



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

معهد التربية البدنية و الرياضية

قسم النشاط البدني المكيف

مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة ليسانس في

النشاط البدني المكيف

الموضوع:

الإعاقة و ممارسة الألعاب الرياضية

تحت إشراف:

- رقيق مداني

إعداد الطالب:

- بوحارة محمد سعيد رضا

السنة الجامعية: 2018/2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر و تقدير

يقول صلى الله عليه و سلم : " من لم يشكر الناس لم يشكر الله "
*حديث شريف * رواه أحمد والترمذي وحسنه.
وعملا بقول نبينا أحمد الله وأشكره الذي وفقني بقوته في إنجاز هذا العمل
وإنعامه عليا بالإرادة والعزيمة والصبر الذي منحنا
إياه، كذلك أشكر والديا الذين لم يبخلوا عليا في سبيل إنجاز هذا العمل
كما نتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف " رقيق مداني "
على النصائح والتوجيهات التي لم يبخل بها عليا
أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد

الإهداء

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "من سلك طريقا يلتمس به علما سهل الله له به طريقا إلى الجنة"

رواه مسلم ، وأصحاب السنن عن أبي هريرة

الحمد لله الذي وفقنا إلى إتمام مذكرتي هذه والتي اهديتها إلى سبب كياني ووجودي، إلى أمي التي أحرقت سنوات عمرها في تربيتي وإنشائي، إلى مثال الحب والتضحية التي أسأل الله عز وجل ألا اعصيتها أبدا ما حييت.

إلى والدي الذي أغرقني حبا وحنانا راجيا من الله عز وجل أن يحفظه و إلى أختي وإلى الأهل والأقارب والأحباب والأصدقاء

كما نشكر جزيل الشكر كل أساتذة قسم النشاط البدني المكيف وخاصة أستاذي المشرف رقيق مداني

كما أسأل الله عز وجل بكل أسمائه الحسنی وصفاته العلیا أن يوفقني في مشوار حياتي

الباب الأول

الجانب النظري

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	شكر و تقدير
ب	الإهداء
ج	الفهرس
	التعريف بالبحث
1	مقدمة
3	مشكلة البحث
4	أهمية البحث
5	أهداف الدراسة
6	الفرضيات
6	تحديد المصطلحات و المفاهيم
	الباب الأول : الجانب النظري
	الفصل الأول : الإعاقة (مفهومها , أسبابها , أنواعها)
8	تمهيد
9	مفهوم الإعاقة
10	تعريف الإعاقة
12	أنواع الإعاقات
12	الإعاقة العقلية
19	الإعاقة الحركية
27	الإعاقة البصرية
32	الإعاقة السمعية
	الفصل الثاني : الألعاب الرياضية و تصنيفاتها
42	تمهيد
43	المنافسة الرياضية عند المعاقين
43	تاريخ المنافسة الرياضية عند المعاقين
44	تنظيم رياضة المعاقين في العالم

45	الاتحادات الرياضية الدولية
46	الاختصاصات الرياضية الممارسة من طرف المعاقين
53	التصنيف الرياضي عند المعاقين
53	أهداف التصنيف الرياضي
56	صعوبات التصنيف الرياضي
56	الخصائص التنظيمية لفحص التصنيف
58	التصنيفات الرياضية للمعاقين
الباب الثاني : الجانب التطبيقي	
الفصل الأول : منهجية البحث	
66	منهج البحث
69	مجالات البحث
70	أدوات البحث
	متغيرات البحث
الفصل الثاني : عرض و تحليل النتائج	
71	عرض و تحليل الألعاب الرياضية لجميع الإعاقات
72	عرض و تحليل الألعاب الرياضية للإعاقة البصرية
73	عرض و تحليل الألعاب الرياضية للإعاقة الحركية
74	عرض و تحليل الألعاب الرياضية للإعاقة العقلية
76	الخاتمة
78	قائمة المصادر و المراجع

مقدمة

تباينت نظرة المجتمعات للمعاقين عبر التاريخ ، إلا أنها اتفقت في إبعاد هذه الفئة عن المجتمع فقد كان ينظر إليهم في بعض المجتمعات كذئير شؤم ، فتعرضوا للموت جوعا أو تحت وطأة الظروف المناخية الصعبة ، أو بسبب عدم قدرتهم على مواجهة أعدائهم أو التغلب عليهم.

إن الاهتمام بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة أو المعاقين يعتبر مؤشرا من مؤشرات تطور الدولة ، و مدى تكافل وتحضر مواطنيها ، لذا كان لزاما على الدولة أن تضع مراكز و مدارس لاستقبال هؤلاء الأطفال قصد إدماجهم و التقليل من آثار الإعاقة و عدم التكيّف ، لتحقيق الاستقلالية الذاتية و ضمان تعليم متخصص ، كي يساهم هؤلاء الأطفال بإيجابية في حركية الحياة ، و يحققون ذاتهم في حدود إمكانياتهم.

ففسية المعاق تختلف كليا عن نفسية المعافى ، و يرجع هذا للشعور الداخلي للمعاق نفسه فهو يشعر بعجزه عن الاندماج في المجتمع نظرا لظروفه المرضية ، فيغلف حياته بالحزن و الأسى ، و كلما تذكر المعاق اعاقته اتسعت الهوة بينه و بين مجتمعه ، مما يجعله ينفر عنهم ، و تعتبر هذه نظرة المعاق إلى مجتمعه فنلاحظ أنها نظرة يغلفها الخجل و الحياء من الانخراط في دائرة مجتمعه ، كما أن المجتمع نفسه ليس لديه نفس النظرة التي ينظر بها إلى الشخص المعافى بل ينظر إليه على أنه عالة على المجتمع و من المؤكد أن المعاق يتأثر من هذه النظرات التي يوجهها

له المجتمع ، فيزداد احساسا بالعجز و القصور فنجد أن بعض المعاقين يتمنون الموت لاعتقادهم بأنه السبيل الوحيد لنجاتهم من واقعهم الأليم و بسبب أيضا الخجل الداخلي من مواجهة المجتمع و نظرتهم القاسية لهم فبسببها تتشكل نفسية المعاق مما يجعله ينظر إلى المجتمع و الحياة نظرة خوف و سخط و غضب.

إن الإعاقة توهم من قدرة صاحبها على و تجعله في أمس الحاجة إلى عون خارجي.

و استمر الوضع على ما هو عليه حتى جاءت الشرائع السماوية المختلفة التي حثت على احترام الإنسان وتقديم كل أوجه الدعم والعون له ، وظهرت بعدها المؤسسات والتنظيمات التي تعني بالمعاقين منادية بضرورة تفهم الأسرة والمجتمع لكيفية التواصل مع المعاقين ، مؤكدة على أهمية تآزر الطرفين في الإيفاء بما يحتاجه المعاق من رعاية وتأهيل مناسب يمكنه من الانصهار مع مجتمعه. (لطفي, بركات عبد المجيد و عبد الرحمن، 1997)

و لقد ظهرت كثير من المشكلات والعوائق المادية التي ساهمت في بطء عمليات الإعداد والتنفيذ ولكن ما لبث أن تزايد الاهتمام العالمي والمحلى حيث صدرت العديد من التشريعات القانونية والاجتماعية والصحية وتشريعات خاصة بحقوق المعاقين في العمل والحياة الكريمة. وقد أدى النقص الفادح في خدمات التربية الخاصة على المستوى العالمي بصورة عامة وفي الدول النامية على وجه الخصوص إلى إعادة النظر في الاستراتيجيات التربوية الموجهة للمعاقين والبحث عن بدائل لها ، ففي دراسة أجرتها اليونسكو في عام 1986-1987 أظهرت أن نسبة من يتلقون خدمات التربية الخاصة تقل عن 3% في 44 دولة وتقل عن 1% في 32 دولة ، مما يشير إلى أن الغالبية العظمى من التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة يفتقرون إلى الخدمات التعميمية الملائمة أو أنهم تركوا بدون خدمات بدوى ارتفاع تكلفتها.

وقد قادت الجهود المتواصلة إلى زيادة الاهتمام بذوي الحاجات الخاصة على المستوى العالمي حيث اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلانين لحقوق المعاقين ، كما أعلن العام 1981 عاما دولياً للمعاقين والفترة من 1981-1991 عقداً دولياً خاصاً بهم ، اعتمدت في إطاره خطة عمل دولية معنية باتخاذ تدابير فعالة للحد من الإصابة بالإعاقة وإعادة تأهيل المعاقين وتحقيق مشاركتهم الفعالة في الحياة الاجتماعية وعملية التنمية.

و من بين العوامل و الوسائل التي ساهمت في ادماج المعاقين في المجتمع ألا و هي ممارسة الرياضة ، فالممارسة الرياضية تساعد الإنسان المعاق على ادراك أنه لا يوجد فرق بينه وبين الإنسان السليم ، فاحتلت الرياضة مكانة أساسية في حياة المعاقين باعتبارها أنها تسمح لهم بإظهار ما لديهم من خبرات و مهارات بالإضافة إلى مساهمتها في تلبية بعض الحاجيات الاجتماعية كتكوين الصداقات و التعرف على أناس آخرين ، و بذلك فهي تثري حياتهم و تضي المعنى و المخزى لوجودهم من خلال تخفيفها للقلق النفسي.

مشكلة البحث:

مما لا شك فيه أن الإعاقة بأنواعها العقلية و البصرية و السمعية و الحركية تفرز الكثير من آثار سلبية على شخصية المعاق و توافقه السليم ، فإذا يترتب على المعاق بصريا إدراك العالم من حوله بحواسه الأخرى فهو يعتمد كثيرا على حواس اللمس و السمع.

أما الأصم فعالمه يخلو من الأصوات ابتداء من صوت أمه و المحيطين به بالإضافة إلى فقدانه الإحساس بصوت التصفيق أو وقع أقدامه فينمو و هو متسائل عن سر المناظر الصامتة المتحركة من حوله.

أما المعاق حركيا فإعاقته تؤثر عليه و على سلوكه و تصرفاته بحيث يشعر بالنقص و العجز فتنشأ عنها اضطرابات نفسية مختلفة تعيق الحياة الطبيعية للفرد.

ويترتب على كل من الإعاقة السمعية و الإعاقة البصرية و الإعاقة الحركية و الإعاقة العقلية مجموعة من الآثار المرتبطة بشخصية المعاق، من أهمها:

- قصور بعض العمليات العقلية كالتصور و التخيل لدى الكفيف.

- انعدام التجاوب و التمييز للأصوات لدي الأصم.

- التأثير على قدرة المعاق في التفاعل الوجداني مع محيطه.

- عدم الشعور بالأمن و نقص الثقة في النفس، مما يقود بدوره للانطواء و العزلة الاجتماعية و النفسية.

أكدت معظم الدراسات في هذا المجال أن معظم ما يعانيه المعاق من مشكلات نفسية أو سلوكية أو اجتماعية ناتج في المقام الأول من نظرة المجتمع و تقيمه أكثر من كون ناتج عن فقدان لأحد الحواس إذ يحصر المجتمع المعاق في عالم ضيق تحيطه نظرات الشفقة و الرثاء من جانب و نظرات الرفض و عدم التقبل من جانب آخر ، و عند أي محاولة منه للخروج من عالمه الضيق ليتلمس طريقه يصطدم بآثار عجزه التي يضخمها المجتمع بنظرة أفراد من ناحية و بعدم قيامه بدوره في التأهيل و الإعداد اللازم للمعاق من ناحية أخرى ، مما يؤدي بدوره لفقدان التوازن النفسي لدى المعاق.

النواحي و ذلك من خلال مختلف التصنيفات الموجودة لصالح المعاقين , و عليه يتم طرح التساؤل التالي:

ما هي علاقة التصنيفات بممارسة الرياضة؟

كيف يساعد التصنيف المعاقين على ممارسة الرياضة؟

أهمية البحث:

تأتي أهمية هذه الدراسة في إلقاء الضوء على أحد الموضوعات التي ظلت تؤرق المهتمين بهذا المجال ، و المتمثل في تأثير الإعاقة على شخصية المعاق جراء نظراته لنفسه و نظرة المجتمع له. فقد أكدت بعض الآراء أن الإعاقة قد تدفع صاحبها للعمل المتقن مما يعتبر تعويضاً عن إحساسه بالنقص أو القصور، و يكون الناتج عملاً مبدعاً يفيد الفرد و المجتمع قد يضاهي أو يفوق ما يقوم به

أقرانه الأسوياء.

ترى فئة أخرى أن المعاق يستطيع أن يبدع من خلال قيام بالانضمام إلى طائفة ذوي الحاجات الخاصة، فراضاً بذلك على نفسه العضوية في جماعة صغيرة منفصلة عن المجتمع العادي لظروفها الخاصة، فيشعر بنفس شعورهم ويسلك على ضوء اتجاهاتهم. بينما يرى فريق ثالث أن الإعاقة تؤثر سلباً على توافق المعاق مع نفسه ومع مجتمعه ، مما يقلل من فرصه في التفوق والإبداع في المجالات المختلفة.

أما بالنسبة للاختصاصي النفسي فتأتى أهمية هذه الدراسة في إلقاء الضوء على أهمية القياس النفسي والإرشاد والتوجيه المصاحب لعملية تعميم وتأهيل المعاقين وإعادة انصهارهم في المجتمع. وتأتي أهميتها بالنسبة للأطر الصحية الأخرى في التأكيد على ضرورة تكاتف الجهود من القطاعات الصحية كافة في عملية إعادة صياغة تأقلم المعاق مع مجتمعه، وذلك بتوفير خدمات الوقاية والعلاج والتأهيل و التشغيل

وللمجتمع الجزائري تأتي أهمية هذه الدراسة كمحاولة جادة لمفت انتباه المعنيين بالأمر لضرورة رفع مستوى الوعي الرسمي والشعبي بالصعوبات الجمة التي يعانيها المعاقين في مجتمعنا ، وذلك من خلال المقررات الدراسية أو أجهزة الإعلام المختلفة. وفي جانب الدراسات والبحوث تعد هذه الدراسة إضافة للدراسات القليلة في هذا المجال والتي تحاول الخروج بتوصيات ومقترحات تصب في مصلحة المعاقين ، كما يمكن الاستفادة من نتائجها كمؤشرات عامة لتخطيط وتنفيذ البرامج الموجهة للمعاقين والتي تساهم في حل مشكلاتهم والارتقاء بهم في شتى المجالات.

كما يعتبر النشاط الرياضي من أهم البرامج التي يميل المعاقين إلى ممارستها محاولة منهم الوصول بقدراتهم المتبقية إلى أعلى مستوى ممكن من النجاح ، لهذا وجب على القائمين على رعاية هذه الفئة توفير الوسائل والخدمات اللازمة لذلك.

أهداف الدراسة :

مما سبق يمكننا تحديد أهداف الدراسة كالتالي :

- إبراز علاقة التصنيفات بالممارسة الرياضية.

- أهمية التصنيفات و مساعدتها المعاقين على ممارسة الرياضة.

الفرضيات :

للتصنيفات علاقة وطيدة بالممارسة الرياضية.

الفرضيات الجزئية :

التصنيفات مهمة و مساعدة للمعاقين على ممارسة الرياضة.

مصطلحات و مفاهيم الدراسة :

1 - المعاق:

المعاق هو الذي ينبغي الاهتمام بتنمية ثقافته العامة وبرعايته الثقافية في الوطن العربي وهو ذلك الشخص الذي يعاني عجزاً أو عاهة من العاهات تحد من نشاطه وفاعليته ، وتعوقه بشكل أو بآخر عن القيام بما يقوم به الشخص السليم. (الشباني, عمر التومي، 1989)

2 - النشاط الرياضي :

تعرف النشاطات البدنية والرياضية على أنها مجموعة السلوكيات الحركية التي ترتبط باللعب ويمكن استغلالها في المنافسات الفردية والجماعية وهي التي تساهم في تفتح الفرد وتكيفه مع محيطه.

والنشاط الرياضي المعدل لذوي الاحتياجات الخاصة هو الذي يتم التغيير فيه لدرجة يستطيع بها المعاق الغير القادر الممارسة والمشاركة في الأنشطة الرياضية لتحقيق أغراض التربية الرياضية.

الفصل الأول: الإعاقة [مفهومها، أنواعها، أسبابها]

تمهيد:

خلق الله الإنسان في أحسن تقويم ، و لكن إرادته عز وجل قد تجعل بعض الأفراد عاجزين بسبب عاهة ما تعوقهم أن يعيشوا حياة سوية ، فالمعوق هو الشخص الذي لديه أقل من الشخص العادي من حيث القدرة أو الاستعداد لممارسة مهام الحياة العادية و قد تعددت مع مرور الزمن مع تعدد أسبابها منها الجسدية و منها العقلية و النفسية و غيرها.

فإذا نظرنا إلى الشخص المعوق نجد أنه ذلك الفرد الذي لديه إعاقة في حركته و أنشطته الحيوية نتيجة فقدان أو خلل أو إصابة في مفاصله و عظامه مما يؤثر على وظائفه العادية ، و نضرا لأن الإعاقة الحركية تمثل جانبا واحداً من أنواع كثيرة من الإعاقات فإنها بالتالي تجعل للمعوقين حركيا احتياجات ذات طابع خاص تتفق في شكلها العام مع احتياجات الأفراد العاديين. (عبد، بدر الدين كمال، 2001)

و هذه الإعاقة تختلف من حيث أصلها و نشؤها فمنها الخلقية (مثل الولادة) ومنها المكتسبة (نتيجة حادث) و هذه الأخيرة ربما تكون أصعب و أشد من الأولى من حيث تقبلها حيث يكون الفرد ليس لديه أي فكرة أو استعداد لها ، فبالتالي تختلف أسبابها وأشكالها حيث تتنوع حسب نوع الإصابة ، ففي أي مرحلة من مراحل الحياة كانت طفولة ، مراهقة أو شباب ستتشكل حتما للمصاب نوع من الاضطرابات كالقلق و الاكتئاب و غيرها مما يؤدي إلى ظهور بعض المشكلات التي يحاول مجتمعنا إعطاء حلول و علاج للتخفيف والوقاية من هذه الإعاقة.

1- مفهوم الإعاقة :لقد تعددت مفاهيم الإعاقة وتضاربت فيما يخص تحديد معنى مشترك لها **1-1- المفهوم الاصطلاحي:**

من الصعب تقديم تعريف دقيق للإعاقة , وفي الواقع توجد تعريفات عديدة تتفاوت من حيث الصحة والدقة:

- حسب لاروس هي "نقص ما يجعل صاحبه في حالة قصور"
- حسب روبر الصغير هي " نقص أو قصور ينبغي تحمله"
- حسب القاموس الطبي لفلاماريون هي "نقص ناجم عن قصور أو عجز يزعج صاحبه أو يحد من قدرته على الاضطلاع بدوره الاجتماعي.

وهذا التعريف الأخير هو الأحدث إذ أنه ، إلى حد ما ، يأخذ بعين الاعتبار ما جاء به التصنيف الدولي

للمعوقين الذي وضعته سنة 1980 المنظمة العالمية للصحة (CIH) وتعتبر المنظمة الدولية للمعوقين أن الإعاقة هي نتيجة مرض(أو حادث), وبدلاً من ربطها بسببها , فإنها تعرفها من خلال إصابة الجسد(القصور) , وكذلك من خلال ما ينجر عن هذا القصور من صعوبات أو استحالة في القيام بنشاطات الحياة اليومية(العجز)إضافة إلى المشاكل الاجتماعية الناجمة عن ذلك(الضرر).
(encyclopédique، 1977)

الإعاقة هي:كل ما يحد من قدرات الإنسان العقلية أو النفسية أو الجسدية ، ويجعله غير قادر على أن يمارس حياته الطبيعية المتوقعة منه في حدود عمره وجنسه وظروف بيئته.
أنها هي كل ضرر يمس فرداً معيناً وينتج عنه اعتلال أو عجز يحد من تأدية دوره الطبيعي، بحسب عوامل السن والعوامل الاجتماعية والثقافية. (ماهر أبو المعاطي علي، 2005)

أنها هي كل فرد يختلف عن يطلق عليه لفظ سوي في النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية إلى الدرجة التي تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدرات ومواهبه.

ويتضح مما سبق أن معني الإعاقة حركياً اصطلاحاً يشير إلي ما يلي:

- أ. أن معاناة الإعاقة نتيجة عوامل بيئية أو وراثية.
- ب. الإعاقة هي عدم القدرة على تلبية المتطلبات اليومية بالشكل الطبيعي
- ت. هي قصور وتعطل جزء أو أكثر من جسم الإنسان.
- ث. هي عدم قدرة العضو المصاب على القيام بالوظائف الطبيعية.
- ج. هو عجز حركي يصاحبه عجز حسي وانفعالي.

2 - خصائص الإعاقة:

في ضوء التعريفات السابقة يتحدد بعض خصائص الإعاقة في التالي:

1. الإعاقة من التأخير والتعويق والعجز والنقص والقصور.
2. الإعاقة نسبية وليست مطلقة تختلف من شخص لآخر من مجتمع لآخر ومن فرد لآخر.
3. الإعاقة جزئية وليست كلية ، أصابت جزء أو عضو أو حاسة أو قدرة وليست كلية أو شاملة تجعل صاحبها عاجزاً تماماً.
4. الإعاقة ظاهرة طبيعية موجودة في كل المجتمعات سواء المتقدمة أو النامية أو المتخلفة.
5. زادت هذه الظاهرة في العصر الحديث نتيجة زيادة الحروب والكوارث والأوبئة واستخدام الكيماويات والجراثيم
6. الإعاقة مشكلة متعددة في أبعادها ومتداخلة في جوانبها حيث يتشابك فيها الجانب الطبي والاجتماعي والنفسي والتعليمي و التأهيلي.
7. الإعاقة تنتج إما عن عوامل وراثية أو عوامل بيئية.
8. الإعاقة عند ظهورها في بداية الأمر يمكن التغلب عليها بشكل كبير إما تركها وعدم الاهتمام بنا فهذا يجعل الإعاقة تتأصل.

9. الإعاقة ليست نقمة للمعاق بل بالتأكيد نعمة له ، فقد يكون اختبار له من الله تعالى وبالتالي تقوي من

عزيمته وإرادته.

10. الإعاقة لها أنواع وأشكال متعددة كالإعاقة الحسية و الجسمية والنفسية و العقلية و الاجتماعية. (مدحت أبو النصر، 2005)

ويتضح لنا أنه من الصعوبة بمكان وضع تعريف واحد يجمع جميع الإعاقات بمختلف أنواعها، إلا أنه من الممكن وضع بعض الخصائص التي يشترك فيها المعوقون بعيداً عن نوع الإعاقة، ومن

هذه الخصائص مايلي:

1. الإعاقة تصيب الإنسان فتحد من قدرته على ممارسة وظيفة أو أكثر من الوظائف اليومية بالشكل الطبيعي.
2. الحاجات التي تنشأ لدى المعاق بسبب إعاقته يستلزم إشباعاً لها بإجراءات تختلف من معاق لآخر، و من معاق لإنسان غير معاق.
3. الأسباب الحقيقية للإعاقة غير واضحة تماماً في كثير من حالات الإعاقة.

الشكوى التي تصدر من المعوقون تختلف من معاق لآخر، ومع اختلاف الشكوى يكون لديهم التشابه بالرغبة في العمل والإنجاز والتأهيل مع اختلاف نوع العمل من معاق لآخر.

وإن قدرة المعاق الحركي علي التواصل مع البيئة المحيطة هي التي تلعب دوراً هاماً وأساسياً في نمو وتطور بناءه النفسي، وعلاقته مع ذاته من جهة، وانسجامه مع مجتمعه من جهة أخرى، والمعاق الحركي كغيره من المعاقين بحاجة مجتمع يستجيب له ويتفهم احتياجاته، وليس هناك ثمة صفات تميزه عن غيره من المعاقين، فالمعاقين حركياً يواجهون صعوبات في تكوين الأصدقاء لأن فرصهم محدودة في التفاعل مع أقرانهم لما تفرضه مشكلات الحركة والتنقل وهذه الصعوبات ينتج عنها صعوبات في التوافق النفسي والأسري وخفض تقدير الذات. كما ويعاني المعاقين حركياً من صعوبة الوصول إلى الاستقلالية المطلوبة، وقد يلجأ المعاق الحركي إلى العزلة والانطواء والتمركز حول الذات.

3 - أنواع الإعاقات :

3-1- الإعاقة العقلية:

3-1-1- مفهومها:

تعددت مفاهيم الإعاقة العقلية بحسب المدارس الفكرية المختلفة اعتباراً من النسق الثقافي الذي يتناوله و من أشهر هذه المفاهيم ما يلي:

أن الإعاقة العقلية هي نقص في درجة ذكاء الفرد ويكون غالباً موروثاً مما يؤدي إلي توقف نمو خلايا الدماغ ويعرفه البعض على أنه عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي مما يؤدي إلي عدم قدرة الفرد على التكيف مع نفسه ومع البيئة من حوله كما عرفها الأطباء على أنها حالة من النقص العقلي الناتج عن أسباب وراثية أو بيئية تحدث إصابة في الجهاز العصبي وتحدث هذه الإصابة قبل الولادة أو في مرحلة الطفولة. (نادر فهمي الزبيد، 1995)

أ- المفهوم الاجتماعي والثقافي للإعاقة :

تؤكد دراسات البنك الدولي للإعاقة على النموذج الاجتماعي والثقافي لتعريف الإعاقة الذي يعتمد على بيان علاقة الارتباط بين الإعاقة والبيئة الثقافية والاجتماعية التي يعيش فيها المعاق وعلى العلاقة بين الإعاقة والفقر والإعاقة والتنمية. كما يركن النموذج الطبي للإعاقة على الحالة الإكلينيكية للفرد بينما تعرف الإعاقة من منظور النموذج الاجتماعي.

فالغرض الأساسي من العقل هو مساعدة الفرد على موازنة سلوكه بما يتفق مع مطالب البيئة العادية

حتى يصبح مستقلا عن غيره في حياته فإذا ما توافرت هذه الصلاحية يعتبر عاديا أما إذا افتقر الفرد إلى هذه الصلاحية يعتبر معاقا عقليا. ومن التعريفات الاجتماعية تعريف Dolle الذي أشار إلى أن المعاق عقليا تنقصه الكفاءة من الناحية الاجتماعية والمهنية ولا يستطيع تدبير أمور وحده .

كما انه دون الأسوياء في القدرة العقلية العامة (الذكاء) وقد تظهر إعاقته منذ ولادته أو في سن مبكرة كما انه يظل معاقا عقليا عند بلوغه سن الرشد ترجع إعاقته لعوامل تكوينية في الأصل و يعد هذا التعريف مقبولا بصورة أولية كتعريف للفئة الدنيا من المعاقين عقليا ولا يمكن اعتبار الفئة الأعلى من الإعاقة العقلية ضمن هذا التعريف نظرا لأنها تتقدم وتتطور بفعل البرامج التربوية والتعليمية التي تقدم لها.

ب - مفهوم الإعاقة العقلية من منظور العلوم المختلفة:

إن تعريف الإعاقة العقلية ليس بالأمر السهل لأسباب ترجع إلى طبيعة الإعاقة العقلية فهي مشكلة متعددة الجوانب والأقطاب فهي مشكلة طبية واجتماعية وتربوية وعلمية أيضا لذلك عندما عرفها الأطباء نظروا إليها كمشكلة طبية في المقام الأول وعندما عرفها الاجتماعيون اهتموا بالصلاحية الاجتماعية كمييار أساسي للتعرف على الشخص المعاق عقليا ويتخذ علماء النفس نسبة الذكاء معيارا أساسيا لتعريف هذه المشكلة بينما اتخذ التربويون مدى القدرة على التعلم والتدريب محكا أساسيا للتعريف وكان من نتيجة هذا التصور في تعريف الإعاقة العقلية والاعتماد على بعد واحد فقط في تعريفها ظهور قصور في الخدمات والرعاية المقدمة للمعاقين عقليا. وبالنسبة لمفهوم الإعاقة العقلية من منظور العلوم المختلفة.

ج - المفهوم النفسي:

اتخذ علماء النفس القدرة العقلية العامة كأساس للتعرف على المعاقين عقليا حيث يعتبر محك النقص في نسبة الذكاء بمثابة سمة مميزة لهذه الفئة على اختلاف تصنيفاتها ويؤكد العديد من الباحثين أن المعاقين عقليا يمثلون فئة من الناس توقف نموهم العقلي عند مستوي أقل بكثير

من ذلك الذي يبلغه النمو العقلي لغالبية الناس في نغمر العمر الزمني.

د - المفهوم التربوي:

يعتبر بعض العلماء أن عدم القدرة على التعلم في مستوي الأسوياء دليل على التخلف

العقلي حيث تعاني هذه الفئة من تخلف دراسي وبطء في التعلم ولا تستطيع الانتفاع ببرامج المدارس العادية بسبب التطور العقلي البطيء فهم لا يستجيبون استجابة واضحة للمنهج

الدراسي. (سمية طه جميل، 1998)

هـ - مفهوم الإعاقة العقلية في ضوء عدة مظاهر:

الإعاقة العقلية ظاهرة معقدة متعددة الجوانب والأبعاد حيث إن التصور الذي يترتب عليه حدوث الإعاقة لدى الفرد لا ينحصر في الجانب العقلي - أو الذكاء.

فحسب و إنما يشمل جوانب مختلفة من السلوك : عقلية معرفية وجسمية حركية وحسية ووجدانية

واجتماعية وتسهم هذه الجوانب جميعا في عملية التكيف بصورة كلية.

إن معاملات الذكاء وحدها غير كافية للدلالة على الإعاقة العقلية فهي ليست العامل الأساسي

المحدد لسلوك الفرد وليست المسئول الوحيد عن تحصيله فهي لا تعكس سوي جانب واحد لا يكفي

لتحديد مستوي قدرات الفرد واستعداداته. هذه الجوانب جميعا في عملية التكيف بصورة كلية. إن

معاملات الذكاء وحدها غير كافية للدلالة على الإعاقة العقلية فهي ليست العامل الأساسي المحدد لسلوك الفرد وليست المسئول الوحيد عن تحصيله فهي لا تعكس سوي جانب واحد لا يكفي لتحديد مستوي قدرات الفرد و استعداداته.

و - المفهوم الوظيفي للإعاقة العقلية

علي أن الإعاقة حالة تحد من قدرة 1980 اتفق في مؤتمر التأهيل الرابع عشر المنعقد في كندا سنة الفرد علي القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر العناصر الأساسية لحياتنا اليومية ومن بينها قدرة المعاق علي العناية بالذات ممارسة العلاقات الاجتماعية والنشاطات الاقتصادية وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية. (سعدى حبيب، 2007)

-والسؤال المطروح هو : متى يدخل الشخص ضمن فئة الإعاقة العقلية ؟ يدخل الشخص ضمن فئة الإعاقة العقلية عند توفر المعايير التالية:

-حينها يقل مستوي الأداء العقلي أو معدل الذكاء عن . 75 - 70

-عند وجود صعوبات واضحة في مهارات التأقلم اللازمة للحياة اليومية وهي تشمل مهارات

التواصل و العناية بالذات . مهارات استخدام المرحاض المعيشة المنزلية أوقات الفراغ .

الرعاية الصحية الأمان المهارات الأكاديمية الوظيفية) القراءة الكتابة أساسيات الحساب) لم وكذلك مهارات العمل والتكيف مع المجتمع ويتم تقييم مهارات التأقلم عبر تقييم الشخص في بيئته المعتادة وعبر جميع أوجه الحياة . و أن تحدث هذه الإعاقة من الطفولة أي ما دون سن الثامنة عشر. (Introduction to the mental) – <http://www.thearc.org> (Retardation)

الفرق بين مفهوم الإعاقة العقلية ومفهوم المرض العقلي:

يخط كثير من بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي. وقد تبين مما سبق أن الإعاقة العقلية ليمر مرضا ولكنه حالة انحراف عقلي يتمثل في انخفاض الأداء الوظيفي للفرد نتيجة تأخر نموه العقلي أو توقفه وعدم اكتماله وأن هذا الانخفاض يتلازم مع قصور في سلوكه التكيفي أثناء

السنوات النهائية التكوينية أي منذ لحظة الإخصاب وحتى سن الثامنة عشر. أما المرض

العقلي فهو اضطراب عقلي حاد يؤدي إلى تفكك شخصية الفرد وانحلالها والاختلال الشديد

في وظائفه العقلية كالالتفكير والإدراك وفي سلوكه وعلاقاته الاجتماعية إلي الحد الذي يفقد

معه المريض صلته بالآخرين وبالواقع ويعيش في عالم وهمي خاص به بصرف النظر عن تمتعه بدرجة عادية أو مرتفعة من الذكاء. (عبد المطلب أمين القرطبي، 1996) وهذا يعني أن الإنسان المريض عقليا قد يكون ذا ذكاء عادي أو قد يكون متفوقا أو متعلما تعليما عاليا ولكن سلوكه يصبح غريبا نتيجة تجربة نفسية أو اجتماعية قاسية مرت به أو نتيجة مرض جسدي كما تلعب العوامل والاستعدادات الوراثية دورا كبيرا في نشأة المرض العقلي وتطوره إضافة إلى عوامل أخرى نفسية وبيئية تؤدي إلى الكبت والإحباط والصراعات والقلق الشديد. ومن زاوية أخرى فإن ظهور الأمراض العقلية، كالخصام والبارانويا وغيرها ، ليس مقيدا بمرحلة عمرية معينة كما هو الحال بالنسبة للإعاقة العقلية و إنما قد يحدث في أي وقت خلال سنوات الطفولة والرشد أو ما بعدهما. وبينما يمكن علاج المرضي العقليين وشفائهم باستخدام العلاجات الطبية والنفسية الملائمة فإنه يشك كثيرا في علاج المتخلفين عقليا باستخدام العقاقير الطبية حيث لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء كما يتعذر حدوث التحسن خاصة بالنسبة للمعاقين عقليا بدرجة حادة على العكس من المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي وسلوكهم التكيفي عن طريق تعليمهم وتدريبهم و اعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة صحيا ونفسيا واجتماعيا وتربويا. (كريستين مايلز، 1994)

3-1-2- تصنيف الأطفال المعاقين عقليا:

نظرا لأن الإعاقة العقلية مشكلة مرتبطة بالتعليم لذا يفضل التربويون تصنيف المعاقين عقليا إلى ثلاث أقسام رئيسية:

القابلين للتعلم والقابلين للتدريب وغير القابلين للتدريب والتعليم . وبالنسبة للقابلين للتعليم تبلغ نسبة ذكائهم 85 % ولديهم القابلية لتعلم بعض المهارات الأكاديمية والمهارات الاجتماعية والنشاطات الاقتصادية وبالنسبة للأطفال القابلين للتدريب يتطلب العناية بهم وجود شخص مسئول عن هذه الفئة لأنهم ليس في استطاعتهم الاعتماد علي أنفسهم في قضاء احتياجاتهم المختلفة. (Frances P. Connor , enfants exceptionnels , dans)
l'encyclopédie de l'éducation vol 03, the Mcmillian company , the free press, 1979

3-1-3- الخصائص المعاقين عقليا :

يتميز المعاقون عقليا بالفروق الفردية الشاسعة فيما بينهم وبعدهم تجانسهم أو تطابقهم من حيث ما يتمتعون به من استعدادات وما يتصفون به من سمات وخصائص ومع ذلك فإنه توجد عدة

خصائص عامة يجب عدم إغفالها عند محاولتنا التعرف عليهم مع ملاحظة أنهم يتفاوتون من حيث درجة كل خاصية بحسب مستوي الإعاقة والظروف البيئية والتأثيرات الشفافية التي يتعرض لها كل منهم و من أهم هذه الخصائص هي :

أ - الخصائص العقلية المعرفية :

يتسم المعاقون عقليا بالخصائص العقلية المعرفية التالية:
أداء منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء. ضعف القدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة. ضعف الذاكرة وقصور المقدرة على الملاحظة وادراك العلاقات . بطئ التعلم.
قصور الفهم والاستيعاب وتدني المقدرة على التحصيل الدراسي تأخر النمو اللغوي وقصور اللغة اللفظية. قصور في تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع.

الخصائص الحركية الجسمية:

يتسم المعاقون عقليا بالخصائص الجسمية والحركية والحسية التالية:
أقل وزنا وأصغر حجما من الأطفال العاديين. أكثر عرضة للإصابة بالأمراض من غيرهم . القصور الحسي السمعي والبصري . النشاط الزائد وسرعة الحركة . عيوب النطق

والكلام. حذف و ابدال بعض حروف الكلام. (عبد المطلب أمين القرطبي، 1996)

ب - الخصائص الانفعالية:

إذا كانت انفعالات الفرد العادي تتسم إلي حد ما بالثبات الانفعالي والواقعية في مجابهة مشكلات الحياة فإن انفعالات المتخلف عقليا تتسم :

عدم الاتزان الانفعالي. الانعزال والانسحاب في المواقف الاجتماعية والشعور بالدونية والإحباط

وضعف الشفّة بالنفس. السلوك العدواني والنشاط الزائد وخاصة في حالة المتخلفين عقليا الذين يعانون تلفا في الجهاز العصبي المركزي حيث لا يكفون عن الحركة المستمرة ولا يمكنهم الاستقرار في مكان واحد ثابت لا يستطيعون الاستمرار في تأدية عمل معين . الجمود والميل للقيام بالأعمال الروتينية على نحو متكرر بلا ملل وذلك بسبب انخفاض قدراتهم و امكانياتهم كما يتسمون بسهولة الانقياد و سرعة الاستهواء. عدم تقدير الذات فهم ينظرون لأنفسهم على أنهم أشخاص ، فاشلون وعاجزون وأقل قيمة من غيرهم ويرجع ذلك لتعرضهم لخبرات فشل عديدة (سمية جميل طه ، مرجع سابق) فضلا عن عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية. التردد وبطء الاستجابة. (عبد المطلب أمين القرطبي، 1996)

ج - الخصائص الاجتماعية:

يتسم المعاقون عقليا بالخصائص الاجتماعية التالية : أقل قدرة على التكيف الاجتماعي. أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية (سمية جميل طه ، مرجع سابق) وقد أشارت نتائج دراسة تدريب الأطفال الذين يشكون من إعاقة التوحد على المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي في عمر مبكر من الأمور المهمة التي يجب علي جميع القائمين علي رعايتهم الاهتمام بها لأن ذلك يساعدهم علي الوصول إلي أقصى درجات الاستقلالية والاندماج في المجتمع حيث يعتبر تدنى مستوى التفاعل الاجتماعي إحدى الخصائص الرئيسية التي يتسم بها الأطفال المصابون بالتوحد وذلك لوجود عجز واضح في تكوين العلاقات الاجتماعية لديهم ولتدريب الأطفال التوحد علينا مراعاة معايير المجتمع الذي يعيش فيه.

3-2- الإعاقة الحركية :

3-2-1- مفهومها:

الإعاقة الحركية عبارة عن الصعوبة أو عدم القدرة في استعمال احد أو عدة أطراف و ذلك بسبب إصابة في الجهاز العظمي و إما بسبب إصابة في العضلات، و ترجع كذلك الإعاقة الحركية على سبب عيب في عضو ما و الذي يكون مصدره خلقي أو ناتج عن بتر . و قد تختلف وجهات النظر حول تحديد مفهوم الإعاقة و ذلك قد يرجع إلى عدة أسباب منها تعدد أنواع الإعاقة و تعدد أسبابها ، و تنوع التخصصات المهنية العاملة في مجال رعاية و تأهيل المعاقين ، فهناك على سبيل المثال تعريفات الإعاقة تذكر منها ما يلي:

يعرفها تشاينز و أبرومس الإعاقة بأنها العجز البدني أو العقلي الذي يعيق التفاعل الاجتماعي للفرد كما يعرفها سلفيا ويسلديك بأنها : عجز بدني أو عقلي أو انفعالي يحد بشدة من قدرات الفرد من قيام بالمطالب التي تتضمنها حياته اليومية.

يعرفها هيوارد أولانك الإعاقة بأنها ضعف بدني أو عقلي يجعل من الصعب على الفرد منافسة أقرانه كما يعرفها كورسيمي بأنها مجموعة من السمات و الخصائص البدنية أو العقلية أو النفسية أو الاجتماعية التي تحد من تكيف الفرد و تمنع تحسن إنجازه وتطوره، و أيضا يتناول هلاهان كوفمان تعريف الإعاقة بأنها عجز يمنع الفرد من إحراز النجاح في بعض الأهداف التي يرغب فيها. (حسين مصطفى عبد المعطي ، 2005)

كما يعرفها إسماعيل شرف على أنها عجز عن أداء الوظيفة و قد يكون العجز جسميا أو عقليا أو حسيا أو خلقيا و يعرفها جمال محمد الخطيب: هي حالة انحراف أو تأخر في النمو الجسمي أو الحسي أو العقلي أو السلوكي أو اللغوي أو التعليمي.

تعريف منظمة الصحة العالمية : WHO

إذ يطلق على كل شخص أو فرد بعد مدة من الزمن يجد نفسه غير قادر بسبب حالته الجسدية أو النفسية على المشاركة الكلية في كل النشاطات التي تتناسب مع عمره في الميادين الاجتماعية و التربوية و في التوجيه المهني.

تعريف المجلس العربي للطفولة و التنمية :

الإعاقة حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسمية أو الذهنية ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية تعوق الفرد عن تعلم أو أداء بعض الأعمال التي يقوم بها الفرد السليم المماثل له في السن. (مدحت محمد أبو النصر ، 2005)

3-2-2- تصنيفات المعاقين حركيا:

هناك تصنيفات عديدة للإعاقة الحركية نذكر منها:-

- التصنيف الأول : حسب درجة أو شدة الإعاقة:

فهناك إعاقة حركية شديدة أو متوسطة أو بسيطة.

- التصنيف الثاني : حسب ظهور الإعاقة للآخرين من عدمه:

فهناك إعاقة حركية ظاهرة يمكن ملاحظتها ورؤيتها من جانب الآخرين مثل الإعاقات الحركية الجسمية ومنها :شلل الأطفال والبتير وتشوه الأطراف وكسور العظام وتشوه العمود الفقري،

وكذلك هناك إعاقات حركية مرضية غير ظاهرة مثل :الإعاقات الصحية مثل إصابة الإنسان بأمراض متعددة والتي تؤثر تأثيراً سلبياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية في المجتمع وعلى أدائه الذي يقل عن الشخص العادي. (مدحت محمد أبو النصر ، 2005)

- التصنيف الثالث : حسب أسباب الإعاقة:

فهناك إعاقات حركية ترجع إلى أسباب وراثية يولد الشخص بها، مثل الشلل الدماغي والسكري

الوراثي، والعيوب الخلقية وهناك إعاقات حركية ترجع إلى أسباب بيئية ناتجة عن إصابات أو أمراض تصيب الشخص بعد الولادة مثل: بتر الأطراف نتيجة الحوادث سواء في المنزل أو في الشارع أو في المصنع أو في ميادين القتال. (ماهر أبو المعاطي علي، 2005)

- التصنيف الرابع: حسب موقع الإعاقة:

وهنا يمكن تصنيف الإعاقة الحركية إلى هذه الأنواع:

- إصابات الجهاز العصبي المركزي:

نذكر منها: الشلل الدماغي وشلل الأطفال وإصابة الحبل الشوكي وتصلب الأنسجة العصبية . . .

- إصابات الهيكل العظمي:

نذكر منها: بتر الأطراف وتشوهاها وكسور العظام والتهابها والتهاب وتيبس المفاصل وتشوه العمود

الفقري.

- إصابات العضلات:

نذكر منها ضمور العضلات وتليف العضلات وانحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي.

- الإصابات الصحية:

ويقصد بها الأمراض المختلفة التي قد تصيب الإنسان والتي تؤثر تأثيراً سلبياً على حركته وتنقله.

وهناك من يصنف الإعاقة الحركية إلى نوعين هما:

إعاقة حركية جسمية:

وهي إعاقة في الجهاز الحركي للجسم لها تأثير سلبي رئيسي وواضح على حركة الجسم واستقامته وتوازنه ومن أمثلته هذه الإعاقة: الشلل الدماغي وتشوه الأطراف وكسور العظام وضمور العضلات وشلل الأطفال وبتر الأطراف.

إعاقة حركية مرضية:

وهي أي إعاقة في الجسم نتيجة إصابة الإنسان بأمراض صحية مزمنة لها مضاعفات صحية قد تؤدي إلى الوفاة المبكرة ، وهذه الأمراض الصحية تؤثر تأثيراً سلبياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية في المجتمع وعلى أدائه سواء في الدراسة أو في العمل ، وهذه الأمراض الخطيرة أو المزمنة هي أمراض تهدد سلامة الكيان الجسمي للإنسان بشكل يعوق أداءه لوظائفه والاستمتاع بحياته ويهدد توافقه الشخصي والاجتماعي ، ويعتبر إصابة الإنسان بواحدة من هذه الأمراض تجربة مريرة وقاسية في حياته. (مدحت أبو النصر، 2005)

3-2-3- أنواع الإعاقة الحركية :

تتعدد أنواع الإعاقة الحركية وتنتج عن إصابة الأجهزة الحركية أو الإصابة العضوية مما يؤثر تأثيراً بالغاً على النواحي النفسية والانفعالية أو العقلية والاجتماعية للمعاق، ومن أهم أنواع الإعاقة الحركية، المقعدين والمصابين بعاهات حركية كفقد الأيدي أو الأرجل أو احدهما، وشلل

الأطفال، والمصابين بأمراض مزمنة.
وفيما يلي عرضاً لأكثر أنواع الإعاقة الحركية انتشاراً:

1 - شلل الأطفال:

عبارة عن إعاقة تنتشر بين الأطفال وبصفة خاصة بين سن (1-15 سنة) وتقل نسبة الإصابة به فيما بعد هذا السن ، وأثبتت الدراسات العلمية أن شلل الأطفال يرجع إلى اضطرابات نيرولوجية عصبية ، ويشكل هذا المرض مشكلة تربوية و تأهيلية خطيرة ، ومن علاماته عدم قدرة الطفل على الحركة بسهولة وصعوبة التآزر ويؤثر على قدراته على التوافق والتكيف النفسي والاجتماعي.

2 - الشلل الدماغي:

وهو عبارة عن اضطراب حركي يرتبط بالتلف الدماغي ، وغالبا ما يظهر على صورة شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ، والشلل الدماغي إعاقة للنمو الطبيعي و يؤثر سلباً على مختلف مظاهر النمو لدى الطفل ، ونسبة انتشاره المعتمدة (3) لكل (100) طفل وتصل بالدول النامية إلى (5) لكل (100) طفل.

3 - العمود الفقري المفتوح:

ويعتبر تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد القناة العصبية أثناء مراحل التخلق بشكل طبيعي ، ونسبة انتشاره (2) لكل (1000) طفل.

4 - الاستسقاء الدماغي:

تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي في الدماغ ، ويؤدي إلى توسع حجيرات الدماغ ، والضغط على الخلايا العصبية وبالتالي تلف الدماغ مما يقود إلى التخلف العقلي والشلل والنوبات التشنجية. (رشاد علي عبد العزيز موسى، 2002)

5 - البتر:

ويقصد بالبتر إزالة أو عدم نمو الأطراف أو جزء منها، والبتر إما أن يكون ولادياً أو مكتسباً وقد يكون نتيجة لحوادث الطرق، حوادث الحرائق ، حوادث الصناعة ، حوادث الملاعب ، حوادث السقوط، الإصابات في ميادين القتال والحروب ، الكوارث الطبيعية مثل البراكين والزلازل، الأورام والأمراض الخبيثة مثل السرطان. (مريم ابراهيم حتا و آخرون، 2000)

6 - الوهن العضلي:

اضطراب عصبي عضلي يحدث فيه ضعف شديد في العضلات الإرادية وشعور بالتعب والإعياء وبخاصة بعد القيام بنشاط ما ، ونسبة انتشاره (1) لكل (10000) فرد ولا تعرف الأسباب المسؤولة عنه.

7 - العظام الهشة:

ومن أعراض المرض قابلية العظام للكسر لافتقار العظام للبروتين وهو مرض نادر يصيب واحد لكل أربعين ألف.

8 - انحناء العمود الفقري:

هناك العديد من الانحناءات للعمود الفقري والتي قد يكون لها تأثيرات سلبية خطيرة على وظائف الجسم ، وأكثر هذه الانحناءات شيوعاً الصعر ، والحذب و البزخ و الجنف.

9 - إصابات النخاع الشوكي:

يتعرض مئات الآلاف من الأشخاص لإصابات النخاع الشوكي التي ينجم عنها حالات الشلل السفلي أو الرباعي، ومن الملفت للانتباه أن العدد الأكبر مكن هؤلاء المصابين من المراهقين مما يكون له عواقب نفسية واجتماعية كبيرة سواء على الفرد أو المجتمع.

10 - اضطراب المفاصل الروماتيزمي:

اضطراب عظمي مزمن يؤثر على المفاصل وخاصة الركبة والكاحل والحوض والرسغ، ويصيب

الإناث أكثر من الذكور وغالبا ما يحتاج الشخص للعلاج الطبيعي للوقاية من التشوهات والعقائير المسكنة. (رشاد علي عبد العزيز موسى، 2002)

3-2-4- أسباب الإعاقة الحركية :

تعددت وتنوعت آراء العلماء حول أسباب الإعاقة بصفة عامة ، وأسباب الإعاقة الحركية بصفة خاصة ، وتختلف أسباب الإعاقة نتيجة تفاوت الظروف الاجتماعية والاقتصادية ، ومدى ما يوفره كل مجتمع لتحقيق الرعاية لأفراده ، حيث توجد هناك عوامل كثيرة تعتبر مسؤولة عن ارتفاع أعداد المعاقين ، ويمكن

توضيح ذلك كما يلي:

أولاً: الأسباب العامة للإعاقة:

العوامل الوراثية:

وتشمل الحالات التي تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الجينات الموجودة في الكروموزومات من الخلايا (زينب محمود شقير ، 2004) مثل انتقال صفات وراثية شاذة (شذوذ الكروموزومات وشذوذ الجينات) من كل من الأب والأم إلى الجنين ، واضطرابات الغدد الصماء ، واختلال في عنصر RH في دم الأم أثناء الحمل ، ويمكن إضافة العوامل التالية أيضا لارتباطها بشكل أو بآخر بالعوامل الوراثية التالية:

نقص أو توقف وصول الأكسجين لمخ الجنين ، والتعرض للإشعاع ، إصابة الأم ببعض الحميات ، معاناة الأم من السمنة أو الأنيميا ، زواج الأقارب والذي يكثر بصفة خاصة في المناطق الريفية والبدوية والمناطق الحضرية العشوائية. (مدحت محمد أبو النصر ، 2005)

العوامل البيئية:

عوامل تحدث ما قبل الولادة وأثناء الحمل : (نظيمة أحمد محمود سرحان، 2006)

- تناول الأم الحامل لبعض العقاقير دون استشارة الطبيب ، كالمضادات الحيوية والمسكنات المختلفة كالأسبرين على سبيل المثال.

- تعاطي الأم للكحوليات والمواد المخدرة.

- إصابة الأم بمرض معدي يؤثر على الجنين مثل إصابتها بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الأولى

من الحمل.

- الاستخدام المتكرر للكشف والعلاج بالأشعة السينية في الثلاث شهور الأولى من الحمل.
- تعرض الجنين للخطر نتيجة لصدمة أو حادث يقع للام أثناء الحمل.

إصابة الأم بالتسمم أثناء فترة الحمل كما في حالات تسمم الدم وزيادة نسبة الصفراء بالدم سوء الصحة العامة والأنيميا الحادة للام والنقص الشديد في الفيتامينات أثناء الحمل.

(ب) عوامل تحدث أثناء الولادة : (زينب محمود شقير، 2004)

ولادة أطفال الخراج التي تعني عدم اكتمال نمو الطفل وولادته قبل الأوان.
استخدام الآلات الحادة أثناء الولادة.
تأخر وصول الأكسجين إلى مخ الجنين.
وضع الجنين أثناء الولادة.

(ج) عوامل تحدث بعد الولادة:

كالحوادث التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالتلف المخي ، أو كحوادث المرور والزلازل والحروب ، أشكال العنف والدمار المختلفة ، والأوبئة و المجاعات والفقر ، وعدم كفاية البرامج الوقائية والخدمات الصحية.

شرب الطفل للأدوية والعقاقير الضارة.

تناول المواد الكيماوية السامة.

سوء تغذية الطفل.

ثانياً : أسباب الإعاقة الحركية بصفة خاصة:

هناك بعض العوامل التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة الحركية ويمكن توضيح ذلك فيما يلي:

- الإصابة بالشلل الدماغي:

نتيجة خلل أو تلف في المخ ينتج عن تسمم الحامل ، إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض الخطيرة مثل الحصبة الألمانية والزهري والسكري ، الولادة المتعسرة ، إصابات الرأس ، ظهور أمراض خبيثة لدى الطفل ، وجود التهابات ميكروبية في المخ ، انخفاض نسبة السكر في الدم....الخ.

(زينب محمود شقير، 2004)

- إصابات الهيكل العظمي:

مثل تشوه الأطراف ، الحروق ، كسور العظام ، نتيجة لإصابة الأم بالحصبة الألمانية ، تسمم الأم الحامل بالمواد الكيميائية ، تعرض الأم الحامل للأشعة ، إدمان الأم الحامل للمخدرات أو المسكنات ، وجود

هشاشة في العظام نتيجة نقص الكالسيوم بها أما لسوء التغذية أو بسبب الحمل أو نظراً لكبر السن ، حوادث المنزل ، حوادث الطرق ، حوادث العمل ، حوادث السقوط ، الزلازل ، البراكين ، الحروق.

- إصابات العضلات:

يعتبر سبب الإصابة بضمور العضلات غير معروف ، وإن كان من الملاحظ انه مرض يصيب

الأطفال الذكور أكثر من الإناث ، وتعود الإصابة الوراثية عند الذكور إلى جينات متنحية ، أما في حالة إصابة الإناث فإن الإصابة تعود إلى الجينات السائدة ، وقد يرجع ضمور العضلات إلى وجود مشكلة في العصب المسئول عن تغذية العضلة أو في العصب الحسي المسئول عن إخبار المخ عن حالة العضلة أو في العصب المسئول عن التحكم في تغذية العضلة. (مدحت محمد أبو النصر ، 2005)

- شلل الأطفال:

يحدث نتيجة لميكروب غاية في الدقة وصغير الحجم لدرجة انه لا يرى بأدق الميكروسكوبات العادية، ويحدث بسبب التهاب فيروسي يهاجم الخلايا الحركية في النخاع الشوكي ، ويدخل الفيروس إلى الجسم عبر القناة الهضمية ، وينتقل عبر مجرى الدم ويستقر في الخلايا الحركية في النخاع الشوكي ، وتكون نتيجة تعطل وظائف الخلايا الحركية التي تتحكم بالعضلات مما يقود إلى عدم الحركة. (زينب محمود شقير ، 2004)

- بتر الأطراف:

وذلك قد يكون نتيجة لحوادث الطرق ، حوادث الحرائق ، حوادث الصناعة ، حوادث الملاعب ، حوادث السقوط ، الإصابات في ميادين القتال والحروب ، الكوارث الطبيعية مثل البراكين والزلازل ، الأورام والأمراض الخبيثة مثل السرطان. (مريم ابراهيم حنا و آخرون، 2006)

3-3- الإعاقة البصرية:

3-3-1- مفهومها:

من الجانب الإصطلاحي:

إن الإعاقة البصرية هي حالة يفقد الفرد فيها القدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية ، ممّا يؤثر سلباً في أدائه و نموه (ماجد السيد عبيد، 2000) ، و تشمل هذه الإعاقة ضعفاً أو عجزاً في الوظائف البصرية.

من الجانب الطبي:

يعرف **فاقد البصر من وجهة النظر الطبيّة أنّه** ذلك الفرد الذي يفقد الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض ، و هو العين ، و هذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل، و هو إما خلل طارئ كالإصابة في الحوادث أو خلل خلقي يولد مع الشخص. (ايهاب البيلاوي، 2001) فالمعاق بصرياً، هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره 20 / 200 قدم في أحسن العينين ، حتى بعد استعمال النظارة الطبيّة، أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جداً ، بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة في أحسن العينين. (سعيد عبد العزيز، 2005)

من الجانب التربوي:

المعاق بصريا من وجهة النظر التربوية هو الذي يتعارض ضعف بصره مع تعلّمه ، و إنجازه بشكل مثالي ، ما لم تتم تعديلات في طرق تقديم خبرات التعلّم ، و طبيعة المواد المستخدمة أو بيئة التعلّم ، فالتعريف التربوي يشير إلى أنّ الشخص الكفيف هو الذي تحول إعاقته دون تعلّمه بالوسائل العادية ، لذلك فهو في حاجة إلى تعديلات خاصة في المواد التعلّمية و في أساليب التّدرّيس ، و في البيئة المدرسية بصفة عامة. (ماجد السيد عبيد، 2000)

و عادة يميّز التربويون بين فئات مختلفة من المعوقين بصريا تبعا لدرجة الإعاقة إلى فئتين رئيسيتين:

- الأولى فئة المكفوفين : و تشمل هذه الفئة العميان كلّيا ، و هم الذين يعتمدون على طريقة "برايل" كوسيلة للقراءة و الكتابة.

- الفئة الثانية المبصرة جزئيا : و هذه الفئة تستطيع القراءة باستخدام المعينات البصرية كالمكبرات و النظارات الطبيّة ، فهم يستخدمون عيونهم للقراءة مع تكبير الكلمات. (تيسير مفلح كوافحة , عمر فواز عبد العزيز، 2010)

3-3-2- أسباب الإعاقة البصرية:

إن أسباب الإعاقة البصرية عديدة منها ما يعود إلى:

- أسباب خارجية تتعلّق بكرة العين ذاتها و تشمل عيوب الطبقات و الأجزاء المكونة لها.
- أسباب داخلية و تتعلّق بتلف العصب البصري و بالمراكز العصبية في المخّ المخصصة لتلقي الإحساسات البصرية.

أسباب جينية وراثية أو غير جينية كتلك التي تسبّبها سوء التغذية ، و تعرض الأم الحامل للأشعة السينية ، و العقاقير و الأدوية ، و الأمراض المعدية ، و الحصبة الألمانية ، و الأمراض الزهرية... إلخ. (قحطان احمد الظاهر، 2008)

أسباب بيئية عندما يصاب الفرد ببعض الأمراض المزمنة كالتراخوما و الرمد المخاطي الصديدي و عمى النّهر ، و المياه البيضاء ، و مرض السكري و ، أمراض الشبكية و ، أمراض العدسة و النهايات العين و الحول. (قحطان احمد الظاهر، 2008)

و أخيرا قد تحدث الإعاقة البصرية بسبب الحوادث و الصدمات التي يتعرض لها الفرد و خاصة بالمناطق المسؤولة عن الإبصار.

3-3-3- أنواع الإعاقة البصرية:

تعددت أنواع الإعاقة السمعية نذكر منها:

قصر النظر : تتمثل هذه الحالة في صعوبة رؤية الشخص للأشياء البعيدة لا القريبة ، لأن صور الأشياء تقع أمام الشبكية و مراد من ذلك إلى أن طول العين أطول من طولها الطبيعي ، و تستخدم

النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة لتصحيح مجال الرؤية لديه لكي يسقط ضوء الأشياء على الشبكية نفسها. (سعيد عبد العزيز، 2005)

طول النظر : تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة و ليس البعيدة لأن صور

الأجسام المرئية تقع خلف الشبكية ، و ذلك لأن كرة العين تكون أقصر من طولها الطبيعي و يحتاج هذا الشخص إلى عدسات محدبة لتصحيح مجال رؤيته.

حالة صعوبة تركيز النظر:

و تتمثل هذه الحالة في عدم قدرة الفرد على رؤية الأجسام بشكل مركز ، و يعود السبب إلى الوضع غير الطبيعي لقرنية العين ، و يحتاج صاحب هذه الحالة إلى عدسات أسطوانية لتجميع الأشعة الساقطة و تجميعها على الشبكية. (سعيد عبد العزيز، 2005)

3-3-4- خصائص المعاقين بصريا:

للإعاقة البصرية تأثيرات كثيرة على مظاهر النمو المختلفة ، تعتمد على طبيعة هذه الإعاقة و عمر المصاب ، و درجة الإعاقة و شدتها و نوعها و نوعية الإعاقة المرافقة لها ، و كذلك مقدار الفرص المتاحة للتدريب و التّعلم. (سعيد عبد العزيز، 2005)

و بشكل عام يتميز المعاقون بصريا بالخصائص التالية :

- الخصائص العقلية:

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بين ذكاء المعاقين بصريا و الأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال ، و كذلك الحال على المقياس ستانفورد بنيه للذكاء ، و دعم تلك الدراسة التي قام بها سامويل هيز و أشارت نتائجها أن المعدل العام لذكاء هؤلاء الأطفال المعاقين بصريا ، هو ضمن المعدل الطبيعي للفرد العادي. (تيسير مفلح كوافحة , عمر فواز عبد العزيز، 2010)

- الخصائص اللغوية:

لا تؤثر الإعاقة البصرية بشكل كبير على اكتساب اللغة لدى المعاق بصريا ، و لكن يواجه المعاقون بصريا مشكلات في اكتساب اللغة غير اللفظية ، فهم لا يستطيعون رؤية تعابير الوجه و الإيماءات و الإشارات ... و غيرها من أشكال اللغة غير اللفظية التي يستخدمها المبصرون في مواضع كثيرة من محادثاتهم. (ايهاب البيلاوي، 2001)

و بالرغم من أنه لا توجد فروق بين المعاقين بصريا و العاديين في طريقة اكتساب اللغة المنطوقة ، إلا أنه لا يوجد اختلاف في طريقة كتابة اللغة ، حيث يستخدم المعاقون بصريا طريقة برايل في الكتابة ، كما يواجهون مشكلات في تكوين المفاهيم و مهارات التصنيف للموضوعات المجردة خاصة فيما يتعلّق بمفاهيم الحيز و المكان و المسافة و الألوان. (تيسير مفلح كوافحة , عمر فواز عبد العزيز، 2010)

- الخصائص الحركية:

تزداد المشاكل الحركية و القصور الحركي لدى المعاق بصريا كلما اتسع نطاق بيئته ، أو كلما ازدادت تعقيدا لأن " هذا التفاعل مع سيفرض عليه مكونات و عناصر متداخلة قد يصعب عليه إدراكها في غياب حاسة البصر. (ايهاب البيلاوي، 2001)

ويظهر المعاقون بصريا مظاهر جسيمة نمطية مثل : تحريك اليدين أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق ، أو شد الشعر أو غيرها من السلوكات النمطية . و مع أن الأطفال المعاقين بصريا لا يختلفون عن العاديين فيما يتعلق بتطور النمو الحركي لديهم ، إلا أن المشكلات في الإبصار تحد من قدرتهم على الوصول إلى الأشياء ، لأنهم لا يعرفون بوجودها. (تيسير مفلح كوافحة , عمر فواز عبد العزيز، 2010)

- الخصائص الأكاديمية:

يعتمد تأثير الإعاقة

البصرية على التحصيل الأكاديمي للفرد المعاق على شدة و العمر عند الإصابة ، حيث أن الأطفال الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية يحتاجون إلى مواد تعليمية ذات حروف مكبرة و واضحة ، أما الأطفال المكفوفين ، فهم يحتاجون إلى استخدام طريقة برايل للحصول على المعرفة ، و تواجه هذه الفئة مشكلات جمة كمشكلات أشكال معالجة المعلومات و الصعوبة المتعلقة بالكتابة في مجال التعلم المعرفي.

- الخصائص الاجتماعية و الانفعالية:

تؤدي اتجاهات الأشخاص القريبين من الطفل المعاق بصريا دورا كبيرا في بناء ثقته بنفسه أو تكيفه مع إعاقته ، فالاتجاهات الاجتماعية الإيجابية نحو المعاق بصريا ، و التي يرافقها تقديم الخدمات ، و البرامج التدريبية لنشاطات الحياة اليومية ، و خصوصا في ما يتعلق بمهارة التعرف و التنقل في البيئة ، تعمل على تعزيز ثقة المعاق بصريا بنفسه ، و تقليل درجة اعتماده على الآخرين ، أما إذا كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال المعاقين بصريا تمتاز بالرفض و عدم القبول ، و عدم تقديم الخدمات لهم فإن ذلك

سيؤدي إلى شعور المعاق بالسلبية و الاعتمادية ، و قلة الحيلة و إحساسه بالفشل و الإحباط ، و ذلك سبب إعاقته. (تيسير مفلح كوافحة , عمر فواز عبد العزيز، 2010) و هكذا يتبين من خلال ما سبق ، إن هناك ترابطا و اتصالا بين الخصائص الاجتماعية ، و اللغوية ، و الحركية ، و الانفعالية ، التي يخلقها كف البصر على ذوي الإعاقة البصرية.

فليست هناك حدود فاصلة بين ما هو لغوي ، و ما هو انفعالي ، و اجتماعي ، و حركي ، فكلّ منهم يصب في وعاء واحد ألا و هو شخصية المعاق بصريا. (ايهاب البيلاوي، 2001)

3-4- الإعاقة السمعية :

3-4-1- مفهوم الإعاقة السمعية :

الإعاقة السمعية هي مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جدا.

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. (يوسف القريوتي و آخرون، 2001)

أما الخطيب فقد اقتصر مفهومه للإعاقة السمعية على المفهوم الوظيفي الذي يرى أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع ، وتفاعله مع عوامل أخرى مثل: العمر عند اكتشاف فقدان السمع ، ومدى معالجته ، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع ، ونوع الاضطراب الذي أدى إلى

فقدان السمع ، وفاعلية الخدمات التأهيلية المقدمة ، والعوامل الأسرية. (جمال الخطيب ، 2005)

أما سعيد حسني العزة فيرى أن مفهوم الإعاقة السمعية يشير إلى تباين في مستويات السمع التي تتراوح بين الضعيف والبسيط ، والشديد جدا ، و تصيب هذه الإعاقة الفرد خلال مراحل نموه المختلفة ، و تحرمه من سماع الكلام المنطوق مع أو بدون استخدام المعينات السمعية وتشمل الأفراد ضعاف السمع و الصم. (حسني العزة سعيد، 2002)

أما المنظمة العالمية للصحة فعرفت "الإعاقة السمعية على أنها القدرة السمعية الضعيفة التي لا تمكن الفرد المصاب بها من تعلم لغة محيطه و لا تسمح له بالمشاركة في النشاطات العادية التي يمارسها من هم في سنه ، و تمنعه من مواصلة التعليم العادي و الاستفادة منه ، و ذلك نتيجة لغياب الحساسية السمعية. (DENISE BUSQUET ,1978,P33)

المنظور التربوي:

يركز المفهوم التربوي للإعاقة السمعية علي العلاقة بين فقدان السمع وتعلم اللغة والكلام، وقد عرف فهمي (1980) الإعاقة السمعية بأنها خلل وظيفي في عملية السمع نتيجة للأمراض أو لأي أسباب أخرى يمكن قياسها عن طريق أجهزة طبية، ولذلك فهي تعوق اكتساب اللغة بالطريقة العادية.

ويوضح عبد الرحيم (1990) أن المنظور التربوي للإعاقة السمعية يركز علي العلاقة بين فقدان السمع وبين نمو الكلام واللغة، فالأطفال الصم الذين لا يستطيعون تعلم الكلام واللغة إلا من خلال أساليب تعليمية ذات طبيعة خاصة وقد أصيبوا بالصمم قبل تعلم اللغة أما ضعاف السمع فهم الأطفال الذين يتعلمون الكلام واللغة بالطريقة النمائية العادية أو أصيبوا بالإعاقة السمعية بعد تعلم اللغة.

و لذلك إن مصطلح الإعاقة السمعية ينقسم إلى فئتين هما : المعاق سمعيا (الأصم) و ضعيف السمع.

حيث عرف القريوتي الأصم بأنه "الفرد الذي يعاني من عجز سمعي إلى درجة فقدان سمعي قدره (70) ديسبل فأكثر ، تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها ، أما موريس فقد عرفه بأنه الفرد الذي يكون عاجزاً عن السمع لدرجة لا يستطيع معها فهم ما يقال من خلال الأذن وحدها مع أو بدون استخدام السماعة الطبية. في حين يرى أن ضعيف السمع هو الفرد الذي يواجه صعوبة في فهم الكلام، ولكن لا تحول هذه الصعوبة دون فهم ما يقال له من خلال الأذن وحدها مع أو بدون استخدام السماعات الطبية.

و قد عرفت عزة الأصم بأنه الذي لا يسمع كونه فقد قدرته على السمع، ونتيجة ذلك لم يستطع اكتساب اللغة وفهمها، وعدم القدرة على الكلام تبعاً لذلك، وترى أن الطفل ضعيف السمع هو الذي فقد جزءاً من قدرته على السمع بعد أن تكونت لديه مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة، واحتفظ بقدرته على الكلام، ويحتاج إلى وسائل سمعية معينة.

و اتفقت موسوعة التربية الخاصة و التأهيل النفسي في تعريفها لضعيف السمع مع القريوتي بأنه الطفل

الذي يعاني من فقدان في حاسة السمع أكثر من (26) ديسيبل وأقل من (70) ديسبل مما يجعل من الضروري استخدام أجهزه وأدوات مساعده حتى يتمكن من فهم الكلام المسموع.

3-4-2- تصنيف الإعاقة السمعية :

يعتبر وجود جهاز سمعي سليم من أحد الشروط الأساسية لاكتساب اللغة و إنتاج الكلام فأي خلل أو إصابة في أحد أعضاء هذا الجهاز من شأنها أن تعوق الفرد عن التواصل مع غيره وتتخذ هذه الإصابة أنواعا مختلفة و هذا حسب المعايير التصنيفية الآتية:

fموقع الإصابة

fشدة أو درجة الإصابة

fالعمر عند الإصابة و على هذا الأساس يمكننا تصنيف الإعاقة السمعية إلى:

-الإعاقة السمعية من حيث موقع الإصابة:

يقوم هذا التصنيف على تحديد الجزء المصاب من الجهاز السمعي لأن له علاقة مباشرة بفيزيولوجية السمع و تقسم الإعاقة السمعية وفقا لذلك إلى أربعة أنواع :

-الفقدان السمعي التوصيلي (الصمم الإرسالي) :

و ينتج عن خلل في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الداخلية رغم سلامتها و عليه يجد المصاب صعوبة في سماع الأصوات المنخفضة بينما يواجه صعوبة أقل في سماع الأصوات المرتفعة لذلك لا يتجاوز الفقدان السمعي الناتج 60ديسيبل و في هذه الحالة لا تكون المشكلة في تفسير الأصوات وتحليلها وإنما في إيصالها إلى الأذن الداخلية و مناطق السمع العليا التي يمكنها تحليل و تفسير الأصوات. (عزيز ابراهيم مجدي ، 2002)

الفقدان السمعي الحس العصبي (الصمم الإدراكي :)
"و ينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي (المنطقة الواقعة ما بين الأذن ومنطقة
عقن المخ) مع سلامة الأذن الوسطى و الخارجية ، 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) ، و لا يؤثر الفقدان السمعي
الحسي العصبي فقط على القدرة على سماع الأصوات بل و على فهمها أيضا فالأصوات
المسموعة تتعرض إلى تشويه يحول دون فهمها بمعنى لا تكون المشكلة في توصيل الصوت بل
في عملية تحليله و تفسيره، و في معظم الأحيان يعاني

المصاب من عجز في سماع النغمات العالية . و رغم أن الصعوبة السمعية الناتجة عن الفقدان
السمعي الحسي عصبي تتراوح في الشدة بين الدرجة البسيطة و الشديدة جدا فإنه يمكن القول أن
حالات الفقدان السمعي التي تتجاوز 70ديسيبل هي في العادة حالات فقدان سمعي حسي عصبي
كما أن درجة استفادة المصاب من الساعات أو تكبير الصوت تكون قليلة. (عزيز ابراهيم مجدي،
2002)

الفقدان السمعي المختلط :

"و يجمع هذا الشكل بين الإعاقة السمعية التوصيلية و الإعاقة السمعية الحس عصبية (عزيز
ابراهيم مجدي ، 2002)

الفقدان السمعي المركزي :

"و يحدث 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 و يعود سبب هذه الإصابة إلى
الأورام أو الجلطات الدماغية أو إلى عوامل و لادة أو مكتسبة. (عزيز ابراهيم مجدي ، 2002)

الإعاقة السمعية من حيث درجة الإصابة:

يصنف B.I.A.P (المكتب الدولي السمع و الصوت)، الإعاقة السمعية حسب درجتها أو شدتها
إلى المجموعات الست التالية : (CLÉMENT LAUNAY,1972,P240-241)

-سمع عادي أو قريب من العادي :

تكون العتبة السمعية أقل من 20ديسيبل ،الطفل في هذه الحالة ليس لديه صعوبة في إدراك الكلام
لكن يمكن أن تكون لديه بعض الاضطرابات النطقية .

-عجز سمعي خفيف :

العتبة السمعية تكون ما بين 20 و 40ديسيبل ؛ هناك صعوبة في إدراك أصوات الكلام كما أن
الصوت الضعيف أو البعيد يكون غير مسموع إضافة إلى أن الطفل لا ينتبه ، لكن التأهيل
والتجهيز السمعي يساعدان الطفل على التعويض .

-عجز سمعي متوسط :

تكون العتبة السمعية ما بين 40إلى 70ديسيبل يجب أن يكون الصوت قويا نوعا ما حتى يدركه
الطفل بصفة مناسبة .في هذه الحالة عادة ما يظهر التأخر اللغوي و الاضطرابات النطقية كنتيجة

لهذا العجز.

- عجز سمعي حاد (صمم حاد) :

العتبة السمعية في هذه الحالة تتراوح بين 70 و90ديسيبل . لا يدرك الطفل إلا الصوت القوي فإذا كان الوسط العائلي منتبها فيمكن أن تنمو لدى الطفل لغة و إلا يصل إلى سن أربع أو خمس سنوات دون أن يتكلم أو يعرف الكلام.

- عجز سمعي عميق (صمم عميق) :

تكون العتبة السمعية أكبر من 90ديسيبل هذا العجز يتطلب إعادة تأهيل مناسبة و إلا أصبح الطفل أباكما .

فهو في هذه الحالة لا يدرك إلا الصوت القوي جدا و القريب من أذنيه.

-الصمم الكلي :

و هي حالات استثنائية أين يكون هناك غياب كلي و تام لحاسة السمع.

الإعاقة السمعية من حيث عمر الإصابة :

يعد التصنيف وفقا للسن الذي حدثت فيه الإصابة من المتغيرات المهمة في تحديد الآثار الناجمة عن الإعاقة السمعية و في تحديد التطبيقات التربوية المتعلقة بها ، فالطفل الذي يصاب بالصمم منذ الولادة لا تتاح له فرصة التعويض لخبرة لغوية أو لخبرة الأصوات المختلفة في البيئة . أما الطفل الذي حدثت له الإصابة عند عمر سنتين أو ثلاث سنوات ، يكون قد خبر الأصوات و تعلم الكلام و هذا ما يجعل إمكاناته و احتياجاته في مجال تعلم التواصل مختلفة عن الحالة الأولى و لا ينطبق ذلك على الإعاقة السمعية البسيطة. (عزيز ابراهيم مجدي ، 2002)

- الصمم ما قبل اللغوي :

"و يشير إلى حالات ضعف السمع التي تحدث منذ الولادة هو في مرحلة سابقة على تطور اللغة و الكلام عند الطفل ، و يعتقد أن العتبة الفارقة لهذا النمط من الصمم يحدث في سن ثلاث سنوات ، و في هذه الحالة تتأثر قدرة الطفل على النطق و الكلام ، لأنه لم يسمع اللغة المحكية بالشكل الذي يساعده على اكتسابها و تعلمها.

الصمم بعد اللغوي:

و يشير إلى حالات الصمم التي تحدث بعد اكتساب الطفل مهارة الكلام و اللغة و في هذه الحالة لا يتأثر النطق أو الكلام عند الطفل بشكل كبير. (عزيز ابراهيم مجدي ، 2002)

من خلال كل ما عرض آنفا يمكن استنتاج كتعريف إجرائي أنه يقصد بالإعاقة السمعية فقدان السمع جزئيا أو كليا بسبب وراثي أو مرضي ، مما يحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه ، أو يقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة ، هذا ما يؤثر بشكل ملحوظ على قدرة المصاب على استخدام حاسة السمع للتواصل مع الآخرين و لاكتساب وفهم كل ما يحيط به من مثيرات سمعية وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي

ينتج عنها ضعف سمعي إلى درجات الشديدة جدا و التي ينتج عنها صمم.
3-4-3 أسباب الإعاقة السمعية :

يرتكز تشخيص حالات فقدان السمع أساسا على معرفة الأسباب المؤدية إلى هذه الإصابة حيث ترجع الإعاقة السمعية إلى مجموعة من العوامل المسببة بعضها وراثي أو جيني والبعض الآخر يرتبط بعوامل و مؤثرات مكتسبة.
و يمكن بوجه عام تصنيف الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية إلى: أسباب جنينية وأسباب مكتسبة.

-الأسباب الجينية:

"تحدث حالات الإعاقة السمعية ذات الأصول الجينية نتيجة لانتقال حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة، و يتضمن هذا النوع من الصمم الوراثي فقدان السمع بدرجة حادة و يكون غير قابل للعلاج و كذلك فإن هذه الحالات تكون مزدوجة (أي تصيب الأذنين) و تتضمن عيوباً جسمية-عصبية في نفس الوقت تسبب تلف الخلايا الشعرية القوقعية الخاصة بالسمع أو إصابة العصب السمعي؛ويمكن تحديد بعض من هذه العيوب في :

- الأطفال الذين يولدون بإعاقات سمعية نتيجة للتكوين الخاطئ لعظام الأذن الوسطى تكون نتيجة عوامل وراثية إلا أن حالات عدم التكوين الصحيح لعظام الأذن الوسطى يمكن علاجها بأساليب جراحية.

- أعراض "تريشر TREACHER'S SYNDROME وتتضمن أعراضها المترامنة صغر حجم أذن الطفل و اتساع الفم و خلل في تكوين الأسنان و إرتجاع خلقي للذقن و بعض العيوب الخلقية في عظام الوجه.

- أعراض "واردنبرج WAARDENBURG'S SYNDROME وتتضمن أعراضها المترامنة وجود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس و تلون العينين بلونين مختلفين و بروز الأنف و خاصة من ناحية الوجنتين وتقوس الشفاه. (عبده, بدر الدين كمال، 2001) كما توجد عوامل جنينية أخرى غير وراثية ولا جينية تحدث أثناء الحمل، وتتضمن: تسمم الحمل، التريف الذي يحدث قبل الولادة، و الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية، والتهابات التي تصيب الغدة النكفية والزهري، وتناول الأم الحامل لبعض العقاقير الطبية مما يؤثر على تكوين الجهاز السمعي عند الجن و هناك أيضا عوامل تحدث عند الولادة وتشمل الولادة التي تطول مدتها أو الولادة المتعثرة وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين.
الأسباب المكتسبة :

"الأسباب غير الجينية التي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة السمعية كثيرة ومتنوعة وفيما يلي أكثرها شيوعا:

-استخدام العقاقير الطبية :

هناك بعض العقاقير التي قد يترتب على إستخدامها وجود إعاقة في السمع سواء عند الجنين أو عند الطفل حديث الميلاد أو حتى عند الشخص الراشد.

أمراض تصيب الأذن الداخلية :

هناك عدد كبير من الأمراض الفيروسية التي قد تسبب تلفا للأذن الداخلية ،ومن بين هذه الأمراض: الإلتهاب السحائي والجذري الكاذب ،البكتيريا السبحية والبكتيريا العضوية ،والتهابات الغدد النكفية والحصبة والأنفلونزا ،ففي مثل هذه الحالات يتسلل الفيروس عن طريق الثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبي المخي .

-أمراض تصيب الأذن الوسطى:

لعل من أهم الأمراض التي تصيب الأذن الوسطى الإلتهاب السحائي المخي ،ففي هذه الحالة يتواجد سائل (صديد) في الأذن الوسطى بسبب انسداد قناة أستاكيوس مما يترتب عليه ضغط سلبي في الأذن الوسطى ومن الأعراض الملحوظة في مثل هذه الحالات :

. إفراز (صديد) في الأذن الوسطى ، وينتج ذلك عن إصابة الأذن الخارجية بثقب إما نتيجة مؤثر خارجي كآلة حادة ،أو نتيجة التهاب في الأذن الوسطى ،فيحدث مثل هذا الثقب الذي يسمح بترول الصديد على أن الإلتهاب السحائي المزمن من شأنه أن يتلف الأذن تماما. وبالإضافة إلى الإلتهاب السحائي توجد أنواع أخرى من الأمراض الالتهابية التي تؤثر على الأذن الوسطى والتي من بينها ورم الأذن الوسطى اللؤلؤي وهو عبارة عن تواجد أنسجة جلدية مكونة داخل الأذن الوسطى وكذلك يمكن أن يتأثر سمع الطفل نتيجة لتراكم صماغ الأذن، أو نتيجة لتجمع أشياء غريبة في القناة السمعية. (عبد، بدر الدين كمال، 2001)

الفصل الثاني : الألعاب الرياضية

تمهيد :

إن النشاط البدني الرياضي أصبح عنصر من عناصر التضامن بين المجموعات الرياضية وفرصة للشباب ليتعارفوا ببعضهم البعض خدمة للمجتمع بالإضافة إلى ذلك فهي تساهم في تحقيق ذات الفرد بإعطائه الفرصة لإثبات صفاته الطبيعية وتحقيق ذاته عن طريق الصراع وبذل المجهود ، فهو يعد عاملا من عوامل التقدم الاجتماعي والمهني.

وكما أن النشاط البدني الرياضي يمنح للمعاقين بإضافتهم بعض الحرية في اتخاذ القرار والتعامل مع العالم الخارجي ، وفرص لتحمل الفشل وتقييم الإنجازات.

لذلك يمكن القول أن هدف الأنشطة الرياضية البدنية المعدلة (المكيفة) هو مساعدة المعاقين بصفة عامة على تحقيق النمو البدني العقلي والنفسي والاجتماعي حتى يتقبل إعاقته ويتعايش معها.

1 - المنافسة الرياضية عند المعاقين:

1-1- تاريخ النشاط الرياضي عند المعاقين:

تعود أصول الرياضة عند الأشخاص المعوقين إلى أواخر القرن التاسع عشر. فمنذ سنة 1888 نوات للصم موجودة في ألمانيا, وقد اكتسب كل من إعادة التأهيل الوظيفي والطب الرياضي أهمية كبرى بعد الحرب العالمية الأولى, إلا أن الرياضة عند الأشخاص ذوي العاهات لم تعرف إلا بعد الحرب العالمية الثانية.

ففي سنة 1944 أنشئ مركز لإعادة لفائدة الطيارين الناجين من الحرب 'الذين تعرضوا لإصابات بالنخاع الشوكي , من قبل الدكتور لودويج جوتمان جراح الأعصاب بمستشفى ستوكماند فيل في إنجلترا و الذي يعتبر أب الرياضة الخاصة بالمعاقين .

وقد جعلت نظرة الدكتور جوتمان من الرياضة عنصرا أساسيا في عملية إعادة تأهيل المرضى المصابين بشلل رباعي أو بشلل سفلي.

وتطورت رياضة إعادة التأهيل اثر ذلك غالى رياضة ترفيهية , وبعد بضع سنوات ظهرت رياضة

المنافسات عندما أدخل السيد لودويج جوتمان المسابقة الأولى للرياضيين على الكراسي المتحركة ضمن حفل افتتاح الألعاب الأولمبية بلندن سنة 1948 . و في عام 1952 انضم جنود هولنديون

قداى إلى الحركة وشاركوا في الألعاب الدولية الأولى بستوكماند فيل إلا أن تنظيم الألعاب الأولمبية الموازية لم يتم إلا سنة 1960 في روما بمشاركة 23 بلد و لكن مع الاقتصار فقط على الرياضيين ذوي إصابات بالنخاع الشوكي (ذو الشلل السفلي وذو الشلل الرباعي على الكراسي المتحركة).

وفي عام 1976، إبان ألعاب تورنتو بكندا التحق بالحركة الرياضيون ذوو القصور البصري على الساحة الأولمبية الموازية وفي سنة 1980 و بمناسبة ألعاب أرنهيم بهولندا ، التحق بالحركة الرياضيون ذوو الشلل الدماغى. وفي عام 1988 بسيول بمشاركة (61 بلد) كان القاصرون عن الحركة العضوية موجودين مع الإعاقة البصرية.

وكان لابد من الانتظار حتى سنة 1996 بأطلنطا بمشاركة (103 بلدا) ليلتحق ذوو الإعاقات الذهنية بالألعاب الأولمبية.

وفي عام 2000، بألعاب سيدني حضر 121 بلدا للمشاركة في المنافسات الأولمبية الموازية و كانت جميع فئات المعوقين (ما عدا الصم) ممثلة فيها وقد شاركوا في 19 اختصاصا رياضيا بتنظيم لم يقل إحكاما البتة عن الألعاب الأولمبية.

وهكذا بين التاريخ أن حلم السيد جوتمان أصبح حقيقة في ظرف نصف قرن ، وقد تجاوز تطور رياضة المعوقين كثيرا ما كان يتصوره رواد الحركة الأولمبية. الذين مازال جلم هنا وهناك في مختلف أنحاء العالم ، يواصلون العمل بكل ما أتوا من قوة على إدماج الأشخاص المعوقين في المجتمع بتعميم ممارسة الرياضة داخل هذه المجموعة التي طالما تركت وشأنها.

كلمة Paralympics أو الألعاب البارالمبية مشتقة في البداية من كلمة "paraplegic" وتعني مشلول ، لكن التعريف الحالي هو أن Paralympics مشتق من حرف الجر اليوناني، pará والذي يعني بجانب ، وكلمة Olympics وبالتالي فإن الاسم معناه الحالي هو بطولة "بجانب الأولمبياد."

أقيمت أول دورة ألعاب بارالمبية رسمية في روما عام 1960 وأصبحت متاحة للجميع وليست قاصرة على مصابي الحرب فقط ، وشارك فيها 400 رياضي من 23 دولة.

كانت مواعيد البارالمبية تختلف من عام لآخر لكن بحلول عام 1960 أصبحت دورة الألعاب البارالمبية تعقد في نفس السنة التي تقام فيها دورة الألعاب الأولمبية سواء الصيفية أو الشتوية.

اختارت اللجنة البارالمبية شعار يتوافق مع طبيعة المسابقة وهو الروح في الحركة ، ويتضمن رمز البارالمبياد ثلاثة ألوان الأحمر ، الأزرق والأخضر ، وهي أكثر الألوان تكرارًا في أعلام دول العالم.

1-2- تنظيم رياضة المعاقين في العالم:

ينظم رياضة النخبة لدى الأشخاص المعاقين ، على الصعيد الدولي ، هيكل أعلى و هو اللجنة الدولية الأولمبية (IPC) و هي اللجنة الدولية بالتنسيق مع الاتحاد الرياضية الدولية.

1-2-1- اللجنة الدولية الأولمبية:

اللجنة الدولية الأولمبية الموازية التي يوجد مقرها الدائم في بون بألمانيا , هي الهيكل المسير و المسؤول عن النهوض برياضة المعاقين و تنميتها في العالم. وتهدف هذه المنظمة إلى تمثيل رياضة الأشخاص المعاقين على أعلى مستوى وتتلخص مهامها الرئيسية

في تنظيم الألعاب الأولمبية الموازية الصيفية و الشتوية وتسييرها وتنسيقها إضافة إلى هذه منافسات أخرى متعددة الإعاقات و من أهمها البطولات العالمية والإقليمية و. تضم هذه المنظمات هيكل مختلفة هي أعضاء تتكون منهم الجمعية العامة. وتتمثل هذه الهياكل في:

-الاتحاد الرياضية الدولية.

-اللجان الرياضية الدولية.

-اللجان الأولمبية الوطنية أو الاتحادات الوطنية.

3-الاتحادات الرياضية الدولية

هي خمسة اتحادات تعرف انطلاقاً من نوع الإعاقة , و هي تمثل الفئات الخمس للمعاقين المشاركين في الألعاب الأولمبية و هم:

- الجامعة الدولية لرياضة المكفوفين (IBSA): ذوو القصور البصري و غير المبصرين

- الجمعية الدولية للرياضات الخاصة المعاقون ذهنيًا (NAS-FID)

- الجمعية الدولية لرياضة و ترفيه الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي (CP-ISRA)

- الاتحاد الدولي للرياضة على الكرسي المتحركة بستوكماند فيل (ISMWSF) ذوو الشلل و الشلل الرباعي و من شابههم.

-المبتورين و إعاقات حركية أخرى : المنظمة الدولية للرياضات الخاصة بالمعوقين

(ISOD)

ملحوظة :الرياضيون الصم منضوون تحت رعاية اللجنة الدولية للرياضات الخاصة

(CISS).

1-3- الاختصاصات الرياضية الممارسة عند المعوقين:

ألعاب القوى

إن ألعاب القوى تعتبر الرياضة الرمز و هي إحدى الرياضات الأكثر انفتاحاً لجميع أشكال الإعاقة. فالرياضيون وقوف أو على الكراسي المتحركة , يشاركون في سباقات العدو على المضمار أو على الطريق , و في المنافسات الرمي و القفز. إن كل الفئات دون استثناء معنية بهذه الرياضة , لقد ظهرت ألعاب القوى كرياضة أولمبية في ألعاب روما سنة 1960.

كرة القدم للمكفوفين

تتكون من 5 لاعبين ، وهي مخصصة للاعبين الذين يعانون من الإعاقة البصرية بما في ذلك العمى، تُنظم من قبل الاتحاد الدولي لرياضات المكفوفين (IBSA) وتلعب تحت قوانين الاتحاد الدولي لكرة القدم مع تعديل بعض المواد بما يتناسب مع وضع اللاعبين في هذه الرياضة، حيث لا يوجد قانون للتسلل.

يتكون كل فريق من 5 لاعبين بما في ذلك حارس المرمى الذي يكون مُبصر ، فضلاً عن المُرشد الذي يكون مُبصراً أيضاً لكنه يتواجد خارج ميدان اللعب ومهمته تكمن في ارشاد اللاعبين على أرض الملعب وأماكن تحركهم.

تتكون المباراة من شوطين ، مدة كل شوط 25 دقيقة ، ومع انتهاء الشوط الأول هنالك استراحة مدتها 10 دقائق.

تُلعب المباريات بكرة تحتوي على جرس حتى يتمكن اللاعبين من تحديد مكانها.

كرة السلة للمعاقين:

كرة السلة على الكراسي المتحركة ، هي رياضة كرة السلة لذوي الاحتياجات الخاصة، وتتطلب اللاعب المعاق من مهارات فنية وقدرات بدنية إفرادياً وجماعياً ، وتسجيل الكرة إلى السلة عن طريق رمي الكرة من يد اللاعب.

بدأت لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة للمعاقين عام 1946 في استاد ستوك مانديفل

بانكلترا، وتطورت بعد ذلك لتمارس على مستوى كبير، واول ما يسترعي انتباهه الاهتمام عند مشاهدة كرة السلة على الكراسي المتحركة هو الكفاءة في استخدام الكرسي، حيث ان المعاق والكرسي المتحرك يصبحان حالة واحدة نسبياً، وان توافر السرعة والدقة من ابرز ما يميز مباريات كرة السلة للمعاقين، اضافة الى جانب الاثارة والمتعة.

إن لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة رياضة حركية على قدر كبير من الفائدة الوظيفية والنفسية وتشارك اجهزة الجسم جميعا في اداءها ، لذا تتطلب توافق عضلي عصبي كبير للسيطرة على الكرة والتحكم في حركة ومناورة الكرسي المتحرك، كذلك تتطلب هذه اللعبة سرعة وقوة ومرونة للأطراف العليا من اجل اداء كافة المهارات الاساسية وتنفيذ الواجبات الخطئية بصورة جيدة.

هي إحدى الرياضات التي يمكن إجراءها ما بين المعاقين والأصحاء على قدم المساواة، فهي تنمي الثقة بالنفس ومن الناحية الجسدية تنمي القوة العضلية للمعاق وخاصة عضلات الأطراف العليا والكتفين والجذع والظهر، كما أنها ذات تأثير ايجابي فعال على كفاءة الجهاز الدوري التنفسي للمعاق.

يشارك في هذه الرياضة أيضا المعاقون بالشلل الرباعي من المصابين بشلل الأصابع فيما عدا عضلات الفرد يجب أن يبدأ المعاق بشلل الأطراف الأربعة مثل بداية المعاق بشلل الأطراف السفلى برماية بدائية للسهم .

زيادة الجرعة التدريبية تدريجيا مع تدريبهم على الاحتفاظ بتوازنهم خلال الرمي .

يمكن مشاركة المعاقين بالشلل التام في أحد الأطراف العليا أو ببتنر فيها
كرة الطاولة للمعاقين:

هي لعبة للمعاقين حركيا تلعب من وضع الوقوف ومن وضع الجلوس ،في حالة اللعب من وضع الوقوف يطبق على اللاعبين قوانين الأصحاء ولا يوجد أي اختلاف على القانون أما في حالة اللعب من وضع الجلوس فهناك اختلاف وخاصة في الإرسال والاستقبال ، كما أن اللعبة تمارس في مسابقات للفردى والزوجى.

المبارزة بالسيف

المبارزة بالسيف رياضة فردية و رياضة منافسة تساعد على دقة الحركة و معرفة أفضل للجسد و الحس التوازنى و سرعة رد الفعل.

وقد أدخلت هذه الرياضة ضمن المسابقات على الكراسى المتحركة من قبل السيد لودويج جوتمان عام 1953 و أدرجت بالألعاب الأولمبية المتوازية في روما سنة 1960.

رفع الأثقال

أدخل هذا الاختصاص ضمن الألعاب الأولمبية المتوازية الثانية بطوكيو عام 1964، ويمارسها الرياضيون المعوقون بصريا وحركيا وقوفا أو على الكرسي. إنها لأشخاص إحدى الاختصاصات الأكثر شعبية عند الأشخاص المعوقون رجالا ونساء، الذين يتنافسون في عشرة (10) أوزان. و في سيدنى سجلت رياضة رفع الأثقال أكبر عدد من البلدان المشتركة فيه.

السباحة

تحتل السباحة ضمن الاختصاصات الأولمبية مكانا مميزا لأنها في متناول عدد أكبر من المعاقين بما في ذلك ذوو الإصابات الجسمية ، كما أن انعدام الجاذبية يسمح للمتسابقين بالاستعمال الأفضل لقدراتهم الوظيفية المتبقية وتمارس السباحة في المنافسات من قبل جميع أصناف المعوقين دون استعمال معدات خاصة.

فئات السباحين المعاقين ومستوياتهم:

يصنف السباحون الى أربعة فئات ، تأخذ كل فئة عدد من المستويات الخمسة عشر من S1 الى S15 وكالاتي:

فئة الإعاقة الحركية (البتر والشلل بانواعهما) عشرة مستويات من S1 الى S10

فئة الإعاقة البصرية (المكفوفين وضعاف البصر) ثلاث مستويات من S11 الى S13

فئة الإعاقة العقلية (التخلف العقلي وصعوبة التعلم الشديد والتوحد) المستوى S14

كرة المضرب

ظهرت هذه الرياضة مع الألعاب الأولمبية المقامة ببرشلونة عام 1992 رغم ممارستها في الولايات

المتحدة الأمريكية منذ السبعينات . وتشمل الفئات المعنية ذوي الشلل السفلى والأشخاص المصابين بعجز وظيفي يستلزم استعمال كرسي متحرك و تكتسب هذه الرياضة شعبية متزايدة عبر العالم.

الرغبي على الكراسى:

انه اختصاص يتطلب قوة بدنية ويمارسه الرياضيون ذوو الشلل السفلى و الشلل الرباعي , وقد

ظهر بكندا سنة 1977 , ثم تناما بسرعة عبر العالم . و تمارس هذه الرياضة فوق ميدان كرة السلة من قبل فرق تتكون من 4 لاعبين و تجرى المقابلة في 4 أشواط ذات 8 دقائق.

الكرة الطائرة:

تمارس الكرة الطائرة في الإطار الأولمبي بأسلوبين وقوف و جلوس , لذلك نجدها مفتوحة لجميع فئات القاصرين عن الحركة العضوية. و الفارق الأساسي بين الكرة الطائرة في حالة جلوس و الكرة الطائرة في حالة وقوف يكمن في أن ميدان اللعب أصغر و الشبكة أقل ارتفاعا بالنسبة إلى النوع الأول.

الرياضة الشراعية

أدخلت هذه الرياضة على سبيل العرض سنة 1996 بأطلنطا , ثم بصفة رسمية في ألعاب سيدني عام 2000.

ومنذ 1991 تم الاعتراف بالجامعة الدولية للأشعة الخاصة بالأشخاص المعوقين عضوا تاما ضمن الجامعة الدولية للأشعة. و في الوقت الراهن يشارك أكثر من 30 بلدا في هذا الاختصاص الذي تمارسه مختلف فئات القاصرين عن الحركة العضوية.

الجيدو

إن هذا الاختصاص الذي تم إدراجه ضمن اللاعب الاولمبية المتوازي بسيول عام 1988 يخص الرياضيين ذوي القصور البصري فحسب.

كرة الهدف أو الجرس :

كرة الهدف هي عبارة عن لعبة كروية للمكفوفين وضعاف البصر تتكون مباراتها من فريقين على أن يتشكل كل فريق من ثلاثة لاعبين وله الحق في ثلاثة استبدالات. وتؤدى مباراة كرة الهدف على أرضية صالة رياضية على أن تكون الكرة كرة جرس وأن يكون ملعبها مستطيلا وينقسم من منتصفه إلى شقين بخط الوسط، وإحراز الأهداف في هذه اللعبة يتأتى عند إيصال الكرة إلى منتهى الملعب في أي من الجهتين، ولهذا فإن مهمة كل فريق من الفريقين تتمثل في صد الكرة ومنعها من الوصول للمرمى الخاص بنفس الفريق وتسديد الركلات صوب مرمى الفريق الآخر من أجل إحراز الأهداف.

تتكون مباراتها من فريقين على أن يتشكل كل فريق من ثلاثة لاعبين أساسيين وثلاثة لاعبين احتياط وله الحق في ثلاثة استبدالات وتؤدى مباراة كرة الهدف على أرضية صالة رياضية مغلقة يمرر الفريقين الكرة فيما بينهما والفريق الذي يسجل أكثر أهداف هو الفريق الفائز بالمباراة.

البوشيا:

هي رياضة الكرة مشابهة للكرة الحديدية ، من أصل يوناني روماني. يمارسها أشخاص صالحون وكذلك الأشخاص ذوو الإعاقة في فئة المعاقين

طريقة اللعب:

في بداية المباراة ، يحدد السحب الفريق الذي سيكون له الكرات الحمراء والكرة التي ستحمل الكرات الزرقاء. يبدأ الفريق الأحمر اللعبة بإلقاء كرة بيضاء تسمى "جاك". الهدف من كل فريق هو إرسال كراتهم في أقرب وقت ممكن إلى الكرة البيضاء. يمكن للكرسي المتحرك الكروي أن

يرمي كراته الست بيده أو قدمه أو بجهاز. الألعاب مختلطة ويمكن لعبها بشكل فردي ، في أزواج أو في فرق من ثلاثة لاعبين. لا يمكن أن تتجاوز مدة اللعبة 50 دقيقة.

سباق الدراجات للمعاقين:

يشترك في سباق الدراجات لاعبون ولاعبات يعانون بترا في الاطراف (لاسيما من لا يندرجون على قائمة الفئات الاخرى السابق ذكرها)، حيث يتنافس المصابون بشلل دماغي وضعف الابصار في سباقات فردية على الطرق او داخل المضمار.

يتنافس الدراجون ممن يعانون اعاقات بدنية في سباقات (الطرق والمضمار) او بدراجات تدفع باليدين او درجات ثلاثية العجلات (لسباقات الطرق فقط).

فئة دراجات دفع اليدين :H1-4 يتنافس متسابقو دراجات دفع اليدين وهم في وضع استلقاء، وتضم فئة H1 دراجين مبتوري الأطراف أو من يعانون عجزا كاملا في وظائف الساق أو قصورا في وظائف الذراع، فيما تضم فئة H3 دراجين يتمتعون بقدرة على تحريك الجذع والذراع على نحو جيد رغم معاناتهم من بتر في الساق، أما فئة H4 فتضم دراجين يجلسون على ركبتين مع استخدام الأذرع والجذع.

فئة الدراجات ثلاثية العجلات :T1-2 تضم غير القادرين على ركوب الدراجات نتيجة إصابة أخلت بتوازنهم وبتناسق الحركة. وتضم الفئة T1 من يعانون اعتلالات شديدة في تناسق الحركة مقارنة بدراجي الفئة.T2

فئة الدراجات :C1-5 تضم من يعانون اعتلالا كالشلل الدماغي او من يعانون بترا في أحد الساقين أو الأذرع. وتضم الفئة C1 حالات الإصابة الأشد فيما تشير الفئة C5 إلى أدنى حالات الإعاقة.

الفروسية :

يمكن أن يمارس ركوب الخيل على العكس مما هو شائع من قبل جميع فئات القاصرين عن الحركة العضوية وذوي القصور البصر و المعاقين ذهنيا.

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 بلجأون 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 II : تضم فرسانا يعانون قصورا شديدا في حركة الاطراف السفلية وتوازن للجذع، او قصورا معتدلا في الاطراف العلوية والسفلية مع تراجع القدرة على التحكم بحركة الجذع. وبعضهم يلجأ الى استخدام الكرسي المتحركة في حياتهم اليومية.

فئة III : تضم فرسانا يعانون بترًا في الأطراف (لديهم القدرة على المشي بشكل مستقل) إلى جانب وجود عاهة في كلا الذراعين أو بترًا للذراعين أو عاهة معتدلة في جميع الأطراف الأربعة. كما تضم هذه الفئة فرسانا مكفوفين أو حالات مثل قصر القامة.

فئة IV : تضم فرسانا يعانون بترًا مصاحبًا لضعف الإبصار أو لقلّة حركة أو لقوة عضلات أو ضعف في وظيفة الذراع أو الرجل.

ركوب القوارب الشراعية

تضم رياضة ركوب القوارب الشراعية إعاقات متعددة للاعبين يعانون البتر أو الشلل الدماغي أو ضعف الإبصار.

وتنقسم فئات ركوب القوارب الشراعية إلى ثلاثة فئات: فئة (سونار) التي تضم طاقما مختلطا من ثلاثة أشخاص، وفئة (سكود-18) التي تضم فريقا مختلطا من شخصين، وفئة (2.4 أم آر) وهي فئة من لاعب واحد.

ويجري تصنيف رتبة المتنافسين بناء على نظام النقاط من واحد إلى سبعة، حيث تخصص أدنى النقاط لمن يعانون إعاقات شديدة على نقيض النقاط الأعلى التي تشير إلى الفئة الأقل إعاقات.

وتضم فئة (سكود-18) بحارا يعاني من إعاقات شديدة (تعادل الفئة واحد أو اثنين)، فيما يتعين أن تكون

درجة إعاقات البحار الآخر أدنى على نحو يحجب التنافس كلا البحارين مقارنة بالأصحاء في دورة الألعاب الأولمبية.

رجبي الكرسي المتحرك

يصنف لاعبو رجبي الكرسي المتحرك بحسب نظام النقاط، حيث تدل نقاط 0.5 على الإعاقات الأشد تزداد إلى 3.5 للدلالة على الإعاقات الأقل، كما يتألف كل فريق من أربع لاعبين.

تنس الكرسي المتحرك

تصنف لعبة تنس الكرسي المتحرك إلى فئتين: مفتوح ورباعي (إعاقات في ثلاثة أطراف أو أكثر) ويسمح خلال منافسات تنس الكرسي المتحرك ارتداد الكرة مرتين على أن تكون الأولى داخل الملعب.

التجديف

تنقسم فئات التجديف إلى أربع فئات بحسب الزوارق:

• AM1x: زورق ثابت أحادي المقعد للرجال، حيث يتمتع اللاعبون بحركة كاملة للذراعين فقط.

• AW1x: زورق ثابت أحادي المقعد للسيدات، حيث تتمتع اللاعبات بحركة كاملة للذراعين فقط.

• TA2x: زورق ثنائي المقعد مختلط الجنسين، حيث يتمتع اللاعبان بحركة الجذع و الذراعين.

• LTA4+: زورق رباعي لرجلين وسيدتين ممن يعانون عاهة لكن لديهم قدرة على حركة

• الأرجل والجذع والأذرع. ويمكن أن يضم الزورق اثنين على الأكثر من ضعاف الإبصار

- يرتديان عصابة للعينين خلال التدريبات والمنافسة.
 - رجبى الكرسي المتحرك
 - يصنف لاعبو رجبى الكرسي المتحرك بحسب نظام النقاط، حيث تدل نقاط 0.5 على الإعاقات الأشد
 - تزداد إلى 3.5 للدلالة على الإعاقات الأقل، كما يتألف كل فريق من أربع لاعبين.
- (<https://kenanaonline.com/users/FAD/posts/143013>)

1-4- التصنيف الرياضي عند المعاقين:

يمثل التصنيف في رياضة المعوقين مرحلة أساسية و ضرورية قبل كل المنافسات. نظرا إلى اختلاف

أسباب أنواع العجز الملحوظة ومظاهرها نفا، التصنيف يسمح بتكوين مجموعات متجانسة وظيفيا لأشخاص ذوي قدرات أداء متشابهة ويمكنهم بذلك المشاركة في المسابقات بأكثر ما يمكن من المعدل. و هذا صحيح في جميع الاختصاصات الفردية والجماعية. كما يمكن التصنيف من ايجاد مرجعية للمهارات ، بالنسبة إلى كل مجموعة أو "صنف" من أجل رسم أهداف لكل رياضي ذو إعاقة و ذلك من خلال برمجة علمية للتدريب على كل المستويات بدنيا وفنيا ونفسيا.

وبذلك يتسنى للرياضي المعاق ، على غرار أمثال من الأسوياء ، متابعة مسار تقدمه في الاختصار وممارسة الرياضة بروح تنافسية حقيقية مع جميع المكافآت الأدبية والمادية المترتبة على ذلك ، فيكون اندماجه في المجتمع جد ميسر.

إن حسن تصنيف الرياضي أو على الأقل معرفة المواصفات العامة للأصناف في الاختصاص ضروري بالنسبة إلى جميع الأطباء المختصين في العلاج الطبيعي والمدربين والفنيين الذين يعملون في مجال المعوقين و بصفة أخص التصنيف.

1-4-1 أهداف التصنيف الرياضي :

حسب اللجنة الدولية الأولمبية وفيما يتعلق بالأشخاص القاصرين عن الحركة العضوية فان "هدف كل نظام للتصنيف" هو تجميع الرياضيين الذين لهم قدرات حركية كامنة متساوية تقريبا في نفس المجموعة ، علما إن القدرة الحركية الكامنة تحددها القدرة على تقليص العضلات التي تفضي إلى حركات نشيطة للإطراف و الجذع.

ويمكن حسب بورك أن نستنتج من هذا التعريف أن:

- استعمال عبارة "نظام تصنيف" يعني أن هناك اختلافا بين الأشخاص المعوقين وانه من غير العدل أن يتسابقوا معا ، بروح تنافسية في منافسات فردية.
- استعمال عبارة "متساوية تقريبا" يعني أنه ، لئن وجدت اختلافات بين أفراد صنف واحد ، فان هذه

الاختلافات تسمح لهم بالمشاركة معا في نفس المنافسة.

- استعمال عبارة "القدرة الحركية" مقصود ، وهي مختلفة عن عبارة القدرة الوظيفية ، فتجميع

الرياضيين بحسب القدرة الحركية يعني أن لهم نفس الكفاءة بحركات ما ، وهذا يقصي اعتبار العوامل التالية:

- التفوق أو النقص الجيني من حيث القوام والبدانة و القامة و القوة وطول الأطراف.
- التمكن أو عدم التمكن من التقنية المختارة ، نتيجة سوء معرفة لها أو تدريب غير كاف.
- الاستخدام أو عدم الاستخدام لوسائل التماسك لتحقيق ثبات أفضل و التمكن من تحسين التقنية المتوخاة ، سواء كان ذلك بوضعية جلوس عند السباق على الكرسي المتحرك أو بتثبيت الجسم على الكرسي عند الرمي.
- تصنيف رياضي معوق يهدف بعد التأكد من تشخيص إعاقته وتحديد نوعها أو مستواها ، يكون التصنيف إجباريا إذا مارست الرياضة في إطار تنافسي.
- التصنيف في الوقت الراهن لا يخص إلا الإعاقات الحركية ، البصرية الشلل الدماغى ، البتر و الآخرين.

أما ضعف السمع فانه مثل الرياضيين الأسوياء ، يتم توزيعهم حسب العمر(أصاغر ، أواسط ، أشبال ، أكابر) في حين أن المعاقين الذهنيين تم بشأنهم إجراء محاولات لوضع نظام للتصنيف ، الإعاقة الشديدة

تصنف مع الأولمبيات الخاصة ، أما البسيطة مع الجمعية الدولية للرياضيات الخاصة بالمعاقين ذهنيا.

1-4-2- نظام التصنيف

حسب طبيعة الإصابة وموضعها تدرج الإعاقة الناتجة عنها ضمن هذه الفئة أو تلك التي لها مميزاتها الخاصة و. هكذا فان شخصا مبتور احد الأطراف (إصابة بعضو فاعل)لا يصنف بنفس الطريقة مثل مصاب بالشلل سفلي (إصابة بعضو ناقل) أو المصاب بالشلل الدماغى (إصابة بعضو قيادة و تعديل)وانطلاقا من هذا المبدأ ، فإن هياكل رياضة دولية مختلفة ، ذات صلة بكل واحد من أنواع الإعاقات ، قد ظهرت تدريجيا و وضعت نظام تصنيف خاص لفئات الإعاقات التي هي متكفلة بها.

1-4-3- فحص الرياضي من أجل التصنيف

- **بيانات عامة:** إن فحص التصنيف يهدف إلى تحديد مدى القصور الحركى للشخص من خلال التعرف إلى نوع الإعاقة و درجتها ، وهو بذلك يمكن من تقييم قدرة الرياضي على القيام بالحركات المتصلة بالمسابقة التي يشارك فيها ويجب عدم الخلط بين التصنيف و فحص القدرة على ممارسة الرياضة.

إن الفحص الثاني هو فحص إجباري قبل بداية النشاط يجرى فقط من قبل طبيب يتولى تسليم شهادة بعدم وجود مانع لممارسة الرياضة ، وهو يسبق تجديد لا الترسيم الرياضي في بداية كل موسم فهو فحص عام رغم كونه مقننا ، يرمي إلى اكتشاف موانع ممارسة رياضة ما ، و تقدير الحالة البدنية والإرشاد عند الاقتضاء ، حول أساليب التدريب و حفظ الصحة و التغذية.

أما فحص التصنيف من أجل المنافسة فرغم انه يتطلب معرفة طبية ، يمكن أن يجريه أخصائون في العلاج الطبيعي أو حتى فنيون أكفاء وذوو خبرة في مجال رياضة المعاقين ، شريطة أن يكونوا

بطبيعة الحال مرخصا لهم من قبل الهياكل المسيرة للرياضة الخاصة بالمعاقين ، سواء على الصعيد الوطني أو على الصعيد الدولي.

1-4-4. صعوبات التصنيف:

الصعوبات نوعان : منها ما هو مرتبط بالفحص ذاته و منها ما هو راجع إلى الإعاقة الدنيا

الصعوبات المرتبطة بالفحص

يتطلب فحص التصنيف:

-التحكم في تقنية الاختبارات العضلية.

-معرفة الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية و خصائصها السريرية.

-القدرة على حسن تحليل الشلل و التناسق و الشناج (شدة التشنج) و الكنع (الرعاش) و

البتور (جمع بتر)،...الخ.

و يكون الفحص في الغالب طويلا و مجهدا لاسيما إذا كانت الإصابات عشوائية أو غير محددة بدقة(مخلفات شلل الأطفال ، و بعض حالات الشلل الدماغي). إن تعاون الرياضي ضروري تماما لكن الحصول عليه ليس سهلا دائما ، لأن بعض الأشخاص يميلون إلى المبالغة في إبراز إعاقاتهم بالامتناع عن القيام بحركة ما رغم قدرتهم على أدائها ، كما يمكن أن تجد مشاكل اتصال (اختلاف ثقافي أو لغوي) بين المصنف و الرياضي. يجب أن يكون الفحص مدققا ذلك أنه ، إذا أنجز بسرعة و قبل منافسات مباشرة أو في منشآت غير ملائمة ، يمكن أن يقود إلى أخطاء في التقدير.

الصعوبات الراجعة إلى الإعاقة الدنيا

وفي جميع الحالات توصي الهياكل الدولية بالتنبث ، بكل الدقة مما إذا كان للرياضي الإعاقة الدنيا المطلوبة و التي تخول له المشاركة في معينة ، الأمر الذي يسمح له بأن يصنف و يشارك في المنافسات.

1-5. الخصائص التنظيمية لفحص التصنيف:

من المهم أن يكون حاضرا في الذهن دائما أن فحص التصنيف يجب أن يكون مقننا دقيقا ويستجيب للشروط التالية:

-إجراء الفحص، إذا أمكن ، و لاسيما بالنسبة إلى ذوي الشلل الدماغي ، من قبل لجنة متكونة من

3 أشخاص:

- طبيب

- أخصائي في العلاج الطبيعي

- فني

- يتم الفحص قبل وقت كاف من المنافسات

- يجب أن يكون الفحص دقيقا و مطابقا للإجراءات الوارد بيانها سابقا.

- يجب أن يكن المترشح في زي رياضي بألوان فريقه إذا أمكن ، و حاملا معه وثائق

التعريف(جواز السفر، الإجازة الرياضية ، الخ)

- يكون الرياضي مرفقا بمدربه و شخص يتولى الترجمة ، إذا كان ذلك ضروريا.

- يجرى الفحص بالنسبة إلى الكشف البدني ، في قاعة متسعة و مضاءة بالقدر الكافي، و ملائمة

التجهيز (طاولة فحص ، كرسي ، كرسي متحرك ، الخ)
- اثر ذلك ، و إذا كان الأمر ضروريا ، تتم مراقبة الرياضي على الملعب لتأكيد الصنف الذي سبق
إسناده

- إذا لم يتسن في نهاية إعادة الفحص تأكيد الصنف ، يتم إجراء مراقبة إضافية أثناء المنافسة.
- في النهاية يتم إعلام الرياضي كتابيا بالصنف المساند مع كل التوضيحات اللازمة.

1-5- لجنة التصنيف:

1 - يرأس رئيس لجنة التصنيف أعمال اللجنة و يقدم عرضا بذلك إلى اللجنة التنفيذية للفرع(ألعاب القوى)

2 - يجب أن يكرس كامل مسؤولياته للتصنيف و التكوين.

3 - بإمكانه تفويض مشمولاته داخل اللجنة إلى شخص آخر من اختياره.

4 - انه مكلف بضمان حضور المصنفين المعتمدين أثناء الألعاب طبقا لقواعد فرع ألعاب القوى

5 - ينبغي أن يتأكد رئيس لجنة التصنيف من أن منظمي الألعاب تتوفر لديهم التجهيزات الملائمة للقيام بعملية التصنيف.

6 - يجب أن يعين المصنفين المعتمدين الذين يتكفلون بالمتدربين.

7 - يتعين عليه أن يتأكد أن المتربين قد تسنى لهم حضور ندوة مقبولة أو، على الأقل، أمكنهم الاطلاع على

الوثائق التكوين الأساسية، قبل حضور تكوينهم الأول خلال المنافسة.

8 - ينبغي أن يتأكد أن جميع المصنفين المعتمدين على إمام بأخر تطورات نظم التصنيف.

9 - يجب أن يعمد رئيس لجنة التصنيف إلى تقييم المتربصين (المتدربين) و يناقش معهم ما قد يكون تحقق

لهم من تقديم أثناء أو بعد منافساتهم الأولى ، و لا في نهاية التكوين.

10 - عليه أن ينصح كل متدرب بما قد يحتاجه من تكوين إضافي.

1-6- تصنيفات المعاقين:

يتم تصنيف الرياضيين وفقا لإعاقتهم في فئات معينة بواسطة حرف ورقمين:

الحرف T هو للعذائين (المسار) والحرف F للرميات والقفزات (الحقل).

تستند الأرقام على الإعاقة. الأول هو للمعوقين ، والثاني للجاذبية. كلما كانت منخفضة ، كلما كانت الإعاقة

أكثر خطورة.

- الفئة 1 مخصصة للرياضيين المكفوفين (11) (يتنافس المكفوفين مع عصابة رأس أو نظارات داكنة) ويخضعون لضعاف البصر (12 و 13).

- الفئة 2 (21 إلى 24) مخصصة للرياضيين ذوي الإعاقة الذهنية والحركية (معدل الذكاء أقل من 70 ودليل على الإعاقة التي تؤثر على الأداء).

- الفئة 3 (34-38) للرياضيين المصابين بالشلل الدماغى (شلل نصفي شقيقي خفيف إلى معتدل).
- الفئة 4 هي لمبتوري الأطراف (جميع الألعاب الرياضية) وصغيرة (فقط للرمي). وهم يشاركون في الوقوف في وجه الاختبارات ، إذا لزم الأمر مع طرف اصطناعي.
- الفئة 5 هي للرياضيين المصابين بإصابات الحبل الشوكي والذين يشاركون في اختبارات الكراسي المتحركة (الشلل الرباعي والشلل النصفي والشلل النصفي وما شابه)

اسماء التصنيف :

- فئة الإعاقة البصرية((IBSA))
- فئة الإعاقة الذهنية وصعوبات التعلم يشترك في جميع أنواع السابقات ومسمى اتحادها (I.N.A.S)
- الشلل الدماغى ومسمى اتحادها(CP.ISR)
- البتر ومسمى اتحادها (I.S.O.D)
- الكراسي المتحركة ومسمى اتحادها(I. S.M.W.S.F)
- الإعاقات الحركية الأخرى(I.S.O.D)

الرياضة الممارسة	درجتها	نوع الإعاقة
كرة القدم ألعاب القوى السباحة تنس الطاولة ركوب القوارب الشراعية	الشلل العقلي الشلل الدماغى إعاقة ذهنية إعاقة ذهنية الشلل الدماغى	الإعاقة العقلية
كرة السلة ألعاب القوى البوشيا (او البولينغ) الفروسية رفع الأثقال السباحة تنس الطاولة كرة الطائرة المبارزة على كرسي متحرك	شلل نصفي , بتر في الأطراف السفلية , شلل الأطفال. شلل سفلي , شلل رباعي , البتر. شلل دماغى , ضمور العضلات. بتر في الأطراف شلل حركى أو دماغى , بتر في أحد الأطراف السفلية. كرسي متحرك , بتر في الأطراف. بتر في الأطراف السفلية إصابة في الحبل الشوكي وبتر في الاطراف السفلية والشلل.	الإعاقة الحركية

تنس كرسي متحرك الرماية التجديف ركوب القوارب الشراعية	إعاقة في ثلاثة أطراف أو أكثر. شلل في الأطراف العلوية. شلل الأطراف السفلية. البتير أو الشلل الدماغي.	
		الإعاقة السمعية
كرة القدم للمكفوفين ألعاب القوى كرة الهدف أو الجرس الجودو السباحة ركوب القوارب الشراعية	ضرر بشكل كامل أو شبه كامل ضعيف البصر ضعيف البصر و قصور في النظر ضعف البصر ضعف اليصر ضعف البصر	الإعاقة البصرية

جدول رقم 01 يمثل أنواع الإعاقات و درجاتها و الرياضات الممارسة فيها

نلاحظ من خلال الجدول الذي يبين لنا أنه مهما اختلفت الإعاقات و تنوعت فإنه يوجد تشابه في بعض الرياضات الممارسة كألعاب القوى و السباحة و ركوب القوارب الشراعية

الرياضة الممارسة	درجاتها	نوع الإعاقة
كرة القدم للمكفوفين ألعاب القوى كرة الهدف أو الجرس الجودو السباحة ركوب القوارب الشراعية	ضرر بشكل كامل أو شبه كامل ضعيف البصر ضعيف البصر و قصور في النظر ضعف البصر ضعف اليصر ضعف البصر	الإعاقة البصرية

جدول رقم 05 يمثل الإعاقة البصرية و درجاتها و الرياضة الممارسة فيها

نلاحظ من خلال الجدول المبين أنه أصحاب ضعاف البصر هم الأكثر مشاركة في الألعاب الرياضية من أصحاب الإعاقة البصرية.

الرياضة الممارسة	درجاتها	نوع الإعاقة
كرة السلة ألعاب القوى البوشيا (او البولينغ)	شلل نصفي , بتر في الأطراف السفلية , شلل الأطفال. شلل سفلي , شلل رباعي , البتر. شلل دماغي , ضمور العضلات.	الإعاقة الحركية

الفروسية رفع الأثقال	بتر في الأطراف شلل حركي أو دماغي , بتر في أحد الأطراف السفلية.
السباحة تنس الطاولة	كرسي متحرك , بتر في الأطراف.
كرة الطائرة المبارزة على كرسي متحرك	بتر في الأطراف السفلية إصابة في الحبل الشوكي وبتر في الاطراف السفلية والشلل.
تنس كرسي متحرك	إعاقة في ثلاثة أطراف أو أكثر.
الرماية التجديف ركوب القوارب الشراعية	شلل في الأطراف العلوية. شلل الأطراف السفلية. البتر أو الشلل الدماغي.

جدول رقم 03 يمثل الإعاقة الحركية و درجاتها و الرياضة الممارسة فيها

نلاحظ من خلال الجدول أنه أصحاب الشلل (دماغي , سفلي , رباعي , نصفي) مع أصحاب البتر هم الأكثر مشاركة من غيرهم في الألعاب البارالمبية.

الرياضة الممارسة	درجاتها	نوع الإعاقة
كرة القدم ألعاب القوى السباحة تنس الطاولة ركوب القوارب الشراعية	الشلل العقلي الشلل الدماغي إعاقة ذهنية إعاقة ذهنية الشلل الدماغي	الإعاقة العقلية

جدول رقم 04 يمثل الإعاقة العقلية و درجاتها و الرياضة الممارسة فيها

نلاحظ من خلال الجدول أن أصحاب الإعاقة العقلية ليس لديهم مشاركات كثيرة في الألعاب البارالمبية.

استنتاج :

نستنتج من خلال هذه الجداول أن الإعاقة الحركية هي الأكثر إعاقات التي لديها مشاركة في الألعاب البارالمبية من غيرها من مختلف الإعاقات في مختلف الرياضات كما أن الإعاقة العقلية هي الإعاقة التي لديها رياضات أقل

ملاحظة :

يعتبر أصحاب الإعاقة السمعية هم الوحيدون الغير مشاركون في الألعاب البارالمبية نظرا لعدم تواجد رياضة مناسبة لهم.

الباب الثاني : الجانب التطبيقي

الفصل الأول : منهجية البحث

تمهيد :

تعتبر الإجراءات الميدانية للدراسة الحجر الأساس لإنجاز الدراسة الميدانية بحيث أنه من أجل تحقيق بحث علمي فلا بد من منهج متبع و مجموعة من الخطوات التي على أساسها تستطيع الوصول إلى المعرفة , و بالتالي من أجل تحقيق أهداف الدراسة الحالية سوف نستعرض في هذا الفصل أهم الخطوات و الإجراءات المنهجية المتعلقة بالدراسة الميدانية.

1-1-1- منهجية البحث :

1-1-1- منهج البحث:

فالمنهج لغة هو الطريق الواضح والمستقيم. يتميز البحث العلمي بتعدد مناهجه.

يرى بوداود عبد اليمين أن المنهج هو الطريقة التي تؤدي إلى الغرض المطلوب و يعرف أحد علماء المنهج بأنه فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار إما من أجل الكشف عن حقيقة مجهولة أو من أجل البرهنة على حقيقة لا يعرفها الآخرون.

و مما هو متفق عليه أن منهج البحث يختلف باختلاف المواضيع و المشكلات المطروحة فملائمة المنهج لمشكلة البحث و تحقيق أهدافه يجعل النتائج المتوصل إليها أكثر مصداقية و قربا من الواقع.

بما أن موضوع بحثنا يتعلق بالعلاقة بين التصنيفات الطبية و الممارسة الرياضية للمعاقين ارتأينا استعمال المنهجي المسحي باعتباره واحد من المناهج الأساسية في البحوث الوصفية حيث كان الهدف من الدراسة المسحية هو جمع المعلومات و البيانات و تصنيفها و التعبير عنها و هو :

يعرف بأنه عبارة عن تجميع منظم للبيانات المتعلمة بمؤسسات ادارية او علمية أو ثقافية أو اجتماعية كالمكتبات والمدارس والمستشفيات مثلا و أنشطتها المختلفة و موظفيها خلال فترة زمنية معينة. والوظيفة الأساسية للدراسات المسحية هي جمع المعلومات التي يمكن فيما بعد تحليلها وتفسيرها ومن ثم الخروج باستنتاجات منها. (المغربي)

هو البحث الذي يهدف إلى وصف الظاهرة المدروسة ، أو تحديد المشكلة أو تبرير الظروف والممارسات ، أو التقييم والمقارنة ، أو التعرف على ما يعمله الآخرون في التعامل مع الحالات المماثلة لوضع الخطط المستقبلية.

فالمسح هو عبارة عن دراسة عامة لظاهرة موجودة في جماعة معينة و في مكان معين فقد عرفه سامي محمد ملحم بأنه أحد أشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة و تصويرها كميًا عن طريق جمع البيانات و المعلومات مقننة عن ظاهرة أو مشكلة و تصنيفها و تحليلها و إخضاعها لدراسة دقيقة.

فهو يشترك و يجمع العديد من مناهج البحث التي تشترك في هدف واحد هو الحصول على المعلومات من مجموعة من الأفراد بشكل مباشر.

(<https://www.tomohnanetvbtomohna11137>)

1-2- مجتمع البحث :

كل الافراد الذين تم تسجيلهم فى اطار الحصر الشامل وفقا لخصائص معينة كالعمر أو التعليم ... وما إلى ذلك، وذلك لخدمة بحث معين.

وهى الخطوة الثانية بعد وضع مخطط البحث هي وصف وتحديد مجتمع البحث. ومجتمع البحث مصطلح علمي منهجي يراد به كل من يمكن أن تعمم عليه نتائج البحث سواء أكان مجموعة أفراد أو كتب أو مباني مدرسية... الخ. وذلك طبقاً للمجال الموضوعي للمشكلة. وحصر مجتمع البحث يعد ضرورياً للأسباب الثلاثة التالية:

- تبرير الاقتصار على العينة بدلاً من تطبيق البحث على مجتمعه، فالأصل في البحث العلمي أن يطبق على كل مفردة من مفردات مجتمع البحث ولكن هذا يكاد يكون مستحيلًا أو على الأقل صعباً جداً خاصة عندما يكون عدد أفراد مجتمع البحث كبيراً جداً فيتطلب تطبيقه عليهم جميعاً تكاليف مادية، ووقت طويل، ولهذا يضطر الباحث إلى الاقتصار على عينة ممثلة لمجتمع البحث.

- معرفة مدى قابلية نتائج البحث للتعميم. فمعظم البحوث العلمية التي تجرى بغرض تعميم نتائجها، وهذا لن يتحقق ما لم يُعرَف الإطار العام (مجتمع البحث) الذي لا يتجاوزه تعميم النتائج.

- تأكيد تمثيل العينة لمجتمع البحث. فيشترط لصدق تعميم نتائج البحث المطبق على عينة أن تكون تلك العينة ممثلة لمجتمع البحث. أي أن يكون هناك تناسب بين عدد أفراد العينة وبين عدد أفراد مجتمع البحث، وهذا لن يتحقق ما لم يُعرَف مجتمع البحث.

تعريف المجتمع والعينة:

يختلف معنى مجتمع الدراسة عن معنى عينة الدراسة، إذ يشير معنى مجتمع الدراسة إلى "المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة".

بينما يشير معنى عينة الدراسة إلى "تلك العينة التي تتوزع فيها خصائص المجتمع بنفس النسب الواردة في المجتمع".

اختيار عينة البحث:

وتتطلب هذه الخطوة أن تتوافر جميع خصائص أفراد مجتمع الدراسة في الأفراد الذين يتم اختيارهم ليكونوا أعضاء في العينة، فإذا كان أفراد مجتمع الدراسة متجانسين، فإن أي عدد منهم يمثل المجتمع الأصلي، أما إذا كان أفراد المجتمع غير متجانسين فلا بد من اختيار عينة وفق شروط معينة. فمثلاً إذا كان مجتمع الدراسة، هو: جميع المعلمات الجامعيات التربويات من ذوي الخبرات الوظيفية القديمة واللاتي يدرسن في تخصصات معينة، يدعى هذا المجتمع بالمجتمع المتجانس، أما إذا كان المجتمع، هو جميع المعلمات من ذوي التأهيل العلمي

المختلف، والخبرات الوظيفية المختلفة، ويعملن في تخصصات متباينة، فإن هذا المجتمع يسمى بالمجتمع غير المتجانس

1-3- مجالات البحث:

تحديد مجالات الدراسة في البحث العلمي هو عبارة عن صياغة الباحث العلمي لمحددات البحث الاكاديمي المقصود منه الحصول على شهادة ماجستير او دكتوراه ، ان الدراسات العليا هي اكثر مراحل التعليم صعوبة ؛ لما تحتاج اليه من اتمام الأعمال البحثية وصولاً الى المناقشة.

يظن البعض ان مجالات الدراسة في الابحاث الاكاديمية هي التخصص العلمي للبحث مثل التخصص في العلوم التربوية او الاكاديمية ، ولكن معنى مجالات الدراسة في البحث العلمي هو “محددات البحث”. يحتاج الباحث الاكاديمي الى كتابة او صياغة مشكلة الدراسة، ومن الاجزاء العلمية مطلوب كتابتها اثناء صياغة مشكلة البحث ما يعرف بمجالات الدراسة.

يجب على الباحث العلمي ان يكون على دراية كبيرة بموضوع دراسته و الاطارات المحددة له ؛ ليعرف ابعاد المشكلة ويعمل على حلها بتقديم حلول ونتائج واقعية ، صادقة ، وذات اهمية كبيرة لمجتمع الدراسة والمشاركين بها. لكل بحث علمي مشكلة او موضوع دراسة ، ولكل موضوع حدود مكانية، و اخرى زمانية ، واجتماعية ميدانية.

قبل العمل على “مشكلة البحث” على الباحث العلمي ان يحدد دراسته ، والوقوف على ابعاد المشكلة وتأثيرها وما يؤثر فيها، ينتج عن حدود او مجالات الدراسة معرفة صادقة بالمتغيرات ، وتحديد وسيلة او اداة لجمع البيانات والعمل على تحليلها في ما بعد.
المجال الزمني:

تم تنفيذ الدراسة حسب الجدول التالي:

- اتفاق مع المشرف على عنوان المذكرة.

- تنفيذ الجانب النظري.

- تنفيذ الجانب التطبيقي.

3- أدوات البحث: من أجل تجسيد هذه الدراسة ميدانيا وجب علينا استخدام الأدوات التالية :

- **المصادر والمراجع :** تمت عملية سرد المعطيات و المعارف النظرية المرتبطة

بالموضوع و التي تتماشى و أهداف البحث للوصول إلى الصيغة العلمية تخدم العمل , و

كذلك لإيجاد توضيحات للأمور الغامضة و من خلال الإستناد على المراجع العلمية باللغة

العربية و اللغات الأجنبية من كتب و مجلات و معاجم و كذلك مواقع من الانترنت.

- مذكرات ، مجلات.

- جرائد رسمية ، ونصوص منشورة ، التي يدور محتواها حول علاقة التصنيفات الطبية و الألعاب الرياضية للمعاقين.
- المقابلات الشخصية.

4- متغيرات البحث :

- المتغير المستقل :

هو المتغير التجريبي، المتغير المراد معرفة تأثيره على الظاهرة و بهذا تعتبر التصنيفات هي المتغير المستقل لهذه الدراسة.

- المتغير التابع :

هو المتغير الناتج من تأثير المتغير التجريبي أي من البرنامج المنفذ

عرض و تحليل الألعاب الرياضية لجميع الإعاقات (العقلية . الحركية . البصرية) :

الرياضة الممارسة	درجتها	نوع الإعاقة
كرة القدم ألعاب القوى السباحة تنس الطاولة ركوب القوارب الشراعية	الشلل العقلي الشلل الدماغي إعاقة ذهنية إعاقة ذهنية الشلل الدماغي	الإعاقة العقلية
كرة السلة ألعاب القوى البوشيا (او البولنغ) الفروسية رفع الأثقال السباحة تنس الطاولة كرة الطائرة المبارزة على كرسي متحرك	شلل نصفي , بتر في الأطراف السفلية , شلل الأطفال. شلل سفلي , شلل رباعي , البتير. شلل دماغي , ضمور العضلات. بتير في الأطراف شلل حركي أو دماغي , بتر في أحد الأطراف السفلية. كرسي متحرك , بتر في الأطراف. بتير في الأطراف السفلية	الإعاقة الحركية

تنس كرسي متحرك الرماية التجديف ركوب القوارب الشراعية	اصابة في الحبل الشوكي وبتر في الاطراف السفلية والشلل. إعاقة في ثلاثة أطراف أو أكثر. شلل في الأطراف العلوية. شلل الأطراف السفلية. البتير أو الشلل الدماغي.	
		الإعاقة السمعية
كرة القدم للمكفوفين ألعاب القوى كرة الهدف أو الجرس الجودو السباحة ركوب القوارب الشراعية	ضرر بشكل كامل أو شبه كامل ضعيف البصر ضعيف البصر و قصور في النظر ضعف البصر ضعف اليصر ضعف البصر	الإعاقة البصرية

جدول رقم 01 يمثل أنواع الإعاقات و درجاتها و الرياضات الممارسة فيها

نلاحظ من خلال الجدول الذي يبين لنا أنه مهما اختلفت الإعاقات و تنوعت فإنه يوجد تشابه في بعض الرياضات الممارسة كألعاب القوى و السباحة و ركوب القوارب الشراعية.

عرض و تحليل الألعاب الرياضية للإعاقة البصرية :

الرياضة الممارسة	درجاتها	نوع الإعاقة
كرة القدم للمكفوفين ألعاب القوى كرة الهدف أو الجرس الجودو السباحة ركوب القوارب الشراعية	ضرر بشكل كامل أو شبه كامل ضعيف البصر ضعيف البصر و قصور في النظر ضعف البصر ضعف اليصر ضعف البصر	الإعاقة البصرية

جدول رقم 05 يمثل الإعاقة البصرية و درجاتها و الرياضة الممارسة فيها

نلاحظ من خلال الجدول المبين أنه أصحاب ضعاف البصر هم الأكثر مشاركة في الألعاب الرياضية من أصحاب الإعاقة البصرية.

عرض و تحليل الألعاب الرياضية للإعاقة الحركية :

الرياضة الممارسة	درجاتها	نوع الإعاقة
كرة السلة ألعاب القوى البوشيا (او البولنغ) الفروسية رفع الأثقال السباحة تنس الطاولة كرة الطائرة المبارزة على كرسي متحرك تنس كرسي متحرك الرماية التجديف ركوب القوارب الشراعية	شلل نصفي , بتر في الأطراف السفلية , شلل الأطفال. شلل سفلي , شلل رباعي , البتر. شلل دماغي , ضمور العضلات. بتر في الأطراف شلل حركي أو دماغي , بتر في أحد الأطراف السفلية. كرسي متحرك , بتر في الأطراف. بتر في الأطراف السفلية إصابة في الحبل الشوكي وبتر في الاطراف السفلية والشلل. إعاقة في ثلاثة أطراف أو أكثر. شلل في الأطراف العلوية. شلل الأطراف السفلية. البتر أو الشلل الدماغي.	الإعاقة الحركية

جدول رقم 03 يمثل الإعاقة الحركية و درجاتها و الرياضة الممارسة فيها

نلاحظ من خلال الجدول أنه أصحاب الشلل (دماغي , سفلي , رباعي , نصفي) مع أصحاب البتر هم الأكثر مشاركة من غيرهم في الألعاب البارالمبية.

عرض و تحليل الألعاب الرياضية للإعاقة العقلية :

الرياضة الممارسة	درجاتها	نوع الإعاقة
كرة القدم ألعاب القوى السباحة تنس الطاولة ركوب القوارب الشراعية	الشلل العقلي الشلل الدماغي إعاقة ذهنية إعاقة ذهنية الشلل الدماغي	الإعاقة العقلية

جدول رقم 04 يمثل الإعاقة العقلية و درجاتها و الرياضة الممارسة فيها

نلاحظ من خلال الجدول أن أصحاب الإعاقة العقلية ليس لديهم رياضات كثيرة يشاركون بها في الألعاب البارالمبية.

استنتاج :

نستنتج من خلال هذه الجداول أن الإعاقة الحركية هي الأكثر إعاقات التي لديها مشاركة في الألعاب البارالمبية من غيرها من مختلف الإعاقات في مختلف الرياضات كما أن الإعاقة العقلية هي الإعاقة التي لديها رياضات أقل

ملاحظة :

يعتبر أصحاب الإعاقة السمعية هم الوحيدون الغير مشاركون في الألعاب البارالمبية نظرا لعدم تواجد رياضة مناسبة لهم.

صعوبات الدراسة :

قلت الدراسات المشابهة التي تتناول موضوع تحديد العلاقة بين الإعاقة و مزاوله الألعاب الرياضية أو بالأحرى عدم وجودها حيث في حدود امكانية الطالب و ما استطاع الوصول اليه.

خلاصة :

قمنا في هذا الفصل بعرض مختلف الإجراءات التي اتبعناها لإتمام هذه الدراسة الميدانية و تعتبر هذه الإجراءات ضرورية في كل دراسة لأنه من دونها لا يمكن التوصل إلى الإجابة على التساؤل العام و التساؤلات الفرعية فهي تمثل الاستراتيجية التي تسير على ضوئها كل عملية من عمليات الدراسة.

الخاتمة:

وختاماً يمكن أن نخلص إلى القول بأن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة ، تجد في ممارسة النشاط البدني والرياضي التنافسي متنفساً يحمل في طياته الحلول الناجعة في حل المشاكل والصعوبات التي قد تواجههم وخاصة في مجتمع قد لا يوفر له كل إمكانيات النجاح والتأقلم ، فالرياضة باختلاف أنواعها هي وسيلة هامة في تحسين الفرد المعاق من جميع النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية والفكرية سواء كان في النوادي أو حتى في المؤسسات والمراكز المتخصصة.

فالنشاط البدني والرياضي التنافسي له أهمية البالغة في حياة هذه الفئة الخاصة في المجتمع من خلال الترويح على النفس وملئ الفراغ الذي يعيشه. وتكاد أن تكون الأنشطة الرياضية بمثابة المنقذ لهذه الفئة ومن خلال تقدمه وتلقنه للفرد المعاق من صفات حميدة في حياته كالتسامح والتعامل بأخلاق عالية مع الآخرين وعدم احتقار الذات أو الغير الامان بما يمكن أن يقدمه من عمل يقدره المجتمع المحيط ، بذلك يكون جزء من المجتمع المدني.

قائمة المصادر و المراجع

قائمة المصادر و المراجع :

- 1 - بدر الدين , كمال عبده , رعاية المعاقين سمعيا و حركيا , المكتب الجامعي الحديث , الاسكندرية , 2001.
- 2 - ماجد السيد عبيد , الإعاقة العقلية , دار الصفاء للنشر و التوزيع , عمان , 2000.

- 3 - صالح عبد الله الزغبى , سلمان العوامة أحمد , التربية الرياضية للحالات الخاصة , دار الصفاء للطباعة , عمان , 2000.
- 4 - محمد الفاتح المغربي , مناهج البحث العلمي.
- 5 - منصف المرزوقي , قراءات في التربية الخاصة , 1982.
- 6 - مروان إبراهيم عبد المجيد , الألعاب الرياضية للمعوقين , دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع , عمان , 1997.
- 7 - محمد رمضان القذافي , سيكولوجية الإعاقات , منشورات جامعية مفتوحة , طرابلس , 1994.
- 8 - محمد رمضان القذافي , رعاية المتخلفين ذهنيا , المكتب الجامعي الحديث , الاسكندرية , 1990.
- 9 - فاروق الروسان , سيكولوجية الأطفال الغير عاديين , دار الفكر للطباعة و النشر , عمان , 1998.
- 10 - مدحت محمد أبو النصر :الإعاقة الجسمية : المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية , القاهرة , مجموعة النيل العربية , 2005.
- 11 - نادر فهمي الزيود , تعليم الأطفال المتخلفين عقليا , ط 3 , دار الطباعة للفكر و التوزيع , الأردن , عمان , 1995.
- 12 - سمية طه جميل , التخلف العقلي استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية , القاهرة , مكتبة الأنجلو , 1998.
- 13 - سعدي حبيب المعاقون والمجتمع في الشريعة الإسلامية , مقالات علمية منشورة في أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة , 2007.
- 14 - عبد المطلب أمين القرطبي سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم , القاهرة دار الفكر العربي 1996.

- 15 - كريستين مايلز، التربية المختصة دليل لتعليم الأطفال المعوقين ذهنيا ، ترجمة عفيفي الرزاز وآخرون ، الأردن ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع 1994.
- 16 - حسين مصطفى عبد المعطي ، الإعاقة الجسمية ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة ، 2005.
- 17 - ماهر أبو المعاطي علي :الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق ، 2005.
- 18 - رشاد علي عبد العزيز موسى :علم نفس الإعاقة ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2002.
- 19 - مريم إبراهيم حنا وآخرون :الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة ، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي ، 2000.
- 20 - زينب محمود شقير :نداء من الابن المعاق القاهرة، كلية التربية، جامعة طنطا ، 2004.
- 21 - نظيمة احمد محمود سرحان :منهاج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين القاهرة، دار الفكر العربي ، 2006.
- 22 - ايهاب البيلاوي ، قلق الكفيف تشخيصه و علاجه ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة ، مصر ، 2001.
- 23 - تيسير مفلح كوافحة ، عمر فواز عبد العزيز ، مقدمة في التربية الخاصة ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، ط 4 ، 2010.
- 24 - سعيد عبد العزيز ، ارشاد ذي الاحتياجات الخاصة ، دار العلم و الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2005.
- 25 - قحطان أحمد الظاهر ، مدخل إلى التربية الخاصة ، دار وائل للنشر و التوزيع ، ط 2 ، الأردن ، 2008.

- 26 - يوسف القريوتي و آخرون , المدخل إلى التربية الخاصة , دار القلم للنشر و التوزيع , دبي , 2001.
- 27 - جمال الخطيب , مقدمة في الإعاقة السمعية , دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع , عمان , 2005.
- 28 - حسني العزة سعيد ، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1, الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع ، عمان ، 2002.
- 29 - عزيز إبراهيم مجدي ، مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة ، مكتبة الانجلو مصرية ، القاهرة ، 2002 .
- 30 - عمر التومي الشباني، الرعاية الثقافية للمعاقين، الدار العربية للكتاب، تونس، 1989.

31 Frances P. Connor , enfants exceptionnels , dans
l'encyclopédie de l'éducation vol 03, the Mcmillian company , the
free press, 1979

32encyclopédique, la grande Larousse : 1977 page 154

مواقع الانترنت :

<http://www.thearc.org> – Introduction to the mental)

1(Retardation

2 <http://www.khotwa.org/?p=815>

3 <https://kenanaonline.com/users/FAD/posts/143013>

4 <http://rotana.net/15->

[%D9%85%D8%B9%D9%84%D9%88%D9%85%D8%A9-](#)

[%D9%84%D8%A7-](#)

[%D8%AA%D8%B9%D8%B1%D9%81%D9%87%D8%A7-](#)

[%D8%B9%D9%86-](#)

[%D8%A7%D9%84%D8%A3%D9%84%D8%B9%D8%A7%D8%A](#)

[8-](#)

[%D8%A7%D9%84%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D9%8](#)

[4%D9%85%D8%A8/](#)

(<https://www.tomohnanetvbtomohna11137>)5

الاستبيان لذوي الاحتياجات الخاصة

العلاقة بين الإعاقة و ممارسة الألعاب الرياضية

بحث مسحي تحليلي حول العلاقة بين الإعاقة و ممارسة الألعاب الرياضية

في إطار انجاز مذكرة ضمن متطلبات لنيل شهادة الليسانس تخصص نشاط بدني مكيف ارجو منكم ملاء هذه الاستمارة مقدمين بذلك يد العون و أعلمكم أن الهدف من هذه الاستمارة هو إثراء و توسيع مجالات البحث العلمي

ملاحظة : ضع علامة X في الخانة المناسبة

تحت إشراف الأستاذ :

- رقيق مداني.

من إعداد الطالب :

- بوحارة محمد سعيد رضا

السنة الجامعية : 2018/2017

1 - ما هو إختصاصك؟

رياضة جماعية رياضة فردية

2 - ماهي الرياضات التي يفضل ذوي الاحتياجات الخاصة ممارستها؟

كرة السلة ألعاب القوى

كرة اليد رفع الأثقال

3 - ما هي درجة إقبال ذوي الاحتياجات الخاصة للأنشطة الرياضية البدنية المكيفة؟

بدرجة كبيرة بدرجة متوسطة

بدرجة ضعيفة

4 - هل تزداد ثقة ذوي الاحتياجات الخاصة بأنفسهم عند أدائهم لمهامهم بنجاح؟

نعم لا

5 - الاهتمام بالمنافسة أم التدريب؟

المنافسة التدريب

6 - حضور الجمهور أو بعض الشخصيات يزيد من التوتر و القلق؟

نعم لا

7 - ما هي الحالة النفسية قبل بدأ المنافسة؟

الهدوء و السكينة قلق و توتر

8 - هل تتطلع لمستوى أفضل على الصعيد الوطني و الدولي؟

نعم لا

9 - هل تتجاوز الخسارة و الإحباط بسهولة؟

نعم لا

10 - هل تزداد الثقة بنفسك عند الفوز و النجاح؟

نعم لا

11 - ما هي الانفعالات التي تحدث لك خلال المنافسة؟

القلق أداء سلبي الإرتباك

12 - هل يوجد تعاون بينك و بين زملاءك في الرياضة الجماعية؟

نعم لا

13 - ما هي عدد ساعات التدريب في الأسبوع؟

أكثر من 5 ساعات

أقل من 5 ساعات

14 - ما هي درجة قوتك البدنية؟

قوية متوسطة ضعيفة

15 - عند ممارستك للتدريبات هل تشعر بتعب شديد؟

نعم لا

16 - عند القيام بتدريبات شاقة هل تأكل جيدا من أجل الاسترجاع؟

نعم لا

17 - هل هناك تدريبات تجد صعوبة في ممارستها؟

نعم لا

18 - هل أنت راضي عن قدراتك البدنية؟

نعم لا

19 - هل لديك الثقة في قوتك البدنية؟

نعم لا