



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة زيان عاشور بالجلفة
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية
قسم النشاط الرياضي المكيف



تأثير النشاط البدني الرياضي المكيف على
الجانب النفسي لدى مرض السكري
دراسة ميدانية بعيادة قزوان سالم بولاية الجلفة

مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية
والرياضية
تخصص : إعادة تأهيل بواسطة النشاطات البدنية المكيفة

إشراف :
د- ونوقي يحي

إعداد :
• يحي نوي .
• جيلاني جليخي .

أعضاء لجنة المناقشة :

د/جرعوب عبد الرحمن رئيسا

د/ونوقي يحي مشرفا و مقرا

د/ربوح محمد عضوا ممتحنا

الموسم الجامعي 2017/2016



إهداء

{وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا
رَبَّيْتَنِي صَغِيرًا }

أهدي هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله
وأطال في عمرهما

كما أهدي هذا العمل إلى أستاذنا المشرف والذي لم يبخل
علينا في مدّ يد العون والمساعدة " " ونوقى يحي " "
إلى كل من ساعدني في إنجاز هذه المذكرة وإخراجها إلى النور

جليخي جيلاني

إهداء

أهدي هذا العمل إلى الوالدين الكريمين والذين لم يبخلوا علي
طيلة مشواري الدراسي بدعواتهم و حيرتهم .

كما لا أنسى إخوتي وجميع من لقب ب " نوي "

كما اهدي هذا العمل إلى زميلي المخلص والوفي

" جيلاني جليخي "

إلى من عرفتهم و قلمي لم يكتبهم اهدي هذا العمل إلى الأعمام

نوي يحي

شكر و عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

{ وَإِنْ تَأْتِنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ }

صدق الله العظيم

نتوجه بالشكر اولاً إلى الله تعالى والذي وفقنا

إلى إنجاز هذا العمل .

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى أساتذتي الكرام

وخاصة أساتذة قسم النشاطات البدنية

والرياضية

شكر خاص للأستاذ المشرف "" ونوقي يحي ""

شكراً للجنة المناقشة رئيساً، عضواً، مناقشاً

الشكر الجزيل لكامل طاقم قاعة وصال للانترنت

وذلك لمجهوداتها المبذولة في طباعة المذكرة

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	تشكرات
	الإهداء
أ - ب	مقدمة
	الجانب التمهيدي
04	الإشكالية
04	الفرضيات
05	أهداف البحث
05	أهمية البحث
05	تحديد المفاهيم
06	الدراسات السابقة
	الباب الأول: الجانب النظري
	الفصل الأول : ماهية النشاط البدني الرياضي
10	تمهيد
11	مفهوم النشاط البدني والرياضي المكيف
12	التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف
13	النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر
15	أسس النشاط البدني الرياضي المكيف
17	أنواعه
17	النشاط الرياضي الترويحي
19	النشاط الرياضي التنافسي
19	أهمية النشاط البدني الرياضي
20	الأهمية البيولوجية
20	الأهمية الإجتماعية
21	الأهمية النفسية
22	الأهمية الاقتصادية
22	الأهمية التربوية
23	الأهمية العلاجية
24	النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي
26	معوقات النشاط البدني الرياضي

29	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني : الحالة النفسية
31	تمهيد
32	مفهوم الحالة النفسية
32	أعراض الحالة النفسية
49	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث : الداء السكري
52	لمحة تاريخية عن الداء السكري
52	التعريف العلمي لمرض السكري
53	المراحل العمرية التي تتم فيها الإصابة بالسكري
53	أنواع مرض السكري
74	خلاصة
	الباب الثاني
	الفصل الأول : المنهجية المتبعة
78	المنهج المتبع
78	الدراسة الاستطلاعية
79	متغيرات الدراسة
80	المجتمع والعينة
81	مجالات البحث
81	ادوات جمع البيانات
82	الأساليب الإحصائية المستعملة
	الفصل الثاني : عرض وتحليل النتائج
84	عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
92	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
100	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
107	الاستنتاج العام
109	الخاتمة
111	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
14	يبين إختصاص النشاط البدني الرياضي حسب نوع الإعاقة	01
84	يوضح مدى شعور المريض بالكآبة طوال اليوم	
85	يوضح مدى السيطرة على مشاعر المريض	
86	يوضح مدى الخوف من المستقبل	
87	يوضح مدى سعادة مريض السكري	
88	يوضح متى التفاؤل بالغد والأمل في المستقبل	
89	يوضح مدى اليأس والشعور بالملل	
90	يوضح دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف	02
92	يوضح مدى صعوبة التركيز خلال اليوم	03
93	يوضح الشعور بالقلق على حالة المريض النفسية	04
94	يوضح مدى الشعور بالرعب والخوف من كل شيء	05
95	يوضح مدى الشعور بالتعب والخوف الدائم	06
96	يوضح مدى الفشل الذي يحس به مريض الداء السكري	07
97	يوضح استعداد المريض وطاقته على تحمل الملل	08
98	يوضح معاناة المريض من عدم التركيز	09
100	يوضح مدى التفكير الدائم بالمرض	10
101	يبين مدى مساعدة النشاط البدني المكيف من التخفيف من الحالة النفسية للمريض بالداء السكري	11
102	يبين درجة التقليل من المرض بالنسبة للممارسين وغير الممارسين	12
103	يبين القدرة على ممارسة النشاط البدني الرياضي لممارسته الرياضية	13
104	يبين تخفيف معاناة المريض النفسية	14
105	يبين الاختلاف بين الممارسين وغير الممارسين	15

مقدمة

مقدمة :

شهدت الكثير من المجتمعات الراقية التكفل و تطوير مختلف الفئات العمرية، المجتمعات التي تهدف إلى مساعدة هذه الفئات الخاصة على الإدماج في المجتمع وفق المعايير الاجتماعية ، بما يتوافق مع المتطلبات الحالية والتي تسمح للشخص بتحقيق حاجياته ورغباته الذاتية والتي تمثل إحدى أهم الغايات التي تصب إليها سائر الأمم وذلك لإحداث تغيير مقصود به توافق الإنسان وتحسين أدائه .

وتعد الخدمات التي وجهت لصالح الفئات الخاصة نتيجة حتمية وذلك بالنظر إلى ظهور العديد من الفئات الاجتماعية الخاصة نتيجة لجملة من الأسباب وهذا ما يمكننا التعرف عليه من خلال هذا البحث .

ومن بين هذه الفئات الخاصة مرضى داء السكري ، حيث يعتبر هذا المرض من الأمراض المزمنة التي تعاني منها معظم دول العالم ، كما أنه من بين التحديات الكبرى التي تواجه المجتمعات لتحقيق نسقها الاجتماعي ، وهذا ما دفع بدول العالم نحو تكريس كل الجهود لتمكين فئة مرضى داء السكري من رعايتهم والتكفل بهم داخل الوسط الذين يعيشون فيه من خلال ترقية الوضعية الاجتماعية والصحية والقانونية لهم .

والملاحظ أن أحد المشاكل التي يعاني منها مرضى داء السكري تتمثل في ارتفاع مستوى الاكتئاب لديهم ، وهذا ما يؤثر سلباً على الجانب النفسي لدى المصابين ، حيث يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة ، خاصة مرضى السكري .

وانتشار الاكتئاب بين المرضى يحضاً باهتمام ، لأن الاكتئاب كاضطراب نفسي يصعب تشخيصه الطبي للمرضى عامة و لأصحاب الأمراض المزمنة خاصة وذلك لأن الإكتئاب حالة نفسية يصعب تشخيصها عادة في المريض .

والتأثر النفسي أحد أكثر الأمراض شيوعاً في الوقت الحاضر وتؤكد الدراسات الحديثة بإمكانية انتشاره في المستقبل ، والاكتئاب النفسي هو المرض الذي يؤثر على طريقة التفكير والتصرف ، ويصاب به الذكور والإناث على حد سواء ، كذلك يصاب الصغار والكبار وكذلك المسنين ، لا يفرق بين مستوى التعليم والثقافة ولا المستوى المادي ، الجميع عرضة للإصابة به .

وفي وقتنا الحاضر أكد الخبراء والباحثون في ميدان النشاط البدني والرياضي والترويحي وغيرهم ، ليمدوننا بأحدث الطرق والمناهج ^أ ربوية ، مستنديين في ذلك إلى جملة من العلوم

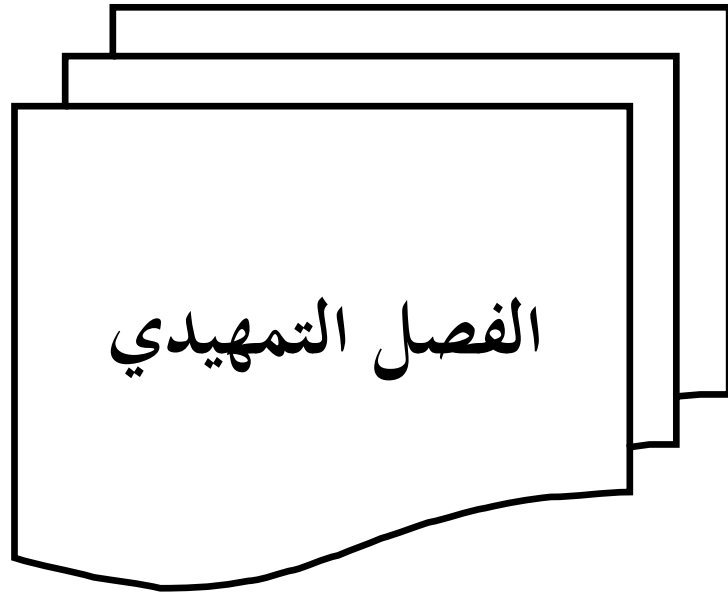
والأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطاته موضوعاً لها ، وهو ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطوراً مذهلاً في مجال تربية ورعاية الفئات الخاصة عموماً ، وبلغت المستويات العالية وأصبح الآن يمكننا التعرف على حضارة المجتمعات من خلال التعرف على الأدوات والوسائل التي تستخدمها في هذا المجال.

ويعد النشاط البدني الرياضي من الأنشطة البدنية التربوية الأكثر انتشاراً في كل الأوساط ، ومما ساعد على ذلك أن النشاط الرياضي يعد عاملاً من عوامل الراحة الإيجابية التي تشكل مجالاً هاماً في استثمار وقت الفراغ ، بالإضافة إلى ذلك يعتبر من الأعمال التي تؤدي للإرتقاء بالمستوى الصحي والبدني للفرد .

ومن هذا المنطلق وباعتبار أن الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة تمثل شكلاً من الأشكال التي يمكن أن تساهم في النهوض بالمصابين بالداء السكري والترويج عن عنهم عن طريق التقدير الإيجابي لذاته حيث أثار فينا الرغبة والميل إلى البحث في هذا المجال وذلك عن طريق دراسة النشاط البدني الرياضي المكيف وعلاقته بالجانب النفسي لدى المصابين بالداء السكري ، ولبلوغ ذلك قسمنا بحثنا إلى قسمين أولهما الجانب النظري الذي يتضمن ثلاثة فصول ، في الفصل الأول تطرقنا فيه إلى ماهية النشاط البدني الرياضي المكيف ، أما في الفصل الثاني تناولنا فيه الداء السكري أما في الفصل الثالث تطرقنا إلى علاقة النشاط البدني الرياضي المكيف بالداء السكري

أما الجانب التطبيقي للدراسة ، والذي قسمناه بدوره إلى فصلين : ففي الفصل الأول تناولنا المنهجية المتبعة والتي تتضمن المنهج المتبع ومجتمع البحث وعينته وكذلك الدراسة الاستطلاعية ومجالات البحث وأدوات الدراسة وأساليب المعالجة الإحصائية ، أما في الفصل الثاني فكان لعرض وتحليل النتائج ، أما في آخر موضوعنا ختمنا بخلاصة كانت تلخيص لمجمل ما تطرقنا إليه والتي قدمنا فيها جملة من الاقتراحات التي نراها مناسبة لخدمة هذا البحث بصفة خاصة ونتائج يمكن أن نتفنا في المستقبل ربما في مجال الأنشطة البدنية الرياضية .





1- الإشكالية :

نسعى من وراء هذه الدراسة الكشف عن تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي بالحالة النفسية وعلاقتها بمرضى السكري ، وهذا للخروج بنتائج يمكن أن يستفاد منها في مجال النشاط البدني الرياضي حيث يمكننا ومما سبق طرح الإشكالية التالي هل يؤثر النشاط البدني الرياضي المكيف على الجانب النفسي(الإكتئاب) لدى مرضى السكري؟.

وللإجابة على هذه الإشكالية الرئيسية طرحنا بعض التساؤلات الفرعية :

- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الشعور بالحزن والتشاؤم لدى المصابين بالداء السكري؟

- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في مستوى التركيز لدى مرضى داء السكري؟ .

- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى التوهم بالمرض والشعور بحب النشاط البدني الرياضي وحصص التدريب لدى مرضى داء السكري ؟ .

2- الفرضيات :

- الفرضية لعامة :

يؤثر النشاط البدني الرياضي المكيف على الجانب النفسي لدى مرضى السكري الفرضيات الجزئية :

- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الشعور بالحزن والتشاؤم لدى المصابين بالداء السكري.

- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في مستوى التركيز لدى مرضى داء السكري.

- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى التوهم بالمرض والشعور بحب النشاط البدني الرياضي وحصص التدريب لدى مرضى داء السكري .

- أهداف البحث :

إن الأهداف التي نريد الوصول إليها من خلال بحثنا هذا هي :

- 1- إبراز تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي في المصابين بالداء السكري .
- 2- الكشف عن مدى تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في مستوى الشعور بالتعب لدى مرضى السكري .
- 3- الكشف عن مدى تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في مستوى حبهم للنشاط البدني الرياضي وحصص التدريب لدى مرضى .

أهمية البحث :

تكمن هذه الدراسة فيما يلي :

- التوجه ببحثنا هذا إلى كل العاملين لرعاية هذه الفئة وإعطائهم بعض إقتراحات التي من شأنها أن ترفع اللبس عنها ، وذلك لعيش حياة نزيهة ضمن النسيج الاجتماعي .
- إثراء المعرفة العلمية في النيدان الرياضي المكيف بصفة خاصة والميدان الرياضي بصفة عامة .
- تعريف المصابين بالداء السكري بأهمية ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف لتلبية الحاجات الصحية والنفسية .

تحديد المفاهيم :

1- النشاط البدني الرياضي المكيف:

يعني الرياضات والبرامج والألعاب التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقاً لنوعها وشدتها ، ويتم ذلك وفقاً لإهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم¹ .

2- الحالة النفسية :

هو مصطلح يستخدم لوصف خليط من الحالات المرضية والغير مرضية في الإنسان الذي يتغلب عليه طابع الحزن ، وهناك عدة حالات قسمة حسب طول مدة الحالة النفسية (الحزن)، وإذا ما كان الحزن قد أثر على الحياة الإجتماعية والمهنية للفرد² .

3- داء السكري :

¹ حلمي إبراهيم ، ليلي السيد فرحات : التربية الرياضية والترويح للمعاقين ، دار الفكر العربي ، ط1 ، القاهرة ، 1998 ، ص 223

² إسماعيل عزت إسماعيل : إكتئاب النفس أعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه ، الكويت ، وكالة المطبوعات ، ب ت . ، ص 32..

) ويعرف بأنه اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الغلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية قد تكون نفسية أو عضوية ، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات ، أو حالة وراثية .

الدراسات السابقة :

إنما يزيد البحث مصداقية وإثراء في جميع النواحي هي الدراسات السابقة والبحوث ، حيث من خلال دراستنا هذه تطرقنا إلى عدة طرق تساعدنا في طريقة التخطيط ومناقشة النتائج وهذا كونها استعرضت المواضيع التي تناولت المشكلة بأبعادها المختلفة ومن بين هذه الدراسات في هذا المجال نجد:

1- الدراسات العربية :

أ- دراسة اليحفوفي 2003م :

حيث كان الهدف من دراسة اليحفوفي هو التعرف على مدى إنتشار الإكتئاب (الحالة النفسية) بين طلاب الجامعة ، وعلاقته ببعض المتغيرات الإجتماعية والديمغرافية ، كالدين والجنس والطبقة الإجتماعية ونوع الجامعة ، حيث تألفت العينة من 610 طالبا وطالبة من الجامعتين الأمريكية في بيروت واللبنانية وينتمي الطلاب إلى مختلف المذاهب الدينية والطبقات الإجتماعية والمناطق الجغرافية ، حيث أشارت النتائج إلى وجود إعتدال للإكتئاب تبعاً لمقياس بيك ، في حين ظهرت فروق تبعاً للديانة كما تبين أن أبناء الطبقة الإجتماعية الفقيرة أكثر إكتئاب ويعانون من حالات نفسية من الطبقة الوسطى تليها الطبقة العليا .

2- الدراسات الجزائرية :

أ- دراسة بن ببيوع فراح عزيز 2009/2008م : عنوان الدراسة " علاقة ممارسة النشاط البدني الرياضي بمستوى الإكتئاب ، لدى طلبة الطور النهائي واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي ، وتكون مجتمع الدراسة من تلاميذ وتلميذات ثانوية ولاية المدية ، كما استعملت الباحثة قائمة بيك للإكتئاب وفي الأخير توصلت إلى أن 35 % من مجمل أفراد الدراسة لا يعانون من الإكتئاب و 65 % من أفراد العينة لديهم أعراض إكتئابية .

3- الدراسات الأجنبية :

أ- ستاير وأوتو : **steberi et otto**

حيث أجريا بحثهما هذا على عينة قوامها 434 طالباً من أربعة جامعات كورية وإن أفرعينة الدراسة لهم درجات خفيفة من الحالة النفسية (الإكتئاب) ، ولدى تطبيق قائمة بيك للإكتئاب على 79 من طلبة إحدى كليات المجتمع خلال فصلين دراسيين توصل إلى أن 43 % يعانون من درجات متفاوتة من الإكتئاب خلال الفصل الدراسي الأول في حين ان النسبة إنخفضت إلى 31 % خلال الفصل الثاني .

ب- دراسة بوجيانو وباريت **bogiano et baritt (2003)**

فمن خلال دراستهما قام الباحثان بإعداد مقارنة بين مستوى الإكتئاب لدى فئة الذكور والإناث حيث توصل إلى أنه هناك فروق بينهما حيث توصلوا بان الإناث لديهم أعراض الإكتئاب أكثر مما لدى الذكور .

التعليق على الدراسات السابقة :

هي دراسات من الدراسات القريبة من موضوعنا نظراً لأنها تتعلق بمستوى الإكتئاب وأغلبية هذه الدراسات إعتمدت على مقياس بيك ، إلا أننا نحن إستخدمنا الإستبيان في دراستنا هذه ، والدراسات تطرقت إلى قياس مستوى الإكتئاب إلى أنها لم تتطرق إلى الحلول أو السبل الممكنة للتخفيف من هذه الظاهرة بينما نحن سنحاول إيجاد سبل كفيلة للتخفيف من الإكتئاب النفسي عن طريق ممارسة النشاطات البدنية الرياضية .

الجانب النظري

الفصل الأول

ماهية النشاط البدني الرياضي المكيف

تمهيد :

انه لمن المؤكد أن النشاط الرياضي المكيف قطع أشواطاً كبيرة خلال القرنين الأخيرين وشهدت مختلف جوانبه ووسائله تطوراً معتبراً ، خاصة فيما يتعلق بطرق ومناهج التعليم والتدريب.

وفي وقتنا الحاضر ما فتى الخبراء والباحثون في ميدان الرياضة والترفيه وغيرهم يمدوننا بأحدث الطرق والمناهج التربوية ، مستندين في ذلك إلى جملة من العلوم والأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطاته موضوعاً لها ، وهو ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطوراً مذهلاً في مجال تربية ورعاية المعوقين وبلغت المستويات العالية ، وأصبح الآن يمكننا التعرف على حضارة المجتمعات من خلال التعرف على الأدوات والوسائل التي تستخدمها في هذا المجال.

ويعد النشاط الرياضي من الأنشطة البدنية التربوية الأكثر انتشاراً في أوساط الشباب خاصة في المؤسسات والمدارس التربوية والمراكز الطبية البيداغوجية المتكفلة بتربية ورعاية المعوقين ، ومما ساعد على ذلك أن النشاط الرياضي يعد عاملاً من عوامل الراحة ، بالإضافة إلى ذلك يعتبر من الأعمال تشكل مجالاً هاماً في استثمار وقت الفراغ من الأعمال التي تؤدي للارتقاء بالمستوى الصحي و البدني للفرد المعاق، إذ يكسبه القوام الجيد، ويمنح له الفرح والسرور، ويخلصه من التعب والكره ، وتجعله فرداً قادراً على العمل والإنتاج. وعليه فقد خصصنا هذا الفصل للقيام بدراسة النشاط البدني الرياضي المكيف دراسة تحليلية من خلال تحديد مفهوم النشاط البدني الرياضي المكيف في ضوء التعاريف المختلفة للمربين، ثم نتبع ذلك بدراسة تطوره عبر التاريخ وفي الجزائر على وجه التحديد ، ثم نتطرق إلى أنواعه (تربوي تنافسي، علاجي، ترويجي)

1/- مفهوم النشاط البدني الرياضي المكيف:

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

نذكر من هذه التعاريف ما يلي:

تعريف حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات :

يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقاً لنوعها وشدتها، ويتم ذلك وفقاً لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود. (قدراتهم)¹ .

تعريف ستور - (stor):

نعني به كل الحركات والتمرينات وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية، النفسية، العقلية، وذلك بسبب أو بفعل تلف أو إصابة . من بعض الوظائف الجسمية الكبرى² .

تعريف الرابطة الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح والرقص والتربية الرياضية الخاصة :

وهي تلك البرامج المتنوعة للنمو من خلال الألعاب والأنشطة الرياضية والأنشطة الإيقاعية

لتناسب ميول وقدرات وحدود الأطفال الذين لديهم نقص في القدرات أو الاستطلاعات ، ليشاركوا بنجاح وأمان في أنشطة البرامج العامة للتربية.

تعريف محمد عبد الحليم البوايز :

¹ حلمي إبراهيم ، ليلي السيد فرحات : التربية الرياضية والترويح للمعاقين ، دار الفكر العربي ، ط 1 ، القاهرة ، 1998 ، ص220

² A.stor:U.C.L:ET Outer activité physique et sportives adaptées pour personne handicapes mentale :print marketing sprl : belgique :1993:p10.

هي تلك البرامج المتنوعة من النشاطات الإنمائية والألعاب التي تتسجم وميول وقدرات الطفل المعاق والقيود التي تفرضها عليه الإعاقة.

ومن خلال هذا العرض لمختلف التعاريف فالمقصود بالنشاط الرياضي المكيف هو إحداث تعديل في الأنشطة الرياضية المبرمجة لتتماشى مع الغايات التي وجدت لأجلها ، فمثلا في الرياضات التنافسية هو تكييف الأنشطة الرياضية حسب الفئة وتدريبها للوصول إلى المستويات العالية ، أما في حالة الأمراض المزمنة كالربو والسكري فهو تكييف الأنشطة .

التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف :

تعتبر التربية والرياضية في العصر الحديث كأحد أهم المتطلبات العصرية بالنسبة لكل شرائح المجتمع ولها مكانة وموقع معتبر في قيم واهتمامات الشباب خاصة.

ويعود الفضل في بعث فكرة ممارسة النشاط البدني الرياضي من طرف المعوقين إلى وهو طبيب في مستشفى LEDWIG GEUTTMAN "الطبيب الإنجليزي" لدويج جوتمان استول مانديفل بانجلترا . وبدأت هذه النشاطات في الظهور عن طريق المعاقين حركيا ، وقد نادى هذا الطبيب بالاستعانة بالنشاطات الرياضية لإعادة التكيف الوظيفي للمعاقين والمصابين بالشلل في الأطراف السفلية . واعتبر هذه النشاطات كعامل رئيسي لإعادة التأهيل البدني والنفسي لأنها تسمح للفرد المعوق لإعادة الثقة بالنفس واستعمال الذكاء والروح التنافسية والتعاونية وقد نظم أول دورة في مدينة استول مانديفل شارك فيها 18 معوق.

وكانوا من المشلولين الذين تعرضوا لحادث طارئا ثناء حياتهم وضحايا الحرب العالمية الثانية الذين فقدوا أطرافهم السفلية ولقد ادخل الدكتور لوديج جوتمان هذه الرياضة ببعض الكلمات التي كتبها في أول رسالة وعلقها في القاعة الرئيسية في ملعب استول مانديفل في انجلترا والتي ن وجاء فيها " إن هدف ألعاب" استول مانديفل "هو تنظيم المعوقين من رجال ونساء في جميع أنحاء العالم في حركة رياضية عالمية وان سيادة الروح الرياضية العالمية سوف تزجي الأمل والعطاء والإلهام للمعوقين ولم يكن هناك اجل خدمة وأعظم عون يمكن تديمه للمعاقين أكثر من مساعدتهم من خلال المجال الرياضي لتحقيق التفاهم والصدقة بين " الأمم".

وبدأت المنافسة عن طريق الألعاب في المراكز (المستشفى) ثم تطورت إلى منافسة بين المراكز ثم بعدها أنشأت بطولة المعوقين وعند توسيع النشاطات البدنية والرياضية المكيفة

صنفت المنافسة حسب نوع الإعاقة الحركية وفي بداية الستينيات النشاط الرياضي بوجه عام عرف تطورا كبيرا ومعتبرا وكذا كان النشاط البدني والرياضي المكيف نفس المسار ونفس الاتجاه حيث أدمجت في النشاطات في المشاريع التربوية والبيداغوجية في مدارس خاصة وكان ظهور النشاطات الرياضية المكيفة للإعاقات العقلية تأخر نوعا ما بالنسبة للإعاقات الحركية وهذه العشرية عرفت تنظيم أولى للألعاب خاصة في 1968 في شيكاغو(الولايات المتحدة الأمريكية) ما بين 19 و 20 جويلية ، وعرفت مشاركة ألف رياضي مثلوا كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا ، وفرنسا ، ثم تلتها عدة دورات أخرى لسنة 1970 .

وقد عرفت هذه الدورات تزايد مستمر في عدد الرياضيين المشاركين وبالتالي توسيع هذه النشاطات الرياضية في أوساط المعوقين لمختلف أنواع الإعاقات وقد عرفت العشرية الأخيرة في هذا القرن تطورا كبيرا في جميع المجالات وهناك اكتشاف عام للجسم وأهميته في التكيف وإعادة التكيف مع العالم وقيمه الاتصالية ودوره الوسيط في تخصيص وامتلاك المعلومات المختلفة مهما كانت معرفية او انفعالية و كان لغزو الرياضة من خلال الملاعب والإعلام والاشهارات التي تظهر الأجسام الأنيقة العضلية وكل الأفكار المتعلقة الرياضة جعلت الأفراد ومنهم المعاقين يعتقدون بالأهمية البالغة للنشاط الرياضي على المستوى العلاجي ويلعب دورا كبيرا في النمو البدني النفسي والاجتماعي للأفراد الممارسين له .

3-النشاط البدني والرياضي المكيف في الجزائر :

تم تأسيس الفدرالية الجزائرية لرياضة المعاقين و ذوي العاهات في 19 فيفري 1979 م ، وتم إعتماها رسمياً بعد ثلاثة سنوات من تأسيسها في فيفري 1981 م وعرفت هذه الفدرالية عدّة صعوبات بعد تأسيسها خاصة في الجانب المالي ، وكذا من إنعدام الإطارات المتخصصة في هذا النوع من الرياضة وكانت التجارب في تقصيرين وكذلك في مدرسة المكفوفين في العاشور وكذلك في (CHU) الأولى في نشاط الفيدرالية بوسماعيل وتم في نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية وهذا بإمكانية محدودة جداً .

وفي سنة 1983 تم تنظيم الألعاب الوطنية في وهران من 24 الى 30 سبتمبر للمكفوفين كليا وجزئيا حيث تبعتها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتها في مختلف أنحاء الوطن .وشاركت الجزائر في أول ألعاب افريقية سنة 1991 في مصر .

وكانت أول مشاركة للجزائر في الألعاب الاولمبية الخاصة بالمعوقين سنة 1992 في برشلونة بفوجين أو فريقين يمثلان ألعاب القوى وكرة المرمى وكان لظهور عدائين ذوي المستوى العالمي دفعا قويا لرياضة المعوقين في بلادنا وهناك 36 رابطة ولائية تمثل مختلف الجمعيات تظم أكثر من 2000 رياضي لهم إجازات .وتتراوح أعمارهم بين 16 و 35 سنة. وتمارس حوالي 10 اختصاصات رياضية مكيفة من طرف المعوقين كل حسب نوع إعاقته ودرجتها وهذه الاختصاصات هي نوع الإعاقة .

جدول يوضح إختصاص النشاط البدني الرياضي حسب نوع الإعاقة

المعوقين المكفوفين	المعوقين الحركيين	المعوقين الذهنيين
ألعاب القوى كرة المرمى السباحة الجيودو	ألعاب القوى كرة السلة فوق الكراسي المتحركة رفع الأثقال السباحة تنس الطاولة	ألعاب القوى كرة القدم بلاعبين السباحة تنس الطاولة كرة الطائرة

وقد سطرت الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات عدة أهداف متكاملة في بينها وعلى رأسها تطوير النشاطات البدنية و الرياضية المكيفة الموجهة لكل أنواع الإعاقات باختلافها ويتم تحقيق هذا الهدف عن طريق:

- 1- العمل التحسيبي والإعلام الموجه □ .
- 2- للسلطات العمومية.
- 3- لمختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء الوطن وخاصة منهم الأشخاص المعوقين.

- 4- العمل على تكوين إطارات متخصصة في هذا الميدان (ميدان النشاط البدني والرياضي . المكيف) وهذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارات، والفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين منخرطة في عدة فيدراليات دولية وعالمية منها:
- اللجنة الدولية للتنسيق والتنظيم العالمي للرياضات المكيفة (I.C.C) .
 - اللجنة الدولية للتنظيم العالمي لرياضة المعوقين ذهنيا (IPC) .
 - الجمعية الدولية لرياضة المتخلفين والمعوقين ذهنيا (INAS-FMH) .
 - الفيدرالية الدولية لرياضات الكراسي المتحركة (ISMW) .
 - الفيدرالية الدولية لكرة السلة فوق الكراسي المتحركة (IWPF) .
- الجمعية الدولية للرياضة الخاصة للأشخاص ذوي إعاقات حركية مخية وفيها من الفيدراليات والجمعيات واللجان الدولية العالمية. (CP – ISRA) .

وقد كان للمشاركة الجزائرية في مختلف الألعاب على المستوى العالمي وعلى رأسها الألعاب الاولمبية سنة 1992 في برشلونة وسنة 1996 في اطلنطا نجاحا كبيرا وظهور قوي للرياضيين المعوقين الجزائريين وخاصة 400 متر وكذلك "بوجليطية" في اختصاص ألعاب القوى 200 متر، ومنهم "علاق محمد" في اختصاص 100 متر، وبلال فوزي في اختصاص 5000 متر ويوسف في صنف و 1500 متر .

4 - أسس النشاط البدني الرياضي المكيف:

إن أهداف النشاط البدني الرياضي للمعاقين ينبع أساسا من الأهداف العامة للنشاط الرياضي من حيث تحقيق النمو العضوي والعصبي والبدني والنفسي والاجتماعي ، حيث أوضحت الدراسات إن احتياجات الفرد المعاق لا تختلف عن احتياجات الفرد العادي ، فهو كذلك يريد أن يسبح ، يرمي ، يقفز...
يشير " انارينو" وآخرون أن كل ما يحتويه البرنامج العادي ملائم للفرد المعاق ولكن يجب وضع حدود معينة لمستويات الممارسة والمشاركة في البرنامج تلاءم إصابة أو نقاط ضعف الفرد المعاق¹.

يرتكز النشاط البدني الرياضي للمعاقين على وضع برنامج خاص يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية وتوقيتية تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا

¹ محمد الحماحي ، امين انور الخولي : اسس بناء برامج التربية الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1990 ، ص 194 .

- يستطيعون المشاركة في برنامج النشاط البدني الرياضي العام ، وقد تبرمج مثل هذه البرامج في المستشفيات أو في المراكز الخاصة بالمعاقين ، ويكون الهدف الأسمى لها هو تنمية أقصى قدرة ممكنة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه ، بالإضافة إلى الاندماج في الأنشطة الرياضية المختلفة. ويراعى عند وضع أسس النشاط البدني الرياضي المكيف ما يلي:
- العمل على تحقيق الأهداف العامة للنشاط البدني الرياضي .
 - إتاحة الفرصة لجميع الأفراد للتمتع بالنشاط البدني وتنمية المهارات الحركية الأساسية والقدرات البدنية.
 - أن يهدف البرنامج إلى التقدم الحركي للمعاق والتأهيل والعلاج .
 - أن ينفذ البرنامج في المدارس الخاصة أو في المستشفيات والمؤسسات العلاجية .
 - أن يمكن البرنامج المعاق من التعرف على قدراته وإمكانياته ، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية لديه واكتشاف ما لديه من قدرات.
 - أن يمكن البرنامج المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه ، وذلك من خلال الممارسة الرياضية للأنشطة الرياضية المكيفة المكيفة .
 - وبشكل عام يمكن تكييف الأنشطة البدنية والرياضية للمعاقين من خلال الطرق التالية:
 - تغيير قواعد الألعاب ، التقليل من مدة النشاط ، تعديل مساحة الملعب ، تعديل ارتفاع الشبكة أو هدف السلة ، تصغير أو تكبير أداة اللعب ، زيادة مساحة التهديد.
 - تقليل الأنشطة ذات الاحتكاك البدني الى حد ما .
 - الحد من نمط الألعاب التي تتضمن عزل أو إخراج اللاعب .
 - الاستعانة بالشريك من الأسوياء أو مجموعة من الوسائل البيداغوجية ، كالأطواق والحبال. ...
 - إتاحة الفرصة لمشاركة كل الأفراد في اللعبة عن طريق السماع بالتغيير المستمر والخروج في حالة التعب.
 - تقسيم النشاط على اللاعبين تبعاً للفروق الفردية وإمكانيات كل فرد¹.

¹ حلمي ابراهيم ، ليلي السيد فرحات : مرجع سابق ، ص 47. 50 .

5- تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيّف:

لقد تعددت الأنشطة الرياضية وتنوعت أشكالها فمنها التربوية و التنافسية ، ومنها العلاجية والترفيهية أو الفردية والجماعية . على أية حال فإننا سنتعرض إلى أهم التقسيمات ، فقد قسمه أحد الباحثين إلى :

5-1- النشاط الرياضي الترويحي :

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

يعتبر الترويحي الرياضي من الأركان الأساسية في برامج الترويحي لما يتميز به من أهمية كبرى في المتعة الشاملة للفرد ، بالإضافة إلى أهميته في التنمية الشاملة الشخصية من النواحي البدنية والعقلية والاجتماعية.

إن مزاوله النشاط البدني سواء كان بغرض استغلال وقت الفراغ أو كان بغرض التدريب للوصول إلى المستويات العالية ، يعتبر طريقا سليما نحو تحقيق الصحة العامة ، حيث أنه خلال مزاوله ذلك النشاط يتحقق للفرد النمو الكامل من النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى تحسين عمل كفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والعضلي والعصبي¹ .

يرى " رملي عباس " أن النشاط البدني الرياضي يخدم عدة وظائف نافعة ، إذ أن النشاط العضلي الحر يمنح الأطفال إشباعا عاطفيا كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس والخلق والابتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الإنجاز وتمد الأغلبية بالترويحي الهادف بنديا وعقليا والغرض الأساسي هو تعزيز وظائف الجسم من أجل لياقة مقبولة وشعور بالسعادة والرفاهية² .

كما أكد " مروان ع المجيد " أن النشاط البدني الرياضي الترويحي يشكل جانبا هاما في نفس المعاق اذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات والصبر ، الرغبة في اكتساب الخبرة ، التمتع بالحياة ويساهم بدور ايجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق والتغلب

¹ ابراهيم رحمة : تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني والياضي ، دار الفكر للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى ، عمان ، 1998 ، ص 09

² عبس ع الفتاح رملي ، محمد ابراهيم شحاتة :اللياقة والصحة ، دار الفكر العربي ، القاهرة 1991 ، ص 79 .

على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة , وتهدف الرياضة الترويحية إلى غرس الاعتماد على النفس والانضباط وروح المنافسة والصدقة لدى الطفل المعوق، وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراج المعوق من عزلته التي فرضها على نفسه في المجتمع¹ .

ويمكن تقسيم الترويح الرياضي كما يلي:

أ- الألعاب الصغيرة الترويحية :

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

ب- الألعاب الرياضية الكبيرة :

وهي الأنشطة الحركية التي تمارس باستخدام الكرة ويمكن تقسيمها طبقاً لوجهات نظر مختلفة ألعاب فردية أو زوجية أو جماعية ، أو بالنسبة لموسم اللعبة ألعاب شتوية أو صيفية أو تمارس طوال العام.

ج - الرياضة المائية :

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

5-2- النشاط الرياضي العلاجي :

عرفت الجمعية الأهلية للترويح العلاجي ، بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية التي تستخدم للتدخل الإيجابي في بعض نواحي السلوك البدني أو الانفعالي أو الاجتماعي لإحداث تأثير مطلوب في السلوك ولتنشيط ونمو وتطور الشخصية وله قيمة وقائية وعلاجية لا ينكرها الأطباء².

فالنشاط الرياضي من الناحية العلاجية يساعد مرضى الأمراض النفسية والمعاقين على التخلص من الانقباضات النفسية ، وبالتالي استعادة الثقة بالنفس وتقبل الآخرين له ، ويجعلهم أكثر سعادة وتعاوناً ، ويسهم بمساعدة الوسائل العلاجية الأخرى على تحقيق سرعة الشفاء

¹ مروان ع المجيد إبراهيم : الألعاب الرياضية للمعوقين ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن، 1997 ، ص 111 .

² عطيات محمد خطاب : أوقات الفراغ والترويح ، مرجع سابق ، ص.64-65-66 .

كالسباحة العلاجية التي تستعمل في علاج بعض الأمراض كالربو وشلل الأطفال وحركات إعادة التأهيل .

كما أصبح النشاط الرياضي يمارس في معظم المستشفيات والمصحات العمومية والخاصة وفي مراكز إعادة التأهيل والمراكز الطبية البيداغوجية وخاصة في الدول المتقدمة ، ويراعى في ذلك نوع النشاط الرياضي ، وطبيعة ونوع الإصابة ، فقد تستخدم حركات موجهة ودقيقة هدفها اكتساب الشخص المعوق تحكم في الحركة، واستخدام عضلات أو أطراف مقصودة¹ .

5-3- النشاط الرياضي التنفسي :

ويسمى أيضا بالرياضة النخبة أو رياضة المستويات العليا هي النشاطات الرياضية المرتبطة باللياقة والكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبيا ، هدفه الأساسي الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية واسترجاع أقصى حد ممكن للوظائف والعضلات المختلفة للجسم.

6- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف:

قررت الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترفيه في اجتماعها السنوي عام 1978 بأن حقوق الإنسان تشمل حقه في الترويح الذي يتضمن الرياضة إلى جانب الأنشطة الترويحية الأخرى، ومع مرور الوقت بدأت المجتمعات المختلفة في عدة قارات مختلفة تعمل على أن يشمل هذا الحق الخواص، وقد اجتمع العلماء على مختلف تخصصاتهم في علم البيولوجيا والنفوس والاجتماع بأن الأنشطة الرياضية والترفيهية هامة عموما وللخواص بالذات وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجيا، اجتماعيا، نفسيا، تربويا، اقتصاديا وسياسيا.

6-1 الأهمية البيولوجية:

إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة حيث اجمع علماء البيولوجيا المتخصصين في دراسة الجسم البشري على أهميتها في الاحتفاظ بسلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص العادي، أو الشخص الخاص، برغم اختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فان أهميته. (البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة² .

¹ Roi Randain:sur le chemin de sport avec les personnes handicapés physique , plint marketing sport , 1993 ,p 5-

² لظفي بركات أحمد : الرعاية التربوية للمعوقين عقليا ، دار المريح للنشر، الطبعة 01 ، الرياض ، 1984 ، ص 61 .

يؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي، حيث تزداد نحافة الجسم وتقل سمته دون تغيرات تذكر على وزنه وقد فحص ويلز وزملائه تأثير خمسة شهور من التدريب البدني اليومي على 34 مراهقة وأظهرت النتائج تغيرات واضحة في التركيب الجسمي، حيث تزداد نمو الأنسجة النشطة ونحافة. (كتلة الجسم في مقابل تناقص في نمو الأنسجة الدهنية . 1

6-2- الأهمية الاجتماعية :

إن مجال الإعاقة يمكن للنشاط الرياضي أن يشجع على تنمية العلاقة الاجتماعية بين الأفراد ويخفف من العزلة والانغلاق (أو الانطواء) على الذات، ويستطيع أن يحقق انسجاما وتوافقا بين الأفراد، فالجلوس جماعة في مركز أو ملعب أو في نادي أو مع أفراد الأسرة وتبادل الآراء والأحاديث من شأنه أن يقوي العلاقات الجيدة بين الأفراد . ويجعلها أكثر إخوة وتماسكا، ويبدوا هذا جليا في البلدان الأوربية الاشتراكية حيث دعت الحاجة الماسة إلى الدعم الاجتماعي خلال أنشطة أوقات الفراغ لإحداث المساواة المرجوة والمرتبطة بظروف العمل الصناعي .

وفي كتابات " Veblen " قبلن عن الترويج في مجتمع القرن التاسع عشر بأوربا أن ممارسة الرياضة كانت تعبر عن انتماءات الفرد الطبقية، أو بمثابة رمز لطبقة اجتماعية خصوصا للطبقة البورجوازية، إذ يتمتع أفرادها بقدر أوفر من الوقت الحر يستغرقونه في اللهو واللعب منفقون أموالا طائلة وبذخا مسرفا متنافسون. (على أنهم أكثر لهوا وإسرافا.

وقد استعرض كوكيلي الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة و الترويج فيما يلي: الروح الرياضية التعاون تقبل ا خرين، التنمية الاجتماعية، المتعة والبهجة، اكتساب المواطنة الصالحة، التعود. (على القيادة والتبعية، الارتقاء والتكيف الاجتماعي².

كما أكد " محمد عوض بسيوني " أن أهمية النشاط الرياضي تكمن في مساعدة الشخص المعوق على التكيف مع الأفراد والجماعات التي يعيش فيها ، حيث أن هذه الممارسة تسمح له بالتكيف والاتصال بالمجتمع.وهو ما أكده كذلك "عبد المجيد مروان" من أن الممارسة

¹ أمين أنور الخولي ، أسامة كمال راتب : التربية الحركية للطفل ، دار الفكر العربي ، الطبعة 01 ، القاهرة ، 1992 ، ص150 .

² لطفى بركات أحمد : ، مرجع سابق ،ص65 .

الرياضية تنمي في الشخص المعوق الثقة بالنفس والتعاون والشجاعة ، فضلا عن شعوره باللذة والسرور، كما أن للبيئة والمجتمع والأصدقاء الأثر الكبير على نفسية الفرد المعاق.

6-3- الأهمية النفسية :

بدأ الاهتمام بالدراسات النفسية منذ وقت قصير، ومع ذلك حقق علم النفس نجاحا كبيرا في فهم السلوك الإنساني، وكان التأكيد في بداية الدراسات النفسية على التأثير البيولوجي في السلوك وكان الاتفاق حينذاك أن هناك دافع فطري يؤثر على سلوك الفرد، واختار هؤلاء لفظ الغريزة على أنها الدافع الأساسي للسلوك البشري، وقد أثبتت التجارب التي أجريت بعد استخدام كلمة الغريزة في تفسير السلوك أن هذا الأخير قابل للتغير، تحت ظروف معينة إذ أن هناك أطفالا لا يلعبون في حالات معينة عند مرضهم عضويا أو عقليا، وقد اتجه الجيل الثاني إلى استخدام الدوافع في تفسير السلوك الإنساني وفرقوا بين الدافع والغريزة بان هناك دوافع مكتسبة على خلاف الغرائز الموروثة، لهذا يمكن أن نقول أن هناك مدرستين أساسيتين في الدراسات النفسية ومدرسة التحليل النفسي (سيجموند فرويد)، وتقع أهمية هذه النظرية بالنسبة للرياضة والترويح أنها تؤكد مبدئين هاميين:

1- السماح لصغار السن للتعبير عن أنفسهم خصوصا خلال اللعب.

2- أهمية الاتصالات في تطوير السلوك، حيث من الواضح أن الأنشطة الترويحية تعطي

فرصا هائلة للاتصالات بين المشترك والرائد، والمشارك الآخر.

أما مدرسة الجشطالت حيث تؤكد على أهمية الحواس الخمس : اللمس، الشم ، التذوق، النظر السمع في التنمية البشرية .وتبرز أهمية الترويح في هذه النظرية في أن الأنشطة الترويحية تساهم مساهمة فعالة في اللمس والنظر والسمع إذ وافقنا على أنه هناك أنشطة ترويحية مثل هواية الطبخ، فهناك احتمال لتقوية ما سمي التذوق والشم، لذلك فان الخبرة الرياضية والترويحية هامة عند تطبيق مبادئ المدرسة الجشطالتية.

أما نظرية "ماسلو" تقوم على أساس إشباع الحاجات النفسية ، كالحاجة إلى الأمن والسلامة وإشباع الحاجة إلى الانتماء وتحقيق الذات وإثباتها، والمقصود ، والمقصود بإثبات الذات أن يصل الشخص إلى مستوى عال من الرضا النفسي والشعور بالأمن والانتماء ، ومما لا شك

فيه أن الأنشطة الترويحية تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته من خلاله¹.

4-6- الأهمية الاقتصادية :

لا شك أن الإنتاج يرتبط بمدى كفاءة العامل ومثابرتة على العمل واستعداده النفسي والبدني، وهذا لا يأتي إلا بقضاء أوقات فراغ جيدة في راحة مسلية ، وان الاهتمام بالطبقة العاملة في ترويحها وتكوينها تكوينا سليما قد يتمكن من الإنتاجية العامة للمجتمع فيزي كميته ويحسن نوعيتها، لقد بين " فرنارد" في هذا المجال تخفيض ساعات العمل من 96 ساعة إلى 55 ساعة في الأسبوع قد يرفع الإنتاج بمقدار % 15 في الأسبوع .

فالترويح إذا نتاج الاقتصادي المعاصر، يرتبط به أشد الارتباط ومن هنا تبدو أهميته آخرين يرون أهمية الترويح نتجت من ظروف العمل نفسه ، أي من آثاره السيئة على الإنسان، كالاغتراب والتعب والإرهاق العصبي ، مؤكداين على أن الترويح يزيل تلك الآثار، ويعوضها بالراحة. (النفسية والتسلية)².

5-6 - الأهمية التربوية:

بالرغم من أن الرياضة والترويح يشملان الأنشطة التلقائية فقد اجمع العلماء على ان هناك فوائد تربوية تعود على المشترك، فمن بينها ما يلي:

- **تعلم مهارات وسلوك جديدين :** هناك مهارات جديدة يكتسبها الأفراد من خلال الأنشطة الرياضية على سبيل المثال مداعبة الكرة كنشاط تروحي تكسب الشخص مهارة جديدة لغوية ونحوية، يمكن استخدامها في المحادثة والمكاتبة مستقبلا.
- **تقوية الذاكرة :** هناك نقاط معينة يتعلمها الشخص أثناء نشاطه الرياضي والتروحي يكون لها اثر فعال على الذاكرة، على سبيل المثال إذا اشترك الشخص في ألعاب تمثيلية فان حفظ الدور يساعد كثيرا على المخ ويتم " مخازن " تقوية الذاكرة حيث أن الكثير من المعلومات التي ترداد أثناء الإلقاء تجد مكان في المخ عند الحاجة إليها عند الانتهاء من الدور التمثيلي وأثناء مسار " مخازنها " استرجاع المعلومة من الحياة العادية.
- **تعلم حقائق المعلومات :** هناك معلومات حقيقية يحتاج الشخص إلى التمكن منها، مثلا المسافة بين نقطتين أثناء رحلة ما، وإذا اشتمل البرنامج الترويح رحلة بالطريق

¹ حزام محمد رضا القزوني : التربية الترويحية ، دار العربية للطباعة ، بغداد ، 1978 ، ص 20

² حزام محمد رضا القزوني: المرجع السابق ، ص 20

الصحراوي من القاهرة إلى الإسكندرية فان المعلومة تتعلم هنا. هي الوقت الذي تستغرقه هذه الرحلة.

- **إكتساب القيم :** إن إكتساب معلومات ومهارات عن طريق الرياضة الترويح يساعد الشخص على اكتساب قيم جديدة ايجابية، مثلا تساعد رحلة على اكتساب معلومات عن هذا النهر، وهنا اكتساب لقيمة هذا النهر في الحياة اليومية، القيمة الاقتصادية، القيمة الاجتماعية كذا القيمة السياسية¹

6-6- الأهمية العلاجية:

يرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن الرياضة الترويح يكاد يكون المجال الوحيد الذي تتم فيه عملية" التوازن النفسي" حينما تستخدم أوقات فراغنا استخداما جيدا في الترويح: تلفزيون، موسيقى، سينمان ،رياضة، سياحة ، شريطة ألا يكون الهدف منها تمضية وقت الفراغ، كل هذا من شأنه أن يجعل الإنسان أكثر توافقا مع البيئة وقادرا على الخلق والإبداع. وقد تعيد الألعاب الرياضية والحركات الحرة توازن الجسم، فهي تخلصه من التوترات العصبية ومن العمل الآلي ، وتجعله كائنا أكثر مرحا وارتياحا فالبيئة الصناعية وتعد الحياة قد يؤديان إلى انحرافات كثيرة، كالإفراط في شرب الكحول والعنف، وفي هذه الحالة يكون اللجوء إلى ممارسة الرياضة و البيئة الخضراء والهواء الطلق والحمامات المعدنية وسيلة هامة للتخلص من هذه الأمراض العصبية، وربما تكون خير وسيلة لعلاج بعض الاضطرابات العصبية¹.

7-2 نظرية الإعداد للحياة :

الذي نادى بهذه النظرية بان اللعب هو الدافع العام لتمرين. يرى "كارل جروس" الغرائز الضرورية للبقاء في حياة البالغين، وبهذا يكون قد نظر إلى اللعب على انه شيء له غاية كبرى، حيث يقول أن الطفل في لعبه يعد نفسه للحياة المستقبلية، فالبنت عندما تلعب بدميتها تتدرب على الأمومة، والولد عندما يلعب بمسدسه يتدرب على الصيد كمظهر للرجولة ،وهنا يجب أن ننوه بما قدمه" كارل جروس "خاصة في العلاقة بين الأطفال في مجتمعات ما قبل الصناعة.

¹ A . Domart & al : **Nouveau Larousse Médical** , Librairie Larousse , Paris , 1986 , P : 589

يعوض الترويح للفرد ما لم يستطع تحقيقه في أما في المجتمعات الصناعية يقول " رايت ميلز" مجال عمله، فهو مجال لتنمية مواهبه والإبداعات الكامنة لديه منذ طفولته الأولى والتي يتوقف نموها لسبب الظروف المهنية، كما انه يشجع على ممارسة الهوايات المختلفة الرياضية، الفنية أو العلمية ويجد الهواي من ممارسة هواياته، فرصة للتعبير عن طاقاته الفكرية وتنميتها يصاحبه في ذلك نوع من الارتياح الداخلي، بعكس الحياة المهنية التي تضرر نمو المواهب والإبداعات عامة وخاصة في مجال العمل الصناعي.

7-3 نظرية الإعداد والتخليص :

الذي وضع هذه النظرية" ستانلي هول" أن اللعب ما هو إلا تمثيل لخبرات" وتكرار للمراحل المعروفة التي اجتازها الجنس البشري من الوحشية إلى الحضارة، فاللعب كما تشير هذه النظرية هو تخليص وإعادة لما مر به الإنسان في تطوره على الأرض، فلقد تم انتقال اللعب من جيل إلى آخر منذ اقدم العصور.

من خلال هذه النظرية يكون ستانلي هول قد اعترض لرأي "كارول جروس وبيبرر" ذلك بان الطفل خلال تطوره يستعيد مراحل تطور الجنس البشري، اذ يرى أن الأطفال الذين يتسلقون الأشجار هم في الواقع.(يستعيدون المرحلة القردية من مراحل تطور الإنسان¹).

7-4 نظرية الترويح:

يؤكد "جتسي مونس" القيمة الترويحية للعب في هذه النظرية ويفترض في نظريته أن الجسم البشري يحتاج إلى اللعب كوسيلة لاستعادته حيويته فهو وسيلة لتنشيط الجسم بعد ساعات العمل الطويلة.

والراحة معناها إزالة الإرهاق أو التعب البدني والعصبي وتتمثل في عملية الاستراحة، الاسترخاء في البيت أو في الحديقة أو في المساحات الخضراء أو على أو على الشاطئ...الخ.

كل هذه تقوم بإزالة التعب عن الفرد ، وخاصة العمل النفسي ،لهذا نجد السف والرحلات والألعاب الرياضية خير علاج للتخلص من العمل النفسي والضجر الناتجين عن الأماكن الضيقة والمناطق الضيقة ومزعجاتها .

¹ كمال درويش ، أمين الخولي : أصول الترويح وأوقات الفراغ : دار الفكر العربي ، ط1 ، القاهرة ، 1990. ص 227.

5-7 نظرية الاستجمام :

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

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

6-7 نظرية الغريزة :

تفيد هذه النظرية بان البشر اتجاها غريزيا نحو النشاط في فترات عديدة من حياتهم، فالطفل يتنفس ويضحك ويصر ،ويزحف وتتصب قامته ويقف ويمشي ويجري ويرمي في فترات متعددة من نموه وهذه أمور غريزية وتظهر طبيعية خلال مراحل نموه .

فالطفل لا يستطيع أن يمنع نفسه من الجري وراء الكرة وهي تتحرك أمامه شأنه شأن القطة التي تندفع وراء الكرة وهي تجري، ومن ثم فاللعب غريزي، وجزء من وسائل التكوين العام للإنسان ، وظاهرة طبيعية تبدو خلال مراحل نموه.

8 - معوقات النشاط البدني الرياضي المكيف:

ثمة عوامل اجتماعية واقتصادية مؤثرة في النشاط الرياضي للمعوقين، فهو نتاج مجتمع يتأثر ويؤثر في الظروف الاجتماعية وتكفي الملاحظة العلمية للحياة اليومية من ان تكشف عن متغيراته السوسولوجية. (والنفسية والبيولوجية والاقتصادية¹ .

وتشير كل الدراسات التي جرت في بعض الدول الأوروبية لتقدير الوقت الذي يقضيه الأفراد في العديد من نشاطات الرياضة الترويح إلا أن كل من حجم الوقت والترويح ونشاطاته يتأثر بالعديد من المتغيرات أهمها:

8-1 الوسط الاجتماعي:

¹ Marie – Chorlotte Busch : La Sociologie Du Temps Libre Mouton , Paris , 1975 , P : 93 .

إن العادات والتقاليد تعتبر عاملا في انتشار كثير من نشاطات اللهو والتسلية واللعب، وقد تكون حاجزا أمام بعض العوامل الأخرى. يرى "دومازودين" أن كثير من سكان المناطق الريفية لا يشاهدون السينما¹، وقد جاء في استقصاء جزائري أن شباب المدينة، أكثر ممارسة للأنشطة الرياضية من شباب الأرياف، وتزيد الفروق أكثر من ناحية الجنس ومن أسباب ذلك أن تقاليد الريف لا تشجع على هذا النشاط وخاصة عند الفتيات² وتختلف أشكال اللهو واللعب في ممارسة الأفراد لهذا النوع من التسلية أو في دراسته كرهيم لها، بحسب ثقافة المجتمع ونظمه المؤثرة، فقد بين "Luschen" للنشاط الرياضي لوششن وعلاقته بالنظام الديني، في دراسته على عينة بلغت 1880 شخص في ألمانيا .

8-2- المستوى القومي :

تعالج هذه النقطة من حيث استطاعة دخل العمال لإشباع حاجاتهم الترويحية في حياة اجتماعية يسيطر عليها الإنتاج المتنامي لوسائل الراحة والتسلية والترفيه. يبدوا من خلال كثير من الدراسات أن دخل العامل يحدد بدرجة كبيرة استهلاكه للسلع وإختياره لكيفية (قضاء وقت الفراغ عند الموظفين أو التجار أو الإطارات السامية كما لاحظ " سوتش " أن هناك بعض الأنواع من الترويح ترتبط بكمية الدخل فكلما ارتفعت زادت المصاريف الخاصة بالترويح ، كالمخرج إلى المطاعم ومصروفات العطل والسياحية، أو تزايد الطلب على الحاجات الترويحية. وجاء في دراسة مصرية أن نسبة كبيرة من العمال يفضلون قضاء وقت فراغهم في بيوتهم على الذهاب. (إلى السينما وذلك لتقادي مصاريف لا طائل منها في نظر العمال .

والذي يمكن استنتاجه من خلال ما سبق أن اختيار الفرد لكيفية قضاء أوقاته الحرة أو أسلوب نشاطه الترويحي ونمطه يتأثر بمستوى مداخل الأفراد وقدرتهم المادية لذلك.

8-3 السن:

تشير الدراسات العلمية إلى أن العاب الأطفال تختلف عن العاب الكبار وأن الطفل كلما نمت وكبر في السن قل نشاطه في اللعب. يشير "سولينجر" إلى أن الأطفال في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية مرحلة المراهقة تأخذ نشاطاتهم أشكالا أخرى غير التي كانوا يمارسونها

¹ Dumazadier : *Vers une civilisation du loisir ?* , Editions du seuil , Paris , 1982 , P : 26 .

² Ministère de la jeunesse et des sport : *Enquête nationale sur les besoins et aspiration de la jeunesse ematiere de loisirs de culture et animation éducative et sportive*

من قبل ، وذلك كالقيام بمشاهدة التلفزيون والاستماع للموسيقى والقراءة وممارسة النشاط الرياضي.

إن كل مرحلة عمر يمر بها الإنسان بها سلوكا ته الترويحية الخاصة ، فالطفل يمرح والشيخ يرتاح ، في حين أن الشباب يتعاطون أنشطة حسب أذواقهم، ففي دراسة بفرنسا "1967 وجد أن مزاوله الرياضة تقل تدريجيا مع التقدم في العمر حتى تكاد تنعدم في عمر "60 عاما.

4-8 الجنس:

تشير الدراسات العلمية إلى أن أوجه النشاط التي يمارسها الذكور تختلف عن تلك التي تمارسها البنات فالبنات في مرحلة الطفولة تفضل اللعب بالدمى والألعاب المرتبطة بالتدبير المتري ، بينما يفضل البنين اللعب باللعب المتحركة وباللعب والآلية وألعاب المطاردة . ولقد أوضحت دراسات "هونزيك" أن البنين يميلون إلى اللعب العنيف أكثر من البنات.وان الفروق بين الجنسين تبدو واضحة فيما يرتبط بالقراءة والاستماع إلى برامج الإذاعة ومشاهدة برامج التلفزيون.

كما أوضحت دراسة" اليزابيث تشايلد" أن البنات والبنين في مرحلة الطفولة من سن سنة12إلى13 يميلون إلى النشاطات البدنية والإبداعية والتخيلية. إلا أن ترتيب تلك النشاطات لدى البنين تختلف حيث تأتي ممارسة النشاطات البدنية لدى البنات في الترتيب الأخير.

5-8 درجة التعلم:

لقد أكدت كثير من الدراسات الاجتماعية إن مستوى التعليم يؤثر على أذواق الأفراد نحو تسلياتهم وهواياتهم ، منها ما جاء بها "دوما زودبي" إذ بين أن التربية والتعليم توجه نشاط الفرد عموما في اختياره لترويحه ... ، خاصة وأن إنسان اليوم يتلقى كثيرا من التدريبات في مجال الترويج أثناء حياته الدراسية ، مما قد يربي أذواقا معينة لهوايات ربما قد تبقى مدى الحياة.

كما أوضحت دراسة بلجيكية إن اختيار الأفراد لأنواع البرامج الإذاعية المقدمة تتنوع

حسب المستوى التعليمي (ابتدائي ، ثانوي ، جامعي...).

وأن الجامعيون يفضلون الموسيقى والحصص العلمية والأدبية بينما ذوي المستوى الابتدائي أكثر ولعا بالمنوعات الغنائية والألعاب المختلفة.

والذي يمكن استنتاجه من خلال نتائج الدراسات أن هناك اختلاف واضح في كفاءات قضاء الوقت الحر وممارسة الترويح بحسب مستوى تعليم الأفراد.

8-6 الجانب التشريعي:

بمعنى أن معظم المجتمعات ليس لديها تشريعات كافية في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة والتكفل بهم خاصة منها الحق في ممارسة الأنشطة الرياضية بمختلف ألوانها خصوصا في الدول العربية وتوفير الخدمات الرياضية والترفيهية للخاص، مما يشكل عائقا في تقديم الخدمات الضرورية لهذه الفئة.

خلاصة :

كان هذا الفصل أداة فعالة لتحليل مفهوم النشاط البدني الرياضي ، وقد أجرينا محاولة لشرح النشاط البدني الرياضي المكيف من كافة جوانبه وإظهار الدراسات التربوية والسوسولوجية حوله وما ساهمت هذه الدراسات في مضمار فهم ماهيته. وما يمكن استخلاصه من خلال ما أشرنا إليه أن النشاط البدني والرياضي المكيف مستمد من النشاط البدني والرياضي الذي يمارسه الأفراد العاديين لكنه يكيف حسب نوع ودرجة المرض أو الإعاقة من حيث القوانين والوسائل المستعملة ، ويعد هذه النشاط الرياضي حديث النشأة مقارنة بالنشاط الرياضي عند العاديين وله جوانب عديدة تعود بالفائدة على الأفراد، فهو يعتبر وسيلة تربوية وعلاجية ووقائية إذا تم استغلالها بصفة منتظمة ومستمرة ، إذ يسهم في تكوين شخصية الأفراد من جميع الجوانب ، الجانب الصحي ، الجانب النفسي ، الجانب الخلقي

الفصل الأول:.....أهمية النشاط البدني الرياضي المصنوع

والاجتماعي ، وبالتالي تكوين شخصية متزنة تتميز بالتفاعل الاجتماعي والاستقرار العاطفي والنظرة المتفائلة للحياة. خاصة أولئك الذين تضيق دائرة نشاطهم بسبب مرض أو عجز جسدي أو عقلي.



الفصل الثاني
الحالة النفسية

تمهيد:

يواجه الإنسان في حياته اليومية ضغوطا نفسية متعددة ، والضغط هو أحداث خارجة عن الفرد أو متطلبات استثنائية عليه ، ويترتب عنه اضطرابات نفسية متعددة تؤدي إلى أعراض جسمية ونفسية.

إن أحد هذه الأعراض النفسية تتمثل في الاكتئاب النفسي ، لذا سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى الاكتئاب النفسي من خلال مفهومه ، وأعراضه ، وأنواعه ، وأسبابه.

1- مفهوم الحالة النفسية :

الحالة النفسية هو مصطلح يستخدم لوصف خليط من الحالات المرضية أو غير المرضية في الإنسان التي يتغلب عليه طابع الحزن، وهناك أنواع متعددة من الاكتئاب قسمت حسب طول مدة الحزن وإذا ما كان الحزن قد اثر على الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد، وإذا ما كان الحزن مصحوبا بنوبات من الابتهاج فضلا عن نوبات الكآبة، وينتشر عادة بين الأفراد حوالي 20% من الإناث و 12 % من الذكور بنوبة من الكآبة في حياتهم على اقل تقدير ,وهناك نسبة تكاد تكون ثابتة في مختلف المجاميع البشرية مفادها انه 5 إلى 10 % من الإناث و 3% من الذكور مصابون بما يسمى نوبة الاكتئاب الكبرى ,وهذه نسبة عالية جدا مما يجعل الاكتئاب الكبرى من أكثر الأمراض النفسية شيوعا).

المواقف المماثلة بشكل أسرع وان يحقق قدرا من التكيف¹ أما الاكتئاب فانه يعني الانخفاض في المعنويات والجهد والشعور بالضيق وفقدان الأمل وعدم الجدوى، وهو استجابة انفعالية متطرفة وغير مناسبة للحدث المثير يختلف عن الحزن من حيث الشدة ومدة استمرارية الاستجابة، والمكتئب لا يمكنه استشعار المشاعر المبهجة عكس الذي يعاني من حالة الحزن السوي ,ويميل المريض بالاكتئاب لاجترار الأفكار والخبرات غير السارة في حياته وهو بحاجة إلى العلاج النفسي. 2 وقد حاول العلماء من قديم الزمان فهم الاكتئاب أثناء شرحهم طبيعة الإنسان وما يعترئها من اضطرابات انفعالية ,فسماه كل من "أرسطو (370 ق . م (وابوقراط 400 ق .م" (بالمالينخوليا والمعنى الحرفي لها سوء الطبع الأسود الذي يتحرك نحو المخ فيسبب المرض ، وفسره الكندي انه الم يصاب به .

يختفي التأخر الحركي النفسي للفرد، ويكون شعور الإثم مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي والحركي والنشاط العضوي من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص.

2-أعراض الحالات النفسية الاكتئاب :

تعد الأعراض في الاكتئاب النفسي العصابي والذهاني واحدة تتراوح بين الدرجة المعتدلة والدرجة القاتلة ، ويؤكد¹ " زهران" ، على أن هناك مجموعة من الأعراض يمكن تصنيفها على النحو التالي:

¹ زهران ,حامد عبد السلام : الصحة النفسية والعلاج النفسي،عالم الكتب، 1978 ، ص 24 .

أولاً : الأعراض الجسمية

تنتاب المصاب بالاكتئاب حالات يمكن عدها أعراضاً جسمية مثل :الانقباض في الصدر والشعور بالضيق ,فقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له أو لرغبته في الموت ,نقصان الوزن والإمساك والتعب لأقل مجهود، لاسيما في الظهر، ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي والبطء والرتابة الحركية، وتأخر زمن الرجوع، توهم المرض والانشغال على الصحة واضطراب النوم، واضطراب الدورة الشهرية للنساء، والكآبة على المظهر الخارجي.

ثانياً : الأعراض النفسية :

أما الأعراض النفسية التي تظهر على المصاب بالاكتئاب فهي :البؤس واليأس، والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه، وانحراف المزاج وتقلبه وعدم القدرة على ضبط النفس ,وضعف الثقة في النفس والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والتفاهة، القلق والتوتر والأرق، فتور الانفعال، الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال، السكون والصمت، والشروود حتى الذهول، التشاؤم وخيبة الألم والنظرة السوداء للحياة والأفكار السوداء، والاعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء، والانخراط في البكاء أحيانا ,والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها، اللامبالاة والنقص .

في الميول والاهتمامات والدافعية، إهمال النظافة والمظهر الشخصي ,بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد، وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت ,الشعور بالذنب واتهام الذات وتصيد أخطائها وتضخيمها، الأفكار الانتحارية أحيانا، والهلاوس، وضلالات عدمية¹.

ثالثاً :الأعراض العامة

أما الأعراض العامة وأهمها نقص الإنتاج وعدم التمتع بالحياة وسوء التوافق الاجتماعي، وعلى الرغم من اختلاف المفاهيم والاتجاهات النظرية المتعددة التي قامت بفحص الاكتئاب إلا أنها تتفق على أن هناك علامات وإعراضاً شائعة للاكتئاب، ويتم التشخيص الاكلينيكي وفقاً لوجود بعضها وبصفة خاصة حالة الحزن العميق والتعاسة البادية التي لا تتفق مع أحوال حياة المريض.

¹ زهران حامد عبد السلام:المرجع السابق ، ص 05 .

3-أنواع الإكتئاب :

يرى "أوبرليدر (Oberleder) من الولايات المتحدة أن أنواع الاكتئاب كثيرة إذ أنها تماثل عدد البشر وتشارك جميعها في أنها تجعل الشخص بعيدا عن العالم، ويعتقد أن الاكتئاب مرض واحد يزخر بأعراض مختلفة تتباين كما وليس" (Lewis) " لويس كيقًا، ولا يوجد ما يسمى بالاكتئاب النفسي العصابي الخارجي مستقلا عن الاكتئاب العقلي الذهني الداخلي، والفارق الوحيد بينهما هو تعقيد وشدة الأعراض الإكلينيكية. وهناك من يصنفه على نوعين فقط هما:

- الاكتئاب الداخلي أو العقلي أو الذهني (Psychotic depression) وينتج عن سبب عقلي خالص وليس له سبب شعوري أو غير شعوري لكنه راجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي.

- الاكتئاب الخارجي أو النفسي العصابي (Neurotic depression) ويرجع إلى عوامل فردية لا شعورية يحس فيها المريض بالحزن والأسى دون أن يدري مصدر إحساسه الحقيقي. يصيب المرء كرد فعل لمواقف خارجية. ويرى البعض أن الفرق بين النوع الأول والثاني هو فرق في الدرجة يصل في الاكتئاب الذهني الداخلي المنشأ إلى حد أن إساءة المريض تفسير الواقع، والتوهم والهذيان، أما في الاكتئاب العصابي فيكون مصحوبا بأعراض عصبية كالقلق، وتزداد حالات الانتحار في الاكتئاب الذهني. وهناك من يقسمه على ثلاثة أنواع مثل (الخولي) الذي يضيف إلى التصنيف الثنائي نوعا ثالثا هو :

- الاكتئاب التفاعلي : ويعد رد فعل للأحداث الخارجية مثل موت عزيز أو فقدان ثروة أو تهديد بفضيحة وهو نتيجة سيكولوجية طبيعية منطقية ل لأحوال المسببة له وهو قصير المدى.

ويرى "برودي (Brodie) " انه إذا كان هناك مقياس للاكتئاب فانه في بدايته يقع ما يعرف بالاتي :

- 1-الاكتئاب الاساسي :ويقترن فيه المزاج بشذوذ كيميائي.
- 2-الاكتئاب المضاعف :وهو مرض مزمن يحدث فيه فترات من الاكتئاب الحاد.
- 3-الاكتئاب المتخفي:ويصيب % 40 من مدمني الخمر في الولايات المتحدة تحديدا ¹.

¹ جلال ،اسعد :مرجع سابق ، ص37

وهناك من يقسم السلوك الاكتئابي من حيث الشدة إلى :

1- الاكتئاب البسيط :يظهر المصاب فيه عزوفا عن الحياة ، ويبدو على شكل شعور بالإجهاد وثبوت في العزيمة ,والشعور بعدم لذة الحياة ,وقد ينجح أصدقاء المريض في انتشاله من كربه وقد لا ينجحون ,ويعد البعض هذا النوع من الاكتئاب نوعا من الشعور بالإجهاد والملل .

2- الاكتئاب الحاد : يشعر بموجة من الحزن والانقباض ,والرغبة في البكاء، ويفقد السيطرة على نفسه، ويصعب عليه كبح موجة الاكتئاب، وتعتريه حالات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ويظهر على المصاب بالاكتئاب الحاد الإبطاء الذهني والحركي وتكون أوجاعه وهمية ويصبح متبلدا ذهنيا ,ويبدو وكأنه يعاني كابوسا .بغضا، ويعبر المريض عن شعور بالذنب ويصعب انتشاله من كربه¹

3- الاكتئاب الذهولي :لا يتجاوب المريض ولا يبدي حراكا وقد يهلوس، وإذا لم يردعه احد مات جوعا² وهو يمثل أقصى درجات الحدة . ويتحدث علماء الطب العقلي عن أنواع أخرى منها :

- الاكتئاب الراجع لعدة جسمانية :ويحدث هذا النوع كما يرى " واتس " نتيجة مرض أو أصابه بالمش ويأتي مصاحبا لمرض عصبي معروف باسم " باركينسون " ويعقب الإصابة بفيروس مثل الأنفلونزا أو فيروس الكبد الوبائي، ويحدث من التسمم من المعادن الثقيلة مثل الزئبق والرصاص، وبسبب نقص عناصر الغذاء مثل مجموعة فيتامين "ب" ، وقد تصاب المرأة بعد الولادة ، ويحدث بسبب إدمان المخدرات والخمور .

- الاكتئاب العنيد المقاوم للعلاج : ويسمى بالاكتئاب الأحادي القطب².

- الاكتئاب الهياجي :لا يستقر المريض في مكان واحد ويتحرك هنا وهناك , متهما نفسه معبرا عن العجز والضياع ، ويحتاج هؤلاء المرضى للرعاية.

- اكتئاب سن اليأس :ويصيب الأفراد غالبا في الأعمار المتوسطة والمتأخرة (40-55) سنة عند النساء وما بين (50-65) عند الرجال

¹ . الحفني ,عبد المنعم موسوعة الطب النفسي ,القاهرة، مكتبة مدبولي، 1992 ، ص 74

² عفيفي,عبد الحكيم :مرجع سابق ، ص 90

- الاكتئاب الشرطي :ويرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة ويعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه.
- الاكتئاب المزمن :وهو دائم وليس في مناسبة فقط¹
- الاكتئاب القهري :يظهر على الشخصية القهرية إذا حيل بينهما وبين القيام بالأعمال الروتينية التي تقوم بها .
- الاكتئاب الخلقى :ميل فطري للاكتئاب يتسم به الشخص ,يتصف المصابون به ببلادة التفكير والحركة والتشاؤم، ويشق عليهم اتخاذ قرار بسهولة، وإذا بدؤوا شيئاً لم يكملوه وتعوزهم الثقة بالنفس.
- الاكتئاب الدوري :وتراوح مزاج المريض بين الاكتئاب والانشراح ,وقد تأتيه نوبة الاكتئاب مرة كل عدة أسابيع أو شهور أو سنوات يشعر خلالها انه متعب ويأس ويوجه اللوم على نفسه وينعزل، وتعد لحظات الانشراح بمثابة دفاعات ضد الميل القوي والعميق للاكتئاب.
- الاكتئاب الفجائي :استجابات انفعالية تظهر فجأة وتختفي بسرعة ، وترافق إصابات المخ التي في الفص الصدغي.
- الاكتئاب النفوري : المريض به يكره أن يذكر مرضه ويبغض بشدة كل عناية يلقاها بسببه .
- الاكتئاب بعد النوم : وهو حالة وقتيه تعقب النوم.
- الاكتئاب الانفصالي : يعاني منه الأطفال الذين يفصلون عن أمهاتهم مدة طويلة إذ تظهر عليهم ألام الفراق ,وبعد ثلاثة شهور أو نحو ذلك يكفون عن البكاء ولا يثيرون إلا مثير أقوى ,ويجلس هؤلاء الأطفال في شروود وقد اتسعت عيونهم وذهلوا عما حولهم، ويشق على مخالطتهم التخاطب والتبسط معهم، ويصاب به الأطفال في السن بين .
- الاكتئاب المسمى (الدنف) : ويسمى المرض الثقيل وهو نمط من الاكتئاب التفاعلي يلزم الطفل المحروم عاطفياً إلى أن يؤدي به حيث يصاب بفقدان الشهية وينظف لونه ويظل كذلك حتى يموت .
- وعلى الرغم من كثرة هذه التصنيفات يمكن القول أن الاكتئاب مرضا واحدا يتدرجفي الشدة ويتنوع بتنوع العوامل والأسباب المؤدية إليه ,ويحتاج إلى علاج نفسي دوائي إذا حد

الأعصاب وما فوق لمساعدة المريض على استعادة توازنه أولاً ومن ثم البحث عن بل الأسباب والعوامل المؤدية إليه لتخفيف من حدة تأثيرها لتجنب انتكاس المريض مرة أخرى.

4-أسباب الاكتئاب:

أولاً : الأسباب الاجتماعية:

يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجه لهم فيؤثر فيهم ويؤثرون فيه، وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد والآخرين ، ومن أهم الأسباب الاجتماعية :

1- الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية كفقد حبيب أو مفارقتة أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة والشرف¹.

2- علاقة الطفل بأمه فإذا كانت الانطباعات التي كونها عن هذه العلاقة حسنة فان الحياة مبهجة، وإذا لم تكن كذلك فان الحياة قاسية ومملوءة بالآلام .

3- امتصاص الطفل أسلوب الوالدين الخاطئ في مواجهة المشاكل

4- التربية الخاطئة كالتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.

5- موت الأحبة والتوتر.

6- أسلوب التنشئة المدرسية.

7- اثر الراق.

8- الهجرة من الوطن.

9- الوحدة والعنوسة والتقاعد وال فشل العاطفي.

ثانياً : الأسباب النفسية:

يرى المحللون النفسيون انه إذا لم تشبع الحاجات النرجسية للفرد المهياً للإصابة بالاكتئاب يصبح تقديره لذاته في خطر ،وحيث أن يكون مستعداً للقيام بأي عمل ليرغم الآخرين على الالتفات إليه، وقد يلجأ إلى الذلة والمسكنة لإرغام مصادر الإشباع الخارجية على أن

¹ زهران ،حامد عبد السلام، : 1978 مرجع سابق ، ص25

تكون طوع يده، وكثيرا ما ينجح في محاولة التحايل على بيئته . ومن أهم أسباب الإصابة بالاكتئاب :التوتر الانفعال والإحباط ، والفشل، وخيبة الأمل، والكبت، والقلق، وضعف الأنا الأعلى والصراع اللاشعوري، والشعور بالإثم، والرغبة في عقاب بين الذات واتهام الذات، والتفسير الخاطئ مفهوم الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المثالية، وسوء التوافق، ويكون الاكتئاب على هيئة انسحاب وجود كره وعدوان مكبوت قد يتجه نحو الذات يظهر في شكل محاولات انتحارية ويكون الاكتئاب بمثابة الكفارة ، وهذا السلوك محاولة من المريض للمحافظة على تكامل الأنا محتقظة وليقلل من مشاعر الذنب لديه عن طريق الألم وليقلل من العدوان داخله بالانسحاب وتحريك الآخرين لمحاولة السيطرة عليهم¹.

ثالثا :الأسباب الجسمية:

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف، فينهارون عند تعرضهم لشدة بسيطة يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل الاصابه بالحميات والتسمم ، وارتجاج المخ أو في حالات ما بعد الولادة، وفي حالات الأنفلونزا الشديدة أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى الفنوط وتوقع الموت كاضطراب القلب والسرطان أو التدرن الرئوي الخ² .

رابعا :الأسباب الوراثية:

يرى الأطباء أن معظم الأسباب المؤدية إلى الاكتئاب ترجع إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من الوراثية . وتقرر منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشاره 3 % بين السكان ،وفي الأقارب % 11 وبين الأشقاء بنسبة % 23 وغير الأشقاء بنسبة 17% أما الطريقة التي تنتقل بها الوراثة فما زالت غير معروفة وتعمل بعض مراحل العمر كعامل مسبب للمرض ففي مرحلة الشيخوخة يحدث الاكتئاب بسبب الضعف والعزلة وكثرة الأمراض والخوف من الموت، ويحدث في مرحلة منتصف العمر بسبب ماله فيعاني من الإحباط شعور الإنسان أن المتبقي من عمره اقل مما ذهب وانه لم يحقق ويمر بأزمة المفاهيم الوجودية ويفتقد المعنى والهدف من الحياة لاسيما عندما يغادر الأولاد البيت بسبب الزواج والعمل، ويحدث في المراهقة بسبب الصراعات والمتناقضات وتضاعف الضغوط المختلفة على المراهق ويكون

¹ جلال ,اسعد، : 1986 مرجع سابق ، ص10

² ياسين,عطوف محمود -1 أسس الطب النفسي الحديثبيروت، منشورات ميسون الثقافية، 1988 ص 24

المرض في هذه الحالة شديدا وتكرر المحاولات الانتحارية، والنساء أكثر إصابة بالاكتئاب من الرجال بنسبة الضعف بسبب التغير الهرموني لديهن والنوع المكتنز أكثر الناس عرضة للمعاناة من الاكتئاب .

5-عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية:

يعد الجنس من أكثر عوامل الخطر المتفق عليه في هذا المجال سواء في الدراسات الوبائية أو الدراسات الإكلينيكية ، سواء لدى الراشدين أو المراهقين (ليس الأطفال) وذلك أن كون الفرد أنثى يجعلها معرضة للإصابة بالاكتئاب ضعفي أو ثلاثة أضعاف الرجل وتنقسم التفسيرات التي عرضت للفروق بين الجنسين في الاكتئاب على قسمين رئيسيين يمثلان رأيين متعارضين، فالرأي الأول: يرى أصحابه أن هذه الفروق الجنسية في الاكتئاب ما هي إلا فروق مصطنعة مرجعها إلى:

- أ- إدراك النساء لضغوط وتغيرات الحياة واستجاباتهن العاطفية الانفعالية لهذه الضغوط
- ب- استعدادهن للإفصاح والاعتراف بأعراضهن الوجدانية.
- ت- زيادة نسبة النساء بالنسبة للرجال اللاتي يذهبن للإطباء طلبا لأنواع المساعدة الطبية المختلفة . فإنهم يرون أن الفروق بين الجنسين في الإكتئاب تمثل ظاهرة حقيقية يرجعونها إلى :

1- الحساسية البيولوجية للمرأة التي ترجع إلى اختلاف أو فروق بيولوجية أو هرمونية.¹

2-أسباب اجتماعية مثل التفرقة الأزلية بين الجنسين.

3-أسباب نفسية.

4-التغيرات الحديثة في دور المرأة في المجتمع .

أما الرأي الثاني: فيرى أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب فروق حقيقية، وهناك عدة تفسيرات تم طرحها في فئات أربع وهي:

الفئة الأولى: التي تقوم على أساس تفسير الخصائص البيولوجية الهرمونية التي تختص بها النساء وتجعلهن أكثر حساسية للعديد من الاضطرابات العقلية وفي مقدمتها الاكتئاب.

¹ غريب,عبد الفتاح : مرجع سابق ، ص54

الفئة الثانية: التي تفسر على أساس معطيات التحليل النفسي فيما يتعلق بالنمو النفسي الجنسي للمرأة ,وكيف أن هذا النمو يؤهلها بدرجة اكبر للإصابة بهذا الإضطراب .

الفئة الثالثة: فهي تفسيرات ذات أساس نفسي اجتماعي تركز على تأخر المكانة الاجتماعية للمرأة وعلى الأدوار الاجتماعية الجنسية وما تتركه من آثار في حياة كل من الجنسين الجنسين.

الفئة الرابعة: التي تقوم على تفسير الفروق على اختلاف أنماط الاستجابة بين الجنسين لحالات الاكتئاب .

6- النظرية المفسرة للإكتئاب :

حاول العديد من العلماء تفسير الاكتئاب كل من وجهة نظره الخاصة ,وتعكس مجمل تفسيراتهم وحدة وتكامل جوانب حياة الإنسان، وارتباط النواحي الجسمية لديه بالنواحي النفسية والعقلية والاجتماعية، كما إنها تعكس تفصيلات لكيفية التداخل والتفاعل بين تلك النواحي في شخصية الإنسان والعوامل المؤثرة فيها ,وفيما يلي استعراض لبعض من وجهات النظر للمدارس النفسية للاكتئاب وتفسيرات كل مدرسة بالنسبة للاكتئاب:

أولا :مدرسة التحليل النفسي

1-آراء سيجموند فرويد:

يرى " فرويد" أن العصاب ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، وهو أساس الصراع الاوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر ويعبر عن الصراع الشديد ,بين مكونات الشخصية أ ل هو ,والأنا الأعلى 1 وافترض أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات ,وقد ارجع حالة النكوص في السوداوية إلى المرحلة القيمة ، إذ يرتد المريض في مرحلة الطفولة إلى المدة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسه وبين البيئة ,وبسبب التناقض الوجداني يتحرر جزء من طاقة الليبدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات ، وأشار إلى مظاهر الاكتئاب مثل فقدان الاهتمام بالعالم والتناقض في القدرة على الحب والميل لإيلام الذات، مع توقعات هذائيه بالعقاب وعدها مظاهر أساسية في حالات الحزن والسوداوية لاشعوريا عكس حالة الحزن التي يكون الفقد فيها على مستوى

شعوري، لذا ينبغي جعل الحزن شعوريا باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع الفاقد إلى الذات .

2-آراء " الفرد ادلر Adler " :

يرى ادلر أن القوة الدافعية في الإنسان هي الرغبة في القوة ,وهي نوعا من التعويض عن مشاعر النقص التي تبدأ من الطفولة عندما يرى الطفل انه اضعف من الكبار المحيطين به جسما وعقليا ويدفع به هذا الشعور إلى الكفاح من اجل التفوق والسمو ,وما العصاب إلا محاولة لتحرير النفس من الشعور بالنقص ,وقد أشار ادلر إلى بعض المواقف الأسرية كتدليل أو إهمال الطفل وتربيته بين إخوته ,وأسلوب الحياة الذي يضعه الفرد هدفا مبكرا في حياته بحيث تصبح بقية جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له ,ويعتقد انه من الممكن أن يؤدي أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب والسلوك الايجابي المفيد اجتماعيا .

3-آراء "جوستاف يونج Jung " :

ادخل يونج مفهوم الانطواء والانبساط إلى علم النفس التربوي ويرى أن اللبيدو عند الانبساطيين يتجه نحو الخارج ويرتد عند الانطوائيين نحو الداخل حيث يميلون إلى الحياة في عالم الخيال ,والاتجاه نحو الخارج أو الداخل جزء أساسي في التكوين الجسمي والنفسي للفرد هو الذي يحدد نمطه ولكل من الانبساط والانطواء مزايا وعيوب، والإلاح على أحدهما يولد الأمراض النفسية لعدم إشباع احتياجات الطرف الآخر في الفطرة الإنسانية.

4-آراء "كارل أبراهام Karl Abraham " :

أشار كارل أبراهام إلى معاناة المكتئب من مشاعر البغض والضغينة التي يحاول كبتها وإسقاطه على نفسه فيعتقد انه منبوذ بسبب نقائصه الفطرية ، ويكشف المكتئبون عن تمركز حول الذات ومشاعر متناقضة من الحب والكره في وقت واحد بدرجة قد تؤدي إلى شلل علاقاتهم مع الآخرين وتخفض الدوافع العدوانية من قدرتهم على أن يحبوا، وحاجاتهم لقمع العدوانية تسلبهم الكثير من طاقاتهم اللبيدية وفي نهاية الأمر يتم توجيه الدوافع العدوانية داخليا أو يتم إسقاطها على الآخرين ويعبر هؤلاء المرضى عن دوافع فمية قوية ناتجة عن الإحباط الناشئ من قصور الإشباع من الأم، وعند تعرضهم للإحباط ينكصون إلى أساليبهم الأولى في علاقاتهم بموضوع الحب، وتنتشر مشاعرهم المتناقضة الموجهة نحو الذات، وكلما تكررت خبرات الإحباط يصبح الإنسان معرضا للإصابة بالإكتئاب .

5-آراء التحليليين الحديثين:

يعتقد "تورانك" Otto Rank " أن أساس القلق الذي يشعر به الإنسان في مقتبل حياته يرجع إلى صدمة الميلاد والإدراك أهم قوة حيوية في تكامل أو تفكك الشخصية، وان العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا لم تتطور لديه الإمكانيات التي تمكنه من ضبط وتأكيده ذاته .

وترى كارين "هورني" " K, Horney " أن العجز والقلق وفقدان الضمان يؤديان إلى العصاب ، ويظهر ذلك خلال التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التي تنبعث من إهمال الوالدين للطفل ، حيث ينمي القلق لديه أساليب مختلفة لمواجهة ما يشعر به من عزله وقلق، فقد يصبح عدوانيا أو خاضعا حتى يستبعد الحب الذي فقده، أو يكون لنفسه صورة مثالية ليعوض ما يشعر به من نقص 1 ، وينجم العصاب عند هورني عن العلاقات الداخلية المضطربة بين الوالدين والأبناء أكثر من كونه راجعا إلى دوافع أن الإنسان يريد أن يشعر وينتمي Eric from " فطرية غريزية .ويرى" ايرك فروم ويرغب في أن يكون جزءا متكاملًا من العالم من حوله، وإذا انفصل عن العالم وبقية البشر، أحس بالوحدة كالطفل الذي يشعر بالعجز وقلة الحيلة نتيجة انفصاله عن روابطه بوالديه 2 ، وإخفاق الإنسان في إشباع ميوله الحياتية فيولد العصاب لديه .أما" بينيدك يرى أن الطبيعة العامة للتألف الاكتئابي موجودة في الأمومة والحنان نفسه من خلال العلاقات المتبادلة بين الطفل وأمه حيث ينجم الاكتئاب عن مواقف الضغط

والإحباط في خبرات التغذية الأولى واضطراب علاقة الطفل بأمه أثناء هذا الموقف يؤدي إلى النكوص في المرحلة النرجسية حيث يكون التناقض الوجداني المتأصل في الوحدة نفسها ، وترى "انا فرويد أن العصاب صادر عن (الأنا- الذات) ويصدر عن أيضا الحيل اللاشعورية العقلية كحلول دفاعية أو هروبية . واستخدمت مفهوم العدوان بوصفه موازيا للبيدو ويظهر العدوان في علاقته بالاكتئاب من خلال الصراع الداخلي بين الأنا الأعلى ويعتقد أن الاكتئابيين أكثر نرجسية واعتمادية ولديهم اخايل عدوانية مصاحبة لاستجابات الأنا العليا، فالعدوان يحرك الذنب، ويؤدي الذنب إلى الماسوكية، ويحدد نكوص المريض مدى النتائج المرتبة عليه سواء كانت ذهانية أم عصابية¹.

¹ عسكر ، عبد الله ، المرجع السابق ، ص 123.

ثانيا المدرسة السيكوبولوجية:

أسسها "ادلوفر ماير" Adolf Meyer الذي يعتقد أن هناك عوامل متعددة تؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية هي: الوراثة وحياة الجنين والطفولة، والأمراض العضوية وأحوال التربية وضغوط الحياة، ومؤثرات البيئة وفشل الإنسان في مواجهة الواقع¹، وعدم قدرته على تحقيق آماله وفقا لحالاته وعدم قدرته على تقبل الطبيعة والعالم كما هو مما يجعله عرضة للاضطرابات العصبية.¹

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن قشرة المخ مسؤولة عن الوظائف المعرفية وداخل المخ مسئول عن الوظائف الوجدانية الانفعالية، ولا يستطيع المخ أن يفكر تفكيراً سليماً أو أن يتجه إلى وجدانيات متزنة إلا إذا كان هناك ما يسمى بالاتزان الغدي، ويتحول القوة الداخلية في المخ إلى صور متعددة هي: الطاقة الجسمية والوجدانية والعقلية، وهناك نوعان من الطاقة (الاجيابة والسلبية) وتمثل الطاقة السلبية التشاؤم وتسمى طاقة الإدبار، وتوجه هذه الطاقة الحيوية (عن طريق) الشعور الواعي واللاشعور غير الواعي (وللشعور غير الواعي معنيان الأول: سبق تكوين الشعور كابتسامة الطفل بعد الولادة التي ليس لها معنى في ذهنه والثاني هو الحالة التي تترسب فيها الخبرات إلى داخل الجهاز النفسي الذي يسمى اللاشعور وثبت فيه الخبرات إلى داخل الجهاز النفسي الذي يسمى اللاشعور، وثبت فيه الخبرات غير المرغوبة لتظهر في وقت، وتوجه الطاقة التفاوضية والتشاؤمية بغير وعي أو ضبط في الاضطراب النفسي.

وفي رأيهم أن الجهاز الجسمي والوجداني والذكاء والقدرات الخاصة هي الأجهزة المسؤولة عن النجاح في المواقف الاجتماعية، فمعاناة الوليد عند الوضع الذي يعبر عنه بالبكاء يؤثر في وجدانه، وتظل في حالة مكون بتلايف الشخصية ويظهر تأثيرها في الوجدان والعقل بدرجات متفاوتة، وقد يكون التأثير ضعيفا جدا يتعذر البرهنة على وجوده، وهو ما يجعل الكثير ينكرون صدمة الميلاد، والمتفائلون هم الذين لم تؤثر فيهم الصدمة تأثيرا بالغا، أما المتشائمون فهم الذين تأثروا بشدة، وتظهر صدمة الميلاد في الميول الانتحارية، التي تعد ميلا

¹ عسكر، عبد الله، المرجع السابق، ص 123.

نكوصيا يعود بمقتضاه المنتحر سيكولوجيا إلى البيئة الحشويه , ليس في بطن الأم وإنما في باطن الأرض ,ويظهر ذلك في التوقع حول الذات .

ثالثا :المنظور البيوكيميائي:

بدا باستخدام العقاقير في علاج الاكتئاب عند اكتشاف عقار مضاد للدرن ولوحظ أن تأثيره في إزالة الكآبة يتناسب طرديا مع حجم الجرعة المستخدمة مما أدى إلى الاعتقاد بوجود ارتباط بين التغيرات الكيميائية والتغيرات الانفعالية ويعتقد (زيور) أن هناك أدلة على هذا الارتباط حيث اتضح أن إفراز الأمينات يزداد تحت أحوال الأثار النفسية والبيئية تتحكم في إفراز النورادينال والادرينال . ومما يشير إلى احتمال وجود دليل بيولوجي للتغير الكيميائي في علاقته بأعراض الاكتئاب انه على الرغم من التباين بين الحضارات المختلفة، والأعمار، والجنس، إلا أن هناك تماثل في الأعراض وهناك دليل بيولوجي يتمثل في قلة نسبة الذهان قبل البلوغ وتزايدته ببدائته ويلاحظ أن الأعراض الاكتئابية تزيد أثناء وقبل مدة الطمث، وقد يحصل اضطراب أو توقف للطمث في أثناء التغيرات الانفعالية، وتتزايد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط بعض الهرمونات وتظهر أعراض الذهان الدوري بعد الولادة أو في أثناء التغيرات الهرمونية والفسولوجية في تلك المدة ,ويصاحب مرض المكسيما (نقص في إفراز الغدة الدرقية) أعراضا اكتئابية في حوالي % 40 من الحالات، ويصاحب مرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) نوبات من الانبساط الحاد أثناء نشاط هذا المرض . ويرى أصحاب هذا الاتجاه بان الجهاز النفسي بما فيه من بيولوجيا وسوسولوجيا يحمل مظاهر الاكتئاب والهوس وكليهما ضروريا للحياة البشرية، وقد استطاع علماء العصر الحديث ضبط الميكانيزمات البيوكيميائية وتنظيمها في الجسم عن طريق اكتشاف الأدوية النفسية.

رابعا:المنظور النشوئي:

لاحظ أصحاب هذا الاتجاه أن هناك علاقة بين استعداد الفرد للإصابة بالإكتئاب ووجود تاريخ مرضي لدى الوالدين أو احدهما للإصابة به، لاسيما إذا كان هناك أحوال بيئية مهياة لإظهار الاستجابات الاكتئابية وتذهب بعض النظريات الوراثية إلى أن التغير العاطفي المتميز , وتغير الوظائف الحيوية ومعدلات الاستجابة وأسباب سيكولوجية أخرى ربما ترتبط وراثيا بخبرة الاكتئاب، وقد وجد انه إذا أصيب احد التوائم المتشابه بهذا المرض فان احتمال إصابة التوأم تصل إلى 40% - 60% وتتفاوت النسبة بين أبناء المصابين بهذا

المرض بين 10- % 13 ويقال أن طريقة انتقال المرض تنتشر على هيئة موروثات سائدة ذات تأثير غير كامل ,لا تمنع من تأثير العوامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي، ويكثر هذا المرض بين الشخصيات ذوي المزاج الدوري ويتميز المصابون بهذا المرض بتكوين جسمي خاص .

خامساً : المدرسة السلوكية:

ويرى "بافلوف " أن : العصاب هو اضطراب بين استجابة الكف والاستشارة ,وهي استجابات تعتمد على تكوين الفرد وفقا لقوانين النشاط العصبي فان الإشارة تنتقل من البؤرة الأقوى إلى الأضعف ويحدث ممر عصبي بينهما أي يحدث ارتباط مكتسب أو ما يسمى الفعل المنعكس الشرطي وأثبتت التجارب انه إذا لم يعزز هذا الانعكاس فانه تدريجيا إلى أن يتوقف أثره أو تنتج ظاهرة الانطفاء عن عملية عقلية تسمى الكف.

وتطورت نظرية بافلوف بواسطة بعض العلماء مثل "ايزنك " الذي يرى وجود اختلاف وراثي بين الأفراد في تكوين الأفعال المنعكسة ,وان الأمراض النفسية تنشأ من أفعال منعكسة خاطئة تتكون بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة، وهي أنماط من السلوك المتعلم القلق يعززها أحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى مخاوفه مما يثبت المرض لديه .وتؤكد الأبحاث الفسيولوجية على أن أبعاد الانطوائية .

والانبساطية مركزها في التكوين الشبكي الذي له علاقة مباشرة بدرجة الانتباه والوعي وتنقية المداخل الحسية للمخ ويمتد من جذع المخ حتى المهاد (الثلاموس) ومنه إلى قشرة المخ وإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت الأمراض النفسية كالقلق والوسواس القهري والاكتئاب.1 ويفترض بتروبوبوف الروسي وجود بؤره الاستشارة في (الهيپوثالاماس) الطبقات التي تحت القشرة ,وتؤدي إلى حدة لجميع الأفعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات ما تحت القشرة وأثبتت بحوثه زيادة حساسية مرض الهوس والاكتئاب للمنبهات الكهربائية والحرارة والبرودة حيث يشعر المرضى بإحساسات غير سارة في الجسم ولا يمكنهم التحكم إراديا في مثل هذه المنبهات، مما يشير إلى أن القشرة قد فقدت وظيفتها التنظيمية .ويرى ليونسون، وونيسان، وشو وهم أول من أوضحوا الأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب ,وتوصلوا إلى أن حالات البؤس ترجع إلى نقص في التدعيم الايجابي، أو الزيادة في العقاب ويحدث

الاكتئاب عندما تزيد الحساسية حوال المكروهة أو عندما يرتفع معدل حدوث الأمور المكروهة لاسيما إذا كان الفرد يفتقر إلى المهارات الضرورية التي ينهي بها هذه الأحداث¹.

سادسا :مدرسة النظريات المعرفية:

ويفترض هذا المنظور وجود نموذجين معرفيين من الاكتئاب:

النموذج الأول" :أسسه بيك ورفاقه سالبة عن الذات وعن الخبرات الراهنة ,وعن المستقبل حيث يؤدي الإدراك السلبي لدى الفرد وتقييمه للموقف إلى حالة الاكتئاب وغالبا ما تكون الأفكار السالبة التشاؤمية غير واقعية ومحرفة وغير منطقيه¹ ، ويتحرك الحزن عن طريق تفسير خبرات الفرد ضمن حدود الحرمان والنقص والانهازم، ويرتبط الوجدان في الاكتئاب مع العنصر المعرفي وعلى (بيك) نمطا علاجيا أطلق عليه العلاج المعرفي حيث يؤدي الإدراك هذا الأساس إلى المعرفة والانفعال عند العاديين والاكتئابيين ولكن عند المكتئب تسيطر العمليات المفرطة في الحساسية والمحتوى.

سابعا : المنظور الظاهري:

يعد الاكتئاب كظاهرة من وجهة النظر الفينومولوجية يظهر في أعراضه المادية (الجسمية والمعنوية) كل عناصر العالم ,وتترجم الأعراض طبيعة الحوار المتقبل بين الذات والعالم بوصف الذات انعكاسا كيفيا للعالم ,وبالتالي فان الذات صورة مصغرة من العالم , وإذا اضطربت الوحدة الوجودية بين الذات والأخر وبقي للذات نرجسيتها وللأخر ابتعاده على الإغتراب والعدم وتقعد الحياة معناها ويصبح الطريق إلى الخلاص من الجحيم سهلا بالانتحار ,انتقاما من الذات ومن الآخر ولينتهي الوجود، والاكتئاب تعبير عن اضطراب شرعية الوجود وآلام الآخر هي المانحة لشرعية الوجود، وبالتالي فان فقدانها من أهم دواعي الاكتئاب سواء أكان الفقد خارجيا أم داخليا ,هذا الفقدان يدرك على

انه فقدان في كل شيء، وفقدان في المعنى ,واضطراب للحياة ,وقد تتوقف وتختلط

المدركات ويحدث النكوص أو الانسحاب رغبة في إعادة إصلاح ما أتلغه الفقدان،وإذا نجحت المحاولة الترميمية يكون الإنكار والتحرر من الماضي بغية الوصول إلى وضع أفضل في الحاضر انطلاقا إلى المستقبل، وإذا فشلت المناورات أو الدفاعات الإنكارية تزايدت حدة الانسحاب البيولوجي للطاقة الحيوية أيضا.

¹ عسكر ، عبد الله ، المرجع السابق ، ص 123.

ويرى "زيور" (1980) إن الاكتئاب هو تدهور القدرة على الصيرورة) الفراغ في الزمان أو الواقع (التي يترتب عليها انخفاض الشعور بالوجود أي الشعور بالكينونة في المكان (ولا معنى للكينونة بغير الصيرورة، وهذا الشعور بالنقص في الكينونة ، يصل ذروته في الاكتئاب الشديد ويعني ذلك الموت النفسي إلى أن يصل إلى عدمية الوجود، وفي حالة الاكتئاب يضطرب بعد المكان والزمان اضطرابا شديدا ، ويعتقد زيور بان المنهج الظاهري يبسر معرفة ما استعصى على منهج التحليل النفسي .

ثامنا المنظور الفسيولوجي:

تؤكد النظرية العضوية الطبية على أن الأمراض النفسية العصابية والعقلية هي نتاج لإصابات دماغية وامرض عضوية . ويهتم المشتغلون في الطب النفسي بالجوانب المرضية المرتبطة بالاكتئاب من الناحية الفسيولوجية على أساس أن الاكتئاب اضطراب وظيفي ناتج لاضطراب في التنظيم الهرموني أو الكيميائي لدى الفرد مع إسهام العوامل الوجدانية والبيئية وإذا تعين الخلل وعولج انتظمت الصحة النفسية، ويهتم أصحاب هذا الاتجاه باستخدام الأدوية والصدمات الكهربائية وقد يلزم التدخل الجراحي أحيانا والمهم فقط كيفية إزالة الأعراض بأي وسيلة بغض النظر دن دينامية الاكتئاب والصراعات النفسية كونها ذات طبيعة كيفية .

تاسعا: المنظور الثقافي:

اثبت علماء الأجناس أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرا في تكوين الشخصية , وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية ,وأوضح علماء الاجتماع اثر عدم الاستقرار والطلاق والإدمان والتبني والحرمان العاطفي والفقد أو الانفصال عن احد الوالدين والنشأة في ملجأ أو بيت للحضانة على الشخصية ,وأظهرت الدراسات أن ما تعده بعض المجتمعات مرضا يكون في مجتمع آخر مقبولا وظاهرة لا تحتاج لعلاج أو عقاب عكاشة . (1998 :فان تقبل مجتمع لنوع من الأعراض والسلوك يكون له نوع من التفاعل الخاص والاستجابة بين الفرد والمجتمع .¹

عاشرا :منظور مدرسة الذات :

يرى أصحاب مدرسة الذات أن المريض بالاكتئاب يعاني من وجود فكرة عن نفسه تشعره بالضعف وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته فيحاول جاهدا اتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط

¹ عسكر ، عبد الله ، المرجع السابق ، ص 123.

ليثبت لنفسه انه أحسن مما يشعر، وكثيرا ما ينجح في ذلك ويستمر في ذلك ويستمر هروبه من مواجهة نفسه ومشكلته، وإذا شعر الفرد بانهاياته الجسمانية والصحية، وأحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه يصاب بالاكتئاب .

إحدى عشر :التفسير الحديث للاكتئاب:

ينظر هذا الاتجاه إلى البكاء والحزن على انه يبدأ من الطفولة ثم يستخدم بعد ذلك على أوسع نطاق وبفاعلية شديدة وإظهار الكآبة هو الطريقة المقنعة لإشعار الآخرين بعدم السعادة حيث تبدو كما لو أن المكتئب يود إخبار من رفضوه وآلموه انه كم هو سيء تحمل الإساءة، والشخص المصاب بالاكتئاب على دراية شعورية بهذه الأزمات ,ومع ذلك فانه يلقي باللوم على مظاهر الاكتئاب أكثر من الأسباب الكامنة وراءه ويأتي الاكتئاب أسرع لدى البعض من غيرهم بسبب الاستعداد الوراثي الذي لا يعد كافيا بدون تأثر الإنسان منذ الطفولة بما قد جلبه استخدام سلوك الحزن والبكاء ,وتفسر هذه النظرية كيف يتحول بعض الناس للاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة أو العطف أو كوسيلة للقسوة والانتقام من الذين كانوا سببا في الماضي لالامهم، ويرى أصحاب هذا الاتجاه انه لا بد من البحث في الأسباب الحقيقية وراء اندفاع الإنسان لكي يصبح مريضا بالاكتئاب ¹ .

خلاصة :

مما سبق من عرض للنظريات النفسية المفسرة للاكتئاب نرى أن كل نظرية وكل وجهة نظر نفسية فسرت الاكتئاب من زاوية وفقا للأسباب الذي اعتمدت عليه في بناء الفكرة ,حيث

¹ عسكر ، عبد الله ، المرجع السابق ، ص 26

ركزت كل واحدة منها على جانب من جوانب حياة الإنسان وربطت بينه وبين الاكتئاب، ومع أن التفسيرات التي أوردتها كل نظرية تعين الباحثين في فهم الاكتئاب إلا انه قدمت النظريات فهم جزئي لهذا الاضطراب، ومن هنا نستطيع القول انه لا يمكننا أن نعتمد على مدرسة معينة لفهم الاكتئاب، فمن غير الممكن فصل جوانب حياة الإنسان عن بعضها البعض، وتأثير النواحي البيولوجية أو الوراثة فيه لا يستقل عن التأثير الاجتماعي أو النفسي، وبالتالي فان من الضروري لمعرفة الاكتئاب وأسبابه وعلاجه .

يجب علينا الاهتمام بكل وجهات النظر المفسرة له من اجل الحصول على فهم واضح ومتجانس للمساعدة في تقديم أفضل الخدمات للمصابين.

الفصل الثالث

داء السكري

تمهيد:

يعد مرض السكر في الوقت الحالي من أكثر الأمراض انتشارا في العالم أجمع المتقدم منه والنامي ، ويصيب الأغنياء والفقراء الصغار والكبار ، الرجال والنساء. وقد أظهرت الدراسات العلمية أن ما يقارب 5 - 8% من الأفراد مصابون بداء السكري، وربما يكون وراء الانتشار الكبير لهذا المرض تغير نوع الطعام والسمنة و الرفاهية و القلق و التوترات النفسية والإصابة ببعض الفيروسات وأسباب أخرى. وبناءا على تقارير منظمة الصحة العالمية الصادر سنة 2006 فإن عدد المصابين بهذا المرض يقارب 171 مليون شخص في العالم. وفي هذا الفصل سنتعرف على هذا الداء من خلال التطرق إلى تاريخه والتعريف به وأنواعه ، وأسباب حدوثه وبعض الأساليب المتخذة للوقاية منه.

1-لمحة تاريخية عن داء السكري:

مرض السكري معروف منذ القدم ، حيث لاحظ الطبيب الاغريقي " اريتاوس " في أوائل سنة 200 قبل الميلاد أن بعض المرضى تظهر عليهم أعراض كثرة التبول والعطش الشديد، وقد سُمي هذه الظاهرة " البول " أو " الديابيتس "، وهي كلمة لاتينية تعني الذهاب إلى كرسي الحمام أو كثرة التبول ، وفي سنة 1675 م أضاف العالم " توماس ويليس " كلمة " ملليتوس " وتعني باللاتينية الحلو كالعسل بعد ملاحظة أن دم وبول مرضى السكر له مذاق حلو ، فأصبحت تسمية هذا المرض " ديابيتس ملليتوس " أو مرض السكر ، إلا أن هناك أيضا حالة نادرة تسمى " ديابيتس انسيبيدوس " لا يكون مذاق البول فيه حلوا ، وتنتج هذه الحالة بسبب قصور في وظائف الكلى أو الغدة النخامية.

وقد اكتشف العالمان " جوزيف فون ميرينج " و "أوسكار مينكوسكي " سنة 1889 م دور البنكرياس في مرض السكري ، عندما أزالوا بنكرياس بشكل تام من الكلاب حيث ظهرت عليهم علامات وأعراض السكري ، وأدى ذلك إلى وفاتهم بعد فترة وجيزة. وفي سنة 1910 م اكتشف العالم " سير ادوارد شاري " أن المرضى المصابين بالسكري يعانون في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس وسماها الأنسولين ، وكلمة أنسولين مشتقة من كلمة لاتينية تعرف باسم انسولا ، وتعني جزيرة وترجع إلى كلمة جزر لانجرهانس في البنكرياس ، والتي تنتج الأنسولين . وقد تمكن العالم " باتينج " وزملائه من جامعة " تورنتو " الكندية في أواخر سنة 1920 م من فصل هرمون الأنسولين لأول مرة من بنكرياس البقر ، وهذا أدى إلى توفر حقن الأنسولين والتي تستخدم لأول مرة على مرضى السكري سنة 1922 م .

2-التعريف العلمي لمرض السكري :

يعرف مرض السكري بأنه اختلال في عملية أيض السكر ، الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر(الغلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، عضوية ، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية ، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الانسولين من البنكرياس ، فقد تكون كمية الانسولين التي يتم افرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه ، ويطلق على هذه الحالة " قصور الانسولين "

¹ محمد بن سعد الحميد :مرض السكر ، أسبابه ومضاعفاته وعلاجه ، ط 1 ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 2007 ، ص 44 .

أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة ، ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين ، ويطلق على هذه الحالة " مقاومة الأنسولين. "

وفي كلتا الحالتين يكون الغلوكوز غير قادر على دخول الخلايا ، مما يؤدي إلى تراكمه في الدم وإمكانية ظهوره في البول ، ومرور الوقت ومع ازدياد تراكم السكر في الدم بدلا من دخوله خلايا الجسم ، قد يؤدي إلى مضاعفات مزمنة على بعض أجزاء الجسم كالأوعية الدموية الدقيقة في شبكية العين ، وحويصلات الكلى ، وتلك التي تغذي الأعصاب .

3- المراحل العمرية التي تتم فيها الإصابة بالسكري :

يظهر مرض السكري في أي مرحلة من مراحل العمر ، إلا أن معظم الحالات تحدث بعد أن يتخطى الإنسان سن الأربعين من عمره ، إلا أنه قد يصاب الإنسان بهذا المرض قبل هذا لسن ، ومن الممكن أن يصاب به الأطفال في سن مبكرة وإن كان ذلك نادر الحدوث ، ويمكن ان يصيب هذا المرض الشباب في العشرينيات أو الثلاثينيات من العمر ، وإن كانت هذه الإصابات محدودة النسبة.¹

أنواع مرض السكري :

4-1- النوع الأول :

ويسمى بمرض السكري رقم 01 ، وقديما كان يسمى هذا النوع بالسكر المعتمد على الأنسولين (IDDM) ويقصد به مرضى السكري الذين يعتمدون على الأنسولين في علاجهم ، وكان هذا النوع يسمى كذلك ب " سكر الصغار " لأنه عادة ما تظهر أعراضه في سن الخامسة عشر ، ولكن هذه التسمية ألغيت لن هذا النوع الأول من السكر يصيب الشباب والمسنين على حد سواء . وهذا النوع في الغالب يصيب الأطفال والبالغين الأقل من ثلاثين سنة ، وذروة بدء النمط الأول بين عمر 11 و 13 سنة ، لكنه قد يبدأ في أية فئة عمرية بما فيها الشيخوخة.

وأغلب المصابين بالنوع الأول من السكر عادة هم أصحاب وأوزانهم اعتيادية عند حدوث المرض ، ويتميز بانعدام أو نقص الأنسولين الشديد بسبب تلف معظم خلايا بيتا في البنكرياس ، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم ، ولهذا فهذا النوع لا يستجيب

¹ محمد بن سعد الحميد : المرجع السابق ، ص 45

للقرص الخافضة للسكر ولا ينفعه سوى حقن الأنسولين.1 كم أن أراض المرض قد تحدث فجأة مع حدوث عطش ، وتبول كثير وانفتاح للشهية وفقدان للوزن يتم في خلال أيام عديدة ، وتزيد معه احتمال حدوث مضاعفات كحموضة الدم الكيتونية ، والغيوبة السكرية.

وقبل اكتشاف الأنسولين كان متوسط الحياة للأشخاص الذين تم تشخيصهم بالإصابة بالنوع الأول من السكر في حدود سنتين فقط ، وقد أحدث تطوير الأنسولين واستخدامه في العلاج ثورة عظيمة في علاج مرض السكر ، وتحويله من مرض يقتل بسرعة إلى مرض مزمن ، ولسوء الحظ أدت إطالة عمر المريض مع وجود المرض إلى ظهور المضاعفات الثانوية للسكرن والتي تشمل اعتلال الأعصاب والشلل الكلوي .

واعتلال الشبكية وأمراض الدورة الدموية والقلب ، والتي تحدث في حدوث 10-20 سنة من بداية اكتشاف المرض.

4-1-1 أسباب حدوث النوع الأول :

• نقص في كفاءة الجهاز المناعي للجسم :

يعود السبب الرئيسي في حدوث النوع الأول من السكر إلى نقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم ، والتي يصاحبها ظهور أجسام مضادة تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لانجرهانس وتسبب تلف خلايا بيتا في البنكرياس التي تفرز الأنسولين ، ولا يعرف السبب الحقيقي عن كيفية بدأ التأثير على الجهاز المناعي للجسم ، ولكن الدراسات تشير إلى أن الاستعداد الوراثي والإصابة ببعض الفيروسات قد تكون السبب في حدوث نقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم.¹

• العوامل الوراثية:

إن مرض السكري الذي يصيب الصغار ويحتاج إلى الأنسولين قد لا يرجع سببه إلى الوراثة ، وقد بينت الإحصائيات التي عملت خلال الثلاثين سنة الماضية زيادة كبيرة في حدوث النوع الأول من السكري في بعض الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية ، ولو كانت معظم العوامل الوراثية هي السبب الوحيد للنوع الأول من السكري فإن الزيادة في عدد الحالات سوف تأخذ ما لا يقل عن 40 سنة

• الفيروسات:

¹ محمد بن سعد الحميد : المرجع السابق ، ص 47

يعتقد الباحثون أن الإصابة ببعض الفيروسات مثل تلك المسببة للحصبة الألمانية والנקاف ، وفيروسات أخرى من فصيلة " كوكس ساكي " ، وخاصة في الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي قد يكون سببا في حدوث النوع الأول من السكري ، وهذه الفيروسات تهاجم خلايا بيتا المفترزة للأنسولين وتدمرها ، كما أن بنية هذه الفيروسات تماثل بنية البروتينات الموجودة داخل خلايا بيتا في البنكرياس ، وتعمل على خداع جهاز المناعة (في الأشخاص الذين يكون جهازهم المناعي معرض وراثيا) فيحسب جهاز المناعة خطأ أن خلايا بيتا هي جزيئات الفيروس ، ويقوم بتكوين أجسام مضادة للتصدي إلى خلايا بيتا بدلا من التصدي للفيروسات ، وبذلك تدمر خلايا بيتا وتؤدي إلى نقص سريع في الأنسولين ، أو تؤدي إلى فقدان تدريجي لوظائف خلايا بيتا وحدث مرض السكري بعد عدة سنوات من الإصابة بالفيروسات . وهذا النوع يمثل 5 - 10% فقط من مرضى السكري.

• اختلاف الأجناس أو السلالات :

توجد اختلافات كبيرة بين الأشخاص في معدل الإصابة بالنوع الأول من السكري، وهو أكثر شيوعا لدى الأشخاص المنحدرين من شمال أوروبا وبعض مناطق البحر المتوسط (مثل سردينيا) ، والأقل شيوعا بين الآسيويين والأمريكيين السود وفي أمريكا وجد أن السود المصابين بالنوع الأول من السكري أكثر عرضة للوفاة بما يعادل 05 % من الأشخاص البيض ، وقد يكون السبب في ذلك تدني العناية الطبية لدى السود.

4-1-2 المراحل العمرية التي تتم فيها الإصابة بالنوع الأول :

يقدر عدد المصابين بالنوع الأول من السكر في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها بمليون شخص ، مع اكتشاف ما يقارب من ثلاثين ألا حالة سنويا ، وهذا اقل شيوعا من النوع الثاني من السكر حيث يشكل فقط 5-10% من حالات مرض السكر ، مع ذلك فإن معدل الإصابة بالنوع الأول من السكر قد زاد خلال السنوات الماضية خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية (الدول الأوروبية) (فنلندا وبريطانيا).¹

4-1-3 العوامل التي تسبب خطورة الإصابة بالنوع الأول من السكر عند الأطفال :

¹ محمد بن سعد الحميد : المرجع السابق ، ص48

يظهر النوع الأول عادة بين مرحلة الولادة وحتى سن الثلاثين وهو يصيب صغار السن
مكن الذكور والإناث بنسبة متساوية متساوي .

وقد أظهرت الدراسات وجود عدد من عوامل الخطورة التي تسبب حدوث النوع الأول من
السكر في الأطفال وهي:

1-مرض الطفل في سن مبكرة.

2-عدم الرضاعة الطبيعية من صدر الأم وشرب حليب البقرة عند الأطفال الرضع

3-كبر سن الأم.

4-إصابة الأم بالنوع من السكر.

5-إصابة الأم بارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل.

تم ربط السمنة لدى الأطفال بإمكانية إصابتهم بنسبة كبيرة بالنوع الثاني من السكر في
سن متقدمة ، وقد أظهرت بعض الدراسات أيضا علاقة من السكر في سن متقدمة ، وقد
أظهرت بعض الدراسات أيضا علاقة وطيدة بين زيادة الوزن عند الولادة والسمنة خلال
الطفولة بأنها سبب رئيسي لحدوث مرض السكر من النوع الأول والعامل الرئيسي في ذلك هو
زيادة الوزن وهذا نظريا على الأقل يمكن أن يجهد خلايا بيتا في البنكرياس مما يجعلها أكثر
عرضه للتلف وحدث النوع الأول من السكر خاصة لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي
للإصابة بالمرض .

ومع أن معظم حالات السكر في الأطفال هي من النوع الأول إلا التقديرات في الوقت
الحاضر تشير إلى أن ما نسبته 8% و 45 % من حالات السكر المكتشفة حديثا في الأطفال
هي من النوع الثاني يكون السبب الرئيسي في ذلك السمنة المفرطة لدى الأطفال .

حليب البقر : لقد أظهرت دراسة أن الأطفال الذين يتم تغذيتهم عن طريق شرب حليب البقرة
خلال الثمانية أيام الأول من الولادة أكثر عرضة للإصابة بالنوع الأول من السكر بما يعادل
مرة ونصف مقارنة بأولئك الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية من حليب الأم ، وقد يكون
السبب في ذلك احتواء حليب الأم لمكونات قد تساعد في تنظيم الجهاز المناعي وبالتالي تمنع
الإصابة بالسكر عند أولئك الأطفال.¹

¹ محمد بن سعد الحميد : المرجع السابق ، ص 49

وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يتم تشخيصهم بالنوع الأول من السكر حديثا غالبا تكون لديهم معدلات عالية من الأجسام المضادة لنوع معين من البروتينات موجد في وهو يشبه أحد البروتينات BSA " حليب البقر . ويعرف باسم " بروتين مصل البقر الموجودة في خلايا بيتا ، وبما أن معدة الأطفال الرضع لا تستطيع هضم الأطعمة بما فيها البروتينات بصورة جيدة فإن البروتينات الكبيرة غير المهضومة تمر عبر جدران الأمعاء إلى الدم ويعتبر الجسم مثل هذه البروتينات بما في BSA مواد غريبة فيقوم بإفراز الأجسام المضادة لمهاجمتها ، وقد يحصل خطأ في التعرف على خلايا بيتا فتقوم تلك المضادة بمهاجمتها لأنها تشبه بروتين BSA وتدمرها وعلى العموم هناك دراسات تعمل حاليا للتحقق من وجود علاقة حقيقة بين حليب الأبقار ومرض السكر من النوع الأول .

4-3 النوع الثاني :

ويسمى بمرض السكر رقم " 2 " ، وقديما كان يسمى بالسكر الذي لا يعتمد على الأنسولين (NIDDM) ويقصد به مرضى السكر الذين لا يعتمدون على الأنسولين في علاجهم ، وكان يسمى كذلك " سكر الكبار " لأنه عادة ما يبدأ بعد سن الأربعين ، وأعراض هذا المرض تظهر بشكل تدريجي ، واحتمالات حدوث الغيبوبة السكرية والمضاعفات أقل من النوع الأول ، وغالبا ما يتم اكتشاف هذا النوع من السكر عن طريق الصدفة عند إجراء التحاليل الطبية الروتينية ، وفي هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين ولكنها قد تكون غير كافية أو أن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين بسبب نقص مستقبلات الأنسولين ، أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين وتتافسه على الوصول إليها مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم ، وفي هؤلاء المرضى تلعب الوراثة والسمنة دورا هاما في حدوث المرض فمعظم المرضى يتصفون بالسمنة وخاصة الأشخاص الذين لديهم زيادة في الوزن حول منطقة وسط البطن(شكل التفاحة) ، فهؤلاء أكثر عرض للإصابة بالنوع الثاني من السكر فالبدانة تجهد البنكرياس ويتضح دور السمنة في الإصابة بمرض السكر من النوع¹.

الثاني في ملاحظة انخفاض معدل الإصابة بالسكر أثناء الحرب العالمية الثانية بسبب المجاعات وقلة الأغذية بينما عادت إلى الارتفاع بعد الحرب نظرا لوفرة الغذاء وهذا لا يعنى

¹ zhang C,BAFFY G,perret Pet al:Uncoupling protein-2negatively regulates insulin secrerion and is a major link between obesity ,cell dysfunction,and type 2diabetes cell,2001 ;105:745-755

بالطبع إن كل إنسان سمين سوف يصاب حتما بمرض السكر و إنما هناك علاقة وطيدة بين السمنة ومرض السكر من النوع الثاني.

وغالبا ما يكفي تنظيم الغذاء بالتقليل من استهلاك المواد السكرية وإنقاص الوزن والرياضة لعلاج هذا النوع من السكر حيث يعود مستوى الأنسولين للمعدل الطبيعي بعد تخفيض الوزن¹

وقد يكون الشخص مصابا بالسكر من النوع الثاني لعدة سنوات قبل التشخيص دون ملاحظة ذلك من قبل المريض بسبب أن الأعراض عادة تكون خفيفة في البداية ، ولكن المضاعفات الخطيرة يمكن أن تحدث بسبب عدم ملاحظة الإصابة بهذا النوع من السكر بعد عدة سنوات ، والتي تشمل الفشل الكلوي و أمراض الأوعية الدموية (بما فيها أمراض الأوعية التاجية). وهذا النوع يمثل الأغلبية (90 %) من مرضى السكر ، وهو بعكس النوع الأول ليس له علاقة بالجهاز المناعي للجسم ، وقد لا يعتمد على الأنسولين ، والمرض المصاب بهذا النوع من السكر يستجيب في الغالب للأقراص الحافظة للسكر² .

4-2-1 أسباب حدوث النوع الثاني :

• السمنة:

لقد أظهرت دراسة عملت في عام 2001 م على ما يقارب من 85. 000 ممرضة ، أن السمنة كانت السبب الرئيسي والأول لخطر الإصابة بالنوع الثاني من السكر ، كما أوضحت دراسة حديثة أن إنقاص الوزن بما يعادل 5% فقط قد يكون كاف لمنع حدوث مرض السكر من النوع الثاني عند الأشخاص البدينين الذين يعانون من اختلال في تحمل الجلوكوز وتشير التقديرات 80-95 % من الزيادة الحالية في مرض السكر من النوع الثاني هي سبب السمنة وزيادة الدهون في منطقة البطن حيث أن زيادة الدهون قد تلعب دورا مهما في مقاومة الأنسولين ، ولكن أيضا طريقة توزيع الدهون ففي الجسم أيضا مهمة ، فزيادة الوزن حول البطن والجزء العلوي من الجسم (شكل التفاحة) له علاقة بمقاومة الأنسولين ، وحدث مرض السكر ومرض القلب وزيادة ضغط الدم والجلطة الدماغية وزيادة معدلات الكوليسترول غير

¹ tumilehto J,Lindstrom Jeriksson JGet al: prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance NEng JMED,2001;344/1343-50.

² rosenbloom A,J51 J? YOUNG R,winter w:emerging epidemic of type 2diabetes in youth.daibetes care;2001;22:867-71

الصحي،¹ ويجب الإشارة هنا إلى أن السمنة وحدها قد لا تشرح جميع حالات السكر من النوع الثاني ، والذي ينتشر أيضا في أشخاص من بلدان أخرى معروفة بقلّة الوزن مثل سياتا والهند.

• التاريخ العائلي :

إن حوالي 25 % إلى 33 % من المرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر لديهم أفراد في العائلة مصابين بالمرض ، وقد أظهرت دراسة أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي بالسكر يكونون أكثر عرضة لخطر حدوث مرض السكر لديهم في سن مبكرة ، وتكون أعراضه شديدة وعند حدوث مرض السكر من النوع الأول والثاني في نفس العائلة فإن عامل الوراثة يكون له دور كبير جدا في المرض.

• إختلاف السلالات أو الأجناس:

إن خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكر ، وكذلك شدة مضاعفات مرض السكر يختلف بين سلالات البشر المختلفة وقد يكون للوراثة والعوامل الاقتصادية والاجتماعية دورا مهما في الاختلاف بين سلالات البشر

وقد بينت دراسة أمريكية أن الرجال الأمريكيين من أصل أفريقي أكثر عرضة للإصابة بالنوع الثاني من السكر بما يعادل مرة ونصف ، والنساء الأمريكيات من أصل أفريقي أكثر عرضة لخطر الإصابة بما يعادل مرتين مقارنة بالأمريكيين من أصل أبيض وقد يعزى ذلك إلى زيادة معدلات ارتفاع ضغط الدم والتدخين ، وكذلك قلة العناية الطبية لدى السود ، وقد تلعب الوراثة أيضا دورا مهما في ذلك وعلى سبيل المثال فقد بينت بعض الأبحاث أن الأمريكيين من أصل أفريقي لديهم خلل في إفراز الأنسولين ليس له علاقة بالتغذية أو العوامل الأخرى.²

وقد وجد أن المعدل حدوث مرض السكر من النوع الثاني لدى الأمريكيين الأصليين أكبر بما يعادل 19 مرة من معدل حدوثه لدى البيض ، وكذلك فإن معدل الإصابة بالنوع الثاني من السكر في الأمريكيين من أصل أكبر من ذلك الموجود لدى البيض بما يعادل الضعف

نقص الوزن عند الولادة :

¹ Defronzo RA: **pathogenesis of type 2 diabetes**: metabolic and molecular implication for identifying diabetes genes. Diabetes Rev, 1997; 5: 177-250

² World health organization (WHO); definition, **diagnosis and classification of diabetes mellitus and**

لقد أظهرت الأبحاث أن نقص الوزن عند الولادة يشكل عامل خطورة لحدوث الإصابة بالنوع الثاني من السكر ، ويرجع العلماء سبب ذلك إلى سوء التغذية عند المرأة الحامل والذي قد يؤدي إلى اختلال في عمليات الأيض في الأطفال الناشئين وإمكانية الإصابة بمرض السكر.

4-2-2-المراحل العمرية التي تتم فيها الإصابة بالنوع الثاني :

يقدر عدد المصابين بالنوع الثاني من السكر في الولايات المتحدة الأمريكية بما لا يقل عن 16 مليون شخص ، وللأسف فإن العدد في ازدياد وقد بينت دراسة أمريكية عملت في عام 2000 م أن معدل الإصابة بالنوع الثاني من السكر بمقدار الثلث بين عامي-1998 و1990م ، وكانت الزيادة الكبرى (70 %) بين الشباب في عمر الثلاثين سنة. يصيب النوع الثاني من السكر عادة الأشخاص بعد سن الأربعين وفي السنة 1999 م فقط زادت نسبة الإصابة بمعدل إجمالي 6% مع زيادة قدرها 10% في الأمريكيين من أصل أفريقي ويعزى السبب الرئيسي لتلك الزيادة الكبيرة إلى السمنة¹.

4-2-3 مرض السكر في الأطفال البالغين :

حتى الوقت قريب كان مرض السكر الذي يصيب الأطفال عادة هو من النوع الأول تقريبا (نقص في كفاءة جهاز المناعة) وللأسف فإن في الوقت الحاضر تشير إلى أن ما نسبته 8-45 % من الحالات الجديدة للسكر في الأطفال عادة هو من النوع الثاني (الاختلافات الكبيرة في التقديرات بسبب الصعوبات في اكتشاف المرض عند الأطفال) ولا شك أن ذلك يعطي دلالة على أن مرض السكر في ازدياد عند جميع الشعوب.

4-3 النوع الثالث : مرض السكري الثانوي (Secondary) :

ويحدث نتيجة لوجود علة مرضية تؤثر على الخلايا للأنسولين في البنكرياس وأهم هذه العلة:

- الكل فوق أورام - (phéochromocytome) -
- استئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية مثلا.
- بعض أمراض الغدد الصماء كمرض العملاقة (ACROMEGALY) بسبب زيادة إنتاج هرمون النمو ، وفرط إفراز الغدة الدرقية (HYPERTHYROIDISM) .

المرجع السابق ، ص 251-267 defronzo¹

- نتيجة اخذ بعض الأدوية مثل هرمون الغدة الدرقية THYROID HORMONE
HGM.VJD/.K والكورتيزون.

4-4- النوع الرابع : سكر الحمل (Gestational diabètes)

قبلا اكتشاف الأنسولين وعلاجه بنجاح في مرض السكر كانت المرأة المصابة بالسكر تعاني من تأثير المرض على وظيفة المبيض وخصوبته وتكرار حدوث الإجهاض وحتى لو استمر الحمل كان يصاحب هذا بعض المضاعفات والمخاطر على المرأة الحامل مثل:

- زيادة مستوى السكر بشكل ملحوظ وخاصة في الأشهر الأخيرة من الحمل.

- زيادة احتمال الإصابة بتسمم الحمل.

- زيادة احتمال الإصابة بالتهابات المسالك البولية.

- زيادة فرصة حدوث في العين.

4-4-1 أنواع السكر أثناء الحمل :

وهناك نوعان من السكر أثناء الحمل:

1-سكر الحمل:

وهو من أنواع مرض السكر الأقل انتشار ويظهر أثناء الحمل فقط في النساء اللواتي لم يصبن بمرض السكر في السابق ، وغالبا ما يعود سكر الجلوكوز في الدم إلى معدلاته الطبيعية بعد الولادة ليعاود الظهور في الحمل التالي ، وهكذا وتشير الدراسات إلى أن حوالي ثلث إلى نصف النساء المصابات بسكر الحمل بالنوع الثاني من السكر في غضون عشر سنوات .

وتظهر عادة أعراض سكر الحمل كالعطش وكثرة التبول والتعب المبكر أو الإجهاد السريع خلال الأسبوع الرابع والعشرين من الحمل وفي بعض الأحيان يكون المرض بدون أعراض حيث يكتشف ارتفاع السكر للمرة الأولى عند الفحص الشهري لدم الحامل¹ .

¹ World health organization (WHO);definition, **diagnosis and classification of diabetes mellitus and complications.part 1**:diagnosis and classification of dianetes mellitus.Department of non –communicable disease surveillance ,GENEVA?1999

ويتسبب سكر الحمل في مشاكل صحية للجنين كما يشكل أيضا عامل خطورة للام الحامل حيث زيادة السكر تؤدي إلى حالة تسمى ماكروسوميا أو الجنين البدين والذي قد يؤدي إلى صعوبة الولادة وضرورة إجراء عملية قيصرية لإخراجه وقد بينت دراسة أجريت في ألمانيا أن % 25 من النساء المصابات بسكر الحمل يحتجن إلى عملية قيصرية لإخراج الجنين ويتم علاج سكر الحمل غالبا بالاكتهاء بتنظيم الغذاء وحده وممارسة التمارين الرياضية المناسبة لحالتها مع عدم محاولة إنقاص الوزن خوفا من حموضة الدم.

1-1- الفئات التي تصاب بسكر الحمل :

بقدر معدل الإصابة بسكر الحمل بحوالي % 4 ،ولكن أيضا أظهرت بعض الدراسات أن معدل الإصابة قد يكون اكبر من ذلك فمثلا أظهرت دراسة أجريت في ألمانيا أن % 13 من النساء الحوامل ثم تشخيصهم بهذا النوع من السكر.

1-2 - عوامل الخطورة بإصابة الحمل :

- التدخين .

- إذا كانت المرأة تنتمي إلى سلالات مصابة بمرض السكر .

- زيادة الوزن قبل حدوث الحمل .

- كبر عمر المرأة .

- زيادة الوزن ،حتى وإن كانت ضئيلة خلال السنوات الأولى من البلوغ .

مرض السكر مع الحمل :

ويقصد به حدوث الحمل لمريضة مصابة بالسكر أو عندما الإصابة بالسكر أثناء الحمل ولا تنتهي بنهايته ، ولا يوجد اختلاف بين سكر الحمل وهذا النوع من السكر في مدى الخطورة على الأم والجنين وفي طرق العلاج.

يتركز الهدف الأول لعلاج سكر الحمل أو مرض السكر على الحفاظ على

مستوى ثابت وطبيعي للسكر في الدم طوال فترة الحمل

مستوى لضبط استخدامه الواجب الوحيد العقار هو الأنسولين أن ملاحظة ويجب

السكر عند المرأة الحامل سواء كانت مصابة بالنوع الأول أو النوع الثاني مع تجنب الأقراص

الخافضة للسكر للأسباب التالية :

- الأنسولين هرمون طبيعي لا يسبب أي تشوهات خلقية للجنين .

- الأقرص تسبب زيادة في إفراز هرمون اللانولين من بنكرياس الجنين وهذا يؤدي إلى القليل مستوى السكر بدم الجنين وخالصة بعد الولادة مباشرة مما يعرض الجنين إلى غيبوبة نقص السكر والموت .

- الأقرص الخافضة للسكر لا تستطيع تخفيض سكر الحمل.¹

4-4-2 الاختلاف بين مرض سكر الحمل ومرض السكر الإعتيادي :

يختلف سكر الحمل عن سكر الاعتياد بنقطتين أساسيتين:

- سكر الحمل لا يؤدي إلى مضاعفات تصلب الشرايين الذي يكثر عند مرضى السكر الاعتيادي.

- احتمال المضاعفات التي قد يصاب بها الجنين لا تزيد عن الحالات

الطبيعية في غير المصابات بمرض السكر .

5 - الأعراض العامة لمرض السكر :

هناك عدة أعراض يمكن من خلالها التكهّن إن الشخص مصابا بمرض السكر وهذه الأعراض هي:

• شدة العطش والاكثر من شرب المياه وخاصة المثلجة .

• زيادة عدد مرات وكمية التبول .

• ازدياد الشهية لتناول الطعام وخاصة الحلويات والسكريات .

الأول فيالنوع بسرعة تحدث أن يمكن أعلاه المذكورة السكر أعراض أن غالى الإشارة ويخدر بشكل تماما تظهر تظهر لا قد ولكنها (أشهر أو أسابيع) الأطفال عند وخاصة السكر من

بطيئ في النوع الثاني من السكر :

• جفاف الحلق واللسان .

• نقص الوزن : في النوع الأول من السكر يمكن أن يحدث نقص في وزن الجسم دون

سبب واضح على الرغم من الأكل الطبيعي ، أو حتى زيادة الأكل عند الشخص ويعزى ذلك

إلى إفراز هرمون الجلوكاجون) المضاد لعمل الأنسولين(،والذي يفرز من البنكرياس أيضا

ويعمل هذا الهرمون على تكسير البروتينات والدهون ، وتحويلها إلى سكر مما يسبب في

¹ World health organization (WHO);definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus

حدوث نقص في الوزن كما يرجع نقص الوزن أيضا بسبب فقد كمية كبيرة من الماء نتيجة كثرة التبول.

يمكن أن يصاحب النوع الأول من السكر الشعور بالكسل ، الضعف ، الخمول وعدم القدرة على احتمال المجهود العضلي ، وهنا يجب الحرص على عمل التحاليل الطبية بدلا من البحث عن دواء منشط أو فيتامينات يظن المريض أنها مقوية ، وهي في الواقع تؤخر موعد اكتشافه لحقيقة الرضا الذي يشكو منه فعلا.

- الشراهة في الأكل وفقدان الوزن والتعب المستمر يمكن أن تظهر عند مريض السكر من النوع الثاني عندما يكون مستوى التحكم في السكر لديه ضعيف.
 - عدم وضوح الرؤية والدوخة (الدوار) أو الصداع وعدم التركيز.
 - الغيبوبة السكرية الكيتونية :قد تكون الغيبوبة السكرية الكيتونية " Diabetic Ketoacidosis" هي أول مؤشر لوجود مرض السكر ، وخاصة في صغار السن المصابين بالنوع الأول من السكر .وتحدث الغيبوبة السكرية الكيتونية بسبب تكسر الخلايا الدهنية و إنتاج مركبات يطلق عليها المركبات الكيتونية .
 - وبسبب إنتاج بعض الأنسولين في الأشخاص المصابين بالنوع الثاني من السكر فإن الغيبوبة السكرية الكيتونية عادة لا تحدث لديهم.¹
 - سرعة التهيج والتوتر.
- الجراثيم نمو على تساعد مادة فالسكر الميكروبية بالالتهابات الإصابة قابلية زيادة لذلك تكثير الالتهابات في المناطق الرطبة من الجسم مثل : الأعضاء التناسلية (خاصة لدى السيدات) ، والجلد كما تساعد على تقليل مقاومة الجسم ضد الجراثيمي مواقع أخرى من الجسم.
- الحكمة وخاصة في منطقة الأعضاء التناسلية.
 - التأخر في التئام الجروح والرضوض عند حدوثها (تقرحات القدم)
 - الضعف الجنسي ويكون واضحا عند الذكور.
 - القلق و الاضطراب النفسي ، وعدم الرغبة في العمل والأرق وعدم انتظام

¹ World health organization (WHO);definition, **diagnosis and classification of diabetes mellitus**

التبرز.

مضاعفات مرض السكر على أجهزة وأعضاء الجسم المختلفة :

تشير الدراسات أن خطر الوفاة اكبر في مرضى السكر بغض النظر عن الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ، وقد بينت تلك الدراسات أن السبب الرئيسي للوفاة هو مرض القلب عند مريض السكر ، ولا شك أن الدراسات تسبب قلقا بالغا نظرا للزيادة المطرد في معدلات الإصابة بمرض السكر ، وخاصة النوع الثاني ومن المضاعفات الأخرى لمرض السكر : اعتلال الأوعية الدموية الصغيرة والكبيرة ، والأعصاب والتي تؤدي إلى حدوث مضاعفات لكثير من الأعضاء مثل : العين والكلى والقلب وقد أثبتت الدراسات أن التحكم في السكر الدم في مرضى السكر له أهمية كبيرة للتقليل من المضاعفات المصاحبة لمرض السكر . وبالتالي فان تعليم المريض ومعرفته بمرض السكر له أهمية بالغة في التقليل من خطورة مضاعفات المرض.

وينبغي للمعالجين لمرض السكر أيضا ضرورة إرشاد المرضى للمشاكل الصحية الأخرى التي قد تجعل وتسيء للأمراض المصاحبة لمرض السكر ، وهذه تشمل ضرورة إيقاف التدخين ، وزيادة الكوليستيرول في الدم عن طريق التحكم في نوعية الغذاء و الرياضة ، والأدوية ، والسمنة ، وارتفاع ضغط الدم.

1-مرض السكر والأعصاب :

قد يصيب مرض السكر أي نوع من هذه الأعصاب و إصابة الأعصاب هي من مضاعفات مرض السكر الشائعة التي تظهر مبكرا ويشكو من أعراضها كثير من المرضى وتختلف شدتها و أعراضها من مريض لأخر ويرجع تأثير مرض السكر على الأعصاب إلى نقص الدم في الشرايين الدقيقة التي تغذي الأعصاب ويؤدي هذا إلى كثرة تصلب هذه الشرايين عند مريض السكر¹.

2-مرض السكر والدورة الدموية والقلب :

أ- التأثير على أعصاب الجهاز الدوري :

¹ World health organization (WHO);definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus

يشكو مريض السكر من زيادة عدد دقات القلب أثناء الراحة ، ويعزي هذا إلى تأثير مرض السكر على الأعصاب اللاإرادية المتحكمة في حركة وانقباض القلب وقد قدر العلماء معدل الوفيات بسبب مشاكل القلب الناتجة عن اعتلاء الأعصاب بسبب مرض السكر بين 15 % - 53 % .

ب- مرض السكر يعجل من تصلب الشرايين :

أن أهم المضاعفات التي تصيب مرضى السكر ولا سيما مع إهمال العلاج هي تصلب الشرايين ، وهذا قد يؤدي إلى أمراض الشرايين التاجية والجلطة القلبية والدماعية وقد أظهرت الدراسات أن الجلطة القلبية تشكل 60 % والجلطة الدماغية 25 % من الوفيات في مرضى السكر ، وفي النوع الأول من السكر قد يحدث لدى المريض ارتفاع في ضغط الدم إذا تعطلت وظائف الكلى والارتفاع في ضغط الدم يعتبر سبب رئيسي للجلطة القلبية وفشل القلب ، ويعتبر تصلب الشرايين من الأسباب المهمة في ارتفاع ضغط الدم.

ويمتد تصلب الشرايين عند مريض السكر ليصيب كل أنواع الشرايين الكبيرة والمتوسطة والصغيرة ولكن أخطر وأهم الشرايين التي يصيبها شرايين المخ والكلية والعين والقلب والقدمين .

ج - مرض السكر والعين :

لقد وجد أن ما يقارب من 50 % من مرضى السكر قد تتأثر عيونهم في وقت من الأوقات ويضعف إبصارهم ، ويؤدي مرض السكر إلى حدوث ما يعدل من 12000 إلى 24000 حالة جديدة من فقدان البصر سنويا ، ويعتبر مرض السكر السبب الرئيسي الأول لحالات فقدان البصر الجديدة في الأشخاص البالغين في سن 20 على 75 سنة .

د - مرض السكر والكلية¹:

يعتبر مرض الكلى من المضاعفات الخطيرة لمرض السكر ، وخاصة إذا كان المريض يعاني من ارتفاع في ضغط الدم أو أعراض الشرايين التاجية ، أو أن هناك مشاكل في مجرى البول ، وتشمل أعراض الفشل الكلوي التورم في القدم والركبة والاجتهاد وشحوب لون الجلد ، كما أنه يحد من وظيفة الكلى الأساسية وهي التخلص من السموم داخل الجسم.

¹ World health organization (WHO);definition, **diagnosis and classification of diabetes mellitus**

كما تؤدي مرض السكر إلى تكرار الإصابة بالالتهابات الجرثومية لحوض الكلى والمثانة مما يؤدي إلى زيادة عدد مرات التبول والحرقان أثناء التبول.

هـ - مرض السكر والجهاز الهضمي :

قد يسبب مرض السكر خلل في الأعصاب اللاإرادية ويؤدي إلى حدوث عدد من المشكلات عند مريض السكر ومن ذلك:

الإسهال الذي يستجيب لتناول الأدوية الطبية ويزداد ليلاً ، وأحياناً يشكو المريض

من عسر الهضم مع الإسهال ، وفي الغالب ينشأ هذا الإسهال بسبب تلف الأعصاب

اللاإرادية للأمعاء والمعدة والتي تتحكم في حركة هذه الأعضاء .

الإمساك : وينشأ ذلك أيضاً بسبب خلل في الأعصاب اللاإرادية المنظمة لحركة

الأمعاء حيث يؤدي ذلك إلى قلة حركة الأمعاء وحدث الإمساك.

انتفاخ البطن : يشعر مريض السكر في بعض الأحيان بانتفاخ وعدم راحة بالبطن بعد تناول

الطعام ، مما يعطي الشعور الدائم بامتلاء المعدة (التخمة) وعسر ويرجع ذلك إلى كسل

وبطئ إفراغ الطعام منها فيمكث الطعام فيها مدة طويلة

قدم مرض السكر :

قد يصيب التصلب الشرايين الطرفية في مرضى السكر يؤدي إلى قلة سريان الدم فيها

وهذا يسبب برودة القدمين والألم أثناء المشي تصلب وضيق الشرايين إلى تلف الأعصاب

الطرفية للقدم إلى حدوث القدم السكرية ويطلق تعبير القدم السكرية على المضاعفات

والتغيرات التي تحدث في القدم مريض السكر من التهابات وتقرحات أما عن دور تلف

الأعصاب الطرفية في حدوث القدم السكرية فيرجع إلى أن هذا التلف يفقد الإحساس بالقدم أو

تضعفه مما يعرضها لكثرة الاصطدام بالأشياء وعدم شعور المريض بألم أو حرارة أو برود

القدمين وبالتالي لا يشعر المريض بأي جرح أو حرقه كما أن تلف الأعصاب الطرفية يؤدي

إلى فقدان الإحساس بمفاصل القدمين والأصابع مما يسبب تشوه الأصابع وعدم تكافؤ توزيع

وزن الجسم على القدمين¹.

والقدم السكرية من أهم المضاعفات التي تواجه مريض السكر وتشير الإحصاءات

العالمية أنه يتم بتر قدم سكري كل 30 ثانية ولذلك اهتمت دول العالم بهذا الموضوع وحدد

¹ World health organization (WHO);definition, **diagnosis and classification of diabetes mellitus**

يوما عالميا للتعرف بخطورة المشكلة يحمل اسم يوم القدم السكري للتعرف بطرق 'الوقاية من البتر'.

مرض السكر والوظائف العقلية وفقدان الذاكرة :

بينت الدراسات أن المرضى المصابين بالنوع الثاني كمن السكر أكثر عرضة للإصابة بفقدان الذاكرة الناتج عن المشاكل في الأوعية الدموية عن المشاكل في الأوعية الدموية في الدماغ وضعف التركيز والذاكرة يمكن أن يحدث حتى في الأشخاص الذين هم أقل من 55 سنة والذين يعانون من مرض السكر لعدة سنوات وقد أظهرت دراسة أن الزيادة في مستوى السكر في الدم في الأشخاص المصابين بالنوع الأول من السكر قد يكون لها علاقة ببطء وظيفة ويشمل ذلك صعوبة في النطق وكذلك الصعوبة في إجراء العمليات الحسابية الذهنية .

مريض السكر والجراحة :

قد يحتاج مريض السكر مثل غيرهم لإجراء عمليات جراحية خلال حياتهم ولا تشكل الجراحة في الوقت الحاضر خطورة على مريض السكر وخاصة بعد توافر وسائل الجراحة الحديثة واكتشاف الأنسولين والمضادات الحيوية وفي حالات العمليات الصغيرة مثل فتح الخراج وغير يمكن استخدام أدوية السكر المعتادة كالأنسولين والأقراص الخافضة للسكر وفي حالة العمليات الجراحية المتوسطة والكبيرة فيجب استخدام الأنسولين ويفضل استخدام لمدة يومين أو ثلاثة قبل إجراء العملية مع إيقاف استخدام الأقراص الخافضة للسكر إذا كان المريض يستخدمها وأثناء العملية يعطي الأنسولين مع الجلوكوز ويجب إعطاء المريض المضاد الحيوي المناسب قبل وأثناء وبعد العملية وبعد تحسن حالة المريض بعد الجراحة يعود إلى استخدام أدوية السكر المعتاد (أنسولين أو أقراص)¹.

وبالإضافة للمضاعفات الذكر ، فإن لمرض السكر مضاعفات أخرى تمس بالتقريب جميع الأعضاء والأجزاء المتبقية هي : الجلد ، الأسنان ، الأنف والأذن ، الأجهزة التناسلية (الضعف الجنسي لدى الذكور والبرود عند النساء) ، كما يساهم في الإصابة بالتهاب كل من الجهاز التنفسي والبولى...²

¹ محمد بن سعد الحميد : المرجع السابق ، ص 36

1- ماريا أولازو ألافيل ، ترجمة مرآة التعريب والبرمجة: السيطرة على داء السكر ، ط 1 ، الدار العربية للعلوم ، 2002 ، ص 48 .

الطرق العلاجية لمرض السكري :

الطريقة الأولى : " العلاج بدون استخدام أي مثل :

1-تنظيم غذاء مريض السكر كما نوعاً

تشير الإحصاءات ما يقارب من 50 % من المرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر يمكنهم ضبط مستوى السكر في الدم عن طريق تنظيم الغذاء فقط ، وفي الحقيقة لا يوجد مرض من الأمراض يعتمد في علاجه على تنظيم الغذاء مثل مرض السكر ، وفي نفس الوقت فإنه لا يمكن ضبط مستوى السكر في الدم بدون تنظيم الغذاء .

هدف تنظيم الغذاء في علاج مريض السكر :

- ضبط مستوى السكر في الدم.
- تجنب من الأعراض ومضاعفات ارتفاع السكر.
- الحد من الأعراض ومضاعفات ارتفاع السكر.
- تقليل الكوليسترول والدهنيات الضارة بالجسم والوقاية من تصلب الشرايين.
- المساعدة في تخفيف الوزن والتخلص من السمنة.
- التقليل من جرعة أدوية السكر

1-2- مواصفات غذاء مريض السكر :

- إن يكون ملائماً لظروف واقتصاديات مريض السكر.
- أن يحتوي على نسبة مقننة من العناصر الغذائية المختلفة من نشويات وسكريات ودهون وبروتينات.
- كذلك يجب إن يحتوي على الفيتامينات والأملاح المعدنية والحبوب .
- والخضروات والأطعمة الغنية بالألياف .
- إن يتم تقسيم الوجبات الغذائية إلى صغيرة لا تقل عن ثلاث وجبات في اليوم .
- إن لا يحتوي على كثير من السكريات سريعة الهضم مثل سكر الطعام والحلاوة .
- إن لا على الدهون الحيوانية المشبعة مثل السمن البلدي ودهون الحيوانات واستبدالها بالزيوت النباتية مثل زين الزيتون والذرة

مزاولة مريض السكري :

للرياضة دور مهم في علاج مرض السكر حيث تؤدي إلى:

- حرق كمية كبيرة من سكر الجلوكوز للحصول على الطاقة اللازمة لنشاط وحركة العضلات أثناء الرياضة وبالتالي إلى التقليل من مستوى السكر في الدم .
- إنقاص الوزن وتقليل الضارة وهذا سوف يقلل من فرص حدوث تصلب الشرايين شائعة الحدوث في المرضى المصابين بالسكر
- زيادة تدفق الدم في شرايين الساقين والقدمين مما يقلل من إمكانية حدوث مضاعفات مرض السكر في القدمين.

ويعتبر المشي من الرياضيات المهمة لمريض السكر التي تساعد على تخفيض مستوى السكر في الدم ويفضل المشي بخطوات واسعة ، وتكون المعدة فارغة وان يكون ذلك بشك منتظم على الأقل ثلاثة أيام في الأسبوع ويفضل ارتداء الملابس القطنية وانم يكون الحذاء مريح للقدمين ويجب عدم استعمال الأحذية الضيقة أو الجوارب المصنوعة من البلاستيك أثناء مزاوله الرياضة .

ويجب على مريض السكر تجنب مزاوله العنيفة مثل : المصارعة والكاراتيه، وخلاف ذلك وخاصة المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر خاصة بعد أخذ حقنة الأنسولين ، ويفضل عند مزاوله النشاط الرياضي الاحتفاظ بقطعة من الحلوى لتجنب حدوث غيبوبة نقص السكر¹.

زراعة البنكرياس:

يتم التحكم بمستوى السكر للكثير من المرضى المصابين بالنوع الأول عن طريق الرياضة والتغذية وإعطاء حقن الأنسولين ، ولكن بعض المرضى يجدون صعوبة في ضبط مستوى السكر لديهم باستخدام تلك الطرق ، وينتج عن ذلك مضاعفات خطيرة على المدى القصير والبعيد وقد تكون زراعة البنكرياس بصورة جيدة للعلاج بالأنسولين ، والذين تظهر عليهم مضاعفات خطيرة بسبب المرض وتهدف عملية زراعة البنكرياس إلى تحسين النوع الأول من مرض السكر وعدم الاعتماد على الأنسولين.

وقد تمت زراعة أول بنكرياس في العالم عام 1966 بواسطة الدكتور ريتشارد من جامعة مينيسوتا في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث Richard Lillehei ليليهي تمت زراعة بنكرياس مع الكلى في نفس الوقت بنجاح ثم تلي زراعة البنكرياس مع الكلى من العمر 28

1 . ماريا أولازو ألافيل : المرجع السابق ، ص 144

سنة وبالرغم من انخفاض مستوى السكر في \square والإثني عشر لمریضة تبل دمها مباشرة بعد عملية الزراعة إلا أنها توفيت بعد ثلاثة أشهر بسبب مشاكل في الرئة.

وفي عام 1979 م تم زراعة أول جزء من البنكرياس من الأشخاص المتطوعين الأحياء وقد كانت تلك العمليات تعتبر في مرحلة التجارب حتى العام 1990 م ، وفي زراعة البنكرياس تعتبر مقبولة علاجيا وفي الولايات المتحدة الوقت الحاضر ف الأمريكية يوجد حاليا ما يقارب من 100 مركز طبي لزراعة البنكرياس يتم بها ما يقارب من 1400 حالة زراعة بنكرياس سنويا ويعتبر هذا العدد محدود جدا بسبب قلة الأعضاء التي يتم التبرع بها من قبل الأشخاص المتوفين لغرض الزراعة.

3-1- المقصود من زراعة البنكرياس :

هي عبارة عن عملية زراعة بنكرياس سليم قادر على إنتاج الأنسولين في الشخص المصاب بالسكر ، ويتم الحصول على كامل البنكرياس من الشخص المتوفى حديثا أو عن طريق تبرع بجزء منه من أحد الأقارب الأحياء ، ويمكن للإنسان التبرع بنصف البنكرياس وفي نفس الوقت يعيش حياة طبيعية والأشخاص الذين تتم لهم الزراعة يكونون مصابون بالنوع الأول من السكر ، وبشكل عام يكون عمرهم في حدود 55 سنة أو أقل وإن % 95 من حالات زراعة البنكرياس تتم في المرضى الذين يعانون من أمراض الكلى بسبب السكر أو المرضى الذين سبق أن تمت لهم عملية زراعة كلى في الماضي ولا زالت تعمل بنجاح .¹

2-3- أنواع زراعة البنكرياس :

هناك ثلاثة أنواع رئيسية لعملية زراعة البنكرياس:

- زراعة البنكرياس مع الكلى في وقت واحد في المرضى الذين يعانون من مرض السكر وفي نفس الوقت لديهم فشل في الكلى وتتخذ تلك الأعضاء عادة من نفس الشخص المتوفى.

وهذا النوع يشكل أغلب عمليات زراعة البنكرياس حيث يعادل حوالي % 75 من حالات زراعة البنكرياس وكذلك فإن زراعة البنكرياس مع الكلى في نفس الوقت تعطي معدل أفضل

¹ Frank,A.Deng S Hunang,Xet al:Transplantation for type 1Diabetes: comparison of VASCULARIZED whole organ pancreas With isolated pancreatic islets annals of Surgery.volume 240,Number 4,October 2004 ,631-643.

لحياة كل من العضوين وكذلك تؤدي إلى التحكم بصورة جيدة في سكر الدم ومنع فشل الكلى الناتج عن مرض السكر في المستقبل.

- زراعة البنكرياس بعد أخذه من الشخص المتوفى بعد زراعة سابقة ناجحة لكلى أخذت من شخص آخر قد يكون متوفى أو متبرع على قيد الحياة ، ولتلك العملية نفس الهدف المرجو من زراعة البنكرياس مع الكلى في نفس الوقت ، حيث يمنع ذلك فشل الكلى مستقبلا بسبب مضاعفات مرض السكر ، ويشكل هذا النوع من زراعة حوالي % 15 من عمليات زراعة البنكرياس .

- زراعة البنكرياس فقط وذلك في المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر الذين يعانون من هبوط حاد متكرر في سكر الدم ، ولكن الكلى لديهم تعمل بشكل جيد ، ويمكن أن ينصح بهذه الطريقة عندما يعاني المريض من أعراض جانبية متكررة بسبب الأنسولين ، أو في حالة عدم التحكم بشكل جيد في مستوى السكر في الدم على الرغم من إتباع أفضل الطرق في العلاج ويشكل هذا النوع من العمليات حوالي % 10 من حالات الزراعة .

1-زراعة خلايا بيتا من البنكرياس:

وهذه الطريقة تعتبر بديل جديد لزراعة البنكرياس لتقادي معوقات التبرع بكامل البنكرياس ، وهذا النوع من الزراعة لا يزال تحت التجربة وليست بنفس فاعلية زراعة البنكرياس على الأقل في الوقت الحاضر ، وتهدف هذه العملية إلى إعطاء مريض السكر خلايا جديدة قادرة على إنتاج الأنسولين ، ويتم ذلك عن طريق استخلاص تلك الخلايا من بنكرياس شخص متطوع بدلا من زراعة كامل العضو .

وعلى عكس عملية الزراعة الكاملة للبنكرياس فإن زراعة خلايا بيتا لا يتطلب إجراء عملية كبيرة ، ويحتاج المريض إلى تخدير موضعي فقط ، ولا يتطلب بقاءه في المستشفى أو يكون ذلك قصيرا ، وبالتالي فإن هذه الطريقة قد تكون بديلا جيدا عن زراعة كامل البنكرياس في حال نجاحها للمرضى المصابين بالنوع الأول من السكر .

الطريقة الثانية : العلاج باستخدام الأدوية

علاج المرضى السكر بالأنسولين:

التعريف بالأنسولين:

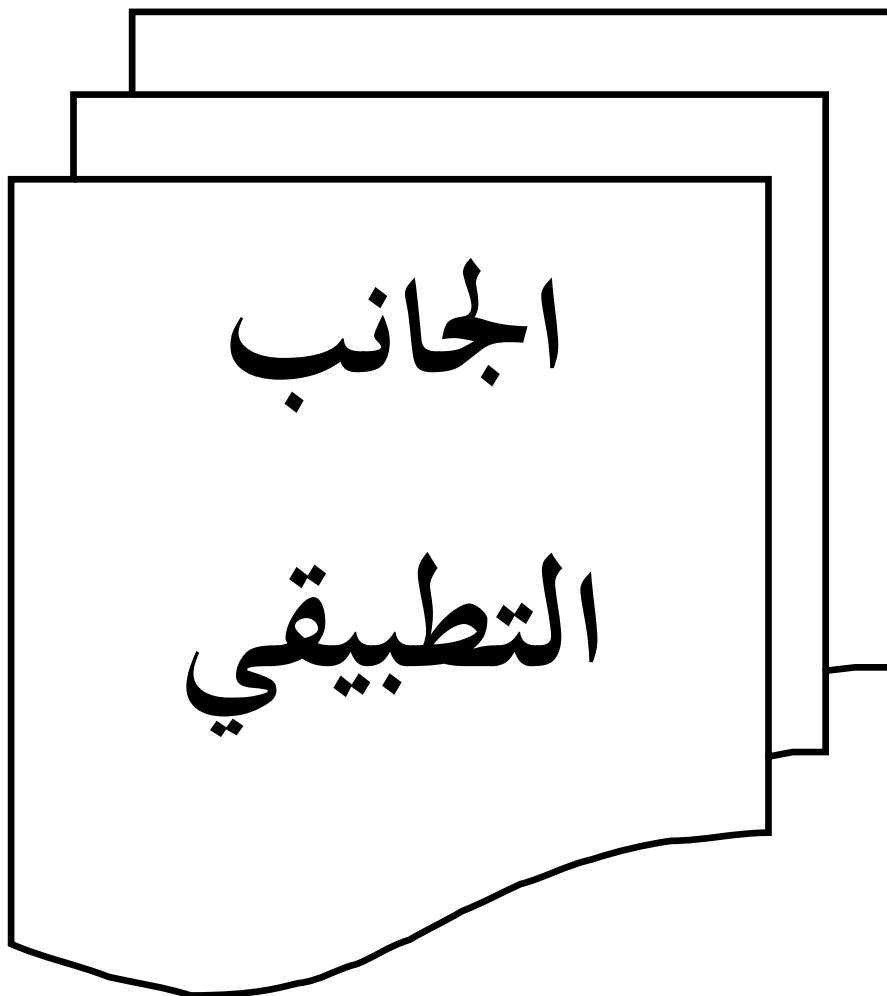
الأنسولين هو هرمون تفرز خلايا خاصة في البنكرياس تسمى خلايا بيتا (أي الخلايا رقم 2) وهي ضمن مجموعة من الخلايا المنتشرة على شكل جزر داخل البنكرياس وتعرف هذه الجزر بجزر " لانجر هانس "نسبة إلى مكتشفها ويتكون هرمون الأنسولين من سلسلتان من الأحماض الأمينية مرتبطان بروابط كيميائية والأنسولين ضروري للجسم كي يتمكن من الاستفادة واستخدام السكر والطاقة

في الطعام حيث يعمل على منع تراكم السكر وزيادة منسوبة في الدم مهما تناول الإنسان من سكريات ونشويات وإبقاء مستوى السكر ثابتا طوال الأربعة والعشرون ساعة .
آلية عمل الأنسولين ومصيره :

هو السكر وهذا ، الجلوكوز سكر من غرامات 5 يقارب ما الإنسان دم في يذوب المصدر الرئيسي للطاقة اللازمة لعمل أجهزة الجسم المختلفة في الإنسان ، ولكي يتم حرق السكر وإنتاج الطاقة فإن الجسم يحتاج إلى هرمون الأنسولين والذي يقوم بإدخال الجلوكوز إلى خلايا الجسم لتقوم بحرقه وإنتاج الطاقة.

خلاصة الفصل :

داء السكر هو مرض خطير وشائع أكثر فأكثر ، ولكنه لم يعد مرضا محاطا بالشك والربا ، وإذ يدرك الأطباء اليوم ، و أكثر من أي وقت مضى ، ما يجدر القيام به بضبط داء السكر ومساعدة المرضى على عيش حياة صحية ومنتجة ، لكن الطبيب لا يستطيع فعل ذلك لوحدة ، فالسيطرة الناجحة على داء السكر تستلزم عملا جماعيا والتزاما طوال الحياة





الفصل الأول

المنهجية

تمهيد :

إن أهمية أي دراسة ودقتها تتعدى الجانب النظري المنطلق منه ويتطلب تدعيمها ميدانيا من أجل التحقق من فرضيات الموضوع ، هذا ما يتطلب من الباحث توخي الدقة في اختيار المنهج العلمي الملائم و المناسب لموضوع الدراسة، والأدوات المناسبة لجمع المعلومات التي يعتمد عليها في ما بعد ، وكذا حسن استخدام الوسائل الإحصائية وتوظيفها، هذا من أجل الوصول إلى نتائج ذات دلالة ودقة علمية تساهم كلها في تسليط الضوء على إشكالية الظاهرة المدروسة ، وفي تقدم البحث العلمي بصفة عامة.

وفي هذا الفصل سنحاول أن نوضح أهم الإجراءات الميدانية التي اتبعناها في الدراسة والأدوات والوسائل الإحصائية المستخدمة ، والمنهج العلمي المتبع حسب متطلبات الدراسة وتصنيفها ، كل هذا من أجل الحصول على نتائج علمية يمكن الوثوق بها واعتبارها نتائج موضوعية قابلة للتجريب مرة أخرى، وكما هو معروف فإن الذي يميز أي بحث علمي ، هو مدى قابليته للموضوعية العلمية وهذا لا يتحقق إلا إذا اتبع الباحث منهجية علمية دقيقة وموضوعية.

1- المنهج المتبع :

إن المنهج هو مجموعة القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول للحقيقة في العلم، أو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة ، أو فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار أو الإجراءات من أجل الكشف عن الحقيقة التي نجهلها ، والمناهج أو طرق البحث عن الحقيقة تختلف باختلاف المواضيع ، ولهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية .

وفيما يخص اختيار المنهج المتبع فذلك يعود إلى طبيعة المشكلة. ونظرا لطبيعة موضوعنا ، الذي سنتطرق فيها إلى تأثير النشاط البدني الرياضي المكيف على الجانب النفسي لدى مرضى السكري .

الظاهرة محل الدراسة وكشف العلاقة بين عناصرها ، كان علينا اختيار المنهج الوصفي الذي يلائم طبيعة دراستنا فالمنهج الوصفي هو أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة لأجل الحصول على نتائج علمية تم تفسيرها بطريقة موضوعية ، وبما ينسجم فعليا مع المعطيات الفعلية للظاهرة . 2 ولا يقتصر البحث الوصفي على جمع البيانات والحقائق وتصنيفها وتبويبها ، بالإضافة إلى تحليلها الدقيق المعمق ، بل يتضمن أيضا قدرا من التفسير ، لذلك كثيرا ما يقترن الوصف بالمقارنة .

2- الدراسة الإستطلاعية:

لا تعد الدراسة الاستطلاعية واحدة من أهم الخطوات لبناء أدوات الدراسة فحسب، بل تتعدى هذه الأهمية إلى ضبط الدراسة من بدايتها حتى نهايتها، وذلك بما تقدمه من بناء تصورات حول جوانب الدراسة .وهي مرحلة تجريب مكونات الأدوات بعد إعدادها وصياغتها، وذلك للتأكد من مدى صلاحيتها وملائمتها كما أنها توفر للباحث فرصة للتعرف على مختلف الصعوبات التي قد تواجهه في الواقع وهو يعالج الظاهرة. وتهدف الدراسة الإستطلاعية إلى التأكد من صلاحية أدوات جمع المعلومات المطلوبة التي أعدها الباحث لهذا الغرض وكذلك التأكد من صدقها وهو قدرة الأداة على قياس ما أعدته لقياسه.

فالدراسة الإستطلاعية إذا هي عملية يقوم بها الباحث قصد تجربة وسائل بحثه لمعرفة صلاحيتها، وصدقها لضمان دقة وموضوعية النتائج المحصل عليها في النهاية وتسبق هذه الدراسة الإستطلاعية العمل الميداني، وتهدف لقياس مستوى الصدق والثبات الذي تتمتع به الأداة المستخدمة في الدراسة الميدانية ، كما تساعد الباحث على معرفة مختلف الظروف المحيطة بعملية التطبيق .

وقد قمنا قبل المباشرة بإجراء الدراسة الميدانية بدراسة استطلاعية كان الغرض منها ما يلي:

-تحديد حجم المجتمع الأصلي للدراسة وخصائصه ومميزاته.

-التأكد من صلاحية أداة البحث المطبق في الدراسة ، وذلك من خلال التعرض

للجوانب التالية:

-ملائمة المقياس المستخدم لمستوى العينة وخصائصها.

-المعرفة المسبقة لظروف إجراء الدراسة الميدانية الأساسية، وبالتالي تقادي

الصعوبات والعراقيل التي من شأنها أن تواجهنا.

ولهذا الصدد قمنا بزيارة عينة بحثنا، حيث تم ذلك من خلال الاتصال بجمعية

مساعدة مرضى السكري بالولاية، للتقرب أكثر من العينة المتمثلة في فئة مرضى داء

السكري بولاية الجلفة

3-متغيرات الدراسة :

3-1- المتغير المستقل :

وهو العامل الذي يريد الباحث قياس مدى تأثيره في الظاهرة المدروسة وعامة ما يعرف

باسم المتغير أو العامل التجريبي، ويتمثل في دراستنا في النشاط البدني الرياضي المكيف

3-2-المتغير التابع :

وهذا المتغير هو نتاج تأثير العامل المستقل في الظاهرة، ويتمثل في دراستنا هذه في

الاكتئاب النفسي. وعادة يقوم الباحث بصياغة فرضيته محاولا إيجاد علاقة بين المتغير

المستقل والمتغير التابع، ولكي يتمكن الباحث من اختبار وجود هذه العلاقة أو عدم وجودها

لابد له من استبعاد وضبط تأثير العوامل الأخرى على الظاهرة قيد الدراسة، لكي

يتيح المجال للعامل المستقل وحده التأثير على المتغير التابع¹.

4-مجتمع وعينة الدراسة :

نعني بمجتمع الدراسة جميع مفردات الظاهرة التي يقوم بدراستها الباحث، فالباحث يواجه مشكلة تحديد نطاق العمل في بحثه أي اختيار مجتمع البحث والعينة ومن المعروف أن أحد أهداف البحث العلمي هو إمكانية إقامة تعميمات على الظاهرة موضوع الدراسة إلى غيرها من الظواهر، والذي يعتمد على درجة كفاية العينة المستخدمة في البحث.

فالعينة إذا هي ذلك الجزء من المجتمع، يتم اختيارها وفق قواعد وطرق علمية، بحيث تمثل المجتمع تمثيلاً صحيحاً. إن الهدف الأساسي من إختيار عينة هو الحصول على معلومات عن المجتمع الأصلي للبحث، وليس من السهل على الباحث أن

يقوم بتطبيق بحثه على جميع أفراد المجتمع الأصلي. فالإختيار الجيد للعينة يجعل النتائج قابلة للتعميم على المجتمع الأصلي الذي أشتقت منه، وبمقدار تمثيل العينة للمجتمع تكون نتائجها صادقة بالنسبة له ولطريقة العينة مميزات كبيرة فهي توفر الوقت والجهد والمال، كما تيسر استخدام مجموعة صغيرة من الباحثين المدربين، وتتيح للباحث فرصة جمع معلومات وافية ودقيقة والتي تمهد له بإصدار أحكام أكثر دقة

4-1- إختيار نوع العينة :

عينة البحث :

لقد تم إختيار عينة مقصودة من حيث النوع (مرضى داء السكري) ، و عشوائية من حيث الخصائص الفردية للمريض (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة المهنية)، و قد تم تطبيق أداة الدراسة على مجموعتين من العينة الإجمالية المدروسة (الممارسين و غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف) يقدر عددهم ب 40 مصاب بداء السكري.

العينة المقصودة :

ويستخدم هذا الأسلوب إذا كان أفراد المجتمع الأصلي معروفين تماما وعلى هذا الأساس تم إختيار عينة مقصودة من حيث النوع وطبيعة الدراسة .

¹ ذوقان عبيدات :مرجع سابق ، ص18 .

5-مجالات البحث :

أ -المجال المكاني:

لقد تم إجراء البحث الميداني بولاية الجلفة، والمتواجد بحي باب الشارف بوسط المدينة و بمساعدة مرضى السكري من خلال برامجها التحسيسية بخصوص المرض و المساهمة في تسوية وضعيات المرضى القانونية خاصة غير المؤمنين اجتماعيا ،وكذا تنظيم برامج رياضية للمرضى بالتعاون مع الجمعيات الرياضية ودور الشباب و هذا بالتنسيق مع بعض الأخصائيين بداء السكري .

ب -المجال الزمني:

بدأنا بإجراء البحث مباشرة بعد تحديد المشكلة المراد دراستها، إذ تم ذلك إبتداءا من بداية شهر مارس 2017 ، وذلك بعد الحصول على موافقة الإشراف من طرف الأستاذ المشرف وقبوله للخطة الأولية المرسومة للعمل، وقد تم تكوين الإطار النظري للدراسة في حدود أواخر شهر ماي 2017 ، أما فيما يخص الجانب التطبيقي ، فقد تم الإنطلاق فيه بداية شهر جوان 2017 ، وهذا بموافقة الأستاذ المشرف على الأداة المطبقة" الإستبيان أدوات جمع البيانات :

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

- تساعد على جمع المعلومات والحقائق المتعلقة بموضوع البحث.
 - تجعل الباحث يتقيد بموضوع بحثه وعدم الخروج عن أطره العريضة.
- ومنه فأداة البحث هي الوسيلة الوحيدة التي يتمكن بواسطتها الباحث حل المشكلة وقد استخدمنا في بحثنا الإستبيان "،حيث هو وسيلة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق إعداد استمارة يتم تعبئتها من قبل عينة ممثلة من أفراد المجتمع وسميناه المستجيب (الذي يقوم بملء الأستمارة)¹.

¹ إخلاص محمد عبد الحفيظ ، مصطفى حسين باهي : المرجع نفسه ، ص29 .

6- الأساليب الإحصائية المستعملة :

إن طبيعة الموضوع والهدف منه يفرض علينا أساليب إحصائية خاصة، تساعد الباحث في الوصول إلى نتائج ومعطيات، يفسر ويحلل من خلاله الظاهرة "موضوع الدراسة"، وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على جملة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة تصميم الدراسة وهي كما يلي:

7 الإحصاء الوصفي :

7-1-1 - المعدل الحسابي

يعتبر المتوسط الحسابي أبسط أنواع مقاييس النزعة المركزية المتداولة على وجه العموم وذلك لسهولة حسابه وفهم معناه¹ ، ويمكن استخدام القانون بالصورة التالية:

- المتوسط الحسابي (\bar{x}) .
- مجموع القيم (\sum) .
- تكرارات الفئة (N_j) .
- مركز فئة (أي ناتج جمع الحد الأعلى من الحد الأدنى للفئة ثم القسمة على اثنين) (x_j) .
- المجموع الكلي لتكرارات الفئات كلها أي مجموع عدد المفردات (N)

الإ انحراف المعياري :

الإ انحراف المعياري هو الجذر التربيعي لمتوسط مجموع مربعات إ انحرافات القيم عن وسطها الحسابي ويعتبر الإ انحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت وأكثرها إستعمالا في علم الإحصاء¹ ، ويمكن إستخدام القانون بالصورة التالية:

$$S = \sqrt{[\sum (x_i - \bar{X})^2] / n}$$

النسب المئوية:

استعملت في هذه الدراسة لغرض تقدير أفراد الدراسة الإستطلاعية وكذا تقدير أفراد مجتمع الدراسة الأساسية حسب متغيرات البحث .

¹ إخلص محمد عبد الحفيظ ، مصطفى حسين باهي : المرجع نفسه ، ص 293 .

الفصل الثاني

عرض وتحليل

عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى: الحزن والتشاؤم

1- هل أنت كئيب طوال اليوم ؟ .

وذلك لكي نتعرف على مدى شعور المريض بالحزن والكآبة خلال اليوم .

الجدول رقم (02) : توزيع إجابات المرضى وفق الإجابة على السؤال هل أنت كئيب طوال اليوم ؟ .

الممارسين		غير الممارسين		الحزن والتشاؤم	
%	ك	%	ك		
55	22	80	32	نعم	أشعر بالكآبة طوال اليوم
45	18	20	08	لا	

عرض ومناقشة نتائج الجدول رقم (02) :

من خلال نتائج هذا الجدول ، وعلى ضوء الإجابات التي أفضى بها المستجوبون حول الإجابة على مدى شعور المريض بالحزن والكآبة طوال اليوم ، نلاحظ أن عدد المجيبين غير الممارسين بنعم 32 ، أي بنسبة % 80 ، بينما عدد المجيبين بلا كان 08 ، أي بنسبة % 20 .

في حين أن عدد المجيبين الممارسين بنعم 22 ، أي بنسبة % 55 ، بينما عدد المجيبين بلا كان 18 ، أي بنسبة % 45 .

2- هل لديك إحساس بأن مشاعرك حزينة ولا تستطيع السيطرة عليها ؟

الغرض من هذا التساؤل وهو : معرفة إحساس المصابين بالداء السكري بالحزن وعدم السيطرة على أحاسيسهم وذلك بالنسبة للممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياض .

الجدول رقم : (03) مشاعري حزينة ولا أستطيع السيطرة عليها

الممارسين		غير الممارسين		الحزن والتشاؤم	
%	ك	%	ك		
55	22	85	34	نعم	مشاعري حزينة ولا أستطيع السيطرة عليها
45	18	15	06	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 03 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، والمتعلق بالإجابة على مدى السيطرة على المشاعر الحزينة للشخص المصاب بداء السكري طوال اليوم ، نلاحظ أن عدد المجيبين غير الممارسين بنعم 34 ، أي بنسبة 85% ، بينما عدد المجيبين بلا كان 06 ، أي بنسبة 15% .
في حين أن عدد المجيبين الممارسين والمجيبين بنعم 22 ، أي بنسبة 55% ، بينما عدد المجيبين بلا كان 18 ، أي بنسبة 45% .

3- هل ينتابك الخوف من المستقبل ؟

وهذا لمعرفة شعور المصاب بالداء السكري بالخوف وهذا عند الممارسين للنشاط البدني الرياضي وغير الممارسين .

الجدول رقم (04) : ينتابك الخوف من المستقبل

الممارسين		غير الممارسين		الحزن والتشاؤم	
%	ك	%	ك		
30	12	90	36	نعم	ينتابني الخوف من المستقبل
70	28	10	04	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 04 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 90 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الغير ممارسين المجيبين بنعم ، أما الأشخاص المجيبين بلا 04 % المقدرة بنسبة 10% وهي النسبة الأقل ، بينما الأشخاص الممارسين والمجيبين بنعم 12 كانت نسبتهم أقل 30 % ، أما الأشخاص الممارسين والمجيبين بلا فكانت نسبتهم النسبة الأكبر وهي 70 % .

4- هل حياتك سعيدة كالأشخاص الغير مصابين ؟

طرحنا هذا السؤال لمعرفة مدى سعادة المصابين بالداء السكري وذلك للممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني .

الجدول رقم (05) : حياتك سعيدة كالأشخاص الغير مصابين

الممارسين		غير الممارسين		الحزن والتشاؤم	
%	ك	%	ك		
65	26	15	06	نعم	حياتي سعيدة كالأشخاص غير المصابين
35	14	85	34	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 05 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 85 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الغير ممارسين المجيبين بلا ، أما الأشخاص المجيبين بنعم المقدره بنسبة 15% وهي النسبة الأقل ، بينما الأشخاص الممارسين والمجيبين بنعم 26 كانت نسبتهم أكبر 65 % ، أما الأشخاص الممارسين والمجيبين بلا 14 و نسبتهم النسبة الأقل وهي 35 % .

5- هل أنت متفائل للغد ولديك أمل في المستقبل ؟

الغرض من طرح هذا السؤال : معرفة مدى تفاؤل المريض الممارس وغير الممارس للنشاط البدني الرياضي

الجدول رقم (06) : متفائل للغد ولديّ أمل في المستقبل

الممارسين		غير الممارسين		الحزن والتشاؤم	
%	ك	%	ك		
60	24	30	12	نعم	متفائل للغد ولديّ أمل في المستقبل
40	16	70	28	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 06 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 70 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الغير ممارسين المجهيين بلا ، أما الأشخاص المجهيين بنعم المقدرة بنسبة 30% وهي النسبة الأقل من الغير ممارسين ، بينما الأشخاص الممارسين والمجهيين بنعم 24 كانت نسبتهم 60 % ، وهي النسبة الأكبر بالنسبة للممارسين ، أما الأشخاص الممارسين والمجهيين بلا 16 و نسبتهم النسبة الأقل وهي 40 %

6- هل أنت يائس وتشعر بالملل طوال اليوم

الغرض من طرح هذا السؤال وهو قياس مدى شعور الممارس والغير الممارس للنشاط البدني الرياضي والمصابين بالداء السكري بالملل واليأس .

الجدول رقم (07) : يائس وأشعر بالملل كامل النهار

الممارسين		غير الممارسين		الحزن والتشاؤم	
%	ك	%	ك		
45	18	75	30	نعم	يائس وأشعر بالملل كامل النهار
55	22	25	10	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 07 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 75 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الغير ممارسين المجيبين بنعم ، أما الأشخاص المجيبين بلا المقدره بنسبة 25% وهي النسبة الأقل من الغير ممارسين ، بينما الأشخاص الممارسين والمجيبين بنعم 18 كانت نسبتهم 45 % ،وهي النسبة الأقل بالنسبة للممارسين ، أما الأشخاص الممارسين والمجيبين بلا 22 و نسبتهم النسبة الأكبر وهي 55 % .

الجدول رقم (08) يبين دلالة الفروق بين الممارسين والغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي وذلك لنتائج الفرضية الأولى " الحزن والتشاؤم " .

بعد الحزن والتشاؤم	بعد الاكتئاب	
10.70	X ₁	غير الممارسين
2.65	S ₁	
9.15	X ₂	الممارسين
2.32	S ₂	
2.96	T المحسوبة	إختبار t
2.04	T المجدولة	
38		درجة الحرية
0.05		مستوى الدلالة
دال إحصائيا		الدلالة

مناقشة نتائج الجدول رقم 08

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعد الحزن والتشاؤم للمرضى غير الممارسين يساوي 10.70 ، بينما الانحراف المعياري يساوي 2.65 بينما نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 9.15 ، بينما الانحراف المعياري يساوي 2.32 ووجدنا أن t المحسوبة تساوي 2.96 أكبر من t المجدولة مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين لبعد الحزن والتشاؤم .

الاستنتاج الجزئي الأول:

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة ببعد الحزن والتشاؤم ومن خلال الإجابات التي صرح بها المستجيبون نجد من خلال الجدول رقم (02) أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كانوا يشعرون بالحزن والكآبة طوال اليوم ، الأمر الذي يعكس ارتباط هذه الفئة بالحزن والتشاؤم بشكل متواصل، مما نستنتج اكتساب هذه الفئة لقدر كبير من الحزن والتشاؤم . بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف نجد أن أغليبيتهم لا يشعرون بالحزن والكآبة طوال اليوم، ذلك يعد من الدلالات القوية التي تترجم تمتع هذه الفئة بقدرة كبيرة من التفاؤل . ومن خلال الجدول رقم (03) نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كان ينتابهم الإحساس بالحزن ولا يستطيعون السيطرة عليها ، مما نستنتج أن هذه الفئة يطغى عليها التشاؤم من المستقبل ولا يستطيعون السيطرة على مشاعرهم . بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغليبيتهم لا ينتابهم الحزن عند التفكير بالمستقبل ، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الأمل والتفاؤل . ومن خلال الجدول رقم (06) نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كانوا يشعرون بآس دائم من الحياة ، مما نستنتج أن هذه الفئة لا تتمتع بالأمل في الحياة . بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغليبيتهم لا يشعرون بالآس من الحياة ، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الأمل والتفاؤل . ومن خلال الجدول رقم (08) وجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يختص ببعد الحزن والتشاؤم ، ومنه نستنتج أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من الحزن والتشاؤم لدى مرضى داء السكري . وحسب الفرضية الأولى التي تنص على أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من الحزن والتشاؤم .

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية: أعاني من عدم التركيز طوال اليوم ؟
وذلك للتعرف على : القدرة على التركيز بالنسبة للممارسين والغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي

1- هل تعاني من صعوبة التركيز طوال اليوم ؟

الجدول (09) : مدى صعوبة التركيز خلال اليوم

الممارسين		غير الممارسين		عدم التركيز طوال اليوم	
%	ك	%	ك		
40	16	75	30	نعم	أعاني من صعوبة في التركيز دائما
60	24	25	10	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 09 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 75 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الغير ممارسين المجيبين بنعم ، أما الأشخاص المجيبين بلا المقدره بنسبة 25% وهي النسبة الأقل من الغير ممارسين ، بينما الأشخاص الممارسين والمجيبين بنعم 16 كانت نسبتهم 40 % ،وهي النسبة الأقل بالنسبة للممارسين ، أما الأشخاص الممارسين والمجيبين بلا 24 و نسبتهم النسبة الأكبر وهي 60 % .

2- هل ينتابك القلق على حالتك النفسية ؟

الغرض من طرح السؤال التوصل إلى مدى الشعور بالقلق عند الأفراد الممارسين والغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي والمصابين بالداء السكري

الجدول (09) : الشعور بالقلق على حالة المريض النفسية

الممارسين		غير الممارسين		عدم التركيز طوال اليوم	
%	ك	%	ك		
35	14	85	34	نعم	ينتابني القلق على حالتي النفسية
65	26	15	06	لا	

تفسير النتائج :

عرض ومناقشة الجدول رقم 09 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 85 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الغير ممارسين المجهيين بنعم ، أما الأشخاص المجهيين بلا المقدرة بنسبة 15% وهي النسبة الأقل من الغير ممارسين ، بينما الأشخاص الممارسين والمجهيين بنعم 14 كانت نسبتهم 35 % ، وهي النسبة الأقل بالنسبة للممارسين ، أما الأشخاص الممارسين والمجهيين بلا 26 و نسبتهم النسبة الأكبر وهي 65 % .

3- هل تحس بالرعب والخوف من كل شيء ؟

الغرض من طرح هذا التساؤل التعرف على درجة الرعب والخوف والتي يحس بها المريض بالداء السكري وذلك للممارسين للنشاط البدني المكيف والأشخاص الغير ممارسين للنشاط البدني الرياضي

الجدول (10) : يوضح مدى الشعور بالرعب والخوف من كل شيء

الممارسين		غير الممارسين		عدم التركيز طوال اليوم	
%	ك	%	ك		
35	12	55	22	نعم	أحس بالرعب وأخاف من كل شيء
65	28	45	18	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 10 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 65 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الممارسين المجهيين بلا ، أما الأشخاص المجهيين بنعم المقدرة بنسبة 35% وهي النسبة الأقل من الممارسين ، بينما الأشخاص غير الممارسين والمجهيين بنعم 22 كانت نسبتهم 55 % ،وهي النسبة الأكبر بالنسبة غير للممارسين ، أما الأشخاص الغير الممارسين والمجهيين بلا 18 و نسبتهم النسبة الأقل وهي 45 % .

4- هل تشعر بالتعب وقلة التركيز دائما ؟ .

الغرض من طرح هذا التساؤل التوصل إلى مدى إحساس المصابين بالداء السكري بالتعب وقلة التركيز وذلك مقارنة بين الشخص الممارس للنشاط البدني الرياضي والشخص الذي لا يمارس النشاط البدني الرياضي

الجدول (11) : يبين لنا مدة الشعور بالتعب والخوف الدائمين

الممارسين		غير الممارسين		عدم التركيز طوال اليوم	
%	ك	%	ك		
30	12	65	26	نعم	أشعر بالتعب وقلة التركيز
70	28	35	14	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 07 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 70 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الممارسين المجهيين بلا ، أما الأشخاص المجهيين بنعم المقدرة بنسبة 30% وهي النسبة الأقل من الممارسين ، بينما الأشخاص غير الممارسين والمجهيين بنعم 26 كانت نسبتهم 65 % ،وهي النسبة الأكبر بالنسبة لغير الممارسين ، أما الأشخاص غير الممارسين والمجهيين بلا 14 و نسبتهم النسبة الأقل وهي 35 % .

5- هل تعاني من الفشل ؟

الغرض من سؤالنا هذا وهو التعرف على حالة المريض وقياس نسبة الفشل لديه وذلك للأفراد الممارسين وغير الممارسين .

الجدول رقم (12) : تبين مدى الفشل الذي يحس به مريض الداء السكري

الممارسين		غير الممارسين		عدم التركيز طوال اليوم	
%	ك	%	ك		
20	08	85	34	نعم	أعاني من الفشل
80	32	15	06	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 12 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 85 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص غير الممارسين المجيبين بنعم ، أما الأشخاص المجيبين بلا المقدره بنسبة 15% وهي النسبة الأقل من الغير ممارسين ، بينما الأشخاص الممارسين والمجيبين بنعم 08 كانت نسبتهم 20 % ،وهي النسبة الأقل بالنسبة للممارسين ، أما الأشخاص الممارسين والمجيبين بلا 32 و نسبتهم النسبة الأكبر وهي 80 % .

6- هل لديك طاقة واستعداد على تحمل الملل؟

الغرض من طرح هذا السؤال هو قياس مدى طاقة واستعداد المصاب بالداء السكري وتحمله للملل وذلك عند الأشخاص الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف والأشخاص غير الممارسين

الجدول رقم (13) : تبين مدى استعداد المريض وطاقته على تحمل الملل

الممارسين		غير الممارسين		عدم التركيز طوال اليوم	
%	ك	%	ك		
65	26	40	16	نعم	لديّ طاقة ومستعد لتحمل الملل
35	14	60	24	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 13 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 65 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الممارسين المجهيين بنعم ، أما الأشخاص المجهيين بلا المقدرة بنسبة 35% وهي النسبة الأقل من الممارسين ، بينما الأشخاص من غير الممارسين والمجهيين بنعم 16 كانت نسبتهم 40 % ، وهي النسبة الأقل بالنسبة للممارسين ، أما الأشخاص غير الممارسين والمجهيين بلا 24 و نسبتهم النسبة الأكبر وهي 60 % .

الجدول رقم (14) : "أعاني من عدم التركيز طوال اليوم " .

بعد الحزن والتشاؤم	بعد الاكتئاب	
10.70	X ₁	غير الممارسين
2.65	S ₁	
9.15	X ₂	الممارسين
2.32	S ₂	
2.96	T المحسوبة	إختبار t
2.04	T المجدولة	
38		درجة الحرية
0.05		مستوى الدلالة
دال إحصائيا		الدلالة

مناقشة نتائج الجدول رقم

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعء الحزن والتشاؤم للمرضى غير الممارسين يساوي 10.70 ، بينما الانحراف المعياري يساوي 2.65 بينما نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 9.15 ، بينما الانحراف المعياري يساوي 2.32 ووجدنا أن t المحسوبة تساوي 2.96 أكبر من t المجدولة مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين لبعء الحزن والتشاؤم .

الاستنتاج الجزئي الثاني:

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة ببعد صعوبة التركيز طوال اليوم ومن خلال المستجوبون . ومن خلال نتائج الجدول رقم (09) نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف يراودهم كثيرا صعوبة في التركيز وذلك طوال اليوم ، مما نستنتج اكتساب هذه الفئة صعوبة في التركيز . بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني نجد أن أغليبتهم ليس لديهم صعوبة في التركيز ، ذلك يعد من الدلالات القوية التي تترجم تمتع هذه الفئة بقدر كبير بعدم التركيز ومن خلال الجدول رقم(14) نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف غير راضين عن أنفسهم ،لأنهم لا يستطيعون التركيز مما نستنتج أن هذه الفئة يطغى عليها الشعور بعدم الرضا و اللوم المتواصل على أنفسهم . بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغليبتهم راضين عن أنفسهم ، وليس لديهم أدنى مشكل حول القدرة على التركيز ويتمتعون كباقي الأشخاص العاديين من الفهم والتركيز وممارسة الرياضة وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الرضا عن النفس .
ومن خلال الجدول

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالث : اعتقد أن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويغرس في داخلي حب الرياضة ؟
1- هل ينتابك التفكير الدائم بالمرض ؟ .

الغرض من طرح هذا السؤال : التعرف على مدى تفكير المصاب بالداء السكري بالمرض وذلك للأشخاص الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف والأشخاص الغير ممارسين

الجدول رقم (15) : يبين التفكير الدائم بالمرض

الممارسين		غير الممارسين		إعتقد أن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويغرس في داخلي حب الرياضة	
%	ك	%	ك		
35	14	55	22	نعم	هل ينتابك التفكير الدائم بالمرض
65	26	45	18	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 15 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 65 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الممارسين المجيبين بلا ، أما الأشخاص المجيبين بنعم المقدره بنسبة 35% وهي النسبة الأقل من الممارسين ، بينما الأشخاص من غير الممارسين والمجيبين بنعم 22 كانت نسبتهم 55 % ،وهي النسبة الأكبر بالنسبة لغير الممارسين ، أما الأشخاص غير الممارسين والمجيبين بلا 18 و نسبتهم النسبة الأقل وهي 45 .%

2- هل تعتقد بأن النشاط البدني الرياضي يساعدك على التخفيف من حالتك النفسية ؟

الغرض من طرح هذا التساؤل : التعرف على مدى مساعدة ممارسة النشاط البدني الرياضي من التخفيف من الحالة النفسية التي يعيشها المصاب بالداء السكري

الجدول رقم (16) : النشاط البدني الرياضي يساعد من التخفيف من الحالة النفسية للمريض بالداء السكري

الممارسين		غير الممارسين		إعتقد أن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويفرس في داخلي حب الرياضة	
%	ك	%	ك		
85	34	20	08	نعم	أعتقد بأن النشاط البدني الرياضي يساعدني على التخفيف من حالتي النفسية؟
15	06	80	32	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 16 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 85 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الممارسين المجيبين بنعم ، أما الأشخاص المجيبين بلا المقدره بنسبة 15% وهي النسبة الأقل من المجيبين من الممارسين ، بينما الأشخاص من غير الممارسين والمجيبين بنعم 08 كانت نسبتهم 20 % ،وهي النسبة الأقل بالنسبة لغير الممارسين ، أما الأشخاص غير الممارسين والمجيبين بلا 32 و نسبتهم النسبة الأكبر بالنسبة لغير الممارسين وهي 80 %

3- هل ممارسة النشاط البدني الرياضي تقلل من حجم الإصابة بالمرض ؟ .

الغرض من طرح التساؤل : معرفة مدى تقليل نشاط البدني الرياضي من الإصابة بالمرض

الجدول رقم (17) : تبين درجة التقليل من المرض بالنسبة للممارسين والغير الممارسين

الممارسين		غير الممارسين		إعتقد أن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويغرس في داخلي حب الرياضة	
%	ك	%	ك		
90	36	60	24	نعم	ممارسة النشاط البدني الرياضي تقلل من حجم الإصابة بالمرض
10	04	40	16	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 17 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 90 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الممارسين المجيبين بنعم ، أما الأشخاص المجيبين بلا المقدرة بنسبة 10% وهي النسبة الأقل من الممارسين ، بينما الأشخاص من غير الممارسين والمجيبين بنعم 24 كانت نسبتهم 60 % ، وهي النسبة الأكبر بالنسبة لغير الممارسين ، أما الأشخاص غير الممارسين والمجيبين بلا 16 و نسبتهم النسبة الأقل وهي 40 %

4- هل أنت قادر على ممارسة الرياضة ؟ .

الغرض من طرح هذا التساؤل : معرفة القدرة على ممارسة النشاط البدني الرياضي

الجدول رقم (18) يبين القدرة على ممارسة النشاط البدني الرياضي

الممارسين		غير الممارسين		إعتقد أن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويغرس في داخلي حب الرياضة	
%	ك	%	ك		
75	30	40	16	نعم	أنا قادر على ممارسة الرياضة ؟
25	10	60	24	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 18 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 75 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الممارسين المجيبين بنعم ، أما الأشخاص المجيبين بلا المقدرة بنسبة 25% وهي النسبة الأقل من الممارسين ، بينما الأشخاص من غير الممارسين والمجيبين بنعم 16 كانت نسبتهم 40 % ، وهي النسبة الأقل بالنسبة لغير الممارسين ، أما الأشخاص غير الممارسين والمجيبين بلا 24 و نسبتهم النسبة الأكبر وهي 60 %.

5- هل باعتقادك أن الرياضة تخفف من معاناتك النفسية ؟ .

الغرض من طرح التساؤل : وذلك لمعرفة مدى تخفيف الرياضة من معاناة النفسية للمصابين بالداء السكري

الجدول رقم (19) : يبين تخفيف معاناة المريض النفسية وذلك للمارسته للرياضة

الممارسين		غير الممارسين		إعتقد أن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويفرس في داخلي حب الرياضة	
%	ك	%	ك		
65	26	70	28	نعم	باعتقادي أن الرياضة تخفف من معاناتي النفسية ؟ .
35	14	30	12	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 19 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 70 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص غير الممارسين المجيبين بنعم ، أما الأشخاص المجيبين بلا المقدره بنسبة 30% وهي النسبة الأقل من غير الممارسين ، بينما الأشخاص من الممارسين والمجيبين بنعم 26 كانت نسبتهم 65 % ،وهي النسبة الأكبر بالنسبة الممارسين ، أما الأشخاص الممارسين والمجيبين بلا 14 و نسبتهم النسبة الأقل وهي 35 %.

6- هل لاحظت وجود اختلاف بين الممارسين للنشاط البدني وغيرهم من غير الممارسين . ؟

الغرض من طرح هذا التساؤل : معرفة وجود اختلاف بين الممارسين للنشاط البدني الرياضي وغير الممارسين .

الجدول رقم (20) : يبين الإختلاف بين الممارسين وغير الممارسين

الممارسين		غير الممارسين		إعتقد أن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويفرس في داخلي حب الرياضة	
%	ك	%	ك		
75	30	70	28	نعم	هل لاحظت وجود اختلاف بين الممارسين للنشاط البدني وغير الممارسين ؟
25	10	30	12	لا	

عرض ومناقشة الجدول رقم 20 :

من خلال نتائج هذا الجدول ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ بان النسبة الأكبر 75 % وهي النسبة التي تمثل الأشخاص الممارسين المجهيين بنعم ، أما الأشخاص المجهيين بلا المقدرة بنسبة 25% وهي النسبة الأقل من الممارسين ، بينما الأشخاص من غير الممارسين والمجهيين بنعم 28 كانت نسبتهم 70 % ، وهي النسبة الأكبر بالنسبة لغير الممارسين ، أما الأشخاص غير الممارسين والمجهيين بلا 12 و نسبتهم النسبة الأقل وهي 30 % .

الاستنتاج الجزئي الثالث:

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة بأن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويغرس في داخلنا حب الرياضة؟ ومن تفسير الإجابات التي أدلى بها المستجوبون ومن خلال عرض نتائج الجدول رقم (15) نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف يرون بان الرياضة لا تقلل من التفكير الدائم بالمرض . مما نستنتج أنهم يعانون من التفكير الدائم بالمرض . بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أنهم لا يفكرون بحالتهم المرضية ، الأمر الذي يعكس بأن أغليبيتهم مازالوا يواصلون السعي للاستمتاع أكثر بحياتهم رغم المرض، ذلك يعد من الدلالات القوية التي تترجم تمتع هذه الفئة بقدر كبير من الراحة وعدم التفكير الدائم بالمرض . ومن خلال الجدول رقم (20) نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف أغليبيتهم لا يلاحظون الفرق بينهم وبين الأفراد الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف ، أما الأشخاص الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف يلاحظون الفرق الشاسع بينهم وبين الشخص الذي لا يمارس الرياضة .

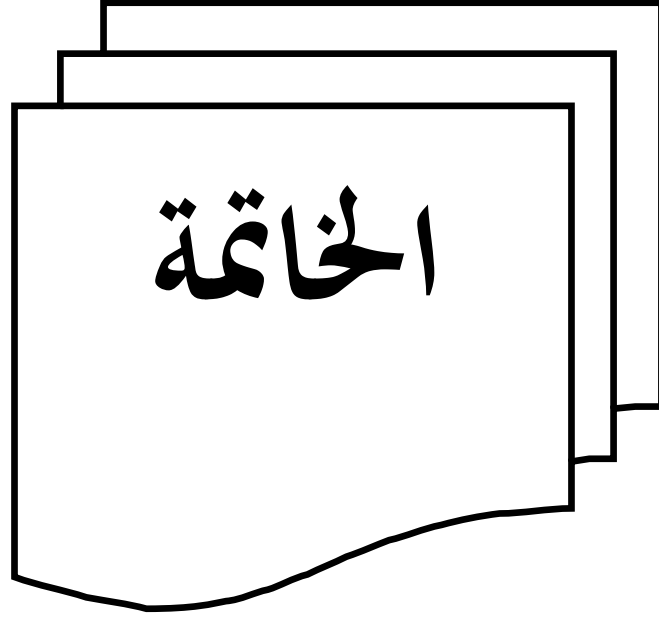
الاستنتاج العام:

بعد عرض ومناقشة النتائج المتحصل عليها و الخاصة بفئتي المصابين بداء السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف و غير الممارسين يتبين لنا أنه من خلال نتائج **الفرضية الأولى** وجود فروق لدى العينتين على مستوى بعد الحزن والتشاؤم و الذي كان لصالح فئة الممارسين حيث ساهمت الممارسة بالتقليل من حدة الحزن و التشاؤم لمريض السكري، وهذا ما يؤكد صحة **الفرضية الأولى**.

كما تبين لنا من خلال نتائج الفرضية الثانية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين على مستوى بعد المعاناة من التركيز طوال اليوم حيث كانت النتيجة لصالح عينة الممارسين حيث ساهمت ممارسة الأنشطة البدنية والرياضة المكيفة وما لها من إيجابيات. وهذا يجعل من ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف يساعدنا في التخفيف من قلة التركيز وهذا ما أكدته نتائج الفرضية الثانية .

كما تبين لنا من خلال نتائج **الفرضية الثالثة** وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين على أن النشاط البدني الرياضي يقلل من التفكير الدائم بالمرض ويغرس في داخلنا حب الرياضة حيث ساهمت ممارسة الأنشطة البدنية والرياضة المكيفة وما لها من إيجابيات في مساعدة مريض السكري من تجنب التفكير في إيذاء نفسه و هذا ما يؤكد صحة الفرضية الثالثة

ومما سبق ذكره و بعد التحقق من صحة الفرضيات الجزئية المقترحة في بداية الدراسة نستطيع القول بأن الفرضية العامة والتي تنص على أنه : يوجد تأثير للنشاط البدني الرياضي المكيف على الجانب النفسي لدى مرضى السكري .



وختاماً لهذه الدراسة و التي كان الهدف منها معرفة تأثير النشاط البدني الرياضي المكيف على الجانب النفسي لدى مرضى السكري ولهذا يمكننا ان نستخلص من خلال بحثنا هذا ومن خلال دراستنا الميدانية بأن هناك علاقة بين الممارسة الرياضية المكيفة و مستوى الحالة النفسية ، فالممارسين لهم مستوى أقل لبعد الحزن والإكتئاب مقارنة بغير الممارسين، و هذا ما أثبتته نتائج الدراسة الميدانية.

ان أهمية برمجة هذا النشاط لمرضى داء السكري ، دفعنا إلى القيام بهذه الدراسة ، ولما كان النشاط البدني والرياضي المكيف يشكل مدخلا تربويا تعليميا أنه من الأجدر أن يكون أكثر من ذلك بالنسبة لفئة مرضى السكري .

قمنا بهذا البحث وكلنا أمل بأن مرضى داء السكري، وللتخفيف من حالتهم النفسية التي يعانون بها والمصحوبة بالمرض والتفكير الدائم به إنما هو ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف الذي يقلل من التفكير بالمرض ويساعدهم على التركيز وممارسة حياتهم بصفة عادية ، والذي أبرزنا من خلاله مدى فاعلية النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من الحالة النفسية من خلال أهم أبعاده الثلاثة التي اعتمدنا فيها في دراستنا

وما يمكن الإشارة إليه في الأخير حيث يجب الاهتمام بهذه الشريحة ، لأن ناقوس الخطر يدق وذلك لارتفاع وتزايد عدد المصابين بالداء السكري ،كما نعتبر الأشخاص المصابين بالداء السكري أشخاصاً مهمين كغيرهم من الأشخاص العادين واعتبارهم ثروة بشرية خلقة، تستحق بذل المزيد من العناية والاهتمام في تعليمها وتدريبها، حتى يتسنى لها امتلاك القدرة على النمو السليم في كل النواحي، وشق طريقها في الحياة وتحقيق ذاتها في هذا المجتمع في حدود قدراتها و إمكانياتها.



قائمة المصادر والمراجع :

- 1- إبراهيم رحمة : تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي ، دار الفكر للطباعة والنشر الطبعة الأولى ، عمان ، 1998 م .
- 2- إخلاص محمد عبد الحفيظ ، مصطفى حسين باهي : طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائية ، مركز الكتاب للنشر ، 2000 م .
- 3- إسماعيل ، عزت إسماعيل : اكتئاب النفس أعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه ،
- 4- أمين أنور الخولي ، أسامة كمال راتب : التربية الحركية للطفل ، دار الفكر العربي
- 5- جلال اسعد: في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، القاهرة ، دار الفكر العربي، 1986 م .
- 6- حزام محمد رضا القزوني : التربية الترويحية ، دار العربية للطباعة ، بغداد ، 1978 م
- 7- حسن الساعاتي التطبيق والعمران دار النهضة العربية، الطبعة الثالثة، بيروت
- 8- الحفني ، عبد المنعم موسوعة الطب النفسي ، القاهرة، مكتبة مدبولي، 1992 .
- 9- السيد ، صالح حزين إساءة معاملة الأطفال ، دراسة إكلينيكي، مجلة الدراسات النفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين ، 1993 . الطبعة 01 ، القاهرة ، 1992 م .
- 10- حلمي إبراهيم ، ليلي السيد فرحات : التربية الرياضية والترويح للمعاقين ، دار الفكر العربي ، الطبعة الاولى ، القاهرة 1998 م .
- 11- ذوقان عبيدات : البحث العلمي : مفهومه ، أدواته ، أساليبه ، دار الفكر ، عمان ، 1982 م .

- 12- زهران ، حامد عبد السلام : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب ، الطبعة الثانية ، 1978م .
- 13- صلاح الدين شروخ : منهجية البحث القانوني للجامعيين ، دار العلوم ، الجزائر ، 2003 م .
- 14- عباس فيصل : أساليب دراسة شخصية " تكتيكات الإسقاطية " ، بيروت ، دار الفكر العربي ، 1990م .
- 15- عزت إسماعيل : إكتئاب النفس : أعراضه ، وأنماطه وأسبابه وعلاجه ، الكويت ، وكالة المطبوعات ، بدون سنة .
- 16- عسكر ، عبد الله : الإكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص ، القاهرة ، مكتبة الأنجلوالمصرية ، 1988م .
- 17- عفيف ، عبد الحكيم : الإكتئاب والانتحار ، القاهرة ، الدار المصرية ، 1989م .
- 18- عكاشة أحم : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 1998م
- 19- غريب ، عبد الفتاح الإضطرابات الإكتئابية ، التشخيص وعوامل الخطر ، النظريات والقياس ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد 56 ن المجلد 17 ، 2007م .
- 20- محمد الحمحامي ، أمين أنور الخولي : أسس بناء برامج التربية الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1990م .
- 21- محمد بن سعد الحميد : مرض السكر ، أسبابه ومضاعفاته وعلاجه ، الطبعة الاولى ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 2007م .

22- محمد عادل خطاب : النشاط الترويحي وبرامجه ، مختتم الطبع والنشر ، مكتبة

القاهرة الحديثة .

23- مروان عبد المجيد إبراهيم : الألعاب الرياضية للمعوقين ، دار الفكر للطباعة والنشر

والتوزيع ، عمان ، الأردن 1997م .