًا. تذكر أننا نريد أن نعرف عن الشكاوى الحالية والحديثة، وليس تلك التي كانت لديك في الماضي. من المهم أن تحاول الإجابة على جميع الأسئلة. شكرًا جزيلًا لتعاونك.

الجنس: ذكر أنثى

المستوى الدراسي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

الرقم	العبارات	دائمًا	أحيانًا	أبداً
01	هل تعاني من قلة النوم بسبب القلق؟			
02	هل تواجه صعوبة في البقاء نائماً؟			
03	هل تشعر بالضغط باستمرار؟			
04	هل أصبحت منفعلاً وسيء المزاج؟			
05	هل تشعر بالخوف والذعر دون سبب؟			
06	هل تشعر ان كل شيء خارج عن السيطرة؟			
07	هل تشعر بالقلق والتوتر طوال الوقت؟			

			هل تفكر في نفسك كشخص لا قيمة له؟	08
			هل تشعر أن الحياة ميؤوس منها تماما؟	09
			هل تشعر أن الحياة لا تستحق العيش؟	10
			هل تفكر في إمكانية الهروب من نفسك؟	11
			هل تجد في بعض الأحيان أنك لا تستطيع أن تفعل أي شيء لأنك عصبي؟	12
			هل تتمنى لو كنت ميتا وبعيدا عن كل ذلك؟	13
			هل تجد أن فكرة اتخاذ حياة خاصة بنفسك ظلت تتبادر إلى ذهنك؟	14
			هل تخطط لإبقاء نفسك مشغولاً؟	15
			هل تستغرق وقتاً أطول في الأشياء التي تفعلها؟	16
			هل تشعر بشكل عام أنك تقوم بالأمور بشكل جيد؟	17
			هل أنت راض عن الطريقة التي قمت بها بمهامك؟	18
			هل تشعر أنك تقوم بدور مفيد عند قيامك بالأمور؟	19
			هل تشعر بأنك قادر على اتخاذ القرارات بشأن أي شيء؟	20
			هل تستمتع بأنشطتك اليومية العادية؟	21
			هل تشعر أنك جيد وفي صحة جيدة؟	22
			هل تشعر أنك بحاجة الى منشطة؟	23
			هل تشعر بالتعب والارهاق؟	24
			هل تشعر أنك مريض؟	25
			هل تحس بالألم في الرأس؟	26
			هل تحس بالضيق والضغط في الرأس؟	27
			هل تشعر بنوبات برد أو حر؟	28

استبيان الصحة العامة

الصورة النهائية

يرجى قراءة التعليمات بعناية:

نود أن نعرف ما إذا كان لديك أي شكاوى طبية، وكيف كانت صحتك بشكل عام، خلال الأسابيع القليلة الماضية. يرجى الإجابة على جميع الأسئلة الواردة في الصفحات التالية ببساطة عن طريق وضع خط تحت الإجابة التي تعتقد أنها تنطبق عليك تقريبًا. تذكر أننا نريد أن نعرف عن الشكاوى الحالية والحديثة، وليس تلك التي كانت لديك في الماضي. من المهم أن تحاول الإجابة على جميع الأسئلة. شكرًا جزيلاً لتعاونك.

الجنس: ذكر أنثى

المستوى الدراسي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

الرقم	العبارات	دائماً	أحياناً	أبداً
01	هل تعاني من قلة النوم بسبب القلق؟			
02	هل تواجه صعوبة في البقاء نائماً؟			
03	هل تشعر بالضغط باستمرار؟			
04	هل أصبحت منفعلاً وسيء المزاج؟			
05	هل تشعر بالخوف والذعر دون سبب؟			
06	هل تشعر ان كل شيء خارج عن السيطرة؟			

			هل تشعر بالقلق والتوتر طوال الوقت؟	07
			هل تفكر في نفسك كشخص لا قيمة له؟	08
			هل تشعر أن الحياة ميؤوس منها تماما؟	09
			هل تشعر أن الحياة لا تستحق العيش؟	10
			هل تفكر في إمكانية الهروب من نفسك؟	11
			هل تجد في بعض الأحيان أنك لا تستطيع أن تفعل أي شيء لأنك عصبي؟	12
			هل تتمنى لو كنت ميتا وبعيدا عن كل ذلك؟	13
			هل تجد أن فكرة اتخاذ حياة خاصة بنفسك ظلت تتبادر إلى ذهنك؟	14
			هل تخطط لإبقاء نفسك مشغولاً؟	15
			هل تشعر بشكل عام أنك تقوم بالأمر بشكل جيد؟	16
			هل أنت راض عن الطريقة التي قمت بها بمهامك؟	17
			هل تشعر أنك تقوم بدور مفيد عند قيامك بالأمر؟	18
			هل تشعر بأنك قادر على اتخاذ القرارات بشأن أي شيء؟	19
			هل تستمتع بأنشطتك اليومية العادية؟	20
			هل تشعر أنك جيد وفي صحة جيدة؟	21
			هل تشعر أنك بحاجة الى منشطة؟	22
			هل تشعر بالتعب والارهاق؟	23
			هل تشعر أنك مريض؟	24
			هل تحس بألم في الرأس؟	25
			هل تحس بالضيق والضغط في الرأس؟	26
			هل تشعر بنوبات برد أو حر؟	27

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف - المسيلة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط البدني الرياضي المكيف

الرقم	الإسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	البريد الإلكتروني	رقم الهاتف	الإعضاء
01	عميرة رابح	أستاذة أستاذة أستاذة	الجزائر 3	MKH Abouzaïr rabah@gmail.com	019218.6655	
02	بونوارث محمد	أستاذة أستاذة أستاذة	الجزائر 1	bonoort@univ-msk.dz	0550943991	
03	لعو يحيى كرتيم	أستاذة مساعد	المسيلة	Y.lecteur@univ-Msk.dz	0459,71,99,39	
04	ستري إيمان	أستاذة محاضر	المسيلة	imane.cheriat@univ-msk.dz	0776789573	
05	رادية عبد الهني	أستاذة	المسيلة	aladalyhania@univ-msk.dz	0660477663	
06	رائحي عيسى	أستاذة	المسيلة	aissa.hachimi@univ-msk.dz	057345581	
07	خضار ظلال	أستاذة	المسيلة	khadja@univ-msk.dz	0558820727	
08	ريطاط لوليامية	أستاذة محاضر	المسيلة	hafiounreddine@fahoo.fr	0661697123	
09	لمصيرت أحمد	أستاذة محاضر	المسيلة	ahmed.labchiri@univ-msk.dz	0694.99.01.92	
10	جلال مصباح	أستاذة	المسيلة	mesbah.djedlab@univ-msk.dz	0667495858	



المسيلة في: 2023/03/01

الى السيد: **رئيس نادي المنتخب المسيلة**

تسهيل مهمة إجراء بحث ميداني

يسعدني أن اهدي إليكم أرقى تحياتي وتحيات أعضاء هيئة التدريس بمعهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة المسيلة.

نتشرف ان نلتمس من سيادتكم تقديم يد العون والمساعدة للطالب: شناتي عبد العزيز المسجلة بالسنة: السنة الثانية تخصص: النشاط البدني الرياضي مكيف والصحة للقيام بدراسة ميدانية في إطار إنجاز أطروحة الدكتوراه بعنوان: دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات النفسية لدى عينة من المعاقين حركيا الممارسين وذلك يتطلب تطبيق: (مقابلة، مقياس / استبيان / تجربة ميدانية) على مستوى مؤسستكم المحترمة علما ان جمع البيانات المحصل عليها لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.

لذا نرجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب الباحث، ونشكركم مسبقا على حسن تعاونكم معنا .
تفضلوا بقبول اسمى معاني التقدير والاحترام.

نائب المدير المكلف بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

الدكتور
كريميش عبد المالك فريد

توقيع الاستاذ المشرف

موافقة الهيئة المعنية



المسيلة في: 2023/03/01

الى السيد: رئيس نادي أهل بوسعادة

تسهيل مهمة إجراء بحث ميداني

يسعدني أن اهدي إليكم أرقى تحياتي وتحيات أعضاء هيئة التدريس بمعهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة المسيلة.

نتشرف ان نلتمس من سيادتكم تقديم يد العون والمساعدة للطالب: شناتي عبد العزيز المسجلة بالسنة: السنة الثانية للقيام بدراسة ميدانية في إطار إنجاز أطروحة الدكتوراه بعنوان: دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات النفسية لدى عينة من المعاقين حركيا الممارسين وذلك يتطلب تطبيق: (مقابلة، مقياس / استبيان / تجربة ميدانية) على مستوى مؤسستكم المحترمة علما ان جمع البيانات المحصل عليها لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.

لذا نرجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب الباحث، ونشكركم مسبقا على حسن تعاونكم معنا . تفضلوا بقبول اسمى معاني التقدير والاحترام.

نائب المدير المكلف بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

الدكتور
كريمش عبد المالك فريد

توقيع الاستاذ المشرف

موافقة الهيئة المعنية





المسيلة في: 2023/03/01

الى السيد: رئيس النادي الرياضي

تسهيل مهمة إجراء بحث ميداني

يسعدني أن اهدي إليكم أرقى تحياتي وتحيات أعضاء هيئة التدريس بمعهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة المسيلة.

نتشرف ان نلتمس من سيادتكم تقديم يد العون والمساعدة للطلاب: شناتي عبد العزيز المسجلة بالسنة: السنة الثانية تخصص: النشاط البدني الرياضي مكيف والصحة للقيام بدراسة ميدانية في إطار إنجاز أطروحة الدكتوراه بعنوان: دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات النفسية لدى عينة من المعاقين حركيا الممارسين وذلك يتطلب تطبيق: (مقابلة، مقياس / استبيان / تجربة ميدانية) على مستوى مؤسستكم المحترمة علما ان جمع البيانات المحصل عليها لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي. لذا نرجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب الباحث، ونشكركم مسبقا على حسن تعاونكم معنا . تفضلوا بقبول اسمى معاني التقدير والاحترام.

نائب المدير المكلف بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

الدكتور
كريميش عبد المالك فريد

توقيع الاستاذ المشرف

موافقة الهيئة المعنية



المسيلة في: 2023/03/01

الى السيد: رئيس نادي نور للكرياتى الممثلة
بالمسيلة

تسهيل مهمة اجراء بحث ميداني

يسعدني ان اهدي إليكم أرقى تحياتي وتحيات أعضاء هيئة التدريس بمعهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة المسيلة.

نتشرف ان نلتمس من سيادتكم تقديم يد العون والمساعدة للطلاب: شتاتي عبد العزيز المسجلة بالسنة: السنة الثانية للقيام بدراسة ميدانية في إطار إنجاز أطروحة الدكتوراه بعنوان: دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات النفسية لدى عينة من المعاقين حركيا الممارسين وذلك يتطلب تطبيق: (مقابلة، مقياس / استبيان / تجربة ميدانية) على مستوى مؤسستكم المحترمة علما ان جمع البيانات المحصل عليها لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.

لذا نرجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب الباحث، ونشكركم مسبقا على حسن تعاونكم معنا . تفضلوا بقبول اسمى معاني التقدير والاحترام.

نائب المدير المكلف بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

الدكتور
كريم عبد العزيز

توقيع الاستاذ المشرف

موافقة الهيئة المعنية



المسيلة في: 2023/03/01

الى السيد: **رئيس النادي الرياضي للهواة
المسيلة**

تسهيل مهمة إجراء بحث ميداني

يسعدني أن اهدي إليكم أرقى تحياتي وتحيات أعضاء هيئة التدريس بمعهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة المسيلة.
نتشرف ان نلتمس من سيادتكم تقديم يد العون والمساعدة للطالب: شناتي عبد العزيز
المسجلة بالسنة: السنة الثانية تخصص: النشاط البدني الرياضي مكيف والصحة
للقيام بدراسة ميدانية في إطار إنجاز أطروحة الدكتوراه بعنوان: دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من المشكلات النفسية لدى عينة من المعاقين حركيا الممارسين
وذلك يتطلب تطبيق: (مقابلة، مقياس / استبيان / تجربة ميدانية) على مستوى مؤسستكم المحترمة علما ان جمع البيانات المحصل عليها لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.
لذا نرجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب الباحث، ونشكركم مسبقا على حسن تعاونكم معنا .
تفضلوا بقبول اسمى معاني التقدير والاحترام.

نائب المدير المكلف بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

الدكتور
عبد المالك فريد

توقيع الاستاذ المشرف

مواظبة السيدة المعنية





الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila



معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية
المدير المساعد المكلف بما بعد التخرج والبحث
العلمي والعلاقات الخارجية
+213 35 33 23 72Tel / Fax :

Institute of Science and Techniques of Physical
and Sports Activities
Assistant Director of charge of post-graduation and
researchScientific and external relations
Tel / Fax : + 213 35 33 23 72

الرقم: 2024/م.م.ت.ب.ع.ع.خ/2024

المسيلة في: 09/01/2024

الى السيد: رئيس النادي الرياضي
اللاهوتي نورالعلمة لذوي
تسهيل مهمة إجراء بحث ميداني
الاحتياط الخاصة
للكراسي

يسعدني أن اهدي إليكم أرقى تحياتي وتحيات أعضاء هيئة التدريس بمعهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية
والرياضية بجامعة المسيلة.

نتشرف ان نلتمس من سيادتكم تقديم يد العون والمساعدة للطالب: شناتي عبد العزيز
المسجل(ة) بالسنة: الثالثة دكتوراه تخصص: النشاط البدني الرياضي المكيف والصحة
للقيام بدراسة ميدانية في إطار إنجاز أطروحة الدكتوراه بعنوان: دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التخفيف من
بعض المشكلات النفسية لدى عينة من بعض المعاقين حركيا الممارسين
وذلك يتطلب تطبيق: (مقابلة/ استبيان/ مقياس/ تجربة ميدانية) على مستوى مؤسستكم المحترمة علما أن جميع البيانات
المحصل عليها لا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي
لذا نرجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب الباحث، ونشكركم مسبقا على حسن تعاونكم معنا.
تفضلوا بقبول أسى معاني التقدير والاحترام.

المدير المساعد المكلف بما بعد التدرج
والبحوث العلمي والعلاقات الخارجية



موافقة الهيئة المعنية



توقيع الأستاذ المشرف

```

COMPUTE d1=SUM().7قلق to 1قلق
EXECUTE.
COMPUTE d2=SUM().7اكتئاب1 to 1اكتئاب
EXECUTE.
COMPUTE d3=SUM().7اغتراب1 to 1اغتراب
EXECUTE.
COMPUTE d4=SUM().7جسدية1 to 1جسدية
EXECUTE.

```

```

SAVE OUTFILE='E:\sav.مذكرة عبد العزيز شناتي\الصدق والثبات عزيز شناتي.
/COMPRESSED.
CORRELATIONS
/VARIABLES=d 7قلق6قلق5قلق4قلق3قلق2قلق1قلق1
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Corrélations

		قلق1	قلق2	قلق3	قلق4	قلق5	قلق6
قلق1	Corrélation de Pearson	1	,591**	,455**	,322	,115	,253
	Sig. (bilatérale)		,000	,006	,059	,509	,143
	N	35	35	35	35	35	35
قلق2	Corrélation de Pearson	,591**	1	,449**	,282	,185	,095
	Sig. (bilatérale)	,000		,007	,101	,287	,587
	N	35	35	35	35	35	35
قلق3	Corrélation de Pearson	,455**	,449**	1	,125	,195	,000
	Sig. (bilatérale)	,006	,007		,475	,262	1,000
	N	35	35	35	35	35	35
قلق4	Corrélation de Pearson	,322	,282	,125	1	,131	,286
	Sig. (bilatérale)	,059	,101	,475		,455	,096
	N	35	35	35	35	35	35
قلق5	Corrélation de Pearson	,115	,185	,195	,131	1	,296
	Sig. (bilatérale)	,509	,287	,262	,455		,085
	N	35	35	35	35	35	35
قلق6	Corrélation de Pearson	,253	,095	,000	,286	,296	1
	Sig. (bilatérale)	,143	,587	1,000	,096	,085	
	N	35	35	35	35	35	35
قلق7	Corrélation de Pearson	,239	,364*	,425*	,351*	,094	,187
	Sig. (bilatérale)	,167	,031	,011	,039	,592	,281
	N	35	35	35	35	35	35

d1	Corrélation de Pearson	,719**	,665**	,599**	,605**	,466**	,553**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,005	,001
	N	35	35	35	35	35	35

Corrélations

		قلق7	d1
قلق1	Corrélation de Pearson	,239	,719**
	Sig. (bilatérale)	,167	,000
	N	35	35
قلق2	Corrélation de Pearson	,364*	,665**
	Sig. (bilatérale)	,031	,000
	N	35	35
قلق3	Corrélation de Pearson	,425*	,599**
	Sig. (bilatérale)	,011	,000
	N	35	35
قلق4	Corrélation de Pearson	,351*	,605**
	Sig. (bilatérale)	,039	,000
	N	35	35
قلق5	Corrélation de Pearson	,094	,466**
	Sig. (bilatérale)	,592	,005
	N	35	35
قلق6	Corrélation de Pearson	,187	,553**
	Sig. (bilatérale)	,281	,001
	N	35	35
قلق7	Corrélation de Pearson	1	,608**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	35	35
d1	Corrélation de Pearson	,608**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	35	35

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=d 1اكتئاب1 2اكتئاب2 3اكتئاب3 4اكتئاب4 5اكتئاب5 6اكتئاب6 7اكتئاب7
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Corrélations

		Corrélations					
		اكتتاب1	اكتتاب2	اكتتاب3	اكتتاب4	اكتتاب5	اكتتاب6
اكتتاب1	Corrélation de Pearson	1	,326	,614**	,290	,177	,229
	Sig. (bilatérale)		,056	,000	,091	,309	,186
	N	35	35	35	35	35	35
اكتتاب2	Corrélation de Pearson	,326	1	,299	,361*	,251	,320
	Sig. (bilatérale)	,056		,081	,033	,146	,061
	N	35	35	35	35	35	35
اكتتاب3	Corrélation de Pearson	,614**	,299	1	,262	,380*	,453**
	Sig. (bilatérale)	,000	,081		,128	,025	,006
	N	35	35	35	35	35	35
اكتتاب4	Corrélation de Pearson	,290	,361*	,262	1	,612**	,544**
	Sig. (bilatérale)	,091	,033	,128		,000	,001
	N	35	35	35	35	35	35
اكتتاب5	Corrélation de Pearson	,177	,251	,380*	,612**	1	,547**
	Sig. (bilatérale)	,309	,146	,025	,000		,001
	N	35	35	35	35	35	35
اكتتاب6	Corrélation de Pearson	,229	,320	,453**	,544**	,547**	1
	Sig. (bilatérale)	,186	,061	,006	,001	,001	
	N	35	35	35	35	35	35
اكتتاب7	Corrélation de Pearson	,397*	,121	,705**	,354*	,574**	,362*
	Sig. (bilatérale)	,018	,489	,000	,037	,000	,033
	N	35	35	35	35	35	35
d2	Corrélation de Pearson	,636**	,550**	,781**	,689**	,730**	,713**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000	,000	,000	,000
	N	35	35	35	35	35	35

		Corrélations	
		اكتتاب7	d2
اكتتاب1	Corrélation de Pearson	,397*	,636**
	Sig. (bilatérale)	,018	,000
	N	35	35
اكتتاب2	Corrélation de Pearson	,121	,550**
	Sig. (bilatérale)	,489	,001

	N	35	35
اكتتاب3	Corrélation de Pearson	,705**	,781**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	35	35
اكتتاب4	Corrélation de Pearson	,354*	,689**
	Sig. (bilatérale)	,037	,000
	N	35	35
اكتتاب5	Corrélation de Pearson	,574**	,730**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	35	35
اكتتاب6	Corrélation de Pearson	,362*	,713**
	Sig. (bilatérale)	,033	,000
	N	35	35
اكتتاب7	Corrélation de Pearson	1	,730**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	35	35
d2	Corrélation de Pearson	,730**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	35	35

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=d 1اكتتاب 2اكتتاب 3اكتتاب 4اكتتاب 5اكتتاب 6اكتتاب 7اكتتاب
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

		Corrélations					
		اكتتاب1	اكتتاب2	اكتتاب3	اكتتاب4	اكتتاب5	اكتتاب6
اكتتاب1	Corrélation de Pearson	1	-,004	,669**	,005	,298	,092
	Sig. (bilatérale)		,982	,000	,977	,082	,600
	N	35	35	35	35	35	35
اكتتاب2	Corrélation de Pearson	-,004	1	-,266	,222	-,093	-,077
	Sig. (bilatérale)	,982		,122	,200	,593	,661
	N	35	35	35	35	35	35
اكتتاب3	Corrélation de Pearson	,669**	-,266	1	-,068	,521**	,335*
	Sig. (bilatérale)	,000	,122		,696	,001	,049

	N	35	35	35	35	35	35
اغتراب 4	Corrélation de Pearson	,005	,222	-,068	1	,388*	,477**
	Sig. (bilatérale)	,977	,200	,696		,021	,004
	N	35	35	35	35	35	35
اغتراب 5	Corrélation de Pearson	,298	-,093	,521**	,388*	1	,284
	Sig. (bilatérale)	,082	,593	,001	,021		,098
	N	35	35	35	35	35	35
اغتراب 6	Corrélation de Pearson	,092	-,077	,335*	,477**	,284	1
	Sig. (bilatérale)	,600	,661	,049	,004	,098	
	N	35	35	35	35	35	35
اغتراب 7	Corrélation de Pearson	,296	-,127	,401*	,314	,675**	,409*
	Sig. (bilatérale)	,085	,466	,017	,066	,000	,015
	N	35	35	35	35	35	35
d3	Corrélation de Pearson	,587**	,195	,637**	,559**	,751**	,597**
	Sig. (bilatérale)	,000	,262	,000	,000	,000	,000
	N	35	35	35	35	35	35

Corrélations

		اغتراب 7	d3
اغتراب 1	Corrélation de Pearson	,296	,587**
	Sig. (bilatérale)	,085	,000
	N	35	35
اغتراب 2	Corrélation de Pearson	-,127	,195
	Sig. (bilatérale)	,466	,262
	N	35	35
اغتراب 3	Corrélation de Pearson	,401*	,637**
	Sig. (bilatérale)	,017	,000
	N	35	35
اغتراب 4	Corrélation de Pearson	,314	,559**
	Sig. (bilatérale)	,066	,000
	N	35	35
اغتراب 5	Corrélation de Pearson	,675**	,751**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	35	35
اغتراب 6	Corrélation de Pearson	,409*	,597**
	Sig. (bilatérale)	,015	,000
	N	35	35
اغتراب 7	Corrélation de Pearson	1	,731**

	Sig. (bilatérale)		,000
	N	35	35
d3	Corrélation de Pearson	,731**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	35	35

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=d 7 جسدية 6 جسدية 5 جسدية 4 جسدية 3 جسدية 2 جسدية 1 جسدية 4
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE .

Corrélations

		Corrélations					
		جسدية 1	جسدية 2	جسدية 3	جسدية 4	جسدية 5	جسدية 6
جسدية 1	Corrélation de Pearson	1	,057	,131	,255	,017	-,151
	Sig. (bilatérale)		,745	,454	,140	,923	,386
	N	35	35	35	35	35	35
جسدية 2	Corrélation de Pearson	,057	1	,371*	,283	,133	,081
	Sig. (bilatérale)	,745		,028	,100	,446	,643
	N	35	35	35	35	35	35
جسدية 3	Corrélation de Pearson	,131	,371*	1	,422*	,385*	,008
	Sig. (bilatérale)	,454	,028		,012	,022	,962
	N	35	35	35	35	35	35
جسدية 4	Corrélation de Pearson	,255	,283	,422*	1	,414*	,237
	Sig. (bilatérale)	,140	,100	,012		,013	,170
	N	35	35	35	35	35	35
جسدية 5	Corrélation de Pearson	,017	,133	,385*	,414*	1	,137
	Sig. (bilatérale)	,923	,446	,022	,013		,432
	N	35	35	35	35	35	35
جسدية 6	Corrélation de Pearson	-,151	,081	,008	,237	,137	1
	Sig. (bilatérale)	,386	,643	,962	,170	,432	
	N	35	35	35	35	35	35
جسدية 7	Corrélation de Pearson	,361*	,115	,036	,067	,043	,413*
	Sig. (bilatérale)	,033	,512	,837	,701	,808	,014
	N	35	35	35	35	35	35
d4	Corrélation de Pearson	,409*	,557**	,647**	,707**	,583**	,427*
	Sig. (bilatérale)	,015	,001	,000	,000	,000	,011

N	35	35	35	35	35	35
---	----	----	----	----	----	----

Corrélations

		جسدية7	d4
جسدية1	Corrélacion de Pearson	,361*	,409*
	Sig. (bilatérale)	,033	,015
	N	35	35
جسدية2	Corrélacion de Pearson	,115	,557**
	Sig. (bilatérale)	,512	,001
	N	35	35
جسدية3	Corrélacion de Pearson	,036	,647**
	Sig. (bilatérale)	,837	,000
	N	35	35
جسدية4	Corrélacion de Pearson	,067	,707**
	Sig. (bilatérale)	,701	,000
	N	35	35
جسدية5	Corrélacion de Pearson	,043	,583**
	Sig. (bilatérale)	,808	,000
	N	35	35
جسدية6	Corrélacion de Pearson	,413*	,427*
	Sig. (bilatérale)	,014	,011
	N	35	35
جسدية7	Corrélacion de Pearson	1	,487**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	35	35
d4	Corrélacion de Pearson	,487**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	35	35

*. La corrélacion est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

RELIABILITY

/VARIABLES=7 قلق1 قلق2 قلق3 قلق4 قلق5 قلق6 قلق7

/SCALE('ALL') ثبات القلق

/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : ثبات القلق

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	35	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	35	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,698	7

RELIABILITY

/VARIABLES=7 اکتئاب1 اکتئاب2 اکتئاب3 اکتئاب4 اکتئاب5 اکتئاب6 اکتئاب7
/SCALE('ALL') ثبات الاکتئاب
/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : ثبات الاکتئاب

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	35	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	35	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,816	7

RELIABILITY

/VARIABLES=7 اغتراب1 اغتراب2 اغتراب3 اغتراب4 اغتراب5 اغتراب6 اغتراب7

/SCALE('ALL') ثبات الاغتراب
/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : ثبات الاغتراب

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	35	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	35	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,653	7

RELIABILITY

/VARIABLES=7 جسدية 1 جسدية 2 جسدية 3 جسدية 4 جسدية 5 جسدية 6 جسدية 7 جسدية
/SCALE('ALL') ثبات المشكلات الجسدية
/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : ثبات المشكلات الجسدية

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	35	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	35	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,612	7

DESCRIPTIVES VARIABLES=d1 d2 d3 d4
/STATISTICS=VARIANCE.

Matrice Caractéristiques

Statistiques descriptives

	N	Variance
total	35	27,575
N valide (liste)	35	

```
matrix.  
compute alpha=1-({6.78,9.07,6.02,5.83}*(1- {0.69;0.81;0.65;0.61}))/ (27.57) .  
print alpha  
/title = "COEFFICIENT ALPHA by Dr. Mohamed Habashy Hussein"  
/format="f5.3".  
end matrix.
```

Matrice

Run MATRIX procedure:

```
COEFFICIENT ALPHA by Dr. Mohamed Habashy Hussein  
 ,702
```

----- END MATRIX -----

EXAMINE VARIABLES=المشكلات. النفسية جسدية
 /PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
 /COMPARE GROUPS
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /CINTERVAL 95
 /MISSING LISTWISE
 /NOTOTAL.

Explorer

Récapitulatif de traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquant		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
المشكلات. النفسية	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%
جسدية	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%

Caractéristiques

		Statistiques	Erreur standard	
المشكلات. النفسية	Moyenne	40,5873	,55225	
	Intervalle de confiance à 95	Borne inférieure	39,4834	
		% pour la moyenne	Borne supérieure	41,6912
	Moyenne tronquée à 5 %	40,6473		
	Médiane	41,0000		
	Variance	19,214		
	Ecart type	4,38338		
	Minimum	31,00		
	Maximum	49,00		
	Plage	18,00		
	Plage interquartile	5,00		
	Asymétrie	-,263	,302	
	Kurtosis	-,027	,595	
	جسدية	Moyenne	13,7302	,29952
Intervalle de confiance à 95		Borne inférieure	13,1314	
		% pour la moyenne	Borne supérieure	14,3289
Moyenne tronquée à 5 %		13,7381		
Médiane		14,0000		
Variance		5,652		
Ecart type		2,37736		
Minimum		7,00		

Maximum	21,00	
Plage	14,00	
Plage interquartile	3,00	
Asymétrie	,027	,302
Kurtosis	1,226	,595

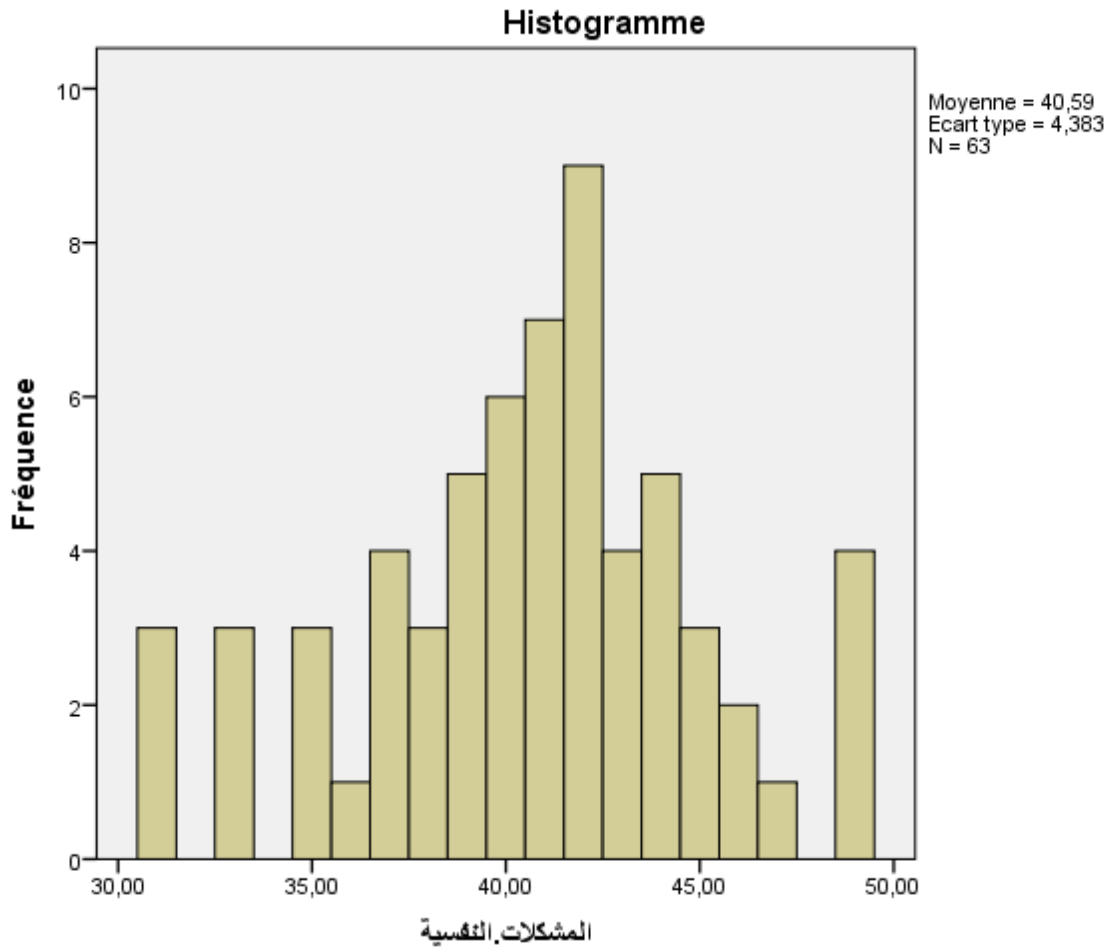
Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
المشكلات النفسية	,098	63	,200 [*]	,970	63	,129
جسدية	,148	63	,001	,967	63	,093

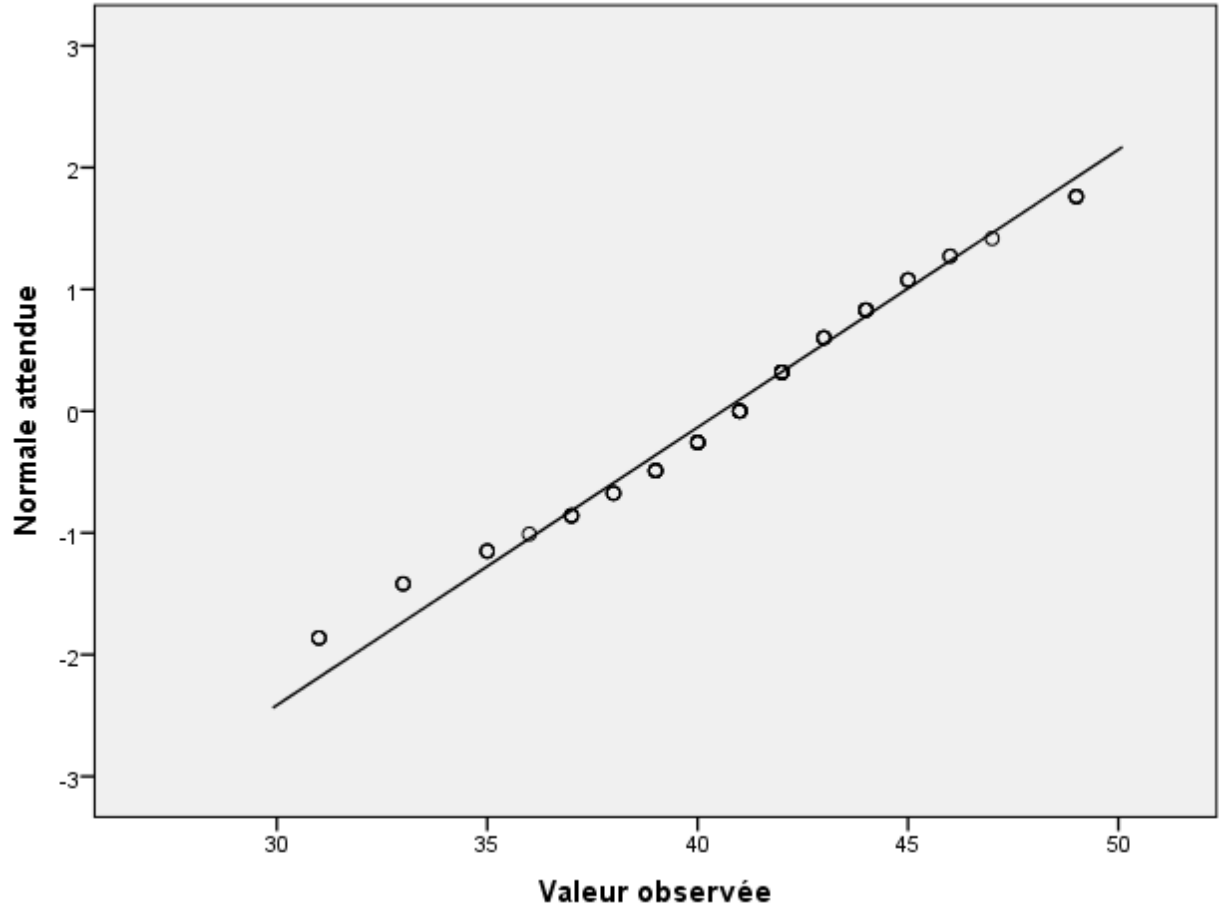
*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

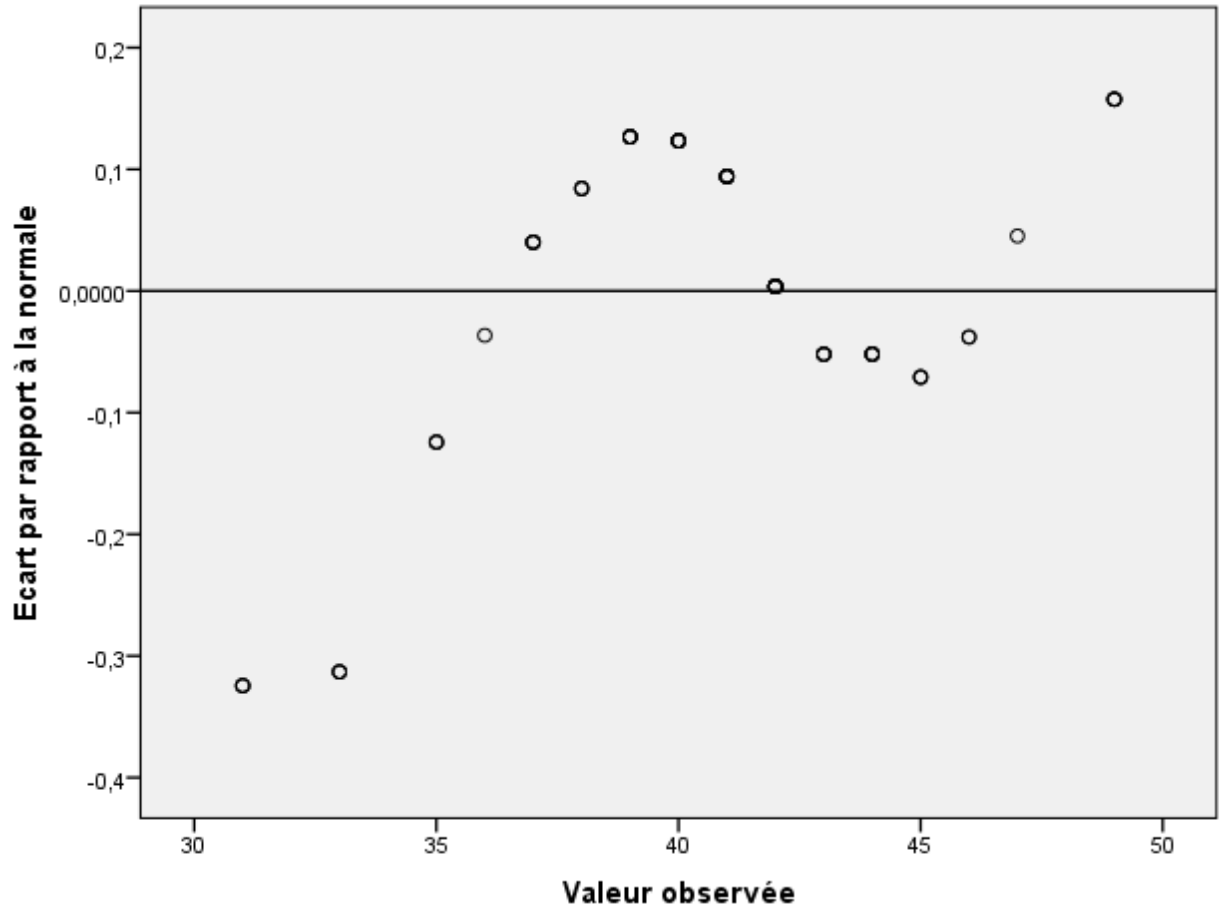
المشكلات النفسية

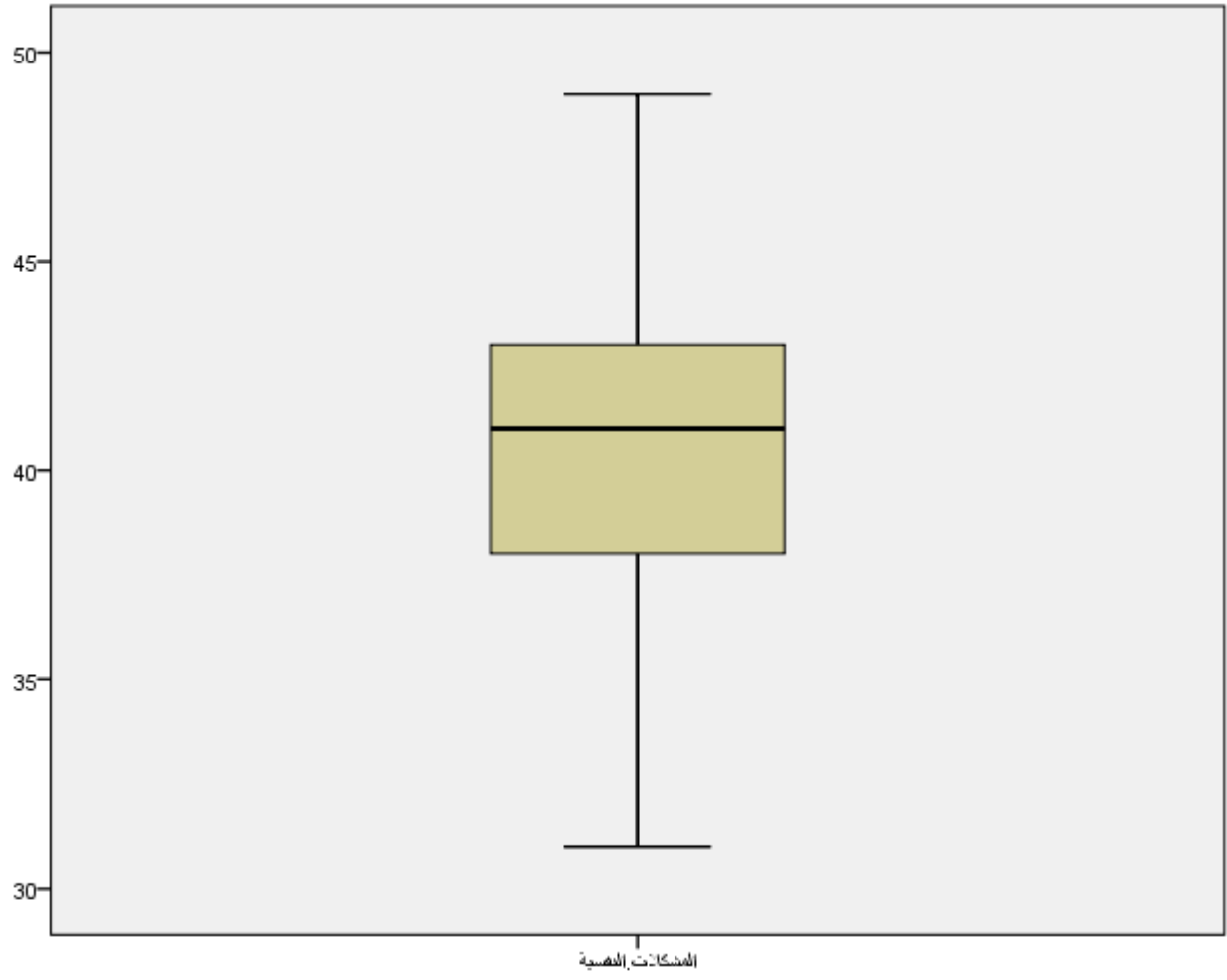


Tracé Q-Q normal de المشكلات النفسية



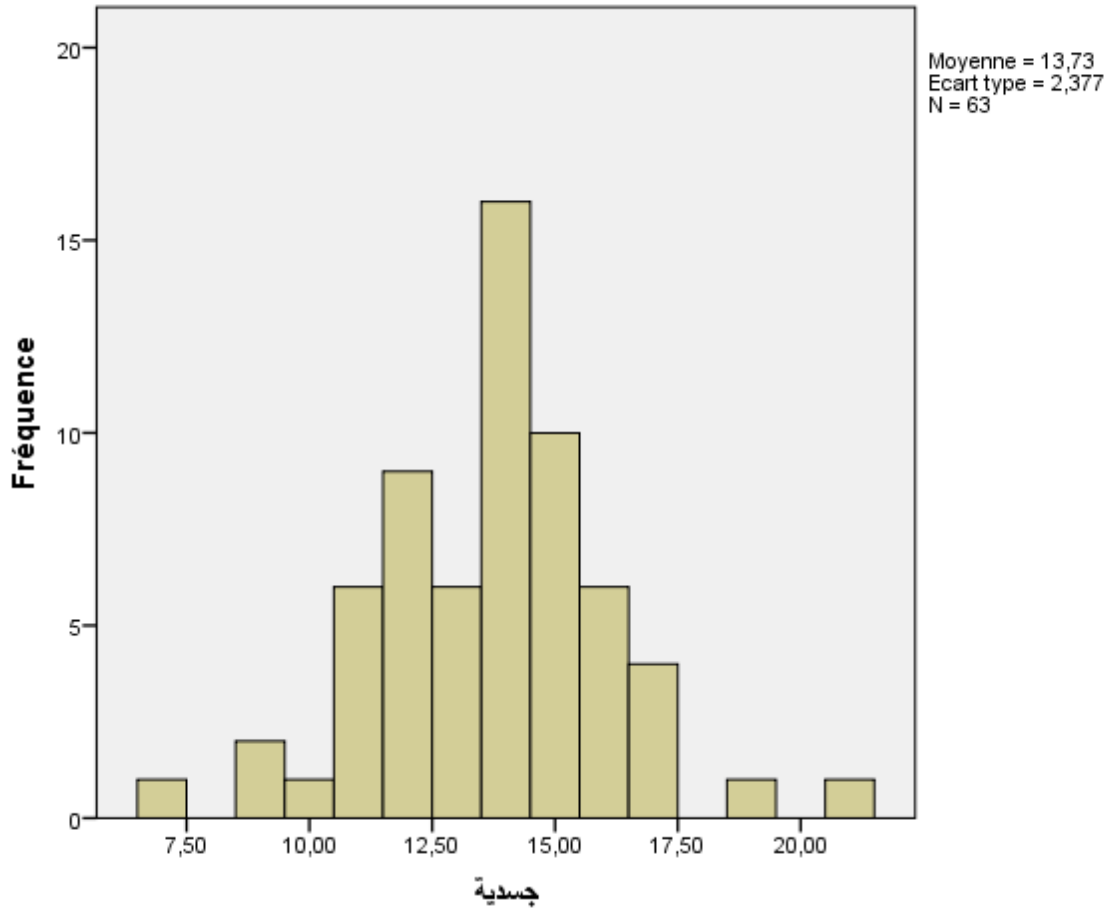
Tracé Q-Q normal hors tendances de المشكلات النفسية



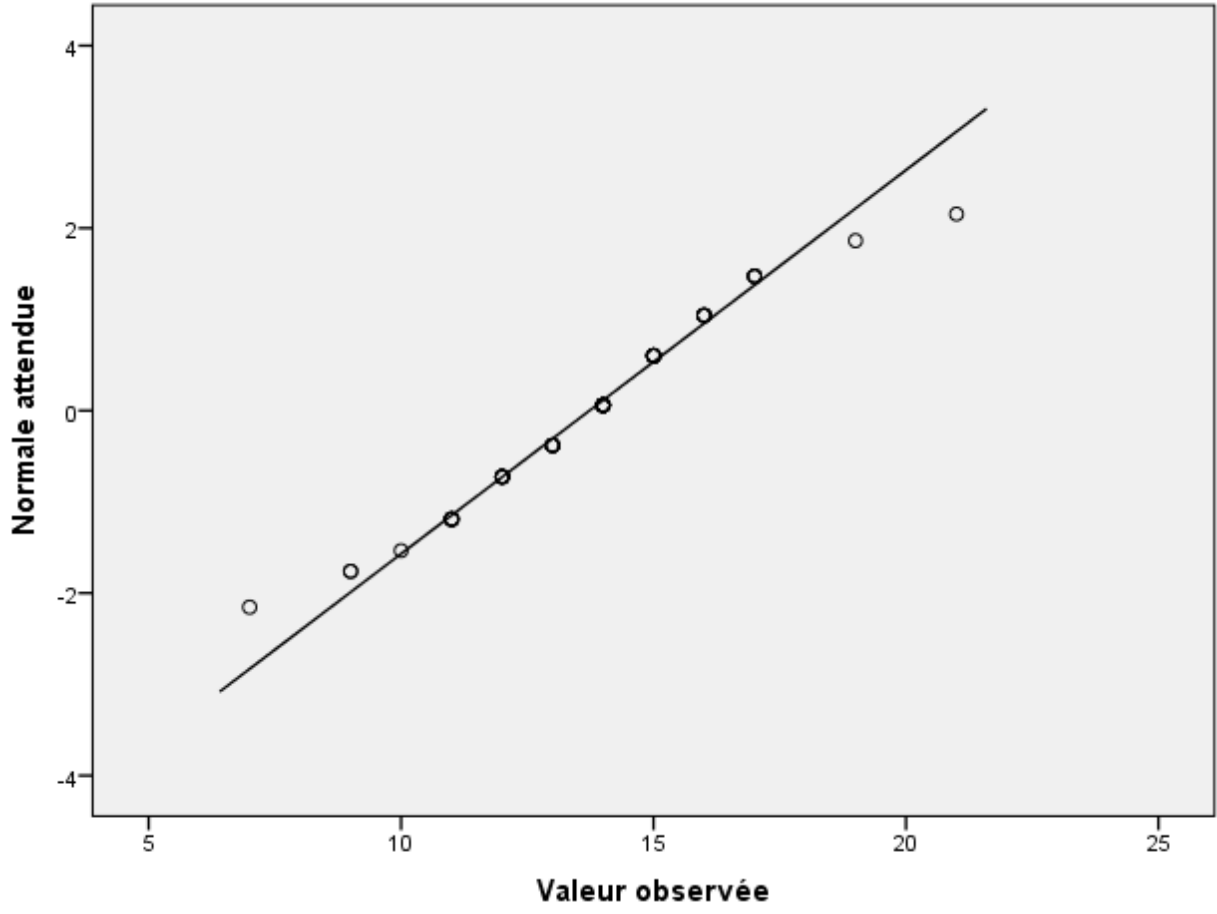


جسدية

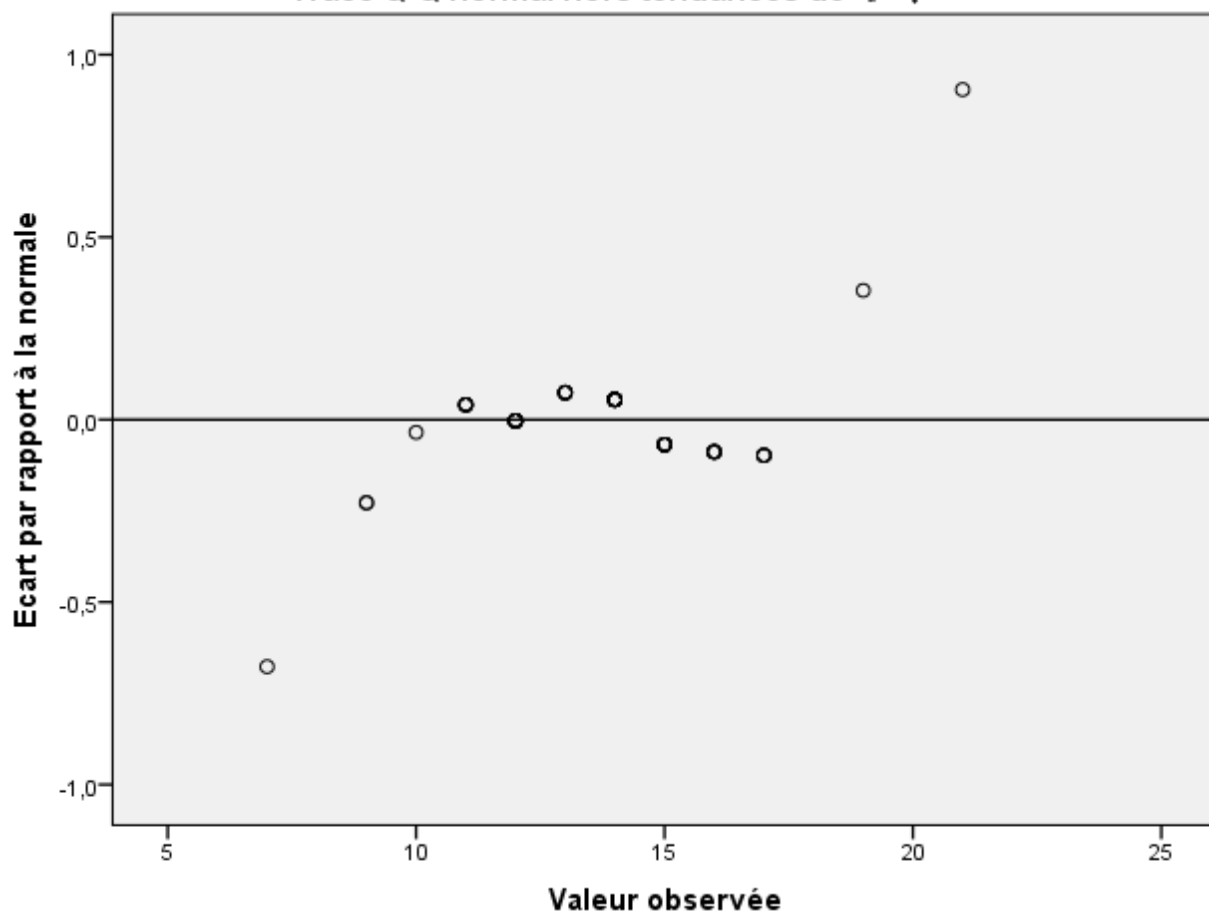
Histogramme

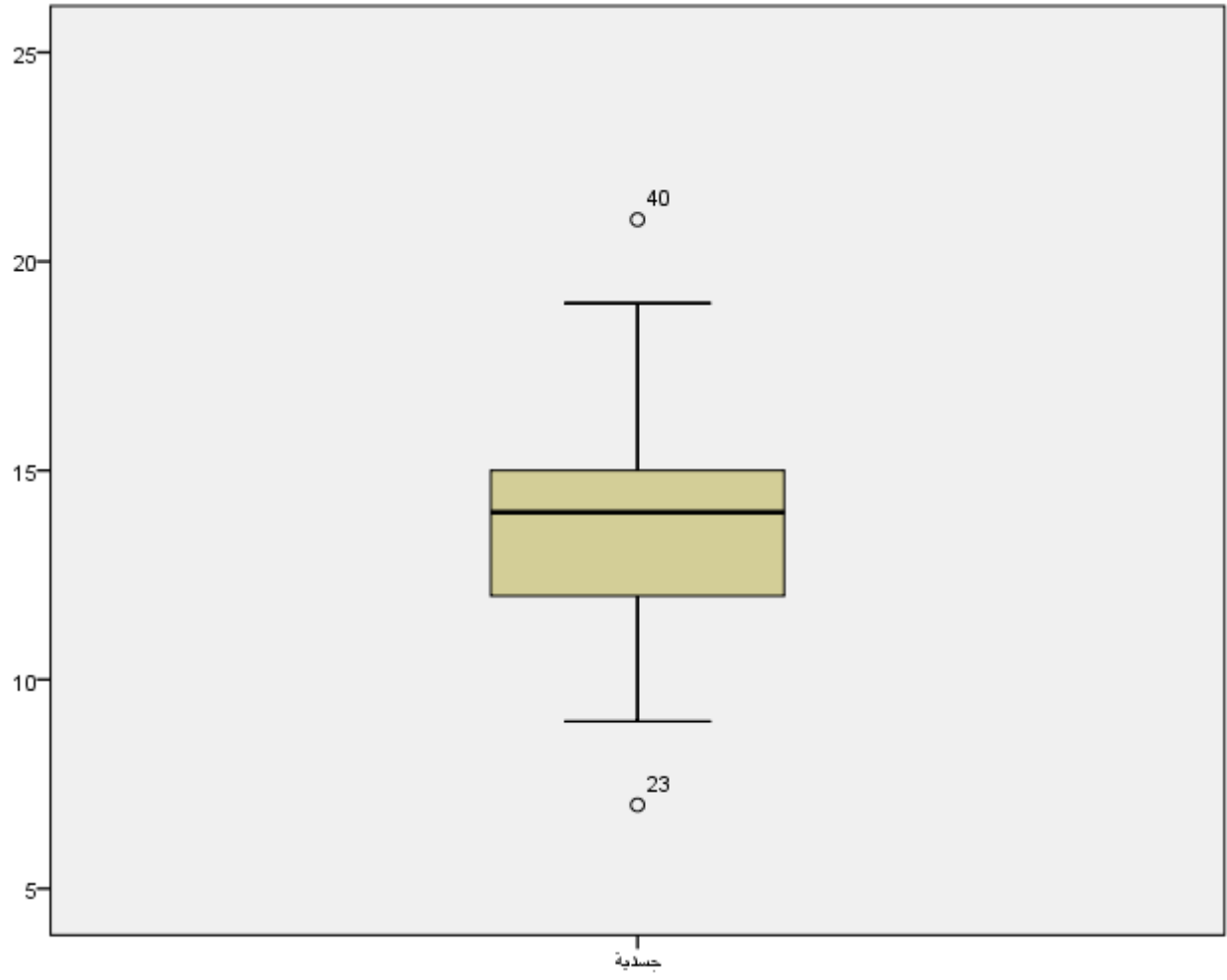


Tracé Q-Q normal de جسدية



Tracé Q-Q normal hors tendances de جسدية





DESCRIPTIVES VARIABLES= قلق1 قلق2 قلق3 قلق4 قلق5 قلق6 قلق7 اکتئاب1 اکتئاب2 اکتئاب3 اکتئاب4 اکتئاب5

اكتئاب6 اکتئاب7 اغتراب1 اغتراب2 اغتراب3 اغتراب4 اغتراب5 اغتراب6 اغتراب7 جسدية1 جسدية2 جسدية3 جسدية4 جسدية5

جسدية6 جسدية7 قلق اکتئاب الاغتراب جسدية المشكلات. النفسية
/STATISTICS=MEAN STDDEV.

Caractéristiques

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
قلق1	63	1,8254	,73044
قلق2	63	2,0952	,61472
قلق3	63	2,1905	,64401
قلق4	63	1,8095	,69229
قلق5	63	1,8095	,64401
قلق6	63	1,8730	,75117
قلق7	63	2,0952	,64042
اكتئاب1	63	2,3651	,65504
اكتئاب2	63	2,1905	,66858
اكتئاب3	63	2,0952	,73428
اكتئاب4	63	2,1270	,60886
اكتئاب5	63	2,1905	,69229
اكتئاب6	63	2,1905	,69229
اكتئاب7	63	2,0317	,64678
اغتراب1	63	2,0317	,71771
اغتراب3	63	1,8571	,71521
اغتراب4	63	2,0635	,69266
اغتراب5	63	1,9048	,71198
اغتراب6	63	1,9048	,61472
اغتراب7	63	1,9365	,75931
جسدية1	63	2,0000	,59568
جسدية2	63	2,0000	,71842
جسدية3	63	2,0317	,67126
جسدية4	63	1,9365	,66897
جسدية5	63	1,9365	,66897
جسدية6	63	1,9683	,64678
جسدية7	63	1,8571	,59180
قلق	63	13,6984	2,81491
اكتئاب	63	15,1905	2,98306
الاغتراب	63	11,6984	2,28342

جسدية	63	13,7302	2,37736
المشكلات النفسية	63	40,5873	4,38338
N valide (liste)	63		

FREQUENCIES VARIABLES= الجنس المستوى الدراسي قلق1 قلق2 قلق3 قلق4 قلق5 قلق6 قلق7
اكتئاب1 اكتئاب2

اكتئاب3
اكتئاب4
اكتئاب5
اكتئاب6
اكتئاب7
اكتئاب1
اكتئاب2
اكتئاب3
اكتئاب4
اكتئاب5
اكتئاب6
اكتئاب7
جسدية1
جسدية2
جسدية3
جسدية4
جسدية5
جسدية6
جسدية7
/ORDER=ANALYSIS.

Fréquences

Statistiques

		الجنس	المستوى الدراسي	قلق1	قلق2	قلق3	قلق4	قلق5
N	Valide	63	63	63	63	63	63	63
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0

Statistiques

		قلق6	قلق7	اكتئاب1	اكتئاب2	اكتئاب3	اكتئاب4	اكتئاب5
N	Valide	63	63	63	63	63	63	63
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0

Statistiques

		اكتئاب6	اكتئاب7	اغتراب1	اغتراب3	اغتراب4	اغتراب5	اغتراب6
N	Valide	63	63	63	63	63	63	63
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0

Statistiques

		اغتراب7	جسدية1	جسدية2	جسدية3	جسدية4	جسدية5	جسدية6
N	Valide	63	63	63	63	63	63	63
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0

Statistiques

		جسدية7							
N	Valide								63
	Manquant								0

Table de fréquences

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	53	84,1	84,1	84,1
	2,00	10	15,9	15,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

المستوى الدراسي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	11	17,5	17,5	17,5
	2,00	31	49,2	49,2	66,7
	3,00	18	28,6	28,6	95,2
	4,00	3	4,8	4,8	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

قلق 1

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	23	36,5	36,5	36,5
	2,00	28	44,4	44,4	81,0
	3,00	12	19,0	19,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

قلق 2

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	9	14,3	14,3	14,3
	2,00	39	61,9	61,9	76,2
	3,00	15	23,8	23,8	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

فلق 3

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	8	12,7	12,7	12,7
	2,00	35	55,6	55,6	68,3
	3,00	20	31,7	31,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

فلق 4

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	22	34,9	34,9	34,9
	2,00	31	49,2	49,2	84,1
	3,00	10	15,9	15,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

فلق 5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	20	31,7	31,7	31,7
	2,00	35	55,6	55,6	87,3
	3,00	8	12,7	12,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

فلق 6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	22	34,9	34,9	34,9
	2,00	27	42,9	42,9	77,8
	3,00	14	22,2	22,2	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

فلق 7

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	10	15,9	15,9	15,9
	2,00	37	58,7	58,7	74,6
	3,00	16	25,4	25,4	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اكتتاب 1

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	6	9,5	9,5	9,5
	2,00	28	44,4	44,4	54,0
	3,00	29	46,0	46,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اكتتاب 2

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	9	14,3	14,3	14,3
	2,00	33	52,4	52,4	66,7
	3,00	21	33,3	33,3	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اكتتاب 3

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	14	22,2	22,2	22,2
	2,00	29	46,0	46,0	68,3
	3,00	20	31,7	31,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اكتتاب 4

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	8	12,7	12,7	12,7
	2,00	39	61,9	61,9	74,6
	3,00	16	25,4	25,4	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اكتتاب 5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	10	15,9	15,9	15,9
	2,00	31	49,2	49,2	65,1
	3,00	22	34,9	34,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اكتتاب 6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	10	15,9	15,9	15,9
	2,00	31	49,2	49,2	65,1
	3,00	22	34,9	34,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اكتتاب 7

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	12	19,0	19,0	19,0
	2,00	37	58,7	58,7	77,8
	3,00	14	22,2	22,2	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اغتراب 1

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	15	23,8	23,8	23,8
	2,00	31	49,2	49,2	73,0
	3,00	17	27,0	27,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اغتراب 3

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	21	33,3	33,3	33,3
	2,00	30	47,6	47,6	81,0
	3,00	12	19,0	19,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اغتراب 4

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	13	20,6	20,6	20,6
	2,00	33	52,4	52,4	73,0
	3,00	17	27,0	27,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اغتراب 5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	19	30,2	30,2	30,2
	2,00	31	49,2	49,2	79,4
	3,00	13	20,6	20,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اغتراب 6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	15	23,8	23,8	23,8
	2,00	39	61,9	61,9	85,7
	3,00	9	14,3	14,3	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

اغتراب 7

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	20	31,7	31,7	31,7
	2,00	27	42,9	42,9	74,6
	3,00	16	25,4	25,4	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

جسدية 1

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	11	17,5	17,5	17,5
	2,00	41	65,1	65,1	82,5
	3,00	11	17,5	17,5	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

جسدية 2

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	16	25,4	25,4	25,4
	2,00	31	49,2	49,2	74,6
	3,00	16	25,4	25,4	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

جسدية 3

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	13	20,6	20,6	20,6
	2,00	35	55,6	55,6	76,2
	3,00	15	23,8	23,8	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

جسدية 4

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	16	25,4	25,4	25,4
	2,00	35	55,6	55,6	81,0
	3,00	12	19,0	19,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

جسدية 5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	16	25,4	25,4	25,4
	2,00	35	55,6	55,6	81,0
	3,00	12	19,0	19,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

جسدية 6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	14	22,2	22,2	22,2
	2,00	37	58,7	58,7	81,0
	3,00	12	19,0	19,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

جسدية 7

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	16	25,4	25,4
	2,00	40	63,5	88,9
	3,00	7	11,1	100,0
Total	63	100,0	100,0	

T-TEST GROUPS=(الجنس 1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=قلق اكتئاب الاغتراب المشكلات. النفسية جسدية

/CRITERIA=CI (.95) .

Test T

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
قلق	1,00	53	13,9057	2,74748	,37739
	2,00	10	12,6000	3,06232	,96839
اكتئاب	1,00	53	15,4528	2,87272	,39460
	2,00	10	13,8000	3,32666	1,05198
الاغتراب	1,00	53	11,6981	2,26669	,31135
	2,00	10	11,7000	2,49666	,78951
المشكلات. النفسية	1,00	53	41,0566	4,23091	,58116
	2,00	10	38,1000	4,55705	1,44106
جسدية	1,00	53	13,8113	2,50428	,34399
	2,00	10	13,3000	1,56702	,49554

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
قلق	Hypothèse de variances égales	,117	,733	1,354	61
	Hypothèse de variances inégales			1,256	11,894
اكتئاب	Hypothèse de variances égales	,000	,989	1,628	61
	Hypothèse de variances inégales			1,471	11,671

الاغتراب	Hypothèse de variances égales	,043	,837	-,002	61
	Hypothèse de variances inégales			-,002	11,967
المشكلات النفسية	Hypothèse de variances égales	,337	,564	2,003	61
	Hypothèse de variances inégales			1,903	12,110
جسدية	Hypothèse de variances égales	1,499	,226	,621	61
	Hypothèse de variances inégales			,848	19,000

Test des échantillons indépendants

Test t pour égalité des moyennes

		Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard
قلق	Hypothèse de variances égales	,181	1,30566	,96404
	Hypothèse de variances inégales	,233	1,30566	1,03933
اكتئاب	Hypothèse de variances égales	,109	1,65283	1,01504
	Hypothèse de variances inégales	,168	1,65283	1,12355
الاغتراب	Hypothèse de variances égales	,998	-,00189	,79369
	Hypothèse de variances inégales	,998	-,00189	,84869
المشكلات النفسية	Hypothèse de variances égales	,050	2,95660	1,47583
	Hypothèse de variances inégales	,081	2,95660	1,55384
جسدية	Hypothèse de variances égales	,537	,51132	,82374
	Hypothèse de variances inégales	,407	,51132	,60323

Test des échantillons indépendants

Test t pour égalité des moyennes

Intervalle de confiance de la différence à 95 %

		Inférieur	Supérieur
قلق	Hypothèse de variances égales	-,62205	3,23337
	Hypothèse de variances inégales	-,96109	3,57241
اكتئاب	Hypothèse de variances égales	-,37688	3,68254
	Hypothèse de variances inégales	-,80287	4,10853
الاغتراب	Hypothèse de variances égales	-1,58896	1,58519
	Hypothèse de variances inégales	-1,85159	1,84782
المشكلات النفسية	Hypothèse de variances égales	,00550	5,90771

	Hypothèse de variances inégales	-,42551	6,33872
جسدية	Hypothèse de variances égales	-1,13585	2,15849
	Hypothèse de variances inégales	-,75125	1,77389

قلق اكتئاب الاغتراب المشكلات. النفسية جسدية BY المستوى. الدراسي ONEWAY /MISSING ANALYSIS.

Unidirectionnel

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
قلق	Inter-groupes	8,842	3	2,947	,360	,782
	Intragroupes	482,428	59	8,177		
	Total	491,270	62			
اكتئاب	Inter-groupes	28,598	3	9,533	1,075	,367
	Intragroupes	523,116	59	8,866		
	Total	551,714	62			
الاغتراب	Inter-groupes	6,820	3	2,273	,424	,737
	Intragroupes	316,450	59	5,364		
	Total	323,270	62			
المشكلات النفسية	Inter-groupes	30,863	3	10,288	,523	,668
	Intragroupes	1160,407	59	19,668		
	Total	1191,270	62			
جسدية	Inter-groupes	33,355	3	11,118	2,069	,114
	Intragroupes	317,058	59	5,374		
	Total	350,413	62			