

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-

معهد التربية البدنية و الرياضية

قسم : النشاط البدني الرياضي المكيف

بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الليسانس

في التربية البدنية وعلم الحركة

تحت عنوان:

دور النشاط البدني المكيف في تخفيف القلق عند

المعاقين بصريا (10 - 14 سنة).

دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية للمعاقين بصريا- معسكر

الأستاذ المشرف :

د/ بن زيدان حسين

إعداد الطلبة :

• لوخار نسرين

• بن سهلة إبراهيم

• بن سعيد الحاج

السنة الجامعية: 2018م-2019م



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(وَأَنْزَلُكَ اللَّهُ عَلَيكَ الْكِتَابَ
وَالْحِكْمَةَ وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ
تَكُن تَعْلَمُ وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ
عَلَيْكَ عَظِيمًا).

صدق الله العلي العظيم

(سورة النساء /

الآية 113)

الشكر والعرفان

الحمد لله الذي جعل الحمد مفتاحاً لذكره وخلق الأشياء ناطقةً بحمده وشكره
والصلاة والسلام على نبيه محمد و على أله الطاهرين أولي المقام والجليل .

في البدء أرى لزاماً علي أن أتقدم بالشكر والعرفان والوفاء والمحبّة إلى أستاذي
ومعلمي الدكتور ستاوتي محمد ، المشرف على مذكرتي، للرعاية العلمية الكبيرة
التي منعتني أياها طيلة فترة الدراسة ، وللجهود البحثية والآراء العلمية السديدة
التي عدلت مسيرتي البحثية بالاتجاه الصحيح فلا أملك سوى أن أدعو من
الباري عز وجل أن يطيل بعمره ويجازيه عني أوفر الجزاء ، وأتقدم بوافر الشكر
والعرفان إلى الأساتذة المحكّمين ، أسأل الله أن يسدّ خطاهم ويمد في عمرهم ،
وكما لا يفوتني بأن أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ شنافة محمد على نصائحه و
ارشاداته أثناء التبرص الميداني .

وأتقدم بالشكر الجزيل لكل من ساندني من أساتذتي في معهد التربية البدنية
وعلوم الرياضة عبد الحميد ابن باديس - مستغانم - الذين أفادوني بعلمهم .

وأتقدم بالشكر الجزيل إلى عائلتي أمي وأبي وأخي، داعياً الله عز وجل إن
يحفظهم من كل سوء وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين ، وأخيراً كلمة شكر
واعتزاز إلى كل من أسهم بنصيحة أو جهد وكان له الفضل في إنجاز هذه
المذكرة والتمس العفو من كل من لم تسعفني ذكرتي لذكرهم والاعتزاز
بفضلهم .

الباحث

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
	آية
	الاهداء
	الشكر والعرفان
	قائمة الأشكال
	قائمة الجداول
	الجانب النظري
	التعريف بالبحث
1	المقدمة.....
3	الإشكالية.....
4	فروض البحث.....
4	أهداف البحث.....
4	أهمية البحث.....
5	تحديد المصطلحات.....
6	الدراسات السابقة و المشابهة.....
8	التعقيب على الدراسات السابقة.....
	الفصل الأول :
11	تمهيد.....
11	1- تعريفات الإعاقة.....
11	2- المعاق.....
11	3- تعريف الإعاقة البصرية.....
12	3-1- تصنيف الإعاقة البصرية.....
12	الأولى: فئة المكفوفين.....
12	الثانية: فئة المبصرة جزئياً.....
13	3-2- أسباب الإعاقة البصرية.....
18	4- سمات وخصائص المعاق بصرياً.....
19	5- نماذج التدخل المبكر مع المعاقين بصرياً.....

19	5-1- التدخل المبكر في المراكز.....
20	5-2- التدخل المبكر في المنازل.....
20	5-3- التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل.....
20	6- الحاجات التربوية للمعوقين بصرياً).....
21	7- دورة الأسرة في علاج وتدريب الطفل.....
22	8- اتجاهات الأسرة نحو الابن المعاق وأساليب معاملته.....
22	1- مفهوم النشاط البدني المكيف
23	1-1- المفهوم الجزائري.....
23	2- تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيف
23	2-1- النشاط الرياضي الترويحي
24	2-2- النشاط الرياضي العلاجي
24	2-3- النشاط البدني التنافسي
25	3- النشاط البدني المكيف والشخص في وضعية إعاقة.....
25	4- الصعوبات التي تتعرض تعميم النشاط البدني المكيف
25	5- النشاط البدني المكيف والتكفل الحقيقي.....
26	6- أهداف النشاط الحركي المكيف
27	7- النشاط البدني و الرياضي كوسيلة لإدماج المعوق بصريا في المجتمع.....
28	خلاصة
	الفصل الثاني : القلق
30	تمهيد
30	1- القلق.....
31	2- الخوف والقلق
32	3- أعراض القلق
33	4- أعراض القلق عند الأطفال
34	5- أسباب القلق
35	6- أنواع القلق
36	7- رأي المدارس النفسية في القلق
36	7-1- أولاً: نظريه التحليل النفسي

37	..... 2-7- ثانياً: المدرسة الإنسانية
38	..... 3-7- ثالثاً: النظرية السلوكية.
38	..... 4-7- رابعاً: مدرسة الجشطلت.
39	..... 5-7- خامساً: رأى الإسلام.
39	..... 8- النتائج والآثار التي يخلفها القلق على الإنسان بشكل عام.
40	..... 9- علاجات القلق نفسياً.
41	..... 10- دراسة Lumpkin
42	..... 11- القلق النفسي العام
43	..... الخلاصة.
	الجانب التطبيقي
	الفصل الأول : منهج البحث و الإجراءات الميدانية
45	..... تمهيد
45	..... 01- منهج البحث
45	..... 02- مجتمع البحث
45	..... 03- عينة البحث
45	..... 01-03- خصائص مجتمع البحث.
45	..... 04- متغيرات البحث
46	..... 05- مجالات البحث
46	..... 06- أدوات البحث
49	..... 8- الأسس العلمية للمقياس.
50	..... 9- التجربة الرئيسية
50	..... 10- الوسائل الإحصائية.
	الفصل الثاني : تحليل و مناقشة النتائج
52	..... 1- عرض و تحليل النتائج.
58	..... 2- الاستنتاج العام.
58	..... 3- مناقشة الفرضيات بالنتائج.
60	..... 4- التوصيات
61	..... الخاتمة.
64	..... قائمة المصادر و المراجع.

	الملاحق.....
	ملخص الدراسة.....

قائمة الأشكال

	عنوان الشكل	
54	شكل 1 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة البحث (الصحة العامة).	-1
55	شكل 2 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية (العلاقات الاجتماعية)	-2
56	شكل 3 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية (العواطف)	-3
57	شكل 4 : يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية (الصحة النفسية).	-4
58	شكل 5: " يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية (الحياة اليومية).	-5

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	
48	جدول رقم 01 : يبين مدى الدرجات للعبارات حسب أبعاد المقياس .	-1
48	جدول رقم 02 : يبين تقسيم مستويات درجات العبارات حسب أبعاد القياس .	-2
49	الجدول رقم 03 : يوضح معاملات الثبات لمقياس حسب معادلة بيرسون	-3
52	جدول رقم 06 : يبين قيم الأوساط الحسابية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين وغير ممارسين للنشاط الرياضي	-4
54	جدول رقم 07: يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت المحسوبة لعينة البحث (الصحة العامة).	-5
55	جدول رقم 8 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت م (العلاقات الاجتماعية)	-6
55	جدول رقم 9: يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت م (العواطف)	-7
56	جدول 10 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت م (الصحة النفسية).	-8
57	جدول 11 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت م (الحياة اليومية)	-9

ملخص الدراسة

دراسة بعنوان : دور النشاط البدني المكيف في تخفيف القلق عند المعاقين بصريا .

بقد افترضنا من خلال الدراسة أنه يساهم النشاط البدني الرياضي المكيف في تخفيف القلق عند فئة المعاقين بصريا. وقد هدفت الدراسة إلى الدراسة الحالية إلى دراسة معرفة دور و تأثير النشاط البدني الرياضي المكيف في تخفيف القلق عند فئة المعاقين بصريا . دراسة الفروق بين قياسات مستوى القلق في مختلف الأبعاد لدى الممارسين و الغير الممارسين للنشاط الرياضي في فئة المعاقين بصريا توعية المجتمع بصفة عامة و المعاق بصفة خاصة لمزايا و دور النشاط البدني المكيف

و على ضوء ما توصلت اليه نتائج هذه الدراسة من خلال الفرضيات الجزئية المطروحة و التي تحققت و من خلال الفرض العام الذي ينص على : للنشاط البدني الرياضي المكيف دور فعال و إيجابي لتخفيف القلق والتوجه للحياة لذى فئة المعاقين بصريا وقد تحقق الفرض العام من خلال وتحليلي جداول العمل الاحصائي نستنتج عموما بان للنشاط البدني المكيف دور في التقليل من الضغوط النفسية و التخفيف من شدة القلق لدى المعاقين بصريا، و اثبتت النتائج المتوصل اليها ما يؤكد الفرضيات التي طرحناها، والتي تتفق في ان النشاط البدني المكيف له تأثير ايجابي على نفسية المعاق بصريا من خلال ممارسة النشاط البدني و من التوصيات و الاقراحات توفير مربين مختصين في النشاط البدني المكيف لمحاولة التقليل من الضغوط النفسية لدى المعاقين بصريا. الاهتمام بنشر الوعي الثقافي لدور الانشطة الرياضية المكيفة في التخفيف و التخلص من الضغوط النفسية و كذا القلق .

البحث في مشكلة القلق لدى المعاقين عموماً والمعاقين بصريا بشكل خاص هي مسؤولية تتطلب تعاون وتكاتف الأسرة ومراكز التأهيل والجهات المختصة لعلاج هذه المشكلة

التعريف بالبحث

مقدمة:

تختلف المعوقات بين الأفراد من فرد لآخر بحسب تكوين شخصيته وبناءه النفسي ولأن الحياة تفرض علينا ضغوطا وتحكنا بالظروف، نجد أنه لا يوجد فرد من الأفراد خالياً من المشاكل أو المنغصات الحياتية فبعض الأفراد يعاني من المشاكل الجسدية، ومنهم ما يعاني من مشاكل اجتماعية، أو نفسية أو اقتصادية ... وهكذا .

و يأخذ النشاط البدني الرياضي المكيف اهتمامه بشكل خاص على المعاقين و يقاس تقدم المجتمعات و رقيها بمدى اهتمامها وعنايتها بهم على تنمية مهاراتهم و التقليل من الضغوطات النفسية .

إن ظاهرة الإعاقة البصرية لا تقتصر فقط على المجتمعات النامية بل هي موجودة في المجتمعات المتحضرة التي تهتم بتنمية ذكاء و مهارات مواطنيها لتحقيق أفضل الفرض للتكيف داخل المجتمع.

والإنسان في غالبية حياته وأمورها المختلفة يود أن يلقي تقديراً من الغير لما يقوم به من عمل ، ويود أن يشعر بالنجاح فيما يقوم به من عمل ثم يود أن يشعر بأن ما يقوم به من عمل له وزن وقيمة أي انه في حاجة إلى التقدير . ولكي يحدث ذلك يجب أن يكون مفهومه عن ذاته إيجابياً وسليماً، ذلك المفهوم الذي يتكون من خلال مفهوم الفرد عن نفسه كما يراها هو أي المدركة والتي تعتمد على رؤية الآخرين له، حيث أن الآخرين هم مرآة الفرد عن نفسه، تتأثر كثيراً بشكل الفرد وجسمه وبالتالي فإن أي إعاقة في جسمه قد تؤثر سلباً في مفهومه لذاته، و ما يترتب عليها من تعامل الآخرين معه وبالتالي إعاقة دوره في المجتمع . (الكلي، 2002) .

ولأن العلم زاخر بمواضيع المشكلات النفسية والتي تمّ دراستها والبحث فيها ، فإن موضوع هذا البحث سيتخذ منحى محدد بدراسة القلق لدى المعاقين بصريا، فهذه الفئة تحتاج للتأهيل النفسي كي تتمكن من الاعتماد على نفسها وأن لا تتسحب من الحياة .

كما أن الطفل المعاق يحتاج إلى تأهيل نفسي ويقصد به: تنمية هوية فعالة بالطرق النفسية كالإرشاد النفسي والعلاج الفردي والجماعي وتقدير القدرة والعلاجات الطبية،

والهدف المساعدة على تحسين الصورة الذاتية والتصدي للمشكلات الانفعالية وأن يصبح شخصاً مستقلاً وأكثر كفاءة. (سليمان، 2001).

كما ركزت أنا فرويد على علاقة الطفل بالمعالج أثناء اللعب بوصفه أهم عامل في العلاج ، فهو الذي يخفف قلق الطفل ويسمح له بالتراضي مع صراعاته وإعادة تعليمه في نطاق العلاقة الاجتماعية السليمة بين الكبار والطفل (اللبابيدي ، خلايلة 1990م). ومما هو جدير بالملاحظة أنه حيثما توجد أنواع عديدة من الألعاب في المجتمع يوجد قلق بشأن الأداء الإنجازي . وباختصار فإن ثقافة الألعاب في المجتمع تمنح الأفراد فرصاً للتخفيف من القلق بشأن سلوكهم الإنجازي " لأن الربح أو الخسارة في اللعبة ليس له أي ناتج غير تخفيض القلق " بينما تعمل في نفس الوقت على تدريب اللاعبين على عمليات التنافس نفسها . (الشرييني ، صادق 2003م) لذا سيتم في هذا البحث تناول دور النشاط البدني المكيف في تخفيف القلق عند المعاقين بصريا (10 - 14 سنة).

وقد اتبعنا في انجاز هذا البحث عدة مراحل فبعد تقسيم البحث الى قسمين قسم نظري و قسم تطبيقي قسمناه إلى عدة فصول و نذكرها على الترتيب التالي :

الجانب النظري :

و قمنا بتقسيمه إلى 2 فصول:

- الفصل الأول :النشاط البدني المكيف والإعاقة البصرية.

- الفصل الثاني : ماهية القلق.

الجانب التطبيقي :

و يحتوي هذا الجانب على فصلين و هما :

- الفصل الأول: هو فصل خاص بمنهجية البحث و كيفية اختيارها و كذلك الأدوات و التقنيات المستخدمة.

- الفصل الثاني: الخاص بعرض و تحليل النتائج و قد تم فيها تحليل النتائج المحصل عليها ووضع خلاصة إضافة إلى مجموعة من الاقتراحات و تليها خاتمة البحث في الأخير.

مشكلة البحث:

ان مجرد الشعور بالاختلاف عن الافراد العاديين يسبب للفرد قلق نفسي وذلك لان عجز المعاق بصريا يفرض عليه عالما محدودا وحين يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين يجد نفسه يحتاج الى الاستقلال والتحرر ولكنه حينما يقوم بذلك يصطدم باثار والبتي تدفعه مرة اخرى الى عالمه المحدود وحين اذ يتعرض لاضطرابات نفسية التي تترتب عنها نتائج السلبية النفسية التي يتعرض لها المعاقين بصريا، يضاف الى ذلك قلق المعاق الذي يؤدي به الى انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذي يعتمد عليهم في تدبير شؤونه فينبغي عدم اغفالها وغض الطرف عن مصادر ومسببات هذه الضغوط على المعاقين بصريا، لذا كان من الواجب دراسة هذه الظاهرة وتحديد اهم أسبابها ومصادرها ليتسنى لنا الحد من اثارها ومضاعفاتها وبالتالي محاولة الوصول بالمعاقين بصريا الى التكيف الايجابي مع هذه الضغوط النفسية.

لقد حاول العديد من المختصين في مجال علم النفس و علم الاجتماع والطب والرياضة لإيجاد أفضل الطرق والوسائل المساعدة لرعاية المعاقين بصريا.

ولقد أصبحت الأنشطة الرياضية هي احد الصور الايجابية لممارسة المعاق كحياته الطبيعية والتي تتخذ مواقع متعددة في المراكز والمدارس الخاصة مما تقدمه من أنشطة بدنية رياضية وترويحية يراد من ورائها السعي من اجل اكتساب الفرد مهارات اجتماعية تساعدهم على الترويح والتقليل من الضغوط النفسية وقضاء وقت الفراغ بشكل مفيد وإتاحة الفرصة للمتميزين في تطوير انفسهم وتحقيق مستوى متقدم.

ومما سبق ذكره تمحورت اشكاليتنا حول الدور الذي تلعبه الرياضة في تخفيض القلق والضغوطات النفسية لدى المعاقين بصريا (10-14) وتوجيههم الى الحياة ؟

واهتمت بعض الدراسات السابقة بدراسة القلق لدى المعاقين بصريا كدراسة

وبما أن النشاط البدني المكيف يلعب دورا هاما في تحقيق الأغراض الصحية و النفسية والاجتماعية فالفرد يستطيع أن يدرك بسهولة الدور الذي يلعبه هذا النشاط في التقليل

من الضغوط النفسية و القلق النفسي واندماج الفرد المصاب في محيطه الاجتماعي، والدور الذي يعطيه هذا الأخير في التقبل الاجتماعي وكذا تقبل الإعاقة عن طريق اتخاذ الفرد المصاب ممارسة النشاط البدني الترويحي كوسيلة لتعويض إعاقته وتقبلها. وهذا يؤدي بنا إلى طرح التساؤلات التالية:

ما درجة القلق عند الأفراد الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي من المعاقين بصريا

هل النشاط البدني المكيف له دور في التقليل من القلق لدى المعاقين بصريا؟

فرضيات البحث :

الفرضية العامة :

- قد يساهم النشاط البدني الرياضي المكيف في تخفيف القلق عند فئة المعاقين بصريا وتكفيهم وتوجيههم نحو جودة الحياة

الفرضيات الجزئية :

- درجات أبعاد القلق مرتفعة عند فئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط الرياضي ، ومنخفضة ومتوسطة لدى غير الممارسين

يساهم النشاط البدني الرياضي المكيف في تخفيف القلق عند فئة المعاقين بصريا الممارسين مقارنة بغير الممارسين

أهداف الدراسة :

- معرفة دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تخفيف القلق عند فئة المعاقين بصريا .

- دراسة الفروق بين قياسات درجة القلق في مختلف الأبعاد لدى الممارسين و غير الممارسين للنشاط الرياضي في فئة المعاقين بصريا

- توعية المجتمع بصفة عامة و المعاق بصفة خاصة لمزايا و دور النشاط البدني المكيف

أهمية الدراسة :

تتضح أهمية الدراسة في الكشف عن دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تخفيف القلق عند المعاقين بصريا حيث قد يصاحب الإعاقة سوء توافق شخصي أو اجتماعي أو مدرسي أو مهني ، واضطراب وتشوه مفهوم الجسم أو مفهوم الذات بصفة عامة، كما أن أهمية البحث تساهم في تعريف الأسرة والمجتمع من المهتمين بفئة المعاقين بصريا على وسيلة من الوسائل المتاحة للتعامل مع الأطفال ممن يعانون من القلق نتيجة لإعاقتهم وذلك باستخدام اللعب .

مصطلحات البحث :

الإعاقة البصرية:

تعددت الألفاظ التي استخدمت في اللغة العربية للتعريف بالمعاقين بصريا كالأعمى، الأكمه، الكفيف، الضرير، العاجز، وأصل كلمة (أعمى) مأخوذة من أصل مادتها وهو العمى، والعماء هو الضلالة، والعمى في فقد البصر أو ذهابه وفقد البصيرة مجازاً، و(الأكمه) مأخوذة من الكمه وهو العمى الذي يحدث قبل الميلاد ويشار بها إلى الشخص الذي يولد أعمى.

أما كلمة (كفيف) فاصلها الكف ومعناه المنع والكفيف هو من كف بصره أي عمي والضرير هو من فقد بصره، بينما كلمة (عاجز) فهي مشهورة في الريف العربي بمعنى الأعمى حيث يعجز عن القيام بما يقوم به الغير (محمد، 2008، صفحة 81)
النشاطات البدنية الرياضية المكيفة:

وتعني الرياضات والألعاب التي يتم فيها التغيير لدرجة يستطيع المعوق غير القادر الممارسة والمشاركة في الأنشطة الرياضية، ومعنى ذلك هي البرامج الارتقائية والوقائية المتعددة، والتي تشمل على الأنشطة الرياضية والألعاب، والتي يتم تعديلها بحيث تلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدتها، ويتم ذلك تبعا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود إمكاناتهم وقدراتهم (حلمي إبراهيم، 1998، ص48)

القلق : " يعتبر الشخص مصاباً بالقلق إذا عانى من ستة أعراض أو أكثر من هذه الأعراض مرة كل شهر وعلى نحو دوري :

أ - التوتر الحركي: الرعشة ، التتميل ، الشعور بالاهتزاز ، التوتر العضلي ، عدم الارتياح ، القابلية للتعب .

ب - زيادة النشاط الاستشاري للجهاز العصبي اللاإرادي : وتتمثل في صعوبة التنفس ، برودة الأطراف ، جفاف الحلق والدم ، الإسهال المتكرر ، الغثيان ، الاحمرار خجلاً ، التبول المتكرر .

ج - الحرص والتيقظ حيث صعوبة التركيز والأرق واضطرابات النوم وسرعة التهيج .
(الدليل الطبي النفسي ، 1987م)

الدراسات السابقة:

الدراسة الاولى: دراسة بشير حسام(2006): بعنوان اهمية ممارسة انشاط الرياضي الترويحي في التقليل من المشاكل النفسية عند الرياضي المعاق حركيا".

بحيث أن هذه الدراسة تؤكد على إثبات ان ممارسة النشاط الرياضي الترويحي له دور في التغلب على المشاكل النفسية التي يتعرض لها الرياضي المعوق حركيا، مستعملا في ذلك المنهج الوصفي، حيث قام هذا الباحث بتوزيع استمارات استبيان على المربين البالغ عددهم 20 مربيا بغية معرفة آرائهم الخاصة حول النشاط الرياضي الترويحي الموجه لفئة المعوقين حركيا، وكذلك الدور الذي يلعبه المربي في التقليل من المشاكل النفسية التي تصادف هذه الفئة بالإضافة الى استعماله لمقياس الثقة في النفس، الذي اعده "سيدني شروجر" سنة 1990، ومقياس القلق الذي صممه "سييلبرجر" سنة 1970 وعربه محمد حسن علاوي موجه للمعاقين حركيا والبالغ عددهم 120 معاق اختار منهم الباحث 40 شخصا معاق طبق عليها هذين المقياسين.

وتوصل الباحث في الاخير الى ان ممارسة النشاط الرياضي الترويحي لهذه الفئة ستساعدهم على تصريف طاقتهم وتوجيهها وحسن استغلالها، كما تساعد على التخلص من مختلف المشاكل النفسية كالقلق مثلا وزيادة الثقة في النفس هذا من جهة ومن جهة اخرى اجمع المربون على اختيار المعوقين للأنشطة التي تعتبر الوسيلة

الوحيدة التي يستطيع المعوق من خلالها التقليل من حدة القلق وزيادة الثقة في النفس والتغلب على مختلف المشاكل النفسية التي تصادفهم كما تساعد على التحصيل الدراسي من خلال اكتساب العديد من المهارات

الدراسة الثانية: نايلي سمير (2015) بعنوان دور النشاط البدني المكيف في التأهيل الاجتماعي لدى الاطفال المكفوفين (09-15) سنة ."

اجرى هذا الطالب الباحث دراسة ميدانية في مدرسة صغار المكفوفين بولاية المسيلة، مستعملا المنهج الوصفي الذي يقوم على تحليل وتفسير الظاهرة، حيث قام هذا الباحث بتوزيع استمارات استبيان على 20 مربي، وتهدف الدراسة الى معرفة اهمية التأهيل الاجتماعي ودوره في انجاح حصة التربية البدنية والرياضية المكيفة من خلال ممارسة النشاط البدني الرياضي واعطاء صورة على التأهيل الاجتماعي الإيجابي على المكفوفين في الجوانب النفسية والاجتماعية.

وتوصل الباحث من خلال هذه الدراسة ان هناك تأثير ايجابي واضح في الحالة النفسية للأطفال المكفوفين عند ممارستهم للنشاط البدني المكيف.

الدراسة الثالثة: سبأ نجيب محمود ابو عزيزة (2004) بعنوان اثر الانشطة الترويحية المعدلة على البعد النفسي للمعوقين حركيا."

حيث هدفت هذه الدراسة الى التعرف على واقع البعد النفسي عند المعوقين حركيا وبالتالي التعرف على تأثير ممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة تبعا لعدد من المتغيرات المستقلة وذلك من خلال معرفة ما يلي:

- صفات المعوقين حركيا في مجال البعد النفسي.
- اهم الفروق النفسية بين المعوقين حركيا من خلال ممارسة الانشطة الرياضية المعدلة.
- معرفة ما اذا كان هناك فروق في نوع من الاكتئاب عند المعوقين حركيا من خلال ممارسة الانشطة الرياضية المعدلة.
- البحث في بعض الفروق ذات الدلالة الاحصائية لممارسة الانشطة الرياضية المعدلة على الدعم الاجتماعي عند المعوقين حركيا.

حيث اتبع الباحث المنهج التجريبي، متبعا لتصميم التجريبي للمجموعتين متكافئتين، للاختبار القبلي والبعدي، اجريت الدراسة على عينة تتكون من 96 طفل معاق حركيا متوسط عمرهم 22 سنة، وقامت الباحثة باختبار 36 معوق ضمن المجموعة التجريبية. استخدم الباحث الأداء المتمثلة في اختبار نفسي تم تصميمه وتطويره من قبل الباحثة لقياس الابعاد المراد قياسها.

اظهرت النتائج:

حدث تطور في البعد النفسي كان مرتبطا الى حد كبير بالعمر التدريبي المتراوح بين خمسة وستة اشهر اي في الحالات التي اكتسب فيها المعوق خبرة جديدة، وان متغيرات في سبب ونوع الاعاقة لم يعطي الدلالة المتوقعة والتي تأكد عليها الكثير من الدراسات، وبالمقابل توصلت الدراسة الى وجود اثر ذو دلالة احصائية لممارسة الانشطة الرياضية الترويحية المعدلة على البعد النفسي، وفي حين لم تظهر دلالات احصائية على باقي متغيرات الدراسة الاخرى.

وخلصت الدراسة الى الدور الايجابي الذي تلعبه الانشطة الترويحية المعدلة في سبيل الحد من المظاهر السلبية لهذه الحالات وتطوير النواحي الايجابية في مشاعر وسلوكيات المعاق وبالتالي تخليصه من المظاهر السلبية المرتبطة بالإعاقة.

الدراسة الرابعة: غندير نور الدين (2004) بعنوان اثر ممارسة النشاط الرياضي الترويحي على النمو الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقليا، تخلف بسيط، 9-12 سنة.

هدفت الدراسة الى معرفة اثر الممارسة الترويحية للمتخلفين عقليا تخلف بسيط على النمو الاجتماعي، حيث استخدم الباحث، المنهج التجريبي، متبعا لتصميم التجريبي للمجموعتين متكافئتين، تمحورت عينة الدراسة على مجموعة من الاطفال من المتخلفين ذهنيا، والتي كان قوامها 16 طفلا، بالمجال المكاني المركز الطبي التربوي للمتخلفين ذهنيا بنقرت، اعتمد الباحث في اداة الدراسة الى مقياس السلوك التكيفي.

دللت النتائج المتوصل اليها: الى وجود فروق جوهرية بين متوسطات درجات العينة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، لصالح العينة التجريبية، مما يدل نجاح النشاط الرياضي الترويحي المقدم لهذه الفئة.

التعقيب على الدراسات السابقة والمثابفة:

بعد استعراض الدراسات السابقة اتضح لنا ان موضوع بحثنا لم يحظى ببحث كافي ، ولم نجد اي دراسة جمعت بين متغيرات بحثنا لكن كانت هناك بعض الدراسات المثابفة في بعض المتغيرات ،وعليه حاولنا ابراز بعض اوجه التشابه والاختلاف بين هاته الدراسات فيما يلي:

المنهج : هناك بعض الدراسات تشابهت مع بحثنا في استخدام المنهج الوصفي مثل : دراسة بشير حسام (2006) ودراسة نايلي سمير (2015) ، بينما هناك دراسات اختلفت في المنهج مثل : دراسة سبأ نجيب محمود ابو عزيزة (2004) ودراسة غندير نور الدين (2004) الذين استخدموا المنهج التجريبي.

العينة : في الوقت الذي تنوعت فيه اهداف الدراسات السابقة الا ان هناك دراسات اعتمدت على نفس عينة الدراسة - المعاقين بصريا - مثل دراسة نايلي سمير ، اما دراسة كل دراسة بشير حسام ، دراسة سبأ نجيب محمود ابو عزيزة و دراسة غندير نورالدين فقد اعتمدوا على فئة المعاقين حركيا المتخلفين ذهنيا، اما حجم العينة فيختلف حسب كل دراسة، وعليه حجم عينة الدراسة الحالية هو: 30

ادوات جمع البيانات: ان الدراسات التي تم عرضها والتي تناولت احدى المتغيرات هناك من استخدمت استبيان مثل دراسة بشير حسام ، و نايلي سمير، اما دراسة كل من ، وغندير نور الدين استخدموا مقياس خاص، اما دراسة سبأ محمود ابو عزيزة استخدم اختبار نفسي، اما الاداة التي تم الاستعانة بها استبيان

الوسائل الاحصائية: هناك بعض التشابه للدراسات السابقة في توظيف مختلف انواع الاساليب الاحصائية والتي نذكر منها : اختبار (ت)، المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، ومعامل الارتباط

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

➤ تتبع الخطوات المنهجية في البحث.

➤ تحديد المنهج الملائم للبحث.

- انتقاء أفضل الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات قصد مناقشة نتائج البحث.
- تدعيم نتائج البحث وذلك بمقارنة النتائج التي توصل إليها الباحثون بنتائج الدراسة الحالية.

الباب الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول النشاط البدني المكيف

تمهيد:

مصطلح الإعاقة عام أقل موضوعية من حيث القابلية للقياس من مصطلحي الاعتلال والعجز، فهو لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخصية واجتماعية وثقافية مختلفة، وتبعاً لذلك، فإن حالة العجز قد لا تعني حالة إعاقة بالضرورة. (الحديدي، 2009، صفحة 15)

- تعريف الإعاقة البصرية:

- ظهرت تعريفات متعددة للإعاقة البصرية بعضها ركز على الجوانب القانونية والبعض الآخر ركز على الجوانب التربوية، وقد ظهر تعريف الإعاقة البصرية من الناحية القانونية، فمنها:

- تعرف الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفاً أو عجزاً في الوظائف البشرية. (حسني، 2001، صفحة 179)

- الإعاقة البصرية (**Visual Impairment**) هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان. (الحديدي، 2004، ص 166)

وتعرف الإعاقة البصرية من زاويتين أساسيتين وهما: (الزاوية القانونية والزاوية التربوية):

- يعتمد التعريف القانوني (الطبي) على حدة البصر (**Visual Acuity**)، وحدة البصر هي القدرة على التمييز بين الأشكال (كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز). بعبارة أخرى: حدة البصر هي قدرة العين على أن تعكس الضور بحيث يصبح مركزاً على الشبكية، وحدة الإبصار العادية هي 20/20. فأن نقول إن حدة إبصار الشخص 60/20 مثلاً يعني أن الشخص لا يرى إلا عن بعد 20 قدم ما يراه الناس الآخرون عن بعد 60 قدم. وتبعاً لمستوى حدة البصر، يعتبر الإنسان مكفوفاً (قانونياً) إذا كانت

حدة الإبصار لديه أضعف من 20/20، كذلك يتضمن التعريف القانوني للإعاقة البصرية تحديد مجال الإبصار (**Field of vision**) ومجال الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه. ومجال الإبصار يقاس بالدرجة وهو يبلغ حوالي (180) درجة عند الإنسان الذي يتمتع بقدرات بصرية طبيعية، فإذا كان مجال البصر يساوي درجة أو أقل فالإنسان مكفوف قانونياً.

- أما من الناحية التربوية فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ولذلك فإن علي الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. وهذا الشخص يتعلم القراءة والكتابة عن طريق بريل، وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونياً غالباً ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي (**Residal Vision**)، وأما ضعف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 70/20 إلى 200/20 في العين الأقوى بعد التصحيح، ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة. (الحديدي، 2004، ص 167)

3-1- تصنيف الإعاقة البصرية

يصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين رئيسيتين:

الأولى: فئة المكفوفين (**Blind**) وتنطبق على هذه الفئة التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية، ويطلق على هذه الفئة (قارئ بريل **Braille Readers**): وهم الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة.

الثانية: فئة كالمبصرية جزئياً (**Bartially sighted**) وهذه الفئة تستطيع القراءة باستخدام وسيلة تكبير أو نظارة طبية وتتراوح حدة إبصار هذه الفئة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في العين الأقوى حتى مع استعمال النظارة الطبية، ويطلق على هذه الفئة (قارئ الكلمات المكبرة **Large- Type Readers**): وهم الذين يستخدمون عيونهم للقراءة مع تكبير الكلمات. (عبدالعزيز، 2010، صفحة 84)

3-2- أسباب الإعاقة البصرية

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية.

فهناك أسباب منها:

• أسباب ما قبل الولادة: وتشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض.

• أسباب أثناء الولادة نفسها: العوامل الوراثية: فكثيراً ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة وغذا حدث ذلك فهي تسمى بالعوامل الولادية (**Congenital**)، وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة.

• أسباب ما بعد الولادة: وتعرف العوامل غير الوراثية المسببة للإعاقة البصرية بالعوامل المكتسبة (**Adventitious**)، وتشمل زيادة نسبة الأوكسجين في حاضنات الأطفال الخدج والأمراض التي تصيب العين والإصابات الناجمة عن الحوادث. (الحديدي، 2004، ص 180)

1- انفصال الشبكية (**Retinal Detachment**):

ينجم انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، ومن أهم أعراض انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر الانتكاسي والسكري. (الحديدي، 2009، الصفحات 170-171)

2- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (**Diabetic Retinopathy**):

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى، وإذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه، ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية وإن كان العلاج حالياً يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر. (الحديدي، 2009، ص 171)

3- انتكاس النقطة المركزية (**Macular Degeneration**):

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، وهذا المرض يصيب

الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور، ويؤدي هذا الاضطراب إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية. (الحديدي، 2009، ص 171)

4- الماء الأسود (Glaucoma):

الماء الأسود أو الجلوكوما هو زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرًا، وتعالج الجلوكوما لدى الأطفال جراحياً في العادة، أما لدى الكبار فهي غالباً ما تعالج بالعقاقير، وتتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر؛ لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية مؤدياً إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقافه أية تدهورات مزمنة، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيداً والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجياً، وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما:

أ- المياه السوداء الولادية (Congenital Glaucoma):

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الإمام، وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

ب- المياه السوداء لدى الراشدين (Adult Glaucoma):

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة في صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح، ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط، وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية، وجلوكوما الراشدين) أولياً - أي: ليس ناتجاً عن مرض ما في العيون - أو قد يكون

ثانويًا (ناتجًا عن مرض ما في العين). (الحديدي، 2009، ص 172)

5- الماء الأبيض (Cataract):

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة، وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار؛ ولكنه قد يحدث مبكرًا أيضًا بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين، وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي (Congenital Cataract) حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة، ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيدًا في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءًا تدريجيًا ويحدث صعوبة في الرؤية، وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم، وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفًا جدًا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 200/20 إلى 400/20 في العين إلى أجراء لها عملية جراحية، ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة، ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90-95%. (الحديدي، 2009، صفحة 172)

- ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atrophy):

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأضرار التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأوكسجين، وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعًا لدى الشباب، وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيًا، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي. (الحديدي، ج.، 2009، صفحة 172)

9- توسع الحدقة الولادي (Aniridia):

هو تشوه ولادة ينتقل على هيئة جين سائد، تكون فيه الحدقة واسعة جدًا نتيجة عدم تطور القزحية في كلتا العينين، ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدة إبصار محدود وربما أيضًا رآة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار، ويستخدم الأفراد المصابون أحيانًا النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين. (الحديدي، 2009، صفحة 173)

10- البهق (Albinism):

هو اضطراب تكون في الصبغة قليلة جداً أو معدومة ولهذا فإن الضوء يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه، وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقرًا وشعره أبيضًا وعيناه زرقاوتين، وتكون القرنية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء، وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحيانًا بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عاديًا، وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الإنكسار والرؤية وخاصة عندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء، ويوجه عام، تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الأشخاص بين 70/20 إلى 200/20. (الحديدي، 2009، صفحة 174)

11- التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa):

وهو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجيًا، ويحدث عمى ليلي (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدودًا أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفيًا، وغالبًا ما يكون هذا المرض مرتبطًا بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي، ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة. (الحديدي، ج.، 2009، صفحة 174)

15- العين الكسولة (Amblyopia):

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيدًا طبيًا، ويحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين، ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر، ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصور بصرية عادية وذلك يشمل إغلاق (تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة، وأي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن ذلك قد يؤثر سلبًا على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين. (الحديدي، 2009، الصفحات 174-175)

16- أخطاء الإنكسار (Errors of Refraction):

أ- قصر النظر (Myopia):

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة، وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة، أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالبًا ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (8-12 سنة)، ومن أشكال قصر النظر ما يعرف مبكرًا جدًا، ويزداد حسر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة، وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية (Blurred Central Vision)، ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا يتحسن البصر تمامًا، ويبدو أن هذه الحالة وراثية، أما كيف تنتقل وراثيًا فذلك أمر غير معروف.

ب- طول النظر (Hyperopia):

يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فتتكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة، أما رؤية الأشياء البعيدة فقد تكون عادية، وفي كل من قصر النظر وطول النظر قد تكون الحالة شديدة فتؤدي إلى ضعف بصري شديد، وفي العادة تستخدم النظارات والعدسات اللاصقة لكي تصبح قدرة الإنسان البصرية ضمن الحدود العادية، وعند الكبار، قد يحدث فقدان تدريجي لقوة العدسة (Presbyopia)، فسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة، وقد يحتاج الإنسان العادي إلى نظارات للقراءة بعد أن يبلغ الثانية والأربعين من عمره.

17- التهاب القرنية (Keratitis):

هو التهاب ينتج عن البكتيريا، أو الفيروسات، أو الفطريات، أو نقص فيتامين (أ)، وفي هذا الالتهاب، الذي قد يظهر في حالات الإصابة بمرض الزهري والتراخوما، يتكون على القرنية سحابة، ويشكي الشخص المصاب من ألم شديد في العين، ومن حساسية للضوء ودماع، وغالبًا ما تتأثر كلتا العينين، ولكن الالتهاب يبدأ عادة بإحدهما، ويستطيع اختصاصي طب العيون تشخيص حالات التهاب القرنية، وتحديد أسبابه، وبالتالي معالجته بالعقاقير الطبية المناسبة، أما إذا لم يعالج الالتهاب فقد تحدث

مضاعفات، ومنها الجلوكوما، وفقدان البصر. (الدهمشي، 2007، ص 202)

18- البصر البعيد (Distance Vision):

يشير هذا المصطلح إلى قدرة العين على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة، فعلى سبيل المثال، عندما يتم تقييم حدة الإبصار باستخدام لوحة سنلن، أو اللوحات المشابهة يطالب الشخص برؤية أشياء يبعد عنها مسافة (6) أمتار، و توفر مقاييس حدة الإبصار التقليدية معلومات عن قدرة الإنسان على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة فقط. (الدهمشي، 2007، ص 203)

19- الحساسية للضوء (Photosensitivity):

الحساسية للضوء أو ما يعرف برهاب الضوء (Photophobia) حالة شائعة لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف بصري ناتج عن نقص الصبغيات (المهق)، وبعض أمراض العين الأخرى (كالتهاب الملتحمة، أو الجلوكوما الحادة، أو تقرحات القرنية)، ومن ناحية طبية، فالحساسية للضوء تعامل بوصفها مؤشراً مرضياً وليس كمعيار تشخيصي، ويمكن التخفيف من هذه الحساسية عادة بارتداء نظارة سوداء. (الدهمشي، 2007، ص 203)

20- الخلع العدسي (Dislocated Lens):

اضطراب تصبح فيه عدسة العين مزاحة عن موقعها التشريحي الطبيعي مما يقود إلى ضعف بصري واحمرار في العين، ومن الأسباب الرئيسية، لذلك إصابة العين بجسم غير حاد (كقبضة اليد مثلاً)، وكذلك العوامل الوراثية كما في متلازمة مارفان مثلاً، وقد يكون الخلع جزئياً أو كلياً، وفي الخلع الجزئي، يمكن رؤية العدسة، وقد سدّت جزءاً من الحدقة. (الدهمشي، 2007، ص 204)

4- سمات وخصائص المعاق بصرياً:

نظراً للاختلافات في درجة الإعاقة البصرية وفي أنواعها ومسبباتها، وفي الظروف البيئية المحيطة بالمعاق بصريا مثل الجهات الأسرية والاجتماعية، وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية، والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصريا، فإنه من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصريا بفئاتهم ودرجاتهم

المختلفة، ذلك لأنهم ليسوا على مجموعة متجانسة. لقد حدد لونييلد (1955) أربعة من الاعتبارات التي يجب أن تراعى عند تحديد خصائص المعاقين بصريا وهذه الاعتبارات هي:

1- الربط بين الخصائص والمسببات: فعلى سبيل المثال الإعاقة البصرية الناتجة عن الحوادث لا يصاحبها تخلف عقلي، بينما نجد أن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحصبة الألمانية قد يصاحبها في الأحيان تخلف عقلي أو إعاقة سمعية.

2- تكييف وتقنين الاختبار على عينات من المعاقين بصريا: فعند استخدام الاختبارات لتحديد خصائص المعاقين بصريا فإنه يجب مراعاة أن تكون هذه الاختبارات قد صممت أو كُيفت وقننت على عينات من المعاقين بصريا.

3- الربط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصريا: وهو ما يعرف باتجاهات المبصرين نحو المعاقين بصريا حيث تؤدي الاتجاهات السلبية أو القصور في أساليب التعامل سواء على المستوى التربوي أو التأهيلي، أو العلاجي إلى ظهور العديد من النفسية السلبية لدى المعاقين بصريا.

4- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية: أن معظم البحوث التي تجري على المعاقين بصريا تشمل من يقيمون منهم في المؤسسات والمدارس الخاصة بالمعاقين بصريا، وهؤلاء يعتبرون فئة مختارة لا تمثل جميع المعاقين بصريا. العديد من الدراسات التي تناولت هذه الفئة من المعاقين ألفت الضوء على بعض هذه الخصائص وذلك نظرا لبروزها وارتباطها بالجانب التربوي والتأهيلي للمكفوفين. (كمال سالم سيسالم، 1988، صفحة 56)

5- نماذج التدخل المبكر مع المعاقين بصريا:

5-1- التدخل المبكر في المراكز:

وفقا لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر في مركز او مدرسة. وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات من سنتين او ثلاث إلى ست سنوات. وقد يلتحق الأطفال بالمراكز لمدة (3-5) ساعات يوميا بواقع (4-5) أيام أسبوعيا وإن كان بعض

الأطفال يحضرون للمركز بواقع يومين أو ثلاثة أيام فقط. وتشتمل الخدمات التي يتم تقديمها في المراكز عادة على التدريب في مختلف مجالات النمو حيث يتم تقييم حاجات الأطفال وتقديم البرامج المناسبة لهم ومن ثم متابعة أدائهم

5-2- التدخل المبكر في المنازل:

وفقا لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم. وفي العادة تقوم مدربة أو معلمة أسرية مدربة جيدا بزيارة المنزل من مرة الى ثلاث مرات أسبوعيا. وغالبا ما تهتم برامج التدخل المبكر هذه بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين. وفي هذه الحالات تقوم المعلمة بتقييم الأطفال وتحديد حاجاتهم وتساعد الأمهات في تنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات. ومن أفضل الأساليب لتدريب أولياء الامور على العمل مع أطفالهم المعوقين في المنزل القيام بوصف الأنشطة والتدريبات التي عليهم تنفيذها، وتوضيح كيفية تنفيذها لهم، والطلب منهم القيام بتنفيذها وتزويدهم بالتغذية الراجعة حول أدائهم. وأفضل الأنشطة هي الأنشطة التي تكون جزءا من عملية الرعاية اليومية الروتينية للطفل. وينصح بإستثمار قدرات الأخوة وغيرهم كي لا تكون عملية التدريب في المنزل عبئا يثقل كاهل الوالدين. (كمال سالم سيسالم، 1988)

5-3- التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل:

تبعا لهذا النموذج من نماذج التدخل المبكر يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سنا في المنزل وللأطفال الأكبر سنا في المركز. وأحيانا يلتحق الأطفال في المركز لأيام محددة ويقوم الاختصاصيون بزيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوت حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات الأسرة.

6- الحاجات التربوية للمعوقين بصرياً

لما كان الأثر الأكبر للإعاقة البصرية هو الحد من خبرات الفرد، فإن دور ينبغي على البرامج التربوية والتدريبية المقدمة للأشخاص المعوقين بصرياً القيام به هو مساعدتهم في الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات والإدراك باستخدام الحواس غير البصرية (وخاصة السمعية واللمسية) وبالمشاركة بالخبرات النشطة واعتماداً على القدرات البصرية المتبقية، يجب تشجيع الطفل المعوق بصرياً على توظيف البصر

المتبقي لديه. (الحديدي، ج.، 2009)

ومع أن مكونات المنهاج الدراسي العادي مهمة وضرورية للأطفال المعوقين بصرياً، إلا أن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى أنشطة تعليمية وتدريبية خاصة، ويطلق على ذلك اسم (المنهاج الإضافي) وتتمثل عناصر هذا المنهاج في:

أ- الكفاية الشخصية والتكيف الشخصي والمهارات الحياتية اليومية.

ب- الحركة والتنقل.

ج- مهارات التواصل.

د- التوجيه المهني.

هـ- الأدوات والمعدات الخاصة.

و- الإثارة البصرية.

فإذا كان الأطفال المبصرون قادرين على تعلم المهارات الحياتية اليومية والعناية بالذات من خلال الملاحظة والتقليد فالأطفال المعوقون بصرياً بحاجة إلى برامج تدريبية منظمة في هذا الخصوص لأنهم محرمون من القدرة على الملاحظة والتقليد، والكلام ذاته ينطبق على تعلم المهارات الاجتماعية المناسبة حيث أن التفاعل الاجتماعي غالباً ما يتضمن التواصل غير اللفظي، ولذلك فإن الأطفال المعوقين بصرياً يحتاجون إلى تعليم مباشر لاكتساب مهارات التواصل الفعالة، ولكي يصبح الأطفال المعوقين بصرياً معتمدين على أنفسهم يجب تعليمهم مهارات التنقل والحركة بشكل مستقل وآمن. كذلك ينبغي على المعلمين أن يهتموا بتطوير المهارات التواصلية للأطفال المعوقين بصرياً والتي تشمل الاستماع والكلام والكتابة والقراءة وذلك يعني استخدام العديد من الأدوات والمعدات الخاصة، إضافة إلى ما سبق، يجب تشجيع هؤلاء الأطفال على استخدام أية قدرات بصرية وظيفية متبقية لديهم.

7- دورة الأسرة في علاج وتدريب الطفل

الأسرة جزء لا يتجزأ من برامج العلاج والإرشاد والتأهيل النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا يمكن لآية خطة أن تحقق أهدافها إلا إذا وضعنا في حساباتنا العوامل التي ترتبط بالأسرة علاقتها الاجتماعية واتجاهاتها نحو الابن المعاق ودرجة

تقبلهم لوجود طفل معاق داخل الأسرة، وأثر وجود هذا الطفل على حياة الأطفال الآخرين داخل الأسرة وتأثيره في دورة حياة الأسرة وعلاقتها الاجتماعية بوجه عام.

8- اتجاهات الأسرة نحو الابن المعاق وأساليب معاملته:

هذه الاتجاهات التي تأخذ أحد الأشكال الاسمية (الإنكار - الإخفاء والتبرير - التقبل) بيد أن الإنكار والتبرير هما اللذان يحتلان المرتبة الأولى في بداية علاقة الأسرة بابنها المعاق.. ثم يأتي التقبل والاعتراف بالحالة في مرحلة لاحقة يختلف مداها الزمني من أسرة لأخرى.. ومن هنا كان إنكار الحالة ومحاولة إخفائها وتبريرها أمرًا مشتركًا لدى غالبية الأسر لا يختص بأسرة بعينها ولا يجب أن يستدعي مشاعر اللوم فالمشكلة ليست في تأخر الأسرة بالاعتراف بحقيقة إعاقة ابنها بقدر أهمية اعترافها بهذه الحقيقة في الوقت المناسب.

النشاط البدني الرياضي المكيف

يعد النشاط البدني المكيف من الوسائل التربوية الفعالة لتمنية الفرد المعاق في جميع النواحي النفسية و البدنية و الاجتماعية و تحسين العلاقة مع الأفراد الآخرين و الاتصال بهم ، و هو نشاط يخضع تقريبا لنفس القوانين مع الأنشطة الرياضية عند العاديين في شكله العام مع مراعاة بعض خصوصيات المعاقين . و يعمل على إعادة أكبر عدد ممكن من المعاقين من ذوي الإمكانات المحددة و إلى ميادين الإنتاج و التفاعل مع المجتمع و يهدف أيضا إلى رد الاعتبار المادي و المعنوي إلى الشخص المعاق و تمكينه من الاستفادة من طاقته المتبقية و مواصلة نشاطه كفرد يبحث عن إشباع حاجاته و رغباته و سنتطرق في هذا الفصل إلى التعريف بالنشاط المكيف.

1- مفهوم النشاط البدني المكيف :

تعريف حلمي إبراهيم السيد فرحات(1998): يعني الرياضيات و الألعاب و البرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة و فقا لنوعها و شدتها و يتم ذلك وفقا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين و في حدود قدراتهم .(إبراهيم و فرحات،1998،ص223).

1-1- المفهوم الجزائري

النشاط البدني المكيف مفهوم حديث العهد بالجزائر، ادخل إلى الجزائر سنة 1994 و أدرج مباشرة ضمن البرامج التكوينية الأساسية والمتواصلة بالمركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات الإعاقة بقسنطينة. كمفهوم جديد في طريق التطور ويعرف فقط لدى بعض المؤسسات المتخصصة بالإعاقة. يعرف كذلك عند الآخرين ببعض التسميات و أهمها : "الرياضة"، "التربية البدنية"، "التعبير الحركي أو الجسدي"، "الحركية أو التربية الحركية"، "الترفيه"، "اللعب التربوي"، "التربية النفسية الحركية"، "التربية الحسية"، الخ. كل هذه التسميات تعني بالنسبة للمتدخلين بالقطاع المتخصص، أنها مجرد نشاطات ترفيهية أو انشغالية وهذا بعيد كل البعد عن الواقع مما يسمح بخلط للمفاهيم. يجب أن نتفق على مفهوم مشترك واحد وهو النشاط البدني المكيف.

النشاط البدني هو مفهوم شامل وتتفرع منه مفاهيم جزئية موجهة إلى الفئات المستفيدة في الإطار المناسب.

الهدف من تحديد المصطلحات الصحيحة وكذلك الفئات المعنية بكل نشاط بدني والممارسة في الإطار الصحيح الذي يناسب كل فئة اجتماعية. يوضح النشاط بكل فروعه على مدى دمقرطة (تعميم) النشاط البدني الذي يوجه لكل الناس بدون استثناء وهذا بالطبع لتفادي الإقصاء والتهميش لفئة معينة.

2- تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيف :

لقد تعددت الأنشطة الرياضية و تنوعت أشكالها فمنها التربوية و التنافسية ، و منها العلاجية و الترويحية أو فردية و الجماعية على أية حال فأننا سنستعرض إلى أهم التقسيمات ، فقد قسمه أحد الباحثين إلى :

1-2- النشاط الرياضي الترويحي:

هو نشاط يقوم به الفرد من تلقاء نفسه بغرض تحقيق السعادة الشخصية التي يشعر بها قبل و أثناء أو بعد الممارسة و تلبية حاجاته النفسية و الاجتماعية و هي سمات في حاجة كبيرة إلى تمتيتها و تعزيزها للمعاقين .

يعتبر الترويح الرياضي من الأركان الأساسية في برامج الترويح لما يتميز به من أهمية كبرى في المتعة الشاملة للفرد بالإضافة إلى أهميته في التنمية الشاملة الشخصية من النواحي البدنية و العقلية و الاجتماعية .

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 و النفسية و الاجتماعية بالإضافة على تحسين عمل كفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري و التنفسي و العضلي و العصبي (إبراهيم رحمة، 1998ص09)

2-2- النشاط الرياضي العلاجي :

عرفت الجمعية الأهلية للترويح 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 و التنشيط و نمو الشخصية و له قيمة وقائية و علاجية لا ينكرها الأطباء .

2-3- النشاط البدني التنافسي :

و يسمى أيضا بالرياضة النخبوية أو رياضة المستويات العالية هي النشاطات الرياضية المرتبطة باللياقة و الكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبيا هدفه الأساسي الارتقاء بمستوى اللياقة و الكفاءة البدنية و استرجاع أقصى حد ممكن للوظائف و العضلات المختلفة للجسم .(مروان عبد المجيد، 1997ص122)

3- النشاط البدني المكيف والشخص في وضعية إعاقة

في الماضي القريب كلمتان كانتا لهما فرص ضئيلة للتعايش ولحسن الحظ تخطت الآن العراقيل والإيديولوجيات وأصبحوا كل الأشخاص في وضعية إعاقة وذوي الصعوبات، من الممكن أن يحصلوا على الفوائد والإيجابيات المتعلقة بخصوصيات النشاط البدني والتي كانت حكرًا على الأشخاص العاديين.

تمكنوا من إثبات بجدارة وعزم على جعل الرياضة في متناولهم ولقد تكيفت مع مطالبهم الخاصة والطبيعية. نتائج من المستوى العالمي والجهوي (ألعاب شبه أولمبية وقارية

وبطولات) أثبت لنا جميعا على مدا الكفاءات العالية التي يتمتعون بها لتجاوز الصعوبات والإعاقة والحصول على نتائج مذهلة ولقد كانت غير متوقعة عند الغالبية من الناس...

من الممكن أن يرفع النشاط البدني المكيف التحدي لتفضيل الدمج بالنسبة لكل الأشخاص في وضعية إعاقة أو ذوي الصعوبات للتكيف والتعلم في ممارسة نشاطاتهم المختلفة.

4- الصعوبات التي تتعرض تعميم النشاط البدني المكيف راجعة لعدة أسباب وأهمها:

1. القصور الحركي الدماغي بمستوياته المختلفة.
2. الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة.
3. الأوتيسية أو الذهانية أو الانطوائية (التوحد).
4. التخلف الذهني بمستوياته المختلفة.
5. الصعوبات الاجتماعية (الحدث، المسعف، المسجون)
6. الإعاقة السمعية أو الكلامية أو اللغوية بمستوياتها المختلفة.
7. الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
8. صعوبات التعلم الأكاديمية والإنمائية (التأخر الدراسي وبطء التعلم)
9. الحالات الصحية الخاصة (الأمراض المزمنة).
10. العطاء والموهبة أو الإبداعي المتفوق.
11. الإدمان (المخدرات والتدخين و الكحول)
12. الإعاقة المتعلقة بالوزن أو السمنة.
13. الشيخوخة.
14. حالات أخرى (المرأة الحامل) (بودراع، 2010)

5- النشاط البدني المكيف والتكفل الحقيقي

الركود الذي يسود هذا النشاط يدفعنا للتساؤل عن ما هو السبب أو العائق الذي يجعلها غير مبرمجة في أغلب المؤسسات المتخصصة وهذا رغم القوانين والإطارات التربوية

التي حصلت على معرفة كافية في هذا المجال منذ سنوات عديدة كنشاط تربوي يدرس كباقي النشاطات الأخرى.

النشاطات البدنية رهينة التصرفات من بعض المعنيين في القطاع الاجتماعي رهينة حسب رغبة وأذواق المدير أو المربي إذا كان رياضي أو ضد الرياضة.

لم يعطى للنشاط البدني المكيف المكانة اللائقة والصحيحة ضمن المشاريع التكفيلية بالمؤسسات المتخصصة رغم الدور الإيجابي والمهم في تربية وتكوين و ترقية كل هؤلاء الأشخاص وهو بمثابة مطلب وحق شرعي لا بد من توفيره لكل الأشخاص المعنيين بهذا النشاط لخدمتهم ومساعدتهم الطبيعية والقانونية.

الخدمات ذات طابع تربوي، اجتماعي وصحي تسمح لهاؤلاء الأشخاص أن يعبروا ويثبتوا وجودهم وتكون لهم مكانة حقيقية ضمن مجتمعنا ليشاركوا ويساهموا في التنمية الوطنية الشاملة. المؤسسة والأولياء والمربين والأخصائيين والجمعيات الذين يراهنون كلهم على الدمج ، أن يعملوا سويا لتوفير كل الفرص وتعبئة كل الطاقات الحسنة لخدمة هاته الشريحة من الأشخاص، إذا توفرت الإرادة الكافية من كل الجهات وبالأخص من طرف كل الإطارات المسؤولة والمعنية، بالتفكير في وضع برنامجا مناسباً ومكيفا في النشاطات البدنية المكيفة وبالتدخل النشط للفريق المتعدد التخصصات سيوفر لا محالة إلى كل الأشخاص المعنيين مجموعة من الخدمات المؤهلة والمناسبة لتسهيل عليهم الحياة ومن هنا تكون بداية نهاية الإقصاء والتهميش وهذا بدءاً من الحياة المؤسساتية. (بودراع، 2010)

6- أهداف النشاط البدني المكيف :

- تنمية المهارات الحركية الأساسية لمواجهة متطلبات الحياة كالمشي ، الجري.
- تنمية التوافق العضلي و العصبي وذلك باستخدام أجزاء الجسم السليمة لأداء النمو الحركي المناسب
- تنمية اللياقة البدنية الشاملة واللياقة الذهنية بما يتناسب مع نوع الإعاقة ودرجتها وذلك لعودة الجسم لأقرب ما يكون طبيعياً لمواجهة متطلبات الحياة.
- العمل على تقوية أجهزة الجسم الحيوية.

- تصحيح الانحرافات القوامية والحد منها.
- تنمية الإحساس بأوضاع الجسم المختلفة في البيئة المحيط به.
- زيادة قدراته من الممارسة الترويحية واستغلال وقت الفراغ من أجل رفع الروح المعنوية وتنمية روح الجماعة وروح التعاون.
- زيادة الانتباه وحسن التصرف والتفكير.
- تنمية الاتجاهات السليمة نحو الشخصية السوية وزيادة الثقة بالنفس.
- الاعتماد على النفس في قضاء حاجاتهم المتخلفة وعدم الاعتماد على الغير مع إمكانية العيش مستقلا ومعتمدا على النفس.

7- النشاط البدني و الرياضي كوسيلة لإدماج المعوق بصريا في المجتمع:

من الأهداف النبيلة لممارسة النشاط البدني والرياضي للمعوقين إعادة تأقلمهم والتحامهم با لمجتمع المحيط بهم بمعنى تسهيل وسرعة استفادتهم وإفادتهم للمجتمع، ويقول "أسامة رياض" إن النشاط الرياضي يلعب دورا في التأثير على الفرد للتخلص من الانطوائية والعدوانية والأزمات النفسية إضافة إلى بعض الأمراض الأخرى كعدم الانتباه أو عدم التركيز أو عدم تقييم المسافة أو عدم تقدير الزمن وإضافة إلى كل ما تقدم فالنشاط الرياضي يكون فعال أيضا في علاج بعض الأمراض الاجتماعية ويعمل على لم شمل الأفراد وجعلهم جماعة واحدة تعزز بنفسها مما يحقق العمل الجماعي واحترام الذات كما انه مبني أساسا على الاختلاط وإقامة وتطوير العلاقات فهو يضطر الأفراد والجماعات إلى الاختلاط ببعضهم البعض كلاعبين أو مشاهدين. (أسامة رياض، 2000، ص.23).

فاندماج الفرد في ا لمجتمع كما يقول "محمد عوض بسيوني" يفرض عليه حقوقا وواجبات ويعلمه التعاون والمعاملات والثقة بالنفس كما يتعلم كيفية التوفيق بين ما هو صالح له فقط وماهو صالح للجماعة وا لمجتمع، ويتعلم من خلالها أهمية احترام الأنظمة والمعتقدات وقوانين ا لمجتمع فالفرد لا يمكن أن ينمو نموا سليما إلا إذا كان داخل الجماعة حيث انه اجتماعي بطبعه والنشاط البدني والرياضي يحضر الفرص

المناسبة للنمو السليم للإفراد ويساعدهم على فهم العلاقات الاجتماعية وتكيفهم معها.
(محمود عوض بسيوني، 1992، ص.17) .

خلاصة :

من خلال العرض التحليلي لذا الفصل أُنو بواسطة النشاط البدني الرياضي المكيف يتمكن المعاق بصريا من الاحتكاك بأكبر قدر ممكن من الأفراد الآخرين، والتعامل معهم بطريقة عادية وجيدة، والخروج من عزلته متناسيا آلامه، وتحقيق راحته النفسية وإعادة ثقته بنفسه من خلال ما يقدم من نشاطات وأعمال تبين مسؤوليته و قدراته على العطاء والتعبير شعوره.

فالنشاط البدني الرياضي المكيف يساعد في وضع حدود لصورته الجسدية ويعلمه الصبر والاستقرار والتحكم في السلوك والتصرفات، كما يساعده في اكتساب الثقة بالنفس.

الفصل الثاني

ماهية القلق

تمهيد :

من خلال هذا الفصل سنتناول مصلح القلق و الذي هو حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع ، سواء كان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة ، قد يكون هذا الانفعال عارضاً وهو ما يعرفه كل الناس كما يعرفون لحظات الحزن والألم والأسى ، ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً.

1- القلق:

تقول العرب : أقلق الشيء أي حرّكه ، وأقلق القوم السيوف حرّكوها في غمدها القلق إذن هو الحركة أو الاضطراب وهو عكس الطمأنينة . (السباعي ، 1986)

فيعرّف ماسرمان Masserman القلق : " بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف ". (الكحيمي وآخرون ، 2007)

ويعرف "بأنه الشعور بالضيق والاضطراب وعدم الاستقرار النفسي يصحبه شعور مبهم بالخوف من شيء غير محدد بالذات أو من توقع حدوث شيء ما ، وهو يتفاوت في الشدة من مجرد شعور بالاضطراب إلى شعور مرعب يعجز الإنسان معه عن أداء أي شيء". (عوض ، 1986)

إذن لا يولد الخوف أو القلق مع الإنسان ، ولكن قد يولد مع المرء استعداد وراثي للانفعالات العصبية ، ويبرز هذا الاستعداد إذا ما تهيأت له الأسباب البيئية ، أسباب قد تكمن جذورها في محيط العائلة أو المدرسة أو العمل . (السباعي ، عبدالرحيم ، 1991م)

والقلق شعور معمّم فيه خشية وعدم رضا وضيق (عاقل ، 1980م) وتتفاوت درجات الاستجابة للمواقف في الشدة بين الدرجة المنخفضة والمتوسطة والعالية حسب ما لدى الفرد من استعداد كامن للاستجابة للقلق . فالشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يدرك تهديد تقدير الذات في مواقف كثيرة ويستجيب له بحالة قلق زائدة لا تناسب ما في الموقف من خطر حقيقي ، أما الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق فيدرك التهديد في مواقف الخطر الحقيقي ويستجيب بقلق مناسب مبالغ فيه . (الكحيمي وآخرون ، 2007)

لذا اتجهت الدراسات منذ العقد الماضي إلى التمييز بين جانبيين من القلق : حالة القلق Anxiety state و سمة القلق Anxiety trait ، حيث عرّف سبيلبرجر - في نظرية القلق الحالة والسمة - "حالة القلق" : (هي عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديداً في الموقف ، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة التهديد) . وتزول

"حالة القلق" عادةً بزوال التهديد (مرسي ، 1983م) ، أي انه تشير حالة القلق إلى الحالة الانفعالية التي يعاني منها الفرد في اللحظة الراهنة أو في موقف خاص ومحدد . (عبدالخالق ، حافظ 1988م)

أما "سمة القلق" فقد عرّفها سبيلبرجر وكاتل وأتكسون وكامبل بأنها : (عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية وخارجية فتظهر حالة القلق) ، ويتوقف مستوى إثارة "حالة القلق" عند الشخص على مستوى "سمة القلق" عنده . فعند الشخص صاحب "سمة القلق" العالية استعداد عالٍ للقلق ، يجعله يدرك التهديد في مواقف كثيرة ويستجيب لها بـ"حالة قلق" زائدة لا تتناسب مع ما فيها من تهديد حقيقي لذا نجده يقلق بسرعة ولأسباب بسيطة قد لا تثير القلق عند غيره (مرسي ، 1983م) . حيث أن سمة القلق تدل على فروق فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف للقلق ، أي فروق بين الناس في الميل إلى إدراك المواقف العصبية على أنها خطيرة أو مهددة ، والاستجابة لمثل هذه المواقف بزيادة في شدة إرجاع حالة القلق لديهم . وقد تعكس سمة القلق كذلك الفروق الفردية في التكرار والشدة عن طريقها يمكن الكشف عن حالات القلق في الماضي ، كما تعكس احتمال أن يعاني الفرد من سمة القلق في المستقبل . وكلما كانت سمة القلق أقوى زاد احتمال أن يعاني الفرد من ارتفاعات أشدّ في حالة القلق في المواقف التي تتضمن تهديداً . (عبدالخالق ، حافظ 1988م)

2- الخوف والقلق :

القلق يختلف عن الخوف حيث يشير القلق إلى حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة . بينما يشير الخوف إلى حالة نفسية توجد عند الشخص حين يهدده خطر ما ، وينطوي أيضاً على توتر انفعالي واضطرابات فسيولوجية مختلفة ويمكن توضيح أوجه الاختلاف بين القلق والخوف العادي في النقاط التالية :

- 1- مصدر القلق ليس له وجود في العالم الخارجي ويكتنفه الغموض ، بينما مصدر الخوف أمور خارجية يواجهها الفرد .
- 2- يكون القلق على مستوى اللاشعور ، أما الخوف فيكون على مستوى الشعور .
- 3- يبقى القلق غالباً رغم زوال مثيره ، والخوف يزول بزوال مثيره .
- 4- القلق هائم لا يتناسب مع موضوعه ، أما الخوف متناسب من حيث الشدة مع موضوعه .
- 5- ينشأ القلق كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع ، بينما الخوف ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلاً .

- 6- توجد في القلق صراعات ، بينما الخوف لا توجد فيه صراعات .
- 7- استجابة القلق تدوم طويلاً ، أما الخوف فاستجابته عابرة مؤقتة .
- 8- الإثارة التي تركها القلق على الجسد أقوى عمقاً وتأثيراً ، بينما في الخوف لا تكون الآثار خطيرة . (الكحيمي وآخرون ، 2007م)
- 3- أعراض القلق :
يمكن تقسيم أعراض القلق إلى :
1. أعراض نفسية : التوتر - الشعور بالخفقان - صعوبة في التركيز - الخوف من أشياء لا يدري عنها .
2. أعراض جسمية : الخفقان - سرعة التنفس - الجوع للهواء - رعشة " خاصة في أصابع الأيدي" - عرق " خاصة في راحة اليد " - الشعور بالتعب والإرهاك لأي مجهود ولو كان بسيطاً - اضطرابات النوم .
3. الجهاز الهضمي : ازدياد الحموضة - سوء الهضم - نوبات من الإسهال - القولون العصبي - مغص - الرغبة في القيء - القيء العصبي . (البنا ، 1983م)
4. أما الأعراض العامة للقلق فهي : الإحساس بالانقباض وعدم الطمأنينة والتفكير المُلح واضطراب النوم ، وقد ينعكس هذا الاضطراب النفسي على الجسم فتبرد الأطراف و يتصبب العرق ويخفق القلب وتنقلص المعدة ويفتر الجسم وتعطل القدرة على الإنتاج ، وقد يهرب الإنسان إلى أحلام اليقظة كعلاج مؤقت . (السباعي ، عبدالرحيم ، 1991م)
5. ويمكن أن يأخذ القلق شكلاً من الأشكال التالية :-
6. اضطرابات عامة : خوف وتوتر وسرعة الغضب ، إلى جانب الأعراض الجسمية السابق ذكرها . وعادة يستجيب للعلاج الطبي بمركبات البنزوديازپام Benzodiazpams .
7. اضطرابات تثير الهلع والفرع : ممكن أن نجد أكثر من فرد في نفس العائلة يشكو من نفس الحالة - تستمر فترة قصيرة ولكنها تعود مرة أخرى وتتكون من " قلق شديد - نهجان - خفقان - صداع شديد - رغبة في القيء - شعور بدنو الأجل " (البنا ، 1983م) وقد يتعرض مريض القلق لأزمات حادة Acute Anxiety Attacks قد تستمر دقائق أو ساعات وتنعكس أكثر ما تنعكس على الجهاز الدوري الدموي فيشعر المريض بألم في الصدر ويتهدج التنفس وتضطرب نبضات القلب . وإذا أزمّن القلق وأشدت قد يؤدي إلى بعض الأمراض النفسية الجسدية مثل أمراض القلب أو قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم والبول السكري والربو و إكزيما الجلد . (السباعي ، عبدالرحيم ، 1991م)

8. الخوف المرضي : وهذا النوع من " الإزاحة" ، يحاول المريض نقل مشاعر القلق من شيء غير محدود إلى شيء يستطيع تجنبه حتى يستريح من القلق ، وبما أنها وسيلة غير مجدية فدائرة الأشياء المخيفة تتسع . ومن أشهر أنواع الخوف المرضي ، الخوف من الأماكن الطليقة والأماكن العامة وما ينتاب المريض من شعور بالرعب عند وجوده في هذه الأماكن والبعض يرجع ذلك إلى خلل في التفكير سبه اختلال عصبي أو كيميائي في المخ .

9. الاستحواذ الملزم العصبي : هنا تسيطر فكرة غير معقولة على الوعي مثل ضرورة غسل اليد عدد من المرات قبل تقشير البطاطس مثلاً ، أو الذهاب إلى باب المنزل للتأكد من إغلاقه قبل النوم أكثر من مرة . وبالرغم من شعور الإنسان بتفاهة الخاطر أو سخافته إلا أن القلق لا ينتهي بتأدية هذا الشيء . وعادة ما يصاب بذلك شخص منظم وذكي وعامل وقلق بالطبع .

10. التجاوب مع القلق : يحاول الإنسان التجاوب مع القلق بإحدى الطرق التالية :

أ. الهروب : مثل ركوب السيارة والسير بها بسرعة - السير بسرعة إلى صديق له أو إلى ملتقى يناسب ثقافته - الهروب إلى العمل والاندماج فيه - الأكل بكثرة.

ب. تناول المهدئات : وبلا شك فإن ذلك تفاعل خاطئ وعدم العلاج سيدفع ذلك الشخص إلى الإدمان.

ج. حماية داخلية وخاصة في حالات الشعور بالذنب والشعور بالنقص ، ولنا أن نتعلم أن العدوانية ليست مظهر قوة بقدر ما هي مظهر ضعف . (البنا ، 1983م)

4- أعراض القلق عند الأطفال :

مشاعر الطفل نحو الأمن دقيقة ورقيقة ، إن المفاجأة على سبيل المثال تقلقه وفي سن الثالثة يظهر القلق على الأطفال على شكل خوف من الأذى الجسدي أو فقدان الحب الأبوي وكذلك من عدم قدرتهم على التكيف مع الأحداث ، وفي الطفولة المبكرة يكون مصدر القلق عند الأطفال من أخطار خيالية . ويزداد القلق عند الأطفال من سن الثانية وحتى سن السادسة من العمر ويحدث القلق عند الطفل عندما يفكر بخطر حقيقي أو خيالي . إن أعراض القلق عند الأطفال تبدو على شكل رجفة أو رعشة أو بكاء أو صراخ أو ذهول أو السهاد أو الكوابيس أو قلة الأكل أو العرق أو الغثيان أو صعوبة التنفس أو الصداع أو الشقيقة أو اضطراب في المعدة . وهذه الأعراض تكون هي نفسها حتى لو كان قلقه حقيقي أو غير حقيقي . (العزة ، 2002م)

5- أسباب القلق :

- 1- الاستعداد الوراثي وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية .
- 2- الاستعداد النفسي : الضعف النفسي العام - الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي - التوتر النفسي الشديد - الأزمات والصدمات النفسية - الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه - مخاوف الطفولة الشديدة - الشعور بالعجز والنقص - قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق بسبب التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات المُلحّة ، ومن الأسباب النفسية الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط (زهران ، 2001م) وأيضاً الافتقار للأمن ، فالسبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل وكذلك فإن الشكوك تعتبر مصدراً آخر . (العزة ، 2002م)
- 3- مواقف الحياة الضاغطة ، الضغوط الحضارية ، الثقافية والبيئية الحديثة ومطامح المدنية المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن ، اضطراب الجو الأسري وعدوى القلق وخاصةً من الوالدين .
- 4- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيوخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي والتنشئة الأسرية الخاطئة .
- 5- التعرض للحوادث الحادة والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة ، الإرهاق الجسمي ، التعب ، المرض ، ظروف الحرب .
- 6- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات . (زهران ، 2001م)
- أما (العزة ، 2002م) فيرى أن أسباب القلق تندرج في النقاط التالية :-
- 7- عدم الثبات في معاملة الطفل سواءً كان المعلم في المدرسة أو الأب في البيت واللذان يتصفان بعدم الثبات في معاملته يكونان سبباً آخر في القلق عنده .
- 8- الكمال والمثالية عندما تكون توقعات الكبار من الأطفال أن تكون انجازاتهم هامة وغير ناقصة تشكل مصدراً من مصادر القلق عندهم ويأتي قلق الأطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل تام .
- 9- الإهمال حيث يشعر الأطفال عادة بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هناك حدود واضحة . إن حاجتهم إلى الثقة والخبرة يُشعران الأطفال بالضياع وبالتراجع ، إنهم يفتقرون إلى توجيه سلوكياتهم

لتصبح تسرّ الآخرين وتسرّهم أنفسهم ، حيث أنهم يبحثون عن حدود يحددها لهم الكبار ، وبعض الأطفال يتصرفون كما لو أنهم يرغبون في أن يُعاقبوا من أجل أن يعرفوا ردّ فعل الكبار الواضح.

10- إن النقد الموجّه من الرفاق والراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر ، والشكوك في أنفسهم . إن التحدث عنهم وعن سيرتهم يقودهم إلى القلق الشديد خاصةً إذا عرف الأطفال بأن الآخرين يقومون بعملية تقييم لهم أو محاكمتهم بطريقة ما ، وكذلك فإن الاختبارات المروعة أو قيامهم بأداء معين يمكن أن يثير القلق لديهم .

11- بعض الراشدين يثق بالأطفال كما لو كانوا كباراً . إن نضج الأطفال قبل الأوان يكون سبباً في القلق عندهم ، وعندما نتكلم مع الأطفال عن مشاكلنا كأباء فإن موجات من القلق سوف تجتاحهم لأنهم سوف يقلقون في المستقبل وسوف يشعرون بالتعب والإعياء كما لو أنهم يريدون القيام بعمل ما لمساعدتنا . وحتى الأولاد الأذكى والذين يشعرون بأنهم مغمورون بالحب إلا أن مشاكل الكبار تشوشهم وتقلقهم .

12- يشعر الأطفال بالقلق عندما يعتقدون بأنهم قد ارتكبوا خطأً وتصرفوا بشكل غير معقول وملاتم ، وبعض الأطفال يشعرون بالقلق بمجرد أنهم يتخيلون ضرب الآخرين أو التسبب بالآم لهم ، حيث أنهم لا يميزون بين مجرد التفكير والقيام بالعمل . كما أن الأطفال المماطلين يقلقون بدلاً من أن يعملوا حيث يستحوذ عليهم القلق .

13- يكون الأطفال على الغالب قلقين كأبائهم ، يتعلم الأطفال كيف يقلقون وكيف يبحثون عن الغضب من خلال مراقبة آبائهم وهم يعاملون مع المواقف بكل توتر واهتمام .

14- الإحباط الكثير يسبب الغضب والقلق ، إن الأطفال لا يستطيعون التعبير عن الغضب بسبب اعتمادهم على الراشدين ولذلك فهم يعانون من قلق مرتفع ، ومصادر الإحباط عديدة منها:-

- يشعر الأطفال بأنهم غير قادرين على الوصول إلى أهدافهم المختلفة .
- يشعر الأطفال بأنهم لم يعملوا جيداً في المدرسة مع الأصدقاء أو الأقران .

6- أنواع القلق :

- 1- قلق الهلع : يظهر بوصفه إحساساً بالرعب أو الفزع من موضوعات محددة كما في حالة المخاوف المرضية (الخوف من الأماكن المفتوحة ، الخوف من الزحام) .
- 2- القلق العام : ويعتبر الشخص مصاباً بالقلق إذا عانى من ستة أعراض أو أكثر من هذه الأعراض مرة كل شهر وعلى نحو دوري :-

- التوتر الحركي : الرعشة ، التتميل ، الشعور بالاهتزاز ، التوتر العضلي ، عدم الارتياح ، القابلية للتعب .
- زيادة النشاط الاستشاري للجهاز العصبي اللاإرادي : وتتمثل في صعوبة التنفس ، برودة الأطراف ، جفاف الحلق والفم ، الإسهال المتكرر ، الغثيان ، الاحمرار خجلاً ، التبول المتكرر .
- الحرص والتيقظ : حيث صعوبة التركيز والأرق واضطرابات النوم وسرعة التهيج .
- 3- الرهاب : وتُحدد في ثلاثة أنواع من رهاب الأماكن العامة وهي الخوف من الأماكن العامة
- Agora phobia ، الرهاب الاجتماعي Social phobia مثل الخوف من مواقف يجد فيها الشخص أو يتصور أنه أصبح محاصراً بنظرة الآخرين وهذا الاضطراب غالباً ما يبدأ في الطفولة المتأخرة أو المراهقة ، وعادةً ما يكون مزمناً ، والرهاب البسيط Simple phobia (الخوف من الأماكن العالية - الخوف من الأماكن المغلقة - الخوف الأحادي البعد كالخوف من الكلاب والثعابين والحشرات ... الخ) .
- 4- اضطراب الوسواس القهري : وينقسم إلى وساوس Obsession وأفعال قهرية Compulsive
- 5- اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة : وهي نتاج موقف صدمي ، من شأنه أن يولد أعراض القلق على النحو السابق الإشارة إليه . (عيد ، 2000م)

7- رأي المدارس النفسية في القلق :

تعددت الآراء والنظريات التي حاولت تفسير القلق كحالته وستعرض الباحثة في إيجاز لبعض هذه النظريات، كما يلي:

7-1- أولاً: نظريه التحليل النفسي:

أشار علاء كفاقي، وفاء صلاح الدين، أحمد روبي (1990، 575 - 578) عن فرويد Freud أن مشاعر القلق تعنى اقتراب دوافع الهيى والأفكار غير المقبولة والتي تعاونت الأنا مع الأنا الأعلى على كبتها من منطقه اللاشعور، ولذلك تكون وظيفة القلق هنا إنذار الأنا لكي يحشد مزيداً من القوى الكابتة ليمنع المكبوتات من الإفلات من أثر اللاشعور والنفاد إلى الشعور .

وأوضح فرويد أن القلق يختلف عن بقيه العواطف الأخرى مثل الغضب والاكتئاب النفسي، وذلك لما يسببه القلق من تغيرات فسيولوجية داخلية في الإنسان وأخرى خارجية تظهر عليه ملامحها بوضوح.

وقد ميز فرويد بين ثلاث صور للقلق كل واحده تقابل المنظومات النفسية للشخصية حسب افتراض نظريته وهى: القلق الموضوعي: وتقابل الأنا، القلق العصابي ويقابله الهو، القلق الأخلاقي ويقابله الأنا الأعلى.

1- القلق الموضوعي: ويطلق عليه قلق الواقع وهو اقرب أنواع القلق إلى السواء وهو ينتج عن إدراك الفرد لخطوباً في البيئة وهو يشبه ما أسماه "سبيلبرجر" بقلق الحالة أي انه ينشأ عن مصادر خطر حقيقية أو مثيرات خارجية في البيئة.

2- القلق العصابي : وهو ينشأ نتيجة محاوله المكبوتات الإفلات من اللاشعور والنفوذ إلى الشعور والوعي وهو يرجع إلى عامل خارجي، وهو يقابل الهي الغريزية.

3- القلق الأخلاقي: وهو ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للأنا عندما يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع القيم والأخلاق التي يمثلها الأنا الأعلى، ومصدر هذا القلق هو الخوف من تجاوز المعايير الاجتماعية والخلقية وما يترتب على ذلك من شعور بالخزي والإثم والخجل.

وأشار الهوارى، الشناوي (1987) إلى إن هورني Horni أضافت نوع آخر من القلق أطلقت عليه القلق الأساسي والذي أرجعته إلى العداوة التي تتولد من الطفل نتيجة للخبرات المهددة لأمنه والتي يمارسها الوالدان معه، في صوره حيل الدفاع النفسي كأحد الأسلحة التي يستخدمها في معركته مع القلق (الشناوي، 1987، 172). ويتضح مما سبق أن تلك النظرة الفرويدية هي نظره من جانب واحد إلى النفس البشرية وهو الجانب المادي، حيث ركز في نظريته على الصراع بين العقل والمبادئ والأخلاق من اجل التحكم في الغرائز، وفى هذا تبسيط مخل في تفسير السلوك الإنساني المعقد.

7-2- ثانياً: المدرسة الإنسانية :

أشار حميدان إلى أن أصحاب المذهب الإنساني يرون أن القلق هو الخوف من المجهول وما يحمله المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان وإنسانيته وتؤكد هذه المدرسة أن كل إنسان يسعى لتحقيق وجوده عن طريق استغلال إمكانياته وتنميتها، والاستفادة منها إلى أقصى درجة ممكنة في تحقيق حياه إنسانية راقية ويشعر الفرد بالسعادة بالقدر الذي يحقق به ذاته، ويشعر بالضيق والتوتر النفسي بنفس القدر الذي يفشل فيه في تحقيق ذاته، وعلى ذلك فكل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق ذاته يثير قلقه، وهذا يعنى أن مثيرات القلق عند المدرسة الإنسانية ترتبط بالحاضر والمستقبل بعكس مدرسة التحليل النفسي التي تعزى أسباب القلق للماضي حيث تشير إلى

أن الاستعداد للقلق ينمو من خلال خبرات مؤلمه تعرض لها الشخص في حياته خاصة في مرحلة الطفولة.

والاتجاه الوجودي كأحد روافد المدرسة الإنسانية يعتقد أن القلق ينشأ عند الفرد إذا فشل في معرفه مغزى وجوده والهدف من حياته، وهو القلق الذي يعرف كثير في الكتابات النفسية بالقلق الوجودي (كفافي ، 1990 ، 575 - 578). ويتضح مما سبق تركيز تلك المدرسة في تفسيرها للقلق على الحاضر والمستقبل وفي ذلك تجاهل لماضي الفرد والذي قد يساهم في تشكيل حقيقة الحاضر وطموحات المستقبل، كما ان خبرات الماضي سواء كانت سعيدة أو مؤلمه يتم تخزينها في الذاكرة بعيدة المدى وقد ينعكس ذلك على اتزان الفرد الانفعال أثناء مواقف التقويم والتي ربما تهدد ذات الفرد.

7-3- ثالثاً: النظرية السلوكية:

أشار كفافي، روبي (1990) إلى أن أصحاب النظرية السلوكية يرون القلق كسلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي والسلبى، وتفسر النظرية السلوكية قلق الحالة في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، وبذلك يصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعنى أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير الجديد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف، ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق (كفافي ، 1990 ، 575 - 578) ويتضح من النظرية السابقة التبسيط الشديد لمظاهر السلوك الإنساني المعقد، حيث اقتصر تفسيرهم على العلاقة بين المثير والاستجابة، كما أن هناك خلط واضح بين مفهوم القلق والخوف، فالخوف Fear ينشأ كنتيجة لمثير واضح مصدره، أما القلق Anxiety ربما ينشأ من مثير غير محدد، فإذا كان الفرد يستطيع تحديد ما يثير خوفه فإنه يجد صعوبة في تحديد ما يثير قلقه.

وأشار على شعيب (1987، 296) عن سيبيلجر Spielberg أن كلا من الخوف والقلق ما هما إلا انفعال إنساني ظهر منذ القدم كرد فعل طبيعي وكوسيلة دفاع تكيفيه مع المواقف المتسمة بالخطر (على شعيب، 1987، ص 296).

7-4- رابعاً: مدرسة الجشطالت:

أشار الهواري الشناوي (1987) إلى أن أصحاب تلك المدرسة يرون القلق كتعبير عن جشطالت ناقص أو عمل لم يتم وأن القلق يعبر عن عدم التطابق بين الذات والخبرة، فإذا مر الفرد

بخبيره ما قد لا تكون مهمة عنده لذلك لا يستطيع أن يعيها ويحاول تجنبها أو معرفتها بشكل مشوه، وإذا كانت مهمة بالنسبة له فيحاول أن يدمجها في ذاته، ولكن هذه الخبرة قد لا تتفق مع شروط الأهمية التي تمت مع الفرد وبذلك فإنه لا يستطيع أن يرمز هذه الخبرة بدقة في الوعي، وقد يرمزها بشكل به قصور ولذلك فإن حيل الدفاع النفسي تكون هي الوسيلة الوحيدة لتجنب القلق الناشئ عن عدم التطابق بين الخبرة والذات، وأشار فرانكل Frankl إلى ما سماه بقلق الفراغ الداخلي وهو الذي ينشأ نتيجة انعدام معاني الحياة عند الفرد، وهو نوع من القلق الوجودي (الشناوي (1987، 172-196)). ويتضح مما سبق أن بتلك الرؤية لمدرسة الجشطالت قصور في استعراض الأسباب المؤدية إلى القلق، حيث ترى أن عدم التطابق بين الذات والخبرة هما السبب في حاله القلق في حين أن هناك الأسباب الكثيرة والمتشعبة المؤدية إلى القلق.

7-5- خامساً: رأى الإسلام:

أشار الهواري، الشناوي (1987) أن الإمام الغزالي يرى أن القلق حاله من حالات الضعف والخضوع والاستسلام وكلها صفات لا يتصف بها المؤمن الحقيقي الذي أخلص العبادة لله وحده، وأحسن العمل لأن هذا المسلم يتسم بنفس مطمئنه تزداد اطمئناناً بالقرب من الله، وهي بذلك ليست بحاجة إلى حيل دفاعية للتخلص من القلق وإنما هي في حاجة إلى مواجهة ذاتيه وتصميم ذاتي مستمر يجعل الاطمئنان سمتها في كل وقت، وان تلك النفس الساكنة المطمئنة التي دفعت هواجسها بعيداً واسترسلت مع الله واستطاعت أن تقهر غلبه هوى النفس وغواية الشيطان وميزت بين خاطر الشيطاني وال خاطر الرباني... قال تعالى " وهو الذي انزل السكينة في قلوب المؤمنين ليزدادوا إيماناً مع إيمانهم" صدق الله العظيم . (سورة الفتح 4).

ويتضح مما سبق أن ذلك هو ابط وأدق تفسير لحاله القلق بل وعلاجها والتخلص من تلك الحالة.

8- النتائج والآثار التي يخلفها القلق على الإنسان بشكل عام:

- 1- القلق يؤدي إلى تشتيت التفكير وعدم القدرة على التركيز أو اتخاذ القرار في الموضوعات التي تواجه الإنسان.
- 2- القلق يؤدي إلى الشعور بالعجز وفقدان الأمن وعدم السعادة والرضا.
- 3- أن القلق الزائد يقف عقبة شديدة في طريق التعليم.
- 4- القلق يتسبب في قرارات طائشة وسلوك غير سوي يحاول به الفرد تغيير حالة القلق التي تسيطر عليه ، وقد يوقفه هذا السلوك تحت طائلة القانون أو يزيد من إحساسه بالإثم الذي يؤدي إلى ازدياد القلق وإلى تردي حالته.

- 5- قد يؤدي القلق إلى أمراض جسمية خطيرة فمثلاً بعض الغدد يزداد إفرازها توقعاً لحالة الخطر، هذا الخطر الذي لا يحدث ولا ينتهي أبداً. ومع استمرار إفرازات هذه الغدد يؤدي الأمر إلى اضطرابات جسمية.
- 6- مع استمرار القلق وازدياد الصراعات قد يتطور الأمر إلى أمراض نفسية أخرى أشدّ وأخطر فالقلق مقدمة لجميع الأمراض النفسية والعقلية .
- 7- القلق يؤدي إلى انقسام في الشخصية وفي العلاقات مع الآخرين ، فيعزل الفرد عنهم وبالتالي تزداد دائرة المرض حول إحكاماً وشدة .
- 8- يؤثر القلق على مستوى الإنتاج لدى الفرد فيضطرب عمله ويقل إنتاجه . (الهواري 1986م)

9- علاجات القلق نفسياً:

القلق ظاهرة لا تقتصر على المرضى النفسيين فقط ، بل هو عام في شرائح المجتمع جميعاً ، لا يفرق بين دولة غربية وأخرى شرقية ، يصيب الغني كما يصيب الفقير ، ويحل بالكبير كما يحل بالصغير ، وينتقل إلى القوي كما ينتقل إلى الضعيف ، يصلح ويجول بين الرجال والنساء ، والصغار والكبار ، والمتعلمين وغير المتعلمين ، إنها الظاهرة الفريدة والآفة العصرية التي ليست من مقامات الدين ، ولا من منازل السائرين والمتقائلين ، بل هي أقرب إلى مكائد الشيطان ووساوسه . وهناك أساليب مختلفة ومتعددة للسيطرة على القلق الذي تعاني منه النفس وإن كانت هذه الأساليب في مجموعها ليست أساليب سوية مألوفة صحيحة، بل إن البعض منها ملتوٍ غير سليم من وجهة نظر الصحة النفسية. ويمكن أن نضعها تحت تعريف محدد وهو "الحيل الدفاعية" والتي تكون عن أحد طريقتين:

- أ) انكسار الدوافع أو الذكريات، وذلك مثلما يحدث في حالات فقدان الذاكرة التي يمكن شفاؤها.
- ب) مسخ هذه الدوافع أو الذكريات وتشويهها وذلك مثلما يحدث في التبرير والإسقاط ويمكن أن نستعرض عدداً من هذه "الحيل الدفاعية":

1- التبرير: التبرير ليس معناه أن تكون كل تصرفاتنا معقولة، ولكن معناه أن نبرر سلوكنا حتى يبدو في نظرنا معقولاً، وهو يعد حيلة دفاعية لأنه يمكن الفرد من تجنب الاعتراف بما يدفعه إلى سلوكه غير المعقول، الناتج عن دوافع غير مقبولة. والتبرير يختلف عن الكذب تمام الاختلاف، إذ أن التبرير هو عملية لا شعورية يقنع فيها الفرد نفسه بأن سلوكه لم يخرج عما ارتضاه لنفسه عن قيم ومعايير، في حين أن الكذب عملية تزييف شعورية إرادية، غايتها تشويه الفرد لوجه الحقيقة، وهو

على علم بما يفعل، وبأن ما يصوره للناس ويحاول إقناعهم به ليس صحيحاً بل هو مجرد محض خيال.

2-الإسقاط: يمكن تعريفه بأنه هو: " أن تنسب ما في نفسك من صفات غير معقولة إلى غيرك من الناس، بعد أن تجسمها وتضاعف من شأنها، وبذلك تبدو التصرفات كلها منطقية معقولة، ومثال ذلك أن يلجأ الطالب إلى أن يقنع نفسه بأن كل ما عداه من الطلاب يغشون في الامتحانات، وذلك حتى لا يبدو غشه في نظره نقيصة من النقائص، أو رذيلة يتفرد بها، وإنما يصبح غشه مجارة منه لسائر زملائه، ومسايرة منه لهم.

ومن هنا يتبين أن " الإسقاط" نوع من "التبرير" وأنه كثير الشيوع في تصرفات جميع الناس.

3-التقمص: التقمص يشبه التقليد في الغالب، وأن كان يختلف عنه في بعض النواحي ففي التقليد يتخذ المرء من سلوك غيره نموذجاً ومثالاً يحتذ به، فالطفل يلذ له أن يقلد والده، ويرتدي ملابس الكبار، ويميل إلى أن ينهج نهجهم في تصرفاتهم، بيد أن المرء لا يتقمص أفعال وحركات وتصرفات الفرد الذي يقلده إلا إذا كان يكن له الحب في قلبه ووصلت درجة الإعجاب به إلى حدّ التشبع. والتقمص الحق لا يقتصر على التقليد فحسب بل يتضمن شعور الفرد بأنه أصبح في الخيال والوهم الشخصية المتقمصة ذاتها، فيحس بنجاحه وفشله، وفرحه وحزنه، والتقمص والتقليد لازمان من أجل نمو شخصية الفرد، إذ لا بد للطفل من أن يتعلم القيام بدور "ما" في الحياة، وهو لا يستطيع أن يخرج من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد والنضوج إلا بأن يتخذ لنفسه نموذجاً صالحاً يحتذ به ونموذج الطفل والده ونموذج الطفلة والدتها ولا يكفي في ذلك عملية التقليد البحتة بل لا بد من عملية الامتصاص.

4- الكبت: الكبت هو الوسيلة التي يتقي بها الإنسان إدراك توازنه ودوافعه التي يفضل إنكارها، وهو يتميز عن قمع الإنسان لنوازعه، فالكبت نوع من تهذيب الذات للذات، في حين أن القمع هو خضوع النفس لنواهي المجتمع وتصرفاته. والكبت الكامل يؤدي إلى النسيان، واختفاء الدوافع غير المقبولة اختفاء تاماً كاملاً عن وعي الفرد وإدراكه، بيد أن الكبت لا يكون تاماً وكاملاً في معظم الأحيان، ولذلك تلتصق الدوافع والنوازع وسائل أخرى غير مباشرة تعبر بها عن نفسها.

5- الإبدال: الإبدال هو أفضل "الحيل الدفاعية" على الإطلاق في حلّ المشكلات، وإنقاص حدّة التوتر، دون أن يترتب على ذلك اطلاع الناس أو الفرد على ما لديه من دوافع غير مقبولة أو نزعات يحرّمها المجتمع، وعن طريق الإبدال يعمل الفرد من أجل أهداف صالحة تختلف كل الاختلاف عن الأهداف الأصلية غير المقبولة، ويحاول أموراً ينتظر له فيها من النجاح ما لا ينتظر له في غيرها. (عبد المتجلي، الغامدي، 1986).

6- معرفة السبب وراء القلق وتناول هذا السبب بموضوعية . والوصول إلى السبب أو الأسباب " التي قد تعود إلى مرحلة الطفولة " يتم عن طريق الاستقراء الذاتي أو التأمل أو التحليل النفسي أو العلاج الجماعي .

7- الاسترخاء .

8- العلاج الطبي بالأدوية المهدئة . (السباعي ، 1986)

- القلق النفسي العام :

وتعريف القلق النفسي العام هو : " حالة من القلق المستمر الزائد عن الطبيعي يشعر به المريض بصورة مزعجة ، لا يستطيع معها التكيف أو القيام بأعماله اليومية أو المشاركة في الحياة الاجتماعية " ويكون هنا المريض في حالة قلق - عصبية - كثير الاهتمام بالأمر الصحية والعائلية ، دائم التوقع السيئ ويستثار من أقل مؤثر خارجي أو داخلي ، له ردود أفعال عصبية وعنيفة وغير متناسبة مع حجم الفعل الأساسي . (رضا ، 2008م)

ويتصف مرض القلق العام بالقلق المستمر والمبالغ فيه والضغط العصبي . ويقلق الأشخاص المصابين بالقلق العام بشكل مستمر حتى عندما لا يكون هناك سبب واضح لذلك . و يتركز القلق العام حول الصحة أو الأسرة أو العمل أو المال . وبالإضافة إلى الإحساس بالقلق بشكل كبير مما يؤثر على قدرة الإنسان على القيام بالأنشطة الحياتية العادية ، و يصبح الأشخاص المصابين بالقلق العام غير قادرين على الاسترخاء ويتعبون بسهولة ويصبح من السهل إثارة أعصابهم ويجدون صعوبة في التركيز وقد يشعرون بالأرق والشد العضلي والارتعاش والإنهاك والصداع . وبعض الناس المصابين بعرض القلق العام يواجهون مشكلة القولون العصبي . ويختلف مرض القلق العام عن أنواع القلق الأخرى في أن الأشخاص المصابين بهذه الأعراض عادة يتجنبون مواقف بعينها . ولكن ، كما هو الحال في أعراض القلق الأخرى ، فإن مرض القلق العام قد يكون مصحوبًا بالاكتئاب والإدمان وأعراض القلق الأخرى . وبشكل عام فإن المرض يبدأ في الطفولة أو المراهقة . ويحدث هذا المرض عادة في النساء أكثر من الرجال ويبدو أنه شائع في عائلات بعينها . ويؤثر هذا العرض في 2-4% من الأفراد سنويًا . (أبو العزائم ، 2008م) .

الخلاصة:

نستنتج أن القلق من أشد الانفعالات التي يتعرض إليها الانسان بصفة عامة و المعاقين بصفة خاصة، والذي يترك أثر كبير في نفسية ومردود الشخص، حيث أنه يتكون من عدة تغيرات جسمية، نفسية، وسيكولوجية مختلفة، ولقد قمنا في هذا الفصل بإبراز هذه المراحل المكونة للقلق وكيفية معالجتها. كما وضحنا فيه أيضا بعض النظريات التي تبين أن القلق عنصر لا يمكن إهماله، وهذا لما فيه من تأثير على الانسان، لذا يجب على الأخصائيين الأخذ بعين الإعتبار هذا العامل ومحاولة التقليل منه بالوسائل اللازمة للوصول إلى تحقيق أهدافهم.

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الأول

منهج البحث والدراسات الميدانية

الفصل الثاني

عرض و مناقشة النتائج

تحليل و مناقشة النتائج :

تحقيقاً لهدف الدراسة الأول سعى الطلبة إلى:

استخراج قيم الأوساط الحسابية لأبعاد مقياس القلق لعينة المعاقين بصريا الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني الرياضي والجدول الآتي يبين ذلك :

جدول 04: قيم الأوساط الحسابية لدى عينة الممارسين وغير ممارسين للنشاط الرياضي

الابعاد	الممارسين		غير الممارسين		مفتاح التصحيح للمقياس	
	الوسط الحسابي	الوسط الحسابي	الوسط الحسابي	الوسط الحسابي	منخفض	مرتفع
المظاهر الصحية	33.4	20.26	19-08	30-19	30-30	40-30
المظاهر الاجتماعية	37.06	22.66	23-10	36-23	50-36	50-36
المظاهر الانفعالية	38	24.4	23-10	36-23	50-36	50-36
المظاهر العقلية	38.93	28.06	23-10	36-23	50-36	50-36
المظاهر السلوكية	36.8	22.93	21-09	33-21	45-33	45-33

ومن خلال الجدول رقم (04) والذي يدل على المتوسطات الحسابية والتي تعتبر درجات للأبعاد المدروسة لفئة المعاقين بصريا الممارسين و الغير الممارسين حول موضوع الدراسة . - نلاحظ أن مستويات الأبعاد الخمسة لبعدها المظاهر الصحية بالنسبة لفئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط البدني مرتفعة ، فالمتوسط الحسابي لبعدها الصحة العامة لديهم كان يساوي 33.4 وهو محصور بين مدى الدرجات 30-40 مما يعني أن بعد المظاهر الصحية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين مرتفعة.

و المتوسط الحسابي لبعدها المظاهر الاجتماعية كان يساوي 37.06 وهو محصور بين مدى الدرجات 36-50 مما يعني أن بعد المظاهر الاجتماعية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين مرتفعة.

و المتوسط الحسابي لبعدها المظاهر الانفعالية كان يساوي 38 وهو محصور بين مدى الدرجات 36-50 مما يعني أن بعد المظاهر الانفعالية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين مرتفعة.

و المتوسط الحسابي لبعدها المظاهر العقلية كان يساوي 38.93 وهو محصور بين مدى الدرجات 36-50 مما يعني أن بعد المظاهر العقلية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين مرتفعة

و المتوسط الحسابي لبعء المظاهر السلوكية كان يساوي 36.8 وهو محصور بين مدى الدرجات 33-45 مما يعني أن بعء المظاهر السلوكية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين مرتفعة.

- أما مستويات أبعاد الدراسة لدى فئة المعاقين بصريا غير ممارسين للنشاط الرياضي فقد تفاوتت من بعء إلى آخر بين منخفضة ومتوسطة ، فالمتوسط الحسابي لجودة المظاهر الصحية لديهم كان يساوي 20.26 وهو محصور بين مدى الدرجات 19-30 مما يعني أن بعء المظاهر الصحية لدى فئة المعاقين بصريا الغير الممارسين متوسطة

و المتوسط الحسابي لبعء المظاهر الاجتماعية كان يساوي 22.66 وهو محصور بين مدى الدرجات 10-23 مما يعني أن بعء المظاهر الاجتماعية لدى فئة المعاقين بصريا الغير الممارسين منخفضة

و المتوسط الحسابي لبعء المظاهر الانفعالية كان يساوي 24.4 وهو محصور بين مدى الدرجات 23-36 مما يعني أن بعء المظاهر الانفعالية لدى فئة المعاقين بصريا الغير الممارسين متوسطة

و المتوسط الحسابي لبعء المظاهر العقلية كان يساوي 28.06 . وهو محصور بين مدى الدرجات 23-36 مما يعني أن بعء المظاهر العقلية لدى فئة المعاقين بصريا الغير الممارسين متوسطة

و المتوسط الحسابي لبعء المظاهر السلوكية كان يساوي 22.93 وهو محصور بين مدى الدرجات 21-33 مما يعني أن بعء المظاهر السلوكية لدى فئة المعاقين بصريا الغير الممارسين متوسطة.

2- مقارنة بين عينة الممارسين وغير الممارسين في ابعاد المقياس

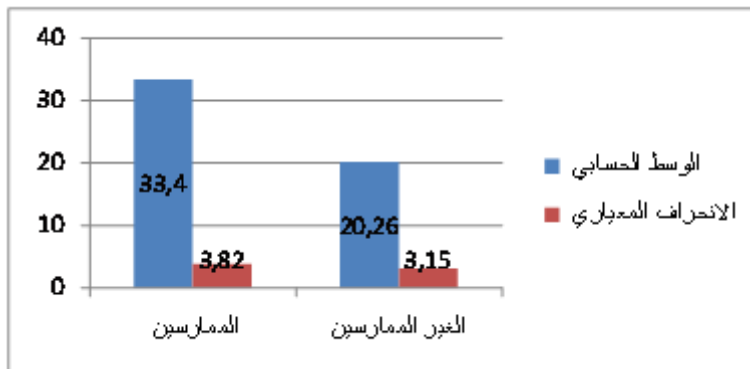
- بعد المظاهر الصحية

جدول 05: يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت المحسوبة لعينة البحث

الدالة المعنوية	ت الجدولية	ت المحسوبة	عينة غير الممارسين		عينة الممارسين		المظاهر الصحية
			الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
معنوي	1.70	3.72	3.15	20.26	3.82	33.4	

من خلال الجدول يتبين أن قيمة ت المحسوبة بين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني بالنسبة إلى بعد المظاهر الصحية قد بلغ قيمة قدرها 3.72 وهي اكبر من قيمة ت الجدولية البالغة 1.70 عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.05 .

وهذا يؤشر إن هنالك فروق معنوية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط البدني وذلك لان قيمة وسطهم الحسابي والبالغ 33.4 هو اكبر من قيمة الوسط الحسابي لدى فئة المعاقين بصريا غير ممارسين للنشاط البدني البالغ قيمة قدرها 20.26 .

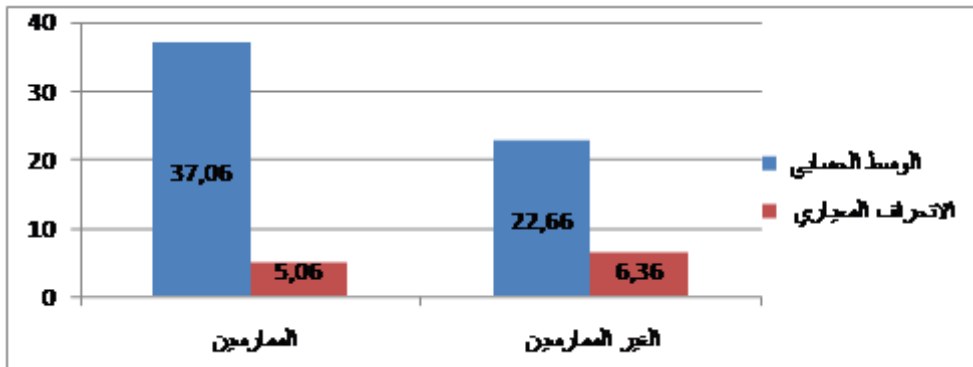


شكل 1 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة البحث (المظاهر الصحية).

جدول رقم 06 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت

الدالة المعنوية	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	عينة غير الممارسين		عينة الممارسين		المظاهر الاجتماعية
			الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
معنوي	1.70	6.85	6.36	22.66	5.06	37.06	

أظهرت النتائج إن قيمة ت المحسوبة بين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني بالنسبة إلى بعد المظاهر الاجتماعية قد بلغ قيمة قدرها 6.85 وهي اكبر من قيمة ت الجدولية البالغة 1.70 عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.05 وهذا يؤشر إن هنالك فروق معنوية لصالح لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط البدني وذلك لان قيمة وسطهم الحسابي والبالغ 37.06 هو اكبر من قيمة الوسط الحسابي لدى فئة المعاقين بصريا غير ممارسين للنشاط البدني البالغ قيمة قدرها 22.66.

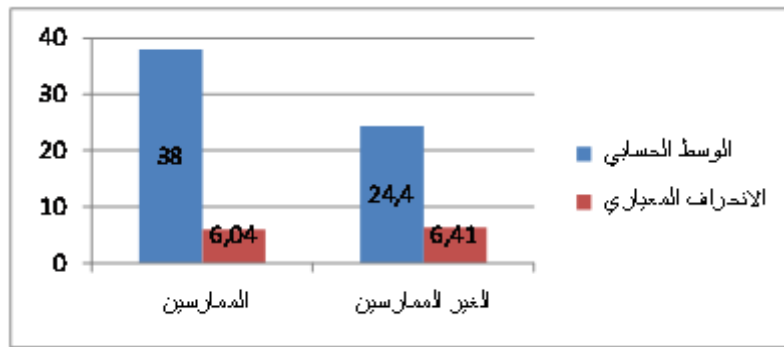


شكل 2 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية (المظاهر الاجتماعية)

جدول رقم 07: يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت. المظاهر الانفعالية

الدالة المعنوية	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	عينة غير الممارسين		عينة ممارسين		المظاهر الانفعالية
			الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
معنوي	1.70	5.53	6.41	24.4	6.04	38	

أظهرت النتائج إن قيمة ت المحسوبة بين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني بالنسبة إلى بعد المظاهر الانفعالية قد بلغ قيمة قدرها 5.53 وهي اكبر من قيمة ت الجدولية البالغة 1.70 عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.05. وهذا يؤشر إن هنالك فروق معنوية لصالح لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط البدني وذلك لان قيمة وسطهم الحسابي والبالغ 38 هو اكبر من قيمة الوسط الحسابي لدى فئة المعاقين بصريا غير ممارسين للنشاط البدني البالغ قيمة قدرها 24.4 .



شكل 3 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية (المظاهر الانفعالية)

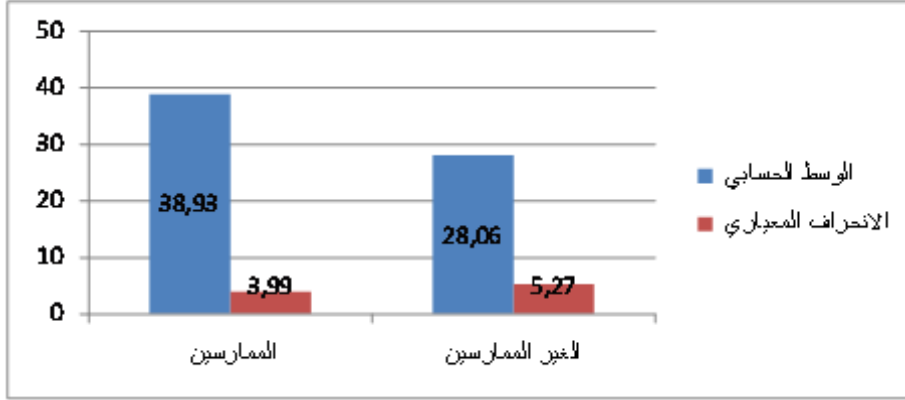
- بعد المظاهر العقلية

جدول 08 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت.م (الصحة النفسية).

الدالة المعنوية	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	عينة غير الممارسين		عينة الممارسين		المظاهر العقلية
			الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
معنوي	1.70	6.36	5.27	28.06	3.99	38.93	

وأظهرت النتائج إن قيمة ت المحسوبة بين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني بالنسبة إلى بعد المظاهر العقلية قد بلغ قيمة قدرها 6.36 وهي اكبر من قيمة ت الجدولية البالغة 1.70 عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.05 . وهذا يؤشر إن هنالك فروق معنوية لصالح لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط البدني وذلك لان قيمة وسطهم الحسابي والبالغ 38.93 هو اكبر من قيمة

الوسط الحسابي لدى فئة المعاقين بصريا غير ممارسين للنشاط البدني البالغ قيمة قدرها 28.06.



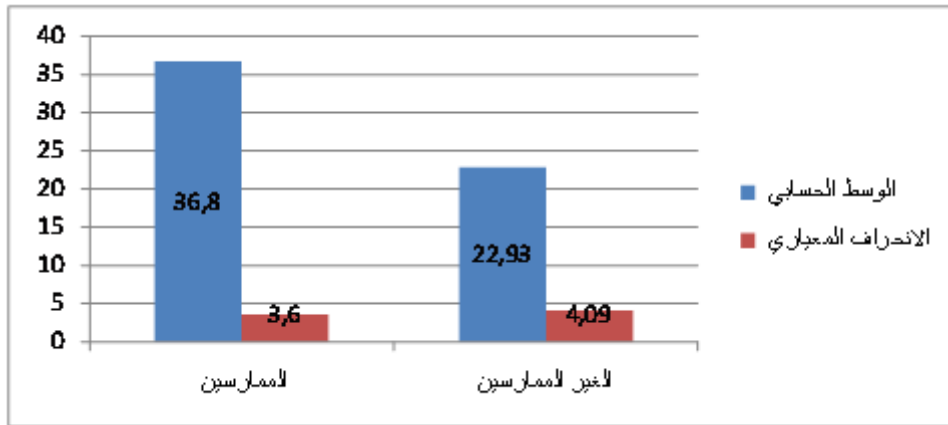
شكل 4 : يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية (المظاهر العقلية).

- بعد المظاهر السلوكية

جدول 09 يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت.م (الحياة اليومية)

الدالة المعنوية	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	غير الممارسين		الممارسين للرياضة		المظاهر السلوكية
			الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
معنوي	1.70	9.83	4.09	22.93	3.6	36.8	

أظهرت النتائج إن قيمة ت المحسوبة بين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني بالنسبة إلى بعد المظاهر السلوكية قد بلغ قيمة قدرها 9.83 وهي اكبر من قيمة ت الجدولية البالغة 1.70 عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.05. هذا يؤشر إن هنالك فروق معنوية لدى فئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط البدني وذلك لان قيمة وسطهم الحسابي والبالغ 36.8 هو اكبر من قيمة الوسط الحسابي لدى فئة المعاقين بصريا غير ممارسين للنشاط البدني البالغ قيمة قدرها 22.93.



شكل 5: " يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية (المظاهر السلوكية) .

2- استنتاجات:

- النشاط البدني المكيف له تأثير ايجابي على القلق لدى المعاق بصريا.
- توجد فروق دالة احصائيا في الابعاد قيد البحث بين المعاقين بصريا الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي لصالح عينة الممارسين.
- تفوق عينة المعاقين بصريا الممارسين على عينة غير الممارسين في الابعاد المدروسة.

3- مقارنة النتائج بالفرضيات:

الفرضية الأولى: والتي تنص على مايلي "درجات أبعاد المقياس المدروسة مرتفعة عند فئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط الرياضي ،ومنخفضة و متوسطة لدى غير الممارسين ". نلاحظ أن كل النتائج تصب لصالح الفرضية الأولى المقترحة وتحققها ، فقد كانت قيمة المتوسطات حسب درجات الأبعاد في المستوى المرتفع لفئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط البدني المكيف مقارنة مع متوسطات فئة المعاقين الغير الممارسين للنشاط و هذا مما يفسر لنا أن النشاط البدني المكيف يلعب دورا هاما في تحقيق الأغراض النفسية والاجتماعية، فالفرد يستطيع أن يدرك بسهولة الدور الذي يلعبه هذا النشاط في التقليل من الضغوط النفسية في محيطه الاجتماعي. وهذا يتماشى مع دراسة بشير حسام (2006) التي توصلت الى ان ممارسة النشاط الرياضي الترويحي لهذه الفئة ستساعدهم على تصريف طاقتهم وتوجيهها وحسن استغلالها، كما تساعد على التخلص من مختلف المشاكل النفسية كالقلق مثلا وزيادة الثقة في النفس هذا من جهة ومن جهة اخرى اجمع المربون على اختيار المعوقين للأنشطة التي تعتبر الوسيلة الوحيدة التي يستطيع المعوق من خلالها التقليل من حدة القلق وزيادة الثقة في النفس والتغلب على مختلف المشاكل النفسية التي تصادفهم كما تساعد على التحصيل الدراسي من خلال اكتساب العديد من المهارات

الفرضية الثانية: والتي تنص على ما يلي " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مقياس القلق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي لدى فئة المعاقين بصريا ولصالح الممارسين".

فإننا نلاحظ أن نتائج قيم ت المحسوبة بين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لأعوان الحماية المدنية الممارسين وغير ممارسين للنشاط الرياضي بالنسبة إلى كل بعد من الأبعاد الخمسة بلغت قيم ت المحسوبة وجاءت اكبر من قيم ت الجدولية وهذا يوشر إن هنالك فروق معنوية لصالح فئة المعاقين بصريا الممارسين للنشاط الرياضي وهذا ما يحقق الفرضية الثانية والتي تقول أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف لدى ، ولصالح الممارسين.

ومنه نستطيع القول أن ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف لها أهمية كبير في تخفيف القلق، وتساهم في تخفيف القلق الذي بدور يعد من المشاكل الحساسة التي لها ارتباط كبير بهذه الفئة تعود الفرد الممارس على تخطي الفشل ة التفكير الكثير في الأمور التي تعيق تفكيرهم و تثير قلقهم و يقوي إرادته و عزيمته لتحقيق النجاح في المستقبل و تنمية الثقة بالنفس كنتيجة لتحقيق بعض النجاحات و هي نقطة هامة بالنسبة للفرد المعوق بينما نجد الفرد الغير الممارس و أثناء فشله في موقف ما فإنه ينصب تفكيره ة اهتمامه به و قدرته على التجاوز تكون محدودة. وهذا يتماشى مع دراسة سبأ نجيب محمود ابو عزيزة (2004) التي اظهرت حدوث تطور في البعد النفسي كان مرتبطا الى حد كبير بالممارسة الرياضية (العمر التدريبي)، وبالمقابل توصلت الدراسة الى وجود اثر ذو دلالة إحصائية لممارسة الانشطة الرياضية الترويحية المعدلة على البعد النفسي، وكذلك دراسة غندير نور الدين (2004) التي دلت نتائجها الى وجود فروق جوهرية بين متوسطات درجات العينة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، لصالح العينة التجريبية، مما يدل نجاح النشاط الرياضي المقدم لهذه الفئة.

4- التوصيات:

- الاعتماد في على النشاط البدني المكيف لأنه يعتبر علاج لفئة المعاقين بصريا.
- توفير مربين مختصين في النشاط البدني المكيف لمحاولة التقليل من الضغوط النفسية لدى المعاقين بصريا.
- الاهتمام بنشر الوعي الثقافي لدور الانشطة الرياضية المكيفة في التخفيف و التخلص من الضغوط النفسية و كذا القلق .
- البحث في مشكلة القلق لدى المعاقين عموماً والمعاقين بصريا بشكل خاص هي مسؤولية تتطلب تعاون وتكاتف الأسرة ومراكز التأهيل والجهات المختصة لعلاج هذه المشكلة .
- إعاقة الأطفال بصريا لا تحد من قدراتهم وعطائهم، بل على العكس يجب الارتقاء بهم وفق إمكانياتهم وإعدادهم للمجتمع واعتبارهم أعضاء فاعلين فيه إعداد برامج وأساليب علاجية ووقائية للحد من مشكلات الأطفال المعاقين بصريا ، وتطبيقها في المراكز والجمعيات التي تهتم بهذه الفئة .
- نشر الوعي بين أفراد المجتمعات عن احتياجات هذه الفئة وكيفية التعامل معهم بما يناسب هذه الاحتياجات من خلال وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية .
- توفير الوسائل المساعدة للأطفال المعاقين بصريا في المجتمع لتسهيل عملية دمجهم وتفادي العراقيل التي يمكن أن تزيد من مشاكلهم النفسية .

الخاتمة :

لممارسة النشاط البدني الرياضي دور فعال في تنمية وتطوير بعض السمات الشخصية المقبولة للفرد المعوق تظهر خلال تعامله مع غيره والحساسية اتجاه المواقف التي قد تحتم عليه التحكم في انفعالاته، فهو يساعد المعوق في وضع حدود لصورته الجسدية وتعلمه الصبر والهدوء والاستقرار والتحكم في السلوك والتصرفات، ومن هذا المنظور نلتمس الدور الذي يلعبه النشاط البدني الرياضي إذ يعتبر عاملا أساسيا لتنمية السمات ومقومات الشخصية

من هذا فان انضمام المعوق للأندية و المدارس، ومشاركته في برامجها وأنشطتها، من بينها الأنشطة البدنية الرياضية، تسهم في إثراء صحته النفسية، وإحساسه بالحرية، وتنمية بعض السمات الشخصية، التي تظهر في مواقف السلوك، كما توفر له فرص التغلب على الإعاقة، والتلاؤم معها، بما يزيد من تفاعله مع المجتمع، فهي وسيلة للاحتكاك بأكبر قدر ممكن بالأفراد الآخرين، والتعامل معهم بطريقة عادية وجيدة، حتى يندمج مع الغير ويزيد نموه الاجتماعي، إضافة إلى هذا يعتبر النشاط البدني الرياضي المكيف وسيلة ناجحة للترويج عن نفس المعوق و التغلب على القلق ، للتغلب على الحياة المملة ما بعد الإصابة، وهذا لزيادة الطاقة والحفاظ على الاسترخاء مما يؤثر إيجابا على مستوى هدوء الفرد المعوق و التوجه نحو الحياة.

الخاتمة:

من خلال معالجتنا لموضوعنا الموسوم بعنوان: النشاط البدني المكيف عند المعاقين بصريا(10-14) توصلنا لمجموعة من الاستنتاجات نردها كالتالي:

1- إن مستوى الضغوط النفسية للمعاقين بصريا الممارسين منخفض لديهم مقارنة بغير الممارسين والتي كانت مستوياتهم مرتفعة وفق لمجالات مصادر الضغوط النفسية المقترحة.

2- كشف البحث التالي على إن أهم مصادر الضغوط النفسية التي يتعرض لها المعاقين بصريا حسب التأثير كالتالي: الضغوط الناتجة عن اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة البصرية، الضغوط الناتجة عن اثار الإعاقة البصرية على الفرد، الضغوط الناتجة عن اتجاهات الأسرة نحو الإعاقة البصرية، الضغوط الناتجة عن اتجاهات المعاق بصريا نحو إعاقته .

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمعاقين بصريا بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف في مستوى الضغوط النفسية لصالح الممارسين

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس على كل المحاور وعليه نقدم جملة اقتراحات منها تشجيع على ضرورة ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة للمعاقين واقتراح برامج التوعوية والتحسيسية بضرورة الاهتمام بظاهرة الضغط النفسي مع ارتفاع مستوياته وتعدد مصادره وهذا من اجل قيام بمراجعة دورية وتقييم مستمر للضغط النفسي لدى المعاقين بصريا.

5- إعداد برامج ودورات تدريبية في كيفية تعامل والتكيف لمواجهة الضغوطات وتوفير الرعاية

6. نستنتج عموما بان للنشاط البدني المكيف دور في التقليل من الضغوط النفسية و التخفيف من شدة القلق لدى المعاقين بصريا، النفسية من خلال إنشاء وحدات العلاج النفسي

7- ان النشاط البدني المكيف له تأثير ايجابي على نفسية المعاق بصريا من خلال ممارسة النشاط البدني و من التوصيات و الاقتراحات توفير مربين مختصين في النشاط البدني المكيف لمحاولة التقليل من الضغوط النفسية لدى المعاقين بصريا.

المصادر و المراجع

المصادر و المراجع :

باللغة العربية :

1. السباعي ، زهير (1986م) . القلق ...ظاهرة العصر المرضية ، مجلة الأمن والحياة ، العدد 56 ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض.
2. الببلاوي، فيولا (1987م) . مقياس القلق للأطفال، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة .
3. الكحيمي ، وجدان عبدالعزيز ، حمام ، فادية كامل ، مصطفى ، علي أحمد سيد (2007م) . الصحة النفسية " للطفل والمراهق " مكتبة الرشد ، الرياض.
4. الكحيمي ، وجدان عبدالعزيز ، حمام ، فادية كامل ، مصطفى ، علي أحمد سيد (2007م) . الصحة النفسية " للطفل والمراهق " مكتبة الرشد ، الرياض.
5. الكحيمي ، وجدان عبدالعزيز ، حمام ، فادية كامل ، مصطفى ، علي أحمد سيد (2007م) . الصحة النفسية " للطفل والمراهق " مكتبة الرشد ، الرياض.
6. السباعي ، زهير أحمد ، عبدالرحيم ، شيخ إدريس (1991م) . القلق وكيف تتخلص منه بحث يوضح علاج القلق بالقرآن الكريم وبالعلاج النفسي والتفكير الايجابي ، دار القلم ، دمشق .
7. البنا ، محمود جاد (1983م) . يسألونك عن القلق ، المجلة العربية ، العدد 136 ، الرياض .
8. أبو العزائم ، محمود جمال (2008م) . القلق النفسي ،
9. الوقفي، راضي (2003م). أساسيات التربية الخاصة. عمان: جبهة للنشر والتوزيع.
10. إبراهيم رحمة 1998 " تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي ، دار الفكر للطباعة ز النشر ، الطبعة الأولى ، عمان
11. الوقفي، راضي (2003م). أساسيات التربية الخاصة. عمان: جبهة للنشر والتوزيع.
12. القريطي، عبد المطلب (2001م). سيكولوجية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وتربيتهم، الطبعة 2. القاهرة: دار الفكر العربي.
13. الشناوي ، محمد محروس ، عبدالرحمن ، محمد السيد (1998م) . العلاج السلوكي الحديث : أسسه وتطبيقاته ، دار قباء للطباعة والنشر ، القاهرة .
14. العزة ، سعيد حسني (2002م) . التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان .

15. الشرييني ، زكريا ، صادق ، يسرية (2003م) . تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة عبد المتجلي ، محمد رجاء حنفي ، الغامدي ، عبدالله حسين (1986م) . القلق أحد الأساليب المختلفة للتكيف غير السوي ، مجلة القافلة ، العدد السابع ، أرامكو ، الظهران .
16. الوقفي، راضي (2003م). أساسيات التربية الخاصة. عمان: جبهة للنشر والتوزيع.
17. العزة ، سعيد حسني (2002م) . التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان .
18. الشرييني ، زكريا ، صادق ، يسرية (2003م) . تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة العزة ، سعيد حسني (2002م) . التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان .
19. العزة ، سعيد حسني (2002م) . التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان .
20. الشرييني ، زكريا ، صادق ، يسرية (2003م) . تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة عوض ، مرقص (1986م) . القلق ..ظاهرة العصر المرضية ، مجلة الأمن والحياة ، العدد 56 ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض .
22. الدليل الطبي النفسي الأمريكي لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية ، 1987م.
23. عاقل ، فاخر (1980م) . علم النفس التربوي ، الطبعة السادسة ، دار العلم للملايين ، بيروت .
24. عبدالخالق ، أحمد ، حافظ ، أحمد (1988م). حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملك العربية السعودية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، المجلد السادس ، العدد الثالث ، جامعة الكويت .
25. مرسي ، كمال ابراهيم (1983م) . علاقة سمة القلق بالعصابية : دراسة نقدية بالتحليل العاملي ، مجلة كلية التربية ، جامعة الملك سعود ،المجلد الخامس .
26. مشكلاته ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
27. حسين ، فضل (1989م) . دراسة القلق لدى الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة " دراسة مقارنة بين المواطنين واللاجئين " ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .
28. زهران ، حامد عبدالسلام (2001م) . الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الثالثة ، مكتبة العبيكان ، الرياض .
29. عيد ، محمد ابراهيم (2000م) . دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب ، مجلة كلية التربية ، العدد 24 ، الجزء الرابع .

30. شعيب ، على محمود (1987م). قلق الاختبار في علاقته ببعض المتغيرات المرتبطة بطلاب وطالبات الثانوية العامة بمكة المكرمة. مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني، الجزء الثامن، سبتمبر.
31. كفاقي، علاء الدين، صلاح الدين، وفاء، أحمد روبي ، أحمد (1990م). بناء مقياس للقلق الرياضي، حولية كلية التربية، السنة السابعة، العدد السابع.
32. رضا، منى (2008م). القلق النفسي ،
33. مروان عبد المجيد إبراهيم، 1997: الألعاب الرياضية للمعوقين " ، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع ، عمان ، الأردن.
34. حلمي إبراهيم و ليلي اليد فرحات 1998: "التربية الرياضية و الترويح للمعاقين " دار الفكر العربي، ط1، القاهرة .
35. حزام محمد رضا القزوني (1998): "التربية التوجيهية" دار العربية للطباعة ،بغداد، محمد نجيب توفيق
36. محمد عادل خطاب و كمال الدين زلي (1965) " التربية الرياضية للخدمة الاجتماعية" در النهضة العربية، ط1، القاهرة .
37. حسني، ا. س. (2001). التربية الخاصة. الأردن: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
38. عبدالعزيز، بت م. (2010). مقدمة في التربية الخاصة. عمان :دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة.
39. عبدالمجيد ،ع .(1997). تنمية الأطفال المعاقين .القاهرة :دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
40. كامل بم ل. (1998). الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية .القاهرة :مطبعة فيكتوركيس.
41. كمال سالم سيسالم .(1988). المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم .الرياض :مكتبة الصفحات الذهبية ،الطبعة الأولى.
42. محمود عوض بسيوني، فيصل ياسين الشاطي، نظريات وطرق التربية البدنية والرياضية، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر ، 1992.
43. أسامة رياض ، رياضة المعوقين: الأسس الطبية والرياضية، ط1، دار الفكر العربي. القاهرة، 2000.
44. حسن علاوي و آخرون .(1999). البحث العلمي في التربية وعلم النفس .القاهرة :دار الفكر العربي.
45. ثابت بن .(1984). أضواء على الدراسة الميدانية .الكويت :مكتبة الفلاح.

46. شفيق م. (2006). البحث العلمي مع تطبيقاته في مجال الدراسة الإجتماعية. لمكتب الجامعي الحديث.

47. عمار ب. (1995). مناهج البحث العلمي و إعداد البحوث. دار النشر، الجزائر .

باللغة الأجنبية :

- 1- Lumpkin , P (1999) . Group cognitive-behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders in children and adolescents : Multiple baseline study .
- 2- Dissertation Abstracts International , section – B – the science – and – Engineering , jun .
- 3- Weinman ,bill (1987) . group therapy , study prism in quarter anniversary magazine , journal of rehobilitaion .

الملاحق

مجموع درجات لكل فرد من أفراد العينة وهذا لكل بعد من أبعاد المقياس

	غير ممارسين						الممارسين				
	1ع	2ع	3ع	4ع	5ع		1س	2س	3س	4س	5س
1	23	32	22	22	23		37	40	45	42	37
2	14	36	27	20	24		30	32	33	45	40
3	27	25	26	28	26		31	37	32	39	30
4	22	18	28	26	24		32	34	25	37	35
5	16	19	29	23	21		29	25	38	36	36
6	23	17	16	22	26		34	33	37	40	38
7	18	16	17	25	25		34	43	36	43	39
8	17	18	19	36	29		36	41	39	41	36
9	18	12	33	34	25		32	39	34	38	35
10	23	28	25	32	22		37	32	39	33	34
11	22	26	39	30	15		39	43	35	50	42
12	19	25	33	29	18		33	40	38	46	41
13	26	24	25	34	25		35	39	44	37	32
14	20	23	22	25	15		28	36	48	37	42
15	16	21	20	35	26		35	42	46	38	38

ضع الإشارة (x) في المكان المناسب :

الجنس: ذكر () أنثى ()

العمر:

الخبرة:

هل تمارس النشاط الترويحي الرياضي؟ نعم () لا () نوع النشاط :

كم مرة في الأسبوع :

استبيان مقياس القلق

كثيرا جدا	كثيرا	الى حد ما	قليل جدا	أبدا	العبارات
المحور الأول: الصحة العامة .					
					1- لدي الاحساس بالحيوية و النشاط .
					2- أشعر ببعض الألام في جسمي .
					3- أضطر لقضاء بعض الوقت في السرير مسترخيا .
					4- تتكرر اصابتي بنزلة برد .
					5- لا أشعر بالغثيان .
					6- أوقات كثيرة أشعر أنني لا أستطيع أن أتنفس جيداً ..
					7- كثيراً ما اشعر بوجع في معدتي.
					8- كثيراً لا أستطيع أن أذهب للنوم بالليل .
المحور الثاني: العلاقات الاجتماعية					
					9-غالباً أشعر بالعزلة لما أكون مع الناس .
					10-أتضيق من كلام والديّ معي
					11-أنا دائماً لطيف مع كل واحد .
					12-أشعر أن الأطفال الآخرين أسعد مني .
					13-يقلقني أنني كيف أكون جيداً في المدرسة .
					14-أنا أشعر إن الأطفال الآخرين لا تعجبهم الطريقة التي أعمل بها الأشياء
					15-ينتهيأ لي أن الأطفال الآخرين يقدروا يعملوا حاجات بسهولة أكثر مني .
					16-أقلق كثيراً على ما يمكن أن يحصل لوالدي .
					17-أنا أشعر أنني وحدي حتى عندما يكون الناس من حولي .
					18-مشاعري تنجح بسهولة إذا أحد وبخني أو أنبني .
-المحور الرابع: العواطف (الجانب الوجداني) .					
					19- أنا فخور بهدوء أعصابي .
					20- أشعر بالحزن بدون سبب واضح .
					21- أحياناً أشعر أنني أريد أن أصرخ .
					22- أشعر بأنني عصبي .
					23- لا أخاف من المستقبل .
					24-أنا أحب كل واحد أعرفه .
					25-أنا دائماً طيب

					26- أشعر بالضيق والزهق معظم الوقت
					27- مشاعري تنجح بسهولة .
					28- أنا أغضب بسرعة .
					29- أشعر بأنني متزن انفعاليا .
					30- من الصعب علي أن أركز عقلي في أي شيء.
					31- أستطيع ضبط انفعالاتي .
					32- أشعر الاكتئاب .
					33- أشعر بأنني محبوب من الجميع .
					34- أنا لست شخصا سعيدا .
					35- أنا بيني وبين نفسي أخاف من حاجات كثيرة .
					36- روحي المعنوية منخفضة.
					37- أستطيع الاسترخاء بدون مشكلات .
					38- أشعر بالثقة .
					39- أحب أن كثيرا اللعب مع أصدقائي .
					40- أوقات كثيرة أشعر أنني لا أستطيع أن أتفهم جيدا .
					41- أشعر أنني لازم أكون أحسن واحد في كل شيء
					42- أتمنى لو أقدر أترك هذا المكان وابتعد عنه.
					43- أنا دائما أكسب في اللعب ولا أخسر .
					44- أكون مشغول ومهموم بأشياء يتضح لي لاحقاً أن لا أهمية لها في الحقيقة
					45- دائما مشغول بأن كل حاجة عملها تكون صح .
					46- من السهل عليا أن استرخي
					47- لا أهتم بالأشياء الطيبة التي تحدث لي

- دراسة (رشا البغدادي / 2016-2017) مقياس جودة حياة العاملين في معاهد التربية الخاصة.

- دراسة (محمود عبد الحليم منسي , علي مهدي كاظم / 2006) مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة .

- دراسة (وسام محمد الحسني/ 2006) مقياس جودة الحياة الوظيفية .