



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم
معهد التربية البدنية والرياضية



مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في النشاط البدني المكيف
تخصص النشاط البدني المكيف والصحة

بعنوان:

دراسة مقارنة لبعض القدرات الحركية والقياسات
الجسمية (مؤشر كتلة الجسم) بين الأطفال الأصحاء
وذوي الإعاقة العقلية

بحث وصفي مقارن أجري على الأطفال (9-11) سنوات بولاية تلمسان.

تحت إشراف الدكتور:

بن زيدان حسين

إعداد الطالبان:

بن عبد الرحمن لطفي

ماجي محمد الأمين

السنة الجامعية: 2016-2017

الشكر والتقدير

نشكر الله سبحانه وتعالى على فضله وتوفيقه، كما نتقدم بالشكر الى كل من ساهم من قريب أو بعيد في انجاز هذا العمل خاصة من أشرف على هذا البحث الدكتور بن زيدان حسين الذي سهل لنا طريق العمل ولم يبخل علينا بنصائحه القيمة وتوجيهاته السديدة كما نتقدم بالشكر الى كل أساتذة معهد التربية البدنية والرياضية بمستغانم خاصة من درسونا وكذلك المسؤولين عن المؤسسات التي ساعدتنا في انجاز الموضوع.

والحمد لله عز وجل الذي أعاننا في إتمام هذا العمل.

الاهداء

اهدي هذا العمل الذي أتمنى أن يثري البحث العلمي وخاصة مجال المعاقين ولو بالشيء القليل الى والداي حفظهما الله، الى زوجتي ابنتي (سلاف) وولدي (أدم)، الى من لم يبخل علينا بنصائحه وتوجيهاته السديدة فكان لنا نعم الموجه وقادنا لإخراج هذا البحث الدكتور بن زيدان حسين ونتمنى أن يكون هذا في ميزان حسناته، والى كل أساتذة معهد التربية البدنية جامعة مستغانم والطاقم العمال به وتحية خاصة الى من عملنا معهم من الأطفال المعاقين عقليا بمؤسستي-الرمشي-

و -بيروانة-وكذلك تلاميذ مدرسة -بوجليدة-وكل من ساعدنا في إتمام هذا البحث.

بن عبد الرحمن لطفي

الاهداء

أهدي هذا العمل الى أبي وأمي بآرك الله فيهما
الى زوجتي وابتنائي العزيزتين الى كل من قدم لنا يد
العون والنصيحة لإنجاز هذه المذكرة وخاصة المشرف
على بحثنا الدكتور بن زيدان حسين الذي وجهنا وساعدنا
في إتمام هذا البحث والى كل أساتذة معهد التربية البدنية
جامعة مستغانم وكل العاملين به وكذلك كل من عملنا
معهم من الأطفال الماقين عقليا وأطفال المدرسة.

ماجي محمد الأمين

قائمة المحتويات

أ.....	الشكر والتقدير
ب.....	الاهداء
ج.....	المحتوى
د.....	قائمة الجداول
د.....	قائمة الأشكال

التعريف بالبحث

1.....	المقدمة
2.....	مشكلة البحث
3.....	التساؤلات
3.....	أهداف البحث
4.....	الفرضيات
4.....	مصطلحات البحث
6.....	الدراسات والبحوث المشابهة
9.....	التعليق على الدراسات والبحوث المشابهة

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: الإعاقة العقلية ومتلازمة داون

12.....	تمهيد
12.....	1-1- الإعاقة العقلية
12.....	1-1-1 مفهوم الإعاقة العقلية
12.....	1-2-1 التعريف الطبي للإعاقة العقلية
13.....	1-3-1 تعريف منظمة الصحة العالمية
13.....	1-4-1 التعريف السيكومتري

- 13.....4-1التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية.....
- 14.....6-1 تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية.....
- 14.....7-1 التعريفات السلوكية والنفسية.....
- 14.....8-1 التعريفات التربوية.....
- 15.....2-1 تصنيف الإعاقة العقلية.....
- 15.....1-2-1 التصنيف الطبي.....
- 15.....1-1-2-1 التصنيف حسب مصدر الإعاقة.....
- 15.....2-1-2-1 التصنيف حسب درجة الإعاقة.....
- 15.....3-1-2-1 التصنيف حسب توقيت الإصابة.....
- 16.....4-1-2-1 التصنيف حسب أسباب الإعاقة.....
- 16.....5-1-2-1 التصنيف حسب الأنماط الإكلينيكية.....
- 17.....2-2-1 التصنيف السيكولوجي.....
- 17.....3-2-1 التصنيف النفسي الاجتماعي.....
- 18.....4-2-1 التصنيف التربوي.....
- 18.....1-4-2-1 القابلين للتعلم.....
- 18.....2-4-2-1 فئة القابلين للتدريب.....
- 18.....3-4-2-1 فئة الاعتماديون.....
- 18.....3-1 الوقاية من الإعاقة العقلية.....
- 19.....4-1 خصائص المتخلفين عقلياً.....
- 19.....1-4-1 الخصائص المعرفية.....
- 20.....2-4-1 الخصائص اللغوية.....
- 20.....3-4-1 الخصائص الاجتماعية والانفعالية.....
- 21.....4-4-1 الخصائص الجسمية.....
- 21.....5-1 أسباب الإعاقة العقلية.....

- 1-5-1 عوامل وراثية.....21.....
- 2-5-1 عوامل جينية.....22.....
- 3-5-1 الأسباب البيئية.....22.....
- 1-3-5-1 أسباب ما قبل الولادة.....22.....
- 2-3-5-1 أسباب ما بعد الولادة.....22.....
- 3-3-5-1 الأسباب البيئية.....23.....
- 6-1 قياس الإعاقة الذهنية أو التأخر العقلي.....23.....
- 2-متلازمة داون23.....
- 1-2 لمحة تاريخية عن متلازمة داون.....23.....
- 2-2 مفهوم متلازمة داون.....24.....
- 3-2 آلية حدوث متلازمة داون.....24.....
- 4-2 نسبة انتشار متلازمة داون.....25.....
- 5-2 خصائص المصابين متلازمة داون.....25.....
- 1-5-2 الخصائص العقلية.....25.....
- 2-5-2 الخصائص الجسمية.....26.....
- 3-5-2 الخصائص الانفعالية.....27.....
- 4-5-2 الخصائص الصحية.....27.....
- 5-5-2 الخصائص الاجتماعية.....28.....
- 6-5-2 الخصائص النفس-حركية.....29.....
- 6-2 أنواع متلازمة داون29.....
- 1-6-2 نمط ثلاثي الكروموزومات 21 الحر والمتجانس.....29.....
- 2-6-2 النمط الانتقالي.....30.....
- 3-6-2 النمط ألفسيفسائي.....30.....
- 7-2 علاج متلازمة داون.....30.....

31.....خاتمة.....

الفصل الثاني: القدرات الحركية والقياسات الجسمية

33.....تمهيد.....

33.....1-القدرات الحركية.....

33.....1-1تعريف القدرات الحركية.....

34.....2-1 مكونات القدرات الحركية.....

34.....1-2-1 الرشاقة.....

34.....1-1-2-1 تعريف الرشاقة.....

34.....2-1-2-1 أنواع الرشاقة.....

35.....3-1-2-1 أهمية الرشاقة.....

35.....2-2-1 التوافق.....

35.....1-2-2-1 تعريف التوافق.....

35.....2-2-2-1 انواع التوافق.....

35.....3-2-2-1 تطوير عنصر التوافق الحركي.....

36.....3-2-1 التوازن الحركي.....

36.....1-3-2-1 تعريف التوازن الحركي.....

2-3-2-1 أنواع التوازن

36.....الحركي.....

36.....3-3-2-1 أهمية التوازن الحركي.....

37.....4-2-1 المرونة.....

37.....1-4-2-1 تعريف المرونة.....

37.....2-4-2-1 أنواع المرونة.....

37.....3-4-2-1 مبادئ وطرق تنمية المرونة.....

38.....3-4-2-1 أهمية المرونة.....

38.....	2-القياسات الجسمية.....
38.....	1-2 تعريف القياسات الجسمية.....
39.....	2-2 الشروط الاساسية لتنفيذ القياسات الجسمية بنجاح.....
39.....	3-2 الهدف من القياسات الجسمية.....
39.....	4-2 تعريف مؤشر كتلة الجسم.....
40.....	5-2 المسلمات المبني عليها استخدام مؤشر كتلة الجسم كمقياس للبدانة.....
40.....	6-2 تصنيف مؤشر كتلة الجسم.....
40.....	خاتمة.....

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول: منهج البحث واجراءاته الميدانية

43.....	تمهيد.....
43.....	1-منهج البحث.....
43.....	2-مجتمع وعينة البحث.....
44.....	3-مجالات البحث.....
44.....	1-3 المجال البشري.....
45.....	2-3المجال المكاني.....
46.....	3-3المجال الزمني.....
46.....	3-4ضبط المتغيرات العشوائية.....
46.....	5-أدوات البحث.....
46.....	1-5 الأدوات والوسائل المستخدمة.....
46.....	2-5 الاختبارات المطبقة.....
46.....	1-2-5-اختبار التوازن.....
46.....	2-2-5-اختبار المرونة.....

46.....	3-2-5 اختبار التوافق.....
47.....	4-2-5 اختبار الرشاقة
47.....	5-2-5 حساب مؤشر كتلة الجسم.....
47.....	3-5 الوسائل الإحصائية للدراسة.....
48.....	4-5 الدراسة الاستطلاعية.....
48.....	6-1 الأسس العلمية للاختبارات المستخدمة.....
48.....	6-1 صدق الاختبار.....
49.....	6-2 ثبات الاختبار.....
52.....	6-3 موضوعية الاختبارات.....
52.....	7- التجربة الأساسية.....
53.....	خاتمة.....

الفصل الثاني: عرض تحليل ومناقشة النتائج

55.....	تمهيد.....
55.....	1- عرض وتحليل ومناقشة النتائج.....
55.....	1-1 المقارنة بين القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون.....
57.....	1-2 المقارنة بين القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.....
59.....	1-3 المقارنة بين القدرات الحركية والقياسات الجسمية للمعاقين غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.....
61.....	1-4 المقارنة بين القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمصابين بمتلازمة داون.....
63.....	2- الاستنتاجات.....
63.....	3- مقابلة النتائج بالفرضيات.....
66.....	4- التوصيات.....

66.....خاتمة.....

67.....الخلاصة العامة.....

المصادر والمراجع.

الملاحق.

الملخص.

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
50	معاملات الثبات ودلالاتها لاختبارات القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء.	01
50	معاملات الثبات ودلالاتها لاختبارات القدرات الحركية والقياسات الجسمية للمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون	02
51	معاملات الثبات ودلالاتها لاختبارات القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.	03
55	مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون.	04
57	مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال العاديين والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.	05
59	مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.	06
61	مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الأصحاء، المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.	07

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
56	مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الاصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون.	01
58	يوضح مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الاصحاء والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.	02
60	مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمصابين بمتلازمة داون.	03
62	مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الأطفال الاصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمصابين بمتلازمة داون.	04

التعريف بالبحث

المقدمة:

تزايدت عناية المجتمعات في العصر الحاضر بذوي الاحتياجات الخاصة انطلاقاً من مبدأ تكافؤ الفرص التربوية للجميع وبما تسمح به قدراتهم واستعداداتهم، وفي الوقت الحاضر لم تعد التربية والتعليم تقتصر على الأسياء فقط، وإنما أصبحت الجهود التربوية والتعليمية تستهدف الجميع بغض النظر عن مستوياتهم العقلية وقدراتهم الاستيعابية، ولذلك يمكن لكل الاطفال سواء أكانوا أسياء أم غير أسياء أن يتعلموا ولكن بطرق مختلفة ولديهم القابلية على النضج والنمو، وذلك بمعدلات ومستويات مختلفة.

وفئة المتخلفين عقلياً من فئات التربية الخاصة التي أصبحت ظاهرة إنسانية طبيعية تتطلب التعامل معها بإيجابية كبيرة، وإنهم أفراد إنسانيون يستحقون بذل المزيد من العناية والاهتمام في تربيتهم وتعليمهم وتأهيلهم وتحويلهم إلى قوة منتجة بدلاً من كونهم طاقة معطلة مستهلكة حتى يتسنى لهم امتلاك القدرة على التكيف مع مطالب الحياة، والاعتماد على الذات وممارسة الحياة اليومية والحصول على مهنة مناسبة في حدود إمكانياتهم وقدراتهم العقلية، لأنهم أفراد في المجتمع، ولهم الحق في العيش مثل أقرانهم الأسياء. (بحيي وعبيد، 2005، ص14)

وإن الأطفال من حملة اعراض داون لديهم القدرة على التعلم، ولكن بشكل بطيء، لذلك يحتاجون إلى وقت أطول للتعلم والتطور، وتنمية المهارات الأساسية قياساً بالأطفال الأسياء، لذلك يحتاجون إلى مناهج تعليمية خاصة في مجال التربية الرياضية تتناسب مع قدراتهم العقلية فلقد اطلق الباحثون على المرحلة العمرية (9-11) سنة اسم مرحلة الطفولة المتأخرة وتتميز بعدد الخصائص النفسية المعرفية الحركية الاجتماعية الحسية و الانفعالية فيكون الطفل في هذه المرحلة كثير النشاط، يميل الى اللعب متعطش للمعرفة و كثير الأسئلة محبا للتنافس و التقاخر قادرا على العمل المطول يتميز بليونة جسدية وتطويع الجسم حسب الحركة كما يكون كثير الاحلام و الامنيات و هذا ما علينا استغلاله في صالح الأطفال عامة و المعاقين بصفة خاصة.

كما أكد (أمين الخولي وأسامة كمال راتب، 1982) إلى أنه من أهم الاعتبارات التي تساعد على نجاح إدارة وتنفيذ برنامج التربية الحركية للمتخلفين عقلياً. التركيز على تعلم المهارات الأساسية كالوقوف والمشي والجري والوثب والتعلق باعتبارها لازمة لتكيفه البيئي، مع عدم محاولة تعليمه المهارات الحركية الرياضية الخاصة التي تستلزم أبعاداً معرفية كثيرة أو مستوى عالياً من التوافق بين أجزاء الجسم.

كما أن مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في حياة الإنسان لما لها من أثر واضح في حياته المستقبلية، وكان لابد من الاهتمام بالمناهج التعليمية التي تساهم إسهاماً فاعلاً في تحقيق النمو المتكامل للطفل بشكل عام من خلال النشاط الحركي الذي تتطور فيه القدرات البدنية والحركية بشكل خاص، وعليه يتطلب من المتخصصين والباحثين الاهتمام بالأطفال والعمل على إعداد مناهج تعليمية تساعد على إكسابهم تلك القدرات.

وللتربية الرياضية أثر مهم في تطوير حياة المتخلفين عقلياً، وإن العناية بتنمية القدرات البدنية والحركية والنفسية والاجتماعية للخواص المصابين من حملة اعراض داون أمر ضروري إذا وفرنا لهم النشاطات التي يوظفون فيها حواسهم

وعضلاتهم وأطرافهم في المشي والجري والقفز، وتزداد ثقنتهم بأنفسهم ودرجة اعتمادهم عليها، مما يساعد على تقليل آثار الإعاقة، ويزيد من فرص اندماجهم وتكيفهم مع المجتمع. (إبراهيم مروان عبد المجيد 2005، ص253) وبهذا فأن العمل مع المتخلفين عقلياً وخاصة من حملة اعراض داون أصبح قضية انسانية واجتماعية هامة.

وتبرز أهمية البحث في مساعدة الأطفال متحدياً لإعاقة الذهنية في تطوير بعض القدرات الحركية والاعتماد على أنفسهم في بعض جوانب الحياة ليتقبلوا أعاقتهم ويتعايشوا معها ويكونوا قوة منتجة ويشاركوا في تقدم المجتمع ولهذه الاسباب فقد سيقنتنا عديد الدراسات في هذا المجال منها من كانت شبيهة بصفة كبيرة لبحثنا كدراسة دراسة مشعان بن زين الحربي واخرون(2000) بعنوان *مستويات النشاط البدني واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً مقارنة بالعادين*، دراسة عادل نصيف جبر وآخرون(2010) بعنوان "دراسة مقارنة في إحدى عناصر القدرات البدنية (السرعة) بين الأطفال الأصحاء والمعاقين عقلياً وبعمر (6-7) سنوات" إضافة الى دراسات أخرى سنتناولها بالتفصيل و دعمنا بحثنا بمجموعة متنوعة من المصادر و المراجع المختلفة من المراجع العربية و الأجنبية إضافة الى المواقع الالكترونية.

فمن خلال بحثنا هذا دراسة مختلف الفروق في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاطفال الاصحاء والاطفال المعاقين ذهنيا اعاقه بسيطة الغير مصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون(9-11) سنة دراسة الاسباب وتحليل المعطيات للخروج بنتائج والمساهمة في وضع اقتراحات وحلول نساهم بها في اثراء الدراسات حول هاته الفئة من المجتمع.

مشكلة البحث:

نتيجة الإصابة بالتخلف الذهني البسيط يحدث الخلل بالعلاقة الميكانيكية بين أجهزة الجسم المختلفة التي تقلل من كفاءة عمل المفاصل والعضلات والعظام وتؤثر بالتالي على الأجهزة الحيوية للجسم ونقص في القدرات الحركية يسبب ضعف النغمة العضلية والنمو غير المتزن للمجموعات العضلية وكذلك امراض جسمية متعددة وزيادة في الوزن لذا يجب التدخل المبكر يجب التدخل المبكر لدى الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك لتحسين مختلف المهارات البدنية الحركية المعرفية والادراكية واللغوية لديهم و متابعتهم حيث أن الأفراد المتخلفين عقلياً إذا ما تلقوا تدريباً جيداً على أعمال تتناسب قدراتهم وإمكانياتهم المحدودة فإن ذلك يساعد على اكتساب الخبرات والمهارات الاجتماعية والعملية التي تعينهم على مواجهة الحياة الاجتماعية والعيش في جماعة والقيام بدور فعال داخل هذه الجماعة، ويتحقق له التكيف والتفاعل مع البيئة الاجتماعية من حوله.

ومن خلال زيارة الطالبين لبعض مراكز المعاقين عقلياً لاحظوا ان للأطفال المعاقين عقلياً امكانيات وقدرات حركية مقبولة جدا ومتميزة لدى البعض تقرب بالنتائج من الاطفال الاصحاء ويعتقد الطالبان ان الاطفال المعاقين عقلياً اد ما تم تعليمهم وتدريبهم وفق اسس علمية مدروسة ستكون نتائجهم مقارنة الى حد كبير جدا بالأطفال الاصحاء. لذا ارتأوا دراسة مقارنة بين الاطفال المعاقين ذهنيا اعاقه بسيطة وكذا بالمصابين بمتلازمة داون للوصول الى نتائج علمية يضعها الطالبان تحت تصرف القائمين على تعلم وتدريب الأطفال المعاقين ولما لا مشاركتهم الاصحاء في النشاطات الرياضية.

من هذا المنطلق نحاول في بحثنا هذا معرفة هل توجد فروقات في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاطفال الاصحاء والاطفال المعاقين ذهنيا اعاقه بسيطة الغير مصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون (9-11) سنة.

التساؤلات:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاطفال الأصحاء وبين المعاقين ذهنيا إعاقه بسيطة غير المصابين بمتلازمة داون؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الأطفال الأصحاء وبين المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون وبين المعاقين المصابين بمتلازمة داون؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاطفال الاصحاء والاطفال المعاقين ذهنيا اعاقه بسيطة غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون؟

أهداف البحث:

- 1- التعرف على الفروق في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاطفال الاصحاء والاطفال المعاقين ذهنيا اعاقه بسيطة غير المصابين بمتلازمة داون.
- 2- التعرف على الفروق في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاطفال الاصحاء والاطفال المعاقين ذهنيا اعاقه بسيطة المصابين بمتلازمة داون.
- 3- التعرف على الفروق في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الأطفال المعاقين ذهنيا اعاقه بسيطة غير المصابين بمتلازمة داون والاطفال المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة.
- 4- التعرف على الفروق في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الأطفال الأصحاء وبين الاطفال المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة وبين الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

الفرضيات:

- 1- توجد فروق ذات دلالة احصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاطفال الأصحاء وبين المعاقين ذهنيا إعاقه بسيطة غير المصابين بمتلازمة داون.
- 2- توجد فروق ذات دلالة احصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الأطفال العاديين وبين المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين المعاقين ذهنيا الغير مصابين بمتلازمة داون وبين المعاقين المصابين بمتلازمة داون.

4- توجد فروق ذات دلالة احصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاطفال الأصحاء وبين المعاقين ذهنياً إعاقة بسيطة غير المصابين بمتلازمة داون وبين المعاقين المصابين بمتلازمة داون.

مصطلحات البحث:

1- المعاق:

عرفته ماجدة السيد عبيد بأنه " كل شخص يعاني من حالة حسية أو عقلية أو جسمية أو اجتماعية لا تسمح له بالاشتراك في أنشطة يمارسها أعضاء المجتمع الآخرين"(ماجدة السيد عبيد ،2000، ص16) فالمعاق هو كل شخص أصبح غير قادراً على الإعتماد على نفسه في مزاولته عمله أو القيام بعمل آخر أو الإستقرار فيه أو نقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوي أو حسي أو نتيجة عجز خلقي منذ الميلاد.

2- التخلف الذهني:

عرف (محمود محمد رفعت حسين،1977،ص37) التخلف العقلي بأنه انخفاض ملحوظ في الأداء العقلي العام للشخص وبصاحبه عجز في السلوك التكيفي، ويظهر في مرحلة النمو مما يؤثر سلباً على الأداء التربوي. أما (الزيود) فعرفه بأنه حالة من النقص العقلي ناتجة عن سوء التغذية أو عن مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي وقد تكون هذه الإصابة قبل الولادة أو في أثنائها أو بعدها (الزيود،2000،ص19). اذن التخلف العقلي هو حالة من عدم تكامل نمو خلايا المخ أو توقف نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى من الطفولة بسبب ما. والتخلف العقلي ليس مرضاً مستقلاً أو معيناً بل هو مجموعة أمراض تتصف جميعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل بالنسبة إلى معدل الذكاء العام، وعجز في قابليته على التكيف.

3- متلازمة داون:

يعرف (أبو النصر،2005) متلازمة داون بأنها عبارة عن شذوذ صبغي كروموسومي يؤدي وجود خلل في المخ والجهاز العصبي، ينتج عنه عوق ذهني واضطراب في مهارات الجسم الإدراكية والحركية، كما يؤدي هذا الشذوذ إلى ظهور ملامح وعيوب خلقية في أعضاء ووظائف الجسم (الملق ،2001 ص 156) وهي ليست مرضاً بل عرضاً يولد به الطفل. ويمكن تعريف متلازمة داون بأنها مجموعة من الصفات الجسدية والنفسية الناتجة عن مشكلة في الجينات تحدث في مرحلة مبكرة ما قبل الولادة. يكون الأولاد الذين يعانون من متلازمة داون (المغولية) ذوي ملامح مميزة في الوجه، لكنها تتراوح، بشكل عام، ما بين الخفيفة جداً والمتوسطة.

4- القدرات الحركية:

تعرف القدرات الحركية بأنها "القدرات التي يكتسبها الإنسان من المحيط أو تكون موجودة مثل المرونة والرشاقة والتوازن ويكون التدريب والممارسة أساساً لها وتتطور حسب قابلية الفرد الجسمية والحسية والإدراكية. (وجيه محجوب،2000، ص57).

كما عرفها (محمد صبحي حسانين ،1975، ص136) بأنها " استعداد طبيعي أو مكتسب من دون تعب زائد وهي تتضمن القدرة على تحريك الجسم بكفاية وبقوة لمدة زمنية مناسبة".

اذن القدرات الحركية هي صفات يكتسبها الفرد من البيئة المحيطة به، أو قد تكون موجودة بشكل فطري، وتتطور حسب قابلية الفرد الجسمية والحسية والإدراكية، من خلال التدريب والممارسة.

5- القياسات الجسمية:

عرفها (MATHEWS p37 1973) بأنها علم قياس جسم الانسان وأجزائه المختلفة حيث يستفاد من هذا العلم في دراسة تطور الانسان والتعرف على التغيرات التي تحدث له شكلا فهو العلم الذي يدرس قياسات الجسم البشري وأجزائه والاختلافات التركيبية فيه.

تعد القياسات الجسمية من الوسائل المهمة والأساسية في تقويم نمو الفرد وتطور نواحيه الجسمية عن طريق مظاهر نمو الطول والوزن مثلا بوصفها مؤشراً لهذا التطور في مختلف المراحل العمرية عن طريق تحديد مستوى التطور الجسمي والبدني والعقلي.

الدراسات والبحوث المشابهة:

1-دراسة مشعان بن زين الحربي وآخرون(2000):

موضوع الدراسة: "مستويات النشاط البدني واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال المتخلفين عقليا مقارنة بالعايين

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة والنشاط البدني لدى الأطفال الذكور المتخلفين عقليا المصابين بمتلازمة دوان وغير المصابين بها ومقارنتها مع أقرانهم العاديين. وتكونت عينة الدراسة من ثلاث فئات هي: فئة المصابين بمتلازمة دوان (ن=14، العمر = 11.1±1.1) وفئة غير المصابين بمتلازمة دوان من المتخلفين عقليا القابلين للتعلم (ن=20، العمر = 11.3 ± 0.97)، وفئة العاديين (ن = 20، العمر = 11.1 ± 1.1). وقد تم قياس الطول والوزن وتقدير نسبة الشحوم بالجسم من خلال قياس سمك طبقات الجلد في ثلاث مناطق بالجسم، وكذلك تم قياس عناصر اللياقة المرتبطة بالصحة (القوة العضلية بواسطة قوة القبضة وقوة عضلات الفخذين، المرونة بواسطة صندوق المرونة، التحمل العضلي - من خلال اختبار الجلوس من الرقود -، والتحمل الدوري التنفسي بواسطة جرى / مشى 600 متر). كما تم أيضا قياس مستوى النشاط البدني عن طريق رصد معدل ضربات القلب خلال 12 ساعة متواصلة مرتين في الأسبوع أحدهما في وسط الأسبوع والأخرى في نهاية وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الأطفال البدناء من المتخلفين عقليا تجاوزت (50%) مقارنة مع لدى العاديين (25%). كما أشارت النتائج إلى انخفاض (دال عند مستوى 0.05) في القوة العضلية والتحمل الدوري التنفسي والتحمل العضلي لدى الأطفال المتخلفين عقليا مقارنة بالأطفال العاديين، إلا أن الأطفال المصابين بمتلازمة دوان أظهروا مرونة زائدة مقارنة بالأطفال العاديين، وذلك ناتج عن لين في الأربطة وفي العضلات لدى الأطفال المصابين بمتلازمة دوان. كما أشارت النتائج إلى انخفاض ضربات القلب القصوى لدى الأطفال المصابين بمتلازمة دوان (172.7 + 3.2). كما ظهر أيضا أن مستوى النشاط البدني منخفض لدى الأطفال المتخلفين عقليا سواء المصابين بمتلازمة دوان أو غير المصابين بها مقارنة بالعايين، حيث كانت هناك فروقا دالة في متوسط

ضربات القلب خلال 12 ساعة بين الأطفال العاديين والأطفال المتخلفين عقليا. أخيراً أظهرت نتائج تحليل الارتباط بين نسبة الشحوم ومؤشرات مستوى النشاط البدني علاقات تراوحت من ضعيفة إلى معتدلة وغير دالة إحصائياً لدى مجموعات الدراسة الثلاث، كما أن العلاقات الارتباطية بين مستوى النشاط البدني واللياقة القلبية التنفسية كانت أعلى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً مقارنة بالأطفال العاديين. من نتائج هذه الدراسة يتبين ضرورة الاهتمام بزيادة مستويات النشاط البدني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

2-دراسة د/عادل نصيف جبر وآخرون(2010):

موضوع الدراسة: "دراسة مقارنة في إحدى عناصر القدرات البدنية(السرعة)بين الأطفال الأصحاء والمعاقين عقلياً ويعمر (7-6) سنوات"

ويهدف البحث الى التعرف على الفروق بين الأطفال الأصحاء والأطفال المعاقين عقلياً في قدرة السرعة، وترك مشكلة البحث على دراسة حقيقة تقارب الأطفال الأصحاء والمعاقين عقلياً في قدرة السرعة. وافترض الباحثون عدم وجود فروق دالة إحصائية بين اختبار السرعة لمجموعتي البحث وكان الاستنتاج مطابقاً إلى فرض البحث، بعدم وجود فروق في قدرة السرعة بين أطفال المجموعتين، وأوصوا بضرورة التركيز على تنمية قدرة السرعة لدى الأطفال المعاقين من أجل إعدادهم لتمثيل البلد في اللقاءات المحلية والدولية.

3-دراسة سميرة محمد ابراهيم(1997):

موضوع الدراسة: مقارنة بين الأسوياء والمتخلفين عقلياً عن أثر مستوى الذكاء والتدريب في اكتساب بعض مهارات ألعاب القوى.

قامت سميرة محمد ابراهيم بدراسة عنوانها: "مقارنة بين الأسوياء و المتخلفين عقلياً عن أثر مستوى الذكاء و التدريب في اكتساب بعض مهارات ألعاب القوى" و تهدف هذه الدراسة الى معرفة أثر الذكاء على اكتساب بعض مهارات ألعاب القوى و مقارنة أثر التدريب على رفع مستوى المهارات الحركية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً و الأسوياء و وضع برنامج مقترح لتعلم بعض مسابقات ألعاب القوى للأطفال المعاقين ذهنياً، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي لمجموعتين تجريبيتين مجموعة الأطفال الأسوياء و عددهم 50 طفلاً مقسمين الى ثلاثة مستويات من الذكاء عالي، متوسط و منخفض و مجموعة الأطفال المعاقين ذهنياً بسيط الاعاقة ، و جميعهم بالمرحلة العمرية من 9 الى 12 سنة و استمرت التجربة 3 أشهر و 3 أسابيع بواقع 3 وحدات في الأسبوع لكل مجموعة ، و من أهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة ان الأطفال المعاقين ذهنياً لا يختلفون عن أقرانهم الأسوياء في امكانية تدريبهم لتعلم بعض مهارات ألعاب القوى.

4-دراسة كارين كاستاقنو (2001):

موضوع الدراسة: الرياضات الموحدة في الأولمبياد الخاص تغييرات في الرياضيين الذكور في موسم كرة السلة" تهدف هذه الدراسة الى وصف المتغيرات الحادثة في الرياضيين المعاقين ذهنيا بسيطتي الاعاقة والأسوياء أثناء المشاركة في الرياضات الموحدة في الأولمبياد الخاص و قد قام (كارين كاستاقنو،2001) بدراسة بعنوان " الرياضات الموحدة في الأولمبياد الخاص تغييرات في الرياضيين الذكور في موسم كرة السلة" تهدف هذه الدراسة الى وصف المتغيرات الحادثة في الرياضيين المعاقين ذهنيا بسيطتي الإعاقة و الأسوياء أثناء المشاركة في الرياضات الموحدة في الأولمبياد الخاص ، و قد استخدم الباحث المنهج التجريبي لمجموعة تجريبية واحدة و بلغ عدد العينة 58 فردا منهم 24 من الأفراد المعاقين ذهنيا و34 من الأسوياء بالمرحلة السنية من 12 الى 15 سنة، واستغرق تنفيذ هذا البرنامج ثمانية أسابيع بواقع ثلاث وحدات أسبوعيا ومن أهم النتائج التي خلص اليها البحث هي وجود نسب تحسن في مهارات كرة السلة، وتقدير الذات لجميع أفراد العينة المشتركين في البرنامج.

التعليق على الدراسات المشابهة:

تناولت الدراسات السابقة جوانب متعددة تخص المعاقين ذهنيا و كذلك المعاقين بمتلازمة داون و من بين هذه الجوانب المتناولة (السرعة) في دراسة (عادل نصيف جبر، 2010)، مهارات العاب القوى في دراسة (سميرة محمد إبراهيم، 1997) و مهارات كرة السلة في دراسة (كارين كاستانقو، 2001) التي درس فيها نفس عينات و كذلك دراسة (بن زيدان حسين و مقراني) اللذان قارنا بين القدرات الحركية للمعاقين ذهنيا و الاسوياء و خلصت دراستهما الى ان للإعاقة السمعية الأثر السلبي على القدرات الحركية، اما الدراسة التي شابته دراستنا بشكل كبير كانت دراسة (مشعان بن زين الحري، 2000) التي تناول فيها نفس عينات بحثنا وقد خلصت دراسته بنتائج توافقت و النتائج التي حصلنا عليها حيث استنتج ان المصابين بمتلازمة داون افضل من الاصحاء في صفة المرونة وكذلك من حيث السمنة بينما يتفوق الاصحاء عليهم من جوانب اللياقة البدنية، اما (عادل نصيف جبر، 2010) ففرض انه لا توجد فروق بين الاصحاء و المعاقين عقليا في عنصر (السرعة) و كانت النتائج مطابقة لفرض بحثه و (سميرة محمد إبراهيم، 1997) التي استنتجت ان المعاقين ذهنيا لا يختلفون عن أقرانهم الأسوياء في امكانية تدريبهم لتعلم بعض مهارات العاب بينما طبق (كارين كاستانقو، 2001) برنامجا في اكتساب بعض مهارات كرة السلة للمعاقين ذهنيا و الاصحاء و خلصت دراسته الى وجود نسب تحسن في مهارات كرة السلة ، و تقدير الذات لجميع أفراد العينة المشتركين في البرنامج.

ومن كل هاته الدراسات نستخلص ان للمعاقين ذهنيا قدرات بالإمكان تحسينها وتطويرها وفي بعض الأحيان لا تختلف امكاناتهم كثيرا عن الأشخاص الاسوياء وخير مثال على ذلك صفة المرونة لدى المصابين بمتلازمة داون. واهم ما اوصت به البحوث السابقة ضرورة الاعتناء بالمعاقين ذهنيا وتوفير لهم الجو المناسب والإمكانيات لممارسة النشاط الحركي ووضع مناهج خاصة تخدم الفئة من المجتمع.

الباب الأول الجانب النظري

الفصل الأول

الإعاقة العقلية ومتلازمة داون

تمهيد:

تعد الإعاقة العقلية من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يمكن أن يتمثل أثرها المباشر في تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجهاً أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد حيث أن الجانب العقلي رغم ما يعانیه مثل هذا الفرد من مشكلات متعددة يُعد هو أصل الإعاقة التي يعاني منها، والتي تترتب عليها مشكلات عديدة في جوانب النمو الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تعتبر ضرورية كي يتمكن الفرد من العيش والتعايش مع الآخرين وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة.

ولقد ظهرت في الآونة الأخيرة من هذا القرن اتفاقاً دولياً على محو أي مصطلحات عن التخلف العقلي أو النقص العقلي أو الضعف العقلي ومهما يكن من أمر هذه المصطلحات التي تعبر بطريقة ما عن مفهوم الإعاقة العقلية، فنحن نميل إلى استخدام مصطلح أكثر حداثة وهو المعاقين عقلياً، وتبدو مبررات استخدام هذا المصطلح حيث يعبر عن اتجاه إيجابي في النظرة إلى هذه الفئة، في حين عبرت المفاهيم القديمة عن اتجاه سلبي ضد هذه الفئة. و للإعاقة العقلية أنواع وتصنيفات وفي هذا البحث تناولنا درجة الإعاقة البسيطة و كذلك أخذنا فئة هامة من المعاقين ذهنياً وهم المصابون بمتلازمة وسنحاول من خلال هذا الفصل الإجابة عن كل ما يتعلق بالإعاقة العقلية و متلازمة داون.

1- الإعاقة العقلية:

1-1 مفهوم الإعاقة العقلية:

يواجه الباحثون في مجال التخلف العقلي يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي يتداولها المختصون والعاملون في هذا الميدان واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة هناك عدة تعريفات للإعاقة العقلية نذكر من أهمها:

1-2 التعريف الطبي للإعاقة العقلية:

نعرف الإعاقة العقلية طبياً على أنها قصور في الأداء العقلي للمعاق نتيجة تلف في الجهاز العصبي المركزي في الدماغ. كما ان هناك تعريفات مختلفة أهمها تعريف الجمعية الملكية البريطانية للطب النفسي (1975) التخلف العقلي بأنه حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تظهر في صور مختلفة، والصورة المعتادة هي الإخفاق في تكوين ما يعرف بوظائف الذكاء ، والتي يمكن أن تقاس بالطرق السيكمترية تحت مسميات العمر العقلي ، ونسبة الذكاء ، وفي حالات أخرى فإن العقل الغير نامي قد يظهر أساساً في صورة إخفاق في المحافظة على ضبط المعتاد على المواقف أو الوصول إلى المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعي العادي(محمد محروس الشناوى،1997ص25).

يعرف (نادر فهمي الزبود،2000ص19) الإعاقة العقلية على أنها حالة من النقص العقلي ناتجة عن سوء التغذية أو عن مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي وقد تكون هذه الإصابة قبل أو بعد أو أثناء الولادة..

1-3 تعريف منظمة الصحة العالمية:

في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (International Classification of Diseases)(I.C.D-10) : تعرف التخلف العقلي بأنه حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله ، ويتميز بشكل خاص باختلال في المهارات ، يظهر أثناء دورة النماء ، ويؤثر في المستوى العام للذكاء ، أي القدرات المعرفية ، واللغوية الحركية، والاجتماعية ، وقد يحدث التخلف مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي آخر ، ولكن الأفراد المعاقين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل أن المعاقين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل أن معدل انتشار الاضطرابات الأخرى بين المعاقين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين عموم السكان ، ويكون السلوك التكيفي مختلاً (منظمة الصحة العالمية 1999،238).

ويتضح من التعريفات الطبية التي تناولت الإعاقة العقلية التي ترجع إلى أسباب وراثية أو بيئية أدت إلى عدم اكتمال نمو العقل، وبالتالي أدت إلى قصور في بعض الوظائف العقلية والمعرفية.

1-4 التعريف السيكومتري:

يعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (I.Q) وتنوع سمة الذكاء بين الأفراد أو العينات الممثلة للمجتمع الكبير توزيعاً اعتدالياً بحيث يكون معظم الأفراد متوسطين في الذكاء وأقلية منخفضة الذكاء، وأقلية أخرى مرتفعة الذكاء، وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (75) معاقين عقلياً (عبد السلام عبد الغفار يوسف الشيخ، 1996، ص19). وسوف يقتصر البحث الحالي على فئة الإعاقة العقلية البسيطة والتي يتراوح نسبة ذكاء الأطفال المعاقين عقلياً فيما بين (50-درجة70) ويعرفون تربوياً بفئة القابلين للتعلم.

1-5 التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية:

يركز علماء الاجتماع في تعاريفهم على مدى تجاوب الفرد مع أفراد مجتمعه وخاصة أقرانه من نفس عمره.

فقد عرفته (مايزرال وآخرون ، 1991) بأنه يتحدد وفقاً للفاصل الزمني في تشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية وفقاً لشروط تتحدد بوقت بداية ظهور الحالة سواء منذ الولادة أو في سن مبكرة وتظل كذلك حتى بلوغ سن الرشد، وبعده حيث يظل الفرد المعاق عقلياً دون الأسوياء من حيث القدرة العقلية والكفاءة الاجتماعية والمهنية فلا يستطيع أن يُسَرِّ أمورَه بمفرده، ويرجع تخلفه في الأصل إلى عوامل تكوينية وراثية أو نتيجة للإصابة بمرض (رشا محمد أحمد، 1999، ص24).

1-6 تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية:

ظهر تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف السيكومتري والذي يعتمد على معايير القدرة العقلية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية، ونتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي والذي يعتمد على معايير الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية، فقد جمع تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

بين معيار السيكونترية والمعيار الاجتماعي، و على ذلك ظهر تعريف (هيبير 1959) والذي روجع عام 1961م والذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، و يشير مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه، وقد ركز كثيرون من أمثال تريدي جولد ودول وهيبير وجروسمان وميرسر على مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي (خليل المعاينة، 2000 ص155).

1-7 التعريفات السلوكية والنفسية:

نعرفها بانها نقص في القدرات العقلية يؤدي الى عدم اتزان نفسي وسلوكي، كما اعتمدت هذه التعريفات في تعريفها للإعاقة العقلية على أبعاد متعددة منها السلوك الخاص بالمعاقين عقلياً، والمهارات الاجتماعية. كما أشار (عادل عز الدين الأشول، 1987)، إلى أن التخلف العقلي انخفاض في القدرة العقلية عن المستوى العادي أو المتوسط، ويشير إلى أن هذا الانخفاض يرتبط عادة بعدم قدرة الفرد على التكيف مع البيئة المحيطة. ويرى أن الشخص المعاق عقلياً هو الذي يكون معدل ذكائه أقل من (70 درجة) بالإضافة إلى عدم تكيفه وعدم قدرته على التوافق وقصور مهاراته الاجتماعية.

1-8 التعريفات التربوية:

تعريف كيرك Kirk (1972) المراهق المعاق (المتخلف) عقلياً القابل للتعلم هو الذي بسبب بطء نموه العقلي يكون غير قادر على الاستفادة من برامج المدارس العادية ويتميز بسمات النمو التالية:

- 1-تعلم بسيط في القراءة والكتابة والتهجي والحساب وغيرها.
- 2-إمكانية التوافق الاجتماعي الذي يمكنه من أن يمضى في المجتمع معتمداً على نفسه.
- 3-ملائمة مهنية في الحدود الدينامية فيما بعد على أن يعول نفسه ولو بشكل جزئي (السيد عبد النبي، 2004، ص24) و يعرف (عبد الرقيب البحيري، 2003، ص7) أنها إعاقة تظهر في سن مبكر وينتج عنها قصور في المهارات التكيفية اليومية، ويقاس هذا التخلف في الأساس بالأداء بين (70-75) درجة، وما ينتج عنها يقاس بالأداء الوظيفي التكيفي، من خلال اختبارات سيكومترية مقننة في المهارات التكيفية، ويحتاج هذا (المعاق المتخلف) إلى الدعم والمساندة من قبل مانحي الرعاية، لتخفيف حدته على المستويين الذهني والاجتماعي، ومن هنا تتحول النظرة من مجرد أن التخلف العقلي سمة موجودة في الفرد إلى عملية تغير في تفاعل الفرد مع البيئة والتأكيد على احتياجات الفرد بدلا من التركيز على عجزه.

1-2 تصنيف الإعاقة العقلية:

تتنوع التصنيفات للإعاقة العقلية تنوعاً كبيراً نظراً للاختلاف الكبير في المستويات الخاصة بالمعاقين عقلياً ومنها مستوى في القدرات العقلية والقدرات النفسية والقدرات الاجتماعية، كما تختلف طبقاً للتصنيف الذي صنفت على أساسه، ومن هذه التصنيفات ما يلي:

1-2-1 التصنيف الطبي:

1-1-2-1 التصنيف حسب مصدر الإعاقة:

قسم تريف جولد (1952) حالات الإعاقات العقلية إلى:

- ضعف عقلي أولى .
 - ضعف عقلي يرجع إلى حدوث أخطاء في الجينات.
 - ضعف عقلي يرجع إلى عوامل بيئية "أثناء الحمل أو أثناء الولادة نفسها (نبيه إبراهيم إسماعيل، 2006، ص71)
- من هذه التصنيفات التصنيف الذي اقترحه كل من (ستراوس) و (ليبتين) وفيه تمييز بين الإعاقة العقلية الناشئة عن عوامل داخلية وتكون ناتجة عن انتقال صفات نفسية عضوية خاطئة أو غير تامة النمو. والإعاقة العقلية الناشئة عن عوامل خارجية وتكون ناتجة عن التغيرات المرضية التي تحدث للفرد مثل الإصابة التي تحدث تلقا في المخ.

1-2-2-1 التصنيف حسب درجة الإعاقة:

اقترح (كانر) التصنيف التالي:

- تخلف عقلي مطلق.
- تخلف عقلي نسبي.
- تخلف عقلي ظاهر. (زينب محمود شقير، 1999، 108).

1-2-3-1 التصنيف حسب توقيت الإصابة :

- يقترح (بانيت) تقسيما ثلاثيا لحالات التخلف العقلي بسبب توقيت حدوث الإصابة إلى فئات ثلاث وهي كالتالي:
- 1/ تخلف عقلي يحدث في مرحلة قبل الولادة: تعرض الجنين للاختناق.
 - 2/ تخلف عقلي يحدث أثناء الولادة: يتمثل في حالات إصابات تعرض لها الجنين كالاختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة (الشفط).
 - 3/ تخلف عقلي يحدث بعد الولادة: كتعرض الفرد لبعض الأمراض كالاتهابات السحائية، وإصابات المخ نتيجة التسمم بالرصاص.

1-2-4-1 التصنيف حسب أسباب الإعاقة:

- قدمت تصنيفات عديدة للإعاقة تبعا لأسباب الإعاقة، إلا أننا نقتصر على تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي المكون من عشرة فئات ، والذي عرضه (عبد العزيز السيد الشخص، 2007، ص73) على النحو التالي:
- * إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض معدية مثل الحصبة الألمانية ، الزهري، وعلى وجه الخصوص إذا كانت الإصابة في الشهور الأولى من الحمل.
 - * إعاقة ناشئة عن التسمم مثل إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص أو الزرنيخ أو أول أكسيد الكربون.

- * إعاقة ناشئة عن أمراض ناتجة عن إصابات بدنية مثل إصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها لأي سبب من الأسباب.
- * إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض اضطراب التمثيل الغذائي مثل حالات الفينيل كيتونيوريا وغيرها.
- * إعاقة عقلية ناشئة عن خلل الكروموزومات مثل متلازمة داون.
- * إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض تنجم من أورام مثل الدرن.
- * إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض غير معروفة السبب تحدث قبل الولادة.
- * إعاقة ناشئة عن اضطرابات عقلية مثل التوحد.
- * إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض غير معروفة السبب تحدث بعد الولادة.
- * إعاقة عقلية ناشئة عن أسباب غير عضوية مثل العوامل الأسرية والثقافية كالحرمان الثقافي أو البيئي.

1-2-1-5 التصنيف حسب الأنماط الإكلينيكية: تشير (فيوليت فواد إبراهيم 2005، ص46) إلى أهم تلك الأنماط

الإكلينيكية في هذا التصنيف للمعاقين عقلياً، وذلك على النحو التالي:

- * المنغولية وتسمى أيضا أعراض داون.
- * استسقاء الدماغ.
- * صغر الجمجمة.
- * القماءة أو القصاع.
- * حالات اضطراب التمثيل الغذائي.
- * حالات العامل الرايزيسي في الدم.
- * حالات الصرع .
- * حالات التصلب الحدبي الدوني.
- * حالات الشلل السحائي.
- * حالات الفيفيل كينو نيوريا).

1-2-2 التصنيف السيكولوجي:

يصنف المعاقين عقلياً في ضوء نسبة الذكاء على النحو التالي:

- **المعتوه:** يمثل المعتوه أشد درجات التخلف العقلي بحيث تقل نسبة ذكاء المعتوه عن (25) وتبلغ نسبتهم حوالي (5%) من مجموع ضعاف العقول ولا يتجاوز العمر العقلي بأي حال عن (3) سنوات، والمعتوهون لا يستطيعون القراءة والكتابة والمعتوه لا يستطيع حماية نفسه أو حياته من الأخطار، وقد لا يأكلون إن لم يوضع لهم الطعام في أفواههم. وبالتالي يحتاج المعتوه إلى رعاية كاملة من الآخرين لأن لديه نقصاً أو تأخراً في التكوين الجسمي وتلفاً كبيراً في المخ ولذلك لا يعملون طويلاً وأغلبهم يموتون صغاراً (عصام نور سريه، 2006، ص18).
- **الأبله:** وتتراوح نسبة ذكاء البلهاء بين (25-50) درجة أي لا يزيد مستواهم العقلي من ذكاء الطفل العادي في سن السابعة، ولا تستطيع فيه تعلم القراءة، ويفتقر البلهاء إلى القدرة على العناية بأنفسهم أو الانتفاع من التعليم

المدرسي، ومن الممكن تعليمهم كيف يرتدون ملابسهم بأنفسهم من بعض المخاطر، وبالتمرين يمكن تأهيلهم لبعض الأعمال البسيطة مثل الكنس وتنظيف الأرض والأحذية وغسل الملابس، كما يمكن إكسابهم عادات النظافة والنظام وآداب السلوك (أشرف محمد، 2000، ص33).

المأفون أو المورون: تبلغ نسبتهم حوالي (75%) من ضعاف العقول وتتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70) ويتراوح عمرهم العقلي في أقصاه من (7-10) سنوات ومن صفاته أنه يستطيع الاعتماد على ذاته في كسب عيشه ، من خلال عمل وحرفه بسيطة تناسب وضعه وظروفه ويستطيع الحفاظ على حياته، ولديه نوع من الانسجام والتوافق الاجتماعي المعقول نسبيا ، ولديه بعض النقائص الجسمية والفسولوجية الطفيفة، وتستطيع هذه الفئة تعلم القراءة والكتابة ولكنها لا تستطيع التحصيل الدراسي في الفصول العادية بل تحتاج إلى فصول أو مدارس خاصة. وقد شاع استخدام هذا التصنيف حتى الخمسينات ولكن بعد إجراء الكثير من الدراسات العلمية في ميدان التخلف العقلي تغيرت بعض المفاهيم العلمية لتضمنها لمعاني غير مقبولة من الناحية الاجتماعية فتغيرت هذه المصطلحات السابقة (نجوى غريب، 1999، ص24).

1-2-3 التصنيف النفسي الاجتماعي:

نظراً للانتقادات التي وجهت إلى بعض التصنيفات ومنها معامل الذكاء كأساس لتصنيف الإعاقة العقلية فقد أضاف بعض العلماء بعض الخصائص الاجتماعية والسلوكية الأخرى إلى معامل الذكاء وتم تصنيفها كالآتي:

- إعاقة عقلية بسيطة: (درجة ذكاء بين 55-70).
- إعاقة عقلية متوسطة: (درجة ذكاء بين 40-55).
- إعاقة عقلية شديدة: (درجة ذكاء بين 25-40).
- إعاقة عقلية شديدة جداً: (درجة ذكاء دون 25). (الخطيب الحديدي، 2011، ص48)

1-2-4 التصنيف التربوي:

يقسم التربويون العاملون في مجال الصحة النفسية للمعاقين عقلياً إلى ثلاث مستويات طبقاً للموقف التربوي وقدرتهم على التعلم وذلك على النحو التالي:

1-4-2-1 القابلين للتعلم:

وهم من لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة ، فيحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغير في السلوك الاجتماعي ليصبح مقبولاً في تفاعلاتهم مع الآخرين ، وأيضاً في تحسين العمليات المعرفية والمهنية لديهم ، وتستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع والشراء والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية ، أي المهارات الأولية للتعلم وتتراوح نسب ذكائهم ما بين (50-70) .

1-4-2-2 فئة القابلين للتدريب:

وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين (25-49) وهم يمثلون (4%) ويحتاج هذه الفئة إلى الإشراف والرعاية الخاصة طوال حياتهم وتتميز هذه الفئة بأن تحصيلها الأكاديمي منخفض جداً ولا يستطيع أفرادها العمل إلا في ورشة محمية ، وهم غير قادرين على العناية بأنفسهم بدون مساعدة الآخرين لهم ، وتتراوح معاملات ذكائهم بين (25-50) (أحلام عبد الغفار، 2003، ص12)

1-2-4-3 فئة الاعتماديون:

هي تلك الفئة من الأفراد التي تقل نسبة ذكائهم عن (25) وهم يمثلون (5%) قريباً وتحتاج هذه الفئة إلى رعاية إيوائية مستمرة طوال حياتهم. كما يشير حامد زهران (1978) إلى أنه يمكن إرجاع أسباب الإعاقة العقلية إلى أسباب وراثية داخلية المنشأ أو بيئية خارجية المنشأ قبل أو أثناء أو بعد الولادة. (حامد زهران، 1978، ص437).

1-3 الوقاية من الإعاقة العقلية:

إن الكشف عن السبب الحقيقي في معظم حالات التخلف العقلي يعتبر أمراً صعباً أما إذا عرف سبب التخلف العقلي فإنه يمكن علاجه ويوجد العديد من الاستراتيجيات الوقائية من التخلف العقلي منها:

- ✓ الإرشاد الجيني.
- ✓ اتجاهات الناس نحو الوقاية من الإعاقة العقلية.
- ✓ اتجاهات المعلمين نحو المعاق عقلياً.
- ✓ اتجاهات الرفاق نحو المعاق عقلياً.
- ✓ اتجاهات الوالدين نحو الأبناء المعاقين عقلياً.
- ✓ اتجاهات المعاقين عقلياً نحو أنفسهم. (العزة سعيد، 2000ص66).

1-4 خصائص المتخلفين عقلياً:

تختلف الخصائص تبعاً لدرجة الإعاقة، لذا نجد اختلافات واضحة بين الأفراد المعوقين عقلياً بعضهم البعض، هذا فضلاً عن الاختلافات الكبيرة بين المعاقين عقلياً وبين العاديين، وسوف يكون وصفاً لخصائص هذه الفئة، رغم وجود بعض الخصائص المختلفة لكل فئة من فئات المتخلفين عقلياً، وأهم ما نلاحظه من خصائص يتمثل في:

1-4-1 الخصائص المعرفية:

إن أهم ما يميز المعاق عقلياً عن الشخص العادي هو الخصائص العقلية المعرفية حيث تقل نسب الذكاء عن (70) ولا يزيد العمر العقلي للمعاق عقلياً عن عشرة أو إحدى عشر سنة ولا تؤهله للتحصيل الدراسي أكثر من الصف الخامس مهما بلغ به العمر ومهما تعرض لبرامج ومثيرات تربوية ومن أهم الخصائص العقلية المعرفية للمعاقين عقلياً ما يلي:

- ضعف القدرة على التذكر لفظياً وحسابياً ومكانياً ومن العوامل التي تسهم في ضعف الذاكرة لدى المعاقين عقلياً ما يعرف بضعف القدرة على القيام بعمليات الضبط المتتابعة، وترتبط درجة ضعف القدرة على الانتباه للمثيرات وصعوبات في التركيز.

- التذكر بدرجة الإعاقة العقلية إذ يزداد التذكر كلما ازدادت القدرة العقلية والعكس صحيح.

- ضعف القدرة على التمييز إذ أن عمليات الانتباه والتذكر لدى المعاقين عقلياً تواجه قصوراً فإن عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين. وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعاً لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة.

- ضعف القدرة على التفكير وتوظيف الخبرات السابقة في الحاضر والمستقبل وأكثرها تعقيدا، فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل والتذكر وغير ذلك من العمليات العقلية، وأن الانخفاض الواضح في القدرة على التفكير المجرد التي يتميز بها المعاقين عقليا تفرض علينا أن نهتم بقدر كبير بتوفير الخبرات التعليمية على شكل مدركات حسية، ومن ثم شبه مجردة

- ضعف القدرة على التخيل والتصريف .

- ضعف القدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء.

- صعوبة نقل أثار التعلم حيث يعاني الأطفال المعاقين عقليا من نقص واضح في نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر ويعتمد الأمر على درجة الإعاقة العقلية، إذ تعتبر خاصية صعوبة نقل أثار التعلم من الخصائص المميزة للمعوقين عقليا مقارنة مع الطفل العادي الذي يناظره في العمر الزمني، ويبدو السبب في ذلك في فشل المعوق عقليا في التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد.

1-4-2 الخصائص اللغوية:

- يعاني المعاقين عقليا من بطء في النمو اللغوي بشكل عام: ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة. ومن الصعوبات الأكثر شيوعا هي التأتأة، الأخطاء في اللفظ، وقلة عدد المفردات. علما بأن الأسباب المؤدية إلى انخفاض مستوى الذكاء لدى المعاقين عقليا لا تؤدي إلى الاستخدام اللغوي الشاذ لديهم، بل تؤدي إلى استقرار نموهم اللغوي في مرحلة بدائية من مراحل التطور اللغوي.

- ارتباط درجة الإعاقة العقلية بمظاهر الاضطرابات اللغوية : أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة بين درجة الإعاقة العقلية ومظاهر الاضطرابات اللغوية ، فالأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة يتأخرون في الكلام لكنهم نادرا ما يعانون من البكم ، بينما نادرا ما تخلوا لغة ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والبسيطة من اضطرابات لغوية ، ويشيع البكم بين الأطفال شديدي الإعاقة، ويكون مستوى اللغة لدى هذه الفئة بدائيا ، فهم يصدرن أصواتا وألفاظا غير مفهومه وكلامهم يعوزه الوضوح والمعنى والترابط ، كما تبين الدراسة أن الاضطرابات اللغوية متوقعه عند الأطفال العاديين والمعوقين عقليا ، إلا أن نسبة شيوع تلك الاضطرابات أعلى لدى المعاقين عقليا منها لدى الأفراد العاديين.

- تأخر في جوانب القدرة التعبيرية.

- التأخر في النطق.

1-4-3 الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

عندما نبحث في الخصائص الاجتماعية للأشخاص المتخلفين عقليا فإننا في الواقع نبحث عن إجابات لمجموعة من التساؤلات المتصلة بالسلوك الخاص بهؤلاء الأشخاص في صلته بالمجتمع والعلاقات الاجتماعية أو بمعنى آخر فنحن نبحث عن المهارات الاجتماعية وعن السلوك التكيفي وعن التوافق الاجتماعي والعلاقات الأسرية والاتجاهات الاجتماعية وغيرها لكن توجد اختلافات كثيرة بين فئة المعاقين عقليا في خصائصهم الانفعالية والاجتماعية، ويرجع ذلك إلى:

أ-ارتباط صفات انفعالية بمصدر السبب

ب-أن الخصائص الانفعالية والاجتماعية، تتوقف على نوع التفاعل الذي يحدث بين المتخلف عقليا وبيئته ويتصف المعاقين عقليا بهذه الصفات :

العدوانية، والانسحاب الاجتماعي، والسلوك التكراري، والتردد، والنشاط الزائد، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات، وعلى إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، والميل نحو مشاركة الأصغر سنا في نشاطهم وعدم تقدير الذات، وعدم الشعور بالأمن والكفاية.

1-4-4 الخصائص الجسمية:

يتميز المعاق بخصائص جسمية تختلف عن العاديين وهذا على حسب نوع كل إعاقة ومن اهم الخصائص الجسمية نذكر:

- تأخر في النمو الجسمي بشكل عام، وتزداد درجة التأخر بازدياد شدة الإعاقة .
- تشوهات جسميه خاصة في الرأس والوجه وأحيانا تكثر في الأطراف العليا والسفلى لدى الإعاقة العقلية الشديدة .
- تنسم الحالة الصحية العامة للمعاقين عقليا بالضعف العام ،مما يجعلهم يشعرون بسرعة التعب والإجهاد ، وحيث أن قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم أقل من العاديين وكذلك تعرضهم للمرض أكثر احتمالا من العاديين فإن متوسط أعمارهم أدنى من أقرانهم في التربية الخاصة. ولكن التقدم في الخدمات الصحية والتكنولوجيا الطبية وتحسن الاتجاهات والخدمات المقدمة لهم في الوقت الحاضر زاد من متوسط أعمارهم (عادل عبد الله محمد 2004، ص55).

- خلاصة القول أن المعاق ذهنيا يختلف عن الشخص العادي من عديد الجوانب الاجتماعية النفسية البدنية الحركية الحسية المعرفية و الجسمية لكن بإمكاننا التخفيف منها و تحسينها اذا تابعناه و وقفنا الى جانبه فللنشاط البدني المكيف الأثر الإيجابي على الجانب البدني الحركي و الصحي للمعاق و لا نغفل المتابعة النفسية و ما لها من محاسن في تطوير شخصية المعاق و جعله شخصا اجتماعيا و اكثر ثقة بنفسه أما اذا أغفلناه و ابتعدنا عنه فستتطور حالته نحو الأسوأ.

1-5 أسباب الإعاقة العقلية:

توضح منظمة الصحة العالمية أن سبب الإعاقة العقلية لدى العديد من الأفراد والأسر لا يزال غير معروف ، وهناك تفسير واحد لذلك الغموض وهو أن الإعاقة العقلية تشمل العديد من المشكلات المختلفة ، والتي لها أسبابا متعددة فهناك عوامل جينية وراثية تكون سببا رئيسيا ويجب تجنبها والوقاية منها ، وهناك عوامل غير وراثية ومكتسبة وقد تكون هذه الأسباب أثناء الحمل أو أثناء الولادة ، فالزواج من الأقارب ، والزواج المبكر ، وانتشار الأمية وانخفاض مستوى التعلم وخروج المرأة للعمل والفقر وارتفاع معدلات الإنجاب كلها تعتبر من أسباب الإعاقة التي من السهل الوقاية منها (خالد رمضان، 36،2008).

1-5-1 عوامل وراثية:

تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في حدوث الإعاقة العقلية، حيث يشير (إبراهيم الزهيري، 1998، 237) إلى العوامل الوراثية مسؤولة عن حوالي 80% من حالات الإعاقة العقلية، وذلك لوجود قصور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث إعاقة في وسائل الإدراك والوظائف العقلية المختلفة، وإلى صعوبات في عملية التعلم. وتحدث وراثا الإعاقة العقلية عن طريق الجينات الوراثية التي تحملها كروموسومات الخلية التناسلية كما يشير (نادر فهمي الزبيد، 2000، ص54) إلى أن الوراثة تلعب دورا بارزا في حدوث الإعاقة العقلية، فبعض الأطباء كانوا يرجعون كل الأسباب التي لا يعرفونها عن الإعاقة العقلية إلى عامل الوراثة، مما أدى إلى التأكيد على أهمية العامل الوراثي، فالطفل يرث الإعاقة العقلية عن طريق والديه وأجداده، وذلك عن طريق الجينات، وقد تظهر في زواج الأقارب أكثر من زواج غير الأقارب.

1-5-2 عوامل جينية:

يقصد بالعوامل الوراثية تلك التي تنتقل عن طريق الجينات على الكروموسومات في الخلية الواحدة المخصبة يوجد (46) كروموسوما نتيجة التحام الحيوان المنوي الذي يحمل (23) كروموسوم ، وبويضة تحمل (23) كروموسوم ولذلك يكون الجنين وراثيا نصفه من الأب ونصفه الآخر من الأم(عزت السبكي، 1998، ص223). والعوامل الوراثية هي المسؤولة عن حوالي 80% من حالات الإعاقة وذلك لوجود تلف أو قصور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي ، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث الإعاقة في وسائل الإدراك والوظائف العقلية المختلفة إلى صعوبات في عملية التعلم (إبراهيم عباس الزهيري، 1998، ص237)

1-5-3 الأسباب البيئية:

1-3-5-1 أسباب ما قبل الولادة:

وتشمل إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية فإذا انتقلت العدوى من الأم إلى الجنين بعد إصابتها بالحصبة الألمانية يولد هذا الجنين مشوها، أو يعاني من تأخر نموه الجسمي أو العقلي بصفة عامة، كذلك إصابة الأم أثناء الحمل بمرض الزهري الذي ينتقل إلى الجنين عن طريق المشيمة، أو إصابتها بفقر الدم الشديد، وحمى الصفراء كل ذلك يؤدي إلى تشوه الجنين وإعاقة نموه، كما أن تعرض الأم للحوادث أو محاولتها الإجهاض أو تعريضها للإشعاع يؤدي إلى الإصابة بالإعاقة العقلية (عبد الرحمن عيسوي، 1996، ص142).

1-3-5-2 أسباب ما بعد الولادة:

سوء التغذية الشديد للطفل وخاصة إذا تأخر غذاء الطفل عن طريق نقص شديد في البروتين أو اليود بصفة خاصة في السنة الأولى من عمره.

السقوط أو اصطدام الجمجمة بشدة في مرحلة الطفولة المبكرة بصورة يترتب عليها تلف بعض أنسجة المخ أو الإصابة ببعض الأورام.

التسمم بالزرنيخ وأول أكسيد الكربون أو التسمم بمركبات الرصاص أو استنشاق أبخرته أثناء مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة تلوث الهواء والماء أو الغذاء.

1-5-3 الأسباب البيئية:

يؤدي تعسر الولادة المصحوب بنقص في الأوكسجين إلى الأضرار بالجهاز العصبي للطفل. وانفصال المشيمة مبكرا يؤدي إلى سد عنق الرحم وإعاقة نزول الجنين ونقص الأوكسجين لديه. وحوادث الولادة واستخدام الأدوات المساعدة لسحب الجنين مما يؤدي إلى الضغط على الجمجمة والأضرار ببعض أنسجة المخ أحيانا (رمضان القذافي، 1993، 103). كما أن البيئة الفقيرة التي تفتقد إلى الأنشطة الذهنية الحافزة لذكاء الطفل في مراحل نموه الأولى تعتبر مسؤولة عن نسبة عالية جدا من حالات الإعاقة العقلية البسيطة وخاصة إذا لم يتوفر الغذاء الكامل والخدمات الصحية (عثمان نبيب، 2002 ص 33).

1-6 قياس الإعاقة الذهنية أو التأخر العقلي:

يقاس النمو الذهني للفرد دائما بالرجوع إلى عمره الزمني، وتمثل إعاقة التأخر العقلي تأخرا في النمو الذهني كما هو الشأن بالنسبة إلى القدرات الحركية التي تظهر تبعا لنمو الطفل فان ظهور القدرات العقلية ترتبط كذلك بفترات من عمر الطفل. وتمثل المقارنة بين العمر العقلي والعمر الزمني المؤشر المعتمد في تشخيص حالات التأخر الذهني، فكلما تخلف العمر الذهني عن العمر الزمني زادت حدة مستوى التأخر العقلي، لكن نسبة التأخر ليس لها نفس القيمة حسب عمر الطفل، فمثلا التأخر الذهني بسنتين لطفل عمره أربع سنوات أكثر حدة من التأخر العقلي بسنتين لطفل عمره 12 سنة وقد حدد علماء النفس نسبة الذكاء كما يلي: إذا كان العمر الزمني لطفل 9 سنوات (108 أشهر) وعمره العقلي 5 سنوات (60 شهرا) فان نسبة الذكاء تصبح :

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{100} \times 100 \div \text{العمر الزمني}$$

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{60}{100} \times 100 = 55 \text{ (عبد الرحمن سيد سليمان. مقال 2012).}$$

2-متلازمة داون:

1-2 لمحة تاريخية عن متلازمة داون:

أول من قام بوصف للأشخاص كان الطبيب الفرنسي (جون اسكرول) سنة 1938 بوصف المصابين بهذه المتلازمة بطريقة علمية، ومن بعده قام (ادوارد سيكوين) سنة 1946 بوصف سمات مرضى مصابون بالمتلازمة.

أما أصل التسمية فيعود الى سنة 1966 حيث قام الطبيب الإنجليزي ليجون داون بتقديم قائمة بالأعراض والصفات الخلقية المصاحبة لهذه المتلازمة ، حيث قام ببحث على مجموعة من الأطفال المعاقين المتواجدين في مركز إيواء خاص

ولاحظ من خلال بحثه وجود عدد من الصفات المشتركة لهذه المجموعة دون غيرها، ولأنهم يشبهون في صفاتهم الشكلية الشعب المنغولي فقد أطلق على هذه المتلازمة اسم المنغولية (mongolisme) واستمرت التسمية حتى عام 1986 وبعد ضغط كبير من حكومة منغوليا على منظمة الصحة العالمية تقرر تغيير الاسم إلى متلازمة داون نسبة إلى الطبيب (لونغدون داون) Longdon Down وفي عام 1959 أشار كل من أشار كل من (ليجن) و (جيوتر) و (تورين) إلى أن السبب الحقيقي الكامن وراء متلازمة داون هو وجود 47 صبغى بدلا من 46 على المستوى الخلوي، وذلك بسبب وجود صبغى زائد متصل بزواج من الصبغيات رقم 21 بحيث يصبح الزوج ثلاثيا لهذا يطلق على هذه المتلازمة اسم (trisomie 21). (سعيد عبد العزيز، 2008، ص 167).

2-2 مفهوم متلازمة داون:

تشير كلمة متلازمة إلى مجموعة من العلامات والخصائص التي تظهر مجتمعة في آن واحد (الملق، 2001، ص 18). ومتلازمة داون هي عبارة عن شذوذ صبغى سببه وجود خلل في المخ، ينتج عنه عوق ذهني واضطراب في مهارات الجسم الإدراكية والحركية، كما يؤدي هذا الشذوذ إلى ظهور ملامح وعيوب خلقية في أعضاء ووظائف الجسم (الملق، 2001، ص 156) وهي ليست مرضاً بل عرضاً يولد به الطفل (أبو النصر، 2005).

وهذا الشذوذ الصبغى، لا يحدث نتيجة خلل في وظيفة جهاز من أجهزة الجسم أو نتيجة للإصابة بمرض معين، كما أنه ليس بالضرورة أن يكون حالة وراثية، بل هو تقدير من الله تعالى يحدث أثناء انقسام الخلية عند بداية تكوين الجنين. وعليه فإن أي زوجين بدون تمييز معرضين لأن يولد لديهم طفل ذو متلازمة داون. وهذا الكروموزوم الزائد يغير كل من وظائف الجسم والمخ الطبيعية ويؤدي هذا الوضع في كثير من الحالات إلى تخلف عقلي بسيط إضافة إلى مشاكل في السمع الهيكل العضلي والقلب، ويعود الفضل إلى تحديد السبب الحقيقي الكامن وراء متلازمة داون والتمثل في وجود 47 كروموزوم بدلا من 46 على مستوى الخلوي إلى جيروم لوجان (JEROME LEJEUNE) الذي عرض بتاريخ 26 يناير 1959 اكتشافه هذا أمام أكاديمية العلوم بفرنسا.

2-3 آلية حدوث متلازمة داون:

إن السبب الكامن وراء ظهور مجموعة الأعراض والصفات هي وجود خلل في الصبغيات الوراثية، وهذا الخلل يأتي بسبب وجود 47 صبغى على المستوى الخلوي بدل 46 صبغى، وذلك لوجود صبغى زائد في الزوج رقم 21.

(Jeffrey Nevid, Spencer Rathus et Beverly Greene, 2009, p313).

إن هذا الخلل الجيني يحدث أثناء عملية الانقسام عند إنتاج الخلايا التناسلية، بحيث تكون إحدى الخليتين التناسليتين تحتوي على 24 صبغى، أي وجود صبغى زائد أو مشوه وهنا يكون الخلل في الصبغى رقم 21 والذي بدوره يؤثر سلبا على تكوين وظائف الخلايا المختلفة للجنين (سعيد عبد العزيز، 2008).

2-4 نسبة انتشار متلازمة داون:

تقدر نسبة الإصابة بمتلازمة داون عالميا بين المواليد الجدد بحوالي 1 مصاب لكل 800 مولود، بمعدل 3 ذكور مقابل 2 من الاناث.

وقد أشارت الإحصائيات سنة 2003 إلى انه بلغ عدد المصابين بمتلازمة داون حوالي 8 ملايين مصاب في العالم منهم حوالي 11000 مصاب بكندا، 50000 مصاب في فرنسا، وفي أوروبا إجمالا بلغ عدد المصابين 400000. (Marie) (Goffinet, 2008, p18).

أما في الجزائر فقد أحصت وزارة التضامن سنة 2008 ما يقارب 25000 مصاب. (الموقع الالكتروني
:www.echoroukonline.com/ara/article/html/27/02/2011/14:2701).

80% من الحالات المصابة بمتلازمة داون لا تتجاوز أعمار أمهاتهم 35 سنة ومع ذلك تزداد فرص إنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون لدى هؤلاء الأمهات، كما أن إنجاب طفل ذي متلازمة داون يزيد من فرصة إنجاب طفل آخر. (مدحت أبو النصر، 2005، ص155).

2-5 خصائص المصاب بمتلازمة داون:

إن جميع المصابين بمتلازمة داون مختلفون من العاديين في كافة الخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية سواء تعلق الأمر بالجانب التكويني الخلفي أو تعلق بالوظائف المختلفة المقترنة بها وفيما يلي تفصيل ذلك: (أشرف محمد عبد الغني شريت، 2009، ص80).

2-5-1 الخصائص العقلية:

غالبية الحالات تكون ضمن فئة متوسطي الإعاقة العقلية ويتراوح العمر العقلي للغالبية بين 5-7 سنوات (الموقع الالكتروني
http://www.angelfire.com/alt/upsyndrome/Facts.htm. 02) ويتفاوت معامل الذكاء من 25 الى 50. (Kumar et al,230 2003).

ويمكن تصنيف ذوي متلازمة داون ضمن الإعاقة العقلية البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين 55-70 (الروسان 2006).

والجدير بالذكر أن مخ أطفال متلازمة داون يكون سليم وليس تالف وخلافا المخ أيضا تكون سليمة في معظم الحالات، ولكن الأعصاب التي تحمل المعلومات من خلية عصبية إلى أخرى تكون رديئة العزل ولا تحمل الرسالة بالسرعة التي تحمل بها الأعصاب عند الطفل العادي (الموقع الالكتروني http://b-dss.org/Down/main03).

2-5-2 الخصائص الجسمية:

كل المصابين بمتلازمة داون يتميزون بمجموعة من الخصائص الجسمية المعروفة التي تشكل الملامح العامة المميزة لشخصية متلازمة داون والمتمثلة فيما يلي:

- الرأس أصغر من الطبيعي، عظامه منبسطة من الناحية الخلفية.
- الوجه يبدو بشكل مفلطح والعنق صغير.
- العينان ضيقتان ومائلتان الى الأعلى.
- تظهر على القرحية لطخات تسمى لطخات(براشيفيلد)، تبدو كحبات مائلة إلى البياض حول إطار القرحية تقدر نسبة وجودها ب 30%-70% لدى الأطفال المصابين.
- الأنف صغير ومفلطح في جزئه العلوي.
- الأذنان صغيرتان ودائرتين الشكل.
- الفم صغير الشفاه غليظة ومشققة مع سيلان اللعاب
- اللسان ضخم وخارج الفم.
- الأسنان صغيرة وغير موضوعة بشكل عادي.
- الأيدي صغيرة والأصابع قصيرة، الأصبع الصغير ينحني نحو الداخل غالباً، يوجد خط واحد.
- عريض في راحة اليد.
- القدمان ممثلتان وشكلها مسطح، مع وجود مساحة تزيد عن الحد الطبيعي بين الأصبع الأول والثاني.
- الوزن أقل أو أكثر من الطبيعي.
- الشعر ناعم ورقيق والبشرة جافة.
- علامات الشيخوخة تظهر بشكل مبكر.
- نسبة الخصوبة لدى الجنسين أقل من الطبيعي).
- تتأخر مظاهر البلوغ والنضوج عند الفتيات المصابات. (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد 2007، ص131).

2-5-3 الخصائص الانفعالية:

من أبرز خصائصهم الانفعالية ما يلي:

- عدم الثبات الانفعالي، مما يؤدي إلى عدم وضوح الانفعالات وتضاربها أحيانا.
- غلبة السلوك غير التوافقي مع نقص القدرة على التكيف، والقيام بردود أفعال غير متوقعة ولا يمكن التنبؤ بها.
- ظهور الكثير من المشكلات الانفعالية، مما يجعل سلوك المعاق مدعاة لتنمية الاتجاهات العدائية نحوه أحيانا.
- طبعهم هادئ، بكاؤهم ضعيف وقصير. (رمضان محمد القذافي، 1996، ص90).

أما النواحي الشخصية فليس هناك ما يؤكد وجود نمط واحد لشخصية ومزاج المصابون بمتلازمة داون بل العكس شأنهم شأن الأفراد العاديين وقد تظهر لديهم بعض السمات كالعناد عند المراهقين منهم كما تظهر لدى البعض منهم بعض الاضطرابات في الشخصية نتيجة الأخطاء في التربية من هذه الاضطرابات العدوان والاندفاع وسرعة التهيج كما لديهم احتياجات عاطفية شأنهم شأن العاديين فهم يميلون نحو شخص معين ويشعرون نحوه بالحب.

(الموقع الإلكتروني 04) <http://www.werathah.com/down/images/down.jpg/12/03/201>

2-5-4 الخصائص الصحية:

لقد أثبتت الدراسات أن حوالي 1 من 3 المصابين بمتلازمة داون يعانون من اضطرابات صحية تتمثل في:

- تشوهات على مستوى القلب: هي أكثر الاضطرابات انتشارا لدى الطفل المصاب بمتلازمة داون، ومنه يطلب مباشرة بعد عملية التشخيص القيام بفحص قلبي، حوالي 60% من الأطفال المصابين بعرض داون يموتون في السنة الأولى من جراء هذه المشاكل القلبية.
- اختلالات في الجهاز العصبي كنقص عدد الخلايا العصبية في الدماغ، أو الاضطراب في كهربائية الدماغ التي تسبب مرض الصرع الذي يعاني منه حوالي 5 - 10% من المصابين بمتلازمة داون.
- مشاكل بصرية: هناك تأخر في تنسيق حركة العينين، ويكون هذا راجع إلى تسطح الوجه وابتعاد العينين عن الأنف، وهذا خاصة عند المتقدمين في السن حيث أنه غالبا ما يؤدي إلى ظهور الحول، وقصر النظر.
- مشاكل على مستوى الجهاز الهضمي والبولي.
- زيادة الوزن وذلك بسبب نوع الأكل المتناول وقلة الحركة بسبب ارتخاء العضلات.

حساسية كبيرة للالتهابات.

- مشاكل على مستوى البلع، وهذا راجع إلى تأخر ظهور الأسنان وكذلك خلط على مستوى ترتيبها.
- مشاكل سمعية: قد يصاب السمع نتيجة التهابات الأذن المتكررة (Monique Cuilleret, 2007, P24).

2-5-5 الخصائص الاجتماعية:

أهم مميزات المصابين بمتلازمة داون أنهم اجتماعيون يتصفون بالوداعة والتودد والإقبال على الناس ومصافحة كل من يقابلهم والتقرب إلى الراشدين، والميل إلى المحاكاة والتقليد وحب الموسيقى، إلا أنه قد تظهر عليهم بعض الخصائص السلبية والمنتثلة في:

- صعوبة تكيف المصاب مع المواقف الاجتماعية المختلفة، واضطراب أساليب التفاعل الاجتماعي لديه.
- وضوح مظاهر اللامبالاة وعدم الاهتمام بما يدور في البيئة المحيطة به مع عدم الشعور بالمسؤولية.
- صعوبة الانتماء إلى الآخرين أو الارتباط بهم، وفشل المصاب في تكوين صداقات، مما يقوده إلى الانطواء على نفسه وعدم رغبته في الاختلاط بالأطفال الآخرين. (فوزي محمد جبل، 2001، ص 398)

2-5-6 الخصائص النفس-حركية:

يظهر الطفل المصاب بمتلازمة داون تأخرا في النمو النفسوحركي بسبب نقص في التوتر العضلي، في الشهر الأول من عمر الطفل المصاب يكون الطفل جد هادئ، ودود وغير مزعج، يبكي قليلا وينام كثيرا، منذ السنوات الأولى يظهر عليه التعب عند القيام بأدنى نشاط يفضل البقاء لمدة طويلة على نفس الوضعية وبأخذه في التأرجح بصفة آلية إذ يلعب الطفل بيديه ورجليه أو أشياء في متناوله، فيما يخص الجلوس يكون في السنة الأولى والمشي ما بين سن الثانية إلى الثالثة ويتكلم بكلماته الأولى في حدود عامه الرابع أو الخامس. انطلاقا من العام السادس والسابع يظهر عليه عدم الاستقرار الحركي والانفعالي بحيث تزداد لديه الحركة الزائدة غير المستقرة، المرح، الضحك، الحركة المتتابعة، مرحلة المراهقة تبدأ تقريبا في سن الثالثة عشر (Richard Clautier, 2005, p50).

وخالصة القول ان المصابين بمتلازمة داون يختلفون عن العاديين وكذلك عن المعاقين إعاقة ذهنية وغير المصابين بالمتلازمة اذ انهم اجتماعيون أكثر وشكل أجسامهم متشابه يتميزون بليونة الأطراف ومحبين للحركة وطبعهم هادئ ومحبين للعب مع الناس وهذا ما يكسيهم الحب والتقدير.

2-6 أنواع متلازمة داون:

أشارت العديد من البحوث والدراسات أن هناك ثلاثة أنواع من الإضرابات الكروموزومية التي تؤدي إلى ظهور مجموعة أعراض متلازمة داون.

هذه الأنواع تختلف تبعاً لاختلاف الحاصل في الموقع الكروموزومي وهذه الأنماط هي:

2-6-1 نمط ثلاثي الكروموزومات 21 الحر والمتجانس (trisomie 21 libre et homogène):

وجاءت هذه التسمية وصفاً للحالة الكروموزومية التي تكون عليها خلايا الشخص المصاب، حيث يوجد في الكروموزوم 21 ثلاثة كروموزومات بدلاً من اثنين.

ويعتبر هذا النوع من أكثر أنواع متلازمة داون شيوعاً وتصل نسبته حوالي 92% من مجموعة الأشخاص المصابين بهذه المتلازمة. يحدث هذا النوع من الشذوذ الكروموزومي نتيجة خلل في عملية الانقسام المنصف أثناء تشكل البويضات أو الحيوانات المنوية، تكون نتيجة فشل الانفصال السليم للزوج الكروموزومي الأصلي في هذه الأغراض، مما يعني بقاء زوج الكروموزومات 21. (عبد الله العسرج، 2006).

2-6-2 النمط الانتقالي trisomie 21 par translocation:

تم اكتشاف هذا النوع عام 1960 من قبل (بولاني وفراكار) ويوجد عند 5% من الحالات، ويذكر قوتمان (GUTTMAN) أن هذا النوع من متلازمة داون يحدث عند انتقال جزء من الكروموزوم رقم 21 إلى موقع آخر أثناء عملية إعادة ترتيب الكروموزوم 14، لوحظ في حالات أخرى أن يحدث الانتقال إلى الكروموزومات التالي (13، 15، 21، 22) (العسرج، 2006).

2-6-3 النمط ألفيسفاسائي: (TRISOMIE 21 EN MOSAIQUE):

يلاحظ عند 3% من الحالات يظهر هذا النوع على شكل وجود كروموزوم إضافي في زوج الكروموزومات 21 في بعض خلايا الجسم دون غيرها أي تحتوي بعض خلايا الجسم على ثلاثة كروموزومات بدلاً من اثنين في زوج الكروموزومات 21، أما بقية الخلايا فتكون طبيعية وتحتوي على كروموزومين في الزوج الكروموزومين في الزوج 21. (عبد الله العسرج 2006).

2-7 علاج متلازمة داون:

لا يوجد في الوقت الحالي علاج للأشخاص المصابين بمتلازمة داون، وذلك بسبب عدم القدرة على تغيير الصبغة الوراثية لكن يمكن التخفيف من المشكلات التي يتعرض لها، ويكون ذلك بعد تطرق منها:

- توفير الرعاية الصحية الجيدة للطفل المصاب بمتلازمة داون، وذلك لاكتشاف الأمراض التي تعرض لها فور حدوثها، ومحاولة الحد من إصابته بالعدوى المتكررة، مثلاً بإعطائه التطعيمات المهمة.

- التعليم والتدريب: يعلم الطفل في مدارس خاصة إذا كانت درجة الإعاقة كبيرة، كما يمكن له الاندماج في المدارس العادية إذا كان مستواه الذهني في حدود المتوسط.
- إعادة التأهيل للأطفال الذين لم ينالوا الرعاية الكافية منذ البداية.
- التمارين الرياضية لتقوية عضلاتهم وتحسين معنوياتهم، بالإضافة لأنواع مختلفة من العلاج الطبيعي والعلاج المهني.
- مساعدة الوالدين قدر الإمكان، ولا بد أن تبدأ هذه المساعدة منذ لحظة التشخيص، فمن المهم جداً مساعدة الوالدين على فهم حقيقة الموقف ومساعدتهم على تحمل الصدمة، ويفيد في ذلك التذكير بالله، واحتساب الأجر عنده، كما أن التحدث مع أمهات أطفال لديهم نفس المشكلة يفيد كثيراً في تقبل الموقف وامتصاص المشاعر المؤلمة.
- توفير فرص العمل للبالغين المصابين بمتلازمة داون، ويمكنهم العمل في أعمال مختلفة بعد التدريب.
- ينصح بإجراء الفحص الصبغي لوالدي الطفل المصاب بالانتقال الصبغي لتحديد الناقل، وبالتالي فحص الجينات في المستقبل (الموقع الإلكتروني: <http://www.6abib.com/a-953.htm>:05)

خاتمة:

مما سبق ذكره نتفق على أن الإعاقة الذهنية تقف حاجزاً أمام الشخص بغض النظر عن مصدرها و تحد من إمكانياته خاصة العملية منها و ممارسة العلاقات الاجتماعية، ويجب أن تأخذ مجمل تعاريف الإعاقة الذهنية المعنقدات والممارسات الثقافية، فالسلوك الذي ينعت بأنه شاذ و يعتبر من بين الأعراض المرضية يتطلب العلاج في المجتمع من المجتمعات قد يكون مقبولاً في مجتمع آخر ، لهذا نجد أنه منذ فجر التاريخ كانت النظرة إلى المعوقين عامة و إلى المعاقين ذهنياً خاصة و الاستجابة لها مختلفة و متباينة على مر العصور و ذلك نتيجة لاختلاف الاتجاهات الاجتماعية.

ففي الماضي كان المعاق يعتبر أداة شؤم، لكن مع ممر العصور والدخول إلى عالم المعاصرة تم القضاء على الأفكار القديمة التي كانت ترى فيهم صنائع للشيطان، حيث بدأ الناس في العصر الحديث يهتمون بقضايا المعوقين وضرورة توفير الخدمات اللازمة لتحقيق المساواة الكاملة والإدماج في المجتمع حتى أصبح في وقتنا الحالي مثله مثل أي إنسان عادي يؤدي واجباته ويتمتع بحقوقه كاملة غير ناقصة.

الفصل الثاني

القدرات الحركية والقياسات الجسمية

تمهيد:

هناك العديد من المفاهيم التي تدخل في ضمن مفهوم القدرات أو الصفات الحركية والتي تبدو في ظاهرها متباينة إلا أنها تلتقي في المضمون، فقد أصبح من الصعب حصر هذا المفهوم وتحديده لأنه يشمل الفرد من جميع نواحيه من حيث " المفهوم النفسي والبدني والاستعداد الرياضي لتحقيق المتطلبات الخاصة بالألعاب الرياضية. (قاسم حسن حسين؛ تدريب اللياقة البدنية والتكنيك في الألعاب الرياضية الموصل، دار الكتب للطباعة، 1985، ص20) وان الصفات الحركية هي "صفات مكتسبة من المحيط ويكون التدريب أو الممارسة أساسا لها وتتطور بحسب قابلية الفرد الجسمية والحسية والإدراكية وكثير من الأحيان يطلقون على الرشاقة صفة جامعة للصفات الحركية. (وجيه محجوب؛ نظريات التعلم والتطور الحركي ط1، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر، 2001ص57)

وتعد القياسات الجسمية كذلك أحد أهم المؤشرات التي يعتمدها المختصون في اختيار اللاعب فضلاً عن المؤشرات الأخرى البدنية والمهارية لذا فهي تعتبر من أدوات التقييم المؤثر في الأداء والانجاز ومن هاته القياسات مؤشر كتلة الجسم الذي يعد وسيلة قياس فعالة يُستخدم لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وأكثر لقياس ما إذا كان وزن الطفل صحياً بالنسبة لطوله وعمره وجنسه هو المقياس المتعارف عليه عالمياً لتمييز الوزن. مؤشر كتلة الجسم يعبر عن العلاقة بين الطول ووزن الجسم وهو حاصل على اعتراف المعهد القومي الأمريكي للصحة ومنظمة الصحة العالمية كأفضل معيار لقياس السمنة.

1- القدرات الحركية:

1-1 تعريف القدرات الحركية:

نعرف القدرة الحركية بأنها عبارة عن مجموعة من الخصائص والصفات الحركية التي يتميز بها الفرد وتتمثل في التوازن المرونة الرشاقة التوافق الدقة... كما يمكن تطويرها وتحسينها. تعرف القدرات الحركية بأنها "القدرات التي يكتسبها الإنسان من المحيط أو تكون موجودة مثل المرونة والرشاقة والتوازن ويكون التدريب والممارسة أساسا لها وتتطور حسب قابلية الفرد الجسمية والحسية والإدراكية". (وجيه محجوب وآخرون 2000، ص57).

وعلى هذا الأساس وضع العالم (كالا هو) القدرات التي تعتمد على الكفاية الفسيولوجية بالقدرات البدنية وتشمل (القوة السرعة، والتحمل، المرونة) أما القدرات التي لا تخضع إلى التغير في الحالة الفسلجية وإنما في قدرة التحكم في الحركة وأن هذه القدرة تعتمد على استثمار الإحساس الحركي واستعمال الجهاز العصبي المركزي والمحيطي من أجل التحكم في القدرات الحركية وتشمل (التوازن، التوافق، الدقة الحركية، لرشاقة، المرونة الحركية). (يعرب خيون، 2002، ص21).

ويمكن أن نوضح القدرات الحركية بأنها " استعداد طبيعي أو مكتسب من دون تعب زائد وهي تتضمن القدرة على تحريك الجسم بكفاية وبقوة لمدة زمنية مناسبة. (محمد صبحي حسانين، 1975، ص136).

1-2 مكونات القدرات الحركية:

1-2-1 الرشاقة:

1-1-2-1 تعريف الرشاقة:

يقصد بها القدرة على تغيير اتجاه الجسم أو بعض أجزائه بسرعة (مهند حسين واحمد إبراهيم، 2005، ص340) كما إن للرشاقة مكانه خاصة لدى العديد من الصفات البدنية إذ ترتبط بكافة القدرات الحركية فهي قدرة ذات طبيعة مركبة. (مفتي إبراهيم حماد، 2001، ص199).

والرشاقة استعداد جسمي وحركي لتقبل العمل الحركي المتنوع والمركب وهي استيعاب وسرعة في التعلم مع أجهزة حركية سليمة قادرة على هذا الأداء أو ذاك، فعندما نريد أن نصل إلى الإتقان والتثبيت في الأداء المهاري نجد أن الرشاقة تلعب دورا مهما وذلك للسيطرة الكاملة على الأوضاع الصعبة والرشاقة هي خبرة وممارسة حيث أنها تفقد وتضعف عند الانقطاع عن التدريب لفترة معينة. (سامي الصفار :الإعداد الفني لكرة القدم .مطبعة جامعة بغداد، 1984، ص74).

أما (قاسم حسن، 1998، ص618) فقد عرف الرشاقة بأنها " القدرة على التوافق الجيد للحركة التي يقوم بها الرياضي سواء بجميع أجزاء جسمه أو بجزء معين منه."

فمن التعريفات السابقة يتضح لنا بان الرشاقة هي مقدرة الفرد على الاتزان بعد تغيير وضع الجسم واتجاهه سواء كان الجسم كله أو جزء منه وسواء كان على الأرض أو في الهواء.

1-2-2-1 أنواع الرشاقة:

قسم العلماء الرشاقة إلى:

أ- **رشاقة عامة**: إمكانية اللاعب التوافق والانجاز الجيد للحركات وهي نتيجة تعلم حركي متنوع أي نجده في مختلف الأنشطة الرياضية.

ب- **رشاقة خاصة**: إمكانية اللاعب أداء مهاراته التخصصية بأعلى قدرة من التوافق والتوازن والدقة وهي القدرة على الأداء الحركي المتنوع حسب التكنيك الخاص لنوع النشاط الممارس وهي الأساس في إتقان المهارات الخاصة باللعبة. (مفتي إبراهيم حماد :الجديد في الإعداد المهاري والخططي للاعب كرة القدم .دار الفكر العربي القاهرة، 1997، ص165).

1-2-3 أهمية الرشاقة:

- ✓ ترتبط بكافة القدرات الحركية.
- ✓ لها أثر فعال في الصفات البدنية.
- ✓ لها دور في القدرة على تغيير الاتجاهات ضمن الأداء المهاري للرياضي.

- ✓ لها أثر واضح خلال الأداء الحركي المركب المتنوع، الذي يتصف بسرعته وصعوبة تنفيذه، حيث تظهر الحاجة إلى انجاز الحركة كلها مرة واحدة، وبصورة تتابع وتتغير طبقاً للظروف المختلفة.
- ✓ تعد قاعدة أساسية في تعلم وتطوير وإتقان الأداء الحركي، وخاصة المركبة منها. (فاطمة العبد وآخرون 2011).

1-2-2-1 التوافق:

1-2-2-1 تعريف التوافق:

يعرف التوافق الحركي بأنه "القدرة على إدماج حركات من أنواع مختلفة في إطار واحد يتميز بالانسيابية والتناسق وحسن الأداء" (الين وديع فرج، 2002، ص 256).

ويعرف كذلك بأنه: قدرة الفرد على ادماج انواع من الحركات في قالب واحد تتسم بالانسيابية وحسن الاداء ويتطلب مكون التوافق تعاوناً كاملاً بين جهازين العضلي والعصبي لإمكان أداء الحركات والتمرينات على أفضل صورة (ابو العلاء احمد عبد الفتاح، 1997، ص 205).

1-2-2-1 انواع التوافق:

- التوافق العام
- التوافق الخاص.
- توافق الأطراف
- التوافق الكلي للجسم.
- توافق الذراع والعين
- توافق القدم والعين. (محمد صبحي حسنين 1995 ص 409)

1-2-2-1 تطوير عنصر التوافق الحركي:

- تكرار اداء الحركات يسلكها التكامل وذلك من اجل تعميق المسار الحركي في الجهاز العصبي.
- استخدام التنبيه الصوتي بالكلام والارتفاع وكذلك التنبيه الحركي لضبط الحركي.
- اداء الالعب الصحيحة التي تهدف الى تحقيق التوافق العضلي من خلال تطوير سرعه رد الفعل وذلك لوجود العلاقة الارتباطية ما بين التوافق وسرعه رد الفعل.
- التدرج في رد الاجزاء مع بعضها البعض عند تعلمها. (مهند حسين. احمد ابراهيم الخواجه 2010 ، ص 356)

1-2-3 التوازن الحركي:

1-3-2-1 تعريف التوازن الحركي:

يعرف التوازن الحركي بأنه مقدرة الفرد على الاتزان في أثناء الأداء الحركي كما هو الحال عندما يطلب من الفرد المشي على عارضة التوازن وهو القدرة على الاحتفاظ بثبات الجسم عند أداء مختلف المهارات والحركات الرياضية سواء كانت من

وضع الثبات او الحركة والاحتفاظ بمركز ثقل الجسم ضمن خطه الشاقولي عند اداء اللاعب المهارات المعقدة والبسيطة وان التوازن لا يأتي اعتبارا وانما من خلال التمرين والممارسة المتكررة لأداء الحركات المختلفة فهذا ما نلاحظه عندما يتعلم الطفل المشي نجدة في البداية يتعثر بخطواته وذلك لضعف توازنه ولكن بتكرار لمحاولة المشي نجده يقوم بأداء حركات المشي بصورة صحيحة ويثبات وان من شروط التوازن هو كبر قاعده الاستناد. (وجيه محجوب، التحليل الحركي جامعه بغداد، كلية التربية الرياضية، 1987، ص 30).

1-2-3 أنواع التوازن الحركي:

- 1- التوازن المستقر: هو التوازن الذي يحدث في حالة كبر قاعده الارتكاز او اتساعه واقتراب مركز ثقل الجسم من الارض.
- 2- التوازن القلق: هو التوازن الذي يحدث في حالة صغر او ضيق قاعده الارتكاز وابتعاد مركز ثقل الجسم عن الارض.
- 3- التوازن المستمر: هو التوازن الذي يحدث في حالة استمرار الجسم بالحركة كما ان كتله الجسم لها دور كبير في احداث التوازن. (فوزيه الاخضر، 1993، ص 81).

1-3-2 أهمية التوازن الحركي:

- 1- ضروري في كثير من الانشطة الرياضية كالجماز والغطس.
- 2- عامل هام في رياضيات الاحتكاك.
- 3- تمكن المتدرب من سرعة الاستجابة المناسبة اثناء المنافسات.
- 4- تحسين وترقية مستوى أداء المتدرب.
- 5- يرتبط بالعديد من الصفات البدنية كالقوة.

1-2-4 المرونة:

1-2-4-1 تعريف المرونة:

تعرف المرونة بأنها أقصى مدى ممكن لمفصل معين أو كفاءة اللاعب على أداء حركة لأوسع مدى وكذلك مدى الحركة في مفصل أو مجموعة متعاقبة من مفاصل الجسم المختلفة " ومن ثم تعد قدرة الفرد على أداء حركات باختلافات كثيرة في مجالات الحركة عند تنمية درجة المرونة للاعب أو مجموعة المفاصل العاملة.

ويرى العديد من الباحثين إن المرونة الحركية من بين الصفات الهامة للأداء الحركي سواء من الناحية النوعية أو الكمية كما أنها تشكل مع باقي مكونات الأداء الحركي أو البدني كالقوة العضلية والسرعة والتحمل والرشاقة الركائز التي يتأسس عليها اكتساب وإتقان الأداء الحركي. (أنا اسكارود، 2008، ص 309).

وهي كذلك قدرة الفرد على أداء الحركات الرياضية إلى أوسع مدى تسمح به المفاصل العاملة في الحركة، حيث يتطلب انقباض بعض العضلات وارتخاء العضلات المقابلة لها. وهي أيضا قدرة الفرد على أداء الحركة بمدى واسع.

1-2-4-2 أنواع المرونة:

تتمثل أنواع المرونة في:

- **المرونة العامة:** عندما تكون مكانيزات المفاصل متطورة بشكل كاف مثل العمود الفقري بمعنى قدرة الفرد على أداء حركات بمدى واسع في جميع المفاصل .
- **المرونة الخاصة:** عندما تكون المرونة متعلقة بمفصل واحد بمعنى القدرة على أداء الحركات بمدى واسع في اتجاهات معينة طبقا للناحية الفنية الخاصة بنشاط رياضي معين.
- **المرونة الإيجابية:** هي قابلية الفرد على تحقيق حركة بنفسه، بمعنى إمكانية الحصول على أقصى مدى ممكن لحركة في المفصل على حساب المجموعة العضلية العاملة على هذا المفصل والتي تقوم بأداء تلك الحركة.
- **المرونة السلبية:** نحصل عليها عن طريق قوى خارجية كالزميل أو الأدوات بمعنى إمكانية الحصر ول على أقصى مدى ممكن لحركة ما في المفصل على حساب قوة خارجية تقوم بأداء الحركة أو المساعدة في أدائها. (تامر محسن إسماعيل، ص108، 1999).

1-2-4-3 مبادئ وطرق تنمية المرونة:

ويمكن تنمية صفة المرونة عن طريق التدريب اليومي من خلال تمارين الإطالة ومن أهم المبادئ والطرق التي يجب احترامها أثناء التدريب على صفة المرونة نجد:

1- تلعب المرونة دورا هاما في ترابط الأداء الحركي ولذا يجب أن يكون هناك نوعا من التنسيق في تمارين تنمية المرونة وخاصة التمارين التي تزيد من مطاطية وإطالة العضلات بشكل منتظم ولكافة المجموعات العضلية المختلفة.

2- لا بد أن يكون هناك نوعا من التنسيق بين تدريبات القوة وتدريبات المرونة حيث أن القوة تساعد الفرد الرياضي على أن يصل إلى المدى المطلوب للحركة أي بالمرونة اللازمة، ولا بد وأن يؤخذ في الاعتبار الترابط بين تمارين زيادة معدل قوة تنمية المرونة. ولقد أوضح (هلين برانندت) في أبحاثه أن زيادة سعة أنسجة العضلات لا تتأثر في حالة كثافة البرنامج التدريبي (الخاص بزيادة معدل القوة) حيث أنه لا بد وأن تكون المرونة محدودة الأداء حد معين فقط وبطريقة آمنة ويرجع ذلك لقوة العضلات.

3- يرى ريان وفريد أنه يمكن تنمية المرونة لمفصل معين عن طريق تقوية العضلات المضادة في نوع العمل على المفاصل بنفس النسبة وبنفس القوة ولو تم تقوية مجموعة من العضلات على حساب المجموعة الأخرى لأدى ذلك إلى نقص المجال الحركي للمفصل في الاتجاه الذي تعمل فيه العضلة الضعيفة، بالإضافة إلى أن الخمول وعدم النشاط يؤدي إلى نقص المرونة للمفاصل. (كمال عبد الحميد ومحمد صبحي حسنين 1998 ص156).

1-2-4-3 أهمية المرونة:

للمرونة أهمية تكمن في:

* تسهم في الاقتصاد بالطاقة، ووقت الأداء

* لها دور فعال في التقليل والتأخير من ظهور التعب.

* تعمل على التقليل من الألم العضلي.

* إن الرياضي الذي يمتلك درجة عالية من المرونة في مفصل معين، أو مجموعة مفاصل تعين الرياضي على تحقيق الإنجاز المهاري العالي. (فاطمة العبد وآخرون، 2011).

2-القياسات الجسمية:

1-2 تعريف القياسات الجسمية: هي العلم الذي يدرس قياس أجزاء جسم الإنسان من الخارج (F.M, Verducci، 1990). أي قياس طول ومحيط كل جزء في الجسم مثل طول العضد ومحيطه.

كما تعد القياسات الجسمية أحد العوامل المحددة لطبيعة النشاط الرياضي، إذ إن هذه القياسات وسيلة للاستفادة منها في نشاط رياضي معين والوصول إلى أهداف معينة، لأن طبيعة اللعبة تتطلب قياسات جسمية معينة، وتعد هذه القياسات قاعدة أساسية في المجالات والحقول كافة، ويمكن استخدامها للمقارنة في الفروق الفردية للاعبين، وأن المعلومات التي تزودها يمكن تحليلها إحصائياً على أوجه التشابه والاختلاف وتوزيع الصفات الشخصية.

2-2 الشروط الأساسية لتنفيذ القياسات الجسمية بنجاح:

1-أداء القياس بطريقة موحدة.

2-تنفيذ القياس الأول والثاني إذا كان هناك إعادة للقياس بنفس الأدوات.

3-إجراء القياس في توقيت يومي موحد أحسن الأوقات صباحاً قبل الإفطار وبعد التخلص من الفضلات.

4-إن يكون الشخص الذي تجرى عليه القياسات بملابس خفيفة ولا تزن كثيراً. (أحمد محمد، 1996، ص83).

2-3 الهدف من القياسات الجسمية:

1-التعرف على معدلات النمو الجسمي لفئات العمر المختلفة ومدى تأثير هذه المعدلات في العوامل البيئية المختلفة.

2-التعريف على تأثير ممارسة الرياضة والأساليب المختلفة للتدريب الرياضي على بنية الجسم وتركيبه.

3-التعريف على الصفات والخصائص المورفولوجيا الفارقة بين الأجناس.

4-تعيين الصفات والخصائص الجسمية اللازمة للخدمة في بعض المجالات.

5-التحقيق من تأثير العوامل على نوع وطبيعة بيان الجسم وتركيبه.

6-يمكن استخدام القياسات الجسمية للمقارنة بين الافراد. (محمد نصر الدين رضوان،1998).

2-4 تعريف مؤشر كتلة الجسم:

يسمى أحياناً مؤشر (كوبتليت) نسبة إلى عالم الرياضيات البلجيكي (أدولف كوبتليت) الذي أول من أشار إليه وهو مقياس لتناسب الطول مع الوزن هو حاصل قسمة وزن الجسم بالكيلو جرام على مربع الطول بالمتر، يستخدم في الدراسات السكانية (الميدانية) كمؤشر لتقدير البدانة، نظراً لسهولة حسابه من خلال مقياسي الوزن والطول فقط ويعبر عنه بالمعادلة التالية:

$$\text{مؤشر كتلة الجسم} = \frac{\text{الوزن (كغ)}}{\text{الطول} \times \text{الطول (م}^2\text{)}}$$

2-5 المسلمات المبني عليها استخدام مؤشر كتلة الجسم كمقياس للبدانة:

- أن المقياسي عكس مقدار الشحوم في الجسم.
- أن المؤشر لا يتأثر كثيراً بطول الجسم.
- أن المؤشر يعكس مقدار الشحوم بغض النظر عن العمر.
- أن المؤشر يعكس مقدار الشحوم بغض النظر عن نوع الجنس.
- أن المؤشر يعكس مقدار الشحوم بغض النظر عن العرق. (هزاع بن محمد الهزاع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني - البحرين، يناير 2010 الموقع الالكتروني).

2-6 تصنيف مؤشر كتلة الجسم:

- أقل من 18 ← نحافة.
- (18.5 - 24.9) ← طبيعي.
- (25 - 29.9) ← زيادة في الوزن.
- أكثر من 30 ← سمنة مفرطة.

خاتمة:

تعد التربية الحركية جزءاً مهماً من التربية الرياضية، وهي معنية بالفرد في المراحل الأولى من حياته، منذ ولادته حتى نهاية المرحلة الابتدائية، وأهم ما يميزها هو ذلك التنوع الواسع بأشكالها وأساليبها، فالتربية الحركية أو التربية من خلال الحركة هي اتجاه جديد من أساليب التربية العامة، إذ يتم إعداد الفرد من جميع الجوانب المختلفة عن طريق الخبرة والنشاط

الحركي؛ ليخرج التعليم من صيغته التقليدية إلى صيغ أكثر فاعلية وإيجابية ومثيرة لدوافع الطفل وملبية لحاجاته وميوله ورغباته، لتكوينه وتمميته إلى أقصى ما تؤهله له إمكاناته وقدراته و لشكل الجسم تأثير كبير على الأداء الحركي سواء الأصحاء أو المعاقين.

الباب الثاني الجانب التطبيقي

الفصل الأول

منهج البحث واجراءاته الميدانية

تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى التعريف بأهم الخطوات المتبعة في هذا البحث، فبناء على الإطار النظري والإشكالية، نوجز فيما يأتي تصميم بحثنا وذلك من خلال تحديد منهجه وعينته وتقنياته وحدوده، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية التي اعتمدنا عليها بحيث تهدف البحوث العلمية عموماً إلى الكشف عن الحقائق، وتكمن قيمة هذه البحوث وأهميتها في التحكم في المنهجية المتبعة فيها، وهذه الأخيرة تعني " مجموعة المناهج والطرق التي تواجه الباحث في بحثه، وبالتالي فإن وظيفة المنهجية هي جمع المعلومات، ثم العمل على تصنيفها وترتيبها وقياسها وتحليلها من أجل استخلاص نتائجها والوقوف على ثوابت الظاهرة المراد دراستها. (فريدريك معتوق، 1988، ص23).

1- منهج البحث:

يعتبر المنهج العلمي الوسيلة والسند الذي لا يمكن الاستغناء عنه في أي بحث علمي، أو عمل ميداني في مختلف العلوم والمجالات فهو عبارة عن مجموعة القواعد والعمليات الخاصة التي تتيح الحصول على المعرفة السليمة في طريق البحث عن الحقيقة لعلم من العلوم. (محمد عوض بسيوني، 1992 ص 206). لذا فإن منهج الدراسة له علاقة مباشرة بموضوع الدراسة.

وانطلاقاً من موضوع دراستنا المتمثل في المقارنة بين بعض القدرات والقياسات الجسمية للمتخلفين ذهنياً وبين الأصحاء فقد اتبعنا المنهج الوصفي السببي المقارن لملائمته طبيعة البحث ومشكلته المطروحة.

2- مجتمع وعينة البحث:

1-2 مجتمع البحث:

إن مجتمع الدراسة يمثل الفئة الاجتماعية التي نريد إقامة الدراسة التطبيقية عليها وفق المنهج المختار والمناسب وفي هذه الدراسة يكون مجتمع البحث من تلاميذ ابتدائية (بوجنان غالم - بوجليدة) ولاية تلمسان والبالغ عددهم 83 وكذلك من تلاميذ المركز البيداغوجي النفسي للمعاقين ذهنياً " بالرمشي ولاية تلمسان والبالغ عددهم 52 تلميذاً معاقاً ذهنياً والمركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقلياً بحي بيروانة بولاية تلمسان. الذي يضم 63 معاقاً.

2-2 عينة البحث:

من الأمور المهمة التي يجب مراعاتها في البحث العلمي هو اختيار عينة تمثل المجتمع الأصلي تمثيلاً صادقاً وحقيقياً.

- ثم اختيار العينة العمرية من مجتمع الأصل من الذكور فقط والذين تتراوح أعمارهم بين (9-11) سنة كما اشتملت عينة البحث على (60) تلميذاً موزعين على المجموعات الآتية:

- ✓ 20 تلاميذ من الأصحاء من مدرسة (بوجنان غالم بوجليدة) تلمسان (83) وهو ما يمثل نسبة 24.09%.
- ✓ 20 من الأطفال المتخلفين عقليا إعاقة ذهنية بسيطة غير المصابين بمتلازمة داون من المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بالرمشي (52) وهو ما يمثل نسبة 38.46%.
- ✓ 20 من الأطفال المتخلفين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون من المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا بحي ببيروانة بولاية تلمسان (63). وهو ما يمثل نسبة 31.74%.

حيث اخترناهم بطريقة مقصودة الأطفال الذين لديهم:

- أمراض مزمنة.

- إعاقة حركية.

- متعددي الإعاقة.

3-مجالات البحث:

3-1 المجال البشري:

تم اختيار ثلاث عينات مقسمة كالتالي.

العينة الأولى: 20 تلميذا من الذكور (9-11) سنة من مدرسة مدرسة (بوجنان غالم بوجليدة) تلمسان وهذا من مجموع (83) موجود بالمدرسة.

العينة الثانية: 20 طفلا من الذكور من المتخلفين ذهنيا، إعاقة بسيطة وغير المصابين بمتلازمة داون من المركز النفسي البيداغوجي بالرمشي بولاية تلمسان بمجموع (52) معاقا.

العينة الثالثة: 20 طفلا من الذكور من المصابين بمتلازمة داون من المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا بحي ببيروانة بولاية تلمسان بمجموع (63) معاقا.

3-2المجال المكاني:

أجريت الدراسة الميدانية على مستوى:

1-مدرسة مدرسة (بوجنان غالم بوجليدة) تلمسان ولاية تلمسان.

2 -المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا الرمشي ولاية تلمسان.

3-المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا بحي ببيروانة بولاية تلمسان.

وقد تم هذا الاختيار نتيجة القرب من الإقامة وكذلك توافر الظروف والعينة المطلوبة.

3-3 المجال الزمني:

تم الانطلاق في البحث عند الموافقة من طرف المشرف على البحث في شهر أكتوبر بدأنا في جمع المعلومات التي لها علاقة بالجانب النظري للبحث، ومن شهر فيفري 2017 إلى أبريل 2017 تم الشروع في العمل التطبيقي.

4-ضبط المتغيرات العشوائية:

هي التي يقوم الباحث بضبطها كي لا تؤثر على المتغير التابع. وبهذا سنحاول ضبط متغير كلا من:

السن: أن يكون الأطفال من سن واحد (9-11) سنة.

الجنس: من الذكور.

الخبرة: أطفال عاديين ليسوا من الممارسين في فرق رياضية.

ظروف الاختبار: نفس ظروف الاختبار لكل الأطفال.

5-أدوات البحث:

حتى يتمكن الباحثون من انجاز عملهم على أكمل وجه لابد من الاستعانة بالأدوات والوسائل التي تساعدكم ويقصد بها جميع الوسائل والأدوات التي سوف يستعملها الباحث منها في كل مراحل بحثه.

5-1 الأدوات والوسائل المستخدمة:

إن نجاح الباحث في تحقيق أهدافه يتوقف على عدة عوامل من أهمها الاختيار السليم والمناسب للوسائل بغية الحصول على البيانات، ولهذا فإن اختيار الأدوات المناسبة يعد عاملا أساسا في البحوث العلمية ولهذا فقد تم اعتمادنا على الوسائل والأدوات التالية: شريط قياسي للطول، أقماع، صندوق خشبي ارتفاعه 20سم، ميزان طبي "ديكامتر" ميفاتييه أقلام تسجيل بطاقات تسجيل.

5-2 الاختبارات المطبقة:

تم وضع برنامج اختبار لقياس بعض القدرات الحركية وكذلك اختبار قياس مؤشر كتلة الجسم (BMI) وهذا بعد وضع استمارة ترشح مجموعة من الاختبارات وعرضها على مجموعة من الأساتذة بمعهد التربية البدنية بمستغانم لاختبار الاختبار الأنسب في كل صفة بدنية. ولقد تم ترشيح بعض الاختبارات وإلغاء بعض منها وأما الاختبارات التي وقع عليها الاختيار فتمثلت فيما يلي:

5-2-1-اختبار التوازن:

اختبار التوازن الديناميكي (المشي على عارضة التوازن).

وصف الاختبار: يقف المختبر عند حافة عارضة التوازن (أ) عند الإشارة يتقدم بسرعة حتى نهاية عارضة التوازن (ب). ثم يعود للحافة (أ) ثم يتغير اتجاه الحركة ويعود إلى الحافة (ب). المسافة (15 م)

القياس: بحسب الوقت المستغرق بالثانية.

5-2-2 اختبار المرونة:

ثني الجذع إلى الأمام من الوقوف (مرونة الجذع).

وصف الاختبار:

باستخدام منضدة مثبت عليها مسطرة مرقمة (نقطة الصفر على حافة المنضدة) يقف المختبر فوق صندوق خشبي بارتفاع 20سم من الوقوف دون ثني الركبتين، بثني اللاعب الجذع للأسفل ببطء محاولاً أقصى حد ممكن من الانثناء إلى الأسفل.

القياس: تحسب المسافة من الأرض إلى أصبع اليد القريب.

5-2-3 اختبار التوافق: الجري في شكل رقم (8).

الغرض: قياس قدرة الفرد على تغيير الوضع أثناء حركته للأمام بسرعة.

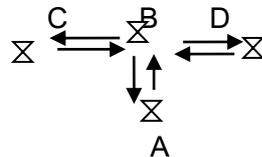
وصف الاختبار:

قائماً وثب عالياً المسافة البعد بينهما 3 أمتار، وتوضع عارضة بارتفاع 1.20 م، يقف المختبر على الجانب الأيمن للاحد القائمين عند سماع إشارة البدء يقوم بالجري على شكل رقم 8. ويجب اتباع خط السير المحدد

القياس: يسجل للمختبر الزمن الذي قطع فيه الأربع دورات.

5-2-4 اختبار الرشاقة: الجري على شكل حرف (T):

وصف الاختبار: اختبار الرشاقة يتم عبر الجري على شكل حرف (T). في منطقة خالية من العوائق 10م×10



أربعة أقماع ارتفاعها 30 سم يقف اللاعب في خط البداية وعند الإشارة ينطلق اللاعب نحو النقطة (ب) يلمس الشاخص ثم يتجه نحو (ج) ثم (د)، بعدها يتجه نحو النقطة (ب) يدور حولها ثم يتجه نحو خط البداية (أ)

القياس: يحسب الزمن المستغرق بالثانية.

5-2-5 حساب مؤشر كتلة الجسم:

يحسب بقسمة الوزن (كـلـغ) على الطول \times الطول (م²).

- أقل من 18 كلغ = نحافة

- من (18.5- 24.9) = طبيعي.

- من (25- 29.9) = زيادة في الوزن.

- أكثر من 30 = زيادة في الوزن.

5-3 الوسائل الإحصائية للدراسة:

- الوسط الحسابي.

- الانحراف المعياري.

- معامل الارتباط بيرسون.

- اختبار ت ستيودنت للعينات المستقلة.

- تحليل التباين الأحادي (ف).

5-4 الدراسة الاستطلاعية:

الغرض من الدراسة الاستطلاعية هو:

- تحديد العينة من مجتمع الدراسة ومحاولة التقرب منها.
- اختبار مدى فعالية وسائل البحث حسب ما يلاءم عينة البحث وما يخدم الدراسة.
- معرفة مدى استجابة أفراد العينة للاختبارات المطبقة عليهم أو إحداث تغييرات حسب ما يلاءم أفراد العينة إذا ما استوجب الأمر ذلك.

• الاطلاع على الملفات الطبية للأطفال.

• الاتصال بالمختصين والأطباء بالمركز قصد اطلاعهم على موضوع الدراسة.

• أخذ فكرة واضحة حول ممارسة النشاط الرياضي بالمركز.

ومن خلال مقابلتنا لمدير المركز والمسؤولين بالمركز لمسنا منهم تعاوننا كبيرا وتجاوبا لموضوع دراستنا وهذا ما يخدم بحثنا ويثريه أكثر.

6- الأساس العلمية للاختبارات المستخدمة:

6-1 صدق الاختبار:

إن صدق القياس المستخدم في البحث (مهما اختلف أسلوب القياس) يعني قدرته على قياس ما وضع من أجله أو المراد قياسها، كما يمكن أن نعد الاختبار صادقاً إذا تم عرضه على عدد من المتخصصين في المجال الذي يقيس الاختبار وحكموا بأنه يقيس ما وضع لقياسه بكفاءة لذلك تم عرض الاختبار على السادة المحكمين حيث زدناهم بالهدف من الاختبارات وطلبنا من كل واحد منهم بيان رأيه حول ملائمة الاختبارات للغرض الذي أعدت من أجله، وعلى ضوء الملاحظات التي أبداها المحكمون تم حذف بعض الاختبارات وإثراء البعض الآخر منها حتى خرجت في شكلها النهائي لتصبح كما يلي: أربعة اختبارات لقياس القدرات الحركية (التوازن، الرشاقة، المرونة والتوافق) واختبار واحد لقياس مؤشر كتلة الجسم.

كما اعتمدنا في الدراسة الاستطلاعية على مجموعة من التلاميذ (10) وكذلك مجموعة (10) من المتخلفين ذهنياً غير المصابين بمتلازمة داون و(10) من المتخلفين ذهنياً المصابين بمتلازمة داون وبناء على آراء المحكمين ونتائج التجربة الاستطلاعية تم تعديل بعض الاختبارات وحذف البعض الآخر لتصبح أكثر ملائمة للعينة.

6-2 ثبات الاختبار:

إن ثبات الاختبار هو مدى الدقة والاتساق والاستقرار في نتيجة فيما لو كان طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين (مقدم عبد الحفيظ 1993 ص 152). فالثبات هو أن يعطي الاختبار نفس النتائج إذا ما أعيد على نفس الأفراد وفي نفس الظروف (محمد صبحي حسانين 1987 ص 107). ولقد استخدمنا طريقة إعادة الاختبار لأنها من أحسن وأنجع الطرق في حساب معامل الثبات بالنسبة للاختبارات في المجال الرياضي فقد قام الطالبان وفريق العمل بإجراء اختبارات استطلاعية أولية على عينتين متكونتين من 10 من المتخلفين ذهنياً غير المصابين بمتلازمة داون (إعاقة بسيطة) و10 من المتخلفين ذهنياً المصابين بمتلازمة داون (إعاقة بسيطة) من مؤسستين اثنتين هما: المركز النفسي البيداغوجي النفسي للمعاقين ذهنياً الرمشي-تلمسان-والمركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقلياً بحي بيروانة بولاية تلمسان وكذلك عينة من 10 تلاميذ من مدرسة مدرسة (بوجنان غالم بوجليدة) تلمسان ولقد تم إجراء الاختبارات

الأولى يوم: 2017/02/14 ولقد أجريت جميع الاختبارات (الرشاقة والتوازن، التوافق والمرونة)، والقياسات الجسمية لحساب مؤشر كتلة الجسم (BMI) وأعيدت الاختبارات على نفس العينة بعد أسبوع أي يوم 2017/02/21 في نفس الامكنة وبنفس العتاد وتحت نفس الظروف وبنفس الطريقة التي اتبعت في الاختبارات القبلية لاختبار مدى وضوح الاختبارات والأجهزة المسطرة لها والوقت المستغرق لتنفيذها. ولقد تم استبعاد نتائجهم من نتائج الدراسة الأساسية. وبعد أداء الاختبارات قام الطالبان بمعالجة النتائج إحصائياً باستخدام معامل الارتباط البسيط الذي يعرف باسم "ارتباط بيرسون" وذلك عند مستوى الدلالة 0.05. ولقد أقرت المعالجة الإحصائية النتائج المدونة في الجدول التالي:

العينة الأولى: الأطفال الاصحاء.

الجدول(01) يبين معاملات الثبات ودلالاتها لاختبارات القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء.

الرقم	المتغيرات	معامل الثبات	معامل الصدق	ر الجدولية	مستوى الدلالة عند
01	الرشاقة الجري على شكل حرف (T).	0.89	0.94	0.60	0.05
02	التوازن.	0.87	0.93		دال
03	التوافق.	0.86	0.92		دال
04	المرونة.	0.93	0.96		دال
05	مؤشر كتلة الجسم (BMI).	0.98	0.98		دال

من خلال الجدول رقم(01) يتضح لنا أن جميع قيم معامل الارتباط لبيرسون موجبة وعالية إذ تنحصر ما بين (0.86 و 0.98) وهي أكبر من ر الجدولية المقدر ب 0.60 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (ن - 1) = 9. وهذا يدل على ثبات الاختبارات المستعملة بالنسبة للأطفال الاصحاء.

وهذا ما نلاحظه عند حساب معامل الصدق باستخدام الجذر التربيعي لمعامل الثبات حيث جاءت القيم من 0.92 إلى 0.98 وهي أكبر من ر الجدولية (0.60) وهذا يدل ان الاختبارات تتمتع بصدق عالي.

العينة الثانية: المعاقين ذهنياً غير المصابين بمتلازمة داون.

الجدول(02) يبين معاملات الثبات ودلالاتها لاختبارات القدرات الحركية والقياسات الجسمية المعاقين ذهنياً غير المصابين بمتلازمة داون.

الرقم	المتغيرات	معامل الثبات	معامل الصدق	ر الجدولية	مستوى الدلالة عند
01	الرشاقة الجري على شكل حرف (T).	0.88	0.93	دال	0.05

02	التوازن.	0.84	0.91	0.60	دال
03	التوافق.	0.83	0.91		دال
04	المرونة.	0.91	0.95		دال
05	مؤشر كتلة الجسم (BMI).	0.98	0.98		دال

من خلال الجدول رقم(02) يتضح لنا أن جميع قيم معامل الارتباط لبيرسون موجبة وعالية اذ تنحصر ما بين (0.83 و0.98) وهي أكبر من ر الجدولية المقدره ب 0.60 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (ن -1) = 9. وهذا يدل على ثبات الاختبارات المستعملة بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون.

وهذا ما نلاحظه عند حساب معامل الصدق باستخدام الجذر التربيعي لمعامل الثبات حيث جاءت القيم من 0.91 الى 0.98 وهي أكبر من ر الجدولية (0.60) وهذا يدل ان الاختبارات تتمتع بصدق عالي.

العينة الثالثة: الأطفال المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.

الجدول(03) يبين معاملات الثبات ودلالاتها لاختبارات القدرات الحركية والقياسات الجسمية الأطفال المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.

الرقم	المتغيرات	معامل الثبات	معامل الصدق	ر الجدولية	مستوى الدلالة عند 0.05
01	الرشاقة الجري على شكل حرف (T).	0.86	0.92	0.60	دال
02	التوازن.	0.87	0.93		دال
03	التوافق.	0.84	0.91		دال
04	المرونة.	0.90	0.94		دال
05	مؤشر كتلة الجسم (BMI).	0.99	0.99		دال

من خلال الجدول رقم(03) يتضح لنا أن جميع قيم معامل الارتباط لبيرسون موجبة وعالية اذ تنحصر ما بين (0.84 و0.99) وهي أكبر من ر الجدولية المقدره ب 0.60 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (ن -1) = 9. وهذا يدل على ثبات الاختبارات المستعملة بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.

وهذا ما نلاحظه عند حساب معامل الصدق باستخدام الجذر التربيعي لمعامل الثبات حيث جاءت القيم من 0.91 الى 0.98 وهي أكبر من ر الجدولية (0.60) وهذا يدل ان الاختبارات تتمتع بصدق عالي.

6-3 موضوعية الاختبارات:

الموضوعية هي تحرر الباحث من التحيز وأن يتصف الباحث بصفات العالم المدقق للحقائق المتحمس لمعرفة الأسباب الفعلية للنتائج (محمد حسن علاوي 1999 ص218) أي أن الفرد يحصل على نفس الدرجة في الاختبار ولو اختلف المحكمون حسب تعبير محمد صبحي حسانين (محمد صبحي حسانين 1995 ص 194).

وبما أننا استخدمنا اختبارات واضحة وسهلة وخالية من التعقيد وتسمح لأي شخص أو محكم تسجيل النتائج بدون صعوبة كما أننا أشرفا بأنفسنا على الاختبارات والقياسات الأمر الذي جعل الدراسة تتميز بالموضوعية.

- ومن خلال كل هذا يتضح لنا أن الاختبارات قيد التطبيق تتوفر فيها صفة الصدق والثبات والموضوعية إذن تتوفر فيها الأسس العلمية للاختبارات.

5-5 التجربة الأساسية:

قمنا بتطبيق اختبارات القدرات الحركية (التوازن الرشاقة التوافق والمرونة) وكذلك قياس مؤشر كتلة الجسم في ثلاثة أماكن مختلفة وهي ابتدائية (بوجنان غالم -بوجليدة) ولاية تلمسان، المركز البيداغوجي النفسي للمعاقين ذهنيا " بالرمشي ولاية تلمسان.

والمركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا بحي بيروانة بولاية تلمسان وقد لمنا مساعدة كبيرة من طرف المديرين والمسيرين وكذلك تم توفير جميع الظروف والوسائل المساعدة لاجراء الاختبارات في أحسن الظروف وتم انجاز الاختبارات وفق الخطوات التالية:

1- الاصحاء: طبقت عليهم الاختبارات بابتدائية (بوجنان غالم - بوجليدة) ولاية تلمسان يوم 2017/02/26.

2- المعاقين ذهنيا من غير المصابين بمتلازمة داون 2017/02/27.

3- المعاقين ذهنيا من لمصابين بمتلازمة داون 2017/02/28.

وبالنسبة للوسائل الإحصائية التي استخدمناها فتمثلت في:

- الوسط الحسابي.

- الانحراف المعياري.

- معامل الارتباط بيرسون.

- اختبار ت ستيودنت للعينات المستقلة.

- تحليل التباين الأحادي (ف).

خاتمة:

نظرا لطبيعة مشكلة بحثنا الحالي استدعى منا التعريف بالبحث ومنهجه وإجراءاته في هذا الفصل، فطرحنا من خلال مشكلتنا معتمدين في ذلك على المعاينة الميدانية، لأجل تثمينها بدراسة استطلاعية للتأكد من أن المشكلة موجودة فعلا . ويعتبر هذا الفصل بمثابة الدليل والمرشد الذي ساعدنا على تخطي كل الصعوبات وبالتالي الوصول إلى تحقيق أهداف البحث بسهولة كبيرة في هذا البحث، كما تناولنا فيه أهم العناصر التي تفيد الدراسة بشكل مباشر منها المنهج المتبع متغيرات البحث، الدراسة الاستطلاعية، مجتمع الدراسة، أدوات البحث والعمليات الإحصائية.

الفصل الثاني

عرض تحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

يتطلب البحث العلمي تقتصي عرض مناقشة وتحليل مختلف النتائج التي كشفت عنها الدراسة الميدانية وعلى أساس العلاقة الوظيفية وبينها الإطار النظري وانطلاقا من هذه الاعتبارات المنهجية يمكننا تفسير النتائج التي كشفت عنها الدراسة الميدانية في البحث وانطلاقا من افتراضنا العام هو أنه توجد فروقات بين الاصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمصابين بالمتلازمة وانطلاقا من هذه الاعتبارات المنهجية يمكننا تفسير النتائج التي كشفت عنها الدراسة الميدانية في البحث والخروج بنتائج واضحة واثراء البحث موضوع الدراسة بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات التي تخدم هاته الفئة المهمة من المجتمع.

1- عرض وتحليل ومناقشة النتائج:

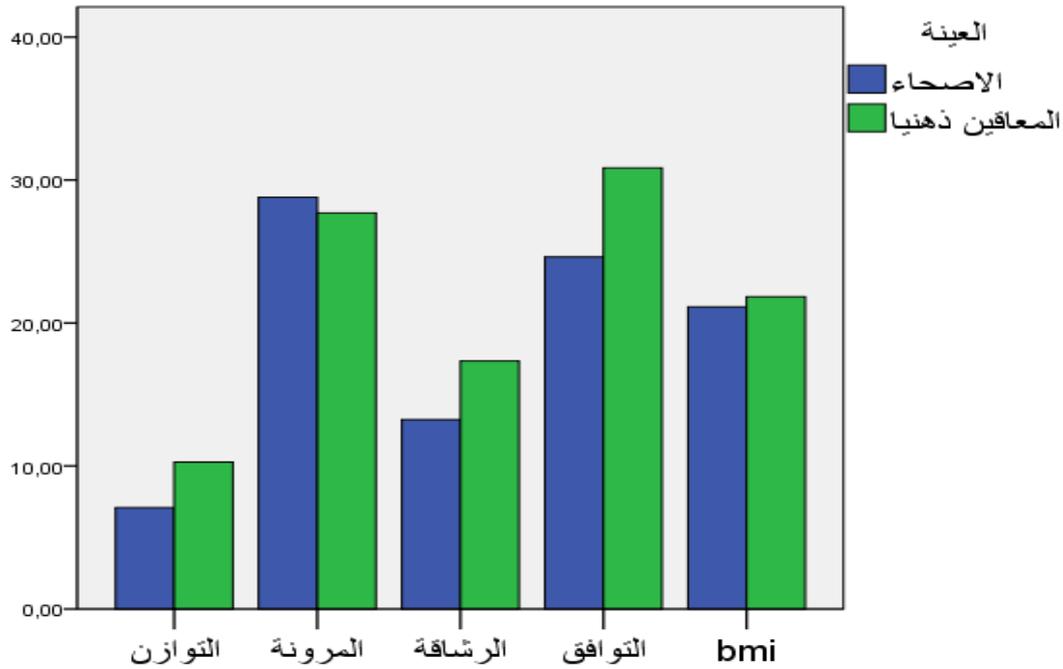
1-1 المقارنة بين القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون:

الجدول (04): جدول يمثل مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون:

الدالة	ت الجدولية	ت المحسوية	المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون		الأطفال الاصحاء		القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دال	1.68	9.96	1.17	10.27	0.82	7.08	التوازن (ثا)
دال	1.68	10.95	1.10	17.34	4.52	13.24	الرشاقة(ثا)
غير دال	1.68	0.62	4.20	27.70	6.67	28.80	المرونة(سم)
دال	1.68	7.60	3.20	30.85	1.77	24.62	التوافق(ثا)
غير دال	1.68	0.78	2.80	21.84	2.94	21.13	مؤشر كتلة الجسم(كغ/م ²)
مستوى الدلالة: 0.05 ودرجة الحرية: 38							

من خلال الجدول رقم (04) الذي يمثل مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الإصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون يتوضح لنا أن قيمة (ت) المحسوبة لاختبارات التوازن (9.96) الرشاقة (10.95)، المرونة (0.62)، التوافق (7.60) ومؤشر كتلة الجسم (0.78) بينما (ت) الجدولية لكل الاختبارات =1.68 عند مستوى الدلالة 0.05 و درجة الحرية 38، وبالتالي قيمة (ت) المحسوبة لاختبارات التوازن، الرشاقة والتوافق أكبر من (ت) الجدولية وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في هاته الاختبارات بينما اختباري المرونة ومؤشر كتلة الجسم (ت) المحسوبة أصغر من (ت) الجدولية وبالتالي لا توجد فروق دالة احصائيا.

شكل رقم (01) يوضح مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الإصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون.



من خلال الشكل رقم (01) الذي يمثل مستوى دلالة الفروق الإحصائية للمتوسطات الحسابية للقدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الإصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون يتوضح لنا وجود فوارق بين العينتين في اختبارات التوازن، الرشاقة والتوازن بينما اختبار المرونة وقياس مؤشر كتلة الجسم لا توجد فروق واضحة ففي اختبار التوازن نتيجة الإصحاء الأفضل (أفضل زمن) اما اختبار المرونة فلا توجد فروق، في اختبار الرشاقة الزمن الأفضل كان للأطفال الإصحاء و هي نفس النتيجة بالنسبة للتوافق كذلك اما بالنسبة لمؤشر كتلة الجسم فلا توجد فوارق بين العينتين.

اذن من المعطيات والنتائج السابقة يتوضح لدينا تفاوت في بعض القدرات الحركية وهي التوازن الرشاقة والتوافق لصالح الأطفال الاصحاء خاصة الرشاقة يليه التوازن ثم التوافق، بينما لم نلاحظ فروق تكاد تذكر في اختباري المرونة ومؤشر كتلة الجسم هذه النتيجة جاءت مناقضة لدراسة يابانية أجريت على الأطفال اليابانيين المتخلفين عقليا بينت أن نسبة الشحوم لديهم أعلى منها عند الأطفال العاديين (Takeuchi-1994 283).

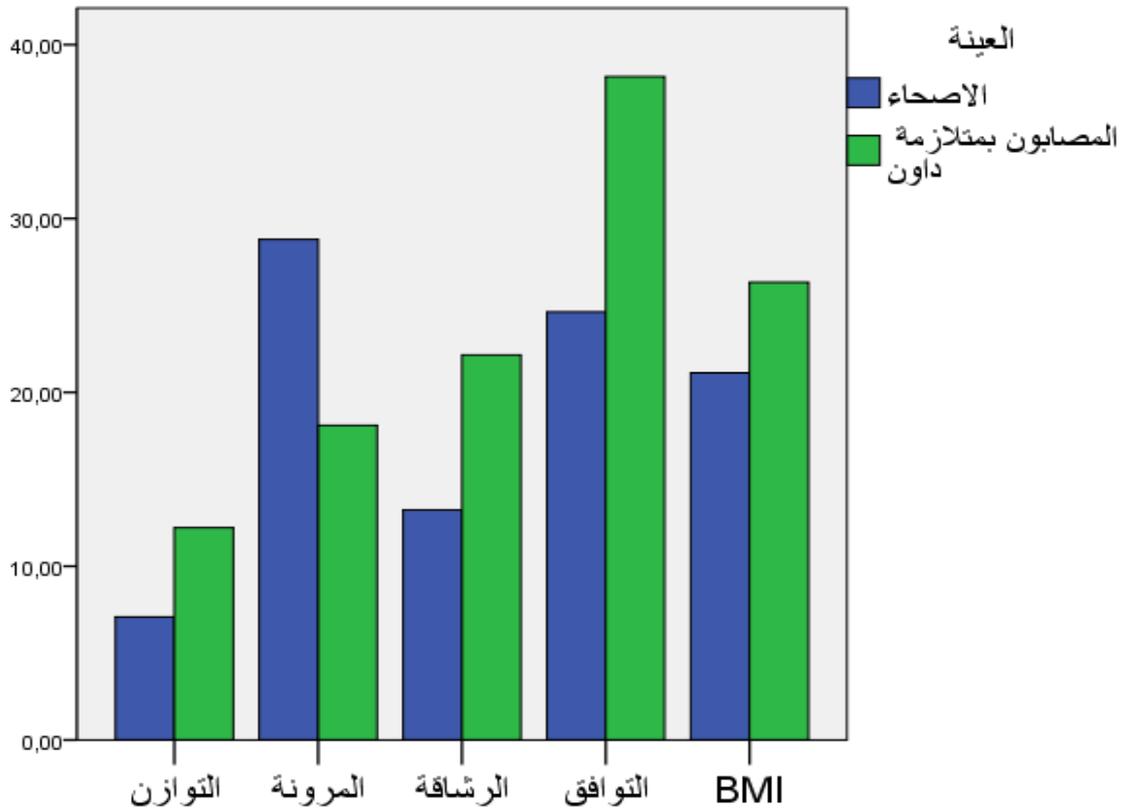
1-2 المقارنة بين القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الاصحاء والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون:

الجدول (05): جدول يمثل مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال العاديين والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون:

الدالة	ت الجدولية	ت المحسوبة	المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون		الأطفال الاصحاء		القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دال	1.68	10.79	1.95	12.21	0.82	7.08	التوازن (ثا)
دال	1.68	14.02	2.54	22.15	1.25	13.24	الرشاقة(ثا)
دال	1.68	6.10	4.11	18.10	6.67	28.80	المرونة(سم)
دال	1.68	26.30	1.46	38.16	1.77	24.62	التوافق(ثا)
دال	1.68	6.30	2.23	26.33	2.94	21.13	مؤشر كتلة الجسم(كغ/م ²)
مستوى الدلالة: 0.05 ودرجة الحرية: 38							

من خلال الجدول رقم (05) الذي يوضح لنا مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال العاديين والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون يتوضح لنا أن قيمة (ت) المحسوبة لاختبارات التوازن(10.79) الرشاقة(14.02)، المرونة(6.10)، التوافق(26.30) ومؤشر كتلة الجسم(6.30) بينما (ت) الجدولية لكل الاختبارات تساوي 1.68 عند مستوى الدلالة 0.05 و درجة الحرية 38، وبالتالي قيمة(ت) المحسوبة لاختبارات التوازن، الرشاقة المرونة التوافق ومؤشر كتلة الجسم أكبر من (ت) الجدولية وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل الاختبارات.

شكل رقم (02) يوضح مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الاصحاء والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون.



من خلال الشكل رقم (02) الذي يمثل مستوى دلالة الفروق الإحصائية للمتوسطات الحسابية للقدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الإصحاء والمعاقين ذهنياً المصابين بمتلازمة داون يتوضح لنا وجود فروق بين العينتين في اختبارات التوازن الرشاقة والتوازن، المرونة وقياس مؤشر كتلة الجسم وكلها فروق واضحة خاصة اختبار التوافق. ففي اختبار التوازن الرشاقة والتوافق هناك فرق لصالح الأطفال الإصحاء بأفضل زمن، أما المرونة ومؤشر كتلة الجسم فكانت لصالح المعاقين ذهنياً المصابين بمتلازمة داون.

نلاحظ من النتائج السابقة يتوضح لنا وجود فروق كبيرة بين الإصحاء والمصابين بمتلازمة داون في التوافق الرشاقة يليه التوازن بدرجة أقل منهما وهذا لصالح الإصحاء إذ لاحظنا خوف لدى المصابين بمتلازمة داون في هاته الاختبارات بينما في اختبارات المرونة كانت النتائج لصالح المصابين بمتلازمة داون حيث فسر (مشعان بن زين الحربي 2000) ذلك بسبب أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون يظهر لديهم رخاوة في الأربطة والعضلات مما يجعلهم أكثر مرونة من غيرهم أما في قياس مؤشر كتلة الجسم فكانت النتيجة لصالح المصابين بمتلازمة داون.

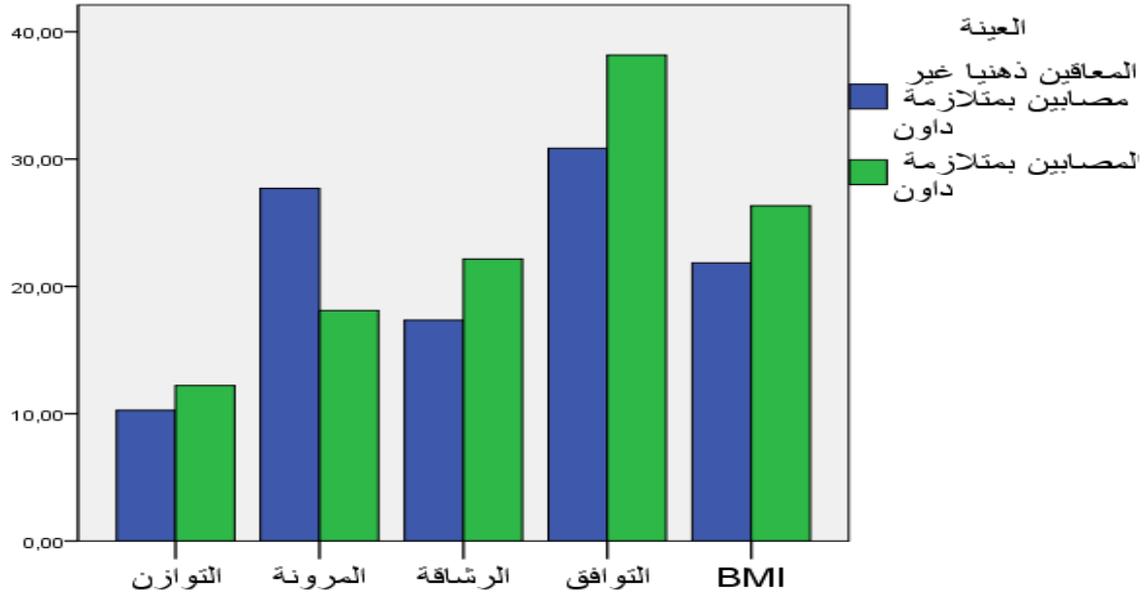
1-3 المقارنة بين القدرات الحركية والقياسات الجسمية للمعاقين غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنياً المصابين بمتلازمة داون:

الجدول (06): جدول يمثل مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون:

الدلالة	ت الجدولية	ت المحسوبة	المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون		المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون		القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دال	1.68	3.79	1.95	12.21	1.17	10.27	التوازن (ثا)
دال	1.68	7.76	2.54	22.16	1.10	17.34	الرشاقة(ثا)
دال	1.68	7.29	4.11	18.10	4.20	27.70	المرونة(سم)
دال	1.68	9.28	1.46	38.16	3.20	30.85	التوافق(ثا)
دال	1.68	5.60	2.23	26.33	2.80	21.84	مؤشر كتلة الجسم(كغ/م ²)
مستوى الدلالة: 0.05 ودرجة الحرية:38							

من خلال الجدول رقم (06) الذي يمثل مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون يتوضح لنا أن قيمة (ت) المحسوبة لاختبارات التوازن(3.79)، الرشاقة(7.76)، المرونة(7.29)، التوافق(9.28) ومؤشر كتلة الجسم(5.60) بينما (ت) الجدولية لكل الاختبارات =1.68 عند مستوى الدلالة 0.05 و درجة الحرية 38، وبالتالي قيمة(ت) المحسوبة لاختبارات التوازن، الرشاقة، المرونة التوافق ومؤشر كتلة الجسم أكبر من (ت) الجدولية وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل الاختبارات.

شكل رقم (03) يوضح مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمصابين بمتلازمة داون.



من خلال الشكل رقم (03) الذي يمثل مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمصابين بمتلازمة داون يتوضح لنا وجود فروق بين العينتين في اختبارات التوازن، الرشاقة والتوازن، المرونة وقياس مؤشر كتلة الجسم وكلها فروق واضحة عدا اختبار التوازن الذي لا توجد به فروق كبيرة ففي اختبارات التوازن الرشاقة والتوافق فكان لصالح المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون، اما المرونة ومؤشر كتلة الجسم فكان لصالح المصابين بمتلازمة داون.

من خلال المعطيات والنتائج السابقة يتوضح لنا تفوق المصابين بمتلازمة داون في اختبار المرونة وهذا لان هاته الفئة تملك مرونة أعلى مقارنة بالفئات الأخرى كذلك في القياسات الجسمية اذ يلاحظ على هذه الفئة زيادة في الوزن أما فيما يخص القدرات الحركية الأخرى (الرشاقة، التوازن والتوافق) فكانت لصالح المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون وهذا للخوف الزائد الملاحظ على المصابين بالمتلازمة وعدم التحكم الجيد في الاطراف.

1-4 المقارنة بين القدرات الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الإصحاء والمعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون

والمصابين بمتلازمة داون:

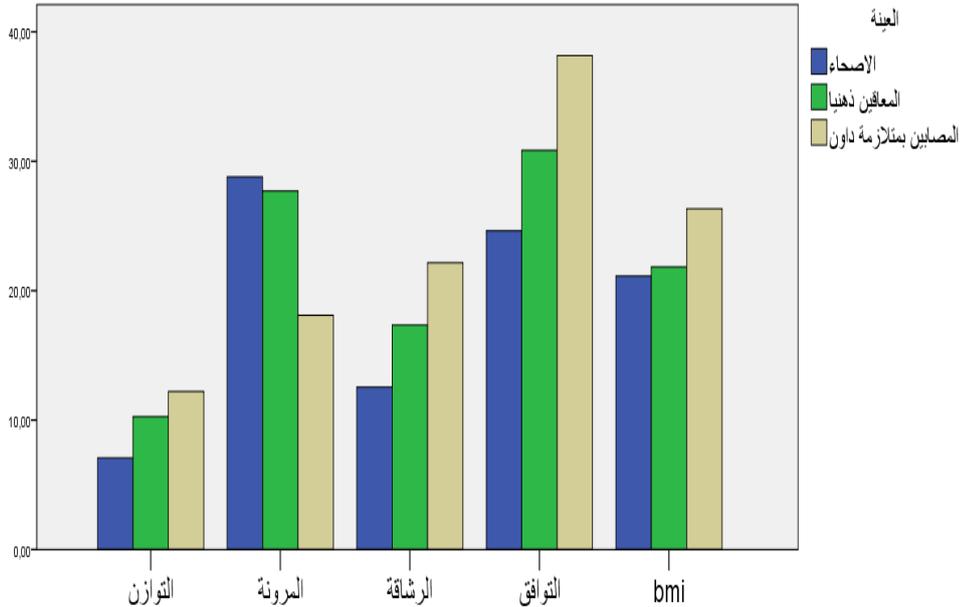
الجدول (07): جدول يمثل مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الأصحاء، المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون:

الدلالة	ف الجدولية	ف المحسوبة	درجة الحرية 2	درجة الحرية 1	المصابون بمتلازمة داون		المعاقون ذهنيا فقط.		الإصحاء		القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم
					ع	س	ع	س	ع	س	

التوازن (ثا)	7.08	0.82	10.27	1.17	12.21	1.95	2	57	68.36	3.15	دال
المرونة(سم)	28.80	6.67	27.70	4.20	18.10	4.11	2	57	26.23	3.15	دال
الرشاقة(ثا)	13.24	4.52	17.34	1.10	22.15	2.54	2	57	49.12	3.15	دال
التوافق(ثا)	24.62	1.77	30.85	3.20	38.16	1.64	2	57	177	3.15	دال
مؤشر كتلة الجسم (BMI)(كغ/م ²)	21.13	2.94	21.84	2.80	26.33	2.23	2	57	22.21	3.15	دال
مستوى الدلالة: 0.05 لكل الاختبارات.											

من خلال الجدول رقم (07) الذي يمثل مقارنة بين نتائج اختبارات القدرة الحركية والقياسات الجسمية للأطفال الأصحاء و المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون يتوضح لنا أن قيمة (ف) المحسوبة لاختبارات التوازن(68.36)، الرشاقة(49.12)، المرونة(26.23)، التوافق(177) ومؤشر كتلة الجسم(21.21) بينما (ف) الجدولية لكل الاختبارات =3.15، وبالتالي قيمة(ف) المحسوبة لاختبارات التوازن، الرشاقة المرونة التوافق ومؤشر كتلة الجسم أكبر من (ف) الجدولية وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل الاختبارات.

شكل رقم (04) يوضح مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الأطفال الاصحاء المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمصابين بمتلازمة داون.



من خلال الشكل رقم(04) الذي يوضح لنا مستوى دلالة الفروق الإحصائية في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم بين الأطفال الاصحاء المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمصابين بمتلازمة داون يتبين لنا وجود فوارق بين العينات الثلاث في كل الاختبارات ففي اختبار التوازن توجد فروق لصالح الاصحاء يليهم المعاقون ذهنيا غير المصابون بمتلازمة داون ثم المصابون بمتلازمة داون وفي اختبار المرونة لا توجد فروق بين الاصحاء و المعاقون ذهنيا بينما المصابون بمتلازمة داون كانوا الأفضل في اختبار الرشاقة يوجد تفاوت بين الثلاثة الاصحاء الأفضل يليهم المعاقون ذهنيا و أخيرا المصابون بمتلازمة داون و في اختبار التوافق نفس نتائج الاختبار السابق اما بالنسبة لقياس مؤشر كتلة الجسم(BMI)لا يوجد فرق بين الاصحاء و المعاقين ذهنيا بينما المصابون بمتلازمة داون كانت كتلة الجسم لديهم الأكبر .

من خلال النتائج السابقة يتضح لنا أن هناك تفاوت في بعض القدرات الحركية قيد الدراسة فعناصر الرشاقة والتوافق والتوازن جاءت لصالح الأطفال الاصحاء يليهم المعاقون غير المصابون بمتلازمة داون و ادنى النتائج كانت للمصابين بمتلازمة داون الذين بدا عليهم التردد و بعض الخوف في هاته الاختبارات عكس اختبار المرونة الذي كان لصالح هذه الفئة الامر الذي ارجعه الباحثون في دراسات سابقة الى ان الأطفال المصابين بمتلازمة داون يظهر لديهم رخاوة في الأربطة والعضلات مما يجعلهم أكثر مرونة من غيرهم بينما لم يكن اختلاف يذكر في هاته الصفة بين الاصحاء و المعاقين ذهنيا غير المصابين بالمتلازمة، أما فيما يخص قياس مؤشر كتلة الجسم فقد بدت اعراض السمنة واضحة لدى العديد من المصابين بمتلازمة داون بينما المعاقون غير المصابون بالمتلازمة فلم توجد فروقات بينهم و بين الاصحاء .

2-الاستنتاجات:

بعد أن عرضنا النتائج التي توصلنا إليها وحللناها وناقشناها، استنتجنا ما يلي:

- 1- أظهرت النتائج أنه هنالك فروقات واضحة في بعض القدرات الحركية (التوازن الرشاقة والتوافق) لصالح الأطفال العاديين على حساب المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون وعدم وجود فروق بينهما في المرونة ومؤشر كتلة الجسم.
- 2- أظهرت النتائج أن الأطفال من ذوي متلازمة داون أظهروا إمكانيات كبيرة في صفة المرونة وكذلك زيادة في مؤشر كتلة الجسم عندهم مقارنة بالأصحاء أما في صفات (التوازن، الرشاقة والتوافق) فكان الفرق واضحا ولصالح الأصحاء.
- 3- أظهرت النتائج الأطفال المصابين بمتلازمة داون يتفوقون على نظرائهم من المعاقين عقليا في المرونة ومؤشر كتلة الجسم الا ان هؤلاء الأخيرين أفضل من المصابين بالمتلازمة في القدرات الحركية الأخرى المتمثلة في التوازن الرشاقة والتوافق.
- 4- أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مؤشر كتلة الجسم وكذلك المرونة بين المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون وبين الأطفال الأصحاء بينما يتفوق عليهما المصابون بمتلازمة داون في هاتان الصفتان أما بالنسبة للتوازن، الرشاقة والتوافق فالغلبة للأطفال الأصحاء يليهم المعاقون ذهنيا من غير المصابين بمتلازمة داون ثم المصابون بمتلازمة داون أظهروا نقصا شديدا في هاته القدرات.

3-مقابلة النتائج بالفرضيات:

نقوم بمقارنة الفرضيات التي طرحناها في الجانب النظري مع النتائج المحصل عليها في الجانب التطبيقي وهي كالتالي:

3-1مناقشة الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الأطفال الاصحاء وبين المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون ومن خلال الجدول رقم(04) والموضح بالشكل البياني رقم(01) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة معنوية في اختبارات التوازن الرشاقة، التوافق لصالح الاصحاء وهو ما اوضحته الفرضية بينما جاءت نتائج المرونة وقياس مؤشر كتلة الجسم مناقضة للفرضية التي طرحت وهذا لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين المذكورتين. أما النتيجة التي توصلنا اليها فهي تتوافق الى حد كبير مع دراسة (ميساء لطيف سلمان المحمدي) بعنوان: *أثر منهج مقترح في تطوير القدرات البدنية والحركية على مستويات مختلفة للذكاء* وقد استخدمت الباحثة المنهج التجريبي على عينة البحث المكونة من 15 تلميذا من الذكور تم توزيعهم على مجموعتين تجريبيتين غير متكافئتين في مستوى الذكاء. الأولى من التلاميذ المتميزين والثانية من التلاميذ المعاقين (عاقاة عقلية بسيطة) وافترضت الباحثة عدم وجود فروق معنوية في نسبة تطور القدرات البدنية وافترضت ايضا وجود فروق معنوية في نسبة تطور القدرات الحركية لمصلحة التلاميذ الموهوبين. واستنتجت أن للذكاء تأثير في النسبة المئوية لتطور القدرات البدنية والحركية. وتتلاقى هاته النتائج مع ما توصلت اليه (باسمينه هلايلي 2002) التي خلصت دراستها الى انه لا توجد خصائص جسمية تميز التخلف العقلي الخفيف عن اقرانهم العاديين في الوزن والطول، ولكن بصفة عامة كلما قلت درجة الذكاء اقتربت من (50) كلما بدأت الفروق في مستوى النمو الجسمي، والحركي تظهر وهوما أشار اليه (عبد العظيم شحاته، 1991) وأضاف الى أن حالات المعوقين القابلين للتعلم أو حالات القصور العقلي البسيط غالبا ما تخلو من هذه الانحرافات.

وبالتالي نلاحظ ان الفرضية تحققت جزئيا

3-2مناقشة الفرضية الثانية:

من خلال الجدول رقم (05) والموضح بالشكل البياني رقم(02) والذي يبين وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين العينتين في اختبارات الرشاقة، التوازن، التوافق لصالح الاصحاء بينما اختباري المرونة ومؤشر كتلة الجسم جاء لصالح المصابين بمتلازمة داون وبهذا تحققت الفرضية الثانية والتي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعض القدرات الحركية الجسمية بين الأطفال الاصحاء والمصابين بمتلازمة داون. ومن دراسة (مشعان بن زين الحربي، 2000) التي كان موضوعها: * مستويات النشاط البدني واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال المتخلفين عقليا مقارنة بالعاديين * التي خلصت الى ان الأطفال المصابين بمتلازمة داون أظهروا مرونة أكبر من العاديين وكذلك نسبة البدناء منهم تجاوزت 50% مقارنة بالعاديين التي لم تتعدى 25%، اما مستوى النشاط البدني فهو منخفض سواء المصابين بأعراض داون أو غير المصابين به وهي نفس النتائج التي توصلنا اليها.

وبالتالي تحققت الفرضية الثانية.

3-3 مناقشة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون والمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون ومن خلال اطلعنا على الجدول رقم (06) الموضح بالشكل البياني رقم (03) يتضح لنا عدم صحة هاته الفرضية وهذا لوجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون في اختبارات التوازن الرشاقة والتوافق ووجود فروق كذلك لصالح المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون في اختبارات المرونة ومؤشر كتلة الجسم. ويظهر لنا ان للمصابين بمتلازمة داون صعوبات كبيرة في التوازن الرشاقة والتوافق وهو ما اشارت اليه دراسة (نشوان 2003) الذي وقام بوضع برنامج تدريبي على الأطفال من متلازمة داون وتوصل الى ان البرنامج لم يطور عنصر الرشاقة والتوازن في حين لاحظ تطورا في القوة والمرونة هذه الأخيرة ابدأ فيها المصابون بمتلازمة داون نتائج جيدة وذلك ناتج عن لين في الأربطة وفي العضلات لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون (مشعان بن زين الحربي) الا ان نتائج دراستنا اختلفت مع هاته الدراسة في والتي وجدنا فيها اختلافا في مؤشر كتلة الجسم لصالح المصابين بمتلازمة داون اما دراسة (مشعان بن زين الحربي، 2000) نصت على انه ليس هناك فروقا بين العينتين من حيث تقدير نسبة الشحوم بالجسم.

وبالتالي تحققت الفرضية الثالثة جزئيا

3-4 مناقشة الفرضية العامة:

بالعودة الى الجدول رقم (07) والشكل البياني رقم (03) المبين له يتوضح لنا صحة الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون وبين المعاقين المصابين بمتلازمة داون و كل النتائج كانت لصالح الاصحاء الا اختباري المرونة و مؤشر كتلة الجسم الذي كان في صالح المصابين بمتلازمة داون و جاءت نتائج المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون في المركز الثاني من حيث نتائج التوازن التوافق و الرشاقة و في المركز الأخير جاءت نتائج المصابين بمتلازمة داون الا اختبارين اثنين وهما اخباري المرونة و مؤشر كتلة الجسم. ومن خلال الدراسة التي قام بها (نشوان 2003) تحت عنوان * تأثير منهج مقترح للتربية الحركية في تطوير بعض القدرات البدنية والحس حركية للخواص من حملة أعراض داون* و تمت الدراسة بنفس عينة بحثنا توصل الى أن للبرنامج تأثير في عنصر القوة و المرونة بينما لم يؤثر في الرشاقة و التوازن و هي نفس العناصر التي لاحظنا انخفاضها لدى المصابين بمتلازمة داون و بدرجة اقل المعاقين ذهنيا غير المصابين بها و دراسة (ميساء المحمدي، 2006) التي خلصت الى انه للذكاء تأثير في النسبة المئوية لتطور القدرات البدنية و الحركية اليها و هو ما يدعم النتيجة التي توصلنا اليها.

4- التوصيات:

بناءً على النتائج التي توصلنا إليها الباحث، نوصي بما يلي:

- الاهتمام ببرامج اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة المقدمة للأطفال المتخلفين عقليا للارتقاء بالمستوى البدني لهذه الفئة.
- مراعاة الفروق بين المعاقين ودرجة الإعاقة ونوع الإعاقة عند إجراء اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.
- محاولة معالجة الوزن الزائد لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون.
- توظيف لنشاط البدني الرياضي المكيف في سن الطفولة وهذا للتجاوب الكبير الذي لاحظناه لدى المعاقين مع الأنشطة الترويحية والبدنية.
- برمجة ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف للمعاقين ذهنيا داخل مؤسسات رعاية المعاقين ذهنيا
- إعداد مناهج للتربية الرياضية متخصصة للمعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون وغير المصابين بها وهذا حسب إمكانيات كل فئة.
- إجراء بحوث مستقبلية لمقارنة مماثلة لدى الإناث وهذا لإثراء الدراسة أكثر.

خاتمة:

قمنا في هذا الفصل بعرض تحليل ومناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية بعد معالجتها إحصائيا، وقد تبين من نتائج الاختبارات وجود فروق بين العينات في معظم القدرات الحركية لصالح الأطفال الاصحاء على حساب العينتين الاخرين ولا نهمل كذلك تفوق المصابين بمتلازمة داون في اختبار المرونة وقياس مؤشر كتلة الجسم وهذا ما أظهرته أيضا النتائج بعد المعالجة الإحصائية.

وفي الأخير يمكن القول أن للمعاقين ذهنيا بصفة عامة إمكانيات لا يستهان بها ومع التدريب الحركي يستطيع هؤلاء الأطفال تحقيق نجاح في المهارات الحركية ويقتررب من مستوى العاديين في هذه الناحية، لذا ينصح بتدريبهم على الأنشطة الحركية حيث يحققوا فيها نجاحاً يعوضهم عن الفشل الذي يلاقونه في مجالات أخرى. (علاء عبد الباقي إبراهيم، 2000، ص76).

الخلاصة العامة:

إن المعاق عقليا يرى نفسه يختلف عن غيره من الآخرين ولذلك فإنه يتصرف تصرفات غير لائقة، ويشعر بأنه عاجز وقليل الشأن بالنسبة لغيره من الأسوياء، ولذلك فمن الواجب أن نجعل المعاق عقليا يثق بنفسه، وذلك عن طريق رعايته والاهتمام به وإرشاده ومدحه إذا فعل شيئا صحيحا، ويجب علينا تشجيعه على المشاركة مع الآخرين في مختلف النشاطات. (محمد محروس الشناوي الإعاقة العقلية، 1997)

و لذلك يجب أن يبنى برنامجا حركيا بحيث يمكن للطفل المعاق أن ينمى مستوى معين من المهارات الحركية وهذا يعنى أداء نشاط حركي عام كافي ومستمر لتحقيق النمو، فنتيجة الإصابة بالتخلف الذهني البسيط يحدث الخلل بالعلاقة الميكانيكية بين أجهزة الجسم المختلفة التي تقلل من كفاءة عمل المفاصل والعضلات والعظام وتؤثر بالتالي على الأجهزة الحيوية للجسم ونقص في القدرات الحركية يسبب ضعف النغمة العضلية والنمو غير المتزن للمجموعات العضلية فيجب التدخل المبكر لدى الأطفال المتخلفين عقليا بصفة عامة و المصابين بمتلازمة داون بصفة خاصة لما لهؤلاء من خصائص و تميزهم عن غيرهم من المعاقين وذلك لتحسين قدراتهم الحركية و تطويرها و كذلك ندرس القياسات الجسمية التي تؤثر كثيرا على الأداء الحركي.

ومن هنا ارتأى الطالبان ضرورة إجراء هذه الدراسة أملين أن تسهم نتائج هذه الدراسة التي نطرح فيها التساؤل إذا كانت هناك فروق في القدرات الحركية والقياسات الجسمية بين الاصحاء وبين المعاقين ذهنيا إعاقة بسيطة غير المصابين بمتلازمة داون وبين المعاقين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون. فافتراضنا وجود فروق بين العينات الثلاثة في القدرات الحركية ومؤشر كتلة الجسم.

من أجل هذا استخدمنا المنهج الوصفي ألسيبي المقارن لملائمته لطبيعة الدراسة. حيث أجرينا مجموعة من الاختبارات الخاصة بالقدرات الحركية وقياس مؤشر كتلة الجسم على ثلاثة عينات 20 من الأطفال الاصحاء، 20 من المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون و 20 من المصابين بمتلازمة داون وكلاهما من ذوي الإعاقة البسيطة، وبعد المعالجة الإحصائية للنتائج الخام جاءت النتائج المتحصل عليها تبين انه توجد فروق دالة إحصائيا بين العينات المدروسة في اغلب القدرات الحركية المتمثلة في الرشاقة، المرونة، التوازن والتوافق حيث أكدت العديد من الدراسات السابقة والبحوث المشابهة هذه النتائج. وأظهرت النتائج أنه توجد فروق في اغلب القدرات لحركية لصالح الاصحاء ثم المعاقين ذهنيا غير المصابين بمتلازمة داون ويأتي المصابون بالمتلازمة أخيرا الا انهم يتفوقون على العينتين الاخرين في المرونة وكذلك في مؤشر كتلة الجسم. ومن هذا المنطلق تعتبر النتائج المتحصل عليها من العوامل المساعدة في اعداد برامج خاصة لتنمية القدرات الحركية للمعاقين ذهنيا حسب نوع ودرجة الإعاقة وإمكانياتهم.

المصادر والمراجع:

1- المراجع العربية:

- إبراهيم، مروان عبد المجيد (2005): رياضة الاولمبياد الخاص للقدرات الذهنية، مؤسسة الوراق عمان، ط1.
- إبراهيم عباس الزهيري(1998): تربية المتخلفين عقليا دار الفجر للنشر والتوزيع القاهرة.
- أبوالنصر(2005): الاعاقة العقلية المفهوم الأنواع وبرامج الرعاية مجموعة النيل العربية.
- ابوالعلاء احمد عبدالفتاح(1997): فيزيولوجيا التدريب في كرة القدم، دار الفكر العربي.
- احلام عبد الغفار(2003): تربية المتخلفين عقليا دار الفجر القاهرة.
- أحمد محمد، علي فهميا البيك(1996): القياس في المجال الرياضي، ط 1.
- أمين الخولي وأسامة كمال راتب،(1982): التربية الحركية للطفل، دار الفكر العربي، القاهرة ط1.
- أشرف محمد عبد الغني(2000): مخاوف الاطفال المعاقين ذهنيا المكتب العلمي للكمبيوتر النشر والتوزيع الإسكندرية.
- البينودي عفرج(2002): خبرات في الألعاب للصغار والكبار، ط2، المعارف الإسكندرية.
- بن زيدان ومقراني(2015): دراسة مقارنة لبعض القدرات الحركية بين التلاميذ الأسوياء والمعاقين سمعيا (06-07) سنوات.
- تامر محسن إسماعيل موقم جيد المولى(1999): التمارين التطويرية بكرة القدم.
- حامد زهران(1978): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم المعرفة للنشر والتوزيع القاهرة.
- الخطيب الحديدي جمال والحديدي(2001): التدخل المبكر، دار الفكر عمان ط5.
- الخطيب واخرون(2011): مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة دار الفكر عمان ط4.
- خليل المعاينة(2000): علم النفس التربوي، دار الفكر الطباعة والنشر والتوزيع ط1 عمان.
- خالد رمضان(2008): فعالية برنامج تدريبي بنظمي الدمج والعزل في اضطرابات النطق وأثره على تحسين السلوك التوافقي لدى الأطفال المعاقين عقليا رسالة دكتوراه كلية التربية جامعة بني سويف.
- رشا محمد احمد(1999): مدى فاعلية برنامج ارشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، رسالة دكتوراه جامعة عين الشمس معهد الدراسات العليا للطفولة.
- رمضان القذافي(1993): سيكولوجية الإعاقة دار الجبل بيروت.
- الروسان(2006)، سيكولوجية الأطفال الغير العاديين دار الفكر عمان.
- رمضان محمد القذافي(1996): رعاية المتخلفين عقليا المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية ط1.
- زينب محمد شقير(1999): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين الخصائص، صعوبات التعلم-التعليم، مكتبة النهضة المصرية.
- سامي الصفر(1984): الإعداد الفني لكرة القدم. مطبعة جامعة بغداد.

- سعيد عبدالعزيز (2008): ارشاد ذوي الاحتياجات الخاصة دار الثقافة عمان الأردن ط1.
- السيد عبد النبي السيد (2004): الأنشطة التربوية للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة المكتبة الانجلو مصرية.
- سميرة محمد إبراهيم (1997): مقارنة بين الأسوياء والمتخلفين عقليا عن أثر مستوى الذكاء والتدريب في اكتساب بعض مهارات ألعاب القوى.
- عبد الله العسرج (2006): فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون جمعية النهضة النسائية الرياض ط2.
- عبد السلام عبد الغفار يوسف الشيخ (1999): سيكولوجية الطفل غير الغادي والتربية الخاصة، دار النهضة العربية
- عادل احمد الاشيل (1987): موسوعة التربية الخاصة مكتبة الانجلو مصرية،
- عبد العزيز السيد الشخص (2007): اضطرابات النطق والكلام، خلقتها تشخيصها أنواعها علاجها، مكتبة الملك فهد الرياض.
- عصام نور سريه (2006): سيكولوجية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية مؤسسة شباب الجامعة.
- عادل عبد الله محمد (2004): الإعاقة العقلية، دار الرشاد القاهرة.
- عزت السبكي (1998): الامراض الوراثية والإعاقة بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر القومي السابع لاتحاد رعاية الفئات الخاصة المجلد الثامن القاهرة.
- عبد الرحمن عيسوي (1996): العلاج النفسي دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت.
- عثمان لبيب (2002): الإعاقة الذهنية في مراحل الطفولة المجلس المصري للطفولة والتنمية ط1.
- عبد الرحمن سيد سليمان (2012): أساليب وأدوات تقييم الذكاء والأداء العقلي لدى المتخلفين عقليا مقال الجامعة السعودية الملك سعود، السعودية.
- العزة سعيد (2000): التربية الخاصة لذوي الاعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية الدار العلمية ودار الثقافة عمان ط1.
- عادل نصيف جبر وآخرون (2010): دراسة مقارنة في إحدى عناصر القدرات البدنية (السرعة) بين الأطفال الأصحاء والمعاقين عقليا ويعمر 6-7 سنوات.
- فيوليت فؤاد إبراهيم (205): مدخل الى التربية الخاصة، المكتبة الانجلو مصرية القاهرة.
- فوزي محمد جبل (2001): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية المكتبة الجامعية مصر .
- فاطمة العبدو آخرون (2002): التدريب الرياضي لطلبة المرحلة الثانية كليات التربية الرياضية للبنات. ط1.
- فوزيها الأخضر (1993): المدخل لتعليم ذوي الصعوبات التعليمية، الرياض دار التوبة.

- فاطمة العبدو وآخرون (2011): التدريب الرياضي لطلبة المرحلة الثانية لكتليات التربية الرياضية ط1 للبنات جامعة بغداد.
- فريديكمعتوق (1998): معجم العلوم الاجتماعية: انجليزي - فرنسي - عربي - أكاديميا، بيروت، لبنان.
- قاسم حسن (1997): أسس التدريب الرياضي دار الفكر العربي القاهرة ط1.
- كمال عبد الحميد ومحمد صبحي حسنين (1998): اللياقة البدنية ومكوناتها الأساسية مطابع الديجوي.
- ماجدة تبهاء الدين السيد عبيد (2007): الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان ط2.
- ماجدة السيد عبيد (2000) تعلم الأطفال المتخلفون عقليا، دار الصفاء للنشر والإشهار، الطبعة الأولى، عمان.
- مدحت أبو النصر (2005): الإعاقة العقلية مجموعة النيل العربية مصر.
- محمد شفيق زكي (1985): البحث العلمي الخطوات والمنهج لإعداد البحوث الاجتماعية المكتب الجامعي مصر.
- محمد حسن علاوي (1992): علم النفس التربوي، دار المعارف ط2.
- محمد صبحي حسنين (1975): نموذج الكفاءة البدنية دار الفكر العربي القاهرة ط1.
- محمد صبحي حسنين (1995): القياس والتقويم دار الفكر العربي، القاهرة.
- محمد عوض بسيوني (1992): نظريات وطرق التربية البدنية والرياضية ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
- محمد محروس الشناوي (1997): التخلف العقلي الأسباب، التشخيص العلاج دار غريب للطباعة والنشر.
- محمود محمد رفعت حسن (1977): الرياضة للمعوقين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الطبعة الأولى، مصر.
- مفتي إبراهيم محمد (1997): الجديد في إعداد المهارى والخططي للاعب كرة القدم. دار الفكر العربي القاهرة.
- مفتي إبراهيم محمد (2001): التدريب الرياضي الحديث تخطيط تطبيق وقيادة دار الفكر العربي القاهرة ط2.
- مقدم عبد الحفيظ وآخرون (1993): الإحصاء والقياس النفسي والتربوي ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
- مشعان بن زين الحربي (2000): مستويات النشاط البدني واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال المتخلفين عقليا مقارنة بالعادين. مختبر فسيولوجيا الجهد البدني قسم التربية البدنية وعلم الحركة، كلية التربية، جامعة الملك سعود العربية السعودية.
- الملق (2001): سعود عيسى الناصر، متلازمة داون، مطابع بورصة الرياض.
- منظمة الصحة العالمية (1999): مقال منشور في الانترنت.
- مهند حسينا محمد ابراهيم الخواجه (2010): مبادى التدريب الرياضي 2، عمان دار وائل للطباعة والنشر.
- ميساء لطيف سلمان المحمدي (2006): أثر منهج مقترح في تطوير القدرات البدنية والحركية على مستويات مختلفة للذكاء، أطروحة دكتوراه جامعة بغداد للتربية البدنية بنات.
- نادر فهمي الزيود (2000): تعليم الأطفال المتخلفين عقليا دار الفكر عمان.
- نبيه إبراهيم إسماعيل (2006): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة مكتبة الانجلو مصرية.
- نجوى غريب (1999): مدى فاعلية برنامج تربوي على السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقليا منشأ المعارف الإسكندرية.

- هزاع بن محمد الهزاع (2010): المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني – البحرين، يناير الموقع الالكتروني.
- وجيه محجوب (1987): التحليل الحركي، جامع بغداد، كليها التربية الرياضية.
- وجيه محجوب وآخرون (2000): نظريات التعلم والتطور الحركي دار الكتاب والوثائق بغداد.
- يعريخيون (2002): التعلم الحركي بين المبدأ والتطبيق مكتب الصخرة بغداد.
- يحيى، خولة احمد وعبيد، ماجدة السيد (2005): الاعاقة العقلية، دار وائل للنشر عمان، ط1.

1- المراجع الأجنبية:

- Didier Armengard 2003 Pédiatre. Edition Estime Med-line 3^{ème} édition Germain.
- Jeffrey Nevid, Spencer Rathus et Beverly Greene 2009 Psychopatologie traduire par Michelle Bernard et autre 7^{ème} édition Pearson éducation France.
- Kumar Contran and robbins 2003 Pathologie Saunnders 7th edition.
- Marie Goffinet 2008 Vécu des parents de personne trisomiques 21 et attentes vis avis du médecin traitant Université Claude- Bernard Lyon France.
- Monique Cuilleret 2007 Trisomie et handicap gynétique associés 5^{ème} édition Masson Paris.
- Richard Clautier 2005 Pierre et autre Psychologie de l'enfant 2^{ème} édition Gaétan Morin Canada.
- Takeuchi 1994 E. Incidence of obesity among school children with mental retardation Amjment Retard in Japan.
- Verducci 1990 F.M Measurement concepts in physical Education the C.V. Mosby London.
- أناسكارود (2008): ترجمة هاشم ياسر حسني موفاً، موسوعة التمارين التطبيقية للألعاب الرياضية كافة. مركز الكتاب للنشر. القاهرة.
- كارين كاستاقنو (2001): الرياضات الموحدة في الأولمبياد الخاص تغييرات في الرياضيين الذكور في موسم كرة السلة

2- المواقع الالكترونية:

- <http://www.echoroukonline.com/ara/article/html/27/02/2011/14:27>
- <http://www.angelfire.com/alt/upsyndrome/Facts.htm>

- <http://b-dss.org/Down/main>
- <http://www.werathah.com/down/images/down.jpg/12/03/201>
- <http://www.6abib.com/a-953.htm>

- الموقع الالكتروني: هزاع بن محمد الهزاع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني - البحرين، يناير 2010

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس

معهد التربية البدنية و الرياضة

مستغانم

يشرفنا ان نتقدم إلى سيادتكم بطلب ترشيح مجموعة اختبارات خاصة بموضوع تخرج ماستر

تحت عنوان : دراسة مقارنة بين بعض القدرات الحركية و القياسات الجسمية بين الأطفال

الأصحاء و المتخلفين ذهنيا إعاقة بسيطة (9-12 سنة) و تقبلوا منا فائق التقدير

و الاحترام.

المشرف:

د/ بن زيدان حسين

إعداد الطلبة:

-بن عبد الرحمن لطفي

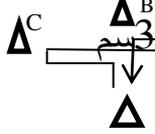
-ماجي محمد الأمين

استمارة ترشيح الاختبارات موجهة
إلى الأساتذة المختصين

المهارات	نوع الاختبار	وصف الاختبار	مناسب	غير مناسب
التوازن	1/ اختبار قياس التوازن الثابت	<ul style="list-style-type: none"> - يقف المختبر على إحدى القدمين (يفضل قدم الارتقاء) ثم يضع الرجل المرة الأخرى على الجانب الداخلي لركبة الرجل التي يقف عليها و يضع اليدين في الوسط. - عند الإشارة يرفع الركبة على الأرض و يحتفظ بالتوازن أطول مدة ممكنة دون تحريك أطراف القدم أو ملامسة عقبة للأرض. - يسمح ب3 محاولات و يحسب زمن أفضل محاولة. 		
التوازن	2/ اختبار التوازن الديناميكي (المشي على عارضة التوازن).	<ul style="list-style-type: none"> - يقف المختبر عند حافة عارضة التوازن (أ)، عند الإشارة يتقدم بسرعة حتى نهاية عارضة التوازن (ب) ثم يعود إلى الحافة (أ) ثم يغير اتجاه الحركة و يعود إلى الحافة (ب) - يحسب الوقت المستغرق. 		

		- يقوم المختبر بالسير على المقعد الخشبي و اليدان جانبا.	3/اختبار التوازن المتحرك	التوازن
		- باستخدام منضدة مثبت عليها مسطرة مرقمة(نقطة الصفر على حافة المنضدة). من الوقوف دون ثني الركبتين يثني اللاعب الجذع للأسفل ببطيء محاولا تحقيق أقصى حد ممكن من الثني للأسفل).	1/اختبار ثني الجذع للأمام من الوقوف(مرونة الجذع)	المرونة
		- من وضع الانبطاح على البطن و تثبيت الذراعين خلف الظهر يقوم اللاعب برفع الجذع للخلف وللأعلى أقصى ما يمكن. تقاس المسافة من الأرض حتى التجويف فوق القص.	2/اختبار إطالة من الجذع	المرونة
		- يقوم اللاعب بالجلوس طولا مع استقامة الظهر يحاول اللاعب مد الذراعين أماما على استقامتهما و ثني الجذع للأمام للوصول لأبعد نقطة. - تقاس المسافة في بداية العقبين للمدى الذي يستطيع اللاعب أن يصل إليه بأطراف أصابعه.	3/اختبار ثني الجذع للأمام من وضع الجلوس	المرونة

المهارة	نوع الاختبار	وصف الاختبار	مناسب	غير مناسب
			مناسب	غير مناسب

		*في ملعب طوله وعرضه توضع 6 كراسي عند سماع إشارة البدء يجري اللاعب حول الكراسي الستة ذهاب ثم اياب ، سجل الزمن لدورتين متتاليتين	1/ اختبار الجري المتعرج لفليشمان	الرشاقة
		-في منطقة خالية من العوائق 10x10 م 4 أقماع إرتفاعها 30سم  -يقف اللاعب في خط البداية نحو (B) يلمس الشاخص ثم نحو (D) ثم (B) ينتهي عند (A) ويلمسه ويحسب زمن الأداء ب 1/10ثا.	2/ اختبار الرشاقة (2) الجري على شكل حرف T	الرشاقة
		نضع 5 قوائم إرتفاعها 150م في ملعب خالي تثبت 4 قوائم في أركان الملعب والخامس في المنتصف يبدأ المختبر بالجري بين القوائم مبتدئا من النقطة (أ) يحسب الزمن ب1/10ثا .	3/ إختبار الرشاقة د (بارو)	الرشاقة
		- صورة تثبت على حائط وتدرج من 100سم إلى 400سم تكون ذراع المختبر عاليا بجانب السبورة يضع علامة على السبورة مع عدم رفع الكعبين ومن وضع الوقوف يمرجح المختبر يديه أماما عاليا مع فرد الركبتين	1/ قياس قوة عضلات الرجلين (الوثب العمودي من الثبات) .	القوة العضلية للرجلين

		أقصى مسافة ، تقاس المساحة بين العلامة الأولى والثانية		
		- أرض مستوية ، شريط قياس ، يقف المختبر خلف خط البداية والقدمان متباعدتان قليلا والذراعان عاليا ، تمرجح الذراعين أماما أسفل خلفا مع ثني الركبتين ، عند الإشارة تمرجح الذراعان أماما بقوة مع مد الرجلين على امتداد الجذع ودفع الأرض بالقدمين بقوة من محاولة الوثب أماما أبعد مسافة (محاولتين	2/ الوثب العريض من الثبات	القوة العضلية للرجلين
		- يجلس المختبر بوضع القرفصاء والكفين متشابكين خلف الرقبة ، بحيث القدم اليمنى متقدمة قليلا عن اليسرى يقوم المختبر بالقفز عموديا إلى أن تصل القدم إلى مستوى الحبل الموضوع (50 سم عن الأرض) ثم يرجع إلى البداية يكرر هذا العمل أكبر عدد من المرات حسب عدد التكرارات مع	3/ إختبار القرفصاء	القوة العضلية للرجلين

		تبديل وضع القدمين كل مرة		
--	--	--------------------------	--	--

المهارة	نوع الاختبار	وصف الاختبار	مناسب	غير مناسب
اختبار القوة الخطية	قياس السعة الهوائية	يقف المختبر منتصف أثناء أداء الاختبار يأخذ المختبر أفضل شهيق ويعمل على إخراجة مرة واحدة وباستمرار في مسم جهاز السيرومتر مع مراعاة عدم تسرب إلا كمية من هواء الزفير ، سجل أقصى ارتفاع وصل إليه مؤشر الجهاز .		
اختبار القوة العظمية للذراعين والكفين	لرمي كرة قائمة لأقصى مسافة	- يوضع خط بداية في ملعب كرة يد يحمل المختبر كرة يد وعند الإشارة يرمي الكرة أبعد مسافة ممكنة		
اختبار قوة الذراع والكتف	دفع كرة طبية من وضع القرفصاء	- يجلس المختبر بوضعية القرفصاء عند خط البداية ويحمل بيد واحدة كرة طبية وزنها 2 كلغ وعند اعطاء الاشارة يدفع الكرة أبعد مسافة ممكنة.		
اختبار قوة الذراع والكتف	اختبار التميك بالعقلة	- يمسك المختبر بعقلة ، أو عارضة مرمى مثلا ويحسب الزمن الذي يضل المختبر متماسكا بالعارضة .		
	حساب مؤشر كتلة الجسم	$\frac{\text{الوزن (كلغ)}}{\text{الطول} \times \text{الطول (م)}} = \text{مؤشر كتلة الجسم}$ <p>• أقل من 18 ← نحافة</p>		

		<ul style="list-style-type: none">• (18.5 ← 24.9) ← طبيعي• (25 ← 29.9) ← زيادة الوزن• أكثر من 30 ← سمنة المفرطة.	(BMI)	
--	--	--	-------	--

TABLE of CRITICAL VALUES for STUDENT'S *t* DISTRIBUTIONS

Column headings denote probabilities (α) *above* tabulated values.

d.f.	0.40	0.25	0.10	0.05	0.04	0.025	0.02	0.01	0.005	0.0025	0.001	0.0005
1	0.325	1.000	3.078	6.314	7.916	12.706	15.894	31.821	63.656	127.321	318.289	636.578
2	0.289	0.816	1.886	2.920	3.320	4.303	4.849	6.965	9.925	14.089	22.328	31.600
3	0.277	0.765	1.638	2.353	2.605	3.182	3.482	4.541	5.841	7.453	10.214	12.924
4	0.271	0.741	1.533	2.132	2.333	2.776	2.999	3.747	4.604	5.598	7.173	8.610
5	0.267	0.727	1.476	2.015	2.191	2.571	2.757	3.365	4.032	4.773	5.894	6.869
6	0.265	0.718	1.440	1.943	2.104	2.447	2.612	3.143	3.707	4.317	5.208	5.959
7	0.263	0.711	1.415	1.895	2.046	2.365	2.517	2.998	3.499	4.029	4.785	5.408
8	0.262	0.706	1.397	1.860	2.004	2.306	2.449	2.896	3.355	3.833	4.501	5.041
9	0.261	0.703	1.383	1.833	1.973	2.262	2.398	2.821	3.250	3.690	4.297	4.781
10	0.260	0.700	1.372	1.812	1.948	2.228	2.359	2.764	3.169	3.581	4.144	4.587
11	0.260	0.697	1.363	1.796	1.928	2.201	2.328	2.718	3.106	3.497	4.025	4.437
12	0.259	0.695	1.356	1.782	1.912	2.179	2.303	2.681	3.055	3.428	3.930	4.318
13	0.259	0.694	1.350	1.771	1.899	2.160	2.282	2.650	3.012	3.372	3.852	4.221
14	0.258	0.692	1.345	1.761	1.887	2.145	2.264	2.624	2.977	3.326	3.787	4.140
15	0.258	0.691	1.341	1.753	1.878	2.131	2.249	2.602	2.947	3.286	3.733	4.073
16	0.258	0.690	1.337	1.746	1.869	2.120	2.235	2.583	2.921	3.252	3.686	4.015
17	0.257	0.689	1.333	1.740	1.862	2.110	2.224	2.567	2.898	3.222	3.646	3.965
18	0.257	0.688	1.330	1.734	1.855	2.101	2.214	2.552	2.878	3.197	3.610	3.922
19	0.257	0.688	1.328	1.729	1.850	2.093	2.205	2.539	2.861	3.174	3.579	3.883
20	0.257	0.687	1.325	1.725	1.844	2.086	2.197	2.528	2.845	3.153	3.552	3.850
21	0.257	0.686	1.323	1.721	1.840	2.080	2.189	2.518	2.831	3.135	3.527	3.819
22	0.256	0.686	1.321	1.717	1.835	2.074	2.183	2.508	2.819	3.119	3.505	3.792
23	0.256	0.685	1.319	1.714	1.832	2.069	2.177	2.500	2.807	3.104	3.485	3.768
24	0.256	0.685	1.318	1.711	1.828	2.064	2.172	2.492	2.797	3.091	3.467	3.745
25	0.256	0.684	1.316	1.708	1.825	2.060	2.167	2.485	2.787	3.078	3.450	3.725
26	0.256	0.684	1.315	1.706	1.822	2.056	2.162	2.479	2.779	3.067	3.435	3.707
27	0.256	0.684	1.314	1.703	1.819	2.052	2.158	2.473	2.771	3.057	3.421	3.689
28	0.256	0.683	1.313	1.701	1.817	2.048	2.154	2.467	2.763	3.047	3.408	3.674
29	0.256	0.683	1.311	1.699	1.814	2.045	2.150	2.462	2.756	3.038	3.396	3.660
30	0.256	0.683	1.310	1.697	1.812	2.042	2.147	2.457	2.750	3.030	3.385	3.646
31	0.256	0.682	1.309	1.696	1.810	2.040	2.144	2.453	2.744	3.022	3.375	3.633
32	0.255	0.682	1.309	1.694	1.808	2.037	2.141	2.449	2.738	3.015	3.365	3.622
33	0.255	0.682	1.308	1.692	1.806	2.035	2.138	2.445	2.733	3.008	3.356	3.611
34	0.255	0.682	1.307	1.691	1.805	2.032	2.136	2.441	2.728	3.002	3.348	3.601
35	0.255	0.682	1.306	1.690	1.803	2.030	2.133	2.438	2.724	2.996	3.340	3.591
36	0.255	0.681	1.306	1.688	1.802	2.028	2.131	2.434	2.719	2.990	3.333	3.582
37	0.255	0.681	1.305	1.687	1.800	2.026	2.129	2.431	2.715	2.985	3.326	3.574
38	0.255	0.681	1.304	1.686	1.799	2.024	2.127	2.429	2.712	2.980	3.319	3.566
39	0.255	0.681	1.304	1.685	1.798	2.023	2.125	2.426	2.708	2.976	3.313	3.558
40	0.255	0.681	1.303	1.684	1.796	2.021	2.123	2.423	2.704	2.971	3.307	3.551
60	0.254	0.679	1.296	1.671	1.781	2.000	2.099	2.390	2.660	2.915	3.232	3.460
80	0.254	0.678	1.292	1.664	1.773	1.990	2.088	2.374	2.639	2.887	3.195	3.416
100	0.254	0.677	1.290	1.660	1.769	1.984	2.081	2.364	2.626	2.871	3.174	3.390
120	0.254	0.677	1.289	1.658	1.766	1.980	2.076	2.358	2.617	2.860	3.160	3.373
140	0.254	0.676	1.288	1.656	1.763	1.977	2.073	2.353	2.611	2.852	3.149	3.361
160	0.254	0.676	1.287	1.654	1.762	1.975	2.071	2.350	2.607	2.847	3.142	3.352
180	0.254	0.676	1.286	1.653	1.761	1.973	2.069	2.347	2.603	2.842	3.136	3.345
200	0.254	0.676	1.286	1.653	1.760	1.972	2.067	2.345	2.601	2.838	3.131	3.340
250	0.254	0.675	1.285	1.651	1.758	1.969	2.065	2.341	2.596	2.832	3.123	3.330
inf	0.253	0.674	1.282	1.645	1.751	1.960	2.054	2.326	2.576	2.807	3.090	3.290

قيمة ر الجدولية لمعامل الارتباط بيرسون

مستوى الدلالة						درجة الحرية
0.001	0.01	0.02	0.05	0.10	0.20	
0.99999	0.9999	0.9995	0.997	0.988	0.951	1
0.999	0.990	0.980	0.950	0.900	0.800	2
0.991	0.959	0.934	0.878	0.805	0.687	3
0.974	0.917	0.882	0.811	0.729	0.608	4
0.951	0.875	0.833	0.755	0.669	0.551	5
0.925	0.834	0.789	0.707	0.621	0.507	6
0.898	0.798	0.750	0.666	0.582	0.472	7
0.872	0.765	0.715	0.632	0.549	0.443	8
0.847	0.735	0.685	0.602	0.521	0.419	9
0.823	0.708	0.658	0.576	0.497	0.398	10
0.801	0.684	0.634	0.553	0.476	0.380	11
0.780	0.661	0.612	0.532	0.457	0.365	12
0.760	0.641	0.592	0.514	0.441	0.351	13
0.742	0.623	0.574	0.497	0.426	0.338	14
0.725	0.606	0.558	0.482	0.412	0.327	15
0.708	0.590	0.542	0.468	0.400	0.317	16
0.693	0.575	0.529	0.456	0.389	0.308	17
0.679	0.561	0.515	0.444	0.378	0.299	18
0.665	0.549	0.503	0.433	0.369	0.291	19
0.652	0.537	0.492	0.423	0.360	0.284	20
0.640	0.526	0.482	0.413	0.352	0.277	21
0.629	0.515	0.472	0.404	0.344	0.271	22
0.618	0.505	0.462	0.396	0.337	0.265	23
0.607	0.496	0.453	0.388	0.330	0.260	24
0.597	0.487	0.445	0.381	0.323	0.255	25
0.588	0.479	0.437	0.374	0.317	0.250	26
0.579	0.471	0.430	0.367	0.311	0.245	27
0.570	0.463	0.423	0.361	0.306	0.241	28
0.562	0.456	0.416	0.355	0.301	0.237	29
0.554	0.449	0.409	0.349	0.296	0.233	30
0.490	0.393	0.358	0.304	0.257	0.202	40
0.408	0.325	0.295	0.250	0.211	0.165	60

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

يوم 2017/01/18

معهد التربية البدنية و الرياضية .

قسم النشاط الحركي المكيف .

الى السيد مدير ابتدائية - بوجليدة -

تسهيل مهمة

نحن رئيس قسم النشاط الحركي المكيف نطلب من سيادتكم المحترمة تسهيل المهمة على الطالبين ماجي محمد الأمين و بن عبد الرحمان لطفي لإجراء دراسة ميدانية (تطبيقية) على بعض التلاميذ في مدرستكم و المتراوح أعمارهم بين 8 و 11 سنة و هذا قصد مساعدتهم في اتمام مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر 2017/2016

و في الأخير تقبلوا منيا سيدي المدير فائق الاحترام و التقدير. و شكرا

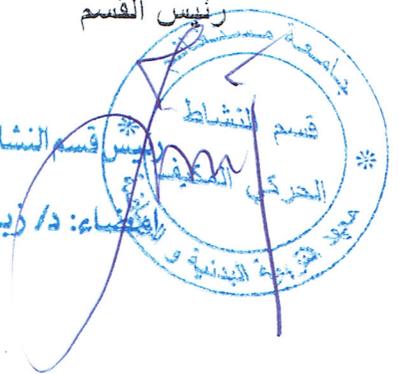
مدير المؤسسة
مدير المدرسة
حسن اوي

رئيس القسم

قسم النشاط الحركي المكيف

مدير المدرسة

أستاذة: د/ زيشي نور الدين



جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم

معهد التربية البدنية و الرياضية.

قسم النشاط الحركي المكيف .

الى السيد مدير المركز

المعاقين ذهنيا- تلمسان-

تسهيل مهمة

نحن رئيس قسم النشاط الحركي المكيف نطلب من سيادتكم المحترمة تسهيل المهمة على الطالبين ماجي محمد الأمين و بن عبد الرحمان لطفي لإجراء دراسة ميدانية (تطبيقية) على بعض التلاميذ في مركزكم و المتراوح أعمارهم بين 8 و 12 سنة و هذا قصد مساعدتهم في اتمام مذكرة تخرج لنيل شهادة

ماستر 2017/2016

و في الأخير تقبلوا منيا سيدي المدير فائق الاحترام و التقدير. و شكرا

مدير المركز.
عبد المصطفى
عبد المصطفى

رئيس القسم .

قسم النشاط الحركي المكيف
مجلس التربية البدنية و الرياضية
جامعة مستغانم
رئيس قسم النشاط البدني المكيف
مجلساء: د/ زيشي نور الدين

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

يوم 2017/01/18

معهد التربية البدنية و الرياضية.

قسم النشاط الحركي المكيف .

الى السيد مدير المركز النفسي البيداغوجي

للمعاقين ذهنيا- الرمشي-

تسهيل مهمة

نحن رئيس قسم النشاط الحركي المكيف نطلب من سيادتكم المحترمة تسهيل المهمة على الطالبين ماجي محمد الأمين و بن عبد الرحمان لطفي لإجراء دراسة ميدانية (تطبيقية) على بعض التلاميذ في مركزكم و المتراوح أعمارهم بين 9 و 11 سنة و هذا قصد مساعدتهم في اتمام مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر 2016/2017

و في الأخير تقبلوا منيا سيدي المدير فائق الاحترام و التقدير . و شكرا

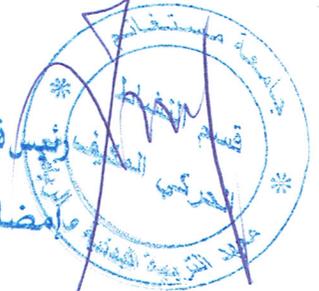
مدير المركز.



إمضاء المدير
السيد م. بن عياوي

رئيس القسم .

قسم النشاط البدني المكيف
قسم النشاط الحركي المكيف
إمضاء: د/ زيشي نور الدين



المخلص:

يهدف البحث الى كشف الفروقات بين التلاميذ الأصحاء والتلاميذ المعاقين عقليا غير المصابين بمتلازمة داون والأطفال المصابين بمتلازمة داون في بعض القدرات الحركية والقياسات الجسمية فافترض لطلابان وجود فروق دالة احصائيا بين العينات الثلاثة وعليه استخدم الطالبان المنهج الوصفي المقارن، حيث أجريت مجموعة من الاختبارات على عينة متمثلة في 20 تلميذا من الأسوياء تمثل نسبة 24.09 من مجموع عينة البحث، 20 من الأطفال المعاقين عقليا غير المصابين بمتلازمة داون بنسبة 38.46 من مجتمع البحث و20 طفلا من المصابين بمتلازمة داون بنسبة 31.74 من مجتمع البحث و قد تم اختيار العينات بطريقة مقصودة من مركزين للمعاقين ذهنيا و مدرسة ابتدائية وبعد المعالجة الإحصائية للنتائج الخام جاءت النتائج المحصل عليها لتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أغلب القدرات الحركية المتمثلة في التوازن،المرونة،الرشاقة والتوافق و كذلك في القياسات الجسمية عن طريق حساب مؤشر كتلة الجسم(BMI) حيث توافقت النتائج مع التي حصلنا عليها مع عديد الدراسات و البحوث المشابهة و بالتالي أظهرت النتائج أن للإعاقة العقلية تأثير على بعض القدرات الحركية و القياسات الجسمية و هو ما يتماشى مع ما افترضناه و من هذا يمكن اعتبار نتائج بحثنا هذا عاملا مساعدا لخدمة هذه فئة المعاقين ذهنيا و كذلك لإعداد برامج خاصة تخدم هذه الفئة و تتماشى مع امكاناتهم و قدراتهم.

الملخص بالفرنسية :

Le Résumé:

La recherche vise à détecter les différences entre les élèves en bonne santé et les élèves handicapés mentaux qui ont pas infectés par le syndrome de Down et les enfants atteints du syndrome de Down dans certaines capacités motrices et des mesures de physique(BMI). Pour ça on a utilisé l'approche descriptive comparative et on a effectués des tests sur 20 étudiants de l'échantillon normal représentent un pourcentage 24,09 de la communauté de recherche total .20 enfants handicapé mental avec le syndrome de Down représentent un pourcentage 38.46 de la communauté de recherche et 20 enfants de personnes qui ont pas le syndrome de Down représentent un pourcentage 31.74 de la communauté de recherche, après le traitement statistique des résultats bruts montrent une capacité statistiquement significative dans les différences capacités motrice (l'équilibre, la flexibilité, l'agilité et la compatibilité), ainsi que dans les mesures physiques (BMI) qui coïncidait les résultats que nous avons obtenus avec de nombreuses études et recherches et les résultats montré similaires qui ont un impact de la déficience mentale sur certaines des capacités cinétiques et des mesures physique, et cela peut être considéré comme les résultats de notre recherche en tant que catalyseur pour cette catégorie de services handicapés mentaux, ainsi que pour préparer des programmes spéciaux pour servir cette catégorie et sont conformes à leur potentiel et des capacités.

الملخص بالإنجليزية :

Summary:

The aim of the study detected the differences between healthy and mentally disabled students without Down syndrome and children with Down syndrome in some motor abilities and physical measurements (BMI). The students used the comparative descriptive approach. A sample of 20 adult students represented 24.09 of the research community, 20 children mentally disabled people with Down's syndrome represented 38.46 of the research community and 20 children without Down syndrome represented 310.74 of the research community. After the statistical treatment of the raw results, the results obtained showed significant differences in most of the abilities the results showed that mental retardation has an effect on some motor abilities and measurements. The results of this research can be considered as a catalyst for the service of this mentally disabled group as well as for the preparation of special programs to serve this