

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس

معهد التربية البدنية و الرياضة

قسم: التدريب الرياضي

تخصص: رياضة و صحة

بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في التربية البدنية و الرياضية

الموضوع:

مقارنة القلق النفسي بين المسنين الممارسين
و غير الممارسين للنشاط البدني و الرياضي

دراسة مسحية أجريت على مجموعة من المسنين بولاية غليزان

تحت إشراف الأستاذ: سنوسي عبد الكريم.

من إعداد الطلبة:

- حاج محمد دواجي عبد الحليم.
- بن عمارة عمر.

السنة الجامعية 2014/2013

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

"قل إعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون" صدق الله العظيم
إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلى بطاعتك .. ولا تطيب اللحظات إلا
بذكرك .. ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك .. ولا تطيب الجنة إلا برويتك الله جل جلاله
إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة .. ونصح الأمة .. إلى نبي الرحمة ونور العالمين..

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

- إلى من كلله الله بالهيبة والوقار .. إلى من علمني العطاء بدون انتظار .. إلى من
أحمل أسمه بكل افتخار .. أرجو من الله أن يمد في عمرك لتري ثماراً قد حان قطافها بعد
طول انتظار وستبقى كلماتك نجوم أهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد.. والدي العزيز
- إلى ملاكي في الحياة .. إلى معنى الحب وإلى معنى الحنان والتفاني .. إلى بسمه
الحياة وسر الوجود إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أعلى
الحيات

أمي
بن عمارة

إلى كل الإخوة و الأخوات، و الأصدقاء

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

"قل إعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون" صدق الله العظيم
إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلى بطاعتك .. ولا تطيب اللحظات إلا

بذكرك .. ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك .. ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك الله جل جلاله
إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة .. ونصح الأمة .. إلى نبي الرحمة ونور العالمين..

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

الحمد لله الذي هدانا و ما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله ، ربي أوزعني أن أشكر
نعمتك التي أنعمت علي و على والدي، من عمل صالحا ترضاه ، و أدخلني برحمتك في
عبادك الصالحين.

إلى التي قال فيها سيد الخلق صلى الله عليه و سلم: " الجنة تحت أقدام الأمهات".

إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقهما

إلى أسرتي الصغيرة زوجتي و أبنتي العزيزة " هبة ملاك"

إلى جميع الأصدقاء و الزملاء

إلى جميع الحقل التدريبي

إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد.

حاج محمد دواجي عبد الحليم

أ



شكر و عرفان

□ في مثل هذه اللحظات يتوقف اليراع ليفكر قبل أن يخط الحروف ليجمعها في
كلمات ... تتبعثر الأحرف وعبثاً أن يحاول تجميعها في سطور□

سطوراً كثيرة تمر في الخيال ولا يبقى لنا في نهاية المطاف إلا قليلاً من الذكريات
وصور تجمعنا برفاق كانوا إلى جانبنا..فواجب علينا شكرهم ووداعهم ونحن نخطو
خطوتنا الأولى في غمار الحياة□

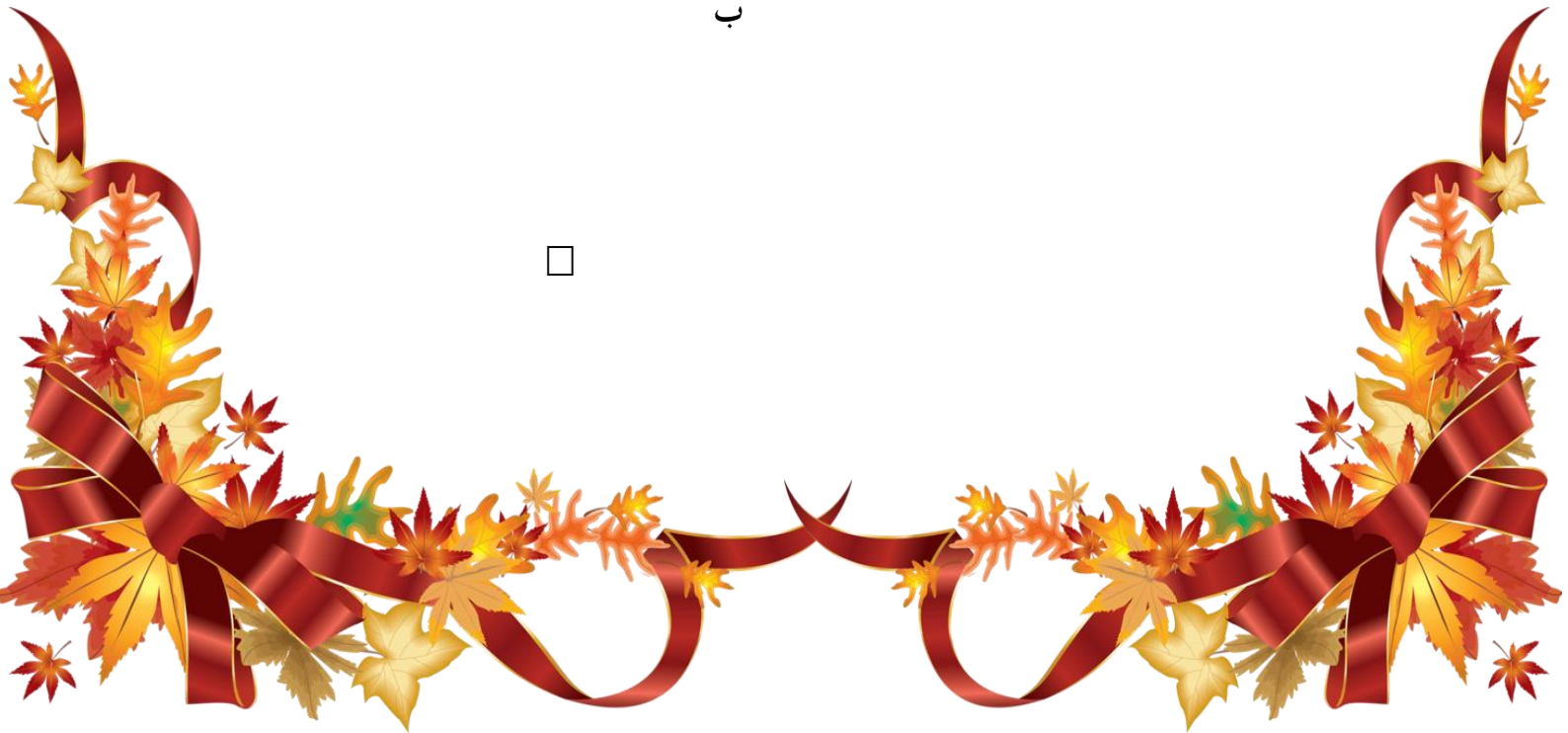
ونخص بالجزيل الشكر والعرفان إلى كل من أشعل شمعة في دروب عملنا و
وإلى من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربنا ، إلى الأساتذة الكرام في
معهد التربية البدنية و الرياضية لجامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم□

ونتوجه بالشكر الجزيل إلى الدكتور: سنوسي عبد الكريم الذي تفضل بإشراف
على هذا البحث فجزاه الله عنا كل خير فله منا كل التقدي والاحترام□

- حاج محمد دواجي عبد الحليم.
- بن عمارة عمر.

ب

□



محتوى البحث

محتوى البحث

- إهداء..... أ
- شكر و تقدير ب

قائمة المحتويات

- قائمة الجداول ج
- قائمة الأشكال ح

التعريف بالبحث

- 1- المقدمة 2
- 2- الإشكالية 2
- 3- الفرضيات 3
- 4- أهمية الدراسة 3
- 5- أهداف الدراسة 4
- 6- تعريف المصطلحات 4
- 7- الدراسات السابقة 4

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: القلق النفسي

- تمهيد 8
- 1-1- مفهوم القلق 8
- 2-1- الخوف و القلق 11
- 3-1- أعراض القلق 11
- 4-1- التجاوب مع القلق 12
- 5-1- أسباب القلق 12
- 6-1- أنواع القلق 14
- 7-1- رأي المدارس النفسية في القلق 15
- 8-1- النتائج والآثار التي يخلفها القلق على الإنسان بشكل عام 19
- 9-1- علاجات القلق نفسياً 20
- 10-1- ما مدى انتشار اضطرابات القلق لدى المسنين؟ 22
- 11-1- أسباب القلق لدى كبار السن 23

الفصل الثاني: الشيخوخة و المسنين

26	تمهيد
27	1-2- تعريف الشيخوخة
28	2-2- تصنيفات المسن
28	2-3- نظريات عن كيفية حدوث الشيخوخة
31	2-4- أسباب ومشكلات الشيخوخة
31	2-5- الأمراض المصاحبة للشيخوخة
33	2-6- خصائص مرحلة المسنين
37	2-7- استراتيجيات التعامل مع القلق لدى المسنين

الفصل الثالث: النشاط البدني و الرياضي

39	تمهيد
39	3-1- تعريف النشاط البدني
39	3-2- تعريف النشاط البدني و الرياضي
40	3-3- أهداف النشاط البدني و الرياضي
42	3-4- تأثيرات الممارسة البدنية الرياضية
44	3-5- ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضة لكبار السن
45	3-6- أهمية الأنشطة الرياضية لدى كبار السن
46	خلاصة

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول: منهجية الدراسة و إجراءاته الميدانية

49	1-1- منهج البحث
49	1-2- مجتمع و عينة البحث
50	1-3- مجالات البحث
50	1-4- الضبط الإجرائي لمتغيرات البحث
51	1-5- أدوات البحث
52	1-6- الدراسة الإستطلاعية للأداة المستخدمة
52	1-7- الأسس العلمية
53	1-8- الوسائل الإحصائية
55	1-9- صعوبات البحث

الفصل الثاني: عرض و تحليل النتائج

57.....	1-2- عرض و تحليل نتائج
63.....	2- مناقشة الفرضيات
63.....	3- الإستنتاجات
64.....	4- التوصيات
65.....	الخلاصة العامة
67.....	المراجع
	الملاحق

ملخص الدراسة

قائمة الجداول

- جدول رقم 1 يبين قيم الطول و الوزن للفئة الممارسة للنشاط الرياضي 49
- جدول رقم 2 يبين قيم الطول و الوزن للفئة الغير الممارسة للنشاط الرياضي 50
- جدول رقم 3 : يبين النتائج المتحصل عليها من قبل العينتين حسب إختبار رونج 57
- جدول رقم 4 : يبين النتائج المتحصل عليها من قبل العينة الممارسة للنشاط البدني و الرياضي حسب إختبار رونج 59
- جدول رقم 5: يبين النتائج المتحصل عليها من قبل العينة الغير ممارسة للنشاط البدني و الرياضي حسب إختبار رونج 61

قائمة الأشكال

الشكل البياني 1 : يبين قيم المتوسط الحسابي للعينتين حسب إختبار رونج57

الشكل البياني 2 : يبين القيم المتحصل عليها حسب إختبار رونج للقلق بالنسبة للعينه الممارسه للنشاط البدني و الرياضي59

الشكل البياني 3 : يبين القيم المتحصل عليها حسب إختبار رونج للقلق بالنسبة للعينه الغير الممارسه للنشاط البدني و الرياضي 61

التعريف بالبحث

1- مقدمة:

تعد الشيخوخة من المراحل العمرية النهائية لدورة حياة الإنسان والتي قد يكتنفها العديد من الأعراض السلبية وعلى كافة النواحي سواء كانت فسيولوجية و سيكولوجية، وتكون متمثلة بالعزلة والحزن والحمول، بعدما كانت حياته تزهر بالحياة والنشاط والمتعة.

وتبدوا أن الشيخوخة في أواخر عمر الإنسان أشد وطأة وتعقيدا وأما على نفسية الفرد، حيث البيئة الجديدة بكل جوانبها وحيث الإبتعاد عن ما تبقى من الأقران والأصدقاء و العزلة ، و محدودية النشاط و قلة الحركة اللذان قد يسهمان بشكل بالغ في أن تهيمن الأمراض النفسية على الأشخاص المسنين خصوصا القلق النفسي الذي هو موضوع بحثنا هذا حيث استهدفت الدراسة الحالية مقارنة تحليلية بين الأشخاص الممارسين للنشاط الرياضي أو البدني و الأشخاص الذين لا يمارسون الرياضة و تأثيرها على سمة القلق لديهم.

2- الإشكالية:

أن القلق النفسي لدى المسنين يمثل بحد ذاته مشكلة طبية ونفسية و اجتماعية، فمن الناحية الطبية يكون القلق النفسي جزءاً من منظومة مرضية متعددة الأركان وهذا ينعكس على صعوبة التشخيص والعلاج، لذا كانت إشكالية بحثنا مقترنة بإمكانية علاج هذه الظاهرة باستخدام برنامج رياضي لهذه الفئة، و عليه كانت التساؤل على النحو التالي:

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في اختبار القلق النفسي لدى المسنين وفقاً لمؤشر ممارسة الأنشطة الرياضية و البدنية؟

ومنه تنبثق التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هو مستوى القلق النفسي لدى المسنين الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية؟
- ما هو مستوى القلق النفسي لدى المسنين غير الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية؟

3- الفرضيات: تمثلت فرضيات البحث فيما يلي:

● الفرضية العامة:

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في اختبار القلق النفسي لدى المسنين وفقاً لمؤشر ممارسة الأنشطة الرياضية و البدنية وهي لصالح الممارسين.

● الفرضيات الفرعية:

- مستوى القلق النفسي لدى المسنين الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية منخفض.
- مستوى القلق النفسي لدى المسنين غير الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية عالي.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية من خلال ما يشكله مرض القلق النفسي بصورة عامة من أخطار على المجتمع وبدرجات متفاوتة، ويرى (Ibrahim, 1996) ، أن فرص الشفاء من الأمراض الجسمية واضطرابات الوظائف العضوية والتي (غالباً ما يعاني منها المسنين)، تأخذ زمناً أطول إذا كانت مصحوبة بالاكتئاب، في حين تزداد فرص الشفاء والعلاج السريع حينما يكون المريض من النوع المتفائل والمبتهج، و الرياضة من بين أهم و أنجع العوامل التي تضفي نوع من السعادة و النشاط و الحيوية و الإبتهاج لدى الأشخاص الممارسين لها. (Ibrahim A-S et all; 1996, 173)

- ويمكننا إجمال أهمية هذه الدراسة في ناحيتين مهمتين، الناحية الثقافية والتي من خلالها نسلط الضوء على ماهية حقيقة القلق النفسي لدى المسنين وما هي الأسباب المؤدية إليه ، حيث نحاول تقديم فهما نظرياً لطبيعة العلاقة بين القلق النفسي والشيخوخة
- أما من الناحية التطبيقية ، حيث من المتوقع أن تسهم هذه الدراسة في مجال التربية وعلم النفس الرياضي، بما تسلطه من ضوء في الكشف عن مسببات القلق النفسي لدى المسنين والكشف عن عوامله وخصائصه ومجالاته ، وبالتالي وضع البرامج والخطط العلاجية والإرشادية للتخفيف من حدة هذا المرض النفسي لدى هذه الشريحة من الأفراد، من أجل تحقيق بعض الأجواء المناسبة لتحسين جودة الحياة لديهم ، وكذلك من أجل إبقائهم جهد الإمكان يتمتعون بمستوى مناسب من الصحة النفسية و الرياضية السليمة.

5- أهداف الدراسة:

إن الهدف العام للدراسة هو كشف الفروق بين المسنين الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية في درجة معاناتهم من القلق النفسي، زيادة على التعرف على مدى انتشار سمة القلق لدى المسنين في المجتمع الجزائري.

6- تعريف المصطلحات:

1- **القلق النفسي (Anxiety):** هو حالة توتر شامل تتميز بالضيق وفقدان الأمن وتوقع خطر

غير يقف المرء أمامه عاجزًا عن التكيف والتفاعل الاجتماعي، ويصاحب ذلك أعراض جسدية ونفسية.

2- **المسن (Elder):** هو الشخص الذي يتجاوز الستين من عمره ويزداد اعتماده على غيره

بازدياد تراجع وظائفه الجسدية والنفسية والاجتماعية، ويختلف هذا تبعًا لشخصية المسن والمعايير الاجتماعية والثقافية السائدة في المجتمع.

7- الدراسات السابقة:

لاشك أن كل باحث يعتمد في دراسته على دراسات سابقة تشبه موضوع بحثه، وهذا من أجل تناسق البحوث في ما بينها في معالجة موضوع ما دون تكرار البحث، وبهذا يكون كل بحث هو عبارة عن تكملة لبحوث أخرى، أما في ما يخص بحثنا فقد وجدنا العديد من الدراسات المشابهة له، ومن بين هذه المواضيع نذكر ما يلي:

● **الدراسة الأولى:** كما قامت (قدومي، 1998) بدراسة هدفت إلى معرفة مشكلات المسنين في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة وقد أجرتها في اربد في الأردن، حيث تم اختيار العينة بصورة عشوائية طبقية، بحيث اشتملت على مسنين من أحياء مختلفة في المدينة والقرية وعددهم (100) مسن ومسنة. وقد بينت نتائج الدراسة أن أهم المشكلات التي تواجه المسنين هي: الظروف السكنية غير المناسبة، عدم الذهاب إلى الحدائق والنوادي، عدم تقديم الاحترام الكافي للآباء من قبل الأبناء، الانفعال بسرعة وكره الذهاب إلى الأطباء. كما بينت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق في درجة الشعور بالمشكلات التي تواجه المسنين تعود لمتغير الجنس. كما أنه توجد فروق في درجة الشعور بالمشكلات تعزى لأثر مكان الإقامة، إذ تبين أن المسنين في القرى يعانون من المشكلات أكثر بكثير من سكان المدن.

● **الدراسة الثانية:** هدفت دراسة (المرعود، 1998) إلى توضيح طبيعة التكامل في دور الأسرة والمؤسسة الاجتماعية في رعاية المسنين والإحاطة بأبعاده لتطويره. وقد تكونت عينة الدراسة من جميع المقيمين في دار الرعاية الاجتماعية بمحافظة عنيزة في السعودية. وكان من نتائج الدراسة: أن أغلب المسنين المقيمين في دار الرعاية ليس لديهم أسرة ترعاهم. وأن المسن الذي له أسرة أو أقارب يتواصلون معه - من خلال الزيارات الدورية أو من خلال المكالمات الهاتفية - متوافق في دار الرعاية أفضل من المسن الذي ليس لديه أحد.

● **الدراسة الثالثة:** وقد أجرى (السدحان، 2000) دراسة اجتماعية على المسنين المقيمين في دار الرعاية الاجتماعية، والتي هدفت إلى التعرف على الخصائص العامة والاجتماعية للمسنين في هذه الدور وعلى العلاقة بين المسنين المقيمين بدور الرعاية وذويهم وإلى أسباب المسنين إلى دور الرعاية. وتكونت عينة الدراسة من (462) مسنًا ومسنة من المجتمع السعودي. ومن أهم نتائج هذه الدراسة ما يأتي: دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرها.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول:

القلق النفسي

تمهيد:

من الطبيعي أن يشعر الإنسان بالقلق أو بالفزع من حين إلى آخر، و كل إنسان ينتابه مثل هذا الشعور بين الحين و الآخر.

وفي الحقيقة، فان نوبة من القلق، بدرجة معينة، يمكن أن تكون مفيدة، فالإحساس بالقلق قد يساعد المرء على رد الفعل والتصرف بصورة صحيحة عند التعرض إلى خطر حقيقي، كما يمكن ان يحفز على التفوق في مكان عمله أو في منزله.

أما إذا كان الإحساس بالقلق يتكرر في أحيان متقاربة وبصورة حادة دون أي سبب حقيقي، إلى درجة انه يعيق مجرى الحياة اليومي الطبيعي فالمرجح ان هذا الإنسان يعاني من اضطراب القلق المعمم (Generalized anxiety disorder). هذا الاضطراب يسبب القلق الزائد وغير الواقعي وشعورا بالخوف / القلق يفوق ما يمكن اعتباره رد فعل طبيعيا على حالة معينة.

1-1 مفهوم القلق:

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

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

والقلق هو: " حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع ، سواء كان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة ، قد يكون هذا الانفعال عارضاً وهو ما يعرفه كل الناس كما يعرفون لحظات الحزن والألم والأسى ،ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً". (السباعي و عبد الرحيم 1991)

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

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

والقلق شعور معمم فيه خشية وعدم رضا وضيق (عاقل 1980)، وتتفاوت درجات الاستجابة للمواقف في الشدة بين الدرجة المنخفضة والمتوسطة والعالية حسب ما لدى الفرد من استعداد كامن للاستجابة للقلق . فالشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يدرك تهديد تقدير الذات في مواقف كثيرة ويستجيب له بحالة قلق زائدة لا تناسب ما في الموقف من خطر حقيقي ، أما الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق فيدرك التهديد في مواقف الخطر الحقيقي ويستجيب بقلق مناسب مبالغ فيه . (الكحيمي وآخرون، 2007، 59)

لذا اتجهت الدراسات منذ العقد الماضي إلى التمييز بين جانبيين من القلق : حالة القلق Anxiety state و سمة القلق Anxiety trait ، حيث عرّف سبيلبرجر في نظرية القلق الحالة والسمة "حالة القلق" : (هي عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديداً في الموقف ، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة التهديد) . و تزول "حالة القلق" عادة بزوال التهديد (مرسي 1983)، أي انه تشير حالة القلق إلى الحالة الانفعالية التي يعاني منها الفرد في اللحظة الراهنة أو في موقف خاص و محدد. (عبدالخالق حافظ 1988)

أما سمة القلق فقد عرّفها سبيلبرجر وكاتل و أتكينسون و كامبل بأنها : (عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية وخارجية فتظهر حالة القلق) ، ويتوقف مستوى إثارة "حالة القلق" عند الشخص على مستوى "سمة القلق" عنده . فعند الشخص صاحب "سمة القلق" العالية استعداد عالٍ للقلق ، يجعله يدرك التهديد في مواقف كثيرة ويستجيب لها بـ"حالة قلق" زائدة لا تتناسب مع ما فيها من تهديد حقيقي لذا نجده يقلق بسرعة ولأسباب بسيطة قد لا تثير القلق عند غيره (مرسي 1983)، حيث أن سمة القلق تدل على فروق فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف للقلق ، أي فروق بين الناس في الميل إلى إدراك المواقف العصبية على أنها خطيرة أو مهددة ، والاستجابة لمثل هذه المواقف بزيادة في شدة إرجاع حالة القلق لديهم . وقد تعكس سمة القلق كذلك الفروق الفردية في التكرار والشدة

عن طريقها يمكن الكشف عن حالات القلق في الماضي، كما تعكس احتمال أن يعاني الفرد من سمة القلق في المستقبل. وكلما كانت سمة القلق أقوى زاد احتمال أن يعاني الفرد من ارتفاعات أشد في حالة القلق في المواقف التي تتضمن تهديدا. (عبدالخالق حافظ 1988)

2-1- الخوف والقلق:

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

- مصدر القلق ليس له وجود في العالم الخارجي ويكتنفه الغموض، بينما مصدر الخوف أمور خارجية يواجهها الفرد.
 - يكون القلق على مستوى اللاشعور، أما الخوف فيكون على مستوى الشعور.
 - يبقى القلق غالباً رغم زوال مثيره، والخوف يزول بزوال مثيره.
 - القلق هائم لا يتناسب مع موضوعه، أما الخوف متناسب من حيث الشدة مع موضوعه.
 - ينشأ القلق كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع، بينما الخوف ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلاً.
 - توجد في القلق صراعات، بينما الخوف لا توجد فيه صراعات.
 - استجابة القلق تدوم طويلاً، أما الخوف فاستجابته عابرة مؤقتة.
 - الإثارة التي تركها القلق على الجسد أقوى عمقاً وتأثيراً، بينما في الخوف لا تكون الآثار خطيرة.
- (الكحيمي وآخرون، 2007)

1-3- أعراض القلق:

يمكن تقسيم أعراض القلق إلى:

1-3-1 أعراض نفسية: التوتر - الشعور بالخفقان - صعوبة في التركيز - الخوف من أشياء لا يدري كنهها.

2-3-1 أعراض جسمية: الخفقان - سرعة التنفس - الجوع للهواء - رعشة " خاصة في أصابع الأيدي" - عرق " خاصة في راحة اليد " - الشعور بالتعب والإرهاك لأي مجهود ولو كان بسيطاً - اضطرابات النوم .

3-3-1 الجهاز الهضمي: ازدياد الحموضة - سوء الهضم - نوبات من الإسهال - القولون العصبي - مغص - الرغبة في القيء - القيء العصبي. (البننا، 1983)

أما الأعراض العامة للقلق فهي: الإحساس بالانقباض وعدم الطمأنينة والتفكير الملح واضطراب النوم ، وقد ينعكس هذا الاضطراب النفسي على الجسم فتبرد الأطراف و بتصبب العرق ويخفق القلب وتتقلص المعدة ويفتر الجسم وتعطل القدرة على الإنتاج، وقد يهرب الإنسان إلى أحلام اليقظة كعلاج مؤقت. (السباعي و عبدالرحيم 1991)

ويمكن أن يأخذ القلق شكلا من الأشكال التالية:

- اضطرابات عامة: خوف وتوتر وسرعة الغضب ، إلى جانب الأعراض الجسمية السابق ذكرها .
وعادة يستجيب للعلاج الطبي بمركبات البنزوديازپام Benzodiazpams .

- اضطرابات تثير الهلع والفرع: ممكن أن نجد أكثر من فرد في نفس العائلة يشكو من نفس الحالة - تستمر فترة قصيرة ولكنها تعود مرة أخرى وتتكون من " قلق شديد - نهجان - خفقان - صداع شديد - رغبة في القيء - شعور بدنو الأجل " (البننا، 1983)

وقد يتعرض مريض القلق لأزمات حادة Acute Anxiety Attacks قد تستمر دقائق أو ساعات وتنعكس أكثر ما تنعكس على الجهاز الدوري الدموي فيشعر المريض بألم في الصدر ويتهدج التنفس وتضطرب نبضات القلب . وإذا أزمق القلق وأشدت قد يؤدي إلى بعض الأمراض النفسية الجسدية

مثل أمراض القلب أو قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم والبول السكري والربو و إكزيما الجلد . (السياسي و عبدالرحيم 1991)

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

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

4-1 التجاوب مع القلق : يحاول الإنسان التجاوب مع القلق بإحدى الطرق التالية :

1-4-1 **الهروب:** مثل ركوب السيارة والسير بها بسرعة - السير بسرعة إلى صديق له أو إلى ملتقى يناسب ثقافته - الهروب إلى العمل والاندماج فيه - الأكل بكثرة.

2-4-1 **تناول المهدئات :** وبلا شك فإن ذلك تفاعل خاطئ وعدم العلاج سيدفع ذلك الشخص إلى الإدمان.

3-4-1 **حماية داخلية وخاصة في حالات الشعور بالذنب والشعور بالنقص:** ولنا أن نتعلم أن العدوانية ليست مظهر قوة بقدر ما هي مظهر ضعف. (البننا، 1983)

5-1 أسباب القلق:

1-5-1 **الاستعداد الوراثي** وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية .

2-5-1 **الاستعداد النفسي :** الضعف النفسي العام - الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي - التوتر النفسي الشديد - الأزمات والصدمات النفسية - الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه - مخاوف الطفولة الشديدة - الشعور بالعجز والنقص - قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق بسبب التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحّة ، ومن الأسباب

النفسية الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط، وأيضاً الافتقار للأمن ، فالسبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل وكذلك فإن الشكوك تعتبر مصدراً آخر. (زهران حامد عبد السلام 1977)،

2 مواقف الحياة الضاغطة ، الضغوط الحضارية ، الثقافية والبيئية الحديثة ومطامح المدنية المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهجم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن ، اضطراب الجو الأسري .

3 مشكلات الطفولة والمراهقة والشيوخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشأ ذكريات الصراعات في الماضي والتنشئة الأسرية الخاطئة .

4 التعرض للحوادث الحادة والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة و المراهقة، الإرهاق الجسمي ، التعب ، المرض ، ظروف الحرب .

5 عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات . أما عزت إسماعيل فيرى أن أسباب القلق تندرج في النقاط التالية: (عزت سيد إسماعيل 1983)

6 عدم الثبات في معاملة الطفل سواءً كان المعلم في المدرسة أو الأب في البيت والالذان يتصفان بعدم الثبات في معاملته يكونان سبباً آخر في القلق عنده.

7 الكمال والمثالية عندما تكون توقعات الكبار من الأطفال أن تكون إنجازاتهم هامة وغير ناقصة تشكل مصدراً من مصادر القلق عندهم ويأتي قلق الأطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل تام.

8 الإهمال حيث يشعر الأطفال عادة بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هناك حدود واضحة. إن حاجتهم إلى الثقة والخبرة يُشعران الأطفال بالضيق وبالتراجع ، إنهم يفتقرون إلى توجيه سلوكياتهم لتصبح تسرّ الآخرين وتسرّهم أنفسهم ، حيث أنهم يبحثون عن حدود يحددها لهم الكبار، وبعض الأطفال يتصرفون كما لو أنهم يرغبون في أن يُعاقبوا من أجل أن يعرفوا ردّ فعل الكبار الواضح.

9 إن النقد الموجه من الرفاق والراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر، وبالشكوك في أنفسهم ، إن التحدث عنهم وعن سيرتهم يقودهم إلى القلق الشديد خاصةً إذا عرف الأطفال بأن

الآخرين يقومون بعملية تقييم لهم أو محاكمتهم بطريقة ما ، وكذلك فإن الاختبارات المروعة أو قيامهم بأداء معين يمكن أ يثير القلق لديهم.

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

11 يشعر الأطفال بالقلق عندما يعتقدون بأنهم قد ارتكبوا خطأً وتصرفوا بشكل غير معقول وملائم.

6-1 أنواع القلق:

1-6-1 قلق الهلع Panic anxiety : يظهر بوصفه إحساساً بالرعب أو الفرع من موضوعات محددة كما في حالة المخاوف المرضية (الخوف من الأماكن المفتوحة ، الخوف من الزحام) .

2-6-1 القلق العام Generalized anxiety: ويعتبر الشخص مصاباً بالقلق إذا عانى من ستة أعراض أو أكثر من هذه الأعراض مرة كل شهر وعلى نحو دوري:

- التوتر الحركي **Motor tension**: الرعشة، التتميل، الشعور بالاهتزاز، التوتر العضلي، عدم الارتياح، القابلية للتعب.

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

- الحرص والتهيؤ **Vigilance & Seanning** : حيث صعوبة التركيز والأرق واضطرابات النوم وسرعة التهيج .

3-6-1 الرهاب Phobias : وتُحدد في ثلاثة أنواع من رهاب الأماكن العامة وهي الخوف من الأماكن العامة **Agora phobia** ، الرهاب الاجتماعي **Social phobia** مثل الخوف من مواقف يجد فيها الشخص أو يتصور أنه أصبح محاصراً بنظرة الآخرين وهذا الاضطراب غالباً ما يبدأ في

الطفولة المتأخرة أو المراهقة ، وعادةً ما يكون مزمنًا ، و الرهاب البسيط **phobia Simple** (الخوف من الأماكن العالية – الخوف من الأماكن المغلقة – الخوف الأحادي البعد كالخوف من الكلاب والثعابين والحشرات... الخ).

• اضطراب الوسواس القهري : وينقسم إلى وساوس **Obsession** وأفعال قهرية **Compulsive**

• اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة : وهي نتاج موقف صدمي ، من شأنه أن يولد أعراض القلق على النحو السابق الإشارة إليه.

7-1 رأي المدارس النفسية في القلق:

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

أولاً: نظريه التحليل النفسي **Psychological Analysis theory**:

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

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

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

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

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

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

وأشار الهواري الشناوي إلى إن هورني Horni أضافت نوع آخر من القلق أطلقت عليه القلق الأساسي والذي أرجعته إلى العداوة التي تتولد من الطفل نتيجة للخبرات المهددة لأمنه والتي يمارسها الوالدان معه، في صوره حيل الدفاع النفسي كأحد الأسلحة التي يستخدمها في معركته مع القلق. (الهواري الشناوي و آخرون 1988)

ويتضح مما سبق أن تلك النظرة الفرويدية هي نظره من جانب واحد إلى النفس البشرية وهو الجانب المادي، حيث ركز في نظريته على الصراع بين العقل والمبادئ والأخلاق من اجل التحكم في الغرائز، وفي هذا تبسيط مخل في تفسير السلوك الإنساني المعقد.

ثانياً: المدرسة الإنسانية "Humanistic School":

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

تعزى أسباب القلق للماضي حيث تشير إلى أن الاستعداد للقلق ينمو من خلال خبرات مؤلمة تعرض لها الشخص في حياته خاصة في مرحلة الطفولة. (حميدان عبد الحميد 1988، 109-111)

والإتجاه الوجودي كأحد روافد المدرسة الإنسانية يعتقد أن القلق ينشأ عند الفرد إذا فشل في معرفة مغزى وجوده والهدف من حياته، وهو القلق الذي يعرف كثير في الكتابات النفسية بالقلق الوجودي.

ويتضح مما سبق تركيز تلك المدرسة في تفسيرها للقلق على الحاضر والمستقبل وفي ذلك تجاهل لماضي الفرد والذي قد يساهم في تشكيل حقيقة الحاضر وطموحات المستقبل، كما أن خبرات الماضي سواء كانت سعيدة أو مؤلمة يتم تخزينها في الذاكرة بعيدة المدى وقد ينعكس ذلك على اتزان الفرد الانفعال أثناء مواقف التقويم والتي ربما تهدد ذات الفرد.

ثالثاً: النظرية السلوكية Behaviouristic theory:

أشار كفاي إلى أن أصحاب النظرية السلوكية يرون القلق كسلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي والسلبي، وتفسر النظرية السلوكية قلق الحالة في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، وبذلك يصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير الجديد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف، ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق. (علاء الدين كفاي و آخرون 1990، 575-578)

ويتضح من النظرية السابقة التبسيط الشديد لمظاهر السلوك الإنساني المعقد، حيث اقتصر تفسيرهم على العلاقة بين المثير والاستجابة، كما أن هناك خلط واضح بين مفهوم القلق والخوف، فالخوف Fear ينشأ كنتيجة لمثير واضح مصدره، أما القلق Anxiety ربما ينشأ من مثير غير محدد، فإذا كان الفرد يستطيع تحديد ما يثير خوفه فإنه يجد صعوبة في تحديد ما يثير قلقه.

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

رابعاً: مدرسة الجشطت:

أشار الهواري الشناوي إلى أن أصحاب تلك المدرسة يرون القلق كتعبير عن جشطت ناقص أو عمل لم يتم وأن القلق يعبر عن عدم التطابق بين الذات والخبرة، فإذا مر الفرد بخبره ما قد لا تكون مهمة عنده لذلك لا يستطيع أن يعيها ويحاول تجنبها أو معرفتها بشكل مشوه، وإذا كانت مهمة بالنسبة له فيحاول أن يدمجها في ذاته، ولكن هذه الخبرة قد لا تتفق مع شروط الأهمية التي تمت مع الفرد وبذلك فإنه لا يستطيع أن يرمز هذه الخبرة بدقة في الوعي، وقد يرمزها بشكل به قصور ولذلك فإن حيل الدفاع النفسي تكون هي الوسيلة الوحيدة لتجنب القلق الناشئ عن عدم التطابق بين الخبرة والذات، وأشار فرانكل Frankl إلى ما سماه بقلق الفراغ الداخلي وهو الذي ينشأ نتيجة انعدام معاني الحياة عند الفرد، وهو نوع من القلق الوجودي. (الهواري الشناوي و آخرون 1988، 172-176)

ويتضح مما سبق أن بتلك الرؤية لمدرسة الجشطت قصور في استعراض الأسباب المؤدية إلى القلق، حيث ترى أن عدم التطابق بين الذات والخبرة هما السبب في حاله القلق في حين أن هناك الأسباب الكثيرة والمتشعبة المؤدية إلى القلق.

خامساً: رأى الإسلام:

أشار الهواري الشناوي أن الإمام الغزالي يرى أن القلق حالة من حالات الضعف والخضوع والاستسلام وكلها صفات لا يتصف بها المؤمن الحقيقي الذي أخلص العبادة لله وحده، وأحسن العمل لأن هذا المسلم يتسم بنفس مطمئنه تزداد اطمئناناً بالقرب من الله، وهي بذلك ليست بحاجة إلى حيل دفاعية للتخلص من القلق وإنما هي في حاجة إلى مواجهة ذاتيه وتصميم ذاتي مستمر يجعل الاطمئنان سمته في كل وقت، وان تلك النفس الساكنة المطمئنة التي دفعت هواجسها بعيداً واسترسلت مع الله واستطاعت أن تقهر غلبه هوى النفس وغواية الشيطان وميزت بين الخاطر الشيطان والباطن الرباني... قال تعالى " وهو الذي انزل السكينة في قلوب المؤمنين ليزدادوا إيماناً مع إيمانهم " صدق الله العظيم . (سورة الفتح 4). (الهواري الشناوي و آخرون 1988، 172-196)

و يتضح مما سبق أن ذلك هو ابيضاض وأدق تفسير لحاله القلق بل وعلاجها والتخلص من تلك الحالة.

8-1 النتائج والآثار التي يخلفها القلق على الإنسان بشكل عام:

1- القلق يؤدي إلى تشتيت التفكير وعدم القدرة على التركيز أو اتخاذ القرار في الموضوعات التي تواجه الإنسان.

2- القلق يؤدي إلى الشعور بالعجز وفقدان الأمن وعدم السعادة والرضا.

3- أن القلق الزائد يقف عقبة شديدة في طريق التعليم.

4- القلق يتسبب في قرارات طائشة وسلوك غير سوي يحاول به الفرد تغيير حالة القلق التي تسيطر عليه ، وقد يوقفه هذا السلوك تحت طائلة القانون أو يزيد من إحساسه بالإثم الذي يؤدي إلى ازدياد القلق وإلى تردي حالته.

5- قد يؤدي القلق إلى أمراض جسدية خطيرة فمثلاً بعض الغدد يزداد إفرازها توقعاً لحالة الخطر، هذا الخطر الذي لا يحدث ولا ينتهي أبداً. ومع استمرار إفرازات هذه الغدد يؤدي الأمر إلى اضطرابات جسدية.

6- مع استمرار القلق وازدياد الصراعات قد يتطور الأمر إلى أمراض نفسية أخرى أشد وأخطر فالقلق مقدمة لجميع الأمراض النفسية والعقلية .

7- القلق يؤدي إلى انفصام في الشخصية وفي العلاقات مع الآخرين ، فيعزل الفرد عنهم وبالتالي تزداد دائرة المرض حول إحكاماً وشدة . يؤثر القلق على مستوى الإنتاج لدى الفرد فيضطرب عمله ويقبل إنتاجه . (الهوري الشناوي و آخرون 1988)

9-1 علاجات القلق نفسياً:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10-1 ما مدى انتشار اضطرابات القلق لدى المسنين؟

تشير الدراسات إلى أن ما يصل إلى 20% من كبار السن قد يعانون من اضطرابات القلق بدرجات متفاوتة، حول كيفية التعامل مع كبار السن في حالات القلق، فهو بمثابة أداة للجسم والعقل هدفها البقاء على قيد الحياة في الحالات المختلفة، والوقاية من الخطر وتخطي الأزمات بسلام.

و لذلك، يعتبر القلق المعتدل قصير الأجل ظاهرة طبيعية بل ومفيدة في كثير من الحالات. و لكن عندما يصبح القلق مزمنًا ولا يتم ضبطه بشكل سليم، فيمكن أن نسميه " اضطراب القلق." وعندها هذه المشاعر تصعب على التعامل اليومي ، وتضر بجودة الحياة ويمكن أن تؤدي أيضا إلى الاكتئاب. اضطرابات القلق هي أيضا شائعة بين كبار السن والساار هنا، هو أن التشخيص الفعال للحالة

، والدعم المستمر في التعامل مع كبار السن والعلاج يمكنها إعادة الحياة إلى مسارها الطبيعي، حتى في هذه المرحلة المعقدة من الحياة.

اضطرابات القلق لدى كبار السن هي أمر شائع جدا. تشير الدراسات إلى أن حوالي 20 ٪ من كبار السن يعانون من اضطرابات القلق بدرجات متفاوتة.

11-1- أسباب القلق لدى كبار السن:

بشكل عام، لاضطرابات القلق لدى كبار السن عوامل تركز على ثلاثة مجالات رئيسية هي: ومن المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي يواجهها المسن والتي تعوق توافقه النفسي والاجتماعي هي:

1-11-1 الشعور بالاغتراب :

وهو شعور الفرد بالانفصال النفسي عن ذاته أو مجتمعه أي الشعور بالوحدة والقلق المؤديان إلى الاكتئاب.

فيما يتطلب وقت الفراغ في مرحلة السن المتقدم طرقا متنوعة وتعاوننا مشتركا بين الأسرة والدولة والفرد.. فالإنسان الذي كان يعمل بانتظام وينتج ويحقق ذاته يجد نفسه فجأة مضطرا إلى تغيير أسلوب حياته، فساعات الفراغ الطويلة تشعره بعدم قدرته على التكيف معها أو شغلها... وتتضح هذه المشكلة من خلال عدم توفر النوادي والحدائق الخاصة بالمسنين.

تشير الدراسات إلى أن كبار السن تظهر لديهم علامات القلق بشأن صحتهم. فهم يميلون للخوف من تدهور أدائهم الوظيفي ومن الأمراض التي قد تحرمهم من القدرة على العيش والأداء بشكل مستقل. بالإضافة إلى ذلك، الأمراض الشائعة لدى كبار السن مثل الخرف، أمراض القلب والسكتة الدماغية ترتبط مباشرة بأعراض القلق.

2-11-1 الاستقلال المالي:

وحيثما يفقد المسن عمله فإنه ينتقل من الحياة النشطة إلى الفراغ، ومن الاستقلال إلى الاعتماد على الآخرين، فيجد نفسه في مواجهة موقف صعب هو انخفاض الدخل مع تزايد الأعباء المالية وعدم وجود مصادر إضافية للدخل غير المعاش مما يعمق الشعور بعدم الاستقرار الاقتصادي و يدفعه إلى تخفيض نفقاته وتعميق شعوره بالحيرة بين قبول المساعدة من الأبناء أو عدم قبولها و بين العيش وحيدا أو مع من يقبل من الأبناء والأحفاد، أو العيش في دور المسنين...

3-11-1 التقاعد:

يعد التقاعد نقطة تحول رئيسية في حياة الإنسان، لأنه المؤشر الاجتماعي الرئيسي على تحول الإنسان إلى مرحلة الشيخوخة، والتقاعد هو ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل إلى سن معين بالذات يحددها المجتمع دون أن يأخذ في الاعتبار الحالة العقلية والإنتاجية للمسنين. و هكذا فالحكم بالتقاعد معناه الحكم على الفرد بالانسحاب من حياة المجتمع، لأن العمل هو الذي يحدد مركز الفرد ونظرته إلى نفسه، ونظرة الآخرين له.

فيما يرى بعض علماء النفس أن التقاعد ليس مجرد شكل من أشكال الحياة الاجتماعية نتج عن تغير أنشطة الدور الاجتماعي للفرد، ولكنه يعني أن يحدد للفرد دور خاص ومحدد للتكوين الاجتماعي، أي دور اجتماعي جديد يكتنفه الخوف والغموض ما يؤثر سلبا على المسنين في جوانب كثيرة أهمها لذة العمل .. والشعور بالقيمة، والعيش في محيط اجتماعي.

ولكن هناك جوانب ايجابية للتقاعد من ناحية توفر الوقت للقيام بالأنشطة الاجتماعية وتنمية العلاقات المتبادلة.

4-12-1 الضغوطات اليومية:

المهام مثل رعاية الزوج/ة المريض/ة، وفاة احد أفراد العائلة أو احد المعارف، الخلافات العائلية، مسائل الميراث، العلاقات الاجتماعية وصعوبة التكيف مع ظروف الحياة المتغيرة، كل هذه يمكن أن تؤدي إلى تفاقم أعراض القلق.

الفصل الثاني:

الشيخوخة والمسنين

تمهيد:

إن من حق أي إنسان أن يسعد بحياته وإن من أهم أسباب هذه السعادة هي الصحة أولاً والصحة ثانياً والصحة ثالثاً ، وإنه لمن طبيعة الإنسان ذكر كان أم أنثى أن يحاول الظهور بأجمل شكل فهو جميل بطبعه وخلقه ولكن هناك أناس لا يعرفون كيف يظهرون أو يحافظون على هذا الجمال ، فالعلم بكيفية معالجة الشيخوخة أو على الأقل تأخير ظهورها قدر الإمكان يساعد في الحفاظ على جمال البشرة والشكل ويعمل على تأخير ظهور عوارض الشيخوخة أو حتى معالجتها في بعض الأحيان لذا لا بد من الاستمتاع بممارسة الرياضة وما بها من مباحج والاستمتاع بممارسة الحياة الاجتماعية والتفاعل مع الناس والتنقل والسفر من مكان لآخر الذي أصبح الوصول إلى أبعاده ممكناً بفضل وسائل الحياة وتقدمها.

إن الحياة عبارة عن مراحل فلا يمكن للإنسان أن يكون خالداً لذا فإنه يمر بمراحل الطفولة والبلوغ والشباب ثم الشيخوخة ، ولا يمكن لأي أحد فينا إيقاف ذلك أو تأخيره ، لكن العمل على عكس عملية الشيخوخة وتلف الجسم وأعضائه بما يعطينا الشباب والقوة والدليل واضح وهو التفاوت الصحي الكبير الموجود بين الأفراد في أعمارهم المختلفة والذي هو محصلة لطريقة ممارسة الحياة اليومية بما فيها من تغذية ورياضة وتفكير معقول أو تفكير مرهق كذلك الهوايات والآمال والتفاؤل فقد تشاهد شخصين بنفس الأعمار تقريباً لكن قد يوحي منظر أحدهم أنه أكبر من الآخر بحوالي 10 سنوات .

إن لأعمار الكائنات الحية معادلات حسابية تقول أن العمر هو سن البلوغ مضروباً بتسعة فلو فرضنا أن سن البلوغ هو 14 فيكون العمر $14 \times 9 = 126$ عاماً لكن العلم ومجتمعاته أصبحت تتردد في هذه المعادلة الحسابية. (صباحي العيد 2009)

1-2 تعريف الشيخوخة:

اختلفت الآراء وتضاربت في تعريف المسن ؟ وهل هو الذي بلغ من العمر سناً معيناً 65 عاماً مثلاً فأكثر ؟ أو هو الذي تبدو عليه آثار تميزه بكبر السن ؟

الشيخوخة هي مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث بع سن الرشد وفي الحلقة الأخيرة من الحياة ومن التغيرات الجسمية العضوية الضعف العام في الصحة ونقص القوة العضلية وضعف الحواس وضعف الطاقة الجسمية والجنسية بوجه عام.

يقول تعالي (الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيباً يخلق ما يشاء وهو العليم القدير) سورة الروم آية 54
ومن المتغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة وضيق الاهتمامات والمحافظة وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية . (حامد زهران 1974، 462)

الشيخوخة هي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية واضحاً يمكن قياسه وله إثارة علي العمليات التوافقية. (عزت سيد اسما عيل 1983)

هناك رأي بأن الشيخوخة تغير طبيعي في حياة الإنسان أي أنها تطور فسيولوجي شأنها كمرحلة الرضاعة والطفولة والبلوغ والسن الوسط ثم الكهولة، وهذه سنة الله في خلقه وقد يفسر هذا التغير الفسيولوجي بأنه نتيجة التحول الذي يطراً علي أنسجة كبير السن وخلاياه .

ولقد اختلفت الآراء كذلك في الوقت الذي تبدأ فيه الشيخوخة، وأوضحت دراسات عدة أن التقدم في السن، وبالتالي ظهور أعراض الشيخوخة سواء صحياً أو نفسياً أو عقلياً قد يبدأ في أي مرحلة من مراحل العمر... فالقدرات عامة تبدأ في التغير ابتداءً من سن العشرين، ومن جهة أخرى فمن المعروف أن سن الشخص قد لا يكون بالضرورة متفقاً واحتفاظه بوظائفه البدنية.

و على هذا يتفق الكثيرون علي تعريف الشيخوخة بأنها مرحلة العمر التي تبدأ فيها الوظائف الجسدية والعقلية في التدهور بصورة أكثر وضوحاً مما كانت عليه في الفترات السابقة من العمر.

ولذلك فقد تم تقسيم المسنين إلي مجموعتين:

1- المسن النشط أو الصغير من 60 – 75.

2- المسن الكبير من 76 وما فوقها.

كما تعرف المسن بأنه الإنسان الذي بلغ من العمر 60 عاماً فأكثر، وكبر السن ليس مرضاً في حد ذاته، وإنما هو فترة من الحياة تحدث فيها تغيرات فسيولوجية، وبيولوجية، (جسمانية، وعقلية، ونفسية) تشكل مشاكل لطبيعة و حياة المسن .

2-2 تصنيفات المسن:

يوجد عدة تصنيفات للمسن ومنها :

1- المسن الشاب والذي يبلغ من العمر 60-74 سنة .

2- المسن الكهل والذي يبلغ من العمر 75-84 سنة .

3- المسن الهرم والذي يبلغ 84 من العمر فأكثر.

2-3 نظريات عن كيفية حدوث الشيخوخة ؟

هناك عدة نظريات متداولة بين أهل العلم وعلماء مكافحة الشيخوخة حول آلية حدوث

الشيخوخة ومن أبرز هذه النظريات:

2-3-1 نظرية الاستهلاك بسبب الاستعمال The wear and tear theory:

المقصود بهذه النظرية أن عملية الشيخوخة لا تحدث بسبب عامل محدد وإنما لأننا نكبر ونتقدم في السن وبذلك تتعرض خلايا الجسم للاستهلاك والتلف التدريجي سواء بسبب كثرة الاستخدام العادي أو بسبب الإساءة التي تتعرض لها خلايانا بسبب سوء الاستخدام ، أي يمكن أن نقول بمعنى آخر أن الشيخوخة تحدث بسبب تجاوز العمر الافتراضي لحيوية ونشاط الخلايا .

إن من أهم الأسباب التي تؤدي لتلف الخلايا على مر السنين سواء بسبب الاستعمال العادي أو

بسبب سوء الاستخدام أحيانا ما يلي :

الأنشطة العادية والتي تضطرنا للخروج والتعرض المستمر والمتزايد لأشعة الشمس (الفوق بنفسجية

(تحدث نوعا من الاستهلاك لأجسامنا وتؤدي لتلف خلايا الجلد والوجه خصوصا بسبب التعرض المتزايد للأشعة .

بعض الأغذية وخاصة الدهون والسكريات والمشروبات التي تحتوي على الكافيين مثل القهوة والشاي والكولا تؤدي مع الوقت لاستهلاك الخلايا .
تؤدي البيئة نفسها إلى تعرض الجسم لسُموم مختلفة تهلك الأعضاء على مر السنين وخاصة الكبد والكلى والجلد .

2-3-2 نظرية الشقوق الحرة The free radical theory

و هي النظرية الأكثر قبولا بين العلماء ويجري البحث والتقصي حول سبل مكافحة هذه الشقوق، فما هي هذه الشقوق ؟

الشق الحر أصغر من البكتيريا بل أصغر من الفيروس وهو عبارة عن ذرة أكسجين نشطة جدا ينقصها إلكترون لذا فهي غير مستقرة وتحاول أن تستقر بالعثور على هذا الإلكترون الذي ينقصها وذلك بمهاجمة أي جزء يلوح لها من خلايا أجسامنا السليمة لتأخذ هذا الإلكترون حيث تستقر بعدها وهي بهذه العملية تحدث شق حر جديد وهكذا .

وقد وجد أن مهاجمة هذه الشقوق الحرة لخلايا الجسم وحدوث عملية أكسدة يعرض هذه الخلايا للتلف مما يزيد من أعداد الخلايا التالفة على مر السنين مما يؤدي لتدهور حالة الجسم وحدوث الشيخوخة أي أن الفعل المدمر لهذه الشقوق هو تراكمي وينتج بعد فوات الأوان فقد لا تضرك 100 سيجارة الأولى ولكن عليك تحمل تبعية ما بعد ذلك وهكذا .

إن الشقوق الحرة هي منتجات طبيعية في الجسم تحدث نتيجة عمليات الهدم والبناء والتمثيل الغذائي في الجسم ومن العوامل التي تسبب ولادة الشقوق الحرة ما يلي:

- التدخين وعوادم السيارات.
- القلق النفسي.
- تناول الدهون بكثرة.
- التعرض لأشعة الشمس وخصوصا فوق بنفسجية.
- التعرض للمبيدات الحشرية والألعاب النارية.
- الاستعمال الكثير لبعض أنواع المضادات الحيوية وأدوية معالجة السرطان .

- التمارين الرياضية الشاقة حيث ينتج عنها أكسدة للأدرينالين ومشتقاته وتراكم حامض اللاكتيك الذي يحول الشقوق الضعيفة نسبيا مثل (سوبر أكسيد) إلى شقوق أقوى مثل الشق (الهيدروكسيدي) .

كما أن التفاعل الالتهابي المصاحب لتلف العضلات ينتج مثل هذه الشقوق لذا ينصح بالمداواة الفورية لأي تلف عضلي أو مفصلي يحدث للرياضي وغيره أثناء عمليات التدريب أو النشاط اليومي العادي.

3-3-2 نظرية المناعة The immune system theory :

تفسر هذه النظرية حدوث الشيخوخة بناء على أنها ناتجة جراء حدوث ضعف تدريجي في جهاز المناعة نتيجة التقدم بالسن وبناء على ذلك يصبح الجسم غير قادر على مقاومة العدوى والمرض وربما الإصابة بالسرطان.

كما تصبح الخلايا نفسها غير قادرة على القيام بوظائفها بكفاءة ويؤكد أصحاب هذه النظرية على صحة افتراضاتهم على أساس أنه الملاحظ عند التقدم بالسن حدوث انخفاض بنسبة الأجسام المضادة بالجسم ، كما تزيد القابلية للإصابة بأمراض المناعة الذاتية (أي الأمراض التي تنتج جراء مهاجمة الجهاز المناعي للجسم نفسه وعدم قدرته على التفرقة بين خلايا الجسم نفسها وبين الأجسام الغريبة) ، ويرى الباحثون أن هذا الضعف الذي يصيب الجهاز المناعي له مسببات من أهمها حدوث ضعف في جهاز الهرمونات والجهاز العصبي .

4-3-2 نظرية الجينات The genetic control theory :

أما هذه النظرية فتفسر حدوث الشيخوخة على أساس ما هو مسجل بالجينات داخل خلايا كل منا ، بمعنى أنه مكتوب أو مسجل داخل الحمض النووي لخلايا كل منا أننا سنعيش لفترة معينة ، وأنا نشيخ ثم نموت وبناء على ذلك فإن عملية الشيخوخة تحدث بناء على هذا التصميم الوراثي الموجود بالحمض النووي وحدثها بالطبع يختلف بيننا البشر.

4-2 أسباب ومشكلات الشيخوخة :

- 1-4-2 أسباب حيوية: مثل التدهور والضعف الجسمي والصحي العام وخاصة تصلب الشرايين .
- 2-4-2 أسباب نفسية: مثل الفهم الخاطئ لسيكولوجية الشيخوخة فقد يفهم بعض الناس أن الشيخوخة معناها أن الشيخ يمشى متثاقلا مادام قد وهن العظم منه واشتعل الرأس شيئا وكذلك تؤثر الأحداث الأليمة والخبرات الصادمة على الحالة النفسية للشيخوخة .
- 3-4-2 أسباب بيئية: منها التقاعد وما يرتبط به من نقص الدخل وزيادة الفراغ كسبب للمشكلات النفسية من الأسباب البيئية التغير في الأسرة وزواج الأبناء وتفكك الروابط الأسرية وضعف الشعور بالواجب نحو الشيخوخة.

5-2 الأمراض المصاحبة للشيخوخة :

1-5-2 الأمراض العضوية:

- ضغط الدم وتصلب الشرايين والذبحة الصدرية.
- القىض المزمن وأمراض الجهاز الهضمي.
- الإصابة بالتهابات القصبة الهوائية. (عزت سيد اسما عيل 1983)

2-5-2 الأمراض والاضطرابات النفسية :

- الاضطرابات الوجدانية في الشيخوخة : حيث يعاني المريض من دورات مرضية يكون فيها أحيانا مكتئبا وأخرى طبيعيا ثم ينتقل إلى حالة من الزهو والابتهاج أو الهوس والاكتئاب في أشكاله المختلفة وذلك شائع الحدوث بين المسنين الفقراء.
- يشار إلى 3 مجموعات من الاكتئاب :

- أ- الاضطرابات المزاجية الخفية : أن الشيخوخة يميلون إلى الشعور بالتعاسة بسبب الظروف التي يلاقون فيها الكثير من المتاعب المالية أو فقد الأقران أو الحزن على المفقود... الخ
- ب- الاكتئاب العصبي والتفاعلي : يشير لفظ العصبي إلى الحالات التي يحدث فيها الاكتئاب عن خلفية متأصلة من رد الفعل العصبي مثل حالات الذهول أو الخوف...ولفظ التفاعلي إلى حالات تحدث

فيها الاكتئاب بعد أو مع الحزن على فقيد أو الذي يحدثه فقد المال أو متاعب اجتماعية .وفي كلتا الحالتين يشكو المريض من شعور بالتعاسة ويجد صعوبة في النوم .

ت- الاكتئاب الشديد: يتميز الاكتئاب الداخلي أو العصبي بأحاسيس ذاتية بالتعاسة الشديدة وخاصة في الصباح كما يتميز بتباطؤ عقلي وجسماني واضطراب شديد يظهر عادة عند الاستيقاظ من النوم مع فقدان الشهية ونقص الوزن والإمساك ..وفقدان الاهتمام وعدم القدرة على التركيز مع أفكار سوداء واعتقادات وهمية .

3-5-2 عصاب الشيخوخة :

أن بعض الناس بطبيعتهم لهم شخصية صعبة المراس ولهذا السبب فهم عرضة للنبد إذا أصبحوا في حالة يضطرون فيها إلى الاعتماد على الغير ومن الأعراض الشائعة التي تنتج عند النبد وما يصاحبه من تعاسة نذكر منها :

أ- الضجر و الملل : وهو عرض شائع من أعراض الاكتئاب وان كان كثيرون من كبار السن يبدو عليهم الضجر لأسباب أخرى والملل في أثناء النهار يمكن أن يتسبب في قدر كبير من الضيق للمحيطين بهم، أما إذا حدث ليلا فان هذا الضيق يصاحبه قلق نحو سلامة هؤلاء المسنين خوفا عليهم من السقوط وإصابة أنفسهم بالأذى .

ب- الشرود أو الهوام: هو ترك المنزل مع وجود احتمالات الضلال .ومثل هذه الحالة تسبب القلق إذا حدثت ليلا ...ومن أسبابها الضجر المصحوب بالاكتئاب زيادة بعض أمراض المخ .

ت- عدم التحكم: وعدم التحكم لدى المسنين قد يكون في البول أو التبرز أو كليهما وهذه الظاهرة ما تسبب الاشمزاز لدى الأهل والمريض نفسه يخالطه شعور بالضيق وقد تنهار روحه المعنوية .

2-5-4 ذهان الشيخوخة : يسمى خبل الشيخوخة أو خرف الشيخوخة وفيه يصبح الشيخ اقل استجابة ويميل إلى التذكر حكاية الخبرات السابقة ويلاحظ نقص الشهية للطعام والأرق وإهمال النظافة و المظهر.نسبة ذهان الشيخوخة لا يتعدى (0.8) في الألف للنساء و(0.6) في الألف للرجال.

2-6 خصائص مرحلة المسنين :

تعد هذه المرحلة العمرية من المراحل التي يحتتم فيها الإنسان حياته بصورة عامة، وهي كغيرها من المراحل تتميز ببعض التغيرات الطبيعية والنفسية والاجتماعية والعقلية وهذه التغيرات في حقيقة الأمر تأخذ خطأً منحياً نحو التدهور والضعف بحكم الاستمرارية في التقدم العمري الذي يصحبه استمرارية في موت وتدهور خلايا الجسم، وهذه التغيرات تأخذ مجالات وجوانب عديدة والتي يمكن أجمالها كالآتي:

2-6-1 الخصائص الجسمية:

و تتضمن هذه الخصائص التغيرات الظاهرية والمرئية مثل تغيرات الجلد والشعر والوجه واليدين وكذلك القدرة الحركية بشكل عام والتي تتمثل بالبطء في المشي أو التوكؤ على عكازه بالإضافة إلى التغيرات الداخلية التي تحدث للهيكل العظمي والأحشاء وأجهزة الجسم المختلفة.

وبصورة عامة أن المسنين يعانون من ضعف في الجهاز العصبي والذي ينعكس سلباً على النشاط الحركي حيث يفقد المسن الدقة والمهارة و الإتران ، وكذلك فأن الأجهزة الداخلية يصيبها الوهن ويتسرب الضعف إلى القلب والمعدة والرئتين والجهاز العظمي لنقص مادة الكالسيوم فيه فتتقوس القامة و تضعف الساقين عن حمل الجسم وتتساقط الأسنان.

أما بالنسبة للمخ فينقص وزنه و تمتد التجويفات من الجانبين ويضيق شريط اللحاء ويظهر التدهور في الجهاز العصبي مبكراً في الشيخوخة.

بالإضافة إلى ذلك فأن هناك تغيرات أخرى والتي تتمثل في تغير قوة دفع الدم وتغير السعة الهوائية للرئتين و إنقطاع الحيض لدى المسنات.

وهو من جراء كل هذا يشعر بالإحباط الشديد في نفسه من حيث فقدان القدرة على ممارسة الأعمال المختلفة وهذا ما يضيف عليه شعوراً بأنه كيان ناقص يحتاج إلى المساعدة والعون ، وقد يكون نتيجة لهذا الإحتياج الدائم لمساعدة الآخرين أن يتضايق و يبتعد الآخرون عنه.

2-6-2 لخصائص المرفولوجية:

صاحب التحسن الكبير في الرعاية الصحية في العالم ازدياد عدد المسنين في المجتمع حيث يتوقع الخبراء أن يكون 20% من سكان العالم عام 2030 من المسنين فوق 65 عام. ولا يجب النظر للشيخوخة كمرض و لكن كعملية طبيعية تشمل التغير التدريجي في الشكل و الوظيفة والقدرة على تحمل الضغوط وهو يبدأ من التدهور المتدرج الذي يحدث من قمة النضج البدني والصحي في العقد الثالث من العمر حيث (لسوء الحظ) تبدأ التغيرات الفسيولوجية المتعلقة بالسن مبكرا جدا عما نتصور .

و علامات الشيخوخة كما نعرفها هي قصر القامة وانخفاض في المحتوى العضلي للجسم والشعر الأبيض وتجاعيد البشرة وضعف التناسق العضلي الحركي وسن اليأس عند النساء ونقص الخصوبة للرجال وفقد الأسنان. ويصاحب ذلك عوامل نفسية واجتماعية مثل ضعف التقدير للذات وضعف الرغبة في العمل والاكتئاب والوحدة و القلق النفسي.

ويبدأ قوام المسن وانحناءات ظهره الطبيعية في التدهور مع تقدم السن حيث تتحرك الرأس للأمام ويزيد انحناء الفقرات الصدرية ويختفي الانحناء الأمامي للفقرات القطنية ويصبح العمود الفقري مثل حرف C بدلا من انحناءاته الطبيعية وتبدأ الركبتين في الانثناء وكل هذه الأوضاع الخاطئة تغير من ميكانيكية أجزاء الجسم وتؤدي إلى آلام واستهلاك زائد للطاقة.

التغيرات العضلية مع تقدم السن: يبدأ الشخص بعد سن الثلاثين في فقد من 3-5 % من المحتوى العضلي كل عشر سنوات مع زيادة أكبر ما بعد الستين يمكن أن تصل إلى 30% كل عشر سنوات بعد السبعين وأكثر الضعف يكون في عضلات الجذع والساقين وهي العضلات الهامة لكل أنشطتنا الحركية.

قص المرونة مع تقدم السن: تزداد الروابط البينية في الكولاجين بشكل مكثف وهو البروتين الموجود في الأنسجة ويسمح باستطالتها مما يعيق قابلية النسيج للتمدد والاستطالة وهناك أيضا نقص في بروتين الألسنين ما يؤدي إلى ضعف خاصية رجوع الأنسجة لوضعها الطبيعي بعد الشد وعامل آخر يضاف إلى ذلك وهو قلة حركة المسن مما يزيد من نقص المرونة كل هذه العوامل تؤثر على حركة المريض و تعوقها خاصة في منطقة الرقبة والجذع والحوض ويؤدي أيضا إلى تهديد توازنه. ومع تقدم السن يقل سمك غضاريف المفاصل و تتآكل وتصبح حركتها مؤلمة.

2-6-3 الخصائص الإنفعالية :

يمكن القول بأن الخصائص الإنفعالية للمسنين تتسم بأنها ذاتية المركز، أي أنها تدور حول الذات أكثر مما تدور حول الآخرين وهذا بدوره يؤدي إلى نوع من أنماط الأناية لديهم حيث يلجأ المسنون من خلالها لإستحواذ إنتباه المحيطين به ، وأن المسنين ليس لهم القدرة على التحكم الصحيح بإنفعالاتهم فهي خليط مزدوج من إنفعالات المراحل العمرية التي يمر بها الفرد، فترى بعضها يوافق إنفعالات مرحلة الطفولة وبعضها يتوافق مع إنفعالات المراهقة وبعضها الأخر يحاكي مرحلة الشباب والرشد، بمعنى آخر أن هذه المرحلة العمرية تمثل محصلة الجوانب الإنفعالية المتعلقة بمراحل النمو المختلفة للفرد.

وبشكل عام يمكن القول بأن الجانب الإنفعالي للمسن يغلب عليه لون غريب من التعصب للرأي والعواطف وللجيل الذي ينتمون إليه وبالتالي لكل ما يمت إليهم بصله ، فنراه متطرفاً في نقد سلوكيات الأجيال التالية ومعاييرهم الإجتماعية وعندما لا يتقبل الآخرون آرائهم وتعصبهم فأنتهم يشعرون بنوع من الاضطهاد في أعماق أنفسهم بحيث يؤدي بهم هذا الشعور بالإحساس العميق بالفشل وعدم القيمة والمهانة أحياناً أي تدني مفهوم الذات لديهم و اعتقادهم بأن الآخرين لا يتقبلونهم و لا يرغبون بوجودهم في الحياة ، الأمر الذي يؤدي إلى نمو السلوكيات العدوانية لديهم في مواجهة هذا الاضطهاد وأحياناً يكون موقفهم من هذه الأمور بشكل سلبى بحيث لا ينفعلون أو يتفاعلون معها وكأنهم يعبرون بذلك عن الهوة الساحقة بينهم وبين الأجيال الأخرى ، لذا فأن كثير منهم تتصف انفعالاته بالخمول وبلادة الحس وأحياناً بالاغتراب عن البيئة والمحيط وهذا ما يزيد من تعاسته ونمو اليأس والسأم في ذاته.

ويرى خطار (1992) في هذا الصدد بأن انفعالات المسنين نحو المثيرات كثيراً ما يكتنفها الخطأ إزاء أدراك المواقف المحيطة بهم ولذلك فأن انفعالاتهم تكون شاذة لا تتناسب ومقومات الموقف الذي يثير في نفسه ذلك الانفعال. (خطار أمين و آخرون 1992، 51-53)

2-6-4 الخصائص العقلية:

في الحقيقة تشير دراسات النمو إلى أن الكفاءة العقلية العامة للمرء تبقى ثابتة نسبياً حتى أول الخمسينات، ثم تبدأ بعد ذلك بالتدهور ببطء مع تقدم العمر نحو الستين.

أما من حيث قدرة المسنين على التعلم و التذكر فإنها أيضاً تبدأ بالتدهور قليلاً ومع تزايد العمر ولو أن هناك بعض الآراء التي تؤكد وخاصة بالنسبة لعملية التذكر بأنها قد تتناسب طردياً مع التقدم العمري ، حيث أن المسن قد يتذكر أحداث وقعت له في السنوات الأولى من عمره.

ويرى الطحان (1984) ، أن قدرة الفرد على الإدراك كعملية عقلية أساسية من عمليات التعلم تتأثر بضعف القشرة المخية نتيجة كبر السن ، وأن الدراسات أكدت على أن القدرة الاستدلالية أكثر القدرات تدهوراً في سن الشيخوخة. (الطحان محمد خالد 1984 ، 134)

2-6-5 الخصائص الاجتماعية :

أن الخصائص الاجتماعية للمسن ترتبط في حقيقة الأمر بالعديد من المتغيرات والتي تكمن في النسق الاجتماعي الذي يعيش فيه المسن بالإضافة إلى سماته الشخصية ، كما يلاحظ أن العلاقات الاجتماعية للمسن بشكل عام تكاد تكون مقتصرة إلى حد كبير على أقرانه القدماء والذين يعيشون بالقرب منه (لتعذر تنقله إلى أماكن بعيدة حيث يقطن بعض أصدقائه) ، بالإضافة إلى ذلك فإن المسن ليست لديه الهمة و الإندفاع لتكوين علاقات جديدة وهذا ما يجعل العلاقات الاجتماعية لهم ضيقة وقد تقتصر أحياناً على الأبناء والأحفاد ، مما ينتج عن هذا شعور المسن بالوحدة القاسية والذي يؤدي إلى شعورهم بالسأم والملل وعدم الإبتهاج لما هم عليه ، ولهذا السبب تعترضهم الوحشة بسبب انقراض أقرانهم واحداً تلو الآخر فلا يرى أحد من أقرانه أو أصدقاء طفولته فتدب الوحشة في نفسه ويستوحش المكان والزمان وخاصة بعد رحيل رفيق العمر (الزوج أو الزوجة) فعندها تتحول الحياة بالنسبة إليه إلى جحيم مطبق.

7-2 استراتيجيات التعامل مع القلق لدى المسنين:

1-7-2 علاج القلق:

في يومنا هذا، يمكن علاج اضطرابات القلق على نحو فعال، حتى عندما يتعلق الأمر بفترة المسنين، العلاج النفسي: العلاج عن طريق المحادثة قد يساعد كثيرا المسنين الذين يعانون من اضطرابات القلق. في العلاج النفسي يتلقى المرضى الأدوات اللازمة لتغيير أنماط تفكيرهم، وبالتالي تغيير سلوكهم في كل ما يتعلق بالأفكار التي مصدرها القلق.

2-7-2 المشكلات النفسية:

- هناك أمور عدة تدفع كبار السن إلى التوتر والقلق وعدم السيطرة على الانفعالات، ويرى علماء النفس أن حالة القلق تعد سمة مميزة لمرحلة كبر السن، وأن الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد مستوى القلق لديهم، وأن توتر المسنين ينتج عن مصادر عدة أهمها: ما يتعلق بالصحة نتيجة للاضمحلال في بناء الجسم ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية... إضافة إلى قلق الانفصال والإحساس بالوحدة وظروف التقاعد الذي ينتج عنه عدم الأمان الاقتصادي وأخيرا هوس الموت حيث الإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء.

- العلاج الدوائي: من الشائع اليوم تقديم العلاج الدوائي للأشخاص المسنين الذين يعانون من القلق. على الرغم من انه في هذه السن يجب أن يكون العلاج أكثر حذرا بالنظر إلى الحالة الطبية العامة والتفاعل بين الأدوية المضادة للاكتئاب أو القلق مع الأدوية الأخرى، لكن مع ذلك، فانه فعال جدا.

- عادة ما يعالج المرضى المسنين الذين يعانون من القلق بالأدوية المضادة للاكتئاب، التي لديها القدرة أيضا على علاج حالات القلق. هذا العلاج يجب أن يستمر على المدى الطويل ويسمح بتحسين كبير بجودة الحياة.

طريقة أخرى هي الأدوية المضادة للقلق كالبنزوديازيبينات، التي تستخدم للعلاج الموضعي في حالات القلق وحتى أنها تخفف من اضطرابات النوم.

الفصل الثالث:

النشاط البدني والرياضي

تمهيد:

تتضمن الأنشطة البدنية لهذه الفئة العمرية: الأنشطة البدنية الترويحية أو أنشطة وقت الفراغ، والتنقل (مثل المشي أو ركوب الدراجات)، والأنشطة المهنية (إذا كان الشخص لا يزال يعمل)، والأعمال المنزلية، واللعب، والمباريات، والألعاب الرياضية أو التدريبات المخططة في إطار الأنشطة الأسرية والمجتمعية اليومية. ومن أجل تحسين اللياقة القلبية التنفسية واللياقة العضلية، والصحة الوظيفية وصحة العظام، والحد من خطر الإصابة بأمراض غير السارية

1-3 تعريف النشاط البدني:

تستخدم كلمة النشاط البدني كتعبير يقصد به المجال الكلي والإجمالي لحركة الإنسان وكذلك عملية التدريب والنشاط والتربص في مقابل الكسل والوهن والحمول.

وفي الواقع فإن النشاط البدني بمفهومه العريض هو تعبير شامل لكل ألون النشاطات البدنية التي يقوم بها الإنسان، والتي يستخدم فيها بدنه بشكل عام وهو مفهوم انتربولوجي أكثر منه اجتماعي، لأنه جزء مكمل ومظهر رئيسي لمختلف الجوانب الثقافية والنفسية والاجتماعية لبني الإنسان.

ولقد استعمل بعض العلماء تعبير النشاط البدني الرياضي على اعتبار أنه في المجال الرئيسي المشتمل على ألوان أشكال أطر الثقافة البدنية للإنسان ومن بين هؤلاء العلماء (سوزالون) الذي اعتبر النشاط البدني بمنزلة النظام الرئيسي تتدرج تحته كل الأنظمة الفرعية الأخرى وغالبا في ذلك لدرجة أنه يريد ذكر التربية البدنية على الإطلاق في مؤلفاته واعتبر النشاط البدني التغيير المتطور تاريخيا في التغييرات الأخرى كالتدريب البدني والثقافة البدنية وهي تغيرات ما زالت تستخدم حتى الآن ولكن بمضامين مختلفة.

2-3 تعريف النشاط البدني الرياضي:

يعتبر النشاط البدني الرياضي أحد أشكال الرقي للظاهرة الحركية لدى الإنسان وهو أكثر تنظيما وأرفع مهارة من الأشكال الأخرى للنشاط البدني.

ويعرف "مات فيف" بأن نشاط ذو شكل خاص، جوهر المنافسة المنظمة من أجل القدرات وضمن أقصى تحديدا لها .

وبذلك فعلى ما يميز النشاط الرياضي بأنه تدريب بدني بهدف تحقيق أفضل نتيجة ممكنة في المنافسة لا من أجل الفرد الرياضي فقط وإنما من أجل النشاط في حد ذاته وتضيف "كولد ولا" أن التنافس سمة أساسية تضيف على النشاط الرياضي طابعا إجتماعيا ضروريا وذلك لأن النشاط الرياضي لإنتاج ثقافي للطبيعة التنافسية للإنسان من حيث أنه كائن إجتماعي ثقافي .

ويتميز النشاط الرياضي عن بقية ألوان النشاط البدني بالاندماج البدني الخالص ومن دونه لا يمكن أن نعتبر أي نشاط على انه نشاط رياضي أو نسبة إليه كما أنه مؤسس أيضا على قواعد دقيقة لتنظيم المنافسة بالعدالة والنزاهة وهذه القواعد تكونت على مدى التاريخ سواء قديما أو حديثا والنشاط الرياضي يعتمد بشكل أساسي على الطاقة البدنية للممارس وفي شكله الثانوي على العناصر أخرى، مثل الخطط وطرق اللعب .

ويشير "لوتس ويسج" إلى أن النشاط الرياضي يمكن أن يعرف بأنه " نشاط اللعب التنافسي داخلي وخارجي المردود أو العائد يتضمن أفراد أو فرقا تشترك في مسابقة وتقرر النتائج في ضوء التفوق في المهارة البدنية والخطط"

3-3 أهداف النشاط البدني الرياضي:

1-3-3 هدف التنمية البدنية:

يعبر هدف التنمية البدنية والرياضية عن إسهام النشاط البدني الرياضي في الإرتقاء بالأداء الوظيفي للإنسان ولأنه يتصل بصحة الفرد ولياقته البدنية، فهو يعد من أهم أهداف النشاط البدني الرياضي إن لم يكن أهمها على الإطلاق وتطلق عليه بعض المدارس البحثية هدف التنمية العضوية لأنه يعهد إلى تطوير وتحسين وظائف أعضاء الجسم من خلال الأنشطة البدنية الحركية المختارة وكذلك المحافظة على مستوى أداء هذه الوظائف وصيانتها، وتتمثل أهمية هذا الهدف على أنه من الأهداف المقصورة على النشاط البدني الرياضي ولا يدعي أي علم أن إنضمام 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. (أمين أنور الخولي 1997، 129-159)

2-3-3 هدف التنمية المعرفية

يتناول هدف التنمية المعرفية العلاقة بين ممارسة النشاط البدني وبين القيم والخبرات والمفاهيم المعرفية التي يمكن إكتسابها من خلال ممارسة هذا النشاط الرياضي وتحكم أداءه تم بشكل عام.

ويهتم الهدف المعرفي بتنمية المعلومات والمهارات المعرفية كالفهم والتطبيق والتحليل والتركييب والتقدير لجوانب معرفية في جوهرها رغم إنسابها للنشاط الرياضي

3-3-3 هدف التنمية النفسية

يعبر هدف التنمية النفسية عن مختلف القيم والخبرات و الحصائل الإنفعالية المقبولة التي تكتسبها برامج النشاط البدني الرياضي للممارسين له، بحيث يمكن إجمال هذا التأثير في تكوين الشخصية المتزنة للإنسان والتي تتصل بالشمول والتكامل، كما يؤثر النشاط البدني الرياضي على الحياة الإنفعالية للفرد بتغلغله إلى مستويات السلوك (كمال درويش).

لقد أوضحت الدراسة التي وجدها الرائد في علم النفس الرياضي (أوجليفي وبيتكو) على خمسة عشرة ألف من الرياضيين للتأثيرات النفسية التالية :

- اكتساب الحاجة إلى تحقيق أهداف عالية لأنفسهم ولغيرهم.
- الإلتسام بمستوى رفيع من الكيفيات النفسية المرغوبة مثل (الثقة بالنفس، الإلتزان الإنفعالي، التحكم في النفس، انخفاض التوتر، إنخفاض التغيرات العدوانية) (عصام عبد الخالق).

4-3-3 هدف التنمية الحركية

يشمل هدف التنمية الحركية على عدد من القيم والخبرات والمفاهيم التي تتعهد حرة الإنسان وتعمل على تطويرها وارتقاء بكيفياتها ووصف هذه المفاهيم " المهارة الحركية " وهي عمل حركي يتميز بدرجة عالية من الدقة بإنجاز هدف محدد .

فالنشاط البدني الرياضي يسعى دوما لوصول إلى رفع مستويات المهارة المركبة بمختلف أنواعها لدى الفرد بشكل يسمح له بالسيطرة الممكنة على حركاته ومهاراته ومن ثم على أداءه . كما يعمل النشاط البدني

الرياضي على نمو العلاقات الإجتماعية كالصداقة والألفة الإجتماعية التي تجعل الفرد يتقبل دوره في المجتمع وتعلمه الإنضباط الإجتماعي والإمتثال لنظام المجتمع (أمين أنور الخولي 1997، 78)

3-3-5 هدف الترويح وأنشطة الفراغ

تحتل الممارسة الرياضية مكانة بارزت بين الوسائل الترويحية البريئة التي تساهم في تحقيق الحياة المتوازنة وهو الهدف الذي يرمي إلى اكتساب الفرد المهارات الحركية الرياضية زيادة عن المعلومات والمعارف المتصلة بها وكذلك إثارة الاهتمامات بالأنشطة الرياضية وبشكل اتجاهات ايجابية بحيث تصبح ممارسة النشاطات الرياضية نشاطا ترويحيا يستثمرون الفرد في وقت فراغه مما يعود عليه بالصحة الجيدة والارتياح النفسي والانسجام الاجتماعي. (أمين أنور الخولي 1997، 95)

3-4 تأثيرات الممارسة البدنية الرياضية :

3-4-1 ممارسة النشاط البدني الرياضي وأثره على الحالة المزاجية :

يعني المزاج حالة الفرد الإنفعالية أو قابلة للإنفعال وأسلوبه فيه ، ولذلك فهو دائم ومستمر يعكس الحالة المزاجية التي لا تستمر عادة إلا لفترة قصيرة .
ومن أهم المشاكل التي قد يعاني منها الفرد الغير الممارس للنشاط البدني الرياضي التوتر والقلق والحزن والغضب والعدوان والحيوية والنشاط ، التعب والكسل ، الإضطراب والإرتباك كما تؤثر ممارسة الأنشطة الهوائية مثل الجري، المشي ، والسباحة على زيادة الحيوية والنشاط لدى الفرد ، مقابل إنخفاض الأبعاد الأخرى السلبية وبالرغم من أن أغلبية البحوث والدراسات التي تم عرضها تعد وجهة نظر من حيث أنها تؤدي إلى تغيرات إيجابية في الحالات المزاجية فإن هذه العلاقة لا ترتقي إلى السبب والنتيجة، وإنما ما تزال أنواع من القروض تتطلب المزيد من البحوث والدراسات .

3-4-2- ممارسة النشاط البدني الرياضي وأثره على خفض القلق والاكتئاب :

يعد القلق النفسي أكثر الأمراض النفسية شيوعا في هذا العصر الذي يمكن أن نطلق عليه ببساطة (عصر القلق) . ولقد أهتم الباحثون في السنوات الأخيرة بمعرفة التمرينات التي تساعد على علاج القلق والاكتئاب وأظهرت الأبحاث العلمية أن معدل انتشار الاكتئاب بين الناس حوالي 6% وهو أكثر انتشار بين النساء والرجال 12% وغالبا ما يبدأ في عمر الشباب .

وتشير نتائج البحوث التي قام بها دوشمان 1986 على عينة قوامها 1950 طبيا أمريكيا أن 85% منهم يصفون استخدام التمرينات الرياضية كعلاج الاكتئاب وبذهب دوشمان إلى توقع زيادة استخدام ممارسة النشاط البدني الرياضي كنوع من الوقاية والعلاج 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 التمرينات الرياضية .
- زيادة التكلفة لعلاج الأمراض النفسية و الحاجة إلى البحث عن بديل أقل مخاطرة مثل : النشاطات الرياضية .

3-4-3 ممارسة النشاطات البدنية الرياضية وأثرها على الحالة الإنفعالية :

يعتبر الإنفعال بشكل عام مظهر الفقدان و الإستقرار أو التوازن بين الفرد ومحيطه الإجتماعي كما أنه الوقت ذاته وسلبت لإعادة التوازن و نجد بالإشارة إلا أن الآراء الإكلينيكية المدنية تدعم فائدة التمرينات الرياضية بصفة عامة علة الإنفعالات لكل من الجنسين وفي مختلف العمر ، حيث النشاط البدني الرياضي يؤدي إلى زيادة الإنفعالات الإيجابية مثل : الإستماع ، السعادة ، الرضا ، الحماس ، التمرن... الخ

لقد حاول "كارتر" 1987 التعرف على العلاقة بين إنتظام الأفراد في ممارسة النشاط البدني الرياضي هي أكثر استمتاع بالسعادة ، وأمكن تفسير ذلك في ضوء التغيرات التي حسنت نتيجة ممارسة الرياضة ومنها : زيادة كفايات الذات والحصول على فرص الإتصال الإجتماعي .

ولقد أظهر "فولكينز" سنة 1981 ، فوائد ممارسة الرياضة على الصحة النفسية من النواحي التالية :

- تحسين اللياقة البدنية والتي تظهر في إدراك التحكم والتمكن الذي يؤدي بدوره إلى السعادة.
- التمرينات الهوائية بمثابة التغذية الرجعية الحيوية .

3-4-4 تأثير النشاط البدني الرياضي على السمات الشخصية :

يتبين تأثير النشاط البدني الرياضي على شخصية الفرد ومدى أهمية هذه الأخيرة في ترقية السلوك الإنساني ، ومن ذلك أن بعض علماء النفس يرون أن ممارسة الرياضة تؤدي حفص السلوك العمراني بإعتبارها وسيلة لتنفس الطاقة ، وإنها تساعد على التخلص من بعض الأمراض النفسية مثل الإكتئاب وإن تطوير اللياقة البدنية يؤثتة في تحسين مفهوم وتقدير الذات لدى الفرد .

3-5 ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضة لكبار السن:

تعتبر ممارسة الرياضة البدنية بانتظام من أهم الأسلحة الضرورية اللازمة للكبار في الحرب ضد الشيخوخة. أنه مما لا شك فيه أن عدم استخدام الإنسان لعضلاته يؤدي إلى إضعافها . وقد أدت منجزات الحضارة الحديثة والمدنية إلى الكسل والخمول ، فعندما ضمن الإنسان طعامه وقلت حركته أصبح عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة التي كانت نادرا ما تداهمه عندما كان يعتمد في حياته على حركته العضلية وجهده الجسماني قبل أن يعتمد كلية على ما تقدمه التكنولوجيا الحديثة له من الوسائل والأجهزة التي وفرت له كل شيء دون أن يبذل جهداً جسمانياً . (موقع إلكتروني ، الصحة للجميع 2014)

إن استهلاك الفرد للأكسجين بنسبة 1% كل عام بعد أن يتجاوز سن الثلاثين مما يحد من نشاطه مع التقدم في العمر. أي أنه يفقد 30% من استهلاكه للأكسجين عند التقاعد في سن الستين. أما الشخص الرياضي الذي يصل إلى سن الستين فإن مزاولته للرياضة البدنية المنتظمة تجعله يستهلك نفس كمية الأكسجين التي يستهلكها شاب في الثلاثين لا يمارس الرياضة البدنية .

ويستطيع أي إنسان أن يسترجع جميع وظائف أعضائه الطبيعية لو أنه مارس الرياضة البدنية المنتظمة . و حتى المسنين الذين بلغوا سن الخامسة والسبعين أو الثمانين بإمكانهم أن يستفيدوا من مزاوله التمرينات الرياضية المنتظمة رغم أنهم يبدوونها في هذه السن المتأخرة ، وينعكس ذلك في تحسن الصحة العامة وتحسن وظائف المخ ، وزيادة فرص تمتعهم بالحياة ، وتقل أوزانهم وتزيد حيويتهم ، وتحسن شهيتهم ، ويستمتعون بنوم أعمق وأهدأ .

و تساعد الرياضة المسنين في زيادة كفاءتهم الذهنية وقدرتهم على الانخراط في المجتمع، وعدم الانسحاب من الحياة والعزلة الاجتماعية بسبب الثقة التي يكتسبونها نتيجة مزاوله الرياضة. وما تؤكد الدراسات العلمية أن ممارسة الرياضة في هذه السن تقلل من تعرض المسنين للأزمات القلبية أو السكتات الدماغية أو الأمراض المزمنة أو السرطان .

ولقد أجريت دراسية علمية على مجموعة من كبار السن المتداعيين في الصحة و الطاعنين في السن تتراوح أعمارهم بين 74 و 98 عاما ما رسوا الرياضة لمدة عشرة أسابيع متتالية ، ووجد أن عضلاتهم قد قويت وزادت سرعة مشيهم وقدرتهم على صعود السلم عن أقرانهم الذين لم يمارسوا التمرينات البدنية .

3-6 أهمية الأنشطة الرياضية لدى كبار السن:

إن التركيب العضوي للمتقدم في العمر قد فقد الكثير من قدرته على الاستجابة للراحة وكذلك لان الأمراض الانحلالية التي تصيب الجهاز الدوري الوعائي والجهاز التنفسي تزداد مع التقدم في السن فان بعض الاحتياجات تصبح ضرورية قبل مزاوله أي تدريب جسماني عنيف بالنسبة لكبار السن فيجب أولا عرض المسن لفحص طبي شامل وفي حاله التمرينات والألعاب الجماعية يجب أن يشرف عليها متخصص ماهر وبالنسبة للمسنين الذين لا يتمتعون باللياقة الكافية "60-79" يعتبر المسن النشط مثيرا كافيا لإحداث بعض الأثر التدريبي المطلوب .

والواقع أن نوع التمرين الرياضي بالنسبة للمسنين لا تقل درجه شدته، فيجب أن يراعى التزايد من الأنشطة التوفيقية للعضلات الكبيرة والتقليل منها للعضلات الصغيرة، .

● **الحمامات المعدنية:** أو المغاطس التي يضاف إلى مائها الحار بعض الأملاح أو حامض

الفحم تفيد فعلا في إذابة الفحم وحرقة وبالتالي تنحف الجسم وتساعد على انتظام الدورة الدموية

● **التدليك:** فهو مفيد جدا بالنسبة للشيوخ المسنين في أزاله السمنة والصحة العامة.

خلاصة:

وهكذا فان الرياضة البدنية والألعاب الرياضية لها فوائدها الكبرى في الناحية الترويحية ووقاية الجسم من الإصابة المرضية و خصوصا القلق النفسي موضوع بحثنا هذا، ويستطيع الأشخاص الذين لا يتاح لهم ممارسة الرياضة البدنية والألعاب الرياضية، يمكن الاستعاضة عنها بالمشي يوميا في الهواء الطلق لمدة ساعة مشيا جديا يقطع المسن فيه مسافة 6 كيلو متر لاستنشاق الهواء النقي - وذلك له اثر كبير في عدم تراكم الدهن حول الجسم وبالنسبة للشيوخ ينبغي أن تكون الأرض منبسطة ممهدة.

الباب الثاني:

الجانب التطبيقي

**الفصل الأول: منهجية
البحث و إجراءاته الميدانية.**

1 - 1 منهج البحث:

يرى بوداود عبد اليمين أن المنهج هو الطريقة التي تؤدي إلى الغرض المطلوب ويعرف أحد العلماء المنهج بأنه: " فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار إما من أجل الكشف عن حقيقة مجهولة لدينا أو من أجل البرهنة على حقيقة لا يعرفها الآخرون" (اليمين 2010، 26).

ومما هو متفق عليه، أن منهج البحث يختلف باختلاف المواضيع والمشكلات المطروحة، فملائمة المنهج لمشكلة البحث، و تحقيق أهدافه يجعل النتائج المتوصل إليها أكثر مصداقية وقريبة من الواقع. ولقد استخدم الطالبان في هذه الدراسة المنهج الوصفي وهو عبارة عن دراسة عامة لظاهرة موجودة في جماعة معينة وفي مكان معين ، وتحت ظروف طبيعية وليست صناعية كما هو الحال في المنهج التجريبي (اليمين 2010، 92). و لقد استخدم المنهج المسحي باعتباره واحد من المناهج الأساسية في البحوث الوصفية ، حيث كان الهدف من الدراسة المسحية هو جمع المعلومات والبيانات وتصنيفها والتعبير عنها كميًا وكيفيًا ، حيث تم جمع المعلومات العامة للعينة قيد الدراسة و التعرف على القلق النفسي عند المسنين ومقارنة مستوياته عند المسنين الممارسين للنشاط البدني والرياضي وغير الممارسين.

2-1 مجتمع وعينة البحث :

1-2-1 مجتمع البحث:

أخذت عينة البحث من مجتمع الأصل أي من المسنين الذكور من ولاية غليزان وقسموا إلى مجموعتين الأولى هم الذين يمارسون أنشطة بدنية رياضية بالانتظام ،تم اختيارهم بطريقة مقصودة من هذا المجتمع ، والذين بلغ عددهم 15 مسنا، والمجموعة الثانية المسنين غير الممارسين، تم اختيارهم بطريقة مقصودة وبلغ عددهم أيضا 15 مسنا

السن (سنة)	الطول (سم)	الوزن (كلغ)
61,5	172,75	76,55
4,80	4,87	4,46

المتوسط الحسابي

الانحراف المعياري

جدول رقم 1 يبين قيم الطول و الوزن للفئة الممارسة للنشاط الرياضي

السن (سنة)	الطول (سم)	الوزن (كلغ)	
61,3	173,9	76,4	المتوسط الحسابي
4,50	6,44	8,66	الانحراف المعياري

جدول رقم 2 يبين قيم الطول و الوزن للفئة الغير الممارسة للنشاط الرياضي

3-1 مجالات البحث :

3-1-1 المجال البشري: أجرى البحث على مجموعة من المسنين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني والرياضي .

3-1-2 المجال المكاني: أجريت الدراسة في ولاية غليزان.

3-1-3 المجال الزمني:

- الدراسة النظرية : شرع في هذه الدراسة منذ شهر نوفمبر 2014 إلى غاية شهر فيفري 2014.
- الدراسة الميدانية: تمت هذه الدراسة في الفترة الزمنية الممتدة بين : مارس 2014 إلى ماي 2014.

4-1 الضبط الإجرائي لمتغيرات البحث:

إن أي موضوع من المواضيع الخاضعة للدراسة يتوفر على متغيرين أولهما متغير مستقل والآخر متغير تابع.

أ- المتغير المستقل:

إن المتغير المستقل هو العامل الذي يتناوله الباحث بالتغيير لتحقيق من علاقته بالمتغير التابع (اليمين 2010، 129) وفي دراستنا المتغير المستقل هو "النشاط البدني والرياضي".

ب- المتغير التابع:

هو نتيجة المتغير المستقل وفي هذه الدراسة المتغير التابع هو " القلق النفسي ".

ج- المتغيرات المشوشة:

هي جميع المتغيرات التي من شأنها التأثير على نتائج البحث وقصد ضبطها والتحكم فيها قام الطالب بمجموعة من الإجراءات، والمتمثلة في :

- توحيد جنس العينة بحيث كانت كلها المسنين الذكور.
- فصل المسنين الممارسين عن غير الممارسين أثناء الإجابة عن الاختبار
- اختيار العينة متقاربة في السن تقريبا من 60 إلى 66 سنة
- اختيار العينة التي توسم فيها الطالبان الرغبة في التعاون .

1-5 أدوات البحث :

اعتمد الطالبان الباحثان في دراسته على أدوات بغرض جمع المعلومات و البيانات وتمثلت في ما يلي:

1- **المصادر والمراجع:** تمت عملية سرد المعطيات والمعارف النظرية المرتبطة بالموضوع والتي تتماشى و أهداف البحث للوصول إلى صيغة علمية تخدم العمل ، وكذلك لإيجاد توضيحات للأمور الغامضة ، ومن خلال الاستناد على المراجع العلمية باللغة العربية واللغات الأجنبية من كتب ومجلات ومعاجم وكذلك مواقع من الانترنت.

2- **المقابلة الشخصية:** تم إجراء عدة مقابلات مع مجموعة من الدكاترة و الأساتذة من معهد التربية البدنية والرياضية بمستغانم ،قصد الاستفادة من آرائهم وتوجيهاتهم في كل مجريات البحث وتصميمه وفق المنهج العلمي الصحيح. و تم كذلك إجراء عدة مقابلات مع إدارة المركب الرياضي بغليزان قصد جمع المعلومات خاصة المسنين الذين يمارسون الأنشطة البدنية والرياضية بانتظام وكذلك تخصصاتهم الرياضية. و كل ذلك ساهم في مساعدة الباحث على جمع الكثير من المعلومات الهامة المرتبطة بالدراسة.

3- الاستبيان :

يعتبر الاستبيان أداة ملائمة للحصول على معلومات وبيانات وحقائق مرتبطة بواقع معين ويقدم بشكل عدد من الأسئلة يطلب الإجابة عنها من قبل عدد من الأفراد المعنيين بموضوع الاستبانة (رابح 1984، 144).

1-6-6-1 الدراسة الاستطلاعية للأداة المستخدمة :

1-6-1 التجربة الاستطلاعية :

بعد عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين و هم أساتذة تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة قوامها 08 مسنين منهم 05 غير ممارسين للأنشطة البدنية والرياضية، و 03 ممارسين ، و كان الهدف من هذه التجربة مايلي :

- تجريب أداة القياس على عينة مماثلة و ذلك لمعرفة مدى تلاؤم محتوى الاستبيان من حيث صعوبة وسهولة العبارات و ذلك بما يتناسب مع المسنين الرياضيين وغير الرياضيين.

- التعرف على طبيعة العينة وكيفية التعامل معها .

- اختيار أفضل وقت لتطبيق الدراسة الأساسية .

فقد تم إجراء هذه التجربة مع 08 مسنين ، وذلك بعد ترتيب الأمور مع إدارة المركب الرياضي بومزراق بغليزان التي قدمت كل التسهيلات ، من حيث استقبال المسنين و توفير قاعة لهم ، وبعد توزيع الاستمارة عليهم ، تم شرح طريقة الإجابة، ووضع خط تحت العبارات أو الأسئلة المبهمة بالنسبة لهم ، و وضع علامة استفهام أمام الكلمات غير المفهومة.

بعد عملية الفرز توصل الباحث إلى أن معظم الأسئلة والعبارات المكونة للاستبيان كانت واضحة وفي متناول المسنين.

1-7-1 الأسس العلمية:

1- الثبات: يقصد بثبات الاختبار مدى دقة و استقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من

الأفراد في مناسبتين مختلفتين (الحفيظ 1993، 152) .

ويعتبر الاختبار ثابتا إذا كان يعطي نفس النتائج باستمرار إذا ما تكرر على نفس المفحوصين وتحت نفس الشروط (حسنين 1995، 199) .

استخدم الطالبان إحدى طرق حساب الثبات الاختبار للتأكد من مدى دقة واستقرار نتائج الاختبار.

وعلى أساس هذه الطريقة قام الطالب بإجراء الاختبار على عينة مشابهة لعينة البحث ومذكورة سابقا حيث بلغ معامل الثبات (0.653) ، عند مستوى الدلالة 0,05

2- الصدق :

يعتبر الاختبار أو المقياس صادق عندما يقيس بدقة كافة الظاهرة التي صمم لقياسها (حسنين 1995، 199).

من أجل التأكد من صدق الاستبيان استخدمنا الصدق الذاتي الذي يقاس بإيجاد الجذر التربيع لمعامل الثبات للاختبار ، حيث جاء كما يلي : (0.808).

الموضوعية: هي من العوامل الهامة التي يجب أن تتوفر في الاختبار ، والموضوعية تعني التحرر من التمييز والتعصب للآراء وعدم وجود أي توجيه للمفحوص للإجابة بطريقة ما، ومن أجل ذلك حرص الطالب على عدم التدخل أو الإيحاء بأي شكل من الأشكال لتأثير على إجابات المسنين . وبالتالي فإن النتائج تعبر عن آراء أصحابها وواقعهم ، وهذا يعبر عن الموضوعية في الحكم على النتائج.

1-8 الوسائل الإحصائية:

بعد الحصول على البيانات من الدراسة الميدانية والتطبيق العملي للبرنامج تم إجراء التحاليل الإحصائية باستخدام الحزمة الإحصائية للبيانات الوصفية على البرنامج الإحصائي SPSS وذلك لحساب كلا من المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري واختبار T ستودنت للعينات المتساوية

• المتوسط الحسابي:

$$\bar{X} = \frac{\text{مجم س}}{ن} \text{ بحيث:}$$

\bar{X} : المتوسط الحسابي.

مجم س: مجموع القيم.

ن : عدد العينة .

- الانحراف المعياري : $n \geq 30$ نستعمل القانون التالي :

$$\text{بحيث: } \sigma = \sqrt{\frac{\text{مج}(\bar{s}-s)^2}{n}}$$

ع: الانحراف المعياري

س: مجموع القيم.

\bar{s} : المتوسط الحسابي.

ن : عدد العينة

-4-7 التجانس:

-3-7 التباين:

$$f = \frac{\sigma^2}{1}$$

$$\text{التباين} = \sigma^2$$

ع²: التباين الأصغر.

ع²: التباين الأكبر.

- معامل الارتباط بيرسون :

$$\text{بحيث: } r = \frac{\text{مج}(\bar{s}-s)(\bar{v}-v)}{\sqrt{2 \text{مج}(\bar{s}-s)^2 \cdot 2 \text{مج}(\bar{v}-v)^2}}$$

ر : معامل الارتباط بيرسون.

س : قيم الاختبار الأول.

\bar{s} : المتوسط الحسابي للاختبار الأول

ص : قيم الاختبار الثاني

\bar{v} : المتوسط الحسابي للاختبار الثاني

• ت ستودنت :

$$T = \sqrt{\frac{\frac{2^S - 1^S}{2 \cdot 2}}{\frac{2^E + 1^E}{1 - N}}}$$

س¹ ، س²: المتوسط الحسابي

ع¹ ، ع²: التباين الأكبر و الأصغر

ن¹ ، ن²: الحجم

1-9 صعوبات الدراسة:

وجد الطالبان صعوبة كبيرة في الاتصال ببعض المسنين خاصة غير الممارسين للنشاط البدني والرياضي

وطريقة إقناعهم للتجاوب معنا

الفصل الثاني: تحليل

و مناقشة النتائج

1-2- عرض و تحليل نتائج:

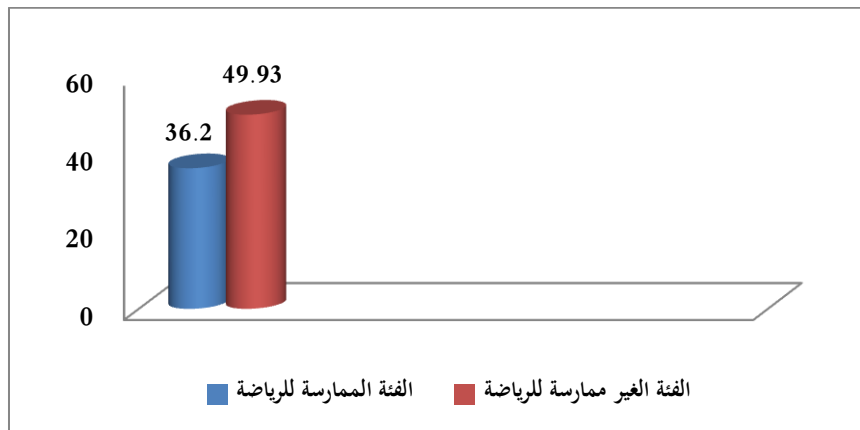
1-1- عرض و تحليل نتائج إختبار قياس القلق بين الفئة الممارسة للنشاط البدني و

الرياضي و الغير ممارسة له :

جدول رقم 3 : يبين النتائج المتحصل عليها من قبل العينتين حسب إختبار رونج.

الدلالة	درجة الخطورة	درجة الحرية	الفئة الغير ممارسة للنشاط البدني و الرياضي	الفئة الممارسة للنشاط البدني و الرياضي	رقم العينة
دال	0,05	28	54	34	1
			48	37	2
			53	32	3
			41	36	4
			45	40	5
			53	37	6
			56	41	7
			51	33	8
			49	31	9
			52	39	10
			39	43	11
			55	37	12
			46	33	13
			56	29	14
			51	41	15
			49,93	36,20	المتوسط الحسابي
			5,24	4,13	الإنحراف المعياري
			4,38	ت ستودنت	
			0,38	ف الجدولية	

● الشكل البياني 1 : يبين قيم المتوسط الحسابي للعينتين حسب إختبار رونج



حسب ما ورد من أرقام في الجدول رقم 3، نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة الممارسة للنشاط البدني و الرياضي قدر بـ: **36,20** و بإنحراف معياري قدره : $\pm 4,13$ ، في حين سجلت العينة الغير ممارسة ل للنشاط البدني و الرياضي متوسط حسابي قدره **49,93** و بإنحراف معياري قدره : $\pm 5,24$.

بالنظر إلى قيمة ت ستيودنت أو ت المحسوبة و المقدرة بـ: **4,38** والتي هي أقل من قيمة ت الجدولية **0,38** وذلك عند درجة خطورة **0.05** و درجة حرية **28** .

سجلت قيمة معامل الارتباط لبيرسون بـ: **0.91** و هي مؤشر يدل على صدق الإختبارات للعينتين.

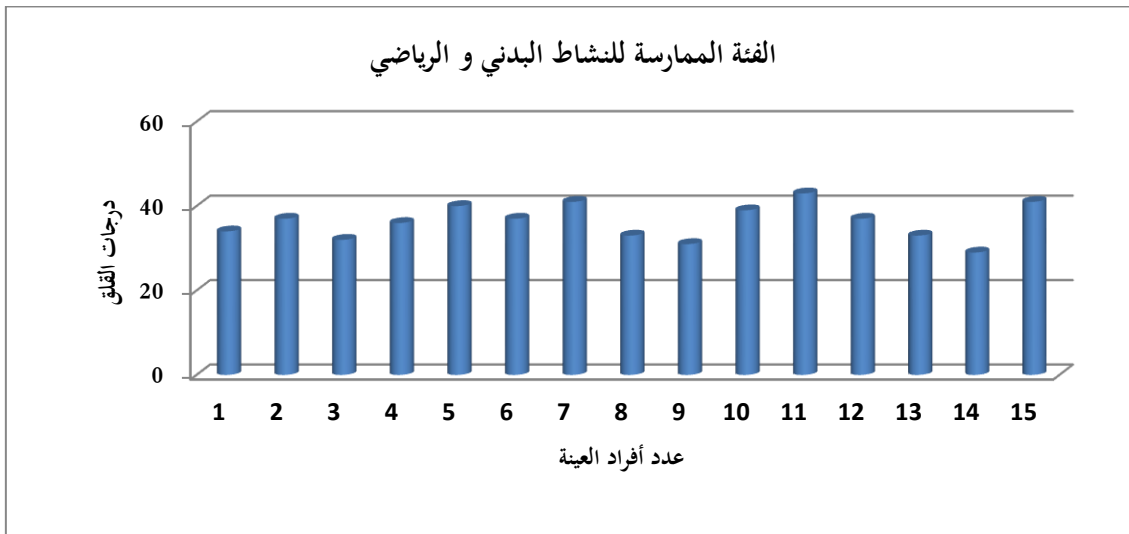
من خلال قراءة الأرقام المشار إليها أعلاه و بما أن قيمة ت ستيودنت أكبر من قيمة ف الجدولية، يمكننا القول أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية أي فرق معنوي بين المجموعة الممارسة للنشاط البدني و الرياضي و المجموعة الغير الممارسة للنشاط البدني و الرياضي.

نستخلص مما سبق أن مؤشر القلق بالنظر إلى القيم المتحصل عليها بين العينتين غير متساوي ، أي هناك إختلاف ، و سيحدد الطلبة هذه الإختلاف و مدلولاته الحقيقية في الجدولين التاليين.

2-1- عرض و تحليل نتائج إختبار قياس القلق بين الفئة الممارسة للرياضة :
جدول رقم 4 : يبين النتائج المتحصل عليها من قبل العينة الممارسة للنشاط البدني و الرياضي
حسب إختبار رونج.

الفئة الممارسة للنشاط البدني و الرياضي	رقم العينة
34	1
37	2
32	3
36	4
40	5
37	6
41	7
33	8
31	9
39	10
43	11
37	12
33	13
29	14
41	15
36,20	المتوسط الحسابي
4,13	الإنحراف المعياري

الشكل البياني 2 : يبين القيم المتحصل عليها حسب إختبار رونج للقلق بالنسبة للعينة الممارسة للنشاط البدني
و الرياضي



من خلال الجدول رقم 5، نلاحظ أن قيم أفراد العينة حسب الشكل البياني رقم 2 تتراوح بين 25 و 45 ، كما نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة الممارسة للرياضة قدر بـ: **36,20** و بإحرف معياري قدره : $\pm 4,13$.

و حسب ما ورد في مفتاح التصحيح، و دلالة الدرجات التي كانت على النحو التالي:

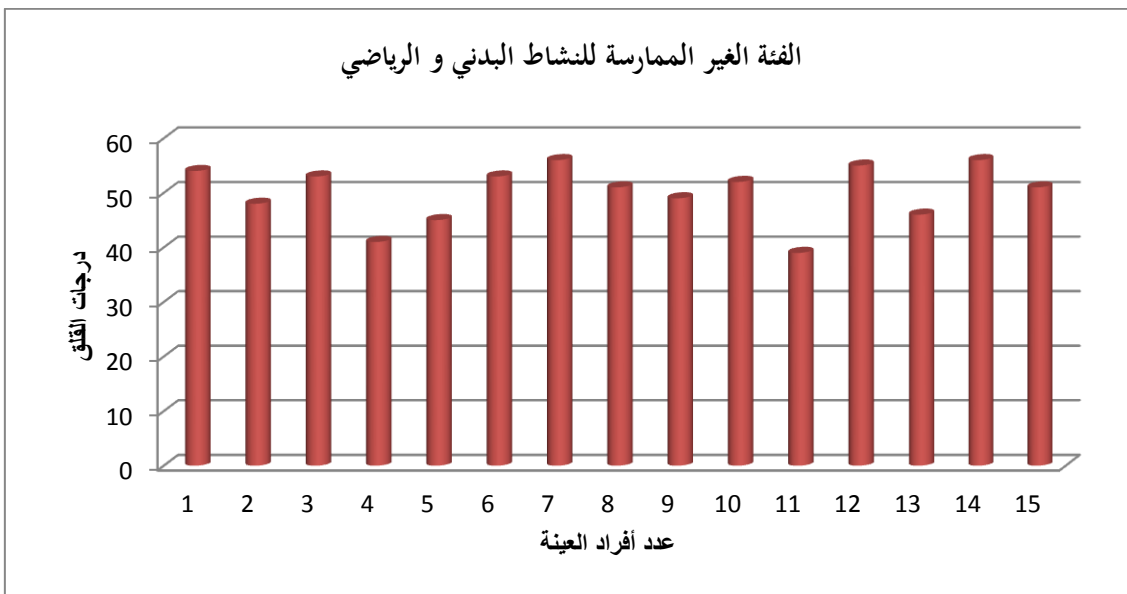
- الدرجة 35 فأقل تشير إلى المستوى السوي بمعنى عدم المعاناة من القلق أو الخلو من أعراضه.
- الدرجات من 36 – 47 تشير إلى مستوى متوسط من القلق.
- الدرجات من 48 – 59 تشير إلى مستوى عالي من القلق.
- الدرجات 60 فما فوق تشير إلى مستوى من القلق المرضي يستوجب العلاج النفسي.

و بما أن المتوسط الحسابي قدر بـ: **36,20** ، إذن فهو ينتمي إلى الفئة ما بين 36 – 47 و التي تشير إلى ان هذه الفئة ذات مستوى متوسط من القلق، أي أنه طبيعي بالنظر إلى الفئة العمرية التي تنتمي إليها عينة البحث أي الشيخوخة و من المعروف ان هذه الشريحة ترتفع فيها مؤشرات القلق كونها تتأثر بعدة عوامل و تتصف بخصائص تساعد على زيادة مؤشر القلق لديها على غرار المرض، التقاعد، نقض الموارد المادية.....إلخ.

3-1- عرض و تحليل نتائج إختبار قياس القلق بين الفئة الغير ممارسة للنشاط البدني و الرياضي:
جدول رقم 5: يبين النتائج المتحصل عليها من قبل العينة الغير ممارسة للنشاط البدني و الرياضي
حسب إختبار رونج.

الفئة الممارسة للنشاط البدني و الرياضي	رقم العينة
54	1
48	2
53	3
41	4
45	5
53	6
56	7
51	8
49	9
52	10
39	11
55	12
46	13
56	14
51	15
49,93	المتوسط الحسابي
5,24	الانحراف المعياري

الشكل البياني 3 : يبين القيم المتحصل عليها حسب إختبار رونج للقلق بالنسبة للعينة الغير الممارسة للنشاط البدني و الرياضي.



من خلال الجدول رقم 5، نلاحظ أن قيم أفراد العينة حسب الشكل البياني رقم 3 تتراوح بين 40 و 56 ، كما نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة الغير الممارسة للنشاط البدني و الرياضي قدر ب: **49,93** و بانحراف معياري قدره : $\pm 5,24$.

و حسب ما ورد في مفتاح التصحيح، و دلالة الدرجات التي كانت على النحو التالي:

- الدرجة 35 فأقل تشير إلى المستوى السوي بمعنى عدم المعاناة من القلق أو الخلو من أعراضه.
- الدرجات من 36 – 47 تشير إلى مستوى متوسط من القلق.
- الدرجات من 48 – 59 تشير إلى مستوى عالي من القلق.
- الدرجات 60 فما فوق تشير إلى مستوى من القلق المرضي يستوجب العلاج النفسي.

و بما أن المتوسط الحسابي قدر ب: **49,93** ، إذن فهو ينتمي إلى الفئة ما بين 48 – 59 و التي تشير إلى ان هذه الفئة ذات مستوى عالي من القلق ، أي أنه غير طبيعي و مرتفع نوعا ما مما يدل على ان هذه الفئة تعاني من نوبا القلق و لكن ليس بالدرجة التي تحتاج إلى العلاج، لكن إذا ما تلقى أفراد هذه العينة العلاج النفسي و الفسيولوجي، فإن الطالبان الباحثان يريان أنه بالإمكان أن تتفاقم لديهم المشكلة و تتطور لديهم حالة القلق بمستوى القلق المرضي و المشار إليه في الترتيب الأخير في إختبار رونج من درجات القلق .

نستنتج أن أنه كان للنشاط البدني و الرياضي دور هام في صنع الفارق بين أفراد مجتمع البحث، و الذي إن دل على شيء، فإنه يدل على النشاط البدني و الرياضي دور فعال في إمتصاص نوبات القلق لدى فئة المسنين.

2- مناقشة الفرضيات:

- تقول الفرضية الأولى المقترحة لهذه الدراسة مايلي: "تؤثر النشاط البدني و الرياضي على سمة القلق عند الأشخاص المسنين".

على ضوء النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة، و التي أظهرت أن الفرضية صادقة، حيث وجد أن هناك مستوى متوسط لسمة القلق بالنسبة للأشخاص المسنين الممارسين النشاط البدني و الرياضي.

- تقول الفرضية الثانية المقترحة لهذه الدراسة: "هناك فرق بين مستويات القلق بين الأشخاص المسنين الممارسين للنشاط البدني و الرياضي و بين المسنين الغير ممارسين للنشاط البدني و الرياضي".

بالرجوع إلى نتائج الجدول رقم 3، أين تم حساب ت ستيودنت فوجدت 4.38 و مقارنتها بقيمة ف الجدولية ذات القيمة 0.38 عند درجة خطورة 0.05 و درجة حرية 28، فقد وجد أنه أن هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين الفئة الممارسة للرياضة و الفئة الغير ممارسة للنشاط البدني و الرياضي.

فيما يخص سمة القلق، و مع تحليل الجدولين رقم 4 و 5 ، فلقد وجد أن سمة القلق مرتفعة عند المسنين الغير ممارسين للنشاط البدني و الرياضي مقارنة بأقرانهم الممارسين للنشاط البدني و الرياضي.

3- الإستنتاجات:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين الممارسين للنشاط البدني و الرياضي و الغير الممارسين له.
- سمة القلق عند الأشخاص المسنين الغير ممارسين للرياضة مرتفعة مقارنة مع المسنين الممارسين للنشاط البدني و الرياضي.
- للنشاط البدني و الرياضي دور فعال في تخفيض مؤشر القلق لدى فئة المسنين.

- هناك عدة عوامل أخرى تزيد من سمة القلق لدى فئة المسنين، بغض النظر عن النشاط البدني و الرياضي و ذلك بسبب الخصائص التي تتميز بها هذه الفئة، مثل: التقاعد و عدم العمل، كبر السن و تبعياته من مرض و نقص الحركة، المشاكل العائلية.....إلخ.

4- التوصيات:

وفقاً لنتائج الاستنتاجات التي توصلت إليها الباحثان قامت بوضع التوصيات الآتية:

- 1- يوصي الطالبان بالاهتمام بالنشاط البدني و الرياضي لدى فئة المسنين لما له من فوائد على مستوى الجانب النفسي و الفسيولوجي.
- 2- يوصي الطالبان بالاهتمام بالإعداد النفسي لمواجهة الأمراض النفسية على غرار القلق النفسي.
- 3- يجب استخدام الأساليب والطرق التي تعمل على خفض مستوى القلق النفسي كالنشاط البدني الرياضي لما له من دور ايجابي.

الخلاصة العامة:

القلق الطبيعي يزيد من تحمّيزنا ويساعدنا على تحطّي العقبات والمصاعب والحماية من الخطر، إنّما حين يصبح مرضياً، فهو يؤدّي إلى اضطرابات ثم إلى أمراض جسدية ونفسية، ومن المعروف أنّ اضطرابات القلق على أنواعها تعالج بالدواء وبالعلاج النفسي، ومن المصابين بالقلق من يلجأ إلى العلاجات البديلة كاليوغا وعلاجات الاسترخاء. وأخيراً أصبح الأطباء يشدّدون على ضرورة مزاوله النشاط البدني الرياضي أو النشاط الجسدي لمكافحة حالات جسدية ونفسية متعدّدة ومنها اضطرابات القلق النفسي.

للسياط البدني و الرياضي تأثير قوي جدا على المزاج خصوصا على فئة المسنين ، فهي يعتبر أقوى مضاد للقلق النفسي لديهم بدون أعراض جانبية وبدون أعراض انسحابية .. كثيرا من المسنين ممن جربوا الرياضة ولاحظوا تحسن كبير في الطاقة والمزاج والراحة النفسية بعد أيام قليلة .. أي نوع من الأنشطة البدنية أو الرياضية حتى لو نشاط خفيف كالمشي لكن أهم شي الاستمرار ..

الأنشطة البدنية و الرياضية تحسن من مستوى تدفق الدم إلى العقل وتقوي القلب وتحسن النوم وترفع من مستوى السيروتونين في العقل وتحسن مستوى ضغط الدم والسكر وتقوي المناعة.

المراجع

• المراجع باللغة العربية:

- 1- أمين أنور الخولي 1997، أصول التربية البدنية والرياضة، دار الفكر العربي ، الطبعة 1، مصر.
- 2- أمين رويحه (1972)، شباب في الشيخوخة، دار القلم، بيروت ط2
- 3- البنا محمود جاد (1983م) . يسألونك عن القلق ، المجلة العربية ، العدد 136 ، الرياض.
- 4- حامد زهران ،(1974) ،الصحة النفسية والعلاج النفسي ،عالم الكتب ،القاهرة.
- 5- حامد زهران ،علم النفس الاجتماعي . ،عالم الكتب ،القاهرة
- 6- حسن عبد السلام (1952)،نحن المعمرون ،دار المعارف ،القاهرة ..
- 7- حسنين محمد صبحي 1995، لقياس والتقويم في التربية البدنية و الرياضية -ج1-ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 8- رايح تركي 1984، مناهج البحث في علوم التربية و علم النفس، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر.
- 9- رضا منى (2008م). القلق النفسي ، مكتبة النصر للنشر والتوزيع ، الطبعة الثانية ، بيروت.
- 10- زهران ، حامد عبد السلام (2001م) . الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الثالثة ، مكتبة العبيكان ، الرياض .
- 11- السباعي زهير (1986م) . القلق ...ظاهرة العصر المرضية ، مجلة الأمن والحياة ، العدد 56 ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض.
- 12- الشناوي محمد محروس ، عبد الرحمن ، محمد السيد (1988م) . العلاج السلوكي الحديث : أسسه وتطبيقاته ، دار قباء للطباعة والنشر ، القاهرة .
- 13- عاقل فاخر (1980م) . علم النفس التربوي ، الطبعة السادسة ، دار العلم للملايين ، بيروت .
- 14- عبد الحفيظ مقدم، 1993، الإحصاء والقياس النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 15- عبد الخالق أحمد ، حافظ ،أحمد (1988م). حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، المجلد السادس ، العدد الثالث ، جامعة الكويت .
- 16-

- 17- عزت سيد إسماعيل (1983)، الشيخوخة أسبابها مضاعفتها الوقاية والاحتفاظ بجيل الشباب ، وكالة المطبوعات ، الكويت .
- 18- علاء الدين كفاي، صلاح الدين، وفاء، أحمد روي (1990م). بناء مقياس للقلق الرياضي حولية كلية التربية، السنة السابعة، العدد السابع.
- 19- عوض مرقص (1986م) . القلق ...ظاهرة العصر المرضية ، مجلة الأمن والحياة ، العدد 56 ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض .
- 20- فؤاد البهي السيد ، (1975) الأسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- 21- الكحيمي وجدان عبد العزيز ، حمام ، فادية كامل ، مصطفى ، علي أحمد سيد (2007م) . الصحة النفسية " للطفل والمراهق " مكتبة الرشد ، الرياض.
- 22- هدى محمد قناوى (1987) ، سيكولوجية المسنين ، مركز التنمية البشرية والمعلومات ، القاهرة.
- 23- اليمين بوداود عبد 2010، مناهج البحث العلمي في علوم وتقنيات النشاط البدني الرياضي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

• الانترنت:

- (موقع إلكتروني، الصحة للجميع 2014)

الملاحق



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس
معهد التربية البدنية و الرياضة



قسم رياضة و صحة

إستمارة الإستبيان الموجهة إلى الأساتذة و الدكاترة

في إطار بحثنا تحت عنوان مقارنة القلق النفسي بين المسنين الممارسين للنشاط البدني و الرياضي و المسنين الغير الممارسين للنشاط البدني و الرياضي.
لذا نرجو من سيادتكم المحترمة ترجيح بعض الإختبارات التي ترونها مناسبة للقياس من مجموع الإختبارات المقترحة.

قائمة الأساتذة:

الرقم	إسم و لقب الأستاذ	الإمضاء
1		
2		
3		
4		
5		

تحت إشراف الأستاذ: سنوسي.

مقدم من طرف الطلبة:

- بن عمارة عمر.
- جادواحي عبد الحليم

ملاحظة:

- تستعمل هذه الإستمارة في إنجاز مشروع تخرج لنيل شهادة الماستر.
- هذه الإستمارة مقدمة إلى كل من فئة المسنين محل الدراسة.
- نرجو الإجابة عن الأسئلة بصدق و شفافية كون الإجابات لها مدلولات إحصائية.
- تتم الإجابة عن الأسئلة بوضع علامة X مكان الجواب المناسب.

السنة الدراسية 2013/2014 —

الإسم و اللقب:

تاريخ و مكان الميلاد:

الجنس:

الرقم	السؤال	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
1	أشعر أنني عصبي ومتوتر.				
2	أشعر بالخوف دون سبب ظاهر.				
3	تقلب أعصابي بسهولة.				
4	أشعر وكأنني أتمزق.				
5	أشعر بالسعادة في معظم الأحوال.				
6	تنتابني رعشة في اليدين والساقين.				
7	يضايقني الصداع وآلام الرأس والرقبة.				
8	أتعب بسرعة.				
9	أشعر بالهدوء والسكينة.				
10	أشعر كأن ضربات قلبي تدق بسرعة.				
11	تضايقني نوبات من الدوار.				
12	تنتابني نوبات من الغثيان أو الرغبة في القيء.				
13	أستطيع أن أتففس بسهولة.				
14	أشعر بالتململ في أصابع اليدين والقدمين.				
15	تضايقني اضطرابات الهضم.				
16	كثيرا ما أذهب إلى الحمام.				
17	يदाي في العادة دافئتان.				
18	أصاب بنوبات سخونة في الوجه.				
19	استغرق في النوم بسرعة وسهولة.				
20	أعاني من الكوابيس والأحلام المزعجة.				

- تستعمل هذه الإستمارة في إنجاز مشروع تخرج لنيل شهادة الماجستير.
- نرجو الإجابة عن الأسئلة بصدق و شفافية كون الإجابات لها مدلولات إحصائية.
- تتم الإجابة عن الأسئلة بوضع علامة X مكان الجواب المناسب.

البطاقة الفنية للاختبار المقترح

1- بيانات عن الاختبار:

- اسم الاختبار self-Rating Anxiety Scale :
- المؤلف: وليم زونج Zong .
- المترجم: محمد شحاتة ربيع هذا الاختبار يناسب مستوى عمري 16 سنة فما فوق، يطبق فرديا أو جماعيا، كما أنه يستغرق 10 دقائق للإجابة عليه.
- المرجع Atwar E.(1994)Psychology for- living prentice- Hall في كتاب قياس الشخصية تأليف الأستاذ الدكتور محمد شحاتة ربيع الطبعة الأولى 2008، دار المسيرة للنشر والطباعة، عمان.

2- وصف للاختبار:

- يقيس الاختبار الأعراض النفسية والجسدية للقلق ويتضمن 20 عبارة لكل عبارة أربع خيارات.
- جميع العبارات تعطي مؤشرات ايجابية للقلق ما عدا العبارات 5,9,13,17,19 فهي معكوسة.

3- مفتاح التصحيح :

- يعطي المفحوص في العبارات 1,2,3,4,7,8,9,10,11,12,14,15,16,18,20 الدرجات التالية:
 - نادرا درجة واحدة.
 - أحيانا درجتان.
 - غالبا ثلاث درجات.
 - دائما أربع درجات.
- يعطي المفحوص في العبارات 5,6,13,17,19 الدرجات التالية:
 - نادرا أربع درجات.
 - أحيانا ثلاث درجات.
 - غالبا درجتان.
 - دائما درجة واحدة.
- دلالة الدرجات: الدرجة الكلية هي مجموع الدرجات على عبارات المقياس حسب العينة الأمريكية.
 - الدرجة 35 فأقل تشير إلى المستوى السوي بمعنى عدم المعاناة من القلق أو الخلو من أعراضه.
 - الدرجات من 36 – 47 تشير إلى مستوى متوسط من القلق.
 - الدرجات من 48 – 59 تشير إلى مستوى عالي من القلق.
 - الدرجات 60 فما فوق تشير إلى مستوى من القلق المرضي يستوجب العلاج النفسي.

ملخص الدراسة

كان عنوان البحث المقدم: " مقارنة القلق النفسي بين المسنين الممارسين للنشاط البدني و الرياضي و المسنين الغير الممارسين للنشاط البدني و الرياضي "

تهدف الدراسة الحالية إلى بحث تأثير ممارسة النشاط البدني و الرياضي على سمة القلق النفسي لدى فئة المسنين، و قد وضعت ثلاث فرضيات لهذه الدراسة تمثلت فيمايلي:

1- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في اختبار القلق النفسي لدى المسنين وفقا لمؤشر ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية و هي لصالح الممارسين.

2- مستوى القلق النفسي لدى المسنين الممارسين للأنشطة الرياضية منخفض.

3- مستوى القلق النفسي لدى المسنين الغير الممارسين للأنشطة الرياضية عالي.

تكونت عينة البحث من مجموعتين من المسنين عددهم 15 فرد لكل مجموعة، مجموعة المسنين الممارسين للأنشطة البدنية و الرياضية، و مجموعة المسنين الغير الممارسين للأنشطة البدنية و الرياضية.

توصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين الممارسين للنشاط البدني و الرياضي و الغير الممارسين له.
- سمة القلق عند الأشخاص المسنين الغير ممارسين للرياضة مرتفعة مقارنة مع المسنين الممارسين للنشاط البدني و الرياضي.

RÉSUMÉ

Le rapport de recherche de titre : « **Comparaison de l'anxiété entre les pratiquants âgés de l'activité physique et sportif et les âgées pratiquants non de l'activité physique et sportif** »

La présente étude vise à étudier l'effet de l'activité physique et des sports sur l'inquiétude de trait chez les personnes âgées, et a élaboré trois hypothèses de cette étude était donc brièvement:

- 1 - Il y avait des différences statistiquement significatives dans l'anxiété de test chez les personnes âgées, selon l'indice de l'activité physique et **sportif**, et dans l'intérêt des pratiquants.
- 2 - le niveau d'anxiété chez les pratiquants âgés d'activités physiques et sportives est faible.
- 3 - le niveau d'anxiété chez les âgés non pratiquants d'activités physiques et sportives est élevé.

L'échantillon était constitué de deux ensembles de 15 personnes âgées par groupe, les âgés pratiquants d'activités physiques et sportives, et le groupe des âgés non pratiquants d'activités physiques et sportives.

Résultats de l'étude :

- 1 - Il existe des différences significatives entre les pratiquants âgés de l'activité physique et sportive et des non-pratiquants à lui.
- 2 - trait d'anxiété chez les personnes âgées non-pratiquants de l'activité physique et sportif est élevé par rapport aux âgés pratiquants.

