

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم



معهد التربية البدنية والرياضية

القسم: النشاط البدني المكيف

التخصص: النشاط البدني المكيف والصحة

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في النشاط البدني المكيف و الصحة بعنوان:

دور ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة في خفض القلق لدى المرضى المصابين بداء السكري

بحث وصفي أجري على عينة من المرضى المصابين بداء السكري بولاية عين تموشنت

تحت إشراف:

• أ.د/ عتوتي نور الدين

من إعداد:

- فقير رياض
- اليتيم إسلام

السنة الجامعية: 2021-2022

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى نبع الحنان سر الوجدان "أمي"

إلى من علمني العزة والاعتماد على النفس إلى أوسط أبواب الجنة "أبي"

إلى كل الذين قاسموني الفرحة في كل لحظة من حياتي

إلى الأستاذ المشرف "د/ عتوتي نور الدين"

إلى جميع طلبة وأساتذة وعمال معهد التربية البدنية والرياضية.

رياض

إهداء

اهدي ثمرة جهدي إلى أعز ما أملك في الوجود

والذي العزيزين أطال الله في عمرهما

وإلى اهلي و كل الأصدقاء

وزملاء الدراسة

إسلام

كلمة شكر

تقربا منا لشكر الله لأنه من لم يشكر الخلق لم يشكر الخالق.
الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه الذي ألهمني الطموح والصبر
وسدد خطانا بأن من علينا بإتمام هذا العمل، والصلاة
والسلام على من لا نبي بعده سيدنا محمد - صلى الله عليه وسلم- وعلى آله
وصحبه أجمعين.

نتقدم بشكري الخالص إلى:

كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل ونخص بالذكر
الأستاذ المشرف "د. عتوتي نور الدين" على تفضله بالإشراف على هذه المذكرة.
كما أشكر جميع أساتذة معهد التربية البدنية الرياضية
و إلى كل من دعمنا و ساندنا في إنجاز هذا البحث.
شكرا للجميع

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى إبراز دور النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى مرضى السكري وكان الفرض من الدراسة أن للنشاط البدني المكيف دور في خفض القلق لدى مرضى السكري، و تكونت عينة البحث من 24 فردا من مصلحة داء السكري بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب بعين تموشنت وجمعية الأمل لمرضى السكري، و تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وقام الطالبان الباحثان باختيار مقياس القلق كأداة للبحث، وبعد القيام بالدراسة الإحصائية و تحليل النتائج توصل الطالبان الباحثان إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق بين مرضى السكري الممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني المكيف و يوصي الطالبان الباحثان بضرورة ممارسة النشاط البدني لمرضى السكري لما له من أثر في خفض القلق و الضغوط النفسية.

الكلمات المفتاحية:

- القلق
- داء السكري
- النشاط البدني المكيف

Abstract

The study aimed to highlight the role of adapted physical activity in reducing anxiety in diabetic patients. At the hospital institution, Dr Ben Zarjab, Ain Temouchente, and the association for diabetic patients « El Amel », The descriptive approach was adopted, and the two researchers chose the anxiety scale as a research tool, and after carrying out the statistical study and analyzing the results, the two researchers concluded that there are statistically significant differences. significant in the level of anxiety between diabetics who practice and do not practice adapted physical activity. The two researchers recommend the need to practice physical activity for diabetics because of its effect on reducing anxiety and stress psychological.

Keywords :

- anxiety
- Diabetes
- Adapted physical activity

قائمة الجداول و الأشكال

أ. قائمة الجدول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل معامل الثبات و الصدق لأداة البحث.	57
02	يبين قياس مستوى القلق لعينة البحث من مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي	60
03	يبين قياس مستوى القلق لعينة البحث من مرضى السكري الغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي	62
04	يبين الفروق الإحصائية بين مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي و غير الممارسين	64

ب. قائمة الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل توزيع مجموعة الممارسين للنشاط البدني حسب مستوى القلق	61
02	يمثل توزيع مجموعة الغير الممارسين للنشاط البدني حسب مستوى القلق	63
03	يمثل الفروق الإحصائية بين مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي و غير الممارسين	65

قائمة المحتويات

الصفحة	المحتويات
ب	إهداء
د	كلمة شكر
هـ	ملخص الدراسة
ح	قائمة الجداول و الأشكال
ي	قائمة المحتويات
الفصل التمهيدي: التعريف بالبحث	
02	1. المقدمة
03	2. مشكلة البحث
05	3. فرضيات البحث
05	4. أهداف البحث
05	5. مصطلحات البحث
07	6. الدراسات السابقة
الإطار النظري	
الفصل الأول: النشاط البدني المكيف	
12	تمهيد
13	1-1. تعريفات النشاط البدني الرياضي المكيف
14	2-1. تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيف
14	1-2-1. النشاط الرياضي الترويحي
15	2-2-1. النشاط الرياضي العلاجي
15	3-2-1. النشاط الرياضي التنافسي
15	3-1. أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف
15	1-3-1. الأهمية البيولوجية

16	2-3-1. الأهمية الاجتماعية
17	3-3-1. الأهمية النفسية
17	4-3-1. الأهمية الاقتصادية
18	5-3-1. الأهمية التربوية
18	6-3-1. الأهمية العلاجية
19	4-1. النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف
19	1-4-1. نظرية الطاقة الفائضة
20	2-4-1. نظرية الإعداد للحياة
20	3-4-1. نظرية الإعادة والتخليص
21	4-4-1. نظرية الترويح
21	5-4-1. نظرية الاستحمام
22	6-4-1. نظرية الغريزة
23	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني: داء السكري
25	تمهيد
26	1-2. تعريف مرض السكري
26	2-2. نشأة مرض السكري
27	3-2. التفسير العلمي لمرض السكري
29	4-2. أنواع مرض السكري
30	5-2. مسببات مرض السكري
32	6-2. مضاعفات مرض السكري
33	7-2. علاج مرض السكري
35	8-2. الاستجابات النفسية لدى المصابين بداء السكري
38	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: القلق

40	تمهيد
41	3-1. تعريف القلق
42	3-2. أنواع القلق
44	3-3. النظرية الحديثة للقلق
46	3-4. مستويات القلق
47	3-5. عوامل التي تزيد خطر الإصابة بالقلق
48	3-6. معايير تشخيص القلق
48	3-7. اعراض القلق
49	3-8. اعراض نوبات القلق
50	3-9. علاقة القلق بمرض السكري
51	خلاصة الفصل

الإطار التطبيقي

الفصل الأول: منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

54	1-1. منهج البحث
54	1-2. مجتمع وعينة البحث
54	1-3. متغيرات البحث
54	1-4. مجالات البحث
55	1-5. أدوات البحث
56	1-6. الأسس العلمية لأدوات البحث
58	1-7. الدراسة الإستطلاعية
58	1-8. الدراسة الإحصائية

الفصل الثاني: عرض وتحليل النتائج ومناقشة الفرضيات والاستنتاجات

60	2-1. عرض وتحليل النتائج
----	-------------------------

65	2-2. مناقشة الفرضيات
68	2-3. الإستنتاجات
68	2-4. الإقتراحات و التوصيات
68	قائمة المصادر و المراجع
	الملاحق

الفصل التمهيدي:

التعريف بالبحث

1. مقدمة:

عرف مرض السكري منذ نحو ثلاثة آلاف عام وأطلق عليه في القرن الثاني الميلادي كلمة (Diabetes Mellitus)، وهو تعبير لاتيني وتعني كلمة (Diabetes)، تمرير الشيء وكلمة (Mellitus) بمعنى العسل، وهذا إشارة على إدرار كميات كبيرة من البول الحلو، إذ إن مرض السكري حالة يزيد فيها معدل السكر في الدم الجلوكوز" عن حد معين وذلك لقصور في مقدرة الجسم عن الاستفادة من الكربوهيدرات نتيجة لأي سبب.

ويعرف مرض السكري بأنه اضطراب إقلابي (Trouble métabolique) ناتج إما عن عجز في إفراز هرمون الأنسولين أو عن مقاومة غير عادية في الجسم ضد هذا الهرمون الشيء الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم عن المعدل العادي لتصل إلى ما فوق (1.26 غ/ل) في حالة الصوم (J, Polonovski, 2000، صفحة 240).

وكشف تقرير لمنظمة الصحة العالمية أن نحو (80%) من حالات الوفاة التي تحدث بين مرضى داء السكري، تقع في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط الدخل، وهو ما يعني إما نقص الأدوية اللازمة لعلاج السكري في تلك البلدان، أو عدم مبالاة السكان بخطورة المضاعفات الناجمة عن المرض.

وذكرت المنظمة الأهمية في بيان لها بمناسبة الاحتفال بـ "اليوم العالمي للسكري"، أن "عدد المصابين بداء السكري في جميع أنحاء العالم حالياً يبلغ حوالي (220) مليون شخص" محذرة من أن ذلك العدد قد يزداد بنسبة تفوق الضعف، بحلول عام (2030)، إذا لم تتخذ الإجراءات للحيلولة دون ذلك (WHO, 2001, 77).

وترتبط الصحة النفسية ارتباطاً وثيقاً بالإصابة بمرض السكري، ومع ضغوطات الحياة المستمرة من الصعب السيطرة على القلق والتوتر، ولكن للتوتر والقلق تأثير أكبر على مريض السكري وصحته، كما كشفت الدراسات على أن المصابين بمرض السكري يواجهون احتمالية أعلى من عامة السكان الذين يعانون من القلق، وترتبط

الحالة النفسية بالسكري ارتباطاً وثيقاً، فكل منهما يؤثر على الآخر خاصة في ظل الضغوط اليومية، ما يعرض المريض لنوبات مستمرة من القلق.

ويرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن النشاط البدني المكيف يكاد يكون المجال الوحيد الذي تتم فيه عملية "التوازن النفسي" شريطة ألا يكون الهدف منها تمضية وقت الفراغ، كل هذا من شأنه أن يجعل الإنسان أكثر توافقاً مع البيئة.

وقد تعيد الألعاب الرياضية والحركات الحرة توازن الجسم، فهي تخلصه من التوترات العصبية، وفي هذه الحالة يكون اللجوء إلى ممارسة الأنشطة البدنية الرياضية بصفة عامة و المكيفة منها بصفة خاصة وسيلة هامة للتخلص من هذه الأمراض العصبية، وربما تكون خير وسيلة لعلاج بعض الاضطرابات العصبية (حزام محمد رضا القزويني، الصفحات 31-32)

وتقوم الأنشطة البدنية المكيفة 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 الرضا النفسي والشعور بالأمن والانتماء، ومما لا شك فيه أن الأنشطة البدنية المكيفة تمثل مجالاً هاماً يمكن للشخص في خفض الضغوط النفسية على غرار التوتر و القلق (حزام محمد رضا القزويني، 1978، صفحة 20).

وجاءت هذه الدراسة لتبرز أثر النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى مرضى السكري

2. مشكلة البحث:

يعد القلق من الاضطرابات النفسية الشائعة بين الأشخاص ذوي الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة، والقلق كاضطراب نفسي أحياناً يعوق التشخيص الطبي لهؤلاء المرضى إذ إن علاج الأمراض النفسية والجسمية باستخدام الأدوية يمكن أن يتداخل (الطيب، 1994، صفحة 422) ويحدث القلق نتيجة بعض

الأحداث المؤلمة و الضغوطات المتراكمة، وتقل قدرة الفرد على مجاراة الحياة اليومية وصعوبة التركيز وسرعة الإنهاك، وتزيد هذه الأعراض عند مرضى الأمراض المزمنة.

وهناك العديد من الدراسات التي وضحت مدى انتشار القلق بين مرضى السكري كدراسة (& Lustman, 1993, Guvard) اللذين قاما بتحليل عشرين دراسة لتحديد مدي انتشار القلق بين مرضى السكري، وأظهرت النتائج أن معدل انتشاره ظهر من خلال المقابلات التشخيصية مع مجموعات المرضى كان (27.3%) بمتوسط (0.14) في الدراسات التي احتوت على مجموعات ضابطة، وفي الدراسات التي لم تحتو على مجموعات ضابطة وصل معدله (19.9%) وهذا المعدل هو الأقل من نوعه في الدراسات الخاصة بفئة مرضى السكري، وأيضاً وجدوا أن زيادة معدل القلق لدى مرضى السكري ذات صلة بالأعراض الجسمية وخطورة الانتشار ذات تأثير سلبى على كفاءة حياة المرضى وكيفية مواجهتهم للمرض.

وانطلاقاً مما سبق وللوقوف على أثر النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى مرضى السكري يطرح الباحثان

التساؤلات التالية:

التساؤل العام:

- هل للنشاط البدني المكيف دور في خفض القلق لدى المصابين بداء السكري؟

التساؤلات الجزئية:

- ما هو مستوى القلق عند مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي؟
- ما هو مستوى القلق عند مرضى السكري غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق بين مرضى السكري الممارسين وغير الممارسين للأنشطة البدنية الرياضية.

3. فرضيات البحث:

الفرضية العامة:

- للنشاط البدني المكيف دور في خفض القلق لدى المصابين بداء السكري.

الفرضيات الجزئية:

- مستوى القلق عند مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي متوسط.
- مستوى القلق عند مرضى السكري غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي مرتفع.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى السكري الممارسين و غير الممارسين
للأنشطة البدنية الرياضية لصالح مرضى السكري غير الممارسين للنشاط البدني المكيف.

4. أهداف البحث:

يهدف بحثنا إلى ما يلي:

- إلقاء نظرة عن فعالية النشاط البدني المكيف في كبت الضغوط لنفسية لدى مرضى السكري
- إبراز دور النشاط البدني المكيف في خفض سمة القلق لدى مرضى داء السكري.
- دراسة في مستويات القلق بين مرضى السكري الممارسين و غير الممارسين للأنشطة البدنية الرياضية.

5. مصطلحات البحث:

❖ النشاط البدني الرياضي:

التعريف الإصطلاحي: إن النشاط البدني الرياضي عبارة عن مجموعة من المهارات، متعلمة من اتجاهات يمكن أن يكتسبها الفرد دون سن معين يوظف ما تعلمه في تحسين نوعية الحيات نحو المزيد من تكيف الفرد مع بيئته ومجتمعه، حيث أن ممارسة النشاط البدني والرياضي ال تقتصر المنافع على الجانب الصحي والبدني فقط إل أنه يتم التأثير

الإيجابي على جوانب أخرى نفسية واجتماعية، العقلية والمعرفية، الحركية والمهارية، جمالي و فني وكل هذه الجوانب تشكل شخصية الفرد شاملا منسقا متكاملًا (الخولي، 2011، صفحة 22).

التعريف الإجرائي: وهو مجموعة من التمارين الرياضية التي تعزز صحة الجسم البدنية، النفسية الاجتماعية، وتتمارس من قبل كل الفئات العمرية بما فيهم المرضى و الأصحاء.

❖ داء السكري:

التعريف الإصطلاحي: "هو اضطراب إقلابي (Trouble métabolique) ناتج إما عن عجز في إفراز هرمون الأنسولين أو عن مقاومة غير عادية في الجسم ضد هذا الهرمون الشيء الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم عن المعدل العادي لتصل إلى ما فوق (1.26 غ/ل) في حالة الصوم (Polonovski, J, 2000، صفحة 240).

التعريف الإجرائي: وهو من الأمراض الأكثر شيوعا و انتشارا على مستوى العالم والذي يعبر عن اضطرابات (ارتفاع و انخفاض) في مستوى السكر في الدم.

❖ القلق:

التعريف الإصطلاحي: يعرف القلق بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها سبب غامض، وأعراض نفسية وجسمية،(زهرا، 2001، صفحة 484) وعرفه (سامي، 2001، صفحة 323) على أنه شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والقلق والتحفز، ويصاحبه في العادة بعض الإحساسات الجسمية مجهولة المصدر، كزيادة ضغط الدم وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق .

التعريف الإجرائي: شعور غامض غير سار فيه توجس وخوف وتوتر وتحفز، مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية كضيق النفس والشعور بنبض القلب

6. الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: دراسة واكد رابح بعنوان: "الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري
"دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري النوع الثاني"، مجلة البحوث والدراسات العلمية، العدد
13 (2019).

هدفت الدراسة إلى معرفة سمات الضغوط النفسية لدى المصابين بالداء السكري " النوع الثاني " والكشف عن
طبيعة العالقة بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى عينة مكونة من 100 مصاب بمرض السكري من كال
الجنسين (23 ذكور، 86 إناث) من مستويات عمرية مختلفة ، ولتحقيق ذلك طبقت الدراسة مقياسين على
عينة الدراسة مقياس " الضغوط النفسية " ومقياس " نوعية الحياة " ، وتوصلت الدراسة إلى وجود ضغوط نفسية
بدرجة متوسطة لدى المصابين ، وكان تقييم الحياة لديهم متوسط أيضا ، وأظهرت النتائج وجود ارتباط طردي
ضعيف بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة ، كما كشفت عن عدم وجود فروق بين الضغوط النفسية
ونوعية الحياة لدى المصابين تعزى لمتغيري الجنس والعمر (رابح، 2018).

الدراسة الثانية: دراسة قويسم عبد الحميد بعنوان: "اقتراح برنامج رياضي مكيف لتعديل نسبة السكر
في الدم لدى فئة النساء المصابات بداء السكري"، معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية،
جامعة زيان عاشور بالجلفة، (2018)

هدفت الدراسة الكشف على مدى تأثير برنامج رياضي مكيف لتعديل نسبة السكر التراكمي في الدم لدى
النساء المصابات بداء السكري اعتمد الباحثان على المنهج التجريبي وذلك من خلال اعداد برنامج رياضي
معدل حسب حاجيات هذه الفئة المستهدفة قصد القيام بقياس نسبة السكر التراكمي في الدم بعد تطبيق
البرنامج، وقد بلغت عينة البحث 18 امرأة تم اختيارها بالطريقة العمدية وتم تقسيمهم الى مجموعتين الأولى
تجريبية والثانية ضابطة أجريت عليهم اختبارات القياس القبلي ثم تم تطبيق البرنامج الرياضي المعدل والذي تكون

من (36) حصة ، ثم أعيدت نفس اختبارات القياس البعدي وقد اعتمد الباحث على الأدوات الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات عن طريق الحزمة الإحصائية وتم التحقق من صحة الدراسة.

الدراسة الثالثة: دراسة الغامدي محمد بن سهيل صالح بعنوان: "القلق كحالة وسمة وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السكري"، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية العلوم الاجتماعية والإدارية، قسم علم النفس، تخصص الرعاية والصحة النفسية، 2016.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق كحالة وسمة وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السكري. مجتمع الدراسة: تكون مجتمع الدراسة في هذا البحث من مرضى السكري في مركز النخيل الطبي البالغ عددهم (200) مريض سكري. عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة في هذا البحث من مرضى السكري في مركز النخيل الطبي البالغ عددهم (89) مريض سكري، وتم اختيارهم بالطريقة القصدية. منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدم أدوات الدراسة التالية: (أ) مقياس القلق. (ب) مقياس الرضا عن الحياة، وتم التأكد من ثباتهما بتطبيقهما على عينة استطلاعية، وبعد التأكد من صدق أدوات الدراسة، وثباتها قام الباحث بتطبيقها على عينة الدراسة، وقد استخدم الباحث عدد من الأساليب، والمعالجات الإحصائية وصولاً إلى نتائج الدراسة، ومنها: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون، اختبار(ت) للعينات المستقلة. أهم النتائج:

✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل في مستوى القلق كحالة والقلق كسمة.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل في مستوى الرضا عن الحياة.

✓ تأثير (الرضا عن الحياة ككل) على القلق كحالة لدى مرضى السكري تأثير دال إحصائياً.

✓ تأثير (الرضا عن الحياة ككل) على القلق كسمة لدى مرضى السكري تأثير دال إحصائياً.

أهم التوصيات:

- العمل على التواصل مع مرضى السكري واطلاعهم على كل ما هو جديد عن المرض وكيفية التعامل معه.
- تفعيل الأنشطة الاجتماعية والثقافية لمرضى السكري.
- الاهتمام ببرامج التوعية الإعلامية حول مرض السكري.
- إعداد النشرات التعريفية التي تسهم في تقليل مستوى القلق لدى مرضى السكري. أهم المقترحات:
- القيام بدراسات عن مستوى القلق لدى المسنين من مرضى السكري.
- القيام بدراسات عن القلق كحالة وكسمة وعلاقتها بالمتغيرات الاجتماعية لدى مرضى السكري.

الإطار النظري

الفصل الأول:

النشاط البدني

المكيفة

تمهيد:

إن الباحث في مجال النشاط البدني الرياضي المكيف يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي تداولها المختصون والعاملون في الميدان, واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة, فقد استخدم بعض الباحثون مصطلحات النشاط الحركي المكيف أو النشاط الحركي المعدل أو التربية الرياضية المعدلة أو التربية الرياضية المكيفة أو التربية الرياضية الخاصة, في حين استخدم البعض الأخر مصطلحات الأنشطة الرياضية العلاجية أو أنشطة إعادة التكييف, فبالرغم من اختلاف التسميات من الناحية الشكلية يبقى الجوهر واحدا, أي أنها أنشطة رياضية وحركية تفيد الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانوا معاقين متأخرين دراسيا أو موهوبين أو مضطربين نفسيا وانفعاليين

1-1. تعريفات النشاط البدني الرياضي المكيف:

- تعريف حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات: يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقاً لنوعها وشدتها، ويتم ذلك وفقاً لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم (حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات، 1998، صفحة 223).
 - تعريف ستور (stor): يعني 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 الكبرى (A.stor:U.C.L:ET Outer، 1993).
 - تعريف الرابطة الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح والرقص والتربية الرياضية الخاصة: هي البرامج المتنوعة للنمو من خلال الألعاب والأنشطة الرياضية والأنشطة الإيقاعية لتناسب ميول وقدرات وحدود الأطفال الذين لديهم نقص في القدرات أو الاستطاعات، ليشتركوا بنجاح وأمان في أنشطة البرامج العامة للتربية.
 - محمد عبد الحليم البواليز: هي تلك البرامج المتنوعة من النشاطات الإنمائية والألعاب التي تنسجم وميول وقدرات الطفل المعاق والقيود التي تفرضها عليه 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.

1-2. تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيف: لقد تعددت الأنشطة الرياضية وتنوعت أشكالها فمنها التربوية والتنافسية، ومنها العلاجية والمكيفة أو الفردية والجماعية، على أية حال فإننا سنتعرض إلى أهم التقسيمات، فقد قسمه أحد الباحثين إلى :

1-2-1. النشاط الرياضي الترويحي: 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.

كما أكد "مروان ع المجيد " أن النشاط البدني الرياضي الترويحي يشكل جانبا هاما في نفس المعاق اذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات والصبر ، الرغبة في اكتساب الخبرة ، التمتع بالحياة ويساهم بدور ايجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق والتغلب على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة ، وتهدف الرياضة المكيفة إلى غرس الاعتماد على النفس والانضباط وروح المنافسة والصدقة لدى الطفل المعوق وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصي لإخراج المعوق من عزله التي فرضها على نفسه في المجتمع (مروان ع المجيد إبراهيم ، 1997، الصفحات 111-112)، ويمكن تقسيم الترويحي الرياضي كما يلي:

أ- **الألعاب الصغيرة المكيفة:** هي عبارة عن مجموعة متعددة من الألعاب الجري، وألعاب الكرات الصغيرة وألعاب الرشاقة ، وما إلى غير ذلك من الألعاب التي تتميز بطابع السرور والمرح والتنافس مع مرونة قواعدها وقلة أدواتها وسهولة ممارستها.

ب- **الألعاب الرياضية الكبيرة:** وهي الأنشطة الحركية التي تمارس باستخدام الكرة ويمكن تقسيمها طبقا لوجهات نظر مختلفة ألعاب فردية أو زوجية أو جماعية، أو بالنسبة لموسم اللعبة ألعاب شتوية أو صيفية أو تمارس طوال العام.

ج- الرياضات المائية : وهي أنشطة ترويحية تمارس في الماء مثل السباحة، كرة الماء، أو التجديف، اليخوت والزوارق، وتعتبر هذه الأنشطة وخاصة السباحة من أحب ألوان الترويح خاصة في بلادنا.

1-2-2. النشاط الرياضي العلاجي: عرفت الجمعية الأهلية للترويح العلاجي، بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات المكيفة 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 وتعاوناً، ويسهم بمساعدة الوسائل العلاجية الأخرى على تحقيق سرعة الشفاء ، كالسباحة العلاجية التي تستعمل في علاج بعض الأمراض كالربو وشلل الأطفال وحركات إعادة التأهيل.

1-2-3. النشاط الرياضي التنافسي: ويسمى أيضا بالرياضة النخبة أو رياضة المستويات العالية، هي النشاطات الرياضية المرتبطة باللياقة والكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبياً، هدفه الأساسي الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية واسترجاع أقصى حد ممكن للوظائف والعضلات المختلفة للجسم.

1-3-3. أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف:

1-3-1. الأهمية البيولوجية: إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة حيث اجمع 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 (لطفى بركات أحمد، 1984، صفحة 61)، ويؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي، حيث تزداد نحافة الجسم وثقل سمته دون تغيرات تذكر على وزنه

وقد فحص ويلز وزملائه تأثير خمسة شهور من التدريب البدني اليومي 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 (أمين أنور الخولي ، أسامة كمال راتب، 1992، صفحة 150)

1-3-2. الأهمية الاجتماعية : إن مجال الإعاقة 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.

وقد استعرض كوكيلي الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة و الترويج 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 (لطفى بركات أحمد ، صفحة 65).

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 أكدته 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 (لطفى بركات أحمد ، صفحة 44).

1-3-3. 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 للتغير، 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 أن نقول أن هناك مدرستين أساسيتين في الدراسات النفسية ومدرسة التحليل النفسي (سيجموند فرويد)، وتقع أهمية هذه النظرية بالنسبة للرياضة والترفيه أنها تؤكد مبدئين هامين :

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

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 الرضا النفسي والشعور بالأمن والانتماء ، ومما لاشك فيه أن الأنشطة المكيفة تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته من خلاله (حزام محمد رضا القزوني، 1978، صفحة 20).

1-3-4. الأهمية الاقتصادية: لا شك أن الإنتاج يرتبط بمدى كفاءة العامل ومثابرتة على العمل واستعداده النفسي والبدني، وهذا لا يأتي إلا بقضاء أوقات فراغ جيدة في راحة مسلية، وان الاهتمام بالطبقة العاملة في ترويحها 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 الأسبوع (محمد نجيب توفيق، 1967، صفحة 560).

1-3-5. الأهمية التربوية: بالرغم من ان الرياضة والترويح يشملان الأنشطة التلقائية فقد اجمع العلماء على ان

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 ترويجي تكسب الشخص مهارة جديدة لغوية ونحوية، يمكن استخدامها في

المحادثة والمكاتبة مستقبلا .

- **تقوية الذاكرة:** هناك نقاط معينة يتعلمها الشخص أثناء نشاطه الرياضي والترويجي يكون لها اثر فعال على

الذاكرة، على سبيل المثال إذا اشترك الشخص في ألعاب تمثيلية فان 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، وإذا اشتمل البرنامج الترويجي رحلة بالطريق الصحراوي من القاهرة الى الإسكندرية فان المعلومة

تتعلم هنا هي الوقت الذي تستغرقه هذه الرحلة.

- **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.

1-3-6. الأهمية العلاجية: يرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن الرياضة يكاد يكون المجال الوحيد الذي

تتم فيه عملية "التوازن النفسي" حينما تستخدم أوقات فراغنا استخدامها جيدا في الترويح: (تلفزيون، موسيقى،

سينمان رياضة، سياحة) شريطة ألا يكون الهدف منها تمضية وقت الفراغ، كل هذا من شأنه أن يجعل الإنسان أكثر توافقاً مع البيئة وقادراً على الخلق والإبداع .

وقد تعيد الألعاب الرياضية والحركات الحرة توازن الجسم، فهي تخلصه من التوترات العصبية ومن العمل الآلي، وتجعله كائناً أكثر مرحاً وارتياحاً فالبيئة الصناعية وتعقد 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 (حزام محمد رضا القزويني، الصفحات 31-32).

1-4-4. النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف: من الصعب حصر كل الآراء حول مفهوم الترويح 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:

1-4-1. نظرية الطاقة الفائضة (نظرية سينسر وشيلر): تقول هذه النظرية أن الأجسام النشيطة الصحيحة، وخاصة للأطفال، تحتزن أثناء أدائها لوظائفها المختلفة بعض الطاقة العضلية والعصبية التي تتطلب التنفيس الذي ينجم عنه اللعب.

وتشير هذه النظرية إلى أن الكائنات البشرية قد وصلت إلى 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 (محمد عادل خطاب، الصفحات 56-57)

ومن جهة ثانية ان اللعب يخلص الفرد من تعب المتراكم على جسده، ومن تأثيراته العصبية المشحونة من ممارسة واجباته المهنية والاجتماعية، ويعتبر وسيلة ضرورية للتوازن الإنساني النفسي وموافقة مع البيئة التي يعيش فيها (Serac moyenca، 1982، صفحة 163).

1-4-2. 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، فالبت 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.

أما في المجتمعات الصناعية يقول رايت ميلز "R. Mills" يعوض الترويح للفرد ما لم يستطع تحقيقه 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 الهاوي من ممارسة هواياته، فرصة للتعبير عن طاقاته الفكرية وتمييزها يصاحبه في ذلك نوع من الارتياح الداخلي، بعكس الحياة المهنية التي تضمر نمو المواهب والإبداعات عامة وخاصة في مجال العمل الصناعي.

1-4-3. 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 اقدم 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 القرديّة من مراحل تطور الإنسان (د / كمال درويش ، أمين الخولي، 1990، صفحة 227)

1-4-4. نظرية الترويح: يؤكد "جتسي مونس" القيمة المكيفة للعب في هذه النظرية ويفترض في نظريته أن الجسم البشري يحتاج إلى 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 .

كل هذه تقوم بإزالة التعب عن الفرد، وخاصة العامل النفسي، لهذا نجد السفر والرحلات والألعاب الرياضية خير علاج للتخلص من العمل النفسي والضجر الناتجين عن الأماكن الضيقة والمناطق الضيقة ومزعجاتها (F . al & Balle ، 1975 ، صفحة 221)

1-4-5. نظرية الاستجمام: تشبه هذه النظرية إلى حد كبير نظرية الترويح، فهي تذهب إلى أن أسلوب العمل في أيامنا هذه أسلوب شاق وممل، لكثرة استخدام الفضلات الدقيقة للعين واليد، وهذا الأسلوب من العمل يؤدي إلى اضطرابات عصبية إذا لم تتوفر للجهاز البشري وسائل الاستجمام واللعب لتحقيق ذلك .

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

1-4-6. نظرية الغريزة : تفيد هذه النظرية بان البشر 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.

فالطفل لا يستطيع أن 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.

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق توصلنا إلى أن النشاط البدني المكيف يعتبر وسيلة تربوية وعلاجية ووقائية إذا تم استغلالها بصفة منتظمة ومستمرة، إذ يسهم في تكوين شخصية الأفراد من جميع الجوانب، وبالتالي تكوين شخصية متزنة تتميز بالتفاعل الاجتماعي والاستقرار العاطفي والنظرة المتفائلة للحياة، خاصة للأطفال المعاقين والذين تضيق دائرة نشاطهم بسبب مرض أو عجز جسمي.

الفصل الثاني:

داء السكري

تمهيد:

داء السكري هو مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين (هرمون ينظم مستوى السكر في الدم) بكمية كافية أو عندما يعجز جسم الإنسان عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه من أجل امتصاص الجلوكوز من قبل خلايا الجسم، الشيء الذي يجعل الجلوكوز يتراكم في الدم فيؤدي إلى زيادة تركيز نسبة السكر في الدم. على المدى الطويل يمكن أن يؤدي ارتفاع نسبة السكر في الدم إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم ولا سيما القلب والشرايين والعينين والكلي والأعصاب.

2-1. تعريف مرض السكري

هو عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، واضطراباً في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون (s, Nettina, 1996،، صفحة 1303).

وقد عرف على مرض السكري بأنه: "اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، و المسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين" (مختار ع.، 2001، صفحة 09). ويعرف مرض السكري بأنه: "هو اضطراب إقلابي (Trouble métabolique) ناتج إما عن عجز في إفراز هرمون الأنسولين أو عن مقاومة غير عادية في الجسم ضد هذا الهرمون الشيء الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم عن المعدل العادي لتصل إلى ما فوق (1.26 غ/ل) في حالة الصوم (J, Polonovski, 2000، صفحة 240).

2-2. نشأة مرض السكري

عرف مرض السكري منذ نحو ثلاثة آلاف عام وأطلق عليه في القرن الثاني الميلادي كلمة (Diabetes Mellitus)، وهو تعبير لاتيني وتعني كلمة (Diabetes)، تمرير الشيء وكلمة (Mellitus) بمعنى العسل، وهذا إشارة على إدرار كميات كبيرة من البول الحلو، إذ إن مرض السكري حالة يزيد فيها معدل السكر في الدم الجلوكوز" عن حد معين وذلك لقصور في مقدرة الجسم عن الاستفادة من الكربوهيدرات نتيجة لأي سبب. أما بالنسبة لانتشار مرض السكري تبعاً للجنس فأشارت الدراسات أن نسبة الرجال والنساء في التعرض لمرض السكري متساوية تقريباً، وخاصة في الأماكن الحضرية (رضوان ع.، 2002، صفحة 57).

ويعد مرض السكري من أكثر الأمراض انتشارا بين الناس، وتبلغ نسبة الإصابة به نحو (10%) في جميع أنحاء العالم، وسبب هذا المرض إخفاض البنكرياس جزئيا أو كليا في إفراز هرمون الأنسولين مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الجسم أكثر من المستوى الطبيعي (مقبل، 2010، صفحة 29).

وكشف تقرير لمنظمة الصحة العالمية أن نحو (80%) من حالات الوفاة التي تحدث بين مرضى داء السكري، تقع في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط الدخل، وهو ما يعني إما نقص الأدوية اللازمة لعلاج السكري في تلك البلدان، أو عدم مبالاة السكان بخطورة المضاعفات الناجمة عن المرض.

وذكرت المنظمة الأممية في بيان لها بمناسبة الاحتفال ب "اليوم العالمي للسكري"، أن "عدد المصابين بداء السكري في جميع أنحاء العالم حاليا يبلغ حوالي (220) مليون شخص" محذرة من أن ذلك العدد قد يزداد بنسبة تفوق الضعف، بحلول عام (2030)، إذا لم تتخذ الإجراءات للحيلولة دون ذلك (WHO, 2001, 77).

2-3. التفسير العلمي لمرض السكري

إن مكان الخلل في مرض السكري في غدة البنكرياس، والأنسولين هو واحد من الإفرازات التي يفرزها البنكرياس، وأول وظيفة للأنسولين هو أنه يساعد على استخدام الجلوكوز، وعندما تفقد هذه الوظيفة لسبب ما يظهر مرض السكري.

وتؤكد ذلك (Nettina, s, 1996، صفحة 726) التي أشارت إلى أن الخلل الرئيس في مرض السكري هو في نسبة الأنسولين الذي يفرز من البنكرياس، وتلك النسبة تزداد عند تناول الإنسان للوجبات الثقيلة وخاصة المحتوية على سكريات، وفي حالات غياب الطعام فإن نسبة الأنسولين تقل، وفي كلتا الحالتين يجب المحافظة على النسبة الطبيعية للسكر الجلوكوز في الدم.

إن الخلل الذي يحصل في مرض السكري هو واحد من ثلاثة، إما عدم إفراز الأنسولين من البنكرياس كلية، أو نقص إفرازه عن المستوى المطلوب لحاجة الجسم أو أن الأنسولين المفرز من البنكرياس لا يستخدم في خلايا جسم الإنسان لأي سبب كان (رضوان ع.، 2002، صفحة 57).

2-3-1. غدة البنكرياس وهرمون الأنسولين :

غدة البنكرياس هي المسؤولة عن إفراز الأنسولين وهي إحدى الغدد مزدوجة العنبر، قنوية ولا قنوية، والتي تحدد نسبة إفرازها للأنسولين حسب وضع الجسم ويتدخل العصب الحائر في تكييف ما يلزم إفرازه من الأنسولين للجسم.

وغدة البنكرياس يبلغ طولها (14-18 سم) وتمتد أعلى البطن على شكل منشور فوق الأثني عشرية من الأمعاء الدقيقة وراء المعدة مباشرة.

2-3-2. هرمون الأنسولين:

الأنسولين هو هرمون بروتيني الأصل تفرزه خلايا بيتا في البنكرياس، ويتأثر إفراز الأنسولين بالزيادة أو النقصان استجابة لعدة أمور منها، زيادة إفراز هرمونات خاصة مثل: الأدرينالين وهرمون النمو وغيرها، فهي تؤدي إلى زيادة احتياج الإنسان للأنسولين، وكذلك الاضطرابات الانفعالية، وأيضا السمنة تتطلب زيادة إفراز الأنسولين، أما المجهود العضلي والحمية الغذائية فهما يقللان من إفراز الأنسولين.

2-3-3. وظيفة هرمون الأنسولين:

أهمية الأنسولين في عملية الأيض اللازمة للكربوهيدرات إذ يستفيد الإنسان من الكربوهيدرات لتزويد الجسم بالحرارة والطاقة اللازمة للقيام بالجهد المطلوب منه (مقبل، 2010، صفحة 30).

ويساعد في تحويل الأحماض الدهنية وهي من نواتج الهضم إلى شحوم تختزن في الأنسجة الدهنية بالجسم. ويساعد في تحويل الأحماض الأمينية إلى بروتينات وهي المواد التي تعد دعامة أساسية في بناء الأنسجة والخلايا وفي نموها يزداد حجم العضلات.

ولا يستطيع السكر (الجلوكوز) في الحالة الطبيعية الدخول إلى الخلايا إلا بوجود هرمون الأنسولين فإذا نقص هرمون الأنسولين تراكم السكر (الجلوكوز) في الدم.

مما سبق يتضح مدى أهمية البنكرياس وهرمون الأنسولين المفرز منه والذي يلعب دوراً أساسية في تنظيم نسبة الجلوكوز في الدم وعلى هذا فإن أي خلل يحصل في تلك العملية سيلعب دوراً هاماً في إحداث مرض السكري أو في زيادة أعراضه ومضاعفاته مستقبلاً.

2-4. أنواع مرض السكري

يشير (هاشم وباشا، 1988، 145-148) إلى نوعين من مرض السكري من حيث اعتماده على الأنسولين وهما:

2-4-1. النوع الأول: ويسمى المعتمد على الأنسولين:

حيث إنه لا يوجد أنسولين يفرز من خلال البنكرياس، وسببه عادة تدمير خلايا بيتا الموجودة في البنكرياس والتي تصنع وتفرز الأنسولين، وسكري النوع الأول معظم مرضاه من الأطفال والشباب صغار السن، وعادة يبدأ هذا النوع بين (11-13) سنة ويظهر بشكل طارئ بأعراض شديدة كالغثيان والقيء، والجفاف الحاد ومنهم من يصاب في البداية بزيادة الحموضة في الدم.

ويتم تشخيص داء السكري المعتمد على الأنسولين تبعاً للمعايير التي اعتمدها الجمعية الأمريكية لمرض السكري (ADA) (American Diabetes Association) (الزهراني، 2006، صفحة 13)، أو المعايير المحددة في تقرير منظمة الصحة العالمية (World Health Organization).

2-4-2. النوع الثاني: (غير المعتمد على الأنسولين):

في هذا المرض يحدث أن تفتشل خلايا الجسم في امتصاص سكر الغلوكوز من الدم، فيتراكم هذا السكر في السائل الدموي بكميات كبيرة بدلا من دخوله إلى خلايا الجسم لمدها بالطاقة الحيوية اللازمة لتقوم بوظائفها الطبيعية، فاستمرار قدرة الخلايا على الحياة الطبيعية يعني الصحة واستمرار الحياة الطبيعية.

2-5. مسببات مرض السكري

إن عوامل حدوث النمط الأول من السكري ما زالت غير مفهومة بشكل كامل، فهناك عوامل متعددة يمكن أن تؤدي إلى حدوثه، ومن أهم هذه العوامل:

- **عامل المناعة:** يعد النمط الأول من داء السكري أحد الأمراض المناعية، إذ يقوم الجهاز المناعي بإنتاج مادة كيميائية مناعية تسمى (Cytokines) وتركيبية هذه المادة تكون محددة، لمهاجمة تركيبية أو جسم محدد فقط، لكن لسبب غير معروف لا تستطيع تعرف خلايا البنكرياس المعروفة باسم (Beta cells) ومن ثم تقوم بمهاجمتها بشكل تدريجي ومتسارع، وقد تستغرق هذه العملية، إلى حين ظهور الأعراض المرضية أشهراً أو سنوات قبل أن يحس الشخص، وحتى تظهر الأعراض فإن

(80-90%) من خلايا البنكرياس يكون قد مر نهائية (الحميد، 2007، صفحة 15).

- **العوامل الوراثية:** كما ذكر سابقاً بأنه يعتقد بأن النمط الأول من داء السكري يحفز نوع ما من الإلتان (فيروسية بالأساس) أو أنواع أخرى من المحفزات على نطاق ضيق مثل الضغط النفسي أو الإجهاد والتعرض

للمؤثرات البيئية المحيطة (مثل: التعرض لبعض المواد الكيميائية أو الأدوية)، وتلعب بعض العناصر الجينية دوراً في استجابة الفرد لهذه المحفزات، وقد تم تتبع هذه العناصر الجينية فوجد أنها أنواع متعلقة بتوجيه كريات الدم البيضاء لأي أجسام مضادة موجودة في الجسم (أي إنها جينات يعتمد عليها الجهاز المناعي لتحديد خلايا الجسم التي لا يجب مهاجمتها من الأجسام التي يجب مهاجمتها) وعلى الرغم من ذلك فإنه حتى بالنسبة لأولئك الذين ورثوا هذه القابلية للإصابة بالمرض يجب التعرض لمحفز من البيئة المحيطة للإصابة بالمرض (وفائي، 2005، صفحة 34).

- الأدوية والهرمونات التي تؤثر سلباً على الإنسولين وإفرازه.
- الإلتانات الفيروسية: يمكن أن تكون أحد الأسباب المهمة لحدوث النمط الأول من داء السكري، وخصوصاً لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي، وتعمل تلك الفيروسات كعوامل مثيرة أو مساعدة، فعند حدوث الإلتان الفيروسي يقوم الجهاز المناعي بالتعرف عليها كجسم غريب، فيقوم بتكوين الأجسام المضادة المناسبة للقضاء عليها، ولكن لسبب غير معروف فإن تركيبة هذا الفيروس من البروتينات تشبه تركيبة خلايا البنكرياس المعروفة باسم (Beta cells) ولكن الجهاز المناعي لا يتعرف الفرق بينهما، فيقوم بمهاجمة الفيروس كما يقوم في الوقت نفسه بمهاجمة خلايا البنكرياس، وحتى عند انتهاء الإلتان الفيروسي فإن الجهاز المناعي يستمر في إنتاج المضادات، ومن ثم يستمر تدمير خلايا البنكرياس حتى يتم القضاء عليها تماماً، وهناك عدة فيروسات متورطة منها النكاف وفيروس كوكسكي والحصبة الألمانية (ديفيد سون، 2009، 332).

- الحساسية من الحليب البقري : أظهرت إحدى الدراسات أن الأطفال الذين تم تغذيتهم عن طريق شرب حليب البقرة، خلال ثمانية الأيام الأولى من الولادة، كانوا أكثر عرضة للإصابة بالنمط الأول من داء السكري، بما يعادل مرة ونصف مقارنة بأولئك الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية من حليب الأم، وقد يكون السبب في ذلك احتواء حليب الأم على مكونات قد تساعد في تنظيم الجهاز المناعي، وبالتالي تمنع الإصابة بالسكري

عند أولئك الأطفال، ولما كانت معدة الأطفال الرضع لا تستطيع هضم الأطعمة بما فيها البروتينات بصورة جيدة، فإن البروتينات الكبيرة غير المهضومة تمر عبر جدران الأمعاء إلى الدم، ويعد الجسم مثل هذه البروتينات ومنها "بروتين مصلى حليب البقر (BSA) مواد غريبة فيقوم بإفراز الأجسام المضادة لمهاجمتها، وقد يحصل خطأ في تعرف خلايا بيتا، فتقوم تلك الأجسام المضادة بمهاجمتها لأنها تشبه بروتين (BSA) وتدمرها، وعلى العموم هناك دراسات تعمل للتحقق من وجود علاقة حقيقية بين حليب الأبقار وداء السكري من النمط الأول (الحميد، 2007، صفحة 17).

2-6. مضاعفات مرض السكري

تحدث مضاعفات مرض السكري لدى نسبة كبيرة من المرضى ولكن بدرجات متفاوتة وتلعب في حدوثها عدة أمور منها تاريخ المرض أو عدد سنوات الإصابة به، وعدم الالتزام بالوصفات العلاجية والزيادة في تناول النشويات. ولقد حدد (الجدية، 1993، صفحة 10) تلك المضاعفات حسب توصيات منظمة الصحة العالمية وتشمل:

- مضاعفات حادة تنتج عن تدهور مفاجئ لمريض السكري مثل: غيبوبة السكر وارتفاع.

- السكر الحاد.

مضاعفات مزمنة: تكون بعد فترة من حدوث المرض وهي:

(1) التغيرات على الأوعية الدموية.

(2) التغيرات على الجهاز العصبي.

(3) التغيرات على عمل الكليتين.

هذه المضاعفات أيضاً تثبيط المناعة وترسيب الخلايا الدهنية حول جفون العين.

إن مرضى السكري الذين لا يحافظون على اعتدال مستوى السكر الجلوكوز في الدم لديهم، أشد عرضة لحدوث أمراض القلب وأمراض الأعصاب والفشل الكلوي وارتفاع ضغط الدم، وأمراض العيون.

وللمضاعفات السابقة حدوث اضطرابات عصبية مثل: الضعف العضلي والهزال العام، والحكة وكثرة الإصابة بأمراض الجلد الفطرية واضطراب الوظائف الجنسية خاصة لدى الرجال ما يعادل نسبة (50%) من المرضى وسبب ذلك تصلب الشرايين الحوضية وتؤكد على ذلك دراسة (Siu et al., 2001) التي أظهرت نسبة (63.6%) من مرضى السكري من فئة الرجال يعانون أعراض القصور الجنسي، كما أشارت دراسة (Rubin, 1998 & Peyrot) أن مضاعفات مرض السكري تختلف لدى الرجال عن النساء وأن الرجال لديهم القدرة على التعايش مع المرض أكثر من النساء، والمضاعفات لديهم أقل حدة من النساء، وأنها تحدث في مراحل متقدمة من تاريخ المرض.

وهنا لا بد من الإشارة على أنه كلما زادت مضاعفات المرض حدة زاد تأثيرها السلبي على صحة المريض، وقل ذلك من مستوى توافقه مع مرضه مستقبلا والعكس صحيح (رضوان، 2008، صفحة 63).

2-7. علاج مرض السكري.

من المتعارف عليه أنه لا يوجد علاج شاف لمرض السكري، وهدف الإجراءات العلاجية المتبعة إنما هي للتخفيف من وطأة أعراض المرض وللتقليل من المضاعفات المحتمل حدوثها فيما بعد، ويشير (الزطمة، 1985، 7) إلى أن أول خطوة في علاج مرض السكري يجب أن تتجه إلى توعية المرضى وتثقيفهم عن مرض السكري وأعراضه ومضاعفاته الحادة والمزمنة.

ومن الإجراءات العلاجية لمرض السكري ما حددته:

➤ تعريف المريض بالحمية الغذائية وأهميتها في تخفيف حدة المرض ومضاعفاته وذلك من ناحية كمية الغذاء ونوعيته.

➤ الرياضة الجسمية المنتظمة والخفيفة وأفضلها رياضة المشي.

➤ إعطاء العلاجات المتمثلة بالأقراص عن طريق الفم أو حقن الأنسولين وتعليم المريض خصائص

كل علاج وأهميته لمرض السكري.

➤ الاعتناء بالنظافة الشخصية.

➤ إرشاد المرضى إلى ضرورة مراجعة الطبيب المختص لمراقبة السكري وفعالية العلاج.

ويضيف ريتشارد وآخرون (Richard, S، 1995، صفحة 263) إلى الإرشادات السابقة ما يلي:

➤ على المريض أن يتعرف مرضه ويتعرف ما ينفعه وما يضره.

➤ الابتعاد عن القلق قدر الإمكان.

➤ الاعتماد على النفس وعدم الاعتماد على الآخرين في تنظيم مستوى السكر الجلوكوز في الدم.

➤ التعامل بواقعية مع المرض ومع الناس

2-7-1. التعامل مع مرض السكري:

في النوع الأول والنوع الثاني من مرض السكري، فإن الهدف من علاج السكري هو الحصول على مستويات

الجلوكوز في الدم أقرب ما يمكن إلى الهدف.

▪ **لمرضى السكري من النوع (1):** حقن الأنسولين كل يوم بالإضافة إلى اتباع نمط حياة صحي.

▪ **لمرضى السكري من النوع (2):** الطعام الصحي والنشاط البدني المنتظم وقد يكون هذا هو كل ما هو

مطلوب في البداية، وأحياناً أقراص أو الأنسولين في وقت لاحق.

ومن الناحية المثالية يجب الاحتفاظ بمستويات الجلوكوز في الدم بحيث تبقى أقرب ما يمكن إلى الهدف. وهذا سيساعد على منع الآثار قصيرة الأجل المستويات الجلوكوز المنخفضة جدا أو المرتفعة جدا في الدم، وكذلك المشكلات طويلة الأجل التي يمكن أن تؤثر على العينين والكليتين والأعصاب.

وعلى هذا ينبغي حفظ ضغط الدم والكوليسترول ضمن النطاقات الموصى بها يساعد على منع المشاكل مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية.

2-7-2. علامات السيطرة على مرض السكري :

1. أن يشعر المريض بأنه في صحة جيدة.
2. أن يستطيع المريض المحافظة على وزن عادي مع استعمال غذاء صحي ومتوازن.
3. أن تكون الفحوصات المخبرية لسكر الدم في الحدود الطبيعية.
4. خلو بول المريض من السكر.

2-8. الاستجابات النفسية لدى المصابين بداء السكري :

2-8-1. العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكر:

وتوجد عوامل أو اضطرابات نفسية ذات علاقة بمرض السكري، مثل: الاكتئاب، القلق والضغط النفسية، والتوافق النفسي وقوة الأنا، كما أن ما يصيب الإنسان من أمراض حادة أو مزمنة أو إعاقات، لا يؤثر في الناحية الجسدية فقط إنما في نواح مختلفة منها النفسية، العقلية، المعرفية، والانفعالية والاجتماعية (فيوليت، 2004، صفحة 72).

2-8-2. مرض السكري و الضغوط النفسية:

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين الأشخاص ذوي الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة، والاكتئاب كاضطراب نفسي أحيانا يعوق التشخيص الطبي لهؤلاء المرضى إذ إن علاج الأمراض النفسية والجسمية باستخدام الأدوية يمكن أن يتداخل (الطيب، 1994، صفحة 422) والاكتئاب كمرض نفسي يحدث نتيجة بعض الأحداث المؤلمة والقلق، وتقل قدرة الفرد على مجاراة الحياة اليومية وصعوبة التركيز وسرعة الإنهاك، وتزيد هذه الأعراض عند مرضى الأمراض المزمنة، وقد أوضح روث (Roth, D, 1983، صفحة 176) أن الاكتئاب المرتبط بمرض عضوي كالسكري تتداخل فيه الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية.

وقد حاول الباحثون أن يحددوا ما إذا كان مرض السكري يؤدي إلى الاكتئاب أم العكس، فأشار جاكسون (Jacobson, A.M, 1993، صفحة 621) إلى أن وجود الاكتئاب لدى مرضى السكري يجعل مضاعفات المرض أكثر، ويجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف، ومن الممكن أن يؤدي عدم التحكم في الجلوكوز إلى تطور الاكتئاب فالعلاقة تعد ثنائية الاتجاه أي أن الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر والعكس، وأيضا وضع (Jacobson, A.M, 1993، صفحة 623) أن الانتشار المتزايد للاكتئاب عند مرضى السكري لا يكون بسبب الإصابة بالمرض فقط ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد بسبب وجود مرض مزمن مدى الحياة، | وعند عقد مقارنة في دراسته بين عينة من مرضى السكري وعينة من ذوي الأمراض المزمنة الأخرى كالقلب والرئة وجد أن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري متقارب مع معدل المرضى الآخرين، وتؤكد دراسة (2001 Snok & Pouwer) في نتائجها، أن العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والسكري وجدت في كل ثلاث حالات من أربعة، وأن هذه العلاقة أقوى لدى النساء، وكذلك دراسة (Lloyd 2000) وضحت انتشار أعراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى السكري، وأن أعراض الاكتئاب كانت عند الذكور مرتفعة أكثر من الإناث.

وهناك دراسات أخرى وضحت مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري كدراسة (Guvard, 1993 & Lustman)، اللذين قاما بتحليل عشرين دراسة لتحديد مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري، وأظهرت

النتائج أن معدل انتشاره ظهر من خلال المقابلات التشخيصية مع مجموعات المرضى كان (27.3%) بمتوسط (0.14) في الدراسات التي احتوت على مجموعات ضابطة، وفي الدراسات التي لم تحتو على مجموعات ضابطة وصل معدله (19.9%) وهذا المعدل هو الأقل من

نوعه في الدراسات الخاصة بفئة مرضى السكري، وأيضا وجدوا أن زيادة معدل الاكتئاب لدى مرضى السكري ذات صلة بالأعراض الجسمية وخطورة الانتشار ذات تأثير سلبي على كفاءة حياة المرضى وكيفية مواجهتهم للمرض.

وأثبتت دراسة روي (Roy & Roy, 1994) أن الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية، تظهر أكثر بين مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين وقد تبين ذلك من خلال مقارنة مجموعة من مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين مع مجموعة أصحاء وتطبيق مقياس بيك، وكانت درجة الاكتئاب عند مرضى السكري أعلى من الأصحاء.

طبيعة مرض السكري كمرض مزمن تجعل انتشار الاكتئاب واضطرابات نفسية أخرى أكبر، إذ يعاني المريض وبصورة يومية من أعراض متنوعة ومن حقن الأنسولين وأخذ العلاج، وإتباع نظام غذائي الأمر الذي يؤثر عليهم على المدى الطويل.

خلاصة الفصل:

ترتبط الصحة النفسية ارتباطاً وثيقاً بالإصابة بمرض السكري، ومع ضغوطات الحياة المستمرة من الصعب السيطرة على القلق والتوتر، ولكن للتوتر والقلق تأثير أكبر على مريض السكري وصحته، كما كشفت الدراسات على ان أن المصابين بمرض السكري يواجهون احتمالية أعلى من عامة السكان الذين يعانون من القلق، وترتبط الحالة النفسية بالسكري ارتباطاً وثيقاً، فكل منهما يؤثر على الآخر خاصة في ظل الضغوط اليومية، ما يعرض المريض لنوبات مستمرة من القلق.

الفصل الثالث:

القلق

تمهيد:

إن القلق هو استجابة طبيعية للتهديد أو الشدّة النفسية، وللقلق الطبيعي جذوره في الخوف، وهو يؤدي وظيفة البقاء على قيد الحياة المهمّة، فعندما يواجه شخصٌ ما وضعًا خطيرًا، يحفز القلق استجابة المواجهة أو الفرار، وفي هذه الاستجابة، تمدّ مجموعة متنوّعة من التغيّرات الجسدية، مثل زيادة تدفق الدم إلى القلب والعضلات، الجسم بما يلزم من الطاقة والقوة للتعامل مع الحالات التي تهدد الحياة، وتعدّ اضطرابات القلق أكثر شيوعًا من أيّ فئة أخرى من اضطرابات الصحّة النفسيّة، ويمكن أن يستمرّ القلق الكبير لسنوات، ويبدأ بالشعور بأنّ المريض طبيعي، ولهذا السبب ولأسبابٍ أخرى، لا يجري تشخيص اضطرابات القلق أو معالجتها غالبًا، وفيما يلي سنتطرق في هذا الفصل إلى موضوع القلق محاولينا الإلمام بكل جوانبه.

3-1. تعريف القلق:

يعرف (زهران، 2001، صفحة 484) القلق بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها سبب غامض، وأعراض نفسية وجسدية، وعرفه (سامي، 2001، صفحة 323) على أنه شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والقلق والتحفز، ويصاحبه في العادة بعض الإحساسات الجسدية مجهولة المصدر، كزيادة ضغط الدم وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق.

كما يرى (رضوان س.، 2002، صفحة 232) أن القلق هو ناتج عن ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن فقدان أو الفشل الواقعي، حيث يشعر الفرد بالتهديد جراء هذا فقدان أو الفشل. وعرفه (عكاشة، 2003، صفحة 134).

بأنه شعور غامض غير سار مملوء بالتوقع والخوف والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسدية تأتي على شكل نوبات متكررة من نفس الفرد وعرفه أيضا (السيد، 2001، صفحة 10) بأنه شعور غامض غير سار فيه توجس وخوف وتوتر وتحفز، مصحوب ببعض الإحساسات الجسدية كضيق النفس والشعور بنبض القلب الخ... في حين يرى (فراج، 2006، صفحة 219) أن القلق هو شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث، والقلق استجابة لتهديد غير محدد كثيرا ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر علم الأمن والنزاعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس، وفي الحالتين يهيئ الجسم إمكانياته لمواجهة التهديد، فتتوتر العضلات، ويتسارع النفس ونبضات القلب.

وعلى الرغم من اختلاف الباحثين في تعريف القلق وتنوع تفسيراتهم له، إلا أنهم اتفقوا على أن القلق شعور مبهم غير سار مرتبط باستجابات جسدية وانفعالية ومعرفية، وهو نقطة بداية الاضطرابات السلوكية وله تأثير على صحة الفرد وإنتاجيته.

3-2. أنواع القلق:

هناك خمسة أنواع رئيسية للقلق تتمثل في:

3-2-1. القلق الموضوعي:

يرى (مصطفى، 2000، صفحة 12) أن القلق الموضوعي هو عبارة عن رد فعل الإدراك خطر خارجي يتوقعه الفرد أو يشعر به أو يراه مقدمة كما هو الحال في قلق التلميذ المتعلق بالتحصيل مثلاً، أو قلق الفرد المتعلق بالنجاح في عمل جديد، والقلق الموضوعي خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد، إذ أن إدراك الفرد لوجود الخطر هو ما يثير القلق لدى الفرد.

3-2-2. القلق العام:

يرى (كفاني، 1990، صفحة 237) بأن القلق النفسي العام هو بمثابة استعداد لدى الفرد يؤدي إلى معاناة من القلق الوجداني، إذا ما تعرض لخطر خارجي يدركه، ويعتبره عرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى، وهو يكون نابع لحدث سابق له من اضطرابات أخرى، وهذا النوع من القلق يتخلل جوانب عديدة ومختلفة من حياة الفرد وهو غير محدد الموضوع والمجال، ولكنه يمكن أن يكون محددة بمجال معين.

3-2-3. القلق الخلفي والإحساس بالذنب:

إن هذا النوع من القلق ينشأ عندما تكون الأنا الأعلى مصدر الخطر أو التهديد، وذلك عندما يقترف الفرد أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى، ومصدر هذا القلق داخلي كامن في تركيب الشخصية كما هو في القلق العصبي، فهو صراع داخل النفس، وليس صراعاً بين الشخص والعالم الخارجي (الهابط، 1999، صفحة 83).

3-2-4. القلق العصابي (المرضي):

يرى (محمد، 1993، صفحة 288) أن القلق العصابي هو القلق الذي يكون مصدره داخليا ذو أسباب لا شعورية مجهولة بدون وجود مبرر لها، ويتسم القلق العصابي بأنه قلق شديد لا تتضح معالم المثيرات التي ينشأ عنها ويظهر على شكل خوف من المجهول، ويلجأ صاحبه لإلقاء اللوم على أكثر من مؤثر بدون وجود صلة واضحة أو واقعية بين القلق والمثير، والقلق العصابي يمكن أن يكون حالة عامة يتكرر حدوثها، ويمكن أن يأخذ ردود خوف مرضية، ويمكن أن يكون في حالة من الشعور بالتهديد المرافق للاضطرابات النفسية المستيريا مثلا.

3-2-5. القلق الموقفي (الخاص):

و يطلق على هذا النوع من القلق بالقلق محدد الموضوع ويسمي القلق الخاص باسم المجال أو الموضوع أو الموقف الذي يرتبط به مثل قلق الامتحان وقلق الانفصال (زهرا، 2001، صفحة 74) ويتميز هذا النوع من القلق بعدد من الخصائص منها:

- ✓ شعور الفرد بأن الموقف يتميز بالصعوبة أو التحدي بالنسبة له.
- ✓ يرى الفرد نفسه بأنه غير كفء أو غير قادر على مجابهة هذا الموقف أو مواجهته.
- ✓ يتوقع الفرد الفشل من وجهة نظر الآخرين الذي قد يخضع سلوكه لملاحظة أو مراقبة من جانبهم.
- ✓ يتبع الفرد خلال الموقف اتباعا غير صحيح أو غير مرغوب فيه أو على الأقل غير مناسب للمعتاد إتباعه في ظل هذا الموقف (الحسين، 2002، صفحة 269).

3-3. النظرية الحديثة للقلق :

3-3-1. القلق سمة والقلق حالة:

شهدت بداية الخمسينيات من القرن الحالي التمييز بين نوعي القلق كحالة وكسمة، و قد توصل كاتل) من خلال دراسته العاملية التي قام بها الى وجود عاملين واضحين للقلق هما قلق السمة و قلق الحالة. ودعم (سبيل برجر) 1966 هذا المفهوم و قدم نظرية القلق كحالة و كسمة.

ويعرف قلق الحالة بأنه " حالة إنفعالية ذاتية يشعر بها الفرد بالخوف و التوتر، و يمكن أن تتغير هذه الحالة في شدتها من وقت الى آخر" في حين يعرف قلق السمة بأنه " استعداد الفرد الإدراك مواقف معينة مهددة له، والاستجابة لهذه المواقف بمستويات مختلفة من حالة القلق ". و يمكن تشبيه العلاقة بين القلق السمة وقلق الحالة بالعلاقة بين الطاقة الكامنة والطاقة الحركية، إذ يشير قلق السمة مثل طاقة الوضع إلى الاستعداد الكامن لحدوث الاستجابة المعينة إذا أثرت بمثير مناسب، كما يشير قلق الحالة مثل الطاقة الحركية إلى الاستجابة " رد الفعل " التي تحدث الآن وبمستوى معين من الشدة.

هذا من المتوقع أن يدرك الأفراد المتميزون بالمستوى العالي بسمة القلق اغلب المواقف على إنها مهددة لهم، ومن المتوقع استجابتهم بمستويات مرتفعة الشدة من قلق الحالة أكثر من الأفراد الذين يتميزون بمستوى منخفض في سمة القلق، وهناك بعض الافتراضات التي اعتمدها (سبيل برجز) في بناء نظرية قلق الحالة و قلق السمة (راتب، 2000، صفحة 160).

- إن حدوث مثير خارجي أو داخلي يدركه الفرد من خلال ميكانيزمات الإدراك والتوصل الحسي على انه مهدد له يؤدي إلى حدوث رد فعل في حالة القلق ، وان ارتفاع درجة حالة القلق يمثل خبرة غير سارة.
- إن زيادة درجة إدراك المثير بوصفه مهددة ، ويؤدي إلى ارتفاع درجة الشدة من حالة القلق.

■ إن زيادة مدة إدراك الشخص للمثير بوصفه مهددة يؤدي إلى زيادة مدة رد فعل حالة القلق.

إن الأفراد الذين يتميزون بمستويات مرتفعة من سمة القلق يدركون أغلب المواقف على إنها مهددة لهم ، ويستجيبون لها باستجابات مرتفعة الشدة من حالة القلق ، وذلك على نحو أكثر من الأفراد ذوي سمة القلق المنخفض ، هذا وتدل البراهين على إن المواقف التي تتضمن فشلا كبيرة ، أو تهديدا نحو تقدير الذات تعد مصادر اشد تأثيرا في الفرد مقارنة بالمواقف التي تتضمن ضررة جسيمة . إن المستويات المرتفعة من حالة القلق ترتبط بخصائص المثير والحافز ، وقد تظهر هذه المستويات المرتفعة في سلوك الفرد ، أو قد تقوم العمليات الدفاعية النفسية بدور فعال في اختزالها في الخبرة السابقة للفرد (علاوي، 1998، صفحة 38) .

3-3-2. نظرية القلق المتعدد الأبعاد:

أشارت بعض المراجع "ليبرت و موريس " 1967 الى أنه في مجالات و دراسات و بحوث قلق الاختبار (قلق

الإمتحان النظري) تم التوصل الى وجود بعدين منفصلين للقلق هما:

أ/ **القلق المعرفي**: يقصد به الوعي الشعوري بالانفعالات غير السارة.

ب/ **القلق البدني**: يقصد به إدراك الاستثارة أو التنشيط الفيسيولوجي.

و من ناحية أخرى أشار " بور كوفك " 1976 الى أن القلق يمكن النظر اليه على أنه ليس بعبء واحدة ولكنه

يتميز بوجود ثلاث أبعاد فرعية:

أ/ **القلق المعرفي**: يقصد به الانزعاج أو الهم بالنسبة للأداء، وعدم القدرة على التركيز وتشتت الانتباه.

ب/ **القلق البدني**: ويقصد به إدراك الأعراض الجسمية لنشاط الجهاز العصبي اللاإرادي كالأم في المعدة وتصبب

العرق وارتعاش الأطراف وزيادة معدل ضربات القلب.

ج/ تغيرات سلوكية ظاهرة: أو مكونات سلوكية للقلق مثل تغيرات الوجه والتغيرات في أنماط العلاقة مع الآخرين. وفي إطار هذه المفاهيم قام " شيبيل برجز " 1980 بتصميم قائمة لقياس الفروق الفردية في قلق الإمتحان من حيث أنها سمة شخصية في موقف نوعي (موقف الإمتحان النظري) للتعرف على الأعراض الخاصة بالقلق قبل الإمتحان وأثنائه وبعده بالإضافة إلى قياس الفروق الفردية في النزعة للقلق (الاستهداف للقلق) في موقف الإمتحان وتتضمن القائمة بعدين هما:

أ/ القلق المعرفي (الإنزعاج أو الهم): ويقصد به الإهتمام المعرفي بعواقب أو نتائج الفشل في الإمتحان.
 ب/ الإنفعالية أو سهولة الإنفعال: ويقصد بها إستجابات الجهاز العصبي التي تظهر نتيجة التقييم الضبط العصبي الذي يشعر به الفرد (القلق البدني).

3-4. مستويات القلق:

ليس من الغريب أن نقول بان القلق يقترن بالحياة. فأينما وجدت الحياة وجد القلق، ويختلف نوع القلق من مرحلة إلى أخرى من مراحل العمر، كذلك مستوى القلق وتأثيره، وعلى الرغم من عدم وجود فاصل بين درجات القلق المختلفة يمكن تقسيم مستويات القلق الى ثلاثة أقسام هي:

3-4-1. المستوى الواطيء:

إن درجة معينة من القلق تعد ضرورة تساعد في الاستعداد لمجابهة متطلبات الحياة، إن هذا النوع من القلق المنخفض الذي يعمل عمل الدافع المنشط يسمى أحيانا (القلق الميسر) أي القلق المفيد الذي يزيد استعداد الفرد لمجابهة الظروف الداخلية دون الحد من قدرته على السيطرة التامة على سلوكه (علاوي، 1998، صفحة 27).

3-4-2. المستوى المتوسط:

في بعض الأحيان يزداد مستوى القلق إلى الحد الذي يؤثر سلباً في الأداء. ففي هذا المستوى يفقد الرياضي جزءاً من قدراته على السيطرة إذ يصبح أقل قدرة على السيطرة إذ يفقد السلوك مرونته ويستوي الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة ويحتاج الفرد إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة.

3-4-3. المستوى العالي:

عندما يصل القلق إلى المستوى العالي تبدأ الآثار السلبية واضحة في سلوك الرياضي وأدائه فيفقد الرياضي قدرته على التركيز وتكثر أخطاؤه ويتصف سلوكه بالعصبية الشديدة، إن الرياضي الذي ينتابه القلق العالي يتصف بالحركات القوية السريعة التي تفتقر إلى الإتقان كما انه يبذل طاقة عالية دون مبرر تؤدي إلى تعبته في وقت مبكر (لويس، 2002، الصفحات 206-207).

3-5. عوامل التي تزيد خطر الإصابة بالقلق:

- ✓ الصدمة. يكون الأطفال الذين قد تحمّلوا الإيذاء أو الصدمة أو قد شهدوا أحداثاً صادمة، أكثر عُرضةً للإصابة باضطراب القلق في نقطة ما في حياتهم. ويمكن أن تصيب اضطرابات القلق الأشخاص البالغين الذين قد تعرّضوا لحدث صدمة آخر.
- ✓ الضغط العصبي بسبب المرض. يمكن أن تتسبب الإصابة بحالة صحية أو مرض خطير في الشعور بالقلق الشديد إزاء أمورٍ مثل العلاج والمستقبل.
- ✓ تراكم الضغط العصبي. قد ينتج القلق المفرط عن وقوع حدث كبير أو بتراكم من مواقف حياتية أصغر تتسبب في الضغط العصبي، كوفاة فرد من العائلة، أو الشعور بالضغط العصبي بسبب العمل أو الشعور الدائم بالقلق بسبب الأحوال المالية.

- ✓ الشخصية. هناك أنواع معينة من الشخصيات تكون أكثر عُرضة للإصابة باضطرابات القلق عن غيرها.
- ✓ اضطرابات الصحة العقلية الأخرى. عادةً ما يُصاب أصحاب اضطرابات الصحة العقلية، مثل الاكتئاب، باضطراب القلق أيضاً.
- ✓ وجود أقارب بالدم لديهم اضطراب القلق. يمكن أن تُورث اضطرابات القلق.
- ✓ المخدرات أو المشروبات الكحولية. يمكن أن يؤدي تعاطي المخدرات أو الكحوليات أو سوء استخدامها أو الانسحاب عنها إلى الإصابة باضطراب القلق أو زيادته سوءاً (mayoclinic، 2022).

3-6. معايير تشخيص القلق:

- ✓ وجود صعوبة بالغة في التصدي لحالة الخوف والقلق من قبل المريض.
- ✓ استمرار الشعور باضطراب الخوف والقلق لمدة لا تقل عن ستة اشهر على اقل تقدير وبصفة دائمة حتى نقول ان هذا المريض يعاني من اضطراب القلق النفسي.
- ✓ إحساس المريض بحالة ضيق شديد في مجريات اموره الحياتية بسبب وجود حالة القلق المستمر.
- ✓ أن يكون الإحساس بالقلق ليس ناجماً عن وجود حالات أخرى مثل تعاطي مواد مخدرة أو غير ذلك.
- ✓ ان يصاحب الإحساس بالقلق عدة اشياء اخرى مثل وجود عدم التركيز لدى المريض ووجود انقباضات وانبساطات في العضلات والتوتر الزائد والعصبية واضطرابات في النوم.

3-7. اعراض القلق

تختلف حدة أعراض القلق من شخص إلى آخر، إذ تتراوح بين الكوابيس والأحلام المزعجة إلى تسارع ضربات القلب مروراً بالآلام المعدة، لكن تعد الأعراض التالية الأكثر انتشاراً:

- ✓ الذعر والخوف والتوتر.
- ✓ الشعور بالخطر وانعدام الأمان.

- ✓ مشكلات النوم، مثل النوم المتقطع والأحلام المفزعة.
- ✓ الشعور بالخدر في اليدين والقدمين وتعرقهما وبرودتهما.
- ✓ ضيق التنفس، أو فرط التنفس (تسارع التنفس أو تسرع النفس) في حالات أخرى.
- ✓ تسارع ضربات القلب.
- ✓ جفاف الفم.
- ✓ الغثيان.
- ✓ الدوخة.
- ✓ قلة التركيز.
- ✓ تجنب الأماكن المخيفة باستمرار.
- ✓ كثرة التفكير في المشكلات.
- ✓ توتر وانقباض العضلات (altibbi.com، 2022).

3-8. أعراض نوبات القلق

نوبات القلق هي خوف حاد تحدث تدريجياً وصولاً إلى ذروتها مع اقتراب الحدث المقلق أو المخيف، وتختلف أعراض تلك النوبات من شخص إلى آخر، ويعد أكثرها انتشاراً ما يلي:

- ✓ الدوار والإغماء.
- ✓ ضيق التنفس.
- ✓ القشعريرة.
- ✓ جفاف الحلق.
- ✓ التعرق (altibbi.com، 2022).

3-9. علاقة القلق بمرض السكري:

هناك واحد من كل أربعة مرضى بالسكري يعاني من مظاهر القلق والاكتئاب بشكل متكرر، يتناسب انخفاض مستوى السكر في الدم لديهم مع انخفاض مستوى مشاعر القلق. وتزداد حدة القلق مع طول المرض وخاصة عند المرضى الذين يعانون من عدم التحكم في مستوى السكر في الدم لديهم (Harris, 1998، صفحة 05)، إن هذه النسبة المرتفعة لمدى انتشار مشاعر القلق لدى مرضى السكري.

كذلك إن الإحساس الدائم بالكآبة والحزن وشدة الانفعال المستمر كلها أسباب الإصابة بمرض السكري، وأثبتت الأبحاث أن بعض الناس المصابين بمرض السكري يعانون من الحساسية الزائدة في مدى تأثرهم بالضغوطات النفسية والاضطرابات (Richard, 1995، صفحة 259).

إذن إن هناك علاقة تفاعلية واضحة بين القلق وأعراضه وتأثيره على مرضى السكري و بين المرض نفسه، وهذه العلاقة هي علاقة تأثير وتأثر ، أي أن زيادة مستوى القلق وتأثيره على الإنسان يعد من أحد الأسباب التي ربما تؤدي إلى الإصابة بهذا المرض ، وكذلك مريض السكري فيما بعد يكون لديه من مشاعر القلق والتوتر أكثر من الإنسان العادي وذلك مع تقدم المرض لدى الإنسان المريض .

يتضح هنا أن القلق لا يقتصر على عوامل محددة دون الأخرى، فهناك عدة آثار للقلق تلعب دورا هاما لدى مرضى السكري فمنها الآثار النفسية والاجتماعية والفسيولوجية والاجتماعية الخ. وأي كانت تلك الآثار فإن لها انعكاساتها السلبية على مستوى السكر في الدم لدى المريض مما يعمل على جذب هذا المستوى بين الارتفاع الشديد والانخفاض الشديد تبعا للاختلاف مدى تأثر مريض السكري بتلك الآثار أنفة الذكر.

خلاصة الفصل:

إن الوسيلة الأساسية، البسيطة، المتاحة والفعالة جدا للحد من أجل علاج القلق والتوتر هي تنشيط عضلات جسمنا. فللنشاط البدني العديد من الآثار الإيجابية على جسمنا ونفسيا وتساعد ممارسة الرياضة إلى تحسين الحالة المزاجية والحد من القلق، فالجهاز العصبي لدينا يخضع لتغيير الذي يؤثر تأثيرا مباشرا على وظائف مختلفة في الجسم، ومن بين أمور أخرى يحدث تقلص للعضلات. وللنشاط البدني دور في جعل هذه العملية تحدث في الاتجاه المعاكس حيث أن تفعيل عضلات الجسم يؤثر على الجهاز العصبي ما يحد من الضغوط النفسية.

الجانب التطبيقي

الفصل الأول:

منهجية البحث

وإجراءاته الميدانية

1-1. منهج البحث:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي باعتباره المنهج الملائم لطبيعة المشكلة المطروحة في هذه الدراسة حيث يعرف المنهج الوصفي على أنه من أكثر مناهج البحث العلميّ استخداماً من قبل التربويّين، حيث أنه يبحث العلاقة بين أشياء مختلفة في طبيعتها لم تسبق دراستها (أبو سليمان، 1993، صفحة 33).

1-2. مجتمع و عينة البحث:

تمثل مجتمع بحث في مرضى السكري بمصلحة داء السكري بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب بعين تموشنت و جمعية الأمل لمرضى السكري ببلدية عين تموشنت.

اما بالنسبة للعينة فتمثلت في 24 مريضا بداء السكري تم تقسيمها إلى مجموعتين على الشكل التالي:

مجموعة الممارسين: وتمثلت من 12 مريضا بداء السكري من جمعية الأمل الممارسين للنشاط البدني المكيف.

مجموعة غير الممارسين: وتمثلت في 12 مريضا من غير الممارسين للنشاط البدني المكيف بمصلحة داء السكري بالمؤسسة الإستشفائية د/ بن زرجب بعين تموشنت.

1-3. متغيرات البحث:

- المتغير المستقل: أثر النشاط البدني المكيف لدى مرضى السكري

- المتغير التابع: القلق

1-4. مجالات البحث:

المكاني: مصلحة داء السكري بالمؤسسة الإستشفائية بن زرجب بولاية عين تموشنت

الزمني: استمرت الدراسة من: 2022/01/12 إلى غاية 2022/06/15

البشري: تمونت الدراسة من 24 مصابا بداء السكري تم تقسيمهم إلى مجموعتين ممارسين للنشاط البدني المكيف وغير ممارسين (12 فردا لكل مجموعة).

1-5. أدوات البحث:

- المقياس: مقياس القلق النفسي.

(1) بيانات عن المقياس :

▪ اسم الاختبار: Self-Rating Anxiety Scale

▪ المؤلف: وليم زونج - Zong

▪ المترجم: محمد شحاتة ربيع و يستغرق 10 دقائق للإجابة عليه.

▪ المرجع: Atwar E.(1994)Psychology for living prentice- Hall

في كتاب قياس الشخصية تأليف الأستاذ الدكتور محمد شحاتة ربيع الطبعة الأولى 2008، دار المسيرة للنشر والطباعة، عمان.

(2) وصف الاختبار:

يقيس الاختبار الأعراض النفسية والجسدية للقلق ويتضمن 20 عبارة لكل عبارة أربعة خيارات.

جميع العبارات تعطي مؤشرات ايجابية للقلق ما عدا العبارات 5،9،13،17،19 فهي معكوسة.

(3) مفتاح التصحيح :

▪ يعطي المفحوص في العبارات 20،18،16،15،14،12،11،10،9،8،7،4،3،2،1 الدرجات التالية:

✓ نادرا درجة واحدة.

✓ أحيانا درجتان.

✓ غالبا ثلاث درجات .

✓ دائما أربع درجات.

■ يعطى المفحوص في العبارات 5،6،13،17،19 الدرجات التالية:

✓ نادرا أربع درجات.

✓ أحيانا ثلاث درجات .

✓ غالبا درجتان .

✓ دائما درجة واحدة

دلالة الدرجات: الدرجة الكلية هي مجموع الدرجات على عبارات المقياس حسب العينة الأمريكية.

الدرجة 35 فأقل تشير إلى المستوى السوي بمعنى عدم المعاناة من القلق أو الخلو من أعراضه.

✓ الدرجات من 36 - 47 تشير إلى مستوى متوسط من القلق .

✓ الدرجات من 48 - 59 تشير إلى مستوى عالي من القلق.

✓ الدرجات 60 فما فوق تشير إلى مستوى من القلق المرضي يستوجب العلاج النفسي.

1-6. الأسس العلمية لأدوات البحث

● **الثبات:** يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة او الاتساق او استقرار نتائجه فيم لو طبق على عينة من الأفراد

في مناسبتين مختلفتين.

كما يقول فان فالين (Van Valin) عن ثبات الاختبار "إن الاختبار يعتبر ثابتا إذا كان يعطي نفس النتائج

باستمرار إذا ما تكرر على نفس المفحوصين و تحت نفس الشروط.

وإستخدم الطالبان الباحثان إحدى طرق حساب ثبات الاختبار وهي طريقة "تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه" (معامل

الارتباط Test-Retest) للتأكد من مدى دقة واستقرار نتائج الاختبار. وعلى هذا أساس قمنا بإجراء الاختبار

على مرحلتين بفاصل زمني قدره أسبوع مع تثبيت كل المتغيرات (نفس العينة، نفس الأماكن، نفس التوقيت، نفس الالاعات)

الصدق: صدق الاختبار أو المقياس يشير إلى الدرجة التي يمتد إليها في قياس ما وضع من أجله فالاختبار أو المقياس الصادق هو الذي يقيس بدقة كافة الظاهرة التي صمم لقياسها. وباستعمال الوسائل معامل الارتباط "ر" لبيرسون حساب ثبات و صدق الاختبار.

الجدول رقم (01): يمثل معامل الثبات و الصدق لأداة البحث.

معامل الصدق	معامل الثبات	ر الجدولية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	حجم العينة
0.93	0.88	0.60	0.05	09	10

يتبين من خلال هذا الجدول أن قيم معامل الارتباط للاستبيان بلغت (0.88) بالنسبة إلى الصدق و(0.93) بالنسبة إلى الثبات بالرجوع إلى جدول الدلالات الارتباط البسيط لبيرسون لمعرفة ثبات و الصدق الاختبار عند مستوى الدلالة 0.05 و هذه القيم دالة إحصائياً بالمقارنة مع "ر" الجدولية التي بلغت 0,60 وعليه يتبين للطالبان الباحثان أن المقياس الذي تم استعماله يتميز بدرجة ثبات و صدق عاليتين عند مستوى الدلالة 0.05.

1-7. الدراسة الاستطلاعية:

توجهنا إلى مصلحة داء السكري بمستشفى الدكتور بن زرجب للإلقاء نظرة على عينة البحث حيث قمنا بعرض المشروع عليهم، وتمت الموافقة من قبل بعض المرضى وكان هذا بتاريخ 2022/04/17 وقمنا بثلاث زيارات متتالية تم فيها توزيع المقياس على العينة لإجابة عنه واسترجاعه في المدة المذكورة، كما قمنا بزيارة مقر جمعية الأمل لمرضى السكري الواقع مقرها بوسط مدينة عين تموشنت أين تلقينا تجاوبا مع مرضى وتم توزيع المقياس واسترجاعه بعد ملئه من طرف العينة في ظرف أسبوع من 2022/04/26 إلى غاية 2022/04/30.

1-8. الدراسة الإحصائية:

حتى تتمكن من التعليق أو تحليل نتائج الإستمارة استخدمنا أسلوب التحليل الإحصائي عن طريق تحويل الإجابات إلى أرقام و نسب مئوية وكذلك كما² وهذا بإتباع القوانين التالية:

$$\text{النسبة المئوية} = \frac{\text{نسبة التكرار} * 100}{\text{عدد العينة}}$$

- المتوسط الحسابي.

- الإنحراف المعياري.

- معامل الارتباط ابيرسون.

- إختبارات ستيودنت.

الفصل الثاني:

معرض و تحليل النتائج ومناقشة

الفرضيات و الاستنتاجات

2-1. عرض وتحليل النتائج:

الجدول رقم (02): يبين قياس مستوى القلق لعينة البحث من مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني

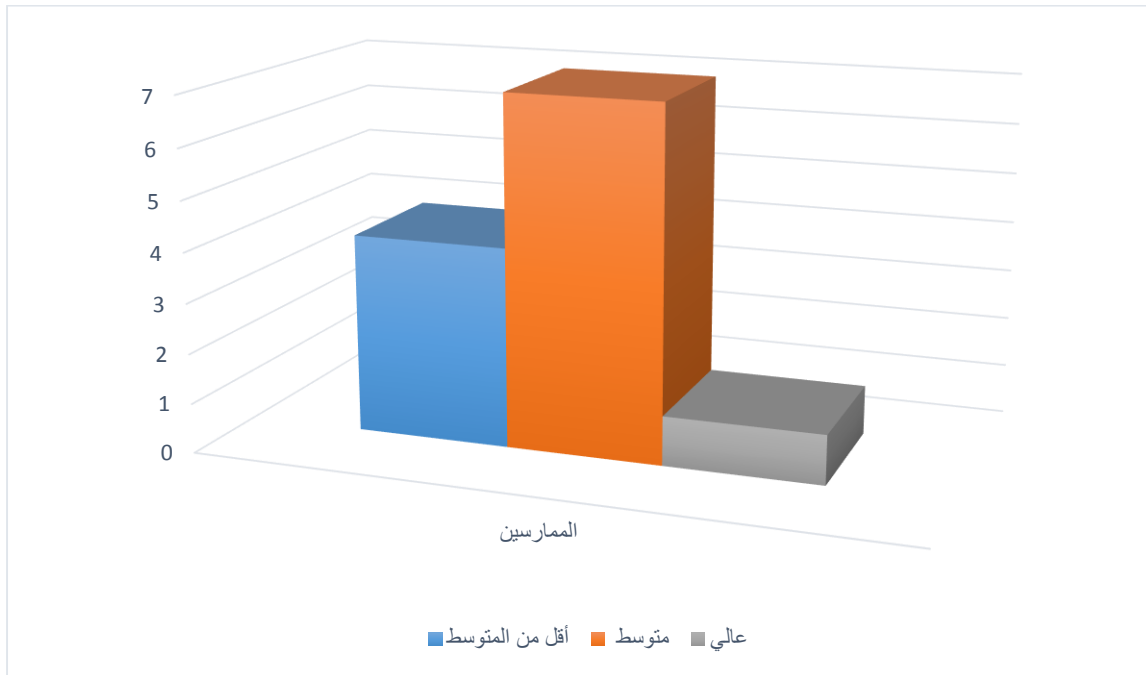
الرياضي

العينة	مجموع الدرجات	المستوى الفردي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المجموعة
01	40	متوسط			
02	42	متوسط			
03	44	متوسط			
04	28	أقل من المتوسط			
05	26	أقل من المتوسط			
06	45	متوسط			
07	38	متوسط	38.58	08.57	متوسط
08	41	متوسط			
09	31	أقل من المتوسط			
10	29	أقل من المتوسط			
11	55	عالي			
12	44	متوسط			
المجموع	530				

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه والتي تبين قياس مستوى القلق لدى عينة البحث من مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي نلاحظ ان مج الدرجات تراوح ما بين 26 إلى 55 درجة وكانت أغلب الحالات من ذوي مستوى القلق المتوسط وبلغ مجموعهم 07 حالات فيما كانت هنالك 04 حالات جيدة (أقل من المتوسط) أما من كان مستوى القلق لديم عالي فتمثلت في فرد واحد حيث بلغ مجموع الدرجات 55 درجة،

وبلغ الإنحراف المعياري للمجموعة 8.57 فيما، يبلغ المتوسط الحسابي 38.58 وهو ما يشير إلى أن مستوى القلق عند المجموعة متوسط.

الشكل رقم (01) يمثل توزيع مجموعة الممارسين للنشاط البدني حسب مستوى القلق



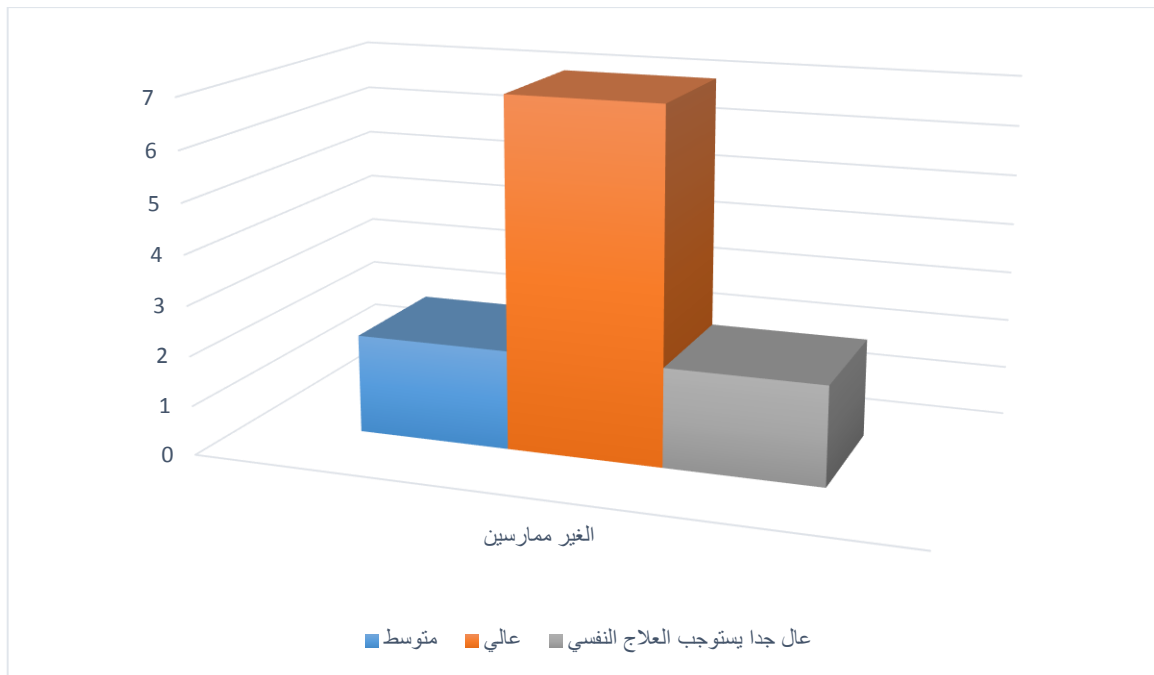
الجدول رقم (03): يبين قياس مستوى القلق لعينة البحث من مرضى السكري الغير الممارسين للنشاط

البدني الرياضي

العينة	مجموع الدرجات	المستوى الفردي	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى المجموعة
01	54	عالي	52.33	8.37	عالي
02	62	عالي جدا يستوجب العلاج			
03	49	عالي			
04	37	متوسط			
05	52	عالي			
06	55	عالي			
07	59	عالي			
08	67	عالي جدا يستوجب العلاج			
09	39	متوسط			
10	49	عالي			
11	57	عالي			
12	48	عالي			
المجموع	628				

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه و التي تبين قياس مستوى القلق لدى عينة البحث من مرضى السكري الغير الممارسين للنشاط البدن الرياضي نلاحظ ان مج الدرجات تراوح ما بين 37 إلى 67 درجة و كانت أغلب الحالات من ذوي مستوى القلق العالي وبلغ مجموعهم 07 حالات فيما كانت هنالك حالتين إثنين لديها مستو القلق متوسط أما من كان مستوى القلق لديم عالي جدا ما يستوجب العلاج النفسي فتمثلت في حالتين إثنين، و بلغ الإنحراف المعياري للمجموعة 8.37 فيما، يلغ المتوسط الحسابي 52.33 و هو ما يشير إلى أن مستوى القلق عند المجموعة عال.

الشكل رقم (02) يمثل توزيع مجموعة الغير الممارسين للنشاط البدني حسب مستوى القلق



الجدول رقم (04): يبين الفروق الإحصائية بين مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي

و غير الممارسين

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	ت الجدولية	الدلالة الإحصائية عن المستوى 0.05
38.58	8.57	3.69	1.71	دال
52.33	8.37			

درجة الحرية ن = 22

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي لمستوى القلق عند الممارسين بلغ

38.58 فيما بلغ الانحراف المعياري 8.57 أما فيما يخص غير الممارسين فقد بلغ المتوسط الحسابي 52.33 بينما

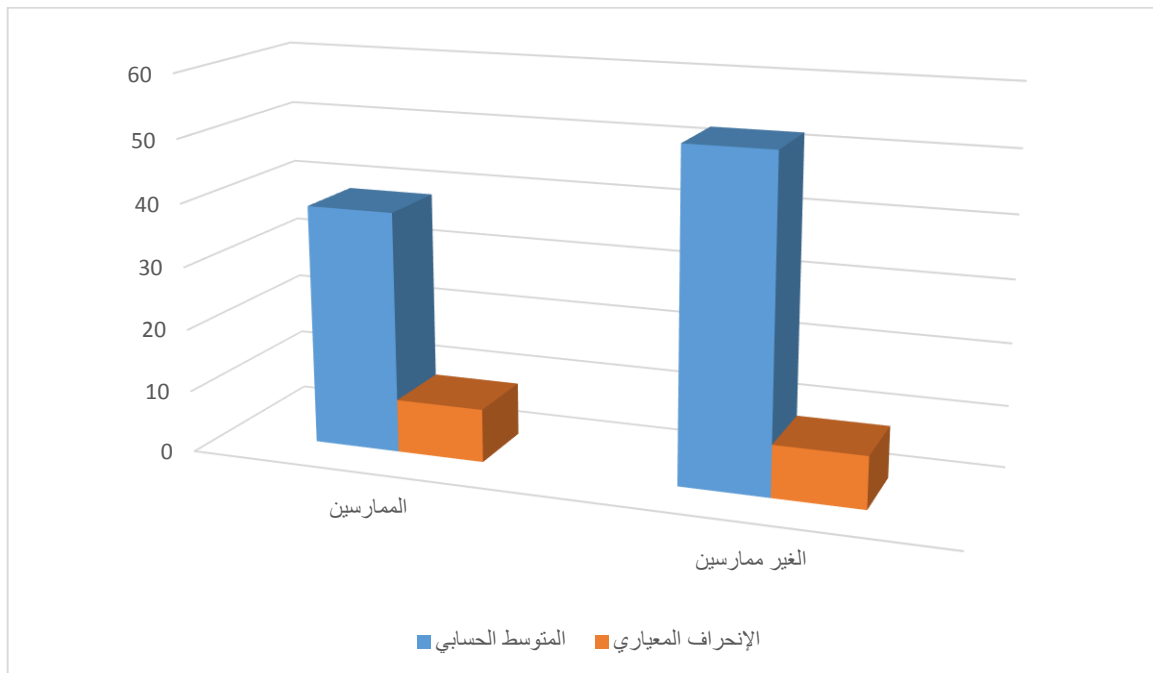
بلغ الانحراف المعياري 8.37.

وحسب نتائج التحليل الإحصائي لاختبارات ستيودنت فقد بلغت قيمة ت المحسوبة 3.69 و هي أعلى

من ت الجدولية المقدره ب 1.71 و هذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الممارسين حيث يرتفع

مستوى القلق لديهم مقارنة بأقرانهم الممارسين للنشاط البدني الرياضي.

الشكل رقم (03): يمثل نتائج الجدول رقم 04



2-2. مناقشة الفرضيات:

2-2-1. مناقشة الفرضية الجزئية الأولى: مستوى القلق عند مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني

الرياضي متوسط

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (02) والتي تبين قياس مستوى القلق لدى عينة البحث

من مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي نلاحظ ان مج الدرجات تراوح ما بين 26 إلى 55 درجة

وكانت أغلب الحالات من ذوي مستوى القلق المتوسط وبلغ مجموعهم 07 حالات فيما كانت هنالك 04 حالات

جيدة (أقل من المتوسط) أما من كان مستوى القلق لديهم عالي فتمثلت في فرد واحد حيث بلغ مجموع الدرجات

55 درجة، وبلغ الإنحراف العياري للمجموعة 8.57 فيما، بلغ المتوسط الحسابي 38.58 وهو ما يشير إلى أن

مستوى القلق عند المجموعة متوسطو هذا ما يدل على دور النشاط البدني المكيف في خفض صفة القلق لدى مرضى داء السكري حيث يقول (مروان ع المجيد إبراهيم ، 1997، الصفحات 111-112). أن النشاط البدني الرياضي المكيف يشكل جانبا هاما في نفس المريض اذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات والصبر , الرغبة في اكتساب الخبرة , التمتع بالحياة ويساهم بدور ايجابي كبير في إعادة التوازن النفسي والتغلب على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة، وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراج المعوق من عزله التي فرضها على نفسه في المجتمع، وبالتالي فإن الفرضية الجزئية الأولى للدراسة صحيحة.

2-2-2. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية: مستوى القلق عند مرضى السكري الغير الممارسين للنشاط

البدني الرياضي عالي

حسب النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (03) و التي تبين قياس مستوى القلق لدى عينة البحث من مرضى السكري الغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي نلاحظ ان مج الدرجات تراوح ما بين 37 إلى 67 درجة و كانت أغلب الحالات من ذوي مستوى القلق العالي وبلغ مجموعهم 07 حالات فيما كانت هنالك حالتين إثنين لديها مستوى القلق متوسط أما من كان مستوى القلق لديم عالي جدا ما يستوجب العلاج النفسي فتمثلت في حالتين إثنين، و بلغ الإنحراف المعياري للمجموعة 8.37 فيما، يبلغ المتوسط الحسابي 52.33 و هو ما يشير إلى أن مستوى القلق عند المجموعة عال، وهذا طبيعي حيث يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين الأشخاص ذوي الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة، والاكتئاب كمرض نفسي يحدث نتيجة بعض الأحداث المؤلمة والقلق، وتقل قدرة الفرد على مجارة الحياة اليومية وصعوبة التركيز وسرعة الإنهاك، وتزيد هذه الأعراض عند مرضى الأمراض المزمنة، وقد أوضح روث (Roth, D, 1983، صفحة 176) أن الاكتئاب المرتبط بمرض عضوي كالسكري تتداخل فيه الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية. وبالتالي فإن الفرضية الجزئية الثانية للدراسة ثابتة و صحيحة.

2-2-3. مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق بين مرضى السكري الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي لصالح مرضى السكري غير الممارسين للنشاط البدني المكيف.

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (04)، نلاحظ أن المتوسط الحسابي لمستوى القلق عند الممارسين بلغ 38.58 فيما بلغ الانحراف المعياري 8.57 أما فيما يخص غير الممارسين فقد بلغ المتوسط الحسابي 52.33 بينما بلغ الانحراف المعياري 8.37. وحسب نتائج التحليل الإحصائي لاختبار ت ستودنت فقد بلغت قيمة ت المحسوبة 3.69 و هي أعلى من ت الجدولية المقدره ب 1.71 و هذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح غير الممارسين حيث يرتفع مستوى القلق لديهم مقارنة بأقرانهم الممارسين للنشاط البدني الرياضي، حيث يعد النشاط البدني الرياضي علاجاً نفسياً لمرضى السكري أما عن غير الممارسين فالعديد من الدراسات وضحت مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري كدراسة (Lustman & Guvard, 1993) اللذين قاما بتحليل عشرين دراسة لتحديد مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري، وأظهرت النتائج أن معدل انتشاره ظهر من خلال المقابلات التشخيصية مع مجموعات المرضى كان (27.3%) بمتوسط (0.14) في الدراسات التي احتوت على مجموعات ضابطة، وفي الدراسات التي لم تحتو على مجموعات ضابطة وصل معدله (19.9%) وهذا المعدل هو الأقل من نوعه في الدراسات الخاصة بفئة مرضى السكري، وأيضاً وجدوا أن زيادة معدل الاكتئاب لدى مرضى السكري ذات صلة بالأعراض الجسمية وخطورة الانتشار ذات تأثير سلبي على كفاءة حياة المرضى وكيفية مواجهتهم للمرض. و هذا ما يدل على صحة الفرضية الجزئية الثالثة للدراسة

2-2-4. مناقشة الفرضية العامة: للنشاط البدني الرياضي دور في خفض القلق لدى مرضى السكري.

من خلال ثبوت صحة الفرضيات الجزئية و بناء على النتائج المتحصل عليها في الجداول رقم (02)، (03) و (04)، تبين لنا أثر النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى مرضى السكري و هذا ما يتوافق مع تم التوصل

إليه في دراسة قويسم عبد الحميد بعنوان: "اقتراح برنامج رياضي مكيف لتعديل نسبة السكر في الدم لدى فئة النساء المصابات بداء السكري"، معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية، جامعة زيان عاشور بالجلفة، (2018)، التي بينت نتائجها أثر النشاط البدني الرياضي على مرضى السكري فيسيولوجيا و نفسيا ومن هنا ثبتت صحة الفرضية العامة للدراسة.

2-3. الاستنتاجات:

- مستوى القلق عند مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي متوسط.
- مستوى القلق عند مرضى السكري الغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي مرتفع.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق بين مرضى السكري الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي.
- للنشاط البدني الرياضي دور في خفض القلق لدى مرضى السكري.

3-4. الاقتراحات و التوصيات:

- ضرورة ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية لمرضى السكري بهدف خفض القلق.
- ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لمرضى السكري من خلال زيارة الأخصائيين النفسيين بهدف معالجة المشاكل النفسية.

قائمة

المصادر و المراجع

قائمة المصادر و المراجع

1. أبو سليمان, عبدالوَهَّاب إبراهيم. كتابَةُ البحث العلميِّ ومصادر الدراسات الإسلاميَّة. جدَّة: دار الشروق, 1993.
2. الجديَّة, يونس إبراهيم كامل. المرشد لمرضى السكري. غزة : مجلس الخدمات الصحيَّة, 1993.
3. الحسين, أسماء. المدخل الميسر للصحة النفسيَّة و العلاج النفسي . الرياض: دار عالم الكتاب, 2002.
4. الحميد, محمد بن سعد. مرض السكري أسبابه، علاجه و مضاعفاته. الرياض: الدار العربيَّة للعلوم, 2007.
5. الخولي, أمين أنور. الرياضة و المجتمع . الكويت: سلسلة عالم المعرفة, 2011.
6. الزهراني. 2006.
7. السيد, عثمان. القلق و إدارة الضغوط النفسيَّة. القاهرة: دار الفكر العربي, 2001.
8. الطيب, محمد. مبادئ الصحة النفسيَّة. الإسكندرية: مكتبة المعرفة الجامعيَّة, 1994.
9. الهابط, محمد. التكيف و الصحة النفسيَّة. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث, 1999.
10. أمين أنور الخولي ، أسامة كمال راتب. التربية الحركية للطفل Vol. ط2. القاهرة: دار الفكر العربي, 1992.
11. حزام محمد رضا القزويني. التربية الترويحيَّة. s.d.
12. حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات. التربية الرياضيَّة والتروييح للمعاقين Vol. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي, 1998.

13. د / كمال درويش ، أمين الخولي. أصول الترويح وأوقات الفراغ. Vol. 1. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي, 1990.
14. رابح, واكد. الضغوط النفسية وعالقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري "دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري النوع الثاني. المدينة: جامعة المدينة - قسم العلوم الاجتماعية, 2018.
15. راتب, إسامة كامل. علم نفس الرياضة. 2000.
16. رضوان, سامر. الصحة النفسية. عمان: دار المسيرة, 2002.
17. رضوان, عبد الكريم. القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة و علاقتها ببعض المتغيرات. غزة: الجامعة الإسلامية, 2002.
18. رضوان, عبد الكريم. فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية و تحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة. غزة - فلسطين: الجامعة الإسلامية, 2008.
19. زهران, حامد. الصحة النفسية و العلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب, 2001.
20. سامي, ملحم. الإرشاد و العلاج النفسي. عمان: دار المسيرة, 2001.
21. عكاشة, أحمد. الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية, 2003.
22. علاوي, محمد حسن. مدخل في علم النفس الرياضي. القاهرة: دار المعارف, 1998.
23. فراج, محمد. قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من طلاب كلية التربية بجامعة الإسكندرية. الإسكندرية: كلية التربية - جامعة الإسكندرية, 2006.
24. فيوليت, إبراهيم. سيكولوجيا النمو. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية, 2004.
25. كفاي, علاء الدين. الصحة النفسية. القاهرة: دار هجر للنشر التوزيع, 1990.
26. لطفي بركات أحمد . الرعاية التربوية للمعوقين عقليا. s.d.

27. لطفي بركات أحمد. الرعاية التربوية للمعوقين عقليا. Vol. ط 1. الرياض: دار المريخ للنشر, 1984.
28. لويس, نزار الطالب وكامل. علم النفس الرياضي. بغداد: دار الحكمة للطباعة والنشر, 2002.
29. محمد عادل خطاب. النشاط الترويحي وبرامجه. ، مكتبة القاهرة الحديثة. s.d ,
30. محمد نجيب توفيق. الخدمات العمالية بين التطبيق والتشريع. Vol. ط 1. مكتبة القاهرة الحديثة, 1967.
31. محمد, محمد. علم النفس المعاصر في ضوء الإسلام. جدة: دار الشروق, 1993.
32. مختار, علي، ممدوح. العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية. مصر: كلية الآداب، جامعة طنطا, 2001.
33. مروان ع الحميد إبراهيم . الألعاب الرياضية للمعوقين. عمان , الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع, 1997.
34. مصطفى, غالب. فس سبيل موضوعة نفسية. بيروت: مكتبة الهلال, 2000.
35. مقبل, ميرفت عبد ربه. التوافق النفسي و علاقته بقوة الأنا و بعض المتغيرات. غزة - فلسطين: كلية التربية الجامعية, 2010.
36. وفائي, محمد ظافر. داء السكري وقائية و علاج. بيروت: دار العلم للملايين, 2005.

37. F . Balle & al . Ecyelopédie de la sociologie . Paris: Librairie Larousse, 1975.

38. A.stor:U.C.L:ET Outer . activité physique et sportives adaptées pour personne handicapes mentale. belgique : print marketing sprl, 1993.

39. altibbi.com. الفلق | Anxiety. 11 04 2022. <https://altibbi.com>

40. Harris, M. & Lustman, P. The psychologist in diabetes cares. Journal of Clinical Diabetes. 1998.
41. Jacobson, A.M. Depression and Diabetes. Diabetes Care. 1993.
42. mayoclinic. 2022 04 10. اضطرابات القلق. <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>.
43. Nettina, s. Manual of Nursing Practice. 6th edition,. New York: Lippincott Company, 1996.
44. Polonovski, J. Dictionaries De Biology. Paris: Edition CILF, 2000.
45. Richard, S. The Joslin Guide to Diabetes. Program for Management your Treatment. New York: Afirsid book, 1995.
46. Richard, S. et.al. The Joslin guide to diabetes, Aprogram for management your treatment. New York: Afirsid book, 1995.
47. Roth, D. Effects of Relaxation on Glucose Tolerance in NIDDM Diabetes Care. 1983.
48. Serae moyenca. Sociologie et action sociale. Bruxelles : Editions labor, 1982.

الملاحقة

مقياس القلق

الرقم	السؤال	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
01	أشعر أنني عصبي و متوتر				
02	أشعر بالخوف دون سبب ظاهر				
03	تتقلب أعصابي بسهولة				
04	أشعر وكأنني أتمزق				
05	أشعر بالسعادة في معظم الأحوال				
06	تنتابني رعشة في اليدين والساقين				
07	يضايقني الصداع وألم الرأس والرقبة				
08	أتعب بسرعة				
09	أشعر بالهدوء والسكينة				
10	أشعر كأف ضربات قلبي تدق بسرعة				
11	تضايقني نوبات من الدوار				
12	تنتابني نوبات من الغثيان أو الرغبة في القيء				
13	أستطيع أن أتنفس بسهولة				
14	اشعر بالتململ في أصابع اليدين والقدمين				
15	تضايقني اضطرابات الهضم				
16	كثيرا ما أذهب إلى الحمام				
17	يادي في العادة دافئتان				
18	أصاب بنوبات سخونة في الوجه				
19	استغرق في النوم بسرعة وسهولة				
20	أعاني من الكوابيس والأحلام المزعجة				