



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم النفس



الرقم التسلسلي: 2018/.....

رقم التسجيل: 1335071934

صورة الجسم لدى الأطفال ذوي الاحتياجات

الخاصة (الإعاقة الحركية)

(دراسة ميدانية على النادي الرياضي للهواة الحضنة للمعاقين بالمسيلة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في:

تخصص: علم النفس العيادي

الشعبة: علم النفس

تحت إشراف:

أ.د. يامنة إسماعيلي

إعداد الطالبة:

إيمان حرزي

السنة الجامعية 2017-2018

** كلمة شكر و احترام فانا **

شكرا لله ونحمده حمدا كثيرا على هذه النعمة الطيبة والنافعة لنعمة العلم والبصيرة.

بشرفني أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير

إلى كل من مد لي يد المساعدة وساهم في تذليل ما واجهتني من صعوبات

وأخص بالذكر :

الأستاذة الدكتورة المشرفة "اسماعيل يامنة" والتي تبخل عليا بتوجيهاتها وارشاداتها

لقيمة ونسأل الله أن يجعلها في ميزان حسناتها مع أمنياتي لها بدوام الصحة والعافية

كما أتقدم بالشكر والاحترام والتقدير للسادة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة

لا يفوتني أن أتوجه بالشكر والتقدير إلى كل أساتذة ماستر علم النفس

فشكرا لكم جميعا.

الفهارس

قائمة المحتويات

شكر وعرقان

إهداء

مقدمة

أ-ب

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

4	1-الإشكالية
6	2- فرضيات الدراسة
6	3- أسباب إختيار الموضوع
6	4- أهمية الدراسة
7	5- أهداف الموضوع
8	6-تحديد المفاهيم الاجرائية
8	7-الدراسات السابقة

الفصل الثاني: صورة الجسم

15	تمهيد
15	1 - تعريف صورة الجسم
17	2 - تعريف الصورة الجسمية
18	3 - التمييز مفهوم صورة الجسم والمفاهيم الأخرى
20	4 - أهمية صورة الجسم
22	5 - أنواع صورة الجسم
23	6 - مكونات صورة الجسم
24	7 - إبعاد صورة الجسم
25	8 - الجسد الليدي
26	9 - الصورة الجسدية وعلاقتها بالموضوع
27	10 - العوامل التي تؤثر في نمو مع تكوين صورة الجسم
29	11 - التفسيرات النظرية لصورة الجسم
	خلاصة

الفصل الثالث: الطفولة

33	تمهيد
34	1 - مفهوم الطفولة
34	2- مراحل الطفولة
35	3- أهمية دراسة الطفولة

35	4- الدراسات في الطفولة
36	5- مطالب النمو في مرحلة الطفولة
37	6- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة
44	7- أنواع علاج مشكلة الطفولة
45	8- أهمية علاج مشكلة الطفولة
47	خلاصة

الفصل الرابع: الإعاقة الحركية

49	تمهيد
50	1- تعريف الإعاقة الحركية
51	2- الخصائص العامة للمعاقين حركيا
52	3- تصنيفات أشكال الإعاقة الحركية
53	4- أسباب الإعاقة الحركية
56	5- مشكلات الإعاقة الحركية
61	6- الوقاية من الإعاقة الحركية
	خلاصة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

66	1- الدراسة الاستطلاعية
66	1-1 التعرف على ميدان الدراسة
67	1-2 إعادة حساب الخصائص السيكومترية لمقياس صورة الجسم
70	2- الدراسة الأساسية
70	2-1 منهج الدراسة
71	2-2 العينة وكيفية اختيارها
75	2-3 أدوات الدراسة

قائمة الجداول

67	1- مصفوفة ارتباطات عبارات محور المكون الإدراكي للمحور
68	2- مصفوفة ارتباطات عبارات محور المكون الذاتي مع الدرجة الكلية للمحور
69	3- مصفوفة ارتباطات عبارات محور المكون السلوكي مع الدرجة الكلية للمحور
70	4- يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس و أبعاده الفرعية
72	5- يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن
73	6- يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الإعاقة
76	7- يوضح توزيع أفراد العينة حسب سبب الإعاقة

عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

78

1 - عرض نتائج الدراسة

82

2- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة

86

3- الاستنتاج العام

خاتمة

قائمة الملاحق

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
33	العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج	01
34	نموذج مبدأ الحتمية المتبادلة	02
35	المعالجة المعرفية لتقويم الكفاءة الذاتية	03
39	أبعاد كفاءة الذاتية عند باندورا	04

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح عبارات الاستبيان في صورته الأولى	47
02	مصفوفة ارتباطات عبارات محور دور الرسم في الرفع من الكفاءة الذاتية مع درجته الكلية	49
03	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور دور الموسيقى في الرفع من الكفاءة الذاتية مع درجته الكلية	50
04	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور دور الرياضة في الرفع من الكفاءة الذاتية مع درجته الكلية	51
05	يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية للمحاور مع الدرجة الكلية لاستبيان دور الأنشطة الفنية في رفع الكفاءة الذاتية	52
06	يمثل الدرجات الممنوحة لكل استجابة	53
07	يوضح درجة مساهمة الأنشطة الفنية في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط	57
08	يوضح درجة مساهمة الرسم في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط	58
09	يوضح درجة مساهمة الموسيقى في تنمية الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط	59
10	يوضح درجة مساهمة الرياضة في تنمية الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط	60

ملخص الدراسة:

تهدف دراستنا هذه إلى التعرف على دور الأنشطة الفنية في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط، وتم صياغة مجموعة من الفرضيات وكانت كالتالي:

-الفرضية العامة: للأنشطة الفنية دور في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط.

-الفرضيات الجزئية:

- للرسم دور في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط.
 - للموسيقى دور في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط.
 - للرياضة في دور في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط.
- وللتحقق من هذه الفرضيات اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي وأداة البحث المتمثلة في استمارة استبيان يقيس الكفاءة الذاتية من خلال الأنشطة الفنية، صممت من طرف الطالبة تتضمن 30 عبارة مقسمة إلى ثلاثة أبعاد طبق على عينة عشوائية من تلاميذ السنة الأولى متوسط ، وقد استخدمنا الأساليب الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، النسبة المئوية، اختبار ألفا كرونباخ، معامل الارتباط بيرسون، اختبار T لمتوسط عينة واحدة .

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- للأنشطة الفنية دور في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط.
- الرسم في دور رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط.
- للموسيقى دور في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط.
- للرياضة دور في رفع الكفاءة الذاتية لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط.

Résumé :

Cette étude vise à connaître le degré de participation des activités artistiques à l'élévation de l'auto-compétence chez les élèves de la première année de l'enseignement moyen.

Les hypothèses sont comme suite :

- l'hypothèse générale : les activités artistiques participent dans l'élévation de l'auto-compétence chez les élèves de la première année moyenne.

- les hypothèses partielles :

*le dessin participe à l'élévation de l'auto-compétence chez ces élèves de la première année moyenne.

*la musique participe à l'élévation de l'auto-compétence chez ces élèves de la première année moyenne.

*le sport participe à l'élévation de l'auto-compétence chez ces élèves de la première année moyenne.

Nous avons utilisé la méthode descriptive, et confectionné un questionnaire constitué de (30) trente items divisés en trois volets, et appliqué sur un échantillon aléatoire, d'élèves appartenant à la première année de l'enseignement moyen. Et en s'appuyant sur le (SPSS), nous avons relevé les moyennes arithmétiques, l'écart type, les pourcentages, le calcul du coefficient alpha cronbach, le calcul du coefficient de corrélation de Pearson, le T-test

Les résultats montrent que :

-les activités artistiques ont un rôle dans l'élévation de l'auto-compétence chez ces élèves de la première année moyenne.

- le dessin a un rôle dans l'élévation de l'auto-compétence chez ces élèves de la première année moyenne.

- la musique a un rôle dans l'élévation de l'auto-compétence chez ces élèves de la première année moyenne.

- le sport a un rôle dans l'élévation de l'auto-compétence chez ces élèves de la première année moyenne.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

- 1 - الإشكالية
- 2 - فرضيات الدراسة
- 3 - أسباب اختيار الموضوع
- 4 - أهمية الموضوع
- 5 - أهداف الدراسة
- 6 - تحديد المفاهيم
- 7 - الدراسات السابقة

1 - الإشكالية:

يمر الفرد أثناء نموه بمراحل مختلفة والتي يتم من خلالها بناء شخصيته، ومن أهم هذه المراحل نجد مرحلة الطفولة التي يعيش فيها الطفل تجارب عاطفية وجسدية تجعله يتفرد عن الآخر وخاصة الأم.

حيث أن الإطار العاطفي المستقر والحيوي ضروري لبناء شخصية الطفل، لأنه يسمح باكتساب العالم الخارجي الذي يعيش فيه التبادلات اللغوية والعاطفية مع الآخرين هذا يعطي معنى للتجارب التي اكتسبها من خلالها يكون تدريجياً تصورات جسدية من خلال نموه الجسدي وتفاعله مع المحيط الخارجي، حيث أن صورة الجسد تنمو من خلال التجارب العديدة التي تتأثر بالعلاقة مع المحيط الخارجي ومن خلال العلاقة مع الآخر وبهذا فالفرد غير قادر على تكوين صورة الجسدية إذ لم يكن لديه اتصال اجتماعي.

إن الطفل كان دائماً كائناً كاملاً، لا بالمعنى الذي نرى به الرجل في الطفل، وإنما بالدلالة التي تفيد أن الطفولة بما هي مرحلة متميزة عن مراحل النماية الأخرى للإنسان، تتمتع بخاصية اليسر الطبيعي نحو الاكتمال بالشكل الذي يجعل درجة نضجها موافقة لها.

(J. Rousseau, Emile, Ibid, P525)

فنحن دائماً نتكلم ونبصر الإنسان وقد صار راشداً، لكن لا نعتبر الطفل قد تمت له النضج الموافق لمرحلة طفولته، إن "روسو" يدعونا لنرى الطفل في الطفل لا في الرجل.

الصورة الجسدية لدى الفرد تبدأ تتكون وتتطور منذ الطفولة وتطور الصورة الجسدية هو من تطور الشخصية والوعي بالذات، فمنذ الأيام الأولى من حياة الطفل تقام رابطة بين الحاجات الجسدية واللذة، حيث تكلم فرويد عن الجسد لدى الطفل وينطلق من مبدأ أساسي وهو الأصل في الإشباعات الجنسية الأولى تجرب في علاقة مع الوظائف الحيوية في خدمة الحفاظ على البقاء الذاتي، فالخصائص الجنسية الطفولية تتطور وذلك بالاستناد على الوظائف الفيزيولوجية، فصورة الجسدية عند الطفل هي تعبير للاستثمارات الليبيدية أي

التعبير المصور للمواضيع المستثمر التي تبعت نحو المناطق المتبقية أي جسد الليبيدية.
(بالهوشات، 2008، 20)

إن تشكل صورة الجسد تبدأ من الميلاد وتستمر مع الفرد طول حياته، حيث أنها تشمل عدة جوانب من بينها الجانب المعرفي والإدراكي وإذا اختلف هذا الجانب يمكن أن ينتج اختلال صورة الجسد، بمعنى أنه عندما تتغير طريقة إدراك الفرد لجسده تختل صورة الجسد، هذا الاختلال قد يعني عدم التوافق بين شكل الجسد الحقيقي وبين شكله الذي يتخيله، وقد يكون أفضل مثال على هذا النوع من اختلال صورة الجسد هو ما يحدث في حالة الإصابة بالإعاقة الجسدية ومن هذه الإعاقات الإعاقة الحركية (بالهوشات، 2008، 20).

مما لا شك فيه أن الإعاقة الحركية تشكل مشكلة تربوية وتأهيلية صعبة، حيث تمثل ولادة طفل المعاق في العائلة صدمة شديدة تتبعها مشاعر الخجل والإنكار، إذا ينتج عنها عدم قدرة المعاق على التوافق النفسي والاجتماعي حيث تؤثر على شخصية وكذا على نموه النفسي وعلاقته مع الآخرين، فقد تؤثر الإعاقة الحركية على مظاهر نمو الفرد العقلية والاجتماعية والانفعالية، وهذا ما يؤدي إلى القلق والتوتر والانفعال والحساسية الزائدة، كما تسبب إحباطات ناتجة عن وجود عائق حركي وهناك من يختار العزلة بدلا من الاندماج في الحياة العامة.

وذكرت راضي أن الأشخاص المعاق حركيا يواجهون تحديات تتعلق بالرضا عن الجسم مقارنة بالعاديين، حيث يتلقى المعاقون حركيا تغذية راجعة سلبية من البيئة الاجتماعية بسبب الاختلاف جسدي، ولأن المجتمع يعطي قيمة كبيرة للملازمة والجاذبية الجسمية وهي خصائص يمتلكها الأفراد المعاقون حركيا بدرجة ضئيلة فإنه يترتب من عدم الرضا عن صورة الجسم العديد من الآثار السلبية وأعراض القلق. (راضي، 2005، 263)

ولهذا سنقوم بالتعرف على الأطفال المصابين بإعاقة حركية منذ الولادة من أجل التعرف على التكوين صورة الجسم لديهم وهذا ما يدفعنا إلى طرح التساؤلات التالية :

- ما مستوى رضا الطفل المعاق حركيا في صورة جسمه؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة (شلل، بتر، تشوه، عرج)؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير سبب الإعاقة (خلقية، نتيجة مرض، نتيجة حادث)؟

2- فرضيات الدراسة:

- مستوى رضا الطفل المعاق حركيا في صورة الجسم متوسطة
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة (شلل، بتر، تشوه، عرج).
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير سبب الإعاقة (خلقية، نتيجة مرض، نتيجة حادث)

3- أسباب اختيار الموضوع:

-تأثير نوعية الإعاقة الحركية على صورة الجسم.

- نظرة المعاق لجسده مع اعتماد لغيره.

- قلة الدراسات التي تناولت هذه الفئة.

4- أهمية الدراسة:

-جمع أكبر عدد من المعلومات عن الحالة النفسية واجتماعية للطفل المعاق حركيا وكيفية تعامله مع هذه الإعاقة.

- مدى اختلاف صورة الجسد لديه وهذا يهدف لتصحيح التصورات الجسدية.

- تعد هذه الدراسة ذات أهمية خاصة وذلك من خلال أشخاص الذين تهتم بهم وهم فئة المعاقين.

- التوصل إلى بعض المقترحات التي يمكن أن تفيد العاملين في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة وبناء برامج خاصة لهؤلاء الأطفال لتنمية قدراتهم.

5- أهداف الدراسة:

- الكشف عن مستوى رضا الطفل المعاق حركيا في صورة الجسم متوسطة.
- التعرف إلى الفروق الدالة إحصائيا في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة (شلل، بتر، تشوه، عرج).
- التعرف إلى الفروق الدالة إحصائيا في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير سبب الإعاقة (خلقية، نتيجة مرض، نتيجة حادث).

6 - تحديد المفاهيم إجرائيا:

6-1- صورة الجسم:

لغة:

تعرف الصورة (Image) باللاتينية Imago لغويا: بأنها استعادة صورة لشيء عن طريق استعمال آلة مثل: المرآة العاكسة، أو عن طريق الرسم مثل لوحة زيتية أو عن طريق الخيال. (MécroRobert, 1985, 542)

أما قاموس علم النفس فيعبر عن الصورة على أنها عبارة عن تصور داخلي لشيء عرف سابقا أو مبدع من الفرد بالنسبة لفكرة، والصورة طابع مجسد يقربها من الحواس. (Sillamy, 1980, 593)

اصطلاحا:

تعرف كل من كفاي والنيال (1995) صورة الجسم: بأنها عبارة عن تصور عقلي أو صورة ذهنية يكونها الفرد، وتسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من أحداث ومواقف، كما أن صورة الجسم تؤثر تأثيرا كبيرا في نمو الشخصية وتطورها، وما يكونه الفرد من اتجاهات نحو جسمه، قد تكون سلبية أو إيجابية، وهذه الاتجاهات متعلقة

بصورة الجسم بشقيها الإيجابي أو السلبي، إما أن تكون ميسرة أو معوقة لتفاعلات الإنسان مع ذاته ومع الآخرين. (كفاي والنيال، 1995، 21)

إجرائيا:

هي تلك الصورة التي يضعها الفرد في ذهنه على جسمه والتي تلعب دورا في كيفية تعامل الفرد معه، وتعرف صورة الجسم إجرائيا بأنها الدرجة التي تتحصل عليها النساء من عينة الدراسة من خلال مقياس صورة الجسم. (محمد النوبي، 2010/المكيف من بريالة، 2013)

6-2 - الطفولة:

اصطلاحا:

الطفولة مرحلة من مراحل العمر يقضيها الإنسان منذ ولادته إلى أن ينمو ويكبر ويستطيع الاعتماد على نفسه في تأمين حاجاته الضرورية وتدبير شؤونه بنفسه بعد أن كان يعتمد على غيره.

مرحلة من مراحل السنوات التطورية (النمو) التي تبدأ من لحظة الوضع وتستمر حتى سن البلوغ، فهي مرحلة حتمية طويلة يمر بها كل مولود بشري ينمو ويتكون وينشأ فيها جسميا وفسيولوجيا، حسيا وحركيا، عقليا ونفسيا واجتماعيا ودينيا في أسرته ومحيطه الذي يعيش فيه (عبد المنعم الميلادي، 2004، 25).

إجرائيا:

هي مرحلة من مراحل الحياة التي تبدأ من لحظة الميلاد إلى غاية سن البلوغ، وينمو فيها الطفل جسميا وحسيا ولغويا ونفسيا واجتماعية، وقد تطرقنا في هذا البحث إلى الأطفال ما بين 08 إلى 12 سنة.

6-3 - الإعاقة الحركية:

لغة:

في قواميس اللغة الانجليزية هي disability وتعني عجز جسدي عقلي أو الأهلية الشرعية. و عرف " فهمي المعوق المعاق بأنه الفرد الذي لديه عيب يتسبب في عدم إمكانية قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية وتكون هذه الحالة إما ناتجة عن حادثة أو ارض أو خلقية. (عبد الرحمان العيسوي، 1997، 8).

اصطلاحا:

يعرف "إسماعيل شرف (1976) المعاق حركيا بأنه ذلك الشخص الذي لديه القليل من الاستعداد العادي لإنجاز المهام العادية في الحياة أو الوظائف المهمة للحياة، ويطلق لفظ معوق جسميا على سبيل المثال على الشخص الذي لديه عجز تشريحي أو فيزيولوجي محدد كضعف البصر، ضعف السمع، شلل تشنجي... إلخ. (سليمان السيد عبد الرحمان، 2001، 36)

إجرائيا:

هي الخلل الذي يظهر في أحد أطراف الجسم بحيث تمنع صاحبها من أداء نشاطه العادي بارتياح.

7 - الدراسات السابقة:

7-1 -الدراسات العربية:

-دراسة إيمان حسن (2006) بعنوان "صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المعاقين حركيا".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأبعاد السيكودينامية للمعاقين حركيا والأصحاء في صورة الجسد وتقدير الذات، تكونت العينة من 30 طفل 15 منهم أصحاء والآخرين معاقين حركيا، وقد استخدمت مقاييس لتقدير الذات وتوصلت إلى وجود فروق سيكوديناميت بين المعاقين والأصحاء. (عبد الرؤوف عامر، 2008، 95)

-دراسة الدخيل (2007) بعنوان "صورة الجسم وعلاقتها بفقدان الشهية والشهه العصبي لدى الطالبات جامعة الملك سعود".

هدفت الدراسة إلى الكشف إلى الكشف عن علاقة بين صورة الجسم وفقدان الشهية العصبي ومعرفة هل يختلف التركيب العاملي لمقياس صورة الجسم لدى المصابات بالشهه العصبي عن التركيب العاملي للمقياس لدى عينة من المصابات بفقدان الشهية العصبي، وتكونت العينة من 582 من طالبات الجامعة استخدمت الباحثة مقياس صورة الجسم ومقياس فقدان الشهية العصبي ومقياس الشهه العصبي، والأساليب الإحصائية هي معامل ارتباط بيرسون والتحليل العاملي، وتوصلت الدراسة للنتائج التالية: توجد علاقة سالبة دالة إحصائيا بين صورة الجسم بفقدان الشهية العصبي وفقدان الشهه العصبي لدى طالبات الجامعة، وتوجد فروق دالة إحصائيا بين الطالبات المصابات بفقدان الشهية العصبي والطالبات المصابات بفقدان الشهه العصبي، ويختلف التركيب العاملي لمقياس صورة الجسم لدى المصابات بالفقدان الشهية العصبي عن التركيب العاملي للمقياس لدى عينة المصابات بالشهه العصبي. (أحمدان، 2009، 112)

7-2 - الدراسات الأجنبية:

-دراسة كوك وآخرون (2003) (Cook Locetten et al) بعنوان "عدم الرضا عن الجسم لدى بنات الكلية،

وهي دراسة أمريكية، تهدف لتحديد عوامل الخطر والحياة للدلالة على تدريبات كلية الإرشاد، حيث هدفت كذلك إلى تحديد عوامل الخطر والحماية لعدم الرضا عن الجسد لدى نساء الكلية، وقد تألفت عينة الدراسة من 215 طالبة بكلية الإناث غربي نيويورك، وأظهرت نتائج الدراسة أن المشاركات اللاتي لديهن مفهوم ذات جسدي مرتفع أقل سعيا للنحافة وتقدير الذات الاجتماعي يظهر أقل من عدم الرضا عن الجسم. (دورية دراسة نفسية، 2013، 69)

-دراسة باكر (1962) (Backor) بعنوان "تقدير الجسد عند الأطفال المعاقين حركيا".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى تقدير الجسد عند الأطفال المعاقين وتوصلت هذه الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من انخفاض في تقدير الجسد والشعور بالدونية عن الآخرين بالإضافة إلى عدم الشعور بالأمن الجسدي والنفسي والاجتماعي. (عبد الرؤوف عامر، 2008، 84)

7-3 - الدراسات المحلية:

-دراسة رفيقة بالهوشات (2007) بعنوان "طبيعة صورة الجسم واليسر النفسي بعد الإصابة بالحروق الظاهرة".

وهي دراسة عيادية من خلال الإنتاج الإسقاطي، هدفت الدراسة للتعرف على طبيعة الصورة الجسدية بعد الإصابة بحروق ظاهرة، كذلك معرفة نوعية الصورة الجسدية بعد الحروق حسب نوعية اليسر النفسي للمصابات، تضمنت عينة البحث 15 حالة حيث قامت الباحثة بتطبيق اختبارين إسقاطيين الروشاخ وTAT، وتوصلت النتائج المتمثلة في صدق الفرضيات المطروحة، حيث أكدت أن أغلب حالات عينة البحث أظهروا صورة جسدية هشة من خلال الإنتاج الإسقاطي، ومصابة ومضطربة بعد الإصابة بحروف جسدية ظاهرة بحيث 60% (9 حالات من مجمل الحالات) أظهروا صورة جسدية هشة و40% (6 حالات من مجمل الحالات) أظهروا صورة جسدية بينية، ولم تسجل ولا حالة من مجمل الحالات عن صورة جسدية جيدة.

-دراسة بريالة هناء (2013/2012) بعنوان "صورة الجسم لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن حروق".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في صورة الجسم عند المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق والتي تعزى إلى متغيرات مكان الحروق والسبب والدرجة ومدة الإصابة بالحروق، لدى عينة متكونة من 30 فردا (10 ذكور، 20 إناث)، واستخدمت الباحثة مقياس صورة الجسم حيث أكدت النتائج المتوصل إليها بأنها لا توجد فروق في صورة الجسم عند

المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق التي تعزى إلى متغيرات مكان الحروق والسبب والدرجة ومدة الإصابة بالحروق.

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة المتاحة وجدت أن هناك إجماع على أن الصورة الجسمية قيمة جوهرية وأن كل ما يخل بهذه الصورة ينقلب على وحدة الفرد النفسية من جهة، وعلاقته بمجتمعه من جهة أخرى، والتي تترجم في اضطرابات مترتبة على نوعية التركيبة النفسية للفرد.

وتبعاً لما سبق وجدت الباحثة أن كل دراسة تناولت هذا الموضوع تناولاً من زاوية معينة، بحيث ركزت دراسة إيمان حسن إلى التعرف على الأبعاد السيكودينامية للمعاقين حركياً والأصحاء في صورة الجسم الخاصة بهم، في حين تطرقت دراسة الدخيل وركزت على علاقة صورة الجسم بفقدان الشهية العصبي والشره العصبي.

أما دراسة كوول كوتون وآخرون تناولت البنية النفسية لصورة الجسم وتفترض خاصية الرضا عنه، وما يلعبه مفهوم الذات الجسدي والتقدير الاجتماعي على الرضا عن الجسد من عدمه، بالإضافة إلى دراسة باكر التي هدفت للتعرف على مستوى تقدير الجسد عند الأطفال المعاقين إلا أن هذه الدراسة توصلت إلى أن الأطفال الذين يعانون من انخفاض في تقدير الجسم وعدم الشعور بالأمن الجسدي والنفسي والاجتماعي.

ومن جهة أخرى بينت دراسة رفيقة بالهوشات تأثير اليسر النفسي للفرد عقب الإصابة بالحروق لطبيعة صورة الجسم الخاصة به، في حين تطرقت بريالة هناء إلى التعرف على صورة الجسم عند المصابين بالتشوهات وذلك وفقاً لمكان الإصابة والسبب والدرجة ومدة الإصابة بالحروق.

الفصل الثاني:

صورة الجسم

تمهيد

- 1 - تعريف صورة الجسم
- 2 - تعريف الصورة الجسمية
- 3 - التمييز بين المفاهيم ومفهوم الصورة الجسدية
- 4 - أهمية صورة الجسم
- 5 - أنواع صورة الجسم
- 6 - مكونات صورة الجسم
- 7 - أبعاد صورة الجسم
- 8 - الجسد الليبيدي
- 9 - الصورة الجسدية وعلاقتها بالموضوع
- 10 - العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم
- 11 - التفسيرات النظرية لصورة الجسم

خلاصة

تمهيد:

إن الحديث عن الجسم لا يعني الجسم الفيزيولوجي أو الجسم الخيالي، فهو لا يقتصر على الجانب البيولوجي أو النفسي، فالجسم بمعناه الكامل يتوقع إذن عند اندماج البيولوجي بالجانب النفسي، فعلم النفس لا يفصل بين الجسد والنفس، فهو يدرس الجسد على أنه أداة للسلوك، وسند للهوية، وكل ما هو نفسي يتكون بداخله فالجسد إذن مادة فيزيولوجية وتصور نفسي لهذه المادة.

ويبدأ الفرد في تكوين نظرة لذاته تتضمن أفكار واتجاهات ومعاني ومدركات حولها وتتمو لديه صورة ذهنية نحو جسمه متضمنة الخصائص الفيزيائية والخصائص الوظيفية واتجاهاته نحو هذه الخصائص.

1-تعريف صورة الجسم:

أ- لغة:

تعرف الصورة من الناحية اللغوية على أنها شكل، قال الله تعالى: (في أي صورة ما شاء ركبك) - الآية 8 سورة الانفطار.

كما أنها تعني الصفة والنوع، يقال صورة الأمر كذا أي صفته وهيئته، وصورة الشيء هي خياله في الذهن أو العقل. (علي بن هباية وآخرون، 1984، 578) وكذلك تعرف على أنها تصور عقلي أو صورة ذهنية يكونها الفرد، وتسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من أحداث ومواقف وبناء على ذلك فإن صورة الجسم قابلة للتطوير والتعديل. (كفافي والنيال، 1995، 96)

ب - اصطلاحا:

يعرفها "سيلامي" على أنها تمثل ذهني لموضوع غائب وعلى عكس الفكرة المجردة، الصورة تحتفظ وتتشأ من النشاط العفوي للعقل ومن العمل الداخلي. (Sillamy,N, 1980, 12) أما واطسن فيعرفها "الصورة عبارة عن آثار عصبية متعاقبة الإدراك ومرتبطة فيما بينها بمجموعة من الروابط". (مجموعة من الباحثين، 2001)

في حين يعرفها حسن يونغ بأنها "نموذج اللاوعي الأول للشخصيات، الذي يوجه إدراك المرء للآخرين بشكل انتقائي ويرضي هذا النموذج انطلاقا من العلاقات بين الذاتية والواقعية والهوامية الأولى بين المرء ومحيطه العائلي. (جان لابانس وبونتاليس، 1985، 307) ويعرفها رولان وفرانسون زيارو بأنها مجموعة منظمة من المعطيات الإدراكية تفهم على أساس لصالح حدودها وسماتها الأساسية، فالتعبير يقترب من التعبير الألماني الجشطالتي بالرغم من تفضيل الشمل العام، وهي مجموعة مبنية تفرض نفسها على هذا الأساس عند الإطارك للمعطيات حتى ولو كانت غير إدراكية. (رولان وفرانسون زيارو، 1997، 237)

وعرف كاش صورة الجسم بأنها أفكار الشخص واعتقاداته ومشاعره وتصوراته وإدراكياته واتجاهاته وأفعاله التي تتعلق بمظهره الجسمي عامة، يشمل ذلك المظهر والسن والعمر والتوظيفات والجنس. (Cash, 1997, 02)

-الجسد "الجسم"

يعرفه درويش بأنه إدراك الفرد وتقييمه لوظائفه الجسمية ومظهره. (درويش طعيمة، 2008، 632)

أما سيلامي فترى بأن الجسد هو كائن مادي مدرك يحتل منطقة من الفضاء له ثلاثة أبعاد وكتلة عضوية حيوانية أو إنسانية، المعرفة التي لدينا في أجسامنا تتطور ببطء في بادئ الأمر من خلال إحساساتنا ثم عبر مرآة الثقافة. (Sillamy, 1980, 340)

وتعرفه شقير (2000) بأن صورة الجسد هي صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءته، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر واتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسد. (أنور محمد الشبراوي، 2010، 33)

ومما سبق يتضح لنا أن كلا منا له صورة عن نفسه في عقله تلك الصورة تقترن باعتقاداتنا عن كيفية إدراك الآخرين لنا، فصورة الجسد خبرة شخصية تعتمد على كيف يرى الفرد نفسه كما تعرف صورة الجسد بأنها وجهة نظر الناس عن ذاتهم الجسمية.

-تعريف الصورة الجسمية:

كان الاهتمام بصورة الجسم منذ القدم، فمن بين من اهتم به نجد "بونيه" الذي درس اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مصطلح 1990، ثم يأتي بعده "هنري هيرو" أول مؤسس لنظرية حول صورة الجسم ليبين أن لكل فرد صورة إجمالية لتكامل أجزاء جسمه. (رولان دورون وفرنسوا زيارو، 1997، 562)

فمفهوم الصورة الجسدية يقوم غالبا على الاستثمار الليبيدي للجسد أكثر منه على الواقع، فالصورة الجسدية هي نتاج لمعطيات عصبية، وبناءات نفسية تقوم على استثمار

الليبيدي، فالصورة الجسدية تبنى وتجسد تدريجيا منذ الميلاد وظيفتها الأولى هي السماح للرضيع بتمييز وادماج جسده الخاص ضمن آلية عن جسد الآخرين و الأنا عن لا أنا، فالأنا الأول هو الأنا الجسدي. (بالهوشات، 2008، 20)

أما عن الرؤية النفسية فيمكن تلمسها عند "شيلدر" إذ قدم تعريفا لصورة الجسم على أنها صورة كونها في أذهاننا عن أجسامنا. (الغراوي، 2005، 18)

فالصورة الجسدية حسب "شيلدر" تخضع لبناء الليبيدي يتشكل حول مناطق نفسية، ويؤكد على الخاصية الديناميكية للصورة الجسدية والتي تتم حسب سياق تطوري نشط مرتبط بالليبيدو، ونتيجة للبعد الثنائي المحافظ والمهدم، الخاضع بصفة مستمرة لمتطلبات العالم الخارجي. (بالهوشات، 2008، 20)

وهذا ما ذهبت إليه موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، وهي الفكرة الذهنية للفرد عن جسمه، وصورة الجسم هو الأساس لخلق الهوية، يقول أن أنا على حد تعبير "فرويد" هو في الأساس أنا جسدي.

ويرى فرانسيسكو أن صورة الجسم في علاقتها بالواقع تمثل جوهر الظاهرة النفسية، فهي مسألة أساسية في تكوين الشخصية، إذ ينفصل الأنا عن لا أنا بفضل صورة جسمية لها تاريخ. (عبد القادر، 2003، 471)

2- التمييز بين المفاهيم ومفهوم الصورة الجسدية:

2-1- التمييز بين الصورة الجسدية والتخطيط الجسدي:

إن الفروق بين الصورة الجسمية والمخطط الجسدي هو فرق جد هام كون هذان المصطلحان لا يبعثان نحو معنى أو مفهوم واحد، فالمخطط الجسدي يبعث نحو المفهوم الحقيقي والواقعي للجسد، بينما الصورة الجسمية تبعث نحو الجسم الخيالي.

يرى أنزو Anzieu أن الصورة الجسدية تنتهي للسجل الخيال الحسي والمعرفي، الصورة الجسدية لا شعورية قاعدتها وجدانية، أما التخطيط الجسدي شعوري وقاعدته عصبية، ففي الحالة الأولى الجسد المعاش كوسيلة للعلاقة مع الآخرين وفي الحالة الثانية يستعمل الجسد كأداة للتأثير في المكان والأشياء.

التخطيط الجسمي هو تصور قائم على المعطيات الحسية والاندماج الدماغي، هذا التصور يحمله كل فرد عن ذاته يتجاوز هذا البعد ليشمل مجموعة المعطيات الإدراكية، الفكرية، الخيالية والرمزية، أين يكون تأثير الحياة العاطفية والعلائقية نسبي، في هذه الحالة نتكلم عن الصورة الجسدية.

2-2 - التمييز بين الصورة الجسدية وتصور الذات:

الصورة الجسدية هي ذلك الشعور الحيوي للفرد بكليته ووحدته، الشعور بالديمومة ووجود سطح وتحديد جسدي ونعني مميز عن المواضيع الخارجية، فمفهوم الصورة الجسدية مرتبط بصورة مباشرة أو ضمنية بمفهوم الذات، فلا يمكن الشعور بالذات إلا بواسطة الصورة الجسدية التي تعد جزء بنيوي، فصورة الجسد هي تصور لا شعوري للذات وعند التحدث عن تصور الذات يتعلق الأمر بالجسد الموضوعي الذي تقدمه للأخ أي الوسيط والمتعامل به في العلاقة مع الآخر.

فصورة الذات هي الخصائص التي يلحقها الفرد لا شعوريا بأنه الجسدي الناتجة عن كل معاني جسدي والهومات المتعلقة بالذات والتي تحدد العلاقات مع الآخرين، فمفهوم الذات مرتبط بثلاث عناصر: تخطيط الجسد، صورة الجسم، تصور الذات. (بالهوشات، 2007، 21)

2-3 - التمييز بين صورة الجسد والأنا:

مفهوم الصورة الجسدية في النظرية التحليلية يتماشى مع مفهوم تطور الأنا، مصطلح الصورة الجسدية يذكر بطريقة الأنا لكنه من غير الصحيح اعتباره كهيئة نفسية.

في هذا السياق يرى فروي دان الأنا يشتق في نهاية المطاف من الأحاسيس الجسدية، فالأنا قبل كل شيء أنا جسدي وهو ناتج عن الإحساسات الجسدية خاصة تلك النابعة من سطح الجسم يمكن اعتباره كإسقاط لهذا السطح الجسدي إلى جانب أنه يمثل مساحة للجهاز النفسي.

فحسب أونزيو الصورة الجسدية هي التصوير الذي يستخدمه أنا الطفل خلال المراحل البدائية، ليظهر هو في حد ذاته كان انطلاقا من تجاربه على سطح الجلد، هذا يتماشى ويميز الأنا النسبي عن الأنا الجسدي في الجانب العملي، ولكن يبقى مختلطا مع الأنا الجسدي في الجانب التصويري.

2-4 - التمييز بين صورة الجسد والهوية:

الهوية هي مجموع المشاعر والتصورات التي تميز بها الفرد، وصورة الجسد تشكل مصدر تصور الذات وحامل مشاعر الهوية، وتعد الصورة الجسدية إضافة لصورة الذات وهوية الأنا أحد المكونات الأساسية للهوية كلما كانت هذه المكونات سليمة ومتماسكة كلما كان تحقيق الهوية سليم وواضح. (بالهوشات، 2008، 23)

3 - أهمية صورة الجسم:

إن صورة الجسم جزء حيوي من إحساسنا بالذات، فهي ترتبط بتقدير ذاتنا وتتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية، وهي قد تؤثر على رغباتنا في الانتماء إلى المجتمع، وأن نكون مقبولين اجتماعيا. (عبازة، 2014، 22)

ويذكر بيغر، أن المظهر عامل مهم في العلاقات وفي الحياة، وترى جيمس أن خبرة الجسم مهمة للنمو النفسي البدني، وأن صورة الجسم لها أهمية وجدانية ورمزية أيضا، فالقلق الرئيسي في مجتمع اليوم يرتبط بصورة، وتذكر إليزابيث أن صورة الجسم تلعب دورا في اتخاذ القرارات المهمة وفعالية الذات والإصرار. (الأشرم، 2008، 24)

ولأن مظهر الشخص الجسمي له أهميته لهذا يفترض وجود علاقة هامة بين تقييماتنا لأجسامنا وحالتنا النفسي، ففي مسح عن صورة الجسم أجراه كاش ويستند وجاند تضمن عدة

بنود لتحديد الحالة النفسية والاجتماعية انصبت على البنود وعلى تقدير الذات والرضا عن الحياة والاكثاب والوحدة ومشاعر القبول الاجتماعي، أظهر المسح أن الشخص ذوي التقييمات الإيجابية عن صورة الجسم السلبية عن صورة جسمهم وحققوا مستويات أدنى من التوافق الاجتماعي. (James. B, 1997, 108)

وللتأكيد على أهمية صورة الجسم يذكر كاش أن الصورة السلبية ترتبط بالانفعالات المختلفة، مثل: القلق، الاشمئزاز، اليأس، الغضب، الحسد، الخجل أو الارتباط في المواقف المختلفة. (Cash. T, 1995, 5)

ويشير جياراتانو إلى أن نمو الجسم الإيجابية تساعد الناس في رؤية أنفسهم جذابين وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة، فالناس الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم على النحو الإيجابي على الأرجح يكونون أكثر صحة، وبينما صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر على حياة الفرد، فالناس ذو صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض ويحاولون إخفاء أجسامهم بالملابس الفضفاضة والقاتمة، أما صورة الجسم بين الأطفال والمراهقين مهمة جدا، فالجسم مصدره الهوية ومفهوم الذات. (Stagy. A, 2008, 08)

وفي هذا الصدد ذكرت بريالة أن عدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان يترتب عليه الكثير من المشكلات النفسية وكذلك بعض الأمراض النفسجية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وتنشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم مع ما يعد مثاليا حسب تقدير المجتمع. (بريالة، 2013، 28)

إذن صورة الجسم مهمة لما لها من تبعات نفسية تؤثر على حياة الإنسان، ولما ينجر عنها من اضطراب نفسي أشد صعوبة إذا كانت هذه الصورة مشوهة في ذهن صاحبها.

4 - أنواع صورة الجسم:

تتمثل أنواع صورة الجسم فيما يلي:

4-1- الصورة الجسدية الموجبة:

وهي كل انعكاس إيجابي على ما يؤديه من سلوك وما يظهره من انفعالات وما يوليه من اهتمام ورعاية، كما يعبر الطفل عن جسمه الموجب بعرض العضلات والحركات الصعبة والميل إلى السيطرة والتفاعل مع الآخرين والعناية بهذا الجسم والمحافظة عليه والحرص على أن يكون في أحسن صورة ممكنة. (الريماوي، 1998، 314)

4-2- الصورة الجسدية السالبة:

ويعبر الطفل فيها بالخجل من جسمه والشك في قدراته والإحساس بالنقص عندما يقارن جسمه بأجسام رفاقه، وقد يتطور هذا الإحساس إلى مركب نقص ينغص عليه حياته، ويشوش نفسيته ويختار الانسحاب وقد يختار الأساليب العدوانية بإيقاع الأذى بأولئك الذين يمتلكون أجساماً أفضل وأقوى وأجمل وقلة هي التي تختار أن تتوقف لتعويض النقص في المجال الجسمي، إن صاحب الجسم السالب يدرك موقف الآخرين منه ويحس برفقتهم له باستهزاء به مما يؤدي إلى مشاعر النقص لديه ويعمق الجرح النفسي لديه ويجعله في صراع مستمر مع هذا الجسم.

4-3- الصورة الجسدية المتذبذبة:

والمتمثلة في رضاه عن جسمه تارة قد تكون وهمية، فهو لم يحقق مع جسمه مما يجعله في توتر مستمر ينعكس على علاقته ليس مع جسمه فقط، إنما علاقة أيضاً مع خاصة عندما يستكشف هؤلاء أنه المزاج تارة سالب، عدواني، انطوائي، انبساطي. (بريالة،

(2013، 29)

5 - مكونات صورة الجسم:

تشمل صورة الجسم على مكونين مهمين هما:

5-1- المثل الجسمي Body Ideel:

يعرف مثال الجسم على أنه النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر ومن حيث نظر ثقافة الفرد، مفهوم ثقافة الفرد بالمثال الجسمي له دور لا يستهان به فيما يكونه الفرد من صورة نحو جسمه وتطابق أو اقتراب مفهوم المثل الجسمي كما تحدده ثقافة الفرد من الصورة الفعلية لجسمه بينهم بطريقة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته، وتباعد مفهوم مثال الجسم السائد في المجتمع من صورة الفرد الفعلية لجسمه، فيبينهم بطريقة أو بأخرى في انخفاض تقدير الذات. (عبازة، 2014، 28)

5-2- مفهوم الجسم Body Comcept:

يشمل هذا المفهوم على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم، فضلا على الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه، إذ ترى أن صورة الجسم تتكون من مكون انفعالي يشير إلى الشعور السار وغير السار، ومكون معرفي يثير إلى الرضا عن الجسم والحياة وبصفة عامة يقسم المظهر الجسمي إلى ثلاث مكونات:

-مكون إدراكي: ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.

-مكون ذاتي: ويشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.

- مكون سلوكي: يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو

المضايقة التي ترتبط بمظهر الجسم. (عبازة، 2014، 29)

فمن خلال ما سبق نلاحظ أن صورة الجسم ترتبط بالآخرين له ونظرة الآخرين للفرد

وتتأثر كذلك بالمظهر الجسمي للفرد.

6 - أبعاد صورة الجسم:

يتفق الباحثون على نحو متزايد أن صورة الجسد مفهوم متعدد الأبعاد، حيث وضع الكفاي والنيبال أربعة أبعاد لصورة الجسم وهي: بعد يتعلق بالوزن وبعد يتعلق بالتأزر العضلي وبعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم.

وتقسم صفيانز صورة الجسم في مقياس صورة الجسم للأطفال مكفوفين إلى عشرة أبعاد هي: مستويات الجسم بالنسبة للأسطح الخارجة الأفقية والعمودية والأشياء وعلاقتها بمستويات الجسم، وأجزاء الجسم والاتجاهات البسيطة نحو الآخرين وجاذبية حركة الآخرين. (الأشرم، 2008، 38)

في حين يرى Banfield Mccabe أن صورة الجسم متعدد الأبعاد وحدد ثلاث سمات: المعارف والانفعالات الخاصة بالجسم، وأهمية الجسم وسلوك الحمية، وصورة الجسم المدرك، ويتعلق البعد المعرفي بالأفكار والمعتقدات عن شكل الجسم والبعد الانفعالي يتضمن المشاعر التي عند الشخص عن مظهر جسمه أما البعد الثاني أهمية الجسم وسلوك الحمية يمكن أن يوصف بأنه سلوك ارتبط نمو الحمية، بينما البعد الآخر صورة الجسم المدرك يمكن أن تصف دقة الأفراد عندما يحكمون على شكلهم وحجمهم ووزنهم. (الأشرم، 2008، 37)

على الرغم من أن الباحثين يتفقون أن صورة الجسم أبعاد متعددة في التركيب لكن لا يتفقون على طبيعة هذه الأبعاد يمكن تقييم صورة الجسم إلى ثلاث أبعاد:

1- صورة الجسم المدركة وهي كل ما يتعلق بصورة ومعرفة الفرد.

2- صورة الجسم الانفعالية: وهي مشاعر والأحاسيس ومعتقدات واتجاهات الفرد نحو صورة الجسم المدركة (من حيث الرضا وعدم الرضا).

3- صورة الجسم الاجتماعية: وهي مدة قبول الاجتماعي لخصائص الفرد الجسمية ووجهة نظر الآخرين وتصوراتهم ومدى تقبلهم له. (محمد أحمدان، 2009، 47)

7- الجسد الليبيدي:

إن تطور الصورة الجسدية هو من تطور الشخصية والوعي بالذات، العلاقة بالموضوع (أم-طفل) تمكن من إرسان الصورة الجسدية في الوقت نفسه الذي تمكن الوعي بالذات، فمنذ الأيام الأولى من حياة الطفل تقام رابطة بين الحاجة الجسدية واللذة، ربط "فرويد" تطور الشخصية بمناطق مختلفة (فمية، شرجية، قضيبية)، والتي هي قبل كل شيء مناطق جسدية. (Reinhardi. J, 1990, 56)

عندما يتكلم فرويد عن الجينية الطفلية فهو يتكلم عن الجسد لدى الطفل، حيث ينطلق من مبدأ أساسي وهو الأصل في الإشباع الأولي، تجرب في علاقة مع الوظائف الحيوية في خدمة الحفاظ على البقاء الذاتي، فالخصائص الجينية الطفلية تتطور بالاستناد على الوظائف الفزيولوجية.

لهذا يرى فرويد أن الليبيدو والنرجسية لها كموضوع صورة الجسد فهي تتعلق تدريجيا بأجزاء مختلفة من الصورة الجسدية وبمراحل مختلفة للتطور الليبيدي، فالصورة الجسدية تتغير باستمرار حيث يوجد تفاعل دائم بين الانفعالات الأنا والاندفاعات الليبيدية أي بين الأنا والهو. (Freud. S, 1986, 73)

حسب شيلدر هناك قاعدة بيولوجية للصورة الجسم تقدم المادة الخام والليبيدو وهي التي تمنح لهذه المادة تركيبا ومعنى. (Schilder. P, 1988, 142)

وحسب فرويد إدماج الجسد الخاص يتبع الخطوات التالية: بعض كمية الليبيدو تكون مرتبطة بالجسد الخاص تدعى الليبيدو والنرجسية.

يرى فرويد أن الليبيدو تكون في البداية منتشرة كليا في الجسد الخاص ففي البداية لا يهتم الطفل إلا بذاته دون العالم الخارجي، تسمى هذه المرحلة النرجسية الأولى والموازية للمرحلة الشق الذاتي ويكون الليبيدو فيه مرتكزة في أجزاء من الجسد، حيث تكون لهذه الأجزاء معاني نفسية خاصة، فالفرد يتخذ من نفسه ذاتها وجسده الخاص موضوع حب. (Siylcyrol, R, 1996, 55)

الليبدو يبدأ أولاً في استثمار الأنا النرجسية الأولى قبل أن تبعث من قبل الأنا مواضيع خارجية، فالنرجسية الأولى هي كل ما سبق بناء الأنا، ثم يشكل انسحاب الليبدو والموضوع إلى الأنا ما يعرف بالنرجسية الثانوية والتي تعني بنية مستقرة للفرد وهي هامة لتكوين الأنا بالتماهي الآخر.

8 - الصورة الجسدية وعلاقتها بالموضوع:

إن كل ما يحدث لدى الطفل ذاته لإنشاء الصورة الجسدية فتدخلات الآخرين والاهتمام الذي يعطونه لمختلف أجزاء الجسم له أيضاً أهمية في تطوير الصورة الجسدية. كما أن اكتشاف الجسد الخاص لا يتم إلا بالتوازي مع اكتشاف جسد الآخر، يؤكد ليوفيتس أن الموضوع مستثمر حتى من قبل أن يدرك معرفة الموضوع، هي التي تؤسس الأنا وصورة الجسد تبنى انطلاقاً من صورة الموضوع. (Anzieu. A et al, 1975, 225)

يرى شيلدر أن الطفل يدمج أجزاء من جسد الآخر في صورته الجسدية الخاصة، كما يدمج أيضاً تعاملات الآخرين نحو جسده أيضاً، فهناك علاقة بين صورة الجسد الخاص بالفرد والآخرين.

حيث يتم تملك صورة الجسد الخاصة بالآخرين سواء في جزئيتها أو كليتها، وهذا بإدماجها في الجسد الخاص وصولاً إلى التماهي بالآخر.

يرى فرويد أنه في بداية الحياة وبمجرد أن يكون الرضيع مداعب ومحمول ومهدي عن طريق الاتصال الجلدي، فهذا يثير شبكية مختلف مناطق جسد الطفل ويساعده في بناء صورة جسدية وأنا جسدي سليم كما يرفع من الاستثمار الليبدي النرجسي وبالتوازي يسمح بتطوير الحب الموضوعي وهذا ببناء الرابطة بين الأم والطفل وعليه صورة الجسم مرتبطة أولاً بالاستثمار. (Anzieu. A et al, 1975, 224)

فالأم هي الشخص الأساسي الذي ينظم الطفل من خلال إدراكاته وميولاته ومطالبه فجسد الطفل له تاريخ مرتبط بالعلاقة مع الموضوع، فإذا أحب الطفل جسده فهذا راجع لنوعية التكفل الأمومي من قبل الأم واللذة التي يشعر بها من خلاله، فهي من تعمل على

تشكيل جسم الطفل ومن تسميه وترمزه من خلال هذا التبادل فهناك مناطق يمكن أن يكون لها استثمار مكثف، أو خاص أو على العكس نقص في الاستثمار.

علاقة أم طفل لا تتوقف عليها نوعية إدراك الطفل لصورة جسده كوحدة بل يتعداه ذلك إلى إقامة حدود الجسد من خلال الاتصال جلد-جلد وخصوصا الماهيات الجينية، طبيعة هذه العلاقة تتطور وتتميز حسب كل مرحلة من مراحل التطور اللييدي. (بالهوشات، 2008، 33)

9 - العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم:

يلعب كل من الآباء والأقران والمعلمون وأجهزة الإعلام دورا كبيرا في العديد من جوانب حياة الأطفال والصغار والمراهقين وتؤثر على صورة جسمهم، واستنتج جروجان (1999) من عدة دراسات أن صورة الجسم تتأثر بالعديد من العوامل (الأسرة، الأصدقاء، المعلم، الأقران، المجتمع).

9-1- العوامل البيولوجية:

تحدد معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية الوراثية وبالتالي قد تلعب الخصلة البيولوجية والوراثية دورا هاما في نمو صورة الجسم، كما أن بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن أن تؤثر على طريق إدراك الأفراد لجسمهم مثل التشوه.

ففي مرحلة المراهقة والبلوغ النضج الجسمي يزيد من مشاعر الارتباك والرغبة وهذه التغيرات البيولوجية تجعل الأمر صعبا على النمو. لذلك فإن المحدد البيولوجي لحجم وشكل الجسم أن يؤثر على إدراك الفرد لجسمه، كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي إلى صورة جسم سلبية. فمظهر الشخص المحدد بالوراثة والبيئة. (الغزاوي، 2005، 25)

9-2- الوالدان / الأسرة:

يلعب الوالدان خاصة الأمهات دورا كبيرا في إدراك صورة الجسم لدى أطفالهما، وتقييم الوالدين لجسم طفلهما يترك انطباعا طويلا المدى على تقدير ذات الفرد.

وتعتبر الأسرة الرمزي الأول للأطفال والصغار والمراهقين، حيث يؤثر الآباء ومقدمو الرعاية على طريقة إدراك الأطفال لأجسامهم، ويلعب الآباء دورا حيويا سواء بشكل علني أو سري في إرسال الرسائل إلى أطفالهم للتوافق والتكيف مع المعيار المثالي في المجتمع، فالآباء قد يركزون بقوة على الحمية والجاذبية الجسمية وبذلك يضربون المثل لأبنائهم الصغار أن الصورة هي كل شيء، فالأطفال مثل الاسفنجيات يمتصون المعلومات والرسائل المحيطة بهم. (الأشرم، 2008، 32)

9-3 - المدرسة / المعلمون:

يلعب المعلمون بعض الدور في إدراك الأطفال والمراهقين لصورة جسدتهم وتبين الدراسات أن إدراك الطلاب لقيم معلمهم عامل مهم في إنجازهم الأكاديمي، لذا فمن المعقول أيضا أن يؤثر المعلمون على كيفية إدراك الأطفال لأجسادهم.

كما وجد أن معلمي المراهقين يميلون لتقدير طلابهم الوسماء جسديا كالتفوق العالي في التحصيل الأكاديمي والرياضي ويكونون أكثر جاذبية ومؤهلين اجتماعيا من أولئك الطلاب غير الجذابين جسديا إلى المعلمين. ويقدر العديد من الطلاب المعلمين لأنفسهم وتعليقاتهم يؤثر كثيرا على الأطفال والمراهقين. (فرغلي، 2007، 09).

9-4 - الأصدقاء والأقران:

مرحلة الطفولة والمراهقة فترة مهمة جدا في تكوين جماعة الأقران، وتكون جماعة الأقران مؤثرة جدا ومحاولة التوافق مع الصورة المثالية والاحتفاظ بجماعة الأقران في نفس الوقت ليس سهلا أن مجموعة الأقران يؤثر في تحديد كيف ينظر الفرد إلى جسمه، فعن فحص أدلر وأدلر (1998) جماعة الأقران واكتشف أن الأطفال خاصة البنات يتعلمون معايير المظهر في سن مبكر من أقرانهم، هذه المعايير والقيم التي ينمونها أثناء الطفولة قد توجه مواقفهم واتجاهاتهم وسلوكهم في المستقبل.

وهذا ما تؤكدته دراسة "باكستو وآخرون" من أطفالا والمراهقين غالبا يختارون كزميل أثناء اللعب. فالأصدقاء والأقران يؤثران على شعور الطفل والمراهقة حيال أنفسهم من خلال تعليقاتهم في الملابس وتصفيفة والشعر والوزن وأشكال وملامح الوجه. (الأشرم، 33، 2008)

9-5 - أجهزة الإعلام:

وإن أجهزة الإعلام عامل هام تقييم الفرد لصورة جسده حيث تنجم نماذج الجاذبية في عن المجالات والأفلام والممثلات والممثلين كما أننا نتعلم القيم والمعايير الثقافية لما هو جيد وجميل ومهم من خلال أجهزة الإعلام ممثلة في الإعلانات والأفلام والمجلات والكتب والصحف والبرامج التلفزيونية، فالتأكيد على المظهر يعرض على نحو واسع في كافة الأجهزة البصرية للاتصال، وأن تأثر أجهزة الإعلام يلعب دورا حيويا لاستمرار المظهر المثالي الصعب المنال، وأن أجهزة الإعلام مؤثر نسبي في إدراك ذات الفرد لأنها تركز على الجمال المثالي والنحافة. (وفاء محمد أحمدان القاضي، 2009، 59)

10 - التفسيرات النظرية لصورة الجسم:

لقد حظيت صورة الجسم بعدة تغيرات نظرية نذكر منها:

10-1 - النظرية البيولوجية:

يعتبر طبيب الأعصاب "هنري هيد" الباحث الأول الذي استعمل تعبير صورة الجسم وأول من وصف مفهوم صورة الجسم، هذه الصورة هي اتحاد خبرة الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي تظهر في اللحاء الحسي للمخ، ولاحظ هيد أن حركات السلسلة توافق مواضع الجسم يدل ضمنا على الوعي المعرفي المتكامل لحجم وشكل وتكوين الجسم، وأضاف أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم، كما درس ابتداء تأثير المخ وضرر الجسم على مخطط الجسم. (الأشرم، 2008، 26)

ويرى "كليف" أن صورة الجسم يمكن أن تقسم إلى غلاف خارجي للجسم، والحجم أو الفراغ الداخلي للجسم، ويعتبر الجسد علاف للجسم، ويأتي إدراك غلاف الجسم من الجلد والمعلومات البصرية ويعتقد أن حجم وفضاء الجسم يظهر من التوازن العميق للجسم، وأن

الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة وحفظ صورة الجسم. (القاضي، 2009،38)

10-2 - النظرية النفسية (نظرية التحليل النفسي):

اهتم الاتجاه التحليلي من جهته بمفهوم الصورة الجسمية ووضعوا الفرضية الأولى حول علاقة بين التوظيف اللييدي وبعض المناطق الموجودة في الجسد والصراع النفسي المتعلق بها فبالنسبة لفرويد فإن قبل كل شيء جسماني لي أن الصورة الجسدية تختلط عبر مظاهرها، ويضيف أيضا أن الأنا كيان كله جسميا قبل كطل شيء عن جسدي ويقول أيضا: أنا في النهاية طاقة متفرغة من الأحاسيس الجسدية والأساس من تلك التي تتولد من مساحة الجسد وهذا الأخير يمثل سطح الجهاز النفسي هذه الصياغة الفرويدية تسمح لنا بالاستنتاج أن صورة الجسد هي جزء من التصورات الذهنية للجهاز النفسي.

خلاصة:

مما سبق طرحه عن صورة الجسم ليس حديث النشأة بل هو ملازم لحياة الفرد وذلك لتأثيره القوي على نفسيته وتصرفاته وكذا تفكيره، فهناك من يحب جسده ويتباهى به أمام الآخرين مما يخلق لديه قوة الشخصية وثقة عالية بالنفس وعلى العكس من ذلك، قد يمقت جسده أو جزء منه وهذا قد يتسبب له في مشاكل عدة منها العزلة عن المجتمع أو قلة الثقة في النفس أو أخذ أفكار عن نفسه بأنه فاشل خاصة إذا كان في المراحل الأولى من حياته كمرحلة الطفولة وهذا ما نحن بصدد التكلم عنه في الفصل الثاني.

الفصل الثالث:

الطفولة

تمهيد

- 1 - مفهوم الطفولة
- 2 - مراحل الطفولة
- 3 - أهمية دراسة الطفولة
- 4 - دراسات في الطفولة
- 5 - مطالب النمو في مرحلة الطفولة
- 6 - مظاهر النمو في مرحلة الطفولة
- 7 - أنواع مشكلات الطفولة
- 8 - أهمية علاج مشكلات الطفولة

خلاصة

تمهيد:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو الإنساني وأكثرها أثرا في حياة الإنسان لأنها مرحلة تكوينية لشخصية الفرد يتم فيها نموه الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، وتؤثر هذه المرحلة تأثيرا عميقا في حياة الشخص المستقبلية في مراهقته ورشده وشيخوخته. ومن هذا المنطلق حاولنا في هذا الفصل التعريف بمرحلة الطفولة وبمراحلها كما تم التطرق إلى أهمية دراستها وأهم مطالب ومظاهر النمو فيها بالإضافة إلى عرض مجموعة من مشكلات هذه المرحلة وأسبابها وطرق علاجها والتقليل من حدتها.

1 - مفهوم الطفولة:

«الطفولة مرحلة تمتد من الميلاد حتى نهاية الحادية عشر و فيها توضع البذور الأولى لشخصية الطفل ويتكون الإطار العام لشخصيته، ويكون لهذا أكبر الأثر في تشخيص شخصية الطفل في المراحل اللاحقة» (عبد المنعم الميلادي ، 2004 ، 25).

كما نعرف الطفولة على أنها: «مرحلة من مراحل السنوات التطورية (النمو) التي تبدأ من لحظة الوضع وتستمر حتى سن البلوغ، فهي مرحلة حتمية طويلة يمر بها كل مولود بشري ينمو ويتكون وينشأ فيها جسميا و فيسيولوجيا، حسيا وحركيا ،عقليا ونفسيا واجتماعيا ودينيا في أسرته ومحيطه الذي يعيش فيه» (عبد الرحمان الوافي، 2006 ، 135).

«والطفولة مرحلة من مراحل العمر يقضيها الإنسان منذ ولادته إلى أن ينمو ويكبر ويستطيع الاعتماد على نفسه في تأمين حاجاته الضرورية وتدبير شؤونه بنفسه بعد أن كان يعتمد على غيره» (موفق هاشم ، 2000 ، 07).

«والطفولة كذلك مرحلة عمرية من دورة حياة الكائن الإنساني تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة» (محمد عودة الريماوي، 1998، 45)

من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الطفولة بأنها مرحلة نمائية من مراحل نمو الكائن الإنساني تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة فيها توضع أسس الشخصية المستقبلية للفرد لها مطالبها الحياتية و المهارات الخاصة التي ينبغي أن يكتسبها الطفل ليصل إلى مرحلة النضج أو الرشد.

2 - مراحل الطفولة:

تقسم الطفولة إلى ثلاث مراحل هي: (عبد الرحمان الوافي، 2006 ، 136)

1-2 - الطفولة الأولى أو المبكرة (2-6 سنوات):

وتبدأ من السنة الثانية وتنتهي في السنة السادسة من العمر، وتسبق هذه المرحلة مرحلة الرضاعة أو المهد وتمتد من الميلاد إلى السنة الثانية.

2-2 - الطفولة الثانية أو الوسطى (6-9 سنوات):

وتمتد من السنة السادسة إلى السنة التاسعة من العمر.

2-3 - الطفولة الثالثة أو المتأخرة (9-12 سنة):

وتبدأ من التاسعة وتنتهي بالتقريب عند سن 12 من العمر.

3 - أهمية دراسة الطفولة:

«شهد هذا القرن اهتماما فائقا بالطفل ولاسيما من قبل المختصين والمربين والآباء ويعزى هذا الاهتمام إلى أن الطفولة تعتبر من أهم المراحل في حياة الفرد، فهو يكتسب فيها كثيرا من معلوماته ومهاراته واتجاهاته.

وهذا الاتجاه يؤيد فكرة فرويد (FREUD) في التركيز على أهمية مرحلة الطفولة وعلى الأخص السنوات الخمس الأولى من حياته وأثر ذلك على شخصيته مستقبلا حيث توصلت بعض الدراسات السيكولوجية إلى أن هناك علاقة قوية بين طرق التنشئة الاجتماعية التي يعيشها الطفل وسلوكاته واستجاباته المختلفة سواء كانت عدوان أو قلق أو غيره....

كما أن دراسة الطفولة تعتبر من المعايير الهامة التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره فدراسة الطفولة تساعد في فهم خصائص كل مرحلة مما يسهل عملية تفسير سلوك الأطفال وفوق هذا كله تساعد واضعي المناهج في تصميم مناهجهم على صورة خبرات وتجارب ومعارف ومهارات تتلاءم مع حاجات الطلاب واستعداداتهم وقدراتهم.

فالدراسة العلمية للطفولة تساعد في إخضاع الأطفال لطرق التفكير العلمي التي يمكن

أن تؤدي إلى فهم الأطفال والتنبؤ بسلوكياتهم» (نايفة قطامي، 2004، 19)

4 - دراسات في الطفولة:

« في كتابه "الطفولة في قرون" يشير المؤرخ الفرنسي "فليب أريس" (ARIES) (1962) إلى أن الطفولة مصطلح حديث نسبيا، فالأطفال في القديم كانوا يعيشون بيننا ويرتدون نفس الطراز من الملابس وعليهم أن يتصرفوا كالكبار، ولم يكن معروفا أن للطفولة

خصائصها وحاجاتها وأغراضها وفرصها كالخيال واللعب» (محمد عودة الريماوي، 1998،
(45

«وحسب ما يقوله "أريس" (ARIES)، فإنه لم يتم النظر إلى الأطفال باعتبارهم كائنات بشرية تختلف عن الراشدين من حيث النوع إلا في القرن السابع عشر، أما قبل ذلك فقد اعتبر الأطفال كائنات بشرية حية صغيرة وضعيفة وأقل ذكاء من الكبار. في حين وجد عالم النفس "ديفيد الكند" (ELKIND، 1987)، أن هناك إدراكا واضحا لطبيعة الطفل في أعمال قدماء اليونان والرومان، وبعد أن قامت "ليندا بولوك" (POLLOCK، 1993)، بمراجعة العديد من سير الحياة والمذكرات والأدب التي يرجع تاريخها إلى القرن السادس عشر، تبين من خلالها أن الأطفال قد تم النظر إليهم والتعامل معهم بشكل دائم باعتبارهم عضويات مختلفة في بنيتها وتركيبها وسيكولوجيتها عن الكبار والراشدين.

ومع بداية القرن التاسع عشر مهدت العديد من الاتجاهات المهمة الطريق لدراسة تطور الطفل بحيث تمكن العلماء من فك رموز العديد من مفاهيمه الغامضة وبدأوا بمناقشة أهمية الوراثة والبيئة، وتم سن القوانين التي توفر الحماية للأطفال من العمل ساعات طويلة الأمر الذي يعني ضمنا أنهم يستطيعون قضاء وقت أطول في المدرسة.

وقد تسربت روح الديمقراطية إلى المؤسسات التي تعنى بالطفل سواء في البيت أو المدرسة ورفض الآباء والمعلمون على حد سواء الطرق التسلطية القديمة في التربية وأكدوا على أهمية تحديد احتياجات الطفل والعمل على تلبيتها» (صالح محمد، 2004، 31)

5 - مطالب النمو في مرحلة الطفولة:

تتوقف مطالب النمو في مرحلة الطفولة على مدى تحقيق وإشباع حاجات الطفولة إشباعا يتناسب مع النضج ومراحل نمو الفرد وتطور الخبرات المتعددة التي تتناسب مع سنه، ومطالب النمو متعددة فمنها مطالب جسمية ومنها مطالب عقلية ومطالب انفعالية ومطالب اجتماعية ومطالب جنسية.

وعندما يحقق الطفل مطالبه المختلفة التي تتوافق مع مراحل نموه يشعر بالراحة والطمأنينة والسعادة وعندما تعاق هذه المطالب يشعر بالحرمان والإحباط نتيجة إعاقة هذه المطالب، فمطالب النمو المختلفة تنتج من تفاعل عوامل معينة تتمثل في مظاهر النضج والنمو العضوي، ثقافة المجتمع، مستوى طموح الفرد.

5-1 - مطالب النمو خلال فترة الطفولة الأولى :

- تعلم المشي، تعلم الأكل، التحكم في عملية الإخراج، معرفة الطفل للفروق الجنسية.
- تكوين علاقات إجتماعية وعاطفية بين الوالدين والإخوة والأقارب ، بدأ تعلم الطفل إدراك الصواب والخطأ والخير والشر والقبيح والجميل .

5-2 - مطالب النمو خلال فترة الطفولة الوسطى والمتأخرة:

- تكوين اتجاهات حول الذات.
- تكوين وعقد علاقات مع الرفاق والأقران أثناء اللعب.
- تعلم الطفل القراءة والكتابة والحساب.
- تعلم مهارات حركية ومزاولة أنشطة معينة تحقق له نمو الحركي.
- تكوين مفاهيم ومدركات يتعلمه من الأحداث اليومية.
- تكوين وازع داخلي (الضمير) يحاسبه على الخير والشر والصواب والخطأ.
- تكوين اتجاهات نحو التجمعات والجماعات، والمؤسسات الاجتماعية التي يتعامل

معها» (خليل ميخائيل معوض، 2003، 129)

6 - مظاهر النمو في مرحلة الطفولة:

يتميز النمو في مرحلة الطفولة بعدة مظاهر تختلف من مرحلة إلى أخرى وتتمثل فيما يلي:

6-1 - النمو الجسمي والفيسيولوجي:

6-1-1 - في مرحلة الطفولة المبكرة (2-6 سنوات):

«النمو الجسمي في هذه المرحلة مهم من ناحية الزيادة في الحجم ومهم أيضا وبصفة خاصة من ناحية النمو الحركي وتستمر الأسنان في الظهور ويكتمل عدد الأسنان المؤقتة

ويبدأ تساقطها لتظهر الأسنان المستديمة، ينمو الرأس بطيئاً ويصل في نهاية هذه المرحلة إلى مثل حجم رأس الراشد، وتنمو الأطراف نمواً سريعاً وينمو الجذع بدرجة متوسطة ويضطرر نمو أجهزة الجسم المختلفة ووظائفها في هذه المرحلة يشكل ملحوظ فيضطرر نمو الجهاز العصبي حيث يصل المخ إلى 90% من وزنه الكامل عند الراشد في نهاية هذه المرحلة، ويزداد نمو الجهاز الهيكلية كما يزداد تحول الغضاريف إلى عظام ونمو الجهاز العضلي، ويصبح التنفس أكثر عمقا وأبطأ من ذي قبل وتبطؤ نبضات القلب وتصبح أقل تغييراً ويزداد ضغط الدم ازدياداً ثابتاً» (كمال محمد، 1997، 113)

6-1-2 - في مرحلة الطفولة الوسطى (6-9 سنوات):

«يبطؤ النمو في هذه الفترة بحيث تنقص عن معدلات الفترات السابقة واللاحقة أيضاً مع العلم أن هناك فروقا فردية تؤدي إلى زيادة معدل النمو لدى الذكور عنه لدى الإناث وبخاصة في مجالات الوزن والقوة والطول، كما تسقط الأسنان اللبنية المؤقتة لتظهر مكانها الأسنان الدائمة» (رمضان محمد القذافي، 2000، 292)

«وتتميز هذه المرحلة من الناحية الفيسيولوجية بتزايد ضغط الدم وتناقص معدل نبضات القلب ويزداد نمو الألياف العصبية وعدد الوصلات بينها» (عبد الحليم منسي، 2001، 85)

6-1-3 - في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة):

«تعد هذه المرحلة بصفة عامة مرحلة القوة والصحة الجسمية والنشاط الدؤوب حيث يزداد طول الطفل ووزنه ويقل تعبته وإجهاده وتتغير ملامحه العامة وتأخذ صفة الاستدامة، ويتأثر النمو الجسمي في هذه المرحلة بطبيعة الحال بمدى ملائمة التغذية والظروف الصحية والاقتصادية للأسرة ومدى توافر الظروف البيئية المناسبة لنموه البدني» (السليم، بدر إبراهيم الشيباني، 2000، 181)

«يزداد ضغط الدم ويتناقض النبض ويزداد طول وسمك الألياف العصبية وعدد الوصلات بينها ويزداد تعقد الجهاز العصبي وكذلك يزداد وزن المخ حتى يصل في نهاية هذه المرحلة إلى 95% من وزنه عند الراشد، وفي نهاية هذه المرحلة تبدأ الغدة التناسلية في التغيير استعدادا للقيام بالوظائف التناسلية» (خليل ميخائيل، 2003، 224)

6-2-2 - النمو الحسي الحركي:

6-2-1 - في مرحلة الطفولة المبكرة (2-6 سنوات):

يتميز نشاط الطفل الحركي بالسرعة والقوة والدقة والحيوية المستمرة وسرعة الاستجابة، كما يستطيع القيام بالأنشطة التي تتطلب استخدام عضلاته الكبيرة، فهو يجيد الجري والقفز والتسلق وتزداد قدرته على التوازن الحسي الحركي من خلال سيطرته على عضلاته الصغيرة أو الدقيقة وكذلك التنسيق بين حواسه وأطرافه» (بدر إبراهيم الشيباني، 2000، 158)

6-2-2 - في مرحلة الطفولة الوسطى (2-9 سنوات):

«يبدو الإدراك الحسي أكثر نموا مع زيادة مستوى التوافق البصري اليدوي كما يستطيع الطفل إدراك الزمن ومعرفة فصول السنة» (رمضان محمد القذافي، 2000، 293)

«يزداد في هذه المرحلة النشاط الحركي بحيث تعتبر مرحلة تتميز بالقوة والطاقة ويلعب طفل هذه المرحلة ببعض الألعاب العضلية مثل المطاردة والجري وركوب الدرجات، وينمو التوافق الحركي وتزداد الكفاءة والمهارات اليدوية، وتتم السيطرة على الكتابة ويؤثر المستوى الاجتماعي في نوع النشاط الحركي» (عبد الحليم منسي، 2001، 88)

6-2-3 - في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة):

«يقترّب نمو الحواس في هذه المرحلة من الاكتمال، أما إحساس الطفل بالوقت فإنه يكون أطول من إحساس الراشدين، وتزداد دقة السمع لدى الطفل في هذه المرحلة كما تزداد حدة البصر وتتحسن الحواس العضلية لديه أيضا» (عبد الحليم منسي، 2001، 89)

«هذه المرحلة تعتبر مرحلة النشاط الحركي الواضح ونشاهد فيها زيادة واضحة في القوة والطاقة وتكون الحركة أسرع وأكثر قوة ويستطيع الطفل التحكم فيها بدرجة أفضل. ويلاحظ على الطفل اللعب مثل الجري والمطاردة وركوب الدراجة ذات العجلتين والعموم والسباق والألعاب الرياضية المنظمة وغير ذلك من ألوان النشاط التي تصرف الطاقة المتدفقة لدى الطفل والتي تحتاج إلى مهارة وشجاعة أكثر من ذي قبل» (كامل محمد، 1997، 128).

6-3-3 - النمو العقلي:

6-3-1 - في مرحلة الطفولة المبكرة (2-6 سنوات):

«في هذه المرحلة يكون الجهاز العصبي غير مكتمل النضج لذلك فإن القدرات العقلية متميزة في هذه المرحلة المبكرة، يوصف تفكير الطفل أنه تفكير مادي وحسي» (عبد الرحمان عيسوي، 1997، 293)

6-3-2 - في مرحلة الطفولة الوسطى (6-9 سنوات):

«تزداد قدرة الطفل على التركيز والانتباه كما تزداد قدرته على التذكر ويتمتع الطفل بوجه عام بالاستعدادات التي تساهم في عمليات التعلم حيث يتعلم القراءة والكتابة ويتعامل مع الأعداد ويقوم بعمليات الجمع والطرح والضرب والقسمة كما يجيد التعامل مع الرموز، مما يؤدي إلى زيادة القدرات اللغوية» (رمضان محمد القذافي، 2000، 293)

6-3-3 - في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة):

«وأهم مظاهره إضطراد نمو الذكاء، نمو مهارة القراءة والقدرة على الابتكار، نمو التفكير المجرد وزيادة مدى الانتباه وحدته، زيادة المفاهيم وتعقدها وتجريدها وعموميتها» (حاجب عواملة، 2003، 144)

6-4-4 - النمو اللغوي:

6-4-4-1 - في مرحلة الطفولة المبكرة (2-6 سنوات):

«تساعد خبراته ونشاطه الحركي على اكتساب خبرات لغوية كثيرة، بحيث تزداد مفرداته وفهم ما يوجه إليه من كلام ويكون أكثر قدرة على التعبير عن نفسه وحاجاته للكلام» (يدر إبراهيم الشيباني، 2000، 162).

6-4-4-2 - في مرحلة الطفولة الوسطى (6-9 سنوات):

«أهم مظاهره القدرة على التعبير الشفوي والتحريري والقدرة على القراءة وتمييز المترادفات واكتشاف الأضداد» (جابس عوامل، 2003، 144)

6-4-4-3 - في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة):

«تزداد طلاقة الطفل اللفظية في هذه المرحلة ويزداد فهمه للكلمات ويدرك الفروق بين معاني الكلمات ويعرف التشابه اللغوي في الألفاظ والعبارات ومعنى الكلمات المجردة مثل الحرية والموت والظلم والعدل.» (عبد الحليم منسي، 2001، 149)

6-5-5 - النمو المعرفي:

6-5-5-1 - في مرحلة الطفولة المبكرة (2-6 سنوات):

«يمكن الطفل خلال هذه الفترة من تصنيف أو تبويب الأشياء حسب معيار محدد كاللون أو الحجم أو الطول أو الشكل وترتيبها المتسلسل حسب ذلك» (يدر إبراهيم الشيباني، 2000، 161).

6-5-5-2 - في مرحلة الطفولة الوسطى (6-9 سنوات):

يستطيع طفل هذه المرحلة القيام بترتيب الأشياء وتصنيفها على نحو منطقي وإدراك بعض النتائج وربطها بالحوادث المستقبلية، ولكن على المستوى المادي والملموس فقط.
«يتخلص تدريجياً من معوقات التفكير المنطقي وهي التمرکز حول الذات الإيحائية، مشكلة الاحتفاظ، مشكلة التمرکز حول نقطة واحدة في الشكل» (الريماوي، 1998، 372)

6-5-3 - في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة):

«يظهر في هذه المرحلة الاستدلال الرمزي المجرد عند الطفل و يصل إلى الهدف الأقصى من العمليات العقلية وهو حل المشكلات بواسطة معالجة المعلومات وتنامي قدرات الإدراك والتفكير والتذكر» (الريماوي، 1998، 372)

6-6 - النمو الانفعالي:**6-6-1 - في مرحلة الطفولة المبكرة (2-6 سنوات):**

«تتميز انفعالات الطفل المبكر بحدتها وذلك مع ازدياد القيود التي تفرض على سلوكه من جراء تعامله مع الكبار والصغار وكثرة المعوقات التي تحول دون تحقيق رغباته» (الريماوي، 1998، 372)

6-6-2 - في مرحلة الطفولة الوسطى (6-9 سنوات):

«يمتاز الطفل في هذه المرحلة بضبط النفس وبالثبات الانفعالي والاعتدال في حالته المزاجية» (محمد مصطفى زيدان، 1990، 121)

«ومع هذا فالطفل لا يصل في هذه المرحلة إلى النضج الانفعالي فهو مازال قابل للاستثارة الانفعالية ولديه بواق من الغيرة الشديدة، والعناد والغضب والعدوان والثورة التي تميز المرحلة السابقة» (عبد الحليم منسي، 2001، 165).

6-6-3 - في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة):

«يمتاز الطفل بالهدوء والاتزان، فالطفل في هذه المرحلة لا يفرح بسرعة ولا يغضب بسرعة كما كان الحال في مرحلة الطفولة المبكرة فهو يفكر ويدرك ويقدر الأمور المثيرة للغضب والانفعال» (عبد الرحمان عيسوي، 1997، 34).

«وأهم مظاهره الاستقرار والثبات الانفعالي والتعبير عن الغضب بالمقاومة السلبية مع التمتمة ببعض الألفاظ، التعبير عن الغيرة بالوشاية والهروب من القلق والصراع بالاستغراق في أحلام اليقظة» (حابس عوامل، 2003، 145).

6-7-7 - النمو الاجتماعي:**6-7-7-1 - في مرحلة الطفولة المبكرة (2-6 سنوات):**

«ينمو السلوك الاجتماعي للطفولة المبكرة خلال نشاطه الحركي وصحبته للآخرين وخلال رغبته في أن ينال رضا الغير، يشرع الطفل في لعبه في أن يعيش في جو اجتماعي صحيح ويجد ميلا نحو مشاركة الآخرين في لعبهم وهو يود أن يلعب مع طفل أو طفلين ويضيق بالمجموعة الكبيرة من الأطفال» (محمد مصطفى زيدان، 1972، 121).

6-7-7-2 - في مرحلة الطفولة الوسطى (6-9 سنوات):

«أهم مظاهره استمرار عملية التطبيع الاجتماعي وتكوين جماعة الرفاق واللعب الجماعي والصدقات، والسعي نحو الاستقلال واتساع دائرة الميول ونمو الضمير ومراعاة المعايير الاجتماعية» (حابس عواملة، 2003، 144).

6-7-7-3 - في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة):

«يفضل الطفل الاندماج مع جماعات الأصدقاء والأنداد، ويرجع ذلك إلى نضجه العقلي والوجداني وإلى إيمانه بقيمة الجماعة في تحقيق أهدافه، ومن هنا يبدأ في الشعور بالولاء للجماعة» (عبد الرحمان عيسوي، 1997، 33).

6-8-8 - النمو الجنسي:**6-8-8-1 - في مرحلة الطفولة المبكرة (2-6 سنوات):**

«تعتبر هذه المرحلة مرحلة حب الاستطلاع والفضول الجنسي ويصبح اهتمام الطفل لاسيما الذكر - في جهازه التناسلي ويميل الأطفال لاستطلاع الفروق بين الجنسين في التركيب الجسماني واللعب بأجزاء الجسم المختلفة ويكثر الأطفال من الأسئلة التي تتعلق بالفروق بين الجنسين وكيف يتم الحمل والولادة» (خليل ميخائيل معوض، 2003، 224).

6-8-8-2 - في مرحلة الطفولة الوسطى (6-9 سنوات):

«يكون الاهتمام قليلا بالناحية الجنسية في هذه المرحلة ويكون النشاط الاجتماعي والتربوي حائزا على معظم نشاطات أطفال هذا السن ويكون معدل نمو الأعضاء التناسلية

أبطأ من معدل نمو أعضاء الجسم، وتسمى هذه المرحلة بمرحلة الكمون الجنسي، حيث يكون النمو في المراحل السابقة طبيعياً، وتتميز هذه المرحلة بحب استطلاع الأطفال لأعضاء أجسامهم ومعرفة وظائفها وهذا يبرز دور التربية الجنسية لهؤلاء الأطفال حتى لا تكبت رغباتهم في معرفة بعض الأمور التي تتعلق بالجنس وبالتالي يؤدي إلى شذوذهم الجنسي في مستقبل حياتهم» (عبد الحليم منسي، 2001، 188)

6-8-3 - في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12 سنة):

«إن النمو الجنسي في هذه المرحلة يحظى باهتمام الباحثين نظراً لأن هذه المرحلة تسبق مباشرة مرحلة البلوغ، ولكن لا يزال اهتمام الطفل بالجنس كامناً في هذه المرحلة أيضاً وتستمر أسئلة الطفل المتعلقة بالجنس ولكن على مستوى أرقى من أسئلة المرحلة السابقة وقد يمارس الأطفال العادة السرية في هذه المرحلة ويعرضون أعضائهم التناسلية على بعضهم البعض، ولكن تكون معظم علاقاتهم الجنسية بين أفراد نفس الجنس» (عبد الحليم منسي، 2001، 189)

من خلال استعراضنا لمظاهر النمو في مرحلة الطفولة نستنتج أن النمو بكل مظاهره وحدة مترابطة ومتآزرة معا بينها تأثير متبادل يهدف إلى تحقيق تكامل الكائن الحي في جميع جوانبه الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية.

كما أن معرفتنا لمظاهر النمو وقواعده يساعدنا على توجيه نمو الطفل بما يحقق الأمن الاجتماعي والاطمئنان الانفعالي في الحياة المنزلية والمدرسية.

7 - أنواع مشكلات الطفولة:

«تتعدد مشكلات الأطفال في أنواعها ومظاهرها وتتفاوت في حدتها وطبيعتها من طفل إلى آخر بناء على الظروف الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية المحيطة ببيئة الطفل ومدى تفهم القائم على رعايتهم لطبيعة المرحلة التي يمر بها وتلك الظروف المحيطة به» (إبراهيم الشيباني، 2000، 174)

ومن أكثر المشكلات شيوعا في هذه المرحلة:

- مشكلات صحية (الصرع، تسوس الأسنان، الربو....).
- مشكلات تتصل بالتغذية (فقد الشهية للطعام ، الشره للطعام).
- مشكلات تتصل بعملية الإخراج (التبول اللاإرادي، التبرز اللاإرادي).
- اضطراب النوم.
- مشكلات خلقية (الكذب، السرقة، التمرد، الجولان...).
- مشكلات انفعالية (الغيرة، العصبية، المخاوف المرضية، القلق).
- مشكلات جسمية (قضم الأظافر، صعوبات النطق).
- مشكلات اجتماعية (الانطواء، العزوف عن اللعب).
- مشكلات دراسية (التأخر الدراسي، التسرب المدرسي، صعوبات التعلم).
- مشكلات الاضطرابات العصابية (الوسواس القهري، الهستيريا).

8 - أهمية علاج مشكلات الطفولة:

«نظرا لأهمية الطفولة كحجر أساس في بناء شخصية الطفل مستقبلا وتوافقه في مرحلة المراهقة والرشد، يرى علماء الصحة النفسية ضرورة علاج مشكلات الأطفال منذ اكتشافها وقبل استفحالها فكلما أمكن التكبير بالعلاج كانت هناك فرص أطول للتحسين قبل أن ترسخ جذور المشكلة.

فقد دلت الدراسات على أن هناك علاقة وطيدة بين مشكلات الطفولة ومشكلات الحياة المستقبلية كالانحراف والإجرام والاضطراب النفسي.

كما أن توافق الإنسان في المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه في مرحلة الطفولة فمجرمو الغد ومرضى المستقبل هم الآن في مدارس ومنازل اليوم، ومساعدة الأطفال الآن تساعد كثيرا على تخفيف مشكلات المستقبل ونقل من حالات الإلقاء في السجون والإصلاحات فيما بعد. (ولارد أوليسون، جون ليون، 1963 ، 95).

فإن لم نستطع إعطاء المساعدة الكافية لأطفالنا فلا خير من أن تستعين بالعيادات النفسية والموجهين بالمدارس وأخصائي الأمراض النفسية، وليس معنى ذلك أننا فشلنا في تربية أبنائنا بل بالعكس إن معنى ذلك أننا ندرك أهمية العلاج قبل فوات الأوان» (ولارد أوليسون، جون ليون، 1963 ، 96).

خلاصة:

يتضح مما سبق أن الاهتمام بمرحلة الطفولة هو في الواقع اهتمام بالمجتمع وتطوره لأن أطفال اليوم هم شباب الغد ورجال المستقبل ويقدر إعدادهم الإعداد السليم للحياة يتوفر للأمة المستقبل والتقدم والحضارة.

ومن هنا تبرز ضرورة الاهتمام بالأطفال ورعايتهم وتربيتهم ومساعدتهم على النمو المتكامل وتكوين الشخصية السوية الناضجة القادرة على تحقيق الاستقرار والتوافق في الحياة والمساهمة في تنمية وبناء الوطن وتطويره.

الفصل الرابع:

الإعاقة الحركية

تمهيد

1 - تعريف الإعاقة الحركية

2 - الخصائص العامة للمعاقين حركيا

3 - تصنيفات وأشكال الإعاقة الحركية

4 - أسباب الإعاقة

5 - مشكلات الإعاقة

6 - الوقاية من الإعاقة الحركية

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الإعاقة ظاهرة ملازمة للمجتمعات الإنسانية كلها وتختلف نسبة تواجدها وأنواعها وموقف المجتمعات منها باختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية لذا يجب إعطاء هذا الموضوع اهتماما كبيرا لأنه من الموضوعات المهمة والضرورية التي تمس حياة الإنسان المعاق وكيفية التعامل معه وفق الإعاقة التي يعاني منها.

وقدمت للإعاقة العديد من التعريفات المختلفة والمتباينة ويعزى هذا التباين في التعريفات إلى تنوع التخصصات العلمية التي اهتمت بدراسة الإعاقة بأنواعها والذي يهمننا من أنواعها الإعاقة الحركية، والتي سوف نتطرق إلى تعريفها وتصنيفاتها وأساليب الوقاية منها في هذا الفصل.

1 - تعريف الإعاقة الحركية:

تعد الإعاقة الحركية فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة العديدة وهى فئة تنتمي إلى فئة الإعاقات الجسمية أو البدنية وتتضمن العديد من أنواع الإعاقات التي تصيب أجهزة الجسم وأهمها الجهاز الحركي وما يرتبط به من أجهزة أخرى مثل: الجهاز العظمى والجهاز المفصلي والجهاز العضلي والجهاز العصبي المركزي. (السيد فهمي علي محمد، 2005، 05)

والمعوق حركيا هو الفرد الذي يعاني من خلل ما يفقده قدراته الحركية، أو نشاطه الحركي بحيث يؤثر ذلك على مظاهر نموه العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعى الحاجة إلى التربية الخاصة. (فاروق الروسان، 1998، 24).

يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بما يلي: إما نقص نفسي أو فسيولوجي، وإما عجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري وإما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها. (الجريدة الرسمية، 1985، 184)

أيضا هو الشخص غير القادر على أداء الأنشطة الحركية سواء حركته هو أو تحريك الأشياء من مكان لآخر وهذه الإعاقة فقدان القدرة قد تكون نتيجة لإصابة العظام أو العضلات أو المفاصل أو الأعصاب التي تربط بينهما

كما ينظر إليه على أنه هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما في الأطراف السفلى والعليا أحيانا أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر الأطراف ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية. (حابس العواملة، 2003، 2).

2- الخصائص العامة للمعاقين حركياً :

من شأن الإعاقة أن تحد من قدرة الفرد على القيام بوظيفة أو أكثر من وظائف الحياة اليومية بطريقة طبيعية.

إن المعاق له حاجاته الخاصة التي تنشأ عن إعاقته والتي تستلزم إتباعه بإجراءات خاصة، وقد تختلف عن الإجراءات التي تنتبع في تلبية حاجات الأفراد الأسوياء. إن جميع المعاقين مهما تنوعت صور إعاقتهم لديهم قابليات وقدرات وحوافز للتعليم والنمو والاندماج في الحياة العادية للمجتمع.

إن الشخص المعاق لا يختلف عن غيره من الأسوياء من جميع النواحي بل يختلف عنهم فقط في الناحية التي يقع فيها العجز أو الإعاقة، فهو في حاجة إلى الأمن والطمأنينة، والحب، والعطف، وتقدير الذات وهو في حاجة إلى أشخاص متكيفين مع أنفسهم ومع مجتمعهم حتى يساعده على التكيف مع نفسه ومع مجتمعه.

من الناحية النفسية، فإن المعاقين بغض النظر عن نوع إعاقتهم وعن درجة حدتها وعن الفروق الفردية بينهم وعن اختلاف الظروف البيئية التي يعيشون فيها تغلب عليهم صفات نفسية معينة كالآتي:

أ - **الشعور الزائد بالنقص**: الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها ليتولد عند المعاق شعورا واضحا بالدونية مما يعوق توافقه الاجتماعي السليم.

ب - **الشعور الزائد بالعجز**: الاستسلام للعاهة وقبولها بواقعها وبعجزها، ليتولد لدى الفرد الإحساس بالضعف والاستسلام لها مع رغبة انسحاب شبه دائمة وسلوك سلبي اعتمادى.

ج - **عدم الشعور بالأمن والأمان**: هو إحساس عام بالقلق والخوف من المجهول وتوجس الشر الشبه دائم، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة كالتوتر أو التعب الانفعالي، وقد يكون له أعراض ظاهرة كالاضطراب.

د - **عدم الاتزان الانفعالي:** وهو عدم تناسق الانفعال مع المواقف صعودا أو هبوطا وهي صفة تأخذ العمومية مع المعوقين، وقد يؤدي هذا الشعور إلى تولد مخاوف وهمية مبالغ فيها يؤدي إلى أحد نماذج الأعصاب أو الذهان.

هـ - **سيادة مظاهر السلوك الدفاعي:** وأبرزها الأفكار والتويعي، والإسقاط، والتبرير، وقد يكون بمثابة حماية ذاته المهددة دائما مع الآخرين سواء بصورة مباشرة كالسخرية الواضحة أو بصورة غير مناسبة أو عدم إعارته الاهتمام الكافي. (بدر الدين كمال عبده، 2001، 24-25)

3 - تصنيفات وأشكال الإعاقة الحركية:

إن الإعاقات الحركية معدودة ومتنوعة، وأسبابها عديدة ومتنوعة أيضا، فقد تكون خلقية أو مكتسبة أو بسبب أمراض وقد تحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، وبعضها قد يكون راجعا لكسور أو ضمور، وغير ذلك مما سيلي ذكره، وهي تصيب عدة أجهزة من أجهزة الجسم، وتصنف الإعاقة الحركية تبعا لأسبابها إلى:

- إعاقات الجهاز الحركي (العظمي - العضلي)

- إعاقات الجهاز العصبي

- إعاقات مرضية .

أ - **إصابات الجهاز العصبي:** وهي حالة تنجم عن الإصابات التي تصيب الجهاز العصبي المركزي المكون من الدماغ والنخاع الشوكي، وتتراوح هذه الإصابات من البسيطة إلى الشديدة حسب موقع الإصابة، ومن أمثلتها الشلل الدماغي والصرع، شلل الأطفال وإصابات النخاع الشوكي وإصابات العمود الفقري.

ب - **إصابات عضلية وعظمية:** هي إصابة العضلات والعظام بدرجة تؤثر على قدرة الشخص المصاب على الحركة والتنقل باستقلالية، وغالبا تحدث هذه الإصابات في الأطراف أو في العمود الفقري، وقد تكون ولادية أو مكتسبة، ومن أمثلة هذا النوع من الاضطرابات:

البتير والوهن العضلي والوهن والضمور العضلي والروماتيزم وهشاشة العظام وانحناءات العمود الفقري واضطرابات القدم. (وائل محمد مسعود، 2002، 71-72).

ج - إعاقات مرضية: هي تلك الأمراض المزمنة التي تحول الفرد عن الحركة ومنها: الروماتيزم - مرضى السكري - مرضى القلب - أمراض الكلى - مرضى الربو.

إن الغرض من التصنيفات السابقة ليس وضع مسميات لكي تلتصق بالأفراد ذوي الإعاقة الحركية، إنما الهدف منه هو مواجهة الاحتياجات التربوية والتأهيلية للمعوقين حركياً على اختلاف درجة الإعاقة لديهم وعلى اختلاف احتياجاتهم.

وعلى ضوء هذه التصنيفات السابقة تتعدد أشكال الإعاقة الحركية وتتنوع درجاتها وفيما يلي سرد لبعض أشكال الإعاقة الحركية:

* إصابات الجهاز العظمي وتشمل:

- الجنف، التحذب الظهرى والتقعير الظهرى، القدم المفلطحة، القدم الحنفاء، لين العظام، البتر، خلع الورك الولادي.

* إصابات المفاصل وتشمل:

- التهابات المفاصل، الالتهاب العظمي المفصلي، هشاشة (ترقق) العظام.

* إصابات الجهاز العضلي وتشمل:

- الضمور والوهن العضلي وضمور العضلات الشوكية. (وائل محمد مسعود، 2002، 73)

* إصابات الجهاز العصبي وتشمل:

- الشلل الدماغي، الصلب المشقوق، شلل الأطفال، الاستسقاء الدماغي، التصلب المتعدد،

إصابات الحبل الشوكي الوراثية والخلقية والضمورية (التحليلية).

4 - أسباب الإعاقة :

للإعاقات ومنها الإعاقة الحركية أسباب عديدة وكذلك تصنيفات متنوعة، ويمكن أن ينظر إليها بأكثر من صورة أو اتجاه، وفي استعراضنا لأسباب الإعاقة لا بد أن نأخذ في الاعتبار أنه من النادر أن تكون الإعاقة المعنية (حركية أو غير حركية) نتيجة لعامل واحد،

بل الغالب أنها تحدث نتيجة لأكثر من عامل، بل وكثيرا ما يصعب تحديد سلسلة العوامل أو الأحداث التي أدت إلى حالة الإعاقة.

وترجع الإعاقة إلى عشرات بل مئات من الأسباب، التي قد تكون أسباب طبية نتيجة أمراض وإصابات، أو أسبابا اجتماعية أو اقتصادية أو مهنية أو نفسية، ومن جهة أخرى قد تكون هذه الأسباب متعلقة بالفرد نفسه أو مرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها، وقد ترجع إلى أسباب خلقية وراثية أو غير وراثية، وقد تكون الإعاقة نتيجة لكوارث طبيعية كالزلازل والبراكين والفيضانات والجفاف، وقد تكون راجعة إلى كوارث من صنع الإنسان مثل الحروب وحوادث العمل، وعلى هذا فإن تصنيف هذه الأسباب يختلف من مدرسة إلى أخرى، ومن علم إلى علم تماما مثلما يختلف تعريف الإعاقة التي لا تدخل في اهتمام علم دون علم، فهي ليست قاصرة على العلوم الطبية مثلا، ولكنها تدخل في كثير من الدراسات الاجتماعية والتربوية والنفسية والمهنية والصناعية وغيرها. (السيد فهمي علي محمد، 2005، 35)

وسنتناول فيما يلي أسباب الإعاقة على النحو التالي :

أولا: الأسباب الوراثية:

تتم وراثية العجز عن طريق جينات سائدة أو متنحية تنتقل إلى الطفل من والديه أو من أحدهما إلى الجنين، واحتمالات ظهورها في زواج الأقارب أكثر من زواج غير الأقارب، كما أن هناك ما يسمى بالشذوذ الوراثي، بمعنى أن الطفل قد يصاب بالإعاقة التي يعاني منها والده، ولكن بسبب انفصال خصائص وراثية شاذة تؤدي إلى اضطرابات في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم، وتنقسم هذه الخصائص الوراثية الشاذة إلى نوعين: أحدهما شذوذ في الكروموزومات وعملها، وثانيهما شذوذ في الجينات، ومن الأسباب الوراثية أيضا: أ- تعرض الطفل وهو جنين أو بعد ولادته لاضطرابات بيولوجية ناتجة عن عاملين آخرين هما:

* عامل الريزوس (RH)، وقد دلت الفحوص التحليلية على أن دم الآدميين في حوالي 86% من الحالات يحتوي على ذلك، يرمز إلى هؤلاء الأفراد بالرمز (RH+)، وأنه في 14% من

الحالات لا يحتوي الدم على هذا المكون، ويرمز إلى هؤلاء الأفراد بالرمز (RH-)، وفي حالة اختلاف دم الأم عن دم الجنين قد لا تتضج خلايا الدم، وبالتالي يتأثر تكوين المخ، مما يؤدي إلى حالة من التخلف العقلي عند الطفل .

* اضطرابات الغدد الصماء سواء بالضمور أو بالتضخم فلا تنتظم وظائف الجسم.

ب - الإعاقة من عدم وجود مناعة ضد الأمراض، أو النقص البين في وزن الطفل الوليد (دون وزن كيلو ونصف الجرام) أو عدم الاكتمال في نضج بعض الأعضاء لدى الوليد، وقد تؤدي هذه الظواهر الناجمة عن العوامل الوراثية إلى كون الأطفال عرضة لمخاطر الإعاقة بدرجة عالية، وتعزى كثير من أسباب الضعف والتخلف العقلي إلى عوامل وراثية تبلغ في المتوسط حوالي 80% من حالات الأمراض العقلية عند الأطفال. (شكور جليل، 1997، 63)

ثانيا: الأسباب البيئية:

تنقسم الأسباب البيئية إلى ثلاثة أقسام :

أ - أسباب ما قبل ولادة الطفل: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية أو البكتيرية كالجدي والتهايات الكبد الوبائي، والحصبة الألمانية والزهري، كذلك تعرض الجنين للإشعاعات، أو الاستعمال السيئ للأدوية والتدخين وإدمان المخدرات، كما أن سن الأم الحامل له علاقة باحتمالية حدوث الإعاقة، وخاصة صغار السن، وكبار السن، وكثرة الحمل المتعاقب للأمهات مع سوء التغذية وانعدام الرعاية أثناء الحمل قد تفسح المجال لولادات مشوهة .

ب - أسباب أثناء الولادة: كالولادة العسرة التي تعرض الطفل للإصابة في الجهاز العصبي، استخدام الجفن في الولادة يؤدي أيضا إلى إصابة دماغ الطفل، بالإضافة إلى الأمراض المرتبطة بالولادة، وسوء التغذية وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار يعد عاملا من عوامل التعرض للإعاقة، كالإصابة بالكساح، وضعف البصر والتعرض للمرض بصورة عامة، كما أن الولادة الطويلة أو الجافة الطلق السريع يؤدي إلى اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي في خلايا المخ.

ج - أسباب ما بعد الولادة: إن التأخر في اكتشاف حالات الأطفال المصابين ببعض الإعاقات، لا يعني أن الأسباب البيولوجية للإعاقة حدثت بعد الميلاد، وغنا لم يتم التعرف على الحالة قبل الميلاد أو أثناء الولادة، على أن هناك حالات حدثت بعد الميلاد وتكون لها نتائج حتمية، ربما ينتج عنها وفاة الطفل، وتعد الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالتلف المخي علاوة على الإصابة في الأطراف، وفي منطقة الرأس من الإصابات الجسمية المباشرة.

كذلك قد يتعرض عدد من الأطفال لنوع من العجز الدائم نتيجة للعدوى، أو بعض الأمراض العصبية التي منها الشلل المخي، والنشاط الزائد، وهناك بعض العوامل الأخرى التي تسهم في الإعاقة وتدخل في إطارها الأمراض المهنية وحالات التسمم من سموم الجو أو الماء أو الطعام أو الغازات السامة .

وجدير بالذكر أن من الأسباب البيئية الإصابة بالأمراض الجسمية المعدية مثل شلل الأطفال والجذام، وهناك الأمراض الجسمية الحركية غير المعدية مثل شلل الأطفال والجذام، وهناك الأمراض الجسمية الحركية غير المعدية وترجع لأسباب بيئية مثل الانزلاق الغضروفي وروماتيزم المفاصل والشلل الناشئ عن حوادث أو السكتة الدماغية أو الصرع وغير ذلك، وهناك حوادث الطريق والمرور وهي المسؤولة عن 8,5% من المعاقين في العالم، وحوادث العمل هي المسؤولة أيضا عن 4,5% من المعاقين في العالم، وأخيرا حوادث المنزل وهي المسؤولة عن 6,5% من حالات الإعاقة في العالم. (السيد فهمي علي محمد، 2005 35-36)

5 - مشكلات الإعاقة:

المشكلات التي يواجهها المعاق متعددة في نوعيتها وحدثها من شخص إلى آخر حسب فردية الإعاقة، وفردية الحالة نفسها وبيئتها ومجتمعها، وتختلف أوجه الرعاية التي تبذل لهم حسب هذه الفروق الفردية التي على أساسها توضع لهم الخطط المناسبة لإشباع

احتياجاتهم، لتعد البرامج المناسبة حسب المواصفات الفردية والآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة كآتي:

أ - المشكلات النفسية:

المشكلات النفسية التي يواجهها المعوق ومن أكثر المشاكل تعقيداً وخاصة إذا جمعنا هذه الإعاقة تشوهات أو عاهات ظاهرة قد تجعله معرضاً للسخرية أو العطف، فكلما تم إظهار أساليب الشفقة أو الرفض أو الإحسان من المجتمع نحو المعوق وبرزت استجابات سلبية من المعوق نحو إعاقتهم ونحو المجتمع الذي يعيشون فيه.

كما نجد أن القائمين على مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة جسمياً يعبرون في كثير من الأحيان بطريقة غير مقصودة عن الاستسلام أو الرضوخ باستخدام أساليب الشفقة والإحسان كطريقة لرفع الروح المعنوية للمعوقين دون النظر إلى مدى تقبل الفرد للإعاقة من عدمه، كذلك يعاني ذوو الاحتياجات الخاصة جسمياً كثيراً من المشكلات التي تكون مرتبطة بدرجة كبيرة بنوع إعاقتها ليتسبب في تغير معاملة الآخرين له.

إن المشكلات التي يعاني منها ذوو الاحتياجات الخاصة بدنياً تميل إلى أن تكون مشكلات نفسية واجتماعية بقدر ما هي مشكلات بدنية كما أشارت هذه الدراسة إلى أن عملية التأهيل واستخدام الأجهزة التعويضية تدعم من السلوك الإيجابي للمعوقين بدنياً، وتخفف المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها ذوو الاحتياجات الخاصة. (إبراهيم مروان عبد المجيد، 2002، 33)

يعاني المعاق من العديد من الآثار النفسية أهمها التالي:

- الشعور بالنقص والإحساس بالدونية.
- الانطوائية لما لها من آثار سيئة على التكيف والتوافق.
- العجز الخلقى وأثره على شخصية المصاب بالشلل.
- عدم القدرة على الاعتماد على النفس، والإتكالية، وعدم القدرة على القيادة والرغبة الدائمة في الاعتماد على الآخرين، جميعها لها علاقة بسوء التكيف.

- ضعف الشعور بالانتماء مما يجعل المعوق في حالة عدم توافق مع المجتمع.
 - عدم الشعور بالأمن والخوف من المستقبل. صعوبة تكوين علاقات بالآخرين وتجنب المحيطين لانعدام الثقة بالنفس والتي تجعل المعاق يشعر بأنه أقل مرتبة من الأشخاص العادين.

في حالة تأثير المرض على الفرد فإنه يؤثر على الأداء العقلي، وبالتالي يؤدي إلى قابلية المريض للتهيج والإثارة وضعف القدرة على التركيز.
 - الشعور بالعجز نتيجة القيود التي يفرضها المرض.
 - الشعور بالتوتر الداخلي والتعاسة وعدم الاتزان الانفعالي نتيجة سيطرة الإعاقة عليه.
 - الاستعطاف ومحاولة جذب الانتباه لأساليب مختلفة .

ب - المشكلات الاجتماعية:

وهذه المشكلات لا تقل أهمية عن المشكلات النفسية، وهي مرتبطة ومتداخلة ومتفاعلة معها:

- مشكلات ضعف أو تفكك شبكة العلاقات الاجتماعية:

إن للعلاقات الاجتماعية أهمية خاصة، حيث تساعد على تدعيم شخصية المعوق في بيئته الأسرية والمجتمعية، وهي التي تهيئ له الجو الهادئ والشعور بالأمن الذي يساعد المعوق على الشعور بالثقة بالنفس والثقة في العالم الذي يتفاعل معه، فإذا ضعفت علاقات المعوق مع الناس الذين يتعاطفون معه فإنها تؤثر في كيانه وفي شخصيته، وخاصة علاقته بأسرتهم إذا ما ضعفت علاقاته بمحيطه فإنه يفقد أمنه العائلي ويختفي شعوره بالانتماء مما يشعره بالحرمان من المحبة والتعاطف والهدوء والثبات والاستقرار. (إبراهيم مروان عبد المجيد، 2002، 33)

- مشكلات فشل الأدوار الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها:

إن مفهوم الدور يعني السلوك المتوقع ممن يشغل مكانة معينة، ويستخدم مفهوم الدور في إشارة إلى أنواع السلوك المقررة والمحددة لشخصي شغل مكانة معينة. ومع اختلاف متطلبات أدوار المعوق فإن إعاقة تسبب لغيره اجتماعيا في حياته، وكذلك بعد حدوث الإصابة أو الإعاقة وينقل المعوق من حياة طبيعية سوية إلى حياة العجز والقصور وما يترتب عليها من تغير في الأدوار التي يتعارض مع توقعاته وتختلف استجابته بعد الإصابة فيحدث ما يسمى بصراع التوقعات في الأدوار، في الوقت الذي يأخذ الفرص الملائمة لتعلم أدواره الجديدة وعندئذ يحاول حل صراعات أدواره عن طريق التحايل والمناورة والتملق والكبت مما يزيد من صراعاته ومشكلاته ومتاعبه. (غباري محمد، 2003، 42)

- مشكلات عدم الانتماء :

شعور المعاق بالانتماء إلى الجماعات التي يتفاعل معها في حياته اليومية من حاجاته النفسية والاجتماعية مثل انتمائه لجماعة الأسرة وأفرادها وما تحققه من دفء عاطفي وأمن اجتماعيا وانتمائه إلى جماعة الأصدقاء تشبع له الحاجة إلى تقبل الجماعة وتساوده على إشباع حاجاته لتكوين علاقات اجتماعية مع أصدقائه، وكذلك الحاجة للانتماء إلى الجماعة المهنية التي تحقق لها الأمن المادي والاعتماد على النفس والثقة بها، وتعتبر العلاقات الودية مهمة في حياة المعاق لأنها تخفف من قلقه ومخاوفه وتدعيماته، وتحقق له أمنه المادي والاجتماعي والنفسي.

أما إذا وجد المعاق نفسه منعزلا محروما من دفء الانتماء والأمن فإنه يصاب باليأس والضيق والقلق والألم وتضاف هذه المعاناة إلى إعاقة وعجزه فيصبح يائسا ناقما على كل من حوله، مما يؤدي به إلى عدم التوافق المجتمعي. (غباري محمد، 2003، 42)

ج - المشكلات الأسرية: إن إعاقة الفرد تشكل إعاقة لأسرته حيث أن الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن وسلوك المعاق في الغضب أو القلق أو الاكتئاب تقابل من قبل

المحيطين بسلوك مسرف بالشعور بالذنب والحيرة، مما يقلل من توازن الأسرة وتماسكها، وهذا يتوقف على مستوى تعلم الوالدين وثقافتهما، ومدى الالتزام الديني بين أفراد الأسرة.

ح - **مشكلات العمل:** تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد، فضلا عن المشكلات التي ستترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات أمنه وسلامته.

خ - **مشكلات الأصدقاء:** تحتل جماعة الرفقاء والأصدقاء أهمية قصوى في حياة المعوق وشعوره بعدم الندية مع الآخرين، وهذا قد يؤدي إلى الانعزال والانطواء وقد يلجأ بعض المعوقين إلى التصادم مع الأصدقاء الجدوا ضرارهم، وربما يستعبد المعاق أن يقوم أي صديق بفعل أي شيء لإشباع الحاجة لذا يرتبط أحيانا بجماعات متطرفة كملاذ من هجرة الناس الآخرين.

د - **المشكلات الترويحية:** تؤثر الإعاقة في قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت فراغه سواء بالنشاط الترويحي الذاتي أو النشاط الترويحي السلبي، وقد يرجع ذلك إلى ما قد يجده الفرد من صعوبات في التعبير عما يريد، إذ إن تحقيق ذلك يتطلب شخصا آخر يمتلك مهارة خاصة أو جهداً ميكانيكي فعّالا، ومن التخريب المتعمد للممتلكات العامة أو الخاصة أو أي سلوك إجرامي آخر أو يتجه للانحراف عن التوازن في الأنشطة من حيث سوء التوقيت أو خطأ التقدير.

ذ - **المشكلة الاقتصادية:** وتظهر على سبيل المثال من خلال تحمل الكثير من نفقات العلاج وبخاصة إذا كان المعاق يعاني من أمراض مزمنة أو تحتاج علاجاً باهظاً إضافة إلى انقطاع الدخل أو انخفاضه، ويكون الأمر في غاية الصعوبة إذا كان ذوي الاحتياج الخاص المعيل الوحيد للأسرة لأن الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها.

وقد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج وعدم وجود رغبة لدى المعوق في العمل، وتتلاشى الطموحات لديهم ما يقلل من أهمية القيمة الاقتصادية إذا لم يتم شغل

فراغه بطريقة مناسبة، فإن الإنسان المعاق يشعر بالإحباط. (إبراهيم مروان عبد المجيد، 2002، 36)

ر - **المشكلات التعليمية** : إن الباحث في شخصيات بعض المعاقين ما يعانونه من حرج في الاتصال بالآخرين، إذ إن شعورهم بالغيرة في مجتمعهم يشجع الآخرين على رفضهم، وتشعرهم بالرهبة والخوف عند رؤية المعوق، وانعكاس ذلك على سلوك المعوق الذي يكون إنسحابيا أو عدوانيا كعملية تعويضية.

ز - **المشكلات الطبية**: تظهر المشكلات الطبية من جوانب عدة، وتبدأ في صعوبة الترفع إلى الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة طول فترة العلاج الطبي لبعضها لأمراض وارتفاع تكاليف العلاج وقلة المراكز الصحية لتقديم العلاج المتميز للمعوقين، وكذلك المراكز المتخصصة للعلاج الطبي.

س - **المشكلات المتعلقة بالتأهيل**: إن المشكلات المتعلقة بالتأهيل ترتبط بالفرد أو بما هو خارجا عنه، فإتكالية المعوق وخوفه وقلقه منتظرة الآخرين إليه كلها عوامل ترتبط بالفرد نفسه، أما العوامل المتصلة بخارج نطاق الفرد فهي عوامل متنوعة ومتغيرة تبعا لطبيعة المجتمع ومكاناته ودرجة تقدمه والمستوى العلمي والفني للقائمين بالعملية التأويلية. (بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة، 2002، 48)

6 - الوقاية من الإعاقة الحركية:

الوقاية وهي عملية التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والتخفيف من آثارها إذا وقعت وقد يتضمن برنامج الوقاية كخطوة أولية هي الوقاية الأولية وهي جملة الإجراءات التي يتم تنفيذها قبل عملية الزواج وبالتالي قبل حدوث المرض وهذا بالتالي يؤدي إلى تقليل نسبة انتشار الإعاقة الحركية، وهذا البرنامج يهتم بكافة فئات المجتمع من آباء وأمهات وشيوخ، وأفراد لهم الرغبة في تكوين الأسر، فهو برنامج عام تنقيفي لكافة شرائح المجتمع، ومن ثم التركيز علي برنامج الإرشاد الوراثي والفحص الطبي المسبق قبل الزواج والابتعاد عن زواج الأقارب وهو العرف الاجتماعي الأخطر في ازدياد

انتشار الإعاقة الحركية حيث أن زواج الأقارب يلغي كثيرا من التكاليف المادية المترتبة في عملية الزواج، وبالتالي يسهل عملية الزواج علي الأسرة بشكل كبير ومن ثم يؤدي إلي زيادة مضطردة في احتمال ولادة أطفال مصابين بأمراض وراثية .

وحتى يتم برنامج الوقاية من الإعاقة الحركية لا بد من القيام بما يلي:

- 1- توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد المعني من حيث: أهدافه وأساليبه والجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة إلي الأسر التي أنجبت معوقين في الماضي، لتحديد ما إذا كانت الإعاقة وراثية أم بيئية.
- 2- توعية الشباب قبل الزواج بأسباب الخطر الرئيسي للإعاقة الحركية الناتجة عن الوراثة والفحص المسبق قبل الزواج.
- 3- الوقاية من الحوادث والمحافظة علي سلامة الأطفال سواء في المنازل أو في المراكز التي تعني بهم مثل: الحضانات ورياض الأطفال.
- 4- التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلامة كلا الزوجين، وخلوه من حالات الإعاقة الحركية قبل أن يقررا الإنجاب.
- 5- تحليل دم كل منا لزوجين. والتأكد من أن الأم لا تحمل العامل الرايزيسي RH وإذا حدث وثبت أن الأم تحمل هذا العامل فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة بإشراف الطبيب
- 6- الامتناع عن الإجهاض المفعل باستعمال الأدوية والطرق الشعبية.
- 7- يفضل تلقيح الأم ضد الحصبة الألمانية، بفترة شهرين قبل الحمل على الأقلوا إذا ما تم ذلك فلا يجوز إعطائها اللقاح أثناء فترة الحمل.
- 8- الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كليا.
- 9- تجنب التعرض لأشعة (X-9) أثناء الحمل
- 10- على الأم أن تفحص دمها عند بداية الحمل وفي الأشهر الأخيرة لتجنب ضغط الدم
- 11- تجنب تناول الأدوية، إلا بأمرها بإشراف الطبيب.
- 12- إجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال .

10 - مستويات رعاية المعوقين: توجد ثلاث مستويات أساسية تلعب دورا مهما في الإعداد و التخطيط للتقليل من حجم نتائج مشكلة المعاقين وهي:

المستوى الأول: يهدف لمنع حدوث العوامل المسببة للإعاقة بقدر الإمكان. **المستوى الثاني:** يهدف للتحقق من الآثار السلبية المتعددة بعد حدوث الإعاقة مباشرة. **المستوى الثالث:** يركز على تقديم برامج التأهيل والعلاج الشامل التي يجب تقديمها للمعاقين في المجتمع. (محمد سيد فهمي، 2001، 230-321).

خلاصة:

إن من أهم ما يمكن أن نستخلصه من هذا الفصل هو أنه على الرغم من تعدد وجهات النظر في إعطاء المفاهيم أو التعاريف لمصطلح الإعاقة الحركية غير أن كل من وجهات النظر تتفق وتتشرك في أن الإعاقة الحركية هي عدم قدرة الفرد على تأدية عمل يستطيع غيره من الناس تأديته ويصبح العجز إعاقة عندما يحد من قدرة الفرد على القيام بما هو متوقع منه في مرحلة معينة .

المعوق حركيا بصفة عامة هو الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته، ونشاطه الحيوي نتيجة لخلل أو عاهة، كما يعرف على أنه الشخص الذي لديه عضلات أو مفاصل أو عظام بطريقة تحد من حركتها، ووظيفتها العادية وبالتالي تؤثر على تعليمه وحالته النفسية.

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

1-1- التعرف على ميدان الدراسة

1-2- إعادة حساب الخصائص السيكومترية لمقياس صورة الجسم

2- الدراسة الأساسية

2-1- منهج الدراسة

2-2- العينة وكيفية اختيارها

2-3- أدوات الدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية :

تأتي أهمية الدراسة الاستطلاعية في محاولتنا من التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الرضا عن الحياة بأبعاده الستة.

وبناء على ذلك قامت الطالبة الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية حيث يلجأ العديد من الباحثين قبل الاستقرار على خطة البحث وتنفيذها بشكل كامل إلى القيام بما يسمى بالدراسة الاستطلاعية والتي تجرى على عدد محدد من الأفراد، ويتوقع الباحث من خلالها تحقيق الأهداف التالية:

* التيقن من جدوى إجراء الدراسة التي يريد الباحث القيام بها.

* التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة القياس.

* التعرف على حجم مجتمع الدراسة

* تزويد الباحث بتغذية راجعة أولية حول مدى صلاحية الفرضيات البحثية التي يراد اختبارها لإجراء تعديلات عليها.

1-1 - التعرف على ميدان الدراسة :

قمنا باستطلاع على ميدان الدراسة والتعرف على أطفال المعاقين حركيا بالنادي الرياضي للهواة الحضنة للمعاقين بالمسيلة ، وذلك بعد تعيين متغيرات الدراسة.

وفي دراستنا هذه أردنا معرفة صورة الجسم لدى أطفال المعاقين حركيا وفي ضوء أهداف البحث وطبيعة الدراسة قمنا بالاستعانة بأداة للوصول إلى النتائج المتوخاة من الدراسة والتي تمثلت في مقياس صورة الجسم لعادل خوجة وقامت الطالبة الباحثة بإعادة حساب الخصائص السيكومترية من صدق وثبات على أطفال المعاقين حركيا ، وقد تكونت هذه الدراسة من (31) طفل المعاقين حركيا.

1-2 - إعادة حساب الخصائص السيكومترية لمقياس صورة الجسم:

1-الصدق: تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب الاتساق الداخلي بطريقتين:

1-1- حساب معامل ارتباط عبارات البعد الأول مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه:

حيث تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي.

أولاً: حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات (المكون الإدراكي) مع الدرجة الكلية:

الجدول 01: مصفوفة ارتباطات عبارات محور المكون الإدراكي مع الدرجة الكلية للمحور

الدرجة الكلية المحور		الدرجة الكلية المحور			
,893**	معامل الارتباط	6	,578**	معامل الارتباط	
	مستوى الدلالة			,001	مستوى الدلالة
	حجم العينة			31	حجم العينة
,890**	معامل الارتباط	7	,643**	معامل الارتباط	
	مستوى الدلالة			,000	مستوى الدلالة
	حجم العينة			31	حجم العينة
,900**	معامل الارتباط	8	,609**	معامل الارتباط	
	مستوى الدلالة			,000	مستوى الدلالة
	حجم العينة			31	حجم العينة
,426*	معامل الارتباط	9	,438*	معامل الارتباط	
	مستوى الدلالة			,017	مستوى الدلالة
	حجم العينة			31	حجم العينة
,535**		10	,876**	معامل الارتباط	
				,002	مستوى الدلالة
				31	حجم العينة
*الارتباط دال عند (0.05)					
**الارتباط دال عند (0.01)					

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن قيم معاملات الارتباط لفقرات

محور (المكون الإدراكي) والدرجة الكلية للمحور جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة

($\alpha = 0,01$) حيث تراوحت جميعها بين (0,53) و (0,90)، ما عدى العبارتين رقم (4)

و (9) حيث بلغ معامل ارتباطهما مع الدرجة الكلية للمحور على التوالي (0,42/0,43)، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور كمؤشر لصدق التكوين في قياس المكون الإدراكي.

ثانياً: تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات (المكون الذاتي) مع الدرجة الكلية:

الجدول 02: مصفوفة ارتباطات عبارات محور المكون الذاتي مع الدرجة الكلية للمحور

الدرجة الكلية المحور		الدرجة الكلية المحور	
,845**	معامل الارتباط	16	,380*
	مستوى الدلالة		,035
	حجم العينة		31
,509**	معامل الارتباط	17	,699**
	مستوى الدلالة		,000
	حجم العينة		31
,538**	معامل الارتباط	18	,833**
	مستوى الدلالة		,000
	حجم العينة		31
,619**	معامل الارتباط	19	,381*
	مستوى الدلالة		,034
	حجم العينة		31
,620**	معامل الارتباط	20	,569**
	مستوى الدلالة		,001
	حجم العينة		31
,709**	معامل الارتباط	21	,648**
	مستوى الدلالة		,000
	حجم العينة		31
		**الارتباط دال عند (0.01)	*الارتباط دال عند (0.05)

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن قيم معاملات الارتباط لفقرات محور (المكون الذاتي) والدرجة الكلية للمقياس جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) حيث تراوحت جميعها بين (0,40) و (0,84)، ما عدى العبارتين رقم (11)

و(14) حيث بلغ معامل ارتباطهما مع الدرجة الكلية للمحور على التوالي (0,38/0,38)، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور الثاني كمؤشر لصدق التكوين في قياس المكون الذاتي.

ثالثاً: تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات (المكون السلوكي) مع الدرجة الكلية: الجدول 03: مصفوفة ارتباطات عبارات محور المكون السلوكي مع الدرجة الكلية للمحور

الدرجة الكلية للمحور		الدرجة الكلية للمحور	
,770**	معامل الارتباط	,777**	معامل الارتباط
,000	مستوى الدلالة	,000	مستوى الدلالة
31	حجم العينة	31	حجم العينة
,770**	معامل الارتباط	,694**	معامل الارتباط
,000	مستوى الدلالة	,000	مستوى الدلالة
31	حجم العينة	31	حجم العينة
,576**	معامل الارتباط	,773**	معامل الارتباط
,001	مستوى الدلالة	,000	مستوى الدلالة
31	حجم العينة	31	حجم العينة
,757**	معامل الارتباط	,765**	معامل الارتباط
,000	مستوى الدلالة	,000	مستوى الدلالة
31	حجم العينة	31	حجم العينة
,773**	معامل الارتباط	,768**	معامل الارتباط
,000	مستوى الدلالة	,000	مستوى الدلالة
31	حجم العينة	31	حجم العينة
,552**	معامل الارتباط	,763**	معامل الارتباط
,001	مستوى الدلالة	,000	مستوى الدلالة
31	حجم العينة	31	حجم العينة
,684**	معامل الارتباط	,746**	معامل الارتباط
,000	مستوى الدلالة	,000	مستوى الدلالة
31	حجم العينة	31	حجم العينة

*الارتباط دال عند (0.05) **الارتباط دال عند (0.01)

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن قيم معاملات الارتباط لفقرات محور (المكون السلوكي) والدرجة الكلية للمقياس جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) حيث تراوحت جميعها بين (0,55) و (0,77). وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور الثاني كمؤشر لصدق التكوين في قياس المكون السلوكي.

2- ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس: والجدول التالي يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية:

الجدول رقم (04) يوضع العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية.

أبعاد مقياس صورة الجسم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المكون الإدراكي	,722**	0,01
المكون الذاتي	,925**	0,01
المكون السلوكي	,836**	0,01

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لأبعاد مقياس صورة الجسم كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$)، حيث بلغت قيمها على التوالي (0,72 / 0,92 / 0,83) وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس صورة الجسم.

2- الدراسة الأساسية :

2-1- منهج الدراسة :

يرتبط استخدام الباحث لمنهج دون غيره بطبيعة الموضوع الذي يتطرق إليه، وفي دراستنا هذه ولطبيعة المشكلة المطروحة نرى أن المنهج الوصفي هو المنهج الملائم لبحثنا، وهذا الاختيار نابع أساساً من كون هذا المنهج يساعد على الحصول على المعلومات الشاملة حول متغيرات المشكلة واستطلاع الموقف العلمي أو الميداني التي تجري فيه قصد تحديدها وصياغتها صياغة علمية دقيقة.

فالمنهج: يعتبر الطريقة التي ينتهجها الباحث في دراسة المشكلة واكتشاف الحقيقة وهو يهدف لفهم الظاهرة موضوع الدراسة. (حمدان، 1999، ص7)

والمنهج الوصفي يعرف: " بأنه مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص والوصول إلى نتائج وتعميمات عن الظاهرة أي الموضوع محل البحث. (الرشيدى، 2000، ص59)

2-2- العينة وكيفية اختيارها:

إن دراسة أي مجتمع أو ظاهرة اجتماعية تعتمد أساسا على العينات المأخوذة من هذا المجتمع إذ أنه بدون عينة لا نستطيع دراسة أية مشكلة اجتماعية أو نفسية أو تربوية ذلك لأن العينة هي المنبع للمعلومات التي تريد أن نعرفها والأسباب التي نحاول التعرف عليها، ولكن تختلف العينات من مجتمع لآخر، ومن منطقة لأخرى ومن مشكلة لأخرى وذلك باختلاف المكان والزمان ونوع الدراسة والذي يعني الباحث من هذا أن تكون العينة ممثلة لمجتمع الدراسة حتى يستطيع تعميم نتائجها فيما بعد على أفراد المجتمع الأصلي.

حيث تم اختيار عينة الدراسة قسديا، والتي تكونت من 31 أطفال المعاقين حركيا بالنادي الرياضي للهواة الحضنة للمعاقين بالمسيلة .

وتعرف العينة القصدية على أنها: " العينة التي يختارها الباحث عن قصد بسبب وجود دلائل على أنها تمثل المجتمع الأصلي". (مصباح، 2008، ص221)

خصائص العينة :

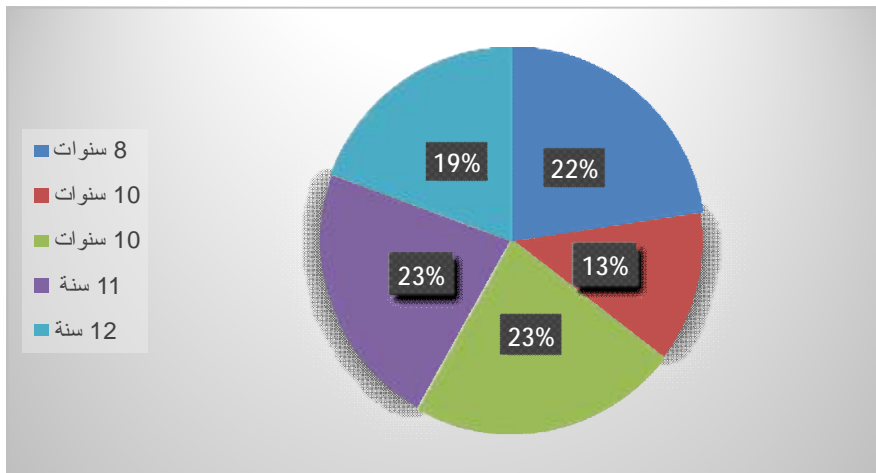
تكونت الدراسة من كل الأطفال المعاقين حركيا المتواجدين في النادي الرياضي للهواة الحضنة للمعاقين بالمسيلة في الموسم الدراسي : (2017-2018)، وتم توزيع أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس كما يتبين في الجدول التالي:

-السن:

جدول رقم (05): يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

السن	التكرارات	النسبة المئوية
8 سنوات	7	22,6%
9 سنوات	4	12,9%
10 سنوات	7	22,6%
11 سنة	7	22,6%
12 سنة	6	19,4%
الإجمالي	31	100%

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 31 فرداً، نلاحظ أن عدد الأفراد الذين بلغ سنهم (8 سنوات) قدر بـ 07 بنسبة مئوية بلغت 22,6%، أما الذين يبلغ سنهم (9 سنوات) فقد بلغ عددهم (4) فرداً بنسبة قدرت بـ 12,9%، في حين قدر عدد الذين يبلغ سنهم (10 سنوات) بـ 7 وبنسبة مئوية قدرت بـ 22,6%، في حين قدر عدد الذين يبلغ سنهم (11 سنة) بـ 7 وبنسبة مئوية قدرت بـ 22,6%، وقد قدر عدد الذين يبلغ سنهم (12 سنوات) بـ 6 وبنسبة مئوية قدرت بـ 19,4%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



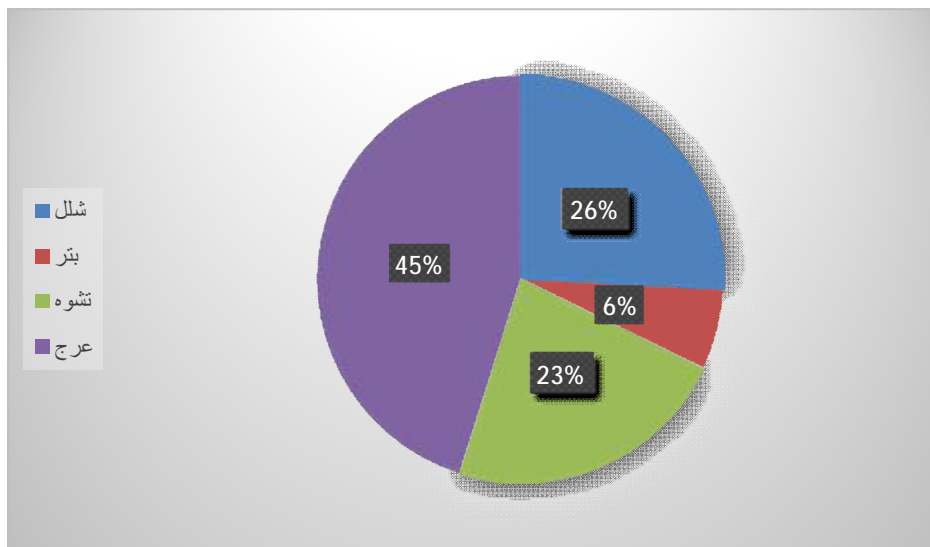
الشكل رقم (01): يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

2- نوع الإعاقة:

جدول رقم (06) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع الإعاقة

نوع الإعاقة	التكرارات	النسبة المئوية
شلل	8	25,8
بتر	2	6,5
تشوه	7	22,6
عرج	14	45,2
الإجمالي	31	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 31 فرداً، نلاحظ أن عدد أفراد الذين لديهم شلل قدر بـ 8 بنسبة مئوية بلغت 25,8%، أما الذين لديهم إعاقة من نوع بتر فقد بلغ عددهم (2) فرداً بنسبة قدرت بـ 6,5%، في حين قدر عدد الذين لديهم إعاقة من نوع تشوه بـ 7 بنسبة مئوية قدرت بـ 22,6%، في حين قدر عدد الذين إعاقة من نوع عرج بـ 14 بنسبة مئوية قدرت بـ 45,2%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



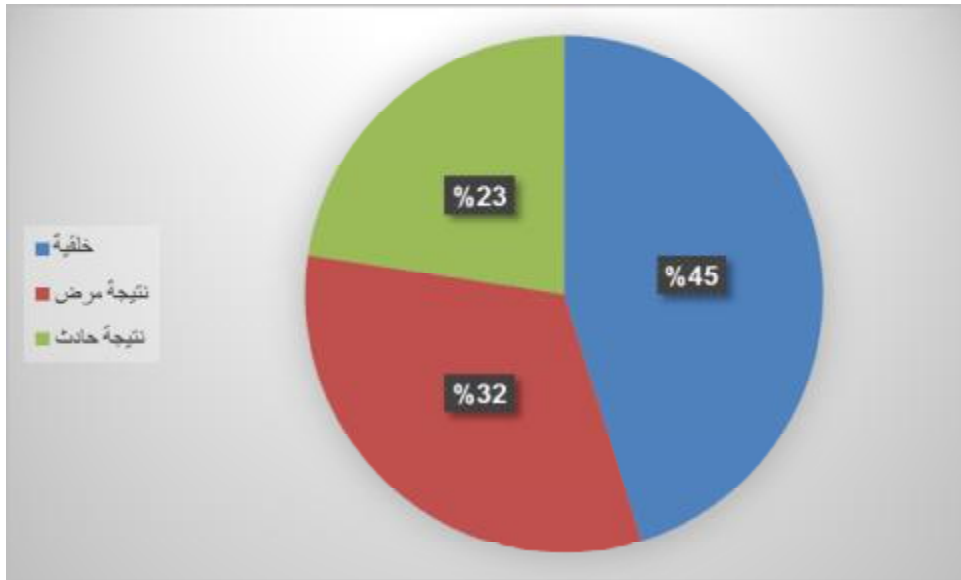
الشكل رقم (02) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع الإعاقة

2- سبب الإعاقة:

جدول رقم (07) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير سبب الإعاقة

النسبة المئوية	التكرارات	سبب الإعاقة
45,2	14	خلقية
32,3	10	نتيجة مرض
22,6	7	نتيجة حادث
%100	31	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 31 فرداً، نلاحظ أن عدد الأفراد الذين لديهم إعاقة بسبب خلقي قدر بـ 14 بنسبة مئوية بلغت 45,2%، أما الذين لديهم إعاقة نتيجة مرض فقد بلغ عددهم (10) فرداً بنسبة قدرت بـ 32,3%، في حين قدر عدد الذين لديهم إعاقة نتيجة حادث بـ 7 بنسبة مئوية قدرت بـ 22,6%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (03) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير سبب الإعاقة

2-3- أدوات الدراسة:

لغرض تحقيق الإجراءات الميدانية للدراسة، فقد تم استخدام الأدوات التالية :

مقياس صورة الجسم :

تم بناء المقياس من قبل الدكتور: (عادل خوجة 2009) يتكون من 36 عبارة صيغت بطريقة تتلاءم مع موضوع الدراسة تشمل 5 بدائل للإجابة (أوافق بشدة ، أوافق ، أوافق بدرجة متوسطة، أوافق بدرجة ضعيفة، لا أوافق). وقد صمم الدكتور هذه الأداة وفقا لشروط سيكومترية (الصدق والثبات).

2: وصف المقياس:

* يتكون صورة الجسم من 36 عبارة موزعة على ستة أبعاد هي:

1. بعد المكون الإدراكي: يشير إلى دقة إدراك الفرد المعاق حركيا لحجم جسمه ، ويشمل 16 عبارة .
2. بعد المكون الذاتي: يشير الى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال والاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم , ويشمل على 16 عبارة.
3. بعد المكون السلوكي: يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد المعاق حركيا عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي ويشمل 20 عبارة.

خلاصة:

تعد إجراءات الدراسة الميدانية، والخطوات المنهجية المتبعة، الركيزة الأساسية لأي بحث علمي للوصول إلى نتائج هادفة وحقائق علمية، تثبت قيمة أي بحث علمي، وقد جاء هذا الفصل إلى ضبط مجال ومنهجية البحث.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة

2 - مناقشة نتائج فرضيات الدراسة

3 - الاستنتاج العام

1- عرض نتائج الدراسة:

فرضيات الدراسة:

-الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على ان: "مستوى الرضا عن صورة الجسم متوسط". لاختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار (T.test) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري لمقياس صورة الجسم كما هو مبين في الجدول التالي:
جدول رقم (08) نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (T.test)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
صورة الجسم	108,2903	17,35549	108	,29032	,093	,926	30	دال إحصائيا

لأجل اختبار هذه الفرضية جرى معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من تطبيق مقياس صورة الجسم على العينة المؤلفة من (..) وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقياس ومقارنته بالمتوسط النظري للمقياس تبين أن متوسط درجات أفراد العينة في المقياس ككل بلغ 108,29 درجة وانحراف معياري قدره (17,35) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (108) درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (0,29) درجات، [و باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق غير دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب والنظري، وما يؤكد ذلك هو قيمة (T.test) التي بلغت (0,093) وهي غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)].

هذا يعني أن مستوى الرضى عن صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين حركيا متوسط.

-الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على انه: " توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة (شلل/بتر/تشوه /عرج حادث)" ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:
-جدول رقم (09) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد العينة في مقياس صورة الجسم تبعا لمتغير نوع الإعاقة

القرار	الدلالة الإحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
غير دال	,529	,755	23,398	3	70,194	بين المجموعات
			31,006	27	837,161	داخل المجموعات
				30	907,355	الكلي
غير دال	,644	,564	37,754	3	113,263	بين المجموعات
			66,974	27	1808,286	داخل المجموعات
				30	1921,548	الكلي
غير دال	,247	1,463	59,282	3	177,846	بين المجموعات
			40,522	27	1094,089	داخل المجموعات
				30	1271,935	الكلي
غير دال	,361	1,113	331,534	3	994,601	بين المجموعات
			297,844	27	8041,786	داخل المجموعات
				30	9036,387	الكلي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي" بلغت على التوالي (0,52 / 0,64 / 0,24) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في أبعاد مقياس صورة الجسم تبعا لمتغير نوع الإعاقة، وهذه القيم غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha=0,05)$ ، أما بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم فبلغت قيمة اختبار الفرق (F) " (0,36) وهذه القيمة غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ألفا $(\alpha=0,05)$ ، وبالتالي يمكن

القول بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في معنى مستوى الرضى عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة. وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية الفارقة.

الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على انه: "توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير سبب الإعاقة (خلقية/نتيجة مرض/ نتيجة حادث)"

ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:
-جدول رقم (10) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد العينة في مقياس صورة الجسم تبعا لمتغير سبب الإعاقة

القرار	الدلالة الاحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
غير دال	,288	1,320	38,695	3	116,085	بين المجموعات
			29,306	27	791,270	داخل المجموعات
				30	907,355	الكلي
غير دال	,248	1,458	89,299	3	267,898	بين المجموعات
			61,246	27	1653,651	داخل المجموعات
				30	1921,548	الكلي
غير دال	,870	,237	10,889	3	32,666	بين المجموعات
			45,899	27	1239,270	داخل المجموعات
				30	1271,935	الكلي
غير دال	,392	1,037	311,103	3	933,308	بين المجموعات
			300,114	27	8103,079	داخل المجموعات
				30	9036,387	الكلي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي" بلغت على التوالي (0,28 / 0,87/0,24) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في أبعاد مقياس صورة الجسم تبعا لمتغير سبب الإعاقة، وهذه القيم غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$)، أما بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم فبلغت قيمة اختبار الفرق (F) " (0,39) وهذه القيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0,05$)، وبالتالي يمكن القول بأنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في معنى مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير سبب الإعاقة. وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية الفارقية.

2 - مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

- مناقشة الفرضية الأولى: تبين من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الأولى والتي نصت على ان: "مستوى الرضا عن صورة الجسم متوسط" "أن مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين حركيا متوسط".

وتتفق نتيجة هذه الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة ومن بينها دراسة كوك و آخرون (2003) حيث توصلت نتائجها إلى أن المشاركات اللاتي لديهن مفهوم ذات جسدي مرتفع أقل سعيا للنحافة وتقدير الذات الاجتماعي يظهر أقل من عدم الرضا عن الجسم.

في حين تختلف نتائج هذه الدراسة عن دراسة باكر (1962) والتي توصلت إلى أن الأطفال المعاقين حركيا يعانون من انخفاض في تقدير الجسد والشعور بالدونية عن الآخرين بالإضافة إلى عدم الشعور بالأمن الجسدي والنفسي والاجتماعي.

وتختلف أيضا عن دراسة رفيقة بالهوشات (2007) التي هدفت دراستها إلى التعرف على طبيعة الصورة الجسدية بعد الحروق حسب نوعية اليسر النفسي للمصابات، حيث أكدت في نتائجها المتوصل إليها إلى أن أغلب حالات عينة البحث أظهرت صورة جسدية هشة من خلال الإنتاج الإسقاطية، ومصابة ومضطربة بعد الإصابة بحروق جسدية هشة، أظهرت صورة جسدية بينية، ولم تسجل ولا حالة من مجمل الحالات عن صورة جسدية جيدة.

كما تختلف أيضا عن دراسة الدخيل (2007) توصلت نتائجها إلى أنه توجد علاقة سالبة دالة إحصائيا بين صورة الجسم بفقدان الشهية العصبي، وفقدان الشره العصبي لدى طالبات الجامعة.

- مناقشة الفرضية الثانية: تبين من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية والتي نصت على انه: "توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة (شلل/تشوه/بتر/عرج)" وكانت نتيجتها أنه "لا توجد

فروق دالة إحصائية في معنى مستوى الرضى عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة. وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية الفارقية".

وتتفق نتيجة هذه الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه نتائج دراسة بريالة هناء (2013) والتي توصلت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق في صورة الجسم عند المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق التي تعزى إلى متغيرات (مكان الحروق والدرجة ومدة الإصابة الحروق).

وتختلف هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة الدخيل (2007) حيث توصلت إلى أنه وتوجد فروق دالة إحصائية بين الطالبات المصابات بفقدان الشهية العصبي والطالبات المصابات بفقدان الشره العصبي ويختلف التركيب العاملي عن التركيب العاملي لمقياس صورة الجسم لدى المصابات بالفقدان الشهية العصبي عن التركيب العاملي لمقياس لدى عينة المصابات بالشره العصبي.

- مناقشة الفرضية الثالثة: تبين من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الثالثة والتي نصت على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الرضى عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير سبب الإعاقة (خلقية/نتيجة مرض/ نتيجة حادث)" حيث جاءت النتيجة على " أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في معنى مستوى الرضى عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير سبب الإعاقة. وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية الفارقية.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه نتائج دراسة بريالة هناء (2013) والتي توصلت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق في صورة الجسم عند المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق التي تعزى إلى متغيرات (مكان الحروق والدرجة ومدة الإصابة الحروق).

في حين تختلف هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة الدخيل (2007) حيث توصلت إلى أنه وتوجد فروق دالة إحصائية بين الطالبات المصابات بفقدان الشهية العصبي

والطالبات المصابات بفقدان الشرة العصبي ويختلف التركيب العاملي عن التركيب العاملي لمقياس صورة الجسم لدى المصابات بالفقدان الشهية العصبي عن التركيب العاملي لمقياس لدى عينة المصابات بالشره العصبي.

ويمكن تفسير هذه النتائج المتوصل إليها من خلال ما أكده العديد من الباحثين ومن بينهم **كاش (1995)** على أن الصورة السلبية ترتبط بالانفعالات المختلفة، مثل: القلق، الاشمئزاز، الغضب، الحسد، الخجل أو الارتباط في المواقف المختلفة. كما تشير بريالة (2013) أيضا إلى أن عدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان يترتب عليه الكثير من المشكلات النفسية وكذلك بعض الأمراض النفسجسمية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وتنشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم كالمعاقين حركيا مع ما يعد مثاليا حسب تقدير المجتمع (بريالة، 2013، 28).

وتؤكد الدراسات أيضا إلى أن الطفل المعاق حركيا يعبر بالخجل عن صورة جسده والشك في قدراته بالنقص عندما يقارن جسمه بأجسام رفاقه، وقد يتطور هذا الإحساس إلى مركب النقص يشوش نفسيته ويعرقل حياته، كما أنه يختار الانسحاب والعزلة وأيضا يميل إلى الأساليب العدوانية، حيث إن صاحب الجسم السالب (المعاق) يدرك موقف الآخرين منه ويحس برفقتهم له باستهزاء به مما يؤدي إلى مشاعر النقص لديه ويعمق الجرح النفسي بداخله ويجعله في صراع دائم مع هذا الجسم.

كما يرى كليف أن صورة الجسم يمكن أن تقسم إلى غلاف خارجي للجسم، والحجم أو الفراغ الداخلي للجسم، كما يعتبر الجلد غلاف الجسم، ويعتقد أن حجم وفضاء الجسم يظهر من التوازن العميق للجسم، وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة وحفظ صورة الجسم (القاضي، 2009، 38).

وبهذا فإن المعاق حركيا بصفة عامة هو الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته، ونشاطه الحيوي نتيجة لخلل أو عاهة و بغض النظر عن نوع إعاقته وعن درجة حدتها وعن اختلاف الظروف البيئية التي يعيش فيها فقد نجده يشعر برفض الذات ومن ثم كراهيتها

ليتولد لديه شعور واضح بالدونية، وأيضاً يكون لديه عدم تناسق الانفعال مع المواقف صعوداً أو هبوطاً وهي صفة تأخذ العمومية مع المعوقين ، وقد يؤدي هذا الشعور إلى تولد مخاوف وهمية مبالغ فيها، وبهذا يعوق توافقه الاجتماعي السليم وبالتالي لا يكون راضياً عن صورة جسمه بالشكل الجيد، كما نجد أن المشكلات التي يعاني منها ذوو الاحتياجات الخاصة بدنياً تميل إلى أن تكون مشكلات نفسية واجتماعية بقدر ما هي مشكلات بدنية، كما أشارت بعض الدراسات إلى عملية التأهيل واستخدام الأجهزة التعويضية تدعم من السلوك الإيجابي للمعوقين حركياً وتخفف المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها ذوو الاحتياجات الخاصة (إبراهيم عبد المجيد، 33، 2002).

3- الاستنتاج العام:

تبعاً لنتائج الدراسة، وفي ضوء ما تم عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة واعتماداً على البيانات الإحصائية المتحصل عليها في الجانب الميداني للدراسة، وانطلاقاً من الهدف الرئيسي للدراسة وهو التعرف على " مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين حركياً " توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين حركياً متوسط.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركياً تبعاً لمتغير نوع الإعاقة.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركياً تبعاً لمتغير سبب الإعاقة.

خاتمة

خاتمة

حاولت هذه الدراسة التطرق إلى موضوع صورة الجسم لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث سعت إلى الكشف عن مستوى الرضا للطفل المعاق حركيا عن الجسم متوسطة. ذلك من خلال التطرق لمقياس عادل خوجة (2009) في صورة الجسم. وقد سمحت لنا النتائج المتحصل عليها في الإجابة عن التساؤلات التالية :

-ما مستوى الرضا للطفل المعاق حركيا عن صورة جسمه؟

-هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة (شلل، بتر، تشوه، عرج)

-هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير سبب الإعاقة (خلقية، نتيجة مرض، نتيجة حادث).

وقد أسفرت هذه الدراسة عن النتائج التالية:

-مستوى متوسط في رضا الطفل المعاق حركيا عن صورة جسمه، وهذا ما يثبت تحقيق الفرضية التي تنص عن مستوى رضا الطفل المعاق حركيا عن صورة الجسم متوسطة.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في صورة الجسم الدرجة الكلية والأبعاد (بعد المكون الإدراكي، المكون السلوكي، المكون الذاتي).

وهذا ما يدل على عدم تحقيق الفرضية الثانية التي تنص: توجد فروق دالة إحصائية

في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لمتغير نوع الإعاقة (شلل، بتر، تشوه، عرج).

- لا توجد فروق دالة إحصائية في صورة الجسم تبعا لسبب الإعاقة (خلقية، نتيجة مرض، نتيجة حادث).

وهذا ما بين أن النظرية الثالثة لم تتحقق والتي تنص على: توجد فروق دالة إحصائية

في مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الطفل المعاق حركيا تبعا لسبب الإعاقة (خلقية، نتيجة مرض، نتيجة حادث).

التوصيات والمقترحات

-تشجيع الأفراد المعاقين على المشاركة الاجتماعية الفعالة مع أقرانهم العاديين وعدم الانعزال عن المجتمع بالاضافة إلى تحفيزهم للخروج في رحلات خارج البيت وذلك للترويج عن أنفسهم والاحتكاك بالآخرين.

- الاهتمام بالمعاقين ومعاملتهم المعاملة الحسنة ودمجهم في المجتمع وإشراكهم في النشاطات المختلفة.

- رعاية المعاق وتوفير الحماية له وتأهيله مهنيا في حدود طاقته وقدراته لينعم بالحياة الكريمة بالاضافة إلى تطوير برامج تعليمية تتناسب مع هذه الفئة.

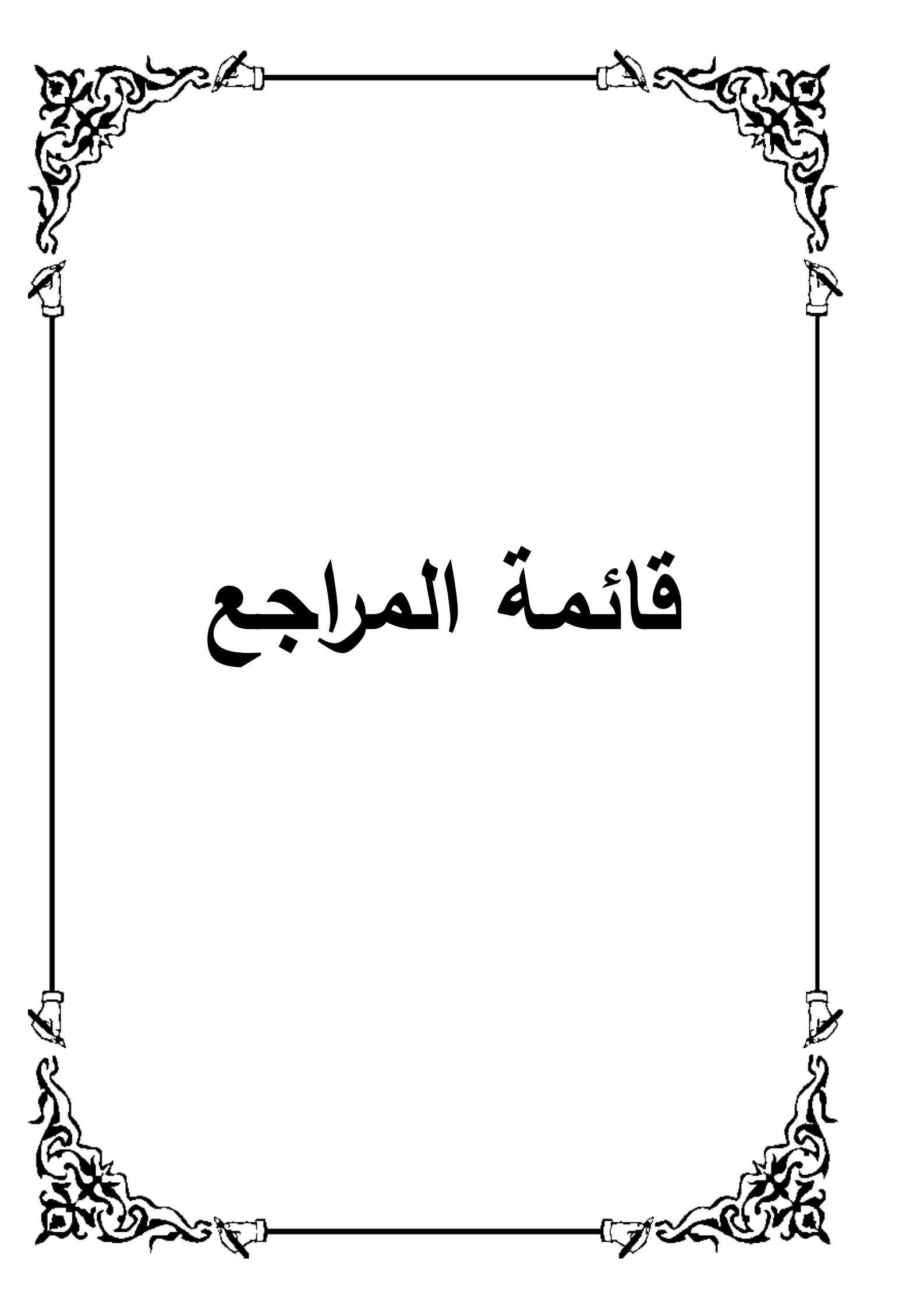
- إعطاء المعاق الحرية الكاملة للتعبير عن نفسه و عما يدور حوله.

- التخفيف عن آثار الإعاقة للطفل.

- بناء برامج خاصة لهؤلاء الأطفال لتنمية قدراتهم ودمجهم في المجتمع.

- توعية أفراد المجتمع بأساليب التعامل ومهارات الاتصال المناسبة مع ذوي الاحتياجات الخاصة لأن هذا يساعدهم على التفاعل والاندماج في المجتمع.

- توفير المعلومات الأساسية عن الثقافة الصحية المناسبة التي أفراد المجتمع يتجنبون كل ما يمكن أن يكون سببا في حدوث الإعاقة.



قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم مروان عبد المجيد (2002)، الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة التربوية نفسياً رياضياً تأهلياً، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
2. بدر إبراهيم الشيباني (2000)، سيكولوجية النمو وتطور النمو من الإخصاب حتى المراهقة، ط1، مركز المخطوطات والتراث والوثائق، الكويت.
3. بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة (2001)، رعاية المعوقين سمعياً وحركياً، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
4. بشير صالح الرشيد (2000)، مناهج البحث التربوي، دار الكتاب الحديثة، الكويت.
5. جان لابلاس، وجوب نتاليس (1985)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، دط، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع، بيروت.
6. الجريدة الرسمية (1985) العدد 08.
7. حابس العوالمة (2003)، سيكولوجية الأطفال الغير العاديين الإعاقة الحركية، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان.
8. رمضان محمد القذافي (2000)، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، ط1، المكتبة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية.
9. السيد فهمي علي محمد، الإعاقة الحركية بين التشخيص والتأهيل، بحوث التداخل رؤية نفسية، دار الجامعة، الجديدة، الإسكندرية.
10. شكور جليل، معاقون لكن عظماء، الدار العربية للعلوم، بيروت، النبل.
11. صالح محمد علي أبوجادو (2004)، علم النفس التطوري، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.
12. عامر مصباح (2008)، منهجية البحث العلوم السياسية والإعلام، ديوان المطبوعات الجامعية.

قائمة المراجع

13. عبد الرحمان عيسوي(1997)، سيكولوجية النمو دراسة في نمو الطفل والمراهق، ط1، دار النهضة العربية، بيروت.
14. عبد الرؤوف عامر(2008)، الإعاقة الحركية، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة .
15. عبد العزيز إبراهيم سليم(2011)، المشكلات النفسية والسلوكية عند الأطفال، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.
16. عبد المنعم الميلادي(2004)، الأبعاد النفسية للطفل، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة.
17. علي بن هادية وآخرون (1984)، القاموس الجديد للطلاب (معجم عربي ألف-باء) ط5، المؤسسة الوطنية الجزائرية للكتاب الجزائري.
18. غباري محمد، رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
19. فاروق الروسان(1998)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، دار الفكر للطباعة والنشر، ط3، عمان، الأردن.
20. فؤاد المتولي البسيوني (1988)، الأمومة والطفل، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.
21. كامل محمد عويضة(1997)، علم النفس النمو، ط1، دار الكتب العلمية، لبنان.
22. مجدي محمد الدسوقي(2001)، اضطرابات صورة الجسم وأساليب التشخيص الوقاية والعلاج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
23. مجموعة الباحثين(2000،2001)، موسوعة علم النفس والتربية، ج2، دار النشر، crops، بيروت، لبنان.
24. محمد أيوب الشحيمي(1944)، مشكلات الأطفال كيف نفهمها، دار الفكر، اللبناني، ط1، بيروت، لبنان.

قائمة المراجع

25. محمد زيان حمدان (1999)، أساليب التدريس، أنواعها، عناصرها، كيفية قياسها، دراسة التربية الحديثة، دمشق.
26. محمد مصطفى زيدان (1990)، النمو النفسي للطفل والمراهق والنظريات الشخصية، ط3، دار الشروق، جدة.
27. محمود عبد الحليم منسي، عفاف بن صالح محضر (2001)، علم النفس النمو، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة.
28. مفيد وزيدان نجيب (1982)، النمو الانفعالي عند الأطفال، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع.
29. نايفة قطامي، محمد برهوم (2004)، طرق دراسة الطفل، ط1، دار الشرق للنشر والتوزيع، الأردن.
30. وسام درويش برك، فوزي، شاکر طعيمة داود (2008)، علم النفس الصحة، د ط، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن .

ثانيا: الرسائل الجامعية

1. الأشرم رضا إبراهيم محمد (2008)، صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية، دراسة سيكومترية رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
2. بريالة هناء (2013)، صورة الجسم لدى المصابين بالتشوهات الناتجة عن الحروق، رسالة ماستر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، بسكرة.
3. بشير صالح الرشيد (2000)، مناهج البحث التربوي، دار الكتب الحديثة، الكويت.
4. بلهوشات رفيقة (2008)، طبيعة الصورة الجسمية والسير النفسي بعد الاصابة بحروق ظاهرة، دراسة ميدانية من خلال الإنتاج الاسقاطي 15 حالة، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة الجزائر.
5. رولان دورورن فرانسوزيار، تعريب فؤاد شاهين (1997)، موسوعة علم النفس ع1، ط1.

قائمة المراجع

6. عبازة آسيا (2014)، صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرسين بالسنة الثانية الثانوي، دراسة ميدانية بمدينة ورقلة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة إسلامية.
7. الغزاوي سهير أحمد حسن (2005)، برنامج إرشادي في تقبل صورة الجسد لدى التلميذات مرحلة الابتدائية رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بغداد.
8. فريدة لوشاحي (2009)، أحلام الأطفال في ظل الحرمان الوالدي، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، قسنطينة، الجزائر.
9. محمد أحمدان القاضي وفاء (2009)، قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم، مفهوم الذات لدى حالات البيتر بعد الحرب على غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
10. محمد الشراوي أنور (2001)، علاقة صورة الجسم ببعض المتغيرات لدى المراهقة، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية عين الشمس، الزقازيق 2009 .

ثالثا : المجالات

1. فرج طه، عبد القادر وآخرون (2003)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
2. فوقية محمد راضي (2005)، دراسة مراحل النمو الفني ومفهوم الذات لدى المعاقين بصريا باستخدام رسم الشخص، مجلة كلية التربية، الجامعة المنصورة، مجلد، ع2.
3. كفاي علاء الدين، ماسية أحمد (1996)، صورة الجسم وبعض المتغيرات لدى عينة من المراهقين، دراسة ارتقائية، ارتباطيه، مجلة علم النفس، ع39.

رابعاً: المراجع باللغة الفرنسية

- 1.Silamy(1980) ;dictionnaire ency chapédique de la psychologie ,edition ,mosson
2. Anzieu(d) (1975) ;le mou-peau , dunod, France.
- 3.cash,t,f,(1997) ;in ebody image worck boock ; am.sptpprogram,for ierming to like pour loocks,owoklam dcaj nere harbinger publications.
3. j.j rousseau,emille caude l'education, ibid.
4. james w,breakey(1997); body image ,the limer mirror,core through knouledge.
5. soulayrol, renfance,coprs et psychime nouropesychiatie de l'enfant et a decilisent,1996.
6. stocy a, klly(2000) ; A momt of influence selected group, mencecmemie.
7. chnlder(1968); temage du corps glii mard pari.
- 8.reincharat,j.c(1990),la genèse de la connaissance du corps chez l'enfant, édition, puf, France.

الملاحق

الملاحق

الملحق رقم 01: الاستبيان في صورته الأولى

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

استمارة بحث موجهة لتلاميذ السنة الأولى متوسط

عزيزي الطالب (ة):

يسعدنا أن نضع بين يديكم مجموعة من العبارات المرقمة من 01 إلى 30، نرجو منك قراءة كل عبارة بتمعن، وتحديد درجة انطباقها عليك وذلك بوضع علامة (x) أمام التقدير الذي تراه مناسباً بالنسبة لك علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة وأن الإجابة الصحيحة هي تلك التي تعبر حقيقة عما تفعل.

ولكم منا فائق التقدير والاحترام

البيانات الأولية:

الجنس: ذكر 5 أنثى 5

السن: 11 سنة 5 12 سنة 5 أكثر من 12 سنة 5

الملاحق

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	معارض
المحور الأول: الرسم				
01	ينمي ذكاءك الإدراكي			
02	يدفعك إلى التواصل والاتصال			
03	يساعدك في رفع مهارتك في مادة الأشكال الهندسية			
04	ترى أسرتك أنه يضاعف في تحصيلك الدراسي			
05	يشعرك بالرغبة في إجراء العديد من التجارب			
06	يكسبك حب المشاركة داخل القسم			
07	يثبت لديك الاستقلالية في التفكير الإبداعي			
08	تحس بالقلق والتوتر في حصته			
09	يساعدك على التحكم في مهارة الدقة في العمل			
10	يرفع لديك روح التحدي			
المحور الثاني: الموسيقى				
11	ترفع من معنوياتك وتدفعك إلى الدراسة			
12	تعتبر وسيلة لإثراء الرصيد اللغوي			
13	تكون شخصيتك من الناحية الثقافية			
14	تتجاهل دروس الموسيقى			
15	تدفعك للتفاعل مع الآخرين			
16	تحس بالاكنتاب في حصة الموسيقى			
17	تشجعك على حسن الإصغاء أثناء شرح الدروس			
18	تمكنك من التعبير عن الذات			
19	تنمي لديك روح المنافسة داخل القسم			
20	تدفعك للسعي وراء المعرفة			
المحور الثالث: الرياضة				
21	تحقق لك التكامل والتوازن النفسي			
22	تمنحك الإرا ادة في العمل			
23	تعلمك كيفية مواجهة المشكلات التي تعترضك في حياتك اليومية			
24	تقوي لديك الثقة بالنفس			
25	تجعلك أكثر حماسا نحو الدراسة			
26	ترى أنها تضيق للوقت			
27	تزيد لديك الطموح وتحقق أهدافك المستقبلية			
28	تساهم في نموك البدني			
29	تساهم في بناء شخصيتك وتحمل المسؤولية			
30	ترفع من أدائك الدراسي			

الملاحق

الملحق رقم 02: قائمة المحكمين

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة
خطوط رمضان	أستاذ محاضر ب	جامعة محمد بوضياف المسيلة
بن زطة بلدية	أستاذ محاضر أ	جامعة محمد بوضياف المسيلة
برو محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف المسيلة
بركات عبد الحق	أستاذ محاضر ب	جامعة محمد بوضياف المسيلة
كتفي عزوز	أستاذ محاضر ب	جامعة محمد بوضياف المسيلة

الملاحق

الملحق رقم 03: الاستبيان في صورته النهائية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

استمارة بحث موجهة لتلاميذ السنة الأولى متوسط

عزيزي الطالب (ة):

يسعدنا أن نضع بين يديكم مجموعة من العبارات المرقمة من 01 إلى 30، نرجو منك قراءة كل عبارة بتمعن، وتحديد درجة انطباقها عليك وذلك بوضع علامة (x) أمام التقدير الذي تراه مناسباً بالنسبة لك علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة وأن الإجابة الصحيحة هي تلك التي تعبر حقيقة عما تفعل.

ولكم منا فائق التقدير والاحترام

البيانات الأولية:

الجنس: ذكر 5 أنثى 5

السن: 11 سنة 5 12 سنة 5 أكثر من 12 سنة 5

الملاحق

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	معارض
المحور الأول: الرسم				
01	ينمي ذكاءك الإدراكي			
02	يدفعك إلى التواصل والاتصال			
03	يساعدك في رفع مهارتك في مادة الأشكال الهندسية			
04	ترى أسرتك أنه يضاعف في تحصيلك الدراسي			
05	يشعرك بالرغبة في إجراء العديد من التجارب			
06	يكسبك روح المنافسة داخل القسم			
07	يثبت لديك الاستقلالية في التفكير الإبداعي			
08	تحس بالملل والتوتر في حصة الرسم			
09	يساعدك على التحكم في مهارة الدقة في العمل			
10	يرفع لديك روح التحدي			
المحور الثاني: الموسيقى				
11	ترفع من معنوياتك وتدفعك إلى الدراسة			
12	تعتبر وسيلة لإثراء الرصيد اللغوي			
13	تكون معارفك من الناحية الثقافية			
14	تتجاهل دروس الموسيقى			
15	تدفعك للتفاعل مع الآخرين			
16	تحس بالاكنتاب في حصة الموسيقى			
17	تشجعك على حسن الإصغاء أثناء شرح الدروس			
18	تمكنك من التعبير عن الذات			
19	تنمي لديك روح المنافسة داخل القسم			
20	تدفعك للسعي وراء المعرفة			
المحور الثالث: الرياضة				
21	تحقق لك التكامل والتوازن النفسي			
22	تمنحك الإرادة في العمل			
23	تعلمك كيفية مواجهة المشكلات التي تعترضك في حياتك اليومية			
24	تعزز لديك الثقة بالنفس			
25	تجعلك أكثر حماسا نحو الدراسة			
26	ترى أنها تضيق للوقت			
27	تزيد لديك الطموح وتحقق أهدافك المستقبلية			
28	تساهم في نمو قدراتك البدنية والجسدية			
29	تساهم في بناء شخصيتك وتحمل المسؤولية			
30	ترفع من أدائك الدراسي			

الملاحق

الملحق رقم 04: ملحق ثبات وصدق أداة الدراسة
أ/ الثبات

Fiabilité

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombred'éléments
0.589	30

ب/ الصدق

Corrélations

Corrélations					
الرسم		M1			M1
Q1	Corrélation de Pearson	0.699**	Q6	Corrélation de Pearson	0.461**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.001
	N	50		N	50
Q2	Corrélation de Pearson	0.739**	Q7	Corrélation de Pearson	0.401**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.004
	N	50		N	50
Q3	Corrélation de Pearson	0.315*	Q8	Corrélation de Pearson	0.517**
	Sig. (bilatérale)	0.026		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	50		N	50
Q4	Corrélation de Pearson	0.449**	Q9	Corrélation de Pearson	0.328*
	Sig. (bilatérale)	0.001		Sig. (bilatérale)	0.020
	N	50		N	50
Q5	Corrélation de Pearson	0.548**	Q10	Corrélation de Pearson	0.465**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.001
	N	50		N	50
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).					

الملاحق

Corrélations

Corrélations					
الموسيقى			M2		
Q11	Corrélacion de Pearson	0.376**	Q16	Corrélacion de Pearson	0.377**
	Sig. (bilatérale)	0.007		Sig. (bilatérale)	0.007
	N	50		N	50
Q12	Corrélacion de Pearson	0.581**	Q17	Corrélacion de Pearson	0.603**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	50		N	50
Q13	Corrélacion de Pearson	0.543**	Q18	Corrélacion de Pearson	0.442**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.001
	N	50		N	50
Q14	Corrélacion de Pearson	0.689**	Q19	Corrélacion de Pearson	0.604**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	50		N	50
Q15	Corrélacion de Pearson	0.419**	Q20	Corrélacion de Pearson	0.288*
	Sig. (bilatérale)	0.002		Sig. (bilatérale)	0.043
	N	50		N	50
** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					
* . La corrélacion est significative au niveau 0.05 (bilatéral).					

Corrélations

Corrélations					
الرياضة			M3		
Q21	Corrélacion de Pearson	0.316*	Q26	Corrélacion de Pearson	0.281*
	Sig. (bilatérale)	0.025		Sig. (bilatérale)	0.048
	N	50		N	50
Q22	Corrélacion de Pearson	0.325*	Q27	Corrélacion de Pearson	0.366**
	Sig. (bilatérale)	0.021		Sig. (bilatérale)	0.009
	N	50		N	50
Q23	Corrélacion de Pearson	0.343*	Q28	Corrélacion de Pearson	0.422**
	Sig. (bilatérale)	0.015		Sig. (bilatérale)	0.002
	N	50		N	50
Q24	Corrélacion de Pearson	0.473**	Q29	Corrélacion de Pearson	0.544**
	Sig. (bilatérale)	0.001		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	50		N	50
Q25	Corrélacion de Pearson	0.442**	Q30	Corrélacion de Pearson	0.425**
	Sig. (bilatérale)	0.001		Sig. (bilatérale)	0.002
	N	50		N	50
** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					
* . La corrélacion est significative au niveau 0.05 (bilatéral).					

الملاحق

Corrélations

Corrélations					
		TOTAL			TOTAL
M1	Corrélation de Pearson	0.641**	M3	Corrélation de Pearson	0.454**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.001
	N	50		N	50
M2	Corrélation de Pearson	0.661**	** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0.000			
	N	50			

الملاحق

الملحق رقم 05: ملحق نتائج فرضيات الدراسة
الفرضية العامة

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الانشطة الفنية	90	70.2111	10.14224	1.06909
Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 60			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différencemoyenne
الانشطة الفنية	9.551	89	0.000	10.21111

الفرضية الأولى

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الرسم	90	22.7000	4.25020	0.52180
Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 20			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différencemoyenne
الرسم	5.174	89	0.000	2.70000

الفرضية الثانية

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الموسيقى	90	22.0778	4.20868	0.44363
Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 20			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différencemoyenne
الموسيقى	4.684	89	0.000	2.07778

الفرضية الثالثة

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الرياضة	90	25.4333	3.56969	0.37628

الملاحق

Test sur échantillon unique				
Valeur du test = 20				
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différencemoyenne
الرياضة	14.440	89	0.000	5.43333