

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف – المسيلة



ميدان : علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

معهد : علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

فرع : النشاط البدني المكيف

قسم : النشاط البدني المكيف

تخصص : نشاط بدني مكيف وصحة

رقم :

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي

إعداد الطالب (ة) : دحماني محمد

تحت عنوان

علاقة النشاط البدني المكيف و التوازن الغذائي بظاهرة

البدانة لدى المعاقين بصريا

دراسة ميدانية بمركز المكوفين بالمسيلة

لجنة المناقشة :

الأستاذ: د/رحلي مراد

جامعة :المسيلة

الأستاذ: أ/د عمرو زهير

جامعة :المسيلة

الأستاذ: نايل زروق

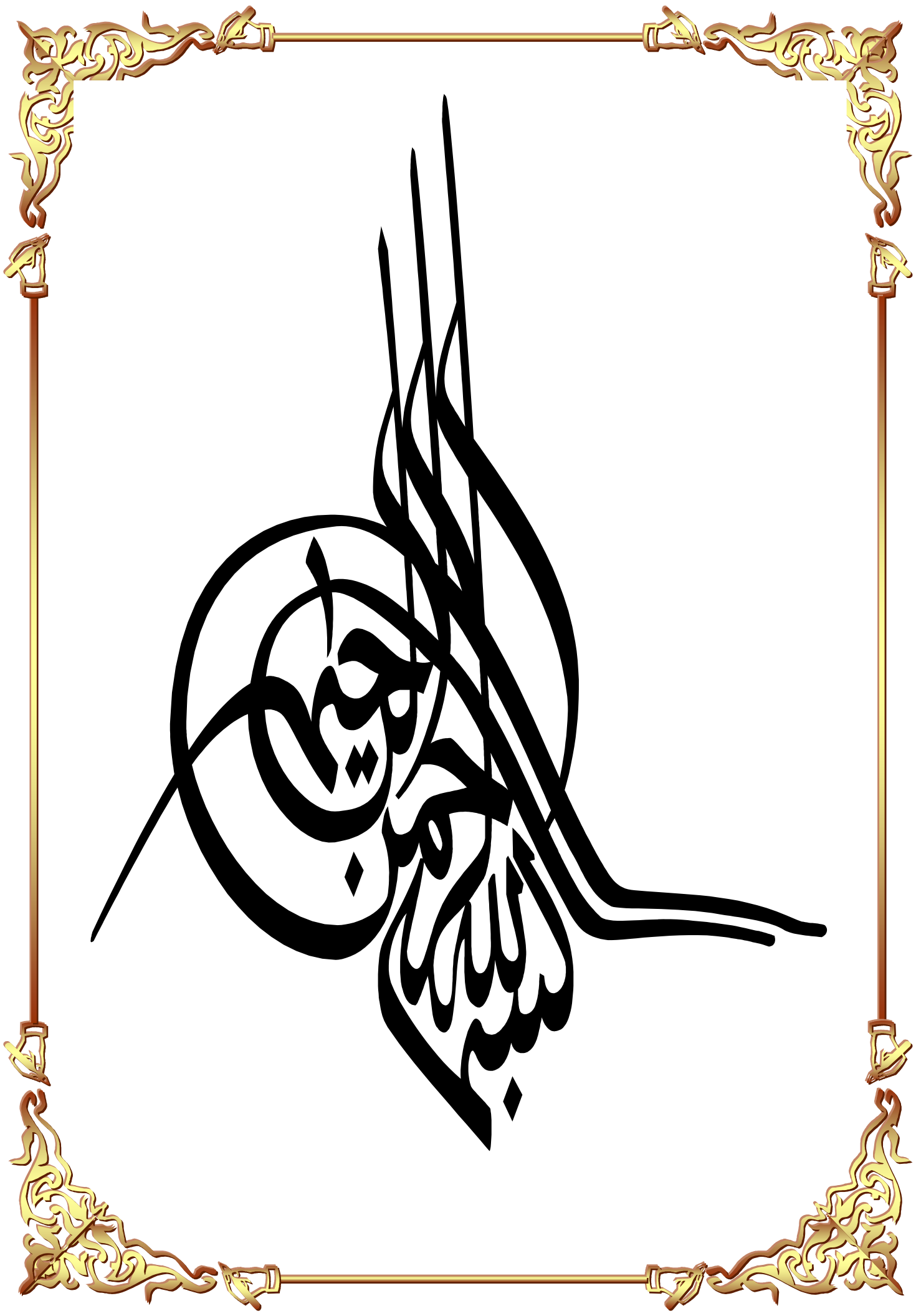
جامعة :المسيلة

رئيسا

مشرفا ومقررا

مناقشا

السنة الجامعية : 2016 / 2017



شكر وتقدير

الحمد لله الذي علم بالقلم ، علم الإنسان ما لم يعلم ، وأصلي وأسلم على خير من تعلم وعمل وعلم ، سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم .

أم بعد :

فأشكر الله عز وجل الذي وهبني من الصبر والتوفيق ما ساعدني وشجعني على انجاز هذا العملي المتواضع فالحمد لله والشكر له .

ثم أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى أستاذي الفاضل الأستاذ المشرف البروفيسور زهير عمريو على هذا البحث على ما أولاه إليّ من جهد واهتمام ، و على ما قدمه من نصح وتوجيه وإرشاد خلال مراحل هذا البحث ، فقد كان لتوجيهه السديد الأثر الكبير في إظهار هذا البحث المتواضعة إلى حيز الوجود، أرجو له دوام التوفيق والسداد .

كما أتقدم بالشكر و التقدير لكافة أساتذة معهد النشاطات البدنية والرياضية بالمسيلة
كما أشكر إدارة و مؤسسات رعاية الأطفال المعاقين بصريا على التسهيلات والعون والاستجابة لإتمام هذه الدراسة العلمية .

وأخصّ بالشكر الجزيل "طاقم مكتبة النجاح" و إلى كل من وقف إلى جانبي من قريب أو من بعيد و أعاننا ماديا أو معنويا .

وإلى كل الساهرين على حمل مشعل النور ليضيئوا الأجيال طريق الهدى والتقدم.

أسأل الله العليّ القدير أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم ، وأن يمدنا بعونه وتوفيقه ويجعل ما تعلمناه عوناً لنا على أفضل الأداء ، إنه ولي ذلك والقادر عليه .

والله الموفق ،،،

فهرس المحتويات

| الصفحة | العنوان |
|--------|---|
| | شكر و عرفان |
| | إهداء |
| أ-ب | مقدمة |
| | الفصل الأول: الخلفية النظرية والدراسات السابقة |
| | أولاً: الخلفية النظرية |
| 04 | 1- النشاط البدني الرياضي المكيف |
| 04 | 1-1- التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف |
| 05 | 2-1- النشاط البدني والرياضي المكيف في الجزائر |
| 07 | 3-1- أسس النشاط البدني الرياضي المكيف |
| 08 | 4-1- تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيف |
| 11 | 2- الإعاقة البصرية |
| 11 | 1-2- نبذة تاريخية عن الإعاقة البصرية |
| 12 | 2-2- تعريف الإعاقة البصرية |
| 12 | 3-2- أسباب الإعاقة البصرية |
| 14 | 4-2- تصنيف الإعاقة البصرية |
| 14 | |
| 16 | 5-2- خصائص المعاقين بصريا |
| | 6-2- البرامج العلاجية وأساليب التدريس |
| 18 | 3- التوازن الغذائي |
| 18 | |
| | 1-3- ماهية الغذاء |
| 19 | 2-3- تعريف الراتب الغذائي |
| 19 | 3-3- أنواع الرواتب الغذائية |
| | 4-3- الغذاء المتوازن |

| | |
|----|--|
| 20 | 5-3- أهمية التغذية |
| 20 | 6-3- الهرم الغذائي |
| 24 | 7-3- سوء التغذية |
| 25 | 4- السمنة |
| 25 | 1-4- تعريف السمنة |
| 26 | 2-4- الغذاء وأنواعه |
| 26 | 3-4- الطاقة الفورية |
| 27 | 4-4- كيف يمكن قياس السمنة |
| 28 | 5-4- ما هي مسببات السمنة |
| 29 | 6-4- السمنة وأمراض القلب والموت المفاجئ |
| 29 | 7-4- كيفية التخلص من زيادة الوزن |
| 29 | 8-4- العوامل المؤدية للسمنة |
| 30 | 9-4- الوقاية والعلاج من السمنة |
| 36 | ثانيا- الدراسات السابقة والمثابها بموضوع البحث |
| 36 | 1- الدراسات العربية |
| 36 | 1-1- الدراسة الأولى |
| 36 | 2-1- الدراسة الثانية |
| 37 | 3-1- الدراسة الثالثة |
| 37 | 4-1- الدراسة الرابعة |
| 38 | 2- الدراسات باللغة الأجنبية |
| 38 | الدراسة الخامسة |
| | الفصل الثاني : الإطار العام للدراسة |
| 41 | 1- الكلمات الدالة |
| 43 | 2- الإشكالية |
| 45 | 3- فرضيات البحث |

| | |
|----|--|
| 45 | 4- أسباب اختيار الموضوع |
| 45 | 5- أهداف البحث |
| 46 | 6_ أهمية البحث |
| | الفصل الثالث: الإجراءات الميدانية للدراسة |
| 48 | 1- الدراسة الاستطلاعية |
| 48 | 2- منهج الدراسة |
| 48 | 3- مجتمع الدراسة |
| 48 | 4- عينة الدراسة |
| 48 | 5- الخصائص السيكومترية |
| 48 | 5-1- صدق المحكمين |
| 48 | 5-2- الصدق الذاتي |
| 48 | 5-3- الثبات |
| 49 | 6- أدوات الدراسة |
| 49 | 7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة |
| 50 | 8- مجالات الدراسة |
| 52 | 9- متغيرات الدراسة |
| | الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج |
| 63 | 1- عرض نتائج فرضيات الدراسة |
| 65 | 2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات |
| | الفصل الخامس: الاستنتاجات والاقتراحات |
| 68 | 1- الاستنتاجات |
| 68 | 2- اقتراحات وتوصيات |
| | خاتمة |
| | قائمة المصادر |
| | والمراجع |
| | فهرس المحتويات |

مما سبق نجد أن ظاهرة البدانة التي أصبحت محط اهتمام الباحثين ، ودليل ذلك ما جاءت به منظمة الصحة العالمية ، ومنظمة التغذية وهيئات باحثة أخرى ، وما توصلوا إليه من نتائج وإحصاءات ، بالإضافة إلى المؤشرات التي تعيشها المجتمعات اليوم والموضحة في العديد من الدراسات . ففي عام 2014 أدرجت منظمة الصحة العالمية أرقام رهيبية حول السمنة وزيادة الوزن للمعاقين بصريا . حيث وجد أن عدد الأشخاص البدناء قد تضاعف أكثر فأكثر ، ابتداء من سنة 1980 إلى 2014 ،

فكل هذا اخذ جانبا مهما من تفكير الباحث، وودفع به إلى الاهتمام أكثر بهذا الموضوع و خاصة لتناوله فئة المكفوفين انطلاقا من توظيف المقاربات النظرية، التي تظهر موقع هذه الظاهرة في الوسط العلمي، بالإضافة إلى الإحصائيات العلمية التي جاءت بها المنظمات العالمية والدراسات الميدانية التي تسعى إلى التحقق مما يعيشه المجتمع، وتقديم الحلول إن أمكن، في إطار ما يسمى بالبعد الوقائي الصحي. ولقد تم تقسيم الدراسة إلى جانبين ، جانب نظري و جانب تطبيقي ففيما يخص الجانب النظري فذكرنا فيه أهم المصطلحات و المفاهيم الواردة في دراستنا ، و تطرقنا في الخلفية النظرية للدراسة و أقوال أهم العلماء و، و قد شملت دراستنا على الإشكالية مع فرضية الدراسة ، كما أوضحنا أسباب اختيارنا لهذا الموضوع و أهداف الدراسة دون أن ننسى الدراسات السابقة و المشاهدة.

ثم يأتي الباب الثاني و المتعلق بالجانب التطبيقي ،الذي وضحنا فيه كل ما يتعلق بخطوات البحث من جانبه التطبيقي و فيه نجد : منهج الدراسة ،متغيرات الدراسة و الأدوات المستعملة في الدراسة،التحليل الإحصائي و عينته مع كيفية اختيارها،و أيضا قمنا بتحليل البيانات و النتائج المرتبطة بفرضيات الدراسة.__(بصرف)

أولاً: الخلفية النظرية

1- النشاط البدني الرياضي المكيف:

سنقوم بتحديد مفهوم النشاط البدني الرياضي المكيف في ضوء التعاريف المختلفة للمربين، ثم نتبع ذلك بدراسة تطوره عبر التاريخ وفي الجزائر على وجه التحديد، ثم نتطرق إلى أنواعه (تربوي تنافسي، علاجي ترويجي) وأهميته للمعاقين من النواحي (البيولوجية).

سنقوم بتحليل نظرياته وخصائصه، وأخيراً العوامل المؤثرة عليه وأثناء معالجة هذه المواضيع سنحاول تدعيم مختلف المفاهيم بالشرح بما أمكن من دراسات وإحصائيات وآراء مختلف الباحثين في هذا المضمار وذلك في محاولة منها لإظهار دور وأهمية النشاط البدني الرياضي المكيف في حياة المعاقين التي أصبحت تستخدمه الهيئات والمراكز التربوية كوسيلة من الوسائل التربوية الفعالة في تنمية الفرد المعاق من جميع النواحي البدنية، الاجتماعية، النفسية.

1-1- التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف:

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

ويعود الفضل في بعث فكرة ممارسة النشاط البدني الرياضي من طرف المعوقين إلى الطبيب الإنجليزي لدويج جوتمان (LEDWIG GEUTTMAN) وهو طبيب في مستشفى (استول مانديفل) بانجلترا .

وبدأت هذه النشاطات في الظهور عن طريق المعاقين حركياً ، وقد نادى هذا الطبيب بالاستعانة بالنشاطات الرياضية لإعادة التكيف الوظيفي للمعاقين والمصابين بالشلل في الأطراف السفلية (PARAPLIGIQUE) واعتبر هذه النشاطات كعامل رئيسي لإعادة التأهيل البدني والنفسي لأنها تسمح للفرد المعوق لإعادة الثقة بالنفس واستعمال الذكاء والروح التنافسية والتعاونية وقد نظم أول دورة في مدينة استول مانديفل شارك فيها 18 معوق وكانوا من المشلولين الذين تعرضوا لحادث طارئاً ثناء حياتهم وضحايا الحرب العالمية الثانية الذين فقدوا أطرافهم السفلية ولقد ادخل الدكتور لدويج جوتمان هذه الرياضة ببعض الكلمات التي كتبها في أول رسالة وعلقها في القاعة الرئيسية في ملعب استول مانديفل في إنجلترا والتي لازالت لحد الآن وجاء فيها " إن هدف ألعاب استول مانديفل هو تنظيم المعوقين من رجال ونساء في جميع أنحاء العالم في حركة رياضية عالمية وان سيادة الروح الرياضية العالمية سوف تزجي الأمل والعطاء والإلهام للمعوقين ولم يكن هناك اجل خدمة وأعظم عون يمكن تدبمه للمعاقين أكثر من مساعدتهم من خلال المجال الرياضي لتحقيق التفاهم والصدقة بين الأمم " . (محمد الحماحي ، أمين أنور الحولي :

، 1990 ص : 64)

وبدأت المنافسة عن طريق الألعاب في المراكز (المستشفى) ثم تطورت إلى منافسة بين المراكز ثم بعدها أنشأت بطولة المعوقين وعند توسيع النشاطات البدنية والرياضية المكيفة صنفت المنافسة حسب نوع الإعاقة الحركية وفي بداية الستينيات النشاط الرياضي بوجه عام عرف تطورا كبيرا ومعتبرا وكذا كان النشاط البدني والرياضي المكيف نفس المسار ونفس الاتجاه حيث أدمجت في النشاطات في المشاريع التربوية والبيداغوجية في مدارس خاصة وكان ظهور النشاطات الرياضية المكيفة للإعاقات العقلية تأخر نوعا ما بالنسبة للإعاقات الحركية وهذه العشرية عرفت تنظيم أولي للألعاب خاصة في 1968 في شيكاغو (الولايات المتحدة الأمريكية) ما بين 19 و20 جويلية وعرفت مشاركة ألف رياضي مثلوا كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وفرنسا ثم تلتها عدة دورات أخرى لسنة 1970 -72-75... الخ، وقد عرفت هذه الدورات تزايد مستمر في عدد الرياضيين المشاركين وبالتالي توسيع هذه النشاطات الرياضية في أوساط المعوقين لمختلف أنواع الإعاقات وقد عرفت العشرية الأخيرة في هذا القرن تطورا كبيرا في جميع المجالات وهناك اكتشاف عام للجسم وأهميته في التكيف وإعادة التكيف مع العالم وقيّمته الاتصالية ودوره الوسيط في تخصيص وامتلاك المعلومات المختلفة مهما كانت معرفية او انفعالية و كان لغزو الرياضة من خلال الملاعب والإعلام و الإشهارات التي تظهر الأجسام الأنيقة العضلية وكل الأفكار المتعلقة الرياضة جعلت الأفراد ومنهم المعاقين يعتقدون بالأهمية البالغة للنشاط الرياضي على المستوى العلاجي ويلعب دورا كبيرا في النمو البدني النفسي والاجتماعي للأفراد الممارسين له .

1-2- النشاط البدني والرياضي المكيف في الجزائر : (إبراهيم رحمة ، 1998 ، ص 03) .

تم تأسيس الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات في 19 فيفري 1979 وتم اعتمادها رسميا بعد ثلاثة سنوات من تأسيسها في فيفري 1981 وعرفت هذه الفيدرالية عدة صعوبات بعد تأسيسها خاصة في الجانب المالي وكذا من انعدام الإطارات المتخصصة في هذا النوع من الرياضة وكانت التجارب الأولى لنشاط الفيدرالية في (CHU) في تقصرين وكذلك في مدرسة المكفوفين في العاشور وكذلك في (CMPP) في بوسماعيل وتم في نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية وهذا بإمكانيات محدودة جدا ، وفي سنة 1981 انضمت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين للاتحادية الدولية (ISMGF) وكذلك للفيدرالية الدولية للمكفوفين كليا وجزئيا (IBSA) وفي سنة 1983 تم تنظيم الألعاب الوطنية في وهران (من 24 الى 30) سبتمبر حيث تبعتها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتها في مختلف أنحاء الوطن .

وشاركت الجزائر في أول ألعاب افريقية سنة 1991 في مصر .

وكانت أول مشاركة للجزائر في الألعاب الاولمبية الخاصة بالمعوقين سنة 1992 في برشلونة بفوجين أو فريقين يمثلان ألعاب القوى وكرة المرمى وكان لظهور عدائين ذوي المستوى العالمي دفعا قويا لرياضة المعوقين في بلادنا

وهناك 36 رابطة ولائية تمثل مختلف الجمعيات تظم أكثر من 2000 رياضي لهم إجازات وتتراوح أعمارهم بين (16 - 35) سنة .

وتمارس حوالي 10 اختصاصات رياضية مكيفة من طرف المعوقين كل حسب نوع إعاقته ودرجتها وهذه الاختصاصات هي نوع الإعاقة : (عمار رواب، 2006، ص32)

| * المعوقين المكفوفين | المعوقين الحركيين | المعوقين الذهنيين |
|--------------------------|----------------------------------|---------------------|
| - ألعاب القوى | - ألعاب القوى | - ألعاب القوى |
| - كرة المرمى | - كرة السلة فوق الكراسي المتحركة | - كرة القدم بلاعبين |
| - السباحة | - رفع الأثقال | - السباحة |
| - الجيدو | - السباحة | - تنس الطاولة |
| - التندام (الاستعراضي) | - تنس الطاولة | - كرة الطائرة |

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

- العمل التحسيسى والإعلام الموجه
- للسلطات العمومية
- لمختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء الوطن وخاصة منهم الأشخاص المعوقين
- العمل على تكوين إطارات متخصصة في هذا الميدان (ميدان النشاط البدني والرياضي المكيف) وهذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارات .

والفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين منخرطة في عدة فيدراليات دولية وعالمية منها :

- اللجنة الدولية للتنسيق والتنظيم العالمي للرياضات المكيفة (I.C.C)
 - اللجنة الدولية للتنظيم العالمي لرياضة المعوقين ذهنيا (IPC)
 - الجمعية الدولية لرياضة المتخلفين والمعوقين ذهنيا (INAS-FMH)
 - الفيدرالية الدولية لرياضات الكراسي المتحركة (ISMW)
 - الفيدرالية الدولية لكرة السلة فوق الكراسي المتحركة (IWPF)
 - الجمعية الدولية للرياضات الخاصة للأشخاص ذوي إعاقات حركية مخية (CP - ISRA)
- وفيها من الفيدراليات والجمعيات واللجان الدولية العالمية .

وقد كان للمشاركة الجزائرية في مختلف الألعاب على المستوى العالمي وعلى رأسها الألعاب الاولمبية سنة 1992 في برشلونة وسنة 1996 في اطلنطا نجاحا كبيرا وظهور قوي للرياضيين المعوقين الجزائريين وخاصة في اختصاص ألعاب القوى ومنهم علاق محمد في اختصاص (100-200-400) متر وكذلك بوجليطية يوسف في صنف B3 (معوق بصري) وفي نفس الاختصاصات وبلال فوزي في اختصاص (5000 متر و800 و1500) متر .

1-3- أسس النشاط البدني الرياضي المكيف

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

يشير انارينو وآخرون "إن كل ما يحتويه البرنامج العادي ملائم للفرد المعاق ، ولكن يجب وضع حدود معينة لمستويات الممارسة والمشاركة في البرنامج تلائم إصابة أو نقاط ضعف الفرد المعاق" (محمد الحماهي ، أمين أنور الخولي . ، 1990 ، ص : 194)

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

ويرعى عند وضع أسس النشاط البدني الرياضي المكيف ما يلي :

- العمل على تحقيق الأهداف العامة للنشاط البدني الرياضي
- إتاحة الفرصة لجميع الأفراد للتمتع بالنشاط البدني وتنمية المهارات الحركية الأساسية والقدرات البدنية
- أن يمكن البرنامج المعاق من التعرف على قدراته وإمكاناته ، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية لديه واكتشاف ما لديه من قدرات
- أن يمكن البرنامج المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه ، وذلك من خلال الممارسة الرياضية للأنشطة الرياضية المكيفة .

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

- تغيير قواعد الألعاب (التقليل من مدة النشاط ، تعديل مساحة الملعب ، تعديل ارتفاع الشبكة أو هدف السلة ، تصغير أو تكبير أداة اللعب ، زيادة مساحة التهديف

1-4- تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيف :

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

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

1-4-1- النشاط الرياضي الترويحي : هو نشاط يقوم به الفرد من تلقائي نفسه بغرض تحقيق السعادة الشخصية التي يشعر بها قبل أثناء أو بعد الممارسة وتلبية حاجاته النفسية والاجتماعية ، وهي سمات في حاجة كبيرة إلى تنميتها وتعزيزها للمعاقين .

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

إن مزاولة النشاط البدني سواء كان بغرض استغلال وقت الفراغ أو كان بغرض التدريب للوصول إلى المستويات العالية ، يعتبر طريقا سليما نحو تحقيق الصحة العامة ، حيث أنه خلال مزاولة ذلك النشاط يتحقق للفرد النمو الكامل من النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى تحسين عمل كفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والعضلي والعصبي. (إبراهيم رحمة ، 1998 ، ص 09 .)

يرى رملي عباس أن النشاط البدني الرياضي يخدم عدة وظائف نافعة ، إذ أن النشاط العضلي الحر يمنح الأطفال إشباعا عاطفيا كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس ، والخلق والابتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الإنجاز وتمد الأغلبية بالترويح الهادف بدنيا وعقلياً... والغرض الأساسي هو تعزيز وظائف الجسم من اجل لياقة مقبولة وشعور بالسعادة والرفاهية.(عيس ع الفتح رملي ، محمد إبراهيم شحاتة، 1991 ، ص : 79)

كما أكد "مروان ع المجيد" أن النشاط البدني الرياضي الترويحي يشكل جانبا هاما في نفس المعاق إذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات والصبر ، الرغبة في اكتساب الخبرة ، التمتع بالحياة ويساهم بدور ايجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق والتغلب على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة ، وتهدف الرياضة الترويحية إلى غرس الاعتماد على النفس والانضباط وروح المنافسة والصدقاة لدى الطفل المعوق وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراج المعوق من عزلته التي فرضها على نفسه في المجتمع (مروان ع المجيد إبراهيم، 1997 ، ص 111 - 112)

ويمكن تقسيم الترويح الرياضي كما يلي :

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

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

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

1-4-2- النشاط الرياضي العلاجي :

عرفت الجمعية الأهلية للترويح العلاجي ، بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية التي تستخدم للتدخل الإيجابي في بعض نواحي السلوك البدني أو الانفعالي أو الاجتماعي لإحداث تأثير مطلوب في السلوك ولتنشيط ونمو وتطور الشخصية وله قيمة وقائية وعلاجية لا ينكرها الأطباء. (عطيات محمد خطاب ، ص 64-65-66). فالنشاط الرياضي من الناحية العلاجية يساعد مرضى الأمراض النفسية والمعاقين على التخلص من الانقباضات النفسية ، وبالتالي استعادة الثقة بالنفس وتقبل الآخرين له ، ويجعلهم أكثر سعادة وتعاوناً ، ويساهم بمساعدة الوسائل العلاجية الأخرى على تحقيق سرعة الشفاء ، كالسباحة العلاجية التي تستعمل في علاج بعض الأمراض كالربو وشلل الأطفال وحركات إعادة التأهيل .

1-4-3- النشاط الرياضي التنافسي : ويسمى أيضاً بالرياضة النخبة أو رياضة المستويات العالية ، هي النشاطات الرياضية المرتبطة باللياقة والكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبياً ، هدفه الأساسي الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية واسترجاع أقصى حد ممكن للوظائف والعضلات المختلفة للجسم .

1-5-5- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف :

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

1-5-1- الأهمية البيولوجية :

إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة حيث اجتمع علماء البيولوجيا المتخصصين في دراسة الجسم البشري على أهميتها في الاحتفاظ بسلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص العادي، أو الشخص الخاص، برغم

اختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فان أهميته البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة . (لطفى بركات أحمد 1984 ، ص61) .

1-5-2- الأهمية الاجتماعية :

إن مجال الإعاقة يمكن للنشاط الرياضي أن يشجع على تنمية العلاقة الاجتماعية بين الأفراد ويخفف من العزلة والانغلاق (أو الانطواء) على الذات، ويستطيع أن يحقق انسجاما وتوافقا بين الأفراد، فالجلوس جماعة في مركز أو ملعب أو في نادي أو مع أفراد الأسرة وتبادل الآراء والأحاديث من شأنه أن يقوي العلاقات الجيدة بين الأفراد .

1-5-3- الأهمية النفسية :

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

1. السماح لصغار السن للتعبير عن أنفسهم خصوصا خلال اللعب .
2. أهمية الاتصالات في تطوير السلوك، حيث من الواضح أن الأنشطة الترويحية تعطي فرصا هائلة للاتصالات بين المشترك والرائد، والمشارك الأخر .

1-5-4- الأهمية الاقتصادية :

لا شك أن الإنتاج يرتبط بمدى كفاءة العامل ومثابرتة على العمل واستعدادة النفسي والبدني، وهذا لا يأتي إلا بقضاء أوقات فراغ جيدة في راحة مسلية ، وان الاهتمام بالطبقة العاملة في ترويحها وتكوينها تكوينا سليما قد يتمكن من الإنتاجية العامة للمجتمع فيزيد كميتها ويحسن نوعيتها، لقد بين "فرنارد" في هذا المجال أن تخفيض ساعات العمل من 96 ساعة إلى 55 ساعة في الأسبوع قد يرفع الإنتاج بمقدار 15 % في الأسبوع. (محمد نجيب توفيق ، 1967 ، ص 560)

1-5-5- الأهمية التربوية :

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

● **تعلم مهارات وسلوك جديدين** : هناك مهارات جديدة يكتسبها الأفراد من خلال الأنشطة الرياضية على سبيل المثال مداعبة الكرة كتنشيط ترويجي تكسب الشخص مهارة جديدة لغوية ونحوية، يمكن استخدامها في المحادثة والمكاتبة مستقبلا .

● **تقوية الذاكرة** : هناك نقاط معينة يتعلمها الشخص أثناء نشاطه الرياضي والترويجي يكون لها اثر فعال على الذاكرة، على سبيل المثال إذا اشترك الشخص في ألعاب تمثيلية فان حفظ الدور يساعد كثيرا على تقوية الذاكرة حيث أن الكثير من المعلومات التي ترداد أثناء الإلقاء تجد مكان في « مخازن » المخ ويتم استرجاع المعلومة من « مخازنها » في المخ عند الحاجة إليها عند الانتهاء من الدور التمثيلي وأثناء مسار الحياة العادية

● **تعلم حقائق المعلومات** : هناك معلومات حقيقية يحتاج الشخص الى التمكن منها، مثلا المسافة بين نقطتين أثناء رحلة ما، وإذا اشتمل البرنامج الترويجي رحلة بالطريق الصحراوي من القاهرة الى الإسكندرية فان المعلومة تتعلم هنا هي الوقت الذي تستغرقه هذه الرحلة .

1-5-6- الأهمية العلاجية :

يرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن الرياضة الترويجي يكاد يكون المجال الوحيد الذي تتم فيه عملية "التوازن النفسي" حينما تستخدم أوقات فراغنا استخداما جيدا في الترويجي : (تلفزيون، موسيقى، سينمان رياضة، سياحة) شريطة ألا يكون الهدف منها تمضية وقت الفراغ، كل هذا من شأنه أن يجعل الإنسان أكثر توافقا مع البيئة وقادرا على الخلق والإبداع .

وقد تعيد الألعاب الرياضية والحركات الحرة توازن الجسم، فهي تخلصه من التوترات العصبية ومن العمل الآلي، وتجعله كائنا أكثر مرحا وارتياحا فالبيئة الصناعية وتعقد الحياة قد يؤديان إلى انحرافات كثيرة، كالإفراط في شرب الكحول والعنف، وفي هذه الحالة يكون اللجوء إلى ممارسة الرياضة و البيئة الخضراء والهواء الطلق والحمامات المعدنية وسيلة هامة للتخلص من هذه الأمراض العصبية، وربما تكون خير وسيلة لعلاج بعض الاضطرابات العصبية (A . Domart & al : 1986 , P : 589)

2- الإعاقة البصرية:

2-1- نبذة تاريخية عن الإعاقة البصرية :

صدر في إنجلترا عام 1601 قانون إليزابيث للفقراء ولقد استفاد المعاق بصريا من هذا القانون بحسبانه من الفقراء إلى جانب المنح التي كانت تمنح له من وقت إلى آخر حيث كان الإحسان فقط هو وسيلة لتكيف المعاق بصريا

آنذاك . أما في فرنسا فقد أتيحت له حرية البحث عن الطعام في الطرقات واستشارة الناس بشتى الوسائل حتى أسس الملك لويس ملجأ لإيواء ثلاثمائة معاق بصرياً وكانت الخدمات التي تقدم له تستهدف رفع معنوياته وتكيفه مع من حوله وما حوله.

2-2- تعريف الإعاقة البصرية (Visual Impairment):

هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان (جمال محمد الخطيب، 1430، 2009، ص166).

- أما من الناحية التربوية فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ولذلك فإن علي الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. وهذا الشخص يتعلم القراءة والكتابة عن طريق بريل، وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونياً غالباً ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي (**Residual Vision**)، وأما ضعف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 70/20 إلى 200/20 في العين الأقوى بعد التصحيح، ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة (جمال محمد الخطيب، 1430، 2009، ص167).

2-3- أسباب الإعاقة البصرية:

- أسباب ما قبل الولادة: وتشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض.
- أسباب أثناء الولادة نفسها: العوامل الوراثية: فكثيراً ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة وغذا حدث ذلك فهي تسمى بالعوامل الولادية (**Congenital**)، وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة.
- أسباب ما بعد الولادة: وتعرف العوامل غير الوراثية المسببة للإعاقة البصرية بالعوامل المكتسبة (**Adventitious**)، وتشمل زيادة نسبة الأوكسجين في حاضنات الأطفال الخدج والأمراض التي تصيب العين والإصابات الناجمة عن الحوادث (منى صبحي الحديدي، 2004، ص180).

أ- انفصال الشبكية (Retinal Detachment):

ينجم انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي

ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، ومن أهم أعراض انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر الانتكاسي والسكري (جمال محمد الخطيب، 1430، 2009، ص170).

ب- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy):

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي التريف في تلك الأوعية إلى العمى، وإذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه، ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية وإن كان العلاج حالياً يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر (جمال محمد الخطيب، 1430، 2009، ص171).

ج- انتكاس النقطة المركزية :

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور، ويؤدي هذا الاضطراب إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية (جمال محمد الخطيب، 1430، 2009، ص172).

د- الماء الأسود (Glaucoma):

الماء الأسود أو الجلوكوما هو زيادة حادة في ضغط العين مما يجد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكراً، وتعالج الجلوكوما لدى الأطفال جراحياً في العادة، أما لدى الكبار فهي غالباً ما تعالج بالعقاقير، وتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر؛ لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية مؤدياً إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقافه أية تدهورات مزمنة، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيداً والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجياً، وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما:

د-1 - المياه السوداء الولادية (Congenital Glaucoma):

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الإمام، وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

د-2- المياه السوداء لدى الراشدين (Adult Glaucoma):

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة في صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح، ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط، وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية، وجلوكوما الراشدين) أوليًا - أي: ليس ناتجًا عن مرض ما في العيون - أو قد يكون ثانويًا (ناتجًا عن مرض ما في العين) (جمال محمد الخطيب، 1430، 2009، ص172).

2-4- تصنيف الإعاقة البصرية: فئتين رئيسيتين:

الأولى: فئة المكفوفين (**Blind**) وتنطبق على هذه الفئة التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية، ويطلق على هذه الفئة (قارئ برايل **Braille Readers**): وهم الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة.

الثانية: فئة كالمبصرية جزئيًا (**Bartially sighted**) وهذه الفئة تستطيع القراءة باستخدام وسيلة تكبير أو نظارة طبية وتتراوح حدة إبصار هذه الفئة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في العين الأقوى حتى مع استعمال النظارة الطبية، ويطلق على هذه الفئة (قارئ الكلمات المكبرة **Large- Type Readers**): وهم الذين يستخدمون عيونهم للقراءة مع تكبير الكلمات (تيسير مفلح كوافحه، عمر فواز عبد العزيز، 2010-1430، ص84).

2-5- خصائص المعاقين بصريا:

2-5-1- الخصائص العقلية:

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بن ذكاء المعوقين بصريًا والأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (**Wicc-R**)، وكذلك الحال على مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، ودعم ذلك الدراسة التي قام بها سامويل هيز (**Hayes, 1941**) وأشارت نتائجها أن المعدل العام لذكاء هؤلاء الأطفال المعوقين بصريًا هو ضمن المعدل الطبيعي للفرد العادي (تيسير مفلح كوافحه، عمر فواز عبد العزيز، 2010-1430، ص89).

2-5-2- خصائص اجتماعية:

أشارت بعض الدراسات المقارنة بين الطلاب المبصرين والطلاب المعاقين بصرياً، إلى أن العديد من المعاقين بصرياً يكون أدائهم في اختبارات الذكاء حسناً نسبياً، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماماً حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن ذكاء المعاقين بصرياً يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، وقد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعاً إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصرياً، حيث إن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمل على فقرات تحتاج إلى حاسة البصر، ولهذا فإنه لقياس ذكاء المعاقين بصرياً من الضروري الاعتماد على مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعي فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع، ورغم ذلك فقد أكد لونغفيلد 1955م على أن الإعاقة البصرية يمكن أن تؤثر على نمو الذكاء وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور.

2-5-3- الخصائص اللغوية:

المظاهر النمائية للغوية تتطور لدى المكفوفين تطوراً طبيعياً إذا لم يكن لديهم إعاقات أخرى. ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تطهر لدى الأطفال المبصرين وذلك بسبب الافتقار إلى المداخلات البصرية والتنقل وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها (كمال سالم سيسالم، 1988، ص58-59).

2-5-4- الخصائص الحركية:

يواجه المكفوفون مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر، بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي ينتقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المكفوفون مظاهر جسمية نمطية مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شد الشعر أو غيرها من السلوكيات النمطية (كمال سالم سيسالم، 1988، ص60).

2-5-5- الخصائص التعليمية:

من أهم الخصائص دراسية للمعاقين بصرياً التي أوردتها واتفقت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال:

- بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة لبراييل أو الكتابة العادية: أورد نولان 1966م أن معدل سرعة

قراءة الطالب المعاق بصريا لبرايل فيما بين الصف العاشر والثاني عشر بلغ حوالي 89 كلمة في الدقيقة وهذا يمثل ثلث معدل سرعة القراءة العادية.

- أخطاء في القراءة الجهرية: خرجت دراسة بتمان 1963م بالنتائج الآتية:

- أن مستوى أداء هذه المجموعة في القراءة يعتبر بوجه عام مشابه لمستوى أداء المبصرين من نفس المرحلة الدراسية.

- إن أقل الدرجات انخفاضا هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الجهرية، وان أعلاها هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الصامتة.

- زيادة أخطاء القراءة مقارنة بالمبصرين خاصة فيما يتعلق بعكس الكلمات والحروف.

- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي (كمال سالم سيسام، 1988، ص62).

2-5-6- الخصائص الاجتماعية:

تؤثر الإعاقة تأثيرا واضحا في السلوك للمعوقين، حيث توجد لديهم صعوبات كبيرة في عملية التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال عن الآخرين، وذلك نظرا لنقص خبراتهم الاجتماعية، وقلة الفرص الاجتماعية المتاحة لهم في الاحتكاك بالآخرين، والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم. وكلما كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو المعوقين إيجابية، كلما سهلت عليهم فرص التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتمت لديهم درجة أكبر من الثقة بالذات وبالآخرين (أحمد الزعبي، 2003، ص90).

2-6- البرامج العلاجية وأساليب التدريس:

2-6-1- البرامج العلاجية:

2-6-1-1- برنامج التحصين التدريجي:

يقوم العلاج السلوكي بطريقة التحصين التدريجي على تشجيع الشخص العصبي - القلق - على مواجهة مواقف القلق تدريجياً، والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى

موقف محايد، أي إلى أن تلغي العلاقة الاشتراكية بين المثير والاستجابة، وهذا ما سوف يقوم به البرنامج الحالي (ايهاب البيلاوي، 2001ص177).

2-1-6-2 - أهمية البرنامج:

تنضح أهمية البرنامج فيما يلي:

1- يساعد برنامج التصحيح التدريجي بعد تطبيقه على مواجهة المواقف التي تثير القلق عند الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في الواقع دون حدوث أي توتر أو إنزعاج.

2- يعلم البرنامج الطلاب طريقة جديدة للتغلب على المشكلات والتوترات التي يواجهونها في حياتهم اليومية من خلال التدريب على الاسترخاء.

3- يساعد البرنامج الحالي على خفض مستوى القلق بصورة خاصة وتحسين الصحة النفسية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية بشكل عام (ايهاب البيلاوي، 2001ص177).

2-1-6-2 - الحاجة للبرنامج:

أكدت البحوث والدراسات السابقة على أن المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية يعانون من ارتفاع مستوى القلق لديهم بمقارنتهم بأقرانهم المبصرين - مما يسبب لهم الكثير من الاضطرابات الفسيولوجية كاضطراب النوم والصداع وفقدان الشهية واضطراب التنفس، هذا إلى جانب الاضطرابات الاجتماعية والتي تتمثل في الحساسية الاجتماعية وعدم الشعور بالانتماء إلى الجماعة وتجنب المواقف الاجتماعية وكذا اضطرابات انفعالية تظهر في الشعور بالدونية وعدم الثقة بالنفس وانعدام قيمة الذات وعدم القدرة على التوافق الشخصي، وأيضاً اضطرابات في عمليات التفكير والذاكرة، وصعوبة تركيز الانتباه.

ولقد دلت نتائج البحوث والدراسات السابقة على فاعلية العلاج السلوكي وخاصة فنية التصحيح التدريجي في خفض القلق وذلك لما يوفره من فنيات متنوعة تساعد الفرد على خوض المواقف المثيرة للقلق دون أن يصاب بتلك الاضطرابات التي كان يعاني منها سابقاً (ايهاب البيلاوي، 2001ص177).

2-6-2 - الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس الهامة وهي:

2-6-2-1- الأسس العامة:

تم مراعاة حق الفرد في التقبل دون قيد أو شرط وكذا حقه في الإرشاد والعلاج النفسي، وروعي أحد الأسس الهامة والتي يقوم عليها العلاج السلوكي وهي قابلية السلوك للتعديل والتغيير.

2-6-2-2- الأسس الفلسفية:

استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية السلوكية بشكل عام ونظرية الإشراف الكلاسيكي بصفة خاصة إلى جانب اعتماد البرنامج على الأسس الفلسفية العامة التي تتضمن مراعاة أخلاقيات العلاج وسرية البيانات.

2-6-2-3- الأسس النفسية والتربوية:

روعت الخصائص العامة للنمو في مرحلة المراهقة وكذا الخصائص المميزة لذوي الإعاقة البصرية والفروق الفردية بين أعضاء العينة العلاجية.

2-6-2-4- الأسس الاجتماعية:

تم استخدام أسلوب العلاج الجماعي والفردى، وذلك حسبما تتطلبه الحالة وفقاً للمدرج الهرمي الموضوع للأفراد.

2-6-2-5- الأسس الفسيولوجية والعصبية:

حيث استخدمت فنية الاسترخاء العضلي ومن ثم فلقد روعيت الأسس الفسيولوجية والعصبية التي تساعد على الوصول بالجسم إلى حالة الاسترخاء الكامل. (إيهاب البلاوي، 2001ص188).

3- التوازن الغذائي

إن التغذية المتوازنة هي أساس صحة الجسم و معظم الأمراض التي يشكو منها الناس أساسها هو التغذية الغير متوازنة. ولكي يكون الراتب الغذائي متوازناً يجب أن يحتوي على كميات كافية من البروتينات والدهن والسكريات والفيتامينات والأملاح المعدنية ويتحقق ذلك بتناول أطعمة متنوعة في الوجبات اليومية لأن صنفاً واحداً من الطعام لا يمكنه تلبية جميع حاجات الجسم .

3-1- ماهية الغذاء: إن الغذاء في الواقع هو خليط من المواد الكيميائية التي تتأثر بالبيئة المحيطة ويعني هذا أن الغذاء مكون من مجموعة من المركبات الكيميائية التي يمكن عزلها وتصنيفها ومعرفة سلوكها عند التصنيع أو الحفظ، أو التحضير أو الطبخ ، وكذلك متابعة وظائفها بعد الأكل والشرب، بعد أن تدخل إلى جسم الإنسان في شكل ملايين الجزيئات الدقيقة. (عبد الرحمن مسيقر، محمد زين علي، 2003، ص 02).

ويعرف (محمد محمد الحمامي 1998) التغذية بأنها دراسة الغذاء في مراحل المضغ والبلع والهضم والامتصاص، والتمثيل الغذائي داخل الجسم ، وكذلك في مرحلة اخراج الفضلات من الجسم (محمد محمد الحمامي، 1998، ص 27).

3-2- تعريف الراتب الغذائي

هو كمية الغذاء اللازمة لسد الاحتياجات الغذائية اللازمة لشخص خلال ٢٤ ساعة .
تغيرات الراتب الغذائي: يتغير الراتب الغذائي بتغير حالة الشخص وهي ٤ حالات :

1-العمر

2-الجنس

3-النشاط

4-المناخ

3-3- أنواع الرواتب الغذائية :

أ- راتب الصيانة: وهو الراتب الغذائي لشخص بالغ قليل النشاط ويقدر ب ٢٤٠٠ حريرة يستعمل لصيانة الجسم وحمايته من الأمراض .

ب- راتب العمل: وهو راتب شخص بالغ كثير النشاط.

ج- راتب الإنتاج : وهو راتب المرأة الحامل ويقدر بـ ٢٤٠٠ حريرة و راتب المرأة المرضع يقدر ب ٢٦٠٠ حريرة و تستعمله لإنتاج الحليب الذي هو غذاء كامل ومتوازن للرضيع .

د- راتب النمو للمراهق ويقدر ب ٢٤٠٠ حريرة ويستعمله في نمو الجسم والنشاط الزائد لديه .

هـ- السعرة الحرارية: هي وحدة قياس الطاقة الناتجة عن حرق الأغذية الطاقوية في الجسم

و- الأغذية الطاقوية : هي التي تنتج طاقة حريرية أثناء حرقها في خلايا الجسم وهي السكريات و الدسم والبروتينات

3-4- الغذاء المتوازن :

هو الغذاء القادر على تلبية احتياجات الجسم المختلفة من بناء وترميم وطاقة ومقاومة للأمراض، والذي يحتوي على جميع العناصر الغذائية الأساسية كالبروتينات والنشويات والدهون والأملاح المعدنية، إضافة إلى كمية كافية من الماء لضمان استمرار الحياة بشكل سليم (محمد عادل رشدي، 1999، ص 102).

الأهمية الغذائية للكربوهيدرات ، إن للكربوهيدرات دورا هاما جدا في ما يتناوله الانسان من غذاء، فهي أحد العناصر الغذائية التي وجب توفرها في الوجبات الغذائية اليومية للانسان مع شرط احترام مبدأ الكم والنوع ، وتتجلى الأهمية الغذائية للكربوهيدرات فيما يلي: (S.Mader, 2010,p47).

3-5- أهمية التغذية:

تعتبر التغذية الجيدة خط دفاع الجسم الأول ضد الأمراض ، فهي أحد العوامل الفاعلة في تحقيقي البعد الوقائي الصحي ، ولها دور هام في حياة الانسان فيما يرتبط بنموه او المحافظة على بقاءه، أو توفير الطاقة اللازمة وفق احتياجاته اليومية. ولقد حددت المنظمة العالمية للصحة الأهمية التالية للتغذية (محمد محمد الحمامي ، 1998، ص 29).

3-6- الهرم الغذائي :

بمقادير مختلفة وفقا لحاجة الجسم الفعلية لها، حيث يحتاج الجسم من الضروري تناول الأطعمة إلى مقادير كبيرة من الحبوب (النشويات)، وإلى مقادير أقل من الخضار والفاكهة الطازجة(الأملاح والمعادن). كما يحتاج الجسم إلى مقادير معتدلة من اللحوم والألبان و الأجبان البروتينات)، ومقادير قليلة من الدهون والزيوت والدمس، والتي لا يمكن الاستغناء عنها بشكل كامل. السلوكات الغذائية السيئة :

•عدم التوازن الغذائي كما ونوعا

•القضم المستمر

•تناول وجبات غنية بالدهس الحيوانية

•عدم تنظيف الأسنان بعد الأكل

•الغضب و النرفزة

•الإدمان على الكحول والمخدرات والأدوية المهدئة .

•تناول أغذية معلبة بكثرة والأغذية المخللة .

•تناول وجبات غذائية فقيرة للألياف النباتية وغنية بالبروتينات

•تناول الغذاء في أوقات غير منتظمة .

•الإكثار في الأكل .

3-6-1- الأمراض الناتجة عنها :

3-6-1-1- أمراض الجهاز الهضمي: يعتبر الجهاز الهضمي و هو عبارة عن قناة طويلة و متعرجة تبدأ بالفم و تنتهي بفتحة الشرج. وهو الجهاز المسؤول عن هضم الأغذية حيث يحول جزيئات الغذاء المعقدة و الكبيرة إلى جزيئات أصغر قابلة للامتصاص أي تستطيع النفاذ عبر الأغشية الخلوية و. تتم هذه العملية بواسطة تأثيرات ميكانيكية تحدث بفعل العضلات و الأسنان و تأثيرات كيميائية تحفزها الأنزيمات . (بروس م.كارلسون، 2004، ص 85).

3-6-1-1- أمراض الفم :

التقرح أو الألم: إن تقرح الغشاء المخاطي المغطي للفم أو اللسان موجود في أشكال مختلفة من التهاب الفم و التهاب مخاطية الخد ناجمة عن أسباب موضعية أو عامة: يشعر المريض بالتقرح أو الالتهاب خاصة عندما يتناول أطعمة حارة جدا أو حامضية و خلال الكلام أو المضغ أو البلع ، و الشكل الأكثر شيوعا للألم الناشئ في الفم هو ألم السن الناجم عن حوامل الأسنان أو خراجات حول السن ، الألم ثابت حاد في الشكل يتفاقم بالمضغ أو بالأطعمة الباردة .

3-6-1-1-2- أمراض المعدة

و من أكثر الأمراض انتشارا و التي تصيب المعدة هي :

قرحة المعدة: تنشأ القرحة في المعدة بسبب زيادة الحوامض، وهناك أسباب كثيرة تؤدي إلى الإصابة كتعاطي المواد الطبية بكميات تزيد عن الحد اللازم أو بسبب تناول المأكولات الحارة أو السوائل الساخنة جدا أو الباردة التهاب الكبد الفيروسي :الالتهاب الكبدي الفيروسي يعتبر من أكثر الأمراض المعدية انتشارا في العالم. يوجد ستة أنواع معروفة من الفيروسات تسبب الالتهاب الكبدي الفيروسي

1-الفيروس المسبب للالتهاب الكبدي أ(A)

2-الفيروس المسبب للالتهاب الكبدي ب(B)

3-الفيروس المسبب للالتهاب الكبدي ج(C)

تشمع الكبد:مرض يصيب النسيج الكبدي فيؤدي إلى تلف الكبد

المرارة: المرارة كيس ليفي كمثري الشكل يلتصق بمنصف القسم السفلي من الكبد. وظيفتها

حزن الفائض من عصارة السائل الصفراوي الذي يقوم الكبد بإفرازه لاستخدامه عند اللزوموهي عرضة لعدد من الأمراض، مثل :

3-6-1-1-3- حصيات المرارة: يحدث في بعض الحالات أن يختل التوازن بين مركبات السائل الصفراوي الثلاثة (الكولسترول و بليروبينات الكالسيوم و كربونات الكالسيوم) فتتألف حصاة أولى لتبدأ حالة مرضية تسمى حصيات

المرارة وتشيع هذه الحالة عند النساء البدينات والمصابات بالسكري. والعوامل التي تؤدي إلى تكوين الحصيات عديدة منها: الوراثة. السمنة. العمر. الأمراض الدموية والأمراض السارية

3-6-1-1-4- أمراض الأمعاء :

التهابات الأمعاء: تتعرض الأمعاء لعدد كبير من الالتهابات التي قد تؤدي اشتراكا إلى أن الكيمائي مما يتطلب التدخل الجراحي يصبح المرض مستعصيا على العلاج. (ريتشارد كويكو، جيفري سانشين 2003، ص 113).

الإسهال: والإسهال هو عملية إفراغ محتويات الأمعاء بكثرة حيث يتحول قوامها إلى اللينة الشديدة .

هو ازدياد عدد مرات التبرز وكميتها، ويعتبر الحد الطبيعي خمس مرات يوميا، وقد يتبرز الطفل الرضيع بعد كل رضعة وهذا أمر طبيعي للغاية، ولا نستطيع أن نحكم أن الطفل مصاب بالإسهال ما لم يكون قوام البراز سائلا للإسهال أسباب كثيرة، أهمها :

سوء التغذية. الإصابة بالفيروس. التهاب الأمعاء. التهابات خارج الأمعاء. الملاريا. التسمم الغذائي. عدم القدرة على هضم الحليب (عند الأطفال (عدم القدرة على هضم الطعام. الحساسية ضد بعض الأطعمة) الأسماك. (مضاعف جانبية أكل الفواكه غير الناضجة أو الأطعمة الدسمة. الهياج العصبي .

الإمساك: حالة مرضية لا تتمكن الأمعاء فيها من تأدية حركتها مرات كافية تمكنها من تفرغ محتويات

. إن عدد مرات الإفراغ تختلف بين شخص وآخر فهناك من يفرغ أمعاءه مرة واحدة في اليوم، في حين قد يفرغ البعض أمعاءهم كل يومين .

وقد يكون الإمساك حالة عابرة أو مزمنة فالشخص السليم يكون برازه ذا لون بني فاتح، كما يجب أن يكون خفيفا إلى حد أنه يطفو فوق الماء الانسداد: انسداد القناة المعوية من جراء جسم غريب أو ورم أو نتيجة التصاقات في الأمعاء الدقيقة نفسها نتيجة تعرضها لعملية جراحية، أو بسبب اختناق الفتوق

3-6-1-1-5- الزائدة الدودية: الزائدة الدودية عضو دودي الشكل مرتبط بالأمعاء الغليظة. تلتهب الزائدة الدودية بسبب تعرضها للإصابة بالجراثيم العقدية والجراثيم اللا هوائية. والإنسان معرض في جميع مراحل عمره للإصابة بالتهاب الزائدة الدودية والتهاب الزائدة الدودية على عدة أنواعها: التهاب حاد. التهاب مزمن أمراض المستقيم

3-6-1-1-6- سرطان المستقيم: المستقيم هو الجزء الأخير من الأمعاء الغليظة وقد يتعرض للإصابة بالسرطان الذي يعد من أكثر الأمراض التي تصيب الإنسان أمراض الشرج يتعرض الشرج للإصابة بأمراض عديدة منها :

3-6-1-1-7- الخراجات: وهي أكياس صديدية يمكن أن تصيب الإنسان في جميع مراحل حياته. وتشخيصها سهل للغاية على

الطبيب الخبير إذ يتبين بالعين المجردة. حيث يبدو على شكل انتفاخ واحمرار. ويعالج جراحيا

3-6-1-1-8- البواسير: عبارة عن انتفاخ يصيب الأوعية الدموية في الشرج، من أهم أسباب: القبض المزمن، والحمل. والضغط في الأوعية الدموية. والبواسير الداخلية التي لا ترى تكون نازفة، بينما تكون البواسير الخارجية محتقنة ومؤلمة

3-6-1-2- الأمراض المعدية: (محمد صادق صبور، 1998، ص 19-32).

3-6-1-2-1- التيفوئيد: التهاب يصيب الأمعاء، تسببه فصيلة من الميكروبات تدعى فصيلة السالمونيلا،

وأكثر الإصابات تحدث لدى الأطفال بكثرة. وحمى التيفوئيد تنتقل من البراز إلى الفم بواسطة المأكولات والمياه الملوثة. وأكثر الأطعمة تعرضا للتلوث بالميكروب: اللبن، الخضروات (كالخس والفجل). (الأمراض الفيروسية (الميكروبية. الفطرية)

3-6-1-2-2- الإسكارس: مرض تسببه دودة الإسكارس أو الدودة المستديرة. وهي دودة اسطوانية يتراوح طولها بين ٢٠ سم و ٣٠ سم، وهي بيضاء اللون أو حمراء، تنتقل من البراز إلى الفم عبر الأطعمة الملوثة وعند ابتلاع البويضة تفقس منها الديدان الصغيرة وتتخذ طريقها في مجرى الدم إلى الرئتين مسببة نزلة صدرية أو سعالا ناشفا كما قد تدخل فتحات الأعضاء المتصلة بالجهاز الهضمي مثل قناة الصفراء فتسدها. وفي أحيان كثيرة يسبب تكاثر هذه الديدان في الأمعاء تلبكا وسوء هضم .

3-6-1-2-3- الدودة الوحيدة: مرض تسببه ديدان طويلة يصل طول الدودة الواحدة إلى بضعة أمتار، تستقر في الأمعاء الدقيقة وتشارك الإنسان بغذائه، يصاب الناس هذه الدودة بسبب تناول لحوم البقر أو الخنازير غير الناضجة فعندما يبرز الشخص المصاب تعلق البويضات بالأعشاب وحين يتناولها الحيوان يذوب جدار البويضات داخل معدته وتخرج منها أجنحة تخرق جدار الأمعاء والخطر الأكبر يحصل عندما تدخل الأكياس الغشائية الحاوية على الديدان الصغيرة إلى دماغ الإنسان .

3-6-1-2-4- البلهارسيا: ينشأ هذا المرض بسبب نوع من الديدان تتسرب إلى مجاري الدم فتستقر في الوريد

البابي الذي يوصل الكبد بالأمعاء، ثم تنتقل هذه الديدان إلى الأوردة الرفيعة في أغشية الأمعاء أو إلى أغشية المثانة، ثم لا تلبث أن تضع بويضات دقيقة مزودة بشوكات حادة تمزق الأغشية عند مرورها من خلالها. يشيع هذا المرض في إفريقيا والشرق الأوسط وبعض مناطق أمريكا اللاتينية .

3-6-1-2-5- الأنكلستوما: مرض تسببه ديدان صغيرة يطلق عليها اسم «الأنكلستوما»، «تتعلق بجدران الأمعاء

الدقيقة وتعيش على امتصاص الدم .

الكوليرا: مرض تسبب في إحدائه جراثيم ينتشر في المناطق المختلفة والدافئة من العالم وينتقل بواسطة الأغذية الملوثة بالجراثيم، تستمر فترة حضانة المرض لمدة تتراوح بين يوم واحد وخمسة أيام . يحدث بعدها إسهال شديد، يكون البراز مائيا شبيها بلون الأرز، قد تحدث الوفاة أنلم يبادر إلى إعطاء المريض كمية كبيرة من السوائل لتعويض النقص الحاد لديه، إضافة إلى إتباع الإرشادات الطبية كما يتعرض لها الجهاز الهضمي لبعض التسممات منها :

التسمم الغذائي: حالة مرضية تسببها الأطعمة المشتملة على سموم معدنية أو كيميائية، أو على بكتيريا ، كما تسببها ثمرات العليق السامة وما إليها. أعراض التسمم الغذائي: الغثيان، والتقيؤ، والصداع، والإسهال، ووجع البطن. وهو ينشأ عادة إثر أكل اللحوم والأسماك الفاسدة، والفاكهة المرشوشة بضروب المبيدات الحشرية من غير غسلها أو نقعها في الماء جيدا التي تسبب تسمما خطيرا يعرف وبعض المحاليل المطهرة، والأغذية المعلبة غير المحفوظة التولية أو التسمم الو شيق، والأطعمة المكشوفة الملوثة بإفرازات الذباب. إن أول ما ينبغي عمله في هذه الحال إعطاء المصاب مقدارا من الماء الفاتر يساعده على التقيؤ، والعمل على إفراغ أمعائه إفراغا تاماً. وبعد ذلك يتعين على المصاب أن يلزم الراحة ويتجنب تناول الطعام بضع ساعات .

التسمم الصناعي: تسمم ناشئ عن العمليات أو المنتجات الصناعية. لم يعرفه الإنسان إلا ابتداء من القرن التاسع عشر عندما دخلت المواد الكيميائية إلى عالم الصناعة، وعندما أخذ العمال يتعاطون تعاطيا متكررا مع مواد بعينها كالزئبق والرصاص والزنك والمذيبات العضوية وما إليها وتعمد و تعمد الحكومات في البلدان المتطورة إلى مكافحة هذا التسمم واتخاذ مختلف الإجراءات والتشريعات الكفيلة بوقاية العمال منه ومن أشكال التسمم الصناعي. وتعتبر مشكلة سوء التغذية هي مشكلة عالمية وخاصة بين الأطفال، ويساهم الفقر والكوارث الطبيعية وأيضا المشاكل السياسية والحروب في تفاقم تلك المشكلة .

3-7- سوء التغذية: غياب الغذاء المتوازن بل نقص المواد الغذائية التي تصل لجسم الإنسان مما يؤدي إلى إصابته

بمشاكل صحية فليس الأمر في سوء التغذية يقف عند حد قياسي الكمية التي يأكلها الإنسان أو الفشل في تناول

الأكل. ومن الناحية الطبية تشخص سوء التغذية بعدم تناول الكميات الملائمة من البروتينات والطاقة والمواد الغذائية

الأخرى وتشخص أيضا بالإصابة بعدوى ما أو مرض والحالة الغذائية

3-7-1- أسباب سوء التغذية: (الموسوعة العربية العالمية، 2010، ص 32-35)

- نقص فيتامين معين في النظام الغذائي (إحدى الفيتامينات فقط كاف للإصابة بسوء التغذية .

- عدم حصول الشخص على القدر الكافي من غذائه .

- اعات هي إحدى صور سوء التغذية .

- عندما يتم تناول الطعام بشكل متكامل ولكن إحدى العناصر الغذائية أو أكثر لا تهضم ولا تمتص .

3-7-2- أمراض سوء التغذية :

السمنة: من أخطر الأمراض على صحة الإنسان لما تسببه الدهون من انسداد في شرايين القلب أو المخ .

الكساح : وهو نقص فيتامين (د) والكلسيوم وهي من أحد المعادن المهمة للجسم مرض فقر الدم أو الأنيميا: هو من أكثر الأمراض، المنتشرة بين السكان في العالم بسبب سوء التغذية .

3-7-3- السلوكيات الغذائية الصحية :

لتجنب كل الإختلالات التي يتعرض لها الجهاز الهضمي بالخصوص يجب تطبيق ما يلي :

1. الانتظام في مواعيد الوجبات الغذائية .
2. الراتب الغذائي كاملا ومتوازنا وغنيا بالألياف .
3. تنظيف الأسنان بعد كل وجبة ..4. التحصين بالنظافة في المأكل والمشرب والمكان . 5. التنوع في الوجبة مع توفير كميات من الخضر والفاكهة ..7. المضغ الجيد للأكل . 8. ممارسة الرياضة . الأمراض الأخرى.

4- السمنة:

تعد البدانة من أهم أمراض العصر الحالي والمنتشرة حالياً ويشكو منها الصغير والكبير ، ولا تخلو جريدة أو مجلة إلا وبها شيء عن السمنة وطرق التخلص منها .

وفي عام 1997 أعلنت منظمة الصحة العالمية أن السمنة هي من أخطر المشاكل التي تواجه البشرية ، وقد أكدت منظمة الصحة العالمية على خطورة السمنة وذلك في موضوع يوم القلب العالمي في (2005/9/25) تحت شعار " راقب وزنك يصح قلبك " ويسترعى هذا الشعار الانتباه إلى حقيقة أن السمنة من عوامل الخطر الرئيسية المسببة للأمراض القلبية الوعائية ، والسكري من النوع الثاني ، وفرط ضغط الدم ، والسكتة . وتهدف المنظمة إلى التأكيد على أهمية الحفاظ على وزن صحي للتمكن من الحد من احتمال ظهور تلك الأمراض .

وتعد السمنة من أعداء الجمال والشباب .. فلا يمكن أن تحتفظ المرأة بالشباب والبدانة في وقت واحد .. ولا مفر من التخلص من أحدهما .. فهل المرأة اليوم على استعداد للتخلي عن صحتها وشبابها. (Jacques Ruffie : 1993, p317-)

4-1- تعريف السمنة :

السمنة هي زيادة وزن الجسم عن حده الطبيعي نتيجة تراكم الدهون فيه وهذا التراكم ناتج عن عدم التوازن بين الطاقة المتناولة من الطعام والطاقة المستهلكة في الجسم . (رائد الرقاد وآخرون، 2007، ص15)

ويرى بهاء الدين سلامة 2002 أن زيادة الوزن والبدانة والسمنة مرادفات لكلمة واحدة أو معنى واحد، في حين قد تظهر الفروق من الناحية الفنية. فزيادة الوزن تعني الزيادة عن الوزن الطبيعي للفرد، والمحدد من خلال العلاقة بين الطول والوزن. فمن الطبيعي أن يمتلك الفرد كتلة من الدهون تمثل جزءاً من الوزن الكلي للفرد، لكن ارتفاع هذه النسبة عن ر مرغوب فيها وتختلف نسبة الدهون عند الرجال من عند السيدات، ولقد أشارت الدراسات على أن زيادة الوزن لدى الرجال بـ 25% من وزن الجسم يعتبر الرجل بديناً، أما عند المرأة فنسبة 35% (بهاء الدين سلامة، 2002، ص 145-146).

4-2- الغذاء وأنواعه :

لا يخرج تركيب أي مادة غذائية تتناولها عن العناصر الغذائية التالية :

1. الكربوهيدرات
2. الدهون
3. البروتينات
4. المعادن والفيتامينات
5. الماء

ولكل عنصر من هذه العناصر دور هام في إمداد الجسم بالطاقة . وتختلف الأغذية في محتوياتها من هذه العناصر فبعض الأغذية تحتوي على جميع العناصر الغذائية ولكن بنسب متفاوتة في حين أن بعضها تحتوي على عنصر واحد أو عنصرين فقط . فمثلاً الفواكه تحتوي على الكربوهيدرات أكثر من أي عنصر آخر والخبز والحليب يحتوي على الكربوهيدرات أكثر ثم البروتينات والدهون واللحوم تحتوي على البروتينات أكثر ثم الدهون فالكربوهيدرات ، والسكر يحتوي فقط على الكربوهيدرات .

فإذا ما تناول الإنسان الكربوهيدرات تتحطم في جسم الإنسان إلى سكريات أحادية بسيطة (الجليكوز) وذلك ليستخدم مباشرة كوقود ليمد جسم الإنسان بالطاقة ، كما يخزن جزء منه في الكبد على صورة جلايكوجين وما زاد عن الحاجة بعد ذلك يتحول إلى دهون تخزن في الأنسجة الدهنية للجسم .

أما البروتينات فإنها تتحلل إلى مركبات بسيطة تمتص إلى الأنسجة والعضلات أو أنها تتحول إلى جليكوز لاستخدامه كطاقة فورية ، أو أنها تتحول إلى دهون تخزن في الأنسجة الدهنية لجسم الإنسان . أما إذا تناولت الدهون فإنها إما تتحول إلى جليكوز تستخدم مباشرة لإنتاج الطاقة الفورية أو أنها تخزن في الأنسجة الدهنية للجسم . (بهاء الدين سلامة، 2002، ص 52-53).

3-4 - الطاقة الفورية: (بهاء الدين سلامة، 2002، ص 134-135).

ما الطاقة الفورية و كيف يمكننا حسابها و كيفية احتياجنا لها ؟

إن الطاقة التي يحتاجها جسم الإنسان تنقسم إلى قسمين:

1- طاقة أساسية و هي التي يحتاجها جسم الإنسان لنشاطاته الغير إرادية مثل دقات القلب و التنفس و حركة الأمعاء و غيرها و عادة 50-70% من إجمالي الطاقة اليومية التي يحتاجها الشخص النشط جداً؛ و 40-50% إذا كان الشخص غير نشيط

2- طاقة النشاط و الحركة و هي التي تنتج عن استخدام الإنسان لها خلال يومه كالمشي و السباحة و الحركة بصفة عامة

3- و تحسب الطاقة بما يسمى بالسعرات الحرارية (الكيلو و ات calorie) فكل حركات جسم الإنسان الإرادية أو الغير إرادية تقاس بهذا المقياس ، و هي الحرارة المطلوبة لرفع درجة حرارة واحد كيلو جرام من الماء درجة مئوية واحدة ، علماً بأن كل جرام واحد من الكربوهيدرات أو البروتينات يعطى حوالي أربع سعرات حرارية و كل جرام من الدهن يعطى حوالي تسع سعرات حرارية .
و يمكننا حساب احتياج الإنسان من الطاقة باستخدام المعادلة التالية :

$$\text{إذا كان الشخص نشيطاً} = \text{الوزن} \times 40$$

$$\text{إذا كان الشخص متوسط النشاط} = \text{الوزن} \times 37$$

$$\text{إذا كان الشخص قليل النشاط} = \text{الوزن} \times 34$$

و عادة ما يحتاج الإنسان العادي المتوسط الوزن حوالي 2960 سعراً حرارياً

4-4 - كيف يمكن قياس السمنة ؟

4-4-1 - دليل كتلة الجسم

إن من أفضل الطرق التي يمكن أن تحدد إذا ما كان وزنك طبيعي أم لا هي ما يسمى بطريقة دليل كتلة الجسم

Body Mass Index أو BMI وذلك حسب المعادلة التالية

$$\text{BMI} = \text{الوزن (بالكيلو جرام)} \div (\text{الطول (بالمتر المربع)})$$

غير أن هناك الاستثناءات لاستعمال دليل كتلة الجسم منها على سبيل المثال لا الحصر :

• الأطفال في طور النمو

• النساء الحوامل

• الأشخاص ذوي العضلات القوية كالرياضيين

4-4-2- شريط القياس :

يعتبر شريط القياس من التقنيات المستخدمة في قياس الوزن ، وذلك بقياس محيط الخصر .

وتعتبر الدهون المتراكمة حول الخصر أشد خطراً من الدهون الموجودة في محيط الأرداف أو في أي جزء آخر في

الجسم . فتراجع قياس الخصر يعنى تراجع أو انخفاض كمية الدهون في الجسم .

4-5- ما هي مسببات السمنة ؟ (دليل التثقيف الصحي حول السمنة، 2009، ص7)

4-5-1- النمط الغذائي : حيث أنه من المؤكد أن التهام الغذاء بسرعات حرارية عالية مع عدم صرف هذه

السرعات يؤدي إلى تراكم الدهون في جسم الإنسان علماً بأن الدهون لها كفاءة أعلى من الكربوهيدرات

والبروتينات في التكتل في أنسجة الجسم الدهنية . وأفضل مثال على ذلك أن انتشار ما يسمى بالوجبات السريعة

الغنية بالسرعات الحرارية في الدول الغربية ودول أخرى أدت إلى انتشار السمنة والأمراض المصاحبة لها في أجزاء

كثيرة من العالم لم تكن تظهر فيها من قبل . ولو أردنا أن نكون صادقين مع أنفسنا فإنها السبب الأول والأهم

وهي السبب الأوحيد في 90% من حالات السمنة .

4-5-2- قلة النشاط والحركة : من المعروف أن السمنة نادرة الحدوث في الأشخاص الدائبي الحركة أو الذين

تتطلب أعمالهم النشاط المستمر ولكن يجب أيضاً أن نعرف أن قلة حجم النشاط بمفرده ليس بالسبب الكافي

لحدوث السمنة . لا شك أن نوجز النشاط والحركة بكلمة واحدة هي الرياضة . فقد أشارت الدراسات أن

للرياضة دوراً في تخفيض نسبة الدهون وجليكوز الدم كما أن لها دوراً في نشاط الأنسولين واستقبال أنسجة الجسم

له ، ولكن هل هذه النسبة كبيرة لدرجة الاعتماد عليها في إنقاص الوزن ؟ الإجابة على هذا السؤال هو لا ، حيث

أن الدراسات التي أجريت في هذا المجال جاءت متضاربة لدرجة أنه لا يمكن أن نوصي للبدن بالرياضة كأساس

لتخفيض وزنه ، ولكن يمكنها أن تكون عاملاً مساعداً وخاصة لتخفيض الترهلات من جسم البدن الذي أنقص

وزنه ومثالنا على ذلك لو أنك مارست السباحة أو الجري لمدة ساعة كاملة دون توقف فإنك ستصرف حوالي

170 سعراً حرارياً فإذا توقفت بعدها وشربت كوباً من البيسي وقطعة صغيره من الشوكولاتة فإنها ستعطيك

500 سعراً حرارياً .

4-5-3- العوامل النفسية : هذه الحالة منتشرة في السيدات أكثر منها في الرجال فحين يتعرض لمشاكل نفسية

قاسية ينعكس ذلك في صورة التهام الكثير من الطعام .

4-5-4- اختلاف في الغدد الصماء : وهو السبب الملائم دائماً في حالات السمنة ، من المعتاد والشائع أن

نسمع القول (لقد قال الطبيب لي إنها اختلال بغددي الصماء) . ومرة أخرى وحتى نكون صادقين مع أنفسنا فإنها

حالة نادرة جداً وليست بالسبب في معظم الأحوال .

4-5-5- الوراثة : أيضاً يجب أن نعلم أن هذا العامل بمفرده ليس مسؤولاً عن السمنة وقد لا يكون مسؤولاً البتة .

مما سبق يتضح لنا أن أهم سبب لحدوث السمنة هو تناول كميات من الطعام أكبر مما نحتاج . السمنة وأمراضها :

من المناسب الآن أن نتعرف على مضاعفات هذا المرض .

4-6- السمنة وأمراض القلب والموت المفاجئ :

هل تعلم أنه من النادر ما تجد معمرًا بدينًا!، قد تكون هذه النظرية فيها شيء من المغالطة ولكنها مؤشراً عاماً للبدنين بدانة مفرطة بأهمية تخفيض وزهم . فالوزن الزائد هو حمل زائد على القلب والرئتين فيحتاج منهما إلى مجهود مضاعف .

ورغم عدم معرفة العلاقة بين السمنة وأمراض القلب وتصلب الشرايين إلا أنها علاقة موجودة وإن كانت هذه العلاقة تتعلق أيضاً بطبيعة ونوع الغذاء الذي يتناول البدن حيث أنه يميل إلى تناول الأغذية الغنية بالدهون أو المقلية أكثر من ميله تناول البروتينات أو الكربوهيدرات وتناول مثل هذه الأصناف يرفع نسبة الكوليسترول في الدم وهذا هو عامل الخطورة الأول لأمراض القلب .

أما علاقة السمنة بأمراض القلب والموت المفاجئ فهي علاقة تعتمد على مدة البدانة أو عمرها عند الشخص . وجدت بعض الدراسات أن استمرار السمنة لمدة تزيد عن 10 سنوات تزيد نسبة التعرض لأمراض القلب والموت المفاجئ ، بالذات عند الإصابة بالسمنة في مرحلة الطفولة أو في مرحلة الشباب الأولى . الدم . وهذه المستقبلات نسبتها ثابتة على الخلية الدهنية العادية فإن زاد حجم الخلية كما هي الحال في البدن فإن عدد المستقبلات تكون قليلة .

4-7- كيفية التخلص من زيادة الوزن : (دليل التثقيف الصحي حول السمنة، 2009، ص9)

1- الحمية الغذائية

2- الحركة والرياضة الخفيفة .

3- استخدام بعض العقاقير للحد من السمنة في حالات البدانة الزائدة .

4- وهناك طرق أحدث مثل المداخل النفسية واستغلال فوائد الصيام .

5- التركيز على تثقيف المجتمع وإطلاعهم على مخاطر السمنة .

4-8- العوامل المؤدية للسمنة :

أ- العادات الغذائية : مثل وجبات الكبسة الشعبية والحاشي بأنواعها - الكشري الخ

ب- أنماط وصور النشاط خلال فترات العمر المختلفة : أصبح الإنسان المعاصر يميل إلى مشاهدة البرامج الرياضية أكثر من ممارستها وركوب السيارات أكثر من المشي بالإضافة إلى زيادة فترات الاسترخاء والنوم والتوقيت الخاطئ لها وغيرها من الممارسات التي تتطلب نسبة أقل من الطاقة التي يتطلبها الإنسان في ظروف معيشتها السابقة .

ت- العامل النفسي : تؤثر الحالة النفسية التي يمر بها الإنسان على العديد من سلوكياته المختلفة بما في ذلك أسلوب التغذية .

ث- العوامل الوراثية : تشير كثير من الدراسات الصحية إلى أن نسبة أكبر من الأطفال ذوى الوزن الزائد يولدون لآباء وأمهات يعانون من السمنة مما لو كان الوالدين من ذوى الأوزان المعتدلة وهناك عوامل عديدة أخرى تؤدي إلى السمنة لدى بعض الأفراد مثال ذلك تناول بعض أنواع العقاقير الدوائية وحبوب منع الحمل والتي يتداخل عملها مع بعضها البعض أو مع عمل عناصر الغذاء المختلفة التي تؤدي لزيادة الوزن .

4-9- الوقاية والعلاج من السمنة : (دليل التثقيف الصحي حول السمنة، 2009، ص17)

4-9-1- الوقاية :

- التركيز على تثقيف الأسرة وإطلاعهم على مخاطر السمنة
- تشجيع الأمهات على تطبيق أساليب التغذية الصحيحة سواء قبل وأثناء فترة الحمل أو بعد الوضع
- الاهتمام بتشجيع الممارسات الصحية العامة مثل الإرضاع الطبيعي وتشكيل نمط الحياة العام بما يكفل تحقيق رعاية صحية وتغذية للطفل
- دراسة الأوضاع الاجتماعية وتحديد الوسائل الكفيلة بالتوجه الصحيح لممارسة المشي والرياضة الخفيفة بشكل منتظم ووضعها في إطار الممارسات الحضارية المقبولة والمطلوبة
- إعطاء عناية أكثر للعائلات التي تتوافر المؤشرات الوراثية لدى أفرادها مثل إصابة الوالدين بالسمنة

4-9-2- العلاج :

عموما فإن معالجة السمنة تهدف إلى تحقيق أمرين أساسيين:
الوصول إلى وزن معتدل يتناسب مع عمر الإنسان وما يبذله من مجهود حسب حالته الصحية العامة لا بد من أن تحقق وسيلة المعالجة هدف استمرارية هذا الوزن على المدى الطويل والذي لا يمكن في الغالب تحقيقه دون اتباع نظام غذائي، ومن طرق المعالجة:

- التقنين والحماية الغذائية
- الحركة والرياضة الخفيفة

- استخدام العقاقير الطبية للحد من السمنة ومعالجة البدانة الزائدة
- الجراحة للحد من السمنة المفرطة في حالة فشل الطرق الأخرى
- استخدام المداخل النفسية
- أساليب تحويل السلوكيات المختلفة لدى المصابين بالسمنة لتغيير نمط حياتهم وأسلوب التغذية المتبعة
- ينصح باستغلال فوائد الصيام لتخفيف الوزن
- الرجيم (الحمية Dite)، إن التحكم بالنظام الغذائي للبدنين هو أهم وأبجح طريقة يمكن بها تخفيض وزهم وذلك بتقليل عدد السعرات الحرارية المتناولة لحدود أقل من حاجة الجسم من الطاقة كما سبق وذكرنا فإن السعرات الحرارية اللازمة تختلف من شخص لآخر وتطبيق رجيم معين يعتمد على احتياج الجسم للسعرات وعلى قاعدة طبية تنصح بأن يتم إنقاص الوزن بمقدار 1 كجم أسبوعياً فـ0 لذلك يجب استشارة الطبيب المختص لتحديد الرجيم المناسب بالإضافة للتثقيف والتوجيه السلوكي الضروري

4-9-2-1 - تقليل الاستفادة من الغذاء

هناك ثلاث طرق لهم دوراً حقيقياً في منع الاستفادة من الغذاء وهم:

منع الاستفادة من (الكاربوهيدرات والنشويات) عن طريق منع نشاط الإنزيمات الهاضمة للنشويات والتي تفرز من الغدد اللعابية والبنكرياس وذلك عن طريق إعطاء الشخص مواد (اكتشفت في البقوليات) تمنع هذا النشاط وهذه المواد توجد على صورة حبوب ومن أشهرها المسماة Carbo - lite وهذه المواد ليس لها أضرار صحية ذات أهمية إلى أنها تكون غازات مزعجة وذلك نتيجة أن النشويات الغير ممتصة تتخمر بفعل البكتيريا في القولون

استخدام الألياف الغذائية التي توجد في النخالة والخضراوات والفواكه (لذلك ينصح أكلها دون تقشير) كما أنها توجد على شكل أقراص في الصيدليات ، وهذه الألياف تمنع امتصاص الطعام من الأمعاء بالإضافة إلى أن تناولها قبل ومع الطعام تشعر الإنسان بالشبع مما يقلل تناوله للطعام

حديثاً تم استخدام بعض الأدوية التي تمنع امتصاص الدهون من الأمعاء وبالتالي تقليل الاستفادة منها مثل مركب يدعى أورليستات orlistat .

4-9-2-2 - استخدام الأدوية

وتنقسم الأدوية المستخدمة في علاج السمنة إلى مجموعتين:

أ - الأدوية المشطة للشهية ، مثل:

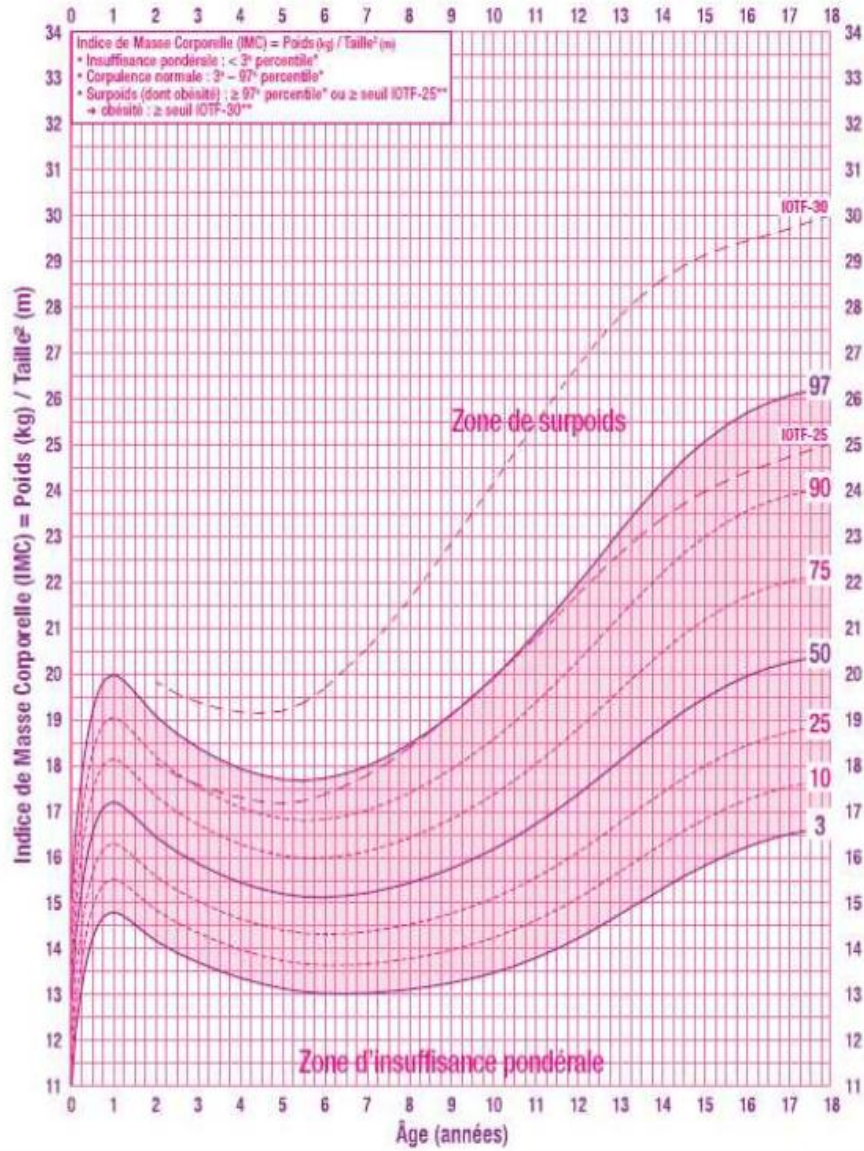
الأمفيتامين وشبيهاته وهى من الأدوية الفاقدة للشهية عن طريق تأثيرها على نشاط الجهاز العصبي ، وقد استخدمت هذه الأدوية أصلاً في مقاومة النوم ، ومن أهم تأثيراتها الجانبية أنها تسبب الإدمان وتركها قد يؤدي إلى الاكتئاب كما أنه يمنع استخدامها للأشخاص المصابين بأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والجلوكوما

ب- الأدوية السيروتونينرجك

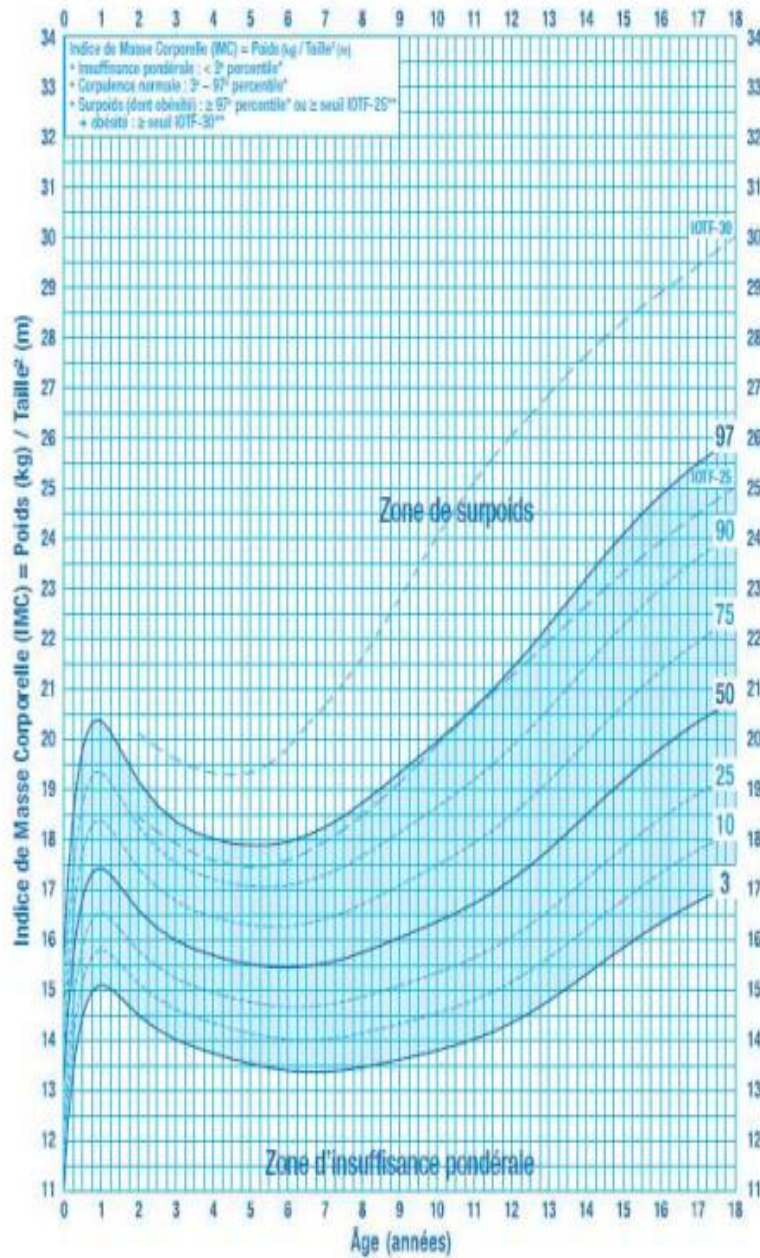
من التجارب على هذه الأدوية وجد أن تأثيرها يكون واضحاً في بداية الاستخدام ولكن بعد طول استخدام يكون تأثيرها خفيفاً ، كما تعتبر هذه الأدوية آمنة وأخف خطورة من الأمفيتامين رغم أنها لا تختلف عنها في تأثيرها على الجهاز العصبي وفقدان الشهية

ج- أدوية التوليد الحراري

يوجد مواد طبيعية مختلفة تملك خاصية التوليد الحراري في الجسم مثل الكفايين وبعض الهرمونات والمعادن ، وجميعها تعمل على حرق جزء من الغذاء وتحويله إلى حرارة دون استفادة الجسم منه ومن هذه المركبات المجموعة المسماة بشبهات ب3 أو B3-Adrenergic agonists والتي تعمل على زيادة التوليد الحراري دون التأثير على الشهية بالإضافة إلى عمله كمولد حراري .



الشكل رقم 01 يوضح المناطق الخاصة بالوزن من خلال مؤشر الكتلة الجسمية و بدلالة العمر لدى الاناث من (10 إلى 18 سنة). (patrick toniane.opci p72)



الشكل رقم 02 يوضح المناطق الخاصة بالوزن من خلال مؤشر الكتلة الجسمية و بدلالة العمر لدى الذكور (من 0 إلى 18 سنة) (patrick toniane.opcit p71)

ثانيا- الدراسات السابقة والمشاهدة بموضوع البحث:

1- الدراسات العربية

1-1- الدراسة الأولى: مقاوسي كريمة (2011)

عنوان الدراسة: البدانة ونمط الحياة - دراسة فارقية بين البدنيين وغير البدنيين من المراهقين - دراسة ماجيستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة العقيد الحاج لخضر- باتنة - (2011).

الهدف من الدراسة: محاولة الكشف عن العلاقة بين البدانة ونمط الحياة لدى عينة من المراهقين.

نتائج الدراسة: خلصت الدراسة إلى انه توجد فروق بين البدنيين وغير البدنيين من الجنسين في الأنشطة البدنية وذلك لصالح الذكور غير البدنيين والإناث غير البدنيات، كما أنه توجد فروق بين البدنيين وغير البدنيين من الجنسين في العادات الغذائية وذلك لصالح الذكور البدنيين والإناث البدنيات في انتشار العادات الغذائية السلبية. وأظهرت كذلك أنه توجد فروق بين البدنيين وغير البدنيين من الجنسين في التعامل مع الضغط النفسي، وذلك لصالح الذكور غير البدنيين والإناث البدنيات. وأظهرت كذلك وجود فروق بين البدنيين والبدنيات في نمط الحياة (العادات الغذائية، والنشاط البدني، والتعامل مع الضغط النفسي). وذلك لصالح الإناث البدنيات. وأظهرت أيضا وجود فروق بين غير البدنيين وغير البدنيات في نمط الحياة، وذلك لصالح الذكور غير البدنيين.

1-2- الدراسة الثانية: دراسة هاشم عدنان الكيلاني (2009)

عنوان الدراسة: تأثير النشاط البدني على مستوى السمنة واللياقة البدنية لدى أطفال الصف الرابع والخامس، قسم التربية الرياضية/ كلية التربية - جامعة السلطان قابوس، مسقط سلطنة عمان (2009).

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد أثر النشاط البدني على مستوى السمنة واللياقة البدنية لدى أطفال الصف الرابع والخامس.

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج اختبار(ت) لأزواج، وجود أثر إيجابي للنشاط البدني على السمنة واللياقة البدنية، ومن مؤشرات نجاح البرنامج أنه سهل عملية ممارسة التمارين الرياضية بشكل دائم من قبل الطلبة.

ويشير هذا النجاح إلى أهمية تعزيز ممارسة النشاط البدني، التمارين الرياضية لدى الأطفال والشباب على حد سواء، فمع التركيز على المشاركة الفعالة في البرنامج، استطاع طلاب الصف الرابع والخامس المعرضين لخطر

الإصابة بالوزن الزائد تحسین حالتهم الصحية المرتبطة باللياقة البدنية، ومما يؤكد نجاح البرنامج أيضا تحسن عادات النوم لدى الأطفال ونومهم بشكل أفضل، وازدياد نشاطهم في المنازل.

1-3- الدراسة الثالثة: دراسة ياسر عبد العظيم سالم، ثماني عبد العزيز إبراهيم (1991)

عنوان الدراسة: تأثير برنامج تدريبي في علاج البدانة للسيدات والرجال المترددين على وحدة الكفاءة البدنية والبحوث في كلية التربية الرياضية بنين جامعة الزقازيق (1991).

الهدف من الدراسة: التعرف على تأثير البرنامج التدريبي المقترح في علاج البدانة للسيدات والرجال المترددين على وحدة الكفاءة البدنية والبحوث بكلية التربية الرياضية بالزقازيق - بنين وذلك من خلال تحديد نسبة زيادة الوزن الناتج عن زيادة النسيج الدهني.

نتائج الدراسة:

البرنامج المقترح إيجابي في علاج البدانة لمعظم المتغيرات المختارة قيد البحث للرجال والسيدات. البرنامج المقترح لم يؤثر على وزن الجسم بدون دهون للرجال والسيدات.

1-4- الدراسة الرابعة: أسامة كامل اللالا (2010)

عنوان الدراسة: - السمنة وعلاقتها بقرط ضغط الدم ونسبة الهيموجلوبين بالدم وبعض المتغيرات الوظيفية لدى الفتيات (2010).

الهدف من الدراسة:

التعرف على مستويات ضغط الدم ونسبة الهيموجلوبين بالدم وبعض المتغيرات الوظيفية تبعا لتوزيع نسب الشحوم في الجسم.

التعرف على الفروق في بعض المتغيرات الوظيفية قيد الدراسة تبعا لتوزيع نسب الشحوم في الجسم.

نتائج الدراسة:

نسبة الشحوم بالجسم ترتبط ارتباطا عكسيا دالا مع السعة الحيوية لدى فتيات المجموعة الثانية ذات نسبة الشحوم المرتفعة، وتميزت فتيات المجموعة الأولى بانخفاض معدل ضربات القلب في الراحة.

م تكن العلاقة الارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ضغط الدم الانبساطي ونسبة الشحوم بالجسم لدى فتيات المجموعتين.

هناك علاقة ارتباطية عكسية غير دالة بين نسبة الشحوم بالجسم ونسبة الهيموجلوبين بالدم لدى فتيات المجموعتين.

2- الدراسات باللغة الأجنبية:

الدراسة الخامسة: دراسة بلونيس رثيد (2012/2013)

عنوان الدراسة: الخمول و العادات الغذائية كعوامل خطر البدانة عند المراهقين - دراسة وصفية على تلاميذ المرحلة الثانوية لمؤسسات ولاية الجزائر، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية، جامعة الجزائر -3- (2012/2013).

الهدف من الدراسة: تقدير مدى انتشار ظاهرة الوزن الزائد والبدانة لدى المراهقين المتدربين وتحديد العوامل ذات الصلة بالبدانة كالخمول والعادات الغذائية، بغرض توجيه عملية وضع برنامج للنشاط البدني والرياضي المدرسي الوقائي.

نتائج الدراسة: لقد أشارت معطيات هذه الدراسة الخاصة بالوزن الزائد (البدانة محسوبة فيها) إلى 24.6% بحسب معايير (IOTF)، مع تقدم طفيف لدى الفتيات (26.1%) و 25.6% لدى الذكور، وبخصوص توزيع البدانة على مستوى البطن حسب الجنس، أظهرت الدراسة تقدم الذكور ب 31.5% مقابل 12.5% عند الإناث. بالمقابل أظهرت الدراسة ارتباطا إيجابيا بين البدانة الأبوية وارتفاع مؤشر الكتلة البدنية (IMC). وأيضا وجد أن ارتفاع مستوى الأكل خارج أوقات الوجبات هو عامل اختلال غذائي يؤدي إلى رفع مخاطر ارتفاع الوزن لكثرة استهلاك الأطعمة التي تحوي كثافة طاقوية عالية.

التعليق على الدراسات السابقة والمشابهة :

بعد اطلاع الباحث على مجموعة من الدراسات التي بلغ عدد 05دراسات ، تناولت مجملها موضوع البدانة وزيادة الوزن كمتغير تابع في البحث، وتمت الدراسات على شرائح مختلفة من أفراد المجتمع من أطفال ومعاقين ومراهقين وحتى الكبار.

المنهج المستخدم: اعتمدت بعض هذه الدراسات على المنهج الوصفي من اجل تحليل ظاهرة انتشار الخمول والبدانة والعادات الغذائية كعوامل خطر على أفراد المجتمع وخاصة عند الأطفال والمراهقين المعاقين ، كما سعت بعض الدراسات المعتمدة على المنهج التجريبي لمعرفة أثر متغير معين على البدانة وزيادة الوزن.

الأدوات المعتمدة في جمع المعلومات: اعتمدت الدراسات على الاستبيان الخاص بمستوى النشاط البدني، من أجل تحديد درجة الخمول أو النشاط لأفراد العينة، بالإضافة إلى الاستبيانات المعدة من أجل معرفة النمط الغذائي والسلوكيات الغذائية لدى الأفراد(العادات الغذائية)، واعتمدت دراسات أخرى على برنامج محدد

مسبقا من اجل التخلص من الوزن الزائد ومحاربة البدانة، ومعرفة مدى نجاعة البرنامج في محاربة عوامل الخطر، كما استندت الدراسات وفي مجملها على القياسات الانتروبومترية من اجل تصنيف الأفراد إلى أي فئة ينتمون.

النتائج:

ارتفاع معدلات انتشار السمنة في المجتمعات ولدى الفئات المدروسة.

دراسة (مقاوسي كريمة 2010-2011) كانت النتائج تؤكد على وجود خلل في التوازن الغذائي من ناحية العادات الغذائية، بمعنى الأخذ العالي للعناصر الغذائية يؤدي إلى زيادة الوزن والتعرض للبدانة.

كما توصلت الباحثة إلى وجود علاقة بين البدانة والنشاط البدني.

أشار (رشيد بلونيس 2012-2013) إلى أن ارتفاع مستوى الأكل خارج الوجبات الرئيسية هو عامل اختلال غذائي، يؤدي إلى رفع مخاطر ارتفاع الوزن لكثرة استهلاك الأطعمة التي تحتوي على كثافة طاقوية عالية.

توصل أيضا إلى أن اتجاه مستوى النشاط البدني إلى الخمول يمثل عامل خطر للإصابة بالسمنة.

د- الاستفادة من الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على مجريات هذه الدراسات، وكيفية معالجة الظاهرة المشتركة والمتمثلة في البدانة، انطلاقا من العوامل أو المسببات المباشرة في حدوثها والتي تعتبر احد الحلول للتخلص من السمنة وزيادة الوزن، فقد أنارت هذه الدراسات طريق الباحث، لاسيما في طريقة تطبيق الاستبانة الخاصة بمستوى النشاط البدني والتعامل مع النتائج، بالإضافة إلى إعداد الاستبيان الخاص بالعادات الغذائية وتلاؤمه مع عادات مجتمع البحث (دراسة رشيد بلونيس، أو لعمارة حياة طالبي نسيم، مقاوسي كريمة)، كما أعطت نتائج هذه الدراسات توجهات بحث ميدانية جديدة، اعتبرها الباحث بمثابة فروض مستقبلية وجب التأكد منها، كما أضفت هذه الدراسات مؤشرات حول انتشار السمنة في بعض المناطق من الوطن المسيلة، قسنطينة، تبسة، الجزائر العاصمة، باتنة).

كما كانت هذه الدراسات مرشدا للباحث في تحديد الإجراءات المنهجية بما يتماشى وهذه الدراسة، وكيفية تطبيق أدوات جمع المعلومات وتحليلها، ومناقشتها للتأكد من صحة الفرضيات المقترحة، كما يعتمد على نتائج هذه الدراسات من أجل مقابلتها مع نتائج البحث، وزيادة اتفان نتائج البحث مع نتائج باحثين آخرين.

1- الكلمات الدالة

أ- النشاط البدني المكيف:

✓ التعريف اللغوي للنشاط:

هو: "الخفة والسرعة والإخلاص في العمل" (راتب أحمد قبيعة وآخرون ، 1997، ص595) وهو كذلك: الخفة للأمر والجد فيه، وممارسة صادقة لعمل من الأعمال (عيسى مومني ، 2007، ص 532).

✓ التعريف الاصطلاحي:

1- يعرف النشاط البدني المكيف على أنه الحركة التي ينتجها الجسم من خلال عمل العضلات، مما يزيد من الصرف الطاقوي، فالنشاط البدني المتكرر يهدف إلى تحسين اللياقة البدنية للشخص كصعود الدرج، والبستنة، والمشي. (Viuda-Serrano,Alejandro,and atthors, 2011,pp6-7).

✓ التعريف الإجرائي:

يعرف النشاط البدني المكيف على أنه مجموعة من الحركات، التي تنتجها مجموعات عضلية معينة، يقابلها صرف طاقي، ويختلف هذا الصرف تبعاً لنوع النشاط وشدته وحجمه.

ب- التوازن الغذائي:

✓ التعريف اللغوي للغذاء:

الغذاء: "ما يكون به نماء الجسم وقوامه من الطعام والشراب، جمعها أغذية" (إبراهيم مصطفى وآخرون ، 1960، ص 647).

✓ التعريف الاصطلاحي:

يعرف التوازن الغذائي على أنه حالة من التكافؤ بين ما يأخذه الإنسان من وجبات غذائية بناء على حاجة الجسم إلى العناء، وما يتم صرفه من الناحية الطاقوية أي (التوازن بين الأخذ الطاقوي والصرف الطاقوي). (G potier de courcy et autres,10-308-A-10p 1)

✓ التعريف الإجرائي:

يعرف على أنه توازن يحدث بين ما يتناوله الإنسان من وجبات غذائية، يعبر عنها بالأخذ الطاقوي، وما يتم صرفه أثناء النشاط الذي يعبر عليه بالصرف الطاقوي.

ج - البدانة:

✓ التعريف اللغوي:

بدن: بدنا وبدونا، عظم بدنه، وضحخم جسمه بكثرة لحمه (راتب أحمد قبيعة وآخرون ، 1997، ص595).

البدانة: ضخامة البدن، البدونة (لويس معلوف اليسوعي ، 1986، ص194)

بدن: يبدن بدنا الرجل، سمين وضحخم (عيسى مومني ، 2007، ص 532).

✓ التعريف الاصطلاحي:

تعرف البدانة عند الأطفال والمراهقين بأنها حالة طبية ممثلة بفرط الوزن من خلال زيادة كمية الأنسجة الدهنية، والموزعة في المناطق المخصصة بتراكم الدهون (Herve Benony et autres,2008,p48.) في الجسم.

✓ التعريف الإجرائي:

تعني البدانة أساسا زيادة في شحوم الجسم، نتيجة لعدم التوازن الغذائي وللحمول البدني(قلة النشاط البدني)، وتعرف البدانة بأنها الزيادة في وزن الشخص عن الوزن الطبيعي.

2- الإشكالية:

كثرت المتغيرات وتداخلت في حياة الإنسان، حتى تطاولت ومست كيانه وزعزعت استقراره، هذا ما يعطينا تصورا مسبقا عن العواقب الممكن حدوثها جراء صعوبة التحكم في هذه المتغيرات، أو حتى التصدي لمخاطرها في ظل ما يعيشه العالم اليوم من تطور تكنولوجي وظاهرة العولمة، والتقدم الاقتصادي والثقافي والسياسي....

لم يعد الإنسان في مأمن سواء من جهة نمط حياته وطريقة عيشه، أو من ناحية التقدم الحاصل في العالم اليوم، ودليل ذلك ارتفاع عدد المشاكل المرتبطة بصحة الإنسان، وتعبير آخر الأمراض التي أطلق عليها أمراض العصر، ومن بينها نجد ما يعرف بالسمنة الممثلة بالوزن الزائد عن الوزن الطبيعي أو المثالي للفرد، إذ أن هذه الكتلة الزائدة تعتبر منبع العلة في حد ذاتها، إذ تؤدي بالإنسان إلى الدخول في صراع مع الاضطرابات المرضية وذلك بمرور الزمن.

إن اكتساب الفرد للوزن الذي يقوده إلى السمنة، يعتبر نتيجة لوجود خلل في أحد طرفي المعادلة المعبرة عن الأخذ والصرف، بمعنى ما يتم تناوله من وجبات غذائية وما يتم استهلاكه من طرف الفرد، والمعبر عنه بالصرف الطاقوي، فارتفاع كمية الوجبات الغذائية التي يتناولها الإنسان، يقابلها زيادة الوزن، والتي تؤدي إلى إحداث مضاعفات غير مرغوب فيها على صحة الإنسان، إذ أصبحت الجهات المعنية بالصحة تدعو إلى ضرورة نزع ثوب قلة الحركة الذي اكتسى به الفرد اليوم بالموازاة مع التطور التكنولوجي والعلمي الحاصل، والذي يستدل عليه من خلال مستوى النشاط البدني، والاعتماد على الحركة وممارسة الأنشطة البدنية الرياضية كبديل أو كدواء لقلة الحركة، وبمعنى أدق محاربة الارتفاع في الوزن.

وتعتبر قلة النشاط البدني رابع عوامل الخطر المؤدية إلى الوفيات في العالم حيث تمثل 6% من نسبة الوفيات، وتأتي ترتيبا بعد ارتفاع ضغط الدم والممثل بنسبة 13% واستخدام التبغ بنسبة 9%، وارتفاع نسبة السكر في الدم ب 6%، وعليه فإن مستويات الخمول البدني أخذت في الارتفاع في العديد من بلدان العالم وأحدثت أضرارا كبيرة على صحة الفرد والصحة العامة للمجتمع، و الخمول البدني يعتبر عاملا رئيسيا في زيادة الوزن والإصابة بالبدانة (Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risks, Geneva, world health organization, 2009.)

لقد أشارت أيضا العديد من الدراسات إلى وجود ارتباط بين مستوى النشاط البدني المعتاد، ومؤشرات البدانة، فالنشاط البدني يمكن أن يقلل من زيادة الوزن مع مرور الوقت، ومن الجانب الآخر فإن انخفاض مستوى النشاط البدني (الخمول) يقابله بشكل منطقي انخفاض في الصرف الطاقوي، الراجع إلى نمط الحياة الجديد المفروض على الفرد (النقل، المصعد الكهربائي، ألعاب الفيديو،.....).

كما قامت إحدى الدراسات على مؤشرات كتلة الجسم ومحيط الحوض، حيث أشارت إلى وجود انخفاض في معدلات المؤشرات السابقة بالنسبة للأطفال المعاقين الذين يشاهدون التلفاز ويمارسون ألعاب

الفديو لفترات قصيرة عكس الأطفال المعاقين الذين يقومون بتلك الممارسات لفترات أطول (L'activité physique au quotidien protege votre santé , dossier de presse ASSUREURS PREVENTION – "COMMENT FAIRE BOUGER LES FRANÇAIS?"- (12/09/13).

فمن ناحية الإحصائيات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، والتي تعتبر السمنة كأحد عوامل الاختصار والإصابة بالعديد من الأمراض، أشارت (OMS) إلى أن نسبة الأطفال المعاقين دون الخامسة الذين يعانون من ارتفاع الوزن، مقارنة بالسن 13% من المجال الزمني 1990 إلى 1999، أما من الفترة الممتدة من 2000 إلى 2007 فارتفعت النسبة إلى 15,4%، في حين لم يتم الإشارة إلى نسبة الأفراد المعاقين بصريا، والذين يعانون من السمنة في الجزائر (المنظمة العالمية للصحة، 2009، ص 85).

لقد أشار كل من (Costill W.Larr Kenney ,Jack Wilmore,David2012)

على أنه من بين الأسباب التي تساهم في انتشار البدانة، قلة الحركة والمنتجات الغذائية المصنعة، والمساهمة في التقليل من تناول الخضار (W.Larry Kenney ,Jack Wilmore,David Costill : (Phisiology of sport and exercise , 2012,p492).

وفي دراسة لمعهد ماكينزي العالمي عام 2014، أشارت إلى أن أكثر من 2.1 مليار شخص في جميع أنحاء العالم، أو ما يقرب من 30% من سكان العالم، يعانون من زيادة الوزن والسمنة، وتحذر الدراسة من أنه إذا لم يتم اتخاذ إجراءات لمكافحة السمنة، سوف تصل هذه النسبة إلى 41% من سكان العالم بحلول عام 2030 (an initial economic analysis ,McKinsey Global Institute , Novembre : (over coming obesity 2014.(L'obésité touché 30% de la population mondiale News Santé Doctissimo 20/5/2015).

تعتبر فئة المراهقين المعاقين بصريا أهم فئة من ذ إ خ وأصعب مرحلة في حياة المعاق لما تعرفه من تغيرات جسمية بيولوجية تهدف إلى الانتقال من رحلة الطفولة إلى مرحلة الشباب الناضج فالإنسان في هذه المرحلة معرض إلى الإصابة بالسمنة واكتساب أوزان هو غني عنها، تزيد من عبء مرحلة المراهقة لدى الفرد المعاق فتعرض المعاق إلى أخذ وزن غير الوزن الضروري الذي يعني وجود خلل في إحدى العوامل المعبرة على نمط الحياة، ولعل مستوى النشاط البدني يعد أهم العوامل المساهمة في تحديد إمكانية أخذ الوزن والتعرض إلى البدانة من عدمه والمعبر عنها من خلال مؤشر كتلة الجسم والصرف الطاقي، ومستوى النشاط البدني وممارسة الأنشطة البدنية الرياضية والتوازن الغذائي ...

من هذا المنطلق فإن اختيار الباحث لدراسة هذا الموضوع هو فئانه بضرورة تحقيق البعد الوقائي الصحي داخل فئة المراهقين المعاقين بصريا ومنه يمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية :

أ- التساؤل العام:

هل هناك علاقة بين النشاط البدني المكيف والتوازن الغذائي بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا؟

ب- التساؤلات الجزئية:

✓ هل هناك علاقة بين النشاط البدني ومؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا؟

✓ هل توجد علاقة بين التوازن الغذائي ومؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا داخل

مركز المسيلة؟

وللإجابة على هذه. التساؤلات تم وضع الفرضيات التالية:

3- فرضيات البحث:

أ- الفرضية العامة :

✓ هناك علاقة بين كل من النشاط البدني والتوازن الغذائي بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا بالمسيلة.

ب- الفرضيات الجزئية :

✓ هناك علاقة بين النشاط البدني ومؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا بالمسيلة.

✓ هناك علاقة بين التوازن الغذائي و مؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا بالمسيلة.

4- أسباب اختيار الموضوع :

إن اهتمام الباحث بالشروع في دراسة هذا الموضوع لم يكن وليد الصدفة، بل هو نتيجة شعور الباحث بحيرة، مما أدى إلى تشكل عدة تساؤلات، لاسيما حول ظاهرة البدانة(السمنة) وما أشارت إليه الدراسات السابقة، وإحصائيات منظمة الصحة العالمية التي اعتبرت الوزن الزائد رابع عوامل الاختصار في العالم، وأشارت إلى ضرورة التصدي إلى هذه الظاهرة عن طريق عدة عوامل، أهمها النشاط البدني وتحقيق التوازن الغذائي.

أ- أسباب ذاتية :

✓ اهتمام الباحث بالمواضيع التي تخص الجانب الوقائي الصحي للمعاق.

✓ شغف الباحث نحو الاستثمار في ميدان الممارسة الرياضية، من اجل تحقيق

البعد الوقائي الصحي في المجتمع . وذوي الاحتياجات الخاصة.

✓ الرغبة في إثراء هذا الموضوع داخل المجتمع الجزائري المعاق.

ب- أسباب موضوعية:

✓ نقده الدراسات التي تهتم بهذا الجانب في المجتمع الجزائري.

✓ ضرورة التدخل الفوري من اجل محاربة البدانة وقلة الحركة لبناء فرد منتج

وبصحة جيدة.

✓ إعطاء إحصائيات حقيقية حول هذه الظاهرة في مجتمعنا.

5- أهداف البحث :

✓ معرفة مستوى النشاط البدني للتلاميذ المعاقين الذي يساهم في إيجاد مؤشرات لها علاقة بظاهرة البدانة.

✓ إيجاد مؤشرات حول التوازن الغذائي، انطلاقاً من العادات الغذائية لدى تلاميذ المعاقين بصريا وعلاقتها بالبدانة.

✓ إعطاء إحصائيات حقيقية حول ظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا الممثلين بفئة المتمدرسين.

6_ أهمية البحث:

تتجلى أهمية هذا البحث في :

✓ يساهم في تحديد مستويات النشاط البدني لدى فئة المراهقين، والمتمثلة في تلاميذ المرحلة الثانوية بحكم كونهم أكبر شريحة ممثلة للمجتمع.

✓ يساهم في إعطاء إحصائيات معبرة عن مستوى النشاط البدني والبدانة لهذه الفئة المذكورة (التلاميذ).

✓ تسليط الضوء على ضرورة محاربة هذه الظاهرة لتفادي المشاكل الممكن حدوثها في المستقبل.

✓ الإحاطة بأكبر كم ممكن من حيثيات هذا الموضوع.

✓ التعرف على أهم العوامل التي تؤدي إلى البدانة.

✓ توفير بعض المعلومات التي تساهم في محاربة البدانة وقلة الحركة، وتحقيق التوازن الغذائي.

1- الدراسة الاستطلاعية:

قام الباحث بزيارة ميدانية لمركز المعاقين بصريا بالمسيلة شهر مارس 2017 للوقوف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والتعرف على الأفراد الذين سيطبق عليهم أداة الدراسة وعلى مدى استعدادهم وعلى مدى استعداد الأخصائيين والمعاقين بالمركز للتعاون معنا، ومن خلال دراستنا الاستطلاعية قمنا بمقابلة مع مختلف الأخصائيين والمعاقين بصريا من أجل معرفة آرائهم واقتراحاتهم ووجهات نظرهم حول مجموعة من النقاط الأساسية التي لها صلة وثيقة بموضوع الدراسة، بغية تشخيص وجمع المعلومات التي ترتبط بموضوع الدراسة وضبط الإشكالية وتحديد المنهج المستخدم.

2- منهج الدراسة :

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي المقارن لملائمته لموضوع الدراسة .

3- مجتمع الدراسة:

هو مجتمع الدراسة التي تجمع منع البيانات الميدانية، وهو تعتبر جزء من الكل، بمعنى أنه تأخذ مجموعة من أفراد المجتمع الأصلي، ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله. وقد تحدد مجتمع دراستنا بالتلاميذ المكفوفين بالمسيلة .

4- عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من 21 فرد معاق بصريا بالمسيلة وتم اختيارها بطريقة عشوائية بسيطة.

5- الخصائص السيكومترية

5-1- صدق المحكمين :

تم عرض الاستبيان على خمسة محكمين من ذوي الاختصاص من أجل الاستفادة من آرائهم حول سلامة صياغة العبارات و ملائمتها للمحاور، وقد تم حذف بعض العبارات وتعديل بعضها وإضافة أخرى حيث كان عدد العبارات قبل عرضها على المحكمين 24 عبارة وبعد عرضها أصبح 14 عبارة.

5-2- الصدق الذاتي

وهو الجزر التريعي الموجب للتباين

5-3- الثبات : استخدم الباحث معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات ، حيث تم الحصول على قيمة معامل ألفا كرونباخ لكل محور استبيان .

6- أدوات الدراسة:

من خلال الجانب النظري والدراسات السابقة وقع اختيار الباحث على التقنية السائدة والشائعة وهي الاستبيان كأداة لجمع البيانات والتي وجدوها أنجع طريقة لتحقيق الإشكالية لذلك قام الباحثون بتحضير استمارة استبيان تحتوي على ثلاث محاور :

استمارة إستبائية موجهة للمراهقين المعاقين بصريا تم بينائها على النحو التالي:

المحور الأول: علاقة النشاط البدني المكيف بمؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا ويتكون من الأسئلة التالية 01، 02، 03، 04، 05، 06.

المحور الثاني: علاقة التوازن الغذائي بمؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا ،ويتكون من الأسئلة 07،08،09،10،11،12،13،14

الجدول رقم (01): يبين تصنيف ودرجات الإستبيان

| التصنيف | لا | أحيانا | نعم |
|---------|-----|--------|-----|
| الدرجة | (1) | (2) | (3) |

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

- التكرارات والنسب المئوية : لوصف أفراد الدراسة وتحديد استجاباتهم .

- المتوسط الحسابي: لتحديد الأهمية النسبية لإجابات أفراد العينة تجاه محاور و أداة الدراسة ، كما تم استخدام الاستبيان بمحورين للدراسة بإعطاء الدرجة (3) نعم ،والدرجة (2) أحيانا ، والدرجة (1) للإجابة لا .

فالمتوسط الحسابي استعمل لترتيب إجابات أفراد العينة حسب درجة الموافقة ولمعرفة مدى ارتفاع وانخفاض إجابات الأفراد عن كل عبارة من عبارات محاور الاستبيان .

- الانحراف المعياري :

الذي استخدم لقياس درجة تشتت قيم إجابات العاملين عن الوسط الحسابي علما انه يفيد في ترتيب العبارات حسب الوسط الحسابي لصالح اقل تشتت عند تساوي المتوسط الحسابي .

- معامل ألفا كرونباخ : يعتبر من الأمور المهمة لمعرفة مدى صلاحية أي اختبار أو استبيان ، كما تساعد الباحث في الحصول علة نفس النتائج عند إعادة الاختبار.

8- مجالات الدراسة :

8-1- المجال الزمني: وينقسم إلى مرحلتين هما:

المرحلة الأولى: الجانب النظري: بدأنا في 13 نوفمبر 2016 إلى غاية 16 مارس 2017.

المرحلة الثانية: الجانب التطبيقي : بدأنا في 19 مارس 2017 إلى غاية 11 ماي 2017.

8-2- المجال المكاني:

لقد أجريت الدراسة الميدانية على مستوى مركز المعاقين بصريا.

9- متغيرات الدراسة:

9-1- المتغير المستقل: النشاط البدني المكيف، التوازن الغذائي.

9-2- المتغير التابع: البدانة.

مؤشر الكتلة الجسمية BMI : (Lian sholtis Brunner et aut:soin inifirmiers en medecine et chirurgie, 5eme édition,renouveau pédagogique ,canada,2011,p92.)

يعتبر مؤشر الكتلة الجسمية وسيلة للقياس تسمح بتقييم العلاقة بين الوزن والطول بالإضافة إلى مقارنة النتائج مع النتائج الجدولية المرجعية من أجل تحديد نمط الشخص ، ويتم حسابه بالعلاقة التالية:

$$BMI = \text{Poids(kg)} / \text{Taille}^{2(M)}$$

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على مؤشر الخاص بالكتلة الجسمية والهدف منه هو تحديد نمط المعاق أكان بدينا أو ذا وزن عادي أو وزن ناقص، أو زائد مقارنة، بالقيم المرجعية في الجدول الخاص بالمؤشرات الجسمية، وبحسب الفئة العمرية (الجدول الموجودة بالقسم الخاص بالملاحق).

جدوةل رقم (02): يوضح الجدول المرجعي الخاص بـ مؤشر الكتلة الجسمية لدى الذكور.

| بدانة | وزن زائد | وزن عادي | وزن ناقص | BMI المرحلة العمرية |
|------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| <=من 28.60 | [-23.29]28.60 | [-17.26]23.29 | [-14.60]17.25 | [15-16 سنة] |
| <=من 29.14 | [-23.90]29.14 | [-17.80]27.90 | [-15.12]17.80 | [16-17 سنة] |
| <=من 29.70 | [-24.46]29.70 | [-18.28]24.46 | [-15.60]18.28 | [17-18 سنة] |
| <=من 30.00 | [-25.00]30.00 | [-18.50]25.00 | [-16.00]18.50 | 18 سنة |

جدول رقم (03): يوضح الجدول المرجعي الخاص لمؤشر الكتلة الخاص بالإناث

| بدانة | وزن زائد | وزن عادي | وزن ناقص | BMI المرحلة العمرية |
|------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| <=من 28.60 | -23.94]]29.29 | -17.69]]23.94 | -15.01]]17.69 | [15-16 سنة] |
| <=من 29.14 | -24.37]]29.56 | -18.09]]24.37 | -15.46]]18.09 | [16-17 سنة] |
| <=من 29.70 | -24.70]]29.84 | -18.38]]24.70 | -15.78]]18.38 | [17-18 سنة] |
| <=من 30.00 | -25.00]]30.00 | -18.50]]25.00 | -16.00]]18.50 | 18 سنة |

ثبات وصدق أدوات البحث:

ثبات أدوات البحث:

إن ثبات أداة الدراسة يعني التأكد من الإجابة ستكون واحدة تقريبا لو تكرر تطبيقها على الأشخاص ذاتهم في أوقات مختلفة.

هناك عدد من الطرق الإحصائية التي تستخدم لقياس مدى ثبات أداة الدراسة يعتمد معظمها على حساب معامل الارتباط بين إجابات الأشخاص في المرة الأولى وبين إجابة نفس الأشخاص في المرة الثانية ، أو عن طريق التجزئة النصفية ثم استخراج معامل الثبات.

ثبات الاستمارة الخاصة بتقدير النشاط البدني المكيف:

تم التأكد من ثبات الأداة من خلال تطبيق عملية التقدير النشاط البدني المكيف ل 15 معاق ، وبالاعتماد على معامل الارتباط البسيط ل " بيرسون" حيث أسفرت عن نتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم(04) يوضح قيم معامل الارتباط ومعامل الثبات وقوة العلاقة للاستمارة الخاصة بتقدير النشاط المكيف

| قوة العلاقة | معامل الثبات | معامل الارتباط | الوسيلة المعاقين |
|-------------|--------------|----------------|---------------------|
| قوية جدا | 0.97 | 0.95 | 15معاق |

من خلال الجدول يتضح أن قيمة معامل الارتباط كانت 0.95 وبتطبيق العلاقة الخاصة بمعامل الثبات كانت 0.97 وهذا يدل على أن العلاقة قوية جدا.

ثبات الاستمارة الخاصة بالتوازن الغذائي:

تم التأكد من ثبات الأداة من خلال توزيع 15 استمارة على 15 مراهق معاق بصريا مع الاعتماد على نفس الطريقة المذكورة سابقا في تطبيق هذا النوع من الاستبيانات وبعدها سجلت نتائج القياس وبالاعتماد على معامل الارتباط البسيط ل "بيرسون أسفرت عن النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يوضح قيم معامل الارتباط ومعامل الثبات وقوة العلاقة للاستمارة الخاصة بالتوازن الغذائي .

| قوة العلاقة | معامل الثبات | معامل الارتباط | الوسيلة المعاقين |
|-------------|--------------|----------------|---------------------|
| قوية جدا | 0.91 | 0.90 | 15معاق |

من خلال الجدول يتضح أن معامل الارتباط كانت 0.90 وبتطبيق العلاقة بمعامل الثبات كانت النتيجة 0.91 وهذا يدل على أن العلاقة قوية جدا.

صدق أدوات البحث:

إن صدق أداة البحث يعني حسب فاطمة عوض وميرفت علي خفاجة 2002 بأنه : التأكد من انه سوف يقيس ما أعد لقياسه (فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة:، 2002، ص 167).

من أجل التأكد من صدق أدوات البحث على صدق المحكمين والصدق الذاتي.

صدق الاستمارة الخاصة بتقدير النشاط البدني المكيف:

صدق المحكمين:

وهي استبانة قام بوضعها مارتن 2000 وأصبحت سارية المفعول ، إذ يتم الاعتماد عليها من طرف الباحثين من أجل تقدير النشاط البدني المكيف للفرد وهذه الأداة تصلح للاستخدام مع فئة المراهقين المعاقين ، ولأن النسخة الأصلية باللغة الفرنسية فقد تم الاعتماد على النسخة المترجمة من طرف الباحث، وتوزيعها على مجموعة من المحكمين، من أجل التأكد من مطابقة العبارات والكلمات بين نسختين وبلائمها مع البيئة التي ينتمي إليها عينة الدراسة.

ويتم تحديد الصدق الذاتي للأداة من خلال استخدام الجذر التربيعي لمعامل الثبات ولدينا الجدول التالي يوضح الصدق الذاتي للأداة الخاصة بتقدير النشاط البدني المكيف:

جدول رقم(06): يوضح قيم معامل ودرجة الصدق الذاتي للاستمارة الخاصة بتقدير النشاط البدني المكيف.

| قوة العلاقة | معامل الثبات | معامل الارتباط | الوسيلة المعاقين |
|-------------|--------------|----------------|------------------|
| عالية جدا | 0.99 | 0.99 | 15معاق |

من خلال الجدول يتضح أن قيمة معامل الصدق قد بلغت 0.99 وهذا ما يعطي تصورا على درجة صدق الذاتي للأداة التي كانت عالية جدا.

صدق الاستمارة الخاصة بالتوازن الغذائي:

صدق المحكمين :

بعد بناء الاستمارة الاستبائية والاتفاق عليها مع الأستاذ المشرف ، تم توزيع عدد من هذه الاستمارات على الأساتذة المحكمين بمعهد علو وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بالمسيلة ، من اجل التأكد من اتساق العبارات، وبلائهما مع الأفراد المعنيين بالدراسة وتم تعديل العبارات والاستفادة من التوجيهات بناء على اقتراحات الأساتذة المحكمين.

جدول رقم(07) يوضح قيم معامل ودرجة الصدق الذاتي للاستمارة الخاصة بالتوازن الغذائي

| قوة العلاقة | معامل الثبات | معامل الارتباط | الوسيلة المعاقين |
|-------------|--------------|----------------|------------------|
| عالية جدا | 0.99 | 0.99 | 15معاق |

من خلال الجدول يتضح أن قيمة معامل الصدق قد بلغت 0.99 وهذا ما يعطي تصورا على درجة الصدق الذاتي للأداة التي كانت عالية جدا.

الأدوات والوسائل الإحصائية:

تعتبر الأساليب الإحصائية من أهم العناصر المكللة لموضوع الدراسة فبواسطتها يتمكن الباحث من إعطاء وصف رقمي للظاهرة ، كما يتمكن من خلالها في تفسير أسباب حدوث الظاهرة ، وبناء استنتاجات والتأكد من صحة الفرضيات فقد اعتمد الباحث على برنامج الحزمة الإحصائية SPSS، لتحديد العلاقة الارتباطية.

النسبة المئوية:

يتم تحديد النسبة المئوية انطلاقا من استخدام العلاقة التالية :

عدد الأفراد المعنيين $\times 100$ / الحجم الكلي للأفراد

معامل الارتباط البسيط " برافيس بيرسون ". (حسن احمد الشافعي ، 2004 ، ص 437).

ن مج (س ص) - (مج س) . (مج ص)

$$\frac{[ن مج س - 2(مج س)] [ن مج ص - 2(مج ص)]}{[ن مج س - 2(مج س)] [ن مج ص - 2(مج ص)]}$$

ر: معامل الارتباط برافيس بيرسون. مج(س ص): مجموع قيم س ضرب قيم ص

ن: عدد افراد العينة مج (ص): مجموع قيم ص.

مج(س): مجموع قيم س مج ص 2: مجموع قيم ص 2

مج س 2: مجموع قيم س 2.

الأجهزة وبرامج وسائل المساعدة :

* حاسوب محمول

* طابعة

* ميزان طي

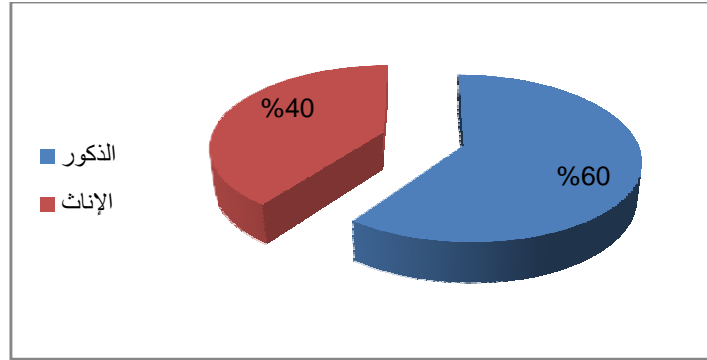
* مسطرة قياس الطول المثبتة

* برنامج Word.Excel

* برنامج SPSS.

الجدول رقم 08: يوضح العدد الإجمالي لأفراد العينة.

| الجنس | العدد | النسبة المئوية | المجموع العام | النسبة المئوية العامة |
|--------|-------|----------------|---------------|-----------------------|
| الذكور | 9 | %60 | 15 | %100 |
| الإناث | 6 | %40 | | |

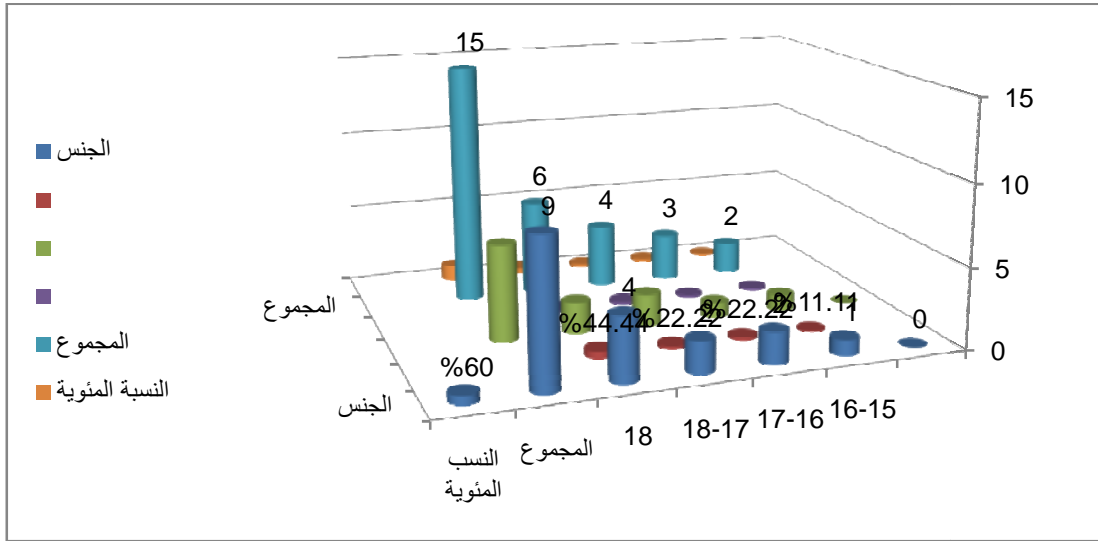


دائرة نسبية تمثل العدد الإجمالي لأفراد العينة.

** يمثل الجدول رقم 1 المعطيات الأولية لعدد التلاميذ الممثلين لعينة الدراسة و المعبر عنها بتلاميذ المعاقين و الفئة العمرية من 15 إلى 18 سنة الممثلين 15 معاق، 9 ذكور بنسبة %60، و 6 إناث بنسبة %40.

جدول رقم 09 يوضح توزيع مختلف أفراد العينة بدلالة المراحل العمرية.

| النسبة المئوية | المجموع | الجنس | | | | السن |
|----------------|---------|--------|---|--------|---|---------------|
| | | الإناث | | الذكور | | |
| %13.33 | 2 | %16.66 | 1 | %11.11 | 1 | 16-15 |
| %20 | 3 | %16.66 | 1 | %22.22 | 2 | 17-16 |
| %26.66 | 4 | %22.22 | 2 | %22.22 | 2 | 18-17 |
| %40 | 6 | %22.22 | 2 | %44.44 | 4 | 18 |
| %100 | 15 | 6 | | 9 | | المجموع |
| | | %40 | | 60% | | النسب المئوية |

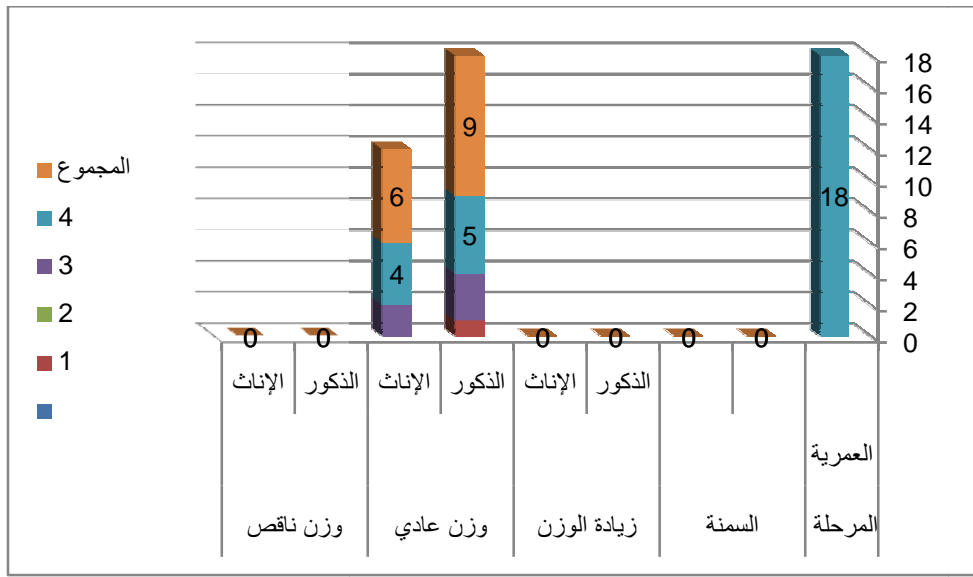


مدرج تكراري يوضح توزيع أفراد العينة بدلالة المراحل العمرية

يوضح الجدول رقم و المدرج التكراري رقم توزيع مختلف أفراد العينة بدلالة المراحل العمرية الذين هم من سن 16-15 سنة هم 2 بنسبة %13.33، و المعاقين الذين هم بمرحلة 17-16 سنة عددهم 3 بنسبة %20، إما المعاقين الذين تتراوح أعمارهم بين 18-17 سنة بنسبة %26.66، و الفئة 18 سنة عددهم 6 بنسبة %40.

يوضح الجدول رقم 10 و المدرج التكراري رقم تصنيف المعاقين بناء على مؤشر الكتلة الجسمية bmi

| الرقم | المرحلة العمرية | السمنة | | زيادة الوزن | | وزن عادي | | وزن ناقص | |
|---------------|-----------------|--------|--------|-------------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | | الذكور | الإناث | الذكور | الإناث | الذكور | الإناث | الذكور | الإناث |
| 1 | 16-15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 17-16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 18-17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| 4 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 |
| المجموع | | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 6 | 0 | 0 |
| النسب المئوية | | 0 | 0 | 0 | 0 | %60 | %40 | 0 | 0 |



**يوضح الجدول رقم 10 المدرج التكراري تصنيف المعاقين بناء على مؤشر الكتلة الجسمية bmi

و الفئة التي ينتمون إليها بدلالة المراحل العمرية لكلا الجنسين حيث ضمت كل المراحل العمرية 0 معاق يحمل

مؤشر الكتلة الجسمية يزيد في فئة الوزن الزائد.

جدول رقم 11 يوضح علاقة فقرات الاستبيان مع الدرجة الكلية للاستبيان :

| الأسئلة | معامل الارتباط بيرسون | الدلالة الإحصائية |
|---------|-----------------------|--------------------|
| س1 | 0.950 | ذات دلالة قوية جدا |
| س2 | 0.943 | ذات دلالة قوية جدا |
| س3 | 0.943 | ذات دلالة قوية جدا |
| س4 | 0.932 | ذات دلالة قوية جدا |
| س5 | 0.877 | ذات دلالة قوية جدا |
| س6 | 0.912 | ذات دلالة قوية جدا |
| س7 | 0.877 | ذات دلالة قوية جدا |
| س8 | 0.684 | ذات دلالة قوية جدا |
| س9 | 0.915 | ذات دلالة قوية جدا |
| س10 | 0.950 | ذات دلالة قوية جدا |
| س11 | 0.877 | ذات دلالة قوية جدا |
| س12 | 0.950 | ذات دلالة قوية جدا |
| س13 | 0.282 | غير دالة |
| س14 | 0.873 | ذات دلالة قوية جدا |

من خلال الجدول يتضح أن كل الأسئلة لها علاقة مع درجة الكلية للاستبيان ، فهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 و 0.05 ، إلا السؤال الذي يحمل رقم 13 فقيمة معامل الارتباط مع الدرجة الكلية غير دالة إحصائياً عند مستويي الدلالة 0.01 و 0.05، أما باقي الفقرات فكانت قيمة مستوى الدلالة ثابت 0.000.

جدول رقم 12 يوضح علاقة المحاور بالدرجة الكلية للاستبيان،

| المحاور | المحور الأول | المحور الثاني | الكلية |
|-----------------------|--------------|---------------|--------|
| معامل الارتباط بيرسون | -0.987 | -0.991 | 1 |
| الدلالة الإحصائية | 0.000 | 0.000 | |

نعني أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.01 و من خلال الجدول يتضح أن، كل المحاور لها علاقة بالدرجة الكلية للاستبيان و هي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين 0.98 و 0.99 و، وذلك ما أكده صدق اتساق محتوى و الدرجة الكلية للاستبيان للموضوع علاقة النشاط البدني المكيف و التوازن الغذائي في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا.

جدول رقم 13 يوضح معامل ثبات استبيان بطريقة الاتساق الداخلي :

| |
|--------------------------|
| معامل ثبات ألفا كروم باخ |
| -0.96 |

** نعني أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.01 و من خلال الجدول نلاحظ أن معامل الارتباط للاستبيان الذي قيمته 0.96 عالي جداً، هذا ما يعني أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية جداً من الثبات .

1- عرض نتائج فرضيات الدراسة:

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى: نصت الفرضية الأولى على أن : علاقة النشاط البدني المكيف بمؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا.

بعد معالجة استجابات أفراد العينة و بالاعتماد على المتوسطات الحسابية و الدرجة الكلية للمحور، بالإضافة إلى الترتيب كل سؤال في المحور تم الحصول على النتائج التالية :

جدول رقم 14: يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة لكل سؤال من أسئلة المحور :

| معامل بيرسون | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العبارة | رقم السؤال |
|--------------|-------------------|-----------------|---|------------|
| -0.950 | -1.35 | -3.13 | هل أنت من محبي المشي في قضاء حاجياتك اليومية؟ | 01 |
| -0.943 | -1.50 | -2.96 | هل تمارس الرياضة بانتظام خلال الأسبوع ؟ | 02 |
| -0.943 | -1.42 | -2.97 | هل تستعمل الآلات الرياضية في تمارينك الرياضية ؟ | 03 |
| -0.932 | -1.34 | -2.68 | هل تمارس التمارين الرياضية القوية قبل وجبة العشاء ؟ | 04 |
| -0.877 | -1.46 | -2.97 | هل لديك ميول نحو رياضة السباحة؟ | 05 |
| 0.912- | -1.41 | -2.85 | هل تمارس تمارين الضغط؟ | 06 |

من خلال الجدول رقم نلاحظ أن قيم المتوسطات الحسابية للعبارات محور الأول تتراوح بين 2.50-3.61، مع العلم أن أدنى قيمة للإجابة هي 01 و أعلى قيمة للإجابة هي 3 ، حيث كان في الرتبة الأولى السؤال رقم 01 بقيمة متوسط الحسابي ب -3.61، و انحراف معياري قدرت قيمته ب: -1.35، أما العبارة رقم 04 احتل المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قيمته 2.68 - و انحراف معياري قيمته -1.34، و المحور ككل بلغت قيمة متوسطه الحسابي 2.89 - و قيمة انحرافه المعياري 1.41- و بعد إيجاد قيمة المتوسط الحسابي الحقيقي للمحور و التي بلغت ، هذه القيمة تنتمي للمجال المحصور بين 2.60،3.40 و التي تعبر عن درجة كبيرة ، بذ لك فان : علاقة النشاط البدني المكيف هي علاقة عكسية مع مؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا

جدول رقم 15 : يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة لكل سؤال من أسئلة المحور :

| رقم السؤال | العبارة |
|------------|---|
| 07 | هل تتناول 03 وجبات في اليوم؟ |
| 08 | هل تحتوي وجبة الفطور على الحليب و مشتقاته ؟ |
| 09 | هل تحتوي وجبة الفطور على فواكه ؟ |
| 10 | هل تتناول وجباتك اليومية خارج البيت ؟ |
| 11 | هل تقوم بشرب الماء مع كل وجبات اليومية ؟ |

| | |
|----|---|
| | |
| 12 | هل تحتوي وجبة الغذاء على البروتين النباتي ؟ |
| 13 | هل تحتوي وجبة العشاء على العجائن ؟ |
| 14 | هل تتناول مكسرات بعد وجبة العشاء ؟ |

من خلال الجدول رقم نلاحظ أن قيم المتوسطات الحسابية للعبارات محور الأول تتراوح بين 2.50-3.61-، مع العلم أن أدنى قيمة للإجابة هي 01 و أعلى قيمة للإجابة هي 3 ، حيث كان في الرتبة الأولى السؤال رقم 12 بقيمة متوسط الحسابي ب 3.39-، و انحراف معياري قدرت قيمته ب: 1.49، أما العبارة رقم 07 احتل المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قيمته 2.91 - و انحراف معياري قيمته 1.36-، و المحور ككل بلغت قيمة متوسطه الحسابي 3.22 و قيمة انحرافه المعياري 1.41 و بعد إيجاد قيمة المتوسط الحسابي الحقيقي للمحور و التي بلغت ، هذه القيمة تنتمي للمجال المحصور بين 2.60-، 3.40- و التي تعبر عن درجة كبيرة ، بذلك فان : علاقة النشاط البدني المكيف هي علاقة عكسية مع مؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا

02-مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

2-1 مناقشة الفرضية الأولى:علاقة النشاط البدني المكيف في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا.

من خلال استجابات أفراد عينة الدراسة على أسئلة المحور الأول تبين أن للأنشطة الرياضية المكيفة دور في التخفيف من السمنة لدى المعاقين بصريا من وجهة نظرهم، وهذا من خلال إجاباتهم على الأسئلة المحور الأول المتعلق بالفرضية الأولى.

حيث تتفق نتيجة الفرضية الأولى (علاقة النشاط البدني المكيف بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا.) مع دراسة بن شرنين عبد الحميد بعنوان: "ميول فئة المعاقين للنشاط البدني الرياضي المكيف ومدى تطابقها مع معطيات

النظرية والإجرائية لهذا النشاط وتمثلت في مجموعة من الأسئلة التي تناولها الفرضية الأولى التي تتكلم عن الأنشطة البدنية المكيفة دور في تخفيف من جسم المعاقين بصريا "

كما تتفق مع دراسة هاشم عدنان الكيلاني (2009)

تأثير النشاط البدني على مستوى السمنة واللياقة البدنية لدى أطفال الصف الرابع والخامس، قسم التربية الرياضية/ كلية التربية - جامعة السلطان قابوس، مسقط سلطنة عمان (2009).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه هاشم عدنان الكيلاني وآخرون حيث أشار إلى أن للنشاط البدني الرياضي علاقة عكسية بالسمنة لدى المعاقين بصريا.

بعد عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة (المراهقين المعاقين بصريا) على الاستبيان الموجه إليهم لعينة المعاقين بصريا للأنشطة المكيفة حيث تبين لنا أن هذا الأخير يلعب دورا هاما في الوقاية من السمنة وهذا ما يبرز من خلال عدد الأجوبة في المحور الأول الموجه للعينة من خلال النسب المئوية .

وذلك كون أن الأنشطة الرياضية تعمل على تعويض الإعاقة بدرجة معينة من خلال تعايش الفرد مع وضعيته و ممارسته لوجه من الأوجه النشاط البدني الرياضي المكيف حيث يفتح له المجال لإبراز قدراته وتحقيق الراحة النفسية وتناسي والإعاقة من خلال الإنجازات التي يحققها ومن خلال الدراسات السابقة لي بن شرين ومن خلال الاطلاع على النتائج التي تبرزها الجداول حيث كانت أكبر قيمة التي تمثل أن ممارسة الأنشطة الرياضية تساعد في إنقاص الوزن للعينة قدرت ب(15) شخص .

فتوصلنا من خلال تحليل نتائج المحور الأول والمتعلق بالأنشطة البدنية المكيفة وعلاقتها بظاهرة البدانة و التخفيف من ووزن الجسم ، إلى أن النشاط البدني الرياضي المكيف يساهم بشكل إيجابي في الحد الوقاية من السمنة لدى المعاقين بصريا وهذا ما يحقق لنا صحة الفرضية الجزئية الأولى.

2-2 مناقشة الفرضية الثانية: علاقة التوازن الغذائي بمؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا .

بعد الإطلاع على نتائج الاستبيان التي تخص محور التوازن الغذائي يساعد على إنقاص الوزن حيث تبين لنا لنا إن التوازن الغذائي تساعد على إنقاص الوزن ويظهر ذلك خلال النسب المئوية ، فالتوازن الغذائي جاء في دراسة بلونيس رثيد(2012/2013)

عنوان الدراسة: -الخمول و العادات الغذائية كعالمي خطر البدانة عند المراهقين - دراسة وصفية على تلاميذ المرحلة الثانوية لمؤسسات ولاية الجزائر، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية، جامعة الجزائر -3- (2012/2013).

بعد عرض نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة (المراهقين المعاقين بصريا) على الاستبيان الموجه إليهم لعينة المعاقين بصريا أن للتوازن الغذائي حيث تبين لنا أن هذا الأخير يلعب دورا هاما في الوقاية من السمنة وهذا ما يبرز من خلال عدد الأجوبة في المحور الأول الموجه للعينة من خلال النسب المئوية .

من خلال الإطلاع على الأسئلة و نتائجهم من 07 إلى 14 حيث كانت أكبر قيمة قدرت ب 95 بالمائة تجد الدعم في المجتمع لتحقيق التوازن الغذائي حيث كانت العينة المتمثلة (15) و اقل نسبة التي قدرت ب(5) بالمائة وهذا التي حاز على السؤال رقم (13)

كما توصلنا من خلال تحليل نتائج المحور الثاني والمتعلق لرياضة المشي في التخفيف من الوزن التي يتخبط فيها المعاقين حركيا ، إلى أن النشاط البدني الرياضي المكيف يساهم بشكل كبير في التخفيف من الوزن التي يتخبط فيها المعاقين حركيا وهذا ما يحقق لنا صحة الفرضية الجزئية الثانية.

وبعد تأكدنا من تحقق كل فرضية من فرضياتنا الجزئية والتي تعني أنها تمت الإجابة عن التساؤلات والتي أثرها الدراسة التي قمنا بها وعليه يمكن أن نستنتج إن الفرضية العامة والمبنية على أن للنشاط البدني الرياضي المكيف و التوازن الغذائي علاقة بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا.

تبين لنا أن الممارسة الرياضية و التوازن الغذائي تكتسي أهمية بالغة عن الفرد المعاق بصريا كونها أفضل الوسائل التي يلجا إليها المعاق للتعبير عن مشاعره وتعويض عجزه والتقليل من تبعيته ، مما يسمح بجعله فردا نافعا في المجتمع فرياضة المعاقين بصريا هي كغيرها من الرياضات ،تحتوي على منافسات سواء كانت جماعية أو فردية تشجع على خلق علاقات و صداقات وتقبل الآخرين بصورة عادية كون الأنشطة الرياضية تعمل

بصفة فعالة على تعويض وتناسي الشعور بالنقص كما أنها تتوفر نوع الاستقلالية واكتساب القيم النفسية والاجتماعية الايجابية و اكتساب لياقة بدنية معتدلة .

و منه نستخلص أن علاقة الموجودة بين النشاط الرياضي المكيف و التوازن الغذائي هي علاقة عكسية مع نمط البدانة لدى المعاقين بصريا.

1- الاستنتاجات: من خلال الدراسة التي قام بها الباحث علاقة النشاط البدني الرياضي المكيف و التوازن الغذائي بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا في نستنتج ما يلي:

- * هناك علاقة عكسية بين النشاط البدني المكيف و ظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا .
 - * هناك علاقة عكسية بين التوازن الغذائي و ظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا.
 - * بفضل النشاط البدني المكيف و التوازن الغذائي يتمكن المعاق بصريا من القضاء على ظاهرة البدانة عندهم.
- ومن خلال ذلك نستنتج أن النشاط البدني المكيف و التوازن الغذائي يتماشيان طرديا في القضاء على ظاهرة السمنة لدى المعاقين بصريا .

2- اقتراحات وتوصيات:

- من خلال ما لمسناه من المشاكل التي تعاني منها أثناء بحثنا هذا ارتأينا أن نقوم بمجموعة من التوصيات المتعلقة بالمعاقين بصريا كما ركزنا على بعض النقاط يجب التوصية بها كالاتي:
- _ ضرورة خلق ورشات اللعب الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة في سن الطفولة.
 - _ ضرورة برمجة أنشطة اللعب داخل المؤسسة مرة أو مرتين في الأسبوع.
 - وضع برامج تحسيسية للتعريف بالأنظمة الغذائية المفيدة لصحة الفرد المعاق بصريا.
 - _ توفير العتاد الرياضي المكيف حسب كل حالات الإعاقة البصرية المتوسطة والبسيطة والشديدة.
 - _ خلق جو المنافسة بالألعاب الجديدة مثل وضع الملابس الرياضية عليها رسومات ورموز.
 - _ لا بد من فتح إقامة داخل المراكز لتأقلم المعاقين بصريا أكثر.
 - _ وضع برامج توعية خاصة بالمعاقين بصريا الجديد وحديث التكوين بالنسبة للأخصائيين.
 - _ التفكير المستقبلي في بناء مراكز طبية علاجية تتناسب مع حالات السمنة لدى المعاقين بصريا وتجنب بناءها في الأماكن المعزول.
 - _ توفير أساتذة التربية البدنية والرياضية المختصة ودمجها في مجال المكيف داخل المراكز الطبية البيداغوجية.
 - _ توفير أماكن لتدريب الألعاب الترويحية في المركبات الجوارية الخاصة بالمعاقين بصريا.
 - _ توعية الأولياء ووضع حملات تحسيسية في مختلف القنوات التلفزيونية للتعريف بأهمية ممارسة أنشطة الرياضة و تحقيق التوازن الغذائي للتقليل من السمنة لدى المعاقين بصريا.

خاتمة:

تطرق الباحث في هذه الدراسة، إلى أحد أهم الجوانب النظرية ذات الصبغة الميدانية، من أجل تحقيق الفعالية والوصول إلى نتائج حقيقىة تهدف إلى تجسّد عاملي الوقاية والمحاربة للظواهر التي تعترض أفراد المجتمع، لاسىما ما يتعلق بالصحة العامة، وصحة الفرد المعاق بصفة خاصة توازىها مع الأمراض المنتشرة والتي أصبحت اليوم حدىث الساعة ومحط اهتمام المنظمات العالمية ووسائل الإعلام والاتصال في جميع دول العالم. وتعتبر منظمة الصحة العالمية ومركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) وغيرها من المنظمات التي اهتمت بشكل كبير بالأمراض السارية وغير المعدية، وعلى رأسها السمنة وزيادة الوزن حىث اتجهت إلى محاربة عوامل حدوث هذه الظواهر خاصة النشاط البدني والتغذية، بناء على المؤشرات العالية لنسبة انتشار السمنة وزيادة الوزن في المجتمعات، وما يترتب عنهما من مضاعفات غير مرغوب فيها على صحة الإنسان.

من هذا المنطلق جاءت الدراسة هذه بعنوان "دراسة علاقة النشاط البدني والتوازن الغذائي بالبدانة لدى المعاقين بصريا دراسة ميدانية على تلاميذ مدرسة المكفوفين بالمسيلة. ولقد جاءت هذه الدراسة بهدف معرفة النشاط البدني للتلاميذ الذي يساهم في إيجاد مؤشرات لها علاقة بظاهرة البدانة، بالإضافة إلى إيجاد مؤشرات حول التوازن الغذائي لدى تلاميذ مدرسة المكفوفين بالمسيلة وعلاقتها بالبدانة، وكذلك إعطاء إحصائيات حقيقىة حول ظاهرة البدانة لدى المراهقين الممثليين بفتة المعاقين بصريا المتدرسين.

ومن خلال جمع المعلومات و معالجتها فلقد توصل الباحث إلى وجود علاقة عكسية بين النشاط البدني ومؤشر الكتلة الجسمىة، ووجود علاقة عكسية بين مستوى النشاط والسمنة، كما كانت النتائج تؤكد على وجود علاقة طردية بين التوازن والسمنة. وأكدت هذه النتائج نتائج الدراسات السابقة، وهذا ما يؤكد على وجود علاقة بين النشاط البدني والتوازن الغذائية (بالبدانة لدى تلاميذ مدرسة المكفوفين بالمسيلة).

ومن خلال هذه النتائج التي تبقى في حدود عينة ومجتمع الدراسة الذي اعتمد عليها الباحث، يأمل أن تكون هذه الدراسة بمثابة خطوة نحو الأمام في ميدان النشاط البدني الرياضى المكيف و الصحي ومساهمة في فتح مجالات البحث والدراسة لحىثيات هذا الموضوع على فئات عمرىة أخرى، أو من زواىها لم تتطرق إلى هذه الدراسة من أجل إثراء ميدان علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، وإيجاد الحلول للظواهر التي تعترض المجتمع وخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة في إطار تحقيق البعد الوقائي الصحي.

قائمة المصادر و المراجع:

القران الكريم

المراجع:

- 1- إبراهيم رحمة : تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي ، دار الفكر للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى ، عمان ، 1998 . ، 1990 .
- 2- إبراهيم مصطفى وآخرون: المعجم الوسيط ، المكتبة الاسلامية للطباعة والنشر، مصر، 1960.
- 3- المنظمة العالمية للصحة : الإحصائيات الصحية العالمية، 2009.
- 4- راتب أحمد قبيعة و آخرون : القاموس العربي الشامل، ط1، دار الراتب الجامعية ، بيروت، 1997.
- 5- راتب احمد قبيعة وآخرون: رجع سابق
لظفي بركات أحمد، الرعاية التربوية للمكفوفين، دار الفكر ، ط1، مصر، 1984.
- 6- محمد نجيب توفيق : الخدمات العمالية بين التطبيق والتشريع ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ط1 ، 1967 .
- 7- محمد الحماحمي ، أمين انور الخولي : اسس بناء برامج التربية الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة
- 8- مروان ع المحيد إبراهيم : الألعاب الرياضية للمعوقين ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 1997 .
- 9- محمد الحماحمي ، أمين أنور الخولي : أسس بناء برامج التربية الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1990.
- 10 محمد صادق صبور، الأمراض المعدية، دار المعارف، القاهرة 1998
- 11 - منى صبحي الحديدي، رعاية وتأهيل المكفوفين، سلسلة الدراسات الاجتماعية، مطبوعات جامعة الدول العربية، الأردن، 1996
- 12- منى صبحي الحديدي، مقدمة في الإعاقة البصرية، دار الفكر للطباعة والنشر، ط1، عمان، 1998
- 13- لويس معلوف اليسوعي: المنجد الأبجدي، دار المشرق، بيروت، 1986.
- 14- كمال سالم سيسالم، المعاقون بصريا خصائص ومناهجهم، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 1997.
- 15- عطيات محمد خطاب: أوقات الفراغ والترويح ، دارا لفكر، ط1، سوريا، 2003.

16- عيسى ع الفتاح رملي ، محمد إبراهيم شحاتة :**اللياقة والصحة** ،دار الفكر العربي ،القاهرة ،1991.

17- عيسى مومني: قاموس المنار، عربي عربي، دار العلم للنشر والتوزيع، عنابة، 2007.

18- عيسى ع الفتاح رملي ، محمد إبراهيم شحاتة :**اللياقة والصحة** ،دار الفكر العربي ،القاهرة ،1991.

المراجع باللغة الأجنبية:

19- Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risks, Geneva, world health organization ,2009.

20- L'activité physique au quotidien protege votre santé , dossier de presse ASSUREURS PREVENTION – "COMMENT FAIRE BOUGER LES FRANÇAIS?"-12/09/13.

21 - W.Larry Kenney ,Jack Wilmore,David Costill : Physiology of sport and exercise ,5thEdition,USA,2012,p492.

22- over coming obsit :an initial economic analysis ,McKinsey Global Institute , Novembre 2014.(L'obesit touché 30% de la population mondiale News Santé Doctissimo 20/5/2015).

23 – ⁴Herve Benony et autres : psychologie des affects et des conduites chez l'enfant et la Adolescent,1^{ere} édition , deboeck , Bruxelles ,2008.

24 –G potier de courcy et autres : Besoins nutrtrionnels et apports conseillés pour la satisfaction de ces besoins ,Encyclopédie Médico 10-308-A-11.

25-Viuda-Serrano,Alejandro,and athtors : Obesity Prevention through Physical Activity in school-Age

26-Children and Adolescents, Universidad;Camilo José Cela , 2011.

ملحق رقم: (01).

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة

معهد العلوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط البدني المكيف

استبيان موجه لتلاميذ المكفوفين بالمسيلة

أعزائي التلاميذ أحييكم بتحيةة الإسلام وتحية الإسلام هي السلام، فالسلام عليكم ورحمت الله وبركاته وبعد في إطار إنجاز مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في التربية البدنية والرياضية تخصص نشاط بدني مكيف وصحة تحت عنوان " علاقة النشاط البدني المكيف و التوازن الغذائي بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا "أضع بين أيديكم هذا الاستبيان وأرجو منكم الإجابة على هذه الأسئلة بكل صدق وموضوعية وذلك بوضع العلامة (X) أمام الإجابة التي تناسب اختياركم وأحيطكم علما بأن هذا ليس امتحان أو اختبار لمعلوماتكم و لكن إجاباتكم ستبقى سرية وتستعمل لأغراض علمية بحتة.

وفي الأخير تقبلوا مني فائق التقدير
والاحترام.

المحور الثاني: التوازن الغذائي و مؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا .

السؤال رقم 07: هل تتناول 03 وجبات في اليوم؟

نعم لا أحيانا

السؤال رقم 08: هل تحتوي وجبة الفطور على الحليب و مشتقاته ؟

نعم لا أحيانا

السؤال رقم 09: هل تحتوي وجبة الفطور على فواكه ؟

نعم لا أحيانا

السؤال رقم 10: هل تتناول وجباتك اليومية خارج البيت ؟

نعم لا أحيانا

السؤال رقم 11: هل تقوم بشرب الماء مع كل وجبات اليومية ؟

نعم لا أحيانا

السؤال رقم 12: هل تحتوي وجبة الغذاء على البروتين النباتي ؟

نعم لا أحيانا

السؤال رقم 13: هل تحتوي وجبة العشاء على العجائن ؟

نعم لا أحيانا

السؤال رقم 14: هل تتناول مكسرات بعد وجبة العشاء ؟

نعم لا أحيانا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة:

العنوان "علاقة النشاط البدني الرياضي المكيف و التوازن الغذائي بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا"

أهداف الدراسة:

✓ معرفة مستوى النشاط البدني للتلاميذ المعاقين الذي يساهم في إيجاد مؤشرات لها علاقة بظاهرة البدانة.

✓ إيجاد مؤشرات حول التوازن الغذائي، انطلاقا من العادات الغذائية لدى تلاميذ المعاقين بصريا وعلاقتها بالبدانة.

✓ إعطاء إحصائيات حقيقية حول ظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا الممثلين بفرقة المتدربين.

__ مشكلة الدراسة: هل هناك علاقة بين كل من النشاط البدني المكيف والتوازن الغذائي بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا ؟

✓ __ الفرضية الرئيسية: هناك علاقة بين كل من مستوى النشاط البدني والتوازن الغذائي بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا المسيلة.

الفرضيات الجزئية الجزئية:

✓ هناك علاقة بين مستوى النشاط البدني ومؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا المسيلة.

✓ هناك علاقة بين التوازن الغذائي و مؤشر الكتلة الجسمية في نمط البدانة لدى المعاقين بصريا المسيلة.

عينة الدراسة: تكونت عينة البحث من 21 مكفوف لولاية المسيلة

منهج الدراسة: اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي المقارن كونه يتلاءم مع طبيعة المشكلة المدروسة.

أدوات الدراسة: لقد اعتمد الباحث في دراسته على استمارة الاستبيان كأداة لجمع المعلومات.

النتائج المتوصل إليها:

على ضوء الدراسة التي قمنا بها والنتائج التي تحصلنا عليها من خلال استمارة الاستبيان التي قمنا بتوزيعها على 21 معاق بصريا ، ومن خلال تحليل ومناقشة نتائج الجدول نستنتج مايلي:

* للنشاط البدني المكيف علاقة عكسية بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا.

* للتوازن الغذائي علاقة عكسية بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا.

* للنشاط البدني المكيف و التوازن الغذائي علاقة عكسية بظاهرة البدانة لدى المعاقين بصريا .

الاقتراحات والتوصيات:

__ ضرورة خلق ورشات اللعب الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة في سن الطفولة و المراهقة.

__ ضرورة برمجة أنشطة اللعب داخل المؤسسة مرة أو مرتين في الأسبوع.

__ توفير العتاد الرياضي المكيف حسب كل حالات الإعاقة البصرية: المتوسطة والبسيطة والشديدة.

__ خلق جو المنافسة بالألعاب الجديدة مثل وضع الملابس الرياضية عليها رسومات ورموز.

ملخص الدراسة

– لابد من فتح إقامة داخل المراكز لتأقلم المتدربين المعاقين بصريا أكثر.