



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد بوضياف المسيلة  
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



الرقم التسلسلي: .....

الرمز: .....

القسم: النشاط الرياضي المكيف

الشعبة: النشاط الرياضي المكيف

التخصص: النشاط الرياضي المكيف والصحة

مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

دور النشاط الرياضي المكيف في تحسين جودة الحياة  
لدى المعاقين سمعياً

- دراسة ميدانية بملحقة المعاقين سمعياً بمدرسة الأطفال المعوقين بصرياً الشهيد ثامر المبروك بالمسيلة-

إشراف الأستاذ:

أ.د صغيري رابح

إعداد الطالبين:

- زقرار خير الدين

- جودي أكرم

لجنة المناقشة

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

جامعة مستغانم

رئيساً

مُشرفاً

عضواً مُناقشاً

- أ.د نطاح كمال

- أ.د صغيري رابح

- د. عروسي الدراجي

السنة الجامعية: 2022/2021





وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد بوضياف المسيلة  
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



الرقم التسلسلي: .....

الرمز: .....

القسم: النشاط الرياضي المكيف

الشعبة: النشاط الرياضي المكيف

التخصص: النشاط الرياضي المكيف والصحة

مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

دور النشاط الرياضي المكيف في تحسين جودة الحياة  
لدى المعاقين سمعياً

- دراسة ميدانية بملحقة المعاقين سمعياً بمدرسة الأطفال المعوقين بصرياً الشهيد ثامر المبروك بالمسيلة-

إشراف الأستاذ:

أ.د صغيري رابح

إعداد الطالبين:

- زقرار خير الدين

- جودي أكرم

لجنة المناقشة

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

جامعة مستغانم

رئيساً

مُشرفاً

عضواً مُناقشاً

- أ.د نطاح كمال

- أ.د صغيري رابح

- د. عروسي الدراجي

السنة الجامعية: 2022/2021

# شكر وتقدير

العمل ليسه مجرد تشريفه ولا هو منصبه  
للمفاخرة، بله هو تكليفه وأمانته..  
وأنتم قد أثبتتم بحقه أنكم على قدر المسؤولية  
والأمانة، وأنكم غير منزه تولى المناصبه..  
أستاذنا المشرفه الأستاذ الدكتور

"صغيريه رابع"

شكراً لكم على جهودكم الرائعة.  
وشكراً وتقدير لكله شموع العام ونور الجامعة  
أستاذتنا الكرام منزه قسم النشاط البدني  
الرياضي المكيفه.

كما نشكر كل من منزه علمنا ونصحننا وتمنحنا لنا  
الخير.

# إهداء

الحمد لله أولاً وأخيراً  
أهدي تخرجي هذا إلى والدي الطيبين  
اللذان بذلوا الغالي والرخيص في سبيل  
ما وصلت إليه الآن  
وإلى إخوتي أصحاب الفضل الكبير  
وإلى أصدقائي وإلى من أعزهم ويعزوني  
وإلى أستاذتي الكرام أصحاب الفضل الكبير  
وإلى كل من دعمني وساندني خلال دراستي  
الجامعية.

غير المينر

# إهداء

الحمد لله الذي بنعمته تم الصالحات  
أهدي تخرجي إلى من كان نور دربي وذخري ومن  
علمني دون انتظار "أبي العزيز"  
وإلى أملي في الحياة وقرّة عيني إلى من كان دعاؤها  
سر نجاحي "أمي الحبيبة"  
وإلى أساتذتي الأعزاء  
وإلى سندي في شدتي وبهم أقوى على دينتي  
"إخوتي"  
إلى من عرفت معنى الحياة بوجودهم "أصدقائي"

أكرم

## - قائمة المحتويات -

الصفحة	المحتويات
	- شكر وتقدير.
	- إهداء.
	- إهداء.
	- قائمة المحتويات.
	- قائمة الجداول.
	- قائمة الملاحق.
	- الملخص باللغة العربية.
	- الملخص باللغة الإنجليزية.
أ	- مقدمة
<b>الجانب المنهجي</b>	
<b>الفصل الأول: الإطار العام للدراسة</b>	
06	1-1- إشكالية الدراسة.
07	2-1- فرضيات الدراسة.
08	3-1- أهمية الدراسة.
08	4-1- أهداف الدراسة.
09	5-1- تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة.
10	6-1- الدراسات السابقة.
12	7-1- مميزات الدراسة الحالية.
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف</b>	
15	- تمهيد.
16	1-2- تاريخ النشاط الرياضي المكيف.
17	2-2- مفهوم النشاط الرياضي المكيف.
18	3-2- أسس النشاط الرياضي المكيف.
18	4-2- أهداف النشاط البدني الرياضي المكيف.
19	5-2- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف.
22	6-2- تصنيفات الأنشطة الرياضية المكيفة.
22	7-2- النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف

23	2-8- طرق تعديل الأنشطة الرياضية المكيفة.
25	2-9 الأنشطة الرياضية التي تتناسب مع المعاقين سمعياً.
26	- خلاصة.
<b>الفصل الثالث: جودة الحياة</b>	
28	- تمهيد.
29	3-1- مدخل تاريخي عن جودة الحياة.
30	3-2- تعريف جودة الحياة.
32	3-3- أبعاد جودة الحياة.
33	3-4- مؤشرات جودة الحياة.
34	3-5- مبادئ جودة الحياة.
35	3-6- مظاهر جودة الحياة.
36	3-7- مكونات جودة الحياة.
36	3-8- الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة.
38	3-9- معوقات جودة الحياة.
39	3-10- أثر الإعاقة السمعية على جودة الحياة.
40	- خلاصة.
<b>الفصل الرابع: الإعاقة السمعية</b>	
42	- تمهيد.
43	4-1- تركيب الأذن.
44	4-2- أهمية السمع في حياة الإنسان.
44	4-3- مفهوم الإعاقة السمعية.
45	4-4- أسباب الإعاقة السمعية.
46	4-5- تصنيفات الإعاقة السمعية.
48	4-6- خصائص ذوي الإعاقة السمعية.
51	4-7- طرق قياس الإعاقة السمعية.
52	4-8- الوقاية من الإعاقة السمعية.
54	- خلاصة.
<b>الجانب التطبيقي</b>	
<b>الفصل الخامس: منهجية الدراسة</b>	
57	- تمهيد.
58	5-1- الدراسة الإستطلاعية.

58	2-5- منهج الدراسة.
59	3-5- متغيرات الدراسة.
59	4-5- مجتمع وعينة الدراسة.
60	5-5- أداة جمع البيانات.
61	6-5- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.
62	7-5- تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية.
63	8-5- خطوات إجراء الدراسة الميدانية.
63	- خلاصة.
<b>الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج</b>	
65	1-6- عرض وتحليل النتائج.
65	1-1-6- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
66	2-1-6- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
67	3-1-6- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
68	2-6- مناقشة النتائج في ظل الفرضيات.
68	1-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الأولى.
69	2-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الثانية.
70	3-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.
71	4-2-6- مناقشة الفرضية العامة.
<b>الفصل السابع: الإستنتاجات والإقتراحات</b>	
74	1-7- الإستنتاج العام.
74	2-7- الإقتراحات والفرضيات المستقبلية.
75	- قائمة والمراجع.
82	- قائمة الملاحق.

- قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
62	- جدول يُبين معامل ألفا كرونباخ والدق الذاتي لمقياس جودة الحياة من إعداد "نانسي كمال صالح"	01
65	- جدول يُبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المعاقين سمعياً الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وقيمة T المحسوبة واتجاهات الفروق والقرار الإحصائي لُبعد جودة الصحة العامة.	02
66	- جدول يُبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المعاقين سمعياً الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وقيمة T المحسوبة واتجاهات الفروق والقرار الإحصائي لُبعد جودة الحياة الأسرية.	03
67	- جدول يُبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المعاقين سمعياً الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وقيمة T المحسوبة واتجاهات الفروق والقرار الإحصائي لُبعد جودة الحياة النفسية.	04

- قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان المُلحق	رقم المُلحق
82	- مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع إعداد "نانسي كمال صالح عيد"	01
82	- القائمة الإسمية للسادة المحكمين لمقياس الرضا عن الحياة.	02

- الملخص باللغة العربية:

### دور النشاط الرياضي المكيف في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور النشاط الرياضي المكيف تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً، اعتمدنا فيها على المنهج الوصفي واستعملنا مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع لـ "نانسي كمال صالح"، تكونت عينة الدراسة 16 طفلاً معاقون سمعياً تم اختيارهم بطريقة قصدية، مقسمين على مجموعتين 08 ممارسين و08 غير ممارسين للنشاط الرياضي المكيف، يزاولون تعليمهم المتوسط بمدرسة الأطفال المكفوفين بالمسيلة خلال الموسم الدراسي 2021/2022، وكشفت الدراسة بأن:

- للنشاط الرياضي المكيف دورٌ في تحسين جودة الصحة العامة لدى المعاقين سمعياً.
- للنشاط الرياضي المكيف دورٌ في تحسين جودة العلاقات الأسرية والاجتماعية لدى المعاقين سمعياً.
- للنشاط الرياضي المكيف دورٌ في تحسين جودة الحياة النفسية العامة لدى المعاقين سمعياً.
- للنشاط الرياضي المكيف دورٌ في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً.
- الكلمات المفتاحية: النشاط الرياضي المكيف؛ جودة الحياة؛ المعاقون سمعياً.

- الملخص باللغة الإنجليزية:

### Abstract

#### The role of adapted sport activity in improving the quality of life (Of the hearing impaired)

The study aimed to identify the role of adapted sport activity in improving the quality of life for the hearing impaired, we relied on the descriptive approach and used the quality of life scale for adolescents with hearing impairments by Nancy Kamal Saleh. The study sample consisted of 16 hearing impaired children who were selected intentionally, divided into two groups 08 practitioners and 08 non-practitioners of the adapted sport activity, they practice their intermediate education at the School for Blind Children in M'sila during the 20021/2022 school season, the study revealed that:

- Adapted sport activity has a role in improving the general health quality of the hearing impaired.
- Adapted sport activity has a role in improving the family and social relationships quality of the hearing impaired.
- Adapted sport activity has a role in improving the general psychological life of the hearing impaired.
- Adapted sport activity has a role in improving the quality of life of the hearing impaired.

- **Keywords:** Adapted sport activity; Quality of life; Hearing impaired.

# مقدمة

## مقدمة

- مقدمة:

لقد زاد الإهتمام بمجال الإعاقة والمعاقين حتى أصبح في السنوات الأخيرة اهتماماً بالغاً سواء من ناحية الدراسة العلمية أو التقدم التكنولوجي، ويرجع هذا الإهتمام إلى الإقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بأن المعاقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما تُمكنهم قدراتهم وطاقاتهم، كما يرجع الإهتمام أيضاً إلى تغير النظرة المجتمعية لهؤلاء الأفراد والتحول من اعتبارهم عالةً إقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظرة إليهم كجزءٍ من الثروة البشرية مما يُحتم تنمية هذه الثروة والإستفادة منها إلى أقصى حدٍ ممكن.

ويعتبر المعاقون من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، فهم ينظرون إلى الحياة بنظرة تختلف عن الآخرين، وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعمٍ من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع، وتحتاج هذه الفئات المهمة إلى خدمات تُساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة، وتُعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات، ورضا الفرد عنها وإحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة.

وتُعد الإعاقة السمعية بمثابة مشكلة حقيقية كبيرة تعاني منها أغلب المجتمعات الإنسانية، سواء كانت هذه المجتمعات متقدمة أم نامية، لذلك تُعتبر الإعاقة السمعية من أكبر القيود التي تحد من انطلاق الطفل إلى ممارسة الأنشطة المختلفة مع أقرانه، وخاصةً إذا كانت درجة إعاقته كبيرة، أيضاً تحول الإعاقة السمعية أحياناً كثيرةً دون ممارسة الشخص للوظائف والأدوار الأساسية في الحياة اليومية، مثال ذلك: القدرة على العناية بالذات، ومزاولة العلاقات الإجتماعية والأنشطة الإقتصادية، وتختلف المشكلات التي تواجه المعاقين سمعياً وما يترتب عليها من مجتمعٍ لآخر، حسب الترتيبات والتدابير التي يضعها كل مجتمع من حيث كيفية مساعدة المعاق سمعياً، ومن حيث وضع أساليب وإجراءاتٍ لازمةٍ تعمل على عدم تحويل الإصابة إلى حالة عجزٍ كاملٍ. (مجدي، وعزيز، 2006، ص25)

كما تُعتبر جودة الحياة من المتغيرات المؤثرة في حياة المعاق سمعياً والتي تشكل له معنى وقيمة الحياة حاضراً ومستقبلاً، والإنسان العادي يسعى إلى تحقيق الرضا والسعادة في حياته والوصول إلى أقصى درجات الراحة النفسية، أما المعاق الذي يشعر بالنقص والقصور يسعى جاهداً إلى تحقيق جودة الحياة بالقدر الممكن والذي تمكنه منه قدراته وإمكاناته، بالرغم من التأثيرات السلبية التي تخلفها الإعاقة عليه.

وقد حظي موضوع تحسين جودة حياة الأشخاص المعاقين باهتمام الأمم المتحدة، حيث قام أحد مراكزها بدراسة توصلت إلى أن المشكلات التي تعاني منها معظم البلدان تتمثل في عزل المعاقين مما يؤدي بهم إلى إحساسهم بالإحباط واليأس، حيث اقترحت الدراسة من أجل تحسن نوعية حياتهم إدماجهم

## مقدمة

في المجتمع وإشراكهم في الأنشطة العامة لتحسين اتجاهات الناس نحوهم، وتعاون الأسرة والمجتمع معاً من أجل إنجاز أهداف الدمج، مما يؤكد تنامي الإهتمام الدولي بتحقيق الرفاه والمساواة للمعاقين في حياتهم، وأهمية دور المجتمع والبيئة المؤهلة حول المعاق في تحسين جودة حياته فالإندماج وجودة الحياة يعتبران مكملان لبعضهما البعض. ويعد تحسين جودة الحياة من الأهداف التي ينشدها أي مجتمع في وقتنا الحالي، حيث يحظى هذا الموضوع بأهمية كبرى في الدول المتقدمة. (أبو الرب، وعبد الأحمد، 2013، ص432)

وجودة الحياة لدى المعاقين تقوم على أساس تمكين المعاق سواء كان طفلاً أو راشداً أو كهلاً حقه في الإندماج أسرياً ومهنياً لتحقيق احترام الفرد المعاق وحماية حقوقه الإنسانية ودعوته بالإلتزام بواجباته كمواطن، شأنه في ذلك شأن أي مواطن عادي يعيش في مجتمع متحضر يكفل له الحرية الإجتماعية، ويتيح الفرصة المتكافئة للجميع ويحترم القيم الإنسانية والإجتماعية لأفراده.

ويرتبط إدراك الفرد المعاق لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية والإجتماعية والثقافية، ولقد أجريت العديد من الدراسات على المعاقين من فئات عمرية مختلفة للتوصل إلى محددات جودة الحياة لديهم، فقد أكدت دراسة ميشيل (Michael,2003) على أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعاقين، ويرى أن الدعم الإجتماعي الذي يتلقاه المعاق يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديه، كما تتأثر جودة الحياة لدى المعاق بمدى الإستقلالية التي يشعر بها في حياته، كما توصل (Hoff,2002) إلى أن الإعاقة والظروف المحيطة بها يمكن أن تؤثر على إدراك جودة الحياة، وهذا ما أكده (Good,1994) حين أشار إلى أن المعاقين يشتركون في الرغبة الشديدة للإندماج في مجتمعهم والعيش باستقلالية والرغبة في أن يتم النظر إليهم ومعاملتهم كراشدين، والحصول على مهنة، كما أن لديهم الرغبة في بناء علاقات مع الآخرين وتكوين أسرة، وكل ذلك يُحدد إدراكهم بصورة أو بأخرى لجودة الحياة. (بخش، 2006، ص5)

والأنشطة الرياضية جزء أساسي وهام في التربية بالنسبة للعاديين أما بالنسبة للأفراد المعاقين فهي أكثر أهمية حيث تعمل على رفع روحهم المعنوية وعلى إحساسهم بأنهم أفراد ذوي أهمية في المجتمع، ويؤكد (القذافي، 1994) على أهمية اللعب والأنشطة الرياضية للأفراد المعاقين ودورها في إكسابهم المهارات والخبرات المختلفة وكذلك تغيير النشاطات السلوكية لديهم، بينما يؤكد (عبد اللطيف، 1994) على أن ممارسة المعاقين للأنشطة الرياضية تخلصهم من التفكير في مجال العجز والإنعزال عن المجتمع وتعتبر من الأعمال الأساسية التي تولد الصداقة والروح الرياضة، لذلك أصبح الهدف من الرعاية تعليم وتدريب هؤلاء الأطفال وزيادة كفاءتهم وتنمية قدراتهم ومهارتهم وتقويم سلوكهم من أجل التمهيد لعودتهم

## مقدمة

مرة أخرى للتفاعل مع أفراد المجتمع العاديين وهو ما تسعى إليه الكثير من الدول. (خضر، والمفتي، 1992، ص373)

لذا فإن للنشاط الرياضي المكيف أهمية وأثر على نفسية المعاق سمعياً لأنه وسيلة فعالة لتنمية الصحة النفسية لديه وبالتالي القضاء على التوتر والضغط، ويتمكن المعاق من خلاله من الإندماج الإجتماعي وعندما يتمكن المعاق سمعياً من بناء علاقات اجتماعية بشكل فعال يشعر أن صحته النفسية جيدة، ويتمكن من التوافق والإندماج مع أفراد مجتمعه ويستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة بالمحيط، وعندها يتمكن من إثبات ذاته والشعور بقيمة حياته. (بن السايح، 2017، ص155)

وتأتي دراستنا لمحاولة الكشف عن دو ممارسة النشاط الرياضي المكيف من قبل فئة ذوي الإحتياجات الخاصة المعاقون سمعياً في تحسين مستوى جودة الحياة لديهم، وهل فعلاً أن النشاط الرياضي المكيف يُغير من نظرتهم للحياة ويُنمي لديهم الصحة العامة ويوطد العلاقات الأسرية بينهم، ويساعد على تحسين الحياة النفسية.

وعليه نحاول كمدخلٍ للتعريف بالدراسة وضع إطارٍ منهجي لإشكالية الدراسة التي تعمل على معرفة دور النشاط الرياضي المكيف في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً، وتحديد الأهداف المنشودة من هذه الدراسة بناءً على فرضياتٍ نسعى للتحقق من صحتها، مع تبيان أهمية الدراسة مروراً بذكرٍ لأهم المصطلحات الواردة في الدراسة، ثم نستعرض مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع نفس موضوع الدراسة أو أحد متغيراتها من خلال عرض الهدف العام لكل دراسة و الطرق المنهجية المتبعة فيها وصولاً إلى أهم النتائج المتوصل إليها، مع ذكر مميزات الدراسة الحالية.

ويحتوي الجانب النظري ثلاثة فصول:

يتناول الفصل النظري الأول النشاط الرياضي المكيف، أما الفصل النظري الثاني فنتطرق فيه إلى جودة الحياة، والفصل النظري الثالث سيُخصص للإعاقة السمعية.

أما بالنسبة للجانب التطبيقي فيحتوي على ثلاثة فصول:

- فصل منهجية الدراسة: الذي يشرح الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية بداية من الدراسة الإستطلاعية وخطوات إجرائها، إلى الأساليب الإحصائية التي استُعملت.

- والفصل الثاني سيكون لعرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية، بقيامنا بعرضٍ للنتائج المتوصل إليها ثم تحليلها وصولاً إلى مناقشتها على ضوء الفرضيات.

- ويأتي الفصل الأخير لاستخلاص أهم الإستنتاجات التي خلُصت إليها الدراسة، مع إدراج جُملة من الإقتراحات والفرضيات المستقبلية لآفاق الدراسة الحالية للباحثين المقبلين.

الجانب المنهجي

# الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

### 1-1- إشكالية الدراسة:

يمتاز العصر الحالي بالتطور المتسارع في شتى المجالات وعلى كافة الأصعدة إلا أنه قد يكون لذلك التطور ضريبة، حيث تتعدد مصادر المخاوف والتوتر والقلق والإضطرابات النفسية مما يكون له الأثر السلبي على نمو الإنسان بكافة مجالاته المختلفة، ولكي يستطيع الفرد التغلب على تلك المخاوف والإضطرابات لابد من وجود قدر كافٍ من الأمن النفسي حتى يستطيع الإنسان النمو بشكل سليم بكافة أشكاله المختلفة.

وتتطوي حياة الإنسان منذ بدايتها على مجموعة من التفاعلات المستمرة بين شخصيته وبين بيئته التي يعيش فيها، ويستهدف هذا التفاعل دائماً إيجاد التوافق والتوازن بين حالته البدنية والنفسية والاجتماعية، وما تتسم به ظروف البيئة من صفات تؤثر في صحته ونفسيته وتعاملاته مع الآخرين، ويؤدي هذا التفاعل في أغلب الحالات الى أقصى ما يرتضيه الإنسان لنفسه من الرفاهية الممكنة، حيث يُعد الإهتمام وتقديم الخدمات والتذليل الصعاب وتوفير كل سبل الإدماج في المجتمع من أسمى الأشياء في حياة الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية لأنها تعيد صياغة الانسان لما يترتب على الاعاقة من آثارٍ سلبيةٍ عديدةٍ ومتنوعةٍ تترك بصماتها على المعاق وأسرته وحياته الاجتماعية والتعليمية والوظيفية، وتفرض عليه قيوداً تحد من قدراته على التفاعل والحركة ومن الإستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الإستفادة منها.

وأشارت إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة سنة 2006 في ديباجتها الفقرة (ك) أنه: "يساورها القلق لأن الأشخاص ذوي الإعاقة -بالرغم- من مختلف هذه الصكوك والعهود، لا يزالون يواجهون في جميع أنحاء العالم حواجز تعترض مشاركتهم كأعضاء في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين، وانتهاكات لحقوق الإنسان المكفولة لهم"، وحسب موجز التقرير العالمي حول الإعاقة سنة 2011 الصادر عن منظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي: يمثل الأشخاص ذوي الإعاقة من أي مجتمعٍ ما شريحة نسبته 15%، وتعود هذه النسبة المرتفعة إلى ظاهرة تشيخ الشعوب، حيث يتعرض المسنون إلى مخاطر أعلى للإعاقة، علاوة على: الإرتفاع العالمي في معدلات الحالات الصحية المزمنة المترافقة مع شكلٍ من أشكال الإعاقة، وعوامل أخرى متنوعة مثل: تصادمات الطرق، والكوارث الطبيعية، والصراعات، والنظم الغذائية، والمخدرات). (حمدان، 2018، ص6)

ويمثل الأفراد المعاقين سمعياً فئاتٍ غير متجانسة، فكل فردٍ له خصائص تميزه عن غيره، لذلك فإن الإعاقة السمعية لا يكون لها نفس التأثير على جميع الأفراد المعاقين سمعياً وذلك لوجود عدد من الأسباب منها: مقدار فقدان السمع، العمر عند الإصابة بالإعاقة، الكشف المبكر عن وجود الإعاقة، مدى الإستفادة من القدرات السمعية المتبقية وغيرها.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

وقد بين العديد من الباحثين العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة لدى المعاقين سمعياً، فقد أشارت (Hampton, 1999) إلى أن درجة الإعاقة، وعجز الفرد، والدعم الاجتماعي، لهم ارتباط كبير بجودة الحياة لدى المعاقين. كما أضاف (Limburg, 1988) إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين الإعاقة السمعية وبين التفاعل الاجتماعي. وأشار كل من (Dalton, Klein, Cruickshank, & Nondahl 2003) أن الأفراد ذوي الإعاقة السمعية المتوسطة والشديدة، يفتقرون إلى أنشطة التعايش اليومي، ويرى لوبيز (Lopez & Cordoba, 2006) أن المعاق سمعياً لديه كثير من الحاجات والمتطلبات كالأفراد العاديين، لذا لا بد من تأهيله وتنمية قدراته إلى أقصى حد ممكن من خلال إعداد البيئة التعليمية المناسبة وتحسين مستوى الخدمات المقدمة لهم. كما يذكر (أشرف، 2005) أنه يُمكن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين، من خلال تقديم برامج تعمل على زيادة مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية، فضلاً عن كونها تُكسبهم مهارات خاصة للحد من تأثير الإعاقة. (السعادة، 2016، ص 2032)

ويجب الإشارة إلى أن الإشتراك في الأنشطة والألعاب الرياضية يساهم في التكيف النفسي والاجتماعي لدى المشاركين سواء أكانوا رياضيين أم غير رياضيين، وبالتالي المساهمة في الرضا عن جودة الحياة لديهم، لذا تأتي دراستنا لمحاولة الكشف عن دور وأهمية وفاعلية الذي يلعبه النشاط الرياضي المكيف في حياة الأفراد المعاقين سمعياً وتأثيره على مستوى جودة الحياة لديهم، خاصة في مثل هذا الوقت الذي يشهد أزمة وبائية عالمية تتمثل في وباء كورونا (كوفيد 19) الذي أحلَّ بنظام حياة جميع الشعوب، وغير نظرتهم للحياة وساد الخوف والهلع من العدوى، لذا من أجل التحقق من هذا الدور فقد تم صياغة إشكالية الدراسة في التساؤل العام الآتي:

- هل للنشاط الرياضي المكيف دورٌ في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً؟  
وينبثق عنه التساؤلات الجزئية التالية؟

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الصحة العامة؟

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة العلاقات الأسرية؟

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الحياة النفسية؟

### 1-2- فرضيات الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة والوصول إلى حلٍ للإشكالية المطروحة وجب علينا الإجابة على التساؤل العام للدراسة والتساؤلات الجزئية من خلال اقتراح الفرضيات التالية:

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

### 1-2-1- الفرضية العامة:

للنشاط الرياضي المكيف دورٌ في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً.

### 1-2-2- الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الصحة العامة لصالح الممارسين.

- توجد فروق دالة إحصائياً بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة العلاقات الأسرية لصالح الممارسين.

- توجد فروق دالة إحصائياً بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الحياة النفسية لصالح الممارسين.

### 1-3- أهمية الدراسة:

عن دراستنا الحالية تكتسي أهميتها من أهمية المتغيرات المدروسة، فالنشاط الرياضي المكيف يُعتبر أهم وأكبر الخدمات المقدمة لذوي الإحتياجات الخاصة، فمن خلاله يندمج المعاق مع أقرانه ويتعلم ويتوافق معهم ومع مواقف اللعب المختلفة، كما أن موضوع جودة الحياة يمثل عاملاً مهماً لمعرفة نوعية الحياة ومستوى السعادة والإطمئنان والرضى لدى أفراد المجتمع، لاسيما إن كان أولئك الأفراد هم ذوو الإحتياجات الخاصة من المعاقين سمعياً، هذه الشريحة التي تمثل جزءاً هاماً من كل المجتمعات الإنسانية، والتي تستحق الإهتمام والدراسة والبحث للوصول إلى نتائج علمية تعود بالفائدة عليهم.

لذا فإننا نرى بأن دراستنا تعتبر من أهم الدراسات في الوقت الحالي لربطها بين متغيرات تمثل همزات وصل في حياة الإنسان، فممارسة الرياضة يجب أن يقابلها رضى عن النفس وعن الزملاء والأسرة والمجتمع، وبالتالي رضى عن الحياة، وهو شرطٌ ليس بالهولة تحققه لدى ذوي الإحتياجات الخاصة داخل مجتمع من السامعين، لذا فتتحقق أهداف دراستنا يُعطيها أهميةً كبيرةً على الجميع من مربين ومدرّبين ومعاقين سمعياً وأسرهم ولنا كباحثين.

### 1-4- أهداف الدراسة:

إننا نسعى من وراء إجراء دراستنا إلى تحقيق مجموعةٍ من الأهداف نذكرها كما يلي:

- التعرف على دور النشاط الرياضي المكيف في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً.

- الكشف عن الفروق في مستوى جودة الصحة العامة بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين.

- الكشف عن الفروق في مستوى جودة العلاقات الأسرية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة النفسية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين.

- الخروج بنتائج عملية تكون دعوةً لذوي الإحتياجات الخاصة لممارسة النشاط الرياضي المكيف.

- جعل نتائج الدراسة الحالية إضافةً علميةً وبدايةً لبحوثٍ أخرى مرتبطة بموضوع دراستنا.

- الخروج بتوصيات واقتراحات مستقبلية لها صلة بموضوع دراستنا.

### 1-5-1- تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

#### 1-5-1- النشاط الرياضي المكيف:

يُعرَّف بأنه عملية تطوير وتعديل في طرق ممارسة الأنشطة الرياضية بما يتلاءم مع قدرات الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة، ويتناسب مع نوع ودرجة الإعاقة لديهم، كما يحتوي على مجموعة من الإجراءات التي تُتخذ في بعض نواحي الأنشطة الرياضية سواءً من حيث التعديل في الأداء البدني أو تعديل بعض النواحي القانونية، حتى يتسنى للمعاقين ممارسة الأنشطة الرياضية بصورة آمنة وفعالة. (رياض، 2000، ص 32)

وفي دراستنا فإن النشاط الرياضي المكيف هو كل الأنشطة البدنية والتمارين والألعاب والرياضات الفردية والجماعية التي يمارسها المعاقون سمعياً داخل المدرسة في إطار برنامجهم الدراسي.

#### 1-5-2- جودة الحياة:

يعرفها (الأشول، 2005، ص 4) أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تُقدم لأفراد المجتمع، ومدى إدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، ويذكر أيضاً بأنه لا يمكن للفرد أن يدرك جودة الخدمات التي تُقدم له بمعزلٍ عن الأفراد الذين يتفاعل معهم مثل (أصدقاء، وزملاء، وأشقائ، وأقارب، وغيرهم) أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئية النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

وفي دراستنا فإن جودة الحياة هي مجموع استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة المستعمل في الدراسة.

#### 1-5-3- الإعاقة السمعية:

يُعرَّفها "القيوتي" بأنها تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تُقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجة الشديدة جداً، والتي ينتج عنها الصمم. (كراز، 2004، ص 62)

وفي دراستنا فإن الإعاقة السمعية تتمثل في أفراد عينة الدراسة من الأطفال المعاقين سمعياً.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

### 1-6- الدراسات السابقة:

1-6-1- دراسة (هدى محمد محمدي طالبة، 2021)، بعنوان: "فاعلية برنامج تأهيلي لتحسين نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين ذوي متلازمة داون"

هدفت هذه الدراسة إلى إعداد برنامج تأهيلي لتحسين نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين ذوي متلازمة داون، وبيان تأثير البرنامج في تحسين نوعية الحياة لديهم من خلال القياس التتبعي، واعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي باستخدام تصميم (القياس القبلي والبعدي والتتبعي للمجموعتين التجريبية والضابطة)، وتكونت عينة الدراسة من مراهقي متلازمة داون من ذوي التأخر العقلي البسيط، وبلغ عددهم 20 مراهقاً ومراهقةً تراوحت أعمارهم ما بين 15-18 سنة، تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين 10 أفراد في كل مجموعة، استخدمت الباحثة مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي ومقياس المستوى الإقتصادي والإجتماعي والثقافي إعداد محمد سفيان ودعاء خطاب، ومقياس نوعية الحياة المدركة المصور للمراهقين ذوي متلازمة داون من إعداد الباحثة، والبرنامج التأهيلي من إعداد الباحثة، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في تحسين نوعية الحياة لدى عينة الدراسة من المراهقين ذوي متلازمة داون لصالح المجموعة التجريبية.

1-6-2- دراسة غنو، إسماعيل، وغيلاس، قادة (2021) بعنوان: "أهمية التربية البدنية والرياضية في التقليل من الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى التلاميذ المقبلين على شهادة البكالوريا في ظل جائحة كورونا"

هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية حصة التربية البدنية والرياضية في تقليل الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى تلاميذ الطور الثانوي للأقسام النهائية في ظل جائحة كورونا، تكونت عينة البحث من 30 تلميذاً من الطور الثانوي للأقسام النهائية تم تقسيمهم إلى مجموعتين ممارسين وغير ممارسين لحصة التربية البدنية والرياضية، واعتمد الطالبان الباحثان على المنهج الوصفي، واستعملا مقياسي الضغوط النفسية وجودة الحياة، وبعد المعالجة الإحصائية بينت النتائج عن:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الممارسين لحصة التربية البدنية في أبعاد الضغوط النفسية وجودة الحياة.

- وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة.

1-6-3- دراسة (أريج أحمد سعيد آل عقران، 2020) بعنوان: "ممارسة الأنشطة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الجامعة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على ممارسة الأنشطة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الجامعة، والتعرف على الفروق في ممارسة الأنشطة الرياضية حسب متغيرات الدراسة، وكذلك معرفة

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

مستوى أبعاد جودة الحياة لدى طالبات الجامعة، بالإضافة إلى معرفة ماهي أكثر العوامل المؤثرة على جودة الحياة لأفراد عينة الدراسة.

ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وأجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 250 من طالبات الجامعة، أعدت الباحثة استبانة تقيس مدى ممارسة الأنشطة الرياضية واستبانة جودة الحياة، وأظهرت النتائج أن:

- 42.8% من أفراد عينة البحث يمارسن الرياضة أحياناً.

- كلما زادت ممارسة الأنشطة الرياضية كلما زادت جودة الحياة لدى الطالبات.

- العمر كان من أكثر العوامل المؤثرة على ممارسة الأنشطة الرياضية.

- جودة الحياة الأسرية والاجتماعية كانت أولوية لأفراد عينة البحث.

**1-6-4- دراسة (أودينات أسامة، وزنانسي عبد القادر، 2019)، بعنوان: "إسهامات ممارسة النشاط الترويحي الرياضي على جودة الحياة لدى أعوان الحماية المدنية"**

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على جودة الحياة عند الحماية المدني، واعتمد فيها الباحثان على المنهج الوصفي، حيث شملت الدراسة عمال مديرية الحماية المدنية الجزائرية بولاية عين تموشنت عددهم 120 فرداً، واستخدم الباحثان مقياس جودة الحياة، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- درجة مستوى جودة الحياة مرتفعة لدى أعوان الحماية المدنية الممارسين للنشاط الرياضي الترويحي.

- درجة مستوى جودة الحياة منخفضة لدى أعوان الحماية المدنية غير الممارسين للنشاط الرياضي الترويحي.

**1-6-5- دراسة (خماس عبد القادر، ومنصور محمد، 2018)، بعنوان: "دراسة مقارنة في جودة الحياة بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي لدى كبار السن 50-60 سنة."**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى كبار السن الممارسين وغير ممارسين للنشاط الرياضي، والتعرف على الفروق بينهما في أبعاد مقياس جودة الحياة لدى كبار السن، استخدم الطالبان المنهج الوصفي واستخدام مقياس جودة الحياة، وتم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية، بواقع 100 مسن ممارس للنشاط الرياضي و100 مسن غير ممارس ينتمون إلى بعض بلديات ولاية تيارت (فرندة، مدروسة، عين كرمس، تخمارت، عين الحديد، ملاكو)، وأظهرت النتائج النهائية للدراسة بأن:

- مستوى جودة الحياة مرتفع لدى كبار السن الممارسين للنشاط الرياضي.

- مستوى جودة الحياة منخفض لدى كبار السن غير الممارسين للنشاط الرياضي.

- هنالك فروق معنوية في مقياس جودة الحياة لدى كبار السن ولصالح الممارسين للنشاط الرياضي.

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

### 1-7- مميزات الدراسة الحالية:

اعتمدنا على مجموعة من الدراسات السابقة الحديثة التي يتراوح تاريخ إجراؤها ما بين (2018-2021) وهو ما يُعطي دراستنا ميزة الحداثة ومواكبة أهم وآخر الأبحاث والنتائج في مجال موضوعنا، كما تنوعت الفئات المعنية بالدراسة ما بين (المراهقين ذوي متلازمة داون، التلاميذ المقبلين على شهادة البكالوريا، طالبات الجامعة، أعوان الحماية المدنية، كبار السن) أي تقريباً جل فئات المجتمع، وتأتي دراستنا للتعامل فئة المعاقين سمعياً بالدراسة، كما أن الدراسات المعتمد عليها لم تتناول النشاط الرياضي المكيف الذي يمثل عاملاً مهماً وأساسياً في حياة الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة، كما تتميز دراستنا عن باقي الدراسات السابقة من حيث مقياس جودة الحياة الذي سنستعمله المتمثل في مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع إعداد (نانسي كمال صالح عيد، 2018) وهو المقياس الذي لم يُستعمل في أي من الدراسات السابقة المذكورة.

وعليه فإن نقاط التميز في دراستنا هي كونها أول دراسة تتناول البحث في موضوع النشاط الرياضي المكيف ودوره على مستوى جودة الحياة لدى الأفراد العاقين سمعياً، وأنها ستعتمد على مقياسٍ مقننٍ مُصممٍ خصيصاً للفئة المدروسة.

الجانب النظري

# الفصل الثاني

النشاط الرياضي المكيف

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

- تمهيد:

يُعتبر النشاط الرياضي المكيف مجالاً خصباً للأفراد المعاقين للإحتكاك بأقرانهم من خلال ممارسة نشاطات تُشبع احتياجاتهم البدنية و تعمل على تحسين أداء مختلف أجهزتهم الوظيفية بما يعود عليهم بالفائدة ويُحسن من إحساسهم بأوضاع أجسامهم في الفراغ و معرفة الإتجاهات ومحاولة التحكم في استجاباتهم العصبية والعضلية ، إضافةً إلى تعلمهم مبادئ الممارسة الرياضية الصحيحة من خلال عمليات الإحماء والإسترخاء وتوزيع الجهد بصورة صحيحة ما يجعلهم دوماً في حالة من الإهتمام بأجسامهم وتغذيتها إعطائها الوقت المحدد من الراحة، وسنحاول في هذا الفصل التعريف بالنشاط الرياضي المكيف من كل النواحي اللازمة.

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

### 2-1- تاريخ النشاط الرياضي المكيف:

تعود نشأة رياضة المعاقين إلى الطبيب الإنجليزي "لودفيج جوتمان" بمستشفى ستوك مانديفيل بإنجلترا، حيث كانت في مختلف العصور السابقة لذلك تتضمن العلاج الطبي للمعاقين بالإعتماد على العلاج البدني والتمرينات الرياضية التأهيلية، و تطور مفهومها ومجال استعمالها خلال العصور، ليُتصد بها التمرينات البدنية أو العلاج التأهيلي وهذا كما يذكر (أرسطو، 305-250 ق.م) ، واستخدمها العالم الكبير (إبن سينا، 970م) حيث أشار إلى ان العلاج الطبي يلزم أن يتضمن في حالاتٍ عديدة التمرينات البدنية لتحسين صحة الفرد، أما في القرون الوسطى فقد نشر (ميركوريل 1530-1607م) كُتباً في التمرينات الرياضية يؤيد فيها الأهمية العلاجية بالتمارين الرياضية لفئة المعاقين، إلا أن المراحل السابقة لم تكن سوى أفكارٍ وآراءٍ حول مدى إسهام المجال الرياضي في تنمية شخصية المعاق، إلى أن جاء الطبيب الإنجليزي "السير لودفيج جوتمان" الذي ترجم تلك الأفكار بشيء ملموسٍ في الواقع، و كان ذلك إبان الحرب العالمية الثانية وبعدها، وبدأ بتجسيد الفكرة عندما لاحظ فقدان الثقة واليأس من الحياة عند المصابين بالشلل المقيمين بمستشفى ستوك مانديفيل بإنجلترا، ففكر حينها بإنشاء ألعابٍ رياضيةٍ للمشلولين سنة 1948م، وهذا ليساعد المعاقين على رفع معنوياتهم وتوازنهم النفسي والجسمي، وإعادة إدماجهم الإجتماعي بواسطة رياضة تتناسب وقدراتهم البدنية والحركية. (تركي، 2004، ص102)

وقد قام "السير لودفيج جوتمان" في 28 جويلية 1948 بتنظيم ألعاب "ستوك مانديفيل" عندما اشترك فريقٌ مكونٌ من 16 مشلولاً من قدامى المحاربين منهم سيدتان في مسابقاتٍ دوليةٍ للرماية في نفس يوم افتتاح الدورة الأولمبية العامة بلندن، والتي افتتحها الملك "جورج السادس"، ثم أُضيفت ألعابٌ أخرى في السنوات التالية كالبولنج وكرة السلة وألعاب الميدان والمضمار والسلاح والسباحة وتنس الطاولة ورفع الأثقال ، ومن خلال جهود الجمعية البريطانية لرياضات المشلولين والعديد من الهيئات والأصدقاء تم بناء ستة عنابر «أكشاك» خشبية للإيواء والإقامة، وبمرور السنين والعمل المتفاني تم بناء الإستاذ الرياضي عام 1968 وافتتحته ملكة إنجلترا عام 1969 خلال البطولة العالمية، ثم أُضيف إليه صالة البولنج عام 1974، يشترك الأصحاء أيضاً مع المعوقين في ممارسة هذه اللعبة الشيقة لتمضية أوقات فراغهم وخاصة أنها مناسبة تماماً لكبار السن .

وبعد خمسة وعشرين سنة تقريباً من أول عمل إنشائي رياضي في "ستوك مانديفيل" تعود الجمعية البريطانية لرياضات الشلل لتؤكد من جديد حرصها على تطوير ودعم نجاحاتها بتوفير كافة الإمكانيات والتسهيلات الضرورية لجميع فئات المعوقين الرياضيين من رجالٍ وسيداتٍ وأطفالٍ، حين أقامت مشروعها الكبير ببناء القرية الأولمبية "ستوك مانديفيل"، وبها فيلاتٌ حديثةٌ لإيواء 430 لاعباً تقريباً، وللإداريين إلى جانب لوازم الخدمات الطبية وعيادات، ومكاتب الخدمات العامة، واستقبلت أول بطولةٍ عالميةٍ عام 1981، وقد نُظمت البطولات الوطنية بإنجلترا لمدة أربع سنوات حتى 1952، فكانت أول بطولةٍ عالميةٍ في ذلك العام. (حسن، 1977، ص36-37)

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

### 2-2- مفهوم النشاط الرياضي المكيف:

هو الأنشطة الرياضية المختلفة التي أُدخل عليها بعض التعديلات سواء في الأداة نفسها أو في الملاعب أو في القواعد الخاصة باللعب والقوانين لكي تتناسب مع الإعاقات، كذلك تم تعديل القوانين المنظمة لتلك الألعاب حتى تُتيح لهم المشاركة بالإضافة إلى إكسابهم بعض المهارات التي تساعدهم في الحياة واللياقة البدنية والحد من الانحرافات القوامية التي تطرأ عليهم نتيجة الإعاقة. (حلمي، وفرحات، 1998، ص48) ونعني به البرامج الوقائية والإرتقائية المتعددة والتي تشتمل على الأنشطة الرياضية والألعاب، والتي يتم تعديلها بحيث تلائم حالات الإعاقة وفقاً لنوعها وشدتها، أي تعني الرياضات والألعاب التي يتم التغيير فيها لدرجة يستطيع بها المعاق غير القادر الممارسة والمشاركة في الأنشطة الرياضية. (الدليمي، 2011، ص200)

وهو عبارة عن برنامج تطويري متنوع من الأنشطة والألعاب والرياضات والإيقاعات المناسبة لميول وقدرات الأطفال الذين لديهم قصور في قدراتهم، بحيث لا يُمكن المشاركة بصورة آمنة والناجمة في أنشطة برامج التربية البدنية لغير المعاقين. (العفيفي، 1998، ص12)

وحسب تعريف الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويج فإن الأنشطة الرياضية المكيفة هي مجموعة من البرامج المتطورة والمتنوعة من الأنشطة والألعاب الرياضية التي تتناسب مع قدرات الأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة، بحيث يتمكنون من إشباع رغباتهم في ممارسة أنشطة رياضية تعود عليهم بالنفع، وتسهم في استغلال قدراتهم (علي، وأبو الليل، 2005، ص24) كما تُعتبر الأنشطة البدنية المكيفة بمثابة مجموعة من الإجراءات التي تُتخذ في بعض الأنشطة الرياضية سواء من حيث التعديل في الأداء البدني، أو التعديل في بعض النواحي القانونية، أو في بعض الخطوات التعليمية والنواحي المهارية، حتى يُمكن للمعاقين ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية بصورة آمنة وفعالة. (فيرم، 2016، ص130)

ويُعرف أيضاً بأنه نظام متكامل صُمم للتعرف على المشكلات والمساعدة على حلها من النواحي النفسية والحركية والاجتماعية، حيث تبدأ خدمات هذا النظام بالأسس الثلاث الأولى في التركيبة الخاصة لهذه الخدمات والتي تشمل الإختبار، القياس ثم التقويم، وهي مكونات رئيسية في عملية التعليم والتعلم والتي تحدث باستمرار، إذ أنها عملية تُساعد على إعداد الفرد الصالح بدنياً، عقلياً، اجتماعياً ونفسياً. (مخنت، 2011، ص4)

من خلال التعريفات السابقة نرى بأن جميع الباحثين يتفقون على أن النشاط الرياضي هو الوجه الآخر من النشاط الرياضي العادي وإنما موجه للفئات الخاصة، ويُمكن تعريفه بأنه كل عملية تدخل وتعديل وتغيير في القوانين أو المعدات أو طرق الأداء في الأنشطة الرياضية لتكون ملائمة ومناسبة لفئات معينة

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

من المجتمع والذين ليس بإمكانهم المشاركة في النشاط الرياضي العام.

### 2-3- أسس النشاط الرياضي المكيف:

هناك حقيقة هامة هي أن أهداف التربية الرياضية للمعاقين تنبع من الأهداف العامة للتربية الرياضية من حيث النمو العضوي والعصبي والبدني والنفسي والاجتماعي، حيث تركز رياضة المعاقين على وضع برنامج خاص وتربوي يكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية، تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون الإشتراك في برنامج التربية الرياضية العامة دون أن يُصيبهم أي ضرر، وقد تُؤدى تلك البرامج المعدلة في المستشفيات أو المراكز الخاصة بالمعاقين أو المدارس ويكون الهدف الأسمى لها هو الوصول إلى تنمية أقصى قدرة للمعاق وتقبله لذاته، واعتماده على نفسه بالإضافة إلى الاندماج في المجتمع والأنشطة الرياضية بأنواعها المختلفة هي وسيلة لا غاية أما الترويح فهو غاية حيث يستغل الفرد فراغه بطريقة هادفة وبناءة، ويُراعى عند وضع أسس النشاط الرياضي المكيف ما يلي:

- العمل على تحقيق أهداف الرياضية العامة.
- يقوم على أسس التربية العامة.
- يهدف إلى إتاحة الفرصة للأفراد والجماعات للتمتع بنشاط بدني وتنمية مهارات الفرد الحركية وقدراته البدنية.
- يُمكن تنفيذ تلك البرامج في المدارس أو في المستشفيات والمؤسسات العلاجية.
- يهدف البرنامج إلى التأهيل والعلاج والتقدم الحركي للمعاق وغير القادر وذلك لتنمية أقصى قدراته وإمكاناته.
- يُمكن تنفيذ تلك البرامج في المدارس أو في المستشفيات والمؤسسات العلاجية.
- للمعاقين بمختلف فئاتهم الحق في الاستفادة من برامج التربية الرياضية كجزء من البرنامج التربوي بالمدارس.
- تمكين المعاق من التعرف على قدراته وإمكاناته وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية له واكتشاف ما لديه من قدرات.

- تمكين المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك من خلال الممارسة الرياضية للأنشطة الرياضية المكيفة. (بن عبد الرحمان، 2020، ص 177-

178)

### 2-4- أهداف النشاط البدني الرياضي المكيف:

يُشير "مروان عبد المجيد" إلى أهداف الأنشطة المعدلة بالنسبة إلى الفئات الخاصة، ويُبرزها في النقاط التالية:

- العمل على تقوية أجهزة الجسم الحيوية كالجهاز العضلي والدوري والتنفسي وغيرها.

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

- الإرتقاء بالحالة الصحية العامة.
- تنمية اللياقة البدنية الشاملة.
- تنمية اللياقة البدنية التي تتناسب وكل مهنة، بما يتماشى مع حالة النفس التي يُعاني منها كل فرد.
- استثمار أوقات الفراغ في أنشطة تعود على الفرد بالفائدة مع تعويده على الحياة الاجتماعية والإرتقاء بالروح المعنوية لديه.
- تصحيح الأخطاء القوامية وعلاج العيوب والتشوهات.
- تنمية مستوى النشاط لديهم والانتباه والتفكير الذي ينعكس إيجاباً على مستواهم التعليمي.
- الثقة بالنفس وبمن حولهم من أفراد.
- الإعتماد على النفس في قضاء احتياجاتهم المختلفة مما يؤدي إلى الإرتفاع بالمستوى الاجتماعي وعدم الإعتماد على الغير.
- تُساعد في بناء الأنسجة وتُساند التمثيل الغذائي الخلوي بشكل جيد. (إبراهيم، 2002، ص 17-18)
- كما يذكر "Therme" إلى أهداف أخرى للنشاط البدني المكيف هي:
  - يُساهم في تحسين مهارات العميل الفكرية، والنفسية والحركية انطلاقاً من قدراته المكتسبة عبر مختلف الأنشطة المقترحة.
  - يُساهم في تنمية قدرات الإدراك التي تسمح له بالتعرف على المعلومات الضرورية واستعمالها في اتخاذ القرار المناسب أثناء تأدية مهمة أو عمل من جهة، والتحكم في مواجهة المحيط المادي والبشري من جهة أخرى.
  - يُساعد على تنمية المهارات التي يُمكن توظيفها في مختلف النشاطات الرياضية أو لتمتد إلى النشاطات المدرسية والمهنية وإلى غير ذلك.
  - فرصة للتعلم كيفية مواجهة المواقف وتقييم المشاكل المطروحة التي تعترض حياته اليومية، والتعرف على مدى فعالية وتأثير أفعاله وتصرفاته من أجل تحسينها وتطويرها في المواقف الجديدة.
  - تُمكن العميل من اكتساب كفاءات جديدة ناتجة عن تعلم صالح ومفيد، وكذا الوعي بإمكاناته حيث يُساهم في التعلم الذاتي والإبداع.
  - يُساهم في تنمية التوازن وتحسين الصحة وتوفير أحسن ظروف النجاح.
  - تعلم تذوق الجهد والتعبير الحركي، وتُتمى روح المسؤولية والتضامن والإنضباط.
  - يُساهم في تنمية قدرات العميل التي تستدعي إمكانيات التنفيذ الحركي (السرعة، المرونة، التنسيق، التوازن..). (Therme, 1999, p61)

### 2-5- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف:

- قررت الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويج في اجتماعها السنوي عام 1978، بأن حقوق الإنسان تشمل حقه في الترويج الذي يتضمن الرياضة إلى جانب الأنشطة الترويحية الأخرى،

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

ومع مرور الوقت بدأت المجتمعات المختلفة في عدة قارات تعمل على أن يشمل هذا الحق الخواص، وقد اجتمع العلماء على مختلف تخصصاتهم في علم البيولوجيا و النفس و الإجتماع بأن الأنشطة الرياضية والترويحية هامة عموماً وللخواص بالذات، وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجياً، اجتماعياً، نفسياً، تربوياً، اقتصادياً وسياسياً، و عليه نُجمل أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف فيما يلي:

**2-5-1- الأهمية البيولوجية:** إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة حيث اجمع علماء البيولوجيا المتخصصين في دراسة الجسم البشري على أهميتها في الاحتفاظ بسلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص العادي، أو الشخص الخاص، برغم اختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية، فإن أهميته البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة. (أحمد، 1984، ص61)

ويؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي، حيث تزداد نحافة الجسم وتقل سمته دون تغيرات تذكر على وزنه وقد فحص "ويلز وزملاؤه" تأثير خمسة شهور من التدريب البدني اليومي على مرافقة وأظهرت النتائج تغيرات واضحة في التركيب الجسمي، حيث تزداد نمو الأنسجة النشطة ونحافة كتلة الجسم في مقابل تناقص في نمو الأنسجة الدهنية. (الخولي، وراتب، 1992، ص150)

**2-5-2- الأهمية الاجتماعية:** يُمكن للنشاط الرياضي أن يشجع على تنمية العلاقة الاجتماعية بين الأفراد ويخفف من العزلة والإنغلاق (أو الانطواء) على الذات، ويستطيع أن يحقق انسجاماً وتوافقاً بين الأفراد، فالجلوس جماعة في مركزٍ أو ملعبٍ أو في نادي أو مع أفراد الأسرة وتبادل الآراء والأحاديث من شأنه أن يقوي العلاقات الجيدة بين الأفراد ويجعلها أكثر إخوة وتماسكاً، و يبدو هذا جلياً في البلدان الأوروبية الإشتراكية حيث دعت الحاجة الماسة إلى الدعم الإجتماعي خلال أنشطة أوقات الفراغ لإحداث المساواة المرجوة والمرتبطة بظروف لعمل الصناعي. (أحمد، 1984، ص65)

فقد بين "Veblen" في كتاباته عن الترويح في مجتمع القرن التاسع عشر بأوروبا أن ممارسة الرياضة كانت تعبر عن انتماءات الفرد الطبقية، أو بمثابة رمز لطبقة اجتماعية خصوصاً للطبقة البورجوازية، إذ يتمتع أفرادها بقدرٍ أوفر من الوقت الحر يستغرقونه في اللهو واللعب، منفقين أموالاً طائلةً وبذخاً مسرفاً متنافسين على أنهم أكثر لهواً وإسرافاً.

**2-5-3- الأهمية النفسية:** بدأ الإهتمام بالدراسات النفسية منذ وقت قصير، ومع ذلك حقق علم النفس نجاحاً كبيراً في فهم السلوك الإنساني، وكان التأكيد في بداية الدراسات النفسية على التأثير البيولوجي في السلوك وكان الإتفاق حينذاك ان هناك دافع فطري يؤثر على سلوك الفرد، و اختار هؤلاء لفظ الغريزة على أنها 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 أطفالاً لا يلعبون في حالات معينة عند مرضهم عضوياً أو عقلياً، وقد اتجه الجيل الثاني إلى استخدام الدوافع في تفسير السلوك الإنساني

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

وفرقوا بين الدافع والغريزة بأن هناك دوافع مكتسبة على خلاف الغرائز الموروثة، لهذا يمكن أن نقول أن هناك مدرستين أساسيتين في الدراسات النفسية ومدرسة التحليل النفسي (سيجموند فرويد)، وتقع أهمية هذه النظرية بالنسبة للرياضة و الترويح أنها تؤكد مبدأين هامين هما:

- السماح لصغار السن للتعبير عن أنفسهم خصوصاً خلال اللعب.
- أهمية الإتصالات في تطوير السلوك، حيث من الواضح أن الأنشطة الترويحية تعطي فرصاً هائلة للإتصالات بين المشترك والرائد، والمشارك الأخر. (القزوني، 1978، ص20)

**2-5-4- الأهمية الاقتصادية:** لا شك أن الإنتاج يرتبط بمدى كفاءة العامل ومثابرتة على العمل واستعداده النفسي والبدني، وهذا لا يأتي إلا بقضاء أوقات فراغ جيدة في راحة مسلية، وأن الإهتمام بالطبقة العاملة في ترويحها وتكوينها تكويناً سليماً 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. (توفيق، 1967، ص560)

**2-5-5- الأهمية التربوية:** بالرغم من أن الرياضة والترويح يشملان الأنشطة التلقائية فقد أجمع العلماء على أن هناك فوائداً تربوية تعود على المشترك، من بينها ما يلي:

أ- **تعلم مهارات وسلوك جديدين:** هناك مهارات جديدة يكتسبها الأفراد من خلال الأنشطة الرياضية، على سبيل المثال مداعبة الكرة كتنشيط ترويح تكسب الشخص مهارة جديدة لغوية ونحوية يمكن استخدامها في المحادثة والمكاتبه مستقبلاً.

ب- **تقوية الذاكرة:** هناك نقاط معينة يتعلمها الشخص أثناء نشاطه الرياضي والترويحوي يكون لها أثر فعال على الذاكرة، على سبيل المثال إذا اشترك الشخص في ألعاب تمثيلية فإن حفظ الدور يساعد كثيراً على تقوية الذاكرة، حيث أن الكثير من المعلومات التي تُردد أثناء الإلقاء تجد مكاناً في «مخازن» المخ، ويتم استرجاع المعلومة من «مخازنها» في المخ عند الحاجة إليها عند الإنتهاء من الدور التمثيلي وأثناء مسار الحياة العادية.

ج- **تعلم حقائق المعلومات:** هناك معلومات حقيقية يحتاج الشخص إلى التمكن منها، مثلاً المسافة بين نقطتين أثناء رحلة ماء، وإذا اشتمل البرنامج الترويحوي رحلة بالطريق الصحراوي من القاهرة إلى الإسكندرية فإن المعلومة التي تتعلم هنا هي الوقت الذي تستغرقه هذه الرحلة.

د- **اكتساب القيم:** إن اكتساب معلومات وخبرات عن طريق الرياضة والترويح يساعد الشخص على اكتساب قيم جديدة إيجابية، مثلاً تساعد رحلة على اكتساب معلومات عن هذا النهر، وهنا اكتساب لقيمة هذا النهر في الحياة اليومية، القيمة الاقتصادية، القيمة الإجتماعية كذا القيمة السياسية (القزوني، 1978،

ص31-32)

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

### 2-6- تصنيفات الأنشطة الرياضية المكيفة:

يذكر الدكتور "نايل زروق" أنه قد يتم تصنيف الأنشطة الرياضية بناءً على الأسس التالية:

- أولاً: التصنيف على أساس المشاركة: ونجد فيه صنفين هما:
  - أ- المشاركة السلبية: وتعتمد على تتبع المعاق الأنشطة الرياضية والبدنية التي يمارسها الأسوياء بدون مشاركة المعاقين في النشاط وذلك من خلال المشاهدة وتتبع الأخبار.
  - ب- المشاركة الإيجابية: تعتمد أساساً على المشاركة الفعلية سواء بالمساعدة أو بدونها.
- ثانياً: التصنيف على أساس الأغراض: تتعدد الأنشطة بتعدد أغراضها ويمكن ذكر ما يلي:
  - أنشطة بدنية مكيفة لتنمية القدرات البدنية والمهارية.
  - أنشطة بدنية مكيفة للعلاج والتأهيل.
  - أنشطة بدنية مكيفة لتنمية الإدراك الحركي.
  - أنشطة بدنية مكيفة للترويح وأوقات الفراغ.
  - أنشطة بدنية مكيفة للتنافس.
- ثالثاً: التصنيف على أساس الفئة الموجهة إليها:

حيث يتم التصنيف على أساس نوع الإعاقة وسن المعاق، ونذكر ما يلي:

- أنشطة بدنية مكيفة للمعاقين حركياً.
  - أنشطة بدنية مكيفة للمتعلمين عقلياً.
  - أنشطة بدنية مكيفة لأطفال الحضانه.
  - أنشطة بدنية مكيفة للمسنين.
  - أنشطة بدنية مكيفة لذوي الإضطرابات النفسية.
- (زروق، 2011، ص 82-83)

### 2-7- النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف:

2-7-1- نظرية الطاقة الفائضة "نظرية سينسر و شيلر": نقول هذه النظرية أن الأجسام النظرية النشيطة الصحيحة، وخاصة للأطفال تختزن أثناء أدائها لوظائفها المختلفة بعض الطاقة العضلية والعصبية التي تتطلب التنفيس الذي ينجم عنه اللعب.

وتشير هذه النظرية إلى أن الكائنات البشرية قد وصلت إلى قدرات عديدة، ولكنها لا تستخدمها كلها في وقت واحد، وكنتيجة لهذه الظاهرة توجد قوة فائضة ووقت فائض، لا يستخدمان في تزويد احتياجات معينة، ومع هذا فإن لدى الإنسان قوى معطلة لفترات طويلة، وأثناء فترات التعطيل هذه تتراكم الطاقة في مراكز الأعصاب السلبية والنشطة ويزداد تراكمها وبالتالي ضغطها حتى يصل إلى درجة يتحتم فيها وجود منفذ للطاقة، واللعب وسيلة ممتازة لاستنفاد هذه الطاقة الزائدة المتراكمة. (خطاب، 1975، ص 56) من جهة ثانية إن اللعب يُخلص الفرد من تعب المتراكم على جسده، ومن تأثيراته العصبية المشحونة من ممارسة واجباته المهنية والاجتماعية، ويعتبر وسيلة ضرورية للتوازن الإنساني النفسي والتوافق مع البيئة التي يعيش فيها. (Moyenca, 1982, p163)

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

2-7-2- نظرية إعادة والتخليص: يرى "ستانلي هول Stanely Hool" الذي وضع هذه النظرية أن اللعب ما هو إلا تمثيل لخبرات وتكرار للمراحل المعروفة التي اجتازها الجنس البشري من الوحشية إلى الحضارة، فاللعب كما تشير هذه النظرية هو تخليص وإعادة لما مرَّ به الإنسان في تطوره على الأرض، فلقد تم انتقال اللعب من جيل إلى آخر منذ أقدم العصور من خلال هذه النظرية يكون "ستانلي" قد اعترض على رأي "كارول جروس" و يُبرر ذلك بأن الطفل خلال تطوره يستعيد مراحل تطور الجنس البشري، إذ يرى أن الأطفال الذين يتسلقون الأشجار هم في الواقع يستعيدون المرحلة القردية من مراحل تطور الإنسان. (درويش، والحوالي، 1990، ص 227)

2-7-3- نظرية الإعداد للحياة: يرى "كارل جروس Karl Gros" الذي نادى بهذه النظرية بأن اللعب هو الدافع العام لتمارين الغرائز الضرورية للبقاء في حياة البالغين، وبهذا يكون قد نظر إلى اللعب على أنه شيء له غاية كبرى، حيث يقول إن الطفل في لعبه يُعدُّ للحياة المستقبلية، فالبنيت عندما تلعب بدميتها تتدرب على الأمومة، والولد عندما يتدرب بمسدسه يتدرب على الصيد كمظهر للرجولة، و هنا يجب أن ننوه بما قدمه "كارل جروس" خاصة في العلاقة بين الأطفال و مجتمعات ما قبل الصناعة.

أما في المجتمعات الصناعية يقول "رايتمل R.Mills" يعوض الترويح للفرد ما لم يستطع تحقيقه في مجال عمله، فهو مجال لتنمية مواهبه والإبداعات الكاملة لديه منذ طفولته الأولى، والتي يتوقف نموها بسبب الظروف المهنية، كما أنه يشجع على ممارسة مختلف الأنشطة الرياضية، الفنية أو العلمية، ويجد الهاوي من ممارسة هوايته فرصة للتعبير عن طاقته الفكرية وتنميتها ويصاحبه في ذلك نوع من الإرتياح الداخلي، بعكس الحياة المهنية التي تُضمّر نمو المواهب والإبداعات العامة وخاصة في مجال العمل الصناعي. (Marie, 1975, p93)

2-7-4- نظرية الترويح: يؤكد "جتسي مونس" القيمة الترويحوية للعب في هذه النظرية، ويفترض في نظريته أن الجسم البشري يحتاج إلى اللعب كوسيلة لاستعادته حيويته فهو وسيلة لتنشيط الجسم بعد ساعات العمل الطويلة.

والراحة معناها إزالة الإرهاق أو التعب البدني والعصبي وتتمثل في عملية الإستراحة، الإسترخاء في البيت أو في الحديقة أو في المساحات الخضراء أو على الشاطئ... الخ، كل هذه تقوم بإزالة التعب عن الفرد وخاصة العامل النفسي، لهذا نجد السفر والرحلات والألعاب الرياضية خير علاج للتخلص من العمل النفسي والضجر الناتجين عن الأماكن الضيقة والمناطق الضيقة ومزعجاته. (F.Balle & al, 1975, p 221)

2-7-5- نظرية الغريزة: تفيد هذه النظرية بأن للبشر اتجاهاً غريزياً نحو النشاط في فترات عديدة من حياتهم، فالطفل يتنفس ويضحك ويصرخ ويزحف وتتصب قامته ويقف ويمشي ويجري ويرمي في فترات متعددة من نموه، وهذه أمور غريزية وتظهر طبيعية خلال مراحل نموه. (Roymond, 1983, p71)

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

فالطفل لا يستطيع أن يمنع نفسه من الجري وراء الكرة وهي تتحرك أمامه شأنه شأن القطة التي تندفع وراء الكرة وهي تجري، ومن ثم فاللعب غريزي وجزء من وسائل التكوين العام للإنسان، وظاهرة طبيعية تبدو خلال مراحل نموه. (J. Dumazadier, 1982, p23)

**2-7-6- نظرية الاستجمام:** تشبه هذه النظرية إلى حد كبير نظرية الترويح، فهي تذهب إلى أن أسلوب العمل في أيامنا هذه أسلوب شاق وممل لكثرة استخدام الفضلات الدقيقة للعين واليد، وهذا الأسلوب من العمل يؤدي إلى اضطرابات عصبية إذا لم تتوفر للجهاز البشري وسائل الإستمجام واللعب لتحقيق ذلك، هذه النظرية تحث الأشخاص على الخروج إلى الخلاء وممارسة أوجه نشاطات قديمة مثل: الصيد والسباحة والمعسكرات، ومثل هذا النشاط يكسب الإنسان راحةً واستجماماً يُساعدانه على الإستممرار في عمله بروحٍ طيبة. (الساعاتي، 1980، ص319)

**2-8- طرق تعديل الأنشطة الرياضية المكيفة:**

تتضمن الأنشطة البدنية والرياضية المكيفة إجراءات قد تتخذ في بعض الأنشطة الرياضية، سواءً في تعديل الأداء الفني، أو تعديل بعض النواحي القانونية حتى يُمكن لذوي الإحتياجات الخاصة ممارسة هذه الأنشطة، ويتمكن القائمون على التدريب من الإرتقاء بالمهارات الحركية والقدرات البدنية لهؤلاء المعاقين، ويُمكن أيضاً تحقيق أكبر قدر من الوقاية حسب درجة الإعاقة، مما يُسهم في المشاركة بفاعلية في برامج الأنشطة الرياضية وبالتالي تحقيق الأهداف المرجوة من الممارسة الرياضية، وبهذا فإن طرق تعديل الأنشطة الرياضية يختلف حسب الجزء المكيف، وتتنوع التعديلات كما ورد في (علي، وأبو الليل، 2005، ص27-28) كالاتي:

**2-8-1- التعديل في النواحي القانونية:** هناك قوانين تحكم كل نشاط رياضي وتنظم ممارسته، ويُمكن للمدرب أو المدرس أن يقوم أثناء التدريب بتعديل بعض نواحي القانون نأخذ على سبيل المثال:

- يُمكن إلغاء قاعدة التسلل في كرة القدم.

- يُمكن إلغاء التماس بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنياً في المدرسة.

- يُمكن السماح بلمس الكرة باليد للمعاقين ذهنياً في المدرسة.

**2-8-2- التعديل في عدد اللاعبين:** كل نشاط رياضي له عددٌ محددٌ من اللاعبين يُمارس من خلالهم النشاط، ويُمكن أن نزيد عدد اللاعبين أو نقلل منهم فمثلاً:

- يُمكن أن نزيد عدد اللاعبين في كرة السلة للتلاميذ في المدرسة.

- يُمكن أن نقلل من عدد اللاعبين في مباراة لكرة القدم.

**2-8-3- التعديل في الأداء المهاري للحركة:** لكل مهارة حركية في كل الأنشطة الرياضية طرقٌ فنية في الأداء، وعند عملية التعلم لا بُد أن نطبق هذه الطرق الفنية، ولكن يُمكن تعديل ذلك مع التلاميذ أو

اللاعبين المعاقين وذلك بالإستغناء عن بعض الخطوات وعلى سبيل المثال:

- يُمكن ممارسة رياضة الوثب الطويل من الثبات بدلاً من الحركة.

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

- يُمكن ممارسة مهارة دفع الكرة من المواجهة أو من على الكرسي لحالات بتر الطرف السفلي.
- يُمكن الإستغناء عن مهارة تنطيط الكرة في كرة السلة للمعاقين على الكراسي المتحرك.
- 2-8-4- التعديل في الأدوات:** لكل نشاط رياضي أدوات نستخدمها أثناء الممارسة فعلى سبيل المثال نأخذ رياضة تنس الطاولة حيث تُمارس بواسطة مضرب وعلى طاولة من الأدوات يمكن التعديل فيها بإستخدام أدوات أخرى مساعدة في الأداء الرياضي مثل:
- تعديل في وضع شبكة كرة الطائرة بالنسبة لحالات الشلل وبتر الطرف السفلي عند ممارسة كرة الطائرة من وضع الجلوس.
- زيادة قطر حلقة كرة السلة للمعاقين ذهنياً داخل المدرسة.
- إستخدام كرسي ثابت أثناء دفع الكرة لحالات بتر الطرف السفلي.
- 2-9 الأنشطة الرياضية التي تتناسب مع المعاقين سمعياً:**

الإعتقاد السائد لدى الكثيرين أن الصم-البكم يختلفون عن الأسوياء في كل شيء، لكن في مجالنا الرياضي نجد أنهم يستطيعون ممارسة كافة أنواع الأنشطة الرياضية التي يُمارسها الأسوياء دون إجراء أي تعديل في الملاعب أو الأدوات وغيرها، فيمكن لهم القيام بأداء كافة أنواع الأنشطة الرياضية لكن ذلك يحتاج إلى نوعية خاصة من المدرسين أو المشرفين الرياضيين الذين يتمتعون بالصبر وهدوء الأعصاب، من أجل اكتسابهم اللياقة البدنية والمهارات الفنية لأنواع الأنشطة حتى يُمكنهم القيام بعمل النماذج المختلفة بالطريقة الصحيحة، ليتسنى للمعوقين منهم الحركة وتقليد المُدرّس عند أداء المهارات المختلفة، مع ملاحظة أنهم فئة تتمتع ببطء الناحية التعليمية والقدرة على التحصيل مما يؤدي إلى حاجتهم لتكرار الحركات والمهارات كما أنهم يحتاجون إلى بذل النشاط المستمر من المدرس سواء في التعليم أو أثناء التحكم للمسابقات والمباريات المختلفة، فيجب على المدرس إجادة لغة الإشارة ولغة الشفاه حتى يتعودوا عليه وعلى التعامل معه وذلك لِيُساعد المدرس في سرعة توصيل المعلومات إليهم. (إبراهيم، 2002، ص149)

ويُمكن للأطفال الصم أن يمارسوا ويتعلموا المهارات الحركية من خلال الأنشطة الرياضية والفردية بنجاح، كما يُمكنهم أن يُشاركوا في بعض المنافسات الرياضية في كثير من الألعاب ككرة القدم والكرة الطائرة، مع ملاحظة أن إدراكهم الحركي يتأثر بقصورهم السمعي في بعض الألعاب، فهم يفتقرون إلى وسائل الإنذار السمعي والتغذية الرجعية السمعية، فبينما يستفيد الطفل العادي عند تعليمه التصويب في كرة السلة -مثلاً- من صوت اصطدام الكرة باللوحه أو الحلقة لتعديل أدائه وتحسينه، لا يُمكن للأصم أن يستفيد من تلك التنبيهات السمعية .. ولذا يجب الإستعاضة عن ذلك بإشارات بصرية أو ضوئية معينة.

كما تُعدُّ الأنشطة الإيقاعية الحركية ذات فائدة كبيرة في تنظيم حركات الصم وضعاف السمع وفي تحقيق المزيد من السيطرة على أعضاء جسمهم والتحكم فيه، وفي تنمية إحساسهم وتدوقهم الجمالي، مع

## الفصل الثاني: النشاط الرياضي المكيف

مراعات تحويل الإيقاعات السمعية إلى إيقاعات بصرية أو حس حركية كالتصفيق باليدين والإعتماد على الوسائل الضوئية. (القريطي، 2005، ص 333-334)

### - خلاصة:

في نهاية هذا الفصل نخلص إلى نتيجة مفادها أن النشاط الرياضي المكيف عمليةً تتطلب الكثير من الإلمام بالجانب الرياضي والفيزيولوجي والنفسي للفئات المعنية بممارسته، لأنه يُعتبر ترويحاً وتدريباً وعلاجاً في آنٍ واحدٍ، كما أن فئة ذوي الإحتياجات الخاصة تتطلب الكثير من التفهم والصبر والإصرار أثناء التعامل معهم، كما نؤكد على أن ممارسة النشاط الرياضي بالنسبة للمعاقين أكبر أهمية مما هي لدى الأفراد الأصحاء، لأنه الوسيلة الوحيدة التي من خلالها يستطيعون التعبير عن أنفسهم والإشتراك في أنشطة رياضية تعود عليهم بالفائدة النفسية والبدنية والإجتماعية.

# الفصل الثالث

جودة الحياة

## الفصل الثالث: جودة الحياة

- تمهيد:

جودة الحياة بالنسبة للإنسان تعبر عن التوافق النفسي والسعادة والإطمئنان والرضا عن الحياة وعن الظروف المعيشية الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة، وهي تُمثل السبب والنتيجة في آنٍ واحدٍ، حيث أن غاية الإنسان في الحياة توفير سُبُل الراحة والرفاهية والأمان والصحة بشتى الطُرق وهو ما نلاحظه من الرقي والتطورات التكنولوجية والإختراعات والإبتكارات الحاصلة في وقتنا الحالي، كما أن الإستمتاع والرفاهية في هذه الحياة هي النتيجة التي يحصل عليها هذا الإنسان من وراء تعبهِ وسعيهِ الدؤوب إلى تحسين ظروف معيشتِهِ، ويختلف مفهوم جودة الحياة من عالمٍ لآخر ومن شخصٍ لآخر تبعاً لما تعنيه السعادة أو الراحة لذلك الشخص، فالسجين يرى بأن الحرية هي جودة الحياة، والمريض يرى بأن الصحة هي جودة الحياة... وهكذا، وسنحاول في هذا الفصل تناول هذا الموضوع الجديد في البحوث العلمية بالشرح والتفصيل.

## الفصل الثالث: جودة الحياة

### 3-1- مدخل تاريخي عن جودة الحياة:

يُعدُّ كتاب الأخلاق لأرسطو (384-322 ق.م) أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لتعريف جودة الحياة حيث قال: "إن كلا من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقةٍ واحدةٍ وهي أن يكونوا سعداء، ولكن مكونات السعادة عليها خلافٌ إذ يقول بعض الناس شيئاً ما في حين يقول آخرون غيره، ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياءً مختلفةً في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة، وعندما يكون فقيراً يرى السعادة في الغنى، ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة تعني حالةً شعوريةً، ونوعاً من النشاط وما ذلك بالتعبير الحديث عن جودة الحياة. (عبد الوارث، وحسين، 2008، ص218)

وقد اتفق الفلاسفة الإغريق حول معنى هذا المفهوم، على أنه يأتي من معرفة الحقيقة ومن تطهير الإنسان نفسه من الإنفعالات المكبوتة أو المؤلمة التي تأتي من خلال وجوده مع أشخاص آخرين أو نقيض ذلك هو العزلة والتفكير الفردي المنعزل، ومن أبرز الآراء في ذلك رأي الفيلسوف اليوناني "أرتيبوس Aritippus" الذي رأى في أن هدف الحياة هو ممارسة أقصى ما يُمكن من المتع والملذات البدنية وإن السعادة هي مجموعة من المتع والملذات، وأن وجود رغبة لدى المرء يُعد أساساً للحق في السعي لإشباعها، وجاء بعده فلاسفة منهم "هوب Hobbes" بنظرية أن الهدف من الحياة هو تحقيق كل رغبات الإنسان وأن السعادة هي التقدم المطرد دائماً من شهوةٍ لشهوةٍ. (خلف، 2011، ص53)

وفي العصر الحديث استخدام مصطلح جودة الحياة كان مقتصرًا في البداية على الأبحاث العلمية المبنية على حياة المرضى، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة من الزمن، ومن الناحية التاريخية أول استخدام لمصطلح جودة الحياة ظهر في الفلسفة الإغريقية، وافترض "أرسطو" أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تتحقق الحياة السعيدة، أما في وقتنا المعاصر فقد اقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية مفهوماً ضمناً للجودة، وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة على أنها: "حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفيزيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض"، وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978 حيث وسعت المنظمة من مفهوم المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياةٍ كافيةٍ وذلك طبعاً إضافة إلى الرعاية الفيسيولوجية.

وفي العام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة وأصبح جزءاً من المصطلحات الطبية المستخدمة، وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن علاج بعض الأمراض يتطلب تكلفة دفعٍ عاليةٍ، وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى، فجودة الحياة قدمت مساهمةً فعالةً في الأبحاث المتعلقة بالعناية

## الفصل الثالث: جودة الحياة

بالمرضى، وأن تبتكر هذه الأبحاث أي مستويات ملاحظة حتى إلى ما بعد الموت، وتستخدم لتعكس مدى الإحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض. (الهمص، 2010، ص 47)

### 3-2- تعريف جودة الحياة:

يُعتبر مصطلح جودة الحياة من أكثر المصطلحات التي واجهت صعوبة في تحديد معناه نظراً لتعريف كل مجالٍ علمي لها من وجهة نظره المختصة، بل إلى أكثر من ذلك فهي تختلف من إنسانٍ إلى آخرٍ وفقاً للمتغيرات الحياتية التي يمر بها، ومن التعريفات التي قدمها الباحثون لهذا المصطلح ما يلي:

تُشير منظمة اليونسكو إلى أن نوعية الحياة مفهومٌ شاملٌ يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وعلى ذلك فجودة الحياة لها ظروفٌ موضوعيةٌ ومكوناتٌ ذاتيةٌ، ولقد ارتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والإرتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق الوفرة الإقتصادية لمواجهة إشباكات الأفراد وتطلعاتهم وطموحاتهم. (بخش، 2006، ص 9)

ويعني مصطلح جودة الحياة وفقاً لتعريف جمعية علم النفس الأمريكية: "المدى الذي يصل إليه الفرد في تحقيق الرضا عن الحياة، ويستلزم بلوغ نوعية جيدة للحياة تحقق عدة أمور من أهمها: جودة المعيشة أو اللياقة الوجدانية والمادية والجسمية، والإرتباط بعلاقات شخصية، وممارسة الحقوق واتخاذ القرارات وعمل الإختيارات وتحديدها ذاتياً، والمشاركة في المجتمع بصورة فعالة". (الشويخ، 2008، ص 225)

و يذكر (العادلي، 2006، ص 38) إلى أن جودة الحياة قد تتمثل لدى البعض بامتلاك الثروة التي تحقق لهم السعادة، في حين يرى البعض الآخر أن الحياة الجيدة هي التي يتوافر فيها فرص العمل والدراسة، ويراها آخرون بالحياة التي يتمكن فيها الفرد من الحصول على مبتغاه دون عناءٍ أو جهدٍ، ويصفها البعض الآخر بالحياة الخالية من الغش والخداع، وقد يُحددها آخرون بالحياة المفعمة بالصحة الجسمية والنفسية الخالية من الأمراض والإضطرابات، ويضيف أيضاً بأنه مهما يكن المراد بالمفاهيم فإن المهم هو مدى إحساس الفرد وشعوره وإدراكه بتوافر المدلول الإيجابي لذلك المفهوم من عدمه، فإدراك الفرد لجودة الحياة يعتبر مؤشراً للرضا عما توافر له من جهةٍ، ويُعتبر أيضاً مؤشراً على مستوى قدرته لإشباع حاجاته الأساسية والثانوية.

وترى "رايف وآخرون" أن جودة الحياة النفسية تتمثل في الإحساس الإيجابي بحسن الحال، كما يُرصد بالمؤشرات السلوكية الدالة على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكلٍ عامٍ، وسعيه المتواصل لتحقيق أهدافٍ شخصيةٍ ذات قيمةٍ ومعنىٍ بالنسبة له، واستقلالته في تحديد وجهة ومسار حياته

## الفصل الثالث: جودة الحياة

واقامته واستمراره في علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين، والإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية. (رجيعة، 2009، ص183)

وتُعرف على أنها أن يعيش الفرد حالة جيدة متمتعاً بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضى، وأن يكون قوي الإرادة صامداً أمام الضغوط التي تواجهه، ذا كفاءة اجتماعية عالية، راضياً عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية محققاً لحاجاته وطموحاته واثقاً من نفسه، غير مغرور ومقدراً لذاته بما يجعله يعيش شعور السعادة، بما يشجعه ويدفعه، لأن يكون متفائلاً لحاضره ومستقبله، و متمسكاً بقيمه الدينية والاجتماعية، منتمياً لوطنه ومحباً للخير، ومدافعاً عن حقوقه وحقوق الغير ومتطلعاً للمستقبل. (شقيير، 2010، ص777)

ويعرف (أبو حلاوة، 2010) جودة الحياة بأنها وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والإستمتاع بها والوجود الإيجابي، فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعبر عنه بالسعادة والرضا عن الحياة كنتائج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة إلى الفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى. (قاسم، 2015، ص115)

وتعتبر جودة الحياة مفهوماً متعدد الأبعاد ونسبياً يختلف من فردٍ لآخرٍ من الناحيتين النظرية والتطبيقية وفقاً للمعايير التي يعتمدها الفرد لتقويم الحياة ومطالبها، والتي غالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة: كالقدرة على التفكير واتخاذ القرارات، والقدرة على التحكم وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والصحة النفسية والظروف الإقتصادية، والمعتقدات الدينية، والقيم الحضارية والثقافية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق لهم السعادة الحالية وتوقعهم المتفائل بالمستقبل. (نعيسة، 2012، ص146)

يُشير "حسام الدين محمود عزب" إلى أن جودة الحياة تُعتبر مثلاً أعلى يصبوا إليه كل فردٍ على أمل أن يحققه بشكلٍ أو آخرٍ ولكن لا ينجح في استكمال مكوناته أحدٌ، فالكل يُمكن أن يُحقق درجةً منه أو أخرى، ويُضيف أيضاً أن هذا المفهوم لا يرتبط في عموميته بالثراء أو الفقر ولا بعلمٍ أو جهلٍ ولا بمنصبٍ أو جاهٍ، فقد ينعم بجوانبٍ وفيرةٍ من جودة الحياة فقيرٌ في كوخٍ بسيطٍ يحصل على قوت يومه بالكاد هو وأسرته، وقد يُحرم منه ثريٌ ذو حسبٍ ونسبٍ وجاهٍ، وربما يمثل الشعور الداخلي بالأمان والطمأنينة والرضا عن الحياة وعن الذات وحب الناس توثيق الصلة بالله تُعتبر المكون الأساسي الذي يمثل معبراً للشعور بجودة الحياة. (بورزق، وشلال، 2016، ص86)

## الفصل الثالث: جودة الحياة

### 3-3- أبعاد جودة الحياة:

مثلما تتوعدت تعارف مفهوم جودة الحياة فإن تحديد أبعاده لم يكن أقل مننه تنوعاً، فقد حدد العديد من الباحثين أبعاد جودة الحياة إلى محاورٍ كثيرةٍ نذك منها:

ما ورد في (داهم، 2015، ص34-36) أن أبعاد جودة الحياة كم أوضحها (الغندور، 1999) هي كالتالي:

- البعد الذاتي: ويقصد لها مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة، شعور الشخصي بالسعادة.

- البعد الموضوعي: ويشمل: الصحة البدنية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة المجتمعية، العمل، فلسفة الحياة، وقت الفراغ، مستوى المعيشة، العلاقات الأسرية، الصحة النفسية، التعليم.

أما في موسوعة علم النفس يتم تعريف جودة على أنه مفهوم ذو أبعادٍ عديدةٍ أوضحها (بيترمان وسيلا، 2000) على أنها سبعة محاورٍ تمثل في مجموعها جودة الحياة وذلك لأغراض تيسير البحث والقياس وهي كالتالي:

- التوازن الإنفعالي: وتتمثل في ضبط الإنفعالات الإيجابية والإنفعالات السلبية، كالحزن والكآبة والقلق... إلخ.

- الحالة الصحية العامة للجسم.

- الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي.

- استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة.

- الإستقرار الإقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يُعينه على مواجهة الحياة.

- الاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل بُعداً هاماً في جودة الحياة.

- التواءم الجنسي ويرتبط بذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام.

وكما يرى (لاوتون، 1991) أن جودة الحياة تتضمن أربعة أبعاد هي:

- الكفاءة السلوكية.

- ضبط البيئة أو السيطرة عليها.

- جودة الحياة المدركة.

- جودة الحياة النفسية. (كامل، 2004، ص14)

كما حدد (منصور، 2007) ستة أبعاد لجودة الحياة تشير إلى شعور الفرد بالهناء الشخصي في مجالاتٍ حياتيةٍ تُعدُّ هامةً بالنسبة له في سياق الثقافة ومنظومة القيم التي ينتمي إليها عند مستوى يتسق مع أهدافه واهتماماته وتوقعاته، وهذه الأبعاد تقيم شعور الفرد بإقامة علاقاتٍ بناءةٍ مع أسرته تتمثل في إحساسه

## الفصل الثالث: جودة الحياة

بالأمن والطمأنينة وبالحب وفي إتاحة الفرصة للمناقشة الهادفة وفي تشجيعه المستمر (علاقات إيجابية مع الأسرة)، واستمتاع الفرد بحياته في ضوء قدرته على التحديد الدقيق للأهداف وإنجازه لها والتخطيط الجيد لمستقبله في ضوء هذه الأهداف (الدقة والإستمتاع بالحياة)، وشعور الفرد براحة البال وإقباله على الحياة بحماسٍ باعتبارها ذات معنى وقيمة له (الرضا عن الحياة)، وشعور الفرد بالسعادة في علاقاته مع زملائه وأصدقائه وجيرانه (علاقات إيجابية مع الآخرين)، وشعور الفرد بالسعادة والرضا في علاقاته مع أساتذته وفي تواجده بالكلية وبما وصل إليه في التعليم (الرضا الأكاديمي)، وقدرة الفرد على أداء معظم الأشياء في حياته وإيجاد حلول لها وقدرة مرتفعة على مواجهة الفشل (فاعلية الأداء). (السرسي، وآخرون، 2016، ص396)

### 3-4 مؤشرات جودة الحياة:

حسب (Fallowed,1990) فإن مؤشرات لجودة الحياة تتحدد في ما يلي:

3-4-1- المؤشرات النفسية: تتبدى في درجة شعور الفرد في القلق والإكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة أو الرضا.

3-4-2- المؤشرات الإجتماعية: تتضح من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلاً عن ممارسة الفرد للأنشطة الإجتماعية والترفيهية.

3-4-3- المؤشرات المهنية: وتتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبها، ومدى سهولة تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

3-4-4- المؤشرات الجسمية والبدنية: ويقصد بها رضا الفرد عن حالته الصحية وقدرته على التعايش مع الآلام والنوم والشهية والقدرة الجنسية (منسي، وكاظم، 2010، ص45).

فبينما تعتبر المؤشرات الموضوعية المجتمع أو الجماعة التي ينتمي إليها الفرد محكاً مرجعياً وتقيس بيانات مثل: الدخل والسكن والعمر...، فإن المؤشرات الذاتية تكون أكثر خصوصية للفرد، ومن ثم لا يُمكن استخدام المؤشرات الموضوعية لقياس الذاتية إلا في حالة معرفة قيمة هذه المؤشرات بالنسبة للفرد واتجاهاته. (هاشم، 2001، ص130)

إن جودة الحياة تقوم على تكامل المؤشرات أو المقومات الموضوعية والذاتية الشخصية مع مراعاة أن تأثير الجوانب الموضوعية يعتمد على التقييم الذاتي، ولقياس الجانب الموضوعي تجرى المقارنة بين الوضع القائم والمتاح وبين الحد الأدنى من الظروف المعيشية المناسبة، حيث إن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد، يشمل خمسة مجالات على الأقل وهي: الرضا البدني، والمادي، والاجتماعي، والوجداني، والنشاط الشخصي. (أبو سريع، وآخرون، 2006، ص206)

## الفصل الثالث: جودة الحياة

ويشير (لوتن وآخرون، Lawton,et al) إلى أنه يجب التوسع في المؤشرات الدالة على (جودة الحياة) لتشمل عمليات أكثر في مجالات الحاجات الاجتماعية والإنسانية، ويرون أن المؤشرات الموضوعية والذاتية تمثل متغيراً متصلاً، وأن التفرقة بينهما تكون سهلة فقط عندما تكون بين مؤشر بيئي اجتماعي كمي، مثل الدخل في مقابل حكم شخصي كفي على الرضا عن هذا المظهر نفسه (الرضا عن الدخل)، إلا أنه في الكثير من الدراسات يصعب الوصول إلى هذا الفصل، كما تؤكد الدراسات على ضرورة التركيز على رؤية الفرد وإدراكه بجودة الحياة، وتقييمه الذاتي والموضوعي. (هاشم، 2001م، ص132)

**3-5- مبادئ جودة الحياة:**

على الرغم من وجود وجهات نظر مختلفة بين الباحثين على مفهوم جودة الحياة تمثلت في التعريف والأبعاد والمحددات، لكن يمكن القول بأنه هناك شبه اتفاق من بعض الباحثين على أن هناك مبادئ يمكن أن تكون مشتركة بين الأفراد، سواء كانوا معاقين أم أسوياء.

أما عن مبادئ جودة الحياة، فقد أوضح (Goode,1990) بأن جودة الحياة تعتمد على مجموعة من المبادئ منها:

- أن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص المعاق وغير المعاق (الأسوياء).
  - أن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الإحتياجات الرئيسية للإنسان، وبمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.
  - أن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص إلى آخر ومن عائلة إلى أخرى، ومن برنامج تأهيلي إلى آخر ومن شخص مهني إلى آخر.
  - أن مفهوم جودة الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة بالبيئة التي يعيش فيها هذا الإنسان أو ذلك.
  - أن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان والأشخاص المحيطين به.
- ويشير (Dennis,et al,1993) إلى أن مجموعة كبيرة من الباحثين مثل اتفقوا على أن مبادئ جودة الحياة تتقاطع وتتشابك بين الأشخاص سواء كانوا معاقين أو أسوياء.
- ويشير (Goode,199) إلى أنه من خلال استعراضه لمفهوم جودة الحياة من وجهات نظر متعددة، فإنه يشير إلى أنه يجب أن يُحدد أولاً مفهوم الحياة الجيدة وكيف يُحدد الناس حياتهم الخاصة، كما يجب أن يوضع في الاعتبار عند تعريف هذا المفهوم أنه:
- مفهوم عام وليس قاصراً على فئة محددة مثل المعاقين أو المرضى.
  - مفهوم شامل يتضمن أكبر قدر ممكن من مظاهر حياة الفرد.
  - يجب أن يُجسد فكرة تعظيم قدرة الفرد على التحكم ووضعا في الاعتبار حدود الحرية.
  - يجب أن يعكس المعيارية وما يتضمنها من معايير اجتماعية.

## الفصل الثالث: جودة الحياة

- يجب أن يحترم الميل للدفاع عن الذات. (هاشم، 2001، ص127-128)

كما توصل (Goode,1990) إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:

- تتكون جودة الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة لغير المعاقين.

- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.

- ترتبط جودة حياة الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.

- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الاجتماعية.

- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة وبرامج التأهيل والعلاج والدعم الاجتماعي. (الهنداوي، 2011، ص37)

### 3-6- مظاهر جودة الحياة:

ورد في (عبد المعطي، 2005، ص13-25) إلى أن لجودة الحياة خمسة مظاهر رئيسية هي كما يلي:

- العوامل المادية والموضوعية والتعبير عن حسن الحال: وتشير إلى الخدمات التي يوفرها لأفراده وحالة الفرد الاجتماعية والزوجية والتعليمية والصحية ومدى توافقها مع ثقافة المجتمع.

- إشباع الحاجات والرضا عن الحياة: وتشير إلى أن جودة الحياة ترتبط بمدى إشباع الفرد لحاجاته ورغباته وتوقعاته سواء التي ترتبط ببقاء حياته كالطعام والصحة والمسكن أو الاجتماعية كالحاجة للإنتماء والحب والقوة.

- إدراك الفرد للقوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة: ويشير إلى استخدام الفرد لقدراته وطاقاته وأنشطته الإبتكارية الكامنة داخله والقدرة على التخطيط واستغلال الوقت من أجل تنمية علاقاته الاجتماعية، وكذلك شعور الفرد بقيمته ومدى أهميته في المجتمع.

- الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة: ويشير إلى اهتمام الفرد بصحته الجسمية وأداء خلايا الجسم بوظائفها بشكل صحيح، أما الإحساس بالسعادة فيشير إلى شعور الفرد بالرضا والبهجة واللذة والإستمتاع بالحياة وتقديره الذاتي لها.

- جودة الحياة الوجودية: وتشير إلى إحساس الفرد بوجوده وإحساسه بمعنى الحياة من خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من معلومات مرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها والتي يتحقق من خلالها وجوده.

## الفصل الثالث: جودة الحياة

### 3-7- مكونات جودة الحياة:

إن جودة الحياة لدى الفرد لا ترتبط بمحدداته الشخصية فقط ولا بالمجالات وموضوعات الحياة المختلفة، وإنما أيضاً بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في مجال إدراكه الشخصي مثل الآباء والأمهات والإخوة والأخوات والمعلمين والأقارب، وذلك من حيث مهاراتهم في مواجهة مشكلات الحياة والتواصل والدعم الاجتماعي الذي يوفره، ويُعدُّ تعريف اليونسكو لجودة الحياة مفهوماً شاملاً يضم كل جوانب الحياة كما يركها الأفراد، ويضم في طياته مكونات موضوعاتية وأخرى ذاتية (الغندور، 1999، ص27)

وفيما يلي تناول لهذه المكونات:

- أولاً: المكونات الموضوعاتية: تتضمن المكونات الموضوعية العديد من الجوانب كما يلي:

- الصحة البدنية. - مستوى المعيشة. - العلاقات الأسرية.
- العلاقات الاجتماعية. - العلاقات الأسرية. - الأنشطة المجتمعية.
- العمل. - التعليم. - فلسفة الحياة.
- الحقوق. - وقت الفراغ.

- ثانياً: المكونات الذاتية (الإدراك الذاتي، خصائص الشخصية):

إن الجوانب الموضوعاتية من جودة الحياة لا تقدم إلا القليل للفرد السامع مما يجعلنا نبحث عن محددات أخرى لمؤشرات جودة الحياة، ألا وهي جودة الحياة الذاتية أو المحددات الذاتية في جودة الحياة، أي كما يدركها الفرد السامع نفسه من خلال إحساسه بالرضا والسعادة أو الإحباط والتشاؤم واليأس، ومن خلال الإحساس بالانفعالات الإيجابية وتحقيق الذات، فحينما يجد الفرد نفسه متفجعاً على الحياة لا يستمتع بمادياتها فإنه قد يُعاني من إحباط، فما بالنا بالفرد المعاق سمعياً الذي يشعر بعجز واضح عن أقرانه العاديين والذي يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة الذاتية لديه نتيجة إدراكه السلبي لذاته، ومن هنا كان الإهتمام بهذه المتغيرات النفسية كمحددات لجودة حياة الإنسان، فكل ما ندركه وننتبه إليه نفعل به ويؤثر في سلوكنا. (عبد الرحمن، 2008، ص338-339)

### 3-8- الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

#### 3-8-1- الإتجاه الاجتماعي:

يُعرّف أصحاب الإتجاه الاجتماعي جودة الحياة من منظور يُركز على الأسرة والمجتمع وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية، والسكان، والمتغيرات الاجتماعية الأخرى (هاشم، 2001، ص127). حيث يرى (Hankiss, 1984) أن الإهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض،

## الفصل الثالث: جودة الحياة

نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافةً إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمعٍ إلى آخرٍ، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائدٍ ماديٍّ من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تُعدُّ من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجةٍ ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل من عمله. (الغندور، 1999، ص18)

### 3-8-2- الإِتجاه النفسي:

يُركز الإِتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحددٍ أساسيٍّ للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد، وبالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الإنفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعها بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد، كما يُنظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه "البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يُمكن قياس هذا الإشباع بمؤشراتٍ موضوعيةٍ ومؤشراتٍ ذاتيةٍ"، ويرى البعض أن جوهر الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكونٍ أساسيٍّ لجودة الحياة وذلك وفقاً لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية "أبراهام ماسلو" الذي صنف الحاجات إلى خمسة مستويات: الحاجات الفسيولوجية، الحاجة للأمن، الحاجة للإِنتماء، الحاجة لتقدير الذات، الحاجة لتحقيق الذات (الشرافي، 2012، ص72).

### 3-8-3- الإِتجاه الفلسفي:

يؤكد أصحاب الإِتجاه الفلسفي على أن جودة الحياة "حق متكافئ في الحياة والازدهار"، وهناك كثير من المواطن التي تتطلب الجودة؛ حتى يحصل الإنسان على جودة حياة". فمفهوم جودة الحياة -حسب المنظور الفلسفي- جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البراجماتية المشهورة، والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العملي أو القيمة الفورية وليست المرجأة (النفعية)، والمستوى العملي أقرب إلى مفهوم السعادة والرفاهية الشخصية منه إلى أي مفهومٍ آخرٍ، ويُنظر إلى جودة الحياة من منظورٍ فلسفيٍّ آخرٍ على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذ حرر نفسه من أسر الواقع، وحلق في فضاءٍ مثاليةٍ تدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخانق، وترك العنان للحظات من خيالٍ إبداعِيٍّ، وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور "مفارقة للواقع تلمساً لسعادةٍ متخيلةٍ حاملةٍ يعيش فيها الإنسان حالةً من التجاهل التام لآلام الحياة ومصاعبها والذوبان في صفاءٍ روحيٍّ مفارقٍ لكل قيمةٍ ماديةٍ.

## الفصل الثالث: جودة الحياة

وعلى الرغم من وجاهة مضامين الإتجاه الفلسفي في توصيفه لمفهوم جودة الحياة، إلا أن أي قراءةٍ منصفّةٍ لواقع الإنسان في عالمنا المعاصر يُنبئ بأن الإندفاع في مسار الحصول على السعادة وفقاً لهذا المنظور ببعديه المشار إليهما لم يستطع أن يُحقق للإنسان سوى تباشير أملٍ، وبالتالي ظل الإنسان ينشد السعادة لكنه في المقابل لم يحصل سوى على البؤس والتعاسة. (بوعرفة، 2008، ص 43)

### 3-8-4- الإتجاه الطبي:

يهدف هذا الإتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراضٍ جسميةٍ مختلفةٍ أو نفسيةٍ أو عقليةٍ، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة. كما يشير (Marphy & Murphy 2006)، أنه قد بدأ الإهتمام بجودة الحياة في المجال الطبي حيث لاحظ الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد وجودة الحياة من خلال معايير الجودة في الرعاية الصحية، وضرورة الإهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى حيث يُدرك المرضى جودة الحياة بصورةٍ تختلف عن الأسوياء، والعمل على تنمية شبكة العلاقات الإجتماعية لديهم من خلال تدخلات واستراتيجيات فعالة (عبدالله، 2008، ص 139).

حيث إن الإنسان عند انتقاله من مرحلةٍ لأخرى تفرض عليه مطالب وحاجات أخرى مما يستلزم منه إدراكه للجوانب الحياتية التي تضمن جودة حياة لديه، ويسعى للوصول إليها للعيش بشكلٍ متناغمٍ. (الشرافي، 2012، ص 72)

ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الإتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع، إضافةً إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية. (الهمص، 2010، ص 43)

### 3-9- معوقات جودة الحياة:

لجودة الحياة عراقيل تعوق الفرد في تحقيق آماله وطموحاته منها:

3-9-1- **ضغوط الحياة:** تُسبب ضغوط الحياة التي يواجهها الإنسان وخاصةً ضغط العمل العديد من الأمراض منها أمراض القلب والقرحة وغيرها من الأمراض الأخرى، وينشأ ضغط العمل من (قيادة العمل، المسؤولية، الصراع الداخلي) حيث أن:

أ- **قيادة العمل:** تتمثل في علاقة الرئيس بمرؤوسيه وتنشأ الصراعات في حالة اتباع سياسات مجحفة لحقوق العاملين إلى جانب افتقار وسائل الاتصال بين الرؤساء ومرؤوسيه.

ب- **المسؤولية:** هي المسؤولية تجاه زملاء العمل رأس المال المصروفات، والإفتقار إلى المسؤولية ذاتها.

## الفصل الثالث: جودة الحياة

ج- الصراع الداخلي: ينجم من الصراع الداخلي الذي يشعر به الفرد ضعف في إنجاز الأعمال وعدم معرفة المهام بوضوح وتوافر المعلومات غير الصحية، والصراع الداخلي ينجم أيضاً من وجود أكثر من رئيس واحد للعمل وكذا ساعات العمل الإضافية من أجل التعويض المادي بالإضافة إلى عدم انتظام أوقات العمل.

3-9-2- الضغوط الاقتصادية والنفسية: كالحروب مهما كانت طبيعتها عرقية أم سياسية تؤثر بالسلب على جودة حياة الإنسان فهو الذي يدمر نفسه وصحته فيما يخترعه من أسلحة يقتل بها نفسه ويلوث من خلالها البيئة التي يحبها.

3-9-3 الأمراض: القهر، الجهل، التعصب الديني، التميز ضد الأقليات، عقم أساليب التخطيط، قصور وسائل الثقافة وضعف الوعي بأهميتها، التسلط والإحتكار، البيروقراطية، قصور التشريعات. (السرسي، وآخرون، 2016، ص 397)

وتشير (عجاجة، 2007) إلى أن هناك العديد من الأسباب التي تعوق جودة الحياة منها:

- الضغوط اليومية - فقدان الإحساس بمعنى الحياة - قلة الوازع الديني.
- عدم توفير وسائل الرعاية الصحية - قلة الخدمات - التأخر التكنولوجي.
- افتقاد الأفراد للذكاء الوجداني للتغلب على الضغوط.
- وتشير لأهمية التغلب على هذه المعوقات من خلال:

أ- الفرد: يتغلب الفرد على الضغوط اليومية من خلال إيجاد حلول للمشاكل، والتمسك بالعقيدة والإهتمام بالجانب الديني في حياته لكي يشعر بمعنى قيمة الحياة، وأن يتبع نظاماً غذائياً سليماً من حيث نوعية الغذاء والوزن والنوم والراحة لكي يستمتع بصحة جيدة دائماً.

ب- الأسرة: من خلال التنشئة السليمة للأبناء، واستخدام الذكاء الوجداني في التعامل بين الآباء والأبناء، والإحترام المتبادل بين الزوجين، والمرونة العاطفية.

ج - المجتمع: من خلال توفير الدولة لسبل الرعاية الصحية للأفراد وتوفير الثقافة الصحية، والتطور في جودة الخدمات المقدمة، والإهتمام بالتكنولوجيا. (عجاجة، 2007، ص 81)

### 3-10- أثر الإعاقة السمعية على جودة الحياة:

تؤثر الإعاقة السمعية على جوانب الحياة المختلفة للفرد المعاق وفي مراحل العمر المتباينة سواء أكان ذكراً أم أنثى إذ أن تلك الإعاقة تؤثر على النمو الإجتماعي للفرد المعاق، وتحد من فرص تفاعله ومشاركته للآخرين في النشاطات الحياتية المتعددة، وكذلك تحد من فرص اندماجه في المجتمع الأمر الذي يؤثر بشكل سلبي على توافقه النفسي والإجتماعي، ويحد من اكتسابه للمهارات الحياتية اللازمة وكذلك معاناته من العديد من المشكلات الإنفعالية والعاطفية وفي هذا الصدد يذكر (عبد الرحمن، 2008)

## الفصل الثالث: جودة الحياة

أن سوء التواصل والمشكلات النفسية أو الإجتماعية، وانخفاض التوافق النفسي والإجتماعي، وكذلك تدني مفهوم الذات لديهم تعود إلى البيئة الإجتماعية المحيطة بهم بجانب الإعاقة التي يُمكن أن تكون السبب الأكبر وراء انخفاض جودة الحياة لديهم بأبعادها المختلفة، إضافة إلى أن الإعاقة السمعية تتضمن مشكلات نفسية واجتماعية وتربوية وانفعالية وتواصلية تؤثر في نوعية الحياة لدى المعاقين سمعياً، ولا بد من اتخاذ الإجراءات المناسبة للحيلولة دون تفاقم المشكلات النفسية أو التواصلية والإجتماعية للحد من الأسباب المؤدية للإعاقة من خلال تحسين نوعية الخدمات الطبية أو التربوية، وتحسين نوعية المعينات السمعية وتقديم برامج الإرشاد وتعديل السلوك والتأهيل المهني المناسبة لتلبية احتياجاتهم، مما يحقق لهم درجة من السعادة والرضا عن الحياة في ظل ظروف الإعاقة. (السعايدة، 2016، ص 2032-2033)

### - خلاصة:

في ختام هذا الفصل نشير إلى أن مصطلح جودة الحياة يشمل الجوانب الإيجابية في حياة الفرد، وتبرز أهميته في الإحساس بالرضا الحياة كمنطلق للصحة النفسية للفرد، وهناك مؤشرات لتحديدها تتمثل في المؤشرات النفسية التي تفسر إحساس الفرد بالقلق والإكتئاب أو شعوره بالرضا والسعادة، المؤشرات الإجتماعية التي تفسر شبكة العلاقات الإجتماعية مع الآخرين ونشاطات الفرد الترفيهية والإجتماعية، والمؤشرات المهنية التي تفسر رضا الفرد عن مهنته وقدراته في تنفيذ ما يوكل إليه من أعمال، والمؤشرات الجسمية التي توضح مدى تمتع الفرد بالصحة الجسمية العامة والنوم الطبيعي وقدرته الجنسية؛ وأن من بين محددات جودة الحياة الذاتية حيث كونها انبساطية في مقابل الإنطوائية، عصابية في مقابل الإتزان الإنفعالي، التفاؤل في مقابل التشاؤم، تقدير الذات ووجهة الضبط، كما أن جودة الحياة تشمل المجال النفسي للفرد الذي يعتمد على غياب المؤثرات السلبية كالقلق والإكتئاب.

# الفصل الرابع

الإعاقة السمعية

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

- تمهيد:

إن عملية السمع البشري من أعقد النظم الميكانيكية والعصبية، ويمكن لهذا النظام أن يصيبه العطب نتيجة أسباب معروفة كالحوادث أو المرض أو العلاج الطبي أو بسبب الوراثة، والبعض الآخر من الأسباب غير معروف حتى الآن، وتُصنف الإعاقة السمعية إلى عددٍ من التصنيفات وفق وجهات نظر متعددة، كما تُلقب الإعاقة السمعية بظلالها على الفرد فتحرمه من النمو السوي والتواصل مع الآخرين، لذا يتصف المعاقون سعياً بمجموعةٍ من الصفات الخاصة بهم، وسنحاول في هذا الفصل التعرف على هذا النوع من الإعاقات بالدراسة المعمقة.

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

### 4-1-1- تركيب الأذن:

تحتوي الأذن في الواقع على نظامين للإحساس أحدهما للسمع والآخر لحفظ توازن الجسم، وتنقسم الأذن كجهاز للسمع إلى ثلاثة أجزاء هي:

**4-1-1- الأذن الخارجية:** تتكون من الصيوان والقناة السمعية الخارجية، الصيوان هو الجزء الظاهر من الأذن وهو هيكل غضروفي مغطى بالجلد، تقتصر وظيفته على تجميع الموجات الصوتية و إدخالها إلى قناة الأذن، أما القناة السمعية الخارجية فهي عبارة عن قناة صغيرة تمتد أفقياً من الخارج إلى الداخل، يبلغ طولها لدى الشخص البالغ حوالي (2.5سم) تُفرز مادة صمغيةً وتنتهي بغشاء الطبلة، تكمن وظيفتها في نقل الصوت على شكل اهتزازات إلى الأذن الوسطى وحماية طبلة الأذن من الإصابات المباشرة. (أبو النصر، 2005، ص70)

**4-1-2- الأذن الوسطى:** عبارة عن تجويف يقع بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية، هذا الجزء مليء بالهواء من أجل الحفاظ على توازن الضغط داخل طبلة الأذن من الجانبين، والذي بدوره يتحقق بفعل قناة استاكيوس التي تربط الأذن الوسطى بالحلق، كما نجد بها حجرةً مكونةً من ستة جدران، العظيّمات الثلاث: المطرقة والركاب والسندان، عضلتين (عضلة الركاب والعضلة الشاذة لغشاء الطبلة).

تتمثل وظيفة الأذن الوسطى في توصيل الصوت من القناة السمعية الخارجية إلى الأذن الداخلية وتكبير الصوت بمقدار 72 مرة عن طريق:

أ- التكبير الهيدروليكي: وهو النسبة بين الجزء المتحرك في غشاء الطبلة و بين الشباك البيضاوي المغلق بعظمة الركاب في قاعدة القوقعة.

ب- تكبير الرافعة: وهو النسبة بين ذراع المطرقة إلى الذراع الطويلة لعظمة السندان.

ج- تقعر غشاء طبلة الأذن: يؤدي إلى التكبير أربع مرات.

كما تقوم الأذن الوسطى بحماية الأذن الداخلية عن طريق المنعكس الشرطي للصوت وذلك بانقباض عضلتي الركاب والعضلة الشاذة لغشاء الطبلة عند حدوث صوت مرتفع، مانعةً إياه بذلك من الوصول إلى الأذن الداخلية، إضافةً إلى معادلة الضغط على جانبي غشاء الطبلة مما يزيد من حساسية الغشاء للأصوات المنخفضة. (مصطفى، 2009، ص10-11)

**4-1-3- الأذن الداخلية:** عبارة عن تجويفٍ عظميٍّ موجودٍ داخل عظمة الصخرة، يتكون من الدهليز و هو الجزء المسؤول عن الإتزان في الجسم، به سائلٌ يدعى "Endolymph"، كما يحتوي على القوقعة والقنوات شبه الهلالية.

أ- القوقعة: عبارة عن دهليز مغلق تماماً و ملفوفٍ حول محور أفقي، له جدران صلبةً ومملوءةً بمادةٍ لزجةٍ تدعى "Perilymph" وقنوات ذات نهاياتٍ عصبيةٍ عالية الحساسية للموجات الصوتية، تكمن وظيفتها في تحويل الذبذبات الصوتية إلى إشاراتٍ كهربائيةٍ ليتم نقلها إلى المخ بواسطة العصب السمعي.

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

ب- القنوات شبه الهلالية: وهي ثلاث قنواتٍ على كل ناحية قناةٌ علويةٌ و قناةٌ عموديةٌ و قناةٌ عرضيةٌ، تُمثل كل قناتين متقابلتين مستوىً واحداً، تمتلئ بسائلٍ نسيجي به مئات الآلاف من الخلايا السمعية المعروفة بالخلايا الشعرية، تكمن وظيفة الأذن الداخلية في تحريك الخلايا الشعرية الدقيقة التي تُحوّل الموجات الصوتية الموجودة بالأذن الداخلية إلى نبضات كهربائية، لتلتقطها أطراف العصب السمعي الملتصقة بالقوقعة ومنه إلى مراكز السمع بالمخ، لتتم ترجمتها وتفسيرها وإضفاء المعنى المناسب عليها. (فوقية، 2006، ص110-111)

### 4-2- أهمية السمع في حياة الإنسان:

يعتمد إدراك الإنسان لعالمه على المعلومات التي يستقبلها عبر الحواس (السمع، البصر، الشم، الذوق، اللمس)، وحدث أي خللٍ واحدٍ أو أكثر لهذه الحواس ينجم عنه صعوبات، و ينصب الإهتمام هنا عن عجز حاسة السمع عن القيام بدورها، فمثل هذا العجز يقود إلى صعوباتٍ عديدةٍ و متنوعة، لأن السمع يلعب دوراً أساسياً في نمو الإنسان، فحاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة وهي تُشكل حجر الزاوية بالنسبة لتطور السلوك الإجتماعي، كذلك فإن حاسة السمع تُمكن الإنسان من فهم بيئته و معرفة المخاطر الموجودة فيها فتدفعه إلى تجنبها. (الخطيب، 1998، ص13)

ومن هنا فإن السمع يُعتبر أمراً حيوياً و أساسياً في كل مظهر من مظاهر حياتنا اليومية، لأن أثر الصمم لا يقتصر على عجز الطفل المبتلى به على سماع الآخرين المحيطين به، أو عن اكتساب الكلام بطريقة طبيعية نامية، أو على نشأته تبعاً لذلك في بيئة فقيرة في المعلومات، و لكن الأمر يتعدى ذلك إلى ما هو أخطر حيث يؤدي الصمم إلى الحد من الحواجز التي تُحفز الطفل على اكتشاف العالم المحيط به وإلى التقليل من الأشياء التي تُثير فيه روح الفضول والإستطلاع، كما سيكون من الصعوبة بمكان أن تُتاح له فرص المشاركة في التعلم في المدرسة أو الجامعة، أو أداء عملٍ من الأعمال أو المشاركة في أنشطة البيئة أو الأسرة، إلا إذا تم القيام بعمل ترتيبات واستعدادات خاصة تؤهله لهذه المشاركة، وفي أسوأ الأحوال قد يجد مثل هذا الشخص أن المشاركة في الحياة بفعالية قد أصبح أمراً صعباً إن لم يكن مستحيلاً في ظل مجتمع يعتمد اعتماداً كاملاً على السمع والتخاطب كطريقتين حيويتين للتواصل فيما بين أفرادِه. (عبيد، 2000، ص18)

### 4-3- مفهوم الإعاقة السمعية:

يُعرّفها "القریوتی" بأنها تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجة الشديدة جداً، والتي ينتج عنها الصمم. (كران، 2004، ص62)

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

و يرى "Loyd" أن الإعاقة السمعية تعني إنحرافاً في السمع يحد من القدرة علي التواصل السمعي، وشدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع، والعمر عند إكتشاف فقدان السمع ومعالجته، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع، ونوع الإضطراب الذي أدى الي فقدان السمع، وفاعلية أدوات تضخيم الصوت، والخدمات التأهيلية المقدمة، والعوامل الأسرية والقدرات التعويضية أو التكيفية (العزة، 2002، ص110) والإعاقة السمعية تعني وجود مشكلات تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي بوظائفه كاملة عند الفرد، أو يُقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجة البسيطة والمتوسطة والتي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها صمم. (عزيز، 2003، ص434)

وهي عدم القدرة على سماع الأصوات وفهمها، والأصم هو الشخص الذي فقد حاسة السمع أو قدراً منها، أو هو كل من وُلد ولم يكتسب لغة التخاطب في المحيط الذي يعيش فيه بطريقة طبيعية بسبب فقد القدرة على السمع، وبمعنى آخر فإن الأصم هو الشخص الذي يُعاني فقدان في السمع إلى درجة تجعل من المستحيل عليه فهم الكلام المنطوق مع استعماله المعينات السمعية أو بدونها فهو لا يستفيد من حاسة السمع لأنها مُعطلة لديه. (حافظ، 1995، ص17)

ويشمل مصطلح الإعاقة السمعية كلاً من ضعيف السمع (Limited Hearing) والأصم (Deafness)، أما ضعيف السمع فهو الفرد الذي يُعاني من فقدان سمعي من درجة (35-69 ديسبل) تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع سواءً باستخدام المعينات السمعية أو بدونها. أما الأصم فهو الفرد الذي يُعاني من عجز سمعي يصل إلى درجة تساوي (76 ديسبل) فأكثر من فقدان السمع تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواءً باستخدام الساعات أو بدونها، ولذلك فالأصم يحتاج إلى خدمات تربوية متخصصة متعلم طرق الإتصال اليدوية ولغة الشفاه، بينما الفرد ضعيف السمع يُمكن تعويض فقدانه عن السمع باستخدام المعينات السمعية. (كوافحة، وعبد العزيز، 2010، ص99-100)

### 4-4- أسباب الإعاقة السمعية:

تُصنف منظمة الصحة العالمية (WHO, 2012) الأسباب المؤدية إلى الإعاقة السمعية إلى ما يلي:  
أ- الأسباب الخلقية: وتُسمى أيضاً الولادية أي أن الطفل يُولد و لديه إعاقة سمعية أو أنها تحدث له بعد فترة وجيزة من ولادته ومن أهم هذه الأسباب نذكر:

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

- العوامل الوراثية: حيث يرث المولود إعاقته من أحد والديه، فإذا كان أحدهم أو كلاهما أو أحد من الأقارب من الدرجة الأولى يُعاني من صمم، فإن احتمالات إصابة المولود بالإعاقة تكون متزايدة، كما يمكن للضعف السمعي أن ينتقل بصفة سائدة أو متنحية.
- مشكلات أثناء الحمل والولادة: وهي تشمل ما يلي:
  - انخفاض وزن المولود عند الولادة.
  - تعرض الطفل لنقص الأكسجين أو الإختناق أثناء الولادة.
  - إصابة الأم أثناء الحمل بأحد الأمراض كالحصبة الألمانية، أو الزهري أو غيرهما أو الإصابة بالعدوى.
  - الإستخدام غير السليم للعقاقير السامة أثناء فترة الحمل من قبل الأم.
  - اليرقان (الإصفرار الشديد) الذي قد يؤثر على العصب السمعي لدى المولود.
- ب- الأسباب المكتسبة: وهذه العوامل قد تؤدي للإعاقة في أي عمر ونذكر منها:
  - الأمراض المعدية وخاصة في مرحلة الطفولة كالحصبة وإلتهاب السحايا والنكاف...إلخ.
  - الإفرازات الغير عادية داخل الأذن (الإلتهابات المزمنة).
  - إستخدام العقاقير السامة بما في ذلك بعض المضادات الحيوية، والذي قد يؤدي للإضرار بالأذن الداخلية.
  - الإصابات المباشرة في الأذن أو الرأس.
  - الأصوات المرتفعة الشدة كالتى تسمع في المطارات والطرق السريعة والضوضاء المفرطة، والعمل بالآلات ذات الأصوات الصاخبة دون وضع واق للأذن، مما يلحق الضرر بالأذن وخاصة الداخلية والتقليل من القدرة السمعية.
  - التقدم في السن، فقد يحدث خلل في مستويات السمع بسبب التقدم الكبير في السن، وهذا الضعف لا يؤثر على قدرة الشخص على فهم المحادثة العادية إلا بعد التقدم في العمر.
  - الأشياء الغريبة التي قد تسد الأذن أو القناة، وهذا فقدان عادة ما يكون سهلاً ويتم تصليحه بسرعة.
  - الإضطرابات العصبية كالسكتة الدماغية أو التصلب.
  - المواد الكيماوية المؤثرة على الجهاز السمعي. (الخطيب، 2013، 156-157)

### 4-5- تصنيفات الإعاقة السمعية:

- على الرغم من اختلاف التفسيرات والتصنيفات المتعلقة بالإعاقة السمعية، إلا أنها تتفق على مبدأ تصنيف الإعاقة السمعية تبعاً لثلاثة معايير هي:
- العمر عند الإصابة.
  - موقع الإصابة.
  - شدة الإصابة.

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

### 4-5-1- تصنيف الإعاقة السمعية وفقاً للعمر عند الإصابة:

وتصنف الإعاقة السمعية وفقاً لهذا الأساس إلى نوعين:

أ- صمم ما قبل تعلم اللغة: وهم من وُلِدوا صُمّاً والذين فقدوا قدراتهم السمعية قبل اكتساب اللغة أي ما قبل سن الثالثة، وتتميز هذه الفئة بعدم قدرتها على الكلام لعدم سماعها للغة.

ب- صمم ما بعد تعلم اللغة: وهم من وُلِدوا عاديين متمتعين بحاسة السمع، ثم أصبحت هذه الحاسة فيما بعد غير وظيفية، حيث فقدت قيمتها من الناحية العلمية، نتيجةً لمرضٍ أو حادثٍ، ويُعرف هذا النوع من الإعاقة السمعية بالقصور السمعي الطارئ أو المكتسب، وفي هذه الحالة يبدأ الطفل بفقدان القدرات اللغوية التي تكون قد تطورت لديه إذا لم تُقدم له خدماتٌ تأهيليةٌ خاصةً. (طاهر، 2013، ص222)

### 4-5-2- تصنيف الإعاقة السمعية حسب شدة الإصابة:

تُصنف الإعاقة السمعية وفقاً لهذا التصنيف حسب درجة فقدان السمع، التي يُمكن قياسها بطريقة الأديومتر، ويعبر عنها بالديسبل (db)، إلى التصنيفات التالية:

أ- الإعاقة السمعية البسيطة جداً: تتراوح شدة فقدان السمع فيها ما بين (25-40) ديسبل، ويواجه الشخص في هذه الدرجة من فقدان صعوبةً في سماع الأصوات الخافتة والصادرة من أماكن بعيدة، والطفل هنا لا يواجه صعوبةً في الالتحاق بالمدرسة العادية بل يحتاج إلى بعض التعديلات الصفية مع خدمات مع أخصائي السمع والتخاطب، وقد يستفيد من المعينات السمعية ومن البرامج العلاجية لتصحيح النطق.

ب- الإعاقة السمعية البسيطة: تتراوح شدة فقدان السمع فيها ما بين (41-55) ديسبل، ويستفيد الشخص من المعينات السمعية، ويجب إحالته إلى التربية الخاصة لأنه قد يحتاج إلى الإلتحاق بصفٍ خاصٍ.

ج- الإعاقة السمعية المتوسطة: تتراوح شدة فقدان السمع فيها ما بين (56-70) ديسبل، ويستفيد الشخص من المعينات السمعية، ويمكن لمن يعانون منه استخدام أجهزةٍ مكبرةٍ للصوت بالإضافة إلى استخدام البصر كحاسةٍ مساعدةٍ، والأطفال ذوو فقدان السمع المتوسط يُظهرون ضعفاً في الإنتباه أو تخلفاً لغوياً ومشكلاتٍ كلاميةٍ وتعليميةٍ، كما يُظهرون صعوبةً في تعلم معنى الكلمات وقواعد اللغة بسبب أنهم لا يسمعون بعض الأصوات الكلامية، إضافةً إلى سماعهم بعض الأصوات الكلامية بشكلٍ غير صحيح، كما أن الغُرباء يُظهرون صعوبةً في فهم كلام الطفل ذو فقدان السمع المتوسط.

د- الإعاقة السمعية الشديدة: تتراوح شدة فقدان السمع فيها ما بين (71-90) ديسبل، ويُعاني الشخص من صعوباتٍ شديدةٍ في السمع واضطراباتٍ شديدةٍ في الكلام، ويحتاج إلى الإلتحاق بمدرسةٍ خاصةٍ بتعليم الصمِّ وإلى تدريب نطقٍ وسمعٍ وقراءةٍ شفاهٍ مع ارتداء المعينات السمعية.

هـ- الإعاقة السمعية الشديدة جداً: تتراوح شدة فقدان السمع فيها ما بين (91) ديسبل فأكثر، وأفراد هذه الفئة نادراً ما يتعلمون اللغة عن طريق الأذن فقط حتى لو استخدموا أقصى درجةٍ ممكنةٍ من تكبير

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

الصوت وتضخيمه، ولا يستطيع أن يسمع سوى بعض الأصوات العالية وإنه يعتمد على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع، ويحتاج إلى الإلتحاق بمدارس لتعليم الصم تكون مزودة بوسائل خاصة وخدمات أخصائي السمع والتخاطب ومترجم لغة الإشارة. (الخفاف، 2011، ص 100-101)

### 4-5-3- التصنيف حسب موضع الإصابة في الجهاز السمعي:

أ- إعاقة سمعية توصيلية: تنتج عن أي اضطراب في الأذن الخارجية أو الوسطى يمنع أو يحد من نقل الموجات أو الطاقة الصوتية إلى الأذن الداخلية، أي أن المشكلة ليست في تفسير الأصوات وفي تحليلها، وإنما في إيصالها إلى جهاز التحليل والتفسير وهو الأذن الداخلية ومناطق السمع العليا.

ب- إعاقة سمعية حسية - عصبية: تنتج عن خلل يُصيب الأذن الداخلية، أو المنطقة الواقعة ما بين الأذن الداخلية ومنطقة عنق المخ، مع وجود أذنٍ وسطى وخارجية سليميتين، وفي هذا النوع من ضعف السمع، نجد أن المشكلة ليست في توصيل الصوت، وإنما في عملية تحليله وتفسيره، كما تشير إلى حالات الضعف السمعي الناتجة عن أي اضطراب في الأذن الداخلية، ويستخدم البعض هذا المصطلح للإشارة إلى اضطرابات العصب السمعي أيضاً.

ج- إعاقة سمعية مختلطة: تكون الإعاقة السمعية مختلطة إذا كان الشخص يُعاني من إعاقة توصيلية وإعاقة حس عصبية في الوقت نفسه، فهي عبارة عن ضعف سمعٍ مشتركٍ يتضمن كلاً من ضعف السمع التوصيلي والحسي العصبي، وذلك نتيجة لوجود خللٍ في أجزاء الأذن الثلاثة: (الخارجية والوسطى والداخلية).

د- إعاقة سمعية مركزية: تنتج الإعاقة السمعية المركزية عن أي اضطراب في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو في المراكز السمعية في الدماغ. (نيسان، 2009، ص 14-15)

### 4-6- خصائص ذوي الإعاقة السمعية:

4-6-1- الخصائص الاجتماعية: ترتبط خصائص المعوق سمعياً الاجتماعية بظروف البيئة المحيطة به، فتكيفه الاجتماعي أو عدمه ومشكلاته يعتمد على كيفية تقبل الأقران في بيئته لإعاقته، فإذا لم يتقبل الأقران إعاقته فسوف يعاني من عزلة، وأحياناً نجده يعاني من صعوبة في بناء صداقات، والخجل والميل نحو الإنعزال والإنطواء، وتؤثر البرامج التربوية والصحية والتأهيلية على تكيفه، فإذا توفرت البرامج المناسبة فإن ذلك يسهل عملية تكيفه الاجتماعي، ومما يعيق عملية التواصل الاجتماعي لديه عدم توافر نماذج حوارية يتعلم من خلالها، فالطفل السامع أمامه نماذج حوارية عديدة، تعلمه كيفية التصرف السليم في المنزل والمدرسة والشارع، وفي المواقف الاجتماعية المختلفة، سواء في مواقف الفرح والسرور أو الحزن والمرض، كما أن أهل والمدرسين يناقشون معه القواعد التي تحكم طرق التعامل الاجتماعي، أما بالنسبة للمعوق سمعياً فإن أهل لا يبذلون الجهد والوقت الكافيين للتغلب على الصعوبات التواصلية، وبالتالي فإن قدرتهم على وضع القواعد الاجتماعية تصبح أقل، حتى إذا استعد أهل لبذل الجهد لتوصيل

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

الأفكار والمفاهيم لأطفالهم فإننا نعرف بأن ما يُمكن توضيحه للسامع في دقائق قد يستغرق فترة طويلة لتوضيحه للطفل المعوق سمعياً، مما يُقلل من حماس الأهل في بذل الجهد والوقت مع ولداهم. (القيوتي، 2006، ص 63)

**4-6-2- الخصائص العقلية:** ورد في (عبد القادر، 2010، ص 360) أن النمو العقلي لدى الشخص الأصم يتم في جزءٍ كبيرٍ خلال السنوات الخمس الأولى من العمر، إذ يكتمل نمو (90%) من حجم الدماغ خلال هذه الفترة، وقد تبين أن المثيرات الحسية الموجودة في بيئة الأصم تؤثر على نمو قدراته العقلية، ورغم أن هذه القدرات موروثية في جزءٍ كبيرٍ منها إلا أن التفاعل بين الإمكانيات الموروثة والمثيرات البيئية هو الذي يؤدي إلى نمو القدرات العقلية لدى الأصم، وإذا كانت المثيرات الحسية تؤثر في النمو العقلي للأصم، فإن التواصل يُعد من أهم المثيرات التي تقرب مدلول الأشياء إلى عقلية الأصم. لذلك نجد أنه من الطبيعي أن نلاحظ تدني أداء الصم على اختبارات الذكاء، وذلك بسبب اعتماد تلك الاختبارات على الناحية اللفظية، وأشار "فيرث Firth" إلى تشابه عمليات التفكير كما هي لدى "بياجيه"، ومن الطلبة السامعين، والصم، بالرغم من الصعوبات التي يواجهها الصم في التعبير عن بعض المفاهيم وخاصة المفاهيم المجردة. (الداهري، 2010، ص 94)

حيث يتسم الأصم بسرعة النسيان، وقلة التركيز، صعوبة في إدراك المثيرات اللفظية المجردة والرمزية، وتباين كبير في سرعة التعلم (الفايز، وآخرون، 2010، ص 25) وقد ثبت أن هناك أثراً للحرمان الحسي والسمعي على التذكر، ففي بعض أبعاده يفوق الصم زملاءهم السامعين وفي بعضها الآخر يقلون عنهم، فمثلاً تذكر الشكل أو التصميم وتذكر الحركة يفوق فيه الصم زملاءهم السامعين، بينما يفوق السامعون زملاءهم الصم في تذكر المتتاليات العددية. (عبد المعطي، وأبو قلة، 2007)

**4-6-3- الخصائص اللغوية:** لا شك في أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية، فالإعاقة السمعية تؤثر سلبياً على جميع جوانب النمو اللغوي، ومن تلك الآثار السلبية على النمو اللغوي: عدم تلقي الطفل المعاق سمعياً لأي تعزيزٍ سمعيٍّ عندما يصدر أي صوتٍ من الأصوات، كما أنه لا يستطيع سماع كلام الكبار كي يقلده، وبالتالي فهو محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو ما يُصدره من أصوات. (محمود، 2010، ص 96)

وتتصف لغة المعاقين سمعياً بالفقر البالغ قياساً بلغة الآخرين ممن لا يعانون من هذه الإعاقة، وتكون ذخيرتهم اللغوية محدودةً وألفاظهم تدور حول الملموس، وتتصف جُمْلهم بالقصر والتعقيد علاوةً على بُطء كلامهم واتصافه بالنبرة غير العادية، فالطفل السامع في الخامسة من عمره يعرف ما يزيد عن (2000) كلمة، أما الطفل الأصم لا يعرف أكثر من (200) كلمة، وبدون تعليم لغوي منظم للطفل الأصم

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

لا يعرف أكثر من (25) كلمة فقط، وبذلك فإن الخصائص اللغوية تختلف من فردٍ لآخر، وهناك علاقة طردية بين النمو اللغوي للمعاق سمعياً وبين درجة الإعاقة، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت المشكلات اللغوية لدى المعاقين سمعياً، الأمر الذي يجعل من الصعب على الوالدين فهم المعاق سمعياً وما يريد إيصاله من معنى بسهولةٍ ويُسرٍ، وبالتالي قد تسوء المعاملة الوالدية له الأمر الذي يؤدي إلى شعوره بالإغتراب النفسي نتيجةً لعدم فهمه وتعرضه لأساليبٍ والديةٍ غير سوية. (العزة، 2002، ص114)

**4-6-4- الخصائص الجسمية والحركية:** إن المبدأ الأساسي في تربية الطفل ونموه يتمثل في المحافظة على صحته على أعلى مستوى من الكفاءة، فصحة الطفل تكمن في سمعه، ولذا فحينما يصرخ ضعاف السمع فإنه يشعر بحركاته العضلية ولكنه لا يستطيع أن يسمع الصوت الذي يحدثه، لذلك فإنه يفقد نوعاً مهماً من المنبهات والشعور بالأمان، إذ إنه لا يوجد اختلاف واضح للحاجات الجسمية بين ضعاف السمع وعادي السمع، خاصة وأن الساعات المنتظمة من النوم والهواء الطلق والطعام الجيد، كل ذلك يقدم لكلا النوعين فرصاً أفضل للنمو الجسمي. (السعيد، 2015، ص160)

ولم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى الأطفال المعوقين سمعياً باهتمامٍ كبيرٍ من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة، وعلى أي حال الإفتراض هو أن مشكلات التواصل التي يعانيتها المعوقون سمعياً تضع حواجزاً وعوائقاً كبيرةً أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها، وإذا لم يُزود المعوق سمعياً باستراتيجياتٍ بديلةٍ للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيوداً على النمو الحركي، وإن الفقدان السمعي ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبياً على وضعه في الفراغ وعلى حركات جسمه، ولذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما النمو الحركي لهؤلاء الأشخاص فهو متأخر مقارنةً بالنمو الحركي للأشخاص غير المعوقين سمعياً، كذلك فإن بعضهم يمشي بطريقةٍ مميزةٍ فلا يرفع قدميه عن الأرض وترتبط هذه المشكلة بعدم قدرتهم على سمع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيءٍ من الأمان عندما تبقى القدمان على اتصالٍ دائمٍ بالأرض، وأخيراً فإن الأشخاص المعوقين سمعياً كمجموعة لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنةً بالأشخاص العاديين، فهم عموماً يتحركون قليلاً حيث أنهم يُخصصون معظم وقتهم للتواصل مع الآخرين. (الخطيب، 1998، ص89-90)

**4-6-5- الخصائص المعرفية والأكاديمية:** لقد أكدت العديد من الدراسات على أن مستوى ذكاء الأصم وقدراته العقلية لا يختلف عن مستواها لدى أقرانه السامعين، ويبرز ذلك عند استخدام الإختبارات غير اللفظية، ويختلف الأمر كثيراً عند استخدام الإختبارات اللفظية، وطالما أن الصمم يؤثر بشكلٍ واضحٍ على اللغة اللفظية للطفل فبطبيعة الحال ستتأثر الجوانب المعرفية والأكاديمية له (التي تستند على اللغة اللفظية كالقراءة والكتابة والحساب)، فيمكن أن يعاني صعوباتٍ في القراءة والكتابة، إلا أنه قد يُنجز

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

بشكل أفضل ويتقن المهارات الحسابية وما له علاقة بالمدرجات الحسية، ويرى "فيرث" أن نسبة قليلة من الصم قادرة على القراءة الإستيعابية في مستوى ما بعد المرحلة الثانوية. (الروسان، 2001، ص179)

والأصم لديه القابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يصاحب إعاقته تلف دماغي، فمفاهيمه لا تختلف عن مفاهيم السامعين باستثناء المفاهيم اللغوية، ويتعلم بشكل أفضل إذا ما تضمن الموقف مثيرات حسية متعددة، ويمكن اعتبار بعض الأطفال الصم في عداد الموهوبين، وينخفض مستوى تحصيلهم بشكل ملحوظ عن مستوى أقرانهم السامعين (على الرغم من عدم اختلاف مستويات ذكائهم)، ويُعد التحصيل القرائي هو الأكثر انخفاضاً لديهم، ولكنه عندما يكونوا لآباء صم أعلى من مثيله لأقرانهم الصم لآباء سامعين، وكلما زادت المتطلبات اللغوية ومستوى تعقدها أصبحت قدرة الأطفال الصم على التحصيل أضعف، ويرجع هذا الانخفاض إلى تأخر نموهم اللغوي وانخفاض قدرتهم اللغوية وتدني مستوى دافعيتهم وعدم ملاءمة طرق التدريس المتبعة، وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات على تأخر تحصيل الطلاب الصم بثلاث أو أربع صفوف دراسية عن أقرانهم السامعين في نفس عمرهم الزمني. (عبد الله، 2004، ص201)

**4-6-6- الخصائص السلوكية:** أشار "عبد المطلب أمين" إلى أن العزلة الإجبارية التي يعيشها الأصم تؤدي إلى توتره حيث يتولد لديه نوع من الإحباط الذي يولد بدوره العديد من المشاعر المختلفة من الغضب والإحباط والعنوان نحو الآخرين، وهذه المشاعر والإحباطات تنعكس على تقدير الأصم لذاته وتُتمي لديه شعوراً متزايداً بالدونية، كما يترجم الأصم هذه المشاعر في صورة بعض المشكلات السلوكية والإنفعالية والتي يمكن التعرف عليها من خلال ما تحدثه من آثار ونتائج سلبية وغير مرغوبة سواء للفرد نفسه أو للآخرين المحيطين به، فقد تتضمن الإيذاء الجسدي أو الإعتداء على الآخرين، وقد تظهر في سلوك الكذب، أو الإنطواء والإنسحاب، أو إهمال الواجبات، وغير ذلك من المشكلات التي يمكن التعرف عليها والتي يمكن أن يُعاني منها الفرد، وتميل هذه المشكلات والإضطرابات السلوكية إلى الظهور بوضوح عند التحاق الأصم بالمدرسة. (القريطي، 2001، ص82)

### 4-7- طرق قياس الإعاقة السمعية:

تتنوع الطرق والاختبارات التي يمكن من خلالها قياس شدة السمع أو الكشف عن إمكانية الإصابة بالإعاقة السمعية، وتأتي هذه الاختبارات في حال ظهور أعراض الإعاقة السمعية المذكورة سابقاً.

**4-7-1- اختبار الهمس:** من الاختبارات التي يمكن للآباء والأمهات إجراؤها على الطفل، وتعتمد على قدرته على سماع الهمس، حيث يقف الفاحص خلف الطفل الذي يقف مواجهاً الحائط ويُحادثه هامساً ببعض الكلمات مع الابتعاد عنه تدريجياً مستمراً في محادثته، إلى أن يصل إلى مسافة لا يمكن للطفل سماع ما يُقال وذلك بعد تغطية إحدى الأذنين. (عبد الرحيم، 1997، ص97)

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

4-7-2- اختبار دقائق الساعة: يُعطي هذا الإختبار فكرةً مبدئيةً عن حدة السمع في كل أذن على حدى، حيث يجلس الطفل على كرسي في حجرة هادئة، تُغطى إحدى أذنيه ويقف المُختبر (الفاحص) خلفه ماسكاً بالساعة، ويضعها بالقرب من أذنيه ليتأكد من أنه يستطيع سماع دقائقها، ويطلب منه أن يرفع يده عندما يسمع دقائقها.

يُبعد المُختبر الساعة عن الطفل حوالي المتر (خمسة أقدام)، ثم يُقرب الساعة تدريجياً ويبطئ إلى أن يُشير الطفل أنه يسمعها، ثم تحسب المسافة في الوضع الأخير وتُقارن بالوضع الأول العادي (خمسة أقدام)، وبعدها تُكرر العملية مع الأذن الأخرى وبنفس الساعة. (الشيخ، 2018، ص72)

هو جهازٌ دقيق يُبين درجة القصور السمعي في كل أذن، ويُحدد أنواع الذبذبات التي تقتصر الأذن على سماعها، يُضبط القرص الخاص بالذبذبات على نقطة البداية (1024 ذبذبة /ثا)، وتُعطى للطفل تعليمات الإختبار بدقة وعند التأكد من فهمها جيداً يُطلب منه وضع الساعة على الأذن اليسرى وعند سماعه أي صوتٍ يرفع يده مبيناً أنه سمع الصوت، فيُسجل المُختبر ذلك على ورقة خاصة تُعرف "بالأديوجرام"، ثم يُكرر التجربة على الأصوات ذات الذبذبات العالية والتي يُرمز لها بالأرقام "128، 256، 512" وهي من النوع المعروف باسم "الأصوات ذات الذبذبات المنخفضة"، وبالنظر إلى "الأديوجرام" يُمكن تحديد القدرة السمعية لدى الطفل مقارنةً مع الرسم البياني المُتَّصَل عليه لكل أذن مع الفرد العادي. (أحمد، 1981، ص113)

### 4-7-3- الأوديومتر الكلامي الجمعي Audiometre (4-A) :

هو جهاز عبارة عن علبة اسطوانية مسجلة تُردد مجموعةً من الأصوات على درجاتٍ مختلفةٍ من الإرتفاع والإنخفاض، وتتصل به سماعات فردية مثل سماعات الهاتف، وقد يصل عددها إلى الأربعين سماعة، ويصل صوت الأسطوانة إلى هذه السماعات بقوة واحدة أي أن شدة الصوت ووضوحه في كافة السماعات واحدة، وتُعطى للطفل ورقةً خاصةً ليُسجل عليها ما يسمع من الأرقام، ويتدرج الصوت من عالٍ ثم ينخفض تدريجياً حتى يصل إلى الدرجة التي لا يستطيع سماعها فيقف عن التسجيل، وهذه اللحظة هي التي تُحدد درجة قصور السمع. (أحمد، 1981، ص114)

### 4-8- الوقاية من الإعاقة السمعية:

إن منع أو تقليل احتمالات حدوث أو تفاقم الضعف السمعي والصمم، يتطلب معرفة العلامات التحذيرية لهذا الضعف واتباع منحي سليم في الصحة السمعية، وتوفير الإستشارة الطبية اللازمة، وتجنب الظروف والعوامل الخطرة التي تهدد حاسة السمع، وتوضح الصورة بشكل أفضل إذا أشرنا إلى مستويات الوقاية والتي تتمثل فيما يأتي:

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

4-8-1- الوقاية الأولية: هي مجموعة الإجراءات التي تهدف إلى الحيلولة دون حدوث نقص في

السمع، وذلك من خلال تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية وتشمل:

- التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل والكشف عن حالات عدم التوافق لعامل RH.
- تطعيم الأطفال ضد أمراض الطفولة سواء الفيروسي أو البكتيري.
- امتناع الأم عن تناول العقاقير الطبية أثناء الحمل والولادة.
- مراجعة الطبيب بشكل دوري.
- الإرشاد الصحي.
- إزالة المخاطر البيئية.
- توعية الجماهير.

4-8-2- الوقاية الثانوية: وتتمثل في مجموعة الإجراءات التي تسعى لمنع تطور حالة الضعف إلى

حالة عجز، وذلك من خلال الكشف المبكر والتدخل العلاجي المبكر، وتشمل:

- الكشف المبكر عن نقص السمع عند الأطفال.
- توفير المعينات السمعية.
- تقديم خدمات التدخل المبكر.
- المعالجة الطبية والجراحية المناسبة.

4-8-3- الوقاية الثلاثية: وتتمثل في الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم حالة العجز وتطورها إلى

حالة إعاقة، وذلك من خلال تعزيز القدرات المتبقية لدى الفرد، والحد من التأثيرات السلبية للعجز لديه،

وتشمل ما يلي:

- تقديم خدمات التربية الخاصة.
- تعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع.
- تقديم خدمات الإرشاد والتدريب الأسري.
- توفير فرص الدمج الاجتماعي. (الخطيب، 1998، ص 62)

## الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

- خلاصة:

من خلال ما سبق فإننا نخلص إلى أن الإعاقة السمعية واحدة من الإعاقات المعقدة، فأسبابها كثيرة ومتنوعة، وأفرادها يُمثلون فئاتٍ غير متجانسةٍ في الخصائص، كما أن مصطلح الإعاقة السمعية يُطلق على الصُم وضعاف السمع، وتُصنف الإعاقة السمعية وفق وجهات نظرٍ متعددةٍ منها الطبية والتربوية ومنها ما يُصنفها حسب موقع الإصابة، ومنها ما يُصنفها حسب درجة فقدان السمع، كما أن طرق اختبارات قياس الفقد السمعي كثيرة حسب التطور العلمي الحاصل، ومهما كانت شدة الإعاقة أو سببها فإننا نقف مطالبين جميعاً بالإهتمام بهذه الفئة وتقديم كل الخدمات والرعاية الكاملة من أجل اندماجهم بين أفراد المجتمع واستفادتهم من كل الإمكانيات التي توفرها الدولة لهم ليكونوا سعداء وراضين.

الجانب التطبيقي

# الفصل الخامس

منهجية الدراسة

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة

- تمهيد:

إن منهجية الدراسة الصحيحة هي الطريقة المؤدية إلى الكشف عن الحقيقة والوصول إلى المعلومة، ويتم اتباع منهجية سليمة باتباع المنهج العلمي المناسب وذلك للإجابة على تساؤلات البحث وتحقيق أهدافه وحل المشكلة، وتعتبر مرحلة الدراسة الميدانية من أصعب المراحل في إعداد البحث كونها الركيزة الأساسية التي يُبنى عليها البحث ويتحدد أسلوبه وطرقه في حل المشاكل وتحقيق الأهداف والإجابة على الأسئلة والتحقق من الفرضيات بناءً على منهجية علمية قوية ومتينة، وفي هذا الفصل سنقوم بسرد مفصل للخطوات الميدانية التي قُمنّا بها بداية من الدراسة الإستطلاعية وصولاً إلى تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية.

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة

### 5-1- الدراسة الإستطلاعية:

تعد الدراسة الإستطلاعية في البحث العلمي أحد أنواع البحوث العلمية التي يقوم الباحث باستخدامها لكي يعمل على تنفيذ الدراسة الميدانية، وعادةً ما يستعين بها الباحث إذا كان لا يملك معرفةً كاملةً عن الموضوع، لذا تساعده في تزويد معرفته وتجعله أكثر تعمقاً في موضوع دراسته، وبالتالي يصبح ملماً بجميع جوانبها، عليه كان لزاماً علينا القيام بدراسة استطلاعية للإلمام بجوانب الدراسة والتعرف على مكوناته والصعوبات التي قد نواجهها خلال إجرائنا للدراسة الميدانية الأساسية.

لذا بعد ضبط موضوع دراستنا والحصول على أمرٍ بتسهيل مهمة توجهننا إلى مدرسة صغار الصم بالمسيلة يوم 2022/03/13، وكان لنا لقاء مع السيدة مديرة المدرسة التي رحبت بنا وقدمت لنا كل المعلومات حول المدرسة، ومنها عرفنا بأن المدرسة مخصصة للتلاميذ المعاقين سمعياً المزاولين لتعليمهم الإبتدائي فقط، أما تلاميذ مرحلة التعليم المتوسط فإنهم ينتقلون إلى ملحقة المعاقين سمعياً بمدرسة الأطفال المكفوفين بالمسيلة الشهيد ثامر المبروك، لذا توجهننا في اليوم الموالي إلى الملحقة أي يوم 2022/03/14، حيث كان لنا لقاء مع السيد مدير المدرسة الذي قام مشكوراً بتقديم كل التسهيلات اللازمة لإجرائنا الدراسة في أحسن الظروف، وبعد الإذن منه توجهننا إلى القاعة المخصصة للرياضة حيث التقينا بالأستاذ المسؤول عن التربية البدنية والرياضية المكيفة بالمدرسة السيد (م،ع) والذي استفدنا كثيراً من خبرته وتوجيهاته القيمة حول كيفية التعامل مع فئة المعاقين سمعياً خلال ممارستهم للأنشطة الرياضية، كما كان لنا لقاء يومها مع أستاذة لغة الإشارة التي ساعدتنا في توزيع المقياس على عينة استطلاعية قدرها 05 أطفال تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين الأطفال الذين كانوا داخل القسم الذي تُدرس فيه أستاذة لغة الإشارة، حيث قامت مشكورة بترجمة عبارات المقياس وطريقة الإجابة عليه.

ولقد ساعدنا القيام بالدراسة الإستطلاعية في النقاط التالية:

- التعرف على الطاقم الإداري والتدريسي للمدرسة.
- التعرف على مجتمع الدراسة وخصائصه.
- الإحاطة بمعلومات حول المدرسة بشقها الهيكلي والبيداغوجي.
- تطبيق أداة الدراسة والتعرف على مدى ملاءمتها لعينة الدراسة من حيث درجة الصعوبة ووضوح العبارات، وكذلك الزمن المقدر للإجابة على المقياس.

### 5-2- منهج الدراسة:

بالعودة على موضوع الدراسة وطبيعة البيانات التي نسعى لجمعها فإن المنهج الوصفي سيكون ملائماً جداً لدراستنا، حيث يُعرف بأنه وصفٌ شاملٌ ودقيقٌ لمشكلةٍ أو ظاهرةٍ علميةٍ، ومن ثم تجميع المعلومات

## الفصل الخامس: منهجية الدراسة

بصفة مبدئية، ثم اختيار عينة دراسة، وتحليل المعلومات والبيانات، والتوصل لاستنتاجات واضحة، أو تفسير لعلاقة بين المتغيرات البحثية، وفقاً لقرائن واضحة.

### 5-3- متغيرات الدراسة:

متغيرات الدراسة في البحث العلمي هي عبارة عن كل ما يقبل القياس، ونعني هنا القياس الكمي والكيفي، ويطلق على كل أمر يقبل التغيير مسمى المتغير، وأهم ما يميز المتغيرات هي عنصرى التأثير والتأثر، ويقوم الباحث بتحديد العلاقات بين جميع المتغيرات ويقوم بضبط كافة هذه العلاقات، ومن أهم المتغيرات في أي الدراسة المتغير المستقل والمتغير التابع.

**5-3-1- المتغير المستقل:** يُعرف بأنه المتغير الذي يقوم بكافة المتغيرات الأخرى ولكنه لا يتأثر بأي متغيرٍ منها.

وفي دراستنا فإن المتغير المستقل هو النشاط الرياضي المكيف.

**5-3-2- المتغير التابع:** هو المتغير الذي يكون تابعا للمتغير المستقل، حيث أن التغييرات التي يقوم بها المتغير المستقل تنعكس بشكل رئيسي على المتغير التابع.

وفي دراستنا فإن المتغير التابع هو جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.

### 5-4- مجتمع وعينة الدراسة:

يجب على الباحث العلمي أن يقوم بمراعاة أهمية اختيار مجتمع وعينة الدراسة في البحث العلمي؛ فإن كل من مجتمع وعينة الدراسة في البحث العلمي يساعدان الباحث على إنشاء بحثه العلمي بصورة دقيقة وبالأخص فيما يتعلق بما قد لا يتمكن الباحث من جمع المعلومات حوله.

### 5-4-1- مجتمع الدراسة:

في تعريفه البسيط لى أنه مجموعة كبيرة ومحددة من الأفراد أو العناصر التي تمتلك صفة مشتركة واحدة أو أكثر، وتحدد هذه الصفة بواسطة معايير أخذ العينة التي وضعها الباحث. ويمثل مجتمع الدراسة التركيز الرئيسي للبحث العلمي، بحيث يسعى الباحث للحصول على المعرفة أو المعلومات، وبناءً على ذلك يجب على الباحث تحديد مجتمع الدراسة في بداية البحث.

ويتكون مجتمع دراستنا من جميع الأطفال المعاقين سمعياً الذين يزاولون تعليمهم المتوسط بملحقة المعاقين سمعياً بمدرسة الأطفال المكفوفين بالمسيلة الشهيد ثامر المبروك خلال الموسم الدراسي 2021/2022، والبالغ عددهم 34 تلميذاً وتلميذة.

### 5-4-2- عينة الدراسة:

العينة هي مجموعة جزئية من المجتمع لها نفس مواصفات المجتمع التي تنتمي إليه، فتتكون من مجموعة المفردات الذين يختارهم الباحث بهدف المشاركة في الدراسة، ويجب اختيار عينة ملائمة

## الفصل الخامس: منهجية الدراسة

للدراسة المختارة للحصول على بيانات ومعلومات مرتبطة بالمجتمع، ويجب اختيار مجموعةٍ بطريقة تجعل الأفراد يمثلون المجتمع.

وتمثلت عينة دراستنا في 16 تلميذاً وتلميذةً من المعاقين سمعياً يُمثلون (47.05%) من المجتمع الأصلي للدراسة، تم اختيار الممارسين منهم وعددهم 08 تلاميذ بطريقة عشوائية، أما غير الممارسين فقد تم اختيارهم بطريقة قصدية بالرجوع إلى ملفاتهم الطبية والرخص الإدارية الممنوحة لهم.

### 5-5- أداة جمع البيانات:

تستند الدراسات العلمية على مجموعة من الأدوات التي تتقل البحث من مشاكلٍ ومتغيراتٍ غامضةٍ ومشوهةٍ إلى حقائقٍ واضحةٍ ومثبتةٍ، وأدوات جمع البيانات في البحث العلمي هي العامل الأول في كشفٍ دقيقٍ عن التفاصيل الغامضة وشرح أسبابها ودرجة تأثر المحيط بها، فهي تستهدف عينات الدراسة للوصول إلى تفسيرٍ لبعض النقاط والعقبات التي تواجههم فيما يخص الدراسة.

لذا بعد الإطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة وقع اختيارنا على مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع من إعداد "نانسي كمال صالح" سنة 2018.

### 5-5-1- وصف مقياس جودة الحياة:

قامت الباحثة "نانسي كمال صالح" بتصميم مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع بعد الإطلاع على مجموعةٍ من المقاييس الأجنبية والعربية والأدبيات والدراسات السابقة التي اهتمت بجودة الحياة والرضا عن الحياة واستخدامهم كُبعدٍ أساسيٍ في العديد من الدراسات، ويحتوي مقياس جودة الحياة في صورته الأصلية من خمس أبعادٍ هي: جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة التعليم والدراسة، جودة الحياة النفسية، جودة ادارة الوقت، ويتكون من 62 عبارة، وتتم الإجابة باختيار واحدٍ من البدائل الخمسة (دائماً، كثيراً، أحياناً، نادراً، أبداً)

وفي دراستنا تم الإعتماد على ثلاثة أبعادٍ من هذا المقياس هي:

- بُعد جودة الصحة العامة يضم 08 عبارات.

- بُعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية يضم 16 عبارةً.

- بُعد جودة الحياة النفسية يضم 17 عبارةً.

### 5-5-1- تصحيح المقياس:

في حالة العبارات الإيجابية فإن البدائل تُعطى درجاتٍ كما يلي: (دائماً = 4)، (كثيراً = 3)، (أحياناً = 2)، (نادراً = 1)، (أبداً = 0)، أما في حالة العبارات السلبية فإن التقديرات تكون بالعكس (دائماً = 0)، (كثيراً = 1)، (أحياناً = 2)، (نادراً = 3)، (أبداً = 4)، وتدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع معدل الشعور بجودة الحياة، أما الدرجة المنخفضة فتدل على انخفاض معدل الشعور بجودة الحياة.

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة

### 5-6- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

تُعد الخصائص السيكومترية لأداة البحث من أهم المفاهيم المتداولة في مجال القياس، وتتكون من مجموعة مؤشراتٍ وقيمٍ تُعبر عن إمكانية الثقة في نتائج أداة البحث واستقرار النتائج واتساقها كذلك الأسس التي تعتمد عليها أداة البحث في تفسير نتائجها، وفي الغالب تتكون هذه الخصائص من مؤشرات رئيسة هي الموضوعية، والصدق، والثبات، وتأتي مرحلة استخراج الخصائص السيكومترية لأداة البحث بعد تطبيقه على العينة. (الحياني، 2009، ص35)

### 5-6-1- الصدق:

يقال للأداة البحثية أنها صادقة إذا قاست ما نريد أن نقيسه بالفعل، ولم تقس شيئاً آخر مغايراً لما نريد، والصدق بشكلٍ عامٍ هو قياس الأداة لما صُممت لقياسه، كما أن صدق أداة البحث شرط أساسي لا غنى عنه، فالنتائج التي يتم جمعها باستخدام أداة بحثٍ غير صادقة هي نتائجٌ مضللةٌ ولا يمكن الاستفادة منها. لذا فمنا بالكشف عن الصدق الظاهري لمقياس جودة الحياة المستعمل في دراستنا عن طريقه عرضه على مجموعةٍ من السادة الأساتذة والباحثين المختصين في مجال النشاط الرياضي المكيف وعلم النفس الرياضي، لإبداء ملاحظاتهم وآرائهم حول مدى ملاءمته لموضوع الدراسة وكذلك مناسبه للفئة المدروسة.

وقد كانت كل الملاحظات التي قدمها السادة الخبراء إيجابيةً، وأجمعوا كلهم على أن المقياس يتسم بالصدق الظاهري، وهو فيما يظهر صالحٌ للاستعمال لتحقيق أهداف الدراسة.

كما فمنا بالتحقق من الصدق الذاتي لمقياس جودة الحياة عن طريق حساب جذر الثبات.

### 5-6-2- الثبات:

الثبات في البحوث النفسية والاجتماعية معناه الحصول على نفس البيانات باستخدام نفس الوسيلة ونفس المقياس إذا أعيد تطبيق البحث على نفس الأفراد أو الظواهر في ظل ظروفٍ واحدةٍ أو متشابهةٍ، وبمعنى آخر أنه لو كررَ البحث على مجموعةٍ من الأفراد باستخدام عمليات قياسٍ موحدةٍ لكان هناك اتساقٌ في النتائج باستمرار، ما دامت ظروف البحث واحدةً وأداته لم تتغير حتى ولو تغير القائم بإجراء البحث. ومن أجل التحقق من ثبات مقياس جودة الحياة فمنا بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ لحساب ثبات المقياس بعد تطبيقه في التجربة الإستطلاعية، والجدول الموالي يوضح ذلك:

## الفصل الخامس: منهجية الدراسة

- جدول رقم (01): يُبين معامل ألفا كرونباخ والدق الذاتي لمقياس جودة الحياة

من إعداد "نانسي كمال صالح"

الصدق الذاتي	معامل ألفا كرونباخ ( $\alpha$ )	إسم المقياس
0.954	0.911	مقياس جودة الحياة لـ "نانسي كمال صالح"
الصدق الذاتي = الثبات $\sqrt{\quad}$		

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (01) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ ( $\alpha$ ) بلغت (0.911) وهي قيمة مرتفعة ودالة إحصائياً وتدل على أن مقياس جودة الحياة يتميز بمستوى ثبات عالٍ، كما نلاحظ من نفس الجدول أن قيمة الصدق الذاتي للمقياس بلغت إلى (0.954) وهي قيمة عالية ودالة إحصائياً. ونظراً للنتائج المتحصل عليها من خلال ملاحظات السادة الخبراء، وكذلك النتائج المبينة في الجدول رقم (01) المتعلقة بمعامل ألفا كرونباخ والصدق الذاتي، يُمكن الحكم على مقياس جودة الحياة بأنه يتميز بخصائص سيكومترية عالية من صدق وثبات وبالتالي يُمكن استعماله في الدراسة.

### 5-7- تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية:

المعالجة الإحصائية في البحث العلمي خطوة مهمة، فخلال إعداد أي بحثٍ علمي لا بُد على الباحث أن يتعرف ويُتقن الطرق الصحيحة التي تتم من خلالها المعالجة الإحصائية للبيانات، فلا يُمكن أن يكون البحث كاملاً إذا لم يكن يحتوي على المعالجة الإحصائية، وستبقى النتائج صماء ولا قيمة لها، لذا بعد تأكدنا من صدق وثبات مقياس جودة الحياة قُمنّا بتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية، وبعد تفريغ الإستمارات تمت معالجة النتائج إحصائياً كل ذلك عن طريق برنامج الحزم الإحصائية Spss نسخة 28، وإجمالاً كانت هذه الطرق والعمليات الإحصائية التي استُعملت في دراستنا:

- معامل ألفا كرونباخ.
- الجذر التربيعي للثبات.
- المتوسط الحسابي.
- الإنحراف المعياري.
- اختبار "T".
- القيمة الإحتمالية Sig.
- مستوى الدلالة.

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة

### 5-8- خطوات إجراء الدراسة الميدانية:

قبل الوصول إلى الدراسة الميدانية، قام الباحثان بالخطوات المذكورة سابقاً بدايةً من تحديد موضوع الدراسة وضبط متغيراته، وتحديد المجتمع واختيار العينة بطريقة مناسبة، ثم اختيار الأداة الملائمة للقياس، لتأتي بعدها مرحلة الدراسة الإستطلاعية التي يتم فيها جس النبض حول كل ما يتعلق بمجتمع الدراسة وخصائصه وكذلك تجريب الأداة المختارة للقياس وتحديد المنهج الملائم، لتأتي بعدها مرحلة التأكد من صلاحية الأداة وذلك باستخلاص خصائصها السيكومترية من صدق وثبات، وبعدما انتهينا من كل هذه المراحل جاءت أهم مرحلة وهي الدراسة الميدانية، التي تم فيها توزيع أداة الدراسة المتمثلة في مقياس جودة الحياة على أفراد عينة الدراسة من المعاقين سمعياً، وبعد التأكد من أن جميع الإستمارات تم الإجابة على عباراتها كاملةً، تأتي بعد ذلك المراحل التي سنقوم فيها بتشفير البيانات ومعالجتها إحصائياً بالطرق المذكورة وتحليلها ومناقشتها ومقارنتها بنتائج الدراسات السابقة وربطها بالجانب النظري في الفصل الموالي.

### - خلاصة:

في هذا الفصل تناول الباحثان الخطوات الميدانية التي قاموا بها لجمع المعلومات والبيانات اللازمة لأجل الوصول إلى حل لمشكلة الدراسة، انطلاقاً من الدراسة الإستطلاعية التي تم فيها التعرف على مجتمع الدراسة وخصائصه ثم تم تحديد المنهج الوصفي الملائم لموضوع الدراسة وضبط المتغيرات وتحديد المجتمع ووصف عينة الدراسة وكيفية اختيارها، مع تحديد أداة الدراسة التي تمثلت في مقياس جودة الحياة لـ "تانسلي كمال صالح، وبعد التأكد من صدق وثبات هذه الأداة بالطرق المذكورة تم التطرق إلى الطرق الإحصائية التي تم القيام بها لمعالجة البيانات، وصولاً إلى تحديد الخطوات التي تم فيها إجراء الدراسة الميدانية لجمع المعلومات المناسبة للوصول إلى حل لمشكلة الدراسة المطروحة وتحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة.

# الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### 6-1- عرض وتحليل النتائج:

بعد جمع البيانات بالخطوات المذكورة في الفصل السابق تمت معالجتها إحصائياً بالطرق الإحصائية المناسبة عن طريق برنامج Spss، سنقوم بعرضها في جداول لتوضيحها وتحليلها كما يلي:

### 6-1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى للدراسة على أنه: توجد فروق دالة إحصائية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الصحة العامة لصالح الممارسين.

للتحقق من صحة هذه الفرضية سنقوم باستعمال اختبار T لعينتين مستقلتين، والجدول التالي يوضح

ذلك:

- الجدول رقم (02): يُبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المعاقين سمعياً

الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وقيمة T المحسوبة واتجاهات الفروق والقرار الإحصائي لُبعد جودة الصحة العامة.

القرار الإحصائي	مستوى الدلالة Sig	T المحسوبة	ع	م	المجموعة	البُعد
دال إحصائياً	0.000	4.701	3.55	26.33	الممارسون	جودة الصحة العامة
			4.66	22.11	غير الممارسين	

يظهر لنا من نتائج الجدول رقم (02) أن المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف في بُعد جودة الصحة العامة بلغ (26.33) بانحرافٍ معياري قدره (3.55)، وهي قيمة أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً غير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف التي وصل المتوسط الحسابي لها إلى (22.11) بانحرافٍ معياري قدره (4.66).

ومن الجدول كذلك نرى بأن قيمة T المحسوبة كانت (4.701) بدلالة Sig التي كانت (0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

وبما أن قيمة المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف في بُعد جودة الصحة العامة أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً غير الممارسين، وأن قيمة T المحسوبة كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، فهذا يدلُّ على أن اتجاه الفروق في هذا البُعد لصالح الممارسين، أي المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف يتميزون بمستوى من جودة الصحة العامة أكبر مقارنةً بغير الممارسين.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### 6-1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية للدراسة على أنه: توجد فروق دالة إحصائياً بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة العلاقات الأسرية لصالح الممارسين. للتحقق من صحة هذه الفرضية سنقوم باستعمال اختبار **T** لعينتين مستقلتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

- الجدول رقم (03): يُبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المعاقين سمعياً الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وقيمة **T** المحسوبة واتجاهات الفروق والقرار الإحصائي لبُعد جودة العلاقات الأسرية.

البُعد	المجموعة	م	ع	T المحسوبة	مستوى الدلالة Sig	القرار الإحصائي
جودة العلاقات الأسرية	الممارسون	54.75	4.02	3.220	0.001	دال إحصائياً
	غير الممارسين	40.25	6.18			

يظهر لنا من نتائج الجدول رقم (03) أن المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف في بُعد جودة العلاقات الأسرية بلغ (54.75) بانحرافٍ معياريٍ قدره (4.02)، وهي قيمة أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً غير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف التي وصل المتوسط الحسابي لها إلى (40.25) بانحرافٍ معياريٍ قدره (6.18). ومن الجدول كذلك نرى بأن قيمة **T** المحسوبة كانت (3.220) بدلالة **Sig** التي كانت (0.001)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

وبما أن قيمة المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف في بُعد جودة العلاقات الأسرية أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً غير الممارسين، وأن قيمة **T** المحسوبة كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، فهذا يدلُّ على أن اتجاه الفروق في هذا البُعد لصالح الممارسين، أي المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف يتميزون بمستوىٍ من جودة العلاقات الأسرية أكبر مقارنةً بغير الممارسين.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### 6-1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة للدراسة على أنه: توجد فروق دالة إحصائية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الحياة النفسية لصالح الممارسين. للتحقق من صحة هذه الفرضية سنقوم باستعمال اختبار T لعينتين مستقلتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

- الجدول رقم (04): يُبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المعاقين سمعياً الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وقيمة T المحسوبة واتجاهات الفروق والقرار الإحصائي لُبعد جودة الحياة النفسية.

القرار الإحصائي	مستوى الدلالة Sig	T المحسوبة	ع	م	المجموعة	البُعد
دال إحصائياً	0.001	5.045	5.98	58.50	الممارسون	جودة الحياة النفسية
			6.75	41.33	غير الممارسين	

يظهر لنا من نتائج الجدول رقم (03) أن المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف في بُعد جودة الحياة النفسية بلغ (58.50) بانحرافٍ معياري قدره (5.98)، وهي قيمة أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً غير الممارسين للنشاط الرياضي المكيف التي وصل المتوسط الحسابي لها إلى (41.33) بانحرافٍ معياري قدره (6.75). ومن الجدول كذلك نرى بأن قيمة T المحسوبة كانت (5.045) بدلالة Sig التي كانت (0.001)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

وبما أن قيمة المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف في بُعد جودة الحياة النفسية أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة المعاقين سمعياً غير الممارسين، وأن قيمة T المحسوبة كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، فهذا يدلُّ على أن اتجاه الفروق في هذا البُعد لصالح الممارسين، أي المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف يتميزون بمستوى من جودة الحياة النفسية أكبر مقارنةً بغير الممارسين.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### 6-2-2- مناقشة النتائج في ظل الفرضيات:

إن النتائج المتحصل عليها في أي دراسة تبقى جافةً حتى يتم عرضها وتحليلها، لكن ذلك وحده لا يكفي لتحقيق أهداف الدراسة، لذا يجب مناقشتها علمياً في ظل الفرضيات ومراجعتها وفقاً للأدب النظري ونتائج الدراسات السابقة.

### 6-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

افترض الباحثان في هذه الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الصحة العامة لصالح الممارسين، ولأجل التحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بتحليل نتائج الدراسة الميدانية وعرضها في الجدول رقم (02) الذي ظهر من خلاله أن المتوسط الحسابي للمعاقين سمعياً الممارسين كان أكبر من المتوسط الحسابي لغير الممارسين، وأن قيمة (T المحسوبة) كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، وهذا ما يعني تحقق هذه الفرضية.

ويُعزي الباحثان هذه النتائج إلى الدور الجوهرى الذي يلعبه النشاط الرياضي المكيف في حياة المعاق سمعياً الممارس، فنظرتة لصحته تتغير، لأنه يرى جسمه نشيطاً قوياً مرناً وبالتالي فإنه يثق في نفسه أكثر، وهو أبعد ما يكون عن المرض أو توهم المرض الذي يلزم ذوي الإحتياجات الخاصة، كما أن المعاق سمعياً الممارس للنشاط الرياضي المكيف يتعلم أسس التدريب من خلال التسخين الجيد وأداء التمارين بصورة صحيحة والقيام بتمارين الإسترجاع في نهاية الحصة، ويعرف أسس التربية الصحية من وجوب الإغتسال بعد الإنتهاء من التدريب و تناول الغذاء الصحي، أي أنه يكتسب شخصية وعقلية الإنسان الرياضي الذي يتمتع بالصحة الداخلية والخارجية.

فممارسة النشاط الرياضي كما بين (Corbin, & Al, 2002) لها العديد من الفوائد الصحية، والنفسية، والإجتماعية، حيث يعمل في كثيرٍ من الأحيان على رفع مستوى اللياقة البدنية لدى الأفراد، وبالتالي يعمل على تحسن الناحية الصحية لديهم، والتقليل من العديد من الأمراض التي قد تُصيب الإنسان، بالإضافة إلى تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو الأنشطة الرياضية، كما يُشير (Sallies & Al, 2000) أنه من المفيد أن يبدأ الإهتمام بممارسة الأنشطة الرياضية خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة، لما لها من أهمية بالغة لاكتساب الصحة السليمة للطفل، والعيش الرغيد، وكذلك تطوير الاتجاهات الإيجابية نحو الأنشطة الرياضية. (القرعان، 2016، ص122)

ولقد ذكر (حسين، 2021، ص222) أن الرياضة البدنية تعتبر ركناً مهماً للصحة، لأن لها وقعاً طيباً على الجسم والعقل، فهي تقوي البنية، وتدعم جهاز المناعة، وتنشط خلايا الدماغ، وتشحذ الذاكرة، وتخفف من الشعور بالاحباط والتوتر، وترفع من الروح المعنوية، وتعزز الثقة بالنفس، وتقوي عضلة

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

القلب، وتساعد على خفض أرقام ضغط الدم المرتفع، وتخفيض من مستوى الكوليسترول، وتدب الحيوية في الجسم.

### 6-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

افترض الباحثان في هذه الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة العلاقات الأسرية لصالح الممارسين، ولأجل التحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بتحليل نتائج الدراسة الميدانية وعرضها في الجدول رقم (03) الذي ظهر من خلاله أن المتوسط الحسابي للمعاقين سمعياً الممارسين كان أكبر من المتوسط الحسابي لغير الممارسين، وأن قيمة (T المحسوبة) كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، وهذا ما يعني تحقق هذه الفرضية.

ويُرجع الباحثان هذه النتائج إلى أن المعاق سمعياً حين يُمارس النشاط الرياضي المكيف فإنه يكتسب مهارات وقدرات جديدة مثل التفاعل مع الآخرين والعمل الجماعي من أجل الفوز، والنظام والانضباط وتطبيق القوانين واحترام المعلم والمدرّب والزملاء، كما تتو لديه الروح الرياضية ويتقبل الهزيمة ويفرح بالفوز، كل ذلك ينعكس على علاقته مع أفراد أسرته فينمو ويتطور من خلال ذلك التفاعل الرياضي، إضافة إلى أن الأسرة لها دورٌ كبيرٌ في تحسين نظرة المعاق إلى نفسه، حين تقوم بتشجيعه على ممارسة الرياضة وتحفيزه ومكافأته حين فوزه، وأيضاً تُتمي لديه شغف الممارسة بشراء الألبسة الرياضية وحضور المنافسات وشرح قوانين اللعب، فتتوطد العلاقة الأسرية وينتقل الإبن المعاق من كونه شخصاً يحتاج إلى المساعدة والعطف والشفقة إلى شخص له قدراته الخاصة ونتائجه وحوافزه وجوائز.

حيث أن للأنشطة الرياضية بصفة عامة والتمرينات البدنية بصفة خاصة آثاراً فعالة لمختلف المراحل السنية، فهي تعمل على تحسين القدرة الوظيفية لمختلف أعضاء الجسم بجانب ما تُضيفه من تأثيرات إيجابية على النواحي النفسية والاجتماعية لممارسيها، مما يُساعد الفرد على التكيف مع مختلف المواقف التي يُواجهها. (بلعيدوني، وبن زيدان، 2016، ص 284)

كما تلعب الأنشطة الرياضية دوراً هاماً في تنمية نواحي النقص لدى الأفراد، فإذا فقد الإنسان قدرته على التمتع بأي جانب من جوانب الحياة فإن هذه الأنشطة تُعوضه من خلال شعوره بإمكانياته أثناء الممارسة. (العرجان، 2016، ص 1920)

وهذا ما يتوافق مع ما أشار إليه "مفصي الجبور" بأن ممارسة الرياضة لذوي الإحتياجات الخاصة بشكل جماعي لها فوائد اجتماعية كبيرة كونها تزيد من أواصر المحبة والأخوة والتعاون واحترام القوانين والأنظمة، وحب المنافسة والتغلب على الذات وتكسب الفرد المهارات القيادية والبدنية الفنية المهارية وكذلك تزيد من الإلتناء والثقافة وفن التعامل مع الآخرين. (الجبور، 2012، ص 86)

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### 6-2-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

افترض الباحثان في هذه الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الحياة النفسية لصالح الممارسين، ولأجل التحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بتحليل نتائج الدراسة الميدانية وعرضها في الجدول رقم (04) الذي ظهر من خلاله أن المتوسط الحسابي للمعاقين سمعياً الممارسين كان أكبر من المتوسط الحسابي لغير الممارسين، وأن قيمة (T المحسوبة) كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، وهذا ما يعني تحقق هذه الفرضية.

ويرى الباحثان أن هذه النتائج تُفسر القيمة النفسية الكبيرة لممارسة المعاق سمعياً للنشاط الرياضي المكيف، فهي البوابة التي من خلالها يُعبر عن ذاته ويُنفس عنها، فمن خلال اندماجه مع مواقف اللعب المختلفة فإنه يكتسب مهاراتٍ نفسيةٍ مثل التحكم في انفعالاته وتوزيع الجهد على فترات الأداء والمعل الجماعي والروح الرياضية، كلها تصب في مصلحته النفسية التي تنمو وتتغير للأحسن، وكذلك فإنه يتعلم كيفية التعامل مع زملائه وذلك بتشجيعهم والسعي معهم للفوز، وأيضاً تتحسن عنده النظرة القيادية كل ذلك يُعطيهِ إحساساً بالرضى عن نفسه وتقديراً لها، عكس المعاق غير الممارس الذي تكتسيه مشاعر الحزن والدونية والإنطواء، كما ننوه بأن المعلمين والمربين لهم دورٌ كبيرٌ في تطوير الجانب النفسي لدى التلاميذ، من خلال تشجيعهم وتوفير التعزيز الإيجابي والإشادة والتحفيز، فيرى التلميذ المعاق نفسياً نفسه محط اهتمام وتقدير معلميه وأفراد أسرته، ويُحس منهم بتقدير المجهود الذي يبذله، كل ذلك يزيد راحةً وطمأنينةً نفسيةً ويُعطيهِ الثقة في قدراته ويمنحه قدراً كبيراً من جودة الحياة النفسية.

وهذا ذكره (حلمي إبراهيم، وليلى السيد فرحات) أن من أهداف الأنشطة الرياضية للمعاقين أنها: تُمكن المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك من خلال الممارسة الرياضية للأنشطة الرياضية المعدلة. (حلمي، وفرحات، 1998، ص 49-50)

كما تُسهِم الأنشطة البدنية والرياضية في الإرتقاء بالناحية النفسية للفرد، فمن خلال ممارسة الرياضة يتخلص الفرد من الضغوط الحياتية المختلفة، فتعمل الرياضة على التخلص من التوتر العصبي والإرهاق النفسي والتخلص من الكبت، حتى يتمكن الفرد من خلال اللعب من ترقية الإنفعالات وضبط النفس وتحقيق التكيف النفسي، فمن خلال ممارسة الرياضة يتمكن الفرد من الشعور بالسرور والمرح والراحة النفسية والمزاجية، ويُمكنه أيضاً ضبط النفس والسيطرة عليها في مواقف اللعب المختلفة، كما أن الرياضة هي إحدى القنوات الأساسية في إشباع وتفريغ الطاقة الموجودة داخل الإنسان، فقد أثبتت الأبحاث مدى تأثير الرياضة على سلوك الأفراد الممارسين لها من توازن في الانفعالات والقدرة على السيطرة وعلى تحمل الألم والثقة بالنفس واحترام الذات. (حجر، ومحمود، 2014، ص 63)

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### 6-2-4- مناقشة الفرضية العامة:

افترض الباحثان في الفرضية العامة للدراسة بأن للنشاط الرياضي المكيف دوراً في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً.

ومن أجل التحقق من صدق هذه الفرضية قام الباحثان بإدراج ثلاث فرضيات جزئية، وبعد عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى في الجدول رقم (02) وتحليلها ومناقشتها تبين لنا وجود فروق دالة إحصائية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الصحة العامة لصالح الممارسين، أي أن ممارسة النشاط الرياضي المكيف تساهم في تحسين مستوى جودة الصحة العامة لدى المعاقين سمعياً.

وبعد عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثانية في الجدول رقم (03) وتحليلها ومناقشتها توصلنا إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة العلاقات الأسرية لصالح الممارسين، أي أن النشاط الرياضي المكيف يساهم في تحسين مستوى جودة العلاقات الأسرية لدى المعاقين سمعياً.

وبعد عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثالثة في الجدول رقم (04) وتحليلها ومناقشتها خلصنا إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف وغير الممارسين في مستوى جودة الحياة النفسية لصالح الممارسين، أي أن النشاط الرياضي المكيف يساهم في تحسين مستوى جودة الحياة النفسية لدى المعاقين سمعياً.

لذا بعد تحقق الفرضيات الجزئية الثلاثة المتعلقة بأبعاد جودة الحياة من خلال وجود فروق دالة إحصائية لصالح المعاقين سمعياً الممارسين للنشاط الرياضي المكيف في تلك الأبعاد، فإنه يمكننا الحكم بتحقيق الفرضية العامة للدراسة بأن للنشاط الرياضي المكيف دوراً في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً.

وهنا يبين (Joseph & Francis, 1984) أهمية النشاط الرياضي للأفراد ذوي الإعاقة السمعية بشكل خاص، نظراً لما له من فوائد جمة في العمل على تحسين الصحة البدنية بشكل عام، حيث تسهم الأنشطة الرياضية المختلفة في رفاهية المعاق من خلال تعليمه المهارات الحركية البديلة التي تضيف عليه الفرح والسرور من خلال المساهمة الإيجابية في الألعاب الرياضية. (القرعان، 2016، ص 123)

ويُرجع الباحثان هذه النتائج إلى كون النشاط الرياضي المكيف ظاهرة إنسانية وطريق مفتوح لاندماج ذوي الاحتياجات الخاصة ومشاركتهم في أنشطة رياضية مُعدة خصيصاً لتلائم حالات النقص والعجز لديهم، فحياة المعاق سمعياً يشوبها الحزن والكآبة والوحدة نظراً لحرمانهم من اللغة التي هي أساس التواصل، فيعوضون ذلك الحرمان أثناء اشتراكهم في النشاط الرياضي المكيف وتكوين الصداقات وتحقيق

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفوز في المسابقات والتنافس مع الزملاء والتواصل بالطرق المتاحة معهم ومع المدربين، ذلك ما يمنحهم قدراً من الرضا عن أنفسهم وعن المجتمع الذي يعيشون داخله وبالتالي تتحسن نظرتهم للحياة ويشعرون بأن لهم قيمة بين أقرانهم وأفراد أسرهم، وأن في هذه الحياة ما يستحق العيش لأجله.

حيث تُعدُّ رياضة المعاقين إحدى الرياضات التي تسعى لرفع قدرات الفرد المعاق وإمكاناته الجسمية والفكرية وصقل وإعداد شخصيته، وهي الوسيلة التي يُمكن للفرد المعاق من خلالها التقرب من المجتمع، ليقضي على حالة العزلة والإنفراد التي يُواجهها من جرّاء عوقه، لذا فإن عملية تأهيل المعاق رياضياً ظاهرة تُعبر عن المجتمع المتطور، وإدراكاً للمسؤولية بأهمية رعاية هذه الشريحة الإجتماعي لتؤدي دورها الإيجابي في المجال الرياضي، لذلك وضعت الدول جُل اهتمامها بمحاولة توجيهية بإعطاء فرصٍ متساوية للأفراد ذوي الحركة المحدودة في ممارسة التمارين الرياضية والدخول في المنافسات مع أقرانهم، وإغناء حياتهم بالمعنى الكامل. (الربيعي، 2005، ص22)

وتتفق النتائج التي توصلنا إليها في دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة (طلبة، 2021) بفاعلية البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين نوعية الحياة لدى عينة الدراسة من المراهقين ذوي متلازمة داون لصالح المجموعة التجريبية.

كما تتوافق مع ما أسفرت عنه نتائج دراسة (غنو، وغيلاس، 2021) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الممارسين من التلاميذ المقبلين على شهادة البكالوريا لحصة التربية البدنية في أبعاد الضغوط النفسية وجودة الحياة.

وتتلاءم كذلك مع ما خلُصت إليه دراسة (آل عقران، 2020) بأنه كلما زادت ممارسة الأنشطة الرياضية كلما زادت جودة الحياة لدى طالبات الجامعة، وكذا مع نتائج دراسة (أودينات، وزنانسي، 2019) التي بينت أن درجة مستوى جودة الحياة مرتفعةً لدى أعوان الحماية المدنية الممارسين للنشاط الرياضي الترويحي مقارنة بغير الممارسين، وهي مثل النتائج التي توصلت إليها دراسة (خماس، ومنصور، 2018) بأن مستوى جودة الحياة مرتفعٌ لدى كبار السن الممارسين للنشاط الرياضي مقارنةً بغير الممارسين.

وعليه فإننا نرى بأن كل الدراسات التي بحثت في علاقة أو دور الجانب الرياضي بمتغير جودة الحياة قد توصلت إلى أنه يُساهم بفاعلية في تحسين جودة الحياة مهما كانت الفئة المدروسة (طلبة الجامعة، تلاميذ البكالوريا، عمال الحماية المدنية، ذوي متلازمة داون، كبار السن) والمعاقون سميعياً في دراستنا. وبالتالي فإننا نرى بأن ممارسة النشاط الرياضي إن كانت مهمةً للأفراد العاديين فهي أهم بالنسبة لذوي الإحتياجات الخاصة في تغيير نظرتهم لجودة الحياة، فالنشاط الرياضي المكيف بالنسبة لهم هو أكبر دليل على نوعية الخدمات التي تُوفرها الدولة لمثل هؤلاء الأفراد، وهو المرآة التي من خلالها يُمكننا الحكم على مستوى جودة حياة ذوي الإحتياجات الخاصة في أي مجتمع.

# الفصل السابع

الإستنتاجات والإقتراحات

## الفصل السابع: الإستنتاجات والإقتراحات

### 7-1- الإستنتاج العام:

في ختام هذه الدراسة التي كان الهدف منها التعرف على دور النشاط الرياضي المكيف في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً، وبعد القيام بالدراسة الإستطلاعية للتعرف على مجتمع وعينة الدراسة وتجريب أداة الدراسة التي تمثلت في مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع إعداد (نانسي كمال صالح عيد، 2018)، باشرنا بإجراء الدراسة الميدانية وذلك بتطبيق أداة الدراسة على أفراد العينة، ثم قمنا بمعالجة النتائج وعرضها في جداولٍ بيانيةٍ وتحليلها، وبعد مناقشتها تأكدنا من صحة الفرضيات الجزئية وبالتالي تحقق الفرضية العامة للدراسة، وعليه فإننا بعد إجراء هذه الدراسة نصل إلى استنتاجٍ عامٍ مفاده أن النشاط الرياضي المكيف له دورٌ في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً، كما نستنتج أيضاً أن:

- للنشاط الرياضي المكيف دور في تحسين جودة الصحة العامة لدى المعاقين سمعياً.
  - للنشاط الرياضي المكيف دور في تحسين جودة العلاقات الأسرية لدى المعاقين سمعياً.
  - للنشاط الرياضي المكيف دور في تحسين جودة الحياة النفسية لدى المعاقين سمعياً.
- كما أننا نستنتج بأن النشاط الرياضي يُعتبر عاملاً مهماً من العوامل التي تُساهم في تحسين ورفع مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص مهما كانت طبيعتهم، فهو يُمثل الصورة الإيجابية للحياة ويُعتبر متنفساً للجميع لحب الحياة وتقديرها والرضى عنها.

### 7-2- الإقتراحات والفرضيات المستقبلية:

- بناءً على ما تم استنتاجه من إجراء هذه الدراسة فإننا نتقدم ببعض الإقتراحات التي نرى أنها قد تكون مفيدة في مجال دراستنا وهي كالآتي:
- اعتماد النشاط الرياضي المكيف كوسيلة لتحسين مستوى جودة الحياة لدى الأصحاء.
  - الإهتمام بتنوع الأنشطة الرياضية داخل المراكز الطبية البيداغوجية، وتوفير الوسائل اللازمة لذلك.
  - منح الفرصة لخريجي النشاط الرياضي المكيف بالعمل كأساتذة داخل تلك المراكز.
- كما نقترح كفرضياتٍ مستقبليةٍ لموضوع البحث للسادة الباحثين القيام بـ:
- اقتراح برنامج رياضي مكيف لتحسين مستوى جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً.
  - إجراء دراسة مقارنة بين مستوى جودة الحياة لدى الممارسين للنشاط الرياضي المكيف من المعاقين سمعياً وأقرانهم الأصحاء الممارسين للنشاط الرياضي العادي.
  - دراسة أسباب تراجع مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإحتياجات الخاصة وطرق تحسينه.

## قائمة المراجع

- قائمة المراجع:

أ- الكتب:

- 01- إبراهيم، مروان عبد المجيد (2002): كرة السلة على الكراسي المتحركة لمتحدي الإعاقة، الدار
- 02- أبو النصر، مدحت (2005): الإعاقة الحسية، مجموعة النيل العربية، مصر.
- 03- أحمد، لطفي بركات (1984): الرعاية التربوية للمعوقين عقلياً، دار المريخ للنشر، الرياض.
- 04- بوعرفة، عبد القادر (2008): الفلسفة وقضايا العصر (مؤلف جماعي)، ع المشاركة "جودة الحياة بين الفلسفة والتكنولوجيا"، منشورات المكتبة الوطنية الجزائرية، الجزائر.
- 05- توفيق، محمد نجيب (1967): الخدمات العمالية بين التطبيق والتشريع، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة.
- 06- الجبور، نايف مفضي (2012): رياضات ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان.
- 07- حسن، محمد رفعت (1977): الرياضة للمعوقين-الجزء الأول: ألعاب المقعدين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- 08- حسين، حامد يحي (2021): كبار السن في العالم العربي: بين الصحة والمرض الصعوبات الراهنة وآمال المستقبل، دار الذاكرة للنشر والتوزيع، بغداد.
- 09- حلمي إبراهيم، وفرحات، ليلى السيد (1998): التربية الرياضية والترويج للمعاقين، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 10- الخطيب جمال، (1998) مقدمة في الإعاقة السمعية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- 11- الخطيب، جمال (2013): أسس التربية الخاصة، مكتبة المتنبّي، الدمام.
- 12- الخفاف، إيمان عباس (2011): الملف التدريبي الشامل للطفل غير العادي، الملف التدريبي الشامل للطفل غير العادي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن.
- 13- الخولي، أمين أنور، وراتب، أسامة كمال (1992): التربية الحركية للطفل، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 14- الداھري، صالح حسن (2010): سيكولوجية رعاية الموهوبين والتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة: الأساليب والنظريات، ط2، دار وائل للنشر، القاهرة.
- 15- درويش، كمال، والخولي، أمين (1990): أصول الترويج وأوقات الفراغ، دار الفكر العربي، القاهرة.

## قائمة المراجع

- 16- الدليمي، ناهدة عبد زيد (2011): مفاهيم في التربية الحركية، دار الكتب العلمية، بيروت.
- 17- الروسان، فاروق (2001): سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، ط5، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- 18- رياض، أسامة (2000): رياضة المعوقين الأسس الطبية والرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 19- الساعاتي، سامية حسن (1980): التطبع والعمران، ط3، دار النهضة العربية، بيروت.
- 20- السعيد، هلا (2015): الإعاقة السمعية دليل علمي وعملي للآباء والمتخصصين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 21- السيد ماجدة عبيد، (2000) السامعون بأعينهم (الإعاقة السمعية)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 22- طاهر، إيمان (2013): الإعاقة أنواعها وطُرق التغلب عليها، وكالة الصحافة العربية، القاهرة.
- 23- عبد الرحيم عبد المجيد (1997): تنمية الأطفال المعاقين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 24- عبد القادر، أشرف أحمد (2010): سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة، مكتبة الإسكندرية، الإسكندرية.
- 25- عبد الله، محمد عادل (2004): الأطفال الموهوبون ذوي الإعاقات، دار الرشد، القاهرة.
- 26- عبد المعطي، حسن مصطفى، وأبو قلة، السيد عبد الحميد (2007): مدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 27- العزة، سعيد حسني (2002): المدخل التربوية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة - المفهوم، التشخيص، أساليب التدريس- الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة، عمان.
- 28- عزيز، مجدي إبراهيم، وجمعة، حمزة (2006): تدريس الرياضيات للمعاقين سمعياً، عالم الكتب، القاهرة.
- 29- العفيفي، محمد كامل (1998): التربية البدنية للمعاقين بين النظرية والتطبيق، دار الفكر العربي، الإسكندرية.
- 30- علي، سعد طه، وأبو الليل، أحمد (2005): التربية البدنية والرياضية لذوي الإحتياجات الخاصة، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
- 31- الفايز، فايزة عبد الله، ومحمد، مصطفى عبد السميع، وعبد، سميرة أبو زيد (2010): مراكز مصادر التعلم والتكنولوجيا المساعدة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 32- فوقية، حسن رضوان (2006): الإعاقة الصحية، دار الكتاب الحديث، مصر.

## قائمة المراجع

- 33- القريطي، عبد المطلب أمين (2001): سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط3، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 24- القريطي، عبد المطلب أمين (2005): سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط4، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 35- القريوتي، إبراهيم (2006): الإعاقة السمعية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- 36- القزوني، حزام محمد رضا (1978): التربية الترويحية، دار العربية للطباعة، بغداد.
- 37- كوافحة، تيسير مفلح، وعبد العزيز، عمر فواز (2010): مقدمة في التربية الخاصة، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 38- لطفي بركات أحمد (1981): تربية المعوقين في الوطن العربي، دار المريخ، الرياض.
- 39- مجدي، إبراهيم عزيز (2003): مناهج تعليم ذوي الإحتياجات الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 40- محمود، أكرم محمد صبحي (2010): التربية الخاصة لغير الإختصاص، دار الجنان للنشر والتوزيع، عمان.
- 41- مصطفى، أسامة فاروق (2009): الإضطرابات السلوكية لدى الصم، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.
- 42- نيسان، خالدة (2009): الإعاقة السمعية من مفهوم تأهيلي، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.
- العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر للتوزيع، عمان.
- ب- الأطروحات والرسائل الجامعية:**
- 01- أودينات أسامة، وزنانسي عبد القادر (2019): إسهامات ممارسة النشاط الترويحي الرياضي على جودة الحياة لدى أعوان الحماية المدنية، مذكرة ماستر، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- 02- بن عبد الرحمان، بلقاسم (2020): دراسة مقارنة لمفهوم الذات وعلاقته بالتوافق النفسي الإجتماعي لدى الممارسين للنشاط الرياضي وغير الممارسين من ذوي الإعاقة السمعية، أطروحة دكتوراه، معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة محمد بوضياف-المسيلة، الجزائر.
- 03- خلف، خنساء رحيم (2011): جودة الحياة لدى المرشدين التربويين وعلاقتها بالذكاء الإنفعالي، رسالة ماجستير، كلية التربية الأساسية، جامعة ديالى، العراق.

## قائمة المراجع

- 04- خماس، عبد القادر، ومنصور، محمد (2018): دراسة مقارنة في جودة الحياة بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي لدى كبار السن 50-60 سنة، مذكرة ماستر، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- 05- داهن فوزية (2015): جودة الحياة وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق الإمتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، مذكرة ماستر، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي، الجزائر.
- 06- الربيعي، نعيم عبد الحسين بريس (2005): تأثير برنامج تدريبي (بدني-مهاري) مقترح على وفق بعض المتغيرات الميكانيكية لتطوير مهارة التهديف المباشر لدى لاعبي كرة السلة بالكراسي المتحركة، رسالة ماجستير، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد، العراق.
- 07- زروق، نايل (2011): تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف في التقليل من الضغط النفسي لدى المعاقين حركياً، رسالة ماجستير، معهد التربية البدنية والرياضية-سيدي عبد الله، جامعة الجزائر 03، الجزائر.
- 08- الشرافي، مازن (2012): أساليب مواجهة الخبرة الصادمة لدى معلمي وكالة الغوث بغزة وعلاقتها بجودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.
- 09- الشويخ، هناء (2008): استراتيجيات التعايش، المساندة الاجتماعية في علاقتها ببعض الإختلالات النفسية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة، مصر.
- 10- الشيخ الصافي (2018): أثر برنامج تروحي رياضي مقترح على بعض المهارات الإجتماعية (الإستقلالية-التعاون) لدى المعاقين سمعياً، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية و الرياضية، جامعة عبد الحميد بن باديس- مستغانم.
- 11- عجاجة، صفاء أحمد (2007): النموذج العلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- 12- غنو، إسماعيل، وغيلاس، قادة (2021): أهمية التربية البدنية والرياضية في التقليل من الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى التلاميذ المقبلين على شهادة البكالوريا في ظل جائحة كورونا، مذكرة ماستر، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- 13- فيرم، الطيب (2016): العلاقة بين ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف ودافعية الإنجاز لدى الرياضيين المعاقين حركياً، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر 3، الجزائر.

## قائمة المراجع

- 14- كراز، باسم (2004): تصور مقترح لعلاج المشكلات الخاصة بمهارات الإتصال والتواصل لدى معلمي الصم بمحافظة غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية بجامعة الأقصى، غزة.
- 15- مخنث، محمد (2015): دور ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف في تحقيق التكيف النفسي لذوي الإحتياجات الخاصة (أصحاب الإعاقة الحركية)، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية-سيدي عبد الله، جامعة الجزائر3، الجزائر.
- 16- الهمص، صالح اسماعيل عبد الله (2010): قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية-غزة، فلسطين.
- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم (2011): الدعم الإجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة الأزهر-غزة، فلسطين.

### ج- المقالات والمدخلات العلمية:

- 01- أبو الرب، حمد عمر محمد، وعبد الأحمد، فراس أحمد سليم (2013): جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً مقارنة بغير المعاقين في المملكة العربية السعودية، المجلة التربوية المتخصصة، مج2، ع5، ص431-455.
- 02- أبو سريع، أسامة، وشوقي، مرفت أحمد، وأنور، عبير محمد، ومرسي، صفاء إسماعيل (2006): أثر برنامج لتنمية المهارات الحياتية في تجويد الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة الكبرى، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان (17-19 ديسمبر)
- 03- الأشول، عادل عز الدين (2005): نوعية الحياة من المنظور الإجتماعي والنفسي والطبي، المؤتمر العلمي الثالث "الإنماء النفسي والتربوية للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة"، جامعة الزقازيق، أيام 15-16 مارس، ص3-11.
- 04- بخش، أميرة طه (2006): جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية، ع35، ص2-22.
- 05- بلعيدوني، مصطفى، وبن زيدان، حسين (2016): أثر برنامج أنشطة هوائية مقترح على بعض المتغيرات البدنية والفسولوجية لدى كبار السن، المجلة العلمية لعلوم وتقنيات الأنشطة البدنية والرياضية، ع13، ص281-300.
- 06- بن السايح، مسعودة (2018): دور النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية لدى المعاقين سمعياً بالأغواط، مجلة المنظومة الرياضية، مج5، ع3، ص325-343.

## قائمة المراجع

- 07- بورزق، كمال، وشلالى لخضر (2016): جودة الحياة لدى المراهقين الأيتام، مجلة العلوم القانونية والإجتماعية، مج1، ع4، ص77-112
- 08- خضر، عادل كمال، والمفتي، مايسة أنور (1992): إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة المدرسية وأثره على مستوى ذكائهم وسلوكهم التكيفي، مجلة دراسات نفسية، ص371-390.
- 09- رجيجة، عبد الحميد عبد العظيم محمود (2009): التحصيل الأكاديمي وإدراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفعي ومنخفضي الذكاء الإجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس، مجلة كلية التربية، مج19، ع1، ص172-227.
- 10- السرسى، أسماء محمد، وإبراهيم، محسن درغام عبد الرزاق، وصديق، محمد السيد (2016): جودة الحياة لدى الأطفال ضعاف السمع بالحلقة الابتدائية، مجلة العلوم التربوية، ع3، ج3، ص383-404.
- 11- السعيدة، ناجي منور (2016): جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة دراسات العلوم التربوية، مج34، ع3، ص2031-2043.
- 12- شقير، زينب (2010): جودة الحياة واضطرابات النوم لدى الشباب، المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، (29 نوفمبر-01 ديسمبر)، رابطة الإخصائيين النفسيين المصريين، ص773-790.
- 13- العادلي، كاظم كريدي (2006): مدى إحساس طلبة كلية التربية بالبرستاق بجودة الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان (17-19 ديسمبر)، ص37-74.
- 14- عبد الرحمن، سعيد محمد عبد الرحمن (2008): استخدام بعض استراتيجيات التعايش Coping Strategies في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً، الندوة العلمية الثامنة للإتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم (تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع) الفترة ما بين 28-30 أبريل بالرياض، السعودية، ص319-355.
- 15- عبد المعطي، حسن (2005): الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية بجامعة الزقازيق "الإنماء النفسي التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة (15-16 مارس)، ص13-23.
- 16- عبد الوارث، أحمد سمية علي، وحسين، وفاء سيد محمد (2008): فاعلية الإرشاد بالمعنى في تحسين جودة الحياة النفسية لدى طالبات كلية التربية، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، مج3، ع1، ص217-242.

## قائمة المراجع

- 17- العرجان، جعفر فارس (2016): مستوى الوعي الصحي والتركيب الجسمي وممارسة النشاط الرياضي وصورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان، دراسات العلوم التربوية، مج43، ع3، ص1919--1959.
- 18- آل عقران، أريج أحمد سعيد: (2020) ممارسة الأنشطة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الجامعة، المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ع12، ص137-163.
- 19- غندور، العارف بالله محمد (1999): أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة "دراسة نظرية"، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي "جودة الحياة توجه قومي للقرن الواحد والعشرين"، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر، ص1-17.
- 20- قاسم، أمل عبد الكريم (2015): الذكاء الروحي وعلاقته بجودة الحياة والإنجاز الأكاديمي لدى الطالبات المعلمات بالجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، ع44، ص103-142.
- 21- منسي، محمود، وكاظم، علي (2006): مقياس جودة الحياة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان (17-19 ديسمبر)
- 22- نعيسة، رغداء (2012): جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، مج28، ع1، ص145-181.
- 23- هاشم، سامي (2001): جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، س9، ع13، ص125-180.

### د- المراجع الأجنبية:

- 01- F.Balle & al (1975): Encyclopédie de la sociologie , Librairie Larousse ,Paris.
- 02- J. Dumazadier (1982): Vers une civilisation du loisir , Editions du seuil. Paris.
- 03- Marie Chorlotte Busch (1975): La Sociologie Du Temps Libre Mouton, Paris.
- 04- Moyenca, Serae (1982): Sociologie et action sociale, Editions labor, Bruxelles.
- 05- Therme, Potter (1999): Déficiences Trouble psychique, sport adapte et intégration sociale, Edition Lion, France.
- Singular Publishing Group, UK.

## قائمة الملاحق

- الملحق رقم (01): مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع إعداد "نانسي كمال صالح عيد"

الرقم	العبرة	دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	أبداً
01	أشعر أنني بصحة جيدة					
02	ينتابني شعورٌ ببعض الآلام بجسمي					
03	لدي إحساس بالحيوية والنشاط					
04	أنام جيداً					
05	أشعر بالإنزعاج للدواء الذي أتناوله					
06	أعاني من الصداع					
07	أشعر بحالة ضعفٍ عامٍ					
08	أعاني من بعض الأمراض المزمنة					
09	أفتقد من أثق فيه من أفراد أسرتي					
10	يجعلني ضعف السمع موضع سخريه من جانب الآخرين					
11	يتجاهلني أفراد أسرتي نظراً لضعف سمعي					
12	من الصعب على التواصل مع الآخرين					
13	أميل للإنسحاب من المواقف الإجتماعية					
14	أحصل على الدعم العاطفي من أفراد أسرتي					
15	أشعر أن والدي راضيان عني					
16	لدى أصدقاء مخلصون					
17	أفتقد رضا والدي عني					
18	أشعر بالفخر لانتمائي لأسرتي					
19	يثق أصدقائي في آرائي					
20	علاقاتي بأصدقائي ضعيفة					
21	أختلف عن الأشخاص العاديين في علاقاتي					
22	أفتقد التقبل من الآخرين لضعف سمعي					
23	مهما فعلت فلن أنال ثقة السامعين					
24	أفتقد القدرة على إسعاد من حولي					
25	أنا عصبي باستمرار					
26	أفتقد السيطرة على انفعالاتي					
27	أشعر بالإكتئاب والحزن					

## قائمة الملاحق

					أنتقل في معظم المواقف.	28
					أنا لست شخصاً سعيداً	29
					أشعر بأنني هادئ المزاج	30
					أفتقد الأمان في حياتي	31
					يتغلب التوتر والقلق علي في المواقف الإجتماعية	32
					أستطيع ضبط انفعالي	33
					أعاني من اليأس وخيبة الأمل	34
					أنكر أخطائي وألقي باللوم على الآخرين	35
					أشعر أنني عنيف وقاس في تعاملاتي مع الآخرين	36
					أخاف من المستقبل	37
					روحي المعنوية مرتفعة	38
					أشعر بالوحدة	39
					أشعر بالرضا عن حياتي	40
					أفتقد القدرة على التكيف مع الأمور الجديدة بسهولة	41

- الملحق رقم (02): القائمة الإسمية للسادة المحكمين لمقياس جودة الحياة.

الجامعة	اللقب والإسم	الرقم
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أ.د. رامي عز الدين	01
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أ.د. فايد عبد الرزاق	02
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أ.د. مهدي عز الدين	03
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أ.د. مجادي رابح	04
جامعة مستغانم	د. عروسي الدراجي	05
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	د. قراد محمد	06
جامعة قسنطينة 2	د. حويش زكرياء	07