



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

معهد التربية البدنية و الرياضية

قسم: النشاط الرياضي المكيف



بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة ليسانس في النشاط الرياضي المكيف

تحت عنوان:

دور الأنشطة الترويحية في التقليل من القلق لدى مرضى السكري

دراسة ميدانية أجريت بالعديد من الأحياء الشعبية بسيدي محمد بن علي

إشراف:

د/عتوي نور الدين

إعداد الطلبة:

*بلشير عز الدين.

*لخضاري عمر.

*حسروف لحسن.

السنة الجامعية 2017/2018

شكر وتقدير

و

إهداء

شكر و تقدير

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الدكتور المشرف "عتوتي نور الدين" على حرصه الشديد لإتمام وإتقان هذا العمل و الذي بذل جهدا من أجل مساعدتنا و إرشادنا بفضل نصائحه القيمة.

ونشكر أساتذة لجنة التحكيم على تقبلهم مناقشة ثمرة مجهودنا المتواضع. و كل أساتذة معهد التربية البدنية و الرياضية و بالأخص قسم النشاط الحركي المكيف.

و نتوجه بالشكر الجزيل إلى كل مرضى السكري الذين ساعدونا من أجل إتمام الدراسة الميدانية، و إلى كل من نصحننا من قريب أو من بعيد.

اهداء

مع كل نسمة من نسيمات فجر الحرية أهدي تحيتي إلى كل ذرة من تراب بلدي
الجزائر المعبدة بدماء الشهداء
ومع خيوط الشمس الذهبية المحملة بالحب والأمل أهدي هذا العمل إلى أمي
الحبيبة

إلى منبع الحب والحنان ومن لا يحصي فضله علي إنسان أبي أطل الله من عمره
إلى زهور الياسمين و عبق الرياحين إخوتي

إلى كل أصدقائي: عمار, زكي, عبد الرزاق, عميرو, أمين, , عزا لدين
إلى كل مرضى السكري الذين صبروا معي حتى إتمام الجانب التطبيقي الذين
أتمنى لهم الشفاء و مزيدا من الأمل و الإيمان و التفاؤل

وإلى كل من ساندني بصدق خلال رحلتي البحثية و كل قارئ رصين.

المحتويات

أ-التشكر

ب-الإهداء

ج- قائمة الجداول

د- قائمة الأشكال

1-المقدمة.....10

2-الإشكالية.....11

3-أهداف البحث.....12

4-الفرضيات.....12

5-أهمية البحث.....13

6-مصطلحات البحث.....13

7-الدراسات السابقة.....13

الباب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول: داء السكري و القلق

تمهيد

1-تعريف داء السكري:.....16

2-نشأة داء السكري:.....16

3-التفسير العلمي لداء السكري.....16

4-أسباب داء السكري.....17

5-أعراض داء السكري.....18

6-أنواع داء السكري.....19

7-تشخيص داء السكري.....19

8-علاج داء السكري.....20

القلق

1-1-تعريف القلق.....21

1-2-الخوف و القلق.....22

1-3-القلق كحالة و كسمة.....23

1-4-أنواع القلق.....23

1-5-مصادر القلق و أسبابه.....24

1-6-أعراض القلق.....25

1-7-النظريات المفسرة للقلق.....26

1-8-استراتيجية علاج القلق عن طريق اللعب و الممارسة الرياضية.....28

خلاصة

الفصل الثاني : الأنشطة الترويجية

تمهيد

تعريف الأنشطة الترويجية.....30

النشاط الرياضي الترويجي.....33

النشاط الرياضي العلاجي.....34

النشاط الرياضي التنافسي.....35

خلاصة.....35

الباب الثاني : الدراسة التطبيقية

الفصل الأول : الدراسة الميدانية واجراءاتها

قائمة الجداول

تمهيد

| | |
|---|---|
| 38..... | 1-منهج البحث..... |
| 38..... | 2-مجتمع البحث..... |
| 38..... | 3-عينة البحث..... |
| 39..... | 4-متغيرات البحث..... |
| 39..... | 5-مجالات البحث..... |
| 40..... | 6-أدوات البحث..... |
| 41..... | 7-الدراسة الاستطلاعية..... |
| 42..... | 8-التجربة الاستطلاعية..... |
| 42..... | 9-الشروط العلمية للأداة..... |
| 44..... | 10-الأدوات الإحصائية..... |
| 44..... | خلاصة..... |
| الفصل الثاني : عرض و تحليل و مناقشة النتائج | |
| 46..... | 1-عرض و تحليل نتائج درجة القلق للممارسين..... |
| 47..... | 2-عرض و تحليل نتائج درجة القلق للغير ممارسين..... |
| 48..... | 3-عرض و تحليل نتائج فروق مقياس القلق..... |
| 49..... | 4-عرض و تحليل نتائج فروق تأثير الأنشطة الجماعية و الفردية(القلق)..... |
| 50..... | 5-الاستنتاجات..... |
| 50..... | 6-مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتحصل عليها..... |
| 51..... | 7-الافتراضات و التوصيات..... |
| | 2-الخاتمة العامة |
| | 3-المراجع |
| | 4-الملاحق |

| رقم | العنوان | الصفحة |
|-----|---|--------|
| 01 | عينة البحث. | |
| 02 | مفتاح تصحيح مقياس القلق. | |
| 03 | تحديد مستويات القلق. | |
| 04 | عينة الدراسة الاستطلاعية. | |
| 05 | نتائج الدراسة الاستطلاعية. | |
| 06 | درجة القلق لدى مرضى داء السكري الممارسين للأنشطة الترويحية. | |
| 07 | درجة القلق لدى مرضى داء السكري الغير ممارسين للأنشطة الترويحية. | |
| 08 | المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للأنشطة الترويحية و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص القلق . | |
| 09 | المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص القلق | |

قائمة الأشكال

| رقم | العنوان | الصفحة |
|-----|--------------------------|--------|
| 01 | عينة الدراسة الاستطلاعية | |

1- مقدمة

تعرف الصحة على أنها حالة من اللياقة الجسمية و النفسية و العقلية و الاجتماعية التامة و هي الحدد الأساسي للقدرة على قيام الفرد بدوره في العائلة و العمل و المجتمع، و حدوث أي عجز في هذه الأدوار دليل على حدوث خلل في هذه اللياقة ووراء هذا الخلل حتما وجود إصابة معينة تسمى المرض.

يستخدم مصطلح المرض على أنه الجانب السلبي للصحة و يستخدم ليشير إلى وجود اضطراب فسيولوجي أو عقلي من شأنه إعاقة الفرد عن القيام بوظائفه المعتادة بسبب انخفاض كفاءة الأجهزة الجسمية كالجهاز العصبي و الجهاز الدوري و الجهاز المناعي و تناقص عمل الكبد و الكليتين. (حياة السودان ابراهيم عثمان ، 2009 ، صفحة 96)

يزداد احتمال الإصابة بالأمراض بتدخل عدة عوامل منها انتشار الملوثات و المواد الكيميائية و الكائنات المهجرية الممرضة و يصاب الأشخاص في كل المراحل العمرية و يزداد خاصة عند التقدم في السن.

يكون عمل أعضاء الجسم متناسقا و متكاملا و اختلال عمل أي عضو قد يؤدي إلى فقدان هذا التنسيق الوظيفي للعضوية و بالتالي يمكن استنتاج مدى أهمية كل عضو و لكن رغم ذلك فإن درجة أهمية الأعضاء في الجسم يكون متفاوتا فإصابة القلب مثلا أو الكليتين ليس كإصابة الرجلين أو الأذنين فيمكن العيش مشلولا مدى العمر نظرا لتوقف حركة الرجلين لكن توقف حركة القلب أو توقف عمل الكليتين يؤدي مباشرة إلى الموت.

و إذا نظرنا إلى أكثر الأعضاء عرضة للإصابة بالأمراض فنجد أنها الأعضاء ذات الدرجة العالية من الأهمية مثل القلب و الكليتين و المعدة و الأمعاء و الكبد. و من بين الأمراض الأكثر انتشارا في العالم نجد الضغط الدموي المرتفع و مرض القلب و القولون و داء السكري... الخ بحيث يكون هذا الأخير وجهتنا في هذا البحث. (عبد الرحمان محمد العيسوي ، 2004 ، صفحة 117)

إن الإصابة بهذا المرض يترتب عنه تغيرات في نفسية و شخصية المصاب كإنخفاض الرضا عن الحياة و الاستمتاع بما و كذا قلة الطموح و الإرادة و السيطرة و كذا انخفاض الإنجاز و القدرة على مواجهة الصعاب و بالتالي لوم الذات و انخفاض تقديرها و سرعة الانفعال و الانطواء و انخفاض المزاج و كذا اليأس و القلق و التفكير المستمر و فقدان الشهية و عدم الرغبة في الكلام و إقامة علاقات مع الغير. (محمد فتحي الشنيطي، 1971 ، صفحة 81) إذ أن القلق و الاكتئاب يعتبران من المظاهر السلبية التي لها دور هام في التأثير على مستوى صحة مريض داء السكري ، وذلك بصورة سلبية فيكون قوة دافعة سلبية تسهم في التقليل من الثقة بالنفس، مما يؤدي ذلك إلى مضاعفات قد تسبب الموت.

تعتبر الأنشطة الترويجية من المواضيع الحديثة التي نالت قسطا من الاهتمام و الدراسة في شتى الميادين و قد أحدث ثورة أعطت نتائج في منتهى الأهمية لجميع الفئات كبارا و صغارا أسوياء أو ذو عاهات ما دفع بالأمم إلى إعطاء عناية و أهمية كبيرة لهذا النشاط إلى أن أصبح يقاس فيها تقدما و تأخرها بمدى اهتمامها بالرياضة و الترويج

الجانب التمهيدي

-هل للأنشطة الترويجية دور في تخفيض القلق لمريض داء السكري ؟

التساؤلات الفرعية التالية :

(1) - هل للأنشطة الترويجية دور في تخفيف القلق لدى مريض داء السكري ؟

(2)- هل هناك فرق في درجة القلق عند مريض داء السكري بين الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويجية؟

(3)- هل هناك تأثير في نوع الأنشطة الترويجية الممارسة عند الممارسين (جماعية - فردية) ؟

3- أهداف البحث:

- تحديد درجة القلق لدى مريض داء السكري الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويجية.

- تحديد الفروق في درجة القلق بين الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويجية لدى عينة البحث

- تأكيد أهمية ممارسة الأنشطة الترويجية وانعكاساتها الايجابية على مريض داء السكري.

4- الفرضيات:

(1) - للأنشطة الترويجية دور في تخفيف القلق لدى مريض القصور داء السكري

(2) - هناك فرق في درجة القلق عند مريض داء السكري بين الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويجية

(3)- هناك تأثير في نوع الأنشطة الترويجية عند الممارسين (جماعية - فردية) على القلق لدى المصابين بداء السكري

5- مصطلحات البحث

التعريف الاصطلاحي للقلق :

يعرفه فخري الدباغ (1983-ص96) هو شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر , دون إدراك مصدر الخوف , ويكون مصحوب بأحاسيس جسمية تتكرر بين الحين والآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو التسرع في نبضات القلب (فخري الدباغ، 1983، صفحة 96)

التعريف الإجرائي للقلق :هو حالة الاستثارة التي يستعد بها الفرد للدفاع عن نفسه و المحافظة عليها .

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

فالقلق الذي أصبح مشكل يريق المجتمع و خاصة مرضى داء السكري منهم فهم يحتاجون إلى اهتمام نفسي يصاحبه اهتمام بدني ترويجي لتخطي هذه الضغوطات و التي أساسها القلق من خلال ممارسة بعض الأنشطة الرياضية و الترويجية بمختلف أنواعها على الأقل للتخفيف منها،

ومن المعلومات السابقة الذكر يريد الطالبان معرفة أهمية ممارسة الأنشطة الترويجية في الحد أو التقليل من بعض المشكلات النفسية أو بالأحرى بعض جوانب الصحة النفسية لدى المصابين بحالة داء السكري.

2-الإشكالية :

كثيرا ما ينظر إلى الإنسان على انه نظام حي وفعال من المكونات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كما انه وحدة متكاملة إذا اختل منها جانب تأثرت الجوانب الأخرى. و تختل هذه الوحدة جراء الإصابة بالأمراض.

أصبحت حاليا الأمراض تشكل أهم الأسباب الرئيسية للعجز والوفيات في العالم لاسيما الدول الصناعية و من بين هذه الأمراض نجد داء السكري إذ يعتبر هذا الأخير الأكثر خطورة على صحة و نفسية و بالتالي حياة المريض حيث يتعرض إلى عدة أزمات و اضطرابات نفسية تقف حاجزا و سدا منيعا أمام تلبية رغباته و تحقيق طموحه ،و هذا ما يؤثر سلبا على نفسيته و يزرع الشك في قدراته.

و هذا هو الأمر الذي جلب اهتمام الكثير من العلوم ،كعلم النفس ،ودفع الكثير من العلماء و الفلاسفة إلى التطرق إليها و محاولة دراستها كدراسة اليازدي عزالدين(2015) التي أثبتت الدور الذي يلعبه النشاط البدني في خفض القلق لدى الأطفال المعاقين حركيا و أيضا دراسة العظية (2002) و هي الأخرى التي أثبتت أن للممارسة الرياضية دور هام في خفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال بمرحلة المتأخرة في دولة قطر.

ومما ذكرته المصادر والمراجع عن أهمية الممارسة في المحافظة على الصحة والحد من بعض المشكلات النفسية كالقلق، الاكتئاب وغيرها من المشكلات

زيادة على الزيارة الميدانية لبعض المصالح الاستشفائية والاتصال ببعض المرضى الذين بينوا أنهم يعيشون حالة القلق والخوف والاكتئاب وما يتبعها من مشكلات اخرى ، وعليه جاء هذا البحث لمعرفة أهمية ممارسة الأنشطة الترويجية في معالجة بعض جوانب الصحة النفسية قيد البحث (القلق) وذلك من خلال إجراء مقارنة بين ممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويجية. إضافة إلى دراسة ذلك حسب متغير نوع النشاط البدني الرياضي الممارس (الفردية، الجماعية).

، وعلى ضوء ذلك تم طرح التساؤل العام التالي:

وجود فارق بين متوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس ألبعدي مقارنة بمتوسط درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق. في ما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياس ألبعدي على مقياس اضطرابات القلق. أما بالنسبة لنتائج الدراسة الاكلينيكية فقد اتضح أن العوامل النفسية التي تكمن وراء استمرار مستوى القلق لدى الحالتين الأعلى في مستوى اضطرابات القلق بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي هي الضغوط و المشكلات الأسرية.

دراسة عبد الحميد صابر (2005) موضوعها " دور الممارسة الرياضية في خفض الشعور بالاكنتاب للمسنين المرحلة العمرية (55-65). حيث كانت عينة الدراسة على 200 مسن بدار العجزة -الرحمة- بالجزائر العاصمة و أسفرت النتائج على أن للأنشطة الرياضية دور في خفض الاكنتاب لهذه الفئة.

-التعليق على الدراسات:

جاءت الدراسات والبحوث السابقة التي تم التطرق إليها تهدف دراسة متغير القلق ببعض المتغيرات الأخرى. ودراسات تطرقت إلى ممارسة الأنشطة الترويحية وأهميتها في إحساس الفرد بالقلق أثناء الاشتراك في البرامج والنجاح في أداء المهام المطلوبة منه، أما البحث الحالي يهدف إلى معرفة مستوى القلق لمرضى داء السكري من خلال ممارسة الأنشطة الترويحية. وذلك من اجل معرفة دور الأنشطة الترويحية في تخفيض القلق.

الداء السكري مرض مزمن واسع انتشار يصيب الصغار والكبار ، ويحدث نتيجة عوامل بيولوجية كخلل في البنكرياس أو بسبب وجود اضطرابات أو تلف عصبي ما عوامل نفسية يمس منطقة الهيبوتالمس أو يحدث نتيجة عوامل وراثية

6-أهمية البحث:

- تعتبر هذه الدراسة مهمة لأنها بالإضافة إلى تعرضها للجوانب الجسدية و العضوية فإنها تهتم أكثر بالجوانب النفسية لمريض داء السكري و كيفية تعايشه مع المرض
- شد انتباه المتخصصين في علاج داء السكري إلى أهمية العوامل النفسية و ما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكيات الصحية التي ترفع من مستوى تحديهم للمرض و تقبلهم للعلاج.
- يساعد الطلبة للبحث في كافة الجوانب النفسية لمرضى داء السكري و أخذ متغيرات أخرى متعلقة بهذه الفئة كمواضيع لدراسات أخرى.

7-الدراسات السابقة:

دراسة اليازدي عز الدين(2015): تحت عنوان ' دور النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى الأطفال المعاقين حركيا' وتمحورت مشكلتها في هل للنشاط البدني المكيف أهمية في تخفيف القلق لدى المعاقين حركيا ؟ و تهدف هذه الدراسة إلى تحديد مستوى تأثير النشاط البدني المكيف على القلق لدى المعاقين حركيا و كانت أهميتها هذه الدراسة حول المعاقين حركيا الذين يتميزون بالتغيرات الفسيولوجية التي غالبا ما يصاحبها عض المشكلات النفسية كالإحباط والقلق وصعوبات التكيف. وكان البحث وصفي أجريت الدراسة على عينة من 40 معاق حركيا ممارسين و غير ممارسين للأنشطة البدنية. حيث أسفرت النتائج على أن: النشاط البدني المكيف له أهمية بالغة في تقليل وتخفيف الضغط والقلق لدي المعاقين بصفة عامة والمعاقين حركيا بصفة خاصة .

دراسة العطية (2002) دور النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى الأطفال بالمرحلة المتأخرة في دولة قطر تهدف إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال بالمرحلة المتأخرة في دولة قطر، و تكونت عينة الدراسة من 746 طفلة من بعض المدارس الابتدائية للبنات ممتن تتراوح أعمارهن ما بين (9-12 سنة) استخدمت فيها الباحثة برنامج إرشادي معرفي سلوكي من إعدادها، و أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياس ألبعدي مقارنة بين متوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس ألبعدي مقارنة بمتوسط درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق بينما لم يتضح

تمهيد:

الداء السكري مرض مزمن واسع انتشار يصيب الصغار والكبار ، ويحدث نتيجة عوامل بيولوجية كخلل في البنكرياس أو بسبب وجود اضطرابات أوتلف عصبي ما عوامل نفسية يمس منطقة الهيبوتلامس أو يحدث نتيجة عوامل وراثية ، في هذا الفصل نستعرض العناصر التالية:

أولا :- تعريف داء السكري: مرض البول السكري أو مرض السكر كما يطلق عليه MellitusDiabets هو اضطراب في التمثيل الغذائي للمواد الكربوهيدراتية "السكريات والنشويات" والمواد البروتينية والدهنية التي يحتاجها الجسم وينتج عن ذلك فقدان خاليا الجسم لبعض أو كل من قدرتها على استساعة المواد السكرية التي تصلها عن طريق الدورة الدموية عقب عمليات الهضم والامتصاص فتزداد كمية السكر في الدم ويظهر في البول مع مواد سامة أخرى. (حامد محمد هرماني، بدون سنة، صفحة 31)

ويعرف "عبد العزيز معتوق" : مرض السكري هو عدم قدرة الجسم على استهلاك الغلوكوز الموجود في الدورة الدموية بطريقة طبيعية ، ويأتي هذا العجز إما عن نقص كامل في كمية هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس ، أو نتيجة عدم فعالية الأنسولين الموجود بكثرة على خاليا الجسم.(عبد العزيز معتوق أحمد حسنين ، 1989 ، صفحة 11)

- كما تعرفه الباحثة "مرفت عبد ربه" : هو عبارة عن خلل في عملية تحمل الغلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس ، أو انعدام إفرازه ، أو نقص فعالية الأنسولين مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم ، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون. (مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010، صفحة 25)

و من هذه التعاريف السابقة يمكن إجمال تعريف شامل عن داء السكري ألا وهو عبارة عن مجموعة من الأمراض تصيب وتؤثر على طريقة استخدام الجسم لسكر الدم (الغلوكوز) ، وهو حالة مزمنة من ازدياد مستوى السكر في الدم ، ويرجع ازدياد السكر في الدم إلى عدم وجود الأنسولين.

ثانيا :- نشأة داء السكري: يعتبر مرض السكر من أقدم الأمراض التي عانى منها الانسان ، وقد وصفها قدماء المصريين منذ 2000 سنة قبل الميلاد حيث وصفوا ظهور السكر في البول كما تحدث عن أعراض مرض السكر

الجانب النظري

الفصل الأول:

داء السكري

ج- الجنس Sex: الفرق بين مذكر ومؤنث في السنوات الخمس والعشرين الأولى من الحياة، فكال الجنسين يصاب بالتساوي، غير أن الميزان ينحرف إلى جنس الإناث بعد هذه السن، ويبدو أن عدد النساء المصابات بعد سن 25 سنة أكثر من عدد الرجال .

د- العرق Race: ال يبدو أن هناك أية عاقلة للعرق بداء السكري، فالبشرية كلها على اختلاف عروقها (أبيض، أسود، أسمر، صيني أو غيرها...)، تصاب بداء السكري على التساوي . د - البدانة: يشكل البدنيون حوالي 23% من المرض الذين إكتشف داء السكري لديهم حديثا ، ومن الواضح أن البدانة عند الكهول تسهل الانتقال من مرحلة الإستعداد للداء إلى مرحلة الداء بكافة أعراضه ، وأن هذا الانتقال نادر الحدوث في الكهول النحفاء أو المعتدلي الوزن. ويجب لفت النظر هنا إلى أن المسبب الرئيسي للبدانة هو مجمل الحريات التي يستهلكها الفرد وليس نوع الغذاء، كما أنه يجب التأكيد على أن إستهلاك كميات من السكر ال يعتبر سببا من أسباب حدوث الداء السكري . ونعود لنؤكد على ان أفضل وسيلة للوقاية من داء السكري عند الأفراد المنحدرين من أسرة سكرية (بعض أفرادها مصاب بداء السكري) هو الحفاظ على الوزن ضمن الحدود المثلى . (محمد ظافر وفائي، 1981، صفحة 15-19).

هـ - بعض الأدوية: كالأقراص المانعة للحمل والأدوية الكظرية (الكورتيزون) ومضادات بيتا (B-blockers) التي تستخدم في معالجة أمراض القلب والضغط وغيرها من الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم.

و- الانفعالات النفسية الشديدة: الخوف الشديد والحزن الشديد، والقلق المستمر، أو الخسارة المادية الكبيرة والمفاجئة كلها أسباب قد تساهم في الإصابة بالسكري، وهنا تجدر الإشارة إلى أن هذه الحالات بشكل مباشر لهذا المرض، ولكنها إذا تعرض لها النفسية الشديدة ليست المسير شخص لديه استعداد للسكري، أو مصاب بالسكري بشكل بسيط فإنها تزيد من خطورة الإصابة وتساهم في رفع نسبة السكر في الدم . وفيما يخص العوامل النفسية التي تسهم في إرتفاع مستوى السكر في الدم، فقد أظهرت بعض البحوث أن هناك عاقلة بين الضغوط النفسية ومرض السكري، حيث أظهرت الدراسات أن احتمالات الإصابة بارتفاع نسبة السكر تزيد مع تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد . وفيما يخص نمط الحياة فقد أظهرت بعض الدراسات ، كدراسة

الصينيون القدماء حيث وصفوه بزيادة البول والعطش والجوع . وفي القرن الأول للميلادي وصف أرتيوس اليوناني مرض السكر بأنه ذوبان لحم الجسم والاطراف ثم خروجه عن طريق البول وأطلق عليه اسمه الحالي ديابيتس وتعني الماء الجاروبي في عام 1000 ميلادي وصف ابن سينا عاقلة مرض السكر بالغرغرينا في الطراف وبين أن سببها الإصابة بمرض السكر. أما في العصر الحديث أي خلال القرون 20، 19، 18 فقد تواترت البحوث والاكتشافات العلمية في مجال السكر بشكل لم يسبق له مثيل حتى توصل العلماء ليك ملخص إلى أدق التفاصيل عن مرض السكر وما ازل البحث متواصلا ومستمرًا.

ثالثا: - التفسير العلمي لداء السكري: إن مكان الخلل في مرض السكري في غدة البنكرياس، والأنسولين هو واحد من الإفرازات التي يفرزها البنكرياس، وأول وظيفة للأنسولين هو أنه يساعدنا على إستخدام الجلوكوز، وعندما تفقد هذه الوظيفة لسبب ما يظهر مرض السكري . وتؤكد ذلك Nettina حيث إنها أشارت إلى أن الخلل الرئيسي في مرض السكري هو في نسبة الأنسولين التي يفرز من البنكرياس، وتلك النسبة تزداد عند تناول الإنسان للوجبات الثقيلة وخاصة المحتوية على سكريات، وفي حالات غياب الطعام فإن نسبة الأنسولين تقل، وفي كلتا الحالتين الهدف هو المحافظة على النسبة الطبيعية للسكر (الجلوكوز) في الدم. إن الخلل الذي يحصل في مرض السكري هو واحد من ثلاثة إما عدم إفراز الأنسولين من البنكرياس كليا، أو نقص إفرازه عن المستوى المطلوب لحاجة الجسم، أو أن الأنسولين المفرز من البنكرياس ال تستخدمه خاليا جسم الإنسان ألي سبب كان (مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010 ، صفحة 29).

رابعا: - أسباب داء السكري: هناك خمسة عوامل تلعب دورا كبيرا في التهيئة لداء السكري وهي: الوراثة، الجنس، السن، العرق، البدانة

أ- الوراثة heredity: إن الأفراد المنحدرين من أسرة كان قد أصيب أحد أفرادها بداء السكري (سواء لازالوا أحياء أو قضوا نحيم) هم أكثر عرضة للإصابة بداء السكري، من هؤلاء الأفراد الذين لا أثر لداء السكري في شجرتهم العائلية وسنشرح بعد قليل وراثة داء السكري بشكل مسهب .

ب- السن Age: ينذر حدوث داء السكري في الأفراد دون سن الأربعين عاما . والسكري بشكل عام مرض يصيب بشكل متوسطي متقدمي الأعمار.

(وجود زغللة بالعين) والكلية والاعصاب قبل اكتشاف المرض، قصور جنسي عند الرجال. (أبو النصر مدحت، 2005، صفحة 139).

سادسا:- أنواع داء السكري : أثبتت الدراسات العلمية أن هذا المرض يتجلى في أنواع متعددة ، لكن يعتبر النمط المرتبط بالأنسولين أكثر تواجدا وخطورة ويخص فئة الأطفال والمراهقين ، حيث لوحظ أنه يمثل نسبة 22 % من الحالات المرضية بداء السكري بينما تمثل نسبة 1% فقط داء السكري غير المرتبط بالأنسولين . وعلى هذا الأساس يوجد نوعان رئيسيان هما:

أ - مرض السكري المرتبط بالأنسولين: ويظهر هذا النوع في كل الفئات العمرية ، لكنه يمثل النمط الوحيد الذي يصيب الطفل والمراهق وهو غالبا ما يصيب الأشخاص ذوي الوزن المعتدل ، ويتميز بغياب كامل للأنسولين مما يتطلب العلاج به.

ب - مرض السكري غير المرتبط بالأنسولين : يصيب كل الفئات العمرية ، لكن يخص الفئة التي يتراوح عمرها أربعون سنة فما فوق - . ويلعب عامل البدانة دورا مهما في الإصابة بهذا النوع من المرض ويتميز بغياب غير كامل للأنسولين بسبب إنتاج البنكرياس غير المتوازي مع الكمية التي يحتاجها الجسم. (زلوف منيرة، 2011 ، صفحة 80).

-السكري المقترن بحالات مرضية معينة كأمراض البنكرياس وأمراض الاضطرابات الهرمونية والحالات الناجمة عن استعمال العقاقير والمواد الكيميائية وشذوذ المستقبلات والعوامل الوراثية.

ج - مرض السكري الثانوي: ويظهر في حالة الحمل أو ما يسمى سكري الحمل ، غالبا تصاب له السيدات الحوامل اللاتي يعانين من وجود تاريخ مرضي لمرض السكري في العائلة ، واللاتي يعانين من قصور الجسم عن احتمال الجلوكوز (أي عندما يأكل الإنسان مواد سكرية فإن البنكرياس يكون غير قادر على التخلص منها بسهولة) وزيادة الوزن . واللاتي يلدن أطفال أوزانهم أكثر من 4 كلف ويصيب سكري الحمل (1-34) % من النسوة الحوامل ويمثل (23 %) من حالات السكري المشاهدة أثناء الحمل .

المكاوي عبد الرحمان (1999) أن مرض السكري يكون أكثر إنتشارا في مجتمعات معينة ، كما أظهرت تلك الدراسات أن السكن في المدينة والأماكن الحضرية تزيد من إحتتمالات الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني.

هـ - الأمراض : خاصة الأمراض المعدية كمرض البنكرياس الكحولي، أو التشمع الكبدي أو الحمى القرمزية التي قد تنتسب في إرتفاع مستوى السكر في الدم، ويسبب الارتفاع في هذه نما الحمى التي تترافق هذا المرض، وقد يختفي السكري الحالة ليس المرض المعدي بزوال الحمى ويشفى المريض.

ي - الاختلال في عدد من الغدد الصم : وبالأخص أمراض الغدد الكظرية والنخامية.(جاسم محمد عبد الله، محمد المرزوقي، 2008، صفحة 31-32)

خامسا أعراض داء السكري: لمرض السكري أعراض عديدة نذكر منها :

1- قد يكتشف مرض السكري عن طريق المصادفة عند فحص بول المريض فحصا روتينيا أو عند فحص بول الحوامل . و اكتشاف المرض بهذه الطريقة يعني الاكتشاف المبكر للمرض قبل أن يشكو المريض من أعراض المرض.

2- قد يشكو مريض السكري من الأعراض التالية مما يؤدي إلى اكتشاف المرض .ويمكن تصنيف هذه الأعراض على النحو التالي:

- أعراض إكلينيكية: العطش الشديد، كثرة التبول، زيادة شرب الماء وكمية البول المتعلقة بحجم شرب الماء أيضا من بين الأعراض، زيادة واضحة في الشهية، نقص في الوزن، تملل وضعف اليدين و الرجلين، الشعور بالأعياء والاجهاد وعدم التركيز. (أبو النصر مدحت، 2005، صفحة 139) القلق، الاضطراب النفسي، الارق، الحطاط الذاكرة.

(عليوة سمية، 2006)

- أعراض جسمية (بيولوجية): ضعف في البصر، ظهور دمامل في الجسم ، حدوث قروح جديفة بالذات القدم ، إصابة الشرايين والاوردة الصغيرة بالصلب ، زيادة قابلية الإصابة بالالتهابات الميكروبية ، حكة في الجلد (وعند المرأة بالذات في الأعضاء التناسلية). (عليوة سمية، 2006)، قد تكتشف مضاعفات مرض السكري في العين

ج - التأكد من عدم حدوث سكر أثناء الحمل إذ أن 53 % من المرضى الحوامل الذين أصيبوا بالسكر أثناء الحمل سوف يتعرضون لمرض السكر بعد 15 سنة، والشك في الأمهات اللاتي يلدن أطفال كبار .

د - معرفة الأدوية الأخرى التي يستعملها المريض إذ أن هناك بعض الأدوية قد تسبب ظهور مرض السكر مثل thiazide, steroids, salicylate ... (إلخ .)

هـ - ظهور بعض الأمراض تجعلنا نشك بوجود مرض السكر مثل: قروح القدم، أمراض الأوعية الدموية، إعتلال الشبكية، اعتلال الأعصاب، وعدوى المجاري البولية... إلخ.

2- خطوة التشخيص والفحص: نقوم بالاختبارات اللازمة لإثبات ما ذهب إليه التفكير فعندما نشك بأن الشخص البالغ غير الحامل مريض بمرض السكر فإنه يجري فحص دم عشوائي لسكر الدم - فإذا كان سكر الدم أقل من 115 ملغ/133 مل نستبعد الإصابة بمرض السكر.

- أما إذا كان سكر الدم ما بين 115 ملغ/133 مل إلى 233 ملغ/133 مل فإنه يجب إجراء فحص سكر الدم بعد الصيام، ما بين 13 إلى 12 ساعة. فإذا كان سكر الدم بعد الصيام أقل من 115 ملغ/133 مل فإن الشخص صحيح، أما إذا كان أكثر من 143 ملغ/133 مل فإن الشخص يكون مريضاً بالسكر .

-أما إذا كان بين 115 ملغ/133 مل إلى 143 ملغ/133 مل فإنه يجب إجراء اختبار تحمل السكر.

خطوة إتخاذ القرار: يتم تشخيص مرض السكر يجب أن يقيم المريض بناء على الظروف المحيطة به أثناء الفحص، إذ أن هذه الظروف سوف تؤثر على أسلوب العلاج وكميتها ومدتها وهذه الظروف تشمل كال من السمنة، السن، الحالة النفسية، العمل، التدخين، والأدوية التي يتناولها المريض، والأمراض المرافقة، ضغط الدم، ارتفاع الدهون، الحمل، وعليه يفضل العلاج لكل مريض حسب حالته وحسب الظروف المحيطة به والعلاج يشمل :

أ - وضع نظام غذائي لمريض السكر حسب حالته، لذا فإن مرض السكر يجب تحويلهم إلى أخصائي التغذية الاقتراح أسلوب المناسب في نظام الغذاء.

ويتم إجراء الفحوصات للأمهات الحوامل عادة بين الأسبوع الرابع والعشرين والسادس والعشرين من الحمل وغالبا ما يؤدي سكري الحمل الذي ال يعالج إلى مشاكل في الأجنة لى زيادة احتمالا لإصابة بالسكري خلا خمس سنواتن إكتشاف سكري الحمل . (عبد الله المرزوقي ، 2008، صفحة 28).

سابعاً- تشخيص داء السكري: التشخيص يشمل التفكير بالمرض والاختبارات المخبرية اللازمة لإثبات ذلك وعلى ضوء ذلك نتخذ القرار المناسب للمعالجة أي هناك ثالث خطوات يجب إجراؤها قبل البدء في المعالجة هي:

1- خطوات التفكير والتنبؤ: التفكير في وجود المرض في حالة الشكوى من بعض الأعراض المذكورة ضمن الآتي: النوع الأول من المرض السكر: المعتمد على الأنسولين، ويحدث بشكل فجائي وخلال فترة قصيرة ، وفي صغار السن في الغالب ، وتظهر أعراضه بشكل كامل وهي كالآتي:

كثرة العطش، الجوع، الشعور بالتعب، نقصان الوزن، في هذا النوع يكون سكر الدم قد تجاوز العتبة الكلوية أي أكثر من 233 ملغ/133 مل.

أما النوع الثاني من مرض السكر ، الغير معتمد على الأنسولين فإنه يتطور دون أية أعراض وبشكل خادع فترة طويلة قد تصل إلى سنوات . وقد يكتشف بالصدفة عند إجراء بعض الفحوصات الروتينية ، مثل الفحص لالتحاق بوظيفة وفي هذه الحالة يكون سكر الدم ما بين 143 ملغ/133 مل إلى 123 ملغ/133 مل ولكن عندما ترتفع عن ذلك وتصبح أعلى من 233 ملغ/133 مل فإنها تظهر كافة الأعراض السابقة : العطش، الجوع، زغللة في النظر، إذ أنه في هذه الحالة ال يتكون الحمض الكيتوني لوجود كمية ولو قليلة من الأنسولين، أما إذا أصبح سكر الدم فوق 453 ملغ/133 مل فإن الإغماء قد يحدث بسبب زيادة أسمولية الدم Osmolarity Hyper وغالبية المرضى (23 %) يكونون سمنا. فعند التشخيص يجب الانتباه إلى النقاط التالية

أ - تاريخ العائلة إذ أن الأسر الذين عدد من أفرادها مصابين بمرض السكر يتوقعون إصابة البعض الآخر من أفرادها .ب - زيادة الوزن فإن غالبية مرضى السكر من النوع الثاني من السمان كما أن زيادة الوزن أو عدم ذلك مهم في أخذ القرار قبل البدء في المعالجة.

يشير معجم الوسيط إلى أن قلق - قلقاً: لم يستقر في مكان واحد، وقلق لم يستمر على حال، وقلق اضطراب وانزعاج فهو قلق، وقلق الهم فلان: أزعجه - المقلق شديد القلق. (حسين فايد، 1994، صفحة 44)

1-2-1-2 اصطلاحاً:

يرى فرويد أن الخبرة التي تتمثل في الصعوبات الفسيولوجية و الإحساسات البدنية المصاحبة لعملية الميلاد، نموذج تشا عن نفسه حالات القلق بعد ذلك. (أحمد محمد حسن صالح وآخرون، صفحة 37) يرجع فرويد القلق إلى صدمة الميلاد وما يصاحبها من مشاكل فسيولوجية وإحساسات بدنية، وأهم عامل الوراثة و التأثيرات البيئية. كما يرى هلجريد أن القلق يشبه في ذلك الخوف يعتبر قوة دافعة، و يرى أن لفظ القلق هو عبارة من العبارات اللغوية العامة، يشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر و الاهتمام الزائد و عدم الراحة أو عدم الاستقرار ، أو عدم سهولة الحياة الداخلية للفرد. (عبد الرحمن عسوي، صفحة 6،5) إن هلجريد يخلط بين القلق و الخوف، إذ أنها توجد هناك نقاط كثيرة يختلف فيها الخوف و القلق سوف نوضحها لاحقاً، كما انه لا فرق بين القلق كمفهوم و بين الأعراض المصاحب له.

القلق حالة انفعالية تجد تعبيرها في الظواهر الفيزيولوجية من جهة، و أحاسيس ومشاعر نفسية من جهة أخرى، ولكل منا خبرة في القلق، وتعرف مظاهرها الفيزيولوجية من خلال ضربات القلق المتتابعة، جفاف الفم، العرق البارد (opcit jean.jean marie, 1975, p. 26)

لقد ركز على مظاهر القلق ولم يوضح لنا ما هو القلق أصلاً حيث اكتفى بوصفه حالة انفعالية فقط. يعرف حامد زهران 1977 القلق بأنه حالة توتر شامل ومستقر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصعبه خوف غامض وأعراض نفسية جسيمة. (أحمد محمد حسن صالح وآخرون، صفحة 36) لم يركز على تعريف القلق بصفة عامة، إذ نجد أنه يعرف لنا نوع من أنواع القلق إلا وهو القلق الموضوعي. ويعرف احمد عكاشة 1998 كذلك القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس و الخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسيمة خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي الإداري ويأتي في نوبات متكرر مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداع أو كثرة الحركة. (أحمد محمد حسن صالح وآخرون، صفحة 46) إن احمد عكاشة ابرز لنا الإحساسات الجسيمة المصاحبة للقلق و لم يحدد لنا معنى القلق بدقة لكي يكون أكثر وضوحاً وفهماً.

القلق حالة انفعالية تنشأ من الخوف من الجهول وتمثل بأنها نوع من الراحة الذهنية والقلق حالة أكثر شيوعاً عند المراهقين حيث تزداد مخاوف المراهقين الوهمية المتوقعة في المستقبل كما يحدث عندما يرتعب الطالب أثناء

ب - التمارين الرياضية حسب حالته ، وعمره مثل المشي والحركات الرياضية والتنبيه على المريض بعدم الإفراط منها والتماذي فيها.

ج- وإذا لم يستجيب المريض للنظام الغذائي والتمارين الرياضية وتبدأ بإعطائه أقرص السكرية الفموية أو الأنسولين حسب نوع مرض السكر. (عيدرويس عقيل حسنين، 1993، صفحة 65-69).

ثامناً:- علاج داء السكري: لعل أبرز أنواع العلاج هو العلاج الطبي الكيميائي وخاصة المتعلقة بتناول حقن الأنسولين في دم المريض، وبعد أن تم إدراك مرض السكري ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية في دليل تصنيف الاضطرابات النفسية الثالث لرابطة الطب النفسي الأمريكي ، و بعد التأكد من تأثير العوامل النفسية و الديمغرافية في حدوث المرض كان هناك ضرورة للتدخل العاجل من جهة الطب النفسي و أيضاً من جهة علماء النفس ، فظهرت اهتمامات واضحة للعلاج النفسي لمرضى السكر نذكر منها : قام أحمد هلال 1998 باستخدام أسلوبيين للعلاج النفسي هما: العلاج المعرفي السلوكي، والتدريب التوكيدي بهدف تعليم مرض السكري لبعض الاستراتيجيات لمواجهة ردود الفعل النفسية لمرض في التحكم في الجوانب العضوية للمرض وتعديل بعض المصاحبات النفسية له كالاكتئاب وتأكيد الذات بما يحقق لهؤلاء المرضى التوافق والاندماج النفسي و الاجتماعي.

- الخصائص النفسية لمرضى داء السكري

1 - القلق

ولعل أبرز هذه الانفعالات و الأكثر شيوعاً و انتشاراً انفعال القلق، لذا فقد سمي عصرنا الحالي بعصر القلق لأنه أصبح السمة أو الخاصية ذات الطابع المميز في أي مجتمع كان حيث لم يشمل الكبار فقط بل لحق بالصغار و المراهقين.

و القلق أمر عادي و هو جزء من حياتنا اليومية وله عدة أسبابه و أعراضه و كذلك نتطرق إلى قلق الامتحان بالنسبة للمراهقين و نتكلم عن بعض النظريات التي تناولت موضوع القلق.

1- 2-1 تعريف القلق:

1- 2-1-1 لغة:

1-2-3-2 سمة القلق:

هي استعداد سلوكي مكتسب وفي بعض الأحيان يستمد من خبرات طفولية مبكرة مؤلمة وهي استعداد ثابت نسبياً ومخزن في شخصية الفرد ولصيق بها أكثر من كونه مرتبط بحجم التهديد في المواقف أو الموضوعات التي يستجيب لها بالتوتر والقلق. عن الشخص ذا الاستعداد من ناحية القلق يكون شعوره بالخطر أكثر ويفقد استقراره كما نجد كذلك يتوقع الشر من موضوعات أو موقف لا تتلاءم مع هذا الخطر. (عبد المطلب أمين الفريطي، 2001، صفحة 133)

ويفسر بعض علماء النفس القلق كخاصية محددة تكوينياً (وراثياً) للمزاج. (حسين مصطفى عبد المعطي، 2000، صفحة 245)

1-2-4 أنواع القلق:

بما أن القلق من المشاكل النفسية الحادة التي تواجه الفرد إلا أنه يختلف من شخص إلى آخر تبعاً لأسس مختلفة منها:

- أ- مدى وعي الفرد به: يمكن التمييز في هذا الصنف إلى نوعين من القلق:
 - قلق شعوري: حيث يدرك الفرد أسبابه ومن ثمة إيجاد الحلول لمواجهة والتصدي له، ويزول بزوال المصدر المثير له.
 - قلق لا شعوري: لا يدرك الفرد فيه دوافع ومبرراته رغم المحاولات والجهود المبذولة للسيطرة على ذلك السلوك.
- ب- من حيث درجة الشدة: يقسم إلى قلق بسيط وقلق حاد وقلق مزمن.
- ت- من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه: هناك قسمين من القلق الذي قد يؤثر على أداء الفرد: قلق حافز ومنشط للأداء، وقلق يعد كعامل مثبط أو مضعف للأداء. (إشراف محمد عبد الغني شريت محمد السيد حلاوة، 2002، صفحة 98)
- ث- من حيث تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية: يصنف إلى قلق عادي موضوعي، قلق عصبي، قلق خلقي.

وفيما يلي سوف نعرض أنواع القلق الأكثر شيوعاً وتداولاً بين العلماء:

1-2-4-1 قلق عادي موضوعي:

هو قلق ناتج عن مثير أو مصدر محدد يعي الفرد أسبابه ودوافعه ويظهر على صورة خوف فمثلاً خوف شخص أصيب بمرض خطير استعصى فيه العلاج فهو قلق على حاله يترقب الموت بين حين وآخر، وقلق طالب من الامتحان يتوقع من جرائه الفشل والرسوب. (خليل مخائيل معوض، 2000، صفحة 279)

الامتحان الذي يؤديه عندما يكشف بأنه لم يبق من مدة الامتحان المقررة على ورقة الامتحان إلا فترة قصيرة، وعندما يذهب الطالب لاستلم النتيجة. (محمد جاسم محمد، 2004، صفحة 133)

نلاحظ هنا أحمد عكاشة يركز على نوع من أنواع القلق آل وهو القلق الموضوعي العادي الذي يصيب الفرد واهتم بالقلق الذي يصيب الطالب أثناء أدائه الامتحان، وهذا ما سوف نتطرق إليه لاحقاً لمعرفة ما هي الأسباب التي من شأنها أن تؤدي إلى قلق الطالب لامتحان البكالوريا باعتبارها مرحلة هامة جداً وحساسة، وما هي الحلول الممكنة.

وفي الأخير توصلنا إلى تعريف يتمثل في: القلق حالة من الخوف الغامض الذي يمتلك الإنسان، وهو عبارة عن ألم داخلي أو أصبح داخلي بسبب الشعور بالضيق والألم و الانزعاج، ويعتبر توتر شامل ومستمر نتيجة توقع الشر أو الخطر الذي قد يحدث.

التعريف لإجرائي للقلق: هو حالة الاستثارة التي يستعد بها الفرد للدفاع عن نفسه والحفاظ عليها.

1-2-2 الخوف والقلق:

هناك العديد من الأعراض يتشابه فيها القلق مع انفعال الخوف، إلا أنه توجد نقاط كثيرة يختلف فيها عن الخوف لكن كثيراً ما نجد بعض الناس لا يفرقون بين القلق والخوف إلا أننا سوف نحاول أن نبرز بعض الفروق بينهما في النقاط التالية:

- 1- يكون مصدر التهديد في الخوف خارجياً وواضحاً، أما في القلق يكون مصدره داخلياً
- 2- يمكننا إبراز وتحديد مصدر الخوف، لكن يصعب علينا ذلك في القلق نتيجة لغموض مصدره.
- 3- تتناسب شدة الخوف مع درجة خطورة مصدره، أما في القلق فتتفاوت شدة خطورته مع موضوعه أو مصدره إذا كان معروفاً.
- 4- الخوف يزول بزوال المصدر المثير له، بينما في القلق يتميز بالاستمرار لغموض مصدره ولعدم تحديده.

(عبد المطلب أمين الفريطي، 2001، صفحة 122)

1-2-3 القلق كحالة وكسمة:

كشفت دراسات كاتل وشير عن وجود عاملين للقلق هما قلق الحالة وقلق السمة، وقد عزز سيبليجر 1966 ما توصلنا إليه عندما صاغ نظريته عن القلق كحالة وكسمة وميز فيها بين هذين المظهرين على أساس أن:

1-2-3-1 حالة القلق:

هي حالة انفعالية ذاتية مؤقتة تزول بزوال المصدر المثير لها، وهي تشبه في ذلك في حالة الخوف الطبيعي، يشعر بها الفرد أثناء التهديد، وهذا يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل لمواجهة هذا التهديد، إلا أن شدتها تختلف من شخص لآخر حسب درجة خطورة الموقف.

لقد اختلف الباحثون والعلماء في تحديد الأسباب الرئيسية لحدوث القلق كما تعددت النظريات المفسرة له وفيما يلي سوف نعرض بعض الأسباب الممكنة لحدوث القلق:

أ- الاستعداد الوراثي: يمكن أن يكون للوراثة دور كبير في اضطرابات القلق، مثلاً كان نجد شخصاً يعاني القلق نفسه الذي يعانيه والده أو أحد أقربائه.

ب- الاستعداد النفسي: الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي نتيجة لبعض ظروف البيئة

ت- المواقف الحادة والضغط الثقافي والبيئية والحضارية.

ث- عدم التطابق بين الذات والواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.

ج- التعرض للخبرات (عاطفياً، تربوياً، اقتصادياً) الخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة.

(محمد جاسم محمد، 2004، صفحة 135)

بالإضافة إلى ما سبق يمكن القول أن العوامل الاجتماعية كذلك دور في حدوث القلق مثلاً كالضغط الأسرية أو نظرة المجتمع للفرد.

1-2-6- أعراض القلق:

1-2-6-1 الأعراض النفسية:

توجد هناك العديد من الأعراض النفسية التي تترتب عن القلق ونجد من بينها:

- عدم الاستقرار
- عدم الشعور بالأمن والراحة
- الاكتئاب والضيق
- توهم المرض
- الحساسية المفرطة وسرعة الإثارة الخوف حيث يشعر الفرد بالخوف دون مبرر حقيقي، وتوقعه حدوث شيء ما دون أن يعرف ما هو هذا الشيء.

1-2-6-2 الأعراض الجسمية:

يرى أحمد عكاشة 1992 أن الأعراض الجسمية هي أكثر أعراض القلق شيوعاً، ويبين أن الشخص يكبت

انفعالاته، ولا يظهر سوى الأعراض العضوية ومن بينها:

- فقدان الشهية، عسر الهضم، صعوبات البلع
- آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر، ارتفاع ضغط الدم
- السرعة في دقات القلب والنبض
- ضيق الصدر، عدم المقدرة على استنشاق الهواء، سرعة التنفس وتُجان

إن القلق الطبيعي أو الموضوعي هو نتاج فعل يتناسب مع كم وكيف التهديد، فيبلغ الإنسان جهداً ليجد سبلاً لمواجهة التهديد بضرر أقل. (سعيد كامل أحمد، 1999، صفحة 81،80)

يتضح لنا مما سبق أن منبع الخطر في القلق الموضوعي يكون في العالم الخارجي بمعنى أنه يوجد هناك مثير واقعي في البيئة، ومن ثم يكون للفرد مواجهة الخطر الفعلي الذي يهدده باستعمال أساليب دفاعية معينة.

1-2-4-2 القلق العصبي:

هو بمثابة نوع من القلق الهائم الذي لا يعي الفرد دواعيه وأسبابه، فهو غير محدد بموضوع معين وهو بهذا خوفاً مبهم المصدر لا يدركه المصاب، ومن ثمة يبدو لنا هذا النوع من القلق على هيئة مخاوف مرضية لا تتلاءم مع طبيعة الموقف أو المثير، فمثلاً قد يخاف الشخص من الموت دون وجود مبرر يدعو إلى ذلك. (خليل

مخائيل معوض، 2000، صفحة 279)

القلق العصبي يعود إلى عامل داخلي لا يدرك الفرد أسبابه ودوافعه ولهذا فهو يتسم بالعموض وعدم الوضوح والتحديد.

1-2-5- مصادر القلق وأسبابه:

1-2-5-1 مصادر القلق:

حدد جيروم وانست خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي:

- أ- الأذى أو الضرر الجسدي: فالإنسان يتملكه الشعور بالقلق في العديد من المواقف حيث نجد منها بعض الأفراد في مواقف معينة تتغلب عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض أو الموت أثناء الحرب.
- ب- الرفض أو النبذ: إن الإنسان اجتماعي بطبعه، إلا أنه في بعض الأحيان قد لا يستطيع التفاعل مع غيره نتيجة خوفه وإحساسه بالكراهة أو النبذ من طرف الآخرين، هذا ما يجعله غير مطمئن أو مستريح في بعض المواقف الاجتماعية.

ت- عدم الثقة: قد يكون نقص الثقة أو فقدانها في أنفسنا مصدر للقلق، وذلك من جراء خوض التجارب والمواقف الجديدة، خاصة إذا كان الطرف الآخر في هذه غير واضح فيما يتوقع منا رد الفعل.

ث- التنافر المعرفي: إن تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار والمعلومات مع بعضها البعض، أو عدم ملاءمتها للمعايير الاجتماعية يؤدي إلى القلق والشعور بعدم الارتياح.

ج- الإحباط والصراع: إن التوتر والقلق يعدان نتيجة طبيعية لفشلنا سواء في إشباعنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا أو في بعض المواقف الصراعية. (عبد المطلب أمين الفريطي، 2001، صفحة 124،123)

1-2-5-2 أسباب القلق:

القلق يمد الفرد بالحيوية لكن القلق التام يؤدي إلى فقد الحيوية وفقدان الأداء المنتج أو الانسحاب من الموقف كلية. (سلامة وآخرون، 1999، صفحة 144)

أما المدرسة الإنسانية:

وهي الاتجاه الثالث الرئيسي في علم النفس تؤكد على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية ولذا تركز دراستها على الموضوعات التي ترتبط بمهذه الخصوصية مثل الإدارة والحرية والمسؤولية والابتكار والقيم وتراه متميز عن الكائنات الأخرى وكفرد يختلف عن بقية الأفراد وعلى كل إنسان أن يسعى لتحقيق هذا الوجود لأن هذا الهدف النهائي الذي يجب أن يواجه ويمكن أن يثر قلقه وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل بعكس التحليل النفسي والسلوكي التي تعزو أسباب القلق إلى الماضي. (صبره محمد علي، اشرف عبد الغني شريت، 2004، صفحة 95)

8- إستراتيجية علاج القلق عن طريق اللعب و الممارسة الرياضية:

يشير كل من "شيلر" و"سينسر" إلى أن اللعب مهمته الأصلية هي التخلص من الطاقة الزائدة حيث يحتاج كل فرد إلى ممارسة مجموعة من أنشطة اللعب حتى يستطيع تقليل الطاقة، لأن طاقة الإنسان تستجمع عن طريق ضروب من التفاعلات الاجتماعية والوظائف المهنية، وهي في تصاعد مستمر، حتى إذا تجمعت في داخله وتعددت أحس بنوع من الضيق والحرج في صدره ويعبر عن ذلك بالشعور بالقلق غير المفهوم وأصبح في حاجة إلى تفريغ ما بداخله واللعب في هاته الحالة يعتبر بمثابة المسرب الذي تخرج منه هذه الطاقة، واللعب شكل من أشكال المشاركة الاجتماعية، ويمكن استخدامه في كسب روح الصداقة مع الآخرين، باعتبار أن الإنسان لا يمكنه العيش بمفرده منزويا مجتزأ مشاكله ولكنه يسعى دائما أن يكون له صديق يشاركه أفراحه وأحزانه، ولاشك أن الصداقة الحقيقية تعتبر متنفسا حقيقيا عن القلق النفسي، لأن من فوائدها:

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

2001، صفحة 38)

فقد أوضح كل من ميلرولياندا وسميث أن للعب دور هام في التقليل من المشكلات الانفعالية كالقلق والتوتر.. في حين أشار كل من باروش وأندريولا إلى دور الألعاب في تحقيق التوافق الانفعالي لدى المراهقين على أن يتعامل مع الأدوات والألعاب على المستوى اللاشعوري ليرتاح من التوتر والقلق المصاحب. لذلك فاللعب والمشاركة الاجتماعية والوجدانية تدفع المراهقين الذين يعانون من القلق إلى الشعور بالرضا، والإشباع، وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات، والشعور بالبهجة، والاستمتاع.

- الرعشة وارتجاف الصوت وتقطعه، الآلام العضلية المرتبطة بالساق والذراعين

- كثرة التبول، احتباس البول، البرود الجنسي عند المرأة

1-2-6-3 أعراض النفس الجسمية:

وهي ما يطلق عليها بالأعراض السيكوسوماتية وهي من الأعراض العضوية التي يكون سببها القلق أو له دور كبير في نشأتها أو في زيادة أعراضها، ومن بين أعراضها: الربو الشعبي، روماتيزم المفاصل، قرحة المعدة، الصداع، فقدان الشهية العصبي. (محمد جاسم محمد، 2004، صفحة 135، 136)

يمكن أن تكون هناك أعراض اجتماعية كذلك للقلق تتمثل في:

- عدم القدرة على الاتصال الاجتماعي
- عدم احترام الآخرين واحترام آرائهم
- عدم التكيف مع المواقف الاجتماعية
- عدم تقبل النقد من طرف الآخرين
- الإحساس بالنبذ والرفض من طرف الآخرين
- عدم القدرة على تكوين العلاقات مع الآخرين

1-2-7/ النظريات المفسرة للقلق:

هناك عدة نظريات فسرت القلق كونه من الاضطرابات النفسية ومن بين هاته النظريات نذكر: يقول فرويد أن الأنا هو الموطن الحقيقي للقلق فحينما يشعر الأنا بتهديد من جهات ثلاث فيبدأ بتعلم الهرب كرد فعل منعكس، ويفعل ذلك بحسب شحنته النفسية من إدراك الشيء الذي يهدده أو العملية المخفية التي تجري في اللاهوت ويفعل ذلك بحسب شحنته النفسية في صورة لقلق ويبدأ رد الفعل الفطري

هذا فيما بعد ويجل محله شحنتا نفسية وقائية (حيلة المخاوف المرضية) وهنا يميز فرويد بين القلق الموضوعي والقلق العصبي، فالأول هو الخوف الطبيعي الذي يحدث كرد فعل بتوقع خطر حقيقي خارجي أما الثاني فهو خوف من خطر غريزي داخلي. (سقموند فرويد، ترجمة محمد عثمان تيجاني، 1982، صفحة 91، 92)

أما المدرسة المعرفية فنذكر منها رأي كل من:

بيك (BECK) الذي يقول أن القلق حالة انفعالية متوترة تنسم بالعصبية والارتعاد وهو متصل يمتد عبر أحد طرفيه من التوتر الخفيف حتى الرعب عند الطرف الأخير، ويفسر سبب حدوثه كاضطراب انفعالي في ضوء الاعتقادات السلبية التي يكنها المريض عن نفسه والعالم والمستقبل.

أما هاري سوليفان 1966 يرى أن القلق حالة مؤلمة تنجم عن المعاناة من عدم استحسان في العلاقات البيئية الشخصية للفرد وهذه العلاقات هي أساس بناء الشخصية و القلق يرتبط وهو بنائي وهدمي فقليل من

خلاصة

يعتبر مرض السكري من بين الأمراض التي تستدعي أخذ الاحتياطات الدائم بالنسبة للشخص السوي و الاستعداد النفسي للمواجهة بالنسبة للشخص المصاب، لما يتركه من آثار نفسية و انتهاك للجسم من الجانب الصحي و كذا تغيير نمط الحياة ككل ففي هذا الفصل تطرقنا إلى بعض المفاهيم العامة على مرض السكري و بعض الخصائص النفسية .

الفصل الثاني:

الأنشطة الترويحية

أنواع الأنشطة الترويحية

هناك العديد من الأنشطة الترويحية التي يمكن ممارستها في وقت الفراغ ، ويختلف العلماء فيما بينهم بالنسبة لتصنيف هذه الأنشطة من جهة وتختلف مدارس العلماء من جهة أخرى حيث تشير تمانى عبد السلام إلى أن هناك تداخل في أوجه الأنشطة الترويحية مما يصعب حصرها وتحديدتها وهناك آراء متعارضة في تقسيم الأنشطة الترويحية فقد قسم بعض العاملين في هذا المجال الأنشطة الترويحية إلى أنشطة رياضية ، وأخرى اجتماعية ، وأنشطة فنية وثقافية ، وقد وجد آخرون أن هذا التقسيم محدود وفيه تداخل للأنشطة الترويحية فمثلاً عند ممارسة نشاط رياضي يكون هناك أيضاً نشاط اجتماعي وعند ممارسة نشاط ثقافي يتداخل فيه النشاط الفني وهكذا .

فيمكن تقسيم الأنشطة الترويحية إلى أنشطة ترويحية غير منظمة وأخرى منظمة . فمثلاً في الأنشطة الترويحية الغير منظمة نجد أن هناك عدداً كبيراً من الأفراد يرغبون في ممارسة أنشطة ترويحية تروق لهم ، فأحياناً يود الإنسان أن يجد مكاناً هادئاً ليتمتع فيه بالطبيعة ، أو يلعب التنس أو يلعب على آلة موسيقية يفضلها في المنزل ، أو تذهب العائلة إلى معسكر أو رحلة لمدة يوم وهذا النوع لا تنظمه هيئة أو منظمة ، أما الأنشطة الترويحية المنظمة فتكون من خلال حصص تدريس المهارات الترويحية ، كذلك أندية المهارات المختلفة ، والمسابقات والدوريات ، والأحداث الخاصة .

وتصنيف تمانى عبد السلام إلى أن تقسيم الأنشطة الترويحية يكون وفقاً لعدة متغيرات أساسية هي:

• طبيعة ونوع النشاط : الرياضات و الألعاب ، الفنون اليدوية ، أنشطة الخلاء... الخ

• طبيعة ونوع الأفراد الممارسين : أطفال ، شباب ، ذكور ، إناث ، شيوخ.

• تبعاً للمكان الذي يحتاجه هذه الأنشطة : أنشطة داخل المباني أو أنشطة في الخلاء.

• حسب فصول السنة : أنشطة تمارس في فصل الصيف مثل الأنشطة الشاطئية ، أو أنشطة تمارس في فصل الشتاء مثل التزلج على الجليد .

-1 تمهيد :

الأنشطة الترويحية

يرى المهتمون بدراسة الترويح أنه يمكن التعرف على حضارة المجتمعات من خلال معرفة الوسائل التي تستخدمها تلك المجتمعات في مواجهة وقت الفراغ ، وأنه توجد علاقة وثيقة بين ثقافة المجتمع ومستويات المشاركة في مناشط الترويح السائدة في المجتمع ، كما توجد علاقة بين التكنولوجيا والترويح إذ أنه كلما زاد تطور تكنولوجيا الترويح وتعددت وسائله وتطورت منشأته وأجهزته وأدواته ، وذلك إلى جانب تأثير التكنولوجيا على زيادة حجم البطالة وبالتالي زيادة حجم العاطلين عن العمل ، مما يستدعي الاهتمام بالترويح لزيادة الطلب عليه .

فتشير تمانى عبد السلام أن الترويح هو طريقة حياة وأسلوب معيشة يتميز بأنه يحوى نشاطاً ، ويتعدد النشاط الترويحي بتعدد اهتمامات الأفراد ، وما هو متذوق لفرد ما غير متذوق لآخر بل إن ما يعتبره نشاطاً ترويحياً في وقت ما لا يكون كذلك في وقت آخر إذا خلا منه التجديد ولم يشعر الفرد بذلك الشعور الذي يتصف بالسعادة والمميز للنشاط الترويحي وبالتالي لا تصبح ممارسة نشاط ما نشاطاً ترويحياً بل عادة ونتيجة لذلك ينتقل الفرد إلى ممارسة نشاط آخر يوفر التجديد والشعور بالسعادة ويحتم ذلك أن يكون الفرد ملماً بأنشطة ترويحية عديدة لتحقيق سمة التجديد .

ويشير كمال درويش ومحمد الحماحمي نقلاً عن بتلر **Petler** أن الترويح يعد نوعاً من أوجه النشاط التي تمارس في وقت الفراغ والتي يختارها الفرد بدافع شخصي لممارستها والتي يكون من نواتجها اكتسابه للعديد من القيم البدنية والخلقية والاجتماعية والمعرفية.

ويؤكد تشارلز برايتبل **charles Brightibil** على أن الترويح يعد أسلوباً للحياة ويعمل على تنمية شخصية الفرد الذي يختار مناشطه بدافع شخصي ليمارسها في أوقات الفراغ.

وترى تمانى عبد السلام أن الترويح هو رد فعل عاطفي تجاه نشاط يمارسه الفرد بدافع من نفسه يهدف إلى السعادة الشخصية ، بناء وهادف ، ويتم أثناء وقت الفراغ ، وتعتبر تلك الأنشطة التي توفر مجال التعبير والانطلاق الوجداني المبتكر وتتفق ورغبات الفرد ، ويميزها سمو الهدف وتتوفر فيها حرية الاختيار .

2.التعبير الحركي

3.الدراما

4.الأنشطة العقلية والألعاب اللغوية

5.أنشطة موسيقية

6.التروييح في الخلاء

7.التروييح الإجتماعى

8.الرياضيات والألعاب

9.أنشطة في صورة خدمات للمجتمع

10.الهوايات

11.الأحداث الخاصة

الالعاب الترويحية

اللعب هو كل اعمال الطفل والبرعم لانه يتعامل مع كل الحركات والسكنات مستكشفا ومتحديا ومداعبا دون مسؤولية وكل مايمكن ان يؤدي من حركات بنفس المواصفات فهو لعب . واللعب هو النتيجة المباشرة لشعورنا بالحرية عند الفراغ من العمل الجدي والتحرر من المسؤولية . ويدخل اللعب في حياة جميع الكائنات الحية وحيثما توجد الحرية والانطلاق والسعادة والبساطة يكون اللعب واللعب ضرورة من ضرورات الحياة لانه تروييح عن النفس لجميع الاعمار . والالعاب ككرة القدم التي لها قانونها الثابت وكرة السلة والطائرة ألعاب كبيرة ؛ اما الالعاب الترويحية فهي العاب تخضع لقوانين تتغير وفق المساحة والامكانات وتتنوع من مجتمع ال مجتمع ومن سن الى سن وتتوقف الى العديد من المتغيرات الاخرى وهي مرتبطة دائما بعامل اللذة والسرور . اهداف الالعاب الترويحية • - تعليم وتدريب الناشئين المهارات الاساسية والمبادئ الخططية في جو ممتع . • - ابعاد البراعم عن الملل مع تغير نمط التدريب واكتساب فترة استشفاء ايجابية لتحليل حمل

• تبعاً لنوعية التنظيم : فإما أن تحتاج إلى مستوى معين من التنظيم , أو لا تحتاج إلى تنظيم .

وقد قام الكثير من العلماء والباحثين بتقسيم الأنشطة الترويحية حيث يرى محمد الحماحى وعائدة عبد العزيز أن أنواع الأنشطة الترويحية سبعة هي _ :

1.أنشطة رياضية . 2. أنشطة اجتماعية.

3.أنشطة فنية . 4. أنشطة ثقافية.

5.أنشطة التروييح الخلوى . 6. أنشطة التروييح التجارى.

7.أنشطة التروييح العلاجى .

كما ترى عطيات خطاب نقلاً عن " تروجش " Trogash أنه يمكن تقسيم الأنشطة الترويحية إلى ثلاث مجموعات هي_:

1.الأنشطة الترويحية التى تهدف إلى الراحة العصبية والتى لا تتضمن نشاطا عقليا : مثل القراءة _ سماع الأغاني _ مشاهدة التلفاز .

2.الأنشطة الترويحية التى يغلب عليها الطابع العضلى أو الأداء الحركى : مثل ممارسة النشاط الرياضى والهوايات الرياضية المختلفة.

3.الأنشطة الترويحية التى تتميز بالطابع السلى : مثل النوم والاسترخاء.

وقسمها ريلتز إلى ثلاثة مجموعات هي:

1.أنشطة ترويحية ايجابية : وهى التى يشترك فيها الفرد ويمارسها بصورة ايجابية

2.أنشطة ترويحية استقباليه : وفيها يستخدم الفرد حواسه فى استقبال الأنشطة الخارجيه كالسماع والمشاهدة والإطلاع .

3.أنشطة ترويحية سلبية : وفيها لا يبذل الفرد أى جهد كأن ينام أو يسترخى .

وتقسم تمانى عبد السلام الأنشطة الترويحية تبعاً لأنواعها كالآتى-:

1.الفنون اليدوية

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

ويمكن تقسيم الترويح الرياضي كما يلي :

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

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

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

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 ولتنشيط ونمو وتطور الشخصية وله قيمة وقائية وعلاجية لا ينكرها الأطباء .

فالنشاط الرياضي من الناحية العلاجية يساعد مرضى الأمراض النفسية والمعاقين على التخلص من الانقباضات النفسية ، وبالتالي استعادة الثقة بالنفس وتقبل الآخرين له ، ويجعلهم أكثر سعادة وتعاوناً ،

التدريب داخل الوحدة اهمية الالعاب الترويحية •- تنمية الصفات البدنية . •- أكتشاف امكانيات الناشئ وتقويمه . •- اكتساب البراعم الصفات الخلقية والمبادئ التربوية الايجابية مميزات الالعاب الترويحية •- تتيح للبراعم والناشئ فرصا متعددة مثل سرعة التفكير والتصرف والادراك التصور التركيز . •- تشكيل وتقوية جسم البرعم او الناشئ وتنمية جميع وظائفه الحيوية . •- اكتساب جسم البرعم او الناشئ مزيد من القدرات والمهارات الحركية . •- ارتباطها بعنصر المرح والسرور والمنافسة والكفاح . •- امكانية ممارسة عدد كبير منها تحت ظروف مبسطة دون الحاجة الى الكثير من المتطلبات المادية للادوات والاجهزة . •- سهولة تعلم واتقان عدد كبير منها في وقت قصير نسبيا مماينح البرعم خبرات النجاح السارة التي تؤثر بصورة ايجابية على ثقة البرعم بنفسه وبقدراته وعلى تكوين شخصيته . •- ممكن ممارسته في أي وقت اثناء وحدة التدريب اليومية او المعسكرات او اوقات الراحة

2-النشاط الرياضي الترويحي : هو نشاط يقوم به الفرد من تلقائي نفسه بغرض تحقيق السعادة الشخصية التي يشعر بما قبل أثناء أو بعد الممارسة وتلبية حاجاته النفسية والاجتماعية ، وهي سمات في حاجة كبيرة إلى تنميتها وتعزيزها 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 والعقلية والاجتماعية .

إن موازلة 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 موازلة ذلك النشاط يتحقق للفرد النمو الكامل من النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى تحسين عمل كفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والعضلي والعصبي . (ابراهيم رحمة، 1998، صفحة 9)

يرى رملي عباس أن النشاط البدني الرياضي يخدم عدة وظائف ناعمة ، إذ أن النشاط العضلي الحر يمنح الأطفال إشباعا عاطفيا كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس ، والخلق والابتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الإنجاز وتمتد الأغلبية بالترويح الهادف بدنيا وعقليا... والغرض الأساسي هو تعزيز وظائف الجسم من اجل لياقة مقبولة وشعور بالسعادة والرفاهية . (عباس عبد الفتاح رملي، محمد ابراهيم شحاتة، 1991،

ويسهم بمساعدة الوسائل العلاجية الأخرى على تحقيق سرعة الشفاء ، كالسباحة العلاجية التي تستعمل في علاج بعض الأمراض كالربو وشلل الأطفال وحركات إعادة التأهيل .

كما أصبح النشاط الرياضي يمارس في معظم المستشفيات والمصحات العمومية والخاصة وفي مراكز إعادة التأهيل والمراكز الطبية البيداغوجية وخاصة في الدول المتقدمة ، ويراعى في ذلك نوع النشاط الرياضي ، وطبيعة ونوع الإصابة ، فقد تستخدم حركات موجهة ودقيقة هدفها اكتساب الشخص المعوق تحكم في الحركة واستخدام عضلات أو أطراف مقصودة (Roi Random, 1993, pp. 5-6) .

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

خلاصة:

إن الأنشطة الترويحية أصبح غاية ضرورة لا نستطيع الاستغناء عنها وهي التي توضع في تكيف مختلف الأنشطة الرياضية حتى يستطيع مريض داء السكري ممارستها بارتياح وبعيدا عن الخطر، وأصبحت الأنشطة الترويحية حتمية لا مفر منها . وهذا لفوائدها النفسية وتنمية عضلات الجسم والتناسق في الحركات والاهم أيضا هو اندماج هذه الفئة في المجتمع بهذه النشاطات ، لأن هذا الأخير يكسبه القوة والعزيمة وحب الانتصار والرغبة في الفوز .

الجانب التطبيقي

تمهيد

وستنطرق في هذا الفصل إلى التعريف بمنهج البحث، الدراسة الاستطلاعية ونتائجها، عرض مجتمع البحث وعينته وحدود الدراسة، مع تحديد متغيرات الدراسة وفي الأخير عرض الأساليب الإحصائية المستعملة في البحث.

1-منهج البحث:

وفقا لطبيعة الموضوع المقترح، اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج الوصفي ، والذي يعتبر من أكثر مناهج البحث استخداما، وخاصة في البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية والرياضية، ويهتم البحث الوصفي بجمع أوصاف علمية دقيقة للظواهر المدروسة، ووصف الوضع الراهن و تفسيره، وكذلك تحديد الممارسات الشائعة والتعرف على الآراء والمعتقدات والاتجاهات عند الأفراد، وطرائقها في النمو والتطور، كما يهدف إلى دراسة العلاقات القائمة بين الظواهر المختلفة. (إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي، ، 2000، صفحة 84)

استنادا لما سبق كان اعتمادنا للمنهج الوصفي المسحي للقيام بدراسة دور الأنشطة الترويجية على التقليل من القلق لمرضى داء السكري .

2- مجتمع البحث:

هو إجراء يستهدف تمثيل المجتمع الأصلي بحصة أو مقدار محدود من المفردات التي عن طريقها تأخذ القياسات أو البيانات المتعلقة بالدراسة أو البحث و ذلك بغرض تعميم النتائج التي يتم التوصل إليها من العينة على المجتمع الأصلي المسحوب من العينة وكان مجتمع بحثنا مرضى داء السكري و يقدر عددهم ب : 40 مريض ، 20 مريض منهم ممارسين للأنشطة الرياضية الترويجية و 20 منهم غير ممارسين للأنشطة الرياضية الترويجية مأخوذة من مجموعة من الأفراد بحي Dass سيدي محمد بن علي و حي 500 سكن بسبيدي محمد بن علي ولاية غليزان

3- عينة البحث:

فالعينة إذا هي ذلك الجزء من المجتمع، يتم اختيارها وفق قواعد وطرق علمية، بحيث تمثل المجتمع تمثيلا صحيحا. إن الهدف الأساسي من اختيار عينة هو الحصول على معلومات عن المجتمع الأصلي للبحث، وليس من السهل على الباحث أن يقوم بتطبيق بحثه على جميع أفراد المجتمع الأصلي (إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي، ، 2000، صفحة 129)

تم اختيار العينة عشوائيا لأنها تعطي الفرص المتكافئة لجميع أفراد المجتمع. إن مجتمع البحث يتكون من مرضى داء السكري مأخوذة من حي Dass سيدي محمد بن علي و حي 500 سكن بسبيدي محمد بن علي ولاية غليزان .

الفصل الأول:

منهجية البحث وإجراءاته

الميدانية

جمع نتائج المقياس المطبق على العينة، قمنا بفرز النتائج ووضعها في جداول من اجل تحليلها وعرض نتائجها والانتها بمرحلة مناقشتها وقد امتدت المرحلة الأخيرة من بحثنا إلى غاية نهاية شهر ماي 2018.

5-2- المجال المكاني :

قمنا بالبحث الميداني حيث استعملنا 40 استمارة موزعة على مرضى داء السكري بحى Dass سيدي محمد بن علي و حي 500 سكن بسيدي محمد بن علي ولاية غليزان 5-3 المجال البشري : مرضى داء السكري الممارسين و الغير ممارسين.

6-أدوات البحث:

إن اختيار الباحث لأدوات جمع البيانات يتوقف على العديد من المعايير، فطبيعة المشكلة والفروض تتحكمان في عملية اختيار الأدوات ولغرض جمع المعطيات من الميدان عن موضوع الدراسة، على الباحث انتقاء الأداة المناسبة لذلك ومن المتفق عليه أن أداة البحث تساعد الباحث على تحقيق هدفين هما:

-تساعد على جمع المعلومات والحقائق المتعلقة بموضوع لبحث.

-تجعل الباحث يتقيد بموضوع بحثه وعدم الخروج عن أطره العريضة.

ومنه فإداة البحث هي الوسيلة الوحيدة التي يتمكن بواسطتها الباحث حل المشكلة وقد استخدمنا في بحثنا استمارة مقياس.

المقياس :

وفي بحثنا هذا استخدمنا مقياسين هما مقياس تايلور للقلق الصريح و مقياس بيك للاكتئاب

-مقياس تايلور للقلق الصريح: مقياس القلق الصريح قامت بتصميمه جانيت تايلور و قام بإعداده صورته العربية محمد حسن علاوي. و قد صمم المقياس أصلا للاستخدام في دراسات التعلم للتعرف على الفروق الفردية في الاستجابة الانفعالية المرتبطة بمستوى الحافز و في الوقت الحالي يستخدم هذا المقياس للتعرف على سمة القلق . (محمد حسن علاوي ، 1998، الصفحات 308-310).

يتكون المقياس من 50 عبارة 38 عبارة ايجابية في اتجاه القلق و 12 عبارة سلبية (عكس اتجاه القلق) و يراعى عدم كتابة اسم المقياس في صفحة التعليمات أو صفحة عبارات المقياس و يكتب بدلا منه عبارة " استمارة تحليل الذات".

-تستخدم هذه الاستمارة لمحاولة الفرد القيام بتحليل ذاته.

-تتكون الاستمارة من 50 عبارة تتناول بعض الصعوبات التي يشعر بها معظم الناس منحين لأخر و تستطيع تحليل ذاته إذا قمت بالإجابة على كل عبارة بحيث تصف بعض الصعوبات التي قد تشعر و تحس بها. (محمد حسن علاوي ، 1998، الصفحات 308-310)

طريقة تصحيح المقياس:

جدول رقم 01: يمثل عينة البحث

| العدد | العينة |
|-------|---------------|
| 20 | الممارسون |
| 20 | غير الممارسين |
| 40 | المجموع |

4-متغيرات البحث:

هي مجموعة من العوامل التي تتفاعل بينها نوعا من العلاقات التي يريد الباحث التحقق منها بالتحديد و الإثبات و استنادا إلى فرضيات البحث تبين لنا جليا أن هناك متغيرين اثنين أحدهما مستقلا والآخر تابعاً. (زعيمن سميرة، 2007، صفحة 115)

4-1 المتغير المستقل:

في بحثنا هذا تمثل المتغير المستقل في:

*الأنشطة الترويجية.

4-2 المتغير التابع:

تمثل المتغير التابع في بحثنا هذا في:

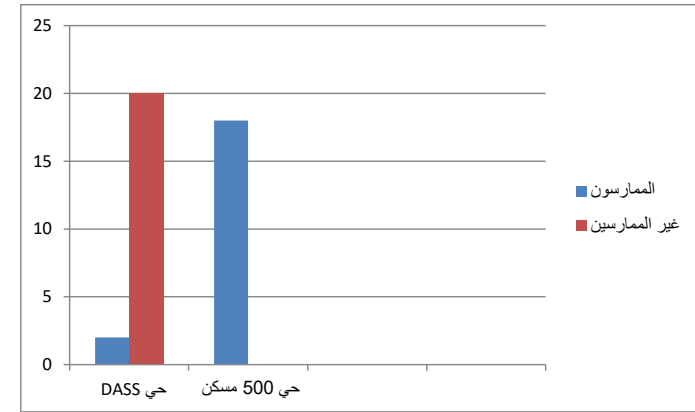
* القلق

5-مجالات البحث:

5-1-المجال الزمني

قمنا بإجراء البحث الميداني انطلاقا من تحديدنا لموضوع البحث والمشكلة المراد دراستها إذ تم ذلك ابتداء من بداية شهر جانفي 2018 ، وذلك بعد الحصول على موافقة الإشراف من طرف الأستاذ المشرف وقبوله للخطة الأولية المرسومة للعمل وقد تم تكوين الإطار النظري للدراسة في حدود أواخر شهر فيفري 2018 ، أما فيما يخص الجانب التطبيقي أو الميداني فقد تم الانطلاق فيه بداية شهر مارس 2018 ، وهذا بموافقة الأستاذ المشرف على المقياس المطبق على أفراد العينة أي مقياس تايلور للقلق الصريح والتأكد من صدق وثبات الأداة، بعد إعادة

| | | |
|----|----|-------------|
| 0 | 18 | حي 500 مسكن |
| 20 | 20 | المجموع |
| 40 | | |



شكل رقم(02): يبين عينة الدراسة الاستطلاعية

حيث قمنا بتوزيع مقياس مقياس تايلور للقلق الصريح من إعداد أسامة جانب تيلور و قام بإعداده صورته العربية محمد حسن علاوي ونشره على عينة الدراسة الاستطلاعية مع شرح طريقة ملئ الاستمارات و الإجابة على تساؤلاتهم حتى يتسنى لهم الإجابة على كل بنود استمارات البحث بسهولة ثم قمنا باسترجاع الاستمارات ومعالجتها إحصائياً.

8- التجربة الاستطلاعية :

أثبتت نتائج الدراسة الاستطلاعية بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي وجود تطابق كبير بين النتائج وعلاقة ارتباطيه بين الاختبار القبلي و البعدي ووجدناه قريب من 01 بالنسبة لجميع أبعاد المقياس وذلك وفقاً لقانون معامل بيرسون الذي يكون محصور بين 1- و 1- وبالتالي فالمقياس ثابت وصادق فيما اعد لقياسه.

9-الشروط العلمية للأداة:

1-9 الصدق:

جدول رقم 02 يوضح مفتاح تصحيح مقياس القلق

| | | |
|----------|-----|----|
| البيانات | نعم | لا |
| الدرجات | 01 | 00 |

جدول رقم 03 يوضح تحديد مستويات القلق

| | | | | | |
|----------|-------------|----------|-----------|----------|---------------------|
| البيانات | لا يوجد قلق | قلق بسيط | قلق متوسط | قلق شديد | قلق حاد (شديد جداً) |
| المدى | 16-0 | 20-17 | 26-21 | 29-27 | 50-30 |

7- الدراسة الاستطلاعية:

في هذه المرحلة قمنا بجمع المعلومات و الإطلاع على البحوث السابقة و المذكرات التي لها صلة بموضوع البحث و الاتصال بالمختصين في هذا الميدان من أجل توفير المعطيات الكافية و الإلمام بالموضوع من جميع النواحي حتى يتسنى لنا تكوين فكرة شاملة و كاملة و بالتالي إعداد الإطار النظري لهذا الموضوع و قبل توزيع الاستمارات المتعلقة بالبحث قمنا بإجراء دراسة استطلاعية على الممارسة الميدانية لمرضى داء السكري و جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات التي يمكن من خلالها معالجة الإشكالات المطروح .

وقد شرعنا في هذا العمل بداية جانفي 2018 إلى غاية ماي 2018، حيث استطعنا خلال هذه المدة الاتصال بالمجموعة التي تمثل عينة البحث مأخوذة من حي Dass سيدي محمد بن علي و حي 500 سكن سيدي محمد بن علي ولاية غليزان

وبعد الانتهاء من جمع كل المعلومات والمعطيات التي نحتاجها تم اختيار عينة عشوائية مقدره ب 83.33% من عدد العينة الأصلية المقدره ب 45 مريض داء السكري قصد إخضاعها للتجربة الاستطلاعية وقد كان ذلك على النحو التالي:

جدول رقم (05): يبين عينة الدراسة الاستطلاعية.

| | | |
|---------|-----------|---------------|
| حي DASS | الممارسون | غير الممارسين |
| | 2 | 20 |

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 0.76 | | | | |
|------|--|--|--|--|

مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية (ن-2) = 08

من الجدول رقم (06) نلاحظ أن قيمة R المحسوبة التي تمثل معامل الثبات تساوي 0.91 و 0.87 بالنسبة لمقياس القلق الصريح وهي أكبر من R الجدولية المقدرة بـ 0.76 عند مستوى الدلالة 1 ودرجة الحرية 08 هذا يبين أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات. أما بالنسبة لمعامل الصدق تم حسابه بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات فجاءت قيمة مقياس القلق تساوي 0.95 وهي أكبر من R الجدولية 0.76 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 08 وهذا يبين أن المقياس يتمتع بدرجة صدق عالية .

خطوات التجربة الأساسية:

قمنا بتوزيع مقياس القلق الصريح لتابلور على العينة المكونة من 40 مريض داء السكري ، 20 منهم ممارسين للأنشطة، و 20 غير ممارسين للأنشطة، حيث وزعنا استمارات المقياس على العينة الممارسة أولاً و التي تتواجد أغلبيتها بحج Dass و قمنا باسترجاعها في نفس اليوم الذي وزعنا فيه المقياسين، و بعدها قمنا بتوزيع المقياسين على العينة الغير ممارسة المتواجدة أغلبيتها بحج 500 مسكن واسترجعنا المقياس في نفس اليوم أيضاً ثم انتقلنا إلى المعالجة الإحصائية.

10- الأدوات الإحصائية:

لفرض الخروج بنتائج موثوق بها علمياً استخدمنا طريقة الإحصائية لبحثنا لكون الإحصاء هو الوسيلة و الأداة الحقيقية التي نعالج بها النتائج على أساس فعلي يستند عليها في البحث و الاستقصاء وعلى ضوء ذلك استخدمنا ما يلي:

-النسبة المئوية

-المتوسط الحسابي

-الانحراف المعياري

-معامل ارتباط بيرسون

- ت- ستودنت.

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل نكون قد أوضحنا أهم الإجراءات الميدانية التي قمنا بها من أجل التحقق من صدق الفروض ومدى تحققها على أرض الواقع ونكون بذلك قد أزلنا اللبس أو الغموض عند

تعتبر درجة الصدق هي العامل الأكثر أهمية بالنسبة للمقياس والاختبارات وهو يتعلق أساساً بنتائج الاختبار (محمد حسن علاوي، 1998، صفحة 315)

كما يشير "تابلر": أن الصدق يعتبر أهم اعتبار يجب توافره في الاختبار يحدد "كورتن" الصدق باعتباره تقدير للارتباط بين الدرجات الخام للاختبار والحقيقة الثابتة ثباتاً تاماً (مروان عبد المجيد إبراهيم ، 1999 ، صفحة 123)

وقد تم تحقيق صدق المقياس عن طريق استطلاع رأي الحكمين على أسئلة المقياس والمتمثلين في مجموعة من الأساتذة المختصين في المجال الرياضي.

ويمكن حساب الصدق أي أداة القياس بعدة طرق من بينها استخراج الصدق من ثبات وهو الأمر الذي خرجنا إليه وذلك لوجود ارتباط قوي بين صدق الاختبار وثباته. صدق الاختبار = الجذر التربيعي للثبات

9-2 الثبات:

يعني الثبات أن الاختبار يحقق نفس النتائج تقريبا إذا أعيد تطبيقه على نفس الأفراد تحت نفس الظروف أكثر من مرة، ويتم التعرف على ثبات الاختبار باستخدام أساليب إحصائية عديدة، أهمها هي طريقة إعادة الاختبار، وقد تم التحقق من الثبات عن طريق إعادة الاختبار.

9-3 الموضوعية:

الاختبار الموضوعي يقل فيه التقدير الذاتي للمحكمن، فموضوعية الاختبار تعني قلة أو عدم وجود اختلاف في طريقة تقويم أداء المختبرين مهما اختلف الحكمون، فكلما قل التباين بين الحكمين دل ذلك على أن الاختبار موضوعي.

يجب أن تكون تعليمات الاختبار ومحتويات الاستبيان واضحة ومفهومة، وكلما تحققت الثبات تحققت الموضوعية.

تم اختيار 10 أشخاص بطريقة عشوائية ثم قمنا بتوزيع المقياسين على هذه المجموعة و بعدها جمعنا الاستمارات و بعدها لمدة أسبوع قمنا بتوزيع المقياسين لنفس العينة و في نفس الظروف البيئية و جمعنا أيضاً الاستمارات و بعد ذلك قمنا بالمعالجة الإحصائية باستخدام معامل الارتباط "بيرسون".

جدول رقم 06: يوضح نتائج الدراسة الاستطلاعية.

| المقياس | عدد أفراد العينة | معامل الثبات | معامل الصدق | R الجدولية |
|--------------------|------------------|--------------|-------------|------------|
| مقياس القلق الصريح | 10 | 0.91 | 0.95 | |

بعض العناصر والتي وردت في هذا الفصل، كما تأكدنا من شروط صحة المقياس المتمثلة في الصدق والثبات التي كانت درجة عالية تسمح لنا بالوثوق في النتائج التي نتوصل إليها.

الفصل الثاني:

عرض وتحليل و مناقشة النتائج

| المقاييس | المستويات | | | | | درجات مقياس القلق |
|----------|---------------------|----------|-----------|----------|-------------|-------------------|
| | قلق حاد (شديد جداً) | قلق شديد | قلق متوسط | قلق بسيط | لا يوجد قلق | |
| المقاييس | 30-50 | 27-29 | 21-26 | -20 | 0-16 | 29.2 |
| القلق | | | | 17 | | |

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) بالنسبة لنتائج مقياس القلق لدى مرضى داء السكري الغير ممارسين للأنشطة الترويحية حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 29.2 وهذه القيمة تنتمي إلى المستوى (27-29) الذي يمثل مستوى قلق شديد.

ويرجع الطلبة ذلك على أن عينة مرضى داء السكري غير الممارسين للنشاط الترويحي لديهم درجة القلق شديدة وذلك من خلال تأثير المرضى بالوسط الأسري الذي لا يوفر كل الظروف والإمكانات حتى يسمح للفرد المريض أن يعيش في جو يغلب عليه الحب والطمأنينة وبالتالي الإحساس بالقلق، ضف إلى ذلك الوسط البيئي وما يوفره المجتمع من حاجيات وبرامج ترفيهية دون ممارسة الأنشطة الرياضية لمرضى السكري، وهذا يجعله لا يشعر بالقلق. وهذا ما يتفق مع بعض الدراسات مثل دراسة اليازيدي عزالدين (2015). التي أشارت إلى تغير في مستوى القلق نحو الإيجاب لدى الفرد مرتبط بتغيرات أخرى مثل توفر الجانب الاقتصادي والجانب الصحي. إضافة إلى الدعم الاجتماعي والنفسي.

2- عرض وتحليل نتائج فروق مقياس القلق:

الجدول رقم (11) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين و غير الممارسين للأنشطة الترويحية و قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص القلق .

| العينة | متوسط الحسابي | الانحراف المعياري | العينة | ت المحسوبة | ت | الدلالة الإحصائية |
|-------------|---------------|-------------------|--------|------------|------|-------------------|
| ممارسين | 20.55 | 8.94 | 20 | 4.46 | 1.68 | دالة إحصائية |
| غير ممارسين | 29.2 | 62.46 | 20 | | | |

تمهيد

نسى من خلال هذا الفصل إلى مناقشة النتائج المتحصل عليها للوصول إلى مدى صحة الفروض قيد الدراسة وكذا مقارنة تلك النتائج بمدى موافقتها أو مخالفتها للنتائج المشار إليها في الدراسات السابقة التي تطرقت لمثل هذا الموضوع،

1- عرض وتحليل نتائج درجة القلق للممارسين للأنشطة الترويحية:

الجدول (07) يوضح درجة القلق لدى مرضى داء السكري الممارسين.

| المقاييس | المستويات | | | | | درجات مقياس القلق |
|----------|---------------------|----------|-----------|----------|-------------|-------------------|
| | قلق حاد (شديد جداً) | قلق شديد | قلق متوسط | قلق بسيط | لا يوجد قلق | |
| المقاييس | 30-50 | 27-29 | 21-26 | -20 | 0-16 | 20.55 |
| القلق | | | | 17 | | |

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) بالنسبة لنتائج مقياس القلق لدى مرضى داء السكري الممارسين للنشاط الرياضي حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 20.55 وهذه القيمة تنتمي إلى المستوى (17-20) الذي يمثل مستوى قلق بسيط.

وبما أن الأنشطة الترويحية من الوسائل الفعالة والابجابية في تغيير الحالة النفسية والاجتماعية للفرد، يمكننا القول أن عينة الممارسين للأنشطة الترويحية كان لديهم مستوى القلق بسيط، وعلبه نوصي أفراد المجتمع كبارا وصغار، رجلا ونساء بممارسة الأنشطة الترويحية لما لها من فوائد صحية (صحة بدنية، صحة نفسية، صحة عقلية) على حياة الفرد.

مثلا أثبتت دراسة اليازيدي عزالدين (2015) أن الممارسين للنشاط البدني كان مستوى القلق لديهم بسيط مقارنة بالغير ممارسين للنشاط البدني و هذا يدل أن للنشاط البدني دور في خفض القلق لدى المعاقين حركيا. وكذلك دراسة العطية (2002) أن الأطفال بمرحلتهم الأخيرة الممارسين للنشاط البدني درجة القلق لديهم أقل من الغير الممارسين للنشاط البدني.

1- عرض وتحليل نتائج درجة القلق لغير الممارسين للأنشطة الترويحية:

الجدول (08) يوضح درجة القلق لدى مرضى القصور الكلوي لغير الممارسين.

نستنتج من الجدول رقم (11) أن قيمة T المحسوبة 4.46 أكبر من قيمة T الجدولية المقدرة بـ 1.68 عند مستوى الدلالة 0.05 ، ودرجة الحرية 38 ، ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويجية وهي لصالح عينة الممارسين من مرضى داء السكري.

و يفسر الطلبة هذه النتائج أن ممارسة الأنشطة الترويجية تساهم في خفض مستوى القلق للفرد، فهي تعتبر وسيلة وآلية لتفريغ الدوافع المكبوتة و تخفيف مشاعر المعاناة و التوتر التي يستشعرها فرد مريض داء السكري، حيال الآثار السلبية المترتبة عن المرض و كذا ضغوط الحياة الاجتماعية المختلفة، لهذا تزيل الأنشطة الترويجية فترات التوتر والقلق التي تنتاب أو تعمل على توفير فرص التحرر من الضغوط أو ما يعرف بالطاقة الزائدة فيتخلص منها ويشعر الفرد بالراحة النفسية مما ينعكس إيجابيا على مستوى هدوئه. ومما تساهم في تنمية بعض الخصال الحميدة كالتواضع، التعاون، المواطنة، حب الآخرين، حب التعلم، البراعة والإبداع.

كما اتفقت نتائج البحث مع نتائج بعض الدراسات السابقة رغم اختلاف عينات البحث مثل دراسة اليازيدي عز الدين 2015 حيث أسفرت النتائج على أن النشاط البدني المكيف له أهمية بالغة في تقليل وتخفيف الضغط والقلق لدى المعاقين بصفة عامة والمعاقين حركيا بصفة خاصة . و دراسة (العطية 2002) التي أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياس أبعدي مقارنة بين متوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس أبعدي مقارنة بمتوسط درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق بينما لم يتضح وجود فارق بين متوسط درجات الأطفال المجموعة الضابطة في القياس أبعدي مقارنة بمتوسط درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق. في ما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياس أبعدي على مقياس اضطرابات القلق. أما بالنسبة لنتائج الدراسة الكلينية فقد اتضح أن العوامل النفسية التي تكمن وراء استمرار مستوى القلق لدى الحالتين الأعلى في مستوى اضطرابات القلق بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي هي الضغوط و المشكلات الأسرية.

3- عرض و تحليل نتائج فروق تأثير الأنشطة الجماعية و الفردية (القلق):

الجدول رقم (13) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية و

قيمة "ت" المحسوبة و اتجاهات الفروق و الدلالة الإحصائية فيما يخص القلق

| العينة | متوسط الحسابي | الانحراف المعياري | العينة | ت المحسوبة | ت الجدولية | الدلالة الإحصائية |
|--------------------------------------|---------------|-------------------|--------|------------|------------|-------------------|
| الممارسون للأنشطة الترويجية الجماعية | 20.58 | 10.08 | 12 | 10.39 | 1.73 | دالة إحصائية |
| ممارسون للأنشطة الترويجية الفردية | 20.62 | 8.26 | 8 | | | |

نستنتج من الجدول رقم (13) أن قيمة T المحسوبة 10.39 أكبر من قيمة T الجدولية المقدرة بـ 1.73 عند مستوى الدلالة 0.05 ، ودرجة الحرية 18 ، ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين للأنشطة الجماعية والممارسين للأنشطة الفردية وهي لصالح عينة الممارسين للأنشطة الجماعية بالنسبة للقلق.

تفسر هذه النتائج أن ممارسة الأنشطة الجماعية توفر للفرد فرص الاندماج في المجموعة ، ففي المباريات والمنافسات يمكن أن ترتفع حدة الخبرة الانفعالية في بعض الأحيان عند التسجيل أو الفوز أو الخسارة فيتعلم منها الصبر وعدم الغرور، فتتناسب انفعالاته مع مثيراتها، وتتيح خبرات الفشل قدرة الفرد على تجاوز مواقف الإحباط والتحكم في الميول، ومن هذه الأخيرة يواجه الفرد الأحداث والانفعالات بتوازن وتكيف، كما أن المناخ المصاحب للأنشطة الترويجية الجماعية هو مناخ يسوده المرح والمتعة لأن الأصل في ممارسة الأنشطة الجماعية هو اللعب والحركة حيث يخفف الإنسان من التوتر والضغط، فيكتسب الهدوء والريازة واعتدال المزاج ، إضافة إلى هذا تساهم الأنشطة الجماعية في مساعدة الفرد على فهم حدود إمكانياته وقدراته من خلال إدراك وقبول الفوارق الفردية مع الآخرين ورؤيته الواقعية لنفسه مما يساعده على الانجاز والتوافق السليم، كل هذا ينعكس إيجابا صحة المريض الممارس.

أثبتت أن للنشاط البدني المكيف في خفض القلق للمعاقين حركيا و مما يزيد من تأكيد الفرضية ومما يزيد من تأكيدها أيضا آراء الكتاب و الباحثين في هذا المجال حيث نجد أن آرائهم تصب في اتجاه الفرضية.

2-مناقشة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على هناك فرق في درجة القلق عند مرضى داء السكري بين الممارسين وغير الممارسين من خلال النتائج المتحصل عليها و من خلال الجداول 01-02-03-04 نجد أن أغلبية مرضى داء السكري كانت درجات القلق ونتائج اتجاهاتهم تصب في اتجاه الفرضية الموضوعية ومن ما يزيد التأكيد الفرضية نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة العطية (2002) والتي تهدف إلى التعرف على اثر استخدام برامج الحركية والألعاب الاجتماعية والمختلطة و التي أثبتت بأن للأنشطة الترويجية دور في خفض درجة القلق عند الأطفال.

3-مناقشة الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة على وجود هناك تأثير في نوع الأنشطة الترويجية عند الممارسين (جماعية -فردية) من مما يزيد من تأكيد الفرضية النتائج المتحصل عليها مثل ما تبرز الجداول 07-08 ، التي أظهرت بأن نوع الأنشطة الممارسة من طرف المرضى الممارسين للأنشطة الترويجية لها انعكاس ايجابي و مفيد عكس المرضى الممارسين للأنشطة الفردية.

6-الاقتراحات والتوصيات

ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لمرضى داء السكري عن طريق المتابعة داخل المركز و خارجه و القيام بجلسات إرشادية لمرضى داء السكري و التوعية بالمواقف التي تشكل ضغوطات لمرضى داء السكري و محاولة القيام بدراسة إحصائية لهذه الظاهرة لمعرفة حجمها و درجة انتشارها و أسبابها مع اقتراح أساليب معالجتها.

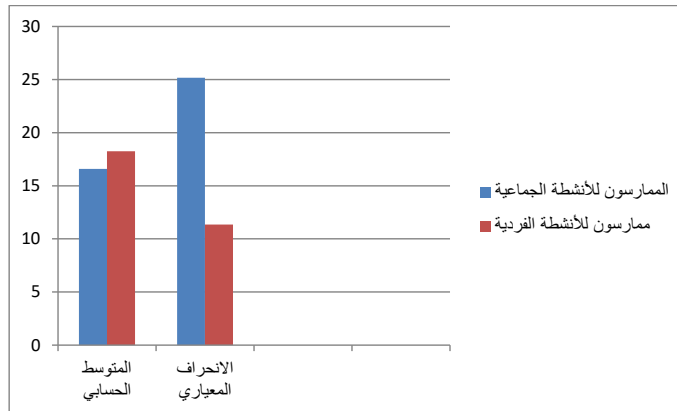
1-زيادة الاهتمام الحاجات النفسية و المعنوية لمرضى داء السكري إلى جانب الحاجيات المادية.

2-توعية مرضى داء السكري بأهمية ممارسة الأنشطة الترويجية وذلك بإعداد برنامج خاص و منظم لمرضى داء السكري يشمل كل النشاطات الترفيهية و التسلية.

3-العمل على توجيه مرضى داء السكري المتسمين بالقلق إلى المرشد النفسي أو الإحصائيين و التأكيد على دوره في التقليل من هذه السلوكيات السلبية و خفض جميع أعراض القلق.

4-إجراء دراسات للتعرف على مشكلات السلوك لدى مرضى داء السكري و أساليب مواجهتها و مدى فعاليتها.

5-إجراء بحوث ودراسات على عينات مختلفة من مرضى داء السكري.



شكل رقم (05) يبين المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للممارسين للأنشطة الجماعية و الفردية للقلق.

4-الاستنتاجات:

- درجة القلق لمرضى داء السكري الممارسين للأنشطة الترويجية بسيطة.

- درجة القلق لمرضى داء السكري لغير الممارسين للأنشطة الترويجية شديدة.

-توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق بين الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويجية لصالح عينة الممارسين.

- للأنشطة الترويجية الجماعية دور كبير في الإدماج والترفيه و الترويح عن النفس لدى مرضى داء السكري.

5- مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتحصل عليها :

1-مناقشة الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الأولى على أن للأنشطة الترويجية دور في تخفيف القلق لدى مرضى داء السكري من خلال النتائج المتحصل عليها ومن خلال الجداول 05-06 نجد أن أغلبية مرضى داء السكري كانت نتائج اتجاهاتهم تصب في اتجاه الفرضية الموضوعية هذا ما يثبت أن للأنشطة الترويجية دور كبير في خفض القلق لدى مرضى داء السكري مثل ما أثبتت الدراسات السابقة كدراسة اليازدي عزالدين (2015) و التي

المصادر و المراجع

2-الخاتمة العامة:

في كل بحث يقام عن الأنشطة الترويجية عن أبعادها وأهدافها وأفضالها على الفرد أو المجتمع إلا ويجرر من تلك الصورة التي راودتها وحاصرتها في كونه أنشطة ترويجية أو تنافسية ، ويعطيها قيمتها الحقيقية كنظام تربوي لها أسس ومبادئ و أهداف وكذا مناهج، تشمل بما الأفراد الأسوياء وذوي الاحتياجات الخاصة فهي لا تفرق بين ذلك ولا ذاك فكلهم سواسية بالنسبة لها .

فها هو بحثنا اليوم يجرر قيذا من تلك القيود، ويضفي على قيمة الأنشطة الترويجية بل و يقر بأنه ذلك الغصن الوفي لتلك الشجرة المباركة التي تأصلت جذورها في أقدم الحضارات وتفرعت أغصانها لتروي بظلالها الوافرة على جميع فئات المجتمع السوية منها والمعاقاة. فكون الأنشطة الترويجية غصن فتي من تلك الشجرة الطبية(التربية البدنية و الرياضية) وبما أن مرض داء السكري شبح يهدد البشرية بأكملها وبناءا على النتائج الحاصل عليها من خلال بحثنا فإن هذا الفصل فعلا يتضلل عليه العديد من مرضى داء السكري.

- المصادر والمراجع
باللغة العربية:
- 14- حزام محمد رضا القزويني. (1978). *التربية الترويجية*. بغداد: دار العربية للطباعة.
 - 15- حسن الساعاتي . (1980). *التطبيع والعمران*. بيروت: دار النهضة العربية ، الطبعة الثالثة .
 - 16- حسين فايد. *الاضطرابات السلوكية*. مؤسسة طبية للطباعة والنشر.
 - 17- حسين مصطفى عبد المعطي. (2000). *علم النفس النمو*. ج2.
 - 18- حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات. (1998). *التربية البدنية و التويح على المعاقين*. القاهرة: در المعرفة.
 - 19- حنفي عبد المنعم. (1992). *لموسوعة النفسية الجنسية*. سوريا: مكتبة مدبولي.
 - 20- خليل مخائيل معوض. (2000). *سيكولوجيا النمو الطفولة والمراهقة*. مصر: دار الفكر الجامعي، ط4.
 - 21- د/كمال درويش ، محمد الحماحي . (1997). *رؤية عصرية للترويج وأوقات الفراغ* . القاهرة: مركز الكتاب للنشر ، الطبعة الأولى.
 - 22- ذوفان عبيدات. (1982). *البحث العلمي : مفهومه، أدواته، أساليبه، دار الفكر*، عمان: دار الفكر.
 - 23- رمضان محمد القذافي. (2009). *علم النفس الفسيولوجي*. المكتب الجامعي الحديث الاسكندرية.
 - 24- زهير الكرمي. (1988). *: الأطلس العلمي، فسيولوجيا الإنسان*. بيروت: دار الكتاب اللبناني.
 - 25- سعد العجمي . (aout, 2008 24). *المشكلات الشخصية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي*.. تم الاسترداد من <http://www.social-team.com>.
 - 26- سعيد كامل أحمد. (1999). *الصحة النفسية والتوافق النفسي*. الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.
 - 27- سقموند فرويد، ترجمة محمد عثمان تيجاني . (1982). *الأنا والهو*. بيروت: دار الشروق، ط1.
- 1- ابراهيم رحمة. (1998). *تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي* . عمان: دار الفكر للطباعة و النشر الطبعة الأولى.
 - 2- أحمد محمد حسن صالح وآخرون. (2001). *الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية*. مصر: مركز الاسكندرية.
 - 3- إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي ، . (2000). *طرق البحث العلمي والتحليل الاحصائي في المجالات التربوية و النفسية و الرياضية*. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
 - 4- اسيا بنت راجح و عادل عبد الله النفعي . (2000). *العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكنتاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف*. مكة المملكة العربية السعودية : جامعة ام القرى ، كلية التربية.
 - 7- اشرف محمد عبد الغني شريت محمد السيد حلاوة. (2002). *الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق*. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
 - 8- اقبال ابراهيم مخلوف. (2008). *الرعاية الإجتماعية و خدمات المعوقين*. مصر: دار المعرفة الجامعية.
 - 9- أمين أنور الخولي. (1992). *التربية الحركية للطفل*. القاهرة: دار الفكر العربي الطبعة 2.
 - 10- أمين رويحة. (1972). *: أمراض الجهاز البولي، الكلى، المثانة (،) ،* . بيروت: دار القلم للنشر ط1.
 - 11- بورقة آمال. (2008). *: الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة*. الجزائر: دار النساء ط1.
 - 12- تونسي، عديلة حسن طاهر. (2002). *القلق والإكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة*. القاهرة: رسالة ماجستير منشورة على الانترنت تحت اشراف حسين عبد الفتاح الغامد بجامعة ام القرى ، مكة ، المملكة العربية السعودية /كلية التربية قسم علم النفس.
 - 13- جودت علي. (2000). *الجراحة البولية و التناسلية عند الذكور*. سوريا: مطبعة جامعة حلب.

- 40- محسن علي الدلفي. (2001). *تطور شخصية الانسان والتعامل مع الناس في ضوء التربية وعلم النفس والاجتماع*. عمان، الاردن: دار الفرقان.
- 41- محمد الصادق عبد الصبور. (1989). *أمراض الكلى و زرع الأعضاء*. دار القلم: بيروت، لبنان.
- 42- محمد جاسم محمد. (2004). *مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها*. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1.
- 43- محمد حسن علاوي. (1998). *موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين*. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- 44- محمد علي لبار. (1992). *الفشل الكلوي، أسبابها، طريقة الوقاية منه و علاجه*. بيروت: دار القلم.
- 45- محمد علي هاشم. (1989). *أمراض الكلى*. دمشق: الجزء 5.
- 46- مدحت أبو النصر. (2005). *الاعاقة النفسية*. القاهرة: مجموعة النيل العربية.
- 47- مروان عبد المجيد ابراهيم. (1997). *الألعاب الرياضية للمعاقين*. عمان الأردن: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.
- 48- معجم الطب النفسي والعقلي. (2006). *دار اسامة للنشر و التوزيع، ودار المشرف الثقافي والتوزيع، عمان الاردن الطبعة الاولى*.
باللغات الأجنبية:
- 49-Marie – Chorlotte Busch. (1975). *La Sociologie Du Temps* Libre Mouton. Paris.
- 50-Unruh ML, Levey AS, D'Ambrosio C, Fink NE, Powe NR, Meyer KB. (2004). *Restless legs symptoms among incident dialysis patients: association with lower quality of life and*
- 28- سلامة وآخرون. (1999). *المدارس النفسية الاكلينيكية*. القاهرة: دار الفكر الجامعي، ط2.
- 29- سلطان عبد المحسن عبد المقصود. (2005). *دور المجتمع نحو ابناة من ذوى الاحتياجات الخاصة*. القاهرة: دار العلم و الثقافة ط1.
- 30- صبرة محمد علي، اشرف عبد الغني شريت. (2004). *الصحة النفسية والتوافق النفسي*. قناة السويس: دار المعرفة الجامعية.
- 31- عادل حلواني و آخرون. (2000). *نفسية المصابين بالقصور الكلوي المزمن*. السعودية: دار الرضا للنشر.
- 32- عباس عبد الفتاح رملی، محمد ابراهيم شحاتة. (1991). *اللباقة و الصحة*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 33- عبد الرحمن عسوي. *أمراض نفسية وعلاجه*. الأسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية، الأزراطة.
- 34- عبد المطلب أمين الفريطي. (2001). *الصحة النفسية*. مصر: دار الفكر العربي، ط1.
- 35- عكاشة احمد. (2005). *علم النفس الفيزيولوجي*. مصر: مكتبة الانجلو مصرية.
- 36- فخري الدباغ. (1983). *نوبات القلق الموضوعي*. القاهرة: دار النشر.
- 37- فيصل عباس. (1990). *ساليب دراسة الشخصية التكنيكات الاسقاطية*. بيروت: الطبعة الاولى دار الفكر اللبناني.
- 38- لطفي بركات أحمد. (1989). *الرعاية التربوية للمعوقين عقليا*. الرياض: دار المريخ للنشر الطبعة الاولى.
- 39- لطفي بركات أحمد. (1984). *الرعاية التربوية للمعاقين عقليا*. الرياض: دار المريخ للنشر الطبعة الأولى.

shorter survival. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Am J
Kidney Dis

51-A . Domart & al. (1986). nouveau Larousse Médical. Paris:
Librairie Larousse.

52-A.Stor. (1993). U.C.L et outer activité et sportives adaptés
pour personne handicapés renal. Belgique.

53-Aukrust P, Yndestad A, Smith C, Ueland T, Gullestad L,
Damas JK. (2007). Chemokines in cardiovascular risk prediction.
Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Thromb Haemost

54-avesani CM, Trolonge S. (2012). physical activity and energy
expending in hemodialysis patients. Récupéré sur
www.ncbi.nlm.nih.gov.

55-Beck AT. (1972). Causes and Treatment. Philadelphia:
University of Pennsylvania Press.

56-Bergery Bernard. (1994). l'insuffisance rénale. Maloine, Paris:
4eme Edition.

57-Brussel. (1987). les maladies renaux. paris.

58-E.Masson. (2005). Paris: Maloine Paris 4eme Edition.

59-Fédération nationale de l'insistance rénale, agrément
ministériel . (2004).

60-Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL,
Szczzech LA. (2006). The predictive value of self-report scales
compared with physician diagnosis of depression in
hemodialysis patients. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov:
Kidney Int

61-J – Cozcheuve . (1980). Sociologie de la Radio – Télévision.
paris: P.U.F , 5em Edition .

62-J .Dumazadier . (1982). Vers une civilisation du loisir. Paris :
Editions du seuil .

63-kevin . (2013, Octobre 15). How Long Hours of Inactivity
Lead to Kidney Disease. Récupéré sur
<http://www.studenthub.co.nz>.

64-Le Meur Y, Lorgeot V, Aldigier JC, Wijdenes J, Leroux-
Robert C, Praloran V. (1999). Whole blood production of
monocytic cytokines (IL-1 beta, IL-6, TNF-alpha, sIL-6R, IL-
1Ra) in haemodialysed patients. Récupéré sur
[/www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov): Nephrol Dial Transplant

65-Lee SK, Lee HS, Lee TB, et al. J Korean Med Sci. (2004). The
effects of antidepressant treatment on serum cytokines and
nutritional status in hemodialysis patients. Récupéré sur
[/www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).

66–Masson Elsevier. (2005). les insivisantes rineaux. l'hopitale generale de Grenoble.

67–Merlino G, Piani A, Dolso P, et al. (2006). Sleep disorders in patients with end–stage renal disease undergoing dialysis therapy. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Nephrol Dial Transplant

68–meyrie Alain. (1994). maladies rénales de l'adulte. Berti,Paris,: Berti 2eme Edition.

69–Ministère de la jeunesse et des sport. Enquête nationale sur les besoins et aspiration de la jeunesse en matiere de loisirs de culture et animation éducative et sportive.

70–Moulin Bruno. (2007). néphrologie college universitaire des enseignants de néphrologie. edition ellipses.

71–opcit jeam,jean marie. (1975). pierre psychopedagogie experimentale les editiones. paris.

72–P. Jungers . (1988). Les Maladies chroniques et les insuffisantes renaux. M de paris.

73–Pagels A, H. S. (2006). Nutritional status of pre–dialysis patients. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov.

74–R.Sue. (2001). Le loisir. op cite.

75–Roi Random. (1993). Sur le chemin de sport avec les personnes handicapés physique plut marketing sport. paris.

76–Roymond . Tomas, . (1983). Psychologie du sport . Paris: P.U . F , 1er Edition.

77–sillamy. (1978). Dictionnaire de psychologie , Larousse . Paris: Norber.

78–Sklar A, Newman N, Scott R, Semenyuk L, Schultz J, Fiacco V. (1999). Identification of factors responsible for postdialysis fatigue. Récupéré sur www.ncbi.nlm.nih.gov: Am J Kidney Dis

الملاحق

| لا | نعم | العبارات |
|----|-----|--|
| | | 1- لا أتعب بسرعة. |
| | | 2- أحس غالبا بمغص في معدتي. |
| | | 3- أقوم بأداء عملي تحت توتر عصبي شديد. |
| | | 4- لا أستطيع أن أركز تفكيري في موضوع واحد. |
| | | 5- ليس لدي ثقة في نفسي. |
| | | 6- أعتقد أنني شخص غير عصبي. |
| | | 7- ألاحظ أن يدي ترتعش عند محاولتي القيام بعمل ما. |
| | | 8- تفكيري في المستقبل يسبب لي القلق. |
| | | 9- أصاب بالصداع بصورة نادرة. |
| | | 10- أخجل بسهولة بصورة تضايقي. |
| | | 11- نادرا ما يدق قلبي بقوة أو أشعر بصعوبة في التنفس. |
| | | 12- أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة. |
| | | 13- أحلم أحلاما مزعجة في الكثير من الليالي. |
| | | 14- أحس بالجوع كل وقت تقريبا. |
| | | 15- من السهولة أن أشعر بالحرج. |
| | | 16- أنا هادئ و لا تسهل إثارتني. |
| | | 17- أحس كثيرا بمتاعب معدتي. |
| | | 18- أنا أكثر حساسية من معظم الناس. |
| | | 19- يصيبني القلق غالبا على بعض الأشياء. |
| | | 20- أتمنى أن أكون سعيدا مثل الآخرين. |
| | | 21- لا أخجل بسرعة مثل بعض الزملاء. |
| | | 22- أحيانا لا أستطيع النوم بسبب القلق. |
| | | 23- أبكي بسهولة. |
| | | 24- أصاب بالإسهال بصورة نادرة. |

ملخص الدراسة

هذا البحث كان بعنوان دور الأنشطة الترويحية في التقليل من القلق لدى مرضى السكري الممارسين و الغير الممارسين، تهدف الدراسة إلى معرفة درجة القلق لهذه الفئة، الغرض من الدراسة إبراز أهمية الأنشطة الترويحية ومدى تأثيره على تخفيف درجة القلق لدى مرضى داء السكري، فقد استخدم في هذا البحث المنهج الوصفي أما بخصوص العينة فكانت مكونة من 40 مريض من مرضى داء السكري ، أما الأداة فكانت مقياس القلق ، و أهم نتيجة توصل إليها البحث أن ممارسة الأنشطة الترويحية لها دور كبير في تخفيف القلق هؤلاء المرضى ، أهم اقتراح هو ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لهذه الفئة عن طريق المتابعة و القيام بجلسات إرشادية للمرضى خاصة بشكل مستمر و توعية الآباء و الأطباء و الممرضين بالمواقف التي تشكل ضغوطات لمرضى داء السكري بمحاولة القيام بدراسات إحصائية لهذه الظاهرة لمعرفة حجمها و درجة انتشارها و أسبابها مع اقتراح أساليب معالجتها.

Synthèse de l'étude :

Le but de l'étude était de souligner l'importance des activités récréatives et leur effet sur la réduction du degré d'anxiété chez les patients diabétiques. cette approche descriptive de la recherche que pour l'échantillon était composé de 40 patients de patients atteints de diabète sucré, l'outil a été échelle d'anxiété, et le résultat le plus important de la recherche que la pratique d'activités récréatives ont un rôle important dans la réduction de l'anxiété chez ces patients, la proposition la plus importante est la nécessité de l'attention sur le plan psychologique à cette Catégorie par Suivi des sessions et exécuter des directives spéciales pour les patients de façon continue et éduquer les parents et les médecins et les infirmières attitudes qui composent la pression pour les patients diabétiques en essayant de faire des études statistiques de ce phénomène pour déterminer la taille et l'étendue de sa propagation et provoque la proposition adressée méthodes.

| | |
|---|---|
| 25-أشعر بأني عصبي في حالات الانتظار | |
| 26-أنا سعيد معظم الوقت. | |
| 27-أخاف غالبا من أن يقوم الآخرين بإحراجي. | |
| 28-باستمرار أحس بقلق على شيء أو شخص ما. | |
| 29-أحلم كثيرا بأشياء لا أستطيع أن أخبر الناس عنها | |
| 30-أحيانا أشعر بالتوتر لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس على مقعد لمدة طويلة. | |
| 31-أطرافي تكون عادة دافئة بدرجة كافية. | |
| 32-أحيانا يصيبني التوتر لدرجة أنني أجد صعوبة في محاولة النوم. | |
| 33-شعرت أحيانا بأن المناعب تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها. | |
| 34-عندما أجد أنني غالبا أعرق بصورة تضايقي. | |
| 35-في كثير من الأحيان أشعر بالقلق من أشياء تافهة. | |
| 36-في بعض الأحيان أحس بأني لا شيء. | |
| 37-أجد صعوبة في أن أركز تفكيري على شيء ما. | |
| 38-يصيبني الإمساك نادرا. | |
| 39-أخاف من بعض الأفراد رغم علمي أنهم لن يسببوا لي الضرر. | |
| 40-نومي غير مريح و متقطع. | |
| 41-أشعر بعدم الاطمئنان معظم الوقت. | |
| 42-أنا من الأشخاص الذين يأخذون الأمور بجدية. | |
| 43-مخاوفي تقل كثيرا عن مخاوف أصدقائي. | |
| 44-أنا شخص عصبي جدا. | |
| 45-الحياة بالنسبة لي تعب و شقاء. | |
| 46-أنا واثق جدا من نفسي. | |
| 47-في بعض الأحيان أعتقد أنه لا فائدة مني على الإطلاق. | |
| 48-أحيانا أشعر أن أكاد أنفج | |
| معايير المقياس صفر 16 - لا يوجد قلق 17-20 قلق بسيط 21-26 قلق متوسط 27-29 قلق شديد 30-50 قلق حاد (شديد جدا) | ١ لكل إجابة (بنعم) درجة واحدة. ٢ يتم جمع إجابات الشخص (المفحوص) على إجابته (بنعم) ٣ تفسر نتيجة الشخص المفحوص على المقياس ومعرفة درجة القلق لديه |

Study Summary

The purpose of the study was to highlight the importance of recreational activities and their effect on reducing the degree of anxiety among diabetic patients. This research was descriptive. As for the sample, it consisted of 40 patients with diabetes. The tool was the measure of anxiety. The most important result of the research is that the exercise of recreational activities has a great role in reducing the anxiety of these patients. Category by Follow up and follow-up sessions for patients, especially on a continuous basis, and to sensitize parents, doctors and nurses about the situations that constitute pressures for diabetics to try to conduct statistical studies of this phenomenon to determine its size, degree of spread and causes,