



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

□ جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

معهد التربية البدنية والرياضية



بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم وتقنيات الأنشطة
البدنية و الرياضية تخصص رياضة وصحة

عنوان:

برنامج تأهيلي مقترح لتطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة
بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى
المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

دراسة ميدانية أجريت على بعض المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية (55-65 سنة)

لولاية تيارت

إشراف:

أ. د / بلكبش قادة

إعداد الطالب الباحث :

شعلال إسماعيل مصطفى

اعضاء اللجنة المناقشة

أ.د- حرشاي يوسف	استاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	رئيساً
أ.د- بلكبش قادة	استاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	مشرفاً ومقرراً
أ.د- بن زيدان حسين	استاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	عضواً
د- كرامة أحمد	استاذ محاضر "أ"	جامعة وهران	عضواً
د- لوح هشام	استاذ محاضر "أ"	جامعة وهران	عضواً
د- مهدي محمد	استاذ محاضر "أ"	جامعة وهران	عضواً

السنة الجامعية: 2018-2019

محضر مناقشة

في يوم من شهر سنة بموجب قرار المناقشة
رقم : الصادر عن : اجتمعت لجنة المناقشة لمناقشة

أطروحة دكتوراه بعنوان:

برنامج تأهيلي مقترح لتطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة
بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى
المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

لجنة المناقشة

أ.د- حرشاوي يوسف	جامعة مستغانم	رئيساً	التوقيع
أ.د- بلكبش قادة	جامعة مستغانم	مشرفاً ومقرراً	
أ.د- بن زيدان حسين	جامعة مستغانم	عضواً	
د- كرامة أحمد	جامعة وهران	عضواً	
د- لوح هشام	جامعة وهران	عضواً	
د- مهدي محمد	جامعة وهران	عضواً	

توقيع نائب المدير المكلف بما بعد التدرج

والعلاقات الخارجية

الإهداء

اهدي هذا العمل المتواضع إلى

أمي وأبي أطال الله في عمرهما

إلى إخوتي وأخواتي

إلى زوجتي وأبنائي: رؤوف

أحمد، سيراح

الطالب الباحث شعلان إسماعيل مصطفى

شكراً وثقلاً

الحمد لله على إسهانه، والشكر له على توفيقه وامتنانه، أتقدم باسمي عبارات التقدير والعرفان والامتنان الى السيد المشرف البروفيسور بلكبيش قادة الذي أفادني بتوجيهاته ونصائحه القيمة التي كانت عوناً لي في إتمام هذا البحث، والشكر الموصول الى السيد الدكتور محمد شريف مصطفى على الجهودات الجبارة والمساعدات القيمة في فتحه لعيادته المخصصة في التأهيل الحركي ومساعدته في اختيار عينة البحث ومتابعته طيلة مدة البحث.

كما أتوجه بخالص الشكر والثناء لعينة البحث على صبرهم ومساعدتهم لي لانجاز هذا البحث وإطّاقم الطبي الموجود في العيادة

كما أتوجه بخالص الشكر الى كل اداري واساتذة وعمال وطلبة معهد التربية البدنية والرياضية بمستغانم والى زملائي بمعهد تسميت

اطالب الباحث شعلال إسماعيل مصطفى

محتوى البحث

الإهداء.....	أ
الشكر والتقدير.....	ب
قائمة الجداول.....	ج
قائمة الأشكال.....	د

التعريف بالبحث

1-مقدمة.....	01
2- مشكلة البحث.....	04
3- فرضيات البحث.....	06
4- أهداف البحث.....	07
5- أهمية البحث.....	07
6 - تحديد المفاهيم والمصطلحات.....	08
7- الدراسات السابقة والمشاهدة.....	10

الباب الاول :الدراسة النظرية

الفصل الأول: البرنامج التأهيلي

تمهيد.....	22
1.1- مفهوم التأهيل الحركي.....	23
2.1- مفهوم البرامج.....	26
3.1- أهمية البرامج.....	26
4.1- البرامج التأهيلية.....	27

28	5.1- الأسس العلمية لتصميم البرنامج التأهيلية
29	1.5.1- أنواع الألياف العضلية بالجسم
30	2.5.1- أنواع الانقباض العضلي
30	3.5.1- الحركات العلاجية الخاصة في البرنامج التأهيلي
31	6.1- تقسيمات التمرينات التأهيلية
31	1.6.1 - التمرينات الساكنة
32	2.6.1 - التمرينات المتحركة
33	7.1- مستويات التمارين التأهيلية
36	8.1- خطوات إعداد برنامج تأهيلي للمرضى المصابين بالشلل الشقي الطوي
38	8.1- أهداف البرامج التأهيلية للمرضى المصابين بالشلل الشقي الطوي
39	خلاصة

الفصل الثاني: عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

41	تمهيد
42	1.2- مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة
45	2.2- مكوناتها
46	1.2.2- اللياقة القلبية التنفسية
46	2.2.2- اللياقة العضلية الهيكلية
48	3.2.2- التركيب الجسمي
49	3.2- طرق قياس عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة
50	1.3.2- اللياقة القلبية التنفسية
52	2.3.2- اللياقة العضلية الهيكلية

54	3.3.2- التركيب الجسمي
55	4.2- تنمية عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة
56	1.4.2- اللياقة القلبية التنفسية
57	2.4.2- اللياقة العضلية الهيكلية
58	5.2- تنمية اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة
61	خلاصة

الفصل الثالث : صورة الجسم

63	تمهيد
64	1.3- مفهوم صورة الجسم
66	2.3- المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم
66	1.2.3- صورة الجسم و مخطط الجسم
67	2.2.3- صورة الجسم و صورة الذات
68	3.3- مكونات صورة الجسم
68	4.3- النظريات التي ترتبط بصورة الجسم
69	1.4.3- المقاربة النفسية التحليلية لصورة الجسم
71	2.4.3- المقاربة النفسية الاجتماعية لصورة الجسم
72	3.4.3- المقاربة الفينومينولوجية لصورة الجسم
73	5.3- صورة الجسم و المراحل العمرية
75	6.3- صورة الجسم و علاقاتها ببعض المتغيرات النفسية
76	7.3- صورة الجسم لذوي الاحتياجات الخاصة
80	خلاصة

الفصل الرابع : تقدير الذات

تمهيد	82
1.4- مفهوم تقدير الذات	83
2.4- بعض المفاهيم المرتبطة بالذات	84
3.4- الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات	85
4.4- مكونات تقدير الذات	86
5.4- العوامل المؤثرة في تكوين تقدير الذات	87
6.4- مستويات تقدير الذات	88
7.4- أهمية تقدير الذات	90
4-8. النظريات المفسرة لتقدير الذات	91
4-9. تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا	95
خلاصة	97

الفصل الخامس : المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

تمهيد	99
1.5- الجهاز العصبي	100
2.5- مفهوم الجلطة الدماغية	102
1.2.5- أنواعها	102
2.2.5- أسبابها	104
3.2.5- أعراضها	105
4.2.5- العوامل المساعدة لحدوثها	105
3.5- تأثير الجلطة على الدماغ	106

108	3.5- المضاعفات الناتجة عن الجلطة الدماغية
109	5.5- طرق الوقاية من الجلطة الدماغية
110	6.5- الشلل الدماغى
110	1.6.5- مفهوم الشلل النصفى الطولى
111	2.6.5- أسبابه
114	7.5- خصائص المرحلة العمرية (55-70) سنة
116	8.5- بعض التمارين المنزلية التي ينصح بها للمرضى الشلل النصفى الطولى
118	9.5- الاوضاع السليمة لمرضى الشلل النصفى
121	خلاصة

الباب الثانى: الدراسة الميدانية

الفصل الأول : منهج البحث وإجراءاته الميدانية

124	تمهيد
124	1.1- منهج البحث
124	2.1- مجتمع وعينة البحث
125	3.1- مجالات البحث
126	1.4- متغيرات البحث
126	5.1- أدوات البحث
126	1.5.1- اختبار اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة
128	2.5.1- مقياس صورة الجسم
129	3.5.1- مقياس تقدير الذات

130	6.1-البرنامج التأهيلي المقترح
136	1-8.المعالجة الإحصائية المستعملة.....
137	1-9صعوبات البحث
138	خلاصة

الفصل الثاني : عرض ومناقشة النتائج

140	تمهيد
140	2-1- عرض نتائج البحث
140	2-1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى
148	2-1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية.....
154	2-1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة.....
158	2-1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
161	2-2- الإستنتاجات
162	2-3-مناقشة فرضيات البحث
162	2-3-1- مناقشة فرضية البحث الأولى.....
164	2-3-2- مناقشة فرضية البحث الثانية
165	2-3-3- مناقشة فرضية البحث الثالثة
166	2-3-4- مناقشة فرضية البحث الرابعة
168	2-4-الخلاصة العامة
171	3- التوصيات.....

المراجع

الملاحق

ملخص البحث باللغة الفرنسية

ملخص البحث باللغة الانجليزية

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
125	يبين التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	01
128	يبين معامل الثبات الفاكرونباخ لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	02
131	يبين البرنامج التأهيلي المقترح	03
13	يبين محتوى وحدة تأهيلية من البرنامج التأهيلي المقترح	04
134	النسب المئوية لمكونات البرنامج التأهيلي المقترح	05
140	يبين نتائج الاختبارات القبليّة للمجموعتين الضابطة و التجريبية في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.	06
142	يبين نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.	07
144	يبين نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة التجريبية في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.	08
146	يبين نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.	09
148	يبين نتائج الاختبارات القبليّة للمجموعتين الضابطة و التجريبية لمقياس صورة الجسم	10
149	يبين نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة لمقياس صورة الجسم	11
151	يبين نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة التجريبية لمقياس صورة الجسم	12
152	يبين نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية لمقياس صورة الجسم	13
154	يبين نتائج الاختبارات القبليّة للمجموعتين الضابطة و التجريبية لمقياس تقدير الذات	14
155	يبين نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة لمقياس تقدير الذات	15
156	يبين نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة التجريبية لمقياس تقدير الذات	16
157	يبين نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية لمقياس تقدير الذات	17
158	يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة	18

158	يبيّن قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية	19
159	يبيّن قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة	20
160	يبيّن قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية	21

قائمة الاشكال

الرقم	العنوان	الرقم
34	يوضح تمارين تأهلية لليدين (رفع اليدين للأعلى)	01
35	يوضح تمارين تأهلية بحركة الجسم	02
36	يوضح تمارين تأهلية للمشي على السلام	03
53	يمثل جهاز قياس قوة قبضة اليد	04
103	يوضح الجلطة الدماغية الانسدادية	05
103	يوضح الجلطة الدماغية النزيفية	06
106	يوضح أقسام المخ	07
108	يوضح جلطة في أوردة الرجل	08
109	يوضح تقرحات الفراش	09
109	يوضح نقص مدى حركة المفاصل	10
116	يوضح تمارين تأهلية لليدين	11
116	يوضح تمارين تأهلية للذراعين	12
117	يوضح تمارين تأهلية للقدم	13
117	يوضح تمارين تأهلية للرقبة	14
118	يوضح الأوضاع السليمة لمرضى الشلل النصفي الطولي	15
119	يوضح الأوضاع السليمة للجلوس لمرضى الشلل النصفي الطولي	16
119	يوضح الأوضاع السليمة للأكل لمرضى الشلل النصفي الطولي	17
120	يوضح الأوضاع السليمة للحمل لمرضى الشلل النصفي الطولي	18
141	يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	19
143	يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للقياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	20

145	يبيّن المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للقياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	21
147	يبيّن المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي	22
149	يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	23
150	يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للقياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	24
152	يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للقياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	25
153	يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي	26
154	يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	24
155	يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للقياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	28
156	يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للقياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	29
157	يبيّن المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي	30

التعريف بالبحث

1- مقدمة

2- مشكلة البحث

3- فرضيات البحث

4- أهداف البحث

5- أهمية البحث

6- تحديد المفاهيم والمصطلحات

7- الدراسات السابقة والمشابهة

تهتم الدول المتقدمة برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة على اختلاف أنواع إعاقاتهم البدنية والنفسية والعقلية سواء أكانت تلك الإعاقة نتيجة لنواحي مرضية او وراثية او خلقية فأنشأت لهم المصحات العلاجية والمؤسسات الاجتماعية والتأهيلية لرعايتهم والعمل على تعويض بعض ما فقدوه.

وتعتبر الجلطة الدماغية من أخطر الأمراض التي تصيب الإنسان بالإعاقة، حيث تشير منظمة الصحة العالمية (OMS، 2011) أن الجلطة الدماغية هي السبب الأول للشلل والإعاقة لدى الراشدين، والسبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب والسرطان، إذ يصاب بحوالي 20 مليون شخص في السنة يموت منهم أكثر من 5 ملايين، وتحصي الجزائر سنويا حوالي (50 ألف) إصابة يلقي مالا يقل عن 30 بالمائة حتفهم بعد وصولهم متأخرين إلى مصلحة الاستعجالات وهذا حسب البروفيسور بلويز رئيس الجمعية الجزائرية لطب الأعصاب (AAMN، 2015) ويرجع ذلك إلى التعقيد القائم في الحياة الاجتماعية السريعة التي ارتبطت بحركة التصنيع المستمر والصراعات والضغوط التي يتعرض لها الإنسان في حياته المعاصرة وزيادة متوسط عمر الفرد.

ويشير "بوبات" 1984 أن واحد من ستة أشخاص يصاب بالجلطة في حياته كما تصيب الجلطة شخصاً كل 5 ثوان وهذا ليس إلا دليلاً على حجم هذا المرض وانتشاره ومدى خطورته، فالجلطة الدماغية تأتي فجأة بدون سابق إنذار رغم إمكانية ظهور بعض البوادر الدالة عليها مثل الإحساس بوخز في الذراعين والساقين أو الإصابة بصعوبة في النطق أو عدم الإحساس ببعض عضلات إحدى جهتي الوجهة لكن هذه الأعراض لا تُفسر دائماً على أنها بوادر جلطة دماغية، وأكثر أجزاء المخ تعرضاً للإصابة بالشلل هي المنطقة التي تتجمع فيها عديد من الألياف العصبية كالحزمة التي تحمل الرسائل العصبية إلى عضلات الجسم. و تبعاً لذلك فعندما يستعيد المريض وعيه نجد في أحيان كثيرة إصابة هذه الألياف العصبية قد تسبب شلل جزئياً كما ان الإصابة التي تصيب الجانب الأيمن من المخ تسبب شلل للناحية اليسرى من الجسم وذلك لان الألياف العصبية التي تحمل الإشارات العصبية الحركية من المخ إلى العضلات تعبر إلى الناحية الأخرى من الجزء الأسفل من المخ و بنفس الطريقة نجد أن الإصابة التي تصيب الجانب الأيسر من المخ تسبب شلل للناحية اليمنى من الجسم وهو في هذه الحالة يسبب عجزاً أكبر لان المريض يخسر استعمال يده اليمنى و قد يفقد القدرة على النطق. (Bobath, 1984, p. 206)

إن الخلايا العصبية لا تتجدد ولا يمكن تعويض ما يتلف منها ولذلك فإن أقصى ما يمكن عمله لمريض الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية هو إنقاذ ما تبقى لديه من خلايا والاستفادة منها باستخدامها

الاستخدام الأمثل بمساعدة العلاج الطبيعي والتأهيل الذي يعتبر رسالة ذات قيمة اجتماعية وهدفه هو منع المرضى و المعوقين والمسنين من الانسحاب من خضم الحياة (صالح، 1997، صفحة 145)،

والتأهيل مبني على خطة تتضمن تكتيكات وتسهيلات خاصة تقدم للمعاقين لاستعادة القوى الفيزيائية (الجسمية) وتحقق التوافق النفسي والاجتماعي وكذلك تقديم خدمات ارشادية وتدريبية للأشخاص غير القادرين ، ولا يعني خدمات فقط وإنما يعني أيضا تنظيم الجهود المتضمنة في العملية التأهيلية فتوضع الأهداف والبرامج المخططة لمساعدة الأشخاص المعاقين وإعدادهم وتكوين اتجاهات ايجابية تجاه عملية التأهيل من حيث توضيح الهدف من هذه الخدمات والقيم و الفوائد التي تعود على غير القادرين مثل تحقيق نوع من الرضاء النفسي وتحقيق أفضل معدل لتوافق من الناحية الفيزيائية والعقلية والاجتماعية من خلال مراعاة الفلسفة القائم عليها التأهيل وكذلك الممارسة التي تشملها العملية التأهيلية لتشمل كافة الأنواع من الناس المعاقين ليستردوا قدراتهم ويكون لهم اتصالات اجتماعية داخل المجتمع (فرحات، 2004، ص117).

ومن هنا زادت أهمية البرامج التأهيلية في المحافظة على صحة ولياقة الفرد المعاق حيث أصبحت اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة مرتبطة بشكل اكبر بمرضى الشلل النصفي وذلك لان غالبية هذه الفئة أكثر عرضة للعديد من الأمراض لأنهم يعيشون نمط حياة قوامه الجلوس و قلة الحركة حيث تؤدي إلى انخفاض مستوى الكفاءة الوظيفية لكثير من أعضاء وأجهزة الجسم فقد أوضح رياض عبد الرحيم(2001) أن مخاطر عدم الحركة للمرضى المصابين بالشلل النصفي كثيرة منها السمنة، ألم العضلات، تصلب المفاصل، وتناقص حجم الرئة وعدم كفاءة عضلات القلب، قصور في الدورة الدموية والضعف العضلي، لذلك تصبح ضرورة ملحة لوضع المريض مهما كانت درجة إعاقته تحت تأثير برنامج علاجي للتقليل من كل هذه المخاطر أو التخلص منها كليا، لايلزم أن تكون التمرينات المختارة مؤلمة أو غير صارة لكن يجب أن تكون منظمة حتى يتسنى أن يجني ثمارها وتحقيق الهدف منها وهو إعادة تأهيل أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز العضلي بتدريب العضلات السليمة مافوق مستوى الإصابة وكذلك إعادة تأهيل الجهاز العصبي لتنمية مهارات حسية وعصبية جديدة. (رياض، 2001، صفحة 103)

فالإعاقة توهن من قدرة صاحبها وتجعله في أمس الحاجة إلى عون خارجي مرتكز على أسس علمية تعيده الى المستوى الطبيعي أو الى مايقرب إليه، ولا شك أن المسؤولية في تقديم هذا العون تقع على عاتق الدولة أولا، وعلى عاتق الأسرة ثانيا وعلى دور الرعاية ثالثا، وعلى المحيط الاجتماعي رابعا، دون ان ننسى ما هو مطلوب من هاته الفئة، لاسيما أننا نرى ان الأفراد ذوي الإعاقات الحركية يكافحون في الغالب للتغلب على مآلديهم من

نقص، والتعريض عنه في ميدان معين بل ربما في نفس المجال الذي يؤلف أساس ضعفهم، وقد يصيب هذا التأخير في اتجاه معاكس فيفيض بهم عجزهم إلى الانطواء والعدوان وفقدان الثقة في النفس (فرحات، 2004، ص38).

كما أن الإعاقة الحركية عادة ماتصل بالوضع الجسمي للفرد وقدرته على التعامل مع المجتمع المحيط به، ويتأثر المعاق حركيا بطبيعة نظرة المجتمع لديه ووضوح البيئة التي يعيش فيها، حيث ينتج عن الإعاقة الحركية سلسلة من الاستجابات الانفعالية والإدراكية نتيجة لنظرة الآخرين لديه فيشعر بالخوف من المجتمع خصوصا من قبل الأشخاص الذي يعتمد عليهم والذين يلعبون دورا مهم في حياته كالأسرة. لذلك تبرز أهمية صورة الجسم بالنسبة له وان طبيعة نظراته التقويمية لديه تميل الى الثبات التدريجي فانه من الصعب تغير تلك النظرة بسهولة، ذلك أن صورة الجسم تؤثر في إدراك الفرد لذاته سواء بطريق مباشر من خلال مقارنة نفسه بالآخرين او بطريق غير مباشر من خلال توقعات الآخرين منه. (كفاي و النبال، 1995، صفحة 56)

وقد اظهرت بعض الدراسات ومنها دراسة" (فليكر) عن وجود علاقات مرتفعة نسبيا بين تقدير الذات وصورة الجسم حيث أن الأفراد الذين لديهم اتجاهات ايجابية عن أجسامهم يتصفون بارتفاع تقدير الذات، ويشير "روزنبرج" (Rosenberg) ان تقدير الذات هو الشعور بالقيمة (Worth-Self) حيث يمثل اتجاهها نحو الذات، اما ان يكون ايجابيا او سلبيا والذي يتمثل بشعور الفرد بانه ذو قيمة ويحترم ذاته لما هي عليه كما يلعب تقدير الذات دورا مهما في زيادة دافعية الفرد للانجاز وجعله اقل عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة (أبو سعد، 2009، ص69).

ونظرا لما تسببه الإعاقة في تغير ظاهر في شكل الجسم فان ذلك يؤدي الى ايجاد شعور سلبي لدى المريض اتجاه نفسه، حيث يشعر بقصور قدرته البدنية الأمر الذي يؤدي الى تكوين مفهوم سلبي عن ذاته ككل حيث أن التقدير الايجابي للجسم من جانب الفرد أو من جانب الآخرين يؤدي الى تقدير ايجابي لذات وبالعكس فان التقدير السلبي تجاه الجسم يتولد عنه مفهوم سلبي لذات. (حسين، 2008، صفحة 89)

فالناحية الجسمية تعد من المصادر الحيوية في تشكيل الذات والتي تتضمن بنية الجسم ومظهره وحجمه وان طول الجسم وتناسقه ومظهره له تأثير ايجابي في رؤية الفرد لنفسه لأن ذلك يدعو غالبا الى استجابات القبول والرضا والتقدير والحب والاستحسان ويعد ذلك تعزيزا ذاتيا وقوة ذاتية تدفع الفرد الى التجاوب مع قدراته الذاتية والمناخ الاجتماعي بشكل مستمر لذلك فان صورة الجسم لها اثر فاعل في تفاعل الفرد الاجتماعي. (الظاهر، 2008، صفحة 147)

لذلك أصبح من الضروري الاهتمام بهذه الفئة من خلال إشراك المختصين في الجانب النفسي والاجتماعي لمساعدة اختصاصي العلاج الوظيفي والحركي في تخطيط البرامج التأهيلية للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ودراسة أفضل الطرق والوسائل التي تؤهلهم وعيدهم إلى ممارسة حياتهم الطبيعية في كافة المجالات ويصبح لهم دور في الحياة وليس عبئاً على المجتمع.

2-المشكلة:

اهتم الباحثون في الآونة الأخيرة بالمشكلات التي تعترض النشاط الحركي لذوي الاحتياجات الخاصة والتي قد تحد من مقدرتهم على الاستمرار في حياتهم العادية أو ممارسة أعمالهم الوظيفية وقد استخدم الباحثون العديد من البرامج العلاجية التي تختلف شكلاً ومضموناً تبعاً لاختلاف ما تحاول حله من مشكلات.

ويعتبر المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي أصيب أفرادها بإعاقة حركية قللت من قدراتهم على القيام بأدوارهم الاجتماعية على الوجه الأكمل نتيجة قلة أو صعوبة حركتهم مقارنة بالأشخاص العاديين.

كما ان هذه الفئة هي أحوج إلى أن نتفهم بعض مظاهر الشخصية لديهم نتيجة لما تفرضه الإعاقة من عجز جسمي، واختلاف في المظهر الخارجي للفرد المعاق عن الأفراد الاسوياء،والذي بدوره يؤثر على شخصية الفرد اجتماعياً ونفسياً، مما يؤدي الى الشعور بالنقص وفقدان الثقة بالنفس وانخفاض مستوى تقدير الذات.

ومن خلال مرافقة الطالب الباحث للوالد الذي أصيب بجلطة دماغية تسببت له بالشلل الطولي في الجهة اليمنى إلى عيادة التأهيل الوظيفي بتيارت لاحظ عدم الاهتمام بالجانب النفسي ضمن البرنامج العلاج الطبيعي الذي كان يخضع له ، وغياب المساندة النفسية والاجتماعية مما اثر عليه في التقدم في عملية الشفاء .

وقد توصلت بعض الدراسات العربية والأجنبية ومنها دراسة هويدا الشيخ (2016) ودراسة بنيامين كامون(2015) أن الجانب النفسي يلعب دوراً متميزاً في حياة الأفراد المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ويمكن لمختصين في الجانب النفسي أن يشتركوا مع اختصاصي العلاج الطبيعي في تصميم وتنفيذ البرامج التأهيلية ومتابعة تنفيذها مع المصابين وخاصة في المراحل الأخيرة من العلاج تحقيقاً للجودة واختصاراً للمدة(Kammoun, 2015, p. 41).

كما توصلت دراسة محمود صلاح الدين عبد الغني(2003) إلى ضرورة تهيئة المريض من الناحية النفسية للبدء بالبرنامج التأهيلي لمرضى الشلل النصفي فور الإصابة مباشرة حتى لا يحدث تأخر في تأهيل المريض وتصاب العضلات بالضمور والمفاصل بالتيبس فيحتاج وقت وجهد من المريض للتأهيل واستعادة المستوى الحركي . وقد أشار جون (1997) John في هذا الصدد بأهمية الجانب النفسي لممارسة البرامج التأهيلية لمرضى الشلل الدماغى حيث أنها تعمل على تحسين اللياقة البدنية للجسم والتحكم في العضلات كما أنها تحسن الجانب الفسيولوجي والنفسي لديهم (محمود، 2003، صفحة 30).

وهذا ما يتفق أيضا مع ما توصلت إليه كلا من : دراسة هاتزلر Hutzler وآخرون (1996م) ودراسة تورك Turk وآخرون (1997م) إلى تأثير الجانب النفسي في تصميم البرامج التأهيلية للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية للمصابين وخاصة صورة الجسم اذ يحتل الجسم مكانة هامة بالنسبة الى هاته الفئة فهو يلعب دورا هاما في علاقتهم مع الآخرين،فهو وسيلة لتحقيق الاتزان الانفعالي والوجداني عن طريق الاعتناء بالصورة الجسدية ومحاولة إظهارها بطريقة ترضى مقاييس الصورة المثالية للمجتمع ومامن شأنه أن يحقق لهم الرضا عن الذات والثقة بالنفس.

وبمراجعة التراث السيكولوجي في مجال صورة الجسم ،اتضح أن تقدير الذات يعتبر من أهم المتغيرات وثيقة الصلة بصورة الجسم من حيث الرضا أو عدم الرضا،حيث اظهرت نتائج دراسة فليكر" (fleker) ان الاختلاف في التكوين الجسماني يصاحبه اختلاف في مفهوم الذات،كما أوضحت دراسة باركر " (parker 1970) أن الإعاقات الجسمية تؤثر تأثيرا كبير على إدراك المعوق لذاته، وان تقبل الفرد المعوق جسميا لذاته يتوقف على مدى إعاقته وعلى مدى قبوله لهذه الإعاقة ونظرة المحيطين به على انه شخص ناقص عن الاشخاص العاديين. (فرحات، 2004، صفحة 144)

إيماننا منا بدور الكبير الذي يلعبه علم النفس ومجالاته المتنوعة في خدمة هذه الشريحة من افراد المجتمع وذلك بإشراك المختصين في هذا المجال لمساعدة اختصاصي العلاج الطبيعي في تخطيط البرامج التأهيلية ودراسة أفضل الطرق والوسائل التي تؤهلهم وتعيدهم إلى العيش في المجتمع كغيرهم من الاسوياء ولا يصبحون عبئا على ذويهم .

وبناء على ماسبق جاءت هذه الدراسة لتجيب على التساؤل العام: ما أثر البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية؟

التساؤلات الفرعية

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمرضى المصابين بالشلل النصفي؟
 - 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين صورة الجسم للمرضى المصابين بالشلل النصفي؟
 - 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين مستوى تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي؟
 - 4- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين صورة الجسم و تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي؟
- 3- فروض البحث:

الفرضية الرئيسية:

لممارسة البرنامج التأهيلي المقترح أثر إيجابي في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وتقدير الذات وتوجد علاقة ارتباطية بين صورة الجسم و تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

الفرضيات الفرعية:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0,05)$ بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمرضى المصابين بالشلل النصفي ولصالح القياس البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($0,05 \geq \alpha$) بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين صورة الجسم للمرضى المصابين بالشلل النصفي ولصالح القياس البعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($0,05 \geq \alpha$) بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي ولصالح القياس البعدي.

4- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى ($0,05 \geq \alpha$) بين صورة الجسم و تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي.

4- أهداف البحث:

الهدف العام:

درجة إسهام البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

الاهداف الفرعية

1- التعرف على أثر البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر تطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمرضى المصابين بالشلل النصفي.

2- التعرف على أثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين صورة الجسم للمرضى المصابين بالشلل النصفي.

3- التعرف على أثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين مستوى تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي.

4- تحديد العلاقة بين صورة الجسم و تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي.

5- أهمية البحث:

- مساهمتها للاتجاهات العالمية المعاصرة في الاهتمام بالمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.
- أهمية المتغيرات التي تناولتها الدراسة فالدراسة تناولت اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة كأحد الموضوعات الحديثة التي تلاقي برامجها انتشارا واسعا في جميع أنحاء العالم لما يعليه في إعطاء بدن الفرد المعاق الكفاءة لمواجهة متطلبات الحياة بما يحقق له السعادة والصحة. وتناولت الدراسة كذلك صورة الجسم التي تعد بمثابة الأساس لخلق الهوية

السليمة وعلاقتها بالواقع الموضوعي فهي جوهر الظاهرة النفسية ، كما تناولت تقدير الذات الذي يعتبر من الأبعاد الهامة في حياة المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية حيث انه يعبر عن اعتزازهم بأنفسهم وثقتهم بها، وهو ما قد يحدد أفعالهم وسلوكهم لكثير من المواقف التي يتعرضون لها.

- الإسهام في إعادة اتصال المجتمع بالأفراد من خلال برامج تأهيلية تناسب قدرتهم وتفعيل دور الأجزاء السليمة في اجسامهم.

6- تحديد المفاهيم والمصطلحات :

6-1. التأهيل :

تدريب الفرد ، وتزويده بالخدمات اللازمة لتحسين أدائه بصورة عامه وتتطلب عملية التأهيل تنمية المهارات اللازمة لنجاح الفرد في حياته وفي عمله وتستخدم فيه الوسائل العلاجية والسباحة العلاجية وغيرها من الوسائل التي تحقق الشفاء الطبيعي (اقبال ابراهيم، 1991، صفحة 212)

اجرائيا:

إرجاع الفرد الذي لديه عجز بدني الى أقصى حالاته الممكنة من حيث أداء الوظائف المرتبطة بكل أوجه الحياة.

6-2. البرنامج التأهيلي:

هي مجموعة من الخطط و الإجراءات التي يقوم على إدارتها أفراد تحت إشراف مختص وفقاً لطبيعة المرض أو الإعاقة أو الإصابة ووفقاً للحالة الصحية للمريض المعاق وأيضاً وفقاً لبرنامج العلاج الطبي أو العلاج الطبيعي (اقبال ابراهيم، 1991، صفحة 302)

اجرائيا:

هو مجموعة من حركات إعادة التأهيل المنظمة لمساعدة الأشخاص المعاقين وإعدادهم وتكوين اتجاهات إيجابية .

6-3. اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

يعرفها جاكسون وآخرون (Jackson، 1999) بأنها مظهر مميز للياقة التي تركز إجمالاً على جوانب ذات تأثير عام على الصحة والطاقة والقدرة على مواجهة متطلبات الحياة اليومية وأنشطتها (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، ص294)

اجرائياً:

مقدرة الفرد المعاق الأدائية في اختبارات تعبر عن التحمل الدوري والتركيب الجسمي وقوة العضلات الهيكلية وهذه العناصر ترتبط بالصحة .

6-4. صورة الجسم:

عبارة عن تصور داخلي لشيء عرف سابقاً او مبدع لفرد ما ولصورة طابع مجسد يقربها من الحواس (كفافي و النبال، 1995، صفحة 112).

اجرائياً:

هي صورة جسمنا الخاص التي نشكلها بداخل أذهاننا أي الطريقة التي يظهر لنا بها جسمنا ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها مجموعة الأفراد الذين تعرضوا إلى إعاقة.

6-5. تقدير الذات:

هو الطريقة التي يشعر بها الفرد حيال ذاته ، متضمنة الدرجة التي عندها يمتلك الفرد احتراماً لذاته وتقبلاً لها ، وتقدير الذات هو الإحساس بالجدارة والكفاءة الشخصية التي تشترك مع مفاهيم الذات الأخرى (ايدوار، 1986، صفحة 86)

اجرائياً:

يعرف تقدير الذات بأنه تقييم الذي يتوصل إليه الفرد لذاته ويتحدد بمجموع الاستجابات على فقرات مقياس تقدير الذات المطبق على مجموع الأفراد المصابين بالإعاقة الحركية.

6-6. الجلطة الدماغية:

هي عبارة عن تحشر الدم في احد الشرايين الدماغية وقد يكون مصدرها الدم أو احد الأوردة في الأطراف السفلية، أو نزيف في الدماغ نتيجة تمزق احد الشرايين الدماغية بسبب ارتفاع ضغط الدم الحاد. (SUSAN, 2001, p. 75)

اجرائياً:

هو المرض العصبي الرئيسي في وقتنا الحالي، تزداد الإصابة به مع تقدم العمر يحدث نتيجة موت جزء من الدماغ نتيجة نزيف أو تخثر في الشريان.

6-7. الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية:

وهو شلل لجانب واحد من الجسم تحدث فيه اضطرابات في الحركة على الجانب المقابل للجانب الذي به التلف في المخ أو جذع الدماغ ينجم إما عن انسداد كلي أو جزئي في الشرايين أو عن حدوث نزيف ناتج عن تمزق أو انشقاق إحدى الشرايين. (SUSAN, 2001, p. 78)

اجرائياً:

هو مرض عصبي يتصف بانعدام الحركة في إحدى شقي البدن (الأيمن أو الأيسر).

7-الدراسات السابقة والمشابهة

7-1. عرض الدراسات:

7-1-1-1-دراسة"شاهيناز محمد البارودي" (1994) : بعنوان " تأثير برنامج للأنشطة الرياضية المعدلة على بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة والتكيف الشخصي الاجتماعي للأطفال المعاقين (شلل طرف سفلي)" تهدف الدراسة للتعرف على اثر البرنامج المقترح لبعض الأنشطة الرياضية المعدلة على بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للأطفال المعاقين بديناً واثر البرنامج المقترح لبعض الأنشطة الرياضية المعدلة على التكيف الشخصي والاجتماعي للأطفال المعاقين بديناً وقد استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة وأجريت الدراسة على عينة اختيرت بالطريقة العمدية العشوائية قوامها (19) تلميذاً وتلميذة بشلل الأطفال (طرف سفلي) وتوصلت إلى الاستنتاجات التالية وجود تأثير إيجابي للبرنامج المقترح حيث كان التحسن لصالح القياس البعدي في عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة المختارة ووجود تحسن في التكيف الشخصي الاجتماعي لصالح القياس البعدي .

7-1-2-دراسة" مصطفى حامد عبد العزيز دعيبس"(1996): بعنوان " أثر برنامج تمارين خاص للتأهيل

البدني لمرضى الشلل الرعاش" تهدف الدراسة إلى توظيف التمارين البدنية من أجل تحسين الحالة الوظيفية لمرضى الشلل الرعاش بغرض تأهيلهم بديناً كمحاولة للعودة بهم إلى حياتهم الطبيعية أو الاقتراب منها وقد تم استخدام المنهج التجريبي كأسلوب مناسب لاختبار فروض البحث كما اشتملت الدراسة على عينة قوامها (20) مريض بالشلل الرعاش وقسمت إلى مجموعتين :مجموعة تجريبية طبق عليها البرنامج التأهيلي ويتناولون العلاج الدوائي

ومجموعة ضابطة يتناولون العلاج الدوائي فقط . وكانت مدة تنفيذ التجربة الأساسية أربع شهور متصلة ومدة البرنامج التأهيلي (16) أسابيع متصلة. وكشفت النتائج عن حدوث تحسن في المتغيرات قيد البحث. يوصى الباحث بالاهتمام بالتأهيل البدني لمرضى الشلل الرعاش وضرورة الحركة بجانب العلاج الدوائي وإنشاء مراكز متخصصة للتأهيل البدني الخاص لمرضى الشلل الرعاش في مصر.

7-1-3 - دراسة إبراهيم خضر حسن أبو قرن (1997): بعنوان " تأثير برنامج تمارين علاجية على كفاءة عضلات الطرف السفلي لمرضى دوالي الساقين" تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير برنامج تمارين علاجية خاصة تساعد على رفع كفاءة عضلات الطرف السفلي لمرضى دوالي الساقين. وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي لملائمته طبيعة الدراسة كما استخدم الطريقة العمدية لاختيار عينة الدراسة وقد بلغت عينة الدراسة (30) مريضاً تظهر عليهم أعراض الدوالي وكان توزيعهم كالاتي: (5) من مرضى الدوالي الأولية التجريبية، (5) من مرضى الدوالي الثانوية التجريبية ، (5) من مرضى الدوالي الثانوية (يرتدون جوارب ضاغطة) (تجريبية) ، (5) من مرضى الدوالي الأولية الضابطة ، (5) من مرضى دوالي ثانوية ضابطة ، (5) من مرضى الدوالي الثانوية (يرتدون جوارب ضاغطة) (ضابطة) وأسفرت نتائج الدراسة إلى تأثير البرنامج العلاجي بالتمارين الخاصة على الأفراد الذين يرتدون جوارب ضاغطة كأحد طرق العلاج السابقة قبل تنفيذ البرنامج عن الأفراد المصابين بمرض دوالي الساقين (الأولية) (الثانوية) كما أثر برنامج التمارين العلاجية الخاصة على الأفراد المصابين بمرض دوالي (الأولية) (الثانوية). ويوصى الباحث بتنفيذ وتطبيق البرنامج العلاجي قيد الدراسة على الأفراد الذين يعانون من مرض دوالي الساقين (أولية) (ثانوية) كما يوصى أيضا بتنفيذ البرنامج العلاجي قيد الدراسة على الأفراد الذين يرتدون جوارب ضاغطة كأحد طرق العلاج لمرضى دوالي الساقين.

7-1-4 - دراسة عيسى بن عمران (2001) : بعنوان " أهمية التدريبات الوظيفية في تأهيل المعوقين بالشلل النصفى" وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أهمية التدريبات الوظيفية في تأهيل المعوقين بالشلل النصفى وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (105) من المصابين بشلل النصفى والرباعي، ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث لكي يتمكن المعوق المصاب بالشلل في مستوى الفقرات العنقية عليه القيام بجملة من التدريبات المبنية على بعضها البعض مدة مرتين يومياً لفترة تتراوح من ستة إلى ثمانية أسابيع متتالية .

7-1-5 - دراسة جعفر حميدي (2001) : بعنوان أثر برنامج تأهيلي مقترح لتنمية المهارات الحركية الدقيقة للأطفال المصابين بالشلل النصفى وكان هدف الدراسة التعرف على أثر البرنامج التأهيلي المقترح لتنمية المهارات

الحركية الدقيقة للأطفال المصابين بالشلل النصفي حيث قام الباحثة باقتراح برنامج للتأهيل في الأنشطة الحركية اليومية وقد استخدمت المنهج التجريبي على عينة قوامها 10 أطفال مصابين بالشلل النصفي وأسفرت نتائج الدراسة انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في اختبارات الأنشطة الحركية لصالح القياسات البعدية وأوصت الباحثة بوضع برنامج تكميلي من قبل مختصين في هذا المجال.

7-1-6-دراسة" محمد مسعد عبد الصمد محمود (2002): بعنوان "برنامج علاجي حركي لعلاج وتحسين بعض القدرات الحركية لمرضى الشلل النصفي أالارتخائي وكان هدف الدراسة التعرف علي مدى تأثير برنامج علاجي حركي لعلاج وتحسين بعض القدرات الحركية لمرضى الشلل النصفي أالارتخائي واستخدم الباحث المنهج التجريبي على مجموعة تجريبية واحدة بتصميم القياس القبلي والبعدي واشتملت عينة البحث على 15 مريض مصاب بالشلل النصفي تتراوح أعمارهم ما بين 30 سنة إلى 50 سنة وأسفرت نتائج الدراسة أن تطبيق البرنامج العلاجي الحركي المقترح أدى إلى تحسين القدرات الحركية قيد البحث (القوة ،التوافق العضلي العصبي،التوازن) لدي أفراد عينة البحث.

7-1-7-دراسة" محمود صلاح الدين عبد الغني(2003): بعنوان " تأثير برنامج تمارين مقترح لتأهيل العضلات المصابة في حالات الشلل النصفي تهدف الدراسة إلى تصميم برنامج تمارين مقترح لتأهيل العضلات في حالات الشلل النصفي ومعرفة تأثيره على استعادة الكفاءة الطبيعية للعضلات المصابة بالشلل واستخدم الباحث المنهج التجريبي على مجموعة تجريبية واحدة بتصميم القياس القبلي والبعدي واشتملت عينة البحث على 18 مريض مصاب بالشلل النصفي الجانبي 9 رجال و 9 سيدات تتراوح أعمارهم ما بين 58 سنة إلى 67 سنة وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي في المستوى الحركي للأفراد المصابين بالشلل النصفي وذلك على مختلف مستويات الإصابة ويوصى الباحث ضرورة أن يبدأ البرنامج التأهيل لمرضى الشلل النصفي فور الإصابة مباشرة حتى لا يحدث تأخر في تأهيل المريض وتصاب العضلات بالضمور والمفاصل بالتيبس فيحتاج وقت وجهد من المريض للتأهيل واستعادة المستوى الحركي.

7-1-8-دراسة"محمد كمال علي موسى(2004): بعنوان " تأثير برنامج تأهيلي مقترح على تحسين الكفاءة الحركية والوظيفية للعضلات العاملة على مفصل الركبة الصناعي " تهدف الدراسة إلى عودة مفصل الركبة المصاب إلى حالته الطبيعية بعد الاستبدال الكلي لمفصل الركبة ، بإتباع البرنامج التأهيلي المقترح، وتمت هذه الدراسة على مجموعتين تجريبيتين قوامهم عشرة مصابين ممن أجريت لهم عملية الاستبدال الكلي لمفصل الركبة وتم تأهيلهم حتى

تعادلت القوة العضلية وكذا المدى الحركي والمحيطات في كل من الطرفين المصاب والسليم لنفس الفرد وتحسين التوازن والخطوات والتوافق العضلي العصبي للقرء ككل، وقصر فترة التأهيل، وقد أسفرت النتائج ان للبرنامج التأهيلي تأثيرات متباينة على عودة الطرف المصاب لحالته الطبيعية لدى المجموعتين التجريبتين وتحسن المدى الحركي في الركبة الصناعي وتعادل كل من القوة العضلية للعضلات العاملة على مفصل الطرف المصاب وكذا سمك الجلد والدهن أمام وخلف الفخذ وخلف الساق في الطرف المصاب مقارنة بمثيلاتها. (موسى، 2004، صفحة 13)

7-1-9- دراسة هشام لوح(2004): اثر النشاط الحركي المكيف في تحسين الاتزان العضلي للمعاقين حركيا وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة اثر النشاط الحركي المكيف في تحسين الاتزان العضلي للمعاقين حركيا وتم استخدام المنهج التجريبي على عينة قوامها(34) طفل من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مقسمة الى مجموعتين تجريبية وضابطة على حسب شدة الإعاقة واعتمد الباحث على الاختبارات البدنية لقياس مؤشرات الاتزان العضلي، وأظهرت نتائج الدراسة الى أن وحدات النشاط الحركي المعدل أسهم بشكل فعال في تحسين مؤشرات الاتزان العضلي (تحمل القوة العضلية، الإطالة للمجاميع العضلية، التوازن، التوافق).

7-1-10- دراسة التميمي(2005): اثر برنامج تأهيلي رياضي على مفهوم الذات واليأس لدي فئة من المعاقين حركيا المصابين بشلل الأطفال وكان هدف الدراسة معرفة اثر برنامج تأهيلي رياضي على مفهوم الذات واليأس لدي فئة من المعاقين حركيا المصابين بشلل الأطفال وتم استخدام المنهج التجريبي على عينة قوامها(60) فرد واستعملت الباحثة مقياس مفهوم الذات الذي أعدته (2000) ومقياس اليأس لنيل وستير (1974) كما استخدمت برنامج لتأهيل الرياضي، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ايجابية في كل من مفهوم الذات واليأس لصالح المجموعة التجريبية.

7-1-11- دراسة عادل خوجة(2009): اثر برنامج رياضي مقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدي فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا وكان هدف الدراسة معرفة أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدي فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا وتم استخدام المنهج التجريبي على عينة قوامها(20) مراهق من ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا مصابين بالشلل النصفي السفلي تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة

تتراوح أعمارهم بين (13،17) سنة وكانت أهم نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح لصالح القياس البعدي.

7-1-12 - دراسة "هويدا الشيخ ودولة السعيد محمد احمد" (2012): بعنوان "تأثير برنامج مقترح للعلاج الطبيعي والتمرينات العلاجية للمصابين حديثاً بالشلل الناتج عن الجلطة الدماغية" هدفت الدراسة إلى تصميم وتطبيق برنامج للعلاج الطبيعي والتمرينات العلاجية للمصابين حديثاً بالشلل الناتج عن الجلطة الدماغية وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (6) من مصابي الشلل الطولي باستخدام المنهج التجريبي القائم على المجموعة الواحدة وبأسلوب القياس القبلي والبعدي وقد اشتمل البرنامج على ثلاث محاور للعلاج هي التدليك الكهربائي و التدليك اليدوي وتمارين اللياقة الحركية المتمثلة في تمارينات القوة السرعة التوازن لمدة ثلاث أسابيع تكرر من (2-3) أشهر بواقع 4 جلسات للأسبوع وقد أشارت أهم النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في سرعة المشي وقوة القبضة لمصابي الشلل الناتج عن الشق الطولي، أما أهم التوصيات فقد حثت على الاستعانة بالبرنامج العلاج عند الإصابة بالشلل الناتج عن الجلطة بالمخ، كذلك الاستعانة بالمختصين في مجال التربية البدنية للاشتراك في تصميم البرامج العلاجية لمرضي الشلل.

7-1-13 - دراسة بيتوس (Beatus،1996): صورة الجسم ومفهوم الذات والعوامل المؤثرة في التكيف مع الإعاقة لدي المعاقين بإصابات النخاع الشوكي ومقارنتهم مع الأفراد المعاقين بإصابات أسفل الظهر والأفراد العاديين وكان هدف الدراسة استكشاف صورة الجسم ومفهوم الذات والعوامل المؤثرة في التكيف مع الإعاقة لدي المعاقين بإصابات النخاع الشوكي ومقارنتهم مع الأفراد المعاقين بإصابات أسفل الظهر والأفراد العاديين وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي حيث بلغت عينة الدراسة (21) معاق بالشلل النصف السفلي تراوحت أعمارهم بين (18،66) سنة و(25) معاق بالشلل الرباعي و(22) مرضي أسفل الظهر و(30) شاب غير معاق طبق علي كل الأفراد مقياس صورة الجسم ومفهوم الذات وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود اختلاف بين المعوقين بإصابات الحبل الشوكي مع الأفراد العاديين في تقديرهم لصورة الجسم ومفهوم الذات.

7-1-14 - دراسة هاتزلر وأخرون (1996): أثر برنامج مقترح لتأهيل المرضى المصابين بالشلل النصف السفلي وكان هدف الدراسة تصميم برنامج تمارينات تأهيلية لمدة 20 أسبوع وتم استخدام المنهج التجريبي على عينة قوامها 14 فرد تراوحت اعمارهم (40-60) وكانت اهم نتائج الدراسة ان برنامج التمارينات التأهيلية له تأثير ايجابي علي استعادة الكفاءة الحركية للمرضى المصابين بالشلل النصف السفلي وتقصير الفترة الزمنية لاستعادة الشفاء.

7-1-15 - دراسة كريستين (Kreistin, 2003): أثر النشاط البدني على هيئة صورة الجسم لدى حالات البتر وكان هدف الدراسة معرفة أثر المشاركة في أثر النشاط البدني على هيئة صورة الجسم لدى حالات البتر والعلاقة بين صورة الجسم ومستوى المشاركة في النشاط البدني الرياضي لدى حالات البتر، وتم استخدام المنهج التجريبي على عينة قوامها 18 فرد من الأشخاص المبتورين تراوحت أعمارهم (20-50) وكانت اهم نتائج الدراسة وجود علاقة ايجابية بين صورة الجسم والمشاركة في النشاط البدني والرياضي لدي الأشخاص المبتورين.

7-1-16 - دراسة أوتيس (oates, 2004): بعنوان فعالية برنامج ترويجي علاجي في السباحة على تحسين تقدير الذات للمعاقين حركيا وكان هدف الدراسة مدى فعالية البرنامج الترويجي على تحسين تقدير الذات للمعاقين حركيا، وتكونت العينة من طفلين وأربعة مراهقين واستخدمت الباحثة الملاحظات والاستبيانات والمقابلات لتحديد التغيرات في السلوك الاجتماعي والحركي وتقدير الذات يعانون من الشلل المخي، وكانت نتائج الدراسة وجود تحسن دال إحصائيا في تقديرهم لذاتهم، كما أكدت هذه الدراسة على أهمية الأنشطة الحركية في النمو النفسي الاجتماعي والحركي للأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الحركية.

7-1-17 - دراسة وايد (Wade, 2007): الفروق في صورة الجسم وتقدير الذات بين المراهقين المعاقين بالجنف (Scolioses) والمراهقين العاديين وكان هدف الدراسة التعرف علي الفروق في صورة الجسم وتقدير الذات بين المراهقين المعاقين بالجنف (Scolioses) والمراهقين العاديين، واستخدمت الباحثة مقياس صورة الجسم للمراهقين البالغين المكون من ثلاث ابعاد: المظهر، الرضا عن الوزن، المعزوة، ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات وتكونت عينة الدراسة من (74) طالب تراوحت أعمارهم ما بين (15، 18) سنة وأظهرت نتائج الدراسة أن المراهقين المعاقين بالجنف (Scolioses) كان لديهم صورة ايجابية للجسم وتقدير الذات اعلي من العينة الضابطة.

7-1-18 - دراسة رفايل جيمال" (2010Raphael jumel): بعنوان التأهيل البدني للأشخاص المصابين بالشلل النصفي (الجلطة الدماغية) على أساس العمل وكان هدف الدراسة العمل على زيادة محيط المشي بمختلف تقنيات التأهيل وقياس نسبة (Vo2 Max) بطريقة مباشرة مع قياس التبادل الغازي حيث قام الباحث باقتراح برنامج للتأهيل البدني لعملية المشي واجراء اختبارات قياس الجهد 6 دقائق مشي وقد استخدم المنهج التجريبي على عينة قوامها 42 فرد من المصابين بالشلل النصفي (الجلطة الدماغية) 60-70 سنة واسفرت نتائج الدراسة عن

وضع معايير للاستهلاك الأقصى للأوكسجين وأوصي الباحث بانجاز دراسات جديدة للاستهلاك الأقصى للأوكسجين مع عدد أكبر من المرضى .

7-1-19 -دراسة جون سالوينكي(Slawinsky jean،2013): بعنوان تأثير عبور الحواجز أثناء اختبار 6 دقائق مشي على الاستجابة القلبية التنفسية والوظيفة للمصابين بالشلل النصفي الجلطة الدماغية(52-62) سنة وكان هدف الدراسة مقارنة الاستجابة القلبية التنفسية أثناء اختبار 6 دقائق مشي مع الاختبار نفسه بالحواجز للمصابين بالشلل النصفي حيث قام الباحث بإجراء اختبارين متتالين الأول 6 دقائق مشي(بدون حواجز) والثاني بالحواجز وتم استخدام المنهج التجريبي على عينة قوامها 17 فرد من المصابين بالشلل النصفي (الجلطة الدماغية)52-62 سنة وكانت اهم نتائج الدراسة ان إضافة الحواجز لا يؤثر على نسبة استهلاك الاوكسجين(VO₂) في حين يؤثر على الأداء الحركي للمشي وأوصي الباحث بانجاز دراسات جديدة في مقارنة الصرف الطاقوي(QR) في اختبار 6 دقائق مشي بالحواجز للمصابين بالشلل النصفي (الجلطة الدماغية).

7-1-20 -دراسة بنيامين كامون(2015): "أثر ممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة على المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية" وكان هدف الدراسة تصميم برنامج للأنشطة الرياضية المعدلة لمدة 6 أشهر متتابة وتم استخدام المنهج التجريبي القائم على المجموعة الواحدة وبأسلوب القياس القبلي والبعدي على عينة قوامها 36 فرد تراوحت اعمارهم(40-60) وكانت اهم نتائج الدراسة ان برنامج الأنشطة الرياضية المعدلة له تأثير ايجابي علي استعادة الكفاءة الحركية للمرضى المصابين بالشلل النصفي وتقصير الفترة الزمنية لاستعادة الشفاء.وأوصي الباحث بلاستعانة بالمختصين في مجال النشاط البدني المكيف للاشتراك في تصميم البرامج التأهيلية

7-2-التعليق على الدراسات السابقة والمشابهة :

استفاد الطالب الباحث من الاطلاع على الدراسات السابقة في تحديد الإطار العام للدراسة من حيث:

اولا: المنهج:

أجمعت معظم الدراسات السابقة على استخدام المنهج التجريبي لإجراء تجاربها من خلال تطبيق برنامج تأهيلي أو علاجي أو حركي كدراسة دعيبس" (1996)، حميدي (2001)، محمود (2002)، دراسة هشام لوح (2004)، موسى" (2004)، هويدا الشيخ" (2012)، جون سالوينكي(Slawinsky، 2013)، jean، بنيامين كامون(2015).

ثانيا: العينة:

اتفقت هذه الدراسة مع معظم الدراسات السابقة في صغر حجم العينة وذلك لصغر حجم هذه العينات حيث لوحظ أن معظم الدراسات السابقة قد أجريت بين (06) أفراد في دراسة هويدا الشيخ " (2012) الى (60) فرد في دراسة رفائيل جيمال" (2010Raphael jumel).

ثالثا: الادوات:

أدى تعدد أهداف الدراسات إلى تعدد الأدوات المستخدمة، وتناولت أغلب الدراسات البرنامج التأهيلي كمتغير مستقل كدراسة: حميدي (2001)، محمود (2002)، موسى" (2004)، دراسة هاتزلر وآخرون(1996)، وقد اتفقت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية كونها تجريبية قامت ببناء برنامج تأهيلي مقترح واستخلصت أثره في المتغير التابع.

في حين استخدمت الدراسات الاخرى البرنامج العلاجي كدراسة " أبو قرن" (1997) وأخري استخدمت برنامج للأنشطة المعدلة كدراسة البارودي " (1994)، بنيامين كامون(2015).

- كما تنوعت أدوات جمع البيانات في الدراسات السابقة التي تناولت صورة الجسم وتقدير الذات، حيث استخدمت الأدوات التالية: مقياس صورة الجسم لبيتوس (Beatus، 1996) مقياس تقدير الذات لاوتيس (Oates، 2004) مقياس صورة الجسم لوايد (Wade، 2007) وقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة وايد من حيث استخدام مقياس تقدير الذات ل روزنبرج.

رابعا : النتائج

- اتفقت نتائج هذه الدراسة مع معظم الدراسات السابقة على ضرورة أن يبدأ البرنامج التأهيلي لمرضى الشلل النصفي فور الإصابة مباشرة حتى لا يحدث تأخر في تأهيل المريض وتصاب العضلات بالضمور والمفاصل بالتيبس فيحتاج وقت وجهد من المريض للتأهيل واستعادة المستوى الحركي لأن هذه الفئة تعاني من نقص واضح في مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة و انخفاض في تقدير الذات مقرنة بالأفراد الأسوياء فالإعاقة الحركية تؤثر على تقدير الذات وصورة الجسم.

— بينت الدراسات أهمية ممارسة البرامج التأهيلية والرياضية والعلاجية لما لها من أثر واضح في تحسن بعض الجوانب النفسية لدي هذه الفئات منها تقدير الذات ،صورة الجسم وتقبل الإعاقة وفي تحسن عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

7-3- نقد الدراسات السابقة:

بالاطلاع على المصادر والمراجع ذات الصلة بالموضوع، فقد تبين على حد علم الطالب الباحث عدم وجود

دراسات مشابهة لهذه الدراسة حيث اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في:

- تناولت تصميم برنامج تأهيلي لتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وتقدير الذات لمرضى الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية .

- استهدفت فئة المصابين حديثاً بالشلل النصفي الطولي الناتج عن الجلطة الدماغية بين (55،65) سنة.

- من حيث مدة تنفيذ البرنامج الذي كان (24) أسبوع.

الدراسة النظرية

مدخل الباب الأول

الفصل الاول: البرنامج التأهيلي.

الفصل الثاني: عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

الفصل الثالث: صورة الجسم.

الفصل الرابع: تقدير الذات.

الفصل الخامس: المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية .

خلاصة

مدخل الباب الأول

قسم الطالب الباحث هذا الباب إلى خمسة فصول حيث تناول في الفصل الأول البرنامج التأهيلي المقترح والأسس العلمية لتصميم البرنامج التأهيلة وتناول الطالب الباحث في الفصل الثاني عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة مكوناتها وطرق قياسها وطرق تنميتها وخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة أما في الفصل الثالث فتناولنا صورة الجسم والمفاهيم والنظريات المرتبطة بها وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، أما في الفصل الرابع فتناولنا تقدير الذات وبعض المفاهيم المرتبطة به والعوامل المؤثرة في تكوين تقدير الذات والنظريات المفسرة له، وتقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة أما الفصل الأخير فتناولنا الجلطة الدماغية، العوامل المساعدة لحدوثها وطرق الوقاية منها، والشلل النصفي الطوي، والخصائص النفسية والاجتماعية لهاته الفئة.

الفصل الأول

البرنامج التأهيلي

تمهيد

- 1.1- مفهوم التأهيل الحركي
- 2.1- مفهوم البرامج
- 3.1- أهمية البرامج
- 4.1- البرامج التأهيلية
- 5.1- الأسس العلمية لتصميم البرنامج التأهيلية
 - 1.5.1- أنواع الألياف العضلية بالجسم
 - 2.5.1- أنواع الانقباض العضلي
 - 3.5.1- الحركات العلاجية الخاصة في البرنامج التأهيلي
- 6.1- تقسيمات التمرينات التأهيلية
 - 1.6.1 - التمرينات الساكنة
 - 2.6.1 - التمرينات المتحركة
- 7.1- مستويات التمارين التأهيلية
- 8.1- خطوات إعداد برنامج تأهيلي للمرضى المصابين بالشلل الشقي الطولي
- 9.1- أهداف البرامج التأهيلية للمرضى المصابين بالشلل الشقي الطولي

خلاصة

تمهيد

التأهيل رسالة ذات قيمة اجتماعية، وهدفه هو منع المرضى و المعوقين والمسنين من الانسحاب من خضم الحياة، ومساعدتهم في الاعتماد على أنفسهم. وهي عملية الهدف منها تأهيل الفرد وتعليم المختصين المشاركين في هذا العمل ليعرفوا القيم الإنسانية السامية، بحيث يوجهوا أفراد المجتمع للمشاركة مع هؤلاء المعوقين ، وإيجاد العمل المناسب لهم لتخفيف عبء الحياة عليهم، ما يساعد على توافق المعاق وتغيير نظرتهم من حالة الهبوط الى الأمل مصحوب بالرغبة والحافز لبدأ حياة جديدة .

والتأهيل بصفة عامة هو نشاط بناء يهدف الى إعادة القدرة البدنية والعقلية ، وتحسين الحياة بدرجة قريبة بقدر الإمكان للحالة قبل المرض ، أي العلاج حتى تلتئم الحالة ، كذلك يختص التأهيل بإرجاع الوظائف والحفاظ على ما تبقى للمعاق بقدر الإمكان ، والواقع أن التأهيل بمعناه الطبي . كما سيتضح بعد قليل _ هو العملية الكلينيكية التي يعود بها المعاق الى أقصى درجة من الفعالية ، ويعطي الفرصة لحياة ذات معنى .

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق الى مفهوم البرنامج التأهيلي و توضيح أهدافه و الأسس العلمية لتصميم البرنامج التأهيلية وكذا أهميته لذوي الاحتياجات الخاصة باعتباره كوسيلة علاجية ترويجية وإدماج في المجتمع

1.1- التأهيل الجركي

1.1.1- مفهوم التأهيل

لغة: مصدر أهّل تزويد الفرد بالتعلم والتدريب للقيام بالعمل الذي يلائمه (بدوي و محمود، 2001، صفحة 194)

اصطلاحاً: هي عملية استخدام الوسائل العلاجية المختلفة في إعادة الفرد إلى ممارسة نشاطه بعد إصابته وحماية المنطقة من تكرار الإصابة (بدوي و محمود، 2001، صفحة 194)

والتأهيل تدريب الفرد ، وتزويده بالخدمات اللازمة لتحسين أدائه بصورة عامه وتتطلب عملية التأهيل تنمية المهارات اللازمة لنجاح الفرد في حياته وفي عمله . أما إعادة التأهيل فمن جهة أخرى تعنى أن الفرد كان يجيا ويؤدي عملا ما بصورة عادية بيد أنه تعرض لإعاقة تستلزم إعادة تدريبه أو تأهيله مرة أخرى (أسامة، 2005، صفحة 32)

كما ان التأهيل عملية الوصول بالفرد الى حال من اللياقة من خلال العلاج أو التدريب وعادة ما ينطبق المصطلح على حالات الاضطرابات التي وقعت في الطفولة (أسامة، 2005، صفحة 33)

2.1.1- مفهوم إعادة التأهيل :

هي عملية إعادة أو ارجاع الفرد الذي لديه عجز بدني أو عقلي الى أقصى حالاته الممكنة من حيث أداء الوظائف المرتبطة بكل أوجه الحياة ،وعادة ما يوصف التأهيل باعتباره المرحلة الرابعة من الممارسة الطبية ، أما الثلاثة الأولى فهي الوقاية والتشخيص والعلاج . (ابراهيم رحومة، 1984، صفحة 132)

وفي الطب تعرف عملية التأهيل بأنها ابقاء للمرضى العقليين بعد العلاج على اساس الحفاظ عليهم من التدخل في الأنشطة الاجتماعية والمهنية لفترة من الزمن...وتشمل إعادة التأهيل اجراءات مثل الارشاد المهني وإعادة التدريب والأنشطة الترويجية والاجتماعية ونوادي المرضى العقلي (سابقا) ، والمعيشة في الدور الانتقالية أو نظام آخر في الاقامة الجماعية ، خلال فترة إعادة التوافق (إقبال إبراهيم، 1991، ص302) .

والتأهيل مبني على خطة تتضمن تكتيكات وتسهيلات خاصة تقدم للمعاقين لاستعادة القوى الفيزيقية (الجسمية) وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وكذلك تقديم خدمات إرشادية وتدريبية للأشخاص غير القادرين ، ولا يعني خدمات فقط وإنما يعني أيضا تنظيم الجهود المتضمنة في العملية التأهيلية فتوضع الأهداف و البرامج

المخططة لمساعدة الأشخاص المعاقين وإعدادهم وتكوين اتجاهات ايجابية تجاه عملية التأهيل من حيث توضيح الهدف من هذه الخدمات والقيم و الفوائد التي تعود على غير القادرين مثل تحقيق نوع من الرضا النفسي وتحقيق أفضل معدل لتوافق من الناحية الفيزيائية والعقلية والاجتماعية من خلال مراعاة الفلسفة القائم عليها التأهيل وكذلك الممارسة التي تشملها العملية التأهيلية لتشمل كافة الأنواع من الناس المعاقين ليستردوا قدراتهم ويكون لهم اتصالات اجتماعية داخل المجتمع وعلى ذلك فان مفهوم التأهيل يتضمن نقطتين أساسيتين

1- التأهيل هو مجموعة العمليات أو الأساليب التي يقصد بها تقويم وإعادة بعض الأشخاص نحو الحياة السوية
2- يتضمن معنى التأهيل إثارة الحوافز الايجابية عند الشخص بحيث يؤمن بالقيم والمواقف الجديدة التي يراد غرسها في نفسه فيحترم القوانين بعد ان كان متمردا عليها ويندمج في الحياة الجماعية بعد ان كان منعزلا وما الى ذلك.

ويقصد أيضا بكلمة التأهيل إعداد الفرد وتزويده بما يجعله أهلا لشئ ما أو ما يجعله قادرا على أداء شئ بنجاح أما في مجال رعاية وتأهيل المعوقين فان التأهيل الاجتماعي للمعوقين يقصد به اعادة الفرد المعوق للحياة العادية للتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه ، ذلك التوافق الذي فقده بسبب الإعاقة ويجب أن ينتهي بحصوله على عمل واستقراره فيه حيث أن الهدف النهائي للتأهيل الاجتماعي هو تمكن المعوق في حدود قدراته ليكون منتجا قادرا على المشاركة في الحياة الطبيعية و المجتمع (إقبال إبراهيم، 1991، ص310).

وتشير "سهام سعد مراد" 1994 الا أن خدمات التأهيل تختلف باختلاف نوع الاعاقة والآثار المترتبة عليها ، والوسائل اللازمة للتغلب على أثارها حيث تتضمن هذه الخدمات ما يلي:

أ- التأهيل الطبي:

وهي عمليات الرعاية الطبية للمعاق التي تتضمن العلاج الطبي والاجهزة التعويضية المتاحة لاستعادة أقصى ما يمكن من قدراته البدنية و الصحية بم في ذلك تعويضه عن الاعضاء و الحواس التي فقدها لتمكينه من الوصول الى درجة من الاعتماد على النفس وممارسته حياة منتجة وقد تشمل العلاج الطبيعي المناسب لنوع العجز، وهكذا يمكن القول ان التأهيل الطبي عادة ما يتضمن محاولة اعادة المريض الى الحياة الطبيعية عضويا ونفسيا واجتماعيا في حدود قدراته وإمكانياته حتى يعتمد على نفسه بقدر الامكان وذلك بالاستعانة بجميع الوسائل الفنية والطبية كالعلاج الطبيعي والتمريض والأجهزة التعويضية والطب والجراحة والعمل بالعلاج النفسي العلاج الرياضي والتدريب المهني المناسب اى انه عملية متكاملة من الجهود المتناسقة لخدمة المعوق ويبدأ التأهيل الطبي مند اللحظة الاولى لدخول المريض للمستشفى وقد يستمر بعد خروج المريض من المستشفى حتى

يمكن إعادة الفرد الى اقرب ما يكون عليه قبل الاصابة المباشرة ويتبع ذلك العلاج الطبيعي الذي يعمل على تقوية العضلات والأربطة والعظام والمفاصل للأعضاء المصابة حتى يتم التأهيل الطبي في حدود قدرات وإمكانات المصاب وما تبقى له من قوة وتقوم الرياضة التأهيلية بدور بارز في مجال الطب الطبيعي حيث تعد الرياضة وسيلة طبيعية للعلاج لأنها احد المكونات المهمة في العلاج الطبيعي كما انها تساعد المعاق على استعادة لياقته العامة في الحياة ولياقته البدنية وكفاءته الحيوية وخاصة منذ بداية المراحل التأهيلية له (ابراهيم و فرحات، 1998، صفحة43)

ب- التأهيل المهني :

هو ذلك الجانب من عمليات التأهيل الذي يوفر مختلف الخدمات المهنية كالتدريب المهني بما يناسب والقدرات المتبقية بعد العجز التدريب المهني والتشغيل وهو تلك الخدمات المهنية التي تساعد المعاق على ممارسة عمله الاصلي او عمل آخر مناسب لحالته والاستقرار فيه، وهناك ايضا جانب للتأهيل المهني وهو اعادة التأهيل المهني وهو عملية تنمية انتاجية للمعاقين عقليا او جسميا او استعادة قدرتهم على الإنتاج عن طريق التوجيه المهني والاختبار والتدريب والتوافق مع موقف العمل ويتطلب ويتضمن برنامج اعادة التأهيل تنمية المهارات التي ضاعت أو أهملت و مساعدة الفرد على العثور على عمل اما في المجال الصناعي أو التجاري أو ورشة محمية . والبرنامج الفعال يمكن الشخص المعاق من أن يصبح عضوا مسهما في المجتمع ، ويحسن التوافق السيكولوجي بزيادة تقدير الذات ورفع الروح المعنوية.

ج-التأهيل النفسي:

هو تلك الخدمات التي تهدف الى معاونة المعاق في مقاومة الشعور بالنقص ، أو نتيجة لنظرة بعض أفراد المجتمع اليه ومقارنة نفسه بالآخرين ، والتغلب على الحالة النفسية التي تصاحب العجز او العاهة ،وهناك عملية أخرى هي اعادة التأهيل النفسي ويقصد بها، وتنمية هوية فعالة واستعادتها عند العميل العاجز الطرق النفسية كالارشاد النفسي ، العلاج الفردي و الجماعي وتقدير القدرة ، والعلاجات الطبية والهدف مساعدة العميل على تحسين صورة ذاته و التصدي للمشكلات الانفعالية وأن يصبح شخصا مستقلا وأكثر كفاءة.

د- التأهيل الاجتماعي:

هو هذا الجانب من عملية التأهيل التي تستهدف ادماج الفرد المعاق أو اعادة ادماجه وعمله في المجتمع الذي يعيش فيه والإقلال من الابعاء الاجتماعية والاقتصادية التي قد تعوق عملية التأهيل ذاتها كعملية شاملة،أما

عملية اعادة التأهيل الاجتماعي فالغرض منها تحقيق مستوى أعلى في أداء الوظائف الاجتماعية والترويحية ومن خلال المشاركة في اندية وتنظيمات أخرى خاصة بهم خاصة بهم (أسامة، 2005، صفحة 122)

2.1- مفهوم البرامج:

البرامج هي احد عناصر التخطيط المهمة و التي بدونها عملية التخطيط غير قابلة للتنفيذ و في هذه الحالة تصبح عاجزة عن تحقيق اهدافها المرجوة، لقد تعرض بعض العلماء و الباحثين الى البرامج، و قد عرفوها بتعاريف عدة نذكر منها ما يلي:

عرفها ويليامز بأنها: "عملية تخطيط للمقررات و الانشطة و العمليات التعليمية المقترحة لتغطية فترة زمنية محددة" "عبارة عن كشف يوضح العمليات المطلوب تنفيذها مبينا بصفة خاصة ميعاد الابتداء و ميعاد الانتهاء لكل عملية تقرر تنفيذها"

عرفها الدمرداش بأنها: "مجموعة خبرات منظمة في ناحية من نواحي المواد الدراسية وضع لها هدفا معين تحمل على تحقيقه، مرتبطة في ذلك بوقت محدد و امكانات خاصة"

3.1- اهمية البرامج:

للبرامج اهمية خاصة استخلصها من خلال النقاط التالية:

1- دقة التنفيذ

2- الاقتصاد في الوقت

3- البعد عن العشوائية في التنفيذ

4- تساعد على نجاح الخطط التدريبية و التعليمية

5- ضياع الاهداف

ان الاتجاهات الحديثة تنادي بان اي برنامج تأهيلي لا بد و أن يكون له زمان و مكان محدودين، سواء

كان للاصحاء ام للمعاقين، في مدرسة او نادي او مركز، ان تراعي فيه الامور التالية:

ا- طبيعة الافراد الذين سيشتركون في تنفيذ البرنامج

ب- خصائص المجتمع الذي سيتم فيه تنفيذ البرنامج

ج-الوقت المتوفر و المخصص للبرنامج

د-الامكانيات المتوفرة المادية منها و البشرية

هـ-طبيعة البرنامج الكلي

و-تصنيف الافراد المشاركين في البرنامج

4.1- البرامج التأهيلية:

هي مجموعة الخطط والاجراءات التي يقوم على ادارتها أفراد وجماعات ليسوا بالضرورة على اتصال مباشر مع الخدمات المباشرة التي تقدم للمعوقين من أجل تأهيلهم بل ينصب اهتمامهم على تخطيط وتنظيم الخدمات المقدمة للمعوقين وتختلف برامج تأهيل المعوقين من حيث الحجم والتنظيم والأهداف وقد تكون تحت اشراف جماعات تطوعية أو مؤسسات أو جمعيات خيرية . (سيد فهمي ، 2008 ، ص212)

ومما تجدر الاشارة اليه أن عملية تصميم البرامج التأهيلية تتضمن اربعة عناصر أساسية هي : الخدمات ، الكوادر المتخصصة ، العنصر المكاني (الأبنية) ، الأجهزة .

وفيما يلي اشارة الى كل عنصر منها (محمد نجيب توفيق 1989 الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة جامعة حلوان كلية الخدمة الاجتماعية

1.4.1- الخدمات : ويقصد بها خدمات محددة ومنظمة لاستعادة قدرات الشخص المعاق وتشمل خدمات طبية وتربوية واجتماعية ومهنية ونفسية وخدمات التدريب المهني وتركيب الاطراف الصناعي .

2.4.1- الكوادر المتخصصة: ان نجاح برامج تأهيل المعوقين يعتمد على تقديم الخدمات من قبل اخصائيين ذوي اختصاصات مختلفة تكمل بعضها البعض مثل الأخصائي التأهيل الطبي ، معالج الكلام والسمع – أخصائي علم النفس الكلينيكي – مرشد نفسي –موجه مهني- معلمون- حرفيون-مديرو مراكز التأهيل وغيرهم الذين يقدمون خدمات التأهيل المتعددة .

3.4.1- البناء (العنصر المكاني):هو البناء المحدد الذي تقدم فيه خدمات التأهيل النفسي والطبي والاجتماعي والمهني للمعوق .ومن أمثلة ذلك مراكز التدريب المهني. مدارس التربية الخاصة بالمتخلفين عقليا – مدارس خاصة بالصم والبكم أو المكفوفين – وتصميم هذه الأبنية و التجهيزات المتخصصة أخذها بالاعتبار ازالة

العراقيل التي يمكن أن تعيق حركة المعاق أو قدرته على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التي يتلقاها في هذه الاماكن

4.4.1- الأجهزة: وهي تعتمد على طبيعة الخدمات المقدمة ونوع الاعاقة مثل الأجهزة الطبية بما فيها من أجهزة التصوير الشعاعي ، وأجهزة فحص السمع ، أو النظر أو الأطراف الصناعية و أجهزة التقييم المهني وأدوات التدريب وتوضع في المؤسسات التأهيلية لوائح تشمل أنواع واستعلامات الأجهزة المختلفة بما يتفق مع نوع الاعاقة . له (ابراهيم و فرحات، 1998، صفحة 85)

وقد وضع فاروق صادق 1988 اهم مبادئ بناء البرامج التأهيلية في الوصايا 10 التالية :

- 1- حق المعاق في الخدمات الخاصة
- 2- دمج المعاقين في خطة التنمية الشاملة للمجتمع
- 3- الاخذ بالنظم متعددة التخصصات والخدمات
- 4- توفير البدائل عند اختيار برامج الفرد المعوق (كفاءة، مرونة، تنوع)
- 5- تكامل التشخيص في وقت مبكر
- 6- رسم البرامج يكون فرديا (كل حالة فردية في نوعها)
- 7- جماعية القرار الهام
- 8- ضرورة تعليم وتدريب الوالدين والاسرة
- 9- الدفاع الاجتماعي عن المعاق ومساعدته كمواطن (تسهيل عملية نموه وتفاعله وتحمله لمسؤولياته وتعديل الاتجاهات نحوه)
- 10- التخطيط للوقاية من الاعاقة كجزء من البرنامج القومي لرعاية المعوقين

5.1- الأسس العلمية لتصميم البرنامج التأهيلية :

يصف (ماك ماهون وباتريك ج McMahon، 2007) " Patrick J) التمارين العلاجية بأنها تلك الحركات المؤداه لاستعادة أقصى قدر وظيفي ممكن في أقصر مدة ، فالتمارين العلاجية نوع من التمارين تُعطي لتحسين الأداء العضلي العام للجسم وتقوية العضلات والعظام والمفاصل والأربطة ، وللوصول إلي مستوي بدني

عالي. ويجب بدايةً علي أخصائي التأهيل (علاج طبيعي ، تربية رياضية ، مساعدين تمرين) قبل البدء في برنامج التمرينات العلاجية أن يأخذ الحذر وأن يضع في اعتباره نواهي استعمال التمرينات باعتباره لطبيعة الإصابة وشدتها ، كذلك يتم تخصيص كثافة التمرين ودوامه وشدته بحسب حالة المريض ، مرحلة الشفاء ، والوضع التقدمي للمصاب، كما يجب مراعاة التقدم والتطور في البرنامج وما يحدثه ذلك في الحالة النفسية للمصاب. لذلك لا بد من تفهم كيفية عمل العضلات والسبل الصحيحة لتنمية قدراتها ، و تقديم في عجلة سريعة بعض الأسس العلمية الهامة التي يجب أن يأخذ بها عند تصميم برنامج التمرينات المناسبة للتأهيل الحركي للمعاق. (patrique ; 2007, p210.)

1.5.1- أنواع الألياف العضلية بالجسم:

1.1.5.1- ألياف عضلية هيكلية (مخططة) :

توجد بالعضلات العاملة على جميع المفاصل بالجسم وظيفتها الاساسية هي القيام بحركة المفاصل.

أ_ ألياف حمراء

ب_ ألياف بيضاء

ج_ ألياف ذات لون بين الأحمر والأبيض : ولكل نوع من هذه الألياف مميزات خاصة في العمل العضلي والمحتويات الكيميائية ، فمثلا تتحلل الألياف الحمراء بقوة التحمل والعمل بدون اجهاد وسريعة بسبب وصول الدم اليها بكثرة لذلك تأخذ اللون الأحمر ، أما الألياف البيضاء فيقل فيها الدم وكذلك تجهد بسرعة ولكنها بسبب كبر حجمها والمواد الكيميائية المخزونة بها تستطيع القيام بعمل عضلي قوي لانقباضها بشدة. أما النوع الثالث من الألياف وهي التي يكون لونها مزيجاً بين الأحمر والأبيض لها أنواع عديدة وتتميز بامكانية تحويل جزء منها الى الأبيض أو الأحمر ويجب ملاحظة أن جميع العضلات الهيكلية تحتوي على الثلاثة أنواع من الألياف المذكورة ولكن بنسب متفاوتة حسب المجهود الواقع على العضلة.

2.1.5.1- ألياف عضلية ملساء (غير المخططة): وتوجد بالأحشاء الداخلية ولا يمكن لصاحبها التحكم بها

وتخضع لعمل الجهاز العصبي الأوتونومي (غير الارادي أو المستقل).

3.1.5.1- ألياف عضلة القلب: لها بعض صفات الألياف الهيكلية من ناحية الشكل ، فهي ألياف مخططة وأيضا لها بعض صفات الألياف الملساء من ناحية عدم التحكم فيها اراديا ، فيخضع عمل هذه الألياف للجهاز العصبي الأنونومي (اللاارادي المستقل) .

وقد تتمكن بالتدريب الجيد والتنظيم مع التغذية السليمة من زيادة كفاءة العضلات الهيكلية وكذلك عضلات القلب ، ولذلك يجب على القائم بعملية التأهيل الحركي للمعاق تفهم الأسس العلمية لأساليب العلاج الحركي للمصاب حتى يمكن حل كثير من مشاكله الحركية توفيراً للطاقة المبذولة و الجهد الكبير الذي يقوم به أثناء التحرك حتى تستجيب العضلة بزيادة حجمها ، أي تزيد الألياف العضلية في سمكها ومحيطها ولكن لا تزيد الألياف العضلية في العدد (علاوي، 1979، صفحة111- 112)

2.5.1- أنواع الانقباض العضلي:

- 1_ الانقباض العضلي بالتقصير أي (حدوث قصر بالألياف العضلية)
- 2_ الانقباض العضلي بالتطويل أي (حدوث استطالة في الألياف العضلية)
- 3_ الانقباض العضلي الثابت حيث لا يحدث تغيير في طول الألياف العضلية
- 4_ الانقباض العضلي المقنن حيث يحدث العضل أو استطالة تحت قوة محددة وبسرعة معينة لتدريب الألياف المختلفة اللون بالعضلات الهيكلية ويستخدم في تطبيقه أجهزة الكترونية حديثة.

3.5.1- الحركات العلاجية الخاصة في البرنامج التأهيلي:

1.3.5.1- الحركات القصيرية (السلبية): هي الحركة التي يقوم بها المعالج أو أي قوة خارجية للمريض بينما تكون عضلاته في حالة ارتخاء تام. وقد تكون حركة إرتخائية أو حركة قوة.

2.3.5.1- الحركات المساعدة: يقوم المعالج بمساعدة المريض في إكمال المدى الحركي بعد أداء المريض للحركة بصورة جزئية، مراعيًا في ذلك إزالة المعوقات الخارجية أمام الحركة مثل عوامل الاحتكاك، الجاذبية، الأدوات، الملابس

3.3.5.1- الحركات النشطة: مجموعة من الحركات النشطة التي تؤدي لكل الأجزاء المصابة تحت إشراف المعالج وتطبق للأجزاء السليمة، ويؤديها المريض في المنزل ويراعى فيها الأداء خلال المدى الحركي الكامل، التغلب على المقاومات الذاتية والطبيعية

4.3.5.1- حركات الإطالة:

إن فقدان المرونة من العوامل الهامة في حدوث الإصابة وكذلك فهي المتقدمة في تأهيل الإصابة، وذلك بسبب حدوث ندوب ليفية نسيجية تعمل على التقليل من مطاطية الأنسجة، مما يؤدي لضعف المدى الحركي، ولذا يتم أداؤها بحرص بعد فترة زوال الألم معتمداً على وسائل الإحماء من تسخين وتدليك قبلها ثم أداؤها بصورة حركية ترددية في مجال الحركة ثم إبطاء الأداء وحتى الوصول للإطالة الثابتة التي تؤثر على المغازل الليفية للعضلة (خليل، 2006، صفحة 67)

5.3.5.1- حركات المقاومة:

عند تحسن حالة المريض حركياً بصورة تستدعي زيادة العبء عليه عندها يقوم بأداء تمارين المقاومة التي تبدأ بمتدرجة متناسبة مع الحالة، وقد تكون المقاومة ضد الجاذبية أو ضد زميل أو المعالج أو ضد أداة أو ضد أثقال أو مقاومة احتكاك ، ويجب مراعاة تناسب قدر المقاومة مع تكرارها حيث تؤدي كثرة التكرار إلى زيادة القوة كما هو معروف ولكن مع تقنين مقدار المقاومة.

6.3.5.1- الحركات المشتركة والتناسق:

بعد أداء الحركات النشطة وتنمية الجهاز العضلي العصبي نلجأ إلى الحركات المتمازجة المتناسقة التي تعتمد على القدرة العضلية والمدى الحركي الكامل وطول العضو وسرعة الأداء والتركيز والتحمل ... الخ ، وذلك للعمل على تنبيه الجهاز العصبي المركزي وزيادة التناسق الحركي، والتأكيد على تحسن القدرات الحركية (خليل، 2006، صفحة 68)

1.6- تقسيمات التمارين التأهيلية: تقسم التمارين التأهيلية إلى:

1.6.1- التمارين الساكنة (exercice Statique): تعتبر عاملاً حاسماً في سرعة الشفاء خاصة في حالات

إصابة المفصل بالإضافة إلى أنها تزيد الدورة الدموية في الطرف المقابل لطرف الإصابة كذلك تزيد من قوة العضلات. ومن مميزات هاته التمارين:

- لا يحدث أثناء تطبيقها حركة بالمفاصل

- تزداد أثناء استخدامها النغمة العضلية بشدة

-تسبب إجهادا للمصاب أكثر من الأنواع المتحركة، حيث أنها أثناء القيام بها تضغط الألياف العضلية على الشعيرات الدموية التي تمر من خلالها فيقل الأكسجين الواصل للعضلات وكذلك تقل قدرة العضلة على التخلص من نفايات التفاعلات الأيضية بها .

-يؤدي القيام بالتمارين الساكنة إلى زيادة ملحوظة في حجم العضلة، وينصح الباحثون في هذا المجال باستمرار الانقباض لمدة تتراوح بين 6 و 10 ثواني، وأن يسمح بزيادة عدد الانقباضات في كل مرة عندما يشعر المصاب بقدرته على ذلك على أن يكرر نفس العدد من 3-5 مرات يوميا .

-يستخدم هذا النوع من التمرينات للحد من ضمور العضلات وضعفها عند تثبيت المفصل لأي سبب علاجي. وهذه التمرينات الساكنة تسهم في الإسراع بالشفاء .

-زيادة الدورة الدموية في الطرف الأيسر للمصاب عندما استخدمت التمرينات الساكنة للطرف غير المصاب . -
تمتاز التمرينات الساكنة بالقدرة على تقوية العضلات بسرعة تفوق سرعة التمرينات العضلية المتحركة (صالح، 2010، صفحة 112)

ومن عيوب هاته التمارين:

- تفقد العضلة قوتها سريعا إذا ما أوقفت التمرينات الساكنة بعكس استخدام التمرينات المتحركة
- لا تقوم هذه التمرينات بتنشيط التوافق العضلي العصبي كما يحدث عند التمرينات المتحركة
- لا يستخدم هذا النوع من التمرينات مع مرضى القلب حيث يسبب ضغطا شديداً على الجهاز الدوري
- لا يوجد دور للتمرينات الساكنة في رفع مستوى سرعة انقباض الألياف العضلية.

2.6.1- التمرينات المتحركة (exercice Dynamique):

تستخدم التمرينات المتحركة في المرحلة التي تلي تطبيق التمرينات الثابتة، حيث تعمل التمرينات الثابتة على إعداد الجزء المصاب للاستجابة لمزيد من العمل العضلي. والتمرينات المتحركة تساعد التمرينات الثابتة في الوصول للهدف الذي وضعت من أجله وهو استعادة الوظائف الأساسية الطبيعية للعضو المصاب، وتنقسم التمرينات المتحركة الديناميكية إلى:

1- العمل العضلي أثناء حدوث قصر في طول الألياف العضلية concentrique.

2- العمل العضلي أثناء حدوث زيادة في طول الألياف العضلية **excentrique**

3- العمل العضلي ذي الانقباض المقنن باستخدام أجهزة خاصة **Isométrique**.

1.2.6.1- التمارين المركزية متساوية التوتر (Concentrique):

وتشمل أي تمرين يحدث تقصير في العضلة المتدربة ويتطلب مقاومة للحركة ويتم ذلك (باقتراب المنشاء والمدغم) ويتم تطبيق المقاومات باستخدام أجهزة وأدوات ووسائل متعددة منها ماييلي: - وزن الجسم - أوزان حرة - نوابض وبكرات - أربطة مطاطية- أجهزة حركية خاصة وتهدف هذه التمارين إلى استعادة النشاط الطبيعي للمجموعات العضلية العاملة.

2.2.6.1- التمارين اللامركزية (Excentrique):

وتؤدي بتحريك المفصل بعيدا (بين المنشاء والمدغم) وتساعد هذه التمارين في خفض الشد على العضلة وبذلك يتم تخزين الطاقة المرنة في المجموعة العضلية لإنشاء التقلص اللامركزي ويتم تحريرها عند بدأ التقلص المركزي اللاحق مما يزيد من الكفاءة الميكانيكية العامة .

3.2.6.1- التمارين المقننة ميكانيكيا (isométrique):

باستخدام الأجهزة الإلكترونية تكون المقاومة متساوية في هذه التمارين في جميع مراحل الحركة ولهذا التمارين دور كبير في سرعة الشفاء ورفع الكفاءة البدنية والحفاظ على الجانب المهاري وتمارس هذه التمارين بعد الشفاء واسترجاع بعض القدرات العضلية ويمكن التحكم في المقاومة والسرعة مما يساعد في رفع المستوى الوظيفي لجميع أنواع الألياف العضلية وحسب نوع التدريب. (صالح، 2010، صفحة 132).

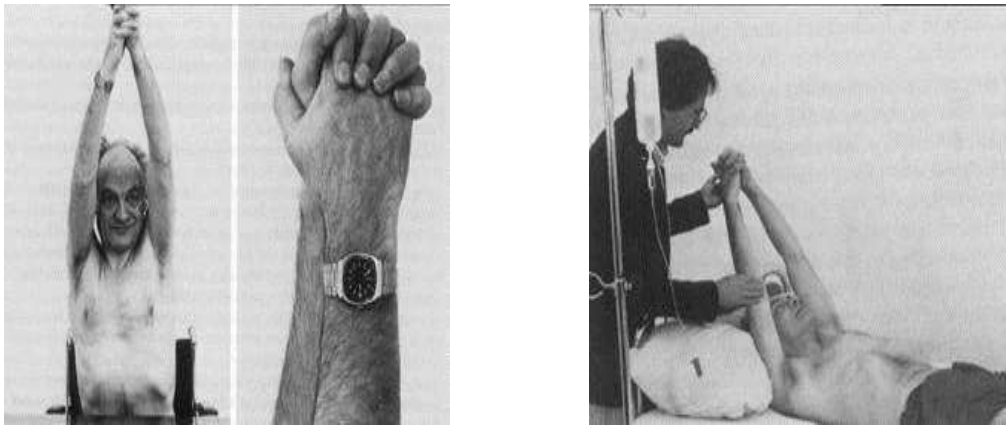
7.1- مستويات التمارين التأهيلية: تمر خطة العلاج الحركي بثلاث مستويات:

1.7.1- المستوى الأول période Fixation:

تبدأ تمارين هذا المستوى في المرحلة الحادة من الإصابة أو المرض وعندها يكون هنالك اختلال كبير في وظائف وأجهزة الجسم المختلفة، مع الألم والضعف العام وانخفاض ملحوظ في النشاط الحركي وغالبا ما يكون الجزء المصاب في فترة التثبيت (اقبال، 2008، صفحة 241)

وتتضمن التمرينات التالية:

- 1- تمارينات ساكنة وتمرينات متحركة للعضلات بالأجزاء السليمة للجسم
- 2- تمارينات ساكنة تطبق بحرص على العضلات المصابة وتمرينات متحركة للعضلات المجاورة على ألا تسبب آلاما بمنطقة الإصابة .
- 3- تمارينات لتنشيط الدورة الدموية ويستخدم فيها الانقباض المتكرر لعضلات نهاية الأطراف
- 4- تمارينات لتنشيط الجهاز التنفسي، ويستخدم فيها العضلات العاملة على الجهاز التنفسي



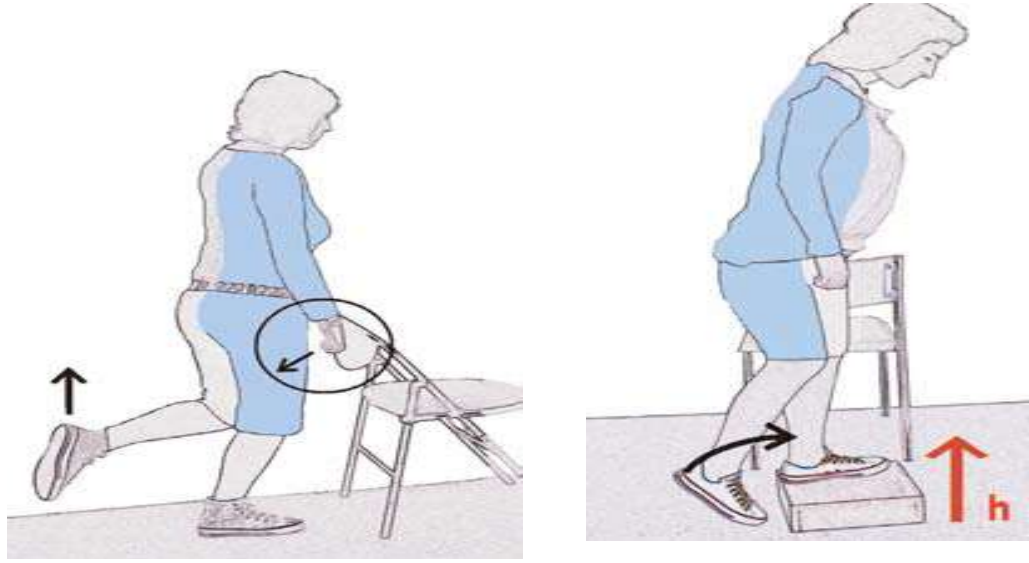
شكل رقم(1) : يوضح تمارين تأهيلية لليدين (رفع اليدين للأعلى)

2.7.1- المستوى الثاني période Mobilisation :

تبدأ تمارين هذا الدور عندما تنشط الإلتئامات والبدء باستعادة الوظائف بشكل تدريجي في الأجزاء المصابة حيث يكون المصاب قد تكيف للجهد البدني والسماح له بتحريك الجزء المصاب وتتضمن التمرينات التالية:

- 1- تمارينات ساكنة للعضلات بالمناطق المصابة والسليمة
- 2- تمارينات متحركة ضد مقاومة شديدة للعضلات السليمة
- 3- تمارينات متحركة للعضلات المصابة تبدأ بتمرينات مساعدة بواسطة المعالج ، وتسمى تمارينات قسرية ثم تبدأ التمارينات الحرة أي بدون مقاومة يليها تمارينات ضد مقاومة بداية باستخدام وزن الطرف لمقاومة العمل العضلي
- 4- تمارينات يتداخل فيها العمل العضلي الثابت والمتحرك

5- تمارينات تنمية كفاءة عمل الجهازين الدوري والتنفسي



شكل رقم (2) يوضح تمارين تأهيلية بحركة الجسم

3.7.1- المستوى الثالث: période Récupération :

تبدأ تمارين هذا المستوى عندما يتماثل المصاب للشفاء وتنتهي المرحلة بالشفاء مع بقاء بعض المخلفات المرضية وتختلف بعض الوظائف وانخفاض القابلية البدنية. وتتضمن التمارينات التالية

- 1- تمارينات تقوية ساكنة ومتحركة للعضلات السليمة والمعتلة مع التركيز على الجزء المصاب من الجسم
- 2- تمارينات متداخلة ساكنة ومتحركة لجميع عضلات الجسم مع التركيز على الجزء المعتل
- 3- تمارينات لتنشيط اتصال العصب العضلي بجميع أجزاء الجسم مع التركيز على الجزء المعتل .
- 4- تمارينات المشي إذا كانت الإصابة بالأطراف السفلية يليها تمارينات الجري والقفز. وتمرينات تقوية لعضلات الذراعين في حالة إصابة الأطراف العليا تستخدم فيها الكرات الطبية ذات الأثقال والأحجام المختلفة وعقلة الحائط وغيرها ويفضل استخدام تمارينات المرونة، لزيادة مرونة الأنسجة الرخوة وتنشيط الاتصالات العصبية والعقلية (سيد فهمي، 2008، ص337).



شكل رقم(03) يوضح تمارين تأهيلية للمشي على السلم

8.1- خطوات إعداد برنامج تأهيلي للمرضى المصابين بالشلل الشقي الطولي:

1-لابد من تقييم المريض بدقة إكلينيكية ووظيفية، قبل وصف البرنامج التأهيلي للمريض، فمثلا عند حدوث اضطرابات عقلية أو سلوكية، فقد يفشل البرنامج التأهيلي نتيجة لعدم تعاون المريض، وعدم وجود دافع لديه لكي يشارك في العلاج، كذلك صعوبات الكلام والتواصل، لابد أن تعالج عند أخصائي للتخاطب لنفس الأسباب، أيضا يجب اكتشاف أية إصابات في النظر أو السمع، لأن ذلك يضمن تواصل المريض وتفاعله مع البرنامج العلاجي.

2- كذلك لابد من ملاحظة أن عدم قدرة المريض على تحريك الطرف المصاب، يكون أساسا بسبب عدم قدرة المريض على التحكم في حركة العضلات، أي عدم قدرة المخ على إصدار إشارات صحيحة لتلك العضلات، لأداء حركات معينة لازمة لوظيفة معينة، كالمشي أو الإمساك بالأشياء مثلا، ولذلك يتم تقييم عدة عناصر في الجهاز الحركي للمريض، ويشمل قدرة المريض على تحريك جزء معين من الطرف المصاب، (حول مفصل مثلا) بمعزل عن بقية المفاصل، تقييم قوة العضلات في الطرف المصاب والمدى الحركي لمفاصله واكتشاف حدوث قصر في الأوتار، بالإضافة إلى تقييم النغمة العضلية والاتزان، ومدى قدرة المريض على أداء الأنشطة اليومية.

3-لابد أن يتم تأهيل المريض جنبا إلى جنب مع العلاج الطبيعي، ولا يجب تأجيل التأهيل إلا في حالات قليلة جدا، مثل استمرار نزيف المخ، أو وجود اضطرابات شديدة في القلب، تتطلب عدم حركة المريض مطلقا.

4- تأهيل المريض في مرحلة الشلل الرخو، ويهدف إلى تجنب حدوث قرح الفراش للمريض، حيث أنه غالباً ما يكون ملازماً للفراش في تلك المرحلة، وذلك عن طريق تقليب المريض بالفراش، باستعمال مراتب خاصة مملوءة بالهواء تتغير فيها نقاط الإرتكاز باستمرار، لتفادي الضغط على الجلد بواسطة التواءات العظمية، والفتحص اليومي للمناطق المعرضة لذلك مثل الكعبين.

5- كما يهدف التأهيل في هذه المرحلة للمحافظة على حالة المفاصل، وحمايتها من التشوهات نتيجة لعدم الحركة، عن طريق قيام المعالجة بعمل تمارين المدى الحركي للمفاصل المصابة، وكذلك وضع المريض بصورة صحيحة في الفراش، مع الحفاظ على الأوضاع الصحيحة للمفاصل المصابة، بجبائر أو نحوها لمنع التشوهات. (نايف بن عابد الزراع، 2006، ص189)..

6- يجب أن يتحرك المريض خارج الفراش (إذا كانت حالته مستقرة) بعد 24-48 ساعة، وفي هذه المرحلة يجب تعليمه الانتقال من وإلى الكرسي المتحرك، وكيفية أداء بعض الأنشطة اليومية الضرورية، وذلك بمساعدة الجانب السليم، مع استمرار تحسين الحالة، كذلك يجب عمل تمارين حرة للأطراف السليمة لمنع ضمور وضعف العضلات، نتيجة لعدم الحركة.

7- تأهيل المريض عند استعادة النغمة العضلية، أي عند بدء استعادة القدرة على الحركة، وتتراوح هذه القدرة بين تحريك الطرف المصاب، كوحدة واحدة (عدم القدرة على تحريك مجموعة من العضلات، بصورة مستقلة، ولكن بدون القدرة على أداء وظيفة (يقصد به أي من الأنشطة اليومية كالمشي، الإمساك بالأشياء) إلى المرحلة التي يستطيع فيها المريض أن يؤدي وظيفة معينة تتطلب حركات مركبة ومتوافقة، ويتم علاج المريض تبعاً للمرحلة التي يمر بها، ويشمل العلاج عموماً استخدام إحدى الوسائل، التي تستخدم في العلاج الحركي الوظيفي والتمارين التسهيلية وغيرها، وتهدف إلى الإقلال من النغمة العضلية في عضلات معينة أو زيادتها في عضلات أخرى، (في بعض الأحيان تستخدم عقاقير معينة للإقلال من النغمة العضلية، سواء عن طريق الفم أو تحقن في العضلة ذاتها). كذلك يمكن استخدام بعض الأجهزة التعويضية المساعدة، مثل جهاز يوضع تحت الركبة، مصمم لمنع السقوط أثناء المشي وغيرها.

8- كذلك لا بد في تدريب المريض على أداء الأنشطة اليومية، التي تهدف إلى جعل المريض معتمداً على نفسه بقدر الإمكان، وكل حسب قدراته، وتشمل تدريب المريض على استعمال الطرف العلوي في تناول الطعام والكتابة، وكذلك استعمال الطرف السفلي في المشي، وتحت النظريات الحديثة في التأهيل على مساعدة المريض

على أداء تلك الأنشطة في المراحل الأولى من المرض، فمثلاً تستخدم المشاية الكهربائية، مع رفع جزء من وزن الجسم، لتسهيل الحركة باستخدام أحزمة خاصة في تدريب المريض على المشي دون الانتظار، لاستعادة المريض القدرة على الوقوف بدون سد أو حتى استعادة التوازن.

9- إذا كان هناك قصر في الأوتار يستخدم علاج حراري، ثم تمارينات استطالة مع المحافظة على الاستطالة المكتسبة باستخدام جبائر.

10- تدريب المريض على التحكم في الإخراج. (نايف بن عابد الزراع، 2006، ص190).

1-9- أهداف البرامج التأهيلية في المرحلة المبكرة من الإصابة للمرضى المصابين بالشلل الشقي الطولي:

تهدف البرامج التأهيلية في مرحلة مبكرة من الإصابة إلى استعادة الوظائف الحركية وجعل المريض أكثر استقلالية في حياته اليومية، حيث تقوم بـ

- * زيادة قدرة المريض لتحمل النشاطات الحركية تدريجياً
- * المحافظة على الأوضاع السليمة في النوم والجلوس
- * تشجيع المريض على الجلوس والوقوف في وقت مبكر
- * المحافظة على حركة المفاصل ومرونة العضلات بواسطة التمارين
- * زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادةً تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحاثة المريض من الجهة المصابة
- * تحسين التوازن في الجلوس والوقوف والمشي باستخدام تمارين التوازن
- * تقوية العضلات الضعيفة
- * محاولة تخفيف الشد اللاإرادي في العضلات
- * تنبيه الإحساس في الجهة المصابة
- * تعليم المريض الاستقلالية في الوظائف الحركية اليومية
- * استعادة القدرة على المشي (قد يستخدم بعض الأجهزة المساعدة)
- * اتخاذ وسائل السلامة للأطراف المصابة وأثناء الحركة
- * زيادة وعي المريض وأهله بالمشكلة الحالية وواجباتهم تجاهها. (ابراهيم رحومة،، 1984، ص110).

إن برامج التأهيل الحركي هي النقطة المثالية التي يبدأ عندها المصاب للتعافي من إصابته، حيث يبدأ التأهيل مع بداية برنامج معالجة الألم ، مع استخدام بعض الوسائل المساعدة للتخفيف من الألم كالتبريد أو تطبيقات التسخين كالتنبيه الكهربائي والموجات فوق الصوتية ، ويتضمن المحتوى الأعظم للتأهيل الرياضي برامج التمرينات والإطالة ، فالإطالة تساعد علي رجوع العضلة المصابة أو الألم إلي الوضع الطبيعي قبل الإصابة وتحرير المدي الحركي من الألم، ويشمل نظام التمرينات القوة ، والتحمل، والمرونة، والتوازن ، لتحسين الأداء، فبرامج التأهيل يجب أن تُصمم بحيث تقابل احتياجات كل مريض من حيث نوع الإصابة ودرجتها، وكلما كانت مشاركة المريض وعائلته إيجابية كلما نجح البرنامج التأهيلي، مع متابعة التأهيل الشامل بالتغذية الرجعية من خلال مؤشرات. فهدف التأهيل بعد الإصابة هو مساعدة المريض للرجوع لأعلي مستوى ممكن علي الناحية الوظيفية والاستقلالية، والتحسين العام في جودة الحياة لديه علي المستوي البدني والنفسي والاجتماعي.

الفصل الثاني

عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

تمهيد

1.2- مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

2.2- مكوناتها

1.2.2- اللياقة القلبية التنفسية

2.2.2- اللياقة العضلية الهيكلية

3.2.2- التركيب الجسمي

3.2- طرق قياس عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

1.3.2- اللياقة القلبية التنفسية

2.3.2- اللياقة العضلية الهيكلية

3.3.2- التركيب الجسمي

4.2- تنمية عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

1.4.2- اللياقة القلبية التنفسية

2.4.2- اللياقة العضلية الهيكلية

5.2- تنمية اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة

خلاصة

تمهيد

ازداد الاهتمام باللياقة البدنية في الآونة الأخيرة في الكثير من المجتمعات لما تعود به من فوائد صحية وبدنية لأفراد تلك المجتمعات و خصوصاً اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة و تزداد هذه الأهمية بشكل أكبر لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك لأن غالبية هذه الفئة أكثر عرضة للعديد من الأمراض لأنهم يعيشون نمط حياة قوامه الجلوس و قلة الحركة حيث تؤدي إلى انخفاض مستوى الكفاءة الوظيفية لكثير من أعضاء وأجهزة الجسم وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات العلمية حيث أشارت إلى انخفاض في مستوى اللياقة البدنية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة مقارنة مع أقرانهم العاديين

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى تعريف اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة و عناصرها و كيفية قياسها وكذا تنميتها لدى هذه الفئة باعتبارها وسيلة علاجية ترويجية وادماج في المجتمع.

1.2- مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

1.1.2- مفهوم اللياقة البدنية:

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

إذن اللياقة البدنية مهمة للفرد المعاق أكثر من أهميتها للفرد المعاق وتعمد اللياقة البدنية على الحالة الصحية للمعاق وتكوينه الجسمي وقد عرفت اللياقة البدنية بتعارف عديدة لعل أهمها:
تعرف منظمة الصحة العالمية اللياقة البدنية بأنها: المقدرة على أداء عمل عضلي على نحو مرض (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، صفحة 13)

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

بينما يعرفها "لامت" 1978 بأنها القدرة على مواجهة التحديات البدنية العادية للحياة و التحديات الطارئة (باهي و عمران، 2007، صفحة 46)

و من أكثر التعريفات انتشاراً في الوقت الراهن ذلك التعريف الذي قدمه "هاريسون كلارك" اللياقة البدنية هي المقدرة على تنفيذ الواجبات اليومية بنشاط و يقظة وبدون تعب مفرط، مع توفر قدر من الطاقة يسمح بمواصلة العمل و الأداء خلال الوقت الحر و لمواجهة الضغوط البدنية في الحالات الطارئة، (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، صفحة 14)

ويتضح من خلال العرض السابق لتعريفات اللياقة البدنية وجود اختلاف في وجهات النظر وقد يعزى ذلك لاختلاف الوقت الذي عرفت فيه اختلاف اهتمامات الباحثين تخصصاتهم .

ويعتبر اكتساب اللياقة البدنية من أهم الأهداف التي تسعى التربية الرياضية لتحقيقها فقد وضعها لاركوماتيوز كهدف أول للتربية الرياضية كما شاركهما في هذا الرأي " بران ويل و هاجمان " وغيرهما من العلماء و الخبراء و اللياقة البدنية هي القاعدة الأساسية التي تبنى عليها إمكانية ممارسة الأنشطة الرياضية المختلفة فعليها تبنى اللياقة البدنية الخاصة و التقدم بالمهارات الأساسية و الخطط و طرق اللعب وبدونها تصبح إمكانية تحقيق هذه الإبعاد أمرا صعبا بل قد يكون مستحيلا (حسين، 1983، صفحة 83)

و فيما يتعلق بتقسيم عناصر اللياقة البدنية فقد تعددت الآراء و المفاهيم حول تقسيماتها إلا أن أكثر التقسيمات ارتباطا بموضوع الدراسة هو تقسيم " كوبرن 1991 " حيث قسمها إلى قسمين رئيسيين
أولا : اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتشمل :

- كفاءة الجهازين الدوري و التنفسي القوة العضلة، المرونة، التحمل العضلي، التركيب الجسمي، (النمط الجسمي)
ثانيا اللياقة البدنية المرتبطة بالمهارة و تشمل السرعة ، القدرة العضلية، الرشاقة، سرعة رد الفعل. التوازن، التوافق

2.1.2- مفهوم الصحة:

لقد جرت محاولات عديدة من قبل العلماء لتعريف الصحة من أهمها أن الصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم و إن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع نفسه و مع العوامل الضارة التي يتعرض لها و عملية التكيف هذه للمحافظة على سلامته لاستمرار توازن وظائف الجسم في عملها (عبدالفتاح ونصرالدين، 2003، صفحة 30)

و هناك قبول عام للتعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية عام 1964 للصحة. و بنص هذا التعريف على أن الصحة هي حالة الرفاهة أو السعادة الجسمية و النفسية و الاجتماعية التامة و ليس مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف و كما نرى من هذه التعريفات أن الناحية البدنية و النفسية و الاجتماعية هي المكونات الأساسية لتمتع الفرد بالصحة العامة .

3.1.2- علاقة اللياقة البدنية بالصحة:

مصطلح الصحة و مصطلح اللياقة البدنية من المصطلحات التي تستخدم في بعض الأحيان بمعنى واحد نظرا لشدة الارتباط بين مفهوم كل منهما ونحن نرى أن كلا من هذين المصطلحين يعتبر جزءا مكملا الآخر يؤثر فيه و يتأثر به (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، صفحة 31)

ويمكن تقسيم التأثيرات الصحية الايجابية الناجمة عن الممارسة المنظمة لنشاط البدني إلى ثلاث جوانب رئيسية . الجانب الأول منها يتمثل في تحسين و وظائف أجهزة عديدة من الجسم و رفع كفاءتها بدءا بالجهازين الدوري و التنفسي و مروراً بالجهازين الأيدي و الهرموني و انتهاءً بالجهازين العصبي و العضلي أما الجانب الثاني من الايجابيات ممارسة النشاط البدني بانتظام فيتمثل في الوقاية من بعض الأمراض و المشكلات الصحية خاصة المزمنة منها مثل أمراض القلب، التاجية، و داء السكري. و هشاشة العظام، و سرطان القولون، و القلق و الاكتئاب. و أخيراً يتمثل الجانب الثالث من التأثيرات الايجابية لممارسة النشاط البدني في زيادة الطاقة المصروفة من قبل الجسم و بالتالي المساهمة الفعالة في الوقاية من السمنة و في التخلص منها (الهزاع، بدون سنة ، صفحة 8)

يعكس مصطلح لياقة الصحة ماهية المستهدف من هذا النوع للياقة و الذي يتمثل في وصول الفرد إلى مستوى متميز من الصحة و السلامة و محافظته على هذا المستوى لأطول فترة ممكنة من العمر لمواجهة المتطلبات اليومية بدرجة عالية من الكفاءة و الاستمتاع بالحياة

ويعرف "جاكسون" و اخرون 1999 لياقة المرتبطة بالصحة بأنها مظهر مميز للياقة التي تركز إجمالاً على جوانب ذات التأثير عام على الصحة و الطاقة و القدرة على مواجهة متطلبات الحياة اليومية و أنشطتها (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، صفحة 17)

أما كل من "وينك و شوورت" فيأخذ في الاعتبار الارتباط الوثيق بين الصحة و النشاط البدني ليعرفا اللياقة البدنية على أنها تلك العناصر التي تربط أو تؤثر على الصحة و تتضمن اللياقة القلبية التنفسية و التركيب الجسمي ، و اللياقة العضلية الهيكلية

كما تعرفها الكلية الأمريكية للطب الرياضي على أنها تلك العناصر التي تقتصر على اللياقة الهوائية (الاستهلاك الأقصى للأكسجين) و التركيب الجسمي (نسبة الشحوم في الجسم) و اللياقة العضلية الهيكلية (قوة العضلات و متحملات و مرونتها) (هزاع، 2005، صفحة 7)

إذن يتضح انه يمكن تعريف اللياقة البدنية ذات الارتباط بالصحة تعريفا إجرائيا على أنها مقدرة الفرد الأدائية في اختبارات تعبر عن التحمل الدوري التنفسي (اللياقة القلبية التنفسية) و التركيب الجسمي ، و قوة العضلات الهيكلية و تحملها و مرونتها (اللياقة العضلية الهيكلية) ، و هذه العناصر ترتبط بالصحة الوظيفية للفرد ، و هو ما يعكسه التوجه المعاصر لمفهوم اللياقة البدنية في وقتنا الحاضر.

2.2- مكوناتها:

يشير نشوان عبد الحق أن اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة تتكون من ثلاثة عناصر هي:

-اللياقة القلبية التنفسية.

-اللياقة العضلية الهيكلية وتشمل القوة العضلية ، قوة عضلات البطن و تحملها ، المرونة المفصليّة.

-التركيب الجسمي . (نشوان، 2010، صفحة 54))

ويذكر أبو العلا عبد الفتاح و أحمد نصر الدين نقلا عن جثمان (Gattman) 1988 أن اللياقة البدنية من

أجل الصحة تضم المكونات التالية:

-وظيفة الجهازين الدوري و التنفسي.

-تركيب الجسم.

-المرونة.

-القوة العضلية.

-التحمل العضلي . (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، صفحة 19)

أما الكلية الأمريكية للطب الرياضي (ACSM's) ترى أن اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة تتضمن اللياقة

القلبية التنفسية ، القوة و التحمل العضلي ، المرونة و التركيب الجسمي . (ACSM's، 2005، p.03)

ويلاحظ مما سبق مدى الاتفاق حول مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ومكوناتها وارتباط

عناصرها بالصحة وتشمل اللياقة القلبية التنفسية و التركيب الجسمي و اللياقة العضلية الهيكلية.

وفيما يلي عرض لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

2-2-1. اللياقة القلبية التنفسية:

تعد من أهم عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ، حيث تعرفها الكلية الأمريكية للطب الرياضي بقدرة الجهاز الدوري و الجهاز التنفسي على توفير الأكسجين أثناء النشاط البدني المستمر (ACSM's ، 2009، p. 03)

ويعرفها كل من نايف الجبور وصبحي قبلان على أنها : قدرة الجهازين القلبي الدوري و التنفسي على أخذ الأكسجين من الرئتين ونقله ثم استخلاصه من قبل خلايا الجسم بغرض توفير الطاقة اللازمة للجهد البدني والتخلص من فضلات العمليات الأيضية الناتجة من إنتاج الطاقة ، وتسمى هذه اللياقة باللياقة الهوائية أو القدرة الهوائية ، ويستدل عليها بالاستهلاك الأقصى للأكسجين (VO2 max) (نايف مفضي الجبور وصبحي احمد قبلان، 2012، صفحة 239).

2-2-2. اللياقة العضلية الهيكلية:

يرى شاركي أن اللياقة العضلية عبارة عن مصطلح يضم عناصر القوة و التحمل والمرونة ، كما يرى انه إذا كانت اللياقة الهوائية تحقق للفرد الصحة ، فان اللياقة العضلية تحقق له ذاتيته ، فتمنحه الشكل الجيد للقوام، وتعمل على وقايته من آلام أسفل الظهر التي يتعرض لها أقرافه وخاصة مع تقدم العمر كما أنها تهيئ للفرد فرص الاحتفاظ بمستوى من اللياقة و الكفاءة لأداء الأعمال المختلفة لأطول فترة من العمر العضلي. (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، صفحة 20)

2-2-2-1. القوة العضلية:

يعرفها نايف الجبور بأنها قدرة الفرد على بذل أقصى قوة ممكنة ضد مقاومة ما، وتعتبر القوة العضلية المكون الاساسي للياقة العضلية الهيكلية و تسمى لياقة القوة. (نايف مفضي الجبور وصبحي احمد قبلان، 2012، صفحة 239). أما فاضل كامل مذكور فيعرف القوة العضلية بأنها قابلية العضلة على بذل قوة قصوى ضد مقاومة. (فاضل كامل مذكور و عامر فاخر شفاتى، 2011، صفحة 96).

وهذا التعريف يتفق مع تعريف باسكى (g.pasquet) حيث يعرف القوة العضلية على أنها قدرة العضلة أو مجموعة من العضلات على بذل أقصى قوة ممكنة ضد مقاومة (G pasquet et al). 2004. p. 24. أما عدنان الكيلاني فيعرفها بأنها قدرة العضلة على بذل أقصى انقباض ضد أكبر مقاومة خارجية لمرة واحدة. (هاشم عدنان الكيلاني، 2006، صفحة 240).

من خلال التعاريف السابقة للقوة العضلية يمكننا القول أن القوة العضلية ليست عنصراً أساسياً في الأداء الحركي فقط بل لها دور إيجابي في تعزيز الصحة العامة للفرد. وهذا ما يؤكد حسن علاوي "للقدرة العضلية ارتباط وثيق بالصحة العامة حيث تعمل على تنمية النعمة العضلية للجسم." (محمد حسن علاوي، 1979، صفحة 42).

2.2.2.1.1- أنواع القوة العضلية:

يشير أبو العلا عبد الفتاح وأحمد نصر الدين أنه يمكن تحديد ثلاثة أنواع من القوة تتمثل فيما يلي:

أولاً: القوة القصوى:

القوة تعني قدرة الجهاز العضلي على إنتاج أقصى انقباض عضلي إرادي، كما أنها تعني قدرة العضلة في التغلب على مقاومة خارجية أو مواجهتها.

ثانياً: القوة المتميزة بالسرعة:

تعني قدرة الجهاز العصبي العضلي على إنتاج قوة سريعة، الأمر الذي يتطلب درجة من التوافق في دمج صفة القوة وصفة السرعة في مكون واحد.

ثالثاً: تحمل القوة:

تعني قدرة الجهاز العصبي في التغلب على مقاومة معينة لأطول فترة ممكنة في مواجهة التعب و عادة ما تتراوح هذه الفترة ما بين 6 ثواني إلى 8 دقائق . . (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، صفحة 85)

2.2.2.2- التحمل العضلي:

يعني التحمل العضلي قدرة العضلات على أداء جهد متعاقب يتميز بكون شدته اقل من الحد الأقصى وهذا يتطلب كفاءة الجهاز الدوري في تخليص العضلة من المخلفات التي تنشأ عن الجهد المبذول ضمناً لاستمرارها في العمل . كما عرف كلارك (1976) التحمل العضلي بكونه "المقدرة على الاستمرار في القيام بانقباضات عضلية لدرجة اقل من القصوى . " (إبراهيم رحمة وآخرون، 2008، صفحة 90).

وعرف عبد الله نشوان التحمل العضلي علي انه " مقدرة العضلات على إنتاج قوة دون القصوى بشكل متكرر أو المحافظة علي انقباض عضلي لمدة زمنية معينة. (نشوان عبد الله نشوان، 2010، صفحة 55).

3.2.2.2-المرونة:

يعتبر عنصر المرونة عنصرا مهما من عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة و لهذا يتوجب الاهتمام بهذاالعنصر وتنميته.و المرونة كمصطلح يقصد به قدرة تحريك العضلات و المفاصل خلال مداها الحركي الكامل. وتعرف المرونة على أنها قابلية الفرد علي تحريك الجسم و أجزائه في مدى واسع من الحركة دون الشد المفرط أو إصابة العضلات أو المفاصل . (كمال جميل الرضي، 2004، صفحة 84).

ويعرفها ألتز (M.j.Alter) علي أنها القدرة علي تحريك العضلات والمفاصل لمدى واسع

(M.J.Alter,2000 ,p01)

وللمرونة دور كبير في التقليل من نسبة حدوث الإصابات الرياضية ،و في العمل الوقائي بشكل عام. و يمكن تقسيم المرونة إلى قسمين رئيسين:

أولا:المرونة الايجابية:

هي أكبر مدى حركي ممكن في مفصل ،ينفذه الفرد مستقلا من بدون مساعدة خارجية من خلال مجهوده العضلي .

ثانيا:المرونة السلبية:

هي أكبر مدى حركي ممكن في مفصل يمكن أن يصل إليه الفرد بمساعدة خارجية وفي حدود المدى التشريحي لهذا المفصل . (محمد إبراهيم شحاتة، 2003 صفحة 253).

3-2-2. التركيب الجسمي:

إن تركيب الجسم بشكل عام هو عبارة عن المكونات الدهنية وغير الدهنية في الجسم الإنساني و الذي له دور هام في تحديد الوزن المثالي. ويتمثل التركيب الجسمي في نسبة الدهون والعظام و العضلات الموجودة في جسم الإنسان وتعطينا هذه النسب نظرة إجمالية عن صحة الإنسان و لياقته فيما يتصل بوزنه وعمره وحالته الصحية. (إبراهيم سلامة، 2008 صفحة 423).

ويعرف كمصطلح في التربية البدنية بأنه نسبة وزن الدهون في الجسم إلى الوزن الكلي للجسم ، حيث أن الجسم يتركب إجمالا من أجزاء شحمية و أخرى غير شحمية كالعضلات و العظام و الأنسجة و الماء. (نايف مفضي الجبور وصبحي احمد قبلان، 2012 صفحة 238).

ومما لاشك فيه أن زيادة نسبة الشحوم فوق المعدل الطبيعي لدى الفرد أمر غير مرغوب فيه وتعتبر مصدر خطر على القلب و الشرايين و تنقسم الدهون في جسم الإنسان إلى دهون أساسية و دهون مخزنة ، وتعد الدهون الأساسية ضرورية للعديد من الوظائف الفسيولوجية في الجسم و بدونها تتأثر صحة الإنسان ويتدهور الأداء البدني.

هذا النوع من الدهون موجود داخل الأنسجة مثل العضلات و خلايا الأعصاب ونخاع العظام ، الأمعاء القلب ، الكبد ، الرئتين ، وتشكل الدهون الأساسية حوالي 3 % من الوزن الكلي لدى الرجال و 12% لدى النساء (Werner w.k hoeger، Sharon A hoager، 2010، p. 123)

2-2-3-1. أهمية تحديد نسبة الدهون في الجسم:

يذكر الهزاع أن أهمية معرفة نسبة الدهون في الجسم تكمن في أنها تعطينا معلومات دقيقة عن وجود البدانة من عدمها لدى الفرد، و المعروف أن البدانة تعد مصدر خطورة للإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، وداء السكري من نوع 2، وأمراض المفاصل وغيرها

ويضيف الهزاع أن تحديد البدانة في المجتمع يعد أيضا ضروريا كأحد المؤشرات الصحية المطلوب رصدها ومتابعتها من حين لآخر . كما أن معرفة نسبة الدهون في الجسم تساعدنا في التعرف بدقة على التغيرات التي تحدث لتركيبة الجسم من جراء الانخراط في برنامج نشاط بدني أو غذائي بغرض خفض الوزن . (هزاع، 2005، صفحة 32)

3.2-- طرق قياس عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

يعد القياس أمرا على جانب كبير من الأهمية في أي علم من العلوم ، و التربية البدنية و الرياضية هي إحدى العلوم التي تسعى لتطوير أساليب موضوعية دقيقة لقياس الظواهر المتعلقة بها ، فمن خلال القياس يتم التعرف على مستوى الفرد في الجانب المراد قياسه ، ومدى التغيير الذي طرأ عليه. ولكل عنصر من عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة طرق لقياسه وهذه الطرق إما تكون مخبريا وإما تكون ميدانيا و لكل نوع من هذه الأنواع مميزات و عيوب مثلا الطرق الميدانية أنها رخيصة التكلفة و المعدات ويمكن تطبيقها على عينات كبيرة و لا تتطلب من الأشخاص المخبرين تدريبا كبيرا أما الاختبارات المعملية (المخبرية) فهي أكثر تكلفة وتتطلب مختصين لكن نتائجها أكثر دقة مقارنة بالاختبارات الميدانية وفيما يلي عرض لاهم الطرق المستخدمة في عملية القياس:

2-3-1. قياس اللياقة القلبية التنفسية:

يعتبر الاستهلاك الأقصى للأوكسجين (VO2 max) (أفضل مؤشر يستدل به لمعرفة مستوى اللياقة القلبية

التنفسية. ويعرفه الهزاع بأنه " أقصى استهلاك للأوكسجين يمكن للفرد بلوغه أثناء جهد بدني أقصى و يعد دليل على كفاءة القلب والرئتين في أخذ الأوكسجين ونقله إلى العضلات العاملة، ثم على قدرة العضلات العاملة على استخلاصه . (هزاع بن محمد الهزاع، محمد بن علي الأحمد، 2004 صفحة 25).

الطريقة المباشرة

في هذه الطريقة يتم قياس الحد الأقصى لاستهلاك من خلال قيام المختبر بأداء جهد بدني متدرج الشدة متواصل الأداء حتى مرحلة التعب أو عدم القدرة على الاستمرار في الجهد و التوقف عن الأداء ، و غالبا ما يستخدم في ذلك وحدة قياس متكاملة على جهاز لتقنين الجهد البدني (السير المتحرك ، أو الدراجة الأرجومترية) يتصل بجهاز آخر يستخدم في التحليل المباشر لغازات التنفس أثناء الأداء ، و من خلال الجهاز الأخير تؤخذ قراءة الحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين (VO2 max) بالإضافة إلى بعض مؤشرات اللياقة الفسيولوجية الأخرى كمعدل القلب و معدل التنفس و مقدار ضغط الدم و السعة الحيوية للرئتين. (أحمد نصر الدين سيد، 2003، صفحة 219).

الطريقة الغير مباشرة:

اولا اختبار كوبر

ويعد من أكثر الاختبارات انتشارا لقياس اللياقة القلبية التنفسية. (نايف ماضي الجبور وصبحي احمد قبلا، 2012، صفحة 243) وطريقة إجراء هذا الاختبار حسب دكار dakkar وآخرون أن الشخص المفحوص يقوم بالجري لأطول مسافة ممكنة مدة اثني عشرة دقيقة و يسمح للمختبر بتبادل الجري والمشى في حالة التعب الشديد، كما يمكن إجراء الاختبار لمجموعة تتراوح ما بين 10 إلى 20 مختبرا في نفس الوقت وقد أنشأ كوبر (Cooper) جداول التصنيف حسب المراحل العمرية الأكثر من 20 سنة ، التي تسمح بتحديد الاستهلاك للأوكسجين للشخص وفقا للسنة و المسافة المقطوعة خلال 12 دقيقة .

ثانيا: اختبار الجري لمسافة ميل:

في هذا الاختبار يقوم الفرد بالجري (أو الهرولة) لمسافة 1609 متر حيث يقطع المسافة بأسرع وقت ممكن، بعد قطع تلك المسافة يؤخذ الزمن وعدد ضربات القلب بعد نهاية الجري مباشرة، و يمكن حس ضربات القلب عن طريق حس النبض من الشريان الكعبري عند قاعدة الإبهام في رسغ اليد(شكل رقم01) أو من الشريان السباتي عند التقاء القصبة الهوائية بأسفل الذقن. (نايف مفضي الجبور وصبحي احمد قبلان، 2012صفحة 244).

ويتم تحديد الاستهلاك الأقصى للأوكسجين (2 Vo max) من خلال المعادلة التالية:

بالنسبة للذكور الرياضيين:

$$0.192H-1.438T-0.163W-108.844=$$

حيث يمثل W: الوزن بالكيلوغرام

T:الوقت المسجل في قاطع مسافة الميل بالدقيقة.

H:نبض القلب المسجل في نهاية الاختبار(Brian Mackenzie ، 2005، p. 39)

أما معهد كوبر للأبحاث الهوائية للولايات المتحدة الأمريكية فيستخدم المعادلة التالية لحساب الاستهلاك

الأقصى للأوكسجين:

$$\text{الاستهلاك الأقصى للأوكسجين} = (0.21 * \text{السن} * \text{الجنس}) - (0.84 * \text{مؤشر كتلة الجسم}) -$$

$$(8.41 * \text{الوقت}) + (0.34 * \text{الوقت} * \text{الوقت}) + 108.94 \text{ (Californies physical fitness test$$

، 2011، Référéce Guide p. 05)

حيث : الجنس = 1 بالنسبة للذكور .

0 بالنسبة للإناث .

حيث الوقت بالدقائق و الثواني

مؤشر كتلة الجسم = الوزن / مربع الطول حيث أن الوزن بالكيلو غرام و الطول بالمتر

(Iarouse Médical, 2003, p. 710)

ثالثا : تقدير الاستهلاك الأقصى للأوكسجين باستخدام اختبار أستراند (Astrand)

يعتبر اختبار أس تراند من بين الاختبارات الخاصة بتقدير الاستهلاك الأقصى للأوكسجين من خلال معرفة استجابة ضربات القلب لعبء بدني محدد . وهو يعتمد أساسا من الناحية النظرية على العلاقة الوثيقة بين معدل ضربات القلب وحجم استهلاك الأوكسجين أثناء الجهد البدني دون أقصى، حيث يشير المزاج أنه في هذا الاختبار يتم قياس استجابة ضربات القلب لجهد بدني دون الأقصى ، عند مقاومة محددة مسبقا، بواسطة دراجة الجهد و من ثم النظر في معايير جاهزة لتقدير الاستهلاك الأقصى للأوكسجين بناء على ضربات القلب أثناء الجهد البدني(هزاع ب.، 1997، صفحة 195)

2.3.2- قياس اللياقة العضلية الهيكلية:

و تشمل قياس كل من القوة العضلية ، التحمل العضلي و المرونة المفصليّة.

1.2.3.2- قياس القوة العضلية :

من الاختبارات الميدانية الشائعة لقياس القوة العضلية : (هزاع بن محمد المزاج، 2001)

أولا : اختبار الضغط بالذراعين من وضع الانبطاح المائل : حيث أن هذا الاختبار يقيس تحمل القوة لعضلات المرفق الباسطة وعضلات الكتفين المادة .أما إجراءات الاختبار فتكون على النحو التالي:

يتخذ المختبر وضع الانبطاح مواجهها للأرض مع مراعاة أن يكون الجسم مفرودا و الذراعين ممدودة و المسافة بين الكتفين باتساع الصدر ثم يقوم بثني الذراعين لملاسة كف المختبر بصدره ، و يراع أن يكون الجسم مفرودا و أن تلامس راحة اليدين و مشطي القدمين فقط الأرض.

و يتم حساب جميع التكرارات الصحيحة في ثني الذراعين .(إبراهيم رحمة وآخرون، 2008 ، صفحة 83)

ثانيا : قياس قوة القبضة: (Hend grip strength)

يستخدم هذا الاختبار على نطاق واسع في مجالات الاختبارات الفسيولوجية و البدنية ، حيث يرى بعض العلماء بأنه يعد مؤشرا لحالة الجسم العام ، و يستخدم لقياس قوة القبضة جهاز دينامومتر القبضة Hend grip strength شكل (04).

بحيث يمسك المختبر الجهاز في راحة اليد و يتم القبض بالأصابع على مقبض الجهاز ، و في أثناء ذلك يمكن التحكم في تقريب أو تباعد مقبض الجهاز حسب حجم القبضة و طول أصابع اليد للشخص المختبر . (أحمد نصر الدين سيد، 2003 ، صفحة 81).



شكل (04) يمثل جهاز قياس قوة قبضة اليد.

2.2.3.2- قياس التحمل العضلي:

يتم قياس التحمل العضلي عادة باختبار الجلوس من الرقود مع ثني الركبتين و لمدة دقيقة ، كمؤشر على قوة عضلات البطن و تحملها. (هزاع بن محمد الهزاع، 2001).

يؤدي هذا الاختبار من وضع الرقود مع ثني الركبتين بزاوية 90 ° بين الفخذ و الساق ، و الجذع والرأس ملتصقتان بالأرض. تبدأ الحركة بثني الجذع للأعلى حتى تلامس اليدين العقبين ثم العودة للوضع الابتدائي

3.2.3.2- قياس المرونة المفصالية:

يتم قياس زوايا المفصل بعدة اختبارات أهمها اختبارات المرونة ثني الجذع وتتم بعدة صفوف مثل (الجذع للأمام من الجلوس و ثني الجذع للأمام من الوقوف) (أسامة رياض، 2001 ، صفحة 376). ويرى نايف الجبور وصبحي قبلان أن من أهم اختبارات قياس المرونة وأكثرها شيوعا وسهولة اختبار مالدراعين من وضع الجلوس بواسطة صندوق المرونة (sit and reach) الشكل (06). ويضيف أن في وصفة النشاط البدني للجمعية الأمريكية للطب الرياضي اختبار المرونة يكون من وضع الجلوس الطويل فتحا بحيث تكون المسافة بين القدمين ما

بين 25.5 إلى 50 سم وتوضع مسطرة طويلة أو شريط قياس شكل موازي للرجلين و الصفر ناحية الجسم وتكون القدمين عند علامة 38.1 سم للمسطرة أو شريط القياس ، بعد ذلك يقوم المفحوص بثني جذعه للأمام ببطء لأقصى ما يمكنه ذلك ، مع عدم ثني الركبتين ويفضل وجود زميل لتثبيت الركبتين ، مع فرد الذراعين للأمام ولمس أبعد نقطة على المسطرة أو شريط القياس ، ثم قراءة النتيجة .(نايف مفضي الجبور وصبحي احمد قبلان، 2012 ، صفحة 245).

3.3-التركيب الجسمي: تتعدد طرق قياس نسبة الدهون في الجسم تبعاً لدرجة صعوبة استخدامها وتكلفتها ومدى كونها ذات طبيعة مخبرية أو ميدانية ، ومن الطرق الأكثر شيوعاً واستخداماً :

1.3.3.2-قياس كثافة الجسم :

يتم ذلك بواسطة الوزن تحت الماء ويعتبر من التقنيات الأكثر شيوعاً في تحديد مكونات الجسم في مختبرات علم وظائف الأعضاء ، ويتطلب إجراء القياس قدراً كبيراً من الوقت والمهارة والمعدات ، ويجب أن تدار عملية القياس من قبل فنيون مدربون تدريباً جيداً. (Werner w.k hoeger، Sharon A hoager، 2010، p. 123)

2.3.3.2-قياس تركيب الجسم بواسطة الطاقة الشعاعية المزدوجة (. D X A) :

يذكر الهزاع أن هذه الطريقة تعتمد على إرسال كمية محددة من أشعة أكس إلى مناطق معينة في الجسم ، ومن ثم قياس مقدار امتصاص الجسم لها ، ويمكن من خلال معرفة كثافة الأجزاء المختلفة من أنسجة الجسم تقدير نسبة العضلات ونسبة الشحوم ونسبة المعادن في الجسم . (هزاع بن محمد الهزاع، 2005)

3.3.3.2-قياس سمك طية الجلد :

إن تحديد كثافة الجسم مباشرة (بالوزن تحت الماء أو غيرها من الطرق الأخرى) تعد طريقة معملية وتتطلب أجهزة وتدريب لذا ظهرت الحاجة إلى طريقة ميدانية يمكن من خلالها قياس نسبة الدهون في الجسم . حيث يرى ك.بارش (k.birch) وآخرون أن الشحوم الموجودة تحت الجلد تمثل أكبر مخزوناً لشحوم الجسم عامة وقياسها يفيد في تقدير نسبة الدهون في الجسم ككل. (K.birch and al، 2005، p. 178) .

وهذا ما يذهب إليه كل من نايف الجبور و صبحي قبلان أن من أكثر الطرق الميدانية شيوعاً لقياس نسبة الدهون هي قياس سمك طية الجلد في مناطق معينة من الجسم ، و تحويلها فيما بعد إلى نسب بواسطة ،

إجراء معادلات حسابية مخصصة لهذا الغرض . (نايف مفضي الجبور وصبحي احمد قبلان، 2012 صفحة 241).

و يشير كل من مدحت قاسم و أحمد عبد الفتاح أن طريقة قياس طبقات الجلد طريقة أقل دقة من غيرها إلا أنها تعطي نتائج جيدة. (مدحت قاسم و أحمد عبد الفتاح، 2004 ، صفحة 125).

3.3.2-1.3 المناطق الأكثر شيوعا في قياس سمك طية الجلد :

توجد العديد من مناطق في الجسم لقياس سمك طية الجلد إلا أن أكثرها شيوعا حسب الهزاع هي :

- سمك طية الجلد في منطقة الصدر (chest)
- سمك طية الجلد في منطقة العضلة ذات الرؤوس الثلاثة (Triceps)
- سمك طية الجلد في منطقة ما تحت عظم لوح الكتف (subsacpular)
- سمك طية الجلد في منطقة البطن (abdominal)
- سمك طية الجلد فوق العظم الحرقفي (surpracliac)
- سمك طينة الجلد في منطقة الفخذ
- سمك طية الجلد في منطقة الساق (calf) (هزاع بن محمد الهزاع، 1997 ، صفحة 85).

4.2- تنمية عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

يشير كل من نايف الجبور و صبحي قبلان أنه لكي تتم تنمية عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لا بد من إتباع منهج علمي مقنن في التدريب للحصول على أفضل النتائج و بأقل الإصابات ، فلتدريب الجيد أسس مبادئ علمية تحدد كيفية و كمية و نوعية التغيرات و التكيفات الفسيولوجية الناتجة عن التدريب البدني و هي التي ترسم الخطوط العريضة لبرامج التدريب سواء للمبتدئين أو لذوي المستويات العالية ، ومن تلك المبادئ الأسس ما يلي :

- الفروق الفردية .
- التدرج .
- زيادة الحمل أو العبء .

الخصوصية .

ويضيفا على أن هذه المبادئ و الأسس تقنن نوعية و كمية و كيفية مزاوله النشاط البدني و تعتبر أساسيات تنطلق منها البرامج التدريبية على أن يؤخذ في الاعتبار ثلاث عوامل تؤثر على مقدار الاستفادة من التدريب البدني و هي كالتالي :

- مستوى اللياقة قبل التدريب .

- شدة التدريب البدني .

- مدة التدريب و تكراره. (نايف مفضي الجبور و صبحي احمد قبلان، 2012 ، الصفحات 246-247).

1.4.2 . تنمية اللياقة القلبية التنفسية :

أصدرت الكلية الأمريكية للطب الرياضي (ACSM) و هي أكبر هيئة علمية بمجال الطب الرياضي توصياتها حول الكمية و النوعية المطلوبتين من النشاط البدني لتنمية كفاءة القلب و الرئتين ، حيث أنه لأجل تنمية اللياقة القلبية التنفسية لابد للنشاط أن يكون هوائيا (مشي ، هرولة ، ركوب دراجة ، سباحة ، نط الحبل . . الخ) و تكون مدته من 20 إلى 60 دقيقة في كل مرة و أن يتم تكراره من 3 إلى 5 أيام في الأسبوع أما الشدة فتكون عند 65- 90 % من ضربات القلب القصوى أو 50 إلى 85 % من احتياطي ضربات القلب القصوى (أي ضربات القلب القصوى ضربات القلب في الراحة) أو احتياطي الاستهلاك الأقصى للأوكسجين (أي الاستهلاك الأقصى للأوكسجين - استهلاك الأوكسجين في الراحة) . أما بالنسبة للأفراد ذوي اللياقة البدنية المنخفضة فيمكنهم البدء بشدة عند 55 % عند ضربات القلب القصوى أو 40 % من احتياطي ضربات القلب القصوى أو احتياطي الاستهلاك الأقصى للأوكسجين و بالنسبة للأفراد الذين ينشدون الفوائد الصحية واللياقة البدنية العامة من غير الرياضيين ، فإن الشدة المعتدلة هي الأمثل (40 إلى 60 % من احتياطي ضربات القلب القصوى أو احتياطي الاستهلاك الأقصى للأوكسجين).

ويضيف التقرير بأن التوصيات الجديدة أكدت على أن فوائد النشاط البدني تراكمية ، أي يمكن ممارسة النشاط البدني لفترة مستمرة (مثلا 20 دقيقة أو أكثر) ، أو تقسيمها على فترات قصيرة (لا تقل عن 10 دقائق كل منها) يكون مجموعها 20 دقيقة أو أكثر . و للحفاظ على الفوائد التدريبية فإن ممارسة النشاط البدني يجب أن تستمر بشكل منتظم على أن الإخفاق في أداء تدريب بدني في إحدى أيام التدريب بعد اكتساب اللياقة القلبية التنفسية لن يؤثر كثيرا عليها. و إن أسبوعين من التوقف يقود إلى انخفاض ملحوظ في اللياقة القلبية

التنفسية ، أما التوقف عن النشاط البدني لمدة تتراوح من 10 أسابيع إلى 8 أشهر فيقود إلى فقدان جميع التكيف الفسيولوجي في الكفاءة القلبية التنفسية. كما أن خفض حجم التدريب البدني (عدد مرات التدريب و مدته) مع بقاء الشدة يقود إلى المحافظة على اللياقة القلبية التنفسية لفترة تتراوح من 5 إلى 15 أسبوع. (هزاع بن محمد الهزاع، 2007). وتجدر الإشارة إلى أن العتبة الفارقة والمنطقة المستهدفة لممارسة التمرينات لتطوير لياقة الجهاز الدوري التنفسي بهدف تحسين الصحة تختلف عن المنطقة المستهدفة لممارسة التمرينات بهدف الوصول لمستوى عال في الرياضة. (مفتي حماد، 2010، صفحة 213) .

2.4.2- تنمية اللياقة العضلية الهيكلية :

2.4.2-1 تنمية القوة العضلية والتحمل العضلي:

يعتبر موضوع استخدام تدريبات القوة خلال مراحل النمو للناشئين و البالغين من الموضوعات التي مازالت موضع جدل و مناقشات كثيرة ، غير أنه يجب أن يوضع في الاعتبار أن هناك فرقا كبيرا بين استخدام التدريب بالأثقال ذات الشدة المتوسطة إلى الأقل من القصوى ، و بين التدريب باستخدام الأثقال القصوى التي يمكن أن يؤدي استخدامها إلى حدوث بعض المشاكل بالنسبة للناشئين و خاصة في إصابة غضاريف النمو ، و يؤدي تكرار تلك الإصابات إلى تحولها إلى حالة مزمنة ، كإصابات مفصل القدم والعمود الفقري و آلام أسفل الظهر و تشوهات القوام. . (عبدالفتاح و نصرالدين، 2003، صفحة 114)

من الضروري أن تشمل تدريبات القوة العضلية والتحمل العضلي جميع المجموعات العضلية بالجسم معمراة قواعد التدريب البدني المشار إليها سابقا وخاصة قاعدتي التدرج و زيادة العبء ، كما يستحسن التنوع بين تمرينات الجزأين العلوي و السفلي من الجسم مع مراعاة البدء دائما بالعضلات الكبرى ثمالصغرى و هكذا و أيضا يجب أن يكون هناك توازن في التدريب بين العضلات الباسطة و العضلات القابضة لكي نحافظ على قوام الجسم ، ويمكن استخدام الجسم أيا من أنواع الانقباض العضلي سواء (الانقباض السلبي أو الايجابي أو الاثنين معا) لتطوير القوة العضلية و التحمل العضلي ، أما عن نوع الأدوات والأجهزة فيمكن استخدام الأثقال الحرة أو وزن الجسم كما في بعض التمرينات السويدية كوسيلة لتقوية عضلات الجسم ، أما في حالة توفر الأجهزة الثابتة (الموجودة في بعض صالات الأثقال) فينصحها للمبتدئين كضمان العمل العضلي في المدى الحركي الكامل للعضلة بالإضافة إلى أنها أكثر أمانا ويمكنها أن تحفز الممارس على الاستمرار في الممارسة ولكن من الضروري التأكد من دقة الأوزان المستخدمة ومعايرة الأجهزة بشكل دوري ، أما بالنسبة للأشخاص الذين ينشدون تنمية

اللياقة العضلية من أجل الصحة فتشير التوصيات الحديثة للكلية الأمريكية للطب الرياضي أن مجموعة واحدة من التدريب كافية، وتكون بمعدل 8-12 تكرار لكل مجموعة عضلية ويتم ممارستها من 2 إلى 3 أيام وتكون المقاومة بنسبة -70% تقريبا من القوة القصوى ويمكن قياس ذلك بحساب نسبة 70% من أقصى ثقل يمكن رفعه لمرة واحدة فقط. (نايف مفضي الجبور وصبحي احمد قبلان، 2012، صفحة 254).

2.2.4.2- تنمية المرونة :

المرونة كعنصر مهم من العناصر للياقة العضلية الهيكلية يساعد على خفض احتمال الإصابات ويحسن من الوظائف الحركية ، وهناك مناطق معينة من الجسم تحتاج إلى الامتداد خاصة للصحة الجيدة و اللياقة وهذه المناطق تتضمن :

- العضلات الخلفية للرجلين (قابضات الركبة).
 - العضلات الداخلية للفخذ لمنع الاجهاد على الظهر والرجل و القدم .
 - عضلات السمانة وذلك لمنع التوجع وإصابة وتر أكيلس في الهولة و الجري.
 - العضلات الأمامية لمفصل الفخذ لمنع التعقر القطبي ، وآلام الظهر.
 - عضلات أسفل الظهر للمساعدة في منع التوجع و الألم وأيضا إصابات الظهر.
 - العضلات الأمامية للصدر و الكتفين للوقاية من استدارة الكتفين وتحديد مدى الحركة في مفصل الكتف .
- (ألين وديغ فرج ، صفحة 188).

ويشير الهزاع نقلا عن الوثيقة التي أصدرتها الكلية الأمريكية للطب الرياضي حول الكمية و النوعية المطلوبتين من النشاط البدني لتنمية مرونة المفاصل والمحافظة عليها بأنه يمكن اكتساب المرونة والمحافظة عليهما من خلال تمارين الاستطالة بمعدل 4 تكرارات لكل مجموعة عضلية وبمعدل 2 إلى 3 مرات في الأسبوع. (هزاع بن محمد الهزاع، 2007)

2-5- تنمية اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لذوي الاحتياجات الخاصة:

إن تنمية المهارات لدى المعاقين بالشلل بأداء التمارين و المنافسة الرياضية تمر بعمليات وظيفية مختلفة، من التأقلم تصل إلى التأهيل للوصول إلى أعلى درجة من الكفاءة الوظيفية الممكنة للجهاز العصبي لتمكين المعاق من

الوصول إلى قمة لياقته البدنية بعناصرها المعروفة (من مهارة، وجلد دوري تنفسي، وقوة عضلية، ومرونة، وسرعة،...)، وللحصول على ما سبق يرى "رياض" (2005) أن نأخذ في الاعتبار عدة عوامل مختلفة والتي تشمل ما يلي:

2.5.1- نوع وشدة الإعاقة:

يلزم التفرقة بين نوع و شدة الإعاقة، ففي المعاقين بالشلل النصفي يجب التفرقة بين الشلل الكلي والشلل الجزئي، و مستوى الفقرات المواكب للإصابة، و هل هي -مثلا- إصابة بالأطراف فقط أو تشمل أيضا عضلات البطن و الجذع أو لجزء من الأطراف العليا، و هل يصاحب الإصابة شلل تقلصي أو شلل ارتخائي بالعضلات، كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار درجة فقدان الحسي بوضع الجسم و وتزنه في الوضع القائم، و كذلك أي اختلال بالدورة الدموية، و خاصة في الإصابات بالشلل ما فوق الفقرة الصدرية الخامسة. و تتم الممارسة الرياضية لمعاقى الشلل النصفي السفلي الكامل أو الجزئي من الجلوس، في حين أنه في الحالات الأقل حدة للشلل الجزئي يمكن المعاقين المشي أو استعادة إمكانية المشي و تختلف تبعا لذلك نوعية التمرينات الرياضية و طريقة أدائها.

2.5.2- تناسب نوع الرياضة مع نوع الإعاقة:

لابدّ و أن تتناسب نوع الرياضة مع طبيعة الإعاقة الحادثة ما بعد الإصابة و تزداد هذه النقطة في الأهمية للمعوقين بالشلل الرباعي أو الإعاقة المركبة.

2-5-3- تناسب قواعد الممارسة الرياضية الخاصة مع نوع الإعاقة:

إن الرياضة طريقة علاج تكميلي و تأهيلي ناجح للمعوقين للارتقاء بمستوى لياقتهم البدنية العامة، و يلزم في هذا المجال مراعاة الرغبات النفسية للمعاق في اختيار المناسبة لميوله بالإضافة إلى صلاحيتها الفنية لنوعية إعاقته، و من خلال ممارسة المعاق للتمرينات الرياضية و منافستها ستتضح ميوله و مدى استعدادة الفطري باستمراره في نوع معين من الرياضة، و يجب تشجيعه لممارستها بعد الخروج من المستشفى كجزء ترويجي مهم من الناحية النفسية والبدنية.

وليس هناك تقسيمات محددة ما بين فترة التأهيل الطبي للمعاق و بداية تدريباته لممارسة الرياضة التنافسية الخاصة، كما أنه لا تختلف القواعد الأساسية في اكتساب المهارات التدريبية في الرياضة الخاصة للمعاقين بالشلل عنها في الأصحاء، و يتلخص ذلك في أداء تدريبات فنية متكررة للوصول إلى أعلى درجة من اللياقة البدنية العامة

و الخاصة، و الفرق الوحيد في حالة المعاقين بالشلل عي نوعية التدريبات الحركية للرأس و الجذع، و الأطراف العليا، كما يختلف هؤلاء المعاقين عن الأصحاء في القوة العضلية و الجلد(التحمّل)، و المرونة(المدى الحركي)، حيث تقل فيهم هذه العناصر عن الأصحاء، و يلزم مراعاة ذلك في تطبيق علم التدريب الرياضي عليهم، كما أن هناك اختلافًا تدريبيًا في الحركات الفنية لدفع الجلة (الكرة الحديدية)، و الإطاحة بالمطرقة، و قذف القرص من الكراسي المتحركة فيلزم و بالدرجة الأولى عند تدريب المعاقين على الرمي في ألعاب القوى أن يتدربوا على الاحتفاظ الجيد بتوازنهم على الكراسي المتحركة قبل و أثناء و بعد الرمي و بدون التأثير على قوة و اتجاه الرمي .

(رياض، 2005، الصفحات 63-65)

خلاصة:

أصبحت اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة مرتبطة بشكل كبير بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة مرضى الشلل النصفي وذلك لان غالبية هذه الفئة أكثر عرضة للعديد من الأمراض و يعيشون نمط حياة قوامه الجلوس و قلة الحركة حيث تؤدي إلى انخفاض مستوى الكفاءة الوظيفية لكثير من أعضاء وأجهزة الجسم.

وتختلف هذه اللياقة باختلاف درجة الإعاقة وشدتها، كما أن تنمية اللياقة البدنية لهؤلاء الأفراد لا بد أن يتم وفقا لقدراتهم وإمكانيتهم الجسمية والحركية المتبقية لهم وذلك للوصول بمهاته الفئة إلى أقصى درجة من الكفاءة الوظيفية لتحقيق الياقة البدنية الشاملة حتى يستطيعوا التمتع بالحياة في توازن وتكامل .

الفصل الثالث

صورة الجسم

تمهيد

1.3- مفهوم صورة الجسم

2.3- المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم

1.2.3- صورة الجسم و مخطط الجسم

2.2.3- صورة الجسم و صورة الذات

3.3- مكونات صورة الجسم

4.3- النظريات التي ترتبط بصورة الجسم

1.4.3- المقاربة النفسية التحليلية لصورة الجسم

2.4.3- المقاربة النفسية الاجتماعية لصورة الجسم

3.4.3- المقاربة الفينومينولوجية لصورة الجسم

5.3- صورة الجسم و المراحل العمرية

6.3- صورة الجسم و علاقاتها ببعض المتغيرات النفسية

7.3- صورة الجسم لذوي الاحتياجات الخاصة

خلاصة

تمهيد

يحتل الشعور بصورة الجسم حيزا كبيرا لدى الكثيرين ، نظرا لطبيعة الأحكام التي يصدرها الآخرون ويستشعرها الفرد و بالتالي يترجمها من خلال الإحساس بنمط جسمه بكونه جذابا مثاليا أو منفرا مضطربا ، ولذا فإن صورة الجسم قد تؤثر في الأبعاد النفسية للفرد الأمر الذي قد ينعكس بتعدد ظروف الحياة و معطياتها على اضطرابات الأكل كأحد التعبيرات الرئيسية عن الاضطرابات النفسية التي تعترى الفرد.

ويظهر الاختلاف بين المعاقين بدنيا و العاديين من خلال أثر الإعاقة ، إذ تؤثر الإعاقة بشكل سلبي على الجانب النفسي لدى أفرادها وتحول دون قدرتهم على مزاولة أعمالهم أو القيام بأعمال أخرى

ويتناول الطالب الباحث في هذا الفصل مفهوم صورة الجسم وتعريفاتها المختلفة وأهم المصطلحات والمفاهيم المرتبطة بها للوقوف على حقيقة كل مفهوم على حد وكذا مكونات صورة الجسم ومختلف النظريات التي تناولته وكذلك صورة الجسم و علاقاتها ببعض المتغيرات النفسية.

1.3- مفهوم صورة الجسم

يعتبر مفهوم صورة الجسم من المفاهيم التي يختلف الباحثون حول تعريفها و التي تقاس بمقاييس متفاوتة في الكم و المحتوى الأمر الذي صعب من مهمة المشتغلين في العلوم النفسية محاولة الخروج بتصوير نظري مقبول لمفهوم صورة الجسم ، فمن الناحية التاريخية بدا الاهتمام بصورة الجسم في مجال النيورولوجيا و الطب النفسي يعتبر " بو نيه " الذي درس اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مطلع عام 1900 ميلادي و " بيك " الذي درس اضطرابات الاتجاه لسطح الجسم و شبح الأطراف ممن مهدوا لدراسات صورة الجسم ثم يأتي " هنري هيد " أول مؤسس لنظرية حول صورة الجسم ليوضح كيف أن لكل منا صيغة إجمالية لتكامل أجزاء الجسم ومن ثم معيار يحكم به على أوضاع و تحركات الجسم ولقد عمق المحلل النفسي " شيلدر " دراسات صورة الجسم مند حقبة مبكرة واهتم بدراسات فارقية بين الفصاميين و المصابين بإصابات مخية (فايد، 2004، صفحة 60)

وجاء تعريف "جوتسمان وكالدول" 1966 أن صورة الجسم عبارة عن خبرة شخصية نفسية قابلة للتعديل والتطوير من خلا ما يتعرض له الفرد من الخبرات ومدى إدراكه لجسمية و حساسيته نحوه (كفافي و النبال، 1995، صفحة 20)

و تعرف الصورة الجسدية حسب "سيلامي" 1980 بواسطة وظيفتين أساسيتين رمزيتين الأولى تسمح بمعرفة وجود ربط ديناميكي بين كل جزء من الجسد وان يكون هذا الجسد مأخوذاً بحدوده و الثانية تسمح بتناول ما وراء الشكل المحتوى و المعنى ذاته لهذا الربط الديناميكي و عليه صورة الجسد تقوم على إدراك البنية في كليتها (N.Sillamy, 1980, p. 283).

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

ويعرف كل من كفافي و النبال (1995) صورة الجسم بأنها عبارة عن تصور عقلي أو صورة ذهنية يكونها الفرد و تسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من أحداث و مواقف كما أن صورة الجسم تؤثر تأثيراً كبيراً في نمو الشخصية و تطورها. (كفافي و النبال، 1995، صفحة 21)

و ذهب "فرج طه" و آخرون (1993) في تعريفهم لصورة الجسم إلى أنها الفكرة الذهنية للفرد عن جسمه وصورة الجسم هي الأساس لخلق الهوية إذ أن الأنا على حد التعبير فرويد إنما هو الأساس أنا جسمي و أن صورة الجسم في علاقتها بالواقع تمثل جوهر الظاهرة النفسية فهي مسألة أساسية في تكوين الشخصية إذ ينفصل الأنا عن اللانا بفضل صورة جسمية لها تاريخ فألانا إنما هو جزء من الهو عدل بواسطة التأثير المباشر للعالم الخارجي و الذي يعمل من خلال الشعور الإدراكي فكان صورة الجسم و سيورتها و أحال هذه يتوقف عليها و على تعثراتها بعد السوية و اللاسوية و هي ترتبط ارتباطا عضويا بمراحل النمو (فايد، 2004، صفحة 162).

ويري الطالب الباحث أن صورة الجسم هو صورة ذهنية أو تصور عقلي ايجابي أو سلبي يكونه الفرد لنفسه يسهم في تكوين هذه الصورة و الخبرات و المواقف التي يتعرض لها الفرد و بناءا على ذلك فان صورة الجسم قابلة للتغيير والتعديل في هذه الخبرات الجديدة.

وحسب "الدسوقي" (2006) و من خلال عرض التعريفات السابقة يتضح انه لا يوجد كيان موحد لصورة الجسم و بالتالي لا يمكن وضع تعريف لصورة الجسم بطريقة كافية عن طريق عنصر فردي مثل درجة الرضا عن وزن الفرد أو شكل الجسم مثلا لذلك يجب على الباحثين و الإكلينيكين أن يسعوا إلى فهم أو معرفة العوامل المتداخلة و المعقدة بين العناصر المكونة أو التي تشكل صورة الجسم .

- تشير صورة الجسم إلى الادراكات أو التصورات أو الأفكار و المشاعر التي تتعلق بالجانب الجسمي من شخصية الفرد ، و تتضمن المدركات الحسية تقديرات الصفات الجسمية الحقيقية للفرد ، و المعايير الداخلية أو المثل العليا ، و تتعدى الحالة الوجدانية لصورة الجسم التقييمي أو عدم الرضا أو السخط من جسم الفرد لكي تشمل على سلسلة كاملة من الانفعالات و العواطف الايجابية و المضطربة التي ترتبط به .

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

- صورة الجسم يتم تقديرها أو تحديدها اجتماعيا فالخبرات أو التجارب البين شخصية و التنشئة الاجتماعية والثقافية هي التي تحدد المعايير الاجتماعية للجماليات الجسمية و المعايير الشخصية للسمات الجسمية للفرد، وعلى امتداد عمر الفرد تقوم الرسائل الاجتماعية و المجتمعية بنقل مستويات أو معايير الجاذبية وتقدم تغذية راجعة عن صلاحية الفرد لمطابقته للمعايير او المستويات المحددة من الناحية الاجتماعية .

- صورة الجسم ليست ثابتة أو محددة ، حيث تعمل على مستوى السمة و الحالة ، و على الرغم من أن هناك ميول أو نزعات استعدادية لرؤية الجسم الفرد في مستودع إدراكي معين ، و طرق معرفية ووجدانية أو انفعالية معينة الا أن الأحداث الموقفية أو الساقية تنشط أو تحفز صورة الجسم السلبية ذو أهمية عظمى من الناحية الإكلينيكية .

- تؤثر صورة الجسم على العمليات المعرفية ، فالناس الذين يكونون رسم تخطيطي أو إيضاحي أو صورة معينة لمظهرهم (أي يفكرون من الناحية المعرفية ، و العاطفية أو الانفعالية في مظهرهم) ينشغلون أو يقومون بتكوين معلومات ضمنية عن مظهرهم بطريقة مختلفة عن الأشخاص الذين لا يوجد لديهم رسم تخطيطي أو إيضاحي لصورة الجسم ، و الأشخاص الذين يرسمون صورة إيضاحية لمظهرهم باتجاهات سلبية يكونون عرضة بدرجة خاصة للإدراكات المشوهة أو المضطربة التي تدل على الفتور أو اليأس من صورة الجسم .

- تؤثر صورة الجسم على الأنماط السلوكية سواء الأنماط التجنبية أو الاقدامية، و تتضمن الأنماط الاقدامية أنشطة المحافظة على مظهر مثل التمرينات الرياضية و الأناقة و الاعتناء بالمظهر ، و تؤدي هذه الأنماط إلى زيادة تقدير الفرد لذاته و إلى الاستحسان الاجتماعي ، بينما تتضمن الأنماط الأحكامية المواقف التي تقوم بدور سلبى أو التي يؤدي إلى حالة من الشعور بالفتور أو اليأس من صورة الجسم (الدسوقي، 2006، الصفحات 21-23) .

2.3- المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم :

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

1.2.3- صورة الجسم و مخطط الجسم :

في البداية كان العلماء يعتبرون هذين المصطلحين مترادفين و كثيرا ما كان يستعمل احدهما عوض الآخر بعكس ما هو عليه ، إذ يمكننا الرجوع للتمييز المعطى في قانون علم النفس و الذي يتمثل فيما يلي : صورة الجسم تنتمي للسجل الخيالي ، هي لا شعورية ذات قاعدة عاطفية حيث أن الجسد هنا معاش كوسيلة أولى للعلاقة مع الآخرين ، في حين مخطط الجسم ينتمي للسجل الحس-الحركي و المعرفي أي الثلاثي الأبعاد حسب ذكر القاموس لمفهوم مخطط الجسم و هو قرب شعوري ذو قاعدة عصبية نرولوجية تكتسب كما تكتسب كل المهارات (.anzieu, 1995, p. 328).

و يقصد "سيلامي" بمخطط الجسم ، تلك الفكرة التي لدينا عن جسدنا و التي نستطيع بفضلها أن نظهر في أي وقت، و في الظروف و في مختلف الوضعيات سواء في حالة الراحة أو الحركة ، و هو النموذج الدائم الذي يستعمل كمرجع في علاقاتنا الزمنية او مع العالم الخارجي الذي يحيط بنا ، فهو نظام للرقابة و التقييم الذي يقدم من خلاله كل إحساس يعطينا معلومات لازمة لتحركاتنا (N.Sillamy, 1980, p. 607)

وترى "دولتو" وجود فرق قائم بين مخطط الجسم و صورة الجسم ، فمخطط الجسم جزء منه لا شعوري لكنه أيضا شعوري أو ما قبل شعوري ، هو مرجع يسند له الجسم الحالي في الفضاء ، قليل الحساسية للفروق الفردية ، فهو نفسه عند مختلف الأفراد على عكس صورة الجسم ، التي تعد غالبا لا شعورية خاصة بكل شخص فهي مرتبطة بالفرد و تاريخه الخاص كونها تمثل ملخص شامل لمختلف التجارب الانفعالية للفرد .

وتضيف "دولتو" انه بفضل صورة جسمنا المأخوذة و الملتقمة بمخطط جسمنا فإننا نستطيع الاتصال مع الآخرين، حيث أن مخطط الجسم الذي هو التجريد لمعاش جسمنا لأبعاده الثلاثية في الواقع يبنى بالتعلم و التجارب ، بينما تبنى صورة الجسم بالاتصال بين الأشخاص و الآثار المسجلة بلذة محببة مكبوتة أو محرمة إذن الفرق بين صورة الجسم ومخطط الجسم، هو فرق جد هام كون هاذان المصطلحان لا يعثان نحو معنى أو مفهوم واحد ، فمخطط الجسم يعث نحو المفهوم الحقيقي والواقعي للجسم ، بينما صورة الجسم تبعث نحو الجسم الخيالي. (F.DOLTO, 1993, pp. 22-23)

2.2.3- صورة الجسم و صورة الذات

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

وصورة الجسم هي ذلك الشعور الحيوي للفرد بكليته ووحدته (غير مجزأ) ، الشعور بالديمومة وجود سطح وتحديد جسمي ونفسي مميزة عن المواضيع الخارجية ، وعليه فمفهوم صورة الجسم مرتبط بصورة مباشرة أو ضمنية بمفهوم الذات ، فلا يمكن الشعور بالذات الا بواسطة صورة الجسم التي تعد جزء بنيوي فصورة الجسم هي تصور لا شعوري للذات ، وعند التحدث عن تصور الذات يتعلق الأمر بالجسم الموضوعي الذي تقدمه للآخر أي الوسيط والمتعامل به في العلاقة مع الآخر. (N.R.traubenberg, 1994, p. 156)

3.3- مكونات صورة الجسم

صورة الجسم ليست معطى أو مفهوم تشريحي و طبيعي مثل التصور فهي تتطور وتبنى عبر تاريخ الفرد لهذا يجب معرفة كيفية تكوينها و تطورها على طول فترة النمو منذ الطفولة ، وقد أشار التراث السيكولوجي إلى وجود مكونين لصورة الجسم ؛ أو لهما يتمثل في المثال الجسمي ، و الذي يعرف بأنه النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا (body ideal) و مناسباً من حيث العمر، و من حيث وجهة نظر ثقافة (جابر و الكفافي، 1989، صفحة 448)

بينما يتمثل المكون الثاني لصورة الجسم في مفهوم الجسم. والذي يشتمل على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم.فضلا عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه.و على هذا فان من مقومات الصحة النفسية أن يكون الفرد مفهوما سليما حول جسمه.ولن يتسنى ذلك الا من خلال الحصول على معلومات وبيانات صحيحة حول جسمه حيث أن المعتقدات والمعلومات غير الصحيحة حول الجسم قد تشعر الفرد بالاغتراب عن جسمه. وهو ما يعتبر احد أبعاد الاغتراب الذاتي فلا يستجيب الفرد إلى تلبية متطلبات الجسم وحاجاته بل غالبا ما يعاني من بعض الاضطرابات السيكوسوماتية (.فايد، 2004، صفحة 161).

ويقسم "الدسوقي" 2006 المظهر الجسمي إلى ثلاث مكونات:

-مكون إدراكي يشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.

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

_مكون سلوكي يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي . (الدسوقي، 2006، صفحة 16)

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن صورة الجسم ترتبط بالآخرين و بالفرد. فصورة الفرد عن جسمه تتأثر بنظرة الآخرين له.ونظرة الآخرين تتأثر كذلك بالمظهر الجسمي للفرد.

4.3- النظريات التي ترتبط بصورة الجسم :

تباينت آراء العلماء و المنظرين حول موضوع صورة الجسد تبعا لاختلاف مدارس علم النفس التي ينتمي كل واحد منهم إليها وفيما يأتي استعراض لأهم تلك المدارس أو النظريات:

1.4.3- المقاربة النفسية التحليلية لصورة الجسم :

تعرف صورة الجسم بأنها صورة وشكل الجسم كما نتصوره في عقلنا كوحدات مجسمة. يشمل ذلك العوامل البين شخصية والبيئية والزمنية. وكممارس للطب النفسي أدرك "شيلدر" أن التشويهاً في خبرة الجسم التي نسبت إلى علم أمراض الدماغ في حاجة للدراسة ليس فقط من منظور علم وظائف الدماغ ولكن أيضاً من وجهة النظر النفسية فادخل هذا المفهوم إلى علم النفس وذكر أن العديد من المتغيرات التي ارتبطت بصورة الجسم لها علاقة رئيسية بكل من السمات الباثولوجية لحياة اليومية وفي الأحداث العادية لان صورة الجسم تقع في مركز الشخصية وخبرة الجسم نواة للحياة النفسية.

وقد تعلقت دراسات شيلدر للجسد حول مفهوم الجسدية فهو أول ما ادخل مصطلح الصورة الجسدية كمفهوم تحليلي وحسب "شيلدر" تأسس الصورة الجسدية فيزيولوجيا أولاً فالمكونات الحركية والوظيفية لهم أهميتهم في بناء هذه الصورة وحتى الألم لكنه يرى انه لا الانطباعات البصرية ولا الحركية تعطينا إحساساً كلياً لجسدنا صحيح أن المنطلق يكون بيولوجيا وهذه الأخيرة من تلحق بهذه المادة بنية ومعنى، وحسب شيلدر يظهر الجسد من جهة كشكل كلية فضائية زمنية مبنية في سياق مستمر من التجارب لكن في طبقات ومستويات مختلفة من حيث أن الطبقة الأكثر حداثة تحتوي عنصراً جديداً للبناء أو التنظيم، كما أن الجسد من جانب آخر هو مجموع المناطق الشبكية، بمعنى مناطق الإثارة الجنسية ويرى "شيلدر" أن الطفل يدمج أجزاء من جسد الآخر في صوته الجسدية الخاصة، كما يدمج أيضاً تعاملات الآخرين نحو جسدهم أيضاً فهناك علاقة بين صورة الجسد الخاصة بالفرد والآخرين، حيث يتم تملك الصورة الجسدية الخاصة بالآخرين سواء في جزئيتها أو في كليتها وهذا بإدماجها في الجسد وصولاً إلى التماهي للآخر، فصورة الجسد الخاص وجسد الآخرين ليس في علاقة تغالب بل هم في تساوي دينامي (اجتياف وإسقاط)، هذه التماهيات تبعث نحو إحساسات وادراكات في الجسد أو حالات نفسية معينة تجاه جزء أو آخر من الجسد هذه الحالات يمكن لها أن تظهر على مستوى الشعور أو تبقى في مستوى اللاشعور كما اهتم فرويد بالجانب الخيالي للجسد وبالجسد الهوامي، فترى المدرسة التحليلية الكلاسيكية أن الأعضاء الجسدية، الفتحات الجسدية والجلد لا يمكن أن تعد مجرد تمثيل موضوعي للمادة (يرجع لعلم التشريح) أو تركيب وظيفي (يرجع للفيزيولوجيا) و، فحسب المدرسة التحليلية الجسد يستثمر، يضبط ويعاش أثناء الطفولة وكل مراحل الحياة بواسطة النشاط الهوامي والذي يصل بسهولة للشعور أو الوعي، فالشعور الذي نملكه عن جسدنا لا يعد إلا ارضاناً ثانوياً بمعنى هو تعديل يحاول أن يظهر تجاربنا الجسدية على شكل سيناريوهات متناسقة ومفهومة وعليه الهوامات الأولى تنبعث إذن من النزوات الجسدية ونكون مدبحة

بالإحساسات الفيزيولوجية والوجدانية إلى جانب اهتمام "فرويد" بالجسد الخيالي والهوامي، تركزت أعماله المتعلقة بالجانب الجسدي على دور الحاجات البيولوجية للفرد، استثمار الذات و الآخرين ، أهمية النزوات ، جسد اللذة الجسد الشبقي ، و النرجسية كما أن كل من "فرويد"، "فيدرن" ، و "توسك" لم يستعملوا لفظ الصورة الجسدية والتخطيط الجسدي في تناولهم للجسد ، و أعمال فيدرن وتوسك قاد تمه لتمييز بين الأنا النفسي يتواجد وحده في بداية الحياة ، والأنا الجسدي مستثمرة بالبييدو (anzieu, 1995, p. 110)

أما بالنسبة لدولتو (DOLTO.1984) أهم ما قدمته يتعلق بالتمييز بين مفهوم التخطيط الجسدي والصورة الجسدية. و تقديمها لمفهوم الصورة اللاشعوري . فحسب "دولتو" : يقوم الفرد بتركيز وجوده من خلال جسده ، و على حدوده الجلدية يبدأ العالم الخارجية ، نجد على هذا الجسد مراكز الإحساس التي تمدنا بالشواهد وإدراكات العالم الخارجي فيمثل الجسد من خلال ماديته الزمانية و المكانية المكان العملي و الأنماط العلمية للفرد من خلال نشاطه ، تبادلاته ، تطوره وإنتاجياته ، هذا التمثيل المادي لجسد جزء منه لا شعوري لكنه أيضا قبل شعوري و شعوري و هو المعبر النشط والساكن لصورة الجسد وخلصت أعمال "دولتو" إلى تقديم ثلاث أنواع لنفس صورة الجسد : الصورة الوظيفية ، الصورة الشبقية ، و الصورة القاعدية ، وهي ما يسمح للطفل بتوحده في الوجود ، هناك صورة قاعدية خاصة بكل مرحلة من مراحل التكون ، الصورة الوظيفية هي الصورة الشاملة للفرد و الذي يهدف لاكتمال وتحقيق رغباته ، الصورة الشبقية مشتركة مع الصورة الوظيفية، هي المكان الذي تتركز فيه اللذة و اللالذة في العلاقة مع الآخر ، هذه الصور الثلاث مجموعة تكون الصورة الدينامية للجسد (F.DOLTO, 1993, p. 122)

1.1.4.3- الصورة القاعدية:

تسمح الصورة القاعدية للفرد بان يشعر و يحس في إطار وجوده و ضمن استمرار نرجسية في المجال الزمني و هذه الصورة تتواجد و تتوسع منذ الميلاد رغم التغيرات التي تحدث في حياة الطفل و التي تفرض عليه تفاعلات أو تنقلات على جسده ، كما أن إصابة أو تلف هذه الصور القاعدية ينبثق عنه تصور و هوام يكون مهددا للحياة النفسية و في هذه الحالة تظهر وضعية وهمية كوسيلة خاصة ضد خطر محسوس كموضوع مضطهد، ويكون تصور الطفل لهذا الاضطهاد الوهمي هو نفسه مرتبط بالمنطقة الشبقية و التي تكون مسيطرة على شخصية الفرد في هذه الفترة .

2.1.4.3- الصورة الوظيفية:

هي المكون الثاني للصورة الجسدية بعد الصورة القاعدية والتي لها بعد ثابت، في حين الصورة الوظيفية هي صورة الفرد الذي يوجه الاهتمام الخاص لرغباته، بفضل هذه الصورة الوظيفية تستطيع نزوات الحياة المشخصة في الرغبة أن توجه قصد الحصول على اللذة عن طريق التظاهر والتموضع في علاقة، فمثلا الصورة الوظيفية الشرجية لجسد الطفل هي قبل كل شيء صورة الإصدار التفرغي في علاقة مع الحاجة الناقصة التي يعانها الطفل وتكون في عدم فهم لغة الأم، ثم تصبح معبرة عن التفرغ المسير لموضوع جزئي غير أساسي، ثم موضوع جزئي دقيق ونضج الصورة الوظيفية يحقق إثراء للإمكانيات العلائقية مع الغير.

3.1.4.3- الصورة التناسلية:

تتوحد أو تتقمص مثل الصورة الوظيفية للجسد في المركز الذي تتموضع فيه اللذة أو عدم اللذة مع الآخر، والتصور الخاص لهذه الصورة يرجع إلى دوائر وأشكال بيضاوية ومقعرة، وهذه البنيات هي إما باعثة بمعنى مصدرة فعالة أو مستقبلية منفعة ذات هدف مسر أو غير مسر، وترتبط مع بعضها عن طريق نزوات أو رغبات الحياة وهي مفتعلة ضمن الصورة الدينامكية والتي توافق الرغبة في الوجود والتي هي أساسا مصابة بنقص مما يجعلها مفتوحة دائما على اللاشعور، كما أن هذه الصورة الدينامكية ليس لها تصور خاص بها بل تصورها يتعلق بكلمة (رغبة) ككلام فعال مشترك وموجود عند الفرد وتتعلق الصورة الدينامكية بالرغبة في البحث عن موضوع جديد.

وخلاصة القول فإن الصورة الجسمية من المنظور التحليلي تبني من ثلاثة مركبات، من حيث الإحساس بالجسم كمادة بيولوجية يحيا بها الفرد ومن حيث تمركز اللذة وتحقيق الرغبات وأخيرا من حيث الايجابية والسلبية في تحقيق الرغبة أو اللذة بمعنى من يمثل الصورة الباعثة الفعالة ومن يمثل الصورة المستقبلية المنفصلة. (F.DOLTO, 1993, pp. 25-24)

2.4.3- المقاربة النفسية الاجتماعية لصورة الجسم:

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

وهذه الصورة هي البنية القاعدية التي تسمح للإنسان بان يحيي بجسمه بدون الإحساس به كحقيقة غريبة عنه، وبالتأكيد فان الصورة تتغير باستمرار خلال حياة الفرد، وهي مرتبطة باهتمامات ورغبات والنشاطات التي يقوم بها الشخص، كإسقاط جسمي لمواجهة محيطه الاجتماعي، فشكل ومحتوى الصورة الجسمية لا يمكن أن يبنى دون تدخل الجانب الاجتماعي الثقافي (Schilder, 1968, p. 89)

وبالنسبة للنظرية المعرفية الاجتماعية كما يقدمها كل من "هندي وغوستيتوس وشوالم" (2001) (Hendy ;Gustitus) فان نمو وتطور ثقة الطفل الجسدية أو صورة الجسد لديه، يمكن التنبؤ بها من نماذج الصورة الجسدية المحيطة به (الأم والرفاق)، والرسائل اللفظية بشأن جسده (من الأم،الرفاق، والمعلمين)، والعوامل الفسيولوجية المرتبطة بصورة الجسد (العمر، وكتلة الجسم، والحالة الصحية)، وخبراته الشخصية حول كفاءة أبعاد متنوعة متصلة بالثقة الجسدية الجسمي . (الدسوقي، 2006، صفحة 68)

3.4.3-المقاربة الفينومينولوجية لصورة الجسم:

عاد "ميرلو بونتي" في كتابه فينولوجيا الإدراك إلى طرح السؤال عن وجودنا وقد قسمه إلى الشيء الواعي، فاعتب ران هناك معنيين فقط لكلمة وجود (exister) فقال بتواجد كشيء أو كوعي وجعل من تجربة الجسد الخالص هي من ييوح لنا بشكل الوجود المتعدد في معناه و الجسد الخالص ل " ميرلو بونتي " في كتابه الأخير الظاهر و المختفي " le visible et l'invisible " ليس لفكرة لوعي دائم وليس شيئاً ماديا ولكنه منبع إحساسات دائمة ويعتبر الظاهر و المختفي فلسفة للكائن الخام كثافة المادة الجسدية التي تجعل يرى الأشياء ويقترب منها و لكنه لا يتماشى معها وهذه المادة (le chaire) عند "ميرلو بونتي" ليست ذات الطابع المادي بل هي تقوقع المنظور على الجسد الرائي وهي ما نلمسه فوق الجسم الملموس (التي للعالم أو لي) ليست اعتباطية عمياء لكن نتيجة ترجع لذاقها وتدعوا لنفسها

وبحسب ما طرح "ميرلو بونتي" من الخلاصات حول التصور الفينومينولوجي هناك قوله بجسد الروح وهناك روح الجسد وهناك الشيازم "le chiasme" التي تعني عنده " تحديد الروح بمثابة الجهة الأخرى للجسد " والجهة الأخرى تعني لديه أن الجسد غير قابل للوصف وهو جهة أخرى حقيقية التي يختبئ فيها فيما أن للجسد جهة أخرى غير قابلة للوصف بالمعنى الموضوعي فهذه الجهة هي الجهة الأخرى للجسد حركة الوجود عند "ميرلو بونتي" ما يوضح معنى الصورة الجسمانية (le schème corporel) ف"ميرلو بونتي" يتجاوز التعريف الإرتباطي

بالصورة الجسمانية و الذي يرى فيها مركزا للصور أو مضمونات لمسية و حركية و نطقية مرتبطة فيما بينها. الثقافي
(Schilder, 1968, p. 102)

و يرى "ميرلوا بونتي" أن الصورة الجسمانية هي أسلوب للتعبير عن جسمي قائم في العالم فهي تعني أن جسمي يبدو لي بوصفه وضعا اتخذه بإزاء عمل معين سواء أكان هذا العمل أمرا فعليا أنجزه الآن أم مجرد إمكان فالجسم قطب يقوم بذاته إزاء أعماله ويقول " ميرلو بونتي " أن الصورة الجسمانية هي أسلوب للتعبير عن أن جسمي قائم في العالم و هذا بالضبط هو ما يضفي على " المكانية " معناها فهو ما يجعل لكلمات "فوق " و "تحت " و "على " بمين " وعلى يسار " معاني معينة .

وهنا ينبغي أن نلاحظ أن اهتمام " ميرلو بونتي " بمسألة الصورة الجسمانية ينطوي في الواقع على إدراك حدسي للطريق الذي يؤدي مباشرة من الأنا المتعالي إلى الجسم فهناك الآنية صورة الجسمانية ليست باستمرار في مركز الانتباه أو التأمل وإنما بدونها لا يكون هناك وجود على الإطلاق (الشاروني، 2009، صفحة 91)

5.3- صورة الجسم و المراحل العمرية :

تتطور الصورة التي يكونها الفرد عن جسمه أو الصورة الجسم من مرحلة عمرية إلى أخرى ، فلها خاصية الاستمرارية و التقيد فهي لا تختلف عن ظاهرة ارتقائية في كونها تنتقل من العام إلى الخاص ومن النظرة الكلية الشاملة إلى الفحص الجزئي المدقق و إن كان يستمد معناه من الإطار الكلي و هي كالأتي :

ينظر الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة إلى جسمه بشكل عام و كلي فهو لا يدرك التفاصيل الدقيقة التي تميز أبعاد جسمه و لكن إدراكه يتطور مع نهاية هذه المرحلة ويبدأ في المقارنة بين جسمه من حيث الشكل و الحجم وأجسام أقرانه و ينتبه بصفة خاصة إلى خاصتي الطول والقوة البدنية .

وقد توصل "باتر" (pater) إلى أن الأطفال الذين يدركون قوة أجسامهم هم أكثر إقداما ونجاحا من تكوين صداقات مع الآخرين من الأقران فضلا عن كونهم أكثر ودا و تعاونا نحو الرفاق ، و يتميز هؤلاء الأطفال بالثقة بالنفس والإنسباط، في حين أن الأطفال الذين يشعرون بضعف في بنيتهم الجسمية كانوا أكثر عرضة لبعض المشكلات السلوكية و الوحدة النفسية .

ويختلف الأمر في مرحلة المراهقة إذ ينظر لكل عضو من أعضاء جسمه و كأنه جزء قائم بذاته فهي مرحلة الفحص الجزئي المدقق ويبدأ في معاناة جديدة نتيجة التغيرات المفاجئة التي تعرى جسمه وغالبا ما يكون غير راض عن صورة جسمه ، ويشعر بالقلق وهي خاصية قد تنفرد بها المراهقات أكثر من المراهقين كما أشار "dion, " و

آخرون في مرحلة المراهقة من خلال إقبال الآخرين على تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية مع المراهق و بعبارة أخرى بأنه من ضمن العوامل التي تحدد جاذبية المراهق الإجتماعية مدى أو درجة الجاذبية الجسمية (القاضي ، 2009 ، ص 40)

تعتبر سنوات البلوغ و المراهقة قاسية خاصة على صورة الجسم بسبب تغيرات الجسم و أن عدم الرضا عن صورة الجسم المدرك قد يتأسس جيدا في الفترة التي يصل فيها الفرد للمراهقة ، و أن مستويات تقدير الذات والقلق و الاكتئاب تتعلق إيجابيا بعدم الرضا عن صورة الجسم . (القاضي ، 2009 ، ص 45)

إذا يعلق المراهق أهمية كبيرة على جسمه النامي ، حيث ينظر لجسمه كمركز للذات و يصبح لديه حساسية شديدة للنقد فيما يتعلق بالتغيرات الجسمية ، ويسهم الآخرون في نمو مفهوم صورة الجسم ، إذا لاحظ المراهق أي إنحراف في مظهره الشخصي عن المتوسط ، فإنه يبذل قصارى جهده لتصحيح الوضع ، و إذا أخفق ينتابه الضيق ، و قد يؤدي ذلك إلى الإنطواء و الانسحاب من النشاط الاجتماعي خشية التعرض للتعليقات أو الشعور بالنقص. (محمود ، 2011 ، ص 9)

و يهتم المراهق بمنظر جسمه بعد أن يمر بفترة من الدهشة و الاستغراب على جسمه في بداية المرحلة فيبدأ في تقبل جسمه بشرط أن يكون هناك تناسق بين الطول و الوزن ، فهو حساس جدا لرأي الأآخرين في قوامه و شكله كما يظهر في تغيراتهم و ملاحظاتهم و تفهمهم لجسمه ، و يظهر من ذلك أن المراهق يكون فكرة عن جسمه أو تصورا خاصا به يكون رمزا نفسيا لديه ، ، و إذا كان المراهق يهتم بلفت انتباه الجنس الآخر ، فإن الجسم يلعب دورا رئيسا في هذه العملية ، فهو يريد أن يكون له جسم جذاب يجوز على انتباه الجنس الآخر .

وبينما يمر الذكور بفترة قصيرة من عدم الرضا النسبي عن الجسد في بدايات المراهقة ، إلا أن التغيرات الجسدية المصاحبة لهذه سريعا ما تصل بهم إلى الشكل المقارب لمثال الجسد الذكوري من حيث زيادة حجم و قوة العضلات وزيادة الطول و اتساع ما بين المنكبين، و كل هذه التغيرات في الحقيقة إنما توجههم ناحية الصورة المثالية المشهورة للبدن الذكوري التي تتميز بوجه عام بالكثير من المرونة و السماح بالإختلاف ، أما البنات فدخلوهن مرحلة المراهقة يعني حدوث تغيرات في جسدها، هي زيادة الوزن و تجمع الدهون في منطقة الفخذين والأرداف ويزوغ النهدين وزيادة الوزن والحجم، وكل هذه التغيرات هي الحقيقة بمثابة ابتعاد عن النموذج العصري المثالي للفتاة الجميلة ، خاصة وأن النمو في هذه المرحلة يتسم أصلا بالإضطرابات و عدم الانتظام بالشكل الذي يجعل تطويعه للوفاء بمتطلبات النموذج المثالي لجسد البنت مستحيلا على الأقل في سنين المراهقة .

و تأتي مرحلة الرشد و هي مرحلة هدوء نسبي حيث يتوافق فيها الفرد مع صورته الجسمية و يقتنع بها من حيث الطول و التأزر و ملامح الوجه لكن ربما توجد عدم الرضا عن الذات الجسمية فيما يخص الوزن ، و في مرحلة من اليأس و هي مرحلة إنقطاع دورة الحيض ترفض المرأة صورتها الجسمية لزيادة وزنها زيادة نتيجة الاختلافات الهرمونية و ظهور علامة الشيخوخة على الوجه و الجبهة و حول العينين مما يسبب لها حالة من اليأس و التعاسة . (الكفافي ، النبال ، 1999 ، ص 23-26)

6.3- صورة الجسم و علاقاته ببعض المتغيرات النفسية :

كشفت لنا التراث السيكولوجي وما تضمنه من الدراسات سابقة على أن صورة الجسم بما تتضمنه من رضا أو عدم رضا - ترتبط بصحة الفرد النفسية و بتوافقه النفسي والاجتماعي .

ومن المتغيرات النفسية المهمة التي ترتبط بصورة الجسم مفهوم الذات و تقديرها بصورة الجسم وما تتضمنه من أفكار و مشاعر و إدراكات تندرج تحت لواء مفهوم الذات تشكل بعدا من أبعاده الأساسية لا سيما انه يتضمن صفات و خصائص تشكل في مجملها مكونا من مكونات مفهوم الذات وعلى هذا ... إلا انه إذا كانت هناك متغيرات متباينة - سواء كانت نفسية داخلية أو بيئية خارجية - تعوق قدرة الفرد على التواصل الفعال والتوافق السليم مع بيئته المحيطة فان صورة الفرد السلبية نحو جسمه أو عدم رضاه عنها قد يكون احد هذه العوامل التي تعوق التوافق مع ذاته وبيئته المحيطة به في الآن ذاته وقد يكون هذا سببا في معاناته من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه وسوء توافقه (كفافي والنبال، 1995، صفحة 8)

فكل فرد يحمل صورة عقلية مثالية لذاته الجسمية ويستعمل هذه الصورة المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم ويتبدل كل من إدراك الفرد و مفاهيم صورة الجسم الوجدانية ويؤثر كل منهما على الإدراك وردود الفعل النفس اجتماعية و تتأثر الحالة النفس اجتماعية غالبا بمثل هذه العوامل كالقلق و الاكتئاب و مخاوف تقدير الذات و الرضا عن الحياة (Breakey).107.1997)

فمفهوم ثقافة الفرد من المثال الجسمي له دور يستهان به فيما يكونه الفرد في صورة نحو جسمه وتطابق أو اقتراب مفهوم المثال الجسمي كما تحدده (ثقافة الفرد) من صورة الفرد الفعلية لجسمه يسهم بطريقة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته وتباعد المفهوم مثال الجسم السائد في المجتمع من صورة الفرد لجسمه يعد مشكلة كبيرة إذ تختل صورة الفرد عن ذاته و ينخفض تقديره لها (كفافي و النبال، 1995، صفحة 22)

كما يتأثر نمو صورة الجسم بسمات الشخصية ويعتبر تقدير الذات بالنفس من المتغيرات المهمة التي تؤثر على صورة الجسم فالطفل و المراهق و الراشد الذي اكتسب إحساس إيجابي بالذات يكون اقل عرضه للهجوم عن ذاته الجسمية. (الدسوقي، 2006، صفحة 65)

وأرضا عن الحياة الاكتئاب و الوحدة و مشاعر القبول الاجتماعي اظهر المسموح أن الأشخاص ذوي التقييمات الايجابية عن صورة جسمهم حققوا توافقا نفسيا اجتماعيا مناسبا وفي المقابل أولئك ذو المشاعر السلبية عن صورة جسمهم حققوا مستويات أدنى من التوافق الاجتماعي (N.R.traubenberg, 1994, p. 201)

وتوصل "فورناري" وآخرون (fornari et al 2000) الى وجود علاقة سالبة و قوية بين تقدير المظهر الجسمي و بين الاكتئاب، كما وجد " تيجمان و لينش " (Teggemann and Lynch ، 2001) علاقة موجبة بين تقدير حجم الجسم ومستوى الاكتئاب ، كما توجد أيضا بيانات وفيرة تؤكد ارتباط صورة الجسم بتقدير الذات ، وتوصل " هيس- بيبر " و آخرون (Hesse-Beber et al ، 1988) إلى أن التقديرات الذاتية للجاذبية ترتبط ايجابيا بالتقديرات الذاتية للثقة بالنفس والقبول الذاتي لدى كلا من الذكور و الإناث (الدسوقي، 2006، الصفحات 79-80) .

3-7- صورة الجسم لذوي الاحتياجات الخاصة:

حسب "لوبروتون" (le breton , 1992) أن الجسم اليوم هو موضوع لكل الاهتمامات وجميع الاستخدامات أو التحولات (الممارسة الرياضية المعدلة، الماكياج، النظام الغذائي، الوشم... الخ) والجسم مورفولوجيا يعتبر من الناحية الاجتماعية أنسب وسيلة لـ(طبيعة) و (الأنا العميق) للفرد، أي أن الجسم يعمل كاللغة التي تتكلم، هذه العلاقات، من خلال إضفاء الطابع الرسمي على المزيد من التخفيضات والتبسيط الذي أدلى به الجانب المورفوفسيولوجي (Morophoysiologie) اليوم، والجانب الفيزيونيومي (Physiognomie) بالأمس (Mercier,2004,93).

ويمكن لبعض التغيرات الجسدية التي تُمسّ عضوية الفرد من خلال إما تحولات طبيعية كالمراهقة أو تحولات أخرى كالحوادث المختلفة: بتر، حروق، إعاقه، أو أمراض....، أن تضع الفرد من جديد أمام إشكالية الجسد وهذا من حيث كماله، حدود وهويته، فالحالات المماثلة بقدر ما تعد وضعية مهددة بقدر ما هي اختيارية للصورة الأصلية، حيث ترى "دولتو" (Dolto,1993,11) .

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

فكل تغيير عضوي، إصابة، نقص، حتى لو كان هذا النقص غير ظاهر كالأعراض الداخلية قد يحدث تغييرات في الصورة الجسدية، فكل ما يغير من الوحدة البيولوجية ينعكس على الصورة الجسدية، فصورة الجسد يمكن أن يمسها تحولات أو تتأثر بتاريخ الفرد (Schilder, 1968: 201-198)

ويضيف "شيلدر" أن التغييرات الجسدية تبعث نحو عدم التطابق بين صورة الجسد الحقيقية وصورة الجسد المصوّرة فهي تمسّ حتما الجانب الإدراكي، فهذه العضوية الجسدية تصبح حاملة لشكل وبنية جديدة (Schilder, 1968, 104).

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

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

ويرى "الدسوقي" (2006) أن الأفراد الذين يعانون من خلل في شكل الجسم أو عيب خلفي أو عيب نتيجة لإصابة أو جرح فإنهم في الحقيقة يواجهون مهمتين جسيمتين:

المهمة الأولى: التغلب على الضغوط الناتجة عن تفاعلاتهم الاجتماعية مع الأشخاص العاديين الذين يُحلقون أو يُعنون النظر فيهم أو يتجنبونهم أو لا يجرون أي اتصال معهم أو يعلّقون تعليقات غير إنسانية، ومثل هذه المصاعب ربما تقوي أو تعزز الانسحاب الاجتماعي لدى هؤلاء الأفراد.

والمهمة الثانية: تتعلق بنشأة أو تكوين الصورة المرضية عن الجسم، فقد قام "كاش" (cash,1992) بمقارنة الكبار أو البالغين الذين لا يوجد لديهم نوع من التشوه المدرك ذاتياً، واكتشف أن (46%) من الأفراد الذين لا يوجد لديهم تشوه أو عيب جسمي كانت صورة الجسم لديهم سلبية، وأن حوالي (29%) فقط من الأفراد الذين لديهم تشوه أو عيب جسمي كانت صورة الجسم لديهم إيجابية علاوة على ذلك فإن (69%) إلى (58%) من الأفراد في هاتين المجموعتين على الترتيب ذكروا إحساساً مشجعاً للسعادة النفسية (الدستوقي، 2006، ص 57-58).

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

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

ويقترح "كولب وولدت" (Kolb & wouldt1979) نقلاً عن (الخطيب و آخرون، 2002) إستراتيجيتين يُمكن استخدامهما للتعامل مع التصور الجسمي أو الأبعاد الجسمية للشخص المعاق:

أولاً: مساعدة الأشخاص المعوقين على الاتصال بقوامهم من خلال التخيل والاكتشاف الذاتي والسيكو دراما والأنماط الحركية المعدلة وبالتركيز على الجوانب التي يتصّف الإحساس فيها بالخلل، ومع ذلك فمن الممكن استعادة

القدرة على إدراكا ته، فعلى سبيل المثال، القيام بتوجيه الشخص المعوق من خلال نشاطات لتطوير الوعي الجسمي تركز على كل جزء من أجزاء الجسم، وبعد ذلك مناقشة الشخص المعوق حول الإدراكات المسبقة أو الإدراكات الخاطئة لديه فيما يتعلق بمواطن الضعف ومواطن القوة الشخصية وكيف يمكن لهذه التصورات أن تحد من السلوك أو أن تطوره.

ثانياً: تشجيع الأشخاص المعوقين على التواصل مع شخص آخر من خلال الاكتشاف الجسمي التبادلي والتعبير غير اللفظي من أجل ممارسة إرسال واستقبال المعلومات الحسية، إن قيام الأشخاص المعوقين بتبادل العواطف جسمياً مع بعضهم البعض قد يكون ممارسة تساعد على الاستبصار والتمييز، ويشجع الأشخاص المعوقين على مواجهة مثل هذه الحواجز من أجل تنمية قدراتهم على التواصل الجسمي والذي يؤدي بدوره إلى تحرير الآخرين ليكونوا تلقائيين في تواصلهم الجسمي والعاطفي معهم، والتمرينات البسيطة مثل (المشي والعيون معصبة) حيث يقوم كل شخص بدوره بإغلاق عينيه ويوجهه الآخرون، توفر فرصاً فريدة للعديد من الأشخاص المعوقين ليعتمد شخص ما عليهم جسدياً (الخطيب و آخرون، 2002، ص45-46).

وهناك أخيراً، وفيما يتعلق بالشخص المعاق حسب "لوبروتون " هذا العنصر الأخير الأساسي المتمثل بالقيمة، أي بالنسبة للشخص الفاعل استبطان الحكم الاجتماعي الذي يحيط بالصفات الجسدية التي تميزه (جميل/ بشع، شاب/هرم، طويل/قصير، نحيف/ضخم،....الخ)، فحسب تاريخه الشخصي والطبقة الاجتماعية التي بداخلها يبني علاقته بالعالم، يتبني الشخص الفاعل حُكماً يطبع حينئذٍ بطابعه الصورة التي يُكوّنها عن جسده، والتقدير الذي يُكنه لنفسه، وتخضع هذه العناصر الأربعة لسياق اجتماعي، ثقافي، علائقي، وشخصي، بدونها ستكون الجسد وكذلك هوية الشخص، أمراً لا يمكن التفكير به، ومع ذلك فإن سجل القيم هو الذي يمثل هنا وجهة نظر الآخر، ويجبر الشخص لأن يرى نفسه من زاوية موالية إلى هذا الحدّ أو ذاك (لوبروتون، 1997، ص145-146)

خلاصة

يتضح مما سبق أن مفهوم الجسم هو صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسده سواء في المظهر الخارجي أو في مكوناته الداخلية و أعضائه المختلفة و تسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من الأحداث ومواقف، و بناء على ذلك فإن هذه الصورة قابلة للتعديل و التطوير و تنمو مع نمو الشخصية ، هذا و تعتبر صورة الجسم مكونا مهما من مكونات الحياة النفسية للأفراد ، و عامل أساسي في اتجاهات تحقيق الذات لذوي الاحتياجات الخاصة و من ثم فإن تشوه صورة الجسم وعم الرضا عنها قد يكون أحد العوامل التي تعيق الفرد من التوافق مع ذاته و مع بيئته ، و قد يكون ذلك سببا في معاناته من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه و سواء توافقه .

الفصل الرابع

تقدير الذات

تمهيد

1.4- مفهوم تقدير الذات

2.4- بعض المفاهيم المرتبطة بالذات

3.4- الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات

4.4- مكونات تقدير الذات

5.4- العوامل المؤثرة في تكوين تقدير الذات

6.4- مستويات تقدير الذات

7.4- أهمية تقدير الذات

8.4- النظريات المفسرة لتقدير الذات

9.4- تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا

خلاصة .

تمهيد

إن من نعم الله على العبد أن يهبه المقدرة على معرفة ذاته، والقدرة على وضعها في الموضوع اللائق بها، إذ أن جهل الإنسان نفسه وعدم معرفته بقدراته يجعله يقيم ذاته تقيماً خاطئاً فيما أن يعطيها أكثر مما تستحق فيثقل كاهلها، وإما أن يزدري ذاته ويقلل من قيمتها فيسقط نفسه. فالشعور السيئ عن النفس له تأثير كبير في تدمير الإيجابيات التي يملكها الشخص، فالمشاعر والأحاسيس التي تملكها تجاه أنفسنا هي التي تكسبنا الشخصية القوية المتميزة أو تجعلنا سلبين خاملين؛ إذ إن عطاءنا وإنتاجنا يتأثر سلباً وإيجاباً بتقديرنا لذواتنا، فبقدر ازدياد المشاعر الإيجابية التي تملكها تجاه نفسك بقدر ما تزداد ثقتك بنفسك، وبقدر ازدياد المشاعر السلبية التي تملكها تجاه نفسك بقدر ما تقل ثقتك بنفسك.

ومفهوم تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، من المفاهيم التي تتأثر بشكل واضح ومباشر بالإعاقة، وما تفرضه من قيود اجتماعية ومعرفية، ونمو على المعاق، مما يعكس على قدرته في التكيف والنمو السليم في مجالات الحياة المختلفة.

ويتناول الطالب الباحث في هذا الفصل مفهوم تقدير الذات وتعريفاته المختلفة وأهم المصطلحات والمفاهيم المرتبطة به للوقوف على حقيقة كل مفهوم، لذا تمت مناقشة الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات، وكذا مكونات تقدير الذات، وأهم العوامل المؤثرة في تكوينه، ومستوياته وأهميته، وسمات تحقيقه، ومختلف النظريات التي تناولته و تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة.

1-4 مفهوم تقدير الذات :

تقدير الذات مفهوم حديث نسبيا ، وقد شاع انتشاره أخيرا، ليس في الكتابات النفسية فقط ، ولكن الكتابات الطب - النفسية والكتابات الاجتماعية والإنسانية عموما، وتقدير الذات احد جوانب مفهوم الذات لدرجة انه في أواخر الستينات وأوائل السبعينات أصبح مصطلح تقدير الذات أكثر جوانب مفهوم الذات انتشارا بين الكتاب والباحثين (كفاي و النيبال، 1995، صفحة 47)

و يعرف تقدير الذات بأنه التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة -بالنسبة لذاته ، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض ، ويوضح أن تقدير الذات العالي يدل على أن الفرد يشعر بأنه ذو كفاءة أو قيمة ويحترم ذاته ،إما تقدير الذات المنخفض فيشير رفض الذات وعدم الاقتناع (محمد، 2000، صفحة 154)

أما كوب سميث 1967 فيرى أن ظاهرة تقدير الذات أكثر تعقيدا لأنها تتضمن اتجاهات نحو الذات تتم بالعاطفة ، كما تتضمن استجابات دفاعية ويعرف تقدير الذات بأنه ما الفرد من تقييم لذاته من حيث القدرة والأهمية، وقد اتسم اتجاه الإنسان نحو نفسه بالاستحسان والرفض (ابوجادو و علي، 1998، صفحة 171).

وتقدير الذات حسب زير مفهوم يشير إلى تقييم الفرد لذاته وتقييمه لمدى جدارته واستحقاقه ، وهذا التقييم يرتبط بدرجة أكبر بالسياق الاجتماعية الذي يعيش فيه الفرد ، فرغم إن الجوانب الجسمية لها دور في هذا التقدير إلا أنها في الحالات العادية أو الغير متطرفة يكون دورها محدودا ليفسح المجال للمثيرات الاجتماعية التي يتحدد إدراك الفرد لها إلى حد كبير لعلاقاته مع ونمط عاداته واتجاهاته التي اكتسبها من بيئته الاجتماعية، حتى إن بعض الباحثين يرون إن استجابات الفرد في البيئة الاجتماعية دالة على تقديره لذاته. (الحميد و كفاي، 1988، صفحة 392)

وتصف دوروي بريجز 1970 تقدير الذات على انه مجموع مشاعر الفرد التي يكونها عن ذاته ، بما في ذلك الشعور باحترام الذات و جدارتها ، وطبقا فان هذه المشاعر تستند إلى الاقتناع بان الذات جديرة بالحببة وجديرة بالأهمية بمعنى أن لدى الأفراد كفاية لتدبر شؤون و بيعتهم وان لديهم شيئا يقدمونه . (حسين و زهرية، 2007، صفحة 175)

أما جيرارد 1980 فيذكر تقدير الذات يشير إلى نظرة الفرد الايجابية لنفسه، بمعنى إن ينظر الفرد إلى ذاته نظرتا تتضمن الثقة بالنفس بدرجة كافية ، كما تتضمن إحساس الفرد بكفاءته و جدارته و استعدادة لتقبل الخبرات الجديدة ، و بصفة عامة يرتبط تقدير الذات بالسلوك الذي يعبر عن النمو مما يعبر عن الدفاع ، كما يعبر أصحاب التوجه في علم النفس (ابوجادو و علي، 1998، صفحة 171)،

ويعرف كل من عبد الحميد وكفاي 1988 تقدير الذات بأنه مفهوم يشير إلى تقويم الفرد لنفسه ، وهو يتضمن كلا من المشاعر الايجابية السلبية ، ويشير بصفة خاصة ثقة الفرد في نفسه وإدراكه لما كفاءته و جدارته ، ودرجة المرتفعة في هذا المتغير تعني ميل الفرد إلى الاعتماد على نفسه و توافر مشاعر الثقة بالذات وإحساس المرء بكفاءته ، و ندرة السلوك الدفاعي لعدم الحاجة إليه و تقبل الخبرات الجديدة واحترام الذات ، وتدل الدرجة المرتفعة في المتغير - بصفة عامة على الصحة النفسية و السواء ، وعندما يتكون تقدير الذات فانه يميل الى الثبات النسبي و يميل الأفراد إلى إدراك الموضوعات التي تتسق مع تقديرهم و تدعمها ، وهم إميل كذلك إلى إغفال ما يتعارض مع مستوى هذا التقدير . (كفاي و الحميد، 1988، صفحة 367)

أما وليم 1990 فيقول إن تقدير الذات هو : لان ترى نفسك على نحو معين وميلك لان تتوقع لنفسك النجاح والبراعة والكفاية والمحبة من في إي من المواقف التي تواجهك في المستقبل غير إن التعريف الأكثر قبولاً و انتشاراً لتقدير الذات وهو الذي وضعه أولاً هو أن تقدير الذات هو خبرة الفرد في أن يكون قادراً على معالجة تحديات الحياة والشعور بأنه جدير بالسعادة ومن خلال التعريفات السابقة يتبين إن تقدير الذات يتمتع بدرجة من الثبات و الديمومة إذا كان تقييم الفرد لذاته يختلف من دور لآخر إلا تقدير الذات يشمل تقييم الفرد الذاتي بأهمية هذه المواقف و الأدوار .

يستخدم المصطلح تقييم الذات إلى الحكم الذي يصدره الفرد على كفاءته ودرجته ويستند هذا التقييم إلى ما مر به الفرد من مواقف التي اختبر فيها و إصدار أحكامه على هذه القدرات وعلى هذا الأداء بناءً على ما لديه من معايير و قيم.

2.4- بعض المفاهيم المرتبطة بالذات:

مفهوم الذات تعرفه بأنه أدراك الفرد لذاته في أبعادها الجسدية والانفعالية والعقلية والاجتماعية كما يتضمن تقديرنا للقوة والقصور في شخصيتنا وتحقيق عملية تنمية قدرات ومواهب الذات الإنسانية وفهم الفرد لذاته وتقبله لها مما يساعد على تحقيق اتساق والتكامل ما بين مقومات الشخصية والتوافق بين الدوافع والحاجات الناتجة عن ذلك.

تنظيم الذات: ويتضمن تحكم الفرد في سلوكه الحالي وميله إلى ضبط النفس والتحكم الذاتي لتحقيق النفسي الداخلي

الشعور نحو الذات: ويتكون في النفس نتيجة للتقدير والمدح والتفوق الاجتماعي والنجاح

الشعور السلبي نحو الذات: ويتكون داخل النفس نتيجة لشعور بالرفض الاجتماعي ونقص الكفاءة الاجتماعية

الرضا النفسي: ويتضمن شعورا بالارتياح نتيجة لحاجاته ودوافعه الشخصية مثل الحاجات للتقدير والمدح والنجاح

القوة الأنا: ويشير إلى توافق الفرد مع ذاته ومجتمعه على خلوه من الاضطرابات والقدرة على التكيف في مواجهة

مشكلات الحياة

تقبل الذات: وهو اتجاه شخصي يكونه الفرد عن نفسه ويعتبر أهمية خاصة بالنسبة له وعادة ما يبينه الفرد بعد

معرفته التامة بقدراته واستعداداته ومحدداته الذاتية ويدخل في ذلك جوانب في القوة والضعف في الذات ومحاسن

وعيوبه و أخطائه ويعد من أهم مقومات الشخصية السوية.

3.4- الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات

أن الكثير من الباحثين يخلطون بين تقدير الذات ومفهومها على الرغم من وجود فرق كبير بينهما حتى

ولو انه يوجد ترابط بين كلاًهما وقد قدم كوبر سميث تعريفاً للفرقة بينهما مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص

ورأيه عن نفسه أما تقدير الذات يتضمن التقييم الذي يصنعه وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه مع اعتباره

لذاته ولهذا فان تقدير الذات يعبر عن اتجاه القبول أو الرفض ويشير إلى معتقدات الفرد اتجاه ذاته فهو خبرة ذاتية

ينقلها عن طريق تقارير لفظية.

وفي الأبحاث التي قام فوكس ميز بين الاصطلاح الوصفي مفهوم الذات والاصطلاح الوجداني تقدير الذات

ففي تعليقه يقول أن مفهوم الذات يشير إلى وصف الذات من خلاله استخدام سلسلة من الجمل الإخبارية مثل

أنا رجل وذلك لتكوين وصياغة صورة شخصية متعددة الجوانب تقدير الذات فيهتم بالعنصر لمفهوم الذات حيث

يقومون بصياغة خاصة بقيمتهم الشخصية كما يرونها ، وببساطة فان مفهوم الذات يسمح للفرد بأن يصف نفسه

في تجربة مثيرة ، تقدير الذات فيهتم بالقيمة الوجدانية التي يربطها الفرد بأدائه خلال هذه التجربة (الدوسري

وحرير، 2000، صفحة 87)

ونستنتج مما سبق هناك فرقا بين مفهوم الذات وتقدير الذات ، فمفهوم الذات هو التعريف الذي يضعه

الفرد لذاته أو الفكرة التي يكونها الفرد عن ذاته تقدير الذات فهو التقييم الذي يضعه الفرد لذاته بما فيها من

الصفات

4.4- مكونات تقدير الذات

حسب أتكنسون تقدير الذات منذ الطفولة ويعتمد على اتجاهات الوالدين وأراء إلى جانب خبرة الأطفال في السيطرة على البيئة التي يعيشون فيها في السنين الأولى من العمر ، وتنشأ مشاعر الأطفال حول قيمهم وقدراتهم من داخلهم ، وتعتمد بشكل أعلى على الاستجابات الفورية الصادرة عن أولئك الذين حولهم وبمرور الوقت يصبح لتطور تقدير الذات صلة بالجماعات الأخرى مثل الأصدقاء والأسرة، إذا يحاول الأطفال أن يجدوا مكانهم في الجماعات من خلال الأصدقاء و الأندية و فعندما يتعلم الأطفال المشي يستكشفون بيئتهم ويلعبون ويتحدثون وينخرطون في جميع التفاعلات الاجتماعية، وهم ينظرون إلى والديهم والراشدين من أجل ردود أفعالهم وهكذا فان تقدير الذات يتطور مبدئيا نتيجة للعلاقات الشخصية داخل الأسرة فالمدسة ثم المجتمع الكبير (أبوأسعد و أحمد، 2009، صفحة 69)،

ويعرف تكوين الذات بأنه تكوين معرفي وموحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات، والذي يبلوره الفرد ويعتبره تعريفا لذاته، ويساهم في تكوين هذا الشعور ثلاثة مكونات تتفاعل معا لتعطي الذات الكلبي، هذه المكونات هي:

ـ **الذات المدركة** : وهي الفكرة الفرد عن نفسه

ـ **الذات الاجتماعية** : وهي الصورة التي يعتقد الفرد أن يتصورونها عنه

ـ **الذات المثالية** : وهي صورة المثالية التي يتمنى الفرد أن يصل إليها (فادية، 2003، صفحة 253)

ويتكون تقدير الذات حسب روبرت (2005) من عنصران أساسيان هما الكفاءة الذاتية وقيمة الذات

ـ **الكفاءة الذاتية**: (performance de soi): وهي تمتع الفرد بالثقة بالنفس وإمانه بقدرته على التكيف والتعامل مع التحديات الأساسية في الحياة

ـ **قيمة الذات**: (valeur de soi): وتعني قبول الفرد لنفسه دون شروط أو قيود وأن يكون لديه شعور بأنه أهل للحياة وجدير بأن يبلغ السعادة فيها مما يجعله يشعر بالرضا عن نفسه. (ماهى و روبرت، 2005، صفحة 22)

ويتضمن مفهوم تقدير الذات حسب وعبد الحق ، حسين و زهرية (2007) من عمليتين إحداهما إدراكية والأخرى وجدانية و فهو ينمو ويتطور من خلال عملية إدراكية تتمثل في تقييم الفرد لنفسه، ومن خلال عملية وجدانية تتمثل في إحساسه بأهميته وجدارته (زهرية، 2007، صفحة 112)

5.4-العوامل المؤثرة في تكوين تقدير الذات

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

1.5.4 - العوامل الشخصية

تتعلق بالفرد نفسه وتشمل هذه العوامل ما يلي:

1.1.5.4 _صورة الفرد عن ذاته: حيث تؤدي صورة الذات دورا هاما في سلوك الفرد ، حيث تتضمن صورة

الذات دائما الخصائص والصفات والإمكانيات التي تميز شخصية الفرد كما أنها تعكس له آراء عنه، حيث يكون لها غالبا الشكل

2.1.5.4 _ الخصائص الجسمية: تؤدي الخصائص الجسمية دورا كبيرا في تحديد صورة الفرد عن ذاته ومفهومه

عنها ، ويبدأ اهتمام الفرد بجسمه منذ الطفولة المبكرة ، حينما يجد الطفل في هذه المرحلة صعوبة في التوحد مع جسمه ، ولذلك يحاول الطفل _ منذ وقت مبكر_ أن يكتشف أجزاء جسمه كلها وحينما يصل إلى سن الخامسة يقارن نفسه بغيره من الأطفال حتى يصل إلى مرحلة المراهقة ، وعلى ذلك فصورة الجسم تتأثر بالخصائص الموضوعية التي تعتمد على معايير اجتماعية مثل رأي من ، والتقييم الدائم بين الحسن يشكّل جانبا أساسيا في مدى تقدير الفرد لذاته (رمضان رشيدة ، 2000، الصفحة212)

3.1.5.4 _القدرات العقلية للفرد: إن ذكاء الفرد وسماته الشخصية والمرحلة العمرية والتعليمية التي يمر بها

الفرد تؤثر على تقديره لذاته ، فالقدرة العقلية تؤدي دورا هاما في التأثير على التصور الذاتي وبالتالي تقديره لها ، ومن هنا يبدأ الطفل ينظر إلى نفسه وتتضح هذه العملية أكثر في مرحلة المراهقة ، حيث أن المراهقة تتمتع بإطار مرجعي _ يفتح على العالم الخارجي _ ومع التقدم في السن نجد أن التركيز ينتقل من القدرة العقلية إلى القدرات الطائفية مثل القدرة اللغوية ، القدرة الميكانيكية والقدرة الفنية و وبذلك يستطيع الفرد أن يفهم قدراته الحقيقية ويتمكن من تكوين صورة لذاته يرضي عنها أو يرفضها ، ورضا الفرد عن ذاته في هذه الحالة يعتمد على كيفية تقييمه للمظاهر التي يكشفها في ذاته والتي يعمل الكبار المحيطين به على إحاطته(ظاهر، 2008، صفحة 38)

2.5.4_ العوامل البيئية:

تتعلق البيئة الخارجية و المجتمع، وتجدد الإشارة إلى أن العوامل البيئية تتعدد و تختلف في درجة تأثيرها على مفهوم تقدير الذات للفرد، وفيما يلي عرض لأهم تلك العوامل:

البيئة الاسرية: تعتبر الاسرة العامل الاساسي في التنشئة الاجتماعية و تعد العلاقات الاسرية من أكثر العوامل تأثيرا في تشكيل المكونات الشخصية، اذ يتفق علماء النفس بوجه عام ان الخبرات الاولى التي يمر بها الطفل في غاية الاهمية، وان التجارب المبكرة تزود الطفل بالمؤشرات المبدئية عما اذا كان مقبولا ام لا، جديرا بالثقة او غير جدير بها.

وتتنوع البيئة الأسرية الى التنشئة الأسرية والأساليب التي يستخدمها الوالدين في التربية و كذا غياب احد الوالدين او مرضه، وهو ما ذهبت اليه دراسة ليتوفسكي و ديوسك (Litofski et dusk 1985) ان الاسر التي يتصف بها الآباء بالدفاء والتسامح و المحبة كان فيها أطفال أكثر تقديرا ايجابيا للذات من الأسر التي يتصف بها الآباء بالقسوة و السيطرة(ظاهر، 2008، صفحة 93)

كما توصلت دراسة "فارب" (farb1971) (mussim 1973) إن الأطفال الذين لم يحصلوا على عطف كافي كانوا اقل تقديرا للذات و اقل توافقا في علاقاتهم الاجتماعية، كما أنهم يفتقدون لعنصر الإبداع و الدافعية . (ظاهر، 2008، صفحة 84)

3.5.4_ الدور الاجتماعي للفرد: يعتبر تصور الفرد لذاته من خلال الأدوار الاجتماعية التي يقوم العوامل الهامة التي تساهم في في مستوى تقديره لذاته ، حيث يرى "زهران" (1997) ان تصور الذات من خلال الادوار الاجتماعية ينمو مع نمو الذات، ويؤكد علماء النفس ان التفاعل الاجتماعي السليم و العلاقات و التفاعلات الاجتماعية الناجحة تعزز الفكرة السليمة الجدية عن الذات، وان مفهوم الذات الموجب يعزز نجاح التفاعل الاجتماعي بل يزيد العلاقات الاجتماعية نجاحا (زهران، 1997، صفحة 65).

4-6. مستويات تقدير الذات:

ترى "الظاهر" (2008) مستوى تقدير الذات هو نتاج لتلك الصورة التي يكونها الفرد عن ذاته، وذلك من خلال العلاقة التي يرتبط بها الفرد بالمجتمع الذي يعيش فيه، حيث يكتسب الفرد من خلال تفاعلاته مع الجماعة، الكثير من الخبرات المتنوعة والمتعددة التي يكتسبها منذ الطفولة، وفي نمو علاقاته مع الجماعة ومن خلال نمط

التفاعل و الاحتكاك يبدأ الفرد في تكوين صورة عن ذاته، وباكتمال هذه الصورة يكون مستوى تقدير الفرد لذاته من حيث مدى الارتفاع أو الانخفاض لهذا التقدير (ظاهر، 2008، صفحة 55).

4-6-1. المستوى المرتفع لتقدير الذات:

إن تقدير الذات الايجابي يعني وجود مشاعر ايجابية نحو الذات حيث يشعر الفرد بأهمية نفسه و احترامه لها، انه متقبل من الآخرين، ويثق في نفسه وفي الآخرين، ويشعر بالكفاءة فلا ييأس أو ينسحب عند الفشل، ويميل الأفراد ذوو التقدير المرتفع للذات إلى أن يكونوا واثقين من أنفسهم و مستقلين ومتحملين للمسؤولية ومتفهمين و متفائلين بما سوف تأتي به الحياة، وعلى هذا فان تقدير الذات المرتفع هو احد المفاهيم الأساسية للتوافق في مختلف مجالات الحياة (الكفاي، 1997، صفحة 503).

ويرى كوبر سميث (1998) أن الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع يعتبرون أنفسهم أشخاصا هامين يستحقون الاحترام والتقدير والاعتبار، فضلا عن ان لديهم فكرة محددة و كافية لما يضمنونه صوابا كما أنهم يتمتعون بالتحدي ولا يضربون عن الشدائد، بينما يعتبر ذوو التقدير المنخفض للذات أنفسهم غير هامين جدا و غير محبوبين، ولا يستطيعون فعل أشياء يودون فعلها مما يفعله الكثيرون، و يعتبرون ان ما يكون لدى الآخرين افضل مما لديهم (رمضان، 2000، صفحة 218).

ويتضمن ارتفاع مستوى تقدير الذات الشعور بالرضا عن الذات و الاعتزاز بها، لكنه لا يعني بأي حال من الاستعلاء و الغرور ، الذين يتمتعون بمستوى عالي من تقديري الذات لا يعتبرون و اعلي من الآخرين بل ينافسون أنفسهم (مالهى و روبرت، 2005، صفحة 11)

4_6_2. المستوى المنخفض لتقدير الذات:

يصف "روزنبرج" (1997) الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض بأنهم يظهرون ميول عصابية يعانون من صعوبة صعوبة و تردد في العلاقات الاجتماعية كذلك فان توقعاتهم تكون متدنية و تنقصهم الثقة بالنفس و في تفسير هذه الميول يشير "روزنبرج" إلى اثر المحيط الاجتماعي للفرد على خبراته المباشرة بعد الأمان و التقييم السلبي وعدم وجود مساندة له و يضيف أنهم أكثر اتكالا على الآخرين ويميلون إلى الخجل وهم أكثر احتراسا و يضعون واجهة دفاعية ويشعر هؤلاء الأشخاص بالرفض و عدم الرضا عن الذات كما أنهم يفقدون احترام ذاتهم و يرون بأنهم بدون قيمة و أنهم ضعفاء و يعانون من عقدة النقص لذا فان الفرد ذا تقدير الذات

المنخفض يكون مترددا في ان افرد يحفظ اتساق الذات عن طريق وضع تطلعات منخفضة و التوقع بالأداء المتدني و بذلك يكون قد عمل على حفظ تقدير ذاته بتجنب الفشل(ضيدان، 2003، صفحة 29.30)

ويضيف كفاي (1997) ان اصحاب التقدير الذات المنخفض يكونون اعتماديين و متشائمين وشكاكين وقلقين وغير واقعيين و غير رقادرين على تقبل المساعدة من الاخرين عندما يكونون بحاجة اليها (الكفاي، 1997، صفحة 503)

أما بالنسبة للأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع فيصفهم " رو زبيرج " بأنهم لديهم الشعور بالكفاءة و يحترمون ذاتهم كما يوضح بأنه لا يقصد بالفرد الذي يتميز بان تقدير ذاته مرتفع بأنه شخص مغرور أو متعالي و لكنه يقصد بأنه يحترم ذاته و يرى انه إنسان ذو قيمة و انه يقدر مميزاته و لكن يدرك عيوبه وهي عيوب يطمح و يتوقع أن يتخطاها و هذا الشخص لا يرى بالضرورة انه أفضل من معظم الآخرين و لكنه لا يعتبر نفسه أسوأهم ان علماء النفس يقسمون التقدير الذاتي الى قسمين هما:

-التقدير الذاتي المكتسب هو التقدير الذاتي الذي يكتسبه الشخص خلال انجازاته فيحصل الرضا بقدر ما أدى من نجاحات فهناك بناء التقدير الذاتي على ما يحصله من انجازات .

- التقدير الذاتي الشامل يعود للافتخار بالذات فليس مبني أساسا على مهارات محددة أو انجازات معينة فهو يعني أن الأشخاص الذين أحققوا في حياتهم العملية لا يزالون ينعمون بالدفاء و التقدير الذاتي العام و حتى و أن أغلق في وجوههم باب الاكتساب و الاختلاف الأساسي بين المكتسب و الشامل يكمن في التحصيل و الانجاز الأكاديمي ففكرة التقدير الذات المكتسب تقول أن الانجاز يأتي أولا ثم يتبعه التقدير الذاتي بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل و التي هي اعم من حيث المدارس تقول أن التقدير الذاتي يكون أولا ثم يتبعه التحصيل والانجاز(مالهي و روبرت، 2005، صفحة 11)

4-7. أهمية تقدير الذات :

إن تأثير لذات العميق على جميع جوانب الحياة الاجتماعية فهو يؤثر على طريقة تفاعل الفرد مع الآخرين بتأثيرهم عليه أو تأثره بهم وهو بذلك مفتاح لكل النجاح الذي يتلقاه الفرد و تتمثل أهمية تقدير الذات حسب "مالهي و ريزنر " (2005) فيما يلي:

4_7_1. تقدير الذات و السلوك البناء: يعتبر تقدير الذات من أهم السلوك البناء و المثمر فعندنا يعتبر الفرد نفسه أهلا لانجاز عمل فانه سيكون جديرا بالنجاح فيه و قادر على بلوغ الأهداف الصعبة.

4_7_2. تقدير الذات و الأداء في العمل : أشارت الدراسات و الأبحاث أن الموظفين الذين يتمتعون بتقدير مرتفع للذات هم أكثر قدرة للإنتاج و أكثر قابلية للعمل، كما أنهم أقل سلبية بالضغط المستمرة كغموض الدور و الصراع، و عموما هم أسرع استجابة للتغيير و أقل اتخاذا للمواقف الدفاعية، حيث توصلت دراسة "جالوب" (1992) أن (89 بالمئة) من المحيين يرون أن تقدير الذات يعتبر عاملا مهما جدا في التحفيز للعمل و تحقيق النجاح.

4_7_3. تقدير الذات و القيادة: يتمتع الأفراد ذوي القوة على القيادة بتقدير عال يجعلهم يتسمون بالحسم والاستعداد لاتخاذ قرارات قوية و مهمة و الثقة في القدرات الشخصية ، فتقدير الذات يلعب دورا حاسما و ضروري في صنع القرارات و التطبيق الفعلي لها، و يستنتج "هيل" ذلك بقوله: أن الافراد الذين يستطيعون التأثير على الاخرين.

4_7_4. تقدير الذات والعلاقات الشخصية: في كتابتها المتعددة تقول "ساتير" تنبع العلاقات البشرية الطيبة و السلوكيات الملائمة من أشخاص يتمتعون بتقدير لذواتهم و إحساس بقيمتهم. (مالهى و روبرت، 2005، الصفحات 7-10)

4-8. النظريات المفسرة لتقدير الذات:

هناك عدة نظريات حاولت تفسير تقدير الذات من حيث: نشأته، و نموه، و أثره على سلوك الفرد بشكل عام، و تختلف تلك النظريات باتجاهات صاحبها و منهجه في إثبات المتغير الذي يقوم على دراسته ومنها:

4-8-1. نظريات ويليام جيمس (1890):

يعتبر "ويليام جيمس" من مؤسسي علم النفس الحديث و تعد نظريته في مفهوم الذات نقطة الانتقال بين الطرق القديمة و الحديثة في دراسة الشخصيات و الذات، فقد أعطى للنفس صفة ديناميكية و ذلك فيما ذكره بشأن اصطلاح المحافظة على الذات و البحث عنها، وعن طريق جيمس أيضا استخدم مصطلح نظرة الذات ومصطلح الضي عن الذات وتقديرها.

واعتبر "جيمس" أن الذات تعني المظاهر الروحية و المادية و الاجتماعية، الذات المادية تمثل ممتلكات الفرد المادية و الأسرية، و تتضمن الذات الروحية انفعالات الفرد و ميوله و قدراته العقلية، بينما تمثل الذات الاجتماعية و الاعتبار الذين يتلقاها الفرد من الآخرين و وجهة نظرهم نحوه. (الشرابعة، 2006، الصفحات 170-171)

و يرى "جيمس" أن الذات هي المجموع الكلي لكل ما يدعي الفرد بأنه له كالجسد و القدرات المختلفة و الأسرة و الأصدقاء و المهنة و الهوية و الممتلكات المادية، و قد ميز بين جانبيين للذات هما: الذات كموضوع و الذات كعملية، و تشير الذات كموضوع إلى فكرة الفرد عن ذاته و الذات كعملية إلى الفاعلية التي تتكون من عدة عمليات مختلفة كالتفكير و التذكر والادراك. (بجي، 2008، صفحة 122)

4-8-2. نظريات كارل روجر (1951)

تعتبر كتابات "روجرز" (1951) عن الذات أكثر ما قدم في هذا المجال تنظيماً و اكتمالاً، كما أنه أول من وضع إطاراً متكاملًا لنظرية الذات من الناحية النظرية و التطبيقية، و يتضح من ذلك في أسلوبه المعروف بالعلاج المتمركز حول العميل، و تعتبر الذات مفهوماً محورياً في نظرية روجرز للشخصية، و يعرفها بأنها: تنظيم عقلي معرفي منظم من المدركات و المفاهيم و القيم الشعورية التي تتعلق بالسمات المميزة للفرد و علاقاته المتعددة و تتمثل خصائص الذات فيما يلي:

- تنمو الذات من التفاعل بين الكائن الحي و بين البيئة التي يعيش فيها و خاصة المحيطة به.
- يمكن للذات أن تُستوعب و تتمثل قيم الآخرين و تدركها بطريقة مشوقة.
- يمكن للذات أن تُستوعب و تتمثل قيم الآخرين و تدركها بطريقة مشوقة.
- أن الذات قابلة للتعديل نتيجة للنضج و التعلم.
- في العلاج الناجح تظهر تغيرات على الذات و تصبح أكثر واقعية، و يحق الكائن ذاته، أي أن "روجرز" يرى أن أقصى درجات النمو في الشخصية تتمثل في حالة توافق تام بين المجال الظاهري و بين الذات، وفي حالة التحقق فإنها تحرر الفرد من التوتر الداخلي، و تمكنه من تحقيق استقرار نفسي. (رمضان، 2000، صفحة 98).
- و يؤدي تطور الوعي بالذات حسب "روجرز" إلى نمو حاجتين مترابطتين تهدفان إلى حفظ الذات و تدعيمها و تتمثل فيما يلي:
- الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين: هي تلك الحاجة التي تدفع الشخص للحصول على التقبل و الحب و الرعاية و الاحترام من طرف المحيط .

- الحاجة إلى الاعتبار الذاتي (التقدير الذاتي): إن الفرد لا يحتاج إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين بل أيضا من ذاته، و تنمو الحاجة الى الاعتبار الذاتي من خبرات الذات المرتبطة بإشباعها أو إحباطها (دويدار، 1999، صفحة 38)

4-8-3. نظرية روزنبرج (1965):

تدور أعمال "روزنبرج" حول محاولته دراسة نمو و ارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته، و سلوكه من زاوية المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط بالفرد، و قد اهتم "روزنبرج" بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم، و وسّع دائرة اهتمامه بعد ذلك بحيث شملت ديناميات تطوّر صورة الذات الايجابية في مرحلة المراهقة، و اهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته، و عمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في اطار الأسرة و أساليب السلوك الاجتماعي اللاحق للفرد فيما بعد، كما اهتم بشرح و تفسير الفروق التي توجد بين الجماعات في تقدير الذات مثل تلك التي بين المراهقين الزوج و المراهقين البيض، و التغيرات التي تحدث في تقدير الذات في مختلف مراحل العمر.

والمنهج الذي استخدمه "روزنبرج" هو الإعتماد على مفهوم الاتجاه باعتباره أداة محورية تربط بين السابق واللاحق من الأحداث و السلوك، و أعتبر "روزنبرج" أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، و طرح فكرة أن الفرد يُكوّن اتجاهها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها، و ما الذات إلا أحد هذه الموضوعات و يُكوّن الفرد نحوها اتجاهها لا يختلف كثيرا عن الاتجاهات التي يكوّنها نحو الموضوعات الأخرى، و لكنه فيما بعد عاد و اعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف ولو من الناحية الكمية عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى. (ابوجادو و علي، 1998، صفحة 171).

4-8-4. نظرية كوبر سميث (1967):

أما أعمال "سميث" فقد تمثلت في دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة الثانوية، و على عكس "روزنبرج" لم يحاول "سميث" ان يربط أعماله في تقدير الذات بنظرية اكبر و أكثر شمولا ، و لكنه ذهب الى ان تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب ، و لذا علينا ان لا ننغلق داخل منهج واحد او مدخل معين لدراسته ، بل ان علينا ان نستفيد منها جميعا لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم ، و يؤكد "سميث" بشدة على أهمية تجنب وضع الفروض غير الضرورية .

وإذا كان تقدير الذات عند " روزنبرج " ظاهرة أحادية البعد ، بمعنى أنها اتجاه نحو موضوع معين ، فإنها عند " كوبر سميث " ظاهرة أكثر تعقيدا لأنها تتضمن كلا من عمليات تقييم الذات ، كما تتضمن ردود الفعل او الاستجابة الدفاعية ، و اذا كان تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقييميه نحو الذات فان هذه الاتجاهات تتم بقدر كبير من العاطفة ، فتقدير الذات عند كوبر سميث هو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمنا الاتجاهات التي يرى انها تصفه على نحو دقيق ، و يقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته الى قسمين : التعبير الذاتي و هو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها ، و التعبير السلوكي و يشير الى الأساليب السلوكية التي تفحص عن تقدير الفرد لذاته ، التي تكون متاحة للملاحظة الخارجية.

ويميز " كوبر سميث " بين نوعين من تقدير الذات ، تقدير الذات الحقيقي ، ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذو قيمة ، و تقدير الذات الدفاعي ، و يوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم ذوي قيمة ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور و التعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الآخرين ، وقد ركز كوبر سميث على خصائص العملية التي تصبح من خلالها مختلف جوانب الظاهرة الاجتماعية ذات علاقة بعملية تقييم الذات ، و قد افترض في سبيل ذلك أربع مجموعات من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي : النجاحات ، و القيم ، و الطموحات و الدفاعات . (ابوجادو و علي، 1998، صفحة 172).

5-8-4. نظرية زيلر " Zeller, 1969 :

وقد نالت اعمال "زيلر" شهرة اقل من سابقيتها و حظيت بدرجة اقل من الذبوع و الشبوع و الانتشار وهي في نفس الوقت أكثر تحديدا و اشد خصوصية ، فزيلر يرى ان تقدير الذات ما هو الا البناء الاجتماعي للذات ، و ينظر زيلر الى تقدير الذات من زاوي نظرية المجال في الشخصية ، ويؤكد ان تقييم الذات لا يحدث ي معظم الحالات الا في الاطار المرجعي الاجتماعي، و يصف زيلر تقدير الذات و العالم الواقعي، و على ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية، فان تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك.

وتقدير الذات طبقا " لزيلر " مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من ناحية و قدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثبرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى ، لذلك فانه افترض ان الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل، تحظى بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه، ان تأكيد زيلر على العامل الاجتماعي جعله يسم مفهومه و يوافقه النقاد على ذلك، بأنه تقدير الذات الاجتماعي، و قد ادعى ان المناهج

و المداخل الأخرى في دراسة تقدير الذات لم تعط العوامل الاجتماعية حقها في نشأة و نمو تقدير الذات (ابوجادو و علي، 1998، صفحة 174)

4-9. تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا :

لقد أصبحت دراسة تقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة من القضايا التي توليها الدراسات النفسية اهتماما خاصا ، و يحتل تقدير الذات مركزا مرموقا في نظريات الشخصية ، و يعد من العوام المهمة والمؤثرة في السلوك ، و فكرة الشخص المعوق جسميا لذاته، هي النواة الرئيسية التي تقوم عليه شخصيته ذلك إن كثيرا ما تحتل إرادة الفرد من اثر الإعاقة الجسمية، و ذلك بسبب ضعف وظيفة الذات ذلك أن الإحساس بذاته الشخصية احد المقومات الهامة للصحة الشخصية، و لا يمكن أن نعتبر شخصا سليما اذا افتقر إلى الشعور بذاتيته مما يترتب عليه ظهور الاضطرابات الشخصية، و هي عبارة عن سلسلة من أساليب السلوك الشاذة التي تتميز بعدم قدرة الفرد على العمل وفقا للمعايير الاجتماعية (فرحات، 2004، صفحة 17)

وقد حظيت تأثيرات الإعاقة الجسمية على مفهوم الذات و التصور الجسمي و التفاعلات الاجتماعية.

وبرتبط تأثير الإعاقة الجسمية على مفهوم الذات أيضا بشخصية الفرد قبل حدوث الإعاقة ، فإذا كان مفهوم الذات لدى الشخص ضعيفا في الماضي ، أو إذا كان لديه مشاعر بعدم الكفاية ، فالإعاقة قد تزيد تلك المشاعر و بالمثل ، فإن الشاب العنيف الذي تعرض لحادث سير فعانى من إصابة في النخاع الشوكي قد يظهر عدائية و عنفا شديدين ، كما أن الإعاقة الجسمية تؤدي إلى ضعف وظيفة الذات ، و عادة ما يلجأ المعوقون جسميا إلى الأساليب الدفاعية مثل حيل الإنكار لفقد عضو ، كل هذه المحاولات غير الواقعية و الخيالية لها تأثير على وظائف الذات ذلك أن تشويه صورة الجسم يؤدي بدوره إلى تشويه للذات ، مما يترتب عليه فشل الذات في التحكم في الصراع الحقيقي مع الواقع و هذا يعتبر تفكك للذات (فرحات، 2004، الصفحة 58)

إن قدرة المعاق حركيا على بناء ذات إيجابية ليس أمرا من السهل تحقيقه ، خاصة عندما يكون خاضعا لظروف بيئية قاسية ولكن الضغوط الإنفعالية بشكل خاص من أكثر العوامل تأثيرا على مفهوم الذات لدى المعوق حركيا ، فهي تؤدي إلى تعرضه لخبرات انفعالية تتميز بالجوانب التالية :

— إن أي تغير في حالة الجسم يؤدي إلى نوبات من الإستثارة أو بالعكس أي نوبات من هدوء النشاط المؤدي إلى الشعور بالإكتئاب أحيانا.

- الشعور بمظاهر سلوكية متنوعة مثل النزوع إلى العدوان ، أو الإلحاح في طلب أو إبداء مشاعر الحب أو الشعور بالرغبة في الهرب من الموقف كلية لعدم القدرة على مواجهة الواقع .
- الشعور بمشاعر ذاتية مصاحبة لتلك الإنفعالات و التي تساهم في جعل تلك الإضطرابات الإنفعالية ذات صبغة ذاتية متميزة

فالمشكلة الحقيقية للمصاب هي ليست مشكلة حادثة تسبب عنها بتر الذراعين أو الساقين ، وهي ليست مشكلة فقد عمل و محاولة الحصول على عمل آخر مناسب ، وإنما هي مجموعة من المشاكل أهمها جميعا هو اتجاه المصاب نحوها والصورة التي كونها عن نفسه و عن علاقته بالآخرين عن ألامه و أماله ، عن مخاوفه و مشاعره ، عن خجله و كبريائه، عن تردده و ارتبائه عن كل ذلك ، ومن الظواهر الجيرة بالتسجيل أن شدة الانفعالات لا تتناسب مع شدة الإصابة ، فهناك من يصورون المسائل أكبر من اللازم ، فيصابون بالذعر لإصابة تافهة فتنتابهم الهواجس و المخاوف و يحزنون بشدة بالغة ،على حين نجد الآخرين على العكس من ذلك تماما (مجيد،2008، الصفحة 203-204).

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

خلاصة

إن حقيقة الاحترام والتقدير تنبع من النفس، إذ أن الحياة لا تأتي كما نريد فالشخص الذي يعتمد على الآخرين في تقدير ذاته قد يفقد يوماً هذه العوامل الخارجية التي يستمد منها قيمته وتقديره وبالتالي يفقد معها ذاته، لذا لا بد أن يكون الشعور بالتقدير ينبعث من ذاتك وليس من مصدر خارجي يُمنح لك. والاختبار الحق لتقدير ذاتنا هو أن نفقد كل ما نملك، وتأتي كل الأمور خلاف ما نريد ومع ذلك لا نزال نحب أنفسنا ونقدرها ونعتقد أننا لا زلنا محبوبين من قبل الآخرين.

و تقدير الذات لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ولا يتأثر بالعوامل البيئية فقط , لكنه يتأثر أيضا بعوامل شخصية مثل ذكاء الفرد وقدراته العقلية وسماته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية ومستوى تحصيله الأكاديمي

كما أن القصور الجسماني وما يصاحبه من تحقير اجتماعي يتسبب في مشاكل نفسية تتحكم معالجتها ويتسبب فقدان التقييم الموضوعي للذات والشعور بالدونية المتمخض عن القصور والتحقير الاجتماعي المصاب له في عدم توافق صاحبه شعور بإحباط ويضطر المعوق صيانة لذاته إلى اللجوء إلى دفاعية ليتوافق مع محيطه وبذلك يمكن اعتبار أن شخصية الفرد ذو الاحتياجات الخاصة وما يتصف به من خصائص ما هو إلا محصلة لتفاعل بين ذاته ككائن ذي إعاقة والبيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها وانطلاقاً من أن هذا الكائن لا يعيش بمعزل عن الآخرين.

الفصل الخامس

المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

تمهيد

1.5- الجهاز العصبي

2.5- مفهوم الجلطة الدماغية

1.2.5- أنواعها

2.2.5- أسبابها

3.2.5- أعراضها

4.2.5- العوامل المساعدة لحدوثها

3.5- تأثير الجلطة على الدماغ

3.5- المضاعفات الناتجة عن الجلطة الدماغية

5.5- طرق الوقاية من الجلطة الدماغية

6.5- الشلل الدماغى

1.6.5- مفهوم الشلل النصفي الطولى

2.6.5- أسبابه

3.6.5- أعراضه

4.6.5- علاج الشلل النصفى

7.5- خصائص المرحلة العمرية (55-70) سنة

8.5- بعض التمارين المنزلية التى ينصح بها للمرضى الشلل النصفى الطولى

9.5- بعض الأوضاع السليمة لمرضى الشلل النصفى الطولى

خلاصة

تمهيد

يعتبر مرض الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية من أخطر الأمراض التي من الممكن أن تصيب الإنسان، وتقدر بعض المصادر ومنها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية أن ما نسبة ثلاثة بالمائة من سكان أي مجتمع يعانون من الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية إذ تعتبر الجلطة السبب الأول للعجز والإعاقة لدى الراشدين والسبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب في الدول المتقدمة، فيما تعتبر السبب الأول للوفاة في الدول النامية وفق منظمة الصحة العالمية. لكن تزيد خطورتها في المنطقة بسبب قلة الوعي بخطورة هذا المرض الذي يقتل شخصاً في كل ساعة. لذا خصصنا هذا الفصل الى دراسة الجهاز العصبي، و الجلطة الدماغية ومسبباتها وأنواعها والشلل النصفي لدي المسنين وخصائص المرحلة العمرية وبعض التمارين المنزلية والأوضاع السليمة التي ينصح بها للمرضي الشلل النصفي الطولي.

1.5- الجهاز العصبي:

يقسم إلى جهاز عصبي مركزي و جهاز عصبي محيطي، يتألف الجهاز العصبي المركزي من الدماغ والنخاع الشوكي في حين يتألف الجهاز العصبي المحيطي من جميع العصبونات التي لاتقع ضمن نطاق الجهاز العصبي المركزي وغالبية العظمى تدعى الأعصاب (وهي الامتدادات المحورية للخلايا العصبية) تعتبر من ضمن الجهاز العصبي المحيطي ويتم تقسيمه الى جهاز عصبي جسدي somatic nervous system وجهاز عصبي تلقائي autonomie nervous system، الجهاز العصبي الجسدي أو الطرفي هو المسؤول عن توجيه حركات الجسم واستقبال المنبهات الخارجية ، أما التلقائي فهو جزء مستقل يعمل على تنظيم الوظائف الداخلية للجسم.

1.1.5- الجهاز العصبي المركزي (cns) central nervous system

يمثل الجزء الأضخم من الجهاز العصبي العام، واجتماعه مع الجهاز العصبي الجسدي و الجهاز العصبي التلقائي يشكل الجهاز العصبي الذي يلعب الدور الرئيسي في التحكم بسلوك وتصرفات الإنسان.

محمل الجهاز العصبي المركزي يتكون من الصفيحة العصبية neural plate وهي منطقة متميزة من الأديم الظاهر ectoderme الطبقة الأعلى من طبقات الجنين الثلاث، خلال النمو الجنيني تنطوي الصفيحة العصبية وتشكل الأنبوب العصبي neural tube التجويف الداخلي من الأنبوب العصبي سيعطي لاحقا الجهاز البطني (الأحشاء) ventricular system أما أجزاء الأنبوب العصبي فتتمايز إلى أجزاء مستعرضة transversal system.

يقسم الأنبوب العصبي إلى قسمين رئيسيين: النخاع الشوكي (جزء ذني) والدماغ (جزء منقاري)، الدماغ هو الجزء العلوي من الجهاز العصبي المركزي الموجود ضمن الجمجمة ويشكل الدماغ الجزء الرئيسي من الجهاز العصبي مما يمتلكه من التحكم بمعظم الوظائف الفكرية والحركية والإدراكية ويتألف من عدة أقسام : المخ ، المخيخ، البصلة السيسائية. (Stokes, 1998, p. 45)

2.1.5- النخاع الشوكي:

هو جزء من الجهاز العصبي المركزي والذي يبدأ من قاعدة المخ ويمر خلال العمود الفقري، الوظيفة الرئيسية للحبل الشوكي هي نقل النبضات العصبية من والى المخ وتوصيلها للأعصاب الفرعية ، هو عبارة عن حبل طويل من الأعصاب الشوكية يتراوح طوله حوالي 45سم في القناة المركزية في الفقرات له دور مهم في توصيل الإشارات

الكهربائية من وإلى المخ حيث يقوم بتوصيل الإشارات الكهربائية من المخ إلى العضلات إذا أراد الإنسان مثلاً تحريك يده مثلاً يقوم بعمل الفعل المنعكس، وهو محاط بثلاث أغشية للحماية مثل المخ وهم على الترتيب الأم الحنون ، الأم العنكبوتية، الأم الحافة.

منذ بداية التأثير النظري لعلم السبيرنتيكcyberntics في الخمسينات، تم تمييز الجهاز العصبي المركزي على أنه الجهاز المتخصص لمعالجة المعلومات، حيث يتم حساب التاتج الحركي المناسب كنتيجة لتدخل الحسي الذي يرد الدماغ مما يعني ان الجهاز الحسي يؤثر على السلوك فقط لكنه لا يسيطر عليه.

3.1.5- الدماغ

يقع الدماغ في تجويف الجمجمة ، يضم أكثر من 12 بليون عصبون وخمسين بليون خلية داعمة ووزنه لا يتجاوز 1.6 كغ، يراقب وينظم العديد من العمليات الجسدية اللاشعورية بمشاركة النخاع الشوكي كسرعة خفقان القلب، كما ينظم معظم الحركات الإرادية، يتميز بشكل جوهري أنه مركز الوعي وجميع الوظائف الذهنية المختلفة التي تتيح للكائن البشري قدرات التفكير والتعلم والإبداع.

تبين الملاحظة المجهرية لمقطع على مستوى المخ انه يتكون من : مادة رمادية تشكل قشرة المخ، مادة بيضاء داخلية، بنية المادة الرمادية والبيضاء من نوعين امتدادات قصيرة تدعى التفرعات، امتداد طويل يدعى المحورة وتشكل المحورات الألياف العصبية تبين الملاحظة المجهرية للمادة البيضاء أنها تتكون من ألياف عصبية (Stokes, 1998, p. 46).

4.1.5- بنية النخاع الشوكي

تبين الملاحظة المجهرية للنخاع الشوكي أنه يتكون من مادة بيضاء، مادة رمادية ويرتبط كل عصب سيسيائي بالنخاع الشوكي بواسطة جذرين حيث يتميز الخلفي عن الامامي بوجود عقدة شوكية تنقل الالياف العصبية الحسية وتتجه السائلة العصبية الحسية من العضو الحسي الى المركز العصبي الحسي ومن الناحية الحركية الى العضلة من العضو الحسي الى النخاع الشوكي.

وتتجه السائلة العصبية الحركية من العضو الحسي الى العضو الحركي، من النخاع الشوكي الى العضلة.

يحتوي الجذر الخلفي والامامي للعصب السيسيائي على ألياف عصبية حسية، ألياف عصبية حركية، ألياف عصبية حسية حركية.

خلال الحركات الإرادية تنقلص العضلات الهيكلية دون تدخل الجهاز العصبي وتتطلب حركة الشئ تزامن تقلص العضلات المتعارضة، نخاع شوكي، عصب، عضلة، يتطلب الانعكاس الخاص بثني القدم نخاع شوكي عصب، عضلة، يسمى مسار السيالة العصبية الانعكاس، قوس الانعكاس، الانعكاس الشوكي. (Stokes, 1998, p. 47)

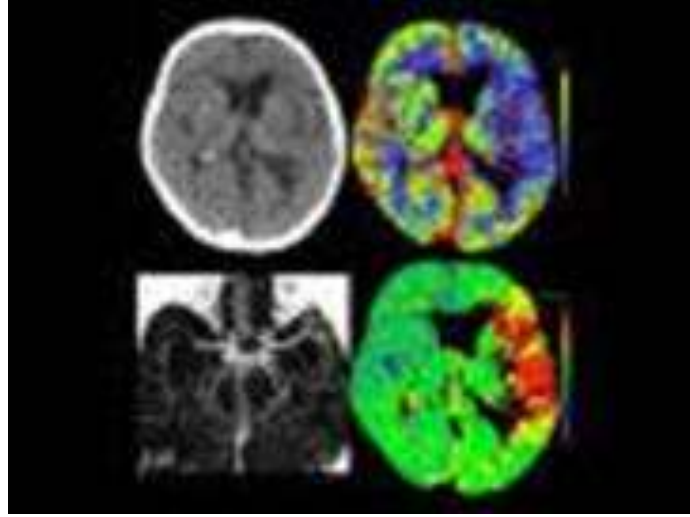
2.5- مفهوم الجلطة الدماغية :

يعرف الأطباء الجلطة الدماغية بأنها خلل مفاجئ في تدفق الدم إلى جزء من الدماغ يساهم بدوره في إحداث خلل في مهام الجسد التي يقوم بها ذلك الجزء من الدماغ ويسيطر عليها ، لكن ذلك الخلل المفاجئ وتحديدًا تلك الإعاقة في الدورة الدموية تستغرق سنوات قبل أن تحصل ويمكن أن تكون نتيجة انسداد أوعية دموية في الدماغ أو على الأقل حصول تخثر للدم فيها أو تحصل نتيجة تراكم ترسبات من الدهون والكوليسترول، يمكن أن يحصل ذلك الخلل أو تلك الإعاقة الدموية بفعل جلطة دموية تصل إلى الدماغ من جزء آخر من الجسد ، ويمكن في حالات نادرة أن تنتج السكتة الدماغية من ضعف في جدران الأوعية الدموية الذي هو بدوره نتيجة تسارع أو ارتفاع في ضغط الدم يخرج عن السيطرة أو يكون موجوداً بالولادة . ويمكن أن يسبب ذلك الضعف انفجاراً في الجدار الضعيف لذلك الوعاء الدموي وعندها يحصل نزيف ويتسرب الدم إلى خارج الأوعية الدموية في الدماغ. (Susan, 2001, p. 154)

1.2.5- أنواع الجلطة الدماغية

1.1.2.5- الجلطة الدماغية العابرة: وهي عبارة عن جلطة دماغية عابرة بسيطة تحدث بشكل مؤقت، وتحدث عند انغلاق أحد الشرايين التي تغذي الدماغ، تُسد بشكل مؤقت، وتستمر هذه الجلطة من عدة ثوانٍ إلى بضع ساعات.

2.1.2.5- الجلطة الإنسدادية: وفي هذه الحالة يُغلق الشريان بشكل دائم، ويحدث الإنسداد في الشرايين التي تضيق بالتراكمات الجلدية، وقد يحدث في أحد الشرايين السليمة بسبب مشكلة قادمة من القلب والأعراض في هذه الحالة تكون أكثر شدة، وتستمر لمدة طويلة.



الشكل رقم(05) يوضح الجلطة الدماغية الانسدادية

3.1.2.5- الجلطة الدماغية النزيفية: وتحدث هذه الجلطة عندما تتعرض أحد الأوعية الدموية في الدماغ إلى التمزق، ونزيف الدماء من الوعاء الدموي إلى المادة الدماغية، محدثة خراب في المادة الدماغية أو النسيج الدماغية.



الشكل رقم(06) يوضح الجلطة الدماغية النزيفية

2.2.5- أسباب الجلطة الدماغية

1.2.2.5- الجلطة الإنسدادية العابرة أو الدائمة: وهي أكثر الجلطات شيوعاً بين الناس، حيث تأخذ نسبة 80% من إجمالي الجلطة الدماغية، تنتج هذه الجلطات عن المشاكل التي تحدث للشريان بسبب التصلب الناتجة لتراكم الشحوم، وارتفاع الكوليسترول في الدم، حيث تتشكل في الشريان، الرقبة، أو المخ شرائح شحمية، تعمل على تضيق الشريان، ومن ثم انغلاقها، وأكثر حدوث هذه الانسدادات في أمراض القلب التي تسبب خروج خثرات وتسمى بالصمامة، حيث تتحرك من القلب إلى شرايين المخ، ومن النادر أن تحدث في الحالات المرضية التي تعمل على جعل الدم يميل إلى متخثر أكثر من الحد الطبيعي، هذه الحالات الإنسدادية تصيب شرايين المخ أكثر من أي شرايين أخرى.

2.2.2.5- الجلطة النزيفية: وهي تأخذ باقي النسبة من حالات حدوث الجلطات الدماغية 20%، وتنجم هذه الحالات عن ارتفاع الضغط الشديد الذي يؤدي إلى تمزق الشرايين الصغيرة بداخل المخ، ومن ثم يتسبب ذلك في حدوث نزيف داخل المخ، أو يحدث تشوهات وعائية داخل المخ، أو تمزق أمهات الشرايين الرئيسية الضعيفة التي تأخذ شكل البالون الصغير والذي يتعرض للانفجار عندما يتعرض للضغط، ومن الممكن أن تنفجر الشرايين الدماغية عند وجود ورم سرطاني خبيث في الدماغ، وكذلك قد يحدث عن بعض المرضى الذين يتلقون العقاقير المميعة للدم كالوارفين والهبارين وغيرها من الأدوية. (SUSAN, 2001, p. 159)

3.2.5- أعراض الجلطة الدماغية

أكدت الكثير من الدراسات الطبية والمجمعات العلمية أن هناك أعراض مميزة لمن يعاني من السكتة الدماغية، حيث هناك علامات في الوجه واليدين تكشف وجود الجلطات، وهنا يعتبر الزمن هام جداً لإنقاذ المريض، وأن عملية إنقاذ المريض من هذه الجلطات لا تتعدى العشرة دقائق، ولكن في الجلطة القلبية تستغرق 6 ساعات.

بينت هذه الدراسات أنه عندما ينحني الفم بشكل خفيف عند الضحك لا تتساوى الجهتين، وتظهر أدنى الجهات على شكل زاوية منحنية لا ترتفع، أو تتساوى بالشكل المطلوب، وتعتبر هذه علامة تدل على إصابة الشخص بجلطة دماغية، كذلك عندما لا يستطيع الشخص مد اليدين بشكل مساوٍ إلى الأمام، حيث تنزل، أو تهبط اليد اليسرى بسرعة بعد أن يقوم برفعها وحدث اضطراب في الكلام، حيث لا يستطيع الشخص المصاب بالجلطة الدماغية إتمام جملة واحدة، شعور الشخص المصاب بصداق قوي في الرأس، وظهور الكثير من المشاكل في

الرؤية. عندما لا يتعرض الشخص المصاب بالجلطة الدماغية إلى العلاج الفوري بمدة قصيرة، فإن الضرر الذي يتعرض له الدماغ قد يؤدي إلى وفاة الشخص بسرعة، لأنه عندما تنسد الشرايين الناقلة للأكسجين، فإنَّ التغذية تنقطع عن أنسجة الدماغ، من ثم يتخثر الدم ليؤثر ذلك على الدماغ، وتظهر بعض العلامات التي تدل على وجود بعض الجهات في الدماغ المصابة بالجلطة. عندما تتعرض الخلايا الدماغية إلى العطب والموت، تبقى الخلايا العصبية في الدماغ على قيد الحياة لعدة ساعات. (Susan, 2001, p. 162)

4.2.5-العوامل المساعدة لحدوثها

- 1-التقدم في السن
- 2- أمراض القلب والأوعية الدموية
- 3- ارتفاع ضغط الدم
- 4- ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم
- 5-مرض السكري
- 6- البدانة وزيادة الوزن
- 7- التدخين
- 8-تعاطي الكحول
- 9- تعاطي المخدرات وخاصة الكوكايين
- 10- أقراص منع الحمل
- 11-عدم ممارسة الرياضة وقلة الحركة
- 12-عوامل وراثية
- 13- الضغوط النفسية

3.5- تأثير الجلطة على الدماغ: يمكن اعتبار الدماغ كجهاز من أربعة أجزاء ، والذي يتضمن نصف الكرة اليمنى واليسار ، والمخيخ وجذع الدماغ . والجلطة له تأثيرات مختلفة ، اعتمادا على أي جزء من الدماغ المستهدف.



الشكل رقم (07) يوضح أقسام المخ

1.3.5- النصف الأيمن: هناك بعض من المهام الرئيسية للنصف الأيمن وتشمل الإدراك والسيطرة على الجانب

الأيسر من الجسم والجلطة تؤثر على النصف الأيمن يمكن أن يسبب العديد من التغييرات بما في ذلك:

- عدم القدرة على التحكم في المسافات مما قد يؤدي إلى السقوط أو فقدان التنسيق بين اليد والعين.

- فقدان الذاكرة على المدى القصير

- إهمال أو تجاهل أي شيء يقع على الجهة اليسرى من الجسم

- السلوك المتهور

- شلل في الجانب الأيسر من الجسم

2.3.5- النصف الأيسر: بعض من المهام الرئيسية للنصف الكرة المخي الأيسر تشمل الكلام والسيطرة على

الجانب الأيمن من الجسم . والجلطة التي تؤثر على نصف الكرة المخي الأيسر يمكن أن يسبب العديد من التغييرات ، بما في ذلك:

- شلل في الجانب الأيمن من الجسم

- مشاكل مختلفة في النطق والتواصل

- فقدان الذاكرة على المدى القصير.

3.3.5-المخيخ: بعض من المهام الرئيسية للمخيخ تشمل التنسيق والتوازن . والجلطة تؤثر في المخيخ ويمكن أن يسبب العديد من التغييرات ، بما في ذلك:

- الدوخة
- الغثيان والقيء
- فقدان التنسيق
- ميل إلى عدم الاتزان والسقوط
- ثقل اللسان

4.3.5-جذع الدماغ: بعض من المهام الرئيسية لجذع الدماغ وتشمل التنفس ومعدل ضربات القلب وضغط الدم . والجلطة التي تصيب جذع الدماغ يمكن أن يسبب العديد من التغييرات ، بما في ذلك:

- الشلل التام
- غيبوبة
- الرؤية المزدوجة
- صعوبات البلع
- الموت

5.3.5-الأعراض الشائعة :

تختلف الأعراض بحسب المنطقة التي حصل فيها نقص في وصول الدم فكل منطقة من الدماغ كما ذكرنا مهيأة لوظيفة معينة ، من المهم أن يعرف المريض أن الفص الأيمن من الدماغ يتحكم في حركة الجزء الأيسر من الجسم كما أن الفص الأيسر من الدماغ يتحكم في حركة الجزء الأيمن وتتمثل الأعراض فيما يلي :الفقد المفاجئ للقوة في الجزء الأيمن أو الأيسر من الجسم إضافة إلى حصول ضعف في حركة عضلات الوجه في أحد الجزأين، صعوبة الكلام مثل: ثقل اللسان، عدم وضوح مخارج الحروف، عدم فهم الكلام الموجه للمريض، عدم استطاعة المريض التعبير عن مشاعره و صعوبة القراءة والكتابة وأعراض بصرية مثل فقد الرؤية في إحدى العينين مؤقتاً أو ضعف النطاق البصري في الجزء الأيمن أو الأيسر من مجال الرؤية .

عندما تكون الجلطة في جذع الدماغ فقد يصاحبها شعور المريض بغثيان مفاجئ وصداع ونقص في الوعي بالإضافة إلى الإحساس بالدوران والحول المفاجئ. وعلى كل فأعراض الجلطات كثيرة وماتم ذكره هو على سبيل المثال لا الحصر (DAVIES, 2000, p. 211).

4.5- المضاعفات الناتجة عن الجلطة الدماغية

1.4.5-جلطة في أوردة الرجل أو اليد:

ناتجة عن ركود الدم وشلل الطرف المصاب وهي خطيرة قد تنتقل إلى القلب فتسبب السكتة القلبية والوفاة ، ويتم تجنبها باستخدام الأدوية المسيلة للدم والمضادة للتخثر، وأيضاً الحركة المبكرة للمريض كتتحريك الأطراف المصابة والجلوس والوقوف والمشي إذا كان ممكناً ، ويتم ذلك بواسطة فريق العلاج الطبيعي.



الشكل رقم(08)يوضح جلطة في أوردة الرجل

2.4.5-تقرحات الفراش:

وهو عبارة عن موت وتقرح الجلد المغطي للبروز العظمية نتيجة الضغط المستمر أو الاحتكاك وعدم الحركة وهي خطيرة قد تؤدي للوفاة إذا أهملت ، ويتم تجنبها بالمتابعة الدورية للجلد والمحافظة على الجلد نظيف وناشف وإبعاد أي جسم حاد أو ذا بروز يلامس جسم المريض ، مع استخدام بعض الكريمات ، وتقليل المريض دورياً كل ساعتين كأقصى مدة ، وأيضاً استخدام بعض الوسائد الهوائية أو المائية والمحافظة العامة على التغذية الكافية والحركة المبكرة



الشكل رقم(09)يوضح تقرحات الفراش

3.4.5- نقص مدى حركة المفاصل: إما نتيجة قصر العضلات أو تيبس المفصل أو انتفاخ اليد ، والحركة اليومية للمفاصل في جميع الاتجاهات والتقليب الدوري مع وضع الجبائر عند الحاجة لها يمنع حدوث هذه المشكلة بإذن الله.



الشكل رقم(10)يوضح نقص مدى حركة المفاصل

4.4.5- الخلع الجزئي لمفصل الكتف (عادة يصاحبه ألم): ناتج عن ضعف العضلات المحيطة والمثبتة للمفصل المصاب، ويستخدم حاملة للكتف كعوض عن العضلات.

5.4.5- هشاشة في العظام مع ضمور في العضلات والجلد: ويتم منعها أو تخفيفها بالحركة المبكرة وتحميل ثقل الجسم على الأطراف المصابة وقد يستخدم بعض الأدوية المضادة للالتهابات. (Davies, 2000, p. 216)

5.5- طرق الوقاية من الجلطة الدماغية

1. التحكم في أمراض القلب والأوعية الدموية

2. متابعة ضغط الدم بانتظام واستخدام الأدوية المطلوبة

3. التحسين من النظام الغذائي

4. التوقف عن التدخين والكحول و المخدرات

5. تخفيف الوزن الزائد

6. ممارسة الرياضة بانتظام

7. التخفيف من الضغوط النفسية

8. معرفة الأعراض المبكرة للجلطة

6.5- الشلل الدماغى

قامت الجمعية الأمريكية للشلل الدماغى (A MERICAN ACADEMY FOR CELEBRAL

PALCY) بتقسيم حالات الشلل الدماغى تشريحيًا وحسب موقع التأثير (المنطقة المصابة) فى الجسم مع عدم التطرق إلى التأثيرات الغير حركية إلى الأنواع التالية:

الشلل الرباعى (QUADRIPLEGIA OR TETRAPLEGIA) حيث يكون الشلل فى الأطراف الأربعة.

الشلل الشقى (HEMEPLEGIA) حيث يكون الشلل فى نصف الجسم الشق الأيمن أو الأيسر.

الشلل الثلاثى (TREPLEGIA) حيث يكون الشلل فى ثلاث أطراف.

شلل أحادى الطرف (MOREPLEGIA) حيث يكون الشلل فى طرف واحد.

الشلل الطربى المزدوج (DIAPLEGIA) حيث يكون الشلل فى الأطراف الأربعة ولكن فى الأطراف السفلى أكثر من العليا.

الشلل الشقى المزدوج (DOUBLE HEMEPLEGIA) حيث يكون الشلل فى الأطراف الأربعة ولكن فى الأطراف العليا أكثر من السفلى.

1.6.5- مفهوم الشلل النصفى الطولى (الشقى)

هو شلل نصف الجسم طولًا ويعرفه العامة بالشلل النصفى أو الشلل الشقى، يتأثر الشلل بجانب واحد من الجسم متضمنًا الطرف العلوى والسفلى معًا وفي أغلب الأحيان يتأثر الجانب الأيمن وقد أظهرت بعض الدراسات ان المصابين بالشلل النصفى الجانبي الأيمن أكثر حضا من تصلب فى الجذع والطرف العلوى والسفلى على نفس الجانب،والجهة اليمنى معرضة للإصابة مرتين أكثر من الجهة اليسرى ويوجد ضعف فى استعمال الجهة المصابة

خاصة أصابع اليد والمشى يكون بالساق المصابة وترسم دائرة للمشي ولا يتأرجح ذراعه بل يبقى ملتصق بصدرة مع وجود نقص في الإحساس باليد المصابة. (Bobath. B .1984.206).

2.6.5- أسباب الشلل النصفي الطولي (الشمي)

قد يحصل الشلل النصفي نتيجة أسباب مختلفة، أما السبب الأكثر شيوعاً فهو إصابة في الدماغ، النابعة من خلل في تزويد قشرة الدماغ الحركية بالدم، أو في تزويد المسارات الهابطة إلى النخاع الشمي، ومن أسباب الشلل النصفي الأخرى: أورام الدماغ، إصابات الرأس، التهاب السحايا (Meningitis)، التصلب المتعدد (multiple sclerosis)، أو خلل في التطور الذي يؤدي إلى شلل دماغي منذ الولادة.

1.2.6.5- المؤثرات الخارجية في الدماغ:

كالسقوط من مرتفع، أو الاصطدام بجسم صلب، أو في حوادث الدهس، ويحدث الشلل هنا بما تسببه هذه العوامل من نزف دماغي وانضغاط الدماغ.

2.2.6.5- بعض آفات الدماغ:

كالخراج الدماغي، وأورام الدماغ، وذلك بسبب تحريضها للخلايا الدماغية أو الضغط عليها.

3.2.6.5- بعض الأمراض العامة التي تصيب السحايا الدماغية:

كالتدرن والنزف السحائي

4.2.6.5- تصلب الشرايين:

ان هذا المرض لا يسبب الشلل ... ولكن اختلاطاته هي السبب في ذلك ومن أهم هذه الاختلاطات:

-النزف الدماغي: يحدث هذا النزف لدى المصابين بالتصلب الشرياني الدماغي (أو تصلب شرايين الدماغ) عند ارتفاع الضغط الشرياني لديهم اثر التعب أو الجهد، أو بعد صدمة نفسية مفاجئة، وبارتفاع الضغط الشرياني هذا... ينفجر أحد شرايين الدماغ ويتجمع الدم مخرباً الأنسجة الدماغية وضاعطاً عليها، وفي أغلبية الحوادث يكون النزف الدماغي مميتاً، ولكن المريض.. ان... شفي... فإنه يصاب بالشلل.

- التخثر الشرياني:

ويقصد به إصابة بعض شرايين الدماغ بالخثرة (Thrombus) وهذه اذا ما كبرت وسدت قناة الشريان، انقطع الدم عن المنطقة الدماغية التي يغذيها ذلك الشريان، فتتخرب أنسجتها... ويحدث الشلل.

- الصمة الدماغية:

اذا أصيبت الشرايين الدماغية بالصمة (Embolus) الدموية، حدث الموت في الخلايا الدماغية التي ينقطع عنها الاوراء الدموي، وأدى ذلك الى ظهور الشلل.

3.6.5- أعراض الشلل النصفي:

ان العرض الأساسي في الشلل الذي يتناول أحد شقي الجسم، ان الشلل - بصفة عامة- يغلب له أن يبدأ رخوا ثم يصبح تشنجيا، كما أن حدوثه قد يكون مفاجئا وقد يكون تدريجيا، وهذا الأمر يخضع للأسباب، كما في المثالين التاليين:

1.3.6.5- الشكل المفاجئ:

أوضح مثال عليه هو الشلل الذي يحدث بالانسداد الدماغى، فالانسداد يصيب الشريان بسد مفاجئ، ولذلك فان الشلل النصفي أيضا يحدث فجأة، فيهوي المريض على الأرض ويفقد الوعي فقدانا تاما وتفقد الحركة تماما، ويرتخي جسم المصاب، وتسمى هذه الحالة (السكتة Apoplexy)، هذا وان الشلل الذي يحدث بالنزف الدماغى يبدأ مفاجئا أيضا.

2.3.6.5- الشكل التدريجي:

ومثالنا عليه الشلل الذي يحدث عن طريق التخثر الشرياني، فاذا تذكرنا أن التخثر يبدأ في جدار الشريان، ثم تكبر الخثرة تدريجيا الى أن تسد الشريان، فلنا أن نتصور كيف أن الشلل هنا يحدث بشكل تدريجي، وهو يبدأ بالضعف العضلي، ثم تصبح الحركات صعبة، وقد تحدث نوبات من العرج المتقطع (غير الدائم) أول الأمر، ثم يتكامل الشلل بعد ذلك، ولكن نسبة الشفاء في هذه الحالة عالية، ويتحسن حال المريض- ولو بشكل بطيء - خاصة عندما تبدأ معالجته في وقت مبكر، أما اذا تأخر ذلك أكثر من شهرين فالشفاء قد يكون غير ممكن.

(Sander Cook.p.1999.54)

4.6.5- علاج الشلل النصفي: (علاج الجلطة الدماغية)

يتضمن العلاج العام للشلل النصفي أو الشلل المراحل التالية:

1.4.6.5- المعالجة السببية:

وهنا يتم توجيه العلاج الى السبب المحدث للفالج، كاستئصال الورم الدماغى جراحيا، أو معالجة الحالات الالتهابية عند وجودها، أو اعطاء مضادات التخثر عندما يكون التخثر الشرياني هو السبب.

2.4.6.5- التغذية:

ينبغي الاعتناء بتغذية المريض، ويفضل أن تعتمد التغذية على الفيتامينات مع الكمية الوافية من الوسائل. وعند تعذر التغذية يلزم اللجوء الى تنقيب المعدة (أي ادخال الأنبوب الى المعدة عن طريق الأنف لاجراء التغذية بواسطة الأنبوب)، أو اللجوء الى التغذية عن طريق الوريد.

3.4.6.5- العلاج الفيزيائي الحركي:

له الدور الأكبر في معالجة مثل هؤلاء المرضى، وذلك بعد فحص المريض من قبل الأخصائي المتخصص في الحالات العصبية، (فحص الأعصاب والمشية والمنعكسات والاحساس وغيرها).

4.4.6.5- منع التشنجات:

ان التشنج العضلي قد يتحول الى تشنج دائم غير قابل للارتخاء، وللحيلولة دون حدوث ذلك يجب تحريك المفاصل، وعندما تتحسن حالة المريض يلزم تشجيعه على أن يجري الحركات بنفسه، وتعطى له بعض التمريعات الخفيفة أولا ثم ندرج في درجة الصعوبة رويدا رويدا. (Mazaux J M.ET AL.1995.200).

5.4.6.5- المعالجة النفسية:

وتكون باعادة الثقة الى المريض، وتشجيعه على تحمل مرضه، وتعويده على القيام ببعض الأعمال البسيطة، ولنعلم أن أعراض الشلل لا تزول نهائيا بعد شفاء المريض - وخاصة شلل الأطراف العليا- ولذلك فان للمعالجة النفسية أهمية كبيرة حتى بعد شفاء المرض. (Wade D.T et al.1987.151).

7.5- خصائص المرحلة العمرية (55-70) سنة:

من الصعب نسبياً تحديد خصائص متميزة لهذه الفئة، بسبب تنوع شخصياتهم، التي تشمل من أقصى درجات النجاح والتكامل الى أقصى درجات الانهيار والتشتت: كما انها تضم فئات عمرية عديدة تتبدل فيها نسبياً بعض الخصائص بما ينتج اتجاهات يصعب حصرها، هذا فضلاً عن تعدد النظريات التي تركز على جوانب مختلفة من الناحية البيولوجية والجسمية، والنفسية والعقلية والاجتماعية، وجميع هذه الخصائص تعتمد الى حد كبير على التغيرات الأساسية للجسم البشري، ولأجهزته المتخصصة تبعاً لتقدم عمر الإنسان، وتتجه هذه التغيرات نحو الهبوط في مستوى الأداء البيولوجي والنفسيولوجي، والفردية وهي الأسباب الجوهرية وراء ظاهرة تقدم السن، ويمكن اعتبار الخصائص السلوكية العامة انعكاساً لهذه التغيرات العضوية الشاملة للجسم البشري، أما الفروق الفردية في السرعة او التباطؤ فهو جزء من التكيف ضمن ظروف بيئة وثقافات اجتماعية تبرز هذه الظروف وتؤثر فيها. (فؤاد البهي السيد، 1975 ص 90)

1.7.5- الخصائص الجسمية والحركية:

تتسم الخصائص الجسمية والحركية بشكل عام، بوضوح تدهور الكفاية البدنية، فهي تسير بمسار متصاعد في عمر الإنسان، حتى تصل ذروتها في 25 سنة تقريباً، ثم تأخذ بالانحدار البطيء والتدريجي، حتى الأربعينات من العمر، ثم يزيد هذا التدهور بسرعة في الخمسينات، ويعاني من تدهور واضح في مجمل المظاهر الجسمية والحركية، والتي هي نتيجة طبيعية لضمور العضلات، وتقلص مرونتها وانكماشها في مناطق معينة من الجسم، فتتأثر بذلك الأنشطة الجسمية والحركية لذلك نرى:

- تغير المظهر الجسمي العام وانكماش هيأته نتيجة انخفاء الظهر، والهبوط النسبي للأكتاف.

- تباطؤ حركة المشي، وتزيد قلة الحركة والجمود.

- تباطؤ سرعة أداء المهارات اليدوية والإنتاج نتيجة التدهور العضلي والعصبي.

- التعب نتيجة مدى المقاومة الجسمية لحمل الأثقال، وتقلص مدى الخطوات أثناء المشي.

2.7.5- الخصائص الحسية والعقلية:

تعتمد القدرات العقلية على الحواس ونقلها للمنبهات، كقنوات ومصادر لتنظيم الحسي وتكوين المفاهيم، ومن ثم التفكير، فان نشاطها وقوة عتباتها الحسية هي الأساس في الإدراك وفهم العالم الخارجي، الا أن الحواس تعتمد على عوامل بيوميكانيكية وفسيوولوجية، فهي الاخرى تتأثر بتقدم السن ويتضح كثيراً ضعف أغلب الحواس بعد الخمسين، وهذا الهبوط يؤثر في كمية ونوعية المنبهات، التي توصلها الحواس الى الدماغ لتنظيم الحسي.

- تدهور حدة البصر مع التقدم في العمر، والسمع والنطق.
- تدهور اللمس والاتصال الجلدي بضعف خلايا الحس الجلدية.
- ضعف الإدراك نتيجة ضعف المداخل الحسية للدماغ.
- ضعف القدرة على التعلم الجديد بسبب تناقص القدرة على التذكر.
- ضعف القدرات العقلية الأولية وضعف الذكاء العام. (فؤاد البهي السيد، 1975، ص96)

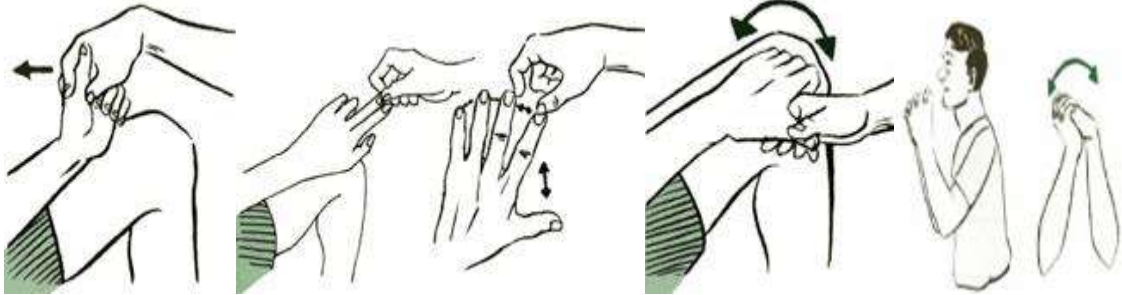
2.7.5- الخصائص النفسية الاجتماعية:

يزداد اهتمام الفرد بنفسه كلما تقدم به السن وتضعف العلاقات الاجتماعية، نتيجة الشعور بالقلق وضعف الثقة بالآخرين والحياة لذلك نري:

- التمرکز نحو الذات والاتجاهات الأنانية.
- ضعف التحكم في الانفعالات و غرابتها وسرعة الاندفاع العاطفي.
- الصلابة والتعصب والعناد في الرأي لتأكيد الذات، وإخفاء الشعور بالضعف.
- السلبية واللامبالاة لما يحيط به والاستهزاء والسخرية من آراء ومواقف الغير.
- الشعور بالاشتمزاز من الحياة والتذمر والشكوى وتعدد المخاوف وتزداد تأثيرها في شخصيتهم.
- تقلص العلاقات الاجتماعية ليقصر على علاقات أقل وأضيق تنحسر تدريجياً نحو الأسرة.
- ضعف الاهتمام بالشؤون العامة ومشاكل الآخرين، والشعور بالمسؤولية الجماعية نحو مجتمعه.
- ازدياد الشعور الديني والاتجاهات الصوفية، لأنها تحقق الأمن النفسي.
- الرغبة في الزعامة والمكانة الاجتماعية، والنموذجية. (حامد زهران، 101، ص1984).

8.5- بعض التمارين المنزلية التي ينصح بها للمرضى الشلل النصفي الطولي:

تمارين تأهيلية لليدين:



تمارين تأهيلية للذراعين:



تمارين تأهيلية للقدم:



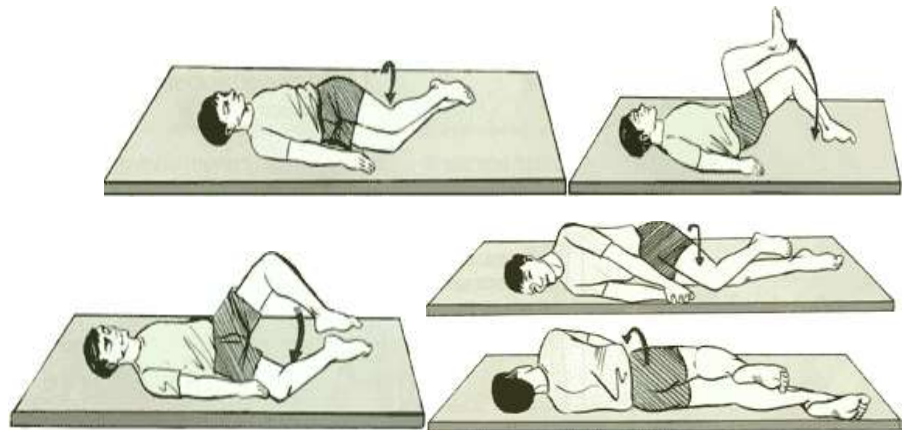
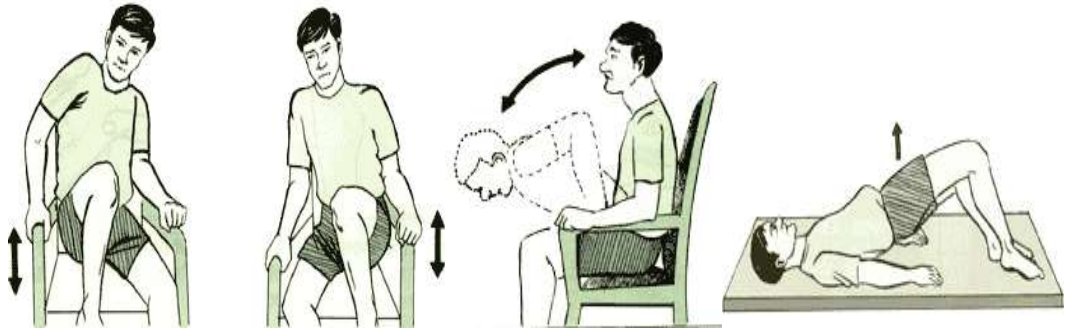
تمارين تأهيلية للساق:



تمارين تأهيلية للرقبة:



تمارين تأهيلية للجذع:

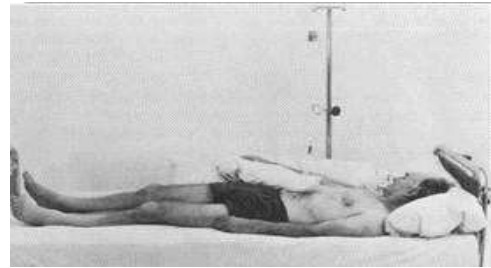
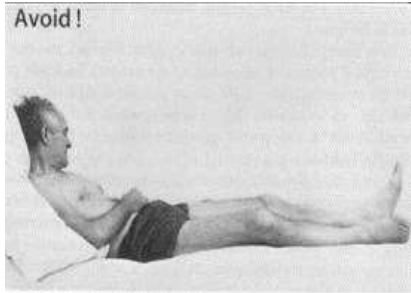


8.5- الأوضاع السليمة لمرضى الشلل النصفي الطولي

يوضح الاستلقاء على الجهة المصابة الاستلقاء على الجهة السليمة



شكل رقم (10) يوضح الأوضاع السليمة لمرضى الشلل النصفي الطولي





الوضع الصحيح



تجنّب هذا الوضع

شكل رقم(11) يوضح الأوضاع السليمة للحلوس لمرضى الشلل النصفي الطولي

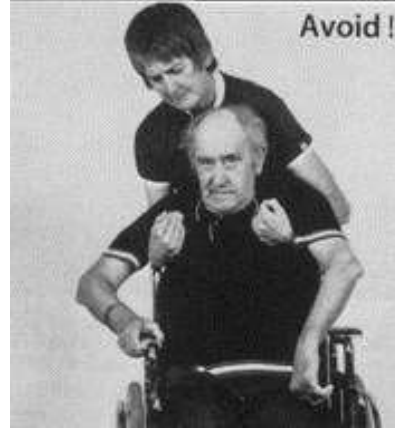


الوضع السليم للأكل



يمنع المريض الأكل من وضع الاستلقاء

شكل رقم(12) يوضح الأوضاع السليمة للأكل لمرضى الشلل النصفي الطولي



الطريقة الصحيحة لوضع المريض في الجلوس

طريقة حمل خاطئة

الشكل رقم (13) يوضح الأوضاع السليمة للحمل لمرضى الشلل النصفى الطولي

خلاصة

يعتبر المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي أصيب أفرادها بإعاقة حركية قللت من قدراتهم على القيام بأدوارهم الاجتماعية على الوجه الأكمل نتيجة قلة أو صعوبة حركتهم مقارنة بالأشخاص العاديين ولذا يجب علينا التكفل والعناية بهم وتسهيل الضوء على واقع معاناتهم وتوفير التسهيلات اللازمة في شتى المرافق ودراسة أفضل الطرق والوسائل التي تؤهلهم وتعيدهم إلى العيش في المجتمع كغيرهم من الاسوياء ولا يصبحون عبئا على ذويهم .

الْبَابُ الثَّانِي:

الدراسة الميدانية

الفصل الأول

منهجية البحث واجراءاته الميدانية

تمهيد

1.1- منهج البحث

2.1- مجتمع وعينة البحث

3.1- مجالات البحث

1.4- متغيرات البحث

5.1- أدوات البحث

1.5.1- اختبار اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

2.5.1- مقياس صورة الجسم

3.5.1- مقياس تقدير الذات

6.1- البرنامج التأهيلي المقترح

8-1. المعالجة الإحصائية المستعملة

9-1 صعوبات البحث

خلاصة

تمهيد

في هذا الفصل من الدراسة الميدانية يحاول الطالب الباحث عرض أهم العناصر المكونة لمنهجية البحث والإجراءات الميدانية المتبعة في هذه الدراسة والتي تتضمن مجتمع البحث وعينته، ووصف الأدوات والإجراءات التي تم من خلالها تطبيق هذه الدراسة، والمعالجات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات، وفيما يلي وصف العناصر السابقة.

1-1. منهج البحث :

تناسباً مع مشكلة الدراسة وأهدافها ، استخدم استخدم الطالب الباحث المنهج التجريبي لملائمته لطبيعة الدراسة بتصميم مجموعتين احدهما تجريبية والأخرى ضابطة مع قياس قبلي وبعدي.

1-2. مجتمع وعينة البحث:**1-2-1. مجتمع البحث:**

يمثل مجتمع البحث المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية من الرجال المترددين على عيادة التأهيل الوظيفي بتيارت.

1-2-2. عينة البحث: تم اختيار عينة البحث بالطريقة العمدية من قبل الطبيب المختص وفقاً لشروط منها نوع الجلطة (تخثرية) لا يعانون من أمراض أخرى التي يرى الطبيب أنها تؤثر على نتائج البحث لضمان دقة البيانات ومناسبة البرنامج التأهيلي المقترح و بلغت (12) مريض موزعة كالتالي:

أ-المجموعة التجريبية: عددها 6 رجال مصابين بجلطة في الجهة اليمنى من المخ أثرت على الجانب الأيسر من الجسم (الذراع و الرجل اليسرى) اي شل نصفي أيسر. تتراوح أعمارهم ما بين 55 سنة إلى 65 سنة يمارسون التمرينات التأهيلية المعتادة وطبق عليهم البرنامج التأهيلي المقترح.

ب-المجموعة الضابطة: عددها 6 رجال مصابين بجلطة في الجهة اليمنى من المخ أثرت على الجانب الأيسر من الجسم (الذراع و الرجل اليسرى) اي شل نصفي أيسر رجال ممن تتراوح أعمارهم ما بين 55 سنة إلى 65 سنة يمارسون التمرينات التأهيلية المعتادة.

1-2-3. تكافؤ عينة البحث: تم إجراء التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي قبل البدء في تطبيق البرنامج التأهيلي المقترح لمتغير السن ومدة الإصابة واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، ومقياس صورة الجسم ومقياس تقدير الذات والجدول رقم 1 يبين ذلك.

جدول رقم (1) يبين التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي

المجموعة الضابطة				المجموعة التجريبية				وحدة القياس	القياس	
معامل الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	المتوسط الحسابي	معامل الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	المتوسط الحسابي		المتغيرات	
1,102	2,16	59	59,33	1,154	2,20	60,02	60,14	السنة	العمر الزمني	
-0,754	2,66	32.5	31	1,012	2,78	29,58	29,66	اليوم	مدة الإصابة	
-0,354	3,69	17	17,18	-0,547	2,75	16,15	16,55	ملم	سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	العنصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة التريبي البشري
-0,321	3,77	18.96	19,05	-0,245	3,13	20	20,18	ملم	سمك طية الجلد تحت لوح الكتف	
0,546	7.20	36	36.23	0,465	6.88	36.15	36.73	ملم	مجموع سمك طبقات الجلد	
-0,821	3,1	31	30,41	1,153	2,51	28.98	29,28	كغ	قوة القبضة	
-0,945	19,50	122.5	123,8 3	0,736	17,17	121	120,33	متر	التحمل الدوري التنفسي (اختبار 6 دقائق مشي)	
-1.132	5.61	71.5	71.05	0,942	5.03	72	72.83	درجة	مقياس صورة الجسم	
0,850	1,51	25	25,5	1, 11	1,41	26	26	درجة	مقياس تقدير الذات	

يتضح من الجدول رقم 1 أن أفراد عينة الدراسة لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة يشكلون مجتمعاً إعتدالياً متجانساً في كل من متغير العمر الزمني ومدة الإصابة واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة و مقياس الصورة الجسم و تقدير الذات وذلك بالرجوع إلى قيم معامل الالتواء والتي انحصرت ما بين (+3،-3).

3-1 . مجالات البحث

1-3-1. المجال البشري: اشتملت عينة البحث على 12 فرد مصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية (جلطة تخثرية) رجال تتراوح أعمارهم ما بين 55 إلى 65 سنة لا يعانون من أمراض أخرى التي يرى الطبيب أنها تؤثر على نتائج البحث.

1-3-2. المجال المكاني: العيادة المتخصصة في التأهيل الوظيفي بتيارت.

1-3-3. المجال الزمني: استمرت فترة العمل من يوم (7-11-2016) حتى يوم و (18-11-2016)

وهو تاريخ إجراء التجربة الاستطلاعية وتلتها الاختبارات الرئيسية وتطبيق البرنامج على العينة التجريبية بتاريخ 28-11-2016 إلى (3-6-2017) ثم شرع الباحث في جدولة النتائج وجمعها وتبويبها وتحليلها واستخلاص النتائج النهائية.

1-4-4. متغيرات البحث:

1-4-1. المتغير المستقل: البرنامج التأهيلي المقترح

1-4-1. المتغير التابع: اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ، صورة الجسم ، تقدير الذات

1-4-3. الضبط الاجرائي لمتغيرات البحث: قام الباحث بضبط متغيرات الدراسة من حيث: السن والجنس

نوع الجلطة ، الحالة الجسمية .

1-5-5. أدوات البحث:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسات النظرية والدراسات المشابهة سابقة الذكر وطبقا لمتطلبات البحث استخدم الطالب الباحث في هذه الدراسة الأدوات التالية:

1-5-1. اختبار اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لوينيك وشورت (Winnik and Sort، 1999) لذوي

الاحتياجات الخاصة :

_ التركيب الجسمي: مجموع سمك طيات الجلد لمنطقتي العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية و منطقة ما تحت عظم لوح الكتف.

_ اختيار القوة العضلية: قياس قوة القبضة / كلغ

_ التحمل الدوري التنفسي: جري او مشي 1.5 ميل/دقيقة و هذه الاختبارات تتمتع جميعها بمعاملات علمية عالية من صدق و ثبات و موضوعية ، و كما تتوفر على جداول معايير ، ويتضمن ملحق رقم (07) شرحا تفصيليا لطريقة اداء هذه الاختبارات وتقومها . (الهزاع، 2001، صفحة 52)

1-1-5-1. الدراسة الاستطلاعية لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة:

لغرض التأكد من مصداقية اختبار اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة قام الطالب الباحث بإجراء تجربة استطلاعية على عينة من مجتمع الدراسة وخارج العينة الأساسية عددها فردين .وقد أسفرت النتائج إلى وجود صعوبة في تطبيق اختبار التحمل الدوري التنفسي جري او مشي 1.5 ميل/دقيقة بسبب عدم قدرة أفراد العينة

الاستطلاعية على إكماله مما يضيف على النتائج عدم المصدقية المطلوبة ، ويرجع الباحث ذلك الى عدم قدرة هؤلاء الأفراد للمشي لمدة طويلة، و لذلك قام الباحث باستبداله باختبار 6 دقائق مشي (Anthony Bacqaert 2013) ووضع كراسي على طول المسافة كونه استخدم في العديد من الدراسات الحديثة كدراسة جون سالوينكي (Slawinsky jean، 2013) ودراسة رفاثيل جيمال (Raphael jumel، 2010) ودراسة كامون و آخرون (2015) وعلى نفس أعمار الأفراد . كما أسفرت النتائج مناسبة بقية الاختبارات لقدرات عينة البحث .

1-5-1-2. الاسس العلمية لأداة الدراسة:

-الصدق:

قام الطالب الباحث بعرض استمارة اختبارات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة على (6) دكاترة خبراء في مختلف المجالات منها : التأهيل الطبي، و التدريب الرياضي و النشاط البدني المكيف و العلاج الطبيعي و الوظيفي ، و ذلك لإبداء الرأي فيها بهدف التأكد من مدى مناسبة الاختبارات و شروط أدائها لخصائص و قدرات أفراد عينة الدراسة، حيث اتفق الخبراء على مناسبة تلك الاختبارات لقياس ما وضعت من اجله ومناسبتها لعينة الدراسة .

-الثبات:

تم حساب معامل الثبات لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة المستخدمة و ذلك بتطبيقها و إعادة تطبيقها بفارق زمني مدته أسبوع من تاريخ إجراء تطبيق الأول .على عينة من مجتمع الدراسة خارج العينة الأساسية قوامها فردين لإيجاد معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني. كما استخراج دلالات ثبات اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة باستخدام معامل الفا كرومباخ و الجدول رقم 2 يوضح قيم ذلك .

الجدول رقم 2 يوضح معامل الثبات لاختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة بين القياس الأول و الثاني

معامل الثبات	معامل الثبات بين	الاختبارات	
كرومباخ الفا	تطبيقي الاختبار		الترتيب الجسمي
0.90	0.94	سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية(ملم)	
0.85	0.95	سمك طية الجلد تحت لوح الكتف(ملم)	
0.81	0.86	مجموع سمك طيات الجلد في العضلتين(ملم)	
0.88	0.83	قوة القبضة(كغ)	
0.91	0.93	التحمل الدوري التنفسي (اختبار 6دقائق مشي)	

يتضح من الجدول رقم (2) ان معامل الارتباط بين التطبيقين قيم دالة عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) مما يدل على صلاحية هذه الاختبارات للتطبيق على عينة الدراسة.

1-5-2. مقياس صورة الجسم (وفاء القاضي 2009)

تم اعداد هذا المقياس من طرف "وفاء القاضي" (2009) للتعرف على مستوى صورة الجسم للأفراد المصابين بإعاقه يتكون المقياس من 32 عبارة تتوزع على ثلاث ابعاد وهي بعد المكون الإدراكي، بعد المكون السلوكي، بعد المكون الذاتي منها 30 عبارة سالبة و 02 موجبة وتم استخدام مقياس ثلاثي الأبعاد حيث تعطى الدرجات (1،2،3) للبدائل (دائما ، احيانا، نادرا) على الترتيب في حال كانت العبارات ايجابية بينما تعطى الدرجات (1،2،3) على الترتيب في حال كانت العبارات سلبية ويتراوح المجموع الكلي للمقياس ما بين (32) درجات و (96) درجة.

1-2-5-1. صدق مقياس صورة الجسم:

للتحقق من صدق المقياس اعتمد الطالب الباحث على الصدق الظاهري من خلال عرض عبارات المقياس على مجموعة من الاساتذة الدكاترة المتخصصين في مجال علم النفس و الصحة النفسية وعددهم (6) ، أسمائهم ورتبهم العلمية في الملحق رقم 3 مشهود لهم بمستواهم العلمي، فترتب على صدق المحكمين أن تم تعديل (4) عبارات من حيث الصياغة لزيادة وضوحها (كما هو موضح في الملحق رقم 3) .

1-2-5-2. ثبات مقياس صورة الجسم:

تم التأكيد من ثبات صورة الجسم باستعمال طريقة الاختبار واعادة الاختبار (test retest) على عينة من مجتمع الدراسة خارج العينة الاساسية قوامها فردين وكان الفارق الزمني بين التطبيقين أسبوعين ، وتم حساب

معامل الثبات للمقياس باستخراج معامل ارتباط بيرسون حيث بلغ (0,91) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.50$) ، كما تم استخراج دلالات ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ وقد بلغ (0,86) ، مما يشير الى أن المقياس عالي الثبات وصالح لتطبيق بصورته النهائية .

1-5-3. مقياس تقدير الذات :

تم استخدام مقياس تقدير الذات لروزنبرج (Rosenberg, 1965) ، وتعطي هذه الاداة تقديرا لمدى تقييم الفرد لذاته بشكل عام تتكون من عشر عبارات يحدد المستجيب مدى انطباق كل منها عليه وفقا لأربعة مستويات تمثل الفئات التالية على الترتيب أوافق تماما ، أوافق ، لا أوافق ، لا أوافق تماما ، تتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين درجة واربع درجات ويتراوح المجموع الكلي للمقياس ما بين (10) درجات و (40) درجة، وعبارات المقياس صيغت منها خمس عبارات بشكل ايجابي وقد صيغت الخمس عبارات لأخرى بصيغة سلبية، حيث يحصل المفحوص في العبارات 1,2,4,6,7، على أربع نقاط في أوافق تماما ، ثلاث نقاط في أوافق ، نقطتين في لا أوافق ، نقطة واحدة في لا أوافق تماما، بينما يكون التقيط عكسي في العبارات 3,5,8,9,10، حيث تمنح المفحوص نقطة واحدة اذا أجاب بأوافق تماما ، نقطتين لأوافق ، ثلاث نقاط ل لا أوافق ، وأربع نقاط ل لا أوافق تماما ويتم حساب الدرجة الكلية بجمع درجاته في الفئات الأربعة للمقياس ، وتدلل الدرجة المرتفعة على تقدير مرتفع لذات والعكس صحيح (Gosling and Ric, 42-43: 1998).

1-3-5-1. صدق مقياس تقدير الذات :

للتحقق من صدق المقياس اعتمد الطالب الباحث على الصدق الظاهري من خلال عرض عبارات المقياس على مجموعة من الأساتذة الدكاترة المتخصصين في مجال علم النفس و الصحة النفسية وعددهم (6) ، أسمائهم ورتبهم العلمية في الملحق رقم 4 مشهود لهم بمستواهم العلمي، فترتب على صدق المحكمين أن تم تعديل (3) عبارات من حيث الصياغة لزيادة وضوحها (كما هو موضح في الملحق رقم 4) .

1-3-5-2. ثبات مقياس تقدير الذات :

تم التأكيد من ثبات مقياس الذات باستعمال طريقة الاختبار واعادة الاختبار (test retest) على عينة من مجتمع الدراسة خارج العينة الاساسية قوامها فردين وكان الفارق الزمني بين التطبيقين أسبوعين ، وتم حساب معامل الثبات للمقياس باستخراج معامل ارتباط بيرسون حيث بلغ (0,81) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.50$) ، كما تم استخراج دلالات ثبات المقياس باستخدام معامل كرونباخ ألفا وقد بلغ (0,73) ، مما يشير الى أن المقياس عالي الثبات وصالح لتطبيق بصورته النهائية .

1-6. البرنامج التأهيلي المقترح:

- تصميم البرنامج:

قام الباحث بتصميم البرنامج التأهيلي المقترح للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية وفقا لأسس العلمية للتأهيل الطبي وذلك بعد الاطلاع على المراجع العلمية العربية و الأجنبية المتخصصة والدراسات السابقة في العلاج الطبيعي والتأهيل الطبي التي تناولت الخصائص النفسية و الاجتماعية و الجسمية و الفسيولوجية لهذه الفئة و منها : - دراسة"شاهيناز محمد البارودي (1994) - دراسة"محمد كمال علي موسى"(2004) - دراسة على عبد الله على عثمان (2010)- هويدا الشيخ ودولة السعيد محمد احمد (2012)- دراسة جون سالوينكي(،Slawinsky jean 2013) ودراسةرفائيل جيمال" (Raphael 2010) دراسة بنيامين كامون.

- أسس بناء البرنامج :

- الوقوف على الامكانيات و الوسائل التي تتوفر عليها العيادة لتنفيذ البرنامج التأهيلي المقترح .
- ان يتناسب البرنامج مع استعدادات و قدرات المرضى في هذه المرحلة و يتماشى مع الامكانيات المتوفرة .
- مراعاة الفروق الفردية من خلال التنوع في أنشطة البرنامج حتى لا يشعر المرضى بالملل .
- ان يتسم البرنامج بالمرونة فيسمح بإدخال بعض التعديلات اذا لزم ذلك .
- مراعاة التدرج بالتمارين و الأنشطة من السهل الى الصعب و من البسيط الى المركب .
- ان يحقق البرنامج للفرد فرص تحقيق التوازن و علاقته مع الآخرين مع مراعاة الاستمرارية في تنفيذ البرنامج دون انقطاع .

- أهداف البرنامج:

- تنمية عناصر اللياقة المرتبطة بالصحة و تحسين صورة الجسم و مفهوم تقدير الذات.
- مساعدة هذه الفئة على التكيف و الاندماج في المجتمع الاعتماد على النفس دون الحاجة الى الآخرين .
- الارتقاء بمقومات الكفاءة الصحية للمعاق من خلال برنامج تأهيلي يتوافق مع امكانياته و استعداداته .
- تطوير قدرات هذه الفئة و مساندتهم نفسيا و اجتماعيا لتقبل وضعهم و علاجهم و تدعيم أملهم في الحياة.
- الترويح و الارتقاء بروح الجماعة و بث المرح و السرور و توعيدهم على التعاون و حب الانتماء للجماعة .
- تحقيق الصفاء الذهني الذي يسمح بمواجهة الضغوط و الانفعالات.

- محتوى البرنامج:

- فترة تطبيق البرنامج التأهيلي المقترح: 6 أشهر أي 24 أسبوع

- عدد الوحدات التأهيلية في الأسبوع: وحدتين

_ عدد الوحدات التأهيلية خلال البرنامج المقترح : 48 وحدة

_ متوسط زمن الوحدة التأهيلية اليومية في البرنامج: (50_70) دقيقة

جدول رقم(03) يبين البرنامج التأهيلي المقترح

الاشهر	الزمن الكلي	الشدة	أهداف البرنامج
الاول	400د	50	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض اصابع اليد- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على ثني مفصل المرفق - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على بسط المرفق- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على مفصل الكتف لرفع الذراع زاوية 90- المرونة ،الرشاقة ،التوازن
الثاني	440د	55	تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على بسط وثنى الركبتين- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قوة عضلات القدم - تقوية وتأهيل العضلات المادة (الباسطة) للفخض - تأهيل العضلة الفخضين الأمامية والخلفية - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض واسترخاء الركبة - المرونة ،الرشاقة ،التوازن
الثالث	480د	60	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على رفع الذراع جانبا عاليا أكثر من 90 - تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على ابعاد الذراع عن خط المنصف للجسم للوضع الجانبي- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على تقريب الذراع للخط المتوسط للجسم المرونة ،الرشاقة ،التوازن
الرابع	520د	60	اللياقة القلبية التنفسية(الدراجة الثابتة)- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على الجذب تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على الرفع والتي تعمل على إطالة العضلات الجذع الجانبية تنمية والتي تعمل على مرونة المفاصل بين الفقرات تنمية العمل مستقبلات الحسية العصبية بالعضلات الأساسية قبض التبعيد ودوران الذراع للخارج مد تقرب دةران الذراع للخارج - المرونة ،الرشاقة ،التوازن
الخامس	560د	60	-اللياقة القلبية التنفسية(الدراجة الثابتة) استخدام العمل العضلي الثابت (الايزو متري)تنمية القوة لعضلية للمجموعات العضلية القابضة والباسطة بالمنطقة العنقية والمجموعات العضلية القابضة والباسطة للحزام الكتف تنمية المستقبلات للشبكة العصبية بحزام الكتف تقوية للعضلات الباسطة والقابضة لمنطقة الظهر - المرونة ،الرشاقة ،التوازن

65 600د	السادس	- اللياقة القلبية التنفسية(الدراجة الثابتة)- تنشيط المستقبلات العصبية الحسية بالعضلات -تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية العاملة والمضادة بمنطقة الجذع تقوية العضلات الرجلين ومجموعة العضلات اسفل البطن العاملة - العضلات القابضة والباسطة الجذع- اطالة للعضلات الجذع الجانبية مرونة المفاصل بين الفقرات - المرونة ،الرشاقة ،التوازن
------------	--------	--

- محتوى وحدة تأهيلية من وحدات البرنامج:

تم تقسيم الوحدة التأهيلية اليومية بشكل يضمن تحقيق اهداف البرنامج التأهيلي المقترح ، وقد قسمت الى الجزء التمهيدي و يتضمن اعداد و تهيئة أجهزة و أعضاء اجسم المختلفة الفيسيولوجية و البدنية و الحالة النفسية للفرد كي يكون مستعدا للتفاعل مع مجريات حمل التدريب الذي سيقع عليه خلال الجزء الرئيسي بكفاءة ، و قد روعي ان يشتمل على المجموعات العضلية الكبيرة و التي تتضمن تمارين المشي علي العمودين المتوازيين و تحريك الذراعين و الرجلين و بعض المكونات الخاصة بالصحة البدنية ، من حيث مرونة المفاصل و العظام و تهيئة الجهاز الدوري التنفسي ، مع الحرص على بث الحماس للمشاركة الايجابية الفعالة في وحدات البرنامج.

الجزء الرئيسي: و يشتمل على تمارين القوة العضلية لتجنب حدوث الضمور العضلي، و تمارين الرفع الخاصة باستخدام المجموعات العضلية الكبيرة بالجسم ، و تمارين الاطالة العضلية لتخفيف حدة الانقباضات او التقلصات في اجزاء الجسم المصابة ، هذا بالإضافة الى تجنب حدوث التشوهات القوامية و المحافظة على المدى الكامل للحركة ، و تمارين تنمية التوافق العضلي لأجزاء الجسم المصاب بالإضافة الى تمارين التحمل الدوري التنفسي .

الجزء الختامي : ويتم فيه رجوع الافراد الى الحالة الطبيعية و يشمل تمارين الاطالة و تمارين الاسترخاء والتنفس العميق مع تحية شكر وتقدير للمجهود المبذول من قبلهم .

جدول رقم (04) يبين محتوى وحدة تأهيلية من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا	- المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي. - زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادةً تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحاثة المريض من الجهة المصابة - العد بصوت عالٍ لتجنب حبس النفس.	10د	الجزء التمهيدي
تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض أصابع اليد	- جلوس عالٍ و الدراعان جانبا مع تدوير الرسغين و كل يد تمسك بثقل وزنه واحد كلغ. - جلوس عالٍ و الدراعان عاليا مع تدوير الرسغين ثم الهبوط بالدراعين أماما مع تدوير الرسغين بالأنقال ثم الرجوع بالدراعين جانبا للأسفل - جلوس عالٍ و الدراعان مد عرضا مع تدوير الرسغين بالأنقال ثم الرجوع بالدراعين جانبا للأسفل - جلوس عالٍ و الدراعان أماما مع ثني الرسغين معا في حركة الكعب ثم حركة البطح مع حمل الأثقال متساوية في اليدين معا عند أداء كل تمرين - جلوس عالٍ الدراعان أماما ثني الرسغين بالتبادل مع الأنقال	30د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	- تمارين المرونة والتوازن بتصويب الكرة داخل السلة التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب ومساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان.	10د	الجزء النهائي

-الأسس العلمية للبرنامج

-الصدق:

استعان الطالب الباحث بالمراجع العلمية المتخصصة في التأهيل الطبي و بأراء 05 من الخبراء في مجال التأهيل الطبي من خلال استمارة استطلاع حول محاور و فترات البرنامج التأهيلي المقترح و تم مراعاة اختلاف وجهات النظر لأخصائيين العلاج الطبيعي في تحديد فترة و مدة الجلسة التأهيل اختلاف عدد الوحدات و عدد الساعات التأهيلية بين الأخصائيين و يوضح ذلك الجدول 3 الأتي .

جدول رقم(05) يبين النسب المئوية للبرنامج التأهيلي المقترح

الترتيب	النسبة المئوية للاتفاق	عدد التكرارات	مكونات البرنامج التأهيلي المقترح
الأول	100%	12	فترة البرنامج التأهيلي 6 شهور
الثاني	92%	11	عدد الوحدات التأهيلية في الأسبوع ل 2 وحدات
الثالث	83.33%	10	متوسط التمرينات التأهيلية داخل الجلسة 60

يتضح من الجدول 3 مكونات البرنامج التأهيلي المقترح والنسبة المئوية لكل محور من مكونات البرنامج التأهيلي المقترح وفقا لاراء الخبراء حيث جاءت نسبة موافقة الخبراء على محاور البرنامج التدريبي المقترحة ما بين 83.33 الى 100.

-الدراسة الاستطلاعية للبرنامج :

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية للبرنامج التأهيلي المقترح في الفترة بين (7-11-2016) و (18-11-2016) على عينة قوامها فردين من مجتمع الدراسة وخارج العينة الاساسية ، ولمدة اسبوعين (وحدتين تأهيليتين) وذلك بهدف التعرف الى :

- مدى صلاحية الادوات والاجهزة المستخدمة للتأكد من عوامل الامن والسلامة .

- الصعوبات التي قد تعرض الباحث اثناء تنفيذ البرنامج

__ معرفة زمن الجلسة التأهيلية وتسلسل التمرينات بها

__ معرفة الأوضاع المناسبة للقياسات المستخدمة قيد البحث

__ معرفة عدد التكرارات والمجموعات وزمن الراحة اثناء الجلسة التأهيلية

__ ابتكار مجموعة من التمرينات الترويجية حتى لا يتسرب الملل الى نفوس الافراد

__ التعرف على مدى استجابة المصابين للتمرينات التأهيلية المقترحة المستخدمة

و قد اسفرت نتائج الدراسة الاستطلاعية عن مناسبة محتوى البرنامج و الادوات و الاجهزة المستخدمة في تنفيذه لافراد العينة الاستطلاعية.

- تنفيذ محتوى البرنامج :

سبق إجراء تنفيذ البرنامج التأهيلي المقترح بعض الخطوات التمهيديّة و التي تمثلت في عدة لقاءات بين الطالب الباحث و افراد العينة التجريبية استهدفت توفير فرص التقارب و التقبل بينهم- خلق جو تسوده الثقة - قبل البدء في تنفيذ البرنامج التأهيلي ، و بعد التأكد من صلاحية البرنامج للتطبيق تم تنفيذ البرنامج التأهيلي المقترح على عينة الدراسة الاساسية وقف ثلاث مراحل هي :

- مرحلة القياس القبلي :

أجريت القياسات القبليّة للمجموعتين التجريبية و الضابطة يوم (21-11-2016)، وذلك باستخدام اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، حيث تم اجراء اختبار التحمل الدوري التنفسي (اختبار 6 دقائق مشي) تم اجراء اختبارات التركيب الجسمي (مجموع سمك طيات الجلد لمنطقتي العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية ومنطقة ما تحت عظم لوح الكتف) واختيار القوة العضلية (قوة القبضة) ومقياس صورة الجسم و مقياس تقدير الذات.

-مرحلة تطبيق البرنامج :

قام الباحث بتطبيق وحدات البرنامج التأهيلي المقترح على المجموعة التجريبية بالفترة من 28-11-2016 حتى يوم 26-05-2017، علما ان ايام التطبيق هي السبت، الاربعاء و لمدة (24) اسبوع، و بذلك يكون عدد الوحدات التأهيلية المطبقة فعليا (48) وحدة، اما المجموعة الضابطة فلم تخضع لأي برنامج و استمرت في ممارستها للتمرينات التأهيلية المعتادة.

- مرحلة القياس البعدي :

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التأهيلي المقترح قام الباحث بإجراء القياسات البعدية من يوم (1-6-2017) وحتى يوم (3-6-2017) لمتغيرات الدراسة على مجموعتين التجريبية و الضابطة، بنفس الطريقة و نفس الظروف والامكانات وحسب ترتيبها في القياس القبلي قصد الحصول على أدق النتائج، و كانت نتائج القياس المبين في الفصل الثاني.

-الادوات المستخدمة في البرنامج :

جهاز العجلة الثابتة (الأرجومترية)، حذاء حديدي بأوزان مختلفة، الحلقة المطاطية لأصابع اليد، دمبلز وأثقال بأوزان مختلفة، جهاز متوازي لتدريب على المشي عقل الحائط، مكعب متعدد الدرجات، حبال مطاطية، أوزان حرة، نوابض وبكرات ، أرطبة مطاطية ، أجهزة حركية خاصة، شريط القياس ، جهاز دينامومتر، ملقط دهن من نوع (cagipper) ، سجلات العيادة للحصول على بيانات خاصة بأفراد العينة .

1-8. الاساليب الإحصائية المستعملة: تتضمن خطة المعالجة الإحصائية مايلي:

$$1- \text{المتوسطات الحسابية} : \text{س} = \frac{\text{س} \times \text{مج}}{\text{ن}} \quad (\text{سيد محمد خيرى، 242، 1997})$$

مج س: مجموع القيم

ن: عدد القيم

$$2 _ \text{الانحراف المعياري: ع} = \sqrt{\frac{\text{س}^2 - \frac{\text{س}^2}{\text{ن}}}{\text{ن}}}$$

3- الوسيط: هو القيمة التي تقسم القيم الى جزئين حيث يكون عدد القيم التي اقل منها يساوي عدد القيم التي اكبر منها. (مروان عبد المجيد، 2000، ص200)

$$4- \text{الصدق الذاتي} = \sqrt{\text{الثبات}}$$

-معامل الارتباط بيرسون (عيسى عبد الرحمان، 1987، ص178)

معامل كرونباخ-الفا (عيسى عبد الرحمان، 1987، ص195)

-اختبارات الدالة "ت" ستيودنت، (فؤاد البهي السيد، 1979، ص120)

معامل الالتواء=الوسط الحسابي-المنوال / الانحراف المعياري. (الحفيظ، 1993، صفحة 109)

1-9- صعوبات البحث:

كأي دراسة صادف الطالب الباحث خلال اجراء البحث عدة صعوبات نذكر من بينها:

- صعوبة ضبط العينة من حيث الاستمرارية في العمل والالتزام بالمواعيد.
- قلة الدراسات وندرتهما التي تناولت الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.
- الغيابات المتكررة لعينة البحث نظر للظروف الصحية.

خلاصة

تتطلب أي دراسة علمية منهجية وإجراءات ميدانية، لان جوهر الدراسة يكمن في كيفية ضبط حدود البحث الرئيسية وإجراءات ميدانية.

وهذا ما حاول الطالب الباحث من خلال هذا الفصل تجسيده، بوضع خطة محددة الأهداف وذلك بواسطة تحديد منهج ملائم لطبيعة الدراسة، يخدم مشكلة وأهداف البحث، كما تم تحديد عينة الدراسة والأدوات المناسبة لجمع البيانات ، مع دراسة الأسس العلمية لها، بالإضافة إلى تحديد الوسائل الإحصائية الملائمة، التي تساعد في عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

الفصل الثاني

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد

1.2- عرض وتحليل نتائج الاختبارات

2.2- الاستنتاجات

3.2- مناقشة الفرضيات

4.2- الخلاصة العامة

5.2- اقتراحات أو فرضيات مستقبلية

قائمة المصادر والمراجع

تمهيد:

تتطلب منهجية البحث عرض وتحليل النتائج لمناقشتها، وعلى هذا الأساس اقتضى الأمر عرض وتحليل النتائج التي توصل إليها الطالب الباحث، والتي أسفرت عنها هذه الدراسة، وإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة وإعطاء الصورة العامة للنتائج حيث قام بعرض النتائج في جداول.

2-2- عرض وتحليل نتائج:

2-2-1- النتائج المتعلقة بالفرضية الاولى:

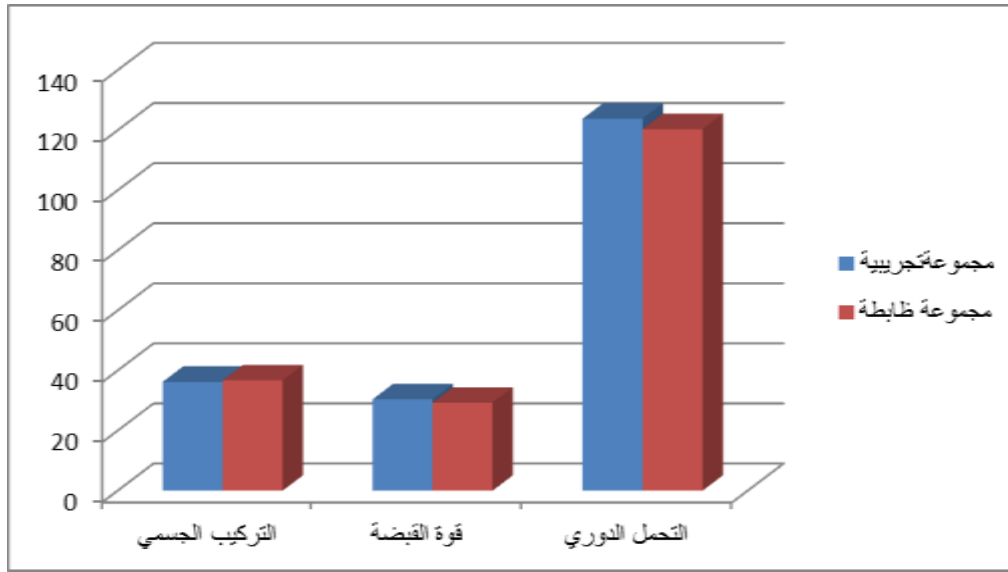
عرض وتحليل نتائج الاختبارات القبليّة للمجموعتين الضابطة و التجريبية:

جدول رقم (4): يوضح نتائج الاختبارات القبليّة للمجموعتين الضابطة و التجريبية في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	التركيب الجسمي
		ع	م	ع	م		
غير دال	1,84	3,69	17,18	2,75	16,55	سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	
غير دال	0,95	3,77	19,05	3,13	20,18	سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف	
غير دال	1,75	7,20	36,23	5,62	36,73	مجموع سمك طيات الجلد	
غير دال	2,14	2,90	30,41	2,51	29,28	قوة القبضة	
غير دال	1,50	17,05	123,83	17,17	120,33	التحمل الدوري التنفسي (مشي / 6د)	

قيمة (ت) الجدولية = 2,22 عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بدرجة حرية (10)

من خلال نتائج الجدول (4) للمجموعتين الضابطة والتجريبية فقد بلغت قيمة "ت" استودنت المحسوبة في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لمتغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية، سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف) 1,75 و قوة القبضة 2,14 و التحمل الدوري التنفسي (مشي / 6د) 1,50 هي اقل من "ت" الجدولية 2,57 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.



الشكل البياني رقم (1): يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التحريبية والضابطة في القياس القبلي

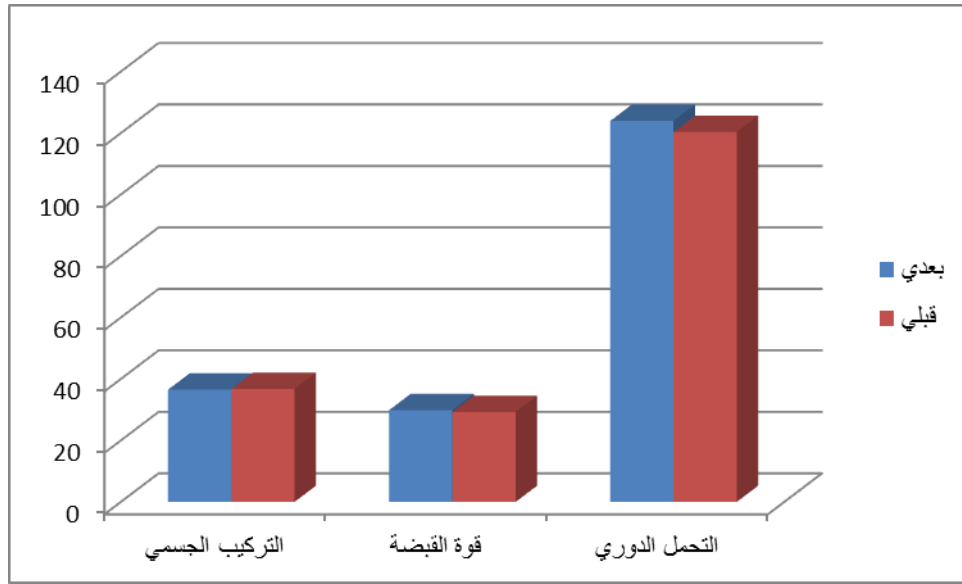
عرض وتحليل نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة:

جدول رقم (5): يوضح نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	بعدي		قبلي		اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	التركيب الجسمي
		ع	م	ع	م		
غير دال	1,34	2,89	16,41	2,75	16,55	سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	
غير دال	0,12	3,45	20,15	3,13	20,18	سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف	
غير دال	0,52	6,18	36,56	5,62	36,73	مجموع سمك طيات الجلد	
غير دال	2,44	2,90	30,12	2,51	29,28	قوة القبضة	
غير دال	2,14	17,05	124	17,17	120,33	التحمل الدوري التنفسي (مشي / 6د)	

قيمة (ت) الجدولية = 2,57 عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بدرجة حرية (5)

من خلال نتائج الجدول (5) للمجموعة الضابطة فقد بلغت قيمة "ت" استودنت المحسوبة في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لمتغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية, سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف) 0,52 و قوة القبضة 2,44 و التحمل الدوري التنفسي (مشي / 6د) 2,14 هي اقل من "ت" الجدولية 2,57 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات النتائج القبليّة والبعدية .



الشكل البياني رقم (2): يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للقياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة .

- عرض وتحليل نتائج الاختبارات القبلية والبعديّة للمجموعة التجريبية:

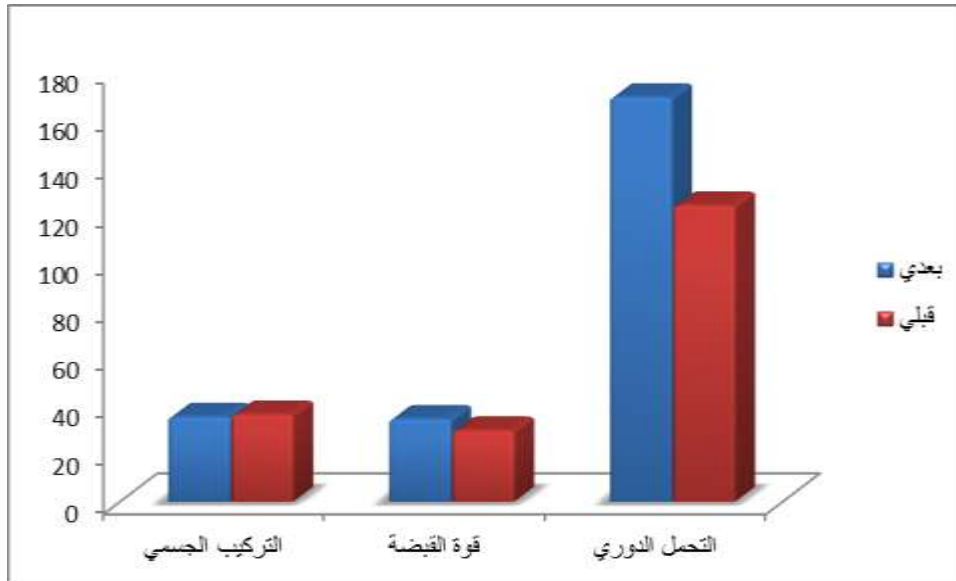
جدول رقم (6): يوضح نتائج الاختبارات القبلية والبعديّة للمجموعة التجريبية في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	بعدي		قبلي		اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	التركيب الجسمي
		ع	م	ع	م		
غير دال	1,44	3,79	17	3,69	17,18	سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	
غير دال	2	4,01	18,58	3,77	19,05	سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف	
غير دال	2,04	7,52	35,58	7,20	36,23	مجموع سمك طيات الجلد	
دال	10,54	2,14	34,66	2,14	30,41	قوة القبضة	
دال	5,79	27,87	169,3	19,50	123,83	التحمل الدوري التنفسي (مشي / 6د)	

قيمة (ت) الجدولية = 2,57 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (5)

من خلال نتائج الجدول (6) للمجموعة التجريبية فقد بلغت قيمة "ت" استودنت المحسوبة في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة: قوة القبضة 10,54 و التحمل الدوري التنفسي (مشي / 6د) 5,79 هي أكبر من "ت" الجدولية 2,57 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي .

في حين أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية, سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف) 2,04 هي أقل من "ت" الجدولية 2,57 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي.



الشكل البياني رقم (3): يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للقياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

مقارنة نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية:

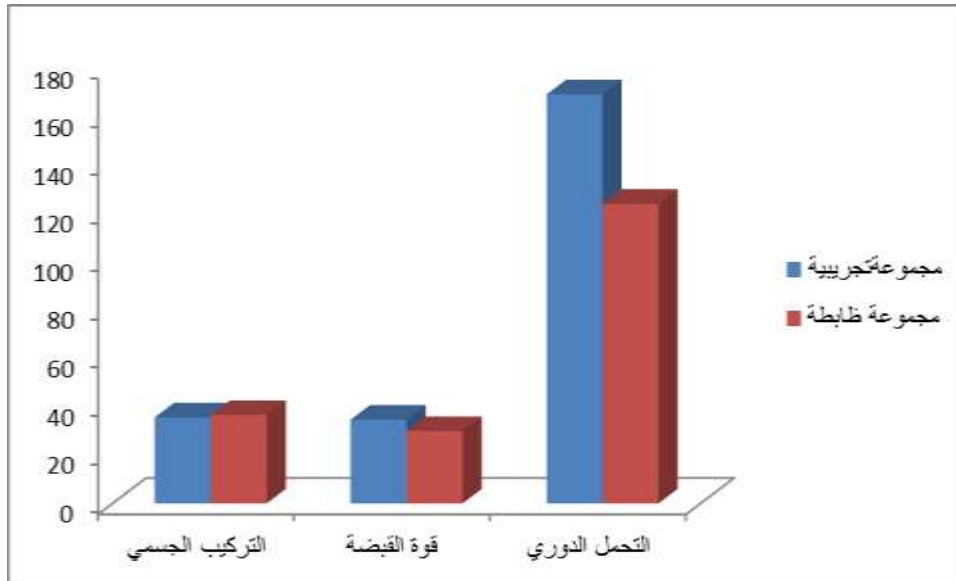
جدول رقم (7) يوضح مقارنة نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة	التركيب الجسمي
		ع	م	ع	م		
غير دال	0,29	3,79	17	2,75	16,41	سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية	
غير دال	0,72	4,01	18,58	3,13	20,15	سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف	
غير دال	0,24	7,52	35,58	6,18	36,56	مجموع سمك طيات الجلد	
دال	3,49	2,14	34,66	2,51	29,91	قوة القبضة	
دال	3,39	27,87	169,3	17,17	124	التحمل الدوري التنفسي (مشي / 6د)	

قيمة (ت) الجدولية = 2,22 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (10)

من خلال نتائج الجدول (7) فقد بلغت قيمة "ت" استودنت المحسوبة في اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة: قوة القبضة 3,49 و التحمل الدوري التنفسي (مشي / 6د) 3,39 هي أكبر من "ت" الجدولية 2,22 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التأهيلي المستخدم في الدراسة مقارنة مع المجموعة الضابطة.

في حين ان قيمة "ت" استودنت المحسوبة في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية, سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف) 0,24 هي اقل من "ت" الجدولية 2,22 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمتغير التركيب الجسمي.



الشكل البياني رقم (4): يبين المتوسطات الحسابية لقياسات عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

عرض وتحليل نتائج الاختبارات القبليّة للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

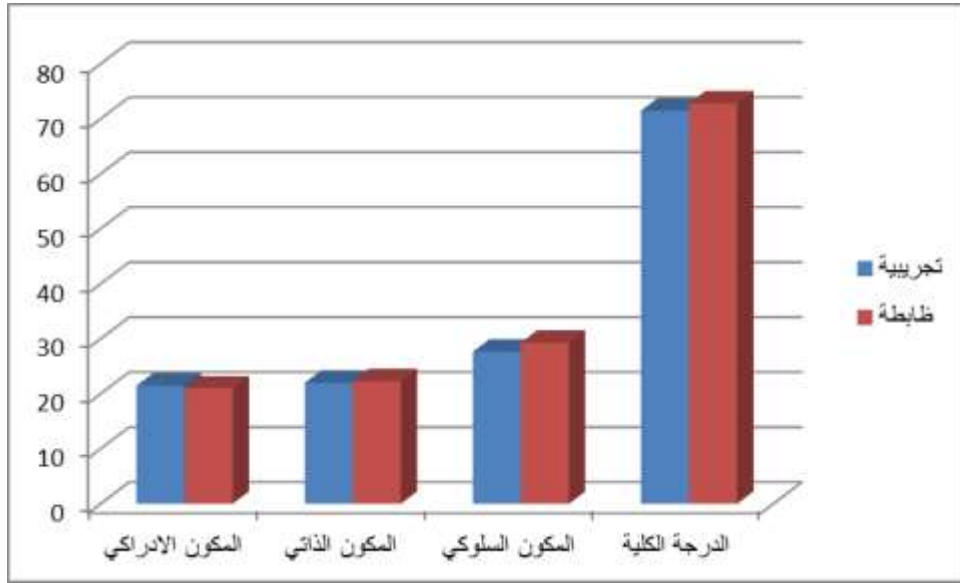
جدول رقم (8): يوضح نتائج الاختبارات القبليّة للمجموعتين الضابطة والتجريبية لمقياس صورة الجسم.

مستوي الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الابعاد	المجموعة القياس
		ع	م	ع	م		
غير دال	0.79	1.83	21.5	1.78	21	المكون الإدراكي	القبلي
غير دال	0.54	1.60	22	0.66	22.33	المكون الذاتي	
غير دال	0.87	3.38	27.66	3.20	29.33	المكون السلوكي	
غير دال	0.43	5.61	71.5	5.03	72.83	الدرجة الكلية	

قيمة (ت) الجدولية = 2,22 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (10)

من خلال نتائج الجدول (8) للمجموعتين الضابطة والتجريبية يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس هي أقل من "ت" الجدولية 2,22 مما يدل على عدم وجود فروق

ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.



الشكل البياني رقم (5): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية

والضابطة في القياس القبلي

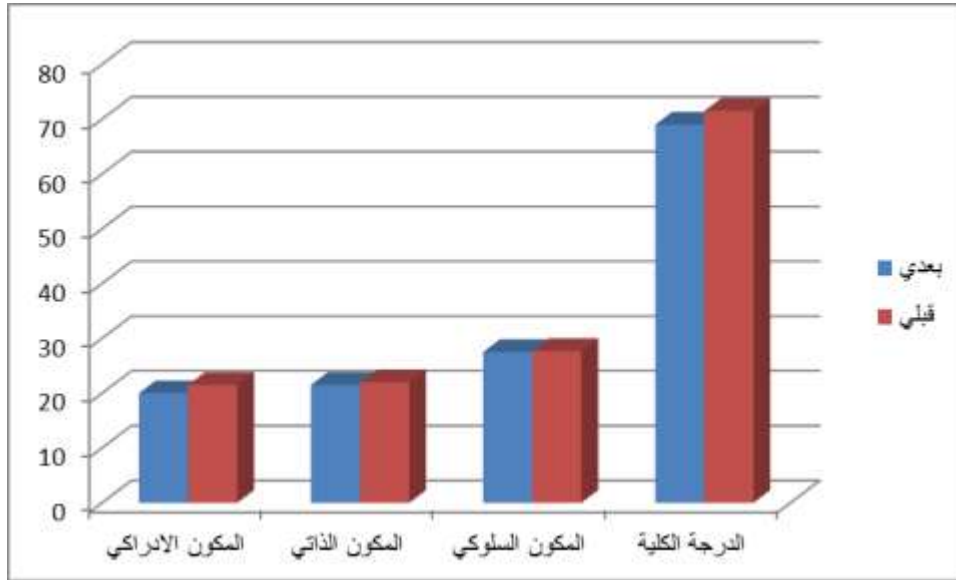
عرض ومناقشة نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة:

جدول رقم (9): يوضح نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة لمقياس صورة الجسم.

مستوي الدلالة	قيمة ت المحسوبة	بعدي		قبلي		الابعاد	المجموعة القياس
		ع	م	ع	م		
غير دال	2.31	0.4	20	1.83	21.5	المكون الإدراكي	الضابطة
غير دال	1.46	1.5	21.5	1.6	22	المكون الذاتي	
غير دال	0.17	3.72	27.5	3.38	27.66	المكون السلوكي	
غير دال	2.29	5.17	69	5.61	71.5	الدرجة الكلية	

قيمة (ت) الجدولية = 2,57 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (5)

من خلال نتائج الجدول (9) للمجموعة الضابطة يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس هي اقل من "ت" الجدولية 2,57 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات النتائج القبلية والبعديّة .



الشكل البياني رقم (6): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للقياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

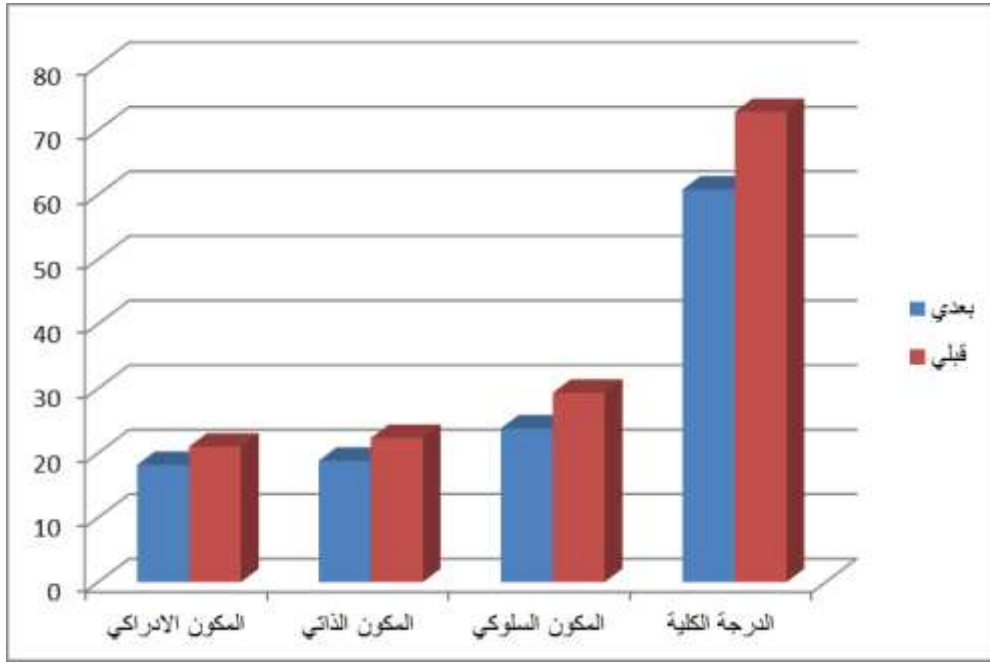
- عرض وتحليل نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة التجريبية:

جدول رقم (10): يوضح نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة التجريبية لمقياس صورة الجسم.

مستوي الدلالة	قيمة ت المحسوبة	بعدي		قبلي		الابعاد	المجموعة
		ع	م	ع	م		القياس
دال	5.22	1.36	18.16	1.78	21	المكون الإدراكي	تجريبية
دال	5.21	1.46	18.83	0.66	22.33	المكون الذاتي	
دال	4.79	2.56	23.83	3.20	29.33	المكون السلوكي	
دال	7.44	3.70	60.83	5.03	72.83	الدرجة الكلية	

قيمة (ت) الجدولية = 2,57 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (5)

من خلال نتائج الجدول (10) للمجموعة التجريبية يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من "ت" الجدولية 2,57 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى، مما يدل على تحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضها للبرنامج التأهيلي المقترح.



الشكل البياني رقم (7): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للقياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

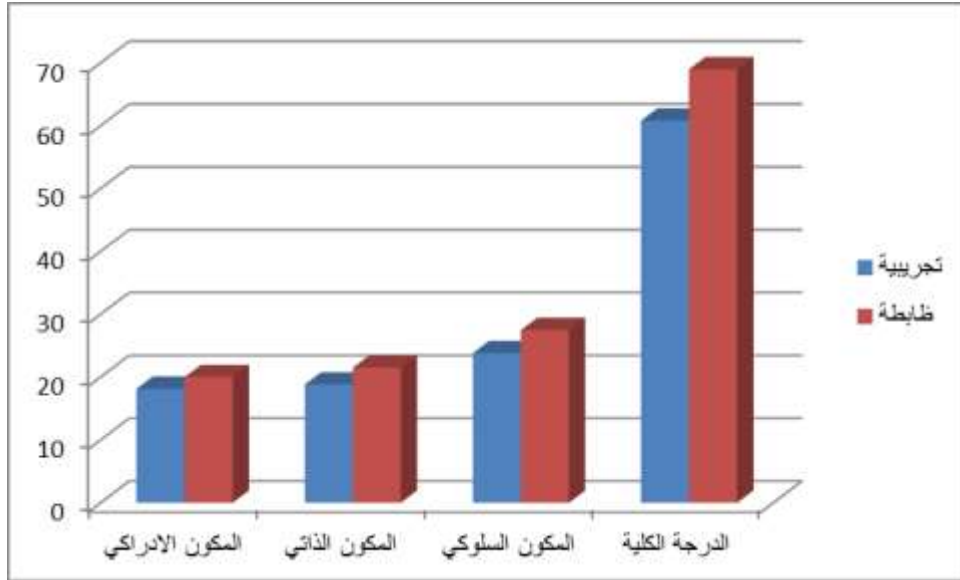
مقارنة نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية:

جدول رقم (11) يوضح مقارنة نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية لمقياس صورة الجسم

مستوي الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الابعاد	المجموعة القياس
		ع	م	ع	م		
دال	3.37	1.36	20	0.4	18.16	المكون الإدراكي	البعدي
دال	3.41	1.51	21.5	1.44	18.83	المكون الذاتي	
دال	2.45	2.56	27.5	3.72	23.83	المكون السلوكي	
دال	3.21	5.15	69.16	3.71	60.83	الدرجة الكلية	

قيمة (ت) الجدولية = 2,22 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (10)

من خلال نتائج الجدول (11) للمجموعتين الضابطة والتجريبية يتضح أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لجميع أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس هي أكبر من "ت" الجدولية 2,22 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التأهيلي المستخدم في الدراسة مقارنة مع المجموعة الضابطة.



الشكل البياني رقم (8): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس صورة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

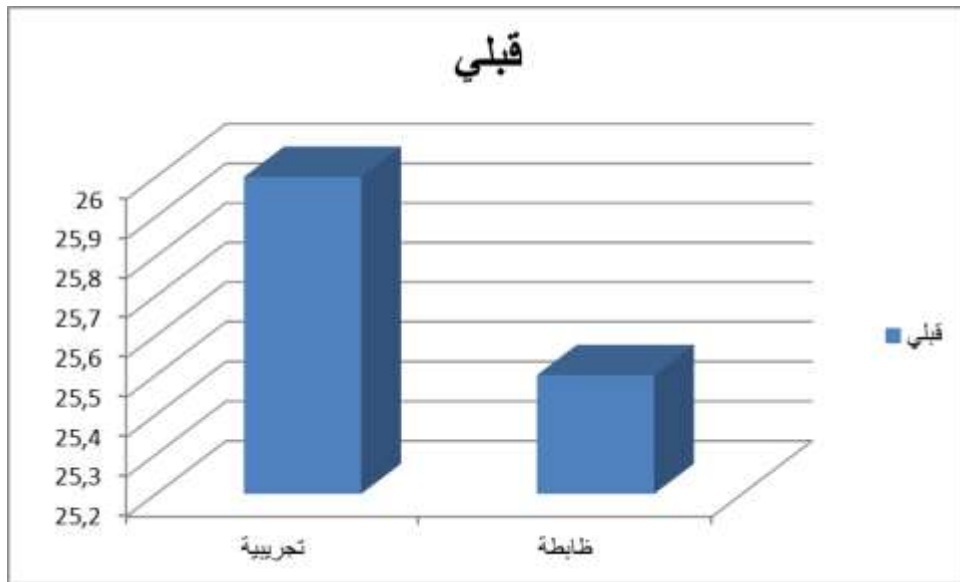
عرض وتحليل نتائج الاختبارات القبلي للمجموعتين الضابطة و التجريبية:

جدول رقم (12): يوضح نتائج الاختبارات القبلي للمجموعتين الضابطة و التجريبية لمقياس تقدير الذات

المجموعة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوي الدلالة
المجموعة التجريبية	القبلي	26	1,41	0,59	غير دال
المجموعة الضابطة	القبلي	25,5	1,51		

قيمة (ت) الجدولية = 2,22 عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بدرجة حرية (10)

من خلال نتائج الجدول (12) للمجموعتين الضابطة والتجريبية نجد أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لمقياس تقدير الذات بلغت ت=0,59 وهي اقل من "ت" الجدولية 2,22 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.



الشكل البياني رقم (9): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة

في القياس القبلي.

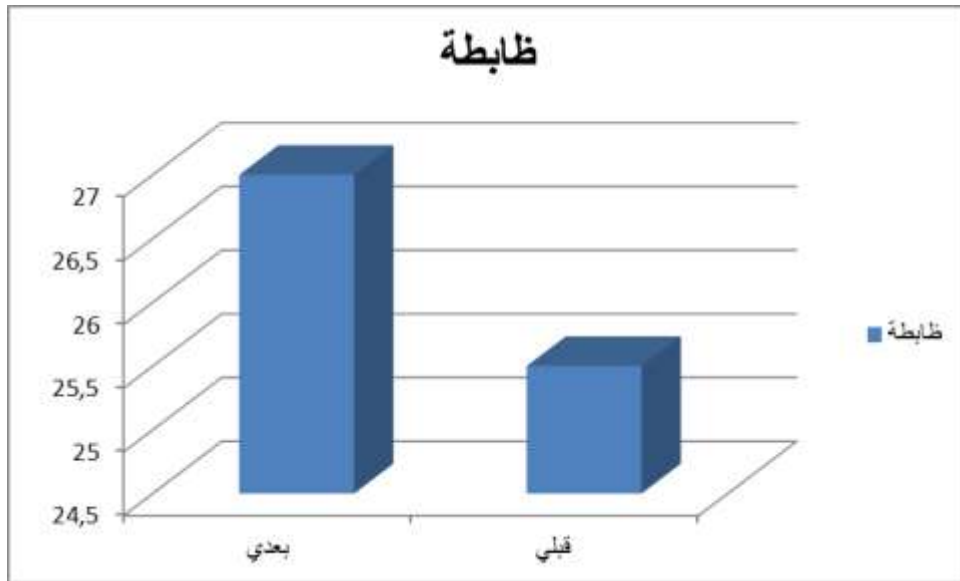
عرض ومناقشة نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة:

جدول رقم (13): يوضح نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة الضابطة لمقياس تقدير الذات

المجموعة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوي الدلالة
المجموعة الضابطة	القبلي	25,5	1,51	1,41	غير دال
	البعدية	27	2		

قيمة (ت) الجدولية = 2,57 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (5)

من خلال نتائج الجدول (13) للمجموعة الضابطة نجد أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لمقياس تقدير الذات بلغت $t=1,41$ وهي اقل من "ت" الجدولية 2,57 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات النتائج القبليّة والبعدية .



المنحني البياني رقم (10): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للقياس القبلي والبعدية للمجموعة الضابطة.

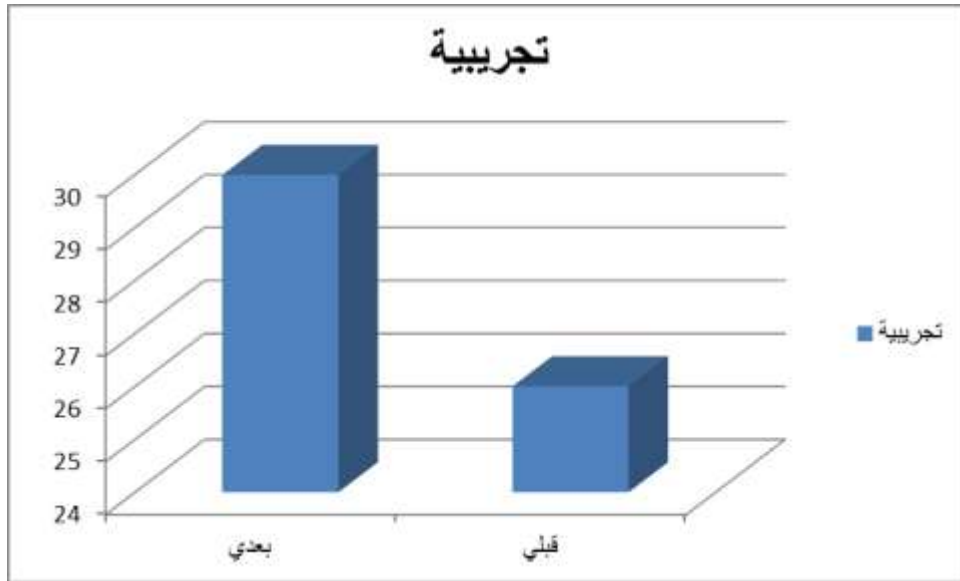
عرض ومناقشة نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة التجريبية:

جدول رقم (14): يوضح نتائج الاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعة التجريبية لمقياس تقدير الذات

المجموعة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوي الدلالة
المجموعة التجريبية	القبلي	26	1,41	5,5	دالة
	البعدية	29,66	1,63		

قيمة (ت) الجدولية = 2,57 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (5)

من خلال نتائج الجدول (14) للمجموعة التجريبية نجد أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لمقياس تقدير الذات بلغت $5,5 = ت$ وهي أكبر من "ت" الجدولية 2,57 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدية لصالح القياس البعدية .



الشكل البياني رقم (11): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للقياس القبلي والبعدية

للمجموعة التجريبية.

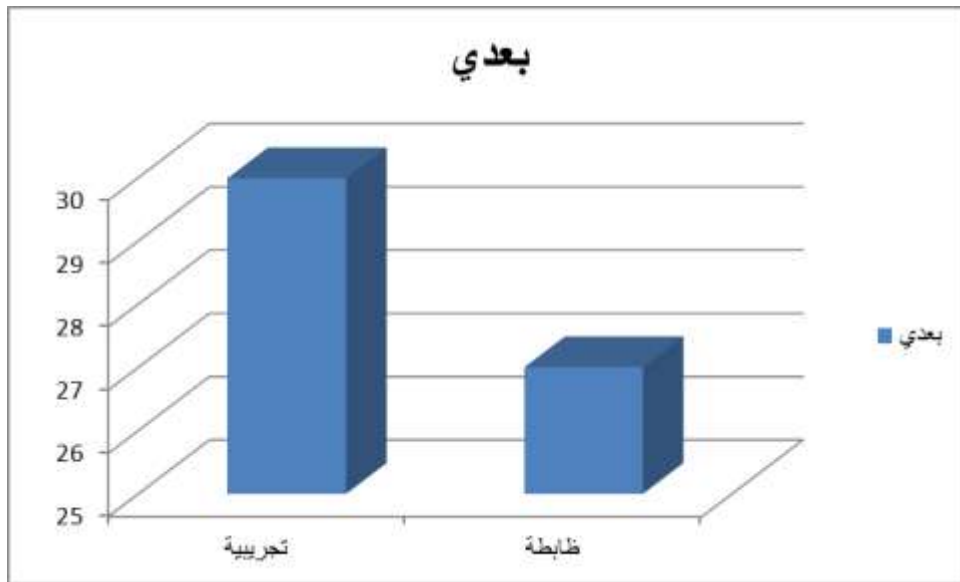
مقارنة نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية:

جدول رقم (15) يوضح مقارنة نتائج الاختبارات البعدية للمجموعتين الضابطة و التجريبية لمقياس تقدير الذات

المجموعة	الاختبار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	مستوي الدلالة
المجموعة التجريبية	البعدي	29,66	1,63	2,52	دالة
المجموعة الضابطة	البعدي	27	2		

قيمة (ت) الجدولية = 2,22 عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$ بدرجة حرية (10)

من خلال نتائج الجدول (15) نجد أن قيمة "ت" استودنت المحسوبة لمقياس تقدير الذات بلغت $2,52 =$ وهي أكبر من "ت" الجدولية 2,22 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التأهيلي المستخدم في الدراسة مقارنة مع المجموعة الضابطة.



الشكل البياني رقم (12): يبين المتوسطات الحسابية لمقياس تقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

كانت جدول رقم (16) يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين ابعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة.

المجموعة	الابعاد	تقدير الذات	مستوي الدلالة
الضابطة	المكون الادراكي	-0,109	غير دالة
	المكون الذاتي	0,288	غير دالة
	المكون السلوكي	-0,249	غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	0,227	غير دالة

قيمة ر الجدولية = عند مستوي الدلالة ($0.578 \geq \alpha$)

من خلال نتائج الجدول (16) نجد أن معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين كل بعد من ابعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة حيث أن أهم هذه العلاقات كانت بين بعد المكون الذاتي وتقدير الذات حيث بلغت (0,288) وهي قيمة غير دالة إحصائيا إلا أنها تعبر عن ارتباط ضعيف من النوع الموجب، بينما كانت اضعف هذه العلاقات بين بعد المكون السلوكي وتقدير الذات حيث بلغت (-0,249) وهي علاقة ضعيفة من النوع السالب، أما معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وتقدير الذات 0,227 وهي علاقة ضعيفة من النوع الموجب وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

جدول رقم (17) يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين ابعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية.

المجموعة	الابعاد	تقدير الذات	مستوي الدلالة
التجريبية	المكون الادراكي	-0,276	غير دالة
	المكون الذاتي	0,356	غير دالة
	المكون السلوكي	-0,105	غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	0,259	غير دالة

قيمة ر الجدولية = عند مستوي الدلالة ($0.578 \geq \alpha$)

من خلال نتائج الجدول (17) نجد أن معامل الارتباط بيرسون للقياس القبلي بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية كانت كالتالي حيث أن أهم هذه العلاقات كانت بين بعد المكون الذاتي وتقدير الذات حيث بلغت (0,356) وهي قيمة غير دالة إحصائياً إلا أنها تعبر عن ارتباط ضعيف من النوع الموجب، بينما كانت اضعف هذه العلاقات بين بعد المكون الإدراكي وتقدير الذات حيث بلغت (-0,276) وهي علاقة ضعيفة من النوع السالب، أما معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وتقدير الذات 0,259 وهي علاقة ضعيفة من النوع الموجب وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

جدول رقم (18) يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين ابعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة.

المجموعة	الابعاد	تقدير الذات	مستوي الدلالة
الضابطة	المكون الادراكي	-0,186	غير دالة
	المكون الذاتي	0,098	غير دالة
	المكون السلوكي	0,166	غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	0,286	غير دالة

قيمة ر الجدولية = عند مستوي الدلالة ($0.578 \geq \alpha$)

من خلال نتائج الجدول (18) نجد أن معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة كانت كالتالي حيث أن أهم هذه العلاقات كانت بين بعد المكون السلوكي وتقدير الذات حيث بلغت (0,166) وهي قيمة غير دالة إحصائياً إلا أنها تعبر عن ارتباط ضعيف من النوع الموجب، بينما كانت اضعف هذه العلاقات بين بعد المكون الإدراكي وتقدير الذات حيث بلغت (-0,186) وهي علاقة ضعيفة من النوع السالب، أما معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وتقدير الذات (0,286) وهي علاقة ضعيفة من النوع الموجب وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

جدول رقم (19) يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين ابعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة التجريبية.

المجموعة	الابعاد	تقدير الذات	مستوي الدلالة
التجريبية	المكون الادراكي	-0,166	غير دالة
	المكون الذاتي	0,486	غير دالة
	المكون السلوكي	0,356	غير دالة
	الدرجة الكلية للمقياس	0,456	غير دالة

قيمة ر الجدولية = عند مستوي الدلالة ($0.578 \geq \alpha$)

من خلال نتائج الجدول (19) نجد أن معامل الارتباط بيرسون للقياس البعدي بين كل بعد من أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات للمجموعة الضابطة كانت كالتالي حيث أن أهم هذه العلاقات كانت بين بعد المكون الذاتي وبعد المكون السلوكي وتقدير الذات حيث بلغت (0,486 و 0,356) وهي قيم غير دالة إحصائياً إلا أنها تعبر عن ارتباط متوسط من النوع الموجب، بينما كانت اضعف هذه العلاقات بين بعد المكون الإدراكي وتقدير الذات حيث بلغت (-0,166) وهي علاقة ضعيفة من النوع السالب، أما معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم وتقدير الذات (0,456) وهي علاقة متوسطة من النوع الموجب وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

2-2. الاستنتاجات

في ضوء المعالجات الإحصائية ومن خلال تفسير النتائج تم التوصل إلى الاستنتاجات الآتية:

1- البرنامج التأهيلي المقترح له تأثيراً إيجابياً في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بالشلل الناتج عن الجلطة الدماغية.

2- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (التحمل الدوري التنفسي، القوة العضلية) وانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية، سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف)

3- وجود فروق دالة إحصائية في الاختبارين البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (التحمل الدوري التنفسي، القوة العضلية) وانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية، سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف)

4- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين صورة الجسم للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

5- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

6- وجود علاقة ارتباطية موجبة وغير دالة احصائياً بين صورة الجسم و تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

3-2. مناقشة الفرضيات

2-3-1. مناقشة النتائج بالفرضية الأولى:

2-3-1. مناقشة النتائج بالفرضية الأولى:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمرضى المصابين بالشلل النصفى ولصالح القياس البعدي. ويتضح من جدول (6)، وجود فروق دالة إحصائية في بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (التحمل الدوري التنفسي، القوة العضلية) وانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية، سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف) وكذلك في نتائج الجدول (7) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي تتضح الفروق لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التأهيلي المستخدم في الدراسة مقارنة مع المجموعة الضابطة.

ويرى الطالب الباحث أن التحسن في التحمل الدوري التنفسي (مسافة 6 دقائق مشي) لأفراد العينة التجريبية لاجابية البرنامج التأهيلي المقترح وذلك باستخدام العضلات الكبيرة في الجسم مثل عضلات الأطراف والظهر وتتفق هذه النتائج مع دراسة هويدا الشيخ ودولة السعيد و دراسة جون سالوينكي (Slawinsky، 2013) jean) أن البرنامج المقترح والمستمر يمكن أن يحسن حالة المريض إلى مرحلة الوقوف والمشي وقد أكد موقع ذوي الاحتياجات الخاصة (www.Zoeelehtiagat.com) أن العلاج الطبيعي المصاحب للتمارين الرياضية يلعب دور كبير في علاج الشلل النصفى وذلك تبعاً لتأثير التمرينات والعلاج على مكان الإصابة بالجهاز العصب المركزي وبالتالي تختلف أنواع التمرينات منعا لقصر العضلات ونقص المدى الحركي أو حدوث الجلطات من الأطراف أو حدوث الضمور في العضلات مع مرور الأيام. وتتفق هذه النتائج كذلك مع دراسة بنيامين كامون (2015) إلى أن من الأسس العلمية للوصول إلى مرحلة التوازن والمشي هو استخدام وضعية مريحة للمرضى بالإضافة إلى السيطرة الإرادية والأوتوماتيكية للتقلصات العضلية وتصحيح الوضعية المنتهية بالثبات في التمرين . وتتفق هذه النتائج إلى ما توصل إليه رفائيل جيمال" (2010Raphael jumel) على ان علاج المريض بالشلل الناتج عن الجلطة الدماغية يحتاج إلى التمرينات لتقوية العضلات المصابة التي تفقد المريض القدرة على تحريكه أو منع ضمور العضلات وقد أكد سمير وحدي احمد ويوسف محمد موسى ونبييل نجم الدين (1990) ان هناك علاقة

وثيقة بين ممارسة التمرينات التاهلية واللياقة البدنية للمريض في زيادة كفاءة الجهاز العصبي في التحكم الحركي وبالتالي يساعد ذلك على زيادة قدرة المصاب علي اداء تمرينات تساعد على تحسين التوازن وزيادة المدى الحركي للعضو المصاب.

ويتضح كذلك من عرض النتائج وجود تحسن واضح في قوة القبضة ويرى الطالب الباحث أن هذا التحسن راجع إلي الأسلوب العلمي والمقنن الذي اعتمده في وضع وحدات هذا البرنامج والتي ركزت بالدرجة الأولى علي الاهتمام بالقوة العضلية، وجعلها الأكثر أهمية في محتوى البرنامج المقترح، لأن القوة العضلية لها دور كبير في معظم الأداء الحركي وتتفق هذه النتائج مع دراسة عيسى بن عمران (2001) على أن المعاق حركياً يعتمد اعتماداً كلياً على قوة ذراعيه في حركاته وتنقلاته سواء كان ذلك عن طريق العكازات أو الكراسي المتحركة ، فقد تم الاستعانة ببعض الأدوات في البرنامج مثل أكياس رمل- كرات طبية- أثقال خفيفة، ويشير حلمي إبراهيم وليلى فرحات(1988) أن البرنامج المقنن والمستمر يمكن أن يحسن حالة المريض المصاب بالشلل الناتج عن الجلطة الدماغية خلال 6 اشهر الأولى وحتى سنة ذلك أن العضلات تنمو وتقوى بالحركة سواء باستخدام أثقال أو بوزن الجسم حيث يزداد سمك الألياف العضلية وبالتالي يزيد المقطع الفسيولوجي للعضلة فتزداد القوة العضلية تبعاً لذلك (إبراهيم،فرحات،1998،263)، ويذكر عبد الفتاح ونصرالدين (2003)، أن العضلات هي مصدر الحركة في الإنسان، لأنها هي مصدر القوة المسببة للحركة، ويتوقف عليها أداء معظم الأنشطة ، ولأجل تنمية القوة العضلية والتحمل العضلي بغرض الصحة فيجب ان تمارس لمدة يومين الي ثلاثة أيام في الاسبوع، بحيث يكون تكرار أداء التمرين الواحد مابين (8-12) مرة تؤدي لمجموعة واحدة حتى ثلاث مجموعات(3،1) وتكون الراحة لمدة يوم على الاقل بين كل تدريب وآخر (عبد الفتاح،نصر الدين،2003،295).

ويتضح كذلك من عرض النتائج وجود تحسن ملحوظ ولكن غير دال إحصائياً على متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية، سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف) لدي أفراد المجموعة التحريبية وذلك أن الفترة الزمنية للبرنامج لم تكن كافية لإحداث تغير دال إحصائياً في متغير التركيب الجسمي والمعروف حسب الهزاع وآخرون(2001) أن عملية خفض الشحوم في الجسم تخضع إلى حد كبير لمعادلة توازن الطاقة المستهلكة بالجسم أي توازن الطاقة المستهلكة (عن طريق الطعام) مع الطاقة المصروفة نتيجة الجهد البدني، ولخفض نسبة الشحوم في الجسم نركز علي حجم الطاقة المصروفة وليس على شدة النشاط البدني(الهزاع،33،2001).

ومن خلال العرض السابق لمناقشة نتائج الفرض الأول يتبين صحة هذا الفرض والذي يشير توجد فروق ذات

دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمرضى المصابين بالشلل النصفي ولصالح القياس البعدي.

2-3-2. مناقشة النتائج بالفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي في تحسين صورة الجسم للمرضى المصابين بالشلل النصفي ولصالح القياس البعدي.

ويتضح من جدول (10)، وجود فروق دالة إحصائية في بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لجميع ابعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس وكذلك في نتائج الجدول (12) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي تتضح الفروق لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التأهيلي المستخدم في الدراسة مقارنة مع المجموعة الضابطة، ويرجع ذلك إلى تأثير البرنامج التأهيلي المقترح وما احتواه من تمارين تأهيلية وأنشطة تساهم في إدخال التشويق والمنافسة بين افراد هذه العينة، حيث تعتبر هذه الصفة من الصفات المهمة، وكذلك إلى مدة البرنامج وزمن الوحدة والى الالتزام التام لأفراد العينة بالتعليمات الخاصة بالبرنامج وإقبالهم على الممارسة بكل جدية وحرص ورغبتهم الكبيرة في معرفة التحسن الحاصل لديهم.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة كريستين (kreistin،2003) التي أظهرت وجود علاقة ايجابية بين صورة الجسم والمشاركة في الأنشطة الرياضية المعدلة للأفراد الحاملين لإعاقة حيث يرفع من قدراتهم على العمل والحركة كما ينعكس على الحالة النفسية ويكسبهم إحساساً داخلياً بالتحسن ويجعلهم يعاودون أعمالهم بصورة طيبة وبذلك فإنه يخفف من حالة التوتر والخوف والقلق التي تنتاب بعد الإصابة .

وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة (خوجة، 2009) التي أظهرت تحسن في صورة الجسم لدى المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً وذلك لصالح المجموعة التجريبية وهذا راجع الى اثر البرنامج الرياضي المقترح في دراسته، وتشير المنظمة العالمية للصحة (oms) في تقريرها سنة (2003) ان المساندة النفسية والاجتماعية للمرضى المصابين بالشلل النصفي تعتبر ضرورة علاجية تؤدي الى تقبل صورته الجسمية وعلاجه وتدعيم امله في الحياة. كما كشفت دراسات (بركمان وسيمس، 1996) أن شبكة العلاقات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تدعم المرضى المصابين بالشلل النصفي تساهم بقدر كبير في علاجهم وتعزز من مراحل شفائهم حيث أظهرت نتائج "بيرشيد" (Bersheid) أن الأفراد الذين لديهم صورة ايجابية نحو أجسامهم يرون أنفسهم أكثر اجتماعية وألفة مع الآخرين وأكثر قدرة على تحمل المسؤولية وذلك بعكس الأفراد الذين لديهم صورة سلبية عن أجسامهم.

وتتفق ايضا مع نتائج دراسة وايد (Wade,2007) التي أظهرت ان تشخيص وعلاج الافراد المعاقين له اثر ايجابي في تحسين صورة الجسم ويمكن ترجمة التحسن من خلال جسم جيد الادماج، يكون فيه الانا قد اكتسب حدود ثابتة، الشيء الذي يثبت أنه قادر على الدخول في علاقات مع العالم الخارجي انطلاقا من وضعيات واضحة.

ومن خلال العرض السابق لمناقشة نتائج الفرض الثاني يتبين صحة هذا الفرض والذي يشير توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي في تحسين صورة الجسم للمرضى المصابين بالشلل النصفي ولصالح القياس البعدي.

مناقشة النتائج بالفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي في تحسين تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي ولصالح القياس البعدي.

ويتضح من جدول (14) وجود فروق دالة إحصائية في بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في مستوى تقدير الذات وكذلك في نتائج الجدول (15) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي تتضح الفروق لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التأهيلي المستخدم في الدراسة مقارنة مع المجموعة الضابطة، ويرجع ذلك إلى تأثير البرنامج التأهيلي المقترح في توطيد العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي ما بين أفراد هاته الفئة التي تزيد من ثقتهم بأنفسهم ومفهومهم لذاتهم حيث يشعر الفرد بأهمية نفسه واحترامه لها وأنه متقبل من الآخرين، ويثق في نفسه وفي الآخرين، ويشعر بالكفاءة فلا ييأس أو ينسحب عند الفشل.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة بيتوس (Beatus,1996) التي أظهرت تقدير الذات الايجابي وارتقاء الثقة بالنفس لدي المعاقين بإصابات النخاع الشوكي ومقارنتهم مع الأفراد المعاقين ، كما تتفق مع نتائج دراسة "أوتيس" (Oates) التي بينت فاعلية برنامج ترويجي في السباحة على تحسين تقدير الذات للمعاقين حركيا، وتتفق ايضا مع نتائج دراسة التميمي (2005) التي دلت على التأثير الايجابي للبرنامج الرياضي التأهيلي المقترح في تخفيف حدة الانعزالية عن طريق زيادة التفاعل والشعور بالقيمة الذاتية، وتتفق ايضا مع نتائج دراسة (خوجة، 2009) والتي توصلت الى تحسن المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة في مستوى تقدير الذات نظرا لما أكسبته أفراد هذه المجموعة من خبرات ايجابية نتيجة ممارستها للنشاط الرياضي والتي بدورها تزيد من ثقتهم بأنفسهم ومفهومهم لدواتهم.

وتشير المنظمة العالمية للصحة (oms، 2011) أن المرضى المصابين بالشلل النصفي يحتاجون إلى رعاية نفسية وتأهيل أكثر ممن لهم إعاقة منذ الصغر أو ولدوا بها لأنهم تعودوا عليها وكلما يمر بهم العمر يتأقلموا مع وضعهم اما حالات كبار السن فهم الأصعب في التقبل، حيث كانوا أسوياء وفجأة أصيبوا بهذه الإعاقة وتحولوا تحولا كاملا، فتغيرت صفاتهم النفسية والجسدية وبالتالي يجدون صعوبة في تقبل وضعهم وعلاجهم فإحساس الفرد بقيمته يأتي من خلال معاملة الآخرين له وخاصة من قبل (الأسرة، الأصدقاء، الطبيب)

ويضيف "كفاي" أن تقدير الذات الايجابي يعني وجود مشاعر ايجابية نحو الذات حيث يشعر الفرد بأهمية نفسه واحترامه لها، وأنه متقبل من الآخرين ويثق في نفسه وفي الآخرين، ويشعر بالكفاءة فلا ييأس او ينسحب عند الفشل، ويميل الأفراد ذو التقدير المرتفع للذات إلى أن يكونوا واثقين من أنفسهم ومستقلين ومتحملين للمسؤولية ومتفهمين ومتفائلين بما سوف تأتي به الحياة، وعلى هذا الأساس فان تقدير الذات هو احد المفاهيم الأساسية للتوافق في مختلف مجالات الحياة (كفاي، 1997، 502).

ومن خلال العرض السابق لمناقشة نتائج الفرض الثالث يتبين صحة هذا الفرض والذي يشير توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج التأهيلي في تحسين تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي ولصالح القياس البعدي.

2-3-4. مناقشة النتائج بالفرضية الرابعة:

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين صورة الجسم و تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

ويتضح من جدول (17) و(19) وجود تحسن ولكن غير دال إحصائيا للمجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي في معامل الارتباط بين أبعاد صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات، مما يشير الى وجود علاقة ارتباطية طردية بمعنى أنه كلما زاد رضي المريض المصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية عن صورة الجسم كلما زاد مستوي تقدير الذات.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة دراسة بيتوس (Beatus، 1996) التي توصلت الى ان تقدير الذات له علاقة ايجابية بصورة الجسم، وان الأفراد الذين لديهم اعاقه يهتمون أكثر من العاديين بالمفاهيم المتعلقة بالجسم، وتتفق ايضا مع نتائج دراسة وايد (Wade، 2007) التي أكدت ان صورة الجسم عامل هام جدا في بناء وتكوين تقدير الذات والثقة بالنفس. ويشير مرعي (1984) أن التقدير الايجابي للجسم من جانب الفرد المعاق او من جانب

الاخرين يؤدي الى تقدير ايجابي لمفهوم الذات، وبالعكس فان التقدير السلبي تجاه الجسم يتولد عنه مفهوم سلبي لذات. (حسين، 89، 2008)

وتتفق أيضا مع نتائج دراسة (خوجة، 2009) التي تؤكد وجود علاقة ارتباطية بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا وان الأفراد الذين لديهم اتجاهات ايجابية عن أجسامهم يتصفون بارتفاع تقدير الذات ويذكر "فورباس" وآخرون (2004) أن صورة الجسم تلعب دورا مهما كأحد المكونات الأساسية في الحياة النفسية للأفراد اذ يمكن الإشارة إلى أنه يتنبأ بالقلق الاجتماعي وتقدير الذات وتقدير الجسد، واضطراب الأكل والأداء الجنسي، فنجد أن صورة الجسم تؤثر بلاشك في الحالات النفسية للفرد وبخاصة الحالات الوجدانية ذلك أن هناك تأثير متبادل بين الجسم والنفس، فكلاهما يؤثر في الآخر ويتأثر به (الدسوقي، 2006، 53)

ويذكر شيلدر (Schilder، 1968) ان التغيرات الجسدية تبعث نحو عدم التطابق بين صورة الجسد الحقيقية وصورة الجسد المصورة، فهي تمس حتما الجانب الادراكي، فهذه العضوية الجسدية تصبح حاملة لشكل وبنية جديدة، وأن بنية التي يحملها الشخص المعاق حركيا ويدركها لاتنسجم أو تتماثل مع الصورة التي يتمناها (المثالية) وان الأفراد الذين لديهم اتجاهات أو تصورات ايجابية نحو أجسامهم يتمتعون بدرجة مرتفعة لتقديرهم لذواتهم (Schilder، 104، 1968) وتتفق أيضا مع نتائج دراسة زيون (Zion) التي أظهرت عن وجود علاقات مرتفعة نسبيا بين مفهوم الذات الجسمية أو صورة الجسم وبين تقبل الذات وأن التقدير الايجابي للجسم من الافراد ذوي الاحتياجات الخاصة يؤدي الى تقدير ايجابي لمفهوم الذات. (علاوي، 1998، 89)

ومن خلال العرض السابق لمناقشة نتائج الفرض الرابع يتبين صحة هذا الفرض والذي يشير توجد علاقة ارتباطية بين صورة الجسم و تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

2-4. الخلاصة العامة

ان التطور العلمي السريع في المجال الرياضي وما طرأ على حياة الأفراد ومفاهيمهم ونظرتهم نحو الرياضة وأهميتها لم يعد فقط للممارسة الرياضية للوصول للبطولات في حد ذاتها بل كوسيلة لإكتساب الصحة واللياقة والوقاية من الأمراض وخاصة الجلطة الدماغية إذ تعتبر من أخطر الامراض التي تصيب الإنسان بالاعاقة ويصبح من ذوي الاحتياجات الخاصة ،حيث تشير منظمة الصحة العالمية أن الجلطة الدماغية هي السبب الأول للشلل والإعاقه لدى الراشدين، والسبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب والسرطان .

إن الخلايا العصبية لا تتجدد ولا يمكن تعويض ما يتلف منها ولذلك فإن أقصى ما يمكن عمله لمريض الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية هو إنقاذ ما تبقى لديه من خلايا والاستفادة منها باستخدامها الاستخدام الأمثل بمساعدة العلاج الطبيعي والتأهيل الذي يعتبر رسالة ذات قيمة اجتماعية وهدفه هو منع هاته الفئة من الانسحاب من خضم الحياة ، ومن هنا زادت أهمية البرامج التأهيلية في المحافظة على صحة ولياقة الفرد المعاق حيث أصبحت اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة مرتبطة بشكل أكبر بمرضى الشلل النصفي وذلك لان غالبية هذه الفئة أكثر عرضة للعديد من الأمراض لأنهم يعيشون نمط حياة قوامه الجلوس و قلة الحركة حيث تؤدي إلى انخفاض مستوى الكفاءة الوظيفية لكثير من أعضاء وأجهزة الجسم وقد تحدث الأعراض التالية لمن يمكنهم في الفراش لعدة أسابيع نتيجة المرض كضمور العضلات .

إن الهدف الاسمي من التأهيل هو تطوير وتنمية قدرات الشخص المصاب على تخطي الآثار السلبية التي تخلفها الإعاقه والعجز من آثار حركية او نفسية أو اجتماعية ويتطلب التعامل مع المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية نهجا متعدد التخصصات من خلال فريق عمل يضم مختصين في التأهيل الطبي،التدليك، مختصين في الجانب النفسي لتعامل مع احتياجات هاته الفئة حيث ان التدخل المبكر له اهمية بالغة على درجة التحسن وتوصلنا كذلك الي درجة إسهام البرنامج المقترح في تأهيل هاته الفئة حركياً ونفسياً ويمكن لمختصين في الجانب النفسي أن يشتركوا مع اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل في تصميم وتنفيذ البرامج التأهيلية ومتابعة تنفيذها مع المصابين وخاصة في المراحل الأخيرة من العلاج .

لذا حاولت الدراسة الحالية التعرف أثر البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية .

وعلي هذا الأساس تم تقسيم هذا البحث الي باين حيث خصص الباب الأول للدراسة النظرية وقسم الطالب الباحث هذا الباب الي خمسة فصول حيث تناول في الفصل الأول البرنامج التأهيلي المقترح والأسس العلمية لتصميم البرنامج التأهيلة وتناول الطالب الباحث في الفصل الثاني عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة مكوناتها وطرق قياسها وطرق تنميتها وخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة أما في الفصل الثالث فتناولنا صورة الجسم والمفاهيم والنظريات المرتبطة بها وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، أما في الفصل الرابع فتناولنا تقدير الذات وبعض المفاهيم المرتبطة به والعوامل المؤثرة في تكوين تقدير الذات والنظريات المفسرة له، وتقدير الذات لدى ذوي الاحتياجات الخاصة اما الفصل الاخير فتناولنا الجلطة الدماغية، العوامل المساعدة لحدوثها وطرق الوقاية منها، والشلل النصفي الطولي، والخصائص النفسية والاجتماعية لهاته الفئة.

بينما خصص الباب الثاني للدراسة الميدانية والتي احتوت على فصلين، تضمن الفصل الاول منهجية البحث والإجراءات الميدانية، حيث اعتمد الطالب الباحث المنهج التجريبي على عينة قوامها 12 مريض مصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة المخية تتراوح أعمارهم ما بين (55 سنة - 65 سنة) وقسمت إلى مجموعتين مجموعة تجريبية يمارسون التمرينات التأهيلية المعتادة وطبق عليها البرنامج التأهيلي المقترح ومجموعة ضابطة يمارسون التمرينات التأهيلية المعتادة فقط في عيادة متخصصة لتأهيل الوظيفي بتيارت. وكانت مدة البرنامج التأهيلي (24) أسبوع متصلة وقد استخدم الباحث اختبار اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لوينيك وشورت (1999) ومقياس صورة الجسم ، ومقياس تقدير الذات.

أما الفصل الثاني فتطرق فيه الطالب الباحث الى عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها ، حيث توصلنا الى مجموعة من الاستنتاجات تمثلت:

1-فاعلية البرنامج التاهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدي المرضى المصابين بالشلل الناتج عن الجلطة الدماغية.

2- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (التحمل الدوري التنفسي، القوة العضلية) وانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية، سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف)

3- وجود فروق دالة إحصائياً في الاختبارين البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية

لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (التحمل الدوري التنفسي، القوة العضلية) وانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي (سمك طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية، سمك طية الجلد في منطقة تحت لوح الكتف)

4- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين صورة الجسم للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

5- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

6- وجود علاقة ارتباطية موجبة وغير دالة احصائياً بين صورة الجسم و تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

ويوصى الباحث بضرورة استعانة المراكز التأهيلية بالمختصين في المجال النفسي للاشتراك في تصميم البرامج التأهيلية لمرضى الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية حتى يتسنى لهم القيام بالوظائف الأساسية لممارسة حياتهم الطبيعية دون الاعتماد على الآخرين .

2-4. الإقتراحات:

- في حدود عينة البحث وبناء على ما توصلنا إليه من نتائج واستخلاصات يوصي الطالب الباحث بما يلي:
- 1- الاسترشاد ببرنامج التأهيلي المقترح قيد البحث مع المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.
 - 2- ضرورة إشراك مختصين في المجال النفسي مع اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل في تصميم وتنفيذ البرامج التأهيلية ومتابعة تنفيذها مع المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.
 - 3- مراعاة الفروق الفردية بين للأفراد تجنباً لحدوث مضاعفات بالإصابة.
 - 4- ضرورة أن يبدأ برنامج التأهيل لمرضى الشلل النصفي فور الإصابة مباشرة حتى لا يحدث تأخر في تأهيل المريض وتصاب العضلات بالضمور والمفاصل بالتيبس فيحتاج وقت وجهد من المريض للتأهيل واستعادة المستوي الحركي أكثر من المريض حديث الإصابة.
 - 5 إرشاد وتوجيه المواطنين عن طريق وسائل الإعلام المختلفة بمرض السكتة الدماغية أسبابها وأعراضها وطرق الوقاية والعلاج.
 - 6_ العمل على اعداد كوادر متخصصة للعمل مع هاته الفئة وتكوينهم ضمن مقررات معاهد التربية البدنية والرياضية.
 - 7- توعية أفراد المجتمع بضرورة المساندة النفسية والاجتماعية للمرضى المصابين بالشلل النصفي حيث تعتبر ضرورة علاجية تساعدهم على الاندماج في المجتمع وتدعيم أملهم في الحياة.

قَائِمَتِ الْمَلِكِ أَحْمَدَ

قائمة المراجع باللغة العربية

- 1 - ابراهيم رحمة (1998) تأثير الجوانب الصحية علي النشاط البدني الرياضي ،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الاولي عمان.
- 2- أحمد صالح (1997) العلاج الطبيعي للشلل دار الفكر العربي الطبعة الأولى، القاهرة،
- 3- أسامة رياض (1998) العلاج الطبيعي وتأهيل الرياضيين دار الفكر العربي الطبعة الأولى، القاهرة،
- 4- ابو العلا عبد الفتاح (2003) فسيولوجية التدريب والرياضة، دار الفكر العربي القاهرة.
- 5- إبراهيم أحمد سلامة. (2008). الخصائص الكيميائية الحيوية لفسيولوجيا الرياضية (الإصدار الطبعة الأولى). دار الفكر العربي
- 6- أبو العلا عبد الفتاح وأحمد نصر الدين. (2003). فسيولوجيا اللياقة البدنية. القاهرة. دار الفكر العربي.
- 8- أحمد نصر الدين سيد. (2003). فسيولوجيا الرياضة نظريات وتطبيقات (الإصدار الطبعة الأولى). دار الفكر العربي.
- 9- أحمد سعيد خطاب ومحمد محمود. (1994). مبادئ علم العظام والتدليك (الإصدار الطبعة الأولى). دار الفكر العربي.
- 10- الظاهر دينا حسين امام الظاهر (2008) فاعلية برنامج ارشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وتقدير الذات لدي المعاقات حركيا اطروحة دكتوراه غير منشورة ،مصر كلية عين شمس.
- 11- الين وديع فرج. (بلا تاريخ). اللياقة الطريق للحياة الصحية. منشأة المعارف بالإسكندرية.
- 12- الدسوقي، مجدي محمد (2006)، اضطراب صورة الجسم "الأسباب، التشخيص، الوقاية والعلاج"، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، سلسلة الإضطرابات النفسية 2.
- 13- الشاروني، حبيب (2009)، فكرة الجسم في الفلسفة الوجودية، بيروت: بيروت دار التنوير للطباعة والنشر والتوزيع.
- 14- اقبال ابراهيم مخلوف، (1991) الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين ،الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

- 15- ابراهيم رحومة عبد العال عباس(1984)، المعاقون ومجال الانشطة الرياضية، طرابلس، دار النشر والتوزيع والاعلام.
- 16- ابراهيم خضر حسن ابو قرن،(1997)، تأثير برنامج تمارين علاجية على كفاءة عضلات الطرف السفلي لمرضى دوالي الساقين،، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الرياضية للبنات، القاهرة.
- 17 - بهاء الدين ابراهيم سلامة(2002) الصحة الرياضية والمحددات الفيسيولوجيا للنشاط الرياضي، ط1 دار الفكر العربي القاهرة .
- 18 - بهاء الدين ابراهيم سلامة(2007) الصحة والتربية الصحية دار الفكر العربي القاهرة .
- 19- فايد، حسين علي(2004)، دراسات في السلوك والشخصية، الإسكندرية: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- 20- فؤاد السيد البهي (1975) الأسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة ، مصر، دار الفكر العربي.
- 21- فتحية التميمي(2005)، اثر برنامج تأهيلي على مفهوم الذات واليأس لدي فئة من المعاقين حركيا المصابين بشلل الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الرياضية للبنات، القاهرة.
- 22 - حلمي إبراهيم، ليلي السيد فرحات (1998) التربية الرياضية الترويج للمعاقين، دار الفكر العربي ، الطبعة الأولى القاهرة.
- 23- حامد عبد السلام زهران (1984) الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة، عالم الكتب.
- 24- حسين محمد السعود علي(2008) اثر برنامج إرشادي مرتكز علي نماذج الفيديو في تحسين مفهوم الذات لذوي التحديات الحركية، دار اليافا العلمية لنشر والتوزيع.
- 25- سيد محمد خيرى (1997)، الاحصاء النفسي، القاهرة، مصر، دار الفكر العربي.
- 26- خليل سميرة (2008) إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، بغداد، شركة ناس للطباعة.
- 27- عبد الحميد، جابر وكفافي، علاء الدين (1989)، معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية، ج2.

- 28- عامر فاخر شفاقي(2014)،علم التدريب الرياضي نظم تدريب الناشئين، مكتبة المجتمع العربي.
- 29- عيسى بن عمران(2001)أهمية التدريبات الوظيفية في تأهيل المعوقين بالشلل النصفي، بحوث المؤتمر الثاني للمعاقين، طرابلس.
- 30- عيسى عبد الرحمان (1987) مبادئ الاحصاء في التربية وعلم النفس، ط4، مصر، دار الفكر العربي.
- 31- على عبد الله على عثمان(2010)تأثير برنامج تمارين تأهيلية لتحسين الكفاءة الوظيفية للجهاز الحركي نتيجة الإصابة بالجلطة الدماغية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الرياضية للبنات، القاهرة.
- 32- عادل خوجة،(2009)،أثر برنامج رياضي مقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر
- 33- فؤاد البهي السيد (1979) علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري، ط3 مصر، دار الفكر العربي.
- 34- كمال جميل الرضي.(2004).التدريب الرياضي للقرن الواحد والعشرين.الأردن: دار وائل للنشر.
- 35- كمال جميل الرضي.(2012). الرياضة لغير الرياضيين.الأردن:الجامعة الاردنية.
- 36- كفافي علاء الدين والنيال،مايسة أحمد (1995)،صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات "دراسة ارتقائية ارتباطيه عبر ثقافية"،مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 37- لازم كماش(2014)،الرياضة واللياقة وصحة الإنسان،دار التقدم العلمي.
- 38- ليلي لسيد فرحات (2001)القياس والاختبارات في التربية البدنية،مركز الكتاب للنشر.
- 39- سمية جعفر حميدي،(2011)،أثر برنامج تدريبي مقترح لتنمية المهارات الحركية الدقيقة للاطفال المصابين بالشلل النصفي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الرياضية للبنات، القاهرة.
- 40- سيد فهمي محمد علي،(2008)، الاعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل رؤية نفسية،الاسكندرية، مصر، دار الجامعة الجديدة.
- 41- سعد،طه وأبو الليل،أحمد (2006)،التربية البدنية لذوي الإحتياجات الخاصة،الكويت:مكتبة الفلاح.

- 42- شقير، زينب محمود (2002)، الشخصية السوية والمضطربة، القاهرة: النهضة المصرية.
- 43- شاهيناز عزت الباروني (1994) تأثير برنامج للأنشطة الرياضية المعدلة على بعض عناصر اللياقة البدنية والتكيف الشخصي الاجتماعي للأطفال المعاقين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الرياضية للبنات، القاهرة.
- 44- مفتي ابراهيم حماد، (2000) أسس تنمية القوة العضلية بالمقاومات مركز الكتاب للنشر القاهرة.
- 45- ماهر حسن، هدى حسن، (2006) الشلل الدماغي، المكتبة المصرية الاسكندرية.
- 46- محمد حسين علاوي (2008) القياس في التربية البدنية والرياضة وعلم النفس الرياضي دار الفكر العربي القاهرة .
- 47- محمد بن علي الاحمدي وهزاع بن محمد الهزاع، (2006) مصداقية استبان قياس مستوى النشاط البدني من 15 الى 20 (الإصدار الطبعة الأولى).
- 48- محمد إبراهيم شحاته. (2003). تدريب الجمباز المعاصر (الإصدار الطبعة الأولى). دار الفكر العربي.
- 49- محمد حسن علاوي. (1979). علم التدريب الرياضي (الإصدار الطبعة 6). مصر: دار المعارف.
- 50- محمد مسعد عبد الصمد محمود، (2002)، برنامج علاجي حركي لعلاج وتحسين بعض القدرات الحركية لمرضي الشلل النصفى الأرتخائي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الرياضية ، القاهرة.
- 51- محمد كمال علي موسى (2004)، تأثير برنامج تأهيلي مقترح على تحسين الكفاءة الحركية والوظيفية للعضلات العاملة على مفصل الركبة الصناعي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الرياضية للبنات، القاهرة.
- 52- مدحت قاسم وأحمد عبد الفتاح. (2004). الأندية الصحية: صحة و لياقة - انقاص وزن - بناء الجسم (الإصدار الطبعة الأولى). دار الفكر العربي.
- 53- مفتي حماد. (2010). اللياقة البدنية للصحة والرياضة. (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- 54- منظمة الصحة العالمية. (2010) التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة.

- 55- محمود صلاح الدين عبد الغني(2003) تأثير برنامج تمرينات لتأهيل العضلات المصابة في حالات الشلل النصفي ، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الرياضية ، القاهرة،
- 56- رياض أسامة،(2005) رياضة المعاقين الأسس الطبية والرياضية، دار الفكر العربي. القاهرة.
- 57-رياض، أسامة وعبد الرحيم، ناهد أحمد (2001)، القياس والتأهيل الحركي للمعاقين، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 58-رياض، أسامة وامام محمد حسن، (1991)، الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 59- زكريا زهير عبد الهادي توفيق، (2007)، صورة الجسد لدي المراهقين مصادرها وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية، اطروحة دكتوراه غير منشورة، الاردن الجامعة الاردنية.
- 60- نايف مفضي الجبور وصبحي أحمد قبلان.(2012).الرياضة صحة ورشاقة ومرونة (الإصدار الطبعة الأولى). مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- 61- نايف بن عابد الزارع،(2006) تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة الاصدار(2) ،عمان، دار الفكر لنشر والتوزيع.
- 62- نشوان عبد الله نشوان.(2010).فن الرياضة والصحة (الإصدار الطبعة الأولى).عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 63- هاشم عدنان الكيلاني(2006) فسيولوجية الجهد البدني، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 64- هاني محمد،(2014)، الرياضة وصحة المجتمع، القاهرة، مركز الكتاب الحديث للنشر.
- 65- هزاع بن محمد الهزاع.(2005).هرم النشاط البدني وصحة الإنسان.
- 66- هزاع بن محمد الهزاع.(2005).النشاط البدني واللياقة البدنية والسمنة اعتبارات صحية. جامعة الملك سعود.
- 67- هزاع.(2005).النشاط البدني في مواجهة امراض النمط المعيشي توجه صحي معاصر.مجلة طب الأسرة والمجتمع.

- 68- هزاع بن محمد الهزاع.(1997).فسيولوجيا الجهد البدني لدى الأطفال والناشئين (الإصدار الطبعة الأولى).الإتحاد السعودي للطب الرياضي.
- 69- هزاع بن محمد الهزاع.(2001).الدليل الإرشادي للإختيار الخليجي للياقة البدنية المرتبطة بالصحة للفئات العمرية للفئات العمرية من 7-18 سنة (الإصدار الطبعة الأولى).
- 70- هزاع بن محمد الهزاع.(2004).النشاط البدني في مجابهة الأمراض المزمنة: دور قديم ازداد قوة وأهمية في وقتنا الحاضر.المجلة العربية للغذاء والتغذية.
- 71- هشام لوح(2004)،اثر النشاط الحركي المكيف في تحسين الاتزان العضلي للمعاقين حركيا، رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة مستغانم.

المجلات العلمية:

- 72- هويدا الشيخ ودولة السعيد محمد احمد (2016) تأثير برنامج مقترح للعلاج الطبيعي والتمارين العلاجية للمصابين حديثاً بالشلل الناتج عن الجلطة الدماغية،مجلة العلوم التربوية،السودان .العدد 17 ص 212
- 73- هزاع.(2005).النشاط البدني في مواجهة امراض النمط المعيشي توجه صحي معاصر.مجلة طب الأسرة والمجتمع.
- 74- عباس حسين عبيد السلطاني.(2005)اثر وسائل تأهيلية في علاج الام اسفل الظهر للاعبين رفع الاثقال،مجلة علوم التربية-جامعة بابل،العدد الرابع.

قائمة المراجع باللغة الاجنبية

- 75-ACSM's.(2009).ACM's Guidelines for exercices Testing and Préscription (éd.Eighth Edition.
- 76-Anzieu.D(1995),Le Moi -peau,éditions :DUNOD,France.
- 77- A POMART ,AL : nouveaularousse medical,librairielarousse ,paris1986
- 78-Bobath B.1984 hémiplégie de l'adulte billaint et traitements 2em éditions ssy-les moulincaux Masson.

- 79-Benjamin Kammounm, Impact d un programme d education therapeutique du patient a l activite physique chez les patients en phase subaigue d accident vasculaire cerebral, these de doctorat,Universite de Limoges, 2015, France
- 80- EDOUARD LIMBOS,l'animotion des groupes de culture et loisirs ,les editions paris1981
- 81- Eysenek1969 personality and factor analysis Gwilford psychological Bulletin-
- 82 – Ewen, R. B. (1998). Personality : A topical approach. Mahweh, NJ : Erlbaum
- 83-Esward M. Winter and al.(2007).SPORT and exercices Physiologie Testing Guidelines Routhedge.
- 84-Evenlyne Frugier Jacques choque.(2004).Fitness.EditionsAmphora
- 85-Dolto.F (1993),L'image inconsciente du corps,éditions du seuil,paris
- 86-G pasquet et al.(2004).Echaufement du sportif.EditionAmphora.
- 87-Joseph Beatus (1996),Body image self concept and factors which influence the adjustment to disability in spinal cord injured persons in partial fulfilment of the requirement for the degree of doctor of philosophy faculty of the graduate school of the university of Maryland USA.
- 88-kristine Wellerhahn .(2002). Effet of participation in physical activity on body image of amputation journal of physical medicine of rehabilitation American
- 89-N.dakkar .A.brikci,r.Hanifi.(1990).techniques d'évaluation physiologiques des athlètes. Comité olympique Algérien
- 90-mazauxJM.LionJ.barat M(1995).rééducation des hémiplegies vasculaires de l'adulte.masson paris.
- 91-M.J.Alter.(2000).sport et stretching.Editionsvigot.
- 92-MARIA STOKES, NEUROLOGICAL PHYSIOTHERAPY, First Edition, 1998.
- 93-Med A J(2002) Guidelines for the six minute walk test .ATS statement
- 94-Oates Christinamellissa.(2004).dose a recreational swimming program improve the self esteem of children with physical disabilities possible underlying mechanism .

- 95-PATRICIA M. DAVIES, Steps to Follow, Second Edition, 2000.
- 96-Stephanie G Wade .(2007). Differences in body image and self esteem in adolescents with and without scoliosis in partial fulfilment of the requirements for the degree of doctor of Psychology dissertation submitted of the faculty of the Adler school of professional psychology USA.
- 97-Raphael jumeL.(2010). Impact d un programme de rééducation des hémiplésies d accident vasculaire cerebral, these de doctorat,Universite de Limoges, 2010, France
- 98-coock p (1999) istherestill arole for intravenoushearin in acture Stroke.no archneurol.
- 99-Sillamy.N (1980).Dictionnaire encyclopédique de psychologie.édition :Bordas,tome 2,paris.
- 100-Schilder. P (1968) ,l' image du corps,éditionsGallimard,paris.
- 101-Susan B. O' Sullivan, Thomas J. Schmitz PHYSICAL REHABILITATION Assessment and Treatment, , Fourth Edition, 2001.
- 102-Statement. A (2002) Guidelines for the six minute walk test .USA
- 103-Traubenberg.N.R (1994) , Le Rorschach,Champ d'intercacion :de percept au fantasme,psycologie,S.A.R.P, n°=4.
- 104-Wade Dt.Leg-smithj.hewer RA.1987 depressedmoodofter (stroke).
A communitystudy of itsfrequency. Br psychiatry.
- 105-Werner w.khoeger ,sharon A hoager.(2010).principles and labs for physical fitness(éd.seventh Edition).wadsworthcengage Learning

-<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/ar/index.html>. Récupéré sur 2013

-<http://who.int/>.

-<http://www.tsaofoundation.org/healthtips/stroke01.html>

-<http://www.tsaofoundation.org/healthtips/stroke01.html>

-L'Organisation mondiale de la sante(2004) [http:// www, who int/](http://www.who.int/) les maladies cardio vasculaires AVC Centre des medias

الاملا حوق

الملحق رقم (01)

مقياس صورة الجسم

أخي الكريم،،،

تحية طيبة وبعد.....

تهدف هذه الدراسة الى معرفة أثر برنامج تأهيلي لتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفى الناتج عن الجلطة الدماغية.

أرجو التكرم بتعبئة هذا المقياس، يمثل الجزء الاول منه البيانات الشخصية، أما الجزء الثاني فيتناول مجموعة من العبارات تقدم صفات شخصية أو وصفا للعلاقات مع الآخرين، ومن اجل الوصول إلى النتائج المتوخاة فان ذلك يتطلب أن تكون الإجابة على العبارات بكل صدق وصراحة وجدية.

تعليمات:

-يرجى قراءة كل عبارة بعناية وتحديد موافقتك عليها بوضع اشارة (+) في المستطيل المقابل للعبارة

- أمامك مجموعة من العبارات التي توضح كيفية تصورك لشكل جسمك, و أمام كل عبارة ثلاث إجابات هي:
(دائما) (أحيانا) (نادرا).

مع تحيات الطالب الباحث شعلال اسماعيل مصطفى

معلومات اولية:

الاسم :.....السن :.....

مدة الاصابة بالجلطة:..... المستوى التعليمي:.....

الرقم	العبارات	نادرا	أحيانا	دائما
01	معظم أصدقائي يبدون في مظهر أفضل مني			
02	أقارن مظهري وملامح جسمي بالآخرين			
03	أفكر فيما حدث لي من تغيرات في مظهري أو معالم جسمي			
04	أصبحت مقيد الحركة بسبب جسمي			
05	أشعر بأنني غير راض عن جسمي			
06	يقلقني التغير في مظهر جسمي			
07	تزعجني التشوهات الموجودة في جسمي			
08	أشعر بالإحراج من جسمي أمام الناس			
09	أحاول إخفاء إعاقتي من الناس			
01	أصبحت أهتم بنظرات الناس وعلامات وجوههم أكثر من حديثهم			
11	أتضايق من مظهري			
12	أشعر أن القيام بواجباتي سيكون أقل بسبب التغير في شكل جسمي			
13	لا يعجبني المظهر الذي أبدو عليه			
14	أشعر وكأنني روح بلا جسد			
15	ينتابني شعور بأنني لا أصلح لشيء			
16	ينتابني شعور بأنني أقل كفاءة مما كنت عليه سابقا			
17	أنظر إلى جسمي نظرة سلبية			
18	أحزن عندما أفكر في شكلي			
19	أشعر أن شكلي منفر			

			أشعر بأن الناس يبتعدون عني لشعورهم بأن جسمي غريب	20
			يضايقني روية نفسي في المرآة	21
			لا أبالي برأي الآخرين بخصوص شكلي	22
			أشعر بالإحراج من جسمي أمام الناس	23
			أفضل العمل بمفردي بسبب شكلي المختلف عن الناس	24
			أرفض الذهاب للأماكن العامة حتى لا يرى مظهري	25
			أشعر بأن الناس ينظرون لي بشفقة بسبب حالتي	26
			أتفادى حضور المناسبات الإجتماعية كالأفراح أو المناسبات الأخرى	27
			لا أستطيع البقاء طويلا في مكان	28
			حالتي تمنعني من التواصل مع الآخرين	29
			أفضل العمل بمفردي بسبب شكلي المختلف عن الناس	30
			أخشى أن أبدو مثيرا للسخرية أمام الآخرين	31
			تؤلمني نظرة الناس إلي	32

الملحق رقم (02)

مقياس تقدير الذات

أخي الكريم،،،

تحية طيبة وبعد.....

تهدف هذه الدراسة الى معرفة أثر برنامج تأهيلي لتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفى الناتج عن الجلطة الدماغية.

أرجو التكرم بتعبئة هذا المقياس ،يمثل الجزء الأول منه البيانات الشخصية،أما الجزء الثاني فيتناول مجموعة من العبارات تقدم صفات شخصية أو وصفا للعلاقات مع الآخرين،ومن اجل الوصول إلى النتائج المتوخاة فان ذلك يتطلب أن تكون الإجابة على العبارات بكل صدق وصراحة وجدية.

تعليمات:

- أمامك مجموعة من العبارات و أمام كل عبارة أربع إجابات هي: (أوافق تماما) (أوافق) (لأوافق) (لاأوافق تماما).

-يرجى قراءة كل عبارة بعناية وتحديد موافقتك عليها بوضع اشارة(+) في المستطيل المقابل للعبارة.

مع تحيات الطالب الباحث شعلال اسماعيل مصطفى

معلومات اولية:

الاسم :.....السن :.....

مدة الاصابة بالجلطة:..... المستوى التعليمي:.....

الرقم	العبارة	أوافق تماماً	أوافق	لا أوافق	لا تماماً
01	أشعر أنني شخص ذو قيمة مثلي مثل بقية الناس				
02	أشعر أن لدي عدد من الصفات الجيدة				
03	كثير مايرودني الشعور بأنني إنسان فاشل				
04	لدي القدرة على انجاز الأعمال بطريقة صحيحة مثل أغلبية الناس				
05	ليس لدي مايستحق أن افتخر به				
06	فكرتي عن نفسي ايجابية بشكل عام				
07	اشعر بالرضا عن نفسي				
08	أتمنى أن يكون لدي احترام أكبر لذاتي				
09	اشعر بأنني لا استطيع أن أقوم بأي شيء بطريقة صحيحة				
10	اشعر أنني اقل قدرا من غيري				

الملحق رقم (03)

قائمة بأسماء المحكمين والخبراء لمقياس صورة الجسم

التخصص	موقع العمل	اسم الخبير
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	أ.د/بلكبيش قادة
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	أ.د/بن قلاوز تواتي
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	أ.د/حرشاوي يوسف
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	د/ جبوري بن عمر
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	د/كحلي كمال
علم النفس الرياضي	جامعة تسمسليت	د/بن نعجة محمد

الملحق رقم (04)

قائمة بأسماء المحكمين والخبراء لمقياس تقدير الذات

التخصص	موقع العمل	اسم الخبير	الرقم
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	أ.د/بلكبيش قادة	01
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	أ.د/بن قلاوز تواتي	02
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	أ.د/حرشاوي يوسف	03
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	د/ جبوري بن عمر	04
علم النفس الرياضي	جامعة مستغانم	د/كحلي كمال	05
علم النفس الرياضي	جامعة تسمسليت	د/بن نعجة محمد	06

الملحق رقم (05)

قائمة بأسماء المحكمين والخبراء لترشيح اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

الرقم	اسم الخبير	موقع العمل	التخصص
01	أ.د/زابشي	جامعة مستغانم	النشاط البدني المكيف
02	أ.د/بن زيدان	جامعة مستغانم	النشاط البدني المكيف
03	أ.د/الراوي	جامعة مستغانم	النشاط البدني المكيف
04	أ.د/بلكبيش قادة	جامعة مستغانم	علم النفس الرياضي
05	د/محمد شريف مصطفى	العيادة المتخصصة في التأهيل الوظيفي بتيارت	طبيب مختص في التأهيل الوظيفي
06	د/دويلي منصورية	جامعة مستغانم	النشاط البدني المكيف

الملحق رقم (06)

قائمة بأسماء المحكمين والخبراء للبرنامج التأهيلي المقترح

الرقم	اسم الخبير	موقع العمل	التخصص
01	أ.د/زابشي	جامعة مستغانم	النشاط البدني المكيف
02	أ.د/بن زيدان	جامعة مستغانم	النشاط البدني المكيف
03	أ.د/الراوي	جامعة مستغانم	النشاط البدني المكيف
04	د/محمد شريف مصطفى	العيادة المتخصصة في التأهيل الوظيفي بتيارت	طبيب مختص في التأهيل الوظيفي
05	د/ايت عبد الرحيم عمر	العيادة المتخصصة في التأهيل الوظيفي بتيارت	طبيب مختص في التأهيل الوظيفي

الملحق رقم (07)

استمارة تسجيل اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

التاريخ	القياس	قبلي	بعدي
	التركيب الجسمي	سمك طية الجلد في منطقة العضلة العضدية الثلاثية الرؤوس	
		سمك طية الجلد في منطقة ماتحت لوح الكتف	
	قوة القبضة	اليد اليمنى	
		اليد اليسرى	
	التحمل الدوري التنفسي (6 د مشي)		

الملحق رقم (08)

اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة

1- التركيب الجسمي:

الغرض من الاختبار: تقدير نسبة لشحوم بالجسم (التركيب الجسمي)

الادوات: ملقط دهن من نوع

- يتم قياس طيات الجلد في المناطق التالية: منطقة العضلة العضدية الثلاثية الرأس، منطقة ما تحت لوح الكتف

- تحديد المناطق التشريحية بدقة حيث يتم البدء منطقة العضلة العضدية الثلاثية الرأس ثم منطقة ما تحت لوح الكتف

- تكرر عملية القياس ثلاث مرات لكل منطقة، وتسجل جميعها في ورقة التسجيل ليتم اخذ المتوسط

2- اختبار قوة القبضة

الغرض من الاختبار: قياس القوة العضلية

الادوات: جهاز قوة القبضة "دينامومتر" (dynamometre)

- يعطي المفحوص تعليمات حول كيفية القياس.

- يتم مسك دينامومتر في اليد اليمنى اولا ثم اليسرى.

- يتم ضغط بقوة على دينامومتر مع الاحتفاظ بعيد عن الجسم.

- يتم ضغط بقوة لمدة ثانيتين ومرتين وتسجل النتيجة الافضل.

- يتم اعادة مؤشر دينامومتر عند الصفر قبل بدء اي محاولة.

- يتم اعادة محاولة الثانية بعد فترة راحة.



شكل (04) يمثل جهاز قياس قوة قبضة اليد.

3- اختبار مشي (6 دقائق)

الغرض من الاختبار: قياس التحمل الدوري التنفسي

الادوات: ارض مستوية طولها 50 م - ساعة توقيت

- خمسة مخاريط بلاستيكية توضع كل 10 م - كرسي

- عند إعطاء إشارة البدء يقوم بمشي على طول المسافة ويمكن أن يستريح على الكرسي إذا لم يستطع إكمال

المسافة ويعاود المشي مع احتساب الزمن وفي الأخير يتم تسجيل المسافة التي قطعها.

الملحق رقم (09)

محتوى البرنامج التأهيلي

الشدة	أهداف البرنامج	الأسابيع	الزمن الكلي	زمن الوحدة	الأشهر
50%	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض اصابع اليد- المرونة، الرشاقة، التوازن	الأول	400د	50د	الاول
	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على ثني مفصل المرفق - المرونة، الرشاقة، التوازن	الثاني			
	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على بسط المرفق- المرونة، الرشاقة، التوازن	الثالث			
	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على مفصل الكتف لرفع الذراع زاوية 90- المرونة، الرشاقة، التوازن	الرابع			
55%	تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على بسط وثنى الركبتين- المرونة، الرشاقة، التوازن	الأول	440د	55د	الثاني
	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قوة عضلات القدم- المرونة، الرشاقة، التوازن	الثاني			
	- تقوية وتأهيل العضلات المادة (الباسطة) و الأمامية والخلفية للفقص - المرونة، الرشاقة، التوازن	الثالث			
	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض واسترخاء الركبة - المرونة، الرشاقة، التوازن	الرابع			
60%	- تنمية القوة العضلية المجموعات العضلية التي تعمل على رفع الذراع جانبا عاليا أكثر من 90- المرونة، الرشاقة، التوازن	الأول	480د	60د	الثالث
	- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على ابعاد الذراع عن خط المنصف للجسم للوضع الجانبي- المرونة، الرشاقة	الثاني			

	،التوازن			
	الثالث			
	الرابع			
	الأول			
	الثاني			
60%	الثالث	520د	65د	الرابع
	الرابع			
60%	الأول	560د	70د	الخامس
	الثاني			

توجيهات و إرشادات

- * يجب الحذر من السقوط وخاصة لمن لديهم هشاشة في العظام
- * احتمال الإحساس لدى المريض قد يمثل خطورة في ملامسة الأشياء الحارّة أو الحادة فيجب الانتباه .
- * يجب تجنب سحب الكتف المصاب أو حمل المريض عن طريق الأكتاف
- * أداء التمارين التأهيلية 15 مرة و 03 تكرارات.
- * وقت الراحة بين تمرين وآخر دقيقتين أما إعادة نفس التمرين دقيقة واحدة.

الملحق رقم (10)

وحدة رقم (1) من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف: تنمية القوة العضلية

زمن الوحدة: 50د

الجزء	الزمن	المحتوى	الهدف
الجزء التمهيدي (الاحماء)	10د	التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الافراد و العد بصوت عالٍ. - المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي. - زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادةً تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحادثة المريض من الجهة المصابة	تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا
الجزء الرئيسي	30د	جلوس عال و الذراعان جانبا مع تدوير الرسغين و كل يد ك بثقل وزنه واحد كلغ. جلوس عال و الذراعان عاليا مع تدوير الرسغين ثم الهبوط بدراعين أماما مع تدوير الرسغين بالأثقال ثم الرجوع بالدراعين انبا للأسفل جلوس عال و الذراعان مد عرضا مع تدوير الرسغين بالأثقال الرجوع بالدراعين جانبا للأسفل جلوس عال و الذراعان أماما مع ثني الرسغين معا في حركة الكب ثم حركة البطح مع حمل الأثقال متساوية في اليدين معا عند أداء كل تمرين - الاستلقاء الذراعان أماما ثني الرسغين بالتبادل مع الأثقال	تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض أصابع اليد
الجزء النهائي	10د	- التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب - مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان	الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية

وحدة رقم (02) من البرنامج التأهيلي المقترح

زمن الوحدة: 50د

الهدف: تنمية القوة العضلية

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا	<p>. التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ.</p> <p>- المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي.</p> <p>- زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادةً تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحادثة المريض من الجهة المصابة</p>	10د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على ثني و بسط مفصل المرفق	<p>وضعية البدء: قم بتشبيك اليدين مع بعضهما و تأكد من أن اليد المصابة هي التي في الأعلى - ارفع يديك المتشابكتين إلى الأعلى اتجاه الرأس و حافظ على استقامة مرفقيك - اثني مرفقيك عند مستوى الكتف و قم بتحريك اليدين إلى اليمين ثم إلى اليسار</p> <p>- استخدام مقاومة الشخص لنفسه لعمل تمرين للانقباض العضلي الثابت _ ابعاد الذراع ب_ لف الذراع</p> <p>استخدام حائط لعمل مقاومة لتمرين الانقباض العضلي الثابت ابعاد الذراع _ لف الذراع في نهاية الوضع الاول يعكس المريض الحركة بداية من لف المرفق للخارج ثم الاصابع و الرصغ وبعد ذلك حركة الكتف.</p>	30د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	<p>- تمارين المرونة وضع القارورة فوق العلامات - التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب - مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان.</p>	10د	الجزء النهائي

وحدة رقم (03) من البرنامج التأهيلي المقترح

زمن الوحدة: 55د

الهدف: تنمية القوة العضلية

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا	<p>. التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ.</p> <p>- المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي.</p> <p>- زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادةً تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحاثة المريض من الجهة المصابة</p>	10د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على مفصل الكتف لرفع الذراع زاوية 90-	<p>رفع كتفين إلى الأعلى و إلى الأسفل، ادفع كتفين إلى الخلف ثم إلى الأمام، -وضع المريض جالسا مع انبساط المرفق عند 90 درجة متكأ على طاولة العلاج وبذلك يكون الكتف في وضع الراحة . يرفع المريض الثقل (الوزن) من الطاولة بتدوير الكتف</p> <p>-التدوير الداخلي يوضع الذراع بجانب المريض او في وضع من اوضاع القبض المتنوعة 'اوالبعاد عن المركز الاصلي.</p> <p>-مقاومة حركة دوران الكتف للداخل باستخدام ثقل محمول باليد . ومقاومة الدوران للخارج ل يوضع الثقل بيد المريض العليا. يجلس المريض او يقف باستخدام المادة المطاطة او باستخدام البكرة</p>	35د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	<p>- تمارين المرونة - التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب - مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان</p>	10د	الجزء النهائي



وحدة رقم (04) من البرنامج التأهيلي المقترح

زمن الوحدة: 55د

الهدف: تنمية القوة العضلية

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا	<p>التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الافراد و العد بصوت عالٍ.</p> <p>- المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العمودان العكازات، إطار المشي.</p> <p>- زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادةً تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحادثة المريض من الجهة المصابة.</p>	10د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
- تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على بسط وثني الركبتين	<p>- يقوم المريض بلف الرجل للخارج و رفع قدم لأعلى و للخارج ثم تحريك الفخذ لأعلى و الداخل و رفع القدم لأعلى و للخارج ثم تحريك الفخذ لأعلى و للداخل.</p> <p>- يثني المريض الركبتين بخفة ، ثم يدير الفخذين للخارج (كي تمتد الركبتين جانبيا) ، مع لاحتفاظ بثبات القدمين على الأرض.</p> <p>يحتفظ المريض بالدوران الخارجي مع مد الركبتين ، ثم يريح الدوران بخفة حتى اتجاه الرضفة (العظم المتحرك في رأس الركبة) للأمام .هذا النشاط مفيد ونافع حينما يكون للمريض دوران طبي وظيفي لعظم الركبتين</p> <p>الركبتين بخفة ، ثم يدير الفخذين للخارج (كي تمتد) ، وهذا النشاط مفيد ونافع حينما يكون للمريض الركبتين بخفة</p>	35د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	<p>- تمارين المرونة</p> <p>- التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب</p> <p>- مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان</p>	10د	الجزء النهائي

وحدة رقم (05) من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف: تنمية القوة العضلية

زمن الوحدة: 60د

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا	<p>. التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ.</p> <p>- المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي.</p> <p>- زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادةً تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحادثة المريض من الجهة المصابة</p>	10د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قوة عضلات القدم	<p>من وضع الجلوس على كرسي، رفع قدم عن الأرض حتى تصبح الركبة مفرودة ثم أعدها لوضعها السابق،</p> <p>كرر التمرين في الجهة الأخرى حرك رجلك للخارج ثم أعدها للأمام،</p> <p>- اجلس على كرسي و ضع رجل فوق الأخرى حرك القدم الحرة للأعلى ثم للأسفل من مفصل القدم، كرر التمرين في الجهة الأخرى - إذا لم تستطع تحريك القدم، قم بوضع الرجل المصابة فوق السليمة ثم حرك قدمك بيديك.</p> <p>يقوم المريض بلف الرجل للخارج و رفع قدم لأعلى و للخارج ثم تحريك الفخذ لأعلى و الداخلة و رفع القدم لأعلى و للخارج ثم نريك الفخذ لأعلى و للداخل. ثم يعكس مرة أخرى بداية من لف رجل للداخل و عودة القدم و النزول مرة أخرى</p>	40د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	<p>- تمارين المرونة باستعمال كرة صغيرة وعدة سلات</p> <p>- التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب</p> <p>- مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان</p>	10د	الجزء النهائي

وحدة رقم (06) من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف: تنمية القوة العضلية

زمن الوحدة: 60د

الجزء	الزمن	المحتوى	الهدف
الجزء التمهيدي (الاحماء)	10د	<p>التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ.</p> <p>- المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار</p> <p>- زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادةً تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحادثة المريض من الجهة المصابة</p>	تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا
الجزء الرئيسي	40د	<p>- برفع رجل للأعلى من عند مفصل الحوض ثم إرجاعها. حافظ على الركبة مستقيمة، أثناء الاستلقاء -قم تحريك رجلك للخارج من عند مفصل الحوض ثم أرجعها - حافظ على الركبة مستقيمة،</p> <p>-الرجل المستقيمة الفخذ المفرد و في الدوران الداخلي و الرجل مضمومة نحو الأخرى مثبتة للأسفل و لداخل .</p> <p>اليد توضع في ظهر القدم و للخارج و الأخرى في الناحية الخارجية للفخذ يقوم المريض بلف الفخذ للخارج وتحريك القدم لأعلى و لخارج ثم تحريك الفخذ لأعلى و للخارج ثم عكس هذا الوضع بدا من لف الرجل لداخل مرة أخرى و القدم لأسفل و للداخل ثم إنزال الرجل للوضع الأول .</p>	تقوية وتأهيل العضلات المادة (الباسطة) للفخذ والأمامية والخلفية
الجزء النهائي	10د	<p>- تمارين المرونة باستعمال علامات على الجدار</p> <p>- التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب</p> <p>- مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان</p>	الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية

وحدة رقم (07) من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف: تنمية القوة العضلية

زمن الوحدة: 60د

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا	التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ. - المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي. - اللياقة القلبية التنفسية (الدراجة الثابتة)	10د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
استخدام العمل العضلي الثابت (الايزو مترى) تنمية القوة لعضلية للمجموعات العضلية القابضة والباسطة بالمنطقة العنقية	إحن رأس للأسفل نحو صدر بحيث يتجه الذقن للدخل ، استرخ وأرجع رأسك للخلف بحيث يتجه للأعلى ، أدر الوجه إلى اليمين و حاول النظر فوق كتفك قدر الإمكان ثم عد إلى الوضع الطبيعي كرر التمرين نحو اليسار. -- يجلس المريض او يقف باستخدام البكرة لزيادة الرسوخ والتحكم في العضلات الواقعة قرب محور الجسد. - الاحمال الزائدة اثناء تمارين السلسلة المغلقة - يقف المريض ويريح يديه على جدران او على طاولة العلاج او على الأرض. يضاف حمل التمرين مع ضغط المعالج او بمقاومة الحركة حينما يتأرجح المريض في اتجاهات متنوعة من اجل تمرين وتقوية الدوران الخارجي - وضع المريض مستلقي مع ثني الركبتين وجعلهما بعيدين عن بعضهما بحوالي 10 سم يضغط المريض على الكعبين معا , مسبا قبضا متقايسا (متساوي القياس) للدوران الخارجي .	40د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	- تمارين المرونة باستخدام كرة صغيرة وعدة سلات - التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب - مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان	10د	الجزء النهائي

وحدة رقم (08) من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف: تنمية القوة العضلية

زمن الوحدة: 65د

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا	التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ. - المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي. - اللياقة القلبية التنفسية (الدراجة الثابتة)	15د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
تنمية المستقبلات للشبكة العصبية بحزام الكتف	استخدام حائط لعمل مقاومة لتمارين الانقباض العضلي الثابت ثني مفصل الكتف ابعاد الذراع لف الذراع . في نهاية الوضع الاول يعكس المريض الحركة بداية من لف الرق للخارج ثم الاصابع و الرصغ وبعد ذلك حركة الكتف - يثني المريض الركبتين بخفة , ثم يدير الفخذين للخارج (كي تمتد الركبتين جانبيا) , مع الاحتفاظ بثبات القدمين على الارض . يحتفظ المريض بالدوران الخارجي مع مد الركبتين مع رفع الكتفين إلى الأعلى ثم أنزلها إلى الأسفل، إلى الخلف ثم إلى الأمام. نفس التمرين مع استخدام مقاومة حركة دوران الكتف للدخول باستخدام ثقل محمول باليد . ومقاومة الدوران للخارج ليوضع الثقل بيد المريض العليا.	40د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	- تمارين المرونة باستعمال كرة صغيرة وعدة سلات - التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب - مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان	10د	الجزء النهائي

وحدة رقم (09) من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف: تنمية القوة العضلية

زمن الوحدة: 65د

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم و بدنيا و نفسيا	التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ. - المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار - استعمال الدراجة الثابتة.	15د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
تنمية القوة العضلية للعضلات الباسطة والقابضة لمنطقة الظهر	من وضع الاستلقاء على الظهر رفع ركبتيك باتجاه صدر ثم أرجعها، كرر التمرين بالجهة الأخرى. من وضع الجلوس والركبة مستقيمة مع وضع وسادة صغيرة تحتها -قم بشد عضلة الفخذ العلوية ثم قم بدفع الركبة للأسفل بالضغط على الوسادة أبق الركبة مشدودة لمدة 10 ثوان. استلقي على ظهرك واثني ركبتيك وضع يديك على جانبيك ارفع الحوض عن طريق دفع الرجل إلى الأسفل ولا تقم بتقويس ظهرك. - يبسط المريض الركبتين بخفة , ثم يدير الفخذين للخارج (كي تمتد الركبتين جانبيا) ، يحتفظ المريض بالدوران الخارجي مع مد الركبتين	40د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	- تمارين المرونة وضع القارورة فوق العلامات - التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب - مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان	10د	الجزء النهائي

وحدة رقم (10) من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف: تنمية القوة العضلية

زمن الوحدة: 65د

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا ونفسيا	التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ. - المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي - اللياقة القلبية التنفسية (الدراجة الثابتة)	15د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على مرونة المفاصل بين الفقرات	- يقوم المريض بلف الرجل للخارج و رفع قدم لأعلى ثم يعكس مرة أخرى بداية من لف الرجل للداخل و عودة القدم و النزول مرة أخرى - يقوم المريض من وضعية الوقوف بمشي امام كرسي مع استخدام الوضعية الصحيحة للوقوف استخدم كرسي للحفاظ على توازن. - تحريك رجل للخارج محافظاً على الركبة مستقيمة وظهر مستقيم. - توضع علامات على الجدران يقوم المريض من وضعية الوقوف بلمس العلامات مع وضع درجة لكل علامة . - نفس التمرين مع استخدام مقاومة الشخص لنفسه ونقوم بإبعاد العلامات ونستعمل ثني مفصل الكتف أبعاد الذراع لفة الذراع	40د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	- تمارين المرونة وضع القارورة فوق العلامات - التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب - مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان	10د	الجزء النهائي

وحدة رقم (11) من البرنامج التأهيلي المقترح

زمن الوحدة: 50د

الهدف: تنمية القوة العضلية

الهدف	المحتوى	الزمن	الجزء
تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا	التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ. - المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي.- اللياقة القلبية التنفسية(الدراجة الثابتة)	10د	الجزء التمهيدي (الاحماء)
تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية العاملة والمضادة بمنطقة الجذع	- يقوم المريض من وضع الجلوس انحناء ببطء إلى الأمام ثم ارتفاع ببطء حتى ترجع لوضع الجلوس مرة أخرى. - يقوم المريض من وضع الوقوف باستخدام كرسي للحفاظ على توازن -يقوم بتحريك رجل للخارج محافظاً على الركبة مستقيمة وظهر مستقيم ثم أرجعها يقوم المريض من وضع الوقوف باستخدام كرسي للحفاظ على توازن - برفع الرجل اليمنى للخلف والمحافظة على التوازن بالرجل اليسرى وظهر مستقيم . يقوم المريض من وضع الوقوف باستخدام كرسي للحفاظ على توازن - بفتح الرجل اليسرى للخلف والمحافظة على التوازن بالرجل اليمنى وظهر مستقيم . س التمرين مع تغير رجل الارتكاز	30د	الجزء الرئيسي
الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية	- تمارين المرونة التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب - مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان	10د	الجزء النهائي

وحدة رقم (12) من البرنامج التأهيلي المقترح

الهدف: تنمية القوة العضلية

زمن الوحدة: 50د

الجزء	الزمن	المحتوى	الهدف
الجزء التمهيدي (الاحماء)	10د	التركيز على العمل وسط المجموعة وخلق جو تنافسي بين الأفراد و العد بصوت عالٍ. - المشي باستخدام أحد الأجهزة المساعدة مثل العصا، العكازات، إطار المشي - اللياقة القلبية التنفسية (الدراجة الثابتة)	تهيئة الجسم بدنيا و نفسيا
الجزء الرئيسي	30د	<p>- يقوم المريض بلف الرجل للخارج و رفع قدم لاعلى و للخارج ثم تحريك الفخذ لاعلى و الداخلى و رفع القدم لاعلى و للخارج ثم تحريك الفخذ لاعلى و للداخلى . ثم يعكس مرة اخرى بداية من ف الرجل للداخلى و عودة القدم و النزول مرة اخرى</p> <p>- يقوم المريض برفع رجل واحدة فوق صندوق من وضعية الوقوف باستعمال كرسي. نفس التمرين مع تغير الرجل.</p> <p>- وضع المريض جالسا مع انبساط المرفق عند 90 درجة وبذلك يكون الكتف في وضع الراحة . يرفع المريض الثقل (الوزن) من الارض بتدوير الكتف.</p> <p>التدوير الداخلى يوضع الذراع بجانب المريض او في وضع من اوضاع القبض المتنوعة 'او الابعاد عن المركز الاصلي.</p> <p>يتم ثني المرفق وتطبيق القوة المقاومة خلال اليد</p>	<p>تنمية القوة العضلية</p> <p>لعضلات الرجلين ومجموعة العضلات أسفل البطن العاملة و العضلات القابضة والباسطة للجذع</p>
الجزء النهائي	10د	<p>- تمارين المرونة باستعمال علامات على الجدار</p> <p>- التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب</p> <p>- مساعدته بحيث يكون معتمداً على نفسه قدر الإمكان</p>	الرجوع بالمريض إلى الحالة الطبيعية

الملحق رقم (11)

الدراسة الاحصائية

1-عناصر اللياقة المرتبطة بالصحة

سمك طية الجلد في منطقة العضلة العضدية الثلاثية الرؤوس

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Moyenne	17,1833333	17
Variance	13,6366667	14,4
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,9969217	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	1,44437076	
P(T<=t) unilatéral	0,10412221	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,20824441	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	
Moyenne	16,4166667	17
Variance	8,37766667	14,4
Observations	6	6
Variance pondérée	11,3888333	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
	-	
Statistique t	0,29939035	
P(T<=t) unilatéral	0,38538614	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,77077228	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

Moyenne	16,55	17
Variance	7,571	14,4
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,99759839	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	1,34839972	
P(T<=t) unilatéral	0,11769374	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,23538748	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	
Moyenne	16,55	16,4166667
Variance	7,571	8,37766667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,99759839	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	1,34839972	
P(T<=t) unilatéral	0,11769374	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,23538748	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	
P(T<=t) bilatéral	0,90358011	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

سمك طية الجلد في منطقة ماتحت لوح الكتف

Moyenne	19,05	18,5833333
Variance	14,255	16,0416667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,99094236	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	2	
P(T<=t) unilatéral	0,05096974	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,10193948	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	
Moyenne	20,15	18,5833333
Variance	12,103	16,0416667
Observations	6	6
Variance pondérée	14,0723333	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
Statistique t	0,72335947	
P(T<=t) unilatéral	0,2430173	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,48603459	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	
P(T<=t) bilatéral	0,08434864	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	

Moyenne	20,15	18,5833333
Variance	12,103	16,0416667
Observations	6	6
Variance pondérée	14,0723333	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
Statistique t	0,72335947	
P(T<=t) unilatéral	0,2430173	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,48603459	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

Moyenne	19,05	18,5833333
Variance	14,255	16,0416667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,99094236	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	2	
P(T<=t) unilatéral	0,05096974	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,10193948	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

الدرجة الكلية لمجموع طيات الجسم

Moyenne	36,5666667	35,5833333
Variance	38,3146667	56,6416667
Observations	6	6
Variance pondérée	47,4781667	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
Statistique t	0,24718062	
P(T<=t) unilatéral	0,4048846	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,80976919	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	
Moyenne	36,7333333	36,5666667
Variance	31,6146667	38,3146667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,9959062	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	0,52414242	
P(T<=t) unilatéral	0,31128783	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,62257566	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	
Moyenne	36,2333333	35,5833333
Variance	51,9296667	56,6416667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,99533783	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	

Statistique t	2,0419128	
P(T<=t) unilatéral	0,0483165	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,09663301	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	
<hr/>		
Moyenne	36,2333333	36,7333333
Variance	51,9296667	31,6146667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,99533783	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	1,7519128	
P(T<=t) unilatéral	0,0483165	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,09663301	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

قوة القبضة

Moyenne	30,4166667	34,6666667
Variance	4,64166667	2,66666667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,90007979	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
	-	
Statistique t	10,5429524	
P(T<=t) unilatéral	6,6296E-05	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,00013259	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	
Moyenne	29,9166667	34,6666667
Variance	8,44166667	2,66666667
Observations	6	6
Variance pondérée	5,55416667	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
	-	
Statistique t	3,49095928	
P(T<=t) unilatéral	0,00290684	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,00581368	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	
	Variable 1	Variable 2
Moyenne	29,2833333	29,9166667
Variance	6,31766667	8,44166667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de	0,98294941	

Pearson		
Différence hypothétique des moyennes		
	0	
Degré de liberté		
	5	
-		
Statistique t	2,44475381	
P(T<=t) unilatéral	0,02915576	
Valeur critique de t (unilatéral)		
	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,05831152	
Valeur critique de t (bilatéral)		
	2,57058183	
	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
	Variable 1	Variable 2
Moyenne	29,2833333	30,4166667
Variance	6,31766667	4,64166667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson		
	0,98294941	
Différence hypothétique des moyennes		
	0	
Degré de liberté		
	5	
-		
Statistique t	1,44475381	
P(T<=t) unilatéral	0,02915576	
Valeur critique de t (unilatéral)		
	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,05831152	
Valeur critique de t (bilatéral)		
	2,57058183	
	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
	قوة القبضة	
Moyenne	124	169,333333
Variance	290,8	777,066667
Observations	6	6
Variance pondérée	533,933333	
Différence hypothétique des moyennes		
	0	

moyennes		
Degré de liberté	10	
	-	
Statistique t	3,39808911	
P(T<=t) unilatéral	0,00339642	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,00339642	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,00679285	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	
Moyenne	123,833333	169,333333
Variance	380,566667	777,066667
Observations	6	6
Variance pondérée	0,72427703	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
	-	
Statistique t	5,79488546	
P(T<=t) unilatéral	0,00107793	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,00215586	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,00215586	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	

Moyenne	124	123,833333
Variance	290,8	380,566667
Observations	6	6
Variance pondérée	533,933333	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
Statistique t	2,14808911	
P(T<=t) unilatéral	0,00339642	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,00339642	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,00679285	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	

Moyenne	123,833333	120,333333
Variance	380,566667	340,066667
Observations	6	6
Variance pondérée	0,72427703	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	1,50488546	
P(T<=t) unilatéral	0,00107793	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,00215586	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,00215586	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

Moyenne	25,5	27
Variance	2,3	4
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	-	0,06593805
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
	-	
Statistique t	1,41948067	
P(T<=t) unilatéral	0,10749228	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,21498456	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Moyenne	26	29,66666667
Variance	2	2,666666667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,4330127	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	-5,5	
P(T<=t) unilatéral	0,00135754	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,00271508	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	
Moyenne	25,5	26
Variance	2,3	2
Observations	6	6

Variance pondérée	2,15	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
	-	
Statistique t	0,59062442	
P(T<=t) unilatéral	0,28393977	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,56787955	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

Moyenne	27	29,6666667
Variance	4	2,66666667
Observations	6	6
Variance pondérée	3,33333333	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
	-	
Statistique t	2,52982213	
P(T<=t) unilatéral	0,01494001	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,02988001	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

Moyenne	71,5	69
Variance	31,5	26,8
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,88108395	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	2,2981928	
P(T<=t) unilatéral	0,03496504	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,06993007	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	

Moyenne	72,83333333	60,83333333
Variance	25,36666667	13,76666667
Observations	6	6
Coefficient de corrélation de Pearson	0,62966181	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	5	
Statistique t	7,44208408	
P(T<=t) unilatéral	0,00034535	
Valeur critique de t (unilatéral)	2,01504837	
P(T<=t) bilatéral	0,00069069	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,57058183	

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Moyenne	69,1666667	60,8333333
Variance	26,5666667	13,7666667
Observations	6	6
Variance pondérée	20,1666667	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
Statistique t	3,21412173	
P(T<=t) unilatéral	0,00463352	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,00926704	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	
Moyenne	71,5	72,8333333
Variance	31,5	25,3666667
Observations	6	6
Variance pondérée	28,4333333	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	10	
Statistique t	-0,4330973	
P(T<=t) unilatéral	0,33706833	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,8124611	
P(T<=t) bilatéral	0,67413665	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,22813884	

4- العلاقة الارتباطية بين أبعاد صورة الجسم وتقدير الذات

	<i>Colonne 1</i>	<i>Colonne 2</i>		<i>Colonne 1</i>	<i>Colonne 2</i>
Colonne			Colonne		
1	1		1	1	
Colonne			Colonne	-	
2	0,35676689	1	2	0,66717862	1

	<i>Colonne 1</i>	<i>Colonne 2</i>		<i>Colonne 1</i>	<i>Colonne 2</i>
Colonne			Colonne		
1	1		1	1	
Colonne			Colonne	-	
2	0,22705012	1	2	0,24987025	1

الملخص

برنامج تأهيلي مقترح لتطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

هدفت الدراسة إلى توظيف برنامج تأهيلي مقترح لتطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ومعرفة العلاقة بينهما وقد تم استخدام المنهج التجريبي كأسلوب مناسب لاختبار فروض البحث حيث اشتملت الدراسة على عينة قوامها 12 مريض مصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة المخية تتراوح أعمارهم ما بين 55 سنة إلى 65 سنة وقسمت إلى مجموعتين مجموعة تجريبية يمارسون التمرينات التأهيلية المعتادة وطبق عليها البرنامج التأهيلي المقترح ومجموعة ضابطة يمارسون التمرينات التأهيلية المعتادة فقط في عيادة متخصصة لتأهيل الوظيفي بتيارت. وكانت مدة البرنامج التأهيلي (24) أسبوع متصلة وقد استخدم الباحث اختبار اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لوينيك وشورت (1999) ومقياس صورة الجسم لوفاء القاضي ومقياس تقدير الذات لروزنبرغ وكشفت النتائج إن تطبيق محتويات البرنامج التأهيلي على أفراد عينة الدراسة أدى إلى تحسين الحالة النفسية والبدنية كما أنه يرفع من قدراتهم على العمل ويجعلهم يعاودون أعمالهم بصورة طبيعية أو أقرب ما يكون إلى الحالة الطبيعية. يوصي الباحث بضرورة الاستعانة بالجانب النفسي في تصميم البرامج التأهيلية في علاج المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

الكلمات المفتاحية: برنامج تأهيلي - اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة - صورة الجسم - تقدير الذات - الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

Rehabilitation Program Proposed for the Development of Certain Elements of Fitness Related to Health and Improved Body Image and Its Relationship to the Self-Esteem of Patients with Hemiplegic parlays

Abstract :

The purpose of the research is to use a Rehabilitation Program Proposal to improve certain elements of health-related fitness for paraplegic stroke patients, to qualify them to physically and psychologically try to return them to their normal lives, or approaching them were using the experimental method as an appropriate method to test hypotheses where the study involved a sample of of 12 patients with paralysis of half of the stroke between 55 years and 65 years and divided into two groups. Experimental exercises practiced as usual and applied by the proposed rehabilitation program and the group of an officer practicing the usual training exercises only in a clinic specialized in vocational rehabilitation in the sector. The researcher used Winnick and Short's health-related health test (1999), body image scale (Wafaa al-Qadi 2009), and Rosenberg's self-evaluation scale (1965).

The results showed that the application of program content to members of the sample studied improved the physiological and physical state and increased their work capacity and made them return to work in the form of normal or near normal.

Keywords: rehabilitation program - Fitness Related to Health - Body Image the Self-Esteem- paralysis of hemiplegia.

Programme de réadaptation proposé pour le développement de certains éléments de la condition physique liés à la santé et à l'amélioration de l'image du corps et de ses liens avec l'estime de soi des patients atteints de paralysie hémiplegique

Résumé :

La recherche vise à employer une proposition de programme de réadaptation afin d'améliorer certains éléments de la condition physique liée à la santé pour les patients paraplégiques causés par un AVC, afin de les qualifier essayer physiquement et psychologiquement à les retourner à leur vie normale, ou les approchent ont été en utilisant la méthode expérimentale comme une méthode appropriée pour tester des hypothèses où l'étude portait sur un échantillon de 12 patients atteints de paralysie de la moitié de l'attaque cérébrale entre 55 ans et 65 ans et divisés en deux groupes. Exercices expérimentaux pratiqués comme d'habitude et appliqués par le programme de rééducation proposé et le groupe d'un officier pratiquant les exercices d'entraînement habituels uniquement dans une clinique spécialisée dans la réadaptation professionnelle dans la filière. La chercheuse a utilisé le test de santé relatif à la santé de Winnick et Short (1999), l'échelle d'image corporelle (Wafaa al-Qadi 2009) et l'échelle d'autoévaluation de Rosenberg (1965).. Les résultats ont montré que l'application du contenu du programme aux membres de l'échantillon étudié améliorait l'état physiologique et physique et augmentait leur capacité de travail et les faisait reprendre leur travail sous la forme de Normal ou proche de la normale.

Mots-clés: Programme de réadaptation - condition physique liés à la santé - l'image du corps - l'estime de soi -paralysie de l'hémiplégie