الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس

معهد التربية البدنية والرياضية

النشاط البدني المكيف

مطبوعة خاصة

بمادة التصنيف الرياضي للمعاقين

محاضرات وأعمال موجهة

السنة أولى ماستر النشاط البدني الرياضي المكيف والصحة

السداسي الأول والثاني

السنة الجامعية 2018 – 2019

المحتوى التعليمي

تصنيف انواع الرياضات للمعاقين

المحور الاول : الاعاقة ورياضة المعاقين

المحور الثاني :الاعاقة العقلية

المحور الثالث : الاعاقة الحسية

المحور الرابع : الاعاقة الجسمية (الجسدية)

المحور الاول : الاعاقة ورياضة المعاقين

1- المعوقون وتطور نظرة المجتمع إليهم عبر التاريخ :

لم يكن الاهتمام الذي أبداه العالم حديثا لموضوع الإعاقة وليد الصدفة أو بدافع الرغبة في دمج المعوقين في المجتمعات شفقة عليهم، بقدر ما كان استفاقة من سبات طويل، وتصحيحا لمجموعة من الأخطاء التي تراكمت عبر قرون عديدة من الزمن.

ومما لاشك فيه عبر كل العصور أن العوق لم يكن أمرا مقبولا من الإنسان ولا مرغوبا فيه لذا حارب الإنسان التعوق و منذ القدم ، ولم يختلف هذا المبدأ جيلا بعد جيل ، وإنما اختلفوا في الأسلوب ، فاليونانيون منذ ثلاثة آلاف سنة أقاموا دعائم حضارتهم على القوة الجسدية وذلك الاعتقادهم البقاء للاقوى، كانوا لا يتورون في إلقاء الأطفال الضعفاء والمرضى وناقصي النمو في العراء لتجد الوحوش فرصتها للفتك بهم ، وفي روما القديمة وجدوا حلا آخرا للمعوقين حيث اتخذ الرومان من المتخلفين عقليا مادة للترفيه والتسلية في عصر الجنون والانحلال التي سادت الحضارة الرومانية في فترة من الفترات.

وقد سمحت بعض الشعوب القديمة بالقضاء على المعوقين إذ كانوا يرون فيهم عبء على المجتمع، فكان المعاق يعزل بحيث لا يمكنه الخروج إلا بإذن خاص ، وأحيانا أخرى كانوا لا يخرجون من معتقلاتهم بدون الآلات الصوتية التي تنبه الأصحاء لكي يبتعدوا عن طريقهم ، وكانوا يلزمون بوضع قفازات في أيديهم خوفا من انتقال العدوى إلى الغير .

ففي أثينا كان أفلاطون يرى أن المعوقين يشكلون ضررا للدولة والسماح لهم بالتناسل يؤدي إلى إضعاف الدولة ، سيما وأنه كان يطمح بإنشاء جمهورية مثالية قادرة على حماية نفسها ، وتمهيدا فقد دعا أفلاطون إلى نفيهم خارج الدولة، وعدم السماح لهم بدخولها حتى ينقرضوا بخارجها ، ولا يبقى بالدولة سوى الأذكياء والقادرين على الدفاع على الوطن أما في اسبرطة التي كانت تهتم بالأمور الحربية والعسكرية فلم يكن يصلح بين أبنائها الضعيف والمريض والمعوق، فكان القانون الاسبرطي ينص على التخلص منهم عن طريق تعرضهم للبرد القارص أو إلقائهم في نهر (أورناس) لكي يموتوا غرقا. (مروان عبد المجيد، 20.1997)

وعند الدولة الرومانية فقد كانت التقاليد الدينية تنص على وضع الطفل عقب ولادته مباشرةعند قدمي والده ، فإما أن يرفعه من الأرض وذا يصبح الطفل عضوا نافعا في أسرته، أو يعرضعنه بسبب تشوه خلقته أو إصابته بعجز فيلقى به إلى الطريق ليصبح من الرقيق أو المضحكين إذا كتب له الاستمرار في الحياة ، وقد ذكر "أرسطو" المعلم والفيلسوف اليوناني بأن الطفل الأصم الأبكم غير مجدي

تعليمه لعدم قدرته على الكلام، أو فهم ما يدور حوله من حيث اعتقاد هذا الفيلسوف بأن الكلام هو الوسيلة الهامة للتعلم، لذلك كان يرى أن الأعمى أقدر بكثير من الأصم الأبكم .

وتعتبر العصور الوسطى بأوربا بما صاحبها من مظاهر الجمود الفكري، وطمس الأفكار المعارضة لاتجاهات الكنيسة، عصر نكبة حقيقية للمعوقين، فكانت النظرة إليهم نظرة خوف، لاعتقادهم بأنهم أشخاص غير جديرين بالاختلاط، ويجب الابتعاد عنهم وعدم الاحتكاك بهم، حيث عملت محاكم التفتيش على اضطهادهم وإيذائهم بدعوى تقمص الشياطين لأجسامهم، لهذا سجنوهم وكبلوهم وأذاقوهم ألوانا من العذاب لعل الشيطان يهرب من الجسد المعذب. (المجيد، الألعاب الرياضية للمعاقين، 21.1997)

2 – الإسلام و رعاية المعوقين:

وعندما جاء الإسلام وما حمله من تعاليم المحبة والتسامح والإخاء بين البشر، فقد تميز المجتمع الإسلامي بالاهتمام الشديد برعاية المعوقين، وخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل وأحسن المسلمون على حسن معاملتهم للمعوقين، واعتبرت حالة العوق اختبارا من الله سبحانه وتعالى.

حادثة وقعت لعبد الله بن أم مكتوم و هو رجل أعمى جاء للنبي – صلى الله عليه وسلم – وكان عنده من أكابر القوم يدعوهم إلى الإسلام فأعرض عنه فنزلت في حقه آيات فيها عتاب رقيق لنبي – صلى الله عليه و سلم – و تعليم للمجتمع الإسلامي وإرساء لمبادئ اساسية، قال تعالى: { عبس وتولى أن جاءه الأعمى وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فتنفعه الذكرى } الآيات.

ومما يروى أنَّ النبي – صلى الله عليه وسلم – كان بعد ذلك يبسط رداءه لابن أم مكتوم – رضي الله عنه – مداعبا: " أهلا بمن عاتبني فيه ربي، كما ولاه المدينة في بعض غزواته.

وقال تعالى: { ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج } (سورة الفتح، الآية 1).

3 – الإهتمام بالمعاقين في العصر الحديث :

في العصر الحديث عملت الثورات الاجتماعية على الاهتمام بالإنسان، والاهتمام بحقوقه وتخليصه من الظلم، مما ولَّد الاهتمام بالضعفاء والمعوقين والبحث عن وسائل لرعايتهم، وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى كانت الأعداد الهائلة من المعوقين الذين تخلفوا عن الحرب عاملا هاما في البحث عن وسائل لرعايتهم، فبدأ التأهيل مصحوبا بصبغة اقتصادية تدعوا إلى الاستفادة بطاقات المعوقين المهنية في الإنتاج، مما أدى إلى إنشاء أولى معاهد التأهيل المهني في الولايات المتحدة الأمريكية عام

(1920) ، فقد تطورت الأساليب والنظريات التي تبحث في هذا المجال، وذلك لتطور النظريات التربوية والاجتماعية والنفسية، حيث بدأت المجتمعات المتحضرة تنظر إلى المعوق بنظرة تفاؤلية وإنسانية .

واستمرت هذه النظرة إلى أعقاب الحرب العالمية الثانية، وصحب ذلك التطور الهائل في الجراحة الذي جاء نتيجة للتدمير البشري خلال الحرب العالمية الأولى، والتطور في صناعة الأجهزة التعويضية الذي صحب التطور التكنولوجي بصفة عامة، كما عمل الأطباء والمهندسون، والرياضيون، والاجتماعيون على البحث فيما يساعد الفرد المعوق من وسائل تكنولوجية، واجتماعية ونفسية، كي يحيا في بيئته حياة مناسبة، ويقوم بأنشطته اليومية بأقل جهد ممكن. (المجيد، الألعاب الرياضية للمعوقين، 1997) .

وفي هذا العصر كما يقول "حلمي إبراهيم" إن حضارة الأمم تقاس الآن بمقدار ما تقدمه من رعاية للمعوقين، وقد أمكن في هذا القرن تحقيق الانتصارات العلمية في العديد من العلوم المرتبطة بمجال المعوقين كالطب والعلاج الطبيعي وعلم النفس...الخ، كما أجريت الأبحاث على الإعاقات المختلفة، وخاصة بعد الحروب الأخيرة في هذه الحقبة الزمنية، والتي ترتب عنها زيادة عدد المعاقين فأصبحوا بالملايين في العالم فكان لابد من الجهود المنظمة والعلمية للعناية بغير القادرين، وتختلف درجة العناية فيما بين المجتمعات وفقا للأسس الفكرية السائدة، ومستواها الاقتصادي كما أصبحت رعاية المعاقين حقا مشروعا لهم وواجبا حتميا على الدول .

وقد أصدرت المنظمة الدولية وهيئاتها مواثيق تحدد حقوق الإنسان والحدود الدنيا لمستوى معيشة الفرد العادي والمعوق وفيما يلي ما يخص المعوقين.

– كفالة حق المعوق في الحياة الكريمة مهما بلغت درجة الإعاقة .

– يجب استغلال قدرات المعوق حتى لا يحرم من حقوقه الطبيعية والإنسانية .

– يفضل إنشاء مجتمعات خاصة بالمعوقين حفاظا على حياتهم وتأكيدا على ممارستهم للحياة العادية .

– يجب على المجتمعات الاستفادة من البحوث العلمية لرعاية المعوقين.

– عجز الإنسان نسبيا، وليس كليا، ولكل إنسان سمات قوة وضعف في شخصيته سواء كانت عقلية أو نفسية أو جسمية أو اجتماعية.

– يجب تدريب المعاق ورعايته حيث أن العناية بالمعوقين ذات قيمة اقتصادية وأخلاقية ذلك لكي يعتمد على نفسه، ولا يصبح عالة على المجتمع . (فرحات ح.، 23.24.1999) .

ومما سبق يظهر تغيير نظرة المجتمعات اتجاه المعوقين، وذلك بالاهتمام بالرعاية الكاملة لهم باعتبارهم أعضاء قادرين على الإنتاج في المجتمع كما سنت المنظمات والهيئات والقوانين لرعايتهم .

4 – مشاركة المعاقين في الانشطة الرياضية :

بالرغم من تشجيع الاطباء المعالجين المعاقين للممارسة الرياضية الا انهم يمارسها بناء على رغباتهم ودوافعهم الشخصية بطريقة تخالف تعليمات السلامة الطبية لهم ومع انتشار وتطور الرياضة استلزم تطور الطب الرياضي اصبح على المعاقين يمارسون الرياضة الخاصة بهم بتدريبات منظمة ومكثفة تستهدف استخدام قابليتهم وطاقاتهم الحيوية للتغلب على الاثار السلبية للاعاقة.

وقد ذكرت العديد من الدراسات وجود رياضيين لامراض القلب وقد ذكر يوكل وسوزمانحالة بطل جري الماثون اصيب في عمره سنوات 9 بضيق صمام الميترالي في القلب وارتجاج بالصمام بالصمامالاورطي وقد استطاع الفوز بالسباق في دورة 1934في دورة العاب الكمنولث ، كما ذكر يوكل ايضا عام 1975 بطل الاطاحة بالمطرقة هارولد كونولي صاحب الرقم القياسي العالمي مصاب بالشلل بيده اليسرى والمجري كارول تاكازس الذي فقد يده اليمنى في حادث 1930 ثم اصبح بعد ذلك احد ابطال العالمين المرموقين في الرماية بيده اليسرى وفاز بدورة الاولمبية بلندن 1948 فاذا كان المعاق يجيد احد انواع الرياضة ماقبل الاعاقة فانه قد يمارسها بعدها ليتغلب بها على ما استجد له من اعاقة

تطور الاهتمام العالمي بمنظمات رعاية المعاقين الرياضية وتنظيم المسابقات بدا الاهتمام بنوادي المعاقين بالمانيا و في انجليترا نشأ نادي المعاقين 1922 نظم العديد من المسابقات الرياضية السنوية في مستشفى ستوك ماندفيل وخاصة مسابقة المعاقين بالبتر والشلل بانواعه كما ان هناك الجمعية البريطانية للاعبي الجولف المعاقين ببتر احد الاطراف العليا التي تاسست 1932وتليهاالجمعية الامريكية لاعبي الجولف لاصحاب البتر

وقد ادى انتشار الحروب في الشرق الاوسط التي كانت ضد العدو الصهيوني عام 1948 وعام 1956 الى1971 1973 الى وجود عدد من المعاقين كل هذا ادى الى الاهتمام بالرياضة كعامل مساعد لعلاجهم وتاهيلهم ومع انتشار رياضة المعاقين بعد الحرب العالمية الثانية ظهرت المنافسات الدولية المنظمة بالتسلسل التاريخي على النحو التالي :

1944 : ادخل سير لودفنج جوثمان رياضة المعاين بمستشفى ستوك ماندفيل الانجليزي

1948 : اول بطولة تنافسية للمعاقين بالشلل والبتر

1960 : انشاء الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين المرتبط باتحاد المحاربين القدماء في فرنسا

1960 : اول دورة اولمبية للمعاقين بروما ،اشترك فيها 22 دولة وكانت مواكبة للدورة العادية للالعاب الاولمبية الصيفية

1964 : دورة للمعاقين في 5 ايام وشاهدها 100،000 متفرج برعاية وزارة العدل باليابان

1964 : تلسيس المنظمة الدولية لرياضة المعاقين برعاية الاتحاد الدولي لمصابي الحروب

1967 : تاسيس الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين كاتحاد دولي مستقل براسة سير ليدفيج جوثمان 1980

1970 : اول بطولة عالم لمختلف انواع الاعاقة تحت رعاية الاتحاد الفرنسي لرياضة المعاقين في سانت ايتان.

1972 : الدورة الاولمبية للمعاقين والمصابين بالشلل فقط في مدينة هايدلبرج بالمانيا الغربية مواكبة للدورة الاولمبية الصيفية للاصحاء في ميونخ

1974 : بطولة عالم لمختلف الاعاقة في انجليترا شارك فيها 26 دولة

1976 : الدورة الاولمبية للمعاقين في تورينيو بكندا 1700 مشارك

1980 : الدورة الاولمبية للمعاقين في مدينة ارنيم بهولندا مختلف انواع الاعاقة مواكبة للدورة الاولمبية الصيفية في موسكو.

1980 : وفاة الطبيب سير لودفيج جوتمان وبدا الانفصال في الاتحاديات الرياضية للمعاقين

1981 : تاسيس اتحاد منفصل لرياضة المكفوفين

– تاسيس اتحاد منفصل لرياضة الشلل التشنجي

1984 : الدورة الاولمبية السابعة للمعاقين مختلف انواع الاعاقات في نيويورك بامريكا وافتتحها رونالد ريجان دورة ستوك ماندفيل لرياضة اصابات العمود الفقري

ظهور اللجنة الدولية لرياضة المعاقين والتي ضمت مندوبين من الاتحادات الدولية الرئيسية الاربعة

ثم توالي انشاء اتحادات اوروبية وعربية لرياضة المعاقين ،فبعد فرنسا والمانيا و انجلترا جاءت النمسا ويوغسلافيا وكندا ولكسمبورج، والنرويج واسبانيا والسويد وسويسرا وغيرها ومعظم الدول العربية وعملت تلك الاتحادات على سن القواعد والقوانين الدولية للمنافسات الرياضية للمعاقين .

5 – تحديد مفهوم الإعاقة :

الإعاقة شلل إنساني ليس حكرا على فئة دون الأخرى، بل تمس كل الفئات أطفال مراهقين وراشدين، كما أنها تمس كلا الجنسين، ومن بين أهم التعاريف التي تطرقت للإعاقة الحركية ما يلي :

ذهب "عبد الرحمن سيد سليمان وزملاؤه (2001) " في نفس اتجاه التعريف اللغوي للإعاقة، وعرفوها بالمفاهيم الآتية:

الخلل أو العيب الحادث من الإصابة أو العيب الخلقي أو (Impairment) : – الضعف

التكويني، والذي يتعرض له الطفل أثناء أو بعد الميلاد .

النقص في مستوى أداء الوظيفة أو الوظائف التي تأثرت بالمسبب أو (Disability): – العجز

بالإصابة الحادثة مقارنة بالعاديين .

العسر أو الصعوبة التي يقابلها الفرد من جراء عدم القدرة على تلبية (Handicap) : – الإعاقة

متطلباته، في أداء دوره الطبيعي في الحياة الذي يفترضه عمره وجنسه، أو تبعا لخصائصه الاجتماعية، والثقافية المهنية . (سليمان، الإعاقات البدنية، 12.2001) .

وتناول آخرون الإعاقة على أنها ذلك النقص أو القصور أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقا، سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين قدرات الفرد الكاملة من الخبرات التعليمية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما يحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين في المجتمع، ولذا فهو في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية والتأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراته ، حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين، بقدر المستطاع، ويندمج معهم في الحياة التي هي حق طبيعي للمعوق . (حسين، 12.1986)

مفاهيم أخرى : لقد وضعت منظمة الصحة العالمية 1980 تصنيفات عالمية للاعتلال والعجز والإعاقة تبين الفرق بين التصنيفات الثلاثة :

الاعتلال: هو أي فقدان أو شذوذ في البيئة أو الوظيفة النفسية أو الفيزيولوجية أو العضوية .

العجز: هو أي حد أو انعدام (ناتج عن اعتلال) لقدرة على تأدية نشاط بالشكل أو في الإطار المعتبر طبيعيا بالنسبة للكائن البشري. (الزعمط، 154.2005) .

الإعاقة: هو مصطلح يشير إلى الأثر الانعكاسي النفسي والاجتماعي أو الانفعالي أو المركب الناجم عن العجز الذي يمنع الفرد أو يحد من مقدرته على أداء دوره الاجتماعي المتوقع منه، والذي يعد طبيعيا بالنسبة لسنه ونوع جنسه وتبعا للأوضاع الاجتماعية والثقافية . (القريطي، 18.2001).

من هو المعوق : المعوق مصطلح يطلق على من تعوقه قدراته عن النمو السوي الابمساعدة خاصة ، فهو يعاني من صعوبة في السمع ,الكلام او الابصار او الحركة او التعلم بسبب حالات الاعاقة حيث لا يستطيع اصحاب الاعاقة من القيام بالاشياء التي يمكن لامثالهم في نفس السن والجنس ان يقومو بيه ويعرف كذلك المعوق انه الفرد الذي ينحرف عن الانسان المتوسط في (حسين عبد الحميد احمد رشوان، 117.2009) القصور الجسمي او النفسي و العقلي.

6 – اسباب الاعاقة: هناك اسباب عديدة تعوق عملية التعليم والتحصيل العلمي وهي الاعاقة كما ان هذه الاخيرة لها اسباب منها وراثية واخرى مكتسبة

– **الاسباب الوراثية** : لها تاثير هام في نشوء الاعاقة وتطويرها وهي غالبا تحدث الاعاقة المتوسة والشديدة وتتمثل في زواج الاقارب وغياب فحص الطبي قبل الزواج حيث تنتقل الحالات من جيل الى اخر عن طريق الجينات وكذا الاستعداد الموجود عند بعض الاسر كالنزيف بما يسمى الهيموفيليا كما ان النقص الوراثي في افرازات الغدة الدرقية يؤدي الى نقص النمو الجسمي والضعف العقلي او فقدان السمع او البصر والقصور الوظيفي في الجهاز العصبي خاصة وجود عيوب في نمو دماغ الجنين.

وهناك عوامل تؤثر اثناء فترة الحمل وتتمثل في سوء التغذية حيث ينتج عن نقص الاكل الى الامراض التي تصيب الام الحامل والجنين كا الحمى الانفلونزا وتناول الام العقاقير دون استشارة الطبيب وتعاطيها للمخذرات كلها تحدث اعاقات متعددة.

العوامل اثناء الولاة : منها الولادة المبكرة، الاختناق والاصابات والولادة العسيرة واصابات المخ العوامل بعد الولادة وهي تلك الاصابات والاضطرابات بعد الولادة او بعض الامراض مثل التهاب السحايا والحمى قد تؤدي الى التهاب الغشاء الذي يغلف المخ مما يترتب عنه الموت او الاعاقة بمختلف انواعها.

العوامل النفسية : تساهم العديد من الامراض النفسية الناتجة عن سوء التكيف الاجتماعي والنفسي في الكثير من الحالات الاعاقة وتلعب العوامل النفسية ور كبير في انتشار الاعاقة.

العوامل البيئية : وهي المؤثرات الخارجية قبل او بعد او اثناء الولادة كلما كانت المؤثرات سيئة كلما هناك صعوبة في التعلم يعني ان المحيط العام للطفل له اثر غير مباشر على سلوك الفرد واذا ادخل تعديل وتحسين البيئة تساعده على النمو العقلي للاطفال.

وسائل الاعلام المختلفة : تعد وسائل الاعلام بانواعها المختلفة اهم المؤسسات التي تقدم البرنامج التعليمية والثقافية بانواعها مخططة ومقصوة اذ انها اذا كانت عشوائية تكونو النتائج سلبية من حيث ارتكاب الاجرام والانحراف والممارسات السيئة وتعد العبادة من اهم الوسائل الاعلامية والتثقيفية التي تبعد الفرد عن الجوانب الهدامة.

العوامل الاجتماعية : تشير الدراسات الى ان الفقر والمسكن غير صحي والبطالة لا تساعد على تقديم الفرص الملائمة لذكاء الطفل وتطويره وتساهم بعض العادات والتقاليد الاجتماعية في انتشار الاعاقة كالزواج المبكر او المتاخر و الزواج من الاقارب كما ان انخفاض المستوى التعليمي والثقافي للام دورا هاما او عدم اهتمامها بالاطفال ومنحهم الرعاية الكافية الى حدوث الاعاقة (فرحات ح.، 49،47،1998)

7 – الاثار المترتبة عن الاعاقة :

اولا الاثار النفسية: الاعاقة تجعل من الفرد شخصا في حالة معنوية سيئة مما تدفعه الى الانسحاب والعزلة بصورة مستمرة كما يشعر الفرد المعاق بالاكتئاب وحتى الانتحار والانضمام الى عصابات الجريمة والمنحرفين كنوع من التمرد والانتقام ،كما تظهر لديه مخاوف متعددة نتيجة اعتماده على الغير وعدم الشعور بالامان والقلق المستمر اذن يمكن القول ان المعاق لديه عدم الاتزان الانفعالي والنفسي عبر مراحل يمر بيها:

مرحلة الصمت: تظهر فورا علم الوالدين بحدوث الاعاقة اما في مرحلة الحمل او اثناء او بعد الولادة

مرحلة الاعاقة: تمر الاسرة بحالة نفسية زائدة التوتر محاولين وبكل الطرق معرفة كيفية معرفة علاج الاعاقة.

مرحلة الندم :ويقوم خلالها الوالدين بالقاء اللوم على انفسهم وعلى بعضهما البعض او على الاطباء يصاحب ذلك مرحلة الخوف والاحباط:وفيها يظهر على الوالدين الاحباط والكتئاب والعزلة والقلق، الغضب والحقد.

مرحلة الحساسية الزائدة : تظهر على شكل مواقف سلبية من قبل الوالدين اتجاه طفلهم المعاق من خلال الاهمال واساءة المعاملة الجسدية والنفسية او الحماية المفرطة.

مرحلة التقبل :وفيها يعترف الوالدين بالحقيقة ويبدان في البحث عن الطرق والوسائل المناسب من اجل المساعدة وتقديم الخدمات المناسبة.

ثانيا الاثار الاجتماعية : تبدو الاثار الاجتماعية في العزلة والبعد عن المعاملة الاخرين ورفض التعاون مع اسرهم كما يتسم المعاق بالاتكالية في الكثير من الاحيان وعدم المرونة والتجاوب مع اسرته ومجتمعه

مع الشعور بالغضب والقلق يقابله الذنب والحيرة بالاضافة الى عدم المساواة وعدم التكيف مع البيئة الاجتماعية.

ثالثا الاثار الاقتصادية : تؤدي الاعاقة الى الحرمان من العمل وقلة الانتاج وبالمقابل مضاعفة اجور العلاج الطبي وزيادة نفاقات التعليم والتاهيل وشراء الاجهزة التعويضية

رابعا الاثار التعليمية : يترتب عن الاعاقة عدم توافر المدارس الخاصة بالمعاقين ، الالتحاق بالمدارس العادية ومنه اثار سلبية نتيجة الرهبة والخوف لدى الاطفال العاديين لرؤية الاعاقة هذا ما يؤثر في ردود افعال المعاق من سلوك عدواني وقد تتكون للعاهة تاثير على الفرد المعاق في استعاب الدروس مما يزيد المعاق احساسه بعدم الثقة بالنفس وقد يحاول المعاق تقليد الطفل العادي ويخيب امله فيفشل ومنه رفضه للدراسة كليا وشعوره بالخجل لمواجهة اقرانه (فرحات ح.، التربية الرياضية و الترويح للمعاقين، 1998، 41)

8 – فائدة التصنيف:

1 – وصف المفحوص كما يبدو في لحظة معينة من النواحي الذهنية ،الانفعالية ،الاجتماعية والتربوية مما يجعل من الممكن مقانته بالمستوى الحالي

2 –تحديد المستوى الحالي للمفحوص مع استخدام الاسس العلمية للتنبؤ بالمستوى الذي يمكن الوصول اليه

3–اعداد ملف سلوكي للمفحوص من قدرات واستعدادات واوجه النقص والقصور حتى يمكن اعداد برنامج الرعاية بشكل ملائم ومتكامل وفقاللاحتياجات الضروريةلفرد

4– ايجاد اداة موضوعية يمكن عن طريقها قياس مستوى التقدم بشكل تعريف الرياضة حسب لويدنز"1962 الرياضة جزء من الثقافة الجسدية من خلال الانشطة تتناول الجوانب البدنية "

8– 1 التصنيف الرياضي :

يتم التصنيف على اساس تشريحي وفيسيولوجي كم تدخل اسباب الاعاقة والعمل يقوم به مجموعة من الاطباء و المختصين قبل أي دورة رياضية لتحديد الفئة التي تتبارى مع اقرانها ويتم الفحص على جميع الاعبين دون استثناء وبذلك نضمن للاعب ان يتقابل مع مثيله في المقدرة ونضمن كذلك توفير عدالة المنافسة الرياضية واعطاء الاولوية في الرعاية للاعاقة الاكثر شدة وهذه التقسيمات تتعرض للتعديلات فنية ودولية مستمرة من اجل تقدير نسبة الاعاقة والتي تتناسب ودرجة الاعاقة ودرجة التنافس الرياضي (مروان عبد الجيد ابراهيم، 2005، 288)

8- 2 تصنيف الرياضة :

الرياضة هي نشاط تنافسي بين الافراد تعتمد قواعدها الاساسية على المهارة البدنية والتي تتاثر بعوامل داخلية وخارجية وعرفتها منظمة اليونيسكو "كل نشاط بدني له خاصية الاعاب ويمارس بصفة فردية او مع الاخرين وعرفها المعجم الالماني باختصار الالعاب والتمارينات البدنية "وتصنف الرياضة الى :

- رياضة تنافسية : التنافس بين الافراد والجماعات مرتبطة باللياقة والكفاءة البدنية لها قوانين وقواعد وبالاعتماد على الارقام القياسية

- رياضة ترويحية : تهدف الى تنمية الجانب الترويحي مثل العاب التسلية تختلف عن سابقتها في شدة المجهود مثلا مجهود في الشطرنج يختلف عن السباحة وهكذا ...

- الرياضة الخطرة نسبيا : تحتوي على عنصر المخاطرة وهي موجهة خاصة الى الاسوياء مثل تسلق الجبال ،المظلة ،الطيران ،التزحلق ،سباق السيارات ،الدرجات النارية ،الغطس.

- الرياضة العلاجية : يقصد بها التمرينات العلاجية في تاهيل المرضى والمعاقين بعد العملية الجراحيةوالجبس وفي الكسور ومصابي العمود الفقري والشلل النصفي والرباعي من اجل استعاة اللياقة البدنية لما لها من شكل ايجابي بدنيا ونفسيا وصحيا واجتماعيا.

- الرياضة بالمشاركة السلبية هذا النوع من الرياضة يقوم على الاعتماد على المشاهدة سواء امام التلفاز او حضور مباريات في الملاعب ويشترك المعاقين مع الاسوياء من اجل ازالة القلق والتوتر والحد من العدوانية وكذا التغلب على الروتين والملل والاندماج في المشاهدة (حمدي احمد وتوت - نهى محمود الصواف، 37،2013)

9 - ما الفرق بين التربية البدنية العامة والتربية البدنية الخاصة :

الفرد العادي يتمتع بمفهوم الذات جيد ،كفاءة اجتماعية مقبولة ،صحة عقليةتمكنه من الاستفادة من التعليمات ، امتلاك الرياضي لسلوكات ضرورية للمشاكة في الالعاب واتباع القوانين وتحقيق النتائج والشعور بالرضا ، سلامة المستقبلا ت الحسيةو العمليات الادراكية التي تمكن الرياضي من استقبال عددا من التغيرات في وقت واحد.

اما التربية الخاصة فهي لا تفرض على الفر ذو الاحتياجات الخاة تلك الفرضياتالتي سبق ذكرها حيث تكون الاهداف فردية ، الفشل بالنسبة للعاديين شكل عادي وامراعتياديا ما بالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة فيقابله قصور في تقير الذات والشعور بعدم القدرة على التعليم والانهيار لذا يجب علاج هذه

الحالة بالتوعية كذلك تختلف مسؤلية معلم التربية البدنية العامة من معلم التربية البدنية الخاصة من حيث المنهج والتمرين وطرق التدريس لتشمل مسؤلية الثاني التنسيق مع الافراد والمؤسسات الراعية لذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع.

10 – اهداف مادة التربية البدنية لذوي الاحتياجات الخاصة :

- العناية بالقوام وتصحيح الانحرافات القوامية
- العمل على اكتساب اللياقة البدنية للرياضيين وتنمية التوافق العضلي العصبي
- تهيئة الفرص للمعاق لتنمية مهاراتهم وخبراتهم من خلال الانشطة الترويحية
- تنمية الروح الرياضية والسلوك الرياضي السليم
- تدريب فئة ذوي الاحتياجات الخاصة على احترام قواعد والانظمة والتعاون وانكار الذات
- تكوين احساس المعاق بقيمته بين افراد مجتمعه مما يعطيه حافزا لزيادة قدرته واستغلالها في الارتقاء بنفسه
- التقليل من الاثار السيلبية المترتبة على وجود الاعاقة واعداد الفرد ليكون مواطنا صالحا (نايف مفضي الجبور ، 113،2012)
- مساعدة المعاق على التكيف واكتساب السلوك الجماعي والانتماء الى الجماعة
- ترتيب برنامج وفقا لقدرات المعاق الفسيولوجية والبدنية والنفسية بما يتناسب ونوع وشدة الاعاقة
- الرياضة تعمل على توثيق المحبة والصداقة واعداد المعاق عقليا وخلقيا وتنشئته تنشئة صحيحة

11 – اسس تدريس التربية الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة:

- يراعي اعتبار كل فرد في المجموعة قائما بذاته لذلك يجب ادراج مجموعة كبيرة من الالعاب في حصة واحدة
- اختيار انشطة تتناسب مع حاجات ذوي الاحتياجات الخاصة وقدراتهم
- يجب تعليم الرياضيين كيفية اللعب التربية الرياضية الخاصة مسؤلة عن تنمية المهارات الحركية التي هي اداة اللعب
- يجب مراعاة الامن و السلامة في اختيار الانشطة والالعاب واستخدام حسن اوقات الفراغ في الانشطة والهوايات المناسبة حسب قدرات وامكانيات المعاق (اسامة رياض ، 21،2005)

11 – ماهي الالعاب الرياضية التي يمارسها ذوي الاحتياجات الخاصة ؟

تعد الالعاب الاولمبية الموازية 23 رياضة معترف بهل رسميا 19 لعبة صيفية و 4 شتوية باختلاف فئات المعاقين وهي :العاب القوى ،كرة السلة على الكرسي،السباحة ،سباق الدرجات ،ركوب الخيل ،المبارزة بالسيف ، كرة الجرس ،رفع الاثقال ،كرة المضرب ،كرة الطائرة ،الجودو ،التزلج ،البوشيا

12 – تعديل الرياضة للمعاقين :كيف تعدل الرياضات للمعاقين ؟

- تقليل الوقت اوالزمن الكلي للعبة ووقت كل شوط والنقاط اللازمة في المباراة
- تعديل مسافة الملعب للتقليل من الجهد المبذول في النشاط
- التعديل في قواعد اللعبة وزيادة الراحة النسبية
- تغيير اللاعبين في المراكز المختلفة داخل الملعب حتى لا يتحمل أي لاعب عبئ اكبر عليه من الجهد
- السماح بالتغيير المستمر بحيث يشارك كل فرد في اللعب وياخذ فترة راحة اثناء المباراة
- تغيير وزن الاداة والتخفيف منها مثل الجلة او ارتفاع الشبكة حتى لاتشكل عبئ على المعاق
- تقسيم النشاط على اللاعبين تبعا للفروق الفرية وامكانيات كل فرد
- كما يجب على كل مربي او مدرب السماح لاي لاعب بالخروج من المباراة عند التعب او ظهور أي اعراض الارهاق نتيجة اشتراكهم
- التقييم المستمر للبرنامج للتعرف على نواحي الضعف والقوة وتشخيص الحالة التدريبية واجراء تعديلات الازمة للبرنامج (نايف مفضي الجبور ، 113،2012)

المصادر والمراجع :

اسامة المدبولي .(15 05 ,2011) .*مركز الخدمات التربوية الخاصة بالاطفال* Récupéré sur . www.tafaolcentre.com

اسامة رياض . (2005،21). *الاسس الطبية و الرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي.

أسامة رياض. (2000 ، ص 19). *رياضة المعاقين الأسس الطبية*. القاهرة.

الحديدي . (1998). *مقدمة في الاعاقة البصرية* . الاردن : دار الثقافة للنشر والتوزيع .

الحديدي ,ج .ا .(2004) .*برنامج تدريبي للأطفال المعاقين ، الطبعة* . *1*دار الفكر، عمان.

الحميد ,س .ك .(2009) .*التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة* . *1*دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

الحميد ,س .ك .(2009) .*التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة* . *1*دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

الخزري ,ر .س .(2007) .*هم أحق بالرعاية الطفل المعوق ، الطبعة* . *1*دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

الخطيب ,ج .(1998) .*مقدمة في الإعاقات الجسمية و الصحية* .دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان ن الاردن .

الداهري ,ص .ح .(2005) .*رعاية الموهوبين المتميزين)وذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة* . *1*دار وائل للنشر، عمان.

الرحيم ,أ .ر .(2001) .*القياس والتأهيل الحركي للمعاقين ، الطبعة* . *1*دار الفكر العربي، مصر.

الروسان ,ف .(1998) .*سيكولوجية الأطفال غير العاديين)مقدمة في التربية الخاصة ، الطبعة* . *3*دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

الزعمط ,ي .ش .(2005) .*التأهيل المهني للمعوقين ، الطبعة* . *2*دار الفكر، عمان.

السيد حلاوة . (1998). *صعوبات التعلم لدى أطفال أعراض.أنماط.التشخيص*. مصر.

الصفدي ,ع .ح .(2007) .*الإعاقة الحركية والشلل الدماغي* .دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.

الصفدي ,ع .ح .(2007) .*الإعاقة الحركية والشلل الدماغي* .دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.

الطائي ,ع .ا .(2007) .*طرق التعامل مع المعوقين* .دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.

العبيدي ,ص .ح155) .، .(1999*الشخصية و الصحة النفسية* .مؤسسة حمادة للخدمات و الدراسات الجامعية.

العربية ,ا (s.d.). Récupéré sur http://www.arab-ency.com/detail/9428 .

القران الكريم. ، *سورة النور، الآية رقم (26)* .

القريطي ,ع .ا .(2001) .*سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و ترتيبهم ، الطبعة* . *3*دار الفكر العربي، القاهرة.

المجيد ,م .ع .(1997) .*الألعاب الرياضية للمعوقين* .دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن.

المجيد ,م .ع .(1997) .*الألعاب الرياضية للمعوقين* .دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن.

المجيد ,م .ع 1997) .ص .(20

المجيد ,م .ع .(1997) .الألعاب الرياضية للمعاقين .دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع الأردن .

المجيد ,م .ع .(1997) .الألعاب الرياضية للمعاقين .دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع الأردن .

المشرفي ,إ .(2009) .*الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة* .مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

المصري ,ا .مhttps://youtu.be/5tfbnc_zixY Récupéré sur .(s.d.). .

المطر ,ع .ا .(1996) .*التربية البدنية التأهيلية والشلل الدماغي ، الطبعة* . *1*دار الفكر العربي.

المقرح ا س. (2009). *الاعاقة البصرية في التحصيل العلمي*. ليبيا: جامعة الفاتح.

النواصرة ,ح .م .(2006) .*ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل في التأهيل البدني ، الطبعة* . *1*دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

إيمان فؤاد محمد كاشف. (2001 ، 30). *الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيهة*. القاهرة، مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

إيمان محمد كاشف . (2001 ، ص 108-109). *الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه*. دار قباء.

جريدة البيان الإماراتية-19-08/2006/parts/ae.albayane.www على Récupéré sur .(19 08 ,2006) . 1.946187

جلال ,ع .ا .(1980) .*قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين* .المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم ، تونس.

جمال محمد الخطب –منى صبحي الحديدي. (2009،ص 51 – 52 .). *المدخل إلى التربية الخاصة، كلية العلوم التربوية، قسم الإرشاد والتربية الخاصة*. الجامعة الأردنية : قسم الإرشاد والتربية الخاصة.

جوليانا بيرانتوني. ترجمة عبد الفتاح حسن . (1991 ، ص 134). *التربية النفس الحركية والبدنية والصحية*. القاهرة : دار الفكر العربي .

حسن عبد الجواد. (1984، ص 11). *الألعاب الصغيرة* . بيروت: دار العلم للملايين.

حسين عبد الحميد احمد رشوان .(117,2009) .*الاعاقة والمعوقون* .كلية الاداب اسيوط القاهرة.

حسين ,م .ع .(1986) .*سيكولوجية غير العاديين* .دار الفكر العربي ، الأسكندرية ، مصر .

حلمي إبراهيم و ليلى السيد فرحات 1998) .ص .(40

حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات 8–10) .، .(1998*التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* .القاهرة :دار الفكر العربي.

حمدي احمد وتوت – نهى محمود الصواف. (2013،37). *الصم والدمج مع الاسوياء في التربية البدنية والرياضية* . القاهرة : مركز الكتاب والنشر.

خالد عبد الرزاق السيد. *سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة* . الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

رشوان ,ع .ا .(2006) .*ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة ،)ذوي الاحتياجات الخاصة والموهوبين* . (المكتب الجامعي الحديث، مصر.

رياض, أسامة. (2005،21). *رياضة المعاقين الأسس الطبية والرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي مصر .

سعيد حسني العزة. (2002 ، ص90،86 .). *المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

سليمان ,ع .ا .(2001) .*الإعاقات البدنية* .مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة.

سليمان ,ع .ا .(2001) .*سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة)الخصائص والسمات (الطبعة* . *1*مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

سليمان, عبد الرحمن سيد. (2001، ص 186). *سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة*. القاهرة: ج3، مكتبة زهراء الشرق.

سميرة أبو زيد نجدة. (2001 ، ص 120 –124). *برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة* . : مكتبة زهراء.

سهى احمد أمين نصر. (1999، ص 16). *المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة. *منتدى النفسية الحركية*. ماجدة بهاء الدين السيد عبيد. (2000، ص107.). *الإعاقة العقلية*. عمان : دار صفاء للنشر و التوزيع.

1416هـ ,ا ,2012) .مايو .(11*قروب الاعاقة السمعية* Consulté le .ديسمبر 10الاحد sur ,2017 ,الإعاقة السمعية:

أسامة كامل راتب. (1982 ، ص 64). *التربية الحركية*. القاهرة: دار الفكر العربي.

فيصل عباس. (1996، ص156). *الاختبارات النفسية* . لبنان: دار الفكر العربي.

مروان عبد المجيد إبراهيم. (مروان عبد 2005 ، ص 253 .). *رياضة الأولمبياد الخاص للقدرات الذهنية*. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.

نبيل عبد الفتاح حافظ1985) ., ص .(38–34عند *المنحنى الإعتدالي دراسات وقراءات في التفوق العقلي ولتخلف، كلية التربية* .جامعة عين شمس :كلية التربية، جامعة عين شمس.

إبراهيم ,مروان عبد المجيد 1997) ., .(70الألعاب الرياضية للمعاقين .دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.

احمد رزوق و اخرون .(2003) .مذكرة تخرج لنيل شهادة معلم التعليم المتخصص)اعاقة سمعية .(*براء المعلمين المتخصصين حول صعوبة تطبيق برامج مادة الرياضيات –الطور الاول –في مدارس صغار الصم* .المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين–قسنطينة ,قسنطينة.

سهير كامل أحمد . (2002 ، ص 96 –97). *سيكولوجيا الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

سهير محمد سلامة شاش . (2001، ص 34). *اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية* . مصر : دار القاهرة للكتاب .

سهير محمد سلامة شاش. (2001 ، ص 34). *اللعب تنمية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية*. القاهرة: دار القاهرة للكتاب.

شيخة سالم العريض. (2003). *الوراثة مالها وما عليها*. الكويت: الحرف العربي.

صالح ,ع .ا .(2002) .*متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية* .دار المعرفة الجامعية، مصر.

ضاري توما عبد الأحد بطوطة وحميد عبد النبي عبد الكاظم الفتلاوي. (2009، ص91.). *رياضة وبرامج ذوي الإحتياجات الخاصة و تصنيفاتها الطبية*. بغداد : الدار الجامعية للطباعة و النشر والترجمة.

طه سعد علي –أحمد أبو الليل . (ص 144). *التربية البدنية والرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة .جامعة الكويت كلية التربية الأساسية*. عمان، الأردن: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

ع ،د ابراهيم . (2002). *التربية الرياضية للاعاقة البصرية*. الاردن : دار الثقافة والنشر والتوزيع.

عبد الحفيظ يحيى خوجة .(25 11 ,2016) .*الشرق الاوسط* .Récupéré sur .صحتك :الحميد شرف. (1996، ص 10–18). *البرنامج في التربية الرياضية بين النظرية والتطبيق*. مصر الجديدة: مركز الكتاب للنشر.

عبد الحميد شرف 2001) ., ص .(35*التربية الرياضية والحركية كالأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة* 001 ., ص :62 مركز الكتاب للنشر.

عبد الرحمان جابر .(2001) .*سيكولوجية الاعاقة الجسمية والعقلية* .بيروت :دار الراتب.

عبد الرحمان فائز السويد. (1992). *أمراض القلب الخلقية ومتلازمة داون*. الرياض: دار النجاح.

عبد الرحمن العيساوي 2000) ., ص .(22*التربية النفسية للطفل والمراهق* .لبنان :دار الراتب الجامعي .

عبد الرحمن العيسوي. (1997، ص 22). *سيكولوجيا الإعاقة الجسمية والعقلية*. بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية بيروت.

عبد الرحمن سليمان. (2001 ، 117). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة، مصر: مكتبة الزهراء الشرق.

عبد الله محمد. (2004). *تعديل السلوك للاطفال متخلفين عقليا باءستخدام جداول النشاط المصور* . القاهرة : دار الزهراء.

عبد المجيد عبد الرحيم. (1997 ، ص16). *تنمية الأطفال المعاقين*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد المطلب أمين القريطي. (1995، ص 89-95). *سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وترتبهم*. القاهرة.

عبيد ,م .ا .(1999) .*الإعاقة الجسمية* .مجموعة النيل العربية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

عثمان سيد قطب، طارق حسين. (2010، ص129.). *دليل الأخصائي الرياضي لتخطيط برامج المعاقين ذهنيا*.

عقيدة اعتدال . (2011). *مربع التخلف العقلي* . كويت: دار القلم.

علا عبد الباقي إبراهيم. (2000 ، ص 91). *الأطفال المعوقون رعاية وعلاج*. القاهرة: عالم الكتب.

علا عبد الباقي إبراهيم. (2000،92،96). *التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة: عالم الكتب.

عودة محمد الهذلي .(2008) .*المتلازمة داون الخصائص والاءعتبارات التاهلية* .عمان :دار وائل.

فاروق الروسيان. (1998، ص17). *قضايا ومشكلات في التربية الخاصة* . الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

فرحات ,ح .إ .(1998) .دار الفكر العبي.

فرحات ,ح .إ .(1998) .*التربية الرياضية والترويح للمعوقين* .دار الفكر العربي ، القاهرة .

فرحات ,ح .إ41) .، .(1998*التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* .دار الفكر العربي ، مصر .

فرحات ,ح .إ49) .،47، .(1998*التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* .دار الفكر العربي ، القاهرة .

فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون. (2001،44). *بحوث ودراسات فسيكولوجيا الإعاقة*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

كرستين مايلر. (1994 ، ص 22 .). *التربية الخاصة دليل لتعلم الطفال المتخلفين عقليا* . الأردن : ورشة الموارد العربية .

كمال سالم السيد سالم. (1988 ، ص 97 – 98). *الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين، الرياض*. الرياض: مكتبة الصفحات الذهنية.

كمال مرسي. (1979 ، ص 280 .). *مرجع في التخلف العقلي*. الكويت: دار القلم.

ماجدة السيد عبيد. (2000 ، ص 106). *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

ماجدة السيد عبيد. (2000 ، ص 106). *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

محروس الشناوي. (1997 ،81). *التخلف العقلي*. القاهرة: محروس الشناوي: التخلف العقلي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد إبراهيم عبد الحميد. (1998، ص68). *تعلم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

محمد البواليز وآخرون. (2000،ص 115). *مدخل في الخدمة الاجتماعية* . الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد سيد فهمي. (1998، 126–119). *السلوك الاجتماعي للمعاقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية*. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث أ الإسكندرية.

محمد صادق عثمان –رفيق عبد الحق. (1989 ، ص 03). *الرياضة للمعوقين*. جامعة بغداد.

محمد عبد المؤمن حسين. (ص141 – 142). *مشكلات الطفل النفسية* . الإسكندرية، مصر: دار الفكر الجامعي.

محمد كامل عفيفي عمر. (1998 ، ص 12–13). *التربية البدنية بين النظرية والتطبيق* . القاهرة: دار حداد .

محمد ,ا .ف .(2008) .*الإعاقات الحركية* .دار الجامعة الجديدة للنشر ، مصر .

مروان عبد الجيد ابراهيم. (2005،288). *رياضة الالمبيادتاخاص للقدرات تاذهنية*. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.

مروان عبد المجيد. (1997).

مروان عبد المجيد إبراهيم. *الموسوعة الرياضية المتحدي الإعاقة*. عمان: الدار العلمية الدولية النشر.

مصطفى نوري القمش. (2011، ص 367). *الإعاقات المتعددة*. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

مؤسسة الغد المشرق 27) .يوليو .(2011*مؤسسة الغد المشرق* Consulté le .ديسمبر الاحد 10, 2017, surاسباب الاعاقة السمعية296096/posts/alghadalmoshreq/users/kenanaonline.com://http :

موسى فهمي إبراهيم. (1990 ، ص123). *التمارين والعروض الرياضية*. القاهرة : .

ناظم هاشم ألعبيدي. (150). *ناظم هاشم ألعبيدي: الشخصية والصحة النفسية*.

ناظم هاشمي لعبيدي –صالح حسن الدهيري . (1999 ، ص142، 150). *الشخصية والصحة النفسية*. بغداد .

نايف مفضي الجبور . (113،2012). *رياضات ذوي الاحتياجات الخاصة* . الاردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

وحدة الخدمات الضمانية سيدي الصيد Récupéré sur .(28 12 ,2016) .

يوسف فوزي .(2002) .مصر.

. ed E.S.F 2éme :Paris .*Les enfants dits de biles* .(P 186,1980) . imizian T André

Alger: Entreprise .*Maladie mental et handicap mental* .(P 197,1984) . Boucebci M .Nationale du livre

Nathan : France .*Education physique et handicap moteu* .(page 05 , 1996) . Garel j .p .Pédagogie

.https://psychomotricite.ahlamontada.com/f11-montada

(P), O. (1961). *l'éducation des enfants physiquement* . édition, P.U.F, Paris.

http://sahooom.blogspot.com/2012/05/blog-post_865.html

. (s.d.).ا.ع46,

. (2012, 08 30). Récupéré sur bbcعربي
http://www.bbc.com/arabic/sports/2012/08/120830_para_classification.shtml

: https://www.estheticon-الاعاقة المولودة في اليد*estheticon*. (2013, 07 09). Récupéré sur arabic.com/procedures/congenital-hand-defects-ar

.Masson :Paris .*la therapie psychomotrice* .(page 161 , 1995) .J.Richard

Oleron. (1961 p 99).

randall et lambert. (1979). london.

.paris: Vigot .*Apprentissage moteur et performance* .(Page 169,1993) .Schidt R .A

smith a wilson. (1976). *adapted physical.*

. (2012, 02 16). Récupéré sur http://erada.kenanaonline.com/posts/382074ارادة لذوي الاعاقة

المحور الثاني : الاعاقة العقلية

مقدمة:

لقد عانى المعاقون منذ القدم من التخلف العقلي كونه ظاهرة مشئومة فكانوا يتركون للموت جوعا باعتبارهم أفراد غير نافعين، كما نادي الفلاسفة الإغريق بمبدأ البقاء للأصحاء وينعتون هؤلاء الأفراد بأنهم بهم مس من الشيطان وهي اعتقادات خاطئة عند الأسر لغياب الوعي عن طبيعة الإعاقة وكيفية انتشارها والاعتقاد بالجن والأرواح الشريرة خاصة بمصابي الصرع ، كما تختلف نظرة المجتمع حسب درجة الفقر فكلما زاد الفقر كلما زاد إهمال الإعاقة ، مما يسبب له صعوبة كبيرة إن لم تكن مستحيلة في التأقلم والاندماج لتصل في النهاية إلى مرحلة العدوانية للمجتمع (أسامة رياض، 2000 ، 19)

وقد جاء في الديانات السماوية بما تحمله من تعاليم المحبة والتسامح والإخاء بين البشر لاسيما المجتمع الإسلامي وكما نص عليه الكتاب والسنة واهتمام عمر بن الخطاب وعبد المالك بن مروان وغيرهم من الخلفاء بتوفير الرعاية الاجتماعية وخصص عمر بن عبد العزيز مرافق كل كفيف و لكل مقعد (محمد سيد فهمي، 1998، 126–119).

وفي هذا المقام جاء قوله سبحانه وتعالى " ليس على الأعمى حرج ولا الأعرج حرج ولا على المريض ولا على أنفسكم " (الكريم)وإيمان بحق فئة المعاقين في حياة إنسانية كريمة صدرت حديثا تشريعات التي أكدت حقهم في الرعاية المتكاملة، واتسعت دائرة الرعاية لتشمل الفئات غير القابلة للتعلم (فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون، 44.2001).

وفي أوساط القرن 17 ميلادي قام القديس "فنيسينت ري بول " وأخواته المحسنات بإنشاء مؤسسة إيوائية في باريس عرفت بمؤسسة الباستار لمن لا مأوى لهم (المشردين والمعوقين عقليا أو بدنيا) وكان الإيواء والطعام والمجلس والحماية هي أقصى ما قدم للمتخلفين في دلك الوقت دون أي محاولات لتعليمهم أو تدريبهم وهي فترة الملجأ.

ومع بداية القرن 19 تولدت فكرة إنشاء معاهد تقدم الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية والمهنية للمتخلفين عقليا فقد أسس جوها تجاكوس(1816–1863) معهدا عام 1841 بالقرب من مدينة بيرن بهدف تشبه المدارس الداخلية مع تركيز كبير على البرامج التعليمية وبرامج التأهيل وكانت هده المعاهد تدار بواسطة مختصين يؤمنون بأنه من الممكن تعليم المتخلفين المهارات الضرورية للأداء في المجتمع حيت يغادرون المعهد بعد ذلك ليعودوا للمجتمع.

تلعب المهارات الحركية دورا بالغ الأهمية في حياة الإنسان فهي ضرورية لتأدية كافة النشاطات في الحياة اليومية، وتعتبر أساسية في تأدية الواجبات الحياتية والمهنية كذلك فإنها تلعب دورا حيويا في النمو المعرفي الذي يعتمد على قدرة الفرد على التنقل، والحركة والتعامل مع المحيط بكل تعقيداته

وتناقضاته فحدوث الإعاقة الحركية يعني أن المعوق قد فقد القدرة على القيام ببعض الأعمال حيث لا تقتصر فقط على صعوبة التنقل، بل تشمل وظائف الأطراف التي تعتمد على عملية التحرك فتؤثر الإعاقة الحركية على سلوك الفرد وتصرفاته، حيث يصبح الشعور بالنقص والعجز عاملا فعالا في النمو النفسي للفرد، وتنشأ عنها اضطرابات نفسية مختلفة تعيق الحياة الطبيعية للفرد .

إن التخلف العقلي لم تكن ظاهرة وليدة العصر الحديث بل هي قديمة فرضت قيودا على المعاق فمنهم من يعاني من التهميش أو الإنكار أو عدم التكيف ومنهم من يحاول التحدي واثبات ذاته و مكانته .وبين هذا وذاك يبقى التخلف العقلي يتخبط بين القبول والرفض ولو نظرنا إلى هذه المشكلة بنظرة علمية ذات أهداف ايجابية لوجدنا أن المتخلف ناقص دون المتوسط في نسبة ذكائه و يتمتع نسبة كبيرة منه إمكانيات وقدرات بدنية تساهم في إنتاج وخدمة المجتمع لا عالة عليه .فقط يحتاج إلى نوع من التدريب والتنمية من أجل الارتقاء بقدراته للاستفادة منها واستغلالها حق الاستغلال ومن ثمة التكيف والاندماج في المجتمع، فالكثير من العلماء منهم طه سعيد علي وأحمد أبو الليل يعرف "المعاق هو ذلك الإنسان الذي سلبت منه وظيفة لأحد أعضاء الجسم الحيوية نتيجة لمرض أو سبب الوراثة ونتج عن ذلك العجز عدم القدرة على تحقيق احتياجاته الحياتية وعلى ذلك المعاق ليس الشخص ذو العاهة الظاهرة التي نراها كالأعمى والأصم وإنما كل نقص في وظائف الجسم الحيوية " (طه سعد علي –أحمد أبو الليل، 144).

1 – تعريفات التخلف العقلي:

الإعاقة: هي كل قصور جسمي أو نفسي أو عقلي أو خلقي يمثل عقبة في سبيل قيام الفرد بواجبه في المجتمع، ويجعله قاصرا عن الأفراد الأسوياء الذين يتمتعون بسلامة الأعضاء وصحة وظائفها (محروس الشناوي، 1997 ،81) أما حلمي إبراهيم وليلى السيد فرحات فيرى أن الإعاقة هي عدم قدرة الشخص بالعمل الذي يستطيع غيره من الناس تأديته ويصبح العجز إعاقة عندما يحد قدرة الشخص على القيام بما هو متوقع منه في مرحلة معينة (عبد المجيد عبد الرحيم، 1997 ، 16)وعبد الرحمن العيسوي فيعرفها على أنه كل ما يختلف عن اللفظ السوي أو العادي في النواحي الجسمية أو العقلية أو المزاجية أو الاجتماعية إلى درجة تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته و مواهبه. (حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات، 10–8 ،1998)

ومما سبق يمكن القول أن الإعاقة هيى كل عجز أو اضطراب أو نقص نفسي، جسمي عاطفي يصيب الفرد ويمس جانب من جوانبه الحيوية الذي يعيق حياته اليومية ويمنعه من مزاولتها كباقي أقرانه الأسوياء. (عبد الرحمن العيسوي، 1997، 22)

التعريفات الطبية للتخلف العقلي: تعتمد التعريفات الطبية على وصف سلوك الشخص المتخلف عقليا في علاقاته مع الآخرين وإصابة الجانب الوظيفي أو عيب في جهازه العصبي المركزي المتصل بالأداء العقلي (محمد إبراهيم عبد الحميد، 1998، 68)

عرف "تريد جولد (1995) tredgold" التخلف العقلي أنه "حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى نمو الفرد العادي أو استكمال ذلك النمو " ويعرف جير فيس jervis1252 التخلف العقلي أنه "حالة توقف أو استكمال ذلك النمو " العقلي نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو يكون نتيجة لعوامل جينية أثناء فترة التكوين " .

ويعرف بنوا (1952) benoit التخلف العقلي أنه" ضعف في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل خارجية، بحيث يؤدي إلى نقص في القدرة العقلية للنموووكذلك في التكامل الإدراكي والفهم وبالتالي التكيف مع البيئة التي يعيش فيها الفرد "

أما لوريا lauria1983 المتخلف عقليا بأنه " شخص يعاني من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة ، وتؤثر هذه الأمراض على الارتقاء السوي للمخ (سهير محمد سلامة شاش، 2001، 34).

ومن خلال ما سبق فالتخلف العقلي هو عبارة عن نقص أو تأخر في النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو أثناء التكوين أو الأسباب موروثة من الأولياء " .

التعريفات الاجتماعية : قديما وليس بالبعيد كان الحكم على التخلف العقلي اعتمادا على اختبارات الذكاء إلا أنه الدراسات الحديثة أثبتت أن هناك عوامل أخرى ينبغي أخذها بعين الاعتبار كالسلوك العام الانجازات التحصيلية المدرسية، الاستجابات الانفعالية، التوافق الاجتماعي .

ومنه عرف 1961heber عن ناظم هاشم العبيدي التخلف العقلي يظهر في مرحلة النمو مرتبطا بخلل واحد أو أكثر من الوظائف الآتية : النضج ، التعلم ، التكيف الاجتماعي (العبيدي، 1999،155) ليأتي كريستين إنجرام CHRISTININGRA فيقول الطفل المعوق هو الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وتقع نسبة ذكائه 70– 50 درجة " (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000،92،96).

عرف سارسون sarson1953 التخلف العقلي أنه "حالة يظهر فيها عدم التوافق الاجتماعي، وتصاحبه قصور في الجهاز العصبي المركزي (محمد إبراهيم عبد الحميد، 1998، 68)

و عرف دول Doll1941 المتخلف عقليا أنه

غير كاف اجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يسير أموره وحده

دون الأسوياء في القدرة العقلية العامة (الذكاء) .

يظهر متخلفا عمليا عند بلوغه سن الرشد (محروس الشناوي، 1997 ،81).

ويعرف محمد البواليز وآخرون التخلف العقلي أنه ذو مستوى أداء وظيفي عقلي أقل من المتوسط و يصاحب ذلك الخلل في السلوك ألتكيفي و يظهر في مراحل العمر النهائية منذ الولادة وحتى سن الثامن عشر (محمد البواليز وآخرون، 115،2000).

من خلال تلك التعارف ترى الباحثة أن التخلف العقلي هو عدم التوافق الاجتماعي تصاحبه قصور في السلوك ألتكيفي مقارنة مع أقرانه من الأسوياء .

أما الجمعية الأمريكية فتعرف التخلف العقلي على أنه كل قصور في عدد من جوانب أداء الفرد دون سن الحادي و العشرون و تبدو في التدني الواضح في القدرة العقلية على متوسط الذكاء ويرافقها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك ألتكيفي كمهارات الاتصال اللغوي والعناية بالذات، والمهارات الأكاديمية (جمال محمد الخطب –منى صبحي الحديدي، 2009 51 – 52 .)

إن تحديد عدد الأشخاص المتخلفين عقليا في المجتمع ما ليس بالأمر السهل ويعود ذلك الى جملة من العوامل من أهمها تعريفات التخلف العقلي والمتفق عليه هي نسبة 3% ويعتمد تقدير هذه النسبة على معيار واحد هو نسبة درجة الذكاء.

2 – تصنيف المتخلفين عقليا :

أ – التصنيف الطبي –البيولوجي: يعتمد هذا التصنيف على أساس التخلف العقلي ولكن حوالي 75% من حالات التخلف العقلي لا يعرف لها أسباب محددة .

ب – التصنيف الاجتماعي النفسي:يعتمد هذا التصنيف على درجة الذكاء (المعيار السيكومتري) والسلوك ألتكيفي وفي كلتا الحالتين يصنف التخلف العقلي إلى بسيط – متوسط – وشديد و شديد جدا واعتمادا على نسبة الذكاء و كذا مقياس السلوك ألتكيفي .

ج – التصنيف التربوي: بناءا على هذا النظام في التصنيف يصنف التخلف العقلي كما يلي :
متخلفون عقليا قابلون للتعلم نسبة ذكائهم تتراوح بين (70–50).
متخلفون عقليا قابلون للتدريب نسبة ذكائهم تتراوح بين (50 –30) .
متخلفون عقليا اعتماد يون نسبة ذكائهم تتراوح أقل من 30.

2 – 1 تصنيف حالات التخلف العقلي :

قد يصنف المعاقون حسب عامل الزمن والثبات مثل مجموعة المعاقين التي تضم ذوي العاهات المزمنة والتي لا يرجى شفاءها (سهير محمد سلامة شاش، 2001 ، 34)، وقد تصنف حسب تشابه أو اختلاف تلك الفئة بناء على خاصة معينة و في رأي نيزورت وسميث 1978 أن نظام التصنيف هو مخطط تنظيمي أو مجموعة من الإجراءات للتعرف على أي فرد يجب أن ينظم كعضو في مجموعة معينة وفي حالات التخلف العقلي فإنه نتيجة لعملية التقويم والقياس، فإن الفرد قد يصنف على أنه

متخلف أو غير ذلك وحسب نوع وشدة وسبب أو الأسلوب العلاج المفضل ويتم تصنيف حالات التخلف العقلي حسب ما يلي :

2 – 2 التصنيف السيكولوجي: (القياس النفسي)

تقسم حالات التخلف العقلي تبعا لهذا التقسيم إلى ثلاث فئات حسب نسبة الذكاء كما يلي:

فئة التخلف العقلي البسيط: وتضم الأفراد الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين 50– 70 درجة.

فئة التخلف العقلي المتوسط: وتضم الأفراد الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين 25–49 درجة.

فئة التخلف العقلي الشديد: و تضم الأفراد الذين تتراوح نسبة ذكائهم عن 25درجة .

و يهدف هذا التقسيم إلى معرفة المستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة التي يمكن قياسها بواسطة اختبارات الذكاء المقننة، مثل: اختبار ستانفورد بينيه اختبار وكسلر، اختبار جودا نوف .

واتخاذ نسبة الذكاء أساس لهذا التقسيم، يتم بناء على أن نسبة ذكاء الفرد توضح مستوى الأداء الوظيفي للقدرة العقلية ، وعندما نريد قياسها لدى مجموعة كبيرة من الناس وجدناها موزعة توزيعا اعتدا ليا أي أن معظم الناس تقع نسبة ذكائهم وسط المنحنى ألاعتدالي المعياري لتوزيع الذكاء بينما تقع فئة المتخلفين عقليا على الطرف الأدنى للتوزيع حيث يصل الفرد المتخلف عقليا على 70 درجة فأقل (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000 ، 91) .

2 – 3 التصنيف الطبي: (حسب الأسباب) : يعتمد هذا التصنيف على العوامل المسبقة للتخلف العقلي حيث يصنف كالآتي :

التخلف العقلي الأولي: ويضم الحالات التي يرجع التخلف العقلي فيها العوامل وراثية مثل أخطاء الجينات والصفات (الكروموزومات) ويحدث في حوالي من حالات التخلف العقلي العائلي .

التخلف العقلي الثانوي : ويضم الحالات التي يرجع التخلف العقلي فيها لعوامل بيئية تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو، وبعد عملية الإخصاب ، و يحدث ذلك في حوالي 2%من حالات التخلف العقلي (ماجدة السيد عبيد، 2000 ، 106)

التخلف العقلي المختلط: ويضم الحالات التي يرجع فيها التخلف العقلي إلى العوامل أو المسببات الوراثية والبيئية معا

التخلف العقلي غير محدد السباب : وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من ذوي التخلف العقلي التي يصعب فيها تحدي أسباب أو عوامل معينة أدت إلى التخلف العقلي (سهير محمد سلامة شاش، 2001 ، 34)

- 3أسباب التخلف العقلي:

أسباب خلقية ووراثية : من بين أسباب حدوث الإعاقة العقلية خلفية وراثية وتكون أثناء الحمل وقبل الولادة متعلقة بتكوين البويضة أو الحيوان المنوي (حلمي إبراهيم و ليلى السيد فرحات، 1998.40)

وهناك من تحملها الجينات في الخلية الملقحة إذا كانت قد سادت في احد الأجداد ولكنها صفة متنحية قد تظهر في بعض الأحفاد دون بعضهم (عبد المجيد عبد الرحيم، 1997 ، 16)

وهناك حالات عامل الريزيس (RH) ، إذا كان الأب فصيلة دم RH^+وفصيلة دم الأم تحمل RH^- فإن الجنين يرث من الأب فصيلة دمه RH^+فلا تتوافق فصيلة دم الجنين مع دم أمه، وينتج عن اتصالهما تكوين أجسام مضادة في دم الأم، وتنتقل بدورها إلى الجنين عن طريق الحبل السري فيكون أجساما مضادة لها، وتؤدي هذه العملية إلى الفتك بكريات الدم الحمراء عند الجنين وتتكون لديه مناعة طبيعية، تحميه طوال فترة الحمل، فلا يؤدي جهازه العصبي إلا بعد الولادة، فيحدث التخلف العقلي .

بالإضافة إلى اضطرابات في عملية الأيض: الجلاكتموسيميا مرض وراثي ناتج عن الجينات متنحية، يصاب به الطفل إذا انتقلت إليه جينات طفرية من والديه، فيحدث خلل في التمثيل الغذائي بسب نقص الإنزيم الذي يحول الجلاكتوز إلى الغلوكوز ، فيتراكم الجلاكتوز في دم الطفل ويؤدي إلى تلف خلايا الدماغ (فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون، 44،2001)

كما هناك أسباب تعود إلى العدوى منها ، الحصبة الألمانية تؤثر هذه الأخيرة على الجنين في حالة إصابته، فتؤدي إلى فقدان السمع والبصر، وإصابة القلب بأضرار وتلف الدماغ مما يؤدي الى صغر حجم الرأس وبالتالي التخلف العقلي (عبيد، 1999) (ماجدة السيد عبيد، 2000 ، 106)وكذلك مرضى الزهري: فألأم المصابة بالزهري قد تنقل عدوى هذا المرض إلى الجنين عن طريق المشيمة وعادة يموت الطفل بعد الولادة (فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون، 44،2001).

الإشعاعات: إذا تعرضت الأم في مرحلة حملها إلى نسبة كبيرة من الإشعاعات يؤثر على جنينها وبالخص يؤثر في المرحلة التكوينية التي يوجد فيها الجنين خاصة في ثلاثة أشهر الأولى فالجنين في هذه المرحلة احتمال كبير إصابته بالتخلف العقلي (محروس الشناوي، 1997 ،81)

اضطرابات الغدد الصماء: إذا كان هناك اضطراب في الغدة التيموستية والغدة الدرقية في مرحلتي الأجنة والطفولة المبكرة يؤدي الى التخلف العقلي (فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون، 44،2001)

أسباب أثناء الولادة: كل مرحلة من مراحل تكوين الجنين مرتبطة بلتي سبقتها فقد أثبتت الدراسات أن حالات الضعف العقلي تكثر لدى الأطفال الذين ولد قبل إتمام الفترة الطبيعية ويعتبر اختناق الطفل لحظة الولادة بسبب نقص الأكسجين من الأسباب إصابة المخ كما هناك إصابات مثل حدوث جروح في الدماغ أو نزيف داخلي، وقد تؤدي أخطاء في الولادة إلى تورم الغشاء الخارجي للمخ وامتلائه بالدم بسبب النزيف الداخلي به (ماجدة السيد عبيد، 2000 ، 106) كما أن عدم الاستعداد الى استقبال الوليد ودفعة

التنفس، البكاء والعادات السيئة للأم الحامل أثناء الحمل تضر بالطفل كالتدخين، تعاطي المخدرات والكحول (عبد المجيد عبد الرحيم، 1997 ، 16).

أسباب ما بعد الولادة : تؤثر كل من الأمراض وحوادث التسمم والاختناق تأثير سلبي على نمو المخ وقد تسبب التخلف العقلي، فالبكتيريا مثل بكتيريا الأنفلونزا أو الالتهاب الرئوي تسبب اضطراب في الجهاز العصبي المتصل بالمخ .

كما أن نقص التغذية يؤدي إلى التخلف العقلي خاصة أثناء الطفولة المبكرة ، بالإضافة إلى الحرمان الثقافي والظروف البيئية و الأطفال غير مرغوب فيهم والأيتام كلها أسباب تؤدي إلى التخلف العقلي (ماجدة السيد عبيد، 2000 ، 106).

4 –خصائص عامة للمتخلفين عقليا:

المتخلفين عقليا هم أفراد أدنى من العاديين في كافة الخصائص الجسمية، العقلية، الانفعالية وحتى الاجتماعية (عبد الرحمن سليمان، 2001 ، 117)

فحسب نبيل عبد الفتاح حافظ فالمتخلف عقليا نجده من الناحية الجسمية لا يتحكم في عملية الإخراج نجده سيتشهد بقول ترو كشانك " أن الانحراف الأساسي ينحصر في قصور في نمو الخلايا العصبية المسئولة عن الأداء الانفعالي. (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1985، 34–38) أما عبد المؤمن حسين يصنف ذلك إلى الخصائص الاجتماعية فيقول " المتخلف عقليا مضطرب قي تفاعله الاجتماعي وذلك راجع إلى نقص اهتمام العالم من حوله وانطوائي هو انقياد ته (محمد عبد المؤمن حسين، 141 – 142).

المتخلف عقليا ذو خصائص لغوية تكمن في بطئ النمو اللغوي مثل التأتأة والأخطاء في اللفظ وعدم ملائمة نغمة الصوت (عبد المطلب أمين القريطي، 1995، ص 89–95)وللتعرف أكثر على خصائص المتخلفين عقليا نستبدل ونستشهد بدراسة قام بها لطفي بركات التي دامت خمسة (5) سنوات بداية بإعداد استمارة بحث حول حالة المعاقين عقليا شملت 350 طفلا واستهدف مضمونها التعرف على الخصائص الجسمية الحسية، الحركية، العقلية، الانفعالية والاجتماعية وقد أسفرت تحليلات هذه الاستمارة على النتائج التالية :

خصائص جسمية: المتخلفين عقليا أصغر حجما يميلون إلى السمنة وبلوغهم الجنسي مبكرا وتفسره الباحثة إلى الشذوذ الجنسي لدى هذه الفئة مردا إلى حالات تعويضية يريد فيها المعاق إثبات كيانه وتحقيق ذاته، كما لوحظ عدم وجود تناسق بين الوزن والطول ومعظم حركاتهم عشوائية .

خصائص عقلية: قدراتهم على الإدراك محدودة، انتباها تهم مشتتة وانشغالاتهم بالغناء والشرود والعراك والأكل والخروج من الفصل أثناء شرح المعلم أو المربي (سهير كامل أحمد، 2002 ، 96 –97) قدراتهم على التذكر تكاد تكون محدودة، يخافون من بعض الحيوانات ومن الأماكن المغلقة والمفتوحة والمرتفعة والمظلمة.

خصائص اجتماعية: اجتماعيون وكذا انسحابيون لا يتحملون المسؤولية علاقاتهم بالأصدقاء وقتية سرعان ما ينقلبون، لا يحترمون العادات والتقاليد السائدة في الجماعة حولهم كما أن هناك خصائص النمو المتصلة باللعب فهم يميلون إلى اللعب الجماعي،والسيطرة أثناء اللعب ولا يحترمون أصول اللعب ويتميزون بالتعارك المتكرر والهمجي (كمال سالم السيد سالم، 1988 ، ص 97 – 98) إما عبد الحميد شرف يرى خصائص المعاقين ذهنيا كما يلي:

-عدم التوافق الحركي وضعف في القدرة على التركيز، انخفاض ميكانيكية القوام والجسم بصفة عامة، ضعف حيوية الجسم والكفاءة الإدراكية الحركية العدوانية مع زملائهم وعدم السيطرة على السلوك، ضعف التوافق العضلي العصبي، عدم التكيف الاجتماعي، فقدان الثبات الانفعالي ضعف القدرة على الكلام والسمع والإحساس (عبد الحميد شرف، 2001 ، 35) تقسيم المتخلفين عقليا يعتبر مشكلة صعبة الأهمية لاحتوائها على مخاطر فهم لديهم تأخر في الارتقاء الحركي والذهني حيث لا يمكن للمعاق إمساك القلم حتى السن سنتين ويرسم دائرة في السن 4 سنوات ومربع في السن 6 سنوات ويكتب اسمه حتى سن 8 سنوات. (خالد عبد الرزاق السيد)

4 – 1 خصائص المتخلفين عقليا حسب درجة إعاقتهم:

4 – 1 – 1 التخلف العقلي البسيط (الخفيف):

الخصائص العقلية والمعرفية : يتميز أفراد هذه الفئة بخصائص عقلة ومعرفية تميزهم عن الفئات الأخرى من المتخلفين عقليا، حيث يتمتعون بالقدرة على التعلم ويطلق عليهم القابلون للتعلم، وتتراوح نسب ذكائهم بين 50 و 70 درجة (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000 ، 91)

على الرغم من قدرة هؤلاء الأفراد على التعلم ، إلا أنهم يحتاجون إلى جهد كبير و أساليب خاصة لن مقدرتهم على التعلم لا تنمو إلا في سن متأخرة، وهذه الخصائص تشمل :

– التعلم:من أكثر الخصائص وضوحا لدى الأطفال المتخلفين عقليا النقص الواضح في القدرة على التعلم ، مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني .

كما تشيرالعديد من الدراسات في هذا الصدد الى النقص الواضح عند هؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا على التعلم من تلقاء أنفسهم مقارنة مع الأطفال العاديين ومن تلك الدراسات دراسة بنمستر (1976) Benmeister وديني (1964) Denny وزقلر (1969) Zigler والتي يلخصها ماكميلان (1977) Macmillan بقوله أن الفروق بين تعلم كل من الأطفال العاديين و المتخلفين عقليا المتماثلين في العمر الزمني فروق في الدرجة والنوع ومن الدراسات العربية في هذا المجال الدراسة التي أجراها الروسان (1988) حول أداء الطلبة العاديين على المتخلفيين عقليا .

– الانتباه: يواجه الأطفال المتخلفون عقليا مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية، إذتتناسب تلك المشكلات طرديا كلما نقصت درجة التخلف العقلي ، وهذا ما أكده كل

من وزيمان و هاوس (1963) من دراستهما حول التعلم بالتمييز لدى المتخلفين عقليا أنهم يتميزون بضعف الانتباه لديهم بسبب عدم قدرتهم على الانتباه للميزات المنتمية للبعد الذي به أعمال التمييز، ومن هنا يتضح لنا أن الصعوبة في تعليم المتخلفين عقليا تكمن في مشكلة الانتباه (سليمان, عبد الرحمن سيد، 2001، ص 186).

ويقول عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ (1975) أن الطفل المتخلف عقليا يتميز بصعوبة احتفاظه باالإنتباه في نشاط معين لفترة طويلة، أو بالدرجة التي يستطيعها الطفل العادي فسرعان ما يتشتت انتباهه و ينتقل من النشاط الذي يقوم به الى نشاط آخر جديد يحاول القيام به (إيمان فؤاد محمد كاشف، 2001 ، 30)

3- التذكر (الذاكرة) :المتخلفون عقليا يتعلمون ببطء، وينسون ما يتعلمونه بسرعة وذلك راجع الى انهم يحفظون المعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية بعد جهد كبير .

وهذا المستوى من الذاكرة يحفظ المعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط، لكن لا ينقلها الى المستويات الأخرى التي تؤكد على حفظ المعلومات لفترات طويلة، وهذا ينعكس على الأطفال المتخلفين لأنهم لا يتقنون ما تعلمونه، ولا يحتفظون به في ذاكرتهم لمدة طويلة، إلا معلومات وخبرات قليلة وبسيطة، وهذا ما يجعلهم في حاجة مستمرة لإعادة التعلم أكثر من مرة (سهى احمد أمين نصر، 1999، 16).

كما أكدت البحوث والدراسات مثل دراسة بوتر فيلد وبيلمونت (1973)، دراسة اتكينسون وشيفرون (1968) أن الطفل المتخلف عقليا لا يستوعب الموقف التعليمي إلا بعد التكرار مرات ومرات، وأن هذا التكرار لازم لمساعدته على التذكر و الاستفادة من مواقف التعلم، ولذا اعتبر فيرجاسون (1962) Vergason أن تطبيق مبدأالتعلم بعد تملم التعلم أو ما يسمى بالتعلم الزائد، وهذا يعني أن نكرر الموقف التعليمي أمام الطفل أكثر من مرة حتى بعد التأكد من استعابه لهذا الموقف (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000 ، 91) .

4 -لإدراك : يعاني المتخلف عقليا قصورا في عمليات الإدراك العقلية، خاصة عمليتي التمييز والتعرف، التي تقع على حواسه الخمس، بسبب صعوبات الانتباه والتذكر فهو لا ينتبه الى خصائص الأشياء، ولا يدركها، وينسى خبراته السابقة، فلا يتعرف عليها بسهولة، مما جعل إدراكه لها غير دقيق، أو يركز على جوانب غير أساسية فيها (مرسي، 1979 ، 280 .)حيث تقترن محدودية مجال الإدراك بحجم الموضوع المدرك، ونظرا لعلاقة التأثير والتأثر بين كل من الانتباه والإدراك فإن محدودية الإدراك تعرقل توجه الطفل المتخلف عقليا الى الموضوعات، او المواقف غير المألوفة، ففي حين نجد الطفل العادي يتابع ما يجري حوله ويميز ما هو رئيسي مباشرة، وينتبه الى الموقف، ولا يستطيع الطفل المتخلف عقليا أن يدرك ولفترة طويلة مغزى ما يدور وكثيرا ما يبدو عاجزا عن التوجه ، كما يتميز الإدراك لديه بالا تفرقة الشديدة والتمييز بين الموضوعات المتشابهة بشكل خاطئ لدى تعرفه عليها (عبد الرحمن سليمان، 2001 ، 117).

4 – 1 – 2 الخصائص الجسمية والحركية : بالنسبة للصفات الجسمية العامة كالطول والوزن، والبنيان الجسمي بصفة عامة تعتمد كلها على الخصائص الوراثية للطفل، تكون الفروق بين ذوي التخلف العقلي البسيط وبين الأسوياء في نواحي النمو الجسمي أقل بكثير من الفروق بينهم في نواحي النمو العقلي (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000 ، 91).

حيث أنه كلما قلت درجة الذكاء أو اقتربت من 50 كلما بدأت الفروق في مستوى النمو الجسمي والحركي تظهر، فهم أقل وزنا وأقل طولا وأقل قدرة على المشي بطريقة صحيحة (سهى احمد أمين نصر، 1999، 16)

ومن الدراسات التي أكدت ذلك دراسة راريكووبد (1970) حيث قارن الخصائص الجسمية للمتخلفين عقليا بالخصائص الجسمية للأسوياء، فوجدوا أن المتخلفين عقليا أقل من حيث الحجم والوزن والطول ويميلون الى البطء في المشي، إما الخصائص الحركية و النفسية الحركية ، فقد أثبتت دراسة مالباس (1963) أن المتخلفين عقليا كمجموعة تؤدي الأعمال التي تحتاج إلى توافق حركي بكفاءة أقل، سواء كانت هذه المهارة في صورة قوة أو سرعة أو دقة .

وقد استنتج " مالباس " أن المتخلفين عقليا يميلون إلى التأخر في النمو الحركي والتعلم الحركي ولديهم قصور في أداء الوظائف الحركية (إيمان فؤاد محمد كاشف، 2001 ، 30)وعليه يرى الباحث أن الطفل يحتاج إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي وتنمية القدرات الحركية بصفة عامة

4 – 1 – 3 الخصائص الجسمية والحركية : بالنسبة للصفات الجسمية العامة كالطول والوزن، والبنيان الجسمي بصفة عامة تعتمد كلها على الخصائص الوراثية للطفل، تكون الفروق بين ذوي التخلف العقلي البسيط وبين الأسوياء في نواحي النمو الجسمي أقل بكثير من الفروق بينهم في نواحي النمو العقلي (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000 ، 91).

حيث أنه كلما قلت درجة الذكاء أو اقتربت من 50 كلما بدأت الفروق في مستوى النمو الجسمي والحركي تظهر، فهم أقل وزنا وأقل طولا وأقل قدرة على المشي بطريقة صحيحة (سهى احمد أمين نصر، 1999، 16).

ومن الدراسات التي أكدت ذلك دراسة راريكووبد (1970) حيث قارن الخصائص الجسمية للمتخلفين عقليا بالخصائص الجسمية للأسوياء، فوجدوا أن المتخلفين عقليا أقل من حيث الحجم والوزن والطول ويميلون الى البطء في المشي، إما الخصائص الحركية و النفسية الحركية ، فقد أثبتت دراسة مالباس (1963) أن المتخلفين عقليا كمجموعة تؤدي الأعمال التي تحتاج إلى توافق حركي بكفاءة أقل، سواء كانت هذه المهارة في صورة قوة أو سرعة أو دقة .

وقد استنتج " مالباس " أن المتخلفين عقليا يميلون إلى التأخر في النمو الحركي والتعلم الحركي ولديهم قصور في أداء الوظائف الحركية (إيمان فؤاد محمد كاشف، 2001 ، 30). وعليه يرى الباحث أن الطفل يحتاج إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي وتنمية القدرات الحركية بصفة عامة

4 – 1 –4 الخصائص الاجتماعية والانفعالية: يتصف الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط بانخفاض درجة تكيفهم وتوافقهم الشخصي والاجتماعي، زيادة على انخفاض مستوى قدراتهم العقلية، مما يمكن أن تشعرهم بالإحباط والعدوانية ، وقد ينعكس ذلك في انخفاض مفهوم الذات ومستوى الدافعية لديهم، وبعض مظاهر العدوانية والانطوائية (عبد الرحمن سليمان، 2001 ، 117).

ومنه يستخلص الباحث أن تعليم المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في فصول خاصة تراعى قدراتهم وإمكانياتهم المحدودة، من أهم العوامل التي تساعد على تحقيق التكيف الاجتماعي لهؤلاء الأطفال، حيث لا يعترضون فيها لمواقف الفشل المتكررة التي تواجههم في المدارس العادية، حيث يتعلمون في الفصول مهارات وأنشطة عملية يحققون فيها نجاحا يعوضهم عن الفشل الذي يلاقونه في مجال التعليم الأكاديمي، وهذا يقلل من مشكلاتهم النفسية والاجتماعية .

التخلف العقلي المتوسط:

4 – 1 – 5 الخصائص العقلية والمعرفية: تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين 35–49.

يتأخر النمو اللغوي لدى هؤلاء الأطفال كثيرا، ولا يستطيعون القراءة والكتابة، وإن كان من الممكن تعليمهم بعض الكلمات البسيطة، ولكن هذا يحتاج إلى جهد كبير، وتكثر بينهم عيوب النطق والكلام ، ويحتاجون إلى تدريب حيث تسمى هذه الفئة بفئة القابلين للتدريب (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000 ، 91).

الخصائص الجسمية والحركية: بالنسبة للنمو الجسمي لأطفال هذه الفئة فهم يقعون دون الأسوياء من حيث الطول والوزن والصحة العامة، ويظهر عليهم تشوهات العظام والأسنان، ويكونون أقل مقاومة للأمراض، أما عن النمو الحركي فإنه يتأخر كثيرا حيث يتسمون بعدم التوازن الحركي، مع صعوبة القبض على الأشياء .

يحتاج هؤلاء الأطفال إلى تدريبات مكثفة لتنمية المهارات الحركية، كما يحتاجون إلى علاج طبيعي لمواجهة التشوهات الجسمية والإعاقات الحركية.

4 – 1 – 6 الخصائص الاجتماعية والانفعالية: يبدو على أفراد هذه الفئة القصور في النضج الاجتماعي وسوء التكيف حيث يفشلون في التكيف مع البيئة الاجتماعية التي يعشون فيها، ويظهر عليهم الانسحاب والعزلة ويتسم بعضهم بالتمرد والعدوان وعدم التوافق .

وعليه يرى الباحث أن هؤلاء الأفراد يحتاجون تدريبا على جميع مهارات العناية بالنفس مثل الطعام والشراب والملبس ... الخ، ويمكن تدريبهم على المهارات الاجتماعية، مثل العمال المنزلية وبعض الأعمال اليدوية البسيطة التي تناسب قدراتهم وإمكاناتهم المحدودة وذلك لمساعدتهم على الاعتماد على

أنفسهم في قضاء بعض شؤونهم اليومية، فيشعرون بالقيم والمعنى والوجود، وفي هذا علاج للعديد من مشكلاتهم النفسية والاجتماعية .

4 – 2 التخلف العقلي الشديد :

4 – 2 – 1 الخصائص العقلية والمعرفية: تقع نسبة ذكاء أفراد هذه العينة بين 25–34 حيث لا تنمو لديهم القدرة على القراءة أو الكتابة، وتتأخر القدرة على الكلام كثيرا، كما يتأخر النمو اللغوي بدرجة ملحوظة ولا يمكن تعليمهم القراءة ولا الكتابة، وتكثر بينهم عيوب النطق والكلام وبعضهم لا تنمو لديه القدرة على الكلام .

4 – 2 – 2 الخصائص الجسمية والحركية: ينمو الجسم لدى هؤلاء الأطفال بمعدل بطيء ويقعون دون الأسوياء بكثير من حيث البنيان الجسمي، والصحة العامة، وتكثر بينهم الأمراض والتشوهات الجسمية، ويبدأ النمو الحركي متأخرا لديهم حيث يعاني معظمهم صعوبة في القبض على الأشياء وعدم التوافق الحركي، ويحتاجون الى تدريبات مكثفة لتنمية المهارات الحركية .

4 – 2 – 3 الخصائص الاجتماعية والانفعالية: يعاني أطفال هذه الفئة من عدم القدرة على التكيف وقصور شديد في نواحي النضج الاجتماعي، ويلاحظ أنهم يصادقون الأطفال الصغار ويتعلقون بشدة بالكبار الذين يعرفونهم، ويبدو عليهم كثيرا من المظاهر الانفعالية كالتهور والعدوان ويغلب على أكثرهم الشعور بالخوف .

فهم يحتاجون إلى تدريبات مكثفة على كل مهارات العناية بالنفس، كالطعام والشراب والنظافة وطلب الحماية والمساعدة عند التعرض لأي خطر، كما ينبغي تدريبهم على الكلام، المشي والقبض على الأشياء ويتطلب تدريبهم وقتا طويلا، ومع ذلك فإنهم يحتاجون إلى رعاية من الكبار طيلة حياتهم (فيصل عباس، 1996، ص156).

4 – 3 التخلف العقلي العميق:

4 – 3 – 1 الخصائص العقلية والمعرفية: لا تزيد نسب ذكاء أفراد هذه الفئة عن 24 لا يستطيعون الكلام إلا القليل من الكلمات وتكون مبهمة، غير واضحة بسبب كثرة ما يعانون من عيوب النطق وانعدام النمو اللغوي .

معظم حالات هذه الفئة مصابون بالتلف العصبي للمخ، وتنتشر بينهم إعاقات أخرى بالإضافة الى التخلف العقلي .

4 – 3 – 2 الخصائص الجسمية والحركية: يختلف البنيان الجسمي كثيرا لأفراد هذه الفئة وتكثر بينهم الإعاقات الحركية والحسية، ونسبة كبيرة منهم لا تنمو لديهم القدرة على المشي، ويقضون عمرهم راقدي الفراش، كما تكثر بينهم حالات الشلل، وحالات الصرع، وتتفشى بينهم العيوب والتشوهات الجسمية، ويفتقدون إلى التوازن الحركي وعدم القدرة على قبض الأشياء .

4 – 3 – 3 الخصائص الاجتماعية والانفعالية: يحتاج هؤلاء الأفراد إلى رعاية كاملة مدى حياتهم حيث لا يستطيعون حماية أنفسهم ضد الأخطار لعدم نمو الإحساس بالخطر لديهم، وتكثر بينهم الاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل: إيذاء الذات أو العدوان الموجه إلى النفس، والخوف الشديد والغضب والتهور . وكان يطلق على هذه الفئة " فئة العزل " حيث يودعون في مؤسسات إيوائية طيلة حياتهم دون رعاية تربوية لعدم الثقة في نتائج علاجهم، ولكن حديثا، أمكن تدريب عدد كبير من هؤلاء الأفراد على مهارات العناية بالنفس وأهمها بالنسبة لهذه الفئة الطعام والشراب وطلب الحماية والمساعدة (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000،92،96).

5 – تشخيص حالات التخلف العقلي: لقيت مشكلة تشخيص التخلف العقلي اهتماما كبيرا من علماء الطب والاجتماع ورجال التربية، وعلم النفس، لأن الحكم على الطفل بالتخلف العقلي يؤثر تأثيرا كبيرا على مستقبله، فبناءا على كلمتين يصدرهما أخصائي التشخيص " تخلف عقلي " يتحدد مصير إنسان ومستقبله ومكانته الاجتماعية ، ونوع تعليمه وتأهيله وتشغيله .

يرى"كروكشانك" (1971) أنه قبل البث في وضع الطفل بفصل خاص بالمتخلفين عقليا، يجب أن يتم فحصه وتشخيص حالته فحصا دقيقا، وتشخيصا سليما، يجب أن يتضمن هذا الفحص تقييمات سيكولوجية، وتربوية، وجسمية، والواقع أن كل طفل بمعظم المدارس العامة، ينال فرصة لأن يفحص من فترة لأخرى، فيما يتعلق بحالته الجسمية، والواجب أن تتوافر هذه الطريقة من الفحص للطفل المتخلف عقليا كما يجب أن تتعاون الأسرة مع المدرسة في هذا الصدد (عبد الرحمن سليمان، 2001 ، 117) كما يذكر " كمال مرسي " (1996) أن تشخيص التخلف العقلي يتم تحديده من خلال ملاحظة أعراضه الداخلية والخارجية ودراسة نشأتها وتطورها في الماضي والحاضر، والمستقبل، فالشخص يتضمن وصفا دقيقا لحالة الشخص وتحديدا لمستوى تخلفه ونوعه وعوامل نشأته وتطوره واحتمالات تحسنه في المستقبل عملية التشخيص ليست عملية بسيطة لأن البطء في النمو العقلي الذي يعانيه المتخلف عقليا لا نلمسه و لا نقيسه مباشرة لكن نستدل عليه من علامات تتضمنها كل التعريفات التي تصدر لتحديد مفهوم التخلف العقلي، فلكي نحكم على الشخص بالتخلف العقلي يجب إن يثبت التشخيص انخفاضا كبيرا في مستوى القدرة العقلية العامة، يصاحبه اضطرابات في السلوكيات التوافقية زيادة على اضطرابات في التعلم والاتصال

وعليه يستنتج الباحث أنه هناك مجموعة من المقاييس تساعد في تشخيص حالات التخلف العقلي منها مقاييس القدرة العقلية العامة كمقياس ستانفورد – مقياس وكسلر – مقياس جودا نوف – هارس للرسم – ومقياس مكارثي

للقدرة العقلية ومقياس السلوك ألتكيفي مثل مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي المعروف باسم (AAMR,ABS)ومقياس كين للكفاية الاجتماعية ومقياس فيلا ند للسلوك ألتكيفي (فاروق الروسيان، 1998،17).

رعاية المعوقين في جمهورية الجزائر :

من المهم جدا تكتل الجهود في المجتمع للحفاظ على كرامة الفرد وضمان حقوق السياسية كإنسان، وحمايتها وخلق الفرص المتكافئة للمعاقين متأجل إدماجهم في جميع جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ....والاعتراف بخصوصيات المعاق مع مراعاة الفوارق الفردية لكل فرد من أفراد المجتمع، وعلى هذا الأخير تحطيم جميع الحواجز النفسية والاجتماعية والاقتصادية من أجل الوصول إلى تحقيق العدالة الاجتماعية .

فالتشريع القانوني الخاص بالمعاقين في الجزائر مكان في العام الأول من الاستقلال 1962 مع النصوص التي تخص ضحايا ومعطوبي حرب التحرير، وقدماء المجاهدين بإعطائهم تعويضات مادية، حق المعالجة الطبية، حق العمل وتوالت بعدها عدة تشريعات وقوانين متفرقة تناولت فيها جوانب منفردة خاصة برعاية المعاقين .

المرسوم رقم 82–180 المؤرخ في 10 ماي 1982 والمتعلق بالتشغيل وإعادة التربية المهنية للمعاقين.

القانون رقم 83– 88 المؤرخ يوليو 1983 والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية إن جل فئة المجتمع لا يميزون بين التخلف العقلي والمرض العقلي وقد تمكن أحد العلماء الفرنسيين التمييز بين هذان المصطلحات منذ 1938 فالتخلف العقلي هو نقص (محمد سيد فهمي، 1998، 126–119)أو تأخر في مدار نمو العقل أما الذهان العقلي، فهو مرض عقلي مرادف للجنون (ناظم هاشم ألعبيدي، 150).

6 – **استخدام اللعب كأحد وسائل العلاج:**

تعتبر ممارسة النشاط الرياضي بصفة عامة، والألعاب الحركية بصفة خاصة وسيلة طبيعية للعلاج على هيئة تمرينات وألعاب علاجية، وكأحد المكونات الهامة للعلاج الطبيعي بدرجة كبيرة في استعادة اللياقة البدنية للمعاق مثل استعادة القدرة العضلية والتوافق العضلي والمرونة ....إلخ. وبالتالي استعادة الكفاءة واللياقة العامة في الحياة (عبد الحميد شرف، 2001 ، 35).

وعلى ضوء ذلك أظهرت نتائج الكثير من الأبحاث والدراسات في الفترة الخيرة وجود علاقة ايجابية بين ممارسة الأنشطة الرياضية بشدة عالية وبين انخفاض الإصابة بأمراض القلب، وضغط الدم وغيرها، وعلى ذلك يجب تشجيع الأفراد على ممارسة هذه الأنشطة حتى تصبح جزءا من أسلوب حياتهم حتى في السن المتقدم، وذلك على الرغم من ان نتائجها الايجابية تظهر ببطء إلا أن تأثيراتها السلبية نادرة الحدوث إضافة إلى جوانب ايجابية عميقة تفوق كونها علاجا بدنيا، فيتعدى الأمر كونها طريقة ووسيلة ناجحة وجيدة للترويح النفسي للمعاق (أسامة رياض، 2000 ، 19) حيث يوفر نشاط اللعب لهذا الخير فرصة التعبير عن مشاعره وصراعاته وتوتراته وانفعالاته وعواطفه وعن ذاته كذلك ينمي لديه الشعور بالثقة في نفسه، وأنه مقبول من الآخرين، فضلا عن إقامة علاقات اجتماعية معهم إذا كان

يمارس لعبا جماعيا (عبد الرحمن العيسوي، 1997، 22)، وهذا ما يراه " جاريل Garel " حيث يقول أن المعوقين يحتاجون إلى التربية الرياضية مثل الآخرين .

وعليه يحتاج الأطفال المتخلفين عقليا إلى المساعدة على تعلم الألعاب الحركية حيث يكون بعض الأطفال غير نشيطين ويحتاجون إلى الإثارة والتحفيز وإلى إعطائهم أشياء مثيرة للاهتمام يلعبون بها، وقد يحتاج المعلم نفسه إلى اللعب بهذه الأشياء لكي يبين للطفل كيف يلعب ويؤدي المطلوب منه، وفي هذه الحالة على المعلم أن يظهر حماسا واستمتاعا بالنشاط لحث الطفل على الاهتمام للقيام بالشيء نفسه (Garel j .p ، 1996 ، page 05).

الألعاب الحركية: هي الألعاب التي تؤدي دورا أساسيا وضروريا في النمو الجسمي والفسيولوجي والعقلي بشكل سليم، زيادة إلى غايات معينة منها التآزر الحركي، وخفة الحركة، الثقة بالنفس، تحمل المسؤولية وتساعد الطفل على الحذر وحفظ التوازن .

وتشمل هذه الألعاب: الجري، القفز، الوثب، التسلق .... إلخ (عبد الرحمن العيساوي، 2000 ، 22).

هذه الألعاب تمثل بالنسبة للطفل العادي أكثر من الطفل المعوق نوعا من المتعة كما أنها فرصة ذهبية للمعلم لملاحظة الطفل، ولتكملة العمل التربوي الذي يقوم به .

وفي حالة التخلف العقلي لدى الطفل فإنه يجب إعطاؤه نصيبه في الحركة ، و كذا كان يجب إشباع رغبته وحاجاته فيجب كذلك تنظيم سلوكه،لأنه إذا ترك وحريته فيسبب كثيرا من المشاكل لنفسه وللمجموعة نظرا لضعف تحكمه في نفسه، وعليه فمن المفيد جدا أن يتخلل الأنشطة الحركية المختلفة الألعاب الحركية الهادفة وليس العشوائية.

6 – 1 أنواع الألعاب الحركية:

أنواع اللعب كثيرة ومتعددة، قد تختلف من مجتمع لآخر، ومن سنة إلى أخرى وقد تختلف من فرد إلى آخر، حيث تأخذ أشكالا مختلفة تبعا لمراحل نمو الطفل، واتفق علماء التربية والتربية الرياضية وعلم النفس على الأنواع التالية:

- ألعاب حركية، ألعاب الحواس، ألعاب التقليد، ألعاب مهارات فردية ألعاب عمليات عقلية عليا (تفكير، ذكاء، إدراك ...) وقد تكون هذه الألعاب جماعية أو فردية (كرستين مايلر، 1994 ، 22 .)

الألعاب الحسية الحركية: قد أظهرت الدراسات والأبحاث التي أجريت حول نمو الأطفال، أن نمو عضلات الجسم ومهاراته الحركية ونمو الحواس المختلفة تلعب دورا هاما في عملية تطور الطفل ونمائه بأبعادها المختلفة . فالألعاب الحس الحركية غالبا ما تؤدي إلى نتائج أفضل بكثير مما يؤدي في دروس الرياضة التقليدية، فالتمارين والتدريبات الحس حركية كالجري القفز، الرمي والحركات الإيقاعية ....إلخ (جوليانا بيرانتوني. ترجمة عبد الفتاح حسن، 1991 ، 134)

كل هذه التمارين تؤدي جميعها إلى التمتع باللياقة البدنية والصحة الجسدية التي تسير عملية النمو النفسي والعقلي هذه الألعاب تروض جسم الطفل، وعملية الترويض هي مرادفة لعملية التطوير وتتم عملية الترويض لأعضاء الجسم المكتملة النمو أو طريقها إلى الاكتمال.

وعليه تستخلص الباحثة أنه يجب الاهتمام بالألعاب الحركية لأنها تؤدي دورا أساسيا وضروريا في بناء شخصية الطفل من الناحية الجسدية الفسيولوجية والمعرفية، مع ترويض كل أعضاء جسمه بشكل فعال .

هذه الألعاب لا تقتصر على المكونات الجسمية من بنية الشخصية فحسب، بل تتعدها إلى الفاعلية النفسية، أي فاعلية الانتباه، والإدراك والتخيل والتفكير والذاكرة والإرادة والضبط الذاتي وغير ذلك من مظاهر تطور نمو عمليات النشاط النفسي للطفل .

وتشير " فيوليت فؤاد إبراهيم " أن تقديم المساعدة الحسية الحركية في تدريب الأطفال المتخلفين عقليا يساهم في سرعة ارتفاع مستوى تعلمهم، ومن ثم تزداد ثقتهم بقدراتهم وإمكاناتهم العقلية والمعرفية، والجوانب الانفعالية والدافعية، بحيث يمكنهم الوصول إلى مستوى مناسب من السلوك ألتكيفي (فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون، 44،2001) ، وهذا ما أكدته كذلك دراسة " سيجمان وانجرر" (1984) أن اللعب له علاقة كبيرة ومهمة في تحسين السلوك الحسي الحركي، بعد استخدام برنامج الألعاب الجماعية واللعب التعاوني على فئة الأطفال المتخلفين عقليا وكذا دراسة " سيلجابايريل " (1996) التي أكدت أن افتقار اللعب على الجانب الحركي لا تخدم حدوث ارتقاء وتطور في عمليات التآزر والنمو الحركي وذلك باستخدام اللعب كأحد أشكال التدخل المبكر للحالات من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة .

6 – 2 قيم الألعاب الحركية:

-**التعلم:** يدرك كل من يعمل في مجال التربية والتربية الرياضية وغيرها من المجالات أن الأطفال بنينا وبنات يعتبرون الألعاب هي ذلك الشيء الذي لا يرغبون في أن يتدربوا على مهاراته بطريقة منفصلة عن بعضها، فهم يرغبون في أن يلعبوا اللعبة ككل، لا أن يتدربوا على كل مهارة على حدا بالطرق التقليدية التي تبعث في معظمها السأم والملل، ولهذا فإن تعليم وتدريب المهارات من خلال الألعاب يفضى إلى مستوى عال من الاهتمام والرضا .

-**التقدم:** تتيح الألعاب الحركية فرص التقدم بالمهارات وفقا لقواعد التدريس المعروفة من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المعقد)، والمعروف على أن نجاح التربية الرياضية الحركية يتيح التقدم والتتابع والاستمرارية من يكون مقبولا على المستوى التربوي .

-**اللعب كفريق:** إن اللعب كفريق يعبر عن حاجة نفسية اجتماعية أساسية للأطفال من الجنسين فكل منهم يريد أن يكون عضوا مقبولا في الجماعة، وربما كانت جماعة اللعب من أهم الجماعات التي يمر بها الطفل خلال عمليات تنشئته اجتماعيا .

القابلية للتعديل: من مزايا برنامج التربية الرياضية أن يقابل كافة احتياجات وقدرات الأطفال من خلال برامج مرنة قابلة للتعديل، فإن الألعاب توفر قدرا من المرونة، ذلك أنها تقابل الفروق الفردية بما يتصف به تنوع وتباين في مستوى صعوبتها، فهي تقدم الفرصة للأطفال الأقل مهارة أن يلعبوا ألعابا أقل صعوبة.

7 – الأنشطة الحركية على الطفل المتخلف عقليا:

إن العمل من خلال الأنشطة الحركية يشمل ثلاث مجالات أساسية هي:

1 -الأفعال الموجهة نحو تنمية الكفاءة البدنية والتحكم في تحديات جسمانية معينة وتشمل الحركة مثل: التسلق، التوازن، الدحرجة، وهي تؤدي إلى تمارين رياضية .

1 -محاولات الوصول إلى مستوى من القدرة والسرعة والحركة، وهنا يكون الاعتماد على التعاون أو التنافس مع الأطفال الآخرين أو معايير معينة قياسية، وهذه تقود إلى المهارات الرياضية، الألعاب الرياضية المعروفة .

2 -الحركات التي ترتكز على الإيقاع والجمل الإيقاعية، وعادة ما يستخدم فيها الصوت كأداة مصاحبة وإعطاء التعبير لأفكار معينة (محمد إبراهيم عبد الحميد، 1998، 68).

وهذه الأنشطة الحركية تكون في شكل: ألعاب فردية وجماعية: مثل كرة القدم، كرة السلة ،..... القصص الحركية والألعاب الصغيرة: هذا النوع من النشطة الحركية المتعدد الجوانب قد تكون ألعابا صغيرة في شكل ألعاب تمثيلية غنائية بصحبها الإيقاع ألعاب التتابعات، ألعاب الخلاء، ألعاب الحواس أنشطة الحركات الأساسية مثل: المشي، القفز، الوثب، الجري ، ....الخ (حسن عبد الجواد، 1984، 11)

وتذكر كاترين لي " أن النشطة الحركية تعتبر هامة لعدة أسباب، فمن خلالها يتدرب كل طفل على استخدامات جسمه ويتعلم التوازن والسيطرة ويكتسب المرونة كما أن التناسق بين العين والعقل والعضلات تتطور بصورة مضطردة، كذلك يكتسب الثقة في ذاته والشعور بالانجاز، إن كل هذه الأشياء تعتبر هامة بالنسبة له، لأنها تعطيه إحساسا بان يكون شخصا ذو قيمة في مجتمعه .

وإذا نظرنا إلى نوعية الألعاب التي يلعبها الطفل من تلقاء نفسه دون تدخل الكبار فإننا سوف نرى أنها تعكس مثاليات لم نكن نحلم حتى باحتمال وجودها، فالأطفال نادرا ما يكون لهم طموح معين من وراء ألعابهم، ولا يشغلون أنفسهم بعناء الحفاظ على ما أحرزوه من أهداف، ولا يعبئون بإكمال اللعب حتى نهايته وهم يحبون الألعاب التي تعتمد على الحظ، وبالتالي لا يمكن مقارنة القدرات الفردية مباشرة، كذلك يحبون الألعاب التي يمكنها أن تبدأ من جديد دائما بصورة أوتوماتيكية لتعطي كل فرد فرصة جديدة (محمد إبراهيم عبد الحميد، 1998، 68)

وتتبع أهمية الحركة بالنسبة للطفل باعتبارها قانون الجسم ، حيث تعد الحركة غير موجهة مثل الجري و التدحرج على الأرض تؤدي فقط إلى تحقيق غرض هام و هو التنفيس عن الطاقة الزائدة ، أما بالنسبة للحركة الموجهة فتستفيد من إمكانية احتياج الطفل للحركة و ذلك عن طريق الألعاب الحركية الموجهة ، أما عن الهداف الرئيسية لتلك الأنشطة فإنها تتمثل فيما يلي :

1 – الارتقاء بالنمو الحركي .

2 – تنمية الوعي بأجزاء الجسم .

3 – معاونة الطفل على تكوين صورته عن جسمه .

4 – تنمية مفهوم ذات ايجابي من خلال الأنشطة التي تشعر الطفل بالقدرة الجسمانية و القدرة على التحكم من خلال أدائه للأنشطة التي تحفز شجاعته و تحكمه و خياله .

5 – المعاونة للأطفال على تحسين حركاتهم وفهمها من خلال تشجيعهم على الاكتشاف والتفكير وتوجيههم لاكتشاف حركات ذات كفاءة وفاعلية لأنفسهم، بالإضافة إلى الاحتفاظ والقدرة على التحكم في حركاتهم الطبيعية في مواقف اللعب .

أما فيما يخص مجالات الإدراك الحركي فهي ثلاث مجالات :

أ– نمو الإدراك الحركي .

ب –التربية البدنية .

ج –الترويح .

وعلى الرغم من تداخل هذه المجالات ، إلا أن كل مجال له خصائصه الفريدة و مميزاته الخاصة و يحظى مجال الإدراك الحركي للأطفال المتخلفين عقليا في الوقت الحاضر باهتمام و ذلك راجع لما يلي :

أولا: إدراك أن التنافس بين الإدراك والحركة يعتبر الأساس الذي تقوم عليه المهارات الأخرى الأكثر تعقيدا فإذا لم يكن لدى الطفل ترابطا وتميزا للمهارات البصرية والسمعية فإنه سوف يكون مقيدا في بيئته، وبالمثل فغنه بدون التناسق بين حركة اليد وحركة العين فإن الكتابة والتعامل مع الأشياء الصغيرة التي لا ترتقي إلا بوجود حركتي اليد والعين .

ثانيا: من الممكن أن يعمل على رشاقة الجسم و تقوية الاحتمال ، فالصحة الجسمية الجيدة و قوة الاتصال يساعدان كثيرا في الحياة العامة ، فهي تعتبر مطلبا أساسيا للعديد من الأعمال التي يؤديها الأطفال المتخلفين عقليا .

ثالثا: المشاركة في المباريات واللعاب التي تتطلب فرص عمل تنمي القدرة على التفاعل مع الآخرين، واتباع القواعد وتعلم تحمل النجاح والفشل .

ويحقق مجال الترويح اهتماما أكبر من المجالات الأخرى ليس فقط للمتخلفين عقليا ولكن العاديين أيضا (محمد إبراهيم عبد الحميد، 1998، 68).

8 – رياضة المعاقين:

تعود نشأة رياضة المعاقين إلى أفكار الدكتور لودفج جوتمان الطبيب بمستشفى ستوك ماندیفلب انكلترا، وذلك من خلال الحرب العالمية الثانية وما بعدها فقد لاحظ الخمول والكسل لدى المصابين بالشلل ففكر في إنشاء ألعاب خاصة بالمشلولين عام 1948 لكي يساعد هؤلاء المعاقين من استعادة معنوياتهم وتوازنهم النفسي والجسمي ولكي يتم دمجهم بالمجتمع (مروان عبد الجيد ابراهيم، 2005،288)وتمثل رياضة

المعاقين الوسيلة المثلى والعظمى لسرعة عودة المعاق لتكيفه مع المجتمع وتآلفه مرة أخرى ونجاحه كفرد منتج، رياضة المعاقين تشمل الرياضة ذات المستوى الرفيع والعالمي هي رياضة التنافس في الدورات الأولمبية والعالمي لها مستواها وأرقامها المسجلة أولمبيا وعالميا في الألعاب الفردية مثل السباحة وألعاب (أسامة رياض، 2000 ، 19).

إن الحاجة الماسة والشديدة للاحتفاظ بقدرة وحيوية الأجزاء الباقية التي لم تصبها الاعاقة يعتبر دافعا ملحا ومؤثرا قويا لتشجيع المعاق على ممارسة الأنشطة بالقدر الذي تسمح به قدراته البدنية وذلك للأهمية البالغة لتلك الأنشطة تنمي الممارسة الرياضية الألعاب الرياضية عناصر اللياقة البدنية والمهارات الأساسية وكذا المهارات الحركية بنجاح وبإحساس بوضع الجسم كما تساعد على سهولة التحرك واكتساب المعاق الفهم الكامل لطبيعة إعاقته وحددوها مع التركيز على تنمية واكتشاف إمكانياته وقدراته الكامنة، بالإضافة على المساعدة في التحصيل الأكاديمي وخاصة مع المتخلفين عقليا حيث يمكن أن تزداد قدراته في التحصيل في الحساب.

عن طريق استعمال الأرقام والأشكال، تعزيز الجانب النفسي والاجتماعي بسبب الثقة والشعور بالأمان الناتج عن تقدم الوظائف والقدرات الجسمانية، بالإضافة إلى الاندماج مع الأصدقاء في مجموعات غير رسمية أثناء ممارسة الأنشطة الرياضية الجماعية، زيادة الثقة واحترام الذات الناتج عن قبول المعاق واحترامه من أفراد جماعته خلال ممارسة الألعاب الجماعية والاحتكاك بزملائه في اللعب .

9 – أهمية وأهداف رياضة المعاقين :

تعتبر ممارسة الرياضة ذات أهمية قصوى تفوق أهميتها بالنسبة للأصحاء حيث الاستفادة من الرياضة كعامل علاجي فهي وسيلة طبيعية للعلاج على هيئة تمارين علاجية تأهيلية وكأحد المكونات الهامة للعلاج الطبيعي بدرجة كبيرة، الاستفادة من الجوانب الايجابية والنفسية للرياضة الترويحية، ورياضة المعاقين وسيلة ناجحة للترويح النفسي وإعادة توازنه وغرس عناصر الاعتماد على النفس والثقة والانضباط وروح التنافس والصداقة لدى المعاق (موسى فهمي إبراهيم، 1990 ، ص123)وتأقلم المعاق لن يحدث إلا بممارسة الرياضة والتي تعمل على تأهيله المهني وإعطاءه الدعم اللازم لتنمية وتطوير أدائه لمهنة جديدة.

10– كيفية اختبار الأنشطة الحركية للمتخلفين عقليا:

إن العمل مع المتخلفين عقليا ليس بالأمر الهين كما يتصوره البعض بل يجب أن يتخصص العاملون مع هذه الفئة نفسيا ورياضيا واجتماعيا، وأن يكون لديهم القدرة على العمل، وأن يتصرف مع طبيعة كل منهم، وكذلك يجب إن يكون اختيار التمرين الرياضي لكل فرد بمنتهى الدقة والحذر ليكون ملائما مع نوع التخلف والحالة التي يعيش فيها وعليه يجب الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية عند اختيار الألعاب الرياضية:

1 – اختيار الأنشطة والألعاب والمهارات الرياضية بصورة متنوعة لكي تؤثر في أجسامهم والتخصص بجزء معين من الجسم دون الآخر .

2 –أن يراعي أسلوب التدرج في إعطاء التمرينات ابتداء من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المعقد.

3 – يجب أن يهتم المدرس باختيار تمرينات تحضيرية (الإحماء) و أن يكون دقيقا في ذلك .

4 – يجب أن يكون اختبار الفعاليات الرياضية متماشيا مع قدرات وقبليات المتخلفين عقليا و نوع ودرجة الإعاقة.

5 – أن يكون النشاط الرياضي المختار غرضيا، اي غرضه رفع مستوى قدرة أو زيادة كفاءة أو اكتساب صفة اجتماعية حميدة أو انجاز عمل ذي نفع عام .

6 – إن الهدف الأساسي من ممارسة التمرينات الرياضية أو مزاولة الألعاب الحركية هو زيادة مرونة المفاصل، والعضلات في الجسم وإصلاح العيوب والتشوهات الناتجة عن الجلوس الطويل أو النوم .

لذا وجب اختيار التمرينات والألعاب والمناسبة التي تؤدي إلى تصحيح بعض الأوضاع الجسمية الناتجة عن بعض الأوضاع والعادات الخاطئة.

11– النشاط البدني والرياضي الحركي:

يرجع الاهتمام بالنشاط البدني للمعاقين منذ القدم لاعتباره أساس يعتمد عليه لتنمية الجسم والعقل وقد ازداد هذا الاهتمام بعد الحرب العالمية الأولى، ففي عام 1920 تم إدخال البرامج والنظريات التعليمية الحديثة للنشاط البدني للمعاقين كجزء مكمل للعلاج الطبي و كذا بعد الحرب العالمية الثانية حين نجح الطبيب LudwingGuattmanبتنظيمه لأول مرة دورة رياضية للمعاقين جمعت 18 معاق في دورة Stokemandville.

كل هذه النشاطات وأخرى أخذت تسميات إما خاصة كالنشاط النفسي الحركي للمتخلفين عقليا ،و إما عامة كرياضة المعاقين بينما كان مصدرها من كندا لتشير إلى مجال علوم نشاط البدني والرياضي المكيف بمصطلح النشاط البدني والرياضي المكيف .

Activité physique et sportive adapté رسميا خلال أول مؤتمر دولي سنة 1977 والذي اقترح تسميات الاتحاديات الرياضية للمعاقين.

وعبارة النشاط البدني المكيف تعني النشاطات الحركية والبدنية المطبقة بهدف العلاج، الترويح، المنافسة، هذه النشاطات مكيفة مع احتياجات الأفراد .

بمعنى التكيف والتأقلم أي أن التكيف هو قدرة الكائن الحي على احتواء ومواكبة تغيرات البيئة (الحرارة، البرودة، الارتفاع عن سطح الأرض) أما التأقلم Acclimatation فهو التغيير المؤقت الحادث كرد فعل لمتغيرات الجو والبيئة، التي يتعرض لها الفرد في حياته كالإعاقة مثلا ويخص هذا التغيير المؤقت في الأيام الأولى بعد الإصابة بالإعاقة والتكيف تغيير حادث في أجهزة الجسم المختلفة والذي يستهدف

مستوى أعلى من الكفاءة وهذا حسب Youcef M. .أي النشاط المكيف هو ملائمة النشاط البدني النفسي الاجتماعي، المهني مع قدرات فئة معينة باستخدام البرنامج يتلاءم واحتياجات هذه الفئة، أما النشاط البدني المكيف هو برنامج بدني وحركي يتلاءم والقدرات البدنية تلبي حاجيات فئة خاصة لا تستطيع مسايرة نشاط بدني عادي نتيجة صعوبات عقلية، نفسية، أو بدنية .

التربية البدنية المكيفة (المعدلة) حسب حلمي محمد إبراهيم وليلى السيد فرحات هي البرامج الارتقائية والوقائية المتعددة التي تشتمل الأنشطة الرياضية والألعاب التي يتم تعديلها بحيث تتلاءم وحالات الإعاقة وفوقا لنوعها وشدتها

يتعلمون بشكل أفضل عن طريق التعلم الحسي وليس التجريدي، لا يستطيعون تعلم أشياء مختلفة في نفس الوقت، اعتمادهم في التعلم على الاشتراط والتكرار يتعلم أطفال الإعاقة المتوسطة بالتكرار والتدريس المباشر

وما ترتكز عليه هو استفادة المتعلم وتشجيعه المستمر على استخدام الخبرات التعليمية مثل:

1 –توفير قدر من الحساسية العالية في تقييمنا للقدرة الأساسية التي يبدأ بها المتعلم عن طريق التشخيص الدقيق للقدرات العقلية (الذكاء).

2 –الاختيار الدقيق للمهارة الذهنية التي يجرى فحصها ، مثلا : إذا كان هدف البرنامج هو تنمية و تطوير القدرات الإدراكية ، فإن المنطق يقتضي منا تحديد ما نعنيه بالإدراك (بصر ي، سمعي ، أحجام ، مساحات ، مسافات ، ارتفاعات .)

3 – التعرف بشكل مباشر على مدى فعالية المهارة المتعلمة عن طريق القياس المستمر و المراقبة و التقييم بملاحظة مدى قدرة المتعلم على الاستفادة من المهارات التي جرى تعلمها .

4 – يجب أن تؤمن وحدات التعليم التي يكتسب فيها الطفل مجموعة من المهارات بشكل متدرج من الصعوبة بحيث لا يفوق قدرات الطفل وكذا تجنب الطفل مواجهة الشعور بالفشل والإحباط .

5 – ضرورة توفير فرص التدعيم الايجابي ولا تتضمن المادة شكلا من أشكال العقاب. (محمد صادق عثمان –رفيق عبد الحق، 1989 ، 03)

6 – يعد الحوار بطريقة تولد لدى الطفل الدافعية للمشاركة في النشاطات وتعمل استشارة حواسه المتعددة.

إنه لمن المهم أن التربية الرياضية تعلمهم الوعي في التدريبات والأنشطة التي يتعلمونها في الفصل، والمنهج يجب أن يكون مناسب للمتخلفين عقليا، لكي يقوي الترابط بين الأفراد وزيادة مدى الإدراك .
وقبل إعداد البرنامج يجب التأكد من سلامة الجسم ومقدرته على القيام بالنشاط المطلوب وذلك بإجراء فحص طبي .

أ – الواجب معرفة فائدة كل تمرين رياضي .

ب – اختيار مجموعة من التمرينات لتكون برنامجا متنوعا يخدم الجسم، من جميع الجوانب .

ج – تسجيل نتائج أداء التمرينات، مع مراعاة أداء مستمر وذلك لمعرفة مدى التقدم و التحسن .

د – حديد مواعيد ثابتة لأداء التمرينات، حيث تكون المواعيد منتظمة ومكان التدريب مناسب لنوعية التمرينات.

وعند تخطيط البرنامج للأطفال المتخلفين عقليا يجب مراعاة خصائصهم التعليمية والتي تلخص فيما يلي (مروان عبد الجيد ابراهيم، 2005،288) :

عدم تحقيق مستوى تعليمي قياسا مع العاديين، انخفاض سرعة اكتساب المعلومات، التأثر بمصادر الضبط الخارجي، عدم وجود دافعية داخلية لديهم، لا يتفقون بأنفسهم قابليتهم للتشتت، صعوبة في اختزان المعلومات وتذكرها، صعوبة في الاستيعاب، نسبة تطور أداء الأطفال المتخلفين عقليا تتراوح ما بين 30–70 بالنسبة للعاديين (سعيد حسني العزة، 2002 ، 86،90 .)

أما حلمي محمد إبراهيم وليلى السيد فرحات فتعرف الرياضة المكيفة (المعدلة) على أنها " الرياضات والألعاب التي يتم التغيير فيها لدرجة يستطيع المعاق الممارسة والمشاركة في الأنشطة الرياضية وتصنيف منظمة اليونسكو إلى أن " كل نشاط بدني له خاصية الألعاب ويمارس بصفة فردية أو مع الآخرين يعد من طبيعة الممارسة الرياضية " فإن ما يقوم به المعاق من النشطة البدنية بما تسمح به قدراته تدخل في إطار التربية البدنية والرياضية.

12 – أهداف النشاط البدني المكيف :

من بين أهداف النشاط البدني المكيف تتمثل في:

– تنمية المهارات الحركية الأساسية لمواجهة متطلبات الحياة كالمشي والجري وتغيير الاتجاه وحفظ التوازن والتوقفات التي تساعد على المشاركة في أنشطة الحياة المتعددة .

– تنمية التوافق العصبي العضلي وذلك باستخدام أجزاء الجسم السليمة لأداء النمط الحركي المناسب والنغمة العضلية للعضلات السليمة .

– تنمية اللياقة البدنية الشاملة واللياقة المهنية بما يتناسب مع نوع الإعاقة ودرجتها وذلك لعودة الجسم إلى أقرب ما يكون طبيعيا .

– تصحيح الانحرافات القوامة والحد منها والناتجة عن الإعاقة .

– تنمية الإحساس بأوضاع الجسم المختلفة كالإحساس بالمكان ومعرفة الحجم والمساحة .

– تنمية الاتجاهات السليمة نحو الشخصية السوية والحساسية الزائدة وزيادة الثقة بالنفس .

زيادة القدرة على الممارسة الترويحية واستغلال وقت الفراغ في أنشطة ترويحية تعود على المعاق بالفائدة على اكتساب السلوك التعاوني وتنمية حب الوطن ورفع الروح المعنوية (سعيد حسني العزة، 2002 ، 86،90 .).

أسس وضع النشاط البدني والرياضي المكيف عند المعاقين :

يرتكز النشاط البدني والرياضي المكيف على وضع برنامج خاص يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية وترفيهية تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاق الذي لا يستطيع الاشتراك في برنامج التربية الرياضية العامة وقد تؤدي تلك البرامج المعدلة في المستشفيات أو المراكز الخاصة بالمعاقين ويكون الهدف الأسمى هو الحصول على تنمية أقصى قدرة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه والاندماج في المجتمع، لذا يجب مراعاة الأسس التالية في وضع البرنامج الخاص بالنشاط البدني والرياضي المكيف.

- ان يقوم على الأسس التربية العامة للفرد، أن يعمل على تحقيق أغراض التربية البدنية والرياضية، أن يهدف إلى علاج وتأهيل المعاق للاندماج في المجتمع، أن نتاح الفرصة للجميع دون استثناء، ان يراعي قدرات المعاق واحتياجاته ومستوى تطلعاته،بالإضافة إلى مبدأ كأساس مهم في مشاركة المعاقين في الأنشطة الرياضية دون أن يصبهم أذى (فرحات ح.، 1998،47،49).

13 – أسس تدريب وتعليم الأنشطة الحركية للمتخلفين عقليا:

إن أساليب تدريس وتعليم المتخلفين عقليا كثيرة ومن الصعب تعميم التعليمات التي تساعد في تدرس أنشطة التربية الرياضية لهذه الفئة، ومن واجبنا مراعاة عدة جوانب عند تدرس الأنشطة الحركية وكيف يمكننا الوصول بالمعاق إلى المستوى المرغوب فيه دون ضرر من تلك الأسس كالتالي (André imizian T ، P 186,1980)

1 – يجب مراعاة أن تكون التمرينات والألعاب الحركية مناسبة للسن والجنس وقدرات المشتركين .

2 -يراعى اعتبار كل فرد في المجموعة قائما بذاته ،وعلى ذلك يجب اختيار مجموعة كبيرة من الالعاب لتدريسها في كل حصة

3 -يجب تنمية المهارات الترويحية التي تساعد المتخلف عقليا على التفاعل مع اسرته ومع مجتمعه

4 -اختيار انشطة تتناسب ومستوى ذكاء افراد المجموعة

5 -عدم الاطالة في الشرح واعطاء تعليمات بسيطة وقصيرة حتى لا ينصرفو عن الاهتمام بالتعليم

6 -اختيار الالعاب و المهارات التي تتحدى قدرات الطفل والتي تحرره من الخوف من اللعب مع اعطائة الفرصة في للنجاح في هذه الالعاب

7 -يجب تعليم الطفل كيف يلعب وكيفية استخدام ادوات اللعب

8 -يجب مراعاة الامن والسلامة في اختيار الانشطة الرياضية للمتخلفين عقليا واستخدام الادوات الثابية على الارض والمصنوعة من المواد غير صلبة

9 -يجب التحلي بالصبر والمثابرة خصوصا مع الاطفال ذوي الاعاقة الشديدة واستخدام اسلوب المدح والتشجيع

10 – يجب استعمال النموذج الجيد والمثيرات السمعية والبصرية في تعليم فئة المتخلفين عقليا

11 – يجب اعطاء فترات راحة اثناء التدريب وخاصة عند تعليم المهارات الحركية

12 – يجب تجزئة المهارات الحركية المركبة ثم ادماجها لكي تؤدى المهارة بالشكل الحركي المطلوب

13 – يجب استخدام ادوات واجهزة متنوعة في الشكل واللون ذات احجام مختلفة

14 – يفضل مصاحبة الموسيقى للتمارينات اثناء الاداء لتنمية الكفاءة الادراكية و الحركية

14– تعريف البرنامج

تذكر ليلى كرم الدين (1994) أن البرنامج هو مجموعة من الخبرات المحددة التي يعرض لها الأفراد بطرقة معروفة ومحددة بهدف إكسابهم معلومات أو مهارات أو اتجاهات في جانب محدد من جوانب سلوكهم .

أما سعدية بهادر 1994 فتذكر أنه مجموعة من الممارسات والأنشطة والألعاب والمواقف و الأساليب التي يمارسها الطفل مع المشرق خلال يوم كامل من أيام الأسبوع أما نجوى الصاوي أحمد (2001) فتعرف البرنامج هو مجموعة من الخبرات التي تنظم معا من خلال الأنشطة المختلفة وتقدم للطفل في إطار عدد من الوحدات تتناسب في مجملها مع خصائص نمو الأطفال و حاجاتهم التربوية (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 367).

وهو أيضا أحد عناصر التخطيط المهمة التي بدونها تكون عملية التخطيط غير قابلة للتنفيذ، وفي هذه الحالة تصبح عاجزة عن تحديد أهدافها (عبد الحميد شرف، 1996، 10–18).

كما يعرفه السيد الهوا ري بأنه " عبارة عن كشف يوضح العمليات المطلوب تنفيذها حينا، بصفة خاصة ميعاد الانتهاء "[4]

مما سبق يمكن القول ان البرنامج هو خطة محددة تهدف إلى تنمية قدرات الطفل وإكسابه مجموعة من المهارات والأنشطة والسلوكيات لما يتناسب وعمره الزمني ومستوى نموه .

14 – 1 برامج التربية الحركية للمعاقين :

يعرف البرنامج المعدل بأنه " هو البرنامج المتنوع للنمو من النشطة و الألعاب الرياضية والإيقاعية تتناسب ميول وقدرات وحدود الأطفال ممن لديهم نقص في القدرات ليشتركوا بنجاح وأمان في أنشطة البرنامج العام للتربية الرياضية " (أسامة كامل راتب، 1982 ، 64)

14 – 1 – 1 تخطيط وإعداد برنامج الأنشطة الحركيةللمتخلفين ذهنيا :

إن إدارة ألعاب المتخلفين عقليا في كل جزء من أجزائها يتطلب الحرص في التنظيم والهدف الحقيقي من برنامج الأنشطة الحركية أن يتمتع المعاق بالخبرة و أداء المهمة ببراعة، أما السؤال الجوهري الذي يطرح نفسه هو لماذا تقدم البرامج والأنشطة لهؤلاء الأطفال؟ والكيد أن لاختيار ولا طريقة أفضل من مساعدة المتخلفين عقليا إلا بواسطة ممارسة التربية الحركية او النشاط الرياضي الذي يتناسب

وقدراتهم فمن خلال يكتسبون الخبرة وينجحون في الثقة بأنفسهم وتزداد روحهم المعنوية وبالتأكيد أن المهارة تنمو لديهم (مروان عبد الجيد ابراهيم، 2005،288).

ومن المهم على المشرف معرفة الطفل العادي، معرفة الأرضية والمحيط ومعرفة التخلف العقلي.

14 – 1 – 2 أهداف البرنامج المعدل للمتخلفين ذهنيا :

من بين أهم مميزات نجاح البرنامج المعدل: تنمية التوافق العضلي العصبي ، تدريب المعاقين على الوقاية النفسية بدلا من زيادة حالاتهم سوءا، اكتشاف (Boucebci M ، P 197,1984) معارف ومعلومات ومهارات في مختلف الألعاب، اكتساب الثقة بالنفس والشعور بالاطمئنان، التمتع بالحياة عن طريق الاقتناع بمقوماتهم وإمكانياتهم لتصحيح التشوهات الميكانيكية وتحسين أداء وظائف الجسم المختلفة.

بالإضافة إلى إعادة تأهيل فئة المعاقين ذهنيا ليكونوا أعضاء قادرين على خدمة أنفسهم والتكيف مع مجتمعهم عن طريق تنمية بعض عناصر اللياقة البدنية مثل : التوافق العضلي العصبي، المرونة، التحمل القوة (محمد كامل عفيفي عمر، 1998 ، ص 12–13)كما هناك أهداف الاندماج سواء مادي وذلك بتقليل البعد المادي بين المعوقين والعاديين أو الاندماج الوظيفي و هو تقليل البعد الوظيفي بين هاتين الفئتين عند استخدامها معدلات ومواد مختلفة. (سميرة أبو زيد نجدة، 2001 ، 120 –124)

وبدون أن نتناسى الاندماج الاجتماعي وهو تقليل البعد الاجتماعي بين المعاقين والعاديين ومعنى البعد الاجتماعي عدم الاتصال والشعور النفسي بالعزلة، وفي الاتحاد السوفيتي سابقا هناك نوعان من الدمج الأول تعليم المعاقين في المدارس العادية والذين تؤهلهم قدراتهم على متابعة الدراسة والثاني للمتخلفين عقليا وهم يتعلمون في فصول خاصة ويتم إدماجهم مع الأطفال العاديين من خلال الأنشطة كالرحلات، والهوايات الرياضية والمتخلفين عقليا من أصعب الفئات في المجتمع حيث يسعى البرنامج كهدف رئيسي محو مشاعر وأفكار الوالدين بعدم رغبتهم في الطفل المتخلف عقليا في الأسرة، وتجنب الطفل الصدمات النفسية وجعله يتعامل مع الآخرين وإكسابه الخبرة ومواجهة الصعوبات (إيمان محمد كاشف، 2001 ، 108–109).

بالإضافة، تنمية الطفل بشكل متكامل يؤهله لتحمل المسؤولية في المجتمع حسب ما تسمح به قدراته واستعداداته وهنا يقع العبء على مدرسي الفئات الخاصة الذين يعملون على إحداث تغيير إيجابي في المتعلم ويستوجب تحقيق ذلك ففي مراعاة تطبيق مخطط البرنامج التربوي التعليمي يضم أنواعا متعددة من النشاطات التي تستشير حواس الطفل، بحيث يقدم الخبرات التعليمية والمواد الثقافية واللعب والنشاطات الترويحية مع توفير فرص تنمية المهارات الاجتماعية وممارسة الأعمال اليدوية .

تنمية الفرص لالتحاق المتخلف عقليا برياض الأطفال في وقت مبكر .

أن يكون البرنامج مرن يسمح للعاملين بإعادة النظر في الخطط والأهداف والمحتوى وتعديلها وفقا للظروف المستجدة من أجل تماشيها مع قدرات واستعدادات الطفل .

- تمكين الطفل المتخلف عقليا من اكتساب الخبرات الاجتماعية مثل غيره من الأطفال العاديين، وأن تكون الأنشطة الممارسة في مستوى الأطفال ومتماشية مع حدود قدراتهم .

تعريض الطفل المتخلف عقليا للعب مع غيره من الأطفال و تزويده بالأدوات التي تساعده على التوافق الجسمي (Schidt R .A، Page 169,1993).

مساعدة المتخلف عقليا على تكوين خلفية تساعده على فهم الأمور ذات العلاقة بالكيان والبعد عن مشاكل الحماية الزائدة عن الحد .

ضرورة أن يشتمل البرنامج على نشاطات حسية وحركية ، فالدروس الأكاديمية يجب أن تسير جنب إلى جنب مع الخبرات الحسية العملية بحيث لا يخلوا البرنامج من فرص تدريب المتخلف عقليا على الصفات إلى تمكنه من الكفاية الذاتية وتحمل المسؤولية . ويؤكد ريتشارد " أنه ليس الفكرة الأساسية أن يعيد تربية الشخص ولكن نساعده على أن يلاحظ ويدرك جسده بالوسائل التي بحوزته ونمكنه من المحاولات حتى يصل إلى ما يستطيع أن يستعمله مع التذكر بدون انقطاع ويتحقق هذا العمل إذا كان يتحكم في نفس الوقت بالعناصر العقلية (J.Richard، 1995 , page 161).

14 – 1 – 3 البرامج التربوية لذوي فئات الإعاقة العقلية وتشتمل ما يلي :

برامج فئة القابلين للتعلم: تهدف البرامج التربوية إلى محاولة رفع كفاءة الطفل المتخلف عقليا من الناحية الاجتماعية والشخصية والاستفادة من البرامج التعليمية والحساب واستخدام وسائل المواصلات وتمكنه من الحصول على المهارات الحياتية وتشجيعه على الاستقلالية والاعتماد على الذات بالإضافة إلى تعليم المعاق المهارات الحركية وتشتمل مهارات التآزر الحركي والدقة والسرعة في الأداء ومهارات ترويحية واستخدام النشاطات الموسيقية والرسم والتمثيل وكذا التكيف الاجتماعي .

برامج الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتدريب : تهدف هذه البرامج إلى تنمية إمكانياتهم وقدراتهم واستعداداتهم إلى أقصى حد ممكن الحصول على عمل مفيد، الاعتناء بحاجاتهم الجسمية مثل النظافة، والأعمال المنزلية، التكيف الاجتماعي، ممارسة مختلف النشاطات الحركية بما تسمح به قدراتهم .

برنامج الأطفال شديدي الإعاقة: وتشتمل على اكتساب المهارات الضرورية للحياة في البيت والمجتمع استثارة ما لديهم من قدرات قليلة، تدريبهم على تناول الطعام، تدريبهم على الابتعاد عن الأخطار وقضاء حاجاتهم الضرورية (سعيد حسني العزة، 2002 ، 86،90 .)

15 – المهارات الاساسية في التربية الرياضية للاطفال المتخلفين عقليا :

المهارة	اقل مستوى	اعلى مستوى
المشي	القدرة على المشي بتوافق جيد دون فقدان التوازن	القدرة على المشي بخطوة واسعة ويتمكن من الخطوة اماما وخلفا وجانبا
الجري	القدرة على الجري مع الدوران والوقوف بدون فقدان التوازن	القدرة على التسابق برشاقة وبخطوة جيدة ضد الجري
التسلق	القدرة على الطلوع والنزول بخطوة متعاقبة دون سند	القدرة على المشي والجري صعودا او نزولا على السلم ويستطيع تسلق السلالم والاشجار
الوثب	الوثب جيدا على قدم واحدة بدون فقدان التوازن بطريقة جيدة	القدرة على الوثب من الحركة سواء من المشي او الجري
المشي الرياضي	القدرة على المشي بخطوات منتظمة بمصاحبة ايقاع منتظم	القدرة على المشي برشاقة في قاطرات وتغيير الاتجات اثناء المشي
الرقص	القدرة على عمل حركات جسمية بسيطة بمصاحبة الموسيقى	القدرة على الرقص الجماعي بوضوح ومرح
الرمي	القدرة على رمي الكرة بيد واحدة من الاعلى وبقدر من الاتزان	القدرة على رمي الكرة بسرعات مختلفة والى مسافات بعيدة
اللقف	القدرة على للقف الكرة بدون اضطراب في اليدين	القدرة على لقف الكرة من مختلف الاوضاع ومن المشي والجري

الجدول يوضح المهارة واقل مستوى تكون عليه واعلى مستوى تصل اليه

الأنشطة و الرياضات الفردية المبرمجة للمعاق عقليا:

1. الجري:

•الجري في المكان مع زيادة السرعة.

• الجري لمسافة 20 م، 30 م، 40 م، 50 م، ...، 100 م.

• الجري مع القيام بأبجدياته.

2. التمرينات:

• تمرينات النظام حيث أنها تعود المعوق على تصرفات نظامية حسنة داخل المجتمع الصغير الذي يعيش فيه مثل الوقوف صفا، برسم خط على الارض والوقوف عليه.

• تمرينات طبيعية مثل: تمرينات الحبو على الذراعين والزحف على البطن.

• تمرينات التوازن : مثل رسم خطين والمشي بينهما ثم على خط واحد.

• تمرينات تقوية الذراعين والجذع والساق.

3. الوثب:

• الوثب بالمكان والوثب على مقعد.

• الوثب عن حاجز والوثب من فوق كرسي أو طاولة.

• الوثب الطويل والوثب العالي، ويجب ملاحظة توافر وسائل الامن والسلامة في الأدوات وتوافر المشرفين.

. رفع الأثقال:

- دحرجة الكرة الطبية بالقدمين والتقدم أماما ، ودحرجتها باليدين.
- الحجل على قدم واحدة ، الوثب مع عدم اسقاط الكرة.
- رفع الاثقال بالتدرج : 1 كلغ ، 2 كلغ ، 10 كلغ ، 20 كلغ.

5. حركات الجمباز:

من الممكن تعليم الحركات السهلة والتي تعتمد على أداء نموذج أمامهم حيث أنهم يميلون إلى التقليد لذلك يمكنهم أداء الدحرجات بأنواعها ، الأمامية – الخلف.

المصادر والمراجع :

www.louisville.edu/education/kyautismtraining/files/ActEarlyASDFactSHeetARABI

ماجدة بهاء الدين السيد عبيد. (2000، ص107.). *الإعاقة العقلية*. عمان : دار صفاء للنشر و التوزيع.

. ed E.S.F 2éme :Paris .*Les enfants dits de biles* .(P 186,1980) . imizian T André

Alger: Entreprise .*Maladie mental et handicap mental* .(P 197,1984) . Boucebci M .Nationale du livre

Nathan : France .*Education physique et handicap moteu* .(page 05 , 1996) . Garel j .p .Pédagogie

https://psychomotricite.ahlamontada.com/f11-montada. *منتدى النفسية الحركية*.

أسامة كامل راتب. (1982 ، ص 64). *التربية الحركية*. القاهرة: دار الفكر العربي.

فيصل عباس. (1996، ص156). *الاختبارات النفسية* . لبنان: دار الفكر العربي.

مروان عبد المجيد إبراهيم. (مروان عبد 2005 ، ص 253 .). *رياضة الأولمبياد الخاص للقدرات الذهنية*. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.

نبيل عبد الفتاح حافظ. (1985، ص 34-38). *عند المنحنى الإعتدالي دراسات وقراءات في التفوق العقلي ولتخلف، كلية التربية*. جامعة عين شمس: كلية التربية، جامعة عين شمس.

bbc عربي. (30 08, 2012). تم الاسترداد من http://www.bbc.com/arabic/sports/2012/08/120830_para_classification.shtml

estheticon. (09 07, 2013). تم الاسترداد من الاعاقة المولودة في اليد: https://www.estheticon-arabic.com/procedures/congenital-hand-defects-ar

J.Richard , 1995) .page 161 .(*la therapie psychomotrice* .Paris :Masson.

Oleron (P .(1961) .(*l'éducation des enfants physiquement* . édition, P.U.F, Paris.

Oleron. (1961 p 99).Oleron 1961) .p99.(randall et lambert. (1979). london.

Schidt R .A,1993) .Page 169 .(*Apprentissage moteur et performance* .paris: Vigot.

smith a wilson .(1976) .*adapted physical* .

إبراهيم, مروان عبد المجيد. (1997 ،70). الألعاب الرياضية للمعاقين. دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.

احمد رزوق و اخرون. (2003). مذكرة تخرج لنيل شهادة معلم التعليم المتخصص(اعاقة سمعية). *براء المعلمين المتخصصين حول صعوبة تطبيق برامج مادة الرياضيات –الطور الاول– في مدارس صغار الصم* . المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين–قسنطينة، قسنطينة.

ارادة لذوي الاعاقة. (16 02, 2012). تم الاسترداد من http://erada.kenanaonline.com/posts/382074

اسامة المدبولي. (15 05, 2011). *مركز الخدمات التربوية الخاصة بالاطفال*. تم الاسترداد من www.tafaolcentre.com

اسامة رياض . (2005،21). *الاسس الطبية و الرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي.

أسامة رياض. (2000 ، ص 19). *رياضة المعاقين الأسس الطبية*. القاهرة.

أسامة رياض، ناهد أحمد عبد الرحيم. (2001). *القياس والتأهيل الحركي للمعاقين ، الطبعة 1* . دار الفكر العربي، مصر.

الحديدي . (1998). *مقدمة في الاعاقة البصرية* . الاردن : دار الثقافة للنشر والتوزيع .

الخطيب 1416هـ. (11 مايو, 2012). *قروب الاعاقة السمعية*. تاريخ الاسترداد 10الاحد ديسمبر, 2017، من الإعاقة السمعية: http://sahooom.blogspot.com/2012/05/blog-post_865.html

الدكتور محمد سعد المصري. (بلا تاريخ). تم الاسترداد من https://youtu.be/5tfbnc_zixY

السيد حلاوة . (1998). *صعوبات التعلم لدى أطفال أعراض.أنماط.التشخيص*. مصر.

السيد فهمي علي محمد. (2008). *الإعاقات الحركية* . دار الجامعة الجديدة للنشر ، مصر .

القران الكريم. ، *سورة النور، الآية رقم (26)* .

المقرح ا س. (2009). *الاعاقة البصرية في التحصيل العلمي*. ليبيا: جامعة الفاتح.

الموسعة العربية. (بلا تاريخ). تم الاسترداد من http://www.arab-ency.com/detail/9428

إنشراح المشرفي. (2009). *الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة* . مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

إيمان فؤاد محمد كاشف. (2001 ، 30). *الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيهة*. القاهرة، مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

إيمان محمد كاشف . (2001 ، ص 108–109). *الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه*. دار قباء.

جريدة البيان الإماراتية. (19 08, 2006). تم الاسترداد من www.albayane.ae/parts/2006/08-19-1.946187

جمال الخطيب. (1998). *مقدمة في الإعاقات الجسمية و الصحية* . دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان ن الاردن .

جمال الخطيب، منى الحديدي. (2004). *برنامج تدريبي للأطفال المعاقين ، الطبعة 1* . دار الفكر، عمان.

جمال محمد الخطب –منى صبحي الحديدي. (2009،ص 51 – 52 .). *المدخل إلى التربية الخاصة، كلية العلوم التربوية، قسم الإرشاد والتربية الخاصة.* الجامعة الأردنية : قسم الإرشاد والتربية الخاصة.

جوليانا بيرانتوني. ترجمة عبد الفتاح حسن . (1991 ، ص 134). *التربية النفس الحركية والبدنية والصحية.* القاهرة : دار الفكر العربي .

حسن عبد الجواد. (1984، ص 11). *الألعاب الصغيرة* . بيروت: دار العلم للملايين.

حسن محمد النواصرة. (2006). *ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل في التأهيل البدني ، الطبعة 1* . دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

حسين عبد الحميد احمد رشوان .(117,2009) .*الاعاقة والمعوقون* .كلية الاداب اسيوط القاهرة.

حلمي إبراهيم ن ليلى السيد فرحات. (49،47،1998). *التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* . دار الفكر العربي ، القاهرة.

حلمي إبراهيم و ليلى السيد فرحات. (1998 ص 40).

حلمي إبراهيم و ليلي السيد فرحات. (1998). دار الفكر العبي.

حلمي إبراهيم و ليلي السيد فرحات. (41،1998). *التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* . دار الفكر العربي ، مصر .

حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات. (10–8 ،1998). *التربية الرياضية و الترويح للمعاقين.* القاهرة: دار الفكر العربي.

حلمي إبراهيم، ليلى السيد فرحات. (1998). *التربية الرياضية والترويح للمعوقين* . دار الفكر العربي ، القاهرة .

حمدي احمد وتوت – نهى محمود الصواف. (37،2013). *الصم والدمج مع الاسوياء في التربية البدنية والرياضية* . القاهرة : مركز الكتاب والنشر.

خالد عبد الرزاق السيد. *سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة* . الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

رياض, أسامة. (21،2005). *رياضة المعاقين الأسس الطبية والرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي مصر .

ريان سليم وعمار سالم الخزري. (2007). *هم أحق بالرعاية الطفل المعوق ، الطبعة 1* . دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

سعيد حسني العزة. (2002 ، ص90،86 .). *المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة.* عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

سعيد كمال عبد الحميد. (2009). *التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة 1* . دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

سعيد كمال عبد الحميد. (2009). *التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة 1* . دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

سليمان, عبد الرحمن سيد. (2001، ص 186). *سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة.* القاهرة: ج3، مكتبة زهراء الشرق.

سميرة أبو زيد نجدة. (2001 ، ص 120 –124). *برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة* . : مكتبة زهراء.

سهى احمد أمين نصر. (1999، ص 16). *المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال.* القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

سهير كامل أحمد . (2002 ، ص 96 –97). *سيكولوجيا الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.* الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

سهير محمد سلامة شاش . (2001، ص 34). *اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية* . مصر : دار القاهرة للكتاب .

سهير محمد سلامة شاش. (2001 ، ص 34). *اللعب تنمية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.* القاهرة: دار القاهرة للكتاب.

شيخة سالم العريض. (2003). *الوراثة مالها وما عليها.* الكويت: الحرف العربي.

صالح حسن الداهري ، ناضم هشام العبيدي. (1999،155). *الشخصية و الصحة النفسية* . مؤسسة حمادة للخدمات و الدراسات الجامعية.

صالح حسن الداهري. (2005). *رعاية الموهوبين المتميزين (وذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة 1* . دار وائل للنشر، عمان.

ضاري توما عبد الأحد بطوطة وحميد عبد النبي عبد الكاظم الفتلاوي. (2009، ص91.). *رياضة وبرامج ذوي الإحتيلداجات الخاصة و تصنيفاتها الطبية.* بغداد : الدار الجامعية للطباعة و النشر والترجمة.

طه سعد علي –أحمد أبو الليل . (ص 144). *التربية البدنية والرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة .جامعة الكويت كلية التربية الأساسية.* عمان، الأردن: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

ع ،د ابراهيم . (2002). *التربية الرياضية للاعاقة البصرية.* الاردن : دار الثقافة والنشر والتوزيع.

عبد الحفيظ يحيى خوجة. (25 11, 2016). *الشرق الاوسط.* تم الاسترداد من صحتك.

عبد الحكيم بن جواد المطر. (1996). *التربية البدنية التأهيلية والشلل الدماغي ، الطبعة 1* . دار الفكر العربي.

عبد الحميد شرف. (1996، ص 10–18). *البرنامج في التربية الرياضية بين النظرية والتطبيق.* مصر الجديدة: مركز الكتاب للنشر.

عبد الحميد شرف. (2001 ، ص 35). *التربية الرياضية والحركية كالأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة*. 001 ، ص 62: مركز الكتاب للنشر.

عبد الرحمان جابر . (2001). *سيكولوجية الاعاقة الجسمية والعقلية*. بيروت: دار الراتب.

عبد الرحمان فائز السويد. (1992). *أمراض القلب الخلقية ومتلازمة داون*. الرياض: دار النجاح.

عبد الرحمن العيساوي. (2000 ، ص 22). *التربية النفسية للطفل والمراهق* . لبنان: دار الراتب الجامعي .

عبد الرحمن العيسوي. (1997، ص 22). *سيكولوجيا الإعاقة الجسمية والعقلية*. بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية بيروت.

عبد الرحمن سليمان. (2001 ، 117). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة، مصر: مكتبة الزهراء الشرق.

عبد الرحمن سيد سليمان. (2001). *الإعاقات البدنية* . مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة.

عبد الرحمن سيد سليمان. (2001). *سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات) الطبعة 1* . مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

عبد العزيز جلال. (1980). *قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين* . المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم ، تونس.

عبد الله محمد. (2004). *تعديل السلوك للاطفال متخلفين عقليا باستخدام جداول النشاط المصور* . القاهرة : دار الزهراء.

عبد المجيد حسن الطائي. (2007). *طرق التعامل مع المعوقين* . دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.

عبد المجيد عبد الرحيم. (1997 ، ص16). *تنمية الأطفال المعاقين*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد المحي محمود حسن صالح. (2002). *متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية* . دار المعرفة الجامعية، مصر.

عبد المطلب أمين القريطي. (2001). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و ترتيبهم ، الطبعة 3* . دار الفكر العربي، القاهرة.

عبد المطلب أمين القريطي. (1995، ص 89-95). *سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وترتيبهم*. القاهرة.

عبد المنصف حسن رشوان. (2006). *ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة ، (ذوي الاحتياجات الخاصة والموهوبين)* . المكتب الجامعي الحديث، مصر.

عثمان سيد قطب، طارق حسين. (2010، ص129.). *دليل الأخصائي الرياضي لتخطيط برامج المعاقين ذهنيا*.

عصام حمدي الصفدي. (2007). *الإعاقة الحركية والشلل الدماغي* . دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.

عصام حمدي الصفدي. (2007). *الإعاقة الحركية والشلل الدماغي* . دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.

عقيدة اعتدال . (2011). *مربع التخلف العقلي* . كويت: دار القلم.

علا عبد الباقي إبراهيم. (2000 ، ص 91). *الأطفال المعوقون رعاية وعلاج*. القاهرة: عالم الكتب.

علا عبد الباقي إبراهيم. (2000،92،96). *التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة: عالم الكتب.

عودة محمد الهذلي . (2008). *المتلازمة داون الخصائص والاءعتبارات التاهلية*. عمان: دار وائل.

فاروق الروسان. (1998). *سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة ، الطبعة 3* . دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

فاروق الروسيان. (1998، ص17). *قضايا ومشكلات في التربية الخاصة* . الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون. (2001،44). *بحوث ودراسات فسيكولوجيا الإعاقة*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

كرستين مايلر. (1994 ، ص 22 .). *التربية الخاصة دليل لتعلم الطفال المتخلفين عقليا* . الأردن : ورشة الموارد العربية.

كمال سالم السيد سالم. (1988 ، ص 97 – 98). *الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين، الرياض*. الرياض: مكتبة الصفحات الذهنية.

كمال مرسي. (1979 ، ص 280 .). *مرجع في التخلف العقلي*. الكويت: دار القلم.

ماجدة السيد عبيد. (1999). *الإعاقة الجسمية* . مجموعة النيل العربية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

ماجدة السيد عبيد. (2000 ، ص 106). *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

ماجدة السيد عبيد. (2000 ، ص 106). *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

محروس الشناوي. (1997 ،81). *التخلف العقلي*. القاهرة: محروس الشناوي: التخلف العقلي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد إبراهيم عبد الحميد. (1998، ص68). *تعلم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

محمد البواليز وآخرون. (2000،ص 115). *مدخل في الخدمة الاجتماعية* . الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد سيد فهمي. (1998، 126-119). *السلوك الاجتماعي للمعاقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية*. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث أ الإسكندرية.

محمد صادق عثمان –رفيق عبد الحق. (1989 ، ص 03). *الرياضة للمعوقين*. جامعة بغداد.

محمد عبد المؤمن حسين. (1986). *سيكولوجية غير العاديين* . دار الفكر العربي ، الأسكندرية ، مصر .

محمد عبد المؤمن حسين. (ص141 – 142). *مشكلات الطفل النفسية* . الإسكندرية، مصر: دار الفكر الجامعي.

محمد كامل عفيفي عمر. (1998 ، ص 12-13). *التربية البدنية بين النظرية والتطبيق* . القاهرة: دار حداد .

مروان عبد المجيد. (1997). *الألعاب الرياضية للمعوقين* . دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن.

مروان عبد المجيد إبراهيم. *الموسوعة الرياضية المتحدي الإعاقة*. عمان: الدار العلمية الدولية النشر.

مصطفى نوري القمش. (2011، ص 367). *الإعاقات المتعددة*. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

مؤسسة الغد المشرق. (27 يوليو 2011). *مؤسسة الغد المشرق*. تاريخ الاسترداد الاحد 10 ديسمبر, 2017، من اسباب الاعاقة السمعية: http://kenanaonline.com/users/alghadalmoshreq/posts/296096

موسى فهمي إبراهيم. (1990 ، ص123). *التمارين والعروض الرياضية*. القاهرة : .

ناظم هاشم ألعبيدي. (150). *ناظم هاشم ألعبيدي: الشخصية والصحة النفسية*.

ناظم هاشمي لعبيدي –صالح حسن الدهيري . (1999 ، ص142، 150). *الشخصية والصحة النفسية*. بغداد .

نايف مفضي الجبور . (113،2012). *رياضات ذوي الاحتياجات الخاصة* . الاردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

يوسف شبلي الزعمط. (2005). *التأهيل المهني للمعوقين ، الطبعة 2* . دار الفكر، عمان.

.France : Nathan Pédagogie imizian André

T,1980) . P 186 .(*Les enfants dits de biles* .Paris :ed E.S.F 2éme.

Boucebci M,1984) . P 197 .(*Maladie mental et handicap mental* .Alger: Entreprise Nationale du livre.

Garel j .p , 1996) . page 05 .(*Education physique et handicap moteu*

J.Richard , 1995) .page 161 .(*la therapie psychomotrice* .Paris :Masson.

Oleron (P .(1961) .(*l'éducation des enfants physiquement* .édition, P.U.F, Paris.

Oleron. (1961 p 99).

Schidt R .A,1993) .Page 169 .(*Apprentissage moteur et performance* .paris: Vigot.

smith a wilson .(1976) .*adapted physical*

متلازمة داون:

1 -لمحة تاريخية عن متلازمة داون:

وصف العالم داون قبل ما يزيد على المائة عام، أطفالا يولدون بملامح مميزة أهمها الأعين المائلة، والرأس المستدير الصغير الحجم نسبيا، والأيدي القصيرة، وبعض الملامح الخاصة، وما يلبث هؤلاء الأطفال أن يظهروا تباطؤا في نموهم الحركي والذي يتطور بالتالي إلى صورة من التخلف العقلي، و في عام 1959 م اكتشف العلماء خلل الكروموزومات المسبب للمرض، وقد عرف المرض طويلا باسم مرض الطفل " المنغولي "، وهي تسمية خاطئة لا تستخدم علميا و لا مبرر لها، إذ لا علاقة لهؤلاء الأطفال بشعوب منغوليا.

الطفل المصاب بمتلازمة داون تحتوي كل خلية في جسمه على كروموزوم زائد، وبذلك فإن عدد الكروموزومات في نواة كل خلية من خلايا جسمه هو 47 كروموزوم و ليس 46 ك

روموزوم كما هو الحال في الإنسان العادي، وتحديدا يكون هذا الكروموزوم الزائد في الزوج الجنسي" 21 "من مخطط الكروموزومات. (شيخة سالم العريض، 2003، صفحة 263)

2- تعريف متلازمة داون:

1-2- تعريف عبد الرحمان السويد:"هي عبارة عن مرض خلقي ، أي أن المرض عند الطفل منذ الولادة وهو ناتج عن زيادة في عدد الصبغيات (الكروموزومات)، و الصبغيات هي عبارة عن عصيات صغيرة داخل نواة الخلية، تحمل هذه الصبغيات في داخلها تفاصيل كاملة لخلق الإنسان، فيحمل الشخص العادي ذكرا كان أو أنثى 46 كروموزوم، وهذه الصبغيات تأتي في شكل أزواج، فكل زوج فيه صبغيين(أي 23 زوج أو 46 صبغي)

هذه الأزواج مرقمة من واحد إلى اثنين وعشرين ، بينما الزوج الأخير (الزوج 23) لا يعطى رقما بل يسمى الزوج المحدد للجنس.يرث الإنسان نصف عدد الصبغيات "23" من أمه و"23" من أبيه.

(عبد الرحمان فائز السويد، 1992، صفحة 8)

2-2- تعريف جابر عبد الحميد جابر:" هو عدد شاذ من الكروموزومات أكثر شيوعا في أطفال الأمهات اللاتي يزيد أعمارهن عن أربعين سنة". (عبد الرحمان جابر ، 2001، صفحة 552)

فهي تتضمن كروموزوما إضافيا في تلك الخلايا التي يتألف الجسم منها. (عبد الله محمد، 2004، صفحة 238)

مما سبق نقول أن متلازمة داون عرفت من عدة جوانب حيث عرفها"عبد الرحمان السويد" عبارة عن مرض خلقي و هو ناتج عن زيادة في عدد الصبغيات فيحمل الشخص العادي ذكرا كان أم أنثى 46 كروموزوم، أما"عبد الحميد جابر" يعرفها بأنها عدد شاذ من الكروموزومات يصاب بها الأطفال الذين يولدن من أمهات تزيد أعمارهن عن أربعين سنة، و يعرفها"عبد الله محمد" بأنها تتضمن كروموزوما إضافيا في كل الخلايا التي يتألف منها الجسم.

3- أنواع متلازمة داون:

3 – 1 تثلث الصبغي رقم"21 " (trizomie21):

3 – 1 – 1 شذوذ الكروموزومات قبل عملية الإخصاب: هنا نجد كروموزوما زائدا في الزوج رقم" 21" سواء في النطفة أو في البويضة، وبالتالي يصبح صبغان بدلا من صبغي واحد، فنحصل على خلية ملقحة تحتوي على ثلاث كروموزومات بدلا من اثنين، وبعد الانقسام تصبح كل خلايا الجنين تحتوي على ثلاث صبغيات.

3 – 1 – 2 شذوذ الكروموزومات بعد عملية الإخصاب: في هذه الحالة نجد في كل من النطفة والبويضة صبغي واحد ، كما هو الحال عند الطفل العادي، لكن أثناء انقسام البويضة الملقحة يحدث خطأ، بحيث أن كل خلية تنقسم إلى خليتين متماثلتين، تحتوي كل واحدة على ثلاث صبغيات في الزوج رقم" 21" هذه الأخيرة تموت بعد استحالة عملها، ويضم هذا النوع تقريبا 90% من أطفال متلازمة داون، ويكون الكروموزوم رقم" 21" لديهم ثلاثيا بدلا من ثنائيا. (عبد الله محمد، 2004، صفحة 242)

3 – 2 النوع الملتحم (la translocation): تحدث ظاهرة التلاحم عند 5% من الحالات حيث يلتصق كروموزومان بشكل ملتحم لتشكيل كروموزوم" 21" ينقسم ويلتحم ب كروموزوم آخر غالبا ما يكون الكروموزوم رقم"14"، وهذا ما يتسبب في تكوين ثلاث كروموزومات للرقم" 21" ويستدعي ظهور متلازمة داون. (randall et lambert, 1979, p. 11)

3-3- النوع الفسيفسائي أو الموزاييك (la trisomie en mosaïque): يمثل هذا النوع نسبة 2% من المصابين بمتلازمة داون، وتخزن فيه بعض الخلايا الجسدية طبيعية من حيث عدد الكروموزومات وتركيبها أي 46 كروموزوم، بينما يحدث خلل في البعض الآخر من الخلايا نجد فيها 47 كروموزوم، منها ثلاث نسخ من الكروموزوم رقم"21". (السيد حلاوة ، 1998، صفحة 58)

4-خصائص متلازمة داون:

4 – 1 الخصائص الجسمية(المورفولوجية):

يمتاز الطفل الحامل لهذا المرض بمجموعة من الأعراض و الخصائص المورفولوجية وهي في الغالب تسمح بتشخيص التريزوميا رقم"21" و يمكن تلخيصها فيما يلي:

4 – 1 – 1 الرأس: يكون صغير بالنسبة إلى حجمه العادي ومؤخرة الرأس مسطحة والشعر أملس.

4 – 1 – 2 العينان: تكون مجعدة وتحتوي على انثناءات للزاوية الداخلية للعين.

4 – 1 – 3 الأذنان: غالبا ما تكون صغيرة مسطحة مع انثناءات في حلزون الأذن وصغر حجم شحمة الأذن.

4 – 1– 4 اليدين: اليدان صغيرتان في غالب الأحيان ، ومن جهة أخرى تكون الأصابع صغيرة نسبيا ويمكن أن تحتوي على ثنية (pli) تدل على اثنين كما في الحالة العادية، ويكون الأصبع الصغير مع خط انثنائي واحد، غالبا ما يكون مقوسا نحو الداخل أي في اتجاه الأصابع الأخرى.

4 – 1 – 5 القامة: تكون أقصر من المعدل بحيث الذراعان والساقان قصيران بالمقارنة مع الجذع في حوالي 15 سنة، قامة الذكر تناسب قامة الذكر العادي ذو 8 سنوات ونصف.

4 – 1 – 6 الوزن: يكون عند الميلاد منخفضا قليلا لكنه يبقى عاديا، وعندما يكبر هؤلاء الأطفال يتناسب وزنهم مع القامة القصيرة التي يتميزون بها إما في مرحلة الرشد والمراهقة فتغلب عليهم ظاهرة البدانة أكثر من غيرهم.

4 – 1 – 7 الجلد: يبدو رخامي، وقد يصبح جافا عندما يكبر الطفل كما تكون التشققات متكررة عند هؤلاء الأطفال. (smith a wilson, 1976, p. 46)

(S

4 – 2 الخصائص النفس–حركية: نجد أن الأطفال الحاملين لمتلازمة داون يعانون من ضعف في النمو الحركي و التآزر العضلي، وتكون جد معتبرة إلى غاية بلوغ الطفل الشهر السادس من العمر، حيث تكون عضلات الطفل خاملة وقليلة التصلب عند لمسها، وبعد 6 أشهر غالبا ما يخف الارتخاء العضلي ولكن ليس بصفة نهائية.

ويرى (Randal) أن الانعكاسات الأولية واللاإرادية تبقى لمرحلة طويلة لدى طفل عرض داون بالمقارنة مع الطفل العادي. (Randal et Lambert : 1982)

4 – 3 الخصائص المعرفية:

4 – 3 – 1 مستوى الذكاء: الذكاء هو القدرة الكلية على التفكير العاقل والسلوك الهادف ذي التأثير الفعال في البيئة. حيث تعتبر متلازمة داون واحدة من أكثر صور التخلف الذهني المتوسط و الشديد.

كما أن نسبة الذكاء و التي تساوي العمر العقلي على العمر الزمني، تصبح منخفضة كلما زادت قيمة العمر الزمني وبقيت قيمة العمر العقلي على حالها، و أن تراجع نسبة الذكاء عند هؤلاء الأطفال مع تقدم السن يدل على تراجع الوظيفة العقلية و المعرفية للمصاب. (Randal et Lambert : 1970, p48)

4 – 3 – 2 الإحساس و الإدراك: لقد بينت دراسة الميول البصرية و ذلك بمقارنة مجموعة من الأطفال العاديين و مجموعة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون لهم نفس الأعمار(تبلغ أعمارهم ثمانية أشهر)، أن الميول البصرية عند المصابين بمتلازمة داون هي أقل بكثير منها عند الأطفال العاديين مع تأخر زمني واضح، و يرجع هذا إلى بطئ العمليات الإدراكية. (Randal et Lambert : 1970, p50)

4 – 3 – 3 الانتباه: إن ضعف النمو العقلي يؤثر على الكفاءة الإنتباهية لدى الأطفال، فكلما كان النمو العقلي ضعيف و لا يتماشى مع العمر الزمني فإن ذلك سوف يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن الانتباه و بالتالي تظهر على الطفل أعراض اضطراب الانتباه.

3 -**3 – 4 الذاكرة:** لقد بينت الأبحاث التي تناولت دراسة الذاكرة قصيرة المدى عند الأطفال المتخلفين ذهنيا

عامة و الأطفال المصابين بمتلازمة داون خاصة، والتي قام بها كل من(إلس، سيجل، فوشي) بينت أن مدة بقاء المعلومات المخزنة في الذاكرة قصيرة المدى عند الأطفال العاديين أطول بكثير منها عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون. (Randal et Lambert : 1970, p58)

5 خصائص النمو اللساني والاتصالي لدى طفل متلازمة داون بالمقارنة مع الطفل العادي:

تلعب اللغة دورا هاما في التعلم والتواصل الاجتماعي، لذلك فإن سلامتها مهمة جدا للفرد حتى يستطيع التواصل مع غيره.لكننا نجد أن الأطفال الحاملين لمتلازمة داون يعانون من صعوبات كثيرة إذا ما قورنوا مع الأطفال العاديين، فالأشهر الأولى من حياة الطفل و والديه و بالأخص بين الطفل و الأم و هذا حتى قبل ظهور اللغة المنطوقة، فالاتصال لا ينحصر في اللغة المنطوقة فقط، بل هناك وضعيات يتم فيها الاتصال بين الطفل و الأم كالنظر، فهذا التبادل عن طريق النظرات يتطور خلال الأسابيع الأولى من ولادة الطفل، و بعد أسابيع قليلة من ذلك تظهر أولى دورات الاتصال، أين يستجيب الطفل العادي حديث الولادة بصفة غير لفظية"حين يحاط بالعناية و الاهتمام الكافيين و كذا المثيرات المحفزة" وتدخلات الوالدين عن طريق الصراخ، الابتسامات، و أصوات أخرى مختلفة.و ابتداءا من بلوغ الطفل الشهر الثالث أو الرابع تظهر الدورة الحوارية على مستوى الفوق مقطعية التي يتبادلها مع والديه وخاصة مع الأم و التي تكون مفتعلة من طرف الراشد أولا، و ليس قبل بلوغ الطفل الجزء الثاني من السنة الأولى من عمره لكي تظهر مشاركته المكثفة و النشطة في البناء ما قبل الحواري مع نظيره الراشد ، حيث نجد أن الطفل أصبح قادرا على وضع التوقفات لبعض الوقت بين إرسالا ته الصوتية، بغرض ترك فرصة الرد و التدخل من طرف الشريك.وعليه بناء حوار على مستوى الفوق اللفظي و تبادل الأدوار بين المتحاورين يظهر مع نهاية السنة الأولى من عمر الطفل العادي.

فكيف يكون هذا التطور عند الطفل المصاب بمتلازمة داون؟

يوصف الرضيع الحامل لمتلازمة داون بأنه جد هادئ في الغالب، جامد وردود أفعاله قليلة، و إذا تم مقارنته بالرضيع العادي من نفس العمر نجده يدخل في دورة اتصالية مع والديه بشكل متأخر، غالبا بعد بلوغه 5 أشهر أو 6 أشهر بينما تظهر عند الرضيع العادي ابتداءا من بلوغه الشهر الثالث.كما أن ظهور البناء الحواري عند الرضيع المصاب بالمتلازمة بالاشتراك مع الراشد حسب النموذج قبل الحواري مع التبادل و احترام الأدوار الحوارية متأخر إذ يظهر قبل بداية الجزء الثاني من السنة الثانية من العمر، بينما تظهر مع نهاية السنة الأولى من عمره، وهذا ما يسبب تأخر تطور اللغة المنطوقة عند الطفل الحامل لمتلازمة داون.

سنوات أو 4 سنوات، وكذا مخزون كلماته التي يمكن له فهمها و إنتاجها يستمر بانتظام لكن بصفة بطيئة دائما.

يظهر طفل متلازمة داون صعوبات في كيفية نطق الأصوات المكونة للكلمات، فكلامه يكون غير مفهوم بالمقارنة مع العادي من نفس السن، أو حتى الأصغر منه.و الصعوبات اللفظية تخص الصوامت و بالتحديد تلك التي تظهر في نهاية الطور اللفظي العادي (f,v,j,ch,s,l,z)، وتتأزم هذه الصعوبات عندما تظهر هذه الصوامت في كلمات طويلة أو صعبة النطق، و يرجع سبب هذه الصعوبات في التلفظ إلى الارتخاء العضلي لأعضاء النطق، و تأخر النضج العصبي الحركي، و أحيانا إلى عجز سمعي يتراوح بين الخفيف و العميق.

و تتميز لغته بالأسلوب التلغرافي أي خالية من أدوات الربط و العطف مقتصرة على الأفعال و النعوت، معبرة عن المظاهر بدون أي بنية فوق تركيبية، و عند بلوغه 5 أو 6 سنوات تكون عباراته قد تطورت أكثر، و يظهر استعماله لبعض أدوات الربط و أداة التعريف، هذا وتبقى لغة طفل و مراهق متلازمة داون فقيرة تغلب عليها عبارات عدد كلماتها متوسط و أغلبها في الزمن الحاضر مع حذف الألفاظ النحوية الصرفية و ربط قليل بداخلها، و الخطاب عامة بسيط على مستوى البنى التركيبية المستعملة.

و مع ذلك نجدها تحمل محتوى دلالي مكيف ووضعية مستعملة فيها، وتحترم القواعد المتعارف عليها خلال التبادلات التي تحدث عند المحادثة. (عقيدة اعتدال ، 2011، صفحة 24)

6 – مراحل اكتساب اللغة لدى أطفال متلازمة داون:

6 – 1 مرحلة ما قبل اللغة:

6 – 1 – 1 الصراخ: صراخ أطفال متلازمة داون أقل نشاط و فعالية و يدوم لفترة قصيرة مقارنة بالصراخ الذي يصدره الأطفال العاديين، كما يكون مستوى المقطع النبري للأصوات المنتجة مختلفا مقارنة مع الأطفال العاديين، ويكون الصراخ عند هذه الفئة المصابة بمتلازمة داون شبيها بالصراخ عند العاديين، حيث لا نفرق بين صراخ الفئتين.

6 – 1 – 2 الملاغاة: تكون المناغاة و الأصوات الصادرة من قبل الأطفال المصابين بمتلازمة داون تقريبا لا تختلف عن المناغاة و الأصوات الصادرة من قبل الأطفال العاديين، حيث أن عدد الصوامت و الصوائت و الأصوات المنتجة و التي تنمي الكلام متشابهة بالنسبة للفئتين.

6 – 1 – 3 التقليد و الإيماءات: تتأخر مرحلة التقليد نوعا ما عند أطفال متلازمة داون، حيث أن لديهم ضعفا في القوة العقلية التي تسمح بإنتاج حركة أعضاء الكلام بطريقة صحيحة، و كذلك يتأخر عنصر الفهم نظرا لضعف القدرات الذهنية.

6 – 2 مرحلة اللغة:

6 – 2 – 1 مرحلة الكلمة: وهي تعبير عن مقدرة الطفل على إنتاج كلمة واحدة ذات دلالة مثل:(روح، تعال...)، وما هو متعارف عليه أن التطور الطبيعي لهذه المرحلة من سنة إلى ثلاث سنوات، أما عند أطفال متلازمة داون فإن هذه المرحلة تتأخر إلى مدى عمري بين 18 شهر و 10 سنوات.

6 – 2 – 2 مرحلة الجملة والكلام: هنا تظهر قدرة الطفل على التحدث للآخرين بمستويات مختلفة في مدى عمري بين 3 إلى 7 سنوات، أما أطفال متلازمة داون فإنهم يتأخرون كثيرا للوصول إلى هذه المرحلة، وللأسف فإن بعضهم قد لا يصل إلى هذه المرحلة. (يوسف فوزي، 2002، صفحة 21)

7 -أسباب متلازمة داون:

تحدث بسبب الانقسام الخاطئ أثناء تكوين الحيوان المنوي أو البويضة قبل حدوث التلقيح وتخلق الجنين ،فتكون الزيادة في عدد الصبغيات، حيث نجد 24 صبغي بدلا من 23 صبغي، أو أثناء فترة الحمل عند تكون الجنين، مما ينتج عن ذلك خلية جديدة تحمل 47 كروموزوم بدلا من 46 كروموزوم، وذلك بوجود صبغي إضافي هو الصبغي رقم "21"، ثم تبدأ الخلية في الانقسام إلى خلايا مماثلة حتى تصبح كل خلايا جسمه تحتوي على 47 كروموزوم، ورغم جميع الأبحاث و الدراسات التي أجريت لمعرفة الأسباب لم تعطي سببا معينا لذلك نذكر منها (عودة محمد الهذلي ، 2008، صفحة 13)

7 – 1 عامل سن الأم: ثبت علميا ارتباط هذا المرض بعمر الأم، فكلما تقدم بالمرأة العمر زاد احتمال إصابة الجنين، ويزداد الاحتمال بشكل شديد إذا تعدت المرأة 35 سنة، كما أن الزيادة في الكروموزوم رقم"21" قد تحدث في بويضة المرأة، أو الحيوان المنوي للرجل، لكن الأطباء وجدوا أن الزيادة تكون في البويضة بحوالي 90% و الباقي في الحيوان المنوي للرجل. (عبد الرحمان السويد: 2004، ص5–6)

7 – 2 العوامل الوراثية: الأطفال التريزوميين المولودون من أمهات تريزوميات، فاحتمال إنجاب أم تريزومية لطفل تريز ومي هي تقريبا50%.

أو امتلاك أحد الوالدين صبغي منقول واحد من الزوج رقم"21". (Randal et Lambert : 1982, p28)

7 – 3 العوامل الخارجية:

7 – 3 – 1 الإشعاعات(مثل الأشعةx) فكلما كانت درجة التعرض للإشعاع كبيرة، كلما سجلت التأثيرات على السياقات الجينية(génétique processus).

7 – 3 – 2 تأثير بعض الفيروسات مثل فيروس"الأباتيت"(virus de l'hépatite)، وفيروس الحصبة.(rubéole Virus la).

7 – 3 – 3 نقص بعض الفيتامينات خصوصا فيتامين"a" يمكن أن يكون سببا في عدم الانتظام الجيني. (Lambert et Randal : 1979, p24-25)

<u>علامات التثلث الصبغي في الحمل والمشكلات الصحية التي يزيد احتمال إصابته بها لاحقاً</u> (يوسف فوزي، 2002)

التثلث الصبغي 21: شكل اللسان مشقق ،أنف مسطح،أصابع قصيرة، تشوهات خلقية في القلب، مستوى ذكاء بين 20 و50،رأس صغير مسطح، مشكلات في السمع والنظر، مشكلات في الغدة الدرقية، مشكلات في السمع والنظر، سرطان في الدم

التثلث الصبغي 13: تأخر عقلي شديد، تشوهات خلقية في القلب، وفاة خلال سنة نسبة 95 في المئة من الحالات

8 – هل صحيح أن حياة الأشخاص من هذا المرض تكون أقصر؟

في السابق لم يكن يعيش الطفل الذي يعاني التثلث الصبغي طويلاً فكان معدل حياته لا يتعدى العشر سنوات، لكن مع تطور الطب خصوصاً في ما يتعلق بصحة القلب وتطور الطرق التعامل مع الأطفال

الذي يعانون من هذا المرض وتولي أمورهم مما يساعدهم على الاستقلالية والاتكال على الذات، ازدادت سنوات الحياة إلى 40 أو 50 سنة أو أكثر .

هذا بالنسبة إلى التثلث الصبغي 21 ، أما بالنسبة إلى التثلث الصبغي 18 فلا يعيش الطفل إلا 10 أيام لا أكثر وقلائل هم الذين يعيشون حتى سن السنة .علماً أنه خلال الحمل يمكن إجراء الفحوص اللازمة لتحديد نوع التثلث الصبغي.

9 – هل تظهر لديهم مشكلات صحية أكثر من غيرهم؟

مما لا شك فيه أن الذين يعانون التثلث الصبغي يواجهون مشكلات صحية أكثرمن سائر الاشخاص، منها مشكلات الغدد والكلى والالتهابات.

هم عامةً يمرضون أكثر من غيرهم مع الإشارة إلى أنه في ما يتعلق بمشكلات القلب، من الأسهل معالجتها أثناء الحمل ومواصلة العلاج بعد الولادة.

10 – ما هي المشاكل الطبية التي تصيب الطفل المنغولي ؟

تترافق أكثر الحالات مع مشاكل طبية في الجسم ,

فنصف الأطفال المنغوليين لديهم عيوب خلقية في القلب , و قد يحتاج البعض للجراحة ,

و كذلك يصاب نصف المنغوليين باضطراب السمع و الرؤيا , حيث يحدث نقص السمع و كسل العين و الساد بكثرة , و هذا يؤثر على تعلم الطفل في مراكز الرعاية الخاصة.

ومن المشاكل الأخرى حدوث أمراض الغدة الدرقية و تشوهات جهاز الهضم و الاختلاجات و زيادة الوزن و زيادة حدوث الالتهابات و زيادة احتمال حدوث سرطان الدم و كل هذه الحالات يمكن تشخيصها و علاجها.

ما هو العلاج و ماذا تفعل إذا كان لديك طفل منغولي ؟

علاج الطفل المنغولي يحتاج لوقت طويل و تعاون بين كل أفراد الأسرة مع الطبيب و يختلف العلاج من طفل لآخر ولكن أهم أنواع العلاج هي المتابعة مع طبيب الوراثة و التدخل المبكر لتنمية القدرات و المهارات وقد يحتاج بعض الأطفال لجلسات للعلاج الطبيعي أو التخاطب

فعدم وجدود علاج شافي للحالة يصيب الوالدين بالخيبة و الإحباط في أول الأمر ,

و العلاج هو بتفهم الحالة و معالجة المشاكل الطبية إن وجدت,

و الاتصال مع عائلات أخرى لديهم طفل مصاب ,

و عندما يصبح الطفل بعمر 3 سنوات , يوضع في مراكز للتأهيل و مدارس خاصة أو عادية أو في الجمعيات الخاصة بالمنغوليين.

11 – التأهيل وبرامج التدريب:

يتم تأهيل وتدريب الأطفال المنغوليين على تعلم المهارات والقدرات واللغة من اختصاصيين ويشمل الكادر الطبي والكادر التربوي

وتختلف درجة القصور لذوي متلازمة داون نظراً لاختلاف إمكانيات كل طفل ودرجة القصور عنده.

إن الأشخاص ذوي «متلازمة داون» قادرون على التعلم إذا أثرينا حياتهم بدوافع وحوافز، وأعطيناهم فرص التعلم المبكر والمناسب، ووفرنا لهم التشجيع المستمر.

فمنهم من يعاني من تخلّف عقلي شديد يحتاجون للرعاية المستمرة

و منهم يرافقه مشكلات بالقلب من تشوهات أو مشكلات في الصمامات

و منهم ترافقه تشنجات متكررة ونوبات صرع

وبعضهم يوجد عنده إعاقة خفيفة و يعتمدون على أنفسهم حيث يتمكن من التعلّم أو العمل.

التعليم و التدريب للطفل المنغولي :

يعلم الطفل في مدارس خاصة إذا كانت درجة الإعاقة كبيرة ، كما يمكن له الاندماج في المدارس العادية إذا كان مستواه الذهني في حدود المتوسط

خيارات العلاج : الجهود التي تبذلها الأمهات في رعاية وعلاج أطفالهن المنغوليين أو المصابين بمرض داون سندروم متلازمة داون لن تذهب هباء.

يتم تشخيص متلازمة داون عادة عند الولادة عن طريق الملامح الجسدية المميزة للطفل، ويتم التأكد بعدها باختبار الدم (تحليل الكر وموسومات)

وسيوصي الطبيب بعمل برنامج دعمي لك ولطفلك لتتعلمي كيف يمكن تعظيم قدرات طفلك

فالأطفال المصابون بمتلازمة داون يمكنهم بالفعل الإفادة بأكبر قدر ممكن من قدراتهم، وكثيرون منهم يتعلمون القراءة ويمكنهم أن يعيشوا حياة مستقلة عن طريق التعليم المستمر والدعم المباشر.

ويمكن لكثير من الأسر أن تنتفع بالاشتراك في إحدى جماعات الدعم .

لا يوجد في الوقت الحالي علاج للأشخاص المصابين بـ متلازمة داون ، وذلك بسبب عدم القدرة على تغيير الصبغة الوراثية، لكن يمكن التخفيف من المشكلات التي يتعرض لها، ويكون ذلك بعدة طرق منها

– توفير الرعاية الصحية الجيدة للطفل المصاب بمتلازمة داون ، ذلك لاكتشاف الأمراض التي يتعرض لها فور حدوثها ، ومحاولة الحد من إصابته بالعدوى المتكررة، مثلا بإعطائه التطعيمات المهمة

– التعليم و التدريب : 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 و العلاج المهني

– مساندة الوالدين قدر الإمكان، ولا بد أن تبدأ هذه المساندة منذ لحظة التشخيص، فمن المهم جدا 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 كثيرا في تقبل الموقف وامتصاص المشاعر المؤلمة

– توفير فرص العمل للبالغين المصابين بـ متلازمة داون ، ويمكنهم العمل في أعمال مختلفة بعد التدريب

– ينصح بإجراء الفحص الصبغي لوالدي الطفل المصاب بالانتقال الصبغي لتحديد الناقل ، وبالتالي فحص الحمول في المستقبل

يمكننا القول أن متلازمة داون تحدث في كل المجتمعات وفي كل الطبقات ، نتيجة عدة عوامل و أسباب مجهولة، و بالرغم من أن بعض الدراسات أثبتت دور العوامل إلا أن السبب الرئيسي في حدوث هذا الخلل لا يزال مجهولا، و بالتالي لم يكتشف علاج لهذا الخلل، لكن رغم ذلك و مع تقدم الطب أصبح بإمكان هذه الفئة العيش كالأشخاص العاديين، أي يكونون مستقلين ومندمجين في المجتمع.

و اخيرا فإن الدعم الاجتماعي مهم جدا للأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب، فالمحبة والاحتواء النفسي والتقارب الأسري تخفف من آلامنا وتساعدنا على حل مشكلاتنا وتحمينا من المرض.

1 – تعريف مرض التوحد

أما تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد America Society Of Autism (ASA) فتعرف التوحد على أنه إعاقة فى النمو، تتصف بكونها مزمنة وشديدة، تظهر فى السنوات الثلاثة الأولى من العمر، وهو محصلة للاضطراب العصبى الذى يؤثر عملياً على وظائف الدماغ، وتعرف "الجمعية القومية للأطفال التوحديين" National Society For Autistic Children New (NSAC) (1987) –التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة تجعل الطفل منعزل عن العالم المحيط به ، وإن المظاهر الشخصية المتضمنة يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل ثلاثين شهراً، ويتضمن ذلك اضطراب فى سرعة أو تتابع النمو، واضطراب فى الاستجابة الحسية للمثيرات، و اضطراب فى الكلام واللغة والقدرات المعرفية، واضطراب فى التعلق أو الانتماء للناس أو الأحداث والموضوعات (اسامة المدبولي، 2011)

2 – ما هو اضطراب طيف التوحد؟

اضطراب طيف التوحد (ASD) عبارة عن إعاقة تنموية تنجم عن اختلافات في الدماغ. ولم يتمكن العلماء بعد من تحديد السبب الدقيق الذي يؤدي إلى تلك الاختلافات لدى أغلب الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد. ومع ذلك، فإن الاختلافات لدى بعض الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد

معروفة، مثل الأمراض الوراثية. وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب طيف التوحد، رغم أن أغلب هذه الأسباب غير معروف بعد.

وفي الغالب، ال يكون هناك ما يميز الأشخاص من المصابين باضطراب طيف التوحد بما يجعلهم مختلفين عن الأشخاص الآخرين، إلا أنهم يمكنهم التواصل والتفاعل والتصرف والتعلم بطرق تختلف عن أغلب الأشخاص الآخرين .ويمكن أن تتراوح القدرات التعليمية والتفكيرية وقدرات حل المشكلات لدى الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد بين الموهبة وحتى التحديات الشديدة .فالكثير من المصابين باضطراب طيف التوحد يحتاجون إلى الكثير من المساعدة في حياتهم اليومية، وغيرهم يحتاجون إلى قدر أقل من تلك المساعدة .ويشتمل تشخيص اضطراب طيف التوحد في الوقت المعاصر على العديد من الأمراض التي كان من المعتاد أن يتم تشخيصها بمفردها، مثل: الاضطراب التوحدي، والاضطراب النمائي واسع الانتشار (NOS-PDD) الذي لم يكن بالإمكان تحديده بطرق أخرى ومتلازمة أسبرجر. وفي الوقت المعاصر، يطلق على كل هذه الحالات اسم اضطراب طيف التوحد.

3 – ما هي بعض علامات الإصابة باضطراب طيف التوحد؟ (خصائص الطفل التوحدي)

غالًبا ما يعاني الأشخاص من المصابين باضطراب طيف التوحد من مشكلات في المهارات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية. فقد يقومون بتكرار سلوكيات محددة، وقد ال يرغبون في تغيير الأنشطة اليومية التي يمارسونها. ويتخذ العديد من الأشخاص من المصابين باضطراب طيف التوحد طرقا مختلفة للتعلم أو جذب الانتباه أو الرد على الأشياء. وتظهر عالمات الإصابة باضطراب طيف التوحد في الطفولة المبكرة، وتستمر طوال حياة الشخص .يمكن أن يتميز الأطفال أو البالغون من المصابين باضطراب طيف التوحد بما يلي:

♣عدم الإشارة إلى الأشياء للتعبير عن الاهتمام (على سبيل المثال، عدم الإشارة إلى الطائرة التي تطير فوق رؤوسهم)

♣عدم النظر إلى الأشياء عندما يشير الآخرون إليها

♣وجود صعوبات في التعامل مع الآخرين أو عدم الاهتمام بالآخرين على الإطلاق

♣تجنب التواصل بالعين والرغبة في البقاء بمفردهم

♣الشعور بصعوبات في فهم مشاعر الآخرين أو الحديث عن المشاعر الخاصة بهم

♣يفضلون ألا يتم حملهم أو عناقهم، أو قد ال يرغبون في معانقة الآخرين إلا عندما يرغبون في ذلك فقط

♣يبدو عليهم عدم الوعي عندما يتحدث إليهم الآخرون، في حين أنهم يستجيبون للأصوات الأخرى

♣يظهر عليهم الاهتمام الشديد بالأشخاص، إلا أنهم لا يعرفون كيف يتحدثون إليهم أو كيف يلعبون معهم، أو كيف يتعاملون معهم

♣تكرار أو إعادة الكلمات أو العبارات التي تقال لهم، أو تكرار الكلمات أو العبارات بدلاً من استخدام اللغة العادية

♣يشعرون بصعوبة في التعبير عن احتياجاتهم باستخدام الكلمات أو الحركات المعتادة

♣لا يلعبون ألعاب "التظاهر" (على سبيل المثال، لا يتظاهرون "بإطعام" دمية)

♣يقومون بتكرار الأشياء بصفة دائمة

♣يعانون من صعوبات في التأقلم عندما تتغير الأمور الروتينية المعتادة

♣يكون رد فعلهم غير معتاد فيما يتعلق برائحة أو مذاق أو شكل أو ملمس أو صوت الأشياء

♣يفقدون المهارات التي كانوا يتمتعون بها في الماضي (على سبيل المثال، يتوقفون عن قول الكلمات التي كانوا يستخدمونها من قبل)

4 – ماذا علي أن أفعل إذا كنت أعتقد أني طفلي مصاب باضطراب طيف التوحد؟

تحدث مع طبيب أو ممرضة الطفل. إذا كنت تشعر أنت أو الطبيب بأنه ربما تكون هناك مشكلة، فاطلب إحالة الطفل لزيارة طبيب أطفال متخصص في الأمور التنموية أو متخصص آخر .وفي نفس الوقت، اتصل بوكالة التدخل المبكر المحلية (للأطفال الأقل من 3أعوام) أو المدرسة العامة المحلية (للأطفال الأكبر من 3 أعوام) حتى إذا لم يكن طفلك يحضر في هذه المدرسة.

لا تنتظر. فالتحرك مبكرا يمكن أن يؤدي إلى إحداث تغيير حقيقي!

(جامعة لويس فيل بالولايات المتحدةالأمريكية)

5 – أنشطة يومية مفيدة لمرضى التوحد

لأن المهارات تساعد الشخص على أن يكون قادراً على المشاركة في النشاطات التي تقوم بها العائلة والمجتمع وهذا يساعده على شغل وقته بشكل فعال وكذلك يزيد من استقلاليته اعتمادا على جملة من الإجراءات السلوكية الإيجابية وقد دعم تلك المعلومات البحث الذي يتناول تعلم مهارات الحياة اليومية

للأطفال المصابين بالتوحد من خلال استخدام أشرطة فيديو تعليمية يقوم بتأديتها كل من روبين شيبلي و جون لوتركز و ميشيل كوبمان،

كانت تطبق معظم أبحاث النمذجة من خلال الفيديو أي من خلال نماذج الرفقاء أو النموذج الذاتي والذي يتيعتمد تصميم أي منهاج على إمكانية تعليمه وتعميمه في مواقع مختلفة وبالأخص البرنامج الذي يصمم للأشخاص المصابين بالتوحد، حيث يمكن الفرد المصاب بالتوحد من رفع كفاءته واستقلاليته في أداء المهارات المختلفة، وبما أن الهدف النهائي هو الاستقلالية فإن البرنامج لابد أن يعكس القدرات الفردية، فمعظم المهارات تدرس في جلسات تدريبية مخطط لها بشكل مسبق.

بعد أداء ضمن إطاراً معيناً كما نشرت مجلة التحليل السلوكي التطبيقي بحثا عن تدريس مهارات الحياة اليومية للأطفال المصابين بالتوحد من خلال الأداء الشخصي للباحث ك. ل. بيبريس شريهان. لقد زاد التركيز في الآونة الأخيرة على تدريس مهارات وظيفية من مثل مهارات الحياة اليومية والتي تشمل إعداد وجبات بسيطة والمشاركة بأعمال المنزل أو ارتداء الملابس والتي تدرس من خلال وضع برنامج مسبق للأنشطة يشمل الخطوات الرئيسية حيث يتم الاستعانة بصور تشرح طريقة الأداء أو مراحل المهارة كي تساعد الطالب على أداء المهارات باستقلالية.

إن اكتساب هذه المهارات يخفف من العبء الملقى على عاتق الأهل ومقدمي العناية وذلك لما يستغرقه أداء هذه المهارات من طاقة ووقت وجهد وهناك حاجة ملحة لتعليم هذه المهارات للأطفال المصابين بالتوحد لكي نسرع من استقلاليتهم واعتمادهم على أنفسهم

لقد توصل مركز دبي للتوحد إلى أهمية مساعدة الأطفال المصابين بالتوحد على التصرف بنجاح كالبالغين،وكذلك أخذ تدريب تدريس مهارات الحياة اليومية دورا مهما في منهاج المركز، وتبني هذا البرنامج الذي يرتكز على فكرة أن المدرسة والعائلة لابد أن يعملوا سويا لتدريس مهارات الحياة اليومية بشكل مبكر الذي يؤدي بالضرورة للوصول إلى نجاح في المراحل المتقدمة »مرحلة المراهقة والبلوغ«، ويتم بالطبع تعميم المهارات المتعلمة ونقلها إلى بيئة البيت.

6 –أنشطة متعددة

في مركز دبي للتوحد يتم استخدام جدول النشاطات المصور فعلى سبيل المثال يتم استخدام سلسلة من الصور لتعليم الطفل كيفية ترتيب سريره وبهذه المهارة يتم استخدام صور خاصة سلسلة النشاطات »يدخل الطفل غرفة نومه يسحب الغطاء إلى أعلى، يضع المخدة أعلى السرير، يسحب غطاء السرير إلى أعلى يزيل الثنيات عن الغطاء، فكما نرى أن الصور تفسر الخطوات التي لابد من القيام بها.

تحليل مهارة ترتيب السرير

-1أزل الثنيات من أسفل غطاء السرير

-2اسحب أعلى الغطاء إلى مقدمة السرير

-3تأكد من أن أعلى الغطاء مثبت على جهتي السرير

-4انفش المخدات وقم بوضعها على مقدمة السرير.

-5اسحب النهاية الأمامية لغطاء السرير إلى مقدمة السرير.

-6تأكد من أن غطاء السرير يثبت من الجانبين.

-7أزل الثنيات على كل غطاء السرير

إذا تم تعريض الأطفال المصابين بالتوحد إلى مهارات وظيفية مختلفة من المهارات الحياتية اليومية فإن هذا يؤدي بالضرورة إلى حياة ذات نتائج إيجابية. ولكي نصل إلى هدف التعميم وثبات المهارة المتعلمة لابد من التدريب في مواقف مختلفة لدى العديد من الأشخاص المصابين بالتوحد. قصور في القدرات الوظيفية ويحتاجون إلى تعليمات مكثفة حتى يستطيعوا إتقان المهارة

7 – وسائل مساعدة

لدى مركز دبي للتوحد مطبخ وظيفي متكامل يحوي طاولة طعام فرن، ميكروويف، ثلاجة، وقد تم إعداده بطريقة منظمة وجيدة، وبالإضافة إلى المطبخ هناك غرفة أخرى تحوي أركية وسريراً وخزانة ملابس، في الوقت الحالي يغطي البرنامج عدة نواح من التعلم. فمن الحياة اليومية والمشاركة»الجلوس سويا على المائدة«، أداء مهام التنظيف ، وغسل الأطباق. التخطيط

والاعداد للوجبات (تقشير، تقطيع، خلط) تقديم الطعام »تجهيز المائدة«، العناية بالملابس »كي الملابس وتعليقها«. مثال على إعداد ساندويتش جبن سائلة:

*الهدف: أن يستطيع محمد إعداد ساندويتش جبن سائلة

الوضع العام:

*الإعداد: محمد ومساعدة في ركن المطبخ.

*الأدوات: خبز، جبن سائلة، سكين، وملعقة.

عدد المحاولات في الجلسة خمس محاولات.

8 – طريقة التدريس:

- نمذجة عمل ساندويتش

- يتم إخبار محمد عن خطوات عمل الساندويتش

-1قم بإحضار الصحن والسكين وساعده ، سيقوم الطفل بعمل جزء من كل خطوة بمساعدة

-2احضر الخبز والجبن من الثلاجة وساعده

-3أخرج الخبز من الكيس وقم بمساعدته

-4افتح علبة الجبن وساعده في ذلك

-5ادهن الجبن على الخبز وساعده في ذلك أيضا.

-6أخبره أن يقوم بعمل ساندويتش بمفرده

سيقوم الطفل بتنفيذ الخطوات من 1 إلى 2 بدون تلقين

قم بنمذجة الخطوات من 3–5 مع إضافة التلقين عن الحاجة.

«أخبره أن يصنع ساندويتش«

سيقوم الطفل بتنفيذ الخطوات من

3-1بدون تلقين

نمذج الخطوات من 5–4

«أخبر محمد أن يعمل ساندويتش»

سيقوم الطفل بتنفيذ المراحل 1–2–3 و 4 بدون تعليق

ندمج الخطوة الخامسة

«أخبر محمد أن يعمل ساندويتش»

سيقوم الطفل بتنفيذ الخطوات من

5-1بدون تلقين

ما سبق هو مثال على واحدة من المهارات الحياتية اليومية التي من الممكن تدريب الطفل المصاب بالتوحد عليها ويمكن القياس عليها في التنفيذ والتخطيط لمهارات أخرى (جريدة البيان الإماراتية، 2006)

المحور الثالث : الاعاقة الحسية

مقدمة:

يرتبط التعليم واكتساب اللغة بشكل أساسي بحاسة السمع فالإنسان يتلقى معظم المهارات والمعارف من خلال السمع بل أن تقليد الأصوات وتعلم الكلام لا يتم إلا عن طريق السمع فالطفل الأصم لا يستطيع الكلام لعدم قدرته على سماع الأصوات لذا فأن لحاسة السمع الأهمية الأولى في التعلم وقدر ورد تقديم حاسة السمع في القرآن الكريم على بقية الحواس في كثير من آيات الذكر الحكيم

قال تعالى:

(وَجَعَلَ لَكُمُ الْسَّمْعَ وَالأَبْصَارَ وَالأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ) (النحل ، 78)

وقال تعالى:

(إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْؤُولاً) (الإسراء 36)

وقال تعالى:

(وَهُوَ الَّذِي أَنشَأَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ) (المؤمنون 78)

ومما يدل على أهمية السمع هو أن حاسة السمع تتكون لدى الإنسان وتستجيب للأصوات منذ الولادة بل أن هناك دراسات تشير إلى وجود هذه الحاسة أثناء وجود الجنين في رحم أمه.

فالنمو المعرفي والاجتماعي للإنسان خاصة في سنوات العمر الأولى يعتمد على السمع حيث يتفاعل مع الأصوات التي يسمعها ويبدأ في اكتساب مهارات ومعلومات تحقق له التواصل مع المحيطين به .

وفقدان جهاز مهم في تحقيق هذا النمو يستوجب أن يكون هناك نوع خاص من التعليم ملائم لطبيعة هذه الإعاقة وذلك باستخدام منهج يتوافق مع حاجات وخصائص المعاقين سمعياً.

وهذه الورقة تسعى إلى تقديم رؤية تربوية للتخطيط وبناء مناهج تربوية لذوي الإعاقة السمعية تهدف إلى تعليمهم إلى أقصى درجة تؤهلهم لها إمكاناتهم وقدراتهم الكامنة .باستخدام الطرق والوسائل الفاعلة القادرة على إطلاقها لتعمل وتنتج مثل باقي فئات المجتمع الأخرى . (1416هـ، 2012، صفحة ص13)

1 – تعريف الإعاقة السمعية :

يقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه ، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة ، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جدا والتي ينتج عنها صمم .

الإعاقة السمعية: مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جدا وان الإعاقة السمعية تعنى انحرافا في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي.

الطفل الأصم : هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره ونتيجة لذلك فهو لم يستطع اكتساب اللغة ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم

الطفل ضعيف السمع : هو ذلك الطفل الذي فقد جزء من قدرته السمعية ولذلك فهو يسمع عند درجة معينه كما ينطق وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية بمساعدة المعينات السمعية. (احمد رزوق و اخرون، 2003)

2 – تصنيفات الإعاقة السمعية

2 – 1 التصنيف وفقا للعمر الذي حدثت فيه الاعاقة:

1 – **صمم ما قبل اكتساب اللغة :** وهو الضعف الحاصل في أثناء الولادة ، أو قبل اكتساب الطفل للغة، وفي هذه الحالة تتأثر قدرة الطفل على النطق و الكلام ، لأن الطفل لم يسمع اللغة بالشكل المطلوب حتى يتعلمها.

2–**صمم ما بعد اكتساب اللغة:** وهو الضعف الحاصل بعد أن يكون الطفل قد اكتسب اللغة ، وفي هذه الحالة لا يتأثر النطق أو الكلام عند الطفل.

2 – 2 التصنيف الفسيولوجي :

1 – ضعف السمع البسيط : (27 – 40 ديسبل) : هؤلاء الأطفال يستطيعون الكلام بصورة عادية ,فقط يواجهون صعوبة في سماع الكلام الهامس والبعيد , وهذا لا يعوق إستمرارهم للمدارس العالية وعندما يقترب فقدان السمع من 40 ديسبل فهم يحتاجون إلى مكان مناسب وإضاءة مناسبة في حجرة الدراسة بالإضافة إلى تدريبهم على قراءة الكلام والنطق مع استخدام المعينات السمعية .

2 – ضعف السمع المتوسط : (41 – 55 ديسبل) : هؤلاء الأطفال لديهم بعض العيوب في إخراج الأصوات وصعوبة في السمع بشكل جيد إذا كان صوت المتحدث ضعيفا أو وجهه غير مرئي بالنسبة لهم فهم يحتاجون إلى التدريب على النطق وقراءة الكلام مع التركيز على القراءة والتصحيح اللغوي .

3 – فقدان السمع الشديد : (56 – 70 ديسبل) : هؤلاء الأطفال لديهم بعض العيوب في عملية النطق وإخراج الأصوات ويواجهون صعوبات ملحوظة في إجراء المناقشات ويمتلكون قدرا محدودا من الكلمات

والألفاظ فهم يحتاجون إلى إجراء التدريبات السمعية لاستغلال بقايا السمع لديهم , وتدريبهم على برامج تعليمية تركز على مهارات اللغة واستخدام الكلمات والقراءة والكتابة ويلاحظ أن عملية الاتصال الاجتماعي لديهم تواجه بعض الصعوبات حتى في حالة استعمال السماعات , وهؤلاء ينجحون في تكوين علاقات اجتماعية مرضية مع غيرهم ممن لديهم نفس القدر من فقدان السمع .

4 – فقدان السمع الحاد : (71 – 90 ديسبل) : هؤلاء الأطفال يسمعون بعض الضوضاء المنبعثة من البيئة من حولهم , وعلى الرغم من استخدامهم للسماعات تظل لديهم صعوبات لتمييز الحروف الساكنة , ويمكن اعتبار الكثيرين منهم من فئة الأطفال الصم , فهم يحتاجون إلى تدريبات سمعية كافية مع استخدام السماعات والتركيز على المهارات اللغوية والمفاهيم وقراءة الكلام وتدريبات النطق خاصة باستخدام المعينات السمعية الفردية والجماعية ' ويلاحظ أن تلك الفئة تجد صعوبة في التعامل الاجتماعي مع العاديين .

5 – فقدان السمع العميق : (أكثر من 91 ديسبل) : هؤلاء الأطفال يطلق عليهم الصم فهم لا يمكنهم الاعتماد على القناة السمعية كوسيلة أولية للاتصال و لكن يمكن تنمية وتطوير كلامهم ولغتهم فقط من خلال تدريب مكثف وهاته الفئة تعتمد على الرؤية أكثر من السمع كوسيلة أولى للاتصال , فهم يحتاجون إلى طريقة الاتصال الكلي التي تجمع بين الطريقة الشفهية والطريقة اليدوية , وهذا تحت إشراف تربوي مختص . (احمد رزوق و اخرون، 2003)

2 – 3 التصنيف الطبي :

1– الفقدان السمعي التوصيلي: ويشير إلى الإعاقة السمعية الناتجة عن خلل في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الداخلية، وعليه فإن المصاب يجد صعوبة في سماع الأصوات المنخفضة، بينما يواجه صعوبة أقل في سماع الأصوات المرتفعة، وبوجه عام فإن الفقدان السمعي الناتج لا يتجاوز 60 ديسبل.

2–الفقدان السمعي الحسي العصبي : ويشير إلى الإعاقة السمعية الناجمة عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي، فعلى الرغم من أن موجات الصوت تصل إلى الأذن الداخلية، فإن تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة، قد لا يتم على نحو ملائم، أو أن الخلل يقع في العصب السمعي، فلا يتم نقلها إلى الدماغ بشكل تام..، والفقدان السمعي الحسي العصبي لا يؤثر فقط على القدرة على سماع الأصوات، بل وعلى فَهمها أيضًا، فالأصوات المسموعة تتعرض إلى تشويه يحول دون فَهْمها، وفي معظم الأحيان يعاني المصاب من عجز في سماع النغمات العالية، والحالات التي تتجاوز 70 ديسبل،

هي في العادة حالات فِقدان سمعي حسي عصبي، كما أن استفادة المصاب من السماعات أو تكبير الصوت قليلة. .

3-الفقدان السمعي المختلط :

ويجمع هذا الشكل بين الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة السمعية الحسية العصبية، ولذلك يجب تحديد نوع وطبيعة الإعاقة السمعية لِما لذلك من انعكاسات على العملية التربوية.

4-الفقدان السمعي المركزي :

ويحدث في حالة وجود خلل يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ، أو عندما يصاب الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ، ويعود سبب هذه الإصابة إلى الأورام أو الجلطات الدماغية، أو إلى عوامل ولادية أو مكتسبة.

2 – 3 **التصنيف التربوي :**

- **ثقيلوا السمع:** هم هؤلاء الأطفال الذين تقوم حاسة السمع لديهم بوظيفتها على الرغم من وجود العجز بها .وذلك باستخدام معينات سمعية .

وفي تعريف أخر يعرف ضعاف السمع أنهم:"هؤلاء الذين يتكون لديهم ضعف في السمع و في قدراتهم على الاستجابة للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكهم لما يدور حولهم ,بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرتهم السمعية".

- الصم:"الصم هم هؤلاء الأطفال الذين لا تفي حاسة السمع لديهم بوظيفتها بالنسبة للأغراض العادية للحياة"

"الاصم هو ذلك الشخص الذي لديه عجز سمعي يعوقه عن الفهم الصحيح للمعلومات اللغوية من خلال السمع ,مع أو بدون استخدام معينات سمعية".

3 – أسباب الإعاقة السمعية:

أ – مسببات قبل الولادة : وتشمل الأسباب الخلقية أو الجينية:

3 – 1 الأسباب الوراثية

تعتبر الأسباب الوراثية من العوامل الرئيسية للإعاقة السمعية حيث نجد أن حوالي 60 ٪ من حالات الإعاقة السمعية في الطفولة المبكرة مرتبط بالوراثة ولكن يجب التأكيد علي أن زيادة قدرة الإنسان على التحكم في العوامل البيئية والتي لا يمكن فصل تأثيراتها عن الوراثة سوف يؤدي لانخفاض هذه النسبة.

وتشير العوامل الوراثية إلى تلك العوامل والاستعدادات التي تنتقل من الوالدين إلى الأبناء عملية الإخصاب عن طريق الجينات التي تحملها الكرموزومات ، فإذا ما تزوج شخص يحمل كروموزومات تحتوي علي صفات ضعف في خلايا السمع أو العصب السمعي من امرأة تحمل نفس الصفات ، فإن هذا

الضعف قد يظهر في الجنين , وقد يؤدي ذلك إلى ولادة طفل معوق سمعياً ، ويحدث ذلك إذا تزوج الرجل إحدى قريباته (مثل ابن العم وابن الخال .... الخ(

وتظهر الإصابة بالصمم الوراثي منذ الولادة (صمم أو ضعف سمع ولادى) أو بعدها بسنوات حتى الثلاثين أو الأربعين – كما في مرض تصلب عظيمة الركاب لدي الكبار

ويمكن الحد من هذه الصمم الوراثي عن طريق النصح بعدم زواج الأقارب وفحص الزوجين قبل الزواج.

3 – 2 أسباب خلقية

مثل إصابة الأم الحامل خاصة خلال الشهور الثلاث الأولى من الحمل بالحصبة الألمانية . أو مرض الزهري ، أو إدمان الأم للمخدرات ، أو تعاطي الأم بعض العقاقير دون استشارة الطبيب كما أن إصابة الأم بمرض البول السكري أو أمراض الكلي والقلب قد يكون له تأثيراً سيئاً علي تكوين الأذن يتمثل في نقص في تكوين الأذن الخارجية أو الوسطي أو العظيمات السمعية مما ينتج عنه صمم توصيلي وهو قابل للعلاج ، ونقص في تكوين الأذن الداخلية (القوقعة – الخلايا السمعية) مما ينتج عنه صمم استقبالي عصبي وهو صعب علاجه ، وينبغي التأكيد هنا علي أن شدة الإصابة بالإعاقة السمعية تختلف حسب شدة المرض التي تعرضت له الأم وكمية ا؟لأدوية المعطاة

:ب – مسببات أثناء الولادة

وترجع هذه العوامل إلى ظروف عملية الولادة وما يترتب عليها بالنسبة للوليد وتشمل

حيث يمكن أن يتعرض معها الجنين لنقص الأكسجين مما يترتب عليه موت – الولادات المتعسرة أو الطويل الخلايا السمعية وإصابته بالصمم.

: – الولادات المبكرة

وتكون قبل اكتمال قضاء الجنين لسبعة أشهر في رحم الأم مما قد يعرضه للإصابة ببعض الأمراض نتيجة عدم اكتمال نموه ونقص المناعة لديه.

–عدم توافق فصائل الدم في الأب والأم الطفل الأول لا يتأثر بذلك بينما الأطفال الذين يولدون بعده يتعرضون للإصابة ،حيث أن كرات الدم الحمراء تتكسر و ينتج عنها وجود مادة صفراء تترسب في المخ،و في المراكز السمعية العليا ،وتؤدي للإصابة بالإعاقة السمعية.

–استخدام الطبيب للألأت مثل الجفت أثناء عملية الولادة.

: جـ – مسببات بعد الولادة

وترجع هذه العوامل إلى الإصابة ببعض الأمراض ، والتعرض لبعض الظروف التي قد تؤدي للإعاقة السمعية ، وتشمل:

–إصابة الطفل ببعض الأمراض مثل الحصبة ، أو التيفود ، أو الأنفلونزا ، أو الحمى ، أو الحمى القرمزية ، أو الالتهاب السحائي ، أو الحمى

الشوكية

– زيادة الضغط على الأذن بسبب التعرض للانفجاريات الشديدة ، والموسيقي المرتفعة ، والضوضاء والأصوات العالية.

– التعرض للحوادث والإصابات مثل ارتجاج المخ ، أو الصدمات ، أو الصفع على الأذن ، أو دخول أجسام غريبة في الأذن مثل الحصى والحشرات.

– التهاب الأذن الوسطي وما ينتج عنه من خروج صديد من الأذن ، وكذلك التهاب الأذن الخارجية.

– إصابة بعض كبار السن بالصمم ، نتيجة ضمور أنسجة السمع ، وهو ما يعرف بصمم الشيخوخة.

– صمم هستيري وعادة ما يعزي إلى ضغوط انفعالية فقد يفقد الهستيريون صوتهم ويصبحون صما لأسابيع أو شهور تحت ضغط الصراعات الانفعالية الشديدة ، وفي هذا النوع يكون دور الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي على قدر كبير من الأهمية في دراسة الجوانب المؤثرة في نشأة واستمرار هذه الحالة.

– فقدان الكلام أو الصمم قد يكون عرضاً من الأعراض المصاحبة للتوحد الطفولى ، وفى تلك الحالة لا يتكلم الطفل لأنه بلغ في انعزاله التام عن المجتمع أنه لم يعد يجد ضرورة للاتصال بالغير عن طريق التعبير بالكلام ولا بأية وسيلة أخري. (مؤسسة الغد المشرق، 27 يوليو 2011)

4 – طرق الاتصال مع المعاق سمعيا :

تعتبر عملية الاتصال جوهر استمرار الحياة الاجتماعية وتطورها , فالحضارة الإنسانية حافظت على بقائها وتطورها من خلال عملية الاتصال , وعملية التربية تقوم على الاتصال الفعال , ونجاح المعوقين سمعيا في تحقيق الاتصال الفعال مع المجتمع من الأهداف الرئيسية من وراء تربيته , وبناء المناهج وتنفيذ البرامج يتم من خلال معرفة طرق الاتصال المختلفة الخاصة بالمعوقين سمعيا ومعرفة أوجه الضعف والقوة في كل طريقة وهذا لوضع الطريقة المناسبة والملائمة .ومن بين هاته الطرق ما يلي :

1 – الطريقة الشفهية : هي طريقة لتعليم المعوقين سمعيا , تجمع بين استخدام الكلام وبقايا السمع وقراءة الكلام , لكنها تحرمهم من استخدام لغة الإشارة وهجاء الأصابع ,لاعتقاد أن الاتصال اليدوي يؤثر على نمو قدرتهم على الكلام , ونجد في برامج الطريقة الشفهية البعض منها يركز على استخدام بقايا السمع , والبعض الأخر يركز على حاسة البصر وقراءة الكلام , وهناك من يجمع بين استخدام بقايا السمع وقراءة الكلام معا .

أ – قراءة الكلام : هناك من يستخدم مصطلح قراءة الشفاه والذي يقصد به قدرة التلميذ على ملاحظة حركات الشفاه واللسان والفك , إلا أن مصطلح قراءة الكلام أشمل وأعم من مصطلح قراءة الشفاه , لأنه بالإضافة إلى الشفاه واللسان والفك هناك تأثير تعبيرات الوجه والإيماءات ولغة الجسد وطبيعة الموقف , وهي الأشياء التي يستطيع المعوق سمعيا تحديد مضمون الحديث .

وتعرف قراءة الكلام أنها القدرة على فهم أفكار المتكلم بملاحظة حركات الوجه والجسد , من خلال المعلومات المستمدة من الموقف وطبيعة الكلام . فهي مهارة تشتمل على تفسير أفكار المتكلة وتتطلب القدرة على رؤية حركة الشفاه واللسان والفك بسرعة . وتعتبر مكمل مهم لبقايا السمع .

ب – التدريب السمعي : تعتمد الطريقة الشفهية–مع قراءة الكلام– على التدريب السمعي الذي يهدف إلى الاستفادة من بقايا السمع لدى المعوق سمعيا , حيث كلما قلت درجة فقدان السمع كان التدريب السمعي أفضل , وكلما زادت درجة فقدان السمع كانت قراءة الكلام أفضل ومع التقدم التكنولوجي العالمي السريع في صناعة المعينات السمعية فإن تدريبات السمع والنطق حققت انتشارا كبيرا هذا بتكبير الصوت لمستوى معين يستطيع المعوق سمعيا سماعه , بالإضافة إلى بعض الحروف التي يصعب ترديدها إلا باستخدام هاته المعينات مع قراءة الكلام , لأنه في هذه الحالة يستخدم حاسة البصر في قراءة الكلام , وحاسة السمع باستخدام المعينات السمعية .

2 – الطريقة اليدوية : وهي طريقة تجمع بين استخدام لغة الإشارة وهجاء الأصابع في عملية الاتصال .

أ – لغة الإشارة : تعتبر لغة الإشارة بمثابة اللغة المرئية للاتصال عند المعوقين سمعيا حيث تعتمد على الرموز التي ترى ولا تسمع وتلك الرموز يتم تشكيلها عن طريق تحريك الأذرع والأيدي في أوضاع مختلفة تحل محل الكلمات المنطوقة , وتعبيرات الوجه وحركة الجسم إشارات مرئية تحل محل التعبير الصوتي , وتحل العيون محل الأذن في استقبال الرسالة وتعتبر لغة الإشارة لغة قائمة بذاتها , لأنها تؤدي معنى متكامل , كما أنها اللغة الأكثر استخداما في اتصال المعوقين سمعيا فيما بينهم داخل وخارج المدرسة .والمعلم الذي يتقن لغة الإشارة يساعد على وجود قنوات جيدة للاتصال الفكري , التي تربط بينه وبين التلاميذ وهو ما يؤدي إلى زيادة اهتمام التلاميذ بالمادة الدراسية . وتنقسم الإشارات إلى قسمين :

إشارات وصفية : وهي إشارات لها مدلول معين يرتبط بأشياء حسية وملموسة في ذهن التلاميذ ويقوم بالتعبير عنها بالإشارة .مثلا كلمة "هاتف" يعبر عنها بوضع أصابع اليد على الأذن والفم للتعبير على سماعة الهاتف .

<u>إشارات غير وصفية</u> : هي إشارات ليس لها مدلول معين مرتبط بشكل مباشر لمعنى الكلمة التي يتم التعبير عنها , مثل كلمة أسبوع , اختبار .....

ب – هجاء الأصابع : يتم بتشكيل وضع الأصابع لتمثيل الحروف الهجائية وهذه الحروف تستخدم للتعبير عن كلمات , جمل , عبارات , وهي تستخدم غالبا في حالة عدم وجود إشارات تعبر عن بعض الكلمات أو المفاهيم . ويتوقف تعليم وإتقان هجاء الأصابع على كثرة الممارسة وترتبط المهارة في أداء حركة الأصابع , بمدى مرونة وسرعة التلميذ في تحريك أصابعه وسرعته في معرفة وتخيل الحروف الهجائية التي تتكون منها الكلمة .

ج – طريقة الاتصال الكلي : هي طريقة تسمح باستخدام كل الوسائل المتاحة في عملية الاتصال (لغة الإشارة, هجاء الأصابع , قراءة الكلام المعينات السمعية , تعبيرات الوجه , الكتابة والرسم).

وتعتمد على فلسفة مؤداها أنه لا توجد طريقة واحدة تعد الأفضل لكل المعوقين سمعيا في كل الأوقات , بمعنى انه تكون طريقة جيدة للاتصال لتلميذ ليست بالضرورة هي الطريقة المثلى لتلميذ أخر . (احمد رزوق و اخرون، 2003، صفحة ص10،11،12،13)

وبدأت طريقة الاتصال الكلي تعرف انتشار بعد سنة 1970 حيث كان الصراع مازال قائما بين الطريقة الشفهية –التي كانت سائدة في ذلك الوقت– ومؤيدي الطريق اليدوية فجاءت طريقة الاتصال الكلي لتجمع بين الطريقتين في طريقة واحدة .

4 – خصائص المعاق سمعيا:

4 – 1 الخصائص العامة للأفراد المصابين بالإعاقة السمعية:

الصعوبة في فهم التعليمات وطلب إعادتها .

أخطاء في النطق .

إدارة الرأس إلى جهة معينة عند الإصغاء للحديث .

الميل للحديث بصوت مرتفع .

وضع اليد حول إحدى الأذنين لتحسين القدرة على السمع .

الحملقة في وجه المتحدث ومتابعة حركة الشفاه .

تفضيل استخدام الإشارات أثناء الحديث .

ظهور إفرازات من الأذن أو احمرار الصوان .

ضغط الطفل على الأذن أو الشكوى من رنين في الأذن.

العزوف عن المناقشة الصفية بحكم عدم القدرة على متابعة وفهم ما يقال.

4 – 2 الخصائص اللغوية :

لا شك في أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية. فالإعاقة السمعية تؤثر سلبياً على جميع جوانب النمو اللغوي، ومن تلك الآثار السلبية على النمو اللغوي: عدم تلقي الطفل المعاق سمعياً لأي تعزيز سمعي عندما يصدر أي صوت من الأصوات، كما أنه لا يستطيع سماع كلام الكبار كي يقلده وبالتالي فهو محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو ما يصدره من أصوات.

وتتصف لغة المعاقين سمعياً بالفقر البالغ قياساً بلغة الآخرين ممن لا يعانون من هذه الإعاقة، وتكون ذخيرتهم اللغوية محدودة وألفاظهم تدور حول الملموس، وتتصف جملهم بالقصر والتعقيد علاوة على بطء كلامهم واتصافه بالنبرة غير العادية، فالطفل السامع في الخامسة من عمره يعرف ما يزيد عن (2000) كلمة، أما الطفل الأصم لا يعرف أكثر من (200) كلمة، وبدون تعليم لغوي منظم للطفل الأصم لا يعرف أكثر من (٢٥) كلمة فقط، وبذلك فأن الخصائص اللغوية تختلف من فرد لآخر، وهناك علاقة طردية بين النمو اللغوي للمعاق سمعياً وبين درجة الإعاقة، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت المشكلات اللغوية لدى المعاقين سمعياً، الأمر الذي يجعل من الصعب على الوالدين فهم المعاق سمعياً وما يريد إيصاله من معنى بسهولة ويسر، وبالتالي قد تسوء المعاملة الو الدية له الأمر الذي يؤدي إلى شعوره بالاغتراب النفسي نتيجة لعدم فهمه وتعرضه لأساليب والديه غير سوية.

4 – 3 الخصائص المعرفية :

لا يبدو أن الإعاقة السمعية تؤثر على الذكاء ،هذا ما أشارت إليه بحوث عديدة حيث أن ذكاء الأشخاص المعوقين سمعيا كمجموعة لا يخلف عن مستوى ذكاء الأشخاص العاديين ، و أشارت دراسات أخرى أن المعوقين سمعيا لديهم القابلية للتعلم و التفكير التجريدي ما لم يكن لديهم تلف دماغي مرافق للإعاقة ،باعتقادهم أن النمو المعرفي لا يعتمد على اللغة بالضرورة و لذلك فإنهم يؤكدون آن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعيا ، أما البعض الأخر فيرى أن النمو المعرفي يعتمد على اللغة،و بما ان النمو اللغوي هو الأكثر ضعفا بين مظاهر النمو المختلفة لدى المعوقين سمعيا فهم يعتقدون ان النمو المعرفي سيتأثر بالضرورة .

4- 4- الخصائص الجسمية والحركية:

لم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى المعاقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة، وعلى أية حال، فإن الإعاقة السمعية تؤثر على حركة الأطفال حيث يعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلات في الاتصال تحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل معها، لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتواصل إن الفقدان السمعي ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبياً على وضعه في الفراغ وعلى حركاته الجسمية، ولذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما نموهم الحركي فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص العاديين، كذلك فإن بعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض، وترتبط هذه المشكلة بعدم مقدرتهم على سمع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمن عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض.

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأشخاص المعاقين سمعياً كمجموعة لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة بالأشخاص السامعين، هذا بالإضافة إلى هذه الخصائص الخاصة بالمعوقين سمعياً فإن هناك خصائص عامة يشترك فيها المعاقين سمعياً مع السامعين، وتكون أكثر بروزاً ووضوحاً في مرحلة المراهقة وتشمل التغيرات الجسمية والانفعالية والعاطفية، وينبغي أخذها بعين الاعتبار عند التعامل مع الطلبة المعاقين سمعياً في المرحلة الثانوية كون هذه المرحلة تقابل مرحلة المراهقة.

4 – 5 الخصائص الأكاديمية :

أن التحصيل الأكاديمي لدى المعاقين سمعيا عموما منخفض بشكل ملحوظ مقارنة مع العاديين .

فغالبا ما يعاني هؤلاء الطلاب وخاصة الصم من مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي عموما و في التحصيل القرائي خصوصا.

وقد قامت كلية جالوديت في الولايات المتحدة بدراسة هدفت إلى تحديد مستوى التحصيل الأكاديمي الذي يبلغه الطلاب الصم ،فتبين أن 50 % ممن هم في العشرين كان مستوى قراءتهم بمستوى الرابعة ابتدائي أو اقل من ذلك ووجد أن 10% فقط منهم كانوا بمستوى أداء أشخاص غير صم.

إما بالنسبة لتحصيل الطلاب الصم في المواد الدراسية الأخرى فلا يتوفر إلا القليل من الدراسات التي تشير إلى إن هؤلاء الطلاب يواجهون صعوبات في مواد العلوم لأنها تعتمد على معرفة اللغة، كما تشير دراسات و مقاييس حديثة أن أعلى معدل للتحصيل لمجموعة من الصم من أباء صم مقارن بأطفال صم من أباء عاديين .

4 -6 الخصائص الاجتماعية والنفسية :

إن افتقار الفرد في أي مجتمع من المجتمعات لمهارات التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وضعف مستوى قدراته وأنماط تنشئته الأسرية يقود إلى عدم بلوغه النضج الاجتماعي المناسب

لعمره الزمني، ولا يستثنى من ذلك الأفراد المعاقين سمعياً، وبما أن المعوقين سمعياً لديهم فقراً في طرق الاتصال الاجتماعي فإنهم يعانون من الخجل والانسحاب الاجتماعي، ويتصفون بتجاهل مشاعر الآخرين، ويسيئون فهم تصرفاتهم، ويتصفون بالأنانية، كما يتأثر مفهومهم عن ذواتهم بهذه الإعاقة، ومن أهم خصائصهم النفسية عدم توافقهم النفسي وعدم الاستقرار العاطفي. ويتصف هؤلاء بالإذعان للآخرين، والاكتئاب، والقلق، والتهور، وقلة توكيد الذات، والشك في الآخرين، والسلبية والتناقض، والدونية ونقص الثقة وسوء التوافق الانفعالي والضبط الذاتي والشعور بنقص الكفاءة، وتوقع مواجهة مواقف إحباط جديدة لم يسبق مواجهتها نتيجة لفقد السمع مما يثير لديهم القلق والاضطراب الانفعالي الذي يؤدى إلى العزلة والعجز والاغتراب وشعورهم بالوحدة النفسية.

يتأثر النمو الاجتماعي لدى المعوقين سمعيا بافتقادهم للغة الكلام حيث يعتمد التفاعل الاجتماعي على اللغة و الاتصال ففي دراسة للنضج الاجتماعي أجريت مع أطفال معوقين 9–10 سنوات وجد MYKLEBUST1960 أن المعوقين سمعيا يتجاهلون مشاعر الآخرين و يسيئون فهم تصرفاتهم ,و أنهم يظهرون درجة عالية من التمركز حول الذات.

ومن المعروف أن الأطفال المعوقين سمعيا يميلون للتفاعل مع أشخاص مثله يعانون نفس الإعاقة .إلا إن رد فعل مجتمع العاديين تجاه هذه الفئة عندما يحاولون الاختلاط بهم غالبا ما يؤدي الإحباط.حيث يتعرض المعوقين سمعيا إلى التحرش من قبل العاديين الذين ينظرون إليهم على أنهم يختلفون عنهم .

كما أوضحت بعض الدراسات أيضا أن التوافق الاجتماعي لدى المعاقين سمعيا غالبا ما يؤدي إلى بعض الأعراض السلوكية كالقلق ,الخجل ,الخوف,الأنانية ,الضيق و سرعة الاستثارة ,الغضب ,الاندفاع ,البعد عن تحمل المسؤولية ,فقدان الثقة بالنفس ....الخ

وفيما يتعلق بالنمو الانفعالي لدى المعاقين سمعيا و خاص الصم ،انه يتأثر أيضا بدرجة كبيرة بسبب افتقادهم للاتصال اللغوي ,فمن الصعب علينا أن نتخيل مد المعاناة التي يعانيها الأصم ،فالصمم قد حرمه من متعة سماع صوته و صوت أمه و مداعبتها له و حرمه من سماع حديث و ضحكات الأطفال من حوله ،مما يؤثر على نموه الانفعالي فيصبح يعاني من بعض المشكلات السلوكية(سرعة الانفعال و الغضب ،أكثر عدوانية ،الوشاية بالآخرين ،العناد وعدم الامتثال .....الخ). (احمد رزوق و اخرون، 2003).

5- اسس تدريس الانشطة الرياضية المعدلة للصم :

- فهم طبيعة واحتياجات الاصم
- الالمام بالنواحي الصحية للاصم
- معرفة مختلف الاختبارات لهذه الفئة
- معرفة الطرق المرئية و الادوات الملونة المساعدة على توصيل المعلومة و التركيز على الحواس المتبقية (شرائط فيديو ، الاشارات)
- وقوف المربي او المدرس في وضع صحيح ليتسن للعينة رؤيته
- يجب ان يكون التعليم او التدريب في مجموعات صغيرة
- الشعور بالمودة والالفة باستخدام اسلوب التشجيع
- التدرج في التحليل الحركي باستخدام الصور والعرض المرئي
- مراعاة ضعف التوازن لدى الاصم كما ان تغيير الاتجاه يكون صعب
- مراعاة الارتباك والقلق الذي لديهم بالاضافة الى كثرة الاشارات غير مفهومة التي ام يتعلمها تدي الى الضجر والملل والابتعاد عن الممارسة
- يجب مراعاة عدم سماع الاصوات الكثيرة (حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات، 10-8 ،1998)

6 - اهداف التربية البدنية والرياضية للاصم :

- تعلم المهارات الحركية الاساسية
- تنمية وزيادة كفاءتهالادراكية الحركية عن طريق الانشطة الفردية و الجماعية واثارة دافعيتهم للممارسة بالمنافسة والمسابقات
- تنمية المهارات الحركية كالتوافق بالانشطة الجماعية والتعاونية خاصة ضعاف السمع -الابتعاد عن الملاكمة ،الترامبولين ، الرياضات المائية

7 - رياضة المعاقين سمعيا:

- المنافسة الدولية الأولى لرياضة الصمّ نظمت في باريس في عام 1924 والمعروفة باسم دورة الألعاب الصمّ. وقد نُظمت هذه الألعاب سابقا من قبل اللجنة الدولية لرياضة الصمّ، والآن اللجنة الدولية للألعاب الرياضية للصمّ)، حيث جمعت 145 رياضي من تسع دول أوروبية.

- تقام دورة الألعاب العالمية كل أربع سنوات منذ عام 1924 (باستثناء فترة الحرب العالمية الثانية)، وتسمى الآن Deaflympics ,دورة عام 2005 في ملبورن (أستراليا) سجلت 2300 رياضي من 75 دولة. اللجنة الدولية لرياضة الصم CISSيحفظ ألعاب منفصلة للرياضيين الصمّ تأخذ في الاعتبار

احتياجات الاتصالات الخاصة بها وتعزيز التفاعل الاجتماعي الذي لا يزال عنصرا أساسيا في هذه الرياضة.

الاعاقة البصرية: نال مجال الاعاقة والمعوقين اهتمام بالغا في السنوات الاخيرة ويرجع هذا الاهتمام الى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بان المعوقين كغيرهم من افراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو باقصى ما تمكنهم منه قدراتهم وطاقاتهم هذا من ناحية ،ومن ناحيةاخرى فان اهتمام المجتمعات بفئات المعوقين يرتبط بتغيير النظرة المجتمعية الى هؤلاء الافراد ، والتحول من اعتبارهم عالة اقتصادية الى النظراليهم كجزء من الثروة البشرية مما يحتم تنمية هذه الثروة البشرية و الاسفادة منها الى اقصى حد ممكن، وبما ان الانسان يعتمد على حواسه الخمس في الحصول على المعلومات والتعرف على البيئة المحيطة به واي اختلاف او فقدان في حاسية او اكثر هذا يؤدي الى الاعتماد على الحاسية الاخرى المتبقية،حيث ان حاسية الابصار تلعب دورا مهما جدا في عملية التفاعل التي تتم بين الانسان وبيئته، علاوة على ان الجززء الاكبر من التعليم يتم بواسطة حاسة الابصار، وبذلك فالمعاق بصريا يعيش عالما ضيقا محدودانتيجة لعجزه ويود لو استطاع التخلص منه و الخروج الى عالم المبصرين ،فهو لديه حاجات نفسية لا يستطيع اشباعها ،واتجاهات نفسية واجتماعية تحاول عزله عن مجتمع المبصرين ويواجه مواقف فيها انواع من الصراع والقلق ،كل هذايؤدي بالمعاق بصريا الى ان يحيا حياة نفسية غير سليمة قد تؤدي به الى سوء التكيف مع البيئة المحيطة به

مفهوم الاعاقة البصرية :

الاعاقة البصرية هي اعاقة تقل حدة الابصار عن6 من 60 او 2 من 20 او يقل مجال الابصار عن زاوية مقدارها 20 درجة

وتعرف المنظمة العالمية الاعاقة البصرية على انها حالة يؤدي الشخص فيهاالوظائف البصرية على مستوى محدود

تعريف الكفيف : ويقصد به الشخص الذي لا يستطيع ان يجد طريقة دون قيادة في مكان غير معروف لديه ،كف البصر يقصد به حاسة البصر كليا لى الفرد (المقرح ا س، 2009)

نسبة انتشار الاعاقة البصرية :

تشير الاحصائيات الى ان هناك ما يزيد على 35 مليون مكفوف وحوالي 120 مليون ضعيف البصر في العالم وتشير منظمة الصحة العالمية الى ان نسبة انتشار العمي تختلف من دولة الى اخرى، وحوالى 80 بالمائة يوجدون في العالم الثالث حيث يفتقرون الى الرعاية الصحية (الحديدي ، 1998)

اسباب الاعاقة البصرية :هناك عدة اسباب للاعاقة البصرية وفيما يلي تلك الاسباب

الجلوكوما :او بما يعرف باسم المياه السوداء من زياة حادة في ضعف العين مما يحد من كمية الدم التي تصل الى الشبكية ويؤدي الى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى ان لم يكتشف ويعالج مبكرا

الماء الابيض : هو اعتدام في عدسة العين والفقدان للشفاقية يؤدي الى عدم القدرة على الرؤية اذالم تعالج وهذا المرش ينتشر لدى الكبار لكنه قد يحدث مبكرا كذلك بسبب الوراثة و الحصبة الالمانية واصابات العين وتسمى الحالة عند الاطفال بالماء الابيض الولادي يحث تكون القدرة على رؤية الاشياء البعيدو و الالوان محدودة

انفصال الشبكية : ينتج انفصال الشبكية عن جدران مقلة العين عن ثقب في الشبكة مما يسمح للسائل بالتجمع الامر الذي ينتهي بانفصال الشبكة عن الاجزاء التي تتصل بها

اعتلال الشبكية الناتج عن السكري : هو مرض يؤثر على الاوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي الى نزيف في تلك الاوعية الى العمى اذا اكتشف السكري وعولج فمن الممكن تاجيل الاعتلال

تنعكس الحفيرة : اضطراب في الشبكية يحدث فيه بلف للاوعية الدموية في منطقة الحفيرة (النقطة المرطزية) ويواجه الشخص صعوبة في رؤية الاشياء البعيدة والاشياء القريبة ،وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الاناث اكثر من الذكور ،وكما هو معروف فان النقط المركزية مسوؤلة عن البصر المركزي ولهذا فالاضراب يؤدي الى فقدان البصرالمركزي .

ورم الخلايا الشبكية :هو ورم خبيث في الشبكية اذالم يعالج ينتشر الى العصب البصري في الدماغ وفي بعض الاحيان يستلزم العلاج ازالة العين كاملة واذا كان الورم محدود فالعلاج بالاشعة

ضمور العصب البصري : يحدث الضمور في العصب المركزي لاسباب عديدة كاالامراض التنكسية والحوداث،الالتهابات ، الاورام ،نقص الاكسجين قد يحدث في أي عمر ولكنه اكثر شيوعا لدى الشباب وفي بعض الاحيان يكون وراثيا وتعتمد قدرات الفرد على شدة التلف .

التلفيف الخلف عدسي : مرض ظهر في عقد الاربعينيات ينتج عن اعطاء الاطفال الخدج كميات كبيرة من الاكسجين مما ينتج عنه تلف في الانسجة خلف العدسة وتتاثر الاوعية الدموية ايضا وتتلف الشبكية

الحول : تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العين باتجاهات مختلفة ومن المهم ان ترك العينان معا لدمج الخلايا البصرية لاعطاء انطباع دماغي واحد وهذا مايسمى بالبصر الثنائي واذا كان هناك خلل في احدى العضلات فلن تتحرك العينان وبشكل منتظم واذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينا واحدة فاما العين الاخرى فيصيبها كسل واذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم.

توسع الحلقة الولادي : هو تشوه ولادي جين سائد ،وتكون فيه الحدقة واسعة جدا ومياه سوداء في مجال الابصار

ويستخدم المصابون احيانا النظارات للتقليل من كمية الضوء التي تدخل للعين

البهق: هو اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جدا او معدومة ولهذا فان الضوء الذي ياتي الى الشبكية لا يتم امتصاصه وينتج البهق عن خلل في البناء هو خلقي ،يكون جلد الشخص اشقروشعر ابيض وعيناه زرقاوتين وتكون القزحية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول الى العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء .

التهاب الشبكية الصباغي : حالة وراثية تصيب الذكور اكثر من الاناث تتلف فيه العصبي في الشبكية تدريجيا ويحدث عمى ليلي

عمى الالوان : حالة وراثية لا يستطيع فيها الفرد تمييز الالوان بسبب خلل في المخاريط وتتاثر حدة البصر وتضعف الى درجة كبيرة وقد يحدث حساسية للضوء اما مجال الرؤية عادة ما يكون عادي

القصور في الانسجة : مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز او شق في الحدقة وتشوهات مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الاجزاء المركزية او المحيطة بالشكبية ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر راراة وحول وحاسية للضوء ومياه بيضاء

القرنية المخروطية : حالة وراثية تنتشر القرنية بشكل مخروطي وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي الى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة النظر في كلتا العينين وهذا الاضطراب اكثر شيوعا لدى الاناث اكثر من الذكور

رأرأة العين : حالة يحدث فيها حركات لاارادية سريعة في العين وهذا ينجم عن غثيان ودوخة وقد تكون حالة الرأرأة مؤشر على وجود خلل في الدماغ او الاذن الداخلية .

العين الكسولة : حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة وهي غير مفهومة جيدا ،يحدث في عين واحدة ولكنه يشمل كلتا العينين ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ سن الثامنة او التاسعة من العمر ويتمثل العلاج باثارة العين المصابة

بصورة بصرية عادية وذلك يشمل اغلاق العين الطبيعية باستخدام الطفل العين الضعيفة . (الحديدي ، 1998)

الخصائص السلوكية للمعاقين بصريا:

الخصائص العقلية :لا توجد فرق بين الانسان العادي والمكفوف في القدرات حسب اختبار ستانفورد وفي الجانب اللفظي في مقياس وكلسرولكن توجد فروق في القدرات على اختبار الذكاء ذات فقرات الادائية حيث اشار "هيز" الى ان الاعاقة البصرية لا تؤثر على القدرات العقلية للمعاقين عقليا فقد عمل على تعديل مقياس ستانفورد ليناسب المعاقين بصريا وسمي بمقياس هيز

الخصائص اللغوية : تشير الدراسات الى انه لا توجد فروق بين طريقة اكتساب الكفيف والعادي للغة في حين هناك فروق في طريقة كتابة اللغة العادي يكتبها بالحروف الهجائية اما المعاق بصريا يكتبها بطريقة برايل وتواجهه مشاكل في تكوين المفاهيم ذات الاساس الحسي البصري لمفهوم المساحة او المسافة او الالوان

الخصائص الاكادمية : إن التعطل في الجزئي او الكلي لوظيفة البصر لابد ان يحدث خللا ما في استقبال المعلومات وخاصة المكتوبة بالطريقة العادية ومن اجل تعويض ذلك يلجأ المعاق بصريا الى الى الحصول على المعلومات مسموعة او منطوقة (مسجلة) ولذا ظهرت الكتب الناطقة ، كما يمكنه الحصول على كتب ببرايل وتشير الدراسات أن تحصيله الاكاديمي اقل من العادي إذ يتساوى العمر الزمني والعقلي وما يؤيد ذلك صعوبة التعبير الكتابي لدى المعاق بصريا عند اداء الامتحانات وقد يتقارب المعاق من العادي تحصيليا في حالة اذا ماتوافرت المواد التي تساعدالكفيف على استقبال المعلومات و التعبير عنها

المعاقون بصريا في التربية البدنية :

اصبحت ممارسة التربية البدنية والانشطة الترويحية من الضروريات المرتبطة بالصحة الوقائية للانسان، حيث اكدت الدراسات المردودالايجابي للانشطة البنية على الاجهزة الجسم المختلفة المتضمنة الجهاز الدوري التنفسي والعضلي وغيرها ،بل وحتى الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد، اما بالنسة للمعاقين بصريا تفوق اهمية ممارسة الانشطة الرياضية مضاعفة ، حيث انها ليست وقائية فحسب وانما ترتقي لتكون تاهيلية ايضا وذلك بسبب قلة حركاته م عن اعاقتهم ،ولقد اثبت تنتائج العديد من الدراسات ان الاطفال الذين لا يتمتعون بالرعاية التربوية في المجتمع تظل قدراتهم الحركية غير مكتملة او لا تصل الى مستوى اقرانهم ممن يتمتعون بالرعاية ،وتشكل عملية تعليم المعاقين بصريا للمهارات الحركية اهمية كبرى في دروس التربية البدنية بالمدرسة فهي تهدف الى اكتساب الفرد للمهارة الحركية واتقانها بحيث يمكنه استخدمها بصورة جيدة ،وطبيعة ومجال التربية البدنية لا يتضمنان تعليم وتدريب الالعاب والرياضات فقط بل يشملان الوان اخرى من النشاط كا التمرينات العلاجية والتاهيل والرياضة يلجأ اليها الكبار والصغار العاديين والغير العاديين فهي تمد الجميع فرص التدريب والاستجمام و الكفيف يجب ان يكون ذا مهارة

حركية مناسبة في اكبر عدد ممكن من الالعاب المختلفة وقوانينها ومعرفة الفوائد التي تعود عليه من جراء الممارسة الرياضية .

الاسباب التي تؤدي للقصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصريا :

نقص الخبرات البيئية والذي ينتج عنه

محدودية الحركة

نقص في المفاهيم والعلاقات المكانية التي يستخدمها المبصرون

القصور في تناسق الاحساس الحركي

فقدان الحافز للمغامرة

عدم القدرة على المحاكاة والتقليد

قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية

الحماية الزائدة من جانب اولياء الامور والتي تعيق الفرد عن اكتساب خبرات حركية مبكرة

درجة الابصار

اهداف التربية البدنية للمكفوفين :

تشجيع وتنمية استعدادتهم لكفاءتهم الوظيفية وبخاصة الجهاز العصبي العضلي

زيادة احساسهم بتاقلمهم الخارجي

زيادة الاعتماد عي المستقبلات الحسية (حاسة اللمس) والعضلات والمفاصل لتعويض المستقبلات الحسية البصرية المفقودة ،والتي تلعب دورا مهما في نظام توازن الجسم مع الجهاز العصبي والجهاز السمعي

في حالة ممارسة كفيف البصر لرياضة السباحة فانها تساعده وبدرجة كبيرة على استعادة لياقته وكفاءته الفسيولوجية

في حالة تعليم الكفيف للحركات الحرة الاولية مثل الجري المستقيم لمسافات تزداد تدريجيا والمشي يساعده كذلك على استعادة لياقته

الانشطةالرياضية التي تتناسب و المكفوفين :

الالعاب الصغيرة : يجب اختيار الالعاب الصغيرة غير معقدة التي تحتاج الى ادوات ومعدات غير متوفرة في البيئة بل يجب استغلال الامكانيات المتوفرة في البية مثل سباق الفرسان وهي قطع الخشب الصغيرة والعصى من الاشجار التي يقوم الطفل الكفيف بتمثيل الركوب عليها والجري داخل ميدان خال من العوائق

التمارينات :هناك العديد من التمارينات خاصة التمارينات الحرة الفردية والزوجية والتمارينات على الاجهزه مثل المقاعد السويديوتمارينات النظام والتشكيلات والتمارينات التي تئدى من اجل العناية بالمجموعات العضلية مع التاكيد على تمارينات الخاصة بالمرونة من اجل مساعتهم على التحرك .

القصص الحركي : هي عبرة عن القصة التي يعمل المدرس على تكون مرتبطة مع الحوادث والمواقف لاخال عامل المرح والسرورعلى نفس الكفيف والتي تؤدى للنشاط الحركي التمثيلي للطيو او الحيوانات والادوات والاوات لتمكين الكفيف من التحرك الى الجهات المختلفة وهذه القصص من كلا الجنسين وعلى المدرس ربط احداث القصة ببعضها البعض الاخر نظرا لما تتمتع به هذه القصة من الذكاء .

بعض مسابقات العاب القوى:

مسابقات المضمار : المشي والجري خاصة المسافات القصيرة وذلك عن طريق الاستعانة بمصادر الصوت ليتحرك الكفيف تجاه مصدر الصوت بمشي والجري صحيح

المسافات الطويلة : يمكن ممارسة سباقات مختلفة عند توفر الاجهزة الخاصة وهي عبارة عن سير متحرك متصل به عدد كيلومترات لقياس المسافات المختلفة يتم تحريكه بواسطة حركة القدمين ويمكن عمل مسابقات الجري لزمن معين وقراءة المسافة او الجري لمسافات معينة مع قياس الزمن

مسابقات الميدان : مسابقات الميدان بمختلف انواعها واقسامها من مسابقات العاب القوى التي يمكن للكفيف ممارستها حتى لوكان بالكفيف اعاقة اخرى مثل حالات البتر او الشلل وحتى المقعدين منهم يمكنهم ممارسة مسابقات الرمي المختلفة دفع الجلة وقذف القرص

مسابقات الوثب :يمارس الكفيف الوثب الطويل ،العالي والثلاثي

الجمباز :خاصة الحركات الارضية التالية الدحرجة الامامية المتكررة ،الدحرجة الخلفية المتكررة،الدحرجة الطائرة ،العجلة الوقوف على الراس ،الوقوف على اليدين ،الوقوف على الكتفين ،المتوازيين

السباحة :وهي من الانشطة الرياضية التي يجب على المكفوف ممارستها لما لها من اهمية وفوائد ترفيهية وصحية

العاب الحبل : هناك الكثير من العاب الحبال التي تتناسب مع المكفوفين من كلا الجنسين مثل الالعاب التسلق على الحبال المعلقة، وكذلك شد الحبل ينمي روح الجماعة .

العاب الكرة :تستخدم الكرات التي تصدر عنها اصوات لتوجيهها الى اهداف ثابتة تصدر اصواتا للتعود على التوجيه الصحيح والتي تعمل على تنمية الحواس الاخرى لدى الكفيف

– **كرة الهدف** : كرة الجرس وهي لعبة خاصة بالمكفوفين، تمارس على ملعب أبعاده (9 × 18م) ويجري تقسيمه وفق مواصفات خاصة .

ويستخدم اللاعبون كرة يوضع بداخلها جرس وعلى محيطها عدد من الثقوب ويساعد صوت الجرس اللاعبين على التقاط الكرة، ويتكون الفريق من ثلاثة لاعبين داخل الملعب، ويعتمد مبدأ مزاولتها على قيام كل فريق بدحرجة الكرة على الأرض باتجاه الفريق الآخر كي تدخل الكرة مرماه الذي يتوضع خلفه على امتداد خط المرمى وبارتفاع (130سم) ووفقاً لقانون خاص بها .

رفع الاثقال :رفع الاثقال بالنسبة للكفيف تكون ثابتة ومثبتة على الحوامل وكذلك رفع الاثقال من وضع الرقود مع اتخاذ كل اجراءات الامن والسلامة (ع ،د ابراهيم ، 2002)

المحور الرابع : الاعاقة الجسمية (الجسدية)

2 – 3 تعريف المعاقين حركيا : عرف" باتمان" وآخرون المعاقين حركيا بأنهم تلك الفئة من الأفراد الذي يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية الحركية بشكل عادي، مما قد يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية نفسية خاصة، ويقصد بالمعاق هنا أي إصابة سواء أكانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات . (الحميد، التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة 1، 2009 ، الصفحات 239–240) .

2 – 4 تعريف الإعاقة الحركية: هي حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أ و نشاطهم الحركي حيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي، و الاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة . (الصفدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، 2007 ، صفحة 52).

وقد تنتج الإعاقة الحركية أحيانا من مشكلات في العضلات أو العظام والمفاصل، ولكنها كثيرا ما تنجم عن مشكلة في الجهاز العصبي أو تلف فيه، وتكون للإعاقة أنماط مختلفة ويتوقف النمط على الجزء المصاب من الجهاز العصبي . (المشرفي، 2009 ، صفحة 303).

2 – 5 **أسباب الإعاقة الحركية:** وحسب المفهوم الطبي فان المعوقين حركيا أشخاص مصابون في الجهاز المحرك ويعانون قصور وظيفي والشيء الذي يميزهم هو صعوبة التحرك أو استحالته . (جلال، قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، 1980، صفحة 121) .

الأفراد المصابون بعجز حركي أنهم يتصفون بعدم القدرة أو صعوبة استخدام أحد"Oleron" و يعرف

أو عدة أطراف وتنتج حالتهم بسبب إصابة في الجهاز العظمي : (شذوذ في الهيكل العظمي أو المفاصل)

أو عن إصابة في العضلات، والسيطرة العصبية أو كليهما أو قد تنتج عن عيب في عضو مصدره خلقي أو ناتج عن قطع لأحد الأطراف

هناك العديد من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الحركية سواء أكانت هذه الأسباب مكتسبة أي مستمدة من البيئة أو من الوراثة ومن هذه الأسباب:

– **نقص الأوكسجين عن دماغ الطفل:** سواء أكان هذا الطفل في مرحلة ما قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها لأن ذلك يؤدي إلى الشلل .

– **العوامل الوراثية:** أي خلل في الكروموسومات ينتقل من الآباء إلى الأبناء حيث يحدث هذا الخلل إعاقة جسدية لدى الطفل حديث الولادة .

– **عامل الريزوس :** نعني به اختلاف دم الأم عن دم الجنين .

– **الخداج :** ولادة أطفال الخداج تعني عدم اكتمال نموهم وذلك بسبب ولادتهم قبل اكتمال المدة الزمنية. (الداهري، 2005 ، صفحة 65)

– **أسباب ما قبل ولادة الطفل:** مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية والبكتيرية كالجذري، التهاب الكبد الوبائي، الحصبة الألمانية والزهري، كذلك تعرض الجنين للإشعاعات، أو الاستعمال السيئ للأدوية والتدخين وإدمان المخدرات، كما أن سن الأم الحامل له علاقة احتمالية لحدوث الإعاقة، وكثرة الحمل المتعاقب للأمهات مع سوء التغذية وانعدام الرعاية أثناء الحمل قد تفسح المجال لولادات مشوهة .

– **أسباب أثناء الولادة :** كالولادة العسيرة التي تعرض الطفل للإصابة في الجهاز العصبي، وأيضا وضع المشيمة الذي قد يؤدي إلى اختناق الجنين، استخدام الملاقط في الولادة يؤدي أيضا إلى إصابة دماغ الطفل .

بالإضافة إلى الأمراض المترتبطة بالولادة وسوء التغذية وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار يعد عاملا من عوامل التعرض للإعاقة ، كما أن الولادة الطويلة أو الطلق السريع يؤدي إلى اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي في خلايا المخ .

– **أسباب ما بعد الولادة :** تعد الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالتلف المخي علاوة على الإصابة في الأطراف في منطقة الرأس والإصابات الجسمية المباشرة، كذلك قد يتعرض عدد من الأطفال لنوع من العجز الدائم نتيجة للعدوى أو بعض الأمراض العصبية .

– ومن الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الحركية أيضا الأمراض الجسمية الحركية غير المعدية وترجع لأسباب بيئية مثل :

الانزلاق الغضروفي .

الروماتيزم.

والشلل الناشئ عن الحوادث أو السكتة الدماغية ... الخ .

وحوادث الطريق والمرور.

حوادث العمل والحوادث المنزلية. (محمد، 2008 ، الصفحات 35 – 36)

2 – 6 أسباب الإعاقات الجسمية بصفة عامة :

تتنوع أسباب الإعاقات الجسمية كتنوع الإعاقات ذاتها، فإما أن تكون ولادية تكون منذ لحظة الولادة، أو بعدها بفترة وجيزة، وإما أن تكون مكتسبة، بمعنى أنها تحدث لاحقا في حياة الإنسان، فالإعاقات الجسمية والصحية الولادية الناتجة عن أسباب مرتبطة بمرحلة قبل الولادة قد تكون وراثية، إذا كان لدى الأب أو الأم أو كليهما تشوه أو عيب جيني، وانتقل إلى المولود، وتلك التشوهات أو العيوب قد لا تكون ظاهرة لدى الوالدين، بل يكونا ناقلين لها دون أن تظهر الأعراض المرضية عليهما .

وقد يولد الطفل ولديه إعاقة أو حالة مرضية دون أن تكون الأسباب وراثية، ففي مرحلة الحمل، قد يتعرض الجنين وهو في الرحم لجملة من العوامل الخارجية المرتبطة ببيئة الرحم، وقد تكون تلك العوامل خطرة وتحدث لدى الجنين تشوهات أو عيوبا مختلفة ، ومن الأمثلة على ذلك العوامل، عوامل الأشعة السينية، والأمراض لدى الأم، وتناول الأم للعقاقير الطبية والكحول أو التدخين ...الخ . (الخطيب، 1998 ، صفحة 21) .

أما الأسباب المكتسبة فقد ترجع إلى تعرض الأفراد للحوادث والأمراض التي تؤدي إلى نقص في قدراته، كالحوادث بأنواعها سواء في المترل أو الطريق أو السيارات أو السقوط من ارتفاعات، حوادث المنشآت والمصانع والمهن، والإصابة بالأمراض كشلل الأطفال وغيره مما يؤدي إلى إصابات تؤثر على الأعصاب أو المخ، إضافة إلى الأمراض المعدية المزمنة والاختراعات العلمية نتيجة للتجارب الذرية والإشعاعات، والحروب وما تسببه من دمار وإعاقات مختلفة لدى لأفراد . (فرحات ح.، 1998،47،49، صفحة 40)

2 – 7 خصائص المعاقين حركيا :

يتميز المعاقون حركيا بالعديد من الخصائص التي تظهر بوضوح في سلوكاتهم وتصرفاتهم مما يجعل الآخرون يعرفون أن أولئك الأشخاص لديهم وضع غير طبيعي ومن أهم هذه الخصائص :

2 – 7 – 1 الخصائص الجسمية :

يتصف الأشخاص المعاقين حركيا بنواحي العجز المختلفة في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري ، والصعوبات تتصف بعدم التوازن في الجلوس والوقوف وعدم مرونة العضلات الناتجة عن أمراض مثل: الروماتيزم والكسور وغيرها.

وقد تكون ناتجة عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي، ومن مشاكلهم الجسمية أيضا: هشاشة العظام والتوائها، ومشاكل في الجسم وشكل العظام، ومشاكل في عضلات الجسم كالوهن العضلي، عدم وجود توتر مناسب في العضلات وارتخائها، الأمر الذي يترتب عليه عدم قدرتهم على حمل الأجسام الثقيلة مثل الأسوياء. (رشوان، 2006 ، الصفحات 16–17).

2 – 7 – 2 الخصائص النفسية : لخص العالم "كليميك" 1968 بعض الخصائص والسمات النفسية للمعاقين في المؤتمر الثامن لرعاية المعاقين عام 1968 كالآتي :

– الشعور الزائد بالنقص، الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها ليتولد لديه دائما شعور واضح بالدونية مما يعيق تكيفه .

– الشعور الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة وسلوك سلبي اعتمادي. (صالح، 2002 ، صفحة 313)

– عدم الشعور بالأمن مما يولد لديه الإحساس بالقلق والخوف من المجهول والرفض والعدوانية والانطوائية. (سليمان، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات) الطبعة 1، 2001 ، صفحة 203)

– الشعور بعدم الاتزان الانفعالي مما يولد لديه حالات الخيال والانسحاب والمخاوف الوهمية .

– تظهر لديه مظاهر سلوكية دفاعية مثل التعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبرير

كميكانيزمات دفاعية . (الخزري، 2007 ، صفحة 42)

2 – 7 – 3 الخصائص الاجتماعية :

يتسم المعاق حركيا بالخجل والانطواء، ويعاني من مشكلات هامة تواجهه في الطعام وأيضا في التبول، ويمتازون بالضعف الاجتماعي، والأفكار المحيطة لذاتهم ونظرتهم إلى المجتمع نظرة دونية لأن هذا المجتمع من منظورهم ينظر إليهم على أنهم عجزة ولا يستطيعون القيام بالأعمال بشكل صحيح ، وشعورهم الذاتي بعدم قدرتهم على المشاركة الاجتماعية واعتمادهم على الآخرين وعدم تحملهم المسؤولية تجاه أنفسهم ، ومن المظاهر فقدان الشهية أيضا أو الإفراط في الطعام مما يؤدي إلى السمنة ، وهذا يؤثر تأثير ا عكسيا على أجسامهم .

2 – 7 – 4 الخصائص المهنية : يتصف الإنسان المعاق حركيا بعدم قدرته على الالتحاق بأي عمل بسبب العجز الجسمي الموجود لديه وهم غير قادرين على القيام بالأعمال التي يقوم بها الإنسان العادي .

كما تحد إ عاقتهم من استعدادهم وميولهم وقدراتهم المهنية التي يرغبون فيها إلى الأبتعاد عن العمل وعدم الرغبة في تشغيلهم بسبب تدني انجازهم وعطائهم. (العبيدي، 155،1999، الصفحات 63 – 65).

3 – أنواع الإعاقة الحركية :

توجد العديد من أنواع الإعاقة الحركية و يمكن تصنيف تلك الإعاقـات إلى :

أولا :إعاقات الجهاز العضلي العظمي .

ثانيا :إعاقات الجهاز العصبي . (فرحات ح.، التربية الرياضية و الترويح للمعاقين، 41،1998، صفحة 96)

أولا :إعاقات الجهاز العضلي العظمي :

- الشلل .

. Amputation– البتر

. Poliomyelitis– شلل الأطفال

. Paraplegia– الشلل النصفي السفلي

. Hemoplegia– الشلل النصفي الطولي

. Arthritis– إلتهاب المفاصل

. Dislocotion of Hip Joiut– خلع مفصل الفخذ

. Muscular Dystrophy– الضمور العضلي

Congenital Spinal column Malformation – سوء التكوين التشريحي الوراثي بالعمود الفقري

. (فرحات ح.، التربية الرياضية و الترويح للمعاقين، 41،1998، صفحة 97) (Torticollis (Wyreck– ميل العنق جانبا

ثانيا :إعاقات الجهاز العصبي :

Cerebral palsy– الشلل المخي

Epilepsy– الصرع

و هناك من يضع تنصيف آخر :

أولا : إصابة الجهاز العصبي المركزي (الإضطرابات العصبية) :

- الشلل المخي .

- الصرع .

- شلل الأطفال .

ثانيا : الاضطرابات العظمية العضلية :

- هشاشة العظام .

- البتر .

- تشوه القدم . (المصري)

3 – 1 إصابة الجهاز العصبي المركزي (الإضطرابات العصبية) :

3 – 1 – 1 الشلل الدماغي:

هو خلل في حركة الجسم أو في شكل القوام أو كليهما نتيجة إصابة أو أكثر في الجهاز العصبي المركزي (المخ)، يؤدي إلى خلل في كفاءة الجهازين العضلي والعصبي وقصور أداء العضلات اللاإرادية، وهو من الأمراض التي لا علاج لها ولا تزداد شدتها مع مرور الوقت فهي حالات مستقرة ويتجه أسلوب التعامل معها إلى تحسين وظائف الخلايا العصبية واستغلال الإمكانات الجسمية المتوافرة بأفضل صورة ممكنة. (النواصرة، 2006 ، صفحة 7)

- تعريف آخر للشلل الدماغي :

هو اضطراب عصبي يصيب بعض أجزاء المخ (أو قشرة المخ) يؤثر بشكل أساسي في حركة الفرد و قد يصاحبه معوقات عقلية أو عيوب سمعية أو بصرية و غالبا ما يكون في مرحلة الطفولة .

3– 1 – 1 – 2 الأسباب المؤدية إلى الشلل المخي :

- نقص الأكسجين .

- إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو بالربو الشديد .

- الولادة المبكرة و الولادة الغير سليمة .

- سوء التغذية أثناء فترة الحمل .

- إصابة الطفل ببعض الأمراض مثل الإتهاب الدماغي و الحصبة الألمانية .

- حالات التسمم باستخدام أو تناول المواد السائلة مثل الرصاص أو الزئبق .

3 – 1 – 1 – 3 ويقسم الشلل الدماغي وفقا للأجزاء المتأثرة بالشلل إلى :

أ الشلل النصفي السفلي: وتتأثر بالشلل الأطراف السفلى فقط في حين تؤدي الأطراف العليا وظيفتها بشكل أفضل .

ب الشلل النصفي الجانبي: ويتأثر بالشلل جانب واحد من الجسم متضمنا الطرف العلوي والسفلي معا، وفي أغلب الأحيان يتأثر الجانب الأيمن .

ج الشلل الثلاثي: تتأثر بالشلل ثلاثة أطراف تكون في العادة الرجلين وذراع .

د الشلل الأحادي : تتأثر بالشلل طرف واحد، وهو نادر الحدوث نسبيا .

هـ الشلل الرباعي: تتأثر بالشلل جميع الأطراف الأربعة للجسم. (المطر، 1996 ، الصفحات 16 –17)

3 – 1 – 1 – 3 أنواع أو أشكال الشلل المخي :(التصنيفات)

يمكن تصنيف الشلل المخي إلى ستة أنواع ، و لكن أغلب المعاقين المصابين بهذا النوع من الشلل لا تقتصر الأصابة لديهم على نوع واحد فقط بل تكون مركبة من الأنواع التالية :

الشلل المخي التشنجي : – Spastic c.p

و هو من أشهر أنواع الشلل و الأكثر انتشارا و نراه كثيرا في الحياة اليومية عند الأطفال المصابين به

و عادة يظهر ذلك في شكل تقلص التوائي للأطراف حيث حيث تكون الأطراف العليا مقابل الأطراف السفلى ، و في الغالب يصيب جانبا واحدا من الجسم .

و تتراوح نسبة المصابين بهذا النوع ما بين 50 – 60 / من مرضى الشلل .

كما تظهر الإنحرافات القوامية المتعددة في تلك الفئة ، و من المستحيل أن أن نجد فيهم قواما سليما ، لذلك

تظهر أهمية تدريبهم على التحكم العضلي في الأطراف .

– كما يلاحظ زيادة ردالفعل لديهم لأقل المثيرات حيث يكون مصحوبا بحركات لا إرادية . و في الغالب يصاحب الشلل التشنجي تخلف عقلي .

الشلل المخي الإسترخائي : – Atomic C.P

و يظهر ذلك في ترهل العضلات مما يؤدي إلى عدم التناسق الحركي لدى المعاق .

Athetoid C.P – **الشلل المخي الكنعاني :**

و تكون نسبة العجز كبيرة في هذا النوع ، و يظهر ذلك في الإهتزاز المستمر ، و الحركة غير المعتدلة ، مع التواء في الوجه ، و عدم الإتزان لوضع الرأس و الرقبة و الكتفين ، و يزيد على

ذلك تقلصات العضلات اللاإرادية كما يكون الجسم في حالة تغير مستمر و تصل نسبة تلك الفئة من حالات الشلل التشنجي .

كما أنه من الصعب التحكم في الرأس حيث تسقط إلى الخلف و يدار الوجه إلى جانب واحد ،و قد يترتب على ذلك أن يكون الفم مفتوحا دائما مما يجعل الأكل و الكلام مسألة

صعبة للمعاق .

كما يجب الاهتمام بإعطاء تمرينات تعويضية للقوام هذا المعاق حيث تزداد الانحرافات القوامية لديه كتجويف القطن ، و السقوط الجانبي ، و زيادة الامتداد للرجل ، و يضاف إلى ذلك عدم استطاعة المعاق التحكم العضلي في الوقوف أو الزحف أو في الانبطاح على البطن فنجده لا يستطيع رفع الرأس إلى الأعلى .

كذلك يلاحظ زيادة حركات المعاق اللاإرادية و خاصة عندما يكون في حالة هياج أو عصبية ، و تقل تلك الحركات عندما يكون هادئا

– **الشلل المخي التخلجي (الغير منتظم)** : و يتصف هذا المعاق بعدم القدرة على حفظ توازنه حيث تكون حركاته غير متناسقة ، و يزيد على ذلك صعوبة التوجيه المكاني و ذلك لعدم كفاية الإحساس الحركي لديه .

و عادة ما يصاب بذلك بعد الولادة مما يؤثر على وضع القوام بالنسبة له .

– **الشلل المخي الإرتعاشي** : نجد المصاب يتصف بالارتعاش على وتيرة واحدة دائما ، و يقتصر ذلك على مجموعات عضلية معينة ، و قد يكون ذلك شديدا أو ضعيفا .

و يضاف إلى تلك الأنواع السابق ذكرها الأشخاص المصابون بشلل مزدوج أي بأكثر من نوع من أنواع الشلل المخي (شلل مركب) و ذلك كالإصابة بشلل لا إرادي و تشنجي معا .

– **الشلل المخي التيبسي** : في هذا النوع من الشلل نجد أن المرونة غير متوافرة في الأطراف ، و يترتب على ذلك عدم استطاعة المعاق تحريك مفاصله إراديا ، و يضاف إلى ذلك الصعوبة في المشي أو إذا أدى أي نوع من الحركات، و يصبح في حالة توتر مستمر مع فقدان لأي حركات رد فعل .

و من أكثر الانحرافات القوامية شيوعا لدى ذلك المعاق تصلب الفقرات العنقية و الظهرية للعمود الفقري .. (المصري، صفحة 101)

الأنشطة الرياضية لمصابين بالشلل المخي :

غالبا ما يكون من الصعب ممارسة الأنشطة الرياضية للمعاقين بالشلل المخي ، فإذا سمحت حالة المعاق بالممارسة فيستفيد من ذلك في تنمية أجهزته الفسيولوجية و جهازه العصبي .

و يفيد التدريب الرياضي المصابين بالشلل المخي فيما يأتي :

1 – تحسين الحالة تدريجيا ، مما يساعده على أداء الحركات العادية و التغلب على الحركات غير التوافقية بالإضافة غلى زيادة التوازن الحركي .

2 – الحد من الانحرافات القوامية و محاولة علاجها إلى حد ما .

3 – تنمي الإدراك بالعلاقات الحركية لأجزاء الجسم ، و تزيد من التحكم فيها عن طريق تنمية التوافق العضلي العصبي .

4 – الألعاب الجماعية و السباحة تصلح حتى سن حمس سنوات ، أما من سن 5 سنوات أما من سن 8–17 فيستطيع المشاركة في الرياضات التنافسية للمعاقين الناشئين .

و يفضل لهؤلاء المعاقين أن يمارسوا الرياضات الترويحية ، أما إذا مارسوا الرياضات التنافسية فيفضل إجراء تقسيم فني عام لهم غير طبي ، و ذلك لتحقيق مبدأ عدالة المنافسة الرياضية ، و تتم الممارسة وفقا لشدة الإصابة ، و يستبعد من الممارسة المصابون بتصلب عضلي مصاحب للشلل الثلاثي أو الرباعي .

و من الناحية الطبية لعدم الإخلال بمبدأ المنافسة يجب إعطاء الإعاقة الأشد نقاطا أكثر .

مع ملاحظة عدم بذل المعاق جهدا كبيرا يفوق طاقته مما يسبب له الأجهاد و يزيد من حالته سوءا .
(فرحات ح.، 1998، الصفحات 103– 104)

الرياضات التنافسية :

1 – المشي (و يسمح بمرافق طبي أو رياضي)كما يمكن استخدام أجهزة مساعدة (عصي ، عكازات) .

2 – الجري (التتابعي و المتعرج)بالكراسي المتحركة (اليدوية ، الكهربائية) .

3 – السباحة و هي هامة لأن ممارستها منذ الصغر يساعد على تنمية الإنعكاسات العصبية التوافقية ، و تقليل التوتر العضلي النسبي .

كما يمكنهم ممارسة الرياضات التنافسية التالية مع إدخال التعديلات الخاصة بالشلل :

_ألعاب القوى _ الرماية بالسهام _البولنج _تنس الطاولة _البلياردو _كرة القدم _الكرة الطائرة _كرة السلة . (فرحات ح.، 1998،47،49، صفحة 104)

الأنشطة الرياضية التي تناسب المصابين بالشلل :

يستطيع مدرس التربية الرياضية إعداد برنامج رياضي معدل بهؤلاء الفئة من المعاقين وفقا للحالات و فيما يلي بعض الأنشطة التي يمارسها المصابون بالشلل .

1 – **التمرينات** :البرنامج يجب أن يشمل على تمرينات للعضلات السليمة من الجسم لتقويمها و تدريبها ، و كذلك العضلات الضعيفة لتقويتها بحيث تنمى المجموعات العضلية بصورة متزنة مع التمرينات العلاجية .

2 – **المتوازي الأرضي** : و يمكن استخدامه للمصابين في الأطراف السفلي حيث تكون عاملا مساعدا في الوقوف و المشي

3 – **الرياضات المائية** : السباحة من الرياضات المائية الهامة للمصابين بالشلل ، و لكن يجب ملاحظة مناسبة الحمام و ارتفاع المياه للحالات ، كذلك يمكن استخدام الأدوات المساعدة على تعلم السباحة مع توافر الأمن و السلامة بالحمام ، و بعد المجال المائي من احسن الوسائل العلاجية و الترويحية و التي تعمل على تنمية العضلات المختلفة لتلك الفئة من المعاقين بالإضافة إلى أنها علاج طبيعي (علاج مائي) تأهلي .

4 – **عقل الحائط** : يستطيع مدرس التربية الرياضية استخدام عقل الحائط في الأنشطة الرياضية و ذلك و ذلك في العاب التسلق و الشد لأعلى و تمرينات تقوية الذراعين و يمكن تحريك عقل الحائط لتتناسب مع الافراد . (فرحات ح.، 1998،47،49، صفحة 117)

3 – 1 – 2 الصرع : يحدث نتيجة تغير مفاجئ في النشاط الكيميائي الكهربائي للمخ و يؤدي إلى زيادة السيالات العصبية في الدماغ و بالتالي عدم قدرة العضلات على الاستجابة و من ثم تشنجها و فقدان الوعي و الغيبوبة و عدم السيطرة على وظائف الجسم المختلفة .

– **كيف يمكن تشخيص هذا المرض ؟** مع التقدم العلمي و تكنولوجيا الطب أصبح التمكن تشخيص هذا المرض عن طريق مسح المخ الكربائي

3 – 1 – 2 – 1 النوبة الصرعية الكبرى :و هي اشد انواع الصرع و اكثرها انتشارا و شيوعا ، و عادة ما يصاحبها إغماء و فقدان للوعي و عد تحكم في عضلات الجسم و تستمر النوبة بضع دقائق يستيقض بعدها الفرد لا يذكر شيئا مما حدث .

3 – 1 – 2 – 2 النوبة الصرعية الصغرى : و هي نوبات سهلة و بسيطة و تحدث في مراحل الطفولة و تستمر جزءا من الدقيقة و عادة ما تمر دون ملاحظة من المحيطين ، حيث يتوقف الطفل بها عن أي عمل او الحديث و عادة ما يتسم الشخص بالحملقة في الفراغ و عادة ما تختفي مع تقدم العمر أو تتحول إلى نوبات صرعية كبرى .

3– 1 – 2 – 3 الصرع النفسي الحركي :تتميز هذه النوبات لاإضطراب الشعورى للفرد فهو يتصرف بلا شعور حيث يقوم بحركات لا إرادية ، و تختلف الحركات من شخص لآخر ، ممن يمشي او يقفز او يتكلم بكلام غير منطقي و قد تستمر لساعات (المصري)

3 – 1 – 3 شلل الأطفال : هو من الأمراض المعدية تسببه فيروسات صغيرة جدا تصيب المعدة في مرحلة الطفولة ، هذه الفيروسات لا ترى بالعين المجردة و لا بالمجهر العادي بل يمكن رؤيتها بالمجهر الإلكتروني ، يؤثر هذا المرض بشكل كبير في الخلايا الحركية في النخاع الشوكي ، و يظهر في القدمين تحديدا أو قدم واحدة .

3 – 1 – 3– 1 طريقة الإنتقال :ينتقل هذا المرض عن طريق الأشخاص المصابين بهذا المرض ، او عن طريق الذباب و الحشرات التي تأخذ الفيروس من البصاق أو المخاط الذي يفرزه المريض .

– كيفية الوقاية منه : عن طريق التطعيمات و هي متوفرة في العالم .

– لا يؤثر على الجانب التعليمي للطفل على غرار الشلل المخي يمكن أن يتأثر الجانب التعليمي للشخص .

3 – 1 – 3– 2 أعراض المرض : تظهر الإعراض بعد حدوث العدى بثلاث أيام إلى عشرة :

– ارتفاع في درجة بشكل ملحوظ .

– تقيء .

– تصلب في الرقبة أو العمود الفقري .

– لا يستطيع الطفل الوقوف على رجله او عدم تحريكها .

الأخطار التي يتعرض إليها الطفل بعد إصابته بهذا المرض :

– إصابة العضلات المسؤولة عن التنفس و هذا يتطلب استخدام أجهزة تنفس اصطناعية . (المصري)

3 – 1 – 3– 3 العلاج :

– عن طريق العلاج الطبيعي .

– و أحيانا يتطلب العلاج الجراحي .

– و كذلك وسائل خاصة مثل العكاز و العصا و الأحذية ... (المصري)

3 – 2 الإضطرابات العظمية العضلية :

3 – 2 – 1 هشاشة العظام :

– هشاشة العظام عبارة على أنَّ العظام هشة أو لينة أو غير مكتملة النمو مما يؤدي إلى الكسور أثناء الولادة او بعدها .

3 – 2 – 2 التهاب العظام : و هي التي تحدث في مراحل العمر المتأخرة والمتوسطة، وبخاصة عند الأفراد الذين يعانون من إصابات الهيكل العظمي، ومن يتعرضون للحوادث المختلفة، وتؤدي الإصابة بالالتهابات إلى الانزلاق الغضروفي وتآكله. (الحميد، التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة 1، 2009 ، صفحة 245).

3 – 2 – 3 التهاب المفاصل: مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها، ما ينجم عنه تورم وهي تيبس خاصة في الصباح. (الحديدي، 2004 ، صفحة 16) .

وتؤدي إصابة المفاصل الشديدة إلى إتلاف العظام والأنسجة والأوعية الدموية المحيطة بها، وتظهر التهابات المفاصل من خلال ظهور تورم المفاصل والأنسجة وتؤدي إلى الآلام المستمرة، وحدوث تشوهات وعاهات لدى الفرد الذي يعاني من التهاب المفاصل.

3 – 2 – 4 اضطرابات العمود الفقري : تمثل حالات اضطرابات العمود الفقري مظهرا آخرا مميزا من مظاهر الإعاقة الحركية، وذلك نتيجة لما يتصل بهذا الاضطراب من خلل في القدرة الحركية للفرد، ويقصد باضطرابات العمود الفقري ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس حتى نهاية العمود الفقري. (الروسان، 1998 ، صفحة 242) .

وتكون الإصابة بها على مستوىالمنطقة العنقية، فقرات المنطقة الصدرية، فقرات المنطقة القطنية. (الرحيم، 2001 ، صفحة 2)

3 – 3 الكسور : وهي تخلخل تماسك النسيج العظمي، وبالتالي يؤدي إلى انفصاله، إما جزئيا أو كليا نتيجة تعرضه لإصابات ميكانيكية. (عبيد، 1999 ، صفحة 108) .

هناك ثلاثة أنواع من الكسور وهي :

أ. الكسور المغلقة (البسيطة) : وهي التي لا يكون لها أي اتصال بالمحيط الخارجي أي لا يكون مصحوبا بجرح خارجي، وهذا يعني عدم إيصال الكسر لخارج الجلد المحيط به .

ب. الكسور المفتوحة (المضاعفة) : وهي تلك الكسور التي يصاحبها تلف وتمزق الجلد، وفي هذه الحالة يكون الكسر على درجة من الخطورة بسبب تعرضه للعدوى والتلوث .

ج. الكسر المختلط : وهو من أشد أنواع الكسور، وهو كسر عظمي مصاحب بقطع أوردة وأعصاب وأنسجة عضلية. (الصفدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، 2007، صفحة 107)

3– 4 البتر: يعرف طبيا بأنه فصل أحد الطرفين السفليين أو العلويين بشكل جزئي أو كامل عن الجسم، وذلك كنوع من العلاج أو لتخليص الجسم من عاهة، ويعرف بأنه حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها. (الطائي، 2007، صفحة 46) .

3 – 4 – 1 وحالات البتر وهي كالأتي :

أ. بتر الطرف العلوي.

ب. بتر الطرف السفلي.

ج. بتر الطرفين السفليين.

د. بتر الطرفين العلويين.

هـ. بتر الطرف العلوي مع السفلي. (رياض, أسامة، 21،2005، صفحة 160) .

3 – 4 – 2 أنواع البتر :

البتر الأولي : يكون في مستوى منخفض و ذلك لسيطرة على العدوى و منع التسمم .

الطرق المتبعة في عمليو البتر الأولي :

أ . طريقة المقصلة.

ب . البتر الدائري .

ج . الخياطة الجزئية لأطراف الجرح مع البذل .

البتر النهائي : يتم ذلك بعد الانتهاء من البتر الابتدائي حتى يكون الجزء المتبقي من البتر نموذجي .

الطرق المتبعة في عملية البتر :

أ . طريقة المقصلة .

ب . الطريقة الدائرية .

ج . المائلة الهلالية .

د . طريقة المضرب .

هـ . طريقة التغطية بشريحة من الجلد .

3 – 4 – 3 آثار البتر :

- الإحساس بالنقص .
- عدم القبول للذات الجديدة .
- التأثير على نشاط الفرد المعتاد عليه .
- التأثير على علاقته بأسرته و أصدقائه .

– عدم توفر مناخ أسري و بيئي يحسن معانات مبتوري الأطراف .

الطرف الصناعي :يحتاج المعاق إلى طرف صناعي ليحل مكان العضو المبتور ، لذلك يجب ان تتناسب الأطراف الصناعية مع جسم المعاق بحيث تكون انسيابية و مريحة و تتناسب مع مراحل النمو بحيث تتغير كل سنة او سنتين .

– تأهيل الطرف العلوي أصعب من تأهيل الطرف السفلي .

حالات البتر في الطرف السفلي :

1 – بتر الأصابع .

2 – بتر القدم : – بتر ليزفرانك ، بتر كوبارك ، بتر هايز .

3 – بتر رسغ القدم .

4 – بتر القدم تحت الركبة .

5 – بتر الركبة : – لتر ستفن ، بتر جرتي سترك .

6 – بتر الفخذ (فوق الركبة) .

7 – بتر للألية الحرقفية .

8 – بتر الرسغ المؤخري .

التمرينات التأهيلية لأصحاب البتر للأطراف السفلية :

يوجد نوعان :

– تمرينات تاهيلية للجزء المتبقي من الطرف المبتور .

– تمرينات تاهيلية بإستخدام الطرف الصناعي .

الأنشطة الرياضية المناسبة لحالات البتر للطرف السفلي :

1 – التمرينات بأنواعها حرة .

2 – ألعاب القوى .

3 – الجمباز .

4 – السباحة .

5 – ألعاب الحبال و تسلق الجبال .

6 – ألعاب المضرب .

7 – الألعاب الجماعية .

حالات البتر في الطرف العلوي :

1 – مبتور راحة اليد من مفصل رسغ اليد .

2 – مبتور أعلى الرسغ و أسفل مفصل المرفق .

3 – مبتور الساعد من مفصل المرفق .

4 – مبتور أعلى مفصل المرفق و أسفل المرفق الكتف .

5 – مبتور الذراع بالكامل من مفصل الكتف .

الأنشطة الرياضية لمبتوري الطرف العلوي :

يمكن ممارسة اغلب الأنشطة الرياضية ما عدى الأنشطة التي تحتاج إلى استخدام الذراع عند الأداء .

الرياضة لمبتوري الأطراف :

أكثر الحالات ممارسة للرياضة تظهر عند أصحاب البتر للأطراف السفلية ، و خاصة و أنهم يستخدمون أجهزة تعويضية بعد البتر . و تبدأ الممارسة في مراكز التأهيل .

4 – التأهيل للمعاقين حركيا :

4 – 1 التأهيل النفسي: وهو العملية التي تسعى من خلالها إلى مساعدة المعاق حركيا على إستعادة التوازن النفسي له بتقبل الإعاقة والتعايش معها ومع الواقع الجديد، و التأهيل النفسي يمثل جانبا من جوانب عملية التأهيل الشاملة، والتي تتضمن التأهيل الطبي والاجتماعي والأسري ويتعامل التأهيل النفسي مع الإنسان مباشرة ودون وسيط .

والإعاقة الحركية لها عدة صور تتنوع ما بين البسيط والشديد، مما يجعل عملية التأهيل تتباين بتباين درجة الإعاقة ووقت وقوعها ، وتأهيل المصابين بإعاقات حركية مكتسبة الذين كانوا أسوياء وأصيبوا بالعجز فهؤلاء يحدث تحولا كاملا في كيانهم وتتغير صفاتهم النفسية وخصائصهم الجسدية وحالتهم الانفعالية وغيرها، مما يستلزم تأهيلا نفسيا سريعا والذي ينبغي أن يكون مرنا ودوريا متماشيا مع العمر ومع الإعاقة، والهدف في النهاية هو إحداث التوازن والتوافق النفسيين لدى المعاق. (محمد، 2008 ، الصفحات 327 – 328)

4– 2 التأهيل الحركي: تعد التمرينات العلاجية السلبية والإيجابية إحدى وسائل التأهيل الحركي، وهي أهم خطوات العلاج الحركي للمصاب، وللتمارين البدنية دورا هاما في المحافظة على صحة ولياقة الفرد المصاب وذلك للحد من مضاعفات الأجهزة بالجسم) الدوري والتنفسي والعصبي والعضلي والعظمي) وما يحدثه ذلك في الحالة النفسية للمصاب لذلك لابد من تفهم كيفية عمل ال عضلات والسبل الصحيحة لتنمية قدراتها لأن من الضروري وضع المعاق مهما كانت درجة إعاقته تحت تأثير تأهيل حركي بدني للتقليل من هذه المخاطر أو التخلص منها كليا، ولا ي لزم أن تكون التمرينات المختارة مؤلمة أو غير سارة ولكن يجب أن تكون تمرينات منظمة حتى يتسنى له تحقيق الهدف منها وهو إعادة تأهيل أجهزة الجسم المختلفة.

ومن شأن ما سبق كله إعادة تأهيل الأجزاء ذات العيوب القوامية والأجزاء المحركة في الجسم من خلال تأهيل الوظائف الحركية وتطويرها كعوامل مساعدة حركيا وبدنيا لتحسين المهارات الحركية. (الرحيم، 2001 ، صفحة 153) .

5 – جداول تحديد نسب العجز

5 – 1 الأطراف العلوية:

-1بتر الذراعين أو إصابتهما بعجز دائم من 80 إلى 90%

-2بتر الذراع من الكتف 55 – 65 % 45 – 55%

-3بتر الذراع بين الكتف والمرفق 45 – 55 % 35 – 45%

-4بتر الساعد من المرفق 35 – 45%

-5بتر الساعد بين المرفق والرسغ 40 – 50 % 30 – 40%

-6فقد اليدين أو عجز تام بهما من 50 % إلى 80%

-7فقد اليد أو فقد منفعتها 30 – 45 % 25 – 40%

-8فقد كافة الأصابع لكلتا اليدين باستثناء الإبهام لليدين من 40 % إلى 60%

-9فقد كافة الأصابع باستثناء الإبهام ليد واحدة 25 – 30 % 15 – 25%

-10فقد الإبهام وتيبس فى الأصابع الأخرى 30 – 35 % 25 – 30%

-11فقد الإبهام والسبابة أو عجزهما التام 20 – 30 % 15 – 25%

-12تعدد الخلع بالكتف 15 – 20 % 10 – 15%

-13تيبس كامل بالكتف 25 – 30 % 20 – 30%

-14تيبس جزئي بالكتف 10 – 25 % 10 – 20%

-15تيبس كامل بالمرفق 20 – 35 % 15 – 25%

-16تيبس جزئي بالمرفق 10 – 20 % 7 – 17%

-17تيبس كامل بالرسغ 10 – 20 % 7 – 17%

-18تيبس جزئي بالرسغ 5 – 10 % 3 – 8%

-19كسر غير ملتئم أو ملتئم فى وضع صعب فى الساعد مع إعاقة فى الحركة 20 – 30 % 15 – 25%

-20كسر غير ملتئم بالعضد أو ملتئم فى وضع معيب 15 – 25 % 10 – 20%

-21كسر غير ملتئم فى النتوء المرفقي من 5 % إلى 10%

-22ضمور عضلات العضد 15 – 30 % 10 – 25%

-23ضمور عضلات الساعد 15 – 30 % 10 – 25%

-24ضمور عضلات اليد 5 – 20 % 3 – 10%

-25ضمور عضلات الطرف العلوي 50 – 60 % 40 – 50%

-26شلل تام بالذراع 50 – 60 % 40 – 50%

-27شلل غير تام بالذراع 20 – 40 % 15 – 30%

-28شلل العصب الكعبري من 15 % إلى 35%

-29شلل العصب الزندي من 10 % إلى 20%

– 30 شلل العصب المتوسط من 10 % إلى 20%

-31شلل العصب الكعبري والزندي من 25 % إلى 45%

– 32 شلل العصب الكعبري والزندي والمتوسط 50 – 60 % 40 – 50 %

5 – 2 الأصابع :

5– 2 – 1 الإبهام: أيمن أيسر

-1 فقد تام للإبهام 15 – 25 % 12 – 22%

-2 فقد السلامية الأولى للإبهام 7 – 10 % 5 – 10%

-3 تيبس جزئي أو تام للإبهام من 3 % إلى 7%

-4 قطع الوتر الباسط للسلامة الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة ثني كامل من 0 % إلى 3%

-5 قطع الأوتار الباسطة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة ثني كامل من 3 % إلى 7%

-6 قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة بسط كامل من 0 % إلى 3%

-7 قطع الأوتار القابضة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة بسط كامل من 3 % إلى 7%

5 – 2 – 2 السبابة: أيمن أيسر

-1 فقد السبابة بأكملها 10 – 15 % 7 – 12%

-2 فقد السلامية الأولى للسبابة 0 – 3 % 0 – 3%

-3 فقد السلاميتين للسبابة 7 – 10 % 4 – 8%

-4 تيبس جزئي أو تام للسبابة 5 – 10 % 2 – 8%

-5 قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة ثني كامل من 0 إلى 2%

-6 قطع الأوتار الباسطة للسلاميتين الأخيرتين السلاميتين الأخيرتين فى حالة ثني كامل من 3 إلى 4%

-7 قطع الأوتار الباسطة للإصبع 7 – 10 % 4 – 7%

-8 قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة بسط كامل من 0 إلى 2%

-9 قطع الأوتار القابضة للسلاميتين الأخيرتين السلاميتين الأخيرتين فى حالة بسط كامل من 3 إلى 4%

-10 قطع الأوتار القابضة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة بسط كامل 4 – 7 % 3 – 5

5 – 2 – 3 الوسطى: أيمن أيسر

-1 فقد تام للوسطى 5 – 10 % 4 – 8%

-2 فقد سلاميتين للوسطى 3 – 6 % 2 – 5%

-3 فقد سلامية واحدة للوسطى من 0 إلى 3%

-4 تيبس جزئي أو تام للوسطى 3 – 6 % 2 – 5%

-5 قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة ثني كامل من 0 إلى 1%

-6 قطع الأوتار الباسطة للسلاميتين الأخيرتين 3%

-7 قطع الأوتار الباسطة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة ثني كامل5%

-8 قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة بسط كامل من 0 إلى 1%

-9 قطع الأوتار القابضة للسلاميتين الأخيرتين السلاميتين الأخيرتين فى حالة بسط كامل 4%

-10 قطع الأوتار القابضة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة بسط كامل 5%

5 – 2 – 4 البنصر:

-1 فقد تام للبنصر من 4 إلى 8%

-2 فقد سلاميتين للبنصر من 2 إلى 4%

-3 فقد سلامية واحدة للبنصر من 0 إلى 2%

-4 تيبس جزئي أو تام للبنصر من 3 إلى 7%

-5 قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة ثني كامل صفر%

-6 قطع الأوتار الباسطة للسلاميتين الأخيرتين السلاميتين الأخيرتين فى حالة ثني كامل 2%

-7 قطع الأوتار الباسطة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة ثني كامل4%

-8 قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة بسط كامل صفر%

-9 قطع الأوتار القابضة للسلاميتين الأخيرتين السلاميتين الأخيرتين فى حالة بسط كامل 2%

-10 قطع الأوتار القابضة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة بسط كامل 4%

5 – 2 – 5 الخنصر :

-1 فقد تام للخنصر من 3 إلى 5%

-2 فقد سلاميتين للخنصر من 2 إلى 4%

-3 فقد سلامية واحدة للخنصر من 0 إلى 2%

-4 تيبس جزئي أو تام للخنصر من 2 إلى 4%

-5 قطع الوتر الباسط للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة ثني كامل 0%

-6 قطع الأوتار الباسطة للسلاميتين الأخيرتين السلاميتين الأخيرتين فى حالة ثني كامل 2%

-7 قطع الأوتار الباسطة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة ثني كامل 3%

-8 قطع الوتر القابض للسلامية الأخيرة السلامية الأخيرة فى حالة بسط كامل 0%

-9 قطع الأوتار القابضة للسلاميتين الأخيرتين السلاميتين الأخيرتين فى حالة بسط كامل 2%

-10 قطع الأوتار القابضة للإصبع الإصبع بالكامل فى حالة بسط كامل 3% (وحدة الخدمات الضمانية سيدي الصيد)

6 – نبذة مختصرة عن تصنيفات الإعاقة في منافسات أولمبياد المعاقين :

تضم أولمبياد المعاقين التي تستضيفها العاصمة البريطانية لندن عشرين لعبة رياضية يتم تقسيم المشاركين فيها وفق نظام معقد لتحدي أنواع الإعاقات لدى اللاعبين واللاعبات وهي التي تحدد أهليتهم للمشاركة في الأنواع المختلفة للمنافسات خاصة في رياضات كألعاب القوى

6 – 1 الرماية بالسهم :

ARW1: تشير إلى الرياضي الذي يعاني إعاقة في جميع الأطراف، ويشارك على كرسي متحرك.

6 – 2 العاب القوى : يشارك لاعبون من جميع فئات الاعاقة في المنافسات، غير ان نظاما يستعين بالحروف والارقام يحدد درجة اعاقة اللاعب على النحو الآتي.

يستخدم الحرف (F) للدلالة على المشاركين في المنافسات داخل أرض الملعب ، فيما يستخدم حرف (T) اشارة الى لاعبي منافسات المضمار كما يشير الرقم الى درجة اعاقة اللاعب.

42-46: اللاعبون الذين يعانون بترا في الاعضاء، وتضم الفئة (45–46) اعاقة الاذرع. فيما يتنافس لاعبو هذه الفئات في وضع الوقوف ولا يستخدمون الكراسي المتحركة.

T51-54: سباقات المضمار من على كرسي متحرك. وتضم الفئة(51–53) اللاعبين ممن يعانون من اعاقة في الاطراف السفلية والعلوية

F51-58: سباقات أرض الملعب من على كرسي متحرك. تضم الفئة (F51-54) لاعبين يعانون قصورا في وظائف الكتف والذراع واليد و الجذع او قصورا في وظائف الساقين

6 – 3 الدراجات : فئة الدراجات C1-5: تضم من يعانون اعتلالا كالشلل الدماغي او من يعانون بترا في أحد الساقين أو الاذرع

6 – 4 الفروسية : تشارك جميع فئات الاعاقة في رياضة الفروسية من خلال استعراضات ويجري تقسيم الفرسان الى اربع فئات:

فئة Ia: تضم فرسانا من ذوي الاعاقة الشديدة ممن يعانون قصورا في جميع الاطراف والعجز عن التحكم بحركة الجذع وعادة يلجأون الى استخدام كرسي متحرك في حياتهم اليومية.

فئة Ib: تضم فرسانا يعانون عجزا شديدا في القدرة على التحكم بحركة الجذع وقصورا اقل في حركة الاطراف العليا او قصورا معتدلا للاطراف والجذع في المنطقتين العلوية والسفلية.

فئة :III تضم فرسانا يعانون بترا في الاطراف (لديهم القدرة على المشي بشكل مستقل) الى جانب وجود عاهة في كلا الذراعين او بتر للذراعين او عاهة معتدلة في جميع الاطراف الاربعة. كما تضم هذه الفئة فرسانا مكفوفين او حالات مثل قصر القامة.

فئة :IV تضم فرسانا يعانون بترا مصاحبا لضعف الابصار او لقلة حركة اولقوة عضلات أو ضعف في وظيفة الذراع او الرجل.

6 – 5 الرماية : :SH2رماية البندقية لذوي اعاقة الاطراف العلوية وتحتاج الى وضع الوقوف .

6 – 6 تنس الطاولة : :6-10لاعبون يعانون بترا في الاطراف حيث تمثل الفئة ستة الاشد اعاقة، والفئة 10 الاقل اعاقة. (bbc

7– دورة الألعاب شبه الأولمبية :

الألعاب المعتمدة :تزايد عدد الألعاب المعتمدة رسمياً في اللجنة البارالمبية الدولية لإدراجها ضمن برنامج هذه الألعاب من دورة إلى أخرى، ووصل عددها إلى (21) لعبة في الدورات الصيفية وأربع ألعاب في الدورات الشتوية .

أولاً . الألعاب الصيفية :

1 – **السباحة :** تمارس السباحة من قبل أصحاب الإعاقة الحركية والسمعية، وتعد من الألعاب المفضلة لدى المعوقين لما لها من تأثيرات إيجابية في علاج إصاباتهم، إضافة إلى كونها رياضة تنافسية. وتجري منافساتها في أحواض السباحة ذات المواصفات الأولمبية مع السماح للاعبين ببدء سباقاتهم من منصات القفز أو من داخل حوض السباحة وبملامسة جداره بدلاً من القفز من منصات القفز، وفقاً لتدرج شدة إعاقات اللاعبين. ويتم تصنيف اللاعبين عادة الى عشر فئات لأصحاب الإعاقة الحركية وثلاث فئات للإعاقة البصرية وفئة واحدة للإعاقة الذهنية والسمعية .

2– **كرة الطاولة:** تمارس كرة الطاولة من قبل أصحاب الإعاقة الحركية والسمعية، وتعد من الألعاب المرغوبة لسهولة مزاولتها، وهي تمارس على طاولات اللعب ذاتها الخاصة بالأسوياء، ويطبق عليها القانون ذاته الخاص بهم، وبسبب تدرج صعوبة الإعاقة فإنها تمارس من حالتي الوقوف أو الجلوس على الكراسي ويتم تصنيف اللاعبين إلى عشر فئات .

3 – **القوة البدنية :** تمارس رياضة القوة البدنية من قبل أصحاب الإعاقة الحركية فقط. ويتم التأكد من وجود هذه الإعاقة

عن طريق الفحص الطبي من دون تصنيف لها، ويطلق عليها أيضاً رفع الأثقال. وتعد من أكثر ألعاب المعوقين شعبية وإقبالاً على مزاولتها، وتمارس باستلقاء اللاعب على كرسي خاص له شكل الطاولة المستطيلة حيث يقوم بإنزال الثقل الموضوع على حامل فوق رأسه بحيث يلامس صدره ثم يرفعه إلى مكانه، ويمكن رفع حامل الثقل أو خفضه حسب حالة ذراعي اللاعب .

4- ألعاب القوى : تمارس هذه الرياضة من قبل أصحاب الإعاقات الحركية والسمعية والبصرية والذهنية وتجري في ملاعب الأسوياء ذاتها على المضمار وفي الميدان. وفيما يتعلق بالجري هناك الجري العادي، وقد يتم فيه الاستعانة ببعض التجهيزات المساعدة كما في إعاقة البتور أو بمساعدة شخص عادي للاعب الكفيف لمرافقته في أثناء الجري. وهناك أيضاً الجري بوساطة دراجات خاصة تلائم بعض الإعاقات. أما الرمي فيمكن إجراء المسابقات من حالة الوقوف أو من حالة الجلوس على كراسي حديدية خاصة يتم تثبيتها بالأرض وذلك حسب شدة إعاقة اللاعب، وفي مسابقات الوثب يمكن الاستعانة ببعض التجهيزات كما في إعاقة البتور. ويتم تصنيف اللاعبين في مسابقات ألعاب القوى إلى (21) فئة حسب تدرج إعاقاتهم، ولذلك فإن سباقاتها كثيرة العدد .

5 – كرة السلة على الكراسي : تعد من أكثر ألعاب المعوقين حماساً وتشويقاً لما تتطلبه من مهارات فنية وخططية وقدرات بدنية فردياً وجماعياً، وهي تزاول على كراسي متحركة خاصة ذات تقنية عالية تساعد اللاعب على إبراز مهاراته وقدراته، وتجري عادة على ملاعب الأسوياء ذاتها، ويصنف لاعبوها إلى ثماني فئات حسب تدرج إعاقاتهم، ويطبق عليهم قانون خاص يلزم بتوفر حد أقصى من مجموع درجات تصنيف إعاقات اللاعبين الخمسة الذين يشكلون فريق اللعب .

6 – الكرة الطائرة من الجلوس : وتمارس من خلال جلوس اللاعبين على الأرض وعلى ملعب أبعاده (6 × 10م)، ويوضع الشبك على ارتفاع (115سم) للرجال و(105سم) للسيدات ويطبق في اللعبة قانون الأسوياء ذاته. كما تمارس الكرة الطائرة أيضاً من حالة الوقوف ، ويجري للاعبين عادة فحص طبي يؤكد وجود الإعاقة لديهم ومن دون تصنيف .

8 – سباق الدراجات : وهي لعبة خاصة بالإعاقات الحركية والبصرية والشلل الدماغي، ففي الإعاقات الحركية تستخدم الدراجات العادية، وفي الإعاقات البصرية تستخدم دراجات خاصة إضافة إلى مشاركة شخص مبصر يساعد على توجيه اللاعب الكفيف، وفي الإعاقات الدماغية تستخدم دراجات ذات عجلات

ثلاثية. ويكون السباق على نوعين: الأول (للطريق)، ومسابقاته ضد الساعة حيث ينطلق المتسابقون الواحد تلو الآخر بفوارق زمنية، أو مع الساعة حيث ينطلق المتسابقون كفريق في وقت واحد، والثاني (في المضمار) وتكون مسابقاته لمسافة 3000 م أو 4000م .

9 – **القوس والنشاب :** وهي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية، وتمارس على الكراسي إما في الملاعب المكشوفة حيث توضع الدريئة المقسمة إلى عشر دوائر على مسافة (30–90م)، وإما في الصالات وتوضع الدريئة هنا على مسافة (25–18م) ويبلغ قطر الدريئة الدائرية (من 40 إلى 122 سم). تلعب هذه الرياضة إفرادياً حيث يقوم اللاعب برمي السهام من 4 مسافات، وفي كل واحدة يرمي (36) سهماً أو تكون المسابقة للفرق؛ حيث يتألف الفريق من 3 لاعبين يقوم كل منهم برمي3 سهام على 3 جولات، وينال اللاعب نقاطاً أعلى كلما كان سهمه أقرب إلى دائرة المركز .

10 – **الفروسية :** وهي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية والبصرية وتجري كاستعراض لقيادة الحصان على أنغام الموسيقى .

11 – **كرة المضرب على الكراسي :** وهي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية، وتمارس على الكراسي فردياً وزوجياً ويسمح فيها بارتداد الكرة مرتين في أرض الملعب قبل ردها إلى ملعب المنافس، ويعد الكرسي جزءاً من اللاعب. وفيما عدا ذلك يطبق عليها القانون الدولي للأسوياء .

12 – **المبارزة على الكراسي :** هي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية وتمارس على الكراسي التي يتم تثبيتها بالأرض، ويتوجب على اللاعب ملامسة القسم العلوي من جسم منافسه من فوق الخصر. تبدأ المنافسة بين اللاعبين بالأدوار التمهيدية في مباراة من جولتين مدة كل منها أربع دقائق، ويعد فائزاً من يسجل خمس إصابات متتالية أو أكبر عدد منها في الجولتين. وفي الأدوار النهائية للمنافسة تتكون المباراة من ثلاث جولات مدة كل منها ثلاث دقائق، ويعد فائزاً من يسجل أول 15 إصابة أو أكبر عدد منها في الجولات الثلاث. وفي حال التعادل تمدد المباراة دقيقة، ويفوز من يسجل الإصابة أولاً، ويستمر التمديد إلى حين إعلان الفائز .

13 – **الركبي على الكراسي :**وهي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية، وتمارس على كراسي خاصة وتعد فريدة من نوعها؛ كونها تجمع عناصر من 3 ألعاب هي كرة السلة وكرة اليد والهوكي على الجليد. يقوم مبدؤها على تمرير كرة الطائرة العادية بين اللاعبين بهدف ملامسة أحدهم خط المرمى بكرسيه ووضع الكرة خلفه مسجلاً هدفاً، وتلعب المباراة من أربعة أشواط مدة كل منها (8) دقائق ، ويتألف كل فريق من أربعة لاعبين مع أربعة آخرين احتياط .

14 – **الشراع :** هي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية وتمارس في البحيرات والبحار، تعتمد على مبدأ التحكم بالريح، وتخضع للقانون الدولي للشراع. يجري السباق عادة من (9) مراحل تختلف مسافة كل منها وفقاً لقانون اللعبة .

15 – **الرماية** :هي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية تمارس على الكراسي بنوعين من الأسلحة هما المسدس وبندقية الهواء، وتجري الرماية على دريئة ذات (10) دوائر من مسافة 10 و25 و50 م، وتتم المنافسة على عدة تصفيات. وهي مفتوحة للرجال والسيدات .

16 – **الرقص على الكراسي:** هي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية، تمارس على الكراسي، وتجري على نوعين أولهما الرقص الإفرادي للتانغو والسلو والسامبا إلخ، وثانيهما رقص التشكيل بمساعدة شريك يكون شخصاً عادياً ومن دون كرسي.

17 – **البولينغ على العشب** : هي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية؛ تمارس على الكراسي أو من حالة الوقوف في مسطح أخضر يقسم إلى (7) مسارات طول كل منها – 12 – 32 م، تجري المنافسات على كل منها. يعتمد مبدؤها على وضع كرة بيضاء أصغر من كرة التنس تسمى الجاك في منتصف المسار ثم يقوم اللاعب برمي أربع كرات ملونة بالأحمر بوساطة اليد حيث ينال نقاطاً حسب موقع أقرب كراته إلى الجاك، ويكون الفوز بالحصول على 18 أو 20 نقطة، وتلعب هذه الرياضة إفرادياً أو بالفرق حيث يتكون الفريق من لاعبين أو ثلاثة أو أربعة، ويختلف عدد الكرات في هذه الحالة وفقاً لقانون اللعبة الخاص .

18 – **البوشيا** : هي لعبة خاصة بالإعاقة الحركية؛ تلعب على الكراسي ضمن الصالات، تشبه البولينغ على العشب ويعتمد مبدؤها على رمي كرة الجاك (الهدف) إلى منطقة اللعب ثم يقوم بعدها اللاعب برمي عدد من الكرات تكون بحجم أكبر قليلاً وبلون مغاير لتكون أقرب ما يكون إلى الهدف. وتلعب هذه الرياضة إفرادياً وزوجياً للرجال وللسيدات .

19 – **الجودو** : هي لعبة خاصة بالإعاقة البصرية؛ يتم تصنيف اللاعبين فيها إلى (3) فئات وتجري المنافسات بـ (7) أوزان للرجال و(6) أوزان للسيدات، ويطبق عليها القانون الدولي للأسوياء .

20 – **كرة القدم (الخماسي)** : هي لعبة خاصة بالإعاقة البصرية، وتمارس في الصالات. يتألف الفريق من أربعة لاعبين وحارس للمرمى وخمسة لاعبين احتياط، وتستخدم كرة على محيطها عدد من الثقوب وبداخلها جرس وتلعب على شوطين مدة كل منها (25) دقيقة مع (10) دقائق استراحة ويساعد كلَّ فريق

شخصٌ عادي يقف خلف المرمى ليوجه اللاعبين عند التسديد على المرمى ويتم عادة بإغلاق

عيون اللاعبين بقطعة قماش .

21 – **كرة القدم (السباعي)** : هي لعبة خاصة بإعاقة الشلل الدماغي؛ تمارس في ملاعب عشبية. ويتألف الفريق من (6) لاعبين

وحارس للمرمى و(5) لاعبين احتياط. تستخدم هنا كرة عادية وتلعب المباراة على شوطين مدة كل منهما (30) دقيقة مع (15) دقيقة استراحة، ويطبق فيها القانون الدولي للأسوياء .

ثانياً– الألعاب الشتوية :

1 – التزلج المتعرج على الثلج .

2 – الهوكي على الجليد .

3 – التزلج الطويل .

4 – الكيرليخ على الكراسي المتحركة .

والألعاب الأربع خاصة بالإعاقة الحركية وتمارس

على كراسي خاصة . (العربية)

خلاصة :

الإعاقة الحركية المكتسبة بمختلف أنواعها كالشلل الدماغي والبتر والشلل النصفي وغيرها، تنعكس على الشخص المعاق على عدة مستويات النفسية منها والاجتماعية، مما يستدعي الرعاية الخاصة عن طريق التكفل النفسي والتأهيل الجسدي والدمج الاجتماعي والمهني.

قائمة المراجع :

اسامة المدبولي .(15 05 ,2011) .*مركز الخدمات التربوية الخاصة بالاطفال* Récupéré sur . www.tafaolcentre.com

اسامة رياض . (2005،21). *الاسس الطبية و الرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي.

أسامة رياض. (2000 ، ص 19). *رياضة المعاقين الأسس الطبية*. القاهرة.

الحديدي . (1998). *مقدمة في الاعاقة البصرية* . الاردن : دار الثقافة للنشر والتوزيع .

الحديدي ,ج .ا .(2004) .*برنامج تدريبي للأطفال المعاقين ، الطبعة* . *1*دار الفكر، عمان.

الحميد ,س .ك .(2009) .*التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة* . *1*دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

الحميد ,س .ك .(2009) .*التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة* . *1*دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

الخزري ,ر .س .(2007) .*هم أحق بالرعاية الطفل المعوق ، الطبعة* . *1*دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

الخطيب ,ج .(1998) .*مقدمة في الإعاقات الجسمية و الصحية* .دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان ن الاردن .

الداهري ,ص .ح .(2005) .*رعاية الموهوبين المتميزين)وذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة* . *1*دار وائل للنشر، عمان.

الرحيم ,أ .ر .(2001) .*القياس والتأهيل الحركي للمعاقين ، الطبعة* . *1*دار الفكر العربي، مصر.

الروسان ,ف .(1998) .*سيكولوجية الأطفال غير العاديين)مقدمة في التربية الخاصة ، الطبعة* . *3*دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

الزعمط ,ي .ش .(2005) .*التأهيل المهني للمعوقين ، الطبعة* . *2*دار الفكر، عمان.

السيد حلاوة . (1998). *صعوبات التعلم لدى أطفال أعراض.أنماط.التشخيص*. مصر.

الصفدي ,ع .ح .(2007) .*الإعاقة الحركية والشلل الدماغي* .دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.

الصفدي ,ع .ح .(2007) .*الإعاقة الحركية والشلل الدماغي* .دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.

الطائي ,ع .ا .(2007) .*طرق التعامل مع المعوقين* .دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.

العبيدي ,ص .ح155) .، .(1999*الشخصية و الصحة النفسية* .مؤسسة حمادة للخدمات و الدراسات الجامعية.

العربية ,ا (s.d.). Récupéré sur http://www.arab-ency.com/detail/9428 .

القران الكريم. ، *سورة النور، الآية رقم (26)* .

القريطي ,ع .ا .(2001) .*سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و ترتيبهم ، الطبعة* . *3*دار الفكر العربي، القاهرة.

المجيد ,م .ع .(1997) .*الألعاب الرياضية للمعوقين* .دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن.

المجيد ,م .ع .(1997) .*الألعاب الرياضية للمعوقين* .دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن.

المجيد ,م .ع 1997) .ص .(20

المجيد ,م .ع .(1997) .الألعاب الرياضية للمعاقين .دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع الأردن .

المجيد ,م .ع .(1997) .الألعاب الرياضية للمعاقين .دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع الأردن .

المشرفي ,إ .(2009) .*الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة* .مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

المصري ,ا .مYixZ_cnbfT5/be.utuoy//:sptth rus detarépuceR .(.d.s) .

المطر ,ع .ا .(1996) .*التربية البدنية التأهيلية والشلل الدماغي ، الطبعة* . *1*دار الفكر العربي.

المقرح ا س. (2009). *الاعاقة البصرية في التحصيل العلمي*. ليبيا: جامعة الفاتح.

النواصرة ,ح .م .(2006) .*ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل في التأهيل البدني ، الطبعة* . *1*دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

إيمان فؤاد محمد كاشف. (2001 ، 30). *الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيهة*. القاهرة، مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

إيمان محمد كاشف . (2001 ، ص 108-109). *الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه*. دار قباء.

جريدة البيان الإماراتية-19-08/2006/parts/ae.albayane.www رus détarépuceR .(19 08 ,2006) . 1.946187

جلال ,ع .ا .(1980) .*قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين* .المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم ، تونس.

جمال محمد الخطب –منى صبحي الحديدي. (2009،ص 51 – 52 .). *المدخل إلى التربية الخاصة، كلية العلوم التربوية، قسم الإرشاد والتربية الخاصة*. الجامعة الأردنية : قسم الإرشاد والتربية الخاصة.

جوليانا بيرانتوني. ترجمة عبد الفتاح حسن . (1991 ، ص 134). *التربية النفس الحركية والبدنية والصحية*. القاهرة : دار الفكر العربي .

حسن عبد الجواد. (1984، ص 11). *الألعاب الصغيرة* . بيروت: دار العلم للملايين.

حسين عبد الحميد احمد رشوان .(117,2009) .*الاعاقة والمعوقون* .كلية الاداب اسيوط القاهرة.

حسين ,م .ع .(1986) .*سيكولوجية غير العاديين* .دار الفكر العربي ، الأسكندرية ، مصر .

حلمي إبراهيم و ليلى السيد فرحات 1998) .ص .(40

حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات 8–10) .، .(1998*التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* .القاهرة :دار الفكر العربي.

حمدي احمد وتوت – نهى محمود الصواف. (37،2013). *الصم والدمج مع الاسوياء في التربية البدنية والرياضية* . القاهرة : مركز الكتاب والنشر.

خالد عبد الرزاق السيد. *سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة* . الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

رشوان ,ع .ا .(2006) .*ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة ،)ذوي الاحتياجات الخاصة والموهوبين* . (المكتب الجامعي الحديث، مصر.

رياض, أسامة. (21،2005). *رياضة المعاقين الأسس الطبية والرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي مصر .

سعيد حسني العزة. (2002 ، ص90،86 .). *المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

سليمان ,ع .ا .(2001) .*الإعاقات البدنية* .مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة.

سليمان ,ع .ا .(2001) .*سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة)الخصائص والسمات (الطبعة* . *1*مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

سليمان, عبد الرحمن سيد. (2001، ص 186). *سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة*. القاهرة: ج3، مكتبة زهراء الشرق.

سميرة أبو زيد نجدة. (2001 ، ص 120 –124). *برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة* . : مكتبة زهراء.

سهى احمد أمين نصر. (1999، ص 16). *المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة. *منتدى النفسية الحركية*. ماجدة بهاء الدين السيد عبيد. (2000، ص107.). *الإعاقة العقلية*. عمان : دار صفاء للنشر و التوزيع.

1416هـ ,ا ,2012) .مايو .(11*قروب الاعاقة السمعية* Consulté le .ديسمبر 10الاحد sur ,2017 ,الإعاقة السمعية:

أسامة كامل راتب. (1982 ، ص 64). *التربية الحركية*. القاهرة: دار الفكر العربي.

فيصل عباس. (1996، ص156). *الاختبارات النفسية* . لبنان: دار الفكر العربي.

مروان عبد المجيد إبراهيم. (مروان عبد 2005 ، ص 253 .). *رياضة الأولمبياد الخاص للقدرات الذهنية*. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.

نبيل عبد الفتاح حافظ1985) ،. ص .(38–34عند *المنحنى الإعتدالي دراسات وقراءات في التفوق العقلي ولتخلف، كلية التربية* .جامعة عين شمس :كلية التربية، جامعة عين شمس.

إبراهيم ,مروان عبد المجيد 1997) ،. .(70الألعاب الرياضية للمعاقين .دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.

احمد رزوق و اخرون .(2003) .مذكرة تخرج لنيل شهادة معلم التعليم المتخصص)اعاقة سمعية .(*براء المعلمين المتخصصين حول صعوبة تطبيق برامج مادة الرياضيات –الطور الاول –في مدارس صغار الصم* .المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين–قسنطينة ,قسنطينة.

سهير كامل أحمد . (2002 ، ص 96 –97). *سيكولوجيا الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

سهير محمد سلامة شاش . (2001، ص 34). *اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية* . مصر : دار القاهرة للكتاب .

سهير محمد سلامة شاش. (2001 ، ص 34). *اللعب تنمية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية*. القاهرة: دار القاهرة للكتاب.

شيخة سالم العريض. (2003). *الوراثة مالها وما عليها*. الكويت: الحرف العربي.

صالح ,ع .ا .(2002) .*متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية* .دار المعرفة الجامعية، مصر.

ضاري توما عبد الأحد بطوطة وحميد عبد النبي عبد الكاظم الفتلاوي. (2009، ص91.). *رياضة وبرامج ذوي الإحتياجات الخاصة و تصنيفاتها الطبية*. بغداد : الدار الجامعية للطباعة و النشر والترجمة.

طه سعد علي –أحمد أبو الليل . (ص 144). *التربية البدنية والرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة .جامعة الكويت كلية التربية الأساسية*. عمان، الأردن: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

ع ،د ابراهيم . (2002). *التربية الرياضية للاعاقة البصرية*. الاردن : دار الثقافة والنشر والتوزيع.

عبد الحفيظ يحيى خوجة .(25 11 ,2016) .*الشرق الاوسط* .Récupéré sur .صحتك :الحميد شرف. (1996، ص 10–18). *البرنامج في التربية الرياضية بين النظرية والتطبيق*. مصر الجديدة: مركز الكتاب للنشر.

عبد الحميد شرف 2001) ،. ص .(35*التربية الرياضية والحركية كالأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة* 001 ،. ص :62 مركز الكتاب للنشر.

عبد الرحمان جابر .(2001) .*سيكولوجية الاعاقة الجسمية والعقلية* .بيروت :دار الراتب.

عبد الرحمان فائز السويد. (1992). *أمراض القلب الخلقية ومتلازمة داون*. الرياض: دار النجاح.

عبد الرحمن العيساوي 2000) ،. ص .(22*التربية النفسية للطفل والمراهق* .لبنان :دار الراتب الجامعي .

عبد الرحمن العيسوي. (1997، ص 22). *سيكولوجيا الإعاقة الجسمية والعقلية*. بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية بيروت.

عبد الرحمن سليمان. (2001 ، 117). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة، مصر: مكتبة الزهراء الشرق.

عبد الله محمد. (2004). *تعديل السلوك للاطفال متخلفين عقليا باءستخدام جداول النشاط المصور* . القاهرة : دار الزهراء.

عبد المجيد عبد الرحيم. (1997 ، ص16). *تنمية الأطفال المعاقين*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد المطلب أمين القريطي. (1995، ص 89-95). *سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وترتبهم*. القاهرة.

عبيد ,م .ا .(1999) .*الإعاقة الجسمية* .مجموعة النيل العربية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

عثمان سيد قطب، طارق حسين. (2010، ص129.). *دليل الأخصائي الرياضي لتخطيط برامج المعاقين ذهنيا*.

عقيدة اعتدال . (2011). *مربع التخلف العقلي* . كويت: دار القلم.

علا عبد الباقي إبراهيم. (2000 ، ص 91). *الأطفال المعوقون رعاية وعلاج*. القاهرة: عالم الكتب.

علا عبد الباقي إبراهيم. (2000،92،96). *التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة: عالم الكتب.

عودة محمد الهذلي .(2008) .*المتلازمة داون الخصائص والاءعتبارات التاهلية* .عمان :دار وائل.

فاروق الروسيان. (1998، ص17). *قضايا ومشكلات في التربية الخاصة* . الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

فرحات ,ح .إ .(1998) .دار الفكر العبي.

فرحات ,ح .إ .(1998) .*التربية الرياضية والترويح للمعوقين* .دار الفكر العربي ، القاهرة .

فرحات ,ح .إ41) .، .(1998*التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* .دار الفكر العربي ، مصر .

فرحات ,ح .إ49) .،47، .(1998*التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* .دار الفكر العربي ، القاهرة .

فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون. (2001،44). *بحوث ودراسات فسيكولوجيا الإعاقة*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

كرستين مايلر. (1994 ، ص 22 .). *التربية الخاصة دليل لتعلم الطفال المتخلفين عقليا* . الأردن : ورشة الموارد العربية .

كمال سالم السيد سالم. (1988 ، ص 97 – 98). *الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين، الرياض*. الرياض: مكتبة الصفحات الذهنية.

كمال مرسي. (1979 ، ص 280 .). *مرجع في التخلف العقلي*. الكويت: دار القلم.

ماجدة السيد عبيد. (2000 ، ص 106). *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

ماجدة السيد عبيد. (2000 ، ص 106). *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

محروس الشناوي. (1997 ،81). *التخلف العقلي*. القاهرة: محروس الشناوي: التخلف العقلي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد إبراهيم عبد الحميد. (1998، ص68). *تعلم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

محمد البواليز وآخرون. (2000،ص 115). *مدخل في الخدمة الاجتماعية* . الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد سيد فهمي. (1998، 126–119). *السلوك الاجتماعي للمعاقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية*. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث أ الإسكندرية.

محمد صادق عثمان –رفيق عبد الحق. (1989 ، ص 03). *الرياضة للمعوقين*. جامعة بغداد.

محمد عبد المؤمن حسين. (ص141 – 142). *مشكلات الطفل النفسية* . الإسكندرية، مصر: دار الفكر الجامعي.

محمد كامل عفيفي عمر. (1998 ، ص 12–13). *التربية البدنية بين النظرية والتطبيق* . القاهرة: دار حداد .

محمد ,ا .ف .(2008) .*الإعاقات الحركية* .دار الجامعة الجديدة للنشر ، مصر .

مروان عبد الجيد ابراهيم. (2005،288). *رياضة الالمبيادتاخاص للقدرات تاذهنية*. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.

مروان عبد المجيد. (1997).

مروان عبد المجيد إبراهيم. *الموسوعة الرياضية المتحدي الإعاقة*. عمان: الدار العلمية الدولية النشر.

مصطفى نوري القمش. (2011، ص 367). *الإعاقات المتعددة*. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

مؤسسة الغد المشرق 27) .يوليو .(2011*مؤسسة الغد المشرق* Consulté le .ديسمبر الاحد 10, 2017, surاسباب الاعاقة السمعية296096/posts/alghadalmoshreq/users/kenanaonline.com://http :

موسى فهمي إبراهيم. (1990 ، ص123). *التمارين والعروض الرياضية*. القاهرة : .

ناظم هاشم ألعبيدي. (150). *ناظم هاشم ألعبيدي: الشخصية والصحة النفسية*.

ناظم هاشمي لعبيدي –صالح حسن الدهيري . (1999 ، ص142، 150). *الشخصية والصحة النفسية*. بغداد .

نايف مفضي الجبور . (113،2012). *رياضات ذوي الاحتياجات الخاصة* . الاردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

وحدة الخدمات الضمانية سيدي الصيد Récupéré sur .(28 12 ,2016) .

يوسف فوزي .(2002) .مصر.

. ed E.S.F 2éme :Paris .*Les enfants dits de biles* .(P 186,1980) . imizian T André

Alger: Entreprise .*Maladie mental et handicap mental* .(P 197,1984) . Boucebci M .Nationale du livre

Nathan : France .*Education physique et handicap moteu* .(page 05 , 1996) . Garel j .p .Pédagogie

.https://psychomotricite.ahlamontada.com/f11-montada

(P), O. (1961). *l'éducation des enfants physiquement* . édition, P.U.F, Paris.

http://sahooom.blogspot.com/2012/05/blog-post_865.html

. (s.d.).ا.ع46,

bbcعربي Récupéré sur .(30 08 ,2012) .
http://www.bbc.com/arabic/sports/2012/08/120830_para_classification.shtml

: https://www.estheticon-الاعاقة المولودة في اليد*estheticon*. (2013, 07 09). Récupéré sur arabic.com/procedures/congenital-hand-defects-ar

.Masson :Paris .*la therapie psychomotrice* .(page 161 , 1995) .J.Richard

Oleron. (1961 p 99).

randall et lambert. (1979). london.

.paris: Vigot .*Apprentissage moteur et performance* .(Page 169,1993) .Schidt R .A

smith a wilson. (1976). *adapted physical.*

. (2012, 02 16). Récupéré sur http://erada.kenanaonline.com/posts/382074ارادة لذوي الاعاقة

www.louisville.edu/education/kyautismtraining/files/ActEarlyASDFactSHeetARABI

ماجدة بهاء الدين السيد عبيد. (2000، ص107.). *الإعاقة العقلية*. عمان : دار صفاء للنشر و التوزيع.

. ed E.S.F 2éme :Paris .*Les enfants dits de biles* .(P 186,1980) . imizian T André

Alger: Entreprise Nationale du .*Maladie mental et handicap mental* .(P 197,1984) . Boucebci M .livre

.Nathan Pédagogie : France .*Education physique et handicap moteu* .(page 05 , 1996) . Garel j .p

https://psychomotricite.ahlamontada.com/f11-montada. *منتدى النفسية الحركية*.

أسامة كامل راتب. (1982 ، ص 64). *التربية الحركية*. القاهرة: دار الفكر العربي.

فيصل عباس. (1996، ص156). *الاختبارات النفسية* . لبنان: دار الفكر العربي.

مروان عبد المجيد إبراهيم. (مروان عبد 2005 ، ص 253 .). *رياضة الأولمبياد الخاص للقدرات الذهنية*. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.

نبيل عبد الفتاح حافظ. (1985، ص 34-38). *عند المنحنى الإعتدالي دراسات وقراءات في التفوق العقلي ولتخلف، كلية التربية*. جامعة عين شمس: كلية التربية، جامعة عين شمس.

http://www.bbc.com/arabic/sports/2012/08/120830_para_classification.shtml

estheticon: https://www.estheticon-arabic.com/procedures/congenital-hand-defects-ar. (09 07, 2013). تم الاسترداد من الاعاقة المولودة في اليد:

J.Richard , 1995) .page 161 .(*la therapie psychomotrice* .Paris :Masson.

Oleron (P .(1961) .(*l'éducation des enfants physiquement* . édition, P.U.F, Paris.

Oleron. (1961 p 99). randall et lambert. (1979). london.

Schidt R .A,1993) .Page 169 .(*Apprentissage moteur et performance* .paris: Vigot.

smith a wilson .(1976) .*adapted physical .*

إبراهيم, مروان عبد المجيد. (1997 ،70). الألعاب الرياضية للمعاقين. دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.

احمد رزوق و اخرون. (2003). مذكرة تخرج لنيل شهادة معلم التعليم المتخصص(اعاقة سمعية). *براء المعلمين المتخصصين حول صعوبة تطبيق برامج مادة الرياضيات -الطور الاول- في مدارس صغار الصم* . المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين-قسنطينة، قسنطينة.

ارادة لذوي الاعاقة. (16 02, 2012). تم الاسترداد من http://erada.kenanaonline.com/posts/382074

اسامة المدبولي. (15 05, 2011). *مركز الخدمات التربوية الخاصة بالاطفال*. تم الاسترداد من www.tafaolcentre.com

اسامة رياض . (21،2005). *الاسس الطبية و الرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي.

أسامة رياض. (2000 ، ص 19). *رياضة المعاقين الأسس الطبية*. القاهرة.

أسامة رياض، ناهد أحمد عبد الرحيم. (2001). *القياس والتأهيل الحركي للمعاقين ، الطبعة 1* . دار الفكر العربي، مصر.

الحديدي . (1998). *مقدمة في الاعاقة البصرية* . الاردن : دار الثقافة للنشر والتوزيع .

الخطيب 1416ه. (11 مايو, 2012). *قروب الاعاقة السمعية*. تاريخ الاسترداد 10الاحد ديسمبر, 2017، من الإعاقة السمعية: http://sahooom.blogspot.com/2012/05/blog-post_865.html

الدكتور محمد سعد المصري. (بلا تاريخ). تم الاسترداد من https://youtu.be/5tfbnc_zixY

السيد حلاوة . (1998). *صعوبات التعلم لدى أطفال أعراض,أنماط,التشخيص*. مصر.

السيد فهمي علي محمد. (2008). *الإعاقات الحركية* . دار الجامعة الجديدة للنشر ، مصر .

القران الكريم. ، *سورة النور، الآية رقم (26)* .

المقرح ا س. (2009). *الاعاقة البصرية في التحصيل العلمي*. ليبيا: جامعة الفاتح.

الموسعة العربية. (بلا تاريخ). تم الاسترداد من http://www.arab-ency.com/detail/9428

إنشراح المشرفي. (2009). *الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة* . مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

إيمان فؤاد محمد كاشف. (2001 ، 30). *الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيهة*. القاهرة، مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

إيمان محمد كاشف . (2001 ، ص 108-109). *الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه*. دار قباء.

جريدة البيان الإماراتية. (19 08, 2006). تم الاسترداد من www.albayane.ae/parts/2006/08-19-1.946187

جمال الخطيب. (1998). *مقدمة في الإعاقات الجسمية و الصحية* . دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان ن الاردن .

جمال الخطيب، منى الحديدي. (2004). *برنامج تدريبي للأطفال المعاقين ، الطبعة 1* . دار الفكر، عمان.

جمال محمد الخطب –منى صبحي الحديدي. (2009،ص 51 - 52 .). *المدخل إلى التربية الخاصة، كلية العلوم التربوية، قسم الإرشاد والتربية الخاصة*. الجامعة الأردنية : قسم الإرشاد والتربية الخاصة.

جوليانا بيرانتوني. ترجمة عبد الفتاح حسن . (1991 ، ص 134). *التربية النفس الحركية والبدنية والصحية*. القاهرة : دار الفكر العربي .

حسن عبد الجواد. (1984، ص 11). *الألعاب الصغيرة* . بيروت: دار العلم للملايين.

حسن محمد النواصرة. (2006). *ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل في التأهيل البدني ، الطبعة 1* . دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

حسين عبد الحميد احمد رشوان .(117,2009) .*الاعاقة والمعوقون* .كلية الاداب اسيوط القاهرة.

حلمي إبراهيم ن ليلى السيد فرحات. (49،47،1998). *التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* . دار الفكر العربي ، القاهرة .

حلمي إبراهيم و ليلى السيد فرحات. (1998 ص 40).

حلمي إبراهيم و ليلي السيد فرحات. (1998). دار الفكر العبي.

حلمي إبراهيم و ليلي السيد فرحات. (41،1998). *التربية الرياضية و الترويح للمعاقين* . دار الفكر العربي ، مصر .

حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات. (10-8 ،1998). *التربية الرياضية و الترويح للمعاقين*. القاهرة: دار الفكر العربي.

حلمي إبراهيم، ليلى السيد فرحات. (1998). *التربية الرياضية والترويح للمعوقين* . دار الفكر العربي ، القاهرة .

حمدي احمد وتوت - نهى محمود الصواف. (37،2013). *الصم والدمج مع الاسوياء في التربية البدنية والرياضية* . القاهرة : مركز الكتاب والنشر.

خالد عبد الرزاق السيد. *سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة* . الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

رياض, أسامة. (21،2005). *رياضة المعاقين الأسس الطبية والرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي مصر .

ريان سليم وعمار سالم الخزري. (2007). *هم أحق بالرعاية الطفل المعوق ، الطبعة 1* . دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

سعيد حسني العزة. (2002 ، ص86،90 .). *المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

سعيد كمال عبد الحميد. (2009). *التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة 1* . دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

سعيد كمال عبد الحميد. (2009). *التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة 1* . دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.

سليمان, عبد الرحمن سيد. (2001، ص 186). *سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة*. القاهرة: ج3، مكتبة زهراء الشرق.

سميرة أبو زيد نجدة. (2001 ، ص 120 -124). *برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة* . : مكتبة زهراء.

سهى احمد أمين نصر. (1999، ص 16). *المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

سهير كامل أحمد . (2002 ، ص 96 -97). *سيكولوجيا الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

سهير محمد سلامة شاش . (2001، ص 34). *اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية* . مصر : دار القاهرة للكتاب .

سهير محمد سلامة شاش. (2001 ، ص 34). *اللعب تنمية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية*. القاهرة: دار القاهرة للكتاب.

شيخة سالم العريض. (2003). *الوراثة مالها وما عليها*. الكويت: الحرف العربي.

صالح حسن الداهري ، ناضم هشام العبيدي. (155،1999). *الشخصية و الصحة النفسية* . مؤسسة حمادة للخدمات و الدراسات الجامعية.

صالح حسن الداهري. (2005). *رعاية الموهوبين المتميزين (وذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة 1* . دار وائل للنشر، عمان.

ضاري توما عبد الأحد بطوطة وحميد عبد النبي عبد الكاظم الفتلاوي. (2009، ص91.). *رياضة وبرامج ذوي الإحتياجات الخاصة و تصنيفاتها الطبية*. بغداد : الدار الجامعية للطباعة و النشر والترجمة.

طه سعد علي –أحمد أبو الليل . (ص 144). *التربية البدنية والرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة .جامعة الكويت كلية التربية الأساسية*. عمان، الأردن: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

ع ،د ابراهيم . (2002). *التربية الرياضية للاعاقة البصرية*. الاردن : دار الثقافة والنشر والتوزيع.

عبد الحفيظ يحيى خوجة. (25 11, 2016). *الشرق الاوسط*. تم الاسترداد من صحتك:

عبد الحكيم بن جواد المطر. (1996). *التربية البدنية التأهيلية والشلل الدماغي ، الطبعة 1* . دار الفكر العربي.

عبد الحميد شرف. (1996، ص 10-18). *البرنامج في التربية الرياضية بين النظرية والتطبيق*. مصر الجديدة: مركز الكتاب للنشر.

عبد الحميد شرف. (2001 ، ص 35). *التربية الرياضية والحركية كالأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة*. 001 ، ص 62: مركز الكتاب للنشر.

عبد الرحمان جابر . (2001). *سيكولوجية الاعاقة الجسمية والعقلية*. بيروت: دار الراتب.

عبد الرحمان فائز السويد. (1992). *أمراض القلب الخلقية ومتلازمة داون*. الرياض: دار النجاح.

عبد الرحمن العيساوي. (2000 ، ص 22). *التربية النفسية للطفل والمراهق* . لبنان: دار الراتب الجامعي .

عبد الرحمن العيسوي. (1997، ص 22). *سيكولوجيا الإعاقة الجسمية والعقلية*. بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية بيروت.

عبد الرحمن سليمان. (2001 ، 117). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة، مصر: مكتبة الزهراء الشرق.

عبد الرحمن سيد سليمان. (2001). *الإعاقات البدنية* . مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة.

عبد الرحمن سيد سليمان. (2001). *سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات) الطبعة 1* . مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

عبد العزيز جلال. (1980). *قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين* . المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم ، تونس.

عبد العزيز جلال. (1980 ص121).

عبد الله محمد. (2004). *تعديل السلوك للاطفال متخلفين عقليا باءستخدام جداول النشاط المصور* . القاهرة : دار الزهراء.

عبد المجيد حسن الطائي. (2007). *طرق التعامل مع المعوقين* . دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.

عبد المجيد حسن الطائي، المرجع نفسه، ص 46. (بلا تاريخ).

عبد المجيد عبد الرحيم. (1997 ، ص16). *تنمية الأطفال المعاقين*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد المحي محمود حسن صالح. (2002). *متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية* . دار المعرفة الجامعية، مصر.

عبد المطلب أمين القريطي. (2001). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و ترتيبهم ، الطبعة 3* . دار الفكر العربي، القاهرة.

عبد المطلب أمين القريطي. (1995، ص 89-95). *سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وترتبهم*. القاهرة.

عبد المنصف حسن رشوان. (2006). *ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة ، (ذوي الاحتياجات الخاصة والموهوبين)* . المكتب الجامعي الحديث، مصر.

عثمان سيد قطب، طارق حسين. (2010، ص129.). *دليل الأخصائي الرياضي لتخطيط برامج المعاقين ذهنيا*.

عصام حمدي الصفدي. (2007). *الإعاقة الحركية والشلل الدماغي* . دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.

عصام حمدي الصفدي. (2007). *الإعاقة الحركية والشلل الدماغي* . دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.

عقيدة اعتدال . (2011). *مربع التخلف العقلي* . كويت: دار القلم.

علا عبد الباقي إبراهيم. (2000 ، ص 91). *الأطفال المعوقون رعاية وعلاج*. القاهرة: عالم الكتب.

علا عبد الباقي إبراهيم. (2000،92،96). *التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة: عالم الكتب.

عودة محمد الهذلي . (2008). *المتلازمة داون الخصائص والاءعتبارات التاهلية*. عمان: دار وائل.

فاروق الروسان. (1998). *سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة ، الطبعة 3* . دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

فاروق الروسيان. (1998، ص17). *قضايا ومشكلات في التربية الخاصة* . الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني وآخرون. (2001،44). *بحوث ودراسات فسيكولوجيا الإعاقة*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

كرستين مايلر. (1994 ، ص 22 .). *التربية الخاصة دليل لتعلم الطفال المتخلفين عقليا* . الأردن : ورشة الموارد العربية .

كمال سالم السيد سالم. (1988 ، ص 97 – 98). *الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين، الرياض*. الرياض: مكتبة الصفحات الذهنية.

كمال مرسي. (1979 ، ص 280 .). *مرجع في التخلف العقلي*. الكويت: دار القلم.

ماجدة السيد عبيد. (1999). *الإعاقة الجسمية* . مجموعة النيل العربية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

ماجدة السيد عبيد. (2000 ، ص 106). *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

ماجدة السيد عبيد. (2000 ، ص 106). *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

محروس الشناوي. (1997 ،81). *التخلف العقلي*. القاهرة: محروس الشناوي: التخلف العقلي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد إبراهيم عبد الحميد. (1998، ص68). *تعلم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

محمد البواليز وآخرون. (2000،ص 115). *مدخل في الخدمة الاجتماعية* . الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد سيد فهمي. (1998، 126-119). *السلوك الاجتماعي للمعاقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية*. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث أ الإسكندرية.

محمد صادق عثمان –رفيق عبد الحق. (1989 ، ص 03). *الرياضة للمعوقين*. جامعة بغداد.

محمد عبد المؤمن حسين. (1986). *سيكولوجية غير العاديين* . دار الفكر العربي ، الأسكندرية ، مصر .

محمد عبد المؤمن حسين. (ص141 – 142). *مشكلات الطفل النفسية* . الإسكندرية، مصر: دار الفكر الجامعي.

محمد كامل عفيفي عمر. (1998 ، ص 12-13). *التربية البدنية بين النظرية والتطبيق* . القاهرة: دار حداد .

مروان عبد الجيد ابراهيم. (288،2005). *رياضة الالمبياداتاخاص للقدرات تاذهنية*. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.

مروان عبد المجيد. (1997). *الألعاب الرياضية للمعوقين* . دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان ، الأردن.

مروان عبد المجيد إبراهيم. *الموسوعة الرياضية المتحدي الإعاقة*. عمان: الدار العلمية الدولية النشر.

مروان عبد المجيد. (1997). الألعاب الرياضية للمعاقين. دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع الأردن .

مروان عبد المجيد. (1997). الألعاب الرياضية للمعاقين. دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع الأردن .

مصطفى نوري القمش. (2011، ص 367). *الإعاقات المتعددة*. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

مؤسسة الغد المشرق. (27 يوليو 2011). *مؤسسة الغد المشرق*. تاريخ الاسترداد الاحد 10 ديسمبر, 2017، من اسباب الاعاقة السمعية: http://kenanaonline.com/users/alghadalmoshreq/posts/296096

موسى فهمي إبراهيم. (1990 ، ص123). *التمارين والعروض الرياضية*. القاهرة : .

ناظم هاشم ألعبيدي. (150). *ناظم هاشم ألعبيدي: الشخصية والصحة النفسية*.

ناظم هاشمي لعبيدي –صالح حسن الدهيري . (1999 ، ص142، 150). *الشخصية والصحة النفسية*. بغداد .

نايف مفضي الجبور . (113،2012). *رياضات ذوي الاحتياجات الخاصة* . الاردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

وحدة الخدمات الضمانية سيدي الصيد. (28 12, 2016). تم الاسترداد من ويكيبيديا. (06 06, 2013). تم الاسترداد من

يوسف شبلي الزعمط. (2005). *التأهيل المهني للمعوقين ، الطبعة 2* . دار الفكر، عمان.