الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس
معهد التربية البدنية والرياضية
قسم النشاط البدني المكيف

بحث مقدم ضمن متطلبات نيـــــــل شهادة الليسانـــــــس

واقع ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة على فئـــة أطفال التوحـــــد من وجهة نظر المربين

دراسة مسحية على مجموعة من المربين على مستوى المراكز البيداغوجية لرعاية ذوي الإحتياجات الخاصة (مازونة، مستغانم، الشلف)

من إعـداد الطالبان:
- شكلام عبد القادر.
- بوقرط عبد النـور.

إشراف :
أ/دحون عومري

السنة الجامعية: 2016 – 2017

إهـــــداء

الحمد لله رب العالمين، و الصلاة و السلام على خاتم الأنبياء و المرسلين، أما بعد:

أهدي هذا العمل :

إلى من ربتني و أنارت دربي و أعانتني بالصلوات و الدعوات ، إلى من غمرتني بحبها و حنانها، إلى ممن جعل الله الجنة تحت أقدامهن، أمي الحبيبة.

إلى من عمل بكد في سبيلي، إلى من ود لو أذل الدنيا كي يعزني، أبي الذي أوصلني بفضل الله إلى ما أنا عليه، و الذي أكن و أدين له بالكثير، شكرا أبي

إلى كل إخوتي و أساتذة و إطارات و عمال المعهد عامة، و إلى أستاذنا المحترم المؤطر دحون عومري.

إلى رفقاء الدرب في كل مكان، و خاصة الأحبة، و أخص بالذكر بن دربال الطيب، القبايلي محمد الأمين، القبايلي سيد علي، شكلام بوعبد الله، مزاري عمار.

شكلام عبد القادر.

إهـــــداء

الحمد لله رب العالمين، و الصلاة و السلام على خاتم الأنبياء و المرسلين، أما بعد، أهدي هذا العمل :

إلى كل فكر يسبح الله .....سبحانه و تعالى.....و يجد محرابا في محراب عصمته، أهدي عصارة جهدي إلى النور الساطع الذي يبني حياتي، رمز الحب و العطاء، إلى من دفعني و علمني معنى الصبر و إلى أغلى ما أملك، إلى من تعب و كد و جد من اجل نجاحي، إلى من يحمل إلى جواري تلك المشاعر الدافئة و الذي يواجهني بصمته، إليك أبي أطال الله في عمرك.

إلى رافقتني بدعائها منذ أن فتحت عيني على الدنيا و علمتني كيف أسعد و ابني الحواجز أمام رياح الفشل، إليك يا أعز و أغلى أم، أمي الحبيبة أطال الله في عمرها.

إلى كل إخوتي و أساتذة و إطارات و عمال المعهد عامة، و إلى أستاذنا المحترم المؤطر دحون عومري.

إلى من نسيهم قلمي و لم ينساهم قلبي.

بوقرط عبد النور

شكر و تقدير

بسم الله الرحمان الرحيم

ربي أوزعني أن اشكر نعمتك التي أنعمت بها علي و على والدي، و ان اعمل صالحا ترضاه و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين.

نحمد الله و نشكره الذي هدانا لهذا و علمنا ما لم نعلم، و نصلي و نسلم على صفوة خلقه، عملا بقوله صل الله عليه و سلم: " من لم يشكر الناس، لم يشكر الله".

يسرنا أن نتقدم بأسمى عبارات الثناء و العرفان لكل من مد لنا يد العون و المساعدة في إنجاز هذا العمل و إنجاحه، سواءا من قريب أو من بعيد ، إلى كل من كان لنا خير موجه و مؤطر ، أستاذنا المحترم دحون عومري ، حفظه الله و أعلى مراتبه.

أخيرا تحية طيبة بين ثناياها الشكر و العرفان إلى كل أساتذة و إطارات و عمال معهد التربية البدنية و الرياضية لجامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم.

شكلام عبد القادر
بوقرط عبد النور

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	بيانات تحديد جنس المربين	45
02	بيانات المستوى الدراسي لعينة المربين	46
03	بيانات سنوات الخبرة المهنية للمربين	47
04	إهتمام المربين بالنشاط البدني المكيف بمراكز رعاية أطفال التوحد	48
05	طبيعة الأنشطة الممارسة على مستوى المراكز	49
06	إقرار حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة خاصة بأطفال التوحد	50
07	التأثير الإيجابي لحصة التربية البدنية و الرياضية المكيفة على أطفال التوحد	51
08	انطباع المربين فيما يخص إدراج حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة	52
09	عدد حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة أسبوعيا	53
10	مدى تجاوب أطفال التوحد مع حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة	54
11	تعلق بالبرنامج المتبع مع أطفال التوحد من الناحية الرسمية القانونية	55
12	دور الأنشطة البدنية و الرياضية في التقليل من إضطرابات التوحد	56
13	حالة الطفل المتوحد قبل إجراء حصة الأنشطة البدنية و الرياضية	57
14	ضرورة ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة من قبل الأطفال	58
15	تكوين المربين في مجال النشاط البدني المكيف	59
16	إجراء المربين للتربصات و الدورات التكوينية	60
17	فعالية الدورات التكوينية في إعداد المربين معرفيا و إشرافيا	61
18	ضرورة إشراف الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف على الأنشطة	62
19	ضرورة توفير الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف	63
20	دور الخبرة المهنية في عملية الإشراف على حصة النشاط البدني المكيف	64
21	الجوانب الممكن تطويرها في طفل التوحد	65
22	توفر المراكز على الأمكنة الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف	66
23	توفر الفضاءات الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف	67
24	مراعاة شروط الأمن و السلامة على مستوى الفضاءات الرياضية	68
25	توفر الوسائل البيداغوجية لإجراء حصة النشاط البدني المكيف	69
26	مدى كفاية الوسائل البيداغوجية و متطلبات النشاط البدني المكيف	70
27	التأثير السلبي على النشاط البدني المكيف جراء نقص الوسائل البيداغوجية	71
28	الدعم المادي للنشاط البدني المكيف على مستوى المراكز	72

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	بيانات تحديد جنس المربين	45
02	بيانات المستوى الدراسي لعينة المربين	46
03	بيانات سنوات الخبرة المهنية للمربين	47
04	إهتمام المربين بالنشاط البدني المكيف بمراكز رعاية أطفال التوحد	48
05	طبيعة الأنشطة الممارسة على مستوى المراكز	49
06	إقرار حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة خاصة بأطفال التوحد	50
07	التأثير الإيجابي لحصة التربية البدنية و الرياضية المكيفة على أطفال التوحد	51
08	انطباع المربين فيما يخص إدراج حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة	52
09	عدد حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة أسبوعيا	53
10	مدى تجاوب أطفال التوحد مع حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة	54
11	تعلق بالبرنامج المتبع مع أطفال التوحد من الناحية الرسمية القانونية	55
12	دور الأنشطة البدنية و الرياضية في التقليل من إضطرابات التوحد	56
13	حالة الطفل المتوحد قبل إجراء حصة الأنشطة البدنية و الرياضية	57
14	ضرورة ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة من قبل الأطفال	58
15	تكوين المربين في مجال النشاط البدني المكيف	59
16	إجراء المربين للتربصات و الدورات التكوينية	60
17	فعالية الدورات التكوينية في إعداد المربين معرفيا و إشرافيا	61
18	ضرورة إشراف الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف على الأنشطة	62
19	ضرورة توفير الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف	63
20	دور الخبرة المهنية في عملية الإشراف على حصة النشاط البدني المكيف	64
21	الجوانب الممكن تطويرها في طفل التوحد	65
22	توفر المراكز على الأمكنة الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف	66
23	توفر الفضاءات الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف	67
24	مراعاة شروط الأمن و السلامة على مستوى الفضاءات الرياضية	68
25	توفر الوسائل البيداغوجية لإجراء حصة النشاط البدني المكيف	69
26	مدى كفاية الوسائل البيداغوجية و متطلبات النشاط البدني المكيف	70
27	التأثير السلبي على النشاط البدني المكيف جراء نقص الوسائل البيداغوجية	71
28	الدعم المادي للنشاط البدني المكيف على مستوى المراكز	72

قائمة المحتويات

إهداء ..... **ج**

شكر و تقدير ..... **د**

قائمة الجداول ..... **ط**

قائمة الأشكال ..... **ي**

التعريف بالبحث

مقدمة **2**

1- **إشكالية البحث** **3**

2- **أهمية البحث** **4**

3- **فرضيات البحث** **4**

4- **مصطلحات البحث** **5**

5- **الدراسات السابقة و المشابهة** **6**

الباب الأول: الباب النظري

الفصل الأول: التوحد، مفهومه، أعراضه، طرق علاجه

تمهيد **12**

1-1- مفاهيم حول مرض التوحد (Autism) **13**

1-2- نبذة تاريخية حول مرض التوحد **14**

1-3- خصائص و تشخيص مرض التوحد و أعراضه **15**

1-3-1- خصائص مرض طيف التوحد، التشخيص **15**

1-3-2- أعراض مرض طيف التوحد على الطفل **17**

1-4- العوامل المسببة لمرض التوحد **18**

1-4-1- الأسباب الفيسيولوجية (العضوية) **18**

1-4-2- الأسباب البيوكيميائية **19**

1-4-3- الأسباب الإجتماعية **19**

1-4-4- أسباب نفسية **19**

1-4-5- أسباب إدراكية و عقلية **19**

1-5- إمكانية علاج إعاقة التوحد **19**

1-5-1- التدخل العلاجي **19**

1-5-2- التدخل التربوي 21
خلاصة الفصل 22

الفصل الثاني: النشاط البدني و الرياضي المكيف

تمهيد 24
2-1- مفاهيم حول النشاط البدني الرياضي المكيف 25
2-2- مراحل تطور النشاط البدني الرياضي المكيف، و رياضة المعاقين في الجزائر 26
2-3- برامج الأنشطة الحركية المكيفة و مبادئ تدريسها 27
2-4- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف 28
2-4-1. حركيا 29
2-4-2. إجتماعيا 29
2-4-3. نفسيا 29
2-4-4. تربويا 30
2-5- أهداف الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة 31
2-6- خطوات تأهيل المعوق رياضيا 32
2-7- تصنيف الرياضة للمعاقين 33
2-8- جمعيات الأطفال التوحديين بالجزائر 34
خلاصة الفصل 35

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول: منهجية البحث و إجراءاته الميدانية

تمهيد 38
1-1- منهج البحث 39
1-2- مجتمع البحث 39
1-3- عينة البحث 39
1-4- أدوات البحث 39
1-4-1- الإستبيان 39
1-4-2- تحديد خصائص الإستبيان 39
1-4-3- الأسس العلمية للإستبيان 40
1-5- مجالات البحث 40
1-5-1. المجال المكاني 40
1-5-2. المجال الزماني 40

1-5-3. المجال البشري **41**
1-6- الأسس العلمية للأداة **41**
1-6-1. الصدق **41**
1-6-2. الموضوعية **41**
1-6-3. الوسائل الإحصائية **41**
خلاصة الفصل **42**

الفصل الثاني: عرض و تحليل النتائج

تمهيد **44**
2-1- عرض و تحليل النتائج **47**
2-2- الإستنتاجات **73**
2-3- مناقشة الفرضيات على ضوء للنتائج **73**
2-4- التوصيات و الإقتراحات **76**
الخلاصة **77**
المصادر و المراجع **79**
الملاحق

ملخص البحث

كان عنوان البحث **هو واقع ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة على فئة أطفال التوحـــــــد من وجهة نظر المربين،** تهدف هذه الدراسة إلى إبراز أهمية الأنشطة البدنية و الرياضية على مستوى المراكز البيداغوجية لرعاية المعوقين خصوصا أطفال التوحد، و البحث في واقعها و أسس تسييرها.

اقترح الطالبان الباحثان فرضية عامة و ثلاث فرضيات جزئية لهذا البحث تمثلت في:

- واقع ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة على مستوى المراكز البيداغوجية لرعاية أطفال التوحد، واقع مقبول إلى حد ما و يحتاج إلى تنظيم أكثر.
- **الفرضيات الجزئية:**

- هناك إهتمام من طرف المربين المشرفين على حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لرعاية أطفال التوحد.
- لا يتلقى المربين المشرفين على الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة تكوينات و تربصات مؤطرة خاصة في هذا المجال.
- الوضعية الحالية لمراكز رعاية أطفال التوحد من حيث الهياكل و الوسائل و الفضاءات لا ترقى لتحقيق الأهداف.

تمثلت عينة البحث في 53 مربي بالمراكز البيداغوجية في كل من مازونة ، الشلف و مستغانم، و كأداة إحصائية لجمع المعلومات إستعملنا الإستبيان.

استنتجنا من خلال تحليل النتائج المتحصل عليها أن عموما يبقى النشاط البدني المكيف من أنجع الطرق في تطوير مهارات أطفال التوحد و مساعدتهم على تجاوز تأخرهم، إلا أن هناك حالات مستعصية تحتاج إلى برنامج دوائي خاص لمعالجتها.

و في الأخير نرى أن النشاط البدني المكيف مجال جد هام و فعال خصوصا في موضوع تحسين الأداء الحركي و البدني و حتى النفسي و الإجتماعي لطفل التوحد، مما يتوجب توفير المختصين المشرفين عليهم و إمدادهم بالتجهيزات اللازمة و المتطورة في سبيل إنجاح رسالتهم الإنسانية.

- **الكلمات المفتاحية:** الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة، التوحد.

Résumé

Au niveau de cette propre étude qui prise en compte et comme titre de ce projet le **la situation de pratique des activités physiques et sportives adaptées pour la prise en charge les enfants autistes, de point de vue des moniteurs.** Cette étude vise à exposer l'importance des activités physiques et sportives au niveau des centres pédagogiques des soins des personnes handicapées, en particulier les enfants autistes, la recherche sur la réalité et les bases de sa gestion.

Nous avons proposé une hypothèse générale : «la situation d'activité physique et sportive adaptée est acceptable mais elle a besoin de beaucoup plus d'évaluation au sein des centres pédagogiques des handicapes », et trois hypothèses partielles pour réponde sur les questions de problématique, et qui sont comme suit :

Les hypothèses partielles

1. Les moniteurs donnent de l'importance vis-à-vis des séances de l'activité physique et sportive adaptée pour entretenir les enfants autistes.
2. Les moniteurs de l'activité physique et sportive adaptée ne partent plus ni en formation ni en stage spécifiquement dans ce domaine.
3. La situation actuelle des centres de soins des enfants autistes ne permet pas de réaliser les objectifs concernant les équipements, les outils et les espaces.

Nous prenons pour notre étude pratique et statistique, un échantillon de 53 moniteurs au niveau des centres pédagogiques de Mazouna, Chlef et Mostaganem de. Ainsi nous avons procédés et réalisés un questionnaire pour couvrir tous les frontières de cette étude.

Finalement, nous avons conclus après l'analyse des résultats que l'activité physique adaptée est un domaine très important et efficace en particulier pour l' amélioration du fonctionnement physique et même psychosociologique de l'enfant autiste. Il est indispensable de préparer des spécialistes moniteurs ainsi les fournir des équipements nécessaire pour réussir leur travail noble et humanitaire.

Mots clés : Activités Physiques et Sportives Adaptées, Autisme.

التعريف بالبحث

مقدمة:

من أول خطوة التي تم إختيار فيها موضوع بحثنا و المتمثل في واقع **ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة على فئة أطفال التوحد من وجهة نظر المربين،** و التي تحتم علينا الإحتكاك و دق أبواب المراكز البيداغوجية لرعاية المعاقين، تبادر إلى ذهننا رسالة أمل و عزم على البحث في الموضوع بكل جدية، كوننا نتعامل مع فئة تحاكي إنسانية كل شخص طبيعي سوي.

و نظرا لكون هناك مجموعة من الدراسات العلمية التي أثبتت دور و أهمية النشاط البدني المكيف في التأثير الإيجابي على أطفال التوحد كدراسة **قوراري بن علي و تقيق جمال (2016)**، و دراسة **سعيد محمد علي آل حمدان (2004)** التي بينت دور أهمية ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة على صحة أطفال التوحد، حيث جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على واقع ممارسة الأنشطة البنية المكيفة في مراكز رعاية أطفال التوحد.

و عليه قام الطالبان الباحثان بتقسيم الدراسة على النحو التالي: **الباب النظري** : يحتوي على فصلين، **الفصل الأول** تم التطرق فيه إلى ماهية التوحد، مفهومه، أسبابه، أعراضه، و سبل العلاج منه، و **الفصل الثاني** تكلمنا فيه عن النشاط البدني المكيف، مفهومه، مبادئه، أهميته، أسسه، و ما مدى أهميته بالنسبة لمعالجة مرض التوحد.

الباب التطبيقي: و هو بدوره احتوى على فصلين: **الفصل الأول** و تم فيه تحديد منهج البحث و عينته، و أدواته الإحصائية و الدراسة الإستطلاعية التي قام بها الطالبان الباحثان في بحثهم. أما **الفصل الثاني** فقد خصص لعرض النتائج المتحصل عليها من الدراسة الإستطلاعية ، و مناقشة و تحليل البيانات و ما مدى توافقها و الفرضيات المقترحة لحل أسئلة مشكلة البحث التي تقيدنا بمعالجتها ضمن الموضوع محل الدراسة.

1- مشكلة البحث:

تجدر الإشارة إلى أن الجزائر على غرار الدول التي التزمت بتوفير الصحة و التعليم كحق يكفله الدستور، جهزت و سخرت عدة آليات و إمكانيات من أجل معالجة أطفال التوحد، كمركز فرانس فانون بالبليدة المتخصص في الأمراض النفسية و العصبية للأطفال **PEDO PSYCIATRE** ، في هذه الدراسة سنقوم بالبحث عن واقع هذه المراكز في معالجة التوحد ، و خصوصا التركيز على الجانب الرياضي كجانب من العلاج المعنوي للمرض محل الدراسة، و منه فقد يتبادر لأذهاننا التساؤلات التالية و التي نحن مجبرون للإجابة عنها من خلال بحثنا، ومن خلال هذه النقائص تم طرح التساؤل العام بالشكل الآتي:

- **ماهو واقع ممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة على فئة أطفال التوحد؟**

من خلال التساؤل العام، تفرعت تساؤلات جزئية تمثلت في:

- **هل هناك إهتمام من طرف المربين المشرفين على حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لرعاية أطفال التوحد؟**
- **هل يتلقى المربين المشرفين على الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لتكوينات و تربصات مؤطرة خاصة في هذا المجال؟**
- **هل الوضعية الحالية لمراكز رعاية أطفال التوحد من حيث الهياكل و الوسائل و الفضاءات ملائمة لتحقيق أهداف الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لهذه الفئة؟**

2- أهمية البحث:

لهذه الدراسة أهمية و أهداف سامية إنسانية تتجلى في إبراز أهمية النشاط الرياضي المكيف كعلاج طبيعي لأطفال التوحد، كما انه يهتم بتسليط الضوء على واقع ممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة على فئة أطفال التوحد، و بناءا عليه فمن الضرورة التحقق من فاعلية استخدام المهارات الاجتماعية عن طريق النشاط الرياضي المكيف في تسهيل و زيادة التفاعل الاجتماعي و في تدريب الأطفال ذوي التوحد.

تكمن كذلك أهمية الموضوع محل الدراسة في البحث عن كيفية اكتساب الطفل التوحدي لمهارات اجتماعية تواصلية من خلال النشاط الرياضي المكيف.

3- فرضيات البحث:

تمثلت فرضيات هذه الدراسة في مايلي:

- **الفرضية العامة:** تم إقتراح الفرضية العامة للبحث على النحو التالي: "واقع ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة على مستوى المراكز البيداغوجية لرعاية أطفال التوحد، واقع مقبول إلى حد ما و يحتاج إلى تنظيم أكثر".
- **الفرضيات الجزئية:** هناك ثلاث فرضيات جزئية خاصة ببحثنا هذا، و تتمثل في:

- هناك إهتمام من طرف المربين المشرفين على حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لرعاية أطفال التوحد.
- لا يتلقى المربين المشرفين على الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة تكوينات و تربصات مؤطرة خاصة في هذا المجال.
- الوضعية الحالية لمراكز رعاية أطفال التوحد من حيث الهياكل و الوسائل و الفضاءات لا ترقى لتحقيق الأهداف.

4- مصطلحات البحث:

- **النشاط البدني المكيف:**

- **التعريف النظري:** تعريف حلمي إبراهيم ليلى السيد فرحات : "يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدتها ,ويتم ذلك وفقا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم". **(حلمي إبراهيم و ليلى السيد فرحات، 1998، صفحة 76)**

- **التعريف الإجرائي:** النشاط البدني المكيف هو عبارة عن "مجموعة من التمارين المقدمة لأطفال التوحد من طرف المربين تتلاءم مع قدراتهم قصد تحسين أدائهم".

- **مرض التوحد:**

- **التعريف النظري:** "تعود كلمة التوحد إلى الكلمة اليونانية (Autos) التي تعني النفس ، و قد استخدم بلولور كلمة توحد طفولي لوصف اضطرابات محددة يعانيها المصابون بالشيزوفرينيا تتعلق بإنفصالهم عن المحيطين بهم و نظرتهم غير الواقعية إلى الحياة، بهذا المعنى تعرف الأطباء النفسانيون على تعبير التوحد الطفولي". **(وفاء علي الشامي، 2003، الصفحات 25-26)**

- **التعريف الإجرائي:** التوحد هو "مرض لا تعرف لحد الآن أسبابه الحقيقية، يصيب الأطفال منذ سن مبكرة حيث تظهر علاماته ما بين السنة حتى ثلاث سنوات، يتسم الطفل المصاب بطيف التوحد بإنعزاله عن المحيط الذي يعيش فيه، و عدم تقبله للتغير في عاداته كلعبه أو أكله، كما أنه يتصف بكثرة حركته و عدم سلامة نطقه و فهمه للأوامر مما ينظر له في أول الأمر على أنه طفل عنيد".

- **المربين:**

– **التعريف النظري:** يعرف منصور صالح مفهوم المربي فيقول أنه: "هو فرد يعهد إليه بتقديم كل الرعاية والخدمات اللازمة لتنشئة عدد من الأفراد في مرحلة التشكيل والبناء (الطفولة والمراهقة) طوال الأوقات". **(منصور صالح ، 2010، صفحة 13)**

– **التعريف الإجرائي:** و في نظر الطالبان الباحثان يعرف المربي على انه "الشخص الذي تلقى تكوينا أكاديميا في تربية الأطفال و الإشراف على تعديل سلوكهم و تطويره، سواءا كانوا أسوياء، أو غير أسوياء".

5- الدراسات السابقة و المشابهة:

1. **دراسة قام بها الطالبين كمال زيادي و عبد الحكيم زوار** 2015/2014، جامعة زيان عاشور – الجلفة ، في إطار التحضير لنيل شهادة الماستر في علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية، حيث كان:

- **عنوان الدراسة:** "دور التأهيل الرياضي في عملية الإندماج لذوي الإحتياجات الخاصة (دراسة حالة : المصابين بالتوحد 6-21سنة).

- **هدف الدراسة:** الكشف عن الحالة النفسية والضغط لدى الأطفال التوحيدين، و إبراز تأثير التأهيل الرياضي على الصحة العقلية للأطفال المصابين بالتوحد.

- **عينة الدراسة:** 24 مربي على مستوى المركز البيداغوجي لرعاية المعاقين حركيا – الأغواط.

- **المنهج المتبع في الدراسة:** المنهج الوصفي و الذي كانت أداته الإحصائية متمثلة في الإستبيان.

- **الإستنتاج العام للدراسة:** الإتصال الفردي ضروري بالنسبة لنشاطات الرياضية الفردية فهو يساهم بشكل فعال في الرفع من نتائج المصابين بالتوحد ، كما أن التأهيل الرياضي يعتمد على التخصصات حيث وجب إعطاء أهمية أكثر لطريقة إيصال الأفكار

لكل فرد على حدى و درجة إعاقته أو إصابته، كما إن التأهيل الرياضي يساهم بشكل فعال في رفع كفاءة المصابين و يقوي من مردودية العلاج.

2. دراسة أوفقير أحلام و موزعيكة حليم (2015)، جامعة خميس مليانة – شهادة الماستر في علوم و تقنيات التربية البدنية و الرياضية.

- **عنوان الدراسة:** تأثير النشاط الرياضي البدني المكيف على ذوي إضطراب التوحد من الناحية النفسية الحركية.

- **هدف الدراسة:** معرفة الأنشطة المقترحة في رياض الأطفال ومدى اهتمامها بنمو الطفل جسميا وعقليا واجتماعيا وحركيا وانفعاليا ونفسيا، و دراسة هل الأنشطة المقترحة تتماشى مع متطلبات الأطفال المختلفة، كما انه تم التطرق إلى مدى إمكانيات المربيات في تسخير الأنشطة المختلفة الكفيلة لضمان نمو متكامل ذو أبعاد نفسية حركية.

- **عينة البحث:** تم اختيار **65** شخص (مربين، أطباء، مسئولين) من روضات أطفال بطريقة تلقائية وعفوية ، وقد شملت ثماني روضات تابعة لمختلف القطاعات وزارة الداخلية، وزارة الدفاع الوطني، قطاع الخدمات الاجتماعية، الشركات القطاع الخاص).

- **نتائج الدراسة:** هناك بعض المشاكل التي يعاني منها طفل التوحد لا يمكن للنشاط للنشاط البدني الرياضي المكيف معالجتها كإدراكه للمحيط و قبول التغيير علاوة على ذلك هناك مشكلة لإدراك المفاهيم الزمانية وتقدير المسافات معا، فلا يحصل هذا الإدراك إلا في حالات جد نادرة أو عند الإصرار والإلحاح عليه بصورة تك الرؤية وإتباع برنامج خاص بطفل التوحد من طرف أخصائيين في النشاط البدني الرياضي، كما أن طفل التوحد غير قادر على إنتاج اللعب بأنفسهم لهذا من المناسب تشجيعهم على ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية المكيفة والمناسبة لهم ضمن قدراتهم و مهاراتهم السلوكية.

3. دراسة روبرت كوجل ووليم (1993) Robert Kogel & William :

- **عنوان الدراسة:** علاج السلوك الاجتماعي للتوحديين من خلال تعديل المهارات الاجتماعية.

- **هدف الدراسة:** دراسة كيفية اكتساب طفل التوحد للسلوكيات الاجتماعية التواصلية Social Communicative Behaviors والتعميم عبر سلوكيات اجتماعية أخري .

- **عينة الدراسة:** تكونت من طفلين توحديين أعمارهم 13 سنة، 16 سنة. وقد تم رصد عينات من سلوك هذين الفردين في مواقف مختلفة حيث تم تسجيل عينات من اللغة خلال المحادثة وتعبيرات الوجه المرتبطة بالانفعالات والعاطفة، والسلوك غير اللفظي، والمثابرة؛ للاستمرار في موضوع محدد ، وشدة ونغمة الصوت، بالإضافة إلى ملاحظة التواصل البصري لدي فردي العينة .

- **أدوات الدراسة :** استخدمت الدراسة فنية إدارة الذات Self-Management لتمكين المفحوصين من تمييز نماذج السلوك المناسبة من تلك غير المناسبة.

- **المنهج المتبع:** المنهج الوصفي و الذي كانت أداته الإحصائية متمثلة في الإستبيان.

- **نتائج الدراسة:** أوضحت أن السلوكيات الاجتماعية المراد علاجها لدي المفحوصين قد تحسنت بسرعة كما كان هناك تأثير لهذا التحسن على سلوكيات اجتماعية أخرى لم يتم تحديدها، وقد صاحب هذا التحسن زيادة في التقديرات الذاتية فيما يتصل بالتفاعل الاجتماعي المناسب.

4. دراسة أوبين ستاهمر (1994) Aubyn Stahmer :

- **عنوان الدراسة:** فاعلية استخدام مهارات اللعب الرمزي لدي الأطفال التوحديين بواسطة التدريب الرجعي

- **هدف الدراسة:** التغلب على القصور في مهارات اللعب الرمزي Symbolic play لدي الأطفال التوحديين.

- **عينة الدراسة:** تكونت من 17 طفل توحدي ، وتتراوح أعمارهم بين 4 – 7 سنوات .

- **أدوات الدراسة** : استخدمت الدراسة أسلوب الملاحظة في جمع المعلومات، والتسجيل لسلوك الطفل قبل وأثناء وبعد التدريب على مهارات اللعب الرمزي، بالإضافة إلى مقابلة القائمين على رعاية الطفل من المعلمين.

- **منهج الدراسة:** المنهج التجريبي ، برنامج تدريبي بالرمز ، و اعتمد على الملاحظة في جمع البيانات.

- **نتائج الدراسة:** أظهرت تحسنا نسبيا في مهارات اللعب الرمزي لدي الأطفال، وفي التواصل مع أطفال العينة أثناء المشاركة في مواقف اللعب التي تعتمد على استخدام الرمز، كما أشارت إلى أهمية التدريب على مهارات اللعب الرمزي، وصعوبة التدريب على هذه المهارات، واستغراقها وقتاً طويلاً في التدريب.

- **التعليق على الدراسات السابقة:**

كل من الدراسات السابقة و بحثنا تهتم بمعالجة موضوع اضطراب التوحد لدى الأطفال، و كلها تعالج واقع النشاط البدني المكيف و تحسين أداء الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة، أداة الإحصاء المستعملة هي نفسها و التي تتمثل في الإستبيان و المقابلة، كما أن مجتمع البحث نفسه و المتمثل في المدربين، أو المشرفين، فقط في الدراستين الدوليتين تمثلت في أطفال التوحد.

- **نقد الدراسات السابقة:**

الدارسات السابقة كانت في إطار التحضير لشهادة الماستر، أو بحوث لمخابر دولية، أما دراستنا في إطار التحضير لشهادة الليسانس، كما أن هناك إختلاف في عدد عينة البحث، فعينة دراستنا تقف عند حوالي 53 مربي، و الدراسات السابقة كانت ما بين 17 و 24، ضف إلى ذلك هناك كذلك إختلاف على مستوى المجال الزماني و المكاني للدراسات.

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: التوحد، مفهومه، أعراضه، طرق علاجه

تمهيد:

بما أن موضوع بحثنا ينصب على النشاط البدني المكيف، و الذي هو بمثابة نشاط رياضي خاص بالفئة التي تعرف ذوي الإحتياجات خاصة،كونه كيف أي صمم خصيصا ليتناسب مع محدودية أداء هذه الفئة بسبب إعاقتها سواءا أكانت حركية أو ذهنية.

في هذا الفصل سوف نتطرق إلى فرع من فروع الإعاقة و الذي يتمثل في التوحد موضوع دراستنا، و الذي يعتبر أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون أعراضه واضحة تماما في الثلاثين شهرا حيث يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة تتسم بالانطواء على الذات.

1-1- مفاهيم حول مرض التوحد (Autism):

"كلمة توحد **Autism** أو ذاتوية تنقسم إلى شقين: **Autos** بمعنى النفس، و **Ism** و معناها الحالة الغير سوية، و هذا يعني أن مرضى التوحد لديهم حالة غير سوية، و الصورة التي يتصف بها هذا الطفل هي صورة لطفل جميل لا يبدو على مظهره الخارجي أي شيء غير طبيعي". **(جيهان مصطفى، 2007، صفحة 11)**

الجدير بالذكر في موضوع تعريف التوحد هو أنه لا تتوفر الكتابات حول تعريف محدد له، إلا أننا سوف نعرج على بعض التعاريف التي نراها مناسبة، سواءا كانت عربية أو أجنبية و ذلك حتى نتمكن من التقرب إلى محاكاة مرض التوحد إلى أقصى حد ممكن.

حدد مصطلح **Autistic** في معجم علم النفس بأنه المتجه نحو الذات **(عاقل فاخر، 1977، صفحة 18)** ، أما في موسوعة علم النفس حدد على أنه المتوحد أو الإجتراري أو الذاتوي (**رزوق أسعد، 1977، صفحة 83**)، أما الدكتور علي كمال فقد حدده في كتابه النفس و إنفعالاتها و أمراضها و علاجها بالإنكفاء. **(كمال علي، 1988، صفحة 674)**

من أهم هذه التعاريف ما جاء به عثمان لبيب فراج **(عثمان لبيب فراج، 1993، صفحة 3)** حول التوحد فقال: "إعاقة التوحد **Autism** مصطلح يستخدم في وصف إعاقة من إعاقات النمو، تتميز بقصور في الإدراك و تأخر أو توقف النمو، و نزعة إنطوائية إنسحابية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن الوسط المحيط بحيث يعيش منغلقا على نفسه، لا يكاد يحس بما حوله و من يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر". **(عبد الرحمان سيد سليمان، 1999، صفحة 22)**

عرفه روبرت سميث **(robert M Smith, 1975, pp. 327-328)** بلفظ التوحد الطفولي فقال: " أولئك الأطفال الذين يعانون من الإنسحاب الشديد من المجتمع، و فقدان التواصل، أو الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين، الترديد الميكانيكي للكلمات و العبارات، السلبية في التغيير، الإعادة المملة للأفعال و نطق الكلمات". **(سوسن شاكر مجيد، 2010، صفحة 25)**

و ترى كريستين مايلز **(كريستين مايلز، 1993، صفحة 185)** أن "التوحد حالة غير عادية لا يقيم فيها الطفل أي علاقة مع الغير، و لا يتصل بهم إلا قليلا جد". **(عبد الرحمان سيد سليمان، 1999، صفحة 22)**

بالنظر إلى التعريفات التي تم عرضها، فإنه كتعريف إجرائي لمرض التوحد يرى الطالبان الباحثان أن التوحد سلوك شاذ يصيب الطفل في السنوات الأولى من عمره، بحيث يتسم بقلة الإنتباه و التركيز، و عدم التواصل مع محيطه الأسري، و بالتالي يبقى ضمن عالم منعزل و الواقع، مما يعرقل نموه سوءا العاطفي، العقلي، أو الحركي، إلا أنه في بعض الحالات يكون مدهش في قوة الحفظ و إتساع الذاكرة.

1-2-نبذة تاريخية حول مرض التوحد:

يعد مودزلي **(Maudsly)** أول طبيب نفسي اهتم بالإضطرابات التي تسبب إضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال و ذلك عام **1867** و كان يعدها ذهانات، و لكن ليو كانر **(Leo Kanner)** الطبيب الأمريكي النفسي المتخصص في الأطفال و مؤلف كتاب طب نفس الطفل عام **1953 (Leo Kanner، 1960)** أشار إلى التوحد الطفولي كإضطراب يحدث في الطفولة، و قد كان ذلك عام **1943**، عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة، حيث لفت انتباههم وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر (11) طفلا كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفلية **Early Infatile Autism** حيث لاحظ انغلاقهم الكامل عن الذات و الابتعاد عن الواقع و الإنطواء و العزلة و عدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم. **(سوسن شاكر مجيد، 2010، صفحة 19)**

منذ عام **1943** استخدمت تسميات متعددة منها التوحد **Autism** ، و ذهان الطفولة **Children Psycosis** ، النمط الغير سوي في النمو الشاذ **Atipical Development**.

يرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح التوحد و إختلاف اهتمامات و تخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة و المهتمين بهذا الإضطراب فضلا عن إستخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض و تعقيد التشخيص. **(سوسن شاكر مجيد، 2010، صفحة 19)**

1-3-خصائص و تشخيص مرض التوحد و أعراضه:

1-3-1- خصائص مرض طيف التوحد، التشخيص:

لا يزال تشخيص مرض التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين و العاملين في مجال مشكلات الطفولة، و ربما يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص أو صفات الإضطراب غالبا ما تتشابه و تتداخل مع إضطرابات أخرى و لذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة، حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة، لذلك فقد يتميز الأطفال الإجترارييين عن غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى.

يحدث هذا الإضطراب نسبة 1 من 2500 من بين الأطفال، و قد يظهر بشكل تدريجي ، كما انه قد بشكل فجائي بين عمر سنتين و ثلاث سنوات (2-3) بعد أن يكون الطفل قد نمى في سنواته الأولى نموا طبيعيا. **(عبد الرحمان سيد سليمان، 1999، صفحة 27)**

و يتفق محمود حمودة **(محمود حمودة، 1991، صفحة 101)**مع العديد من الباحثين (على سبيل المثال، القذافي، عبد العزيز الشخص و الدماطي (عبد العزيز الشخص و عبد الغفار الدماطي، 1991)، الأشول (عادل عز الدين الأشول ، 1987)) في أن إضطراب طيف التوحد أو الذاتوية يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات، و قليلا ما يبدأ بعد ذلك في الخامسة أو السادسة من العمر، و غالبا ما يصعب تحديد السن الذي بدأ عنده الإضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعتنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة و التفاعل الإجتماعي، فالظاهر في مرحلة الرضاعة أنه يصعب رصد الإضطراب فيها ، ففي الشهور الأولى قد تظهر الأعراض في صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، لا يخاف من الغرباء، لا يرتبط بهم و لا

يتفاعل معهم، مع غياب الإبتسامة الإجتماعية التي تبدأ عادة في سن الشهرين، و غياب إبتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن الأربعة أشهر، فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها، و لا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه، أي لا يأتي بحركات توقعية **Anticipatory Movement** التي يأتي بها الطفل العادي السوي في سن أربعة شهور تقريبا، و قد لا يلاحظ الآباء الإضطراب لدى الطفل إلا عندما يتواجد مع أطفال آخرين (مثل دخول المدرسة)، و قد يعتبرون هذه هي البداية، إلا أن التاريخ التطوري المفصل و الدقيق سوف يكشف غالبا بداية مبكرة عن ذلك، كما قد يرجع الوالدين التغير إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو إصابته بمرض شديد أو حادثة أو صدمة إجتماعية. **(عبد الرحمان سيد سليمان، 1999، صفحة 29)**

يرجع عثمان لبيب فراج **(عثمان لبيب فراج، 1993، الصفحات 2-3)** ، صعوبة تشخيص إضطراب التوحد إلى ثلاث عوامل:

العامل الأول: تشابه المرض مع أعراض إعاقات أخرى كالتخلف العقلي، الفصام **Schizophrenia** ، حتى أن هناك من علماء النفس من يعتبرها حالة فصام مبكرة في مرحلة الطفولة.

العامل الثاني: قلة البحوث في مجال إعاقة التوحد ، كون انه كان التعرف عليه حديث نسبيا في مرحلة الخمسينات من القرن العشرين، و بدرجة أكثر في السبيعينات.

العامل الثالث: يصف سيوين **(ريتشارد م سوين ، 1979، الصفحات 754-755)** الأطفال المتوحدون بأنهم يكونون على درجة غير عادية من الصحة و الجاذبية، و أنهم ينحدرون عن آباء أذكياء، و على درجة غير عادية من التعلم، فإذا وصل الرضيع إلى الشهر الرابع تراه قد يظهر التبلد، و عدم الإكتراث للناس، كما نجده وحيدا و قد بدا عليه الإشتغال ببعض الأمور.

فيما يتعلق بقضية التشخيص يرى القريوتي و آخرون أن أية محاولة للتعرف و تشخيص الأفراد أو الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد لابد و أن تنطلق من جهود كانر

بإعتباره أول من أشار إليها، و هذه الصفات تتمثل في عدم القدرة على التعلق و الإنتماء إلى الذات أو الآخرين، تأخر في إكتساب الكلام، عدم استخدام الكلام في التواصل، أعادة الكلام، رغبة شديدة في المحافظة على الروتين، عكس صفة الملكية، سلوك لعب نمطي، ضعف في التخيل، ذاكرة جيدة، مظهر جسماني طبيعي، و كانت هذه الأعراض معظمها قد ذكرت في دراسات أخرى. **(عبد الرحمان سيد سليمان، 1999، صفحة 31)**

1-3-2- أعراض مرض طيف التوحد على الطفل :

مع بداية الستينات و تحديدا عام **1921** قدم كريك و آخرون تقريرا عن جملة أعراض الشيزوفرينيا لدى الأطفال ، و قد تضمن التقرير تسع نقاط عرفت فيما بعد بإسم نقاط كريك التسع **Creak's Nine Points** و ذلك لتستعمل في تشخيص الأطفال الفصاميين و من ثم المتوحدون، و يمكن الإشارة إلى هذه النقاط على النحو التالي: **(عبد الرحمان سيد سليمان، 1999، الصفحات 32-35)**

1. **القصور الشديد في العلاقات الإجتماعية:** عادة ما يكون هؤلاء الأطفال بمعزل عن الآخرين، و متحفظين في التعرف عليهم، كما أنهم غير مهتمين و لا عابئين بما يفعله غيرهم.
2. **فقدان الإحساس بالهوية الشخصية:** يميلون إلى إكتشاف أجسامهم بصريا، أو عن طريق إتخاذ لأوضاع خاصة بالوقوف و الجلوس، و كأن أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم.
3. **الإنشغال المرضي بموضوعات معينة:** و يقصد به الإنخراط في موضوع بشكل مرضي مثل أن ينهمك تماما بقطعة من رباط الحذاء، أو قطعة حجر صغيرة.
4. **مقاومة التغير في البيئة:** يكافح الطفل المتوحد في سبيل الإحتفاظ و الإبقاء على الرتابة في إجراء الأشياء، فعلى سبيل المثال، يمكن أن يصدر منه غضب مبالغ فيه جراء شخص جديد أو شيء جديد، أو إعادة لبعض الترتيبات أو إحداث تغيير في الروتين أو البيئة المحيطة به.

5. **خبرات إدراكية غير سوية:** من قبيل تجاهل الأصوات، رفض النظر إلى الأشياء أو الناس ، إختفاء الإحساس بالألم ، و غياب الإحساس بدرجات الحرارة.

6. **الشعور بنوبات قلق حاد، مفرط، غير منطقي:** الطفل المتوحد قد لا يخاف مطلقا من الأخطار الحقيقية مثل المرور في الشوارع و الأماكن المرتفعة.

7. **التأخر في الكلام و اللغة:** بعض الأطفال المتوحدون لا يتعلمون الكلام أبدا، أما الغالبية العظمى يتأخرون في الكلام، كما أن هناك كثيرا من الملامح الغير السوية عند بدأ حديثهم و كذلك في لغتهم (الميل إلى ترديد ما قد يسمعونه مباشرة و في نفس اللحظة و كأنهم صدى لما يقال، و الحديث التلغرافي و إستخدام الضمائر بصورة مشوشة و الخلط في ترتيب الكلمات و الصعوبة في فهم أي شيء سوى بعض التعليمات البسيطة).

8. **الحركات الشاذة الغير عادية:** الأطفال المتوحدون حركاتهم زائدة مفرطة، و يتسمون في أرجاء المكان الذي يوجدون فيه، كما يتميزون في السلبية المتطرفة ، و التكلف و التأنق الغريب و الشاذ في الكلام و السلوك مثل الهزهزة، و الدوران حول أنفسهم، أو حول الأشياء و التصفيق باليدين.

9. **انخفاض في مستوى التوظيف العقلي:** حيث يظهر الطفل المتوحد بعض الصور من الأداء السوي أو القريب من السوي، بشكل مرتب، تذكر أحداث معينة من الواقع أو بعض المقطوعات الموسيقية.

1-4-العوامل المسببة لمرض التوحد (سوسن شاكر مجيد، 2010، الصفحات 57-65):

ظهرت في السنوات الأخيرة ثلاث وجهات نظر تبين الأسباب و ذلك على النحو التالي:

1-4-1- الأسباب الفيسيولوجية (العضوية): إن الأدلة في الوقت الحاضر ترجح الأسباب الفيسيولوجية و ما يتبعه من إضطرابات، فأمراض المخ المحتملة قد تقود إلى السلوك التوحدي مثل، الإلتهاب الدماغي، إصابة الأم بالحصبة، التصلب الحدبي للأنسجة

العضوية، الصعوبات الشديدة في الولادة بما في ذلك نقص الأوكسجين و إختناق الطفل.....إلخ.

1-4-2- الأسباب البيوكيميائية: لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع معدل السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد، إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضا عند ثلث الأطفال المتخلفين عقليا إلى درجة شديدة.

1-4-3- الأسباب الإجتماعية: يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه و عدم إحساسه بعاطفتهم فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية و هذا يؤدي إلى خوف الطفل و إنسحابه من الجو الأسري و إنطوائه على نفسه، و بالتالي تظهر عليه أعراض التوحد، و من بين الذين يتبنون هذه النظرة. كذلك اعتقد كانر بأن العزلة الإجتماعية و عدم الإكتراث بالطفل المتوحد هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى الغير طبيعية.

1-4-4- أسباب نفسية: يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة و انه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة.

1-4-5- أسباب إدراكية و عقلية: سببها إضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم إنخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة، حيث أن المشكلة الرئيسية هو إفتقار للقدرة على فهم الآخرين و فهم أنفسهم.

1-5-إمكانية علاج إعاقة التوحد؟ (يوسف القريوتي و آخرون، 2008، صفحة 53)

عندما يشك الطبيب في وجود التوحد أو أي عجز نمائي آخر عند الطفل فإنه يحيله إلى فريق من المتخصصين؛ يتضمن أخصائي علاج اضطرابات اللغة والكلام، والذي يقوم بعمل تقييم شامل لقدرة الطفل على التواصل ويقومك بتصميم وإدارة برنامج علاج خاص بهذا الطفل.

لا توجد طريقة علاج يمكن أن تحسن بنجاح التواصل لدى كل الأفراد التوحديين. ومن الأفضل أن يبدأ التدخل مبكراً أثناء سنوات ما قبل المدرسة، كما يجب أن يكون البرنامج مخطط ومصمم بصورة فردية، ويجب أن يستهدف كلاً من السلوك والتواصل، ويتضمن كذلك الآباء أَو مقدمي الرعاية الأساسيين. ويجب أن يستهدف العلاج تحسين التواصل الوظيفي، فبالنسبة للبعض، قد يكون التركيز على التواصل في مواقف واقعية بينما يمكن أن نركز مع آخرين على التواصل الإشاري.

وفيما يتعلق بالبرامج العلاجية يؤيد البعض المداخل الأخرى كالعلاج بالموسيقى والعلاج المعتمد على التكامل الحسي، والذي يعمل على تحسين قدرة الطفل على الاستجابة للمثيرات الحسية وهو يبدو مفيد جداً لبعض الأطفال التوحديين لتنمية قدرتهم على الاستجابة للمثيرات الخارجية. **(يوسف القريوتي و آخرون، 2008، صفحة 59)**

كما أن استخدام بعض الأدوية قد يحسن من قدرة الطفل على الانتباه لفترات أطول أو قد تساعد على خفض بعض السلوكيات غير المرغوب فيها مثل خفقان اليد ، لكن الاستعمال طويل المدى لهذه الأدوية قد يكون له آثار جانبية خطيرة لذا يجب أن تعطى هذه الأدوية تحت إشراف مباشر من قبل الطبيب المختص. تجدر الإشارة على وجود نوعين من العلاج و هما:

1-5-1- التدخل العلاجي والتربوي: اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساسا على وجهة النظر التي كانت سائدة حول أسباب التوحد، وحيث أن التوحد كان يعتقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي يساهم الوالدين فيه مساهمة أساسية ، فقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينات، أن أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إنشاء علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة علاقة لم تستطع أم الطفل التوحدي أن تزوده بها ، وأن هذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج النفسي.

يتضمن العلاج مرحلتان:

- **في الأولى:** يزود المعالج الطفل بأكبر كمية ممكنة من الدعم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.
- **وفي الثانية:** تركز على تطوير المهارات الاجتماعية وتتضمن تأجيل الإشباع والإرضاء.

إن معظم برامج المعالجين النفسانيين للأطفال كانت تأخذ شكل جلسات للمريض الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية الانفعالية. كما تستخدم طريقة العلاج البيئي وتتضمن تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم على إقامة علاقات شخصية.

1-2-5-التدخل التربوي: فإنه يقوم في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك ذلك أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية وليس على انطباعات ذاتية ،كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين ، وعلى العكس من ذلك فإنه يشرك الوالدين في عملية العلاج ، كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة مقارنة بالأساليب الأخرى ، وبالإضافة إلى إجراءات تعديل السلوك ، فإن البرامج التربوية يجب أن تتضمن تركيزاً على الجوانب اللغوية النطقية عند الطفل التوحدي وذلك بإجراءات تهدف إلى تحسين التواصل اللغوي الذي يفتقده الأطفال التوحديين ، بالإضافة إلى إجراءات التعليم المباشر على مهارات أساسية ضرورية في الجوانب الأكاديمية ومهارات الحياة اليومية. **(أيمن البلشة ، 2009، الصفحات 91-92)**

خلاصة الفصل:

اضطراب التوحد ليس مشكلة حديثة فقد وجد بيننا منذ مئات السنين وقد وردت قصص تاريخية عديدة أشارت إلى وجود أشخاص توحديين أشهرها ما استخدمه طبيب نفسي يدعى كانر في الإشارة إلى من يعانون اضطرابات توحدية كما نعرفها في وقتنا الحاضر، أيضا يظهر التوحد في أشكال تتفاوت درجات شدتها من شخص إلى آخر وأن هناك أكثر من نوع من اضطرابات التوحد، أخيرا قد أصبح من الممكن من خلال برنامج تعليمي تدريبي قد يصاحبه تدخل طبي التغلب على كثير من أعراض التوحد دون شفائها تماما.

الفصل الثاني: النشاط البدني الرياضي المكيف

تمهيد:

في مجال التربية البدنية و الرياضية إذا ما تكلمنا على رياضة فئة المعاقين، كان و لابد التكلم عن النشاط البدني المكيف، لأنه بكل بساطة النشاط الرياضي المعد و المبرمج من قبل مختصين و باحثين في هذا المجال لهذه الفئة المتمثلة في ذوي الإحتياجات الخاصة، حيث انه في وقتنا الحاضر ما فتئ الخبراء والباحثون في ميدان الرياضة يمدوننا بأحدث الطرق والمناهج التربوية، مستندين في ذلك إلى جملة من العلوم والأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطاته موضوعا لها ، وهو ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطورا مذهلا في مجال تربية ورعاية المعوقين وبلغت المستويات العالية، وأصبح الآن يمكننا التعرف على حضارة المجتمعات من خلال التعرف على الأدوات والوسائل التي تستخدمها في هذا المجال .

في هذا الفصل سوف نحاول عرض ماهية النشاط البدني و الرياضي المكيف الخاص بفئة ذوي الإحتياجات الخاصة، و تطوره و أهميته، و التطرق إلى أهم مجالاته، أسسه و مبادئه.

2-1-مفاهيم حول النشاط البدني الرياضي المكيف:

الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة أو ما يعرف بالبرامج الرياضية المدمجة ، يعرفها الدكتور عبد الحكيم جواد مطر بأنها: " البرنامج الذي يوفر الفرص لجميع التلاميذ بغض النظر عن قدراتهم و إهتماماتهم للمشاركة في جميع الأنشطة". **(عبد الحكيم جواد المطر، 2007، صفحة 2)**

يقصد بالبرامج التربوية البدنية للمعوقين من وجهة نظر عمر فواز عبد العزيز و آخرون أنها :" هي كل البرامج التربوية المتخصصة التي تتناسب مع ذوي الإحتياجات الخاصة بحيث يمكن تقديم هذه البرامج إلى فئة الأفراد الغير عاديين، و ذلك من أجل مساعدتهم على تحقيق ذواتهم و تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن و مساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه". **(عمر فواز عبد العزيز و تيسير مفلح كوافحة، 2010، صفحة 15)**

كما أن الأنشطة البدنية و الرياضية تعرف لدى البعض بالتأهيل الحركي أو البدني أو النفسي، و في هذا السياق يعرفه العيساوي فيقول:" التأهيل عبارة عن عملية تكييف الإنسان مع البيئة أو إعداده للحياة ، فإن كان تكييف الإنسان مقتصرا على الناحية الطبية فإنه يحتاج إلى التأهيل الطبي أي استعادة أقصى ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية، إما إذا كان الإنسان يحتاج إلى إعادة تكييفه من الناحية النفسية فأنه يحتاج إلى التأهيل النفسي...". **(العيسوي عبد الرحمان ، 1997، صفحة 18)**

و كتعريف إجرائي من قبل الطالبان الباحثان فإن الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة هي : " عبارة عن برامج بدنية حركية مصممة لفئة ذوي الإحتياجات الخاصة ، و ذلك وفقا لنوعية الإعاقة التي يعانون منها، مما يساعدهم على تقدير ذاتهم و تحسين مهاراتهم إلى أقصى حد ممكن.

2-2-مراحل تطور النشاط البدني الرياضي المكيف، و رياضة المعاقين في الجزائر :

لقد عانى الشخص من ذوي الإحتياجات الخاصة قبل الإستقلال الكثير من المشاكل و التهميش كباقي أفراد الشعب الجزائري أثناء تلك الحقبة، و ذلك راجع لسياسة المستعمر المتعفنة من أجل طمس الهوية الوطنية.

بعد الإستقلال بدا الإهتمام بفئة ذوي الإحتياجات الخاصة و بدأت أحوالهم في التحسن تدريجيا من خلال البرامج المختلفة التي تصبو إلى إعادة إدماج هذه الفئة في المجتمع، و ذلك بإنشاء مراكز للتكوين المهني خاصة بهم و إعادة التكفل بهم بطريقة منظمة، و بعد ظهور فكرة إنشاء الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعاقين و ذوي العاهات في 19 فيفري 1979، و التي تم إعتمادها كهيئة مكلفة بالتنظيم سنة 1981 و في نفس السنة انضمت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين للاتحادية الدولية (ISMGF)، حيث بدأ العمل على تحسين و تطوير رياضة المعاقين، ليتم بذلك تأسيس 36 رابطة ولائية خاصة بهذه الفئة، و 116 جمعية تضم 2000 رياضي معاق يمارس عدة أنواع من الرياضات ككرة السلة، ألعاب القوى، تنس الطاولة، السباحة، و كرة الطائرة على الكراسي...إلخ.

هذه الفيدرالية عدة صعوبات بعد تأسيسها خاصة في الجانب المالي وكذا من انعدام الإطارات المتخصصة في هذا النوع من الرياضة وكانت التجارب الأولى لنشاط الفيدرالية في (CHU) في تقصرين وكذلك في مدرسة المكفوفين في العاشور، وكذلك في (CMPP) في بوسماعيل.

وقد سطرت الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات عدة أهداف متكاملة في بينها وعلى رأسها تطوير النشاطات البدنية و الرياضية المكيفة الموجهة لكل أنواع الإعاقات باختلافها ويتم تحقيق هذا الهدف عن طريق العمل التحسيسي والإعلام الموجه للسلطات العمومية ولمختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء الوطن وخاصة منهم الأشخاص المعوقين، كما تركز على تكوين إطارات متخصصة في هذا الميدان (ميدان النشاط البدني

والرياضي المكيف) وهذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارات. **(أوفقير أحلام و موزعيكة حليم، 2015، الصفحات 53-54)**

2-3-برامج الأنشطة الحركية المكيفة و مبادئ تدريسها:

أولا : البرامج: إن التربية الحركية تلعب دورا فعالا في تطوير و نمو الشخص المعاق و ذلك عن طريق برامج معدلة و برامج علاجية و برامج إعادة التكيف، و هي برامج يستمتع بها الأفراد المعاقين و تعطي لهم الخبرة و يعرف " عبد الحميد شرف " برنامج التربية الحركية على أنه تلك الخطوات التنفيذية لعملية التخطيط و التي تتطلب توزيع زمني وطرق عمل وإمكانات تحقيق هذه الخطة، و هي تتمثل في الأنواع المختلفة من الألعاب و الأنشطة الرياضية و الإيقاعات التي تتناسب مع ميول و قدرات و حدود الأطفال.

كما يضيف " غسان محمد صادق " و " أثير محمد صبحي " لذلك فإن كل برامج رياضة المعاقين يجب أن تبدأ في تقدير المدى الأوسع للتفكير الذاتي للشخص المعاق عن طريق التربية الرياضية ". **(عبد الحميد شرف، 2001، صفحة 63)**

و منه يمكن أن نقول بأن برامج الأنشطة الحركية المكيفة سواء كانت علاجية أو معدلة أو مكيفة فإنها تتم بخطوات تنفيذية عملية من أجل تحقيق أهداف و أغراض الأنشطة و الألعاب الرياضية.

ثانيا : مبادئ التدريس: توجد طرق كثيرة لتدريس المعاقين و ذلك حسب نوع و مواصفات كل إعاقة فمن الصعب تعميم التعليمات التي تساعد في تدريس التربية الرياضية للمعاقين، إذ يفترض أن يكون الدمج هو القاعدة و الإستثناء هو العزل، و من أهم أنواع الدمج في الأنشطة الرياضية ما يلي: **(عبد الحكيم جواد المطر، 2007، الصفحات 4-6)**

1.الدمج التعليمي: يعتمد ذلك على مدى تطابق أهداف البرنامج التعليمي لفئة ذوي الإحتياجات الخاصة و أهداف برنامج أقرانهم العاديين، بالإضافة إلى الإمكانات المتوفرة التي تعزز عملية الدمج، أما إذا كانت أهداف برنامج التلميذ ذي الإحتياجات الخاصة

مختلفة عن أهداف برنامج أقرانه العاديين و ذلك بسبب شدة إعاقته ، في هذه الحالة يمكن المشاركة في وجود المساعد أو الزميل المدرب الرياضي.

2. الدمج الإجتماعي: عبارة عن تفاعل شخصي مع الأقران العاديين في الصف، و يفترض أن يؤدي هذا التفاعل إلى القبول المتبادل. و قد يكون هذا التفاعل بإتجاه واحد حيث يقوم العاديون بالبدء بالتفاعل و يرون أنفسهم كمساعدين لأقرانهم ذوي الإحتياجات الخاصة، أو بإتجاهين متبادلين حيث يقوم كل من الطرفين (العاديين و ذوي الإحتياجات الخاصة) بمحاولة دمج الآخر، و غالبا ما يؤدي هذا النوع من التفاعل إلى الدمج الإجتماعي.

3. الدمج المكاني: و هو عبارة عن وضع التلميذ ذي الإحتياجات الخاصة في نفس المكان مع أقرانه العاديين دونما مشاركتهم في الأهداف أو الأنشطة أو التفاعل الإجتماعي معهم ، و الذي يحتمل أن يحدث دون تخطيط سابق من المدرب الرياضي. و بعكس الدمج التعليمي أو الإجتماعي فإن الدمج المكاني سهل في تنفيذه إلا أن له عواقب سلبية كثيرة ، حيث يعاني فيه التلميذ ذو الإحتياجات الخاصة من الضغوط نظرا لإهماله المتكرر من قبل أقرانه و سماعه للتعليقات الساخرة منهم، و الشعور بعدم أهميته أثناء النشاط، و ربما يكون عزله أفضل في كثير من الأحيان من دمجه المكاني فقط.

2-4-أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف:

قررت الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح في اجتماعها السنوي عام 1978، بأن حقوق الإنسان تشمل حقه في الترويح الذي يتضمن الرياضة إلى جانب الأنشطة الترويحية الأخرى، ومع مرور الوقت بدأت المجتمعات المختلفة في عدة قارات مختلفة تعمل على أن يشمل هذا الحق الخواص، وقد اجتمع العلماء على مختلف تخصصاتهم في علم البيولوجيا والنفس والاجتماع بأن الأنشطة الرياضية والترويحية هامة عموما وللخواص بالذات وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجيا، إجتماعيا، نفسيا، تربويا، اقتصاديا وسياسيا.

2-4-2- حركيا: جسم الإنسان يحتم ضرورة الحركة برغم اختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فان أهميته البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة. **(لطفي بركات أحمد، 1984، صفحة 61)**

يؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي، حيث تزداد نمو الأنسجة النشطة ونحافة كتلة الجسم في مقابل تناقص في نمو الأنسجة الذهنية. **(أمين أنور الخولي و أسامة كمال راتب، 1992، صفحة 150)**

2-4-2- إجتماعيا: استعرض كوكيلي الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة و الترويح فيما يلي: الروح الرياضية التعاون تقبل الآخرين بغض النظر عن الآخرين، التنمية الاجتماعية، المتعة والبهجة، اكتساب المواطنة الصالحة، التعود على القيادة والتبعية، الارتقاء والتكيف الاجتماعي، حيث كانت ممارسة الرياضة تعبر عن انتماءات الفرد الطبقية، أو بمثابة رمز لطبقة اجتماعية خصوصا للطبقة البورجوازية، إذ يتمتع أفرادها بقدر أوفر من الوقت الحر يستغرقونه في اللهو واللعب منفقون أموالا طائلة وبذخا مسرفا متنافسون على أنهم أكثر لهوا وإسرافا. **(لطفي بركات أحمد، 1984، صفحة 65)** .

2-4-3- نفسيا: يمكن أن نقول أن هناك مدرستين أساسيتين في الدراسات النفسية ومدرسة التحليل النفسي (سيجموند فرويد)، وتقع أهمية هذه النظرية بالنسبة للرياضة والترويح أنها تؤكد مبدئين هامين :

1. السماح لصغار السن للتعبير عن أنفسهم خصوصا خلال اللعب.
2. أهمية الاتصالات في تطوير السلوك، حيث من الواضح أن الأنشطة الترويحية تعطي فرصا هائلة للاتصالات بين المشترك والرائد، والمشترك الأخر.

أما مدرسة الجشطالت حيث تؤكد على أهمية الحواس الخمس : اللمس – الشم – التذوق – النظر السمع في التنمية البشرية، حيث تبرز أهمية الترويح في هذه النظرية في أن الأنشطة الترويحية تساهم مساهمة فعالة في اللمس والنظر والسمع إذ وافقنا على أنه هناك

أنشطة ترويحية مثل هواية الطبخ، فهناك احتمال لتقوية ما سمي التذوق والشم، لذلك فان الخبرة الرياضية والترويحية هامة عند تطبيق مبادئ المدرسة الحبشطالتية . **(حزام محمد رضا القزويني، 1978، صفحة 59)**

2-4-4- تربويا: بالرغم من أن الرياضة والترويح يشملان الأنشطة التلقائية فقد اجمع العلماء على أن هناك فوائد تربوية تعود على المشترك، فمن بينها ما يلي:

- **تعلم مهارات وسلوك جديدين:** هناك مهارات جديدة يكتسبها الأفراد من خلال الأنشطة الرياضية على سبيل المثال مداعبة الكرة كنشاط ترويحي.
- **تقوية الذاكرة و تعلم حقائق المعلومات:** هناك نقاط معينة يتعلمها الشخص أثناء نشاطه الرياضي،حيث أن الكثير من المعلومات التي تردد أثناء الإلقاء تجد مكان في "مخازن" المخ ويتم استرجاع المعلومة من " مخازنها" في المخ عند الحاجة إليها .
- **اكتساب القيم** : إن اكتساب معلومات وخبرات عن طريق الرياضة يساعد الشخص على اكتساب قيم جديدة ايجابية. **(حزام محمد رضا القزويني، 1978، الصفحات 31-32)**

2-5-أهداف الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة:

إن من أهداف التربية البدنية و الرياضية هو أن يتعلم الفرد بعض المهارات في الألعاب و الرياضات المختلفة، كما يعزز سعادته الشخصية ، و يبني لياقته البدنية، كما تساعد على إشباع الرغبة في الحركة و الرغبة في الإبتكار، و التعلم، و الإتصال بالآخرين، و منه فالأنشطة البدنية و الرياضية تعالج عدة نواحي، نفسية و بدنية و إجتماعية، و حتى مهنية:

1. **المحافظة على الصحة النفسية:** أظهرت العديد من الدراسات الإكلينيكية أن التمرينات الرياضية تحسن المزاج و تخلق نوعا من الشعور بالوجود. فقد وجد الدكتور وليام مورغان و هو أستاذ في علم النفس بجامعة أريزونا أن التمرينات الرياضية تقلل من القلق و التوتر، إذ يعتقد الكثير من الباحثين أنه من المحتمل أن يحدث ذلك نتيجة لزيادة معدلات النوربانفرين **Norepinephrine** في المخ، و هو هرمون مسؤول عن نقل إشارات المخ خلال

أعصاب معينة إلى الجسم، و الأشخاص الذين يشعرون بالسعادة يتميزون بإرتفاع نسبة هذا الهرمون في دمهم بينما يقل عند المكتئبين. **(جاب ميركن و مارشال هوفمان، 1998، صفحة 26)**

2. **تحسين و تطوير القدرات العقلية:** إن برامج التمرينات الرياضية لا يستفيد منها الناس أصحاء وحدهم بل تعالج أيضا الأشخاص المصابين بالأمراض العقلية بمختلف درجاتها، و في هذا السياق يؤكد الدكتور **Taddeus Kostrubala** أنه عالج حالات من الإضطرابات العقلية عن طريق العدو، كما عالج أحد مدمني الهروين و آخر مصاب بالفصام و قد عاد الأخير إلى المدرسة و نجح بدرجة جيد.(هناك بعض مستويات التوحد تتشابه و أعراض الفصام) **(جاب ميركن و مارشال هوفمان، 1998، الصفحات 28-29)**

3. **تحسين الأداء الحركي لدي المعوقين:** إن توفير هذه البرامج المتخصصة من الأنشطة البدنية كما أشار **Fraser et Hensinger 1983** لا يعني بأي حال من الأحوال عزل المعاق في مؤسسات خاصة بعيدا عن أقرانه العاديين و لكنها تعني توفير البدائل التربوية المختلفة و الملائمة لكل حالة فردية و كدالك توفير الخدمات المساندة سواء كانت طبية أم غيرها. **(عمر فواز عبد العزيز و تيسير مفلح كوافحة، 2010، صفحة 203)**

4. **تنمية المهارات المهنية:** إن إعداد الشخص المعوق عقليا لتحمل المسؤولية والعيش يتطلب تخطيط وتنفيذ برامج التدريب المهني المناسبة والذي يشمل التعريف بعالم العمل والمهن ومتطلباتها، واكتساب الأنماط السلوكية المناسبة. وتلعب الأنشطة الرياضية دورا أساسيا في إعداد الطفل المتخلف عقليا للحياة ودمجه اجتماعيا ومهنيا وذلك عن طريق تنمية قدراته في حدود إمكاناته وإستعداداته للتأهيل المهني ، وإستغلال هذه القدرات والتركيز عليها وبالتالي تأهيلهم ودمجهم مع المجتمع ، وإتاحة الفرصة أمامهم للإبداع والإنتاج .

2-6-خطوات تأهيل المعوق رياضيا: لتأهيل المعوق يجب إتباع الخطوات الآتية:

- **الحصر أو إكتشاف الحالات:** من الأمور الأساسية في خطوات التأهيل هو تحديد حجم المجتمع الذي تشمله الرعاية الرياضية ، ومن ثم ينبغي حصر حالات ذوي العاهات سواء كانت ولادية أو مكتسبة، وتصنيفه العاهات، وينبغي إكتشاف هذه الحالات مبكرا حتى لا تتفاقم الإعاقة و يصعب علاجها.
- **مرحلة الإعداد البدني:** تبدأ هذه المرحلة بعملية الفحص الطبي أولا لتحديد نوع العوق و درجته، ونوع العلاج المطلوب ، ويشمل الإعداد الخطوات التالية:

- إتمام العلاج إذا تبين أن المعوق يحتاج إلى بعض العمليات الجراحية أو تدريب بعض العضلات لإستعادة مرونتها، و هو ما يعرف بالعلاج الطبيعي.
- العلاج بالعمل حيث يمارس المعوق نوعا من الرياضات التي يميل إليها لممارستها أثناء فترة العلاج، وذلك لتدريب المعوق على القيام بحركات معينة تفيد العلاج.
- التدريب البدني بالإستعانة بالأجهزة التعويضية كالأطراف الصناعية أو النظارات أو الكراسي المتحركة وأجهزة السمع مع وجوب المساعدة لإستخدامها.

- **مرحلة المتابعة:** ترمي هذه العملية إلى متابعة نشاط المعاق، و دراسة درجة تكيفه مع زملائه، و يتوقف هذا العمل على قدراته العقلية و إستعداداته النفسية و الميول الشخصية و التعرف على مشكلاته سواء في النادي أو في الأسرة أو في مجال عمله، و مساعدته في حل هذه المشكلات حتى لا يشعر بالإحباط ، و يتصرف عن مزاولة النشاط الرياضي. **(مروان عبد المجيد إبراهيم، 1997، الصفحات 69-70)**

2-7-تصنيف الرياضة للمعاقين: توجد العديد من الآراء في تصنيفات الرياضة للمعاقين، و فيما يلي تصنيف جامع و شامل للعديد من وجهات النظر **(أسامة رياض، 2000، صفحة 73):**

أولا : الرياضة الترويحية: من الآثار الإيجابية لرياضة المعاقين تنمية الجانب الترويحي، حيث تعد وسيلة ناجحة للترويح النفسي للمعاق فهو يكتسب خبرات تساعده على التمتع بالحياة، فمن المعلوم أن الرياضة الترويحية تتدرج من ألعاب هادئة كألعاب التسلية، إلى ألعاب عنيفة كتسلق الجبال، كما يختلف الجهد المبذول في الرياضة الترويحية التي تعتمد على الجهد العقلي و الفكري كالشطرنج و البيلياردو ....إلخ، عن الجهد المبذول في الرياضة التنافسية كالسباحة و ألعاب المضمار و كرة السلة .... إلخ ، و يتعدى أثر المهارات الترويحية جانب الإستمتاع بوقت الفراغ إلى تنمية الثقة بالنفس و الإعتماد على الذات، و الروح الرياضية و عمل صداقات و علاقات تخرجه من عزلته و تدمجه في مجتمعه.

ثانيا : الرياضة التنافسية: يهدف هذا النوع من النشاط الرياضي إلى الإرتقاء بمستوى اللياقة و الكفاءة البدنية، كما تتضمن رياضة المستويات العليا. و الواقع أن الرياضة التنافسية تعتمد على التدريب السليم و التطوير في الأدوات و الإمكانات و المتابعة الطبية للرياضي، حيث يجب الإلتزام في تلك الرياضة التنافسية بالقواعد و القوانين الخاصة بالأداء، كما يجب الإلتزام بالتصنيفات و التقسيمات الفنية و الطبية التي تعتمد على درجة اللياقة البدنية و النفسية و العصبية للمعاق، و مستوى الإصابة لديه و ذلك قبل المشاركة في الأنشطة التنافسية حتى يتحقق مبدأ العدالة، بالإضافة للإستفادة الكاملة من المشاركة.

ثالثا : الرياضة العلاجية: تعد ممارسة الرياضة للمعاقين إحدى وسائل العلاج، حيث تؤدى على هيئة تمرينات علاجية كإحدى طرق العلاج الطبيعي التي تساهم في تأهيل الرياضي المعاق بالإضافة إلى إمتدادها إلى ما بعد الجراحة و الجبس و خاصة في الكسور، و تأهيل

مصابي العمود الفقري و النخاع الشوكي كالشلل النصفي و الرباعي ... إلخ، و يستمر هذا الأثر الإيجابي للتمرينات و تأهيل المعاقين و مساعدتهم على إستعادة اللياقة البدنية ككل، و لياقة الفرد للحياة العامة و ما يصادفه فيها إلى ما بعد خروجه من المستشفى و مراكز التأهيل حيث لعبت الرياضة التأهيلية دورا هاما في هذا المجال . **(أسامة رياض، 2000، صفحة 76)**

2-8-جمعيات الأطفال التوحديين بالجزائر:

و هي عبارة عن تنظيمات جمعاوية ذات نشاط إجتماعي متخصص في رعاية الأطفال المصابين بطيف التوحد، حيث تنشط ضمن مراكز ذات عنوان معلوم و ضمن دفتر شروط مصادق عليه من قبل مديرية النشاط الإجتماعي علة مستوى الولاية، و التابعة إداريا لوزارة النشاط الإجتماعي و التضامن.

تعد جمعية أسماء أول بداية في هذا المجال بتأسيس جمعية التكفل بالأطفال ذوي صعوبات في التعلم والدراسة وذلك في سنة **2013**، ثم تأسيس مركز لعلاج التوحد بعد الحصول على الاعتماد من طرف مديرية النشاط الاجتماعي للولاية، و فتح هذا المركز أبوابه في شهر ديسمبر **2016**، و يتكفل حاليا ب35 طفلا مصابا بالتوحد. **(مقال صحفي صادر عن جريدة النصر، 17-03-2017)**

من أهم أهداف هذه الجمعيات محاولة تحسين الأداء اللغوي و الحركي و الذهني للطفل التوحدي، و إعادة إدماجه في المجتمع ليمارس حياته بشكل طبيعي سوي.

تجدر الإشارة إلى أن هناك عدة جمعيات تم تأسيسها عبر كامل التراب الوطني بالجزائر لنفس الغرض على غرار، جمعية الطفل الإنطوائين و جمعية " الحياة أمل" و هو مركز للتكفل بالأطفال المصابين بالتوحد بحي بوهالي العيد بالخروب، قسنطينة.

خلاصة الفصل:

يعد النشاط الرياضي من الأنشطة البدنية التربوية الأكثر انتشارا في أوساط الشباب خاصة في المؤسسات والمدارس التربوية والمراكز الطبية البيداغوجية المتكفلة بتربية ورعاية المعوقين ، ومما ساعد على ذلك أن النشاط الرياضي يعد عاملا من عوامل الراحة الإيجابية النشطة التي تشكل مجالا هاما في استثمار وقت الفراغ ، بالإضافة إلى ذلك يعتبر من الأعمال التي تؤدي للارتقاء بالمستوى الصحي و البدني للفرد المعاق، إذ يكسبه القوام الجيد ، ويمنح له الفرح والسرور، ويخلصه من التعب والكره ، وتجعله فردا قادرا على العمل والإنتاج .

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول : منهجية البحث و إجراءاته الميدانية

تمهيد:

كثيرة هي الوسائل التي تستخدم في البحث التربوي، ولكن من أكثرها شيوعا، هي: الاستبانات، والمقابلات، والملاحظات، والاختبارات. ويتم اختيار هذه الأدوات وبناءها على ضوء أسس علمية؛ للوصول إلى البيانات المطلوبة، وبالتالي تحقيق أهداف البحث التربوي. ويجوز للباحث التربوي أن يستخدم هذه الأدوات منفردة أو مجتمعة، وذلك تبعا لطبيعة البحث، وأهدافه، وتوجهات الباحث، والإمكانات المتاحة.

1-1- منهج البحث:

اعتمد الطالبان الباحثان في هذه الدراسة على المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي نظرا لملائمته و متطلبات البحث من الناحية التطبيقية، حيث يعتمد هذا المنهج على تفسير الوضع القائم و تحديد الظروف والعلاقات الموجودة بين المتغيرات، كما يتعدى المنهج الوصفي مجرد جمع بيانات وصفية حول الظاهرة إلى التحليل والربط والتفسير لهذه البيانات وتصنيفها وقياسها واستخلاص النتائج منها . **(مرسي، 1986، صفحة 96)**

1-2- مجتمع البحث:

تمثل مجتمع البحث في المربين المشرفون المزاولون لمهامهم على مستوى المراكز البيداغوجية الخاصة برعاية الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة، بكل من مدينة مازونة و الشلف، و مستغانم، و الذين كانوا في حدود 150 فرد.

1-3- عينة البحث:

تكونت عينة البحث في هذه الدراسة من **53** مربي و بنسبة **35.34%** من المجتمع الكلي للبحث، اختيرت عينة البحث بدقة و وفق طريقة مخططة حيث راع فيها الطالبان الباحثان مختلف الفئات سواء من المستوى الثقافي و الإجتماعي، و حتى انه كان هناك تنوع في المنطقة لذاك اختيرت المدن المتمثلة في مستغانم و غليزان و الشلف.

1-4- أدوات البحث:

1-4-1- الاستبيان: تم الاعتماد في هذه الدراسة على الاستبيان الذي يدرس ويقدم عددا كبيرا من المعلومات التي تحتاجها فرضيات الدراسة، ويعرف الاستبيان على أنه: " أداة لفظية بسيطة و مباشرة تهدف إلى التعرف على ملامح المفحوصين و إتجاهاتهم حول موضوع معين و من خلال توجيه أسئلة قريبة من التقنين و الترتيب في الصياغة و ما شابه ذلك" **(محمد نبيل نوفل، 1987، صفحة 111).**

1-4-2- تحديد خصائص الإستبيان: في صدد هذا البحث تم إعداد إستمارة ذات ثلاث محاور **(03)** ، مقسمة على الشكل الآتي:

- **المحور الأول:** عنوانه إهتمام المربين بالنشاط البدني المكيف داخل مراكز رعاية أطفال التوحد،و هو متضمن لإثني عشر**(12)** سؤالا مرقما من **1 – 12** و موجها إلى المجتمع الرئيسي للدراسة و المتمثل في المربين المشرفين على رعاية أطفال التوحد بالمراكز البيداغوجية، و كلها تنطوي تحت البحث في واقع النشاط البدني المكيف على مستوى هذه المراكز.
- **المحور الثاني:** عنوانه التكوين و التأطير ، و قد تضمن سبعة **(07)** أسئلة مرقمة من **13 – 19**، دورها معرفة مدى الكفاءة المشرفة على رعاية أطفال التوحد، و مجال تخصصها.
- **المحور الثالث:** عنون بالمرافق و الوسائل الرياضية البيداغوجية، تضمن بدوره سبعة **(07)** أسئلة مرقمة من **20-26**، و ذلك لمعرفة مستوى التجهيز على مستوى المراكز، و ما مدى الدعم المادي الذي يتلقاه.

1-4-3- الأسس العلمية للإستبيان:

- للإشارة تم بناء أسئلة الإستبيان بالإعتماد على دراستي قادري الحاج 2011 و خلفاوي الشريف 2012، و تم تكييفه بما يتناسب مع الدراسة الحالية.
- تم عرض الإستبيان على مجموعة من الأساتذة لإبداء الرأي و أعطاء التوجيهات الملحق رقم (1) الخاص بوثيقة المصادقة من طرف الأساتذة المحكمين.

1-5- مجالات البحث:

1-5-1- المجال المكاني: تم توسيع إستمارة الإستبيان على مجموعة من المربين في مختلف المراكز البيداغوجية لرعاية الأطفال المعاقين على مستوى ولاية مستغانم و ولاية الشلف و مدينة مازونة.

1-5-2- المجال الزماني: أجريت دراسة من بداية تاريخ 05 جانفي 2017 إلى غاية 03 أوت 2017، حيث قام الطالبان الباحثان بجمع المادة الخبرية، و توزيع الإستبيان على الأساتذة و القيام المعالجة الإحصائية، التحليل.

1-5-3- المجال البشري: تمثل في مربيي مراكز الإحتياجات الخاصة لكل من مازونة، الشلف و مستغانم، الموزعة على الشكل التالي:

1. **المركز البيداغوجي لرعاية المعاقين ذهنيا بمازونة.**
2. **المركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بمستغانم.**
3. **المركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بالشلف.**

1-6- الأسس العلمية للأداة:

1-6-1- الصدق: "ويعني الصدق هو الاختبار الذي يقيس ما وضع الاختبار من اجل قياسه و من المهم أن يكون الاختبار صادقا لأننا نريد أن نقيس ظاهرة معينة و ليس ظاهرة أخرى غيرها" **(ذوقان عبيدات و آخرون، 1988، صفحة 82)**، حيث اعتمد الطالبان الباحثان على صدق المحكمين و ذلك، بعرض الإستبيان على مجموعة من الأساتذة المتخصصين كما هو مشار إليه في الملحق رقم (1).

1-6-2- الموضوعية: و هي" أن يلتزم الباحث في بحثه المقاييس العلمية الدقيقة، ويقوم بإدراج الحقائق والوقائع التي تدعم وجهة نظره، وكذلك الحقائق التي تتضارب مع منطلقاته وتصوراته، فالنتيجة يجب أن تكون منطقية ومنسجمة مع الواقع ولا تناقضه، وعلى الباحث أن يتقبل ذلك و يعترف بالنتائج المستخلصة حتى ولو كانت لا تتطابق مع تصوراته وتوقعاته" **(مانيو جيدير ترجمة ملكة أبيض، 2004، صفحة 76)**، يضيف الطالبان الباحثان إلى أن الأسئلة في الإستبيان اتسمت بالوضوح و البساطة، كما أنها غير قابلة للتأويل و هذا بعد الرجوع إلى المحكمين.

1-6-3- الوسائل الإحصائية: تم إعتماد النسبة المئوية كأداة إحصائية لتحليل و مناقشة النتائج المتحصل عليها من خلال إجابات مجتمع البحث، حيث تم حساب نسبة كل سؤال على حدى، و سنعرض هذه النتائج الفصل الموالي من الجانب التطبيقي لهذه الدراسة.

- **النسبة المئوية:** قانون النسبة المئوية: **(عدد التكرارات / العينة الكلية) * 100**

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل قام الطالبان الباحثان بالتطرق إلى منهجية البحث التي تم إعتمادها بتوجيه من الأستاذ المشرف، و ذلك بضبط الإجراءات الميدانية و توضيح الوسائل الإحصائية التي طبقت على البيانات المتحصل عليها بعد جمع الإستمارات، كما تم تحديد مجالات البحث ، و مجتمع البحث و عينته مبرزين في ذلك خصائصها و حدودها، و كذلك الأسس العلمية المعتمدة نظرا لضرورة البحث التي تحتم الدقة و الصدق و الموضوعية في الدراسات و البحوث.

الفصل الثاني: عرض و مناقشة النتائج

تمهيد:

إن عرض وتفسير ومناقشة نتائج البحث خطوة بين خطوات البحث العلمي، بل أرقى خطوة تقوم فيها قدرات الباحث الذهنية تدعمها خبراته المعرفية وثرواته العلمية بعملية فكرية دقيقة ومعقدة.

في هذا الفصل سوف نتطرق إلى لتحليل البيانات المتحصل عليها عبر توزيع الإستبيان على عينة البحث المتمثلة في المربين، كما أننا سنناقش صحة الفرضيات المقترحة في التعريف بالبحث، و أخيرا سنسرد بكل أمانة الإستنتاجات العامة التي وقفنا عليها ، مدعمة بمجموعة من التوصيات و الإقتراحات التي نراها مناسبة و متوافقة مع ما توصلنا إليه خلال تجربتنا البحثية في هذا الموضوع.

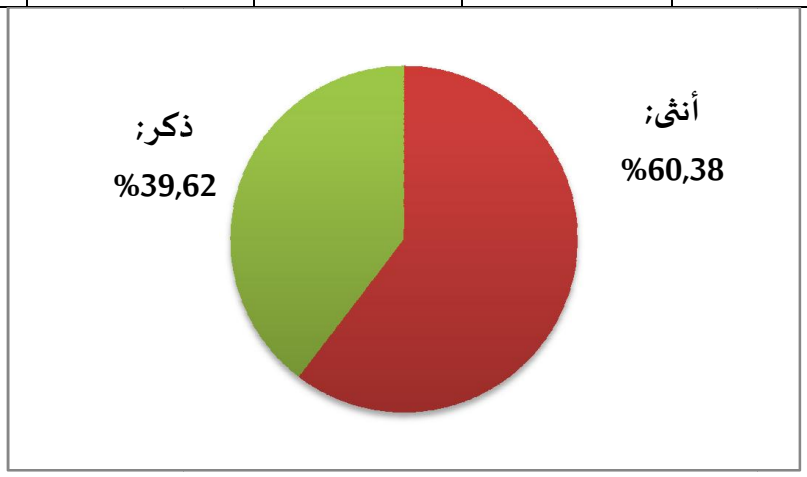
2-1- عرض و مناقشة النتائج:

2-1-1- عرض و مناقشة النتائج الخاصة بالبطاقة الشخصية للعينة المستجوبة:

1. تحليل نتائج السؤال الخاص بالجنس:

جدول رقم 01: يمثل بيانات تحديد جنس المربين

	ذكر	أنثى	المجموع	العينة
التكرارات	21	32	53	53
النسب المئوية	%39,62	%60,38	%100,00	



رسم بياني رقم 01 : يمثل بيانات تحديد جنس المربين

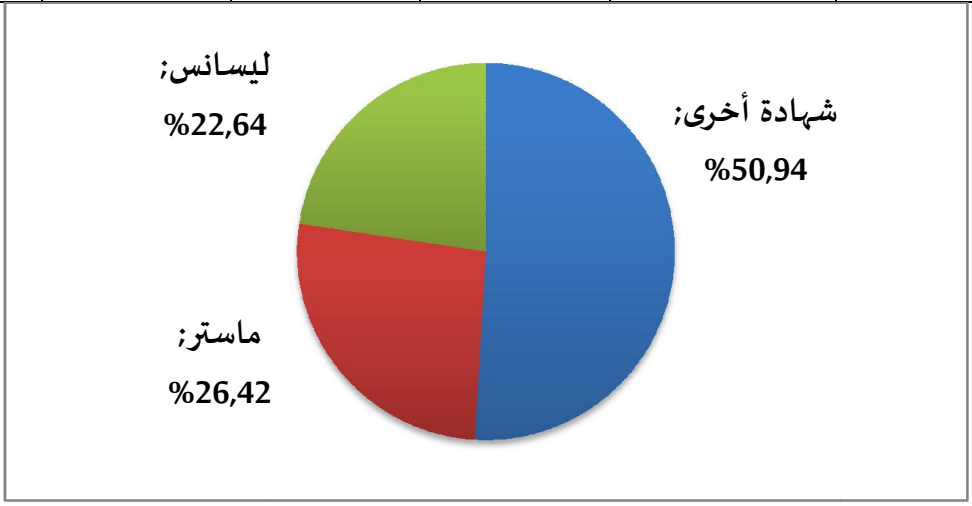
مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 01 و الرسم البياني رقم 01 و المتعلقان بتحديد جنس المربين، لاحظنا أن 60.38% من أفراد العينة يمثلون فئة الإناث، و 39.38% يمثل فئة الذكور.

الإستنتاج: نستنتج من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم 01 أن العنصر النسوي يطغى على العنصر الذكري.

2.تحليل نتائج السؤال الخاص بالمستوى الدراسي:

جدول رقم 02: يمثل بيانات المستوى الدراسي لعينة المربين

	ليسانس	ماستر	شهادة أخرى	المجموع	العينة
التكرارات	12	14	27	53	53
النسب المئوية	%22,64	%26,42	%50,94	%100,00	



رسم بياني رقم 02: يمثل بيانات المستوى الدراسي لعينة المربين

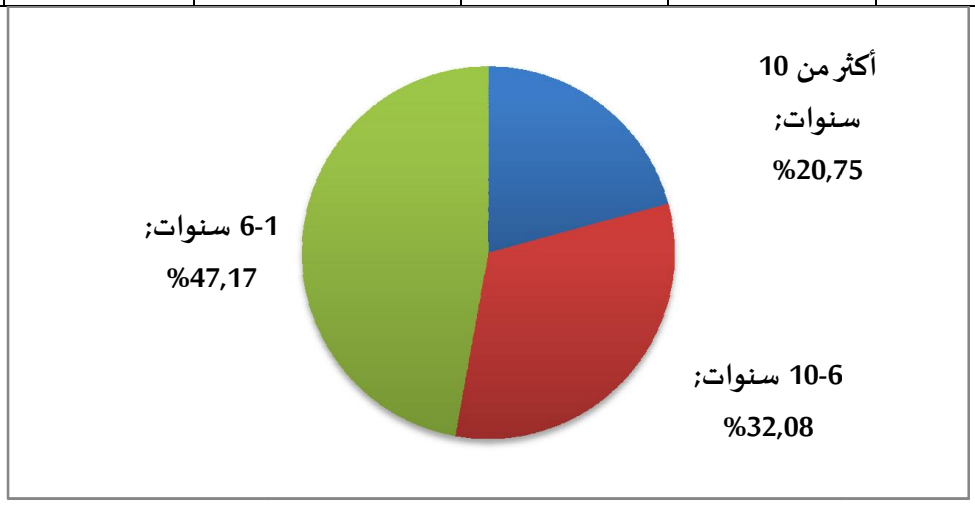
مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 02 و الرسم البياني رقم 02 و المتعلقان بالمستوى الدراسي للعينة، لاحظنا أن 50.94% من أفراد العينة يحملون شهادات غير الليسانس و الماستر، و 26.42% متحصلون على شهادة الماستر، و في الأخير 22.26% تمثل الأشخاص ذو شهادة الليسانس.

الإستنتاج: إن المربين المشرفين على أطفال التوحد في المراكز البيداغوجية المتخصصة هم من خريجي معاهد متخصصة في هذا المجال.

3.تحليل نتائج السؤال الخاص بسنوات الخبرة:

جدول رقم 03: يمثل بيانات سنوات الخبرة المهنية للمربين

	1-6 سنوات	6-10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	المجموع	العينة
التكرارات	25	17	11	53	53
النسب المئوية	%47,17	%32,08	%20,75	%100,00	



رسم بياني رقم 03: يمثل بيانات سنوات الخبرة المهنية للمربين

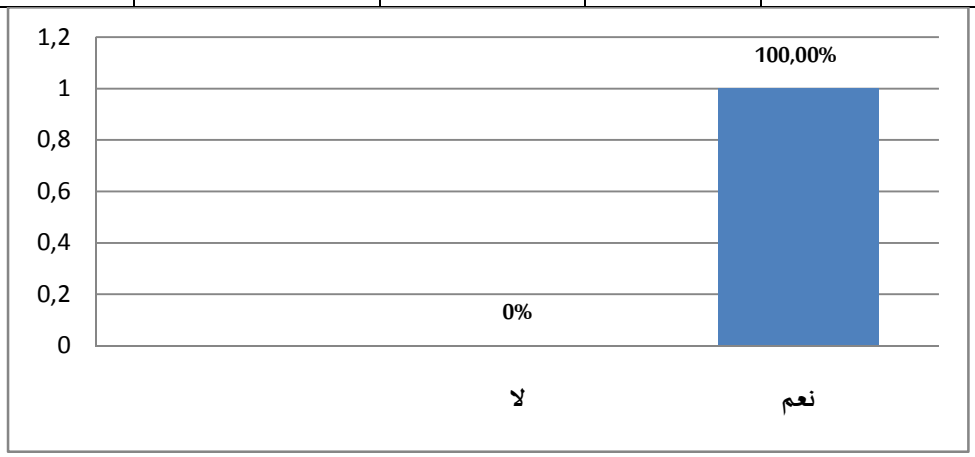
مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 03 و الرسم البياني رقم 03 و المتعلقان بالخبرة المهنية للمربين، لاحظنا أن 47.17% من أفراد العينة خبرتهم تتراوح ما بين 1-6 سنوات، و 32.08% من 6-10 سنوات، و في الأخير 20.75% يمثل أفراد الفئة التي لها أكثر من 10 سنوات خبرة مهنية في مجال رعاية الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة.

2-1-2- عرض و مناقشة نتائج المحور الأول حول إهتمام المربين بالنشاط البدني المكيف داخل مراكز رعاية أطفال التوحد :

- **السؤال الأول:** هل هناك أنشطة تقدم لهذه الفئة من الأطفال داخل المركز ؟

جدول رقم 04: يتعلق بإهتمام المشرفين بالأنشطة المختلفة بمراكز رعاية أطفال التوحد

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	53	0	53	53
النسب المئوية	%100,00	%0	%100,00	



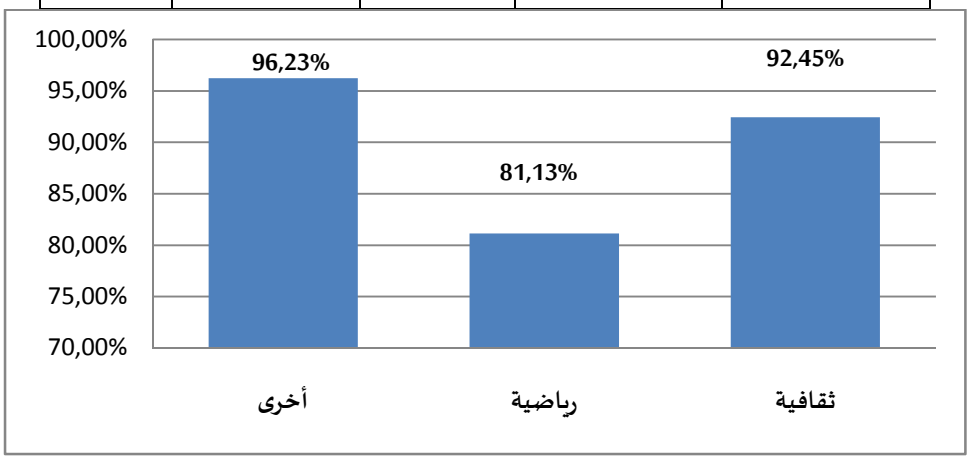
رسم بياني رقم 04: يمثل النتائج المتعلقة بإهتمام المشرفين بالأنشطة المختلفة بمراكز رعاية أطفال التوحد

مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 04 و الرسم البياني رقم 04 و المتعلقان تنظيم الأنشطة على مستوى المراكز، لاحظنا أن 100% من أفراد العينة أجابوا بنعم، و هذا يدل على إهتمام المشرفين بمراكز رعاية أطفال التوحد بالأنشطة.

- **السؤال الثاني:** ما طبيعة هذه الأنشطة ؟

جدول رقم 05: يتعلق بطبيعة الأنشطة الممارسة على مستوى المراكز

	ثقافية	رياضية	أخرى	العينة
التكرارات	53/49	53/43	53/51	53
النسب المئوية	%92,45	%81,13	%96,23	



رسم بياني رقم 05 : يتعلق بطبيعة الأنشطة الممارسة على مستوى المراكز

مناقشة النتائج: من خلال الجدول و الرسم البياني أعلاه المتعلق بطبيعة و نوع الأنشطة المنظمة داخل المراكز، وجدنا أن 96.23% من المستجوبين صرحوا أن هناك نشاطات متعددة غير النشاطات الرياضية و الثقافية كالترفيهية مثلا، و 92.45% أجابوا بالثقافية، ثم 81.13% أجابوا بالرياضية.

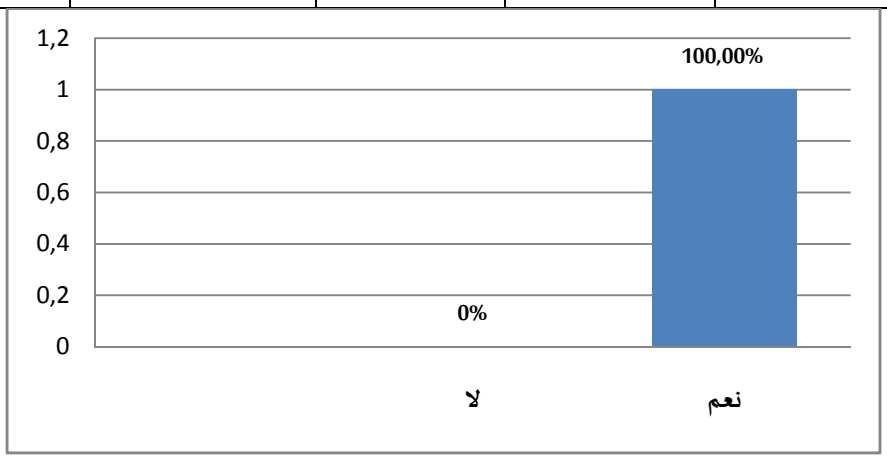
نفسر تنظيم الأنشطة الثقافية و الرياضية أو الترفيهية داخل المراكز، لإختلاف الحالات لدى الأطفال، فمنهم من يعاني من مشاكل حركية و منهم من لدسه مشكل في مهارات الكلام و التواصل، و منهم من يعاني من تأخر ذهني .

الإستنتاج: نستنتج أن اختلاف الحالات المرضية لدى أطفال التوحد خصوصا، مشاكل في الأداء و التناسق الحركي، و خلل في النمو العقلي ، أو التواصل الإجتماعي...إلخ، اوجب على المراكز إتباع برنامج متنوع من الأنشطة الرياضية و البدنية و الثقافية و الترفيهية لمعالجة مختلف المشاكل.

-**السؤال الثالث:** هل هناك حصة مقررة خاصة بالأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لأطفال التوحد في المركز؟

جدول رقم 06: يتعلق بإقرار حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة خاصة بأطفال التوحد

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	53	0	53	53
النسب المئوية	%100,00	%0	%100,00	



رسم بياني رقم 06: يتعلق بإقرار حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة خاصة بأطفال التوحد

مناقشة النتائج: جاءت نتائج الجدول رقم 06 و الرسم البياني رقم 06 و المتعلقين بإقرار حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة، تشير إلى أن 100% من العينة صرحت بنعم.

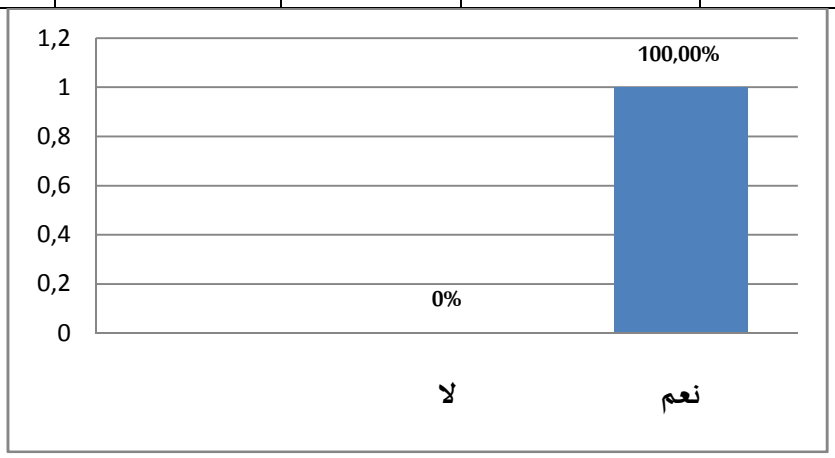
كتفسير لما سبق تحليله فإن حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة ، حصة مقررة إداريا، و ذلك كونها لها من الدور الفعال في تشخيص و معالجة التأخر الذهني أو الحركي لدى أطفال التوحد ما يجعلها من أساسيات برنامج الأنشطة المتبعة في المراكز.

الإستنتاج: نستنتج مما سبق أن إدارة مراكز رعاية أطفال التوحد تقوم بإقرار حصة التربية البدنية و الرياضية المكيفة و إعتمادها كعلاج لتطوير مهارات الأطفال.

- **السؤال الرابع:** هل تعتقد أن برمجة حصة خاصة بالأنشطة البدنية و الرياضية قد يؤثر على برنامجكم إيجابا ؟

جدول رقم 07: يتعلق بالتأثير الإيجابي لحصة التربية البدنية و الرياضية المكيفة على أطفال التوحد

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	53	0	53	53
النسب المئوية	%100,00	%0	%100,00	



رسم بياني رقم 07: بالتأثير الإيجابي لحصة التربية البدنية و الرياضية المكيفة على أطفال التوحد

مناقشة النتائج: تشير أرقام الجدول رقم 07 و الرسم البياني رقم 07 و المتعلق بالتأثير الإيجابي لحصة التربية البدنية و الرياضية المكيفة على نفسية أطفال التوحد ، حيث أن كل العينة أجابت بنعم بنسبة 100% .

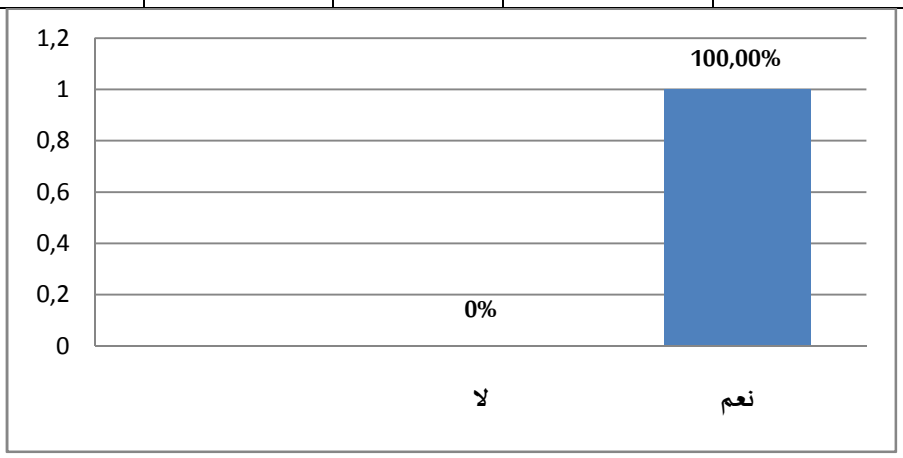
نفسر البيانات على أن لحصة التربية البدنية و الرياضية المكيفة تأثير إيجابي على نفسية أطفال التوحد، الأمر الذي يساعدهم على تطوير مهاراتهم العقلية و الحركية البدنية، و كذلك سرعة إندماجهم في المجتمع.

الإستنتاج: نستنتج أن للأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة تأثير إيجابي على كل الأصعدة بالنسبة لأطفال التوحد.

- **السؤال الخامس:** هل توافق على إدراج حصة خاصة بالأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لهذه الفئة من الأطفال ؟

جدول رقم 08: يتعلق بإنطباع المربين فيما يخص إدراج حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	53	0	53	53
النسب المئوية	%100,00	%0	%100,00	



رسم بياني رقم 08 : يتعلق بإنطباع المربين فيما يخص إدراج حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة

مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 08 و الرسم البياني رقم 08 فيما يخص إدراج حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة، لاحظنا أن 100% أي كل أفراد العينة أجابوا بنعم، أي أنها الحصة مدرجة ضمن برنامج رعاية أطفال التوحد.

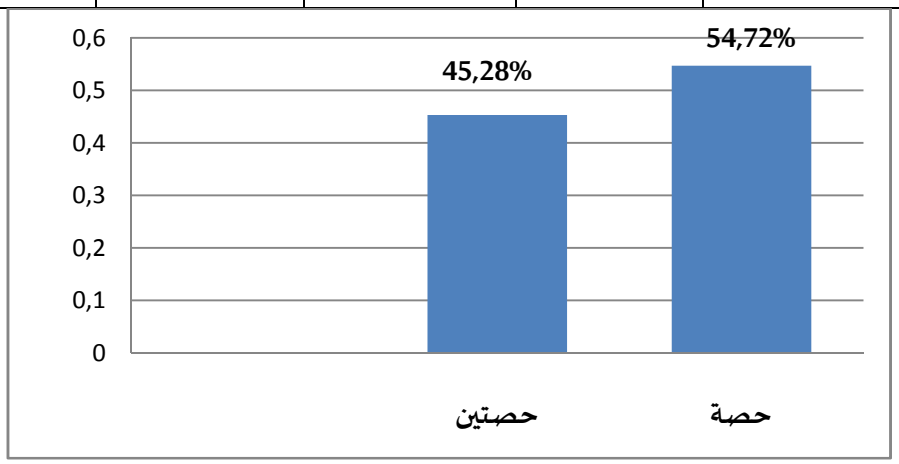
يمكننا تفسير أدراج حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لرعاية أطفال التوحد نظرا لأهميتها و ضرورتها صحيا في معالجة و تطوير قدرات أطفال التوحد و محاولة إيصالهم لمستوى أقرانهم العاديين على الصعيد العقلي و الحركي و الإجتماعي النفسي.

الإستنتاج: نستنتج أن الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة من أهم الأنشطة الضرورية و في معالجة و تطوير القدرات و المهارات الفكرية العقلية ، و الحركية و حتى النفسية و الإجتماعية لدى الأطفال ذو اضطراب طيف التوحد.

- **السؤال السادس:** كم عدد الحصص المقررة لهم في الأسبوع **(الإجابة متعلقة بمن أجابوا بنعم في السؤال السادس)؟**

جدول رقم 09: يتعلق بعدد حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة أسبوعيا

	حصة	حصتين	المجموع	العينة
التكرارات	29	24	53	53
النسب المئوية	%54,72	%45,28	%100,00	



رسم بياني رقم 09: يتعلق بعدد حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة أسبوعيا

مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 09 و الرسم البياني رقم 09 المتعلق بعدد الحصص المقررة أسبوعيا لأطفال التوحد و ممارستهم للنشاط البدني المكيف، فإن 54.72% من المستجوبين أجابوا بحصة، و 45.28% أجابوا بحصتين.

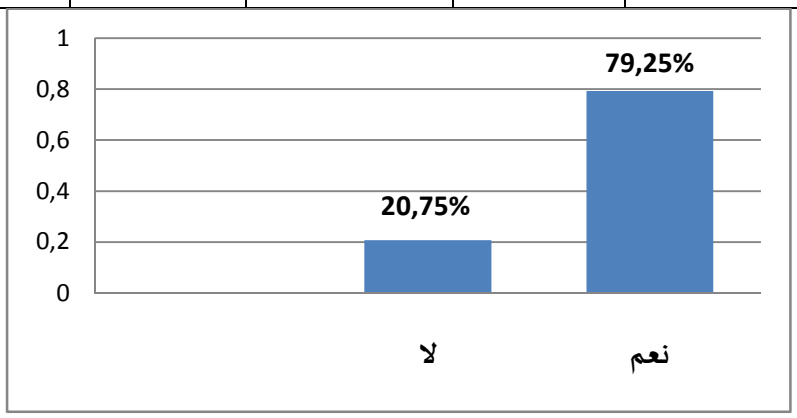
تفسر تنظيم حصة واحد في الأسبوع للنشاط الرياضي المكيف في بعض المراكز و حصتين في المراكز الأخرى، لعدة عوامل أهمها الوسائل البيداغوجية المتوفرة، عدد المتخصصين في هذا المجال على مستوى المركز و عدد الأطفال المصابين بطيف التوحد...إلخ

الإستنتاج: يرجع تحديد عدد حصص النشاط الرياضي المكيف على مستوى مراكز رعاية أطفال التوحد إلى عدة عوامل، أهمها وفرة الكفاءة المؤطرة، عدد الأطفال المتوحدين، الوسائل البيداغوجية في هذا المجال.

- **السؤال السابع:** هل هناك إقبال من طرف هذه الفئة من الأطفال على هذه الأنشطة البدنية و الرياضية؟

جدول رقم 10: يتعلق بمدى تجاوب أطفال التوحد مع حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	42	11	53	53
النسب المئوية	%79,25	%20,75	%100,00	



رسم بياني رقم 10 : يتعلق بمدى تجاوب أطفال التوحد مع حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة

مناقشة النتائج: جاءت نتائج الجدول رقم 10 و الرسم البياني رقم 10 و المتعلقين بتجاوب أطفال التوحد و حصة النشاط البدني المكيف، تشير إلى مايلي: 79.25% من أفراد العينة قالوا نعم هناك تجاوب، فيما نفت فئة أخرى هذا التجاوب بنسبة 20.75% .

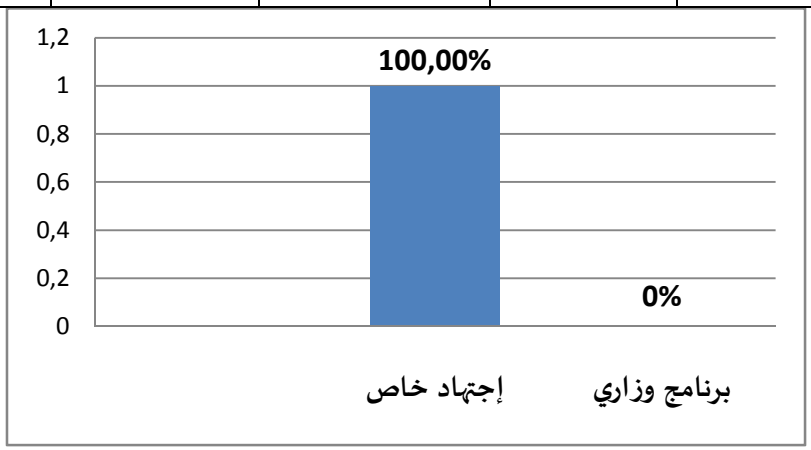
تجاوب ملحوظ مع حصة التربية البدنية و الرياضية المكيفة، لما توفره من عوامل ترفيهية تساعدهم على تجسيد تخيلاتهم في الواقع، و تسمح لهم بممارسة نشاطاتهم المفضلة من خلال الألعاب، إلا أنه هناك فئة ممن يعانون من طيف التوحد الحاد و الذين يبدون إمتناعا كليا بعدم التأثر لما يدور حولهم.

الإستنتاج: يتسم طيف التوحد بعدة مستويات ، المستوى الخفيف و هو الذي يمكن للكفل المصاب به التدرب و التعود على ممارسة الأنشطة الرياضية بشكل قريب من العادي، إلا أنه هناك نوع يصنف ضمن التوحد الحاد و هذا للأسف يعزل الطفل نهائيا ضمن محيط تخيلي ذاتي و يمنعه من الولوج في الواقع الذي أمامه.

-**السؤال الثامن:** هل البرنامج المطبق على هذه الفئة من الأطفال هو برنامج:؟

جدول رقم 11: يتعلق بالبرنامج المتبع مع أطفال التوحد من الناحية الرسمية القانونية

	برنامج وزاري	إجتهاد خاص	المجموع	العينة
التكرارات	0	53	53	53
النسب المئوية	%0	%100,00	%100,00	



رسم بياني رقم 11 : يتعلق بالبرنامج المتبع مع أطفال التوحد من الناحية الرسمية القانونية

مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 11 و الرسم البياني رقم 11 و المتعلقان بكون البرنامج المتبع هو إجتهاد شخصي أو قرار وزاري، لاحظنا أن كل أفراد العينة أي 100% أجابوا بأنه إجتهاد شخصي، نافين بذلك تدخل الوزارة الوصية في هذا الأمر.

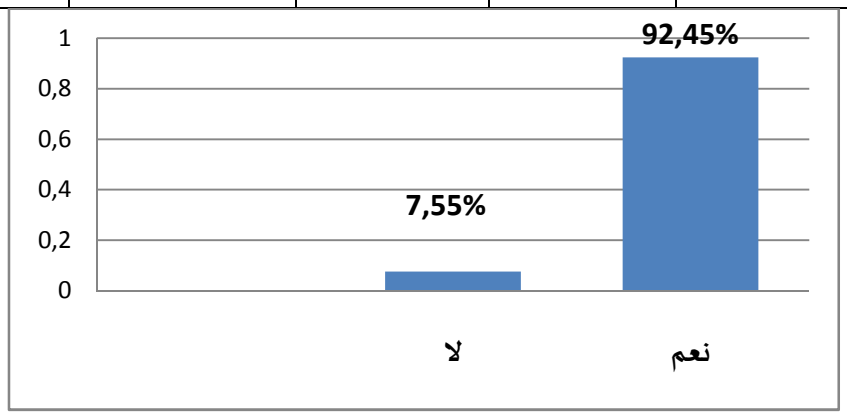
كتفسير لما ورد فإن البرنامج المتبع داخل المراكز هو برنامج ذو إجتهاد شخصي و لا دخل للوزارة الوصية في الأمر، ذلك كون كل مركز و خصوصياته، حسب نوع الإضطربات التي يعاني منها أطفال المركز.

الإستنتاج: نستنتج ان الأنشطة الرياضية المطبقة على هذه الفئة تخضع لإجتهادات خاصة.

-**السؤال التاسع:** حسب رأيك هل للأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة دور في التقليل من مختلف الإضطرابات التي تعاني منها هذه الفئة من الأطفال ؟

جدول رقم 12: يتعلق بدور الأنشطة البدنية و الرياضية في التقليل من إضطرابات التوحد

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	49	4	53	53
النسب المئوية	%92,45	%7,55	%100,00	



رسم بياني رقم 12 : يتعلق بدور الأنشطة البدنية و الرياضية في التقليل من إضطرابات التوحد

مناقشة النتائج: جاءت نتائج الجدول رقم 12 و الرسم البياني رقم 12 و المتعلقين بدور النشاط البدني المكيف في التقليل من اضطرابات التوحد لدى الطفل، تشير إلى مايلي: 92.45% أجابوا بـ: نعم، و في المقابل ما نسبته 7.55% قالوا لا.

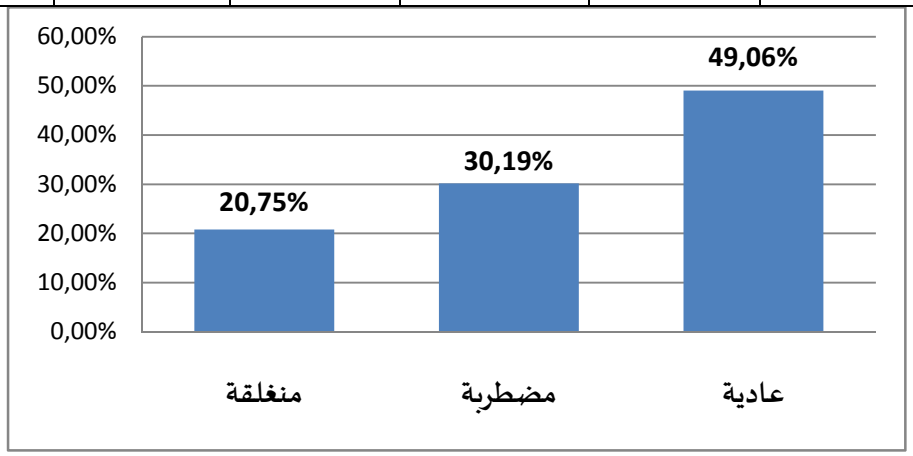
نفسر كون النشاط البدني المكيف يساهم في التقليل من إضطرابات التوحد لدى الطفل، و ذلك لأنه يخلق جو مريح مفعم بالحيوية و الفعالية تساعد الطفل في تحسين أدائه، و ذلك بمشاركة الأطفال ألعابهم و تبادل أفكارهم ما يوفر له حالة نفسية جد مريحة تساعده في تجاوز حالته المتأخرة، إلا أنه هناك في المقابل حالات مستعصية تحتاج آليات أخرى لمعالجتها كالأدوية ....

الإستنتاج: نستنتج أن النسبة العظمى من المربين يدركون أهمية ممارسة الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة في التقليل من اضطرابات التوحد.

-**السؤال العاشر:** كيف تكون الحالة النفسية للطفل قبل إجراء الحصة الخاصة بالأنشطة البدنية و الرياضية ؟

جدول رقم 13:يتعلق بحالة طفل التوحد قبل إجراء حصة الأنشطة البدنية و الرياضية

	عادية	مضطربة	منغلقة	المجموع	العينة
التكرارات	26	16	11	53	53
النسب المئوية	%49,06	%30,19	%20,75	%100,00	



رسم بياني رقم 13: يتعلق بحالة طفل التوحد قبل إجراء حصة الأنشطة البدنية و الرياضية

مناقشة النتائج: تشير أرقام الجدول رقم 13 و الرسم البياني رقم 13 و المتعلق بالحالة النفسية للطفل قبل إجراء حصة النشاط البدني المكيف، حيث 49.06% من المستجوبين أجابت بأنها تكون عادية، و تلتها نسبة 30.19% قالت مضطربة، فيما جاءت أخيرا نسبة 20.75% و هي الفئة التي أجابت بـ: منغلقة.

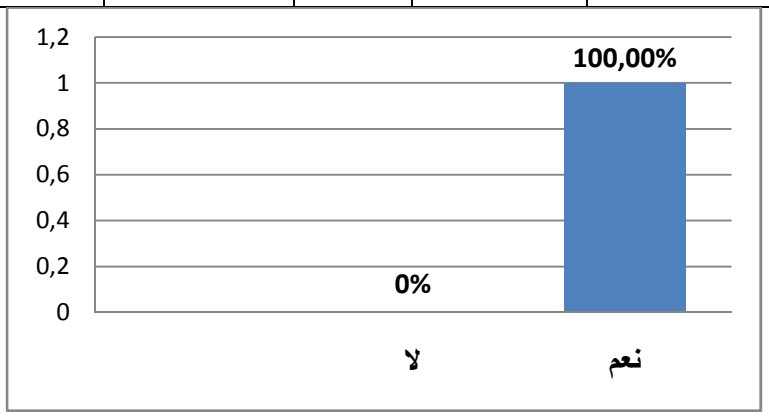
يمكن القول بأن الحالة النفسية لطفل التوحد تنقسم إلى ثلاث حالات : حالة عادية و هو النوع الذي يتسم بالظهور بشكل عادي لأول وهلة، و نوع آخر يظهر عليه علامات الإضطراب، و في الأخير نوع جد حاد يظهر فيها الطفل بمظهر الإنطواء و الانعزال كلية عن العالم الخارجي.

الإستنتاج: نستنتج أن الحالات الثلاثة موجودة قبل جراء حصة الأنشطة البدنية و الرياضية و بنسب متفاوتة مع الإشارة أن الحالة العادية هي الحالة المسيطرة.

- **السؤال الحادي عشر:** هل أنت مقتنع بأهمية و ضرورة ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية بالنسبة لهذه الفئة من الأطفال ؟

جدول رقم 14: يتعلق بضرورة ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة من قبل الأطفال

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	53	0	53	53
النسب المئوية	%100,00	%0	%100,00	



رسم بياني رقم 14: يتعلق بضرورة ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة من قبل الأطفال

مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 14 و الرسم البياني رقم 14 و المتعلقان بمدى الإقتناع بجدوى النشاط البدني المكيف كعلاج للتوحد، لاحظنا أن 100% من أفراد العينة اختار إجابة نعم.

يمكننا تفسير البيانات المدونة أعلاه بأن النشاط البدني المكيف وسيلة فعالة و ناجحة في تعديل بعض سلوكيات أطفال التوحد، و هذا ما أبداه المربين مبديا في إقتناعهم بذلك العلم و التجربة في معالجة مرض التوحد.

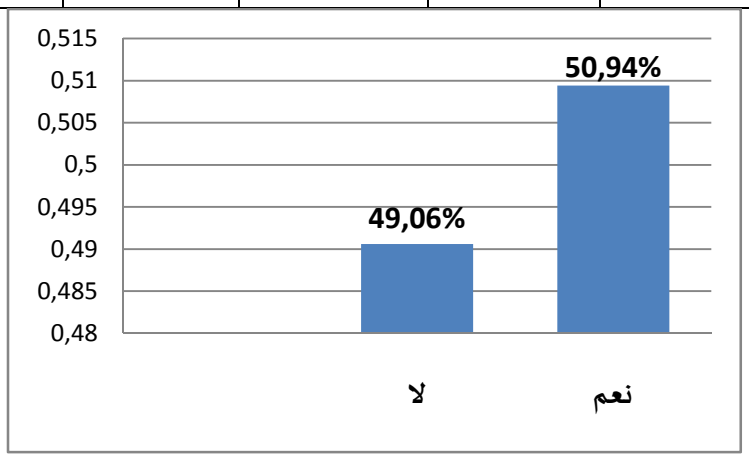
الإستنتاج: نستنتج أن المربين على قناعة بأهمية و ضرورة ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية بالنسبة لهذه الفئة من الأطفال.

2-1-3- عرض و مناقشة نتائج المحور الثاني حول التكوين و التأطير:

-السؤال الثاني عشر: هل تلقيتم تكوينا خاصا في مجال النشاط البدني المكيف؟

جدول رقم 15: يتعلق بتكوين المربين في مجال النشاط البدني المكيف

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	27	26	53	53
النسب المئوية	%50,94	%49,06	%100,00	



رسم بياني رقم 15: يتعلق بتكوين المربين في مجال النشاط البدني المكيف

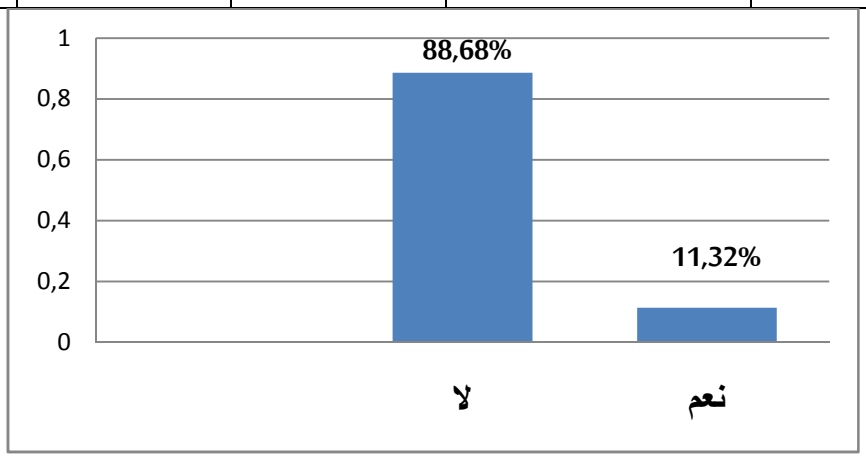
مناقشة النتائج: من خلال الجدول و الرسم البياني أعلاه حول بخصوص التكوين الخاص للمربين في مجال النشاط البدني المكيف، فإن 50.94% من المستجوبين اختاروا إجابة نعم، فيما كانت ما نسبته 49.06% تمثل الفئة النافية لتلقي مثل هكذا تكوينات.

الإستنتاج: نستنتج أن هناك نسبة كبيرة من المربين لم تتلقى تكوين في مجال النشاط البدني المكيف.

- **السؤال الثالث عشر:** هل سبق لكم أن أجريتم تربصات أو دورات تكوينية في الرياضة خارج تكوينكم الأكاديمي لمهنة مربي؟

جدول رقم 16: يتعلق بإجراء المربين للتربصات و الدورات التكوينية

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	6	47	53	53
النسب المئوية	%11,32	%88,68	%100,00	



رسم بياني رقم 16: يتعلق بإجراء المربين للتربصات و الدورات التكوينية

مناقشة النتائج: جاءت نتائج الجدول رقم 16 و الرسم البياني رقم 16 و المتعلقين بتكوين المربين خارج التكوين الأكاديمي، تشير إلى مايلي: 88.68% صرحت بلا نافية بذلك تلقي أي تكوين، ثم ما نسبته 11.32% قالت نعم.

الإستنتاج: نستنتج أن أغلبية المربين لم يتلقوا تكوينات في هذا التخصص، خارج تكوينهم الأكاديمي.

- **السؤال الرابع عشر:** هل إقامة دورات تكوينية كاف للمربي لإعداده للإشراف بفعالية على حصة الأنشطة البدنية و الرياضية لهذه الفئة من الأطفال ؟

جدول رقم 17: يتعلق بفعالية الدورات التكوينية في إعداد المربين معرفيا و إشرافيا

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	41	12	53	53
النسب المئوية	%77,36	%22,64	%100,00	

رسم بياني رقم 17: يتعلق بفعالية الدورات التكوينية في إعداد المربين معرفيا و إشرافيا

مناقشة النتائج: من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم 17 و الرسم البياني رقم 17 الخاص بفعالية التكوين في إعداد المشرفين، جاءت النتائج تشير إلى أن 77.36% من المربين أجابوا بنعم ، فيما كانت نسبة 22.64% نفوا كفاية التكوين وحده لإعداد المشرف.

الإستنتاج: نستنتج أن التكوين الجيد للمربين في مجال النشاط البدني المكيف لرعاية أطفال التوحد هام جدا و يساعد كثيرا في حل المشاكل الصحية للطفل، إلا أن هذا غير كاف وحده لأهمية كذلك عامل الوسائل البيداغوجية و الإمكانيات المادية و المعنوية في هذا المجال.

- **السؤال الخامس عشر:** حسب رأيك الشخصي برمجة حصة خاصة بالأنشطة البدنية و الرياضية لهذه الفئة من الأطفال يتطلب وجود أخصائي في هذا المجال؟

جدول رقم 18: يتعلق بضرورة إشراف الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف على الأنشطة

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	36	17	53	53
النسب المئوية	%67,92	%32,08	%100,00	

رسم بياني رقم 18: يتعلق بضرورة إشراف الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف على الأنشطة

مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 18 و الرسم البياني رقم 18 و بضرورة إشراف الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف على الأنشطة، لاحظنا أن 67.92% من أفراد العينة أجابوا بنعم ، و 32.08% أجابوا بـ: لا.

الإستنتاج: نستنتج أن أغلبية المربين يدركون أهمية برمجة حصة خاصة بالأنشطة البدنية و الرياضية لهذه الفئة من الأطفال تتطلب وجود أخصائي في هذا المجال.

- **السؤال السادس عشر:** هل هناك عدد كاف من المختصين في مجال النشاط البدني المكيف داخل المركز ؟

جدول رقم 19: يتعلق بضرورة توفير الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	17	36	53	53
النسب المئوية	%32,08	%67,92	%100,00	

رسم بياني رقم 19: يتعلق بضرورة توفير الأخصائيين في مجال النشاط البدني المكيف

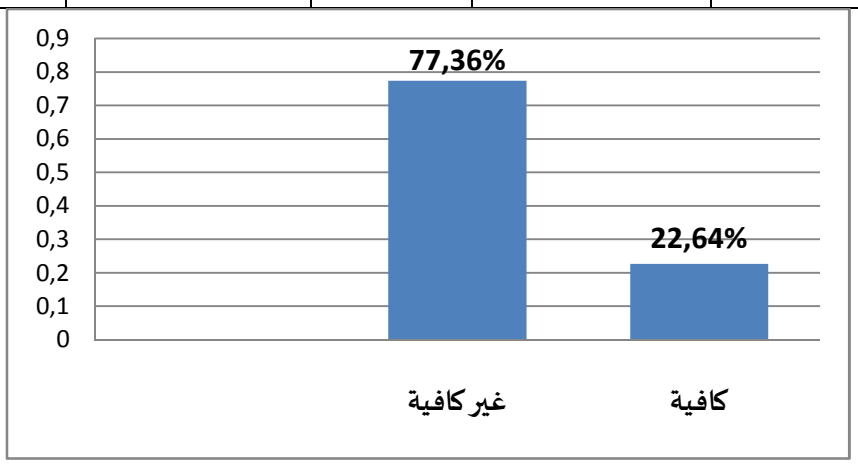
مناقشة النتائج: من خلال الجدول و الرسم البياني أعلاه حول توفر الأخصائيين ضمن الطاقم المشرف، فإن 67.32% من المستجوبين أشاروا إلى إجابة لا، و 32.08% أجابوا بنعم.

الإستنتاج: نستنتج أن نقص المناصب الشاغرة في توظيف الأخصائيين، و قلة الإطارات المكونة في هذا المجال أدى إلى فقر مراكز رعاية أطفال التوحد من هذه الإطارات.

- **السؤال السابع عشر:** كيف ترى أهمية الخبرة المهنية للمربي في المركز للقيام بدوره على أحسن وجه في عملية الإشراف بفعالية على حصة الأنشطة البدنية و الرياضية لهذه الفئة من الأطفال ؟

جدول رقم 20: يتعلق بدور الخبرة المهنية في عملية الإشراف على حصة النشاط البدني المكيف

	كافية	غير كافية	المجموع	العينة
التكرارات	12	41	53	53
النسب المئوية	%22,64	%77,36	%100,00	



رسم بياني رقم 20: يتعلق بدور الخبرة المهنية في عملية الإشراف على حصة النشاط البدني المكيف

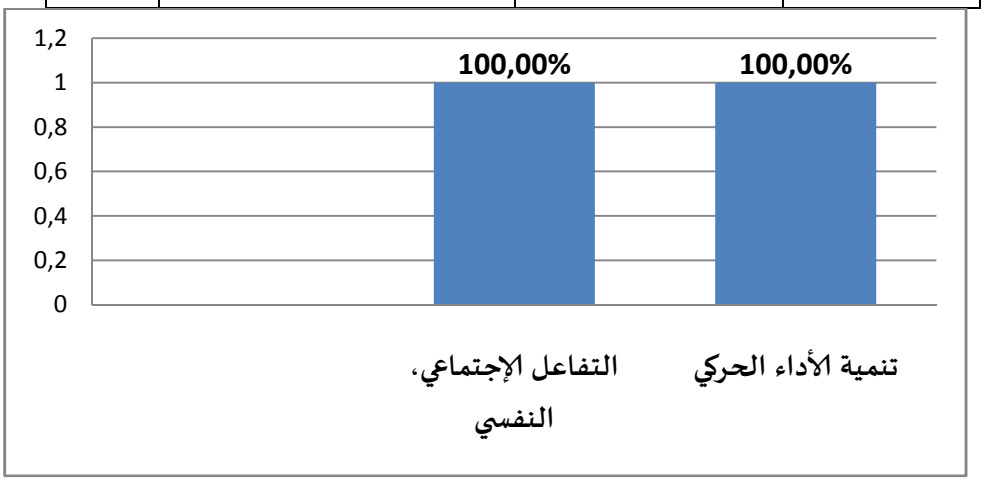
مناقشة النتائج: من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم 20 و الرسم البياني رقم 20 حول بدور الخبرة المهنية في عملية الإشراف على حصة النشاط البدني المكيف، جاءت النتائج تشير إلى أن 77.36% من أفراد العينة أجابوا أنها غير كافية ، ثم جاءت 22.64% قالت أن الخبرة المهنية كافية في عملية الإشراف.

الإستنتاج: نستنتج أن الخبرة المهنية وحدها غير كافية في عملية الإشراف على أطفال التوحد، إذا أنه و لابد من توفر الوسائل المادية و المعنوية في هذا الشأن.

- **السؤال الثامن عشر:** ماهي أهم الجوانب التي يمكن تطويرها لدى طفل التوحد من خلال حصة الأنشطة البدنية و الرياضية ؟

جدول رقم 21: يتعلق بالجوانب الممكن تطويرها في طفل التوحد

	تنمية الأداء الحركي	التفاعل الإجتماعي، النفسي	العينة
التكرارات	53/53	53/53	53
النسب المئوية	%100,00	%100,00	



رسم بياني رقم 21: يتعلق بالجوانب الممكن تطويرها في طفل التوحد

مناقشة النتائج: تشير أرقام الجدول رقم 21 و الرسم البياني رقم 21 و المتعلق بالجوانب الممكن تطويرها في طفل التوحد، إلى أن كل المشرفين أشاروا و بنسبة بـ: 100% إلى أن الأداء الحركي، و التفاعل الإجتماعي و النفسي لدى أطفال التوحد من أهم الجوانب التي يمكن تطويرها على مستوى المركز.

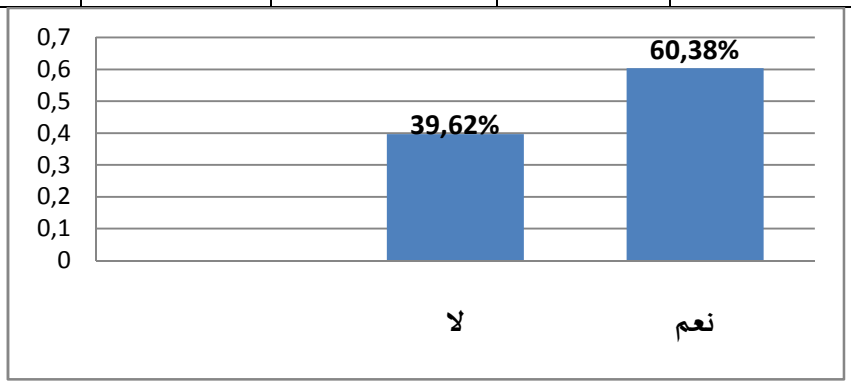
الإستنتاج: نستنتج أن الأداء الحركي و التفاعل النفسي و الإجتماعي من أهم الجوانب التي يمكن تطويرها ضمن برنامج النشاط البدني المكيف في المراكز.

2-1-4- عرض و مناقشة نتائج المحور الثالث حول المرافق و الوسائل الرياضية البيداغوجية:

-السؤال التاسع عشر: هل يتوفر المركز على أماكن خاصة لممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية؟

جدول رقم 22: يتعلق بتوفر المراكز على الأمكنة الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	32	21	53	53
النسب المئوية	%60,38	%39,62	%100,00	



رسم بياني رقم 22: يتعلق بتوفر المراكز على الأمكنة الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف

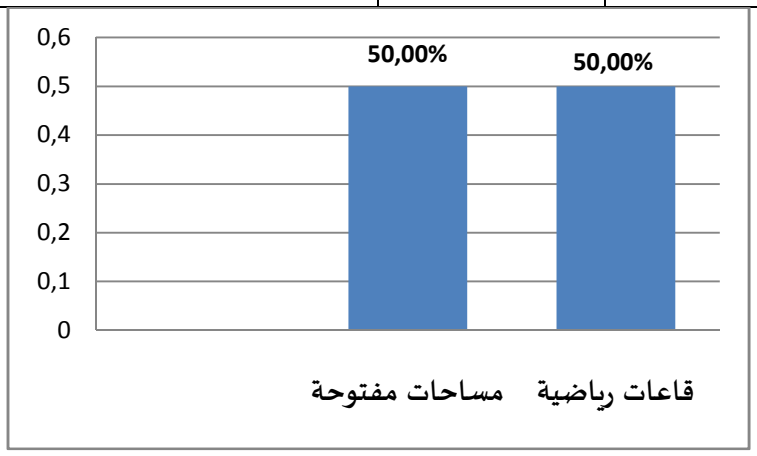
مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 22 و الرسم البياني رقم 22 و المتعلقان بتوفر المراكز على الأمكنة الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف، لاحظنا أن 60.38% صرحوا بتوفر المراكز على أماكن خاصة لممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية، و 39.62% نفوا توفر مثل هذه الأماكن بالمركز.

الإستنتاج: نستنتج أن المراكز توفر آماكن مخصصة لممارسة الأنشطة البدنية، إلا أنها تفتقر من حيث التجهيز على معدات مخصصة لرياضة الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة.

- **السؤال العشرون:** هل الأماكن الخاصة باللعب هي عبارة عن: ؟ **(سؤال مرتبط بالسؤال التاسع عشر)**

جدول رقم 23: يتعلق بتوفر الفضاءات الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف

	قاعات رياضية	مساحات مفتوحة	**ملاحظة:** أفراد العينة المعنيين بالإجابة عن هذا السؤال هم فقط من أجابوا بنعم في السؤال رقم 19، و الذين كان عددهم 32.	**العينة**
التكرارات	**32/16**	**32/16**		**53**
النسب المئوية	**%50,00**	**%50,00**		



رسم بياني رقم 23: يمثل بتوفر الفضاءات الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف

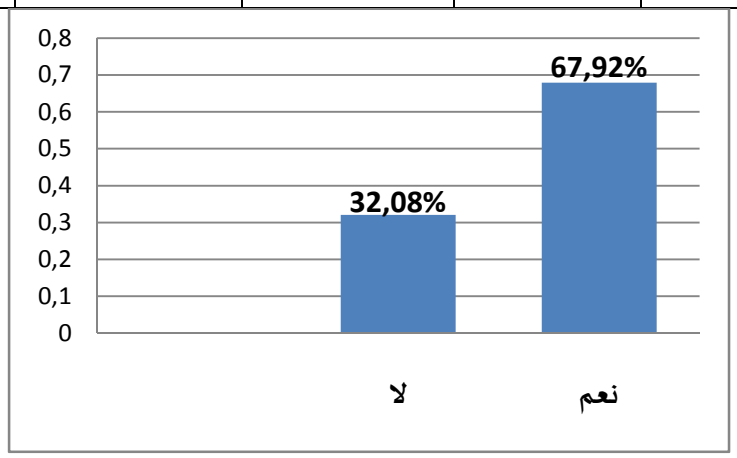
مناقشة النتائج: من خلال الجدول و الرسم البياني أعلاه حول السؤال السابع المتعلق بتوفر الفضاءات الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف ، فإن 50% من المستجوبين أجابوا بنعم، و 50% أجابوا بلا.

الإستنتاج: نستنتج أن القاعات الرياضية على مستوى المركز تعتمد على ميزانية الإدارة في التجهيز و الإنشاء.

- **السؤال الواحد و العشرون:** هل الساحات و الفضاءات التي تمارس فيها هذه الفئة من الأطفال نشاطهم الرياضي مطابقة لشروط الأمن و السلامة ؟

جدول رقم 24: يتعلق بمراعاة شروط الأمن و السلامة على مستوى الفضاءات الرياضية

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	36	17	53	53
النسب المئوية	%67,92	%32,08	%100,00	



رسم بياني رقم 24: يتعلق بمراعاة شروط الأمن و السلامة على مستوى الفضاءات الرياضية

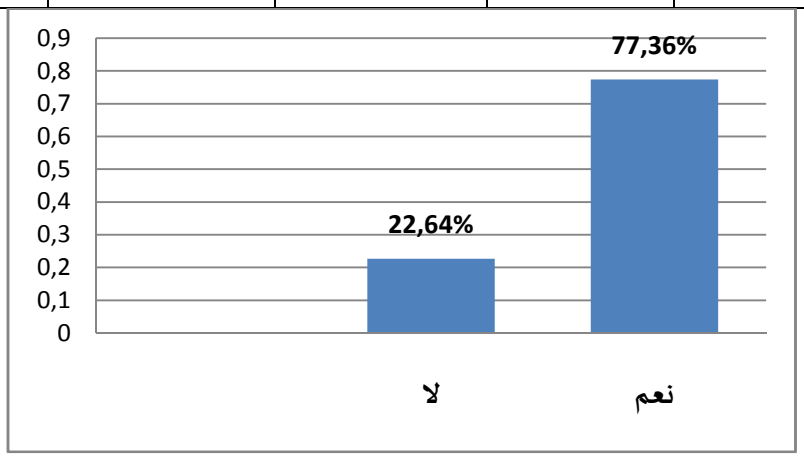
مناقشة النتائج: جاءت نتائج الجدول رقم 24 و الرسم البياني رقم 24 و المتعلقين بمراعاة شروط الأمن و السلامة على مستوى الفضاءات الرياضية ، تشير إلى مايلي: 67.56% من أفراد العينة قالوا نعم، ثم ما نسبته 32.08% أجابوا بلا.

الإستنتاج: نستنتج أن الساحات و الفضاءات التي تمارس فيها هذه الفئة من الأطفال نشاطهم الرياضي مطابقة لشروط الأمن و السلامة.

-**السؤال الثاني و العشرون:** هل يتوفر المركز على الوسائل البيداغوجية الرياضية لإجراء الأنشطة البدنية و الرياضية لهذه الفئة من الأطفال؟

جدول رقم 25: يتعلق بتوفر الوسائل البيداغوجية لإجراء حصة النشاط البدني المكيف

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	41	12	53	53
النسب المئوية	%77,36	%22,64	%100,00	



رسم بياني رقم 25 : يتعلق بتوفر الوسائل البيداغوجية لإجراء حصة النشاط البدني المكيف

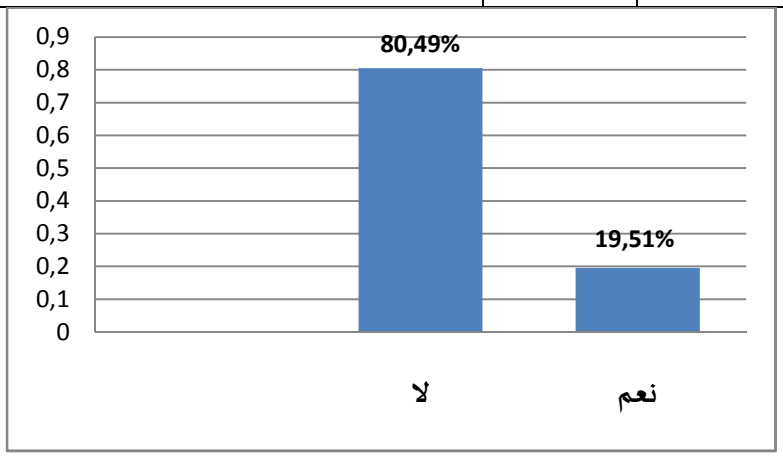
مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 25 و الرسم البياني رقم 25 و المتعلقان بتوفر الوسائل البيداغوجية لإجراء حصة النشاط البدني المكيف، لاحظنا أن 77.36% من أفراد العينة أجابوا بـ: نعم، و 22.64% أجابوا بلا.

الإستنتاج: نستنتج انه من الضروري توفر مراكز رعاية طفل التوحد على ألعاب رياضية و ترفيهية فكرية، تساعده على تطوير مهاراته و تسرع من أمر إندماجهم في المجتمع .

-السؤال الثالث و العشرون: هل هي كافية؟ **(سؤال مرتبط بالسؤال الثاني و العشرون)**

جدول رقم 27: يتعلق بمدى كفاية الوسائل البيداغوجية و متطلبات النشاط البدني المكيف

	نعم	لا	**ملاحظة:** أفراد العينة المعنيين بالإجابة عن	**العينة**
التكرارات	41/8	41/33	هذا السؤال هم فقط من أجابوا بنعم في	**53**
النسب المئوية	%19,51	%80,49	السؤال رقم 22، و الذين كان عددهم 41.	



رسم بياني رقم 26 : يتعلق بمدى كفاية الوسائل البيداغوجية و متطلبات النشاط البدني المكيف

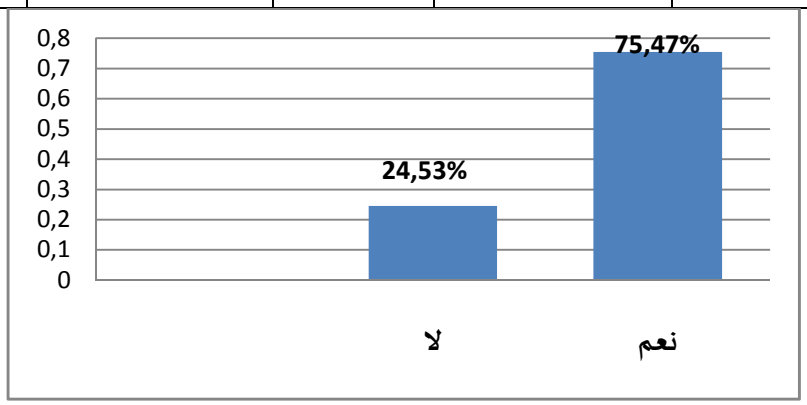
مناقشة النتائج: جاءت نتائج الجدول رقم 27 و الرسم البياني رقم 26 و المتعلقين بمدى كفاية الوسائل البيداغوجية و متطلبات النشاط البدني المكيف ، تشير إلى مايلي: 80.49% أجابوا بأنها غير كافية، ثم ما نسبته 19.51% قالوا كافية.

الإستنتاج: نستنتج انه هناك نقص في الدعم المادي الموجه للتجهيز و توفير الوسائل البيداغوجية على مستوى مراكز رعاية أطفال التوحد.

-السؤال الرابع و العشرون: هل عدم توفر بعض الوسائل البيداغوجية الرياضية يؤثر سلبا في السير الحسن لهذه الحصص؟

جدول رقم 27 :يتعلق بالتأثير السلبي على فعالية النشاط البدني المكيف جراء نقص الوسائل البيداغوجية

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	40	13	53	53
النسب المئوية	%75,47	%24,53	%100,00	



رسم بياني رقم 27: يتعلق بالتأثير السلبي على فعالية النشاط البدني المكيف جراء نقص الوسائل البيداغوجية

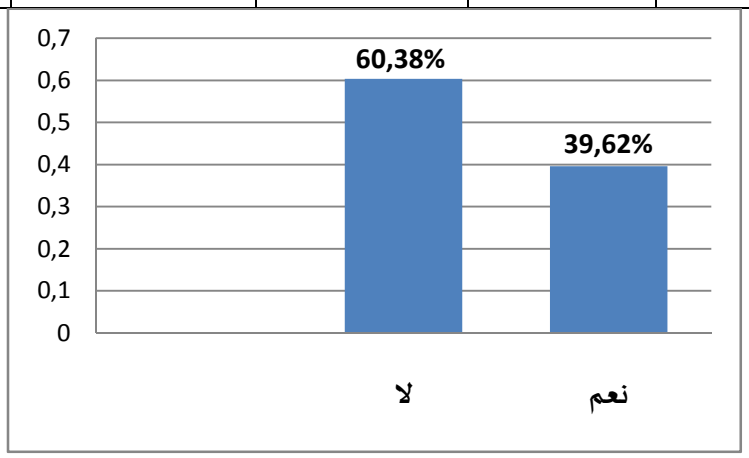
مناقشة النتائج: تشير أرقام الجدول رقم 27 و الرسم البياني رقم 27 و المتعلق بالتأثير السلبي على فعالية النشاط البدني المكيف جراء نقص الوسائل البيداغوجية، تشير إلى أن 75.47% من المستجوبين صرحت بنعم، فيما جاءت نسبة 24.53% خاصة بالفئة التي أجابت بـ: لا.

الإستنتاج: نستنتج أن الوسائل البيداغوجية و توفرها عامل جد مهم في علاج أطفال التوحد و تطوير مهاراتهم ، و أن أي نقص على مستوى هذه الوسائل قد يشكل عائقا في تقدم مستوى العلاج المرجو الوصول إليه.

- **السؤال الخامس و العشرون:** هل هناك ميزانية خاصة للوسائل البيداغوجية و بناء بعض المنشآت الرياضية داخل المركز ؟

جدول رقم 28: يتعلق بالدعم المادي للنشاط البدني المكيف على مستوى المراكز

	نعم	لا	المجموع	العينة
التكرارات	21	32	53	53
النسب المئوية	%39,62	%60,38	%100,00	



رسم بياني رقم 28: يتعلق بالدعم المادي للنشاط البدني المكيف على مستوى المراكز

مناقشة النتائج: من خلال الجدول رقم 28 و الرسم البياني رقم 28 و المتعلقان بالدعم المادي للنشاط البدني المكيف على مستوى المراكز، لاحظنا أن 60.38% من أفراد العينة اختار إجابة لا، و 39.62% اختاروا نعم.

الإستنتاج: نستنتج أن هناك نقص في الدعم المادي على مستوى المراكز البيداغوجية فيما يخص ممارسة النشاط البدني المكيف.

2-2- الإستنتاجات:

إستنادا إلى ما جاء من نتائج عبر أسئلة الإستبيان و بعد تحليل الجدول و الأشكال البيانية ، وقف الطالبان الباحثان على عدة إستنتاجات أهمها:

1. هناك وعي من قبل المربين بأهمية ممارسة النشاط البدني المكيف على صحة طفل التوحد، في حين نلمس غياب دور الوزارة الوصية بخصوص الشأن.
2. تفتقر المراكز البيداغوجية لوجود أخصائيين في مجال الأنشطة البدنية المكيفة مما ينعكس سلبا على تطوير مهارات أطفال التوحد، كما انه لا يوجد تكوين خاص للمربين القائمين على هذه المراكز.
3. نقص في الهياكل و الوسائل البيداغوجية و الفضاءات و حتى الدعم المادي لتسيير مراكز رعاية أطفال التوحد من شأنه التأثير سلبا على إنجاح عملية ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة.

2-3- مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج:

2-3-1- الفرضية العامة: "واقع ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة على مستوى المراكز البيداغوجية لرعاية أطفال التوحد، واقع مقبول إلى حد ما و يحتاج إلى تنظيم أكثر".

من خلال السؤال **21**، المتعلق بمراعاة شروط الأمن و السلامة على مستوى الفضاءات الرياضية، وحيث صرح المربين بنسبة **67,92%**، مؤكدين في ذلك أن الطاقم المشرف على مراكز رعاية أطفال التوحد يراعون و بشدة شروط الأمن و السلامة، كما جاء السؤال **22** المتعلق بتوفر الوسائل البيداغوجية لإجراء حصة النشاط البدني المكيف، حيث كانت نسبة **77,36%** تمثل فئة المربين الذين اقروا بتوفر هذه الوسائل،

في السؤال **3** و المتعلق بإقرار حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة خاصة بأطفال التوحد، حيث جاءت النتائج تشير و بنسبة **100%** إلى وجود الحصة فعلا.

كذلك جاءت دراسة **روبرت كوجل ووليم (1993) Robert Kogel & William** ، حول دور كيفية اكتساب طفل التوحد للسلوكيات الاجتماعية التواصلية ، تشير إلى أن أوضحت أن السلوكيات الاجتماعية المراد علاجها لدي المفحوصين قد تحسنت بسرعة كما كان هناك تأثير لهذا التحسن على سلوكيات اجتماعية أخرى لم يتم تحديدها، وقد صاحب هذا التحسن زيادة في التقديرات الذاتية فيما يتصل بالتفاعل الاجتماعي المناسب.

من خلال ما تم يمكننا أن نؤكد **صحة فرضيتنا العامة** و ذلك إستنادا إلى ما توصلنا إليه من نتائج و بيانات ، و ما توافقت في الوصول إليه كنتيجة مقارنة بالدراسات السابقة.

2-3-2-مناقشة الفرضية الجزئية الأولى: و التي كانت تقول " **هناك إهتمام من طرف المربين المشرفين على حصص الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة لرعاية أطفال التوحد**".

من خلال **السؤال 3 من المحور الأول** في الإستبيان حول إقرار حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة خاصة بأطفال التوحد، و الذي أسفرت نتائجه على أن **100%** من المستجوبين نفوا أن هناك برامج معدة من طرف الوزارة لتسيير حصة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة، و عليه يمكننا الجزم بأن الفرضية **الجزئية الأولى قد تحققت.**

2-3-3-الفرضية الجزئية الثانية: " لا يتلقى المربين المشرفين على الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة تكوينات و تربصات مؤطرة خاصة في هذا المجال ".

السؤال 13 في الإستبيان المتعلق بإجراء المربين للتربصات و الدورات التكوينية، و الذي أسفرت نتائجه على أن **88.68%** من المستجوبين نفوا تلقيهم أي تكوين أو تربص في مجال النشاط البدني المكيف ، كما جاء **السؤال 15** و بنسبة **67,92%** تشير إلى عدم توفر القدر الكافي من المختصين في مجال النشاط البدني المكيف. وعليه يمكننا القول بالنظر إلى ما توصلنا إليه من نتائج أن **الفرضية الجزية الثانية تحققت.**

2-2-4- الفرضية الجزئية الثالثة:: "الوضعية الحالية لمراكز رعاية أطفال التوحد من حيث الهياكل و الوسائل و الفضاءات لا ترقى لتحقيق الأهداف".

في **السؤال 20** من الإستبيان المتعلق بتوفر الفضاءات الخاصة لممارسة النشاط البدني المكيف، جاءت النتائج تشير إلى أن ما نسبته **50%** من المربين اقروا بأن المراكز لا تتوفر على قاعات رياضية ذات مواصفات تتناسب و ممارسة النشاط البدني المكيف.

كما جاء السؤال **23** المتعلق بمدي كفاية الوسائل البيداغوجية و متطلبات النشاط البدني المكيف، حيث أجابت عينة البحث بلا و بنسبة مقدرة بـ**80.49%**.

بالإشارة إلى الدراسات السابقة خصوصا دراسة الطالبين **دراسة قام بها الطالبين كمال زيادي و عبد الحكيم زوار ، بمعهد التربية البدنية و الرياضية – جامعة زيان عاشور – الجلفة – 2015/2014** تحت عنوان :" **دور التأهيل الرياضي في عملية الإندماج لذوي الإحتياجات الخاصة (دراسة حالة : المصابين بالتوحد 6-21سنة)**"، و التي أسفرت نتائجها من خلال تحليل النتائج المتحصل عليها أن النشاط الحركي المكيف يعاني من عدة مشاكل أهمها نقص الدعم المادي و المعنوي لرياضة المعاقين، و نقص الخبرة و المختصين في تسيير الجانب الرياضي في المراكز، كما نبهوا إلى ضرورة إعادة تأهيل مستوى التأطير لدى الإطارت و المشرفين على المراكز.

و عليه يمكننا القول بالنظر إلى ما توصلنا إليه من نتائج، و ما توافقنا معه في الدراسات السابقة يمكننا الجزم بأن الفرضية **الجزئية الثالثة قد تحققت.**

2-4- التوصيات و الإقتراحات:

من خلال ما تم مناقشته و دراسته نظريا و تطبيقيا في البحث في موضوع البحث و المتمثل في **واقع ممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة على فئة أطفال التوحد**، يوصي الطالبان الباحثان بمايلي:

1. توفير الدعم المادي و المعنوي على مستوى مراكز رعاية أطفال التوحد، و ذلك من خلال تجهيز القاعات الرياضية بالعتاد اللازم لممارسة النشاط البدني المكيف.
2. توفير المختصين المشرفين و إمدادهم بالتجهيزات اللازمة و المتطورة في سبيل إنجاح رسالتهم الإنسانية.
3. تسليط الضوء على شريحة ذوي الإحتياجات الخاصة خصوصا أطفال التوحد ممن يعانون من المستوى الخفيف و المتوسط لطيف التوحد، و تقديم كل الدعم لهم.
4. فتح تخصصات خاصة بهذه الفئة (التوحد).

خلاصة:

كخلاصة لهذه الدراسة التي كانت حول البحث في واقع ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة على فئة أطفال التوحد من وجهة نظر المربين، حيث و بعد قيام الطالبان الباحثان بالإجراءات الميدانية التي تتطلبها الدراسة، و بعد جمع المعلومات و تحليل النتائج المتحصل عليها توصلنا إلى أن هناك وعي من قبل المربين بأهمية ممارسة النشاط البدني المكيف على صحة طفل التوحد، في حين نلمس غياب دور الوزارة الوصية بخصوص الشأن، إلا انه من الضروري التصريح بكون المراكز البيداغوجية تفتقر لوجود أخصائيين في مجال الأنشطة البدنية المكيفة مما ينعكس سلبا على تطوير مهارات أطفال التوحد، كما انه لا يوجد تكوين خاص للمربين القائمين على هذه المراكز، ضف إلى ذلك نقص في الهياكل و الوسائل البيداغوجية و الفضاءات و حتى الدعم المادي لتسيير مراكز رعاية أطفال التوحد من شأنه التأثير سلبا على إنجاح عملية ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة.

و عليه من أجل تحسين واقع ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة بمراكز رعاية أطفال التوحد لزم توفير الدعم المادي و المعنوي على مستوى مراكز رعاية أطفال التوحد، و ذلك من خلال تجهيز القاعات الرياضية بالعتاد اللازم لممارسة النشاط البدني المكيف، و توفير المختصين المشرفين و إمدادهم بالتجهيزات اللازمة و المتطورة في سبيل إنجاح رسالتهم الإنسانية، و بالخصوص أطفال التوحد ممن يعانون من المستوى الخفيف و المتوسط لطيف التوحد، و تقديم كل الدعم لهم لأنهم فئة يمكن و بنسبة كبيرة جدا إعادة دمجهم في المجتمع كأشخاص عاديين.

المراجع و المصادر

المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم عبدالله الزريقات. (2004). التوحد الخصائص والعلاج. عمان – الأردن: دار الفكر.

2. أسامة رياض. (2000). رياضة المعاقين – الطبعة الأولى. القاهرة – مصر : دار الفكر العربي.

3. أمين أنور الخولي و أسامة كمال راتب. (1992). التربية الحركية للطفل. القاهرة – مصر : دار الفكر العربي.

4. أوفقير أحلام و موزعيكة حليم. (2015). تأثير النشاط البدني الرياضي النمكيف على ذوي إعاقة إضطرابات التوحد . الجزائر: جامعة خميس مليانة.

5. أيمن البلشة . (2009). الخصائص والفروق بين الأطفال المتوحدين والمتخلفين. عمان – الأردن: رسالة ماجيستر – الجامعة الأردنية.

6. جاب ميركن و مارشال هوفمان. (1998). دليلك إلى الطب الرياضي – ترجمة محمد قدري بكر و ثريا نافع. القاهرة – مصر: مركز الكتاب للنشر .

7. حلمي إبراهيم و ليلى السيد فرحات. (1998). التربية الرياضية والترويح للمعاقين. القاهرة – مصر : دار الفكر العربي.

8. د. جيهان مصطفى. (2007). التوحد. القاهرة – مصر: دار اخبار اليوم – مجلة السلسلة الطبية – العدد 270.

9. ذوقان عبيدات وآخرون. (1988). البحث العلمي مفهومة وأدواته وأساليبه. القاهرة – مصر: دار الفكر العربي.

10. رائد محمد أبو الكاس. (2008). رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها.

11. رزوق أسعد. (1977). موسوعة علم النفس – الطبعة الأولى . بيروت – لبنان: المؤسسة العربية للدراسات و النشر.

12. ريتشارد م سوين . (1979). ترجمة احمد عبد العزيز سلامة – علم الأمراض النفسية و العقلية . القاهرة – مصر : دار النهضة العربية.

13. سوسن شاكر مجيد. (2010). التوحد، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. بغداد – العراق: ديبونو للطباعة و النشر و التوزيع.

14. السيد على و فائقة بدر . (1999). اضطرابات الانتباه لدي الأطفال . الإسكندرية – مصر: مكتبة النهضة المصرية.

15. سيمون كوهين و باتريك بولتن ترجمة عبدالله ابراهيم الحمدان. (2000). حقائق عن التوحد. الرياض – المملكة العربية السعودية: أكاديمية التربية الخاصة.

16. عادل عز الدين الأشول . (1987). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة – مصر: مكتبة الأنجلو مصرية.

17. عاقل فاخر. (1977). معجم علم النفس – الطبعة الثانية. بيروت – لبنان: دار العلم للملايين.

18. عبد الحكيم جواد المطر. (2007). تنظيم و إدارة البرامج الرياضية للفئات الخاصة. الرياض – المملكة العربية السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

19. عبد الرحمان سيد سليمان. (1999). الذاتوية – إعاقة التوحد لدى الأطفال. القاهرة – مصر: مكتبة زهراء الشرق.

20. عبد الرحيم عبد المجيد. (1997). تنمية الأطفال المعاقين. القاهرة – مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

21. عبد العزيز الشخص و عبد الغفار الدماطي. (1991). إتجاهات نظرية في سيكولوجية نمو الطفل المراهق. القاهرة – مصر : مكتبة الأنجلو مصرية.

22. عثمان لبيب فراج. (1993). إعاقة التوحد أو الإجترار Autism ، خواصها و تشخيصها. مصر: النشرة الدورية – العدد 40 – السنة الحادية عشر – إتحاد رعاية الفئات الخاصة و المعوقين.

23. عمر فواز عبد العزيز و تيسير مفلح كوافحة. (2010). مقدمة في التربية الخاصة – الطبعة الرابعة. عمان – الأردن: درا المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.

24. العيسوي عبد الرحمان . (1997). سيكولوجية الإعاقة الجسمية و العقلية و سبل العلاج و التاهيل. القاهرة – مصر: دار الراتب الجامعية.

25. فان دالين ديبولد ترجمة محمد نبيل نوفل. (1987). مناهج البحث في التربية و علم النفس. القاهرة – مصر: مكتبة الانجلو مصرية.

26. قاسم حسن حسين،. (1990). علم النفس الرياضي، مبادؤه و تطبيقاته في مجال التدريب، الجزء الثاني. العراق: جامعة الموصل.

27. كريستين مايلز. (1993). التربية المختصة، دليل لتعليم الأطفال المعاقين عقليا، ترجمة عفيف الرزاز و محمود المصري و مؤنس عبد الوهاب و فادية الملا. بيروت – لبنان: ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية و تنمية المجتمع.

28. كمال علي. (1988). النفس، إنفعالاتها، امراضها، علاجها – الجزء الثاني – الطبعة الرابعة. مصر: درا واسط للنشر و التوزيع.

29. لطفي بركات أحمد. (1984). الرعاية التربوية للمعوقين عقليا. الرياض – السعودية : دار المريخ للنشر.

30. مانيو جيدير ترجمة ملكة أبيض. (2004). منهجية البحث، دليل الباحث المبتدئ. دمشق – سوريا: وزارة الثقافة.

31. محمود حمودة. (1991). الطفولة و المراهقة، المشكلات النفسية و العلاج. القاهرة – مصر: المطبعة الفنية المصرية.

32. وفاء علي الشامي. (2003). خفايا التوحد، أشكاله، أسبابه، تشخيصه – الطبعة 1. الرياض – السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.

33. يوسف القريوتي و آخرون. (2008). كتاب المدخل إلى التربية الخاصة . بيروت – لبنان: دار الشرق للنشر و التوزيع.

34. جريدة النصر، العدد الصادر يوم 17-03-2017 – الجزائر.

الملاحق