



جامعة محمد بوضياف المسيلة
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



مذكرة ماستر أكاديمي ضمن متطلبات نيل شهادة الماسر

شعبة: النشاط البدني الرياضي المكيف

تخصص: النشاط البدني الرياضي المكيف والاعاقة

تحت عنوان

دور النشاط البدني الرياضي في خفض القلق عند لاعبي العاب القوى المعاقين حركيا

دراسة ميدانية بفرق بولاية المسيلة وبرج بو عريريج

إعد

الدكتور :

دباش عبد الغني

عمر يو زهير

السنة الجامعية 2020

محتويات البحث

الصفحة	الموضوع
	- كلمة شكر
	- إهداء
أ	- مقدمة
المدخل العام للبحث	
5	1 - إشكالية البحث وتحديد المشكلة
7	1 - 1 - المشكلة العامة
7	1 - 2 - المشكلات الفرعية
8	2 - فرضيات البحث
8	2 - 1 - الفرضية العامة
8	2 - 2 - الفرضيات الفرعية
8	3 - أهداف البحث وأهميته
9	4 - المفاهيم الدالة
11	5 - الدراسات السابقة و المشابهة
20	6 - تحليل ومناقشة الدراسات السابقة و المشابهة
الباب الأول : الإطار النظري	
الفصل الأول : الإدارة والتسيير في المجال الرياضي	
23	
24	
24	
26	
27	
37	

38	
39	
40	
44	
47	
50	
52	
53	
53	
53	
54	
54	
55	
55	
56	
57	
57	
58	
58	
59	
60	
61	

63	
64	
65	
65	
67	
69	
71	خلاصة
الفصل الثالث : الإتصال التنظيمي ومعوقاته في المجال الرياضي	
73	تمهيد
74	
74	
75	
76	
77	
77	
78	
80	
81	
85	
85	
86	
87	
88	

88	
89	
89	
90	
92	
92	
94	
94	
94	
95	
95	
95	
96	
97	
99	خلاصة
الفصل الرابع : المؤسسات الرياضية في الجزائر	
101	
102	
102	
102	
103	
107	
107	

108	
109	
110	
111	
113	
114	
114	
115	
121	
125	
126	
الباب الثاني : البحث الميداني	
الفصل الأول : التعريف بميدان البحث وتقنياته	
129	تمهيد
130	1 - الدراسات الاستطلاعية
130	2 - المنهج المتبع في البحث
131	3 - المجتمع الاحصائي وعينة البحث
132	4 - أدوات وتقنيات البحث
132	4 - 1 - الاستبيان (الاستمارة)
133	4 - 2 - دراسة صدق وثبات أدوات البحث
134	5 - مجالات البحث
134	5 - 1 - المجال المكاني
134	5 - 2 - المجال الزمني

135	6 – متغيرات البحث
136	7 – التحليل و المعالجة الإحصائية
138	خلاصة
الفصل الثاني : عرض وتحليل البيانات	
140	1- عرض و تحليل و تفسير نتائج الفرضيات
140	1 – 1 - تحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى
176	الاستنتاج الخاص بالفرضية الفرعية الأولى
177	1 – 2 - تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية
193	الاستنتاج الخاص بالفرضية الفرعية الثانية
194	1 – 3 - تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثالثة
224	الاستنتاج الخاص بالفرضية الفرعية الثالثة
225	تحليل نتائج الفرضية العامة
الفصل الثالث : استنتاجات البحث وتفسيرها	
227	الاستنتاج
230	الخلاصة العامة
232	الاقتراحات والتوصيات
234	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

مقدمة

يعتبر الإنسان أهم القوى المنتجة في المجتمع، فهو المحرك الفعلي لتطوره وتقدمه والدعامة الأساسية في نهضته وحرية الدائمة، وقد تحدث له عدة مشكلات إيجابية أو سلبية دائمة أو زائلة، تغير من نمط معيشته وتجعله شخص آخر يتميز بصفات أخرى غير التي كان يتميز بها من قبل، ومن بين هاته المشكلات "الإعاقة".

في آخر الإحصائيات لمنظمة الصحة العالمية اتضح أن أعداد المعاقين تقدر بنحو 600 مليون إنسان بينهم أكثر من 140 مليون طفل أي أن نسبتهم 12% من سكان المعمورة وان 80% من هذا العدد في الدول النامية¹. وجاء في عدد كبير من التقارير العالمية أن طفلا واحدا على الأقل من عشرة أطفال، يولد بعجز خطير أو يصاب به في وقت لاحق، وهذا العجز قد يعرقل نموه إذا لم يتلق

1- عادل الصر عاوي: دراسة بعنوان ذوي الاحتياجات الخاصة بين الواقع والطموح، الكويت، 2007.

الرعاية اللازمة وتشير هذه التقارير إلى أن مائتي مليون طفل مصابين بإعاقة في العالم، 80 % منهم يعيشون في البلدان النامية ولا يتلق سوى عدد ضئيل منهم الرعاية الصحية والتربوية ولا يحظى سوى 02% منهم بالخدمات الخاصة.²

وترتفع نسبة المعاقين في البلدان العربية إلى ما بين 13 إلى 15% من إجمالي عدد السكان³، أما في الجزائر فإن الإحصاء العام للسكان التي جرى في جوان 1998م يشير إلى أن عددهم يصل إلى 1.590.466 معوق، في حين يشير البعض إلى أن العدد الفعلي يصل إلى حوالي ثلاث ملايين معاق.⁴

والجزائر كغيرها من الدول تحاول جاهدة رعاية هذه الفئة بكل السبل والوسائل وهذا من خلال ما جاء في المادة 31 من الدستور تهدف من خلال مؤسساتها إلى ضمان مساواة كل المواطنين والمواطنات في الحقوق والواجبات بإزالة العقبات التي تعوق تفتح شخصية الإنسان وتحويل دون المشاركة الفعلية في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، حيث تبذل الهيئات والمنظمات الرياضية الإنسانية جهودا كبيرة في سبيل الحد من الإعاقة، وتوفير الظروف الأكثر أمانا لتنشئة الإنسان المعاق والحد من بعض مسببات الإعاقة عبر وسائل الوقاية.

تعتبر الإعاقة مشكلة نفسية سواء كانت مكتسبة أو خلقية فهي تجعل الإنسان مضطربا نفسيا أو جسديا فيكتسب مع الزمن سمات الحزن والقلق وعدم الثقة بالنفس، وهذا باختلافه عن غيره داخل الوسط الذي يعيش فيه، فقد تجعله شخص غير مرغوب فيه بين أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه، فهو يترجم تصرفاتهم نحو أنها مبنية على أساس الشفقة، فيكتسب مع الزمن عقدة الشعور بالنقص ويتأثر بكل كلمة أو يتصرف مع أي إنسان.

إن الحل الأنجع لهذه المشكلات النفسية ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف الذي تطور مع العصور فبعد أن كان مجرد مجموعة حركات عشوائية يقوم بها الإنسان أصبحت في عصرنا الحالي علما قائما بحد ذاته، بات الاهتمام بها أحد مظاهر التطور فأولويات العناية بالأبجديات والعمل القاعدي وكيف مع كل الناس من أصحاء ومرضى، أسوياء ومعاقين.

تعود نشأة رياضة المعاقين بمستشفى بإنجلترا 1948 وهذا لكي يساعد المعاقين على رفع معنوياتهم وتوازنهم النفسي والجسمي وإعادة إدماجهم اجتماعيا بنشاطات رياضية تناسب قدراتهم البدنية والحركية، ومن بين هذه الرياضات التي تستقطب كثير من المعوقين في العالم وفي الجزائر، كرة السلة على الكراسي المتحركة وذلك للفائدة النفسية والاجتماعية الكبيرة التي تمتلكها.

²- شيموس هيغرتي: تعليم الأطفال والشباب المعوقين المبادئ والتطبيقات، ص 05.

³- عبد الله محمد عبد الرحمن: سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1991 ص 239.

⁴- Office National des statistiques : Recense ment General de la population et de l habitat.p10

ونظرا لأهمية الكبيرة التي أصبحت تحتلها في حياة المعاقين ، وجب الاهتمام بها من كل الجوانب إذ قام كثير من المختصين في الإعداد البدني والخططي والمهاري من اقتراح برامج لإعداد اللاعبين المعاقين خلال التدريبات ، لكن ما بقى عائق في وجه المدربين والممرنين هو الجانب النفسي للمعاق الذي لم يلقى الاهتمام الكافي من المختصين .

يعتبر النشاط البدني الرياضي المكيف فنا وعلماء، له أصوله ومبادئه وأهدافه تعزز من خلاله عملية التعليم وكسب المهارات الحركية، وقد أصبحت في عصرنا هذا أساس النمو المتكامل وذلك بإعداد الفرد السليم الفعال في محيطه ومجتمعه، ولأجل ذلك أضحت بأهدافها وبرامجها من العوامل والعناصر الأساسية التي تنبني عليها المجتمعات الحديثة والمتطورة، إلا أننا نجد الكثير من الناس يفهمون التربية والبدنية والرياضية فهما خاطئا خاصة في مجتمعنا الجزائري فالبعض يراها مجرد تمرينات والبعض الآخر يراها مسابقات ومنافسات والأسوأ من ذلك أننا نجد من يراها مضيعة للوقت، ويات من واجب الباحثين توضيح المفهوم الدقيق لها وإبراز الفوائد التي تقدمها للتلاميذ من جميع جوانبه، إلا أن ما نلاحظه هو أن معظم الجهود قد كرسست لمعرفة تأثير التربية البدنية والرياضية على الجوانب البدنية للتلميذ باعتبارها من الأهداف الأولى لها ولم يوضع الاهتمام الكافي لما تقدمه هذه الأخيرة من تأثيرات إيجابية على الجوانب النفسية للتلميذ رغم وجود الدراسات التي تثبت أن للممارسة الرياضية تأثيرات نفسية إيجابية على الفرد وبناءا على ذلك فإن تكثيف الجهود وتسخير الطاقات للبحث في مثل هذه المجالات بات من واجب كل الباحثين والدارسين في هذا المجال، ولعل هذا ما دفعنا لنتطرق في هذه الدراسة إلى مظهر من المظاهر الانفعالية وهو القلق الذي يعتبر ظاهرة خطيرة ومتجذرة خاصة في مجتمعنا اليوم فيمكن لهذا الأخير أن يحول بين الفرد وسعادته ويجعل منه ذلك الفرد المضطرب القلق المتوتر وربما تعدى ذلك ليصبح منهك الجسد يشكو الأمراض، ولهذا فقد أطلق عليه مصطلح القاتل الصامت إلا أن القلق يكون أكثر حدة عندما يكون متزامنا مع مرحلة المراهقة المصحوبة بعد تحولات من شأنها أن تهيب الجو الملائم له ومن خلال ما ذكرنا فإننا سنتطرق للنشاط البدني الرياضي المكيف كاستراتيجية لخفض القلق متبعين في ذلك المنهجية العلمية المسخرة في دراسة مثل هذه المواضيع.

1- إشكالية البحث:

حظيت الاضطرابات النفسية في السنوات الأخيرة باهتمام كبير ولقيت رواجاً عظيماً بين عامة الناس، فالكتب التي تتناول هذه الاضطرابات أضحت في قوائم الكتب الأكثر مبيعاً . غير أن الأمر لا يخل من مفارقة مؤسفة، ففي الوقت الذي تحظى فيه الاضطرابات النفسية بهذا الإهتمام العام وتبذل فيه الجهود الضخمة لتعميم الخدمات النفسية المتخصصة على أوسع نطاق نجد أن أهل هذا التخصص في شقاق حاد يتنازعون فيما بينهم حول طبيعة هذه الظواهر وحول العلاج الأمثل لها. وما تكاد نظرية جديدة تستأثر بالساحة وتخلب ألباب العامة والخاصة حتى يجف رواؤها وتدرج في زوايا النسيان، وتظهر نظريات أخرى وعلاجات جديدة فما تلبث أن يلحقها نفس المصير.

وإذا تحدثنا عن إهتمام العلماء بالاضطرابات النفسية عموماً، فإننا نخص بالذكر ظاهرة القلق العام التي تعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً فقد وجدت العديد من الأبحاث والدراسات التي أجريت على القلق العام وعلاقته بالعديد من المتغيرات مثل الجنس والمواد الدراسية ومن بينها دراسة بنزير وزندر (1988)، دراسة كارن هوربي (1941)، كما وجدت دراسات عربية للقلق العام نذكر منها دراسة فاروق عثمان (1993) وكذا دراسة عبد الفتاح (1990) الذين حاولوا الكشف عن الفروق بين الجنسين في متغير القلق. (فاروق عثمان، 2001، ص33).

وإذا كان القلق العام ظاهرة طبيعية لدى الأسوياء من الناس فإنه يصبح حافزاً للعمل وحافزاً ضد اللامبالاة والجمود في الأداء ومحركاً للطاقة المخزونة في الإتجاه الصحيح، لكن هذا الأخير يصبح ظاهرة غير طبيعية أو حالة مرضية عندما يتجاوز الحد المعقول. وعندما يدور الفرد في حلقة مفرغة من التفكير والخوف، ونجده يدخل في جملة من الأعراض التي تؤثر على مساره في الحياة كالأعراض الجسمية من سرعة نبضان القلب وإضطرابات التنفس وإرتفاع ضغط الدم... إلخ وكذا الأعراض النفسية كالتهيج الزائد وعدم القدرة على التركيز وسرعة النسيان... إلخ (فيصل الزراد، 1984، ص82). ومن هذا المنطلق يصبح القلق العام حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم (سيغموند فرويد، 1957، ص55).

ولقد أكدت تلك الدراسات أن القلق يصيب 10 إلى 15 % من الناس فالتلميذ يشكو ضعف التحصيل رغم التكرار، والمحاسب يعني ضعف قدرته على ضبط الأرقام، والمدرس يرتبك

وينسى ما يقوله أثناء المحاضرات... وهكذا، الشيء الذي أدى إلى تسمية هذا العصر بعصر القلق، والأسوأ من ذلك هو أن القلق العام مصدر يمكن أن يستنزف طاقتنا، ولهذا أطلق عليه مصطلح القاتل الصامت، فكم من شخص أصيب بجلطة في الدماغ أو شلل في اليد أو الرجل والسبب هو القلق الزائد (فاروق عثمان، 2001، ص141).

إلا أن القلق العام يصبح أكثر حدة عندما يكون متزامنا مع مرحلة المراهقة والتي تعتبر وحدها مشكلا إذا لاقت وسطا لا يسوده الدراية الكافية بأسرار هذه المرحلة فهي كما عرفها Mourice De Besse (1971) : " مجموعة التحولات الجسمية والسيكولوجية التي تحدث بين الطفولة والرشد " .

فإذا خصصنا بالذكر التحولات السيكولوجية فإنها تشمل التغير في أهداف المراهق في مجال النضج الانفعالي العام والاهتمام بالجنس الآخر والنضج الاجتماعي واختيار المهنة واستخدام أوقات الفراغ وفلسفة الحياة، والتعرف على الذات ومن ثم فإن أي خلل في مستوى أهداف المراهق في هذه المرحلة سوف يؤدي حتما إلى الزيادة في حدة القلق العام لديه، ولعل هذه الفئة تعتبر أولى بالعناية من قبل الباحثين والدارسين الذين قاموا بعدة أبحاث ودراسات لإيجاد استراتيجيات من شأنها أن تساعد المراهق على التحكم في توازنه النفسي والانفعالي حتى يخفف من القلق لديه، ونقصد بتخفيف القلق اختزاله إلى أدنى حد ممكن، فلا يمكن التخلص من القلق لأن ذلك يعني أن يتوقف الإنسان عن أداء رسالته في الحياة.

ومن أهم ما توصل اليه الباحثون إليه من استراتيجيات تخفيف القلق العام نذكر إستراتيجية العلاج السلوكي، وكذا إستراتيجية التخفيف بالتحليل النفسي، العقلاني والانفعالي ، وأكثر ما أثار اهتمامنا هو استراتيجية التخفيف عن طريق اللعب والممارسة الرياضية، حيث يعتبر أفلاطون أول من أدرك قيمة اللعب وشجع المراهق عليه وقد استخدم فرويد " اللعب" لأول مرة كعلاج نفسي للأطفال ذوي الاضطرابات النفسية كما استخدمت ميلاني كلاين وهربرت سبنسر اللعب التلقائي في علاج الاضطرابات النفسية عند الأطفال، واستخدم أيضا كل من سمونديس ، وامن رينيسون اللعب الخيالي للتخفيف من حدة القلق والتوتر عند الأطفال(قاسمي فيصل. محاضرة في علم النفس الرياضي).

كما أننا لا يمكن أن نتجاهل التأثيرات النفسية الإيجابية التي تعود على الفرد جراء ممارسته لمختلف الأنشطة الرياضية، فتأثير الممارسة الرياضية على الحياة الانفعالية للفرد تتغلغل

إلى أعمق مستويات السلوك، فإضافة إلى ما يجنيه الفرد من فوائد صحية، فإن الرياضة تتيح له فرص المتعة والبهجة، كما أن المناخ السائد هو مناخ يسوده المرح والمتعة حيث يتخفف الإنسان من القلق والتوتر لديه، وهذا ما أثبتته الدراسات السابقة كدراسة أوجليفي وتكو التي أثبتت التأثيرات النفسية الإيجابية للرياضة وأبرزها انخفاض مستوى القلق العام(أمين الخولي. 2001، ص166)، وكذا دراسة كين(1970) التي حاولت التعرف على درجة الاتزان الانفعالي لدى الرياضيين من خلال المستويات المنخفضة للقلق العام والتوتر العصبي. ودراسة كل من وانتغ- ستور(1965)، بوث(1968) اللتين عالجتا الموضوع نفسه(أسامة راتب، 1997، ص44).

وإذا كان اللعب والممارسة الرياضية هما من أحسن الطرق للتخفيف من حدة القلق العام فكيف نتغاضى عن دور التربية البدنية والرياضية التي تجاوزت حدود الجسم لتشمل آفاق الفكر والإدراك والمشاعر والإحساسات والانفعالات والدوافع والميولات والحاجات والرغبات وشملت بصفة عامة جميع جوانب الشخصية وخرجت بذلك عن نطاق العظام والعضلات إلى الشمولية، والتي أخذت مفهومها الحديث من نظريات علم النفس وأصبحت حاليا من أحدث الأساليب التربوية لأنها عن طريق النشاط البدني تجمع الجسم والنفس كوحدة واحدة (محمد عادل. 1965، ص27).

لهذا فقد أولتها الجزائر في الآونة الأخيرة الكثير من الإهتمام حين أصدرت العديد من الأمرات التي تتعلق بتنظيم وتطوير التربية البدنية والرياضية، من ضمنها الأمر رقم 95-09 المؤرخة في 1995/02/25 والتي توضح مايلي: " يعد تعليم التربية البدنية والرياضية مادة مدرجة في برامج وامتحانات التربية والتكوين". (منهاج التربية البدنية والرياضية، 1996، ص3).

هذا وقد اعتبرها كوبيسكي كوزليك جزء من التربية العامة هدفها تكوين المواطن عقليا وانفعاليا واجتماعيا، بواسطة عدة ألوان من النشاط البدني المختار لتحقيق الهدف(أمين الخولي. 2001، ص35). ولعنا نستفيد من هذا التعريف الشامل للتربية البدنية والرياضية وكذا دراسات الباحثين عن اللعب والممارسة الرياضية بإعتبارهما المكونين الأساسيين و العنصرين الحيويين للتربية البدنية والرياضية لنقف حول نقطة مهمة وهي التأثيرات النفسية الإيجابية، إذ كيف يكون للعب والممارسة الرياضية هذا الدور في التخفيف من الإضطرابات

النفسية عامة والقلق خاصة ونجد التربية البدنية والرياضية التي هي منبع الألعاب وقمة الممارسة الرياضية المقننة تعاني من نقص الدراسات في هذا الجانب رغم كل هذه الأدلة التي تبرر هذه القيم النفسية لها.

ومن هنا تبرز إشكالية البحث حيث نريد من خلال هذا الموضوع أن نكشف عن الدور الذي تقدمه التربية البدنية والرياضية في التخفيف من القلق العام عند المراهق ولقد ركزنا على القلق العام حتى تكون دراستنا أكثر دقة وإنطلاقاً من الدراسات التي كشفت ارتفاع نسبة القلق العام عند المراهق وكذا دور اللعب والرياضة في تخفيف القلق وبناء على هذه النقاط نطرح التساؤل العام :

ماهو دور النشاط البدني الرياضي المكيف في خفض القلق عند لاعبي العاب القوى المعاقين حركيا .

التساؤلات الجزئية :

2 - هل توجد فروق بين الجنسين الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف في نسبة خفض القلق؟.

3 - هل توجد فروق بين المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى واللاعبين المعاقين حركيا الغير ممارسين لألعاب القوى في نسبة خفض القلق.؟.

2- فرضيات البحث:

من خلال الأسئلة التي طرحت نستطيع أن نصيغ الفرضيات التي تعتبر إجابة مؤقتة على الأسئلة على النحو التالي:

الفرضية العامة:

للسياط البدني الرياضي المكيف دور في خفض القلق عند لاعبي العاب القوى المعاقين حركيا .

الفرضيات الجزئية:

1- لا يوجد فروق بين الجنسين الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف في نسبة خفض القلق؟.

2- توجد فروق بين المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى واللاعبين المعاقين حركيا الغير ممارسين لألعاب القوى في نسبة خفض القلق؟.

3- أهمية البحث:

إن أهمية بحثنا هذا تكمن في كونه يتناول موضوع القلق العام في مرحلة مهمة من مراحل حياة الفرد وهي مرحلة المراهقة التي تصحبها تغيرات نفسية وجسمية وفيزيولوجية من شأنها أن تزيد من حدة القلق العام عند المراهق، ولكن الشيء الذي جلب اهتمامنا هو الدور المهم الذي تقدمه التربية البدنية والرياضية في التخفيف من القلق العام لديه، فبالإضافة إلى الفوائد البدنية والجسمية المقدمة من خلال مختلف أنشطتها المتنوعة التي تساعد في تحسين وتطوير اللياقة البدنية فهي تدعم بصفة كبيرة الجوانب النفسية للمراهق وبات من اللازم أن يتعرف التلاميذ على التأثيرات النفسية الإيجابية التي تقدمها التربية البدنية والرياضية إلى جانب التأثيرات البدنية وهذا لن يتم حتى يكون وعي الأساتذة وكذا أولياء الأمور بالأهداف العامة والشاملة للتربية البدنية كاملا، والملاحظ في هذه النقطة أن إهتمام الباحثين لم يركز إلا على الجوانب البدنية ولم يعطوا القدر الكافي لأهمية التربية البدنية والرياضية من الجوانب النفسية، برغم تنوع العديد من المقاربات النظرية وكذا التطبيقية التي حاولوا من خلالها إبراز هذه الفوائد. فلا يمكن توعية أي فرد كما ذكرنا إلا إذا كانت الأبحاث والدراسات في متناوله يده، وبالتالي ومن حيث أن أهم الدراسات السابقة تناولت الكشف عن القلق بصفة عامة، وكذا الرياضة وفوائدها النفسية، فإننا سنضع بعون الله وبشيء من التفصيل دور التربية البدنية والرياضية في التخفيف من القلق العام عند فئة المراهقين.

أهداف ودوافع إختيار البحث وصعوباته.

يهدف البحث الحالي إلى:

- 1- الكشف عن دور التربية البدنية والرياضية في التخفيف من القلق العام لدى فئة المراهقين
- 2- الكشف عن الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للتربية البدنية والرياضية فيما يتعلق بظاهرة القلق العام.

3- محاولة لفت إنتباه الدارسين لتوجيه بحوثهم حول التأثيرات النفسية للتربية البدنية والرياضية.

4- محاولة الوصول إلى بعض المقترحات التي تفيد العاملين في هذا المجال.

5- الوقوف على أهم الأسباب التي تساهم في ظهور القلق العام عند المراهق.

6- إبراز الإختلافات القائمة لمتغير القلق العام بين الجنسين تحت تأثير الممارسة الرياضية .

7- إبراز الفروق بين الفئتين العمريتين 14-15 سنة فيما يخص نسبة تخفيف القلق العام.

أما صعوبات البحث فقد تمثلت فيما يلي:

1- وجدنا صعوبة في تعديل عبارات المقياس حتى يفهمه التلاميذ.

2- نقص الدراسات حول التأثير النفسي للممارسة الرياضية خصوصا على المستوى الوطني.

4- التحديد الإجرائي لمصطلحات البحث:

• التربية البدنية والرياضية:

وهي جزء لا يتجزأ من التربية العامة، تهدف إلى تكوين المواطن بدنيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا بواسطة عدة ألوان من النشاط البدني المختارة لتحقيق الهدف.

• القلق العام:

وتكون هذه الظاهرة من خلال انعدام الشعور بالأمن والطمأنينة النفسية وتقل لدى التلميذ الثقة في النفس والثقة في المستقبل وتكثر لديه التوقعات المهددة التي ترهقه وتضيق صدره كما يضطرب سلوكه عن المعتاد، ويظهر القلق العام من عدة أعراض منها النفسية ومنها الجسمية أو المستترة والظاهرة.

• المراهقة:

المراهقة هي الفترة التي يكسر المراهق فيها شرنقة الطفولة ليخرج إلى العالم الخارجي ويبدأ في التعامل معه، والاندماج فيه، كما تصحب هذه الفترة عدة تحولات جسمية ونفسية فهي تعتبر ثورة على جميع أجزاء الجسم، ويعاني التلميذ خلالها جملة من الإضطرابات النفسية أبرزها القلق العام.

إن التربية البدنية والرياضة بكل ما تحمله من معنى لا يمكن أن نحصرها في مجرد تمرينات وألعاب ترويحية ومسابقات فقط كما يعتقد البعض، ولما كان من المهم أن نعطي لهذه الأخيرة قيمتها الحقيقية فقد تطرقنا إليها في هذا الفصل لنضع المفهوم الحقيقي لها ونوضح أهدافها وأهميتها وكذا كل من برنامج التربية البدنية والرياضة ومحتوياته حتى تكون الصورة واضحة عنها بشكل أفضل.

الدراسات السابقة:

نتناول بعض الدراسات التي أجريت في البيئة العربية والأجنبية، والتي لها علاقة بموضوع البحث (دور التربية البدنية والرياضية في التخفيف من القلق العام) ونظرا لأهمية هذه الدراسات، نورد عددا منها مبينين الهدف الأساسي منها، وكذا نحاول إعطاء وصف للعين والأدوات المستخدمة فيها إن أمكن، وكذا وأهم النتائج التي وصلت إليها، بالإضافة إلى تعقيب عام عليها، ومكانة البحث الحالي، ومدى إستفادتنا منها، ويتم عرض الدراسات وفق الترتيب الزمني.

أولا- الدراسات العربية:

1- دراسة فرغلي (1976)، النسريسي (1976)، عوض(1977)، عبد الله(1986) أن الرياضيين مقارن بالأشخاص العاديين يتميزون بالسمات التالية : الإنبساطية ، الإلتزان الإنفعالي، المسؤولية.

2- دراسة احمد عبد الخالق وعمر (1988): حيث هدفت إلى معرفة الفروق بين الإناث والذكور فيما يتعلق بالقلق العام وقلق الموت وقلق الحالة، واستخدم في هذه الدراسة مقياس القلق العام ومقياس قلق الحالة، طبقت هذه المقاييس على عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية بلغت 488 تلميذا وتلميذة أظهرت النتائج أن الإناث حصلن على درجة أعلى من الذكور فيما يخص القلق العام وقلق الموت وكانا متشابهين في قلق الحالة(فاروق عثمان. مرجع سابق ص188).

3- دراسة غريب عبد الفتاح (1990) وهدفها هو دراسة انتشار سمة القلق بين طلاب دولة الإمارات العربية وكانت عينة الدراسة، وكانت عينة الدراسة مكونة من (200 ذكور، 250 إناث) وفي جامعة الإمارات العربية، حيث وجد أن الإناث قد حصلن على درجة أعلى في قياس حالة- سمة القلق من الذكور.

و دراسة فاروق عثمان (1993) وجد أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب الذكور وعددهم (75)، والطالبات الإناث(65) في متغيرات القلق العام وحالة القلق وقلق الحرب وقلق الموت، كما قادم بدراسة أخرى تهدف إلى إيجاد الفروق بين الطلاب الذكور والإناث في الجامعة. ومن جهة أخرى التعرف على مدى انتشار القلق بين طلاب الجامعة وتوصلت النتائج أن الطلاب الإناث أكثر قلقا في المراحل العمرية المختلفة من الطلاب الذكور. كما توصلت النتائج كذلك إلى أن القلق ينتشر بين طلاب الجامعة الذكور والإناث (فاروق عثمان. 2001، ص33).

4 - وأظهرت كذلك دراسة محمود عبد القادر 2003: مشكلات خاصة بالتوافق النفسي والاجتماعي للتلاميذ المرحلة الثانوية حيث طبق فيها قائمة موني للمشكلات على عينة قوامها 245 تلميذ منهم 132 تلميذ و 113 تلميذة وهكذا أفرزت النتائج على مشكلات تتمثل في: عدم تقبل الذات، اضطراب النضج الجنسي، سوء التوافق الاجتماعي، مشكلة القلق، سوء التوافق الأسري(محمد خليل. 2003 ص19).

ثانيا الدراسات الأجنبية:

1- دراسة كين (1970): حاولت التعرف على درجة الاتزان الانفعالي لدى الرياضيين والاتزان الانفعالي لديهم يمكن أن يظهر فيما يلي: النضج الانفعالي، ضبط الاندفاعات والاستجابات الجسمية، المستويات المنخفضة للقلق والتوتر العصبي، التحكم في الانفعالات في أوقات الشدة، استجابات انفعالية مناسبة للمواقف المختلفة، النظرة التفاضلية، الرصيد المرتفع للإحباط.

2- دراسة بنزير و زدندر (1988) r : الهدف منها معرفة الفروق بين الإناث والذكور في سمة- حالة القلق وطبق في هذه الدراسة مقياس حالة- سمة القلق على عينة مكونة من 151 ذكور و 223 إناث، أظهرت النتائج أن الإناث أعلى من الذكور في نسبة القلق العام(عصام عبد اللطيف العقاد. ، دار غريب 2000 ص 140).

3- دراسة سكارتن مايرير و سبيلبرجر سولفان توصلوا إلى أن الطلاب الجامعيين الذين يقعون في أعلى فرقتهم في الجامعة من حيث الاستعدادات ويحصلون في نفس الوقت على درجات عالية في القلق. الواضح يكون تحصيلهم في الجامعة منخفض، كما يكثر تركهم الجامعة بسبب الفشل أكثر من الطلبة الغير قلقين، الذين لهم نفس المستوى من القدرة وتظهر هذه

النتيجة بكل جلاء ووضوح أن الاستجابة تتخفض عندما تكون درجة القلق عالية وهذا ما يترك بدون شك آثار سلبية على القدرات الذهنية عنده ويؤدي إلى انخفاض مستواه التحصيلي، نفس الشيء ما يراه سولفان الذي أعطى تحديد دقيق للعلاقة بين الأداء على أساس التمييز بين المستويات المختلفة للقلق.

4- دراسة أوجليفي، تنكو والتي تشكلت عينتها من خمسة عشرة ألفا من الرياضيين، أوضحت النتائج أن للنشاط الرياض التآثيرات النفسية والمتمثلة في:

- إكتساب الحاجة إلى تحقيق وإحراز أهداف عالية لأنفسهم ولغيرهم.

- الإلتزام بالانضباط الانفعالي والطاعة وإحترام السلطة.

- إكتساب مستوى رفيع من الكفايات النفسية المرغوبة مثل: الثقة بالنفس، والإتزان

الانفعالي، والتحكم في النفس، وإنخفاض القلق والتوتر، وإنخفاض في التعبيرات العدوانية

5- دراسة كوبر (1976)، و كان (1976)، ومورجان (1976)، و شور (1977)، التي

أظهرت نتائجها بأن الرياضيين مقارنة بالأشخاص العاديين يتميزون بالسمات التالية :

- الثقة بالنفس - إنخفاض القلق - الإستقرار الإنفعالي - الإنبساطية - المنافسة. (محمد حسن

علاوي ، 1975 ص113).

6- دراسة واتسن ، جونسن، زيون أوضحت أن الأفراد الذين لديهم إتجاهات إيجابية نحو

أجسامهم يتصفون بإرتفاع لتقدير الذات، وأن شعور الفرد بالرضا عن جسمه يرتبط إرتباطا

وثيقا بثقته بنفسه.

7- دراسة جورج أوضحت أن الأطفال (ذكور، إناث) المارسين للنشاط البدني لديهم مفهوم

ذات إيجابي عن أقرانهم غير الممارسين للنشاط البدني، وأن لهذه الممارسة أثرا في زيادة

الثقة بالنفس، وهو ما أكده ماثيوز بإستخدام أشرطة بدنية تنسم بالمغامرة(امين الخولي. مرجع

سابق ص169).

8- دراسة فرويد، ميلاني كلين، سيمونديس، آمن ورينسيون، هيرمين هيوج هلموث

أستخدموا اللعب كإستراتيجية للتخفيف من الإضطرابات النفسية للأطفال ومن بينها حالات

القلق والتوتر.

من خلال عرض الدراسات السابقة لاحظنا أنه تنوعت من حيث الأهداف العامة التي سعت

لتحقيقها، فقد بحثت بعض الدراسات من أجل الكشف عن القلق بمنصور عام مثل دراسة

سكارترز مايير، وسولفان، وسبيل بارجي، كما سعت بعض الدراسات إلى البحث في عن الفروق بين الذكور والإناث في متغير القلق مثل دراسة بنزير وزندر (1988)، ودراسة أحمد عبد الخالق وعمر (1988)، دراسة عبد الغريب عبد الفتاح (1990).

وسعت دراسات أخرى إلى البحث في التأثيرات النفسية لإيجابية للرياضة كدراسة أوجليفي، تنكو، دراسة جوردين، دراسة واستون، جونسن، دراسة جورج. كما بحثت دراسات في دور اللعب في تخفيف الإضطرابات النفسية كدراسة فرويد، دراسة ميلاني كلين، دراسة سيموندس، دراسة هيلمين هيوج هلموث.

هذا وقد إتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في تأكيدها على أهمية البحث في سبل إيجاد إستراتيجيات للتخفيف من القلق كدراسة سيموندس وأوجليفي تنكو .

ولقد وجدنا أن هذه الدراسات لم تذكر لنا أداة الدراسة عدا بعض الدراسات كدراسة بنزير وزندر اللذان إعتدما على مقياس حالة وسمة القلق، ودراسة فاروق عثمان حيث إستعمل مقياس القلق العام لكاتل.

أما الدراسة الحالية فقد ركزنا على دور التربية البدنية والرياضية في التخفيف من القلق العام وقد ركزنا على التربية البدنية خلافا للدراسات السابقة التي بحثت في الرياضة وكذا اللعب وتأثيراتها النفسية على حد علمنا، ولقد إنطلقت دراستنا من حيث إنتهت بعض الدراسات التي كشفت عن إرتفاع القلق عند المراهق، وقد إستخدمنا في هذه الدراسة مقياس القلق العام لكاتل.

كما إستفدنا من الدراسات السابقة في صياغة إشكالية البحث وسوف نستعين بها في طريقة المعالجة الإحصائية، وكيفية تحليل المعطيات، وندعم بها النتائج التي سنتوصل إليها من خلال دراستنا الحالية.

بعد أن عرضنا في الجانب النظري أهم العناصر التي تعرفنا بالتربية البدنية والرياضية وإبراز مفهومها وقيمتها الحقيقية وكذا أهم الجوانب التي تخص القلق العام وما يجب أن نعرفه عنه، وبعد أن تطرقنا كذلك لخصائص المرحلة العمرية وكيفية تأثير القلق على المراهق مع إبراز دور التربية البدنية والرياضية في التخفيف من القلق العام عند المراهق

وكل هذا على ضوء الدراسات والنظريات يكون بذلك قد تحقق جزء مهم من أهداف البحث فإن هذا الجانب الميداني سوف يتحقق من الدور الذي تقدمه التربية البدنية والرياضية للتخفيف من القلق العام عند المراهق وفق الخطوات المنهجية المتبعة.

تمهيد :

إذا كانت للممارسة الرياضية مكانة خاصة عند الفرد السليم فإن هاته القيمة تزداد لدى المعاق حركيا لكونها من أفضل الوسائل للتعبير عن مشاعره، و تعويض عجزه والتقليل من انفعالاته السلبية، مما يسمح بجعل المعوق حركيا فردا نافعا في المجتمع. انه لمن المؤكد أن النشاط الرياضي المكيف قطع أشواطا كبيرة خلال القرنين الأخيرين وشهدت مختلف جوانبه ووسائله تطورا معتبرا ، خاصة فيما يتعلق بطرق ومناهج التعليم والتدريب

وفي وقتنا الحاضر ما فتئ الخبراء والباحثون في ميدان الرياضة والترويح وغيرهم ، يمدوننا بأحدث الطرق والمناهج التربوية ، مستندين في ذلك إلى جملة من العلوم والأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطاته موضوعا لها ، وهو ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطورا مذهلا في مجال تربية ورعاية المعوقين وبلغت المستويات العالية ، وأصبح الآن يمكننا التعرف على حضارة المجتمعات من خلال التعرف على الأدوات والوسائل التي تستخدمها في هذا المجال ، ويعد النشاط الرياضي من الأنشطة البدنية التربوية الأكثر انتشارا في أوساط الشباب .

تعتبر رياضة المعوقين حركيا كغيرها من رياضات إذا تحتوي على منافسات سواء كانت جماعية أو فردية ، ففي الجزائر تنظم منافسات من أجل اختيار أبطال سواء في الرياضات الفردية أو الجماعية وذلك قصد تنظيم بطولات وطنية أو دولية.

وقد استطاع المعوقون حركيا عبر مراحل عديدة أن يفرضوا وجودهم وأن يشاركوا في أغلب الرياضات التي عادة عليهم بنتائج جد مرضية، وخاصة تلك المحققة في ألعاب القوى والمشاركة الواسعة في رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة كونها من أشهر الرياضات العالم وفي الجزائر خاصة بشعبيتها الكبيرة وما يميز مبارياتها من سرعة وإثارة إلى جانب الفائدة الوظيفية والنفسية لهذه اللعبة.

1 - النشاط البدني الرياضي المكيف:

يعد النشاط الحركي المكيف، أو النشاط الحركي المعدل، أو التربية الرياضية المعدلة، أو التربية الرياضية الخاصة، في حين استخدم البعض الآخر مصطلحات الأنشطة الرياضية العلاجية، أو أنشطة إعادة التكييف، فبالرغم من اختلاف التسميات من ناحية التسمية لكنها ذات مدلول واحد، أي أنها أنشطة رياضية وحركية تفيد الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، سواء كانوا معاقين متأخرين دراسيا أو موهوبين أو مضطربين نفسيا وانفعاليا .

- تعريف حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات :

يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدتها، ويتم ذلك وفقا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم¹.

- تعريف ستور(stor):

نعني به كل الحركات والتمرينات وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية، النفسية، العقلية، وذلك بسبب أو بفعل تلف أو إصابة من بعض الوظائف الجسمية الكبرى².

من خلال هذه التعاريف المختلفة يقصد بالنشاط الرياضي المكيف، هو إحداث تعديل في الأنشطة الرياضية المبرمجة لتتماشى مع الغايات التي وجدت لأجلها، فمثلا في الرياضات التنافسية هو تكييف الأنشطة الرياضية حسب الفئة، وتدريبها للوصول إلى المستويات العالية، أما في حالة الأمراض المزمنة كالربو والسكري، فهو تكييف الأنشطة الرياضية لتساعد على التقليل من هذه الأمراض، وبالنسبة لحالات الإصابات الرياضية فان اللاعب الذي يتعرض للإصابة، يحتاج إلى برنامج حركي تأهيلي خاص حسب نوع ودرجة الإصابة، أما تكييف الأنشطة الرياضية للمعاقين جعلها تتماشى مع حالة ودرجة ونوع الإعاقة، وبالتالي فالمقصود بالنشاط البدني الرياضي المكيف في هذه الدراسة، هو مجموع الأنشطة الرياضية المختلفة والمتعددة والتي تشمل التمارين والألعاب الرياضية التي يتم تعديلها وتكييفها مع حالات الإعاقة ونوعها وشدتها، بحيث تتماشى مع قدراتها البدنية والاجتماعية والعقلية .

¹ - حلمي إبراهيم ، ليلي السيد فرحات : مرجع سابق ، ص : 223

² - sprat A : Outer activité physique et sportives adaptées pour personne handicapés mentale .éd rketing .belgique .1993.p10.

2 - تطور النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر :

تم تأسيس الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات في 19 فيفري 1979، وتم اعتمادها رسميا بعد ثلاثة سنوات من تأسيسها في فيفري 1981، وعرفت هذه الفيدرالية عدة صعوبات بعد تأسيسها خاصة في الجانب المالي، وكذا من انعدام الإطارات المتخصصة في هذا النوع من الرياضة وكانت التجارب الأولى لنشاط الفيدرالية في (CHU) في تقصرين، وكذلك في مدرسة المكفوفين في العاشور، وكذلك في (CMPP) في بوسماعيل، وتم في نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية وهذا بإمكانيات محدودة جدا ، وفي سنة 1981 انضمت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين للاتحادية الدولية (ISMGF)، وكذلك للفيدرالية الدولية للمكفوفين كليا وجزئيا (IBSA)، وفي سنة 1983 تم تنظيم الألعاب الوطنية في وهران (من 24 الى 30) سبتمبر حيث تبعتها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتها في مختلف أنحاء الوطن ، وشاركت الجزائر في أول ألعاب افريقية سنة 1991 في مصر¹.

وكانت أول مشاركة للجزائر في الألعاب الاولمبية الخاصة بالمعوقين سنة 1992 في برشلونة، بفوجين أو فريقين يمثلان ألعاب القوى وكرة المرمى وكان لظهور عدائين ذوي المستوى العالمي دفعا قويا لرياضة المعوقين في بلادنا، وهناك 36 رابطة ولائية تمثل مختلف الجمعيات تظم أكثر من 2000 رياضي لهم إجازات وتتراوح أعمارهم بين (16 - 35) سنة .

وتمارس حوالي 10 اختصاصات رياضية مكيفة من طرف المعوقين كل حسب نوع إعاقته ودرجتها وهذه الاختصاصات هي نوع الإعاقة :

المعوقين الذهنيين	المعوقين الحركيين	المعوقين
- ألعاب القوى	- ألعاب القوى	- ألعاب القوى
- كرة المرمى	- كرة السلة فوق الكراسي المتحركة - كرة القدم بلاعبين	
- السباحة	- رفع الأثقال	- السباحة
- الجيدو	- السباحة	- تنس الطاولة
	- تنس الطاولة	- كرة الطائرة

¹ - منشورات الاتحادية الجزائرية للمعاقين وذو العاهات 1996 .

وقد سطرت الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات عدة أهداف متكاملة من بينها وعلى رأسها:

تطوير النشاطات البدنية و الرياضية المكيفة الموجهة لكل أنواع الإعاقات باختلافها ويتم تحقيق هذا الهدف عن طريق :

- العمل التحسيسي والإعلام الموجه.

- للسلطات العمومية .

- لمختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء الوطن وخاصة منهم الأشخاص المعوقين.

- العمل على تكوين إطارات متخصصة في هذا الميدان (ميدان النشاط البدني والرياضي

المكيف) وهذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارات .

والفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين منخرطة في عدة فيدراليات دولية وعالمية منها :

- اللجنة الدولية للتنسيق والتنظيم العالمي للرياضات المكيفة (I.C.C)

- اللجنة الدولية للتنظيم العالمي لرياضة المعوقين ذهنية (IPC)

- الجمعية الدولية لرياضة المتخلفين والمعوقين ذهنية (INAS-FMH)

- الفيدرالية الدولية لرياضات الكراسي المتحركة (ISMW)

- الفيدرالية الدولية لكرة السلة فوق الكراسي المتحركة (IWPF)

- الجمعية الدولية للرياضات الخاصة للأشخاص ذوي إعاقات حركية مخية (CP -

ISRA)

وفيها من الفيدراليات والجمعيات واللجان الدولية العالمية .

وقد كان للمشاركة الجزائرية في مختلف الألعاب على المستوى العالمي وعلى رأسها

الألعاب الاولمبية سنة 1992 في برشلونة، وسنة 1996 في اطلنطا نجاحا كبيرا وظهور قوي

للرياضيين المعوقين الجزائريين، وخاصة في اختصاص ألعاب القوى ومنهم علاق محمد في

اختصاص (100-200-400) متر، وكذلك بوجليطية يوسف في صنف B3 (معوق

بصري)، وفي نفس الاختصاصات وبلال فوزي في اختصاص (5000 متر و 800

و 1500) متر¹.

¹ - منشورات الاتحادية الجزائرية للمعاقين وذو العاهات 1996 .

3 - أهداف النشاط البدني الرياضي المكيف في العالم والجزائر :

إن أهداف النشاط البدني الرياضي للمعاقين ينبع أساسا من الأهداف العامة للنشاط الرياضي، من حيث تحقيق النمو العضوي والعصبي والبدني والنفسي والاجتماعي ، حيث أوضحت الدراسات إن احتياجات الفرد المعاق لا تختلف عن احتياجات الفرد العادي ، فهو كذلك يريد أن يسبح ، يرمي بقفز .¹

يشير انارينو وآخرون "إن كل ما يحتويه البرنامج العادي ملائم للفرد المعاق ، ولكن يجب وضع حدود معينة لمستويات الممارسة والمشاركة في البرنامج تلائم إصابة أو نقاط ضعف الفرد المعاق".

يرتكز النشاط البدني الرياضي للمعاقين على وضع برنامج خاص، يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية وتوقيتية، تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون المشاركة في برنامج النشاط البدني الرياضي العام ، وقد تبرمج مثل هذه البرامج في المستشفيات أو في المراكز الخاصة بالمعاقين ، ويكون الهدف الأسمى لها هو تنمية أقصى قدرة ممكنة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه ، بالإضافة إلى الاندماج في الأنشطة الرياضية المختلفة .

ويراعى عند وضع أسس النشاط البدني الرياضي المكيف ما يلي :

- العمل على تحقيق الأهداف العامة للنشاط البدني الرياضي .
- إتاحة الفرصة لجميع الأفراد للتمتع بالنشاط البدني وتنمية المهارات الحركية الأساسية والقدرات البدنية .
- إن يهدف البرنامج إلى التقدم الحركي للمعاق والتأهيل والعلاج.
- أن ينفذ البرنامج في المدارس الخاصة أو في المستشفيات والمؤسسات العلاجية .
- أن يمكن البرنامج المعاق من التعرف على قدراته وإمكانياته ، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية لديه واكتشاف ما لديه من قدرات.
- أن يمكن البرنامج المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه ، وذلك من خلال الممارسة الرياضية للأنشطة الرياضية المكيفة .
- وبشكل عام يمكن تكييف الأنشطة البدنية والرياضية للمعاقين من خلال الطرق التالية :
- تغيير قواعد الألعاب (التقليل من مدة النشاط ، تعديل مساحة الملعب ، تعديل ارتفاع الشبكة أو هدف السلة ، تصغير أو تكبير أداة اللعب ، زيادة مساحة التهديف).
- تقليل الأنشطة ذات الاحتكاك البدني الى حد ما .¹
- الحد من نمط الألعاب التي تتضمن عزل أو إخراج اللاعب .
- الاستعانة بالشريك من الأسوياء أو مجموعة من الوسائل البيداغوجية ، كالأطواق والحبال.
- إتاحة الفرصة لمشاركة كل الأفراد في اللعبة عن طريق السماح بالتغيير المستمر والخروج في حالة التعب .

4 - أشكال النشاط البدني الرياضي المكيف :

¹ - أمين أنور الخولي، محمد الحماحي : أسس بناء برامج التربية الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1990 ، ص 194 .
¹ - حلمي إبراهيم ، ليلى السيد فرحات : مرجع سابق ، ص 47 ، 49 ، 50

لقد تعددت الأنشطة الرياضية وتنوعت أشكالها فمنها التربوية و التنافسية ، ومنها العلاجية والترويحية أو الفردية والجماعية .

على أية حال فإننا سنتعرض إلى أهم التقسيمات ، فقد قسمه أحد الباحثين إلى :

4 - 1 - النشاط الرياضي الترويحي :

هو نشاط يقوم به الفرد من تلقاء نفسه ، بغرض تحقيق السعادة الشخصية التي يشعر بها قبل أثناء أو بعد الممارسة ، وتلبية حاجاته النفسية والاجتماعية ، وهي سمات في حاجة كبيرة إلى تنميتها وتعزيزها للمعاقين .²

يعتبر الترويحي الرياضي من الأركان الأساسية في برامج الترويحي ، لما يتميز به من أهمية كبرى في المتعة الشاملة للفرد ، بالإضافة إلى أهميته في التنمية الشاملة الشخصية من النواحي البدنية والعقلية والاجتماعية .

إن مزاوله النشاط البدني سواء كان بغرض استغلال وقت الفراغ ، أو كان بغرض التدريب للوصول إلى المستويات العالية ، يعتبر طريقا سليما نحو تحقيق الصحة العامة ، حيث أنه خلال مزاوله ذلك النشاط يتحقق للفرد النمو الكامل من النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى تحسين عمل كفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والعضلي والعصبي .

يرى رملي عباس أن النشاط البدني الرياضي يخدم عدة وظائف نافعة ، إذ أن النشاط العضلي الحر يمنح الأطفال إشباعا عاطفيا كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس ، والخلق والابتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الإنجاز وتمد الأغلبية بالترويحي الهادف بدنيا وعقليا.... والغرض الأساسي هو تعزيز وظائف الجسم من أجل لياقة مقبولة وشعور بالسعادة والرفاهية.¹

كما أكد "مروان ع المجيد " أن النشاط البدني الرياضي الترويحي يشكل جانبا هاما في نفس المعاق، إذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات والصبر و الرغبة في اكتساب الخبرة والتمتع بالحياة ويساهم بدور ايجابي في إعادة التوازن النفسي للمعاق، والتغلب على الملل ما بعد الإصابة، وتهدف الرياضة الترويحية إلى غرس الاعتماد على النفس والانضباط وروح المنافسة والصدقة لدى الطفل المعاق ، وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراجه من عزلته التي فرضها على نفسه في المجتمع.²

4 - 2 - النشاط الرياضي العلاجي :

عرفت الجمعية الأهلية للترويحي العلاجي ، بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية ، التي تستخدم للتدخل الإيجابي في بعض نواحي السلوك البدني أو الانفعالي أو الاجتماعي لإحداث تأثير مطلوب في السلوك ولتنشيط ونمو وتطور الشخصية، وله قيمة وقائية وعلاجية لا ينكرها الأطباء .

فالنشاط الرياضي من الناحية العلاجية يساعد مرضى الأمراض النفسية والمعاقين على التخلص من الانقباضات النفسية ، وبالتالي استعادة الثقة بالنفس وتقبل الآخرين له ، ويجعلهم أكثر سعادة وتعاوننا ، ويساهم بمساعدة الوسائل العلاجية الأخرى على تحقيق سرعة الشفاء ، كالسباحة العلاجية التي تستعمل في علاج بعض الأمراض كالربو وشلل الأطفال وحركات إعادة التأهيل .

² - إبراهيم رحمة : تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي ، دار الفكر للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى ، عمان ، 1998 ، ص 09 .

¹ - عيس عبد الفتاح رملي ، محمد إبراهيم شحاتة : اللياقة والصحة ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1991 ، ص 79 .

² - مروان عبد المجيد إبراهيم : الألعاب الرياضية للمعوقين ، دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن ، 1997 ، ص : 111 - 112 .

كما أصبح النشاط الرياضي يمارس في معظم المستشفيات والمصحات العمومية، والخاصة وفي مراكز إعادة التأهيل والمراكز الطبية البيداغوجية وخاصة في الدول المتقدمة، ويراعى في ذلك نوع النشاط الرياضي ، وطبيعة ونوع الإصابة ، فقد تستخدم حركات موجهة ودقيقة هدفها اكتساب الشخص المعوق تحكم في الحركة واستخدام عضلات أو أطراف مقصودة.³

³ - Roi Randain : sur le chemin de sport avec les personnes handicapées physique , plint marketing sport 1993.p 5-6

5 - أهمية ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف :

قررت الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح في اجتماعها السنوي عام 1978 ، بأن حقوق الإنسان تشمل حقه في الترويح الذي يتضمن الرياضة الى جانب الأنشطة الترويحية الأخرى، ومع مرور الوقت بدأت المجتمعات المختلفة في عدة قارات مختلفة تعمل على أن يشمل هذا الحق الخواص، وقد اجتمع العلماء على مختلف تخصصاتهم في علم البيولوجيا والنفوس والاجتماع، بأن الأنشطة الرياضية والترويحية هامة عموما وللخواص بالذات، وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجيا، اجتماعيا، نفسيا، تربويا، اقتصاديا وسياسيا .

5 - 1 - الأهمية البيولوجية :

إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة، حيث اجتمع علماء البيولوجيا المتخصصين في دراسة الجسم البشري على أهميتها في الاحتفاظ بسلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص العادي، أو الشخص الخاص، برغم اختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فان أهميته البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة.¹

يؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي، حيث تزداد نحافة الجسم ، وقد فحص ويلز وزملائه تأثير خمسة شهور من التدريب البدني ليومي على 34 مراهقة، وأظهرت النتائج تغيرات واضحة في التركيب الجسمي، حيث تزداد نمو الأنسجة النشطة ونحافة كتلة الجسم في مقابل تناقص في نمو الأنسجة الدهنية .²

1 - أحمد بركات لطفي: الرعاية التربوية للمعوقين عقليا ، دار المريخ للنشر، ط1 ، الرياض، 1984 ، ص 61 .
2 - أمين أنور الخولي ، أسامة كمال راتب : التربية الحركية للطفل ، دار الفكر العربي ، ط2 ، القاهرة 1992 ، ص 150 .

5 - 2 - الأهمية الاجتماعية :

يمكن للنشاط الرياضي أن يشجع على تنمية العلاقة الاجتماعية بين الأفراد، ويخفف من العزلة والانغلاق (أو الانطواء) على الذات، ويستطيع أن يحقق انسجاما وتوافقا بين الأفراد، فالجلوس جماعة في مركز أو ملعب أو في نادي أو مع أفراد الأسرة وتبادل الآراء والأحاديث، من شأنه أن يقوي العلاقات الجيدة بين الأفراد ويجعلها أكثر أخوة وتماسكا، ويبدو هذا جليا في البلدان الأوربية الاشتراكية، حيث دعت الحاجة الماسة إلى الدعم الاجتماعي خلال أنشطة أوقات الفراغ لإحداث المساواة المرجوة والمرتبطة بظروف العمل الصناعي.

فقد بين قبلن Veblen في كتاباته عن الترويح في مجتمع القرن التاسع عشر بأوروبا أن ممارسة الرياضة كانت تعبر عن انتماءات الفرد الطبقيّة، أو بمثابة رمز لطبقة اجتماعية خصوصا للطبقة البورجوازية، إذ يتمتع أفرادها بقدر أوفر من الوقت الحر يستغرقونه في اللعب، منفقون أموالا طائلة وبذخا مسرفا متنافسون على أنهم أكثر لهما وإسرافا . وقد استعرض كوكيلي الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة و الترويح فيما يلي : الروح الرياضية التعاون تقبل الآخرين بغض النظر عن الآخرين، التنمية الاجتماعية، المتعة والبهجة، اكتساب المواطنة الصالحة، التعود على القيادة والتبعية، الارتقاء والتكيف الاجتماعي .¹

كما أكد " محمد عوض بسيوني " أن أهمية النشاط الرياضي تكمن في مساعدة الشخص المعوق على التكيف مع الأفراد والجماعات التي يعيش فيها ، حيث أن هذه الممارسة تسمح له بالتكيف والاتصال بالمجتمع.

وهو ما أكده كذلك " عبد المجيد مروان " من أن الممارسة الرياضية تنمي في الشخص المعوق الثقة بالنفس والتعاون والشجاعة ، فضلا عن شعوره باللذة والسرور ...، كما أن للبيئة والمجتمع والأصدقاء الأثر الكبير على نفسية الفرد المعاق .

5 - 3 - الأهمية النفسية :

بدأ الاهتمام بالدراسات النفسية منذ وقت قصير، ومع ذلك حقق علم النفس نجاحا كبيرا في فهم السلوك الإنساني، وكان التأكيد في بداية الدراسات النفسية على التأثير البيولوجي في السلوك وكان الاتفاق حينذاك أن هناك دافع فطري يؤثر على سلوك الفرد، واختار هؤلاء لفظ الغريزة على أنها الدافع الأساسي للسلوك البشري، وقد أثبتت التجارب التي أجريت بعد استخدام كلمة الغريزة في تفسير السلوك أن هذا الأخير قابل للتغيير، تحت ظروف معينة إذ أن هناك أطفالا لا يلعبون في حالات معينة عند مرضهم عضويا أو عقليا، وقد اتجه الجيل الثاني إلى استخدام الدوافع في تفسير السلوك الإنساني وفرقوا بين الدافع والغريزة بان هناك دوافع مكتسبة على خلاف الغرائز الموروثة، لهذا يمكن القول أن هناك مدرستين أساسيتين في الدراسات النفسية، ومدرسة التحليل النفسي (فرويد)، وتقع أهمية هذه النظرية بالنسبة للرياضة والترويح أنها تؤكد مبدئين هاميين :

- السماح لصغار السن للتعبير عن انفسهم خصوصا خلال اللعب .
- أهمية الاتصالات في تطوير السلوك، حيث من الواضح أن الأنشطة الترويحية تعطي فرصا هائلة للاتصالات بين المشترك والرائد، والمشارك الآخر .

أما مدرسة الجشطالت حيث تؤكد على أهمية الحواس الخمس : اللمس – الشم – التذوق – النظر – السمع في التنمية البشرية، وتبرز أهمية الترويح في هذه النظرية في أن الأنشطة

1 - أحمد بركات لطفي : مرجع سابق ، ص : 65 .

الترويحية تساهم مساهمة فعالة في اللمس والنظر والسمع إذ وافقنا على أنه هناك أنشطة ترويحية مثل هواية الطبخ، فهناك احتمال لتقوية ما سمي التذوق والشم، لذلك فإن الخبرة الرياضية والترويحية هامة عند تطبيق مبادئ المدرسة الحيشطالتيية .

أما نظرية ماسلو تقوم على أساس إشباع الحاجات النفسية ، كالحاجة إلى الأمن والسلامة ، وإشباع الحاجة إلى الانتماء وتحقيق الذات وإثباتها، والمقصود بإثبات الذات أن يصل الشخص إلى مستوى عال من الرضى النفسي والشعور بالأمن والانتماء ، ومما لاشك فيه أن الأنشطة الترويحية تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته من خلاله .¹

5 - 4 - الأهمية الاقتصادية :

لا شك أن الإنتاج يرتبط بمدى كفاءة العامل ومثابرته على العمل واستعداده النفسي والبدني، وهذا لا يأتي إلا بقضاء أوقات فراغ جيدة في راحة مسلية ، وان الاهتمام بالطبقة العاملة في ترويحتها وتكوينها تكوينا سليما قد يتمكن من الإنتاجية العامة للمجتمع فيزيد كميته ويحسن نوعيتها، لقد بين "فرنارد" في هذا المجال أن تخفيض ساعات العمل من 96 ساعة إلى 55 ساعة في الأسبوع قد يرفع الإنتاج بمقدار 15 % في الأسبوع².

فالترويح إذا نتاج الاقتصادي المعاصر، يرتبط به أشد الارتباط ومن هنا تبدو أهميته الاقتصادية في حياة المجتمع، لكن مفكرين آخرين يدون أهمية الترويح نتجت من ظروف العمل نفسه، أي من آثاره السيئة على الإنسان، كالاغتراب والتعب والإرهاق العصبي، مؤكداً على أن الترويح يزيل تلك الآثار ويعوضها بالراحة النفسية والتسلية .

5 - 5 - الأهمية التربوية :

بالرغم من أن الرياضة والترويح يشملان الأنشطة التلقائية، فقد اجمع العلماء على أن هناك فوائد تربوية تعود على المشترك، فمن بينها ما يلي :

- **تعلم مهارات وسلوك جديدين :** هناك مهارات جديدة يكتسبها الأفراد من خلال الأنشطة الرياضية، على سبيل المثال مداعبة الكرة كنشاط ترويحي تكسب الشخص مهارة جديدة لغوية ونحوية، يمكن استخدامها في المحادثة والمكاتبة مستقبلا .
- **تقوية الذاكرة :** هناك نقاط معينة يتعلمها الشخص أثناء نشاطه الرياضي والترويحي، يكون لها اثر فعال على الذاكرة، على سبيل المثال إذا اشترك الشخص في ألعاب تمثيلية فإن حفظ الدور يساعد كثيرا على تقوية الذاكرة، حيث أن الكثير من المعلومات التي ترداد أثناء الإلقاء تجد مكان في « مخازن » المخ ويتم استرجاع المعلومة من « مخازنها » في المخ عند الحاجة إليها عند الانتهاء من الدور التمثيلي وأثناء مسار الحياة العادية .
- **تعلم حقائق المعلومات :** هناك معلومات حقيقية يحتاج الشخص الى التمكن منها، مثلا المسافة بين نقطتين أثناء رحلة ما .
- **اكتساب القيم :** ان اكتساب معلومات وخبرات عن طريق الرياضة والترويح يساعد الشخص على اكتساب قيم جديدة ايجابية، مثلا تساعد رحلة على اكتساب معلومات عن هذا النهر، وهنا اكتساب لقيمة هذا النهر في الحياة اليومية، القيمة الاقتصادية، القيمة الاجتماعية كذا القيمة السياسية .

5 - 6 - الأهمية العلاجية :

1 - حزام محمد رضا القزوني : التربية الترويحية ، دار العربية للطباعة ، بغداد ، 1978 ، ص: 20 .
2 - محمد نجيب توفيق : الخدمات العمالية بين التطبيق والتشريع ، مكتبة القاهرة الحديثة ، الطبعة الأولى ، 1967 ، ص 560 .

يرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن الرياضة الترويحي يكاد يكون المجال الوحيد الذي تتم فيه عملية "التوازن النفسي" حينما تستخدم أوقات فراغنا استخداما جيدا في التراويح : (تلفزيون، موسيقى، سينما، رياضة، سياحة) شريطة ألا يكون الهدف منها تضيعة وقت الفراغ، كل هذا من شأنه ان يجعل الإنسان أكثر توافقا مع البيئة وقادرا على الخلق والإبداع.¹

وتلعب الرياضة والحركات الحرة توازن الجسم، فهي تخلصه من التوترات العصبية ومن العمل الآلي، وتجعله كائنا أكثر مرحا وارتياحا فالبينة الصناعية وتعد الحياة قد يؤديان إلى انحرافات كثيرة، كالإفراط في شرب الكحول والعنف، وفي هذه الحالة يكون اللجوء إلى ممارسة الرياضة و البيئة الخضراء والهواء الطلق والحمامات المعدنية وسيلة هامة للتخلص من هذه الأمراض العصبية، وربما تكون خير وسيلة لعلاج بعض الاضطرابات العصبية

6 - النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف :

من الصعب حصر كل الآراء حول مفهوم الترويحي بسبب تعدد العوامل المؤثرة عليه والمتأثرة به في الحياة الاجتماعية المعقدة، إلا انه يمكن تحديد أهم مفاهيمه حسب ما جاء في التعاريف السابقة، خاصة تلك التي قدمها سيجموند فرويد Seg Mund Freud وجان بياجيه Gean Piaget وكارول جروس Karl Gros هذه التعاريف نابعة من نظريات مختلفة نذكر منها :

6 - 1 - نظرية الطاقة الفائضة (نظرية سينسر وشيلر):

تقول هذه النظرية ان الأجسام النشيطة الصحيحة، وخاصة للأطفال، تختزن أثناء ادائها لوظائفها المختلفة بعض الطاقة العضلية والعصبية التي تتطلب التنفيس الذي ينجم عنه اللعب

وتشير هذه النظرية الى ان الكائنات البشرية قد وصلت الى قدرات عديدة، ولكنها لا تستخدم كلها في وقت واحد، وكنتيجة لهذه الظاهرة توجد قوة فائضة ووقت فائض، لا يستخدمان في تزويد احتياجات معينة، ومع هذا فان لدى الإنسان قوى معطلة لفترات طويلة، وأثناء فترات التعطيل هذه تتراكم الطاقة في مراكز الأعصاب السليمة النشطة ويزداد تراكمها، وبالتالي ضغطها حتى يصل الى درجة يتحتم فيها وجود منفذ للطاقة واللعب وسيلة ممتازة لاستنفاد هذه الطاقة الزائدة المتراكمة.¹

ومن جهة ثانية ان اللعب يخلص الفرد من تعب المتراكم على جسده، ومن مؤثراته العصبية المشحونة من ممارسة واجباته المهنية والاجتماعية، ويعتبر وسيلة ضرورية للتوازن الإنساني النفسي ومواقفه مع البيئة التي يعيش فيها.²

6 - 2 - نظرية الإعداد للحياة :

يرى كارل جروس "Karl Gros" الذي نادى بهذه النظرية، بان اللعب هو الدافع العام لتمارين الغرائز الضرورية للبقاء في حياة البالغين، وبهذا يكون قد نظر إلى اللعب على انه شيء له غاية كبرى، حيث يقول أن الطفل في لعبه يعد نفسه للحياة المستقبلية، فالبنت عندما تلعب بدميتها تتدرب على الأمومة، والولد عندما يلعب بمسدسه يتدرب على الصيد كمظهر للرجولة .

وهنا يجب أن ننوه بما قدمه كارل جروس خاصة في العلاقة بين الأطفال في مجتمعات ما قبل الصناعة .

¹ - A . Domart & al : Nouveau Larousse Médical , Librairie Larousse , Paris , 1986 , P 589

¹ - محمد عادل خطاب : النشاط الترويحي وبرامجه ، ملتزم الطبع والنشر ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ص: 56 - 57 .

² - Serae moyenca : Sociologie et action sociale , Editions labor , Bruxelles , 1982 , P : 163

أما في المجتمعات الصناعية يقول رايت ميلز " R . Mills " "يعوض الترويح للفرد ما لم يستطع تحفي في مجال عمله، فهو مجال لتنمية مواهبه والإبداعات الكامنة لديه منذ طفولته الأولى والتي يتوقف نموها لسبب الظروف المهنية، كما انه يشجع على ممارسة الهوايات المختلفة الرياضية، الفنية أو العلمية ويجد الهوي من ممارسة هواياته، فرصة للتعبير عن طاقاته الفكرية وتنميتها يصاحبه في ذلك نوع من الارتياح الداخلي، بعكس الحياة المهنية التي تضم نمو المواهب والإبداعات عامة وخاصة في مجال العمل الصناعي .¹

6 - 3 - نظرية الإعادة والتخليص :

يرى ستانلي هول " Stanley Hool " الذي وضع هذه النظرية أن اللعب ما هو إلا تمثيل لخبرات وتكرار للمراحل المعروفة التي اجتازها الجنس البشري من الوحشية إلى الحضارة، فاللعب كما تشير هذه النظرية هو تخليص وإعادة لما مر به الإنسان في تطوره على الأرض، فلقد تم انتقال اللعب من جيل إلى آخر منذ أقدم العصور .

من خلال هذه النظرية يكون ستانلي هول قد اعترض لرأي كارول جروس، ويبرر ذلك بان الطفل خلال تطوره يستعيد مراحل تطور الجنس البشري، إذ يرى أن الأطفال الذين يتسلقون الأشجار هم في الواقع يستعيدون المرحلة الفردية من مراحل تطور الإنسان .²

6 - 4 - نظرية الترويح :

يؤكد "جتسي مونس" القيمة الترويحية للعب في هذه النظرية، ويفترض في نظريته ان الجسم البشري يحتاج الى اللعب كوسيلة لاستعادته حيويته فهو وسيلة لتنشيط الجسم بعد ساعات العمل الطويلة، والراحة معناها إزالة الإرهاق أو التعب البدني والعصبي وتتمثل في عملية الاستراحة، الاسترخاء في البيت أو في الحديقة أو في المساحات الخضراء أو على الشاطئ الخ .

¹ - Marie – Chorlotte Busch : La Sociologie Du Temps Libre Mouton , Paris , 1975 , P 93

² - كمال درويش ، أمين أنور الخولي : أصول الترويح وأوقات الفراغ ، دار الفكر العربي ، ط1 ، القاهرة ، 1990 ، ص 227 .

6 - 5 - نظرية الاستجمام :

تشبه هذه النظرية الى حد كبير نظرية الترويح، فهي تذهب الى ان أسلوب العمل في أيامنا هذه أسلوب شاق وممل، لكثرة استخدام الفضلات الدقيقة للعين واليد، وهذا الأسلوب من العمل يؤدي الى اضطرابات عصبية إذا لم تتوفر للجهاز البشري وسائل الاستجمام واللعب لتحقيق ذلك

هذه النظرية تحث الأشخاص على الخروج الى الخلاء وممارسة أوجه نشاطات قديمة مثل : الصيد والسباحة والمعسكرات، ومثل هذا النشاط يكسب الإنسان راحة واستجماما يساعده على الاستمرار في عمله بروح طيبة .¹

6 - 6 - نظرية الغريزة :

تفيد هذه النظرية بان للبشر اتجاها غريزيا نحو النشاط في فترات عديدة من حياتهم، فالطفل يتنفس ويضحك ويصرخ ويزحف وتنصب قامته ويقف ويمشي ويجري ويرمي في فترات متعددة من نموه، وهذه أمور غريزية وتظهر طبيعية خلال مراحل نموه.²

فالطفل لا يستطيع ان يمنع نفسه من الجري وراء الكرة وهي تتحرك أمامه شأنه شأن القطة التي تندفع وراء الكرة وهي تجري، ومن ثم فاللعب غريزي، وجزء من وسائل التكوين العام للإنسان، وظاهرة طبيعية تبدو خلال مراحل نموه.³

¹ - سامية حسن الساعاتي : التطبع وال عمران ، دار النهضة العربية ، ط3 ، بيروت ، 1980 ، ص : 319 .

² - Roymond . Tomas : Psychologie du sport , P.U . F . 1er Edition. Paris . 1983 . P : 71 - 72

³ - J . Dumazadier : Vers une civilisation du loisir , Editions du seuil. Paris. 1982 ., P 26

7 - تاريخ ظهور رياضة المعاقين:

تعود نشأة رياضة المعوقين إلى الطبيب ludiving guthman بمستشفى stoke mon de ville بإنجلترا ، وذلك إبان الحرب العالمية الثانية¹، حيث انه عندما لاحظ فقدان الثقة عند المصابين بالشلل والمقيمين بالمستشفى دون أي نشاط ، فكر في إنشاء ألعاب guthman ludiving للمشلولين وهذا في سنة 1948، لكي يساعد المعاقين على رفع معنوياتهم وتوازنهم النفسي والجسمي واعادة إدماجهم اجتماعيا بنشاطات رياضية تناسب قدرتهم البدنية والحركية.²

ومن بين الأسباب التي ساعدت على ظهور رياضة المعوقين ، أنه بعد الحرب العالمية الثانية تغيرت نظرة المجتمع تجاه هذه الشريحة ، حيث اتجهوا إلى التعاطف معهم وتكريمهم ، كما أدى إلى تطور أساليب العلاج الطبيعي والطب الرياضي بالنهوض بحركة التأهيل البدني وتطوير أجهزة التعويض ، مما سمح بارتقاء رياضة المعوقين فضلا عن ظهور القوانين الاجتماعية والمواد الدستورية الخاصة بهذه الفئة .
لم تتأخر الرياضة كنظام تربوي بالدرجة الأولى على تقديم خدمات للمعوقين في مجال إعادة التكييف والتأهيل البدني والتحسين الحركي، والتي تعمل على التقليل من الآثار السلبية الناجمة عن الإعاقة.³

8 - تطور رياضة المعاقين في الجزائر :

مباشرة بعد الاستقلال بدأ الاهتمام التدريجي بإعادة إدماج فئة المعوقين ، وهذا بإنشاء مراكز التكوين المهني واعادة التكفل بطريقة منظمة ، ولكن نظرا للمرحلة الجديدة التي كانت تمر بها الدولة كان هناك غياب الاهتمام التربوي والرياضي للمعوقين، وذلك لغياب مراكز متخصصة والغياب التام للإطارات ، حتى سنة 1979 بدأ الاهتمام في وزارة الشباب والرياضة بالتحضير لإنشاء فيدرالية لرياضة المعوقين وذو العاهات حيث تم اعتمادها في 19 فيفري 1979 كهيئة مكلفة بالتنظيم حيث توجد لديها 36 رابطة ولائية مسجلة، و 116 جمعية رياضية تضم مجموعة من الرياضيين يقدر عددهم ب: 2000 شخص تمارس عدة أنواع من الرياضات منها : السباحة ، كرة السلة ، تنس الطاولة ، ألعاب القوى ، الكرة الطائرة بالجلوس .

والأهداف المسطرة من طرف هذه الفرق والجمعيات علاجي تربوي حيث يمكن ذكر ثلاثة أنواع من النشاطات المتبعة :

- النشاطات البدنية ذات الطابع التربوي .
- النشاطات البدنية ذات الطابع الترفيهي .
- النشاطات البدنية ذات الطابع التنافسي.

ومما يمكن الإشارة إليه انه رغم المشاكل التي تعاني منها فئة المعوقين اليوم ، إلا أن النتائج الرياضية تدعو إلى المزيد من الاهتمام .

9 - أنواع رياضة المعوقين حركيا الممارسة في الجزائر :

9-1 - ألعاب القوى :

من بين الرياضات التي تعرف اهتماما بالغا و تحمل في طياتها عدة اختصاصات عند المعوقين حركيا منها (100م ، 200م ، ..)، وهذا طبعا على الكراسي المتحركة وتعمل هذه

1 - كمال درويش ، محمد الحماحمي : رؤية عصرية للترويج وأوقات الفراغ ، مركز الكتاب للنشر ، ط1 ، القاهرة ، 1997 ، ص 63 .

2 - أمين أنور الخولي : الرياضة والمجتمع ، عدد 216 ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، 1996 ، ص116-117 .

3 -M Avrasat : Historique du sport pour les handicapes physique . extrait de la revue kinesitherapie scientifique . N180 .Paris . mai . 1980 . p26 .

الرياضة على تقوية الأطراف العلوية لقاعدي الحركة بالأرجل والعكس صحيح إلى جانب السباقات هناك الرمي بأنواعه (الرمح ، الجلة ، القرص) .

9 - 2 - ركوب الخيل :

تعمل هذه الرياضة على إيجاد التوازن ومراقبة الجذع فوق الحصان بالاضافة إلى الراحة النفسية ، إلا أننا نلاحظ عدم وجود هذه الرياضة ببلادنا .

9 - 3 - السباحة :

تعتبر الرياضة الوحيدة التي يستطيع كل معوق ممارستها،وتعمل على تقوية جميع العضلات وتعلم بالتنسيق بين الحركات المختلفة حسب نوع الإعاقة .

9 - 4 - تنس الطاولة :

يمارسها المعوقون حركيا على الكراسي المتحركة ، فقط يراعي في ذلك قياس نوعي للطاولة ، وتعمل هذه الرياضة على تقوية عضلات البطن والظهر والتنسيق في الحركات على مستوى الجانب الأعلى وتحقيق التوازن على الكراسي .
وهناك رياضات أخرى يمارسها المعوقون حركيا " كالمبارزة بالسيف ، كرة الطائرة بالجلوس ، رفع الأثقال ... الخ

9 - 5 - رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة :

تعتبر رياضة كرة السلة بالكراسي المتحركة من اشهر الرياضات في العالم وفي الجزائر خاصة لشعبيتها الكبيرة، وتطورها المتواصل نحو الأفضل حيث حسب بعض الإحصائيات فقد بلغ عدد الممارسين 25000 ممارس وممارسة في 45 بلد¹.
أما في الجزائر فقد وصل العدد إلى 256 معوق ممارس لهذه الرياضة وما يزيد من أهمية رياضة كرة السلة هو تركيبها التنظيمية، بالنسبة للفرد المعوق حركيا ولفوائدها النفسية والاجتماعية .
وررياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة لا تختلف عن كرة السلة للأصحاء، فجميع قواعد القانون الدولي مطبقة فيما عدا بعض التعديلات الخاصة التي تلائم الكراسي المتحركة التي تتيح وضع الاعتبار لتقنية تحريك الكراسي، مع ضرورة ممارسة اللعبة من وضع الجلوس بدلا من الوقوف .

1 - International well chais: Basket ball federation reinstallation . Philip craven . MBE . 1996 .P 123 .

الفصل الثاني

دراسة تحليلية لشخصية المعاق

تمهيد :

سنتطرق في هذا الفصل لدراسة تحليلية لشخصية المعاق إذ سنتكلم عن المعاق من حيث تعريف هذا المصطلح حسب عدة باحثين ثم حسب التشريع الجزائري في ضوء التعاريف المختلفة للمربين ومختلف الهيئات الدولية، ثم نتبع ذلك بدراسة التصنيفات المختلفة للمعوقين في الجزائر على وجه التحديد .
ومن ثمة سنتكلم عن الإعاقة وتعريفها ، أسبابها ، ثم نركز عن الاعاقة الحركية لأنها محور دراستنا

ونتطرق كذلك لنظرة القانون الجزائري للمعاقين والتطورات التي عرفتها التشريعات في مجال المعوقين في السنوات الأخيرة وظهور الهيئات الدولية والحكومية وغير الحكومية في مجال الرعاية والتكفل بالمعوقين ، من اجل اندماجهم في المجتمع وتكوينهم من النواحي الاجتماعية، البدنية ، والنفسية ليكون أفرادا قادرين على العمل والإنتاج ، و تباين التشريعات من بلد إلى آخر ، إذ أصبح يقاس تقدم الأمم بمدى اهتمامها بالمعوقين.
وسنتكلم عن الجزائر باعتبارها كبقية دول العالم أولت اهتماما بالغاً منذ الاستقلال للمعوقين من خلال القوانين والمراسيم والمنشورات والمقررات واللوائح والتعليمات حرصاً منها على رعاية هذه الفئة واندماجها في المجتمع ومبادرت الحكومات لوضع لوائح وقوانين تحمي أفرادها من إصابات العمل وتوفير وسائل الأمن الصناعي من خلال القيام بمجموعة من الإجراءات للوقاية من حدوث الإعاقة كالتوعية بأساليب التغذية السليمة وخدمات رعاية الحوامل والتلقيح ضد الأمراض المعدية ، وتوفير الأمن والحماية الاجتماعية ، والقيام بالتشخيص والعلاج المبكرين لكثير من الأمراض لتفادي أي عجز ينتج عنها ، من خلال سن لوائح وتشريعات ، بهدف منع حدوث العوامل المسببة للإعاقة بقدر الإمكان والتخفيف من الآثار السلبية المتعددة بعد حدوث الإعاقة مباشرة وتقديم برامج للتأهيل والعلاج التي يجب تقديمها للمعاقين في المجتمع .

1 - المعاق

1 - 1 - مصطلح المعاق:

حسب ما يعرفه إسماعيل شرف: هو كل مصاب بعجز بدني أو عضلي مستديم غير قابل للشفاء شرط أن يكون هذا العجز سبب في عدم تكيفه في المجتمع.¹ من خلال التعريف يتضح أن المعوق كل شخص أصيب عقليا أو جسميا، سواء حركيا أو حسيا وذلك بصفة دائمة ومستمرة مع حتمية بقائه على هذه الحالة من الإعاقة، ويرفق هذا التعريف بشرط أساسي من خلال توفره نجزم بكون الشخص المصاب حقا معوقا، وذلك الشرط يتمثل في أن هذا العجز سببا في عدم تكيف المصاب مع المجتمع. وحسب تعريف سعد رزوق: المعوق يختلف نموه العقلي أو الجسمي لأسباب موروثية أو مكتسبة، والإعاقة هي نقص أو عيب يعترى الجسم أو العقل أو السلوك ويعرقل السير الطبيعي للأمور على صعيد إنجاز الأعمال أو بالنسبة للتعلم.² من خلال هذا التعريف تظهر لنا المصادر الأساسية للإعاقة، والتمثلة في العوامل الموروثة أو العوامل المكتسبة، ومظاهر الإعاقة تتجلى في التخلف سواء على المستوى العقلي أو الجسمي.

1 - 2 - نبذة تاريخية عن المعاقين:

1 - 2 - 1 - المعاقين في العصور القديمة:

إن مفهوم الإعاقة موجود منذ القدم والنظرة المجتمعية إلى الإعاقة بأنواعها المختلفة بالمقارنة مع النظرة المجتمعية الحالية نجدها في تناقص واضح، بحيث كان المعوق في العصر القديم إنسان غير عادي وغير مرغوب فيه نظرا لنقصه البدني والعقلي، فهو لا يستطيع أن يستمر في المعيشة دون غيره، أي أنه إنسان غير منتج إنما عما ينتجه الآخرون ولا يستطيع أن يحمي نفسه من الأخطار فهنا أيضا يجب على الآخرين أن يحموه.³ ولكن المجتمعات البدائية مجتمعات يعتمد أفرادها على أنفسهم، بقضاء حاجاتهم أي كل أعمالهم كانت يدوية تتطلب القوة البدنية والفكرية، وكانت مجتمعات محاربة لذا كان يرفض كل فرد غير كامل لا يستطيع تأمين معاشه وقد كانوا يتركون للموت جوعا ويؤذون وهم أطفال فقد كانوا كثيرا ما يتعرضون إلى الاضطهاد.

"ولقد شهد ذلك مجتمعات روما، اسبرطاء، الجزيرة العربية، وكثيرا من القبائل في مختلف أرجاء العالم بينما كانوا يتمتعون بالرعاية في الهند ومصر...".

وحسب "صالح عبد الله الزغبى" و "أحمد سليمان العواملة"، فقد وجد في جدار معبد مصر على رسم عمره 4000 سنة لطفل فرعوني مشلول الساق، قال المختصون في الطب هو "شلل الأطفال"، وعثر أيضا على قوالب الطين التي خلفها البابليون من سكنوا الأرض ما بين نهري دجلة والفرات وسجل "حمورابي" ملك البابليين قوانين الجزاء والعقاب كما سجل طرق علاج مبتوري الأطراف وفاقدى البصر.¹

ولقد كان الأطباء القدامى في البيرو يقومون بعملية جراحية، والتي تتمثل في ثقب الجمجمة وهذا لعلاج مرضى العقول فيفرغون جماجمهم من الأرواح الشريرة التي تسكن فيها، إذا فالتعوق لم يكن أمرا مقبولا من الإنسان ولا مرغوب فيه لذا حارب الإنسان التعوق حربا شعواء لا هوادة فيها، فلم يختلف القدامى في هذا المبدأ بل اختلفوا في الأساليب.

1 - إسماعيل شرف: كتاب التأهيل للمعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1988، ص 12.

2 - سعد رزوق: موسوعة علم النفس، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، 1987، ص 117.

3 - صالح عبد الله الزغبى، أحمد سليمان العواملة: التربية الرياضية للحالات الخاصة، دار الصفاء للطباعة، ط3، عمان، 2000، ص 20.

1 - صالح عبد الله الزغبى، أحمد سليمان العواملة: نفس المرجع سابق، ص 19.

فحسب محمد عبد المنعم نور: اليونان منذ ثلاث آلاف سنة أقاموا دعائم حضارتهم على القوة الجسدية، فكانوا لا يتورعون في إلقاء الأطفال الضعفاء والمرضى وناقصي النمو في العراء لتجد الوحوش ما تأكله، ونجد نفس الشيء عند الرومان الذين كانوا يفرقون هذه الفئات في نهر التبت.

وفي أثينا كان "أفلاطون" يرى أن المعوقين يشكلون ضررا بالدولة والسماح لهم بالتناسل يؤدي إلى ضعف الدولة، لاسيما أنه كان يطمح في إنشاء جمهورية مثالية قادرة على حماية نفسها، ولقد دعى إلى نفي المعوقين خارج الدولة وعدم السماح لهم بدخولها وينقرضوا خارجها ولا يبقى في الدولة سوى الأذكى القادرين عن الدفاع عن وطنهم فهذه الأعمال كانت عند الكثير من الشعوب وقد كانوا يرون هذه الفئات عبئا عليهم.

1 - 2 - 2 - المعاقين في العصور الوسطى:

حسب "صالح عبد الله الزغبى" و "أحمد سليمان العواملة": "عرف المعوق على أنه كطين الرب والأرواح الشريرة، فكانت النظرة للمعوق نظرة خوف لاعتقادهم بأن الآلهة حلت اللعنة عليهم فإنهم أشخاص غير جديرين بالاختلاط، ويجب الابتعاد عليهم وعدم الاحتكاك بهم لدرء اللعنة عن أنفسهم".

وقد كان المعوق في أوروبا من غيرهم من العصور القديمة كانت الكنيسة تصدر حكما على المتخلفين عقليا، لاتصالهم بالشياطين لهذا سجنوهم وكبلوهم وأذقوهم ألوانا من العذاب لعل الشيطان يهرب من الجسد المعذب، والغريبة أن الكنيسة المسيحية أمرت بعدم مساعدة الكفيف لأن هذا معارض لإرادة الرب الذي قدر له أن يكون كفيفا، فهذا المبدأ خاطئ وتطبيقه كان عملا جاهلا.

1 - 3 - النظرة الدينية للمعاقين:

لقد نادى الديانات لإيقاف كل المعاملات البدائية والوحشية للمعاقين، كما دعت إلى أن يتعاملوا فيما بينهم معاملة إنسانية، وإذا نظرنا إلى المعوقين من منظور ديني نجد أنه مع ظهور الديانات تغيرت نظرت المجتمعات.¹

لقد حثت الديانات على معاملتهم معاملة إنسانية، ومن ثم رد الاعتبار الإنساني لهم، واستتكرت الطريقة الوحشية التي عومل بها المعوقين في المجتمعات البدائية، فحسب محمد عبد المنعم: "إن الديانات أكدت على ضرورة الاهتمام بالفئات الاجتماعية المحتاجة وتقديم لها يد المساعدة للمحافظة على كرامتها ووقايتها من الإهمال وفي مقدمة هذه الفئات نجد المرضى والمعوقين".²

فكان "بوذا" مثلا يوصي بذلك معلنا الهدف الذي يتمثل في تخليص البشرية من آلامها، وأن وجهه هذا نورا وشفاء على كل مريض ومعاق، كما أن "الإنجيل" غير نظرة المبصرين باتجاه المكفوفين وحررهم من بأسهم العمى وأدخل المكفوفين إلى عالم المخلصين وجعل منهم أرواحا كالأخرين.³

1 - 4 - نظرة الإسلام إلى المعاق:

باعتباره آخر الكتب السماوية وبما يحمله من تعاليم المحبة والتسامح بين البشر، فلقد كان حسب "محمد عبد المنعم" يدعو إلى الرفق بالمرضى حيث أمر بزيارة المرضى وعدم إرهابهم وإلى حسن معاملة الضعفاء والمعوقين معا.

1 - طالع عبد الله الزغبى , احمد سليمان العواملة : مرجع سابق , ص 22.

2 - إبراهيم حلمي ، ليلي السيد فرحات : التربية الرياضية والترويح للمعاقين ، ط 1 ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1998 ، ص 22 .

3 - محمد عبد المنعم نور: الخدمات الاجتماعية والطب والتأهيل ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ط 1 ، 1983 ، ص 159 .

وحسب صالح عبد الله الزغبى وأحمد سليمان العواملة : "إن المجتمع الإسلامي تميز بالاهتمام الشديد برعاية المعوقين وخص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل وحث المسلمين على حسن معاملتهم للمعوقين واعتبرت حالة المعوق اختبار من الله سبحانه وتعالى".

ويمكن أن نبين هذا بقول الرسول صلى الله عليه وسلم : "إن الله إذا أحب عبدا ابتلاه فإذا صبر اجتباه وإن رضي اصطفاه وإن يبأس نفاه أقصاه" .¹
وقوله تعالى: في سورة الفتح : "ونبلوكم بالشر و الخير فتنة والينا ترجعون " ، "ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج" .²
وقوله تعالى: في سورة عبس : "عبس وتولى أن جاءه الأعمى وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فتنعه الذكرى" .³

هنا دعى الإسلام إلى حسن معاملة المعوق والاهتمام به وأن العمى الحقيقي لا يكمن في فقدان البصر بل في القلب، وذلك لقوله تعالى: (فإنها لا تعمى الأبصار ولكن تعمى القلوب التي هي في الصدور).

والله يبنتلي عبده فقد بينتليه بالإعاقه وهذا ليرى مقدرة صبره وطاعته له فإن صبر اصطفاه في الجنة وإن يشأ أسكنه جهنم , وأنه ليس في الإعاقه والمرض حرج، ويقول الله تعالى : "يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم شعوبا وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم" .⁴

فإن الآية هنا تشير إلى المكرمين عند الله فهم المتقون أي لا ينظر إلى الجسم أو العقل أو الجمال بل ينظر إلى التقوى.

وقد اعتنى الخلفاء الراشدين بالمعوقين وكان ذلك واضحا من خلال اهتمام "عمر بن الخطاب" رضي الله عنه بتوفير الرعاية للمعوقين فقد كتب الخليفة الأموي "عمر بن عبد العزيز" إلى مصر والشام : "أن رافعوا إلى كل أعمى أتى الديوان أو مقعد أو من به فالج أو من به زمانه داء مزمن يحول بينه وبين الصلاة فرفعوا إليه فأمر لكل أعمى بقائد وأمر لكل اثنين من الزمنى بخادم" .⁵

ومن بعض الحقوق التي وهبها الإسلام للمكفوفين مثلا أن يأكل عند الحاجة من بيوت أهله وأقاربه وأن يشاركهم في طعامهم من غير أن يجد في نفسه غضاضة وما إلى ذلك ومن غير أن يجد في أنفسهم غضاضة.

ويقول الله تعالى أيضا في كتابه العزيز: "إن الله اصطفاه عليكم وزاده بسطة في العلم والجسم والله يؤتي ملكه من يشاء والله واسع عليم" .¹
هنا تبين الآية أن المؤهلات البدنية والعلمية هي مؤهلات يصطفي بها الله عباده.

1 - 5 - المعاق في العصر الحديث:

يرى صالح عبد الله الزغبى: "إن الثورات الاجتماعية عملت على الاهتمام بالإنسان الفرد والاهتمام بحقوقه و تخليصه من الظلم، مما ولد الاهتمام بالضعفاء والمعوقين والبحث عن وسائل لرعايتهم" .²

1 - حديث شريف للرسول صلى الله عليه وسلم.

2 - قوله تعالى : سورة الفتح , الآية 17 , الحزب 52.

3 - قوله تعالى : سورة عبس , الآية من 1- 4 , الحزب 59.

4 - قوله تعالى : سورة الحجرات , الآية 13 , الحزب 52 .

5 - صالح عبد الله الزغبى ، أحمد سليمان العواملة : مرجع سابق، ص 22.

1 - قوله تعالى : سورة البقرة , الآية 247 , الحزب 4.

وفي هذا العصر دعوا إلى الاستفادة من إمكانيات المعوقين فطوروا وسائل لتعليم الأطفال المعوقين، وطرق تناسبهم فكانت طريقة "برايت Priete" لتعليم المكفوفين وطريقة قراءة الشفاه لتعليم الصم البكم، فلقد بدأت فرنسا تربية الأطفال المعوقين ووجهت العناية أولاً إلى ذوي العاهات الحسية (المكفوفين، الصم البكم) ثم إلى المتخلفين عقلياً.

وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى كانت الأعداد هائلة من المعوقين الذين خلفتهم هذه الحرب فكانت عاملاً في البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم، فبدأ التأهيل مصحوباً بطريقة اقتصادية تدعوا إلى الاستفادة من طاقات المعوقين المهنية في الإنتاج مما أدى إلى إنشاء أول معاهد التأهيل المهني للمعوقين في أمريكا عام 1920.

فلقد تطورت الأساليب والنظريات التي تبحث في هذا المجال وذلك لتطوير النظريات التربوية الاجتماعية والنفسية، وأصبحت نظرة المجتمعات المتحضرة إلى المعاق نظرة تفاؤلية، ثم جاء إعلان حقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة فكان نقطة تحول هامة في اتجاهات المجتمعات نحو أبنائها وحلت النظرية الاجتماعية محل النظرة الاقتصادية، كما تضافرت جهود العلماء والمفكرين في سبيل توفير برنامج تأهيل يساعد الفرد المعوق على استرداد أقصى ما يمكن من إمكانياته في الحياة.

1 - 6 - واقع المعاق في الجزائر:

من البديهي أن المشاكل الاجتماعية على العموم تتميز عن غيرها بالتعدد والتنوع والحساسية، ومنها المشاكل الاجتماعية لفئة المعوقين لها ارتباط عضوي بالمشاكل العامة الأخرى التي تواجهها عملية التنمية الوطنية، لم تكن بالأمر الهين خاصة إذا عدنا إلى الوراثة قبل سنوات معدودة والتي تشكل عمر الاستقلال وما خلفه الاستعمار ولكن رغم هذا كانت جمعيات ومنظمات أنشأت على امتداد فترة (1969-1981) للتكفل بالمعوقين، بوسائل وإمكانيات محدودة وهذا التكفل متعلق بالحماية الاجتماعية للمعوقين، ثم شيئا فشيئا تجاوزت الجزائر تلك المرحلة الاستثنائية وتطورت مع كل الذهنيات والأفكار ومن ذلك تطور مفهوم الإعاقة الذي كان في السنوات الأولى للاستقلال ما يزال عالقا بالمفهوم الاستعماري ينظر إلى هذه الفئة من زاوية المسكين وزاوية العطف والرعاية التي ترتبط بالشفقة.

ومنذ (1975) أصبح المعوق طبقا للقانون مواطن له كل الحقوق وعليه كل الواجبات تجاه وطنه ومجتمعه، واعتمادا على المبادئ الأساسية للثورة الجزائرية وعلى مقررات المؤتمر الخامس للحزب الذي جاء فيه بصريح العبارة:

- القيام بإنشاء هياكل نفسية بيداغوجية للاستجابة لطلب مختلف أنواع الإعاقة.
- تشجيع إنشاء مصالح مختصة من أجل إعادة تكييف الأشخاص المعوقين وإعادة الاعتبار لهم.

كما تم إنشاء وزارة الحماية الاجتماعية التي كانت قبل 1984 مجرد كتابة للدولة، وهي مكلفة بالخصوص عن طريق توجيهات القيادة السياسية باتخاذ إجراءات واضحة وبذل الجهود الضرورية من أجل تحقيق المشاركة الكاملة والفعالة للمعوقين في الحياة الاقتصادية والاجتماعية للبلاد ومهام متماثلة كلفت بها وزارة الصحة العمومية والشبيبة والرياضة ولقد تم إحصاء عدد المعوقين حيث وصل عددهم إلى أكثر من (03) ملايين.

2 - الإعاقة

2 - 1 - تعريف الإعاقة:

تعرف منظمة الصحة العالمية المعوق بأنه شخص يجد نفسه خلال فترة معتبرة قاصرا بسبب حالته الفيزيائية والعقلية من المشاركة كليا في كل النشاطات الخاصة بسنه. هذا التعريف يشمل كل العاهات التي قد تسبب عجزا أو لا تسببه وتثير هذه العاهات احباطات متعددة تؤثر في نمو الشخصية ، ومن آثارها الشعور بالنقص الذي يضع الشخص في حالة الانطواء والعزلة.

كما يرى " بوسنة" : بأن العاهة هي فقدان في الوظيفة النفسية الفيزيولوجية , أما العجز فيمثل نقص في القدرة على أداء نشاط ما بشكل سوي وهذا ناجم من العاهة في حين أن الإعاقة ناجمة عن العجز وهي عبارة عن ضرر يلحق بفرد معين فيحد أو يمنع الفرد القيام بدور ما بشكل عادي لهذا الفرد.¹

وقد عرف "صالح عبد الله الزغبى" و "أحمد سليمان العواملة" : بأن المعوقين هم تلك الفئة من الأفراد الذين يختلفون عن عامة أصحابهم في صفات بدنية أو عقلية وانفعالية وسلوكية فأصبحوا طائفة من النشء تتطلب رعاية واهتمام خاص بهم من حيث المناهج التعليمية والخططية والإمكانيات الخاصة التي تضمن لهم تربية وتعليم وطرق تتناسب مع قدراتهم².

2 - 2 - مستويات الإعاقة:

2 - 2 - 1 - الإعاقة البسيطة:

هذه الفئة لا تحتاج إلى إعاقة حتى يتمكنوا من التكيف مع السير وتطوير تكوينهم المهني الذي يتبعونه مثل غير المعوقين (الأصحاء).

2 - 2 - 2 - الإعاقة متوسطة الخطورة:

هذه الفئة من المعوقين يحتاجون إلى إعانات طبية وإلى تمارين علاجية.

2 - 2 - 3 - الإعاقة الخطيرة:

هذه الفئة يحتاجون بصفة دائمة إلى مساعدة وذلك إزاء أبسط المهام اليومية.

1 - بوسنة محمود : الأفراد المعوقين في العالم الإسلامي ، المجلة الجزائرية لعلم النفس ، العدد 1 , جامعة الجزائر ، 1985 ، ص 55 .
2 - صالح عبد الله الزغبى ، أحمد سليمان العواملة : مرجع سابق ، ص 20 .

2 - 3 - تصنيف حالات الإعاقة :

2 - 3 - 1 - الإعاقات الناجمة عن الأمراض المزمنة و هي كالتالي :

2 - 3 - 1 - 1 - شلل الأطفال Poliomyélites :

إن هذا المرض يعد غاية في الأهمية للعاملين في مجال رعاية المعوقين فكثيرا من المشاكل يواجهها المصاب بشلل الأطفال تنصب على القيود التي يفرضها المرض على حركته الجسمية والكثير من هذه المشاكل تدور حول السلوك والتكيف النفسي، ومن الأسس المهمة والثابتة للسيطرة على المرض والوقاية منه هي فهم أسبابه والوقاية منه، وما يمكن اتخاذه من تدابير للحيلولة دون الإصابة به ويعد شلل الأطفال من الأمراض المعدية، إذ أن فيروس المرض ينتقل إلى الآخرين ويرجع انتشاره إلى عوامل البيئة كحرارة الجو، نسبة الرطوبة، انتشار الذباب، وقوة الجرثومة المرضية، ويوجد الجرثوم غالبا في الغشاء المخاطي المبطن للحلق، وغالبا ما ينتشر عن طريق الجهاز الهضمي ومنه إلى الجهاز العصبي وينقسم إلى ثلاثة :

- إصابة عضلات الجسم.

- إصابة عضلات التنفس أو البطن.

- إصابة عضلات البلع والحنجرة.

وقد سمي بمرض شلل الأطفال لأن معظم المصابين به هم أطفال وصلت نسبتهم إلى 57 %.

2 - 3 - 1 - 2 - أمراض القلب Cardiac :

وهي متعددة وكثيرة وتتمثل خطورتها في أنها تمس أهم عضو في جسم الإنسان، وأمراض القلب ترتبط بعوامل مختلفة منها العمر والامتداد الوراثي والظروف الاجتماعية والشخصية للفرد وقسم منها أمراض ولادية وقسم آخر أمراض مكتسبة، ولقد وضعت الجمعية الأمريكية لأمراض القلب أربعة أنواع رئيسية لأمراض القلب المنتشرة في العالم و هي :

- أمراض روماتيزم القلب و هي الحالات التي تكون بسبب الحمى الروماتيزمية .

- أمراض القلب الولادية والتي تعرقل عمل قلب الجنين خلال فترة الحمل .

- مرض ارتفاع الضغط الدموي الشرياني و الذي يسبب ضغطا شديدا على الشرايين القلبية .

- مرض انسداد الشريان الإكليلي القلبي و هو ما يعرف بتطبيق الشريان الإكليلي مما يؤدي إلى صعوبة مرور الدم فيه¹.

¹ -Michel poliok : pealth and fitness training physical education activity .n.y. jown Wiley . 1978.p129

2-3-1-3 - أمراض التصدع :

تعد المشاكل التنفسية و الاجتماعية الملازمة لمرض الصدع هي أكثر شدة و تأثير من المشاكل الطبية، إذ ما يصيب الفرد نفسيا بسبب المرض يؤدي إلى متاعب و مشاكل اجتماعية و شعور بالنقص بشكل كبير و إلى الاكتئاب و الانطواء على نفسه ، لذلك يجب أن نراعي حالة المريض و تؤخذ بعين الاعتبار وبشكل كبير .

و معظم أسباب مرض الصدع هي أسباب وراثية أو غير معروفة، ويشكل ذلك نسبة 60% من تشخيصات المرض بالنسبة إلى المجهولة و نسبة 40% للعوامل الوراثية وتتدخل أيضا بعض الأسباب مثل إصابات الولادة ، الأورام الدماغية أو حالات التسمم.

2-3-1-4 - أمراض السمنة :

إن الأشخاص الذين يفوق وزنهم الطبيعي بنسبة 20% يعدون من ذوي السمنة الزائدة، أما أولئك الأشخاص الذين يفوقون نسبة 50% فيعدون فوق الوزن الاعتيادي، أو ما يسمى بالوزن المفرط والتشخيص للسمنة يأخذ بعين الاعتبار نوعية السمنة إلى أدوات الشحوم في الجسم، وكذلك طول الشخص ، العمر ، الجنس ولا يحتاج تشخيص السمنة إلى أدوات طبية لقياس السمنة الزائدة التي يمكن مشاهدتها بالعين المجردة .

2-3-1-5 - أمراض الربو :

مرض الربو هو مرض رئوي مزمن مشابه إلى الأمراض التي تسبب الإعاقات الأخرى مثل : التبول أو الصدع ... الخ.

والسيطرة على هذا المرض تعتمد بشكل كبير على تناول الأدوية و المعالجة الطبية، وكذلك تجنب العوامل المساعدة على هيجان المرض و المصابين بمرض الربو يمكن أن يكونوا أيضا من ذوي الإعاقة المزدوجة، فغالبا ما يكونون مصابين بالحمى و الحساسية بأنواعها ، التهاب القصبات المزمنة وكذلك ضعف اللياقة البدنية، وتعود أسباب المرض لعدم كفاية مهام التوازن التشابه على مستوى الحويصلات الرئوية و على وجه الخصوص في مراكز التبادل الهوائي في الرئتين، وهذه المراكز تخدم في الأساس للمحافظة على التوازن بين الألياف العصبية التي تحرر مادة الأدرينالين، وهذه تحرر مادة الأستيل كولين إن أي تغيير في هذه العملية الخاصة بتوازن تؤدي إلى تضيق الشعيرات و الحويصلات التي بدورها تكون حساسة جدا للتأثير بكافة أنواع المؤثرات الخارجية .

2 - 3 - 2 - الإعاقات العقلية :

ويقصد بها النقص في درجة الذكاء وغالبا ما تكون موروثية، إذ هو توقف في نمو المخ ويتم التعرف عليها خلال نسبة الذكاء والصلاحية الاجتماعية، وكذلك الأعمال المدرسية والنضج الاجتماعي، ويعرفها البعض بأنها عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي بحيث يجعل الإنسان غير قادر على التكيف مع نفسه ومع بيئته.¹ وهناك عدة تقسيمات للإعاقة العقلية:

- تقسيم وفق درجة الذكاء: أحمق، أبله، معتوه.
- تقسيم حسب مصدر العلة: عوامل وراثية، إصابات، عملية الولادة.
- تقسيم تربوي: قسم قابل للتعلم وهم طبقة المروون (الأحمق)، قسم غير قابل للتعلم وهم طبقة المعوقين المعتوهين والبلهاء.
- التقسيم العام: التخلف العقلي الابتدائي، التخلف العقلي المتوسط، التخلف العقلي الشديد.

2 - 3 - 3 - الإعاقة الحسية:

وهي تضم السمعى البصري والإحصاءات تبين أن نسبة كبيرة من المصابين بهذا النوع نجد إعاقاتهم مكتسبة إما نتيجة لمرض أو لحادث أو نتيجة استعمال الأدوية بدون إرشادات الطبيب، كما نلاحظ أن عددا ضئيلا يحمل أجهزة مساعدة ويعاني من العمى ما يزيد عن 4 ملايين نسمة، فقدوا أبصارهم نتيجة أسباب مختلفة منها وراثية وحادث، واعتبر بعض العلماء الفقر يلعب دورا محدودا في ظهور عدد المكفوفين، فنجد حوالي 10 ملايين طفل دون الخامسة يعانون اضطرابات أو نقص أبصارهم ويزيد المرض المزمن الذي يصيب العين ويؤدي إلى إصابة 3 ملايين بالعمى الكلي و 8 ملايين عاجز عن كسب قوته بنفسه لضعف بصره، إلى جانب المكفوفين نجد فئة هائلة من الصم البكم إذ يوجد مليون شخص مصاب بخلل كبير في السمع في العالم.²

¹ - عبد المجيد عبد الرحيم ، لطفي بركات : سيكولوجية الطفل المعوق وتربيته ، ط1، 1996، ص 17-18.
² - لخضر بوزيد : التكيف النفسي الاجتماعي للفئات المعوقة حركيا، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 1988/1989، ص 3-4.

2 - 4 - الإعاقة الحركية:

2 - 4 - 1 - معنى ومفهوم الإعاقة الحركية:

قد نجد أكثر من معنى وأكثر من تعريف للإعاقة الحركية إذ تعددت آراء الباحثين والمنظمات العلمية والعربية ونذكر أهم ما جاء في هاته التعاريف:¹

2 - 4 - 2 - تعريف لبارجري "Labergerie":

الإعاقة الحركية هي فقدان القدرة على القيام ببعض الأعمال حيث لا يقتصر على التنقل فقط، بل تشمل أيضا على وظائف الأطراف العلوية، وهذا القصور يمكن أن يكون راجع لإصابة أو تشوه خلقي، كذلك إلى ضعف التحكم في العضلات الإرادية الناتج عن خلل في الجهاز العصبي.

2 - 4 - 3 - تعريف "جون تيني" "JOHN TENNY":

المعوق حركيا هو الشخص الذي يعاني بصفة دائمة أو مؤقتة من إصابة على مستوى الحركة، مما يؤدي إلى تحديد نشاطه وسلوكه ، وموضوع الإعاقة الحركية يتضمن عدة أنواع من المعوقين ، وهم أفراد مصابون في الجهاز المحرك (الحركي) يعانون كل المعاناة من جراء قصورهم الوظيفي، و الإعاقة الحركية تختلف كذلك حسب أنواعها وما يسمى بالإصابة الجمالية مثل: الشلل أو سوء التماثل للحركات العادية .²

2 - 4 - 4 - تعريف "بولطانسكي" "BOLTANSKI":

يرى أن المعوق هو من دخل الحياة واكتسب من خلال مراحل نموه تأخرا من جراء نقص في نموه العادي .

2 - 4 - 5 - تعريف أوليرون "Oleron":

يعرف "أوليرون" الأطفال المصابين بعجز حركي بأنهم يتصفون بعدم القدرة على استعمال أحد الأطراف أو عدة أطراف، وقد يجدون صعوبة في استعمالها وتأتي حالتهم هذه، إما عن إصابة في الجهاز العظمي (شدوذ في الهيكل العظمي أو في المفاصل) أو عن إصابة في العضلات أو السيطرة العصبية، أو كليهما، وقد ينتج عن عيب في عضو مصدره خلقي أو بتر أحد الأطراف.³

1 - غريب سيد أحمد : مرجع سابق ، ص 190.

2 - وافية زيتوني : مرجع سابق ، ص 07-08.

3 - Oleron p : op.cit. P 97.

2 - 4 - 6 - تعريف "بوتي جون" "Petit Jean":

يعرف "بوتي جون" المعوق حركيا : بأنه الفرد الذي يعاني بصورة دائمة وأحيانا مزمنة من إصابة خطيرة نوعا ما على مستوى الحركة، مما يؤدي إلى تحديد نشاطاته بدرجة متفاوتة¹.

2 - 4 - 7 - تعريف أحمد السعيد ومصري عبد الحميد:

هي الإعاقة البدنية التي تساهم في كف القدرة التي تحقق من خلال استخدام العضو المعاق"

أما المنظمة العربية للتربية والثقافة فترى: "بأن الشخص المعوق هو إنسان محدود القدرة لا يستطيع القيام بأعمال صعبة بصفة مستمرة بسبب نقص بدني أو ذهني².

2 - 4 - 8 - تعريف المنظمة العالمية للصحة:

ترى هذه المنظمة أن الإعاقة الحركية هي عبارة عن إصابة أو قصور يمنع الإنسان كليا أو جزئيا من القيام بأعماله العادية، المناسبة لسنة ووضعيته الاجتماعية والثقافية .

2 - 4 - 9 - تعريف وزارة الحماية الاجتماعية:

وذلك عن طريق المديرية الخاصة بفئة المعوقين، التي تقول: بأن الإعاقة الحركية تتمثل في فقدان الوظيفة النفسية أو الفكرية أو الفيزيولوجية أو التشريعية، والعجز الناتج عن النقص الوظيفي في أداء نشاط معين، أما العلاقة فهي ضرر ناتج عن نقص أو عجز، وهذا الضرر يحدد إمكانيات الشخص من أداء دور عادي في المجتمع حسب سنه وجنسه والعوامل الاجتماعية والثقافية أو تمنعه من أداء هذا الدور .

2 - 5 - أنواع الإعاقة الحركية:

تختلف الإعاقة حسب أنواعها، فهناك إصابة جزئية للعضو بأكمله أو لعدة أعضاء أو إصابة كلية مثل الشلل أو سوء التماسك للحركات العادية، وهي تتمثل في القصور الوظيفي للجهاز الحركي، فالعائق الحركي تختلف نسبة أهميته في جسم المعوق كما أن الإعاقة الحركية تكون خلقية أو مكتسبة.

2 - 5 - 1 - الخلقية:

هي نقص فطري - مولدي- وسببه عدم اكتمال نمو بعض الأعضاء أو الأجهزة أثناء تكوين الجنين في بطن أمه.

¹ - Petit J : Enfance et odolexence inadapté, éd .librairie Amond. Paris. 1988. P 40 .

² - أحمد سعيد ، مصري عبد الحميد : مرجع سابق ، ص 117

2 - 5 - 2 - المكتسبة:

هي عبارة عن حدث استقر به بدنيا بعد الولادة بسبب مرض أو إصابة عن طريق حوادث المرور والعمل¹.

2 - 5 - 3 - تصنيف "Renhilin- M":

ويصنف "Renhilin- M" الإعاقة الحركية إلى ما يلي:

2 - 5 - 3 - 1 - الإصابة النخاعية:

- خلقية مثل استسقاء الرأس.

- جراحية مثل الكساح، شلل الأطفال خاصة الأطراف العليا والسفلى.

- بسبب غير معروف مثل أمراض الانحلال الخلوي للنخاع الشوكي أو الأعصاب الحركية.

2 - 5 - 3 - 2 - الإصابة العقلية:

كالخلل الاغتنائي العضلي التدريجي.

2 - 5 - 3 - 3 - الإصابة العظمية المفصلية:

مثل سوء التركيب الخلقي، مرض سل العظام، داء المفاصل، والحلل الاغتنائي العظمي المختلف².

2 - 5 - 4 - تصنيف رمضان القذافي:

أما "رمضان القذافي" فيصنف المعوقين حركيا إلى أربع أصناف:

2 - 5 - 4 - 1 - المصابون باضطرابات تكوينية:

ويقصد بهم من حدث لهم توقف في الأطراف، أو أثرت هذه الاضطرابات على وظائف هاته الأطراف وقدراتها على الأداء الحركي.

2 - 5 - 4 - 2 - المصابون بالشلل المخي:

وهو اضطراب عصبي يحدث من وجهة نظرة بسبب الأعصاب التي تصيب بعض مناطق المخ، وغالبا ما يكون مصحوبا بالتخلف العقلي، على الرغم من أن الكثير من المصابين به قد يتصفون بذكاء عادي، كما قد يكون بإمكانهم العناية بأنفسهم للوصول إلى مستوى الكفاية الاقتصادية.

¹ - محمد عبد المنعم نور: مرجع سابق ، ص 159.

² - Reuchlin. M : traite de psychologie applique. éd P.U.E. Paris. 1973.p56.

2 - 5 - 4 - 3 - المصابون بشلل الأطفال:

وهم المصابون في جهازهم العصبي، مما يؤدي إلى شلل بعض أجزاء الجسم وخاصة الأطراف العليا والسفلى.¹

2 - 5 - 4 - 4 - المعوقين حركيا بسبب الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية والعمل:

هؤلاء قد يعانون من فقد طرف أو أكثر من أطرافهم، وافتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة من أعضاء الجسم اختياريا بسبب عجز العضو المصاب عن الحركة.

2 - 5 - 5 - التصنيف العام:

واعتبار لكون أن الإعاقة الحركية تختلف كثيرا، وقد يجدر تصنيفها حسب الجهة أو الجهات المصابة من الجسم، أو حسب أصل الإصابة، أي حسب أسبابها أو بالنظر للإصابة أصلها أي نوع الضرر: مثل تصلب العضلات، اضطراب العمود الفقري، ونكتفي بالإشارة إلى بعض الإعاقات الحركية شيوعا وانتشارا.

2 - 5 - 5 - 1 - الإعاقات ذات المنشأ العظمي المفصلي:

حسب "عبد السلام محمد" قد تكون هذه الإعاقة ولادية أو مكتسبة، وتظهر على شكل اضطرابات مختلفة في أطراف الجسم، أو الظهر، أو المفاصل ويواجه الأفراد المصابون بالإعاقة صعوبات في الجلوس أو الوقوف أو المشي.

2 - 5 - 5 - 2 - الشلل النصف السفلي:

نقصد بالشلل النصف السفلي ضعف الساقين بسبب إصابة أو المرض في العمود الفقري، وعادة يحدث ذلك في مستويات مختلفة من الجهاز العصبي وغالبا في النخاع الشوكي وأحيانا في عنق الرحم أو التجويف المخي، وهو يصيب الإنسان في أي مرحلة من عمره (في الشلل المخي) والذي يحدث من أمراض الشلل مثال (المينينجيوما)، وكذلك الشلل في النخاع الشوكي وينتج من إصابة كحادث سيارة كما يحدث من التهاب أو انسداد في الأوعية الدموية.²

2 - 5 - 5 - 3 - شلل الأطفال:

يرى "حلمي إبراهيم" أن هذا الشلل هو مرض فيروسي التهابي دقيقا وصغير الحجم يؤثر في الخلايا العصبية الموجودة في الجزء الأمامي من المادة الرمادية، وسمي بهذا الاسم كونه يصيب الأطفال أكثر من الكبار وتنتقل عدوى هذا المرض عند الإنسان حيث ينتقل الميكروب عن طريق الاختلاط بالمرضى، أو تناول أطعمة ملوثة وتكون المناعة من هذا المرض بتناول مصل في الأعوام الأولى للطفل، وحسب "فاروق الروسان" يعتبر شلل الأطفال شكل من أشكال الإعاقة الحركية، إذ تؤدي الإصابة بهذا المرض إلى اضطراب النمو الحركي للفرد، وتحدث مثل هذه الحالة نتيجة لفيروس الشلل الذي يصيب الدماغ أو الخلايا الحركية في العمود الفقري، وتبدوا مظاهر هذه الحالة في الضعف العام أو التشنج والشلل العام، وقد لا يؤدي فيروس مرض الشلل هذا إلى الإعاقة العقلية.¹

2 - 5 - 5 - 4 - البتر:

يعتبر البتر من الإعاقة الجسمية المرتبطة بالحركة والتي لها صفة الدوام، ويعد البتر حالة من العجز يفقد الفرد فيه أحد أطرافه أو كلها كما أن يكون خلقيا أو نتيجة حادث أو حرب أو غيرها.

2 - 6 - الأسباب التكوينية المؤدية إلى الإعاقات الحركية :

1 - ماجدة السيد عبيد : مرجع سابق، ص 43- 44.

2 - محمد عبد السلام البولير : الإعاقة و الشلل الدماغى، دار الفكر للطباعة، عمان ، 2000 ، ص 62.

1 - ماجدة السيد عبيد : مرجع سابق ، ص 45 .

ناقلات الإعاقة الوراثية ،اضطرابات الكروموزومات،أسباب بيئية (هرمونات الذكور،مضادات الفوليك) وأسباب أخرى غير معروفة ويكون التأثير من خلال :

- سوء نمو الجنين أو بظاً نموه .

- إصابة أجهزة الجنين باضطرابات عضوية .

- إصابة الجنين بإعاقة عضوية مثل الإعاقة الحركية .

يختلف تأثير العوامل المتسببة في الإعاقة تبعا لمراحل النمو الجنين و الأطراف السفلية مثلا : هي أكثر تأثرا خلال اليوم الرابع و العشرين إلى السادس و العشرين من الحمل المتعارف عليه أيضا إن العوامل الوراثية لها تأثير هام في تسوية الإعاقة و تطويرها ،و يرجع لهذه العوامل السبب في حدوث الإعاقة المتوسطة و الشديدة :

2 - 6 - 1 - الولادات الصعبة :

تشكل الولادة أدق مراحل الحمل كما يوضح"عبد العزيز جلال" فقد تبين أنه ينجر عن الولادة الصعبة قصور في الحركة،و السبب راجع إلى طول هذه الولادة واضطرار الأطباء إلى إخراج الطفل جراحيا باستخدام آلات تسبب رضوض دماغية.

2-6-2 - الأمراض الإنشائية و مشكلة التلقيح :

نجد الرضيع خاصة في الأوساط الشعبية التي تعاني من قلة الإمكانيات المادية، فريسة للجراثيم المتكاثرة نظرا لتدهور مستوى النظافة، و من هنا تكثر الأمراض الإنشائية عند الأطفال وبعضها خطير إلى أبعد الحدود، فالطفل قد يتعرض إلى مضاعفات عصبية كمرض الحصبة الذي يخلف في بعض الحالات إصابة دماغية تبقى الطفل قاصرا عن الحركة، كذلك يتعرض الطفل في حالة انعدام التلقيح ضد الشلل إلى تطور هذا المرض و مضاعفته المتفاوتة الخطورة على الصعيد الحركي، إذ يصاب الطفل في عضلات الطرفين السفليين عادة يؤدي إلى تخلف في المشي أو حتى شلل كامل.

2-6-3 - حوادث الطرقات :

حيث تخلف إعاقة مستديمة بسبب إصابة الطرفين السفليين برضوض و كسور، خاصة كسر العمود الفقري الذي ينتج عنه شلل نهائي.

2-6-4 - التهاب العضلات :

وهو تقلص عضلي خطير يحدث تدريجيا و أسبابه تتمثل في فقدان تقلص العضلات و خاصة الساقين، و ذلك بصفة تدريجية و يسبب عند الأطفال (الطفل) التوقف عن المشي فإن العلاج المتواصل يمكن من تخفيض سرعة تطور المرض، واجتتاب مضاعفات هذا المرض مثل التزوي العضلي و تصلب المفاصل .

2-6-5 - النعورية :

هو مرض نزيف الدم الوافر الصعب الوقوف، ويكون النزيف خارجيا أو باطنيا داخل المفاصل، و هو مرض وراثي في 60% من الحالات يعترى الذكور فقط، بحيث ينتقل عن طريق الأم و العائق يمكن أن يكون حركيا مادام النزيف يضر المفصل وهو مرض كثير الوقوع¹.

2-6-6 - أمراض الجهاز العصبي :

وهي متعددة ولا تزال أكثرها مجهولة الأسباب ينتج عنها مضاعفات كثيرة مثل الكساح ، الارتعاش... الخ.

2-7-2 - درجات الإعاقة الحركية :

للإعاقة الحركية درجات متفاوتة الخطورة وتتمثل فيما يلي²:

2-7-1 - الإعاقة الخفيفة :

يكون الشخص فيها مستغنيا عن مساعدة الآخرين، وهذا بسبب إمكانيته على تلبية حاجاته بمفرده ويخص هذا النوع من الإعاقة الأشخاص الذين يعانون من آلام في العظام، و في المفصل دون النقاط العصبية ، على سبيل المثال نذكر منها مثلا : انحراف العمود الفقري و انفصال العظام :

2-7-2 - الإعاقة المتوسطة :

تكون للشخص هنا فرصة لإعادة تكيفه المهني و الاجتماعي، بواسطة متخصصين ويخص هذا النوع من الإعاقة الأشخاص الذين يعانون من النقص في المناطق العصبية المحاطة بعصب، أو عدة أعصاب ويكون مصحوبا بانخفاض في القوة العضلية مثل شلل الأطفال :

2-7-3 - الإعاقة الخطيرة :

¹ - محمد عبد السلام البولير : مرجع سابق. ص 68 .
² - نبيل الشواني : الطفل المثالي ، مكتبة رحاب ، ط 1 ، القاهرة ، 1987 ، ص 47-49 .

هذه الإعاقة تمنع الأشخاص من أن يحصلوا على درجة كافية من الحركة، فالمعوق هنا دائما في حاجة دائمة إلى مساعدة الآخرين لقضاء حاجاته حتى الضرورية منها، وذلك لان هذه الإعاقة خطيرة وتعييب المناطق العصبية المركزية كالنخاع الشوكي أو الممرر الحركي العصبي، أو مناطق أخرى وهذا يؤدي إلى الشلل، المرض "الميوباتي" "MYOPATIE" الذي يصيب الأطراف الأربعة ومرض "SPINA BIFIDA" الذي يصيب نخاع العظام.

2 - 8 - الآثار الناتجة عن الإعاقة الحركية :

لا يمكن إعطاء الآثار المترتبة عن الإعاقة بصفة محدودة و دقيقة، لأنها حسب الإعاقة و منها أصلها فالمعوق حركيا لا يترك نفس الآثار السلبية التي يتركها المتخلف عقليا، وحتى و إن أخذنا نوع واحد فإن المعوق حركيا المصاب بشلل نصفي، ليست له نفس آثار المعوق بشلل مزدوج وأيضا تختلف الآثار الناتجة ما بين المعاق إعاقه خلقية وبين المعاق إعاقه مكتسبة، لكن يمكن تقسيم هذه الآثار إلى أنواع هي:

2 - 8 - 1 - الآثار البدنية :

إن الحالة الوظيفية البيولوجية للمعوق تؤدي إلى استحالة وصعوبة القيام ببعض النشاطات الاجتماعية، أو المهنية وهذا يكون حسب درجة الإعاقة أو المهنة التي يقوم بها المعوق، فالفاقد لأحد أصابعه لا يجد في ذلك حاجزا لقيادة الشاحنة .. الخ، ونفس الشيء عند لاعب كرة السلة فهو يتأثر بتلك الإعاقة، وأما رياضي العدو لا يتأثر بذلك وهذا ما يفسر ضرورة المعوق لمهنة تلاءم إعاقته¹.

2 - 8 - 2 - الآثار الاقتصادية:

للمعوق وأسرتة مشاكل قاسية ترجع إلى المشاكل الاقتصادية العالمية، وعدم توفر مناصب للمعوقين، بحيث تتلاءم مع إعاقته ولتخفيف الضغط قامت السلطات المعنية بالأمر بوضع ضمانات اجتماعية للتقليل من تكاليف المعوق¹.

2 - 8 - 3 - الآثار الاجتماعية:

إن التحدث عن الآثار الاجتماعية للإعاقة يتطلب الرجوع إلى طبيعة المجتمع الذي يعيش فيه المعوق، فالمجتمع الإسلامي بني على التكافل والتآخي إلا أن البعض أخطأ بين شعور الرحمة وبين واجب خلق الظروف المساعدة على العمل الذي يستمد جذوره من الإسلام، فسيطرة النظرة العاطفية تجاه المعوق على حساب الجانب العلمي المتمثلة في وضع خطط لتأهيله، فضلت الأولوية في الإعداد للعمل الموجه للأصحاب وأوكلت مهمة رعاية المعوقين للجمعيات الخيرية².

2 - 8 - 4 - الآثار النفسية:

إن الواقع النفسي للإعاقة المكتسبة أشد من الواقع النفسي للإعاقة الموروثة التي يولد بها الإنسان ورغم ما تحدثه الإعاقة من اضطرابات في نفسية الإنسان عند إصابته بها، فليس معنى هذا أنها تؤدي إلى إضعاف معنوياته، فقد أثبتت التجارب العلمية أن الإعاقة هي التي تسبب المواهب... الخ.

ويعرف بأنه إزالة جزء أو طرف من جسم الإنسان، وذلك للحفاظ على حياة الفرد نتيجة لإصابة في حادث أو تشوه خلقي أو أورام ويتم ذلك عن طريق الجراحة.

¹ - Oleran P : op.cit . P 16

1 - مجلة التقويم المهني في الوطن العربي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، القاهرة ، ط9 ، 1990 ، ص 25.
2 - شانلي بن جعفر: قراءات في التربية وتأهيل المعوقين، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ط2 ، تونس ، 1987، ص 17-18.

3 - شخصية المعاق

3-1 - مفهوم الشخصية:

لفظ الشخصية من الألفاظ التي شاع استخدامها في لغتنا اليومية لوصف تلك السمات التي تجعل الشخص جذابا أو غير جذاب بالنسبة للآخرين، فنحن نعجب بالفرد الذي يمتلك شخصية قوية ونصفه بأوصاف عدة مثل جذاب ، قوي ، لطيف أو حازم ، كما أننا لا نعجب بالشخص الذي لا يمتلك شخصية ، لأنه بالنسبة لنا على الأقل متساهل أو غير حازم أو ضعيف .

ومفهوم الشخصية ليس بهذا القدر من البساطة ، فالشخصية ليست شيئا يملكه البعض ولا يملكه البعض الآخر ، ولا يمكننا القول بان فلان لديه شخصية قوية أو ضعيفة أو لا شخصية له ، فهذه كلها تعابير لا تنطوي على قدر من الدقة العلمية .¹

وقد استطاع "جون البوت " في كتابه الشخصية 1947 تجميع ما يزيد عن خمسين تعريفا للشخصية، بعضها في ميدان القانون والبعض الآخر في ميادين مختلفة كعلم النفس وعلم الاجتماع ، وحاول تصنيفها إلى عدد من الفئات الواسعة .

وما يلاحظ هو أن بعض التعاريف تؤكد على المظاهر الخارجية للفرد أكثر من اهتمامها بطبيعة الإنسان وتكوينه الداخلي ، وتهتم هذه التعاريف بالمظهر الخارجي للفرد ومدى قدراته على التأثير في الآخرين، ومدى قدراته على استشارة استجابات إيجابية من جانب العديد من الأفراد الآخرين في مواقف مختلفة، ومن بين العديد من التعاريف والمفاهيم المختلفة، التي يرى أصحابها أن تحديد مفهوم الشخصية يمكن الإشارة إلى أهم الملامح فيما يلي:

- الشخصية تتميز بالتفرد أي رغم تشابه الأفراد بحكم البيئة أو الثقافة في بعض النواحي إلا أن هناك اختلاف من فرد لآخر .

- اعتبار الشخصية مكتسبة وذلك لكونها تمثل العلاقة الديناميكية بين الفرد وبيئته ، فهي ليست شيئا عند الطفل منذ ولادته إنما هي نتاج للتفاعل الاجتماعي .

- إن الشخصية ليست السلوك الظاهري للفرد أي ليست مثيرا ولا استجابة، ولكنها استعداد لنوع معين من السلوك يظهر في الكثير من المواقف المتعددة ، ما يسمى بالعادات والسمات والخصائص أو القيم والاتجاهات والدوافع .

- الشخصية تنظيم أو نظام متكامل من الأجهزة المتعددة تتفاعل وتتعاون معا لأداء الوظائف الحيوية

3-2 - تعريف الشخصية:

3-2-1 - تعريف علماء الاجتماع للشخصية :

- يرى "بيسانر" : أن لكل شخص شخصية كما للآخرين ويعرفها بأنها " تنظيم على أساس من عادات الشخص وسماته ، وتنبثق الشخصية من خلال العوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية " .

- أما قرين يرى : بأن الشخصية ليست مجرد القيم والسمات بل يضيف صفة هامة وهي التنظيم الديناميكي والذي له دور في النمو والانتماء إلى جماعات متعددة في المجتمع .¹

1 - محمد حسن علاوي : علم النفس الرياضي ، ط 9 ، دار المعارف ، القاهرة ، 1994 ، ص 289 - 291 .
1 - مجيد الطالب نزار ، طه الويس كامل : علم النفس الرياضي ، ط 1 ، كلية الرياضة ، جامعة بغداد ، 1980 ، ص 78 .

- أما **اوجبران ونيمكوف**: يريان بأن الشخصية تعني التكامل النفسي الاجتماعي للسلوك عند الكائن الإنساني الذي لديه عادات الفعل والشعور والاتجاهات والآراء .

إن اهتمام علماء الاجتماع بدراسة الشخصية كان محصورا في العوامل الثقافية والاجتماعية التي تكون الشخصية ، دون الاهتمام بالعوامل البيولوجية ، فالفرد في رأيهم يكسب شخصية بانتمائه إلى جماعة ، أين يتعلم من خلال عملية التنشئة الاجتماعية أنساق السلوك والمهارات المختلفة ومعايير الجماعة .²

2-3 - 2 - تعريف علماء النفس للشخصية

تعددت مفاهيم الشخصية وصفاتها وذلك لكونها ميدان بحث الكثير من علماء وفي مجمل ما تطرقوا له :

- **تعريف المدرسة السلوكية**: ترى بأن الشخصية هي مجموع العادات والسلوكيات للفرد ، وهي مجموع أوجه النشاط التي يمكن الكشف عنها بالملاحظة الفعلية .³
- **تعريف مدرسة التحليل النفسي**: ترى بأن الشخصية هي قوة مركزة داخلية توجه الفرد في حركاته وسلوكياته.

3 - 3 - الضغوط النفسية ومصادرها :

يجب الإشارة إلى بعض المعايير السيكولوجية ذات العلاقة بالإعاقة الجسمية، والتي سنتطرق إليها بعد التمييز بين تأثيرات الإعاقة الخلفية والإعاقة المكتسبة على المعاق :⁴

- إذا كانت الإعاقة خلقية فإنها تؤثر على النمو ، وإذا كانت مكتسبة فإنها تحدث اضطرابات في الحياة اليومية للإنسان .

- إذا حدثت الإعاقة بعد الولادة وكان نتاج ذلك مثلاً: شلل أو فقدان جزء من الجسم، يكون إحساس هذا المعوق بالخسارة حيث يجب مراعاة هذا العامل، لأنه يجعل المعوق حزينا وفاقدا للأمل

- يتعامل الناس غالبا مع المعوق باعتباره إنسانا مختلف، وهذا ما يحسسه أنه إنسان غير مرغوب فيه فيصبح يعاني من مشاكل نفسية صعبة .

بين ليفين في مقاله سنة 1965 أن المشاكل النفسية التي يواجهها المعوق فريدة من نوعها ، كون سببها سوء التكيف الشخصي أكثر من إعاقته ذاتها ، يتبين في قول ليفين أن التعميمات المفرطة عن الأشخاص المعوقين بالرغم من أنها مريحة غالبا ما تحتوي على أخطاء، بسبب بساطتها وكذلك بالنسبة للتأثيرات التي يشعر بها الفرد، وترتبط بما تعنيه الإعاقة بالنسبة له ، وهو بدوره يعتمد على أنماط الأحداث في حياته التي عملت على تشكيل القيم لديه ، وطريقة إدراكه لذاته والتحكم في انفعالاته والشكل الذي تأخذه ردود أفعاله .

كما أشار "بيجي" سنة 1982 إلى انه على الشخص المعوق أن يأخذ هذا التمييز بالحسبان فيعتبر حقيقة إضافية، لا يمكن الفرار منها لذا وجب عليه التعايش معها ، وبناء على ذلك فهذا الشخص مرغوم على التعامل مع الاتجاهات السلبية ليتسنى له التمتع بأنماط الحياة التي تتمتع بها الأغلبية في المجتمع ، ومن المؤلف أن للمعوق مكانة اقل حظا في أسرته، وهذا ما ينتج عنه مشاكل نفسية متنوعة .

وذلك ما أكدته " لندا روبرتس " سنة 1980 في لقاء لها مع مجموعة من المعلمين المتدربين ، علما أن لندا روبرتس لديها شلل دماغي وقد خاطبت المجموعة قائلة " عندما

2 - لنдал دافيوف : مدخل علم النفس ، ط 3 ، دار ماكرو هيل للنشر ، القاهرة ، ص570

3 - سامية حسن الساعاتي : الثقافة والشخصية ، ط 2 ، دار النهضة العربية ، لبنان ، 1983 ، ص119 .

4 - أسامة كامل راتب : علم نفس الرياضة ، المفاهيم والتطبيقات ، ط2 ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث ، ص438 .

تفكرون بالكلمات (طفل لديه إعاقة) أي كلمة تأتي أو لا ؟ إن كلمة طفل هي التي تأتي أولاً عندما تتذكرون أنكم تتعاملون مع طفل لا مع معوق ، وبناء على ذلك فعندما لا تسير الأمور كما تشتهون وعندما تحدث مشكلة حاولوا وفكروا - هل حدث هذا مع طفل أم مع معوق ؟ هذا من جهة أي الألفاظ لها دور كبير في التعامل مع معوق والتفكير فيه ، ومن جهة أخرى فقد درجت أهم مصادر الضغوط التي يتعرض لها الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والصحية وذلك حسب جمال الخطيب الذي يقول :¹

- ردود فعل الوالدين لإعاقة الطفل والمخاوف التي يعبر عنها الوالدين بشأن مستقبله.
- الإدخال إلى المستشفى والرعاية الطبية ، والعناية الصحية العامة .
- القيود على الحركة سواء كانت ناتجة عن عوامل داخلية أو خارجية.
- صعوبات في العلاقات الاجتماعية (الأسرية) .
- الاعتماد على الغير .

- المتطلبات التربوية والمهنية والصعوبات المرتبطة بها.
- الوعي الذاتي وإدراك حقيقة الإعاقة .

3-4 - طرق التعايش مع الإعاقة:

يلخص روس في بحثه سنة 1964 طرق التعايش مع الضغوط على النحو التالي :¹

3-4-1 - قبول الإعاقة :

ويتضمن هذا الاعتراف بالقيود التي تفرضها الإعاقة ، وعدم النقص أو الحط من شأن القدرات والمهارات التي يتمتع بها الفرد .

3-4-2 - توضيح التوقعات من خلال الأداء والإنجاز :

وذلك بعدم مقارنة الفرد بالآخرين ووضع معايير بناء على القبلية الفردية ، فتوقع ما طاقة للفرد عليه يؤدي إلى الإحباط والشعور بالفشل ، أما توقع القليل منه يؤدي إلى زيادة الاعتمادية والإحساس بعدم القدرة والحط من شأنه .

3-4-3 - دعم وتشجيع محاولة الفرد المعوق الاعتماد على نفسه :

وهذا بقيام المعوق بأنشطة معتمدا على نفسه ، فكلما ازدادت هاته الأنشطة أصبحت إعاقته اقل تعقيدا له و اقل تأثيرا عليه .

3-4-4 - تزويد المعوق بخبرات متنوعة في مجالات أدائه الجيد :

يرى روس أنه يجب الاهتمام بمواطن العجز التي يجتازها المعوق ، لكن يجب أيضا تشجيع إنجاز المعوق في مواطن القوة لديه .

3-4-5 - الحرص على تنشئة الطفل المعوق وفقا لمبادئ التنشئة المألوفة :

ليس مناسبا أن نتقبل كل ما يأتي من معوق لتبرير إعاقته ، ولكن يجب وضع قواعد سلوكية مناسبة والتأكد من امتثال المعوق لها .

3-5 - المضامين النفسية للإعاقات الجسمية والصحية :

يرى كوك في أبحاثه سنة 1981 أن النظريات الشخصية المعروفة قادرة على تفسير استجابات الأفراد للإعاقات الجسمية وطرق تكيفهم معها ، وقد حاول هذا الكاتب تفسير هته الاستجابات، وفقا لمبادئ التي تستند إليها نظريات الشخصية لسقموند فرويد و كارل روجرز وكورت ليوين .¹

1 - أسامة كامل راتب : نفس المرجع السابق ، ص255 .

1 - أسامة كامل راتب: مرجع سابق ، ص257 .

1 - سامية حسن الساعاتي : مرجع سابق، ص258 .

فبالنسبة لنظرية التحليل النفسي لفرويد ، فيتمثل الإسهام الأهم لها في فهم التأثيرات الإعاقة الجسمية في المفاهيم التي قدمها فيما يتعلق بآليات الدفاع التي توظفها الأنا . ويعتقد كوك 1981 أن الكبت والنكوص من أهم الآليات الدفاعية في هذا الشأن ، فمن خلال هذا الكبت تزاح الأفكار والخبرات المولدة للقلق ، وبذلك فإن الكبت يقود لتجنب القلق والشعور بالذنب والصراعات النفسية الداخلية .

أما الإسقاط فهو عبارة عن تحميل شخص آخر مسؤولية الصراعات ، فالشخص المعوق الذي يشعر بعدم الكفاية ويصعب عليه تحمل هذا الشعور، قد يسقط مشاعره على غيره بادعائه، أن هذا الأخير يأبى مساعدته ، أما النكوص فهو الهروب إلى عالم الخيال كوسيلة للتعايش مع الضغوط النفسية.

وتبعا لنظرية مفهوم الذات "لروجرز" والتي تقوم على المنحنى الظاهراتي ، فإن التباين بين الذات المثالية هو العنصر الأكثر أهمية في تفسير طبيعة تأثيرات الإعاقة على الفرد ، وقد أعطى روجرز اهتماما كبيرا للخبرات الشخصية ، ويعني ذلك إعطاء اهتمام لمشاعر الفرد نحو إعاقته أكثر منه للإعاقة ذاتها ، ومنه قد تفسر هته النظرية الفروق في ردود أفعال الأشخاص المعوقين حيث نجد قصورا شديدا قد تكون له ردود بسيطة وهذا حسب بولتون رويسلي.

وبهذا فإن نظرية المجال لكورت ليوين وهي نظرية نفسية اجتماعية، وتدعو هذه النظرية لفهم السلوك من خلال علاقاته مع البيئة الكبيرة ، ومن الطبيعي جدا القول أن النظرية كان لها الفضل الكبير في تفسير التأثيرات النفسية للإعاقة الجسمية . ومن أشهر الكتب في هذا المجال " رايت " سنة 1960 وشونترز سنة 1971 وقد علل هذان الكاتبان العلاقات والتأثيرات المتبادلة بين الجسد والنفس، وحول توظيف المعلومات المتعلقة بها في تفسير التأثيرات النفسية للإعاقة . وقد حدد فريمان سنة 1968 مجموعة من المتغيرات الهامة التي ينبغي مراعاتها عند مساعدة المعوقين وهذه المتغيرات هي :

- الظروف الأسرية :

ويقصد بها الاستقرار في الوضع وكذلك العلاقات بين الآباء والأبناء تكون إيجابية ، والعلاقات بين الوالدين، هنا يمكن لهم السيطرة على أبنائهم المعوقين .

- توفر المعلومات :

ونقصد بالمعلومات هنا معلومات حول الإعاقة يجب أن يدركها كل من الوالدين، والمعوق نفسه ، وهذا للحد من المشاكل والقلق والارتباك الذي يلزم حياة المعوق .

- الفرص المتاحة للطفل :

يجب إتاحة فرص اللعب مع أقرانه فإذا فرضت قيود على هذا الأخير يسيء التصرف ويصبح لا يتحكم في تصرفاته .

- التواصل بين الأخصائيين والأسرة :

يجب أن يكون هناك اتصال مستمر ومتواصل بين الأخصائيين والأسرة مثال : الطبيب النفسي للمعوق بإمكانه مساعدة الأسرة في السيطرة على مشاعر وأحاسيس هذا المعوق، وكذلك يجب أن تكون الأمور بينه وبين أخويه جيدة داخل وخارج الأسرة .¹

3-6 - ردود الفعل النفسية للإعاقة الحركية :

1 - أسامة كامل راتب: مرجع سابق ، ص 259 .

إن للإعاقة الحركية ردود أفعال كثيرة ومتنوعة وللاستجابة لهذه الإعاقة، لا بد من المرور بعدة مراحل ، فالاستجابة لا تكون مرة واحدة ولا تكون مباشرة وإنما تكون على عدة مراحل وهي :

- فحسب " باور ودل أورتو " سنة 1980 أن استجابة الفرد للإعاقة تعتمد على العوامل التالية

3 - 6 - 1 - البنية الشخصية قبل حدوث الإعاقة :

ويقصد بها شخصية المعوق فإذا كان اعتماديا على غيره فان الإعاقة ستزيد من اعتماديته ، وان كان نشيطا فان الإعاقة تجعله محبطا ويأسا وحزينا .

3 - 6 - 2 - العوامل التي لها بالإعاقة أو المرض :

وهذه العوامل تشتمل على نوع من المرض أو الإعاقة أو موقعها أو آلامها ومكانها، إن كانت في أماكن حساسة هل تعيق الحركة ، عند إذن ستكون لها دلالات نفسية ، مثلا : أن كانت حفور شديدة في الوجه لها آثار على نفسية حاملها أكثر من ضغط الدم المفرط، رغم أن هذا الأخير يشكل تهديدا على حياة الفرد .

3 - 6 - 3 - ردود فعل الشخص للأزمات في الماضي :

وهذا حسب تجربة الفرد في الماضي فان كان المعوق قد مر بأزمات شخصية أو أسرية، في الماضي فقد تكون لديه آليات مقبولة للتعايش مع هذه الإعاقة، وان لم يمر بأزمات مماثلة في الماضي فقد تكون لديه آليات مقبولة للتعايش مع هذه الإعاقة، وان لم يمر بأزمات مماثلة في الماضي فقد تشكل هذه الإعاقة خبرة جديدة ، وتكون لديه مشاعر القلق ، ودرجة الارتباك متطورة وعالية .

3 - 6 - 4 - وضعية المعوق في الأسرة :¹

يشغل المعوق وضعا خاصا في أسرته ووضعية مختلفة عن غيره من الأفراد لذا نجد اختلاف مع بنية حسنة لكن قد تكون آثارها سلبية على المعوق ، فقد ذكر كوبر " ثلاثة وضعيات وهي :

3 - 6 - 5 - الحماية المفرطة :

إن قدرة المعوق محدودة جدا بحيث لا يستطيع مسايرة المواقف والأوضاع الأسرية، وطبيعة الإعاقة هي التي تمنعه من ذلك وتؤدي إلى قصوره في بعض المجالات ، لذا فالآباء يقومون بمواقف مختلفة تساير مظاهر القصور، وهذا ما يدفع الأولياء لمعاملته بطريقة طفيلية لم يعتد عليها .

ونعني بالطريقة الطفيلية اقتحام الأم والأب عالم المعاق بتحكمها في تصرفاته وسلوكه، وهذا راجح للخوف الدائم عليه من الإصابة وبالتالي يجد نفسه محدود الفضاء الحيوي .

3 - 6 - 6 - رفض المعوق :

إن ميلاد الطفل معوق قد يشكل صدمة نفسية قوية للأسرة قد تكون مصحوبة ببعض من الدهشة والذهول خاصة إن كان هذا الطفل مرغوبا فيه بكثرة .

لذا فتلك الصدمة قد تكون نتيجتها سلبية نحوه فيأتي الرفض وعدم التقبل لهذا الأخير بطريقة غير مباشرة، وذلك بإجباره على تصرف كأبي شخص عادي وطبيعي ، وعندما يعجز يتهم بالكسل ونقص الإرادة .

3 - 6 - 7 - الإحساس بالذنب :¹

¹ - Coupler B : les handicapés et leurs problèmes . 1^{er} édition . Paris. PUF . 1971 .P84 .

ويخص بالذكر الأولياء بإحساسهم بالذنب اتجاه أبناءهم المعوقين ، وهذا على أساس ارتكابهم لجريمة إذ أن السبب وراثي .

كم أضافت " ماجدة السيد عبيد " وضعا آخر في هذا الجانب وهو :
3 - 6 - 8 - تأثر الأسرة بالمعاق حركيا :

إن إعاقة الفرد هي إعاقة للأسرة بكاملها في الوقت نفسه حيث أن هاته الأخيرة عبارة عن بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن ووضع المعوق حركيا في أسرته يؤثر على علاقة الأسرة بالمجتمع .

وبما أن سلوك المعوق المتكون من غضب وقلق واكتئاب يجعل المحيطين به يحسون بالذنب وبالحيرة فان ذلك يقلل من توازن الأسرة وتماسكها وفي حالة عدم تعلم الأولياء وعدم الالتزام الديني يؤثر كذلك على المعوق .

3 - 7 - نظرة المعاق حركيا لنفسه :

إن الصورة التي يكونها كل إنسان لجسمه لها أهمية كبيرة في بناء شخصيته وتحديد اتجاهاته وتحقيق مستقبله الشخصي ، حيث يبقى ينظر إلى نفسه نظرة قلق ساء تقبل إعاقته أو لم يتقبلها فانه يملك عن نفسه صورة غير آمنة ومن الناحية الجسدية يدرك المعوق انه محروم كثيرا من المزايا التي يمتلكها غيره ومن جميع التسهيلات حيث تصبح إعاقة إضافية بالنسبة له ².

3 - 7 - 1 - تتجلى صورة المعوق الغير آمنة عن نفسه في :

3 - 7 - 1 - 1 - سلوكه واستجاباته تجاه الإعاقة والآخرين :

انه من المؤكد أن للمجتمع تأثير كبير في حياة المعوق حركيا ، وقد تتحدد هاته العلاقة بنوع الإعاقة ، فان كانت خفيفة فالمعوق يكون مستقلا عن الاستعانة فبإمكانه القيام بمعظم الأعمال التي يقوم بها الشخص العادي ، وان كانت إعاقته حادة فقد تكون هناك صعوبات في اعتماد الشخص عن غيره لذلك يجب عليه تقبل الوضع .

3 - 7 - 1 - 2 - المعوق وعقدة الشعور بالنقص :

من العلماء الذين اهتموا بهذا المجال هو الطبيب ، وعالم النفس " ألفرد أدلر " الذي تأثر بنفسية كبيرة بوجهة النظر الاجتماعية ، ويعني بذلك تأثير البيئة والعوامل الثقافية على الطرق التي يستخدم بها الفرد قدراته الجسمية ونشاطاته المستقبلية ، كما يرى أيضا أن الشعور بالنقص هو جزء من المكونات النفسية للإنسان ، ويبدأ هذا الشعور عند الأطفال نتيجة شعورهم بالعجز أمام الكبار من حيث الحجم وعدم القدرة على مجاراتهم ¹. ومع ذلك فقد فرق بين الشعور بالنقص كعامل فطري يدفع صاحبه للتحصيل والتطور والسعي للسعي في طريق النمو واكتساب أكبر قدر من الخبرات الجديدة ومواصلة التقدم وبين عقدة النقص التي تشكل انحرافا وتعتبر هاته الأخيرة ظاهرة نفسية تعود بالسلب على الصحة النفسية للفرد .

3 - 7 - 1 - 3 - الشعور بالنقص بسبب العاهة:

حسب رأي " الفرد أدلر " فان تأثير العاهة يتوقف بشكل أو بآخر على شخصية الفرد ومكوناته وذلك بطريقة استجاباته للمؤثرات البيئية ، ووجهة نظره تجاه إعاقته تؤدي إلى عدة مواقف يمكن اعتبارها أسلوبا حياتيا لتوافق الفرد مع البيئة حسب اتجاهات كل فرد وهي :

1 - حمزة مختار : سيكولوجية المرضى وذو العاهات ، دار المعارف ، بيروت ، لبنان ، 1980 ، ص108 .

2 - غالب مصطفى : في سبيل الموسوعة النفسية ، مكتبة الهلال ، بيروت ، لبنان ، 1980 ، ص30 .

1 - أحمد كاظم سليمان : الشعور بمركب النقص وأسبابه ، ط1 ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر ، ص82 .

• أساليب التربية السليمة والصحيحة: التي تؤدي إلى كسب الفرد القدرة على تحدي الضغوط مما يمكنه من التغلب على شعوره بالعجز وتعويض إعاقته ومنه يتمكن الفرد من العيش بشكل طبيعي مع اتسام سلوكه بالسوء .

• أساليب التربية الخاطئة : التي تؤدي إلى شعور المعوق باليأس ، وثقل الضغوط وانعدام الأمل لدرجة التعود عليها وهذا ما يدفعه إلى العزلة والانطواء والشعور بالنقص وانعدام الثقة بالنفس والهروب من أن يعيش مهما ، وفي هاته الحالة يعتبر الفرد فردا مهملا لا يزيد أو ينقص في المجتمع .

• تأثير الإعاقة على نفسية المعوق نتيجة الاضطرابات الانفعالية : وذلك برفض المحيطين والاعتراف به ، وعدم تقبله وعدم الرغبة في صحبته مما يدفعه إلى التذبذب ، وعدم استقرار نفسيته والمعانات من الأعراض العصبية .

يرى " كاظم سليمان " حين حلل المواقف الثلاثة :

- الموقف الأول :

يؤدي إلى قيام المعوق بالتكيف مع إعاقته نفسيا بأسلوب اجتماعي دون أن تحول إعاقته بينه وبين تفاعله كفرد، ذا حقوق وواجبات وهو ما يؤدي إلى اندماجه في الوسط الاجتماعي .¹

- أما الموقفين الثاني والثالث :

فقد يتشاءم المعوق من إعاقته حيث يرى فيها مصدر عجزه وشعوره بالنقص ويوجه المعوق عاهته في الموقف الأخير باتجاهات خاطئة مما يدفعه إلى زيادة الشعور بالنقص والعجز نتيجة عطف الآخرين وشفقتهم وحثهم على مساعدته ، هذا من جهة ومن جهة أخرى للفت الأنظار إليه الاهتمام به وهو ما يزيد الشعور بالنقص إلى عقدة نقص .

3- 8 - حالات الشعور بالنقص :

إن الشعور بالنقص هو إحساس المعوق على النطاق العام لكن هناك عدة مبررات لهذا النطاق والتي سنحصرها في مايلي :

3- 8 - 1 - عدم الاطمئنان :

وتشمل حالة عدم الاطمئنان على جانبين :

3- 8 - 1 - 1 - عدم الاطمئنان إلى الحالة النفسية :

تحدث هذه الحالة نتيجة استعداد مرضي تخلقه عقدة الشعور بالنقص من خوف وخجل وقلق كما قال الادلييري : (من اللحظة التي ينفصل فيها الفرد عن جسم الأم ، وتبدأ أعضاء جسمه والأعضاء التي لحقها القصور في جهاده ضد العالم الخارجي ، وهو جهاد شاق جليل ، أشد واشق بكثير في عنفه من الجهاد التي تقوم به الأعضاء السوية ، أما الضحايا التي تتهاقت وتسقط في ميدان الجهاد ، فان عددها كثيرا جدا من الذين تصيبهم مصائب الزمن وأحداث الحياة الكثير) .

3- 8 - 1 - 2 - عدم الاطمئنان إلى الحالة الجسدية :

يرى علما النفس أن عدم اطمئنان المصاب بعقدة النقص والضعف على الحالة النفسية المتبعة من أعماق استجابات الذاتية ، ومن الصعوبات التي يسببها له عالم الماديات والتي تؤدي عادة إلى توليد الخوف والقلق والخجل بحيث يقابل هذا الفرد بوجه بشوش وذلك بوجه عابس، وهذا يعتبره من الأولياء الصالحين ، وذلك يعتبره شيطان رجيم

3- 9 - حاجيات المعوق :

1 - أحمد كاظم سليمان : نفس المرجع السابق ، ص 82 - 83 .

من المؤلف أن لكل شخص في حياته اليومية حاجيات يجب الحصول عليها، وإلا تدهورت حياته ولو بنسبة قليلة كذلك المعوق ، هذا الأخير الذي لا يفتقر ولا يستغني عن هذه الحاجيات ومن أهمها والتي حصرها علماء النفس فيما يلي:

3- 9 - 1 - حاجة إنشاء الذات :

نجد من بين العلماء " ماسلاو " الذي يقول أن حاجة إنشاء الذات هي شيء فطري ، وكل إنسان يعمل على التطوير الكامل لقدراته ، وكذلك المعاق يحتاج إلى إنشاء ذاته وتبنيها أمام غيره ومنه فرض نفسه في مجتمعه انطلاقاً من أسرته ، ويقول كذلك إن معظم الأشخاص في أغلب الأحيان يعملون جاهدين إلى إرضاء الغير.¹

3- 9 - 2 - حاجة النجاح :

انه من بين حاجيات المعاق أيضا هي حاجة النجاح التي تأتي بنسبة مرتفعة ، فالمعاق يسعى إلى جلب ورجح النتائج الإيجابية وهذا للنجاح ، والنجاح يعني الظهور والظهور يعني التميز وهو فرض النفس ، وهذا هو مبتغى المعاق .

3- 9 - 3 - حاجة التقدير :

وتنطلق هاته الحاجة من حاجة الانخراط بصورة أولية التي تدفع المعوق إلى الاندماج اجتماعيا ، ويتطلب تحديدا مكانته بالمقارنة مع الآخرين ، ومن بين الدوافع المتدخلة في هته الخطوة المسيطرة على البحث ، لمستوى التوافق للمجتمع ، والسعي لإثبات هيكله انطلاقاً من نجاح محقق أو فشل .

3- 9 - 4 - حاجة تقدير الذات :

إن اختيار حالة من الحالات التي تشجع تطور تقدير الذات لدى المعوق مثلاً، وبالأحرى نجد أن هاته الظاهرة جديرة وضرورية بالنسبة للمعوق ، حيث أن هذا الأخير حسب "كوبر سميث" 1967 يقنع نفسه على أنه أعلى مستوى لتقدير ذاته ومعرفة مكانته ، انه قبل تقدير المعوق ذاته يجب أن يدرك صورة جسمه بالنسبة له ثم بالنسبة لغيره، ومنه لا يمكننا التطرق للتقدير دون المرور على التصور الجسمي لهذا المعوق.

3- 9 - 4 - 1 - الصورة :

إن تصور باطني لشيء غائب أو مبدع من طرف الفرد ، وهي ناتجة عن نشاط تلقائي للفكر وهي تترك لدى الفرد انطباعات واضحة أو ضمنية مباشرة أو تلقائية فردية أو جماعية.¹

3- 9 - 4 - 2 - مفهوم صورة الجسم :

يعرفها قاموس علم النفس بأنه تمثيل للذات يطغى عليها الطابع النفسي العاطفي ، أما حسب " شيلدر " 1935 فان صورة الجسم هي صورة نكونها في أذهاننا عن أجسامنا ، وواضح أن هذه الصورة لها دور فعال فيما يكونه الفرد من تقنيات ذاتية عن جسمه ، سواء كانت الصورة ناقصة أو متكاملة.²

ومن وجهة نظر " جوستمان وكالدور " : إن صورة الجسم عبارة عن خبرة شخصية نفسية قابلة للتعديل والتطوير ، ومدى إدراك الفرد لجسمه وحساسيته نحوه ، ومنه فان مفهومنا عن صورة الجسم يؤثر على سلوكنا الذاتي وعلى سلوكنا مع الآخرين (المجتمع والبيئة)³.

1 - عمرو زهير : مرجع سابق ، ص 53 .

¹ - Sillany n : dictionnaire de psychologie . éd . bordas .1980 .p583

² - كفاقي علاء الدين : صورة الجسم وبعض المتغيرات لدى عينات المراهقين ، دار المعرفة الجامعية ، 1995 ، ص 23 .

³ - عدنان السبعي : سيكولوجية المرضى والمعاقين ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1985 ، ص 35 .

3- 9 - 4 - 3 - مفهوم الصورة الجسدية :

تعرف الصورة الجسدية من خلال وظيفتين أساسيتين رمزيتين ، حيث تسمح الأولى بمعرفة وجود رابطة ديناميكية بين كل جزء من أجزاء الجسم وهذا الأخير يدرك كشكل ، أما الثانية فتسمح بمعرفة ما وراء الشكل أي المحتوى ، والمعنى ذاته لهذه الرابطة الديناميكية .
والصورة الجسدية لا تشمل فقط الجسم كما يدركه كل شخص بل يحتوي أيضا على تصورات وكذلك عناصر متعلقة بالوظائف الجسدية ، ومصطلح الصورة الجسدية عند الفيزيولوجيين، يظهر أكثر ملائمة لوصف بعض الجوانب الذاتية للتجربة الجسدية المعاشة كما ينقلها ويراعا الفرد بخصوص جسم كموضوع يكتسب بعض العناصر البدنية (القامة ، الوزن ، السعة ، الوجه)⁴.

أما حسب السيكلوجيين فيرون أن الصورة الجسدية تبنى على أساس تقارب جدلي بين الفيزيولوجيا أي دراسة الجهاز العصبي وعلم النفس .

4 - نظرة القانون الجزائري للمعاقين

4 - 1 - تعريف المعاق في القانون الجزائري :

ورد تعريف المعاق في نص المادة 89 من القانون رقم 858 - 05 التعلق بالصحة

كالتالي:

يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن يما يلي¹:

- إما نقص نفسي أو فيزيولوجي

- وإما عجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري

- وإما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها

وما نلاحظه على هذا التعريف أنه مقتبس من التعريف الصادر عن منظمة الصحة العالمية ، وإذا حاولنا تحليل عناصر هذا التعريف فإننا نجد أن مصطلح "معوق" يشمل جميع الفئات العمرية "الأطفال، المراهقين ، البالغين ، المسنين" ثم يشير إلى الحالات التي بموجبها يعتبر الشخص معوقا وهي ؛إما نقص نفسياً و فيزيولوجي ، وإما عجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري ، وأما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها.

ورغم التشابه الذي نلاحظه بين تعريف قانون الصحة الجزائري للمعوقين ، وتعريف منظمة الصحة العالمية ، إلا أن تعريف هذه الأخيرة كان أدق ، حيث فرق بين كل من الخلل والعجز والإعاقة فالإعاقة نتيجة للعجز الذي ينتج عن الإصابة ، بينما نجد تعريف قانون الصحة الجزائري يضيف عبارة "إما" التي تفيد التخبير- وهناك تعريف آخر متعلق بقانون المالية لسنة 1992 ينص على " يفهم من الشخص المعوق كما هو منصوص عليه في المادة الأولى ما يأتي "شخص مصاب بإعاقة خلقية أو مكتسبة تبلغ نسبتها 100 % وتؤدي إلى عجز كلي عن العمل ، أو شخص يوجد في وضعية يحتاج كليا إلى غيره للقيام بأعمال الحياة العادية مثل: السقيم الطريح الفراش أو فاقد استعمال الأعضاء الأربعة أو متعدد الإعاقات الحسية (الصمم ، العمى ، الكلي في نفس الوقت) والمصاب بتأخر ذهني مع اضطرابا مختلفة² .

وما يلاحظ على هذا التعريف أنه دقيق حيث يحدد نسبة العجز والحالات التي اعتبارها وذلك لأن نص هذه المادة مرتبط بإجراءات تطبيقية نصت عليها بقية مواد المرسوم

⁴ - Schweitzer B : psychologie de corps . éd . PUF . Paris . 1990 . P175 -176

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية ، العدد 08 ، المورخ في 17 فبراير 1985 ، ص 184 .

2 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية ، العدد 40 المورخ في 16 يونيو 1993 ، ص 08 .

لذلك لم يترك لفظ المعوق على إطلاقه بل جاءت هذه المادة لتحديد القصد بدقة من كلمة معوق، كما أن المواد التي تأتي فيها بعد تشير إلى أن هناك لجنة طبية مختصة هي التي تحدد نسبة العجز. فهذا التعريف إذن يمكن اعتباره تعريفاً إجرائياً خاصاً بهذا المرسوم فقط ولا يمكن تعميمه على بقية المواضع التي ورد فيها لفظ معوق .

أما قانون حماية المعوقين وترقيتهم الصادر سنة 2002 فإن المادة 2 منه تنص على " تشمل حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر وراثية أو خلفية أو مكتسبة ، تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية ، نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية أو حركية أو العضوية - الحسية .

وتحدد هذه الإعاقات حسب طبيعتها ودرجاتها عن طريق التنظيم .

من خلال عرضنا السابق لمفهوم و تعاريف مصطلح معوق يمكن تسجيل الملاحظات التالية :

1- التعريف الوارد في القانون 05-85 لمتعلق بالصحة هو أول تعريف ورد في النصوص التشريعية بالجريدة الرسمية ، حيث لم يرد أي تعريف قبل صدور هذا القانون ، مما يشير إلى الفراغ الذي كان موجوداً طيلة سنوات عديدة ، إذا لم يكن مصطلح معوق محددًا قبل سنة 1985.

2 - هناك بعض النصوص التشريعية التي يلجأ فيها المشرع إلى تقديم أو تخصيص لتعريف المعوقين بما يتلاءم مع الإجراءات التطبيقية لبعض المواد ، ولعل هذا راجع إلى غياب سلم يحدد درجات الإعاقة بالنسب المئوية أو وصف دقيق لكل حالة من حالات الإعاقة ، وأحال القانون تحديد درجة الإعاقة إلى لجنة طبية مختصة

3 - أحال قانون حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم تحديد الإعاقات المقصودة في نص القانون إلى التنظيم ، وما تلاحظ أنه رغم تأخر صدور هذا القانون ، إلا أنه أهمل الإشارة إلى أشكال الإعاقات التي تندرج تحت مفهوم الإعاقة وأحال ذلك إلى التنظيم.

4 - 2 - تصنيف المعاقين في القانون الجزائري :

تعتبر فئة المعوقين فئة غير متجانسة ، رغم تشابه أفرادها في صفة الإعاقة ، ومن ثم ظهرت الحاجة إلى إجراء تصنيف يراعي الفروق الموجودة بين كل شكل من الأشكال الإعاقة ، تكتسي هذه العملية أهمية بالغة ، حيث تساعد على التشخيص الدقيق لكل حالة ، ومن ثم التوجه الإداري للجهات المناسبة ، وتساعد على مواجهة وتلبية مختلف الاحتياجات ، كما تساعد الباحثين الأكاديميين على الاتجاه نحو التخصص في دراساتهم ، وتوفير في الإعداد والتخطيط لعمليات الرعاية والتأهل المتنوعة التي ينبغي تقديمها لكل فئة .

ورغم هذا فإن التشريع الجزائري لم يشر بشكل واضح إلى تصنيف المعوقين ، غير أننا نجد في المرسوم رقم 80-59 الذي يتضمن إحداث المراكز الطبية التربوية والمراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعوقين وتنظيمها وسيرها يذكر أسماء هذه المراكز التي يخصص كل واحد منها لفئة من الفئات حيث نصت المادة 02 منه على أنه " ينشأ في كل ولاية :

- مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المتخلفين عقلياً .

- مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المعاقين حركياً .

- مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد الانفعاليين .

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية ، العدد 11 ، الصادر في 11 مارس 1980 ، ص 372 .

- مركز تعليم تخصصي أو أكثر للأولاد المعاقين بصريا .
- مركز تعليم تخصصي أو أكثر للأولاد المعاقين سمعيا .

ورغم أن هذا المرسوم راعى فئات مهمة وهي المتخلفون عقليا ، الانفعاليين ، المعوقين حركيا ، المعوقين بصريا ، المعوقين سمعيا ، إلا أنه أهمل فئات أخرى مثل : متعددي الإعاقة ، وذوي اضطراب اللغة والكلام أما عن ذوي الأمراض المزمنة فإن هناك مرسوم تنفيذي آخر يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة ، ويذكر من بينها طب الأطفال ، أمراض المسالك البولية والكلية ، أمراض وجراحة القلب ، الجهاز الحركي ، طب الأمراض العقلية ، جراحة الأعصاب ، أمراض السرطان ، إعادة تربية الأعضاء والتكيف الوظيفي .

كما نجد أن القانون الخاص بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم لم يشر إلى تصنيف المعوقين وإنما أحال في المادة 02 منه - ذلك إلى التنظيم .

4 - 3 - الخدمات النفسية للمعاقين في القانون الجزائري:

لاشك أن الإعاقة ذات تأثير شديد في اضطراب الاتزان الانفعالي للفرد مهما كانت درجة صحته النفسية ونادرا ما ينجح المعوق بنفسه في إعادة تكفه مع بيئة باكتشاف الإمكانيات الباقية له وتقبل وضعه الجديد ولكن في أغلب الحالات يعجز المعوق عن ذلك ، ويتضح ذلك في سلوكه فقد ينكر أنه مصاب بمرض ما، ويحاول إخفاء نواحي العجز والقصور أو يميل نحو إصابة كل هذه الاستجابات الشاذة تحتاج لخدمات نفسية لتغيير نظرة المعوق إلى نفسه والاستفادة من إمكانياته المتبقية .²

المقصود بالصحة النفسية يقصد بها أن يتمتع الفرد بالاستقرار الداخلي وأن يكون قادرا على التوفيق بين رغباته وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية التي يعيش فيها ، ويكون قادرا كذلك على تحمل أزمات الحياة ومصاعبها ، ويظهر ذلك في حياته الهادئة التي تسودها الراحة والاطمئنان والرضا وعدم اكتمال الصحة النفسية يظهر في حساسية الفرد وكثرة شكوكه وميله إلى الانطواء والعزلة أو تمرده على الآخرين وإيذائهم .¹

ومن بين الخدمات الاجتماعية للمعوقين في المجال النفسي التي اقرها التشريع الجزائري ما جاء في قانون حماية الصحة وترقيتها ، المادة 91 منه يجب أن تتسم الأعمال التي تكون في فائدة الأشخاص المعوقين باحترام شخصيتهم الإنسانية ومراعاة كرامتهم وحساسيتهم الخاصة .

وتضمن المرسوم التنفيذي رقم 93-102 مؤرخ في 12 أبريل 1993 القانون الأساسي الخاص بعمال الإدارة المكلفة بالشؤون الاجتماعية ، ومن بين هؤلاء سلك الموظفين المتخصصين في علم النفس العيادي وسلك النفسانيين التربويين وسلك النفسانيين المتخصصين في تصحيح النطق.

ما جاء في المرسوم يبين مختلف الأحكام (تحديد المهام وشروط التوظيف ، أحكام انتقالية) التي تطبق على

- سلك المختصين في علم النفس العيادي للشؤون الاجتماعية
- سلك النفسانيين التربويين التابعين للشؤون الاجتماعية .
- سلك النفسانيين المختصين في تصحيح النطق التابعين للشؤون الاجتماعية .

خلاصة :

2 - احمد فايز التماس: الخدمة الاجتماعية الطبية ، دار النهضة العربية ، ط 1 ، بيروت ، 2000 ، ص 250 .
1 - تركي راجح : المعوقون في الجزائر وواجب الدولة والمجتمع نحوهم ، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع ، الجزائر ، ص 114 .

بعد عرض ما تمكن الباحث من جمعه من نصوص تشريعية لها علاقة بالوقاية العامة ، وبالوقاية من الإعاقة خاصة يمكن أن نسجل مجموعة من الملاحظات :

يعتبر قانون الصحة من أهم النصوص التشريعية التي تحدد السياسة العامة للبلاد في مجال الصحة، وقد تناول عدة محاور أساسية، ولم يطرأ تعديلات على أغلب فصوله ، رغم مرور ما يقرب من 20 سنة على صدوره ، لكن ما يمكن ملاحظته هو أن هذا القانون في العديد من مواده حدد أهدافا عامة ومقاصد أساسية ، ولم يهتم كثيرا بالتفاصيل والكيفيات ، لهذا فإننا نجده في الكثير من الحالات يحيل كيفيات تطبيق بعض المواد إلى النصوص التنظيمية فكان يستعمل عبارة "تحدد كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم" ، غير أن ما وجدناه هو أن بعض هذه النصوص التنظيمية جاء متأخر ، وكمثال على ذلك المادة 63 منه التي تمنع تعاطي التبغ في الأماكن العمومية أشارت إلى أن تحديد هذه الأماكن وكيفيات تطبيق هذا المنع ، تحدد عن طريق التنظيم ، ولم يرد المرسوم التنفيذي الذي يفعل ذلك إلا سنة 2001 .

وهذا خلاف قانون الوقاية الصحية والأمن وطب العمل الذي جاءت العديد من نصوصه مفصلة ودقيقة وكذلك المراسيم التنظيمية التي تحدد كيفيات تطبيق بعض موادها ، التي ذكرت كل التفاصيل، ولعل السبب في ذلك راجع إلى التاريخ الطويل لحركات العمال والجهود النقابية التي بذلت ، ولا زالت تبذل لتوفير أفضل الشروط والظروف للعامل ، كما أن وجود هذه النقابات أعطاه دور الرقيب الذي لا يمكن تجاهله وبالتالي تؤخذ مطالبه في الحسبان .

3- رغم أن القانون الخاص بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم ، جاء بعد انتظار طويل ، ورغم أنه تضمن فصلا كاملا بعنوان " الوقاية من الإعاقة ، إلا أنه لم يأت بأي إضافة ، حيث أن ما جاء فيه سبقت الإشارة إليه في نصوص مختلفة ، لاسيما قانون حماية الصحة وترقيتها ، كما أنه لم يشر لا من قريب ولا من بعيد إلى الوقاية من مختلف الأسباب – التي ذكرناها في الفصل السابق – التي تؤدي إلى الإعاقة كحوادث العمل والأمراض المهنية وحوادث الطرق والحوادث الأخرى التي يمكن أن تحدث في المدارس وغيرها .

القلق في المجال الرياضي

يعتقد علماء النفس بعد دراسات كثيرة وتجارب عديدة قامو به أن القلق من أخطر الأمراض التي يتعرض لها الإنسان في هذا العصر، ومن الملاحظ أن القلق يسيطر سيطرة تامة على إهتمام العلماء من تأثير فعال على اضطرابات الوظائف النفسية والجسمية، الا ان تفسيرات الناس تنوعت لهذا المرض النفسي، حسب معلوماتهم ودراساتهم وأبحاثهم كما تناقضت وأضطرب آراء العلماء والفلاسفة والمفكرين حول المقومات التي يمكن للشخص العتماد عليها للتخلص من القلق (مصطفى غالب. 1986 ص10).

1- مفهوم القلق :

1-1 القلق لغة: القَلَقُ: الانزعاج. يقال: بات قَلِقًا، وأَقْلَقَهُ غيره؛ وأَقْلَقَ الشيءَ من مكانه وقَلَقَهُ: حركه. والقَلَقُ: أن لا يستقر في مكان واحد، وقد أَقْلَقَهُ فَقَلِقَ. وفي حديث عليّ: أَقْلَقُوا السيف في الغمد أي حركوها في أعمادها قبل أن تحتاجوا إلى سَلِّها ليسهل عند الحاجة إليها. (ابن منظور، 1994، ص 620).

2-1 القلق اصطلاحا: وجدت عدة تعاريف فيما يخص القلق نذكر منها:

- عرّفه "سيغموند فرويد": بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الإنزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب، ومضطرب، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو متردداً عاجزا عن البث في الأمور، وفقدان الشعور بالمسؤولية تجاه الآخرين(سيغموند فرويد 1962، ص 3-4).

- وعرّفه سعيد العزة أيضا: على أنه شعور عام تسوده قلة الراحة والاهتمام بأحداث مستقبلية، والقواميس تصف أو تعرّف هاتين الكلمتين كمرادفتين، ويعني الضيق المصحوب بالتأمل والتفكير، وكذلك توقع الشر وتوقع عدم الراحة(سعيد العزة 2002 ص 84).

- وفي تعريف "فرج أحمد" يعتبر القلق خبرة ذاتية يعيشها الفرد مثل اضطراب، خوف، توقع الشر] مؤلمة للعقل، ويتعرف الفرد على ذلك الشعور بسهولة في ذاته، ويمكن أن يميز عن الانفعالات السلبية الأخرى كالغضب، أو الحزن، أو الامتعاض. (فرج أحمد 1995 ص57).

- كما عرفه فؤاد البهي السيد على أنه إحدى الحالات الإنفعالية التي تصاحب الخوف من المستقبل ويؤدي إلى الضيق وعدم الرضا والتهيج الذي يعوق التفكير الصحيح ويعوق العمليات العقلية الأخرى(فؤاد البهي السيد.1975 ص07).

- ويعرفه حامد عبد السلام زهران بأنه توتر شامل ومستمر نتيجة التوقع بتهديد خطر فعلي أو رمزي وقد يحدث ويصاحبه خوف غامض أو أعراض نفسية وجسمية(حامد عبد السلام زهران. 1979 ص379).

- ويعرف salivan القلق بأنه: " حالة نوعية تنشأ لعدم القبول في العلاقات الإجتماعية" ويوضح هذا التعريف أن نشأة القلق تتجه للتفاعل الدينامي بين الفرد و المجتمع.

- وأخيرا يعرف horny القلق بأنه: " إستجابة إنفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية"، وهذا التعريف يجمع بين الناحية الوجدانية والإجتماعية(عبد العزيز عبد المجيدمحمد.2005،ص85)

تؤكد جميع هذه التعاريف بان القلق العام هو فقدان عام لمعنى الأمن النفسي يصاحبه شعور غير معروف بالخوف وتوقع التهديد في كل لحظة وحين ويعرف القلق العام بعدة أعراض منها الجسمية ومنها النفسية وسوف ناتي على ذكرها في العناصر القادمة، وقد ورد في التعاريف أيضا عدة مفاهيم متعلقة بالقلق وهي:

● الخوف: وهو إدراك مريع لشيء يحتمل أو يؤدي والخوف يمثل ميلا إلى أن يدرك الشخص مجموعة معينة من الأحوال بصفتها تهديدا له كأن يقول الشخص "إن لدي خوفا أو أنا خائف من العواصف الرعدية" فهو يشير إلى مجموعة من الظروف ليست قائمة حالا ولكن يمكن أن تقع في وقت ما في المستقبل. إذن الخوف والقلق هما مفهومان منفصلان من حيث اللفظ ولكنهما متصلان من حيث المعنى غير ان الأول متعلق بالفكر والثاني متعلق بالانفعال (أرون بيك 2000ص 150-151).

● الإنهاك: الإنهاك عبارة عن جملة من الأعراض البدنية والعاطفية والعقلية المرتبطة بالطاقة الحيوية للفرد وأدائها في الأعمال التي يقوم بها، وهذه الجملة لها علاقة سلبية بمفهوم الذات والاتجاهات نحو العمل، وفقدان الثقة بالنفس وفقدان الشعور بالمسؤولية تجاه الآخرين.

● الضغوط: يستخدم هذا المصطلح للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد لتأثيرات مختلفة بالغة القوة. وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية مثل كثرة المعلومات

التي تؤدي إلى تغييرات في العمليات العقلية وتحولات انفعالية، وبنية دافعية متحوّلة للنشاط، وسلوك لفظي وحركي قاصر. (فاروق عثمان، 2001، ص18)

ولقد اختلفت تفسيرات القلق وتعددت التصورات لدى العلماء كل يدلي برأيه حسب منطلقاته العلمية الأساسية ولعل أبرزها ما سنتعرض إليه فيما يلي:

2- تفسيرات القلق العام عند بعض علماء النفس

1-2 تفسير فرويد للقلق العام: إن أول من اهتم بموضوع القلق وخصص له جزءا كبيرا من الدراسة والبحث هو المحلل النفسي " سيغ蒙德 فرويد " وقد حاول أن يعرف سبب نشأته عند الفرد، وقد وضع فرويد في نظريته أن القلق والخوف هما إلا ردود أفعال في موقف معين فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف فالقلق هو من جهة توقع صدمة، ومن جهة أخرى تكرار للصدمة في صورة مخففة، فعلاقة القلق بالتوقع ترجع إلى حالة الخطر، بينما تحديد القلق وعدم وجود موضوع له يرجعان إلى حالة الصدمة التي يسببها العجز وهي الحالة التي يتوقع حدوثها في حالة الخطر، (فاروق عثمان , مرجع سابق, ص20)

وقد ذكر أيضا فرويد أن الوظيفة الدينامية الرئيسية للقلق تعمل على مستوى اللاشعوري في شكل إشارة تحذير "للأنا" تدل على وجود خطر وشيك الوقوع من الدفعات الداخلية ويصاحب نمو هذه الوظيفة الاكتساب التدريجي لقدرة "الأنا" على الحكم

2-2 تفسير القلق العام عند أتورانك: يفسر أتورانك القلق العام على أساس الصدمة الأولى وهي صدمة الميلاد، فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولي، فالطعام يستثير لدى الطفل القلق لأنه يتضمن انفصالا عن ثدي الأم، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال على الأم، وكذلك الزواج يثير القلق لأنه يعني الانفصال عن الأم، فالقلق في رأي "أتورانك" هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة، ويذهب أتورانك إلى حد القول أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته هما:

• خوف الحياة: والقلق من التقدم والاستقلال الفردي الذي يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه.

• خوف الموت: قلق من التوتر وفقدان الفردية وضياع الفرد في المجموع أو خوفه من أن يفقد استقلاله الفردي إلى حالة الاعتماد على الغير (انظر فرويد مرجع سابق ص33-34)

2-3 القلق العام من خلال النظرة السلوكية: يرى السلوكيون أن القلق هو سلوك يظهر نتيجة ضغط وتوتر وصراع، وهو يمدنا بأساس دافعي للتوافق مادام أننا نخبّره كخبرة غير سارة وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق أيضا باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانزمات متعددة للتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند "بافلوف" يمدنا بتصوير عند اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي والذي يتميز بالصفات التالية:

أ- إن السلوك العصابي هو نتيجة ضغط وتوتر وصراع، ففي جميع التجارب التي من هذا القبيل، فإنه ليس ثمة شك أن صراعا ما قد ظهر بوضوح بين نزعات الفعل المعززة، ونزعات الفعل غير المعززة.

ب- إن السلوك العصابي يتميز بالقلق وهذا يتضمن العقاب من أي نوع كان.

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

فالقلق حسب النظرة السلوكية إذن يقوم بدور مزدوج فهو من ناحية يمثل حافزا، ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز، وذلك عن طريق خفض القلق، وبالتالي يتولد القلق الذي يعد صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك، ولعل أهم ما أكده السلوكيون هو أم القلق هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد

ولقد استفادا كل من "دولارد وميللر" من التصور السلوكي للقلق لكنهما إستخدما مفاهيم خاصة بهما حيث أكدا على الدور الذي يقوم به خفض الدافع في عملية التعليم، والقلق ما هو الا دافع عندما يزداد إلى حد معين يؤدي إلى تدهور في الأداء والعكس. والقلق عند دولارد وميللر حالة غير سارة يعمل الفرد على تجنبها والقلق يعتبر دافعا مكتسبا أو قابلا للإكتساب، ويحدث القلق نتيجة الصراع، والصراع يأخذ الكثير من الأشكال مثل: صراع الإقدام والإحجام، أو صراع الإقدام- الإقدام، أو صراع الإحجام- الإحجام. (فاروق عثمان مرجع سابق ص 24-25).

2- 4 تفسير كاتل و شاير للقلق العام: توصلت الأبحاث التحليلية العاملة لـ: "كاتل و شاير" عن وجود نوعين من مفاهيم القلق أطلقا عليهما [سمة القلق Triat Anxiety]، و [حالة القلق State Anxiety] ويعتبر النوعان الأخيران أكثر أنواع القلق شيوعا في التراث النفسي (spielberger, 1966, 13) وتصور حالة القلق كظرف أو حالة انفعالية ذاتية موقفية

ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي، ويشعر بها كل الناس في مواقف التهديد مما يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل، وتختلف شدة الحالة تبعاً لما يستشعره كل فرد من درجة خطورة في الموقف الذي يواجهه، كما تزول بزوال مصدر الخطورة أو التهديد، وتتغير حالة القلق في شدتها وتذبذب عبر الزمن تبعاً للموقف المهدد للفرد.

وسمة القلق تشير إلى الفروق الثابتة نسبياً في القابلية للقلق كما تشير إلى الاختلاف بين الناس في ميلهم إلى الاستجابة تجاه المواقف التي يدركها كل فرد كمواقف مهددة، وذلك بارتفاع شدة القلق، وسمة القلق تتأثر بالمواقف بدرجات متفاوتة، حيث إنها تنشط بواسطة الضغوط الخارجية التي تكون مصحوبة بمواقف خطرة محدودة، وقد تعتبر حالة القلق بمثابة المثير المهدد لسمة القلق الذي يضل كما نرى.

2-5 القلق العام عند ماي:

القلق العام عند ماي هو: "توجس يصحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد، وتعتقد بأنها أساسية" (عبد العزيز عبد المجيد محمد، مرجع سابق، ص84).

وترى ماي أن للقلق العام أساسين هما: الاستعداد الفطري، والأحداث الخاصة التي تستحضر القلق العام عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة، وأن إستجابة القلق تكون سوية إذا كانت متناسبة مع الخطر الموضوعي، والخوف عند ماي عبارة عن إستجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديداً للقيم الأساسية للفرد (فاروق عثمان، مرجع سابق، ص25).

2-6 القلق العام عند كارل يونج:

يعتقد يونج أن القلق عبارة عن "رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي" (عبد العزيز عبد المجيد محمد، مرجع سابق ص84). من السمات المميزة لنظرية يونج. ففي اللاشعور الجمعي تختزن الخبرات الماضية المتركمة عبر الأجيال والتي مرت بالأسلاف القدامى والعنصر البشري عامة فالقلق العام هو خوف من سيطرة اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي مازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، كما يعتقد أن الإنسان يهتم عادة بتتضيم حياته على أسس معقولة منظمة وأن ظهور

المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده (فرويد، مرجع سابق، ص37).

2-7 القلق العام عند ألفريد أدلر:

كان أدلر يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع ، وهذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، ويرى أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار وبالبالغين بصفة عامة، وللتغلب على هذا العجز يسلك طريق السوية. فالإنسان السوي يتغلب على الشعور بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به، ويستطيع الفرد أن يعيش دون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الإنتماء الى المجتمع الذي يعيش فيه. إلا أن القلق يمكن أن يكو إيجابيا مفيدا لصاحبه ويمكن أن سلبيا يؤثر على مجى حياته لذا وجب أن نفرق بين بين القلق العادي والقلق المرضي حتى تكون الصورة واضحة وهذا كما يلي:

3- أنواع القلق العام:

قام فرويد بتقسيم القلق إلى نوعين كما يلي:

3-1 القلق العادي (الموضوعي):

هو القلق الذي ينبع من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية، ويمكن معرفة مصدره وحصر مسبباته لأنه غالبا محدودا في الزمان والمكان، ينتج عن أسباب واقعية معقولة، ويعتبر هذا النوع مفيدا، لأنه يحفز الإنسان على أن يقدر الموقف، ويحلل الأسباب ويهئئ نفسه لمواجهة الخطر والهروب منه، ويمكن ملاحظة هذا القلق على صاحبه لأنه يبدو وكأنه في حالة خوف عام، ويشعر بالإنزعاج والألم وتظهر الإشارة الفيزيولوجية، علامات القلق الأخرى من توتر ورعشة الأطراف وإختلال مستوى التنفس وغير ذلك(فيصل الزراد. 1984 ص31).

3-2 القلق المرضي (العصابي):

هو قلق غامض المصدر، يشعر الفرد من خلاله بحالة من التوتر والخوف الغامض والمصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، تأتي في نوبات تتكرر لدى الفرد(كالفن هال. 1960 ص75).

ويعتبر هذا القلق مرضيا لأنه يترك آثار سلبية ويحدث تغيرات هامة في حياة الإنسان، فالمصاب به يعيش في حالة إستثارة وحفز مستمرين ويرى فرويد أن للقلق العصابي يظهر

إما في صورة عامة حيث يشعر الفرد بحلة من الخوف الغامض، أو في صورة مخاوف مرضية من خلال إدراك بعض الموضوعات المحددة أو المواقف بإعتبارها مثيرات للقلق كالخوف مثلا لدى بعض الأفراد عند رؤية الدم أو الحشرات وشدة الخوف لدى هؤلاء الأفراد لا تناسب إطلاقا الخطر الحقيقي المتوقع من الموضوع فهو لا يمثل عند الكثيرين أي خطر على الإطلاق. كما يمكن أن يظهر القلق المرضي في صورة تهديد بحيث يكون مصاحب لأعراض المرض النفسي كالهستيريا مثلا، والشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بالقلق أحيانا خوفا من توقع حدوثها، وهذا التوقع يجعله في حالة تهديد (نعيم الرفاعي. 1969 ص75).

وما يخصنا في هذه الدراسة هو القلق المرضي فماذا عن التفسير الفيزيولوجي له، وكيف يحدث القلق داخل الأجهزة العصبية للإنسان؟

4- الأساس الفيزيولوجي للقلق العام:

ينشأ القلق العام حسب النظرية الفيزيولوجية الشاملة من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه [الجهاز العصبي السمبتاوي- Sympathetic System, N]، [والجهاز العصبي الباراسمبتاوي- Parasympathetic System, N]، ومن ثم فإن ذلك يؤدي إلى زيادة نسبة الأدرينالين في الدم حيث تنشط الكبد وتولد المادة السكرية [الغدة فوق الكلوية] في الدم مع تنبيه الجهاز العصبي السمبتاوي الذي يؤدي إلى رفع ضغط الدم، وزيادة ضربات القلب، وجحوظ في العينين، وشحوب في الجلد، وجفاف في الحلق، وزيادة في إفراز العرق، وعمق التنفس، وارتجاف الأطراف. أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسمبتاوي فأهمها كثرة التبول، والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية، اضطراب النوم والشهية إلى الطعام.... ومن المعروف علمياً أن المركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو [الهيپوتلاموس- Hypothalamus]، الذي يقع في المنطقة المتوسطة من الدماغ، وهو مركز التعبير عن الانفعالات. وهذا المركز على اتصال دائم بالمخ الحشوي لتلقي التعليمات حول طبيعة المثيرات من أجل القيام بعمليات التكيف اللازمة، وهكذا توجد الدائرة العصبية المستمرة بين قشرة المخ، والهيپوتلاموس، والمخ الحشوي، ومن خلال هذه الدائرة نعبر ونحس بانفعالاتنا. ونحن إذا أخذنا في الاعتبار أن هذه الدائرة تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية، وكيميائية، وأن الهرمونات العصبية المسؤولة عن ذلك هي هرمونات

[السيروتونين، والنوادرينالين، والدوبامين]، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء آخر في المخ وذلك مع وجود هرمون [الأسيتيل كولين] في قشرة المخ، فإن كل ذلك يجعلنا نؤمن أنه من الممكن التأثير في الانفعالات المختلفة وخصوصا القلق، وذلك بإيجاد نوع من التوازن بين هذه الهرمونات (فيصل الزراد.1984 ص 76).

هذه مجموعة من التفسيرات للقلق العام تتفق جميعها على أن القلق يقع حينما يطرأ على اتزان الفرد تفكك بصورة توتر ومعاناة أو حينما يقع الفرد في مواقف الصد والحرمان فينشأ الصراع النفسي الداخلي في صورته المختلفة حيث يبدأ الشعور بالاضطراب والتوتر ويبلغ حد القلق حينما يأخذ هذا الصراع شكلا عنيفا لا شعوريا بحيث تهدد فيه الأشياء الداخلية (المكبوتة)، كما ويكون القلق في هذه الحالة إشارة تنذر بخطر الاحتياج، أو إشارة إنذار بكارثة توشك أن تقع يتلوها إحساس بالضياع في موقف شديد الدافعية مع عدم القدرة على التركيز والعجز عن الوصول إلى أي حل بنائي. واعتمادا على ما سبق نستطيع أن نحدد الأسباب الرئيسية للقلق كما يلي:

5- الأسباب الرئيسية للقلق العام:

للقلق العام أسباب ومصادر كثيرة لا يمكن أن نحصرها في سبب أو مصدر واحد ومن أهم هذه الأسباب ما يلي:

● **الأسباب الوراثية:** أكدت الدراسات والأبحاث التي قام بها علماء النفس على التوائم المتشابهة وعلى العائلات أن 10 بالمئة من آباء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وقد وجد سليتر وشليدز أن نسبة القلق العام في التوائم المتشابهة تصل إلى 50 بالمئة وأن حوالي 60 بالمئة يعانون من صفة القلق العام وقد اختلفت النسبة في التوائم غير الحقيقية فوصلت إلى 4 بالمئة فقط، وبهذه العوامل الإحصائية قرر علماء النفس أن الوراثة تلعب دور فعال في الاستعداد للمرض وتزايد نسبة أعراض القلق العام عند النساء عنها بدل الرجال(مصطفى غالب.1980 ص80).

● **نزاع غرائز القومية:** قد ينشأ القلق العام عندما تنزع الغرائز القومية مثل غريزتي الجنس والعدوان نحو التحقق ويعجز كبحها فالمجتمع يمنع الإنسان من إشباع هذه الغرائز ويحدد

أنواع من العقوبات المادية والمعنوية للمحافظة على مستويات مقبولة من السلوك وفي هذه الحالة يجد الإنسان نفسه بين الأنظمة ليجنب نفسه الإهانة والمشاكل(كاظم ولي آغا. بدون سنة ص311).

● **تبنى معتقدات فاسدة:** من مسببات القلق العام أيضا أن يتبنى المرء معتقدات متناقضة أو مخالفة لسلوكه كأن يظهر الأمان والتمسك بالأخلاق والالتزام بالأنظمة والتقاليد فيعتقد الناس فيه الخير والصلاح بينما هو في قرارة نفسه عكس ذلك تماما، فإذا خلى إلى نفسه أطلق العنان لنزواته وأرتكب ما يخلف هذا السلوك وهذه الهوة بين ظاهره وباطنه تكون مصدرا للقلق لديه ، كما تلعب الضغوط الثقافية والبيئية التي يعيشها الفرد المشبعة بعوامل الخوف والهلم ومواقف الضغط وعدم الأمن والحرمان الاسري دور في خلق هذا القلق(حامد عبد السلام زهران. 1979 ص379).

● **الأفكار والمشاعر المكبوتة:** من مصادر القلق العام تلك الأفكار والمشاعر المكبوتة والخيالات، والتصورات الشاذة والذكريات اللاأخلاقية التي تترك شعور بالذنب وأفكار يشعر صاحبها أنها مكروها أو محرمة وكل نشاط بدني أو فكري مخالفا للتقاليد والنظم الأخلاقية متعارف عليها في مجتمع ما من شأنه أن يقلل راحة صاحبه النفسية ويحطم هدوءه وثقة الناس به ويحاول المرء أن يبقي هذه الأعمال والأفكار الممنوعة سرية وهذا يكلفه جهدا ويحول جزءا من تركيزه الى حماية نفسه من التهديد الداخلي والخارجي وبذلك يزيد توتره وإنطوائه أو ثقل فعاليته وإنتاجه(الأزرق بو علوا. 1993 ص76).

● **عامل السن:** إن للسن أثره في نشاط القلق العام كون المرض يزيد مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ظهوره عند المسنين فيظهر القلق العام عند الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين فيكون في هيئة الخوف في الظلام والغرباء والحيوانات أو الخوف عندما يكون الطفل وحيدا بالمنزل أو يظهر في هيئة أحلام مزعجة أوفزع ليلي أما في المراهقة فيأخذ القلق العام مظهر آخر من عدم الشعور بالإستقرار أو الحرج الإجتماعي خصوصا عند مقابلة الجنس الآخر والإحساس الذاتي بشكل جسمه وحركاته وتصرفاته ومحاسبة نفسه واليأس من كل شيء مع الشكوى من أعلام بدنية (د فوري حافظ. 1995 ص132).

● **الإفتقار إلى الأمن:** ويتجلى في انعدام الشعور الداخلي بالأمن وكثرة الشكوك والظنون.

● **الإحباط المتزايد** الذي يسبب القلق خاصة إذا كان مصحوبا بعدم القدرة على تحقيق الهدف، والشعور بقصور المجهودات لتحقيق الغايات.

● **كثرة النقد:** حيث يكون في كثير من الأحيان أسلوبا إنشمنزازيا ويشعر بالضيق والحرج، ويفقد الثقة في النفس ويكون النقد مؤثرا حينما يتزامن مع فترة المراهقة أين يسعى الفرد فيها إلى تأكيد الذات وفرض النفس، وإبراز الشخصية للآخرين.

● **كثرة الصراع الداخلي والمشاحنات في الأسرة** بأي شكل من الأشكال والذي يفقد التوازن الانفعالي بين أفرادها مما يخلق جو من التوتر والاضطراب الذي يفضي إلى القلق.

● **عدم الثبات في معاملة الفرد داخل الأسرة** والذي يخلق حالة من اللاتوازن النفسي يؤول مباشرة إلى القلق.

● **التواجد في وسط يوحى بالقلق:** إن القلق النفسي يتأثر ظهوره بالوسط الذي يوجد فيه الفرد نفسه ومدى ملاءمة الحالة المزاجية لهذا الوسط.

● **الضعف الجسدي أو النفسي:** إذا كان المراهق في حالة مرهقة وخاصة إذا كانت فترة المرض طويلة فإنه يلجأ إلى القلق وقد يعود ذلك لسوء التغذية ونقص السكر في الدم وهذل ما يؤدي إلى مشاعر مؤلمة وتصبح بذلك الميكنزمات النفسية الوقائية لا تعمل بشكل لائق خاصة إذا كان المراهق يعاني من مشاعر سالبة نحو الذات وضعفه الجسدي يشعره أيضا بأنه غير قادر على التكيف مع الخطر الحقيقي أو المتخيل. (سعيد حسني العزة، 2002، ص75)

ويظهر القلق العام في شكل أعراض يمكن أن يشخص من خلالها.

6- أعراض القلق العام :

للقلق العام عدة أعراض هي بمثابة المرجع الأساسي من أجل تشخيصه ولقد وضع لها التصنيف الأمريكي الحديث 1994 قائمة خاصة من الاعراض ويعتمد هذا التشخيص على وجود ثلاث أعراض على الأقل من الاعراض التي سوف نشير إليها وقد عرف هذا

التصنيف باسم DSM IV

يمكن أن تصنف كالتالي:

6-1 الأعراض النفسية:

- الترقب والخوف

- إنشغال الذهن (البال).
- الإحساس بزيادة التوتر والغليان (على أعصابي طوال الوقت).
- أجفل بشدة وبشكل متكرر (رد الفعل العصبي على الأصوات وغيرها).
- ضعف التركيز و ضعف الذاكرة.
- الشعور بأن عقلي مخدر من شدة القلق.
- صعوبة الدخول في النوم(الأرق).
- أحلام مزعجة والنوم المتقطع.
- 2-6 أعراض جسمية وفيزيولوجية:**
- توتر وآلام العضلات.
- الصداع.
- الشد على الأسنان
- تأرجح الصوت.
- سرعة التعب والإرهاق.
- التملل والتحرك ودم الإستقرار أثناء الجلوس أو الوقوف.
- الرجفة والإحساس بالإرتعاش.
- جفاف الحلق (الفم).
- زيادة التعرق| اليدين باردة ومتعرقه.
- خفقان القلب أو إزدیاد النبضات.
- صعوبة التنفس- الكتمة في التنفس والشعور بضيق التنفس.
- الدوخة – الشعور بعدم التوازن- الشعور بالإغماء.
- صعوبة البلع.
- الغثيان والإسهال وإنزعاج البطن
- إضطرابات معدية مع إضطرابات هضمية أخرى.
- تكرار البول.(DSM IV. 1994).

هذه هي أعراض القلق ويمكن أن يطلق عليها الأعراض الظاهرة والأعراض المتسترة، وهي بهذا الشكل كفيلة بأن تجعل حياة الفرد رهن اليأس والفشل يعيش الألم والكدر ويحيا في

كفنه لفترات طويلة من زمن حياته إن لم نقل حياته كلها، ولعل هذا ما يؤكد لنا بصفة ملحة مدى حاجة كل فرد يعاني من القلق إلى سبل العلاج التي تنهي حالات التهديد والخوف التي تشكل القلق ويحل محلها النشاط النفسي والاستعداد الآدائي البناء فالخدمات العلاجية هي بمثابة قطرات الزيت التي ترطب حدة احتكاك الآلات في حركتها ويمنع الشرر المتولد من إحراقها، وفي هذا السياق وجدت عدة أساليب علاجية لهذه المشكلة وسوف نتعرض لأبرزها فيما يلي.

7- استراتيجية التخفيف من القلق العام:

لقد رأينا ما لخطورة القلق على سيرورة حياة الفرد، ولاحظنا أن القلق لا يقتصر على ناحية واحدة من نواحي شخصية هذا الفرد بل هو واسع النطاق وسريع الانتشار خاصة إذا صادف وأن وجد أرضية مناسبة ومناخا ملائما يساعد على انتشاره بشكل مناسب، وعلى هذا الأساس فإنه لنا أن نتساءل هل يمكن القضاء على هذه الظاهرة؟ وماهي الاستراتيجيات الممكنة لذلك؟

من الواضح جدا وحسب ما أوردناه فيما سبق أن هذه الظاهرة في حد ذاتها لا يمكن أبدا أن نتخلص منها ولا يمكن يقينا أن نضع لها حداً لأنها جزء من شخصية الإنسان ولأن القضاء على القلق يعني أن يتوقف الإنسان عن أداء رسالته في الحياة، فلا يمكن أن نتصور حياة كلها سعادة خالية من ضروب القلق والتوتر والخوف، ولكن الشيء الذي يمكن أن نتدخل فيه هو الجوانب السلبية التي يتركها القلق في سلوك الفرد وهنا قد وردت عدة استراتيجيات لعلاج القلق وحينما نقول العلاج فإننا نقصد بذلك التخفيف من المشكلة لا القضاء عليها نهائيا.

7-1 إستراتيجية العلاج السلوكي:

عرف الطب السلوكي عام 1977 بأنه الميدان الذي يهتم بتطور العلم السلوكي وكذلك التقنيات في مجال الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل (فيصل الزراد. 1984 ص210).

و تقوم إستراتيجية العلاج السلوكي في تخفيف القلق على نقاط هامة وهي:

■ **التحصين التدريجي:** باعتبار أن القلق سلوك في معظمه مكتسب فإنه يمكن التخفيف منه، ونجد أن العالم "بافلوف" صاحب الفعل الشرطي قد استخدم مثيرات محايدة للتخفيف من القلق، والفلسفة التي يقوم عليها التحصين التدريجي هو بناء هرم لمشكلة القلق بحيث يقع في قاعدته الأشياء الأقل ثم الأكثر حدة ويقدم للأفراد الذين يعانون من مشكلة القلق أقل المواقف المقلقة ثم أكثرها شدة حتى يصلون إلى السيطرة الكاملة على جميع المواقف بطريقة واقعية.

■ **العلاج بالغمر:** إن وضع الفرد في وضع مقلق بالنسبة له مرة واحدة دون تجزئته يجعله يتعود على الموقف ذاته وبالتالي يتم التعود عليه ويخفف لديه القلق وتنخفض شدته.

■ **الاسترخاء:** الاسترخاء حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة القلق بعد تجربة انفعالية شديدة أو جهد جسدي شاق، ويكون الاسترخاء عندما يتخذ المرء وضعا مريحا، ويتصور حالات باعثة على الهدوء عادة أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط وعندما تكون العضلات مسترخية تماما فإن الأعصاب الذاهبة إليها والآتية منها لا تحمل أي رسالة حركية أو حسية، بمعنى أن تكون ساكنة كلياً، وينعدم النشاط الكهربائي بها، ولقد أثبتت التجارب أن القلق يمكن أن يخفف إن لم نقل يزول عن طريق الاسترخاء (فاروق عثمان 2001 ص 144-147)

وتجدر الإشارة هنا أن النقطة الأولى والثانية قد لا تنجح في تخفيف القلق بشكل كبير وقد تنجح في ما يخص قلق الحالة لأنهما متعلقان بموضوع المشكلة دون التركيز على المشكلة في حد ذاتها.

7-2 إستراتيجية العلاج بالتحليل النفسي:

يقوم العلاج بالتحليل النفسي على تقوية " الأنا " للفرد القلق باعتبارها الجزء المسيطر على حفزات " الهو " والمنسق بين متطلبات " الهو " وظوابط " الأنا الأعلى " كما يساعد هذا العلاج على تعليم الأفراد الذين يعانون من مشكلة القلق الإستبصار بصراعاتهم اللاشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية القدرات، وفي بعض حالات الاضطراب يستحسن عدم محاولة الكشف عن الصراعات الخطيرة، فقد يؤدي ذلك على حالة شديدة من القلق. (سعيد حسني العزة. مرجع سابق ص 75).

7-3 إستراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي:

سبق وأن ذكرنا في الفصول السابقة أن معظم مشكلات الإنسان تتمركز حول انحرافات معينة في التفكير، ولعل مشكلة القلق هي انطلاقة خاطئة من التفكير، وإدراك خاطئ من رف هذا الإنسان، وحتى نستطيع معالجة هذه المشكلة يجب التركيز على النقاط العمياء التي ينصب عليها التفكير، فتخفيف القلق يكون عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني تركيزنا على التفكير أن نغضض على أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للقلق بصفة عامة، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريق تفكيره، وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكننا أن نخدم أو نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة والغير مناسبة. (أرون بيك مرجع سابق ص 227).

4-7 إستراتيجية العلاج الجماعي:

هذا العلاج يختلف عن باقي العلاجات التي سبق ذكرها، لأنها عبارة عن علاجات فردية تدور في جلسات مغلقة بين الفاحص والمفحوص، أما العلاج الجماعي فإنه يوجه إلى عدد من المرضى كمجموعة واحدة، ويتمثل في إختبار مجموعة صغيرة من المرضى يتراوح عددهم ما بين خمسة أو عشرة أفراد، يراعي الفاحص التجانس والتكامل في المواصفات الشخصية والفردية، ويتولد وسط الجماعة مشاعر التعاطف والانتماء مما يسهل عليهم الإفصاح عن مشاعرهم وهمومهم وعواطفهم وبذلك يستبصرون طبيعة معاناتهم، ويتوصلون إلى الأساليب الصحيحة للتخلص منها... ويهدف هذا العلاج إلى تكوين الصورة الحقيقية الموضوعية للواقع لدى المفحوص، وتكوين اتجاهات فكرية سليمة وقدرة على الإدراك والإستبصار بصفة أفضل (فيصل الزراد. 1984 ص 193).

5-7 إستراتيجية العلاج الإسنادي:

العلاج النفسي المساند هو التركيز على ضرورة الإرتقاء بالمساند العاطفية والمعنوية للمريض، لتجاوز مجرد الطمأنينة والمجاملة لتصبح قوة دفع قادرة على إحداث تغيرات إيجابية في نظر المريض لنفسه وفي تعامله معها، وللعلاج الإسنادي شروط:

- أن يجد المريض عند معالجته ما يليق لحالته من الاهتمام.
- أن يتوفر من تعامل المعالج مع مريض شيء من الألفة والدفئ يشجع المريض على الإلتصاق العاطفي الإيجابي بالمعالج، والعلاج الإسنادي لا يتقيد بمنهجيات محددة، وإنما

يستتبط ويستخدم كل وسائل التدخل المفيدة للتعامل مع الحالة من واقع المعطيات العملية والموصفات الشخصية، والملابس الطرفية وكل ذلك على نحو فردي ومتنوع (زهير أحمد السباعي. بدون سنة ص72).

7- 6 إستراتيجية العلاج عن طريق اللعب والممارسة الرياضية:

يشير كل من " شيلر " و " سبنسر " إلى أن اللعب مهمته الأصلية هي التخلص من الطاقة الزائدة حيث يحتاج كل فرد إلى ممارسة مجموعة من أنشطة اللعب حتى يستطيع تقليل الطاقة، لأن طاقة الإنسان تستجمع عن طريق ضروب من التفاعلات الإجتماعية والوظائف المهنية، وهي في تصاعد مستمر، حتى إذا تجمعت في داخله وتعدت أحس بنوع من الضيق والحرج في صدره ويعبر عن ذلك بالشعور بالقلق الغير مفهوم وأصبح في حاجة إلى تفرغ ما بداخله واللعب في هاته الحالة يعتبر بمثابة المسرب الذي تخرج منه هذه الطاقة.

واللعب شكل من أشكال المشاركة الاجتماعية، ويمكن استخدامه في كسب روح الصداقة مع الآخرين، باعتبار أن الإنسان لا يمكنه العيش بمفرده منزويا مجترا مشاكله ولكنه يسعى دائما أن يكون له صديق يشاركه أفراحه وأحزانه، ولاشك أن الصداقة الحقيقية تعتبر متنفسا حقيقيا عن القلق النفسي، لأن من فوائدها:

- المساندة والتشجيع ودعم الثقة بالنفس والتقويم الإيجابي للذات.
- التحقق من صحة الأفكار والآراء الشخصية بعد تهيئة الظروف الميسرة للإفصاح عنها.
- النفع المباشر بتسخير الوقت والموارد الشخصية لخدمة الصديق وتلبية حاجاته (محسن علي الدلفي. 2001 ص 38).

فقد أوضح كل من ميلر ولياند وسميث أن للعب دور هام في التقليل من من المشكلات الإنفعالية كالقلق والتوتر .. في حين أشار كل باروش وأندريولا إلى دور الألعاب في تحقيق التوافق الإنفعالي لدى المراهقين كما أكد أماستر أن إستخدام الألعاب يساعد المراهق على أن يتعامل مع الأدوات والألعاب على المستوى اللاشعوري ليرتاح من التوتر والقلق

المصاحب(محمد الحماحي. 1999 ص75)، يشير كل من " شيلر" و " سبنسر" إلى أن اللعب مهمته الأصلية هي التخلص من الطاقة الزائدة حيث يحتاج كل فرد إلى ممارسة مجموعة من أنشطة اللعب حتى يستطيع تقليل الطاقة، لأن طاقة الإنسان تستجمع عن طريق ضروب من التفاعلات الإجتماعية والوظائف المهنية، وهي في تصاعد مستمر، حتى إذا تجمعت في داخله وتعقدت أحس بنوع من الضيق والحرج في صدره ويعبر عن ذلك بالشعور بالقلق الغير مفهوم وأصبح في حاجة إلى تفريغ ما بداخله واللعب في هاته الحالة يعتبر بمثابة المسرب الذي تخرج منه هذه الطاقة.

إذن فاللعب والمشاركة الاجتماعية والوجدانية تدفع بالمراهقين الذين يعانون من القلق إلى الشعور بالرضا، والإشباع، وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات، والشعور بالبهجة، والاستمتاع، واللذة والرضا عن الحياة، وكلها مصادر للسعادة تخفف من العناء والضغط والقلق. وباعتبار أن دروس التربية البدنية والرياضية في معظمها تعطى على شكل ألعاب فلا بد أن نقول أن هذه الأخيرة تساهم بشكل وفير ولها الدور الفعال في تفريغ الانفعالات المكبوتة لدى الفرد وتعمل على تخفيف درجات القلق وتمنح المراهق السعادة والسرور والرضا النفسي وكلها عوامل تزيد من قدرته على التكيف في حياته مع المجتمع.

كما أننا لا يمكن أن نتجاهل التأثيرات النفسية الإيجابية التي تعود على المراهق جراء ممارسته لمختلف الأنشطة الرياضية، فتأثير الممارسة الرياضية على الحياة الانفعالية له تتغلغل إلى أعماق مستويات السلوك، إضافة إلى ما يجنيه من فوائد صحية، فإن الرياضة تتيح له فرص المتعة والبهجة، كما أن المناخ السائد هو مناخ يسوده المرح والمتعة حيث يتخفف الإنسان من القلق والتوتر لديه، وهذا ما أثبتته الدراسات كدراسة أوجليفي وتتكو , Oglive Tutko التي أثبتت التأثيرات النفسية الإيجابية للرياضة وأبرزها انخفاض مستوى القلق العام(أمين الخولي. مرجع سابق ص166)، وكذا دراسة كين(1970) التي حاولت التعرف على درجة الاتزان الانفعالي لدى الرياضيين من خلال المستويات المنخفضة للقلق العام والتوتر العصبي. ودراسة واتنغ- ستور(1965)، دراسة بوث(1968) (أسامة راتب، 1997 ص44).

وبالتالي فإن ممارسة أنشطة التربية البدنية تساعد كثيرا في الوقاية وكذا معالجة القلق العام إضافة إلى التكيف مع أعراضه، فتمرينات اللياقة البدنية، تمرينات التنفس أو مباريات في كرة

السلة أو اليد...الخ سوف تساعد في التخلص من هذا الأخير وجعله أكثر إتزاناً من الجانب الانفعالي(عادل علي حسن.1995،ص124).

و سوف نتطرق لهذا العنصر في الفصل الأخير بشيء من التفصيل .

8- القلق في الوسط الرياضي:

حينما نتكلم عن القلق في الوسط الرياضي فإننا نتجه مباشرة نحو قلق المنافسة لأن متطلبات الهدف المطلوب إنجازه في عملية المنافسة تتحدد – إلى درجة كبيرة – في ضوء معرفتنا ماذا يجب أن يفعل الرياضي لإنجاز الهدف على نحو مرض ووفقاً لمستويات محددة، ومثال ذلك الفوز على المنافس، أو تسجيل مستوى رقمي معين أو تتبع معدل التقدم لمستوى أداء الشخص في ضوء خبرة أدائه السابق، ونظراً لأن الجانب الموضوعي لموقف المنافسة يتحدد من خلال متطلبات البيئة بالنسبة للشخص، فإن هذه المتطلبات قد تضمن بعض مصادر التهديد بالنسبة له، منها ما يرتبط بالناحية الإجتماعية، ومنها ما يرتبط بالناحية البدنية. وحيث أن المنافسة تعتبر بمثابة موقف تقويمي لقدرات الفرد فإنه من المتوقع أن تتضمن مصادر عديدة تعتبر نوعاً من التهديد بالنسبة له وهذا مايسمى بقلق المنافسة(أسامة كامل راتب. 1997 ص20). ويعرف Eysenc قلق المنافسة بأنه "حالة غير سارة وظيفته الرئيسية تيسر الإكتشاف الخطر في البيئة الذي يحتمل أن يوجد تهديد"، ويعرفه علاوي بأنه "إنفعال مركب من التوتر الداخلي والشعور بالخوف وتوقع الخطر وهو خبرة إنفعالية غير سارة يدركها الفرد كشيء ينبعث من داخله". (مواجهة الضغوط)

ويظهر القلق عند الرياضي من خلال بعض المظاهر السلوكية أثناء الأداء منها:

- كثرة الأخطاء في مواقف المنافسة الرياضية سواء الفنية أم القانونية.
- ضعف أداء الرياضي في مواقف الأداء الحاسمة في المنافسة الرياضية.
- التوتر والعصبية وعدم الإستقرار وزيادة الإرتباك الحركي.
- عدم ثبات الحالة الإنفعالية وسرعة تغيرها.
- الخوف من المنافس وضعف الثقة بالنفس.

كما أن هناك مصادر عديدة لقلق المنافسة من بينها الخوف من الفشل وهذا سبب هام يجعل الرياضيين يشعرون بالعصبية والقلق ويكون نتيجة الخوف من الخسارة بسبب ضعف الاداء في مواقف المنافسة الرياضية، وكذا الخوف من عدم الكفاية وهذا حينما يدرك الرياضي

نقص في إستعداداته البدنية، النفسية والمهارية وغيرها ويفقد بذلك القدرة على التركيز وعدم الرغبة في الأداء التنافسي، ونجد كذلك فقدان السيطرة على أحداث المنافسة الرياضية... وغيرها.

ومن هنا يتضح الفرق بين القلق الذي نحن بصدد دراسته وقلق المنافسة لأن هذا الأخير مرتبط بالمنافسة كسبب مباشر لظهور فهو لا يشكل خطر في حياة الفرد بل يتعلق فقط بمستوى أدائه أما القلق العام فإنه مجهول المصدر لأن صاحبه يحس بتهديد غامض يسبب له الكثير من الكدر والضيق ويحول بينه وبين مسار حياته السليم، لتكون التربية البدنية كأحد أهم الإستراتيجيات للتخفيف منه(الضغوط النفسية).

وفي الأخير يمكننا أن نتساءل هل القلق العام يكون صديقا حميما أم عدوا لدودا؟ والإجابة هو أنه إذا كان هذا القلق دافعا للتقدم والإنجاز فهو صديق، ولكن عندما يتحول إلى مصدر من مصادر الهدم والتقهقر إلى الوراء فهو يعد بمثابة العدو.

الاجراءات الميدانية للبحث

الدراسة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة وضرورية يجب القيام بها في أي بحث علمي، باعتبارها القاعدة الأساسية للبحث الميداني، وتعمل على تعميق المعرفة بالموضوع المراد دراسته، والكشف عن جوانبه المختلفة، وبالتالي تحدد الاطار العام الذي تجري فيه الدراسة الميدانية.

• أهداف الدراسة الاستطلاعية:

من خلال الدراسة الاستطلاعية نريد أن نحقق مجموعة من الأهداف تتمثل في:

- الإطلاع على الممارسة الميدانية في المتوسطات والاتصال ببعض أساتذة التربية البدنية والرياضية والتلاميذ من اجل جمع اكبر عدد ممكن من المعلومات التي يمكن من خلالها معالجة الاشكال المطروح.
- محاولة التعرف أكثر على مجتمع الدراسة الميدانية.
- إختيار مقياس القلق المناسب للدراسة الميدانية مع تكييفه بحسب طبيعة العينة.
- اختبار مدى ملائمة مكونات المقياس وصلاحيته.
- تعديل بعض بنود المقياس.
- الصياغة النهائية للمقياس.

- منهج البحث:

إن طبيعة المشكلة التي طرحناها تقتضي استخدام المنهج الوصفي في دراسة متغيرات البحث ومحاولة الكشف عن دور التربية البدنية والرياضية في التخفيف من القلق العام . فالتطورات الأولى في هذا البحث قد حدثت في ميدان الوصف، والأسئلة التي طرحت كانت تحمل تضمينات وصفية للبحث فكلها تبحث في تحديد نسبة القلق العام عند الممارسين وغير الممارسين للتربية البدنية والرياضية. والمنهج الوصفي مرتبط منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الإنسانية، وما زال هذا هو الأكثر استخداما في الدراسات الإنسانية حتى الآن.

لذلك فالمنهج الوصفي يعد الأنسب لمثل هذه الدراسات و يعرف على أنه طريقة التحليل والتفسير بشكل علمي منظم، من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية أو مشكلة اجتماعية أو سكان معينين (عمار بوحوش. 1999 ص139).

كما يرى آخرون أن المنهج الوصفي يعتبر طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كميًا عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (محمد شفيق. 1985 ص80).

كما وقد عرفه ديوبولد فان دالين على أنه المنهج الذي يبحث عن الأوصاف الدقيقة للأنشطة والأشياء والعمليات والأشخاص، ويقوم على تصوير الوضع الراهن ويحدد العلاقات التي توجد بين الظواهر أو التيارات التي تبدو في عملية النمو ويحاول من خلال ذلك وضع تنبؤات عن الأحداث المقبلة (ديوبولد فان دالين. 1986 ص312).

2- عينة البحث وخصائصها:

أ- **عينة البحث:** تم إختيار عينة البحث عشوائيا من المجتمع الأصلي والمتمثل في المعاقين الممارسين لاعباب القوى وغير الممارسين ، حيث وزعنا مقياس القلق العام لكاتل على 100 معاق بين الممارسين وغير الممارسين للاعباب القوى .

4 - 2 أدوات البحث وكيفية تطبيقها وتصحيحها:

تم إستخدام أداة واحدة في هذه الدراسة وهي مقياس القلق العام لكاتل حيث قمنا بتكليفه حسب البيئة التي تتم فيها دراستنا ولقد رأيناها مناسبة لقياس القلق عند الممارسين وغير الممارسين للتربية البدنية بصفة دقيقة وهذا للوصول إلى الهدف العام للبحث. إشتمل المقياس على 35 عبارة تتوزع بين القلق الظاهر والقلق المستتر، كما يقترح فيه بديلين هما: نعم، لا لتحديد معاني العبارات الدالة على وجود المشكلة.

4- 2. 1 كيفية تصحيح المقياس:

يعطى التلميذ مقياس القلق العام ثم يطلب منه أن يجيب على كل العبارات الموجودة في المقياس ويضع علامة (×) في إحدى الخانتين نعم، لا. وهذا الاختيار يسمى: الاختيار المتعدد (عبد الحفيظ مقدم. 2003 ص131).

وتعتبر هذه الطريقة الأكثر إستعمالا وأكثر مرونة.

ويصحح المقياس بإستخدام مفتاح خاص به ويكون ذلك على النحو التالي:

- يمنح بديل (نعم) درجة: (3).

- يمنح بديل (لا) درجة: (1). (محمد حسن علاوي. مرجع سابق ص306).

كما إستخدمنا في هذه الدراسة النسب المئوية لمعرفة درجة القلق في العينة حسب التقسيم الذي نعرضه في الجدول التالي:

جدول رقم (04): يبين درجة وجود القلق العام حسب البديل المقترح بالنسبة المئوية.

القلق العام	درجة وجود القلق العام بالنسبة المئوية %
مرتفع	من 50 % إلى 100 %
منخفض	من 00 % إلى 49 %

ولتكيف أداة القياس حسب البيئة الجزائرية وللتعرف على مدى ملاءمتها لعينة الدراسة فقد قمنا بدراسة إستطلاعية شاملة تمثلت إجراءاتها كما يلي:

4 - 2-2 أداة الدراسة و كيفية تصميمها:

لأن الهدف العام من الدراسة التطبيقية هو الكشف عن دور التربية البدنية والرياضية في تخفيف القلق العام ، فإننا قمنا بإجراء مقابلة مع بعض أساتذة التربية البدنية والرياضية وكان ذلك في ثلاث إكماليات بولاية سوق أهراس وهي: إكمالية عزوز عمار، إكمالية دايرة صالح، إكمالية أحمد بن باديس. إبتداء من يوم: 2006/11/12 إلى يوم: 2006/11/15 وقد تم مناقشة عدد من النقاط المتصلة مباشرة بمضمون البحث و أسفرت المقابلة على النتائج التالية:

- وجود عدد معتبر من التلاميذ غير الممارسين للتربية البدنية والرياضية.
- الكشف عن بعض تصرفات التلاميذ المضطربة عند أساتذة بعض المواد بسبب القلق.
- الدور الذي تقدمه التربية البدنية والرياضية للمراهق من الجانب النفسي.
- حب التلاميذ لحصص التربية البدنية والرياضية ورضاهم عما تقدمه من نشاطات مرحة.
- ميول الذكور لأنشطة التربية البدنية والرياضية كان أكبر من ميول الإناث لها.

وانطلاقاً من هذه النتائج فقد تم إختيار المقياس المناسب لدراستنا من بين المقاييس المتعددة للقلق وهو ومقياس كاتال للقلق العام (فاروق السيد عثمان. مرجع سابق، ص62) مسترشداً في ذلك بتوجيهات الأساتذة الجامعيين المتخصصين في علم النفس.

وقد تم توزيع المقياس على التلاميذ على ثلاث مراحل الأولى وهذا من أجل معرفة صعوبة العبارات وكذا ثبات المقياس، أما المرحلة الأولى فقد وزع المقياس يوم: 2007/01/15 والثانية يوم: 2007/02/17 وقد تمت المرحلة الثالثة يوم: 2007/02/29 وكان ذلك في كل من إكمالية عزوز عمار، إكمالية دايرة صالح، بولاية سوق أهراس والعينة كانت مكونة من 10 تلاميذ من الجنسين وكذا ممارسين وغير ممارسين للتربية البدنية والرياضية، والجدول التالي يبين هذه الدراسة:

5- مجالات البحث

5-1 المجال البشري:

تمثل المجال البشري لدراستنا في فئة المعاقين حركياً الممارسين لاعلام القوى والغير ممارسين.

5-2 المجال الزماني:

إمتد المجال الزماني لدراستنا من تاريخ 2020-10-01 إلى 2021-05-20

5-3 المجال المكاني:

تمت الدراسة الحالية بولاية المسيلة و برج وبوعريريج .

6- الشروط السيكومترية.

• الثبات:

لحساب ثبات مقياس القلق العام لكاتال لجأنا إلى طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الإختبار (معامل الاستقرار عبر الزمن) بعد أسبوعين من التطبيق الأول وقد استخدمنا (معامل ارتباط بيرسون) (عبد الحفيظ مقدم. 2003 ص131)، وهذا من خلال تطبيق طريقة الانحراف عن المتوسط وبعد التعويض في المعادلة الخاصة بمعامل الإرتباط بيرسون توصلنا إلى أن : $r = 0.80$ وأتبين بذلك أن المقياس ثابت بنسبة 80% .

❖ الصدق:

قام كاتل وشاير بحساب صدق المقياس بإستخدامهما لعدة طرق حيث وجدا صدق المقياس 0.92 وهذا بحساب إرتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية على هذا المقياس، كما وجدا نفس النتيجة من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات. وبحساب تشبعات عوامل المكونات الخمسة بعامل القلق قدر صدق المقياس 0.85 (فاروق عثمان. مرجع سابق ص62). أما البيئة المصرية المصرية فقد حسبت سوسن إسماعيل صدق المقياس بإيجاد معامل الارتباط بين درجات مقياس القلق لكاتل وبين درجات إختبار طالور لقياس مستوى القلق، ووجد أن معامل الارتباط يساوي 0.38 (سوسن إسماعيل. 1971 ص78). وقد قام محمد حسن علاوي بحساب صدق المقياس على عينات رياضية، وتم التوصل إلى معامل إرتباط قدره 0.61، بين المقياس ومقياس تيلر للقلق الظاهر (محمد علاوي. 1998 ص299).

وبالتالي ومن خلال هذه المعطيات الذي ذكرنا التي تثبت صدق مقياس القلق العام لكاتل فإننا قمنا مع ذلك بالتأكد من صدق المقياس من خلال الصدق الذاتي (الجذر التربيعي لمعامل الثبات) (0.80) وكانت النتيجة 0.89 .

وبناء على ما سبق فإن مقياس القلق لكاتل صادق.

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

إستُخِدمَ في البحث خلال الدراسة التطبيقية أساليب إحصائية تناسب طبيعة طرح الفرضيات وتناسب أيضا الطريقة التي من خلالها يتم التحقق من إثبات أو نفي الفرضيات وعلى هذا الأساس يمكن أن تكون هذه هي الأساليب الإحصائية المستعملة:

$$\text{➤ النسبة المئوية} = \frac{\text{س} \times 100}{\text{ن}}$$

$$\text{➤ كا}^2 = \frac{\text{مج (ت و - ت م)}^2}{\text{_____}}$$

ت م

يستعمل كما² في البيانات التي تكون على المقياس (المستوى) الإسمي. والتي تكون على شكل تكرارات ويسمح كما² بحساب الفرق التكراري الواقعي والتكرار المتوقع. فكلما زاد الفرق بينهما زادت تبعا لذلك دلالة الفرق بين التكرارين.

حيث: مج = المجموع

ت و = التكرار الواقعي: وهو التكرار التجريبي أو المحصل عليه أو الملاحظ .

ت م = التكرار المتوقع: يحسب التكرار المتوقع وذلك بضرب ناتج العمود في

ناتج الصف لتلك الخانة على عدد التكرارات الكلية.

$$\text{➤ المتوسط الحسابي: م} = \frac{\text{مج س}}{\text{ن}}$$

حيث: مج = المجموع

س = الدرجات

ن = عدد الدرجات (مقدم عبد الحفيظ. 2003 ص112).

$$\text{◆} \quad \text{ر} = \frac{\text{مج س ص}}{\text{ن ح س ح ص}}$$

حيث: ر = معامل الارتباط

مج = المجموع

ن = عدد الأفراد

س = إنحراف كل درجة من درجات س عن المتوسط

ص = إنحراف كل درجة من درجات ص عن المتوسط

ح س = الانحراف المعياري لدرجة س

ح ص = الانحراف المعياري لدرجة ص

عرض النتائج:

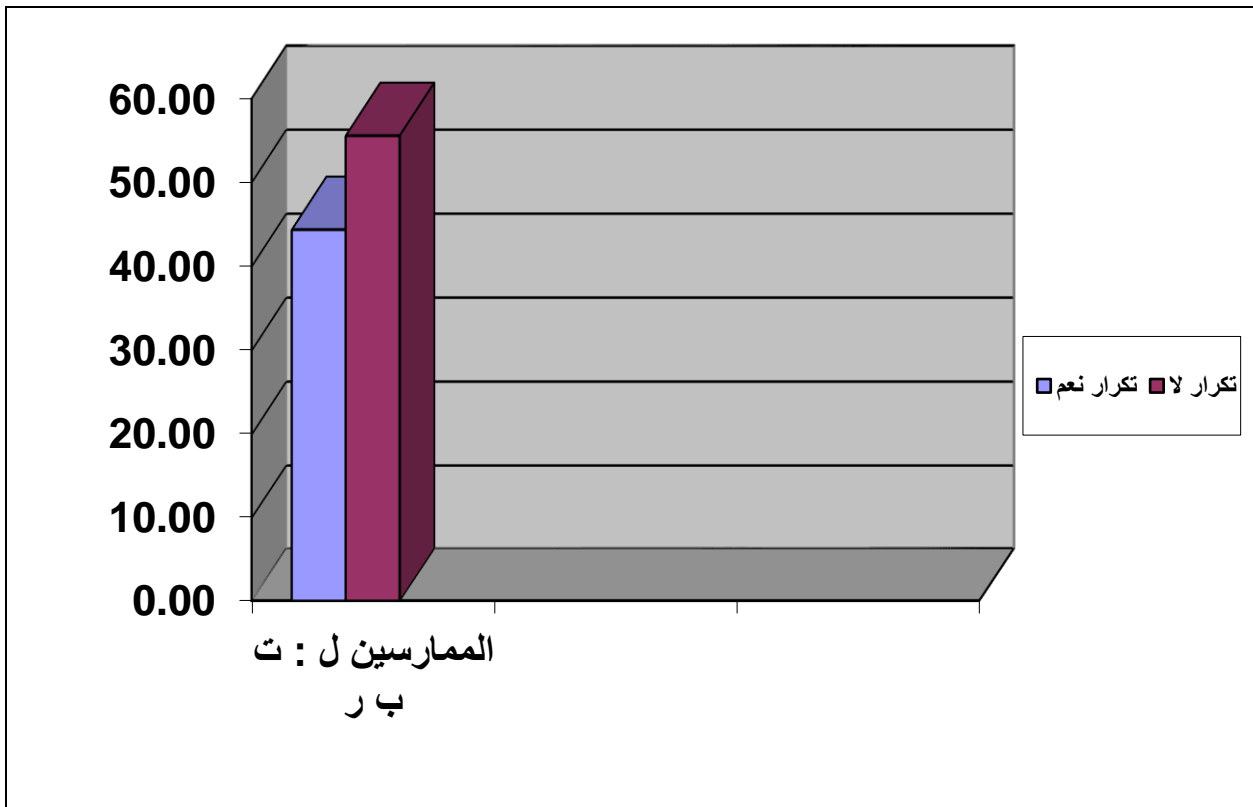
1-1 عرض النتائج المتعلقة بالمعاقين الممارسين وغير الممارسين لألعاب القوى.

1-1-1 النسب المئوية:

جدول رقم(07): يبين النسب المئوية للقلق العام عند الممارسين وغير الممارسين للتربية البدنية والرياضية حسب التكرارات.

التكرار	النشاط	تكرار نعم %	تكرار لا %
المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى		44.40 %	55.59 %
المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى		60.66 %	39.33 %

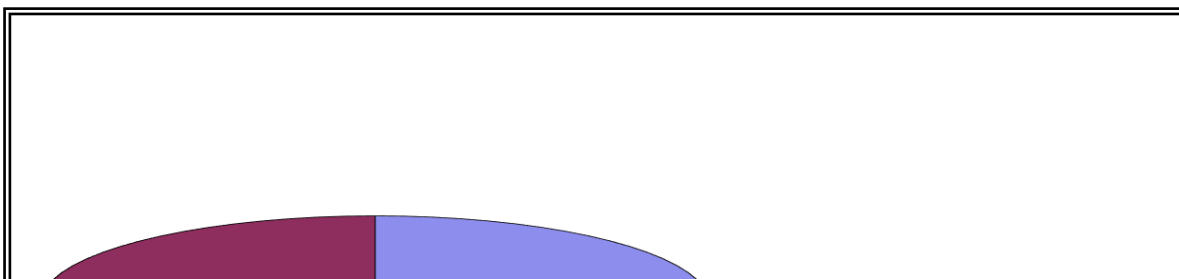
من خلال قراءتنا للجدول رقم(7) يتضح جليا أن نسبة القلق عند المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى كانت أكبر من نظيرتها عند المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى حيث سجلت في العينة الأولى ما يوازي (60.66%) بتكرار نعم و(39.33%) بتكرار لا، أما في العينة الثانية فعرفت ما قيمته (44.40%) بتكرار نعم و(55.59%) بتكرار لا.



جدول رقم(08): يبين النسب المئوية للقلق معبر عنها بنعم:

القلق العام %	النسبة المئوية النشاط
% 44.40	المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى
% 60.66	المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى

من خلال الجدول رقم(08) يتبين لنا أن نسبة القلق عند المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى والتي قدرت ب(44.40%) أقل من نسبة القلق المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى والتي قدرت ب (60.66%).



3- النسبة المئوية لتخفيف القلق جراء ممارسة ألعاب القوى للمعاقين حركيا

لحساب النسبة المئوية لخفض القلق قمنا بحساب الفرق بين النسبة المئوية للقلق للمعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى و النسبة المئوية للقلق للمعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى كما يلي:

$$60.66 - 44.40 = 16.26 \%$$

2-1- عرض النتائج المتعلقة ب: كا²:

جدول رقم (09): يبين القلق للمعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى والمعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى حسب تكرار نعم و تكرار لا.

المجموع	تكرار لا 1×	تكرار نعم 3×	القلق العام النشاط
4626	1362	3264	المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى 3444.53
	1181.46		
2328	413	1911	المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى والرياضية
	593.53	1730.46	
6950	1775	5175	المجموع

• حساب كا² :

لإيجاد الفرق بين المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى والمعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى فيما يتعلق بالقلق تم حساب كا² من خلال الجدول رقم (9) وهي كالتالي:

$$كا^2 = 110.59$$

بعد المعالجة الإحصائية للنتائج المحصل عليها في الجدول رقم (9) وعند مقارنة النتيجة المحسوبة ل: χ^2 والتي تساوي : (110.59) بالنتيجة الجدولية والتي تساوي (3.84) عند درجة حرية (1) نجد أنها أكبر منها عند مستوى دلالة (0.05) .

فإنه توجد فروق بين المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى و المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى في متغير القلق وهي دالة إحصائية، حيث أنها كانت في المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى.

2-1 عرض النتائج المتعلقة بالجنسين:

1-2-1 عرض النسب المئوية:

جدول رقم(10): يبين النسب المئوية للقلق العام لدى الجنسين حسب النشاط:

الجنس النشاط	ذكور	إناث
المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى	% 42.42	% 47.04
المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى	% 60.31	% 61.19

من خلال قراءتنا للجدول رقم (9) يتضح جليا أن نسبة القلق عند الإناث المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى قدرت ب(47.04 %) وهي أكبر من نظيرتها عند الذكور حيث قدرت ب(42.42%)، أما المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى فقد قدرت نسبة القلق عند الإناث ب:(61.19 %) وهي أكبر من نظيرتها عند الذكور والتي قدرت ب(60.31%).

2- النسب المئوية المخففة لدى الجنسين:

لإيجاد النسبة المئوية لتخفيف القلق العام لدى الجنسين قمنا من خلال الجدول رقم (11) قمنا بحساب الفرق بين المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى الممارسين والمعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى حسب الجنس كما يلي:

جدول رقم(11): يبين النسبة المئوية لتخفيف القلق لدى المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى

النسبة المئوية %	النسبة المئوية الجنس
17.89 %	ذكور
14.15 %	إناث

من خلال قراءتنا للجدول رقم (10) يتبين لنا أن نسبة خفض القلق بالنسبة المعاقين حركيا الذكور الممارسين لألعاب القوى قدرت ب(17.89 %) وهي أكبر من نسبة تخفيف القلق عند المعاقين حركيا الاناث الممارسين لألعاب القوى والتي قدرت ب(14.15%).

1-2-2 عرض النتائج المتعلقة ب: كا²

جدول رقم(12): يبين القلق العام لدى الجنسين الممارسين للتربية البدنية والرياضية حسب التكرار.

المجموع	القلق		النشاط
	تكرار لا	تكرار نعم	
2588	806	1782	الذكور
	761.96	1826.03	
2038	556	1482	الإناث
	600.03	1437.96	
4626	1362	3264	المجموع

• حساب كا² :

لإيجاد الفروق بين الجنسين الممارسين للتربية البدنية و الرياضية فيما يتعلق بالقلق العام تم حساب كا² من خلال الجدول رقم (12) وهو كالتالي:

$$كا^2 = 8.17$$

بعد المعالجة الإحصائية للنتائج المحصل عليها في الجدول رقم (12) وعند مقارنة النتيجة المحسوبة ل: χ^2 والتي تساوي : (8.17) بالنتيجة الجدولية والتي تساوي (3.84) عند درجة حرية (1) نجد أنها أكبر منها عند مستوى دلالة (0.05) وبالتالي فإنه توجد فروق بين الجنسين المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى في نسبة تخفيف القلق وهي دالة إحصائيا.

2-1 تحليل النتائج على ضوء الفرضيات:

❖ تحليل نتائج الفرضية الأولى:

كما سبق وأن ذكرنا في الفصل التمهيدي أننا نفترض وجود فروق بين المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى الممارسين و المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى في متغير القلق من خلال النتائج المتوصل إليها والتي بينت وجود فروق بين المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى والمعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى فيما يتعلق بمتغير القلق ، حيث دلت على ذلك قيمة كا² والتي تساوي (110.59) وهي دالة إحصائيا على وجود هذه الفروق ، والتي عبرت عليها النسب المئوية حيث تبين من خلال الجدول رقم(09) أن النسبة المئوية لتكرار نعم (44.40%) أقل من نسبة تكرار لا (55.59%) وهذا عند المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى ، عكس ما وجدناه عند المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى حيث أن النسبة المئوية لتكرار نعم(60.66%) أكبر من النسبة المئوية لتكرار لا (39.33%) الشيء الذي يدل على أن هذه الفروق لصالح المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى في متغير القلق ، هذا لأن إجابات المعاقين الممارسين بنعم أقل من إجاباتهم بلا باعتبار البديل نعم هو المعبر عن نسبة القلق.

ومن هذا المنطلق فقد وضحنا من خلال الجدول رقم(07) أن النسبة المئوية للقلق عند المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى والتي قدرت ب(44.40%) أقل من النسبة المئوية للقلق المعاقين حركيا الغير الممارسين لألعاب القوى والتي قدرت ب: (60.66%) وهذا ما يدل على النشاط البدني الرياضي المكيف قد خففت من القلق عند المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى بنسبة (16.26%) ، ومن هنا يتبين لنا الدور الحيوي الذي يقدمه النشاط البدني المكيف في التخفيف من حدة القلق وهي بذلك مهمة جدا في حياة المعاقين، فالعاب القوى تساهم في إتاحة فرص المتعة والبهجة للمعاقين والمناخ السائد والمصاحب لهذه الأنشطة هو مناخ يسوده المرح والمتعة لأن الأصل في هذه الأنشطة هو اللعب والحركة، وباعتبار أن اللعب عنصر حيوي ومكون رئيسي في أنشطة النشاط البدني الرياضي المكيف فقد ساهم بقدر وفير في التخفيف من حدة القلق عند المعاقين ولقد دعم ذلك كل من دراسة (فرويد) و(ميلاني كلين)، وكذا كل من (سيموندس) و(هرمين هيوج هلموث) الذين استخدموا اللعب كإستراتيجية للتخفيف من الاضطرابات النفسية عامة والقلق بصفة خاصة .

وإذا نظرنا إلى النشاط البدني الرياضي المكيف كونها أنشطة بدنية تتطلب مجهودات بدنية من طرف المعاقين فإن هذه المجهودات لها تأثير نفسي إيجابي فهي تخفف من حدة القلق أن النشاط البدني الرياضي المكيف يعتبر عبأ على الجسم ومقاومة هذا العبء من قبل الجهاز العصبي يؤدي إلى رفع كفاءة الجهاز العصبي في مواجهة القلق وهذا ما يجعل دراستنا تتفق مع دراسة أوجليفي، تتكو (oglive et tutko) التي بينت التأثيرات النفسية الإيجابية للرياضة، وكذا دراسة كين (1970) التي حاولت التعرف على مدى درجة الاتزان الإنفعالي للرياضيين، ودراسة شور (1977)، ومورجان (1976) اللذان أثبتا انخفاض القلق عند الرياضيين مقارنة بالأشخاص العاديين، وغيرها من الدراسات السابقة التي أثبتت انخفاض نسبة القلق عن طريق التمرينات البدنية ، ولقد دعم كذلك الجانب النظري هذه النتائج التي توصلنا إليها من خلال إبراز الأهداف النفسية للتربية البدنية والرياضية الواردة لدى العديد من علماء النفس وأخصائيي الرياضة.

❖ تحليل نتائج الفرضية الثانية:

دلت على ذلك قيمة كا² والتي تساوي (8.17) وهي دالة إحصائيا على وجود هذه الفروق، وقد عبرت عليها النسب المئوية حيث تبين و بالاستعانة بالجدول رقم (10) الذي وضع لنا النسبة المئوية للذكور الممارسين للتربية البدنية والرياضية (42.42%)، والنسبة المئوية لغير الممارسين لها (60.31%)، وكذا النسبة المئوية للإناث الممارسين للتربية البدنية والرياضية (47.04%)، والنسبة المئوية لغير الممارسين لها (61.19%)، والتي استعملت لحساب النسبة المئوية لتخفيف القلق عند الذكور وقدرت ب: (17.89%) وهي أكبر من النسبة المئوية لتخفيف القلق عند الإناث وقدرت ب: (14.15%) كما هو موضح في الجدول رقم (11)، مما يدل على أن الفروق لصالح المعاقين حركيا الممارسين لألعاب القوى الذكور ، وبالتالي فإن إفتراضنا لم يتحقق هذا لأن دور التربية البدنية والرياضية في تخفيف القلق العام عند الذكور كان أكبر من الدور الذي تقدمه لتخفيف القلق العام عند الإناث ولو بنسبة قليلة، وهذا راجع إلى أن الذكور أكثر إستمتاعا وميلا لأنشطة التربية البدنية والرياضية من الإناث وهذا ما لاحظناه عند مقابلتنا لأساتذة المادة وكذا استجواب التلاميذ خلال الدراسة الاستطلاعية ، وربما جاء هذا الفارق كون طبيعة الأنشطة المقدمة خلال حصص التربية البدنية والرياضية لم تناسب نوعا ما الطبيعة

المرفولوجية الجديدة للإناث حيث لم يعتدن بعد على التغيرات التي طرأت عليهن مما يظهرن بعض الخجل ، عكس الذكور الذين نراهم في قمة الإندفاع نحو أنشطة التربية البدنية والرياضية لإستغلال طاقاتهم الجديدة وإظهارها دون وجود أي عائق يحول بينهم وبين إستمتاعهم بهذه الأنشطة، ولم توجد دراسات سابقة بحثت في الفروق بين الجنسين في نسبة تخفيف القلق العام على حد علمنا، غير أنه توجد دراسة أشارت إلى الفروق بين الجنسين في متغير القلق العام وهي دراسة بنزير وزندر(1988) التي بينت أن الذكور أقل من الإناث في متغير سمة- حالة القلق.

❖ تحليل نتائج الفرضية الثالثة:

توجد فروق بين التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية بعمر 14 وكذا التلاميذ بعمر 15 سنة في نسبة تخفيف القلق العام. من خلال النتائج المتوصل إليها والتي بينت وجود فروق بين فئتي العمر المدروستين الممارسين للتربية البدنية والرياضية في نسبة تخفيف القلق العام، حيث دلت على ذلك قيمة χ^2 والتي تساوي (23.7) وهي دالة إحصائياً على وجود هذه الفروق، وقد عبرت عليها النسب المئوية حيث تبين و بالإستعانة بالجدول رقم (13) الذي وضع لنا النسبة المئوية للتلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية بعمر 14 سنة (48.82%)، والنسبة المئوية لغير الممارسين لها (60.71%)، وكذا النسبة المئوية للتلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية بعمر 15 سنة (40.71%)، والنسبة المئوية لغير الممارسين لها (59.52%)، والتي استعملت لحساب النسبة المئوية لتخفيف القلق العام عند التلاميذ بعمر 14 سنة وقدرت ب: (11.89%) وهي أقل من النسبة المئوية لتخفيف القلق العام عند التلاميذ بعمر 15 سنة وقدرت ب: (18.81%) كما هو موضح في الجدول رقم (14)، مما يدل على أن الفروق لصالح التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية بعمر 15 سنة، وبالتالي فإن دور التربية البدنية والرياضية في تخفيف القلق العام عند التلاميذ بعمر 15 سنة كان أكبر من الدور الذي تقدمه لتخفيف القلق العام عند التلاميذ بعمر 14 سنة، وهذا راجع إلى أن التلاميذ بعمر 15 سنة قد مارسو حصص التربية البدنية والرياضية أكثر من التلاميذ بعمر 14 سنة وهذا لمدة عام كامل وهو بطبيعة الحال كافي لكي يجعل نسبة تخفيف القلق العام عندهم أكبر من نسبة تخفيف القلق العام عند التلاميذ بعمر 14 سنة

وهذا ما يؤكد أن البرنامج السنوي لمنهاج التربية البدنية والرياضية له وزن معتبر في تخفيف القلق العام عند المراهق، إضافة إلى ذلك أن المراهق كلما ابتعد عن مرحلة البلوغ والتي هي كما ذكرناها في الفصل النظري الثالث مليئة بالتغيرات والتحويلات التي تؤثر على نفسيته، وتوجه بذلك إلى مرحلة النضج فإنه شيئاً فشيئاً سيتحكم في توازنه الانفعالي ويصبح أكثر استقراراً كلما خرج من مرحلة البلوغ.

(3) مناقشة عامة:

حققت هذه الدراسة أهم أهدافها وهي الكشف عن دور النشاط البدني الرياضي المكيف في خفض القلق عند المعاقين حركياً الممارسين لألعاب القوى ، كما أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين الجنسين الممارسين لألعاب القوى في نسبة التخفيف من القلق حيث تميز الذكور بنسبة تخفيف للقلق أكبر من الإناث.

ولعل الدراسات التي أجراها باحثون مشاهير منذ أقدم العصور إلى يومنا هذا كأوجليفي وتتكو، فرويد، ميلاني كلين وكذا سيموندس ومورجان وشور وغيرهم أثبتت ما للعب والممارسة الرياضية من تأثيرات نفسية إيجابية على التوازن الإنفعالي للفرد، وهم يوافقون دراستنا ، فالتربية البدنية و الرياضية تستفيد من المعطيات الانفعالية والوجدانية، المصاحبة لممارسة النشاط البدني، في تنمية شخصية الفرد تنمية تتسم بالاتزان الإنفعالي والشمول والنضج، بهدف التكيف النفسي للمراهق، وتعتمد أساليب ومتغيرات التنمية الانفعالية في التربية البدنية و الرياضية على عدة مبادئ، منها: الفروق الفردية، وانتقال أثر التدريب، على اعتبار أن الفرد كيان مستقل له قدراته الخاصة به ، التي تختلف عن بقية أقرانه . وعلى اعتبار أن القيم النفسية المكتسبة من المشاركة في البرامج (المقننة) للتربية الرياضية،

تتعرض آثارها من داخل الملعب إلى خارجه، في شكل سلوكيات مقبولة. ومن هذه القيم النفسية السلوكية تحقيق التوازن الإنفعالي.

وإذا تكلمنا عن أنشطة التربية البدنية والرياضية من الجانب التروحي فإننا نجد أنها تساهم بدرجة ملحوظة في تفريغ الإنفعالات المكبوتة لدى المراهق وتعمل على تخفيف درجات القلق العام من خلال منح المراهق السعادة والسرور والرضا النفسي وكلها عوامل تزيد من قدرة الفرد على التكيف في حياته مع المجتمع (إسماعيل غولي. 2001 ص26).

في حين أشار كل باروش وأندريولا إلى دور الألعاب في تحقيق التوافق الإنفعالي لدى المراهقين كما أكد أمستر أن استخدام الألعاب يساعد المراهق على أن يتعامل مع الأدوات والألعاب على المستوى اللاشعوري ليرتاح من التوتر والقلق المصاحب (محمد الحماحي. 1999 ص75)، كما أن الأنشطة البدنية المبرمجة خلال حصص التربية البدنية والرياضية مهمتها الأصلية هي التخلص من الطاقة الزائدة حيث يحتاج المراهق إلى ممارسة مجموعة من الأنشطة حتى يستطيع تقليل الطاقة، لأن طاقة الإنسان تستجمع عن طريق ضروب من التفاعلات الإجتماعية ، وهي في تصاعد مستمر، حتى إذا تجمعت في داخله وتعدت أحس بنوع من الضيق والحر في صدره ويعبر عن ذلك بالشعور بالقلق الغير مفهوم وأصبح في حاجة إلى تفريغ ما بداخله و التمرينات البدنية في هاته الحالة تعتبر بمثابة المسرب الذي تخرج منه هذه الطاقة.

إن فالألعاب والمشاركة الاجتماعية والوجدانية تدفع بالمراهقين الذين يعانون من القلق العام إلى الشعور بالرضا، والإشباع، وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات، والشعور بالبهجة، والاستمتاع، واللذة والرضا عن الحياة، وكلها مصادر للسعادة تخفف من العناء والضغط والقلق. وباعتبار أن دروس التربية البدنية والرياضية في معظمها تعطى على شكل ألعاب كما ذكرنا سابقا فلا بد أن نقول أن هذه الأخيرة تساهم بشكل وثير ولها الدور الفعال في تفريغ الانفعالات المكبوتة لدى الفرد وتعمل على تخفيف درجات القلق وتمنح المراهق السعادة والسرور والرضا النفسي وكلها عوامل تزيد من قدرته على التكيف في حياته مع المجتمع. إن ممارسة أنشطة التربية البدنية تساعد كثيرا في الوقاية وكذا التخفيف من القلق العام إضافة إلى التكيف مع أعراضه، فتمرينات اللياقة البدنية، تمرينات التنفس أو مباراة في

كرة السلة أو اليد... الخ سوف تساعد في التخلص من هذا الأخير وجعل المراهق أكثر اتزاناً من الجانب الانفعالي (عادل علي حسن. مرجع سابق، ص124).

وبعد أن تحققت أهداف المرجوة من دراستنا فلا يسعنا القول بأن نعتبر تلك التغيرات الطارئة على جميع نواحي المراهق الجسمية والعقلية والنفسية الإنفعالية وغيرها هي العامل الأساسي لظهور القلق العام عنده وأن واجب أساتذة التربية البدنية والرياضية هو تهيئة الجو الملائم حتى يتمكن هذا الأخير من تفرغ مكبوتاته الإنفعالية والتعبير عن مشاعرهم كما أننا نلح على أن يكون محتوى درس التربية البدنية يسوده المرح وكذا المشاركة الفعالة للمراهق خلال الحصة مما يساعد كثيراً في تنمية جوانب شخصيته

في ختام هذا البحث نود أن نؤكد من جديد أن أهداف التربية البدنية والرياضية تتعدى حدود ما يتصوره المراهق وكذلك أساتذة المادة، وأن إبراز هذه الأهداف خاصة النفسية منها إنما يكون نتاج تكثيف البحوث والدراسات.

ولما كانت هذه الدراسة تتفق مع بعض الدراسات السيكولوجية الأخرى من حيث تخفيف القلق العام من خلال الأنشطة المقدمة في منهاج التربية البدنية والرياضية من ألعاب وتمارين بدنية، ومع إدراكنا لخطورة الاضطرابات النفسية على المراهق لما تتركه من آثار سلبية على نفسيته، ومع إيماننا العميق بأن هذه الدراسة لا يمكن أن تصل إلى درجة الكمال في البحث والتقصي وأن قدرتها على الإتيان بالصواب أمر وارد كورود الخطأ باعتبار أن الخطأ من طبيعة الأشياء، فإننا نرى أن الوصول إلى تربية نفسية شاملة يتطلب من الساهرين على ذلك البحث في العديد من النقاط التالية:

- الاهتمام بدراسة أهداف التنمية النفسية للتربية البدنية والرياضية من طرف كافة أساتذتها وذلك من خلال ملتقيات وندوات خاصة.
- توعية التلاميذ بأهمية التربية البدنية والرياضية لما لها من فوائد على جميع الجوانب خاصة النفسية منها.

• ضرورة زيادة الحجم الساعي لحصص التربية البدنية والرياضية، حتى يتسنى لها تحقيق كامل أهدافها.

• ضرورة إطلاع أساتذة التربية البدنية والرياضية على أصول التربية البدنية والرياضية وأساسياتها.

وفي الأخير نسأل الله تعالى صاحب المنة والفضل، والعظيم الذي يرتجى عنده كل عظيم والرحيم الذي فيوضات رحمته أوسع مما رجونا، والذي يعلم أننا اجتهدنا قدر ما استطعنا فأصبنا وأخطأنا وما من خطأ في هذا البحث إلا منا ومن الشيطان، وما من صواب إلا ثمرة رضاه عنا، أسأله تعالى أن يُنور لنا كل طريق نسعى فيه لطلب العلم خالصا لوجهه الكريم وأن يضيء لنا درب الخير أينما وجد بنوره الذي أشرقت له الظلمات، وفرجت به الكربات، إنه وليّ ذلك والأقدر، والحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله.

أولا/ قائمة المراجع باللغة العربية

- 1- أحسن زين. سيكولوجية الطفل والمراهق، منشورات دار الأمواج، ط1، سكيكدة 2006
- 2- أحمد بسطويسي. أسس ونضريات الحركة، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة 1996
- 3- أمين أنور الخولي: فلسفة الجمال في الرياضة، سلسلة الثقافة الرياضية، العدد3، معهد البحرين الرياضيين المنامة 1991
- 4- د أمين أنور الخولي، د محمد عبد الفتاح عنان، د عدنان درويش جلون. التربية البدنية المدرسية دليل معلم الفصل وطالب التربية العملية، دار الفكر العربي، القاهرة 1998.
- 5- أمين أنور الخولي، أسامة أنور كامل. التربية الحركية للطفل، دار الفكر العربي، ط2، القاهرة 1998.
- 6- الأزرق بو علوا. الإنسان والقلق، منا للنشر، ط1، بيروت 1993
- 7- د أكرم زكي خطابية. المناهج المعاصرة في التربية الرياضية، دار الفكر، القاهرة 1997.
- 8- أمين أنور الخولي، عدلي بيومي. الجمباز التربوي للأطفال والناشئين، دار الفكر العربي، القاهرة 1991.
- 9- د أمين أنور الخولي. الرياضة والمجتمع، عالم المعرفة، الكويت 1996.
- 10- د أحمد علي الحاج محمد. أصول التربية، دار المناهج، عمان، ط2، الأردن 2003
- 11- د أمين أنور الخولي، أصول التربية البدنية والرياضية المدخل، التاريخ، الفلسفة دار الفكر العربي، ط3، القاهرة، 2001
- 12- آرون بيك. العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت 2000.
- 13- حامد عبد السلام زهران. علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، القاهرة 1999.

- 14- ديوبولد ب فان دالين. مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة 1986.
- 15- روبرت واطسون، هنري كلاي ليندجرين. سيكولوجية الطفل والمراهق، ترجمة داليا عزة مؤمن، مكتبة مدبولي، القاهرة 2004.
- 16- رمضان محمد القذافي. علم النفس الطفولة والمراهقة، المكتبة الأزاريبية، الإسكندرية 2000.
- 17- رونيا أوبير. التربية العامة، ترجمة عبد الله عبد الدائم، بيروت، دار العلم للملايين، بيروت 1998.
- 18- زكي محمد حسن. تطبيقات علم الحركة في النشاط الرياضي، المكتبة المصرية، 2004
- 19- زهير أحمد السباعي وإدريس عبد الحلیم. القلق وكيف نتخلص منه، دار العلم، ط1، دمشق.
- 20- سعيد حسني العزة. التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن 2002.
- 21- صالح عبد العزيز. التربية وطرق التدريس، ج1، دار المعارف، مصر 1968.
- 22- فيصل محمد خير الزراد. الأمراض العصبية والذهانية والاضطرابات السلوكية، دار القلم، بيروت- لبنان 19
- 23- محسن علي الدلفي. تطور شخصية الإنسان والتعامل مع الناس في ضوء التربية وعلم النفس والاجتماع، دار الفرقان، عمان- الأردن 2001.
- 24- محمد سلامة آدم و توفيق حداد. علم النفس الطفل، دار العلم، ط1، دمشق 1973.
- 25- أ د ناهد محمود سعد. أ د نبيل رمزي فهم. طرق التدريس في التربية الرياضية، مركز الكتاب للنشر. ط2. القاهرة 2004.

- 26- أ د مكارم علمي أبو هريرة - أ د محمد سعد زغلول، مناهج التربية الرياضية ط2. مركز الكتاب للنشر. القاهرة. 1999.
- 27- مصطفى السايح محمد. أساليب التدريس في التربية البدنية والرياضية، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية. ط1. الإسكندرية 2003.
- 28- عبد العزيز عبد المجيد محمد. سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي، مركز الكتاب للنشر ط2، القاهرة 2005.
- 29- محمد محمد الحماحمي. فلسفة اللعب، مركز الكتاب للنشر، ط1 القاهرة، 1999
- 30- عمار بوحوش وآخرون. مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1999.
- 31- محمد شفيق. البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية. المكتب الجامعي - الحديث. الإسكندرية 1985
- 32- محمد حسن علاوي. موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين ، مركز الكتاب للنشر، ط1، القاهرة 1998.
- 33- سعدية محمد علي بهادر. سيكولوجية المراهقة، دار البحوث العلمية، الكويت 1980.
- 34- سعدية محمد علي بهادر. علم النفس النمو، دار البحوث العلمية، ط2 الكويت 1980.
- 35- عبد الحفيظ مقدم. الاحصاء والقياس النفسي والتربوي، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر 2003.
- 36- سيغموند فرويد، ترجمة عثان نجاتي. القلق مكتبة دار النهضة العربية، القاهرة 1962.
- 37- سعيد حسني العزة. التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2002.
- 38- سيغموند فرويد، ترجمة محمد عثمان نجاتي. الكف، العرض والقلق، ديوان المطبوعات الجامعية، ط3 ، الجزائر 1957.

- 39- عصام عبد اللطيف العقاد. سيكولوجية العدوانية وترويضها، دار غريب القاهرة 2000
- 40- عصام عبد اللطيف العقاد. سيكولوجية العدوانية وترويضها، دار غريب القاهرة 2000
- 41- علي الدريدي، السيد علي محمد. منهاج التربية الرياضية بين النظرية والتطبيق، دار الفرقان، ط1 1983.
- 42- فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو، دار الفكر العربي، القاهرة 1975.
- 43- د فوري حافظ. المراهق، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ط2، بيروت 1995
- 44- فاروق السيد عثمان. القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة 2001.
- 45- قاسم حسن البصري. نظرية التربية البدنية، مطبعة الجامعة، بغداد 1997.
- 46- كاظم ولي آغا. علم النفس الفيزيولوجي، دار الآفاق الجديدة، ط11، بيروت.
- 47- كمال دسوقي. النمو التربوي للطفل والمراهق، دار النهضة العربية، بيروت 1979.
- 48- مصطفى غالب. الأحلام- القلق- الخجل، منشورات دار الهلال، بدون طبعة، 1980.
- 49- محمد محمد بيومي خليل. انحرافات الشباب في عصر العولمة، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة 2003.
- 50- محمود عوض بسيوني، فيصل ياسين الشاطي. نظريات وطرق التربية البدنية والرياضة، الجزائر، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية 1992.
- 51- محمد عادل، كمال الدين زكي. التربية الرياضية للخدمة الإجتماعية، دار النهضة العربية، القاهرة 1965.
- 52- محمد سعيد عزمي. أساليب تطوير وتنفيذ درس التربية الرياضية في مرحلة التعليم الأساسي بين النظرية والتطبيق، دار الوفاء 2004

53- نعيم الرفاعي. الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف، مطبعة طبرين، ط2، دمشق 1969.

ثانياً | المراجع بالأجنبية:

54-Arnald Leselliall. L' dolescent de 10 à 16 ans. Lrene lè zine, 7eme èdition 1996.

55-R-B Alderman. Manuel de la psychologie du sport, Ed vigo, paris 1982.

56- Ben smaiel citein. La psychiatrie aujourd'hui, opu, alger 1994.

57-G.Cazoorla-R.Chappuis-R.Chauvier-P.Legros- G. Missoum. Manuel De L'Eduteur sportif, edition vigot, paris,1984.

58- DSM IV. American Psychiatric Association.Washington 1994

59- Gerard lutte. Suprimon la dolessonc, Les Édition auteure, bruxelle 1982.

60-harriman.pl. dictionarry of psychology, 1947.

61- jean-jacquessarthou. Enseigner l'EPS de la reflexion didactique a l'action pedagogique.edition actio. Paris.2003.

62- Jurgen Weineck. Manuel de L'entrainement, 4eme Edition, vigot,2002.

63- Maurice debesse. Ladolessent. PUF 1971.

64-Michel cloes. L'expèrience Adoliscentem, Pierre Mardaga, Editeur bruxelles 1987.

65- spielberger, S.D.: anxiety and behavior – new york /
academicpres. 1966.

66 - p.seners La leçon d'EPS. Editions vigot.Paris. France. 2002.

67- Philippe Marer. La physiologie Humaine, 2eme Edition
Flammarion médecine- sciences, parise,1983.

الرسائل الجامعية:

68- إبراهيم طيبي. أثر مشكلات المراهقين في التحصيل الدراسي، مقدمة لنيل شهادة
الماجستير في علم النفس، الجزائر 1989|1990.

69- سوسن إسماعيل. العلاقة بين مستوى القلق وغياب العمال من المجال الصناعي،
رسالة ماجستير كلية البنات، جامعة عين شمس، 1971

70- خيرى سمير. أثر وحدات تعليمية مقترحة تنمية صفة القوة الانفجارية عند تلاميذ
الطور الأساسي للمرحلة العمرية 14-15 سنة، رسالة ماجستير، جامعة قسنطينة 2001.

المعاجم ومراجع أخرى:

71- ابن منظور. لسان العرب، دار المعارف، القاهرة 1994.

72- المنجد في اللغة والإعلام. دار المشرق، بيروت 1992.

73- محمد عاطف غيث قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1989.

74- بورتاليس و دلابلش، ترجمة مصطفى حجازي. معجم مصطلحات التحليل النفسى،
ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1981.

75- مديرية التعليم الأساسي. منهاج التربية البدنية والرياضية، وزارة التربية 2005.

76- مديرية التعليم الثانوي. منهاج التربية البدنية والرياضية، جوان 1996.

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المركز الجامعي سوق أهراس

معهد العلوم الطبيعية والحياة

قسم التربية البدنية والرياضية

صورة تحليل الذات

إشراف الأستاذ:

قميني حفيظ

من إعداد الطالب:

● بوكحيلي عز دين
● تيايبية فوزي

بيانات أولية

الاسم(بدون

لقب):

.....

السن:

.....

.....

الجنس:

.....

المستوى

تعليمات:

على الصفحات التالية سوف تجد عدد من العبارات تتناول صعوبات يشعر بها معظم الناس من حين لآخر. المطلوب منك أن تضع علامة (x) في الخانة المقابلة لكل عبارة، سوف تساعدك كثيرا في فهم نفسك حين تجيب على كل عبارة بصراحة وصدق، لا تحتوي هذه العبارات على الصحيح والخطأ إنما هي أعدت لوصف الصعوبات التي تصادفك.

لا تصرف الوقت في التأمل أجب على كل عبارة بسرعة كما تشعر بها حاليا لا تسرح في الماضي.

تعاونك معنا يزيد من تشجيعنا على البحث العلمي.

لا	نعم	العبارات
		1. اهتمامي بالناس يميل إلى أن يتغير بسرعة
		2. إذا أعتقد الناس أن قدراتي منخفضة فإنني أرتبك في إنجاز أعمالي.
		3. أفضل أن أنتظر حتى أتأكد من صحة ما أقوله قبل أن أشارك في مناقشة .
		4. إذا كان لي أن أعيش حياتي من جديد فإنني أنظمها بصورة مختلفة تماما.
		5. لا أعجب بوالدي في كل الأمور الهامة.
		6. يصعب علي أن أتقبل رفض طلبي حتى عندما اعلم أن ما أطلبه يبدو مستحيلا.
		7. أشك في صدق الناس الذين يظهرون لي محبة زائدة أكثر مما أتوقعها منهم.
		8. إنني أستطيع أن أستجمع قواي لمواجهة أزمة طارئة
		9. يخبرني الناس أن قلقي يظهر من خلال سلوكي و الرفع من صوتي
		10. إذا استغل الناس صداقتي فإنني أتضايق وأتمسك بأنهم أخطأوا.
		11. أتضايق من النقد الذي يوجهه لي الآخرين.
		12. غالبا ما أغضب من الناس بسرعة زائدة.
		13. أحس أن شيئا من المستقبل يهددني ولا أدري ما هو.
		14. أشك أحيانا في أن الناس الذين أتحدث إليهم يهتمون حقيقتنا بما أقوله.
		15. أحس بالآم في معدتي وسرعة خفقان القلب
		16. عند مناقشتي لبعض الناس أشعر بالضيق لدرجة أنني أستطيع بصعوبة الثقة في قدرتي على الحديث.
		17. عندما أصاب بالتوتر فإنني أستهلك المزيد من الطاقة في إنجاز الأعمال بدرجة أكبر من معظم الناس.
		18. أعاني من ضعف تركيز الانتباه خاصة في الأمور الدقيقة

		19. إذا كانت العقبات صعبة فإنني أستطيع أن أتمسك بأهدافي الأصلية.
		20. أشعر بالارتباك في المواقف التي تزعجني
		21. احلم أحلاماً مزعجة تعيق نمومي.
		22. أقوم لا شعورياً ببعض الأشياء بدون غرض معين.
		23. معظم الناس لديهم قليل من الأفكار الغريبة غير أنهم لا يفضلوا الاعتراف بها.
		24. إذا ارتكبت خطأ أحقق مع الآخرين فإنني أستطيع أن أنساه بسرعة.
		25. أشعر بالضيق ولا أريد أن أرى الناس كثيراً
		26. أكاد أبكي تقريباً عندما تسير الأمور بصورة خاطئة.
		27. عندما أكون في وسط جماعات تتغلب علي مع ذلك مشاعر الوحدة وقلة القيمة.
		28. أستيقظ أثناء الليل وأعاني بعض الصعوبة في العودة إلى النوم بسبب القلق.
		29. روعي المعنوية تظل عالية أمام المشاكل التي تواجهني
		30. ينتابني شعور بالذنب أو الندم حول أمور صغيرة للغاية.
		31. تتوتر أعصابي لأقصى درجة عند سماع بعض الأصوات (كصوت غلق الباب مثلاً)
		32. إذا أزعجني شيء ما بشدة فإنني أستعيد هدوئي تماماً وبسرعة.
		33. أميل إلى الارتعاش أو العرق عندما أفكر مقدماً في واجب

		صعب.
		34. عندما أذهب للفراش فإنني أغرق في النوم بسهولة
		35. عندما أفكر في مستقبلي يضطرب تفكيري

جدول: يبين إعادة صياغة بعض العبارات الخاصة بمقياس القلق العام لكاتل.

إعادة صياغتها	العبارة
• إهتمامي بالناس يميل إلى أن يتغير بسرعة	• أجد أن إهتمامي بالناس يميل إلى أن يتغير بسرعة.
• إذا اعتقد الناس أن قدراتي منخفضة فإنني أرتبك في إنجاز أعمالي.	• إذا اعتقد الناس أن كفاءتي منخفضة فإنني مع ذلك أستطيع أن أعمل دون أن أرتبك.
• إنني أستطيع أن أستجمع قواي لمواجهة أزمة طارئة.	• أنا متأكد أنني أستطيع أن أستجمع قواي لمواجهة أزمة طارئة.
• يخبرني الناس أن قلقي يظهر من خلال سلوكي والرفع من صوتي.	• يخبرني الناس أحيانا أنني أظهر أنني أظهر تهيجي في صوتي وسلوكي بصورة واضحة جدا.

● النقد الشخصي الذي يوجهه كثير من الناس لي يضايقتني أكثر مما يساعدني.	● أتضايق من النقد الذي يوجهه لي الآخرين.
● أشعر بعدم الاستقرار كما لو كنت أريد شيئاً لا أعرفه على وجه التحديد.	● أحس أن شيئاً في المستقبل يهددني ولا أدري ما هو.
● أنا لا أحس دائماً بأي مشاعر غامضة لسوء الصحة مثل أوجاع غامضة أو اضطرابات في الهضم.	● أحس بالآلام في معدتي وسرعة خفقان القلب.
● أصمم على أن أكون مشتت الانتباه أو غير مهتم بالتفاصيل.	● أعاني من ضعف تركيز الانتباه خاصة في الأمور الدقيقة.
● مهما كانت العقبات صعبة وبغيضة فإنني أتمسك دائماً بأهدافي الأصلية.	● إذا كانت العقبات صعبة فإنني أستطيع أن أتمسك بأهدافي الأصلية.
● أميل إلى التهيج الزائد والارتباك في المواقف المزعجة.	● أشعر بالارتباك في المواقف التي تزعجني.
● أحياناً أحلم أحلاماً مزعجة تعيق نومي.	● أحلم أحلاماً مزعجة تعيق نومي.
● أحياناً أقوم لا شعورياً ببعض الأشياء بدون غرض معين.	● أقوم لا شعورياً ببعض الأشياء بدون غرض معين.
● إذا ارتكبت خطأ إجتماعي أحقق فإنني أستطيع أن أنساه بسرعة.	● إذا ارتكبت خطأ أحقق مع الآخرين فإنني أستطيع أن أنساه بسرعة.
● عندما أكون في وسط جماعات إجتماعية تتغلب غلي مع ذلك مشاعر الوحدة وقلة القيمة.	● عندما أكون في وسط جماعات تتغلب علي مع ذلك مشاعر الوحدة وقلة القيمة.
● روعي المعنوية تظل عالية بصفة عامة مهما تعددت المشاكل التي أقابلها.	● روعي المعنوية تظل عالية أمام المشاكل التي تواجهني.
● تتوتر أعصابي لأقصى مدى لدرجة أن بعض الأصوات المعينة (كصوت غلق الباب	● تتوتر أعصابي لأقصى درجة عند سماع بعض الأصوات (كصوت غلق الباب

مثلا)	الباب مثلا) تكون غير محتملة وتجعلني أرتجف.
● إذا أزعجني شيء ما بشدة فإنني أستعيد هدوئي تماما وبسرعة.	● إذا أزعجني شيء ما بعنف فإنني بصفة عامة أستعيد هدوئي تماما وبسرعة.
● عندما أذهب للفراش فإنني أغرق في النوم بسهولة.	● عندما أذهب للفراش فإنني عادة أستغرق في النوم بسرعة خلال بضع دقائق.
● عندما أفكر في مستقبلي يضطرب تفكيري.	● أحيانا ينتابني حالة من التوتر أو الإضطراب عندما أفكر في شؤوني و ميولي الجديدة.