**جامعة عمار ثليجي الأغواط**

**معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والتربية الرياضية**

**قسم: النشاطات البدنية والتربية الرياضية**

مذكرة التخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

تخصص: النشاط البدني الرياضي المدرسي

# دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحسين الصحة النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني 40–45 سنة

**دراسة ميدانية على بعض مرضى السكري بولاية الاغواط**

**إعداد الطّالب:**

**نور الدين مصطفى**

**بن ثامر محمد**

**لجنة المناقشة**

| الأستاذ: | الدرجة والجامعة | الصفة |
|---|---|---|
| هواري بوشهير | أستاذ محاضر بجامعة الأغواط | رئيسا |
| روان محمد | أستاذ محاضر بجامعة الأغواط | مشرفا ومقررا |
| شويرب بشير | أستاذ مساعد بجامعة الأغواط | عضوا مناقشا |

**السنة الدراسية: 2021/2020**

# شكر وتقدير

**قال الله تعالى**

**( رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي و على والدي وأن أعمل صالحا ترضاه و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين ) سورة النمل الآية 19**

**قال (ص) (من لم يشكر الناس لم يشكر الله)**

**فيا يا رب شكرك واجب محتم ها أنا ذا بالشكـــــر أتكلم**

**عدا الحصا بعرض السماء مقدارها يرضيك بعد الشكر أني مسلم**

**مالي أرى نعم الإله تحيطني من كل جنب ثم لا أتكلم**

**دعني أحدث بالنعيم فإنني ممن يقر ولست ممن يتكلم**

**البداية نشكر الله عز وجل الذي وفقنا لإتمام بعد شكرنا الله تعالى على فضله ومنه علينا أن هدانا وأمرنا بالعزم والقوة والإرادة والصبر لإنجاز هذا العمل المتواضع والصلاة والسلام على من بعث رحمة للعالمين وهداية للضالين، نتوجه بخالص الشكر إلى من كان سندّ لنا في مشوارنا الدراسي**

**إلى الدكتور روان محمد الذي تابع عملي هذا، و لم يبخل علينا بنصائحه القيمة و المفيدة، و لم يبخل علينا بوقته الثمين**

**وإلى كل من مد إلينا يد المساعدة من قريب أو بعيد، ألف تحية وشكر**

# إهداء

**أحمد الله الذي وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع، ثم أشكره على نعمته التي أنعم بها علينا، وإقتداء بقول الرسول ص من لم يشكر الناس لم يشكر الله**

**أتقدم بالشكر إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل وأخص بالذكر الدكتور الفاضل روان محمد كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر إلى كل الأستاذة الأفاضل الذين أعطونا كل ما لديهم وشجعونا في المشي قدما نحو طريق العلم و إلى كل الذين لم يبخلوا بمساعدتهم لي طول فترة الدراسة وأخص بالذكر الدكتور علي صادقي ، والدكتور مصطفى مجادي إلى كل هؤلاء، أوجه لهم أخلص معاني الشكر والتقدير والاحترام ...**

## فهرس المحتويات


| | | |
|---|---|---|
| | إهداء | |
| | كلمة شكر | |
| مقدمة | | أ ،ب،ج |
| **الاطار العام للدراسة** | | |
| 1 | الإشكالية | 8 |
| 2 | فرضيات البحث | 10 |
| 3 | أهداف البحث | 11 |
| 4 | أهمية البحث | 12 |
| 5 | اسباب اختيار الموضوع | 12 |
| 6 | تحديد المفاهيم الإجرائية | 13 |
| **الفصل الأول: الأدبيات النظرية** | | |
| **المبحث الأول: الإطار النظري** | | |
| 7 | تمهيد | 15 |
| 8 | 1- النشاط البدني الرياضي المكيف | 16 |
| 9 | 2- الصحة النفسية | 28 |
| 10 | 3- مرض السكري | 38 |
| 11 | **المبحث الثاني: الدراسات المرتبطة** | 49 |
| 12 | **أ –** دراسة " أويانج Ouyang 2001 | 49 |
| 8 | أ- دراسة اليحفوفي (2003) | 49 |
| 9 | ج – دراسة 'بوجيانو وباريت Bogiano et Baritt' | 49 |

| | | |
|---|---|---|
| .2 | ب – دراسة " المشعان 1995 | 49 |
| .3 | أ–دراسة " بن بيعود فراح عزيزة 2009/208 | 49 |
| .4 | التعليق على الدراسات وتوظيفها | 51 |
| **الفصل الثاني: الدراسة التطبيقية** | | |
| **المبحث الأول: الطريقة المنهجية وأدواتها** | | |
| 1 | 1. تمهيد | 55 |
| 2 | 2. منهج البحث | 55 |
| | 3 الدراسة الاستطلاعية | 56 |
| 3 | 3. متغيرات الدراسة | 57 |
| 5 | 5. مجتمع الدراسة وعينته | 58 |
| | مجالات البحث | 59 |
| 6 | 6. أدوات جمع المعلومات | 60 |
| 7 | 7.الخصائص السيكومترية للأداة | 61 |
| 8 | 8. أساليب المعالجة الإحصائية | 62 |
| **المبحث الثاني: عرض ومناقشة نتائج الدراسة** | | |
| 1 | عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى | 65 |
| 2 | عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية | 67 |
| 3 | عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة | 69 |
| 4 | عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة | 71 |
| 5 | عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة | 73 |
| | عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة | 75 |
| | عرض نتائج الفرضية العامة | 77 |

| | | |
|---|---|---|
| 6 | الاستنتاج العام | 78 |
| 7 | اقتراحات | 81 |
| 8 | خاتمة البحث | 83 |
| قائمة المراجع | | |
| الملاحق | | |

## قائمة الجداول


| الجدول | الصفحة |
|---|---|
| **رقم (01) يبين معامل ثبات مقياس " " الصحة النفسية** | 62 |
| **رقم (02) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الحزن والتشاؤم لدى المصابين بداء السكري** | 65 |
| **رقمِ(03): يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الشعور بالذنب وعدم الرضا لدى المصابين بداء السكري** | 67 |
| **رقم(04): يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الميول الإنتحارية لدى المصابين بداء السكري** | 69 |
| **رقم (05) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الإضطراب والطاقة النفسية لدى المصابين بداء السكري** | 71 |
| **رقم (06) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد توهم المرض والشعور بالإجهاد لدى المصابين بداء السكري** | 73 |
| **رقم (07) : يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الشعور باللوم والفشل لدى المصابين بداء السكري** | 75 |
| **رقم (08) : يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص مستوى الإكتئاب النفسي لدى المصابين بداء السكري** | 77 |

**العنوان**

# دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحسين الصحة النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني 40-45

## دراسة ميدانية على مرضى السكري بولاية الاغواط


**ملخص الدراسة:**

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحسبين الصحة النفسية

لدى عينة من المصابين بداء السكري النوع الثاني الغير معتمدين على الانسولين، إستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي ، وشملت عينة الدراسة على (40) مصاب بداء السكري من النوع الثاني وتراوحت أعمارهم ما بين 40 الى 45 سنة تم إختيارهم بطريقة عمدية بحيث أنهم لا يعتمدون على الانسولين كعلاج، لغرض معرفة دور النشاط البدني الرياضي المكيف على متغيرات الصحة النفسية المرتبطة بداء السكري، مع مراعاة الأسس العلمية للإختبارات من حيث الصدق والثبات والموضوعية، وكانت أهم النتائج:

توجد علاقة إرتباطية بين ممارسة مرضى داء السكري للنشاط البدني و الرياضي المكيف و تحسين الصحة النفسية . وجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المرضى غير الممارسين والمرضى الممارسين فيما يختص أبعاد الصحة النفسية فالممارسين لهم مستوى جيد للصحة النفسية أكثر مقارنة بغير الممارسين ، إذن فممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف يقلل من إضطرابات الصحة النفسية لدى مرضى داء السكري.



## Abstract:

**The role of adapted physical activity in improving mental health among patients with type 2 diabetes 40-45**

**A field study on diabetic patients in the state of Laghouat**

The study aimed to identify the role of adapted physical activity in improving mental health. In a sample of people with type 2 diabetes who are not dependent on insulin, the researcher used the descriptive analytical approach, and the study sample included (40) people with type 2 diabetes whose ages ranged between 40 to 45 years, who were chosen in a deliberate way so that they do not depend on insulin. As a treatment, for the purpose of knowing the role of adapted sports physical activity on mental health variables related to diabetes, taking into account the scientific bases of the tests in terms of honesty, stability and objectivity, and the most important results were

There is a correlation between the exercise of adapted physical and sports activity by diabetic patients and improving mental health. We found that there are statistically significant differences between the category of non-practising patients and practicing patients with regard to the dimensions of mental health. Practitioners have a good level of mental health more compared to non-practitioners, so the practice of activity Conditioned physical exercise reduces mental health disorders in patients with diabetes

# مقدمة

لقد أصبحت الرعاية الإجتماعية والتكفل الحقيقي بمختلف الفئات الخاصة أحد أهم مميزات المجتمعات الراقية، والتي تهدف إلى الحماية أو إعادة التأهيل للمساعدة على إدماج هذه الفئات في المجتمع وفق المعايير الإجتماعية، بما يتوافق مع المتطلبات الحالية والتي تسمح للشخص بتحقيق حاجياته ورغباته الذاتية والتي تمثل إحدى أهم الغايات التي تصب إليها سائر الأمم بقصد التدخل الواعي المخطط لإحداث تغير مقصود به توافق الإنسان وتحسين أدائه الإجتماعي للأدوار والوظائف التي يضطلع بها في عالم اليوم.

بل إننا لا نتجاوز الحقيقة عندما نؤكد على أن الأخصائيين الإجتماعيين والنفسانيين بمستوياتهم الأكاديمية المختلفة يحتلون الآن مراكز متعددة في أجهزة الإنتاج والخدمات سواء في المستويات التنفيذية أو التخطيطية، ويسهمون بجهودهم في إعادة توزيع الموارد والإمكانيات ومصادر الثروة والقوة في المجتمع لصالح التقدم الإجتماعي والإقتصادي، وتحسين مستوى معيشة الإنسان ورفاهيته. وتعد برامج الخدمة الإجتماعية مع الفئات الخاصة نتيجة حتمية وذلك بالنظر إلى ظهور العديد من الفئات الإجتماعية الخاصة نتيجة لجملة من الأسباب الإجتماعية.

إن أحد الفئات الخاصة تتجلى في مرضى داء السكري، حيث تعتبر ظاهرة مرض السكري من الظواهر المرضية التي تعاني منها معظم دول العالم. كما أنها من بين التحديات الكبرى التي تواجه المجتمعات لتحقيق نسقها الإجتماعي. وهذا ما دفع بدول العالم نحو تكريس كل الجهود لتمكين فئة مرضى داء السكري من إعادة الإندماج داخل الوسط الذين يعيشون فيه من خلال ترقية الوضعية الإجتماعية والصحية والقانونية لهم.

إن أحد المشاكل التي يعاني منها مرضى داء السكري تتمثل في تدهور الصحة النفسية لديهم، حيث يعتبر تدهور الصحة النفسية من الإضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكر بصفة خاصة، وإنتشار الإضطرابات النفسية بين مرضى الأمراض المزمنة يحظى بإهتمام أكلنيكي واسع، لأن

تدهور الصحة النفسية كإضطراب نفسي يصعب التشخيص الطبى الإكلنيكي لمرضى الأمراض الطبية المزمنة.

وتدهور الصحة النفسية كمرض نفسي يعد حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة وتتسم به وتحدث كمحاولة من جانب الفرد قلقه الحاد ويصاحبها إنخفاض فى قيمة الذات وهو عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة بالإضافة إلى العجز عن مجاراة الحياة اليومية وضعف الطاقة، وصعوبة التركيز، وسرعة الإنهاك عادة.

وفي وقتنا الحاضر ما فتئ الخبراء والباحثون في ميدان النشاط البدني والرياضي والترويح وغيرهم، يمدوننا بأحدث الطرق والمناهج التربوية، مستندين في ذلك إلى جملة من العلوم والأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطاته موضوعا لها، وهو ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطورا مذهلا في مجال تربية ورعاية الفئات الخاصة عموما، وبلغت المستويات العالية، وأصبح الآن يمكننا التعرف على حضارة المجتمعات من خلال التعرف على الأدوات والوسائل التي تستخدمها في هذا المجال ،ويعد النشاط الرياض المكيف من الأنشطة البدنية الأكثر إنتشارا في كل الأوساط، ومما ساعد على ذلك أن النشاط الرياضي يعد عاملا من عوامل الراحة الإيجابية النشطة التي تشكل مجالا هاما في إستثمار وقت الفراغ، بالإضافة إلى ذلك يعتبر من الأعمال التي تؤدي للإرتقاء بالمستوى الصحي والبدني و النفسي للفرد ، إذ يكسبه القوام الجيد، ويمنح له الفرح والسرور، ويخلصه من التعب والكره، وتجعله فردا قادرا على العمل والإنتاج . لذلك إنصبت دراستنا هذه على فئة المصابين بداء السكري من النوع الثاني، ومدى مساهمة الأنشطة الرياضية المكيفة لهذه الفئة في التحسين من مستوى الصحة النفسية لديهم. حيث نتطرق في دراستنا هذه إلى ثلاث جوانب: أولهما الإطار العام للدراسة الذي يتضمن: إشكالية الدراسة وفرضياتها وأهداف وأهمية الدراسة وأسباب إختيار الموضوع وتحديد المفاهيم والمصطلحات، وكذا الجانب الثاني وفيه فصل الأدبيات النظرية للدراسة وتطرقنا فيه في مبحثه الأول للنشاط البدني المكيف

والصحة النفسية وداء السكري من النوع الثاني في مبحثه الثاني للدراسات السابقة. أما الجانب الثالث تناول فيه الجانب التطبيقي للدراسة، وسنتطرق فيه إلى فصلين: ففي الفصل الأول سنتناول المنهجية المتبعة، والتي تتضمن المنهج المتبع ومجتمع البحث وعينته وكذا الدراسة الإستطلاعية ومجالات البحث وأدوات الدراسة وأدوات المعالجة الإحصائية، أما الفصل الثاني فيكون لعرض وتحليل نتائج البحث. لنخلص في الأخير إلى نتائج يمكن أن يستفاد بها مستقبلا في مجال النشاط البدني المكيف

# الإطار العام للدراسة

## 1- الإشكالية:

يعتبر مرض السكري من الظواهر المرضية التي تعاني منها معظم دول العالم. كما أنه من بين التحديات الكبرى التي تواجه المجتمعات لتحقيق نسقها الإجتماعي وهذا ما للعنصر البشري من أهمية في التنمية الشاملة التي تنطلق من الإنسان وتنتهي به، وهذا ما دفع بدول العالم نحو تكريس كل الجهود لتمكين فئة مرضى داء السكري من إعادة الإندماج داخل الوسط الذين يعيشون فيه من خلال ترقية الوضعية الإجتماعية والصحية والقانونية لهم

يعرف الناس الكثير عن مرض السكر، وإزدادت هذه المعرفة بعد أن أخذت نسبة المرض تزداد عاماً بعد عام وكان لهذا المرض من الأهمية ما دفع بمنظمة الصحة العالمية أن تجعل شعارها (حياة طبيعية لمرض السكر) وهي ترمى من وراء ذلك إلى التوعية الصحيحة لهذا المرض، وما يكتنفه من أسباب حدوثه، والوقاية منه وطرق العلاج الصحيحة، وبذلك يمكن لمريض السكري أن يعيش حياة سعيدة كلها نشاط لاتختلف عن سائر بنى البشر.

إن أحد المشاكل التي يعاني منها مرضى داء السكري تتمثل في تدهور الصحة النفسية لديهم، حيث تعتبر هاته الأخيرة من الإضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكر بصفة خاصة وإنتشار الإكتئاب بين مرضى المزمنة يحظى بإهتمام عيادي واسع، لأن الإكتئاب كإضطراب نفسي يصعب التشخيص الطبي الإكلينيكي لمرضى الأمراض الطبية المزمنة.

وتدهور الصحة النفسية كمرض نفسي يعد حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة وتتسم به وتحدث كمحاولة من جانب الفرد قلقه الحاد ويصاحبها إنخفاض في قيمة الذات وهو عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة بالإضافة إلى العجز عن مجاراة الحياة اليومية وضعف الطاقة، وصعوبة التركيز، وسرعة الإنهاك عادة.

لقد بذلت الجزائر كغيرها من الدول جهودا كبيرة وجبارة بغية التكفل الحقيقي بهذه الفئة من المجتمع، وتجلى ذلك في إصدار تشريعات ونصوص وقوانين تكفل لهم سبل العيش الكريم، مع إعداد إستراتيجية تهدف إلى التكفل الحقيقي بهذه الفئة، وذلك للحفاظ على البناء الإجتماعي السليم. وقد قامت الجهات المسؤولة بتوفير سبل الرعاية الكريمة وحسن التوجيه من خلال توفير البرامج والهياكل التي تساعد المريض على إخراجه من حالة الركود والإنطواء والعزلة ... الخ.

إن مظاهر هذه الرعاية تتجلى في توفير فضاءات للمريض تحوي الجانب العلاجي، والجانب الرياضي، .... الخ. ويعد النشاط البدني والرياضي المكيف أحد أوجه الرعاية والذي أثبت نجاعته في تكوين الأفراد وإعدادهم إعدادا سليما، وقد يذهب بعض المختصين إلى إعتباره أحد أهم ركائز النظام لأي مجتمع.

لذلك نسعى من وراء هذه الدراسة الكشف عن ماهية التأثير التي تتركه ممارسة النشاطات البدنية والرياضية المكيفة في التحسين من مستوى الصحة النفسية لدى مرضى السكري، وهذا للخروج بنتائج يمكن أن يستفاد منها في مجال النشاط البدني والرياضي.

من خلال ما سبق يمكننا طرح التساؤل الرئيسي التالي:

- ما مدى تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحسين الصحة النفسية لدى مرضى داء السكري من النوع الثاني؟

ومنه نستخلص التساؤلات الفرعية التالية:

- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الحزن والتشاؤم لدى مرضى داء السكري من النوع الثاني؟
- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الشعور بالذنب وعدم الرضا لدى مرضى داء السكري من النوع الثاني؟

- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الميول الإنتحارية لدى مرضى داء السكري من النوع الثاني؟
- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الإضطراب والطاقة النفسية لدى مرضى داء السكري؟
- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى التوهم بالمرض والشعور بالإجهاد لدى مرضى داء السكري؟
- هل تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى اللوم وعدم الرضا لدى مرضى داء السكري؟

**2- الفرضيات:**

**2-1- الفرضية العامة:**

- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحسين الصحة النفسية لدى مرضى داء السكري من النوع الثاني.

**2-2-الفرضيات الجزئية:**

- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الحزن والتشاؤم لدى مرضى داء السكري.
- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الشعور بالذنب وعدم الرضا لدى مرضى داء السكري.
- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الميول الإنتحارية لدى مرضى داء السكري.
- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الإضطراب والطاقة النفسية لدى مرضى داء السكري.

- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى التوهم بالمرض والشعور بالإجهاد لدى مرضى داء السكري.
- تؤثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى اللوم وعدم الرضا لدى مرضى داء السكري.

**3-أهداف البحث:**

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

1-إبراز التأثيرات التي تتركها ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الإكتئاب لدى مرضى داء السكري.

2-الكشف عن مدى تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الحزن والتشاؤم لدى مرضى داء السكري.

3- الكشف عن مدى تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الشعور بالذنب وعدم الرضا لدى مرضى داء السكري.

4-الكشف عن مدى تاثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الميول الإنتحارية لدى مرضى داء السكري.

5-الكشف عن مدى تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى الإضطراب والطاقة النفسية لدى مرضى داء السكري.

6-الكشف عن مدى تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى التوهم بالمرض والشعور بالإجهاد لدى مرضى داء السكري.

7-الكشف عن مدى تأثيرممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من مستوى اللوم وعدم الرضا لدى مرضى داء السكري.

**4-أهمية البحث:**

تكمن أهمية هذه الدراسة في:

1-إثراء المعرفة العلمية في الميدان الرياضي بصفة عامة وفي ميدان النشاط البدني الرياضي المكيف بشكل خاص.
2-إظهار أهمية ممارسة النشاطات البدنية الرياضية لهذه الفئة في تلبية الحاجيات الصحية والنفسية والإجتماعية لهؤلاء المرضى.
3- التوجه ببحثنا هذا إلى كل العاملين في حقل رعاية هذه الفئة وإعطائهم بعض الإقتراحات التي من شأنها أن ترفع اللبس عنها، وذلك لعيش حياة كريمة ضمن النسيج الإجتماعي للمجتمع ككل.

**-أسباب اختيار الموضوع :**

لم تكن طريقة إختيارنا للموضوع عن طريق الصدفة أو العشوائية أو مجرد حتمية أو وجوب دراسة فقط، لقد كان وراء هذا الإختيار دوافع وأسباب شجعتنا لدراسة هذا الموضوع.

**-الأسباب الذاتية:**

- الرغبة في معرفة ممارسة الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة ودورها بالنسبة للصحة النفسية لمرضى السكري من النوع الثاني.

**- الأسباب الموضوعية:**

- إفتقار المكتبات الجامعية الجزائرية لمثل هذه الدراسات

**5-تحديد المفاهيم الإجرائية:**

**1* النشاط البدني المكيف:** يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدتها، ويتم ذلك وفقا لإهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم.

**2* الصحة النفسية:** يمكن تعريف الصحة النفسية بأنَّها حالة الفرد الإيجابية التي تتصف بالإستمرار، بحيث يكون الفرد فيها مستقر ومتوافق بشكل نفسي وإجتماعيّ، إضافةً إلى الشعور بالسعادة مع ذاته ومع الآخرين، بالتالي يكون قادر على تحقيق وتقدير الذات، كذلك يصبح قادر على إستخدام المهارات والكفاءات الذاتية بأقصى حد ممكن، بمعنى أنّها السِّمة الإيجابية التي يتمتع بها سلوك الفرد تجاه نفسه وتجاه الأشخاص الآخرين، فيكون بذلك فرد سعيد ومتوازن.

**3* داء السكري: يعرف** مرض السكري بأنه إختلال في عملية أيض السكر، الذي يؤدي إلى إرتفاع مستوى السكر(الغلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، عضوية، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس.

***التعريف الاجرائي:*** ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحسين الصحة النفسية هو حالة داخلية يشعر بها الفرد و التي تظهر في سلوكه و إستجاباته كما أنها تشير إلى إرتياحه وتقبله لجميع مظاهر العلاج.

# الفصل الثاني :
# الأدبيات النظرية

**تمهيد:**

إنه لمن المؤكد أن النشاط الرياضي المكيف قطع أشواطا كبيرة خلال القرنين الأخيرين وشهدت مختلف جوانبه ووسائله تطورا معتبرا، خاصة فيما يتعلق بطرق ومناهج التعليم والتدريب.

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

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

## 1* مفهوم النشاط البدني الرياضي المكيف:

إن الباحث في مجال النشاط البدني الرياضي المكيف يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي تداولها المختصون والعاملون في الميدان ,وإستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة , فقد إستخدم بعض الباحثون مصطلحات النشاط الحركي المكيف أو النشاط الحركي المعدل أو التربية الرياضية المعدلة أو التربية الرياضية المكيفة أو التربية الرياضية الخاصة، في حين إستخدم البعض الأخر مصطلحات الأنشطة الرياضية العلاجية أو أنشطة إعادة التكييف، فبالرغم من إختلاف التسميات من الناحية الشكلية يبقى الجوهر واحدا، أي أنها أنشطة رياضية وحركية تفيد الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة سواء كانوا معاقين متأخرين دراسيا أو موهوبين أو مضطربين نفسيا وإنفعاليا.

نذكر من هذه التعار يف ما يلي:

**-تعريف حلمي إبراهيم ليلى السيد فرحات :**

يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدتها، ويتم ذلك وفقا لإهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم[1].

**تعريف ستور- (stor ):**

نعني به كل الحركات والتمرينات وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية، النفسية، العقلية، وذلك بسب أو بفعل تلف أو إصابة. من بعض الوظائف الجسمية الكبرى[2].

[1] * حلمي إبراهيم ، ليلى السيد فرحات : **النربية الرياضية والترويح للمعاقين** ، دار الفكر العربي ، ط 1 ، القاهرة ، 1998 ، ص. 223.

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

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

هي البرامج المتنوعة للنمو من خلال الألعاب والأنشطة الرياضية والأنشطة الإيقاعية لتناسب ميول وقدرات وحدود الأطفال الذين لديهم نقص في القدرات أو الإستطلاعات، ليشتركوا بنجاح وأمان في أنشطة البرامج العامة للتربية.

**4* أسس النشاط البدني الرياضي المكيف:**

إن أهداف النشاط البدني الرياضي للمعاقين ينبع أساسا من الأهداف العامة للنشاط الرياضي من حيث تحقيق النمو العضوي والعصبي والبدني والنفسي والإجتماعي، حيث أوضحت الدراسات إن إحتياجات الفرد المعاق لا تختلف عن إحتياجات الفرد العادي ، فهو كذلك يريد أن يسبح ، يرمي يقفز ...

يشير انارينو وآخرون" إن كل ما يحتويه البرنامج العادي ملائم للفرد المعاق ، ولكن يجب وضع حدود معينة لمستويات الممارسة والمشاركة في البرنامج تلائم إصابة أو نقاط ضعف الفرد المعاق.[1]

يرتكز النشاط البدني الرياضي للمعاقين على وضع برنامج خاص يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية وتوقيتية تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون المشاركة في برنامج النشاط البدني الرياضي العام، وقد تبرمج مثل هذه البرامج في المستشفيات أوأ ي المراكز الخاصة بالمعاقين، ويكون الهدف الأسمى لها هو تنمية أقصى قدرة ممكنة للمعاق وتقبله لذاته وإعتماده على نفسه، بالإضافة إلى الإندماج في الأنشطة الرياضية المختلفة .ويراعى عند وضع أسس النشاط البدني الرياضي المكيف مايلي.

-العمل على تحقيق الأهداف العامة للنشاط البدني الرياضي

[1] * محمد الحماحمي ، أمين أنور الخولي : **أسس بناء برامج التربية الرياضية** ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1990 ، ص.194.

– إتاحة الفرصة لجميع الأفراد للتمتع بالنشاط البدني وتنمية المهارات الحركية الأساسية والقدرات البدنية

– أن يهدف البرنامج إلى التقدم الحركي للمعاق والتأهيل والعلاج

– أن ينفذ البرنامج في المدارس الخاصة أو في المستشفيات والمؤسسات العلاجية

–أن يمكن البرنامج المعاق من التعرف على قدراته و إمكانياته ، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية لديه واكتشاف ما لديه من قدرات.

–أن يمكن البرنامج المعاق من تنمية الثقة بالنفس وإحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه ، وذلك من خلال الممارسة الرياضية للأنشطة الرياضية المكيفة.

وبشكل عام يمكن تكييف الأنشطة البدنية والرياضية للمعاقين من خلال الطرق التالية:

–تغيير قواعد الألعاب التقليل من مدة النشاط ، تعديل مساحة الملعب ، تعديل إرتفاع الشبكة

أو هدف السلة ، تصغير أو تكبير أداة اللعب ، زيادة مساحة التهديف.

–تقليل الأنشطة ذات الإحتكاك البدني إلى حد ما.

–الحد من نمط الألعاب التي تتضمن عزل أو إخراج اللاعب.

–الإستعانة بالشريك من الأسوياء أو مجموعة من الوسائل البيداغوجية ، كالأطواق والحبال...

–إتاحة الفرصة لمشاركة كل الأفراد في اللعبة عن طريق السماع بالتغيير المستمر والخروج في حالة التعب.

–تقسيم النشاط على اللاعبين تبعا للفروق الفردية وإمكانيات كل فرد[1].

[1] * حلمي ابراهيم ، ليلى السيد فرحات : مرجع سابق ، ص. 47–50.

**5* تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيف:**

لقد تعددت الأنشطة الرياضية وتنوعت أشكالها فمنها التربوية والتنافسية، ومنها العلاجية والترويحية أو الفردية والجماعية.

على أية حال فإننا سنتعرض إلى أهم التقسيمات، فقد قسمه أحد الباحثين إلى:

**5-1النشاط الرياضي الترويحي** : هو نشاط يقوم به الفرد من تلقائي نفسه بغرض تحقيق السعادة الشخصية التي يشعر بها قبل أثناء أو بعد الممارسة وتلبية حاجاته النفسية والإجتماعية ، وهي سمات في حاجة كبيرة إلى تنميتها وتعزيزها للمعاقين.

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

إن مزاولة النشاط البدني سواء كان بغرض إستغلال وقت الفراغ أو كان بغرض التدريب للوصول إلى المستويات العالية ، يعتبر طريقا سليما نحو تحقيق الصحة العامة ، حيث أنه خلال مزاولة ذلك النشاط يتحقق للفرد النمو الكامل من النواحي البدنية والنفسية والإجتماعية بالإضافة إلى تحسين عمل كفاءة أجهزة .الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والعضلي والعصبي[1] .

يرى "**رملي عباس** "أن النشاط البدني الرياضي يخدم عدة وظائف نافعة , إذ أن النشاط العضلي الحر يمنح الأطفال إشباعا عاطفيا كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس , والخلق والإبتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الإنجاز وتمد الأغلبية بالترويح الهادف بدنيا وعقليا ....والغرض الأساسي هو تعزيز وظائف الجسم من أجل لياقة مقبولة وشعور بالسعادة والرفاهية.[2]

[1] * إبراهيم رحمة : **تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي** ، دار الفكر للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى ، عمان ، 1998 ، ص09 :

[2] * عبس ع الفتاح رملي , محمد إبراهيم شحاتة: **اللياقة والصحة**, دار الفكر العربي, القاهرة , 1991 , ص79 :

كما أكد" **مروان ع المجيد** " أن النشاط البدني الرياضي الترويحي يشكل جانبا هاما في نفس المعاق اذ يمكنه من إسترجاع العناصر الواقعية للذات والصبر , الرغبة في إكتساب الخبرة , التمتع بالحياة ويساهم بدور إيجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق والتغلب على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة , وتهدف الرياضة الترويحية إلى غرس الإعتماد على النفس والإنضباط وروح المنافسة والصداقة لدى الطفل المعوق، وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراج المعوق من عزلته التي فرضها على نفسه في المجتمع[1] .

ويمكن تقسيم الترويح الرياضي كما يلي:

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

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

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

**5–2النشاط الرياضي العلاجي** : عرفت الجمعية الأهلية للترويح العلاجي ، بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية التي تستخدم للتدخل الإيجابي في بعض نواحي السلوك البدني أو الإنفعالي أو الإجتماعي لإحداث تأثير مطلوب في السلوك ولتنشيط ونمو وتطور الشخصية وله قيمة وقائية وعلاجية لا ينكرها الأطباء.[2]

[1] * مروان ع المجيد إبراهيم : **الألعاب الرياضية للمعوقين** , دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع, عمان , الأردن , 1997 , ص111 :

[2] * عطيات محمد خطاب : **أوقات الفراغ والترويح** ، مرجع سابق ، ص. 64–65–66.

فالنشاط الرياضي من الناحية العلاجية يساعد مرضى الأمراض النفسية والمعاقين على التخلص من الإنقباضات النفسية ، وبالتالي إستعادة الثقة بالنفس وتقبل الآخرين له ، ويجعلهم أكثر سعادة وتعاونا ، ويسهم بمساعدة الوسائل العلاجية الأخرى على تحقيق سرعة الشفاء ، كالسباحة العلاجية التي تستعمل في علاج بعض الأمراض كالربو وشلل الأطفال وحركات إعادة التأهيل.

كما أصبح النشاط الرياضي يمارس في معظم المستشفيات والمصحات العمومية والخاصة وفي مراكز إعادة التأهيل والمراكز الطبية البيداغوجية وخاصة في الدول المتقدمة ،ويراعى في ذلك نوع النشاط الرياضي ، وطبيعة ونوع الإصابة ، فقد تستخدم حركات موجهة ودقيقة هدفها إكتساب الشخص المعوق تحكم في الحركة وإستخدام عضلات أو أطراف مقصودة[1].

**5-3النشاط الرياضي التنافسي :** ويسمى أيضا بالرياضة النخبة أو رياضة المستويات العالية ، هي النشاطات الرياضية المرتبطة باللياقة والكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبيا ، هدفه الأساسي الإرتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية وإسترجاع أقصى حد ممكن للوظائف والعضلات المختلفة للجسم.

**6* أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف:**

قررت الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح في إجتماعها السنوي عام 1978، بأن حقوق الإنسان تشمل حقه في الترويح الذي يتضمن الرياضة إلى جانب الأنشطة الترويحية الأخرى، ومع مرور الوقت بدأت المجتمعات المختلفة في عدة قارات مختلفة تعمل على أن يشمل هذا الحق الخواص، وقد إجتمع العلماء على مختلف تخصصاتهم في علم البيولوجيا والنفس والإجتماع بأن الأنشطة الرياضية والترويحية هامة عموما وللخواص بالذات وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجيا، إجتماعيا، نفسيا، تربويا، إقتصاديا وسياسيا.

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

## 6-1 الأهمية النفسية:

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

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

2-أهمية الاتصالات في تطوير السلوك، حيث من الواضح أن الأنشطة الترويحية تعطي فرصا هائلة للإتصالات بين المشترك والرائد، والمشترك الأخر.

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

أما نظرية" ماسلو" تقوم على أساس إشباع الحاجات النفسية ، كالحاجة إلى الأمن والسلامة ، وإشباع الحاجة إلى الإنتماء وتحقيق الذات وإثباتها، والمقصود بإثبات الذات أن

يصل الشخص إلى مستوى عال من الرضا النفسي والشعور بالأمن والإنتماء ، ومما لاشك فيه أن الأنشطة الترويحية تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته من خلاله.[1]

**7*النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف:**

من الصعب حصر كل الآراء حول مفهوم الترويح بسبب تعدد العوامل المؤثرة عليه والمتأثرة به في الحياة الإجتماعية المعقدة، هذه التعاريف نابعة من نظريات مختلفة نذكر منها

**7-1- نظرية الطاقة الفائضة (نظرية سينسر وشيلر):**

تقول هذه النظرية أن الأجسام النشيطة الصحيحة، وخاصة للأطفال، تختزن أثناء أدائها لوظائفها المختلفة بعض الطاقة العضلية والعصبية التي تتطلب التنفيس الذي ينجم عنه اللعب.

وتشير هذه النظرية إلى أن الكائنات البشرية قد وصلت إلى قدرات عديدة، ولكنها لا تستخدم كلها في وقت واحد، وكنتيجة لهذه الظاهرة توجد قوة فائضة ووقت فائض، لا يستخدمان في تزويد إحتياجات معينة، ومع هذا فان لدى الإنسان قوى معطلة لفترات طويلة، وأثناء فترات التعطيل هذه تتراكم الطاقة في مراكز الأعصاب السليمة النشطة ويزداد تراكمها وبالتالي ضغطها حتى يصل الى درجة يتحتم فيها وجود منفذ للطاقة واللعب وسيلة ممتازة لإستنفاذ هذه الطاقة الزائدة المتراكمة .[2]

ومن جهة ثانية ان اللعب يخلص الفرد من تعبه المتراكم على جسده، ومن تأثراته العصبية المشحونة من ممارسة واجباته المهنية والإجتماعية، ويعتبر وسيلة ضرورية للتوازن الإنساني النفسي وموافقة مع البيئة التي يعيش فيها.[3]

---

[1] * حزام محمد رضا القزوني : **التربية الترويحية** ، دار العربية للطباعة ، بغداد ، 1978 ، ص20 :

[2] *محمد عادل خطاب : **النشاط الترويحي وبرامجه** ، ملتزم الطبع والنشر ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ص56

[3]*Serae moyenca : **Sociologie et action sociale** , Editions labor , Bruxelles , 1982 , P : 163 .

### 7-2-نظرية الإعداد للحياة:

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

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

### 7-3- نظرية الإعادة والتخليص:

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

من خلال هذه النظرية يكون ستانلي هول قد أعترض لرأي" كارول جروس ويبرر" ذلك بان الطفل خلال تطوره يستعيد مراحل تطور الجنس البشري، اذ يرى أن الأطفال الذين يتسلقون الأشجار هم في الواقع، يستعيدون المرحلة القردية من مراحل تطور الإنسان.[1]

[1] * كمال درويش ، أمين الخولي : **أصول الترويح وأوقات الفراغ** ، دار الفكر العربي ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 1990 ، ص.227.

### 7-4- نظرية الترويح:

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

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

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

### 7-5- نظرية الإستجمام:

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

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

### 7-6- نظرية الغريزة:

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

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

**خلاصة:**

كان هذا الفصل أداة فعالة لتحليل مفهوم النشاط البدني الرياضي، وقد أجرينا محاولة لشرح النشاط البدني الرياضي المكيف من كافة جوانبه وإظهار الدراسات التربوية والسوسيولوجية حوله وماساهمت هذه الدراسات في مضمار فهم ماهيته.

وما يمكن إستخلاصه من خلال ما أشرنا إليه أن النشاط البدني والرياضي المكيف مستمد من النشاط البدني والرياضي الذي يمارسه الأفراد العاديين لكنه يكيف حسب نوع ودرجة المرض أو الإعاقة من حيث القوانين والوسائل المستعملة ، ويعد هذه النشاط الرياضي حديث النشأة مقارنة بالنشاط الرياضي عند العاديين وله جوانب عديدة تعود بالفائدة على الأفراد، فهو يعتبر وسيلة تربوية وعلاجية ووقائية إذا تم إستغلالها بصفة منتظمة ومستمرة ، إذ يسهم في تكوين شخصية الأفراد من جميع الجوانب ، الجانب الصحي ، الجانب النفسي ، الجانب الخلقي والاجتماعي ، وبالتالي تكوين شخصية متزنة تتميز بالتفاعل الإجتماعي والإستقرار العاطفي والنظرة المتفائلة للحياة. خاصة أولئك الذين تضيق دائرة نشاطهم بسبب مرض أو عجز جسمي أو عقلي.

# الفصل الثالث :
# الصحة النفسية

**تمهيد:**

الصحة النفسية السوية هي حالة من التكيف الجيد والتوافق الكامل والإنتصار على الظروف والمواقف التي يعيشها الفرد في حياته اليومية، والصحة النفسية ليست منفردة وبعيدة على الصحة الجسمية فلها مقوماتها التي تقوم عليها، فإذا تدنت إستشعر الفرد لذلك، قد يتجلى في إضطرابات نفسية وترجع هذه الأخيرة حسب وجه الضعف في الشخصية وبذلك ما يؤدي إلى ظهور المرض النفسي، ولهذا أكدت الدراسات والأبحاث النفسية أن الصحة النفسية تعتبر الركيزة الأساسية ومصدر سعادة الإنسان وإستقراره في حياته

**أولا: تعريف الصحة النفسية:**

ليس من السهولة بمكان وضع تعريف محدد للصحة النفسية لأن ذلك يتطلب تحديد ماهية النفس فالصحة النفسية تكوين فرضي يمكن التعرف عليه من خلال الظواهر الإنسانية التي تخص سلوك الإنسان وشخصيته، ولقد تعددت وتنوعت تعريفات العلماء والباحثين للصحة النفسية، فما من نظرية أو مذهب أو مدرسة في علم النفس إلا وأفترض تعريف للصحة النفسية ويمكن إجمال التعريفات المقترحة للصحة النفسية في فئتين رئيسيتين هما: فئة التعريفات السلبية وفئة التعريفات الإيجابية .

**-1 فئة التعريفات السلبية:**

يرى أصحاب هذه الفئة أن الصحة النفسية هي الخلو من أعراض الأمراض النفسية أي أن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو الخالي من أعراض المرض النفسي أو العقلي، بمعنى آخر انتقاء حالة المرض عنده، أما إذا كانت حالة المرض موجودة فهذا يعني أن الصحة النفسية مصابة، ولكن لا تصبح الحالة النفسية شاذة إلا حين تبلغ درجة شديدة في إنحرافها. (علي محمود، كريم فخري، 2014: 37 )

وبالرغم من قبول التعريف السلبي للصحة النفسية في ميادين الطب العقلي إلا أنه تعرض للكثير من الإنتقادات حيث يبين

بأن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من المرض كما أن هذا التعريف للصحة النفسية مفهوم ضيق محدود لأنه يعتمد على حالة السلب أو النفي فهو يقتصر على جانب واحد من جوانب بالصحة النفسية، فخلو الفرد من أعراض المرض العقلي أو النفسي شرط أساسي للصحة النفسية لكنه يعد شرطا ناقصا غير كامل للدلالة على الصحة النفسية.

2- **فئة التعريفات الايجابية:**

إن المفهوم الثاني للصحة النفسية يرى أن الصحة النفسية ليست مجرد إنتقاء أعراض المرض النفسي بل تحدد في ، ضوء توافر ، عدد من الظواهر التي تعتمد على قدرة الفرد على التوافق الإتجاهAdjastment حيث ينظر هذا إلى الصحة النفسية على "أنها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع والبيئة التي يعيش فيها، وقدرته على

مواجهة الصعوبات والأزمات النفسية، من غير إضطراب فضلا عن إحساسه بالسعادة والرضا ، إذ يأخذ التوافق جانبين هما الملائمة أو التلائم الذي يرتبط بالبيئة ومطالب الواقع من جميع الجوانب الإجتماعية والإيمائية والطبيعية، والثاني الذي يمثل الرضا الذي يعني إحساس الفرد بالسعادة والتقبل النفسي للبيئة المحيطة به .

كريم فخري ويوجد العديد من التعريفات الإيجابية للصحة النفسية ولكن قبل التطرق إلى بعض تلك التعريفات لابد من الإشارة بان تلك التعريفات نهجت نهجا وصفيا عاما ، أي لم تنطلق من إطار نظري محدد في دراسة الشخصية

بصورة شاملة وبالتالي تختلف هذه التعريفات بإختلاف من يعرفها و الإطار المرجعي الذي تنطلق منه ، لذلك نرى إن بعض منهم يستخدم مفهوم التوافق ويستخدم البعض الآخر مفهوم التكيف ومفهوم التكامل.

3- تعريف أدولف ماير Odolpphe Mayerالذي يعتبر من الأوائل من إستهل مصطلح الصحة النفسية يعرفها " تكيف الشخص مع العالم الخارجي المحيط به بطريقة تكفل له الشعور بالرضا، كما تجعل الفرد قادرا على مواجهة المشكلات المختلفة"

( صالح حسين الداهري، 200 : 25)

**تعليق على تعريفات الصحة النفسية :**

لقد تعددت تعريفات الصحة النفسية ومن الصعب الخروج بتعريف واحد و تفضيله على غيره من التعريفات ، أن كل التعريفات التي تم ذكرها مفيدة إلا أنه لا يوجد تعريف منها يستطيع أن يعطينا معنى شامل وكامل للصحة النفسية ولهذا يتبين لنا من خلال التعاريف السالفة الذكر أنه يوجد تباين في نظرة الباحثين لمصطلح الصحة النفسية غير أنه يظهر هناك إتفاق في بعض الجوانب التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- إن الصحة النفسية حدث سيروري ( تفاعليا ) يهدف إلى تحقيق الذات.
- تعكس الصحة النفسية تكيف الفرد مع نفسه ومحيطه الخارجي.
- هي حالة موضوعية قابلة للإختبار الطبي والبيولوجي.
- هي حالة تتسم بالنسبية وعد الثبات.
- هي إحساس شامل للإستقرار الجسدي والنفسي والإجتماعي.

ومنه نستنتج من خلال ما سبق أنه يصعب تحديد وبدقة مفهوم الصحة النفسية وحصره في جوانب معينة ، نظرا لمرونة هذا المصطلح ومووليته ، مع هذا يمكن إعتبار الصحة النفسية كإستقرار نسبي للنواحي النفسية والجسدية والإجتماعية للفرد .

(ساعو مراد ، د . سنة55 )

**ثانيا: مناهج الصحة النفسية:**

يعتبر علم الصحة النفسية علم تطبيقي له هدفان متكاملان ، هدف وقائي وهدف علاجي ، من أجل تحقيق تلك الأهداف يستوجب إتبا طرائق ومناهج متعددة ومتكاملة فيما بينها حيث يؤدي إهمال منهج من هده المناهج إلى صعوبة مهمة المناهج الأخرى ، ومن جهة أخرى تطبيق كل منهج بطريقة سليمة يسهل من مهمة منهج الآخر ( نقلا عن ساعو مراد ، بتصرف ) ويوجد ثلاثة مناهج أساسية في الصحة النفسية وهي كالآتي:

**2 –المنهج الوقائي** : ونقصد به الوقاية بوجه عام ، ويتجلى ذلك من خلال الجهود المبذولة للتحكم فيحدوث الإضطراب أو المرض والسيطرة عليهما أو التقليل من شدة ظاهرة غير مرغوبة كالمرض العقلي ، الجنوح ،الجريمة ، إدمان على العقاقير ، ..... الخ ، ويتكون المنهج الوقائي من ثلاثة مراحل هي:

–الوقاية الأولية: تهدف إلى إتخاذ إجراءات مسبقة لمنع حدوث الإضطرابات النفسية والعقلية ، وغيرهما من أنواع الشذوذ السلبي وذلك عن طريق وسائل عدة منها: التشجيع ، حرية الإكتشاف ، حرية التجريب ، حرية التعبير عن المشاعر ، السند الإنفعالي خلال مراحل المشقة أو الأعصاب ، التأكيد على العلاقات الحوارية البناءة ومحاولة خفض الضغوط التي تؤدي إلى إضطرابات الشخصية.

– الوقاية الثانوية: الغاية منها إنقصاء شدة المرض والتقليل منه وذلك من خلال الكشف المبكر عن الحالات والإهتمام بالرعاية والعلاج مع هدف مهم وهو وقف الإضطرابات النفسية والعقلية في مراحلها المبكرة وفي حالاتها

الكامنة أو المستقرة. الوقاية في المرحلة الثالثة: تهدف هذه المرحلة لخفض العجز الناتج عن المرض العقلي ، من خلال وجود عمل والتوافق معه ومحاولة إنقاص المشكلات المترتبة عن المرض العقلي وإستخدام الوسائل التي تهدف الى منع الإنتكاسة

**3 –المنهج العلاجي** :ويتضمن علاج المشكلات والإضطرابات و الأمراض النفسية حتى العودة إلى التوافق والصحة النفسية ، ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسي و أعراضه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية .

( حامد عبد السلام ، 2005 : 12)

**ثالثا: مستويات الصحة النفسية:**

بما أن الصحة النفسية حالة غير ثابتة تختلف من فرد إلى آخر و تتغير من وقت إلى آخر لدى نفس الفرد ومن مجتمع إلى آخر ، فان ذلك يعني أن الصحة النفسية تتوزع على درجات ومستويات مختلفة وسوف نذكر خمسة مستويات تميز الصحة النفسية وهي كالآتي:

1 –المستوى الراقي: هم أصحاب الأنا القوية والسلوك السوي والتكيف الجيد أنهم الأفراد الذين يفهمون ذواتهم ويحققونها وتبلغ نسبة هؤلاء 25بالمائة تقريبا يقعون على أقصى الطرف الايجابي في البعد والمنحى الاعتدالي

2 –المستوى فوق المتوسط: وهم أقل من المستوى السابق ، سلوكهم طبيعي وجيد ونسبتهم 13.5بالمائة.

3 –المستوى العادي ( الطبيعي والمتوسط ) : وهم في موقع متوسط بين الصحة المرتفعة والمنخفضة لديهم جوانب قدرة ، وجوانب ضعف ، يظهر أحدهما أحيانا ويترك مكانه للآخر أحيانا أخرى ، وتبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 68 بالمائة.

4 –المستوى الأقل من المتوسط: هذا المستوى أدنى من السابقين من حيث مستوى صحتهم النفسية و أكثر ميلا للإضطراب وسوء التكيف ، فاشلون في فهم ذواتهم وتحقيقها يقع في هذا المستوى الأشكال الإنحرافية النفسية والإضطرابات السلوكية غير الحادة نسبة هؤلاء 13.5بالمائة.

5 –المستوى المنخفض: ودرجتهم في الصحة النفسية قليلة جدا وعندهم أعلى درجة من الإضطراب والشذوذ النفسي ، فهم يمثلون خطر على أنفسهم وعلى الآخرين ويتطلبون العزل

في مؤسسات خاصة ، وتبلغ نسبة هؤلاء بالمائة تقريبا.

**رابعا: مؤشرات الصحة النفسية:**

إختلفت وجهات النظر في تحديد معايير الصحة النفسية ومن خلال دراسة وتحليل سلوك بعض الأشخاص الأصحاء الذين نجحوا في حياتهم الشخصية والإجتماعية والمهنية ممن يفترض أنهم يتمتعون بصحة نفسية سليمة توصل ماسلو Mallowإلى أربعة عشر محك هي: الإتجاه الواقعي، تقبل الذات والآخر ،التلقائية التمركز حول المشاكل بدلا من التمركز حول الذات ، الذاتية والحاجة إلى الخصوصية ، الإستقلالية ، التقدير المتجدد ، إمتلاك خبرات روحية عميقة ، التوحد بالبشرية ، الإتجاهات والقيم الديمقراطية ، عدم الخلط بين الغايا ت والوسائل ، الولع بالإيداع ، روح المرح ذات طابع فلسفي وليس عدواني ، مقاومة الإمتثال للثقافة .

(علي محمود، كريم فخري :40 – 41 )

-في حين يحددها سنايدر ( دون سنةSchneider ) في ثمان نقاط هي كالتالي:

-الكفاية العقلية

-التحكم في الأفكار والتكامل بينها

-التكامل بين العواطف والتحكم بالصراخ و الإحباط.

-العواطف والمشاعر السليمة والايجابية.

-المواقف السليمة

-المفهوم السليم حو الذات

-وعي الذات المناسب

-العلاقة المناسبة مع الواقع

ويعني كل مؤشر أنه من الممكن النظر إلى الصحة النفسية من خلاله بحيث المحصلة بعد إعتماد المؤشرات الثمانية صورة واضحة عن الصحة النفسية للشخص .

( صالح حسن الدهري ، 2005 : 199- 200)

**خامسا: النظريات المفسرة للصحة النفسية:**

تعددت النظريات والإتجاهات العلمية في تفسير منشأ الإضطرابات النفسية و العصابية في ميدان علم النفس، فكل إتجاه نظري يحاول تأكيد رأيه فيما يخص سبب المرض وبالتالي تصوره لحالة الصحة بما أن الإتجاهات النظرية كثيرة ومتعددة فسنحاول عرض بعض تلك الإتجاهات النظرية و الأكثر شيوعا في أوساط الباحثين والأخصائيين النفسيين العياديين وذلك بطريقة مختصرة وهي:

**1-نظرية التحليل النفسي** : تركز هذه النظرية على الخبرات في مرحلة الطفولة ، في بداية التحليل النفسي كان

مفهوم الصحة النفسية يعرف بإعتباره نقيضا للمرض ، فكان يعني مجرد غياب الأعراض ثم أصبح يعني غياب

أنوا الصر اللاشعوري المعطلة للإمكانات الفرد في قطاعي الإنجاز والحب الناضج ، بحيث يمكن تعريف الصحة

النفسية بحسب فرويد بأنها القدرة على الحب والعمل ، الحب بشقيه الشهوي والحنون ، والإستمتاع بالعمل الخلاق

، فالصحة النفسية وفق للتحليل النفسي ليس نفيا وإلغاء لما هو طفلي أو لا شعوري وليس إمتثالا سلبيا لواقع جامد بل هو تفاعل دينامي خلاق بين هذه المكونات جميعهما.

( ربيع ،2000: 42)

ولهذا نرى في نظر فرويد أن الإنسان السليم نفسيا هو الإنسان الذي يملك الأنا لديه قدرتها الكاملة على التنظيم والإنجاز ، ويمتلك من مدخلا لجميع أجزاء " الهو " ويستطيع ممارسة

تأثيره عليه ولا يوجد هناك عداء طبيعي بين الأنا والهو ،

أنهما ينتميان لبعضهما البعض ولا يمكن فصلهما عن بعضهما في حالة الصحة .

( سامر جميل رضوان ، 2007)

**2 –النظرية السلوكية** :من روادها ثروندايك ، وطسون ، بافلوف ، وسكينر ، ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من البيئة و إن عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود الدافع والمثير والإستجابة ، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير

حدثت الإستجابة ( السلوك ) ولكي يقوم الربط بين المثير والإستجابة لابد من التعزيز ، أما إذا تكررت الإستجابة دون تعزيز كان عاملا على أضعاف الرابطة بين المثير والإستجابة ، أضعاف التعلم ، وتقرر هذه المدرسة

أن الناس يقومون بسلوك معين للأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة للتعزيز .

حنان عبد الحميد، ولهذا تعرف المدرسة السلوكية الصحة النفسية " بأن يأتي الفرد السلوك المناسب في كل موقف حسب ما تحدده الثقافة والبيئة التي يعيش في كنفها " ، فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد النفسية محك إجتماعي ، فالسلوكية تعتبر البيئة المنزلة الأولى و تعتبرها من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية.

(عبد الغفار ، 2001 : 33و46 )

**3 –الإتجاه الإنساني** :ومن أشهر رواده كارل روجرز وأبراهام ماسلو . والصحة النفسية كما يراها ماسلو هي" تحقيق الذات ويذهب ماسلو إلى أن صاحب الشخصية السوية يتميز بخصائص معينة بالقياس إلى غير السوي ويعتقد أنه إذا إقتصرت دراسة الأخصائيين النفسانيين على العجزة العصابيين ومتخلف النمو فإنهم بالضرورة سيقدمون علما عاجزا ولكن يمكن نمو علم الإنسان أكثر إكتمالا وموولا و يصبح حتما على علماء النفس دراسة الذين حققوا إمكاناتهم الى أقصى مداها ، حيث قام ماسلو بدراسة مجموعة من الأشخاص

حققوا ذواتهم ، فقد إختار الطريقة المباشرة فدرس أصحاء من الناس الذين تتجلى وحدة شخصياتهم وكليتها بوضوح أكثر بوصفهم أشخاصا حققوا ذواتهم .

(أبو نجيلة ، وأبو إسحاق ، 1997: 23 – 25 )

**4 –المدرسة الوجودية** :كير كجارد ، فيكتور فرانكل وغيرهم ، حيث يرى فرانكل أن ما يحتاج إليه الإنسان حقيقة ليس هو إستعادة الإتزان بل ما يسميه بالديناميات الراقية أي ذلك النو من التوتر الملائم الذي يحتفظ بالفرد موجها بثبات نحو تحقيق قيم محددة ، نحو إقرار معنى لوجوده الشخصي ، وهذا أيضا ما يضمن ويحفظ صحته النفسية إذ أن الهروب من أي موقف ضاغط سوف يؤدي إلى وقوعه في الفراغ الوجودي . ويرى الوجوديون الصحة النفسية في خلق حالة من الإتزان بين الأشكال الثلاثة للوجود : الوجود المحيط بالفرد ، والوجود الخاص بالفرد ، والوجود المشارك في العام للان العصابي طبقا ل " مي " هو المنشغل بالوجود المحيط به بشكل مفرط ومهمل في الوقت نفسه لوجوده الخاص بشكل مفرط ، ويرى " ماورو ساز " أن هناك علاقة وثيقة بين الصحة النفسية والعيش في سبل التزامات أخلاقية ، كما تبدو على الشخصية السليمة شجاعة الوجود ويعني هذا التعبير أن يعرف الشخص مشاعره ومعتقداته وأن يبديها ويتحمل النتائج التي تترتب على مثل هذه .

( سعيد جاسم ، عطاري محمد2014 : 39 )

**العوامل النفسية المرتبطة بداء السكري:**

**1–مرض السكري و الاكتئاب:**

يعد الإكتئاب من إضطرابات الوجدانية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة و مرضى السكري بصفة خاصة و قد أظهرت الأبحاث أن مرضى السكري يزيد من خطر الإكتئاب اذ تشير تقارير بأن الأفراد الذين يعانون من مرض السكري تتضاعف لديهم أيضا مخاطر الإصابة با لإكتئاب مقارنة مع أولئك الذين ليس لديهم مرض السكري و بالمثل فإن أي شخص يعاني من الإكتئاب يواجه زيادة قدرها ( % 60 ) من

مخاطر السكر من نوع (2 ) و يسبق مرض السكري إضطراب الإكتئاب و يتفاعل معه في كثير من الحالات و عند تشخيص مرض السكري من نوع (2 ) يلاحظ درجة مرتفعة من الإكتئاب حيث يتناول أصحابه الأدوية المضادة للإكتئاب

**2- مرض السكري والضغوط النفسية:**

أجريت دراسات عديدة حول علاقة الضغوط بمرض السكري حيث نظر إليها البعض أنها سبب المرض و لهذا أشارت الدراسات إلى أن مرضى السكري يجب أن يبتعدوا عن الإنفعالات و الضغوطات النفسية لتأثيرها السلبي على صحتهم وكذلك يجب على مريض السكري أن يتعايش مع وضعه الصحي و العائلي و الاجتماعي

(anderson, 2000 8)

**3-مرض السكري و قوة الأنا:**

تعتبر قوة الأنا أو الذات سمة من سمات الشخصية ومن العوامل النفسية التي تؤثر في سلوك الأفراد والتصور وقد قام العديد من الباحثين ;

الجسمي يعتبر شرطا ضروريا لتشكل الانا الحديدي منى بإجراء إختبارات نفسية على مرضى السكري و منها دراسة في جامعة كولومبيا حيث وصفت بعض الملامح النفسية التي يمتاز بها مريض السكري و منها الإستسلام اليأس و أحاسيس شديدة و شعور بعدم الإستقرار و مشاعر وهمية من التعاسة و الظلم علاقات غير جديدة مع الآخرين و خاصة الأهل كثرة النقد و الشكوى و إثارة العلاقات الداهري و العبيدي

**4-مرض السكري و التوافق النفسي:**

عندما يكون الشخص في حالة من اليأس والضغوط النفسية والأحاسيس المختلفة فمن المتوقع أن يعاني من صعوبة في التعامل مع تلك المواقف المتعددة ويمكن تشخيص الحالة

بإضطراب التوافق وهذا ما يعبر عن نفسه في تدهور إدارة السلوك والإضطرابات السلوكية وأعراض الإكتئاب و القلق

(رياض خالد العاسمي2016 ; 593 )

وبالرغم من طبيعة مرض السكري وتغيراته إلا أن ردود أفعال المرضى وإستجاباتهم للمرض تختلف من شخ لآخر وتتباين درجة التوافق لدى مرضى السكري من بداية تشخيص المرض والدخول بالمرض وأعراضه ومضاعفاته و ذلك يرجع لعدة عوامل تؤثر في مستوى توافق المريض و من تلك العوامل التوافق الشخصي للمريض و قدرتة الذاتية في التعامل مع المرض و طبيعة المرض و عوامل أخرى مثل المساندة الإجتماعية و المعايير الإجتماعية والمعتقدات السائدة عن مرض السكريم.

**خلاصة الفصل :**

مما سبق عرضه يمكن القول بأن الصحة النفسية في أبسط معانيها هي حالة من التوافق العام الذي يحققه الفرد على الصعيد الشخصي والإجتماعي أي مع الآخرين والرضا على الحياة وما حققه فيها من أهداف والقدرة على مواجهة متطلباتها .كما أن مفهوم الصحة النفسية يبقى نسبي بالدرجة الأولى فهو يختلف بإختلاف المجتمعات والثقافات، ويختلف داخل المجتمع الواحد، ولهذا فالصحة النفسية هي إحدى متع الحياة على عكس المرض الذي يعتبر من عوامل شقاء الحياة وقسوتها

# الفصل الرابع:
# مرض السكري

**تمهيد:**

يعد داء السكر من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا في العالم إذ يقدر عدد المصابين به 366 مليون شخص ويتوقع أن يصل عدد المصابين به إلى 522 مليون شخص بحلول عام 2030، إن الأسباب المباشرة لحدوث المرض لازالت مجهولة إلا إن هنالك عوامل عدة تساعد على ظهور الحالة المرضية منها إختلال في التوازن الهرموني ، السمنة، خلل في المناعة الذاتية Autommunity، العامل الوراثي ، وللعامل الوراثي أهمية في إنتقال داء السكر في العائلة الواحدة ، ويصاحب الإصابة بهذا المرض العديد من المضاعفات التي تتمثل بحالات الفشل الكلوي وحالات بتر الأطراف والإصابة بالعمى.

إن مرضى السكري يكونوا معرضين إلى زيادة في فرط الأكسدة Oxidative Stress ، حيث لوحظ بأن إرتفاع سكر الغلوكوز المزمن يعتبر أحد المسببات الرئيسية في إنتاج الجذور الحرة، وذلك بسبب قدرة الغلوكوز على التأكسد الذاتي لتحرير أنواع مختلفة من جذر الأوكسجين الحر كجذر السوبر أوكسيد وجذر الهيدروكسيل وجذر أوكسيد النتريك، والتي تقوم بإتلاف الجزيئات الحيوية المختلفة في الأنسجة ، وكذلك يحصل تسكير غير إنزيمي للهيموغلوبين الذي يعد تفاعل كيمائي تلقائي يحدث بين الغلوكوز ومجموعات الأمين في الحامض الآميني الفالين، مما يؤدي إلى تكون قواعد شف ومركبات Amadori الأكثر إستقرارا .

**1-لمحة تاريخية عن داء السكري:**

مرض السكري معروف منذ القدم، حيث لاحظ الطبيب الإغريقي " إريتاوس" في أوائل سنة 200قبل الميلاد أن بعض المرضى تظهر عليهم أعراض كثرة التبول والعطش الشديد ، وقد سمى هذه الظاهرة " البول" أو " الديابيتس" ، وهي كلمة لاتينية تعني الذهاب إلى كرسي الحمام أو كثرة التبول ، وفي سنة 1675م أضاف العالم

" توماس ويليس" كلمة " ملليتوس" وتعني باللاتينية الحلو كالعسل بعد ملاحظة أن دم وبول مرضى السكر له مذاق حلو ، فأصبحت تسمية هذا المرض " ديابيتس ملليتوس" أو مرض السكر ، إلا أن هناك أيضا حالة نادرة تسمى " ديابيتس انسيبيدوس" لا يكون مذاق البول فيه حلوا ، وتنتج هذه الحالة بسبب قصور في وظائف الكلى أو الغدة النخامية.

وقد إكتشف العالمان " جوزيف فون ميرينج" و" أوسكار مينكوسكي " سنة 1889م دور البنكرياس في مرض السكري ، عندما أزالوا بنكرياس بشكل تام من الكلاب حيث ظهرت عليهم علانلات وأعراض السكري ، وأدى ذلك إلى وفاتهم بعد فترة وجيزة.

وفي سنة 1910م إكتشف العالم " سير ادوارد شاربي " أن المرضى المصابين بالسكري يعانون في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس وسماها الأنسولين ، وكلمة انسولين مشتقة من كلمة لاتينية تعرف بإسم انسولا ، وتعني جزيرة وترجع إلى كلمة جزر لانجرهانس في البنكرياس ، والتي تنتج الأنسولين . وقد تمكن العالم " باتينج" وزملائه من جامعة " تورنتو" الكندية في أواخر سنة 1920م من فصل هرمون الأنسولين لأول مرة من بنكرياس البقر ، وهذا أدى إلى توفر حقن الأنسولين والتي تستخدم لأول مرة على مرضى السكري سنة 1922.

**2- التعريف العلمي لمرض السكري :**

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

بالسمنة ، ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الانسولين ، ويطلق على هذه الحالة " مقاومة الانسولين" .

وفي كلتا الحالتين يكون الغلوكوز غير قادر على دخول الخلايا، مما يؤدي إلى تراكمه في الدم وإمكانية ظهوره في البول ، وبرور الوقت ومع إزدياد تراكم السكر في الدم بدلا من دخوله خلايا الجسم ، قد يؤدي إلى مضاعفات مزمنة على بعض أجزاء الجسم كالأوعية الدموية الدقيقة في شبكية العين ، وحويصلات الكلى ، وتلك التي تغذي الأعصاب[1].

**3- المراحل العمرية التي تتم فيها الإصابة بالسكري:**

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

**4- أنواع مرض السكري :**

**4-1- النوع الأول :**

ويسمى بمرض السكري رقم 01 ، وقديما كان يسمى هذا النوع بالسكر المعتمد على الانسولين ( IDDM) ، ويقصد به مرضى السكري الذين يعتمدون على الأنسولين في علاجهم ، وكان هذا النوع يسمى كذلك ب " سكر الصغار" لأنه عادة ما تظهر أعراضه في سن الخانسة عشر ، ولكن هذه التسمية ألغيت لن هذا النوع الأول من السكر يصيب الشباب والمسنين على حد سواء . وهذا النوع في الغالب يصيب الأطفال والبالغين القل

[1]- Atkinson MA .and Eisenbarth GS **: type 1 diabetes** :new prospective on disease pathogenesis and treatment Lancent 2001 ; p :21-29

من ثلاثين سنة ، وذروة بدء النمط الأول بين عمر 11 و13 سنة ، لكنه قد يبدأ في أية فئة عمرية بما فيها الشيخوخة .

**4-2- النوع الثاني :**

ويسمي بمرض السكر رقم " 2" ، وقديما كان يسمى بالسكر الذي لا يعتمد على الأنسولين (NIDDM) ويقصد به مرضى السكر الذين لا يعتمدون على الأنسولين في علاجهم ، وكان يسمي كذلك " سكر الكبار " لأنه عادة ما يبدأ بعد سن الأربعين ، وأعراض هذا المرض تظهر بشكل تدريجي ، وإحتمالات حدوث الغيبوبة السكرية والمضاعفات أقل من النوع الأول ، وغالبا ما يتم إكتشاف هذا النوع من السكر عن طريق الصدفة عند إجراء التحاليل الطبية الروتينية ، وفي هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين ولكنها قد تكون غير كافية أو أن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين بسبب نقص مستقبلات الأنسولين ، أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين وتنافسه على الوصول إليها مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم ، وفي هؤلاء المرضى تلعب الوراثة والسمنة دورا هاما في حدوث المرض فمعظم المرضى يتصفون بالسمنة وخاصة الأشخاص الذين لديهم زيادة في الوزن حول منطقة وسط البطن(شكل التفاحة ) ، فهؤلاء أكثر عرضة للإصابة بالنوع الثاني من السكر فالبدانة تجهد البنكرياس ويتضح دور السمنة في الإصابة بمرض السكر من النوع الثاني في ملاحظة انخفاض معدل الإصابة بالسكر أثناء الحرب العالمية الثانية بسبب المجاعات وقلة الأغذية بينما عادت إلى الارتفاع بعد الحرب نظرا لوفرة الغذاء وهذا لا يعنى بالطبع إن كل إنسان سمين سوف يصاب حتما بمرض السكر و إنما هناك علاقة وطيدة بين السمنة ومرض السكر من النوع الثاني .

وغالبا ما يكفي تنظيم الغذاء بالتقليل من إستهلاك المواد السكرية وإنقاص الوزن والرياضة لعلاج هذا النوع من السكر حيث يعود مستوى الأنسولين للمعدل الطبيعي بعد تخفيض الوزن .[1]

وقد يكون الشخص مصابا بالسكر من النوع الثاني لعدة سنوات قبل التشخيص دون ملاحظة ذلك من قبل المريض بسبب أن الأعراض عادة تكون خفيفة في البداية ، ولكن المضاعفات الخطيرة يمكن أن تحدث بسبب عدم ملاحظة الإصابة بهذا النوع من السكر بعد عدة سنوات ، والتي تشمل الفشل الكلوي و أمراض الأوعية الدموية ( بما فيها أمراض الأوعية التاجية ) .

وهذا النوع يمثل الأغلبية ( 90%) من مرضى السكر ، وهو بعكس النوع الأول ليس له علاقة بالجهاز المناعي للجسم ، وقد لا يعتمد على الأنسولين ، والمرض المصاب بهذا النوع من السكر يستجيب في الغالب للأقراص الحافظة للسكر[2].

**4- 2- 1 - أسباب حدوث النوع الثاني:**

**1- السمنة :**

لقد أظهرت دراسة عملت في عام 2001 م على ما يقارب من 000. 85 ممرضة ، أن السمنة كانت السبب الرئيسي والأول لخطر الإصابة بالنوع الثاني من السكر ، كما أوضحت دراسة حديثة أن إنقاص الوزن بما يعادل

5% فقط قد يكون كاف لمنع حدوث مرض السكر من النوع الثاني عند الأشخاص البدينين الذين يعانون من إختلال في تحمل الجلوكوز ، وتشير التقديرات 80- 95 % من الزيادة الحالية في مرض السكر من النوع الثاني هي سبب السمنة وزيادة الدهون في منطقة البطن حيث أن زيادة الدهون قد تلعب دورا مهما في مقاومة الأنسولين ، ولكن

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

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

أيضا طريقة توزيع الدهون فغي الجسم أيضا مهمة ، فزيادة الوزن حول البطن والجزء العلوي من الجسم ( شكل التفاحة ) له علاقة بمقاومة الأنسولين ، وحدوث مرض السكر ومرض القلب وزيادة ضغط الدم والجلطة الدماغية وزيادة معدلات الكوليسترول غير الصحي .[1]

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

**2- التاريخ العائلي :**

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

**3- إختلاف السلالات أو الأجناس :**

إن خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكر ، وكذلك شدة مضاعفات مرض السكر يختلف بين سلالات البشر المختلفة وقد يكون للوراثة والعوامل الإقتصادية والإجتماعية دورا مهما في الإختلاف بين سلالات البشر .

وقد بينت دراسة أمريكية أن الرجال الأمريكيين من أصل إفريقي أكثر عرضة للإصابة بالنوع الثاني من السكر بما يعادل مرة ونصف ، والنساء الأمريكيات من أصل أفريقي أكثر عرضة لخطر الإصابة بما يعادل مرتين مقارنة بالأمريكيين من أصل أبيض وقد يعزى ذلك إلى زيادة معدلات إرتفاع ضغط الدم والتدخين ،وكذلك قلة العناية الطبية لدى

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

السود ، وقد تلعب الوراثة أيضا دورا مهما في ذلك وعلى سبيل المثال فقد بينت بعض الأبحاث أن الأمريكيين من أصل أفريقي لديهم خلل في إفراز الأنسولين ليس له علاقة بالتغذية أو العوامل الأخرى .

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

**4- نقص الوزن عند الولادة :**

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

**6 -مضاعفات مرض السكر على أجهزة وأعضاء الجسم المختلفة:**

تشير الدراسات أن خطر الوفاة أكبر في مرضى السكر بغض النظر عن الجنس والعمر والحالة الإجتماعية ، وقد بينت تلك الدراسات أن السبب الرئيسي للوفاة هو مرض القلب عند مريض السكر ، ولا شك أن الدراسات تسبب قلقا بالغا نظرا للإزدياد المطرد في معدلات الإصابة بمرض السكر ، وخاصة النوع الثاني ومن المضاعفات الأخرى لمرض السكر : اعتلال الأوعية الدموية الصغيرة والكبيرة ، والأعصاب والتي تؤدي إلى حدوث مضاعفات لكثير من الأعضاء مثل : العين والكلى والقلب وقد أثبتت الدراسات أن التحكم في السكر الدم في مرضى السكر له أهمية كبيرة للتقليل من المضاعفات المصاحبة لمرض السكر .[1]

[1]- Brajendra,Kand Srivastava,A:Diabetes mellitus complication and therapeutics.Med Sci Monit,2006;12(7):RA130-147

وبالتالي فان تعليم المريض ومعرفته بمرض السكر له أهمية بالغة في التقليل من خطورة مضاعفات المرض .

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

**2. مزاولة مريض السكري للرياضة بشكل مستمر:**

للرياضة دور مهم في علاج مرض السكر حيث تؤدي إلى:

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

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

ويجب على مريض السكر تجنب مزاولة العنيفة مثل: المصارعة والكاراتيه، وخلاف ذلك وخاصة المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر خاصة بعد أخذ حقنة الأنسولين ،

ويفضل عند مزاولة النشاط الرياضي الإحتفاظ بقطعة من الحلوى لتجنب حدوث غيبوبة نقض السكر . [1]

**9- نصائح هامة لمرضى السكر :**

- يجب المحافظة على زيارة الطبيب المعالج بإستمرار للتأكد من التحكم بمستوى السكر في الدم بشكل جيد .
- المواظبة على أخذ أدوية السكر بإنتظام .
- مراعاة الإنتباه وممارسة القليل من الرياضة بإنتظام لأن الرياضة تساعد على تدفق الدم إلى شرايين السياقين والقدمين ، مما يقلل من حدوث مضاعفات السكر في القدمين .
- ضرورة التنسيق أو إنخفاض شديد في مستوى السكر في الدم
- أهمية قياس مستوى بصورة دورية وتسجيله والإحتفاظ بهذه السجلات لمراجعتها من قبل الطبيب المعالج .
- يجب إستخدام حقن الأنسولين أكثر من مرة لمنع التلوث والعدوى كما يجب إلقاء الإبرة وعاء مغلق لتجنب إصابة شخص أخر بإضرار .
- يجب عدم تغيير نوع دواء السكر الذي يستخدمه المريض بدون إستشارة الطبيب المعالج
- من الضروري معرفة التصرف في حالة حدوث زيادة أو ارتفاع مفاجئ في مستوى السكر
- إذا كان مريض السكر إجراء عملية جراحية فمن الضروري إبلاغ الطبيب بذلك .

الإمتناع عن تعاطي المشروبات الكحولية.

[1] ماريا كولازو كلافيل ، ترجمة مركز التعريب والبرمجة :**السيطرة على داء السكر** ، ط 1 ، الدار العربية للعلوم ، 2002 ، ص 96.

–يجب عدم إستخدام الأدوية الشعبية بدون إستشارة الطبيب المعالج حيث أن مضار جانبية كثيرة قد تؤدي بحياة المريض كما أن إدعاء بعض الأطباء الشعبيين بأن أدويتهم تشفي المريض نهائيا من مرض السكر غير صحيح .[1]

[1] - محمد بن سعد الحميد : مرجع سابق ، ص 96.

**خلاصـــة:**

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

# الفصل الخامس
# الدراسة المرتبطة

**- الدراسات السابقة :**

إن ما يزيد البحث مصداقية وإثراء في جميع النواحي هي الدراسات المشابهة و البحوث السابقة، حيث توجهنا إلى الطرق الصحيح كما تساعدنا في طريقة التخطيط ومناقشة النتائج، وهذا كونها إستعرضت المواضيع التي تناولت المشكلة بأبعادها المختلفة.

ومن هذه الدراسات التي تقل في هذا المجال نجد:

**1 - الدراسات الأجنبية:**

**أ – دراسة " أويانج Ouyang 2001»:**

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر الرياضة مع العلاج المعرفي على الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة الصينية الذين يعانون من مستوى الاكتئاب، وقد خلصت النتائج إلى أن المجموعة التي عولجت بالتمرينات الرياضية والعلاج المعرفي حققت مستويات اكتئاب أقل من مستوى الإكتئاب مقارنة بالمجموعات الأخرى.

**ب- دراسة** " ستابر و أوتو stuber et otto" :

وأجريا بحثهما على عينة قوامها 434 طالبا من أربعة جامعات كورية أ وأن أفراد عينة الدراسة لهم درجات خفيفة من الإكتئاب بصفة عامة، ولدى تطبيق قائمة ' بيك' للإكتئاب على 79 من طلبة أحد كليات المجتمع خلال فصلين دراسيين، توصلا إلى أن 43% منهم يعنون من درجات متفاوتة من الإكتئاب خلال الفصل الدراسي الأول، في حين أن النسبة إنخفضت إلى 31% خلال الفصل الثاني.

**ج - دراسة** 'بوجيانو وباريت **Bogiano et Baritt'** :

حيث قاما هؤلاء الباحثان بالمقارنة بين مستوى الإكتئاب لدى فئة الذكور والإناث، وتوصلا إلى أنه هناك فروق بينهما، حيث أن الإناث لديهم أعراض الاكتئاب أكثر مما لدى الذكور.

**2- الدراسات العربية:**

**أ- دراسة اليحفوفي (2003):**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى إنتشار الإكتئاب بين طلاب الجامعة وعلاقته ببعض المتغيرات الإجتماعية والديموغرافية ، كالدين والجنس ، والطبقة الإجتماعية ، ونوع الجامعة ، حيث تألفت العينة من 610 طالبا وطالبة من الجامعتين اللبنانية والأمريكية في بيروت ، وينتمي الطلاب إلى مختلف المذاهب الدينية والطبقات الإجتماعية و المناطق الجغرافية .وأشارت النتائج إلى وجود درجات معتدلة للإكتئاب تبعا لمقياس "بيك" للإكتئاب في عينة الدراسة ، في حين ظهرت فروق تبعا للديانة ، كما تبين أن أبناء الطبقة الإجتماعية الفقيرة أكثر إكتئابا من الطبقة الوسطى ، تليها الطبقة العليا .

**ب – دراسة** " المشعان 1995»:

وقام بدراسة الفروق في الإكتئاب بين المراهقين والشباب الكويتيين، وتكونت عينة الدراسة من 39 طالبا وطالبة من مدراس وجامعات الكويت، وتم إستخدام قائمة " بيك" للإكتئاب. وتوصلت **النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين والشباب، حيث أن الإناث أكثر إكتئابا من الذكور، والشباب أكثر اكتئابا من المراهقين.**

**3- الدراسات الجزائرية:**

**أ–دراسة** " بن بيعود فراح عزيزة 2009/208»:

بعنوان:" علاقة ممارسة النشاط الرياضي بمستوى الاكتئاب لدى طلبة الطور النهائي ".

وإستخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وتكون مجتمع الدراسة من تلاميذ وتلميذات ثانويات ولاية المدية، كما استعملت الباحثة قائمة " بيك" للاكتئاب. وتوصلت الباحثة إلى أن 35% من مجمل أفراد الدراسة لا يعانون من الأعراض الإكتئابية، وأن 65% من افراد العينة لديهم أعراض اكتئابية تتدرج ما بين المتوسط والبسيط والشديد

- **التعليق على الدراسات وتوظيفها:**

هـي دراسـات مـن الدراسـات القريبـة مـن موضـوعنا نظـرا لأنهـا تتعلـق بمسـتوى الاكتئـاب، وأغلبيـة هـذه الدراسـات اعتمـدت علـى مقيـاس " بيـك" للاكتئـاب، إلا أننـا نحـن استخدمنا مقياس "" حسن إبراهيم حسن المحمداوي" في دراستنا. وهذه الدراسات تطرقت إلى قياس مستوى الاكتئاب، إلا أنها لم تتطرق إلى الحلول أو السبل الممكنة للتخفيف من هذه الظاهرة، بينما نحن سنحاول ايجاد السبل الكفيلة للتخفيف من الاكتئاب النفسي عن طريق ممارسة النشاطات البدنية والرياضية.

# الفصل السادس

# الدراسة التطبيقية

**تمهيد:**

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

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

## 1- المنهج المتبع:

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

وفيما يخص إختيار المنهج المتبع فذلك يعود إلى طبيعة المشكلة .ونظرا لطبيعة موضوعنا، الذي سنتطرق فيها إلى دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف وعلاقته بالصحة النفسية لمرضى السكري، ولأجل إستقصاء جوانب الظاهرة محل الدراسة وكشف العلاقة بين عناصرها، كان علينااإختيار المنهج الوصفي الذي يلائم طبيعة دراستنا. فالمنهج الوصفي هو أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة لأجل الحصول على نتائج علمية تم تفسيرها بطريقة موضوعية، وبما ينسجم فعليا مع المعطيات الفعلية للظاهرة. ولا يقتصر البحث الوصفي على جمع البيانات والحقائق وتصنيفها وتبويبها، بالإضافة إلى تحليلها الدقيق المعمق، بل يتضمن أيضا قدرا من التفسير، لذلك كثيرا ما يقترن الوصف بالمقارنة.

**2- الدراسة الإستطلاعية:**

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

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

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

- تحديد حجم المجتمع الأصلي للدراسة وخصائصه ومميزاته.
- التأكد من صلاحية أداة البحث "الإستبيان" المطبق في الدراسة وذلك من خلال التعرض للجوانب التالية:
- ملائمة الإستبيان المستخدم لمستوى العينة وخصائصها.
- المعرفة المسبقة لظروف إجراء الدراسة الميدانية الأساسية، وبالتالي تفادي الصعوبات والعراقيل التي من شأنها أن تواجهنا.

ولهذا الصدد قمنا بزيارة عينة بحثنا، حيث تم ذلك بعد سحب رخصة تسهيل المهمة من إدارة المعهد لزيارة مجتمع بحثنا والمتمثل في فئة مرضى الداء السكري بولاية الأغواط.

**3-متغيرات الدراسة:**

**3-1-المتغير المستقل:**

وهو العامل الذي يريد الباحث قياس مدى تأثيره في الظاهرة المدروسة وعامة ما يعرف بإسم المتغير أو العامل التجريبي، ويتمثل في دراستنا في النشاط البدني الرياضي المكيف.

**3-2-المتغير التابع:**

وهذا المتغير هو نتاج تأثير العامل المستقل في الظاهرة، ويتمثل في دراستنا هذه في الصحة النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني

وعادة يقوم الباحث بصياغة فرضيته محاولا إيجاد علاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، ولكي يتمكن الباحث من إختيار وجود هذه العلاقة أو عدم وجودها لابد له

من إستبعاد وضبط تأثير العوامل الأخرى على الظاهرة قيد الدراسة، لكي يتيح المجال للعامل المستقل وحده التأثير على المتغير التابع[1].

## 4-مجتمع وعينة الدراسة:

نعني بمجتمع الدراسة جميع مفردات الظاهرة التي يقوم بدراستها الباحث. ويمثل مجتمع الدراسة في بحثنا هذا في مرضى الداء السكري بالأغواط.

فالباحث يواجه مشكلة تحديد نطاق العمل في بحثه أي إختيار مجتمع البحث والعينة ومن المعروف أن أحد أهداف البحث العلمي هو إمكانية إقامة تعميمات على الظاهرة موضوع الدراسة إلى غيرها من الظواهر، والذي يعتمد على درجة كفاية العينة المستخدمة في البحث.

فالعينة إذا هي ذلك الجزء من المجتمع، يتم إختيارها وفق قواعد وطرق علمية، بحيث تمثل المجتمع تمثيلا صحيحا. إن الهدف الأساسي من إختيار عينة هو الحصول على معلومات عن المجتمع الأصلي للبحث، وليس من السهل على الباحث أن يقوم بتطبيق بحثه على جميع أفراد المجتمع الأصلي· فالإختيار الجيد للعينة يجعل النتائج قابلة للتعميم على المجتمع الأصلي الذي أشتقت منه، وبمقدار تمثيل العينة للمجتمع تكون نتائجها صادقة بالنسبة له ولطريقة العينة مميزات كبيرة فهي توفر الوقت والجهد والمال، كما تيسر إستخدام مجموعة صغيرة من الباحثين المدربين، وتتيح للباحث فرصة جمع معلومات وافية ودقيقة تهيئ له إصدار أحكام أكثر تعمقا[2]

### 4-1-إختيار نوع العينة:

**العينة المقصودة:**

[1]* ذوقان عبيدات: مرجع سابق، ص. 18.

[2]- إخلاص محمد عبد الحفيظ ، مصطفى حسين باهي: المرجع نفسه، ص .129.

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

**4-2-عينة البحث:**

لقد إعتمدنا على العينة المقصودة، ويقدر حجم العينة الخاصة بفئة المصابين بداء السكري بـ 40 شخصا.

**5 – مجالات البحث:**

**أ- المجال المكاني:**

بعد الاطلاع على أهم المراجع، وكخطوة اولي في الدراسة الإستطلاعية الميدانية توجه الباحث الى مقر جمعية الرحمة للمصابين بداء السكري لولاية الأغواط وإجراء مقابلات شخصية مع القائمين عليه للتعرف أكثر على الحالات المتواجدة على مستوى الولاية وكذا مدى إهتمامهم بممارسة الأنشطة البدنية والرياضة، قمنا بحملات تحسيسية توعوية بعدة مراكز طبية بالولاية وهذا لسببين:

– السبب الأول هو توعية المصابين بداء السكري وخطورته والمضاعفات التي يمكن أن تترتب عن هذا المرض، وتحسسيهم بأهمية النشاط البدني ودوره الفعال في المحافظة على صحتهم وتحكمهم في هذا المرض.

– وكان السبب الثاني من الحملات هو الكشف عن عدد من المصابين بمرض بداء السكري من النوع الثاني الغير معتمدين على الانسولين، وإنتقائهم بصفتهم عينة الدراسة، وهذا بعد موافقتهم النشاط البدني الرياضي المكيف.

**ب-المجال الزماني:**

قمنا بإجراء البحث الميداني إنطلاقا من تحديدنا لموضوع البحث والمشكلة المراد دراستها، إذ تم ذلك إبتداءا من بداية شهر ديسمبر 2020، وذلك بعد الحصول على موافقة الإشراف من طرف الأستاذ المشرف وقبوله للخطة الأولية المرسومة للعمل، وقد تم تكوين

الإطار النظري للدراسة في حدود أواخر شهر أفريل 2021، أما فيما يخص الجانب التطبيقي، فقد تم الإنطلاق فيه 20 ماي 2021، وهذا بموافقة الأستاذ المشرف على الأداة المطبقة "مقياس **الصحة النفسية** "، والتأكد من صدق وثبات الأداة.

بعد إعادة جمع المقياس الموزع على العينة، قمنا بفرز النتائج ووضعها في جداول من أجل تحليلها وعرض نتائجها، إنتهاءا بمرحلة مناقشتها، وقد إمتدت المرحلة الأخيرة من بحثنا إلى غاية أواخر شهر جوان 2021.

**6-أدوات جمع البيانات:**

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

- تساعد على جمع المعلومات والحقائق المتعلقة بموضوع لبحث.
- تجعل الباحث يتقيد بموضوع بحثه وعدم الخروج عن أطره العريضة.

ومنه فأداة البحث هي الوسيلة الوحيدة التي يتمكن بواسطتها الباحث حل المشكلة وقد إستخدمنا في بحثنا مقياس **الصحة النفسية**، حيث هو وسيلة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق إعداد إستمارة يتم تعبئتها من قبل عينة ممثلة من أفراد، ويسمى الشخص الذي يقوم بإملاء الإستمارة بالمستجيب.

إن المقياس الذي طبقناه يتألف من عبارة، كان لزاما على المفحوص أن يقرأها بتمعن، وعلى المجيب أن يجيب على كل عبارة بوضع علامة (×) في الخانة الموجودة أمام كل عبارة التي يراها تنطبق عليه أو لا تنطبق.

وقد إعتمدنا في هذا البحث على مقياس" الصحة النفسية الذي يشمل عبارة صيغت في جمل تقريرية بما يحس ويشعر به المستجيب، موزعة على ستة (06) أبعاد، والتي من خلالها تم صياغة الفرضيات الجزئية المذكورة سابقا وتتمثل هذه الأبعاد في:

- الحزن والتشاؤم
- مستوى الشعور بالذنب وعدم الرضا
- الميول الإنتحارية
- مستوى الإضطراب والطاقة النفسية
- التوهم بالمرض والشعور
- اللوم وعدم الرضا

**6-كيفية تطبيق وتصحيح أداة الدراسة:**

لقد تم تطبيق أداة البحث، أي مقياس الدراسة بشكل نهائي بعد إبراز خصائصه السيكومترية إذ قمنا في بداية التطبيق الميداني بالإتصال بأفراد العينة وهذا لشرح الهدف من دراستنا وقمنا بعدها بتوزيع الإستبيان على أفراد العينة وذلك بعد طلبنا منهم قراءة الإستبيان بتمعن قبل الإجابة عليها.

**6-1-إبراز الخصائص السيكو مترية لأداة الدراسة:**

لقد تم التأكد من ثبات وصدق مقياس الصحة النفسية

**6-1-1-الثبات:**

يعتبر ثبات الإختبار صفة أساسية يجب أن يتمتع بها الإختبار الجيد، إذ يعرفه مقدم عبد الحفيظ 1993 بأنه مدى الدقة والإتساق، وإستقرار النتائج عند تطبيق أدوات جمع المعلومات على عينة من الإفراد في مناسبتين مختلفتين.

– أما في الدراسة الحالية فقد أعيد حساب ثبات الإستبيان والمطبق في بحثنا للتأكد من سلامته وملائمته لموضوع دراستنا

**الجدول رقم (04) يبين معامل ثبات مقياس " " الصحة النفسية**

| | معامل الثبات α كرومباخ | مستوى الدلالة |
|---|---|---|
| مقياس " " **الصحة النفسية** | 0.95 | 0.05 |

## 7-الأساليب الإحصائية المستعملة:

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

### 7-1-الإحصاء الوصفي:

### 7-1-1-المتوسط الحسابي:

يعتبر المتوسط الحسابي أبسط أنواع مقاييس النزعة المركزية المتداولة على وجه العموم وذلك لسهولة حسابه وفهم معناه[1]، ويمكن إستخدام القانون بالصورة التالية:

x: المتوسط الحسابي

$\Sigma$ مجموع القيم

Ni : تكرارات الفئة

[1]- إ خلاص محمد عبد الحفيظ ، مصطفى حسين باهي: المرجع نفسه ، ص . 254.

xi :مركز فئة ( أي ناتج جمع الحد الأعلى من الحد الأدنى للفئة ثم القسمة على إثنين )

N: المجموع الكلي لتكرارات الفئات كلها أي مجموع عدد المفردات .

**7-1-2-الإنحراف المعياري:**

الإنحراف المعياري هو الجذر التربيعي لمتوسط مجموع مربعات إنحرافات القيم عن وسطها الحسابي ويعتبر الإنحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت وأكثرها إستعمالا في علم الإحصاء[1]، ويمكن إستخدام القانون بالصورة التالية:

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

**7-1-3-النسب المئوية:**

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

**7-2-الإحصاء الإستدلالي:**

**7-2-1- الإختبار التائي (ت):**

ويستخدم هذا الأسلوب، في حساب دلالة الفروق ما بين متوسطي العينتين ويمكن إستخدامه وفق المعادلة التالية:

$$T = \frac{\bar{\chi}1 - \bar{\chi}2}{\sqrt{\frac{(n1-1)S^2 1 + (n2-1)S^2 2}{n1+n2-2} \times \left(\frac{1}{n1} + \frac{1}{n2}\right)}}$$

**7-2-2-معامل الثبات: (α كرومباخ)**

تم إستعمال معامل الإرتباط لقياس الثبات لمختلف الأبعاد في المقياسين (العبارات الزوجية والعبارات الفردية). ويمكن إستخدام القانون بالصورة التالية:

[1]- إخلاص محمد عبد الحفيظ ، مصطفى حسين باهي : المرجع نفسه ، ص . 293.

$$\alpha = 2R / R + 1$$

R : معامل الارتباط . $\alpha$: معامل الثبات .

- **عرض وتحليل نتائج البحث:**

**1*عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:**

**الجدول رقم (01) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الحزن والتشاؤم لدى المصابين بداء السكري**

| | أبعاد الصحة النفسية | بعد الحزن والتشاؤم |
|---|---|---|
| غير الممارسين | $X_1$ | 10.70 |
| | $S_1$ | 2.65 |
| الممارسين | $X_2$ | 9.15 |
| | $S_2$ | 2.32 |
| إختبار T | T المحسوبة | 2.96 |
| | T المجدولة | 2.04 |
| درجة الحرية | | 38 |
| مستوى الدلالة | | 0.05 |
| الدلالة | | دال إحصائيا |

**مناقشة نتائج الجدول رقم (01):**

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعد **الحزن والتشاؤم** للمرضى غير الممارسين يساوي 10.70، بينما الانحراف المعياري يساوي 2.65.

بينما نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 9.15، بينما الانحراف المعياري يساوي 2.32.

ووجدنا أن :T المحسوبة = 2.96 < T المجدولة = 2.04 . مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين لبعد **الحزن والتشاؤم**.

**الإستنتاج الجزئي الأول:**

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة ببعد **الحزن والتشاؤم** وعلى ضوء الإجابات التي أفضى بها المستجوبون. نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كانوا يشعرون بالحزن والكأبة طوال اليوم، الأمر الذي يعكس إرتباط هذه الفئة بالحزن والتشاؤم بشكل متواصل، مما نستنتج إكتساب هذه الفئة لقدر كبير من الحزن والتشاؤم. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف نجد أن أغلبيتهم لا يشعرون بالحزن والكأبة طوال اليوم، ذلك يعد من الدلالات القوية التي تترجم تمتع هذه الفئة بقدر كبير من التفاؤل. ومن وكذا نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كان ينتابهم الحزن عند التفكير بالمستقبل، مما نستنتج أن هذه الفئة يطغى عليها التشاؤم من المستقبل ولا أمل في الحياة. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا ينتابهم الحزن عند التفكير بالمستقبل، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الأمل والتفاؤل. ونجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كانوا يشعرون بيأس دائم من الحياة، مما نستنتج أن هذه الفئة لا تتمتع بالأمل في الحياة بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا يشعرون باليأس من الحياة، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الأمل والتفاؤل. ومن خلال الجدول رقم (01) وجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يختص ببعد الحزن والتشاؤم، ومنه نستنتج أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من الحزن والتشاؤم لدى مرضى داء السكري.

وحسب الفرضية الأولى التي تنص على أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من الحزن والتشاؤم لدى مرضى داء السكري وبالتالي **فالفرضية الأولى محققة.**

**2*عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:**

**الجدول رقم (02) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الشعور بالذنب وعدم الرضا لدى المصابين بداء السكري**

| | أبعاد الصحة النفسية | بعد الشعور بالذنب وعدم الرضا |
|---|---|---|
| غير الممارسين | $X_1$ | 10.80 |
| | $S_1$ | 2.35 |
| الممارسين | $X_2$ | 8.65 |
| | $S_2$ | 2.32 |
| اختبار T | T المحسوبة | 2.90 |
| | T المجدولة | 2.04 |
| درجة الحرية | | 38 |
| مستوى الدلالة | | 0.05 |
| الدلالة | | دال إحصائيا |

**مناقشة نتائج الجدول رقم (3):**

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعد **الشعور بالذنب وعدم الرضا للمرضى** غير الممارسين يساوي 10.80بينما الانحراف المعياري يساوي 2.35. بينما

نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 8.65، بينما الانحراف المعياري يساوي 2.32. ووجدنا أن :T المحسوبة = 2.90 > T المجدولة = 2.04 . مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين لبعد الشعور **بالذنب وعدم الرضا**.

**الاستنتاج الجزئي الثاني:**

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة ببعد **الشعور بالذنب وعدم الرضا وعلى** ضوء الإجابات التي أفضى بها المستجوبون. نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف يراودهم كثيرا الشعور بالذنب الأمر الذي يجعلهم يحاسبون أنفسهم واللوم كثيرا على ما أصابهم، مما نستنتج اكتساب هذه الفئة لقدر كبير من الشعور بالذنب وعدم الرضا. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا يراودهم الشعور بالذنب، الأمر الذي يجعلهم يفكرون بإيجابية في كل ما يتعلق بهم، ذلك يعد من الدلالات القوية التي تترجم تمتع هذه الفئة بقدر كبير بعدم الشعور بالذنب. وكذا نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف غير راضين عن أنفسهم، مما نستنتج أن هذه الفئة يطغى عليها الشعور بعدم الرضا و اللوم المتواصل على أنفسهم. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم راضين عن أنفسهم، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الرضا عن النفس . ونجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف لا يهتمون بمخالطة الناس والأصدقاء، مما نستنتج أن هذه الفئة لا يتمتعون بالاندماج الاجتماعي ونجدهم أكثر انطوائية وانعزال على الآخرين. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم يهتمون بمخالطة الناس والأصدقاء، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الاندماج الاجتماعي حيث نجدهم أكثر تواصلا بغيرهم. ومن خلال الجدول رقم (02) وجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يختص ببعد **الشعور**

**بالذنب وعدم الرضا**، ومنه نستنتج أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من **الشعور بالذنب وعدم الرضا** لدى مرضى داء السكري. وحسب الفرضية الأولى التي تنص على أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من **الشعور بالذنب وعدم الرضا لدى** مرضى داء السكري، وبالتالي **فالفرضية الثانية محققة.**

**3*عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:**

**الجدول رقم (03) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الميول الانتحارية لدى المصابين بداء السكري**

| | أبعاد الصحة النفسية | بعد الميول الانتحارية |
|---|---|---|
| غير الممارسين | $X_1$ | 12.45 |
| | $S_1$ | 02.54 |
| الممارسين | $X_2$ | 9.40 |
| | $S_2$ | 1.46 |
| إختبار T | T المحسوبة | 4.56 |
| | T المجدولة | 2.04 |
| درجة الحرية | | 38 |
| مستوى الدلالة | | 0.05 |
| الدلالة | | دال إحصائيا |

**مناقشة نتائج الجدول رقم (03):**

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعد **الميول الإنتحارية** للمرضى غير الممارسين يساوي 12.45بينما الانحراف المعياري يساوي 2.54. بينما نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 9.40، بينما الانحراف المعياري يساوي 1.46 . ووجدنا أن :T المحسوبة = 4.56< T المجدولة = 2.04 . مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين لبعد **الميول الإنتحارية**

**الإستنتاج الجزئي الثالث:**

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة **ببعد الميول الإنتحارية** وعلى ضوء الإجابات التي أفضى بها المستجوبون. نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف لم يعد يهمهم أي شيء في هذه الحياة. مما نستنتج أن أغلبيتهم فقدوا الأمل في حياتهم بسبب المرض. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن يهتمون بالكثير من الأشياء في هذه الحياة، الأمر الذي يعكس بأن أغلبيتهم مازالوا يواصلون السعي للاستمتاع أكثر بحياتهم رغم المرض، ذلك يعد من الدلالات القوية التي تترجم تمتع هذه الفئة بقدر كبير. ونجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف أغلبيتهم لا يفكرون بإيذاء أنفسهم إلا أن نسبتهم أقل من المرضى الممارسين، مما نستنتج أن ممارسة النشاط البدني الرياضي تجنبهم التفكير بإيذاء النفس. وقد وجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يختص **ببعد الميول الانتحارية**، ومنه نستنتج أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من **الميول الانتحارية** لدى مرضى داء السكري. وحسب الفرضية الأولى التي تنص على

أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من **الميول الإنتحارية** لدى مرضى داء السكري وبالتالي **فالفرضية الثالثة محققة.**

**4*عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:**

**الجدول رقم (04) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الإضطراب والطاقة النفسية لدى المصابين بداء السكري**

| | أبعاد الصحة النفسية | بعد الاضطراب والطاقة النفسية |
|---|---|---|
| غير الممارسين | $X_1$ | 11.05 |
| | $S_1$ | 2.62 |
| الممارسين | $X_2$ | 8.40 |
| | $S_2$ | 1.18 |
| إختبار T | T المحسوبة | 4.11 |
| | T المجدولة | 2.04 |
| درجة الحرية | | 38 |
| مستوى الدلالة | | 0.05 |
| الدلالة | | دال إحصائيا |

**مناقشة نتائج الجدول رقم (40):**

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعد **الإضطراب والطاقة النفسية** للمرضى غير الممارسين يساوي 11.05بينما الانحراف المعياري يساوي 2.62 . بينما نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 8.40، بينما الانحراف المعياري يساوي 1.80. ووجدنا أن :T المحسوبة = 4.11< T المجدولة = 2.04 . مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين لبعد **الإضطراب والطاقة النفسية.**

**الإستنتاج الجزئي الرابع :**

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة ببعد **الإضطراب والطاقة النفسية وعلى** ضوء الإجابات التي أفضى بها المستجوبون. نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف دائما يعانون من النقص في التركيز، بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا يعانون من مشكل التركيز بشكل كبير . ذلك يعد من الدلالات القوية التي تترجم تمتع هذه الفئة بقدرة أكثر على التركيز. ونجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كان ينتابهم الرعب الزائد من أقل الأشياء، مما نستنتج أن هذه الفئة يطغى عليها الشعور بالخوف من أبسط الحوادث التي تصيبهم خاصة الجسدية منها. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا ينتابهم الخوف الزائد من أقل الأشياء، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الاطمئنان أكثر من غيرهم غير الممارسين. ووجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يختص بعد **الإضطراب والطاقة النفسية،** ومنه نستنتج أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من **الاضطراب والطاقة النفسية** لدى مرضى داء السكري.

وحسب الفرضية الرابعة التي تنص على أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من **الإضطراب والطاقة النفسية** لدى مرضى داء السكرين، وبالتالي **فالفرضية الرابعة محققة.**

**5*عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:**

**الجدول رقم (05) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد توهم المرض والشعور بالإجهاد لدى المصابين بداء السكري**

| | **أبعاد الصحة النفسية** | **بعد توهم المرض والشعور بالإجهاد** |
|---|---|---|
| غير الممارسين | $X_1$ | 12.75 |
| | $S_1$ | 2.73 |
| الممارسين | $X_2$ | 9.60 |
| | $S_2$ | 1.31 |
| إختبار T | T المحسوبة | 4.64 |
| | T المجدولة | 2.04 |
| درجة الحرية | | 38 |
| مستوى الدلالة | | 0.05 |
| الدلالة | | دال إحصائيا |

**مناقشة نتائج الجدول رقم (05):**

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعد **توهم المرض والشعور بالإجهاد** للمرضى غير الممارسين يساوي 12.75بينما الانحراف المعياري يساوي 2.73 . بينما نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 9.60، بينما الانحراف المعياري يساوي 1.31 . ووجدنا أن :T المحسوبة = 4.64 < T المجدولة = 2.04 . مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين لبعد **توهم المرض والشعور بالإجهاد.**

**الإستنتاج الجزئي الخامس:**

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة **ببعد توهم المرض والشعور بالإجهاد** وعلى ضوء الإجابات التي أفضى بها المستجوبون. نجد أن المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كان معظمهم يشعرون بتزايد الأمراض لديهم، مما يدل على أن هذه الفئة من المرضى دائمي التفكير فيما قد يصيبهم مستقبلا من أمراض أو مضاعفات المرض. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا يفكرون كثيرا في الأمر المتعلق بالأمراض التي قد تصيبهم نتيجة مضاعفات المرض، الأمر الذي يفرض وجود تفكير إيجابي فيما يخص حالتهم المرضية. ونجد أن معظم المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف يؤرقهم سماعهم عن الأمراض التي تصيب غيرهم ويشعرون بأنهم مصابون بها أو قد تصيبهم. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا يعطون الأهمية البالغة لما يسمعون عنه من أمراض أصابت فئتهم أو غيرهم، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة التعايش الطبيعي مع المرض. ونجد أن أغلب المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف كانوا يشعرون بإجهاد كبير لمجرد أدائهم أبسط الأعمال ، مما نستنتج أن هذه الفئة لا تفتقد للنشاط اليومي الضروري في للحياة . بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن معظمهم لا

يشعرون بالإجهاد أثناء تأديتهم للأعمال اليومية، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على تمتعهم بالقدر الكافي من النشاط. ومن خلال الجدول رقم (05) نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يختص ببعد **توهم المرض والشعور بالإجهاد**، ومنه نستنتج أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من الحزن والتشاؤم لدى مرضى داء السكري، وحسب الفرضية الخامسة التي تنص على أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من الحزن والتشاؤم لدى مرضى داء السكري، وبالتالي **فالفرضية الخامسة محققة.**

**6*عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:**

**الجدول رقم (06) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص بعد الشعور باللوم والفشل لدى المصابين بداء السكري**

| | أبعاد الصحة النفسية | بعد الشعور باللوم والفشل |
|---|---|---|
| غير الممارسين | $X_1$ | 14.50 |
| | $S_1$ | 2.87 |
| الممارسين | $X_2$ | 11.05 |
| | $S_2$ | 0.94 |
| إختبار T | T المحسوبة | 5.09 |
| | T المجدولة | 2.04 |
| درجة الحرية | | 38 |

| | | |
|---|---|---|
| مستوى الدلالة | | 0.05 |
| الدلالة | | دال إحصائيا |

**مناقشة نتائج الجدول رقم (06):**

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعد **الشعور باللوم الفشل** للمرضى غير الممارسين يساوي 14.50بينما الانحراف المعياري يساوي 2.87. بينما نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 11.05، بينما الانحراف المعياري يساوي 0.94. ووجدنا أن :T المحسوبة = 5.09 > T المجدولة = 2.04 . مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين لبعد **بعد الشعور باللوم الفشل**

**الإستنتاج الجزئي السادس:**

من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة الخاصة **ببعد الشعور باللوم الفشل** وعلى ضوء الإجابات التي أفضى بها المستجوبون. نجد أن جل المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف ينتابهم الشعور بالضيق والضجر، مما يوحي بوجود سمة الضجر والضيق بشكل دائم لديهم . بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا يشعرون بالضيق و الضجر، الأمر الذي يفرض وجود شعور أقل بالضيق والضجر عكس فئة المصابين بالداء السكري غير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيّف، ذلك يعد من الدلالات القوية التي تترجم تمتع هذه الفئة بقدر كبير من التفاؤل السرور ونجد أن أغلب المرضى غير الممارسين للنشاط البدني المكيف يشعرون بأنهم أسوأ حالا من الآخرين. بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على التمتع بسمة الأمل والتفاؤل. و نجد أن جل المرضى غير الممارسين للنشاط

البدني المكيف كانوا يشعرون باستياء دائم من أنفسهم، بينما المرضى الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن أغلبيتهم لا يشعرون بالاستياء من أنفسهم، وهذا يعد من أهم المؤشرات الدالة على تمتعهم بسمة الثقة بالنفس. ومن خلال الجدول رقم (06) وجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يختص ببعد **الشعور باللوم الفشل**، ومنه نستنتج أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من **الشعور باللوم الفشل لدى** مرضى داء السكري.

وحسب الفرضية السادسة التي تنص على أن ممارسة النشاط البدني المكيف تؤثر إيجابا في التقليل من **الشعور باللوم الفشل لدى** مرضى داء السكري وبالتالي **فالفرضية السادسة محققة.**

**7*عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:**

**الجدول رقم (07) يبين دلالة الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف فيما يخص مستوى الاكتئاب النفسي لدى المصابين بداء السكري**

| | أبعاد الصحة النفسية | بعد الاكتئاب النفسي |
|---|---|---|
| غير الممارسين | $X_1$ | 72.25 |
| | $S_1$ | 11.37 |
| الممارسين | $X_2$ | 56.30 |
| | $S_2$ | 7.53 |
| إختبار T | T المحسوبة | 5.22 |
| | T المجدولة | 2.04 |
| درجة الحرية | | 38 |

| | | |
|---|---|---|
| مستوى الدلالة | | 0.05 |
| الدلالة | | دال إحصائيا |

**مناقشة الجدول رقم (07):**

من خلال هذا الجدول وجدنا أن المتوسط الحسابي لبعد **الاكتئاب النفسي** للمرضى غير الممارسين يساوي 72.25بينما الانحراف المعياري يساوي 11.37. بينما نلاحظ للمرضى الممارسين أن المتوسط الحسابي يساوي 56.30، بينما الانحراف المعياري يساوي 7.53. ووجدنا أن :T المحسوبة = 5.22 > T المجدولة = 2.04 . مما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غير الممارسين والممارسين في مستوى الاكتئاب **النفسي** ومن خلال الجدول رقم (07) وجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المرضى غير الممارسين والمرضى الممارسين فيما يختص بمستوى الاكتئاب فالممارسين لهم مستوى الصحة النفسية أقل مقارنة بغير الممارسين ، إذن فممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف يحسن الصحة النفسية لدى مرضى داء السكري، ومنه الفرضية العامة **قد تحققت** .

**الإستنتاج العام:**

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

كما تبين لنا من خلال نتائج **الفرضية الثانية** وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين على مستوى بعد الشعور بالذنب وعدم الرضا حيث كانت النتيجة لصالح عينة الممارسين حيث ساهمت ممارسة الأنشطة البدنية والرياضة المكيفة وما لها من إيجابيات في مساعدة مريض السكري من تجنب الشعور بالذنب وعدم الرضا وهذا ما يؤكد **صحة الفرضية الثانية**

كما تبين لنا من خلال نتائج **الفرضية الثالثة** وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين على مستوى بعد الميول الإنتحارية حيث كانت النتيجة لصالح عينة الممارسين حيث ساهمت ممارسة الأنشطة البدنية والرياضة المكيفة وما لها من إيجابيات في مساعدة مريض السكري من تجنب التفكير في إيذاء نفسه وهذا ما يؤكد **صحة الفرضية الثالثة.**

أما ما يخص نتائج **الفرضية الرابعة** فقد دلت النتائج المتحصل عليها على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين على مستوى بعد الإضطرابات والطاقة النفسية وهذا لصالح الفئة الممارسة، وهذا ما يبين أن للممارسة الرياضية دورها الفعال في التقليل من الإضطرابات النفسية لدى مريض السكري وهذا يتجلى من خلال زيادة حجم العلاقات الإجتماعية وإستغلال الجانب الترويحي الناجم عن الممارسة وهذا ما يؤكد صحة **الفرضية الرابعة.**

كما تبين نتائج **الفرضية الخامسة** أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف وغير الممارسين وهذا على مستوى بعد توهم المرض والشعور بالإجهاد، وكانت النتيجة لصالح العينة الممارسة مما يوضح أن للممارسة الرياضية فوائد كونها علاجا بدنيا حيث ساهمت هذه الأخيرة في زيادة النشاط لمرضى السكري، وهذا ما يؤكد **صحة الفرضية الخامسة.**

أما فيما يخص **الفرضية السادسة** فهي توضح لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف و غير الممارسين و هذا على مستوى بعد الشعور باللوم والفشل و كانت النتيجة لصالح العينة الممارسة مما يؤكد مدى أهمية الممارسة الرياضية و ما لها من أثار إيجابية لمساعدة فئة مرضى السكري لتعزيز ثقتهم بأنفسهم ومحاولة إبراز ما لهم من خصائص و قدرات انطلاقا من ثقتهم بما لديهم وصولا إلى الاستغلال الإيجابي لها لتلبية متطلباتهم و حاجياتهم الشخصية و هذا ما يؤكد **صحة الفرضية السادسة** ومما سبق ذكره و بعد التحقق من صحة الفرضيات الجزئية المقترحة في بداية الدراسة نستطيع القول بأن الفرضية العامة والتي تنص على أنه: توجد علاقة إرتباطية بين ممارسة مرضى داء السكري للنشاط البدني و الرياضي المكيف و تحسين الصحة النفسية ومن خلال الجدول رقم (07) وجدنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المرضى غير الممارسين والمرضى الممارسين فيما يختص أبعاد الصحة النفسية فالممارسين لهم مستوى جيد للصحة النفسية أكثر مقارنة بغير الممارسين ، إذن فممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف يقلل من إضطرابات الصحة النفسية لدى مرضى داء السكري، ومنه الفرضية العامة **قد تحققت**

**الإقتراحات:**

إنطلاقا من النتائج المتحصل عليها في دراستنا والتي تبقى في حدود عينة البحث نأمل أن تكون الدراسة الحالية خطوة أولى لقيام دراسات مستقبلية بهدف التعرف على أثر النشاط البدني الرياضي المكيف على شخصية مريض داء السكري أو فئات أخرى من الأمراض المزمنة.

وفي الأخير نوفي ببعض الإقتراحات العلمية والعملية التي نرى بأنها بالغة الأهمية بالنسبة لرياضة أصحاب الأمراض المزمنة عامة ومرضى داء السكري بصفة محددة للتخفيف من عبئ المرض وثقله من جهة والإستفادة بما تستطيع هذه الشريحة تحقيقه إذا أحسنت تقديرها لذاتها.

– ضرورة توعية مرضى داء السكري بالإهتمام بالرياضة المناسبة لهم من طرف أجهزة الإعلام حتى يتم التحسيس بأهميتها، والتعريف بها في أوساط المجتمع.

– تكفل الجهات الوصية بتشجيع الممارسة الرياضية لمرضى داء السكري عن طريق الدعاية الإعلامية سواء المسموعة أو المقروءة أو المشاهدة، مع تنظيم دورات رياضية سنوية محلية أو جهوية أو وطنية، مع تدعيم وسائل الإعلام لها.

– التركيز على أهمية البرمجة المناسبة للرياضة المكيفة خاصة بمرضى داء السكري وإعطاء صورة واضحة حول تأثير النشاط البدني الرياضي المكيف على الصحة النفسية لديهم، حتى يتم التحسيس بالآثار الإيجابية الناجمة عن الممارسة.

– توعية الأسر بأصول المعاملة النفسية والتربوية للمصاب بداء السكري، والعمل على تنمية وجهة تقبل المرض عن طريق التعويض بالممارسة الرياضية المكيفة ومحاولة الرفع من درجة التقدير الإيجابي لمريض داء السكري.

– إبراز واقع الأنشطة الرياضية المكيفة الخاصة بفئة مرضى السكري، ومحاولة الوصول بهذه الأخيرة إلى درجة التقدير الإيجابي لأنفسهم طبقا لتصوراتهم الشخصية.

– الكشف عن أهمية التعويض بالممارسة الرياضية لفئة مرضى داء السكري ودور ذلك في تخطي بعض المشاكل التي يتركها المرض، واستغلال القدرات والإمكانات للرفع من درجة ثقة هذه الفئة في نفسها.

– الزيادة من عدد المراكز والجمعيات الخاصة بمرضى داء السكري بالشكل الذي يسمح بتوفير مركز واحد على الأقل في كل ولاية، وجمعية على مستوى كل بلدية.

– ضرورة دعم المراكز والمستشفيات والجمعيات التي تتعامل مع هذه الشريحة بأكبر عدد من المختصين في ميدان التربية الخاصة، وإعطائهم الأهمية والمكانة اللازمة حتى يتسنى لهم القيام بعملهم على أحسن وجه في توجيه هذه الفئة، والرفع من معنوياتهم والتقليل من معاناتهم.

– التنسيق بين مختلف المراكز والجمعيات الخاصة بفئة مرض داء السكري والجامعات بغرض القيام بدراسات حول المرض وعلاقتها بمتغيرات أخرى لشخصياتهم، أو في علاقتها باتجاهات الأسرة والمجتمع، والتكثيف من برامج الوقاية من كل التأثيرات السلبية للمرض على نفسية المريض بكل أشكاله

**خاتمة:**

في ختام هذه الدراسة والتي كان الهدف منها معرفة العلاقة بين ممارسة مرضى داء السكري للنشاط البدني الرياضي المكيف والصحة النفسية لديهم يمكننا القول بأن هناك علاقة إرتباطية بين الممارسة الرياضية المكيفة و الصحة النفسية ، فالممارسين لهم إضطرابات نفسية أقل مقارنة بغير الممارسين، وهذا ما أثبتته نتائج الدراسة الميدانية.

وإن إيماننا القوي بأهمية برمجة هذا النشاط لمرضى داء السكري، دفعنا إلى القيام بهذه الدراسة، ولما كان النشاط البدني والرياضي المكيف يشكل مدخلا تربويا تعليميا وترفيهيا للعاديين، فإنه من الأجدر أن يكون كذلك أو أكثر من ذلك بالنسبة لفئة مرضى داء السكري بصفة خاصة، فهي تشكل جزءا محوريا وجوهريا من حياتهم الحقيقية والتي تشعرهم بالتالي بإنسانيتهم وذواتهم ووجودهم. ووعيا منا بأهمية هذا النشاط لهذه الفئة مما تعانيه من معوقات إجتماعية وصحية قمنا بهذا البحث. وما هو إلا ثمرة جهد في حقل رعاية مرضى داء السكري ، والذي أبرزنا من خلاله مدى فاعلية النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من إضطرابات الصحة النفسية من خلال أهم أبعاده الستة التي إعتمدت في **مقياس الصحة النفسية** وهي : بعد الحزن والتشاؤم، بعد الشعور بالذنب وعدم الرضا، بعد الميول الإنتحارية، بعد الإضطرابات والطاقة النفسية بعد توهم المرض والشعور بالإجهاد، الشعور باللوم والفشل، حيث قمنا بإجراء دراسة مقارنة بين الممارسين وغير الممارسين لهذه الفئة ، لمعرفة مدى تأثير النشاط البدني الرياضي المكيف على الأبعاد السابقة الذكر، وخلصنا في النهاية إلى أنه توجد تأثيرات إيجابية لممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق تلك الأبعاد ، وبالتالي تحقيق التقليل من إضطرابات الصحة النفسية. وما يمكن الإشارة إليه في الأخير يجب الإهتمام بهاته الشريحة، وإعتبارها ثروة بشرية خلاقة، تستحق بذل المزيد من العناية والإهتمام في تعليمها وتدريبها، حتى يتسنى لها إمتلاك القدرة على النمو السليم

في كل النواحي، وشق طريقها في الحياة وتحقيقها ذاتها في هذا المجتمع في حدود قدراتها وإمكانياتها.

# قائمة المراجع:

**المراجع باللغة العربية:**


1. إبراهيم رحمة :**تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي**، دار الفكر للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى ، عمان ، 1998

2. إخلاص محمد عبد الحفيظ ، مصطفى حسين باهي: **طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائي**، مركز الكتاب للنشر، سنة 2000.

3. اسماعيل , عزت اسماعيل : **اكتئاب النفس أعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه** ، الكويت ، وكالة المطبوعات ، بدون السنه.

4. الحفني, عبد المنعم **موسوعة الطب النفسي**, القاهرة، مكتبة مدبولي، 1992.

5. السيد, صالح حزين: **إساءة معاملة الأطفال** (دراسة إكلينيكية)، مجلة الدراسات النفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين ،1993.

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

7. جلال اسعد: **في الصحة العقلية, الأمراض النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية**، القاهرة, دار الفكر العربي، 1986.

8. حزام محمد رضا القزوني : **التربية الترويحية** ، دار العربية للطباعة ، بغداد ، 1978.

9. حسن الساعاتي : **التطبيع والعمران** ، دار النهضة العربية، الطبعة الثالثة، بيروت 1980.

10. حلمي إبراهيم ، ليلى السيد فرحات : **التربية الرياضية والترويح للمعاقين** ، دار الفكر العربي ، ط 1 ، القاهرة ،1998 .

11. ذوقان عبيدات : **البحث العلمي : مفهومه ، أدواته ، أساليبه** ، دار الفكر ، عمان ، 1982 ،.

12. زهران, حامد عبد السلام :**الصحة النفسية والعلاج النفسي**،عالم الكتب، ط2. 1978،.

13. صلاح الدين شروخ : **منهجية البحث القانوني للجامعيين** ، دار العلوم ، الجزائر ، 2003.

**14.** عباس فيصل : **أساليب دراسة الشخصية (التكتيكات الإسقاطية)**، بيروت، دار الفكر العربي. ,1990 ، ص ،50.

15. عباس فيصل : **أساليب دراسة الشخصية (التكتيكات الإسقاطية)**، بيروت، دار الفكر العربي، 1990.

**16.** عبس ع الفتاح رملي , محمد إبراهيم شحاتة: **اللياقة والصحة**, دار الفكر العربي ,القاهرة , 1991 .

17. عزت اسماعيل : **إكتئاب النفس أعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه** ، الكويت ، وكالة المطبوعات ،بدون سنه.

**18.** عسكر, عبد الله: **الإكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص**, القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 1988.

**19.** عطيات محمد خطاب : **أوقات الفراغ والترويح** .

20. عفيفي,عبد الحكيم :**الإكتئاب والإنتحار**، القاهرة, الدار المصرية ،1989.

**21.** عكاشة أحمد:**الطب النفسي المعاصر** , القاهرة, مكتبة الانجلو المصرية ، 1998.

**22.** غريب,عبد الفتاح : **الإضطرابات الإكتئابية التشخيص وعوامل الخطر النظريات والقياس**،المجلة المصرية للدراسات النفسية , العدد56 المجلد السابع عشر، 2007 .

**23.** فاطمة عوض صابر ، ميرقت علي : **أسس ومبادئ البحث العلمي** ، الطبعة الأولى ، كلية التربية الرياضية ، جامعة الإسكندرية 2002 .

24. كمال درويش ، أمين الخولي : **أصول الترويح وأوقات الفراغ** ، دار الفكر العربي ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 1990 .

25. كمال درويش ، محمد الحماحمي : **رؤية عصرية للترويح وأوقات الفراغ** ، مركز الكتاب للنشر ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 1997 .

26. لطفي بركات أحمد : **الرعاية التربوية للمعوقين عقليا** ، دار المريخ للنشر، الطبعة 01 ، الرياض ، 1984 .

27. ماريا كولازو كلافيل ، ترجمة مركز التعريب والبرمجة :**السيطرة على داء السكر** ، ط 1 ، الدار العربية للعلوم ، 2002 .

28. محمد الحماحمي ، أمين أنور الخولي : **أسس بناء برامج التربية الرياضية** ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1990 .

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

30. محمد عادل خطاب : **النشاط الترويحي وبرامجه** ، ملتزم الطبع والنشر ، مكتبة القاهرة الحديثة .

31. مروان ع المجيد إبراهيم : **الألعاب الرياضية للمعوقين** , دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع, عمان , الأردن 1997

32. نجاتي, محمد عثمان : **الدراسات النفسية عند العلماء المسلمين** ,القاهرة ، دار الشروق، 1993.

33. نجيب توفيق : **الخدمات العمالية بين التطبيق والتشريع** ، مكتبة القاهرة الحديثة ، الطبعة الأولى ، 1967 .

34. هول. ك.ج لندزي: **نظريات الشخصية**, ترجمة فرج أحمد فرج وآخرون, دار الفكر العربي، 1969.

35. ياسين,عطوف محمود: **أسس الطب النفسي الحديث**، بيروت، منشورات ميسون الثقافية،1988.

36. ياسين,عطوف محمود: **أسس الطب النفسي الحديث**، بيروت، منشورات ميسون الثقافية،1988 .

**المراجع بالغة الأجنبية:**

1. Atkinson MA .and Eisenbarth GS : **type 1 diabetes** :new prospective on disease pathogenesis and treatment Lancent 2001. 385(9277) :
2. Atkinson MA .and Eisenbarth GS : **type 1 diabetes** :new prospective on disease pathogenesis and treatment Lancent 2001.
3. Berbeyy,T;Biibler,L,Caulfield A,Tose,CBAlejandro. R,cooper,D,Ricordi,C,morel,PB.Transplantion of islets of langerhans new developments.swiss med wkly 2002.
4. Brajendra,Kand Srivastava,A:Diabetes mellitus complication and therapeutics.Med Sci Monit,2006.
5. Frank,A.Deng S Hunang,Xet al:Transplantation for type 1Diabetes: comparison of VASCULARIIZED whole-organ pancreas With isolated pancreatic islts annals of Surgery.volume 240,Number 4,October 2004.
6. .Gale,E and Anderson,j:**Diabetes mellitus and other disorders of metabolism** .Ln,kumar and Clark CLINICAL medicine,6th ed,2005.
7. Osman ,A K.and AL-Nozha,M.M.**risk factors of coronary artery disease** in different in different regions of Saudi Arabic.Eastern Mediterranean Health J,2000.

8. Rennert, O.and Gary L:Update on the genetics and pathophysiology of type 1 diabetes mellitus pediatric annals, 1999.

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

10. Rosenbloom A,J51 J? YOUNG R,winter w:emerging epidemic of type 2diabetes in youth.daibetes care;2001.

11. tumilehto J,Lindstrom Jeriksson JGet al: prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance NEng JMED,2001.

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

13. zhang C,BAFFY G,perret Pet al:**Uncoupling protein**-2negatively regulates insulin secrerion and is a major link between obesity ,cell dysfunction,and type 2diabetes cell,2001.

14. A . Domart & al : **Nouveau Larousse Médical** , Librairie Larousse , Paris , 1986.

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

16. Defronzo R**A:pathogenesis of type 2 diabetes**: metabolic and molecular implication for identifying diabetes genes.Diabetes Rev,1997.

17. J . Dumazadier : **Vers une civilisation du loisir** ? , Editions du seuil , Paris , 1982 , P : 26 Marie – Chorlotte Busch : **La Sociologie Du Temps Libre Mouton** , Paris , 1975 .

18. Roi Randain:**sur le chemin de sport avec les personnes handicapes physique** , plint marketing sport , 1993 .

Serae moyenca : **Sociologie et action sociale** , Editions labor , Bruxelles , 1982

# الملاحق

## ستبيان للصحة النفسية:

إن الفقرات والتي نرجو تفضلكم بالإجابة على كل واحدة منها بوضع علامة ( ***x*** ) أمام كلمة " **نعم**" أو كلمة "**لا**"، مع العلم بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن حقيقة أرائكم....شاكرين سلفاً تعاونكم معنا.

السادة والسيدات الأفاضل، السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

| الرقم | الفقرات | نعم | لا |
|---|---|---|---|
| 1 | أشعر بالكآبة والحزن. | | |
| 2 | ينتابني الشعور بالذنب. | | |
| 3 | لم يعد يهمني أي شيء في هذه الحياة. | | |
| 4 | أعاني من صعوبة التركيز دائماً. | | |
| 5 | أشعر بأن الأمراض تنتابني من كل صوب. | | |
| 6 | ألوم نفسي كثيراً لما أرتكبه من أخطاء. | | |
| 7 | أشعر بالقلق الكبير على صحتي النفسية. | | |
| 8 | أعاني من تأنيب الضمير بشكل مستمر. | | |
| 9 | أعتقد بأن عائلتي تتمنى موتي. | | |
| 10 | أشعر بالقلق الكبير على صحتي النفسية. | | |
| 11 | أقلق كثيراً على صحتي العامة. | | |
| 12 | أشعر دائماً بالضيق والضجر. | | |
| 13 | مشاعري حزينة وتفوق طاقتي. | | |
| 14 | أحاسب نفسي بشدة. | | |
| 15 | الموت والحياة سواء بالنسبة لي. | | |
| 16 | فقدت الكثير من اهتمامي بالأمور المتعلقة بالحياة الزوجية. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | عند سماعي بأي عرض مرضي يهيئ لي بأنه عندي. | | |
| 18 | أشعر بأنني لست بأسوأ من الآخرين. | | |
| 19 | ينتابني الحزن عند التفكير بالمستقبل. | | |
| 20 | أنا غير راضي عن نفسي. | | |
| 21 | أفكر في إيذاء نفسي كثيرا. | | |
| 22 | ينتابني الخوف والرعب من أقل شيء. | | |
| 23 | يقلقني كثيراً الشعور بالألم في جسمي. | | |
| 24 | لاأجرأ على اتخاذ القرار بنفسي. | | |
| 25 | أحب أن أكون سعيداً كالآخرين. | | |
| 26 | ضميري يعذبني دائماً. | | |
| 27 | مازال هناك متسع للعيش في هذه الحياة. | | |
| 28 | أقلق كلما فكرت في الحياة الزوجية | | |
| 29 | أعجز عن القيام بأي عمل الآن. | | |
| 30 | أشعر بأن الفشل يملأ حياتي. | | |
| 31 | لا أمل لي في المستقبل. | | |
| 32 | حدثت أشياء في حياتي كرّهتني في الحياة. | | |
| 33 | أشعر بأن حياتي ثقيلة على الآخرين. | | |
| 34 | ينتابني دائماً الشعور بالضعف والهوان. | | |
| 35 | شهيتي للطعام ليست على مايرام. | | |
| 36 | أنا عاجز عن إدارة شؤون عائلتي. | | |
| 37 | حياتي عبارة عن بؤس وشقاء. | | |
| 38 | غالباً ماأشعر بالضيق والضجر. | | |
| 39 | أتنمى على الله أن يرحمني بالموت. | | |
| 40 | ليس لي قدرة على تحمل الهم إطلاقاً. | | |
| 41 | تقدمي في المرض لايقعدني عن العمل. | | |
| 42 | لم أعد أهتم كثيراً بالنجاح والفشل. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 43 | أشعر بعدم الرضا عما يحيط بي . | | |
| 44 | رحيلي من هذه الحياة خير من بقائي فيها. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 45 | نومي متقطع ومضطرب. | | |
| 46 | ينتابني الشعور بالإجهاد الكبير لأي عمل. | | |
| 47 | غالباً ما أجد صعوبة في التركيز. | | |
| 48 | أنا يائس من نفسي. | | |
| 49 | أصاب بالإرهاق لدرجة الإغماء أحياناً. | | |
| 50 | قراراتي الحياتية حاسمة رغم مرضي | | |
| 51 | لم أجد ما يمتعني في هذه الحياة. | | |
| 52 | أنا مستاء من نفسي وحياتي. | | |

## ملحق رقم 02

T-TEST GROUPS=ممارس (1 2) /MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=الشعور الحزن الرضا الميول الأضطراب توهم الاكتاب
/CRITERIA=CI(.95).

**T-Test**

**Notes**

| | | |
|---|---|---|
| | Output Created | 08-06-2021 10:01:45 |
| | Comments | |
| Input Data | | C:\Documents and Settings\Administrateur\Bureau\ra.sav |
| | Active Dataset | DataSet2 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 40 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User defined missing values are treated as missing. |

| | |
|---|---|
| Cases Used | Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis. |
| Syntax | T-TEST GROUPS=ممارس(1 2)<br>/MISSING=ANALYSIS<br>/VARIABLES= الشعور الحزن الرضا الميول الأضطراب توهم الاكتاب<br>/CRITERIA=CI(.95). |
| Resources Processor Time | 0:00:00.016 |
| Elapsed Time | 0:00:00.031 |

[DataSet2] C:\Documents and Settings\Administrateur\Bureau\ra.sav

**Group Statistics**

| | ممارس | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---|---|---|---|---|---|
| الشعور | ممارس | 20 | 8,6500 | 2,32322 | ,51949 |
| | غير ممارس | 20 | 10,8000 | 2,35305 | ,52616 |
| الحزن | ممارس | 20 | 9,1500 | 2,32322 | ,51949 |
| | غير ممارس | 20 | 10,7000 | 2,65766 | ,59427 |
| الرضا | ممارس | 20 | 11,0500 | ,94451 | ,21120 |
| | غير ممارس | 20 | 14,5000 | 2,87457 | ,64277 |
| الميول | ممارس | 20 | 9,4500 | 1,46808 | ,32827 |
| | غير ممارس | 20 | 12,4500 | 2,54383 | ,56882 |
| الأضطراب | ممارس | 20 | 8,4000 | 1,18766 | ,26557 |
| | غير ممارس | 20 | 11,0500 | 2,62528 | ,58703 |
| توهم | ممارس | 20 | 9,6000 | 1,31389 | ,29380 |
| | غير ممارس | 20 | 12,7500 | 2,73140 | ,61076 |
| الاكتاب | ممارس | 20 | 56,3000 | 7,53308 | 1,68445 |

**Group Statistics**

| | ممارس | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---|---|---|---|---|---|
| الشعور | ممارس | 20 | 8,6500 | 2,32322 | ,51949 |
| | غير ممارس | 20 | 10,8000 | 2,35305 | ,52616 |
| الحزن | ممارس | 20 | 9,1500 | 2,32322 | ,51949 |
| | غير ممارس | 20 | 10,7000 | 2,65766 | ,59427 |
| الرضا | ممارس | 20 | 11,0500 | ,94451 | ,21120 |
| | غير ممارس | 20 | 14,5000 | 2,87457 | ,64277 |
| الميول | ممارس | 20 | 9,4500 | 1,46808 | ,32827 |
| | غير ممارس | 20 | 12,4500 | 2,54383 | ,56882 |
| الأضطراب | ممارس | 20 | 8,4000 | 1,18766 | ,26557 |
| | غير ممارس | 20 | 11,0500 | 2,62528 | ,58703 |
| توهم | ممارس | 20 | 9,6000 | 1,31389 | ,29380 |
| | غير ممارس | 20 | 12,7500 | 2,73140 | ,61076 |
| الاكتاب | ممارس | 20 | 56,3000 | 7,53308 | 1,68445 |
| | غير ممارس | 20 | 72,2500 | 11,37345 | 2,54318 |

**Independent Samples Test**

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | F | Sig. | t | df |
| الشعور | Equal variances assumed | ,233 | ,632 | -2,908 | 38 |
| | Equal variances not assumed | | | -2,908 | 37,994 |
| الحزن | Equal variances assumed | ,997 | ,324 | -1,964 | 38 |
| | Equal variances not assumed | | | -1,964 | 37,333 |
| الرضا | Equal variances assumed | 18,431 | ,000 | -5,099 | 38 |
| | Equal variances not assumed | | | -5,099 | 23,055 |
| الميول | Equal variances assumed | 13,233 | ,001 | -4,568 | 38 |
| | Equal variances not assumed | | | -4,568 | 30,393 |
| الأضطراب | Equal variances assumed | 15,941 | ,000 | -4,113 | 38 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Equal variances not assumed | | | −4,113 | 26,464 |
| توهم | Equal variances assumed | 11,374 | ,002 | −4,648 | 38 |
| | Equal variances not assumed | | | −4,648 | 27,346 |
| الاكتاب | Equal variances assumed | 1,993 | ,166 | −5,229 | 38 |
| | Equal variances not assumed | | | −5,229 | 32,980 |

**Independent Samples Test**

| | | t−test for Equality of Means | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sig. (2−tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference |
| الشعور | Equal variances assumed | ,006 | −2,15000 | ,73940 |
| | Equal variances not assumed | ,006 | −2,15000 | ,73940 |
| الحزن | Equal variances assumed | ,057 | −1,55000 | ,78932 |
| | Equal variances not assumed | ,057 | −1,55000 | ,78932 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| الرضا | Equal variances assumed | ,000 | -3,45000 | ,67658 |
| | Equal variances not assumed | ,000 | -3,45000 | ,67658 |
| الميول | Equal variances assumed | ,000 | -3,00000 | ,65675 |
| | Equal variances not assumed | ,000 | -3,00000 | ,65675 |
| الأضطرا ب | Equal variances assumed | ,000 | -2,65000 | ,64431 |
| | Equal variances not assumed | ,000 | -2,65000 | ,64431 |
| توهم | Equal variances assumed | ,000 | -3,15000 | ,67775 |
| | Equal variances not assumed | ,000 | -3,15000 | ,67775 |
| الاكتاب | Equal variances assumed | ,000 | -15,95000 | 3,05043 |
| | Equal variances not assumed | ,000 | -15,95000 | 3,05043 |

**Independent Samples Test**

| | | t-test for Equality of Means | |
|---|---|---|---|
| | | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | Lower | Upper |
| الشعور | Equal variances assumed | -3,64683 | -,65317 |
| | Equal variances not assumed | -3,64684 | -,65316 |
| الحزن | Equal variances assumed | -3,14790 | ,04790 |
| | Equal variances not assumed | -3,14883 | ,04883 |
| الرضا | Equal variances assumed | -4,81967 | -2,08033 |
| | Equal variances not assumed | -4,84943 | -2,05057 |
| الميول | Equal variances assumed | -4,32951 | -1,67049 |
| | Equal variances not assumed | -4,34053 | -1,65947 |
| الإضطراب | Equal variances assumed | -3,95433 | -1,34567 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Equal variances not assumed | -3,97326 | -1,32674 |
| توهم | Equal variances assumed | -4,52203 | -1,77797 |
| | Equal variances not assumed | -4,53980 | -1,76020 |
| الإكتئاب | Equal variances assumed | -22,12528 | -9,77472 |
| | Equal variances not assumed | -22,15629 | -9,74371 |

**Reliability**

**Notes**

| | | |
|---|---|---|
| Input | Output Created | 08-06.-2021 10:04:00 |
| | Comments | |
| | Data | C:\Documents and Settings\Administrateur\Bureau\ra.sav |
| | Active Dataset | DataSet2 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |

| | | |
|---|---|---|
| | N of Rows in Working Data File | 40 |
| | Matrix Input | |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure. |
| | Syntax | RELIABILITY /VARIABLES=q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19 q20 q21 q22 q23 q24 q25 q26 q27 q28 q29 q30 q31 q32 q33 q34 q35 q36 q37 q38 q39 q40 q41 q42 q43 q44 q45 q46 q47 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA. |
| Resources | Processor Time | 0:00:00.015 |

| | |
|---|---|
| Elapsed Time | 0:00:00.031 |

[DataSet2] C:\Documents and Settings\Administrateur\Bureau\ra.sav

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Cases | Valid | 40 | 100,0 |
| | Excluded[a] | 0 | ,0 |
| | Total | 40 | 100,0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|---|---|
| ,956 | 47 |