

أ.د/ نطاح كمال

د/ شناتي عبد العزيز

جامعة محمد بوضياف - المسيلة

المشكلات النفسية والجسدية والأنشطة الرياضية المكيفة -للمعاقين حركيا-



سنة النشر: 1446 هـ / 2025 م

رقم الإيداع: ISBN :978-9931-251-80-4

**المشكلات النفسية والجسدية والأنشطة الرياضية
المكيفة - للمعاقين حركيا-**

أ.د/ نظام كمال

د. شنتاي عبد العزيز

بسم الله الرحمن الرحيم

المشكلات النفسية والجسدية والأنشطة الرياضية المكيفة - للمعاقين حركيا-

• إعداد: د. شناتي عبد العزيز // أ.د. نطاح كمال

• مقاس الكتاب: 16/24

(جامعة محمد بوضياف - جامعة المسيلة-)

• رقم الإيداع: 4 _ 80 _ 251 _ 9931 _ 978 :ISBN

• سنة النشر: 1446 هـ / 2025 م

تقديم

يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديات هائلة في الحياة، حيث يشير خبراء الإعاقة إلى غياب التخصيص الفردي، حيث أظهر تقرير حديث لليونسكو أن "الأشخاص ذوي الإعاقة كانوا أكثر عرضة للعنف والتنمر من أقرانهم غير المعاقين، وينطبق هذا بشكل خاص على التربية البدنية. بسبب محدودية قدراتهم البدنية أو المعرفية، غالبا ما يُمنع الأشخاص ذوو الإعاقة من ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية، أو يواجهون تصورات سلبية للغاية وتمييزا.

ولعل من أبرز التحولات في مجال التربية البدنية في السنوات الأخيرة، فصول التربية البدنية المكيفة والبرامج الشاملة التي تلزم الجميع بالنشاط البدني، بغض النظر عن قدراتهم البدنية والمعرفية. وقد ازدادت أهمية هذه البرامج، إذ يمكن لذوي الاحتياجات الخاصة حضور فصول متخصصة مع برنامج تربية بدنية مكيف، تعتبر التربية البدنية المكيفة: وسيلة فعالة لتعزيز الحياة الصحية وتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة

ويشير الاتحاد الدولي للنشاط البدني المكيف (IFAPA) إلى أن أفضل تعريف للتربية البدنية المكيفة قد صاغه دان وليتشوه Dunn & Leitschuh بدقة عام 2010: "برامج الأنشطة البدنية المكيفة هي تلك التي لها نفس أهداف برنامج الأنشطة البدنية العادية، ولكن مع إدخال تعديلات على العروض العادية لتلبية احتياجات وقدرات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة".

لقد وجدت الإعاقات من حيث وجود الإنسان والأسباب المؤدية إليها ولكن رعايتهم لم تكن موجودة، ولم تكن موجودة الخدمات التربوية لتفي باحتياجات الأفراد غير العاديين، وأدت التطورات السريعة في الفلسفات الاجتماعية، وفي نظريات التعلم وفي المجالات التكنولوجية إلى ثروة مستمرة جعلت العمل في مجال

التربية الخاصة فيه من الإثارة بقدر ما به من الصعوبة، حيث استخدمت إجراءات وطرق فعالة في تدريب وتعليم الأطفال الذين كانوا يعانون من إعاقات حسية (كالصم وكف البصر)، وذلك في الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا، ثم تلتها الإعاقة العقلية والحركية ولم يكن الأشخاص المعاقين حركيا مقبولين اجتماعيا في المجتمعات القديمة، فقد كانت تلك المجتمعات تعتبرهم عبئا ثقيلا عليها ولهذا كانت تتخلص منهم بأشكال متنوعة (عبيد، 2014، ص 27).

وشهدت السنوات الأخيرة اهتماما علميا وعمليا بالإعاقة والمعاقين باعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي لا يمكن أن يعيش وحيدا في هذا الكون وهذه الحقيقة وضعت المجتمع أمام مسؤولية أخلاقية للمعونة في مواجهة خطر الإعاقة وتحجيمها والحد من آثارها ووضع الحلول للعديد من المشاكل المتعلقة بهذا المجال من خلال برامج وقائية إرشادية اجتماعية طبية (ماهر، آدم، 2005، ص 9).

اهتمت الجزائر كغيرها من الدول برعاية وتشجيع الأفراد المعاقين وإدماجهم في الحياة الاجتماعية ووضع تسهيلات لتنقلهم وتحسين ظروف معيشتهم ورفاهيتهم وتطبيق تدابير من شأنها القضاء على الحواجز التي تعيق الحياة اليومية لهؤلاء الأشخاص فقد صدر القانون 09-02 في مايو 2002 المتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم (فتحي، 2015، ص 323-334).

وللممارسة الرياضية دور فعال على النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية والصحية للمعوقين، حيث تعتبر ذات أهمية قصوى وبنحو يفوق أهميتها للأصحاء، ومن الأهداف النبيلة لرياضة المعاقين إعادة تأقلمهم والتحامهم ببنية المجتمع المحيط بهم، وبعبارة أخرى تسهيل وسرعة استفادتهم وإفادتهم للمجتمع بانتظامهم، ولها جوانب إيجابية عميقة تفوق كونها علاجاً بدنيا ونفسيا لهم فيتعدى الأمر كونها طريقة ووسيلة ناجحة وجيدة للترويج النفسي للمعاق، كما تشكل جانبا مهما من

استرجاعه لعنصر الدافعية الذاتية والصبر والرغبة في اكتساب الخبرة والتمتع الصحيح بالحياة، فان ممارسة الرياضة للمعاقين هي تفريغ طبيعي وسليم للطاقة الحيوية والنفسية لهم، كما تساهم في صقل وتهذيب النشء وتعويدهم احترام القواعد والأصول في الملعب وخارجه، ولشغل أوقات الفراغ بطريقة صحيحة (رياض، 2005، ص.14-21-22-23).

يعتبر النشاط البدني الرياضي المكيف حديث النشأة مقارنة بالنشاط الرياضي العادي وينعكس إيجابا على الأفراد الممارسين، فهو عامل أساسي في بناء شخصية الأفراد من جميع النواحي الحركية، النفسية، العقلية، الصحية، ومن هذا المنطلق يكون واجب علينا أن نكون دعما وسندا لهم، بغية تحفيزهم نفسيا واجتماعيا كغيرهم من الأفراد الأسوياء، حيث يساهم النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية الدافعية لدى المعاقين حركيا التي هي مفتاح الممارسة الرياضية على مختلف مستوياتها، كما نجد له دور في تحقيق الأغراض الصحية والنفسية والاجتماعية، ويمنحه تقبل الإعاقة والثقة بالنفس عن طريق التقبل الاجتماعي (مقراني وآخرون، 2020، ص.182).

فان النشاط البدني الرياضي المكيف يجعل الفرد المصاب يشعر بالقدرات التي يتمتع بها خاصة وان رياضة ذوي الاحتياجات الخاصة تعتمد على التصنيف في وضع المجموعات المتقاربة من حيث القدرات والاستعدادات لضمان التنافس العادل وتكافؤ الفرص، وهذا ما يجعل مقارنة الفرد مع أقرانه تكون إيجابية وممكنة وهو ما يضمن التناسق بين شخصية الفرد و بيئته والوسط الذي يعيش فيه، والنشاط الرياضي يتيح الفرصة لذوي الاحتياجات الخاصة، لإشباع هواياتهم وممارستها بشكل بناء ومناسب وهي تعبير من المطالب الضرورية للفرد، للتغلب على المشكلات الشعورية لديهم والناجمة عن الشعور بالنقص وعدم التكافؤ مع الآخرين

وتحرير النفس من الصراعات والمضاعفات النفسية التي تعاني منها هذه الفئة(خوجة وآخرون، 2019، ص.180).

إن العلاقة بين النفس والجسد علاقة قديمة، وهذا ما لفت نظر العلماء في الوقت الراهن، بل اكتشفوا أن كثير من الأمراض حتى وإن أخذت شكلا عضويا إلا أن العوامل النفسية تكون البطل والأساس الذي يحرك الأحداث ويقودها إلى المرض أو إلى الشفاء (غانم، 2015، ص.85).

حتى العديد من المشكلات الجسمية والتي قد تبدو للوهلة الأولى أن أسبابها تتعلق بأجهزة الجسم وأنه لا علاقة لها بالعوامل النفسية والاجتماعية، بينت أن الدراسات الحديثة قد كشفت أن العديد من المشكلات الجسمية تكمن وراءها أسباب نفسية، وإن نفسية الشخص حين تسوء، فإن ذلك يمثل الأرضية الخصبة لنمو بذور- بل وتفرع أشجار- المشكلات النفسية، كما لا يفوتنا الإشارة إلى طائفة من المشكلات الجسمية يطلق عليها المشكلات السيكوسوماتية وهي في حقيقة الأمر مشكلات جسدية، لكن تكمن وراءها أسباب نفسية، وإن التركيز فقط على العلاج الجسدي لا يفيد، ولابد من الأخذ في الاعتبار حل الصراعات والعقد وكافة الترسبات النفسية حتى تشفى تماما هذه المشكلات ولا تأخذ أشكالا جسدية- مرضية متنوعة (حسن، 2018، ص.5).

إن الدراسات أكدت بان الإعاقة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة آثارها تظهر بشكل ابعد من مجرد الحدود الفيزيائية، وتنطلق إلى مجالات أوسع من حياة الفرد، فالفرد يجمع خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصوره لذاته الجسمية ونقصد بها(فكرة المعاق)، ويخطط معظم الناس لحياتهم بناء على مفهومهم لذواتهم الجسمية وقدراتها والقدرات الأخرى المرتبطة بها، وقد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعاق حركي لعمله ا وإلى تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد

خاصة إذا كان هو العائل الوحيد للأسرة، وفي الغالب تؤدي إلى البطالة أو قلة العمل، فضلا عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة الحركية في علاقتها مع مجتمعه والبيئة المحيطة به، وتأثيرها في سلوك الفرد وتصرفاته، وتختلف المعوقات بين الأفراد من فرد لأخر بحسب تكون شخصيته وبناءه النفسي ولأن الحياة تفرض علينا ضغوط وتحكمنا بالظروف نجد انه لا يوجد فرد من الأفراد خاليا من المشاكل أو المنغصات الحياتية، فبعض الأفراد يعانون من المشاكل الجسدية ومنهم من يعانون من مشاكل نفسية (بن شهرة وسلامي، 2016، ص.72).

وباعتبار أن ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف يمثل شكلا من الأشكال التي يمكن أن تساهم في نهوض المعاق حركيا بشخصيته والرضا عن نفسه عن طريق التخفيف من بعض المشكلات (النفسية/الجسدية) آثار فينا ذلك الرغبة والميول إلى كتابة هذا الكتاب، وقمنا بتقسيمه إلى ثلاث فصول حيث يتمثل الفصل الأول في النشاط البدني الرياضي المكيف والذي تناولنا فيه كل من التطور التاريخي له في العالم بشكل عام وفي الجزائر بشكل خاص، وأهم المفاهيم، وأساليب تعديله وأسس وأهدافه وفوائده وتصنيفه وأهميته وأهم العوامل المؤثرة فيه، بالإضافة إلى أغراضه ودوره في تنمية المعاق وأنواعه والفحوص الطبية الخاصة به وخطواته، وأخيرا الإجراءات المتخذة من الدول.

وبالنسبة للفصل الثاني: فقد تناولنا فيه بعض المشكلات النفسية والجسدية، وهي مشكلة القلق واضطرابات النوم والاستجابة الاكتئابية والاعترا ب النفسي، بالإضافة إلى بعض المشكلات الجسدية المرتبطة بالصحة الجسدية مثل السكري والصداع والضغط والقولون العصبي وبعض المشكلات العضلية

أما الفصل الثالث: فقد تناولنا فيه الإعاقة الحركية (الإعاقة بالمنظور الإقليمي والدولي وحجم الإعاقة في الوطن العربي، وتربية المعوقين وضخامة عدد

المعوقين في الجزائر والأهداف المثلى للمعاقين والمشكلات الناتجة عن الإعاقة، وأهم مفاهيم الإعاقة ومفهوم المعوق أو المعاق، بالإضافة الى تعريف وأسباب ونسبة والوقاية وتقسيم الإعاقة الحركية، وكذلك احتياجات ودور المنظمات والهيئات العالمية في رعاية المعوقين حركيا، وأخيرا تاريخ وهيكل وأهداف الاتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة).

الفصل الأول:

النشاط البدني الرياضي المكيف

تمهيد

1. التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف.
2. نبذة تاريخية حول النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر.
3. النشاط البدني الرياضي المكيف.
4. أساليب تعديل النشاط البدني الرياضي المكيف.
5. أسس النشاط البدني الرياضي المكيف.
6. أهداف وأغراض النشاط البدني الرياضي المكيف.
7. تصنيف النشاط البدني الرياضي المكيف.
8. أهمية وفوائد النشاط البدني الرياضي المكيف.
9. العوامل المؤثرة في النشاط البدني الرياضي المكيف.
10. دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية المعاق.
11. الفحوص الطبية الخاص بالنشاط الرياضي المكيف.
12. خطوات تطوير النشاط البدني الرياضي المكيف.

الخلاصة

تمهيد:

يعتبر النشاط البدني الرياضي المكيف من الوسائل التربوية والترويحية الفعالة التي تساعد الفرد المعاق على تحقيق النمو البدني والعقلي والاجتماعي والنفسي حتى يتقبل إعاقته ويتعايش معها والاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته حتى لا يكون عبئا على المجتمع بل قوة منتجة في جميع المجالات فيشارك في تقدم المجتمع، كما يساعده في تحسين العلاقة بينه وبين الأفراد الآخرين سواء كانوا أصحاء أو متحدي الإعاقة، كما يعد عاملا من عوامل الراحة الايجابية التي تشكل مجالا هاما في استثمار وقت الفراغ بالإضافة إلى ذلك يعتبر من الأعمال التي تؤدي للارتقاء بالمستوى الصحي والبدني للفرد المعوق، ويعمل النشاط البدني الرياضي المكيف كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بين الأشخاص، كما عرف تطورا كبيرا في العقود الأخيرة حتى أصبح يحتل مكانة لا تقل عن تلك التي يحتلها النشاط الرياضي للعاديين.

والباحث في هذا المجال يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي تداولها المختصون والعاملون في الميدان واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة، فقد استخدم بعض الباحثون مصطلحات النشاط الحركي المعدل أو التربية الرياضية المعدلة أو التربية الرياضية المكيفة أو التربية الرياضية الخاصة أو رياضة المعاقين، في حين استخدم البعض مصطلحات الأنشطة الرياضية العلاجية أو أنشطة إعادة التكييف، فبالرغم من اختلاف التسميات يبقى الجوهر واحد، أي أنها أنشطة حركية ورياضية تفيد ذوي الاحتياجات الخاصة.

1-التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف

إن علاقة الرياضة بالإعاقة علاقة قديمة منذ البداية فقد ظهر ما يسمى بالعلاج بالرياضة عندما بدا الأطباء الذين كانوا يتولون مسؤولية علاج الإصابات والتشوهات وحالات العجز بالاستعانة بالحركات الرياضية في إتمام علاج هؤلاء المرضى وكان الأطباء المهتمون بالعلاج الطبي لحالات التشوهات وأنواع الإعاقات المختلف يعطون أهمية خاص للرياض والتمارين العلاجية لتكون بندا أساسيا من بنود العلاج لهذه الحالات وتعود أصول الرياضة العلاجية إلى أيام المصريين القدماء ولكن تقنيها والعناية بها كأحد وسائل العلاج يعود إلى العلامة الإغريقي جالين (131-201 ق ب) ثم العالم العربي الكبير ابن سينا والذي ولد عام 980م حيث وضعوا الأساس لتلك الرياضة العلاجية وكيفية الاستعانة بها في تحسين صحة هؤلاء المرضى وسرعة شفائهم واستقرار حالتهم.

وقد ادخل البروفيسور جو بيرلوزينت (1529-1583) الرياضة العلاجية ضمن الدراسات الطبية كأحد وسائل العلاج وكان يعتبر الأطباء هم أقدر الناس على وصف الرياضة العلاجية للمرضى بالطريقة السليمة والصحية.

وفي القرن السادس والسابع ميلادي أضيفت للرياضة العلاجية الحمامات العلاجية والرياضيات المائية وتم عمل توصيف لها مع شرح لطريقة مزاولة التمرينات بدقة.. وتم نشر عدة كتب عن التمرينات العلاجية مثل: كتاب ميركوريلي 1600م – كتاب طب التمرينات لاندريا نيكولاس فولدز عام 1705م – كتاب العالم الانجليزي جون شوا عام 1823م والذي ابرز فيه أهمية التمرينات العلاجية في علاج التشوهات ومشاكل العمود الفقري وحالات التقوس به، والذي أيضا حذر من أن هذا النوع من العلاج يجب أن يتولاه أفراد المهن الطبية وليس أي احد آخر، وفي عام 1928م تأسس الاتحاد الدولي للطب الرياضي، وبعد الحرب العالمية الثانية

زادت العناية بالتربي الرياضية والتربية البدنية وفسولوجيا الحركة والرياضات العلاجية المختلفة وتركزت كثير من الأبحاث في هذه الفروع.

وفي خلال هذه الفترة بدا ذوي الاحتياجات الخاصة وخصوصا من كانوا أصلا من الرياضيين في العودة إلى ممارسة رياضتهم المفضلة وانضم لهم مجموعة أخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة والذين لم يكونوا يمارسوا رياضات قبل ذلك والتي أحسوا معها أنهم بالممارسة والحركة ترتفع حالاتهم المعنوية وتستقر نفسياتهم (مصطفى طاهر وآخرون، 2006، ص.5-6).

مشاركة المعاقين في الأنشطة الرياضية:

بالرغم من تشجيع الأطباء المعالجين للمعاقين للممارسة الرياضية إلا أنهم يمارسونها بناء على رغباتهم ودوافعهم الشخصية أيضا كما مارسوها أحيانا أخرى بطريقة تخالف تعليمات السلامة الطبية لهم، وذلك بالنسبة للمعاقين الرياضيين قبل الإعاقة أو المعاقين غير الرياضيين في الأصل، واشتمل أيضا على المعاقين بأمراض خلقية (من أمثلة ذلك لورد بيرون والذي ولد بعاهة حركية في احد أطرافه السفلى إلا انه مارس التجديف والسباحة والملاكمة، وكذلك عبور أبطال العرب المصريين المعاقين لبحر المانش فرديا وفي تتابع متتال ومع زيادة وانتشار الرياضة في الخمسين عاما الأخيرة والذي واكبه تطور وتقدم علم الطب الرياضي الحديث أصبح في إمكان المعاقين بمختلف صنوف الإعاقة الشديدة أن يمارسوا أنواع الرياضة المناسبة لهم وذلك في تدريبات منتظمة ومكثف نسيا تستهدف استخدام قابليتهم وطاقاتهم الحيوية للتغلب على الآثار السلبية للإعاقة ولموازنة العجز الجزئي الحاد منها (رياض، 2005، ص.29).

وظهرت أمثلة أخرى وكثيرة وخاصة في فترة ما بين الحربين وفي أوروبا على وجه الخصوص ومن بينهم هارولد كونلي الأمريكي والذي أصيب بشلل ولادي بالذراع الأيسر أدت إلى شلل بأصابع اليد وصاحب الرقم القياسي ي رمي المطرقة والمجري كارولي الذي فقد ذراعه الأيمن عام 1938 ورغم ذلك استطاع أن يكون بطلا اولمبيا للأصحاء في دورتي لندن 1948م وهلسنكي 1952م في الرماية بالمسدس والسيدة مارجريت هاريمان المصابة بالشلل النصفي والتي استطاعت أن تكون من أحسن ثماني رماة في القوس والسهم في العالم بين الأصحاء، والدنمركية ليز هارتل والتي أصيبت بشلل الأطفال بساقها ورغم ذلك أصبحت فارسة كبيرة لتفوز بميدالية اولمبية فضية في دورة هلسنكي الاولمبية للأصحاء عام 1952م (مصطفى وآخرون، 2006، ص.6).

كما تطور الاهتمام العالمي بمنظمات رعاية المعوقين الرياضية وتنظيم المسابقات بين اكبر عدد منهم، فنجد إن الاهتمام بنوادي المعاقين قد بدا في ألمانيا بنادي الصم 1888م وقد مارسوا فيه أنواع مختلفة من الرياضة البدنية، وزاد الاهتمام بالرياضة المعاقين ببطر الأطراف والمكفوفين خلال وبعد الحرب العالمية الأولى.

وفي انجلترا نشأ نادي المعاقين 922م والذي نظم العديد من المسابقات الرياضية السنوية في مستشفى ستوك ماندفيل وخصه مسابقة المعاقين بالبيتر والشلل بأنواعه كما تعلم المعاقون في الأطراف العليا قيادة السيارات والرسم بالأطراف السفلى.

كما أن هناك " الجمعية البريطانية للاعبين الجولف المعاقين ببيتر احد الأطراف العليا" والتي تأسست عام 1932م، وتلتها " الجمعية للاعبين الجولف بالبيتر".

ومع انتشار رياضة المعاقين بعد الحرب العالمية الثانية في عدد كبير من الدول الأوروبية بالإضافة إلى الهند وكندا واندونيسيا وكوريا واليابان ومصر والمملكة العربية السعودية والكويت ومعظم الدول العربية، ظهر المنافسات الدولية المنظمة، وقد كان التسلسل التاريخي لذلك على النحو التالي:

1944: ادخل السير لودفيج جوتمان رياضة المعاقين بمستشفى ستوك مانديل.

1948: أول بطولة تنافسية للمعاقين بالشلل والبتير (مستخدمو الكراسي المتحركة).

1960: إنشاء الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين مرتبطا باتحادات المحاربين القدماء في فرنسا.

1960: أول دورة اولمبية للمعاقين بروما، اشترك فيها 22 دولة، (400 متسابق شلل) وكانت مواكبة لدورة الألعاب الاولمبية الصيفية.

1964: دورة المعاقين في خمسة أيام وشاهدها 1000.000 متفرج تحت راية وزارة العمل باليابان مواكبة لدورة الألعاب الاولمبية الصيفية في طوكيو.

1964: تأسيس المنظمة الدولية لرعاية المعاقين برعاية الاتحاد الدولي لمصابي الحروب.

1968: تأسيس الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين كاتحاد دولي مستقل برئاسة السير لودفيج جوتمان (توفي عام 1980)، وسكريتاريه جوان سكرتون في ستوك مانديل بانجلترا.

1970: أول بطولة عالم لمختلف أنواع الإعاقة (شلل - مكفوفين - صم الخ) تحت رعاية الاتحاد الفرنسي لرياضة المعاقين سانت إتيان.

1972: لدورة الاولمبية للمعاقين (بالشلل فقط) في مدينة هايدلبرج بألمانيا الغربية مواكبة للدورة الاولمبية الصيفية للأصحاء في ميونخ.

1974: بطولة عالم مختلف أنواع الإعاقة في انجلترا (شارك فيها 26 دولة).

1976: الدورة الاولمبية للمعاقين (مختلف أنواع الإعاقة) في تورنتو بكندا (700 مشارك).

1980: الدورة الاولمبية للمعاقين في مدينة ارنيمن بهولند (مختلف أنواع الإعاقة) مواكبة لدورة الألعاب الاولمبية الصيفية في موسكو.

1980: وفاة السير لودفيج جوتمان وبدا الانفصال في في الاتحادات الرياضية للمعاقين.

- 1981: تأسيس اتحاد مفصل لرياضة المكفوفين.

- تأسيس اتحاد منفصل لرياض لشلل التشنجي.

- 1984م: الدورة الاولمبية السابعة للمعاقين في مختلف أنواع الرياضات في نيويورك بأمريكا وافتتحها الرئيس رونالد ريغان.

- دورة ستوك مانديفيل لرياضة إصابات العمود الفقري.

- ظهور اللجنة الدولية لرياضة المعاقين والتي ضمنت مندوبين من الاتحادات الدولية الرئيسية الأربعة.

ثم توالى إنشاء اتحادات أوروبية وعربية لرياض المعاقين، فبعد فرنسا وألمانيا وانجلترا جاءت النمسا ويوغسلافيا وكندا ولكسمبورج والنرويج واسبانيا والسويد وسويسرا وغيرها من الدول الأوروبية ومعظم الدول العربية (رياض، 2005، ص.30-32).

2- نبذة تاريخية حول النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر:

- تم تأسيس الفدرالية الجزائرية لرياضة المعاقين وذوي العاهات في 19 فيفري 1979م وتم اعتمادها رسميا في فيفري 1981م، وعرفت هذه الفدرالية عدة صعوبات بعد تأسيسها خاصة من الجانب المالي وانعدام الإطارات المتخصصة في هذا النوع من الرياضة وكانت التجارب الأولى لنشاط الفدرالية (chu) في تقصرين وكذلك في مدرسة المكفوفين بالعاشور وكذلك في (cmpp) في بوسماعيل، وتم في نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية وهذا بإمكانيات محدودة جدا، وفي سنة 1981م 1 إنظمت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين للاتحادية الدولية (ismgf) وكلك لفدرالية المكفوفين كليا وجزئيا (ibsa) وفي سنة 1983م تم تنظيم الألعاب الوطنية في وهران (من 24 إلى 30) سبتمبر حيث تبعها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتا في مختلف أنحاء الوطن وشاركت الجزائر أو مرة في الألعاب الإفريقية سنة 1991م في برشلونة بفوجين أو فريقين يمثلان ألعاب القوى وكر المرمى، وكان لظهور عدائين ذي المستوى العالمي في الجزائر دفعا قويا لرياضة المعوقين في بلادنا.

- وقد سطرت الفدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات عدة أهداف متكاملة فيما بينها وعلى رأسها:

أ- تطوير النشاطات البنية الرياضية المكيفة الموجهة لكل أنواع الإعاقات باختلافها ويتم تحقيق الهدف بالعمل التحسيبي والإعلام الموجه للسلطات العمومية ولمختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء الوطن وخاصة الأشخاص المعوقين.

ب- العمل على تكوين إطارات متخصصة في الميدان (ميدان النشاط البدني والرياضي المكيف) وهذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارة الفدرالية

الجزائرية لرياضة المعوقين حيث تكون منخرطة في عدة فيدراليات دولية وعالمية منها:

- 1- اللجنة الدولية للتنسيق والتنظيم العالمي للرياضة المكيفة (i.C.c).
 - 2- اللجنة الدولية للتنظيم العالمي لرياضة المعوقين ذهنيا (i.P.c).
 - 3- الجمعية الدولية لرياضة المتخلفين والمعوقين ذهنيا (in as- fmh).
 - 4- الفدرالية الدولية لرياضة الكراسي المتحركة (ismw).
 - 5- الفدرالية الدولية لكرة السلة فوق الكراسي المتحركة (iwbf).
 - 6- الجمعية الدولية للرياضات الخاصة للأشخاص ذوي إعاقات حركية مقيمة (CP – isra)، وفيها من الفدراليات والجمعيات واللجان الدولية العالمية.
- وقد كان للمشاركة الجزائرية في مختلف الألعاب على المستوى العالمي وعلى رأسها الألعاب الاولمبية في سنة 1992 في برشلونة وسنة 1996 في اطلنطا نجاحا كبيرا وظهر قوي للرياضيين المعوقين الجزائريين وخاصة في اختصاص العاب القوى، ومنهم (علاق محمد) في (100 – 200 – 400) مترو (بلال فوزي) في اختصاص (800 – 1500 – 5000) متر. (منشورات الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين، 2000، ص.06 – 07). نقلا عن (فيرم، 2016، ص.128- 129 – 130).

3- النشاط البدني الرياضي المكيف:

3-1- مفهوم النشاط البدني الرياضي:

يرى "الخولي أمين أنور" أن استخدام كلمة النشاط البدني كتعبير يقصد به المجال الكلي والإجمالي لحركة الإنسان، وكذلك عملية التدريب والتنشيط والتربص في مقابل الكسل والوهن والخمول.

وفي الواقع فان النشاط البدني بمفهومه العريض هو تعبير عام، يتسع ليشمل كل ألوان النشاط البدني التي يقوم بها الإنسان والتي يستخدم فيها بدنه بشكل عام، وهو مفهوم انثبولوجي أكثر منه اجتماعي، لأنه جزء مكمل، ومظهر رئيسي لمختلف الجوانب القافية لبني الإنسان، فنجد انه تغلغل في كل المظاهر والأنشطة الاجتماعية (الخولي، 1996، ص.22). نقلا عن، بن بوزة (2018).

3-2- تعريف النشاط البدني الرياضي المكيف:

يعني الرياضات والألعاب التي يتم التغيير فيها لدرجة يستطيع بها المعوق غير القادر الممارسة والمشاركة في الأنشطة الرياضية، ومعنى ذلك أن النشاط البدني الرياضي المكيف هو البرامج الارتقائية والوقائية المتعدد التي تشمل على الأنشطة الرياضية والألعاب، والتي يتم تعديلها بحيث تلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدها، ويمكننا القول بان ذلك يتم تبعا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم ليمكنهم المشاركة في تلك البرامج وأمان لتحقيق أغراض التربية الرياضية (حلي، فرحات، 1998، ص.48).

ويعرف وينيك (Winnick (2011, p.6 النشاط البدني الرياضي المكيف بأنه الرياضات المعدلة أو المصممة لتلبية احتياجات الأفراد ذوي الإعاقة.

ويعرف أيضا على أنه ألوان من المسابقات الرياضية المعدلة حيث تناسب حالات الإعاقة ودرجاتها المتعارف عليها (جمال الدين الشافعي وآخرون، 2004، ص.737).

وهو تحويل أو تعديل الأنشطة الخاصة بالتربية الرياضية التقليدية لتمكين المعوقين من المشاركة فيها بشكل أمين، ناجح ومقنع (كمونة، 2002، ص.25).

4 - أساليب تعديل النشاط البدني الرياضي المكيف:

- تقليل الزمن الكلي للعبة ووقت كل شوط وعدد الأشواط والنقاط اللازمة في المباراة.

- تعديل مساحة الملعب لتقليل مقدار الجهد المبذول في النشاط.

- التعديل في قواعد اللعبة وزيادة فترات الراحة النسبية.

- زيادة عدد أفراد الفريق، وذلك لتقليل المسؤولية بتوزيع الأداء على عدد أكبر من اللاعبين.

- تغيير اللاعبين في المراكز المختلفة داخل اللعبة حتى لا يتحمل أي لاعب عبئا أكبر عليه من الجهد.

- السماح بالتغيير المستمر بحيث يشارك كل فرد من اللعب ويأخذ فترة راحة أثناء المباراة.

- التغيير في وزن الأداة والتخفيف منها مثل الجلة والرمح أو في ارتفاع الشبكة حتى لا يشكل عبئا على المعاق أثناء الممارسة.

- تقسيم النشاط على اللاعبين تبعا للفروق الفردية وإمكانيات كل فرد (حلي، فرحات، 1998، ص. 48 - 49).

5 - أسس النشاط البدني الرياضي المكيف:

هناك حقيقة هامة هي أن أهداف النشاط الرياضي للمعاقين تنبع من الأهداف العامة للنشاط الرياضي من حيث النمو العضوي والعصبي العضلي والبدني والنفسي والاجتماعي، حيث يركز النشاط البدني الرياضي للمعوقين على وضع برنامج خاص يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحرث إيقاعية وتوقيتية

تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون الاشتراك في برامج النشاط البدني الرياضي العام، وقد تؤدي تل البرامج المكيفة في المستشفيات أو المراكز الخاصة بالمعوقين، ويكون الهدف الأسى لها هو الوصول إلى تنمية أقصى قدرة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه بالإضافة الاندماج في المجتمع والأنشطة الرياضية بأنواعها المختلفة (حلمي وفرحات، 1998، ص.49).

يشير انارينو وآخرون " أن كل ما يحتويه البرنامج العادي ملائم للفرد المعاق، ولكن يجب وضع حدود معينة لمستويات الممارسة والمشاركة في البرامج التي تلائم إصابة أو نقاط ضعف الفرد المعاق" (الحمامي والخولي، 1990، ص.194).

ويراعي عند وضع أسس النشاط البدني الرياضي المكيف ما يلي:

- 1 - العمل على تحقيق أهداف النشاط البدني الرياضي العام.
 - 2 - تهدف إلى إتاحة الفرص للأفراد والجماعات للتمتع بالنشاط البدني وتنمية مهاراته الحركية وقدراته البدنية.
 - 3 - يهدف البرنامج لي التأهيل والعلاج والتقدم الحركي للمعاق.
 - 4 - يمكن تنفيذ تلك البرامج في المدارس والمستشفيات والمؤسسات العلاجية.
 - 5 - تقوم على أساس الأنشطة العامة.
 - 6 - تمكن المعاق من التعرف على قدراته وإمكاناته، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية له.
 - 7 - تمكن المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك من خلال ممارسته للأنشطة الرياضية المكيفة.
- (حلمي، فرحات، 1998، ص.49 - 50).

6 - أهداف وأغراض النشاط البدني الرياضي المكيف:

- يساهم النشاط البدني الرياضي المكيف في تطوير اللياقة البدنية والصحية وخاصة فيما يتعلق بوظائف الأجهزة الحيوية كالقلب والرئتين.

- تنمية وتطوير المهارات الحركية الأساسية كالمشي، الوثب، التسلق...الخ.

- تنمية وتطوير المهارات الحركية الخاصة بالأنشطة الرياضية مثل (ركل - رمي - اللقف-.....الخ.

- تنمية وتطوير اللياقة الصحية والنفسية فيما يتعلق بالتوتر - القلق - الاكتئاب - الاضطرابات النفسية.

- تنمية وتطوير العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي وزيادة القدرة على التواصل مع المجتمع وإمكانية التأثير بالمجتمع المحيط به من خلال الاشتراك في المباريات والتدريبات مع زملائه في الفريق وفي الفرق الأخرى.

- زياد النواحي المعرفية واكتساب خبرات معرفية من خلال ممارستهم لمختلف الأنشطة الرياضية وذلك عن طريق:

* معرفة تاريخ اللعبة.

* معرفة مهارات اللعبة.

* معرفة النواحي القانونية.

* معرفة عناصر اللياقة البدنية المرتبطة باللعبة.

- تنمية روح الانتماء للوطن ولل فريق وللمجتمع من خلال المشاركة في البطولات لعالمية والقارية المختلفة.

- تنمية روح النظام واحترام القوانين العامة، من خلال الالتزام بخطط اللعب واحترام وتنفيذ قرارات الحكام.

- استثمار جيد لوقت الفراغ والابتعاد عن الأنشطة السلبية.

- تنمية وتطوير الكفاح وبذل الجهد والاعتماد على قضاء ومتطلبات الحياة.

- الخروج من العزلة والانطواء وزيادة القدرات والعلاقات الاجتماعية التي تعود بالنفع على الفرد وعلى المجتمع (عليوة وآخرون، 2006، ص. 55 – 56).

ولكي يستطيع المعاقون ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف يتطلب ذلك أمور مهمة منها.

- اختيار المكان الخالي من ذي العوائق والتقاطعات.
- اختيار أخف الملابس وانب الأحذية.
- وضع هدف للوصول إليه.
- المداومة والالتزام ليومي والدوري.
- التدريب على احترام القاعد والأنظمة والتعاون وإنكار الذات.
- العمل على اكتساب اللياقة البدنية وتنمية التوافق العلي العصبي.
- العناية بالقوام وعلاج العيوب أو التشوهات التي تطرأ على قوامهم وفقا لنوع الإعاقة.
- العمل على تقوية أجهزة الجسم الحيوية كالجهاز العضلي والجهاز التنفسي وغيرها.

- التقليل من الآثار السلبية المترتبة على وجود الإعاقة سواء كانت اثار نفسية أو اجتماعية.
- تكوين إحساس لدى ذي الإعاقة بقيمته بين أفراد مجتمعه مما يعطيه الحافز لزيادة قدراته واستغلالها في الارتقاء بنفسه.
- الترويج والارتقاء بروح الجماعة.
- الاعتماد على النفس في قضاء احتياجاتهم المختلفة.
- تنمية اللياقة البدنية المهنية التي تناسب كل مهنة بما يتماشى والحالة التي توجد لديهم من إعاقة ودرجتها.
- العمل على قضاء وقت الفراغ في أنشطة تعود عليهم بالفائدة (الببلاوي، 2011، ص.505 – 506).

7-تصنيف النشاط البدني الرياضي المكيف:

يوجد العديد من الآراء في تصنيف النشاط البدني الرياضي المكيف، وفيما لي تصنيف جامع وشامل لعدد من وجهات النظر.

7-1- النشاط الرياضي الترويحي:

من الآثار الايجابية للنشاط البدني الرياضي المكيف هو تنمية الجانب الترويحي حيث تعد وسيلة ناجحة للترويج النفسي للمعاق فهو يكتسب خبرات تساعد على التمتع بالحياة فمن المعلوم أن الأنشطة الرياضية الترويحي، تتدرج من الألعاب الهادئة كألعاب التسلية إلى الألعاب العنيفة مثل تسلق الجبال (حلي وفريحات، 1998، ص.51).

والنشاط الرياضي الترويحي وقاية من الملل والقلق والإرهاق وما يسببه كل ذلك من ضغوط نفسية وعصبية لعدم التنوع والتجديد وعدم ممارسة أنشطة تناسب استعداداته وقدراته واهتماماته، وفيه يعبر الفرد عن مشاعره وأحاسيسه وينمي عقله، وتزداد معارفه ومعلوماته وتنمو ميوله وتتعدل اتجاهاته على نحو تكتسب فيه الحياة رونقها وتصبح أكثر إشراقا وبهجة (محمود إسماعيل طلبة، 2009، ص.44).

والنشاط الرياضي ما هو جزء من الأنشطة الترويحية، فالأنشطة الترويحية متعددة، وتأتي اللياقة البدنية والصحة الجسمانية والنفسية والعاطفية كنتيجة تلقائية للنشاط الترويحي الرياضي (تهاني، 2001، ص.128).

2-7- النشاط الرياضي العلاجي:

ويقصد به التمرينات العلاجية في تأهيل المرضى والمعاقين (مثل مبتوري الأطراف والمكفوفين) وما بعد التدخلات الجراحية أو الخروج من الجبس.. الخ، والتي انضمت بشكل عام إلى الجوانب العلاجية التقليدية ما بعد الحرب العالمية الأخيرة، وخاصة تأهيلي مصابي العمود الفقري والنخاع الشوكي، مثل مرض الشلل النصفي والشلل الرباعي.

وقد أدى الانعكاس الايجابي لممارسة النشاط الرياضي للمعاقين بدينا ونفسيا واجتماعيا الى استمرار عدد كبير منهم في ممارسة تلك الأنشطة الرياضية بعد خروجهم من المستشفيات ومراكز التأهيل في نطاق حياتهم العادية.

وتحتل الأنشطة الرياضية التأهيلية حاليا جانبا هاما وكبيرا في المجال الرياضي والطب الطبيعي (رياض، 2005، ص.12).

3-7- النشاط الرياضي التنافسي:

هو النشاط الرياضي المرتبط باللياقة والكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبيا، وهو ما يهدف أساسا إلى الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية وفيما يسعى أيضا رياضة النخبة أو رياضة المستويات العليا، ويعتمد تقدم النشاط الرياضي التنافسي على التدريب العلمي السليم وتقدم المعدات والخدمات والتسهيلات المعاونة للأداء، وتقدم الطب الرياضي وذلك في قضائي النشاط الرياضي التنافسي للأصحاء وللمعاقين (رياض، 2005، ص.10).

ويجب الالتزام في النشاط الرياضي التنافسي بالقواعد والقوانين الخاصة بالأداء، كما يجب الالتزام بالتقسيمات الفنية والطبية التي تعتمد على درجة اللياقة البدنية أو النفسية والعصبية للمعاق ومستوى الإصابة، وذلك قبل المشاركة في الأنشطة التنافسية حتى يتحقق مبدأ العدالة بالإضافة إلى الاستفادة الكاملة من المشاركة وتجنب حدوث أي مضاعفات طبية تؤثر على حياة المعاق (حلي، فرحات، 1998، ص.51-52).

8 – أهمية وفوائد ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف:

تلعب الأنشطة الرياضية دورا مهما في تطوير ذوي الاحتياجات الخاصة وتنميتهم بالإضافة إلى أنها تنمي مواهبهم وقدراتهم الشخصية وتغرس المفاهيم والقيم السلوكية وتكسيهم اللياقة البدنية والمهارية الحركية، فتحسن من حالة العضو المصاب، وترفع من روح ذوي الاحتياجات الخاصة المعنوية، فممارسة النشاط الرياضي لذوي الاحتياجات الخاصة على أسس علمية ساعد على تقدم حالتهم البدنية والنفسية وتحسنها، ومن ثم تزداد فرصة تكيفهم مع أفراد المجتمع، حيث أن ممارسة النشاط البدني الرياضي كما أقرتها الجمعية الرياضية الاستشارية

في المملكة المتحدة في عام (1976) تكمن في تنمية الأجهزة الحيوية لجسم الإنسان (عليوة وآخرون، 2006، ص.53).

كما له أهمية وفائدة في:

- تطوير مهارات حركية تروحية للعمل المستقل في المجتمع.
- تطوير لياقة بدنية للمحافظة على الصحة.
- تطوير مهارات حركية للسيطرة على التنقل في المجتمع المحلي أو المحيط.
- تطوير متطلبات حركية وبدنية لمهارات المساعدة الذاتية المطلوبة للعيش باستقلالية.
- تطوير متطلبات مهارية حركية ضرورية للمشاركة في فعاليات اجتماعية لغرض ذاتي (كمونة، 2002، ص.26).

9 - العوامل المؤثرة في النشاط البني الرياضي المكيف:

لتنمية المهارات لدى ذوي الإعاقات بأداء التمرينات والمنافسات الرياضية تمر بعمليات وظيفية مختلفة فمن التأقلم تصل إلى التأهيل للوصول إلى أعلى الدرجات من الكفاءة الوظيفية الممكنة للجهاز العصبي لتمكين ذي الإعاقة من الوصول الى قمة اللياقة البدنية بعناصرها المعروفة من مهارة، قوة عضلية، مرونة، سرعة، توافق عضلي عصبي، وللحصول على هذه العناصر لابد أن نأخذ في عين الاعتبار عدة عوامل مختلفة تشمل على ما يلي:

9-1- نوع وشدة الإعاقة:

لابد من التفرق بين نوع وشدة الإعاقة فمثلا عند المعاقين بالشلل النصفي الجزئي ومستوى الفقرات المصابة للإصابة، كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار أي

اختلال بالدورة الدموية خاصة في الإصابات بالشلل ما فوق الفقرة الصدرية الخامسة، فيجب أن تتم الممارسة لمعوقى الشلل النصفي والسفلي الأمل أو الجزئي من وضع الجلوس، في حين انه في المجالات الأقل حدة للشلل الجزئي يمكن للمعاقين المشي أو استعادة إمكانية المشي وتختلف تبعا لذلك نوعية التمرينات الرياضية وكذلك طريقة أدائها (البطراوي، سلامة، 2013، ص 107 – 108).

9-2- تناسب نوع الرياضة مع نوعية الإعاقة:

لابد وان تتناسب نوع الرياضة مع طبيعة الإعاقة الحادثة ما بعد الإصابة وتزداد هذه النقطة في الأهمية للمعاقين أصحاب الإعاقات المركبة.

9-3- تناسب قواعد الممارسة الرياضية الخاص مع نوع الإعاقة:

تعد الرياضة علاج تكميلي وتأهيلي للمعاقين لارتقاء بمستوى لياقتهم البدنية العامة ويلزم في هذا المجال مراعاة الرغبات والميول لمعاق في اختيار الرياضة المناسبة لميوله فضلا عن صلاحيتها الفنية لنوعية إعاقته (البطراوي، سلامة، 2013، ص.108).

10- دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية المعاق:

النشاط الرياضي يعتبر منبع أساسي لصحة الإنسان ويجلب له المتعة والسرور ويضمن له أحسن اندماج وخاصة للشخص المعوق، ولهذا فان دور النشاط البدني الرياضي يتجلى في ثلاث مستويات رئيسية:

10-1- من الجانب الاجتماعي:

النشاط الرياضي يساعد بلا شك كثيرا في إعادة تأهيل الأشخاص المعوقين ويجده في نفس الوقت كدعم معنوي.

والمعوق الذي يملك إرادة وطاقة التنافس والاستقلالية، وهذه الاستقلالية تأتي بعد مدة معتبرة من إعادة التكيف الوظيفي وكذا إعادة التكيف المهني له الحق في الإدماج في الحياة المهنية العادية والحياة العامة ويستفيد من كل الامتيازات الحياتية الاجتماعية الحديثة لحضارتنا، فالمعوق هو فرد مثل الآخرين لكن بوسائل مختلفة والنشاط الرياضي بالنسبة إليه له نفس الأهداف مثل العاديين والمتمثل في تنمية قدراته البدنية والنفسية، ويستطيع دائما إيجاد نشاط رياضي ملائم لإعاقته مهما تكن طبيعتها ودرجتها.

ويجب أن تعطي للمعوق نفس الفرص مثل العاديين لإعادة العزة والكرامة له كفرد مثل الجميع وهذا يضمن اندماج اجتماعي أحسن من مجتمعه.

10-2- من الجانب النفسي:

من الناحية النفسية يعتبر النشاط الرياضي وسيلة فعالة لبعث البشاشة والانشراح في الفرد ويعتبر أيضا كعامل للإدماج وصفة خاصة الرياضات الجماعية، يساعد النشاط البدني الرياضي المعوق للتغلب على عواطفه وإحساسه بالانعزال والدونية الذي يقابلها في بعض الأحيان بالإنكار وعدم القبول.

وممارسة النشاط البدني الرياضي الذي يكون موجه بطريقة سليمة وتكون حوصلته مكيمة للمعوق يؤثر على السلوك النفسي الاجتماعي للمعوق بصفة عامة مثل:

- إعطاء الثقة بالنفس.

- تطوير روح المنافسة والإرادة (Roi Baudouin, 1993, p 9 – 10) نقلا عن، تركي (2003).

10-3- من الجانب الفيزيولوجي (البدني):

النشاط البدني الرياضي يدفع المحدودية المفوضة من طرف الإعاقة وكل تمرين بدني رياضي له تأثير على البدن، فهو يحسن من الوظائف الحيوية للجسم عند الفرد سواء كان معوقا أم كان سليما ولكن في العديد من الحالات التي يعاني فيها المعوق من المعاناة الناتجة عن التحولات التي حدثت له بفعل إعاقته نجد أن النشاط البدني الرياضي يؤثر فيه على المستوى الفيزيولوجي فيما يلي:

1- تأثير ايجابي على الوظائف الجسمية المختلفة (الجهاز القلبي التنفسي، التنفس، الهضم، تمثيل الغذاء والطرح).

2- التأثير على الأعصاب وكذلك التحكم في الإفرازات الداخلية.

3 - التأثير الايجابي على الإحساسات العضوية.

4 - التأثير الايجابي الخاص بنشاط التوقعي ومنع البدانة والسيطرة على مشاكل القعاد.

5 - النشاط البدني الرياضي ينتج عنه زيادة في البيوتغذية الرجعية (BIO FEED BACK) وكذلك المداومة الشخصية الخاصة ومنع ظهور لإمراض والأعراض في الجسم.

6 - تنمية العمل العقلي أحسن تحكم في الجسم بالتوازن في حالة ثبات أو الحركة (Roi Baudouin, 1993, p 11) نقلا عن، تركي (2003)

11- الفحوص الطبية الخاصة بالنشاط الرياضي المكيف:

عند ممارسة ذوي الاحتياجات للنشاط البدني الرياضي يلزم الاهتمام بما يلي:

أ- تأقلم الأداء الرياضي مع الإعاقة.

ب- تناسب أدوات الممارسة الرياضية وطبيعة الإعاقة.

ج - ملائمة المباني من الناحية الهندسية وطبيعة الإعاقة.

د - تناسب الفحوص الطبية الرياضية وطبيعة الإعاقة (عليوة وآخرون، 2006، ص.56).

واجبات الأطباء المسؤولين عن النشاط البدني الرياضي المكيف:

للأطباء المسؤولين عن تقديم الرعاية الخاصة بالنشاط الرياضي للمعاقين واجبات نذكر منها:

- 1 - توجيه المعاق لممارسة الرياضة الذي تناسب طبيعة إعاقته.
- 2 - عمل الفحوص الطبي العادية والفحوص الخاصة بالنشاط الرياضي للمعاقين.
- 3 - الطبيب مسئول عن عدم مشاركة المعاق في رياضة لا تناسب درجة إعاقته.
- 4 - عمل دورات صقل للكوادر الطبية وغير طبية المعاونة بخصوص إيضاح طبيعة النشاط الرياضي للمعاقين والوقاية من الإصابات الرياضية وأنواع التقسيمات الطبية لهم.
- 5 - عدم السماح بمزاولة المعاق للنشاط الرياضي التنافسي وهو في حالة نفسية غير ملائمة.

6 - الإشراف على الطاقم الطبي المعاون، والإشراف الفني الطبي على البطولات التنافسية والتدريبية للمعاقين.

7 - تقديم العلاج الطبي العادي للمعاق، والتنسيق في ذلك مع مختلف التخصصات الطبية المسؤولة عن متابعة حالة المعاق.

8 - تقديم الإرشادات الطبية الوقائية للمعاق وكذلك الإرشادات الخاصة بالتغذية السليمة.

9 - مقاومة استخدام المعاق للمنشطات المحظورة في المجال الرياضي وشرح أخطائها الصحية والتربوية.

10 - عمل إحصائيات طبية ودراسات فنية لتقديم أفضل رعاية طبية للمعاقين (رياض، 2005، ص.259).

12- خطوات تطوير برامج النشاط البدني الرياضي المكيف:

لكي يتم التطوير بأسلوب سليم وحتى يؤتى ثماره نقدم هذه الخطوات لإتباعها عند القيام بعملية تطوير البرنامج.

1 - عرف أهداف التطوير.

2 - قسم هذه الأهداف إلى أهداف إجرائية.

3 - عرف خصائص المشتركين في البرنامج.

4 - استخراج احتياجات الأفراد ناءا على خصائصهم.

5 - تعرف على الأنشطة المناسبة للأفراد المعنيين.

6 - تعرف على أفضل طرق التنفيذ للأنشطة التي تحقق الأهداف المنشودة.

7 – عد أفضل أساليب التقويم.

8 – عد برنامجا بطريقة الأداء بالأهداف (شرف، 2002، ص.104).

خلاصة:

تناول الكاتبين في هذا الفصل النشاط البدني الرياضي المكيف، وهذا لما له من أهمية قصوى للمعاقين بصفة عامة والمعاقين حركيا بصفة خاصة وبنحو يفوق أهميته للأصحاء، حيث خلص الكاتبين من خلال ما تناوله إلى النقاط التالية.

- أن النشاط البدني الرياضي المكيف مستمد من النشاط البدني الرياضي الذي يمارسه الأشخاص العاديين لكنه يكيف حسب نوع ودرجة الإعاقة وطبيعة الفرد المعاق من حيث القوانين والوسائل المستعملة،

- أن النشاط البدني الرياضي يساعد المعاقين في وضع حدود لصورتهم الجسدية ويعلمهم الصبر والهدوء والاستقرار والتحكم في السلوك وفي التصرفات، كما يساعدهم في اكتساب الثقة بالنفس.

- أن النشاط البدني الرياضي يساعد المعاق على التوازن الحسي الحركي والاستقلالية وفرض ذاته بحيث يجعله أكثر حيوية وخفة بفضل إرادته وتحفيزه على الأداء.

- إن ممارسة النشاط البدني الرياضي للمعاقين يمكن اعتبارهم مثل الأشخاص العاديين أين تعطى لهم الفرصة للفعل واللعب والترفيه.

- إن ممارسة النشاط البدني الرياضي للمعاقين، يعد وسيلة تربوية وعلاجية ووقائية إذا تم استغلالها بصفة منتظمة ومستمرة، إذ يساهم في تكوين شخصية الأشخاص من الجانب النفسي والصحي والاجتماعي والخلقي والمعرفي، وبالتالي تكوين شخصية متزنة.

الفصل الثاني:

المشكلات النفسية والجسدية

تمهيد

1. مشكلة القلق واضطرابات النوم.

2. مشكلة الاستجابة الاكتئابية.

3. مشكلة الاغتراب النفسي.

4. المشكلات الجسدية.

خلاصة

تمهيد:

إن الاهتمام الكبير الذي يلقاه الأفراد العاديون من قبل المختصين التربويين والباحثين، لم ينتقل الى الأفراد المعوقين إلا خلال العقود الأخيرة، حيث بدأت الأنظار تتجه الى الفرد المعوق واحتياجاته، حيث ظهر هذا الاهتمام في بناء مؤسسات خاصة للمعوقين، والقيام بعدد من الأبحاث والدراسات حول الإعاقة الموجودة وأسبابها وكيفية التعامل معها، وتدريب المختصين للتعامل مع هذه الإعاقات بالطرق المناسبة، وقد ركزت الدراسات على الإعاقات الحركية والعقلية بشكل أكبر من الإعاقات السمعية والبصرية.

وتعد المشكلات النفسية والجسدية من الأمور الشائعة في حياة الأفراد المعاقين، حيث تؤثر على نواحي عديدة من حياتهم، سواء في العمل أو العلاقات الاجتماعية أو الحياة الشخصية، وتشمل هذه المشكلات مجموعة متنوعة من الأمور مثل (القلق، الاكتئاب، القولون العصبي، السكري... وغيرها)، كما تتأثر المشكلات النفسية والجسدية بعدة عوامل بما في ذلك الوراثة والبيئة والثقافة والتجارب الشخصية، وتختلف أعراضها من شخص لآخر، حيث يمكن أن تكون عرضة لمشكلة نفسية أو جسدية واحدة وأكثر، وتشكل هذه المشكلات تحدياً للأفراد المعاقين حركياً حيث يمكن أن تؤدي الى عدم القدرة على تحقيق الأهداف والتفاعل مع الآخرين بشكل صحيح، وتسبب في تفاقم الأمور وتأثيرها السلبي على الصحة النفسية والجسدية للأفراد المعاقين حركياً لذلك من الضروري توفير الدعم والعلاج اللازم للأفراد المصابين بهذه المشكلات والتحدث عنها بشكل عام وفتح النقاش حولها في المجتمع وتحسين الوعي بشأنها للمساعدة في تحقيق الضغط النفسي والتقليل من تأثيرها على حياة الناس.

من هذا المنطلق تظهر أهمية تسليط الضوء على أهم المشكلات النفسية والجسدية التي يعاني منها الفرد المعاق حركياً، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

1- مشكلة القلق واضطرابات النوم

1-1- تعريف القلق:

لغة:

يعرف المعجم الوسيط القلق، على النحو التالي: قلق الشيء حركه وغيره وأزعجه، والمقلق الذي لم يستقر في مكان واحد، ولم يستقر على حال، وقلق: اضطرب وانزعج، فهو قلق: والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلاق: الشديد الخوف يقال: رجل مقلاق (الغامدي، 2013، ص.35).

والقلق معناه الاضطراب وعدم الاستقرار. ويعني الانزعاج ويعني أيضا الحركة وأيضا عدم الاستقرار في مكان واحد (الصفدي، 2001، ص.85).

جاء في لسان العرب لابن منصور: القلق أن يستقر في مكان واحد والذي لا يستقر في مكان واحد لا يوجد عنده طمأنينة أو سكينه (شاهين، 2000، ص.04).

ومما سبق يتضح أن القلق معناه، الاضطراب وعدم الاستقرار وافتقاد السكينه والطمأنينة.

اصطلاحا:

على الرغم من الكتابات الكثيرة في هذا الموضوع إلا أن مفهوما محددا للقلق لم يتم التوصل إليه حتى الآن فهناك من يصف القلق على أنه حالة من القلق والضجر والكآبة والكدر والانفعال والانزعاج والخوف حيث ترتبط هذه المفاهيم بشكل واضح مع مفهوم القلق (الصيرفي، 2008، ص.168).

لقد تعددت مفاهيم القلق لدى علماء النفس، وذلك لأن كل واحد نظر إلى القلق من زاوية تختلف عن غيره، وفيما يلي عرض لبعض التعاريف:

كلمة القلق جاءت من الكلمة اللاتينية (Anxiétés)، والتي تعني اضطراباً في العقل، وهو حالة نفسية عرفت في أماضي بحالات الهم والخوف التي تؤدي الإنسان نفسياً وجسيمياً (القمش والمعايضة، 2009، ص.255).

هو حالة انفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة الحذر الرعب والتحفز، موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعتبر القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان، ويمكن القول أن هناك قلق طبيعي وقلق مرضي (سرحان وآخرون، 2008، ص.11).

القلق ما هو إلا مظهر للعمليات الانفعالية المتداخلة التي تحدث خلال الإحباط والصراع والكبت وهو كغيره من العمليات الانفعالية له جانب شعوري يتمثل في الشعور بالعجز والخوف والفرع والتهديد والشعور بالذنب، وجانب لاشعوري يشتمل على عمليات معقدة متداخلة يعمل الكثير منها دون وعي الفرد بها مما قد يجعل الفرد يعاني المخاوف مثلاً دون أن يدرك العوامل المسببة لها (الشوربيجي، 2003، ص.21).

ومن الناس من يتحدث عن القلق بأنه إرث ثقيل نقله لهم الأهل السابقون فيما نقلوا إليهم من صفات جسمانية ونفسية أخرى بفعل وراثته محتومة (إبراهيم، 2002، ص.07).

ويعرف أيضاً بأنه حالة نفسية، غير سارة، من التوتر العصبي، تدل على أن: يتوقع خطر في اللاوعي (الفيومى، 1991، ص.57).

والقلق Anxiety انفعال مركب من التوتر والشعور بالخوف وتوقع الخطر وهو خبرة انفعالية غير سارة يدركها الفرد كشيء ينبعث من داخله (درويش، 2007، ص.41).

تعريف بعض العلماء والباحثين للقلق.

- يعرفه فخري الدباغ: بأنه "شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر دون إدراك لمصدر الخوف" (رشاد، 2001، ص. 37).

- كما عرفه شافر ودوركس تعريفا سلوكيا حيث هو: "استجابة مكتسبة تحدث تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك" (حسين فرج، 2009، ص. 128).

- يعرفه هورنبي (1989, p56) hornby انه إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل".

- تعريف نعيم الرفاعي: القلق هو استجابة انفعالية مركبة من الخوف والتوتر والضيق لخطر يخشى من وقوعه يكون موجها بمكونات الأساسية الشخصية (السيد، 2009، ص. 221).

- ويرى العالم جولدشتن Goldestein أن القلق إشارة بان المحنة عظيمة، والمحنة هي الحالة التي ينهار عندها كل السلوك المتكامل ولا يبقى غير القلق (غالب، 1981، ص. 12).

- يعرفه وبستر (1991, p20) Webster بأنه: إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائما يتصف بعلامات فيزيولوجية مثل: التعرق والتوتر وازدياد ضربات القلب.

- كما يعرفه عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار عبد الحكيم (1992) القلق بأنه: توتر أو اضطراب انفعالي، مصحوب بمشاعر الخوف العام (الفرع) يستند إلى ظروف أو مصادر غير معروفة أو قد يصعب تحديدها (الغامدي، 2013، ص. 37).

- هذا وقد قدم وليامز تعريفا للقلق حيث ذكر انه "رد الفعل النفسي والبدني لحالات داخلية وبيئية مطولة تتجاوز فيها قدرات الفرد التكيفية وقابليته الفعلية" (الصيرفي، 2008، ص.168).

1-2- انتشار القلق:

نخطئ كثيرا إذا اعتبرنا القلق مجرد واحد من الأمراض النفسية التي تضمها قائمة تصنيف طويلة تحتوي على أمراض وحالات نفسية كثيرة مثل الاكتئاب النفسي، والفصام، والهستيريا، والوسواس القهري، وغير ذلك.. لكن الأمر بالنسبة للقلق يختلف بعد تزايد انتشاره في عالم اليوم وفي كل المجتمعات المتقدمة أو النامية في شرق الأرض، وغربها وبين قطاعات مختلفة من الناس من كل الأعمار والمستويات بما هو اقرب إلى الظاهرة أو السمة المميزة لهذا العصر، وعلى ذلك فإن التقديرات التي تذكر أن نسبة 2% إلى 5% من سكان العالم اليوم مصابون بالقلق إنما تشير إلى حالة القلق النفسي المرضية، وهذه تعتبر محدودة إذا أخذنا في الاعتبار الانتشار الهائل للقلق النفسي الفردي والجماعي بما يفوق كثيرا هذه الأرقام.

لقد أدى الانتشار الواسع للقلق بين قطاعات كبيرة من الناس في المجتمع اليوم إلى وجود بعض الحالات التي نقف أمامها في حيرة من الأمر، فلا هي بالحالات المرضية الشديدة التي تظهر عليها علامات الاضطراب النفسي المعروفة لدينا كأطباء نفسيين، ولا هي بالحالات السوية المتوافقة التي يمكن أن نعتبرها "طبيعية" تماما، وهذه الحالات البيئية ليست فردية معدودة بل تضم أعدادا هائلة من مختلف طبقات المجتمع، وإذا سلمنا بان كل هؤلاء بحاجة إلى نوع من العلاج أو الرعاية النفسية وعلاجهم بواسطة أعداد قليلة من الأطباء النفسيين لا يمكن أن يكون عمليا في مواجهة هذه الأعداد الكبيرة، كما أن أسلوب تقديم الخدمات الصحية مقابل المال لا يبدو مناسبا في هذه الحالة (الشربيني، 2015، ص.12-13).

وتعد ظاهرة القلق من الظواهر الإنسانية التي تناولها العديد من الباحثين في ميدان علم النفس، ويرى مرضى القلق أنفسهم معتلي الصحة البدنية فيترددون على الأطباء في مختلف فالاختصاصات والمستشفيات والعيادات الخارجية والطوارئ، وسبيل المثال فإن كلفة علاج مرض القلق العام في الولايات المتحدة الأمريكية تقدر حوالي 43 مليار دولار سنويا أكثر من نصفها تنفق مع الإجراءات الطبية غير المطلوبة، ولا يعرف أن أكثر من الثلث على المعالجة النفسية الصحيحة، وتزداد حالات القلق في المدن المكتظة وبين العاطلين عن العمل والمطلقين والأرامل(سرحان وآخرون، 2008، ص.26).

ويعد القلق جزءا من الحياة اليومية لكثيرين. فالقلق الذي يعكس صفوا التمتع بالحياة يصيب كثيرين أيضا. كما أن عدد الذين يمكن أن يستفيدوا من علاج اضطرابات القلق هو 14%. وجدير بالذكر أن اضطرابات القلق منتشرة بشكل واسع. وهي من أكثر المشاكل النفسية شيوعا في المملكة المتحدة. فهيا أكثر انتشارا من الاكتئاب. كما يمكن أن يتحول القلق إلى حلقة مفرغة، حيث يتسبب القلق بظهور تأثيرات أخرى في الجسم كالأعراض الجسدية التي تسبب المزيد من القلق (مكزي، 2013، ص.09).

3-1- أسباب القلق:

لم تخلو أي مدرسة من مدارس علم النفس والطب النفسي من التعرض لشرح أسباب القلق بشكل عام واهم الأسباب التي نتعرض لها بالبحث:

1-3-1- أسباب وراثية:

تعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق حيث تؤكد بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق، ومن هذه الأبحاث فقد وجد

العالم سليستر شليدز 1962-1966 أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة يصل إلى 50% حيث يبين التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين (غانم، 2009، ص.208).

لقد اثبت العلم أن للوراثة تأثير في ظهور القلق، فقد أثبتت دراسات التوائم تشابه الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن 15% من آباء وإخوة حول مرضى القلق أنهم يعانون من المرض النفسي، وقد وجد سليستر وشليدز (1962-1969) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 50% وان حوالي 65% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت نسبة من التوائم غير المتشابهة فوصلت إلى 4% فقط، أما سمات القلق فظهرت في 13% من الحالات، ولذا فالوراثة تلعب دورا مهما في الاستعداد للمرض وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال (زعتري، 2010، ص.30).

1-3-2- أسباب نفسية:

تساعد بعض الخصائص النفسية مع ظهور القلق، ومنذ ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارج الذي يواجهه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد المحتملة (غانم، 2009، ص.309).

إن اتجاه التحليل النفسي يشدد على دور العمليات النفسية الديناميكية والتنبه الداخلي بالعضوية وهذا الاتجاه لا يشدد على دور العوامل العصبية والبيولوجية للقلق، وإنما يعتبره تهديدا موجها الى الأنا ويحدث بسبب المواقف وما فيها من مثيرات مهددة (واقعية أم متخيلة) وخاصة في مرحلة الطفولة حيث تعتبر صدمة الميلاد أهم خبرة قلق يمر بها الفرد في حياته (قاسم، 1999، ص. 53).

1-3-3- أسباب بيولوجية:

من المعروف أن المهدئات (المطمئئات الصغرى) مثل ديازيبام (Diozepem) ولورازيبام (Lorazepam) وغيرها من مجموعته (بنزوديازيبين) كلها تخفف وتحسن من أعراض اضطراب القلق العام. أي أن يحتاج إلى مواد حيوية تحافظ على توازنه وأن لم تتوفر بشكل طبيعي والجسم يفقد توازنه ويقل نشاطه الطبيعي، تغير الوجه والصوت، تنبه الكائن والكائنات الأخرى إلى وجود الخطر وتمثل حشدا لطاقته الجسمية لمواجهة (فرويد، 1972، ص. 134).

1-3-4- أسباب اجتماعية:

تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري وتفكيك الأسرة، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني والزواجي (حسين فراج، 2009، ص. 152).

لا شك إن العزلة الاجتماعية، وانعدام الأقرباء والأصدقاء من حول الإنسان قد تكون سببا لتعرضه للأمراض النفسية، وخاصة وقت الأزمات، فوجود

الأصدقاء أو الأقرباء للفرد تجعله يفتح قلبه له، ويشرح له ما يقلقه، وبالتالي يشاركه الرأي في حل مشكلاته وبذلك يكون مفيد للصحة النفسية فشعور الإنسان بالانتماء إلى مجموعة من الناس أمر يخفف عنه الشعور بالعزلة والانعزال وقد تحدث هذه العزلة بسبب الهجرة والبعد عن الأهل والأصدقاء، أو بالاعتزال في بلد آخر. أو قد تتواجد لدى المجتمعات التي تضعف فيها العلاقات الاجتماعية والأسرية.

لذلك فالقيم والممارسات التي تدعو وتؤكد على صلة الرحم تفيد كثيرا في حفظ صحة المجتمع، والوقاية من الاضطرابات النفسية. وتعمل العلاقات الحميمة كعامل وقاية ضد الآثار السلبية والصدمات الناتجة عن الحوادث المعاشة. والشيء الهام هو نوعية هذه العلاقات، فعلى سبيل المثال الفرد الأعزب قد يكون أكثر عرضة للآزمات النفسية من المتزوج، ولكن نجد الزواج غير الناجح يكون مليء بالاضطرابات والمشاكل الأسرية، وقد يكون هذا بحد ذاته مصدرا للآزمات، بدل أن يكون سكنا ومعينا على مثل هذه الآزمات (الغامدي، 2013، ص.60).

4-1- أعراض القلق.

ترافق اضطرابات القلق اضطرابات فيزيولوجية ونفسية مختلفة تكون بمثابة مظاهر أو أعراض له، وهي تتفاوت من حيث الشدة تبعاً لشدة القلق.

وعادة تأتي أعراض اضطرابات القلق في شكل آزمات أو نوبات تبدأ فجأة وتستمر مدة دقائق ثم تزول لتعود مرة أخرى، وتزداد النوبات في الشدة مع الوقت كما تقتصر الفترات بينها.

ويتجلى القلق من خلال نوعين من الأعراض جسدية ونفسية وتحدث هذه الأعراض معا في وقت واحد وإن كان بعض الناس قد ينتبه إلى نوع واحد من هذه الأعراض الجسدية أو النفسية دون النوع الآخر (الغامدي، 2013، ص. 96).

يمكن تصنيف أعراض القلق إلى نوعين هما: (السيد، 2001، ص.30).

1-4-1- الأعراض البدنية والجسمية:

- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.
- نوبات الدوخة والإغماء.
- تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- غثيان أو اضطراب في المعدة.
- الشعور بألم في الصدر.
- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق التي تتعلق بالحرارة أو الرياضة البدنية.
- سرعة النبض أثناء الراحة.
- الأحلام المزعجة.
- التوتر الزائد.

1-4-2- الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب وضعف الأعصاب.
- الانفعال الزائد.
- عدم القدرة على الإدراك والتمييز.

- نسيان الأشياء.
- اختلاط التفكير.
- زيادة الميل إلى العدوان.

5-1- النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق وذلك بتعدد المدارس النفسية والتي كانت تجمع تحت لوائها مجموعة من العلماء البارزين في علم النفس، وفيما يلي تعداد بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق وذلك بذكر بعض علمائها البارزين.

1-5-1- نظرية فرويد للقلق:

اهتم عالم النفس "فرويد" بدراسة ظاهرة القلق وحاول أن يعرف سبب نشأته عند الفرد، حيث أنه يميز بين نوعين من القلق هما:

- **القلق الموضوعي:** حينما يدرك الفرد أن مصدر القلق خارجي، حيث يعرفه "فرويد" بأنه "ردة فعل لخطر خارجي" وقد أطلق "فرويد" مع القلق الموضوعي هذه السمات: - القلق الواقعي. - القلق الحقيقي. - القلق السوي.

وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف: لأن مصدره يكون واضح المعالم لدى الفرد، فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف، والقلق هو استجابة لخطر داخلي معروف (السيد، 2001، ص 20)

- **القلق العصابي:** يمكن تعريف القلق العصابي على أنه خوف غامض غير مفهوم، لا يستطيع الشخص أن يشعر به أو يعرف سببه، فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي، ويتضح من هذا التعريف أن مصدر القلق العصابي يكمن داخل الشخص في الجانب الذي يطلق عليه "الهو" ويميز "فرويد" بين ثلاث أنواع من القلق العصابي وهي: -

القلق الهائم الطليق. - قلق المخاوف المرضية. - قلق الهستيريا (السيد، 2001، ص.21).

1-5-2- نظرية كارل يونغ:

يعتقد يونغ أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، فالقلق برأي يونغ هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقول التي ما زالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، وذلك لأن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعد تهديدا لوجوده، وتؤدي بالتالي إلى استثارة مشاعر القلق والخوف من ذاته، وإذا كان الأمر كذلك فكيف تغزو الفرد هذه القوى من اللاشعور الجمعي؟، الإجابة على ذلك تكون بان شعور الفرد في موقف مهدد لكيانه قد يجعله ينسى كل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية، ويرتد إلى بعض التصرفات اللامعقول، فالإنسان في حياته العادية المنظمة - مثلا - لا يشعر بتأثير الأشباح ولكنه إذا مر بجوار القبور في الليل، فإنه تنتابه مشاعر الخوف والقلق لأنه قد حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور الجمعي. (زغتر، 2010، ص 7-8).

1-5-3- نظرية أثورانك (Ottorank 1927)

يفسر أثورانك القلق على أساس الصدمة وهي صدمة الميلاد فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولي، والفظام كذلك يستثيره لأنه يتضمن انفصالا عن الأم فالقلق في رأيه هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفعالات وهو يرى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران طيلة حياة الإنسان وهما:

- **خوف الحياة:** هو قلق من الاستقلال الفري عندما يحاول الشخص تكوين علاقات جديدة مع الناس.
- **خوف الموت:** وهو خوف من التأخر وفقدان الفردية والاعتماد على الغير أي فقدان الاستقلالية ويرى راتك أن الشخص العصابي هو الذي لا يستطيع إحداث توازن بين هذين القلقين (زعتري، 2010، ص.9).

4-5-1- نظرية كارل هورني: Karen Horney

تعتقد هورني أن الطبيعة الإنسانية قابلة للتغير نحو الأفضل، فهي تعتبر من العلماء المتفائلين بقدرات وإمكانات الإنسان نحو التقدم والارتقاء، وتعتقد هورني أن الثقافة من شأنها أن تخلق قدرا كبيرا من القلق في الفرد الذي يعيش في هذه الثقافة، والنظرية الاجتماعية لهورني أظهرت مفهوما أوليا عندها، ونعني به مفهوم القلق الأساسي Basik Anxiety، وقد عرفت هورني القلق الأساسي بقولها: (إنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعدوانية، وترى هورني أن القلق استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، كما ترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي:

- 1- الشعور بالعجز.
- 2- الشعور بالعداوة.
- 3- الشعور بالعزلة.

5-5-1- نظرية إريك فروم: Eriek Fromm

يعتبر فروم من علماء النفس الذين أعجبوا بعلم الانثروبولوجيا الاجتماعية واستفاد من نتائجه في تفسيره للظواهر النفسية، ومن هنا كان اعتراضه على عض تفسيرات "فرويد" البيولوجية شأنه شأن "كارل هورني" ويرى فروم أن الإنسان في مسيرة حياته الطويلة في ظل المجتمع يكون حاجاته النفسية، ولا يمكن فهم سيكولوجية الفرد إلا بفهم هذه الحاجات. ومن هذه الحاجات حاجة الفرد إلى

الانتماء، وإلى إثبات هويته الفردية، وإلى أن يكون خلافاً، ويرى "فروم" أن على المجتمع أن يعمل على تمكين الفرد في إشباع هذه الحاجات.

ويوافق فروم على كثير من ملاحظات "فرويد" للظواهر المتعلقة بالتطور الجنسي للفرد، ولكنه يختلف معه في التفسير البيولوجي الجامد الذي قدمه لحدوث هذه الظواهر، ويعتمد "فروم" في هذا الاختلاف على نتائج البحوث الانثروبولوجية التي أوضحت أن هذا التطور في كثير من المجتمعات البدائية لا يسير على نفس النحو الشائع الذي وصفه "فرويد"، وينتهي "فروم" إلى القول بأن القوى الاجتماعية هي التي تقف وراء كثير من الظواهر التي تظن بأنها بيولوجية.

ويقف اريك فروم (Erik Fromm) عند اعتماد الطفل على والديه من جهة، ونزوعه إلى الاستقلال من جهة أخرى، في فهم أصول القلق، فالطفل يقضي فترة قصيرة من الزمن معتمداً على أمه. وهو يعتمد عليها في غذائه وأمنه وتنقله، وتقود هذه الفترة من الاعتماد عليها إلى الارتباط بقيود أولية.

وبالتالي لا يقف فروم عند هذا الحد بل يضيف عاملاً آخر هو من بين العوامل التي ذكرتها هورني، فالطفل الذي يريد انجاز أعماله مستقلاً عن والديه يقابل أحياناً بعدم الاستحسان والنقد القاسي من الأب، أو من الأم، أو من مجتمع غير واثق لإمكانات الطفل، وبالتالي يلاحظ ميل الطفل إلى كبت رغباته والامتناع عن بعض ما يريد فعله، ويكون ذلك مصدراً لقلقه (الغامدي، 2013، ص. 79-80).

1-5-6- النظرية السلوكية:

قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق، ما دام أننا نخبره كخبرة غير سارة وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى

القلق أيضا باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانيزمات متعددة للتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند "بافلوف" يمدنا بتصور عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي، ويرى "سيغانم" (1973) أن العصاب التجريبي يتميز بالصفات التالية:

أ- إن السلوك العصابي هو نتيجة توتر وضغط وصراع.

ب- إن السلوك العصابي يتميز بالقلق.

ج- إن السلوك العصابي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية.

ولعل أهم ما أكدته السلوكيون أن القلق هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد (السيد عثمان، 2006، ص.24).

1-6- أنواع القلق:

قسم المشتغلون بعلم النفس إلى ثلاث أنواع:

1-6-1- القلق المرضي أو العصابي:

هو القلق الذي يكون مصدره داخلي (القلق داخلي المنشأ) وهذا النوع هو الذي نقصده كمرض نفسي حيث أنه داخلي المصدر وهو ناتج عن الصراع القائم بين الدوافع المكتوبة في "ألهو" وبين قوى الكتب في "الأنا" وعليه فإن تعريف القلق العصابي هو عدم الارتياح النفسي والجسمي ويتميز بخوف منتشر وشعور من انعدام الأمن (جبل، 2000، ص.129).

1-6-2- القلق العادي أو الموضوعي:

هو القلق الذي يكون مصدره خارجي (القلق خارجي المنشأ) ويسمى بالقلق الواقعي مثل المتعلق بالإنجاز والنجاح (الرفاعي، 1972، ص.280).

وهو الذي يتصل في مظاهره الرئيسية بالخوف من أمور معينة مجددة في المستقبل وهو أقرب إلى الخوف، لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب، فالفرد يشعر بالقلق مثلاً إذا ما اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الطريق، والتلميذ الذي أمضى عامه الدراسي في اللعب دون العناية بتحصيل دروسه يشعر بالقلق عندما يقترب موعد الامتحان، ويرتبط مصدر القلق في هذه الحالات وغيرها بالعالم الخارجي، سواء كان موضوعاً خاصاً أم موقفاً معيناً (شاهين، 2000، ص.07).

وهو ينبع من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية، ويمكن معرفة مصدره وحصر مسبباته، لأنه يكون غالباً محدوداً في الزمان والمكان، وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة (الأزرق، 2003، ص.89).

1-6-3- القلق الأخلاقي:

ومصدر هذا القلق هو خوف الإنسان من تحدي القيم الخلقية السائدة في المجتمع، وهو قلق مصدره الضمير، ولا يجد الفرد نجاة من هذا القلق، إلا بالانقياد لأوامر الضمير (بديوي، 1993، ص.77).

ويشير إلى معاناة الفرد عندما تكون القيم الذاتية والقواعد الأخلاقية مهددة بالانتهاك، أو انتهكت بالفعل. وينشأ القلق الأخلاقي من خلال الصراع الحادث بين الحاجات واندفاعات "الهو" من ناحية والمعايير الأخلاقية والمثلّى للمجتمع والتي تمثلها الأنا الأعلى من ناحية أخرى (زيدنروماثيوس، 2016، ص.112-113).

7-1- تأثير القلق في المجال الرياضي:

يعبر الفرد عن جميع جوانبه في كل الانجازات بما فيها من انفعالات وسلوكيات، فالانجازات الرياضية لا تعتمد على تطور البنية البدنية والمهارية فقط بل تتأثر أيضا بعوامل نفسية مثل الدوافع، التفكير، القلق... كما نجد نوعين من حالة القلق في المجال الرياضي.

النوع الأول: عندما يكون القلق يلعب دور المحفز والمساعد للرياضي في معرفته وإدراكه لمصدر القلق وبالتالي يبرئ نفسه.

النوع الثاني: عندما يكون القلق معرقلا ويؤثر سلبا على نفسه (نزار الكامل طه الويس، 1980، ص.14)

8-1- أساليب وحالات التعرف على القلق لدى الرياضيين:

يمكن استخدام أساليب مختلفة للتعرف على درجة القلق لدى الرياضيين أي استخدام قائمة المنافسة الرياضية أو قياس حالة قلق المنافسة، ومن بين أهم السلوكيات أو الأساليب التي يستطيع المدرب أن يعرف بها درجة القلق عند الرياضي نذكر منها (راتب، 2007، ص. 194-195).

- يمكن تفسير كثرة أخطاء الرياضي وخاصة في المنافسة مؤشرا لزيادة القلق.
- يمكن أن يكون ضعف أداء الرياضيين في مواقف الأداء الحرجة أو الحاسمة مؤشرا لزيادة درجة القلق.

مثل لاعب كرة السلة الذي يفشل في تسجيل الرمية الحرة في الدقائق الأخيرة لمباراة كرة السلة عندما تكون نتائج الفريقين متقاربة.

- يمكن أن يميل الرياضي لادعاء الإصابة كمؤشر لقلق المنافسة الرياضية.

9-1- تعريف اضطرابات النوم:

النوم: هو وسيلة للراحة تؤدي الى تجديد الطاقة والنشاط، ومن الناحية العلمية فان النوم بالنسبة للصحة هو وسيلة للتكيف مع الظروف الداخلية والخارجية للإنسان وغيره من الكائنات، والنوم وقاية من الإجهاد بالحد من استهلاك الطاقة بالتوقف عن النشاط لفترة محدودة والراحة لفترات زمنية منتظمة (الشربيني، 2000، ص.8).

هو حالة طبيعية متكررة، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبيا عما يحيط به من أحداث وهو حالة وظيفية حيوية لها أهميتها في استعادة النشاط وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم بالطاقة اللازمة لاستمرار الحياة (عماد وهبه، 2006، ص.204)

اضطرابات النوم: هي حال عدم الانتظام التي ترافق النوم من حيث مدته ووقته، أو ما يحدث خلاله من سلوك أو نشاط يتعارض مع حالة النوم الطبيعية والتي تدل على عدم تحقيق النوم بالشكل المطلوب (بن جخدل، 2021، ص.206).

9-1-1 تصنيف اضطرابات النوم:

يصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) اضطرابات النوم الى:

القسم الأول: اضطرابات النوم التي لا تحدث نتيجة وجود اضطراب عقلي أو لا ترجع الى حالة طبية أو استخدام المواد المخدرة أو العقاقير، وتنقسم الى قسمين:

أ- اضطرابات النوم الأولية (عسر النوم): أي اضطراب كمية النوم وكيفيته ووقته وتشمل:

- الأرق الأولي.
- الإفراط في النوم الأولي.
- نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم).
- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس.
- اضطراب مواعيد النوم واليقظة.
- عسر النوم غير المصنف في مكان آخر (الدسوقي، 2006، ص.26).
- ب- اضطرابات النوم الثانوية (مخلات النوم): وهي عبارة عن أحداث غير طبيعية تقع أثناء النوم وتحدث في الفترة بين النوم واليقظة، وتشمل:
 - اضطراب الكوابيس الليلية.
 - اضطراب الفزع أثناء النوم.
 - اضطراب المشي أثناء النوم.
 - مخلات النوم غير المصنفة في مكان آخر.
- القسم الثاني: اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي أو عقلي آخر، وتشمل:
 - الأرق المرتبط بالاضطرابات الإكلينيكية أو اضطرابات الشخصية.
 - الإفراط في النوم المرتبط بالاضطرابات الإكلينيكية أو اضطرابات الشخصية.

القسم الثالث: اضطرابات النوم الأخرى، وتشمل:

- اضطراب النوم الذي يرجع الى حالة طبية.
- اضطراب النوم المرتبط باستخدام المواد المخدرة أو العقاقير (الدسوقي، 2006، ص.27).

1-9-2- أسباب اضطرابات النوم:

وتنقسم هذه الأسباب الى:

أ- مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها عابرة ومؤقتة، بعضها خاص بالفرد مثل: الإكثار من تعاطي العقاقير المنبهة، الإصابة ببعض الأمراض الجسمية كالآلام الأسنان، تعاطي أدوية لعلاج أمراض معينة خاصة كأدوية الحساسية، وبعض هذه العوامل الخارجية مثل: الضوضاء، تغير في المناخ، الانتقال من العمل النهاري الى العمل الليلي، وما يترتب على التقاعد من اختلال في دورة اليقظ - النوم.

ب- مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها مزمنة ومستمرة: وتنقسم بدورها الى مجموعتين من الأسباب:

1- مجموع الأسباب التي يعد اضطراب النوم ثانويا مثل إصابة الفرد بالأمراض العضوية، أو النفسية أو العقلية.

2- مجموعة الأسباب المخلة بالنوم: حيث قدمت عدة نظريات لتفسير كيفية حدوث مشكلات في النوم. ومن هذه النظريات:

- النظرية النورنية للنوم: ويذهب أنصار هذه النظرية الى أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب اتصال الخلايا العصبية ببعضها في المخ، بالإضافة لنقص الدورة الدموية للمخ.

• النظرية الايضية للنوم: وتهض هذه النظرية على أن المخفي فترة اليقظة يقوم بتخليق مادة تسمى الحامل الحادث للنوم-S- وهذه المادة تتجمع في السائل المخي النخاعي وعند وصوله لمستوى معين من التركيز يحدث النوم وان دورية لتجمع والتخلص من هذا العام تقود الى دورية النوم واليقظة.

• الأسباب النفسية والاجتماعية: حيث أمكن حصر مجموعة من الأسباب النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تقود الى حدوث مشاكل النوم المختلفة ومنها: الضغوط النفسية والاجتماعية، سوء تنظيم إيقاع النوم – اليقظة، العادات السيئة في الطعام والشراب، زيادة الوزن والسمنة (غانم، 2011، ص.164-265-266).

1-9-3- علاج اضطرابات النوم:

ركزت العديد من الاجتهادات في هذا الصدد على علاج الأرق باعتباره الاضطراب الأكثر شيوعا في زملة اضطرابات النوم من خلال المحاور الآتية:

1- العلاج النفسي مع بعض المطمئنات من مجموعة البزوربازين مثل: الفاليوم، اتيفان، موجودون، تورمرون خاصة في حالة القلق ويستحسن استعمال هذه العقاقير لمدة لا تزيد عن ستة أسابيع حتى لا يتعود المريض على التعاطي

2- إذا كان الأرق ثانويا لاضطراب اكتئاب فالعلاج الأمثل بعد مضادات الاكتئاب خاصة النوع المهدئ مثل: التريبتول التريبتوفان.

3- إذا كان الأرق ثانويا بالاضطراب ذهابي فهنا يتجه العلاج الى مضادات الذهان مثل: اللارجاكتيل، الميليريل.

4- إذا كان الأرق ثانويا لاستعمال المواد مثل المنبهات أو الهيردين حتى مانع من إعفاء خليط من مضادات القلق والاكتئاب والذهان.

5- عندما لا نجد سببا نفسا أو اضطرابا عقليا للأرق نحاول العلاج نوعه غير كيميائي بما يسمى (النوم الصحي).

6- إضافة الى تدريب المريض إلى الاسترخاء العضلي التدريجي والتسكين أو التدريب على التنبيه الذاتي.

7- تصميم برامج التحكم في المنبه الذي يقود الى الأرق خاصة تلك الأنشطة التي قد يمارسها الشخص قبيل دخوله الى الفراش (غانم، 2006، ص.294).

1-9-4. العلاقة بين القلق واضطرابات النوم:

يعد القلق من الاضطرابات الهامة في حدوث مشكلات النوم، ويمكن أن يصيب الفرد بالأرق، كما أن الأفكار التي تلج على الفرد بصورة قهرية سبب آخر لمشكلات النوم وتقطعه. ومن الممكن أن يعد نمط النوم ومشكلاته بوجه عام من بين مؤشرات الصحة النفسية فان نمط النوم قد يجعل الفرد يستيقظ من نومه نشطا ومرتاحا أو زينا قلقا بما يؤثر على سلوكه وإنجازاته خلال اليوم.

وقد أظهرت العديد من الدراسات الامبيريقية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق واضطرابات النوم، فقد وجد- على سبيل المثال- فريد مان وساتلر من خلال دراسة شملت مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في النوم، ومجموعة ضابطة ليس لديها أي شكاوي (حادة) من النوم، حيث كان عدد الأفراد في كل مجموعة (48) فردا وجميعهم من الذكور، أو بتطبيق مقياسا للتقدير الذاتي للقلق، وجد أن المجموعة التي تعاني من الأرق حصلت على درج مرتفعة في القلق مقارنة بالمجموعة التي ليس لديها مشاكل حادة مع النوم، وهذا في رأينا أمر متوقع لكنه يثبت بصورة عملية طبيعة العلاقة القوية بين المعاناة من القلق في مشكلة أو أكثر من مشاكل النوم.

كما توصلت دراسة أخرى الى أن القلق يظهر في صورة متعددة أظهرت نتائج العديد من الدراسات الميدانية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق ومشكلات النوم فقد وجد فريمان ساتلر (1982). ومن خلال دراستهم التي حاو رصد مظاهر مشكلات النوم لدى عينة تعاني من الأرق وعينة لا تعاني من الأرق، وجاءت النتائج توضح أن جوانب الاضطرابات كانت في جانب العينة المضطربة (غانم، 2006، ص.24-283).

2- مشكلة الاكتئاب:

2-1- تعريف الاكتئاب

لغة: مأخوذ من الفعل كئب بمعنى: تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب وكئيب (الحنفي، 1995، ص. 204).

والكأباء: هو الحزن الشديد، ونقول إمراة كأباء، أي ذات كأبة وحزن، ويقول ما أكأبه: أيما اشد حزنه (يامنة، ياسين، 2014، ص.11).

الاكتئاب: هو مرادف للانقباض وانقبض يعني:تجمع وانطوى، إنقبض الرجل على نفسه بمعنى: ضاق بالحياة فاعتزل، انقبض على القوم بمعنى هجرهم(يامنة، ياسين، 2014، ص.11).

يقال اكتأب فلان أي حزن واغتئم وانكسر، والكأبة تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، وإما الكأبة فهو الحزن الشديد، ويقال راد مكتئب اللون: إذ ضرب إلى السواد (سرحان وآخرون، 2001، ص.11).

اصطلاحاً: يستخدم هذا الاصطلاح أي الاكتئاب Dépression أما كمصطلح للتشخيص أو كوصف لحالة انفعالية، فعندما يستخدم بمعنى انفعال يشير إلى انخفاض في المعنويات أو في الروح المعنوية والكأبة، أما عندما يستخدم كتشخيص

فانه يشير إلى أعراض يمثل فيها انفعال الغضب عنصرا هاما (يامنة، ياسين، 2014، ص.11).

كما أن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر، نتج عن الظروف المحزنة والأليمة التي تعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (الفحل، 2016، ص.07).

أما الأطباء النفسيين فإنهم ينظروا إلى المريض المكتئب انه الشخص الذي يعاني تغيير واضح وملموس في المزاج وفي قدرته على الإحساس بذاته والعالم من حوله والاكتئاب كمرض من أمراض الاضطراب الوجداني يتراوح ما بين النوع البسيط النوع الشديد المزمن الذي قد يؤدي إلى تهديد الحياة (بترس، 2007، ص.308).

وعرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM في الدليل التشخيصي الأول "بأنه مجموعة الانحرافات لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في المخ بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية، ترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، وإلى اضطرابات علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه وترتبط بحياة الفرد وخاصة طفولته، وهو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات تستهدف حلا لأزمة نفسية ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه قد تفلح في هدفها بقدر قليل أو كبير أو تكون محاولة خائبة لا تجدي في خفض القلق بل تزيده شدة وإصرارا (عطوف، 1986، ص.209). نقلا عن، بوحايك (2013).

أما مصطفى زيور 1985: فيعرفه على "انه حالة من الألم النفسي مصحوب بإحساس بالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير الذات ونقص في النشاط العقلي والحركي"(زيور، 1985، ص.193).

ويعرفه انتوني ستور Antoni Stor "هو الآلة التي تتسم بالحزن وعدم الميل إلى النشاط الذي قد يتصاعد إلى درجة تصل إلى الغالب إلى السكون التام، والتوقف عن الحركة، وتأخر العمليات العقلية، ويصحب ذلك حالات الاضطراب في نظام النوم، وفقدان الشهية للطعم والإمساك وارتخاء العضلات وانخفاض الرغبة الجنسية (الخالدي، 2006، ص.379).

ويعرفه ويني كوت Winnicott: الاكتئاب هو عرض مرضي ودل على مزاح: يتضمن عقد لا شعورية قد تصبح شعورية فيما بعد هذه السيرورات اللاشعورية مرتبطة بمشاعر التآثيم، وهذه المشاعر تنتهي إلى العنصر الهدام الملازم للحب (Winnicott , 1975 , p.153).

أما لولو Lou Het Lou: فيرى إن "الاكتئاب يحتوي حتما على الحزن، حيث تؤثر شدته على الحياة اليومية للنشاط، اعتبار الذات والوظائف الأولية كالنوم والشهية". (Lou Het Lou , 1991 , p.8)

2-2- الاكتئاب عبر العصور:

يعد الاكتئاب أقدم الأمراض النفسية وقد ورد وصف لأوضاع تشابه ما نشخصه اكتئابا في عدد من النصوص القديمة الدينية والدينية.

وقد وصف ابن سينا العديد من حالات المالاخوليا أو مرض العشق وكيفية علاجه (سرحان وآخرون، 2000، ص.13).

وفي العام 1921 نشر الطبيب الانجليزي روبرت بيرتون الذي عد فيه هذا المرض مرضا عقليا. وفي كتابات الإغريق هناك بعض الإشارات عن طريق الأساطير، وعن طريق الشعر والأدب إلى حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي، فقد

رد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرض النفسي، وكيفية علاجهم والعناية بهم (الشريبي، 2001، ص.25).

وفي القرن التاسع عشر أصبح الاكتئاب يحتل موقعا مركزيا في أعمال كبار الأطباء النفسيين، أمثال كريبلين Kraepelin ويسبرز Jaspers وفرويد Freud وشنايدر Schneider حيث ساهمت كتاباتهم والتي امتد بعضها إلى أواسط القرن العشرين في وضع البذور الجينية لفهم ظاهرة الاكتئاب وفي النصف الثاني من القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة هذا المرض للدرجة التي جعلت كاتبا مثل كليرمان Klerman 1979 يقول إن هذه الفترة يمكن أن تسمى عصر المالاينخوليا.

ظل الاكتئاب لسنوات طويلة مثله مثل العديد من الأمراض النفسية، أحد الاضطرابات التي استخدم في علاجها العديد من الطرق غير العلمية، حيث كان المرضى يعزلون عن المجتمع في معظم الأحيان، أو يتم علاجهم بالأفيون، أو أي طرق ليس لها أساس علمي (عبد القوي، 2018، ص.137).

واليوم يعتبر الاكتئاب من المشاكل الصحية الرئيسية وتخصص الدول والشركات والمؤسسات الأكاديمية جزءا مهما من برامجها لمواجهته، حيث تقدر منظمة الصحة العالمية انه العام 2020 سيكون الاكتئاب ثاني أكبر مسبب للإعاقة في العالم بعد أمراض القلب (سرحان وآخرون، 2018، ص.137).

2-3- مظاهر الاكتئاب:

تتنوع مظاهر الاكتئاب في أشكالها وشدتها، وذلك حسب نوع الاكتئاب ومدته أو هل ترافقه أعراض أخرى أم لا، ومن أي أنواع الاكتئاب هو، ومع ذلك سوف نستعرض المظاهر الرئيسية للاكتئاب من الناحية العملية (سرحان وآخرون، 2001، ص.28).

2-3-1- المزاج: يتكرر المزاج ويهبط ويشعر المكتئب باليأس والقنوط، وعدم القدرة على الاستمتاع، أو يفقد الرغبة في ممارسة أمورهِ المختلفة في حياته اليومية، في العمل أو الدراسة، ويفقد حماسه للهوايات والمطالعة ومتابعة التلفاز.

2-3-2- المظهر والحركة: قد لا يتغير مظهر المريض بشكل واضح في حالات الاكتئاب البسيطة والمتوسطة أحياناً، وفي حالات تكرار المزاج، ولكن التدقيق في المريض ومقارنة مظهره الحالي مع مظهره السابق لمن يعرفه يجد فيه الإهمال بالأناقة والمظهر ويميل إلى النظر إلى الأرض، وغالباً ما يكون هناك تباطؤ حركي.

2-3-3- النوم: يضطرب النوم في الأغلب، فيصحو المريض مبكراً وفي أشد حالات الضيق والانزعاج، ولا يستطيع العودة إلى النوم، وقد يصحو نتيجة الكوابيس التي تدور حول الموت والأموات، ومن الممكن أن يكون النوم متقطعاً حتى ولو كانت كافية.

2-3-4- الطعام: تقل شهية المكتئب للطعام وقد يأكل بلا شهية، ثم يصل إلى درجة عدم القدرة على رؤية الطعام أو شم رائحته، ويقل معدل تناول الوجبات وكميتها.

2-3-5- النشاط: يقل نشاط المكتئب عموماً، فقد ينقطع عن زيارة الأهل والأصدقاء، ويختفي عن المناسبات والأفراح، ويقضي وقتاً طويلاً منعزلاً صامتاً، لا يكثر حتى لقراءة صحيفته المفضلة، أو الاستحمام، أو التسوق.

2-3-6- التفكير: يتغير تفكير الإنسان فلا ينظر للأمور إلا من منظور تشاؤمي قائم يرى فيه الإنسان نفسه فاشلاً ولا يثق بنفسه للقيام بالمهام البسيطة التي طالما كان يقوم بها بتفوق.

2-3-7- الأعراض الذهنية: قد يصل مريض الاكتئاب إلى الطبيب العام أو اختصاص الأمراض الباطنية أو القلب أو الجهاز الهضمي أو الأعصاب بشكاوى الصداع، وألم الصدر، وألم البطن، وألم الظهر، أو جميعها معاً.

2-3-8- الجنس: من المؤلف أن تقل الرغبة الجنسية تدريجيا لدى الذكور والإناث، وقد يضعف الأداء الجنسي والإثارة أيضا، ولا يكثر لها المريض أو المريضة إلى أن هناك أولويات أهم من الجنس.

2-3-9- القدرات العقلية: يترافق الاكتئاب مع ضعف التركيز والانتباه، وذلك لعدم الاكتراث والاستغراق في اختيار الأفكار، مما يؤدي إلى عدم تخزين المعلومات، وعند محاولة استرجاعها لا يجدها المريض.

2-3-10- الأعراض الذهنية: ويقصد بها الهلاوس والهذيان وهي مرتبطة بالحواس المختلفة فيرى المريض صورا ويسمع اصواتا ويشم روائح، لا أساس لها ولا وجود لها إلا في دماغه.

2-4- أسباب الاكتئاب:

2-4-1- الأسباب الوراثية: لقد حاول علماء النفس إعطاء تفسيراً ولو أنه ظل غير كاف حول مسألة انتقال مرضى الاكتئاب الوراثية عبر الأجيال، فقد وجدوا أن نسبة حدوث مرض الاكتئاب تزداد عند التوائم المتطابقة (التوائم التي تنتج من تلقيح حيوان منوي واحد لبويضة واحدة) بحيث تصل النسبة لحوالي 70% وكذلك تقل نسبة الإصابة بين الأقارب من الدرجة الأولى حوالي 20% (ثائر، 2017، ص.25).

ومن الغريب أن يتصور الناس أن وجود دور وراثي في حدوث الاكتئاب يعني بالضرورة أنه لا علاج للمرض وكان التصور في أذهانهم أن الوراثة تعني عيباً خلقياً، لا يمكن إصلاحه مثل يولد بعين واحدة أو بكلية واحدة، أو من لديهم تشوهات خلقية هذه كرة خاطئة حتماً، فالكثير من الأمراض النفس جسدية والعضوية تلعب الوراثة فيها دوراً، وهذا لا يعني أن لا علاج لها، بل إن العلماء يرون في ذلك مدخلاً لمحاولة فهم المرض والوقاية منه وعلاجه، عن طريق الهندسة الوراثية، كما إن وجود

أسباب وراثية لا يعني بالضرورة إن الإنسان يمنع من الزواج والإنجاب فلاكتئاب يزداد قليلا عند الأبناء إذا كان أحد الوالدين يعاني من المرض وأكثر إذا كان كلا الوالدين مصابين بالاكتئاب، وعندما يكون المصاب أبعد في القرابة تقل النسبة تدريجيا، ويسبب الانتشار الواسع للاكتئاب فإنه من الصعب أن تجد عائلة تخلو من المرض (سرحان وآخرون، 2001، ص.43).

إلا أن الأبحاث قد أظهرت أن للعوامل الوراثية دورا في كثير من أنواع الاكتئاب، ما يرثه الفرد هي الحساسية المفرطة شكل عام لا الاكتئاب فحسب قد يكون بعض الأشخاص حساسين ولكن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم قد يعانون من الاكتئاب، قد يكون هناك عوامل حياتية تحول دون اكتئابهم كالعلاقات الوثيقة مع أهلهم أو الطبيعة الهادئة التي تثار بسهولة (كارول، وشاري، 2007، ص.31).

2-4-2- الأسباب النفسية: ومن العوامل النفسية نجد:

- عملية الصراع داخل النفس تحدث نتيجة تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد.
- صراعات تنشأ دائما على طموحاتنا وتطلعاتنا من جانب، وبين واقعنا وقدراتنا من جانب آخر.
- 1- لفشل في الحصول على الحب والتقدير والإحباط المتكرر.
- ضعف الأنا الأعلى وإيهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر والرغبة في عقاب الذات.
- سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب.
- أساليب التربية الخاطئة والتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.
- الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس).

- فقدان المعنى في الحياة والشعور بالفزع والشعر بالاغتراب مما يؤدي إلى الشعور بالضعف (الاعظمي، 2013، ص.59).

2-4-3- الأسباب البيئية الاجتماعية: قدم هولمز عالم النفس قائمة تضم كل مواقف الحياة التي يمكن أن يتعرض لها الشخص تسهم في إخلال توازنه النفسي وتسبب الاكتئاب وتظم 43 موقف نذكر منها:

- الطلاق.

- وفاة أحد أفراد الأسرة.

- اضطراب صحي أو سلوكي إلى أفراد الأسرة.

- مشكلات جنسية.

- إضافة عنصر جديد للأسرة (مولود أو بالتبني).

- الإصابة بمرض شديد أو في حادث.

- الانتهاكات البسيطة للقوانين (القمش والمعايضة، 2009، ص.273).

2-4-4- الأمراض العضوية: قد يبدو المريض المصاب بقصور في عمل الغدة الدرقية بكسله وخموله وعدم المبادرة وزيادة الوزن والتباطؤ الحركي النفسي وكأنه يعاني من الاكتئاب وهذا ممكن، ولكن مظاهر نقص إفراز الغدة وفحص هرموناتها يحدد التشخيص وكذلك الأمر في كثير من أمراض الغدد الصماء، وأمراض السرطان وبعض الأمراض الروماتيزمية.

ولابد من التأكيد هنا أن معالجة المرض العضوي لا تكفي للانتفاء من الاكتئاب فلا بد من علاجه (سرحان وآخرون، 2001، ص.56).

مما لوحظ في مرضى الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية عموماً، ما يتميزون من تكوين جسدي مميز يطلق عليه التكوين المكتنز.

أما عن الأمراض العضوية التي من المعروف إن ترتبط بشعور واضح يماثل حالة الاكتئاب النفسي نذكر منها على سبيل المثال.

- بعض أمراض الجهاز العصبي مثل جلطة المخ، الصرع، الصداع النمطي، أمراض الغدد الصماء التي تحدث نتيجة لخلل الغدة الدرقية أو الغدة الكلية.

- نقص هرمونات الغدة الدرقية يؤدي للاكتئاب، وكذلك الفيتامينات كفيتامين ب 12.

- بعض الأمراض المعدية وأهمها حالياً، الايدز، وأنواع الحمى المختلفة مثل التهاب الرئوي، الأنفلونزا.

- عندما يكون مرض ليس له شفاء ويكون المريض في انتظار النهاية (الشامي، 2002، ص.65).

2-5- أعراض الاكتئاب:

تتفاوت أعراض الاكتئاب من حيث شدته وبساطته، كما تختلف من حيث حدة الإصابة أو البطء في تطویرها، ففي بعض الأحيان لا تزيد هذه الأعراض إلا قليلاً عن المزاج الاعتيادي، وقد تبلغ حداً من الشدة يصعب تفريقه عن الاكتئاب المرضي في أحيان أخرى (مطشر، 2011، ص.103).

وقد تظهر أعراض الاكتئاب، عند وفات شخص عزيز فهذه الأحداث تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق وانكسار النفس (العيسوي، 1993، ص.137).

تتنوع أعراض الاكتئاب النفسية والجسدية المحتملة في الواقع، ما يأتي منه البعض من أعراض الاكتئاب يمكن أن يختلف اختلافا كبيرا لدى آخرين (مكتري، 2013، ص.06).

2-5-1- أعراض نفسية: مثل تعكر المزاج، - فقدان الاهتمام بأمور تعودت أن تستمتع بها، - القلق، - فقدان القدرة على الإحساس، تفكير كئيب، - مشكلات في التركيز والذاكرة، - التوهم، - الهلوسة، - أفكار انتحارية.

2-5-2- أعراض جسدية: مثل، مشكلات في النوم (صعوبة في النوم والاستيقاظ باكرا أو الإفراط في النوم)، - بطء ذهني وجسدي، - فقدان أو إفراط في الشهية، - زيادة الوزن أو انخفاضه، - فقدان الاهتمام بالعلاقة الجنسية، - تعب، - إمساك، - عدم انتظام الدورة الشهرية.

2-6- النظريات المفسرة للاكتئاب:

ثمة نظريات عديدة تناولت موضوع الاكتئاب، كل منها قدم تفسيراً مغايراً من جانباً معيناً من الموضوع، وذلك لتعدد الأسباب والعوامل المؤدية للمرض.

2-6-1- النظرية السلوكية: يرى المنظرون السلوكيون أن الاكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك آخر. وهم يفسرونه بمصطلحات المثير والاستجابة، فالمكتئبون يتسمون بانخفاض لعدة أنواع من النشاطات وزيادة لأنواع أخرى والتي عادة ما تكون الهروب والتجنب.

ويؤكد السلوكيون على أن السبب الرئيسي للاكتئاب هو فقدان التعزيز، إذ أن الخمول أو الضعف الفاعلية والشعور بالحزن لدى المكتئب هو نتيجة انخفاض مستوى التعزيز الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات غير السارة (مشطر، 2011، ص.13).

2-6-2- نظرية التحليل النفسي: تعتبر من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب وأقدمها، حيث أعطت تحليلاً مفصلاً عن أسباب الإصابة بالمرض وعوامل حدوثه منذ بداية الإصابة به وإلى غاية العلاج فأصحاب هذه النظرية يرون إن سبب الإصابة ناتج عن الخبرات المؤلمة والصدمات التي مر بها الفرد في طفولته المبكرة، وهو إذا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب إذا حدث وإن تعرض لمواقف ضغوط مشابهة (يامنة وياسين، 2014، ص.36).

وترى نظرية التحليل النفسي أنه يمكن تلخيص العوامل المؤثرة في الاكتئاب إلى:

- تغير في التوازن الخاص بالدوافع الغريزية أي الحب والعدوان.

- تغير في علاقة المريض بموضوع الحب.

ويرى (اريكسون) أن من أسباب الاكتئاب هو عدم ثقة الفرد بنفسه وبالعالم الخارجي الذي يحيط به، وعدم قدرته على البت في الأمور، وفشله في الانجاز، وعدم حصوله على تقدير عالي للذات أو حتى فهمها أو تحقيقها (عودة ومرسي، 1986، ص.177-178).

2-6-3- النظرية البيوكيميائية: من الضروري في مثل هذه الدراسة تناول جميع جنبات الظاهرة لموضوع البحث، بحسبها ظاهرة سيكولوجية، بمعنى إن مظاهرها تعبر عن حركة نشطة مستمرة بين طرفي نقيض متمثلة في كل متغير، طرف بيولوجي عمل وفق أنظمة محددة تدخل في إطار الكمية، وبين آثار بيئية تعمل وفق أنظمة متداخلة من الآثار الاجتماعية، وما تحمله من طرائق متعددة في أساليب التغذية وإمكانية الحياة بما فيها من تغيرات في ظروف المناخ البيئي لمحيط والإطار الاجتماعي الذي ينظم وينتظم وفق عمل هذه الأنظمة أو تلك.

وتنتظم النظرية البيوكيميائية في ثلاث نظريات أساسية:

أ - نظريات نشوء الأمين الحيوي التي تشمل (الكاتول أمين والاندول أمين والفروض الأخرى).

ب- نظريات كهربية الايض. (عملية الهدم أو البناء أو الميتابوليا).

ج- النظريات المحورية للغدتين النخامية والكظرية.

ولقد بدأت قصة العقاقير المثبطة للخميرة التي تؤكد الأمانات الأحادية باكتشاف عقار مضاد للدرن يسمى (إيبرونيازيد)، وقد لوحظ أن العقار يزيل الاكتئاب، ويتناسب أثره طرديا مع حجم الجرعة المستخدمة (عسكر، 2001، ص.20).

4-6-2- النظرية المعرفية: هذه النظرية هي حديثة العهد نسبيا في الاهتمام بمختلف الاضطرابات الوجدانية، وتذهب هذه النظرية إلى القول بأن العمليات المعرفية تلعب دورا مهما في نشأة الاضطرابات الوجدانية، وتعتقد أن الأفكار والعقائد تسبب السلوك الانفعالي، المكتئبون يعملون كما يعملون لأنهم يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء منطقية نمطية، وأنهم يلقون ما يحدث لهم في اتجاه لوم الذات والكوارث وما إلى ذلك. الاكتئاب يقودهم لعمل النتائج غير المنطقية في تقويم أو في الحكم على دوائهم.

ويفسر المعرفيون بعض المظاهر السلبية للاكتئاب كالخمول والتعب والتهيج على أنها نتاجا للمحتوى المعرفي السلبي، فالخمول والسلبية تعبيران عن فقدان الدافعية التلقائية، والتعب السريع مع التوقع الدائم للنتائج السلبية لأي فعل يقوم به المكتئب (ارون بيك، 2000، ص.142).

ولقد اعتقد (بيك 1976 beek 95) أن مشاعر البؤس أو الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان، والنقص، الانهزام.

لذا فان نموج ضبط الذات يفسر أعراضا متنوعة من أعراض الاكتئاب وفقا لمجموعة متنوعة من المعارف، أي كلما كانت معايير تقدير الذات شديدة نشأ انخفاض في تقدير الذات أو مشاعر العجز ولذلك فإن انعدام المكافأة الذاتية يرتبط بتأخر مستوى النشاط ونقص روح المبادرة (عسكر، 2001، ص.45).

2-7- كيفية عمل النشاط البدني في معالجة الاكتئاب:

عند ممارسة الرياضة يتم إفراز مواد كيميائية تدعى الاندورفين من الدماغ، وهذه المواد موجودة في الدماغ بشكل دائم لكنها بحاجة إلى الجهد الجسدي لكي يتم إفرازها، وأنواع الجهد الجسدي التي يحتاج إليها الدماغ لإفراز الاندورفين متنوعة فقد تكون:

- رياضة معينة.- ممارسة الجنس.- الفرح.- الضحك.- تدليك الجسم.- النوم.

بالإضافة إلى الجهد الجسمي هذا كذلك الشوكولاتة قد يكون لها دور في إفراز الاندورفين، لذلك يحبها الناس، فعندما يفرز الاندورفين من الدماغ فهو يسيطر على الحالة النفسية ويساعد على محاربة الاكتئاب ويؤدي إلى الشعور بالمتعة.

الجدير بالعلم أن معظم الأطباء النفسيين في العالم تنصح المرضى والأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب بممارسة الرياضة بشكل منتظم، لان الرياضة هي دواء مكمل وفعال للعديد من المرضى.

يطرق التدريب بشكل مباشر الصلة بين العقل ولجسد لصنع المعجزات في
مواجهه الاكتئاب، بالنسبة للجسد يقوم التدريب بالعمل الآتي:

- يساعد في تنظيم وزنك.
 - يقي المفاصل والعظام.
 - يزيد الطاقة والقوة طوال اليوم.
 - يقلل من خطر التعرض لمرض القلب.
 - يساعد في منع أو السيطرة على النوع الثاني من البول السكري (لبول السكري عند البالغين).
 - يقلل خطر التعرض لالتهابات المفاصل، ويخفف الأعراض المرتبطة به.
 - ساعد في تقليل الكوليسترول.
 - يساعد في خفض ضغط الدم المرتفع.
 - يحسن النوم
 - يساعد على الحماية من أنواع معينة من السرطان.
- إن لم تحملك كل هذه الفوائد على التفكير جديا في تعيين موضع حقيبتك الرياضية أو حذائك الخفيف، فهاهي بضع الطرق التي يفيد بها التدريب عقلك.
- يخفف من أعراض القلق والاكتئاب.
 - يساعد في منع معاودة أعراض الاكتئاب.
 - يبني صورة ذاته صحية ويزيد من الثقة.

- يقدم لعقلك شيئاً آخر تفكر فيه.

- يزيد من التفاعل الاجتماعي.

- يقدم إستراتيجيات صحية للتغلب على المتاعب.

- يزيد التفكير الايجابي، ويقلل الأفكار السلبية.

بينما يمكن أن تستغرق مضادات الاكتئاب مدة تصل الى ثلاث أسابيع للوصول إلى معدلات فعالة في جسمك، فإن للتدريب تأثير إيجابي مباشر، وهذه ميزة إضافية تحسب للتدريب (بريس، 2010، ص.169-170).

8-2- تعريف الاستجابة الاكتئابية:

يعرفها عبد الستار إبراهيم على أنها: نوع ن الاكتئاب كون ظهورها على نحو واضح، مرتبطا ببعض الأحداث المأساوية ككوارث موت الأعزاء، أو الانفصال، أو الكوارث المادية ولهذا يطلق العلماء على هذا النوع من الاكتئاب. مفهوم الاكتئاب الإستجابي (depression, reactive)، إشارة الى خاصية ارتباطية بوجود مواقف أو أحداث خارجية، أو نازلات تلم بالشخص، وفي هذه الحالة تكون الاستجابة مرتبطة بالموقف، وعادة ما تنتهي بفترة قصيرة، يكون بإمكان صاحبها بعدها أن يمارس حياته بعدها (إبراهيم، 1998، ص.17-18).

كما عرفت مرجريت ماهر (1966)، الاستجابة الاكتئابية كأثر أساسي لمرحلة الانفصال، ولاحظت حدوثه خلال فترة انفصال الشخص وجوديا عن أسرته أو استقلاله، كما وجدت أن الاستجابة الاكتئابية- تصبح- لدى بعض الأطفال كردود فعل سلبية معتادة، كما شعرت بان استنزاف عملية الثقة الأولى أو تخفيض تقدير الذات مع العجز المصاحب لإبطال طاقة العدوان، كلها عمليات تخلق جذور المزاج الاكتئابي (عسكر، 2001، ص.75).

2-8-1- خصائص الاستجابة الاكتئابية:

* هي غير ذهانية أي بدون هذيانات وهلاوس مع وجود اضطرابات الذاكرة أو أعراض تخص فقدان العلاقة مع الواقع.

* لا نجد أعراض داخلية المنشأ كاليقظة في الصباح، نقص في الوزن، درجة كبيرة من الشعور بالذنب واتهام الذات.

* تأتي عادة بعد حدث مصدم.

* تظهر عند الأشخاص الذين لهم اضطرابات نفسية مرضية.

* غياب العوامل الوراثية.

* حسب التحليل النفسي تعود صراعات لاشعورية.

* وجود عامل فجر خارجي.

* الأعراض الاكتئابية اقل عمقا (Alexander, 1663, P10). نقلا عن بركاني (2016).

2-8-2- أعراض الاستجابة الاكتئابية

هناك مجموعة متنوعة من الأعراض التي قد يعاني منها الأشخاص الذين يعانون من الاستجابة الاكتئابية. كل شخص يستجيب بشكل مختلف مع الأحداث الضاغطة، وتجربة كل شخص مع الاستجابة الاكتئابية فريدة من نوعها. قد يعاني بعض الأشخاص من تغيرات في الشهية ونوبات بكاء بينما قد يعاني آخرون من قلق شديد ويلجئون إلى المخدرات والكحول للحصول على الراحة. وفيما يلي بعض الأعراض الشائعة التي يعاني منها الناس:

* الغضب: قد يشعر بعض الأفراد بالغضب نتيجة الأحداث المجعدة التي تحصل. عادة ما يكون هذا الغضب مصحوبًا بالحزن والقلق.

* تغيرات في الشهية: يتعامل بعض الأشخاص مع الاكتئاب إما عن طريق تناول الكثير من الطعام أو تجنب الطعام تمامًا. قد تلاحظ عدم رغبتك في تناول الطعام أو اللجوء إلى الطعام كآلية للتكيف العاطفي.

* الارتباك: في بعض الأحيان قد يؤدي التوتر والاكتئاب العاطفي إلى شعور الناس بالارتباك إلى حد ما. قد تواجه مشكلات في الذاكرة، وصعوبة في التركيز، وارتباكًا عامًا حول سبب عدم تعافيك.

* نوبات البكاء: يعاني بعض الأشخاص من نوبات بكاء شديدة لأنهم غير قادرين على التغلب على الأمور التي سببت لهم الشعور بالاكتئاب. قد يحدث البكاء بشكل يومي، عدة مرات في اليوم، أو أقل تواترًا مثل بضع مرات في الأسبوع.

* تعاطي المخدرات: عندما يواجه العديد من الأشخاص الاستجابة الاكتئابية، فإنهم لا يعرفون كيفية التعامل مع الألم العاطفي، لذا يلجئون إلى الكحول والمخدرات. وهذه عادةً ليست طرقًا آمنة أو مستدامة للتعامل مع هذه الحالة.

* الشعور باليأس: يمكن للاكتئاب التفاعلي أن يجعل الناس يشعرون باليأس بشأن الحياة والمستقبل. قد يكون من الصعب إخراج نفسك من هذه الحالة، لذلك عادة ما يكون التدخل الخارجي عن طريق العلاج ضروريًا للتعافي.

* الصداع: قد يعاني العديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب من أعراض جسدية، ويعتبر الصداع أحد أكثر الأعراض شيوعًا. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤدي التوتر بحد ذاته إلى الصداع إذا لم يتم التعامل معه بشكل صحيح.

* الأرق: إذا كنت تعاني من الاكتئاب التفاعلي، فقد تجد صعوبة في النوم. قد تفكر دائماً في ما تشعر به و/أو الحالة التي تسببت في استجابتك مع الاكتئاب.

* التهيج: من الشائع أن تصبح سريع الانفعال عندما تشعر بالاكتئاب. قد تفقد صبرك و/أو تغضب من أشياء بسيطة. كل شيء صغير قد يثير أعصابك أو يثير غضبك.

* الخفقان: إذا كنت تعاني من خفقان القلب، فقد تلاحظ أن قلبك يرفرف، أو ينبض بسرعة، أو بشكل غير منتظم. هذه ليست حالة طبية خطيرة، بل هي أحد أعراض التوتر والاكتئاب الذي تعاني منه.

* الحزن: قد يكون الحزن الذي تشعر به كرد فعل على حدث أو ظرف شديداً.

* سلوك التدمير الذاتي: قد ينتهي الأمر بالأشخاص إلى الانخراط في سلوك التدمير الذاتي مثل عدم الاعتناء بأنفسهم، أو تعاطي المخدرات، أو عدم الأكل، أو القطع، و/أو أي سلوك متهور آخر.

* مشاكل في النوم: يعاني العديد من الأشخاص من مشاكل في البقاء نائمين أثناء الليل. قد يعانون من نوم متقطع و/أو ربما ينامون أكثر من اللازم.

* العزلة الاجتماعية: بالنسبة لبعض الأشخاص، الطريقة الوحيدة التي يمكنهم من خلالها التغلب على اكتئابهم التفاعلي هي عزل أنفسهم عن الآخرين. هذه ليست فكرة جيدة ويمكن أن تؤدي في الواقع إلى مزيد من الاكتئاب.

* الأعراض الجسدية: قد يعاني الأشخاص من أعراض جسدية مثل الألم ومشاكل الجهاز الهضمي وما إلى ذلك نتيجة للاكتئاب التفاعلي.

* أفكار انتحارية: ليس من غير المألوف أن يصبح الاكتئاب شديداً لدرجة أن الشخص يفكر في الانتحار. إذا كان الأمر كذلك،

فمن المهم أن تلجأ إلى طبيب نفسي متخصص أو معالج نفسي للحصول على المساعدة.

* القلق: يمكن للعديد من الأشخاص أن يشعروا بقلق شديد بشأن الطريقة التي يشعرون بها والمستقبل. (MentalHealthDaily.com(25/03/2014)

2-8-3. أسباب الاستجابة الاكتئابية

هناك مجموعة متنوعة من المحفزات للاستجابة الاكتئابية. إن ما يجعل شخصًا ما يستجيب مع الاكتئاب الشديد قد لا يكون له نفس التأثير على شخص آخر. فيما يلي بعض الأسباب الشائعة للاكتئاب التفاعلي

*العلاقات المسيئة: إذا كنت محاصرًا في علاقة سيئة وتشعر أنه لا يوجد مخرج، فقد يكون رد فعلك هو الاكتئاب الشديد.

* الحوادث: الحقيقة هي أن الناس يتعرضون للحوادث طوال الوقت. بعض الناس غير قادرين على التحكم في استجاباتهم

العاطفية وينتهي بهم الأمر بالاكتئاب الشديد.

* الانفصال: الانفصال عن شريك حياتك ليس بالأمر الممتع. على الرغم من أنه قد يكون من الضروري الانفصال، إلا أنه قد يكون مؤلمًا عاطفيًا أيضًا، مما قد يؤدي إلى الاستجابة الاكتئابية.

* السطو: إذا وقعت ضحية لعملية سطو و/أو سرقة و/أو سرقة، فقد تعاني من أعراض الاكتئاب.

* تغيير الوظائف: قد يعاني بعض الأشخاص من هذا الاستجابة الاكتئابية نتيجة لتغيير وظائفهم.

* **الوفاة في العائلة:** إذا توفي أحد والديك و/أو أحد أفراد العائلة المقربين، فمن الشائع أن تشعر بالاكتئاب. إذا استمر الاكتئاب لفترة أطول من المعتاد، فيمكن تصنيف ذلك على أنه اكتئاب رد الفعل. قد يواجه بعض الأشخاص هذا أيضًا عند وفاة حيوان أليف قريب منهم.

* **الطلاق:** تمامًا مثل حالات الانفصال، يمكن أن يؤدي الطلاق إلى رد فعل عاطفي شديد، والذي قد يكون مرهقًا بدرجة كافية ليسبب الاستجابة الاكتئابية.

* **المشاكل المالية:** أي شخص مدين، أو يعاني من سوء الائتمان، أو يواجه صعوبة في سداد القروض يمكن أن يصبح مكتئبًا للغاية.

* **الحريق:** قد يؤدي فقدان جميع ممتلكاتك في حريق بالمنزل إلى إصابة شخص ما بهذا النوع من الاكتئاب.

* **الطرد من العمل:** من المؤكد أن فصلك من عملك أو طردك منه يمكن أن يكون محفزًا.

* **التحرش:** يمكن أن يكون ذلك نتيجة للتحرش في العمل أو المدرسة.

* **فقدان صديق:** إذا ابتعد صديق مقرب، أو مات، أو انتهت العلاقة، فقد ينتهي بك الأمر إلى عدم القدرة على التغلب على الاكتئاب.

* **الانتقال:** تغيير البيئة أو الانتقال إلى مدينة جديدة، أو نقل المنازل، أو شيء بسيط مثل تبديل الشقق يمكن أن يؤدي إلى الاستجابة الاكتئابية.

* الكوارث الطبيعية: إذا وقعت ضحية لكارثة طبيعية مثل إعصار، أو إعصار، أو فيضان، وما إلى ذلك، فقد تفقد منزلك ممتلكاتك. في هذه الحالة، قد تواجه حالة من الاستجابة الاكتئابية حتى تتمكن من السيطرة النفسية على وضعك.

* التقاعد: على الرغم من أن التقاعد يميل إلى أن يكون له دلالة إيجابية بشكل عام، إلا أن بعض الأشخاص ينتهي بهم الأمر إلى الاكتئاب لأنهم لا يعرفون كيف يعيشون بدون هيكل الوظيفة والتواصل الاجتماعي من صاحب العمل.

* المعاناة في المدرسة: الحصول على درجات سيئة أو حتى بطاقة تقرير سيئة يمكن أن يجعل بعض الأفراد يشعرون كما لو أنهم فاشلون تمامًا. قد يصاب بعض الأشخاص بالاكتئاب الشديد بسبب بطاقة تقرير سيئة.

* العمل: إن مجرد وجودك في وظيفة تكرهها أو التعرض للمضايقة قد يؤدي إلى الاكتئاب (MentalHealthDaily.com(25/03/2014)

4-8-2. خيارات علاج الاستجابة الاكتئابية

هناك عدد قليل من خيارات العلاج المختلفة ل الاستجابة الاكتئابية. يستجيب معظم الأشخاص بشكل أفضل للعلاج السلوكي المعرفي من المرجح أن يتمكن أي طبيب نفسي أو معالج نفسي مدرب من مساعدة الأشخاص على التعامل مع هذه الحالة ومساعدتهم على التغلب على الحدة. إذا كان الشخص لا يتعافى، فقد يوصى بمضادات الاكتئاب.

1. العلاج السلوكي المعرفي: يعمل العلاج السلوكي المعرفي عن طريق معالجة الاكتئاب الكامن ويساعد الفرد من خلال اقتراح تغييرات سلوكية بالإضافة إلى تغييرات في التفكير. تتضمن هذه التقنية استخدام التفكير العقلاني مع التغييرات السلوكية للتغلب على السلوك رد الفعل.

2. العلاج النفسي: قد تكون أساليب العلاج النفسي الأخرى مفيدة للأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الاكتئاب. يمكن أن يساعد العلاج بالكلام البسيط الأشخاص على التعبير عن مشاعرهم والتوصل إلى خطة للتغلب على الطريقة التي يشعرون بها.

3. الرعاية الذاتية: من المهم أن تعتني بنفسك جيدًا أثناء تجربة هذا النوع من الاكتئاب. تأكد من أنك تأكل جيدًا قدر الإمكان، وتحصل على قسط كافٍ من النوم، وتستخدم تقنيات الاسترخاء لتقليل التوتر، وتمارس التمارين الرياضية. لمزيد من المعلومات، اقرأ عن العلاجات الطبيعية للاكتئاب.

4. الدعم الاجتماعي: في بعض الأحيان، يمكن لشئ بسيط مثل وجود شبكة دعم اجتماعي جيدة أن يساعد الأشخاص على التعافي من حالة الاكتئاب التي يعانون منها.

5. مضادات الاكتئاب: في بعض الأحيان إذا لم يكن العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج النفسي فعالاً، فقد يتم وصف مضادات الاكتئاب للشخص لمساعدته على التأقلم والتعافي من حالته. عادة، إذا كان شخص ما يتناول مضادات الاكتئاب لعلاج الاستجابة الاكتئابية، فهي مجرد فترة مؤقتة فقط لمساعدته على التغلب على الحدة العاطفية (MentalHealthDaily.com(25/03/2014)

3- مشكلة الاغتراب النفسي:

3-1- ماهية الاغتراب النفسي:

لا شك أن الاغتراب مفهوم فلسفي داخل محراب علم النفس، إلا أن مفهوم الاغتراب قد أسهمت فيه العلوم المختلفة كالفلسفة والاجتماع وعلم النفس والطب العقلي والسياسي والاقتصاد واللاهوت كما انه يستخدم في الإحصاء إلى جانب استخداماته في الأدب والفن مما يشير إلى أهميتها البالغة في توحيد المعرفة، وان كان ذل قد جعل منه مفهوما مطاطا لدرجة يصعب معها تحديده تحديدا إجرائيا نظرا لتنوع المجالات التي يستخدم فيها، وثراء محتوى المفهوم باعتباره ظاهرة تمس مختلف العلوم وفيما يلي بعض تعريفات مصطلح الاغتراب (الشاذلي، 2008، ص.15).

الاغتراب لغة: جاء في مختار الصحاح: الغربة-الاغتراب، تقول (تغرب) و(الاغتراب) بمعنى (غريب) و(غرب) بضميتين والجمع (الغرباء). والغرباء أيضا الأبعاد (الجماعي، 2010، ص.41).

و(أغترب) فلان إذا تزوج إلى غير أقاربه. وفي الحديث الشريف "اغتربوا لاتضو" و(التغريب) النفي عن البلد. و(أغرب) جاء بشيء غريب. وأغرب أيضا صار غريب. و(غرب) بعد. يقال (أغرب) عني أي تباعد. و(غرب) كل شيء أيضا حده. والغارب ما بين السنام إلى العنق ومنه قولهم: حبلك على غاربك: أي اذهبي حيث شئت (الجماعي، 2009، ص.41).

وجاء في المعجم الوسيط: (غروب) عن وطنه أي ابتعد عنه. ويقال: أتى الغرب وصار غريبا. وارتحل. وجاء بالشيء الغريب. فسافر بعيدا ويقال رمى فأغرب: أبعد المرمى (المعجم الوسيط، 1989، ص.647).

ولفظ الاغتراب: افتعال من الغرب، ورجل غريب: ليس من القوم والغريب الغامض من الكلام (هياجنة، 2005، ص.08).

الاغتراب اصطلاحاً: استخدمت كلمة الاغتراب للدلالة على العديد من المعاني منها ما يشير إلى أن الاغتراب هو تلك الفجوة أو التباعد بين الفرد ونفسه، أو انهيار أي علاقات اجتماعية أو بينية شخصية، والتباعد بينهم وبين الآخرين، وما يتضمنه ذلك من تباعد أو غربة الفرد (جابر والكفافي، 1989، ص.52) نقلاً عن، كسال (2018).

يعرفه اريك فروم Erick Fromm (1972) بأنه: شكل من الخبرة يمارسها الإنسان ويشعر فيها انه غريب عن ذاته لا يجد نفسه كمركز لعالمه أو خالق لأفعاله وإنتاجه وإنما أفعاله هي التي تسوده وعليه أن يطيعها وان يعبدها أحياناً (الشاذلي، 2008، ص.16).

ويرى احمد خيرى حافظ (1981) أن الاغتراب يعني وعي الفرد بالصراع القائم بين ذاته وبين البيئة المحيطة له بصورة تتجسد في الشعور بعد الانتماء والسخط والقلق وما يصاحبه ذلك من سلوك إيجابي أو الشعور بفقدان المعنى واللامبالاة ومركزية الذات والانعزال الاجتماعي وما يصاحبه من أعراض إكلينيكية (الجماعي، 2009، ص.49).

وتعرفه وفاء فتحي 1996 بأنه شعور الفرد بالعزلة والضياع والوحدة وعدم الانتماء وفقدان الثقة، والشعور بالقلق والعدوانية ورفض القيم والمعايير الاجتماعية والاغتراب عن الحياة الأسرية والمعاونة من الضغوط النفسية (زهران، 2004، ص.104).

ويعرفه مصطفى بوتفنوشيت الاغتراب على انه التجرد من القدرات الخاصة للفرد ليحل محلها مظاهر غير سوية، والخضوع الإرادي واللاإرادي لسلطة القيم التي ليست من المجتمع الأصلي للفرد (Boutefnouchet, 1984, P121)

عرفه مارتين (Martin (1980, P52 بأنه: ظاهرة وحالة روحية ترجع جذورها في علم النفس وعلم الاجتماع إلى الشعور بالانفصال والنفور من بعض الحالات والأشخاص والقيم أو من المجتمع بشكل عام.

ويعرفه بيك وميشل (Paik Et Michael (2002, p3 بأنه: شعور الفرد بالانفصال عن الأشخاص الآخرين أو عن الذات أو كليهما.

فالاغتراب النفسي هو شعور بالضيق والعزلة وعدم الفعالية والوحدة والتضائل وعدم الانتماء، وينتج عنه سلوك مدمر تجاه الذات وأيضاً تجاه المجتمع، وفي النهاية يصبح سلوك الفرد انسحابي عن المجتمع بعامة، ومن الآخرين الذين يتعامل معهم، ثم من الذات في النهاية (محمود، 1993، ص.85).

كما أوضح محمد عيد أن مفهوم الاغتراب يستخدم لوصف الكثير من الاضطرابات النفس جسمية، كحالات القلق والإحساس بفقدان الهوية، والإحساس بعدم الثقة، والشعور بالتنبؤ، وان الحياة تمضي على النحو لا إنساني، وإنها عبث غير معقول تمضي بالإنسان نحو الفراغ الوجودي والملل من الحياة نفسها، أو الشعور بالتململ من القيم ورفض المعايير الاجتماعية، أو الانسحاب من المجتمع (شقيف، 2001، ص.4).

3-2- النظريات المفسرة للاغتراب النفسي:

3-2-1- نظرية سيجموند فرويد: إن وجهة نظر "فرويد" هنا إنما ترجع الاغتراب إلى سيادة مبدأ الواقع، وقيام نظام الكبت التي قامت على أكتافها الحضارة، إلا أن

هذه الرؤية لم تقدم لنا تفسيراً أو إطاراً شاملاً لتوضيح ظاهرة الاغتراب وطبيعتها قبل قيام الحضارة،

ينشأ الاغتراب – من وجهة نظر فرويد- نتيجة الصراع بين الذات وضوابط المدنية أو الحضارة حيث تتولد لدى الفرد مشاعر الضيق والقلق حيث يواجه بضغوط الحضارة وتعقيداتها المختلفة فهذه الضغوط أو الضوابط الحضارية تؤدي بالضرورة إلى الكبت كحيلة دفاعية تلجأ إليها الأنا كحل للصراع بين رغبات الفرد، وضوابط المجتمع، ولكنه حل مرضي يؤدي إلى مزيد من الشعور بالقلق والاغتراب (عباس، 2005، ص.46).

وقد حدد فروم (1984) في "كتابه الهروب من الحرية" ثلاث ميكانيزمات دفاعية، والتي تتمثل "بالسلطوية" وهي نزعة للتخلي عن الحرية الذاتية ودمجها بشخص ما لاكتساب القوة التي تفتقدها الذات الأولى للفرد، و"التدميرية" والتي هي هروب من الشعور غير المحتمل بالعجز، فظروف العجز والعزلة مسئولة عن مصدرين آخرين "للتدميرية" هما: القلق وانحراف الحياة أما الميكانيزم فهو الذي يتمثل ب: "تطابق الإنسان الآلي" حيث يتغلب شعور الفرد على اللامعنى بالمقارنة مع القوة المهيمنة على العالم التي تكون خارجه إما عن طريق السلطوية أو التدميرية. ويرى فرويد أن الشخصية السليمة تكون فيها القوى النفسية الثلاث (الأنا، ألهو، الأنا الأعلى) متوازنة وعندما يضطرب هذا التوازن بين هذه المكونات النفسية الثلاث، يظهر على الفرد عدد من الأعراض بينها (الاغتراب) ويضطرب تكييفه النفسي والوظيفي (الجماعي، 2009، ص.57).

2-2-3- نظرية كارين هورني: تهتم هورني horne بالشروط الاجتماعية والثقافية لتحقيق وجود الإنسان وتبين اثر العلاقات المتبادلة بين الشخصية وقيم المجتمع، بين العلاقات الاجتماعية والتطلعات الفردية في ظل البرجوازية تقوم الثقافة على

مبادئ التنافس والفردية وبروز روح العداء والسيطرة بين الناس، فنتيجة لمبدأ المنافسة السائد في المجتمع، وذلك للوصول إلى المركز اللائق وتحقيق ما يطمح إليه الفرد، يميل الإنسان إلى أن يسبق الآخر، وان يستغل ضعفه للسيطرة عليه، ولا تقتصر المنافسة على المجال الاقتصادي بل تشمل الجانب الاجتماعي وتمتد إلى كل العلاقات الإنسانية، حيث يتولد شعور بعدم الأمن والخوف من الاستغلال والسيطرة، مما يؤدي إلى نمو الاتجاهات الانعزالية والعدائية والكراهية، وفقدان الاتزان العاطفي فيشعر الفرد انه عاجز ومهدد وتسود حياته طباع من الحقد على العالم الخارجي وينعكس ذلك على نفسه فيكره ذاته الحقيقية لضعفها وفشلها) عباس، 1994، ص.164-165).

وقد ميزت هورني بين نوعين من اغتراب الذات هما الاغتراب عن الذات الفعلية والاغتراب عن الذات الحقيقية، فالأول يتمثل في إزالة وإبعاد كافة ما كان الفرد عليه بما في ذلك ارتباط حياته الحالية بماضيه وجوهر هذا الاغتراب هو البعد عن مشاعر المرء ومعتقداته، كذلك فقدان الشعور بذاته ككل (دبلة خولة، 2013، ص.88).

3-2-3- نظرية إيريك فروم: ويرجع فروم نشأة الاغتراب إلى العبادة الإلهية الخالصة حيث يكرس الإنسان كل قواه حبه فكرة المعبودة فالعبادة بهذا الشكل تعد خضوعاً أعمى ومع تعقيد المجتمع وتطور الدولة صنع الإنسان لنفسه معبودات أخرى كالدولة الطبقة الاجتماعية ويمكن أن يتجسد هذا المعبود في المال فالإنسان الذي يكرس كل حياته لجمع المال يصبح عبداً (دبلة خولة، 2013، ص.89).

واستخدم إيريك فروم مصطلح الاغتراب، مشيراً به إلى عدد من العلاقات المتنوعة مثل علاقة الإنسان بذاته، وعلاقته بالآخرين وبالطبيعة، وبالعامل الإنساني

ونتيجة، إلا انه أولى عنايته الكبيرة بقضية اغتراب الإنسان عن ذاته (هياجنة، 2005، ص.18).

يستند تفسير فروم للاغتراب على الفهم الماركسي مع اهتمامه بالبناء الكلي لشخصية الإنسان بما تتضمنه من خصائص نفسية واجتماعية واقتصادية وروحية ولذا يعتقد الكثير أن إسهامه الحقيقي في جعل مفهوم الاغتراب أكثر اتساعاً عن مفهوم ماركس، وقد اتخذ من مفهوم الاغتراب نقطة الانطلاق لتحليل الشخصية الاجتماعية في المجتمع الحديث وقد عبر عن الأنماط المختلفة من انفصال الإنسان تبعاً لإشكال العلاقات في كافة مجالات الحياة المعاصرة ابتداء من علاقة الإنسان بذاته فعلاقته بالآخرين، وبالمجتمع وبالعامل الإنساني والأشياء، كما تتجلى مظاهر الاغتراب لدى فروم من خلال عرضه لميكانيزمات الهروب من الحرية من ناحية أو من خلال عرضه للطرق اللاسوية لتحقيق حاجات الإنسان النابعة من ظروف وجوده من ناحية أخرى متمثلة في العجز، والتسلطية، والتخريب، والمسيرة، الاتوماتيكية والانعزال، واللامعنى (حماد، 2005، ص.56).

3-2-4- نظرية فويرباخ: قامت معالجة فويرباخ لقضية الاغتراب على نقده للدين، متناولاً للقضية من الجانب السلبي باعتبار الاغتراب حالة فقدان الوجود الأصيل، وأصبح مصطلح غربة عنده مرادفاً لمصطلح "التخارج" وان الدين يمثل اغتراب الإنسان عن جوهره الحقيقي، يقول: (أن مذهبي باختصار هو كما يلي: أن اللاهوت هو الانثروبولوجيا، بمعنى أن ذلك الذي يفصح عن ذاته في موضوع الدين أي الرب "Theos" باللغة اليونانية والله "Gott" باللغة الألمانية لا يعدو أن يكون جوهر الإنسان، وتعبير آخر فإن إله الإنسان ليس إلا الجوهر المتألم للإنسان)، نفهم من مقولة فويرباخ هذه انه يعتبر اللاهوت "Theology" هو الانثروبولوجيا

"Anthropolgy" وهذا التحويل لعلم اللاهوت إلى علم الإنسان قد اجتهد فويرباخ لتفسيره.

وهكذا ففويرباخ يعتبر أن الاغتراب الديني هو الأساس لكل الاغترابات، فجوهر الاغتراب هو تحول الأنا إلى آخر تحولاً جزئياً أو كلياً، وتحول الإنسان إلى الله هو الأسبق في كل الحالات من تحوله إلى عمل أو نظام أو شيء أو مذهب، وتصور الدين انثروبولوجيا هو في الحقيقة رؤية تخدم الإنسانية بغض النظر عن سلبيتها، فهي تعيد للإنسانية خصائص وسمات سامية ونبيلة قد افتقد الكثير منها في عصرنا(مساعديه، 2013، ص.27).

3-2-5-نظرية كينستون: لقد وضع كينستون keniston تصورا نظريا للاغتراب من خلال دراسته التي أجراها على طلبة جامعة هارفرد، توصل فيها إلى أن الأصل في الاغتراب هو اغتراب الذات الناتج عن فقدان الثقة والنظرة التشاؤمية للمستقبل، وعدم وجود أهداف بعيدة المدى يسعى الفرد إلى تحقيقها، وعدم رضي الفرد نحو معظم أفراد المجتمع (الجماعي، 2009، ص.61).

نظريته عن الاغتراب التي كانت محاورها تنبثق من خلال دراسته الشهيرة التي صدرت تحت عنوان "اللاملتزم the uncommitted" وكان يحاول إن يشخص ملامح الاغتراب لدى الشباب في المجتمع الأمريكي، وضع مقولة أساسية تقول إن الاغتراب يظهر في ثنايا المجتمعات تبعا لما تحدثه تلك الأطر من ضغوط لا يتقبلها الشباب، ويصبح الاغتراب وفق هذا الاعتراض من قبل الشباب بمثابة الرفض لهذه المعطيات الثقافية، الاجتماعية التي تؤدي إلى السخط وعدم الانتماء، والتهرب من تحمل المسؤولية.

ويرى كينستون أن الذين يعانون من الاغتراب لديهم شعور بفقدان الثقة بأنفسهم وبالطبيعة الإنسانية، وإنهم يعانون من اكتئاب واضطراب نفسي وعدوانية تجاه أنفسهم (Keniston, 1964, p.54).

3-2-6- نظرية هيغل: اعتاد الكثير من الباحثين أن يقدموا لنا هيغل على انه الفيلسوف الذي لا تشغله إلا القضايا الميتافيزيقية، والذي يتوقع خلق أفكار مجردة ليس لها ادنى صلة بالواقع، والحق إن هذه الصورة ليست من الحقيقة في شيء، ففي الرجوع إلى مؤلفات هيغل الشاب مجال خصب للتعرف على هيغل المفكر الثوري الذي لم يكن منفصلا قط عن الهامة التي يمكن من خلالها القول بان هيغل كان دائما قريبا من عالم الإنسان، "فالاغتراب لديه يمثل حقيقة انطلوجية تستمد جذورها من وجود الإنسان في العالم". ومن اجل أن يكون فهم القضية كاملا يجب أن نشير إلى الاغتراب في كتابات هيغل الشاب، وإلى الاغتراب بمعناه المنهجي كما يرد في كتابات هيغل اللاحقة (حماد، 2005، ص.79).

استعمل هيغل التعبير الألماني لمفهوم الاغتراب (entfremdung) في كتابه phenomenology of mind (1807)، وكان في السادسة والثلاثين من عمره، ما يدل على انه اهتم منذ البدء بقيام وحدة حقيقية بين أفراد يملك كل واحد منهم وعيه الذاتي، وبين الفرد والمجتمع لتجاوز النزاعات الناشئة بينهم، معتبرا أن الإنسان مضطرا لان يقبل بمصيره التاريخي وبالعلاقات الاجتماعية والسياسية، وإلا خسر الحرية والوحدة معا، ما أدى بدوره إلى نشوء عدا وتنافرين الفكر والواقع، والوعي والوجود، وبين الفرد والمؤسسات، لذلك يصبح هدف مثل هذه الفلسفة استعادة تلك الوحدة المفقودة بإجراء تحليل منتظم وموسع في طبيعة التناقضات في سبيل قيام الوحدة المطلوبة، وبخاصة تلك التي تحدث بين الخاص والكلي (بركات، 2006، ص.91).

3-3- أنواع وأشكال الاغتراب النفسي:

3-3-1- الاغتراب الذاتي: هو انتقال الصراع بين الذات والموضوع (الأخر) من المسرح الخارجي إلى النفس الإنسانية ه واضطراب في العلاقة التي تهدف بين مطالب الفرد وحاجاته ورغباته من ناحية وبين الواقع وإبعاده من ناحية أخرى، وهو نوع الخبرة التي يجبر فيها المرء نفسه كغريب فالشخص المغترب هو شخص فقد اتصاله بنفسه وبالآخرين، وهي خبرة تنشأ نتيجة للمواقف التي يعيشها الفرد مع نفسه ومع الآخرين ولا تتصف بالتواصل والرضى، ومن ثم يصاحبها الكثير من الأعراض التي تتمثل في العزلة والانعزال والتمرد والرفض والانسحاب والخضوع، أي أن الاغتراب عن الذات هو شعور الفرد بان ذاته ليس واقعية أو تحويل طاقات الفرد وشعوره بعيدا عن ذاته الواقعية (دبلة خولة، 2014، ص.100).

3-3-2- الاغتراب الاجتماعي: هو شعور بعدم التفاعل بين ذات الفرد وذوات الآخرين، ونقص المودة والألفة مع الآخرين وندرة التعاطف والمشاركة وضعف أو اصل المحبة والروابط الاجتماعية مع الآخرين (شقيير، 2001، ص.8).

3-3-3- الاغتراب السياسي: يمكن فهمهم خلال تصورنا انه يقع على طرف متصل بينما تقع المشاركة على الطرف الأخ، والاغتراب السياسي هو تلك الحالة من التناقض القائم بين ذات الفرد وبين مؤسسات النظام السياسي والقائمين على زمام السلطة بل العملية السياسية ذاتها ونتائجها: أداء النظام.

أما العزلة السياسية فهي أحد أبعاد الاغتراب السياسي ويقصد بها رفض قواعد السلوك والأهداف السياسية التي يدين بها كثير من أعضاء المجتمع ويمكننا عرض الآثار المترتبة على الاغتراب السياسي بإيجاز في النقاط التالية:

أ - يؤدي إلى الإحجام عن المشاركة في عملية التصويت، ولعل ما ينطبق على التصويت ينطبق على أشكال المشاركة الأخرى.

ب- يؤدي إلى ازدياد نزعة المعارضة أو التصويت السلبي.

ج - إن العلاقة بين المشاركة والاعتراب علاقة عكسية (الشاذلي، 2008، ص.15).

3-3-4- الاعتراب الثقافي: هو ابتعاد الفرد عن ثقافة مجتمعه ورفضها والنفور منها والانهمار بكل ما هو غريب أو أجنبي من عناصر الثقافة، وخاصة أسلوب حياة الجماعة والنظام الاجتماعي، وتفضيله على ما هو محلي (زهران، 2004، ص.111).

يعتبر الاعتراب الثقافي الذي يشعر به أبناء المجتمع أو أصحاب مرجعية حضارية معرفية معينة إذ ينتابهم شعورا فهم يعيشون ويحيون بقيم وممارسات لا يتحدون معها الأمر الذي يشعرهم في أعماق نفوسهم بأنهم منفصلون عن هذه القيم والمرجعيات الحضارية الجديدة، ومن أهم مظاهر الاعتراب الثقافي "اضطراب الهوية وأثر العولمة عليها" (خضر، 1999، ص.34) نقلا عن الصيادي (2012).

وفي هذا يقول اريكسون بأنها هي عملية متعلمة من الواقع الثقافي والاجتماعي الذي يعيشه الفرد في مجتمعه، وان حالات التمرد والعصيان والخروج عن الأعراف والقيم إنما تعبر عن أساليب الرفض لثقافة المجتمع بل والشعور بالغربة والاعتراب وحدد صور رفض الهوية الثقافية في إظهار سلوكيات غير مألوفة في ثقافة المجتمع ورفض النظام القيمي، وعدم القدرة على الاندماج في المجتمع (خشبة، 1994، ص.68) نقلا عن كسال (2018).

3-3-5- الاعتراب الديني: ورد الاعتراب الديني في كافة الأديان على انه "الانفصال أو التجنب عن الله فقد جاء الاعتراب في الإسلام على هذه الصورة التي يوضحها

حديث الرسول صلى الله عليه وسلم، حيث قال: (بدا الإسلام غريبا وسيعود غريبا كما بدا، فطوبى للغرباء)، قيل ومن الغرباء يا رسول الله، قال: الذين يصلحون إذا فسد الناس، والغرباء هم فئة قليلة من أهل الصلاح والتقوى استجابت لرسول الله صلى الله عليه وسلم في مبتدأ الدعوة، ونأت بنفسه عن الشبهات والشهوات (خليفة، 2003، ص.101).

وقد أوضح فتح الله خليف (1979) أن الاغتراب في الإسلام جاء في ثلاث درجات هي: اغتراب المسلم بين الناس، اغتراب المؤمن بين المؤمنين، واغتراب العالم بين المؤمنين. فغربة العلماء هي اشد أنواع الاغتراب لقلتهم بين الناس، وقلة مشاركة الناس لهم (خليفة، 2003، ص.101).

3-3-6- الاغتراب الاقتصادي: يربط مفهوم الاغتراب الاقتصادي بالعمل والإنتاج، ولقد ذاع هذا المفهوم على يد ماركس، ويظهر عندما يشعر الفرد بأنه عبد لعمله، إذ تصبح الغاية من عمله إشباع حاجاته المادية دون الحاجات الاجتماعية والنفسية والتي تؤكد وجوه الإنساني، وذلك نتيجة أن المادة غدت هي القيمة العليا، مما يؤدي الى شعوره بالانفصال عن عمله رغم وجوده الجسمي.

ويرى محمد خضر المختار أن الاغتراب الاقتصادي تتعدد مظاهره وأشكاله "فالبيروقراطية التي تتمثل في الشعور بالمسافة بين العمال والمدير، واستغلال العلاقة بين الموظف والمدير في المنظمة هي شكل من أشكال أو مظاهر الاغتراب إلى جانب الشعور بالتمفصل أو الشعور بالتشيؤ والانفصال وفقد القوة.

3-4- أبعاد الاغتراب:

يتضمن مفهوم الاغتراب عددا من المضامين أو العناصر أو الأبعاد مثل:

3-4-1- العصيان أو التمرد rebellio: يعني شعور الفرد بالرفض لكل ما حوله من نظم سياسية وقيم دينية وتقاليد اجتماعية ورفض السلطة في أي صور من صورها.

3-4-2- الانعزال أو الانفصال أو حالة العزلة أو اللا إنتماء Isolation: هو إحساس الفرد بعدم الانتماء لمن وله وبِعزلته عنهم رغم معيشتهم معهم.

3-4-3- القلق anxiety: هو حالة عدم الارتياح والخوف من خطر غامض غير معروف يمكن أن يكون داخليا في نفس الفرد أو خارجيا في بيئته المحيطة به.

3-4-4- العجز- اللا قوة – حالة اللا قدرة powerlessness: هو شعور الفرد باللا حول واللا قوة والاستسلام وان هناك عوامل خارجية تحدد مصيره كالقضاء والقدر والحظ والمسؤولية وان قدراته الشخصية لا تساعد على تحقيق ما يريده وانه يفتقد الإحساس بأنه قوة مؤثرة ومقررة في حياته.

اللا قوة تشير إلى تلك التي يشعر بها الفرد على انه غير قادر على تحقيق نتائج أو الوصول الى الآفات التي يريدها (عصار، 1984، ص.180).

3-4-5- التشاؤم pessimism: هو شعور الفرد باليأس وعدم أهمية الحياة وعدم الرضا عما يحدث حوله ويمس صميم حياته.

3-4-6- التمرکز حول الذات ego – centricity: هو انشغال الفرد بذاته وأحواله انشغالا لا يتيح له فرصة لمشاركة الآخرين في أحوالهم. وعرفه (سيمان 1990) الاغتراب عن الذات بأنه "عدم قدرة الفرد على التواصل مع نفسه وشعوره بالانفصال عنها وعما يرغب في أن يكون عليه، حيث تصير حياة الفرد بلى هدف ويحي بكونه مستجيبا لما تقدم له الحياة دون تحقيق ما يريد من أهداف، وعدم القدرة على إيجاد الأنشطة المكافئة لذاته (Seeman, 1990, p.297).

7-4-3- اللامعنى، فقدان المعنى، الخلو من المعنى meaning le ssness: إحساس الفرد بان وجوده في هذه الحياة غير ذي معنى أو هدف يسعى لتحقيقه وان حياته عبث لا جدوى منها مما يشعره بالملل والرتابة. ويعرف سيمان اللامعنى بأنه توقع الفرد انه لا يستطيع التنبؤ بدرجة عالية من الكفاءة بالنتائج المستقبلية للسلوك فالفرد يغترب عندما لا يكون واضحاً لديه ما يجب أن يؤمن به أو يثق فيه وكذلك عندما لا يستطيع تحديد معنى لما يقوم به وما يتخذه من قرارات (السيد شتا، 1984، ص.27).

وقصد به أن الفرد يرى الحياة لا معنى لها، وفق منطق غير معقول، ومن ثم يشعر المغترب أن حياته عبث لا جدوى منها، فيفقد واقعيته وحياتها لمشاعر اللامبالاة والفراغ الوجودي (إبراهيم عيد، 2005، ص.250).

8-4-3- اللامعيارية أو انعدام المعيارية أو فقد المعايير norm lessness(anom- anomy): حيث اخذ (سيمان Seeman) اللامعيارية من وصف (دوركايم Durkheim) لحالة (الانوميا Anomie) والتي تصيب المجتمع، وهي حالة انهيار المعايير التي تنظم السلوك وتوجهه ويشير (سيمان) إلى أن مصطلح (الانوميا) يعني في الاستخدام الدارج الموقف الذي تتحطم فيه المعايير الاجتماعية المنظمة لسلوك الفرد، حيث تصبح هذه المعايير غير مؤثرة ولا تؤدي وظيفتها كقواعد للسلوك، (الانوميا) لفظ اجتماعي يشير للحالة التي تغرق فيها القيم العامة في خضم الرغبات الخاصة الباحثة عن الإشباع بأي وسيلة (السيد شتا، 1984، ص.364).

9-4-3- التشيؤ reification: يعني أن الفرد إلى شيء ويفقد ذاته كما تنشأ العلاقات الإنسانية وتتحول الموجودات الإنسانية الحية الى أشياء أو موضوعات جامدة ورغم تعدد تلك الأبعاد فان كلا منها يكمل الآخر ويدعم تفسيره وظيفيا

ويتداخل معه، أي إن هذه الأبعاد تتكامل بنائياً في مفهوم الاغتراب الواسع (الشاذلي، 2008، ص.17-18).

3-5- مراحل الاغتراب:

ظاهرة الاغتراب تمر بثلاث مراحل، كل مرحلة تؤدي الى المرحلة الأخرى، وهذه المراحل هي:

3-5-1- مرحلة التهيؤ للاغتراب: وهي المرحلة التي تتضمن مفهوم فقدان السيطرة بتبعية الممثلين في سلب المعرفة وسلب الحرية ومفهوم فقدان المعنى واللامعيارية على التعاقب، فعندما يشعر المرء بالعجز أو فقدان السيطرة على الحياة والمواقف الاجتماعية، وانه لأحول له ولا قوة، فلا بد أن تتساوى معاني الأشياء لديه بل وان تفقد الأشياء معانيها أيضاً، وتبعاً لذلك فلا معايير تحكمه ولا قواعد يمكن أن ينتهي إليها (السيد شتا، 1984، ص.50).

3-5-2- مرحلة الرفض والنفور الثقافي: وهي المرحلة التي تتعارض فيها اختبارات الأفراد مع الأحداث والتطلعات الثقافية وهناك تناقضين ما هو واقعي وما هو مثالي وما يترتب عليه من صراع الأهداف في هذه المرحلة يكون الفرد معزولاً على المستويين العاطفي والمعرفي عن رفاقه، إذ ينظر إليهم بوصفهم غرباء وعند هذه النقطة يكون مهياً للدخول في المرحلة الثالثة (علي، 2008، ص.521) نقلاً عن، الهواري (2022).

3-5-3- مرحلة التكيف المغترب: وفي هذه المرحلة يحاول الفرد التكيف مع المواقف بعدة طرق منها:

- الاندماج الكامل والمسايرة والخضوع لكل المواقف.

- التمرد والثورة والاحتجاج، أي يتخذ المرء موقفا ايجابيا نشطا، ويتخذ الفرد موقف الرافض للأهداف الثقافية، ويكون المرء في هذه الحالة واقفا بإحدى قدميه داخل النسق الاجتماعي وبالأخرى خارجه، مما يحيله في نهاية المطاف إلى إنسان هامشي (السيد شتا، 1998، ص.105) نقلا عن، الهواري (2022).

3-6- الاغتراب والاكتئاب:

هناك اقتراب واضح بين الشعور بالاغتراب والاكتئاب يمكن فهمه في إطار الدراسات التي تناولت علاقة مفهوم الذات بالاكتئاب، حيث هناك ما يدل على أن الاكتئاب يرتبط بفقر واضح في المهارات الاجتماعية، وصعوبة التوافق في المواقف الاجتماعية، وارجع البعض الشعور بالاكتئاب إلى افتقاد مصادر الهوية الذاتية المستقرة فقد توصل أبو بكر مرسى (1997) إلى أن هناك علاقة ايجابية جوهريّة بين أزمة الهوية والاكتئاب لدى الشباب من الجنسين، فالشباب غير المحددين لهويتهم أكثر شعورا بالاغتراب وبالأعراض الاكتئابية مثل الحزن والشعور بالفشل والانسحاب الاجتماعي وعدم الرضا (خليفة، 2003، ص.186).

وينظر "بك" إلى الاكتئاب على انه تنشيط لمجموعة من ثلاث أنماط معرفية، تدفع الفران لان يرى نفسه وعالمه ومستقبله بطريقة مزاجية خاصة، وفيما يتعلق بالنمط الأول من هذا الثالوث وهو المفهوم السالب عن الذات، يرى "بك" أن الشخص المكتئب يميل لان ير نفسه بطريقة سالبة، انه يعتبر نفسه عاجزا، غير كفاء أو عديم القيمة، يميل إلى أن يغزو تجاربه وخبراته غير السعيدة إلى عجز في ذاته، كما يرى هذا الفرد نفسه انه غير مرغوب فيه وعديم الفائدة بسبب عجزه المفترض، ويتجه الى رفض نفسه نتيجة لذلك، يختل مفهوم الفرد عن ذاته، يؤدي ذلك الى معاناة الفرد من المشاعر الاكتئابية بل والشعور بالاغتراب أيضا(دبلة خولة، 2003، ص.115).

3-7- الاغتراب والقلق:

وحول علاقة الاغتراب بالقلق، فقد تبين أن للاغتراب تأثيرا سلبيا واضحا على الصحة النفسية للفرد، حيث كشفت الدراسة التي قام بها رمضان عبد اللطيف (1991) عن أن هناك علاقة ارتباطيه موجب ذات دلالة إحصائية بين الاغتراب والقلق، مما يعني أن مشاعر الاغتراب يلزمها دائما الشعور بالقلق كم توصل محمد إبراهيم الدسوقي (1997) الى علاقة ايجابية بين الاغتراب وكل من الشعور بالهشمية والقلق وعدم الثبات الانفعالي والاكتئاب والانطواء الاجتماعي (خليفة، 2003، ص.184).

ويتضح من ذلك أن هناك اقترانا واضحا وجليا بين الاغتراب والشعور بالقلق وعدم الأمان النفسي بل وفقدان الثقة ورفض القيم والمعايير السائدة، وفي هذا الشأن يمكننا الاستعانة بما طرحه مصطفى سويف (1968) في تفسيره للاستجابة التطرفية من أن المسألة تبدأ بين الهشمية يليها اختلال الشعور بالطمأنينة، ثم التوتر والنفور من الغموض، وتكون النتيجة هي تطرف الاستجابة، ولعل هذا التفسير يساعدنا كثيرا في إلقاء الضوء على علاقة الاغتراب بالقلق (خليفة، 2003، ص.234).

4- المشكلات الجسدية:

4-1- تعريف المشكلة الجسدية:

تعرف المشكلة على أنها وضع غير مرضي ويسبب صعوبات للناس، والمشكلة الجسدية هي الأمراض والاضطرابات التي ترتبط بجسد الشخص وليس عقله (collinsdictionary, 2023).

يشار إلى أي حالة طبية لها تأثير على كيفية عمل الجسم وأعضائه على أنها مشكلة جسدية. يمكن أن تستمر هذه الحالات لفترة قصيرة أو طويلة، ويمكن أن تتراوح من أمراض بسيطة إلى أمراض خطيرة تهدد الحياة.

هناك مجموعة واسعة من القضايا الطبية الفعلية التي يمكن أن تؤثر على الفرد، بما في ذلك: (Adel media june 05 ; 2023)

- الأمراض التي تسببها الجراثيم: مسببات الأمراض مثل البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات هي المسؤولة عن هذه الأمراض. ومن الأمثلة على ذلك نزلات البرد والأنفلونزا والالتهاب الرئوي والأمراض المنقولة جنسيا.
- الحالات المزمنة: هي حالات مزمنة تظهر عادةً مع مرور الوقت، وترتبط في كثير من الأحيان بجوانب من نمط حياة الفرد، مثل سوء التغذية، وقلة النشاط، والتدخين. ومن الأمثلة على ذلك السرطان والسكري وأمراض القلب.
- الإصابات: تعتبر كسور العظام والحروق وإصابات الرأس كلها أمثلة على هذه الإصابات التي يمكن أن تحدث بسبب الصدمات أو الحوادث.
- الأمراض الوراثية: وهي الأمراض التي يرثها الإنسان وتكون ناجمة عن طفرات أو تغيرات في الحمض النووي. ومن الأمثلة على ذلك فقر الدم المنجلي والتليف الكيسي.
- مشاكل تتعلق بالصحة العقلية: تتأثر الحالة العاطفية والنفسية للشخص بهذه الحالات، والتي يمكن أن تظهر أيضًا على شكل أعراض جسدية. ومن الأمثلة على ذلك الاكتئاب والقلق والفصام.

وبالمقابل تعرف الصحة الجسدية بأنها: التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالإنسان، والإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة الحيوية (بطرس، 2007، ص.31).

وهي الحالة الطبيعية التي تؤدي إلى قيام البدن بوظائفه بشكل طبيعي (زهير، 2023، ص.846).

4-2- المشاكل الصحية الناتجة عن قلة النشاط البدني:

يوجد العديد من المشاكل الصحية الخطيرة التي يزيد قلة النشاط البدني من احتمالية الإصابة بها ومن هذه المشاكل ما يلي:

- السكري: لوحظ منذ زمن بعيد أن بعض مرضي السكري يقل عندهم السكر في البول كثيرا بعد قيامهم بمجهود عضلي وبذلك تكون حركة الجسم عاملا مساعدا للأنسولين في الجسم، حيث أنها تخفض نسبة السكر في الدم (رفعت، 1981، ص.69).
- أمراض القلب: يؤدي جلوس الفرد لفترات طويلة إلى الحد من قدرة العضلات على حرق الدهون، مما يزيد من احتمالية حدوث الانسداد والإصابة بمرض الشريان التاجي، والإصابة بأمراض القلب الوعائية.
- مشاكل الدورة الدموية: يؤدي الجلوس وعدم الحركة لفترات طويلة إلى ضعف في الدورة الدموية فقد يؤدي إلى عدم وصول الدم إلى الرجلين، وقد تؤدي إلى تورم الكاحل أو الإصابة.
- فقدان العضلات وضعف العظام: قلة النشاط البدني للأفراد إلى صعوبة أداء بعض المهام كالتقاط بعض الأشياء، وخصوصا عند كبار السن الذين تضعف العظام لديهم مع مرور الزمن، وتقل الكتلة العضلية.
- السمنة: تؤدي الحركة والرياضة إلى خفض وزن الجسم إذا ما مارسها الشخص باستمرار وانتظام ودون إرهاق لمدة أشهر عديدة والمعروف أن الأشخاص لمزاولون للرياضة أو ما تقتضي من أعمالهم ووظائفهم الحركية الجسمية المستمرة هم أقل عرضة للسمنة من غيرهم (جندل، 2016، ص.38).

3-4- العلاقة بين النفس والجسد:

نستطيع أن نرصد العديد عن الفهم المتبادل بين النفس والجسد فقد أشار بريل A, A, Brill إلى أن هيبوا قراط (أبو الطب) قد استطاع شفاء برديكاس ل مقدونيا من مرضه الجسي و ذلك عندما قام بتحليل أحلامه، ولا شك أن الاهتمام بالأدعية وطلب الشفاء من الإله يربى الفرد نفسيا لكي تتقبل فسيولوجية الجسد لهذا الدواء مما ينعكس إيجابيا عليه فيشفى بإذن الله، لذا فان الأمراض العضوية إذا طالت أو احتار الأطباء- آنذاك- في علاجها كان يتم اللجوء إلى المعالج وكان غالبا كاهن أو عراف القبيلة وكان هو المسئول عن استئصال الأرواح الشريرة التي تلبس الجسم، وشفاء الأجسام من تأثير النفوس (المضطربة- غير المستقرة) وكان الكاهن لا يعمل بمفرده بل يساعده أفراد آخرون، حيث نجد أن القران الكريم قد تعرض لهذه العلاقة في سورة يوسف اذ أدى غم وحزن سيدنا يعقوب على فقدان ابنه يوسف إلى تغير لون عينه ومعاناته من الاضطرابات في الرؤية أو الكف لها (وتولى عنهم وقال يا اسفى على يوسف وابيضت عيناه من الحزن فهو كظيم)، "سورة يوسف، آية 84"، ويواصل القرآن حديثه عن التغيرات الإيجابية التي حدثت في نفس سيدنا يعقوب بعد أن علم أن ابنه يوسف ما زال حيا يرزق وسرعان ما انعكست هذه الحالة النفسية (الطيبة والإيجابية) على نفسيته فعادت إليه الرؤية، أما العلاج عند اليونان قديما فقد ذهب أرسطو إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والفرح والحسد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن مركب نفسي معقد، وان هذه الانفعالات السيئة والعنيفة والمزمنة تترك آثارها السيئة في الجسم، وابن القيم الجوزية ارجع الصداخ الى العديد من الأسباب أهمها العوامل النفسية، وان هناك علاقة مباشرة بين الصداخ كالم جسي وبين الأعراض النفسية كالقلق والغم، وهو بهذا يؤكد هذه العلاقة، لذا فانه يؤكد الحقيقة التي سبق أن ذكرناه من أن التركيز فقط على الأعراض الجسمية وعلاجها لا يجدي بل

لابد من اخذ العوامل النفسية في الاعتبار، ولذا فان العوامل النفسية التي تكمن خلف العديد من الاضطرابات والأمراض الجسدية قد بدا يعترف بها ولا شك أن هذه النظرة (المتكاملة) في التعامل مع الجسد + النفس يقود الى الشفاء (غانم، 2011، ص.37-38-39-44-45-50).

4.4- بعض المشكلات الجسدية:

4.4-1- السكري: يعد مرض السكري من أقدم الأمراض البشرية المعروفة، وقد تجدر اسمه الكامل – Diabetes mellius - من الكلمتين اليونانيتين – Sugar - Sypon – ويصف هذا الاسم بشكل اكبر الأعراض الواضحة للسكري غير المضبوط التي تتمثل بكميات كبيرة من البول الذي يحتوي على السكر (وخصوصا الغلوكوز)، وكان الفرس والهنود والمصريون القدماء قد وصفوا أعراض المرض، لكن الفهم السليم للحالة قد تطور فقط خلال المائة سنة الأخيرة (بيلوس، 2013، ص.2).

ويعرف السكري بأنه حالة مرضية مزمنة تتميز بارتفاع مستوى الجلوكوز (السكر) في الدم، وهذا الارتفاع إما أن يكون ناتج عن قصور مطلق في إفراز هرمون الأنسولين كما في النوع الأول من السكري، وإما أن يكون ناتج عن قصور نسبي في إفراز هرمون الأنسولين مع وجود خلل في عمله كما في النوع الثاني من السكري (مجلي وآخرون، 2017، ص.15).

هو عبارة عن مجموعة أعراض ناشئة عن خلل في التمثيل الغذائي مما يؤدي أساسا الى ارتفاع نسبة السكر بالدم Hyperglycémie (سلامة، 2007، ص.274).

هو ارتفاع معدل السكر في الدم، أكثر من المعدل الطبيعي (والتي تتراوح بين 70-110 ملغ) ويعتبر مرتفعاً عندما يتخطى ال 125 ملغ (نعمة، 2016، ص.695).

انتشار مرض السكر:

يعد مرض السكر من الأمراض الشائعة على مستوى العالم، ويقدر عدد المصابين به بـ 239 مليون شخص، وينتشر مرض البول السكري في جميع بقاع العالم ويصيب الأغنياء والفقراء، الصغار والكبار الرجال والنساء.

ويلاحظ انتشار مرض البول السكري مع تقدم الحضارة، رغم انه كان معروفا قبل آلاف السنين، وربما يكون وراء الانتشار الكبير تغير نوع الطعام، والرفاهية، والتدخين، والشدة النفسية، والقلق، والسمنة، وأسباب أخرى، وتصل نسبة الإصابة به حوالي 7% من عدد السكان، وتشكل مضاعفات مرض السكري ما يزيد عن 25% من حالات القصور الكلوي، وما يزيد عن 50% من حالات بتر الأطراف، كما يعتبر مرض السكر السبب الرئيسي للعمى، بما يقدر بحوالي 5000 حالة جديدة كل عام، وبالإضافة الى ذلك يشغل مرض السكر 10% من أيام المكوث في المستشفيات للسيطرة على الحالات الحادة منه (يوسف، 2011، ص.9).

أسباب مرض السكر:

إن السبب الرئيسي لهذا المرض هو عدم قدرة البنكرياس على إفراز الأنسولين بدرجة كافية، أو عدم قدرة الجسم على الاستفادة من الأنسولين، وأحيانا يبدو أن أسباب مرض السكر غير واضحة، ولكن من المعروف أن هناك مجموعة من العوامل ثبت وجود ارتباط بينها وبين مرض السكر، وفي مقدمة هذه العوامل:

أ/ الوراثة: تشير الدراسات أن هناك احتمالا لإصابة التوأم الثاني بالنوع الثاني من السكري بنسبة 50% إذا كان التوأم الأول مصابا بهذا المرض، أما احتمال إصابة التوأم الثاني بالنوع الثاني من السكري فتصل إلى أكثر من 90% إذا كان الأول مصابا بالمرض (مجلي وآخرون، 2017، ص.27).

ب/ السمنة: لقد ثبت أن 25% من أصحاب الأوزان الثقيلة مصابون بالسكر، وان حوالي 70% من مرضى السكري يعانون من البدانة، لان البدانة تؤدي إلى إجهاد البنكرياس (عبد الرحيم، 2001، ص.80).

ج/ أمراض البنكرياس: إن التهاب البنكرياس أو إصابته بالأمراض السرطانية يجعل خلاياه لا تعمل، وكذلك التسمم بعنصر النحاس حيث يترسب بخلايا البنكرياس ويفسدها (عبد الرحيم، 2001، ص.80).

د: الإجهاد النفسي أو التعرض للخوف.

هـ: نقص كفاءة الجهاز المناعي في الجسم.

و: النظام الغذائي الغير متوازن.

ي: تناول بعض الأدوية والعلاجات الطبية لمدة طويلة.

س: حياة الخمول، وقلة ممارسة الشط البدني (مجلي وآخرون، 2017، ص.27).

أنواع مرض السكري:

النوع الأول (Type 1): غالبا ما يبدأ هذا المرض في المرضى صغار السن، إذ يتحتم عليهم اخذ حقن أنسولين بانتظام للبقاء بصحة سليمة (بيلوس، 2013، ص.4).

النوع الثاني (Type 2): يصيب الكبار، ابتداء من عر 35 سنة، وهو الأكثر شيوعا، ويمثل حوالي 85% من جموع مرضى السكري، وقديما كان يسمى سكي البالغين، أو السكري غير المعتمد على الأنسولين (لطفی، 2018، ص.22).

النوع الثالث (سكر البالغين): وهو مرض السكر الغير معتمد على الأنسولين لقلة إنتاج الأنسولين المفرز أو فاعليته (يوسف، 2011، ص.12).

النوع الرابع (سكر الحمل): يحدث في النصف الأخير من الحمل، ويزول عادة بعد الولادة (يوسف، 2011، ص. 12).

أعراض مرض السكري:

- زيادة العطش والجوع.
- ضبابية الرؤية.
- بطء التئام الجروح.
- الإحساس بتنميل أو وخز في أصابع القدمين واليدين.
- الشعور بالتعب وفقدان الوزن.
- التبول اللاإرادي في النوع الأول من السكري.
- حكة في الجلد وخاصة في الأعضاء التناسلية عند النساء.
- تكرار التبول (لطفي، 2018، ص. 54).

2-4.4- الصداع:

وهو من أكثر الأمراض شيوعاً، ويتفاوت ما بين صداع خفيف الى صداع حاد، وقد يستمر اقل من ساعة أو قد يستمر لعدة أيام (منصور، 2010، ص. 514).

الصداع من أكثر آلام الإنسان شيوعاً وتفسر كثرة الصداع أولاً بوفرة أعصاب الرأس (بما فيها الألياف العصبية الصادرة عن مثلث التوائم البلعوم اللساني والمبهم والأعصاب الرقبية الثلاثة العلوية)، ومن جهة أخرى، بما يرافق لصداع من عوامل نفسية كالقلق (حتى في الصاع البسيط)، بينما يمكن تجاهل أي

الم نفس الشدة في أي مكان آخر من الجسم، ويمكن أن ينتج ألم الرأس من انفصال التهابات العصب الحسية للألم لهذه الأعصاب أو تمططها أو التهابها أو تخرّبها بمرض داخل القحف أو خارجه ولكن معظم ألم الرأس ينشأ عن بني خارج الدماغ وإنذاره غالبا سليم(بقيون، 2012، ص. 50).

أسباب الصداع

- إصابة الرأس بجروح.
- قلس عضلات الرأس.
- خفقان الشرايين التي تغذي فروة الرأس.
- توتر العين.
- التهاب الجيوب الأنفية.
- أعراض الحساسية.
- وفي حالات محدودة للغاية قد يكون سبب الصداع ورم في الدماغ وغيره من أمراض الدماغ.
- اضطرابات الجهاز الهضم(منصور، 2010، ص. 514).

أنواع الصداع:

الصداع النصفي: يستمد "الصداع النصفي" اسمه من كلمة hemicrania والتي تعني: " صداع في جانب واحد"، على الرغم من أنه يمكن تعميمها على الصداع النصفي، وغالبا ما يوصف الصداع النصفي بأنه ألم نابض يزداد سوءا عند حدوث نشاط بدني، وعلى الرغم من أن الألم قد يكون شديدا، إلا أن الصداع النصفي لا

يهدد الحياة في حد ذاته، مع أن حدوث نوبات شديدة منه غالبا ما تعطي هذا الشعور (ماكغريغور، 2013، ص.7).

هو مرض متكرر الحدوث، وأحيانا يكون الصداع خفيفا ومحتملا، ولكنه على الأغلب يكون شديدا ومضنيا، وقد تصحبه الأعراض المختلفة التي تشير إلى اضطراب مؤقت في وظائف المخ، وخاصة أرجاء المخ المعنية بالبصر والكلام والشعور (كامبل، 1981، ص.5)..

المراحل الخمس من الصداع النصفي:

1- الأعراض الأولية (العلامات التحذيرية).

2- الهالة البصرية (النسمة).

3- الصداع.

4- الاسترخاء.

5- الشفاء (ماكغريغور، 2013، ص.11).

النقاط الأساسية:

- يعتبر الصداع النصفي أكثر من مجرد صداع شديد، وليس بالضرورة أن يكون الصداع هو العرض الرئيسي.
- الصداع النصفي يصيب النساء أكثر من الرجال، وربما يكون بسبب الاختلافات الهرمونية.

• يعاني معظم المصابين من الصداع النصفي من دون الهالة البصرية ويعاني البعض من الصداع النصفي الذي تسبقه الهالة البصرية، وتعاني مجموعة أخرى من كلا النوعين.

• قد تشمل الهالة البصرية بعض الاضطرابات في الإحساس، والرؤية، والكلام.

• يبد أن الصداع النصفي يحدث بسبب بعض التغيرات في المواد الكيميائية الموجودة بالمخ، وخصوص مادة السيروتونين (ماكغريغور، 2013، ص.29).

الصداع التوترى: يكون الألم في صداع توتر عضلات الرأس والعنق ثابتا غير نابض ويكون في الجانب الواحد أو في الجانبين ويتوضع في الناحية الصدغية أو القفوية أو الجدارية أو الجبهية أو يكون متعمما (الصباغ، 1961، ص.75)

أسبابه:

• توتر عضلات الوجه.

• التوتر النفسى.

• التعب والإجهاد.

• التوتر البدنى.

• التوتر الذهني.

وتؤدي جميع أنواع التوتر إلى انكماش عضلات الوجه، وهو ما ينتج عنه الصداع التوترى (منصور، 2010، ص.515).

علاجه: يمكن تخفيف هذا الصداع التوترى باستخدام عقاقير لتخفيف حدة الألم أو باستخدام مسكنات الألم، ويمكن أيضا أن يفيد العلاج بالتغذية الحيوية المرتدة (منصور، 2010، ص. 515).

3-4-4- القولون العصبي:

يعد القولون الجزء الأخير من القناة الهضمية، حيث يمتد إلى ما يربو على خمسة أقدام، وهو يتلقى خليط الطعام من الأمعاء الدقيقة بعد مروره بصمام يفتح في اتجاه واحد، وتقع بالقرب من طريق الدخول هذه الزائدة الدودية (كونينغام، 2009، ص. 18).

عبارة عن أنبوبة عضلية تصل ما بين الأمعاء الدقيقة أو الرقيقة التي يتم بها هضم الطعام أو امتصاصه، وبين فتحة الشرج، ويصل طول القولون إلى متر ونصف تقريبا (صالح، 2006، ص. 39).

ويتكون القولون من الأجزاء التالية:

- الأعور.
- القولون الصاعد.
- القولون المستعرض.
- القولون النازل.
- القولون السيني أو الحوضي.
- المستقيم (صالح، 2006، ص. 39).

ما هو القولون العصبي: هو خلل في وظيفة القولون نتيجة لزيادة حساسية أمعاء مرضى القولون العصبي، والمسئول عن هذه الحساسية الزائدة هو العصب الحائر مما يؤدي إلى أعراض في الجهاز الهضمي، مثل الانتفاخ، سوء الهضم، والإخراج، ومع أن هذه الأعراض ليست خطيرة في حد ذاتها، ولا تؤدي إلى مرض خطير مستقبلا، إلا أنها مزعجة جدا للمريض (المومني ولافي، 2016، ص.293).

مكونات القولون العصبي:

الإسهال: الإسهال مرض شائع يعرفه الجميع، ويمكن أن يحدث فجأة عقب تناول طعام ملوث وقد يستمر لعدة أيام، ويعرف الإسهال بأنه براز سائل القوام يصاحبه تقلصات في الأمعاء وتصاحبه زيادة غير طبيعية في عدد مرات التبرز (كونينغام، 2009، ص. 77).

الإمساك: يعرف العديد من الأطباء الإمساك بأنه فشل الفرد في أن يخرج فضلاته لمدة ثلاثة أيام أو أكثر (كونينغام، 2009 ص.87).

المختلط: حيث يكون الاضطراب في البراز عند المريض إسهالا متكررا تارة، وإمساكا مزمنًا تارة أخرى

أما النوع الأخير فهو غير شائع يشكو فيه المريض من ألم في البطن، وكثرة الغازات، ولا يعاني من اضطراب في الإخراج (المومني ولافي، 2016، ص.289).

أعراض القولون العصبي:

تختلف أعراض القولون اختلافا بيننا من مريض إلى آخر وتشمل ما يلي:

- ألم البطن.

- عدم انتظام عملية الإخراج (إمساك أو إسهال أو كليهما).

- اضطراب الهضم.

- الانتفاخ.

- الأعراض الخاصة بالدورة الدموية.

- أعراض عامة مثل الدوخة وصعوبة التنفس.

- الأعراض النفسية (صلاح، 2006، ص.48).

أسباب القولون العصبي:

- وجود خلل عصبي أو عضلي، يؤثر في الحركة الدودية للأمعاء.

- إن الأعصاب في أعضاء البطن تتميز بحساسية مفرطة تجعل المصاب بالقولون العصبي أكثر انتباها وأسرع تفاعلا مع نوبة الألم.

- إن مادة السيروتونين التي تفرز في المشابك العصبية، تجعل خلايا الدماغ والجهاز العصبي تتبادل العمل فيما بينها، وتقدر نسبتها الطبيعية في الدماغ (5%) والأمعاء (95%)، وفي حالة التوتر والقلق والاكتئاب يزداد إفراز هذه المادة، فتتراكم كميات كبيرة منها في الأمعاء مسببة أعراض القولون العصبي (المومني ولافي، 2016، ص289).

- اضطرابات في الحركة الدودية للقولون (صلاح، 2006، ص.57).

4.4- الضغط الدموي:

هو القوة التي يندفع بها الدم الذي يضخه القلب عبر جدران الشرايين، فإذا حدث ولسبب ما إن أصبح ضخ القلب سريعا، أو زادة مقاومة الأوعية الدموية، فإن ضغط الدم يميل إلى الارتفاع، وإذا ارتاح الإنسان ونام فإن ضغط الدم

ينخفض، أما إذا كان الارتفاع عاليا جدا وظل كذلك، يقال عندها أن الشخص مصاب بارتفاع الضغط الدموي (نعمه، 2016، ص. 614).

هو القوة التي يضغط بها الدم على جدران الشرايين التي يسير فيها (أبو صالح وحمادة، 2009، ص. 187).

ما مدى انتشار ضغط الدم:

إذا كنت فوق سن الثلاثين ولا يمكنك أن تتذكر متى كانت آخر مرة قمت فيها بفحص ضغط دمك، فانه يجب عليك أن تذهب لرؤية الطبيب، حيث يمكن أن تكون واحدا من ضمن سبعة إلى عشرة ملايين شخص ممن يعانون من ارتفاع ضغط الدم في إنجلترا، وعادة ما يستخدم الأطباء مصطلح "ارتفاع ضغط الدم، لوصف هذه الحالة، والتي قد لا تسبب أية أعراض على الإطلاق لسنوات عديدة، لكنها يمكن أن تؤدي في النهاية إلى مضاعفات خطيرة، بما في ذلك أمراض القلب والسكتات الدماغية (بيقرز، 2013، ص. 01).

قياس الضغط الدموي:

ويمكن قياس ضغط الدم عن طريق نوعين من الضغط هما:

أ- الضغط الانقباضي: ويقاس عندما ينبض القلب أثناء عملية الضخ.

ب- الضغط الانبساطي: ويقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم (غانم، 2011، ص. 193).

أسباب ارتفاع الضغط الدموي:

1- العمل المتواصل بما في ذلك حضور الاجتماعات والعمل المكتبي

2- التعرض للبرد (وليس حرارة الغرفة).

- 3- النشاط البدني قبل قياس الضغط.
- 4- التوتر والانفعال.
- 5- الألم.
- 6- تناول الكافيين (بعد التوقف أو الانقطاع).
- 7- التدخين الحاد (بعد التوقف أو الانقطاع).
- 8- شرب الكحول (أبو صالح وحمادة، 2009، ص.189).

أعراض ارتفاع ضغط الدم:

- 1- ضيق التنفس والتهيجان خاصة عند القيام بمجهود.
- 2- حدوث نزيف من الأنف بدون سبب واضح وقد يكون عرضة للإصابة ارتفاع ضغط الدم.
- 3- الدوخة: خاصة في حالة ارتفاع ضغط الدم.
- 4- الصداع وآلام الرأس ويتميز هذا الصداع بأنه يحدث في الصباح الباكر ويكون شديدا وأحيانا يكون مصحوب بغثيان وأحيانا يكون خلف الرأس (غانم، 2015، ص.154).

الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم:

- الرجال فوق سن الثلاثين
- وجود تاريخ عائلي بارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب.
- نساء مصابات بارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل.

- الرجال والنساء ذوي البشرة الداكنة (منصور، 2010، ص.20-21).

توصيات لمرضى ارتفاع ضغط الدم:

- الإقلال من تناول ملح الطعام.
- قراءة مكونات الأطعمة المحفوظة التي عادة ما تحتوي على الصوديوم NA.
- تناول المأكولات الغنية بالبوتاسيوم مثل الليمون- العنب- المشمش- التين- جوز الهند- الفراولة- الزبيب- المنجو- السبانخ- البطاطس- اللوز- معظم الخضروات الورقية- العدس- القمح- الفول السوداني (حسني، 2008، ص.69).

4-5- الإصابات (المشكلات) العضلية:

تعريف العضلة: تتكون العضلة أصلاً من خلايا عضلية تجمع بعضها إلى بعض لتكوين ألياف عضلية وتتجمع هذه الألياف بعضها إلى بعض ويربط بينهما نسيج رابطي لتكوين العضلة وكالخلية الحيوانية تحتوي الخلية العضلية على النواة وسط البروتوبلازم وعلى ذلك وان الليفة العضلية تحتوي أنويه كثيرة كما أن البروتوبلازم فيها مطاط أي قابل للانقباض والانكماش، والليفة العضلية تغلف بغشاء يسمى ساركوليمما وهو مسؤول عن توصيل الإشارات العصبية على سطح الليفة (مهدي، عبيد فقير، 2023، ص.5).

تعريف الإصابة العضلية: هي تأثير نسيج أو مجموعة من الأنسجة بمؤثر خارجي أو داخلي أو ذاتي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج (مهدي، عبيد فقير، 2023، ص.5).

أسباب الإصابات العضلية:

- الإحماء غير الملائم والغير كافي.

- انخفاض القوة العضلية.
- التعب والإرهاق وعدم أعاد العضلات بالشكل الذي يلاءم الجهد البدني المفاجئ.
- وجود إصابة سابقة مهمة.
- شد وتشنج في العضلة.
- تمزقات جزئية أو كلية بالعضلات وأوتارها (تمزق منشأ ومدغم العضلات وأوتارها) والأنسجة المحيطة بالعضلات وحدوث الفتق العضلي.
- شد وقطع في مكونات العضلة.
- التهاب الأنسجة العضلية (خليل محمد، 2008، ص.123).

أنواع الإصابات العضلية:

- الكدمات العضلية.
- التقلص العضلي (التشنج العضلي).
- الإرهاق العضلي.
- لشد والتمزق العضلي.
- الالتهاب العضلي.
- إصابة الأوتار العضلية.
- التهاب الأوتار العضلية.
- التكلس العظمي للعضلات.
- الضمور العضلي.

- الفتق العضلي (خليل محمد، 2008، ص.123).

الأعراض العامة للإصابات العضلية ومضاعفاتها:

- الشعور بالألم سواء بالحركة أو الضغط على الجزء المصاب أو بدونها.

- حدوث تغيرات عصبية كالوخز أو الخدر.

- حدوث ضعف في الأداء لمنطقة الإصابة.

- فقدان الحركة جزئاً أو كلياً.

- حدوث تشوه بالمنطقة المصابة.

- تحدث تغيرات في لون الجلد ابتداء من اللون الأحمر، الأزرق، الأصفر، ثم

الرجوع إلى اللون الطبيعي بعد الشفاء.

- ارتفاع درجة حرارة المصاب في حالة حدوث التهاب (محمود، 2016، ص. 15-

16).

4-6- أسباب المشاكل الجسدية:

العامل البيئي: يشار إلى أي العوامل أو الظروف الخارجية التي لديها القدرة على

التأثير على صحة ورفاهية الكائنات الحية، بما في ذلك البشر، على أنها عوامل بيئية.

وقد تكون هذه العوامل فيزيائية، أو كيميائية، أو بيولوجية، أو اجتماعية، وقد تكون

طبيعية أو مكوّنة.

تعتبر درجة الحرارة والرطوبة ونوعية الهواء والماء والإشعاع والضوضاء

والكوارث الطبيعية مثل الزلازل والفيضانات والأعاصير كلها أمثلة على العوامل

البيئية الفيزيائية. على سبيل المثال، يمكن أن يؤدي التعرض لدرجات الحرارة

القصى إلى الإصابة بضربة شمس أو انخفاض حرارة الجسم، كما أن التعرض لمستويات عالية من التلوث في الهواء يمكن أن يؤدي إلى تفاقم مشاكل الجهاز التنفسي والمساهمة في ظهور الحالات المزمنة مثل الربو وسرطان الرئة.

يعد التعرض للعوامل المعدية مثل البكتيريا والفيروسات والطفيليات، وكذلك المواد المسببة للحساسية مثل حبوب اللقاح وعت الغبار، أمثلة على العوامل البيئية البيولوجية. يمكن أن يؤدي ذلك إلى حدوث مجموعة من المشكلات الطبية، بدءًا من الأمراض البسيطة وحتى الأمراض الخطيرة. media june, 2023, (Adel p, 06) الوراثة: يمكن أن تتعطل الوظيفة الطبيعية لخلايا الجسم والأنسجة والأعضاء بسبب الطفرات الجينية أو تغيرات الحمض النووي، مما قد يؤدي إلى مشاكل في الصحة البدنية. يمكن أن تتأثر مجموعة واسعة من وظائف الجسم بهذه الطفرات، والتي يمكن أن تنشأ بشكل طبيعي أو تكون مورثة من أحد الوالدين أو كليهما.

يمكن أن تحدث اضطرابات الجين الواحد، والتي تنتج عن طفرات في جين واحد، بسبب بعض الطفرات الجينية. يعد مرض هنتنغتون وفقر الدم المنجلي والتليف الكيسي كلها أمثلة على الاضطرابات التي يسببها جين واحد. اعتمادًا على ما إذا كان الجين سائدًا أو متنحيًا، ترث هذه الاضطرابات عادةً نمطًا يمكن التنبؤ به ويمكن أن تؤدي إلى مجموعة متنوعة من مشكلات الصحة البدنية، بما في ذلك مشكلات الجهاز التنفسي والهضمي والعصبي والعضلي.

يمكن أن تتفاقم قابلية الشخص للإصابة بالأمراض المعدية بسبب الطفرات الجينية في بعض الحالات. على سبيل المثال، قد يكون من السهل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل والالتهاب الرئوي من قبل الأشخاص الذين لديهم طفرات في الجهاز المناعي.

عادات الأكل: يمكن أن تتفاقم مجموعة متنوعة من المشكلات الجسدية وقضايا الصحة البدنية بسبب عادات الأكل غير الصحية. السمنة وزيادة الوزن، والتي تعد من عوامل الخطر الرئيسية لمجموعة متنوعة من الأمراض المزمنة، يمكن أن تكون ناجمة عن عادات الأكل السيئة مثل تناول نظام غذائي غني بالدهون المشبعة والمتحولة، والأطعمة المصنعة، والسكريات المضافة.

خلاصة:

لقد تناول الكاتبين في هذا الفصل مشكلتين من المشاكل الأكثر انتشاراً في مختلف المجتمعات العالمية ألا وهي المشكلات النفسية والجسدية حيث حاولوا في هذا الفصل إزالة الغموض الحاصل حول مفهوم المشكلات النفسية والجسدية كظاهرة إنسانية، متعددة الأبعاد لها مظاهرها الخاصة وذلك على عكس المفهوم الشائع بين أغلبية الناس بالنظر إلى تشعب هذا المفهوم ومحدودية استخدامه لديهم، وخلص الكاتبين من خلال ما تم تناوله إلى النقاط التالية:

- إن نسبة زيادة الشعور بالمشكلات النفسية والجسدية يعكس جانباً مهماً يفقد إليه الفرد هو الشعور بعدم الانتماء والولاء وانعدام مغزى الحياة، فلم يعد لدى الفرد المعاق دافعاً لكي يعيش حياته فكل أهدافه وطموحاته متوقعة عند حد معين.

- أن المشكلات النفسية والجسدية ظاهرة إنسانية عامة، تحمل في طياتها الجانب الإيجابي والجانب السلبي شائعة في كثير من المجتمعات، وقد يعيشها الإنسان ويكابدها بصفاتها جزءاً من حياته ومكوناً من مكوناته النفسية والاجتماعية.

- أن المشكلات النفسية والجسدية هي ظاهرة متعددة الأبعاد تزداد حدتها ومجال انتشارها كلما توفرت العوامل والأسباب المهيأة لها.

- أن المشكلات النفسية والجسدية من بين الأمراض الأكثر شيوعاً والأكثر خطورة، وهذا دفع العديد من العلماء والأطباء في هذا المجال إلى البحث في خلفيتها من حيث مفهومها وأصنافها وانتشارها وأسبابها وأعراضها وأنواعها وعلاجها وكيفية التعامل معها ومن ثم الخروج بنظريات عديدة تشرح طبيعته وأصوله، ومن هنا يتضح أن المشكلات النفسية تؤثر على مختلف جوانب الحياة من الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية.

- ظاهرة المشكلات النفسية والجسدية من أخطر الظواهر التي تهدد حياة وامن الإنسان خاصة في هذا العصر

في الأخير نستخلص أن الدارس للمشكلات النفسية والجسدية ومظاهرها الكثيرة والمتعددة، بنظرة موضوعية يكتشف مدى بروز هذه الظاهرة بين المجتمعات الحديثة دون تمييز بينها، وكذلك المجالات الكثيرة التي اخترقها.

الفصل الثالث

الإعاقة الحركية

تمهيد:

مع تطور الحضارة وانفتاح المجتمعات وتوسع أفاق بنائها، توسع الاهتمام بالمعاقين وتطورت طرق التخفيف من معاناتهم لتقريبهم من حياة الأصحاء، ويعتبر ميدان الإعاقة احد الميادين الحديثة التي لاقت اهتماما متزايدا من قبل المختصين والعاملين في هذا المجال، وقد شهد تطور هذا الميدان انطلاقة قوية وسريعة نتيجة لعوامل ومتغيرات اجتماعية كثيرة منها عوامل أخلاقية وإنسانية ونفسية، فالإعاقة ظاهرة إنسانية عايشة الإنسان منذ بدأ الخليقة فهي ظاهرة اجتماعية من الممكن إن تكون صناعة المجتمع، وهي تجعل الإنسان المعاق مضطربا نفسيا وجسديا وذلك ما يزيد من تدهور حالته فيكتسب مع الزمن سمات كالحزن، والشعور بالانقص وذلك لاختلافه عن غيره داخل الوسط الذي يعيش فيه، ومن بين هذه الإعاقة نجد فئة المعاقين حركيا الذين كانوا قديما يعانون من مشاكل نفسية ومن النبذ الاجتماعي والعزلة لأنهم يشكلون عبئا على المجتمع، وهذه المشاكل النفسية لا بد لها من حلول ومن بين هذه الحلول ممارسة مختلف الأنشطة الرياضية التأهيلية والترويقية.

ومن هنا سوف يتطرق الباحث في هذا الفصل إلى المعوقين في العالم والوطن العربي والجزائر بشكل عام، والإعاقة الحركية بشكل خاص باعتبارها موضوع البحث، أو العينة التي نهدف لدراستها، من خلال دراسة مفهومها، أسبابها، أنواعها، الوقاية منها، وكل ما يتعلق بالإعاقة الحركية.

1 - الإعاقة بالمنظور الإقليمي والدولي:

الإعاقة ظاهرة عالمية، فهي قائمة بوجود الحياة على الأرض، وتشير التقديرات العالمية إلى أن ما يقارب 600 مليون شخص في العالم أو 10% من مجموع السكان هم بحاجة إلى نوع ما من المساعدة التأهيلية الخاصة، لأسباب ترتبط بتدني قدراتهم العقلية أو الحسية أو الجسدية ويزيد هذا التقدير مع النمو في عدد السكان، إذ تشير التقديرات إلى أن عدد سكان العالم سيصل إلى تسعة مليارات شخص بحلول سنة 2025م، ويعني ذلك بلغة الأرقام أن أعداد المعوقين في العالم ستصل إلى نحو 900 مليون شخص خلال هذه الفترة، ما لم تتخذ الإجراءات الكفيلة بالحد من تفاقم هذه المشكلة المتنامية، من خلال تضافر الجهود الدولية والإقليمية والوطنية والمحلية في هذا الميدان.

تتصف مشكلة الإعاقة بتعدد أبعادها، فهي لا تتحدد بأعداد الأشخاص المعوقين فقط، بل بذلك التأثير السلبي الذي يتركه وجود الشخص المعوق في حياة الأسرة والمجتمع، ويشير تقدير صادر عن منظمة الصحة العالمية في منتصف السبعينات حول الواقع العالمي للإعاقة، أن ما نسبة 80% من الأشخاص المعوقين يعيشون في المناطق الريفية من الدول النامية ذات الاقتصاديات المتدنية، وفي بيئات تفتقر إلى الحد الأدنى من الخدمات الأساسية، وتتفاقم المشكلة في المناطق الريفية التي تفتقر للخدمات الأساسية كالصحة والتعليم وتدني الموارد وانعدام التسهيلات الخاصة بتأهيل الأشخاص المعوقين (داود، 2006، ص. 35-36).

بناء على معطيات التقييم العالمي لمشكلة الإعاقة، في منتصف سبعينيات القرن الماضي، تنادى المجتمع الدولي، ممثلاً بهيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة، إلى ضرورة العمل على مواجهة هذه المشكلة المتنامية، حيث أعلنت سنة 1981م " السنة الدولية للأشخاص المعوقين " تحت شعار " المشاركة

العاملة والمساواة" وقد شهدت تلك السنة العديد من النشاطات الدولية والإقليمية والوطنية، وأبرزت العديد من التوصيات والمقترحات لتحسين الخدمات وتنظيمها في مواجهة هذه المشكلة المتفاقمة.

إلا أن الاستعراض الشامل لتلك النشاطات والانجازات والتوصيات بين أنها لم تكن تفي بالأهداف التي وضعتها السنة الدولية للأشخاص المعوقين، وتبين أن تحقيق هذه الأهداف يحتاج إلى فترة زمنية أطول من مجرد سنة واحدة، وعليه فقد أعلنت الفترة 1983 – 1992، "العقد الدولي للأشخاص المعوقين"، حيث تبنى المجتمع الدولي "برنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص المعوقين" كوثيقة موجهة للنشاطات الدولية والحكومية، وذلك لتحقيق مجموعة من المبادئ الهادفة إلى تحسين واقع الإعاقة، وتهيئة الظروف التي تحقق الحد الأدنى من الكرامة الإنسانية لهذه الشريحة في مجتمعها وتأكيد الحقوق العامة والخاصة للأشخاص المعوقين في مجتمع لا بد أن يكون مجتمع الجميع، وبما يخفف من تفاقم هذه المشكلة وتأثيرها على برامج التنمية الوطنية والاقتصادية والاجتماعية (داود، 2006، ص.37).

شهدت فترة العقد الدولي، العديد من النشاطات على المستويات الدولية والإقليمية والوطنية، وصدرت العديد من التوصيات والقرارات وكان اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثامنة والأربعين وثيقة "القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين" من خلال قرارها رقم (96/48) بتاريخ 20 كانون الأول/ ديسمبر 1993، تتويجا لنشاطات هذا العقد، تلك الوثيقة التي تمثل خلاصة التجارب المكتسبة خلال عقد الأمم المتحدة للمعوقين، رسخت قواعد عرفية تعكس الشرعية الدولية في مجال حقوق الإنسان والمعاهد والاتفاقيات

الدولية في مجال المرأة والطفل وغيرها من الوثائق الدولية، وبحيث يكون تطبيق هذه القواعد يعكس التزاما بكافة المواثيق الدولية(داود، 2006، ص.37-38).

2- حجم الإعاقة في الوطن العربي:

على الرغم من انه لا توجد إحصاءات دقيقة عن حجم الإعاقة والمعوقين في الوطن العربي لأسباب كثيرة قد يكون من بينها:

-الإحجام عن التصريح بالإعاقة.

-عدم اطلاع جامعي الإحصاء على مشاكل الإعاقة، ولكن جميع الظروف الثقافية والاجتماعية والاقتصادية تؤكد أن نسبة المعوقين في الوطن العربي عالية جدا فإذا أخذنا بأكثر النسب تواضعا وهي نسبة 10 % التي قدرته منظمة الصحة العالمية وبكل تأكيد أن عدد المعوقين ككل وعدد منهم في سن الطفولة والشباب في الوطن العربي قد زاد خلال السنوات الماضية عن التقديرات السابقة تبعا للزيادة السكانية العامة في الوطن العربي في تلك الفترة (سلامة والبطراوي، 2013، ص.103-104).

3 - تربية المعوقين في الجمهورية الجزائرية ورعايتهم:

اهتمت التشريعات في الجمهورية الجزائرية برعاية المعوقين، فقد صدر القانون رقم 02 – 09 في مايو 2002م المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وقد تناول الجوانب التالية:

3-1 – حماية المعوقين في الجمهورية الجزائرية:

اهتمت التشريعات في الجمهورية الجزائرية بحماية المعاقين، فقد وضحت المادة الأولى أن الهدف من القانون هو تعريف الأشخاص المعوقين وتحديد المبادئ والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم، ووضحت المادة الثانية من القانون أن حماية

الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون تشمل كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر وراثية أو خلقية أو مكتسبة تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية – الحسية وتحدد هذه الإعاقات حسب طبيعتها ودرجتها عن طريق التنظيم(عبد الرسول محمد، 2015، ص.323).

3- 2 - أهداف حماية المعوقين في الجزائر:

لقد وضحت المادة 3 من القانون أهداف حماية المعوقين حيث نصت على:
تهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى:

- الكشف المبكر للإعاقة والوقاية منها ومن مضاعفاتها.
- ضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكيف.
- ضمان الأجهزة الاصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية الضرورية لفائدة الأشخاص المعوقين، وكذا الأجهزة والوسائل المكيفة مع الإعاقة وضمان استبدالها عند الحاجة.
- ضمان تعليم إجباري وتكوين مهني للأطفال والمراهقين المعوقين.
- ضمان إدماج الأشخاص المعوقين واندماجهم على الصعيدين الاجتماعي والمهني لاسيما توفير عمل لهم.
- ضمان الحد الأدنى من الدخل.
- توفير الشروط التي تسمح للأشخاص المعوقين بالمساهمة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية.

- توفير الشروط التي تسمح بترقية الأشخاص المعوقين وتفتح شخصيتهم، لاسيما المتصلة بالرياضة والترفيه والتكيف مع المحيط.

- تشجيع الحركة الجمعوية ذات الطابع الإنساني والاجتماعي في مجال حماية المعوقين وترقيتهم.

ويجب أن تتم حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وتطوير استقلاليتهم في إطار حياة عادية (عبد الرسول محمد، 2015، ص.323 – 324).

4- ضخامة عدد المعوقين في الجزائر:

إذا كانت وثائق الأمم المتحدة تشير إلى أن عدد المعوقين في كل مجتمع يتراوح ما بين 10% إلى 15% من جملة عدد السكان، فإن عددهم في الجزائر ما يفوق هذه النسبة التي تشير إليها وثائق الأمم المتحدة بسبب حرب التحرير الطويلة (1954) – (1962) التي خاضها الشعب الجزائري بجميع فئاته الاجتماعية ونتج عنها ضحايا كثيرون ما بين معطوبين ومكفوفين، ومصابين بأمراض عقلية، أو نفسية بالإضافة إلى من أصيبوا بعاهة الصم أو البكم أو هما معا، زيادة عن أصيبوا بحروق وتشوهات نتيجة لانفجار قنابل النابالم التي كان العدو يطلقها على المجاهدين مما نتج عنه عاهات دائمة بالنسبة لعدد كبير من أبناء الجزائر.

ومن هنا وجدة الجزائر نفسها بعد الاستقلال تواجه مشاكل اجتماعية، ونفسية، وصحية عصبية بالنسب لعدد كبير من المواطنين سواء من كانوا هم في صفوف جيش التحرير الوطني أو من عامة الشعب الذين كانوا يحتضنون الثورة ورجالها ويحمونهم بالنفس والنفيس.

ورغم الجهود الضخمة والهائلة التي تبذلها البلاد في ميدان رعاية المعوقين على اختلاف أصنافهم فلا يزال أمامها الشيء الكثير لفعله في هذا الميدان (تركي، 1982، ص.116-117).

5 - أهداف الرعاية المثلى للمعاقين:

يرتجى من الرعاية المثلى للمعاقين أن تحقق الأهداف الآتية:

- 1 -زيادة وعي المجتمع وأفراده بوجود المعاقين واحتياجاتهم وإمكانياتهم.
- 2- إنه يمكن المعاقين من العيش بطريقة طبيعية على قدر الإمكان.
- 3- أن يشارك المعاقين ويندمجوا في حياة المجتمع.
- 4- أن تتاح للمعاقين وسائل العيش غير معتمدين على غيرهم.
- 5- أن ييسر للمعاقين الإقامة في مساكن تخصهم، أو في غيرها من أماكن الإيواء التي يوفرها المجتمع.
- 6- أن يقدم العون للمعاقين داخل مجموعاتهم الاجتماعية عن تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية، بدلا من رعايتهم في مؤسسات منفصلة، كلما أمكن ذلك.
- 7- إزالة التفرقة والتمييز الاجتماعي ضد المعاقين بالعمل على تغيير مواقف الناس إزاء الإعاقة، وهي مواقف يرجع غالبيتها إلى الخجل وسوء الفهم.
- 8- إزالة الحوائل التي تمنع أو تنفر المعاقين من الاندماج والمشاركة في أنشطة المجتمع.
- 9- العمل على منع الإعاقة بمحاربة أسبابها والظروف المؤدية لها(عبيد، 2011، ص.18-19).

6 - المشكلات الناتجة عن الإعاقة:

إن المعاق يتعرض لمجموعة من المشكلات الناتجة عن إصابته يمكن أن نجملها فيما يلي:(عبيد، 2011، ص.89-90-91).

6-1- المشكلات الاقتصادية: تتسبب الإعاقة في كثير من المشاكل لاقتصادي التي تدفع المعاق إلى مقاومة العلاج أو تكون سببا في انتكاس المرض ومنها:

أ- تحمل الكثير من نفقات العلاج.

ب- انقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعاق هو العائل الوحيد للأسرة، حيث أن الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها.

ج قد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج.

6 - 2 - المشكلات الاجتماعية:

أ- المشكلات الأسرية: إن إعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت، حيث أن الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن. ووضع المعاق في أسرته يحيط بعلاقاتها قدر من الاضطراب طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي بالكامل.

ب- المشكلات الترويحية: أن العاهة تؤثر في قدرة المعاق الاستمتاع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده.

ج- مشكلات الصداقة: إن عدم شعور المعاق بالمساواة مع زملائه وأصدقائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم، يؤدي إلى استجابات سلبية لينكمش المعاق على نفسه وينسحب من هذه الصداقات.

د- مشكلات العمل: قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعاق لعمله أو تغيير دوره ليتناسب مع وضعه الجديد فضلاً على المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه.

6 - 3 - المشكلات التعليمية:

- أ- عدم توفر مدارس خاصة وكافية للمعاقين على اختلاف أنواعهم.
- ب- الآثار النفسية السلبية لإلحاق الطفل المعاق بالمدارس العادية.
- ج- تؤثر بعض العاهات في قدرة المعاق على استيعاب الدروس.
- د- بعض حالات الإعاقة كالمقعدين والمكفوفين تتطلب اعتبارات خاصة لضمان سلامتهم خلال توجيههم أو تواجدهم بالمدرسة.

6 - 4 - المشكلات النفسية:

- أ- الشعور الزائد بالنقص، مما يعوق تكيفه الاجتماعي.
- ب الشعور الزائد بالعجز، مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة.
- ج- عدم الشعور بالأمن، مما يولد لديه القلق والخوف من الجهول.
- د- عدم الاتزان الانفعالي، مما يولد مخاوف وهمية مبالغ فيها.

6 - 5 - المشكلات الطبية

- أ- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.
- ب- طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض وتكاليف هذا العلاج كأمراض الوزن والقلب والسكر.

ج- عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعاقين بمستشفيات خاصة تراعي ظروفهم ومشكلاتهم.

د- عدم توفر المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي وخاصة في المحافظات مع عدم توفر الفنيين والأجهزة الطبية لهذا العلاج.

7- ماهية الإعاقة:

7-1- الإعاقة لغة:

لفظ الإعاقة مشتق من الفعل العربي عاق، عوق، عاقه عن الشيء يعوقه عوقا، أي صرفه وحبسه وعطله، وعاقه عن الشيء: منعه منه وشغله عنه.

ومن ثم فالإعاقة هي المنع عن شيء ما، والحبس عن أداءه، وهو لفظيا مشتقا من الإعاقة أي التأخير أو التعويق (بن عيسى، 2018، ص28-29).

ويشير المصباح المنير إلى الإعاقة بقوله (عاقه) عوقا من باب قال وإعتاقه وعوقه بمعنى (منعه) فالإعاقة المنع ويقول المنجد في اللغة والإعلام في شرح مادة (عوق) عاق عوقا وعوق وأعاق إعاقه وإعتاق اعتياقا وعوقه عن كذا أي صرفه وثبطه وأخره عنه، يقال أعوق بي الزاد أو الدابة إعواقا أي عجزت عن السفر، وتعوق تثبط وتأخر، وتعوق فلان أي صرفه، ومنه عوائق الدهر أو شواغله، والعائق هو العقبة ويعوق بشكل أو يضع عائقا (اليعسوي، 1997، ص.42).

7-2- اصطلاحا: فهي لفظ اشتق من الإعاقة أو التأخير أو التعويق بمعنى نقص التكوين وتكبير اليدين كما يطلق مصطلح المعوق على من تعوقه قدراته الخاصة على النمو السوي إلا بمساعدة خاصة أي ك شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاوله عمله، أو القيام بعمل آخر أو الاستقرار فيه، أو نقصت قدراته

على ذلك نتيجة قصور عضوي أو عقلي أو حسي أو نتيجة لعجز خلقي منذ الولادة (بن عيسى، 2018، ص29).

8- تعريف الإعاقة:

تعد الإعاقة سببا رئيسيا لعدم التكيف مع الواقع والمجتمع بما تسببه من أزمات نفسية واجتماعية داخل محيط الأسرة أو عند مقارنته بأقرانه (القمش، 2013، ص19).

وقد عرف عبد الرحمن الخطيب الإعاقة بأنها: خلل ا اضطراب يصيب إحدى مكونات الفرد العقلية أو النفسية أو الصحية(الجسمية)والاجتماعية، فلا يقوى على التوافق مع نفسه أو مع الآخرين (عبد الرحيم الخطيب، 2006، ص. 12).

وقد قامت (منظمة الصحة العالمية 1981م) بتعريف الإعاقة على أنها حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، المرتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكلوجية (القرشي، 2013، ص.25).

وقد عرفها سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم الإعاقة بأنها: مصطلح يستخدم عادة للإشارة إلى المشكلات في التعليم أو السلوك الاجتماعي ولذلك نقول (اضطراب لغوي أو اضطراب تعليمي) (يوسف إبراهيم، 2010، ص.19).

والإعاقة - حسب تعريف بعض العلماء لها -هي مجرد قصور أو نقص في الوظيفة، سواء كانت الإعاقة في ناحية الأبصار أو السمع أو في مجال الحركة والإحساس وغير ذلك.....(كمال، 2007، ص.41).

فمفهوم الإعاقة إذن هو:

عدم تمكن الفرد الحصول على الاكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة
لي إعالة الآخرين وبالتالي إلى تربية خاصة تغلبه على إعاقته (عبد المجيد، 2014،
ص.47).

9 – تصنيف الإعاقة:

تصنف الإعاقة حسب نوعها والطبيعة الغالبة عليها إلى الفئات الآتية:

أ-إعاقة جسمية تتصل بالجسم وما به من أجهزة مختلفة ويدخل تحت هذه الفئة
أو الفصيلة جميع الإعاقات السمعية والمخية والعضلية والوعائية والغددية
والهضمية...وما إلى ذلك.

ب- إعاقات الحواس العليا التي يدخل تحتها فقدان البصر أو ضعفه وفقدان السمع
أو ضعفه.

ج- إعاقات عقلية ترتبط أساسا بضعف القدرات العقلية ويدخل تحتها التخلف
العقلي بدرجاته المختلفة.

د- إعاقات تتعلق بالقدرة الكلامية واللغوية ويدخل تحتها عيوب النطق والكلام
والتخاطب واضطرابات القراءة والكتابة.

هـ- إعاقات نفسية انفعالية ويدخل تحتها جميع الأمراض والاضطرابات النفسية
والمظاهر الدالة على سوء التكيف النفسي.

و- إعاقات اجتماعية ترتبط باضطرابات علاقات الفرد ببقية أفراد وجماعات
مجتمعه، يدخل تحت ذلك اعتبار الإجرام إدمان الخمر والمخدرات وما إلى ذلك.

ز- إعاقة متعددة الجوانب (مروان عبد المجيد، 2014، ص.55-56).

10- مفهوم المعوق أو المعاق:

المعوق: هو الشخص الذي لديه عيب ينتج عنه عاهة أو يتسبب في عدم قيام العضلات أو العظام والمفاصل بوظيفتها العادية، وتكون هذه الحالة إما خلقية أو ناتجة عن مرض، أو حادثة وتزداد خطورتها بسبب الجهل أو الإهمال أو المرض (العوامل، 2003، ص.27).

المعاق: هو مصطلح يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوي إلا بمساعدة خاصة، وهو لفظيا مشتق من الإعاقة أي التأخير أو التعويق (مروان عبد المجيد، 2002، ص.12).

تعرف مريم حنا وآخرون (1979: 109) الشخص المعاق بأنه ذلك الشخص الذي تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوي أو الطبيعي والحياة بصورة طبيعية كغيره من الناس إلا بمساعدة خارجية (ماهر وأدم، 2005، ص.17).
وهناك تعريف آخر يتصف بالشمولية وهو:

"المعاق هو كل من يعاني من نقص دائم يعيقه عن العمل كليا أو جزئيا في المجتمع أو عن أحدهما فقط، سواء أكان النقص في القدرة العقلية أو النفسية أو الحسية أو الجسدية، وسواء أكان خلقيا أو مكتسبا" ونرى أن هذا التعريف شامل ويحتوي جميع حالات الإعاقة بجميع درجاتها (مروان عبد المجيد، 2002، ص.12).

ويعرف المعوق بأنه:

كما عرفه مؤتمر السلام العالمي والتأهيل المهني بأنه «كل شخص يختلف عن يطلق عليه لفظ سوي أو عادي جسميا أو حسيا أو عقليا أو نفسيا أو اجتماعيا

إلى الحد الذي يتوجب معه عمليات تأهيلية حتى يحقق أقصى قدر ممكن من التوافق تسمح به قدراته المتبقية (بن عيسى، 2018، ص.31).

توجد عديد من المفاهيم التي لا تخرج في مجموعها عن المعنى الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1975 عن المعوق بأنه: "كل شخص لا يستطيع تأمين حاجاته الأساسية بشكل كامل، أو جزئي، أو حياته الاجتماعية كنتيجة لعاهة خلقية أو غير ذلك، تؤثر في أهليته الجسمية أو العقلية (رشاد، 2008، ص.24).

11 – تعريف الإعاقة الحركية:

إن ميزة الكائن الحي هي الحركة، والمعبر الحقيقي عن الحركة هو الجسم يحدث أحيانا انه يمنع أو يعيق هذه الحركة مانع أو مانعه، وقد يكون الجسم هو السبب في هذه الإعاقة الحركية، ويمكن أن نعرف الإعاقة الحركية، بأنها عائق جسدي يمنع الفرد من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معا في الأطراف السفلى أو العليا مصحوبة باختلاف في التوازن الحركي، ويحتاج الفرد المصاب بها إلى برامج نفسية وطبية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته على تحقيق أهدافه في الحياة (فرج ونعيم، 2008، ص.16).

ويعرفها مصطفى العبسي أن الإعاقة الحركية تسير إلى اضطرابات شديدة عصبية أو عضلية عظمية أو أمراض مزمنة تفرض قيودا وظيفية على إمكانية تعلم الطفل (العبسي، 2010، ص.21).

هي الإعاقة التي يعاني صاحبها من العجز البدني نتيجة وراثية أو إصابة أو مرض، تحد من حركته ونشاطه بسبب هذا الخلل الحادث له، وبالتالي تؤثر عليه

بشكل أو بآخر في مختلف أوجه الحياة وتقعده عن التكيف مع مجتمعه (رياض وناهد، 2001، ص.21).

كما تعني الإعاقة الجسدية حالة ضعف عصبي أو عظمي أو عضلي أو حالة مرضية مزمنة تتطلب إجراء تعديلات على المنهج المدرسي وأساليب التدريس وربما المبني المدرسي لكي يصبح بمقدور الشخص الاستفادة من البرامج التعليمية أو إجراء تعديلات على بيئة العمل (رشاد، 2008، ص.219).

12 - أسباب الإعاقة الحركية:

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة الحركية إسنادا على تعريفاتها لعاملين رئيسيين يتمثلان في العيوب الخلقية الوراثية ا وإلى عوامل مكتسبة مستمدة من البيئة التي يعيش فيها الفرد والتي تسبب له الإصابات الجسمية المختلفة ويجدر الإشارة انه ليست جميع الأسباب تؤدي الى مثل هذه الإعاقة تماما (العزه، 2000، ص.48).

ومن أهم أسباب حدوث هذه الإعاقة ما يلي:

1- نقص الأكسجين anoxia عن دماغ الطفل سواء في مرحلة من قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها الأمر الذي يسبب تلفا في دماغ الطفل بحيث يؤثر هذا التلف على المراكز العصبية الخاصة بالحركة.

2- عوامل وراثية Genetic لها علاقة بخلل كروموسومي ينتقل من الآباء إلى الأبناء إما بشكل متنحي أو سائد بحيث يحدث هذا الخلل إعاقه جسدية لدى الطفل المولود حديثا.

3- اختلاف دم أم الطفل عن دم الطفل أي اختلاف في العامل الريزي سي factor RH.

- 4- تعرض الأم الحامل للإصابة بالأمراض المعدية كالحصبة الألمانية وغيرها من الأمراض التي تؤثر على صحة الأم الحامل.
- 5- تعرض الأطفال أنفسهم لأمراض التهاب السحايا والالتهابات المخية التي تحدث تلفا في خلايا الدماغ او القشرة الدماغية.
- 6- تناول الأم الحامل للأدوية الممنوع أثناء الحمل والتي تسبب تشوهات خلقية جسمية.
- 7- إصابة الأم بأمراض تسمم الحمل، ارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة البروتين في جسمها إصابتها بأمراض القلب.
- 8- تعرض الأم الحامل لعوامل سوء التغذية وتعاط الكحول والتدخين وتعرضها للأشعة السينية.
- 9- ولادة أطفال الخداج Immaturity التي تعني عدم اكتمال نمو الطفل وولادته قبل الأوان.
- 10- الإصابات المختلفة الناتجة عن السقوط وعن الحوادث البيئية المختلفة (العزه، 2000، ص.48-49).
- 11- تعدد الإنجاب.
- 12- زواج الأقارب.
- 13- كبر سن المرأة عند الزواج.
- 14- الحالة النفسية.
- 15- تعرض الأم إلى الأشعة الاعتيادية (فرج ونعيم، 2008، ص.18).

16-الالتهابات وتشمل التهابات أغشية السحايا والتهابات الدماغ وغير ذلك

17- الاضطرابات التسممية التي تنتج عن تناول العقاقير بطريقة غير مناسبة أو تناول المواد السامة مثل الرصاص والزرنيق، أو استنشاق الغازات السامة مثل أو لأكسيد الكربون (الخطيب، 2003، ص. 19-20).

13 – نسبة حدوث الإعاقة الحركية:

ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقة الجسمية في مجتمع ما نتيجة تباين الإعاقات الجسمية والتعريفات المستخدمة لتحديدها، ويشير بعض الباحثين إلى أن النسبة العالمية لانتشار الإعاقات الجسمية تقدر بحوالي (5%) من عدد السكان، ويلاحظ بعض المؤلفين الباحثين زيادة نسبة الإعاقة الحركية بلا من انخفاضها، وتعزي الزيادة إلى عوامل متلفة أهمها تطور وتقدم الخدمات الطبية مما أدبإلى وجود مناخ طبي أفضل للمحافظة على حياة المصابين، وهذه الخدمات الطبية كانت نادرة او غير متوفرة في الماضي كما هو حالها في الحاضر(رشاد، 2008، ص.221).

تختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع لأخر تبعا للعديد من العوامل التي لها علاقة بالوراثة والوعي الصحي والثقافي والإرشادي وبالمعايير المستخدمة في تعريف كل شكل من أشكال هذه الإعاقة بالإضافة الى العوامل المكتسبة التي تتمثل في حدوث الإصابات الناتجة عن إصابات العمل وحوادث السير والحروب والكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين ففي أمريكا تقدر بحوالي 0.5% حسب إحصاء 1975م (العز، 2000، ص.52).

وتجدر الإشارة إلى انه على الرغم من التقدم الطبي والتقني وإسهامه بالوقاية ومعالجة العديد من هذه الاضطرابات، إلى أن نسبة هذه الفئة قد زادت

في الآونة الأخيرة بسبب تحسين وسائل التعرف والكشف عليها، ووعي الأسر في البحث عن الخدمات اللائمة لهم، وبذلك فإن التقدم الطبي والتقني لم يخل من بعض الآثار السلبية على ميدان التربية الخاصة، فاستخدام الأجهزة الطبية الحديثة في الولادة يؤدي أحيانا إلى إصابة بعض الأطفال أثناء الولادة، ثم انه بسبب التقدم الطبي والمعالجة الصحية المتطورة، فإن نسبة الوفيات بين هذه الإعاقات - والتي تعتبر حالات شديد ميؤوس منها - قد قلت مم زاد من نسبة المعاقين حركيا (عبيد، 2014، ص. 18).

14 - الوقاية من الإعاقة الحركية:

تعرف الوقاية بأنها: عملية التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والتخفيف من أثرها إذا وقعت، وقد يتضمن برنامج الوقاية كخطوة أولى هي الوقاية الأولية primary prevention وهي جملة الإجراءات التي يتم تنفيذها قبل عملية الزواج وبالتالي قبل حدوث المرض وهذا بالتالي يؤدي إلى تقليل نسبة انتشار الإعاقة الحركية (العوامل، 2003، ص. 31).

وحتى يتم برنامج الوقاية من الإعاقة الحركية لابد من القيام بما يلي:

1- توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد المعني من حيث: أهدافه وأساليبه والجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة إلى الأسر التي أنجبت معوقين في الماضي، لتحديد ما إذا كانت الإعاقة وراثية أم بيئية.

2- نوعية الشباب قبل الزواج بأسباب الخطر الرئيسي للإعاقة الحركية الناتجة عن الوراثة أو الفحص المسبق قبل الزواج.

3- الوقاية من الحوادث والمحافظة على سلامة الأطفال سواء في المنازل أو في المراكز التي تعني بهم مثل: الحضانات ورياض الأطفال.

- 4-التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلامة كلا الزوجين، وخلوه من حالات الإعاقة الحركية قبل أن يقرر الإنجاب.
- 5- الامتناع عن الإجهاد المفرط باستعمال الأدوية والطرق الشعبية.
- 6- يفل تلقيح الأم ضد الحصبة الألمانية، بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.
- 7- الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كلياً.
- 8- على الأم الحامل، أن تتجنب التعرض لأشعة اكس، خلال فترة الحمل إذ قد يترتب على ذلك إعاقة الجنين.
- 9- تجنب الأدوية مهما كانت الظروف إلا بأمر وإشراف الطبيب (عبيد، 2014، ص.25).
- 10- إجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال فالمتابعة الصحية قد تحول دون حدوث حالات إعاقة محتملة.
- 11-توعية المجتمع بمخاطر تناول العقاقير دون وصفة طبية (الصفدي، 2007، ص.32-33)
- 12- جوب حدوث الولادة في مستشفى خاص وتحت إشراف طبيب مختص
- 13- تنب حدوث ولادة عسرة كان تكون الولادة في المنزل.
- 14- تجنب الأم للتسمم الولادي أثناء الحمل.
- 15- الكشف المبكر عن حالات الإصابة بالعجز الجسدي.
- 16- التدخل العلاجي والجراحي المبكر (العزه، 2000، ص.50-51).

15- احتياجات المعوقين حركيا:

15-1- احتياجات صحية وتوجيهية، تتمثل فيما يلي:

أ- احتياجات بدنية مثل استعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية وهي تمثل كل الخدمات التي حسن الحالة الصحية للمعوق وتتضمن العلاج وأجهزة تعويضه، وتقويم الأعضاء، وأي مساعدات وتجهيزات أخرى تساعد المعوق على استعادة واكتساب استقلاليتته البدنية.

ب- احتياجات إرشادية مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وتنمية الشخصية.

ج- احتياجات تعليمية مثل أقسام فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار.

د- تدريبه مثل فتح مجالات التدريب تبعا للمستوى المهاري (رشاد، 2008، ص.224).

15-2- احتياجات اجتماعية، تتمثل فيما يلي:

أ- دعم وتوثيق العلاقات والصلات ما بين المعوق وبين المجتمع مع التركيز على تعديل اتجاهات المجتمع نحو المعوق.

ب- تفرد في بعض الامتيازات المادية والتربوية والضريبية والجمركية وغيرها.

ج- توفير الأدوات والوسائل المتاحة لرفع مستوى التعليم والثقافة وإتاحة مجالات المعرفة له لتمكينه من اكتسابها.

د- توفير الجو الأسري الآمن للمعوق (العوامل، 2003، ص.41).

15-3- احتياجات مهنية، وتتمثل فيما يلي:

- أ- التوسع في فتح مكاتب ومراكز التأهيل المهني والاجتماعي.
- ب- الاهتمام بإنشاء مشروع لتثقيف وتأهيل الطفل المعوق وخصوصا الطفل صغير السن (رشاد، 2008، ص.224).
- ج- التوجه المهني المبكر والاستمرار في عمليات التوجيه لأغراض تأهيلية.
- د- تشريعية مثل إصدار القوانين والتشريعات سواء في مجال التعليم أو التشغيل أو غيرها (العوامل، 2003، ص.42).

16- تقسيم الإعاقة الحركية:

المعاقون حركيا وتنقسم هذه الفئة الى فئتين، هما:

-فئة البتر.

- فئة الشلل الدماغي.

16-1- مفهوم البتر: حالة من العجز يفقد الفرد فيها احد أطرافه، أو بعضها أو كلها إما بالجراحة أو الحوادث أو خلقيا، نتيجة التكوين الجبلي الناقص، وهو نوع من الإعاقة المستحدثة والمرتبطة بالتقدم الحضاري، واستخدام الميكنة أو الآلة في الوقت الحاضر وبعض أساليب العلاج (عبد الرحيم الخطيب، 2006، ص.80).

والشخص المصاب بالبتر هو ذلك الشخص الذي فقد أحد أطرافه أو أكثر أو حتى كلها، ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أدائه لأدواره الاجتماعية، ومن ثم توافقه الاجتماعي والنفسي في الأسرة والعمل والمجتمع، مما يتطلب تأهيله مهنيا واجتماعيا ونفسيا الاستعادة كل أو بعض توافقه مع نفسه ومع مجتمعه (الخطيب، 2006، ص.80-81).

وهو يعني إزالة أو غياب احد الأطراف أو جزء منها، وقد يكون البترولاديا (نتيجة عدم نمو طرف من الأطراف على النحو الطبيعي، ويحدث بفعل تناول الأم الحامل للعقاقير أو العوامل الغذائية) أو مكتسبا نتيجة للإصابات أو الأمراض (البواليز، 2000، ص.64).

16-1-1- إصابات البتر:

- أ- الفئة الأولى (A1) الإصابات التي تشمل بتر الطرفين السفليين فوق الركبة.
- ب- الفئة الثانية (A2) الإصابات التي تشمل بتر الطرف السفلي الأحادي فوق الركبة.
- ج- الفئة الثالثة (A3) الإصابات التي تشمل بتر الطرفين السفليين تحت الركبة.
- د- الفئة الرابعة (A4) الإصابات التي تشمل بتر الطرف السفلي الأحادي تحت الركبة.
- هـ- الفئة الخامسة (A5) بتر ذراع واحد فوق مفصل المرفق.
- و- الفئة السادسة (A6) بتر ذراع واحد أسفل مفصل المرفق.
- ز- الفئة السابعة (A7) بتر ذراع واحد أسفل مفصل المرفق.
- ح- الفئة الثامنة (A8) بتر فوق مفصل الكوع وأسفل مفصل المرفق.
- ط- الفئة التاسعة (A9) بتر فوق المرفق (فرج ونعيم، 2008، ص.27).

16-1-2- الأسباب المؤدية للبتر:

- 1- حوادث العمل وحوادث الصدمات وغيرها وتشكل حوالي 20% من حالات البتر.
- 2- عدم وصول كميات كافية من الدم إلى الأطراف السفلى وتشكل هذه نسبة حوالي 60% من حالات البتر وتظم هذه المجموعة عدة أمراض:

أ- تصاب الأوعية الدموية والشرابين.

ب- تضيق الأوعية الدموية والشرابين.

ج- أمراض السكري (الصفدي، 2007، ص.91).

3- التشوهات الخلقية بالأطراف وتشكل حوالي 6% من البتور.

4- فقد الإحساس أو الحركة بالعضو نتيجة إصابة العصب.

5- عدم التمكن النهائي من العلاج كالإصابة بالأورام الخبيثة أحيانا.

6- العوامل والتشوهات الخلقية عدم نمو أجزاء جسم (عبد المجيد، 2014، ص.194).

ويمكن تلخيص أسباب الإعاقة الحركية فيما يلي:

1- أسباب خلقية: ولد بها الطفل وتكون غالبا نتيجة لخلل ما في جهازه العصبي أو قصور في نمو أحد أعضاء الجسم.

2- أسباب نتيجة للإصابة: قد تكون (الإصابة نتيجة حادث معين) وإصابة الطفل بأحد الأمراض التي تسبب خللا في الجهاز العصبي أو إصابة أحد الأوعية الدموية في المخ ويكون نتیجتها شللا ما في جسم الطفل (شرف، 2001، ص.59).

16-1-3- مراحل تأهيل المريض بعد البتر:

- ما قبل البتر: على المريض محاولة تقوية عضلات اليدين والظهر والحوض قبل إجراء عملية البتر، حتى يستطيع الاعتماد على الطرف الأخر بشكل أكبر بعد عملية البتر.

- مراحل مقبل البتر: تدرس حالة المريض من جميع النواحي وبعد البتر مباشرة تبدأ عملي تأهيل المريض لاستعمال الطرف الاصطناعي ويبدأ المريض بالمشي مدة ساعة يوميا بواسطة جهاز معين حتى يتم شفاء الجرح تماما.

- مرحلة وضع الجزء الاصطناعي: وتبدأ بعد شفاء الجرح تماما وعودة الجزء المبتور بشكل مقبول وتزول الانتفاخات فيفصل له الطرف الاصطناعي مبدئي ويبدأ باستعماله مباشرة ويتدرب على استعماله في قسم المعالجة الفيزيائية حتى يتدرب عليه جيدا وتتابع بعد ذلك (العوامل، 2003، ص.125).

- ضرورة منح المصاب بساق اصطناعي آخر وذلك لمساعدته في حالة كسر أو عطل في الساق الأولى (الصفدي، 2007، ص.93).

16-1-4 طرق العلاج:

- 1- رفع العضو المبتور لأعلى بعد الجراحة لمنع الورم وزيادة التجمع الدموي
- 2 - تنظيف الطرف المبتور وتهوية الجهاز التعويضي لمنع حدوث مشاكل الجلد.
- 3- التمرينات العلاجية لتحسين وظيفة العضو المبتور (مروان عبد المجيد، 2014، ص.196).
- 4- العمليات الجراحية أو العقاقير الطبية.
- 5- استبدال الأطراف الاصطناعية بالطرف أو الأطراف المصابة (العوامل، 2003، ص.125).

16 - 2 - مفهوم الشلل الدماغي: الشلل الدماغي من الإعاقات النمائية أو الاضطرابات العصبية الحركية ويستخدم مصطلح الشلل الدماغي للإشارة إلى اضطرابات النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة من حياة الإنسان.

الشلل الدماغي: هو أي تغيير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية،
ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة (البواليز،
2000، ص.39).

الشلل الدماغي: يحدث نتيجة لإصابة أو أكثر للجهاز العصبي المركزي، وهو خلل في
الحركة أو القوام أو لكليهما وهو غير مستفحل، أي أن الحالة مستقرة ولا تحدث لها
مضاعفات وهو عبارة عن مجموعة اختلالات في الحركة والقوام تزداد شدتها أو تقل
وفقا لشدة العطب ومكانه في الدماغ (عبد المجيد، 2002، ص.26).

16 - 2 - 1 أسباب الشلل الدماغي:

أولاً: أسباب ما قبل الولادة:

أ- تعرض الأم الحامل للالتهابات المختلفة.

ب- عدم توافق العامل الرايزيسي: إذا كان العامل الرايزيسي لدى الجنين موجبا
ولدى الأم سالبا، فإن دم الأم ينتج أجساما مضادة، وهذه الأجسام تحطم كريات
الدم الحمراء لدى الجنين، وهذا بدوره يؤدي إلى أنيميا لدى الجنين، وارتفاع معدل
(البيلريوبين) بسبب تكسر الهيموجلوبين، وهذه الحالة قد يصاحبها يرقان وربما
تلف دماغي.

ج- الخداج: هو ذلك الطفل الذي تبلغ مدة الحمل فيه 40 أسبوعا أو يولد ووزنه
اقل من 2500 غم والخداج ينتج من عوامل عديدة، أما إصابات الأم بالتهابات
الكلية أو المجاري البولية أو التدخين، وتشكل نسبة 30% من حالات الشلل الدماغي
(الخطيب، 2006، ص.90).

ثانياً: أسباب أثناء الولادة:

وفيما يلي عرض سريع لهذه الأسباب:

- 1- الرضوض والإصابات في أثناء الولادة أو النزيف، وهذه الأمور قد تنتج عن اتخاذ الطفل لوضع غير طبيعي داخل الرحم، مثل خروج رجلي الطفل أولاً بدلاً من رأسه.
- 2 كذلك قد يحدث لدى الطفل تلف دماغي بسبب تعرض رأسه في أثناء عملية الولادة لضغط غير عادي مما قد يترتب عليه نزيف داخلي.
- 3 استخدام العقاقير المخدرة في عملية الولادة فذلك قد يؤثر على عملية التنفس لدى الطفل ويؤدي إلى نقص الأكسجين.
- 4 الاختناق وقد ينتج عن انسداد ميكانيكي في مجرى التنفس لدى الطفل.
- 5 نقص الأكسجين وقد يحدث في أثناء عملية الولادة لأسباب عديدة منها المشيمة قبل الموعد المناسب، ونزيف المشيمة والولادة غير الطبيعية (الخطيب، 2003، ص.18-19).

ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة:

- 1- إصابات الرأس: تنجم هذه الإصابات عن السقوط من أماكن مرتفعة، أو الحوادث المنزلية المختلفة، أو حوادث السيارات، أو تعرض الأطفال للعباب البدني العنيف.
- 2- الالتهابات: وتشمل التهابات أغشية السحايا والتهاب الدماغ وغير ذلك.
- 3- الاضطرابات التسممية: التي قد تنجم عن تناول العقاقير بطريقة غير مناسبة أو تناول المواد السامة مثل الرصاص أو الزئبق، أو استنشاق الغازات السامة مثل أو لأكسيد الكربون.

4- نقص الأكسجين: وقد يحدث نتيجة للغرق أو الاختناق وانخفاض مستوى السكر في الدم.

5- وأخيرا، قد يحدث لدى الطفل شلل دماغي بفعل تشوهات أو اضطرابات مرضية يصاب بها في كل مرحلة الطفولة مثل استسقاء الدماغ أو الأورام الدماغية (البواليز، 2000، ص.8-49).

16-2-2- تصنيف الشلل الدماغي:

هناك عدة تصنيفات للشلل الدماغي:

الشلل الدماغي التقلصي أو التشنجي spartic اكتشفه الدكتور Little في لندن عام 1961، ويظهر هذا المرض على الشكل التالي يفقد الطفل توازنه وتظهر حركات لا إرادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الإصابة.

الشلل التقلصي يعني وجود شد أو تقلص في العضلات، تقلص العضلات يجعل الحركات بطيئة وضعيفة، والتعليمات القادمة من الجزء المصاب في الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة أو غير الطبيعية لذا فان الطفل يجد صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الأوضاع وها يسبب فقدان أنواع مختلف من الحركات فهم دائما يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة وبالتدرج ممكن أن تتكون تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض، أو الركبتين، أو الأصابع أو القدمين (الصفدي، 2007، ص.33).

الشلل الدماغي الإلتوائي: Alhetosis يتصف الشلل الدماغي (أو الكنعاني كما يسميه البعض) بحركات إلتوائية غير منظمة، وغير هادفة في العضلات، خصوصا العضلات القريبة من مركز الجسم انم سوى التوتر العضلي يتغير باستمرار كما

يتصف التغيير في التغيير العضلي بكونه مفاجئاً ويظهر على هيئة حركات لا إرادية راقص في الأطراف

هذا ويصنف الشلل الدماغي الإلتوائي بنوعين رئيسيين هما: الشلل التوتري والشلل غير التوتري ويتصف النوع التوتري بوتعرضي شديداً، إلا أن هذا النوع من التوتري يختلف عن التوتري المصاحب للشلل الدماغي التشنجي، ففي الشلل التوتري تؤدي حركة الطرف بشكل متكرر إلى استرخائه في حين يؤدي ذلك إلى التيبس في حالة الشلل الدماغي التشنجي.

أما بالنسبة للنوع غير التوتري فيتصف بحركات التواءه دون حدوث توت عضلي شديداً وهذه الحركات أنواع عديدة، منها الحركات الدورانية والأوضاع الخاطئة، والحركات الراقصة (البوايز، 2000، ص.43-44).

الشلل الدماغي ألتقليصي (اللاتوازي): **Alaxia** ينتج عن إصابة المخيخ وهو الجزء المسؤول عن التوازن والتناسق فتكون حركات الطفل غير متوازنة ويسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة عدم القدرة على ضبط التوازن، ويؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين (العوامل، 2003، ص.60).

الشلل الدماغي الارتعاشي: **Tremor** من أعراضه ظهور أشكال مختلفة من الارتعاش الذي قد يكون شديداً أو خفيفاً أو ق يكون سريعاً أو بطيئاً، إلا إن الارتعاش يكون قاصراً على مجموعات معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحدة، ويكون لا إرادياً تماماً (العوامل، 2003، ص.60).

الشلل الدماغي التيبسي: **Rigidty** يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظراً لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، وتكون

الإصابة رباعية، وقد يصاحبها صغر الرأس، تختلف عقلي شديد (ألففدي، 2007، ص.35).

16-2-3- الوقاية من الشلل الدماغى:

تم الوقاية ن الشلل الدماغى على ثلاث مستويات هى:

المستوى الأول: تحاول البرامج الوقائية على هذا المستوى الحيلولة دون حدوث الضعف الجسدى، وتتمثل الإجراءات الوقائية فىما يلى:

1- الرعاية الصحية العامة للوالدين خصوصا الأم قبل الولادة وفى أثناءها.

2- تحسين المستوى الغذائى ونوعيته للأطفال اليافعين.

3- التلقفح ضد الالتهابات البكتيرية والفيروسية المختلفة التى قد تنتهى بالتلف الدماغى.

4- لوقاية من نقص الأكسجين.

5- حماية الأم الحامل من الأمراض المعدية خصوصا الحصبة الألمانية.

6- الوقاية من التحسس المتصل بالعامل الرىزىسى.

7- الانتباه إلى الحوض الضيق وإجراء عملية ولادة قىصرية.

المستوى الثانى: تهدف الإجراءات الوقائية على هذا المستوى إلى الحيلولة دون تحول الضعف الجسدى الى عجز، وفتحقق ذلك بالحد من نتائج الضعف أو التعوفض عنها لدى الأطفال الذين عانوا من صعوبات معينة فى أثناء عملية الولادة والأطفال والخذاج أيضا.

المستوى الثالث: تهدف الإجراءات الوقائية على هذا المستوى إلى الحد من القيود الوظيفية التي تنجم على حالة العجز وذلك للحيلولة دون حدوث الإعاقة، وتشمل هذه الإجراءات الإرشاد والتوجيه، والتربية الخاصة والتأهيل، وتعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع وتوفير فرص النمو الاجتماعي (الخطيب، 2003، ص.20-21).

17- دور المنظمات والهيئات العالمية في رعاية المعوقين حركيا:

لقد دلت إحصائيات صدرت عن منظمات متخصصة في الأمم المتحدة أن هناك واحد من بين عشرة أشخاص من سكان العالم مصابا بشكل أو بآخر بتعوق عقلي أو جسدي ويقدر عدد هؤلاء أكثر من 500 مليون شخص.

وقد ظهرت وتأسست العديد من المنظمات في البلدان مهمتها التعبير عن كفاح المعوقين في سبيل تحسين أوضاعهم والحصول على حقوقهم وقد استطاع المعوقون في تلك البلدان من التعبير عن وجهات نظرهم واحتياجاتهم في مختلف النواحي كما تقدم تلك المنظمات الحلول النموذجية التي تحل مشاكل المعوقين في العالم دون تحديد.

ويلاحظ أن المنظمات والهيئات والاتحادات تتعاون في سبيل تذليل العقبات أمام هذه الفئة وتسهيل دمجهم في المجتمع، وقد سعت جميعها إلى تحقيق الأهداف العامة وهي:

1- زيادة الجهود على الصعيد الدولي للحد من سوء التغذية وقلة الغذاء لاسيما بين الأطفال.

2- زادة الجهود في مجال قديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في جميع المجتمعات.

3- العمل على توسيع برامج التحصين ضد الأمراض وخصوصا أمراض الطفولة والعمل على القضاء على شلل الأطفال.

4- دعم الجهود التي تبذلها المنظمات العربية والدولية لإنشاء مراكز إقليمية لإعداد الكوادر الفنية المتخصصة على مختلف المستويات للعمل في مجال خدمات المعوقين.

5- تخصيص يوم من كل عام ليكون يوما عربيا للمعوقين.

6- التأكد على دعم المؤسسات التي تعني برعاية المعوقين وتأهيلهم وتشغيلهم وتقديم المعونات المالية وإعداد الكوادر العاملة في خدمات المعوقين.

7- العمل على تكوين الجمعيات والاتحادات الوطنية المتخصصة للمعوقين.

8- مناشدة الدول العربية العمل على تقييم الدم المالي للإسهام في صندوق الأمم المتحدة الخاص بالمعوقين حتى تتمكن المنظمة الدولية من تقديم المعونة الفنية اللازمة لرعاية المعوقين.

9- مناشدة الهيئات الدولية ن تكون السنة الدولية للمعوقين هي بداية العمل المنظم في توفير الرعاية الكافية لهذه الفئة (الصفدي، 2007، ص.214-215-216).

18 - تاريخ كرة السلة بالكراسي المتحركة:

تم ابتكار كرة السلة على الكراسي المتحركة عام 1946 من قبل لاعبي كرة سلة سابقين من الولايات المتحدة الأمريكية بعد إصابتهم بالجرب أرادوا أن يخوضوا تجربة الانتعاش الرياضي ضمن مناخ جماعي، إن هذه اللعبة تمارس الآن في أكثر من 75 دولة من قبل ألف شخص (رجالاً، نساء، أطفالاً) من ذوي الإعاقات التي تمنعهم من اللعب باستخدام أرجلهم ويتم اللعب ضمن، الأندية، المنطقة، المباريات الوطنية والدولية.

إن الاتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة هو الجهة الوحيدة والموجهة والمسئولة عن كرة السلة بالكراسي المتحركة دوليا ففي عام 1993 أصبح الاتحاد مستقلا ويضم 50 عضوا بعد 20 عاما من تعيينه واعتباره جزءا من اتحاد سلوك مانديفيل الدولي لرياضة الكراسي المتحركة، أما اليوم فإن الاتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي يمثل هذه الرياضة داخل جميع المنظمات المهتمة في لعب كرة السلة بالكراسي المتحركة مل الاتحاد الدولي لرياضة كرة السلة FIBA والهيئة الاولمبية الدولية لرياضة المعوقين IPC واتحاد ستوك مانديفيل الدولي لرياضة الكراسي المتحركة INMNSF (مروان عبد المجيد، 2014، ص.280).

19 - هيكل وأهداف الاتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة:

للإتحاد الدولي هدفان:

1- تطوير وتنظيم المنافسات الدولية لكرة السلة الكراسي المتحركة للدول الأعضاء لكي تكون بأعلى مستوى.

2- لإيجاد وتطوير قواعد اللعب لإعداد الدول المتزايدة يتم إدارة الاتحاد من قبل رئيس التنفيذ في أمانة سر الاتحاد في المملكة المتحدة ومن قبل لجنة تنفيذية من ذوي الخبرة الفنية الإدارية التعليمية وعلم الرياضة.

يتم الاجتماع العالمي كل أربع سنين حيث تتزامن مع بطولة العالم للكأس الذهبي حيث يقوم الممثلون بانتخاب قيادة المنظمة والمصادقة على التشريعات الأساسية التي تحكم نمو وإدارة هذه الرياضة، يعمل الاتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة جنبا الى جنب مع الاتحاد الدولي لكرة السلة FIBA لكي يشجع الارتباط بين كرة السلة العادية وكرة السلة على الكراسي المتحركة (مروان عبد المجيد، 2014، ص.281).

خلاصة:

تناول الكاتبين في هذا الفصل نوع من أنواع الإعاقات التي تعد من أكثر الإعاقات انتشارا خاصة في الآونة الأخيرة وفي مختلف المجتمعات في العالم، وهي الإعاقة الحركية حيث خلص الكاتبين من خلال ما تم تناوله إلى النقاط التالية:

- أن للإعاقة الحركية تأثير كبير على شخصية الفرد مما قد يغير من نظرة المعاق لنفسه فتغلب عليه نظرة التشاؤم والخل فقدان الثقة بالنفس وتدفعه للعزلة والانطواء.

- أن الإعاقة الحركية تقود إلى مشكلات نفسية عديدة، فإصابة الإنسان المعاق سواء كانت إعاقة مكتسبة أو خلقية تجعله مضطربا جسديا ونفسيا، مما يزيد من تدهور حالته، وهذا لاختلافه عن غيره حتى داخل الوسط الذي يعيش فيه.

- أن الإعاقة الحركية تكون حاجزا أمام الشخص المعاق، بغض النظر عن أصلها، فتحد من إمكانياته خاصة في العلاقات الاجتماعية، بما فيها العمل وإقامة علاقات صداقة وغيرها بسبب المشاعر التي تنتاب المعاق، مما يعكس على سلوكه بالميل للسلوك الغير عادي.

ومن هذا كله يمكننا أن نخلص إلى القول بان الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة لا زالت بحاجة إلى البحث المكثف والدراسة المعمقة حتى يمكننا فهمها واستيعاب أصحابها على الوجه الصحيح الأمر الذي يمكننا استثمار القدرات والإمكانيات الحقيقية للمعاقين في المجال الرياضي والحركي المكيف استثمارا نصل معه إلى حد الاقتراب أو المساواة مع الأسوياء في كثير من الأنشطة الرياضية.

خاتمة

خاتمة:

يُعتبر النشاط البدني الرياضي المكثف وسيلة فعّالة لتعزيز الصحة البدنية والنفسية، حيث يلعب دورًا مهمًا في تحسين نوعية الحياة للأفراد الذين يعانون من إعاقات أو ظروف صحية خاصة. فهو مصمم خصيصًا ليتناسب مع قدراتهم واحتياجاتهم، مما يساعدهم على المشاركة الفعالة في الأنشطة الرياضية دون الشعور بالعجز أو الإحباط. إن ممارسة التمارين البدنية بانتظام تعزز قوة العضلات، تزيد من المرونة، وتحسّن التوازن والتنسيق الحركي، مما يساهم في تقليل مخاطر السقوط والإصابات، خاصة لدى كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة الحركية.

كما أن للنشاط البدني الرياضي المكثف تأثيرًا إيجابيًا على الجهاز القلبي الوعائي، حيث يساعد في تحسين الدورة الدموية وتقليل خطر الإصابة بأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم. بالإضافة إلى ذلك، فإن ممارسته المنتظمة تساهم في ضبط مستويات السكر في الدم، مما يجعله أداة فعالة في إدارة مرض السكري والوقاية منه. أما على الصعيد النفسي، فإن التمارين الرياضية تساهم في تقليل مستويات التوتر والقلق، وتعزز من الشعور بالسعادة من خلال تحفيز إفراز الهرمونات المسؤولة عن تحسين المزاج مثل الإندورفين.

إلى جانب الفوائد الصحية المباشرة، يساعد النشاط البدني الرياضي المكثف في تعزيز الدمج الاجتماعي وتحسين التفاعل بين الأفراد من خلال الأنشطة الجماعية والرياضية الترفيهية. كما يساهم في تنمية مهارات الاعتماد على الذات، وزيادة الثقة بالنفس، مما يجعل الأفراد أكثر قدرة على مواجهة التحديات اليومية.

ومن المهم التأكيد على دور المؤسسات الصحية والتربوية في توفير برامج رياضية مكثفة تتناسب مع احتياجات الأفراد، مع ضرورة وجود مدربين متخصصين

قادرين على تقديم التوجيه والدعم اللازمين لضمان سلامة المشاركين وتحقيق أقصى فائدة ممكنة من هذه الأنشطة.

وتعتبر الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة بمختلف مظاهرها مظهرا من مظاهر النقص الذي يستوجب إتمامه قبل استدراكه، لذا استوجب علينا الاهتمام بهذه الفئة تدريجيا وتكثيف الدراسات المتعلقة بهم وتحقيق مطالبهم وخدمتهم على أحسن وجه لأنهم جزء لا يتجزأ منا ويمكن استثمار هذه الفئة تدريجيا وتوجيهها لتكون عنصر فعال في المجتمع لأن المعاق حركيا كلما أُتيحت له الفرصة لإثبات ذاته بادره في كسب الثقة بالنفس، حيث أن النشاط البدني الرياضي المكيف من المواضيع التي نالت قسطا كبيرا من الاهتمام والدراسة في شتى الميادين، ويعتبر دائما الحل لكثير من المشكلات التي واجهت الفرد المعاق حركيا في حياته على مر الزمان، خاصة في عصرنا الحالي عصر المشاكل النفسية والتشوهات الجسدية، هذه المشاكل التي كلما زادت زادت الحاجة الى الممارسة الرياضية التي بها يعيش المعاقين حركيا وكأنها جزء من حياتهم، كما يمتلك أهمية بالغة لما له من تأثيرات على المعاق حركيا سواء من الجانب النفسي أو الجسدي.

وبما أنا المشكلات النفسية والجسدية تتأثر بالمحيط الذي يحيط بالمعاق حركيا فهي تأثر على الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية وحتى التربوية والتعليمية مما يجعل المعاق حركيا في حاجة ماسة الى مساعدة الآخرين من اجل استثمار قدراته والاستفادة منها وإعطائه فرصة لإبرازها وتطويرها وهو الأمر الذي تستطيع الممارسة الرياضية القيام به، إذ يعد النشاط البدني الرياضي المكيف مجالا خاصا لإبراز الإمكانيات والقدرات ويعمل على تطويرها والارتقاء بصاحبها، ذلك انه يمثل خيارا تربويا خاليا من القيود النفسية، فيساعد الفرد المعاق حركيا في تفتحه وحسن تعامله مع الآخرين، والتنافس الشريف من اجل تحقيق النجاح، كما يزيد من قدرته على إقامة العلاقات الاجتماعية والصدقات مع الغير ويكسبه

التفاؤل في الحاضر والمستقبل وينمي صفة المسؤولية لديه في مختلف متطلبات الحياة، مما ينعكس ايجابيا على تفاعله واندماجه في المجتمع.

في الختام، يمكن القول إن النشاط البدني الرياضي المكثف ليس مجرد وسيلة ترفيهية، بل هو عنصر أساسي للحفاظ على الصحة الجسدية والنفسية، وتعزيز الاستقلالية والاندماج المجتمعي. لذلك، يجب تشجيع جميع الفئات على ممارسته بانتظام والاستفادة من فوائده المتعددة، مما يسهم في بناء مجتمع أكثر صحة وتكافؤًا وشمولية. كما يُعدّ النشاط البدني الرياضي المكثف عنصرًا أساسيًا في تعزيز الصحة والرفاهية، خاصةً للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة أو الحالات الصحية الخاصة. فهو يساهم في تحسين اللياقة البدنية، تقوية العضلات، وتعزيز القدرة الحركية، مما يساعد في الوقاية من العديد من الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب. كما يُسهم في تحسين الصحة النفسية من خلال تقليل التوتر والاكتئاب وتعزيز الثقة بالنفس. لذا، فإن دمج النشاط البدني المكثف في الحياة اليومية يُعدّ خطوة مهمة نحو تحقيق نمط حياة صحي ومتوازن، مما يعزز جودة الحياة لجميع الأفراد بغض النظر عن قدراتهم البدنية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- القرآن الكريم
- الحديث النبوي الشريف
- 1. إبراهيم، عبد الستار (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، الكويت، عالم المعرفة.
- 2. إبراهيم، مروان عبد المجيد (2002). كرة السلة على الكراسي المتحركة لمتحمدي الإعاقة، ط1، عمان، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 3. إبراهيم، مروان عبد المجيد (2014). التربية الرياضية لذوي الإعاقة، ط1، عمان، دار الرضوان للنشر والتوزيع.
- 4. أبو صالح، محمد عياش وحماة، غازي بن قاسم (2009). الصحة واللياقة البدنية، المملكة العربية السعودية، مكتبة العبيكان.
- 5. إسماعيل يامنة، عبد القادر وإسماعيل ياسين، عبد الرزاق (2014). دراسة في الاكتئاب والعدوان، عمان، دار اليازوري للنشر والتوزيع.
- 6. أشرف، محمود (2016). الإصابات الرياضية الأنواع- العلاج والتأهيل، ط1، عمان، دار من المحيط إلى الخليج للنشر والتوزيع.
- 7. الببلاوي، إيهاب (2011). الخدمات المساندة لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- 8. بديوي، احمد علي (1994). طفلك ومشكلاته النفسية، القاهرة، شركة سفير للنشر.

9. بركات، حليم(2006). الاغتراب في العربية متاهات الانسان بين الحلم والواقع، ط1، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية.

10. بشير، حسام (2011). بعنوان فعالية النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعاق حركيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر3.

11. بطرس، حافظ بطرس (2007). التكيف والصحة النفسية للطفل، عمان دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

12. بقيون، سمير(2013). الأمراض العصبية، الأردن، داراليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

13. بن الحاج الطاهر، عبد القادر(2008). بعنوان دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية بعض السمات الشخصية لدى المعوقين حركيا، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص النشاط البدني الرياضي المكيف (الجزائر).

14. بن الحاج الطاهر، عبد القادر (2022). انعكاس ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف على بعض السمات الشخصية للمعاقين حركيا، المجلد05، العدد02، المجلة الجزائرية للأبحاث والدراسات.

15. بن بوزة، هشام (2018). النشاط البدني الرياضي المكيف والتوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا، اطروحة دكتوراه علوم في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، تخصص النشاط البدني الرياضي المكيف، جامعة الجزائر3.

16. بن جخل، سعد الحاج (2021). اضطرابات النوم وعلاقتها بظهور صعوبات القراءة عند تلاميذ الطور الابتدائي، المجلد 06، العدد 02، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية.
17. بن رجم، احمد (2012). بعنوان برنامج مقترح للنشاط الرياضي الترويحي للتقليل من اضطراب الاكتئاب وتنمية بعض القدرات الإبداعية لدى أطفال الروضة، جامعة الجزائر.
18. بن زيدان، حسين ومقراني، جمال وسيفي، بلقاسم (2017). مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، العدد 17
19. بن زيدان، حسين، بن زيدان، نورالدين ومقراني جمال (2020). دراسة السلوك الصحي لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة، مجلة المجتمع والرياضة، المجلد 03 (01).
20. بن عبد الرحمان، بلقاسم وزواق، امحمد (2019). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في الدمج الاجتماعي للمعاقين بصريا، مجلد 02، عدد 02، مجلة دراسات في علوم الانسان والمجتمع.
21. بن علو، الأزرق (2003). كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة، القاهرة، دار قباء، للطباعة والنشر والتوزيع.
22. بن عيسى، احمد (2018). الحماية القانونية للأشخاص ذوي الإعاقة على ضوء قواعد القانون الدولي والتشريع الجزائري، تلمسان الجزائري، النشر الجامعي الجديد للطباعة والنشر والتوزيع.

23. البواليز، محمد عبد السلام (2000). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، ط 1، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

24. بوحايك، هامل (2013). اثر برنامج إرشادي رياضي مقترح في التقليل من القلق والاكتئاب لدى تلاميذ الطور المتوسط (13 - 15) سنة في حصة التربية البدنية والرياضية، مذكرة الماجستير في نظريات ومناهج التربية البدنية والرياضية، الشلف.

25. بوصوار، الجيلالي (2017). بعنوان دور منهج التربية البدنية والرياضية في التقليل من أنماط بعض المشكلات النفسية للتلاميذ المتفوقين رياضيا في مرحلة التعليم المتوسط، بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في منهجية وطرق التدريس في التربية البدنية والرياضية، جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم.

26. بوقراف، توفيق (2001). بعنوان علاقة الانضمام الرياضي بالقلق لدى المعوقين حركيا تخصص كرة السلة 15 - 33 سنة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير معهد التربية البدنية (الجزائر).

27. بيك، ارون (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل، مصطفى وغسان، يعقوب، بيروت، دار النهضة العربية.

28. تركي، احمد (2003). دور النشاط البدني والراضي التنافسي المكيف في الإدماج الاجتماعي للمعوقين حركيا، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في النشاط البدني والرياضي المكيف، جامعة الجزائر.

29. تركي، رايح (1982). المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم، الجزائر، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع.

30. تيكاري، نصيرة (2017). مشكلة البطالة وأثرها على القلق والاكتئاب لدى خريجي الجامعات الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في تخصص علم النفس المدرسي.
31. ثائر، عاشور (2017). الاكتئاب، أسبابه، أعراضه، أنواعه، وطرق علاجه، ط1، عمان، دار الخليج للصحافة والنشر.
32. جابر، عبد الحميد جابر والكفافي علاء (1989). معجم علم النفس الطب النفسي القاهرة، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.
33. جبل، فوزي محمد (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الإسكندرية، المكتبة الجامعية.
34. الجماعي، صلاح الدين احمد (2009). الاغتراب النفسي الاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي، ط1، عمان، دار زهران للنشر.
35. جمعي، زقاي واوسماعيل، مخلوف ومويسى، فريد (2022). الأنشطة الرياضية المكيفة وعلاقتها بجودة الحياة عند المعاقين حركيا، المجلد 07، العدد 01، مجلة تفوق في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية.
36. جندل، جاسم محمد (2016). السمنة والنحافة، ط1، المملكة الأردنية الهاشمية، دار البداية ناشرون وموزعون.
37. حافظ، داليا نبيل (2015). اضطرابات النوم وعلاقتها بالتفكير العقلاني، العدد 43، مجلة الإرشاد النفسي مركز الإرشاد النفسي.
38. حرمة، زكريا وبغيظ، رضوان بن جدو (). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق الصحة النفسية لدى المعاقين حركيا، دراسة ميدانية لفريق نور المسيلة

وفريق امل بوسعادة لكرة السلة على الكراسي المتحركة، مجلة التكامل في بحوث العلوم الاجتماعية والرياضية، المجلد 04(02)، ص ص 83-112.

39. حرمة، زكرياء وبعيط، رضوان بن جدو (2020). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق الصحة النفسية لدى المعاقين حركيا، المجلد 4، العدد 2، مجلة التكامل.

40. حسني، نجلاء (2008). الأمراض الشائعة والعلاج بالغذاء الطبيعي، جدة، مكتبة الأسود للتوزيع.

41. حسين فرج، عبد اللطيف (2009). الاضطرابات النفسية، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال، ط 1 عمان، دار الحامد.

42. حلبي، إبراهيم والسيد فرحات، ليلي (1998). التربية الرياضية والترويح للمعاقين، ط 1، القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.

43. حماد، حسن (2005). الانسان المغترب عند إريك فروم، القاهرة، دار الحكمة.

44. الحمامي، محمد والخولي، أمين أنور (1990). أسس بناء برامج التربية الرياضية، القاهرة، دار الفكر العربي.

45. حمدي الاعظمي، غسان بشير (2013). الكآبة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن العربي والمهجر، ط 1، عمان، دار دجلة.

46. الحنفي، عبد المنعم (1995). الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها، القاهرة، مكتبة مدبولي للنشر.

47. الخالدي، أديب محمد (2006). علم النفس الإكلينيكي المرضي الفحص والعلاج، ط 1، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.

- 48.** خضر، محمد عبد المختار (1998). الاغتراب والتطرف نحو العنف، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 49.** الخطيب، جمال (2003). الشلل الدماغي والإعاقة الحركية دليل المعلمين والآباء، ط 1، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 50.** الخطيب، عبد الرحمن عبد الرحيم (2006). الخدمة الاجتماعية المتكاملة في مجال الإعاقة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- 51.** خليفة، عبد اللطيف محمد (2003). دراسات في سيكولوجية الاغتراب، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 52.** خوجة، عادل وهدا، ياسين وشريط، عبد المنعم (2019). مصادر القلق لدى الرياضيين المعاقين حركيا، مجلد رقم 11، عدد رقم 01، مجلة التحدي.
- 53.** الخولي، أمين أنور (1996). الرياضة والمجتمع، الكويت، عالم المعرفة.
- 54.** داود، عزيز عبد المجيد احمد (2006). مقدمة حول التأهيل في المجتمع المحلي للأشخاص المعوقين الإعاقة من التأهيل إلى الدمج، ط 1، بيروت، مؤسسة فقصوه للطباعة.
- 55.** دبله، خولة عبد المجيد احمد (2014). دور التصدع الأسري المعنوي في ظهور الاغتراب النفسي لدى المراهق، ط 1، عمان، دار الجنان للنشر والتوزيع.
- 56.** دحماني، بن سعد الله (2015). بعنوان تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف على بعض الجوانب النفسية والاجتماعية لدى فئة المعاقين ذهنيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر3.

57. درويش، وفاء (2007). إسهامات علم النفس الرياضي في الأنشطة الرياضية، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا.
58. الدسوقي، مجدي محمد الدسوقي (2006) اضطرابات النوم الأسباب- التشخيص- الوقاية والعلاج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
59. دي جي، بيقرز (2013). ضغط الدم، ترجمة مارك عبود، ط1، الرياض، دار المؤلف للتوزيع.
60. راتب، أسامة كامل (2007). علم النفس الرياضة، القاهرة، دار الفكر العربي.
61. رجب، محمود (1993). الاغتراب سيرة مصطلح، ط4، القاهرة، دار المعارف.
62. رشاد، عبد العزيز موسى (2008). علم النفس الإعاقة، ط1، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
63. رشاد، علي عبد العزيز موسى (2001). أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، مصر، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
64. الرفاعي، نعيم (1972). الصحة النفسية في دراسة سيكولوجية التكيف، ط6، دمشق، مطبعة الطبرية.
65. رواب، عمار (2001). بعنوان تحليل العلاقة بين ممارسة النشاط البدني والرياضي المكيف وتقبل الإعاقة (الجزائر).
66. رودى، بيلوس (2013). مرض السكري، ترجمة هنادى مزبودى، ط1، الرياض، دار المؤلف للتوزيع.

67. رياض، أسامة (2005). رياضة المعاقين الأسس الطبية والرياضية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
68. رياض، أسامة واحمد عبد الرحيم، ناهد (2001). القياس والتأهيل الحركي للمعاقين، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
69. زعتر، نور الدين (2010). القلق، نشر بواسطة علي عدلاوي في الجلفة أنفو، دار الاوراسية.
70. زهران، حامد عبد السلام (2002). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط3، القاهرة، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
71. زهران، سناء حامد (2004). إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب، ط1، القاهرة، عالم الكتب.
72. زيور، مصطفى (1985). سيكولوجية الاكتئاب، بيروت، دار المريخ للنشر.
73. سربوت، عبد المالك (2009): دور الأعداد الرياضي في تحديد مستوى القلق لدى لاعبي كرة اليد، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية (الجزائر).
74. سرحان، وليد والتكريتي، عدنان وحباشنة، محمد (2008). القلق، ط1، دار مجدلاوي للنشر، عمان.
75. سليمان، يوسف عبد الواحد إبراهيم (2010). سيكولوجية ذوي الإعاقة الحسية (الأصم والكفيف بين الطاقة المعطلة والقوى المنتجة، ط1، القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

- 76.** سنوسي، عبد الكريم، حجار، محمد خرفان، بن شني، حبيب وبين قوة، علي (2018). مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة، مجلة تفوق في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، المجلد 03 (2).
- 77.** سيجموند، فرويد (1972). الكف والعرض والقلق، ط4، ترجمة عثمان نجاتي، 1989، ط4، بيروت، دار الشروق.
- 78.** السيد شتا، علي (1984). نظرية الاغتراب من منظور الاجتماع، الرياض، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- 79.** السيد شتا، علي (1998). اغتراب الإنسان في التنظيمات الصناعية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
- 80.** السيد، سليمان، عبد الرحمن (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، زهراء الشرق.
- 81.** السيد، محمد عبد المجيد عبد العال (2007). السلوك الإنساني في الإسلام، ط2، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 82.** الشاذلي، عبد الحميد محمد (2008). الاغتراب النفسي لدى الشباب الجامعي، ط1، مصر، مجموعة أجيال لخدمات التسويق والنشر والإنتاج الثقافي.
- 83.** الشافعي، جمال الدين والخولي، أمين أنور وراتب كاتب، أسامة وحليفة، إبراهيم عبد ربه (2004). دائرة معارف الرياضة وعلوم التربية البدنية، القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- 84.** الشامي، محمد (2002). الكلب الأسود رحلة التعافي من الاكتئاب، القاهرة، ط6، دار توبيا للنشر والتوزيع.

85. شاهين، احمد عبد الله (2000). مشكلة القلق عند الشباب وكيف عالجها الإسلام، ط1، مصر، دار الكتب المصرية.
86. شحادة، أسماء محمد (2012). بعنوان الاغتراب النفسي وعلاقته بالدافعية للانجاز لدى المعاقين بصريا في محافظات غزة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية غزة.
87. الشربيني، لطفي (2000). اضطرابات النوم كيف تحدث.. وما هو العلاج، القاهرة، دار الشعب للطباعة والنشر.
88. الشربيني، لطفي (2001). الاكتئاب... الأسباب... والمرض... والعلاج، ط1، بيروت، دار النهضة العربية.
89. الشربيني، لطفي عبد العزيز (2015). كيف تتغلب على القلق المشكلة... والحل، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
90. شرف، عبد الحميد (2002). البرامج في التربية الرياضية بين النظرية والتطبيق للأسوياء والمعاقين، ط2، القاهرة، مركز الكتاب للنشر.
91. شريفي، حليم حبارة، محمد (2011). السمات الشخصية المميزة للاعب كرة السلة على الأرائك المتحركة- دراسة ميدانية للاعبين فريق نور المسيلة لكرة السلة على الأرائك المتحركة، مجلة الإبداع الرياضي، المجلد 02(02).
92. شقير، زينب محمود (2001). مقياس الاغتراب النفسي، مكوناته، ومظاهره، ط1، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
93. الشوربجي، نبيلة عباس (2003). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها - علاجها، ط1، القاهرة، دار النهضة العربية.

94. شيت، كوينينغام (2009). دليل علاج القولون وأمراض المعدة والأمعاء، ط4، المملكة العربية السعودية، مكتبة جرير للنشر والتوزيع.
95. الصباغ، فيصل (1961). موجز الأمراض العصبية، دمشق (سوريا)، مطبعة دمشق.
96. الصفدي، عصام (2001). المدخل إلى الصحة النفسية، ط1، خانيونس غزة، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
97. الصفدي، عصام حمدي (2007). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
98. الصوفي، بكيل حسين ناصر (2009). انعكاس الإعداد النفسي في ظهور القلق التنافسي لدى الرياضيين في ميدان العاب القوى بالجمهورية اليمنية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في ميدان نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية تخصص تدريب رياضي، جامعة الجزائر.
99. الصيادي، منى علي عطية (2012). الاغتراب النفسي لدى العاطلات عن العمل في ضوء حاجاتهن إلى الإرشاد المهني، بحث مقدم إلى قسم علم النفس في كلية التربية جامعة طيبة، السعودية، كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس (توجيه وإرشاد تربوي).
100. الصيرفي، محمد (2008). الضغط والقلق الإداري، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
101. طارق، كمال (2007). الإعاقة الحسية المشككة والتحدي، مصر، مؤسسة شباب الجامعة للنشر.

102. طلبة، محمد إسماعيل (2009). سيكولوجية الترويح وأوقات الفراغ، القاهرة، إسلاميك جرافيك.
103. طه الويس، نزار مجيد الكامل (1980). علم النفس الرياضي، ط1، بغداد، دار الكتب للطباعة والنشر.
104. عباس، فيصل (1994). الشخصية في ضوء التحليل النفسي، ط1، لبنان، دار الفكر اللبناني.
105. عبد الحميد، شرف (2001). التربية الرياضية والحركية للأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة، ط1، القاهرة، مركز الكتاب للنشر.
106. عبد الرحيم، محمد (2001). الطب المجرب- الأمراض الباطنية وعلاجها بالأعشاب والنباتات الطبية-، ط1، بيروت، دار الراتب الجامعية.
107. عبد الستار، إبراهيم (2002). القلق قيود من الوهم، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
108. عبد السلام محمد، تهماني (2001). الترويح والتربية الترويحية، ط1، القاهرة، دار الفكر للطباعة والنشر.
109. عبد القوي، سامي (2018). علم الأدوية النفسية الإكلينيكي، ط1، أبو ظبي، مكتبة الانجلو المصرية.
110. عبروس، حكيمة (2019). بعنوان دور التربية البدنية والرياضية في الحفاظ على الصورة الجسدية لدى تلميذات الطور الثانوي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي (الشلف).

111. العبسي، محمد مصطفى (2010). طرق تدريس الرياضيات لذوي الاحتياجات، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
112. عبيد، ماجدة السيد (2011). تأهيل المعاقين، ط3، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
113. عبيد، ماجدة السيد (2014). ذوي التحديات الحركية، ط2، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
114. العزه، سعيد حسني (2000). الإعاقة الحركية والحسية، ط1، عمان، الدار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
115. عسكر، عبد الله (2001). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، القاهرة، مكتبة الانجلو.
116. عصار، خير الله (1984). مبادئ علم النفس الاجتماعي، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
117. عصام، يوسف (2011). لعلاج مرض السكر، روية(الجزائر)، دار المواهب للنشر والتوزيع.
118. عطوف، ياسين محمود (1986). علم النفس العيادي الإكلينيكي، ط1، بيروت، دار العلم للملايين.
119. علو، زوهير وعاصمي، نبيلة (2023). بعنوان اضطرابات النوم والصحة النفسية والجسمية لدى أعوان الأمن بالمنوبة الليلية، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، (جامعة باتنة).

120. علي، بشرى (2008). مظاهر الاغتراب الطلاب السوريين في بعض الجامعات المصرية، مجلة جامعة دمشق، المجلد 24، العدد الأول.
121. عليوة، علاء الدين، ورياض، أسامة، وظاهر، مصطفى (2006). التربية الصحية لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا للطباعة والنشر.
122. عماروش، راضية (2018). بعنوان الأعراض النفسية الجسمية قبل المنافسة الرياضية وعلاقتها بدافعية الإنجاز الرياضي عند مصارعى الجودو الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص الإرشاد النفسي الرياضي(الجزائر).
123. العواملة، حابس (2003). سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الإعاقة الحركي)، ط1، عمان، الأهلية للنشر والتوزيع.
124. عودة، محمد ومرسي، كمال إبراهيم (1986). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، ط2، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
125. عيد، محمد إبراهيم (2005). دخل الى علم النفس الاجتماع، ط2، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
126. العيسوي، عبد الرحمن (1997). سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، بيروت، دار الرتب الجامعية للنشر.
127. عيسوي، عبد الفتاح (1993). تاريخ الطب النفسي عند العلماء المسلمين، ط1، القاهرة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
128. غالب، مصطفى (1981). تغلب على القلق، ط3، بيروت، دار الهلال.

- 129.** الغامدي، حامد بن احمد ضيف الله (2013). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، ط1، الإسكندرية، مصر، دار الوفاء لدنيا.
- 130.** غانم، محمد حسن (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات - التعريف - محاكاة الأشخاص - الأسباب - العلاج - المال والمسار)، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- 131.** غانم، محمد حسن (2009). كيف تتعامل مع القلق النفسي، مصر، مركز الحضارة العربية للإعلام والنشر والدراسات.
- 132.** غانم، محمد حسن (2011). الاضطرابات النفسجسمية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 133.** غانم، محمد حسن (2011). المرأة واضطراباتها النفسية والعقلية، القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر.
- 134.** غانم، محمد حسن (2015). الدليل المختصر في الاضطرابات السيکوسوماتية، القاهرة، مكتبة الانجلو.
- 135.** فارس، عبد الغني (2021). بعنوان دراسة علاقة النشاط الرياضي والبدني بالتعب المصحوب باضطرابات النوم، مجلة التحدي (ام البواقي).
- 136.** فاروق، السيد عثمان (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي للطبع والنشر.
- 137.** فتحي، عبد الرسول (2015). تربية المعوقين ورعايتهم في التشريعات الدولية والعربية، ط1، مصر، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

138. الفحل، نبيل محمد (2016). قياس الاكتئاب النفسي للمسنين، ط1، القاهرة، دار العلوم للنشر والتوزيع.
139. فرج، الهواري (2022). الاغتراب وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلاب كلية التربية البدنية بليبيا، أطروحة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل م د) في نظريات ومنهجية التربية البدنية، جامعة الجزائر3.
140. فرج، جمال صبري ونعيم، عبد الحسين (2008). المهارات الأساسية والقانون الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين، ط1، المملكة الأردنية الهاشمية، دار دجلة للنشر والتوزيع.
141. فنلاي، كامبل (1981). الصداق النصفى، ترجمة احمد عبد الفتاح احمد، القاهرة، دار الشروق.
142. فهي، السيد علي (2009). علم النفس الصحة، الخصائص النفسية الايجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، الإسكندرية، الجامعة الجديدة للنشر.
143. فوزي، احمد أمين (2004). القلق والعدوان في الرياضة، الإسكندرية، المكتبة المركزية.
144. فيرم، الطيب (2011). بعنوان ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف وعلاقته بدافعية الانجاز لدى المعاقين حركيا، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في نظرية منهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر.
145. فيرم، الطيب (2016). بعنوان العلاقة بين ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف ودافعية الانجاز لدى الرياضيين المعاقين حركيا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر.

- 146.** الفيومي، محمد إبراهيم (1991). القلق الإنساني، مصادره، تياراته، علاج الدين له، ط3، دار الفكر العربي للطبع والنشر.
- 147.** قاسم، عبد الله محمد (1999). أمراض القلب وعلاقتها بالكف السلوكي، الثقافة النفسية، بيروت، دار النهضة العربية.
- 148.** القرشي، أمير إبراهيم (2013). التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة بين التصميم والتنفيذ، القاهرة، عالم الكتب.
- 149.** قرينات، بن شهرة وباهي، السلامي (2016). المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركيا، العدد23، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- 150.** قرينات، بن شهرة وباهي، السلامي (2016). بعنوان المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركيا، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (جامعة عمارثلي الاغواط).
- 151.** القمش، مصطفى نوري (2013). الإعاقات المتعددة، ط3، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 152.** القمش، مصطفى نوري والمعاينة، خليل عبد الرحمن (2009). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط2، بيروت، دار المسيرة للطبع والنشر.
- 153.** قنصوة، فاتن طلعت وجمال، شفيق احمد (2017). بعنوان بعض اضطرابات النوم وعلاقتها بالسمنة لدى عينة من الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي (مصر).

154. كارول، فيتزباتريك وجون، شاري (2007). التغلب على اكتئاب المراهقين: دليل الابوين، ترجمة سمى نزيه كركي، السعودية، العيبكان للنشر.
155. كارين ك، بريس (2010). الاكتئاب، ترجمة بدر محمد العدل، الرياض، مكتبة الشقري.
156. كمونة، فريق (2002). مبادئ وطرق التربية الرياضية للمعاقين، الأردن، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
157. لطفي، منير (2018). رحلتي مع مرض السكري، ط1، المنصورة (مصر)، دار اليقين للنشر والتوزيع.
158. لعلام، عبد النور (2023). دور النشاط البدني والرياضي في تنمية الجانب النفسي للمعاقين حركيا، المجلد (8)، العدد (1)، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية.
159. ماكغريغور، آن (2013). الصداع النصفي وأنواع الصداع الأخرى، ترجمة مارك عبود، الرياض، دار المؤلف للتوزيع.
160. ماهر، احمد وأدم، احمد (2005). التربية الرياضية للمكفوفين، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية للنشر.
161. ماهر، احمد وأدم، احمد (2005). التربية الرياضية للمكفوفين، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
162. متولي البطراوي، أماني وسلامة، محمد عبد العزيز (2013). الترويج وأوقات الفراغ، الإسكندرية، ما هي للنشر والتوزيع.

- 163.** مجلي، ماجد وعبدالفتاح، أسامة وزريقات، عايد (2017). السكري "النشاط البدني- الرعاية النفسية- التغذية- العلاج الطبيعي، ط1، المملكة الأردنية الهاشمية، دار امجد للنشر والتوزيع.
- 164.** مخنث، محمد (2015). بعنوان دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق التكيف النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة (أصحاب الإعاقة الحركية)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص العلوم الاجتماعية والرياضية (الجزائر).
- 165.** مخيمر، عماد محمد ومحمد علي، هبه (2006). المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج، ط1، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 166.** مساعدي، لزهرة (2013). نظرية الاغتراب من المنظورين العربي والمغربي، ط1، القبة الجزائر، دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- 167.** مسعودي، امحمد (2023). المشكلات النفسية لدى التلاميذ المتأخرين دراسيا، المجلد 11، العدد 01، مجلة أفاق فكرية.
- 168.** مسعودي، امحمد (2023). بعنوان المشكلات النفسية لدى التلاميذ المتأخرين دراسيا، مجلة أفاق فكرية(سيدي بلعباس).
- 169.** المسماري، اميمة أمبارك فضل الله (2012). بعنوان اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة لدى طلاب جامعة بنغازي، (ليبيا)، قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العليا "الماجستير".

- 170.** مشته، عبد اللطيف (2001). بعنوان الحالة النفسية الجسمية لأستاذ التربية البدنية والرياضية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي (الجزائر).
- 171.** المعجم الوسيط (1989). المجلد الثاني، تركيا، دار الدعوة، مؤسسة ثقافية للتأليف والطباعة والنشر والتوزيع.
- 172.** مقراني، جمال وحمودي، عابدة وزبشي، نورالدين (2020). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية سمات الدافعية لدى المعاقين حركيا من وجهة نظر المربين، المجلد 03، العدد 04، المجلة الجزائرية للأبحاث.
- 173.** مكتزي، كوام (2013). القلق نوبات الذعر، ترجمة هلا أمان الدين، ط 1، الرياض، فهرسة مكتبة الملك الوطنية أثناء النشر.
- 174.** مكتزي، كوام (2013). الاكتئاب، ترجمة زينب منعم، الرياض، دار المؤلف للنشر والتوزيع.
- 175.** منتهى مطشر، عبد الصاحب (2011). الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، ط 1، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 176.** منصور، زينب (2010). معجم الأمراض وعلاجها، ط 1، الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع.
- 177.** مهدي، محمد وفقير، احمد عطية عبيد (2023). الاصابات العضلية الشائعة عند عدائي العاب القوى في الجمهورية اليمنية، المجلد 5، العدد 1، مجلة علوم الأداء الرياضي.

178. موشي، زيدنر وجيرالد، ماثيوس (2016). القلق، معتز سيد عبد الله والحسين محمد عبد المنعم المترجمون، الكويت، وحدة الإنتاج في المجلس الوطني.
179. المومني، فواز أيوب وسلامة، لافي عمارين (2016). الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديمغرافية، المجلد 12، العدد 3، المجلة الأردنية في العلوم التربوية.
180. نايل كسال، عزيز (2018). اثر النشاط البدني الرياضي التربوي على مستويات الاغتراب النفسي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه وفق النظام (LMD) في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضة، تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي، جامعة زيان عاشور الجلفة.
181. نعمه، حسن (2016). موسوعة الطب القديم (الشفاء بالقرآن- الطب النبوي- التداوي بالأعشاب)، بيروت، رشاد برس للنشر.
182. النكلاوي، احمد (1989). الاغتراب في المجتمع المصري المعاصر، القاهرة، دار الثقافة العربية.
183. هياجنة، محمود سليم (2005). الاغتراب في القصيدة الجاهلية، الاردن، دار الكتاب للطباعة والنشر والتوزيع والدعاية.
184. ياسر، صلاح (2006). القولون العصبي، القاهرة، الحرية للنشر والتوزيع.
185. يوسف، محمد عباس يوسف (2005). الاغتراب الإبداعي لدى الفينئات الإكلينيكية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

- 186.**Alexander j.M et Isaacs K.S(1963). Contribution à la théorie psychanalytique de la dèpression, paris.
- 187.**Hornby As (1989). " Ox Ford Advanced Learns Dictionary ", England, Ox Ford, University Press.
- 188.**Lou. P, Lou. H, (2001). La dèpression, puf, 5ème edition, paris.
- 189.**Martin Et Jack k (1980). "Acausal Analysis of The Structurl Antecents of Behavioral Alienation" The Case of Production Organizatin Doctoral Dissertatin, University of Uth.
- 190.**MentalHealthDaily.com(25/03/2014)
- 191.**Mostefa Boutefnouchet (S.D) (1984). System Social Etrangement Social, office des pablications universitaires, Alger.
- 192.**Oleron (P) (1961). L'èducation des enfants physiquement handicapés, édition, P.U.F, Paris.
- 193.**Paik, Chei and Michael, William (2002). Fureter Psychometric Evaluation of The Jpanese Version of An Académique Self Concept Social Journal of Psychology.
- 194.**ROI, BAUDOUIN (1993). Sur le chemin du sport avec les personnes handicapès physiques.
- 195.**Webster (1991). Ndirtl New Collegiate Dictionary, Philippines, Mevian Webster Inc.
- 196.**Winnick JP. (2011). Adapted physical education and sport. 2nd ed. Champaign: Human Kinetics.
- 197.**Winnicott (1975). de la pèdiatrie à la psychanalgse, paris.
- 198.**www.adalmedia.com

الفهرس

الفهرس

1تقديم

الفصل الأول

النشاط البدني الرياضي المكيف

8تمهيد

91-التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف

142- نبذة تاريخية حول النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر

153- النشاط البدني الرياضي المكيف

174 – أساليب تعديل النشاط البدني الرياضي المكيف

175 - أسس النشاط البدني الرياضي المكيف

196 – أهداف وأغراض النشاط البدني الرياضي المكيف

217-تصنيف النشاط البدني الرياضي المكيف

238 – أهمية وفوائد ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف

249 - العوامل المؤثرة في النشاط البدني الرياضي المكيف

2510- دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تنمية المعاق

2811- الفحوص الطبية الخاصة بالنشاط البدني الرياضي المكيف

2912- خطوات تطوير برامج النشاط البدني الرياضي المكيف

31خلاصة

الفصل الثاني

المشكلات النفسية والجسدية

تمهيد.....	33
1- مشكلة القلق واضطرابات النوم.....	34
2- مشكلة الاكتئاب.....	55
3- مشكلة الاغتراب النفسي.....	77
4- المشكلات الجسدية.....	92
خلاصة.....	113

الفصل الثالث

الإعاقة الحركية

تمهيد.....	116
1 - الإعاقة بالمنظور الإقليمي والدولي.....	117
2- حجم الإعاقة في الوطن العربي.....	119
3 - تربية المعوقين في الجمهورية الجزائرية ورعايتهم.....	119
4- ضخامة عدد المعوقين في الجزائر.....	121
5 - أهداف الرعاية المثلى للمعاقين.....	122
6 - المشكلات الناتجة عن الإعاقة.....	123
7- ماهية الإعاقة.....	125
8- تعريف الإعاقة.....	126

9 - تصنيف الإعاقة.....	127
10- مفهوم المعوق أو المعاق.....	128
11 - تعريف الإعاقة الحركية.....	129
12 - أسباب الإعاقة الحركية.....	130
13 - نسبة حدوث الإعاقة الحركية.....	132
14 - الوقاية من الإعاقة الحركية.....	133
15- احتياجات المعوقين حركيا.....	135
16- تقسيم الإعاقة الحركية.....	136
17- دور المنظمات والهيئات العالمية في رعاية المعوقين حركيا.....	145
18 - تاريخ كرة السلة بالكراسي المتحركة.....	146
19 - هيكل وأهداف الاتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة.....	147
خلاصة.....	148
خاتمة.....	150
قائمة المراجع.....	154

يُعتبر النشاط البدني الرياضي المكثف وسيلة فعالة لتعزيز الصحة البدنية والنفسية، حيث يلعب دوراً مهماً في تحسين نوعية الحياة للأفراد الذين يعانون من إعاقات أو ظروف صحية خاصة. فهو مصمم خصيصاً ليتناسب مع قدراتهم واحتياجاتهم، مما يساعدهم على المشاركة الفعالة في الأنشطة الرياضية دون الشعور بالعجز أو الإحباط. إن ممارسة التمارين البدنية بانتظام تعزز قوة العضلات، تزيد من المرونة، وتحسّن التوازن والتنسيق الحركي، مما يساهم في تقليل مخاطر السقوط والإصابات، خاصة لدى كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة الحركية.

كما أن للنشاط البدني الرياضي المكثف تأثيراً إيجابياً على الجهاز القلبي الوعائي، حيث يساعد في تحسين الدورة الدموية وتقليل خطر الإصابة بأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم. بالإضافة إلى ذلك، فإن ممارسته المنتظمة تساهم في ضبط مستويات السكر في الدم، مما يجعله أداة فعالة في إدارة مرض السكري والوقاية منه. أما على الصعيد النفسي، فإن التمارين الرياضية تساهم في تقليل مستويات التوتر والقلق، وتعزز من الشعور بالسعادة من خلال تحفيز إفراز الهرمونات المسؤولة عن تحسين المزاج مثل الإندورفين. إلى جانب الفوائد الصحية المباشرة، يساعد النشاط البدني الرياضي المكثف في تعزيز الدمج الاجتماعي وتحسين التفاعل بين الأفراد من خلال الأنشطة الجماعية والرياضية الترفيهية. كما يساهم في تنمية مهارات الاعتماد على الذات، وزيادة الثقة بالنفس، مما يجعل الأفراد أكثر قدرة على مواجهة التحديات اليومية. ومن المهم التأكيد على دور المؤسسات الصحية والتربوية في توفير برامج رياضية مكثفة تتناسب مع احتياجات الأفراد، مع ضرورة وجود مدربين متخصصين قادرين على تقديم التوجيه والدعم اللازمين لضمان سلامة المشاركين وتحقيق أقصى فائدة ممكنة من هذه الأنشطة.

وتعتبر الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة بمختلف مظاهرها من مظاهر النقص الذي يستوجب إتمامه قبل استدراكه، لذا استوجب علينا الاهتمام بهذه الفئة تدريبياً وتكثيف الدراسات المتعلقة بهم وتحقيق مطالبهم وخدمتهم على أحسن وجه لأنهم جزء لا يتجزأ منا ويمكن استثمار هذه الفئة تدريبياً وتوجيهها لتكون عنصر فعال في المجتمع لأن المعاق حركياً كلما أتاحت له الفرصة لإثبات ذاته بادره في كسب الثقة بالنفس، حيث أن النشاط البدني الرياضي المكثف من المواضيع التي نالت قسطاً كبيراً من الاهتمام والدراسة في شتى الميادين، ويعتبر دائماً الحل لكثير من المشكلات التي واجهت الفرد المعاق حركياً في حياته على مر الزمان، خاصة في عصرنا الحالي عصر المشاكل النفسية والتشوهات الجسدية، هذه المشاكل التي كلما زادت زادت الحاجة إلى الممارسة الرياضية التي بها يعيش المعاقين حركياً وكأنها جزء من حياتهم، كما يمتلك أهمية بالغة لما له من تأثيرات على المعاق حركياً سواء من الجانب النفسي أو الجسدي، وبما أننا نعالج المشاكل النفسية والجسدية تتأثر بالمحيط الذي يحيط بالمعاق حركياً في أثر على الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية وحتى التربوية والتعليمية مما يجعل المعاق حركياً في حاجة ماسة إلى مساعدة الآخرين من أجل استثمار قدراته والاستفادة منها وإعطائه فرصة لإبرازها وتطويرها وهو الأمر الذي تستطيع الممارسة الرياضية القيام به، إذ يعد النشاط البدني الرياضي المكثف مجالاً خاصاً لإبراز الإمكانيات والقدرات ويعمل على تطويرها والارتقاء بصاحبها، ذلك أنه يمثل خياراً تربوياً خالياً من القيود النفسية، فيساعد الفرد المعاق حركياً في تفتحه وحسن تعامله مع الآخرين، والتنافس الشريف من أجل تحقيق النجاح، كما يزيد من قدرته على إقامة العلاقات الاجتماعية والصدقات مع الغير ويكسبه التفاؤل في الحاضر والمستقبل وينمي صفة المسؤولية لديه في مختلف متطلبات الحياة، مما ينعكس إيجابياً على تفاعله واندماجه في المجتمع.

في الختام، يمكن القول إن النشاط البدني الرياضي المكثف ليس مجرد وسيلة ترفيهية، بل هو عنصر أساسي للحفاظ على الصحة الجسدية والنفسية، وتعزيز الاستقلالية والاندماج المجتمعي. لذلك، يجب تشجيع جميع الفئات على ممارسته بانتظام والاستفادة من فوائده المتعددة، مما يساهم في بناء مجتمع أكثر صحة وتكافؤاً وشمولية. كما يُعد النشاط البدني الرياضي المكثف عنصراً أساسياً في تعزيز الصحة والرفاهية، خاصة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة أو الحالات الصحية الخاصة. فهو يساهم في تحسين اللياقة البدنية، تقوية العضلات، وتعزيز القدرة الحركية، مما يساعد في الوقاية من الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب. كما يُساهم في تحسين الصحة النفسية من خلال تقليل التوتر والاكتئاب وتعزيز الثقة بالنفس. لذا، فإن دمج النشاط البدني المكثف في الحياة اليومية يُعد خطوة مهمة نحو تحقيق نمط حياة صحي ومتوازن، مما يعزز جودة الحياة لجميع الأفراد بغض النظر عن قدراتهم البدنية.

