

جامعة بن يوسف بن خده - الجزائر-

معهد التربية البدنية والرياضية - سيدي عبد الله -

أطروحة دكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية

أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم  
ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة  
بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا  
دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية يعقوبي زهير (الشاطئ الأزرق) بالجزائر.

تحت إشراف:

أ.د/ بن عكي محمد آكلي

أ.د/ هاني فريد الربضي

إعداد الطالب:

- عادل خوجة

سبتمبر: 2009

## بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا  
اَكْتَسَبَتْ رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَا إِنْ نَسِينَا أَوْ أَخْطَأْنَا رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ  
عَلَيْنَا إِصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِنَا رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا  
لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ وَاعْفُ عَنَّا وَارْحَمْنَا أَنْتَ مَوْلَانَا  
فَاَنْصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ ﴿البقرة، 286﴾

صدق الله العظيم

## إهداء

إلى من يتدفق في عروقي عشقها إلى من يخفق قلبي... بحُبها  
إلى من تربيته في .... أحضانها وامتلاء صدري بعبيق زهوره  
يا أغلى درة في جبين الدهر...إليك أهدي يا أمي يا جزائر شمعة وإن رقّ نورها  
لكن عساها في موكب الشموع..... أن تبدّد الطريق ظلامها

إلى كل من شعرت عندهم بعجزي عن رد فضلهم عليّ  
والدائي ..... أصل وجودي جزاهم الله عني خير الجزاء  
إلى معنى حياتي..... وعنوان وجودي أبي الحبيب وأمي الأغلى...  
إلى رموز عزتي وافتخاري..... أخوتي وأخواتي....  
أقدم جهدي هذا...

عادل

## شكر وتقدير

الحمد لله الذي تفضل علينا بنعمة العافية وأشكره تعالى شكراً يليق بجلاله وكماله، ونصلي ونسلم على نبينا محمد صلى الله عليه وسلم الذي جاء بالهدى والبيانات ،، وبعد:

أزف أسمى آيات الشكر والعرفان إلى من لا تستطيع العبارات والجمل أن تفي له بالشكر وتظل عاجزة أمامه لأنه أكبر منها إلى سعادة الأستاذ الدكتور: "بن عكي محمد آكلي" المشرف على الرسالة على جميل اهتمامه ومتابعته الدعوية لسير الدراسة، وحرصه على أن تظهر على أفضل وجه وحال.

كما أتقدم بخالص الشكر إلى من تقصُر كل كلمات الشكر وعبارات الثناء عن الوفاء بحقه، إلى أستاذي الفاضل سعادة الأستاذ الدكتور: "هانى الربضي" من جامعة اليرموك بالمملكة الأردنية الهاشمية - المشرف بالخارج على الرسالة- هذا الرجل المعطاء الذي تتجسّد في عطائه كل معاني الكرم والمروءة، له الشكر على ما منحني إياه من الوقت والجهد والاهتمام وكل ما من شأنه تعزيزي لإخراج هذا العمل في أفضل صورة ممكنة، فكان نعم المشرف ونعم المُعلّم، أرجو أن أكون قد وفقت في تقديم ما يُرضيه وما يليق باسمه الكبير الذي كان لي عظيم الشرف أن أضعه على أطروحتي العلمية.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير لأعضاء لجنة المناقشة لتفضّلهم بالموافقة على مناقشة هذه الأطروحة وتنقيحها بإرشاداتهم وتوجيهاتهم القيّمة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدني وقدم لي النصح والإرشاد وأخصّ بالذكر الأساتذة الدكاترة الكرام الذين قاموا بتحكيم مقاييس الدراسة وترشيح اختباراتهما والبرنامج الرياضي الذي استخدم في هذه الدراسة.

ولا يفوتني أن أرفع أجمل عبارات الشكر لتعانق شموخ أساتذتي الأفاضل أعضاء هيئة التدريس بمعهد التربية البدنية والرياضية بسيدي عبد الله وزملائي بقسم الإدارة والتسيير الرياضي بجامعة المسيلة وكل أصدقائي الذين كانوا خير عون لي...

وشكري كذلك لمدير المستشفى المتخصّص في التأهيل الحركي "يعقوبي زهير" (الشاطي الأزرق) البروفيسور: أمّوش مزيان وإلى كافة الطاقم الطبي والإداري وعلى رأسهم السيد: بن شيكو عبد اللطيف وشكري لأفراد عينة الدراسة... فلهم ولكل من قدّم أية مساعدة لإنجاز هذه الأطروحة كل الشكر والمحبة.

ولله الفضل من قبل ومن بعد وهو نِعَمَ المولى ونِعَمَ النصير

الباحث

## ملخص الدراسة

أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً

### إعداد:

عادل خوجة

### إشراف:

الأستاذ الدكتور: بن عكي محند آكلي      الأستاذ الدكتور: هاني فريد الربضي

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً وكذا تحديد العلاقة بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لديهم.

اعتمد الباحث على المنهج التجريبي، وقد اشتملت عينة الدراسة على (20) مراهق من ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً مصابين بالشلل النصفي السفلي، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى: تجريبية تتكوّن من (10) أفراد ممّن تتراوح أعمارهم بين (13-17) سنة، بمتوسط عمري قدره (14,62) سنة وانحراف معياري قدره (1,58) بالمؤسسة الإستشفائية يعقوبي زهير - الشاطئ الأزرق - بولاية تيبازة، ويخضعون للبرنامج الرياضي المقترح في هذه الدراسة، والثانية: ضابطة مُكوّنة من (10) أفراد ممّن تتراوح أعمارهم بين (13-17) سنة، بمتوسط عمري قدره (15,03) سنة وانحراف معياري قدره (1,4) بالمؤسسة الإستشفائية قاصدي مباح - تقصراين - بولاية الجزائر العاصمة ولم يتلق أفراد هذه المجموعة التدريب على البرنامج الرياضي المقترح في الدراسة.

وقد روعي في اختيار عينة الدراسة من المراهقين ذوي الحاجات الخاصة تجانسها من حيث:

العمر، الجنس، نوعية الإعاقة، المستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.

وقد تمثّلت أدوات الدراسة التي استعان بها الباحث في الأدوات التالية:

- مقياس صورة الجسم (إعداد الباحث).

- مقياس تقدير الذات لـ روزنبرج (Rosenberg, 1965).

- اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لـ وينيك و شورت (Winnick & Short,1999) الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

- البرنامج الرياضي المقترح (إعداد الباحث).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين مفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (التحمل الدوري التنفسي، القوة العضلية) لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير متغير التركيب الجسمي لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

- توجد علاقة إرتباطية موجبة وغير دالة إحصائياً عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	- إهداء .....
ت	- شكر وتقدير .....
ث	- ملخص الدراسة .....
ح	- فهرس المحتويات .....
ز	- فهرس الجداول .....
ش	- فهرس الأشكال .....
ص	- فهرس الملاحق .....
15	- مقدمة .....
<b>- الفصل التمهيدي: التعريف بالدراسة</b>	
21	1- الخلفية النظرية لإشكالية الدراسة .....
33	2- فروض الدراسة .....
33	3- أهداف الدراسة .....
34	4- أهمية الدراسة .....
36	5- أسباب اختيار مشكلة الدراسة .....
37	6- مصطلحات الدراسة .....
<b>الباب الأول: الجانب النظري</b>	
<b>- الفصل الأول: الدراسات السابقة.</b>	
42	1-1. تمهيد .....
42	2-1. الدراسات العربية .....
47	3-1. الدراسات الأجنبية .....
53	4-1. التعليق على الدراسات السابقة .....
<b>- الفصل الثاني: مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة من الجانب النظري والإجرائي</b>	
<b>في الوسط الجزائري.</b>	
60	1-2. تمهيد .....
61	2-2. مدخل إلى دراسة مفهوم الإعاقة .....
61	1-2-2. المصطلحات المستخدمة للإشارة إلى الإعاقة .....
62	2-2-2. إطاران نظريان لتفسير الإعاقة .....

63	..... 3-2. ذوي الاحتياجات الخاصة
63	..... 1-3-2. مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة
64	..... 2-3-2. تصنيفات ذوي الاحتياجات الخاصة
65	..... 2-3-3. العوامل المسببة للإعاقة
67	..... 2-3-4. نسبة حدوث الإعاقة
69	..... 2-3-5. الوقاية من الإعاقة
69	..... 2-4-4. الإعاقة الحركية
69	..... 2-4-4-1. مفهوم الإعاقة الحركية
71	..... 2-4-4-2. الإعاقة الحركية المكتسبة
72	..... 2-4-4-3. خصائص المعاقين حركيا
73	..... 2-4-4-4. تصنيفات الإعاقة الحركية
76	..... 2-4-4-5. الأسباب المؤدية للإعاقة الحركية
77	..... 2-6. ذوو الاحتياجات الخاصة في الجزائر
77	..... 2-6-1. جهود الجزائر في حماية ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة
80	..... 2-6-2. ذوو الاحتياجات الخاصة في الجزائر من الجانب التشريعي
83	..... 2-7. خلاصة
	<b>- الفصل الثالث: صورة الجسم لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.</b>
85	..... 3-1. تمهيد
86	..... 3-2. مفهوم صورة الجسم
89	..... 3-3. المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم
89	..... 3-3-1. صورة الجسم ومخطط الجسم
90	..... 3-3-2. صورة الجسم وصورة الذات
91	..... 3-4. مكونات صورة الجسم
92	..... 3-5. النظريات التي ترتبط بصورة الجسم
92	..... 3-5-1. المقاربة النفسية التحليلية لصورة الجسم
95	..... 3-5-2. المقاربة النفسية الإجتماعية لصورة الجسم
96	..... 3-5-3. المقاربة الفينومينولوجية لصورة الجسم
97	..... 3-6. صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية
	..... 3-7. علاقة صورة الجسم بالإعاقة: مقارنة تتمحور حول التجربة الجسدية لذوو
100	..... الاحتياجات الخاصة حركياً



104	..... 8-3. خلاصة
	- الفصل الرابع: مفهوم تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.
106	..... 1-4. تمهيد
107	..... 2-4. مفهوم تقدير الذات
109	..... 3-4. بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات
110	..... 4-4. الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات
110	..... 5-4. مكونات تقدير الذات
112	..... 6-4. العوامل المؤثرة في تكوين تقدير الذات
112	..... 1-6-4. العوامل الشخصية
112	..... 2-6-4. العوامل البيئية
113	..... 7-4. مستويات تقدير الذات
113	..... 1-7-4. المستوى المنخفض لتقدير الذات
114	..... 2-7-4. المستوى المرتفع لتقدير الذات
115	..... 8-4. أهمية تقدير الذات
116	..... 9-4. سمات تحقيق الذات
117	..... 10-4. النظريات المفسرة لتقدير الذات
117	..... 1-10-4. نظرية وليام جيمس
117	..... 2-10-4. نظرية كارل روجرز
118	..... 3-10-4. نظرية روزنبرج
119	..... 4-10-4. نظرية كوبر سميث
119	..... 5-10-4. نظرية زيلر
120	..... 11-4. تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً
122	..... 12-4. خلاصة
	- الفصل الخامس: اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.
124	..... 1-5. تمهيد
125	..... 2-5. مفهوم النشاط البدني الرياضي المعدل (المكيّف)
125	..... 3-5. أسس النشاط البدني الرياضي المعدل
126	..... 4-5. أهداف النشاط البدني الرياضي المعدل
127	..... 5-5. أغراض النشاط البدني الرياضي المعدل
128	..... 6-5. أهمية الممارسة الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا

128	..... 1-6-5. النشاط البدني والرياضي كوسيلة علاجية
129	..... 2-6-5. النشاط البدني والرياضي كوسيلة ترويحوية
129	..... 3-6-5. النشاط البدني والرياضي لإدماج ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع
130	..... 7-5. مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة
130	..... 1-7-5. مفهوم اللياقة البدنية
131	..... 2-7-5. تعريف الصحة
132	..... 3-7-5. علاقة اللياقة البدنية بالصحة
132	..... 4-7-5. تعريف اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة
133	..... 5-7-5. عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وكيفية قياسها
134	..... 6-7-5. تنمية اللياقة البدنية للمعاقين بممارستهم التربوية الرياضية المعدلة
	..... 8-5. خطوات تنفيذ برنامج النشاط البدني والرياضي المعدل داخل مراكز التأهيل
136	..... الوظيفي
138	..... 9-5. المقاربة البيداغوجية للإعاقة من خلال ممارسة الرياضة المعدلة
139	..... 10-5. بعض رياضات ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً
	..... 11-5. ممارسة النشاط البدني والرياضي لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر من
140	..... خلال الوثائق الرسمية
141	..... 12-5. خلاصة

### الباب الثاني: الجانب التطبيقي

#### - الفصل الأول: الطرق المنهجية للدراسة وإجراءاتها الميدانية.

145	..... 1-1. تمهيد
145	..... 2-1. منهج الدراسة
145	..... 3-1. مجتمع الدراسة
145	..... 1-3-1. عينة الدراسة
148	..... 4-1. أدوات الدراسة
164	..... 5-1. مجالات الدراسة
164	..... 6-1. حدود الدراسة

#### - الفصل الثاني: عرض نتائج الدراسة.

167	..... 1-2. تمهيد
167	..... 2-2. عرض النتائج
167	..... 1-2-2. النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

173	..... 2-2-2. النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
177	..... 3-2-2. النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
183	..... 4-2-2. النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
	<b>الفصل الثالث: مناقشة النتائج الاستنتاجات والتوصيات.</b>
188	..... 1-3. تمهيد
188	..... 1-2-3. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
189	..... 2-2-3. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
191	..... 3-2-3. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
195	..... 4-2-3. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
199	..... - الاستنتاجات
200	..... - التوصيات والاقتراحات
203	..... - المصادر والمراجع
	..... - الملاحق

## فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يبين العوامل المسببة لحدوث الإعاقة	65
02	يوضح النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة في المجتمعات الإنسانية	68
03	يوضح تصنيف الإعاقة الحركية	73
04	يبين تطور عدد مراكز إستقبال الفئات الخاصة بالجزائر من سنة (1962 إلى 2009)	79
05	يبين عدد مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة وتوزيعها عبر الولايات وطاقة إستيعابها وعدد الطاقم الإداري والبيداغوجي بها وكذا ميزيتها لسنة 2008	79
06	يبين المتوسط الحسابي والوسيط والانحراف المعياري ومعامل الالتواء للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل تنفيذ البرنامج في متغيرات العمر الزمني وأبعاد مقياس صورة الجسم وتقدير الذات واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	147
07	يوضح عدد العبارات الموزعة على أبعاد مقياس صورة الجسم بعد إجراء عملية الصدق الظاهري	151
08	يوضح معاملات الارتباط لأبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية له في التطبيقين	152
09	يبين الدرجة القصوى والدرجة الدنيا على كل بعد من أبعاد مقياس صورة الجسم وعلى المقياس ككل	153
10	يوضح معامل الثبات لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة بين القياس الأول والثاني	156
11	يبين التوزيع الزمني لأجزاء الوحدات التدريبية للبرنامج الرياضي المقترح بالدقائق	160
12	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	168
13	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لمقياس صورة الجسم على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	170
14	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لمقياس صورة الجسم على القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	171
15	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي	172
16	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	173
17	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لمقياس تقدير الذات على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	174
18	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لمقياس تقدير	175

	الذات على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة	
176	يبيّن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى	19
177	يبيّن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	20
179	يبيّن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية	21
180	يبيّن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة	22
181	يبيّن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) استودنت (T-test) لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى	23
183	يبيّن قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية	24
184	يبيّن قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة	25
185	يبيّن قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدى بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية	26
186	يبيّن قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدى بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة	27

## فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يبين تطور أعداد الأشخاص المعوقين بالجزائر من سنة 1998 إلى غاية 2015	78
02	يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم المجموعتين التجريبية والضابطة للقياس القبلي	169
03	يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم على القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية	170
04	يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة	171
05	يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة للقياس البعدى	172
06	يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	173
07	يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات على القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية	174
08	يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة	175
09	يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى	176
10	يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	178
11	يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية	179
12	يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة	180
13	يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى	182

## فهرس الملاحق

العنوان	الرقم
بيان بأسماء السادة المحكمين والخبراء على صدق مقياس صورة الجسم	01
بيان بأسماء السادة المحكمين والخبراء على صدق مقياس تقدير الذات	02
بيان بأسماء السادة الخبراء لترشيح إختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	03
بيان بأسماء السادة الخبراء لترشيح البرنامج الرياضي المقترح	04
مقياس صورة الجسم لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا	05
مقياس تقدير الذات لـ روزنبيرج	06
إختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لوينيك و شورت (Winnick & Short,1999)	07
استمارة تسجيل المتغيرات البدنية	08
محتوى البرنامج الرياضي المقترح	09
نموذج لوحدة تدريبية من البرنامج الرياضي المقترح	10
كتاب رسمي بعنوان "تسهيل مهمة" موجه إلى المؤسسة الإستشفائية "يعقوبي زهير" الشاطئ الأزرق	11
كتاب رسمي بعنوان "تسهيل مهمة" موجه إلى المؤسسة الاستشفائية "قاصدي مرباح" تقصراين	12
شهادة تربص - تطبيق البرنامج الرياضي المقترح -	13
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	14
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	15

## - مقدمة:

بعد وجود ذوي الاحتياجات الخاصة في أي مجتمع من المجتمعات الحديثة ظاهرة طبيعية تفرض نفسها بسبب التعقيد القائم في الحياة الاجتماعية السريعة التي ارتبطت بحركة التصنيع المستمر، والحروب والصراعات والضغوط التي يتعرض لها الإنسان في حياته المعاصرة، ومع تزايد أعداد المعوقين وتتنوع إعاقاتهم، تزايد اهتمام المجتمعات الحديثة بهذه الفئة الخاصة، للمساعدة في اندماجهم في المجتمع، وتهيئة الظروف المناسبة لمشاركتهم وتفاعلهم في بيئات اجتماعية وتعليمية طبيعية.

وتقدر بعض المصادر ومنها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية أن ما نسبته (3-10%) من سكان أي مجتمع يعانون بشكل ما من حالات الإعاقة، وقد أشارت منظمة اليونسكو وفق نتائج المسوح إلى أن ما نسبته (10-15%) من الأطفال هم من ذوي الاحتياجات الخاصة، ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإعاقة في المجتمعات الصناعية (10%) وهي أقل منها في المجتمعات النامية حيث تبلغ (3,12%) من مجموع السكان (القمش والسعايدة، 2008: 23-24)، ويُقدر العدد الإجمالي للأشخاص المعوقين في العالم بحوالي (600) مليون إنسان وما يقرب من (25) مليون إنسان في الدول العربية (الخطيب وآخرون، 2007: 12)، وهي نسبة لا يستهان بها، وتشكل عبئاً على المجتمع وإقتصادياته، إن لم يتم تأهيلهم لخدمة أنفسهم عن طريق دمجهم لإعادة إتصالهم بالمجتمع للمشاركة في بنائه بصورة فعالة.

فكلما ازدادت القيم الراقية في المجتمعات، كلما تمكنت من استيعاب ضعفاتها والعكس هو الصحيح، وبالتالي فعلى المجتمع تقع المسؤولية في تضخيم وتفعيل حالات الإعاقة فيه، وعليه كذلك تعتمد الإستراتيجيات الحديثة الناجحة في التخفيف من حدة الإعاقة والتعامل معها كأمر طبيعي وكنتيجة حتمية لمسيرة الحياة، هذا المفهوم الحضاري أو العلاج الروحي للإعاقة هو الذي يُحدّد مقدار التقدّم في خدمة المعوقين عبر البرامج والمسميات والاستراتيجيات التي أضحت معياراً أساسياً لرقي الأمم ونجاح القادة والفكر (الطريقي، 1997: 22).

كما أن تعاليم ديننا الإسلامي الحنيف تحضّ على المساواة في الحقوق والتكافل الاجتماعي ورعاية المجتمع لأبنائه الضعاف (المعاقين) وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار الدساتير والمواثيق العالمية سواء ما يتعلّق منها بحقوق الإنسان أو الإعلانات العالمية لحقوق المعوقين وما تضمنتها من توجيهات



أخلاقية لوجدنا أن المجتمع الإنساني بأسره يعتبر خدمات المعاقين أحدًا من المؤشرات الحضارية لأي مجتمع من المجتمعات.

وقد أعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة في 20 ديسمبر عام 1981 حقوق المعوقين وناشدت العالم بضرورة العمل الوطني والدولي لحماية هذه الفئة من الاستغلال والظلم والمعاملة المهينة وأبرزت حق المعاق حركيا في الرعاية الصحية والبدنية والنفسية والتعليمية، سعيا إلى معاملة طيبة ورعاية كافية ودور ايجابي لهم.

ولقد استجابت معظم دول العالم لهذا النداء، وخاصة أن المجتمع المتحضّر قد أصبح أكثر تهيؤا لمساعدة هذه الفئة بهدف زيادة تكيفهم النفسي والبدني والاجتماعي، وتحويلهم من طاقات سلبية إلى طاقة منتجة لنفسها ولمجتمعا وخاصة أن أعداد هذه الفئة من المعوقين في ازدياد مستمر مع مرور الزمن.

كذلك ظهر اتجاه قوي في العناية بذوي الاحتياجات الخاصة حركياً وبعد أن كان ينظر إلى هؤلاء نظرة إهمال وعدم مبالاة، أصبحت النظرة إليهم إنسانية باعتبار أنهم أفراد في مجتمعهم لذلك أنشأت المراكز الخاصة بهم، وابتكرت طرق التقييم التي تتلاءم معهم ووضعت المادة التعليمية التي تتناسب مع مستوياتهم.

ولقد كانت النشاطات البدنية والرياضية من أسبق المجالات مسايرة لهذا الركب، فقدمت لهذه الفئة البرامج المقننة في كافة ألوان النشاط البدني واللياقة البدنية، ووفرت لهم طرق وأساليب القياس والتقويم والمتابعة والتوجيه ضماناً لحسن الممارسة وزيادة الحصيلة في القدرات البدنية لهم.

ولقد كان البحث العلمي المدعّم بالتجارب الميدانية المرتبطة بالواقع في حدود مستويات الإعاقة الحركية المتباينة هو الأسلوب المستخدم لحل مشاكل الأداء البدني والممارسة الرياضية، وكذا المشاكل النفسية والاجتماعية المترتبة عن الإعاقة، حيث سعى الباحثون مع مرور الزمن إلى سد ثغرات العمل مع هذه الفئة، وفكرة هذه الدراسة تعدّ إحدى المحاولات في هذا المضمار، إذ تطرق "أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً" لما لوحظ - على حد علم الباحث - من نقص المجال من مثل هذه الدراسات، وفي هذه الحدود كانت دواعي ومبررات اختيار الدراسة للبحث والتحليل.

وتحتوي هذه الأطروحة على دراسة نظرية وميدانية تتكوّن من بايين الأول يحتوي الجانب النظري والباب الثاني يحتوي الجانب التطبيقي حيث توزّعت فصولهما على النحو التالي:

**الفصل التمهيدي:** مدخل الدراسة، وقد تضمّن هذا الفصل الخلفية النظرية لإشكالية الدراسة، تساؤلات الدراسة، فرضيات الدراسة وأهدافها، وأهمية موضوع الدراسة وأسباب اختياره، وأخيراً عرض للمفاهيم الواردة والمرتبطة بالدراسة.

**الباب الأول - الجانب النظري:** ويحتوي على خمسة فصول على النحو التالي:

**الفصل الأول:** وقد عرض هذا الفصل لأهم الدراسات السابقة في موضوع الدراسة حيث تناول الباحث مجموعة من الدراسات السابقة التي سبقت موضوع الدراسة ولها علاقة به، وقد قدّم الباحث رؤية تحليلية لهذه الدراسات للوقوف على أهمّ مظاهر الإتفاق والإختلاف بين هذه الدراسات وموضوع الدراسة وكذا الإضافات والإسهامات التي تقدّمها الدراسة الراهنة.

ويتناول **الفصل الثاني** مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة من الجانب النظري والإجرائي في الوسط الجزائري، ويتضمّن: مدخل إلى دراسة مفهوم الإعاقة ومفهوم ذوو الاحتياجات الخاصة وتصنيفاتهم والأسباب الكامنة وراء حدوث هذه الظاهرة بالمجتمعات ونسبة حدوثها وكيفية الوقاية منها، ثم تناول مفهوم الإعاقة الحركية - موضوع الدراسة - وتصنيفاتها وكذا الأسباب المؤدية إليها، بالإضافة إلى جهود الدولة الجزائرية في حماية ورعاية الأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة وكذا الخدمات المقدمة ونسب انتشارها، وكذا درجة اهتمامها بهم من خلال الجانب التشريعي.

كما اشتمل **الفصل الثالث** على مفهوم صورة الجسم عند ذوي الاحتياجات الخاصة، ويتضمّن مفهوم صورة الجسم وتعريفاتها المختلفة وأهمّ المصطلحات والمفاهيم المرتبطة بها للوقوف على حقيقة كل مفهوم على حدى، وكذا مكونات صورة الجسم، ومختلف النظريات التي تناولته وهي: نظرية التحليل النفسي، والنظرية النفسية الإجتماعية، والنظرية الفينومينولوجية، كذلك صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، وفي الأخير مقارنة تتمحور حول التجربة الجسدية لدى ذوو الاحتياجات الخاصة حركياً.

وتضمّن **الفصل الرابع** مفهوم تقدير الذات وتعريفاته المختلفة وأهمّ المصطلحات والمفاهيم المرتبطة به للوقوف على حقيقة كل مفهوم على حدى، لذا تمّت مناقشة الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات، وكذا مكونات تقدير الذات، وأهمّ العوامل المؤثرة في تكوينه، ومستوياته وأهميته، وسمات

تحقيقه، ومختلف النظريات التي تناولته وهي: نظرية وليام جيمس، كارل روجرز، روزنبرج، كوبر سميث، ونظرية زيلر، وقد تلا ذلك تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً.

وخصّص **الفصل الخامس** للياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة حركياً ويتضمّن مفهوم النشاط البدني والرياضي المعدّل (المُكيّف) وتوضيح أسسه، أهدافه، وأغراضه وكذا أهميته لذوي الاحتياجات الخاصة باعتباره كوسيلة علاجية، ترويحوية، وإدماج في المجتمع، إضافةً إلى تعريف اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، عناصرها وكيفية قياسها، وكذا تنميتها لدى هذه الفئة، وتبيين خطوات تنفيذ برنامج النشاط البدني والرياضي المعدّل داخل مراكز التأهيل الوظيفي، والمقاربة البيداغوجية للإعاقة من خلال ممارسة النشاط البدني والرياضي المعدّل، وبعض رياضات ذوي الإحتياجات الخاصة حركياً، وأخيراً ممارسة النشاط البدني والرياضي في الجزائر من خلال الوثائق الرسمية.

**الباب الثاني: الجانب التطبيقي** ويحتوي على ثلاث فصول على النحو التالي:

وقد تضمّن **الفصل الأول** وصفاً لكل من منهج الدراسة وعينتها وطريقة اختيارها وإجراءات ضبطها، بالإضافة إلى أدوات الدراسة ودلالات صدقها وثباتها، حيث استخدم الباحث كل من مقياس صورة الجسم من إعداده ومقياس تقدير الذات لـ روزنبرج (Rosenberg,1965) واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لـ وينيك وشورت (Winnick & Short,1999) بالإضافة إلى البرنامج الرياضي المقترح الذي تم بناءه من قبل الباحث، كذلك الإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تطبيق الدراسة، والمعالجات الإحصائية المستخدمة التي تم الإستناد عليها لتحليل البيانات والتحقّق من فروض الدراسة.

وتطرّق **الفصل الثاني** إلى عرض نتائج الدراسة في ضوء أهدافها وأسئلتها، حيث هدفت إلى معرفة أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، وتحديد العلاقة بين مفهوم صورة الجسم وتقدير الذات لديهم.

كما اشتمل **الفصل الثالث** عرضاً لمناقشة النتائج التي تمّ التوصل إليها من خلال التحليل الإحصائي المستخدم في هذه الدراسة، للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبيّة والضابطة، وقد تمّ مناقشة وتفسير النتائج وذلك في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة المتعلقة بالدراسة

الحالية، وتمّ وضع الاستنتاجات والتوصيات اللازمة بناءً على النتائج التي توصل إليها الباحث من الدراسة، بالإضافة إلى مراجع وملاحق الدراسة.

وإنني لأرجو الله أن يكون هذا العمل المتواضع لبنة في بناء صرح علمي يناسب خيرية هذه الأمة ويناسب حجم التحديات الحضارية التي تواجه كيانها الفكري والعلمي بل كيانها الكلي وجوداً وعملاً.

الفصل التمهيدي

التعريف بالدراسة

## 1- الخلفية النظرية لإشكالية الدراسة:

لقد اقتضت حكمة الله عزّ وجلّ أن يوجد من بين خلقه من يعانون بنقص في قدرات معينة، وهم ما يُسمّون بالمعاقين أو ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا يمكن النظر إليهم على أنهم شر بل هو امتحان من الله لخلقهم، وألا لما كان أبتلى سيدنا "موسى" بإعاقة التخاطب، ولا أبتلى سيدنا "شعيب" بكفّ البصر ولا سيدنا "أيوب" بإعاقة جسدية مرضية، يقول عزّ وجلّ ﴿ **أَهُمْ يَقْسِمُونَ رَحْمَةَ رَبِّكَ نَحْنُ قَسَمْنَا بَيْنَهُمْ مَعِيشَتَهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَرَفَعْنَا بَعْضَهُمْ فَوْقَ بَعْضٍ دَرَجَاتٍ لِيَتَّخِذَ بَعْضُهُمْ بَعْضًا سُخْرِيًّا وَرَحِمْتَ رَبِّكَ خَيْرٌ مِّمَّا يَجْمَعُونَ** ﴾ [الزخرف، 32]، فهؤلاء الذين نراهم معاقين يعطوننا الدليل على قدرة الله في كونه، وأنه يخلق ما يشاء بالكيفية التي يراها، وهو قادر على تعويضهم بقدرات تجعلهم متساويين بغيرهم من الأسوياء، ولا يعطي لنا الحق في وصفهم بأنهم عجزة غير قادرين على العطاء، بل هم قادرين على العطاء، ولهم الحق في الرعاية والتأهيل كما أن في ابتلائهم مثل للتحلي بالصبر وقوة الإنسان، ولكون الإعاقة من مظاهر الابتلاء نهى الإسلام عن تسمية الشخص باسم يدل على عاهة فيه لما قد تحمله هذه التسمية من لَمَزٍ وسُخْرِيَةٍ وقد قال تعالى: ﴿ **وَيْلٌ لِّكُلِّ هُمَزَةٍ لُّمَزَةٍ** ﴾ [الهمزة، 01] ولما قد تُحدّثه في نفس المُبتلى من شعور بالنقص الأمر الذي قد يسبب له عقداً نفسية وبالتالي الحقد على الآخرين، وبالنظرة المتشائمة للحياة.

وهناك مصطلحات مختلفة تُستخدم للإشارة إلى حالات العجز والإعاقة منها: الاضطرابات (Disorders)، والحالات الخاصة (Exceptionality)، كذلك تستخدم مصطلحات أخرى في العلوم الطبية ومنها: التشوهات (Deformities) والعيوب (Defects) وعلى أي حال، فالمصطلح الأكثر قبولاً حالياً هو مصطلح الأفراد ذوو الحاجات الخاصة (Individuals with Special Needs)، لِمَا للمصطلحات السابقة جميعاً من مدلولات سلبية (الخطيب والحديدي، 2005: 19).

ويُعرّف كيرك (Kirk, 1997) الفرد ذو الحاجات الخاصة بأنه: الفرد الذي يعاني من قصور في جانب أو أكثر من جوانب النمو، وكذلك الفرد الذي يمتلك قدرات عالية أو استثنائية ويُنظر إليه على أنه الفرد الذي يختلف عن الفرد العادي أو المتوسط بدرجة يحتاج عندها إلى التعديل في الخبرات أو الممارسات التربوية لتنمية قدراته الخاصة واستعداداته (خليفة وعيسى، 2006: 16)، وقد ركزت هذه الدراسة على ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً فقط.

وقد تطورت النظرة المُجتمعية لهؤلاء الأفراد عبر مراحل تدرّجت من سوء الفهم المقترن إما باستخدام العنف أو الازدراء والإبعاد والعزل داخل ملاجئ ومؤسسات إيوائية بدافع الشفقة بهم لإشباع احتياجاتهم الأولية، إلى الاعتراف بحقوقهم في الرعاية الصحية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والتشغيلية، إلى تبني فلسفة جديدة أساسها التكامل والاندماج والتطبيع نحو العادية، والمناداة بأن يتّاح لهؤلاء الأفراد من فرص الحياة اليومية الطبيعية للعاديين، وأن يشاركوا في أنشطتها بما يسمح لهم بتنمية واستثمار ما لديهم من استعدادات فعلية لأقصى ما يُمكن الوصول إليه في ظلّ أوضاع بيئية تتسم بأقل قدر ممكن من القيود والمحدّدات النفسية والاجتماعية.

وتختلف المَحَكّات التي تُتخذ لتحديد ذوي الاحتياجات الخاصة من بلد لآخر، إذ تتوقّف على التقاليد السائدة في المجتمع والفلسفة التي يعتنقها، وبالتالي درجة تقبّله لهذه الظاهرة ومدى تعقّده ومدى وجود الخدمات التي يمكن أن تُقدّم لأفراد هذه الفئة، فبعض الأفراد مثلاً ممّن تكون إصابتهم خفيفة أو بسيطة قد يجدون صعوبات في الحياة في بيئة حضرية أو صناعية غير أن إصابتهم تَمُرّ دون ملاحظة في مجتمع زراعي غير معقّد، واختلاف المَحَكّات بين الثقافات المختلفة يكون ملحوظاً حين محاولة تطبيقها على المصابين الذين يقتربون من المستوى السوي، غير أن الاتفاق سيكون موجوداً على من تكون إصابتهم حادّة لذا نلاحظ أن المَحَكّات لا تتوقف على الفرد وعاهته ولكنها تتوقف على مدى تعقّد المجتمع ومطالبه التي يفرضها على الفرد، ودرجة تحمّله للانحراف.

ويذكر "لوبروتون" (Le Breton, 1997) أن الشخص الذي يعاني من إعاقة لا يُنظر إليه في المجتمعات الغربية، باعتباره إنساناً بحصة كاملة، وإنما عبر المَوْشُور المُشوّه للشفقة أو للإبعاد، إن شاشة نفسانية تنتصب بينهما، فالحديث لا يجري عن الإعاقة، وإنما عن المُعاق، كما لو كان من جوهره كشخص أن يكون مُعاقاً، أكثر من أن يكون لديه إعاقة، إن الإنسان يُختزل هنا في حالة جسده فقط، المطروحة كـمطلق (لو بروتون، 1997: 137).

وقد أسفرت نتائج كثير من الدراسات التي أجريت حول إدراكات الأفراد العاديين للخصائص والسمات الشخصية المميزة للمعوقين، عن أن الخصائص التي اختاروها لوصفهم كانت سلبية تماماً وذلك على العكس من الخصائص الإيجابية التي وصفوا بها المتفوقين والعاديين (السرطاوي، 1989; Parish et al., 1977 ; Greenetal, 1979) وقد أرجعوا هذه النتائج إلى المعتقدات والأفكار التي

يتبناها العاديون عن المعوقين، والتي تسهم بدورها في تشكيل الاتجاهات السلبية إزاءهم (القريطي، 2005: 18).

وبشير "السيد" نقلاً عن (الطريقي، 2005) إلى أنه بغض النظر عن الخصائص الإيجابية لدى المعوق، فإن الأفراد العاديين ينزعون إلى الاعتقاد بأنه ليس شخصاً تاماً، وإنما تقتصه أشياء ضرورية، وفي ظل هذا الافتراض فهم - أي العاديون - يمارسون أشكالاً مختلفة من التمييز والتعصب، كما يستخدمون التسميات الدالة على الوصمة في أساليب تواصلهم اليومي، دون أن يفكروا في معانيها ومضامينها الأصلية (الطريقي، 2005: 18).

وتتبعه "بيج" (Bigge) على الشخص المعاق أن يأخذ هذا التمييز بالحسبان فيعتبره حقيقة إضافية ينبغي عليه التعايش معها، فبالرغم من أن تغيرات ملحوظة قد طرأت على الاتجاهات نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، إلا أن اتجاهات الكثيرين مازالت غير واقعية وغير إيجابية وبناء على ذلك فإن الشخص المعاق مُرغم على التعامل مع الاتجاهات السلبية ليتسنى له التمتع بأنماط الحياة التي يتمتع بها الأغلبية في المجتمع (الخطيب، 1998: 255).

والكتب السيكولوجية والمُختصة بعناية الطفولة المُعوقة تطلعننا بأن الكثير من الباحثين يُمَيِّزون شخصية المعاق عن شخصية السوي، وتتجلى هذه الفروق في الآثار التي تتركها الإعاقة وتنعكس على سلوك المعوق بوجه عام، فالعجز الجسمي حسب "فرحات" يؤثر على شخصية الفرد المعاق حركياً في النواحي الاجتماعية والنفسية...، وقد أشار "أدلر" إلى أن الأفراد ذوي العاهات الجسمية يكافحون في الغالب للتغلب على ما لديهم من نقص والتعويض عنه في ميدان مُعيّن، بل وربما في نفس المجال الذي يؤلف أساس ضعفهم، وقد يصيبهم هذا التأثير في اتجاه معاكس فيفضي بهم عجزهم إلى الانطواء أو العدوان وفقدان الثقة بالنفس، والتواكل والسيطرة والحد... إلخ (فرحات، 2004: 17-18).

ويبيّن "كوك" (Cook) أن نظريات الشخصية المعروفة قادرة على تفسير استجابات الأفراد للإعاقات الجسمية وطرق تكيفهم معها، فبالنسبة لنظرية التحليل النفسي لـ "فرويد" (Freud) يتمثل الإسهام الأهم لها في فهم تأثيرات الإعاقة الجسمية في المفاهيم التي قدمها فيما يتعلق بآليات الدفاع التي توظفها الأنا، ويعتبر أن الإسقاط والكبت والنكوص من أهم الآليات الدفاعية في هذا الشأن فمن خلال الكبت تُزاح الأفكار والخبرات المؤلدة للقلق من حيز الوعي، وبذلك فالكبت يقود إلى تجنب القلق والشعور بالذنب والصراعات النفسية الداخلية، وأما الإسقاط فهو يشتمل على تحميل شخص آخر



مسؤولية الصراعات، فالشخص المعوق الذي يشعر بعدم الكفاية ويصعب عليه تحمّل هذا الشعور قد يُسقط مشاعره على الآخرين فيدّعي أن أحدًا لا يريد مساعدته، وأما النكوص فهو يعني الهروب إلى عالم الخيال كوسيلة دفاعية يرتدّ إلى مرحلة نمائية سابقة ويظهر استجابات طفولية وسلبية، وتبعًا لنظرية مفهوم الذات لـ "روجرز" (Rogers) والتي تقوم على المنحى الظاهراتي، فإن التباين بين الذات والذات المثالية هو العنصر الأكثر أهمية في تفسير طبيعة تأثيرات الإعاقة على الفرد، ويعطي روجرز اهتمامًا كبيرًا للخبرات الشخصية، وما يعنيه ذلك عند تفسير أثر الإعاقة أن معنى الإعاقة بالنسبة للفرد ومشاعره نحوها أهم من الإعاقة ذاتها، وأخيرًا فإن نظرية المجال لـ "كورت لوين" (Korte Lowinne) هي نظرية نفسية اجتماعية أساسًا، فهذه النظرية تؤكد أهمية فهم السلوك من خلال مظاهره المباشرة وفهم السلوك من خلال علاقاته مع البيئة الكبيرة، وليس من المبالغة في شيء القول بأن هذه النظرية كانت الأكبر أثرًا في تفسير التأثيرات السيكولوجية للإعاقة الجسمية حيث بيّن "شونتز ورايت" (Shontz & Wright) العلاقات والتأثيرات المتبادلة بين الجسد والنفس وحاولا توظيف المعلومات المتعلقة بها في تفسير التأثيرات النفسية للإعاقات الجسمية (الخطيب، 1998: 257-258).

ويُضيف "ميزونوف" (Maisonneuve, 1981) أن الإعاقة التي تفرض حدًا للنشاط لها آثار سلبية على تطور الشخصية، فأمام السلوك المُنقص للقيمة نجد المعاق حركيًا يَسْتَبْطِن (Intériorise) الصورة غير اللائقة التي يعكسها له محيطه، لأن أنواع سوء التركيب الجسدي سواء كانت الفطرية منها أو المكتسبة هي في نفس الوقت إصابة للكمال الجمالي والوظيفي للجسد فهؤلاء المعوقين مظهرهم الجسدي يثير في أغلب الأحيان الخوف والتقرّز، كما يثير مواقف التميّز التي نذكر من بينها مُنافاة العلاقات الاجتماعية العادية (Maisonneuve, 1981: 52).

وكرّد لهذه السلوكيات يظهر الطفل قلقًا وعدم التقبّل لإعاقته، فحسب "توماس" (Thomas, 1972) الطفل يعي إعاقته بين سن (7-10) سنوات فيستجيب لها بطريقة حية، وهذا ما يعبر عن اضطرابه وقلقه، فهو يتألّم لاختلافه عن الآخرين لكونه محرومًا من كل ما هو مسموح لزملائه، أمّا بين (10 - 12) سنة فيعتدل سلوكه ليثور ثانيةً بابتداءً مرحلة البلوغ (Thomas, 1972: 189).

فالنظرة إلى الجسم لا تكون واحدة عبر مراحل الحياة المختلفة، ففي مرحلة الطفولة تتسم النظرة إلى الجسم بالكلية، ولكن في مرحلة المراهقة تبدأ النظرة إلى أجزاء الجسم ومقارنتها مع بعضها كما تقارن مع الأقران (الظاهر، 2004: 149).

ويُعدّ المظهر الجسمي حسب "كاش" (Kash, 1990) من الأمور الرئيسة التي تشغل بال كثير من الناس، ويظهر ذلك جلياً في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر أو بما يبدو عليه الفرد في الواقع، والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هي ما أطلق عليه علماء النفس بما يسمى صورة الجسم (Body image) والتميز بين النظرة الداخلية، والنظرة الخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا لا نرى أنفسنا بالطريقة التي يراها بها الآخرون (الدسوقي، 2006، 15).

ويعرّف "لوبروتون" (Le Breton, 1997) صورة الجسم: بأنها التصوّر الذي يُكوّنه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدو بها بشكل واع إلى هذا الحدّ أو ذاك عبر سياق اجتماعي وثقافي يُضفي تاريخه الشخصي عليه طابعا خاصا (لو بروتون، 1997: 145).

ويرى "شيلدر" (Schilder, 1968) أن صورة الجسد الإنساني هي صورة جسدنا الخاص التي نُشكّلها بداخل ذهننا، أي بمعنى آخر الطريقة التي يظهر لنا بها جسدنا، فكل شخص يُكوّن صورة عن شكل جسده المتخيل والمدرّك وهذه الصورة المتكونة لا تقتصر على مظهر الجسد كما يدركه كل فرد بل تحتوي على عناصر متعلقة بالوظائف الجسدية (Schilder, 1968: 35).

ويضيف "شيلدر" أن للواردات البصرية دورا هام جدا بحيث أن الطفل في السنة الأولى من عمره يفهم بأن الصورة المرآوية ما هي سوى صورته الجسدية المسقطّة في المرآة، وبالنسبة لنظرية التحليل النفسي فهي ترى أن التخطيط الجسدي يتغير ويتكون انطلاقا من المناطق الجنسية، وتكون الصورة الجسدية مُركزة أساسا على مناطق مختلفة من الجسم وفق مراحل التطور الليبيدي، فتكون مُركزة على الفجوة الفمّية في المرحلة الفمّية، وعلى المنطقة الشرجية خلال المرحلة الشرجية... وهكذا، وبهذا فإن تدفق الطاقة الليبيدية يؤثر بقوة على الصورة الجسدية لكن دون إهمال الدور الفعال للنشاط العضلي، وتطور الصورة الجسدية تكون كذلك تحت توجيه الميولات والدوافع والرغبات والتي لها دورا فعّالا في تكوين صورة الجسد (Schilder, 1968: 143).

وقد يحدث أن تضطرب صورة الجسد لعدَم اكتمالها بسبب خلقي أو نتيجة لحادث أو مرض مزمن متبوع ببتير العضو المصاب، فتعرض الصورة للتغيرات لأن كل ما يُغيّر الوحدة البيولوجية ينعكس على الصورة الجسدية فأَي تشوه جسدي هو فقدان للمادة الجسدية نفسها، ويؤدي هذا إلى صدمة نفسية تؤدي بدورها إلى تهديد الصورة الجسدية للمريض (Schilder, 1968: 205).

كما أن هناك علاقة مباشرة بين إدراك صورة الجسم وتصرف الشخص، وقد أضاف إلى ذلك المفهوم الخاص بصورة الجسم بعض علماء النفس فبيّنوا أن الإخلال بتلك الصورة قد يحدث في أية فترة من فترات نمو الفرد أو عند أي مستوى في النمو الإدراكي أو التكاملي للشخص، ففي نموه المبكر يختلف إصابة جزء معين من الجسم بالمرض أو يجذب انتباه الآخرين إليه ويعطي قيمة سيكولوجية متزايدة لذلك الجزء بما يخلّ بنظام صورة الجسم، ولقد قامت "ماكوفر" (Machover) بدراسة أساسها الإسقاط كما يتمثل في الرسوم للمحددات اللاشعورية التي تتعلق بصورة الجسم فبيّنت من دراسة رسوم عشرين شخصا معاقا أن ما أسقطه الأشخاص عن العجز البدني في رسومهم اختلف حسب شخصية المُصاب ودرجة عَجْزِه ومدة إصابته (مجيد، 2008: 210).

ويحتلّ الجسم مكانة هامة بالنسبة للفرد من الناحية الثقافية والاجتماعية وهو يلعب دوراً هاماً في حياته، وفي علاقته مع نفسه ومع الآخرين، فهو وسيلة لتحقيق الاتزان الانفعالي والوجداني للفرد عن طريق الاعتياء بالصورة الجسدية ومحاولة إظهارها بطريقة ترضي مقاييس الصورة المثالية للمجتمع وما من شأنه أن يحقق له الرضا عن الذات والثقة بالنفس، فإذا وجد أن جسمه ينمو بشكل لا يحقق له صورة إيجابية من حيث المقاييس المتعارف عليها فإن ذلك يضعه في وضع لا يحسد عليه مما قد يؤثر على حالته الانفعالية وسلوكه الاجتماعي (الخولي، 1996: 168).

وقد أظهرت نتائج دراسة "بيرشيد" (Bersheid) أن الأفراد الذين لديهم صورة إيجابية نحو أجسامهم يرون أنفسهم أكثر اجتماعية وألفة مع الآخرين وأكثر ذكاء، وأكثر قدرة على تحمل المسؤولية وذلك بعكس الأفراد الذين لديهم صورة سلبية عن أجسامهم، وقد أشار "فيشر" (Fisher) إلى أن اتجاهات الفرد نحو جسمه تمثّل مؤشراً هاماً لجوانب مختلفة لشخصيته وأن شعور الفرد بأن جسمه كبير أم صغير، جذاب أم غير جذاب، قوي أو ضعيف، قد يفيد كثيراً في التعرف إلى مفهومه لذاته والتعرف إلى نمط سلوكه تجاه الآخرين، كما أوضح "هيلمز وتيرنرز" (Helms & Turners) أن شعور الفرد نحو جسمه يرتبط بثقته في نفسه وفي طريقة تعامله مع البيئة المحيطة به

ومن ناحية أخرى فإن الأفراد الذين لديهم اتجاهات أو تصورات إيجابية نحو أجسامهم يتمتعون بدرجة مرتفعة لتقديرهم لذواتهم (علاوي، 1998: 131).

فالإنسان الحامل لإعاقة لا يقيم بالضرورة انقطاعاً مع الرمز الجسدي، بل يمكنه أن يستمر في الإحساس بأنه طبيعي، وأن يعاني من النظرات التي لا تكف عن الإلتقال عليه، أو من الحرج الذي يحدثه، إن الفرد الموصوم بالعاهة يتجّه، كما كتب "كوفمان" (Kauffman) لأن يكون لديه نفس الأفكار التي لدينا عن الهوية... ومن المؤكّد، أنّ ما يعاني منه في أعماق نفسه ربما يكون الشعور بأنّه شخص (طبيعي)، رجل مشابه لكل الآخرين، أي شخص يستحق فرصته وقليلًا من الراحة (لوبروتون، 1997: 136-137).

وبمراجعة الباحث للتراث السيكلوجي في مجال صورة الجسم، إتضح أن تقدير الذات يعتبر من أهم المتغيرات وثيقة الصلة بصورة الجسم من حيث الرضا أو عدم الرضا، حيث أظهرت نتائج دراسة "فليكر" (Fleker) أن الاختلاف في التكوين الجسماني يصاحبه اختلاف في مفهوم الذات، وقد أسفرت دراسة "زيون" (Zion) عن وجود علاقات مرتفعة نسبيًا بين مفهوم الذات الجسمية أو صورة الجسم وبين تقبل الذات (علاوي، 1998: 131)، كما أوضحت دراسة "جونسون وواتسون" (Jonson & Watson) أن الأفراد الذين لديهم اتجاهات إيجابية عن أجسامهم يتصّفون بارتفاع تقدير الذات (الخولي، 1996: 168)، والفرد المعوق له بطبيعة الحال حاجاته النفسية وأبرزها وأهمّها حاجته إلى تقدير الناس له رغم الظروف التي خرجت عن إرادته وتسببت عنها الإعاقة (السبيعي، 2000: 22).

ويُعرّف "روزنبرج" (Rosenberg) تقدير الذات بأنه الشعور بالقيمة (Self-Worth) حيث يرى أن تقدير الذات يمثّل اتجاهاً نحو الذات، إما أن يكون إيجابياً أو سلبياً والذي يمثّل بشعور الفرد بأنه ذو قيمة ويحترم ذاته لما هي عليه، كما يلعب تقدير الذات حسب "مريك" (Mruk, 1995) دوراً مهماً في زيادة دافعية الفرد للإنجاز والتعلم وفي تطور شخصيته وجعلها أقل عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة فقد تبين أن تقدير الذات العالي يرتبط بالصحة النفسية والشعور بالسعادة في حين أن تقدير الذات المنخفض يرتبط بالاكتئاب والقلق والتوتر والمشكلات النفسية (أبوسعد، 2009: 69).

ونظرًا لما تُسببه الإعاقة من تغييرٍ ظاهر في شكل الجسم حسب "مرعي" (1984) فإن ذلك يؤدي إلى إيجاد شعور سلبي لدى المعاق تجاه جسمه، حيث يشعر بقصور قدراته البدنية، الأمر الذي يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي عن ذاته ككل، حيث أن التقدير الإيجابي للجسم من جانب الفرد أو من

جانب الآخرين يؤدي إلى تقدير إيجابي لمفهوم الذات، وبالعكس فإن التقدير السلبي تجاه الجسم يتوّد عنه مفهوم سلبي للذات (حسين، 2008: 89).

فالناحية الجسمية تُعدّ من المصادر الحيوية في تشكيل مفهوم الذات والتي تتضمن بنية الجسم ومظهره وحجمه، إن طول الجسم وتناسقه ومظهره وملامحه الجميلة لها تأثير إيجابي في رؤية الفرد لنفسه لأن ذلك يدعو غالباً إلى استجابات القبول والرضا والتقدير والحب والاستحسان ويُعدّ ذلك تعزيزاً ذاتياً وقوياً وقوة ذاتية تدفع الفرد إلى التجاوب مع قدراته الذاتية والمناخ الاجتماعي بشكل مستمر لذلك فإن صورة الجسم لها أثر فاعل في تفاعل الفرد الاجتماعي (الظاهر، 2004: 147).

وتشير نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى انخفاض مستوى تقدير الذات لدى الأفراد المعوقين مقارنةً بالأفراد العاديين، منها دراسة "تيري" (Teri, 2000) التي بيّنت أن الإعاقة ارتبطت سلباً بتقدير الذات، حيث أن الطفل المعوق عنده تصور سلبي عن نفسه مما يؤثر على كفاءته الاجتماعية وذلك قد يعيق تفاعلاته الاجتماعية، أيضاً هو أقل في المشاركة الاجتماعية (Teri, 2000, 476-488)، كما أظهرت دراسة "ديكسون" (Dixon, 1974) أن المعوقين جسمياً يظهرون تقييم ذات أقل من مستوى العاديين، ووجود تقدير ذات منخفض لدى المعوقين جسمياً، وهذا راجع إلى رفض المعوق لإعاقته (فرحات، 2004: 46).

وخلصت دراسة "باركر" (Parker, 1970) أن الإعاقات الجسمية ومتغيرات الشخصية للأشخاص المعوقين جسمياً تؤثر تأثيراً كبيراً على إدراك المعوق لذاته، وأن تقبل الشخص المعوق جسمياً لذاته، يتوقف على مدى إعاقته وعلى مدى قبوله لهذه الإعاقة ونظرة المحيطين به على أنه شخص ناقص عن الأشخاص العاديين (فرحات، 2004: 33).

هذا، وقد كشفت نتائج العديد من الدراسات والأبحاث العلمية منها دراسة: الخرجي (2000)، أبو عبيد (2003)، الصمادي (2003)، أوتيس (Oates, 2004)، العلوان (2006) وكازيناف وآخرون (Cazenave, et al., 2006)، إلى فاعلية ممارسة النشاط الرياضي في إعطاء الفرص الكبيرة للارتقاء بتقدير الذات ومفهوم الذات عند الأفراد المعوقين.

كما أكدت أيضاً الكثير من الدراسات على قصور اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، وسعت تلك الدراسات إلى تنمية اللياقة البدنية لدى هذه الفئة من المراهقين الذين يعانون من كثير من المشاكل السلوكية والانفعالية نتيجة قصور اللياقة البدنية

ومحدودية العلاقات والصدقات الاجتماعية، منها دراسة "بوفارت" وآخرون ( Buffart, et al., 2008) الذين وجدوا أن هناك انخفاض في مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى المراهقين والشباب المعوقين بإصابة الحبل الشوكي، وتوصلت دراسة مشعان وهزاع وحسن (2000) إلى انخفاض مستوى عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال المعوقين عند مقارنتهم بالعاديين، حيث أشارت النتائج إلى انخفاض دال إحصائياً في القوة العضلية والتحمل الدوري التنفسي والتحمل العضلي لدى الأطفال المعوقين مقارنة بالعاديين، كما أن نسبة البدانة تجاوزت (50%) لديهم مقارنة مع (25%) لدى العاديين.

وتلعب التمرينات البدنية دوراً هاماً في المحافظة على صحة ولياقة الفرد المعاق ذلك للحد من مضاعفات الأجهزة الحيوية بالجسم (الدوري والتنفسي والعصبي والعضلي والعظمي) وما يحدثه ذلك في الحالة النفسية لديه، فقد أوضح "رياض وعبد الرحيم" (2001) أن مخاطر عدم الحركة لمستخدمي الكراسي المتحركة كثيرة منها: السمنة، ألم العضلات، تصلب المفاصل وتناقص حجم الرئة وعدم كفاءة عضلات القلب، قصور في الدورة الدموية والضعف العضلي، لذلك يصبح هناك ضرورة ملحة لوضع المعاق مهما كانت درجة إعاقته تحت تأثير برنامج تأهيلي حركي بدني للتقليل من كل هذه المخاطر أو التخلص منها كلياً، ولا يلزم أن تكون التمرينات المختارة مؤلمة أو غير سارة ولكن يجب أن تكون تمرينات منظمة حتى يتسنى له أن يجني ثمارها وتحقيق الهدف منها وهو إعادة تأهيل أجهزة الجسم المختلفة، كالجهاز العضلي بتدريب العضلات السليمة ما فوق مستوى الإصابة كذلك إعادة تأهيل الجهاز العصبي لتنمية مسارات حسية وعصبية جديدة، وكذلك إعادة تأهيل القلب والجهاز الدوري والجهاز التنفسي، ومن شأن ذلك كله إعادة تأهيل الأجزاء ذات العيوب القوامية والأجزاء المحركة في الجسم من خلال تأهيل الوظائف الحركية وتطويرها كعوامل مساعدة حركياً وبدنياً لتحسين المهارات الحركية (رياض وعبد الرحيم، 2001: 103).

وتشير الدراسات العلمية أن ممارسة نوي الاحتياجات الخاصة للأنشطة البدنية تساهم بفاعلية في رفع مستوى لياقتهم البدنية وبالتالي تُقلل من الأعراض الناجمة عن نقص الحركة (المطر وعلي، 2005: 26-27)، وبيّنت دراسة عبد الهادي (1996) أثر الممارسة الرياضية في تحسين بعض عناصر اللياقة البدنية للمعاقين بدنياً.

وقد ثبت من خلال الدراسات التي قام بها كل من: عبد المجيد (1999)، التومي (1998)، السامرائي (1997)، بأن اللياقة البدنية تعمل على زيادة التقبل النفسي للمعاق ويكون أكثر قدرة على التكيف النفسي والاندماج في المجتمع ومقاومة الضغوط الانفعالية مما تجعله يكتسب الشخصية السوية ويبتعد عن العصبية وعدم تقبل الذات أو الانطواء والقلق وبهذا فإن نجاح المعاق في تعامله مع البيئة المحيطة به والمجتمع الذي يتعامل فيه هو نتاج اللياقة البدنية والصحية والتي تؤدي إلى اتزانه الانفعالي ورضاه عن نفسه (إبراهيم، 2002: 213).

كما أثبتت الدراسات أن التربية البدنية المعدلة ما هي إلا فلسفة للتعرف إلى الإعاقات الجسمية والبدنية والعقلية والحسية ومعرفة درجتها وتحديد أنسب الطرق للتعامل معها لعلاج بعض أنواع الإعاقات أو التخفيف منها (سعد وأبو الليل، 2006: 37).

فممارسة النشاط البدني بصفة منتظمة تسهم في تحسين واستعادة أو المحافظة على صحة الشخص المعوق، حيث يؤكد مجموعة من الباحثين منهم "ناش" (Nash, 2005) الأثر الإيجابي للنشاط البدني على عدد من الآثار الجانبية المتعلقة بالإعاقة منها: الشلل التشنجي للعضلات، مشاكل الجهاز التنفسي، اضطرابات النوم، القلق، العزلة الاجتماعية، وحسب توب وكول (Topp et Coll, 2005) للنشاط البدني تأثير على نوعية الحياة لدى الأشخاص المعوقين بما في ذلك الأطفال، ويؤكد كل من "كول و فراقالا-بينكام" (Coll et Fragala-Pinkham, 2005) على سبيل المثال في الحصول على القوة العضلية أو المرونة المناسبة لتسهيل عملية التنقل وبالتالي زيادة الاستقلالية والقدرة على العمل (Laure, 2007 : 141-142)، كما توصلت نتائج دراسة "تليلي" وآخرون (Tlili, et al., 2007) إلى أن ممارسة المعاقين حركيا للنشاط الرياضي بصفة منتظمة له الأثر الإيجابي في زيادة قدراتهم الوظيفية وتحسين نوعية الحياة لديهم.

وقد أولت الدولة الجزائرية اهتمامها بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة وعملت على محاولة إدماجهم في الحياة الاجتماعية والاقتصادية ليصبحوا قوة منتجة أولاً ثم الشعور بمكانتهم في المجتمع ثانياً، واستطاعت أن تقدم خدمات كبيرة ومقدمة لهم، من خلال إصدارها لعدة قوانين وأوامر ومراسيم تنفيذية تنص على ضرورة تقديم خدمات تربوية ونفسية واجتماعية وذلك بإنشاء مدارس ومستشفيات ومراكز طبية وتربوية متخصصة لهذه الفئة، وللأسف تمت ملاحظة غياب نفس درجة الاهتمام على

مستوى القطاع التربوي الرياضي داخل مراكز ومؤسسات رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أظهرت دراسة "خوجة" (2006) أن ممارسة النشاط الرياضي داخل مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر يعاني من غياب الدور الإيجابي للنشاط الرياضي في حياتهم من الناحية النفسية والاجتماعية والجسدية والعقلية، وغياب في تكوين الإطارات المتخصصة في رياضة ذوي الاحتياجات الخاصة من ناحية وفي توفير الأدوات والأجهزة الرياضية المعدلة من ناحية أخرى، وكذا الفراغ القانوني في التشريع الرياضي المعمول به، إذ لا يوجد قانون خاص ينصّ بإلزامية ممارسة النشاط الرياضي داخل المراكز الخاصة برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة مع استحالة تطبيق القانون الذي شرّع للأفراد العاديين على الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة لما يتميزون به من خصوصيات (خوجة، 2008: 418).

وباعتبار النشاط البدني والرياضي أحد مقومات الشخصية السوية للأفراد سواء من الناحية النفسية أو الاجتماعية، هذا يؤدي بنا إلى التفكير في تجسيد دوره بشكل جدّي ليُصبح نشاطاً معترفاً به في كل مؤسساتنا الاجتماعية ليحقق اتزان الأفراد وسلوكياتهم، علماً أن عدد المعاقين في بلادنا في ارتفاع مستمر إذ بلغ حجمهم حسب نتائج الإحصاء الوطني الخامس للسكان والسكن لسنة 2008 (1891666) معاق منهم (921722) إناث و(969944) ذكور في حين أن (12) مليون من الجزائريين معنيين بإعاقة أحد أفراد عائلتهم (الديوان الوطني للإحصاء، 2008).

لذلك أصبح من الضروري الاهتمام بمشكلة ذوي الحاجات الخاصة ومسبباتها حتى يُمكن تخطيط البرامج الوقائية والعلاجية وتأهيلهم وتقديم الخدمات اللازمة لهم في كافة المجالات، كما يمكن وضع إستراتيجية للنهوض بذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، حتى يمكن تكيّفهم وإدماجهم ليتحولوا إلى قطاع منتج لهم دورهم في الحياة وليس عبئاً على المجتمع.

وبناءً على ما سبق جاءت هذه الدراسة لتجيب على السؤال الرئيسي الآتي:

- ما أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير

اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً؟

ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة التالية:



- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين مفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح على تطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً؟
- هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً؟

## 2- الفرضيات:

### الفرضية الرئيسية:

- لممارسة البرنامج الرياضي المقترح أثر إيجابي في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

### الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين مفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

## 3- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف إلى أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

- تحديد العلاقة بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة

حركيا.

#### 4- أهمية الدراسة:

ترجع أهمية هذه الدراسة إلى النقاط التالية:

- مساهمتها للاتجاهات العالمية المعاصرة في الاهتمام برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام وذوي الإعاقات الحركية على وجه الخصوص.

- أهمية موضوعها، فموضوع النشاط البدني والرياضي يعتبر من أهم القضايا في مجال الإعاقة، ذلك أنه يمثل خياراً تربوياً من شأنه أن يخلق بيئة تربوية خالية إلى حد كبير من القيود النفسية والاجتماعية ويستطيع ذوو الاحتياجات الخاصة أن يحققوا أسمى طموحاتهم ويستغلوا أقصى قدراتهم، كذلك الجانب الوقائي الذي تلعبه ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية في اكتشاف الجوانب غير الصحية وتقليل فرص الإعاقة والمحافظة على التطور الحركي النفسي والعقلي والاجتماعي والانفعالي وإكساب اللياقة البدنية وتجنب السمنة والأمراض المصاحبة لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة.

- أهمية المتغيرات التي تتناولها الدراسة، فالدراسة تتناول صورة الجسم التي تُعدُّ بمثابة الأساس لخلق الهوية السليمة وغير السليمة في ظروف بعينها، فصورة الجسم في علاقتها بالواقع الموضوعي (الأشكال الجسمية ووظائفها) إنما هي جوهر الظاهرة النفسية، كما تتناول كذلك مفهوم تقدير الذات الذي يُعتبر من الأبعاد الهامة في حياة الفرد المعاق حيث أنه يُعبّر عن اعتزازه بنفسه وثقته بها، وهو ما قد يُحدّد أفعاله وسلوكه في كثير من المواقف التي يتعرّض لها، وتتناول الدراسة كذلك اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة كأحد الموضوعات الحديثة التي تلاقى برامجها انتشاراً واسعاً في جميع أنحاء العالم المتقدم سعياً إلى المزيد من الصحة والاستمتاع بالحياة لعموم الأفراد ولا سيما بالنسبة للمعاقين من خلال تنمية عناصرها (اللياقة القلبية التنفسية، التركيب الجسمي، واللياقة العضلية الهيكلية)، وما تلعبه في إعطاء بدن الفرد المعاق الكفاءة لمواجهة متطلبات الحياة بما يُحقّق له السعادة والصحة.

- أهمية المرحلة العمرية التي تتعرّض لها الدراسة: وهي مرحلة المراهقة، والتي تُمثّل في حدّ ذاتها أكثر المراحل النمائية التي تتميز بتغيرات فسيولوجية ونفسية من شأنها أن تولّد لدى الفرد العديد من الضغوط والصراعات والاضطرابات النفسية كالشعور باليأس والقلق، والاكتئاب والاعتراب والوحدة النفسية، وتزداد حدة هذه الصراعات والاضطرابات ويتضاعف أثرها لدى المراهق المعاق

حركيا نظرا للقيود التي تفرضها الإعاقة الحركية عليه، والتي تُشعره بالعجز والنقص وعدم الكفاءة والارتباك في حياته، أي أنها المرحلة التي يشعر فيها بمدى قسوة الإعاقة التي تحد من حريته في مرحلة عمرية تتميز بالانطلاق والاستقلال والسعي نحو تحديد الهوية.

- أهمية مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع حيث أنها قد تكون بديلة عن الأسرة ولها دورا هام في تنشئة المعاق حركيا إذا ما وفر له مستوى رعاية ملائم.

- تُقدّم الدراسة إسهامًا متواضعاً من خلال بناء مقياس لصورة الجسم لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا مع بيان أهم خصائصه السيكومترية.

- تُوضّح هذه الدراسة العلاقة بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

- إعداد برنامج رياضي لتحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

- الإسهام في إعادة اتصال المجتمع بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال الأنشطة الرياضية المُعدّلة التي تناسب قدراتهم، وتفعيل دور الأجزاء السليمة في أجسامهم.

ويرى الباحث - على حد علمه - أن أدبيات البحث في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة يخلو من دراسة هذا الجانب من موضوع الدراسة حيث لا توجد دراسات في البيئة العربية، وفي الجزائر بشكل خاص، تناولت هذا الموضوع، وبالتالي فإن ما سنسفر عنه من نتائج يُعتبر إضافة جديدة إلى المجال العلمي (ميدان التربية الخاصة والتربية البدنية والرياضية المُعدّلة).

## 5- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

- يُمكن حصر مبررات اختيار موضوع الدراسة الحالية في ما يلي:
- إن الفلسفة العامة التي يتم من خلالها تناول قضايا ومشكلات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة عموما والمعاقين حركيا بالتحديد، ينبغي أن تستند إلى قاعدة أساسية تتلخص في أن الإنسان هو غاية في حد ذاته، وأن الحفاظ على كرامة هذا الإنسان وحقوقه هو أضمن ما يُمكن أن ننشده مهما اختلفت ظروفه واحتياجاته.
  - احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية.
  - العناية بهذه الفئة يمثل ضرورة دينية اجتماعية واقتصادية ونفسية وصحية من أجل تطوير قدراتها وإمكاناتها وإشباع حاجاتها.
  - ازدياد أعداد ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصةً في الدول النامية.
  - المفاهيم الخاطئة التي تلتف حول هذه الفئة ونظرة المجتمع إليهم.
  - قلة البرامج والأنشطة الرياضية والترويحية والدراسات العلمية التي عُنيتْ بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة على المستوى المحلي والعربي، على الرغم من الحقائق العلمية التي تُؤكِّد على الأثر الإيجابي والمباشر لممارسة الأنشطة الرياضية والترويحية في حياة الإنسان بصفة عامة وفي حياة ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة.
  - تمّ اختيار فترة المراهقة بالذات لأن عدد من الباحثين والدارسين في ميدان التربية الخاصة يؤكدون على أن المراهق المعاق يتأثر كثيرا بجماعة الرفاق، كما أنه يولي أهمية كبرى للحياة الاجتماعية، ففي هذه المرحلة يكون بحاجة إلى اللعب والحركة والمنافسة التي تساعد على التكيف والاندماج وتبادل العلاقات الاجتماعية.
  - الرغبة المُلحّة بتضمين مَقَرَّات جديدة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة في أقسام ومعاهد التربية البدنية والرياضية في الجزائر.

## 6- مصطلحات الدراسة:

فيما يلي عرض للتعريفات التي تبناها الباحث للمصطلحات المستخدمة في الدراسة الحالية:

### 1-6. البرنامج الرياضي المقترح:

تعني كلمة البرنامج حسب استعمالها العام ترتيباً مُحدداً سلفاً للأعمال أو الأحداث أو التطورات المزمع إجرائها لتحقيق نتيجة معينة، وعرف "نبيل غطاس وآخرون" البرنامج بأنه مجموعة من عناصر مخططة ومتكاملة ومتفاعلة مع بعضها البعض موجّهة لعدد من الأعضاء لتحقيق أهداف معينة خلال فترة زمنية مُحددة (النحاس وآخرون، 2001: 257-258).

وتُعرف الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح والتعبير الحركي (AAHPERD) البرامج المُعدّلة في التربية البدنية بأنها: البرنامج المتنوع للنمو من الأنشطة والألعاب والأنشطة الرياضية الإيقاعية لتناسب ميول وقدرات وحدود الأطفال ممّن لديهم نقص في القدرات ليشاركوا بنجاح وأمان في أنشطة البرنامج العام للتربية البدنية (الخولي وراتب، 1983: 353).

ويقصد بالبرنامج الرياضي في هذه الدراسة مجموعة من التمرينات والحركات والأنشطة والألعاب والإجراءات التي تمّ تطبيقها على ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، بحيث يجدون فيها متعة وإشباعاً لرغباتهم وإثراء لخبراتهم والتي تهدف إلى تطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لديهم، وفق فترة زمنية مُحددة تستغرق (10) أسابيع بمعدل (3) حصص أسبوعياً، بحيث يُحدّد لهذا البرنامج أهدافه ومحتواه والنشاطات اللازمة بما يتناسب مع خصائص العينة، وتتضمن الأهداف التعليمية والأساليب ووسائل القياس والتشخيص والتقييم\*.

### 2-6. صورة الجسم:

تُعرف الصورة (Image) وباللاتينية (Imago) لغوياً: بأنها استعادة صورة لشيء عن طريق استعمال آلة مثل: المرآة العاكسة، أو عن طريق الرسم مثل لوحة زيتية أو عن طريق الخيال (Mécro Robert, 1985: 542).

أما قاموس علم النفس فيُعبّر عن الصورة على أنها عبارة عن تصوّر داخلي لشيء عرف سابقاً أو مبدع من الفرد بالنسبة لفكرة، وللصورة طابع مُجسّد بقربها من الحواس (Sillamy, 1980: 593).

\* - تعريف إجرائي.

ويُعرّف كل من "كفاي والنيال" (1995) صورة الجسم: بأنها عبارة عن تصوّر عقلي أو صورة ذهنية يكونها الفرد، وتسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من أحداث ومواقف، كما أن صورة الجسم تؤثر تأثيراً كبيراً في نمو الشخصية وتطورها، وما يكونه الفرد من اتجاهات نحو جسمه، قد تكون سلبية أو إيجابية وهذه الاتجاهات المتعلقة بصورة الجسم بشقيها الايجابي أو السلبي، إما أن تكون ميسرة أو معوقة لتفاعلات الإنسان مع ذاته ومع الآخرين (كفاي والنيال، 1995: 21).

ويتحدّد مفهوم صورة الجسم في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس صورة الجسم (من إعداد الباحث) المستخدم\*.

### 3-6. تقدير الذات:

يتبنى الباحث تعريف "كوبر سميث" (Cooper Smith) بأنه الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد عن نفسه، ويوضّح إلى أي مدى يعتقد الفرد أن لديه القدرة والإمكانيات وكذلك الإحساس بالنجاح والقيمة في الحياة، وهو خبرة موضوعية يقدمها الفرد للآخرين من خلال التعليق اللفظي والسلوكيات الأخرى (محمد، 2000: 60).

يُعرف الباحث تقدير الذات بأنه تقييم ذاتي في ضوء مدى تقبّل الفرد المعاق حركياً لذاته أو رفضه لها من خلال الدرجة التي يحصل عليها على مقياس روزنبرج المستخدم في الدراسة الحالية.

### 4-6. اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

يعرّفها "جاكسون" وآخرون (Jackson, et al., 1999) بأنها: مظهر مميز للياقة التي تركز إجمالاً على جوانب ذات تأثير عام على الصحة والطاقة والقدرة على مواجهة متطلبات الحياة اليومية وأنشطتها (عبد الفتاح ونصر الدين، 2003: 293-294).

ويمكن تعريف اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على أنها مقدرة الفرد المعاق الأدائية في اختبارات تُعبّر عن التحمّل الدوري التنفسي (اللياقة القلبية التنفسية)، والتركيب الجسمي وقوة العضلات الهيكلية وتحملها (اللياقة العضلية الهيكلية)، وهذه العناصر ترتبط بالصحة الوظيفية\*.

\* - تعريف إجرائي.

## 6-5. ذوي الاحتياجات الخاصة:

ذوو الاحتياجات الخاصة هم فئة من الأفراد الذين يختلفون عن العامة في صفاتهم وقدراتهم العقلية أو الحسية أو البدنية أو الانفعالية والسلوكية مما يجعلهم في حاجة إلى تدخل ومساعدة من الأسرة والمجتمع لتوفير أساليب وإمكانات خاصة تعمل على دعم تكيفهم مع المجتمع ويدخل في نطاق هذه الفئة من يطلق عليهم المعاقين، وكذلك من يتمتعون بقدرات وإمكانات عقلية وحسية وبدنية فائقة ومتميزة وبموهبة فطرية خلاقة (النواصرة، 2006: 22-23).

ويقصد بذوي الاحتياجات الخاصة في هذه الدراسة أولئك المراهقين الذين لديهم عائق جسدي يمنعهم من القيام بوظائفهم الحركية بشكل طبيعي، سواء أكان هذا العائق محصلة لأسباب وراثية أم مكتسبة نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات، أو فقدان في القدرة على الحركة في الأطراف السفلية، فأصبح لديهم نقص من حيث إقامة العلاقات الإجتماعية فيجدون صعوبات في القيام بنشاطاتهم اليومية منها ممارسة النشاط الرياضي، وهم يحتاجون إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ورياضية ومهنية لمساعدتهم على إستعادة قدراتهم، أو تعويضهم باستثمار القدرات المتبقية، أو التكيف مع الوضع الحالي، لتحقيق أهدافهم الحياتية والعيش بأكبر قدر من الإستقلالية\*.

---

\*- تعريف إجرائي



# الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول

الدراسات السابقة

## 1-1. تمهيد:

يعرض الباحث في هذا الفصل أهم الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع دراسته، والتي استفاد الباحث مما إتَّبعته من إجراءات، وما أسفرت عنه من نتائج، وقد روعي في ترتيبها أن تكون وفقا للترتيب الزمني من الأقدم للأحدث لإبراز مسار التطور البحثي في هذا المجال وقد قُسمت الدراسات إلى قسمين، القسم الأول ويحتوي على الدراسات العربية والقسم الثاني ويحتوي على الدراسات الأجنبية كما يلي:

### أولا- الدراسات العربية:

1- أجرى عبد الهادي (1996) دراسة هدفت التعرف إلى أثر برنامج رياضي مقترح على بعض عناصر اللياقة البدنية والكفاءة المهنية للمعاقين بدنيا، واعتمد على المنهج التجريبي على عينة تجريبية مكونة من (15) معاقاً بدنياً بشلل الأطفال، وعينة أخرى ضابطة مكونة من (10) معاقين بدنياً بشلل الأطفال ممن تراوحت أعمارهم من (15 إلى 20) سنة، وتم تطبيق عدة اختبارات لقياس اللياقة البدنية والكفاءة المهنية وقد روعي التجانس بين أفراد المجموعتين من حيث مستوى الإصابة وفي العمر والطول والوزن، وكذلك في نوع المهنة، إضافة إلى هذا تم تطبيق البرنامج الرياضي على العينة التجريبية.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بين القياسين القبلي والبعدي لصالح المجموعة التجريبية في عناصر اللياقة البدنية التالية: قوة القبضة، القوة العضلية النسبية، الجهاز الدوري التنفسي، الجهاز العضلي، التوافق، سرعة الاستجابة، السرعة الحركية، مرونة المنكبين، مما يدل على تحسنها نتيجة ممارسة البرنامج الرياضي، كما يوجد فرق معنوي ذو دلالة إحصائية بين المجموعتين بين القياس القبلي والبعدي لصالح المجموعة التجريبية في مستوى الكفاءة المهنية.

2- قامت الخزرجي (2000) بدراسة هدفت التعرف إلى تقدير الذات البدنية والمهارية للاعبي الساحة والميدان المعاقين المصابين ببتير سفلي في العراق، اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي على عينة تم اختيارها بالطريقة العمدية من أعضاء الفريق الوطني للساحة والميدان وعددهم (16) لاعبا وتم تطبيق البحث على (13) لاعباً، وكان الوسط الحسابي لأعمارهم (25,6) سنة.

طبقت الباحثة استمارتين، واحدة لقياس الذات البدنية والأخرى لقياس الذات المهارية، كما قامت بإجراء اختبار للإدراك الحسي وهو اختبار قوة القبضة ونصف قوة القبضة بجهاز الدينامومتر لليد اليمنى واليسرى، أظهرت نتائج الدراسة أن تقدير الذات البدنية والمهارية كان إيجابياً وجيداً لدى لاعبي المنتخب للساحة والميدان، كما أن الثقة بالنفس لتقبل المجتمع لدى اللاعبين في أدائهم الرياضي ومعدل الإحساس الحركي بنصف قوة القبضة لكلا اليمين كان مرتفعاً.

**3-** وقام عليان (2000) بدراسة هدفت التعرف إلى أثر برنامج مقترح للسباحة على مستوى بعض متغيرات الإدراك الحس-حركي (الإحساس بالقوة، الإحساس بالزمن، الإحساس بالاتجاه الإحساس بالمسافة) لدى المعاقين حركياً، واستخدم الباحث المنهج التجريبي على عينة اختيرت بالطريقة العمدية تكونت من (15) فرداً من الأفراد المعاقين المصابين ببتير سفلي أحادي، ثم تم إجراء الاختبارات القبليّة وبعدها طبق البرنامج المقترح المتضمن بعض مهارات السباحة إضافة إلى بعض الألعاب الترفيهية لمدة (8) أسابيع بواقع (3) وحدات تعليمية أسبوعياً و بمعدل (60-70) دقيقة لكل وحدة تعليمية، بعدها تم إجراء الاختبارات البعدية.

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في القياسين القبلي والبعدى على بعض متغيرات الدراسة لصالح القياس البعدى لدى أفراد عينة الدراسة، حيث ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدى ولصالح القياس البعدى على متغير الإحساس بقوة القبضة (100%) ومتغير الإحساس بقوة الذراع اليمنى (100%، 50%) وعلى متغير الإحساس بقوة الذراع اليسرى (100%)، 50%) وعلى متغير الإحساس بقوة الذراعين (100%، 50%) وعلى متغير الإحساس بالزمن باستخدام الكرسي المتحرك، بينما لم تظهر فروق دالة إحصائية على متغير الإحساس بقوة القبضة.

**4-** أجرى مشعان وآخرون (2000) دراسة هدفت التعرف إلى مستويات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال الذكور المتخلفين عقلياً المصابين بمتلازمة داون وغير المصابين بها ومقارنتها مع أقرانهم العاديين، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث فئات هي: فئة المصابين بمتلازمة داون (ن = 14، متوسط العمر ± انحراف معياري = 11,1 ± 1,1 سنة)، وفئة غير المصابين بمتلازمة داون من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم (ن = 20، العمر = 11,3 ± 0,97)، وفئة العاديين الأصحاء (ن = 20، العمر = 11,1 ± 1,1)، وقد تمّ قياس الطول والوزن وتقدير نسبة الشحوم بالجسم من خلال قياس سمك طبقات الجلد في ثلاث مناطق بالجسم، وكذلك تمّ قياس عناصر اللياقة البدنية المرتبطة

بالصحة (القوة العضلية بواسطة قوة القبضة وقوة عضلات الفخذين، المرونة بواسطة صندوق المرونة، والتحمل الدوري التنفسي بواسطة جري/ مشي 600 متر).

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة البدانة لدى الأطفال من المتخلفين عقلياً تجاوزت (50%) مقارنة مع (25%) لدى العاديين، كما أشارت النتائج إلى انخفاض دال إحصائياً عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  في القوة العضلية والتحمل الدوري التنفسي والتحمل العضلي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً مقارنة بالأطفال العاديين، وذلك ناتج عن لين في الأربطة وفي العضلات لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون، واستنتج الباحثون من هذه الدراسة ضرورة الأخذ بالحسبان عند وضع برامج اللياقة البدنية للمتخلفين عقلياً المستوى المنخفض لعناصر اللياقة البدنية لديهم مقارنة بالأطفال العاديين.

5- قام أبو عبيد (2003) بدراسة هدفت إلى بناء برنامج تعليمي في السباحة ومعرفة أثره على المستوى المهاري ومفهوم الذات لدى ذوو التحديات الحركية، وقد اشتملت عينة الدراسة على (14) معاقاً حركياً من المصابين بشلل الأطفال في الجامعة الهاشمية.

استخدم الباحث المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة وإجراء اختبارات قبلية وبعديّة للمستوى المهاري في السباحة ومفهوم الذات مستخدماً مقياس مفهوم الذات إعداد (الربضي والمومني، 1992) لجمع البيانات، حيث تضمن المقياس ستة أبعاد بواقع (70) عبارة وهي (بعد السلوك، بعد المظهر الجسمي، بعد القلق، بعد الشهرة والشعبية، بعد السعادة والرضا، البعد الفكري)، كما استخدم الباحث برنامجاً تعليمياً من إعداده يهدف إلى تعليم أفراد العينة المهارات الأساسية في السباحة وإتقان سباحة الزحف على البطن وسباحة الظهر، مدة البرنامج (24) وحدة تعليمية بواقع (03) وحدات أسبوعياً وزمن الوحدة الواحدة (75) دقيقة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين الاختبارين القبلي والبعدي لمقياس مفهوم الذات لذوي التحديات الحركية لصالح القياس البعدي، وكذلك أظهرت نتائج الدراسة فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمستوى المهاري في السباحة لصالح القياس البعدي، مما يدل على الأثر الواضح للبرنامج التعليمي في تحسين مفهوم الذات والمستوى المهاري في السباحة لذوي التحديات الحركية.

6- قام الصمادي (2003) بدراسة هدفت إلى التعرف على أثر برنامج تدريبي على تنمية المهارات الحركية، ومفهوم الذات والكفاية الاجتماعية للطلبة ذوي صعوبات التعلم الملحقين في غرف

مصادر التعلم في مديرية تربية الزرقاء (الأردن)، اعتمد الباحث على المنهج التجريبي على عينة تكونت من (48) طالبا وطالبة منهم (24) طالبا وطالبة كمجموعة تجريبية و(24) طالبا وطالبة كمجموعة ضابطة (الذين لديهم صعوبات تعلم)، وتم الكشف عن مستوى المهارات الحركية من خلال اختبار تضمّن المهارات الحركية الكبيرة، والمهارات الحركية الدقيقة، أما مستوى مفهوم الذات فتم من خلال مقياس "هارتر" (Harter,1982) للكفاية المدركة، وتم الكشف عن الكفاية الاجتماعية من خلال مقياس السلوك الاجتماعي المدرسي لـ ميريل (Merriil,1993)، وبعد تطبيق الاختبارات القبلية تم تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية لمدة فصل دراسي كامل، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج تم إجراء القياس البعدي لكافة متغيرات الدراسة للمجموعتين الضابطة والتجريبية، وبعد شهر من إجراء القياس البعدي تمت إعادة تطبيق الاختبارات الثلاثة للتعرف على درجة الاحتفاظ بالمهارات التي تمّ تعليمها في البرنامج، ومن أجل تحليل نتائج الدراسة تم استخدام تحليل التباين المشترك.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا لصالح المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحركية الكبيرة والمهارات الحركية الدقيقة، كذلك توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا لصالح المجموعة التجريبية على متغيري مفهوم الذات والكفاية الاجتماعية.

7- أجرى المساعيد (2004) دراسة هدفت إلى بناء برنامج إرشاد جمعي لزيادة تقدير الذات لدى عينة من ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا في جمعية النهضة للمعاقين حركيا والتحديات الحركية في محافظة إربد، وقد تم اختيار(40) معاقا حركيا من مجتمع الدراسة البالغ عددهم (60) معاقا حركيا ممن حصلوا على أعلى الدرجات في المقياس في عدم تقدير الذات، وتمّ توزيع أفراد العينة عشوائيا إلى مجموعتين متساويتين: تجريبية وضابطة، عدد أفراد كل منها (20) معاقا حركيا.

تمّ تصميم برنامج إرشاد جمعي استنادا إلى نظرية العلاج الانفعالي العقلاني السلوكي لـ"ألبرت إليس"، واستخدمت إستراتيجيات وأساليب تدريجية هي: لعب الدور، تحقيق الذات والمناقشة والواجبات المنزلية، كما استخدم الباحث مقياس تقدير الذات للنجار (1997)، وقد طُبّق المقياس على المجموعتين التجريبية والضابطة قبل البدء بتطبيق البرنامج، وقد صحح المقياس بطريقة تشير فيه الدرجة العالية إلى عدم تقدير الذات، وتلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامج الإرشاد الجمعي وبمعدل لقاء واحد أسبوعيا، مدته (60) دقيقة على مدار(12) أسبوع، أما المجموعة الضابطة

فلم يتلقَّ أفرادها أي تدريب، بعد ذلك أُعطي أفراد المجموعتين مقياس تقدير الذات بعدياً للكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي في زيادة تقدير الذات.

أظهرت نتائج اختبار(ت) وتحليل التباين المشترك (Ancova) فروقا دالة إحصائياً في تقدير الذات عند مستوى دلالة أقل من  $(\alpha \geq 0,05)$  ولصالح المجموعة التجريبية، ويستنتج من ذلك أن برنامج الإرشاد الجمعي الذي أُعدّ في الدراسة الحالية كان فعالاً في زيادة تقدير الذات لدى المعاقين حركياً.

**8- قام العلوان (2006) بدراسة هدفت إلى الكشف عن درجة الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات لدى المعاقين حركياً الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي في الأردن، وبيان أثر كل من متغيرات (المؤهل العلمي والحالة الاجتماعية والدخل الشهري ومكان الإقامة والجنس وسبب الإعاقة ونوع الإعاقة) على مستوى الرضا عن الحياة وتقدير الذات لدى الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي من المعاقين حركياً في الأردن، وقد تكونت عينة الدراسة من (253) معاق (ذكور وإناث) والذين تجاوزت أعمارهم (18) سنة، حيث بلغ عدد المعاقين حركياً والممارسين للنشاط الرياضي (97) معاقاً تم اختيارهم بالطريقة العمدية عن طريق اللجنة البارالمبية الأردنية و(156) معاقاً من غير الممارسين للنشاط الرياضي تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من ضمن كشوفات وزارة التنمية الاجتماعية، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي بصورته المسحية كما استخدم أداة الاستبيان وتضمّن ثلاثة أقسام وهي: متغيرات الدراسة والمعلومات الشخصية، مقياس الرضا الوظيفي عن الحياة ومقياس تقدير الذات.**

أظهرت نتائج الدراسة أن الفروق في جميع المحاور المتعلقة بدرجة الرضا عن الحياة ودرجة تقدير الذات للمعاقين حركياً في الأردن لصالح الممارسين للنشاط الرياضي.

**9- وأجرى حسين (2008) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي مرتكز على نماذج الفيديو في تحسين مفهوم الذات لدى عينة من ذوي التحديات الحركية في الأردن، وبيان تأثير بعض المتغيرات المستقلة (الجنس، مستوى التحدي، المستوى التعليمي، خبرة العمل) في تحسين مفهوم الذات لدى مجموعة الدراسة، واعتمد الباحث على المنهج التجريبي (قبلي-بعدي) باستخدام مجموعتين مجموعة تجريبية تكونت من (12) فرد وضابطة ضمت (12) فرد بمستويات مختلفة لدرجة الإعاقة ومن الجنسين حسب التصنيف الذي اعتمده الباحث، وذلك من حيث كيفية التحرك خارج البيت**

باستخدام الأجهزة المساعدة، عكاز أو عكازين أو كرسي متحرك، أو الغير مستخدمين لعكاز أو عكازين أو كرسي متحرك.

أعدّ الباحث في هذه الدراسة مقياساً من تطويره لقياس مستوى مفهوم الذات لذوي التحديات الحركية كما قام بتصميم برنامج إرشاد جمعي يقوم على تصوير حلقات تتراوح مدتها ما بين (8-12) دقيقة للأفراد من ذوي التحديات الحركية، ممّن استطاعوا التغلّب على التحديات التي واجهتهم، والآن يمارسون حياتهم الطبيعية في جميع مناحيها ويتمتعون بصحة نفسية يمكن أن يقال أنها ممتازة وركزت الحلقة بالنسبة لكل واحد منهم على سيرته الذاتية بحيث يبرز التحديات والعقبات التي واجهته وكيفية التعامل معها وتجاوزها ورأي الآخرين ونظرتهم إليه، وقد روعي في اختيارهم أن يكونوا من ذوي التحديات الحركية بمستويات مختلفة للتحدي، فمنهم من يسير بدون عكاز، ومنهم من يسير بعكاز أو اثنين، ومنهم من يستخدم الكرسي المتحرك.

أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين مفهوم الذات لدى المجموعة التجريبية، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  لأثر المتغيرات المستقلة (الجنس، مستوى التحدي، المستوى التعليمي، خبرة العمل) في تحسين مفهوم الذات لدى مجموعة الدراسة.

### ثانياً - الدراسات الأجنبية:

**10-** قام بيتوس (Beatus, 1996) بدراسة هدفت إلى استكشاف صورة الجسم ومفهوم الذات وكذا العوامل المؤثرة في التكيف مع الإعاقة لدى المعاقين بإصابات النخاع الشوكي ومقارنتهم مع الأفراد المعاقين بإصابات أسفل الظهر والأفراد العاديين.

تكونت عينة الدراسة من (21) معاق بالشلل النصفي السفلي تراوحت أعمارهم بين (18-66) سنة، و(25) معاق بالشلل الرباعي تراوحت أعمارهم ما بين (19-57) سنة، و(22) مرضى أسفل الظهر تراوحت أعمارهم بين (29-80) سنة، و(30) شاب غير معاقين تراوحت أعمارهم بين (20-44) سنة، طُبّق على كل من الأفراد المعوقين والعاديين مقياس صورة الجسم، مفهوم الذات وتصور الجسم، وكذا مقياس الاكتئاب والتكيف مع الإعاقة.

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود اختلاف بين المعوقين بإصابات الحبل الشوكي المشاركين في هذه الدراسة مع الأفراد العاديين في تقديرهم لصورة الجسم ومفهوم الذات، كما لا يوجد اختلاف



بين الأفراد المعوقين المصابين بالشلل النصفي السفلي مع أقرانهم المصابين بالشلل الرباعي في تقديرهم لصورة الجسم ومفهوم الذات، كما أظهرت وجود علاقة دالة بين المتغيرات المستقلة و التكيف مع الإعاقة، والنموذج الشامل يشير إلى أن المتغيرات هي قادرة على شرح ما يقرب (57%) من التباين في التكيف مع الإعاقة، كما أُعتبر تقدير الذات وسنوات التعليم كمتغيرين هامين في التنبؤ للتكيف مع الإعاقة.

**11-** أجرى كل من بار ومنوتي (Behr & Menotti, 2000) دراسة هدفت التعرف إلى أثر ممارسة كرة السلة على الكراسي المتحركة للاعبين النخبة المعوقين حركيا على تقدير الذات لديهم استخدم الباحثان المنهج الوصفي على عينة تكونت من (14) لاعب ذكور من المنتخب الفرنسي للآمال لكرة السلة على الكراسي المتحركة تراوحت أعمارهم بين (17-22) سنة، وفريق الأكاير مكون من (12) لاعب بعمر (17-39) سنة، حيث تنوعت إعاقاتهم (إعاقة للأطراف السفلية، شلل أطفال، بتر، إصابات العمود الفقري)، واستخدما استبيان مكون من 6 أبعاد: الهوية، الذات، الذات والدافع، الذات والمنافسة، الذات والجسم، الذات والآخرين.

أظهرت نتائج الدراسة أن الدافع نحو التدريب وإلى المقابلات يكاد يكون متساوي لكلا الفريقين حيث وصل إلى درجة (90%)، وأن اكتساب مستوى عالي من التحكم التقني هو المحرك لتقدير ذات إيجابي عند لاعبي فريق الأكاير، كما أن تقدير الذات بالنسبة لبقية اللاعبين يتأثر بدرجة كبيرة بعوامل خارجية منها: المحيط الاجتماعي، الجو السائد داخل الفريق وكذا نتائجه، وأن الثقة بالنفس هي أعلى عند لاعبي فريق الأكاير، كما سمحت ممارسة كرة السلة على الكراسي المتحركة للاعبين كلا الفريقين بتقبل إعاقاتهم.

**12-** وأجرت كل من كوروار وسوردس-آدر (Coroir & Sordes-Ader, 2001) دراسة هدفت إلى تحليل الآثار النفسية المترتبة عن العجز الحركي عند المراهقين، حيث افترضنا بأن تنفيذ إستراتيجية للتكيف تسمح بالتغلب على الإعاقة، وتمت المقارنة بين مجموعتين، تضم الأولى (21) مراهقا معاقا حركيا، مع المجموعة الثانية- الشاهدة- والتي تضم (21) مراهق -أفراد عاديين- تتراوح أعمارهم ما بين (12-18) عاما، وقد أجابت المجموعتان على ثلاث استبيانات: صورة الجسم واحترام الذات، وإستراتيجيات المواجهة.

بيّنت النتائج أن التقييم يشبه نفسه في كلتا المجموعتين، وعند المراهقين المعاقين فإن التمثيل الجيد للذات هو مسموح من خلال استخدام إستراتيجية للتكيف مع الإعاقة.

**13-** قام لالكان (Lalkhen, 2001) بدراسة هدفت التعرف إلى فهم سلوك الأفراد المراهقين المعاقين بالشلل الدماغي وتقديرهم لذاتهم في بيئة غير المعاقين (البيئة العادية)، حيث تمّ تسجيل وتحليل استجاباتهم التلقائية.

وفي مجال الفينومولوجيا\* (Phénoménologie) هناك دراسات قليلة اهتمت بتقدير الذات وخاصة عند المعاقين، كما وجد أن التغيرات التي تحدث في فترة المراهقة هي مرتبطة بتغيرات في مفهوم الذات، وحيث أن صورة الجسم عامل هام في تطور مفهوم الذات خلال مرحلة المراهقة فإنه من المنطقي افتراض أن الإعاقة الجسدية سوف تؤثر على مفهوم الذات وتقدير الذات، وتشير الدلائل كذلك إلى أن الأطفال الذين لديهم شلل دماغي وديمومة الإعاقة يتم ملاحظتها والإحساس بها، وقد وجد أن خبرة الجسد والإحساس به عامل فعّال ومهم في مفهوم الذات عند المراهقين المعاقين جسدياً، وفي حين يتم الإحساس بالجسد كمفهوم واضح وغير طيّع وغير معتمد عليه، فإنه يتم النظر إليه كعامل معيق يحدّ من ممارسة النشاط البدني، وكمعيق للعلاقة مع العالم الخارجي.

ومن منظور الفينومولوجيا، فإن الإعاقة أكثر بكثير من أمراض الجسم، كما أنها عنصر أساسي في تكوين هوية المراهق المعاق، نظراً لطبيعة الاضطرابات التي تحدث له، وخلال مواجهته الكثير من مواقف الإحباط وخيبات الأمل فإن المراهق المعوق حركياً يدرك أنه من خلال مواجهته لغير المعاقين والتعامل معهم سوف تتطور وتحسن قدراته وكفاياته وسوف يشعر بتقديره لذاته والمراهق المعوق الذين يحرم من فرص الاندماج والانخراط مع أقرانهم العاديين ويحرم من حرية الاختيار واتخاذ القرار بشكل مستقل يكون غير قادر على تنمية وتطوير الإحساس بتقدير الذات والثقة بالنفس، ولذلك فإنه سيكون أقل مشاركة في الحياة العامة وتكوين علاقات مع الآخرين في المجتمع.

---

\* الفينومولوجيا: تعني دراسة الوعي وأفعاله وموضوعاته المختلفة كما تظهر للعقل في خصائصها الجوهرية، إن أصل الكلمة هو Phainomai أي يُظهر، ثم Logs أي دراسة، فهي إذاً دراسة تظهر الموضوعات للعيان، وهي تعتبر الموضوعات قائمة للوعي وأمامه، ذلك أن الوعي في الفينومولوجيا لا يتجه إلى الأشياء من حيث ظاهرات فحسب، أي من حيث هي محسوسة، وإنما من حيث هي ماهيات كذلك، أي من حيث هي مدركة كأشياء حقيقية (الشاروني، 2009: 44).

**14-** وأجرت رادر (Rader, 2003) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين مفهوم الذات وتقدير الذات ومركز الضبط والكفاءة الذاتية والإرادة الذاتية عند الطلاب ذوي الإعاقة الحركية، من خلال المقارنة بين تصميم المجموعات لاستيضاح خبرات المراهقين من المعاقين حركيا وغير المعاقين بالتركيز على مؤثرات النفس وعلاقتها بالإرادة، وقد شملت عينة الدراسة (50) طالبا من سن (13-17) سنة وكانت مقسمة إلى مجموعتين يضم كل منها (25) طالبا معاقا حركيا وأخرى (25) غير معاق، وقد قام الطلاب بإكمال الفقرات الخاصة بتقييم الذات وهي: مفهوم الذات، تقدير الذات، مركز الضبط، كفاءة الذات، إدارة الذات.

وبعد مقارنة نتائج المجموعات أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات فالطلبة غير المعاقين كان لديهم مستويات أعلى في مفهوم الذات وتقدير الذات، أما الطلبة المعاقين حركيا فقد كان لديهم مستويات أعلى في وجهة الضبط الداخلي ولديهم فرص أكبر في الكفاءة الذاتية والإرادة الذاتية كما أثبتت الدراسة أن الفاعلية الاجتماعية كانت المؤشر الوحيد للإرادة عند الطلبة المعوقين حركيا وأنه لا يوجد مؤشر رسمي للإرادة عند الطلاب غير المعوقين حركيا.

**15-** أجرت أوتيس (Oates, 2004) دراسة هدفت التعرف إلى فاعلية برنامج ترويجي في السباحة على تحسين تقدير الذات للمعاقين حركيا، استخدمت الباحثة الملاحظات والاستبيانات والمقابلات لتحديد التغيرات في السلوك الاجتماعي والحركي وتقدير الذات ثم التقييم القبلي- والبعدي على عينة تكونت من طفلين وأربعة مراهقين يعانون من الشلل المخي وإصابات الحبل الشوكي. أسفرت نتائج الدراسة عن وجود تحسن دال إحصائيا في تقديرهم لذاتهم، وأظهرت بيانات الملاحظة تحسُن واضح في النشاط الحركي والتفاعل الاجتماعي، وقد دعمت المقابلات هذه النتائج كما أكدت هذه الدراسة كذلك على أهمية الأنشطة الحركية للنمو النفسي والاجتماعي والحركي للأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات الحركية.

**16-** أجرى كل من كازيناف وبولتيير ولوفورت (Cazenave & Peultier & lefort, ) (2006) دراسة هدفت إلى معرفة أثر ممارسة النشاط البدني والرياضي على تقدير الذات عند المراهقين المعاقين بإصابة القدم الحنفاء، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (19) مراهق معاق بلغ متوسط أعمارهم (12,36) سنة، تم اختيارهم من كشوفات مستشفى "ميمورال" الأمريكي المتواجد بمقاطعة ريمس بفرنسا، قسمت إلى مجموعتين: المجموعة الأولى عدد أفرادها (9) أفراد مكونة من

(4) إناث و(5) ذكور لم يمارسوا الرياضة تماما، أما المجموعة الثانية فعددها (10) أفراد منهم (4) إناث و(6) ذكور يمارسون الرياضة بصفة منتظمة داخل النوادي الرياضية بلغ متوسط زمن ممارستهم في الأسبوع (4,13) ساعة، تمّ إشراك كلتا المجموعتين في ممارسة مجموعة متنوعة من الرياضات منها السباحة، كرة القدم، الجيدو، ألعاب القوى... الخ، استخدم الباحثون مقياس تقدير الذات لـ روزنبرج و مقياس تصور الذات البدنية.

أظهرت نتائج الدراسة أن الممارسة الرياضية مرتبطة مع الزيادة في نتائج مقياس روزنبرج لتقدير الذات وتقدير الذات الكلي، القيمة البدنية المدركة والكفاءة الرياضية، وإلى وجود ارتباط دال بين درجة تقدير الذات لمقياس روزنبرج والتقدير الكلي للذات، وتمت ملاحظة نفس العلاقة بين تقدير الذات لمقياس روزنبرج والتقدير الكلي للذات مع القيمة البدنية المدركة، والكفاءة الرياضية، كما أن المراهقين المعاقين الممارسين للأنشطة الرياضية كان لديهم تقدير ذات عالي على مقياس روزنبرج بالمقارنة مع المراهقين المعاقين الذين لا يمارسون أي نشاط رياضي، وكذا على متغيرات مقياس تصور الذات البدنية: تقدير الذات الإجمالي، القيمة البدنية المدركة، الكفاءة المدركة، كما لم تظهر فروق ذات دلالة على متغيرات: اللياقة البدنية، والمظهر البدني والقوة.

**17-** قام كل من تليلي ولييب وموالا وشوربال وبن صالح ووزيري وعويديدي (Tlili, Lebib, Moalla, Chorbal, bensalah, dziri, Aouididi, 2007) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر ممارسة النشاط الرياضي بصفة منتظمة على استقلالية المعاقين حركياً وتحسين نوعية الحياة لديهم في تونس، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (25) معاق حركياً للأطراف السفلية قسمت إلى مجموعتين: تضم الأولى (10) معاقين حركياً يمارسون النشاط الرياضي بانتظام والمجموعة الثانية تضم (15) معاق حركياً لا يمارسون النشاط الرياضي، قام الباحثون بتقييم استقلالية المعاقين حركياً الذاتية باستخدام جدول قياس الاستقلالية الوظيفية ونوعية الحياة عن طريق استبيان نوعية الحياة بصورته المترجمة للعربية.

تحليل النتائج أظهر فروق دالة في النتائج الإجمالية لقياس الاستقلالية الوظيفية بين المجموعتين لصالح المعاقين حركياً الممارسين للنشاط الرياضي حيث تطورت لديهم وبدرجة كبيرة استقلاليتهم نحو أنشطة الحياة اليومية، وظهر ذلك بصورة جلية في بُعدي الرعاية الشخصية والتنقل، كما كان فيه

اختلاف بين المجموعتين في مُتغيرة نوعية الحياة لصالح المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي على جميع الأبعاد، مع وجود اختلاف كبير لكل من بُعد الألم وبُعد الحيوية والنتيجة البدنية العامة. ومنه فقد أثبتت نتائج هذه الدراسة بأن ممارسة المعاقين حركيا للأطراف السفلية للنشاط الرياضي بصفة منتظمة له الأثر الإيجابي في زيادة قدراتهم الوظيفية وتحسين نوعية الحياة لديهم ومنه إعادة إدماجهم الاجتماعي بصورة أفضل.

**18-** أجرت وايد (Wade, 2007) دراسة هدفت التعرف إلى الفروق في صورة الجسم وتقدير الذات بين المراهقين المعاقين بالجَنَفُ - تقوس جانبي في العمود الفقري- (scoliosis) والمراهقين العاديين، وكذلك التعرف إلى أثر طريقة معالجة الانحناء الجانبي لدى المراهقين على صورة الجسم وتقدير الذات، استخدمت الباحثة مقياس صورة الجسم للمراهقين والبالغين المكون من ثلاثة أبعاد: المظهر، الرضا عن الوزن، الصفات المَعزُوة، وقياس تقدير الذات استخدمت الباحثة مقياس روزنبرج لتقدير الذات على عينة تكونت من (74) طالب تراوحت أعمارهم ما بين (15-18) سنة من إحدى المدارس الثانوية الخاصة في الوسط الأمريكي وجميعهم لا يعانون من أية انحرافات في العمود الفقري وهم يشكّلون العينة الضابطة، أما المجموعة التجريبية فقد تكونت من (39) مراهقا يعانون من الانحراف الجانبي للعمود الفقري.

أظهرت نتائج الدراسة أن المراهقين الذين يعانون من انحراف جانبي للعمود الفقري كان لديهم صورة إيجابية للجسم وتقدير أعلى للذات من العينة الضابطة -الذين لا يعانون من الانحراف الجانبي للعمود الفقري-، وأن طريقة العلاج المستخدمة لعلاج الانحراف الجانبي أظهرت علاقة دالة مع صورة الجسم وتقدير الذات، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التي استخدمت المُقويات والجراحة معا وبين المجموعة التي استخدمت الجراحة فقط، حيث تبين أن الأفراد الذين خضعوا للعملية الجراحية فقط أظهروا درجات أعلى من تقدير الجسم مقارنة بالأفراد الذين خضعوا للعملية الجراحية وتناولوا المُقويات معا، إضافة إلى ذلك فإن الدراسة أظهرت أن تقدير الذات كان أعلى لدى الأفراد الذين خضعوا لعملية الجراحة لعلاج الانحناء الجانبي عند مقارنتهم بالأفراد الذين أجروا العملية الجراحية وتعاطوا المُقويات، وأن أفراد المجموعة الضابطة أظهروا مستوى أعلى لتقدير الذات مقارنة بالأفراد الذين أجروا العملية الجراحية وتعاطوا المُقويات لعلاج الانحناء الجانبي.

وخلصت نتائج هذه الدراسة إلى أن تشخيص وعلاج الانحناء الجانبي للعمود الفقري عند المراهقين المعوقين له أثر إيجابي على صورة الجسم وتقدير الذات لديهم.

**19-** قام كل من بوفارت و فاندن برج-أومنس وفان ويلجن-هامبل وستام وروبويك (Buffart, Van Den Berg-Emons, Van Wijlen-Hempel, Stam, Roebroek, 2008) بدراسة هدفت إلى تقييم عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، ودراسة العلاقة بين القدرة الهوائية مع غيرها من مكونات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى عينة تكونت من (50) مراهق وشاب معاق بإصابة شلل الحبل الشوكي (Spina Befida) تتراوح أعمارهم بين (16-30) عاما من بينهم (25) ذكور.

تمّ قياس كمية الحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين بواسطة جهاز أرقومتر حسب الطريقة الرئيسية للمشي، وقياس قوة القبضة بواسطة جهاز دينامومتر، وفيما يتعلق بالمرونة تمّ حساب مرونة مفصل الورك، الركبة والكاحل، وفيما يخص تركيب الجسم تمّ قياس سمك أربعة مناطق لطيات الجلد. توصلت الدراسة إلى أن المراهقين والشباب المعاقين بإصابة الحبل الشوكي لديهم انخفاض في مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، كما أن نوع الجنس و القدرة على السير من المحددات الهامة للاستهلاك الأقصى للأوكسجين، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة صغيرة لكنها هامة بين الاستهلاك الأقصى للأوكسجين والقوة العضلية.

## 1-2. التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال هذا العرض للدراسات السابقة، يتضح لنا أنها تناولت أشكالاً متعددة في التصميم والتجريب، وأنواعاً وفئات مختلفة من العينات، كما تنوعت في المتغيرات والخصائص التي اختارتها والأسلوب الإحصائي بالإضافة إلى التباين في النتائج والاستنتاجات، ومن خلال النقاط التالية يمكن تحليل تلك الدراسات والتعليق عليها:

### أولاً- من حيث الأهداف:

هدفت أغلب الدراسات السابقة إلى البحث عن أثر البرامج الرياضية وأهميتها على متغيرات متعددة ومنها دراسة: عبد الهادي (1996)، عليان (2000)، بار وموتوي (Behr & Menotti, 2000)، أبو عبيد (2003)، الصمادي (2003)، و دراسة أوتيس (Oates, 2004)، كازيناف وآخرون (Cazenave, et al., 2006)، ثليلي وآخرون (Tlili, et al., 2007)، واستخدم البعض الآخر برامج

إرشادية ومنها دراسة: المساعد (2004)، حسين (2008)، وقد ساعد هذا على تبلُّور أهداف الدراسة الحالية.

### ثانياً- من حيث المنهج المستخدم:

- استخدمت معظم الدراسات السابقة المنهج التجريبي لإجراء تجاربها من خلال تطبيق برنامج رياضي أو برنامج إرشادي كدراسة: عبد الهادي (1996)، عليان (2000)، الصمادي (2003)، أبو عبيد (2003)، و دراسة أوتيس (Oates, 2004)، المساعد (2004)، مشعان وآخرون (2000) دراسة كازيناف وآخرون (Cazenave, et al., 2006)، تليلي وآخرون (Tlili, et al., 2007) ودراسة حسين (2008).

- في حين استخدمت الدراسات الأخرى المنهج الوصفي كدراسة: بيتوس (Beatus, 1996) الخزرجي (2000)، مشعان وآخرون (2000)، ودراسة بار ومُنوتي (Behr & Menotti, 2000)، كوروار وسوردس آدر (Coroir & Sordes-Ader, 2001)، لالكان (Lalkhen, 2001)، رادر (Rader, 2003)، وايد (Wade, 2007)، بوفارت وآخرون (Buffart, et al., 2008)، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي لملائمته لطبيعة الدراسة.

### ثالثاً- من حيث العينة:

- تنوعت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة من حيث العمر الزمني والجنس وقد اتفقت هذه الدراسة في اختيار عينة المراهقين من ذوي الاحتياجات الخاصة مع دراسة: عبد الهادي (1996)، مشعان وآخرون (2000)، كوروار وسوردس آدر (Coroir & Sordes-Ader, 2001) رادر (Rader, 2003)، أوتيس (Oates, 2004)، كازيناف و آخرون (Cazenave, et al., 2006) وايد (Wade, 2007)، بوفارت وآخرون (Buffart, et al., 2008).

- وقد اتسمت بعض الدراسات بالكبر النسبي لحجم العينة كما في دراسة: بيتوس (Beatus, 1996) (ن=98)، العلوان (2006) (ن=253)، وايد (Wade, 2007) (ن=113)، في حين اتسم البعض الآخر بالصغر النسبي في حجم العينة كدراسة: أوتيس (Oates, 2004) (ن=6)، وهذا ما ساعد الباحث في تحديد عدد أفراد عينة الدراسة الحالية.

- تناولت بعض الدراسات عينتها من الذكور والإناث مثل دراسة: الصمادي (2003)، العلوان (2006)، كازيناف و آخرون (Cazenave, et al., 2006)، حسين (2008)، بوفارت وآخرون (Buffart, et al., 2008)، وقد تضمنت عينة الدراسة الحالية الذكور فقط.

#### رابعاً- من حيث الأدوات:

- أدى تعدد أهداف الدراسات إلى تعدد الأدوات المستخدمة، وتناولت أغلب الدراسات البرنامج الرياضي كمتغير مستقل كدراسة: عبد الهادي (1996)، عليان (2000)، أبو عبيد (2003)، الصمادي (2003)، أوتيس (Oates, 2004)، ودراسة كازيناف وآخرون (Cazenave, et al., 2006)، تليلي وآخرون (Tlili, et al, 2007)، وقد اتفقت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية كونها تجريبية قامت ببناء برنامج رياضي مقترح واستخلصت أثره في المتغير التابع. في حين استخدمت الدراسات الأخرى للبرنامج الإرشادي كدراسة: المساعيد (2004)، حسين (2008).

- كما تنوعت أدوات جمع البيانات في الدراسات السابقة التي تناولت مفهوم صورة الجسم وتقدير الذات، حيث استخدمت الأدوات التالية: مقياس مفهوم الذات لذوي التحديات الحركية إعداد (الربضي والمومني، 1992)، مقياس صورة الجسم لـ بيتوس (Beatus, 1996)، مقياس تقدير الذات للنجار (1997)، مقياس صورة الجسم لـ كوروار وسوردس-آدر (Coroir & Sordes-Ader, 2001)، مقياس تقدير الذات لـ روزنبرج (Rosenberg, 1965)، مقياس تقدير الذات لـ أوتيس (Oates, 2004)، مقياس مفهوم الذات لذوي التحديات الحركية (حسين، 2008)، ومقياس تقدير الجسم (Body Esteem) للمراهقين والشباب لـ وايد (Wade, 2007)، وقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة: كازيناف و آخرون (Cazenave, et al., 2006)، ووايد (Wade, 2007) من حيث استخدام مقياس تقدير الذات لـ روزنبرج.

- وقد اتفقت هذه الدراسة من حيث اختيار الاختبارات البدنية كأداة لجمع البيانات مع دراسة: عبد الهادي (1996)، الخرجي (2000)، عليان (2000)، مشعان وآخرون (2000)، أبو عبيد (2003)، الصمادي (2003)، بوفارت وآخرون (Buffart, et al., 2008)، واستخدمت الدراسة الحالية اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لـ وينيك وشورت (Winnick & Short, 1999).



- وقد تعددت الأساليب الإحصائية المستخدمة تبعا لطبيعة الأهداف والبيانات المستخدمة في كل دراسة ويمكن حصرها في مايلي: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الاختبار التائي، تحليل التباين، معامل ارتباط بيرسون، مربع كاي، معادلة ألفا كرونباخ، وبعد أن تعرّف الباحث على الوسائل الإحصائية اختار الأساليب التي تناسب بياناته وأهداف دراسته.

#### خامساً- من حيث النتائج:

يمكن إيجاز النتائج التي تمّ التوصل إليها من الدراسات السابقة فيما يلي:

- اتفقت معظم الدراسات على أن الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة يعانون من نقص واضح في مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، ومن انخفاض في تقدير الذات ومفهوم الذات مقارنة بالأفراد العاديين، فالإعاقة الحركية تؤثر على مفهوم الذات وتقدير الذات، كما أن خبرة الجسد والإحساس به عامل فعّال ومهم في مفهوم الذات عند المراهقين المعوقين حركياً، كما ينظر إلى الجسد المعاق كعامل معيق من ممارسة النشاط البدني، وكعميق للعلاقة مع العالم الخارجي، كما يعتبر الجسد كعنصر أساسي في تكوين هوية المراهق المعاق، ويعتبر المراهقون المعوقون الذين يحرمون من فرص الاندماج والانخراط مع أقرانهم العاديين ويحرمون من الاختيار واتخاذ القرار بشكل مستقل غير قادرين على تنمية وتطوير الإحساس بتقدير الذات والثقة بالنفس، ولذلك فإنهم أقل مشاركة في الحياة العامة وتكوين علاقات مع الآخرين في المجتمع.

- بينت بعض الدراسات مدى إدراك الأشخاص المعوقين حركياً لذاتهم، ومدى إدراكهم لصورة الجسم وشكل الجسم، وكيف أن صورة الجسم وشكله تلعب دوراً هاماً وجوهرياً في مدى إحساس المعوق حركياً بإعاقته ومدى حدتها، وما يعانيه جراء هذه الإعاقة، ذلك أن الإعاقة تجعل الحياة أكثر صعوبة في النواحي الجسمية والاجتماعية والنفسية، هذا بالإضافة إلى عامل أكثر أهمية من ذلك كله يكمن في الفرد من ناحية مفهومه عن ذاته، وعن علاقته بالمتصلين به، وعلاقته بالمجتمع، واتجاهات المجتمع نحوه.

- بينت الدراسات أهمية ممارسة برامج وأنشطة التربية الرياضية، لما لها من أثر واضح في تحسّن بعض الجوانب النفسية لدى المعوقين منها: تقدير الذات، ومفهوم الذات، وزيادة القدرات الوظيفية، وتحسين نوعية الحياة، وتقبّل الإعاقة، وفي تحسين عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وبعض الجوانب البدنية كالمهارات الحركية، وبعض متغيرات الإدراك الحس-حركي.

- فاعلية البرامج الإرشادية في تحسين مفهوم الذات وتقدير الذات لدى ذوي الإعاقات الحركية.

- وجود ارتباط جوهري بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى الأفراد المعاقين حركيا.

واستفاد الباحث من الدراسات السابقة الآتي:

- الاستفادة من الإطار النظري للدراسات السابقة.

- تصميم هذه الدراسة لتتميز بخصوصية العينة والاختبارات والبرنامج الرياضي المقترح

بشكل لم تتناوله الدراسات السابقة، وذلك من خلال نتائجها وتوصياتها.

- إمكانية تحديد المنهج المستخدم ونوع وحجم العينة.

- الاستفادة في بناء البرنامج واختيار فقراته بما يتناسب مع حاجات وقدرات عينة الدراسة.

- إمكانية تحديد أنسب مدة ممكنة لتطبيق البرنامج الرياضي المقترح.

- التعرف على الاختبارات المَقننة التي تخدم موضوع وعينة الدراسة.

- اختيار المعالجة الإحصائية الملائمة لهذه الدراسة.

- مقارنة نتائج الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة ومحاولة الاستفادة منها في تدعيم

وتفسير نتائج الدراسة الحالية.

تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة وذلك بالآتي:

- تعتبر من الدراسات النادرة -على حد علم الباحث- التي تناولت بناء برنامج رياضي

لتحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لفئة ذوي

الاحتياجات الخاصة حركيا.

- من حيث الفئة المستهدفة وهي ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا - شلل نصفي سفلي - من

عُمر (13-17) سنة.

- من حيث مدة تنفيذ البرنامج والذي سيكون في فترة كافية وهي (10) أسابيع.

- استخدام مقياس صورة الجسم (إعداد الباحث).

- استخدام اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لـ وينيك وشورت ( Winnick & )

(Short, 1999).

وجد الباحث بعد هذا التحليل المُفصّل للدراسات السابقة، العربية منها والأجنبية، أن مجال البحث في البرامج الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة مازال بحاجة لمزيد من الدراسات والبحوث وذلك لإضافة آفاق تدريبية جديدة وبأساليب متنوعة، وأن هناك نُقص واضح في الدراسات التي تناولت صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، كما أن هناك ندرة في هذه الدراسات سواء على المستوى العربي عامة أو على المستوى المحلي داخل الجزائر خاصة، والتي لم تضمّ دراسات تناولت التصميم التجريبي والفتة المستهدفة كالتالي تضمّنتها الدراسة الحالية.

## الفصل الثاني

**مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا**

**من الجانب النظري والاجرائي في الوسط الجزائري**

## 2-1. تمهيد:

لقد تغيّر مفهوم الإعاقة خلال العشرين سنة الماضية بصفة جذرية، وقديماً كان يُنظر عادة للإعاقة على أنها عاهة دائمة، عقلية كانت أو جسدية، وخبلاً أصلاً في الفرد، يجعل منه كائناً مُختلفاً عن الآخرين وكان الشخص المعوق يعتبر بصفة نهائية مختلفاً.

ويميّز اليوم بوضوح بين عاهة أو عجز شخص من ناحية وبين الإعاقات التي قد لا تتمخض عن صعوبات العيش أو التعلم فحسب، بل أيضاً عن المواقف والظروف التي يتواجد فيها الفرد وأصبح يُنظر إلى الإعاقات على أنها مرتبطة بأوضاع وبمتطلبات، وتوجد في أصل هذا المفهوم الجديد للإعاقة فكرة مفادها أن الشخص الذي يعاني عجزاً لا يختلف عن الآخرين، بل هو فرد عادي له احتياجات خاصة، ومنه يتناول الباحث من خلال هذا الفصل: مدخل إلى دراسة مفهوم الإعاقة ومفهوم ذوو الاحتياجات الخاصة وتصنيفاتهم والأسباب الكامنة وراء حدوث هذه الظاهرة بالمجتمعات ونسبة حدوثها وكيفية الوقاية منها، ثم تناول مفهوم الإعاقة الحركية - موضوع الدراسة- وتصنيفاتها وكذا الأسباب المؤدية إليها، بالإضافة إلى جهود الدولة الجزائرية في حماية ورعاية الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وكذا الخدمات المقدمة ونسب انتشارها، وكذا درجة اهتمامها بهم من خلال الجانب التشريعي.

## 2-2. مدخل إلى دراسة مفهوم الإعاقة:

إن قضية الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة أصبحت من أهم القضايا التي تشغل تفكير العديد من العلماء، لأنها أحد المعايير الأساسية التي يقاس بها تقدم أي أمة في هذا العصر، وقبل الخوض في تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن نفرّق بين مفهوم الإعاقة بمفهومها التقليدي وكذا مفهوم العجز، وبين مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة الحديث الذي اندرج تحته فئتي الموهوبين والمتفوقين عقلياً، وفيما يلي توضيح لتلك المصطلحات:

### 2-2-1. المصطلحات المستخدمة للإشارة إلى الإعاقة:

- **الاعتلال أو الخلل:** هو أي فقدان أو شذوذ في التركيب أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية أو التشريحية.

- **العجز:** هو الحدّ أو فقدان القدرة (نتيجة الخلل) للقيام بتنفيذ النشاطات في الإطار الذي يُعتبر طبيعياً للكائن البشري.

- **الإعاقة (العامة):** هي وضع غير موات بالنسبة لشخص ما نتيجة الخلل أو العجز، مما يُقيّد أو يمنع أداء دور يعتبر عادياً لذلك الشخص، اعتماداً على عوامل العمر والجنس والمتغيرات الثقافية والاجتماعية الأخرى (Soyez-papiernik, 2005: 58).

السبب في اختيار مصطلح (ذوي الاحتياجات الخاصة) ، لتجنّب الواقع السيئ والوصمة التي يحملها وصف الإعاقة، فلا يجوز على الأقل أن نُحمّله عبئ المصطلح (المعاق) إضافة إلى الأعباء الحياتية والاجتماعية التي يواجهها (المعاق).

وفي مناقشة مثيرة للاهتمام حاول "مايرسون" (Meyerson, 1971) التفريق بين استخدام مصطلحي العجز والإعاقة، ورغم أن هذا التمييز قد يكون واضحاً لذوي الحاجات الجسمية الخاصة، إلا أنه مفيد أيضاً لتحديد فئات التربية الخاصة الأخرى وتطوير إستراتيجيات التدخل الملائمة لها فالعجز (Disability) يمكن تعريفه على أنه خاصية ملحوظة قابلة للقياس يحكم عليها بالانحراف أو الاختلاف عن المعايير المقبولة، أما الإعاقة (Handicap) فيمكن تعريفها على أنها الحواجز والعوائق والمتطلبات والضغوط البيئية العامة المفروضة على الشخص من قبل البيئة بما فيها الأشخاص الآخرون، وعلى ذلك فإن فقدان الرجلين عجزٌ في حين وجود الأدرج كوسيلة وحيدة للوصول إلى الهدف إنما هي إعاقة.

ومفاهيم العجز والإعاقة إنما هي ظواهر اجتماعية، بمعنى أنها تتضمّن إطلاق أحكام اجتماعية ولكننا نرى أن الدلالات الاجتماعية تكون أقوى عند النظر في حجم الإعاقة، وفي هذا السياق، فالعجز

يكون جانباً ثابتاً من الحاجات الخاصة أما الإعاقة فهي تميل إلى التباين اعتماداً على الموقف (الخطيب، الحديدي، السرطاوي، 2002، 21-22).

## 2-2-2. إطاران نظريان لتفسير مفهوم الإعاقة:

كان طبيعياً أن يظهر العديد من الأطر والنماذج التي تحاول تفسير طبيعة الانحراف عن المعيار العادي وأسبابه الأولية، ويشير (سليمان، 2001: 12-13) لإثنين من هذه الأطر يُمثّلان موقفين متطرفين:

- الإطار الأول: يتمثل في النموذج التفسيري الذي يقوم على التوجيه العضوي ويتمركز حول الفرد (Person Centered).

- الإطار الثاني: يتمثل في النموذج التفسيري النفسي-الاجتماعي (الذي يعرف أحياناً بنموذج التعلم الاجتماعي Social Learning) ويتمركز حول الموقف (Situation Centered).

الذين يأخذون بالنموذج الأول المتمركز حول الفرد يعتقدون أن الإصابات العضوية، والعيوب العقلية، ومظاهر الخلل البيوفيزيائية والبيوكيميائية الغددية هي الأسباب الأولية للانحرافات التي تؤدي إلى حالات الإعاقة، وإيماناً بأن عوامل العدوى والتسمم والاضطرابات الأيضية وسوء الأداء الوظيفي العضلي والعوامل الجينية تعبر عن نفسها في مظاهر الضعف العضلي والشلل وبطء النمو وكف البصر والصمم والاضطرابات الذهنية والتخلف العقلي، فإن أصحاب النظرة المتمركزة حول الفرد يوسعون من نطاق نموذجهم التفسيري ويرون أن أسباباً متشابهة عضوية وجينية وبيوكيميائية يمكن أن توجد بالنسبة لمعظم العيوب الذهنية وأشكال السلوك الشاذ وسلوك سوء التوافق، ومن الواضح أن أصحاب هذا التوجه النظري يرون أن الأسباب الأولية للإعاقات تكمن في الأفراد أنفسهم ومن ثم فإن مظاهر الضعف والقصور توجد بداخلهم، مما يترتب عليه أن الجهود العلاجية يجب أن تتركز حول الأسباب التي من شأنها أن تؤدي إلى تغيير في الأفراد.

وعلى عكس وجهة النظر السابقة فإن أصحاب النظريات التي تتمركز حول الموقف يرون أن الأسباب الرئيسية للانحرافات التي تؤدي إلى الأوضاع المعوقة تكمن في البيئة وليس في الأفراد، قام هؤلاء بتجميع الملاحظات التي تشير إلى أن المرض العقلي، والتخلف العقلي، وسوء التوافق الاجتماعي، ترتبط بالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من المتغيرات البيئية، وذلك بقصد مساندة وتعزيد الافتراض القائل بأن معظم - إن لم يكن جميع - مظاهر القصور المعوقة تحدث نتيجة للظروف الاجتماعية والنفسية في حياة الأفراد.

إن تفسير وجهة نظر التعلم الاجتماعي للانحراف العقلي والسلوكي هو أن مظاهر هذه الحالات تكتسب وتستمر ويمكن تعديلها بنفس الطرق التي تستخدم في العمليات التي نعتبرها عادية، وطبقاً لما ينادي به أصحاب هذه النظرة، فإذا أمكن أن تتوافر للأفراد البيئات المادية والاجتماعية والنفسية الملائمة، يصبح بالإمكان تجنب مظاهر المرض العقلي والتخلف العقلي والإعاقات الاجتماعية.

ومما تجدر الإشارة إليه أن هذا النموذج التفسيري للظروف المعوّقة في إطار التعلّم الاجتماعي يعلّق أهمية بالغة على الآثار والنتائج التي تترتّب على عمليات تصنيف الأطفال وإطلاق التسميات عليهم وأساليب العزل التي يتعرّض لها الأفراد الذين يُصابون بأشكال مختلفة من الإعاقات.

## 2-3. ذوي الاحتياجات الخاصة:

### 2-3-1. مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة:

هناك العديد من التعريفات التي تناولت المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة، وقد اختلف الباحثون في الزوايا التي تناولوا منها معنى الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة حسب تخصصاتهم فمنهم من تناولها من زاوية جسمية وحسية واهتمّ بالجوانب الطّبيّة بها، وبعضهم اهتم بها من زاوية نفسية واجتماعية ومنهم من نظر إليها من وجهة نظر شاملة للجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية وهناك من تناول تعريف المعاق بناءً على أساس طبيعة العجز، وما هو على أساس آثاره، وما هو على أساس نسبته، ومن بين أهم التعاريف التي تطرقت لذوي الاحتياجات الخاصة ما يلي:

يعرف "كيرك" (Kirk, 1997) الفرد ذو الحاجات الخاصة بأنه: الفرد الذي يعاني من قصور في جانب أو أكثر من جوانب النمو، وكذلك الفرد الذي يمتلك قدرات عالية أو استثنائية، ويُظنر إليه على أنه الفرد الذي يختلف عن الفرد العادي أو المتوسط بدرجة يحتاج عندها إلى التعديل في الخبرات أو الممارسات التربوية لتنمية قدراته الخاصة واستعداداته (خليفة وعيسى، 2006: 16).

ويُعرفهم كل من "الخطيب والحديدي" بأنهم الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة والتأهيل والخدمات الداعمة لهما ليتسنى لهم تحقيق أقصى ما يمكنهم من قابليات إنسانية، إنهم يختلفون جوهرياً عن الأفراد الآخرين في واحدة أو أكثر من مجالات النمو والأداء التالية: المجال المعرفي والمجال الجسدي، والمجال الحسي، والمجال السلوكي، والمجال اللغوي، والمجال التعليمي (الخطيب والحديدي، 2005: 16).

كما تُعرفهم "يحي" بأنهم أولئك الذين ينحرفون عن المتوسط انحرافاً ملحوظاً من النواحي الأربع: العقلية أو الجسمية أو الانفعالية أو الاجتماعية، طرفي المنحنى إلى الدرجة التي يحتاجون فيها إلى برامج تربوية خاصة (يحي، 2008: 11).

ويُعرفهم "الطريقي" بأنهم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط في خصيصة ما من الخصائص، أو في جانب ما - أو أكثر - من جوانب الشخصية، إلى الدرجة التي تُحتم احتياجاتهم إلى خدمات خاصة، تختلف عما يقدم إلى أقرانهم العاديين، وذلك لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو والتوافق (الطريقي، 2005: 25).



ويشير مصطلح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى تلك الفئة من الأطفال الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماماً خاصاً من المربين بهذه الفئة من حيث طرائق تشخيصهم ودفع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس الملائمة لهم (القمش والسعيدة، 2008: 19).

### 2-3-2. تصنيفات ذوي الاحتياجات الخاصة:

يواجه التصنيف الدولي للإعاقات الكثير من النقد بسبب إفراطه في التركيز على المنظور المرصّي في تحديد العجز وإهماله الواضح لتلك الظروف البيئية المحيطة المؤثرة في تشكيل الإعاقة ويؤدي كثير من العاملين في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين قلقهم بسبب حصر إجراءات تطبيق هذا التصنيف بالأخصائيين الطبيين المؤهلين والمدرّبين لإجراءات تشخيص الأمراض، إلا أنه ورغم ذلك يبقى المرجع الأهم في توصيف الإعاقات وتشخيصها بمنظور علمي أقرب ما يكون إلى الدقة والموضوعية، ولا يزال الأداة الأكثر استخداماً على نطاق واسع في مجالات إعادة التأهيل والتعليم والإحصاء والسياسة والتشريع والديموغرافيا وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد وغيرها من المجالات (داود، 2006: 39).

و يُقسّم فئات ذوي الاحتياجات الخاصة حسب "الخطيب والحديدي" (2005) إلى الفئات الثمانية التالية:

- الإعاقة العقلية: هي انخفاض ملحوظ في الذكاء والسلوك التكيفي، واعتماداً على مستوى تحسين الذكاء عن المتوسط تُصنّف الإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات هي: بسيطة (70-55)، متوسطة (55-40)، شديدة (40-25)، شديدة جداً (دون 25).

- صعوبات التعلّم: اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات السيكلوجية الأساسية اللازمة لفهم اللغة واستخدامها، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو الحساب.

- اضطرابات السلوك: اختلاف السلوك الانفعالي أو الاجتماعي اختلافاً جوهرياً عما يُعتبر سلوكاً طبيعياً مثل، الانسحاب، والعدوان، وعدم التكيف، والافتقار إلى النضج، والجنوح، واضطرابات الشخصية.

- الإعاقة الجسمية: هي أنواع مختلفة من العجز أو الاضطراب الجسدي أو الحسي أو الصحي مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام جسمه بشكل طبيعي أو التحمل الجسدي أو القدرة على التنقل بشكل مستقل.

- الإعاقة البصرية: فقدان البصر الكلي (العمى) أو الجزئي (الضعف البصري)، مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام حاسة البصر بشكل وظيفي في التعلم والأداء في الحياة اليومية.
- الإعاقة السمعية: فقدان السمع الكلي (الصمم) أو الجزئي (الضعف السمعي)، مما يحدّ من قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع في تعلّم اللغة والتواصل مع الآخرين.
- الاضطرابات الكلامية واللغوية: أخطاء أو عجز في الكلام أو اللغة مما يحدّ من قدرة الفرد على التواصل مع الآخرين بشكل طبيعي.
- الموهبة والتفوق: قدرات متميّزة في الأداء العقلي أو التحصيل أو القيادة الاجتماعية أو الإبداع والتميز في الفنون الأدائية والبصرية وغيرها مما يتطلب توفير برامج وخدمات لا توفرها المدارس التقليدية (الخطيب والحديدي، 2005: 17).

### 2-3-3. العوامل المسببة للإعاقة:

تشير دراسات هيئة الأمم المتحدة أن الإعاقة ترجع في مجملها إلى مجموعة من الأسباب الوراثية أو المرضية أو لأسباب تتعلق بالحوادث أو الإصابات والظروف الاجتماعية الثقافية الأخرى، وتقدّر منظمة الصحة العالمية أن (70%) من الإعاقات ترجع لإصابات الولادة أو لأسباب مرضية أو الحوادث وسوء التغذية، ومهما يكن فإن هناك نوعاً من الإجماع عالمياً على أن الإعاقة ترجع سببياً كما يبيّنها "داود" إلى العوامل الواردة في الجدول (1) (داود، 2006، 275-275).

### الجدول رقم (1): يبيّن العوامل المسببة لحدوث الإعاقة

أسباب الإعاقة	
- التسارع الحضاري وما يتبعه من ضغوطات.	- الحروب والمنازعات وغيرها من أشكال العنف.
- العلاج الخاطئ.	- الظروف الاقتصادية والاجتماعية السيئة.
- سوء استعمال الأدوية.	- ارتفاع مستوى الأمية.
- العقاقير والمخدرات.	- انخفاض الوعي بالتدابير الصحية والتعليمية.
- الانفجار السكاني.	- عدم كفاية البرامج الصحية الأولية والرعاية.
- الأسباب الوراثية والخلقية.	- العوائق الجغرافية التي تُسهّل الوصول للخدمات.
- الأمراض السارية والمعدية.	- تمركز خدمات التخصص في المناطق الحضرية.
- أسباب أخرى.	- ضعف برامج الوقاية بمستوياتها الأول والثاني.
	- الحوادث الصناعية والزراعية وحوادث السير.
	- الكوارث الطبيعية.
	- تلوث البيئة.

ويمكن تلخيص الأسباب الرئيسية المؤدية أو المحتملة لحدوث الإعاقات على أساس المرحلة الزمنية التي حدثت فيها ما يلي:

**أولاً- الأسباب الوراثية:** تعتبر الاسباب الوراثية من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات حيث أن صفة وراثية سائدة لدى أحد الوالدين تحتمل ظهورها لدى الطفل بواقع (1: 3) وقد تكون صفة متنحية يحملها كلا الوالدين وهما قادران على توريثها للطفل، ومما يجدر ذكره هنا إلى ارتفاع العوامل الوراثية المسببة لبعض الإعاقات في الوطن العربي نتيجة زواج الأقارب وعدم الفحص الطبي قبل الزواج، وتعتبر الإضطرابات الكروموسومية أيضاً من العوامل الوراثية المسببة لحدوث الإعاقات وكذلك الإضطرابات في عملية التمثيل الغذائي والأيض (Metabolic disorders).

**ثانياً- الأسباب ما قبل الولادة:** تعتبر الأمراض التي تصيب الأم الحامل قبل الولادة أو أثناء الحمل كالحصبة الألمانية حيث يعمل فيروس الحصبة على حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وخاصة في المراحل الأولى للحمل مما يؤدي للإصابة بإحدى الإعاقات العقلية أو السمعية أو البصرية أو الحركية، وكذلك إصابة الأم بأحد الأمراض الجنينية أو سوء التغذية للأم الحامل أو تعرضها لأشعة (X) أو تناول العقاقير والأدوية دون إستشارة الطبيب، من العوامل المسببة لحدوث الإعاقات، كما أن البيئة الملوثة بالمواد الكيماوية خاصة الصناعية حيث مخرجات المصانع السامة تؤدي بطريقة مباشرة وغير مباشرة إلى حدوث الإعاقة وكذلك إختلاف العامل الرايزيسي (RH) بين الأم والجنين خاصة عند الولادة الثانية والذي يعمل على تكوين أجسام مضادة تقضي على الجنين أو تؤدي إلى حدوث إعاقة.

**ثالثاً- أسباب أثناء الولادة:** تعتبر الأسباب التالية من العوامل المسببة لحدوث الإعاقة أثناء الولادة وهي:

- نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة والتي تؤدي في كثير من الأحيان إلى الوفاة أو الإصابة بإحدى الإعاقات وذلك لعدم تغذية خلايا الدماغ أو القشرة الدماغية عند المولود مما يؤدي إلى تلفها.
- الصدمات الجسدية التي تحدث للجنين خصوصاً في منطقة الدماغ مما يؤدي لإصابة خلايا الدماغ، وسببها خطأ طبي من الطبيب أو القابلة.
- الالتهابات المختلفة التي قد يصاب الطفل بها والناجمة عن إستخدام أدوات في جو ملوث مما يشكل خطر على الطفل المولود مثل: الموت أو الإعاقة.

**رابعاً- أسباب ما بعد الولادة:** حيث تعتبر الأسباب التالية من العوامل المسببة لحدوث الإعاقة بعد الولادة وهي:

- سوء التغذية للطفل والذي يؤدي إلى شكل من أشكال الإعاقة ويعتبر سوء التغذية من العوامل المسببة للإعاقة عند الفئات الفقيرة.
- الحوادث والصدمات وخاصة التي تحدث في الرأس.
- الأمراض والالتهابات وخاصة التي يصاحبها ارتفاع في درجة الحرارة مما يؤدي إلى الإصابة بالسحايا وخاصة في السنوات الثلاث الأولى من العمر.
- إصابات شبكية العين مما يؤدي إلى إعاقة بصرية.
- إصابات طبلة الأذن أو زيادة المادة الصمغية قد تسببان الإعاقة السمعية دون غيرها والالتهابات وتصلب الأذن كذلك (كوافحة وعبد العزيز، 2007: 24-26).

### 2-3-4. نسبة حدوث الإعاقة:

يرى "هالان وكوفمان" (Hallahan & Kauffman, 2002) أن تحديد نسبة حدوث الإعاقة في المجتمعات أمر بالغ الصعوبة، فذلك يعتمد بالضرورة على التعريفات المعتمدة وعلى نظم التصنيف المستخدمة لتمييز فئات الإعاقة وعلى الأدوات والمقاييس المتداولة، ولكن تعريفات الإعاقة تتصف عموماً بكونها عامة مما يسمح بتغيرات مختلفة وبالتالي إلى تباين كبير في تقديرات نسبة حدوث الإعاقة، كذلك فإن تعريف الإعاقة يتطلب تطوير معايير وأساليب كشف وتقييم محددة تتمتع بالوضوح والمصدقية ولكن ذلك ما يزال أمراً صعباً، وأخيراً فإن تحديد نسب حدوث الإعاقة يتقرر في ضوء مصادر الدعم المتوفرة للدراسات المسحية الشاملة والعلمية وفي ضوء الكفايات التي يمتلكها المهنيون ذوو العلاقة، فإذا كان الدعم محدوداً وإذا كان هناك نقص كبير في المهنيين القادرين على تصميم وتنفيذ الدراسات الميدانية فإن مدى معرفتنا بالنسب الحقيقية لحدوث الإعاقات ستكون محدودة (الخطيب والحديدي، 2005: 19).

ويضيف "القمش والسعادة" (2008) أنه لا توجد إحصائيات دقيقة حول نسبة شيوع وانتشار الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أن حجم المشكلة يختلف من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من المتغيرات أهمها:

- المعيار المستخدم في تحديد مفهوم ومعنى كل فئة من فئات التربية الخاصة.
- المتغيرات المتعلقة بالعوامل الصحية والثقافية والاجتماعية.

وتقدّر بعض المصادر ومنها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية في هذا الصدد أن ما نسبته (3-10%) من سكان أي مجتمع يعانون بشكل ما من حالات الإعاقة، وقد أشارت منظمة اليونسكو وفق نتائج المُسوح إلى أن ما نسبته (10-15%) من الأطفال هم من ذوي الاحتياجات الخاصة، ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإعاقة في المجتمعات الصناعية (10%) وهي أقل منها في المجتمعات النامية حيث تبلغ (12,3%) من مجموع السكان.

هذا وتشير الإحصائيات إلى نوعين من فئات التربية الخاصة حسب معدلات انتشارها وهي:

- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المرتفعة وتشمل: صعوبات التعلّم، الإعاقة العقلية واضطرابات السلوك واضطرابات النطق.

- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المنخفضة وتشمل: الإعاقة البصرية والسمعية والإعاقات الجسمية والصحية والتوحد وإصابات الدماغ وفئة الصمّ والمكفوفين (القمش والسعايدة، 2008: 23-24).

ويقدّر العدد الإجمالي للأشخاص المعوقين في العالم بحوالي (600) مليون إنسان وما يقرب من (25) مليون إنسان في الدول العربية، ويبيّن الجدول (2) النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة التي أشار إليها "هيوارد" (Heward, 2002) نقلاً عن (الخطيب وآخرون، 2007: 12-17).

الجدول رقم (2): يوضح النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة في المجتمعات الإنسانية.

النسبة التقريبية	فئة الإعاقة
2,3%	التخلف العقلي
3%	صعوبات التعلّم
0,6%	الإعاقة السمعية
1,0%	الإعاقة البصرية
0,5%	الإعاقة الجسمية
2%	الإعاقة الانفعالية
3,5%	الاضطرابات الكلامية اللغوية
12%	المجموع

## 2-3-5. الوقاية من الإعاقة:

أصبح الاهتمام في العصر الحالي ببرامج الوقاية بشكل كبير من خلال ما يسمى ببرامج التدخل المبكر وتقسّم برامج الوقاية إلى ثلاث مستويات هي:

- المستوى الأول: يهدف إلى منع حدوث الإعاقة ويكون التركيز في هذا المستوى على الفحوصات الطبية قبل الزواج ودراسة التاريخ الأسري والوراثي للعائلات لمنع حدوث الإعاقة قدر الإمكان، ويتضمّن هذا المستوى توفير الرعاية للأمهات والأطفال وتحسين المستوى الغذائي وتقديم التطعيم ضد الإصابات المختلفة.

- المستوى الثاني: ويشمل الرعاية والعناية لمنع حدوث العجز بعد الإصابة وبذلك يكون الهدف من البرامج الوقائية الثانوية هو الكشف عن الأطفال المرضى والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر.

- المستوى الثالث: الوقاية الثلاثية وتهدف هذه البرامج من هذا المستوى إلى وقف تدهور حالة الطفل وضبط المضاعفات الناجمة عن العجز وتوفير الوسائل المساعدة مثل الأطراف الاصطناعية، وغيرها من الوسائل لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف في المجتمع (كوافحة وعبد العزيز، 2007: 26).

## 2-4. الإعاقة الحركية:

### 2-4-1. مفهوم الإعاقة الحركية:

هناك اختلاف على تعريف الإعاقة الحركية (Physical disability)، إلا أن معظم الأدب المتعلق بهذه التعاريف يجمع على أنها حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي أو أنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي والتربوي والدراسي ليستطيع الطفل المعاق حركياً الاستفادة من البرامج التعليمية وهذه الإعاقات غير متجانسة وأن هناك فروقاً واضحة بين فئات الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة على الرغم من أنهم جميعاً يشتركون في المعاناة من محدودية قدرتهم على الحركة والتحمل الجسمي (سعيد، 2005: 211)، ومن بين أهم التعاريف التي تطرقت للإعاقة الحركية ما يلي:

يعرّف "أوليرون" (Oléron, 1961) الأفراد المصابون بعجز حركي أنهم يتصفون بعدم القدرة أو صعوبة استخدام أحد أو عدة أطراف، وتنتج حالتهم بسبب إصابة في الجهاز العظمي - شذوذ في

الهيكل العظمي أو في المفاصل - أو عن إصابة في العضلات والسيطرة العصبية أو كليهما أو قد تنتج عن عيب في عضو مصدره خلقي أو ناتج عن بتر لأحد الأطراف (Oléron, 1961: 99).

وبشير مصطلح الإعاقة الحركية إلى حالة الأطفال الذين يتصف مدى الحركة لديهم بالمحدودية، أو تتميز قدرتهم على التحمل الجسمي بكونها ضعيفة إلى حد كبير، وتؤثر سلباً على الأداء التربوي لهم، مما يجعل توفير برامج تربوية خاصة لهم أمراً ضرورياً، ومن الجانب التشخيصي والعلاجي فإن الأطفال الذين يعانون من الإعاقة الحركية لا يحصلون إلا على الحد الأدنى من التدخل التربوي الخاص (مجيد، 2008: 191).

ويرى "الروسان" أن الإعاقة الحركية تمثل حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة، ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية أو الإعاقة الحركية، التي تستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة، ومنها حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري وحالات وهن أو ضمور العضلات، وحالات التصلب المتعدد وحالات الصرع... الخ (الروسان، 1998: 240).

وتعرّف الحكومة الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية الإعاقة الحركية بأنها: إصابة بدنية شديدة تؤثر على الأداء الأكاديمي للطفل بصورة ملحوظة، وتشمل هذه الفئة الإصابات الخلقية مثل: تشوه القدم الخلقى، أو فقدان أحد أعضاء الجسم.. الخ، والإصابات الناتجة عن الأمراض مثل: شلل الأطفال، وشلل العظام، وتلك الإصابات الناتجة عن أسباب أخرى مثل: الشلل المخي، أو بتر الأعضاء والكسور أو التمزق أو الحروق التي تؤدي إلى تقلص العضلات، أما مصطلح الأمراض الصحية التي يشملها التعريف فتضمّ الأمراض المزمنة مثل: أمراض القلب، والتهاب المخ، والحمى الروماتيزمية والسل، وداء الكلى، والربو، والميل الوراثي إلى نزع الدم، والصرع، وتسمم الرصاص، وأمراض السكر، وغيرها من الأمراض التي تؤثر على الطفل بدرجة كبيرة، وتحدّ من نشاطه ومستوى تحصيله الدراسي (مجيد، 2008: 192-193).

كما تعرّف الإعاقة الحركية بأنها حالة عجز في مجال العظام والعضلات والأعصاب تحدّ من قدرتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي ومرن كالأسوياء الأمر الذي يؤثر سلباً في مشاركتهم في

واحدة أو أكثر من نشاطاتهم الحياتية وفرض قيود على مشاركتهم في النشاطات الروتينية وقد تكون إعاقات ذات مصدر خلقي (Congenital Disabilities) أو ذات مصادر مكتسبة.

وتعرّف أيضاً بأنها عائق جسدي يمنع الفرد من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معاً في الأطراف السفلى والعليا مصحوبة باختلال في التوازن الحركي، ويحتاج الفرد المصاب بها إلى برامج نفسية وطبية وإجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته على تحقيق أهدافه في الحياة (سعيد، 2005: 211-212).

ومن خلال النظر إلى هذه التعاريف فكلها تجمع على ما يلي:

- وجود خلل في جميع الأعضاء المسؤولة عن حدوث هذه الإعاقة.
- سواء كانت عظمية أو عصبية أو عضلية أو غيرها.
- إن هذه الإعاقة تفقد الفرد المصاب بها القدرة على القيام بالوظائف التي يجب أن يقوم بها الجسم والمتعلقة بنشاطاته الحياتية الجسمية.
- أن هذه الحالة بحاجة إلى تدخل طبي ونفسي واجتماعي ومهني.
- أن سببها قد يكون خلقي أو مكتسب.

#### 2-4-2. الإعاقة الحركية المكتسبة:

إن الإعاقة الحركية هي نوع من أنواع الإعاقة، فالمعاق حركياً هو ذلك الشخص الذي يُظهر اضطراب دائم للجهاز الحركي، لإصابة الأعصاب، العضلات أو المفاصل، أما الاكتساب فهو مجموع السمات التي تمثل التغيرات التكيفية التي تطرأ على الشخص في محيطه (Thines, 1975: 33)، هذا بالنسبة للمعنى العام للاكتساب، ومكتسب حسب "لافون" (Laffon, 1979) هي صفة تصف ما تلقاه الشخص بعد الولادة عكس كلمة خلقي التي تعني ما تلقاه الشخص قبل الولادة (Laffon, 1979: 14).

فالإعاقة الحركية المكتسبة لا تولد مع الطفل بل تحدث له في مراحل الطفولة المختلفة، أي تحدث للشخص خلال مرحلة من مراحل حياته، سواء كانت في الطفولة، المراهقة أو بعد الرشد وغالباً أسبابها بيئية.



## 2-4-3. خصائص المعاقين حركياً:

يختلف الفرد ذو الإعاقة الحركية عن غيره من ذوي الإعاقات الأخرى بأنه يستطيع أن يرى ويفهم الآخرين، وردود أفعاله نحوهم، ومن هنا كان تأثير الإعاقة الحركية أشدّ ما يمكن على مفهوم الذات، وعلى قدرة الفرد ذي التحدي الحركي في التكيف الجيد، ونجاحه في بناء علاقات اجتماعية سليمة، وقدرته في بناء صورة واقعية عن نفسه وصحته النفسية، ومع ذلك فهناك ارتباط بين الإعاقة الحركية والسلوك النفسي يُعزى إلى أن الشخص المعوق تتقصه أداة من أدوات السلوك، وأن الأسوياء يدركون أن الفرد المعوق تتقصه هذه الأداة، فيقللون من قدرته نظراً لفقدانها.

وتشير "شقيير" (2002) إلى مجموعة من الخصائص للمعاقين حركياً هي:

**أولاً- الخصائص الجسمية:** اضطراب في نمو الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري، وعدم التوازن والجلوس والقعود، عدم مرونة العضلات المصابة بالعجز بسبب الروماتيزم والكسور وبسبب اضطراب في الجهاز العصبي، الوهن العضلي، وعدم التأزر في الحركات واستعمال القلم عند الكتابة واللسان عند الشرب والمضغ، الحاجة إلى المساعدة بالأطراف الإصطناعية والعكازات وغيرها، نقص في التأزر لحركات الجسم، كما قد يعانون من مشكلات في حاستي السمع والبصر.

**ثانياً- الخصائص النفسية:** الخجل، الانطواء، الاكتئاب، عدم الرضا عن الذات، مشاعر الذنب، الخوف، الانسحاب، العزلة، الحزن، تشوّه صورة الجسم، الاعتمادية، القلق.

**ثالثاً- الخصائص الاجتماعية السلوكية:** مشكلات في عادات الطعام (اضطرابات الأكل المختلفة) الإفراط في البدانة وفقدان الشهية، مشاكل النوم، مشاكل النظافة، مشاكل التبول وضبط المثانة والأمعاء، عدم المشاركة الاجتماعية الفعّالة، المعاناة من نظرة المجتمع لهم.

**رابعاً- الخصائص التعليمية:** قد يتعرّضون لمشكلات في الانتباه وتشتتته مع صعوبة في التركيز والتذكّر والاسترجاع والحفظ بسبب خصائصهم الجسمية والنفسية والعصبية مما يسبب تعرّضهم لصعوبات التعلّم، ويجعلهم لا يتعلمون بسهولة وبسرعة (شقيير، 2002، 127-129).

## 2-4-4. تصنيفات الإعاقة الحركية:

تعتبر فئات الأفراد المعاقين حركياً فئات غير متجانسة وذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاقين جسماً وصحياً، وعلى أية حال فإنه يمكن تقسيم الإعاقات الحركية حسب موقع الإصابة أو الأجهزة المصابة كما هو موضح في الجدول التالي: (القمش والإمام، 2006: 174-176).

### الجدول رقم (3): يوضح تصنيف الإعاقة الحركية.

إصابات الجهاز العصبي المركزي	إصابات الهيكل العظمي	إصابات العضلات	الإصابات الصحية
- الشلل الدماغي. - الشق الشوكي أو الصلب المفتوح. - إصابة الحبل الشوكي. - الصرع. - إستسقاء الدماغ. - شلل الأطفال. - تصلب الأنسجة العصبية.	- تشوّه وبتز الأطراف. - تشوّه القدم. - التهاب الورك. - عدم اكتمال نمو العظام. - التهاب العظام. - الخلع الوركي الولادي. - التهاب المفاصل. - التهاب المفاصل الشرياني - شق الحلق والشفة. - ميلان وانحراف العمود الفقري.	- ضمور العضلات. - انحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي.	- الأزمة الصدرية أو الربو. - التهاب الكيس التلثي أو الحويصلي. - إصابات القلب. - متلازمة داون. - السكري

ويرى "روشلان" (Reuchlin, 1973) أن الإعاقة الحركية تختلف حسب أنواعها، فهناك الإصابة الجزئية للعضو أو للعضو بأكمله أو لعدة أعضاء أو إصابة كلية مثل الشلل أو سوء التماسك -التناسق- للحركات العادية، وهي تتمثل في القصور الوظيفي للجهاز الحركي، فالعائق الحركي هو عجز وظيفي تختلف نسبة أهميته، فقد يصيب الفرد في إحدى أجهزته المحركة أو أكثر، وهي تصنف كالتالي:

- إصابات دماغية: كالعجز الحركي الدماغي.

- الإصابات النخاعية:

\* خلقية: مثل إستسقاء الرأس.

\* جرحية: مثل الكساح وشلل الأطراف السفلى والعليا بسبب الحوادث.

\* حموية: مثل شلل الأطفال.

\* من سبب غير معروف مثل أمراض الإنحلال الخلوي للنخاع الشوكي أو الأعصاب الحركية.

- الإصابات القصلية: كالحثل الإغذائي العضلي التدريجي.

- الإصابات العظمية المفصلية: مثل سوء التركيب الخلقي، مرض سل العظام، داء المفاصل، والحثل

الإغذائي العظمي المختلف (Reuchlin, 1973: 65).

وإنه من الصعب أن نُقرّ طبياً أصنافاً للمعاقين عن الحركة لأن الإعاقات الحركية تختلف

كثيراً، وقد يجدر تصنيفها حسب الجهة أو الجهات المصابة من الجسم، أو حسب الأصل للإصابة، أي

حسب أسبابها أو باعتبار الإصابة أو نوع الضرر: شلل، عدم تناسق (Incoordination)، تصلب

العضلات (Maideur)، التجمّد لقسط من المفصل أو المفاصل (Anleylose)، أو حسب الجهاز

المصاب العصبي، العضلي، أو العظمي، ونكتفي بالإشارة إلى الإعاقات الحركية الأكثر شيوعاً:

#### 2-4-4-1. إصابات الحبل الشوكي (Spinal cord injury):

تعرف إصابات الحبل الشوكي بأنها اضطراب ينتج عن الحوادث والإصابات مما يؤدي إلى

فقدان الوظائف الحسية والحركية في الأجزاء التي تقع أسفل منطقة الإصابة، وغالباً ما يُستخدم

مُصطلح (إصابات الحبل الشوكي) للإشارة إلى الحالات التي لا يحدث تدهور فيها، وذلك بهدف تميّزها

عن حالات الشلل الناجم عن أمراض الجهاز العصبي المركزي مثل: الأورام والأمراض التنكسية

واضطرابات الأوعية الدموية.

وإن حصل إصابة للحبل الشوكي، فإن شدة الإصابة تعتمد على مدى العطل أو الخلل الذي

يطرأ عليه فكلما كانت الإصابة أعلى كان الجزء المتأثر بالإصابة أكبر، وبالتالي فإن الشلل يلحق عادة

بالأعضاء الجسمية التي تقع أسفل الإصابة، ويصاحب ذلك أيضاً انعدام الإحساس وعدم ضبط التبول

والإخراج وعدم ضبط حركات الأطراف الإرادية، وتجدر الإشارة إلى أن العطل الذي يطرأ على

الحبل الشوكي لا يمكن تعويضه أو علاجه، أما إذا كانت الإصابة محدودة على شكل تورم أو التهاب

في الأنسجة العصبية والخلايا التي تُغَطِّي الحبل الشوكي، فإنَّ أثرها يكون بسيطاً ولا يؤدي ذلك إلى الشلل.

ولا ينتج عن إصابة الحبل الشوكي آثار جسيمة مباشرة وواضحة بعد وقوع الإصابة، وإنما تظهر الآثار السلبية بعد مدة قد تزيد عن شهرين وقد تحدث إصابات الحبل الشوكي على أشكال وذلك تبعاً لشدة الإصابة وموقعها إذ يمكن تمييز الأشكال التالية:

- **الشلل الرباعي:** ويكون في الأطراف العليا والسفلى معاً، نتيجة الإصابة في المنطقة العنقية والجزء الصدري الأول.

- **الشلل الثلاثي:** ويكون في ثلاثة أطراف، الطرفين السفليين وطرف علوي واحد.

- **الشلل السفلي:** يكون في الطرفين السفليين فقط، الإصابة في الحبل الشوكي من مستوى الجزء الصدري الثاني فما دون وهو الضغط على الفقرات القطنية والعجزية.

- **الشلل الأحادي:** ويكون في أحد الأطراف.

وهكذا فإن شدة فقدان الوظيفة والأجزاء المصابة تتقرر في ضوء موقع الإصابة وشدها وينتج هذا النوع من (الشلل) نتيجة كسر الفقرات العنقية أو الظهرية أو القطنية، أو العجزية ويؤدي هذا الكسر إلى ضغط على الجملة العصبية والنخاع الشوكي المغذية للأطراف (صالح، 2005: 53-54).

#### **2-4-4-2. العمود الفقري المفتوح (Spina-bifida):**

كثيراً ما يحصل تشوهات خلقية ولادية في العمود الفقري نتيجة عدم اكتمال النمو الطبيعي للعمود الفقري لدى الجنين قبل الولادة مما يؤدي إلى ولادة طفل بوجود فتحة تصل الجملة العصبية بخارج الجسم، وكثيراً ما يحصل أن تكون الجملة العصبية مصابة مما يؤدي إلى شلل بالأطراف السفلى، يحصل هذا المرض بنسبة (3) في كل (1000) طفل ولید، وتكون نسبة الوفيات عالية بهذا المرض وذلك لحصول تضخم بالرأس نتيجة إغلاق القنوات المبطنة للجملة العصبية وتجرى لها عمليات معينة لمساعدة المريض للتخلص من السائل الزائد، وفي حالة نجاة الطفل فإنه يبقى معوقاً حركياً مدى الحياة (عبيد، 2000: 87).

ويعتبر سببنا بفيذا (Spina-bifida) كساحة خلقية نتيجة سوء تكوين النخاع الشوكي والفقرات وغالباً ما يضاف لذلك الشلل اضطرابات العضلة العاصرة أو التهابات في الجهاز البولي أو تتولد عنها ندوب وجراح جلدية.

## 2-4-4-3. شلل الأطفال:

يعتبر شلل الأطفال شكلاً من أشكال الإعاقة الحركية، إذ تؤدي الإصابة بهذا المرض إلى اضطراب النمو الحركي للفرد، وتحدث مثل هذه الحالة نتيجة لفيروس الشلل الذي يصيب الدماغ أو الخلايا الحركية في العمود الفقري، وتبدو مظاهر هذه الحالة في الضعف العام، أو التشنج، والشلل العام (الروسان، 1998: 244).

إن فيروس شلل الأطفال يحدث تلقاً في الجهاز العصبي فقط فالذكاء والإحساس والكلام والتحكم بوظائف المثانة والأمعاء لا تتأثر سلباً به، على أن معظم الأطفال الذين يعانون من عواقب شلل الأطفال يلتحقون بمدارس خاصة للأطفال المعاقين جسمياً (الخطيب، 1998: 102).

## 2-4-5. الأسباب المؤدية للإعاقة الحركية:

يمكن إجمال أسباب الإعاقة الحركية بما يلي:

**أولاً-** التشوهات الخلقية: هناك أسباب متعددة تؤدي إلى التشوهات الخلقية والتي تحدث أثناء الحمل ومن هذه الأسباب تعرّض الأم للأشعة السينية أو تناولها لبعض العقاقير أو سوء التغذية، وقد تكون أسباب وراثية (جينية) أو أمراض جنسية، وتناول الأم الحامل أيضاً للمسكّرات بجميع أنواعها أو تعرّضها للانفعالات الشديدة أو الكدمات، ومن الأمثلة على هذه التشوهات فقدان الأطراف أو تقوس الساقين أو انحراف العمود الفقري، وكثير من التشوهات التي لا يمكن حصرها.

**ثانياً-** الجروح الشديدة: إن الجروح التي يتعرض لها الإنسان والحوادث قد تؤدي إلى فقدان أحد الأطراف أو كسور في عظام الرأس أو كسور في الأطراف أو الكدمات والاندزلاقات العظمية.

**ثالثاً-** تحدث اضطرابات الأنسجة نتيجة لعدم كفاية الدم الواصل إلى الأطراف، ويعود السبب في ذلك إلى تصلب الشرايين أو بعض الأمراض مثل السكري وغير ذلك.

**رابعاً-** العدوى: قد تسبب العدوى كثيراً من الأمراض ذات الصلة المباشرة بالإعاقة الحركية مثل الوهن العضلي أو عدم التوازن عند الإنسان في كامل جسمه أو اضطرابات في المشي وغير ذلك.

**خامساً-** الأورام: تسبب الأورام وخاصة الخبيثة منها الإعاقة الحركية إذ أن بعض الأورام لها أثر مباشر على الجسم بشكل عام تؤدي إلى إعاقة حركية مزمنة يصاب بها الإنسان (كوافحة وعبد العزيز، 2007: 201).

## 2-6. ذوو الاحتياجات الخاصة في الجزائر:

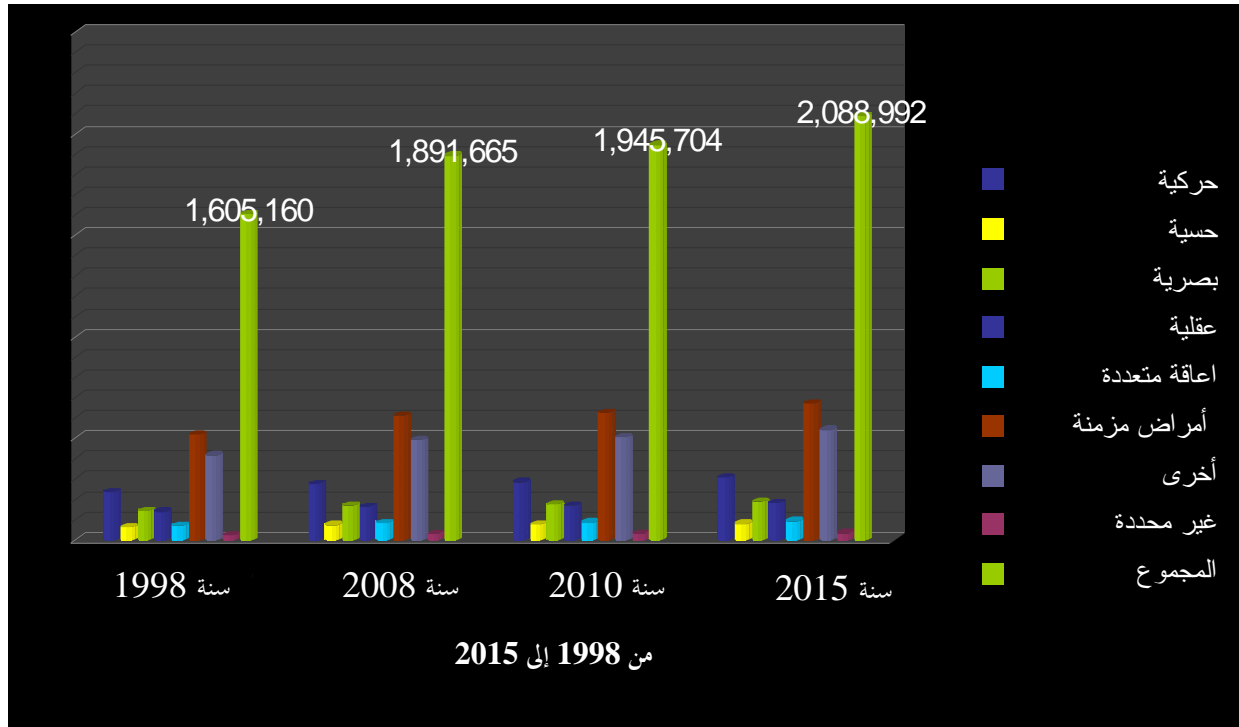
### 2-6-1. جهود الجزائر في حماية ورعاية الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة:

لدى معظم دول العالم حالياً تشريعات وقوانين فيما يتصل بتعليم الأفراد المعوقين، ورعايتهم وتأهيلهم، وعلى المستوى الدولي شكّل عام 1981 الذي أعلنته الأمم المتحدة عاماً دولياً للأشخاص المعوقين عامل ذا أهمية خاصة إذ شجّع عدداً كبيراً من دول العالم، وبخاصة منها الدول النامية، على سن تشريعات وإصدار قوانين حول حقوق الأشخاص المعوقين، وجاءت تلك التشريعات والقوانين في معظمها متّسقة مع الإعلان العالمي حول حقوق الإنسان ومع مبادئ المشاركة التامة، والمساواة وديمقراطية التعليم (الخطيب والحديدي، 2005: 38).

وبما أن الجزائر بلد نامي فهي ولا بدّ أن تعترضها مشاكل جديدة، تضاف إلى المشاكل القديمة المتولّدة عن العجز الموروث والتنمية السريعة في مختلف الميادين، وحسب مجلة وزارة الحماية الاجتماعية: أننا لا نستطيع أن ننكر ما خلفته الحرب التحريرية والسياسة الاستعمارية الاستيطانية بسبب التثكيل والقهر، وهي حالة يرثى لها آنذاك والتي تتمثّل في الجهل والفقر وسوء التغذية والأمراض، إلى جانب الينامي والأرامل والمعطوبين الذين تضرروا جسدياً وعقلياً، كما لا يمكننا تجاهل التطورات الاقتصادية السريعة والنمو الديمغرافي المتزايد، وحوادث العمل والمرور، والزواج بين الأقارب - الذي أكّدت الإحصائيات أن له أثره الفعال والكبير في ولادة أطفال معوقين -، والولادة غير الصحية خاصة في المناطق النائية والريفية، وكذلك الولادات المتكرّرة التي تسبّب للمرأة هزالاً في صحتها يؤدي بها بعد ذلك إلى ولادة أطفال معوقين، ومنه فإن سنة (1981) اعتبرت سنة دولية للأشخاص المعوقين، ويوم 14 مارس يوم وطني للأشخاص المعوقين ببلادنا والذي جاء كنتيجة لانعقاد الملتقى الوطني من أجل وضع برنامج وطني لإدماج المعوقين (مجلة وزارة الحماية الاجتماعية، 1983: 6-7).

ويشكّل ذوو الحاجات الخاصة شريحة هامة من المجتمع الجزائري، إذ بلغ حجمهم حسب نتائج الإحصاء الوطني الخامس للسكان والسكن لسنة 2008 (1891665) معاق منهم (921722) إناث و (969944) ذكور في حين أن (12) مليون من الجزائريين معنيين بإعاقة أحد أفراد عائلتهم، مع التذكير أن عدد سكان الجزائر وصل في سنة (2008) إلى 36000000، وتبعه زيادة عدد ذوي الاحتياجات الخاصة (الديوان الوطني للإحصاء، 2008).

الرسم البياني رقم (1): يبيّن تطور أعداد الأشخاص المعوقين بالجزائر من سنة 1998 إلى غاية 2015. (وزارة التضامن الوطني والأسرة والجالية الوطنية بالخارج، أشغال المجلس الوطني للمعوقين: 2009).



كما أن عدد المؤسسات الخاصة بالتكفل بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وصل إلى (276) مؤسسة بطاقة تستوعب (300000) شخص، إلى جانب (129) مركز آخر تشرف عليها الحركة الجمعوية بقدرة استيعاب تصل إلى (19061) شخص، ويبيّن الجدول رقم (4) تطور عدد مراكز استقبال الفئات الخاصة بالجزائر من سنة (1962 إلى 2009)، ويبيّن الجدول رقم (5) عدد مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة وتوزيعها عبر الولايات وطاقة استيعابها وعدد الطاقم الإداري والبيداغوجي بها وكذا ميزانيتها لسنة 2008 حسب أشغال المجلس الوطني للمعوقين لوزارة التضامن الوطني والأسرة والجالية الوطنية بالخارج لسنة 2009.

الجدول رقم(4): يبيّن تطور عدد مراكز استقبال الفئات الخاصة بالجزائر من سنة(1962 إلى 2009).

عدد المراكز الموجودة قبل سنة 1962	عدد المراكز المنجزة من سنة (1962-1998)	عدد المراكز المنجزة من سنة (1999-2007)	عدد المراكز في طور الإنجاز (تُسَلَّم قبل نهاية سنة 2009)	مجموع عدد المراكز المنجزة من سنة (1962 إلى غاية 2009)
8	176	111	154	449

يتضح من الجدول (4) أنه خلال (36) سنة (1962-1998) تمّ إنجاز (176) مركز لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بالجزائر، في حين ما بين الفترة (1998 - 2009) تم إنجاز (265) مركز آخر جديد.

الجدول رقم (5): يبين عدد مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة وتوزيعها عبر الولايات وطاقة استيعابها

وعدد الطاقم الإداري والبيداغوجي بها وكذا ميزانيتها لسنة 2008.

طبيعة المركز	عدد المراكز	عدد الولايات	عدد الأماكن النظري	عدد الأماكن الواقعي	درجة الاستغلال	عدد الطاقم الإداري	عدد الطاقم البيداغوجي	عدد العاملين الإجمالي	الميزانية الخاصة بالمراكز لسنة 2008 بالدينار
مدارس صغار الصم	33	35	4820	3635	%75,41	857	845	2169	1 056 822 787,50
المدارس الخاصة بالمكفوفين	19	19	/	/	/	/	/	/	/
المراكز الخاصة بمن لديهم عجز في التنفّس	06	06	740	190	%25,68	185	82	315	118 212 600,00
المراكز الإستشفائية البيداغوجية للمعاقين حركياً	03	03	360	277	%76,54	105	59	189	33 853 900, 00
المراكز الإستشفائية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنياً	92	47	8939	7153	%90,10	1658	1471	4077	2 069 408 984,00

المصدر: (وزارة التضامن الوطني والأسرة والجالية الوطنية بالخارج، أشغال المجلس الوطني

للمعوقين: 2009).



## 2-6-2. ذوو الاحتياجات الخاصة في الجزائر من الجانب التشريعي:

- تعريف المعوق في التشريع الجزائري: ورد تعريف المعوق في نص المادة 89 من القانون رقم 85-05 المتعلق بالصحة كالتالي: يُعدّ شخصاً معوقاً كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بما يلي:

- إما نقص نفسي أو فسيولوجي، وإما عجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري وإما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها (الجريدة الرسمية، 1985، العدد 08: 184).

و جاء في قانون حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم الصادر سنة 2002 ما يلي:

- المادة 1: يهدف هذا القانون إلى تعريف الأشخاص المعوقين وتحديد المبادئ والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم.

- المادة 2: تشمل حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون كل، شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر، وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحدّ من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية، نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية و/أو الحركية و/أو العضوية-الحسية (الجريدة الرسمية، 2002، العدد 34: 7).

- المادة 3: تهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى ما يأتي:

- الكشف المبكر للإعاقة والوقاية منها ومن مضاعفاتها.

- ضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكييف.

- ضمان الأجهزة الاصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية الضرورية لفائدة الأشخاص المعوقين، وكذا الأجهزة والوسائل المكيفة مع الإعاقة وضمان استبدالها عند الحاجة.

- ضمان تعليم إجباري وتكوين مهني للأطفال والمراهقين المعوقين.

- ضمان إدماج الأشخاص المعوقين واندماجهم على الصعيدين الاجتماعي والمهني، لا سيّما بتوفير مناصب عمل.

- ضمان الحد الأدنى من الدّخل.

- توفير الشروط التي تسمح للأشخاص المعوقين بالمساهمة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية.

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

- تشجيع الحركة الجمعوية ذات الطابع الإنساني والاجتماعي في مجال حماية المعوقين وترقيتهم.
- يجب أن تتم حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وتطوير استقلاليتهم في إطار حياة عادية (الجريدة الرسمية، 2002، العدد 34: 7-8).
- المادة 5: يستفيد الأشخاص المعوقين بدون دخل مساعدة اجتماعية تتمثل في التكفل بهم و/ أو في منحة مالية.
- تحددّ كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.
- المادة 7: تمنح المساعدة الاجتماعية المنصوص عليها في المادة 5 أعلاه، إلى الأشخاص المعوقين بدون دخل لا سيما:
  - الأشخاص الذين تُقدّر نسبة عجزهم بـ (100%).
  - الأشخاص المصابون بأكثر من إعاقة.
  - الأسر التي تتكفل بشخص واحد أو عدة أشخاص معوقين مهما كان سنهم.
  - الأشخاص ذوو العاهات والمرضى بداء عضال الذين يبلغ سنهم ثماني عشرة (18) سنة على الأقل، المصابون بمرض مزمن ومعجز طبقاً للتعريف المنصوص عليه في المادة (2) من هذا القانون.
- يجب ألا يقلّ مبلغ المنحة المالية الممنوحة إلى الأشخاص المعوقين بنسبة عجز تقدّر بـ 100% عن ثلاثة آلاف (3000 دج) شهرياً.
- يحدّد مبلغ المنحة المالية الممنوحة إلى الفئات المذكورة أعلاه، عن طريق التنظيم (الجريدة الرسمية، 2002: 8).
- المادة 8: يستفيد الأشخاص المعوقون، حسب الحالة من مجانية النقل أو التخفيض في تسعيرات النقل البري الداخلي.
- كما يستفيد الأشخاص المعوقون بنسبة عجز قدرها (100%) تخفيضاً في تسعيرات النقل الجوي العمومي الداخلي.
- كما يستفيد بنفس هذه التدابير المرافقون للأشخاص المعوقين المنصوص عليهم أعلاه، بمعدّل مرافق واحد لكل شخص معوق.
- تتكفل الدولة بالتبعات الناجمة عن مجانية النقل أو التخفيض في تسعيراته.
- تحددّ كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم (الجريدة الرسمية، 2002، العدد 34: 8).

كما جاء في الفصل الخامس المتعلق بالحياة الاجتماعية للأشخاص المعوقين ورفاهيتهم من نفس القانون ما يلي:

- **المادة 30:** من أجل تشجيع إدماج واندماج الأشخاص المعوقين في الحياة الاجتماعية وتسهيل تنقلهم وتحسين ظروف تدبير من شأنها القضاء على الحواجز التي تعيق الحياة اليومية لهؤلاء الأشخاص، لا سيما في مجال:

- التقييس المعماري وتهيئة المحلات السكنية والمدرسية والجامعية والتكوينية والدينية والعلاجية والأماكن المخصصة للنشاطات الثقافية والرياضية والترفيهية.

- تسهيل الحصول على الأجهزة الاصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية التي تمكن الاستقلالية البدنية وتسهيل استبدالها.

- تسهيل الوصول إلى الأماكن العمومية.

- تسهيل استعمال وسائل النقل.

- تسهيل استعمال وسائل الاتصال والإعلام.

- تسهيل الحصول للراغبين في ذلك، على السكن الواقع في المستوى الأول من البنايات بالنسبة إلى الأشخاص المعوقين أو المكلفين بهم عند الاستفادة من مقرر منح السكن طبقاً للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

تحدّد كميّات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم (الجريدة الرسمية، 2002، العدد 34: 11).

وجاء في المرسوم التنفيذي رقم 06-144 لسنة 2006 الذي يُحدّد كميّات استفادة الأشخاص

المعوقين من مجانية النقل والتخفيض في تسعيراته ما يلي:

- **المادة 2:** يستفيد الأشخاص المعوقون سمعياً وذهنياً وحركياً وبصرياً والأشخاص ذوو العاهات

والمرضى بداء عضال، المصابون بمرض مزمن ومعجز من مجانية النقل الحضري و/ أو تخفيض

بنسبة (50%) من تسعيرات النقل بالسكك الحديدية والنقل البري والنقل الجوي الداخلي (الجريدة

الرسمية، 2006، العدد 28: 3).

كما جاء في المرسوم التنفيذي رقم 06-145 لسنة 2006 الذي يُحدّد تشكيلة المجلس الوطني

للأشخاص المعوقين وكميّات سيره وصلاحياته على ما يلي:

- المادة 2: المجلس هيئة استشارية يُكلّف بدراسة جميع المسائل المتعلقة بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وإدماجهم الاجتماعي والمهني واندماجهم وإيداء رأيه فيها (الجريدة الرسمية، 2006، العدد 28:4).

## 2-7. خلاصة:

مما سبق نجد أن مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة يعني وجود نقص في القدرة عن ما يفترض أنه عادي في الحياة، إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة عدم القدرة أو العجز الكلي عن تنفيذ المتطلبات المرتبطة بدور ما، وذلك اعتماداً على ما يمكن أن تقوم به القدرات التعويضية لدى الشخص، كما الإعاقة في مجملها تعتبر نتاجاً للنظرة الاجتماعية نحو الشخص ذو الاحتياجات الخاصة، فمشكلة الإعاقة لا ترتبط بمحدودية القدرة العقلية أو الجسدية أو الحسية لدى الفرد المعوق بل ترتبط بالانعكاس الذي يتركه وجود الشخص المعوق لدى الآخرين، فمن المفيد التوجّه إلى تعديل هذا الواقع بما يسهّل إجراءات التأهيل الهادفة إلى تحقيق المشاركة الكاملة والمساواة في الحقوق والواجبات وتطوير مفاهيم صحية للتكيف النفسي والاجتماعي لكل من الفرد ذو الاحتياجات الخاصة ومجتمعه.

والإعاقة الحركية تكون حاجزاً أمام الشخص، بغضّ النظر عن مصدرها وتحدّ من إمكانيته خاصة العملية منها وممارسة العلاقات الاجتماعية، ويجب أن تأخذ مجمل تعاريف الإعاقة الحركية المعتقدات والممارسات الثقافية، فالسلوك الذي ينعت بأنه شاذ ويعتبر من بين الأعراض المرصّية تتطلب المعالجة في مجتمع من المجتمعات قد يكون مقبولاً في مجتمع آخر، لهذا نجد أنه منذ فجر التاريخ كانت النظرة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة عامة وإلى المعوقين حركياً خاصة والاستجابة لها مختلفة على مرّ العصور وذلك نتيجة لاختلاف الاتجاهات الاجتماعية.

غير أن الإنسان سواء كان بدائياً أو متحضراً بقي على طبيعته معجباً بمظاهر الكمال المادي ويعتبرها دليلاً على القوة والرجولة، ويخجل من مظاهر النقص أو الضعف ويعتبرها دليلاً على العجز وقلة الحيلة ومع ذلك فقد انتصرت النظرة الإنسانية في النهاية والتي تبنت ما جاء به الإسلام منذ ما يزيد على آلاف السنين، إذ عمل المفهوم الحديث لمكونات الشخصية وما توصل إليه العلماء من معلومات عن طبيعة الإعاقة وأسباب حدوثها إلى تغيير الاتجاهات نحو فئة ذوي الاحتياجات الخاصة مما أدى إلى القضاء على الأفكار القديمة، حيث بدأ الناس في العصر الحديث يهتمون بقضايا المعوقين وضرورة توفير الخدمات اللازمة لتحقيق المساواة الكاملة والاندماج في المجتمع.

## الفصل الثالث

صورة الجسم عند ذوو الاحتياجات الخاصة حركيا

### 3-1. تمهيد:

يعدّ مظهر الجسم من الأمور الرئيسة التي تشغل بال كثير من الناس، ويظهر ذلك جلياً في النظرة الخارجية التي تختصّ بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختصّ بالمظهر أو بما يبدو عليه الفرد في الواقع، والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هي ما أطلق عليه علماء النفس ما يسمى بصورة الجسم والتميّز بين النظرة الداخلية، والنظرة الخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا لا نرى أنفسنا بالطريقة التي يراينا بها الآخرون.

فنحن عادة ما نرغب بأن نكون أصحاء وأفوياء، ونرغب أيضاً أن نتمتع بالجمال، وأن نتمتع بالجادبية أمام الآخرين، وفي الحقيقة فإن كثير من الناس يهتمون بالشكل الذي يظهرون به أمام الآخرين أكثر من اهتمامهم بصحتهم، وقد يُعرضون أنفسهم إلى مشاكل صحيّة في سبيل أن يكونوا جذابين للآخرين، لذلك فيجب أن لا نستغرب إذا عرفنا أن أولئك الذين يعانون من إعاقات حركية عليهم أن يُحاربوا مرتين: فالأولى عليهم التغلّب على المحدّات المفروضة عليهم بسبب حالتهم الجسمية، والثانية عليهم التغلّب على الكيفية التي يجب أن يتقبّلهم بها الآخرون.

ويتناول الباحث في هذا الفصل مفهوم صورة الجسم وتعريفاتها المختلفة وأهم المصطلحات والمفاهيم المرتبطة بها للوقوف على حقيقة كل مفهوم على حدى، وكذا مكونات صورة الجسم، ومختلف النظريات التي تناولته وهي: نظرية التحليل النفسي، والنظرية النفسية الاجتماعية، والنظرية الفينومينولوجية، كذلك صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، وفي الأخير مقارنة تتمحور حول التجربة الجسدية لدى ذوو الاحتياجات الخاصة حركياً.

### 3-2. مفهوم صورة الجسم:

يعتبر مفهوم صورة الجسم من المفاهيم التي يختلف الباحثون حول تعريفها، والتي تقاس بمقاييس متفاوتة في الكمّ والمحتوى، الأمر الذي صعّب من مهمة المشتغلين في العلوم النفسية محاولة الخروج بتصوّر نظري مقبول لمفهوم صورة الجسم من جهة، وجعل بعض الباحثين يجمّحون عن دراسة هذا الموضوع من جهة أخرى.

فمن الناحية التاريخية بدأ الاهتمام بصورة الجسم في مجال النيورولوجيا (Neurology) والطب النفسي، ويعتبر "بونييه" (Bonnier) الذي درس اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مطلع عام 1900م، و"بيك" (Pick) الذي درس اضطرابات الاتجاه لسطح الجسم وشبح الأطراف (Phanion limbs) ممّن مهدوا لدراسات صورة الجسم، ثم يأتي "هنري هيد" (H. Head) أول مؤسس لنظرية حول صورة الجسم ليوضح كيف أن لكل منا صيغة إجمالية (Schema) لتكامل أجزاء الجسم ومن ثمّ معيار يحكم به على أوضاع وتحركات الجسم، ولقد عمّق المحلل النفسي "شيلدر" (Schilder) دراسات صورة الجسم منذ حقبة مبكّرة وأهتم بدراسات فارقية بين الفصامين والمصابين بإصابات مخّية (فايد، 2004: 160).

ويرى "شيلدر" (Schilder) أن صورة الجسد الإنساني، هي صورة جسدنا الخاص، التي نشكّلها بداخل ذهننا، أي بمعنى آخر الطريقة التي يظهر لنا بها جسدنا، فكلّ شخص يُكوّن صورة عن شكل جسده المتخيّل والمدرّك وهذه الصورة المتكوّنة لا تقتصر على مظهر الجسد كما يدركه كل فرد بل تحتوي على عناصر تصوّرية، وكذلك عناصر متعلّقة بالوظائف الجسدية (Schilder, 1968: 35).

ويُعرّف "لوبروتون" (Le Breton) صورة الجسد بأنها تصوّر الذي يُكوّنه الشخص عن جسده، والطريقة التي يبدو له بها بشكل واع إلى هذا الحد أو ذاك عبر سياق اجتماعي وثقافي يضيف تاريخه الشخصي عليه طابعاً خاصاً (لوبروتون، 1997: 145).

وجاء تعريف "جوتسمان وكالدول" (Gottesman & Caldwell, 1966) أن صورة الجسم عبارة عن خبرة شخصية نفسية قابلة للتعديل والتطوير من خلال ما يتعرّض له الفرد من خبرات ومدى إدراكه لجسمه وحساسيته نحوه (كفافي والنيال، 1995: 20).

وتُعرّف الصورة الجسدية حسب "سيلامي" (Sillamy,1980) بواسطة وظيفتين أساسيتين رمزيتين، الأولى تسمح بمعرفة وجود ربط ديناميكي بين كل جزء من الجسد، وأن يكون هذا الجسد مأخوذ بكليته وحدوده، والثانية تسمح بتناول ما وراء الشكل، المحتوى والمعنى ذاته لهذا الربط الديناميكي، وعليه صورة الجسد تقوم على إدراك البنية في كليتها، توحيد وإقامة للحدود واضحة (Sillamy, 1980: 283).

وتذكر "شقيير" (2002) في تعريفها لمفهوم صورة الجسم بأنها صورة ذهنية (عقلية) يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو اتجاهات) سالبة أو موجبة عن تلك الصور الذهنية للجسم (شقيير، 2002: 304).

ويُعرّف كل من كفاقي والنيال" (1995) صورة الجسم بأنها عبارة عن تصوّر عقلي أو صورة ذهنية يكونها الفرد، وتسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرّض له من أحداث ومواقف، كما أن صورة الجسم تُؤثر تأثيراً كبيراً في نمو الشخصية وتطورها، وما يكونه الفرد من اتجاهات نحو جسمه، قد تكون سلبية أو إيجابية وهذه الاتجاهات المتعلقة بصورة الجسم بشقيها الايجابي أو السلبي، إما أن تكون ميسرة أو معوقة لتفاعلات الإنسان مع ذاته ومع الآخرين (كفاقي والنيال، 1995: 21).

وذهب "فرج طه" وآخرون (1993) في تعريفهم لصورة الجسم إلى أنها الفكرة الذهنية للفرد عن جسمه، وصورة الجسم هي الأساس لخلق الهوية إذ أن الأنا - على حد تعبير فرويد (Freud) - إنما هو في الأساس أنا جسمي (ego-body)، وأن صورة الجسم في علاقتها بالواقع تمثل جوهر الظاهرة النفسية، فهي مسألة أساسية في تكوين الشخصية إذ ينفصل الأنا عن اللا أنا بفضل صورة جسمية لها تاريخ، فالأنا إنما هو جزء من الهو عدل بواسطة التأثير المباشر للعالم الخارجي والذي يعمل من خلال الشعور الإدراكي ، فكأن صورة الجسم وصيرورتها والحال هذه يتوقف عليها وعلى تعثراتها بُعد السوية واللاسوية، وهي ترتبط ارتباطاً عضوياً بمراحل النمو (فايد، 2004: 162).

ويتضح من التعريفات السابقة لمفهوم صورة الجسم أن هذا المفهوم هو صورة ذهنية أو تصوّر عقلي - إيجابي أو سلبي - يكونه الفرد لنفسه، ويسهم في تكوين هذه الصورة الخبرات



والمواقف التي يتعرّض لها الفرد، وبناءً على ذلك فإن صورة الجسم قابلة للتغيير والتعديل في ضوء هذه الخبرات الجديدة.

وحسب "الدسوقي" (2006) ومن خلال عرض التعريفات السابقة يتضح أنه:

- لا يوجد كيان موحد لصورة الجسم، وبالتالي لا يمكن وضع تعريف لصورة الجسم بطريقة كافية عن طريق عنصر فردي مثل درجة الرضا عن وزن الفرد أو شكل الجسم مثلاً، لذلك يجب على الباحثين والإكلينيكيين أن يسعوا إلى فهم أو معرفة العوامل المتداخلة والمعقدة بين العناصر المكوّنة أو التي تتشكل صورة الجسم.

- تشير صورة الجسم إلى الإدراكات أو التصورات أو الأفكار والمشاعر التي تتعلّق بالجانب الجسمي من شخصية الفرد، وتتضمّن المدركات الحسية تقديرات الصفات الجسمية الحقيقية للفرد، والمعايير الداخلية أو المثل العليا، وتتعدى الحالة الوجدانية لصورة الجسم مجرد الرضا التقيمي أو عدم الرضا أو السخط من جسم الفرد لكي تشتمل على سلسلة كاملة من الانفعالات والعواطف الإيجابية والمضطربة التي ترتبط به.

- تتأثر صورة الجسم بمفهوم الفرد عن ذاته الجسمية، فمفهوم الذات السلبي ينعكس على صورة الجسم.

- صورة الجسم يتم تقديرها أو تحديدها اجتماعياً فالخبرات أو التجارب البين شخصية والتنشئة الاجتماعية والثقافية هي التي تحدّد المعاني الاجتماعية للجماليات الجسمية والمعاني الشخصية للسمات الجسمية للفرد، وعلى امتداد عمر الفرد تقوم الرسائل الاجتماعية والمجتمعية بنقل مستويات أو معايير الجاذبية وتقدّم تغذية راجعة عن صلاحية الفرد لمطابقته للمعايير أو المستويات المحددة من الناحية الاجتماعية.

- صورة الجسم ليست ثابتة أو محدّدة، حيث تعمل على مستوى السمة والحالة، وعلى الرغم من أن هناك ميول أو نزعات استعداديه لرؤية جسم الفرد في مستودع إدراكي معين، وطرق معرفية ووجدانية أو انفعالية معينة إلا أن الأحداث الموقفية أو الساقية تنشط أو تحفز صورة الجسم السلبية، ويعتبر فهم السياق الذي توجد فيه صورة الجسم السلبية ذو أهمية عظيمة من الناحية الإكلينيكية.

- تؤثر صورة الجسم على العمليات المعرفية، فالناس الذين يكوّنون رسم تخطيطي أو إيضاحي أو صورة معيّنة لمظهرهم (أي يفكّرون من الناحية المعرفية، والعاطفية أو الانفعالية في مظهرهم)

ينشغلون أو يقومون بتكوين معلومات ضمنية عن مظهرهم بطريقة مختلفة عن الأشخاص الذين لا يوجد لديهم رسم تخطيطي أو إيضاحي لصورة الجسم، والأشخاص الذين يرسمون صورة إيضاحية لمظهرهم باتجاهات سلبية يكونون عرضة بدرجة خاصة للدراكات المشوّهة أو المضطربة التي تدل على الفتور أو اليأس من صورة الجسم.

- تؤثر صورة الجسم على الأنماط السلوكية سواء الأنماط التجنبية أو الإقدامية، وتتضمن الأنماط الإقدامية أنشطة المحافظة على المظهر مثل التمرينات الرياضية والأناقة أو الاعتناء بالمظهر، وتؤدي هذه الأنماط إلى زيادة تقدير الفرد لذاته وإلى الاستحسان الاجتماعي، بينما تتضمن الأنماط الإجمامية المواقف التي تقوم بدور سلبي أو التي تؤدي إلى حالة من الشعور بالفتور أو اليأس من صورة الجسم (الدسوقي، 2006: 21-23).

### 3-3. المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم:

يستعمل مفهوم صورة الجسم أحياناً كشيء مرادف لمجموعة من المفاهيم مثل: مخطط الجسم وصورة الذات، وهذا للتقارب النظري الشديد بين هذه المفاهيم وصورة الجسم، سواء من حيث التقارب في الترتيب البنائي الزمني أو تعلقهم بموضوع مشترك (الجسم)، لكن رغم هذا التقارب الشديد، لكل هذه المفاهيم خصائص تعرفها وقواعد تقوم عليها، وفيما يلي تمييز بين بعض هذه المفاهيم وصورة الجسم.

### 3-3-1. صورة الجسم ومخطط الجسم:

في البداية كان العلماء يعتبرون هذين المصطلحين مترادفين وكثيراً ما كان يستعمل أحدهما عوض الآخر، بعكس ما هو عليه، إذ يمكننا الرجوع للتمييز المعطى في قاموس علم النفس والذي يتمثل فيما يلي: صورة الجسم تنتمي للسجل الخيالي، وهي لا شعورية ذات قاعدة عاطفية حيث أن الجسد هنا معاش كوسيلة أولى للعلاقة مع الآخرين، في حين مخطط الجسم ينتمي للسجل الحس-حركي والمعرفي أي ثلاثي الأبعاد حسب ذكر القاموس لمفهوم مخطط الجسم وهو قرب شعوري ذو قاعدة عصبية نرولوجية تُكتسب كما تُكتسب كل المهارات المعرفية (Anzieu et al., 1987: 328).

ويقصد "سيلامي" (Sillamy, 1980) بمخطط الجسم، تلك الفكرة التي لدينا عن جسدنا والتي بفضلها نستطيع أن نظهر في أي وقت، وفي الظروف وفي مختلف الوضعيات سواء في حالة الراحة

أو الحركة، وهو النموذج الدائم الذي يستعمل كمرجع في علاقاتنا الزمنية الفضائية ومع العالم الخارجي الذي يحيط بنا، فهو نظام للرقابة والتقييم الذي يقدم من خلاله كل إحساس جديد والذي يعطينا معلومات لازمة لتحركاتنا (Sillamy, 1980: 607).

وترى "دولتو" (Dolto, 1984) وجود فرق قائم بين مخطط الجسم وصورة الجسم، فمخطط الجسم جزء منه لا شعوري لكنه أيضاً شعوري أو ما قبل شعوري، هو مرجع يسند له الجسم الحالي في الفضاء، قليل الحساسية للفروق الفردية، فهو نفسه عند مختلف الأفراد على عكس صورة الجسم، التي تُعدّ غالباً لا شعورية خاصة بكل شخص، فهي مرتبطة بالفرد وتاريخه الخاص كونها تُمثل ملخصاً شامل لمختلف التجارب الانفعالية للفرد.

وتضيف "دولتو" أنه بفضل صورة جسمنا المأخوذة والملتقبة بمخطط جسمنا فإننا نستطيع الاتصال مع الآخرين، حيث أن مخطط الجسم الذي هو تجريد لمعاش جسمنا لأبعاده الثلاثة في الواقع، يُبنى بالتعلم والتجارب، بينما تُبنى صورة الجسم بالاتصال بين الأشخاص والآثار المسجلة بلذة محببة مكبوتة أو مُحرمّة (Dolto, 1984: 22-23).

إن الفرق بين صورة الجسم ومخطط الجسم، هو فرق جدّ هام كون هذان المصطلحان لا يبعثان نحو معنى أو مفهوم واحد، فمخطط الجسم يبعث نحو المفهوم الحقيقي والواقعي للجسم، بينما صورة الجسم تبعث نحو الجسم الخيالي.

### 3-2. صورة الجسم وصورة الذات:

يرى "شيلدر" أن صورة الذات يعني بها التمثيل الإدراكي من طرف الفرد نفسه، ومن علاقاته بالكائنات الحية والأشياء التي لها أهمية كبيرة عنده (Schilder, 1968: 66).

وصورة الجسم هي ذلك الشعور الحيوي للفرد بكليته ووحدته (غير مجزأ)، الشعور بالديمومة ووجود سطح وتحديد جسمي ونفسي مميّزة عن المواضيع الخارجية، وعليه فمفهوم صورة الجسم مرتبط بصورة مباشرة أو ضمنية بمفهوم الذات، فلا يمكن الشعور بالذات إلا بواسطة صورة الجسم التي تُعدّ جزء بنيوي، فصورة الجسم هي تصوّر لا شعوري للذات، وعند التحدّث عن تصوّر الذات يتعلّق الأمر بالجسم الموضوعي الذي نقدمه للآخر أي الوسيط والمتعامل به في العلاقة مع الآخر (Traubenberg, 1994: 156).

### 3-4. مكونات صورة الجسم:

صورة الجسم ليست معطى أو مفهوم تشريحي وطبيعي مثل التصور الجسدي فهي تتطور وتبنى عبر تاريخ الفرد، لهذا يجب معرفة كيفية تكوينها وتطورها على طول فترة النمو منذ الطفولة، وقد أشار التراث السيكلوجي إلى وجود مكونين لصورة الجسم: أولهما يتمثل في المثال الجسمي (Body ideal)، والذي يُعرف بأنه النمط الجسمي الذي يُعتبر جذاباً ومناسباً من حيث العمر، ومن حيث وجهة نظر ثقافة الفرد (عبد الحميد وكفاي، 1989: 448).

بينما يتمثل المكون الثاني لصورة الجسم في مفهوم الجسم (Body concept)، والذي يشتمل على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم، فضلاً عن الصورة الإدراكية التي يُكوّنها الفرد حول جسمه، وعلى هذا فإن من مقومات الصحة النفسية أن يُكون الفرد مفهوماً سليماً حول جسمه، ولن يتسنى ذلك إلا من خلال الحصول على معلومات وبيانات صحيحة حول جسمه حيث أن المعتقدات والمعلومات غير الصحيحة حول الجسم قد تُشعر الفرد بالاغتراب عن جسمه، وهو ما يُعتبر أحد أبعاد الاضطرابات السيكوسوماتية (فايد، 2004: 161).

ويقسم "الدسوقي" (2006) المظهر الجسمي إلى ثلاث مكونات:

- مكون إدراكي: يشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.
  - مكون ذاتي: يشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.
  - مكون سلوكي: يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي (الدسوقي، 2006: 16).
- ومن خلال ما سبق نلاحظ أن صورة الجسم ترتبط بالآخرين وبالفردي، فصورة الفرد عن جسمه تتأثر بنظرة الآخرين له، ونظرة الآخرين تتأثر كذلك بالمظهر الجسمي للفرد.

### 3-5. النظريات التي ترتبط بصورة الجسم:

تباينت آراء العلماء والمُنظِّرين حول موضوع صورة الجسد تبعاً لاختلاف مدارس علم النفس التي ينتمي كل واحد منهم إليها، وفيما يأتي استعراض لأهم تلك المدارس أو النظريات.

#### 3-5-1. المقاربة النفسية التحليلية لصورة الجسم:

تُعرف صورة الجسم بأنها صورة وشكل الجسم كما نتصوره في عقلنا كوحدات مجسّمة، يشمل ذلك العوامل البيئشخصية والبيئية والزمنية، وكممارس للطب النفسي أدرك "شيلدر" (Schilder, 1935) أن التشويهاً في خبرة الجسم التي نسبت إلى علم أمراض الدماغ في حاجة للدراسة ليس فقط من منظور علم وظائف الدماغ ولكن أيضاً من وجهة النظر النفسية فأدخل هذا المفهوم إلى علم النفس، وذكر أن العديد من المتغيرات التي ارتبطت بصورة الجسم لها علاقة رئيسية بكل من السمات الباثولوجية (المرضية) للحياة اليومية وفي الأحداث اليومية العادية، لأن صورة الجسم تقع في مركز الشخصية، وخبرة الجسم نواة للحياة النفسية (Breakey, 1997: 108-109).

وقد تعلّقت دراسات "شيلدر" للجسد حول مفهوم الصورة الجسدية، فهو أول من أدخل مصطلح الصورة الجسدية كمفهوم تحليلي، وحسب "شيلدر" تأسس الصورة الجسدية فيزيولوجياً أولاً فالمكونات الحركية، الوظيفية، البصرية لهم أهميتهم في بناء هذه الصورة وحتى الألم، لكنّه يرى أنه لا الإنطباعات البصرية ولا الحركية تعطينا إحساساً كلياً لجسدينا، صحيح أن المنطلق يكون بيولوجياً (حاجات بيولوجية) وهذه الأخيرة هي من تلحق بهذه المادة بنية ومعنى.

وحسب "شيلدر" يظهر الجسد من جهة كشكل كلية فضائية، زمنية مبنية في سياق مستمر من التجارب لكن في طبقات ومستويات مختلفة من حيث أن الطبقة الأكثر حداثة تحتوي عنصراً جديداً للبناء أو التنظيم، كما أن الجسد من جانب آخر هو مجموع المناطق الشبكية، بمعنى مناطق الإثارة الجنسية (Schilder, 1968: 313).

ويرى "شيلدر" أن الطفل يدمج أجزاء من جسد الآخر في صورته الجسدية الخاصة، كما يدمج أيضاً تعاملات الآخرين نحو جسدهم أيضاً، فهناك علاقة بين صورة الجسد الخاصة بالفرد والآخرين، حيث يتم تملك الصورة الجسدية الخاصة بالآخرين سواء في جزئيتها أو في كليتها، وهذا بإدماجها في الجسد الخاص وصولاً إلى التماهي بالآخر، فصورة الجسد الخاص وجسد الآخرين ليس في علاقة تغالب بل هم في تساوي دينامي (إجتياف وإسقاط) ، هذه التماهيات تبعث نحو إحساسات وإدراكات في

الجسد أو حالات نفسية معيّنة تجاه جزء أو آخر من الجسد، هذه الحالات يمكن لها أن تظهر على مستوى الشعور أو تبقى في مستوى اللاشعور (Schilder, 1968: 190).

كما اهتم "فرويد" (Freud) بالجانب الخيالي للجسد وبالجسد الهوامي، فترى المدرسة التحليلية الكلاسيكية أن الأعضاء الجسدية، الفتحات الجسدية والجلد لا يُمكن أن تعدّ مجرد تمثيل موضوعي للمادة (يرجع لعلم التشريح) أو تركيب وظيفي (يرجع للفيزيولوجيا)، فحسب المدرسة التحليلية الجسد يستثمر، يضبط ويعاش أثناء الطفولة وكل مراحل الحياة بواسطة النشاط الهوامي والذي يصل بسهولة للشعور أو الوعي، فالشعور الذي نملكه عن جسدنا لا يعدّ إلا إرصاناً ثانوياً بمعنى هو تعديل يحاول أن يظهر تجاربنا الجسدية على شكل سيناريوهات متناسقة ومفهومة، وعليه الهوامات الأولى تتبعث إذن من النزوات الجسدية وتكون مدمجة بالإحساسات الفيزيولوجية والوجدانية (Reinhardt, 1990: 62).

إلى جانب اهتمام "فرويد" (Freud) بالجسد الخيالي والهوامي، تركّزت أعماله المتعلقة بالجانب الجسدي على دور الحاجات البيولوجية للفرد، استثمار الذات والآخرين، أهمية النزوات، جسد اللذة، الجسد الشبقي، والنرجسية، كما أن كل من "فرويد، فيدرن، وتوسك" (Freud, Fredern et Tausk) لم يستعملوا لفظ الصورة الجسدية والتخطيط الجسدي في تناولهم للجسد، وأعمال "فيدرن وتوسك" قادتهم للتمييز بين الأنا النفسي يتواجد وحده في بداية الحياة، وأنا جسدي مستثمر بالليبيدو (Anzieu, 1995: 110).

أما بالنسبة لـ "دولتو" (Dolto, 1984) أهم ما قدمته يتعلّق بالتمييز بين مفهوم التخطيط الجسدي والصورة الجسدية، وتقديمها لمفهوم الصورة الجسدية اللاشعورية، فحسب "دولتو": يقوم الفرد بتركيز وجوده من خلال جسده، وعلى حدوده الجسدية يبدأ العالم الخارجي، نجد على هذا الجسد مراكز الإحساس التي تمدّنا بشواهد وإدراكات العالم الخارجي فيتملّ الجسد من خلال ماديته الزمانية والمكانية المكان العملي والأنماط العملية للفرد من خلال نشاطه، تبادلاته، تطوره وإنتاجيته، هذا التمثيل المادي للجسد جزء منه لا شعوري لكنّه أيضاً قبل شعوري وشعوري وهو المعبر النشط والساكن لصورة الجسد، وخلصت أعمال "دولتو" إلى تقديم ثلاث أنواع لنفس صورة الجسد: الصورة الوظيفية، الصورة الشبكية، والصورة القاعدية، وهي ما يسمح للطفل بتوحّده في الوجود، هناك صورة قاعدية خاصة بكل مرحلة من مراحل التكوّن، الصورة الوظيفية هي الصورة الشاملة للفرد والذي يهدف لاكتمال وتحقيق

رغباته، الصورة الشبقية مشتركة مع الصورة الوظيفية، هي المكان الذي تتركز فيه اللذة واللذّة في العلاقة مع الآخر، هذه الصور الثلاثة مجموعة تُكوّن الصورة الدينامية للجسد (Dolto, 1984: 57).

وتتمثّل الأنماط الثلاثة للصورة الجسدية والتي تشكّل وتُبنى في كل لحظة ككل مترامن وتسميها

"دولتو" (Dolto, 1993) صورة دينامية فيما يلي:

#### - الصورة القاعدية:

تسمح الصورة القاعدية للطفل بأن يشعر ويحسّ في إطار وجوده وضمن استمرار نرجسية - في المجال الزمني- وهذه الصورة تتواجد وتتوسّع منذ الميلاد رغم التغيّرات التي تحدث في حياة الطفل والتي تفرض عليه تفاعلات أو تنقلات على جسده، كما أن إصابة أو تلف هذه الصورة القاعدية ينبثق عنه تصوّر وهوام يكون مهدداً للحياة النفسية وفي هذه الحالة تظهر وضعية وهمية كوسيلة خاصة ضد خطر محسوس كموضوع مضطهد، ويكون تصوّر الطفل لهذا الاضطهاد الهوامي هو نفسه مرتبط بالمنطقة الشبقية والتي تكون مُسيطرّة على شخصية الفرد في هذه الفترة.

#### - الصورة الوظيفية:

هي المكوّن الثاني للصورة الجسدية بعد الصورة القاعدية والتي لها بُعد ثابت، في حين الصورة الوظيفية هي صورة الفرد الذي يوجّه الاهتمام الخاص لرغباته، بفضل هذه الصورة الوظيفية تستطيع نزوات الحياة المشخّصة في الرغبة أن توجّه قصد الحصول على اللذة عن طريق التظاهر والتموّع في علاقة، فمثلا الصورة الوظيفية الشرجية لجسد الطفل هي قبل كل شيء صورة للإصدار التفريغي في علاقة مع الحاجة الناقصة التي يعانها الطفل وتكون في عدم فهم لغة الأم، ثم تصبح معبّرة عن التفريغ المسيرّ لموضوع جزئي غير أساسي، ثم موضوع جزئي دقيق ونضج الصورة الوظيفية يحقّق إثراء للإمكانيات العلائقية مع الغير.

#### - الصورة التناسلية:

تتوحّد أو تنقَمص مثل الصورة الوظيفية للجسد في المركز الذي تتموّع فيه اللذة أو عدم اللذة مع الآخر، والتصورّ الخاص لهذه الصورة يرجع إلى دوائر وأشكال بيضاوية ومقعرة، وهذه البُنَيَات هي إما باعثة بمعنى مصدرّة فعالة أو مستقبلة منفعة ذات هدف مسرّ أو غير مسرّ، وترتبط مع بعضها عن طريق نزوات أو رغبات الحياة وهي مفتعلة ضمن الصورة الدينامية والتي توافق الرغبة في الوجود والتي هي أساساً مصابة بنقص مما يجعلها مفتوحة دائماً على اللاشعور، كما أن هذه

الصورة الدينامية ليس لها تصوّر خاص بها بل تصوّرها يتعلّق بكلمة (رغبة) ككلام فعّال مشترك وموجود عند الفرد وتتعلّق الصورة الدينامية بالرغبة في البحث عن موضوع جديد.

وخلاصة القول فإن الصورة الجسمية من المنظور التحليلي تُبنى من ثلاثة مركبات، من حيث الإحساس بالجسم كمادة بيولوجية يحيا بها الفرد ومن حيث تمركز اللذة وتحقيق الرغبات وأخيراً من حيث الإيجابية والسلبية في تحقيق الرغبة أو اللذة بمعنى من يمثّل الصورة الباعثة الفعالة ومن يمثّل الصورة المستقبلية المنفصلة (Dolto, 1993: 24-25).

### 3-5-2. المقاربة النفسية الإجتماعية لصورة الجسم:

يعيش الإنسان وهو في حياته كلها وهو يحمل صورة عن جسمه والتي تمنحه التعرّف على شكل معين لجسمه يعرفه كامتلاك منفرد مُحدّد في الفضاء ومُميّز عنه ومركّب من الوحدة الحياتية لمختلف أقسامه، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تمنحه التعرّف على محتوى جسمه (الإدراك والإحساس) والذي يمكنه من السكن كعالم متناسق ومعتاد وليس كسبيل من الإحساسات الغريبة والمُعادية، فالشخص يتعرّف إلى الإحساسات والتجارب التي يمر بها جسمه ويخبر مدلولها كأنها له.

وهذه الصورة هي البنية القاعدية التي تسمح للإنسان بأن يحيى بجسمه بدون الإحساس به كحقيقة غريبة عنه، وبالتأكيد فإن الصورة تتغيّر باستمرار خلال حياة الفرد، وهي مرتبطة باهتمامات ورغبات وبالنشاطات التي يقوم بها الشخص، كإسقاط جسمي لمواجهة محيطه الإجتماعي، فشكل ومحتوى الصورة الجسمية لا يمكن أن يُبنى دون تدخل الجانب الإجتماعي الثقافي (Schilder, 1968: 89).

وبالنسبة للنظرية المعرفية الاجتماعية كما يقدمها كل من "هندي وغوستيتوس وشوالم" (Hendy, Gustitus & Schwalm, 2001) فإن نمو وتطور ثقة الطفل الجسدية أو صورة الجسد لديه، يمكن التنبؤ بها من نماذج الصور الجسدية المحيطة به (الأم والرفاق)، والرسائل اللفظية بشأن جسده (من الأم، الرفاق، والمعلمين)، والعوامل الفسيولوجية المرتبطة بصورة الجسد (العمر، وكتلة الجسم، والحالة الصحية)، وخبراته الشخصية حول كفاءة أبعاد متنوعة متصلة بالثقة الجسدية (الكفاية الاجتماعية، والكفاية الغذائية) (زكرياء، 2007: 5).



### 3-5-3. المقاربة الفينومينولوجية لصورة الجسم:

عاد "ميرلو بونتي" في كتابه فينومينولوجيا الإدراك إلى طرح السؤال عن وجودنا وقد قسمه إلى الشيء والوعي، فاعتبر أن هناك معنيين فقط لكلمة وجود (Exister) فقال بتواجده كشيء أو كوعي وجعل من تجربة الجسد الخالص هي من يبوّح لنا بشكل الوجود المتعدّد في معناه، والجسد الخالص بالنسبة لـ "ميرلو بونتي" في كتابه الأخير الظاهر والمختفي (Le visible et L'invisible) ليس لفكرة لوعي دائم وليس شيئاً مادياً ولكنه منبع إحساسات دائمة، ويعتبر الظاهر والمختفي فلسفة للكائن الخام، كثافة المادة الجسدية التي تجعله يرى الأشياء ويقترّب منها ولكنه لا يتماهى معها وهذه المادة (Le chaire) عند "ميرلو بونتي" ليست ذات الطابع المادي بل هي تفوق المنظور على الجسد الرائي، هي ما نلمسه فوق الجسد الملموس (التي للعالم أو لي) ليست اعتباطية، عمياء لكن نتيجة ترجع لذاتها وتدعو لنفسها.

وبحسب ما طرح "ميرلو بونتي" من خلاصات حول التصوّر الفينومينولوجي، هناك قوله بجسد الروح وهناك روح الجسد، وهناك الشيازم (Le chiasme) التي تعني عنده "تحديد الروح بمثابة الجهة الأخرى للجسد" والجهة الأخرى تعني لديه أن الجسد غير قابل للوصف وهو جهة أخرى حقيقية التي يختبئ فيها، فيما أن للجسد جهة أخرى غير قابلة للوصف بالمعنى الموضوعي فهذه الجهة هي الجهة الأخرى للجسد (Huisman et Ribes, 1992: 311).

وحركة الوجود عند "ميرلو بونتي" ما يوضّح معنى الصورة الجسمانية (Le schéma corporel)، فميرلو بونتي يتجاوز التعريف الارتباطي للصورة الجسمانية والذي يرى فيها مركزاً لصور أو مضمونات لمسية وحركية ونطقية مرتبطة فيما بينها.

ويرى "ميرلو بونتي" أن الصورة الجسمانية هي أسلوب للتعبير عن أن جسمي قائم في العالم، فهي تعني أن جسمي يبدو لي بوصفه وضماً أتخذه بإزاء عمل معين سواء أكان هذا العمل أمراً فعلياً أنجزه الآن أم مجرد إمكان، فالجسم قطب يقوم بذاته إزاء أعماله، ويقول "ميرلو بونتي" إن الصورة الجسمانية هي أسلوب للتعبير عن أن جسمي قائم في العالم، وهذا بالضبط هو ما يضيف على "المكانية" معناها، فهو ما يجعل لكلمات "فوق" و"تحت" و"على يمين" و"على يسار" معاني معيّنة.

وهنا ينبغي أن نلاحظ أن اهتمام "ميرلو بونتي" بمسألة الصورة الجسمانية ينطوي في الواقع على إدراك حدسي للطريق الذي يؤدي مباشرة من الأنا المتعالي إلى الجسم، فهناك الإنيئة صورة

جسمانية ليست باستمرار في مركز الانتباه أو التأمل، وإنما بدونها لا يكون هناك وجود على الإطلاق (الشاروني، 2009: 90-91).

### 3-6. صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية:

كشف لنا التراث السيكولوجي وما تضمنه من دراسات سابقة عن أن صورة الجسم - بما تتضمنه من رضا أو عدم رضا - ترتبط بصحة الفرد النفسية وبتوافقه النفسي والاجتماعي. ومن المتغيرات النفسية المهمة التي ترتبط بصورة الجسم مفهوم الذات وتقديرها، فصورة الجسم وما تتضمنه من أفكار ومشاعر وإدراكات تتدرج تحت لواء مفهوم الذات، وتُشكّل بُعداً من أبعاده الأساسية، لا سيما أنه يتضمّن صفات وخصائص تُشكّل في مجملها مكوناً من مكونات مفهوم الذات، وعلى هذا ...، إلا أنه إذا كانت هناك متغيرات متباينة - سواء كانت نفسية داخلية أو بيئية خارجية - تعوق قدرة الفرد على التواصل الفعال والتوافق السليم مع بيئته المحيطة، فإن صورة الفرد السلبية نحو جسمه أو عدم رضاه عنها، قد يكون أحد هذه العوامل التي تعوق التوافق مع ذاته وبيئته المحيطة به في الآن ذاته، وقد يكون هذا سبباً في معاناته من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه وسوء توافقه (كفاي والنيال، 1995: 8).

فكل فرد يحمل صورة عقلية مثالية لذاته الجسمية، ويستعمل هذه الصورة لقياس المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم، ويتبدّل كل من إدراك الفرد ومفاهيم صورة الجسم الوجدانية، ويؤثر كل منهما على الإدراك وردود الفعل النفس اجتماعية، وتتأثر الحالة النفس اجتماعية غالباً بمثل هذه العوامل كالقلق، والاكتئاب، ومخاوف تقدير الذات، والرضا عن الحياة (Breakey, 1997: 107).

فمفهوم ثقافة الفرد من المثال الجسمي له دور لا يستهان به فيما يُكوّنه الفرد في صورة نحو جسمه وتطابق أو اقتراب مفهوم المثال الجسمي كما تحدّده (ثقافة الفرد) من صورة الفرد الفعلية لجسمه يسهم بطريقة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته، وتباعد المفهوم مثال الجسم السائد في المجتمع من صورة الفرد لجسمه يُعدّ مشكلة كبيرة إذ تختل صورة الفرد عن ذاته، وينخفض تقديره لها (كفاي والنيال، 1995: 22).

كما يتأثر نمو صورة الجسم بسمات الشخصية، ويُعتبر تقدير الذات والثقة بالنفس من المتغيرات المهمة التي تؤثر على صورة الجسم، فالطفل والمراهق والراشد الذي اكتسب إحساس إيجابي بالذات يكون أقلّ عرضة للهجوم عن ذاته الجسمية (الدسوقي، 2006: 62).

ومن المتغيرات النفسية التي أسفرت نتائج الدراسات السابقة عن ارتباطها بصورة الجسم قوة الشخصية وسماتها، حيث يذكر "يونج" (Young, 1972) أن هناك علاقة وطيدة بين شكل الجسم الخارجي، وبين قوة الشخصية وسماتها، ذلك أن شكل الجسم العام له أهمية في تجديد مدى قوة الشخصية، أو ضعفها ولهذا وجب الاعتراف بأن هناك علاقة وثيقة للغاية من الناحية الجسمية بين قوة الشخصية وسماتها العامة، ولا غرو أن علماء الشخصية وعلماء الطب، ينادون اليوم بوجود النظر إلى الإنسان كوحدة عضوية متكاملة لا انفصال فيها بين الجسم وبين الظواهر النفسية، فلا يمكن من الناحية المنهجية أن نتناول الحالات الجسمية وحدها أو الحالات النفسية وحدها، بل يجب أن نتناول الإنسان بنظرة تكاملية تجتمع فيها المقومات المتباينة في نسق متآزر لا يمكن تحليله إلى مقومات منعزلة بعضها عن بعض.

ويؤكد "جوارد" (Jouard, 1958) أن صورة الجسم تلعب دوراً هاماً في الشخصية السليمة هو أرض الملتقى بين السيكولوجيا والفيزيولوجيا، وكما تُوجّه الأنا الجسم وتتحكّم فيه، فإنّ الأنا يمكن أن تقع تحت تحكّم وتوجيه الرغبات والنزعات الجسمية، وكذلك فإنّ مظهر الجسم وصورته السليمة وصحته عوامل هامة في تحديد إحساس الشخص بالأمان وتقدير الذات ونمو الشخصية، فنجد أن صورة الجسم تُؤثّر بلا شك في الحالات النفسية للفرد وبخاصة الحالة الوجدانية ذلك أن هناك تأثير متبادل بين الجسم والنفس، فكلاهما يُؤثّر في الآخر ويتأثر به (فرحات، 2004: 16).

ويرى كل من "كاش وهنري" (Cash & Henry, 1995) أن صورة الجسم تُعتبر مكوناً أساسياً من عناصر بناء الهوية ونموها، خصوصاً في المراهقة حيث يكون التكيف لتغيرات البلوغ هو المهمة النمائية الأساسية، ولأنها مظهر بارز من مظاهر مفهوم الذات، فإنها تتضمن علاقة معتدلة مع تقدير الذات والتكيف النفسي الاجتماعي (زكرياء، 2007: 156).

ويضيف كل من (Forbes, Doroszewicz, Card & Curtis-Adams, 2004) أن صورة الجسد تلعب دوراً مهماً كأحد المكونات الرئيسية في الحياة النفسية للأفراد، إذ يمكن الإشارة إلى أنه يتنبأ بالقلق الاجتماعي وتقدير الذات وتقدير الجسد، واضطرابات الأكل، والأداء الجنسي والعلاقة المستقبلية مع الشريك (زكرياء، 2007: 6).

وفي مسح واسع عن صورة الجسم أجراه كل من "كاش وويستند وجاندا" (Cash, Winstead et Janda, 1986) تضمّن عدة بنود لتحديد الحالة النفس اجتماعية، وانصبت البنود على تقدير الذات

والرضا عن الحياة والاكنتاب والوحدة ومشاعر القبول الاجتماعي، أظهر المسح أن الأشخاص ذوي التقييمات الإيجابية عن صورة جسمهم حققوا توافقاً نفسياً اجتماعياً مناسباً، وفي المقابل أولئك ذوو المشاعر السلبية عن صورة جسمهم حققوا مستويات أدنى من التوافق النفس اجتماعي ( Breakey, 1997: 107).

وتوصل "فورناري" وآخرون (Fornari et al,2000) إلى وجود علاقة سالبة وقوية بين تقدير المظهر الجسمي وبين الاكنتاب، كما وجد "تيجمان ولينش" (Teggemann & Lynch,2001) علاقة موجبة بين تقدير حجم الجسم ومستوى الاكنتاب، كما توجد أيضاً بيانات وفيرة تؤكد ارتباط صورة الجسم بتقدير الذات، وتوصل "هيس - بيير" وآخرون (Hesse-Beber et al, 1988) إلى أن التقديرات الذاتية للجاذبية ترتبط إيجابياً بالتقديرات الذاتية للثقة بالنفس والقبول الذاتي لدى كلاً من الذكور والإناث (الدسوقي، 2006: 79-80).

وفي ضوء ما سبق، يتضح أن صورة الجسم ترتبط ببعض المتغيرات النفسية كمفهوم الذات وتقديرها والقلق الاجتماعي، والاكنتاب، والرضا عن الحياة، ويحاول الباحث في هذه الدراسة فحص العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات.

### 3-7. علاقة صورة الجسم بالإعاقة: مقارنة تتمحور حول التجربة الجسدية لذوو

#### الاحتياجات الخاصة حركياً:

حسب "لوبروتون" (le breton,1992) أن الجسم اليوم هو موضوع لكل الاهتمامات ولجميع الاستخدامات أو التحوّلات (الممارسة الرياضية المُعدّلة، الماكياج، النظام الغذائي، الوشم،...الخ) والجسم مورفولوجياً يُعتبر من الناحية الاجتماعية أنسب وسيلة لـ (طبيعة) و (الأنا العميق) للفرد، أي أن الجسم يعمل كاللغة التي تتكلم، هذه العلاقات، من خلال إضفاء الطابع الرسمي على المزيد من التخفيضات والتبسيط الذي أدلى به الجانب المورفوفسيولوجي (Morophophysiology) اليوم، والجانب الفيزيونيوموني (Physiognomonie) بالأمس (Mercier, 2004: 93).

ويمكن لبعض التغيرات الجسدية التي تمسّ عضوية الفرد من خلال إما تحوّلات طبيعية كالمراهقة أو تحوّلات أخرى كالحوادث المختلفة: بتر، حروق، إعاقة، أو أمراض...، أن تضع الفرد من جديد أمام إشكالية الجسد وهذا من حيث كماله، حدوده وهويته، فالحالات المماثلة بقدر ما تعدّ وضعية مهدّدة بقدر ما هي إختبارية للصورة الأصلية، حيث ترى "دولتو" (Dolto,1993) أن الإصابة بأمراض جسدية أو جروح حادة، إصابات جسدية متبوعة بخلل وظيفي يمكن أن تبعث لهشاشة الصورة الجسدية والتي تكون نتاج نكوص انفعالي مؤقت، فحسبها هذه الوضعية رغم ما تحدثه من تشويش واضطراب على الصورة الجسدية إلا أنها لا تُغيّر بصفة مستمرة توازن الفرد بخلل وظيفي (Dolto, 1993: 11).

ولقد تطرّق شيلدر (Schilder,1968) إلى هذا المشكل بكثير من العناية حيث يرى أنه عندما يكون هناك مرض جسماني نحسّ بوجود شيء متغيّر ينتمي إلى محيط دائرة الأنا... فالمرض الجسماني يطرح مشكل من وجهة نظر علاقته مع النموذج الوضعي للجسد... فهو يثير إحساسات غير عادية، وهو يغير بصفة توظيفها الليبيدي، كما أن كل تغيير في الوظيفة له بالتالي تأثير مباشر على صورة الجسد.

فكل تغيّر عضوي، إصابة، نقص، أو تعطلّ في التكوين العضوي، حتى لو كان هذا النقص غير ظاهر كالأمراض الداخلية قد يحدث تغييرات في الصورة الجسدية، فكل ما يغيّر من الوحدة البيولوجية ينعكس على الصورة الجسدية، فصورة الجسد يمكن أن يمسخها تحولات أو تتأثر بتاريخ الفرد (Schilder, 1968: 201-198).

ويضيف "شيلدر" أن التغيرات الجسدية تبعث نحو عدَم التوافق بين صورة الجسد الحقيقية وصورة الجسد المصوّرة فهي تمسّ حتماً الجانب الإدراكي، فهذه العضوية الجسدية تُصبح حاملة لشكل وبنية جديدة (Schilder, 1968: 104).

إن بنية الجسم التي يحملها المعاق حركياً ويدركها بأنها لا تتسجم أو تتماثل مع الصورة التي يتمناها (المثالية) ستصبح عامل مجازفة في اضطراب صورة الجسم، إذ توصل "جاردنر" (Gardner, 2003) إلى أن أحد أكثر المقاييس قبولاً لعدم الرضا عن صورة الجسم هو الفرق بين الكيفية التي يدرك بها الفرد الحجم الحالي لجسمه مقارنة بحجم صورة الجسم المثالية التي يتمناها (زكرياء، 2007: 152).

وبالنسبة للمعوق حركياً مثلاً بعد إصابته بالإعاقة الحركية، لا يكون هناك تغيير في النموذج الوضعي للجسد فقط، بل قد تكون هناك أيضاً وظيفة جديدة ملزمة من طرف العضو المصاب التي تُغيّر كل قدرة تحرّك الشخص، ومعها كل النموذج الوضعي للجسد، وفي هذا السياق يقول "شيلدر" إذا كان الطفل سيكتشف جسده ليكتسب وحدته، فإن التشوهات المختلفة والناجمة عن الإصابة بالمرض تترك آثاراً سلبية خاصة عندما يكون الإحساس بالجسد ضعيفاً، ومن المحقّق أن صورة الجسد يلحق بها تغيير أصلي تحت تأثير المرض الجسماني حيث أن الشخص بتأثير المرض عليه، يصبح يرى جسمه بنظرة مختلفة عن نظرتة السابقة له، فكل تغيير جسماني يكون دائماً مقترن بتغيير في صورة الجسد (Schilder, 1968: 207).

ويرى "الدسوقي" (2006) أن الأفراد الذين يعانون من خلل في شكل الجسم أو عيب خلقي أو عيب نتيجة لإصابة أو جرح فإنهم في الحقيقة يواجهون مهمّتين جسيمتين: المهمة الأولى: التغلّب على الضغوط الناتجة عن تفاعلاتهم الاجتماعية مع الأشخاص العاديين الذين يُحلقون أو يُمعنون النظر فيهم أو يتجنّبونهم أو لا يجرون أي اتصال معهم أو يعلّقون تعليقات غير إنسانية، ومثل هذه المصاعب ربما تقوي أو تعزّز الانسحاب الاجتماعي لدى هؤلاء الأفراد.

والمهمة الثانية: تتعلّق بنشأة أو تكوين الصورة المرضية عن الجسم، فقد قام "كاش" (Cash, 1992) بمقارنة الكبار أو البالغين الذين لديهم، والذين لا يوجد لديهم نوع من التشوّه المدرك ذاتياً، واكتشف أن (46%) من الأفراد الذين لا يوجد لديهم تشوّه أو عيب جسمي كانت صورة الجسم لديهم سلبية، وأن حوالي (29%) فقط من الأفراد الذين لديهم تشوّه أو عيب جسمي كانت صورة الجسم لديهم إيجابية

علاوة على ذلك فإن (69%) إلى (58%) من الأفراد في هاتين المجموعتين على الترتيب ذكروا إحساساً مشجعاً للسعادة النفسية (الدسوقي، 2006: 57-58).

والفرد المعوق حركياً جسمه مصاب، لأنه على المستوى النفسي يجب أن يتقبل الجسم المُشوّه، وهو الرهان لمسألة تقبل أو عدم تقبل الإعاقة، كما أنه يعاني من الجانب العاطفي جراء الإصابات البدنية التي لحقت به، وفي كل الحالات حتى ولو كان فيه تقبل للإعاقة، فيجب عليه دائماً تقبل اللا مقبول، وكذلك الجسم المُشاهد للفرد المعاق حركياً يخضع إلى نظره الخاصة به، وإلى نظرة المجتمع، فجسمه مشوّه، جسمه مصاب، جراء المعاناة النفسية، كذلك النظرة إليه من خلال الصُور المثالية التي يُكوّنها المجتمع حول المظاهر البدنية، كما أن جسم الشخص المعوق، لا يوافق المظهر الذي يُعوي (Séduit) النظرة الاجتماعية (Mercier, 2004 : 271).

ولكي يقبل الفرد التحولات الجسدية، يتكيف معها ويدمجها يستوجب ذلك أن تمتاز الصورة الجسدية بالاندماج والحدود الواضحة، أقصى حدّ من الليونة واللدونة وأدنى حدّ من الجروحية، خصوصاً أن الصورة الجسدية تتميز بمقاومة التغيير والحاجة للاستقرار والاستمرارية إضافة للصعوبة والجهد الذي تتطلبه ارضان صورة جديدة (Schilder, 1968: 219).

ويقترح "كولب وولدت" (Kolb & wouldt 1979) نقلاً عن (الخطيب وآخرون، 2002)

إستراتيجيتين يُمكن استخدامهما للتعامل مع التصوّر الجسمي أو الأبعاد الجسمية للشخص المعاق:  
أولاً- مساعدة الأشخاص المعوقين على الاتصال بقوامهم من خلال التخيل والاستكشاف الذاتي والسيكودراما والأنماط الحركية المعدلة وبالتركيز على الجوانب التي يتصفّ الإحساس فيها بالخلل، ومع ذلك فمن الممكن استعادة القدرة على إدراكاته، فعلى سبيل المثال، القيام بتوجيه الشخص المعوق من خلال نشاطات لتطوير الوعي الجسمي ترتكز على كل جزء من أجزاء الجسم، وبعد ذلك مناقشة الشخص المعوق حول الإدراكات المسبقة أو الإدراكات الخاطئة لديه فيما يتعلّق بمواطن الضعف ومواطن القوة الشخصية وكيف يمكن لهذه التصوّرات أن تحدّ من السلوك أو أن تطوّره.

ثانياً- تشجيع الأشخاص المعوقين على التواصل مع شخص آخر من خلال الاستكشاف الجسمي التبادلي والتعبير غير اللفظي من أجل ممارسة إرسال واستقبال المعلومات الحسيّة، إن قيام الأشخاص المعوقين بتبادل العواطف جسمياً مع بعضهم البعض قد يكون ممارسة تساعد على الاستبصار والتمييز، ويشجع الأشخاص المعوقون على مواجهة مثل هذه الحواجز من أجل تنمية قدراتهم على

التواصل الجسمي والذي يؤدي بدوره إلى تحرير الآخرين ليكونوا تلقائيين في تواصلهم الجسمي والعاطفي معهم، والتمرينات البسيطة مثل (المشي والعيون معصبة) حيث يقوم كل شخص بدوره بإغلاق عينيه ويوجهه الآخرون، توفر فرصاً فريدة للعديد من الأشخاص المعوقين ليعتمد شخص ما عليهم جسدياً (الخطيب وآخرون، 2002، 45-46).

وهناك أخيراً، وفيما يتعلق بالشخص المعاق حسب "لوبروتون" هذا العنصر الأخير الأساسي المتمثل بالقيمة، أي بالنسبة للشخص الفاعل استبطان الحكم الاجتماعي الذي يحيط بالصفات الجسدية التي تميزه (جميل/بشع، شاب/هرم، طويل/قصير، نحيف/ضخم،...الخ)، فحسب تاريخه الشخصي والطبقة الاجتماعية التي بداخلها يبني علاقته بالعالم، يتبنى الشخص الفاعل حكماً يطبع حينئذ بطابعه الصورة التي يكوّنها عن جسده، والتقدير الذي يُكنّه لنفسه، وتخضع هذه العناصر الأربعة لسياق اجتماعي، ثقافي، علائقي، وشخصي، بدونه ستكون صورة الجسد وكذلك هوية الشخص، أمراً لا يمكن التفكير به، ومع ذلك فإن سجل القيم هو الذي يمثل هنا وجهة نظر الآخر، ويجبر الشخص لأن يرى نفسه من زاوية مؤاتية إلى هذا الحدّ أو ذاك (لوبروتون، 1997: 145-146).



### 3-8. خلاصة:

يتضح مما سبق أن مفهوم صورة الجسم هو تصوّر عقلي أو صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسده سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وتسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من أحداث ومواقف، وبناءً على ذلك فإن هذه الصورة قابلة للتعديل والتطوير وتنمو مع نمو الشخصية وتطورها وتؤثر على شخصية الفرد وعلى ما يكونه من اتجاهات نحو جسمه فقد تكون اتجاهات سلبية فتكون معسرة لتفاعلات الإنسان مع ذاته ومع الآخرين، كما أن مثال الجسم وصورة الجسم من المكونات الرئيسية التي تسهم فيما يكونه الفرد من صورة حول جسمه ويبدو أن العلاقة طردية بينهما، فعندما يتشوّه مثال الجسم وفي صاحبه اضطراباً وخلاً في صورة الفرد عن جسمه، كما أن مدى الرضا عن صورة الجسم لا يتحدّد فقط في مدى تناسق أبعاد الجسم وتآزر أعضائه وعضلاته وجاذبيته ولكنّه يتحدّد في مدى تمتّع الفرد أيضاً بالصحة وسلامة الأعضاء وقدرتها على التفاعل بكفاءة نحو تلك التحديّات التي تتضمنها البيئة وعندما يتحقّق ذلك فإن نظرة الفرد ومفهومه نحو جسمه تتسم بالإيجابية.

هذا، وتعتبر صورة الجسم مكوناً مهماً من مكونات الحياة النفسية للأفراد، لا سيما إذا تضافر هذا المفهوم مع مؤثرات أخرى، إذ يتضح من عرض أدبيات الدراسة في هذا الفصل، أن صورة الجسم عامل حاسم في فتح الباب أمام أنواع سوء التوافق النفسي الاجتماعي والإكتئاب، قوة الشخصية وسماتها، والرضا عن الحياة للأفراد المعوقين، وهي عامل مهم أيضاً في تقرير نمط علاقات الأقران وأنماط التأثير المتبادل بينهم، كما يبدو أنه واحد من عناصر التفاعل بين أفراد الأسرة، ويعتمد عليها عنصرين أساسيين من عناصر هوية الفرد وهما مفهوم الذات، خاصة مفهوم الذات الجسمي وتقدير الذات واحترامها.

كما أن معيار اختلاف صورة الجسم عامل أساسي في اتجاهات تحقيق الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، وأن تشويه صورة الجسم تدلّ على تشويه لصورة الذات، والحزن على فقد جزء من الجسم يشبه فقد أشخاص أعزّاء، ومن ثمّ، فإن تشوّه صورة الجسم وعدم الرضا عنها قد يكون أحد العوامل التي تعوق الفرد المعاق من التوافق مع ذاته، ومع بيئته، وقد يكون سبباً في معاناته من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه، وسوء توافقه.

## الفصل الرابع

**مفهوم تقدير الذات لدى ذوو الاحتياجات الخاصة حركيا**

#### 4-1. تمهيد:

اتفق أصحاب النظريات على أن الذات تعتبر حجر الزاوية في فهم الشخصية ومساعدة الفرد في حل مشكلاته، وإعادة تكيفه مع بيئته، وفي إمكانية تنبؤه بسلوكه المستقبلي في المواقف المختلفة، فالفرد يصل إلى هذا العالم وهو كيان فيزيقي يخضع لخصائص النمو وقوانينه العامة التي تسير إلى الأمام متجهة نحو تحقيق غرض ضمني هو النضج، ومع استمرارية العملية النمائية وتعقدّها والتي تشمل على كافة الجوانب التي تشكّل بنيان الإنسان سواء كانت جسمية أو عقلية أو وجدانية أو انفعالية أو اجتماعية، حيث يبدأ الفرد بتكوين مفهوماً حول ذاته وتقديرًا لذاته، إذ يتضمّن أفكاراً واتجاهات ومعانيًا ومدرجات حولها.

ويحتل مفهوم تقدير الذات مكانة محورية لدى علماء النفس والصحة النفسية، فهو مفهوم محوري يمكن من خلاله الكشف عن السواء وعدم السواء، وعن الطاقات الكامنة، وعن الإحباط أيضاً، فارتفاع مستواه يعني أن يمضي الإنسان بطاقاته الخلاقة إلى الأمام، وانخفاض مستواه يعني انحصار الإمكانيات والطاقة داخل الذات وظهور الأعراض المرصية.

ومفهوم تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، والمعاقين حركياً بشكل خاص من المفاهيم التي تتأثر بشكل واضح ومباشر بالإعاقة، وما تفرضه من قيود اجتماعية ومعرفية، ونمائية على المعاق، مما ينعكس على قدرته في التكيف والنمو السليم في مجالات الحياة المختلفة. ويتناول الباحث في هذا الفصل مفهوم تقدير الذات وتعريفاته المختلفة وأهم المصطلحات والمفاهيم المرتبطة به للوقوف على حقيقة كل مفهوم على حدى، لذا تمت مناقشة الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات، وكذا مكونات تقدير الذات، وأهم العوامل المؤثرة في تكوينه، ومستوياته وأهميته، وسمات تحقيقه، ومختلف النظريات التي تناولته وهي: نظرية وليام جيمس، كارل روجرز، روزنبيرج، كوبر سميث، ونظرية زيلر، وقد تلا ذلك تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً.

## 4-2. مفهوم تقدير الذات:

تقدير الذات مفهوم حديث نسبياً، وقد شاع انتشاره أخيراً، ليس في الكتابات النفسية فقط، ولكن في الكتابات الطب-نفسية والكتابات الاجتماعية والإنسانية عموماً، وتقدير الذات أحد جوانب مفهوم الذات لدرجة أنه في أواخر الستينات وأوائل السبعينات أصبح مصطلح تقدير الذات أكثر جوانب مفهوم الذات انتشاراً بين الكتاب والباحثين (كفافي والنيال، 1995: 47).

ويعرّف روزنبرج (Rosenberg) تقدير الذات بأنه التقييم الذي يقوم به الفرد - ويحتفظ به عادة - بالنسبة لذاته، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض، ويوضح أن تقدير الذات العالي يدل على أن الفرد يشعر بأنه ذو كفاءة أو قيمة ويحترم ذاته، أما تقدير الذات المنخفض فيشير إلى رفض الذات وعدم الاقتناع بها (محمد، 2000: 154-155).

أما كوبر سميث (Cooper smith, 1967) فيرى أن ظاهرة تقدير الذات أكثر تعقيداً لأنها تتضمن اتجاهات تقييمية نحو الذات تتم بالعاطفة، كما تتضمن استجابات دفاعية، ويعرّف تقدير الذات بأنه ما يجريه الفرد من تقييم لذاته من حيث القدرة والأهمية، وقد اتسم اتجاه الإنسان نحو نفسه بالاستحسان والرفض (أبوجادو، 1998: 171).

وتقدير الذات حسب زيلر وآخرون (Zeller, et al) مفهوم يشير إلى تقييم الفرد لذاته وتقييمه لمدى جدارته واستحقاقه، وهذا التقييم يرتبط بدرجة أكبر بالسياق الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد، فرغم أن الجوانب الجسمية لها دور في هذا التقدير إلا أنها في الحالات العادية أو غير المتطرفة يكون دورها محدوداً ليفسح المجال للمثيرات الاجتماعية التي يتحدّد إدراك الفرد لها إلى حد كبير بعلاقاته مع الآخرين ونمط عاداته واتجاهاته التي اكتسبها من بيئته الاجتماعية، حتى أن بعض الباحثين يرون أن استجابات الفرد في البيئة الاجتماعية دالة لتقديره لذاته (عبد الحميد وكفافي، 1988: 392).

وتصف دوروتي بريجز (Dorothy briggs, 1970) تقدير الذات على أنه مجموع مشاعر الفرد التي يكونها عن ذاته، بما في ذلك الشعور باحترام الذات وجدارتها، وطبقاً لرأي "بريجز" فإن هذه المشاعر تستند إلى الاقتناع بأن الذات: جديرة بالمحبة، وجديرة بالأهمية - بمعنى أن لدى الأفراد كفاية لتدبير شؤون أنفسهم وبيئتهم وأن لديهم شيئاً يقدمونه للآخرين (أبو رياش وعبد الحق، 2007: 175).

أما جيرارد (Gurard, 1980) فيذكر أن تقدير الذات يشير إلى نظرة الفرد الإيجابية إلى نفسه، بمعنى أن ينظر الفرد إلى ذاته نظرة تتضمن الثقة بالنفس بدرجة كافية، كما تتضمن إحساس الفرد بكفاءته وجدارته واستعداده لتقبل الخبرات الجديدة، وبصفة عامة يرتبط تقدير الذات بالسلوك الذي يُعبّر عن النمو أكثر مما يعبر عن الدفاع، كما يُعبّر أصحاب التوجّه الإنساني في علم النفس (أبوجادو، 1998: 171).

ويُعرف كل من عبد الحميد وكفاي (1988) تقدير الذات بأنه مفهوم يشير إلى تقويم الفرد لنفسه، وهو يتضمّن كلاً من المشاعر الإيجابية أو المشاعر السلبية، ويشير بصفة خاصة إلى ثقة المرء في نفسه وإدراكه لمدى كفاءته وجدارته، والدرجة المرتفعة في هذا المتغيّر تعني ميل الفرد إلى الاعتماد على نفسه وتوافر مشاعر الثقة بالذات وإحساس المرء بكفاءته، وندرة السلوك الدفاعي لعدم الحاجة إليه وتقبّل الخبرات الجديدة واحترام الذات، وتدلّ - الدرجة المرتفعة في المتغيّر - بصفة عامة على الصحة النفسية و السواء، وعندما يتكوّن تقدير الذات فإنه يميل إلى الثبات النسبي، ويميل الأفراد إلى إدراك الموضوعات التي تتسق مع تقديرهم لذواتهم وتدعمها، وهم أميل كذلك إلى إغفال ما يتعارض مع مستوى هذا التقدير (عبد الحميد وكفاي، 1988: 367).

أما وليم بيركي (William purkey, 1990) فيقول إن تقدير الذات هو: اعتيادك لأن ترى نفسك على نحو معين، وميلك لأن تتوقع لنفسك النجاح والبراعة والكفاية والمحبة من قبل الآخرين والأهلية في أي موقف من المواقف التي تواجهك في المستقبل.

غير أن التعريف الأكثر قبولاً وانتشاراً لتقدير الذات حالياً هو التعريف الذي وضعه أولاً "ناتانيال براندن" (Nathaniel Brandon, 1993) وهو: أن تقدير الذات هو خبرة الفرد في أن يكون قادراً على إدارة ومعالجة تحديات الحياة والشعور بأنه جدير بالسعادة (أبو رياش وعبد الحق، 2007: 175).

ومن خلال التعريفات السابقة يتبيّن لنا ما يلي:

- أن تقدير الذات يتمتّع بدرجة من الثبات والديمومة.
- إذا كان تقييم الفرد لذاته يختلف من موقف لآخر ومن مجال لآخر ومن دور لآخر، إلا أن تقدير الذات يشمل تقييم الفرد الذاتي بأهمية هذه المواقف والمجالات والأدوار.
- يستخدم مصطلح تقييم الذات للإشارة إلى الحكم الذي يصدره الفرد على درجة كفاءته وجدارته ويستند هذا التقييم إلى ما مرّ به الفرد من مواقف اختبر فيها قدراته وأدائه، وإصدار أحكامه على هذه القدرات وعلى هذا الأداء بناء على ما لديه من معايير وقيم.

#### 4-3. بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات:

- مفهوم الذات: تُعرّفه "بيج" (Bigge, 1985) بأنه إدراك الفرد لذاته في أبعادها الجسدية والانفعالية والعقلية والاجتماعية، ويتضمّن فكرتنا عن أنفسنا وعن جوانب خبرتنا المتعددة، كما يتضمن تقديرنا لجوانب القوة والقصور في شخصيتنا (أبوجادو، 1998: 153).

- تحقيق الذات: عملية تنمية قدرات ومواهب الذات الإنسانية وفهم الفرد لذاته وتقبله لها مما يساعد على تحقيق الانساق والتكامل والتناغم ما بين مقومات الشخصية وتحقيق التوافق بين الدوافع والحاجات والحاجة الناتجة عن ذلك.

- تنظيم الذات: ويتضمّن تحكّم الفرد في سلوكه الحالي وميله إلى ضبط النفس والتحكّم الذاتي بهدف تحقيق الرضا النفسي الداخلي.

- الشعور بالذات: ويتضمّن نوعين من المشاعر:

\* الشعور الإيجابي نحو الذات: ويتكوّن في النفس نتيجة للتقدير والمدح والتفوق الاجتماعي والنجاح.  
\* الشعور السلبي نحو الذات: ويتكوّن داخل النفس نتيجة للشعور بالرفض الاجتماعي ونقص الكفاءة الاجتماعية.

- الرضا النفسي: ويتضمّن شعوراً بالارتياح يتكوّن في نفس الفرد نتيجة لإشباعه لحاجاته ودوافعه الشخصية مثل الحاجة للتقدير والمدح والنجاح.

- قوة الأنا: ويشير إلى توافق الفرد مع ذاته ومجتمعه علاوة على خلوه من الاضطرابات الإدراكية والأعراض العصبية والقدرة على التكيف في مواجهة مشكلات الحياة.

- تقبل الذات: وهو اتجاه شخصي يكوّنه الفرد عن نفسه ويعتبر أهمية خاصة بالنسبة له وعادة وما يبيّنه الفرد بعد معرفته التامة بمقدراته واستعداداته ومحدداته وإمكانياته الذاتية ويدخل في ذلك جوانب القوة والضعف في الذات ومحاسن الفرد وعيوبه وأخطائه، ويُعدّ هذا التقبل من أهم مقومات الشخصية السوية (الشيخ، 2003: 26-29).

كما يعني تقبل الذات الفرق بين مفهوم الذات المثالي (Ideal self) ومفهوم الذات الواقعي (Real self) والذات المثالية هي الذات كما يتمنى المرء أن يرى نفسه عليها فهي نموذج أو مثال بالنسبة له، والذات الواقعية هي ذاته كما يراها في الواقع الفعلي.

والفرق بين رؤية الفرد لذاته في الواقع ولذاته في المثال يشير إلى تقبل الذات، وكلما قلّ الفرق بين تقدير الفرد لذاته الواقعية وذاته المثالية دلّ ذلك على تقبل الفرد لذاته، ويعني أن ذات الفرد في الواقع تقترب من ذاته المثالية أو كما يتمناها، وفي المقابل فإن زيادة الفرق بين تقدير الفرد لذاته الواقعية وذاته المثالية يعني نقص تقبل الفرد لذاته أو رفضه لها، ورفض الذات سمة من السمات غير المرغوبة ولها دلالة باثولوجية (مرضية) إذا ازدادت إلى درجة كبيرة (عبد الحميد وكفافي، 1988، 366-367).

#### 4-4. الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات:

إن كثير من الباحثين يخلطون بين تقدير الذات ومفهوم الذات على الرغم من وجود فرق كبير بينهما حتى ولو أنه يوجد ترابط بين كلاهما، وقد قدّم كوبر سميث (Cooper Smith) تعريفاً للفرقة بين مفهوم الذات وتقدير الذات تم إيجازه فيما يلي: مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص وآراءه عن نفسه، بينما تقدير الذات يتضمّن التقييم الذي يصنعه وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه مع اعتباره لذاته، ولهذا فإن تقدير الذات يُعبّر عن اتجاه القبول أو الرفض، ويشير إلى معتقدات الفرد تجاه ذاته، وباختصار يكون تقدير الذات هو الحكم على مدى صلاحيته، مُعبّراً عنها بواسطة الاتجاه الذي يحمله نحو ذاته، فهو خبرة ذاتية ينقلها للآخرين عن طريق التقارير اللفظية، ويعبّر عنها بالسلوك الظاهر (عبد الحافظ، 1982: 7).

وفي الأبحاث التي قام بها فوكس (Fox, 1990) ميّز بين الاصطلاح الوصفي "مفهوم الذات"، والاصطلاح الوجداني "تقدير الذات"، ففي تعليقه يقول: إن مفهوم الذات يشير إلى وصف الذات من خلاله استخدام سلسلة من الجمل الإخبارية مثل: أنا رجل، أنا طالب، وذلك لتكوين وصياغة صورة شخصية متعددة الجوانب، أما تقدير الذات فيهتم بالعنصر التقييمي لمفهوم الذات حيث أن الأفراد يقومون بصياغة وإصدار الأحكام الخاصة بقيمتهم الشخصية كما يرونها، وببساطة فإن مفهوم الذات يسمح للفرد بأن يصف نفسه في إطار تجربة مثيرة، أما تقدير الذات فيهتم بالقيمة الوجدانية التي يربطها الفرد بأدائه خلال هذه التجربة (الدوسري، 2000: 87).

ونستنتج مما سبق أن هناك فرقاً بين مفهوم الذات وتقدير الذات، فمفهوم الذات هو التعريف الذي يضعه الفرد لذاته أو الفكرة التي يُكوّنها الفرد عن ذاته، أما تقدير الذات فهو التقييم الذي يضعه الفرد لذاته بما فيها من صفات.

#### 4-5. مكونات تقدير الذات:

حسب "أتكنسون وهورنبي" (Atkinson & Hornby, 2002) يبدأ تقدير الذات منذ الطفولة ويعتمد تطوره على اتجاهات الوالدين وآراء الآخرين إلى جانب خبرة الأطفال في السيطرة على البيئة التي يعيشون فيها في السنين الأولى من العمر، وتنشأ مشاعر الأطفال حول قيمهم وقدراتهم من داخلهم، وتعتمد بشكل أعلى على الاستجابات الفورية الصادرة عن أولئك الذين حوّلهم وبمرور الوقت يصبح لتطور تقدير الذات صلة بالجماعات الأخرى مثل الأصدقاء والأسرة، إذ يحاول الأطفال أن يجدوا مكانهم في الجماعات من خلال الأصدقاء والأندية، فعندما يتعلّم الأطفال المشي يستكشفون بيئتهم ويلعبون ويتحدثون وينخرطون في جميع التفاعلات الاجتماعية، وهم ينظرون إلى والديهم والراشدين الآخرين من أجل ردود أفعالهم وهكذا فإن تقدير الذات يتطور مبدئياً نتيجة للعلاقات الشخصية داخل الأسرة فالمدرسة ثم المجتمع الكبير (أبو أسعد، 2009: 69).

ويعرف تكوين الذات بأنه تكوين معرفي منظم وموحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات، والذي يُبلّوَره الفرد ويعتبره تعريفاً لذاته، ويساهم في تكوين هذا الشعور ثلاثة مكونات تتفاعل معاً لتعطي الذات الكلي، هذه المكونات هي:

- الذات المدركة: وهي فكرة الفرد عن نفسه.

- الذات الاجتماعية: وهي الصورة التي يعتقد الفرد أن الآخرين يتصورونها عنه.
- الذات المثالية: هي الصورة المثالية التي يتمنى الفرد أن يصل إليها (علوان، 2003: 253).

ويتكوّن تقدير الذات حسب "مالهي وريزنر" (2005) من عنصران أساسيان هما الكفاءة الذاتية وقيمة الذات:

- الكفاءة الذاتية (Performance de soi): هي تمتّع الفرد بالثقة بالنفس وإيمانه بقدرته على التكيف والتعامل مع التحديات الأساسية في الحياة.
- قيمة الذات (Valeur de soi): وتعني قبول الفرد لنفسه دون شروط أو قيود وأن يكون لديه شعور بأنه أهل للحياة وجدير بأن يبلغ السعادة فيها ممّا يجعله يشعر بالرضا عن نفسه (مالهي وريزنر، 2005: 22).

ويتضمّن مفهوم تقدير الذات حسب "أبو رياش وعبد الحق" عمليتين إحداهما إدراكية والأخرى وجدانية، فهو ينمو ويتطور من خلال عملية إدراكية تتمثّل في تقييم الفرد لنفسه، ومن خلال عملية وجدانية تتمثّل في إحساسه بأهمّيته وجدارته، ويتم ذلك في ست نواح هي:

- المواهب الطبيعية الموروثة مثل الذكاء والمظهر والقدرات الطبيعية.
- الفضائل الأخلاقية أو الاستقامة.
- الإنجازات أو النجاحات في الحياة مثل المهارات، الممتلكات، الإنجازات.
- الشعور بالأهلية لأن يكون محبوباً.
- الشعور بالخصوصية والأهميّة والجدارة بالاحترام.
- الشعور بالسيطرة على حياته (أبو رياش وعبد الحق، 2007، 175-176).



#### 4-6. العوامل المؤثرة في تكوين تقدير الذات:

أشار معظم العلماء والباحثين إلى أن العوامل المؤثرة في تقدير الذات يمكن أن تتمثل في عدة عوامل ومتغيرات تتعلق بالفرد نفسه أو البيئة المحيطة به وتشمل:

#### 4-6-1. العوامل الشخصية:

تتعلق بالفرد نفسه وتشمل هذه العوامل ما يلي:

- **صورة الفرد عن ذاته:** حيث تؤدي صورة الذات دوراً هاماً في سلوك الفرد، حيث تتضمن صورة الذات دائماً الخصائص والصفات والإمكانات التي تميز شخصية الفرد كما أنها تعكس له آراء الآخرين عنه، حيث يكون لها غالباً الشكل الاجتماعي.

- **الخصائص الجسمية:** تؤدي الخصائص الجسمية دوراً كبيراً في تحديد صورة الفرد عن ذاته ومفهومه عنها، ويبدأ اهتمام الفرد بجسمه منذ الطفولة المبكرة، حينما يجد الطفل في هذه المرحلة صعوبة في التوحد مع جسمه، ولذلك يحاول الطفل - منذ وقت مبكر - أن يكتشف أجزاء جسمه كلها، وحينما يصل إلى سن الخامسة يقارن نفسه بغيره من الأطفال حتى يصل إلى مرحلة المراهقة، وعلى ذلك فصورة الجسم تتأثر بالخصائص الموضوعية التي تعتمد على معايير اجتماعية مثل رأي الآخرين من المقربين، والتقييم الدائم بين الحسن والردى مما يشكل جانباً أساسياً في مدى تقدير الفرد لذاته (رمضان، 2000: 222-223).

- **القدرات العقلية للفرد:** إن ذكاء الفرد وسماته الشخصية والمرحلة العمرية والتعليمية التي يمر بها الفرد تؤثر على تقديره لذاته، فالقدرة العقلية تؤدي دوراً هاماً في التأثير على تصور الفرد الذاتي وبالتالي تقديره لها، ومن هنا يبدأ الطفل ينظر إلى نفسه وتتضح هذه العملية أكثر في مرحلة المراهقة، حيث أن المراهقة تتمتع بإطار مرجعي - يفتح على العالم الخارجي - ومع التقدم في السن نجد أن التركيز ينتقل من القدرة العقلية إلى القدرات الطائفية مثل القدرة اللغوية، القدرة الميكانيكية والقدرة الفنية، وبذلك يستطيع الفرد أن يفهم قدراته الحقيقية، ويتمكن من تكوين صورة لذاته يرضى عنها أو يرفضها، ورضا الفرد عن ذاته في هذه الحالة يعتمد على كيفية تقييمه للمظاهر التي يكتشفها في ذاته والتي يعمل الكبار المحيطين به على إحاطته بها (الظاهر، 2008: 56-57).

#### 4-6-2. العوامل البيئية:

تتعلق بالبيئة الخارجية والمجتمع، وتجدر الإشارة إلى أن العوامل البيئية تتعدد وتختلف في درجة تأثيرها على مفهوم تقدير الذات للفرد، وفيما يلي عرض لأهم تلك العوامل:

- **البيئة الأسرية:** تعتبر الأسرة العامل الأساسي في التنشئة الاجتماعية وتعدّ العلاقات الأسرية من أكثر العوامل تأثيراً في تشكيل مكونات الشخصية، إذ يتفق علماء النفس بوجه عام أن الخبرات الأولى التي يمر بها الطفل في غاية الأهمية، وأن التجارب المبكرة تزود الطفل بالمؤشرات المبدئية عما إذا كان مقبولاً أم لا، جديراً بالثقة أو غير جدير بها.

وتتنوّع البيئة الأسرية إلى التنشئة الأسرية والأساليب التي يستخدمها الوالدين في التربية وكذا غياب أحد الوالدين أو مرضه، وهو ما ذهبت إليه دراسة لیتوفسكي وديوسك ( Litofski et Dusk, 1985) أن الأسر التي يتصّف بها الآباء بالدفء والتسامح والمحبة كان فيها الأطفال أكثر تقديرًا إيجابياً للذات من الأسر التي يتصّف بها الآباء بالقسوة والسيطرة (الظاهر، 2004: 93).

كما توصلت دراسة "فارب" (Farb,1971) و"ميوسيم" (Mussim,1973) أن الأطفال الذين لم يحصلوا على عطف أبوي كافي كانوا أقل تقديرًا للذات وأقل توافقًا في علاقاتهم الاجتماعية، كما أنهم يفتقدون لعنصر الإبداع والدافعية (الظاهر، 2004: 84).

- **الدور الاجتماعي للفرد:** يعتبر تصوّر الفرد لذاته من خلال الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها من العوامل الهامة التي تساهم في مستوى تقديره لذاته، حيث يرى "زهران" (1997) أن تصوّر الذات من خلال الأدوار الاجتماعية ينمو مع نمو الذات، ويؤكد علماء النفس أن التفاعل الاجتماعي السليم والعلاقات والتفاعلات الاجتماعية الناجحة تُعزّز الفكرة السليمة الجديّة عن الذات، وأنّ مفهوم الذات الموجب يُعزّز نجاح التفاعل الاجتماعي بل يزيد العلاقات الاجتماعية نجاحاً (زهران، 1997: 88).

#### 4-7. مستويات تقدير الذات:

ترى "الظاهر" أن مستوى تقدير الذات هو نتاج لتلك الصورة التي يُكوّنها الفرد عن ذاته، وذلك من خلال العلاقة التي يرتبط بها الفرد بالمجتمع الذي يعيش فيه، حيث يكتسب الفرد من خلال تفاعلاته مع الجماعة، الكثير من الخبرات المتنوعة والمتعددة التي يكتسبها منذ الطفولة، وفي نمو علاقاته مع الجماعة ومن خلال نمط التفاعل والاحتكاك يبدأ الفرد في تكوين صورة عن ذاته، وباكتمال هذه الصورة يُكوّن مستوى تقدير الفرد لذاته من حيث مدى الارتفاع أو الانخفاض لهذا التقدير (الظاهر، 2008: 55).

وينقسم تقدير الذات إلى:

#### 4-7-1. المستوى المرتفع لتقدير الذات:

إن تقدير الذات الإيجابي يعني وجود مشاعر إيجابية نحو الذات حيث يشعر الفرد بأهمية نفسه واحترامه لها، أنّه متقبل من الآخرين، ويثق في نفسه وفي الآخرين، ويشعر بالكفاءة فلا ييأس أو ينسحب عند الفشل، ويميل الأفراد ذوو التقدير المرتفع للذات إلى أن يكونوا واثقين من أنفسهم ومستقلين ومتحمّلين للمسؤولية ومتفهمين ومتفائلين بما سوف تأتي به الحياة، وعلى هذا فإنّ تقدير الذات المرتفع هو أحد المفاهيم الأساسية للتوافق في مختلف مجالات الحياة (كفاي، 1997: 502-503).

ويرى كوبر سميث (Cooper Smith) أن الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع يُعتبرون أنفسهم أشخاصاً هاميين يستحقون الاحترام والتقدير والاعتبار، فضلاً عن أنّ لديهم فكرة مُحدّدة وكافية لما يظنونه صواباً، كما أنهم يتمتّعون بالتحدي ولا يضربون عن الشدائد، بينما يُعتبر ذوو التقدير

المنخفض للذات أنفسهم غير هامين جداً وغير محبوبين، ولا يستطيعون فعل أشياء يُودون فعلها مما يفعله الكثيرون، ويعتبرون أن ما يكون لدى الآخرين أفضل مما لديهم (رمضان، 2000: 218).

ويتضمن ارتفاع مستوى تقدير الذات الشعور بالرضا عن الذات والاعتزاز بها، لكنه لا يعني بأي حال من الأحوال الاستعلاء أو الغرور، فالأفراد الذين يتمتعون بمستوى عال من تقدير الذات لا يعتبرون أنفسهم أسمى وأعلى من الآخرين بل ينافسون أنفسهم ويمتاز الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع بـ:

- \* سرعة الاندماج والانتماء لمختلف الجماعات.
- \* القدرة والكفاءة الذاتية على مواجهة مختلف التحديات.
- \* النظرة للذات نظرة واقعية.
- \* القدرة على بناء علاقات شخصية واجتماعية طيبة.
- \* الشعور بالرضا والسعادة.
- \* القدرة على تسيير الحياة الشخصية بشكل جيد.
- \* التعامل بإيجابية مع الإحباطات والفشل.
- \* الحسم في اتخاذ القرارات (مالهي وريزير، 2005: 11).

#### 4-7-2. المستوى المنخفض لتقدير الذات:

يصف "روزنبرج" (Rosenberg) الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض بأنهم يُظهرون ميول عُصابية، وأنهم يعانون من صعوبة وتردد في العلاقات الاجتماعية، كذلك فإن توقعاتهم تكون متدنية، وتنقصهم الثقة بالنفس، وفي تفسير هذه الميول يشير "روزنبرج" إلى أثر المحيط الاجتماعي للفرد على خبراته المباشرة بعدّ الأمان، والتقييم السلبي وعدم وجود مجموعات مساندة له، ويضيف أنهم أكثر اتكالا على الآخرين ويميلون إلى الخجل، وهم أكثر احتراسا، ويضعون واجهة دفاعية، ويشعر هؤلاء الأشخاص بالرفض وعدم الرضا عن الذات، كما أنهم يفقدون احترام ذاتهم ويرون بأنهم بدون قيمة، وأنهم ضعفاء ويعانون من عقدة النقص، لذا فإن الفرد ذا تقدير الذات المنخفض يكون متردداً في أن يؤمن بأنه أكثر ذكاء أو جاذبية، وتبعاً لهذه التوقعات قد تنتهي بتحطيم آماله وإحباط طموحاته، فهذا الفرد يحفظ اتساق الذات عن طريق وضع تطلّعات منخفضة والتوقّع بالأداء المتدني، وبذلك يكون قد عمل على حفظ تقدير ذاته بتجنّب الفشل (الضيدان، 2003: 29-30).

ويضيف كفاقي (1997) أن أصحاب تقدير الذات المنخفض يكونوا اعتماديين ومتشائمين وشكاكين وقلقين، وغير واقعيين وغير قادرين على تقبل المساعدة من الآخرين عندما يكونون بحاجة إليها (كفاقي، 1997: 503).

ويمكن تلخيص صفات ذوي تقدير الذات المنخفض في:

- \* عدم المغامرة والخوف من المنافسة والتحديات.

\* استحقاق الذات والاعتقاد بعدم القدرة على تحقيق الأهداف.

\* الافتقاد لحب وقيّد الذات مما يعطي الشعور بأنهم غير جديرين بالحب.

\* نقص الطموح والمنافسة (مالهي وريزنر، 2005: 11).

أما بالنسبة للأفراد الذين يتمتّعون بتقدير ذات مرتفع فيصّفهم "روزنبرج" بأن لديهم الشعور بالكفاءة والقيمة، ويحترمون ذاتهم كما هي، كما يوضّح بأنه لا يقصد بالفرد الذي يتميّز بأن تقدير ذاته مرتفع بأنه شخص مغرور أو متعالي، ولكن يقصد بأنه يحترم ذاته، ويرى أنه إنسان ذو قيمة، وأنه يقدّر مميزاته، ولكن يُدرك عيوبه وهي عيوب يطمح ويتوقع أن يتخطاها، وهذا الشخص لا يرى بالضرورة أنه أفضل من معظم الآخرين ولكنه لا يعتبر نفسه أسوأهم (الضيدان، 2003: 29-30).

ويذكر "ماك كاي" (Mckay, 2000) أن علماء النفس يُقسّمون التقدير الذاتي إلى قسمين هما:

- **التقدير الذاتي المكتسب:** هو التقدير الذاتي الذي يكتسبه الشخص خلال إنجازاته، فيحصل الرضا بقدر ما أدى من نجاحات، فهنا بناء التقدير الذاتي على ما يحصله من إنجازات.

- **التقدير الذاتي الشامل:** يعود إلى الحس العام للافتخار بالذات، فليس مبني أساساً على مهارات محدّدة أو إنجازات معيّنة، فهو يعني أن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية لا يزالون ينعمون بدفع التقدير الذاتي العام، وحتى وإن أُغلق في وجوههم باب الاكتساب.

والاختلاف الأساسي بين المكتسب والشامل يكمن في التحصيل والإنجاز الأكاديمي، ففكرة التقدير الذات المكتسب تقول: أن الإنجاز يأتي أولاً ثم يتبعه التقدير الذاتي، بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل - والتي هي أعمّ من حيث المدارس - تقول: إن التقدير الذاتي يكون أولاً ثم يتبعه التحصيل والإنجاز.

ولكننا لا يجب أن نغفل أن للعلاقات الاجتماعية أثراً في إكساب النفس الثقة، فهناك علاقة مباشرة بين التقدير الذاتي والنجاح الاجتماعي، وهذا النجاح يشمل الإعتدال في المظهر، والنجاح العلمي، والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية جيدة، إذ يحتاج الشخص إلى قدر من القبول والاحترام الاجتماعي لتتكوّن لديه مشاعر إيجابية حول نفسه، ويرى نفسه بأنه ناجح في عيون الآخرين، كما أن تأثير العلاقات الاجتماعية الشخصية تتحدّد وبدرجة عالية بمقدرة الشخص على التسامح والاحترام، والانفتاح الذهني والتقبّل للآخرين (Mckay, 2000, 22).

#### 4-8. أهمية تقدير الذات:

إن تأثير الذات عميق على جميع جوانب الحياة الاجتماعية فهو يُؤثر على طريقة تفاعل الفرد مع الآخرين بتأثيرهم عليه أو تأثره بهم، وهو بذلك مفتاح لكل النجاح الذي يتلقاه الفرد، وتتمثّل أهمية تقدير الذات حسب "مالهي وريزنر" (2005) فيما يلي:

- **تقدير الذات والسلوك البناء:** يعتبر تقدير الذات من أهمّ السلوك البناء والمثمر، فعندما يعتبر الفرد نفسه أهلاً لإنجاز عمل فإنه سيكون جديراً بالنجاح فيه وقادراً على بلوغ الأهداف الصعبة.

- **تقدير الذات والأداء في العمل:** أشارت الدراسات والأبحاث أن الموظفين الذين يتمتعون بتقدير مرتفع للذات هم أكثر قدرة للإنتاج وأكثر قابلية للعمل، كما أنهم أقل سلبية بالضغوط المستمرة كغموض الدور والصراع، وعموماً هم أسرع استجابة للتغيير وأقل اتخاذاً للمواقف الدفاعية، حيث توصلت دراسة "جالوب" (Jalob,1992) أن (89%) من المجيبين يرون أن تقدير الذات يعتبر عاملاً مهماً جداً في التحفيز للعمل وتحقيق النجاح.

- **تقدير الذات والقيادة:** يتمتع الأفراد ذوي القدرة على القيادة بتقدير عال مما يجعلهم يتسمون بالحسم والاستعداد لاتخاذ قرارات قوية ومهمة والثقة في القدرات الشخصية، فتقدير الذات يلعب دوراً حاسماً وضروري في صنع القرارات والتطبيق الفعلي لها، ويستنتج "هيل" (Hill) ذلك بقوله: أن الأفراد الذين يستطيعون التأثير على الآخرين يتمتعون بدرجة عالية من تقدير الذات.

- **تقدير الذات والعلاقات الشخصية:** في كتابتها المتعددة تقول "ساتير" (Satir. v) تتبع العلاقات البشرية الطيبة والسلوكيات الملائمة من أشخاص يتمتعون بتقدير لذواتهم وإحساس بقيمتهم (مالهي وريزنر، 2005: 7-10).

نستد من هذا القول أنه كلما تمتع الفرد بتقدير عال لذاته كلما كان قادراً على إقامة علاقات اجتماعية بناءة وطيبة، فالأشخاص الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع لهم أكثر قدرة على التعاون واحترام الآخرين ومراعاة مشاعرهم.

#### 4-9. سمات تحقيق الذات:

تتغير الذات نتيجة للنضج والتعلم وقد حدّد كل من (روجرز وماسلو وكومبس وكيلي) سمات رئيسة للفرد الذي يُحقّق ذاته وهي:

- الشخص الذي يحقّق ذاته له إدراك مناسب للذات، ويتعامل مع الحقيقة بسهولة ويتقبّلها.  
- لهذا الشخص رغبة في أن يكون جزءاً من عملية التغيير، وأنه غير مهتم أو معني بالدفاع عن الأمر الراهن.

- لهذا الشخص وجهة نظر إيجابية نحو نفسه، وثقة متزايدة بقدراته وله طموحات واقعية.  
- لهذا الشخص بسبب انفتاحه على الخبرات، مستوى عال من التكامل الشخصي، ويخضع تجاربه الجديدة للتقويم الموضوعي.

- لدى هذا الشخص شعور قوي بالتعاطف مع الآخرين، لأنه قادر على الانطلاق من ذاته، بحيث يمتد مفهومه للذات ليشمل عائلته وأصدقائه وأفراد مجتمعه (الشرايعة، 2006: 170-171).

#### 4-10. النظريات المفسرة لتقدير الذات:

هناك عدة نظريات حاولت تفسير تقدير الذات من حيث: نشأته، ونموه، وأثره على سلوك الفرد بشكل عام، وتختلف تلك النظريات باتجاهات صاحبها ومنهجه في إثبات المتغير الذي يقوم على دراسته ومن هذه النظريات:

#### 4-10-1. نظرية وليام جيمس (W. James, 1890):

يعتبر "وليام جيمس" (James) من مؤسسي علم النفس الحديث وتعدّ نظريته في مفهوم الذات نقطة الانتقال بين الطرق القديمة والحديثة في دراسة الشخصية والذات، فقد أعطى للنفس صفة ديناميكية وذلك فيما ذكره بشأن اصطلاح المحافظة على الذات والبحث عنها، وعن طريق جيمس أيضاً استخدم مصطلح نظرة الذات ومصطلح الرضى عن الذات وتقديرها. وأعتبر "جيمس" أن الذات (Self) تعني المظاهر الروحية والمادية والاجتماعية، فالذات المادية تُمثل ممتلكات الفرد المادية والأسرية، وتتضمن الذات الروحية انفعالات الفرد وميوله وقدراته العقلية، بينما تُمثل الذات الاجتماعية التقدير والاعتبار الذين يتلقاهما الفرد من الآخرين ووجهة نظرهم نحوه (الظاهر، 2004: 17).

ويرى "جيمس" (James) أن الذات هي المجموع الكلي لكل ما يدعي الفرد بأنه له كالجسد والقدرات المختلفة والأسرة والأصدقاء والمهنة والهواية والممتلكات المادية، وقد ميّز بين جانبيين للذات هما: الذات كموضوع والذات كعملية، وتشير الذات كموضوع إلى فكرة الفرد عن ذاته والذات كعملية إلى الفاعلية التي تتكوّن من عدّة عمليات مختلفة كالتفكير والتذكّر والإدراك (يحي، 2008: 122).

#### 4-10-2. نظرية كارل روجرز (Carl Rogers):

تعتبر كتابات "روجرز" (Rogers, 1951) عن الذات أكثر ما قدّم في هذا المجال تنظيمياً واكتمالاً، كما أنه أول من وضع إطاراً متكاملًا لنظرية الذات من الناحية النظرية والتطبيقية، ويتضح من ذلك في أسلوبه المعروف بالعلاج المتمركز حول العميل، وتعتبر الذات مفهوماً محورياً في نظرية روجرز للشخصية، ويعرفها بأنها: تنظيم عقلي معرفي منظم من المدركات والمفاهيم والقيم الشعورية التي تتعلّق بالسمات المميزة للفرد وعلاقاته المتعددة، وتتمثل خصائص الذات حسب آراء روجرز في:

- تنمو الذات من التفاعل بين الكائن الحي وبين البيئة التي يعيش فيها وخاصة المحيطة به.
- يمكن للذات أن تستوعب وتتمثل قيم الآخرين وتدرّكها بطريقة مشوقة.
- أن الكائن الحي يكافح ويسلك سلوكاً يساير الذات.
- أن الذات قابلة للتعديل نتيجة للنضج والتعلم.
- في العلاج الناجح تظهر تغيرات على الذات وتصبح أكثر واقعية، ويحقّق الكائن ذاته، أي أن "روجرز" يرى أن أقصى درجات النمو في الشخصية تتمثل في حالة توافق تام بين المجال الظاهري

(عالم الخبرة) وبين الذات، وفي حالة التحقق فإنها تُحرر الفرد من التوتر الداخلي، ومن القلق، وتمكّنه من تحقيق استقرار نفسي (رمضان، 2000: 398).

ويؤدي تطوّر الوعي بالذات حسب "روجرز" إلى نمو حاجتين مترابطتين تهدفان إلى حفظ الذات وتدعيمها وتتمثل هاتان الحاجتان في:

- الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين: هي تلك الحاجة التي تدفع الشخص للحصول على التقبل والحب والرعاية والاحترام من طرف المحيط ويتعلم الأطفال ذلك من خلال التنشئة الاجتماعية، إذ يُعلّق الأولياء الاعتبار الإيجابي للطفل على وجود السلوك الإيجابي والمرغوب فيه.

- الحاجة إلى الاعتبار الذاتي (التقدير الذاتي): إن الفرد لا يحتاج إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين بل أيضاً من ذاته، وتنمو الحاجة إلى الاعتبار الذاتي من خبرات الذات المرتبطة بإشباعها أو إحباطها (دويدار، 1999: 38).

ويذكر "دويدار" (1999) أن نظرية "روجرز" (Rogers) في الشخصية تُؤكّد على الواقع كما يخبره الشخص ويعتبر السلوك نتيجة لذلك، وإذا كان شخص ما لا يستطيع التوصل بدقة إلى إطاره المرجعي الداخلي فإن ذاته هو الذي بمقدوره أن يكون على وعي بذلك (دويدار، 1999: 46)، وبذلك يحتاج الفرد لإشباع حاجاته في الاعتبار الإيجابي من الآخرين والاعتبار الذاتي حتى يتمكن من التكيف مع محيطه ومن بناء أفكار إيجابية عن ذاته.

#### 4-10-3. نظرية روزنبرج (Rosenberg, 1965):

تدور أعمال "روزنبرج" حول محاولته دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته، وسلوكه من زاوية المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط بالفرد، وقد أهتم "روزنبرج" بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم، ووسّع دائرة اهتمامه بعد ذلك بحيث شملت ديناميات تطوّر صورة الذات الإيجابية في مرحلة المراهقة، وأهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته، وعمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكوّن في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي اللاحق للفرد فيما بعد، كما أهتم بشرح وتفسير الفروق التي توجد بين الجماعات في تقدير الذات مثل تلك التي بيّن المراهقين الزوج والمراهقين البيض، والتغيرات التي تحدث في تقدير الذات في مختلف مراحل العمر.

والمنهج الذي استخدمه "روزنبرج" هو الاعتماد على مفهوم الاتجاه باعتباره أداة محورية تربط بين السابق واللاحق من الأحداث والسلوك.

وأعتبر "روزنبرج" أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، وطرح فكرة أن الفرد يُكوّن اتجاهاً نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها، وما الذات إلا أحد هذه الموضوعات، ويكون الفرد نحوها اتجاهاً لا يختلف كثيراً عن الاتجاهات التي يكوّنها نحو الموضوعات الأخرى، ولكنه فيما

بعد عاد واعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف ولو من الناحية الكميّة عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى. (أبوجادو، 1998: 172)

#### 4-10-4. نظرية كوبر سميث (Cooper Smith, 1967):

أما أعمال "سميث" فقد تمثّلت في دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة الثانوية، وعلى عكس "روزنبرج" لم يحاول "سميث" أن يربط أعماله في تقدير الذات بنظرية أكبر وأكثر شمولاً، ولكنه ذهب إلى أن تقدير الذات مفهوم متعدّد الجوانب، ولذا علينا أن لا ننطلق داخل منهج واحد أو مدخل معيّن لدراسته، بل أن علينا أن نستفيد منها جميعاً لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم، ويؤكد "سميث" بشدّة على أهمية تجنّب وضع الفروض غير الضرورية.

وإذا كان تقدير الذات عند "روزنبرج" ظاهرة أحادية البعد، بمعنى أنها اتجاه نحو موضوع معيّن، فإنها عند "كوبر سميث" ظاهرة أكثر تعقيداً لأنها تتضمن كلاً من عمليات تقييم الذات، كما تتضمن ردود الفعل أو الاستجابة الدفاعية، وإذا كان تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقييمية نحو الذات فإن هذه الاتجاهات تتمّ بقدر كبير من العاطفة، فتقدير الذات عند كوبر سميث هو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمناً الاتجاهات التي يرى أنها تصفه على نحو دقيق، ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين: التعبير الذاتي وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها، والتعبير السلوكي ويشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته، التي تكون متاحة للملاحظة الخارجية.

ويُميّز "كوبر سميث" بين نوعين من تقدير الذات، تقدير الذات الحقيقي، ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنّهم ذوو قيمة، وتقدير الذات الدفاعي، ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنّهم ذوي قيمة ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الآخرين، وقد ركّز كوبر سميث على خصائص العملية التي تصبح من خلالها جوانب الظاهرة الاجتماعية ذات علاقة بعملية تقييم الذات، وقد افترض في سبيل ذلك أربع مجموعات من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي: النجاحات، والقيم، والطموحات والدفاعات.

ويذهب "كوبر سميث" إلى أنه بالرغم من عدم قدرتنا على تحديد أنماط أسرية مميّزة بين أصحاب الدرجات العالية وأصحاب الدرجات المنخفضة في تقدير الذات من الأطفال فإن هناك ثلاثاً من حالات الرعاية الوالدية تبدو مرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات وهي:

- تقبل الأطفال من جانب الآباء.
- تدعيم سلوك الأطفال الإيجابي من جانب الآباء.
- احترام مبادرة الأطفال وحرّيتهم في التعبير من جانب الآباء (أبوجادو، 1998: 172-174).

#### 4-10-5. نظرية زيلر (Zeller, 1969):

وقد نالت أعمال "زيلر" شهرة أقل من سابقتها و حظيت بدرجة أقل من الذبوع والشبوع والانتشار، وهي في نفس الوقت أكثر تحديداً وأشدّ خصوصية، فزيلر يرى أن تقدير الذات ما هو إلا



البناء الاجتماعي للذات، وينظر زيلر إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، ويؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي، ويصف زيلر تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط، أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي، وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية، فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدّد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعاً لذلك.

وتقدير الذات طبقاً "لزيلر" مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، لذلك فإنه افترض أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل، تحظى بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه، إن تأكيد زيلر على العامل الاجتماعي جعله يسمّ مفهومه ويوافق النقاد على ذلك، بأنه تقدير الذات الاجتماعي، وقد ادّعى أن المناهج والمداخل الأخرى في دراسة تقدير الذات لم تعط العوامل الاجتماعية حقها في نشأة ونمو تقدير الذات (أبوجادو، 1998: 174).

#### 4-11. تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً:

لقد أصبحت دراسة تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة من القضايا التي توليها الدراسات النفسية اهتماماً خاصاً، ويحتلّ تقدير الذات مركزاً مرموقاً في نظريات الشخصية، ويُعدّ من العوامل المهمّة والمؤثّرة في السلوك.

وفكرة الشخص المعوق جسماً لذاته، هي النواة الرئيسية التي تقوم عليه شخصيته ذلك أن كثيراً ما تختلّ إرادة الفرد من أثر الإعاقة الجسمية، وذلك بسبب ضعف وظيفة الذات ذلك أن الإحساس بذاته الشخصية أحد المقومات الهامّة للصحة الشخصية، ولا يمكن أن نعتبر شخصاً سليماً إذا افتقر إلى الشعور بذاتيته، أو إذا عانى من إحساس ضعيف بذاتيته مما يترتب عليه ظهور الاضطرابات الشخصية، وهي عبارة عن سلسلة من أساليب السلوك الشاذة التي تتميز بعدم قدرة الفرد على العمل وفقاً للمعايير الاجتماعية (فرحات، 2004: 17).

وقد حظيت تأثيرات الإعاقة الجسمية على مفهوم الذات والتصور الجسدي والتفاعلات الاجتماعية باهتمام بحثي كبير (Klob & Wouldt, 1976; Hambburg, 1974; Litman, 1962; Linkowski & Dunn, 1974; Wright, 1960) إن عاملاً رئيساً من العوامل المسؤولة عن كيفية إدراكنا لأنفسنا وتقييمنا لذواتنا هو العامل المرتبط بتفاعلاتنا مع الآخرين، وتبعاً لذلك فالأسرة هي الوسط لفحص القدرات ومعرفة القيود، فطريقة استجابة الأفراد وتعايشهم مع الضغوط أو الإعاقة قد تعكس طريقة استجابة أسرهم لها.

والأسرة قد تؤثر إيجاباً أو سلباً على العملية التأهيلية، فقد لا تسمح الأسرة للطفل المشلول دماغياً أن يعمل بأدوات معينة خوفاً من أن يؤذي نفسه، والحماية الزائدة قد تسهم في إضعاف مفهوم الذات لدى العديد من الأشخاص المعوقين.

ويرتبط تأثير الإعاقة الجسمية على مفهوم الذات أيضاً بشخصية الفرد قبل حدوث الإعاقة، فإذا كان مفهوم الذات لدى الشخص ضعيفاً في الماضي، أو إذا كان لديه مشاعر بعدم الكفاية، فالإعاقة قد تزيد تلك المشاعر وبالمثل، فإن الشاب العنيف الذي تعرّض لحادث سيّر فعانى من إصابة في النخاع الشوكي قد يُظهر عدائية وعُنفًا شديدين (الخطيب، الحديدي، السرطاوي، 2002: 42).

كما أن الإعاقة الجسمية تؤدي إلى ضعف وظيفة الذات، وعادة ما يلجأ المعوقون جسماً إلى الأساليب الدفاعية مثل: حيل الإنكار لفقد عضو، كل هذه المحاولات غير الواقعية والخيالية لها تأثير على وظائف الذات ذلك أن تشويه صورة الجسم يؤدي بدوره إلى تشويه للذات، مما يترتب عليه فشل الذات في التحكم في الصراع الحقيقي مع الواقع وهذا يعتبر تفكك للذات (فرحات، 2004: 488).

إن تحقير الذات (Self-devaluation) يظهر في أشكال شتى لدى فئات المعوقين، لا شك أن القصورات الجسمية تتمخض من مشاعر التأمم والإحباط وتؤثر في مشاعر الشخص ككل، ويبدل المعوق جهداً كبيراً لتقبله (جماعة انتمائه) كشخص له دوره الاجتماعي ولكن طالما يبقى القصور الجسماني مرتبطاً بمشاعر (الخشاسة والانحطاط) فإن الشعور بالتقبل يبقى أمراً صعب المنال.

وعادة ما يشكو المعوقون من الصورة النمطية (Image Stereotypes) التي تلحق بهم فيُنظر إليهم على أن الأيام قد نكّلت بهم، وأن حياتهم تعيسة ومنغصة.... الخ، ولكن الأمر غير بسيط كما يبدو من أول وهلة إذ أن بعض نتائج الدراسات التي أوردتها "ورايت" (Wright) تبين أن مجموعات القاصرين قد تحصلت على علامات احترام الذات أعلى من العلامات التي تحصلت عليها مجموعة الضبط المتكوتة من أشخاص عاديين (مجيد، 2008، 202).

إن قدرة المعاق حركياً على بناء ذات إيجابية ليس أمراً من السهل تحقيقه، خاصة عندما يكون خاضعاً لظروف بيئية قاسية، ولكن الضغوط الانفعالية بشكل خاص من أكثر العوامل تأثيراً على مفهوم الذات لدى المعوق حركياً، فهي تؤدي إلى تعرّضه لخبرات انفعالية تتميز بالجوانب التالية:

- إن أي تغيير في حالة الجسم يؤدي إلى نوبات من الاستثارة أو بالعكس أي نوبات من هدوء النشاط المؤدي إلى الشعور بالاكتئاب أحياناً.

- الشعور بمظاهر سلوكية متنوعة مثل النزوع إلى العدوان، أو الإلحاح في طلب أو إيداء مشاعر الحب، أو الشعور بالرغبة في الهرب من الموقف كلية لعدم القدرة على مواجهة الواقع.

- الشعور بمشاعر ذاتية مصاحبة لتلك الانفعالات والتي تساهم في جعل تلك الاضطرابات الانفعالية ذات صبغة ذاتية متميزة (القذافي، 1994: 79).

فالمشكلة الحقيقية للمصاب هي ليست مشكلة حادثة تسبب عنها بتر الذراعين أو الساقين، وهي ليست مشكلة فقد عمل ومحاولة الحصول على عمل آخر مناسب، وإنما هي مجموعة من المشاكل أهمها جميعاً هو اتجاه المصاب نحوها والصورة التي كوّنها عن نفسه وعن علاقاته بالآخرين عن آلامه وآماله، عن مخاوفه ومشاعره، عن خجله وكبريائه، عن تردده وارتبائه عن كل ذلك، ومن

الظواهر الجديرة بالتسجيل أن شدة الانفعالات لا تتناسب مع شدة الإصابة، فهناك من يُصوِّرون المسائل أكبر من اللازم، فيصابون بالذعر لإصابة تافهة فتنتابهم الهواجس والمخاوف ويحزنون بشدة بالغة، على حين نجد آخرين على العكس من ذلك تماماً (مجيد، 2008: 203-204).

ومما سبق نجد أنه من الصَّعب تحديد فيما إذا كان تقدير الذات المنخفض لدى ذوي الاحتياجات الخاصة هو نتيجة للإعاقة الموجودة لديهم، فمن الناحية النظرية يفترض المختصون بأن وجود إعاقة حركية لدى الفرد يساهم في ظهور مشكلات لديه بالنسبة لتقديره لذاته، لأن تقييم الذات المنخفض لديه يرتبط بإدراكه لإعاقته، ولرد فعل البيئة السلبي من حوله.

#### 4-12. خلاصة:

تبيّن للباحث مما سبق أن تقدير الذات كما عرفه الباحثون: متغير يُعبّر عن فكرة الفرد عن نفسه بالاستحسان أو الاستهجان، وهو التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه، والذي يتضمّن اتجاهات الرفض أو القبول للذات، وعن مدى اعتقاده بأنه ناجح وقادر وله قيمة، ومدى شعور الفرد بأهمية نفسه واحترامه لها على ضوء عدة عوامل هامة تؤثر في تقدير الفرد لذاته، منها ما يتعلق بالفرد نفسه مثل استعداداته وقدراته والفرص التي يستطيع أن يستغلها بما يُحقّق له الفائدة، ومنها ما يتعلق بالأفراد الذين يتعامل من خلالهم.

كما أن تقدير الذات يمثل نتاجاً اجتماعياً يتشكّل ويتبلور منذ الطفولة من خلال محددات معينة، يكتسب الفرد المعاق من خلالها بصورة تدريجية فكرته عن نفسه وتقديره لها، فخبرات الطفولة وأسلوب التنشئة الاجتماعية وأسلوب الثواب والعقاب، واتجاهات الوالدين وتوقعاتهم وثقافتهم، ومستواهم الاجتماعي الإقتصادي والدور الاجتماعي للأسرة، والخبرات المدرسية لها دور هام في إدراك الفرد لذاته وتقييمه لها، ولجماعات الكبار أيضاً أثر واضح في نمو وتكوين تقدير الذات لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا يتأثر نمو تقدير الذات بالعوامل البيئية فقط، لكنه يتأثر أيضاً بعوامل شخصية مثل نكاء الفرد وقدراته العقلية وسماته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية ومستوى تحصيله الأكاديمي.

كما أن القصور الجسماني وما يصاحبه من تحقير اجتماعي يتسبّب في مشاكل نفسية تتحتّم معالجتها، ويتسبب فقدان التقييم الموضوعي للذات والشعور بالدونية المُتمخض عن القصور والتحقير الاجتماعي المصاب له في عدم توافق صاحبه شعور بالإحباط ويضطرّ المعوق صيانة لذاته إلى اللجوء إلى آليات دفاعية ليتوافق مع محيطه.

وبذلك يمكن اعتبار أن شخصية الفرد ذو الاحتياجات الخاصة وما يتصفّ به من خصائص ما هو إلا محصلة للتفاعل بين ذاته ككائن ذي إعاقة والبيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها، وانطلاقاً من أن هذا الكائن لا يعيش بمعزل عن الآخرين.

## الفصل الخامس

# اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا

## 5-1. تمهيد:

إن النشاط البدني والرياضي بنظمه وقواعده السليمة وألوانه المتعددة يعتبر ميدان هام من ميادين التربية وعنصراً قوياً في إعداد الفرد الصالح، من خلال تزويده بخبرات ومهارات واسعة تمكنه من التكيف مع مجتمعه وتجعله قادراً على تشكيل حياته وتعيينه على مسابرة تطور العصر وتقدمه، وعندما وضعت أسس وقوانين النشاط البدني والرياضي وجّهت أهدافها وفلسفتها نحو أهداف سامية، واهتمت بمعالجة قضايا الإنسانية ومنها بشكل خاص فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، ولذا يمكن القول أن المشاط البدني والرياضي أصبح يهدف حديثاً لمعاونة وإعادة أصحاب هذه الفئة للإتصال بالمجتمع، أي معونتهم على الإندماج بالمجتمع بشكل يُنمّي ويُطوّر ميولهم النفسية وقدراتهم العقلية والجسمانية.

كما ساهم تطوّر أساليب العلاج الطبيعي والطب الرياضي والنهوض بحركة التأهيل البدني وتطوّر أجهزة التعويض في الإرتقاء بالنشاط البدني والرياضي عند فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، فضلاً عن ظهور تشريعات إجتماعية ودستورية خاصة بهم كرد فعل إجتماعي للتعاطف معهم، بالإضافة إلى إسهام الفكر التربوي الحديث الذي أصبح ينظر إليهم كمواطنين لهم حقوق وواجبات ولا ينقصهم إلا التكيف.

وفي الآونة الأخيرة إزداد الاهتمام باللياقة البدنية في الكثير من المجتمعات لما تعود به من فوائد صحّية وبدنية لأفراد تلك المجتمعات وخصوصاً اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وتزداد هذه الأهمّية بشكل أكبر لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك لأن غالبية هذه الفئة أكثر عرضة للعديد من الأمراض، لأنهم يعيشون نمط حياة قوامه الجلوس، وهذا ما أكّدت عليه العديد من الدراسات العلمية، حيث أشارت إلى انخفاض في مستوى اللياقة البدنية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة مقارنة مع أقرانهم العاديين.

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم النشاط البدني والرياضي المعدّل (المُكيّف) وتوضيح أسسه، أهدافه، وأغراضه وكذا أهميته لذوي الاحتياجات الخاصة باعتباره كوسيلة علاجية، ترويحوية، وإدماج في المجتمع، إضافة تعريف اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، عناصرها وكيفية قياسها، وكذا تتميتها لدى هذه الفئة، وتبيين خطوات تنفيذ برنامج النشاط البدني والرياضي المعدّل داخل مراكز التأهيل الوظيفي، والمقاربة البيداغوجية للإعاقة من خلال ممارسة النشاط البدني

والرياضي المعدّل، وبعض رياضات ذوي الإحتياجات الخاصة حركياً، وأخيراً ممارسة النشاط البدني والرياضي في الجزائر من خلال الوثائق الرسمية.

### 5-2. مفهوم النشاط البدني والرياضي المعدّل (المُكيّف):

تُعرّف الجمعية الأمريكية للتربية للصحة والتربية البدنية والترويح والرّقص (AAHPERD) التربية البدنية لذوي الإحتياجات الخاصة بأنها مجموعة من البرامج المتطورة المتنوعة من الأنشطة والألعاب الرياضية التي تتناسب مع قدرات الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة بحيث يتمكنون من إشباع رغباتهم في ممارسة أنشطة رياضية تعود عليهم بالنفع وتسهم في استغلال قدراتهم (سعد وأبو الليل، 2006: 24).

ويُعرّف كل من "إبراهيم وفرحات" (1998) التربية البدنية المعدّلة بأنها تعني الرياضات والألعاب التي يتم التغيير فيها لدرجة يستطيع بها المعوق غير القادر الممارسة والمشاركة في الأنشطة الرياضية، ومعنى ذلك هي البرامج الارتقائية والوقائية المتعدّدة والتي تشمل على الأنشطة الرياضية والألعاب، والتي يتم تعديلها بحيث تلائم حالات الإعاقة وفقاً لنوعها وشدّتها (إبراهيم وفرحات، 1998: 47).

### 5-3. أسس النشاط البدني والرياضي المعدّل:

يعمل النشاط البدني والرياضي المعدّل على تحقيق أهداف التربية الرياضية العامة للأفراد العاديين، كما تستمد أسسها من إطار التربية العامة، ويراعى عند وضع أسس النشاط البدني والرياضي المعدّل حسب "إبراهيم وفرحات" ما يلي:

- العمل على تحقيق أهداف التربية الرياضية المعدّلة.
- تقوم على أساس التربية العامة.
- تهدف إلى إتاحة الفرص للأفراد والجماعات للتمتع بنشاط بدني وتنمية مهارته الحركية وقدراته البدنية.
- يهدف البرنامج إلى التأهيل والعلاج والتقدم الحركي للمعاق وغير القادر وذلك لتنمية أقصى قدرات وإمكانات لديه.
- يمكن تنفيذ تلك البرامج في المدارس والمستشفيات والمؤسسات العلاجية.

- للمعاقين بمختلف فئاتهم الحق في الإستفادة من برامج التربية الرياضية كجزء من البرنامج التربوي بالمدارس.

- تمكّن المعاق من التعرف على قدراته وإمكاناته، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية له، وإكتشاف ما لديهم من قدرات.

- تمكّن المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة (إبراهيم وفرحات، 1998: 49-50).

#### 4-5. أهداف النشاط البدني والرياضي المعدل:

هناك حقيقة هامّة أن أهداف النشاط البدني والرياضي للمعاقين ينبع من الأهداف العامة للتربية الرياضية من حيث النمو العضوي والعصبي العضلي والبدني والنفسي والاجتماعي، حيث تركز رياضة المعاقين على وضع برنامج خاص للنشاط التربوي يتكوّن من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية وتوقيتية تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون الاشتراك في برنامج النشاط الرياضي العام دون أن يصيبهم أي ضرر، وقد تؤدي تلك البرامج المكيفة في المستشفيات أو المراكز الخاصة بالمعاقين أو المدارس، ويكون الهدف الأسمى هو الوصول إلى تنمية أقصى قدرة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه، بالإضافة إلى الاندماج في المجتمع (إبراهيم وفرحات، 1998: 49).

ويذكر "وليام" (William,2003) أن الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها التدريبات البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقات الحركية تتضمن ما يلي:

- تخفيض الأخطار الصحية الثانوية (مثل السمنة والمشاكل القلبية الوعائية) والمساعدة في تخفيض الوزن.

- تحسين الاستقلال الوظيفي.

- إعطاء الفرصة للمتعة والفرح.

- تحسين النوعية العامة للحياة وتحسين صورة الذات.

- تحسين القوة والطاقة البدنية، والقدرة على التحمل، والمرونة وقابلية الحركة وتناسق العضلات.

- المساعدة على بناء عظام وعضلات ومفاصل صحية.

- تحسين القدرة على أداء النشاطات الحياتية اليومية.

- زيادة كفاءة عمل القلب والرئة.
- خفض خطر الأمراض المزمنة، مثل ضغط الدم العالي ونخر العظام.
- تخفيض مستوى الإجهاد والكآبة، والغضب والحزن لدى المعاق.
- تشجيع الأفراد خاصة المعاقين على الاشتراك الفعّال في الأنشطة الاجتماعية والفردية (البطائنة وآخرون، 2007: 449).

### 5-5- أضرار النشاط البدني والرياضي المعدّل:

للسياط البدني والرياضي المعدّل أضرار عديدة منها النمو البدني والنمو العقلي، والنمو الحركي والنمو النفسي والاجتماعي، حيث أن ممارسة ذور الاحتياجات الخاصة للفعاليات والأنشطة الرياضية تحقّق لهم الأضرار الآتية:

**5-5-1 النمو البدني:** إن الممارسة الرياضية تعمل على رفع القدرات العملية إضافة إلى تطوير القوة العضلية وكذلك الرشاقة والمهارات الحركية المختلفة، والتي هي في المستطاع وتعمل أيضاً على التنسيق بين الحركات وبين عمل مختلف الأعضاء سواء في القسم العلوي أو السفلي، وتسمح المهارات الحركية للمستفيدين من خفض الاصطدام مع الإعاقة وامتلاك استقلال ذاتي (18 Hanifi, 1995).

ويضيف "دوشافان" (Dechavanne,1990) أن الممارسة البدنية تسمح بتسريع الاسترجاع العضلي واكتساب ردود أفعال جديدة، وإيجاد بعض الاستقلالية في الحركات، وكذلك تعطي المعاق الوسيلة في البحث عن قدرات جديدة (Dechavanne,1990 : 1989) أي البحث عن القدرات التعويضية وتحريضها.

**5-5-2 النمو العقلي:** يسعى النشاط البدني والرياضي إلى جعل الجسم نشيطاً قوياً وذلك لأن أداء الحركات الرياضية تحتاج إلى تركيز ذهني، كما أنها تجعل الجسم صحيحاً قادراً على العمل، فالنشاط الرياضي ليس زينة أو مجرد ألعاب يمارسها المعوق لقضاء وقت الفراغ، وإنما يُعدّ جانباً أساسياً في العملية التربوية فهي تسعى لزيادة قابلية الفرد المعوق واكتسابه المعلومات المختلفة، ولكي يتعلّم مهارة رياضية معينة أو لعبة ما فإنّه يجب أن يستعمل تفكيره الخاص ونتيجة لهذا الاستعمال تحدث المعرفة لتلك المهارة أو الفعّالية، كما أن ذلك يقود إلى استعمال التوافق العضلي العصبي، فعن



طريق الممارسة المستمرة للنشاط البدني والرياضي تنمو قدرة الفرد على التفكير والتصور والتخيّل والإبداع.

### 5-5-3- النمو الحركي: يقصد بالنمو الحركي أداء الحركات الرياضية بأقل جهد ممكن

وبرشاقة وكفاءة عالية وهذا يعتمد على العمل المتناسق الذي يقوم به الجهازان العصبي والعضلي للشخص المعوق، وهي بذلك تسعى إلى مساعدة الفرد في عمله اليومي بكفاءة واقتدار وتعمل على مساعدته في السيطرة على درجة أدائه للمهارات الحركية، ولذلك كان لزاماً على الفرد المعوق أن يمارس الأنشطة الرياضية والمهارات البدنية لكي يكتسب التوافق اللازم لأداء الحركة.

كما أن التمارين البدنية تنمّي النشاط والشجاعة والصحة وتساعد على تكوين الجسم وتربيته تربية متزنة فتكسبه مرونة تُمكنه القيام بحركات واسعة النطاق كبيرة المدى في المفاصل وتقوي أجزائه المختلفة باتزان وتناسق كما أنها تزيد من انتفاعه في علاج تشوهات القوام التي تحصل جرّاء عدم الحركة، كما أن عدم حركة الأجزاء الصحيحة للجسم تعمل على ضمور العضلات وجعلها غير قادرة على العمل الحركي المهم لبناء القدرات والكفاءات لدى المعوق.

### 5-5-4- النمو النفسي الاجتماعي: ممارسة الألعاب الرياضية المختلفة تنمّي في الشخص

المعوق الثقة بالنفس والتعاون والشجاعة فضلاً عن شعوره باللذة والسرور للوصول إلى النجاح عن طريق الفوز، كذلك تُساعده في تنمية الشعور نحو الجماعة -الانتماء- ونحو الحياة الرياضية والذي يساعده في نمو المعوق لكي يكون مواطناً صالحاً يعمل لمساعدة مجتمعه، كما أن للمجتمع والبيئة والأسرة والأصدقاء الأثر الكبير عن نفسية الفرد المعوق ولذلك فإن نظرة المجتمع إليه ضرورية ولها أهدافها وممارستها (إبراهيم، 1997: 108-110).

### 5-6. أهمية الممارسة الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة حركياً:

تعدّ الممارسة الرياضية ذات أهمية قصوى لذوي الاحتياجات الخاصة وبنحو يفوق أهميتها للأصحاء، فضلاً عن كونها ذات أهداف علاجية وبدنية ونفسية واجتماعية وتأهيلية، وندناول حسب "رياض" (2005) أهمية الممارسة الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، وما يقال فيه ينطبق أيضاً على أهميتها بالنسبة لأنواع الإعاقة الأخرى بمختلف أنواعها على النحو الآتي:

### 5-6-1. النشاط البدني والرياضي كوسيلة علاجية: تعتبر ممارسة الرياضة للمعوقين وسيلة

طبيعية للعلاج على هيئة تمارين علاجية تأهيلية وكأحد المكونات الهامة للعلاج الطبيعي، والتي

تساهم وبدرجة كبيرة في استعادة اللياقة البدنية للمعاق مثل استعادته للقوة العضلية، والمهارة، التوافق العضلي العصبي، والتحمل، السرعة، والمرونة وبالتالي استعادته لكفاءته ولياقته العامة في الحياة.

### 5-6-2. النشاط البدني والرياضي كوسيلة ترويحوية: لرياضة المعاقين جوانب إيجابية عميقة

تفوق كونها علاجاً بدنياً لهم فيتعدى الأمر كونها طريقة ووسيلة ناجحة وجيدة للترويح النفسي للمعاق، كما تشكل جانباً مهماً من استرجاعه لعنصر الدافعية الذاتية والصبر والرغبة في اكتساب الخبرة والتمتع الصحيح بالحياة.

وتساهم الرياضة الترويحوية بدور إيجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق وللتغلب على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة، وتهدف الرياضة الترويحوية هنا إلى غرس عناصر الاعتماد والثقة بالنفس والانضباط وروح المنافسة الصحيحة والصداقة لدى المعاق، وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراج المعاق من عزلته التي فرضها على نفسه في المجتمع.

### 5-6-3. النشاط البدني والرياضي كوسيلة لإدماج ذوو الاحتياجات الخاصة حركياً في

المجتمع: من الأهداف النبيلة لممارسة النشاط البدني والرياضي للمعوقين إعادة تأقلمهم وإتحامهم ببئية المجتمع المحيط بهم، وبعبارة أخرى تسهيل وسرعة استفادتهم وإفادتهم للمجتمع (رياض، 2005: 21-23).

ويضيف "شازود" (Chazoud,1994) أن النشاط البدني والرياضي يسمح بإعطاء المعوقين نوع من الاستقلالية والاتصال مع العالم الخارجي، والاستعداد لتقبل الهزيمة وتقييم النجاحات ويستطيع المعوق إدراك قيمته وفعاليتته ومكانته بالنسبة للآخرين، فالاندماج يكون على جزئين:

- عن طريق الوسط العائلي والذي يُمتثل جانب مهم وكبير للاندماج العادي للطفل، بدون حماية مفرطة أو شفقة وبدون تركه.

- عن طريق الوسط الخارجي (رياضي، ثقافي) بفضل الاشتراك في نادي (عادي) ومنها

يستطيع أن يقارن نفسه بفضل اشتراك نادي المعوقين في إطار المنافسات الرسمية ( Chazaud, 1994: 233).

## 5-7. مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

### 5-7-1. تعريف اللياقة البدنية:

اللياقة البدنية أسلوب عمل الفرد واستخدامه لقدراته بكفاءة لمواجهة متطلبات الحياة، وهي تختلف للرجل عن المرأة وللشباب والأصحاء عن المعاقين، ويعود ذلك للقدرات المتوفرة لدى كل واحد منهم واحتياجاته ومتطلبات الحياة اليومية، والذي يَهْمُنَا هنا لياقة الفرد المعاق والذي يحتاج إلى لياقة بدنية عامة وخاصة وتختلف هذه اللياقة باختلاف درجة الإعاقة وشِدَّتْها وتبدأ حاجة المعاق إلى اللياقة البدنية بعد الجراحات والإصابات في فترة مُبَكَّرَة وذلك للتأهيل الطبي والعلاج الطبيعي والرياضي لكي يستطيع المعاق استعادة توازنه البدني والنفسي كما تستعيد أجهزته الحيوية تدريجياً عملها الطبيعي لأنها تساعده على الحركة بسهولة وأداء أنشطة الحياة اليومية لكي يصل إلى اللياقة الشاملة (إبراهيم، 2002: 213).

إذن اللياقة البدنية مهمة للفرد المعاق أكثر من أهميتها للفرد المعافى وتعتمد اللياقة البدنية على الحالة الصحية للمعاق وتكوينه الجسمي وقد عُرِّفَت اللياقة البدنية بتعاريف عديدة لعل أهمها: تعرف منظمة الصحة العالمية للياقة البدنية بأنها: المقدرة على أداء عمل عضلي على نحو مرض (عبد الفتاح ونصر الدين، 2003: 13).

يعرفها "حسنين" بأنها كفاءة البدن في مواجهة متطلبات الحياة دون الشعور بتعب زائد، ومن ثم فهي نسبية وليست مطلقة، وهي قدرة بدنية عامة تتضمن مجموعة من القدرات الطاقية والأولية مثل القوة العضلية والجلد الدوري التنفسي والجلد العضلي والسرعة والمرونة والرشاقة (حسنين، 1983: 84).

ويعرفها "فوكس" (Fox, 1983) بأنها الكفاءة الفسيولوجية أو الوظيفية التي تسمح بتحسين نوعية الحياة، بينما يعرفها "لامب" (Lamb, 1978) بأنها القدرة على مواجهة التحديات البدنية العادية للحياة والتحديات الطارئة (باهي وعمران، 2007: 146).

ومن أكثر التعريفات انتشاراً في الوقت الراهن ذلك التعريف الذي قدّمه "هاريسون كلارك" (Harrison Clarke): اللياقة البدنية هي المقدرة على تنفيذ الواجبات اليومية بنشاط ويقظة وبدون تعب مفرط، مع توفر قدر من الطاقة يسمح بمواصلة العمل والأداء خلال الوقت الحر ولمواجهة الضغوط البدنية في الحالات الطارئة (عبد الفتاح ونصر الدين، 2003: 14).

ويتضح من خلال العرض السابق لتعريفات اللياقة البدنية وجود اختلاف في وجهات النظر، وقد يُعزى ذلك لاختلاف الوقت الذي عرّفت فيه واختلاف اهتمامات الباحثين وتخصّصاتهم.

ويعتبر اكتساب اللياقة البدنية من أهمّ الأهداف التي تسعى التربية الرياضية لتحقيقها، فقد وضعها كلارك وماتيزوز (Clarke & Mathews) كهدف أول للتربية الرياضية، كما شاركهما في هذا الرأي "برانويل وهاجمان" (Brownell & Hagman) وغيرهما من العلماء والخبراء واللياقة البدنية هي القاعدة الأساسية التي تبنى عليها إمكانية ممارسة الأنشطة الرياضية المختلفة، فعليها تبنى اللياقة البدنية الخاصة والتقدم بالمهارات الأساسية والخطط وطرق اللعب، وبدونها تصبح إمكانية تحقيق هذه الأبعاد أمراً صعباً بل قد يكون مستحيلاً (حسنين، 1983: 83).

وفيما يتعلّق بتقسيم عناصر اللياقة البدنية فقد تعدّدت الآراء والمفاهيم حول تقسيماتها، إلا أن أكثر التقسيمات ارتباطاً بموضوع الدراسة هو تقسيم "كوربن" (Corbin, 1991) حيث قسّمها إلى قسمين رئيسيين:

أولاً: اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتشتمل:

- كفاءة الجهازين الدوري والتنفسي، القوة العضلية، المرونة، التحمّل العضلي، التركيب الجسمي (النمط الجسمي).

ثانياً: اللياقة البدنية المرتبطة بالمهارة وتشتمل:

- السرعة، القدرة العضلية، الرشاقة، سرعة رد الفعل، التوازن، التوافق (باهي وعمران، 2007: 146-145).

### 5-7-2. تعريف الصحة:

لقد جرت محاولات عديدة من قبل العلماء لتعريف الصحة، من أهمّها أن الصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع نفسه ومع العوامل الضارة التي يتعرّض لها، وعملية التكيف هذه للمحافظة على سلامته لاستمرار توازن وظائف الجسم في عملها (صلاح الدين، بدون سنة: 2).

وهناك قبول عام للتعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية عام 1964 للصحة، وينصّ هذا التعريف على أن: الصحة هي حالة الرفاهة أو السعادة (Well-being) الجسمية والنفسية والاجتماعية التامة، وليس مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف (Maiano et Ninot, 2008: 11).

وكما نرى من هذه التعريفات أن الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية هي المكونات الأساسية لتمتع الفرد بالصحة العامة.

### 5-7-3. علاقة اللياقة البدنية بالصحة:

مصطلح الصحة ومصطلح اللياقة البدنية من المصطلحات التي تستخدم في بعض الأحيان بمعنى واحد، نظراً لشدة الارتباط بين مفهوم كل منهما، ونحن نرى أن كلا من هذين المصطلحين يعتبر جزءاً مكماً الآخر - يؤثر فيه ويتأثر به - (عبد الفتاح ونصر الدين، 2003: 31).

ويمكن تقسيم التأثيرات الصحية الإيجابية الناجمة عن الممارسة المنظمة للنشاط البدني إلى ثلاث جوانب رئيسية، الجانب الأول منها يتمثل في تحسين وظائف أجهزة عديدة من الجسم ورفع كفاءتها، بدءاً بالجهازين الدوري والتنفسي، ومروراً بالجهازين الأيضي والهرموني، وانتهاءً بالجهازين العصبي والعضلي، أما الجانب الثاني من إيجابيات ممارسة النشاط البدني بانتظام فيتمثل في الوقاية من بعض الأمراض والمشكلات الصحية، خاصة المزمنة منها، مثل أمراض القلب التاجية، وداء السكري، وهشاشة العظام، وسرطان القولون، والقلق والكآبة، وأخيراً يتمثل الجانب الثالث من التأثيرات الإيجابية لممارسة النشاط البدني في زيادة الطاقة المصروفة من قبل الجسم، وبالتالي المساهمة الفاعلة في الوقاية من السمنة وفي التخلص منها (الهزاع، بدون سنة: 8).

### 5-7-4. تعريف اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

يعكس مصطلح لياقة الصحة ماهية المستهدف من هذا النوع لللياقة، والذي يتمثل في وصول الفرد إلى مستوى متميز من الصحة والسلامة ومحافظته على هذا المستوى لأطول فترة ممكنة من العمر لمجابهة المتطلبات اليومية بدرجة عالية من الكفاءة والاستمتاع بالحياة.

ويعرّف "جاكسون" وآخرون (Jackson et al, 1999) اللياقة المرتبطة بالصحة بأنها: مظهر مميز للياقة التي تركز إجمالاً على جوانب ذات تأثير عام على الصحة والطاقة والقدرة على مواجهة متطلبات الحياة اليومية وأنشطتها (عبد الفتاح ونصر الدين، 2003: 293-294).

أما كل من "وينيك وشورت" (Winnick & Short, 1999) فيأخذ في الاعتبار الارتباط الوثيق بين الصحة والنشاط البدني ليعرفا اللياقة البدنية على أنها تلك العناصر التي ترتبط أو تؤثر على الصحة، وتتضمن اللياقة القلبية التنفسية، والتركيب الجسمي، واللياقة العضلية الهيكلية (Winnick & Short, 1999: 11).

كما تعرفها الكلية الأمريكية للطب الرياضي (ACSM) على أنها تلك العناصر التي تقتصر على اللياقة الهوائية (الاستهلاك الأقصى للأكسجين)، والتركيب الجسمي (نسبة الشحوم في الجسم) واللياقة العضلية الهيكلية (قوة العضلات وتحملها ومرونتها) (الهزاع، 2001: 7).

إذن يتضح أنه يمكن تعريف اللياقة البدنية ذات الارتباط بالصحة تعريفاً إجرائياً على أنها: مقدرة الفرد الأدائية في اختبارات تعبر عن التحمل الدوري التنفسي (اللياقة القلبية التنفسية)، والتركيب

الجسمي، وقوة العضلات الهيكلية وتحملها ومرونتها (اللياقة العضلية الهيكلية)، وهذه العناصر ترتبط بالصحة الوظيفية للفرد، وهو ما يعكسه التوجّه المعاصر لمفهوم اللياقة البدنية في وقتنا الحاضر.

#### 5-7-5. عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وكيفية قياسها:

سنلقي الضوء باختصار، حسب ما جاء به "الهزاع" (2001) على عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وكيفية قياسها، بدءاً باللياقة القلبية التنفسية، ثم اللياقة العضلية الهيكلية، وإنهاءً بالتركيب الجسمي.

#### 5-7-5-1. اللياقة القلبية التنفسية (Cardiorespiratory Fitness):

تعدّ اللياقة القلبية التنفسية من أهمّ عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وذلك لعلاقتها الوثيقة بالإمكانية الوظيفية للجهاز الدوري التنفسي، ويمكن تعريفها على أنها قدرة الجهاز القلبي التنفسي على أخذ الأكسجين من الهواء الخارجي (بواسطة الجهاز التنفسي) ثم نقله (بواسطة القلب والأوعية الدموية) ومن ثمّ استخلاصه من قبل خلايا الجسم (وخاصة العضلات) لتوفير الطاقة اللازمة للإنقباض العضلي.

ويتمّ قياس اللياقة القلبية التنفسية بطريقة مباشرة في المختبر، وذلك بتعريض المفحوص إلى جهد بدني متدرّج حتى التعب مع قياس غازات التنفس، ثم تحديد أقصى استهلاك للأكسجين لديه، كما يمكن تقديرها بطريقة غير مباشرة من خلال اختبارات ميدانية من أهمّها قياس الزمن اللازم لقطع مسافة محدودة (جرياً/مشياً)، وعادة ما تكون هذه المسافة من كيلومتراً واحداً إلى (3) كيلومترات، معتمداً ذلك على نوع الإختبار المستخدم، والعينة المراد قياس لياقتها البدنية، والإمكانات المتوافرة والوقت المتاح.

#### 5-7-5-2. اللياقة العضلية الهيكلية (Musculo-Skeletal Fitness):

تتمثّل هذه اللياقة في كل من القوة العضلية، والتحمل العضلي، والمرونة المفصليّة، ويمكن استخدام اختبارات معملية أو ميدانية لقياس هذا النوع من اللياقة البدنية.

ومن الاختبارات الميدانية الشائعة لقياس القوة العضلية اختبار الضغط بالذراعين من وضع الإنبساط المائل، أو بالشّد لأعلى بواسطة العقلة، كمؤشّر على قوة عضلات الذراعين والحزام الصدري، كما يمكن استخدام قوة القبضة كمؤشّر على القوة العضلية، أما التحمل العضلي فيتمّ قياسه عادة باختبار الجلوس من الرقود مع ثني الركبتين ولمدة دقيقة، كمؤشّر على قوة عضلات البطن وتحملها، وتستخدم لقياس المرونة المفصليّة إختبارات مباشرة وأخرى غير مباشرة، ومن الإختبارات غير المباشرة وأكثرها شيوعاً وسهولة إختبار مد الذراعين من وضع الجلوس مستخدمين صندوق المرونة (Sit & Reach).

### 3-5-7-5. التركيب الجسمي (Body Composition):

يتركب الجسم إجمالاً من أجزاء شحمية وأخرى غير شحمية، وتشمل الأجزاء غير الشحمية العضلات (التي تمثل النسبة الكبرى من الأجزاء غير الشحمية)، والعظام، والأنسجة الضامة، والماء والمعروف أن زيادة الشحوم لدى الفرد أمراً غير مرغوب فيه، حيث ترتبط هذه الزيادة في الشحوم ارتباطاً سلبياً مع الأداء البدني، ويحتاج جسم الإنسان إلى حد أدنى من الشحوم تقدر بحوالي (5%) لدى الرجال وحوالي (12%) لدى النساء، أما النسب المثالية لشحوم الجسم لدى الرجال في مرحلة الشباب فتكون من (10-18%) من وزن الجسم، وللنساء من (15-23%) من وزن الجسم، أما إذا زادت نسبة الشحوم عن (25%) من وزن الجسم لدى الرجال أو عن (32%) لدى النساء فتعد نسبة الشحوم مرتفعة (سمنة أو بدانة)، ويتم قياس نسبة الشحوم بطريقة ميدانية وأخرى معملية، ومن أكثر الطرق الميدانية شيوعاً لقياس نسبة الشحوم في الجسم استخدام مقياس سمك طية الجلد في مناطق معينة من الجسم، للإستدلال على كمية الشحوم الموجودة تحت الجلد والتي تعد مؤشراً لشحوم الجسم عامة، ويمكن استخدام مقاييس طية الجلد بحد ذاتها كمعايير مستقلة للسمنة أو البدانة لدى الفرد، أو تحويل هذه المقاييس إلى نسب شحوم باستخدام معادلات تنبؤية مخصصة لهذا الغرض (الهزاع، 2001: 16-18).

### 6-7-5. تنمية اللياقة البدنية لذوي الاحتياجات الخاصة بممارستهم للرياضة المعدلة:

إن تنمية المهارات لدى المعاقين بالشلل بأداء التمرينات والمنافسة الرياضية تمرّ بعمليات وظيفية مختلفة، فمن التأقلم تصل إلى التأهيل للوصول إلى أعلى درجة من الكفاءة الوظيفية الممكنة للجهاز العصبي لتمكّن المعاق من الوصول إلى قمة لياقته البدنية بعناصرها المعروفة (من مهارة، وجلد دوري تنفسي، وقوة عضلية، ومرونة، وسرعة، ...)، وللحصول على ما سبق يرى "رياض" (2005) أن نأخذ في الاعتبار عدّة عوامل مختلفة والتي تشمل ما يلي:

### 1-6-7-5. نوع وشدة الإعاقة:

يلزم التفرقة بين نوع وشدة الإعاقة، ففي المعاقين بالشلل النصفى يجب التفرقة بين الشلل الكلي والشلل الجزئي، ومستوى الفقرات المواكب للإصابة، وهل هي - مثلاً - إصابة بالأطراف فقط أو تشمل أيضاً عضلات البطن والجذع أو لجزء من الأطراف العليا، وهل يصاحب الإصابة شلل تقلصي أو شلل ارتخائي بالعضلات، كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار درجة فقدان الحسي بوضع الجسم وتوازنه في الوضع القائم، وكذلك أي اختلال بالدورة الدموية، وخاصة في الإصابات بالشلل ما فوق الفقرة الصدرية الخامسة.

وتتمّ الممارسة الرياضية لمعاقبي الشلل النصفي السفلي الكامل أو الجزئي من الجلوس، في حين أنه في الحالات الأقل حدة للشلل الجزئي يمكن للمعاقين المشي أو استعادة إمكانية المشي وتختلف تبعاً لذلك نوعية التمرينات الرياضية وطريقة أدائها.

### 5-7-6-2. تناسب نوع الرياضة مع نوعية الإعاقة:

لا بدّ وأن تتناسب نوع الرياضة مع طبيعة الإعاقة الحادثة ما بعد الإصابة وتزداد هذه النقطة في الأهمية للمعوقين بالشلل الرباعي أو أصحاب الإعاقة المركبة (شلل رباعي + بتر).

### 5-7-6-3. تناسب قواعد الممارسة الرياضية الخاصة مع نوع الإعاقة:

إن الرياضة طريقة علاج تكميلي وتأهيلي ناجح للمعوقين للارتقاء بمستوى لياقتهم البدنية العامة، ويلزم في هذا المجال مراعاة الرغبات النفسية للمعاق في اختيار الرياضة المناسبة لميوله بالإضافة إلى صلاحيتها الفنية لنوعية إعاقته، ومن خلال ممارسة المعاق للتمرينات الرياضية ومنافستها ستتضح ميوله ومدى استعداده الفطري باستمراره في نوع معين من الرياضة، ويجب تشجيعه لممارستها بعد الخروج من المستشفى كجزء ترويجي مهم من الناحية البدنية والنفسية.

وليس هناك تقسيمات محدّدة ما بين فترة التأهيل الطبي للمعاق وبداية تدريباته لممارسة الرياضة التنافسية الخاصة، كما أنه لا تختلف القواعد الأساسية في اكتساب المهارات التدريبية في الرياضة الخاصة للمعاقين بالشلل عنها في الأصحاء، ويتلخّص ذلك في أداء تدريبات فنية متكررة للوصول إلى أعلى درجة من اللياقة البدنية العامة والخاصة، والفرق الوحيد في حالة المعاقين بالشلل هي نوعية التدريبات الحركية للرأس والجذع، والأطراف العليا، كما يختلف هؤلاء المعاقين عن الأصحاء في القوة العضلية والجلد (التحمل)، والمرونة (المدى الحركي)، حيث تقلّ فيهم هذه العناصر عن الأصحاء، ويلزم مراعاة ذلك في تطبيق علم التدريب الرياضي عليهم، كما أن هناك اختلافاً تدريبياً في الحركات الفنية لدفع الجلة (الكرة الحديدية)، والإطاحة بالمطرقة، وقذف القرص من الكراسي المتحركة فيلزم وبالدرجة الأولى عند تدريب المعاقين على الرمي في ألعاب القوى أن يتدربوا على الاحتفاظ الجيد بتوازنهم على الكراسي المتحركة قبل وأثناء وبعد الرمي وبدون التأثير على قوة واتجاه الرمي.

كما أن رياضة كرة السلة بالكراسي المتحركة تعتبر من أهم الرياضات التي تساعد المعاقين بالشلل على اكتساب مهاراتهم ولياقتهم البدنية العامة، وعند التدريب يجب الاهتمام بالجوانب الوقائية من



الإصابات بتجنّب الاصطدام مع كرسي الخصم الذي يحتسب كمخالفة رياضية فنية (رياض، 2005: 63-65).

## 5-08. خطوات تنفيذ برنامج النشاط البدني والرياضي المعدل داخل مراكز التأهيل

### الوظيفي:

للنشاط الرياضي داخل المركز دور هام في استثمار أوقات الفراغ وذلك من خلال تعليم المهارات الحركية للأفراد المعوقين حركياً، وتنويع أوجه النشاط لتقابل ميول وحاجات المتعلمين وكذلك من خلال توجيه الأطفال المعوقين حركياً إلى نوع النشاط المناسب لاستعداداتهم وقدراتهم وميولهم.

ونتبع في تنفيذ برنامج النشاط الرياضي حسب "الخطاب وزكي" الخطوات التالية:

#### - الكشف الطبي:

يجب أن يجرى كشف طبي شامل لتحديد الحالة الصحية للفرد تحديداً دقيقاً وعلى ضوءها تتضح التوجيهات الضرورية صحياً كانت أم تربوية وكذلك عمليات المتابعة، وقد تأخذ عملية المتابعة أشكالاً متعدّدة تتضمن العلاج الطبي الشامل أو علاج الأسنان أو الخدمات الطبية بالنسبة للعينين أو الأذنين، أو الخدمات العلاجية للعظام والمفاصل، أو التوجيه التربوي الخاص أو تكييف البرنامج حتى يناسب الحالات الفردية.

ويتضمن الكشف الطبي عادةً التاريخ الصحي للفرد، والتاريخ الصحي للأسرة، واختبار النظر والسمع والمسالك الأنفية والأسنان واللوزتان والغدد والقلب والرئتان والدم والبطن والعظام والعضلات والطول والوزن والقوام والقدمان والحالة الغذائية والجهاز العصبي.

#### - تصنيف نواحي النشاط البدني والرياضي المكيف:

إن الغرض من تصنيف نواحي النشاط البدني هي تقسيم الأفراد إلى جماعات متجانسة حتى تتاح لهم أفضل فرص الرعاية وأحسن ظروف التعليم، وقد نتج في تقسيم الأفراد إلى جماعات إلى الجهات التالية:

- هؤلاء الذين ليس لديهم أي انحراف صحي أو بدني، وعلى ذلك لا نحدّ من نشاطهم الرياضي، وهؤلاء يشتركون في نشاط البرنامج العام.

- الذين يشكون انحراف أو أكثر من الانحرافات الصحية أو البدنية ويحتاجون إلى بعض التحديد في نشاطهم، وهؤلاء يدخلون في نطاق التحديد المتوسط، ومن المحتمل أن يوجد في هذه المجموعة بعض الأفراد من ذوي الحالات المؤقتة أو الدائمة.

- هؤلاء الذين يشكون ناحية أو أكثر من الانحرافات الصحية يحتاجون لتحديد واضح في نشاطهم، وهؤلاء يوضعون في نطاق التحديد الكبير، من المحتمل أيضاً أن يوجد بين هذه المجموعة بعض الحالات المؤقتة أو الدائمة الحادة وأن يدخل ضمنها الأفراد الذين ينصح لهم بفترات خاصة للراحة.

وتستطيع الجماعة المحددة النشاط تحديداً متوسطاً أو كبيراً أن تمارس النشاط العلاجي وكذلك تعلم بعض الألعاب الرياضية وبالمثل يمكن توجيه أفرادها في مسائل القوام وميكانيكية الجسم إذا احتاج الأمر لذلك ويمكن كذلك تنظيم بعض ألوان النشاط الذي يجمع أفراد هاتين الجماعتين بأفراد البرنامج العام لغرض إكسابهم خبرات جديدة في اللعب ورفع روحهم المعنوية.

#### - الاجتماع التمهيدي لمناقشة النشاط الملائم:

بعد أن يتم إجراء الكشف الطبي وقبل أن يبدأ توزيع الأفراد على جماعات النشاط، يجب أن تنظم بعض الاجتماعات التمهيديّة مع كل فرد لتعريفه بنتائج الكشف الطبي وتوضيح سهولة العلاج ويُسرّه إذا ما عاون الفرد في تنفيذ التعليمات، ولهذه الاجتماعات قيمة كبيرة بالنسبة للفرد ويحضر هذا الاجتماع: الطبيب، الأخصائي الاجتماعي، المشرف الرياضي وينحصر الغرض الأساسي من هذا الاجتماع التمهيدي فيما يأتي:

- توطيد أواصر المودة مع الفرد واكتساب ثقته.
- تحديد أفضل الوسائل لتحسين حالاته الوظيفية.
- وضع أسس السيطرة على الحالة لمنع تفاقمها.
- استعراض العادات الصحية الخاصة للفرد ووضع الخطط لتحسين الأحوال المعيشية والصحية إن أمكن.

- تسجيل أي مظاهر إنحرافية أو أي اتجاهات عقلية خاصة.
- تحديد ميول ورغبات الفرد الترويجية.
- الاتفاق على البرنامج التجريبي للنشاط البدني الرياضي المكيف نتيجة للتفكير المشترك بين الفرد والمشرفين والطبيب وترجمة التشخيص الطبي إلى نشاط رياضي وحركي ملائم.

- تنمية إستيعاب الفرد للخبرات التي سوف يقابلها في البرنامج الذي أتفق عليه وتمّ رسمه، ويرتبط نجاح البرنامج لمدى فهم الفرد لمشاكله الخاصة ومدى ما يكتسبه من مهارات وقدرات تمنعه من الارتباك أو الفشل وإتاحة الفرصة له لكي يعمل بجهده في تحسين حالته حتى يصبح كسائر الناس (الخطاب وزكي، 1965: 135-136).

## 5-09. المقاربة البيداغوجية للإعاقة من خلال ممارسة النشاط البدني

### والرياضي:

يذكر "شازود" (Chazoud, 1994) أن المقاربة البيداغوجية يجب أن تُنفذ على أساس طبيعة ودرجة العوق - بدني أو عقلي - ودرجة تأثيرها على الفرد نظراً لاختلاف القدرات والقابليات والميول في أداء المهارات باختلاف أنواعها العقلية والجسمية، ومع الأفراد المعوقين حركياً تتمثل في:

- المعاق حركياً يطلب ويرغب في أن يكون محترماً، لا يريد الشفقة اتجاهه ولا المغالاة في التفاعل معه بلطف والسلوك المبالغ فيه ناحيته، ومن خلال النشاط الرياضي، يجب توعيته بحجم العوائق التي تواجهه ومساعدته على تخطيها، وتبيين له ماذا يستطيع أن يفعل، كما يجب تجنب الانعزال.
- على المربي الرياضي أن يأخذ في الاعتبار هيكله أو إعادة هيكله الصورة الجسدية للمعاق، بالموازاة مع سنه والنشاط الممارس، وكذا أهميّة السن الحقيقي مقارنة بالمستوى النفسي الحركي للمعاق.
- مع المعاق ذهنياً، يكون من الصعب التحدّث عن التحكّم التقني، فالأمر يتعلّق باختيار طريقة تعليم مناسبة وذلك بتعديل مثير ودائم للمقاربة البيداغوجية، والإلتقان الحركي يظهر على المدى الطويل بعد المعاشة وكذا التجارب في الميدان.
- فالإلتقان الحركي للمعاق ذهنياً أساساً يختلف جذرياً عنه عند المعاق حركياً، وذلك لأن المعاق ذهنياً ليس لديه العرض العقلي - المنطقي - للحركة، ورغم هذا الاختلاف في المقاربة بين المعوقين، فإنه توجد بعض القواعد العامة أو القوانين البيداغوجية صالحة للتطبيق عند الممارسة الرياضية وهي كالتالي:

\* أهمية العلاقة العاطفية في إعادة تربية وتأهيل المعوقين.

\* أهمية تقبّل الذات عند المعاق.

\* أهمية دور الأولياء في مساعدة أو كبح عملية التأهيل.

\* مراعاة قابلية التعب للأفراد المعوقين، فمن الضروري احترام قدراتهم الحيوية.

\* وضع النشاطات التربوية يكون بشكل فردي، أي حسب قدرات الفرد المعاق

واستعداداته وميوله... إلخ (Chazaud, 1994: 235-236).

## 5-10. بعض رياضات ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً:

يشارك المعاقين حركياً (إعاقة سفلية) عادة في رياضات معيّنة دون الأخرى، وتتمثل حسب

"حنيفي" (Hanifi, 1995) في:

- **السباحة:** إنها الرياضة التي يستطيع أن يشارك فيها أغلب المعاقين، إذ أنها تحتاج إلى جميع العضلات وأطراف الجسم لتكسبه الرشاقة والمرونة، فقد ذهب المختصين لتسميتها بالرياضة الكاملة، إضافة إلى ذلك فالسباحة تكسب المعاق صفتي التنسيق والتوازن، واللذان لن يجدهما أثناء المشي أو الجري.

- **تنس الطاولة:** ويختص بها عادةً المعوقون ذوي الكراسي المتحركة، مع مراعاة قياس نوعي للطاولة، وتعمل هذه الرياضة على رفع القدرات العضلية للقسم العلوي، إضافة إلى تقوية عضلات البطن والظهر، والتنسيق في الحركات على مستوى الجانب الأعلى وتعمل على تحقيق التوازن على الكراسي.

- **ألعاب القوى:** يستطيع ممارستها كل المعوقين بمختلف إعاقاتهم، خاصة المعاقين حركياً، وتتعدد اختصاصات المسابقة ابتداءً من سباق (100) متر إلى المارطون، والهدف من ممارسة هذه الرياضة هو تقوية الأطراف العلوية بالنسبة لفاقدي الأرجل وعلى تقوية الأطراف العلوية المصابة، كما أنه بالإمكان ممارسة رياضة الرمي بمختلف أنواعها كرمي القرص، الجلة، والرمح وتعمل على تقوية عضلات البطن، الكتفين وكذا الذراعين، وتعمل على تحقيق التوازن على الكراسي.

- **كرة السلة:** وتعتبر اللعبة الجماعية الوحيدة ذات الشهرة العالمية الطيبة عند فئة المعاقين حركياً، وهي الرياضة الجماعية الأكثر ممارسة عندهم، ويختص بها طبعاً المعاقين ذوي الكراسي المتحركة، ويراعى فيها نوعية الكراسي، حيث تستخدم كراسي خفيفة سهلة التحرك بسرعة وخفة، وكذلك الدوران بمختلف الاتجاهات (Hanifi, 1995: 19-20).

## 5-11. ممارسة النشاط البدني والرياضي لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر

من خلال الوثائق الرسمية:

- الأمر 95 - 09:

\* تنظيم الممارسات البدنية والرياضية:

- التربية البدنية:

- المادة رقم 05: تُشكّل التربية البدنية والرياضية قاعدة أساسية لتطوير المنظومة التربوية للتربية البدنية والرياضية وهي مندمجة ضمن المنظومة التربوية.

وتتمثّل أساساً في تعليم يساهم في التحسين والمحافظة على الكفاءات النفسية الحركية للطفل والشباب في الأوساط التربوية، وما قبل الدراسة وفي مؤسسات التربية والتكوين والهيكل المكفّفة باستقبال الأشخاص الموضوعين في وسط إعادة التربية، أو مؤسسات الوقاية وكذا في الهيكل المكفّفة باستقبال الأشخاص المعوقين.

- النشاط البدني والرياضي الترفيهي:

- المادة رقم 07: يمثّل النشاط البدني والرياضي الترفيهي في ترفيه فعّال إرادي وحرّ أو منظم يهدف إلى تفتح شخصية الفرد ثقافياً وتهينته بدنياً وهو موجّه إلى كافة أصناف السكان دون تمييز في السن أو الجنس.

- المادة رقم 98: يكون إستعمال المنشآت الرياضية العمومية مجاناً:

- لرياضة النخبة والمستوى العالي.

- للنشاط البدني والرياضي في الوسط ما قبل المدرسي والمدرسي والجامعي بالأولوية.

- للتنظيمات الرياضية للمعوقين.

- لعمليات تكوين الإطارات الرياضية التي تقوم بها مؤسسات عمومية (الأمر 95 - 09، 1995: 8-9).

- القانون 04-10 لسنة 2004:

- المادة 03: تعتبر ممارسة التربية البدنية والرياضية حقاً معترفاً به لكل المرابطين دون تمييز في السن أو الجنس.

تعدّ ترقية وتطوير التربية البدنية والرياضية من الصالح العام.

- **المادة 09:** ممارسة التربية البدنية والرياضية إجبارية في المؤسسات المتخصصة الخاصة بالأشخاص المعوقين وذوي العاهات.

- **المادة 12:** يخضع تعليم وممارسة التربية البدنية والرياضية إلى ترخيص طبي مسبق.

تؤهل مصالح الطب المدرسي وحدها للقيام بالمراقبة الطبية لقابلية ممارسة التربية البدنية والرياضية بالنسبة للمؤسسات التابعة لقطاع التربية الوطنية.

تقوم المصالح الطبية التابعة لقطاع الصحة بالمراقبة الطبية لقابلية ممارسة التربية البدنية والرياضية في قطاعي التعليم العالي والتكوين المهني، وفي المؤسسات المتخصصة الخاصة بالأشخاص المعوقين وذوي العاهات، وضمن هياكل إستقبال الأشخاص الموضوعين في أوساط إعادة التربية والوقاية وكذا المؤسسات العقابية (قانون 04-10، 2004: 13-14).

## 5-12. خلاصة:

يتضح مما سبق أن النشاط البدني والرياضي المعدل هو كل الحركات والتمارين وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم وذلك بإصابات بدنية نفسية، ذهنية، حيث يكونوا محرومين من بعض الوظائف الكبرى.

ويتميز النشاط البدني والرياضي المعدل عن غيره من البرامج بأن أنشطته قابلة للتعديل لكي تتناسب جميع القدرات ليس البدنية فحسب بل النفسية والاجتماعية والعقلية، لذلك فإن مساهمته في تطوير هذه الجوانب لا يمكن إغفالها، بل وعلى العكس قد ينفرد النشاط البدني والرياضي في كونه البرنامج الوحيد الذي يُطور الجوانب البدنية والحركية بالإضافة إلى مساهمته أيضاً بشكل أساسي في تطوير الجوانب الأخرى لذوو الاحتياجات الخاصة.

وتعتبر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة أحد أنواع اللياقة البدنية والتي تهدف إلى إكتساب الفوائد الناجمة عن ممارسة النشاط البدني والرياضي المعدل للأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة المتمثلة في المحافظة على الصحة والمساهمة في تنمية وإستقلالية الأشخاص في كل الأبعاد (النفسي، الإجتماعي، العلاجي، الوقائي،... إلخ)، وتسهّل بالطبع سيرورات وإستراتيجيات الدمج الإجتماعي.

فاللياقة البدنية المرتبطة بالصحة هي مهمة للفرد ذو الحاجات الخاصة أكثر من أهميتها للفرد المعافى، وتختلف هذه اللياقة باختلاف درجة الإعاقة وشدتها، كما أن تنمية اللياقة البدنية لهؤلاء الأفراد

لا بدّ وأن يتمّ وفقاً لقدراتهم وإمكاناتهم الجسمية والحركية المتبقّية لهم وذلك للوصول بالمعاق إلى أقصى درجة من الكفاءة الوظيفية لتحقيق اللياقة البدنية الشاملة حتى يستطيع المعاق التمتع بالحياة في توازن وتكامل.

ورغم الأثر الإيجابي للنشاط البدني والرياضي في حياة ذوي الاحتياجات الخاصة، وإطلاقاً من ممارسته وإنتشاره في الجزائر لوجدنا أنه لم تعطى له المكانة اللائقة والصحيحة ضمن المشاريع التكوينية بالمؤسسات المتخصصة، إذ يعاني نقصاً كبيراً من ناحية الإهتمام به وضبطه من الناحية القانونية، وكذا النقص في تكوين المؤطرين المختصين في هذا المجال، مع نقص تمويل الدولة لتدعيم وتطوير ونشر ممارسته داخل المراكز المتخصصة، وهو بمثابة مطلب وحق شرعي لا بد من توفيره لكل الأشخاص والمعنيين بهذا النشاط لخدمتهم ومساعدتهم الطبيعية والقانونية، الخدمات ذات طابع تربوي، إجتماعي وصحي تسمح للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة أن تكون لهم مكانة حقيقية ضمن مجتمعنا ليشاركوا ويساهموا في التنمية الوطنية الشاملة.

## الباب الثاني: الجانب التطبيقي



## الفصل الأول

إجراءات الدراسة الميدانية

## 1-1. تمهيد:

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا وسيتناول الباحث في هذا الفصل وصفاً لكل من منهج الدراسة وعينتها وطريقة اختيارها وإجراءات ضبطها، بالإضافة إلى أدوات الدراسة ودلالات صدقها وثباتها، حيث استخدم الباحث كل من مقياس صورة الجسم من إعداده ومقياس تقدير الذات لـ روزنبرج (Rosenberg, 1965) واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لـ وينيك وشورت (Winnick & Short, 1999) بالإضافة إلى البرنامج الرياضي المقترح الذي تم بناءه من قبل الباحث، كذلك الإجراءات التي اتبعها الباحث في تطبيق الدراسة، والمعالجات الإحصائية المستخدمة لتحليل البيانات والتحقق من فروض الدراسة، ويتضح ذلك فيما يلي:

## 2-1. منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج التجريبي لملائمته لطبيعة الدراسة بتصميم مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة مع قياس قبلي وقياس بعدي لكل منهما.

## 3-1. مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة حركيا من سن (13-17) سنة المتواجدين داخل المؤسسة الإستشفائية يعقوبي زهير -الشاطئ الأزرق- بولاية تيبازة والبالغ عددهم (29) فردا، بالإضافة إلى المؤسسة الاستشفائية قاصدي مرباح -تقصرين- بولاية الجزائر العاصمة والبالغ عددهم (24) فردا، وفقاً لاستمارة الإحصائيات بالمؤسستين الإستشفائيتين لسنة 2009.

## 1-3-1. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (20) معاق حركيا من الذكور مصابين بالشلل النصفي السفلي، ممّا يشكلون ما نسبته (37,73%) من مجتمع الدراسة، يُمَثَّلون مرحلة المراهقة، تمّ اختيارهم بالطريقة العمدية وفق الشروط التالية:

- أفراد العينة كلهم ذكور.

- نوعية الإعاقة: شلل نصفي سفلي.

- خلُو أفراد العينة من الإعاقات الأخرى غير الحركية ومن أية أمراض مصاحبة.
- المستوى التعليمي: أفراد العينة هم تلاميذ المرحلة المتوسطة والثانوية.
- ينتمي أفراد العينة إلى المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط، وفقا لمؤشرات المستوى الاقتصادي والاجتماعي لأسرهم المدونة في سجلاتهم بالمؤسستين الاستشفائيتين.
- أفراد عينة الدراسة لا يمارسون أي نشاط رياضي ما عدا حصص التأهيل الحركي داخل المؤسسة الإستشفائية.

وتمّ تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متساويتين كما يلي:

أ- **المجموعة التجريبية:** تكوّنت من (10) معاقين حركيا بالشلل النصفي السفلي تراوحت أعمارهم بين (13-17) سنة بمتوسط عمري قدره (14,62) سنة وانحراف معياري قدره (1,58) بالمؤسسة الإستشفائية يعقوبي زهير -الشاطئ الأزرق- بولاية تيبازة، وقد تعرّضت هذه المجموعة إلى البرنامج الرياضي المقترح في هذه الدراسة.

ب- **المجموعة الضابطة:** تكوّنت من (10) معاقين حركيا بالشلل النصفي السفلي تراوحت أعمارهم بين (13-17) سنة، بمتوسط عمري قدره (15,03) سنة وانحراف معياري قدره (1,4) بالمؤسسة الإستشفائية قاصدي مرباح -تقصرين- بولاية الجزائر العاصمة، ولم يتلق أفراد هذه المجموعة التدريب على البرنامج الرياضي المقترح في الدراسة.

- **تكافؤ عينة الدراسة:**

تمّ إجراء التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي قبل البدء في تطبيق البرنامج الرياضي المقترح لمتغيرة العمر الزمني واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وعلى مقياس صورة الجسم ومقياس تقدير الذات، والجدول رقم (1) يوضّح ذلك.

الجدول رقم (1): يبين المتوسط الحسابي والوسيط والانحراف المعياري ومعامل الالتواء للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل تنفيذ البرنامج في متغيرات العمر الزمني وأبعاد مقياس صورة الجسم وتقدير الذات واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

$$n^1 = n^2 = 10.$$

المجموعة الضابطة				المجموعة التجريبية				وحدة القياس	القياس	
معامل الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	المتوسط الحسابي	معامل الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	المتوسط الحسابي		المتغيرات	
1,007	1,407	14,56	15,03	1,158	1,581	14,01	14,62	السنة	العمر الزمني	
-0,875	2,4	26,5	2,27	0,304	2,96	28	28,03	درجة	بُعد المكون الإدراكي	
-1,197	5,26	33	30,9	-0,337	3,56	34,5	34,1	درجة	بُعد المكون الذاتي	
-0,279	4,3	41,5	41,1	-0,227	3,95	43	43,3	درجة	بُعد المكون السلوكي	
-0,266	8,99	100	99,2	-0,138	6,52	106	105,7	درجة	الدرجة الكلية للمقياس	
-0,950	2,84	26	25,1	0,522	2,87	24	24,5	درجة	مقياس تقدير الذات	
0,905	2,32	13,40	14,1	-0,001	1,92	15	14,93	(ملم)	التزكيب الجسمي	عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة
233,1	2,70	14,15	15,26	0,334	2,42	15,84	16,11	(ملم)		
1,129	4,78	27,56	29,36	-0,429	4,26	31,65	31,04	(ملم)		
0,479	1,93	29,66	29,98	0,776	1,7	30,47	30,91	كـلـغ	قوة القبضة	
1,131	1,14	10,36	10,79	1,230	0,78	8,42	8,74	دقيقة	التحمل الدوري التنفسي (مشي/جري 600م)	

يتضح من الجدول رقم (1) أن أفراد عينة الدراسة لكلا المجموعتين (التجريبية والضابطة) يُشكّلون مجتمعا إعتداليا متجانسا في كل من متغيرة العمر الزمني وأبعاد مقياس صورة الجسم ومقياس تقدير الذات واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وذلك بالرجوع إلى قيم معامل الالتواء والتي انحصرت ما بين  $(3 \pm)$ .

#### 1-4. أدوات الدراسة:

استخدم الباحث في الدراسة الحالية الأدوات التالية:

1-4-1. مقياس صورة الجسم (إعداد الباحث).

1-4-2. مقياس تقدير الذات لـ روزنبرج (Rosenberg, 1965).

1-4-3. اختبار اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لـ وينيك وشورت (Winnick & Short, 1999) الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

1-4-4. البرنامج الرياضي المقترح (إعداد الباحث).

1-4-5. أداة الإحصاء.

وفيما يلي عرض تفصيلي للأدوات المذكورة أعلاه:

#### 1-4-1. مقياس صورة الجسم:

كشف لنا التراث السيكلوجي العربي المتاح أو المنشور عن ندرة الأدوات التي تُتيح لنا إمكانية قياس مفهوم صورة الجسم لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن ثمّ وجد الباحث أنه من المناسب وضع مقياس خاص لقياس هذا المفهوم يتناسب مع أهداف الدراسة ويراعي طبيعة عينتها وخصائص فترتها العمرية، وسوف نعرض خطوات إعداد مقياس صورة الجسم وخصائصه السيكلومترية كما يلي:

- الإطلاع على الأدبيات والنظريات التي تناولت موضوع صورة الجسم.

- الإطلاع على تعريفات المختصين لصورة الجسم.

- الإطلاع على عدد من الدراسات السابقة و المشابهة (العربية والأجنبية) في موضوع صورة الجسم ومن هذه الدراسات ما يأتي: دراسة كفاقي والنيال (1995)، بن تومي (1998)، بيتوس (Beatus, 1996)، شقير (1998)، لالكان (Lalkhen, 2001)، لوكلار (Le Clair, 2005)، وايد (Wade, 2007).

- كما تمّ الإطلاع على عدد من المقاييس الأجنبية والعربية التي اهتمت بقياس صورة الجسم ومن هذه المقاييس ما يأتي: مقياس كينيث فوكس (Fox, 1990) لإدراك الذات البدنية، مقياس مفهوم الذات لذوي التحديات الحركية من إعداد (الربضي والمومني، 1992)، مقياس تنسي (Tennessee) لمفهوم الذات: من تصميم وليام فتيس، تعريب علاوي و شمعون، مقياس وصف الذات البدنية: تصميم

هربرت مارش (Marsh,1994) اقتباس علاوي، مقياس الحالة البدنية: تصميم علاوي، مقياس صورة الجسم من إعداد كفاي والنيال (1995)، مقياس صورة الجسم من إعداد بيتوس ( Beatus, 1996)، مقياس صورة الجسم من إعداد شقير (1998)، مقياس شكل الجسم لـ فايد (2001)، اختبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعددة الأبعاد (M ,B,S,R,Q) إعداد: كاش (Cash,1994) وذلك لقياس الجوانب الذاتية الجسمية لصورة الجسم تعريب الدسوقي (2003)، ومقياس تقدير الجسم ( Body Esteem) للمراهقين والشباب لـ وايد (Wade, 2007).

### - الصورة الأولية للمقياس:

اعتمادًا على الخطوات السابقة، وفي ضوء التعريف الذي تبناه الباحث، تم إعداد الصورة الأولية للمقياس وهي تتكون من (44) عبارة لقياس صورة الجسم لدى ذوي الاحتياجات الخاصة تتوزع على ثلاثة أبعاد وهي:

- **بُعد المكون الإدراكي:** يشير إلى دقة إدراك الفرد المعاق حركيا لحجم جسمه، ويشمل على (16) عبارة.

- **بُعد المكون الذاتي:** يشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم، ويشمل على (16) عبارة.

- **بُعد المكون السلوكي:** يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد المعاق حركيا عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسدي، ويشمل على (20) عبارة. وقد أخذ الباحث في الحسبان عند إعداد العبارات التي تُعبّر عن الصفات والخصائص التي يتضمنها كل بُعد ما يلي:

- أن يكون عدد العبارات التي تتضمن مظاهر سلوكية إيجابية متقاربا مع عدد العبارات التي تتضمن مظاهر سلوكية سلبية في كل بُعد.

- شمول العبارات لكل بُعد.

- سلامة العبارة ومناسبتها لمستوى مفهوم ذوو الاحتياجات الخاصة حركيا لصورة جسمهم.

- البعد قدر الإمكان عن التكرار.

- أن تكون تعليمات المقياس مبسطة ومفهومة ولا تحتاج إلى توضيح، ويُجاب عن كل عبارة

طبقاً للاحتتمالات الموضوعة لذلك.

بعد استكمال إعداد عبارات المقياس بشكله الأولي عمد الباحث إلى القيام بإجراءات الصدق والثبات وعلى النحو التالي:

#### - صدق مقياس صورة الجسم:

للتحقق من صدق الأداة اعتمد الباحث على الصدق الظاهري من خلال عرض المقياس بأبعاده الثلاثة وتعريفاتها الإجرائية والعبارات التي تعكسها على مجموعة من الأساتذة الدكاترة المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والإرشاد النفسي والتربية الخاصة والقياس والتقويم والتربية الرياضية وعددهم (14) محكمًا (أسمائهم ورتبهم العلمية في الملحق رقم 1) مشهود لهم بمستواهم العلمي وتجربتهم الميدانية في المجالات الدراسية ومناهج البحث العلمي وذلك بإبداء ملاحظاتهم وآرائهم وتقديرهم في صلاحية العبارات المعدّة لقياس صورة الجسم لدى ذوي الاحتياجات الخاصة من حيث:

- تحديد مدى ملائمة الأبعاد التي يتضمنها المقياس المقترح.
  - تحديد مدى ملائمة كل عبارة للبعد المنتمية إليه في ضوء التعريف الإجرائي لكل بعد.
  - درجة دقة وسلامة الصياغة اللغوية لكل عبارة.
  - درجة وضوح العبارات.
  - إبداء أية تعديلات أو ملاحظات أخرى يرونها مناسبة.
- وقد تم تفرغ آراء السادة الأساتذة المحكمين مع الأخذ في الاعتبار الملاحظات والمقترحات الخاصة بحذف عبارة ما أو إعادة صياغتها وتعديلها، وحساب النسبة المئوية للموافقة التحكيمية على كل عبارة من عبارات المقياس المقترحة، وفي ضوء ذلك اختيرت العبارات التي وافق عليها السادة الدكاترة المحكمون بحد أدنى (80%)، وتم استبعاد (16) عبارات من العدد الكلي لعبارات المقياس وهي التي حصلت على نسبة أقل من (80%) من الموافقة التحكيمية، حيث أشار المحكمون بعدم فاعليتها أو أنها تتشابه مع غيرها من العبارات من حيث المضمون، و منه أصبح المقياس يتكون من (36) عبارة، كما هو موضّح في الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2): يوضّح عدد العبارات الموزعة على أبعاد مقياس صورة الجسم بعد إجراء عملية

### الصدق الظاهري

العدد	أرقام العبارات التي تنتمي للبعد في المقياس	الأبعاد
10	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10.	المُكون الذاتي
12	11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22.	المُكون الإدراكي
14	23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36.	المُكون السلوكي

### - الدراسة الاستطلاعية:

لغرض التأكد من مدى وضوح مفهوم العبارات والتعليمات ومناسبة ميزان التقدير الخماسي ليكرت (Likert) الذي حدده الباحث، وكذلك التعرف على الزمن المستغرق للإجابة على المقياس، طبّق الباحث مقياس صورة الجسم على (10) أفراد من نفس مجتمع الدراسة ومن خارج العينة الأساسية، وقد أشارت نتائج التجربة الاستطلاعية إلى ما يلي:

- التعليمات واضحة والعبارات مفهومة.

- مناسبة ميزان التقدير الخماسي ليكرت.

- عدم التقيّد بزمن محدّد للإجابة على المقياس.

- يمكن تطبيق المقياس بشكل فردي أو جماعي.

- ثبات مقياس صورة الجسم:

تم التأكد من ثبات مقياس صورة الجسم باستعمال طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (test-Retest) على عينة استطلاعية مكونة من (10) أفراد من ذوو الاحتياجات الخاصة حركيا من مجتمع الدراسة وخارج أفراد العينة الأساسية، وكان الفارق الزمني بين التطبيقين أسبوعين، وتم حساب معامل الثبات للمقياس باستخراج معامل ارتباط بيرسون لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما تم استخراج دلالات ثبات مقياس صورة الجسم بأبعاده الثلاثة باستخدام معامل كرونباخ-ألفا والجدول رقم (3) يوضّح ذلك:



الجدول رقم (3): يوضح معاملات الارتباط لأبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية له في

#### التطبيقات

معامل الثبات بأسلوب كرونباخ-ألفا	معامل الثبات بين تطبيقي الاختبار	عدد العبارات	البعد
0,72	0,83	10	المكون الإدراكي
0,84	0,93	12	المكون الذاتي
0,79	0,92	14	المكون السلوكي
0,81	0,89	36	المقياس ككل

يتضح من الجدول رقم (3) أن معاملات الارتباط بين كل بعد ونفسه والدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم ونفسها دالة عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  مما يشير إلى أن المقياس عالي الثبات وصالح للتطبيق بصورته النهائية.

#### - طريقة تصحيح المقياس:

بعد تصميم المقياس بصورته النهائية (أنظر الملحق رقم 5)، تم إعطاء درجة لكل عبارة وفق ميزان التقدير الخماسي ليكرت (Lekert)، وذلك بترجمة سلم الإجابة من سلم لفظي إلى سلم رقمي، وذلك بإعطاء فئة الإجابة (أوافق بشدة) خمس درجات، وفئة (أوافق) أربع درجات، وفئة (أوافق بدرجة متوسطة) ثلاث درجات، وفئة (لا أوافق) درجتين، وفئة (لا أوافق بشدة) درجة واحدة للعبارة الإيجابية وهي: (1، 2، 4، 5، 7، 10، 11، 14، 16، 18، 24، 26، 29، 30، 32، 33، 34)، وإعطاء فئة الإجابة (أوافق بشدة) درجة واحدة وفئة الإجابة (أوافق) درجتان وفئة الإجابة (أوافق بدرجة متوسطة) ثلاث درجات وفئة (لا أوافق) أربع درجات وفئة الإجابة (لا أوافق بشدة) خمس درجات للعبارة السلبية وهي: (3، 6، 8، 9، 12، 13، 15، 17، 19، 20، 21، 22، 23، 25، 27، 28، 31، 35، 36).

ثم استخرجت درجة نهائية لكل مفحوص وهي تمثل مجموع درجات جميع العبارات الإيجابية والسلبية التي تمثل الأبعاد الثلاثة لمقياس صورة الجسم: بُعد المكون الإدراكي وبُعد المكون الذاتي وبُعد المكون السلوكي، وذلك بجمع الدرجات المتحققة للمفحوص على العبارات التي تقع في ذلك البُعد،

والدرجة الكلية للمفحوص عن طريق جمع الدرجات المتحققة للمفحوص على الأبعاد التي يقيسها المقياس، حيث تراوحت الدرجة الكلية للمقياس بين (36-180)، ويوصف المفحوص الذي تقترب درجته على المقياس من الحد الأعلى (180) درجة بأنه راضي عن صورة جسمه، ومن تقترب درجته من الحد الأدنى (36) درجة فإنه غير راضي عن صورة جسمه والجدول رقم (4) يُبين الدرجة القصوى والدرجة الدنيا على كل بُعد وعلى المقياس ككل.

**الجدول رقم (4): يبين الدرجة القصوى والدرجة الدنيا على كل بعد من أبعاد مقياس صورة الجسم**

**وعلى المقياس ككل.**

الدرجة	بعد المكون الإدراكي	بعد المكون الذاتي	بعد المكون السلوكي	المقياس ككل
الدنيا	10	12	14	36
القصوى	50	60	70	180

من خلال نتائج الجدول (4) نلاحظ حصول بُعد المكون الإدراكي على أقل درجة، ثم بُعد المكون الذاتي، ويليه بُعد المكون السلوكي، أما بالنسبة للدرجة القصوى فقد جاء بُعد المكون السلوكي أولاً، ومن ثم بُعد المكون الذاتي، ويليه بُعد المكون الإدراكي.

#### **1-4-2. مقياس تقدير الذات:**

ومن أجل قياس درجة تقدير الذات الكلية لدى المراهقين ذوو الاحتياجات الخاصة حركياً تم استخدام مقياس تقدير الذات لـ روزنبرج (Rosenberg, 1965)، وتعطي هذه الأداة تقديراً لمدى تقييم الفرد لذاته بشكل عام، وتتكون من (10) عبارات يُحدّد المستجيب مدى انطباق كل منها عليه وفقاً لأربعة مستويات تمثّل الفئات التالية على الترتيب: أوافق تماماً، أوافق، لا أوافق، لا أوافق تماماً، وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين درجة وأربع درجات، ويتراوح المجموع الكلي للمقياس ما بين (10) درجات و(40) درجة، وعبارات المقياس صيغت منها (5) عبارات بشكل إيجابي وقد صيغت الخمس عبارات الأخرى بصيغة سلبية، حيث يحصل المفحوص في العبارات: 1، 2، 4، 6، 7، على أربع نقاط في أوافق تماماً، ثلاث نقاط في أوافق، نقطتين في لا أوافق، نقطة واحدة في لا أوافق تماماً، بينما يكون التنقيط عكسي في العبارات: 3، 5، 8، 9، 10، حيث تُمنح المفحوص نقطة واحدة إذا أجاب بأوافق تماماً، نقطتين لأوافق، ثلاث نقاط لـ لا أوافق، أربع نقاط لـ لا أوافق تماماً، ويتم حساب

الدرجة الكلية للمفحوص بجمع درجاته في الفئات الأربعة للمقياس، وتدل الدرجة المرتفعة على تقدير مرتفع للذات والعكس صحيح (Gosling & Ric, 1998: 42-43).

وقد استُخدمَ المقياس في عدد من الدراسات أكدت ثباته وصدقته وموضوعيته في قياس متغير تقدير الذات عند المراهقين، وقد تم استخراج دلالات ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي حيث تراوحت قيمة معامل كرونباخ-ألفا بين  $0,70 \leq \alpha \leq 0,90$  (Vallières & Vallerand, 1990 : 16).

#### - صدق مقياس تقدير الذات:

للتحقق من صدق المقياس اعتمد الباحث على الصدق الظاهري من خلال عرض عبارات المقياس على مجموعة من الأساتذة الدكاترة المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والإرشاد النفسي والتربية الخاصة والقياس والتقويم والتربية الرياضية وعددهم (8)، (أسمائهم ورتبهم العلمية في الملحق رقم 2) مشهود لهم بمستواهم العلمي و تجربتهم الميدانية في المجالات الدراسية ومناهج البحث العلمي، وترتب على صدق المحكمين أن تمّ تعديل (2) عبارات من حيث الصياغة لزيادة وضوحها (كما هو موضّح في الملحق رقم 6).

#### - ثبات مقياس تقدير الذات:

تم التأكد من ثبات مقياس تقدير الذات باستعمال طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest) على عينة استطلاعية مكونة من (10) أفراد من ذوو الاحتياجات الخاصة حركيا من المجتمع الكلي وخارج العينة الأساسية، وكان الفارق الزمني بين التطبيقين أسبوعين، وتم حساب معامل الثبات للمقياس باستخراج معامل ارتباط بيرسون حيث بلغ (0,93) عند مستوى دلالة  $\alpha \geq 0,05$ ، كما تم استخراج دلالات ثبات المقياس باستخدام معامل كرونباخ-ألفا وقد بلغ (0,78)، مما يشير إلى أن المقياس عالي الثبات وصالح للتطبيق بصورته النهائية.

### 1-4-3. اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

تم تطبيق اختبارات وينيك و شورت (Winnick & Short,1999) لقياس مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى أفراد عينة الدراسة وهي:

\* التركيب الجسمي (مجموع سمك طيات الجلد لمنطقتي العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية ومنطقة ما تحت عظم لوح الكتف /ملم).

\* اختبار القوة العضلية (قوة القبضة /كغم).

\* التحمل الدوري التنفسي (جري/ مشي 1,5 ميل/ دقيقة)، (Winnick & Short,1999). (50).

وهذه الاختبارات تتمتع جميعها بمعاملات علمية عالية من صدق وثبات وموضوعية، كما تتوفر على جداول معايير، ويتضمن الملحق رقم (07) شرحاً تفصيلياً لطريقة أداء هذه الاختبارات وتقويمها.

#### - الدراسة الاستطلاعية لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

طبقت اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على عينة من مجتمع الدراسة وخارج العينة الأساسية عددها (8) أفراد، وقد أسفرت النتائج إلى:

- وجود صعوبة في تطبيق اختبار التحمل الدوري التنفسي (جري/مشي 1,5 ميل) بسبب عدم قدرة أفراد العينة الاستطلاعية على إكمال مسافة الجري المطلوبة، أو بسبب إكمال معظم المسافة مشياً مما يُضفي على النتائج عدم المصدقية، ويُرجع الباحث ذلك إلى غياب ممارسة هؤلاء الأفراد للنشاط الرياضي، وأنه لم يسبق لهم من قبل إجراء مثل هذه الاختبارات المتعلقة باللياقة البدنية داخل المؤسسات الإستشفائية، ولذلك قام الباحث باستبداله بتطبيق اختبار (جري/مشي لمسافة 600م) كونه استخدم في العديد من الدراسات الحديثة كدراسة: مشعان وآخرون (2000) وعلى نفس أعمار أفراد عينة الدراسة.

- كما أسفرت النتائج مناسبة بقية الاختبارات لقدرات المعاقين.

## - صدق اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

قام الباحث بعرض استمارة اختبارات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على (6) دكاترة خبراء في مختلف المجالات منها: القياس والتقويم والتدريب الرياضي ومناهج وأساليب تدريس التربية الرياضية والتربية الرياضية المعدلة والتربية الخاصة والعلاج الطبيعي والوظيفي من ذوي الخبرات في مجال رياضة المعوقين، وذلك لإبداء الرأي فيها بهدف التأكد من مدى مناسبة الاختبارات وشروط أدائها لخصائص وقدرات أفراد عينة الدراسة، حيث اتفق الخبراء على مناسبة تلك الاختبارات لقياس ما وُضعت من أجله ومناسبتها لعينة الدراسة.

## - ثبات اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

تمّ حساب معامل الثبات لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة المستخدمة وذلك بتطبيقها ثم إعادة تطبيقها (Test-Retest) بفارق زمني مدته أسبوع من تاريخ إجراء التطبيق الأول، على عينة من مجتمع الدراسة وخارج العينة الأساسية قوامها (8) أفراد لإيجاد معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني، كما تم استخراج دلالات ثبات اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة باستخدام معامل كرونباخ-ألفا، والجدول رقم (5) يوضح قيم ذلك.

الجدول رقم (5): يوضح معامل الثبات لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة بين القياس

### الأول والثاني

الاختبارات	معامل الثبات بين تطبيقي الاختبار	معامل الثبات بأسلوب كرونباخ-ألفا
التركيب الجسمي		
سمك طية الجلد في منطقة العضلة العضدية ثلاثية الرؤوس (ملم)	0,95	0,87
سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف (ملم)	0,94	0,83
مجموع سمك طية الجلد في العضلتين (ملم)	0,88	0,78
قوة القبضة (كغم)	0,86	0,82
التحمل الدوري التنفسي (جري/مشي 600م) (د)	0,92	0,84

يتضح من الجدول رقم (5) أن معامل الارتباط بين التطبيقين قيم دالة عند مستوى  $\alpha$

( $0,05 \geq$ ) مما يدل على صلاحية هذه الاختبارات للتطبيق على عينة الدراسة.

#### 1-4-4. البرنامج الرياضي المقترح:

تمّ بناء محتوى البرنامج الرياضي المقترح في ضوء مجموعة من الاعتبارات والتي تتمثل في المحاور الآتية:

- قام الباحث بالإطلاع على عدد من المصادر والمراجع العلمية العربية والأجنبية التي تناولت التربية الرياضية والحركية و الخصائص النفسية و الاجتماعية والجسمية والفسولوجية والمهارية للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة ومنها: أدري فريمير (1990)، شورت ووينيك ( Winnick & Short, 1999)، ماكنثير (2001)، إبراهيم (2002)، رياض (2005)، عبد الحليم وعادل (2005)، سعد وأبو الليل (2006)، (Choques et Quentin, 2007).

- الإطلاع على الدراسات السابقة الأجنبية والعربية التي تمت في مجال رياضة ذوي الاحتياجات الخاصة ومنها دراسة: عبد الهادي (1996)، عليان (2000)، أبو عبيد (2003)، الصمادي (2003)، أوتيس (Oates, 2004)، كازيناف وآخرون (Cazenave, et al., 2006) تليلي وآخرون (Tlili, et al., 2007).

#### - صدق المحتوى للبرنامج الرياضي المقترح:

تمّ عرض البرنامج الرياضي المقترح بصورته الأولية على (8) دكاترة خبراء من ذوي الاختصاص في مجالات: القياس والتقويم والتربية الخاصة والتربية الرياضية المعدلة والعلاج الطبيعي والوظيفي والتدريب الرياضي ومناهج وأساليب تدريس التربية الرياضية، حيث طلب منهم إبداء الرأي في البرنامج الرياضي من حيث: مدته، وعدد الحصص التدريبية وحدودها الزمنية والفنيات والأنشطة والأدوات التي تحتويها ومدى مناسبتها لأهداف البرنامج، وقد أجمع الخبراء (أسمائهم ورتبهم العلمية في الملحق رقم 4)، على ملائمة محتوى البرنامج الرياضي والإجراءات المتبعة في تنفيذه (كما هو موضّح في الملحق رقم 8).

وفي ضوء ما سبق وتبعاً للملاحظات التي أبدتها الخبراء في مجال رياضة المعاقين قام الباحث بوضع البرنامج الرياضي كما يلي:

#### أولاً- هدف البرنامج:

- الهدف العام: يهدف البرنامج الرياضي المقترح إلى تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً.

## - الأهداف الجزئية:

- تنمية وتحسين اللياقة المرتبطة بالصحة من خلال عناصرها.
- تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات.
- الارتقاء بمقومات الكفاءة الصحية للمعاق حركيا من خلال نشاط بدني يتوافق مع إمكانياته واستعداداته.
- تطوير قدرات المعاق على أداء المهارات الحركية الأساسية سواء المهارات الحركية الانتقالية أو مهارات التحكم في الأدوات والأجهزة والأطراف.
- زرع الثقة بالنفس وبمن حولهم من أفراد وأدوات ومعدات وأجهزة.
- تدريب المعاق حركيا على الابتكار والتخيل مما يؤدي إلى مساعدته في خلق حلول لمشاكله النفسية والاجتماعية.
- مساعدة المعاق على التكيف والاندماج في المجتمع.
- الشعور بالقيمة الشخصية وقيمة النفس والتي تؤدي إلى زيادة ثقة المعاق بنفسه، وتحسين قدرته على تقييم ذاته وتعزيز الشجاعة والجرأة لديه بشكل عام.
- بث المرح والسرور في نفوس المعاقين.
- الترويح والارتفاع بروح الجماعة وتعويدهم على التعاون والصفات الأخلاقية الأخرى وحب الانتماء للجماعة.
- تحقيق الصفاء الذهني الذي يسمح بمواجهة الضغوط والانفعالات والتي ينظر إليها المعاق ويواجهها بصورة مبالغ فيها.

## ثانيا - الأسس التي يقوم عليها البرنامج الرياضي المقترح:

- تم بناء البرنامج الحالي على الأسس الآتية:
- أن يعمل البرنامج على تحقيق الأهداف الموضوع من أجلها مع تنوع محتوياته.
- الوقوف على الإمكانيات والوسائل التي يتوفر عليها المركز لتنفيذ البرنامج الرياضي المقترح.
- أن يتناسب البرنامج مع استعدادات وقدرات المعاقين حركيا في هذه المرحلة ويتمشى مع الإمكانيات المتوفرة.

- مُراعاة الفروق الفردية من خلال التنوّع في أنشطة البرنامج حتى لا يشعر المعاقين بالملل.  
- الاعتماد على عامل التشويق وذلك باستخدام الأجهزة والأدوات المتعددة مع التجديد المستمر في مادة البرنامج دون الخروج عن الأهداف المطلوبة.

- أن يتسمّ البرنامج بالمرونة، فيسمح بإدخال بعض التعديلات إذا لزم ذلك.  
- مراعاة التدرُّج بالتمارين والأنشطة من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المركب.  
- أن تُحقّق أنشطة البرنامج للفرد فرص ممارسة القيادة والتبعية وتحقيق التوازن بين علاقة الفرد بذاته وعلاقته مع الآخرين.

- الاهتمام بالحوافز المادية والمعنوية والمرتبطة بالإنجاز لبعض محتوى البرنامج الرياضي المقترح بشكل جيد.

- مراعاة الاستمرارية في تنفيذ البرنامج دون انقطاع.  
- تجنب أي نوع من أنواع العقاب البدني أو التهديد مع تكرار المدح والثناء أثناء الأداء.

### ثالثا- محتوى البرنامج الرياضي:

تم تحديد محتوى البرنامج الرياضي المقترح بناءً على الأهداف التي تمّ تحديدها والتي تم الإشارة إليها، وكمايلي:

- مدة تطبيق البرنامج الرياضي (10) أسابيع.
- يتكون البرنامج الرياضي المقترح من (30) وحدة تدريبية.
- عدد الوحدات التدريبية في الأسبوع: (03) وحدات أسبوعيا.
- زمن الوحدة التدريبية: (55) دقيقة.
- إجمالي زمن الوحدات في الأسبوع:  $03 \times 55 = 165$  دقيقة.
- إجمالي زمن الوحدات في الشهر:  $04 \times 165 = 660$  دقيقة.
- زمن الإحماء: 10 دقائق في الوحدة.
- زمن الجزء الرئيسي: 40 دقيقة في الوحدة.
- زمن الجزء الختامي أو التهدئة: 05 دقائق في الوحدة، ويبيّن الجدول (6) التوزيع الزمني لأجزاء الوحدة التدريبية للبرنامج الرياضي المقترح بالدقائق.



الجدول رقم (6): يبين التوزيع الزمني لأجزاء الوحدات التدريبية للبرنامج الرياضي المقترح

بالدقائق

أجزاء الوحدة	في اليوم بالدقيقة	في الأسبوع بالدقيقة	في الشهر بالدقيقة	النسبة المئوية %
الإحماء	10	30	120	18,18%
الجزء الرئيسي	40	120	480	72,72%
الختام	5	15	60	09,09%
المجموع	55	165	660	100%

رابعاً - محتوى وحدة تدريبية من وحدات البرنامج:

تم تقسيم الوحدة التدريبية اليومية بشكل يضمن تحقيق أهداف البرنامج الرياضي المقترح، وقد قُسمت إلى:

- **الجزء التمهيدي (الإحماء):** ويتضمن إعداد وتهيئة أجهزة وأعضاء الجسم المختلفة الفسيولوجية والبدنية والحالة النفسية للفرد كي يكون مستعداً للتفاعل مع مجريات حمل التدريب الذي سيقع عليه خلال الجزء الرئيسي بكفاءة، وقد روعي أن يشتمل على المجموعات العضلية الكبيرة والتي تتضمن تمرينات المشي وتحريك الذراعين والرجلين وبعض المكونات الخاصة بالصحة البدنية، من حيث مرونة المفاصل والعظام وتهيئة الجهاز الدوري التنفسي، مع الحرص على بث الحماس للمشاركة الإيجابية الفعالة في وحدات البرنامج.

- **الجزء الرئيسي:** والمقصود به تحقيق الغرض الأساسي من الدراسة، ولذا فهو يهدف إلى تنمية وتطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، ويشتمل على تمرينات القوة العضلية لتجنب حدوث الضمور العضلي في الأطراف المصابة، وتمرينات الرفع الخاصة باستخدام المجموعات العضلية الكبيرة بالجسم، وتمرينات الإطالة العضلية لتخفيف حدة الانقباضات أو التقلصات في أجزاء الجسم المصابة، هذا بالإضافة إلى تجنب حدوث التشوهات القوامية والمحافظة على المدى الكامل للحركة، و تمرينات تنمية التوافق العضلي لأجزاء الجسم المصابة، بالإضافة إلى تمرينات التحمل الدوري التنفسي، وذلك عن طريق تمرينات تشكيلية أو ألعاب صغيرة.

- **الجزء الختامي:** ويتم فيه رجوع الأفراد إلى الحالة الطبيعية قبل بدء التدريب ويشمل على مجموعة من الأنشطة الحركية الهادئة مع استخدام تمرينات الإطالة وتمرينات الاسترخاء والتنفس العميق، مع تحية شكر وتقدير للمجهود المبذول من قبلهم.

#### ولقد روعي في تنفيذ محتوى البرنامج الرياضي النواحي التالية:

- التأكد من عدم وجود موانع صحية لدى أفراد العينة وبالذات الأمراض المصاحبة للإعاقة وهي: أمراض القلب، الصرع... إلخ.
- ضرورة إجراء فحص طبي شامل للمشاركين في البرنامج لتحديد حالتهم الصحية ونوعية وكمية وأسلوب التدريب الذي يمكن أن يبذلونه دون ضرر.
- مراعاة عوامل الأمن والسلامة للأفراد.
- الاهتمام بعمليات الإحماء قبل البدء في أي تمرين.
- مراعاة التدرج في الحمل.
- تجنب الإسراع غير مدروس في عملية التنفيذ.
- مراعاة فترات الراحة الكافية بين التمرينات عند ملاحظة التعب على أفراد العينة أثناء تنفيذ البرنامج.

#### - الدراسة الاستطلاعية للبرنامج الرياضي المقترح:

- (4-)- قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية للبرنامج الرياضي المقترح في الفترة بين (2009-4-8) و(2009-4-8)، على عينة قوامها (08) أفراد من مجتمع الدراسة وخارج العينة الأساسية، ولمدة أسبوع واحد (ثلاث وحدات تدريبية)، وذلك بهدف التعرف إلى:
    - مدى صلاحية الأدوات والأجهزة المستخدمة للتأكد من عوامل الأمن والسلامة.
    - مدى مناسبة محتوى البرنامج الرياضي المقترح لعينة الدراسة.
    - التوزيع الأنسب للتمرينات وتسلسلها في الوحدة التدريبية الواحدة.
    - توزيع الأزمان المثالية لأجزاء الوحدة التدريبية.
    - الصعوبات التي قد تعترض الباحث أثناء تنفيذ البرنامج.
- وقد أسفرت نتائج الدراسة الاستطلاعية عن مناسبة محتوى البرنامج والأدوات والأجهزة المستخدمة في تنفيذه لأفراد العينة الاستطلاعية.

## خامسا- تنفيذ محتوى البرنامج:

سبق إجراء تنفيذ البرنامج الرياضي المقترح بعض الخطوات التمهيدية والتي تمثلت في عدة لقاءات بين الباحث وأفراد العينة التجريبية استهدفت توفير فرص التقارب والتقبل بينهم -خلق جو تسوده الثقة- قبل البدء في تنفيذ البرنامج الرياضي، وبعد التأكد من صلاحية البرنامج للتطبيق تم تنفيذ البرنامج الرياضي المقترح على عينة الدراسة الأساسية وفق ثلاث مراحل هي:

### أ- مرحلة القياس القبلي:

أجريت القياسات القبليّة للمجموعتين التجريبيّة والضابطة من يوم (18-4-2009) وحتى يوم (20-4-2009)، وذلك باستخدام مقياس صورة الجسم ومقياس تقدير الذات واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وقد تمّ إجراء اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على يومين متتالين، حيث تمّ إجراء اختبار التحمّل الدوري التنفسي ومقياس سمك طيات الجلد في اليوم الأول وفي اليوم التالي تمّ إجراء اختبارات قوة التحمّل والقوة العضلية.

### ب- مرحلة تطبيق البرنامج الرياضي المقترح:

قام الباحث بتطبيق وحدات البرنامج الرياضي المقترح على المجموعة التجريبية بالفترة من 25-04-2009 حتى يوم 30-06-2009، علماً أن أيام التطبيق هي السبت، الاثنين والثلاثاء ولمدة (10) أسابيع، وبذلك يكون عدد الوحدات التدريبية المطبقة فعلياً (30) وحدة تدريبية، أما المجموعة الضابطة فلم تخضع لأي برنامج رياضي تدريبي واستمرت في القيام بأنشطتها الاعتيادية.

### ج - مرحلة القياس البعدي:

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الرياضي المقترح قام الباحث بإجراء القياسات البعدية من يوم (1-7-1009) وحتى يوم (5-7-2009) لمتغيرات الدراسة على المجموعتين التجريبية والضابطة، بنفس الطريقة ونفس الظروف والإمكانات وحسب ترتيبها في القياس القبلي قصد الحصول على أدق النتائج، وكانت نتائج القياس القبلي والبعدي على النحو المبين في الفصل الثاني.

#### سادسا- الأدوات المستخدمة في البرنامج:

الملعب الخارجي للمؤسسة الإستشفائية يعقوبي زهير، ساعة إيقاف، أحبال، صافرة، جير كرات، أقماع، أطواق، بالونات، شريط قياس، جهاز دينامومتر (Dynamomètre)، كرة طبية أقماع، بالونات، ملقط دهن من نوع (Hemco) لقياس سمك طيات الجلد.

- سجلات المركز للحصول على بيانات خاصة بأفراد العينة.
- استمارة تسجيل نتائج إختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لأفراد عينة الدراسة.

#### سابعا- تقويم البرنامج الرياضي المقترح:

يتم تقويم فعالية البرنامج الرياضي المقترح بمدى تأثيره في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة (المجموعة التجريبية)، والمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة باستخدام مقياس صورة الجسم من إعداد الباحث ومقياس روزنبرج (Rosenberg, 1965) لتقدير الذات واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لـ وينيك وشورت (Winnick & Short, 1999).

#### 1-4-5. الأدوات الإحصائية:

اعتمد الباحث الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة وأهداف الدراسة والتي شملت: المتوسط الحسابي، الوسيط، الانحراف المعياري، اختبارات - استودنت (T-Test)، معامل الالتواء، معامل الارتباط بيرسون، معامل كرونباخ-ألفا.

#### 1-5. متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية:

- المتغير المستقل: ويتمثل بالبرنامج الرياضي المقترح.
- المتغير التابع: صورة الجسم وتقدير الذات واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.
- المتغيرات الوسيطة: العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاجتماعي/الاقتصادي للأسرة، الإعاقة الحركية.

## 1-6. مجالات الدراسة:

- المجال البشري: طبقت الدراسة الحالية على (20) معاق حركيا للأطراف السفلية والذين تقع أعمارهم في مدى عمري من (13-17) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين:
- المجموعة التجريبية: تتكوّن من (10) معاقين حركيا بالمؤسسة الإستشفائية يعقوبي زهير بولاية تيبازة، ويطبّق على هذه المجموعة البرنامج الرياضي المقترح (إعداد الباحث).
- المجموعة الضابطة: تتكون من (10) معاقين حركيا بالمؤسسة الإستشفائية قاصدي مرباح بالجزائر العاصمة، ويطبّق على المجموعة البرنامج اليومي المعتاد.
- المجال الزمني: تم إجراء الدراسة الميدانية في الفترة الزمنية الواقعة بين يوم السبت (28-3-2009) إلى يوم الأحد (5-7-2009)، تم في هذه الفترة تطبيق الاختبارات وإعادة تطبيقها (الدراسة الاستطلاعية)، القياسات القبلية، تطبيق البرنامج الرياضي المقترح، وإجراء الاختبارات البعدية.
- المجال المكاني: تم تطبيق البرنامج الرياضي المقترح والقياسات القبلية والبعدية لعينة الدراسة التجريبية بالملعب الخارجي للمؤسسة الاستشفائية يعقوبي زهير بولاية تيبازة، وتم تطبيق القياسات القبلية والبعدية لعينة الدراسة الضابطة بالساحة الخارجية للمؤسسة الاستشفائية قاصدي مرباح بولاية الجزائر العاصمة.

## 1-7. حدود الدراسة:

- تتحدد نتائج هذه الدراسة بمجموعة من المُحدّات تضبط تعميم نتائجها وهي:
- خصائص عينة الدراسة، وهي عينة تمثّل فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا من المؤسستين الإستشفائيتين (يعقوبي زهير و قاصدي مرباح) بمتوسط عمري قدره (14.82) سنة، حيث أن عدد أفرادها كان قليلا واختيارهم لم يكن عشوائيا.
- تتحدّد نتائج الدراسة بمدى مقبولة صدق وثبات الأدوات المستخدمة فيها.
- الخصائص العامة للبرنامج الرياضي المقترح الذي أعدّ لتحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا في الجزائر، الذي تمّ تطبيقه خلال (10) أسابيع، وتضمّن (30) حصة تدريبية.

- تتحدّد الدراسة بالفترة الزمنية التي تمّ خلالها تطبيق البرنامج الرياضي المقترح وهي الفترة من 2009-04-25 ولغاية 30 - 06-2009.

- الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة.  
و بالتالي فإن إمكانية تعميم نتائج هذه الدراسة تعتمد على الحدود المذكورة سابقا.

## الفصل الثاني

# عرض نتائج الدراسة

## 2-1- تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة في ضوء أهدافها وأسئلتها حيث هدفت إلى معرفة أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، وتحديد العلاقة بين مفهوم صورة الجسم وتقدير الذات لديهم.

وتنقسم هذه النتائج إلى أربعة أقسام، تبعاً لفروض الدراسة ويتم عرضها بالترتيب التالي:  
أولاً- نتائج الدراسة فيما يتعلق بمقارنة المجموعات موضوع الدراسة بالنسبة لمقياس صورة الجسم.

ثانياً- يتضمن القسم الثاني ما توصلت إليه الدراسة بالنسبة لمقياس تقدير الذات.

ثالثاً- ويتضمن القسم الثالث ما توصلت إليه الدراسة فيما يتعلق بمقارنة مجموعات الدراسة بالنسبة لاختبارات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

رابعاً- ويتضمن القسم الرابع ما توصلت إليه الدراسة فيما يتعلق بالعلاقة بين مفهوم صورة الجسم وتقدير الذات.



## 2-2- عرض النتائج:

### 2-2-1. النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

تتصّ الفرضية الأولى على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي".

وللتحقّق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" استودنت (T-test) لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وأبعاده المختلفة، ونتائج الجداول (1,2,3,4) توضّح ذلك.

الجدول رقم (1): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت

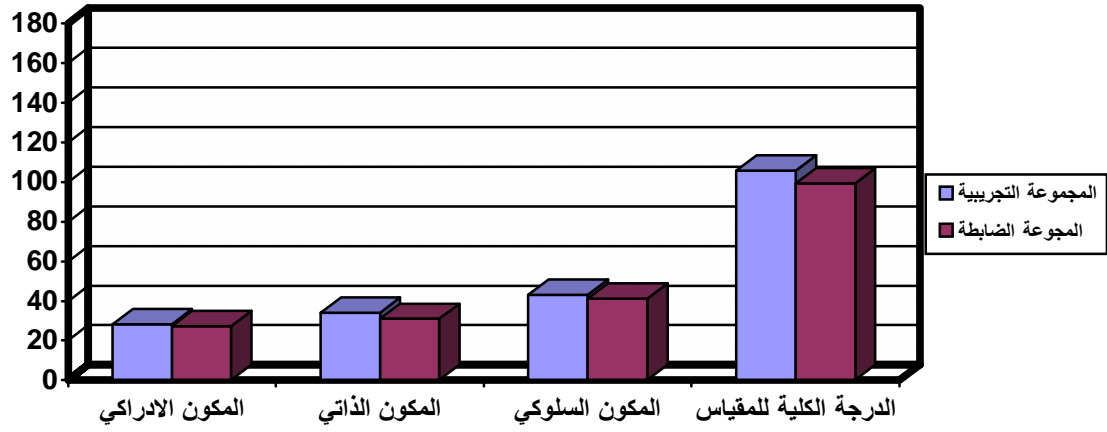
(T-test) لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

$$n^1 = n^2 = 10.$$

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الأبعاد	المجموعة القياس
		ع	م	ع	م		
غير دالة	0,873	2,4	27,2	2,96	28,3	المكون الإدراكي	القبلي
	1,516	5,26	30,9	3,56	34,1	المكون الذاتي	
	1,134	4,3	41,1	3,95	43,3	المكون السلوكي	
	1,851	8,99	99,2	6,52	105,7	الدرجة الكلية للمقياس	

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (1) يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس هي أقل من "ت" الجدولية التي بلغت  $= 2,262$  عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي قبل تطبيق البرنامج الرياضي المقترح.



المنحنى البياني رقم (1): يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة للمقياس القبلي.

الجدول (2): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test)

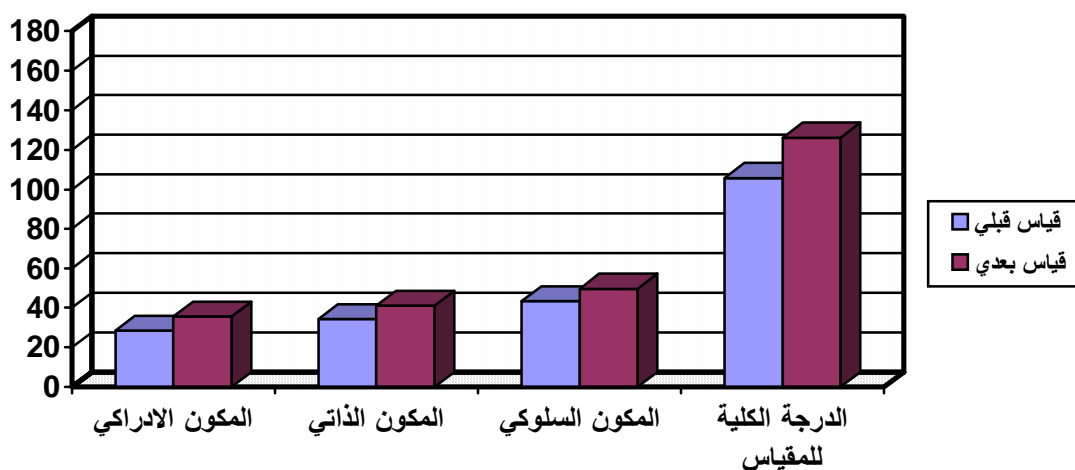
لمقياس صورة الجسم على القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية.

ن = 10.

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	القياس البعدي		القياس القبلي		الأبعاد	القياس المجموعة
		ع	م	ع	م		
		دالة	3,91	2,80	35,5		
	3,68	2,11	41,1	3,56	34,1	المكون الذاتي	
	2,56	2,64	49,7	3,95	43,3	المكون السلوكي	
	2,446	5,71	126,1	6,52	105,7	الدرجة الكلية للمقياس	

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (2) يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من "ت" الجدولية التي بلغت  $2,262 = ت$  عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$ ، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى، مما يدل على تحسّن درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضها للبرنامج الرياضي المستخدم في الدراسة.



المنحنى البياني رقم (2): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم على القياس القبلي

والبعدي للمجموعة التجريبية.

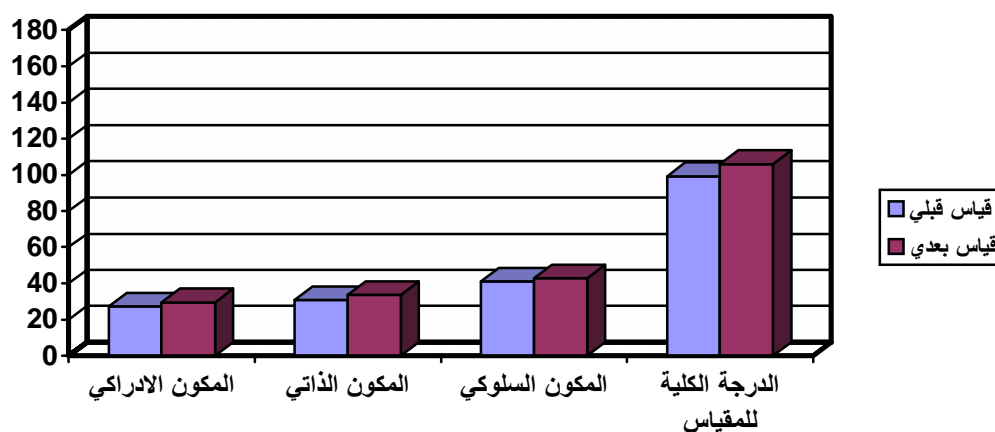
الجدول (3): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test) لمقياس صورة الجسم على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة.

ن = 10.

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	القياس البعدي		القياس القبلي		الأبعاد	القياس المجموعة
		ع	م	ع	م		
غير دالة	2,00	2,15	29,5	2,4	27,2	المكون الإدراكي	الضابطة
	0,563	3,95	33,6	5,25	30,9	المكون الذاتي	
	0,607	2,60	42,8	4,3	41,1	المكون السلوكي	
	0,616	4,19	105,9	8,99	99,2	الدرجة الكلية للمقياس	

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (3) يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس هي أقل من "ت" الجدولية التي بلغت  $2,262$  عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدى.



المنحنى البياني رقم (3): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة.

الجدول (4): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test)

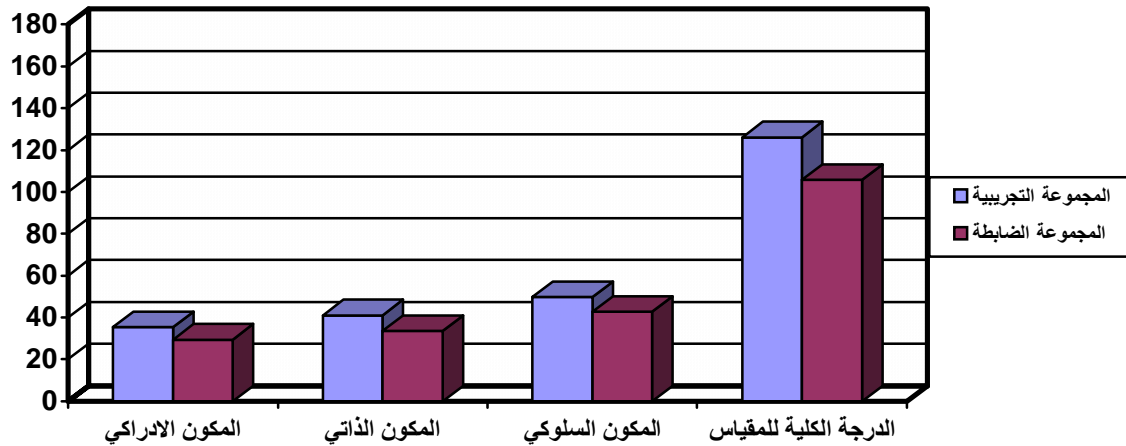
لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

$$n_1 = n_2 = 10.$$

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الأبعاد	المجموعة القياس
		ع	م	ع	م		
دالة	4,347	2,15	29,5	2,80	35,5	المكون الإدراكي	البعدي
	3,378	3,95	33,6	2,11	41,1	المكون الذاتي	
	4,539	2,60	42,8	2,64	49,7	المكون السلوكي	
	3,626	4,19	105,9	5,71	126,1	الدرجة الكلية للمقياس	

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (4) يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من "ت" الجدولية التي بلغت  $2,262$  عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على البرنامج الرياضي المستخدم في الدراسة مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي تدريب.



المنحنى البياني رقم (4): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية

والضابطة للقياس البعدي.

## 2-2-2. النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تنصّ الفرضية الثانية على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$  بين القياس القبلي والبعدى لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين مفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدى".  
وللتحقّق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" أستودنت (T-test) للمجموعات المستقلة لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات، ونتائج الجداول (8،7،6،5) توضّح ذلك.

الجدول (5): يبيّن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت

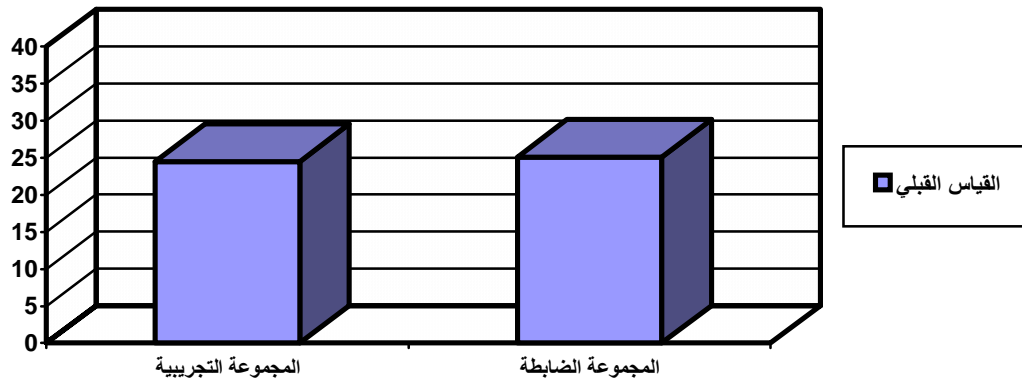
(T-test) لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

$$n^1 = n^2 = 10.$$

المجموعة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	القبلي	24,5	2,87	0,447	غير دالة
المجموعة الضابطة	القبلي	25,1	2,84		

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (5) نجد أن قيمة "ت" استودنت بلغت  $= 0,447$  وهي أقل من "ت" الجدولية عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$ ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس تقدير الذات.



المنحنى البياني رقم (5): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

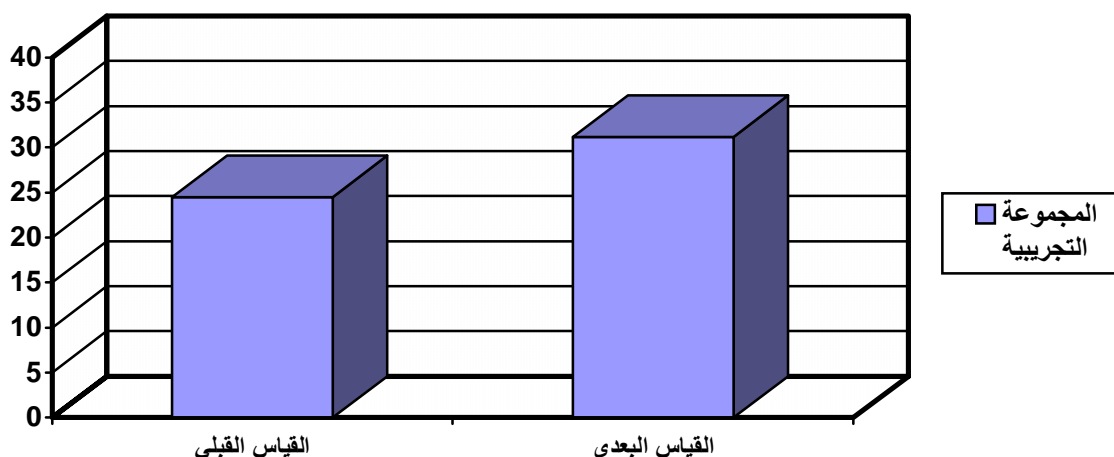
الجدول (6): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test) لمقياس تقدير الذات على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

ن = 10.

المجموعة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة
التجريبية	القبلي	24,5	2,87	4,92	دالة
	البعدي	31,2	2,92		

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (6) نجد أن قيمة "ت" استودنت بلغت  $= 4,92$  وهي أكبر من "ت" الجدولية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس تقدير الذات.



المنحنى البياني رقم (6): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

الجدول (7): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test)

لمقياس تقدير الذات على القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

ن = 10.

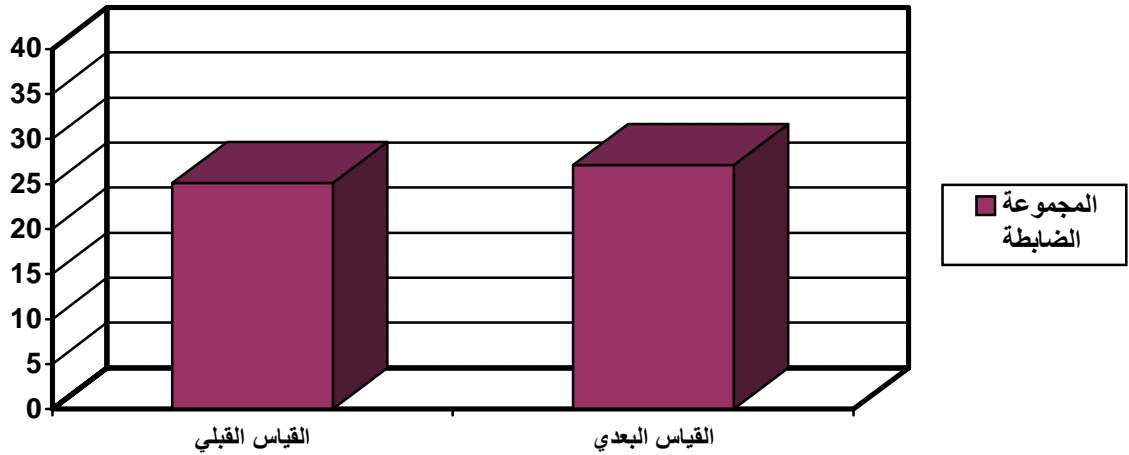
المجموعة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة
الضابطة	القبلي	25,1	2,84	1,58	غير دالة
	البعدي	27,1	2,54		

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (7) نجد أن قيمة "ت" استودنت بلغت  $t = 1,58$  وهي أقل من

"ت" الجدولية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والبعدي على مقياس تقدير الذات.



المنحنى البياني رقم (7): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات على القياس القبلي

والبعدي للمجموعة الضابطة.



الجدول (8): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test)

لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

$$n^1 = n^2 = 10.$$

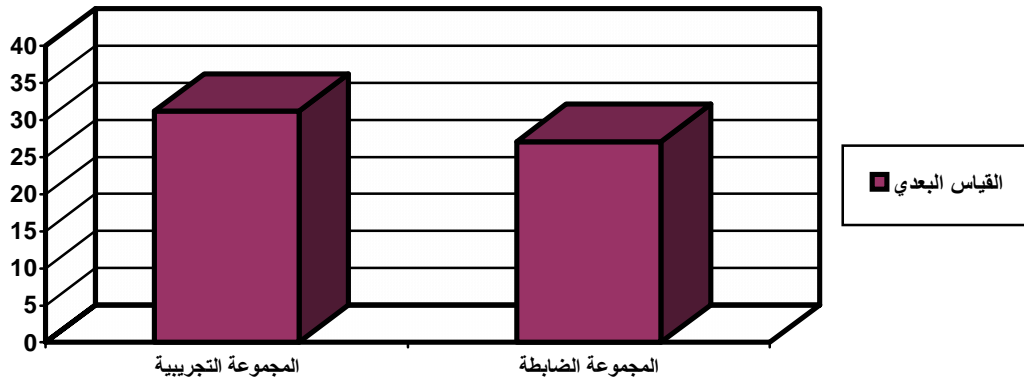
المجموعة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	البعدي	31,2	2,92	3,20	دالة
المجموعة الضابطة	البعدي	27,1	2,54		

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (8) نجد أن قيمة "ت" استودنت بلغت  $t = 3,2$  وهي أكبر من "ت"

الجدولية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات

درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس تقدير الذات.



المنحنى البياني رقم (8): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية

والضابطة في القياس البعدي.

### 2-2-3. النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

تنصّ الفرضية الثالثة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$  بين القياس القبلي و البعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا و لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test) للمجموعات المستقلة بين القياس القبلي والقياس البعدي لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى أفراد عينة الدراسة، ونتائج الجداول (9،10،11،12) توضح ذلك.

الجدول (9): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test)

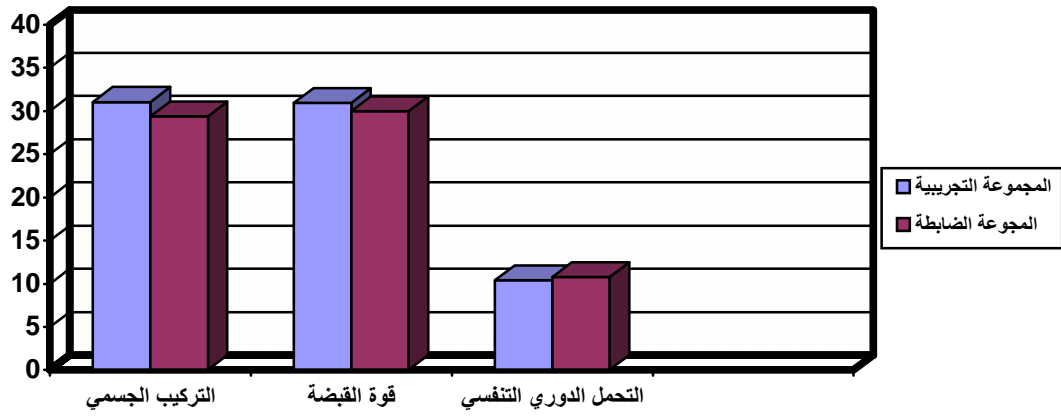
لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

$$n^1 = n^2 = 10.$$

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	المجموعة القياس
		ع	م	ع	م		
غير دالة	0,83	2,32	14,1	1,92	14,93	سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	القبلي
	0,708	2,70	15,26	2,42	16,11	سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف	
	0,788	4,78	29,36	4,26	31,04	مجموع سمك طبقات الجلد	
	1,094	1,93	29,98	1,7	30,91	قوة القبضة	
	0,583	1,14	10,79	1,33	10,43	التحمل الدوري التنفسي (مشي/جري 600م)	

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (9) يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة هي أقل من "ت" الجدولية التي بلغت  $2,262$  عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$ ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي قبل تطبيق البرنامج الرياضي المقترح.



المنحنى البياني رقم (9): يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

الجدول (10): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test) لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

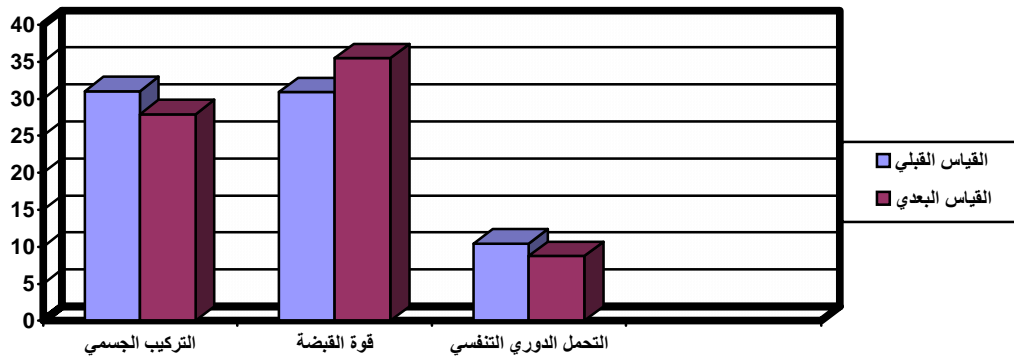
ن = 10.

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	القياس البعدي		القياس القبلي		اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	القياس المجموعة
		ع	م	ع	م		
غير دالة	2,154	1,67	13,40	1,92	14,93	سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	التجريبية
غير دالة	1,382	2,14	14,52	2,42	16,11	سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف	
غير دالة	0,876	3,73	27,92	4,26	31,04	مجموع سمك طيات الجلد	
دالة	4,891	2,20	35,47	1,7	30,91	قوة القبضة	
دالة	3,380	0,78	8,74	1,33	10,43	التحمل الدوري التنفسي (مشي/جري 600م)	

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (10) يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة: قوة القبضة والتحمل الدوري التنفسي هي أكبر من "ت" الجدولية التي بلغت  $2,262 = ت$  عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

في حين أن قيمة "ت" استودنت في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد للعضلة ثلاثية الرؤوس، وسمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف) هي أقل من "ت" الجدولية التي بلغت  $2,262 = ت$  عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي.



المنحنى البياني رقم (10): يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية

المرتبطة بالصحة على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

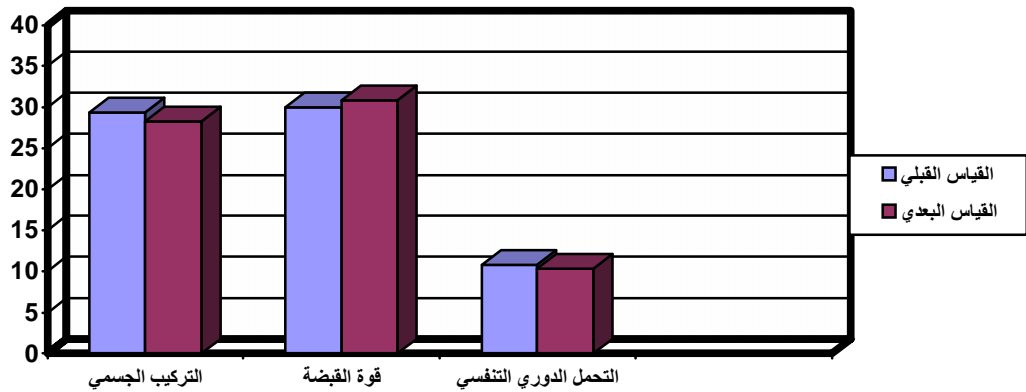
الجدول (11): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test) لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة.

ن = 10.

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	القياس البعدى		القياس القبلي		اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	القياس المجموعة
		ع	م	ع	م		
غير دالة	0,412	2,21	13,63	2,32	14,1	سلك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	الضابطة
غير دالة	0,401	2,53	14,65	2,70	15,26	سلك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف	
غير دالة	0,243	4,09	28,29	4,78	29,36	مجموع سلك طيات الجلد	
غير دالة	0,825	2,03	30,83	1,93	29,98	قوة القبضة	
غير دالة	0,940	1,00	10,32	1,14	10,79	التحمل الدورى التنفسى (مشى/جري 600م)	

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (11) يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة هي أقل من "ت" الجدولية التي بلغت ت = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدى.



المنحنى البياني رقم (11): يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة.

الجدول (12): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" استودنت (T-test)

لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبيية والضابطة في القياس البعدي.

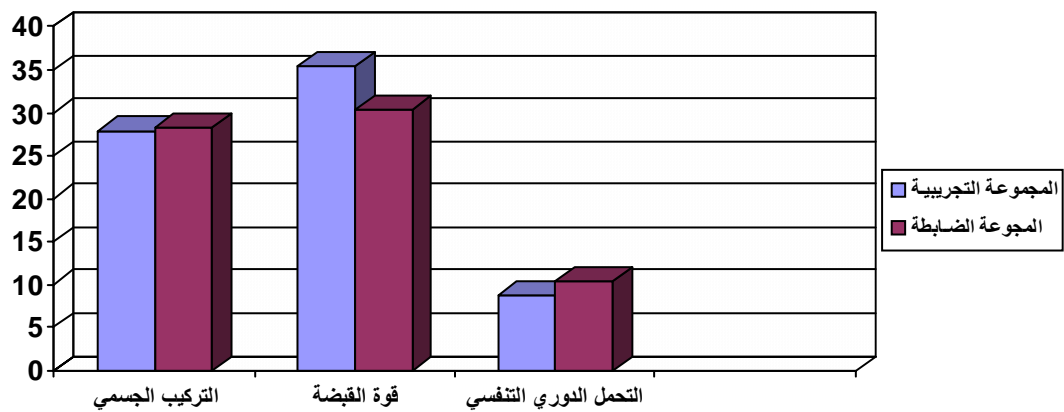
$$n_1 = n_2 = 10.$$

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	المجموعة القياس
		ع	م	ع	م		
غير دالة	0,270	2,21	13,63	1,67	13,40	تركيب الجسمي سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	البعدي
غير دالة	0,107	2,53	14,65	2,14	14,52	سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف	
غير دالة	0,108	4,09	28,29	3,73	27,92	مجموع سمك طيات الجلد	
دالة	4,686	2,03	30,38	2,2	35,47	قوة القبضة	
دالة	3,853	1,00	10,32	0,78	8,74	التحمل الدوري التنفسي (مشي/اجري 600م)	

قيمة (ت) الجدولية = 2,262 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، بدرجة حرية (9).

من خلال نتائج الجدول رقم (12) يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة: قوة القبضة والتحمل الدوري التنفسي هي أكبر من "ت" الجدولية التي بلغت  $2,262 = \alpha$  عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على البرنامج الرياضي المستخدم في الدراسة مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي تدريب.

في حين أن قيمة "ت" استودنت في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد للعضلة ثلاثية الرؤوس، وسمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف) هي أقل من "ت" الجدولية التي بلغت  $2,262 = \alpha$  عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمتغير التركيب الجسمي.



المنحنى البياني رقم (12): يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

## 2-2-4. النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

تتص الفرضية الرابعة على: "توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$

بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدم الباحث معامل الارتباط بيرسون بهدف معرفة نوع العلاقة بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى أفراد عينة الدراسة، ونتائج الجداول (13،14،15،16) توضح ذلك.

الجدول رقم(13): يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير

الذات للمجموعة التجريبية.

ن = 10.

المجموعة	الأبعاد	تقدير الذات	مستوى الدلالة
التجريبية	المكون الإدراكي	-0,326	غير دالة
	المكون الذاتي	0,082	غير دالة
	المكون السلوكي	0,395	غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	0,315	غير دالة

قيمة (ر) الجدولية = 0,567 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ .

يبين الجدول (13) نتائج معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية وبالإطلاع على نتائج الجدول نجد أن أهم هذه العلاقات كانت بين بعد المكون السلوكي وتقدير الذات حيث بلغت (0,395) وهي قيمة غير دالة إحصائيا إلا أنها تعبر عن إرتباط ضعيف من النوع الموجب، بينما كانت أضعف هذه العلاقات بين بعد المكون الإدراكي وتقدير الذات حيث بلغت (-0,326) وهذه العلاقة ضعيفة من النوع السالب وهي غير دالة من الناحية الإحصائية، وبشكل عام فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وتقدير الذات القيمة (0,315) وهذه العلاقة ضعيفة من النوع الموجب وهي غير دالة إحصائيا.



الجدول رقم(14): يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين أبعاد صورة الجسم و تقدير الذات للمجموعة الضابطة.

ن = 10.

المجموعة	الأبعاد	تقدير الذات	مستوى الدلالة
الضابطة	المكون الإدراكي	-0,381	غير دالة
	المكون الذاتي	0,020	غير دالة
	المكون السلوكي	0,162	غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	0,249	غير دالة

قيمة (ر) الجدولية = 0,567 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ .

يبين الجدول (14) نتائج معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة وبالإطلاع على نتائج الجدول نجد أن أهم هذه العلاقات كانت بين بعد المكون السلوكي وتقدير الذات حيث بلغت (0,162) وهي قيمة غير دالة إحصائياً إلا أنها تعبّر عن إرتباط ضعيف من النوع الموجب، بينما كانت أضعف هذه العلاقات بين بعد المكون الإدراكي وتقدير الذات حيث بلغت (-0,381) وهذه العلاقة ضعيفة من النوع السالب وهي غير دالة من الناحية الإحصائية، وبشكل عام فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وتقدير الذات القيمة (0,249) وهذه العلاقة ضعيفة من النوع الموجب وهي غير دالة إحصائياً.

الجدول رقم(15): يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية.

ن = 10.

المجموعة	الأبعاد	تقدير الذات	مستوى الدلالة
التجريبية	المكون الإدراكي	-0,041	غير دالة
	المكون الذاتي	0,503	غير دالة
	المكون السلوكي	0,506	غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	0,562	غير دالة

قيمة (ر) الجدولية = 0,567 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ .

يبين الجدول (15) نتائج معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية وبالإطلاع على نتائج الجدول نجد أن أهم هذه العلاقات كانت بين بعدي المكون السلوكي والمكون الذاتي وتقدير الذات حيث بلغت بالترتيب (0,506 و0,503) وهما قيمتان ليستا ذات دلالة إحصائية إلا أنهما تعبران عن إرتباط متوسط من النوع الموجب، بينما كانت أضعف هذه العلاقات بين بعد المكون الإدراكي وتقدير الذات حيث بلغت (-0,041) وهذه العلاقة ضعيفة من النوع السالب وهي غير دالة من الناحية الإحصائية، وبشكل عام فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وتقدير الذات القيمة (0,562) وهذه العلاقة متوسطة من النوع الموجب وهي غير دالة إحصائياً.

الجدول رقم(16): يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة.

ن = 10.

المجموعة	الأبعاد	تقدير الذات	مستوى الدلالة
الضابطة	المكون الإدراكي	-0,154	غير دالة
	المكون الذاتي	0,212	غير دالة
	المكون السلوكي	0,320	غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	0,318	غير دالة

قيمة (ر) الجدولية = 0,567 عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ .

يبين الجدول (16) نتائج معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة وبالإطلاع على نتائج الجدول نجد أن أهم هذه العلاقات كانت بين بعد المكون السلوكي وتقدير الذات حيث بلغت (0,320) وهي قيمة غير دالة إحصائياً إلا أنها تعبر عن إرتباط ضعيف من النوع الموجب، بينما كانت أضعف هذه العلاقات بين بعد المكون الإدراكي وتقدير الذات حيث بلغت (-0,154) وهذه العلاقة ضعيفة من النوع السالب وهي غير دالة من الناحية الإحصائية، وبشكل عام فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وتقدير الذات القيمة (0,318) وهذه العلاقة ضعيفة من النوع الموجب وهي غير دالة إحصائياً.

## الفصل الثالث

### مناقشة النتائج والاستنتاجات والتوصيات

### 3-1. تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً لمناقشة النتائج التي تمّ التوصل إليها من خلال التحليل الإحصائي المستخدم في هذه الدراسة، للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وتمّ التحليل الإحصائي للبيانات التي تمّ الحصول عليها من جراء تطبيق مقياس صورة الجسم (إعداد الباحث) ومقياس روزنبرج (Rosenberg, 1965) لتقدير الذات، واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لـ وينيك و شورت (Winnick & Short, 1999) على أفراد عينة الدراسة، وقد تمّ مناقشة وتفسير النتائج وذلك في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة المتعلقة بالدراسة الحالية، وتمّ وضع الاستنتاجات والتوصيات اللازمة بناءً على النتائج التي توصل إليها الباحث من الدراسة.

#### أولاً - مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

نصّت الفرضية الأولى على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً و لصالح القياس البعدي".

ويتضح من نتائج الجدول رقم (2) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس، وبالرجوع إلى نتائج الجدول (4) أيضاً تتضح هذه الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على البرنامج الرياضي المستخدم في الدراسة مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي تدريب، ويعزي الباحث أن الارتفاع في المتوسطات الحسابية يعطي مؤشراً على أن تدريب أفراد المجموعة التجريبية على البرنامج الرياضي المقترح أسهم في تحسين صورة الجسم لديهم، وبالتالي فإن البرنامج الرياضي المقترح له أثر إيجابي وفاعل في تحسين صورة الجسم لدى المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة "وايد" (Wade,2007) التي أظهرت أن تشخيص وعلاج المراهقين المعاقين بالجَنَف - تقوس جانبي في العمود الفقري - له الأثر الإيجابي في تحسين صورة الجسم لديهم.

ويمكن ترجمة التحسّن في صورة الجسم من خلال جسم جيد الإدماج، يكون فيه الأنا قد اكتسب حدود ثابتة، الشيء الذي يثبت أنه قادر على الدخول في علاقات مع العالم الخارجي انطلاقاً من وضعيات جد مُهيكله وواضحة، حيث أظهرت نتائج دراسة "بيرشيد" (Bersheid) أن الأفراد الذين

لديهم صورة إيجابية نحو أجسامهم يرون أنفسهم أكثر اجتماعية وألفة مع الآخرين وأكثر ذكاءً، وأكثر قدرة على تحمل المسؤولية وذلك بعكس الأفراد الذين لديهم صورة سلبية عن أجسامهم (علاوي، 1998: 131)، وكما أسفرت نتائج دراسة "ديون" وآخرون (Dion, et al., 1972) على أن الشخص الذي يشعر بالاجاذبية الجسمية راض عن صورته الجسمية، شخص سعيد يتمتع بقبول اجتماعي من قبل الآخرين ناجح في علاقاته الاجتماعية (كفاقي والنيال، 1996: 8-9).

و تُترجم صورة الجسم الجيدة حسب "شيلدر" (Schilder, 1968) بأقصى حد من الليونة واللدونة (Souplesse et Vulnérabilité)، فيرى شيلدر أنه يمكن لصورة الجسم أن تكون لدنة، مرنة، قابلة للتكيف مع التغيير، يمكنها أن تتمدد وتتقلص، يمكنها ترك بعض عناصرها للعالم الخارجي ودمج عناصر أخرى، هذا تحت مبدأ الاستمرارية (Continuité)، الاستقرار (Stabilité) والمتانة (Constance) (Schilder, 1968, 219).

ويضيف "لوبروتون" (Le Breton, 1997) أن الإنسان الحامل لإعاقة لا يقيم بالضرورة انقطاعاً مع الرمز الجسدي، بل يمكنه أن يستمر في الإحساس بأنه طبيعي، وأن يعاني من النظرات التي لا تكف عن الإقبال عليه، أو من الحرج الذي يحدثه، إن الفرد الموصوم بالعاهة يتجه، كما كتب "كوفمان" (Kauffman) لأن يكون لديه نفس الأفكار التي لدينا عن الهوية... ومن المؤكد، أن ما يعاني منه في أعماق نفسه ربما يكون الشعور بأنه شخص (طبيعي)، رجل مشابه لكل الآخرين، أي شخص يستحق فرصته وقليلاً من الراحة (لو بروتون، 1997، 136-137).

## ثانياً - مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي و البعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين مفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا و لصالح القياس البعدي".

وبتضح من نتائج الجدول رقم (6) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  في مستوى تقدير الذات، وبالرجوع إلى نتائج الجدول (8) أيضاً نتضح هذه الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت إلى البرنامج الرياضي المقترح، ويمكن تفسير هذه النتيجة من منطلق فاعلية وجدوى البرنامج الرياضي الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية دون الضابطة، وبالتالي فإن هذه النتائج تعني تحسن أفراد المجموعة التجريبية بمقارنتها بأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي في مستوى تقدير الذات نظراً إلى ما اكتسبه أفراد هذه المجموعة من خبرات نجاح إيجابية نتيجة ممارستها للنشاط

الرياضي والتي بدورها تزيد من ثقافتهم بأنفسهم ومفهومهم لذاتهم، وكذلك لطبيعة العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي التي تعزز فكرة الفرد عن نفسه.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة: الخزرجي (2000)، الصمادي (2003)، بار ومنوتي (Behr & Menotti, 2000)، التي كشفت عن فاعلية ممارسة النشاط الرياضي في إعطاء الفرص الكبيرة للارتقاء بتقدير الذات عند الأفراد المعوقين.

كما تتفق مع نتائج دراسة "أوتيس" (Oates, 2004) التي بينت فاعلية برنامج تروحي في السباحة على تحسين تقدير الذات للمعاقين حركياً، وتتفق كذلك مع نتائج دراسة كازيناف وآخرون (Cazenave, et al., 2006) التي أظهرت أن المراهقين المعاقين الممارسين للأنشطة الرياضية كان لديهم تقدير ذات عالي بالمقارنة مع المراهقين المعاقين الذين لا يمارسون أي نشاط رياضي، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة "العلوان" (2006) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرضا عن الحياة وتقدير الذات بين المعاقين حركياً الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي في الأردن لصالح المعاقين الممارسين للنشاط الرياضي.

وتتفق مع نتائج دراسة "أبو عبيد" (2003) حيث أظهرت أن الأشخاص ذوو التحديات الحركية أظهروا تحسناً في مفهوم الذات بعد التعرض لبرنامج تعليمي في السباحة لمدة (8) أسابيع، وتتفق مع دراسة "دولين" (Dewlen, 1991) في (العلوان، 2006: 120) حيث أظهرت النتائج أن الأشخاص المعاقين حركياً أظهروا تحسناً ذو دلالة إحصائية في مفهوم الذات بعد التعرض لبرنامج لياقة بدنية لمدة (8) أسابيع، وتتفق كذلك مع دراسة "كاستانجو" (Castagno, 1991) حيث أظهرت أيضاً نتائج هذه الدراسة تحسناً ذو دلالة إحصائية في مفهوم الذات لدى المعاقين حركياً بعد تعرضهم لبرنامج لياقة بدنية لمدة (12) أسبوع.

وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة كل من المساعيد (2004)، وحسين (2008) حيث أظهرتا أن تعرض المعاقين ذوو التحديات الحركية لبرنامج إرشادي جمعي يساهم في زيادة تقدير الذات لديهم، وتتفق كذلك مع نتائج دراسة "وايد" (Wade, 2007) التي أظهرت أن تشخيص وعلاج المراهقين المعاقين بالجنف - تقوس جانبي في العمود الفقري - له الأثر الإيجابي في زيادة تقدير الذات لديهم.

ويمكن تفسير ذلك في إطار ما يراه "مارشيا" (Marcia, 1970) من أن الفرد عندما يُحقق هويته فإنه يعتبر نفسه يستحق التقدير والاعتبار حيث تكون لديه فكرة مُحددة وكافية لما يظنّه صواباً، وكذلك يتمتع بفهم طيب لنوع الشخص الذي يُكوّنهُ، كما يشعر بالكفاءة ويتميّز بالتحدي أيضاً (محمد، 2000: 78).

ويؤكد "هاماشك" (Hamacheck, 1978) أن الأشخاص الذين لديهم تقدير ذات مرتفع، يعتقدون أنهم ذوو قيمة وأهمية، وأنهم جديرون بالاحترام والتقدير، كما أنهم يتقنون بصحة أفكارهم (أبوجادو، 1998: 170-171).

ويضيف "كفافي" (1997: 502-503) أن تقدير الذات الإيجابي يعني وجود مشاعر إيجابية نحو الذات حيث يشعر الفرد بأهمية نفسه واحترامه لها، وأنه متقبل من الآخرين، ويثق في نفسه وفي الآخرين، ويشعر بالكفاءة فلا ييأس أو ينسحب عند الفشل، ويميل الأفراد ذوو التقدير المرتفع للذات إلى أن يكونوا واثقين من أنفسهم ومستقلين ومتحملين للمسؤولية ومتفهمين ومتفائلين بما سوف تأتي به الحياة، وعلى هذا فإن تقدير الذات المرتفع هو أحد المفاهيم الأساسية للتوافق في مختلف مجالات الحياة.

### ثالثاً - مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي و البعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا و لصالح القياس البعدي".  
ويتضح من نتائج الجدول رقم (10) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة المتمثلة في (التحمل الدوري التنفسي، القوة العضلية)، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد للعضلة العضدية ثلاثية الرؤوس، وسمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف)، وبالرجوع إلى نتائج الجدول (12) أيضا تتضح هذه الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على البرنامج الرياضي المستخدم في الدراسة مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي تدريب.

ويعزي الباحث وجود التأثير الإيجابي للبرنامج الرياضي المقترح إلى الأسلوب العلمي والمقنن الذي اعتمده في وضع وحدات هذا البرنامج والتي ركزت بالدرجة الأولى على تنمية عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وكذلك إلى مدة البرنامج وزمن الوحدة التدريبية وشدة الحمل التدريبي الذي اعتبره الباحث كافياً لإحداث أثر إيجابي في عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وكما يعزي الباحث التأثير الجيد للبرنامج الرياضي المقترح إلى الالتزام التام لأفراد العينة بالتعليمات الخاصة



بالبرنامج وإقبالهم على الممارسة بكلّ جدية وحرص ورغبتهم الكبيرة في معرفة التحسن الحاصل لديهم، مما ساعد على التزامهم الكامل بالبرنامج وعدم الخروج عن التعليمات.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من عبد الهادي (1996)، وعليان (2000) حيث أظهرتا أثر الممارسة الرياضية في تحسين عناصر اللياقة البدنية للمعاقين بدنياً، وعزتا التغير الإيجابي في عناصر اللياقة البدنية إلى شدة التدريبات ومدة الوحدات التدريبية التي وضعت بصورة علمية ومقننة. وتتفق هذه النتائج كذلك مع ما أشار إليه "المطر وعلي" (2005) أن ممارسة ذوي الاحتياجات الخاصة للأنشطة البدنية تساهم بفاعلية في رفع مستوى لياقتهم البدنية وبالتالي تُقلل من الأعراض الناجمة عن نقص الحركة (المطر وعلي، 2005: 26-27).

ويُضيف كل من "إبراهيم وفرحات" (1998) أن تحسين اللياقة البدنية سوف يتيح للمعاقين أن يشاركوا مشاركة فعالة في نشاطات طبيعية في الحياة، ومعظم الرياضات والألعاب البدنية نجد لها خصوصيات بالنسبة للياقة البدنية، وهذا يعطي درجة من القوة للعضلات وكذلك قوة التحمل والمرونة لأداء مهارات اللعبة على أكمل وجه (إبراهيم وفرحات، 1998: 262).

وقد ثبت من خلال الدراسات التي قام بها كل من: عبد المجيد (1999)، التومي (1998)، السامرائي (1997)، بأن اللياقة البدنية تعمل على زيادة التقبل النفسي للمعاق ويكون أكثر قدرة على التكيف النفسي والاندماج في المجتمع ومقاومة الضغوط الانفعالية مما تجعله يكتسب الشخصية السوية ويبتعد عن العصبية وعدم تقبل الذات أو الانطواء والقلق، وبهذا فإن نجاح المعاق في تعامله مع البيئة المحيطة به والمجتمع الذي يتعامل فيه هو نتاج اللياقة البدنية والصحية والتي تؤدي إلى إتزانه الانفعالي ورضاه عن نفسه (إبراهيم، 2002: 213).

ويرى الباحث أن التحسن في التحمل الدوري التنفسي لأفراد العينة التجريبية نتيجة لإيجابية البرنامج الرياضي المقترح وتأثيره على معدلات التهوية الرئوية والدفع القلبي ومحتوى الهيموجلوبين في الدم نتيجة الانسجام في عمل هذه الأجهزة وكذلك نتيجة التكيف الفسيولوجي العام، حيث يشير الهزاع وآخرون (2001) أنه لا بدّ للنشاط البدني الهوائي أن يُمارس لمدة تتراوح من (20-60) دقيقة في كل مرة، وتمثّل العشرين دقيقة الحد الأدنى لمدة الممارسة في كل مرة، على أن يكون التكرار المطلوب من (2-3) أيام في الأسبوع (الهزاع وآخرون، 2001: 26-27).

ونائج هذه الدراسة تتفق مع نتائج دراسة "مشعان" وآخرون (2000) حيث أشارت إلى أن البرامج التدريبية التي تحتوي على استخدام العضلات الكبيرة في الجسم مثل عضلات الأطراف والظهر والبطن خلال الأنشطة البدنية المستمرة مثل الجري والمشي وغيرها تؤدي إلى تحسين صفة التحمل الدوري التنفسي، وبالرجوع إلى البرنامج الرياضي المطبق على عينة الدراسة، نلاحظ أن جزءاً كبيراً من التمرينات البدنية المستخدمة كانت تؤدي بواسطة العضلات الكبيرة وتحتوي على أداء لفترات زمنية طويلة، مما قد يكون أدى إلى هذا التحسن في صفة التحمل الدوري التنفسي.

ويتضح كذلك من عرض النتائج أن متغير القوة العضلية قد أظهر تحسناً واضحاً - قوة القبضة - كما أن هذا الفارق في القوة العضلية ما بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية يمكن أن يُعزى إلى البرنامج الرياضي المطبق في هذه الدراسة، وهذا يدل على أن هذا البرنامج له كفاءة في تنمية هذه الصفة، وهذا يتفق مع ما أشار إليه كل من (عبد الفتاح ونصر الدين، 2003) بخصوص أن التدريب الرياضي المنظم يعمل على تنمية القوة العضلية وبالتالي زيادة كفاءة الجهاز العضلي.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من عبد الهادي (1996) وعليان (2000) حيث توصلنا إلى أن ممارسة المعاقين حركياً لبرنامج رياضي يساهم في تطوير عنصر القوة العضلية - قوة القبضة - لديهم.

ولأجل تنمية القوة العضلية والتحمل العضلي بغرض الصحة حسب "الهزاع" وآخرون (2001) فيعتقد أن مجموعة (جرعة) واحدة من التدريب كافية، وتكون بمعدل من (8) تكرارات إلى (12) تكراراً لكل مجموعة عضلية، على أن يتم ممارستها من (2-3) أيام في الأسبوع (الهزاع وآخرون، 2001: 30)، وبالنسبة لتمرينات التقوية حسب عبد الفتاح ونصر الدين (2003) فإنها تمارس لمدة يومين إلى ثلاثة أيام في الأسبوع، بحيث يكون تكرار أداء التمرين الواحد ما بين (8-12) مرة تؤدي لمجموعة واحدة حتى ثلاث مجموعات (1-3) وتكون الراحة لمدة يوم على الأقل بين كل تدريب وآخر (عبد الفتاح ونصر الدين، 2003: 295).

ويضيف "حنيفي" (Hanifi, 1995) أن الممارسة الرياضية تعمل على رفع القدرات العملية إضافة إلى تطوير القوة العضلية وكذلك الرشاقة والمهارات الحركية المختلفة لدى الأفراد المعاقين (Hanifi, 1995: 18).

وتُعدّ القوة العضلية حسب "إبراهيم وفرحات" (1998) أمراً هاماً خاصة للأفراد المعاقين، وذلك بسبب الإعتماد على النفس والتحرر من الإعتماد على الآخرين، وكذلك من أجل زيادة القدرة على أداء بعض المهام والتي تتضمن تعلّم بعض المهارات الرياضية التي تكفي القوة لجعلها مُمكنة (إبراهيم وفرحات، 1998: 263)، وللنشاط البدني تأثير على نوعية الحياة لدى الأشخاص المعوقين، ويؤكد كل من "كول وفراقالا-بينكام" (Coll et Fragala-Pinkham , 2005) على سبيل المثال في الحصول على القوة العضلية أو المرونة المناسبة لتسهيل عملية التنقل وبالتالي زيادة الاستقلالية والقدرة على العمل (Laure, 2007 : 141-142).

ويتضح كذلك من عرض النتائج وجود تحسّن ملحوظ ولكنه غير دال إحصائياً على متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في منطقة العضلة العضدية ثلاثية الرؤوس ومنطقة تحت لوح الكتف) لدى أفراد المجموعة التجريبية، وأنّ هذا التحسّن يرجع إلى أسلوب البرنامج الرياضي المقترح والذي اعتمد على التمرينات الأوكسجينية في تحسين عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وأن الفترة الزمنية للبرنامج لم تكن كافية لإحداث تغيير دال إحصائياً في متغير التركيب الجسمي، والمعروف حسب "الهزاع" وآخرون (2001) أن عملية خفض الشحوم في الجسم تخضع إلى حدّ كبير لمعادلة توازن الطاقة بالجسم، أي توازن الطاقة المستهلكة (عن طريق الطعام) مع الطاقة المصروفة (والتي منها الطاقة المصروفة نتيجة للنشاط البدني)، ولخفض نسبة الشحوم في الجسم فإن العبرة هي في حجم الطاقة المصروفة، وليس في شدة النشاط البدني، أي أن زيادة عدد مرات الممارسة ومدتها تُغني عن زيادة الشدة (الهزاع وآخرون، 2001: 33).

وهذا ما تتفق به نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة "الهزاع" وآخرون (2000) حيث أظهرت عدم حدوث تغيير ذو دلالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي في البرنامج الرياضي المقترح وعزت ذلك إلى عدم كفاية المدّة الزمنية المقترحة لإحداث تأثير ذو دلالة إحصائية على هذا المتغير.

## رابعاً - مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة على: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$  بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً".  
باستعراض نتائج الجدولين رقم (13) و (15) يتضح وجود تحسن لكنه غير دال من الناحية الإحصائية للمجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى  $(0,05 \geq \alpha)$  في معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بمعنى أنه كلما زاد رضى الفرد المعاق حركياً عن صورة جسمه كلما زاد مستوى تقدير الذات لديه.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة "كوين" (Kuenne, 1978) التي توصلت إلى أن احترام الذات وتقديرها له علاقة إيجابية بمفهوم الذات ومفهوم الجسم، وأن الأفراد المعاقين يهتمون أكثر من العاديين بالمفاهيم المتعلقة بالجسم (فرحات، 2004: 39-40).

وكما تتفق مع نتائج دراسات عدد من الباحثين منهم: روزين وروس (Rosen & Ross, 1986)، بلينر وآخرون (Pliner et al., 1990)، كاش (Cash, 1993)، الذين توصلوا إلى وجود ارتباط قوي بين تقدير الجسم (Body Esteem) وتقدير الذات (Self-Esteem) لدى الأشخاص الذين ينشغلون بدرجة أكبر من الناحية السيكولوجية بالمظهر الجسمي (الدسوقي، 2006: 53)، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة "جونسون وواتسون" (Watson & Jonson) التي أسفرت على أن الأفراد الذين لديهم اتجاهات إيجابية عن أجسامهم يتصفون بارتفاع تقدير الذات (الخولي، 1996: 168)، وكما تتفق مع نتائج دراسة "زيون" (Zion) التي أظهرت عن وجود علاقات مرتفعة نسبياً بين مفهوم الذات الجسمية أو صورة الجسم وبين تقبل الذات (علاوي، 1998: 131).

وتشير نتائج دراسة كل من "ريفولو مينارد وفاي وفيليبس وويزبيرج" (Ruffolo, Menard, Philips, Fay & Weisberg, 2006) أن صورة الجسم عامل هام جداً في بناء وتكوين تقدير الذات والثقة بالنفس، وتلعب دوراً شديداً الأهمية في مفهوم الذات وتقبلها (زكرياء، 2007: 4).  
ويضيف "مرعي" (1984) أن التقدير الإيجابي للجسم من جانب الفرد المعاق أو من جانب الآخرين يؤدي إلى تقدير إيجابي لمفهوم الذات، وبالعكس فإن التقدير السلبي تجاه الجسم يتولد عنه مفهوم سلبي للذات (حسين، 2008: 89).

كما توصل كل من "هيلمز وتيرنرز" (Helms & Turners) إلى أن الأفراد الذين لديهم اتجاهات أو تصورات إيجابية نحو أجسامهم يتمتعون بدرجة مرتفعة لتقديرهم لذواتهم (علاوي، 1998: 131).

ويذكر "جوارد" (Jouard, 1958) أن صورة الجسم تلعب دوراً هاماً في الشخصية السليمة هو أرض الملتقى بين السيكولوجيا والفيزيولوجيا، وكما تُوجّه الأنا الجسم وتتحكم فيه، فإن الأنا يمكن أن

تقع تحت تحكّم وتوجيه الرغبات والنزعات الجسمية، وكذلك فإن مظهر الجسم وصورته السلمية وصحته عوامل هامة في تحديد إحساس الشخص بالأمان وتقدير الذات ونمو الشخصية، فنجد أن صورة الجسم تُؤثر بلا شك في الحالات النفسية للفرد وبخاصة الحالة الوجدانية ذلك أن هناك تأثير متبادل بين الجسم والنفس، فكلاهما يُؤثر في الآخر ويتأثر به (فرحات، 2004: 16).

حيث يرى "فورباس" وآخرون (Forbes, et al., 2004) أن صورة الجسم تلعب دوراً مهماً كأحد المكونات الأساسية في الحياة النفسية للأفراد، إذ يمكن الإشارة إلى أنه يتنبأ بالقلق الاجتماعي وتقدير الذات وتقدير الجسد، وإضطرابات الأكل والأداء الجنسي، والعلاقة المستقبلية مع الشريك (زكرياء، 2007: 6).

ويضيف كل من "كاش وهنري" (Cash & Henry, 1995) أن صورة الجسم تعتبر مكوناً أساسياً من عناصر بناء الهوية ونموها، خصوصاً في المراهقة حيث يكون التكيف لتغيرات البلوغ هو المهمة النمائية الأساسية، ولأنها مظهر بارز من مظاهر مفهوم الذات، فإنها تتضمن علاقة معتدلة مع تقدير الذات والتكيف النفسي الاجتماعي، ويشير "جاردنر" (Gardner, 2003) إلى أن الباحثين تحققوا فيما إذا كان العمر يُعتبر عاملاً حاسماً في تطور اضطراب صورة الجسم، حيث توصلت عدّة دراسات إلى أنه خلال مرحلة المراهقة يحدث تشويش إدراكي كبير لصورة الجسم مقارنة بمراحل الرشد اللاحقة (زكرياء، 2007: 156).

ويضيف "شيلدر" (Schilder, 1968) أن التغيرات الجسدية تبعث نحو عدّم التطابق بين صورة الجسد الحقيقية وصورة الجسد المصوّرة فهي تمسّ حتماً الجانب الإدراكي، فهذه العضوية الجسدية تُصبح حاملة لشكل وبنية جديدة (Schilder, 1968: 104).

إن بنية الجسم التي يحملها المراهق المعاق حركياً ويدركها بأنها لا تتسجم أو تتماثل مع الصورة التي يتمناها (المثالية) ستصبح عامل مجازفة في اضطراب صورة الجسم، ووفقاً لنتائج الدراسة الحالية فقد كانت العلاقة الارتباطية السالبة بين كل من تقدير الذات وبعُد المكون الإدراكي مؤشراً قوياً على التباين بين البنية الجسدية الحالية والمظهر الجسمي المرغوب، وهذا ما يدعم ما توصل إليه "جاردنر" (Gardner, 2003) نقلاً عن "زكرياء" (2007) من أن أحد أكثر المقاييس قبولاً لعدم الرضى عن صورة الجسم هو الفرق بين الكيفية التي يدرك بها الفرد الحجم الحالي لجسمه مقارنة بحجم صورة الجسم المثالية التي يتمناها (زكرياء، 2007: 152).

فمفهوم ثقافة الفرد من المثال الجسمي له دور لا يستهان به فيما يُكوّنه الفرد في صورة نحو جسمه وتطابق أو اقتراب مفهوم المثال الجسمي كما تحدّده (ثقافة الفرد) من صورة الفرد الفعلية لجسمه يسهم بطريقة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته، وتباعد المفهوم مثال الجسم السائد في المجتمع من صورة الفرد لجسمه يُعدّ مشكلة كبيرة إذ تختل صورة الفرد عن ذاته، وينخفض تقديره لها (كفافي والنيال، 1995: 22).

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة "جرولب" وآخرون (Gruleb, et al., 1993) حيث كشفت عن وجود ارتباط سالب بين عدم الرضا عن صورة الجسم وتقدير الذات، وكما تتفق مع نتائج دراسة مابل وآخرون (Mabel, et al., 1986) التي أظهرت أن تشوه صورة الجسم يرتبط بتقدير الذات المنخفض (كفافي والنيال، 1996: 35-36).

وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة "لالكان" (Lalkhen, 2001) التي أشارت إلى أن التغيرات التي تحدث في فترة المراهقة هي مرتبطة بتغيرات في مفهوم الذات، وحيث أن صورة الجسم عامل هام في تطور مفهوم الذات خلال مرحلة المراهقة فإنه من المنطقي افتراض أن الإعاقة الجسدية سوف تؤثر على مفهوم الذات وتقدير الذات، وأن خبرة الجسد والإحساس به عامل فعال ومهم في مفهوم الذات عند المراهقين المعاقين جسدياً، وفي حين يتم الإحساس بالجسد كمفهوم واضح وغير طبع وغير معتمد عليه، فإنه يتم النظر إليه كعامل معيق يحد من ممارسة النشاط البدني، وكمعيق للعلاقة مع العالم الخارجي.

وتتفق كذلك مع نتائج دراسة "ماهر الهواري" (1971) التي تقدم تفسيراً مناسباً من حيث أن تشوه صورة الجسم تدل على أنه تشويه للذات، والحزن والأسى على نقص جزء من الجسم في حالة البتر أو الإصابة يشبه فقد أشخاص أعزاء بالنسبة للأشخاص المعوقين جسدياً، وأن الشخص المعوق جسدياً يعتريه الخوف من المستقبل المظلم الذي يتهده نتيجة إحساسه بالقصور البدني، والنفسي والاجتماعي... (فرحات، 2004: 35).

ومع ذلك، فإن الشخص المعاق حسب "لوبروتون" (Le Breton, 1997) هذا العنصر الأخير الأساسي المتمثل بالقيمة، أي بالنسبة للشخص الفاعل استبطان الحكم الاجتماعي الذي يحيط بالصفات الجسدية التي تميزه (جميل/بشع، شاب/هرم، طويل/قصير، نحيف/ضخم... الخ)، فحسب تاريخه الشخصي والطبقة الاجتماعية التي بداخلها يبني علاقته بالعالم، يتبنى الشخص الفاعل حكماً يطبع حينئذ بطابعه الصورة التي يكوئها عن جسده، والتقدير الذي يَكُنُه لنفسه (لوبروتون، 1997: 146).

إن مرحلة المراهقة والخبرات التي تتضمنها، هي بمثابة حجر الأساس في تكوين الهوية الشخصية، ورغم معالم الدور الجنسي للفرد، وتطوير الحس بالكفاءة والفعالية الشخصية، وما يتبع ذلك من الإحساس بتقدير الذات الكلي، والذي تعتبر صورة الجسم أحد مكوناته الهامة، فضلاً عن صلة هذا الأخير بمُجمل الصحة النفسية للمراهق المعاق واتباعه أساليب محمودة في تطويره إيجابياً، وتؤدي التغيرات الجسدية المرتبطة بالبلوغ إلى زيادة انتباه المراهق المعاق حركياً لدوره الجنسي غير المتبلور والذي يعتريه الشك بشأنه تبعاً لصورة الجسم التي يحملها عن ذاته مما يستوجب فحص وتمحيص المؤشرات التي تعمل على تشكيل هذه الصورة الجسمية سواء سلباً أو إيجاباً.

ومع ملاحظة أهمية المظهر في تقدير المراهق المعاق حركياً لذاته، فإن الإحاطة بنمو مفهوم هذا المظهر للمراهق المعاق حركياً سيكون مفيداً بالتحديد في فهم الديناميكيات المرتبطة بتأثيره

والتوقعات المحيطة بصورة الجسم، آخذين بعين الاعتبار أن الاهتمام بصورة الجسم والمظهر البدني أصبح يرتبط بقضايا التكيف بأنواعه المتعددة.

لذا يجب أن نضع في الاعتبار آراء العلماء والمهتمين بمشاكل المعوقين حركياً ومنهم... "فيشمان" (Fishman, 1978) والذي يرى ضرورة أن نعتني بتغيير مدركات الفرد المعوق جسماً ومفهومه عن ذاته بقدر ما يجب أن نهتم بتغيير الجوانب الأخرى، فهو يرى أنه من الممكن إحداث تغيير عند المعاق جسماً، وذلك بمساعدته على أن يعيش في عالمه الواقعي، وأن نساعدته على أن يفكر تفكيراً منتجاً، وأن يواجه مشكلاته بشجاعة، ثم نضيف أيضاً أن للصورة الجسمية التي يكونها كل فرد عن حالته الجسمية أهمية كبرى في تكوين شخصيته، إذ على أساسها يُكوّن فكرته عن نفسه، ويكون سلوكه متأثراً بها (فرحات، 2004: 24).

## - الاستنتاجات:

في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها توصل الباحث للاستنتاجات الآتية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين مفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (التحمل الدوري التنفسي، القوة العضلية) لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا ولصالح القياس البعدي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير متغير التركيب الجسمي لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

- توجد علاقة إرتباطية موجبة وغير دالة إحصائياً عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.



## - التوصيات:

- في حدود نتائج الدراسة وانطلاقاً من الاستنتاجات التي تمّ التوصل إليها، يوصي الباحث بما يلي:
- تعميم استخدام البرنامج الرياضي المقترح في هذه الدراسة والذي ثبتت فاعليته وكفاءته في تحسين صورة الجسم و مفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على المراكز التي تُعنى بذوي الاحتياجات الخاصة المشابهة لعينة الدراسة.
  - الاهتمام بتصميم البرامج والأنشطة الرياضية وفقاً للاتجاهات العلمية والتربوية الحديثة في مجال تعليم وتدريب وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً من خلال الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية.
  - العمل على تدريب اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة حركياً في سن مبكرة لتكون بمثابة اللبنة الأساسية للمهارات الرياضية، ومجالاً للشعور بالقيمة والقدرة على الانجاز ومواجهة متطلبات الحياة المختلفة.
  - العمل على إعداد كوادر للعمل مع الفئات الخاصة بإدخال شعبة التربية الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة ضمن مقررات معاهد وأقسام التربية البدنية والرياضية.
  - تفعيل وسن القوانين والتشريعات اللازمة التي تسمح بممارسة النشاطات الرياضية داخل مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، مع توفر آليات لضمان تطبيقها.
  - توفير المعلومات الأساسية عن الثقافة الصحية المناسبة التي تجعل أفراد المجتمع يجتنبون كل ما يمكن أن يكون سبباً في حدوث الإعاقة.
  - توعية أفراد المجتمع بأساليب التعامل ومهارات الاتصال المناسبة مع ذوي الاحتياجات الخاصة لأن هذا يساعدهم على التفاعل والاندماج في المجتمع.
  - العمل على إزالة جميع العوائق والعقبات وإجراء بعض التعديلات اللازمة على الأبنية والمنشآت والمرافق العامة والمرافق الخاصة للاستعمال العام، وذلك لتسهيل حركة وانتقال ذوي الاحتياجات الخاصة.

## - الاقتراحات:

- في ضوء ما انتهت إليه نتائج الدراسة الحالية، يقترح الباحث إجراء الدراسات التالية:
  - إجراء دراسات أخرى مشابهة على عينات متقاربة من حيث العمر ومن حيث الجنس لمعرفة ما إذا كان هنالك تباين في تأثير البرنامج الرياضي المقترح تبعاً لاختلاف العمر والجنس.
  - دراسة مقارنة حول مفهوم صورة الجسم وتقدير الذات بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة المختلفة.
  - دراسة تأثير البرامج الرياضية على صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية (الاكتئاب، التوافق النفسي الاجتماعي، الرضا عن الحياة) لذوي الاحتياجات الخاصة.
  - دراسة فاعلية البرامج الرياضية الترويحية في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو الابن ذو الاحتياجات الخاصة وأثر ذلك على السلوك التكيفي.
  - نظراً لأهمية مقياس صورة الجسم يقترح الباحث إجراء دراسات عن هذا المقياس لغرض تقنيته على البيئة المحلية، بحيث يصبح لدينا اختبارات خاصة بالبيئة الجزائرية.

## المصادر والمراجع



- قائمة المصادر والمراجع:

أولاً - المصادر:

\* القرآن الكريم

- سورة البقرة، الآية: 286.

- سورة الزخرف، الآية: 32.

- سورة الهمزة، الآية: 1.

\* ثانياً - المراجع باللغة العربية:

أ - الكتب:

01- إبراهيم، حلمي محمد وفرحات، ليلى السيد (1998)، التربية الرياضية والترويح للمعاقين، مصر: دار الفكر العربي.

02- إبراهيم، مروان عبد المجيد (2002)، الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة تربوياً - نفسياً - رياضياً - تأهيل، عمان: مؤسسة الوارق للنشر والتوزيع.

03- إبراهيم، مروان عبد المجيد (2002)، الموسوعة الرياضية لمتحدي الإعاقة، عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

04- إبراهيم، عبد المجيد مروان (1997)، الألعاب الرياضية للمعوقين، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

05- ابن منظور، جمال الدين محمد (بدون سنة)، لسان العرب، بيروت: دار صادر.

06- أبو جادو، صالح محمد علي (1998)، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

07- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2009)، دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية، بيروت: ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع.

08- أبو رياش، حسين وعبد الحق، زهرية (2007)، علم النفس التربوي للطلاب الجامعي والمعلم الممارس، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- 09- البطائنة، أسامة محمد وذياب، عبد الناصر وغوانمة، مأمون محمود (2007)، علم نفس الطفل غير العادي، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 10- الخطاب، عادل وزكي، كمال (1965)، التربية الرياضية للخدمة الاجتماعية، بيروت: دار النهضة العربية.
- 11- الخطيب، جمال (1998)، مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 12- الخطيب، جمال و الحديدي، منى والسرطاوي، عبد العزيز (2002)، إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة "قراءات حديثة"، عمان: دار حنين، الطبعة 2.
- 13- الخطيب، جمال والحديدي، منى (2005)، المدخل إلى التربية الخاصة، عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 14- الخطيب، جمال والروسان، فاروق ويحي، خولة والصادي، جميل والحديدي، منى والزريقات، إبراهيم والناطور، ميادة والعميرة، موسى والسرور، ناديا (2007)، مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- 15- الخولي، أنور أمين (1996)، الرياضة والمجتمع، الكويت: المجلس الوطني الثقافي للأدب والفنون، سلسلة عالم المعرفة.
- 16- الخولي، أمين أنور وراتب، أسامة كامل (1983)، التربية الحركية، مصر: دار الفكر العربي.
- 17- الدسوقي، مجدي محمد (2006)، اضطراب صورة الجسم " الأسباب، التشخيص، الوقاية والعلاج"، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، سلسلة الاضطرابات النفسية 2.
- 18- الروسان، فاروق (1998)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين "مقدمة في التربية الخاصة"، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة 3.
- 19- السبيعي، عدنان (2000)، معاقون وليسوا عاجزين، دمشق: دار الفكر.
- 20- الشاروني، حبيب (2009)، فكرة الجسم في الفلسفة الوجودية، بيروت: دار التنوير للطباعة والنشر والتوزيع.
- 21- الشرايعة، محمد عرفات (2006)، التنشئة الاجتماعية، عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- 22- الشيخ، دعد (2003)، مفهوم الذات بين الطفولة والمراهقة، دمشق: دار كيوان.

- 23- الطريقي، محمد بن حمود (1997)، مراحل حاسمة "في تطوير نظم وإستراتيجيات الإعاقة والتأهيل في المملكة العربية السعودية"، السعودية: المركز المشترك لبحوث الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية وبرامج تأهيل المعوقين.
- 24- الظاهر، قحطان أحمد (2004)، مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق، الأردن: دار وائل للنشر.
- 25- القذافي، محمد رمضان (1994)، سيكولوجية الإعاقة، طرابلس: الدار العربية للكتاب.
- 26- القريطي، أمين عبد المطلب (2005)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة: دار الفكر العربي، الطبعة 4.
- 27- القمش، مصطفى نوري والإمام، محمد صالح (2006)، الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة "أساسيات التربية الخاصة"، عمان: مؤسسة الطريق للنشر.
- 28- القمش، مصطفى والسعيدة، ناجي (2008)، قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 29- المطر، عبد الحليم وعلي، عادل (2005)، التربية البدنية لذوي الاحتياجات الخاصة، الإمارات العربية المتحدة: دار القلم.
- 30- النحاس، محمد محمود وإبراهيم، فيوليت فؤاد وبسيوني، سعاد وسليمان، عبد الرحمن سيد (2001)، بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة، مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- 31- النواصرة، حسن محمد (2006)، ذوي الاحتياجات الخاصة "مدخل في التأهيل البدني"، مصر: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- 32- باهي، مصطفى وعمران، صبري (2007)، الاختبارات والمقاييس في التربية الرياضية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 33- حسين، محمد سعود علي (2008)، أثر برنامج إرشادي مرتكز على نماذج الفيديو في تحسين مفهوم الذات لدى ذوي التحديات الحركية في الأردن، عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- 34- حسنيين، محمد صبحي (1983)، التحليل العامل للقدرة البدنية، مصر: الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية.
- 35- خليفة، وليد السيد أحمد وعيسى، مراد علي (2006)، الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة "التخلف العقلي"، الإسكندرية: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.

- 36- داود، عزيز (2006)، الإعاقة من التأهيل إلى الدمج "مقدمة حول التأهيل في المجتمع المحلي للأشخاص المعوقين - المفهوم والتطبيق" -، لبنان: مؤسسة مصطفى قانصوة للطباعة.
- 37- دويدار، عبد الفتاح محمد (1999)، سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 38- رمضان، رشيدة عبد الرؤوف (2000)، آفاق معاصرة في الصحة النفسية للأبناء، القاهرة: دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع.
- 39- رياض، أسامة (2005)، رياضة المعاقين "الأسس الطبية والرياضية"، مصر: دار الفكر العربي.
- 40- رياض، أسامة وعبد الرحيم، ناهد أحمد (2001)، القياس والتأهيل الحركي للمعاقين، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 41- زهران، حامد عبد السلام (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب، ط3.
- 42- سعد، طه وأبو الليل، أحمد (2006)، التربية البدنية لذوي الاحتياجات الخاصة، الكويت: مكتبة الفلاح.
- 43- سعيد، عبد العزيز (2005)، إرشاد ذوي التحديات الخاصة، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 44- سليمان، عبد الرحمن السيد (2001)، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة "المفهوم والفئات"، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، الجزء الأول.
- 45- شقير، زينب محمود (2002)، الشخصية السوية والمضطربة، القاهرة: النهضة المصرية.
- 46- شقير، زينب محمود (2002)، نداء من الابن المعاق، القاهرة: سلسلة الفئات الخاصة والمعوقين، مكتبة النهضة العربية.
- 47- صالح، إبراهيم محمد (2005)، مقدمة في الإعاقة الحركية، عمان: دار البداية ناشرون وموزعون.
- 48- عبد الحافظ، ليلى عبد الحميد (1982)، مقياس تقدير الذات للصغار والكبار، القاهرة: دار النهضة.
- 49- عبد الحميد، جابر وكفافي، علاء الدين (1989)، معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية، ج 2.

- 50- عبد الحميد، جابر وكفافي، علاء الدين (1988)، دراسات في علم النفس التربوي، قطر: مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، المجلد الحادي والعشرون، ج (2).
- 51- عبد الفتاح، أبو العلاء أحمد وسيد، أحمد نصر الدين (2003)، فسيولوجيا اللياقة البدنية، القاهرة: دار الفكر العربي، ط2.
- 52- عبيد، ماجدة السيد (2000)، الإعاقة العقلية، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 53- علاوي، محمد حسن (1998)، موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين، مصر: مركز الكتاب للنشر.
- 54- علوان، فاديه (2003)، مقدمة في علم النفس الارتقائي، القاهرة: مكتبة الدار العربية للكتاب.
- 55- فايد، حسين علي (2004)، دراسات في السلوك والشخصية، الإسكندرية: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- 56- فرحات، السيد محمد محمد (2004)، سيكولوجية مبتوري الأطراف "فقدان أحد أعضاء الجسم وعلاقته ببعض سمات الشخصية"، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 57- كفافي، علاء الدين والنيال، مایسة أحمد (1995)، صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات "دراسة ارتقائية ارتباطية عبر ثقافية"، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 58- كفافي، علاء الدين (1997)، علم النفس الارتقائي، القاهرة: مؤسسة الأصالة.
- 59- كوافحة، تيسير مفلح وعبد العزيز، عمر فواز (2007)، مقدمة في التربية الخاصة، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة 3.
- 60- نوبروتون، دافيد (1997)، انثروبولوجيا الجسد والحدائثة، ترجمة محمد عرب صاصيلا، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ط 2.
- 61- مالهى، رانجيت س وريزنر، روبرت د (2005)، تعزيز تقدير الذات، الرياض: مكتبة جرير.
- 62- مجيد، سوسن شاكر (2008)، اتجاهات معاصرة "في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة"، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 63- محمد، عادل عبد الله (2000)، دراسات في الصحة النفسية: الهوية- الاغتراب- الاضطرابات النفسية، القاهرة: دار الرشد.



64- يحيى، خولة أحمد (2008)، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون، الطبعة الثانية.

#### ب - الرسائل العلمية:

65- أبو عبيد، فالح سلطان فالح (2004)، أثر برنامج تعليمي في السباحة على تطوير مفهوم الذات والمستوى المهاري لدى الأفراد ذوي التحديات الحركية، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن: جامعة اليرموك.

66- الدوسري، سارة ناصر آل جرير (2000)، إدراك القبول والتحكم الوالدي لدى طالبات الجامعة وعلاقتها بتقدير الذات والفعالية الذاتية، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض: كلية التربية، جامعة الملك سعود.

67- الصمادي، علي محمد (2003)، أثر برنامج تدريبي على مستوى المهارات الحركية ومفهوم الذات والكفاية الاجتماعية للطلبة ذوي صعوبات التعلم، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الأردن: جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

68- الضيدان، الحميدي محمد ضيدان (2003)، تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض: كلية الدراسات العليا، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

69- الظاهر، دينا حسين إمام ظاهر (2008)، فاعلية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وتقدير الذات لدى المعاقات حركياً، أطروحة دكتوراه غير منشورة، مصر: كلية التربية، جامعة عين شمس.

70- العلوان، بشير أحمد عيسى (2006)، الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات: دراسة مقارنة بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي للمعاقين حركياً في الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الأردن: كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

71- المساعيد، عبد الكريم عبد الله جريد (2004)، فاعلية برنامج إرشاد جمعي لزيادة تقدير الذات لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن: كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

72- عبد الهادي، صلاح (1996)، تأثير برنامج رياضي مقترح على بعض عناصر اللياقة البدنية والكفاءة المهنية، رسالة ماجستير غير منشورة، مصر: كلية التربية الرياضية بالهرم، جامعة حلوان.

73- عليان، محمد ناصيف (2000)، أثر برنامج مقترح للسباحة على مستوى بعض متغيرات الإدراك الحس - حركي لدى المعاقين حركيا، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن: كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

74- زكرياء، زهير عبدالهادي توفيق (2007)، صورة الجسد لدى المراهقين: مصادرها وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الأردن: كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

### ج - الدوريات والمجلات العلمية:

75- الخزرجي، إيمان عبد الأمير (2001)، تأثير التدريب الرياضي اليومي على تقبل الذات لدى المعوقين بألعاب الساحة والميدان، العراق: مجلة التربية الرياضية، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد، المجلد العاشر، العدد الثاني. [www.Iraqaca.org](http://www.Iraqaca.org)

76- الهزاع، هزاع بن محمد (2001)، الدليل الإرشادي للاختبار الخليجي للياقة البدنية المرتبطة بالصحة "للفئات العمرية من (7-18) سنة"، الرياض: كلية التربية، جامعة الملك سعود.

77- الهزاع، هزاع بن محمد (بدون سنة)، النشاط البدني في الصحة والمرض، الرياض: مختبر فسيولوجيا الجهد البدني، جامعة الملك سعود.

78- خوجة، عادل (2008)، معوقات ممارسة النشاط الرياضي داخل مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بالجزائر، المؤتمر الدولي العلمي الرياضي الأول بعنوان: التربية البدنية وعلوم الرياضة، الأردن: كلية التربية الرياضية، الجامعة الهاشمية، المجلد الثاني.

79- صلاح الدين، خالد (بدون سنة)، مادة الصحة واللياقة البدنية، السعودية: قسم التربية البدنية وعلوم الحركة، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

80- مشعان، مشعان بن زين وهزاع، هزاع بن محمد وحسن، عادل علي (2000)، اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال المتخلفين عقليا مقارنة بالأطفال العاديين، السعودية: الدورية السعودية للطب الرياضي، جامعة الملك سعود، 5 (1): 22-32.

#### د - المنشورات الحكومية (القوانين والأنظمة):

- 81- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم 85-05 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية: العدد 08، المؤرخ في 17 فيفري 1985.
- 82- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 95-09 يتعلق بتوجيه المنظومة الوطنية للتربية البدنية والرياضية وتنظيمها وتطويرها، الجريدة الرسمية: العدد 52، المؤرخ في 25 فيفري 1995.
- 83- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 02-09 يتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، الجريدة الرسمية: العدد 34، المؤرخ في 25 صفر عام 1423 الموافق لـ 8 مايو 2002.
- 84- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 04-10 يتعلق بالتربية البدنية والرياضة، الجريدة الرسمية: العدد 52، مؤرخ في 27 جمادي الثانية عام 1425 الموافق لـ 14 أوت 2004.
- 85- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 06-145 يُحدّد تشكيلة المجلس الوطني للأشخاص المعوقين وكيفيات سيره وصلاحياته، الجريدة الرسمية: العدد 28، المؤرخ في 27 ربيع الأول عام 1427 الموافق لـ 26 أبريل سنة 2006.
- 86- الديوان الوطني للإحصائيات (2008): توزيع المعاقين في الجزائر.
- [www.ons.dz/demogr/pop-handic.htm](http://www.ons.dz/demogr/pop-handic.htm)
- 87 - وزارة العمل والحماية الاجتماعية (1983): الدليل الوطني للنشاط الاجتماعي، الجزائر.

\* Les livres:

- 88- Anzieu. D (1995), Le moi-peau, éditions: DUNOD, France.
- 89- Anzieu. D et Chobert. C (1987), Les méthodes projectives, éditions: PUF, paris.
- 90- Dechavanne Nicole (1990), L'éducateur sportif d'activité pour tous, édition: Vigot, Paris.
- 91- Dominique Bodin, Stéphane Héas (2002), Introduction à la sociologie des sports, Série sports études, éditions: Chiron, paris.
- 92- Dolto. F (1984), l'image inconsciente du corps, éditions du seuil, paris.
- 93- Dolto. F (1993), l'image inconsciente du corps, éditions du seuil, paris.
- 94- Evelyne Soyer-Papiernik (2005), Comprendre la rééducation des anomalies du développement, éditions : Masson, France.
- 95- Huisman Bruno et Ribes Françoise (1992), Les philosophes et le corps, éditions: Dunod, paris.
- 96- Jacques Choque, Olivier Quentin (2007), Gym douce pour les personnes handicapées (ou à mobilité réduite) 400 exercices pratiques et ludique, éditions : amphora, France.
- 97- Maisonneuve. J, Schweitzer (1981), Modèles de corps et psychologie esthétique, édition: P.U.F, paris.
- 98- McKay. M (2000), Self-esteem, New York: Mif books.
- 99- Mercier Michel (2004), l'identité handicapée, publié par presses universitaires de Namur, France.
- 100- Oléron Pierre (1961), L'éducation des enfants physiquement handicapés, édition P.U.F, paris.
- 101- Patrick Gosling. François Ric (1998), psychologie sociale (Approches du sujet social et des relations interpersonnelles, tome : 2, éditions Bréal, France.

- 102-Patrick Laure (2007), Activités physiques et santé, ellipses édition marketing S.A, France.
- 103- Pierre Chazaud (1994), l'éducateur sportif d'activité pour tous, éditions : vigot, paris.
- 104- Reinhardt. J.C (1990), La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant, éditions: PUF, France.
- 105-Reuchlin. M (1973), Traite de psychologie appliquée, édition: P.U.F, paris.
- 106-Schilder. P (1968), l'image du corps, édition: Gallimard, paris.
- 107- Soyez-Papiernik. E (2005), Comprendre la rééducation des anomalies du développement, publié par Elsevier Masson, paris.
- 108- Thomas. C (1972), L'handicape physique son orientation, édition: P.U.F, Paris.
- 109-Trautenberg. N. R (1994), Le Rorschach, Champ d'interaction: de percept au fantasme, psychologie, S.A.R.P, n°= 4, pp: 139-158.
- 110- Winnick. Joseph P, Short. Francis X (1999), The Brockport physical fitness test manual: A health-related test for youths with physical and mental disabilities, state university of New York college at Brockport: Human Kinetics.

\* Les Thésés:

- 111- Joseph Beatus (1996), Body image, self concept and factors which influence the adjustment to disability in spinal cord injured persons, in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, faculty of the graduate school of the university of Maryland, USA.
- 112- Stephanie G. Wade (2007), Differences in body image and self-esteem in adolescents with and without scoliosis, in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Psychology, dissertation submitted to the faculty of the Adler school of professional psychology, USA.
- 113- Lalkhen. Yusuf (2001), a phenomenological understanding of self-esteem in physically disabled adolescents in a non-disabled environment, in partial

fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, University of Pretoria, South Africa.

\* **Revue et magazines:**

114- Behr. P & Minotti. C (2000), les effets de la pratique du basket fauteuil de haut niveau sur l'estime de soi, Congrès international de la SEPS-paris INSEP, communication affichées, Disponible sur: [http:// pagesperso-orange.fr/ Bernard.Lefort/docu...](http://pagesperso-orange.fr/Bernard.Lefort/docu...), consulté le 12 avril 2007.

115- Breakey James. W (1997), Body image: In the inner mirror, American academy of orthotists & prosthetists providing better care through knowledge, 9, (3), 107-112.

116- Cazenave. N, Peultier. A. S, Lefort. G, (2006), L'activité physique et sportive et l'estime de soi chez les adolescents handicapés : le cas de la pathologie du pied bot, science direct, Annales médico psychologiques, 166, (2008) 789-793, <http://france.elsevier.com/direct/AMEPSY/>.

117- Coroir. Carole, Sordes-Ader. Florence (2001), vivre l'adolescence dans un corps différent, handicap, revue de sciences humaines et sociales, volume:89, pages :(45-60), France.

118- Hanifi. R (1995), sport et handicap physique, science des sports, C.N.I.D.S Magazine, Algérie.

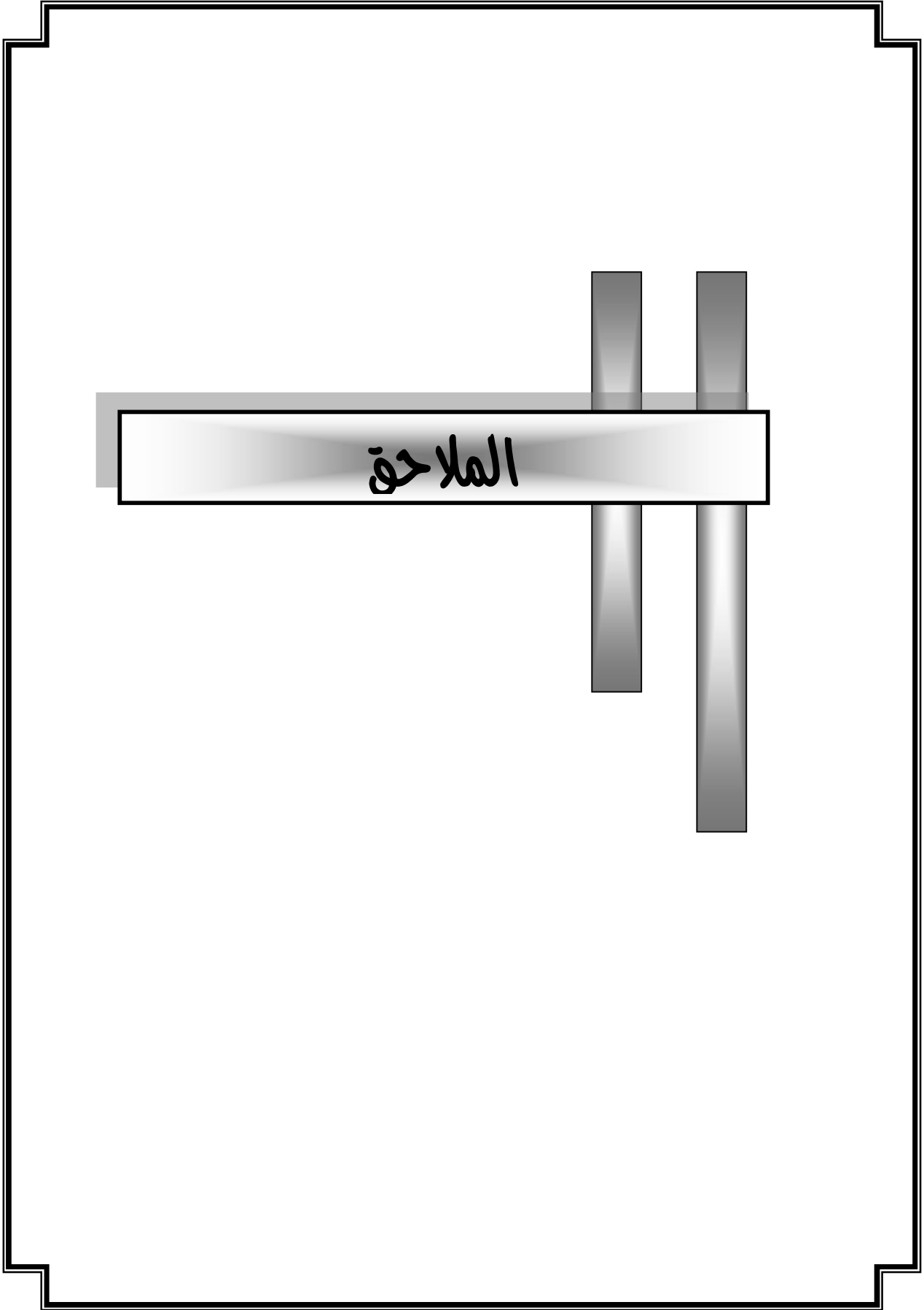
119- Hendy.H. M, Gustius. c & Schwalm. L. J, (2001), social cognitive predictors of body image, in preschool children, sex roles: a journal of research, 44 (9/10): 557-569.

120- Laurien M. Buffart, Rita J.G. Van Den Berg-Emons, Marie S. Van Wijlen-Hempel, Henk J. Stam, Marij E. Roebroek, (2008), Health-related physical fitness of adolescents and young adults with myelomeningocele, European journal of applied physiology, volume 103, November 2/ may, pages: 181-188.

121- Maiano. C et Ninot. G (2008), L'activité physique adaptée et la santé, Revue EPS, éducation physique et sport, éditions: Revue EPS, N°=330.

122- **Ministère de la Solidarité nationale, de la famille et de la communauté nationale à l'étranger**, La Politique de protection et de promotion des personnes handicapées en Algérie, Travaux du Conseil National des Personnes Handicapées, le 07/06/2009.

- 123- Oates. Christina Mellissa (2004), does a recreational swimming program improve the self-esteem of children with physical disabilities, possible underlying mechanism, p: 1515.
- 124- Reader. Laura Anne. (2003), An inquiry into the relationship between self-concept, self-esteem, locus of control, self-efficacy, self determination of students with and without physical disabilities, Columbia-University, volume 64-02 A of dissertation abstracts international, page 463.AA13080072.
- 125- Teri, R. Blake, James, O. Rust (2000): Self- Esteem and Self -Efficacy of college students with disabilities, British Journal of Psychiatry, Vol, 15, pp 476 – 488.
- 126- Tlili.L, S.Lebib, I.Moalla, S.Chorbel, F.Z.Bensalah, C.Dziri & F.Aouididi (2007), Impact de la pratique sportive sur l'autonomie et la qualité de vie du paraplégique, Annales de réadaptation et de médecine physique, Volume : 51, issue : 3, Avril 2008, pages (179-183).
- 127- Usmiani.S, & Daniluk. J, (1997), Mothers and their adolescent daughters: Relationship between self-esteem, gender role identity and body image, journal of youth and adolescence, 26 (1):45-83.
- 128- Vallières. EF, Vallerand. RJ (1990), Traduction et validation canadienne-Française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, journal International de psychologie, 25 : 305-16.
- \* Les dictionnaires:
- 129- G-Thines. A-Lempereur (1975), Dictionnaire général des sciences humaines, édition: UNIS, paris.
- 130- Laffon. R (1979), vocabulaire de psycho pédagogie, paris.
- 131-Micro Robert (1985), Dictionnaire français, édition: Robert, paris.
- 132- Sillamy. N (1980), Dictionnaire encyclopédique de psychologie, édition: Bordas, tome 2, paris.





## الملحق رقم (01)

### قائمة بأسماء السادة المُحكِّمين والخبراء لمقياس صورة الجسم

الرقم	إسم الخبير	موقع العمل	التخصّص
01	أ.د/ بن عكي محمد آكلي	جامعة الجزائر	علم النفس الرياضي والتربوي
02	أ.د. / هاني فريد السالم	جامعة اليرموك (الأردن)	رياضة المعوقين
03	أ.د/ بن تومي عبد الناصر	جامعة الجزائر	علم النفس الرياضي
04	أ.د. / جمال الخطيب	الجامعة الأردنية	التربية الخاصة
05	أ.د/ خولة أحمد يحي	الجامعة الأردنية	التربية الخاصة
06	أ.د/ موسى جبريل	الجامعة الأردنية	الإرشاد النفسي والتربوي
07	أ.د. / فاروق الرّوسان	الجامعة الأردنية	التربية الخاصة
08	أ.د/ بوداود عبد اليمين	جامعة الجزائر	النشاط البدني الرياضي التربوي
09	أ.د/ لزعر سامية	جامعة الجزائر	علم النفس الرياضي
10	أ.د/ بوطاف مسعود	جامعة الجزائر	علم النفس التربوي
11	د/ لعلالي نادية	جامعة الجزائر	علم الاجتماع الرياضي
12	د/ حسين حسن أبو الرز	الجامعة الأردنية	تربية رياضية خاصة/معدّلة
13	د/ عمر هنداوي	الجامعة الهاشمية(الأردن)	تربية رياضية خاصة/معدّلة
14	د/ صادق خالد الحايك	الجامعة الأردنية	المناهج وطرق التدريس في التربية الرياضية

## الملحق رقم (02)

### قائمة بأسماء السادة المحكمين والخبراء لمقياس تقدير الذات

الرقم	اسم الخبير	موقع العمل	التخصص
01	أ.د. / هاني فريد السالم	جامعة اليرموك (الأردن)	رياضة المعوقين
02	أ.د./ بن عكي محمد آكلي	جامعة الجزائر	علم النفس الرياضي والتربوي
03	أ.د. موسى جبريل	الجامعة الأردنية	الإرشاد النفسي والتربوي
04	أ.د./ بوداود عبد اليمين	جامعة الجزائر	النشاط البدني الرياضي التربوي
05	أ.د./ خولة أحمد يحي	الجامعة الأردنية	التربية الخاصة
06	د/ عمر هنداوي	الجامعة الهاشمية(الأردن)	تربية رياضية خاصة/معدلة
07	د/ لعلالي نادية	جامعة الجزائر	علم الاجتماع الرياضي
08	د/ صادق خالد الحايك	الجامعة الأردنية	المناهج وطرق التدريس في التربية الرياضية

### الملحق رقم (3)

#### قائمة بأسماء السادة الخبراء لترشيح اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

الرقم	إسم الخبير	موقع العمل	التخصّص
01	أ.د. / هاني فريد السالم	جامعة اليرموك (الأردن)	رياضة المعوقين
02	أ.د./ بن عكي محمد أكلي	جامعة الجزائر	علم النفس الرياضي والتربوي
03	أ.د./ بوداود عبد اليمين	جامعة الجزائر	النشاط البدني الرياضي التربوي
04	أ.د./ فايز أبو عريضة	جامعة اليرموك (الأردن)	التدريب الرياضي
05	د/ عمر هنداوي	الجامعة الهاشمية(الأردن)	تربية رياضية خاصة/معدلة
06	د/ صادق خالد الحايك	الجامعة الأردنية	المناهج وطرق التدريس في التربية الرياضية

### الملحق رقم (4)

#### قائمة بأسماء السادة الخبراء للبرنامج الرياضي المقترح

الرقم	إسم الخبير	موقع العمل	التخصّص
01	أ.د. / هاني فريد السالم	جامعة اليرموك (الأردن)	رياضة المعوقين
02	أ.د./ بن عكي محمد أكلي	جامعة الجزائر	علم النفس الرياضي والتربوي
03	أ.د. / بوداود عبد اليمين	جامعة الجزائر	النشاط البدني الرياضي التربوي
04	د/ عمر هنداوي	الجامعة الهاشمية(الأردن)	تربية رياضية خاصة/معدلة
05	د/ صادق خالد الحايك	الجامعة الأردنية	المناهج وطرق التدريس في التربية الرياضية

## الملحق رقم (5)

### مقياس صورة الجسم

أخي الكريم،،،

تحية طيبة وبعد...

تهدف هذه الدراسة إلى بيان أثر برنامج رياضي مقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا. أرجو التكرم بتعبئة هذا المقياس، ويمثل الجزء الأول منه البيانات الشخصية، أما الجزء الثاني فيتناول مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصدق على الواحد من درجات مختلفة، هذه العبارات تُقدّم صفات شخصية أو وصفاً للعلاقات مع الآخرين، ومن أجل الوصول إلى النتائج المتوخاة فإن ذلك يتطلب أن تكون إجابتك على العبارات بكل صراحة وصدق وجديّة، من خلال وضع إشارة (X) في المكان الذي يناسب موقفك ورأيك.

#### تعليمات:

- يرجى قراءة كل عبارة بعناية وتحديد موافقتك عليها بوضع إشارة (X) في المستطيل المقابل للعبارة وتحت العمود الذي يُعبّر عن درجة موافقتك أو عدم موافقتك.
- تتدرج درجات التأييد الموافقة كما يلي: (أوافق بشدة)، (أوافق)، (أوافق بدرجة متوسطة)، (لا أوافق)، (لا أوافق بشدة).
- نود أن نذكرك أنه لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، فأى إجابة تُعتبر صحيحة طالما أنها تُعبّر عن رأيك في نفسك بصدق، حاول الإجابة على جميع المفردات ولا تترك أي منها.
- ملاحظة:** المعلومات التي تكتب في هذا المقياس تحاط بالسرية التامة ولا تُستخدم إلا لهدف البحث العلمي فقط، ولك خالص الشكر والتقدير.

مع تحيات الباحث

عادل خوجة

أولاً - معلومات أولية:

- العمر: .....
- نوع الإعاقة:  شلل،  بتر،  تشوه،  عرج، أخرى .....
- سبب الإعاقة:  خلقية (مولود بها)،  نتيجة مرض،  نتيجة حادث.
- المستوى التعليمي:  ابتدائي،  متوسط،  ثانوي.

الرقم	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضعيفة	لا أوافق
1	يُلائمني وزني الحالي					
2	أشعر بأن طولي مناسب					
3	إعاقتي تحول دون ظهوري بمظهر أنيق وجميل					
4	يتلاءم وزني مع طولي الحالي					
5	أنا لست مُفرطاً في البدانة و لا في النحافة					
6	أشعر بوجود انحرافات قواميه في جسمي بسبب الإعاقة					
7	أسناني متناسقة وجميلة					
8	وزني لا ينسجم مع طولي					
9	أشعر باختلاف حجم الجزء المصاب من جسمي عن الجزء غير المصاب					
10	تكويني الجسمي جيد					
11	أفتخر بمظهري الجسدي كما يبدو					
12	تُقلقني التغيرات الحاصلة في جسمي					
13	أخجل من مظهر جسمي					
14	يُعجبني مظهر جسمي عندما أراه في المرأة					
15	أشعر بالحرج لأن أعضاء جسمي غير متناسقة					
16	مُمارسة النشاط الرياضي تسمح لجسمي اكتساب الصحة واللياقة البدنية					
17	أتضايق من زيادة وزني					
18	أُقبل إعاقتي ولا أتكر لها					

					19	أشعر بقلق دائم حول شكل جسمي
					20	أقلق بسبب ما يظنه الآخرون حول مظهري الجسمي
					21	أشعر أنني أقل قيمة من الآخرين بسبب إعاقتي
					22	أشعر أن ضَعْف قُدْرتي الجسمية تحدّ من مُمارستي للأنشطة الرياضية
					23	أتجنب المشاركة في الصور الجماعية بسبب مظهري الجسمي
					24	أشعر أن أفراد الجنس الآخر يرتاحون لمظهري الجسمي
					25	أتجنّب بعض الزملاء لتعليقاتهم السلبية حول مظهري الجسمي
					26	أقارن مظهر جسمي بمظهر أجسام أصدقائي
					27	أشعر بالخجل عندما أكون بين الناس
					28	أتحاشى الناس الذين لا أعرفهم
					29	أساعد أصدقائي إذا طلب مني
					30	أختار أصدقائي من ذوي الاحتياجات الخاصة فقط
					31	أشعر بالحرج عندما ينظر إلي الآخرون
					32	أشعر بمكانتي الحقيقية داخل أسرتي
					33	لدي قدرة كافية لاحتمال تعليقات الآخرين
					34	أشعر بالسعادة عندما أكون وحيدا
					35	لا أحب ممارسة الرياضة مع الجنس الآخر بسبب مظهري الجسمي
					36	أتضايق من إظهار بعض أجزاء جسمي عند ممارسة نشاط رياضي

ورقة الإجابة

5	4	3	2	1	الرقم	5	4	3	2	1	الرقم
					19						1
					20						2
					21						3
					22						4
					23						5
					24						6
					25						7
					26						8
					27						9
					28						10
					29						11
					30						12
					31						13
					32						14
					33						15
					34						16
					35						17
					36						18

## الملحق رقم (6) مقياس تقدير الذات

أخي الكريم،،،

تحية طيبة وبعد...

تهدف هذه الدراسة إلى بيان أثر برنامج رياضي مقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً. أرجو التكرم بتعبئة هذا المقياس، ويمثل الجزء الأول منه البيانات الشخصية، أما الجزء الثاني فيتناول مجموعة من العبارات التي تعبر عن جانباً من شخصيتك، وتطبق هذه العبارات على بعض الأفراد، وقد لا تنطبق على البعض الآخر، ومن أجل الوصول إلى النتائج المتوخاة فإن ذلك يتطلب أن تكون إجابتك على الفقرات بكل صراحة وصدق وجدية، من خلال وضع إشارة (X) في المكان الذي يناسب موقفك ورأيك.

### تعليمات:

- يرجى قراءة كل عبارة بعناية وتحديد موافقتك عليها بوضع إشارة (X) في المستطيل المقابل للعبارة وتحت العمود الذي يعبر عن درجة موافقتك أو عدم موافقتك.
  - تتدرج درجات التأييد الموافقة كما يلي: (دائماً)، (غالباً)، (أحياناً)، (نادراً)، (أبداً).
  - نود أن نذكرك أنه لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، فأى إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تُعبر عن رأيك في نفسك بصدق، حاول الإجابة على جميع المفردات ولا تترك أي منها.
- ملاحظة:** المعلومات التي تكتب في هذا المقياس تحاط بالسرية التامة ولا تُستخدم إلا لهدف البحث العلمي فقط، ولك خالص الشكر والتقدير.

مع تحيات الباحث

عادل خوجة



أولاً- معلومات أولية:

- السن:.....

- نوع الإعاقة:  شلل،  بتر،  تشوه،  عرج، أخرى.....
- سبب الإعاقة:  خلقية (مولود بها)،  نتيجة مرض،  نتيجة حادث.
- المستوى التعليمي:  ابتدائي،  متوسط،  ثانوي.

ثانياً: فضلاً ضع علامة (X) أمام كل عبارة في الخانة التي تتفق و رأيك.

الرقم	العبارة	أوافق تماماً	أوافق	لا أوافق	لا تماماً
1	أشعر أنني شخص ذو قيمة مثلي مثل بقية الناس				
2	أشعر أن لدي عدد من الصفات الجيدة				
3	كثيراً ما يراودني الشعور بأنني إنسان فاشل				
4	لدي القدرة على إنجاز الأعمال بطريقة صحيحة مثل أغلبية الناس				
5	ليس لدي ما يستحق أن أفرخر به				
6	فكرتي عن نفسي إيجابية بشكل عام				
7	أشعر بالرضا عن نفسي				
8	أتمنى أن يكون لدي احترام أكبر لذاتي				
9	أشعر بأنني لا أستطيع أن أقوم بأي شيء بطريقة صحيحة				
10	أشعر أنني أقل قدراً من غيري				

## الملحق رقم (7)

### اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا

#### 1- التركيب الجسمي:

الغرض من الاختبار: تقدير نسبة الشحوم بالجسم (التركيب الجسمي).

#### الأدوات:

- ملقط دهن من نوع (Hemco) لقياس سمك طيات الجلد، أو ما يشابهه مع التأكد من دقته ومعايرته بانتظام.

#### الشرح:

- يتم قياس طيات الجلد في المناطق التالية: منطقة العضلة العضدية الثلاثية الرؤوس، منطقة ما تحت عظم لوح الكتف.

- يخلع المفحوص فانلته (قميصه) ليُصبح جاهزاً للقياس.

- يتم تحديد المناطق النَّشْرِيحية بدقة استعداداً للقياس كما هو موضح في الشكل (1).

#### القواعد:

- يتم البدء بمنطقة العضلة العضدية الثلاثية الرؤوس، ثم ما تحت عظم لوح الكتف.

- يجب أن لا يكون جلد المفحوص رطبا أو مبللا بالماء أو العرق أثناء عملية القياس.

#### إحتساب النقط:

- تُكرر عملية القياس ثلاث مرات لكل منطقة، وتسجل جميعها في ورقة التسجيل ليتم أخذ المتوسط فيما بعد.

#### ملاحظة:

يَجْرُ بالفاحص عدَم أخذ قياسات سمك طية الجلد للمفحوص أمام الآخرين، بل احترام خصوصية المفحوص وأخذ القياسات بعيدا عن مرأى زملائه.

الشكل (1): يُوضِّح تقدير سمك طيات الجلد، (أ) منطقة العضلة العضدية الثلاثية الرؤوس،  
(ب) منطَقة ما تحت عظم لوح الكتف.

## 2- اختبار قوة القبضة:

الغرض من الاختبار: قياس القوة الثابتة (القوة العضلية).

### الأدوات:

استخدام جهاز قوة القبضة "دينامومتر" (Dynamomètre) من النوع الذي يتم فيه التعديل مسافة المقبض تبعا لحجم قبضة المفحوص.

### الشرح:

- يتم اختبار كل مفحوص على حدى.
- يعطى المفحوص تعليمات واضحة حول كيفية القياس.
- يتم مسك الدينامومتر في اليد اليمنى أولا ثم اليسرى.
- يتم الضغط بقوة على الدينامومتر مع الاحتفاظ به بعيدا عن الجسم.
- يتم الضغط تدريجيا والاستمرار لمدة ثانيتين على الأقل.
- يُنفذ الاختبار مرتين والنتيجة الأفضل تسجل.

### القواعد:

- يتم إعادة مؤشّر الديناموميتر عند الصفر، قبل بدء كل محاولة مع مراعاة أن يشاهد المفحوص مؤشّر القراءة عند الأداء.
- يتم ضبط مقياس القبضة تبعا لحجم قبضة المفحوص، وذلك بتحريك مكبس الضبط تبعا لحجم قبضة المفحوص.
- يراعى أثناء الاختبار ألا يلمس الذراع واليد القابضة على الديناموميتر جسم المفحوص، والأداة تمسك بالكف وتكون على استقامة مع الساعد ويتدلى إلى أسفل ناحية الجانب كما هو موضح في الشكل (2).

- تجرى المحاولة الثانية بعد فترة راحة قصيرة.

### إحتساب النقاط:

- النتيجة الأفضل تسجل بالكيلوغرامات (لأقرب كغم).
- وتسجيل القراءتين باليدين (يمنى، يسرى) مثلا: 45/20/25 كغم.
- وهذا يعني قوة القبضة اليمنى 25 كغم وقوة القبضة اليسرى 20 كغم وكليهما معا 45 كغم.

الشكل (2): يوضح قياس القوة الثابتة باستخدام جهاز الدينامومتر.

### 3- اختبار الجري / المشي التَحْمَلِي (600م):

الغرض من الاختبار: قياس التحمل الدوري التنفسي.

#### الأدوات:

- مضمار ألعاب القوى أو أرض مستوية محيطها 200م (مربعة الشكل بأضلاع طولها 50م، أو مستطيلة الشكل ذات أبعاد مقدارها 60م في 40م، أو 70م في 30م).
- أربع مَخَارِيط بلاستيكية أو (رايات بلاستيكية) توضع في أركان المربع أو المُستطيل.
- جير لتحديد أضلاع المربع أو المُستطيل.
- ساعة توقيت ويُستحسن أن تكون من النوع الذي يمكنه قياس أكثر من توقيت واحد.

#### الشرح:

- البدء من على كرسي متحرك ، خلف خط البداية.
- يُمكن البدء بأعداد تتوافق مع قدرة الفاحصين على التوقيت السليم، مع عدم اختبار أعداد كبيرة من المفحوصين تُؤدي إلى ازدحام يؤثر على دقة الأداء وسلامة المفحوصين.
- تُعطى تعليمات واضحة للمفحوصين عن عدد الدورات المطلوبة وضرورة تنظيم سرعة الجري طوال فترة الاختبار، مع حثهم على قطع مسافة الاختبار في أقصر زمن ممكن.

#### القواعد:

- عند إعطاء إشارة البدء (استعد...، انطلق)، يقوم المفحوصون بالجري على الكراسي المتحركة حول مضمار ألعاب القوى عكس عقارب الساعة.
- يُمكن للمفحوص أن يتحول من الجري إلى المشي، والعكس حيث الهدف هو إكمال المسافة بأقصر زمن ممكن.

#### إحتساب النقاط:

- يتم تسجيل الزمن لكل مفحوص بالدقائق والثواني.

الملحق رقم (8)

إستمارة تسجيل المتغيرات البدنية

الإسم: .....

العمر: .....

المجموعة: .....

.. / .. / ..م	.. / .. / ..م	التاريخ	
بعدي	قبلي	القياس	
		سمك طية الجلد في منطقة العضلة العضدية الثلاثية الرؤوس	التركيب الجسمي
		سمك طية الجلد في منطقة ما تحت عظم لوح الكتف	
		اليد اليمنى	قوة القبضة
		اليد اليسرى	
		التحمل الدوري التنفسي (جري/ مشي 600م)	

## الملحق رقم (9)

### محتوى البرنامج الرياضي المقترح

الشدة	أهداف الحصص التدريبية	الزمن الكلي	زمن الوحدة التدريبية	التاريخ	أيام التدريب	الأسابيع
50%	- تنمية وتطوير التحمل الدوري التنفسي.	165د	55د	2009-04-25 2009-04-27 2009-04-28	السبت الإثنين الأربعاء	الأول
50%	- اللياقة القلبية التنفسية. - المرونة.	165د	55د	2009-05-02 2009-05-04 2009-05-05	السبت الإثنين الأربعاء	الثاني
50%	- اللياقة القلبية التنفسية. - القوة والمرونة العضلية.	165د	55د	2009-05-09 2009-05-11 2009-05-12	السبت الإثنين الأربعاء	الثالث
55%	- اللياقة القلبية التنفسية. - القوة والتحمل العضلي. - المرونة.	165د	55د	2009-05-16 2009-05-18 2009-05-19	السبت الإثنين الأربعاء	الرابع
60%	- اللياقة القلبية التنفسية. - القوة العضلية والتحمل العضلي وإتزان الجسم. - المرونة والرشاقة.	165د	55د	2009-05-23 2009-05-25 2009-05-26	السبت الإثنين الأربعاء	الخامس
65%	- اللياقة القلبية التنفسية. - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض أصابع اليد. - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على ثني مفصل المرفق. - تنمية مرونة المفاصل وإطالة العضلات التي تعمل عليها. - الرشاقة.	165د	55د	2009-05-30 2009-06-01 2009-06-02	السبت الإثنين الأربعاء	السادس
65%	- اللياقة القلبية التنفسية. - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية العاملة على بسط المرفق. - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية العاملة على مفصل الكتف لرفع الذراع زاوية 90°. - إطالة لعضلات الجذع الجانبية.	165د	55د	2009-06-06 2009-06-08 2009-06-09	السبت الإثنين الأربعاء	السابع



	- التوازن والدقة.					
65%	- اللياقة القلبية التنفسية. - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على رفع الذراع جانباً عالياً أكثر من 90°. - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على تقريب الذراع للخط المتوسط للجسم. - مرونة المفاصل بين الفقرات - التوافق.	د165	د55	2009-06-13 2009-06-15 2009-06-16	السبت الإثنين الأربعاء	الثامن
60%	- اللياقة القلبية التنفسية. - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على إبعاد الذراع عن الخط المنصف للجسم للوضع جانباً. - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على الرفع. - المرونة والتحمل العضلي.	د165	د55	2009-06-20 2009-06-22 2009-06-23	السبت الإثنين الأربعاء	التاسع
50%	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على الجذب. - المرونة.	د165	د55	2009-06-27 2009-06-29 2009-06-30	السبت الإثنين الأربعاء	العاشر

**ملاحظة:** يعود سبب نزول الشدّة في آخر أسبوعين (التاسع والعاشر) إلى تطبيق الإختبارات البعدية في الأسبوع الحادي عشر، وحتى تحصل العضلات على حالة من الإستشفاء.

## الملحق رقم (10)

### نموذج لوحدة تدريبية من البرنامج الرياضي المقترح.

الهدف: تنمية القوة العضلية.

زمن الوحدة التدريبية: 55 دقيقة

الجزء	الزمن	الهدف	المحتوى	الشدة	التكرار
الجزء التمهيدي (إحماء)	10 د	تهيئة الجسم بدنيا ونفسيا لممارسة الجزء الرئيسي	<p>- الاصطافاف - الجري/ المشي بالكراسي حول الملعب. - القيام ببعض الحركات التسخينية. لعبة غرضية: يقوم المشتركون بالجري/ المشي في الملعب لمدة 2 دقائق وعند سماع صافرة المدرب عليهم بالإسراع إلى صندوق خشبي وأخذ أي شيء من داخله (كرة تنس، كيس رمل، ..)، والجري بها لمدة 2 دقائق، وعند سماع الصافرة الثانية للمدرب يضع المشتركون الأشياء على الأرض والاستمرار في الجري/ المشي لمدة دقيقة واحدة، وعند سماع صافرة المدرب الأخيرة يجري المشتركون تجاه أشياءهم التي تركوها على الأرض لأخذها وإرجاعها إلى الصندوق مرة أخرى.</p>	50% من إحتياطي ضربات القلب	(8-1)
الجزء الرئيسي	40 د	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض أصابع اليد.  - تنمية القوة العضلية للمجموعات	<p>- مجموعة (1): - (جلوس عال- الذراعان جانبا)، تدوير الرسغين وكل يد تمسك بتقل وزنه 1 كغم يزداد إلى 4 كغم تدريجيا. - (جلوس عال-الذراعان عاليا) تدوير الرسغين ثم الهبوط بالذراعين أماما. - (جلوس عال-الذراعان مد عرضا)، تدوير الرسغين ثم أماما، مع تدوير الرسغين بالأثقال ثم الرجوع بالذراعين جانبا لأسفل. - (جلوس عال- الذراعان أماما)، ثني الرسغين معا في حركة الكب، ثم حركة البطح مع حمل الأثقال المتدرجة الأوزان، بحيث يكون وزن الأثقال متساوية في اليدين معاً عند أداء كل تمرين. - (جلوس عال-الذراعان أماما)، ثني الرسغين بالتبادل مع الأثقال. - مجموعة (2): - (جلوس عال- الذراعان جانبا)، ثني الساعدين على العضدين مع حمل الأثقال باليدين ثم الرجوع للوضع الابتدائي يكرر ما سبق مع</p>	50% من إستطاعة الرياضي القصوى	(4-1)

		<p>تغيير الوضع الابتدائي إلى المد عرضا.</p> <p>- (جلوس عال-الذراعان جانبا)، ثني الذراعين بالتبادل ثم الرجوع للوضع الابتدائي.</p> <p>- (جلوس عال- انثناء لذراعين)، مد الذراعين أماما ثم الرجوع للوضع الابتدائي.</p> <p>- (جلوس عال- ثني الذراعين خلف الرأس وظهر اليد لأعلى) مد الذراعين عاليا.</p>	<p>العضلية التي تعمل على ثني مفصل المرفق</p>		
		<p>- تمارينات تهدئة:</p> <p>- تمارينات الإطالة والمرونة.</p> <p>- (من وضع الجلوس- ثبات الوسط)، تبادل لفت الجذع يميناً ويساراً ثم الرجوع للوضع الابتدائي.</p> <p>- (وقوف فتحا- تشابك اليدين خلف الرأس)، تبادل ميل الجذع يميناً ويساراً ثم الرجوع للوضع الابتدائي.</p>	<p>إعادة الجسم لحالته الطبيعية</p>	5 د	<p>الجزء الختامي (التهدئة)</p>

## الملحق رقم (11)

كتاب رسمي بعنوان "تسهيل مهمة" موجه إلى المؤسسة الإستشفائية يعقوبي زهير

الملحق رقم (12)

كتاب رسمي بعنوان "تسهيل مهمة" موجّه إلى المؤسسة الاستشفائية قاصدي مباح

الملحق رقم (13)

شهادة تربيص (تطبيق البرنامج الرياضي المقترح)

## الملحق رقم (14)

### ملخص الدراسة باللغة الفرنسية

#### RESUME

Cette étude vise la connaissance de l'effet du programme sportif proposé dans l'amélioration de l'image du corps et la notion de l'estime de soi et le développement de la forme physique liée à la santé chez la catégorie des personnes aux besoins particuliers sur le plan moteur ainsi que la détermination du rapport qui existe entre l'image du corps et la notion de l'estime de soi chez ceux-ci.

Le chercheur s'est basé sur la méthode expérimentale. En effet, l'échantillon de l'étude comporte (20) adolescents faisant partie de la catégorie des personnes aux besoins particuliers sur le plan moteur, souffrant d'une hémiplégié qui ont été répartis en deux groupes, le premier : expérimental constitué de (10) individus âgés entre (13 – 17) ans avec une moyenne d'âge de (14,62) ans avec une déviation de norme de (1,58) à l'établissement hospitalier Yagoubi Zouhir – Azur Plage - Wilaya de Tipaza, qui sont soumis au programme sportif proposé et le seconde : de contrôle composé de (10) individus âgés entre (13 – 17) ans avec une moyenne d'âge de (15,03) ans avec une déviation de norme de (1,4) à l'établissement hospitalier Kasdi Merbah – Tikesraïne- Wilaya d'Alger. Aussi, les membres de ce groupe n'ont eu aucun entraînement sur le programme sportif proposé dans l'étude.

Dans le choix de l'échantillon de l'étude des adolescents aux besoins particuliers, plusieurs facteurs ont été pris en considération savoir : l'âge, le sexe, le type du handicap, le niveau des études, le niveau social et économique de la famille.

Les outils de l'enseignement que le chercheur a utilisé consistent en :

- Echelle de mesure du corps (Préparation du chercheur).
- Echelle de l'estime de soi de Rosenberg 1965.
- Test de la condition physique liée à la santé de Winneck & Short 1999 relatif aux personnes aux besoins particuliers sur le plan moteur.
- Programme proposé (Préparation du chercheur). En effet, l'étude a abouti aux résultats suivants :
- Existence d'écarts qui ont un sens statistique au niveau ( $\alpha \leq 0.05$ ) entre la mesure approximative et celle éloignée de l'effet du programme sportif proposé dans l'amélioration de l'image du corps chez la catégorie des personnes aux besoins particuliers sur le plan moteur et en faveur de la mesure éloignée.
- Existence d'écarts qui ont un sens statistique au niveau ( $\alpha \leq 0.05$ ) entre la mesure approximative et éloignée de l'effet du programme sportif proposé dans l'amélioration de l'estime de soi chez la catégorie des personnes aux besoins particuliers sur le plan moteur et en faveur de la mesure éloignée.
- Existence d'écarts qui ont un sens statistique au niveau ( $\alpha \leq 0.05$ ) entre la mesure approximative et éloignée de l'effet du programme sportif proposé dans le développement des éléments de la condition physique liée à la santé (l'endurance périodique respiratoire, la force musculaire) chez la catégorie des personnes aux besoins particuliers sur le plan moteur et en faveur de la mesure éloignée.
- Inexistence d'écarts qui ont un sens statistique au niveau ( $\alpha \leq 0.05$ ) entre la mesure approximative et éloignée de l'effet du programme sportif proposé dans le développement de la variante de la composition anatomique chez la catégorie des personnes aux besoins particuliers sur le plan moteur.
- Existence d'un rapport de liaison positive et qui n'a pas de sens au niveau ( $\alpha \leq 0.05$ ) entre l'image du corps et la notion de l'estime de soi chez la catégorie des personnes aux besoins particuliers sur le plan moteur.

## الملحق رقم (15)

### ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

#### ABSTRACT

This study aims to know the effect of the suggested sport program on the improvement of the image of the body and the notion of self-esteem and the development of the health-related physical fitness among persons with disabilities as well as the determination of the relationship that exists between the image of the body and the notion of the self-esteem to these persons.

The research is based on the experimental method. Indeed, the sample of the study comprises (20) teenagers belonging to the category of people with disabilities, suffering from hemiplegia which we divided into two groups, the first: the experimental group composed of (10) youngsters (ages 13 to 17) years with an average age of (14,62) years with a standard deviation of (1,58) at the hospital Yagoubi Zouhir - Azur Plage - Province of Tipaza, which are submitted to the suggested sport program and the second: the controlling group composed of (10) youngsters (ages 13 to 17) years with an average age of (15,03) years with a standard deviation of (1,4) at the hospital Kasdi Merbah - Tikesraïne- Province of Algiers. Also, the members of this group did not have any training on the suggested sport program in the study.

In the choice of the sample of the study of the teenagers with disabilities, several factors were taken into account: the age, the sex, the type of the handicap, the studies level, the social and economic standing of the family.

The teaching tools that the researcher used consist of:

- The measuring scale of the body (Preparation of the researcher).
- The Rosenberg self-esteem Scale 1965.
- Test of the health-related physical fitness of Winneck & Shorts 199 relating to the persons with disabilities.
- The suggested program (Preparation of the researcher).

Indeed, the study led to the following results:

- Existence of variations which have a statistical meaning at the level ( $\alpha \leq 0.05$ ) between anterior and dimensional measure from the effect of the suggested sport program in the improvement of the image of the body of people with disabilities and in favor of the dimensional measure.

- Existence of variations which have a statistical meaning at the level ( $\alpha \leq 0.05$ ) between anterior and dimensional measurement from the effect of the suggested sport program in the improvement of self-esteem among persons with disabilities and in favor of dimensional measure.

- Existence of variations which have a statistical meaning at the level ( $\alpha \leq 0.05$ ) between anterior and dimensional measure from the effect of the suggested sport program in development of the elements of the health-related physical fitness (periodic respiratory endurance, the muscular force) among people with disabilities of dimensional measure.

- Inexistence of variations which have a statistical meaning at the level ( $\alpha \leq 0.05$ ) between anterior and dimensional measure from the effect of the suggested sport program in the development of the alternative of the anatomical composition among people with disabilities.

- Existence of a positive connection relationship which does not have a meaning at the level ( $\alpha \leq 0.05$ ) between the image of the body and the notion of self-esteem among people with disabilities.