

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم –
معهد التربية البدنية و الرياضية
قسم التدريب الرياضي
الرياضة و الصحة
بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في الرياضة و الصحة
العنوان :

**مدى تأثير النشاط البدني على بعض
الاضطرابات النفسية(القلق و الاكتئاب) لدى
المسنين الممارسين والغير ممارسين**

بحث مسحي وصفي أجري على اشخاص مسنين بدار العجزة لولاية مستغانم
وولاية تيارت

من إعداد الطالبان:

: إشراف

د/بن قناب الحاج
حمو بن عودة

بوقبة عبد القادر

السنة الجامعية: 2012- 2013

شكر و تقدير

اللهم انبي أسألك خير المسألة والدعاء وخير النجاح وخير العلم

وخير العمل وخير التوابع وخير الممارس

أولاً نحمد الله ونشكره على كل نعمة علينا وهداية والشكر

كل الشكر إلى الوالدين العزيزين اطال الله في عمرهما

وأدام عليهما الصحة والعافية

ونتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف الذي لم يبخل علينا بتوجيهاته

كما نشكر الاسرة العلمية لمعهد التربية البدنية والرياضية وكافة عمال المكتبة وكافة عمال

المعهد ، وكل من ساعد في إنجاز هذا البحث من قريب أو من بعيد .

الآلهة

بسم اللهّ والصلاة والسلام على رسول اللهّ وعلى آله ومن والاه :

الحمد لله الذي وفقني في إنجاز هذا العمل ، فلا هادي إله ولا موفق سواه
...أما بعد :

أهدي ثمرة جهدي هذه :

إلى التي تحت أقدامها الجنان وبرضاها يرضى خالق الأكوان
إلى ينبوع الحب والحنان زهرة العطف ومصدر الاطمئنان

إلى أغلى ما في الوجود أمي الغالية

إلى الذي كان دوما إلى جانبي ...صاحب الفضل ومصدر الرعاية

إلى الذي لا يسعني إلا أن أقف أمامه احتراما و عرفانا وطاعة و حبا ...

إلى من أخلصت له دعواتي والدي الغالي

عبد القادر

الأهداء

بسم اللهّ والصلاة والسلام على رسول اللهّ وعلى آله ومن والاه :

الحمد لله الذي وفقني في إنجاز هذا العمل ، فلا هادي إلاه ولا موفق سواه
...أما بعد :

أهدي ثمرة جهدي هذه :

إلى التي تحت أقدامها الجنان وبرضاها يرضى خالق الأكوان
إلى ينبوع الحب والحنان زهرة العطف ومصدر الاطمئنان

إلى أغلى ما في الوجود أمي الغالية

إلى الذي كان دوما إلى جانبي ...صاحب الفضل ومصدر الرعاية

إلى الذي لا يسعني إلا أن أقف أمامه احتراما و عرفانا وطاعة و حبا ...

إلى من أخلصت له دعواتي والدي الغالي

حمو

الفهرس

الصفحة	المحتوى
أ	الإهداء
ج	شكر و تقدير
	قائمة المحتويات
د	قائمة الجداول
هـ	قائمة الأشكال
	التعريف بالبحث
01	1- مقدمة
02	2- المشكلة
02	3- الأهداف
03	4- الفرضيات
03	5- أهمية البحث
03	6- مصطلحات البحث
06	7- الدراسات المشابهة

.....

الباب الاول: الدراسة النظرية
الفصل الأول: الشيخوخة

- 12..... مقدمة
- 13..... 1-1-1 تعريف الشيخوخة:
- 13..... 1-1-1 .1 .التعريف اللغوي:
- 13..... 1-1-2 .2 .التعريف الاصطلاحي:
- 13..... 1-2-1-2 مقاييس الشيخوخة (تقسيمات) :
- 13..... 1-2-1-2 .1 .العمر الزمني:
- 15..... 1-2-1-2 .2 .العمر البيولوجي :
- 15..... 1-2-1-3 .3 .العمر الاجتماعي :
- 15..... 1-2-1-2 .2 .العمر السيكولوجي :
- 16..... 3 .مرحلة الشيخوخة:
- 18..... 1-4-1 مظاهر الشيخوخة:
- 18..... 1-4-1-1 .1 .التغيرات البيولوجية و الفيسيولوجية.
- 18..... 1-4-1-1-1 .1 .تغير معدل الأيض:
- 18..... 1-4-1-1-2 .2 .تغير معدل نشاط الغدد الصماء:
- 18..... 1-4-1-1-3 .3 .تغير قوة قذف الدم:
- 18..... 1-4-1-1-4 .4 .تغير السعة الهوائية للرئتين:
- 18..... 1-4-1-1-5 .5 .التغيرات العصبية:
- 19..... 1-4-1-1-6 .6 .تغير القوة العضلية:
- 19..... 1-4-1-1-7 .7 .التغيرات الحركية:
- 20..... 1-4-1-1-7 .7 .التغيرات الحسية:
- 22..... 1-4-1-2 .2 .القدرات العقلية:
- 22..... 1-4-1-2-1 .1 .الادراك:
- 22..... 1-4-1-2-2 .2 .التذكر:

- 23.....3-2-4-1 الذكاء:
- 23.....4-2-4-1 الذاكرة :
- 24.....β-4-1 لمظاهر الانفعالية:
- 25.....4-4-1 لمظاهر الاجتماعية:
- 25.....1-4-4-1 العلاقات الاجتماعية:
- 26.....2-4-4-1 الزعامة:
- 26.....3-4-4-1 المكانة الاجتماعية:
- 26.....4-4-4-1. الاتجاهات النفسية الاجتماعية:
- 26.....5-4-4-1 التوافق النفسي و الاجتماعي السليم:
- 27.....5-4-1 لمظاهر الجنسية:
- 27.....5-1. مشكلات الشيخوخة:
- 27.....1-5-1 أسباب مشكلات الشيخوخة:
- 30.....6-1. أمراض الشيخوخة:
- 47.....خلاصة:

الفصل الثاني: النشاط البدني و الصحة

- 49.....تمهيد:
- 50.....1-2 - مفهوم النشاط الرياضي:
- 50.....2-2 - أهداف النشاط الرياضي:
- 53.....3-2 - واجبات وخصائص النشاط البدني الرياضي:
- 55.....4-2 - تأثيرات ممارسة النشاط البدني:
- 57.....5-2 - أهمية النشاط بالنسبة للمسنين من الناحية الصحية:
- 58.....6-2 - فوائد ممارسة النشاط الرياضي على اللياقة الصحية لدى المسنين:
- 60.....7-2 الرياضة لكبار السن.....
- 63.....خلاصة:

الفصل الثالث: الاضطرابات النفسية(القلق و الاكتئاب)

- 64.....تمهيد:
- 65.....1-3 - الاضطرابات النفسية:
- 65.....1-1-3 - تعريف الاضطراب النفسي:
- 65.....2-1-3 - النظريات النفسية التي تفسر الاضطرابات النفسية عند المسن:

- 66.....:القلق: 2-3-3
- 66.....:تعريف القلق: 1-2-3
- 67.....:أنواع القلق: 2-2-3
- 68.....:أعراض القلق: 3-2-3
- 70.....:مسببات القلق: 6-2-3
- 71.....:مستويات القلق: 7-2-3
- 72.....:القلق وطرق علاجه: 8-2-3
- 73.....:الاكتئاب: 3-3-3
- 73.....:تعريف الاكتئاب: 1-3-3
- 74.....:أعراض الاكتئاب: 2-3-3
- 76.....:العوامل المسببة للاكتئاب: 3-3-3
- 80.....:تصنيف الأمراض الاكتئابية: 4-3-3
- 82.....:أهداف الاكتئاب: 5-3-3
- 83.....:علاج الاكتئاب: 6-3-3
- 86.....:خلاصة:

الباب الثاني: الدراسة الميدانية

الفصل الأول: منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

88	تمهيد.....
90	I-1- منهج البحث.....
90	I-2- مجتمع وعينة البحث.....
90	I-3- مجالات البحث.....
90	I-3-1- المجال البشري.....
91	I-3-2- المجال المكاني.....
91	I-3-3- المجال الزماني.....
92	I-4- أدوات البحث.....
92	I-4-1- المصادر والمراجع.....
92	I-4-2- اختبار سبيلبرجر.....
92	I-4-3- اختبار أرون بيك.....
92	I-5- التجربة الاستطلاعية.....
93	I-5-1- الهدف من التجربة الاستطلاعية.....
93	I-6- الأسس العلمية للاختبارات.....
94	I-6-1- الثبات.....
94	I-6-2- الصدق.....
94	I-6-3- الموضوعية.....
94	I-6-4- استنتاجات التجربة الاستطلاعية.....
94	I-6-5- الوسائل الإحصائية للتجربة الاستطلاعية.....
97	I-7- الدراسة الأساسية.....
97	I-7-1- منهج البحث.....
97	I-7-2- مجتمع وعينة البحث.....
92	I-7-3- مواصفات اختبار العينة.....
98	I-7-4- مجالات البحث.....
98	I-7-4-1- المجال الزمني.....

98	..... المجال المكاني -2-4-7-I
98	..... المجال البشري -3-4-7-I
98	..... أدوات ووسائل البحث -5-7-I
98	..... المصادر والمراجع -1-5-7-I
99	..... اختبار سبيلبرجر -2-5-7-I
99	..... معامل الثبات -3-5-7-I
99	..... معامل الصدق -4-5-7-I
100	..... اختبار أرون بيك -5-5-7-I
101	..... تطبيق الاختبار -6-5-7-I
102	..... الوسائل الإحصائية للتجربة الأساسية -7-5-7-I
103	..... خلاصة.

الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

105	..... عرض نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستودنت لمقياس القلق -1-II
105	..... عرض نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستودنت لمقياس الاكتئاب -2-II
108	..... عرض النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس القلق للمسنين الممارسين وغير الممارسين... -3-II
109	..... عرض النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس الاكتئاب للمسنين الممارسين وغير الممارسين -4-II

الفصل الثالث: مناقشة الفرضيات والاستنتاجات والتوصيات

111	..... مناقشة فرضيات البحث -1-III
112	..... الاستنتاجات -2-III
112	..... خلاصة عامة -3-III
113	..... التوصيات -4-III
	..... المصادر والمراجع
	..... الملاحق

قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
93	يوضح ثبات وصدق أدوات البحث المستعملة في التجربة الاستطلاعية.	01
98	يوضح توزيع العينات حسب دار العجزة في كل ولاية.	02
100	يوضح مفتاح تصحيح لمقياس سبيلبرجر (العبارات الموجبة والسالبة).	03
100	يوضح درجات العبارات الموجبة والسالبة.	04
105	يوضح نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستودنت لمقياس القلق.	05
106	يوضح نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستودنت لمقياس الاكتئاب.	06
108	يوضح النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس القلق للمسنين الممارسين وغير الممارسين.	07
109	يوضح النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس الاكتئاب للمسنين الممارسين وغير الممارسين.	08

قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
108	يبين النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس القلق للمسنين الممارسين وغير الممارسين.	01
109	يبين النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس الاكتئاب للمسنين الممارسين وغير الممارسين.	02

1- مقدمة:

تعد مرحلة كبار السن إحدى مراحل النمو الأساسية التي يصاحبها العديد من التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية والاجتماعية والنفسية، ويترتب على هذه التغيرات ظهور العديد من المشكلات التي تعوق توافق المسن مع أسرته ومجتمعه بوجه عام، وتؤثر على حالته النفسية والاجتماعية. (منصور، 2000، ص 312)

وكبار السن فئة لا يمكن إنكارها في مجتمعنا المعاصر الذي أصبح فيه للشيخوخة وجود ملحوظ نتيجة ارتفاع نسبة الكبار البالغين من العمر ستون سنة أو أكثر قياساً بعدد السكان الإجمالي وقد شهدت السنوات الأخيرة زيادة في عدد كبار السن نتيجة الرعاية الصحية والاجتماعية بهذه الفئة.

والكثير منا يعلمون أنه لا يوجد مجتمع من مجتمعات العالم يكاد يخلو من الأمراض , ولكن بالأخص الأمراض النفسية التي أدت بحياة الكثير و خاصة من يهمل نفسه ولا يجتهد في وجود العلاج من هذه الأمراض وهناك أمراض عده وعلاجات عده وتختلف هذه الأمراض من حيث المفهوم ومن حيث الأسباب ومن حيث الأعراض وغيرها من الفروع, ومن أهم هذه الأمراض هو مرض القلق و الإكتئاب النفسي الذاتي يعدان من أكثر الأمراض إنتشارا , وسبب اختيارنا لهذا الموضوع هو أننا سمعنا أن البعض منا قد تعرض له أو قد يتعرض له, ورغبنا بأن نتعرف عليه و على أسبابه و أعراضه , من خلال الخطة الموضحة

لذا ارتأى الطلبة الباحثون إلى إجراء هذه الدراسة والمتماثلة في دراسة بعض الاضطرابات النفسية خاصة القلق والاكتئاب، على المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي.

2- مشكلة البحث:

مما لاشك فيه أن التقدم في السن يؤدي إلى قصور وظيفي يترتب عليه عجز جزئي أو كلي في أداء الوظائف الحركية أو الجسمية أو الحسية أو العقلية بالصورة التي يؤديها الشخص العادي ، الأمر الذي يؤثر تأثيراً كبيراً على تكوين الشخصية مما يؤدي إلى عدم قدرة الفرد المسن على التوافق مع ذاته والبيئة المحيطة به وتؤكد لنا ذلك خلال زيارتنا الميدانية على مستوى دار العجزة بولايي مستغانم و تيارت، ما يدفعه إلى الانطواء على نفسه وعدم قدرته على المشاركة في الحياة الاجتماعية .

وبالتالي فإن ممارسة الأنشطة البدنية الرياضية تعد من الضروريات المرتبطة بالصحة الوقائية للأفراد العاديين حيث أكدت الدراسات على أهمية الدور الإيجابي للأنشطة البدنية الرياضية على أجهزة الجسم متضمنة الجهاز التنفسي والعضلي والعصبي فإذا كانت الأنشطة البدنية الرياضية ضرورية بالنسبة للعاديين فإنها تمثل أهمية مضاعفة للمسنين خاصة نظراً لما يعانونه من نقص في الحركة ، وبالتالي فإنها تسهم بشكل جيد في تنمية عنصر الحركة والتوازن والتحكم في الأعصاب ، و من خلال هذا تم طرح التساؤلات التالية :

السؤال العام :

مدى ممارسة النشاط البدني على بعض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى المسنين الممارسين وغير الممارسين .

التساؤلات الفرعية:

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني.
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في سمة الاكتئاب بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني

3- أهداف البحث:

يهدف البحث إلى:

- معرفة مدى تأثير النشاط البدني على بعض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى المسنين الممارسين و الغير ممارسين

- معرفة الفروق الإحصائية في سمة القلق لدى المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني.
- معرفة الفروق الإحصائية في سمة الاكتئاب لدى المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني.

4- فرضيات البحث:

الفرض العام :

-النشاط البدني يقلل من بعض الاضطرابات النفسية(القلق و الاكتئاب) لدى المسنين الممارسين .

الفرضيات الفرعية:

-هناك فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق لصالح الممارسين للنشاط البدني.

-هناك فروق ذات دلالة إحصائية في سمة الاكتئاب لصالح الممارسين للنشاط البدني.

- 5- أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها تتناول فئة المسنين ومدى أثر النشاط البدني الرياضي للتقليل من بعض الاضطرابات النفسية في تحسين قدراتهم الوظيفية وتوافقهم النفسي والاجتماعي ، و الاعتناء بالنفس والرغبة والمقدرة على الاندماج في الحياة الطبيعية ومواجهة ما يعترضهم من مشكلات.

-6- مصطلحات البحث:

لعل أخطر الصعوبات التي يعاني منها الباحثون في ميادين العلوم الإنسانية عموميات اللغة (المؤتمرالعلمي الرياضي الرابع لكليات التربية الرياضية، ج2-ص1008). فقد أصبحت عموميات اللغة وتداخل المصطلحات تشكل مشكلاً أمام الباحث في مختلف البحوث التي يقوم بها بغية إزالة الغموض. فبدون مفاهيم علمية لا يمكن إقامة علم لأنها العناصر الأساسية في بناء النظرة العلمية التي من أهم وظائفها أنها تسهم مع التجربة في إقامة صرح العالم (مرحاب، ط1-1989-ص156). يقول "محمد صبحي حسنين" : "إن المشكلة التي ظهرت هي أن المجال قد أصبح مزدحماً بعدد ضخم من المصطلحات تتداخل مع بعضها البعض وتمايز بعضها وتعارض البعض الآخر (حسانين، ج1-1995-ص130). وعليه سنحاول تحديد وتعريف بعض هذه المصطلحات الرئيسية المتعلقة ببحثنا هذا:

أ- النشاط البدني الرياضي:

لغة: نشط ينشط أي يؤدي الشخص حركة.

اصطلاحاً: أنه ذلك الجانب من التربية الذي يهتم في المقام الأول بتنظيم وقيادة الفرد من خلال أنشطة العضلات لاكتساب التنمية والتكوين في المستويات الاجتماعية والصحية، وإتاحة الظروف الملائمة للنمو الطبيعي ويرتبط ذلك بقيادة تلك الأنشطة من أجل استمرار العمليات التربوية دون معوقات لها. (حمامي، ط1، 1990، ص 17-18)

ب- الشيخوخة:

لغة: شاخ الإنسان شيخاً وشيخوخة (الشيخ من أدرك الشيخوخة وهي غالباً عند الخمسين) وهو فوق الكهل وتحت الهرم.

اصطلاحاً:

هي حالة يصبح فيها الانحدار في جميع القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية والنفسية ، يمكن قياسه ، وعلى آثاره تكون العمليات التوافقية ، وفي سن الخامسة والستين يبدأ التلف الحسي والحركي ، وفي الحقيقة هم أشخاص أكبر سنا يعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية ، ونظرا لمعاناتهم من عجز جسمي وعقلي ، عادة ما يتطلبون حماية ورعاية من الآخرين (د. عبد النعم الميلاوي ، الأبعاد النفسية للمسن ، ص10).

ج- الاضطرابات النفسية:

هي انفعالات حادة تصيب الفرد بكامله جسداً ونفساً ، حيث يكتسب الفرد في غضون تفاعله المستمر مع بيئته الخارجية علاقات معينة بالنسبة للأشياء والمظاهر والأحداث وكذلك بالنسبة للأشخاص الآخرين وسلوكهم، ومن ناحية أخرى تثير فينا الحزن والتوتر، ويرى بعض العلماء الاضطرابات حالة من التوتر في الكائن الحي تصاحبها تغيرات فسيولوجية داخلية ومظاهر جسمانية خارجية غالباً ما تعبر عن نوع الاضطراب. (علاوي، ط5-1995-ص95)

د- القلق:

إنه حال توتر شامل ومستمر نتيجة تهديد أو خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية. (زهرا، ط2-1977-ص397)

هـ- الاكتئاب:

هو عبارة عن رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ كخسارة مفاجئة أو مصيبة أو خيبة أمل، إن الاكتئاب هو شكل مجسم لما يحدث للشخص العادي حين تصيبه نكبة حارقة. (يعقوب، بدون سنة-ص13-14)

1- دراسة موس إبراهيم وآخرون (2004) :

تمت هذه الدراسة بجامعة مستغانم (كلية العلوم الاجتماعية والتربية البدنية والرياضية قسم التربية البدنية والرياضية) تحت عنوان "دراسة حالة قلق المنافسة الرياضية لدى لاعبي كرة القدم على حسب المراكز".

عينة البحث:

شملت عينة البحث لاعبي فرق كرة القدم القسم الوطني الثاني ثلاث فرق من مجموع 18 فريق أي بنسبة 18% من المجتمع الأصلي الذي كان ينشط في البطولة الوطنية لموسم 2003-2004 ونشير هنا إلى أن مجموع اللاعبين الكلي الذي أجري عليهم الاختبار كان 54 لاعباً راشداً تجاوزت أعمارهم 17 سنة.

فرضيات البحث:

توجد دلالة إحصائية في حالة قلق المنافسة بين اللاعبين حسب مراكزهم.
تباين أبعاد القلق لدى الفرق الثلاث حسب المراكز.

أهم التوصيات:

أن يكون المدربين على دراية بجميع العوامل المؤدية إلى حالة القلق قبل المنافسة والمؤثرة في فريقه.
أن يقوم المدربون بمراجعة حالات القلق للاعبين عند توزيعهم على مركز اللعب.
على المدربين البحث والإطلاع على أنجع وأحدث الطرق للتعرف على حالات القلق قبل المنافسة والتي يمكن أن يتعرض إليها الرياضي.
على الفرق الاهتمام بالجوانب النفسية للرياضي.

2- دراسة رمعون محمد:

رسالة ماجستير، دراسة تجريبية على أثر القلق على الأداء الحركي لدى لاعبي كرة اليد وقد افترض ثلاث فرضيات:

عندما يكون اللاعب في وضعية قلق جدية يكون الداء الحركي في عرض النجاح.
الأداء الحركي يكون في أحسن حالاته عندما يكون القلق منخفض.

في الحالة المتوسطة لقلق الأداء الحركي يكون في أحسن حالاته.

الاستنتاجات:

الأشخاص الأكثر قلقاً يكونون أحسن أداءً عندما يكون مستوى الانعصاب منخفضاً أو ضعيفاً. الأشخاص الأقل قلقاً يميلون إلى النجاح أكثر في وضعيات أكثر انعصاباً. في حين يكون الأداء أفضل في الوضعيات متوسطة الانعصاب وهذا لدى الأشخاص الذين يعانون من قلق متوسط.

3- دراسة زنقلة مراد وقابو إبراهيم (2005):

تمت هذه الدراسة عام 2005م بجامعة مستغانم (كلية العلوم الاجتماعية والتربية البدنية والرياضية قسم التربية البدنية والرياضية)، تحت موضوع "دراسة القلق كحالة وسمة لدى المعاقين حركياً الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي.

عينة الدراسة:

شملت عينة البحث على فئتين:

فئة المراهقين المعاقين حركياً الممارسين للرياضة تتكون من 45 فرد.

فئة المراهقين المعاقين حركياً غير الممارسين للرياضة تتكون من 45 فرد.

فرضيات الدراسة:

درجة القلق عند القلق عند المراهقين المعاقين حركياً الممارسين للنشاط الرياضي تتميز بقلق متوسط.

درجة القلق عند المراهقين المعاقين حركياً غير الممارسين للنشاط الرياضي تتميز بقلق متوسط.

هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القلق عند المعاقين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي.

أهم التوصيات:

الاهتمام بالجانب النفسي للمراهق المعاق حركياً كالقلق.

تشجيع المعاقين حركياً على ممارسة النشاط الرياضي.

إنشاء مراكز وجمعيات تهتم بفئة المعاقين حركياً وتوفير الأجهزة والإمكانيات التي تساعدهم على التخفيف

من حدة الضغوط النفسية والاجتماعية كالقلق.

توفير أخصائيين نفسانيين داخل المراكز والنوادي والمؤسسات التربوية لمعالجة المشاكل النفسية التي يعاني منها المعاق حركياً.

إعطاء وإتاحة الفرص للمعاقين حركياً في الاندماج الاجتماعي بمختلف السبل كالرياضة.

-4- دراسة عكريش محمد وعكريش عبد القادر (2006):

تمت هذه الدراسة بجامعة مستغانم، مذكرة ليسانس 2005-2006 بعنوان "دراسة الانفعال والقلق كسمة لدى المعاقين حركياً والأسوياء الممارسين للنشاط الرياضي ففي فعاليات ألعاب القوى (صنف أكبار)".

عينة البحث:

شملت على فئتين:

فئة المراهقين المعاقين حركياً الممارسين للرياضة تتكون من 20.

فئة المراهقين المعاقين حركياً غير الممارسين للرياضة تتكون من 20.

فرضيات البحث:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الانفعال عند الأسوياء والمعاقين حركياً الممارسين للرياضة.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القلق عند الأسوياء والمعاقين حركياً الممارسين للرياضة.

أهم النتائج:

للرياضة دور في خفض درجة القلق لدى الأسوياء والمعاقين حركياً.

درجة القلق كسمة عند الأسوياء الممارسين للرياضة طبيعية بلغت 70% في حين درجة القلق عند المعاقين

الممارسين للرياضة الطبيعية بلغت 60% كسمة.

الممارس الرياضية تساعد الشخص الممارس للرياضة مهما كان سوياً أو معاقاً حركياً في التقليل من درجة القلق.

هناك تأثير بين إيجابي وسلبي للنشاط الرياضي على سمات الشخصية لدى الشخص السوي والمعاق حركياً

الممارس للرياضة.

-5- دراسة قندوزان نذير(2001):

مذكرة ماجستير 2001 بالجزائر كان يتمحور موضوع دراسته على مدى مساهمة التربية البدنية والرياضية في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى الربويين المراهقين خاصة الاكتئاب. قام في دراسته على كيفية التعامل مع المصابين بالربو. كيف تعالج التربية البدنية والرياضية هذه الاضطرابات النفسية لدى الربويين. كما تناول الاضطرابات النفسية وبصفة خاصة الاكتئاب والقلق وإستراتيجية المقاومة مع الربو. كما استنتج الباحث من الدراسة أن للتربية البدنية والرياضية دور فعال في خفض بعض الاضطرابات النفسية عند الربويين المراهقين وخاصة الاكتئاب.

الدراسة النظرية

الفصل الأول

الشيخوخة

مقدمة :

يعيش الانسان حياته في هدوء ويسر أو في شدة وعسر و تمضي به قافلة الزمن فاذا كان الذي ياباه في مراهقته يقبله في رشده و إذا الذي كان يرتضيه في طفولته يرفضه في شيخوخته. يعيش حياته حياة الكبار، فيسعد بالقوة العارمة التي تختلج بها نفسه الشابة و في اعماق نفسه خوف مستتر كامن من الشيخوخة المقبلة، خوفا من ان تأخذ منه الحياة ما اعطته و أن يتبدل من بعد القوة ضعفا. تلك هي الشيخوخة قوة تهبط من بعد ضعف و عليه سنتطرق في هذا الفصل الى الشيخوخة و مراحلها و مظاهرها و أمراضها ...

1-1- تعريف الشيخوخة:

1-1-1 .1. التعريف اللغوي:

" الشيخوخة من فعل شاخ يشيخ شيخا شيخوخة بمعنى أسن أو تقدم في السن أو كبر في السن " (قاموس المنجد في اللغة العربية المعاصرة ، 2000، ص 807).

1-1-2 التعريف الاصطلاحي:

هي مجموعة تغيرات جسمية و نفسية تحدث بعد سن الرشد و في الحلقة الأخيرة من الحياة و من التغيرات الجسمية (العضوية) الضعف العام في الصحة و نقص القوة العضلية و ضعف الحواس . و تضعف الطاقة الجسمية و الجنسية بشكل عام، و من التغيرات النفسية، ضعف الانتباه و الذاكرة و ضيق الاهتمامات و شدة التأثر الانفعالي (زهرا ن د.، الصحة النفسية و العلاج النفسي، 1995، ص543)

2-1-1 مقاييس الشيخوخة (تقسيمات) :

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة و أحيانا أخرى مفهوم التقدم في العمر على أنهما مترادفان و يشيران إلى نفس المعنى و كلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة، فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المراوغة إلى درجة جعلت من غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبيا و عليه تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة فشملت العمر الزمني، العمر البيولوجي، العمر السيكولوجي ، و العمر الاجتماعي (الميلادي د.، الابعاد النفسية للمسن، 2002، ص 27-30)

1-2-1-1 العمر الزمني:

في محاولة لفهم (لغز الشيخوخة)... وتقسيمات و مستويات الشيخوخة ، قسم " بروملي " مرحلة الشيخوخة الى أربعة مستويات :

أ- المستوى الأول : فترة ما قبل التقاعد و تمتد من 55 - 65 سنة

ب- المستوى الثاني

ت- : فترة التقاعد : 65 سنة فأكثر ، حيث الانفصال عن الدور المهني و شؤون المجتمع و يصاحبها تغيرات عديدة من النواحي العقلية و البيولوجية و النفسية و الاجتماعية.(في معظم الدول العربية يكون التقاعد من 60 سنة بعكس الدول الاوروبية و الأمريكية يكون التقاعد من سن 65 سنة.

ث- المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر التي تمتد من 70 سنة فأكثر حيث الاعتماد على

الآخرين و الضعف الجسمي و العقلي.

ج- المستوى الرابع: فترة الشيخوخة و العجز التام و المرض و الوفاة التي تمتد حتى 110 سنة.

أما هيرلوك فتشير إلى وجود مرحلتين متميزتين :

- 1 الأولى: المرحلة الأولى أو المبكرة من التقدم في العمر، الشيخوخة المبكرة و تمتد من 60-80 سنة.
 - 2 الثانية: المرحلة المتقدمة (الهرم): وتبدأ من 70 سنة و حتى نهاية الحياة. ويرى فؤاد البهيمي السيد أن مرحلة الكبار تتضمن كلا من الرشد و الشيخوخة، و تمتد من 21 سنة إلى ما بعد 60 سنة حتى نهاية العمر و هي تنقسم إلى ثلاث مراحل جزئية :
- الأولى: مرحلة الرشد المبكر و تمتد من 21 إلى 40 سنة.
 - الثانية: مرحلة وسط العمر و تمتد من 40 إلى 60 سنة.

- الثالثة : الشيخوخة و تمتد من 60 سنة الى نهاية العمر.

و قد لوحظ أن هنالك اختلافات في تحديد السن الذي تبدأ عنده الشيخوخة، و يتراوح هذا السن بين 55 إلى 65 سنة، و لكن مع تقدم وسائل المعيشة الحديثة و ارتفاع الوسائل الصحية أصبح سن 55 سنة غير مقبول لبداية الشيخوخة و أصبح الاتفاق عاما أو شبه عام كمرحلة عمرية متقدمة هو سن الستين و هذا ما اصطلاح عليه الدارسون للشيخوخة . كما ترى " هيرلوك " هو الحد الفاصل بين مرحلة الكهولة و الشيخوخة. هذا ولا يعد العمر الزمني وحده معيار لتقسيم حياة الكبار إلى مراحل، فالعمر الزمني الذي تظهر فيه التغيرات البيولوجية و النفسية و الاجتماعية الخاصة بكبار السن، يختلف من فرد إلى آخر، بل إن الشخص الواحد قد يختلف عمره الزمني كإطار المفيد في الحالات و خاصة بالنسبة للمتوسطات العامة لمظاهر الحياة، لذلك فمن المفيد من الناحية العلمية و في البحوث الخاصة بالمسنين استخدام مفهوم العمر الوظيفي و الذي يعطي مؤشرا للعمر بالنسبة للقدرة الآدائية، و قد استخدم هذا المفهوم اساسا في البحوث العلمية المتعلقة بتقدم السن في المجال الصناعي من حيث مهارات العمل و أداء العامل، حيث من ناحية العمل و الانتاج قسم إلى أربعة مراحل رئيسية :

أ- مرحلة التكوين: و تمتد من بدء الحياة إلى بدء الرشد.

ب- مرحلة ذروة الانتاج: و تمثل الرشد المبكر و التي تمتد من 21-40 سنة.

ت- مرحلة الانتاج المتناقصة: و تمثل مرحلة وسط العمر و تمتد من 40-60 سنة.

ث- مرحلة الراحة: و هي مرحلة الاحالة الى المعاش و تمتد من 60 سنة الى نهاية العمر.

2-1-2 العمر البيولوجي :

ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية و هو مقياس يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض و معدل نشاط الغدد الصماء و قوة دفع الدم و التغيرات العصبية .

2-1-3 العمر الاجتماعي :

و يشير الى الادوار الاجتماعية و علاقة الفرد بالآخرين و مدى توافقه الاجتماعي

2-1-4 العمر السيكولوجي :

يستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية و هو مقياس و صفي يقوم على جملة الخصائص النفسية و التغيرات في سلوك الفرد و مشاعره و افكاره، هذا وقد لوحظ ان هناك تناقضا بين المعطيات المستخدمة في تحديد العمر السيكولوجي للرشد و الشيخوخة فالدورة الثلاثية للحياة : هي الصبا - الرشد - الشيخوخة (الميلادي د.، الابعاد النفسية للمسن، 2002، ص 27-30)، و يوجد بينها أوجه تشابه و اختلاف فهي جميعا تتسم (الصيرورة) في حالة الصبا و الرشد (الصيرورة) ارتقائية تقدمية بينما في حالة الشيخوخة (الصيرورة) تدهورية حيث العجز و الاعتماد على الآخرين " و عليه في ضوء هذه المقاييس ميز (بيرن و رينز) بين أنواع مختلفة من الشيخوخة، هي الشيخوخة البيولوجية و الشيخوخة السيكولوجية والشيخوخة الاجتماعية بالإضافة إلى الشيخوخة الزمنية، و على الرغم من وجود بعض الاختلافات بين الباحثين حول مفهوم الشيخوخة و التقدم في العمر، فان بعض جوانب الاتفاق بين هذه التعاريف يكمن تلخيصها فيما يلي:

1- أن هناك تغير يحدث في وظائف الكائن بعد بلوغه فترة النضج و هذا التغير هو حصيلة عدد من التراكبات البيولوجية و السيكولوجية و الاجتماعية التي يمر بها الفرد في حياته.

2- إن العمر الزمني غير كاف لتفسير التغيرات التي تطرأ على الفرد في مرحلة الشيخوخة.

3- مرحلة الشيخوخة:

قد وجد هناك صعوبات في تحديد فترة الشيخوخة إلا أن هناك دراسات حاولت ذلك، منها المنظمة العالمية للصحة OMS التي حددت سن الشيخوخة من السن 60 الى 70 سنة أما ما هو ابتداء 70 سنة إلى ما فوق فهي الشيخوخة الكبرى (الاعاقة و تأثيرها على المعاش النفسي للمسن ، 2004، ص 18-19)

و قد أعد بروملي Bromely تصنيفا يقسم الحياة الى 16 مرحلة .

العمر التقريبي	الفترة
----------------	--------

الحمل	البويضة المخصبة
7 اسابيع	الجنين في الادوار الاولى
7 اسابيع - الولادة	الجنين في الادوار الاخيرة
38 اسبوعا	الولادة
الولادة - 18 شهرا	الرضاعة
18 شهرا - 5 سنوات	ما قبل الدراسة
5 سنوات - 11 او 13 سنة	المرحلة الابتدائية
11-16 سنة	المراهقة (الحلم) في المرحلة الثانوية
15-21 سنة	المراهقة المتأخرة
21-25 سنة	المرحلة المبكرة من الكبر
25-40 سنة	المرحلة المتوسطة من الكبر
40-60 سنة	المرحلة المتأخرة من الكبر
60-65 سنة	مرحلة ما قبل التقاعد
65 فما فوق	التقاعد
70 فما فوق	الشيخوخة
المرض النهائي و الموت	الهرم (ارذل العمر)

الجدول أعلاه يمثل : " تقسيم حياة الانسان الى 16 مرحلة " (بيسكوف، 1984، ص186) و يقسم (هافرجست 192) دورة الحياة الى ست فترات عمرية :

من الولادة الى 5 او 6 سنوات	الطفولة المبكرة
1 او 13 - 18 سنة	المراهقة
18 - 35 سنة	مرحلة الكبر المبكرة
35 - 60 سنة	مرحلة المتوسطة
60 فما فوق	النضج المتأخر

الجدول أعلاه يمثل : " دورة حياة الانسان " حسب هافرجست .
و يحددها هافرجست مطالب النمو التي ينبغي السيطرة في كل مرحلة عمرية، وأن الاخفاق في السيطرة على هذه الوظائف يخلق مشكلات للمرحلة التي تليها.

4-1 - مظاهر الشيخوخة:

1-4-1. التغيرات البيولوجية و الفيسيولوجية.

1-1-4-1. تغير معدل الأيض:

يعتمد على عمليتي البناء الحيوي و الهدم الحيوي " و لهذا فالأيض له علاقة مباشرة بمدى قدرة الجسم على تجديد نفسه وتبدأ هذه العملية ضعيفة جدا عند الولادة ثم يرتفع مستواها و تزداد سرعتها في الشهر الأول للحياة و تظل كذلك حتى نهاية السنة الأولى بعد الولادة ثم تهدأ سرعتها نوعا ما عند الراشدين ثم يهبط هذا المعدل في سن السبعين سنة و يظل في هبوط حتى نهاية العمر (زهران د.، الصحة النفسية و العلاج النفسي، 1995، ص543)

2-1-4-1. تغير معدل نشاط الغدد الصماء:

يصل افراز الغدد الصماء ذروته في سن العشرين ثم يهبط معدل افراز هرمونات هذه الغدد بسرعة منتظمة من سن السبعين سنة ثم تتغير سرعته في هبوطها حتى نهاية الحياة.

3-1-4-1. تغير قوة قذف الدم:

تبدأ قوة دفع الدم مرتفعة عند سن العشرين و تظل في تناقصها حتى سن تسعين سنة.

4-1-4-1. تغير السعة الهوائية للرئتين:

تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق و الزفير تبعا لزيادة السن فتظل قدرة الإنسان على التنفس في انحدارها حتى يصل الفرد إلى الشيخوخة فتتقص هذه القدرة بـ 25% مما كان عليه في رشده.

5-1-4-1. التغيرات العصبية:

يصل الجهاز العصبي إلى ذروته الحيوية في الرشد ثم يبدأ نشاطه يضعف بالتدرج و لكن في بطء غير ملحوظ ثم تصبح سرعة هذا الانحدار ملحوظة هي الشيخوخة فتبطئ الاستجابات كما تظهر في صورة ردود فعل و كما تحدث في القوس العصبي " الخاص هذا ما يفسر بطئ الاستجابات و بطئ النواحي الحركية و كثرة التردد (السيد، 1998، ص320)

كما يتناقص حجم الدماغ و لا سيما بعد الثلاثين من العمر " و قد ذكر بيما " بأن تجویفات الدماغ عند الكبر أو الشيخوخة تبقى و يزداد الحجم الكلي للسائل المتعلق بالمشخ و النخاع الشوكي، فإن نسيج الدماغ يتقلص (فوردج، 1984 ، ص 148).

وليس هناك تجمع للرطوبة في المادة الرمادية للقشرة الدماغية على حساب العناصر الصلبة، ماء أكثر ووزن أقل (وولف 1995 Wolff) وعليه فدماع الإنسان مثل جميع أجهزة الجسم البشري يشيخ ويفقد بعض فعاليته.

1-4-1-6. تغير القوة العضلية:

تضمحل العضلات تبعاً لزيادة العمر و بذلك تتأثر النواحي الحركية تبعاً لهذا الضمور و ذلك الجمود و الحركة، ولهذا التغيرات أثر على الجهد البدني و العمل اليدوي و حتى على عملية المشي نفسها فتتغير مشية الفرد لزيادة عمره الزمني، ضف إلى ذلك أن الفرد يشعر أنه لم يعد يستطيع حمل الأثقال.

1-4-1-7. التغيرات الحركية:

تشير أبحاث المشي إلى عملية الشيخوخة، فالعظام تعطي ثباتاً لوقفة الإنسان، فالعضلات تهيئ الحركة وعند حوالي الـ 25 سنة عند الرجال وبعمر أقل لدى النساء يكتمل التحام العظام، وأن معظم الأشخاص يفقدون حوالي نصف محتوى العظم في السبعين من أعمارهم، " فالعضلات تضمحل بزيادة العمر، وعندما ينحل كل من العضلة والعظم فإن القدرة على تحريك الجذع جانباً تنقص، وإن هذين العاملين المسببان للانحلال يؤثران في القدرة على المشي، فيبطأ المشي بعد أن كان سريعاً و يضيق مده و يصغر، فإذا هي خطوات قصيرة زاحفة متعبة بعد أن كانت طويلة و نشيطة و ترتعش اليد بعد أن كانت متزنة قوية ناضجة " (بيسكوف، 1984، ص 186)

1-4-1-8- التغيرات الحسية:

تبدأ ضعيفة في الطفولة و يكتمل نموها في المراهقة و الرشد و تضعف في الشيخوخة و من هذه الحواس :
(أ) حاسة البصر:

فالإنسان يضعف بصره بزيادة العمر و يمكن أن تعتبر العين " شبكاً إلى الدماغ " وهو عضو الاحساس الذي يضع الإنسان جل اعتماده ، فالعين تؤدي أربعة وظائف أساسية وهي الحدة (القدرة على ادراك التفاصيل الصغيرة) و التوافق (القدرة على رؤية الأشياء بصورة واضحة سواء كانت قريبة او بعيدة) و التكيف (القدرة على التكيف للضوء و الظلام) و تمييز الضوء (القدرة على ادراك

- المتشابهات في اوصاف الالوان من حيث التدرج و التركيز و اللعان) ، و اذا اردنا ربط هذه الوظائف بالعمر فيمكن تلخيص ذلك على الوجه التالي (بيسكوف، 1984، ص186) :
- ب- حدة البصر: تبقى ثابتة إلى حد ما حتى الأربعين إلى الخمسين من العمر ثم يحصل بعدها انحدار شديد، و بعد السبعين تعتبر النظارات أمرا مطلوبا من الجميع بصورة عامة .
- التوافق: يبدأ النقصان حوالي السادسة من العمر و يتناقص بانتظام حتى الستين من العمر بعدها يؤخذ مستوى مستقرا حتى نهاية الشيخوخة.
- التكيف: يتناقص خطيا مع العشرين إلى الستين من العمر و تتطلب القدرة المتناقصة إنارة أوضح، ووقتا أكثر للتكيف بالنسبة للتغيرات في الضوء.
- تميز الضوء: يتناقص تبعا للعمر و القدرة على التمييز بين الألوان (بيسكوف، 1984، ص186)
- ب) حاسة السمع:

تبدأ حاسة السمع في الضعف في وقت مبكر شأنها في ذلك شأن حاسة البصر و تدل أغلب الدراسات العلمية على أن البذور الأولى لضعف السمع تبدأ في المراهقة و يستمر هذا الضعف حتى يبلغ عمر الفرد 50 سنة، ثم تقف عملية الانحدار عند حد معين و من مظاهر ضعف السمع في هذا السن صعوبة ادراك الأصوات الحادة (السيد، 1998، ص320).

ج) تغير الصوت:

إن أجهزة اصدار الصوت تشيخ كما يشيخ اي نسيج عند الانسان، فالأوتار تصبح أقل مرونة مسببة فقداناً في درجات الصوت العالية والواظمة، و ينقص الزفير نقصاً مذهلاً بعد السبعين من العمر مسبباً لهاثاً منهكاً او قصيراً، و زيادة في مرونة اللسان قد تسبب سرعة واطئة في لفظ الكلمة ومثل بقية الحواس فإن القدرة على ابداع الكلام تتضاءل (بيسكوف، 1984، ص186).

د) تغير حاسة التذوق (التذوق):

توجد أربعة أحاسيس ذوق أساسية هي الحلو، الحامض، المالح و المر ، حيث تشير معظم ما توصلت اليه البحوث من دلائل أن هناك تغيراً قليلاً في القدرة على تذوق الأطعمة في حدود (60 سنة) من العمر، و عند النساء من 40 إلى 45 سنة و قد أظهرت دراسة أجريت على مائة فرد من أفراد العينة البالغة أعمارهم من (15 - 85 سنة) أظهرت تناقصاً حاداً بعد الستين من العمر في

المذاقات الأربعة و على ما يظهر فإن القدرة على تذوق المواد الحلوة هي التي تتأثر أولاً ، فقد وجدت إحدى الدراسات أن الرجال كبار السن ليسوا قادرين على تذوق المواد المالحة ، وكذلك الشأن بالنسبة للنساء الكبار السن، و أن معظم شكوى كبار السن حول الطعام ولا سيما في دور العجزة، ليست ذات صلة بمتسلّمات الذوق الحقيقية و لكن بسبب العجز عن التكيف و الاتجاهات و الأطعمة المفضلة و بعض الأمراض (بيسكوف، 1984، ص186، صفحة 184)

(هـ) تغير حاسة اللمس:

تستنتج بعض الدراسات أن حساسية اللمس تبقى ثابتة حتى أوساط الخمسينات من العمر و تتناقص تدريجياً بعد ذلك و عليه فحاسة اللمس لا تعمل في الكبر كما كانت في الأيام الأولى من العمر. فتضعف النواحي الحسية للجلد البشري تبعاً لزيادة العمر و خاصة فيما بين 40- 65 سنة و بذلك يصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة و الساخنة بطيئاً و ضعيفاً

(ي) تغير حاسة الشم :

إن الكثير مما ذكرناه حول الذوق ينطبق على حاسة الشم كذلك، غير أن ليست هناك دلائل على ذلك إلا ضعيفة عن العلاقة العمرية، فالبحث في الحساسية الشمية المتعلق بالعمر متناقض، إذ يجد بعض الباحثين أن الحساسية تتناقص تبعاً للعمر بينما يجد آخرون بأنه ليس لها علاقة بالعمر، و تتوقف النتائج كثيرة على ماكنة الفرد و تدرّبه في التمييز بين الروائح، " كما أن تلقي النسيج البلعومي يشوه النتائج، و أن الفحوص التي أجريت على الجثث ممن هم فوق السبعين تشير إلى بعض الضمور في الأهداب (زيادات الشعرية)، و عليه نستنتج أنه لا يعرف شيئاً تقريباً في عملية الشيخوخة " (بيسكوف ل.، 1984 ص 187)

2-4-1. القدرات العقلية:

1-2-4-1. الادراك:

يهدف الادراك إلى معرفة المادة التي يريد الفرد تعلمها، فتقوم هذه العملية على مدى قدرة الفرد على تصنيف المعلومات التي يدركها تكثراً مما تقوم على النواحي الحسية و معطياتها و ذلك حينما يحاول الفرد أن يربط بين عناصر الموقف الخارجي وبين الخبرات السابقة التي مرت به ، " فتزداد صعوبة عملية الادراك وتكثر بهما الاخطاء بعد سن الرشد ، و لذلك تتطلب هذه العملية وقتاً أطول عند الشيخوخة و من أهم العوامل التي تؤثر في عملية الادراك عند الشيخوخة المخيبة نتيجة لزيادة السن " (السيد د.، 1998 ص 339) .

2-2-4-1. التذكر:

إن عملية التذكر يعتمد في جوهرها على مدى وضوح وتجويد التعلم السابق لها و المؤدي اليها، و بما أن مدى انتباه الكبار يضعف تبعا لزيادة السن لانهم لا ينتبهون و لا يدركون كما كانوا ينتبهون في صباهم و رشدهم ، " اذن تصبح منابع و مصادر معلوماتهم غير مؤكدة و غامضة، يسودها كثير من الزيف و التشويه وعندما تضعف الروافد الحسية المؤدية للتعلم يقل التذكر، يقل مدى التذكر تبعا لزيادة السن و تعني بالمدى عدد الأشياء التي يمكن أن يتذكرها الفرد فترة زمنية (السيد د.، 1998 ص 339)

1-4-2-3. الذكاء:

عن الذكاء يرتبط ارتباطا مباشرا بقدرة الفرد على سرعة التكيف للمواقف الجديدة و بما أن هذه المواقف تختلف في مكوناتها و شدتها تبعا لمراحل العمر " فيصل الذكاء الى ذروة نموه في اواخر المراهقة و قبيل الرشد ثم يستقر به الأمر، على مستوى محدد لا يكاد يتعداه طوال مرحلة الرشد ثم يبدأ انحداره في مرحلة الشيخوخة و يختلف معدل الهبوط باختلاف نسبة الذكاء فمثلا يهبط الذكاء الممتاز الذي يصل مستواه إلى 130 درجة إلى 114 درجة في الشيخوخة " (السيد د.، 1998 ص 347)

1-4-2-4. الذاكرة :

هناك ذكريات متعددة لا ذاكرة واحدة للشيخ و المسن فبعض الذكريات تضعف لدى المسن دون باقي الذكريات ، فذاكرة الأسماء تضعف لديهم باستثناء الأسماء التي لها دلالات عاطفية، و تعمل الحنية و الشجن .

ذاكرة الوقت وذاكرة الأرقام تضعفان على حد ما في الشيخوخة و لكن ذاكرة الطفولة للأشخاص و الأحداث المرتبطة بذهن الشيخ في زمن الطفولة تزداد القوة ، أيضا ذاكرة المراهقة و الشباب تزداد قوة ، فالمسن يذكر أشياء و قعت له في عهد الطفولة و كان قد نسيها مدة طويلة وكأنه يجد نفسه و قد طعن في السن يذكر تلك الأحداث بدقة ، بينما يكون قد نسي الأحداث التي وقعت منذ لحظات ، " وقد ينسى الشيخ و التاريخ و الأماكن التي وضع بها الأشياء و التي كان فيها منذ لحظات أو الشخصيات التي قابلها " (الميلادي د.، 2002 ص 44).

1-4-3. المظاهر الانفعالية:

تميل انفعالات الشيخوخة إلى تلخيص السلوك الانفعالي لمراحل الحياة إليها في مرحلة واحدة ، " وقد نستطيع أن نلخص أهم الانفعالات الطفولة التي تعود بمرّة أخرى إلى الظهور في مرحلة الشيخوخة في النواحي التالية " (حسونة، 2004 ص 215-216) :

- 1- انفعالات الشيخوخة ذاتية المركز تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم و تؤدي هذه الذاتية إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني.
- 2- " تتميز انفعالات الشيخوخة بالعناد وصلابة الرأي و قد يؤدي هذا السلوك الى السلوك المضاد " (السيد د.، ص368).
- 3- يميلون الى المديح، الاطراء و التشجيع.

و تتشابه انفعالات الشيخوخة من انفعالات المراهقين في النواحي التالية:

- 1- سخرية الشيخوخة من الأجيال الأخرى وهم في سحريتهم يميلون إلى لون من ألوان المشاكسة و الاغاظه التي كانوا يمارسونها في مراهقتهم
- 2- يحاول الشيخوخة أن يفرض شخصيته في سيطرة غريبة حتى لا يظن الناس أنه بدأ يضعف و يهرم. كالمراهق الذي يحاول أن يفرض شخصيته ليؤكد ذاته.
- 3- و تكون انفعالات الراشد ووسط العمر عند الشيخوخة إلا مظاهر عابرة من خلال:
 - أ- تدور اغلب انفعالات الراشدين و من هم في وسط العمر حول القلق و للشيخوخة أيضا مما يثير في نفوسهم القلق و قد يؤدي الى الكأبة
 - ب- شكوك و ريبة الشيخوخة في الآخرين و كأنما قد و رثوا من شبابهم عدم الثقة بالآخرين. و تكاد تتمايز مرحلة الشيخوخة في سلوكها الانفعالي عن بقية المراحل الأخرى للحياة في النواحي التالية:
 - 1- تتصف انفعالاتهم للحمول و بلادة الحس و قد يرجع هذا الشعور إلى عدم إدراك الشيخوخة للمسؤولية التي تواجه من يحيطون به و عدم الشعور بهم و بمشاكلهم و لذلك يقل حماسهم .
 - 2- يغلب على انفعالاتهم لون غريب من التعصب الذي لا يقوم على جوهره على أي أساس.
 - 3- يحسون بالاضطهاد عندما لا يتقبل الآخرون ذلك التعصب بروح المشاركة و الشعور بالاضطهاد يؤدي بهم الى الاحساس العميق بالفشل.

4- " تجيء انفعالات شاذة لا تتناسب و مقومات الموقف لذلك فعندما ينفعلون كثيرا ما يخطئون ادراك الموقف المحيط بهم " (حسونة ا.، ص 217-218)

4-4-1. المظاهر الاجتماعية:

1-4-4-1. العلاقات الاجتماعية:

يزداد اهتمام الفرد بنفسه كلما تقدمت به السن نحو الشيخوخة و تضعف صلته شيئا فشيئا بالمجالات الاجتماعية و بذلك يصبح نرجسيا أنانيا في حياته، فتضعف العلاقات القائمة بينه وبين معارفه، والأصدقاء، لذلك تصبح مرحلة الشيخوخة مرحلة العزلة، الوحدة و مما يزيد في عزلتها زواج الأبناء و موت أحد الزوجين و الضعف البدني (السيد د.، ص 380). وبالتالي تعتمد العلاقات الاجتماعية للمسنين على عاملين اثنين:

الأول: هو التكوين النفسي الداخلي للمسن

الثاني: المناخ الاجتماعي الذي يعيشه المسن اضافة إلى الاطار الاجتماعي الذي يتدرج في نطاقه، و الضغط الخارجي لا يعمل على نحو الكيان الداخلي بالشيخ.

1-4-4-2. الزعامة:

تزداد ظاهرة الزعامة أصالة تبعا لزيادة السن و خاصة بعد مرحلة الرشد و تعتمد الزعامة ، " و القيادة الرشيدة لأي عمل من الأعمال التي يمارسها الكبار على صفات مختلفة منها القدرة على تحمل المسؤولية و القدرة على تقبل النصر و الهزيمة باتزان و حكمة و القدرة على النقد الذاتي " (زهران د.، ص 543-544).

1-4-4-3. المكانة الاجتماعية:

لقد كان للشيخ مكانتهم الاجتماعية في المجتمع اليوناني القديم ، إذ كان منهم الفلاسفة و المؤرخون و الشعراء و مازالت لهم مكانتهم المرعية، في مجتمعاتنا الشرقية على غرار المجتمعات الغربية المعاصرة التي تضعف لأنها تؤمن بالقوة و السرعة و الجاذبية الجنسية و صفات لا تتوفر لجيل الشيخ و لذلك تقسوا الحياة عليهم و يهجرهم أبنائهم و يدركون أنهم أصبحوا عالة على المجتمع و على الحياة نفسها إلا في المجتمعات الشرقية لحسن الحظ مازالت مكانتهم محفوظة.

1-4-4-4. الاتجاهات النفسية الاجتماعية:

تزداد رسوخا في مرحلة الشيخوخة و يكون معظمهم محافظين، لذا نجد من الصعب تغير اتجاههم و خاصة حول الموضوعات السياسية و النظم الاجتماعية السائدة و يزداد التعصب تبعا لزيادة السن.

1-4-4-5. التوافق النفسي و الاجتماعي السليم:

في هذه المرحلة يحتاج إلى التوافق مع التقاليد و العادات السائدة المتحددة و الخاصة بالأجيال المختلفة، " وقد يعوق التمسك الجامد بالتقاليد و المهارات من التوافق الاجتماعي عند الشيخ، و يحتاج التوافق الاجتماعي أيضا إلى التوافق مع الأجيال الأخرى حتى يحفظ الشيخ لنفسه التوافق الاجتماعي " (زهرا د.، ص 543 - 544)

1-4-5. المظاهر الجنسية:

يعتبر النشاط الجنسي من بين جميع الدراسات المتعلقة بوظائف و سلوك الكبير و أكثرها إثارة، و التي غالبا ما تقتبس على نحو خاطئ أو يساء فهمها و من أصعب الموضوعات التي يبحث فيها بطريقة علمية رصينة ، فعلى الرغم من أن هنالك مشكلات تتعلق بعدم الملائمة الجنسية في جميع أعمار الكبار إلا أن هذه المشكلات تبدو أنها تزداد في سني الحياة المتأخرة و تتركز كثير من المشكلات هو القلق على النشاط الجنسي، حيث كل من الرجال و النساء يتناقصون في النشاط الجنسي عند الكبر، و الطريقة التي يتكيفون بها قد تختلف و على أية حال فإن تركيبهم الجنسي و التكوين الهرموني، و أدوار الحياة كلها مختلفة، فكل منهما يجب أن يهمل نوعا من التكيف، فالنساء يملن إلى القلق لأنهن يشعرن بان جاذبيتهن قد قلت، و الرجال يشعرون بانهم أقل رجولية و حيوية (بيسكوف د.، ص 206-207) " و لدراسات كنيرني " بعض القيم في هذه الناحية ، حيث وجد بان السلوك الجنسي كان يتأثر بأحد عشر متغيرا على الأقل من بينها عامل العمر (السن) ، فقد وجد أن السلوك الجنسي لم يكن متشابها عند المسن كما هو عند الشباب، كما أظهرت دراساته (كترني) بأن الشيخوخة قد تجعل المرأة المسنة أكثر جاذبية من الناحية الجنسية سواء من الناحية النفسية لأن همومها أو قلقها حول الجنس أقل أو اجتماعيا بسبب خيراتهما المتراكمة كما وجد بأن الهبوط في الحيوية الجنسية في العمر المتوسط والعمر المتأخر. (جماع واحد في اسبوع لمدة عشر سنوات) قد لا يكون كليا نتيجة لتغير في الأعضاء، وكان يشعر بأن مرد ذلك جزئيا نتيجة العوامل النفسية الاجتماعية.

1-5. مشكلات الشيخوخة:

1 - المشكلات الصحية: " المرتبطة بالضعف الصحي العام و الضعف الجسمي و ضعف الحواس كالسمع و البصر و ضعف القوة العضلية و انحاء الجلد و تصلب الشرايين و التعرض بدرجة أكبر من

ذي قبل للإصابة بالمرض و عدم مقاومة الجسم و قد يظهر لدى الشيخ توهم المرض و ترك الاهتمام على الصحة " (الزهران، ص 545-546).

1- المشكلات العاطفية : المتعلقة بضعف الطاقة الجنسية أو التشبث بما فقد يتزوج الشيخ الميسور

من فئات في سن بناته و يتصالي و إذا ما ضعف جنسيا ألقى اللوم عليها و بدا يشك في سلوكها.

2 - مشكلة سن القعود: سن القعود هو ما يعرف عادة باسم سن اليأس. وهو عند المرأة يتعين

بمرحلة انقطاع الحيض و عند الرجل يتعين بالضعف الجنسي الأولي أو الثانوي و يكون سن القعود

مصحوبا في بعض الأحيان باضطراب نفسي أو عقلي، قد يكون ملحوظا أو غير ملحوظ و يكون

ذلك في شكل السمنة و الامسك و الصداع و الاكتئاب النفسي و الأرق.

3 - مشكلة التقاعد: وقت التقاعد و ما يصاحبه من زيادة الفراغ و نقص الدخل يشعر الفرد في

أعماق نفسه بالقلق على حاضره و الخوف من مستقبله مما قد يؤدي به إلى الانهيار العصبي و خاصة

إذا فرضت عليه حياته الجديدة اسلوبا جديدا من السلوك لم يؤلفه من قبل و لا يجد في نفسه المرونة

الكافية لسرعة التوافق معه و خاصة إذا لم يتهيأ لهذا التغير و خاصة إذا شعر و أشعره الناس أنه قد

أصبح لا فائدة منه.

4 - الشعور الذاتي بعدم القيمة و عدم الجدوى في الحياة: شعوره بأن الآخرين لا يقبلونه و لا

يرغبون في وجوده و ما يصاحبه ذلك من ضيق و توتر وقد يقدم بعضهم على الانتحار.

5 - الشعور بقرب النهاية: فقد يعيش بعض الشيخ و كأنهم ينتظرون النهاية و القضاء المحتوم و

يتحسرون على شبابهم.

6 - الشعور بالوحدة و العزلة النفسية : يزيد من هذا الشعور زواج الأولاد و انشغالهم ، كل في

حاله و عالمه الخاص و موت الزوج و تقدم العمر و الضعف الجسمي و المرض أحيانا مما يقلل الاتصال

الاجتماعي.

7- اضطرابات العلاقات الاجتماعية: " ضعف العلاقات بين المسنين و أصدقائهم و انخسارهم

تدرجيا في دائرة ضيقة تكاد تقتصر على نطاق الأسرة " (زهران د.)، الصحة انفسية و العلاج النفسي ،

1995 ص 547)

8- الأناية : " تلاحظ عند البعض بازدياد الاهتمام بالنفس مثل أنانية الأطفال و يزيد اهتماما خاصا مستمرا به و بطلباته، فمن خصائص مرحلة الشيخوخة العودة إلى جعل الذات مركز الاهتمام الشخصي و بؤرة الاهتمام " (الميلادي د.، الابعاد النفسية للمسن ، 2004 ص 40).

9- الروتين اليومي: يخضع المسن إلى روتين يومي لا يختلف نظام يومه في الأكل والنوم و الراحة عن يوم آخر.

10- التطرق في نقد سلوك الجيل الثاني : " يكون خاصة مع الأولاد والأحفاد و نقد المعايير الاجتماعية، و هذا مظهر من مظاهر صراع الأجيال فيشوب التوتر و الاختلاف بين الشبان و الشيخوخ فهو أمر لا بد من وجوده و استمراره فالمسن يحكم دائما على الشبان بالتدهور و عدم الاكتراث و نقص التجارب، و الشاب يتهم المسن بضعف التحمس و عدم القدرة على القيام و الولع بالعناد و بالرغم من هذا كله، لا بد من جميع أعضاء المجتمع في مختلف اعمارهم من العيش معا " (رويحة، 1976 ص 102)

1-5-1. أسباب مشكلات الشيخوخة:

1-1-5-1. أسباب حيوية: مثل التدهور و الضعف الجسمي و الصحي العام خاصة تصلب الشرايين.

2-1-5-1. أسباب نفسية : " مثل الفهم الخاطئ لسيكولوجية الشيخوخة، فقد يفهم بعض الناس الشيخوخة معناها أن الشيخ المسن يجب أن يمشي متثاقلا مادام قد وهن العظم منه و اشتعل الرأس شيئا، كما تؤثر الاحداث الأليمة و الخبرات الصادمة على شخصيته " (زهران د.، الصحة النفسية و العلاج النفسي ، ص 545)

3-1-5-1. أسباب بيئية: منها التقاعد و ما يرتبط من نقص الدخل و زيادة الفراغ قد يدخل كسب مرسى للمشكلات النفسية و خاصة أن الناس يربطون بين التقاعد و العمل و بين التقاعد الجسمي النفسي و يرون أن المسن عديم الفائدة و لا قيمة له، و من الأسباب البيئية كذلك التغير في الأسرة و اشتغال الأولاد بالزواج أو العمل خاصة في حالة حاجة الشيخ إلى رعاية صحية أو مادية .

6-1-1. أمراض الشيخوخة:

1-6-1. الأمراض العضوية: للشيخوخة أمراض خاصة مرتبطة بما يحدث في سن الشيخوخة من تبدلات في أعضاء الجسم، و قبل أن تظهر هذه الأعراض في سن الشباب، فإذا ما ظهرت أنداك كانت في الغالب أمراضا عابرة طارئة تزول و تشفى تماما بعد المعالجة و من أمراض الشيخوخة هذه :

- 1- **التهاب القصبة الهوائية المزمن (برونشيت):** في سن الشيخوخة يعتري القفص الصدري شيء من الضمور فيضيق من الأعلى بحيث يصبح شكله بحبة الاجاص و بذلك تقل قابليته للاتباع، وهذه العوامل كلها تحد من سعة التنفس و ينقص مقدار الهواء الذي يدخل أي الرئة في الشهيق و يرافق هذا كله صعوبة في دوران الدم في داخل الرئة، مما يحمل القلب على العمل بأقصى قوته فيزيد في أعبائه و يعرضه إلى الإضراب. ومن الأعراض ضيق النفس خصوصا عند صعود سلم أو مرتفع و السعال و البزاق خصوصا في الصباح بعد النهوض من النوم " (رويحة، شباب في الشيخوخة ، ص 102).
- 2- **تصلب الشرايين:** هو مرض يظهر بدرجات متفاوتة عند كل الشيوخ تقريبا كما يظهر في بعض الحالات المرضية (كالأمراض المعدية المزمنة (الزهري) و أمراض الكلى و أمراض الدم) " و في مرض تصلب الشرايين الذي يحدث فيه نوع من التغيرات التي تؤدي الى ترسيب الدهون الثقيلة على جدران الشرايين، و هذه التغيرات و هي أن الأوعية الدموية التي يجري فيها الدم من القلب نحو أجزاء الجسم كلها توضعات مكونة من مادة دهنية (كوليسترول)، وأملاح الكلس فيضيق الشريان و يفقد مطاطيته، مما يشكل عائقا لجريان الدورة الدموية بداخله و قد يحدث احتقان في الأماكن الشديدة تضيق من الشريان تؤدي إلى تجلطه و سد الشريان بالجلطة فتتوقف الدورة الدموية فيه أو يتم انفجاره في موضع السد، و المصاب بتصلب الشرايين يشعر بتضيق حجمها و تعثر الدورة الدموية فيها يحكم شعوره بالآلام الشديدة في القلب إذا كانت الإصابة شديدة في شريانه أما إذا كانت الإصابة بشريان الرجل مثلا يحس المصاب بألم شديد في الرجل يجبره على الوقوف عند المشي و يزرق لون الجلد " (رويحة، 104-105) .
- **الأعراض:** نوبات من الدوار (الدوخة) و الغيوبة و عسر التنفس. أما في حالة انفجار الشريان فإن الجسم يصاب بشلل فجائي في بعض أطرافه أو أعضائه وفقا لموضوع شريان المنفجر في المخ، و قد يعقب ذلك غيوبة تزوب تدريجيا أو تنتهي بالموت ما يسمى بالسكتة الدماغية .
- 3- **ضغط الدم:** تقوم الشرايين بتنظيم الضغط و كمية الدم المارة بها عن طريق التمدد و التقلص المنتظم مع نبضات القلب ، و هناك نوعان من الضغط يتم قياسها، الضغط الانقباضي عندما ينقبض القلب أثناء عملية الضخ، و الضغط الانبساطي و يقاس عند " استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم " (اليوسفي، 22 h 16 - mai 2007)

أ. ارتفاع الضغط الدموي: قد يرتفع الضغط ارتفاعاً مؤقتاً ليس له أية دلالة مرضية و ذلك في حالات الاجهاد النفسي كالخوف و القلق و الاجهاد الجسدي و الركض، و قد اقترحت منظمة الصحة العالمية أنه عندما يصل ضغط الدم عند الانسان أكثر من 915140 ملم زئبقي فإنه يعد غير طبيعي، و قد تم مؤخراً تصنيف و تقسيم الضغط الدم على حسب شدته كالاتي:

التصنيف	الضغط الانقباضي /ملم/ زئبقي	الضغط الانبساطي /ملم/ زئبقي
الضغط المثالي	120	80
الضغط الطبيعي	130 او اقل	85 او اقل
الضغط فوق الطبيعي	139-130	89-85
ضغط ملاتفع من الدرجة الاولى	159-140	99-90
ضغط مرتفع من الدرجة الثانية	179-160	109-100
ضغط مرتفع من الدرجة الثالثة	180 او اعلى	110 او اعلى

الجدول رقم 2 : " تقسيم ضغط الدم على حسب شدته " (رويحة د.، ص 107)

الأعراض :

- شعور المصاب بطنين في الأذنين و زوغان العينين
- ثقل في الرأس و سرعة الاثارة و ضعف الذاكرة
- " احساس برغبة ملحة عارمة في التبول (Eddine, 1994, p 14) "
- تنمل أصابع الرجل

ب) هبوط الضغط الدموي :

يندر أن يكون هبوط الضغط الدموي حالة مرضية مستقلة بنفسها و موروثة من العائلة، " و هو في الغالب نتيجة لإصابة الجسم بحالات مرضية أخرى كالأمرض المعدية أو ضعف القلب " (رويحة د.، ص 109-110)

الأعراض :

- ضعف القوة
- البرودة بسهولة حيث تظل يداه و قدماه باردة باستمرار.

3. ذوبان المادة الكلسية في العظام :

4. يشكو بعض الشيخوخ من آلام في العظام : يشكو بعض الشيخوخ من آلام في العظام و تعثر في المشي و من التعب بسرعة الاحساس بالآلام عند تغير وضع الجسم، كما تبدو عليهم مظاهر قصر طارئ في القامة، و قد أثبت التصوير الشعاعي ن هذه الأعراض ناجمة عن ذوبان المادة الكلسية من العظام أو فقدانها مما يسمى بلغة الطب (اوستيو بوروز) *Ostéoporose*.
" إما بسبب ذوبان المادة الكلسية الموجودة في العظام أو تضائلها فهو نتيجة لقلة الحركة و زيادة الأعباء على الجسم فإذا ما ثبت عضو من الجسم (بضماد جيس) يمنعه من الحركة ذابت المادة الكلسية في عظام ذلك العضو و فقت العظام صلابتها" (رويحة ا.، ص 109-110).

5. سن اليأس عند النساء: هو السن الذي ينقطع فيه الطمث (النزيف الشهري ، الحيض) إما فجأة أو تدريجياً و هو يقع بين سن (45-48) من العمر، و في سن اليأس و الخمس سنوات التي تليه تتناوب المرأة هبات من الحرارة مصحوبة بعرق غزير، و صداع و أرق و عصبية (نرفزة) و شعور بعدم الارتياح الجسماني و العقلي معا

6. تضخم البروستات: هو من أمراض الشيخوخة عند الرجال، و البروستات غدة بحجم حبة الكستناء مركزة في الحوض الصغير تحت المثانة (كيس البول) مباشرة ، و تتضخم البروستات عند بعض الشيخوخ و يزداد حجمها تدريجياً و يضيق مجرى البول في داخلها فيعترض تفرغ المثانة عند التبول تفرغاً و لذلك يتبقى في المثانة راسب من البول تقل كميته أو تزيد حسب نسبة التضخم في البروستات، وفي المثانة يتعرض البول الراسب للتلوث بالجراثيم و تلتهب بطانة المثانة من الداخل، و

غالباً ما يحدث تضخم البروستات بين سن (50 - 75) ، أما أعراضه فهي الشعور بحسرة البول و الصعوبة في انفتاح المثانة عند بداية التبول و الإحساس بالحرقان أثناء و بعد التبول، و ملاحظة نزول بدون اندفاع ، بحيث يقع عند الوقوف بين القدمين ، أو نزوله متقطعاً و الشعور بحرقان في الشرج.

7. داء السكري: يحصل الداء السكري نتيجة نقص نسبة افراز الأنسولين مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم ، " يتم تجمع السكر (الجلوكوز في المجرى الدموي في الجسم و يخرج في النهاية مع البول) عودة(22 mai 2007, 16 h 55

مراقبة السكر في الدم: إن السيطرة على مستوى نسبة السكر في الدم هو أمر مهم للغاية للحفاظ على الصحة العامة و تجنب الإصابة بالمضاعفات طويلة المدى لمرض السكر، فلذا يجب أن لا يرتفع مستوى السكر لكبار السن المصابون بداء السكري عن 100 – 140 ملغ/عشر اللتر قبل الأكل و أقل من 200 بعد الأكل وذلك لأن انخفاض السكر بشكل كبير عند الأشخاص المسنين يمكن أن يشكل خطورة مقارنة بالشباب.

الأعراض:

- زيادة وزن الجسم أو نقصه.
- فقدان الشهية.
- ضعف الرؤية.
- بطأ في التأم الجروح.
- " كثرة التبول و العطش المستمر " (farida, p 15).

8. السرطان:

" هو أحد أنواع الأمراض التي تتميز بحدوث انقسامات خلوية غير مضبوطة للخلايا الحية و قدرتها على الانتشار إما عن طريق نمو مباشر باتجاه نسيج مباشر أو انتقال إلى أنسجة أخرى، و عليه للسرطان أعراض عديدة تعتمد على موقع و نوعية الورم الخبيث، فهو مرض السنوات الأخيرة، يصيب بنسبة كبيرة كبار السن و الذي غالباً ما يكون مميتاً نتيجة لتأخر التشخيص و عدم معالجة المرض مبكراً "

(عودة د .ح(2007) .،

2-6-1 الأمراض الانحلالية في الجهاز العصبي :

1. الزهايمر :

يقول انجلش " إن مرض الزهايمر أحد الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان فيما قبل الشيخوخة و هو عبارة عن تدهور في المخ ذلك التدهور الذي يسبب معاناة المريض من صعوبات في الكلام والذي يؤدي إلى الإصابة بالشيخوخة المبكرة " . (العيسوي، 1999، ص 140) . و تعود تسمية هذا المرض نسبة إلى مكتشفه و هو طبيب أعصاب ألماني (الواس زهايمر) (1864-1915) و هو يحدث بين سن (45-60) سنة، و يتميز بتلف في الدماغ لا يرى إلا بالمجهر و يتمثل هذا التلف في ترسب مادة Amyloide مع اصابة الألياف العصبية بالانحلال، بحيث ينتشر هذا التلف في منطقة قرن و كذلك منطقة لحاء الأخرى المرتبطة بالمنطقة آمون Hippocampe ، الجبهية و الصدرية الجدارية، مما يتسبب هذا في نقص وزن الدماغ و تدهور الوظائف المعرفية العقلية كالانتباه و التركيز، الادراك، الذاكرة، اللغة و التفكير إلى جانب ظهور لدى المصاب اضطرابات سلوكية كالارتباك، الاهتياج ، " العدوانية مع فقدان الثقة في الذات مؤديا في الأخير إلى حدوث اضطرابات في شخصية المصاب " (فريدة، 2005 ، ص95).

الأعراض :

- ضعف أو اضطراب الذاكرة من خلال عدم قدرة المصاب على اكتساب معلومات جديدة ثم يفقد الذاكرة تدريجيا " (مصباح، 1994، ص 50).
- اضطرابات اللغة كالأفازيا (اضطراب لغوي عميق على مستوى الفهم و التعبير).
- اضطرابات التوجه الزماني و المكاني (عدم القدرة على التوجه في الأماكن المعهودة)
- فقدان القدرة على ممارسة الأعمال المعتادة.
- اضطرابات في تنفيذ بعض الوظائف كاضطرابات القيام بالمشاريع مثلا.
- أعراض نفسية كالاكتئاب و الشعور بالحزن و اللاقيمة و اليأس و القلق و شدة الخوف.

مراحل المرض:

المرحلة الأولى: " تتميز بوجود تدهور عقلي و اضطرابات في التفكير و الاستيعاب و الادراك الحسي و التناسق الحركي و العجز عم التذكر الاحداث القريبة و العجز عن استخدام المفردات المناسبة " (العيسوي د.، ص 145)

المرحلة الثانية: يعاني المريض من العداءات أو الضلالات و هي أفكار زائفة و غير حقيقية كما يعاني من الخلط و التزييف في الذاكرة و تعثره نوبات من الضحك و البكاء و القلق الشديد و شرود الذهن و تكرار الحركات و خلوها من الهدف

المرحلة الثالثة: تزيد وطأة المرض، حيث يصاب المريض بالعتة الحاد و لذلك فان هذا المرض هو أحد أمراض العتة العقلي، حيث أنه بصورة عامة يصيب في السن ما بين 40 - 60 سنة فإنه يصنف على أنه أحد أمراض الشيخوخة أو مرحلة Coleman أو إنه مرض الشيخوخة المبكرة. ويقسم كول مان إلى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى: تتميز بضعف الإدراك الحسي و ضعف الفهم و ضيق القدرة على ممارسة الأعمال في عدد من المجالات في وقت واحد و التدهور العقلي، ذلك التدهور الذي يحدث أولاً في العمليات الحسائية و فقدان الذاكرة حول الأحداث الحديثة و لكن رد الفعل الانفعالي للمريض يعتمد على شخصيته قبل الإصابة بالذهان و يغلب على مزاج هؤلاء قبل مرض المعاناة من الحزن و القلق و التوتر و التهيج و من الناحية السلوكية هناك تغيرات تسير نحو السلوك المضاد للمجتمع و السلوك الغير الأخلاقي و العجز اللغوي (صعوبة فهم معاني الكلام).

المرحلة الثانية: تصبح الأعراض أكثر شدة و يبدو العجز العقلي واضحاً في كل الوظائف العقلية مع إعاقة التذكر و يغلب على مزاج المريض الاكتئاب و القلق و قد تحدث حالات زائفة من الابتهاج الزائف، فالمريض قد يبكي أو يضحك بصورة قهرية مع زيادة الحركة عن الحد و تكرار الأعمال و الحركات عديمة الهدف.

- **المرحلة الثالثة:** تشبه أعراض المريض حالة المريض في المرحلة الأخيرة من الاضطرابات الدماغية الأخرى، يزداد تدهور القوة المعرفية للمريض و يتأثر سلوكه و شخصيته بشكل واضح.

الفرق بين مرض الزهايمر و عتبه الشيخوخة :

هناك فروق منها :

- " حدوثه في سن مبكرة من العمر أما عتبه الشيخوخة يكون إلا بعد 60 سنة.
- تطور مرض الزهايمر يكون سريعاً جداً " (فريدة م.، ص 100 / 101).
- يتميز بالذهول و فقدان الثقة و تدهور واضح فيما يخص التفكير و التوجه و الأداء الحركي المتناسق .

2. برسكون :

هو من بين الأمراض التي تنجم عن وجود التهابات في الدماغ و هو نوع من الشلل الرعاش الذي يتميز باهتزاز الأطراف أي الشلل الهزاز، وقد أطلق اسم هذا المرض على اسم الطبيب " جيمس بركسون" في بداية القرن 19م، " فهو مرض تدهوري لأنه لا يبدو أنه ينجم عن الإصابة بالعدوى بمعنى أنه يصاب به الناس بعد الإصابة بالتهاب الدماغ الوبائي لسنوات عديدة و لأسباب غير معروفة، ولكن تأخذ الخلايا الموجودة في العقدة العصبية الأساسية أو قاعدة الدماغ في التدهور، حيث تصاب المنطقة المسؤولة عن الإنفعالات في الدماغ مما ينتج نقص في مادة من الموصلات العصبية الهامة التي تسمى " دويامين " و على العموم فهو يصيب كبار السن ما بين 50 الى 60 سنة " (العيسوي د.، علم النفس الشواذ والصحة النفسية ، ص 133)

1-الأعراض :

- الرعشة الزائدة التي لا تمكن المريض من حتى أن يمد يده لتناول كوب من الماء مثلا.
- الجسم متشدد غير مرن و انحاء الجسم و ضعف العضلات
- خفتان الصوت و ضعف الذاكرة و الذكاء و العجز عن التركيز.
- " عزوف المريض عن الاتصال بالناس و لا يبدي اهتماما بشيء " (الحنفي د.، 1992، ص 1249)
- " يصبح المريض رافضا و هائجا و ذلك بسبب فقدان القدرة على التحرك و الحرية في الانتقال " (العيسوي د.، ص 135).

3. مرض بيك :

هو مرض وصفه لأول مرة عالم فيزيائي من تشيكوسلوفاكيا سنة 1892 هو (ارنولد بيك، Arnold Pick) حيث ينحل الجهاز العصبي المركزي على مستوى الفص الجبهي و الفص الصدغي، فتضم هذه الفصوص أو يتوقف نموها نتيجة لضعف تغذيتها فينقص الدماغ من نحو 1300 ملغ الى أقل من 100 ملغ" (العيسوي د.، اضطرابات الشيخوخة و علاجها، 1989، ص 68).

1-الأعراض :

- النسيان و عدم القدرة على التذكر.
- الميل إلى التفكير المجرد والعجز عن الكلام، حيث يبدو المريض غبيا.
- عدم اهتمام المريض بالهندام و فقره إلى الوعي أو فهمه لحالته.

1-6-3 أمراض عقلية:

يعتبر المرض العقلي أسوأ من أي مرض عضوي آخر، فالفرد الذي يفقد عقله ينسى أسماء أقرب الناس إليه، فلا يستطيع التعرف عليهم، و عليه سنذكر الأمراض العقلية التي تصيب كبار السن و التي تجعلهم يضطربون و يفقدون الاحتكاك بالبيئة.

يوجد اضطرابان أو مرضان عقليان رئيسيان لدى كبار السن هما :

1- مرض المخ الشيخوخي (عته الشيخوخة) و يتضمن تدهور المخ.

2- تصلب شرايين المخ، و يرتبط بانسداد في الشرايين المخية .

أ. عته الشيخوخة: المقصود بعته الشيخوخة و الذي له عدة تسميات منها الخرف أو الخبل.

1 - " نوع من الاضطراب المزمن الذي يصيب كبار السن مع وجود عجز في أعضاء أو أجزاء للدماغ " (العيسوي د.، نفس المرجع ، ص 11)

2 - " فقدان القدرات الذهنية من الذاكرة ومن الحكم على الأمور ومن التفكير المجرد بالإضافة إلى اضطراب الوظائف العليا لقشرة المخ " (الميلادي د.، الأبعاد النفسية للمسن، ص 62-63)

الأسباب :

- إصابة الجهاز العصبي بالتهابات أو عدوى مثل الإصابة بمرض الزهري أو الالتهاب السحائي.
- إصابة الدماغ نفسه في مثل حدوث تجمع دموي تحت الأم الجافية (إحدى الأغشية تحت عظام الجمجمة

- اضطرابات في بعض العمليات الحيوية بالجسم مثل نقص إفراز الغدة الدرقية و نقص حامض الغوليك .

- " تصلب و كثافة الأوعية الدموية الدماغية أو تصلب شرايين الدماغ " (العيسوي د.، اضطرابات الشيخوخة و علاجها، ص 65)

أعراضه :

- " خلل الذاكرة المتضمنة نوعاً من الذاكرة : ذاكرة الأحداث البعيدة و القريبة، و يبلغ الشبان مرحلة شديدة لدرجة نسيان المسن أسماء أهله " (الميلادي د.، المرجع نفسه ، ص 62).
- إهماله لملابسه و عدم اهتمامه بنظافة هيئته.

- تأخر لغة كلام المريض من خلال استعماله مفردات حديثة و غامضة و غير مفهومة و في حالات عته الشديد قد يصاب المريض بالسكتة الكلامية (أبكم) .
- " عدم الراحة و الأرق و القابلية للتوتر و قلة الانتباه و الشك و الغيرة، ففي بعض الحالات قد يتحول المريض بعيدا عن المنزل، فلا يتمكن من إيجاد طريق العودة و تتكرر حالات القلق و الإثارة " (العيسوي د.، المرجع نفسه، ص 20)
- إصابة المريض باضطراب في المشاعر فتجده يبكي و يضحك لأتفه الأسباب.
- ظهور مظاهر الهيجان و العدوانية، فقد تكون لفظية كالصراخ و السب و الشتيم، و جسدية كالتدمير و تكسير الأشياء، الشرود و التيهان و كثرة التنقل من مكان إلى آخر .
- فقدان التحطم الذاتي (الاستقلال الذاتي) **Autonomie** كعدم قدرة المريض الاهتمام بنفسه سواء من ناحية اللباس أو النظافة (عدم ذهابه بمفرده إلى المرحاض).
- تجدر بالذاكرة أن هناك عته ما قبل الشيخوخة، و التي تكون فيه الأعراض متشابهة مع أعراض عته الشيخوخة، " إلا أن الفرق يمكن في أي الأعراض كالتدهور في القوى المعرفية للمريض و ضعف الذاكرة و التركيز إذا حدثت قبل الخامسة و الستين تسمى عته ما قبل الشيخوخة، أما إذا ظهرت بعد سن الخامسة و الستين تسمى عته الشيخوخة " (الميلادي د.، الأمراض و الاضطرابات النفسية ، 2004، ص 130)
- ب) تصلب شرايين المخ " الذهان المصاحب لتصلب شرايين القشرة الدماغية " :

تكون الأذنه المصاحبة لتصلب الشرايين الدماغية متشابهة جدا لأذنه الشيخوخة في كل من الأعراض التشريحية و السلوكية، و يتضمن المرض العصبي في حالة تصلب الشرايين في الشرايين الكبرى للأجزاء الكبيرة من المخ التي تكثر بها المادة الشحمية التي تظهر داخل طبقات الأوعية الدموية فتنتقل تدريجيا إلى القناة الخاصة بالشريان فتعيق و تبطئ الدورة الدموية، " و قد يؤدي ذلك إلى عجز التغذية الخاصة بالقشرة الدماغية، و ينتج تصلب و تآكل جدران الشرايين نتيجة لنزيف المخ بسبب حصول ضغط كبير فيؤدي إلى تدمير الممرات الليفية في المادة البيضاء فتمنع الدورة الدموية و التغذية. وقد تكون بداية المرض تدريجية و قد تحدث فجأة، و لقد قرر روزشايلد أن بداية المرض تحدث فجأة و هذه الحالات فجائية تؤدي إلى إنسداد الشريان و تآكله " (العيسوي د.، اضطرابات الشيخوخة و علاجها ، ص 53-55).

الأسباب :

- عطب أو نزيف مخي نتيجة ضغط فيؤدي إلى تدمير الممرات الليفية فتمنع الدورة الدموية و التغذية .
- نقص التغذية .
- الحمى المرتفعة .
- الإدمان .

الأعراض :

- الصداع و الدوار و شكاوي جسمية غير محددة .
 - قلة النوم و ظهور نوبات التشنج و الاضطراب العقلي .
 - الشعور بالإكتئاب وعدم الاستقرار الإنفعالي، فالمريض قد يضحك أو يبكي بسهولة.
 - العجز عن اتخاذ أي قرار .
- إن كلا من عته الشيخوخة و الزهايمر المصاحب لتصلب شرايين القشرة الدماغية يصنفان كأمراض ذهانية عضوية، حيث تكون التغيرات الحادثة في المخ و في الشرايين السبب المباشر لسوء الاتجاه و الاعراض للذهانية أخرى، و نجد بالإشارة الى ان ضعف الصحة العقلية لدى كبار السن لا تقتصر على هذين العرضين فقط بل توجد استجابات ذهانية أخرى منها :

(ج) الزهايمر البسيط (التدهور البسيط) :

- من العدد الكلي للمرضى بذهان الشيخوخة فيه درجة بسيطة يشملون نحو 50% من الزيادة في التغيرات التي تعتبر طبيعية أو سوية لدى المسنين .
- أعراضه :

- فقدان المريض تدريجيا الاتصال و الاحتكاك بالبيئة.
- عدم تقبل التغيير و اضطراب الاتجاه و عدم الشعور بالراحة و الأرق .
- " النسيان خاصة الشكوى من نسيان الأسماء و الأزمان ثم نسيان الحوادث القريبة وتذكر الحوادث البعيدة إلى أن يصل إلى فقدان الذاكرة " (الحقي، ص 625-626)

(د) زهان باراناوي :

- في هذا النوع من زهان الشيخوخة هو التكوين التدريجي 30% للضلالات أو النداءات ذات الطبيعة الاضطهادية أو العضوية، و هو يشكل من مرض زهان الشيخوخة .
- أعراضه :

- عدم إصابة المريض في المراحل الأولى بالنسيان، حيث يكون حاضر البديهة.
- عدم الإصابة بالتشوش أو سوء التوجه أو فقدان الذاكرة.

- صرف النشاط الذهني بتخيل المريض أن أهله و المحيطين به و اعتقاده الراسخ أنهم يتآمرون عليه و يكيّدون له.

- كثرة النقد و الأمر و النهي .

هـ (ذهان الشيخوخة الإكتيبي و التهيجي :

عادة ما يكون المريض من قبل له اتجاهات إكتيبيّة فتتأكد هذه الصفات فيه مع الشيخوخة، و هو يشكل نحو 10% من مرضى ذهان الشيخوخة، حيث يعاني من هنداءات العوز أو الإحتياج و الكشف عن أفكار مرضية .

أعراضه :

- انطواء المريض و قلة حركته و احتكاكه بمن حوله.

- ارتسام على ملامح وجه المريض القلق و الخوف و الألم.

- الشكوى من أمراض متوهمة (مصاب بالسرطان الزهري).

ذهان البريزوبوريني **Présbyo Phrénic** : أغلب من يصابون به كانوا قبلا من اصحاب الهوس الخفيف و يشكل حوالي 8 % من مرضى ذهان الشيخوخة.

أعراضه :

- ميل المريض إلى الثرثرة (ترديد نفس الحكايات) و استفحال النسيان (ينسى الذكريات القريبة ثم البعيدة).

- " التحدث بشكل سريع و بأسلوب مفكك و مشوش " (العيسوي د.)، اضطرابات الشيخوخة و علاجها ، ص 52)

ي (حالات الهنداءات و الخلط :

" هي حالات من اضطراب الوعي تجعل المريض غير قادر على مواصلة الانتباه لكل ما يجري حوله بنفس الاهتمام أو التأثير، و يصاحبه نوع من اضطرابات الإدراك مما يجعل المريض يخطئ في فهم مدلولات ما يجري حوله و حول ذلك إلى هلاوس " (الميلادي د.)، ص 64).

" و مثل هذه الحالات الهندائية قد تكون متوقعة لدى كبار السن بسبب الإصابات الخفيفة أو الصدمات . ولحسن الحظ هذا النوع من ذهان الشيخوخة غير شائع نسبيا " (العيسوي د.)، اضطرابات الشيخوخة و علاجها ، ص 52)

أعراضه :

- اضطراب كامل بالنسبة للمكان و الزمان .

- شعور المريض بحالة متطرفة بعد الراحة و الصراع و المقاومة و التفكك .
 - عدم تناسق تفكير المريض حيث يبدو كلامه مفككا و سلوكه غير هادف أو منظم .
- 1-7-3. الأمراض النفسية :

من المصاعب التي تقف في طريق الرعاية الصحية للمسن الأمراض النفسية.

1-7-3-1 . الاكتئاب :

" هو من الأمراض النفسية المنتشرة في مرحلة الشيخوخة و التي تتراوح نسبة حدوثه من 25 إلى 50 بالمائة، و يبدأ ظهور حالة الإكتئاب ما بين 50 و 60 سنة و نادرا ما تحدث بعد سن الثمانين "

(فايد، 2004، ص 138).

الأعراض :

- عدم الاهتمام أو فقدان الرغبة في الاهتمام بالنفس من حيث نظافة الجسم و الملابس و المظهر العام.
- " العزلة و فقدان القدرة على تكوين علاقات أو فقدان الاتصال و الحوار مع الآخر " (coués, P 214)

- مزاج حزين و فتور الشعور (فايد د.، ص 138)

- مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات و لومها.
- رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين.

- فقدان الشهية العصبي و الرغبة الجنسية و تغير في مستوى النشاط، حيث يتجه عادة في اتجاه الكسل و أحيانا في شكل استشارة.

الوصف العيادي Description Chimique : يكون الشخيص سهلا و هناك العديد من الأشكال منها :

- الشكل الجسدي (الجسمي) : شكاوي جسمية ، توهم المرض
- شكل القلق (الحصر)

- الشكل الهندائي حول موضوعات الفقر، هذيان الاضطهاد.

- اضطراب السلوك مع الهيجان. (MRobine.J.M, p 308)

هذه الأشكال تندمج في الاطار ذهان الهوس الاكتئابي الذي يكون غالبا في بدايته قبل سن 65 سنة، إما اكتئاب إما حالة اكتئابية مصاحبة لإصابة عضوية دماغية .

1- التشخيص الفارقي **Diagnostic différentiel** :

توجد مجموعة من الأعراض المرضية النفسية و هي الأعراض المعرفية التي تؤدي إلى الخلط بين الاكتئاب و بين عته الشيخوخة، فالمريض المصاب بالاكتئاب يستطيع إنجاز ما يطلب منه و لكن الحافز أو الرغبة في ذلك غير موجودة في حين مريض العته يفقد القدرة فعلا على العمل و لو حاولوا معه، ضف إلى ذلك مضادات الاكتئاب تسمح بالتفريق بين العته و الاكتئاب (MRobine.J.M, La santé des personnes âgées , 1989, p 306)

- الهوس Manie : يظهر غالبا بشكل مختلط مشترك هوس الاكتئاب.

3- الوسواس القهري :

و هو عبارة عن فكرة ثابتة مسيطرة على تفكير المريض، كأن يشك المسن أنه ترك باب الغرفة مفتوحا فيتجه لإغلاقه بإحكام، " أي يقوم المريض بتكرار الأفعال التي لا يجب تكرارها و لكن المرض يجبره على تكرارها أكثر من مرة و بالتالي لا يكون مرتاحا إلى سلوكه و على العموم فهو قليل من حيث الحدوث " (الميلادي د.، الأبعاد النفسية للمسن ، ص 50 - 51)

4- البارانويا المتأخرة :

تعني كلمة بارانويا أن المريض يرى خيالات يحسبها حقيقة، و قد يصاحبها هلاوس أو لا يصاحبها و يتصور المريض أن الآخرين يضطهدونه لكن بالرغم من ذلك فإن ملامحه الشخصية لا يعترها أي تفكك أو تغيير، و البارانويا المتأخرة من أكثر أنواع البارانويا شيوعا في مرحلة الشيخوخة، فالتحدث بكثرة لكبار السن حيث يخطئون فهم المثيرات و الأحداث و يتخيلون أشياء لا وجود لها، كما يتوهم البعض اصابته بمرض أو الخوف من الموت أو الشك في نيات الآخرين، حيث يتهم أقرب الناس إليه بأنهم لا يحبونه و أنهم سيتمنون موتهن أو يدبر ذلك له

5- القلق :

كلما تقدم العمر يوحى عام فيما بين العشرين و السبعين فإن فرصة الإصابة بالقلق تزيد، حيث يحدث عند الرجال زيادة حادة في القلق بعد الستين و لكن يمكن أن يتناقص بعد عمر السبعين لدى كل من الرجال و النساء، و تستمر النساء في إظهار و إرجاع القلق خلال فترة سن اليأس و حتى عمر الخمسين أما الفترة ما بين الستين و السبعين فإن الإنسان يتعين عليه أن يتصالح أو يتراضى مع جوانب فشله، و يركز معظم القلق على :

أ) المرض :

" يتزايد قلق المسن نتيجة شعوره بالعجز و الضعف بسبب تدهور قدراته العقلية و العضوية كضعف الذاكرة و الإحساس بالتعب " (رويحة د.، ص 176)

(ب) الموت :

يذكر " ليستر ' 1967 أن الأشخاص الذين هم في صحة نفسية سيئة ينظرون إلى قلق الموت نظرة إيجابية (الخالق، جويلية 2005، ص 65)

أن كبار السن يخافون من الموت بدرجة أقل ماداموا بصحة جيدة في حين أن كبار السن مما لديهم أنشطة قليلة لشغل وقت فراغهم كانوا أكثر خوفا من الموت، إن الخوف من الموت كان أقل لدى الأشخاص الذين يقيمون في بيوت رعاية المسنين .

(ج) القلق من خطر السقوط :

يخش المسن بقلق من السقوط، كالسقوط على الأرض و السلام نتيجة لضعفه. أما باقي الأمراض النفسية كالمخاوف المرضية و الأعراض الهستيرية فهي قليلة عند كبار السن.

6- الإدمان الكحول و المخدرات :

نستطيع تمييز عند كبار السن نوعين من الإدمان الكحول :
- الشكل الذي ينتج من إدمان الكحول المزمن منذ الصغر.

- " الشكل الذي تكون بدايته بطيئة كرد فعل عن الضغط و العزلة " (MRobine.J.M, La santé des personnes agées, p 308)

خلاصة:

تكون مرحلة الشيخوخة عرضة للصحة و المرض، و تدهور صحة المسن ترجع إلى تغيرات صحية نشأت في المراحل السابقة، فالمسن الذي تقوس ظهره لا يسهل تديره على السير معتدل القامة كذلك فإنه من الصعب تدريبه على الإقلاع عما انحطت فيه من مشاكل نفسية و انحرافات سلوكية و حالات يأس و قنوط التي يعيشها نتيجة الألم و العجز والضعف و التي تحتاج تكفل نفسي و رعاية نفسية و هذه الأخيرة يقوم بها المختص النفسي من خلال التخفيف من معاناة المسن و تفهم وضعيته و سعيه جاهدا لتحقيق التوافق النفسي و الاجتماعي و هذا ما سنتناوله في الفصل الثاني .

الفصل الثاني النشاط البدني و الصحة

تمهيد:

لقد عرف الإنسان منذ القدم، القيمة الإيجابية لممارسة الأنشطة الرياضية كعلاج ووقاية من الأمراض، وأحسن وسيلة للحفاظ على الصحة واللياقة والقدرة على أداء الأعمال بكفاءة إذ تقول "حنان عبد الحميد الرناي": "أن النشاط البدني الرياضي يساعد على كشف وتشخيص حالة الفرد وعملية الكشف هذه تساهم في علاجه وتخلص الفرد من التوتر والقلق ويعمل على نمو الفرد من جميع النواحي". (الرناي، ط3، 2000، ص192)

2-1 - مفهوم النشاط الرياضي:

النشاط الرياضي يعتبر عامل ترويح، وهذا الهدف الذي يرمي إلى اكتساب الأفراد المهارات الحركية الرياضية مدى الحياة فضلا عن المعلومات والمعارف المتصلة بها، هذا الترويح له تأثيراته الإيجابية على المسن خاصة على مستوى الصحة النفسية والبهجة والسعادة والاستقرار الانفعالي، وينتج فرص الاسترخاء وإزالة التوتر المؤلم له وبالتالي تشغل وقت فراغه والعمل على تحسين أدائه وذلك بالتخلص من الملل والضجر بالإضافة إلى ذلك يعمل النشاط الرياضي على دمج المسن اجتماعيا وإتاحة فرصة ربط العلاقات الاجتماعية مع زملائه وبالتالي تحقيق التعاون والمشاركة والتكيف الاجتماعي كما أن النشاط الرياضي يضمن للمسّن القيام بواجباته على أحسن حال، ويضمن له كذلك تحقيق عدة أهداف تتعلق بالجانب البدني والصحي الذي من خلاله يستطيع القيام بواجباته على أحسن حال ويضمن له لياقة بدنية شاملة، وهذا الجانب النشاط الرياضي يعطي جسم المسن قوة وحيوية وتعمل على تنشيط الدورة الدموية، وجميع الأجهزة الحيوية لديه النشاط الرياضي في الجوانب العقلية والعرضية والخلقية والجمالية كلها، عوامل تجعلها جوانب بالغة الأهمية في حياته وضرورية له، والنشاط الرياضي له أهمية للمسّن وذلك من خلال شعار العقل السليم في الجسم السليم. (خولي، ط1،

1996، ص 28)

ويعرف "أمين أنور الخولي" النشاط الرياضي على أنه وسيلة تربوية تتضمن ممارسات موجهة يمر من خلالها إشباع حاجات الفرد، ودوافعه، وذلك من خلال تهيئة المرافق التعليمية التي تماثل المرافق التي يتلقاها الفرد في حياته اليومية.

ويعرفها "*CLARK. W. HETHR EVINCTON*": "أنه ذلك الجانب من التربية الذي يهتم في المقام الأول بتنظيم وقيادة الفرد من خلال أنشطة العضلات لاكتساب التنمية والتكوين في المستويات الاجتماعية والصحية، وإتاحة الظروف الملائمة للنمو الطبيعي ويرتبط ذلك بقيادة تلك الأنشطة من

أجل استمرار العمليات التربوية دون معوقات لها. (حمامي، ط1، 1990، ص 17-18)

2-2- أهداف النشاط الرياضي:**2-2-1 أهداف التنمية البدنية:**

يعتبر هدف التنمية البدنية من إسهام النشاط الرياضي بالارتقاء بالأداء الوظيفي للإنسان ولأنه يتصل بصحة الفرد ولياقته البدنية، فهو من أهم أهداف النشاط البدني الرياضي، إن لم يكن أهمها على الإطلاق، وتطلق عليه بعض المدارس البحثية هدف التنمية العضوية لأنه يعمل على تطوير وتحسين وظائف أعضاء الجسم من خلال الأنشطة البدنية الحركية، إنه من الأهداف المقصودة على النشاط البدني الرياضي، ولا يدعي علم أو نظام آخر أنه يستطيع أن يقدم ذلك الإسهام لبدن الإنسان بما في ذلك الطب وهذا يسري على سائر المواد التربوية والتعليمية الأخرى بالمدرسة أو خارجها كالأندية مثلا.

وتتضمن هذه التنمية البدنية والعضوية قيم بدنية وجسمية مهمة تصلح لأن تكون أغراضه ملائمة ومهمة على المستويين التربوي والاجتماعي وتشمل فيما يلي:

- 1- اللياقة البدنية.
- 2- القوام السليم الخالي من العيوب والانحرافات.
- 3- التركيب الجسمي المتناسق والجسم الجميل.
- 4- السيطرة على البدانة والتحكم في وزن الجسم. (الخالق، ط2، 1982، ص 14)

2-2-2 هدف التنمية النفسية

يعبر هدف التنمية النفسية عن مختلف القيم والحصل الانفعالية المقبولة التي يكتسبها برامج النشاط البدني الرياضي للممارسين له بحيث يمكن إجمال هذا التأثير في تكوين الشخصية المتزنة للإنسان والتي تتصف بالشمول والتكامل كما يؤثر النشاط البدني الرياضي على الحياة الانفعالية للفرد بتفاعله إلى مستويات السلوك.

لقد أوضحت الدراسات التي أجراها رائد علم النفس الرياضي (أوجليفي ونيكو) على خمسة عشر ألف من الرياضي لتأثيرات نفسية وهي كالآتي:

- اكتساب الحاجة إلى تحقيق أهداف عالية لأنفسهم ولغيرهم.
- الاتسام بمستوى رفيع من الكيفيات النفسية المرغوبة مثل (الثقة بالنفس، الاتزان الانفعالي، التحكم في النفس، انخفاض التوتر، انخفاض في التغيرات العدوانية. (الخالق، نفس المرجع، ص14-

(15)

2-2-3- هدف التنمية الحركية:

يشمل هدف التنمية الحركية على عدد من القيم والخبرات والمفاهيم التي تشهد حركة الإنسان وتعمل على تطويرها وارتقاء (الخالق، نفس المرجع، ص 14-15) بكيفياتها وصف هذه المفاهيم "المهارة الحركية" وهي عمل حركي يتميز بدرجة عالية من الدقة وبإنجاز هدف محقق. فالنشاط البدني الرياضي يسعى دوماً إلى الوصول إلى أرفع مستويات المهارة الحركية بمختلف أنواعها لدى الفرد بشكل يسمح له بالسيطرة الممكنة على حركاته. وحتى يتحقق هذا الهدف يجب أن يقدم النشاط البدني الرياضي من خلال برمجة الأنشطة الحركية وأنماطها ومهاراتها المتنوعة في سبيل اكتساب.

- الكفاية الإدراكية الحركية.

- الطاقة الحركية.

- المهارة الحركية.

فاكتساب المهارات الحركية لها منفعة كثيرة وفوائد ذات أبعاد نذكر منها على سبيل المثال:

- المهارة الحركية تنمي مفهوم الذات وتكسب الثقة بالنفس.

- المهارة الحركية تطور طاقة العمل وتساعد على اكتساب اللياقة البدنية.

- المهارة الحركية تمكن الفرد من الدفاع عن النفس وزيادة فرص الأمان.

2-2-4- هدف التنمية الاجتماعية:

تعد التنمية الاجتماعية عبر برامج النشاط البدني أحد الأهداف المهمة الرئيسية فالأنشطة الرياضية تتسم بثناء المناخ الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية التي من شأنها إكساب الممارسة الرياضية والنشاط البدني عدداً كبيراً من القيم والخبرات والخصال الاجتماعية المرغوبة والتي تنمي الجوانب الاجتماعية في شخصيته وتساعد في التطبيع والتنشئة الاجتماعية والتكيف مع مقتضيات المجتمع ونظمه ومعاييرها الاجتماعية والأخلاقية وقد استعرض (كولي *colbey*) الجوانب والأهداف الاجتماعية للنشاط الرياضي (الخالق، المرجع السابق، ص 16-17-18) فيما يلي:

- الروح الرياضية.

- تقبل الآخرين بعض الفروق.

- التعاون على القيادة والتبعية.
- التعاون.
- متقنين للطاقات.
- اكتساب المواطنة الصالحة.
- التنمية الاجتماعية.
- الانضباط الذاتي.

2-2-5 هدف الترويج وأنشطة الفراغ:

تمثل الممارسة الرياضية مكانة بارزة بين الوسائل الترويجية البريئة الهادفة التي تساهم في تحقيق الحياة المتوازنة وهو الهدف الذي يرمي إلى اكتساب الفرد المهارات الحركية الرياضية زيادة عن المعومات والمعارف المتصلة بها وكذلك إثارة الاهتمامات بالأنشطة الرياضية وبشكل اتجاهات إيجابية. بحيث تصبح ممارسة الأنشطة الرياضية نشاطا ترويجيا بشمرة الفرد في وقت فراغه مما يعود عليه بالصحة الجيدة والارتياح النفسي والانسجام الاجتماعي وتمثل في التأثيرات الايجابية للترويج من خلال ممارسة النشاط البدني الرياضي فيمايلي:

- الصحة واللياقة البدنية
- البهجة والسعادة والاستقرار الانفعالي
- تحقيق الذات ونمو الشخصية
- التوجه للحياة وواجباتها بشكل أفضل
- نمو العلاقات الاجتماعية وتوطيد العلاقات والصدقات. (الخالق، نفس امرجع، ص18-19)

2-3- واجبات وخصائص النشاط البدني الرياضي:

2-3-1 واجبات النشاط الرياضي:

من أهم الواجبات التي يتميز بها النشاط الرياضي نجد ملخص ما يلي:

- تنمية الكفاءة الرياضية.
- تنمية المهارات الرياضية.
- تنمية الكفاءة الذهنية والعقلية.

- النمو الاجتماعي.
- التمتع بالنشاط البدني الترويحي واستثمار أوقات الفراغ.
- ممارسة الأنشطة المختلفة.
- تنمية صفات القيادة الصالحة.
- التبعية السليمة بين أفراد المجتمع.
- تحسين الحالة الصحية لمواطنين.
- النمو الكامل لناحية البدنية وكأساس لزيادة الإنتاج.
- النمو الكامل لناحية البدنية وكأساس للدفاع عن الوطن.
- تقدم بالمستويات العالية.

2-3-2- خصائص النشاط البدني الرياضي:

يتميز النشاط البدني الرياضي بعدة خصائص متنوعة منها:

- النشاط البدني الرياضي عبارة عن نشاط اجتماعي، وتعبير عن تلاقي كل متطلبات الفرد بمتطلبات المجتمع
 - خلال النشاط البدني الرياضي يلعب البدن وحركاته الدور الرئيسي.
 - من المتطلبات والأعباء البدنية، ويؤثر المجهود الكبير على سير العمليات النفسية للفرد لأنها تتطلب درجة كبيرة من الانتباه والتركيز.
 - لا يوجد أي نوع من أنواع نشاط الإنسان من أثر واضح للفوز والهزيمة أو النجاح والفشل، وما يرتبط كل منهم في نواحي سلوكية معينة، بصورة واضحة مباشرة مثلما يظهره النشاط الرياضي.
- (الخالق، نفس المرجع، ص12)
- وبذلك، فإن النشاط الرياضي يحتوي على مزايا عديدة ومفيدة تساعد الفرد على التكيف مع محيطه ومجتمعه، حيث يستطيع إخراج الكبت الداخلي من حالات عالقة في ذهنه. (الخالق، نفس المرجع، ص12)

2-4-4- تأثيرات ممارسة النشاط البدني:

2-4-4-1- ممارسة النشاط الرياضي وأثره على الحالة المزاجية:

يعني المزاج حالة الفرد، انفعالية أو قابلة للانفعال وأسلوب فيه، ولذلك فهو دائم ومستمر عكس الحالة المزاجية التي تستمر عادة إلا لفترة قصيرة، وفي هذا الصدد أجريت عدة بحوث لتتعرف على أثر ممارسة النشاط الرياضي على الحالة المزاجية، واستخدمت غالبيتها مقياس الحالة المزاجية (PROFIL OF MOODSTATE) ويتكون هذا المقياس من 56 تقيس 06 أبعاد. التوتر والقلق والاكتئاب والحزن، الغضب والعدوان، الحيوية والنشاط، التعب والكسل، الاضطراب والارتكاب، وأهم المشاكل التي قد يعاني منها الفرد الغير الممارس للنشاط البدني الرياضي. وأظهرت أهم النتائج أن ممارسة الأنشطة الهوائية مثل الجري، المشي، والسباحة تؤثر على زيادة الحيوية والنشاط لدى الأفراد، مقابل انخفاض الأبعاد الأخرى السلبية وبالرغم من أن أغلبية البحوث والدراسات التي تم عرضها تعد وجهة نظر من حيث أنها تؤدي إلى تغيرات ايجابية في الحالات المزاجية، فإن هذه العلاقة لا ترقى إلى السبب والنتيجة، وإنما ما تزال لأنواع من الفروض تتطلب المزيد من البحوث والدراسات. (راتب، 1977ص23)

2-4-2- ممارسة النشاط البدني الرياضي على خفض القلق والاكتئاب:

يعد القلق النفسي أكثر الأمراض النفسية شيوعاً في هذا العصر الذي يمكن أن نطابق عليه ببساطة (عصر القلق).

ولقد اهتم الباحثون في السنوات الأخيرة بمعرفة التمرينات التي تساعد على علاج القلق والاكتئاب، وأظهرت الأبحاث العلمية أن معدل انتشار الاكتئاب بين الناس حوالي 60%، وهو أكثر انتشاراً بين النساء والرجال بنسبة 12%، وغالبا ما يبدأ عمر الشاب.

وتشير نتائج البحوث التي قام بها " دشمان" 1986 على عينة قوامها 1950 طبيبا أمريكيا أن 85% منهم يصفون استخدام التمرينات الرياضية كعلاج الاكتئاب ويذهب " دشمان" إلى توقع زيادة ممارسة النشاط الرياضي كنوع من الوقاية من العلاج في مجال الصحة النفسية للاعتبارات التالية:

- تزايد الوعي بأهمية أسلوب الحياة في تطوير حياة الفرد إلى الأفضل.
- تطور مجالات جديدة تستخدم التمرينات الرياضية كنوع من العلاج مثل: مجالات الصحة النفسية والطب السلوكي.

محددات استخدام العلاج التقليدي لبعض الأمراض النفسية والحاجة إلى استخدام أساليب علاج حديثة مثل التمارين الرياضية.

2-4-3- ممارسات النشاطات الرياضية وأثرها على الحياة الاجتماعية:

يعتبر الانفعال بوجه عام مظهر لفقدان الاستقرار والتوازن بين الفرد ومحيطه الاجتماعي، كما أنه في الوقت ذاته وسيلة لإعادة التوازن.

وتجدر الإشارة إلى أن الأداء الإكلينيكية المدنية تدعم فائدة التمرينات الرياضية بصفة عامة على الانفعالات لكل من الجنسين وفي مختلف مراحل العمر، حيث أن النشاط الرياضي يؤدي إلى زيادة مصادر الانفعالات الايجابية مثل: الاستمتاع، السعادة، الرضا، الحماس والتحدي.

لقد حاول "كارتر" 1987 التعرف على العلامة بين انتظام الأفراد في ممارسة النشاط الرياضي هي أكثر استمتاع بالسعادة وأمكن تفسير ذلك في ضوء التغيرات التي حسنت نتيجة ممارسة الرياضة ومنها: (راتب، نفس المرجع، ص 24-27)

- زيادة كفاية الذات والحصول على فرص أكثر للاتصال الاجتماعية.
ولقد لخص كل من " فولكنيز" سنة 1981 فوائد ممارسة الرياضة على الصحة النفسية من النواحي التالية:

- تحسين اللياقة البدنية والتي تظهر في إدراك التحكم والتمكن والذي يؤدي بدوه إلى السعادة.
- التمرينات الهوائية بمثابة تدريب التغذية الرجعية الحيوية. (راتب، نفس المرجع، ص 24-27)

2-4-4- تأثير النشاط الرياضي على السمات الشخصية:

يبين تأثير النشاط الرياضي على شخصية الفرد ومدى أهمية هذه الأخيرة في ترقية السلوك الإنساني، ومن ذلك أن بعض علماء النفس الرياضي يرون أن ممارسة الرياضة تؤدي إلى خفض السلوك العدواني باعتبارها وسيلة لتنفس الطاقة، وإنها تساعد على التخلص من بعض الأمراض النفسية مثل: الاكتئاب، وأن تطوير اللياقة البدنية له تأثير أو يؤثر على تحسين مفهوم وتقدير الذات لدى الفرد.

وقد أظهرت نتائج العديد من البحوث التي أجريت في البيئة الأجنبية مثل "كوبر (KOOPER 1987)". " وكان (1967 KANE)", و (1977 SETCURR) و "مرجان (1980 MORGANE)" أن الممارسين وغير الممارسين توجد بينهم فروق تتمثل في:

- الثقة في النفس، المنافسة، انخفاض المنافسة، الاستقرار الانفعالي، المسؤولية.
- إتاحة فرص الاسترخاء وإزالة التوتر والتنفس المقبول. (رواتب، ط1-1997-ص43)

2-5 أهمية النشاط بالنسبة للمسنين من الناحية الصحية:

يمكن استغلال النشاط الرياضي في توجيه المعلومات والمعارف الصحية من كونها مجرد معلومات إلى سلوك صحي بالإضافة إلى أنها تسعى إلى تنمية النواحي النفسية والبدنية والاجتماعية والعقلية وذلك على هذا النحو.

يحقق النشاط الرياضي من خلال ممارسته السرور والسعادة بصفة عامة والرضا وإشباع الرغبات والميول بصفة عامة وخاصة، ويتضح ذلك عندما يتعلم الفرد مهارة جديدة نافعة، ويشعر الفرد بالرضا والسعادة عند تسجيل هدف معين في مباراة، وكل ذلك يجعل الفرد يشعر بالسعادة والسرور، وقد يعوضه ذلك عن بعض مظاهر الفشل التي تقابله في حياته وهذا بدوره يساعد على الاتزان النفسي والاستقرار الوجداني مما يرفع ويحسن مستوى صحته النفسية.

يسهم النشاط الرياضي من خلال ممارسته تحسين وظائف أجهزة الجسم مثل الجهاز الدوري، الجهاز النفسي، والجهاز العصبي، والجهاز العضلي وباقي أجهزة الجسم، فتؤدي عملها بصورة أفضل ويؤدي ذلك إلى تحسين الصحة البدنية.

وتساعد مواقف اللعب المختلفة الفرد على تنمية قدراته العقلية مثل التصرف السليم والتفكير المنظم تجاه أسلوب وطريقة المنافس، كل هذا وغيره يساعد على تنمية النواحي العقلية للفرد. (سلامة، ط1-ص36-37)

يسعى النشاط البدني الرياضي من خلال ممارسته إلى إكساب الفرد أنماط سلوكية حميدة وخبرات متعددة في نواحي النظام والطاعة وكذلك اكتساب الصفات الخلقية الفاضلة كما تنمي العلاقات الاجتماعية الطيبة بين الأفراد مما يجعلهم قادرين على تقبل المواقف الصعبة في اللعب وخارج اللعبة

بصدر رحب، ويكونون قادرين على ضبط أنفسهم وكبح جماحهم والتحلي بأنبل الصفات الخلقية في أصعب المواقف وكل ذلك يساعد على تنمية النواحي الاجتماعية. ومن ذلك يتضح لنا أن الأنشطة البدنية الرياضية تسعى من خلال برامجها المختلفة إلى تربية الفرد وإعداده عن طريق ما توفره له من فرص النشاط البدني، وهي بذلك تسعى إلى تكوين الفرد تكويناً متزنًا .

من النواحي البدنية والعقلية والاجتماعية أي تسعى إلى ما فيه مصلحة الفرد والمجتمع. (سلامة، نفس المرجع، ص 37)

2-6 فوائدها ممارسة النشاط الرياضي على اللياقة الصحية لدى المسنين:

2-6-1 تحسين لياقة الجهاز الدوري التنفسي والصحة:

الفوائد المرتبط بها هي:

- تقوية عضلات القلب.
- انخفاض معدل ضربات القلب.
- نقص التحكم السمبثاوي للقلب.
- زيادة الأوكسجين للمخ.
- نقص كثافة البروتين الدهني المسبب لمرض القلب.
- تأجيل حدوث تصلب الشرايين.
- تحسن دور القلب.

مقاومة الضغط الانفعالي.

تقليل مخاطر إصابة القلب المفاجئة (السكتة القلبية).

نقص مخاطر ارتفاع الضغط.

زيادة كمية الأوكسجين المحمل بالدم.

2-6-2 تحسين العظام: من خلال:

نقص احتمال الإصابة.

2-6-3 البول السكري:

نقص البول السكري للبالغين.

تحسين نوعية الحياة لنمط البول السكري. (راتب أ.، ط 1-2004-ص 103-104)

2-6-4 تحسين القوة والتحمل العضلي:

الفوائد المرتبطة به هي:

تحسين كفاءة الجسم، وانخفاض احتمال الإصابة للعضلات.

نقص مخاطر آلام أسفل الظهر.

تحسين الأداء.

استعادة الشفاء بسرعة بعد العمل الشاق.

تحسين مقدرة الجسم على مواجهة الطوارئ.

2-6-5 تحسين المرونة:

المزيد من كفاءة العمل.

نقص إصابة العضلات واحتمال إصابة المفاصل.

2-6-6 نقص التوتر العقلي:

التخلص من الاكتئاب ونقص أعراض الضغط.

تحسين عادات النوم، والقدرة على الاستمتاع بالفراغ.

2-6-7 فرص خبرات النجاح:

تحسين مفهوم الذات، ومعرفة القدرات الشخصية.

تحسين الإحساس بالسعادة والاستمتاع بالحياة.

2-6-8 تحسين المظهر:

تحسين البناء الجسماني وتحسين القوام.

التحكم في نسبة الدهون.

2-6-9 التفاعل الاجتماعي:

تحسين نوعية الحياة وتقوية الروابط الاجتماعية.

2-6-10 السرطان:

نقص مخاطر إصابة القولون.

نقص مخاطر إصابة الجهاز التناسلي والصدر. (راتب أ.، نفس المرجع، ص 104)

2-6-11- مقاومة التعب

المقدرة على الاستمتاع بالفراغ.

تحسين نوعية الحياة.

تحسين المقدرة على مواجهة مشيرات الضغوط.

2-6-12- نقص التأثيرات السلبية الناتجة عن التقدم في السن:

تحسين مقدرة وكفاءة الجسم في الحياة اليومية.

تحسين الذاكرة القصيرة المدى.

مقاومة الأمراض.

المزيد من المرونة.

المزيد من الاعتماد على النفس. (راتب أ.، نفس المرجع، ص104)

2-7- الرياضة لكبار السن:

لكل منا عمران عمر زمني يعبر عن عدد السنوات و عمر فيسيولوجي. يعبر عن الحالة العامة و حالة الاجهزة الحيوية. و العمر الفيسيولوجي هو الاهم بالطبع. فكثيرا مانرى شبابا في حالة الشيخوخة لأن اجهزتهم متاخرة فيسيولوجيا بينما نرى شيوخا في حالة الشباب لأن اجهزتهم تعمل بكفاءة عالية ,اذن العبرة ليست بعدد سنوات العمر بقدر ما هي بحالة الاجهزة ووظائفها. و هدف الرياضة لكبار (فوق60سنة)هو المحافظة على حالة الاجهزة الداخلية و حيويتها و عدم تلفها و استمرار نشاطها لسنوات أطول ,فلقد ثبت علميا أن التغيرات الفيسيولوجية التي تحدث بالتدريب الرياضي لكبار السن تشبه تماما تلك التغيرات للصغار و البالغين من حيث تحسن اجهزة الجسم.

وهدف الابحاث التي تتم للتعرف على تأثير الرياضة لكبار السن هو زيادة عدد السنوات المنتجة للانسان. ان الاستفادة من البروتينات التي ناكلها لن يتم بصورة جيدة الا من خلال الحركة و النشاط ,وهذه احدى اهم نتائج الابحاث عن تأثير الرياضة على كبار السن. فالانسان كائن حي ميزه الله بالعقل و مع التقدم في العمر يحدث ما يعرف بتصلب الشرايين و خاصة شرايين المخ حيث تتصلب الشرايين الخاصة بالذاكرة قصيرة المدى فينسى كل المعلومات الجديدة و هو مايفقده أهم مميزاته كانسان , ومن هنا تعد الرياضة كعامل هام جدا لكبار السن للوقاية من تصلب الشرايين لخطورتها على كل اجزاء الجسم و أهمها القلب و المخ.

فالعامل مهمهما تقدم لايجول دون اكتساب اللياقة البدنية ,ولقد اثبتت الابحاث ان الرجال و النساء في الثمانين او التسعين من العمر مازالوا قادرين على تحسين لياقتهم البدنية و حالتهم الصحية العامة من خلال ممارسة النشاط الرياضي المناسب ,وكلما كان الشخص مستمرا في ممارسة نشاط رياضي منذ صغره كلما كانت حالته أفضل.

من المهم أن تضيف حياة أخرى الى سني عمرك عن طريق ممارسة الرياضة,فالرياضة حياة في حد ذاتها من خلال ممارسة بعض هذه الرياضات. (الرياضة صحة و لياقة بدنية,1995,ص67)

2-7-1 المشي:

المشي هو الحركة الطبيعية للانسان التي لو أداها بانتظام لكانت افضل رياضة لاكتساب الصحة ,و مع انها أقل شدة من الجري ,فان المشي المنتظم لمدة ساعة يحرق حوالي 300سعر حراري . لكثير من الناس يكون المشي أفضل من الجري ,لان الانسان مصمم لاداء حركة المشي ,و لان المشي أقل في شدته خاصة بالنسبة لعضلات القدم و الساق, كما ان لاعبي المشي أقل عرضة للاصابة من لاعبي الجري ,لذا فهو رياضة لكل الاعمار و الاوزان للرجال و النساء.

و كثير من الافراد الذين يرغبون البدء في برنامج رياضي عليهم أن يبدأوا بالمشي ,وللبعض الاخر فان المشي قد يكون هو النوع الوحيد من الرياضة و النشاط,و هو أمر وارد أساسا بالنسبة لكبار السن الذين ابتعدوا عن ممارسة اي نشاط بدني لعدة سنوات ,و بغض النظر عن العمر فان الافراد مفرطي السمنة يناسبهم المشي كأفضل رياضة. (الرياضة صحة و لياقة بدنية,1995,ص196)

2-7-2 الجري:

اذا كان المشي هو الحركة الطبيعية التي خلق التركيب الانساني لادائها فان الجري هو الامتداد الطبيعي للمشي ,و عليه فان الرياضة الطبيعية التي لا تحتاج في أدائها لمهارة عالية فكل انسان يمكنه أن يجري بالسليقة

ان الجري كرياضة اذا تم اداؤه باتقان و عناية ووفق برنامج مقنن فانه يؤدي الى نتائج طيبة. و مهما كان مستوى لياقتك البدنية منخفضا و حالتك متاخرة فان البداية البسيطة من خلال برنامج المشي يتقدم تدريجيا الى (المشي -جري)يقودك الى برنامج للهولة ثم الجري الجاد ,وهذا هو التدرج و التقدم الطبيعي نحو اللياقة البدنية ,هذا التقدم يحدث لكثير من الافراد الذين لم يكن في حساباتهم مطلقا أنهم سيصلون الى مجرد المشي لمسافة 5 كيلومترات.

لقد أثبتت التجارب أن كثيرا من الافراد ممن تحطوا الستين من العمر و حالتهم متاخرة جدا قد ترددوا كثيرا قبل ان يقدموا على المشاركة في مثل هذا البرامج ,و لكن بعد الكشف الطبي و البدء

بالمشي تحسنت حالتهم حتى أصبح في استطاعتهم المشي -جري لمسافة 3-5 كيلومتر كل مدة التدريب , و هذا مجرد مثل على مدى ما يحدثه البرنامج التدريبي من تقدم و تحسن في حالة و صحة الممارسين لهذا البرنامج. (الرياضة صحة و لياقة بدنية, 1995, ص210)

2-7-3 أجهزة اللياقة البدنية:

هي تلك الاجهزة التي توفر للممارس أداة للتدريب يمكن استخدامها و الجهاز موضوع بمكان مناسب مثل صالة التدريب أو صالة اللياقة البدنية أو بالمنزل أو المكتب, بحيث أصبح وجود مثل هذه الاجهزة شيء مألوف في العديد من الاماكن سواء بالاندية أو المؤسسات و الشركات و الجامعات و المدارس , و الواقع ان وجودها في أي مكان أصبح عنوانا على الوعي و الرقي و الفكر و التحضر , لانها تعني الاهتمام بالمحافظة على الصحة و اللياقتين البدنية و الذهنية . و لقد تطورت صناعة أجهزة اللياقة البدنية تطورا مذهلا من حيث التنوع , حيث دخلت التكنولوجيا الحديثة بشكل جزئي أو كلي بل ان بعضها أدخل أجهزة الكمبيوتر كجزء أساسي من الجهاز أو أدخل امكانية توصيل الجهاز بجهاز كمبيوتر عند الحاجة الى ذلك , و ذلك في اطار من الشكل الهندسي الجميل و التصميم المريح . (الرياضة صحة و لياقة بدنية, 1995, ص260)

خلاصة:

برزت أهمية الممارسة الرياضية كوسيلة من بين الوسائل التي تخص تنمية الكفاءة البدنية والحركية، وما يتصل بها من قيم صحية التي تساهم في تكوين الفرد الصالح، وتكسبه لياقة بدنية تؤهله للقيام بواجباته ومواجهة متطلبات الحياة والعمل بما تحقق له السعادة والصحة. ولا يدعي أي علم أو نظام آخر أنه يستطيع أن يقدم ذلك الإسهام للإنسان بما في ذلك الطب، فالنشاط الرياضي يسعى دوما للوصول إلى رفع مستويات المهارة الحركية بمختلف أنواعها لدى الفرد بشكل يسمح له بالسيطرة الممكنة على حر كاته ومهارته، ومن ثم على أدائه.

الفصل الثالث

الاضطرابات النفسية [القلق و الاكتئاب]

تمهيد:

إن الحياة العصرية زاخرة بالغموض مفعمة، تضغط على القلب حتى يكمل وتضغط على العقل حتى يمل بطرق متعددة ومتنوعة في إدراك علاقات الطبيعة الصراعية التي يعيشها المسن في علاقاته الاجتماعية والبيئية، حيث نجد أن هذه الصراعات تتولد منها اضطرابات نفسية، تقف حاجزاً في وجه المسن مما يجعلنا نبحث عن إيجاد طرق لعلاج وتخفيف هذه الاضطرابات وخاصة منها القلق والاكتئاب وقبل علاجها وجب علينا معرفتها أولاً ثم تصنيفها ثانياً، وإعطاء أسباب حدوثها ، وذلك حتى تسهل علينا عملية علاجها فتطرقنا إلى العلاج النفسي والعلاج الكيميائي بصفة عامة والدور الذي النشاط البدني في التقليل من هذه الاضطرابات النفسية بصفة خاصة وذلك من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية التي تساعده على الاسترخاء العضلي والراحة الجسدية والاستقرار النفسي والتخلص من الطاقة الزائدة في الجسم التي لها اثر في ظهور هذه الاضطرابات وهذا حتى يتسنى للمسن التمتع بالصحة النفسية والتوافق النفسي ويتخلص من الضغوطات والتوترات والاضطرابات النفسية، ويستطيع عبور أزماته والتخلص من الآثار البيئية لهذه الأزمات.

3-1-1- الاضطرابات النفسية:

نستطيع أن نعرف الكثير عن الخصائص العامة للاضطرابات النفسية والتي من أهمها وجود حالة من الإثارة والتغيير وعدم الاستقرار وينتج الاضطراب النفسي عن تأثير عوامل خارجية وداخلية، فمن الأمثلة الأولى نذكر شخص أنه ترك باب منزله مفتوحاً بعد مغادرته إياه، وشعوره بألم مفاجئ في معدته، ومن أمثلة ثانية أن يقع بصبر شخص على منظر مفرع في حادثة من الحوادث أو يتعرض لاعتداء آخر فهذه العوامل على اختلافها تعتبر منبهات تثير الاضطراب لدى الكائن الحي، ومن العسير علينا أن نحدد معنى الاضطراب النفسي عن طريق تعريفه في كلمات وأقصى ما نستطيع أن نقول هو من السهل علينا أن نفهمه بخصائصه والآثار المترتبة عليه (فهيمى، ط2-1967-ص12).

3-1-1-1- تعريف الاضطراب النفسي: (محمد، 2002-ص20)

إن الاضطراب النفسي حالة تغير مفاجئ تشغل الفرد كله دون أن تخص جزء معين من جسمه إنه بطبيعته ظاهرة نفسية لا تكفي ما يطرأ على الجسم من تغيرات عضوية داخله لإحداثها فقد يوجد تغير داخلي في الجسم نتيجة الحقن بمادة الأدرينالين أو غيرها رغم ذلك لا يحدث اضطراب، إن لكل اضطراب مظهراً خارجياً تعبيرياً أنه في بعض الأحيان يكون الاضطراب مظهر داخلي عضوي يعمل على تنشيط الكيان العضوي للكائن الحي.

3-1-2- النظريات النفسية التي تفسر الاضطرابات النفسية عند المسن:**3-1-2-1- نظرية التحليل النفسي:**

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الشعور بالاضطرابات النفسية أو العزلة يمثل حالة من الكبت بالخبرات المحيطة في اللاشعور، والتي اكتسبت خلال مرحلة الطفولة المبكرة على أثر الفشل في الحصول على الدفء والعلاقات الحميمة مع الآخرين وإحباط حاجة المسن إلى الانتماء وهو ما يؤدي كما ير "هوجات" 1982 إلى أنه يرسب في نفسه خيبة الوحدة النفسية التي تعود إلى الظهور في مرحلة الشيخوخة. (محمد، 2002-ص20)

3-2-1-3- النظرية الاجتماعية:

يرى أصحاب النظريات النفسية الاجتماعية على أن الاضطرابات تنتج من علاقات المسن الاجتماعية منذ طفولته مع الآخرين فيرى "أدلر" أن شعور الفرد بالاضطرابات النفسية يرجع إلى إساءة الوالدين له في

طفولته وحرمانه من الحب والعطف والتشجيع مما يؤدي إلى شعوره بالنقص نظراً لافتقاره إلى عامل الشعور الاجتماعي السليم، وغيرها من النظريات تعلق أن الإهمال الذي يلقاه المسن في طفولته المبكرة من والديه وقسوتهما عليه لا يساعده في إقامته بينهم ويؤدي إلى غياب التفاعل وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة وهو ما يعود فيما بعد إلى المشكلات والاضطرابات النفسية (محمد، دراسات الصحة النفسية (الهوية والاضطراب، الاضطرابات النفسية)، ص 194).

3-2-1-3- النظرية السلوكية:

يرى السلوكيون أن حدوث صراع بين العمليات المؤدية إلى النشاط والعمليات المؤدية إلى الكف نتيجة عدم قدرة المسن على ترك استجابات اشتراطيه القديمة التي تعلمها منذ طفولته على أثر الخبرات غير المناسبة التي مر بها في بيئته مما يؤدي إلى تكوين عادات غير مناسبة لديه لا تساعده أن يجي أكثر ملائمة في علاقاته مع الآخرين، كما يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب والقلق من أكثر المتغيرات النفسية ارتباطاً بالعزلة الاجتماعية، كذلك فإن انخفاض الثقة بالنفس تعد متغيراً آخر يرتبط بها حيث تتمثل المشكلة الأساسية للمسن الذي يشعر باضطرابات نفسية ووحدة وعزلة. (محمد، دراسات الصحة النفسية (الهوية والاضطراب، الاضطرابات النفسية)، ص 194)

3-1-3- بعض الاضطرابات النفسية:

نستطيع أن نقول بأن الإنسان يعاني من الاضطرابات النفسية لذلك ارتأينا في هذا الفصل إلى تعريفها وإبراز مختلف النظريات النفسية التي تفسرها عند المسن ، ولعل أبرز الضغوط والانفعالات التي يعاني منها الإنسان والمسن بالأخص هو القلق والاكتئاب فهما ظاهرة نفسية تلازمه في حياته ولها آثار جد خطيرة على النفس والعقل والبدن، ويتولد عنها كثير من المشكلات المتداخلة في بعضها البعض على المسن لذا حاولنا في هذا الفصل أن نتحدث عن القلق والاكتئاب ومفهومه كما يبينه العلماء ذاكين التعاريف العديدة له وأنواعه وأعراضه وأسبابه وطرق علاجه.

2-3- القلق:

1-2-3- تعريف القلق:

كثير ما يختلف العلماء في استخدام لفظ القلق فأعطيت عدة تعاري فلمفهوم القلق ومن التعاريف التي أعطيت له تعريف "فرويد" فيقول أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الفرد ويسبب له كثيراً من الانقباض والضييق والألم (فرويد، 1980، صفحة 3).

نستنتج من هذا التعريف أن القلق حالة نفسية متمثلة في الخوف، فالشخص القلق يتوقع الشر دائماً ويبدو متشائماً ويقول أحمد "عزة راجح": "القلق حالة من التوتر الانفعالي يشير إلى وجود خطر داخلي أو خارجي شعوري أو لا شعوري يهدد الذات (الشخصية) وجوهره الانتظار والتوقع والعجز عن الهرب، والقلق انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر" (راجح، 1972، صفحة 134).
إن هذا التعريف يخص القلق العادي الذي يحدث كرد فعل لخطر يهدد الشخص وينتج عن ذلك اضطرابات نفسية وجسمية مختلفة.

3-2-2-2- أنواع القلق:

3-2-2-3- القلق الموضوعي العادي:

عرفه "حامد عبد السلام زهران" بأنه "هو الخوف من خطر خارجي معروف ويطلق عليه أحيانا اسم القلق الواقعي، القلق الصحيح، القلق السوي" (زهران، صفحة 390).
ويرى "فرويد" بأنه "تجربة انفعالية مؤلمة تنجم لإدراك الخطر القائم في العالم الخارجي" (هال، 1970، صفحة 73).

3-2-2-4- القلق العادي الذاتي:

وفيه يكون مصدر القلق داخلياً كخوف الإنسان من ضميره إذا اخطأ ويسمى قلق الضمير، وخوف الإنسان من فقدان السيطرة على دوافعه المحيطة به المحظورة والعدوانية حين تلح بالإشباع لكنه لا يستطيع أن يهرب من نفسه وهنا يظهر القلق (راجح أ.، المرجع السابق، صفحة 169).

3-2-2-5- القلق العصبي:

مصدره داخلي سببه لا شعوري وهو قلق مزمن ذاتي، إنه خوف أسبابه لا شعورية مكبوتة كتبها الفرد لأنها تؤذي ذاته وبما انه خوف غير موضوعي فترى الفرد يتوقع الشر من كل شيء ويرى فرويد أنه في القلق العصبي يمكن التهديد في موضوع غريزي قائم في "أهو" والإنسان يخاف من أنا تحرفه رغبة ملحة لا ضابط لها لارتكاب فعل أو تفكير في شيء يؤدي إلى إيذائه فهو خوف مما قد يحدث إذا فشلت شحنات الأنا

المضادة في منع الشحنات الغريزية الموضوعية من التصريف في فعل اندفاعي فهو يخاف من "أهو" الذي يضغط باستمرار على الأنا ويخاف من سيطرة "أهو" على "الأنا" (المرجع نفسه، صفحة 76).

3-2-3- أعراس القلق:

هناك عدة تصنيفات تناولت القلق، ويمن التعرف على أعراض القلق وذلك لكونها واضحة متميزة عن بقية أعراض الاضطرابات الأخرى وهذا ما يساعد على تشخيص القلق واحدى هذه التصنيفات صنف أعراض القلق إلى ما يلي:

3-2-3-1- أعراض جسمية:

تنشأ من زيادة الأدرينالين والنو أدرينالين في الدم فيؤدي إلى تنبيه الجهاز السمبثاوي فيرتفع ضغط الدم تزيد سرعة نبضات القلب، بروز العينين، يتحرك السكر في الكبد وتزيد نسبته في الدم مع شحوب في الجلد، جفاف الحلق، برودة الأطراف وارتخافها كما تحدث اضطرابات معوية وفقدان الشهية للطعام واضطرابات في النوم.

3-2-3-2- أعراض نفسية:

مثل الخوف الشديد وتوقع الأذى وعدم القدرة على التركيز والانتباه والتفكير والشعور بالعجز والكآبة... الخ (أغا، 1985، صفحة 311)، بالإضافة إلى فقدان الشهية وتناول الحبوب المنومة والمهدئة، كما قام الدكتور "كاظم ولي أغا" بتصنيف آخر في كتابه علم النفس الفزيولوجي حيث صنفها إلى قسمين أيضا:

3-2-3-2-1- الأعراض الجسمية:

حيث يلاحظ بأن المريض يصاب بجميع مظاهر الانفعال التي تحدث عن طريق الجهاز العصبي والغدد الصماء والأجهزة التي تغذيها مثل الجهاز القلبي الدوري يصاحبه سرعة دقات القلب وألم فوق القلب، ارتفاع في ضغط الدم مع الإحساس بنبضات في أماكن مختلفة ومن الجسم واختلال الدورة الدموية، اضطراب الجهاز الهضمي، ازدياد حموضة المعدة، اضطراب الأجهزة التنفسية، كذلك اضطراب الجهاز العصبي الذي يمثل في هيئة صداع، دوخة، زيادة في الانعكاسات العصبية، اهتزاز في الأطراف (المرجع نفسه).

3-2-3-2-2- الأعراض النفسية:

يظهر المصاب بعصاب القلق الشديد الحساسية والانفعالية كثرة الحركة وعدم الاستقرار وكثيراً ما يشكو من شعور عميق بالتعب ويميل المصاب لأن تكون نظرتة للحياة متشائمة وان يكون منقبض النفس بيدي خوفاً

من الموت وتوقع الأذى والمصائب والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة وعدم قدرة على التركيز والانتباه وكذا قلة النوم والأحلام المزعجة (كمال، 2006، صفحة 47).

3-2-4- أعراس القلق الحاد:

إن نوبات القلق الحاد ليست بقليلة على الفرد وهذا ما يبينه كل من بفرلي "BEVERLY" وبارتر لسكي BARTALISIKI كانر "L.KANNER" و"لنغفورد" "LANGFARD" هذه النوبات تحدث عدة مرات في اليوم أو من حين لآخر، ففي نوبات الخوف الحادة يظهر مرعوباً وعيناه موحشتين ونلاحظه يرتجف وهذه الأعراض تظهر فجأة من بضعة دقائق إلى نصف ساعة وتتخذ هيئات مختلفة الأشكال وكأنها نوبات قلبية أو نبات صرع، أو ربو أو مرض معدي، فهناك بعض الشروط تعجل في ظهور هذه النوبات مثل حدث غير سار في الأسرة أو غيرها وتدخل في إطار عدم طمأنينة الكفل، وحسب "بفيرلي أنجلز وبيرسن" فنوبة القلق هذه هي علامة الخوف كإهمال من طرف الوالدين، أو تشويه جسدي وقد تكون هذه النوبات دورية وبعدها نلاحظ خمول الأعراض أو قد تنتظم في ما بعد على شكل حالة جديدة.

وتنقسم نوبة القلق الحاد إلى ثلاث مراحل حسب الأعراض:

3-2-4-1- حالة الخوف الحاد:

تتميز بالتوتر الشديد وكثرة الحركة وعدم القدرة على الاستقرار والسرعة في التنفس والكلام السريع غير المترابط مع نوبات من الصراخ والبكاء والتي تتبع بجفاف الحلق، وارتجاف الأطراف، وقد تؤدي سرعة التنفس إلى تقلصات عضلية أو إغماء ويصاب الفرد بإعياء الشديد.

3-2-4-2- حالة الرعب الحاد:

واهم ما يميز هذه المرحلة هو عدم القدرة على الحركة بحيث نلاحظ السكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور عرق بارد غزير.

3-2-4-3- أعباء القلق الحاد:

وهنا وعندما يستمر القلق لمدة طويلة يصاب الفرد بتعب شديد لعدة أيام يسير بطريقة أوتوماتيكية وإيجابية وتكون قصيرة (عكاشة، 1988، الصفحات 42-43).

3-2-5- أعراس القلق المزمن:

الجهاز القلبي الدوري:

فيما يخص هذه الأعراض ففي غالب الأحيان تصاحب نوبات خفقان القلب أي سرعة دقات القلب أو حتى عدم الاتساق في نبض القلب وإن حاول الشخص المصاب النوم فيحس بالنبضات في رأسه وكأنه سيحدث انفجار فيه كما نجد كذلك ارتفاع في ضغط الدم.

الجهاز الهضمي:

نجد عند الشخص المصاب صعوبة في البلع أو الشعور بغضة في الحلق " La boule oesophacienne" أو تشنج معوي يكون مصحوب بتضايق وتوتر شديد مع انتفاخ وأحيانا الغثيان والقي والإسهال والإمساك، بل يتعرض المريض أحيانا إلى آلام ومغص شديد يختار الأطباء في تشخيصه. (المرجع نفسه، صفحة 44)

الجهاز التنفسي: يبدأ بضيق في التنفس، الشعور بالتنميل في الأطراف، تقلص العضلات، دوار، تشنجات عصبية وأحيانا الإغماء ذلك أن القلق هنا أدى إلى سرعة التنفس دون أن يحس الفرد.

الجهاز العصبي: عند فحص الجهاز العصبي يظهر القلق في شدة الانعكاسات العميقة للمصاب.

الجهاز البولي والتناسلي: يتمثل في كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة وذلك عند الانفعال الشديد وأحيانا عكس ذلك من احتباس البول رغم الرغبة في التبول، يعاني المريض ألاماً في الساقين أو الذراعين وفوق الصدر (غالب، 1983، صفحة 28).

3-2-6- مسببات القلق:

أصبح القلق سمة من سمات هذا العصر حيث ذهب بعضهم إلى تعريفه على أنه شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية يأتي في نوبات تتكرر في نفس الشخص وذلك مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو ضيق في التنفس، أو الزيادة شدة نبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة.

وترجع "كارل هورني HORNBY" مسببات القلق إلى المشاعر التي تنشأ في الطفولة كإحساس بالوحدة والعجز إزاء البيئة مما يشعره بعداء البيئة له ويولد لدى المرء شعوراً بالقلق (المرجع نفسه،، صفحة 17)

3-2-6-1- أسباب فزيولوجية:

تنشأ من نشاط الجهاز السمبتاوي والباراسمبتاوي وخاصة السمبتاوي ومركزه الأعلى في الدماغ في الهيبتلاموس وهو وسط دائرة الألياف العصبية الخاصة بالانفعال، هذه الأخيرة يتم انفعالها من خلال

هرمونات عصبية وعندما يزداد نشاط الجهاز العصبي تزيد الهرمونات في الدم الأدرينالين ونو أدرينالين وينتج عن ذلك مضاعفات (آغا، مرجع سابق، الصفحات 311-312).

3-2-7- مستويات القلق:

يرى بعض علماء النفس (1929) أن أداء وسلوك الإنسان خاصة في الموقف التي لها علاقة بمستقبله تتأثر لحد كبير بمستوى القلق الذي يتميز به الفرد وهناك على الأقل ثلاث مستويات لقلق وهي:

3-2-7-1- المستوى المنخفض للقلق:

في هذا المستوى من القلق يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع الحساسية نحو الأحداث الخارجية كما تزداد درجة استعداده وتأهبه لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه علاقة إنذار لخطر وشيك الوقوع.

3-2-7-2- المستوى المتوسط لقلق:

في المستويات المتوسطة لقلق يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة ويحتاج الفرد إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة.

3-2-7-3- المستوى العالي لقلق:

هذا النوع من المستوى يؤثر على التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة فالفرد لا يستطيع التمييز بين المثيرات أو المنبهات الضارة أو غير الضارة ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي (علاوي، مدخل في علم النفس الرياضي، مرجع سابق).

3-2-8- القلق وطرق علاجه:

هناك عد طرق ووسائل التي تطالب القلقين على التعامل مع التوتر بحيث قدم "تشارلز سييلربر" مساعدة خدمة إرشادية لطلاب جامعيين مع ذوي القلق المرتفع في مجموعات لزيادة درجة تحكمهم في الفصل وقد ركز علماء النفس على الموضوعات العلمية مثل الدراسة والإعداد للامتحان وتصور ما يريده المعلم منهم والتغلب على الصعوبات الأكاديمية للفرد وكيفية الحياة في القسم الداخلي اختيار المهنة وأدى هذا النجاح إلى رفع درجات الطلاب فيما يساوي نقطة ونصف في المتوسط فلا يقلل التدريجي من

الحساسية واللجوء إلى وسائل الاسترخاء غالباً ما ينجح في مساعدة الطلبة على الإقلاص من درجة القلق عندهم والتفكير في خبرات سابقة هادئة سعيدة مريحة له تأثير الفعل في الإقلاص من حدة الاكتئاب لدى القلقين (دافيدوف، 1970)

إن سبيل هذه الآفة التي سيطرت على جميع أفراد امتنا أيضاً هو إجراء تبديل عام في طرق تربية أطفالنا وإخفاء أحاسيسنا وعواطفنا عنهم وتعويدهم في مجابهة الأخطار دون تردد أو الإقلاص من تحذيرهم بالشكل الذي يغرس في نفوسهم التردد والخوف والابتعاد عن سرد أسباب التذمر والشكوى أمامهم وحبذا لو تبذل الحكومات نظم الدراسة وتجعل المواد الدراسية محببة إلى النفوس ليقدم الطالب على التزود بالعلم ويأخذ حب المعرفة ويشجعه على اكتشاف المجهول ليطوى أخيراً صفحات العقاب والثواب لأن المجتمع السليم هو الذي تقل فيه المخاوف وتعتمد فيه الشجاعة (قباني، 1976، صفحة 54).

ولقد اعتادت الأمهات في بعض البلدان على غرس روح التفاؤل والرضا بالواقع في نفوس أولادهم والصلاة شكراً لله عند موعد كل نوم وتكرير جملة أن سعيد عشر مرات فينام الطفل بعدها وعقله الباطن يردد طول الليل هذه الأنشودة الحلوة، فإذا استيقظ في الصباح لقي أهله هاشاً هاشاً، لقد دخل في روحه دون علمه، الحياة السعيدة وانه سيعد في حياته الراهنة (المرجع نفسه، ص 55).

ومن أهم نقاط العلاج نجد أيضاً:

التغلب على الهوام وعدم سيطرته عليك فقد يتعرض الإنسان إلى مواقف صعبة تجعله قلق المزاج ويفقد صبره لأنفه الأسباب فعلى الإنسان أن يعده عن نفسه القلق ويتذكر مواقف ومشاكل أكثر صعوبة وأكثر تعقيداً فإذا كان لا يستطيع مجابهة للمشاكل البسيطة بشكل هادئ فكيف يواجه المواقف الصعبة (كارينجي، 1992، الصفحات 71-84).

ارضي بما ليس منه بد، لا بد من تقبل الشخص للواقع المحتم الذي فرض عليه في الأمور التي لا مفر منها مثل إصابة الفرد بالشلل أو فقدان البصر فإنه لا بد أن يتكيف مع هذه الظروف الصعبة لكي يعيش حياة سعيدة وإلا فإن القنوط سيسيطر عليه وينتاه القلق وتصبح حياته جحيماً لا يطاق وقد صدق الشاعر "والت هو ييمان" قوله: "ما ابدعني وأنا أواجه مصاعب الظلام والمخاطر والجوع والكوارث والفواجع واللوم والتويخ كما يواجهها الحيوان أو مخلوقات الحياة الأخرى كالأشجار والأغصان والجذور" (المرجع نفسه، ص 91-92-93).

اجعل للقلق حد معين: على فرض أن يجعل حداً لمشاريعه وطموحاته حتى يمكنه تحقيق الحد الأقصى ما يمكن من ربح مشاريعه ويجنب نفسه أقل الخسائر، فكم من إنسان يريد تحقيق عشرات من الأمنيات ويصرف كل وقته وماله في مشاريع متعددة دون أن يركز جهده في مشروع معين فينتابه القلق والتفكير فيخسر أغلب ما يملك وهذا لعدم تركيزه وقلقه الدائم للبحث عن أكبر ربح دون احتياط من الخسائر وضياح جهوده في مهب الريح (كارينجي، 1992، الصفحات 97-102-103).

عدم الندم على ما فات، إن الإنسان بطبعه يحزن وينتابه القلق عندما يخسر مشاريعه وأهدافه ويظل يتحصر على موقع له من خسائر ومشاكل في الماضي ولكن عليه أن يستفيد من أخطائه في الماضي ويعزم على عدم الرجوع إليه ويبدأ انطلاقة جديدة وهو أكثر تنظيماً وعزماً وتفكيراً في كل خطوة يخطوها حتى يحقق الهدف الذي يسعى إليه وإلا ينتابه القلق ويقع في الأخطاء نفسها مرة أخرى (كارينجي، 1992، صفحة 104).

3-3- الاكتئاب:

3-3-1- تعريف الاكتئاب:

يقول "أدولف ماير" لا نعرف ما هو الاكتئاب (Les maladies déprise)، 1983، صفحة 146 (p).

وهذا القول يعكس صعوبة تعريف الاكتئاب بفعل تعقد أسبابه وأعراضه وكثرة تصانيفه مما يجعل إيجاد تعريف مقبول له عند المختصين مسألة صعبة حتى الآن لهذا فإن التعاريف المقدمة من قبل المختصين تعتبر غير شاملة ونسبية وأقرب إلى الوصف منه إلى التعريف، ويعرف الدكتور "عبد الحكيم عفيف" الاكتئاب على أنه كلمة تشير إلى عدة مظاهر تصيب الفرد وتجعله بعيداً بدرجة أو بأخرى عما تعود أن يكون عليه في حياته اليومية سواء في عمله أو أسرته أو مع أصدقائه أو اتجاه الحياة الاجتماعية بصفة عامة، ولا تسع المعاني التي تعنيها كلمة الاكتئاب، نجد أنها لا تعني فقط الاكتئاب المرضي الصريح ولكنها تعني كلمة حزن الشعور بالمرارة والميل إلى الشعور السوداوي في النظرة إلى الحياة (عفيف، الاكتئاب والانتحار، 1990، صفحة 13).

وحسب Delay أن الخوف الظاهري والآلام المعنوية يمثلان قيمة الاكتئاب والمعارف الإكلينيكية تمر عبر التجربة النفسية الأليمة التي تذهب من الإحساس بالموت والخوف والإحساس بعدم المنفعة الإيجابية (Les maladies déprise, 1983, p. 147).

ويرى "انجرام" (1994) الاكتئاب بأنه: "اضطراب مزاجي أو وجداني ويتم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى".

ويرى روكلين (1998) أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بعدم القيمة الشعور بالكآبة والحزن والتشاؤم وخفض النشاط وتتضمن الاضطرابات الاكتئابية طيفاً من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة.

وكتعريف بسيط وشامل نقول انه عبارة عن رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ كخسارة مفاجئة أو مصيبة أو خيبة أمل، إن الاكتئاب هو شكل مجسم لما يحدث للشخص العادي حين تصيبه نكبة حارقة (يعقوب، الصفحات 13-14).

3-3-2- أعراض الاكتئاب:

تختلف الأعراض بشكل واضح باختلاف حالات الاكتئاب وتنوعها وأول ما يجب دراسته التناظر الاكتئابي وهذا الأخير يعني مجموعة أعراض أساسية وثانوية حيث أن وجودها يكفي لتشخيص الاكتئاب وهي وجود الهياج والبطء الحركي، تثبط في القدرة العقلية، تدني المزاج، وجود اضطرابات عضوية جسمية لكننا لا نكتفي بهذا بل نضطر إلى تصنيف الأعراض إكلينيكياً.

3-3-2-1- أعراض اكتئابية:

تتميز بالتغير وذلك أن شدة الأعراض تزيد في الصباح وتحسّروربهاليوم حتى تقل حدتها مساءً حينئذٍ يبدأ الاكتئاب ويعيش المريض في يأس وتشتد هذه الأعراض إن لم تعالج في بادئ الأمر.

3-3-2-2- أعراض نفسية سيكولوجية:

منها تأثر بوظائف العقلية بالاكتئاب فيصبح المكتئب قليل الانتباه، سارح وشارد الذهن، قلة التركيز والانفعال الشديد، تدور أفكاره في دائرة مغلقة قد تأخذ شكل وساوس قهرية، ويكون التفكير متشائم متضخم لأتفه الأشياء ومن بين العلامات المميزة لهذا التفكير الإحساس بتأنيب الضمير والشعور بالذنب، توهم علل مرضية (هيبوكوندرية) تأخذ طابعاً مميزاً كالصداع الدائم، طنين الأذنين، ضيق التنفس، صعوبة الهضم، انتفاخ البطن... إلخ، التقليل من قيمة الذات واحتقار النفس ومن هنا تبدأ الأفكار الانتحارية وجود هذات كالإحساس بفقدان احد أعضاء الجسم ويشكو المريض أن رأسه فراغ من المخ أو أن صدره فراغ من الرئتين وتسمى هذه الهذات (الهذات العدمية) (يعقوب، صفحة 33)

إضافة إلى تشويش التفكير، قد نرى عند المكتئب اختلال الأنا والعالم الخارجي فيشعر المكتئب انه قد فقد الشعور بالمناهج السابقة ويحس أن العالم حوله قد تغير ولم يعد كما كان إضافة إلى الهواس والحداعات بحيث تكون هلاوس سمعية ولا يسمع أصواتنا تتهم بأنه لا يستحق الحياة وانه فاشل وحقير، وكذلك يرى هلاوس بصرية في صورة أشباح وحوش وانتحارات مفرزة.

3-2-3-3- الأعراض العضوية الفزيولوجية:

ومن أهمها اضطرابات في النمو مع وجود عرق مع آلام مزعجة، تقلب في الفراش لساعات حتى الفجر، يصحبه قلق إضافة إلى فقدان الشهية للأكل (أي مكتئب) يرى أن رفضه للطعام سواء لاعتقاده أن لا يستحق هذا الطعام أو هناك رغبة خفية في الانتحار، وقد يؤدي فقدان الشهية ونقص جد واضح في الوزن. كذلك يعاني المكتئب من إمساك مستمر عند البعض لشهور أو السنوات إذاً فلامساك من الأعراض الواضحة للاكتئاب إضافةً تناذرات ألامية تكون إما بشكل صداع أو ألام مفصلية أو ألام في الأطراف أو الظهر أو الرقبة أو غير ذلك، وقد تكون بشكل ألم عصبي للأطراف السفلية واضطرابات قلبية تكون بشكل بطيء وسرعة فقدان القلب أو شعور كاذب بالاختناق وضيق في المجاري التنفسية وهناك اضطرابات بولية تناسلية تكون عند النساء على شكل اضطرابات في الطمث انقطاع تردد النزيف، أما عند الرجال فتبدو على شكل عسر البول وسرعة القذف، وضعف الانتصاب وهذا ما يسبب الضعف الجنسي (يعقوب، صفحة 34).

3-2-3-4- الأعراض السلوكية:

ينعكس الاكتئاب على كل تصرفات وسلوك الإنسان وتكون الأعراض واضحة من خلال:

أ- المظهر الخارجي:

ب- يتمثل في ملامح الكآبة على وجه المريض إضافة أن جفونه العليا تبدو مستدلة وعيناه المرهقتين وتقوس حواجبه فوق العينين اللتان تبدوان حزنتان وترسم على شفتاه علامات اليأس ويسير مقوس الظهر إذا تكلم يتكلم بصوت مختلف ومتقطع وتكون الكلمات بسيطة تخرج بصعوبة من فمه.

ج- **المظهر الخارجي:** يرفض المريض العمل، ينزوي وينعزل عن جميع الأصدقاء وتكون شكاواه بأن الحياة مملة وانتظاره الموت مما يجعله يهمل نظافته فلا يخلق ذقنه ولا يهتم بلباسه كذلك بالنسبة للمرأة.

د- **الحركة:** يتميز المكتئب بالكسل العام والخمول الذهني والجسدي، إذ انه يصل أحياناً للشلل التام ويتوقف عن الكلام والشراب مما يستدعي اخذه فوراً للمستشفى واحياناً يحدث العكس فيصاب بإثارة في الهيجان وزيادة في الحركة لا يستطيع الجلوس بل يبقى يذهب ويجيء في نفس المكان دون توقف (يعقوب، صفحة 34).

3-3-3- العوامل المسببة للاكتئاب:

مما لا شك فيه أن الوراثة تلعب دوراً هاماً في ظهور والإصابة بأي مرض وهذا حسب الدراسات العلمية كما يؤيد بعض العلماء أن البيئة لها نفس العمل في الاستعداد للإصابة بالمرض سواء مرض عضوي وهذا ينطبق على الإصابة بمرض الاكتئاب الذي سنلخص العوامل المتسبب في الإصابة به فيما يلي:

3-3-3-1- العوامل البيئية:

3-3-3-1-1- علاقة الطفل بالأم:

أول علاقة للطفل تكون مع أمه كونه يأخذ منها الغذاء وكلما احتاج مساعدة تكون أمه أول من يتجه إليها لإشباع حاجاته، ومن هناك يكون لديه انطباع حتماً عن الحياة وعن أمه أما إذا شعر بأن أمه لا تعيره أي اهتمام وهي منشغلة عنه يعتبرها قاسية ويرى أن الحياة كذلك قاسية مملوءة بالمتاعب والمشاكل والآلام.

3-3-3-2- التنشئة الأسرية:

إن الأسلوب الذي تنتهجه الأسرة في تربية الطفل وتهدئته وإعطائه مبادئ وأفكار عقلية واتجاهات يجعله ينتهج أسلوب الوالدين في مواجهة مشاكل الحياة والأزمات التي تعترضه، فإذا ما رأى صمود الوالدين وقوتها اتجاه مشاكل الحياة فإنه سوف يتقمص هذه الصفات ويشب عليها، كذلك أن حب الوالدين للطفل لا يجب أن يكون مفرطاً أو مهملاً كون كلاهما يؤدي إما إلى اضطراب نفسي لديه أو انحراف، كذلك فإن حب الوالدين لا بد أن يكون مختلطاً بالتربية الحسنة والتعليم ليتمكن الطفل من مواجهة ضغوطات الحياة بثقة في النفس (نجار، 1989، صفحة 72).

3-3-3-3- التنشئة الاجتماعية:

بعد الأسرة يأتي دور المدرسة حيث هذه الأخيرة هي ثاني اتصال للطفل بالمجتمع، إذ أنها في حالة ما إن تمكن أسلوبها من ترسيخ القيم الفاضلة والاتجاهات السلوكية الايجابية التي تعلمها الطفل داخل أسرته وتعديل سلبيات تربية الطفل فإن هذا الأخير يكون شجاعاً وقوياً ومنظماً مما يحقق اتزان نفسي وعقلي وبالتالي تكيفه الايجابي مع الحياة الاجتماعية.

3-3-3-1-4- اثر جماعة الرفاق:

يرجع الفرد إلى اتخاذ جماعة من الرفاق لإسقاط مشاعره ورغباته الاجتماعية والنفسية وعادة ما يرى داخل المؤسسات التربوية بعضها منحرف وبعضها شاذ، وقد يصاب الفرد منها بالاكتئاب إذا ما شب في جماعة تحب العزلة أو صدم من طرف احد الأصدقاء لعدم مبالاته به واتخذة أصدقاء جدد ومن هنا إصابته بالحزن والغم وبالتالي الاكتئاب.

3-3-3-1-5- الفشل العاطفي:

عن التجارب العاطفية الفاشلة غالباً ما تؤدي إلى الاكتئاب حيث يعتبر هذا الإنسان فشله في تجربته العاطفية مصدراً للألم النفسي وينطبع بصورة سلبية يتم تعميمها على أمور كثيرة.

3-3-3-1-6- التوتر في الحياة:

يؤثر التوتر في عدة نواحي على الفرد، أي الناحية العضوية والاتزان العقلي وردود الفعل الاجتماعية إذ أن التوتر ليس فقط في المشاكل التي تواجه الإنسان سواء كانت اجتماعية اقتصادية أو أخلاقية، بل يعني كذلك حجم الجهود المطلوبة في تلبية احتياجاته ونوعية العلاقة مع أفراد المجتمع، مواجهة الحوادث الأليمة التي تواجهه (نجار، 1989، صفحة 74).

3-3-3-1-7- فقدان المكانة الاجتماعية:

بعض الناس يحسون حين ارتكابهم للخطأ بان الضمير يؤنبهم وهذا ما يؤدي بهم إلى فقدان المكانة الاجتماعية خاصة عند فقدانهم لثروتهم أو اتهامهم بسوء الإدارة والإهمال وبالتالي يصابون بالاكتئاب.

3-3-3-1-8- العزلة:

لعزلة أو الوحدة عدة أسباب كالمشاكل الأسرية والطلاق والتسرب المدرسي أو المرض والمعاناة أو الفشل العاطفي ولعل أكثر الأسباب ألماً هو السجن فغالباً ما نجد المساجين في حالة اكتئاب شديد كونهم حرموا من الحرية أو وضعوا تحت تأنيب الضمير.

3-3-3-1-9- الهجرة:

ينتج عن هذه الأخيرة سوء التكيف الاجتماعي ذلك بانتقال الفرد من مجتمع إلى آخر واختلاف القيم والعادات والأشخاص وحينئذ لأهله وجماعات الرفاق، كل هذا يؤثر على المهاجر فلا يستطيع التكيف فقد يصاب بالأسى والحزن والاكتئاب لفراق الأهل والأصحاب (نجار، 1989، الصفحات 74-75)

3-3-3-2- العوامل الوراثية:

لقد أثبتت البحوث والدراسات العلمية التي أجريت في مختلف الأمراض سواء النفسية أو العضوية انه يتم انتقال فيروس المرض النفسي للعائلة ويزيد احتمال حدوث مرض الاكتئاب في احد أعضاء الأسرة ذاتها وفي نسله إذا كانت الإصابة محصورة على الأصول في الأسرة ويرى "سلاتر" أن الجين الصبغي الوحيد المسيطر بنفوذته متناقضة بالذهان الاكتيبي الهوسي وهناك من يرى أن انتقال مرض الاكتئاب بواسطة الجينات المتعددة، فالظهور الباكر لمرض الاكتئاب معناه أن نوعه مشبع بالعامل الوراثي ضعيفاً إذا ما ظهر الاكتئاب بعد سن الخمسين وهذا ما يفسر اختلاف سن الإصابة ودرجات حدتها. (نجار، 1989، صفحة 76) ومن ناحية أخرى يرى بعض العلماء أن تركيب الشخصية يلعب دوراً هاماً في الإصابة بالاكتئاب فالشخصية الدورية تتصف بتربية نفسية مهينة للإصابة بأي مرض خاصة الذهان الاكتيبي الهوسي.

3-3-3-3- العوامل الكيميائية الحيوية:**3-3-3-3-1- الأمينات الدماغية:**

يرى كوين أن النتائج العلاجية مثمرة بالأدوية المضادة للاكتئاب و بالصدمة الكهربائية وأيضاً تأثير بعض الأدوية المبددة لأمينات الدماغية مثل "زرزين" الفميثيل "دوباز" وحاصرات مستقبلات بيتا وغيرها من الأدوية كل تؤكد العوامل الكيماوية الحيوية في حدوث ملازم للاكتئاب وقد دلت التقنيات الدوائية العصبية أن التغيرات التي تطرأ على تضييع الأمينات الدماغية مستوياتها واستقبالها "دوبامين - سيروتوبين - نورترينالين - أحادي أمين - أكسيدات" أي مواد النقل العصبي مناطق الاشتباك للخلايا العصبية هذه التغيرات يفترض أنها تلعب دوراً هاماً في حدوث الاكتئاب، ويمكن أن تجري هذه التبادلات الأمينية من خلال تحليل مستقبلاتها في الدم والبول وفي السائل الشوكي (نجار، 1989، صفحة 77)

3-3-3-3-2- الهرمونات الغدية الصمية:

إن الخلل في وظيفة الجهاز الغدي الصمي يؤدي إلى اضطراب المزاج العاطفي مثلاً "أديسون استلزمه كوشنيك والوذمة المخاطية وما إلى ذلك، كما أن الهبوط الشديد في مستويات "البيروجسترون" المصنع في مشيمة المرأة الحامل هذا الهبوط الذي يأتي في أعقاب الولادة يؤدي إلى اضطراب اكتئابي. وقد توصل الباحث "جيبون" إلى مستويات الكوتيزول الذي يفرز من القشرة الكظرية في سن التأسيس يرتفع ارتفاعاً ملحوظاً في الاكتئاب بنسبة 208 ميكرو غرام في 100 ملل بعدما تنخفض بعد الشفاء وفي سنة 1970 وجد الباحث "ساشار" وزملاؤه ما يناقض الدراسات السابقة أي المستويات السيترودية القشرية تكون سوية أو حتى منخفضة في الاضطراب الاكتئابي ورغم هذا التضارب إلى أن هناك إجماع معظم الباحثين بوجود فرد نشاط قشري كظري تروتيدي عند مجموع من المرضى بالاكتئاب وارتفاع مستويات الكوتيزول في الماسورة (نجار، 1989، صفحة 78).

3-3-3-3-3 الشوارد:

من المعروف ان كمون العمل والراحة للخلايا العصبية والمفصلية تسيطر عليها مستويات تركيز الصوديوم والبوتاسيوم وغيرها من الشوارد لهذه الشوارد تأثير على استقلال المواد العصبية وقد أثبت الباحث "كوين" وجماعته سنة 1966 وجود اضطراب في الصوديوم والبوتاسيوم للاكتئاب النهائي أي زيادة الصوديوم إلى ما دون المستوى السوي وبالنسبة للكالسيوم وبدا "فلاش" سنة 1970 تناقض في إفرازات البول للكالسيوم عند مرض الاكتئاب خلال مرض الشفاء (نجار، 1989، صفحة 79).

3-3-4- تصنيف الأمراض الاكتئابية:

يوجد تصنيفات عديدة للاكتئاب فعادة ما يصنف حسب الأعراض أو حسب سبب المرض ومنشأه أو حسب أدوار المرض وهناك تصنيفات أخرى فيما يخص تصنيفات الاكتئاب سنذكر بعضها.

3-3-4-1- التصنيف حسب الأعراض:

تختلف الأعراض بشكل واضح حيث في مجملها مقسمة إلى قسمين:

3-3-4-1-1- القسم الأول:

يكون فيها العرض البارز هو البطء أو التأخر النفسي الحركي ويكون الهدوء والكف هو الغالب إذ يسمى هذا الاكتئاب المتأخر.

3-3-4-1-2- القسم الثاني:

يكون العرض الغالب فيه هو الهيجان ولذلك يسمى الاكتئاب الهيجاني.

3-3-4-2- التصنيف حسب سبب المرض ومنشأه:

وفي هذا الصدد ينقسم إلى ثلاث أنواع:

3-3-4-1- النوع الأول:

يكون حدوث الاكتئاب أثراً لإصابة بمرض عضوي ولذلك يسمى اكتئاب عضوي.

3-3-4-2- النوع الثاني:

يكون سبب المرض داخلي ولذلك يسمى الاكتئاب الداخلي ويعتبر وراثياً ويطلق عليه أسماء مختلفة حسب أسمائه التركيبية كان يقال عليه: اكتئاب من اليأس، أو اكتئاب التقاعد... الخ. وهناك نوع من الاكتئاب مشتق من الاكتئاب الداخلي يسمى بالاكتئاب الفصامي من أعراض الاكتئاب الداخلي: هبوط مزاج كان يظن المريض أنه لا جدوى من حياته.

3-3-4-3- النوع الثالث:

يكون حدوث الاكتئاب بسبب منشأ نفسي ويشتمل على الاكتئاب العصبي والإعيايي والتفاعلي والارتكاسي (يعقوب، صفحة 29).

3-3-4-3- التصنيف حسب ادوار المرض: وهو مقسم إلى قسمين:

3-3-4-1- القسم الأول:

الاكتئاب هنا هو اكتئاب ذو دورين دور المرح أو الهوس ودور الهمود ويطلق عليه اسم التناذر الموسي الهمودي.

3-3-4-2- القسم الثاني:

يكون الاكتئاب هنا ذو دور واحد وغالباً ما يكون همودي اكتيبي.

3-3-4-4- تصنيف جمعية الطب النفسي: يقسم الاكتئاب إلى:

- مرض الهوس - الاكتئاب - (نمط الاكتئاب).
- مرض الهوس - الاكتئاب - (نمط الهوس).
- مرض الهوس - الاكتئاب - (النمط الدوري).
- مرض الهوس - الاكتئاب - (النمط المختلط).

- الاكتئاب الانتكاسي أو اكتئاب سن اليأس.
- الاكتئاب غير المصنف.
- الهوس غير المصنف.

3-3-4-5- تصنيف الدكتور واتس C.A.H WATTS:

لديه خبرة 30 سنة في علاج الاكتئاب يصنف هذا الطبيب الاكتئاب إلى الأصناف التالية:

3-3-4-5-1- اكتئاب تفاعلي:

يعد من أشهر أنواع "الملائخوليا" ويرجع إلى ظروف الحياة اليومية ويعتبر البعض أكثر عرضة لهذا المرض من البعض الآخر كوننا ليس لدينا جميعاً نفس نقاط الضعف.

3-3-4-5-2- اكتئاب ذو منشأ جسمي:

يرجع هذا الاكتئاب لعدة جسمية إذ يحدث نتيجة مرض أو إصابة في المخ ويأتي مصاحباً لمرض عصبي يسمى مرض "باركنسون PARKINSON" وأحيانا يعقب الإصابة بفيروس "أنفلونزا" وفيروس الكبد الوبائي ويكون الشعور بالكآبة لمدة أشهر بعد الشفاء من هذه الأمراض.

3-3-4-5-3- اكتئاب أولي داخلي المنشأ:

له عدة أسماء كالاكتئاب الذهاني وذهان الهوس، اكتئاب (PHP) أو الملائخوليا وقد يحدث هذا المرض من خلال العمليات الكيميائية للمخ ويسمى بعضها بالموصلات العصبية حيث أنها إذ نقصت يحدث اكتئاب.

3-3-4-5-4- اكتئاب ثانوي داخلي المنشأ:

ويرى "واتس": أن الاكتئاب التفاعلي يمكن أن يصبح اكتئاباً خبيثاً ويظهر أعراضاً مشابهة للاكتئاب الداخلي المنشأ وعندما يحدث هذا لا يكون وعندما يحدث هذا لا يكون العلاج بالحديث ولكن بتحسين المريض بالعلاج الكيماوي (يعقوب، صفحة 30).

3-3-5- أهداف الاكتئاب:

3-3-5-1- أهداف أولية:

تهدئة أو تسكين القلق القائم، المحافظة على سلامة الذات وهذا يعني أن الفوائد الشخصية الذاتية التي يجنيها الفرد من خلال هذا العرض أو الاضطراب النفسي هي فوائد تنجم عن احد العوامل الثلاثة وهي:

- في التنازع وتسوية موضوعاته.
- محاولة مستمرة لفض هذا التنازع.
- تجنب التنازع والتحصين ضد حدوثه.

ولهذه الأهداف صلة مباشرة بدوافع الفرد النفسية الخفية وتصادمها مع مثاليات الاجتماعية السلوكية والأخلاقية والروحية وهي فوائد يحتاج إليها الفرد لمعالجة وهذا التصادم والتنازع ومن نفس حاجاته تتولد الأمراض والاضطرابات النفسية وتتضمن أهداف الاكتئاب الأولية جميعه المغام النفسية الداخلية واللاشعورية التي يمنة تصنيفها هي وعملياتها الخاصة في بضع فئات رئيسية تتلخص فيما يلي:

3-3-5-2- إخفاء العدوان:

هو كبت اللاشعوري لدافعي العدا والعدوان ومن ثم تنكر لهما ونكران لوجودهما مضافاً إلى ذلك عملية تدعيم لهذا الكبت تدعيماً آلياً تعطل عليهما الظهور سافرين أمام وعي الفرد وانتباهه.

3-3-5-3- هدف قصاصي: وهذا الهدف له شعبتان:

- أ- قصاص مازوشي: ينزله الفرد بنفسه لاشعورياً وكأنه عذاب ينزله بذاته رداً على ما حدث له.
- ب- قصاص سادي: منصب على مصدر الإحباط والحرمان والخسارة، ذلك المصدر الذي يعتمد عليه الفرد في قضاء حاجاته وتلبية مطالبه والاهتمام به ورعاية مصالحه (دويدار، الصفحات 258-259).

3-3-5-4- هدف بيولوجي وقائي:

حيث يدفع الاكتئاب صاحبه إلى الكف عن مواصلة استغلال طاقته، في محاولة تحقيق غايته ليحتفظ لنفسه بالبقية الباقية من طاقته، إضافة إل هذا في كف الفرد عن مواصلة الاهتمام بتلك الغاية التي استحال تحقيقها هبوطاً للحث الداخلي وضعفاً لقدرة الدفع، وبهبوط الحث الداخلي تهبط درجة التنازع نفسها وتهبط وطأة القلق وفعاليته.

3-3-5-5- أهداف فرعية:

- منع إمكانية تنفيذ العدوان
- دعم التنكر والنكران لدوافع العدوانية وأهدافها.
- قد يكون الاكتئاب بمثابة مهرب نفسي يرجع إليه الفرد أو كآلية دفاعية.

3-3-5-6- الأهداف الثانوية:

إن الناحية اللاشعورية من المغنم التي تعود على الفرد من وراء الاكتئاب هي ناحية خارجية موضوعية، حيث يحقق الاكتئاب بصاحبه أوضاعاً وعلاقات خارجية فيها معنى الراحة والمتعة بالنسبة لشخصيته الخاصة وطبيعة نشأته، فالإكتئابي هو فرد يتميز بشخصية اعتمادية الطبع وغب حاجة الفرد الاعتمادي العدواني هي حاجة ملحة وحيوية بالنسبة له، ومن الشدة بحيث يمكن أن تدفع فيه اعتماداً إلى اكتئاب يبلغ من الشدة مبلغاً يصل به إلى حد تفضيل الموت جوعاً على بذل نشاط لتحصيل أو إعداد الطعام يسد به رمقه، وإجمالاً للأهداف الثانوية للاكتئاب يمكننا القول بان أهدافه تتضمن الفوز بعناية الغير واهتمامهم ومجتمعهم بأي ثمن (دويدار، الصفحات 260-262).

3-3-6- علاج الاكتئاب:

إن لكل طريقة من الطرق العلاجية التي ذكرناها لها دور هام ومكانتها في علاج هذه الاضطرابات وتبرز أهمية كل منها عند اختيار الطريقة العلاجية المناسبة لكل اضطراب اكتئابي والعلاج المتكامل يكون بأخذ جميع الطرق العلاجية نظراً لتعدد مسببات الاضطرابات الاكتئابية ومبادئ العلاج ثلاثة هي:

- محاولة شفاء المريض وذلك باختيار أفضل طريقة للعلاج.
- وقاية المريض من الانتحار باتخاذ الاحتياطات وتكون أحياناً بإدخاله للمستشفى.
- العناية الصحية للمريض بعناية جيدة.

ومن طرق العلاجية نكر منها:

3-3-6-1- العلاج بالصدمات الكهربائية:

وهي طريقة مفيدة لكل أنواع الاكتئاب بما في ذلك الحالات الخطيرة إذ انه بعد جلستين أو ثلاث يتحسن المريض وتكون مدة العلاج من 6 إلى 12 جلسة بمعدل جلستين كل يومين وتكون طريقة إجراء الصدمات بإحداث نوبة صرعية متعددة بإمرار شحنة كهربائية عبر الدماغ دون أن ننسى أنه في حالة وجود أورام في الدماغ أو أمراض القلب الشديدة وسوء الحالة الصحية للمريض فلا يجوز أن تجرى هذه الطريقة بل تكون بطريقة أخرى (نجار، 1989، الصفحات 91-92).

3-3-6-2- المداخلة الجراحية النفسية:

يلجأ إلى العمل الجراحي على فحص الجبهتين في الحالات الشديدة المستعصية لبعض أنواع الدهانات وطبقت هذه الجراحة لمعالجة الاكتئاب المستعصي من قبل هيبوس، وعادة لا تكون نسبة نتائج هذه المداخلة مشجعة لا سيما وان الأدوية الحديثة المضادة للاكتئاب أضعفت كثيراً الحاجة إليها. (نجار، 1989، الصفحات 91-92)

3-3-6-3- العلاج بالأدوية:

ما نعلمه أن مضادات الاكتئاب تنقسم إلى ثلاث أصناف:

أ- مضادات الاكتئاب ثلاثية الدوائر.

ب- مثبطة خميرة مونوامين أو أكسيدار.

ج- كربونات الليثيوم.

ويحتوي كل صنف على زمر دوائية عموماً هذه الأدوية تعدل وتحسن المزاج.

كما يقسم بعض العلماء العقاقير المضادة للاكتئاب إلى قسمين هما:

- العقاقير الخفيفة:

- تستعمل لعلاج الاكتئاب الارتكاسي والوسواس القهري نمها "بارنيت - وبارستلين"

- العقاقير القوية: تستعمل في الاكتئاب النفاسي (الفصامي) مثلاً وسن اليأس أهمها: توترانيل وتريبتيزول.

ولقد أعطت المعالجة الطبية فائدة كبيرة عند حسن استعمالها وهي تحدث تحسن المزاج وتزيل

الارتخاء والشعور بالضيق وبطء التفكير وتعيد للمريض القدرة على الاهتمام بالحياة والاستمتاع بها.

3-3-6-4- العلاج النفسي:

يعالج المريض هنا بجلسات منظمة على الحديث وفسح المجال له بالتعبير عما يجول بخاطره وأن

يتكلم بصراحة خاصة فيما يخص الاكتئاب الارتكاسي والعصابي أما عن التحليل النفسي فيخص البنية العصابية لكن قبل اشتداد الأعراض كونها إذا اشتدت يكون العلاج بالطرق الأخرى.

3-3-6-5- العلاج السلوكي:

إن التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية هي جوهر هذا النوع، كما أن التغيرات في

نوعية وتكرار ونموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية ومن خلال التوجيه والتدريب الميداني

هي العوامل الهامة في تعلم هذه المواجهة الاجتماعية وهذا التفاعل من خلال التدريب على المؤثرات الخارجية المحدثة للاضطرابات الاكتئابية والسيطرة عليها، وتعتمد الاستراتيجي العلاجية التي طرحها "لازاروس" على المقولة التالية: إن الحوادث الخارجية هي الخالية من أي مؤثرات أو إزعاجات ولكن تاويلنا لهذه الحوادث هو الذي يخلق الإزعاجات في نفوسنا لذا فإن العلاج الذي اسمه علاج إعادة التركيب للبنية المعرفية يقوم على تدريب المريض على كيفية تعديل تأويلاته للحوادث الخارجية وتغيير توقعاته منها، إضافة إلى تبديل مع ذاته وتعلم الاسترخاء في وجهة الحوادث

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى القلق والاكتئاب كنعوين هامين من الاضطرابات النفسية التي تؤثر على المسن فتحدثنا أولاً عن القلق ومختلف تعاريفه وأنواعه ذلك حسب المصدر الذي يسببه فنجد ما هو داخلي وما هو خارجي، قلق يدوم لفترة طويلة وآخر محدود أو يوصف على انه قلق حالة، ثم تطرقنا إلى أعراضه الجسمية، النفسية والفيزيولوجية، ثم ارتأينا الحديث عن مسببات القلق منهم من يرجعها إلى صدمة الميلاد وخروج الوليد من الحياة الرحمية إلى جو غريب عنه أو إلى أسباب أخرى اقتصادية أو اجتماعية أو عاهات بدنية للمسن، ثم تطرقنا إلى مستويات القلق (العالي، المتوسط، المنخفض) ومختلف علاجاته ثم تناولنا نظرة الإسلام لقلق وكيفية علاجه وتناولنا القلق في المجال الرياضي، ثم كان حديثنا عن اضطراب نفسي آخر هام هو الاكتئاب فتطرقنا إلى تعاريفه المتعددة أسباب حدوثه، عوامله البيئية بمختلف أنواعها الوراثية والكيميائية، كما تطرقنا إلى تصنيفاته وأعراضه وطرق علاجه المختلفة، ويبقى كل من القلق والاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية التي تؤثر سلباً على الإنسان عامةً والمسن بصفة خاصة.

الدراسة التطبيقية

تمهيد:

شمل الباب الثاني على الدراسة الميدانية التي قسمت إلى ثلاث فصول حيث تطرقنا في الفصل الأول إلى منهجية البحث والإجراءات الميدانية بادئينا من منهجية البحث ومجالاتها والدراسة الاستطلاعية أين تم توزيع الاختبارات الخاصة باختبارين القلق والاكتئاب من أجل الوصول إلى أفضل صورة لإجرائهما حتى نتمكن من القيام ببعض التعديلات للوصول إلى إجراءات الاختبار الأساسي بطريقة سليمة وواضحة.

ويتضمن الفصل الثاني مناقشة وتحليل النتائج للاختبارين أما الفصل الثالث فيتضمن مناقشة الفرضيات والخروج بالاستنتاجات وطرح التوصيات.

منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل جوهر البحث حيث نقوم فيه بمعالجة المشكلة المطروحة إذ يحوي على طرق العمل ومنهجيته والوسائل التي تساعد الباحثين على كشف جوانب الموضوع والوصول إلى نتائج التي تخدم البحث، وهذا لما يحويه من طرق ومنهجية ووسائل تخدم هدف البحث.

التجربة الاستطلاعية:

للسير الحسن للبحث أجريت التجربة الاستطلاعية للوقوف على الصعوبات التي قد تواجه المسنين في فهم مقياس "سيبلرجر" للقلق و"أرون بيك" للاكتئاب لهذا تم توزيع 20 استمارة على 20 مسن لتمثيل المجتمع الأصلي لعينة البحث في التجربة الاستطلاعية.

1-1- منهج البحث:

إن المنهج في البحث العلمي يعني مجموعة من القواعد والأسس التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى الحقيقة ويقول "عمار بوحوش" و"محمد تيديات" إن الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة لاكتساب الحقيقة (عمار، محمد)

ومنهج البحث يختلف باختلاف المواضيع لهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية، ومن خلال المشكلة المطروحة في البحث فإن المنهج الوصفي يبدو أكثر ملائمة لمعالجة هذا المشكل، وقد عبر "محمد زيان" عن المنهج الوصفي قائلاً "هو عبارة عن مسح شامل للظواهر الموجودة في جماعة معينة وفي مكان معين ووقت محدد، بحيث يحاول الباحث كشف ووصف الأوضاع القائمة والاستعانة بما يصل إليه في التخطيط للمستقبل (زيان، ص118).

1-2- مجتمع وعينة البحث:

يقول "عبد العزيز فهمي هيكل" "العينة هي مجموعة المعلومات عن عدد الوحدات التي تحسب من المجتمع الأصلي لموضوع الدراسة بحيث تكون ممثلة كمثلية صادقة لصفات هذا المجتمع، العينة هي جزء

مأخوذ من المجتمع الأصلي والتي عن طريقها يمكن الحصول على البيانات الفعلية اللازمة للتجربة (هيكل، 1994).

وقد شملت عينة البحث في التجربة الاستطلاعية على 20 مسن من ولاية تيارت و مستغانم وتم اختيارهم بطريقة عشوائية.

3-1-3- مجلات البحث:

1-3-1- المجال البشري:

تتكون عينة البحث من 20 مسن من دار العجزة بولاية تيارت و مستغانم وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

2-3-1- المجال المكاني:

تم توزيع الاختبارات الخاصة بالتجربة الاستطلاعية على مسنين من دار العجزة بولاية تيارت و مستغانم .

3-3-1- المجال الزمني:

قام الطلبة الباحثون بتوزيع الاختبارات الخاصة بالتجربة الاستطلاعية في يوم 20/02/2013 وقد تم إعادة الاختبارات بعد أسبوع أي في يوم 27/02/2013.

4-1- متغيرات البحث:

1-4-1- المتغير المستقل:

يسمى أيضا بالمتغير التجريبي، وهو الذي يحدد المتغيرات ذات الأهمية، أي لما يقوم الباحث بتثبيتها ليتأكد من تأثير حدث معين، وتعتبر ذات أهمية خاصة وأنها تساهم على التحكم في المعالجة والمقارنة، والمتغير المستقل عبارة عن المتغير الذي يفترض الباحث انه السبب أو احد الأسباب لنتيجة معينة ودراسة تؤدي إلى معرفة تأثير على متغير آخر.

وفي دراستنا هذه فانه تم تحديد المتغير المستقل أي السبب من موضوع الدراسة الذي هو أثر النشاط البدني الرياضي.

2-4-1- المتغير التابع:

هي المتغيرات الناتجة من العمليات التي تعكس الأداء أو السلوك، وعلى ذلك فإن المثير هو المتغير المستقل بينما الاستجابة تمثل المتغير التابع والذي يلاحظه الباحث من خلال معالجته للظروف المحيطة بالتجربة. (إبراهيم م، 2000، صفحة 134)

ومن خلال موضوع الدراسة فإنه تم تحديد المتغير التابع الذي هو الاضطرابات النفسية(القلق و الاكتئاب) .

1-5- الضبط الاجرائي لمتغيرات البحث:

لضمان السير الحسن للبحث والحصول على نتائج موضوعية تم ضبط المتغيرات الآتية:

-السن

-الجنس

و لقد تم الاستغناء عن العينة في الدراسة الأساسية حتى نتحصل على نتائج موضوعية.

1-6- أدوات البحث:

إن الأدوات التي إستعملها الطلبة لإجراء بحهم تعتبر المحور الذي يسند عليه قصد الوصول إلى

كشف الحقيقة ولقد قمنا باستخدام الأدوات التالية:

1-6-1- المصادر والمراجع:

منها الكتب والمجالات، مذكرات، محاضرات.

1-6-2- اختبار سيبيلجر:

هو اختبار أعدده العالم النفسي سيبيلجر لتقييم مستوى القلق وقام بتعريبه الدكتور "محمد حسن علاوي" ويصلح هذا الاختبار للتطبيق على الجنسين، وتشمل الصورة الأصلية للمقياس على 20 عبارة يتم الإستجابة لها في ضوء مقياس مدرج من 4 درجات (أبداً - بدرجة قليلة- بدرجة متوسطة- بدرجة كبيرة) والرجة النهائية للمقياس هي مجموع درجات جميع العبارات والحد الأقصى لدرجات المقياس هو 80 درجة والحد الأدنى هو 20 درجة (رضوان، 1987).

1-6-3- اختبار أرون بيك:

عبارة عن مقياس وضعه الإكلينيكي الأمريكي أرون بيك وهو مقياس يزود الباحث بتقدير سريع وصادق بمستوى الاكتئاب لدى العميل، نشر هذا المقياس أول مرة سنة 1961م وكان في صورته الأصلية

التي تتكون من 21 عبارة وتتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربع عبارات تعكس مدى شدة الاضطرابات، ولقد استخدمت الأرقام وتدرج من 1 إلى 4 لتعكس هذه الشدة، ويتكون المقياس حالياً من 13 مجموعة، وعاد بيك صياغته بمعدل ارتباط قدره 0.96، وأعد صورته العربية غريب عبد الفتاح غريب سنة 1985م وتكون مقياس الاكتئاب من 13 مجموعة (رضوان، 1987).

1-7-1- الهدف من التجربة الاستطلاعية:

- معرفة المشاكل والصعوبات التي قد تواجه الطلبة في التجربة الأساسية.
- مدى فهم العينة لعبارات مقياسي "سبيلبرجر" و"أرون بيك".
- اختيار الأسلوب المناسب لشرح المقياس وكيفية التعامل مع مختلف المعادلات الإحصائية المستعملة للحساب حتى يسهل العمل عند التجربة الأساسية.

تم إجراء هذه الدراسة من 2013/02/07 إلى غاية 2013/02/15، وقد قمنا بدراسة الثبات للتأكد مما إذا كان المقياس يعطي نفس الدرجات لنفس الأفراد عند تكرار تطبيقه عليهم وبدراسة الصدق حتى يمكن الاطمئنان إليه والتأكد منه واستخدامه في البيئة المعنية.

1-7-2- الأسس العلمية للاختبارات:

عرض نتائج التجربة الاستطلاعية:

جدول رقم (01): يوضح ثبات وصدق أدوات البحث المستعملة في التجربة الاستطلاعية.

اختبار	قبلي	بعدي	مستوى الدلالة	درجة الحريرة	معامل الثبات	معامل الصدق	القيمة الجدولية	معنى الدلالة
القلق	ع	س	0.01	19	0.85	0.92	0.549	دال إحصائياً
	ع	س							2.34	42.1
الاكتئاب	ع	س	0.01	19	0.82	0.90	0.549	دال إحصائياً
	ع	س							2.32	16.9

يدل الارتباط بين درجات تطبيق الأول ودرجات تطبيق الثاني على معامل الاستقرار (ثبات) الاختبار وكلما اقترب هذا المعامل من 1 صحيح (1) زاد ذلك استقرار الاختبار وثباته. من بين الطرق المستخدم لحساب معامل الثبات طريقة بيرسون لحساب معامل الارتباط التتابعي (رضوان م.، 2000).

وللتأكد من مدى صحة واستقرار دراستنا قمنا بتطبيق الاختبار مرتين على نفس العينة من المسنين بفارق زمني قدره أسبوع، يطلق على هذه العملية إحصائياً أسلوب إعادة الاختبار.

1-7-1- الثبات:

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (01) التي جاءت قيم معامل الارتباط البسيط للبيرسون (القلق 0.85، الاكتئاب 0.82) وبعد الكشف في جدول دلالات الارتباط لمعرفة ثبات الاختبار عند درجة حرية ن-1 وقيمتها 19 ومستوى دلالة 0.01 تبين لنا أن الاختبار يتميز بدرجة ثبات عالية وكون الدرجة المحسوبة لمعامل ثبات بيرسون كانت أكبر من القيمة الجدولية والتي كانت تساوي 0.549.

1-7-2- الصدق:

يتصف الاختبار بدرجة عالية من الصدق كون القيم المحسوبة لمعامل الصدق الذاتي كانت تتراوح بالنسبة للقلق 0.92 والاكتئاب 0.90 كانت أكبر من القيمة الجدولية لمعامل الارتباط التي قيمتها 0.549 عند درجة حرية ن-1 وهي 19 عند مستوى الدلالة 0.01.

1-7-3- الموضوعية:

وتعني عدم تأثر الاختبار بتغيير المفحوصين وإن الاختبار يعطي نفس النتائج مهما كان القائم بالتحكيم ويعرف "باروك جي" الموضوعية كونها درجة الاتساع بين درجات أفراد مختلفين من نفس الاختبار ويعبر عنه بمعامل الارتباط (حسنين، ج1-ص85-1991)

فاختبار القلق والاكتئاب اختباران سهلان وواضحان كما أنهما يتوفران على الموضوعية ويتحلى ذلك من خلال الصدق الذاتي باستعمال الجذر التربيعي للثباتالرمز.

1-7-4- استنتاجات التجربة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة على عينة تتكون من 20 مسن وذلك لغرض تجريب أدوات البحث وتم الخروج بالاستنتاجات التالية:

- يتميز اختبار القلق بدرجة عالية من الثبات والصدق.
- يتميز اختبار أرون بيك للاكتئاب بدرجة عالية من الثبات والصدق.
- الأدوات المستخدمة تصلح لإجراء التجربة الأساسية.
- تم التعديل في الوقت المحدد لإجراء الاختبارات بزيادة 5 دقائق إضافية وذلك من 15-20 دقيقة.

1-7-5- الوسائل الإحصائية للتجربة الاستطلاعية:

من اجل الوصول إلى النتائج الإحصائية واستنباط النتائج العامة وفهمها بصورة جيدة لجأنا إلى

استخدام الوسائل الإحصائية التالية:

أ- المتوسط الحسابي: ويرمز إليه س.

— س: المتوسط الحسابي

مج س: مجموع القيم.

حيث:

$$س = \frac{\text{مج س}}{ن}$$

ن: عدد أفراد العينة (باهي، 1999-ص35-ط1)

والهدف من استخدامه هو الحصول على متوسط إجابات العينتين س و ص، بالإضافة إلى انه

ضروري لاستخراج معامل الارتباط.

الانحراف المعياري

وهو أهم مقاييس التشتت وأحسنها وأكثرها دقة وهو الأكثر استعمالاً لدى المهتمين بالبحث العلمي

ويرمز له بالرمز ع (كامل، 1987، ص99).

$$ع = \sqrt{\frac{\text{مج}(س - س)^2}{ن}}$$

حيث:

ع: الانحراف المعياري.

مج: اختصار مجموع.

س: القيم التي حصلت عليها العينة.

— س: المتوسط الحسابي.

ن: عدد أفراد العينة.

معامل ارتباط بيرسون: $r =$ - (رضوان م.، ط2-1988-ص228)

$$r = \frac{\text{مج ص} \times \text{مج س} - (\text{مج ص} \times \text{مج س})}{\sqrt{\left(\frac{(\text{مج ص})^2}{\text{ن}} \right) \left(\frac{(\text{مج س})^2}{\text{ن}} \right)}}$$

حيث:

مج س: مجموع قيم الاختبار الأول.

مج ص: مجموع قيم الاختبار الثاني.

مج س²: مجموع مربع قيم الاختبار الأول.

مج ص²: مجموع مربع قيم الاختبار الثاني.

(مج س)²: مربع مجموع قيم الاختبار الأول.

(مج ص)²: مربع مجموع قيم الاختبار الثاني.

ن: عدد أفراد العينة.

درجة الحرية لمعامل الارتباط، دح = ن - 1

ج- الصدق:

لقد اكتفينا بمؤشرات الثبات التي يطلق عليها الصدق الذاتي، ويحسب من خلال العلاقة التالية:

$$\text{صدق الاختبار} = \frac{\text{الثبات}}$$

د- النسبة المئوية:

اعتمدنا في تحليل نتائج البحث بدرجة كبيرة على النسبة المئوية.

$$\text{ويرمز إليها } \% = \frac{100 \times \text{عدد الإجابات}}{\text{المجموع الكلي}} \dots\dots\dots (\text{الحفيظ، 1993})$$

1-2-7- التجربة الأساسية:

1-7-2-1- منهج البحث:

لقد استعملنا المنهج الوصفي نظراً لأهميته وملائمته لطبيعة البحث كما يرى "فندلين" إن المسح الذي يوجه لحل المشكلات التي تتعلق بالإدارة المدرسية أو تدريب الرياضات أو غيرها من الظواهر تتم بتوجيه أسئلة مبدئية أي البحث في أوصاف دقيقة للأنشطة والعمليات والأشخاص وهذا يعني تشخيص الوضع الراهن في بعض الأحيان وتحديد الأخلاق بين الظواهر ومحاولة وضع أحداث مستقبلية (رابح، 1984).

والمنهج المسحي هو استقصاء ينصب على ظاهرة أو الظواهر التعليمية أو التربوية أو النفسية بقصد تشخيصها وكشف جوانبها ثم تحديد العلاقة بين عناصرها والعلاقة بينهما وبين الظواهر الأخرى (بدر، 1979).

1-2-7-2- مجتمع وعينة البحث:

العينة في البحوث المسحية أساس عمل البحث: يعرفها "محمد مكي" "أنها مجموعة أفراد يبني الباحث عمله عليها وهي مأخوذة من المجتمع الأصلي وتكون ممثلة له تمثيلاً صادقاً (مكي).

بمجمع البحث هم مسنين من دار العجزة (رجال) بين (55-68 سنة) من ولاية تيارت و مستغانم وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

1-2-7-3- مواصفات اختبار العينة:

تكونت عينة البحث للدراسة الأساسية من 85 مسن ذكور تم اختيارهم بطريقة عشوائية ، مقسمين إلى 50 مسن ممارسين للنشاط البدني الرياضي 35 مسن غير ممارسين ، موزعين على بلديتي مستغانم وتيارت بحيث أخذنا من كل ولاية دار العجزة وقد تم إزاحة الجنس الأنثوي من أجل إعطاء أكثر مصادقية للبحث، والجدول التالي يبين توزيع العينات حسب ديار العجزة.

جدول رقم (02): يوضح توزيع العينات حسب دار العجزة في كل ولاية.

الولاية	مستغانم	تيارت
مسنين ممارسين	20	30
مسنين غير ممارسين	15	20
المجموع	85	

1-2-7-4-مجالات البحث:

1-2-7-4-1- المجال الزمني:

قام الطلبة بتوزيع الاختبارين خلال فترة الدراسة ابتداءً من 2013/04/11 إلى غاية

20.13/04/13

1-2-7-4-2- المجال المكاني:

تم توزيع هذه الاختبارات الخاصة بالبحث في ديار العجزة بمستغانم وتيارت.

1-2-7-4-3- المجال البشري:

تكونت عينة البحث في التجربة الأساسية من 85 مسن موزعين على دار العجزة بمستغانم وتيارت.

الضبط الاجرائي لمتغيرات البحث:

1-2-7-5- أدوات ووسائل البحث:

من الأدوات التي استعملناها لإجراء بحثنا تعتبر المحور الذي يسند عليه قصد الوصول إلى كشف

الحقيقة ولقد قمنا باستخدام الأدوات التالية.

1-2-7-5-1- المصادر والمراجع:

هذا لجمع المادة الخبرية وهي عملية سرد المعلومات النظرية المرتبطة بالموضوع تتماشى وأهداف البحث للوصول إلى صيغة علمية تخدم العمل ولإيجاد توصيات للنقاط الناقصة من خلال الاستناد على مراجع المصادر العلمية من كتب ومجالات، مذكرات...، التي لها صلة بالموضوع.

1-2-7-5-2- اختبار سيبيلجر:

وضع هذه الاختبار "تشارلز سيبيلجر" و"ريتشارد جورسوش" و"روبرت لوش" بعنوان "state- trait anxiety inventory (STAI)"، وقام بإعداد صورته العربية "محمد حسن علاوي" وبالرغم من هذا الاختبار قد صمم كأداة بحث للكشف عن ظاهرة القلق لدى الكبار العاديين (غير المضطربين نفسياً) فقد وجد انه يصلح أيضاً لقياس القلق لدى التلاميذ في المرحلتين الإعدادية والثانوية وطلاب المرحلة الجامعية ولدى المرضى ببعض الأمراض العصبية أو الطبية، ويتكون مقياس القلق من 20 عبارة وفيها يطلب من المفحوص أن يصف شعوره في لحظة معينة من الوقت ويصلح هذا الاختبار للتطبيق على الجنسين ويتم الاستجابة لـ 20 عبارة في ضوء مقياس مدرج من 4 درجات (1-أبداً، 2- درجة قليلة، 3- درجة متوسطة، 4- درجة كبيرة)، والدرجة النهائية هي درجة جميع العبارات والحد الأقصى لدرجات المقياس 80 درجة والحد الأدنى هو 20 درجة.

1-2-7-5-3- معامل الثبات:

في البيئة المصرية تم تطبيق الاختبار على عينة عشوائية من الرياضيين تتكون من 60 لاعب و30 لاعبة من الممارسين لبعض الأنشطة الرياضية، ثم أعيد تطبيق الاختبار على نفس العينة بعد ثلاث أسابيع وتحت نفس الظروف للتطبيق الأول، وتم التوصل إلى معامل الثبات مقياس سمة القلق يبدو مرتفعاً بدرجة مقبولة (0.88 للاعبين) و (0.83 للاعبات)، في حين كان معامل ثبات الاستقرار لحالة القلق يبدو منخفضاً نسبياً (0.53 للاعبين) (0.44 للاعبات)، طبعاً من المتوقع نظراً لأن معامل الثبات (معامل الاستقرار) للمقياس التي تعكس الحالة الانفعالية وقتية تتأثر إلى درجة كبيرة عند إعادة التطبيق مرة أخرى.

1-2-7-5-4- معامل الصدق:

وفي البيئة المصرية تم حساب صدق مقياس القلق بطريقة الصدق التلازمي مع مقياس القلق لكاتال (IPAT) ومقياس القلق الصريح لتايلور (TMAS) وكلاهما قد حقق الصدق في البيئة المصرية وذلك

بتطبيق المقاييس الثلاث على التوالي على 60 لاعباً و 30 لاعبة يمثلون بعض الأنشطة الرياضية وقد لوحظ أن الارتباطات بين مقياس سمة القلق ومقياس القلق لكاتل ومقياس القلق الصريح لتايلور تبدو مرتفعة نسبياً وتتراوح ما بين 0.68 و 0.86 وتبدو مناسبة لاستخدام مقياس القلق الصريح لتايلور كمقياس مكافئ لمقياس سمة القلق "سبيلبرجر" لقياس سمة القلق لدى الرياضيين. (رضوان م).

هذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (03): يوضح مفتاح تصحيح لمقياس سبيلبرجر (العبارات الموجبة والسالبة).

الفقرة	نوعها	الفقرة	نوعها	الفقرة	نوعها	الفقرة	نوعها
1	موجبة	6	سالبة	11	موجبة	16	موجبة
2	موجبة	7	سالبة	12	سالبة	17	سالبة
3	سالبة	8	موجبة	13	سالبة	18	سالبة
4	سالبة	9	سالبة	14	سالبة	19	موجبة
5	موجبة	10	موجبة	15	موجبة	20	موجبة

جدول رقم (04): يوضح درجات العبارات الموجبة والسالبة.

الآراء	درجات العبارات الموجبة	درجات العبارات السالبة
بدرجة كبيرة	4	1
بدرجة متوسطة	3	2
بدرجة قليلة	2	3
دأ	1	4

1-2-7-5-5-7-5-اختبار أرون بيك:

عبارة عن مقياس وضعه الإكلينيكي الأمريكي أرون بيك وهو مقياس يزود الباحث بتقدير سريع وصادق بمستوى الاكتئاب لدى العميل، نشر هذا المقياس أول مرة سنة 1961م وكان في الصورة الأصلية

التي تتكون من 21 عبارة، وتتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربع عبارات تعكس مدى شدة الاضطرابات ولقد استخدمت أرقام تدرج من 1 إلى 4 تعكس هذه الشدة.

يتكون المقياس في الصورة الحالية من 13 مجموعة، حيث أعاد بيك صياغته بناءً على ارتباط هذه الصورة المعدلة بالمقياس الأصلي بمعدل ارتباط قدره 0.96 واعد صورته باللغة العربية الدكتور غريب عبد الفتاح غريب سنة 1985.

ولمعرفة درجة صدق المقياس على البيئة الجزائرية سوف نقوم بتوزيع الاختبار على عينتين من المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي، حيث أن أعلى قيمة للمقياس 52 وأدنى قيمة 13 والوسيط يساوي 32.5.

ويتكون مقياس الاكتئاب من 13 مجموعة وهي كالاتي:

- 1- الحزن.
- 2- التشاؤم من المستقبل.
- 3- الإحساس بالفشل.
- 4- السخط وعدم الرضا.
- 5- الإحساس بالندم والذنب.
- 6- عدم حب الذات.
- 7- إيذاء الذات.
- 8- الانسحاب الاجتماعي.
- 9- التردد.
- 10- تغيير صورة الذات.
- 11- صعوبة العمل.
- 12- التعب.
- 13- فقدان الشهية. (BEACK. AT. OP CIT)

1- 2- 5- 6- تطبيق الاختبار:

بعد التنسيق مع الإدارة والأستاذ المشرف على حصة تجمع المسنين في قاعة خاصة بحيث يجلس كل مسن وحده ثم قمنا بتوزيع الاختبارات (القلق، الاكتئاب) وقد ركزنا على عدم استخدامه مصطلح القلق بل قمنا إلى الإشارة إلى المقياس (الاختبار) باستخدام عبارة استيائية لتقييم الذات وذلك أعلى كل مقياس، ثم قمنا بشرح محتوى الاختبارين وكيفية الإجابة على العبارات وذلك بوضع علامة (X) على الدرجة المناسبة التي تصف في تلك اللحظة بالذات، وشرح العبارات التي تبدو غامضة بالنسبة إليهم وقمنا بالتنويه إلى عدم ترك عبارة دون الإجابة عليها وإلى المدة الزمنية المسموح بها للإجابة وبعد الانتهاء من الإجابة من طرف المسنين قمنا بجمع هذه الاختبارات والتي نخدم بحثنا هذا ثم قمنا بتفريغ الأسئلة منها وتحديدتها إحصائياً وتحليل نتائجها.

1-2-7-5-7- الواسائل الإحصائية للتجربة الأساسية:

من أجل الوصول إلى النتائج الإحصائية واستنباط النتائج العامة وفهمها بصورة جيدة لجأنا إلى استخدام الوسائل الإحصائية التالية:

أ- الوسيط: هو القيمة التي تتوسط القيم.

- في حالة ن عدد زوجي رتبة الوسيط تساوي ن/2.

- في حالة ن عدد فردي رتبة الوسيط تساوي (ن+1)/2.

الوسيط = $\frac{\text{رتبة الوسيط} + \text{القيمة اللاحقة}}{2}$ (الشافعي، 2004 بدون طبعة،)

ب- الالتواء = س - و $\frac{\sum x}{n}$ (الطبي، 1999-ط1) حيث: س = المتوسط الحسابي.
و = الوسيط.

ع = الانحراف المعياري.

ج- اختبار (ت) ستودنت:

$$ت = \frac{\bar{س}_1 - \bar{س}_2}{\sqrt{\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right) \frac{ع^2}{(1-n_1) + 2ع(1-n_2)}}}$$

س₁: المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى

س₂: المتوسط الحسابي للمجموعة الثانية

ع₁: الانحراف المعياري للمجموعة الأولى.

ع₂: الانحراف المعياري للمجموعة الثانية.

ن₁: عدد أفراد العينة الأولى.

ن₂: عدد أفراد العينة الثانية.

د- الوسيط في المقياس:

يمثل مجموعة من الدرجات مرتبة حسب قيمتها وهي تلك القيمة التي في المنتصف أو القيمة الوسيطة التي يكون عدد القيم التي تعلوها مساوياً لعدد القيم التي تليها (الصادق، ط1، 1991، ص254).

$$\frac{\text{الحد الأعلى} + \text{الحد الأدنى}}{2} =$$

خلاصة:

تضمن هذا الفصل منهجية البحث ومختلف الإجراءات الميدانية في التجربة الاستطلاعية والتجربة الأساسية حيث اشتمل على منهج البحث وعلى العينة وكيفية اختيارها، وبعدها تطرقنا إلى مجالات البحث للأدوات المستعملة مع اختيار الوسائل والعلاقات الإحصائية المناسبة لهذا البحث.

الفصل الثاني

عرض و تحليل النتائج

1-2- عرض نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستودنت لمقياس القلق:

جدول رقم (05): يوضح نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستودنت لمقياس القلق.

العملية العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	درجة الحرية	مستوى الدلالة	ت ستودنت المحسوبة	ت الجدولية
القلق ممارسين	43	2.58	0.58	83	0.01	15.93	2.58
القلق غير ممارسين	50.81	3.66	1.63				

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين نتائج العينة بالنسبة لاختبارات مقياس القلق يمكن عرض

النتائج على النحو التالي:

لقد بلغ المتوسط الحسابي لدى المسنين الممارسين للنشاط البدني الرياضي 43 بالانحراف المعياري

2.58 بمعامل التواء 0.58 وهي قيمة محصورة بين -3 و +3 وهذا ما يبين اعتدالية في توزيع النتائج وان

هناك تجانس في عينة البحث.

أما المتوسط الحسابي في اختبار القلق المسنين غير الممارسين فقد بلغ 50.81 بانحراف معياري

3.66 بمعامل إلتواء 1.63 وهي قيمة محصورة ما بين -3 و +3 وهذا يدل على أن هناك اعتدالية في

توزيع النتائج وأن هناك تجانس في عينة البحث، ولقياس الفروق بين العينتين تم استخدام دلالة فروق ت

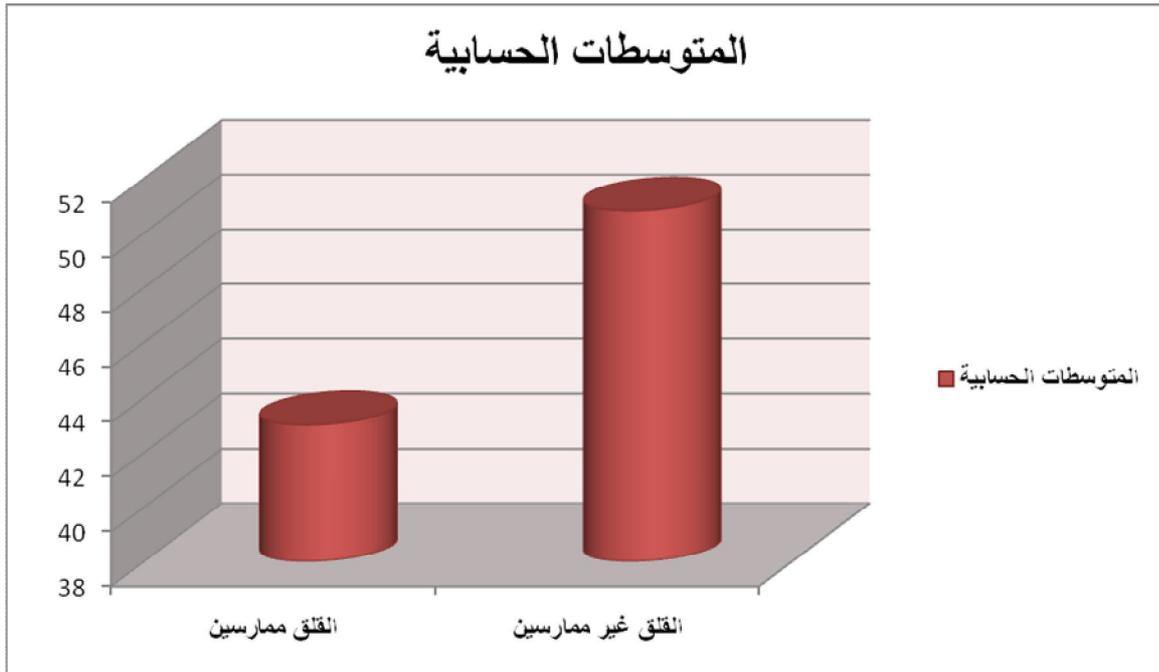
ستودنت التي بلغت 15.93 وهي قيمة أكبر من الجدولية التي بلغت 2.58 عند مستوى دلالة 0.01

وهذا يعني أن درجة الشك 1% ودرجة الثقة 99%.

هذا ما يدل أن الممارسة للنشاط البدني الرياضي أثرت إيجابياً عند الممارسين وأن الفروق ذات

دلالة إحصائية لصالح العينة الممارسة للنشاط البدني الرياضي ومم سبق يستنتج الطالبين الباحثين: أن

الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق قد تحققت إحصائياً



الشكل رقم (05): يوضح نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستيودنت لمقياس القلق.

2-2- عرض نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستيودنت لمقياس الاكتئاب:

جدول رقم (06): يوضح نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستيودنت لمقياس الاكتئاب.

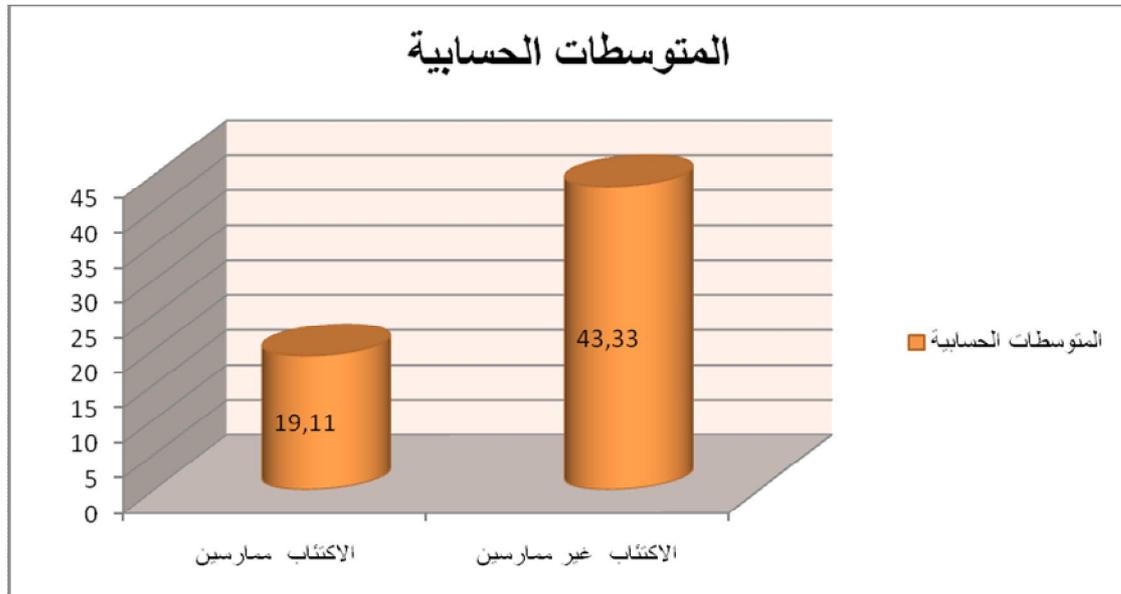
العملية العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	درجة الحرية	مستوى الدلالة	ت ستيودنت المحسوبة	ت الجدولية
الاكتئاب ممارسين	19.11	3.44	0.53	83	0.01	2.98	2.58
الاكتئاب غير ممارسين	43.33	5.75	1.87				

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين نتائج العينة بالنسبة للاختبارات لمقياس الاكتئاب يمكن عرض النتائج على النحو التالي:

لقد بلغ المتوسط الحسابي لدى المسنين الممارسين للنشاط البدني الرياضي 19.11 بالانحراف المعياري 3.44 بمعامل إتواء 0.53 وهي قيمة محصورة بين -3 و+3 وهذا ما يبين اعتدالية في توزيع النتائج وان هناك تجانس في عينة البحث.

أما المتوسط الحسابي في اختبار الاكتئاب للمسنين غير الممارسين فقد بلغ 43.33 بانحراف معياري 5.75 بمعامل إتواء 1.87 وهي قيمة محصورة ما بين -3 و+3 وهذا يدل على أن هناك اعتدالية في توزيع النتائج وأن هناك تجانس في عينة البحث، ولقياس الفروق بين العينتين تم استخدام دلالة فروق ت ستودنت التي بلغت 2.68 وهي قيمة أكبر من الجدولية التي بلغت 2.58 عند مستوى دلالة 0.01 وهذا يعني أن درجة الشك 1% ودرجة الثقة 99%.

هذا ما يدل أن الممارسة للنشاط البدني الرياضي أثرت ايجابياً على سمة الاكتئاب عند الممارسين للنشاط البدني الرياضي وأن الفروق ذات دلالة إحصائية لصالح العينة الممارسة ومم سبق يستنتج الطالبين الباحثين: أن الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة الاكتئاب قد تحققت إحصائياً.



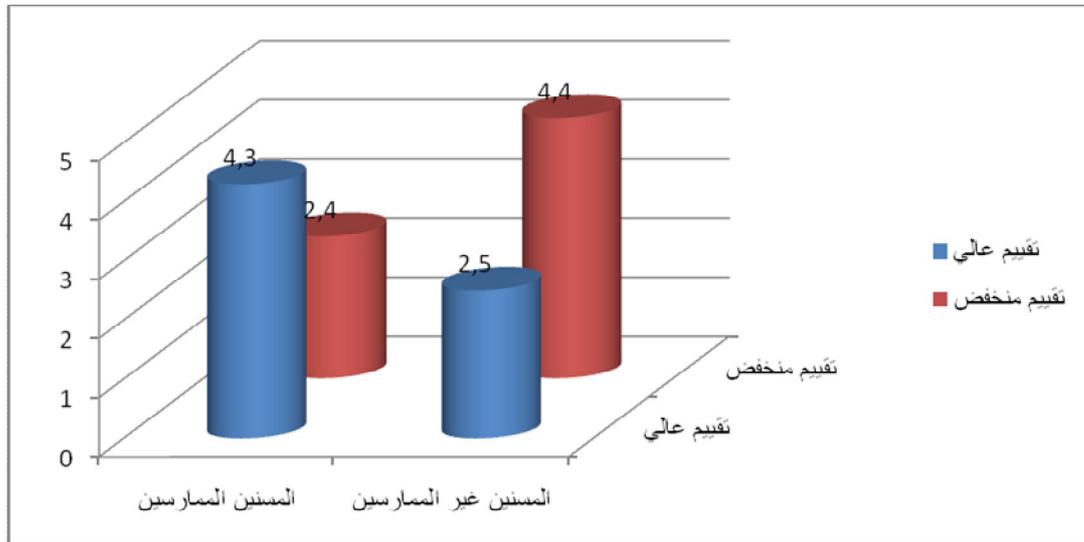
الشكل رقم (06): يوضح نتائج العينة بالنسبة لاختبارات ت ستودنت لمقياس الاكتئاب

3-2- عرض النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس القلق للمسنين الممارسين وغير الممارسين:

جدول رقم (07): يوضح النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس القلق للمسنين الممارسين وغير الممارسين.

مقياس	المسنين الممارسين			المسنين غير الممارسين		
	المتوسط الحسابي	تقييم عالي	تقييم منخفض	المتوسط الحسابي	تقييم عالي	تقييم منخفض
القلق	43	57%	43%	50.81	50.81%	49.19%

لقد بلغت النسبة المئوية في مقياس القلق لدى المسنين الممارسين للنشاط البدني الرياضي 43% وهي قيمة تنتمي إلى تقييم المنخفض بالمقارنة مع الوسيط في المقياس الذي بلغ 50%. أما النسبة المئوية في مقياس القلق لدى المسنين غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي 50.81% وهي قيمة تنتمي إلى تقييم العالي بالمقارنة مع الوسيط في المقياس الذي بلغ 50%. ومنه يستنتج الطالبين الباحثين أن المسنين الممارسون للنشاط البدني الرياضي يتميزون بدرجة قلق أقل من أقرانهم غير الممارسين.



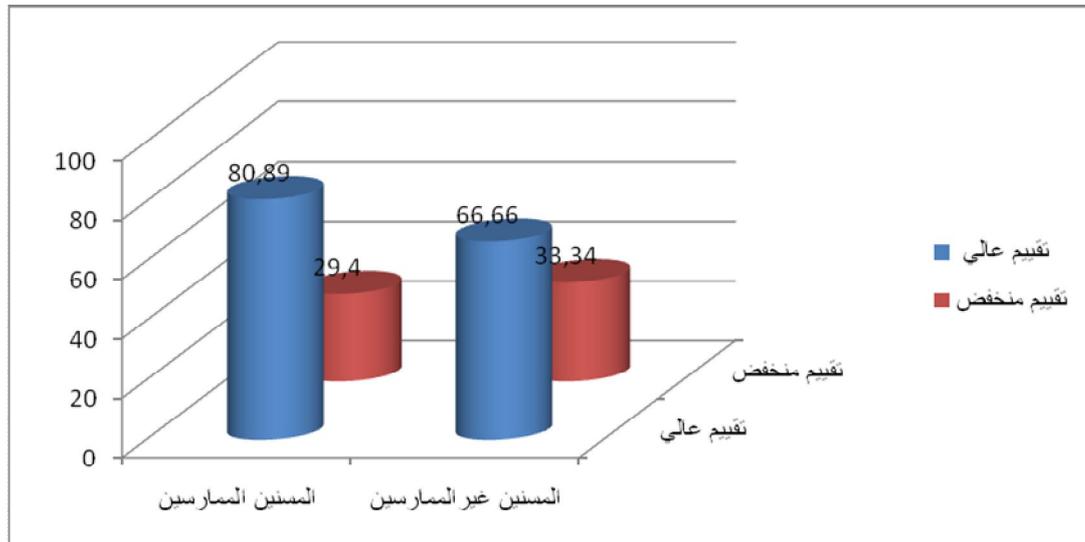
الشكل رقم (07): يوضح النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس القلق للمسنين الممارسين وغير الممارسين.

4-2- عرض النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس الاكتئاب للمسنين الممارسين وغير الممارسين:

جدول رقم (08): يوضح النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس الاكتئاب للمسنين الممارسين وغير الممارسين.

مقياس	المسنين الممارسين			المسنين غير الممارسين		
	المتوسط الحسابي	تقييم عالي	تقييم منخفض	المتوسط الحسابي	تقييم عالي	تقييم منخفض
الاكتئاب	19.11	80.89%	29.40%	43.33	66.66%	33.34%

لقد بلغت النسبة المئوية في مقياس الاكتئاب لدى المسنين الممارسين للنشاط البدني الرياضي 80.89% وهي قيمة تنتمي إلى تقييم العالي بالمقارنة مع الوسيط في المقياس الذي بلغ 32.5%. أما النسبة المئوية في مقياس الاكتئاب لدى المسنين غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي 29.40% وهي قيمة تنتمي إلى تقييم المنخفض بالمقارنة مع الوسيط في المقياس الذي بلغ 32.5%. ومنه يستنتج الطالبين الباحثين أن المسنين الممارسون للنشاط البدني الرياضي يتميزون بدرجة اكتئاب أقل من أقرانهم غير الممارسين.



شكل رقم (08): يبين النسبة المئوية لتقييم العالي والمنخفض لمقياس الاكتئاب للمسنين الممارسين وغير الممارسين.

الفصل الثالث

مناقشة الفرضيات والاستنتاجات والتوصيات

3-1- مناقشة فرضيات البحث:

بعد المعالجة الإحصائية والخروج بالنتائج المدونة في الجداول والمدرجات يمكن للطلاب الباحثين مناقشة الفرضيات وهي كالآتي:

- مناقشة الفرضية الاولى:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في سمات القلق لصالح الممارسين للنشاط البدني الرياضي مقارنة بأقرانهم من غير الممارسين ، من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (05) بلغ المتوسط الحسابي 43 لممارسي النشاط البدني الرياضي أما عند غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي بلغ المتوسط الحسابي لديهم 50.81، وبعد حساب ت ستودنت الذي يبين الفرق ما بين متوسطين فقد بلغ ت ستودنت 15.93 هذه القيمة أكبر من ت الجدولية التي بلغت 2.85 عند مستوى الدلالة 0.01 بمعنى أن درجة الشك 1% ودرجة الثقة 99% ومنه يستنتج الطالب الباحثين أن هناك فرق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق للممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي.

و هذا ما يتوافق مع ما توصل إليها الطالب الباحثين كريش محمد وكريش عبد القادر، في مذكرتهم لنيل شهادة ليسانس بعنوان دراسة الانفعال والقلق كسمة لدى المعاقين حركياً والأسياء الممارسين للنشاط الرياضي في فعالية ألعاب القوى (صف أكابر) والذي توصل إلى أن الممارسة الرياضية تساعد الشخص الممارس مهما كان سوي أو معاق حركياً تؤدي في التقليل من القلق وكذا وجود فروق ذات دلالة معنوية بين الأسياء الممارسين والمعاقين حركياً الممارسين للرياضة.

ومنه يستنتج الطالب الباحثين أن الفرضية الاولى (هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق لدى الممارسين للنشاط البدني الرياضي مقارنة مع أقرانهم غير الممارسين قد تحققت).

- مناقشة الفرضية الثانية:

هناك فرق ذو دلالة إحصائية سمة الاكتئاب لدى الممارسين للنشاط البدني الرياضي مقارنة بأقرانهم غير الممارسين ، من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (06) فقد بلغ المتوسط الحسابي للممارسين للنشاط البدني الرياضي 19.11 أما عند غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي فقد بلغ المتوسط الحسابي لديهم 43.33 وبعد حساب ت ستودنت الذي يبين الفرق بين المتوسطين فقد بلغت ت ستودنت

2.68 وهذه القيمة أكبر من الجدولية التي بلغت 2.58 عند مستوى الدلالة 0.01 بمعنى ان درجة الشك 1% ودرجة الثقة 99%، ومنه يستنتج الطالبين الباحثين أن هناك فرق ذو دلالة إحصائية في سمة الاكتئاب للممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي.

وهذا يثبت ما توصل إليه "قاندوزان نذير" مذكرة ماجستير 2001 بالجزائر، الذي كان يتمحور دراسته حول مدى مساهمة التربية البدنية والرياضية في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى الدارسين خاصة الاكتئاب.

ومنه يستنتج الطالبين الباحثين أن الفرضية الثانية ان هناك فارق ذات دلالة إحصائية في سمة الاكتئاب لدى ممارسين للنشاط البدني الرياضي مقارنة بأقرانهم غير الممارسين قد تحققت.

2-3- الاستنتاجات:

في ضوء النتائج المتحصل عليها وبعد المعالجة الإحصائية وفي ضوء أهداف البحث وفروضه أمكن الطالبين الباحثين استخلاص مجموعة من الاستنتاجات وهي على النحو التالي:

- يتميز المسن الممارسين للنشاط البدني الرياضي بدرجة قلق أقل.
- يتميز المسن غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي بدرجة قلق عالية.
- يتميز المسن الممارسين للنشاط البدني الرياضي بدرجة اكتئاب أقل غير مكثبين.
- يتميز المسن غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي بدرجة اكتئاب عالية.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس القلق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي لصالح الممارسين للنشاط البدني الرياضي.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الاكتئاب بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي لصالح الممارسين للنشاط البدني الرياضي.

3-3- خلاصة عامة:

يرسم الإنسان في فترة صباه صورة العالم الخارجي الذي ينتمي إليه عن طريق حواسه وتحر كاته المختلفة في محاولة منه لإدراك العلاقات المحيطة التي تساعد على المعرفة والإطلاع على مختلف نواحي الحياة، وفي سعيه لتحقيقها يتعرض إلى عدة أزمات واضطرابات نفسية تؤثر سلباً على حياته فيعيش في عزلة وقلق وباعتبار أن الشيخوخة أصعب مراحل العمر في حياة الإنسان لذلك أصبحت الرياضة جزءاً

مكماً ومتكاملاً مع مجموع النظم الاجتماعية الاقتصادية والتربوية، و التي يجد فيها المسن التوازن والسواء لشخصيته من أجل تكوين شخص قادر على مواجهة مختلف الصعوبات داخل بيئته ويتخطى المشاكل النفسية خاصة منها القلق والاكتئاب التي تؤثر سلباً على سيرورة ونمط الحياة لدى المسن.

لذا ارتأى الطلبة الباحثون إلى إجراء هذه الدراسة التي تتمحور حول أثر النشاط البدني الرياضي على بعض الاضطرابات النفسية خاصة (القلق والاكتئاب) لدى المسن (55-68) سنة ممارس وغير ممارس، وتضمن محتوى الدراسة على بابين، الباب الأول مخصص التعريف بالبحث و الدراسة النظرية مقسم إلى ثلاثة فصول، الفصل الأول تطرقنا فيه إلى إعطاء مفهوم شامل للنشاط البدني الرياضي و خصائصه و أهميته، واحتوى الفصل الثاني على دراسة الشيخوخة باعتبارها أصعب مراحل العمر فتطرقنا إلى التغيرات التي يتميز بها المسن والمشاكل التي يعانها وكذا العلاقة التي تربطه بالنشاط البدني الرياضي وإيجاد بعض الحلول للقضاء على مشاكله وانفعالاته، كما تضمن الفصل الثالث أهم الاضطرابات النفسية التي تقف في وجه المسن خاصة القلق و الاكتئاب وقمنا بتعريفها وتصنيفها وإعطاء أسباب حدوثها عند الشيخوخة ثم تطرقنا إلى طرق علاجها والتخفيف منها ودور النشاط البدني الرياضي في الحد والتقليل منها. أما الباب الثاني فقد خصص إلى الدراسة الميدانية وهو مقسم إلى ثلاث فصول، تطرقنا في الفصل الأول إلى المشاكل والعوائق التي من الممكن أن تشكل صعوبة أثناء التجربة الاستطلاعية وكذلك الأسس العلمية في صدق وثبات الموضوعية وأهم الوسائل الإحصائية المستعملة، أما فيما يخص الفصل الثاني فقد تم عرض النتائج بع الاستعانة بالوسائل الإحصائية المناسبة، حيث تم عرضها في جداول والتعبير عنها بيانياً بواسطة مدرجات، أما الفصل الثالث فتضمن مناقشة فرضيات البحث استناداً إلى ما تم التطرق إليه في الجانب النظري والبحوث المشابهة والخروج بمجموعة من الاستنتاجات الخاصة بالقلق والاكتئاب لدى المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي ، وأخيراً تم الخروج بمجموعة من التوصيات والتي نأمل في المستقبل ولو بالقليل في إفادة الطلبة المقبلين على بحوث جديد.

3-4- التوصيات:

- بعد الانتهاء من إنجاز بحثنا خرجنا بجملة من التوصيات أوجزناها في النقاط التالية:
- الاهتمام بالمسنك خاصة من الناحية النفسية لأنه بحاجة إلى أن يخفف عنه ونجعله يحضى بحياة أفضل.

- إعطاء اهتمام أكبر للنشاط البدني الرياضي خصوصاً من قبل المسؤولين في هذا المجال.
- تحفيز غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي وحثهم على ضرورة ممارستها بغية دمجهم في المجتمع والتقليل من حدة القلق والاكتئاب لديهم.
- نوصي بإجراء بحوث مشابهة في متغيرات نفسية أخرى مثل: التوتر، العدوان....
- اهتمام وسائل الإعلام بتقديم مواضيع و نشاطات رياضية لتشجيع المسنين على ممارسة النشاط البدني الرياضي.

3-1- مناقشة فرضيات البحث:

بعد المعالجة الإحصائية والخروج بالنتائج المدونة في الجداول والمدرجات يمكن للطلاب الباحثين مناقشة الفرضيات وهي كالآتي:

- مناقشة الفرضية الاولى:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في سمات القلق لصالح الممارسين للنشاط البدني الرياضي مقارنة بأقرانهم من غير الممارسين ، من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (05) بلغ المتوسط الحسابي 43 لممارسي النشاط البدني الرياضي أما عند غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي بلغ المتوسط الحسابي لديهم 50.81، وبعد حساب ت ستودنت الذي يبين الفرق ما بين متوسطين فقد بلغ ت ستودنت 15.93 هذه القيمة أكبر من ت الجدولية التي بلغت 2.85 عند مستوى الدلالة 0.01 بمعنى أن درجة الشك 1% ودرجة الثقة 99% ومنه يستنتج الطالب الباحثين أن هناك فرق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق للممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي.

و هذا ما يتوافق مع ما توصل إليها الطالب الباحثين كريش محمد وكريش عبد القادر، في مذكرتهم لنيل شهادة ليسانس بعنوان دراسة لانفعال والقلق كسمة لدى المعاقين حركياً والأسوياء الممارسين للنشاط الرياضي في فعالية ألعاب القوى (صف أكابر) والذي توصل إلى أن الممارسة الرياضية تساعد الشخص الممارس مهما كان سوي أو معاق حركياً تؤدي في التقليل من القلق وكذا وجود فروق ذات دلالة معنوية بين الأسوياء الممارسين والمعاقين حركياً الممارسين للرياضة.

ومنه يستنتج الطالب الباحثين أن الفرضية الاولى (هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق لدى الممارسين للنشاط البدني الرياضي مقارنة مع أقرانهم غير الممارسين قد تحققت.

- مناقشة الفرضية الثانية:

هناك فرق ذو دلالة إحصائية سمة الاكتئاب لدى الممارسين للنشاط البدني الرياضي مقارنة بأقرانهم غير الممارسين ، من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (06) فقد بلغ المتوسط الحسابي للممارسين للنشاط البدني الرياضي 19.11 أما عند غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي فقد بلغ المتوسط الحسابي لديهم 43.33 وبعد حساب ت ستودنت الذي يبين الفرق بين المتوسطين فقد بلغت ت ستودنت

2.68 وهذه القيمة أكبر من الجدولية التي بلغت 2.58 عند مستوى الدلالة 0.01 بمعنى ان درجة الشك 1% ودرجة الثقة 99%، ومنه يستنتج الطالبين الباحثين أن هناك فرق ذو دلالة إحصائية في سمة الاكتئاب للممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي.

وهذا يثبت ما توصل إليه "قاندوزان نذير" مذكرة ماجستير 2001 بالجزائر، الذي كان يتمحور دراسته حول مدى مساهمة التربية البدنية والرياضية في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى الدارسين خاصة الاكتئاب.

ومنه يستنتج الطالبين الباحثين أن الفرضية الثانية ان هناك فرق ذات دلالة إحصائية في سمة الاكتئاب لدى ممارسين للنشاط البدني الرياضي مقارنة بأقرانهم غير الممارسين قد تحققت.

3-2- الاستنتاجات:

في ضوء النتائج المتحصل عليها وبعد المعالجة الإحصائية وفي ضوء أهداف البحث وفروضه أمكن الطالبين الباحثين استخلاص مجموعة من الاستنتاجات وهي على النحو التالي:

- يتميز المسن الممارسين للنشاط البدني الرياضي بدرجة قلق أقل.
- يتميز المسن غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي بدرجة قلق عالية.
- يتميز المسن الممارسين للنشاط البدني الرياضي بدرجة اكتئاب أقل غير مكثبين.
- يتميز المسن غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي بدرجة اكتئاب عالية.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس القلق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي لصالح الممارسين للنشاط البدني الرياضي.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الاكتئاب بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي لصالح الممارسين للنشاط البدني الرياضي.

3-3- خلاصة عامة:

يرسم الإنسان في فترة صباه صورة العالم الخارجي الذي ينتمي إليه عن طريق حواسه وتحركاته المختلفة في محاولة منه لإدراك العلاقات المحيطة التي تساعد على المعرفة والإطلاع على مختلف نواحي الحياة، وفي سعيه لتحقيقها يتعرض إلى عدة أزمات واضطرابات نفسية تؤثر سلباً على حياته فيعيش في عزلة وقلق وباعتبار أن الشيخوخة أصعب مراحل العمر في حياة الإنسان لذلك أصبحت الرياضة جزءاً

مكتملاً ومتكاملاً مع مجموع النظم الاجتماعية الاقتصادية والتربوية، و التي يجد فيها المسن التوازن والسواء لشخصيته من أجل تكوين شخص قادر على مواجهة مختلف الصعوبات داخل بيئته ويتخطى المشاكل النفسية خاصة منها القلق والاكتئاب التي تؤثر سلباً على سيرورة ونمط الحياة لدى المسن.

لذا ارتأى الطلبة الباحثون إلى إجراء هذه الدراسة التي تتمحور حول أثر النشاط البدني الرياضي على بعض الاضطرابات النفسية خاصة (القلق والاكتئاب) لدى المسن (55-68) سنة ممارسة وغير ممارسة، وتضمن محتوى الدراسة على بابين، الباب الأول مخصص التعريف بالبحث و الدراسة النظرية مقسم إلى ثلاثة فصول، الفصل الأول تطرقنا فيه إلى إعطاء مفهوم شامل للنشاط البدني الرياضي و خصائصه و أهميته، واحتوى الفصل الثاني على دراسة الشيخوخة باعتبارها أصعب مراحل العمر فتطرقنا إلى التغيرات التي يتميز بها المسن والمشاكل التي يعانها وكذا العلاقة التي تربطه بالنشاط البدني الرياضي وإيجاد بعض الحلول للقضاء على مشاكله وانفعالاته، كما تضمن الفصل الثالث اهم الاضطرابات النفسية التي تقف في وجه المسن خاصة القلق و الاكتئاب وقمنا بتعريفها وتصنيفها وإعطاء أسباب حدوثها عند الشيخوخة ثم تطرقنا إلى طرق علاجها والتخفيف منها ودور النشاط البدني الرياضي في الحد والتقليل منها. أما الباب الثاني فقد خصص إلى الدراسة الميدانية وهو مقسم إلى ثلاث فصول، تطرقنا في الفصل الأول إلى المشاكل والعوائق التي من الممكن أن تشكل صعوبة أثناء التجربة الاستطلاعية وكذلك الأسس العلمية في صدق وثبات الموضوعية واهم الوسائل الإحصائية المستعملة، اما فيما يخص الفصل الثاني فقد تم عرض النتائج بع الاستعانة بالوسائل الإحصائية المناسبة، حيث تم عرضها في جداول والتعبير عنها بيانياً بواسطة مدرجات، أما الفصل الثالث فتضمن مناقشة فرضيات البحث استناداً إلى ما تم التطرق إليه في الجانب النظري والبحوث المشابهة والخروج بمجموعة من الاستنتاجات الخاصة بالقلق والاكتئاب لدى المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي ، وأخيراً تم الخروج بمجموعة من التوصيات والتي نأمل في المستقبل ولو بالقليل في إفادة الطلبة المقبلين على بحوث جديد.

3-4- التوصيات:

- بعد الانتهاء من إنجاز بحثنا خرجنا بجملة من التوصيات أوجزناها في النقاط التالية:
- الاهتمام بالمسنك خاصة من الناحية النفسية لأنه بحاجة إلى أن يخفف عنه ونجعله يحضى بحياة أفضل.

- إعطاء اهتمام أكبر للنشاط البدني الرياضي خصوصاً من قبل المسؤولين في هذا المجال.
- تحفيز غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي وحثهم على ضرورة ممارستها بغية دمجهم في المجتمع والتقليل من حدة القلق والاكتئاب لديهم.
- نوصي بإجراء بحوث مشابهاة في متغيرات نفسية أخرى مثل: التوتر، العدوان....
- اهتمام وسائل الإعلام بتقديم مواضيع و نشاطات رياضية لتشجيع المسنين على ممارسة النشاط البدني الرياضي.

المصادر و المراجع

المصادر و المراجع

coués, G. F.-G. (P 214). *Psychopatologie*.

Eddine, b. f.-H.-T. (1994, p 14). *La prise en charge de la personne âgée* .
Alger: CN-PPS Bir Khadem .

farida, B. (p 15).

Les maladies déprise. (1983). paris: Edit par laboratoire ELBA.

MRobine.J.M. (1989, p 306). *La santé des personnes âgées* . OMS: Jeneve-
Suisse .

MRobine.J.M. (p 308). *La santé des personnes âgées*.

MRobine.J.M. (p 308). *La santé des personnes âgées*.

دار الآفاق الجديدة :بيروت .1علم النفس الفيزيولوجي، ط (1985). و. ك ,آغا
مرجع سابق . و. ك ,آغا

مستغانم . (19-18، ص 2004). *الاعاقة و تأثيرها على المعاش النفسي للمسن*

نفس المرجع السابق . (625-626ص) . ع . د ,الحقي

المجلد الثاني -مكتبة الدبولي :القاهرة، مصر . *موسوعة الطب النفسي* . (1249، ص 1992). ع . د ,الحنفي

مصر -القاهرة . *الاتجاه نحو الموت لدى المراهقين و الراشدين و المسنين* . (65، ص 2005جويلية) . أ.-ه . د ,الخالق
دار غريب :

(545-546ص) . ح . د ,الزهران

(339ص 1998) . ا . د ,السيد

دار الفكر العربي :القاهرة ،مصر . *الاسس النفسية للنمو من طفولته الى شيخوخته* . (320،ص 1998) . ا . د ,السيد

(339 ص 1998). ف. د. السيد

(347 ص 1998). ف. د. السيد

(380 ص). ف. د. السيد

(368 ص). ف. د. السيد

دار الراتب الجامعية : الطبعة الاولى - لبنان - سوفنير .علم النفس الشواذ .(140، ص 1999). ا. د. العيسوي

اضطرابات الشيخوخة و علاجها .(52 ص). ع. د. العيسوي

اضطرابات الشيخوخة و علاجها .(52 ص). ع. د. العيسوي

اضطرابات الشيخوخة و علاجها .(53-55 ص). ع. د. العيسوي

دار النهضة العربية :بيروت، لبنان .اضطرابات الشيخوخة و علاجها .(68، ص 1989). ع. د. العيسوي

اضطرابات الشيخوخة و علاجها .(65 ص). ع. د. العيسوي

المرجع نفسه .(20 ص). ع. د. العيسوي

(135 ص). ع. د. العيسوي

علم النفس الشواذ و الصحة النفسية .(145 ص). ع. د. العيسوي

علم النفس الشواذ والصحة النفسية .(133 ص). ع. د. العيسوي

نفس المرجع .(11 ص). ع. د. العيسوي

المرجع نفسه

المرجع نفسه

المرجع نفسه

المرجع نفسه،

الأبعاد النفسية للمسن .(64 ص). ا. د. الميلادي

مؤسسة شباب الجامعة :مصر -إسكندرية .الأمراض و الاضطرابات النفسية .(130، ص 2004) . ع .د ،الميلادي

.
الابعاد النفسية للمسن .(44 ص 2002) . ع .د ،الميلادي

الابعاد النفسية للمسن .(40 ص 2004) . ع .د ،الميلادي

الأبعاد النفسية للمسن .(51 - 50 ص) . ع .د ،الميلادي

مؤسسة شباب الجامعة :الاسكندرية، مصر .الابعاد النفسية للمسن .(27-30، ص 2002) . ع .د ،الميلادي

الأبعاد النفسية للمسن .(62-63 ص) . ع .د ،الميلادي

المرجع نفسه .(62 ص) . ع .د ،الميلادي

ر .د ،اليوسفي .(22 mai 2007 - 16 h) . [http:// www.your-doctor.net/cardiovascular/hypertension](http://www.your-doctor.net/cardiovascular/hypertension).

(207 -206 ص) . ل .د ،بيسكوف

(187 ص 1984) . ف .ل ،بيسكوف

المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم :بغداد .علم النفس للكبار .(186، ص 1984) . ف .و ،بيسكوف

الدار العلمية :القاهرة .علم النفس النمو .(215-216 ص 2004) . ا .ا ،حسونة

(217-218 ص) . ا ،حسونة

دار ماكروهيل 6 (Trad.) ، وآخرين . ا .ت) .2.مدخل إلى علم النفس الحديث، ط .(1970) . ل .(،دافيدوف للنشر

في علم النفس المرضي الإكلينيكي . ا .ع ،دويدار

دار المعارف .أصول علم النفس .(1972) . ع .ا ،راجح

المرجع السابق . ع .أ ،راجح

(110-109 ص) ١. رويحة

(105-104) ١. د. رويحة

دار قلم ا: لبنان. الشباب في الشيخوخة (102 ص 1976) ١. د. رويحة

شباب في الشيخوخة (102 ص) ١. د. رويحة

شباب في الشيخوخة (176 ص) أ. د. رويحة

(110-109 ص) ١. د. رويحة

نفس المرجع السابق (107 ص) ١. د. رويحة

الصحة النفسية والعلاج النفسي، مرجع سابق. ع. ح. زهران

الصحة النفسية و العلاج النفسي (545 ص) ح. د. زهران

عالم الكتب: 2 القاهرة، مصر ط. الصحة النفسية و العلاج النفسي (543 ص 1995) ح. د. زهران

الصحة النفسية و العلاج النفسي (547 ص 1995) ح. د. زهران

(544-543 ص) ح. د. زهران

(544 - 543 ص) ع. د. زهران

دار المصرية البناية. الاكتئاب والانتحار (1990) ١. ع. عفيف

المكتبة الأنجلومصرية: القاهرة 7. الطب النفسي المعاصر، ط (1988) ١. عكاشة

مدخل في علم النفس الرياضي، مرجع سابق. ح. م. علاوي

د. عودة (22 mai 2007, 16 h 55). freends/medical.com

د. عودة (2007). www.freends/saratan.com -داء السرطان -الموسوعة الطبية (2007) ح. د. عودة

دار مكتبة الهلال 5. الموسوعة النفسية للتغلب على القلق، ط (1983) م. غالب

(138 ص) ح. د. فايد

- علم النفس المرضى (138، ص 2004). ح. د. فايد.
- ديوان المطبوعات الجامعية. الكف والعرض والتعلق (1980). ت. س. فرويد.
- مذكرة. النشاط المعرفي وعلاقته باضطراب ذاكرة المعاني لدى المصاب بازهايمر (95، ص 2005). ا. م. م. فريدة
جامعة مستغانم - علم النفس العيادي - تخرج لنيل شهادة ليسانس
(101/100 ص) ا. م. م. فريدة
- دار المنظمة العربية و الثقافة و العلم. علم النفس الكبير (148، ص 1984). ل. فورديج
- دار المشرق 1: بيروت، لبنان ط (807، ص 2000). قاموس المنجد في اللغة العربية المعاصرة
- دار المعارف للملايين: بيروت. 21 طببيك معك، ط (1976). ص. قباني
- دار رحاب. دع القلق وابدأ الحياة (1992). د. كارينجي
- اثر القلق الرياضي على لاعبي كرة اليد خلال المنافسة (2006). ع. غ. كمال
- شباب في الشيخوخة (50، ص 1994). ا. د. مصباح
- دار العلم للملايين: بيروت. الطب السلوكي المعاصر (1989). م. نجار
- دار النهضة العربية: بيروت (Trad.)، الشيطي م. ت. أصول علم النفس لفرويد (1970). ك. هال
- دار الحديث: بيروت. الاكتئاب. ح. س. يعقوب

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

معهد التربية البدنية والرياضية

قسم التدريب الرياضي

اختصاص صحة و رياضة

استمارة استبيانيه موجهة لمسنين بدار العجزة بتيارت و مستغانم

في إطار إنجاز بحث علمي بعنوان "أثر النشاط البدني على بعض الاضطرابات النفسية (قلق الاكتئاب)

لدى المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي (55-68 سنة).

نرجو من أعزائنا المسنين ملء هذه الاستمارة بالإجابة على مجموعة من الأسئلة بكل صدق وأمانة

حتى يتسنى لنا الوصول إلى معلومات وحقائق تفيدنا في هذه الدراسة.

مع خالص الشكر والتقدير

ملاحظة:

- اقرأ كل عبارة وضع علامة (X) في الخانة المناسبة بحيث تنطبق مع حالتك التي تشعر بها الآن، أي في هذه اللحظة بالذات.

- لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

- لا تضيع وقتاً طويلاً أمام أي عبارة وحاول أن تحدد الإجابة التي تبدو أنها تصف بدقة مشاعرك.

من إعداد:

- حمو بن عودة.

- بوقبة عبد القادر.

مقياس القلق:

العبارات	أبداً	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة
1- أشعر بهدوء.				
2- أشعر باطمئنان.				
3- أنا متوتر.				
4- أشعر بالخوف.				
5- أشعر بأنني في حالي الطبيعية.				
6- أشعر بارتباك.				
7- أشعر بضيق من احتمال سوء حظي.				
8- أشعر بالاستقرار.				
9- أشعر بالقلق.				
10- أشعر بأنني مستريح.				
11- أشعر بثقتي في نفسي.				
12- أشعر بأنني عصبي.				
13- أنا مضطرب.				
14- أشعر بأن أعصابي مشدودة.				
15- أحس باسترخاء.				
16- أشعر براحة البال.				
17- أنا منزعج.				
18- أشعر بتوتر زائد.				
19- أشعر بفرح.				
20- أشعر بسرور				

مقياس الاكتئاب:

المجموعة 01:

	أنا لا أشعر بالحزن.
	أنا اشعر بالحزن والكآبة.
	أنا مكتئب أو حزين طول الوقت ولا أستطيع أن أقلع نفسي من هذه الحالة.
	أنا حزين وغير سعيد، لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك.

المجموعة 02:

	نا لست متشائماً على وجه الخصوص، ولست منزعجاً فيما يتعلق بالمستقبل.
	أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل لي فيه.
	أنا اشعر بأن المستقبل غير مشجع.
	أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل .

المجموعة 03:

	أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل .
	أنا اشعر بأنني فشلت أكثر من الحد المتوسط.
	كلما أعود لذكراياتي للوراء أرى في حياتي الكثير من الفشل.
	أنا اشعر بأنني شخص فاشل تماماً .

المجموعة 04:

	أنا غير راضي.
	أنا أشعر بالملل اغلب الوقت.
	أنا لا أحصل على الرضا من أي شيء بعد الآن.
	أنا راضي عن كل شيء.

المجموعة 05:

	أنا بأنني آثم أو مذنب.
	أنا أشعر بأنني رديء ولا قيمة لي في اغلب الوقت.
	أنا أشعر بالذنب والإثم تماماً.
	أنا أشعر كما لو أنني رديء جداً أو عديم القيمة.

المجموعة 06:

	أنا لا اشعر ببحية الأمل في نفسي.
	أنا فاقد الأمل في نفسي.
	أنا مشمئز من نفسي.
	أنا أكره نفسي.

المجموعة 07:

	أنا ليست لدي أي أفكار للإضرار بنفسي.
	أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي لكن لا أنفذها.
	أنا أشعر أنه من الأفضل أن أموت.
	لو استطيع لقتلت نفسي.

المجموعة 08:

	أنا أتخذ القرارات بنفسي ولم أفقد اهتمامي بالناس.
	أنا أقل اهتماماً بالناس مما تعودت أن أكون عليه من قبل.
	أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس ولدي مشاعر قليلة اتجاههم.
	أنا فقدت كل اهتمامي بالناس ولا أهتم بهم على الإطلاق.

المجموعة 09:

	أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل.
	أنا أحاول تأجيل القرارات.
	أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.

	أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرارات.
--	--------------------------------

المجموعة 10:

	أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوء مما اعتدت أن أظهر عليه من قبل.
	أنا قلق لأنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.
	أنا أشعر بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري وتجعلني أظهر بطريقة غير جذابة.
	أنا أشعر بأنني قبيح أو كرهه المظهر.

المجموعة 11:

	أنا لا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل .
	أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في أي شيء.
	يجب أن أدفع نفسي بالقوة لأقوم بأي شيء.
	أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

المجموعة 12:

	أنا لا أجهد نفسي أكثر مما تعودت عليه من قبل.
	أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.
	أنا أشعر بالإجهاد عند أداء أي شيء.
	أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل أي شيء.

المجموعة 13:

	شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد.
	شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.
	شهيتي أصبحت أسوء الآن.
	أنا ليست لي شهية للأكل إطلاقاً.

ملحق يبين نتائج الدراسة الاستطلاعية بالنسبة لمقياس القلق:

الرقم	الاسم واللقب	السن	الاختبار الأول	الاختبار الثاني
01	لم يتم كتابة أسماء المسنين نظراً للإجراءات المعمول بها في البحث العلمي	55	39	40
02		55	41	41
03		68	46	44
04		67	45	42
05		56	44	43
06		65	39	40
07		68	40	40
08		57	43	42
09		67	44	45
10		66	45	44
11		65	45	44
12		55	42	40
13		55	44	42
14		56	40	39
15		68	42	40
16		68	44	44
17		55	41	39
18		65	39	40
19		67	40	41
20		57	39	39

ملحق يبين نتائج الدراسة الاستطلاعية بالنسبة لمقياس الاكتئاب:

الرقم	الاسم واللقب	السن	الاختبار الأول	الاختبار الثاني
01	لم يتم كتابة أسماء المسنين نظراً للإجراءات المعمول بها في	55	18	18
02		55	17	15
03		68	16	18
04		67	13	13
05		56	19	18
06		65	13	15

19	18	68	البحث العلمي	07
17	17	57		08
15	16	67		09
18	18	66		10
13	13	65		11
15	17	55		12
16	16	55		13
15	18	56		14
18	19	68		15
19	20	68		16
15	17	55		17
13	13	65		18
19	21	67		19
17	19	57		20

جدول يبين نتائج التجربة الأساسية في اختبار القلق والاكتئاب لدى المسنين الممارسين للنشاط الرياضي

التكرار	النقاط	الاكتئاب	التكرار	النقاط	القلق
09	13		20	39	
08	16		19	40	
12	17		17	41	
36	18		18	42	
30	19		15	43	
10	20		12	44	
07	21		08	45	
05	23		06	46	
03	25		05	47	

$$\text{درجة الحرية} = (n+1) - 2 = 83.$$

$$n = 83$$

جدول يبين نتائج التجربة الأساسية في اختبار القلق والاكتئاب لدى المسنين غير الممارسين للنشاط الرياضي.

التكرار	النقاط	الاكتئاب	التكرار	النقاط	القلق
01	34		02	45	
02	38		03	46	
04	39		02	47	
05	42		03	49	
06	44		04	50	
09	46		05	51	
13	48		10	52	
10	49		09	53	
			06	54	
		05	55		
		01	57		

$$\text{درجة الحرية} (n+1) - 2 = 83.$$

$$n = 85$$

الملخص:

تمثل الدراسة مدى تأثير النشاط البدني على بعض الاضطرابات النفسية(القلق و الاكتئاب) لدى الأشخاص المسنين الممارسين و الغير ممارسين، تهدف الدراسة إلى معرفة مدى التخفيف من هذه الاضطرابات النفسية (القلق و الاكتئاب) بممارسة النشاط الرياضي.

كانت فرضية البحث تتمحور حول إثبات أن النشاط الرياضي يقلل من هذه الاضطرابات النفسية عند المسنين الممارسين، و لغرض القيام بالبحث تم اختيار 85 مسن من دار العجزة بتيارت و مستغانم تم تقسيم استمارات عليهم و تم جمعها بعد يومين و تم اختيار العينة بطريقة عشوائية كما قدرت نسبتهم ب 40% من مجتمع الأصل.

أما الأداة المستخدمة الاستمارات، و قد استنتجنا بان ممارسة المسنين للرياضة يقلل من الاضطرابات النفسية، و كان أهم اقتراح هو اعطاء اهتمام أكبر من قبل المسؤولين في هذا المجال.

résumé

L'étude représente l'impact de l'activité physique sur certains troubles psychiatriques (anxiété et dépression) chez des personnes âgées ; pratiquants ou non-pratiquants du sport. L'étude vise à déterminer les mesures d'atténuation de ces troubles mentaux (anxiété et dépression) à travers l'exercice de l'activité physique.

L'hypothèse de La recherche est centrée sur la preuve que l'activité physique réduit ces troubles mentaux chez les pratiquants âgés, et dans le but d'effectuer notre étude, 85 personnes âgées des Hospices situés à TIARET et à MOSTAGANEM ont été sélectionnés. Nous avons par la suite leur distribué des questionnaires que nous avons récupéré deux jours après.

L'échantillon a été sélectionné de manière aléatoire dans la mesure où leur pourcentage a été estimé à 40% de la communauté d'origine.

L'outil utilisé est les questionnaires. Il nous a été donné de constater que l'exercice du sport pour les personnes âgées réduit les troubles mentaux, et La proposition la plus importante, que nous pourrions donner est celle de donner plus d'attention(au sport) par les fonctionnaires du domaine.