



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس – مستغانم



معهد التربية البدنية والرياضية قسم النشاط البدني المكيف

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي
في علوم وتقنيات الأنشطة البدنية والرياضية
تخصص نشاط بدني مكيف وصحة
بعنوان

تأثير ممارسة النشاط البدني المكيف على مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا

بحث وصفي أجري على المعاقين حركيا (الممارسين وغير الممارسين) بولاية وهران

من إعداد

الطالب: سي الطيب الطيب

تاريخ المناقشة: 2023/06/26

لجنة المناقشة مكونة من السادة:

رئيسا.

مشرفا ومقررا.

مناقشا.

أ.د/ بن قلاوز تواتي

د/ قدور باي بلخير

أ.د/عتوتي نورالدين

إهداء

الحمد لله وكفى والصلاة والسلام على الحبيب المصطفى وأهله

ومن وفى .

الحمد لله الذي وفقني لاتمام هذا العمل المتواضع الذي أهديه إلى أبي

وأمي قرّة عيني حفظهما الله وبارك في عمرهما، ولكل العائلة الكريمة التي

ساندتي ولا تزال .

إلى كل من كان لهم أثر في حياتي،

وإلى كل من أحبهم قلبي ولم يذكرهم قلمي .

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على المبعوث رحمة للعالمين سيدنا
وحبيبنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى أستاذي الفاضل الدكتور بلخير قدور باي
الذي تكرم بالإشراف على هذا العمل المتواضع، والذي لم يبخل بتوجيهاته
ونصائحه، والذي ذلل كل الصعوبات والعقبات التي واجهتني في هذا البحث.

كما أتوجه بالشكر والعرفان إلى كل أساتذة معهد التربية البدنية والرياضية
الذين لم يبخلوا في سبيل ارشادنا وتنويرنا.

وإلى كل من ساهم في انجاز هذا البحث سواء من قريب أو بعيد.

وقبل وبعد كل شيء فالشكر لله، والله الحمد في الأول والآخر.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

عنوان الدراسة: "تأثير ممارسة النشاط البدني المكيف على مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا"، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق فيما يخص مستوى القلق العام بين الممارسين للنشاط البدني المكيف وغير الممارسين له من ذوي الإعاقة الحركية، وتمثل فرض الدراسة في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركيا الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني المكيف في مقياس القلق العام لصالح الممارسين. وقد تم تطبيق هذه الدراسة على عينة مكونة من 40 فردا من المعاقين حركيا تم اختيارهم بشكل قصدي، 20 منهم ممارسا و20 غير ممارس. استخدم الباحث في دراسته مقياس القلق الصريح لتايلور، وللتأكد من نتائج الدراسة تم الاعتماد على اختبار -T- لقياس عينتين مستقلتين متساويتين وهذا باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف في نسبة القلق العام لصالح فئة الممارسين. ومنه نستنتج أن لممارسة النشاط البدني المكيف تأثير إيجابي في خفض مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا.

وفي الأخير أوصى الباحث على ضرورة تكريس الجهود لزيادة الوعي حول دور النشاط البدني المكيف في خفض للمعاقين حركيا وانعكاساته الإيجابية على مختلف الجوانب البدنية، النفسية، والاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: النشاط البدني المكيف، القلق، الإعاقة الحركية.

Abstract:**ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية:**

The title of the study: "The impact of practicing Adapted Physical Activity on the level of generalized anxiety among the individuals with motor disability." The aim of the study is to know the differences in the level of anxiety between the individuals with motor disability who practice the adapted physical activity and those who do not practice. The hypothesis of the study was that there were statistically significant differences between the individuals with motor disability who practice the adapted physical activity and those who do not practice, in the generalized anxiety scale in favor of the practitioners. This study was applied to a sample of 40 individuals with motor disabilities who were chosen intentionally, 20 practitioners of the adapted physical activity and 20 non-practitioners. In his study, the researcher used the Taylor Explicit Anxiety Scale, and to confirm the results of the study, the T-test was relied on to measure two independent and equal samples, using the statistical package for social sciences SPSS, where the results of the study found that there are statistically significant differences between the practitioners and non-practitioners of adapted physical activity in the level of anxiety in favor of the practitioners. From it, we conclude that the practice of adapted physical activity has a positive effect in reducing the level of generalized anxiety among the individuals with motor disability.

Finally, the researcher recommended the need to devote efforts to raising awareness about the importance of adapted physical activity for the individuals with motor disability and its positive repercussions on various physical, psychological and social aspects.

Keywords: Adapted physical activity, Anxiety, Motor disability.

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
84	عينة البحث	01
86	مفتاح مقياس تايلور للقلق الصريح	02
90	يوضح معاملات ثبات بطرية ألفا كرونباخ لاستبيان مقياس القلق	03
90	يوضح معاملات ثبات بطرية سبيرمان براون	04
91	نتائج فئة غير الممارسين على مقياس تايلور	05
95	درجة وتصنيف القلق لفئة غير الممارسين	06
95	نتائج فئة الممارسين على مقياس تايلور	07
99	درجة وتصنيف القلق لفئة الممارسين	08
100	الفروق في القلق العام لدى الممارسين وغير الممارسين	09

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
84	عينة البحث	01
101	مستوى القلق العام لدى الممارسين وغير الممارسين	02

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
1- الإهداء.....	أ.....
2- شكر وتقدير.....	ب.....
3- ملخص البحث.....	ج.....
4- قائمة الجداول.....	ه.....
5- قائمة الأشكال.....	ه.....

التعريف بالبحث

1- المقدمة.....	02
2- الإشكالية.....	04.....
3- أهداف البحث.....	05.....
4- فرضيات البحث.....	05
5- التعريف بمصطلحات البحث.....	06.....
6- الدراسات والبحوث المشابهة.....	06.....

الباب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول: النشاط البدني المكيف

تمهيد.....	16
1- مفهوم النشاط البدني المكيف.....	16.....

- 2- التطور التاريخي للنشاط البدني المكيف.....18
- 3- النشاط البدني المكيف في الجزائر.....20
- 4- أسس النشاط البدني المكيف.....21
- 5- تصنيفات النشاط البدني المكيف.....23
- 5-1. النشاط الرياضي الترويحي.....23
- 5-1. النشاط الرياضي العلاجي.....25
- 5-1. النشاط الرياضي التنافسي.....26
- 6- أهمية النشاط البدني المكيف.....26
- 6-1. الأهمية البيولوجية.....26
- 6-2. أهمية الاجتماعية.....27
- 6-3. الأهمية النفسية.....28
- 6-4. الأهمية الاقتصادية.....29
- 6-5. الأهمية التربوية.....30
- 6-6. الأهمية العلاجية.....31
- 7- النظريات المرتبطة بالنشاط البدني المكيف.....31
- 7-1 نظرية الطاقة الفائضة.....31

32	..... نظرية الاعداد للحياة
33	..... نظرية الإعادة والتخليص
33	..... نظرية الترويح
34	..... نظرية الاستجمام
34	..... نظرية الغريزة
34	..... نظرية التحليل النفسي
35	..... خلاصة

الفصل الثاني: القلق

36	..... تمهيد
36	..... 1- مفهوم القلق
36	..... 1-1 القلق لغة
37	..... 2-1 القلق اصطلاحاً
40	..... 2- الأساس الفيزيولوجي للقلق العام
41	..... 3- أعراض القلق
43	..... 4- أسباب القلق
45	..... 5- أنواع القلق

47	6- مكونات القلق.....
47	6-1. مكون انفعالي.....
47	6-2. مكون معرفي.....
47	6-3. مكون فيزيولوجي.....
48	7- تصنيفات القلق.....
48	8- مستويات القلق.....
48	8-1. المستوى المنخفض.....
49	8-2. المستوى المتوسط.....
49	8-3. المستوى العالي.....
49	9- استراتيجيات القلق.....
55	خلاصة.....

الفصل الثالث: الإعاقة الحركية

56	تمهيد.....
56	1- مفهوم الإعاقة والمعاقين.....
57	1-1. الإعاقة لغة.....
56	1-2. الإعاقة اصطلاحاً.....

58.....	2- تعريف المعاق
59	3- نبذة تاريخية عن المعاقين
62	4- المعاقون في الجزائر
63.....	5- تعريف الإعاقة الحركية
64	6- أسباب الإعاقة الحركية
65	6-1. الاسباب الوراثية الجينية
65	6-2. الأسباب البيئية الاجتماعية
67.....	7- أنواع الإعاقة الحركية
70.....	8- تصنيفات الإعاقة الحركية
71.....	9- درجات الإعاقة الحركية
72.....	10- مشكلات الإعاقة الحركية
82	خلاصة

الباب الثاني: الدراسة الميدانية

الفصل الأول: الإجراءات الميدانية

83.....	1- منهج البحث
83.....	2- مجتمع البحث

- 3- عينة البحث.....83
- 4-متغيرات البحث84
- 5- مجالات البحث.....85
- 6- أدوات البحث.....85
- 7-الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.....87
- 8- التجربة الاستطلاعية.....87
- 9- الاسس العلمية للاختبارات المستعملة.....88
- 10- التجربة الاساسية.....89

الفصل الثاني: عرض ومناقشة النتائج

- 1- عرض وتحليل النتائج.....90
- 2- مناقشة النتائج بالفرضيات.....101
- 3- الاستنتاجات.....104
- 4- المقترحات.....105
- 5- الخاتمة.....106
- 6- قائمة المصادر والمراجع.....107
- 7- الملاحق.....114

الفصل التمهيدي

التعريف بالبحث

مقدمة:

يُعدّ ذوو الاحتياجات الخاصة من الفئات المجتمعية التي تحتاج إلى عناية واهتمام خاص لكونهم يعانون من مشاكل صحية قد تكون جسدية أو عقلية، مما يؤدي إلى عجزهم الكلي أو الجزئي عن ممارسة أعمالهم اليومية، وهذا ما يجعلهم يواجهون تحديات وصعوبات إضافية في حياتهم اليومية مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من إعاقة. لذا فإن المؤسسات والمنظمات العالمية قد خصصت النشاطات والأعمال المختلفة لتقديرهم وضمان العيش ضمن حقوقهم بحرية كاملة دون انتهاك كرامتهم، مما يؤدي إلى تعزيز الثقة في أنفسهم أولاً ثم بينهم وبين مجتمعهم. (راتب، 2000، صفحة 89)

يختلف تحدي الاحتياجات الخاصة من شخص إلى آخر، ويمكن أن يكون متعلقاً بالحركة والقدرة على الحياة اليومية، أو التفاعل الاجتماعي، أو الاستيعاب الدراسي، ومن بين هذه الاحتياجات الخاصة تأتي الإعاقة الحركية كواحدة من أبرز التحديات التي يواجهها الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة، فالفرد المعاق قبل أن يكون معاقاً هو إنسان، له حقوق وعليه واجبات، شأنه في ذلك شأن أي فرد عادي يعيش في مجتمع ويتمتع بحرية اجتماعية، ويحترم القيم الإنسانية والاجتماعية لأفراده، وأن الاهتمام بالأفراد المعاقين يعتبر من المؤشرات الأساسية التي تعبر عن تطور المجتمع الإنساني. (حلمي محمد إبراهيم، 1988، صفحة 111)

وتعد فئة المعاقين حركياً من بين الفئات التي حظيت باهتمام الكثير من المفكرين والباحثين إذ أن الإعاقة الحركية تترك آثاراً سلبية على مختلف الجوانب البدنية، النفسية والاجتماعية للمعاق. فقد صممت برامج وأنشأت نوادي رياضية ومراكز خاصة بهاته الفئة، وابتكرت الطرق التي تتلاءم معهم ووضعت المادة التعليمية التي تتناسب مع مستوياتهم. ومن المجالات التي أولت اهتماماً كبيراً بهاته الفئة، مجالات الأنشطة البدنية والرياضية التي قدمت البرامج المعدلة

والمقننة وأساليب القياس والتقويم ضمانا لحسن الممارسة ولبلوغ الأهداف والغايات المرجوة من هذا المجال. (الروسان، 2001، صفحة 72)

ويعتبر النشاط البدني المكيف من الأنشطة التربوية الأكثر انتشارا في أوساط المعاقين خاصة في المؤسسات والمدارس التربوية والمراكز الطبية البيداغوجية المكلفة بتربية ورعاية المعاقين، كما أنه يعد عاملا من عوامل الراحة الايجابية النشطة التي تشكل مجالا هاما في استثمار وقت الفراغ وبعث روح التعاون بين الأفراد والتخلص من الطاقة العدوانية والتأثير ايجابيا على سمات المعاق في مختلف الجوانب البدنية، النفسية والاجتماعية. وبما أن النشاط البدني المكيف يشكل عنصراً حيويًا في حياة هذه الشريحة من المجتمع وخاصة فئة المعاقين حركيا، فقد ارتأيت إلى أن نسلط الضوء على هذه الأهمية من خلال هذا البحث المتواضع الذي حاولنا من خلاله ابراز دور النشاط البدني المكيف في خفض نسبة القلق لدى فئة المعاقين حركيا. (عبد المجيد، 2002، صفحة 148)

1- الإشكالية:

واجب الرعاية الاجتماعية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة عامة والمعاقين حركيا خاصة تقع على عاتق الدولة وهو الأمر الذي تحاول أي حكومة من الحكومات جاهدة في سبيل توفيرها، فالهيئات والمنظمات الرياضية والإنسانية تبذل جهودا كبيرة في سبيل الحد من الإعاقة وتوفير الظروف الأكثر صحّة لتنشئة الإنسان المعاق والحد من بعض مسببات الإعاقة عبر وسائل الوقاية. ويعد النشاط البدني المكيف الذي شهدت مختلف جوانبه ووسائله تطورا معتبرا، خاصة فيما يتعلق بطرق ومناهج التعليم والتدريب عاملا من عوامل الراحة الإيجابية التي تساهم كثيرا بمساعدة هاته الفئة من كل النواحي، ويعتبر من الأعمال التي تؤدي للارتقاء بالمستوى الصحي والبدني للفرد وتجعله قادرا على العمل والإنتاج والاندماج مع مجتمعه، وتوافقه مع نفسه، وبالتالي تتحقق صحته النفسية. (أبو مصطفى، 2000، صفحة 79) ومن أنواع هذه الإعاقات الإعاقة الحركية التي تكون في غالب الأحيان مصحوبة ببعض المشاكل السلوكية التي تتولد نتيجة أعراض الإعاقة كالخوف والقلق، وهذا ما يمكن أن يعرقل عملية تحقيق التوافق والتكيف لدى المعاق داخل مجتمعه.

إن تكيف الفرد المعوق وتأقلمه مع ضغوط الحياة المعاصرة يستدعي الإعتماد على النشاط البدني المكيف باعتباره شبكة خدماتية متكاملة صممت بغرض كشف المشاكل والمساعدة على حلها في مختلف النواحي سواء نفسية كانت أو حركية، وتشمل هذه الخدمات المساعدات الحركية والبرامج التربوية وطرق التدريب ومناهج التدريس للأشخاص المعاقين، كما تشمل أيضا على الخدمات الاستشارية والتعاونية في مجال برامج المعاقين وتنظيم الندوات لتقديم أفضل سبيل لهذه الفئة. فممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة تساعد المعاق حركيا على تجاوز بعض

الانفعالات السلبية كالخوف والقلق وقلّة الثقة بالنفس، وتجعله يتأقلم مع ضغوط الحياة المعاصرة ومن ثم اندماجه في المجتمع بصفة فعالة. (البهى السيد، 1975، صفحة 136)

وفي هذه الدراسة سنتناول مدى تأثير ممارسة النشاط البدني المكيف على مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا، وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركيا الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف على مقياس تايلور للقلق؟

1. أهداف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- إبراز دور ممارسة النشاط البدني المكيف في خفض مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا.
- إبراز مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف.
- إبراز مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط البدني المكيف.
- معرفة الفروق فيما يخص نسبة القلق العام بين المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف وغير الممارسين له.

2. فرضية البحث:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركيا الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني المكيف على مقياس تايلور للقلق لصالح الممارسين.

3. مصطلحات البحث:

3-1. النشاط البدني المكيف:

يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلاءم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدها ويتم ذلك وفقا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم. (حلمي محمد إبراهيم، 1988، صفحة 25)

3-2. القلق العام:

يعرف بأنه الشعور بالضيق والإضطراب وعدم الاستقرار النفسي يصحبه شعور مبهم بالخوف من شيء غير محدد بالذات أو من توقع حدوث شيء ما، وهو يتفاوت في الشدة من مجرد شعور بالاضطراب إلى شعور مرعب يعجز الإنسان معه عن أداء أي شيء. (العزة، 2002، صفحة 84)

3-3. الإعاقة الحركية:

هي الإعاقة التي يعاني صاحبها من العجز البدني نتيجة وراثية أو إصابة أو مرض، تحد من حركته ونشاطه بسبب هذا الخلل الحادث له، وبالتالي تأثر عليه بشكل أو بآخر في مختلف أوجه الحياة وتجعله عاجزا عن التكيف مع مجتمعه. (أسامة رياض، 2001، صفحة 21)

4- الدراسات المشابهة:

4-1. الدراسات العربية:

- دراسة هزرشي سليمان 2022: بعنوان "دور النشاط البدني المكيف في تخفيف القلق العام لذوي الاحتياجات الخاصة (ذوي الإعاقة الحركية)" دراسة أجريت على نادي الفجر لرياضة المعاقين لكرة الطائرة جلوس، ولاية غرداية. تهدف الدراسة إلى معرفة أهمية النشاط الرياضي

المكيف وانعكاساته الإيجابية على القلق بشكل عام للفرد المعاق حركيا. حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي في دراسته، واعتمد على الاستبيان لجمع بيانات عينة مكونة من 20 معاقا حركيا مقسمين إلى فئتين: فئة الممارسين للنشاط البدني المكيف عددها 14 وفئة غير الممارسين وعددها 6 من ذوي الإعاقة الحركية. وبعد تحليل النتائج توصل الباحث إلى أن لممارسة النشاط البدني المكيف دور في التخفيف من مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا.

- **دراسة بن عامر ياسين وطابي رابع 2021:** بعنوان "دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من قلق المستقبل لدى المعاقين حركيا"، وتهدف الدراسة إلى ابراز دور النشاط البدني الرياضي المكيف في التقليل من قلق المستقبل لدى المعاقين حركيا. استخدم الباحثان المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من 20 لاعبا ولاعبة من نادي الحضنة للمعاقين حركيا بولاية المسيلة. أما فيما يخص أداة البحث استخدم الباحثان مقياس قلق المستقبل للباحثة (دعاء جهاد شلهوب، 2016)، وبعد المعالجة الإحصائية توصلت النتائج إلى أن للنشاط البدني الرياضي المكيف دور في التقليل من قلق المستقبل لدى المعاقين حركيا.

- **دراسة بن العايب عبد الهادي وحمادي جمال 2021:** دراسة بعنوان "أثر برنامج رياضي ترويجي مقترح على التقليل من الضغط النفسي لدى المعاقين حركيا"، استخدم الباحثان المنهج التجريبي على عينة مكونة من 06 أفراد معاقين حركيا تتراوح أعمارهم ما بين 18-25 سنة، تم اختيارهم بطريقة قصدية. وهدفت الدراسة إلى ابراز دور النشاط الرياضي الترويجي في التقليل من الضغط النفسي لدى المعاقين حركيا، حيث اعتمد الباحثان برنامجا رياضيا ترويجيا ومقياسا للضغط النفسي. وبعد عرض وتحليل وتفسير النتائج أظهرت الدراسة مدى فعالية البرنامج الرياضي الترويجي المقترح في التقليل من الضغط النفسي بأبعاده الاجتماعية والأسرية والدراسية لدى الأفراد المعاقين حركيا.

- دراسة محمد عباس محمد عرابي 2020: عنوان الدراسة "دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية". وتهدف الدراسة الحالية إلى دراسة فاعلية برنامج اللعب في خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف. اعتمد الباحث المنهج التجريبي لعينة من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم ما بين (8-10) سنوات وعددهم 08 تم اختيارهم بشكل قصدي، كما استخدم "مقياس القلق للأطفال" من إعداد الدكتورة فيولا البلاوي (1987م) وبرنامج اللعب من إعداد الباحث. وبعد المعالجة الإحصائية أيدت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى القلق في الاختبار القبلي والبعدي للأطفال المعاقين حركياً ويعزو الباحث هذه النتائج إلى التأثير الإيجابي والفعال لـ (برنامج الألعاب المقترح) الذي يؤدي إلى إحداث تعديلات جوهرية في السلوك، كما يساعد على التنفيس الانفعالي وإخراج ما عند الطفل من مشاعر ومكبوتات.

- دراسة هدى شهاب جاري 2019: مداخلة للدكتورة هدى شهاب بعنوان "أثر ممارسة الأنشطة الترويحية في تنمية الثقة بالنفس لدى المعاقين حركياً-جلوس"، أقيمت بالمؤتمر العلمي الدولي الأول في كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة بمدينة بغداد -العراق. هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر استخدام الأنشطة الترويحية في تنمية الثقة بالنفس لدى المعاقين حركياً على الكراسي المتحركة. اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج التجريبي والوصفي، أما عينة البحث فقد تم اختيارها بطريقة قصدية وتمثلت في 17 لاعبا للكرة الطائرة على الكراسي المتحركة. أجرت الباحثة الاختبار القبلي باستخدام الاستبيان لقياس مستوى الثقة بالنفس لدى اللاعبين، بعدها قامت بتطبيق البرنامج الترويحي على عينة الدراسة لمدة 03 أشهر، متبوعة بالاختبار البعدي. وبعد المعالجة الإحصائية أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الثقة بالنفس بين الاختبارين القبلي والبعدي لدى لاعبي المجموعة

التجريبية تعزى لصالح الاختبار البعدي. مما يدل على أن للأنشطة الترويحية دور في تنمية الثقة بالنفس لدى المعاقين حركيا-جلوس.

- دراسة د. بوعمامة حكيم، د. سعدو سامية 2019: عنوان الدراسة "أثر ممارسة الرياضة على الصحة النفسية لدى المعاقين حركيا"، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر ممارسة الرياضة على الصحة النفسية عند المعاقين حركيا، وقد تم تطبيق هذه الدراسة على عينة تقدر بـ 30 فردا من المعاقين حركيا، 15 منهم يمارسون الرياضة و15 لا يمارسون الرياضة بهدف معرفة تأثير ممارسة الرياضة على الصحة النفسية لدى المعاق حركيا، وقد اعتمد الباحثان في دراستهما على مقياس الصحة النفسية، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن الرياضة مفيدة وتؤثر إيجابيا على الصحة النفسية لدى المعاق حركيا من التخفيف من سلوكيات القلق والإحباط والاكتئاب والعزلة عن المجتمع وزيادة الثقة بالنفس لدى المعاق حركيا وشعوره بالأمن والاطمئنان وحب الحياة.

- دراسة ليازيدي عز الدين وآخرون 2015: عنوان الدراسة "دور النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى الأطفال المعاقين حركيا". هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور النشاط البدني المكيف في خفض القلق لدى المعاقين حركيا. وشملت عينة البحث فئتين من ذوي الإعاقة الحركية: فئة الممارسين للنشاط الرياضي المكيف تضم 20 معاقا حركيا، وفئة غير الممارسين تضم 20 معاقا حركيا. واعتمد الباحثون المنهج الوصفي مستعينين بمقياس القلق الصريح لتايلور، وبعد المعالجة الإحصائية توصل الباحثون إلى أن نسبة القلق لدى فئة الممارسين للنشاط البدني المكيف أقل من نسبة القلق لدى غير الممارسين.

-دراسة عبد الكبير عمر 2012: بعنوان "دور ممارسة النشاط الرياضي المكيف في التقليل من الاضطرابات النفسية (القلق، الثقة بالنفس) لدى المعاقين حركيا" بمعهد التربية البدنية

والرياضية بالمسيلة. أجريت الدراسة على عينة مكونة من 17 لاعبا لكرة السلة على الكراسي المتحركة، فريق نور بالمسيلة. وهدفت الدراسة إلى إبراز دور النشاط الرياضي المكيف في التقليل من الاضطرابات النفسية لدى المعاقين حركيا. حيث اعتمد الباحث على المسح الشامل وقام باستخدام استمارة الاستبيان لجمع البيانات الميدانية وتم اختيار الأسئلة انطلاقا من أهداف البحث وفرضياته. بعد تحليل النتائج أظهرت الدراسة أن اللاعبين وبالرغم من التعب الذي يصيبهم إلا أنهم يحسون بالراحة النفسية التامة وكذلك نسيان مشاكلهم والشعور بالثقة والعزيمة القوية على مواجهة مشاكل الإعاقة.

- **دراسة بشير حسام 2011**: أطروحة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية بعنوان: "فاعلية النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعاقين حركيا" بمعهد التربية البدنية والرياضية بسيدي عبد الله - الجزائر. وهدفت الدراسة إلى إثبات أن لممارسة النشاط الرياضي الترويحي دور في تحقيق الصحة النفسية. فحص دور بعض سمات الصحة النفسية من قلق واكتئاب كتغيرات سيكولوجية تجعل المعاق يتعرض للضغط. أجريت الدراسة على 180 فردا منهم 90 مارسا للنشاط البدني الرياضي في ولاية جيجل و90 غير ممارس في ولاية أم البواقي، وتم تطبيق برنامج تجريبي علي المعاقين حركيا في المراكز الطبية البيداغوجية، أظهرت النتائج أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي الترويحي للتخلص من مختلف الأعراض الجسمية وكذلك التخلص من مختلف الامراض النفسية المختلفة وكذلك أثبت النشاط البدني الرياضي الترويحي كفاءة وفعالية عالية بالارتفاع بمستوياتهم النفسية والانخراط في علاقات مثيرة مع الأفراد العاديين وبالتالي إدماجهم في المجتمع مع تحقق الصحة النفسية.

- دراسة د. عادل خوجة، د. كابوية محمد 2011: بعنوان "أثر ممارسة النشاط الرياضي المعدّل في تحسين تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً". وهدفت هذه الدراسة إلى التعرّف على أثر ممارسة النشاط الرياضي المعدّل في تحسين تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين حركياً). اعتمد الباحثان على المنهج التجريبي، وقد اشتملت عينة الدراسة على (20) مراهق من ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً مصابون بالشلل النصفي السفلي. وفي الأخير توصل الباحثان إلى أن ممارسة النشاط الرياضي المعدل (المكيف) تؤثر ايجاباً في تحسين تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة (إعاقة حركية).

- دراسة أ. بشير حسام 2010: دراسة بعنوان "تأثير النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من المشاكل النفسية للمعاق حركياً". وهدفت الدراسة إلى إبراز دور النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من درجة القلق عند المعاق حركياً. استخدم الباحث المنهج الوصفي، أما العينة فقد تكونت من 40 معاقاً حركياً قسموا إلى مجموعتين إحداهما تضم الممارسين للنشاط الرياضي الترويحي وتتكون من 20 معاقاً حركياً. واعتمد الباحث في هذه الدراسة على مقياسي القلق والثقة بالنفس موجّهين للمعاقين. وبعد المعالجة الإحصائية أسفرت النتائج المتعلقة باختبار القلق إلى أهمية ممارسة النشاط الرياضي الترويحي الذي يساهم بدور كبير في خفض درجة القلق عند المعاق حركياً.

4-2. الدراسات الأجنبية:

- دراسة عثمان إ. بابار 2022: قام بهذه الدراسة فريق من الدكاترة والأساتذة الباحثين تحت عنوان "مستوى النشاط البدني وارتباطه بالاكتئاب بين مرضى إصابات النخاع الشوكي المزمنة". استخدم الباحثون منهج المسح المقطعي وهو منهج شائع في علوم الصحة يقوم على جمع البيانات وتحليلها من أجل فهم العلاقات والظواهر والسلوكيات. أجريت الدراسة بمركز

الشلل النصفي في مدينة بيشاور - باكستان، وكان الهدف منها معرفة علاقة النشاط البدني بالاكتهاب بين مرضى اصابات النخاع الشوكي المزمنة، حيث تم جمع بيانات لعينة مكونة من 109 مريض ممن لديهم إصابات في النخاع الشوكي. تم قياس النشاط البدني باستخدام مقياس مستوى النشاط البدني لمصابي النخاع الشوكي **Physical Activity Recall Assessment for People with Spinal Cord Injury (PARA-SCI)** ولتقييم الاكتئاب تم استخدام مقياس الاكتئاب الوبائي **Epidemiological Depression Scale Revised (CESD)**. وبعد تحليل النتائج تم التوصل إلى أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين الاكتئاب ونسبة الأنشطة البدنية، حيث أشارت الدراسة إلى أن المرضى الذين يعانون من الاكتئاب كانت ممارستهم للأنشطة البدنية محدودة ونادرة في حين أن المرضى الذين يمارسون الأنشطة البدنية بمستوى معتدل أو مرتفع لم يعانون من الاكتئاب.

- دراسة بياجيني وآخرون 2022: بعنوان "تأثير النشاط البدني على جودة حياة عينة من الإيطاليين ذوي الإعاقة الجسدية". أجريت الدراسة على عينة مكونة من 59 معاقا حركيا مقسمون على مجموعتين: مجموعة الممارسين للنشاط البدني المكيف وعددهم 33 معاقا، ومجموعة غير الممارسين عددها 26 معاقا حركيا. وهدفت الدراسة إلى مقارنة: الجودة والرضا عن الحياة، الكفاءة الذاتية، والرفاهية الشخصية للمعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف بانتظام مع غير الممارسين. حيث قام الباحثون باستخدام مجموعة من الاستبيانات التي تم ملؤها من طرف عينة البحث في جلسة واحدة وتتمثل في: استبيان عام للبيانات الشخصية، النسخة الإيطالية لاستبيان تقييم منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (**WHOQoL-BRIEF**)، مقياس الرضا عن الحياة (**SWLS**)، مؤشر الرفاهية الشخصية (**PWI**)، ومقياس الكفاءة الذاتية العام (**GSE**). وبعد المعالجة الاحصائية توصل الباحثون إلى

أن للنشاط البدني المكيف تأثير ايجابي على جودة الحياة لدى الأشخاص الممارسين مقارنة بغير الممارسين من ذوي الإعاقة الحركية.

- دراسة **ميغال جاسينتو وآخرون 2021**: قام بهذه الدراسة فريق من الباحثين من دولة البرتغال يمثلون أربع جامعات حكومية وكان عنوان الدراسة "آثار برامج التمرين الرياضي على القلق لدى الأفراد ذوي الإعاقة: دراسات المراجعة المنتظمة مع التحليل التلوي". هدفت الدراسة إلى إبراز ما إذا كان لبرنامج التمارين الرياضية دور في التقليل من أعراض القلق لدى فئة المعاقين، وتم اعتماد منهج دراسات المراجعة المنتظمة مع التحليل التلوي (A Systematic Review with a Meta-Analysis)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن لبرامج التمرين الرياضي درو فعال في خفض القلق لدى العديد من الاعاقات من بينها الاعاقة الحركية.

- دراسة **كريستينا كريب 2018**: مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر في تخصص الدراسات الترويحية والترفيهية بجامعة شرق كارولينا تحت عنوان "ممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية". حيث هدفت الدراسة إلى إبراز دور الأنشطة الرياضية المكيفة في رفع مستوى الكفاءة الذاتية لدى ذوي الاعاقة الحركية. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في دراستها ومن أجل جمع البيانات قامت بتوزيع استبيان على عينة مكونة من 30 معاقا حركيا تتراوح أعمارهم بين 12 إلى 19 سنة، وتم قياس الكفاءة الذاتية لعينة البحث باستخدام مقياس الكفاءة الذاتية للنشاط البدني الذي قام بتطويره العالم **سوندر وزملائه (Saunders et al)** سنة 1997، والذي يتكون من 17 بنداً. وبعد تحليل النتائج أظهرت الدراسة أن هناك علاقة ايجابية بين ممارسة النشاط البدني المكيف والكفاءة الذاتية للمعاقين حركيا إذ أنه كلما زادت نسبة الممارسة كلما زادت الكفاءة الذاتية والثقة بالنفس.

- دراسة دغمر نامساك 2016: تمت هذه الدراسة بجامعة براتيسلافا دولة سلوفينيا تحت عنوان "الرضا عن الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة: مقارنة بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف". أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 480 معاقا يمثلون مختلف الإعاقات (57.9% منهم إعاقة حركية) مقسمين إلى مجموعتين: مجموعة الممارسين للنشاط البدني الرياضي بشكل دوري على الأقل مرتين في الأسبوع وعددها 200، ومجموعة غير الممارسين وعددها 280 من ذوي الإعاقة. اعتمد الباحث المنهج الوصفي في دراسته واستخدم مقياس الرضا عن الحياة (SWLS)، وبعد المعالجة الإحصائية توصلت النتائج إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى الرضا عن الحياة بين فئة الممارسين للنشاط البدني المكيف وغير الممارسين تعزى لفئة الممارسين.

- دراسة بيتر جياكوبي وآخرون 2008: بعنوان "النشاط البدني وجودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقات الحركية". تمت الدراسة بالتنسيق بين أربعة باحثين يمثلون ثلاث جامعات أمريكية: (جامعة فلوريدا، جامعة ألباما وجامعة كانساس) وكان الهدف من الدراسة إبراز الروابط بين النشاط البدني وجودة الحياة لدى ذوي الإعاقات الحركية. تمثلت العينة في 26 معاقا حركيا ممارسا لكرة السلة على الكراسي المتحركة ممن أبلغوا سابقا عن حالة واحدة أو أكثر أثرت على حياتهم اليومية. اعتمدت الدراسة على مقياس النشاط البدني لأصحاب الإعاقة الجسدية: التطوير والتقييم (The physical activity scale for individuals with physical disabilities: Development and evaluation Washburn,) الذي أعده كل من (Frigoli, Weimo, McAuley, Frogley & Figoni, 2002) ومقابلات متعمقة ركزت على تجارب نشاطهم البدني وتقييماتهم حول نوعية حياتهم. توصلت الدراسة إلى أن الأفراد الذين يستخدمون

النشاط البدني أدركوا عددًا من الفوائد النفسية والاجتماعية والصحية المرتبطة بالمشاركة في النشاط البدني منها: الكفاءة الذاتية، الثقة بالنفس، والدافع للاستمرار في المشاركة.

4-3. التعليق على الدراسات والبحوث المشابهة:

استعرضنا جملة من الدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة الحالية "تأثير ممارسة النشاط البدني المكيف على نسبة القلق العام لدى فئة المعاقين حركيا"، والتي أوضحت أهمية ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة في خفض مستوى القلق لدى المعاقين حركيا.

الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها أفادت الباحث في تكوين تصور شامل لموضوع الدراسة الأمر الذي ساعد على صياغة وضبط مشكلة وفرضية البحث بشكل دقيق. كما ساعد الاطلاع على الأدوات الاحصائية المستعملة في الدراسات السابقة في اختيار الأداة المناسبة لموضوع الدراسة.

الباب الأول

الدراسة النظرية للبحث

الفصل الأول

النشاط البدني المكيف

تمهيد:

إنه لمن المؤكد أن النشاط البدني المكيف قطع أشواطاً كبيرة خلال القرنين الأخيرين وشهدت مختلف جوانبه ووسائله تطوراً معتبراً، خاصة فيما يتعلق بطرق ومناهج التعليم والتدريب. وفي وقتنا الحاضر ما فتئ الخبراء والباحثون في ميدان الرياضة والترويح وغيرهم، يمدوننا بأحدث الطرق والمناهج التربوية، مستندين في ذلك إلى جملة من العلوم والأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطاته موضوعاً لها، وهو ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطوراً مذهلاً 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. (أسامة كمال راتب، 1992، صفحة 40)

ويعد النشاط البدني المكيف من الأنشطة البدنية التربوية الأكثر انتشاراً في أوساط الشباب خاصة في المؤسسات والمدارس التربوية والمراكز الطبية البيداغوجية المتكفلة بتربية ورعاية المعوقين، ومما ساعد على ذلك أن النشاط الرياضي يعد عاملاً من عوامل الراحة الإيجابية النشطة التي تشكل مجالاً هاماً 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، ويجعله فرداً قادراً على العمل والإنتاج .

1. مفهوم النشاط البدني المكيف:

إن الباحث في مجال النشاط البدني المكيف يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي تداولها المختصون والعاملون في الميدان، واستخدامهم المصطلح الواحد بمعانٍ مختلفة، فقد استخدم بعض الباحثين مصطلحات النشاط الحركي المكيف أو النشاط الحركي المعدل أو التربية الرياضية المعدلة أو التربية الرياضية المكيفة أو التربية الرياضية الخاصة، في حين استخدم

البعض الآخر مصطلحات الأنشطة الرياضية العلاجية أو أنشطة إعادة التكييف، فبالرغم من اختلاف التسميات من الناحية الشكلية يبقى الجوهر واحداً، أي أنها أنشطة رياضية وحركية تفيد الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانوا معاقين متأخرين دراسياً أو موهوبين أو مضطربين نفسياً وانفعالياً، نذكر من هذه التعاريف ما يلي:

- **تعريف حلمي إبراهيم، ليلى السيد فرحات:** يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقاً لنوعها وشدتها، ويتم ذلك وفقاً لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم. (ليلى السيد فرحات، 1998، صفحة 223)

- **تعريف ستور (stor):** نعني به كل الحركات والتمرينات وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية، النفسية، العقلية، وذلك بسبب أو بفعل تلف أو إصابة من بعض الوظائف الجسمية. (A.Stor, 1993, P10)

- **تعريف الرابطة الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح والرقص والتربية الرياضية الخاصة:** هي البرامج المتنوعة للنمو من خلال الألعاب والأنشطة الرياضية والأنشطة الإيقاعية لتتناسب ميول وقدرات وحدود الأطفال الذين لديهم نقص في القدرات أو الاستطاعات، ليشتركوا بنجاح وأمان في أنشطة البرامج العامة للتربية.

ومن خلال هذا العرض لمختلف التعاريف فالمقصود بالنشاط الرياضي المكيف هو إحداث تعديل في الأنشطة الرياضية المبرمجة لتتماشى مع الغايات التي وجدت لأجلها ، فمثلاً في الرياضات التنافسية هو تكييف الأنشطة الرياضية حسب الفئة وتدريبها للوصول إلى المستويات العالية ، أما في حالة الأمراض المزمنة كالربو والسكري فهو تكييف الأنشطة الرياضية لتساعد على التقليل من هذه الأمراض ، وبالنسبة لحالات الإصابات الرياضية فإن اللاعب الذي

يتعرض للإصابة يحتاج إلى برنامج حركي تأهيلي خاص حسب نوع ودرجة الإصابة، أما تكيف الأنشطة الرياضية للمعاقين جعلها تتماشى مع حالة ودرجة ونوع الإعاقة، وبالتالي فالمقصود بالنشاط البدني الرياضي المكيف في هذه الدراسة هو مجموع الأنشطة الرياضية المختلفة والمتعددة والتي تشمل التمارين والألعاب الرياضية التي يتم تعديلها وتكييفها مع حالات الإعاقة ونوعها وشدتها، بحيث تتماشى مع قدراتها البدنية والاجتماعية والعقلية .

2. التطور التاريخي للنشاط البدني الرياضي المكيف:

تعتبر التربية والرياضية في العصر الحديث كأحد المتطلبات العصرية بالنسبة لكل شرائح المجتمع ولها مكانة وموقع معتبر في قيم واهتمامات الشباب خاصة. ويعود الفضل في بعث فكرة ممارسة النشاط البدني الرياضي من طرف المعوقين إلى الطبيب الإنجليزي **لوديج جوتمان** (LEDWIG GEUTTMAN) وهو طبيب في مستشفى (استول مانديفل) بإنجلترا.

وبدأت هذه النشاطات في الظهور عن طريق المعاقين حركيا ، وقد نادى هذا الطبيب بالاستعانة بالنشاطات الرياضية لإعادة التكيف الوظيفي للمعاقين والمصابين بالشلل في الأطراف السفلية (PARAPLIGIQUE) واعتبر هذه النشاطات كعامل رئيسي لإعادة التأهيل البدني والنفسي لأنها تسمح للفرد المعوق لإعادة الثقة بالنفس واستعمال الذكاء والروح التنافسية والتعاونية، وقد نظم أول دورة في مدينة استول مانديفل شارك فيها 18 معوق وكانوا من المشلولين الذين تعرضوا لحادث طارئ أثناء حياتهم وضحايا الحرب العالمية الثانية الذين فقدوا أطرافهم السفلية ولقد أدخل الدكتور **لوديج جوتمان** هذه الرياضة ببعض الكلمات التي كتبها في أول رسالة وعلقها في القاعة الرئيسية في ملعب استول مانديفل في إنجلترا والتي لازالت لحد الآن وجاء فيها "إن هدف ألعاب استول مانديفل هو تنظيم المعوقين من رجال ونساء في جميع أنحاء العالم في حركة رياضية عالمية وأن سيادة الروح الرياضية العالمية سوف تزجي الأمل

والعطاء والإلهام للمعوقين ولم يكن هناك أجلّ خدمة وأعظم عون يمكن تقديمه للمعاقين أكثر من مساعدتهم من خلال المجال الرياضي لتحقيق التفاهم والصدقة بين الأمم".

وبدأت المنافسة عن طريق الألعاب في المراكز (المستشفى) ثم تطورت إلى منافسة بين المراكز ثم بعدها أنشأت بطولة المعوقين، وعند توسيع النشاطات البدنية والرياضية المكيفة صنّفت المنافسة حسب نوع الإعاقة الحركية. (رضا القزوني، 1978، صفحة 32)

وفي بداية الستينيات عرف النشاط الرياضي بوجه عام تطورا كبيرا ومعتبرا، وكذلك كان للنشاط البدني والرياضي المكيف نفس المسار ونفس الاتجاه حيث أدمجت النشاطات في المشاريع التربوية والبيداغوجية في مدارس خاصة، وكان ظهور النشاطات الرياضية المكيفة للإعاقات العقلية متأخرا نوعا ما مقارنة بالإعاقات الحركية وقد نظمت أولى الألعاب الخاصة عام 1968 في شيكاغو (الولايات المتحدة الأمريكية) ما بين 19 و20 جويلية، وعرفت مشاركة ألف رياضي مثلوا كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وفرنسا ثم تلتها عدة دورات أخرى لسنة 1970 -72-75... الخ، وقد عرفت هذه الدورات تزايدا مستمرا في عدد الرياضيين المشاركين، وبالتالي توسيع هذه النشاطات الرياضية في أوساط المعوقين لمختلف أنواع الإعاقات. ونظرا للتطور الكبير الذي شهدته العشرية الأخيرة من هذا القرن في جميع المجالات مما أدى إلى اكتشاف خصائص الجسم ومدى قدرته على التكيف وإعادة التكيف مع العالم. ومع غزو الرياضة لمختلف دول العالم، ساهم الإعلام وبشكل كبير من خلال الملاعب واللافتات الإشهارية التي تظهر الأجسام الأنيقة والعضلية وكل الأفكار المتعلقة بالرياضة، جعلت الأفراد ومنهم المعاقين يعتقدون بالأهمية البالغة للنشاط الرياضي على المستوى العلاجي ودوره الكبير في النمو البدني، النفسي، والاجتماعي للأفراد الممارسين له. (إيلي السيد فرحات، 1998، صفحة 98)

3. النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر:

تم تأسيس الفدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات في 19 فيفري 1979 وتم اعتمادها رسميا بعد ثلاثة سنوات من تأسيسها في فيفري 1981، وعرفت هذه الفيدرالية عدة صعوبات بعد تأسيسها خاصة في الجانب المالي وكذا 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، وتم في نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية وهذا بإمكانيات محدودة جدا. وفي سنة 1981 انضمت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين للاتحادية الدولية (ISMGF) وكذلك للفيدرالية الدولية للمكفوفين كليا وجزئيا (IBSA). وفي سنة 1983 تم تنظيم الألعاب الوطنية في وهران من (24 الى 30) سبتمبر حيث تبعتها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتها في مختلف أنحاء الوطن، وشاركت الجزائر في أول ألعاب إفريقية سنة 1991 في مصر. (الاتحادية-الجزائرية، 1996) وكانت أول مشاركة للجزائر في الألعاب الأولمبية الخاصة بالمعوقين سنة 1992 في برشلونة بفوجين أو فريقين يمثلان ألعاب القوى وكرة المرمى وكان لظهور عدائين ذوي المستوى العالمي دفعا قويا لرياضة المعوقين في بلادنا، وهناك 36 رابطة ولأئية تمثل مختلف الجمعيات تظم أكثر من 2000 رياضي لهم إنجازات وتتراوح أعمارهم بين (16 - 35 سنة)، وقد سطرت الفدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات عدة أهداف متكاملة في بينها وعلى رأسها تطوير النشاطات البدنية والرياضية المكيفة الموجهة لكل أنواع الإعاقات باختلافها، ويتم تحقيق هذا الهدف عن طريق:

- العمل التحسيسي والإعلام الموجه للسلطات العمومية لمختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء الوطن وخاصة منهم الأشخاص المعوقين.

▪ العمل على تكوين إطارات متخصصة في هذا الميدان (ميدان النشاط البدني والرياضي المكيف) وهذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارات.

والفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين منخرطة في عدة فيدراليات دولية وعالمية منها:

- اللجنة الدولية للتنسيق والتنظيم العالمي للرياضات المكيفة (C.C.I)
 - اللجنة الدولية للتنظيم العالمي لرياضة المعوقين ذهنيا (IPC)
 - الجمعية الدولية لرياضة المتخلفين والمعوقين ذهنيا (INAS-FMH)
 - الفيدرالية الدولية لرياضات الكراسي المتحركة (ISMW)
 - الفيدرالية الدولية لكرة السلة فوق الكراسي المتحركة (IWPF)
 - الجمعية الدولية للرياضات الخاصة للأشخاص ذوي إعاقات حركية-مخية (CP-ISRA).
- (الاتحادية-الجزائرية، 1996)

4. أسس النشاط البدني الرياضي المكيف:

إن أهداف النشاط البدني الرياضي للمعاقين ينبع أساسا من الأهداف العامة للنشاط الرياضي من حيث تحقيق النمو العضوي والعصبي والبدني والنفسي والاجتماعي، حيث أوضحت الدراسات إن احتياجات الفرد المعاق لا تختلف عن احتياجات الفرد العادي، فهو كذلك يريد أن يسبح، يرمي ويقفز. ويشير انارينو وآخرون "إن كل ما يحتويه البرنامج العادي ملائم للفرد المعاق، ولكن يجب وضع حدود معينة لمستويات الممارسة والمشاركة في البرنامج تلائم إصابة أو نقاط ضعف الفرد المعاق". (الحماحي أ.، 1990 ، صفحة 194)

يرتكز النشاط البدني الرياضي للمعاقين على وضع برنامج خاص يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية وتوقيتيه تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون المشاركة في برنامج النشاط البدني الرياضي العام، وقد تبرمج مثل هذه البرامج في المستشفيات

أو في المراكز الخاصة بالمعاقين، ويكون الهدف الأسمى لها هو تنمية أقصى قدرة ممكنة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه، بالإضافة إلى الإندماج في الأنشطة الرياضية المختلفة، ويراعى عند وضع أسس النشاط البدني الرياضي المكيف ما يلي:

- العمل على تحقيق الأهداف العامة للنشاط البدني الرياضي.
- إتاحة الفرصة لجميع الأفراد للتمتع بالنشاط البدني وتنمية المهارات الحركية الأساسية والقدرات البدنية.
- أن يهدف البرنامج إلى التقدم الحركي للمعاق والتأهيل والعلاج.
- أن ينفذ البرنامج في المدارس الخاصة أو في المستشفيات والمؤسسات العلاجية.
- أن يمكن البرنامج المعاق من التعرف على قدراته وإمكانياته، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية لديه واكتشاف ما لديه من قدرات.
- أن يمكن البرنامج المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترام الذات وإحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك من خلال الممارسة الرياضية للأنشطة الرياضية المكيفة.

وبشكل عام يمكن تكييف الأنشطة البدنية والرياضية للمعاقين من خلال الطرق التالية:

- تغيير قواعد الألعاب (التقليل من مدة النشاط، تعديل مساحة الملعب، تعديل ارتفاع الشبكة أو هدف السلة، تصغير أو تكبير أداة اللعب، زيادة مساحة التهديد).
- تقليل الأنشطة ذات الاحتكاك البدني إلى حد ما.
- الحد من نمط الألعاب التي تتضمن عزل أو إخراج اللاعب.
- الاستعانة بالشريك من الأسوياء أو مجموعة من الوسائل البيداغوجية، كالأطواق والحبال.
- إتاحة الفرصة لمشاركة كل الأفراد في اللعبة عن طريق السماح بالتغيير المستمر والخروج في حالة التعب.

- تقسيم النشاط على اللاعبين تبعاً للفروق الفردية وإمكانيات كل فرد. (إيلي السيد فرحات، 1998، الصفحات 47-49-50)

5. تصنيفات النشاط البدني الرياضي المكيف:

لقد تعددت الأنشطة الرياضية وتنوعت أشكالها فمنها التربوية والتنافسية، ومنها العلاجية والترفيهية أو الفردية والجماعية، على أية حال فإننا سنتعرض إلى أهم التقسيمات، فقد قسمه أحد الباحثين إلى:

5-1. النشاط الرياضي الترويحي:

هو نشاط يقوم به الفرد من تلقاء نفسه بغرض تحقيق السعادة الشخصية التي يشعر بها قبل، أثناء، أو بعد الممارسة، وتلبية حاجاته النفسية والاجتماعية، وهي سمات في حاجة كبيرة إلى تنميتها وتعزيزها للمعاقين.

يعتبر الترويح الرياضي من الأركان الأساسية في برامج الترويح لما يتميز به من أهمية كبرى في المتعة الشاملة للفرد، بالإضافة إلى أهميته في التنمية الشاملة الشخصية من النواحي البدنية والعقلية والاجتماعية.

إن مزاوله النشاط البدني سواء كان بغرض استغلال وقت الفراغ أو كان بغرض التدريب للوصول إلى المستويات العالية، يعتبر طريقاً سليماً نحو تحقيق الصحة العامة، حيث أنه خلال مزاوله ذلك النشاط يتحقق للفرد النمو الكامل من النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى تحسين عمل كفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والعضلي والعصبي. (إبراهيم رحمة، 1998، صفحة 09)

يرى رملي عباس أن النشاط البدني الرياضي يخدم عدة وظائف نافعة، إذ أن النشاط العضلي الحر يمنح الأطفال إشباعاً عاطفياً كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس، والخلق والابتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الإنجاز وتمتد الأغلبية بالترويح الهادف بدنياً وعقلياً... والغرض الأساسي هو تعزيز وظائف الجسم من أجل لياقة مقبولة وشعور بالسعادة والرفاهية. (إبراهيم شحاتة، 1991، صفحة 79)

كما أكد "مروان عبد المجيد" أن النشاط البدني الرياضي الترويحي يشكل جانباً هاماً في نفس المعاق إذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات كالصبر، الرغبة في اكتساب الخبرة، التمتع بالحياة، ويساهم بدور إيجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق والتغلب على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة، وتهدف الرياضة الترويحية إلى غرس الاعتماد على النفس والانضباط وروح المنافسة والصدقة لدى الطفل المعوق، وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراج المعوق من عزلته التي فرضها على نفسه في المجتمع. (مروان عبد المجيد، 1997، الصفحات 111-112)

ويمكن تقسيم الترويح الرياضي كما يلي:

- أ- الألعاب الصغيرة الترويحية: هي عبارة عن مجموعة متعددة من ألعاب الجري، ألعاب الكرات الصغيرة، ألعاب الرشاقة، وما إلى غير ذلك من الألعاب التي تتميز بطابع السرور والمرح والتنافس مع مرونة قواعدها وقلة أدواتها وسهولة ممارستها.
- ب- الألعاب الرياضية الكبيرة: وهي الأنشطة الحركية التي تمارس باستخدام الكرة ويمكن تقسيمها طبقاً لوجهات نظر مختلفة: ألعاب فردية، زوجية أو جماعية، أو بالنسبة لموسم اللعبة: ألعاب شتوية، صيفية أو تمارس طوال العام.

ت-الرياضات المائية: وهي أنشطة ترويحية تمارس في الماء مثل السباحة، كرة الماء، التجديف، أو اليخوت والزوارق، وتعتبر هذه الأنشطة وخاصة السباحة من أحب ألوان الترويح خاصة في بلادنا. (ليلى السيد فرحات، 1998، صفحة 9)

5-2. النشاط الرياضي العلاجي:

عرّفته الجمعية الأهلية للترويح العلاجي، بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية التي تستخدم للتدخل الإيجابي في بعض نواحي السلوك البدني أو الانفعالي أو الاجتماعي لإحداث تأثير مطلوب في السلوك، ولتنشيط ونمو وتطور الشخصية وله قيمة وقائية وعلاجية لا ينكرها الأطباء. (الخطاب، 1990، صفحة 64)

فالنشاط الرياضي من الناحية العلاجية يساعد مرضى الأمراض النفسية والمعاقين على التخلص من الانقباضات النفسية، وبالتالي استعادة الثقة بالنفس وتقبل الآخرين لهم، ويجعلهم أكثر سعادة وتعاوناً، ويسهم بمساعدة الوسائل العلاجية الأخرى على تحقيق سرعة الشفاء، كالسباحة العلاجية التي تستعمل في علاج بعض الأمراض كالربو وشلل الأطفال وحركات إعادة التأهيل.

كما أصبح النشاط الرياضي يمارس في معظم المستشفيات والمصحات العمومية والخاصة وفي مراكز إعادة التأهيل والمراكز الطبية البيداغوجية وخاصة في الدول المتقدمة، ويراعى في ذلك نوع النشاط الرياضي، وطبيعة ونوع الإصابة، فقد تستخدم حركات موجهة ودقيقة هدفها اكتساب الشخص المعوق تحكم في الحركة واستخدام عضلات أو أطراف مقصودة.

(Randain, 1993, pp. 5-6)

5-3. النشاط الرياضي التنافسي:

ويسمى أيضا بالرياضة النخبة أو رياضة المستويات العالية، وهي النشاطات الرياضية المرتبطة باللياقة والكفاءة البدنية بدرجة كبيرة نسبيا، هدفه الأساسي الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية واسترجاع أقصى حد ممكن للوظائف والعضلات المختلفة للجسم. (مروان عبد المجيد، 1997، صفحة 83)

6- 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 تعمل على أن يشمل هذا الحق الخواص، وقد اجتمع العلماء على مختلف تخصصاتهم في علم البيولوجيا والنفوس والاجتماع بأن الأنشطة الرياضية والترويحية هامة عموما وللخواص بالذات وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجيا، اجتماعيا، نفسيا، تربويا، اقتصاديا وسياسيا.

6-1. الأهمية البيولوجية:

إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة حيث أجمع علماء البيولوجيا المتخصصين في دراسة الجسم البشري على أهميتها في الاحتفاظ بسلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص العادي أو الشخص الخاص، برغم اختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فإن أهميته البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة. (لطي بركات، 1984، صفحة 61)

ويؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي، حيث تزداد نحافة الجسم وتقل سمته دون تغيرات تذكر على وزنه، وقد فحص ويلز وزملائه تأثير خمسة شهور من التدريب البدني

اليومي على 34 مراهقة وأظهرت النتائج تغيرات واضحة في التركيب الجسمي، حيث تزداد نمو الأنسجة النشطة ونحافة كتلة الجسم في مقابل تناقص في نمو الأنسجة الدهنية. (أنور الخولي، 1992، صفحة 150)

6-2. الأهمية الاجتماعية:

إن مجال الإعاقة يمكن للنشاط الرياضي أن يشجع على تنمية العلاقة الاجتماعية بين الأفراد ويخفف من العزلة والإنغلاق (أو الإنطواء) على الذات، ويستطيع أن يحقق انسجاما وتوافقا بين الأفراد، فالجلوس جماعة في مركز أو ملعب أو في نادي أو مع أفراد الأسرة وتبادل الآراء والأحاديث من شأنه أن يقوي العلاقات الجيدة بين الأفراد ويجعلها أكثر أخوة وتماسكا، ويبدووا هذا جليا في البلدان الأوربية الإشتراكية حيث دعت الحاجة الماسة إلى الدعم الاجتماعي خلال أنشطة أوقات الفراغ لإحداث المساواة المرجوة والمرتبطة بظروف العمل الصناعي.

فقد بين قبلن **Veblen** في كتاباته عن الترويح في مجتمع القرن التاسع عشر بأوروبا أن ممارسة الرياضة كانت 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 لهما وإسرافا...

وقد استعرض **كوكيلي** الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة والترويح فيما يلي: الروح الرياضية، التعاون، تقبل الآخرين، التنمية الاجتماعية، المتعة والبهجة، اكتساب المواطنة الصالحة، التعود على القيادة، الارتقاء والتكيف الاجتماعي. (لطفى بركات، 1984، صفحة

كما أكد محمد عوض بسيوني أن أهمية النشاط الرياضي تكمن في مساعدة الشخص المعوق على التكيف مع الأفراد والجماعات التي يعيش فيها، حيث أن هذه الممارسة تسمح له بالتكيف والاتصال بالمجتمع.

وهو ما أكده كذلك عبد المجيد مروان من أن الممارسة الرياضية تنمي في الشخص المعوق الثقة بالنفس والتعاون والشجاعة، فضلا عن شعوره باللذة والسرور....، كما أن للبيئة والمجتمع والأصدقاء الأثر الكبير على نفسية الفرد المعاق. (لطفى بركات، 1984، صفحة 44)

6-3. الأهمية النفسية:

بدأ الاهتمام بالدراسات النفسية منذ وقت قصير، ومع ذلك حقق علم النفس نجاحا كبيرا في فهم السلوك الإنساني، وكان التأكيد في بداية الدراسات النفسية على التأثير البيولوجي في السلوك وكان الاتفاق حينذاك أن هناك دافع فطري يؤثر على سلوك الفرد، واختار هؤلاء لفظ الغريزة على أنها الدافع الأساسي للسلوك البشري، وقد أثبتت التجارب التي أجريت بعد استخدام كلمة الغريزة في تفسير السلوك أن هذا الأخير قابل للتغير تحت ظروف معينة، إذ أن هناك أطفالا لا يلعبون في حالات معينة عند مرضهم عضويا أو عقليا، وقد اتجه الجيل الثاني إلى استخدام الدوافع في تفسير السلوك الإنساني وفرقوا بين الدافع والغريزة بأن هناك دوافع مكتسبة على خلاف الغرائز الموروثة، لهذا 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 هاميين:

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

أما مدرسة الجشطالت حيث تؤكد على أهمية الحواس الخمس: اللمس، الشم، التذوق، النظر، والسمع في التنمية البشرية. وتبرز 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 فإن الخبرة الرياضية والترويحية هامة عند تطبيق مبادئ المدرسة الجشطالتية.

أما نظرية ماسلو تقوم على أساس إشباع الحاجات النفسية، كالحاجة إلى الأمن والسلامة، وإشباع الحاجة إلى الانتماء وتحقيق الذات وإثباتها، والمقصود بإثبات الذات أن يصل الشخص إلى مستوى عال من الرضى النفسي والشعور بالأمن والانتماء، ومما لا شك فيه أن الأنشطة الترويحية تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته من خلاله. (رضا القزوني، 1978، صفحة 20)

4-6. الأهمية الاقتصادية:

لا شك أن الإنتاج يرتبط بمدى كفاءة العامل ومثابرتة على العمل واستعداده النفسي والبدني، وهذا لا يأتي إلا بقضاء أوقات فراغ جيدة في راحة مسلية، وأن الاهتمام بالطبقة العاملة في ترويحها وتكوينها تكوينا سليما قد يمكن من الإنتاجية العامة للمجتمع فيزيد كميتها ويحسن نوعيتها، لقد بين "فرنارد" في هذا المجال أن تخفيض ساعات العمل من 96 ساعة إلى 55 ساعة في الأسبوع قد يرفع الإنتاج بمقدار 15% في الأسبوع. (توفيق، 1967، صفحة 560)

فالترويح إذا نتاج الاقتصاد المعاصر يرتبط به أشد الارتباط، ومن هنا تبدو أهميته الاقتصادية في حياة المجتمع، لكن مفكرين آخرين يرون أن أهمية الترويح نتجت من ظروف العمل نفسه، أي من آثاره السيئة على الإنسان، كالاغتراب والتعب والإرهاق العصبي، مؤكداً على أن الترويح يزيل تلك الآثار ويعوضها بالراحة النفسية والتسلية.

6-5. الأهمية التربوية:

بالرغم من أن الرياضة والترويح يشملان الأنشطة التلقائية فقد أجمع 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 تروحي تكسب الشخص مهارة جديدة لغوية ونحوية، يمكن استخدامها في المحادثة والمكاتبة مستقبلا.

• **تقوية الذاكرة:** هناك نقاط معينة يتعلمها الشخص أثناء نشاطه الرياضي والتروحي يكون لها أثر فعال على الذاكرة، على سبيل المثال إذا اشترك الشخص في ألعاب تمثيلية فإن حفظ الدور يساعد كثيرا على تقوية الذاكرة حيث أن الكثير من المعلومات التي ترداد أثناء الإلقاء تجد مكان في «مخازن المخ» ويتم استرجاع المعلومة من «مخازنها» في المخ عند الحاجة إليها عند الانتهاء من الدور التمثيلي وأثناء مسار الحياة العادية.

• **تعلم حقائق المعلومات:** هناك معلومات حقيقية يحتاج الشخص إلى التمكن منها، مثلا المسافة بين نقطتين أثناء رحلة ما، وإذا اشتمل البرنامج التروحي رحلة بالطريق الصحراوي من القاهرة الى الإسكندرية فان المعلومة تتعلم هنا هي الوقت الذي تستغرقه هذه الرحلة.

• **اكتساب القيم:** إن اكتساب معلومات وخبرات عن طريق الرياضة والترويح يساعد الشخص على اكتساب قيم جديدة إيجابية، مثلا تساعد الرحلة على اكتساب معلومات عن هذا النهر، وهنا اكتساب لقيمة هذا النهر في الحياة اليومية، القيمة الاقتصادية، القيمة الاجتماعية كذا القيمة السياسية. (رضا القزوني، 1978، الصفحات 31-32)

6-6. الأهمية العلاجية:

يرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن الرياضة الترويحية تكاد تكون المجال الوحيد الذي تتم فيه عملية "التوازن النفسي" حينما نستخدم أوقات فراغنا استخداما جيدا في الترويح: (تلفزيون، موسيقى، سينما، رياضة، سياحة) شريطة ألا يكون الهدف منها تضييع وقت الفراغ، كل هذا من شأنه أن يجعل الإنسان أكثر توافقا مع البيئة وقادرا على الخلق والإبداع. (A.Domart, 1986, p. 589)

وقد تعيد الألعاب الرياضية والحركات الحرة توازن الجسم، فهي تخلصه من التوترات العصبية ومن العمل الآلي، وتجعله كائنا أكثر مرحا وارتياحا فالبيئة الصناعية وتعقد الحياة قد يؤديان إلى انحرافات كثيرة، كالإفراط في شرب الكحول والعنف، وفي هذه الحالة يكون اللجوء إلى ممارسة الرياضة والبيئة الخضراء والهواء الطلق والحمامات المعدنية وسيلة هامة للتخلص من هذه الأمراض العصبية، وربما تكون خير وسيلة لعلاج بعض الاضطرابات العصبية.

7- النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف:

من الصعب حصر كل الآراء حول مفهوم الترويح بسبب تعدد العوامل المؤثرة عليه والمتأثرة به في الحياة الاجتماعية المعقدة، إلا أنه يمكن تحديد أهم مفاهيمه حسب ما جاء في التعاريف السابقة، خاصة تلك التي قدمها سيجموند فرويد SegMund Freud وجان بياجيه GeanPiaget وكارل جروس Karl Gros هذه التعاريف نابعة من نظريات مختلفة نذكر منها:

7-1. نظرية الطاقة الفائضة (نظرية سينسر وشيلر):

تقول هذه النظرية أن الأجسام النشيطة الصحيحة، وخاصة للأطفال، تختزن أثناء أدائها لوظائفها المختلفة بعض الطاقة العضلية والعصبية التي تتطلب التنفيس الذي ينجم عنه اللعب.

وتشير هذه النظرية إلى أن الكائنات البشرية قد وصلت إلى قدرات عديدة، ولكنها لا تستخدم كلها في وقت واحد، وكنتيجة لهذه الظاهرة توجد قوة فائضة ووقت فائض، لا يستخدمان في تزويد احتياجات معينة، ومع هذا فإن لدى الإنسان قوى معطلة لفترات طويلة، وأثناء فترات التعطيل هذه تتراكم الطاقة في مراكز الأعصاب السليمة النشطة، ويزداد تراكمها وبالتالي ضغطها حتى يصل إلى درجة يتحتم فيها وجود منفذ للطاقة، واللعب وسيلة ممتازة لاستنفاد هذه الطاقة الزائدة المتراكمة . (خطاب، 1962، الصفحات 56-57)

ومن جهة ثانية أن اللعب يخلص الفرد من تعب المتراكم على جسده، ومن تأثيراته العصبية المشحونة من ممارسة واجباته المهنية والاجتماعية، ويعتبر وسيلة ضرورية للتوازن الإنساني النفسي وموافقته مع البيئة التي يعيش فيها. (Moyenca, 1982, p. 163)

7-2. نظرية الإعداد للحياة:

يرى كارل جروس "Karl Gros" الذي نادى بهذه النظرية بأن اللعب في حياة البالغين هو الدافع العام لتمارين الغرائز الضرورية للبقاء، وبهذا يكون قد نظر إلى اللعب على أنه شيء له غاية كبرى، حيث يقول أن الطفل في لعبه يعد نفسه للحياة المستقبلية، فالبنات عندما تلعب بدميتها تتدرب على الأمومة، والولد عندما يلعب بمسدسه يتدرب على الصيد كمظهر للرجولة. وهنا يجب أن ننوه بما قدمه كارل جروس خاصة في العلاقة بين الأطفال في مجتمعات ما قبل الصناعة.

أما في المجتمعات الصناعية يقول رايت ميلز "R. Mills" يعوض الترويح للفرد ما لم يستطع تحقيقه في مجال عمله، فهو مجال لتنمية مواهبه والإبداعات الكامنة لديه منذ طفولته الأولى والتي يتوقف نموها لسبب الظروف المهنية، كما أنه يشجع على ممارسة الهوايات المختلفة الرياضية، الفنية أو العلمية، ويجد الهاوي من ممارسة هواياته فرصة للتعبير عن

طاقاته الفكرية وتنميتها، يصاحبه في ذلك نوع من الارتياح الداخلي، بعكس الحياة المهنية التي تضم نمو المواهب والإبداعات وخاصة في مجال العمل الصناعي. (العناني، 2018، صفحة 123)

7-3. نظرية إعادة والتخليص:

يرى ستانلي هول "Stanley Hool" الذي وضع هذه النظرية أن اللعب ما هو إلا تمثيل لخبرات وتكرار للمراحل المعروفة التي اجتازها الجنس البشري من الوحشية إلى الحضارة، فاللعب كما تشير هذه النظرية هو تخليص وإعادة لما مر به الإنسان في تطوره على الأرض، فلقد تم انتقال اللعب من جيل إلى آخر منذ أقدم العصور.

من خلال هذه النظرية يكون ستانلي هول قد اعترض لرأي كارل جروس ويبرر ذلك بأن الطفل خلال تطوره يستعيد مراحل تطور الجنس البشري، إذ يرى أن الأطفال الذين يتسلقون الأشجار هم في الواقع يستعيدون المرحلة القردية من مراحل تطور الإنسان. (درويش، 1990، صفحة 227)

7-4. نظرية الترويح:

يؤكد "جتسيمونس" القيمة الترويحية للعب في هذه النظرية ويفترض في نظريته أن الجسم البشري يحتاج إلى اللعب كوسيلة لاستعادته حيويته فهو وسيلة لتنشيط الجسم بعد ساعات العمل الطويلة. والراحة معناها إزالة الإرهاق أو التعب البدني والعصبي وتتمثل في عملية الاستراحة، الاسترخاء في البيت، أو في الحديقة أو في المساحات الخضراء أو على الشاطئ. كل هذه تقوم بإزالة التعب عن الفرد، وخاصة العامل النفسي، لهذا نجد السفر والرحلات والألعاب الرياضية خير علاج للتخلص من العمل النفسي والضجر الناتجين عن الأماكن الضيقة والمناطق الضيقة ومزعجاتها. (F.Balle, 1975, p. 221)

7-5. نظرية الاستجمام:

رواد هذه النظرية هما شارلز ولازا روس في القرن التاسع عشر. وهذه النظرية تشبه إلى حد كبير نظرية الترويح، فهي تذهب إلى أن أسلوب العمل في أيامنا هذه أسلوب شاق وممل، لكثرة استخدام العضلات الدقيقة للعين واليد، وهذا الأسلوب من العمل يؤدي إلى اضطرابات عصبية إذا لم تتوفر للجهاز البشري وسائل الاستجمام واللعب لتحقيق ذلك.

هذه النظرية تحث الأشخاص على الخروج إلى الخلاء وممارسة أوجه نشاطات قديمة مثل: الصيد والسباحة والمعسكرات، ومثل هذا النشاط يكسب الإنسان راحة واستجماما يساعده على الاستمرار في عمله بروح طيبة. (تشارلز، 1964، صفحة 447)

7-6. نظرية الغريزة:

يقودها جروس وتقيد هذه النظرية بأن لدى البشر اتجاهها غريزيا نحو النشاط في فترات عديدة من حياتهم، فالطفل يتنفس ويضحك ويصرخ ويزحف وتتصب قامته ويقف ويمشي ويجري ويرمي في فترات متعددة من نموه، وهذه أمور غريزية وتظهر طبيعية خلال مراحل نموه.

فالطفل لا يستطيع أن يمنع نفسه من الجري وراء الكرة وهي تتحرك أمامه شأنه شأن القطعة التي تندفع وراء الكرة وهي تجري، ومن ثم فاللعب غريزي، وجزء من وسائل التكوين العام للإنسان، وظاهرة طبيعية تبدو خلال مراحل نموه. (تشارلز، 1964، صفحة 448)

7-7. نظرية التحليل النفسي:

صاحب هذه النظرية هو العالم المعروف **سيجموند فرويد** الذي فسّر اللعب وفقاً لمبدأ اللذة والألم، فالطفل يميل إلى إشباع الخبرات الباعثة على السرور والمتعة، ويتجنب إشباع الخبرات التي تؤدي إلى الألم والإحباط.

بناء على ما سبق من افتراضات، يرى فرويد أن الطفل يسعى إلى إيجاد عالم من الوهم والخيال يمارس فيه خبراته ونشاطاته الباعثة على الشعور بالسعادة، بعيداً عن الواقع المؤلم، ومن دون الخوف من أحد لإفساد متعته، فنرى الطفلة تلقي أوامرها إلى الدمية التي بين يديها، وكأنها إنسان حقيقي، والطفل يتوهم العصا حصاناً يركبه من دون أن يخاف من السقوط أرضاً. واللعب الإيهامي عند فرويد يؤدي وظيفة تنفيسية، إذ يسهم في تخفيف التوتر والانفعالات المكبوتة الناجمة عن العجز في تحقيق الرغبات على أرض الواقع، لذلك استخدم اللعب في عيادات العلاج النفسي لمعالجة بعض الاضطرابات النفسية لدى الأطفال، ويكون ذلك من خلال وضعهم في بيئة ألعاب مناسبة تساعدهم على تفريغ مشاعرهم المكبوتة في عالم اللاشعور. (بلكيس، 2001، صفحة 28)

خلاصة:

ما يمكن استخلاصه من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل أن النشاط البدني الموجه للمعاقين مستمد من النشاط البدني الذي يمارسه الأفراد العاديون لكنه كيف حسب نوع ودرجة الإعاقة وطبيعة الفرد المعاق من حيث القوانين والوسائل المستعملة، كما حاولنا إبراز الجوانب العديدة للنشاط البدني المكيف التي تعود بالفائدة على الأفراد، فهو يعتبر وسيلة تربية وعلاجية ووقائية إذا تم استغلالها بصفة منتظمة ومستمرة، إذ يسهم في تكوين شخصية الأفراد من الناحية الصحية، النفسية، الخلقية والاجتماعية. وبالتالي تكوين شخصية متزنة تتميز بالتفاعل الاجتماعي والاستقرار العاطفي والنظرة المتفائلة للحياة.

الفصل الثاني

القلق

تمهيد:

يعد القلق حالة مرتبطة بالوجود الإنساني، فهو تجربة إنسانية معممة وأحيانا تكون ضرورية على شكل منبه لمختلف الأخطار التي تحيط بنا، فهو استجابة تكيفية وضرورية يمكن الفرد من توقع الأحداث ومجابتها أو تفاديها.

ولكن بينما يشعر معظم الناس بالقلق لبعض الوقت، فإن بعض الناس يشعرون بالقلق لمعظم الوقت، ولهؤلاء لا يكون القلق استجابة تكيفية، فالناس يختلفون بالاستجابات للحالات التي تؤدي إلى القلق، وهذا يعني أننا نختلف في خبرتنا بالقلق من حيث الدرجة لا من حيث النوع، كما أننا نختلف في قدرتنا على تحمل ذلك أو الاستجابة الإيجابية نحوه، فالبعض قد يزيد القلق من فعاليته وإنتاجيته وبعضنا قد يؤثر القلق في سلوكه وحالاته الوجدانية، فهو حالة مزعجه ومكدره وتجلب التوتر، ولكن ليس كل توتر يمكن أن يسمى قلقا، فهناك حالات وجدانية أخرى مثل الألم الحزن لها كيفية التوتر والكدر، لذلك يجب أن يكون للقلق خصائص أخرى مميزة إلى جانب هذه الكيفية.

1- مفهوم القلق:

القلق حالة انفعالية غير مريحة حيث يشعر الفرد بالتوتر والترقب والإحساس بالخطر غالبا لا يكون له سبب موضوعي، ويصاحب هذه الحالة العديد من الأعراض نفسية وجسدية. ولقد تعددت تعاريف القلق باختلاف آراء العلماء والباحثين وسنبين ذلك من خلال التعريفات التالية:

1-1. القلق لغة:

ورد في لسان العرب لابن منظور معنى القلق هو الانزعاج، وأيضا أنه مالا يستقر في مكان واحد وهو لا يستمر على حالة واحدة.

ويشير المعجم الوسيط إلى أن قلق - قلقلًا: لم يستقر في مكان واحد، وقلق لم يستقر على حال، وقلق اضطرب وانزعج فهو قلق. إذن القلق هو الحركة أو الاضطراب وهو عكس الطمأنينة. (السباعي، 1986، صفحة 56)

1-2. القلق اصطلاحاً:

لقد اختلفت تفسيرات القلق وتعددت التصورات لدى العلماء، فكل يدلي برأيه حسب منطلقاته العلمية الأساسية ولعل أبرزها ما سنتعرض إليه فيما يلي:

يعرفه محمد حسن علاوي: القلق انفعال مركب من التوتر الداخلي والشعور بالخوف وتوقع الشر والخطر. (حسن علاوي، 1992، صفحة 277)

وعرفه سيجموند فرويد: القلق هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً متوتر الأعصاب ومضطرباً، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه ويبدو مترددا عاجزا عن البث في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز. (عثمان فاروق، 2001، صفحة 18)

ويعرفه محمد حسن غانم: القلق انفعال عاطفي يتميز بالتخوف والتوجس والترقب، والقلق ظاهرة عامة لا تقتصر على المرضى النفسيين وحدهم وإنما تمر بكل الناس عندما يواجهون ظروف معينة، والإختلاف بين الأفراد في هذا الأمر يكون عادة في درجة الإستعداد الشخصي وما يترتب عليه من تفاوت بين الناس في مقدار ما يشعرون به من قلق، وكذلك في نوع الظروف والأحداث التي تحيط بهم. (غانم، 2005، صفحة 85)

أما عبد الخالق عرفه: القلق شعور عام بالخشية، أو هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديد غير معلوم المصدر، مع الشعور بالتوتر والشدة أو خوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية،

وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية. (عبد الخالق، 1994، صفحة 14)

وعرفه سعيد العزة أيضا على أنه شعور عام تسوده قلة الراحة والاهتمام بأحداث مستقبلية، والقواميس تصف أو تعرف هاتين الكلمتين كمرادفتين، ويعني الضيق المصحوب بالتأمل والتفكير، وكذلك توقع الشر وتوقع عدم الراحة. (العزة، 2002، صفحة 84)

كما عرفه فؤاد البهي السيد على أنه إحدى الحالات الانفعالية التي تصاحب الخوف من المستقبل، ويؤدي إلى الضيق وعدم الرضا والتهيج الذي يعوق التفكير الصحيح ويعوق العمليات العقلية الأخرى. (البهي السيد، 1975، صفحة 07)

تؤكد جميع هذه التعاريف بأن القلق العام هو فقدان عام لمعنى الأمن النفسي يصاحبه شعور غير معروف بالخوف وتوقع التهديد في كل لحظة وحين، ويعرف القلق العام بعدة أعراض منها الجسمية ومنها النفسية وسوف نأتي على ذكرها في العناصر القادمة، وقد ورد في التعاريف أيضا عدة مفاهيم متعلقة بالقلق وهي :

• **الخوف:** وهو إدراك مريع لشيء يحتمل أن يؤدي، والخوف يمثل ميلا إلى أن يدرك الشخص مجموعة معينة من الأحوال بصفاتها تهديدا له كأن يقول الشخص "إن لدي خوفا أو أنا خائف من العواصف الرعدية" فهو يشير إلى مجموعة من الظروف ليست قائمة حالا ولكن يمكن أن تقع في وقت ما في المستقبل. إذن الخوف والقلق هما مفهومان منفصلان من حيث اللفظ ولكنهما متصلان من حيث المعنى غير أن الأول متعلق بالفكر والثاني متعلق بالانفعال. (أرون بيك، 2000، الصفحات 150-151)

• **الإرهاك:** الإنهاك عبارة عن جملة من الأعراض البدنية والعاطفية والعقلية المرتبطة بالطاقة الحيوية للفرد وأدائها في الأعمال التي يقوم بها، وهذه الجملة لها علاقة سلبية بمفهوم الذات والاتجاهات نحو العمل، وفقدان الثقة بالنفس وفقدان الشعور بالمسؤولية اتجاه الآخرين .

• **الضغوط:** يستخدم هذا المصطلح للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد لتأثيرات مختلفة بالغة القوة. وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية مثل كثرة المعلومات التي تؤدي إلى تغييرات في العمليات العقلية وتحولات انفعالية، وبنية دافعية متحولة للنشاط، وسلوك لفظي وحركي قاصر. (السيد عثمان، 2001، صفحة 18)

إن لا يولد الخوف أو القلق مع الإنسان، ولكن قد يولد مع المرء استعداد وراثي للانفعالات العصبية، ويبرز هذا الاستعداد إذا ما تهيأت له الأسباب البيئية، أسباب قد تكمن جذورها في محيط العائلة أو المدرسة أو العمل. (زهير السباعي، 1991، صفحة 82)

لذا اتجهت الدراسات منذ العقد الماضي إلى التمييز بين جانبيين من القلق: **حالة القلق** Anxiety state و**سمة القلق** Anxiety trait، حيث عرّف سبيلبرجر في نظرية القلق الحالة والسمة، "حالة القلق": (هي عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديداً في الموقف، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة التهديد)، وتزول "حالة القلق" عادةً بزوال التهديد أي أنه تشير حالة القلق إلى الحالة الانفعالية التي يعاني منها الفرد في اللحظة الراهنة أو في موقف خاص ومحدد.

أما "سمة القلق" فقد عرّفها سبيلبرجر وكاتل وأتكينسون وكامبل بأنها: (عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبئه وتنشطه منبهات داخلية وخارجية فتظهر حالة القلق)، ويتوقف مستوى إثارة "حالة القلق" عند الشخص على مستوى "سمة القلق" عنده. فعند الشخص صاحب "سمة القلق" العالية استعداد عالٍ للقلق، يجعله يدرك التهديد في مواقف كثيرة ويستجيب

لها بـ"حالة قلق" زائدة لا تتناسب مع ما فيها من تهديد حقيقي لذا نجده يقلق بسرعة ولأسباب بسيطة قد لا تثير القلق عند غيره.

حيث أن سمة القلق تدل على فروق فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف للقلق، أي فروق بين الناس في الميل إلى إدراك المواقف العصبية على أنها خطيرة أو مهددة، والاستجابة لمثل هذه المواقف بزيادة في شدة إرجاع حالة القلق لديهم. وقد تعكس سمة القلق كذلك الفروق الفردية في التكرار والشدة عن طريقها يمكن الكشف عن حالات القلق في الماضي، كما تعكس احتمال أن يعاني الفرد من سمة القلق في المستقبل. وكلما كانت سمة القلق أقوى زاد احتمال أن يعاني الفرد من ارتفاعات أشد في حالة القلق في المواقف التي تتضمن تهديداً. (حافظ، 1988، الصفحات 56-57)

2. الأساس الفيزيولوجي للقلق العام:

ينشأ القلق العام حسب النظرية الفيزيولوجية الشاملة من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه؛ الجهاز العصبي السمبتاوي **System Sympathetic**، N- والجهاز العصبي الباراسمبتاوي **System Parasympathetic**، N، ومن ثم فإن ذلك يؤدي إلى زيادة نسبة الأدرينالين في الدم حيث تنشط الكبد وتولد المادة السكرية (الغدة فوق الكلوية) في الدم مع تنبيه الجهاز العصبي السمبتاوي الذي يؤدي إلى رفع ضغط الدم، وزيادة ضربات القلب، وجحوظ في العينين، وشحوب في الجلد، وجفاف في الحلق، وزيادة في إفراز العرق، وعمق التنفس، وارتجاف الأطراف. أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسمبتاوي فأهمها كثرة التبول، والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية، واضطراب النوم والشهية إلى الطعام.... ومن المعروف علمياً أن المركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو **الهيپوتلاموس** - **Hypothalamus**، الذي يقع في المنطقة المتوسطة من الدماغ، وهو مركز التعبير عن

الانفعالات. وهذا المركز على اتصال دائم بالمخ الحشوي لتلقي التعليمات حول طبيعة المثبرات من أجل القيام بعمليات التكيف اللازمة، وهكذا توجد الدائرة العصبية المستمرة بين قشرة المخ، والهيبتولاموس، والمخ الحشوي، ومن خلال هذه الدائرة نعبّر ونحس بانفعالاتنا. ونحن إذا أخذنا في الاعتبار أن هذه الدائرة تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية، وكيميائية، وأن الهرمونات العصبية المسؤولة عن ذلك هي هرمونات (السيروتونين، والنو أدرينالين، والدوبامين)، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء آخر في المخ وذلك مع وجود هرمون (الأسيتيل كولين) في قشرة المخ، فإن كل ذلك يجعلنا نؤمن أنه من الممكن التأثير في الانفعالات المختلفة وخصوصا القلق، وذلك بإيجاد نوع من التوازن بين هذه الهرمونات. (الزاد، 1984، صفحة 76)

3- أعراض القلق:

يمكن تقسيم أعراض القلق إلى:

- 3-1. أعراض نفسية: التوتر - الشعور بالخفقان - صعوبة في التركيز - الخوف من أشياء لا يدري كنهها.
- 3-2. أعراض جسمية: الخفقان - سرعة التنفس - رعشة " خاصة في أصابع الأيدي" - عرق " خاصة في راحة اليد " - الشعور بالتعب والإرهاك لأي مجهود ولو كان بسيطاً - اضطرابات النوم.
- 3-3. الجهاز الهضمي: ازدياد الحموضة - سوء الهضم - نوبات من الإسهال - القولون العصبي - مغص - الرغبة في القيء - القيء العصبي. (محمود البنا، 1983)

أما الأعراض العامة للقلق فهي: الإحساس بالانقباض، عدم الطمأنينة، التفكير المُلح واضطراب النوم، وقد ينعكس هذا الاضطراب النفسي على الجسم فتبرد الأطراف ويتصبب

العرق ويخفق القلب وتتقلص المعدة ويفتر الجسم وتعطل القدرة على الإنتاج، وقد يهرب الإنسان إلى أحلام اليقظة كعلاج مؤقت. (شيخ إدريس، 1991، صفحة 97) ويمكن أن يأخذ القلق شكلاً من الأشكال التالية:

- اضطرابات عامة: خوف، توتر وسرعة الغضب، إلى جانب الأعراض الجسمية السابق ذكرها. وعادة يستجيب للعلاج الطبي بمركبات البنزوديازيبام Benzodiazpams.

- اضطرابات تثير الهلع والفرع: يمكن أن نجد أكثر من فرد في نفس العائلة يشكو من نفس الحالة، تستمر فترة قصيرة ولكنها تعود مرة أخرى، وتتكون من؛ "قلق شديد - نهجان - خفقان - صداع شديد - رغبة في القيء - وشعور بدنو الأجل." (محمود البناء، 1983) وقد يتعرض مريض القلق لأزمات حادة Acute Anxiety Attacks قد تستمر دقائق أو ساعات وتنعكس أكثر ما تنعكس على الجهاز الدوري الدموي فيشعر المريض بألم في الصدر ويتهدج التنفس وتضطرب نبضات القلب. وإذا أزم القلق وأشدت قد يؤدي إلى بعض الأمراض النفسية الجسدية مثل أمراض القلب، قرحة المعدة، ارتفاع ضغط الدم، كثرة التبول، السكري، الربو، وأكزيما الجلد.

- الخوف المرضي: وهذا النوع من "الإزاحة"، يحاول المريض نقل مشاعر القلق من شيء غير محدود إلى شيء يستطيع تجنبه حتى يستريح من القلق، وبما أنها وسيلة غير مجدية فدائرة الأشياء المخيفة تتسع. ومن أشهر أنواع الخوف المرضي الخوف من الأماكن الطليقة والأماكن العامة وما ينتاب المريض من شعور بالرعب عند وجوده في هذه الأماكن، والبعض يرجع ذلك إلى خلل في التفكير سببه اختلال عصبي أو كيميائي في المخ.

- الاستحواذ الملزم العصبي: هنا تسيطر فكرة غير معقولة على الوعي مثل ضرورة غسل اليد عدد من المرات قبل تقشير البطاطس مثلاً، أو الذهاب إلى باب المنزل للتأكد من إغلاقه قبل

بتأدية هذا الشيء. وعادة ما يصاب بذلك شخص منظم وذكي وعامل وقلق بالطبع. (شيخ إدريس، 1991، صفحة 103)

- **التجاوب مع القلق:** يحاول الإنسان التجاوب مع القلق بإحدى الطرق التالية:

أ. الهروب: مثل ركوب السيارة والسير بها بسرعة - السير بسرعة إلى صديق له أو إلى ملتقى يناسب ثقافته - الهروب إلى العمل والاندماج فيه - الأكل بكثرة. (محمود البناء، 1983)

ب. تناول المهدئات: وبلا شك فإن ذلك تفاعل خاطئ وعدم العلاج سيدفع ذلك الشخص إلى الإدمان.

ج. حماية داخلية وخاصة في حالات الشعور بالذنب والشعور بالنقص، ولنا أن نتعلم أن العدوانية ليست مظهر قوة بقدر ما هي مظهر ضعف. (محمود البناء، 1983)

4- أسباب القلق :

4-1. الاستعداد الوراثي:

تشير الدراسات والأبحاث التي قام بها علماء النفس على التوائم وعلى العائلات إلى أن 10% من الآباء والإخوة من مرضى القلق يعانون من نفس المرض، ولقد وجد "شليير وشلدر" أن نسبة القلق في التوائم الحقيقية تصل إلى 50%، وقد اختلفت النسب في التوائم غير الحقيقية وصلت إلى 4% فقط، وبهذه العوامل الاحصائية قرر علماء النفس أن الوراثة تلعب دورا فعالا في الاستعداد للمرض. (غالبا، 1980، صفحة 80)

4-2. أسباب فيزيولوجية:

ينشأ القلق من نشاط الجهازين العصبيين؛ السمبتاوي والبارسمبتاوي، وخاصة السمبتاوي الذي مركزه في الدماغ بالهيبوتلاموس، وهو وسط داخل الألياف العصبية الخاصة بالانتقال، هذه

الأخيرة سبب نشاطها الهرمونات العصبية كالأدرينالين والنوادريالين التي يزداد نسبتها في الدم فينتج مضاعفات. (ولي أغا، 1981، صفحة 311)

4-3. نزع غرائز قوية:

عندما تنزع الغرائز القوية مثل غريزتي الجنس والعدوان نحو التحقق أو يعجز كبحها، فالمجتمع يمنع الانسان من مثل هذه الغرائز وتجدد أنواع من العقوبات المادية والمعنوية للمحافظة على مستويات مقبولة من السلوك، في هذه الحالة يجد الانسان نفسه بين تحدي مجتمعه المحلي وأنظمته مع ما يترتب على ذلك من عقاب وكبح جميع غرائزه واحترام هذه الأنظمة ليجنب نفسه الإهانة. (الدباغ، 1983، صفحة 97)

4-4. تبني معتقدات فاسدة :

من مسبباته أن يتبنى الانسان معتقدات متناقضة مخالفة لسلوكه كأن يظهر الأمان والتمسك بالأخلاق والالتزام بالأنظمة والتقاليد فيعتقد الناس فيه الخير والصلاح، بينما في قرارات نفسه عكس ذلك، فهذه الهفوة بين ظاهره وباطنه تكون مصدرا للقلق، وتلعب الضغوط الثقافية التي يعيشها الفرد المشبعة من عوامل عدة مثل الخوف وهو أهم دور في خلق القلق. (زهرا، 1979، صفحة 397)

4-5. أفكار ومشاعر مكبوتة:

من الأفكار والمشاعر المكبوتة: الخيالات، التصورات الشاذة والذكريات الأخلاقية التي تترك شعور أفراد بالذنب وأفكار أنها مكروهة أو محرمة، حاول المرء أن يبقي هذه الأعمال والأفكار الممنوعة سرية، وهذا يكلفه جهدا ويحول جزء من توتره وانطوائه أو ثقل فعاليته وإنتاجه. (بوعلو الأزرق، 1993، صفحة 123)

4-6. عامل السن:

إن عامل السن له أثر بالغ في نشاط القلق، فهو يظهر عند الأطفال بأعراض قد تختلف عند الناضجين فيكون في هيئة الخوف من الظلم. أما في المراهقة فيأخذ القلق مظهراً آخر من الشعور بالاستقرار أو الحرج الاجتماعي وخصوصاً عند مقابلته للجنس الآخر. (حافظ نوري، 1995، صفحة 190)

4-7. حالات قلق الشعور بالذنب:

تتوقف على ظروف خاصة من الحالات الفردية، فالغيرة أو البغض الواعي أو اللاواعي بسبب ولادة التوتر الذهني، الأرق والقلق، وهذا الأخير يتبلور خوفاً نوعياً أو جنونياً. (شعبان، 1992، صفحة 24)

5-أنواع القلق:

5-1. القلق العام Generalized anxiety:

يعرف بأنه الشعور بالضيق والاضطراب وعدم الاستقرار النفسي يصحبه شعور مبهم بالخوف من شيء غير محدد بالذات أو من توقع حدوث شيء ما، وهو يتفاوت في الشدة من مجرد شعور بالاضطراب إلى شعور مرعب يعجز الإنسان معه عن أداء أي شيء.

ويعتبر الشخص مصاباً بالقلق إذا عانى من ستة أعراض أو أكثر من هذه الأعراض مرة كل شهر وعلى نحو دوري:

-التوتر الحركي: الرعشة، التتميل، الشعور بالاهتزاز، التوتر العضلي، عدم الارتياح، القابلية للتعب.

-زيادة النشاط الاستشاري للجهاز العصبي اللاإرادي: وتتمثل في صعوبة التنفس، برودة الأطراف، جفاف الحلق والفم، الإسهال المتكرر، الغثيان، الاحمرار خجلاً، التبول المتكرر.

-الحرص والتيقظ: حيث صعوبة التركيز والأرق واضطرابات النوم وسرعة التهيج.

5-2. قلق الهلع Panic anxiety:

يظهر بوصفه إحساساً بالرعب أو الفزع من موضوعات محددة كما في حالة المخاوف المرضية (الخوف من الأماكن المفتوحة، الخوف من الزحام).

5-3. الرهاب Phobias: وتُحدد في ثلاثة أنواع:

رهاب الأماكن العامة وهي الخوف من الأماكن العامة **Agora phobia**، الرهاب الاجتماعي **Social phobia** مثل الخوف من مواقف يجد فيها الشخص أو يتصور أنه أصبح محاصراً بنظرة الآخرين وهذا الاضطراب غالباً ما يبدأ في الطفولة المتأخرة أو المراهقة، وعادةً ما يكون مزمناً، والرهاب البسيط **Simple phobia** مثل الخوف من الأماكن العالية، الخوف من الأماكن المغلقة، الخوف الأحادي البعد كالخوف من الكلاب والثعابين والحشرات...الخ.

5-4. اضطراب الوسواس القهري:

وينقسم إلى وساوس **Obsession** وأفعال قهرية **Compulsive**. الوسواس القهري أو الاضطراب الوسواسي القهري هو نوع من الاضطرابات المرتبطة بالقلق (**Anxiety**) ، تتميز بأفكار ومخاوف غير منطقية تؤدي إلى تصرفات قهرية.

الأشخاص المصابون باضطراب الوسواس القهري يكونون أحياناً واعين لحقيقة أن تصرفاتهم الوسواسية هي غير منطقية، ويُحاولون تجاهلها أو تغييرها، لكن هذه المحاولات تزيد من احتدام الضائقة والقلق أكثر.

5-5. اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة:

إضطراب ما بعد الصدمة هو إضطراب يتطور لدى بعض الأشخاص الذين تعرّضوا لحادث صادم أو مخيف أو خطير، مثل الكوارث الطبيعية، الحوادث المدمرة، التهديد بالقتل، العنف الجنسي، أو الإصابات الخطيرة. (عبدالله، 2000، الصفحات 147-148-149)

6-6. مكونات القلق:

6-1. مكون انفعالي-EMOTIONAL:

هو مكون وجداني يتمثل في مشاعر الخوف والفرع والتوجس والتوتر والهلع الذاتي والإنزعاج.

6-2. مكون معرفي-COGNITIVE:

ويتمثل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على قدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي، والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلة، فيستغرق الإنشغال بالذات والشك في قدرته على الأداء الجيد، والشعور بالعجز وعدم الكفاءة والتفكير في عواقب الفشل والخشية من فقدان التقدير.

6-3. مكون فيزيولوجي-PHYSIOLOGICAL:

ويتمثل فيما يترتب عن حالة الخوف من استثارة وتنشيط للجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي مما يؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية عديدة منها ارتفاع ضغط الدم وانقباض الشرايين

الدموية، وزيادة معدل ضربات القلب، وسرعة التنفس والعرق، ويذهب بعض الباحثين من أمثال روبش RUBUCH 1963، إلى أنه يمكن تمييز القلق بصورة واضحة عن الحالات الانفعالية الأخرى بوجود الأعراض الفيزيولوجية. (محمد حسن، 1992، صفحة 281)

7- تصنيفات القلق :

يمكن تصنيف القلق تبعاً لأسس مختلفة :

أ- من حيث مدى وعي الفرد به: ينقسم القلق إلى قلق شعوري يعي الفرد أسبابه ويمكنه من تحديده، التصدي له غالباً ما يزول بزوال تلك الأسباب. وقلق لاشعوري لا يفتن الفرد مبرراته دواعيه رغم سيطرته على سلوكه.

ب- من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته مهامه هناك قلق ميسر منشط للأداء قلق معرقل مضعف للأداء.

ج- من حيث درجة شدته: ينقسم القلق إلى قلق بسيط، قلق حاد وقلق مزم.

د- من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية يصنف إلى قلق عادي واقعي، قلق خلقي أو ضميري، قلق عصابي. (القريطي، 1998، صفحة 125)

8- مستويات القلق:

يرى بعض علماء النفس أن أداء وسلوك الإنسان وخاصة المواقف التي لها علاقة بمستقبلهم يؤثر لحد كبير بمستويات القلق الذي يتميز به الفرد، وهناك على الأقل ثلاثة مستويات وهي:

8-1. المستوى المنخفض:

في هذا المستوى يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية كما تزداد درجة استعداده وتأهبه لمجابهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها، ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه علاقة إنذار لفظ على وشك الوقوع.

8-2. المستوى المتوسط:

في المستويات المتوسطة يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة، حيث يفقد السلوك مرونته ويتولى الجمود بوجه عام على استجابة الفرد في المواقف المختلفة، ويحتاج الفرد إلى بذل المزيد من الجهد للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة.

8-3. المستوى العالي:

يؤثر المستوى العالي للقلق على التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية، أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة، لا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات أو المنبهات الضارة والغير ضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي. (محمد حسن، 1992، صفحة 280)

9- استراتيجيات التخفيف من القلق العام:

لقد رأينا ما لخطورة القلق على سيرورة حياة الفرد، ولاحظنا أن القلق لا يقتصر على ناحية واحدة من نواحي شخصية هذا الفرد بل هو واسع النطاق وسريع الانتشار خاصة إذا صادف وأن وجد أرضية مناسبة ومناخا ملائما يساعد على انتشاره بشكل مناسب، وعلى هذا الأساس فإنه لنا أن نتساءل هل يمكن القضاء على هذه الظاهرة؟ وماهي الاستراتيجيات الممكنة لذلك؟ من الواضح جدا وحسب ما أوردناه فيما سبق أن هذه الظاهرة في حد ذاتها لا يمكن أبدا أن نتخلص منها ولا يمكن يقينا أن نضع لها حداً، لأنها جزء من شخصية الإنسان ولأن القضاء على القلق يعني أن يتوقف الإنسان عن أداء رسالته في الحياة، فلا يمكن أن نتصور حياة كلها سعادة خالية من ضروب القلق والتوتر والخوف، ولكن الشيء الذي يمكن أن نتدخل فيه هو الجوانب السلبية التي يتركها القلق في سلوك الفرد وهنا قد وردت عدة استراتيجيات لعلاج القلق وحينما نقول العلاج فإننا نقصد بذلك التخفيف من المشكلة لا القضاء عليها نهائياً.

9-1. إستراتيجية العلاج السلوكي:

عرف الطب السلوكي عام 1977 بأنه الميدان الذي يهتم بتطور العلم السلوكي وكذلك التقنيات في مجال الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل. (الزباد، 1984، صفحة 210) وتقوم إستراتيجية العلاج السلوكي في تخفيف القلق على نقاط هامة وهي :

▪ **التحصين التدريجي:** باعتبار أن القلق سلوك في معظمه مكتسب فإنه يمكن التخفيف منه، ونجد أن العالم "بافلوف" صاحب الفعل الشرطي قد استخدم مثيرات محايدة للتخفيف من القلق، والفلسفة التي يقوم عليها التحصين التدريجي هو بناء هرم لمشكلة القلق بحيث يقع في قاعدته الأشياء الأقل ثم الأكثر حدة ويقدم للأفراد الذين يعانون من مشكلة القلق أقل المواقف المقلقة ثم أكثرها شدة حتى يصلون إلى السيطرة الكاملة على جميع المواقف بطريقة واقعية.

▪ **العلاج بالغمر:** إن وضع الفرد في وضع مقلق بالنسبة له مرة واحدة دون تجزئته يجعله يتعود على الموقف ذاته وبالتالي يتم التعود عليه ويخفف لديه القلق وتنخفض شدته.

▪ **الاسترخاء:** الاسترخاء حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة القلق بعد تجربة انفعالية شديدة أو جهد جسدي شاق، ويكون الاسترخاء عندما يتخذ المرء وضعا مريحا، ويتصور حالات باعثة على الهدوء عادة أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط وعندما تكون العضلات مسترخية تماما فإن الأعصاب الذاهبة إليها والآتية منها لا تحمل أي رسالة حركية أو حسية، بمعنى أن تكون ساكنة كليا، وينعدم النشاط الكهربائي بها، ولقد أثبتت التجارب أن القلق يمكن أن يخفف إن لم نقل يزول عن طريق الاسترخاء. (السيد عثمان، 2001، صفحة

(147_144)

وتجدر الإشارة هنا أن النقطة الأولى والثانية قد لا تنجح في تخفيف القلق بشكل كبير وقد تنجح فيما يخص قلق الحالة لأنهما متعلقان بموضوع المشكلة دون التركيز على المشكلة في حد ذاتها.

9-2. إستراتيجية العلاج بالتحليل النفسي:

يقوم العلاج بالتحليل النفسي على تقوية " الأنا " للفرد القلق باعتبارها الجزء المسيطر على محفزات " الهو " والمنسق بين متطلبات " الهو " وضوابط " الأنا الأعلى " كما يساعد هذا العلاج على تعليم الأفراد الذين يعانون من مشكلة القلق الاستبصار بصراعاتهم اللاشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية القدرات، وفي بعض حالات الاضطراب يستحسن عدم محاولة الكشف عن الصراعات الخطيرة، فقد يؤدي ذلك على حالة شديدة من القلق. (العزة، 2002، صفحة 75)

9-3. إستراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي :

سبق وأن ذكرنا في الفصول السابقة أن معظم مشكلات الإنسان تتمركز حول انحرافات معينة في التفكير، ولعل مشكلة القلق هي انطلاقة خاطئة من التفكير، وإدراك خاطئ من طرف هذا الإنسان، وحتى نستطيع معالجة هذه المشكلة يجب التركيز على النقاط العمياء التي ينصب عليها التفكير، فتخفيف القلق يكون عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني تركيزنا على التفكير أن نتغاضى عن أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للقلق بصفة عامة، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريقة تفكيره، وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكننا أن نخدم أو نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة والغير مناسبة. (أرون بيك، 2000، صفحة 227)

9-4. إستراتيجية العلاج الجماعي:

هذا العلاج يختلف عن باقي العلاجات التي سبق ذكرها، لأنها عبارة عن علاجات فردية تدور في جلسات مغلقة بين الفاحص والمفحوص، أما العلاج الجماعي فإنه يوجه إلى عدد من المرضى كمجموعة واحدة، ويتمثل في اختبار مجموعة صغيرة من المرضى يتراوح عددهم ما بين خمسة أو عشرة أفراد، يراعي الفاحص التجانس والتكامل في المواصفات الشخصية والفردية، ويتولد وسط الجماعة مشاعر التعاطف والانتماء مما يسهل عليهم الإفصاح عن مشاعرهم وهمومهم وعواطفهم وبذلك يستبصرون طبيعة معاناتهم، ويتوصلون إلى الأساليب الصحيحة للتخلص منها... ويهدف هذا العلاج إلى تكوين الصورة الحقيقية الموضوعية للواقع لدى المفحوص، وتكوين اتجاهات فكرية سليمة والقدرة على الإدراك والاستبصار بصفة أفضل. (الزباد، 1984، صفحة 193)

9-5. إستراتيجية العلاج الإسنادي:

العلاج النفسي المساند هو التركيز على ضرورة الارتقاء بالمساند العاطفية والمعنوية للمريض، لتجاوز مجرد الطمأنينة والمجاملة لتصبح قوة دفع قادرة على إحداث تغيرات إيجابية في نظر المريض لنفسه وفي تعامله معها، وللعلاج الإسنادي شروط:

- أن يجد المريض عند معالجته ما يليق لحالته من الاهتمام.
- أن يتوفر من تعامل المعالج مع المريض شيء من الألفة والدفع يشجع المريض على الالتصاق العاطفي الإيجابي بالمعالج، والعلاج الإسنادي لا يتقيد بمنهجيات محددة، وإنما يستتبط ويستخدم كل وسائل التدخل المفيدة للتعامل مع الحالة من واقع المعطيات العملية والمواصفات الشخصية، والملابسات الطرفية وكل ذلك على نحو فردي ومتنوع. (زهير السباعي، 1991، صفحة 72)

9-6. إستراتيجية العلاج عن طريق اللعب والممارسة الرياضية:

يشير كل من " شيلر " و " سبنسر " إلى أن اللعب مهمته الأصلية هي التخلص من الطاقة الزائدة حيث يحتاج كل فرد إلى ممارسة مجموعة من أنشطة اللعب حتى يستطيع تقليل الطاقة، لأن طاقة الإنسان تستجمع عن طريق ضروب من التفاعلات الاجتماعية والوظائف المهنية، وهي في تصاعد مستمر، حتى إذا تجمعت في داخله وتعدت أحس بنوع من الضيق والحرع في صدره ويعبر عن ذلك بالشعور بالقلق الغير مفهوم وأصبح في حاجة إلى تفرغ ما بداخله، واللعب في هاته الحالة يعتبر بمثابة المسرب الذي تخرج منه هذه الطاقة.

واللعب شكل من أشكال المشاركة الاجتماعية، ويمكن استخدامه في كسب روح الصداقة مع الآخرين، باعتبار أن الإنسان لا يمكنه العيش بمفرده منزويا مجترا مشاكله ولكنه يسعى دائما أن يكون له صديق يشاركه أفراحه وأحزانه، ولا شك أن الصداقة الحقيقية تعتبر متنفسا حقيقيا عن القلق النفسي، لأن من فوائدها :

- المساندة والتشجيع ودعم الثقة بالنفس والتقويم الإيجابي للذات .
- التحقق من صحة الأفكار والآراء الشخصية بعد تهيئة الظروف الميسرة للإفصاح عنها.
- النفع المباشر بتسخير الوقت والموارد الشخصية لخدمة الصديق وتلبية حاجاته. (الدلفي، 2001، صفحة 38)

فقد أوضح كل من **ميلر وليلان** و**سميث** أن للعب دور هام في التقليل من المشكلات الانفعالية كالقلق والتوتر... في حين أشار كل **باروش وأندريولا** إلى دور الألعاب في تحقيق التوافق الانفعالي لدى المراهقين، كما أكد **أماستر** أن استخدام الألعاب يساعد المراهق على أن يتعامل مع الأدوات والألعاب على المستوى اللاشعوري ليرتاح من التوتر والقلق المصاحب. (الحماحي م.، 1999، صفحة 75)

إذن فاللعب والمشاركة الاجتماعية والوجدانية تدفع بالمرهقين الذين يعانون من القلق إلى الشعور بالرضا، والإشباع، وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات، والشعور بالبهجة، والاستمتاع، واللذة والرضا عن الحياة، وكلها مصادر للسعادة تخفف من العناء والضغط والقلق. وباعتبار أن دروس التربية البدنية والرياضية في معظمها تعطى على شكل ألعاب فلا بد أن نقول إن هذه الأخيرة تساهم بشكل وثير ولها دور الفعال في تفريغ الانفعالات المكبوتة لدى الفرد وتعمل على تخفيف درجات القلق وتمنح المراهق السعادة والسرور والرضا النفسي وكلها عوامل تزيد من قدرته على التكيف في حياته مع المجتمع. كما أننا لا يمكن أن نتجاهل التأثيرات النفسية الإيجابية التي تعود على المراهق جراء ممارسته لمختلف الأنشطة الرياضية، فتأثير الممارسة الرياضية على الحياة الانفعالية له تغلغل إلى أعماق مستويات السلوك، إضافة إلى ما يجنيه من فوائد صحية، فإن الرياضة تتيح له فرص المتعة والبهجة، كما أن المناخ السائد هو مناخ يسوده المرح والمتعة حيث يتخفف الإنسان من القلق والتوتر لديه، وهذا ما أثبتته الدراسات كدراسة **أوجليفي وتكو**، التي أثبتت التأثيرات النفسية الإيجابية للرياضة وأبرزها انخفاض مستوى القلق العام. (أمين الخولي، 1996، صفحة 166)، وكذا دراسة **كين** 1970 التي حاولت التعرف على درجة الاتزان الانفعالي لدى الرياضيين من خلال المستويات المنخفضة للقلق العام والتوتر العصبي. ودراسة **واتنغ-ستور** 1965، ودراسة **بوث** 1968. (أسامة راتب، 1997، صفحة 44)

وبالتالي فإن ممارسة أنشطة التربية البدنية تساعد كثيرا في الوقاية وكذا معالجة القلق العام إضافة إلى التكيف مع أعراضه، فتمارين اللياقة البدنية، تمارين التنفس أو مباراة في كرة السلة أو اليد... الخ سوف تساعد في التخلص من هذا الأخير وجعله أكثر اتزاناً من الجانب الانفعالي. (علي حسن، 1995، صفحة 124)

خلاصة:

في خاتمة هذا الفصل، يمكننا أن نستنتج أن القلق هو حالة نفسية تؤثر على الأفراد بشكل كبير في حياتهم اليومية، وقد يكون للقلق تأثير سلبي على الصحة العقلية والجسدية والعلاقات الشخصية والأداء العام في الحياة. ولحسن الحظ أنه توجد طرق فعالة للتعامل مع القلق إذ تعد التوعية بأعراض القلق والبحث عن الدعم المناسب من طرف أقرباء أو محترفين في الصحة النفسية جزءًا من الاستراتيجيات الفعالة، كما يجب أيضًا تعزيز أساليب التحكم في الضغوط اليومية، مثل ممارسة الرياضة المنتظمة، والاسترخاء وتقنيات التنفس، وتحقيق التوازن في نمط الحياة، إذ أثبتت الدراسات والأبحاث المكثفة باستمرار أن ممارسة التمارين والأنشطة البدنية بانتظام يمكن أن تؤدي إلى تحسين احترام الذات والثقة بالنفس، وتحسين اللياقة البدنية، كما يؤدي إلى تعزيز الإدراك الذاتي وتقدير الذات بشكل عام.

وفي الختام، يمكن أن يؤدي دمج الأنشطة البدنية في نمط حياة الفرد إلى تقليل مستويات القلق بشكل كبير وتحسين الصحة العقلية بشكل عام، سواء كان ذلك من خلال التمارين الهوائية أو تدريب القوة أو اليوجا أو أي شكل آخر من أشكال النشاط البدني. ومن خلال تبني أسلوب حياة نشط، يمكن للأفراد اتخاذ خطوة تمكينية نحو إدارة القلق وتخفيفه، مما يؤدي إلى حياة أكثر سعادة وتوازنًا.

الفصل الثالث

الإعاقة الحركية

تمهيد:

تمر على الإنسان عدة مشكلات في حياته، إما أن تكون إيجابية أو سلبية، دائمة أو زائلة، مما تؤدي غالب الأحيان إلى تغيير في نمط معيشته، وتجعله شخصا آخر يتميز بغير صفاته الأولى التي كان يتميز بها، ومن بين هذه المشكلات الإعاقة الحركية.

لقد اختلفت النظرة إلى الإعاقة والمعوقين وتعددت المفاهيم المستعملة في تصنيف هذه الفئة فأطلق عليهم اسم **المقعدين Crippled** وهم كل من لديهم عيب ينتج عنه عاهة، أو يتسبب في عدم قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية، مما يؤثر في قدرة الإنسان على التعلم وإعالة نفسه. ثم أطلقوا عليهم مصطلح " ذوي العاهات " على اعتبار أن مصطلح " الإقعاد " يوحي باقتصار تلك الفئة على مبتوري الأطراف أو المصابين بالشلل ، أما العاهة فهي مفهوم أكثر شمولاً، ثم الاصطلاح على مفهوم " العاجزين " ، و يقصد به كل من له صفة تجعله عاجزاً في أي جانب من جوانب الحياة سواء من العجز عن العمل أو الكسب أو العجز عن ممارسة شؤون حياته الخاصة، ثم تغيرت النظرة إليهم على أنهم ليسوا عاجزين و أن المجتمع هو الذي عجز عن إستعابهم أو عن تقبلهم أو عن الإستفادة مما قد يكون لديهم من مميزات أو قدرات يمكن تدريبها و تنميتها بحيث يتكيفون مع البيئة رغم عاهاتهم و يتفوقون في كثير من الأحيان على غيرهم في مجالات متعددة.

1- مفهوم الإعاقة والمعاقين:

للإعاقة مفاهيم مختلفة حيث تضارب العلماء في تحديد معنى مشترك، ومن بين هذه التعريفات:

1-1. الإعاقة لغة:

إعاقة الشيء يعوقه عوقا والتعوق يعني المنع، ويطلق التعريف على كل ما يقف أمام المرء، أي يمنعه من أداء نشاطه بكيفية عادية سواء كان هذا العائق عاديا أو حسيا. (جمال الدين، 1993، صفحة 25)

1-2. الإعاقة اصطلاحا:

تعرف الإعاقة على أنها " ذلك النقص أو القصور أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقا، سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد والاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما يحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين في المجتمع. (السيد عبيد، 1993، صفحة 36)

ولذا فهو في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية والتأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراته حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع ويندمج معهم في الحياة التي هي حق طبيعي للمعوق. (حسين، 1986، صفحة 121)

وحتى تتضح مفاهيم الإعاقة لا بد من تحديد بعض المفاهيم المرتبطة بها والتي وردت في بعض التعاريف السابقة مثل الضعف، العجز.

أ-الضعف **Impairment**: ويقصد به الخروج عن المعتاد سيكولوجيا أو بدنيا أو في الوظيفة، وهناك تصنيفات فرعية للضعف كالضعف العقلي، النفسي، المتصل باللغة، السمع، والتشوه المتصل بمراكز الإحساس بصفة عامة وعلى نحو مختلف. بينما يرى البعض الآخر أن الضعف هو وصف للحالة الصحية والجسدية للإنسان. وهناك من يربط بين الضعف والآثار التي تظهر في قدرة الفرد الوظيفية في سوق العمل وذلك من خلال ثلاثة مظاهر:

-المدى الذي يحدد الشخص بعمله التخصصي ووظائفه.

-مدى صعوبة هذه القيود.

- المتطلبات و نعني بها كمّ الإنجاز الوظيفي المفترض من خلال عمل الشخص، و يعتمد هذا التحديد على المواصفات الكمية التي يتطلبها إنجاز أي عمل والقدرة على كسب المال الذي يمكن أن ينسب إلى الضعف.

ب- **العجز Disability**: وقد عرفته المنظمة العالمية للصحة في سنة 1980 بأنه " نقص أو قصور (ناتج عن العاهة) في القدرة على أداء نشاط ما بشكل سوى كما هو منتظر من الإنسان السوي. وهو حالة تتضمن العناصر الآتية:

-إنحراف في الوضع الجسمي أو في الأداء الوظيفي.

-يترتب على الانحراف نوع من عدم الملائمة الوظيفية.

-يكون ذلك في إطار بعض المتطلبات البيئية. (كمال عبده، 2001، صفحة 49)

2-تعريف المعاق :

يعد المعاق كل شخص فقد القدرة على استخدام حواسه سواء كانت نتيجة سوء تكوين جيني ليس لأي سبب دخل فيه وتسمى الإعاقة الخلقية. أما التي تكون نتيجة تعرض الفرد لحادث أو ظرف خارجي فتسمى الإعاقة المكتسبة. (مروان عبد المجيد، 1997، صفحة 65)

وهو كل فرد يحتاج طوال حياته أو في فترة من فترات حياته إلى خدمات خاصة لكي ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو المهنية أو الوطنية ويمكن بذلك أن يشارك في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته كمواطن. (حابس العواملة، 2003، صفحة 02)

وعرفت منظمة العمل الدولية في قانون التأهيل المهني، الذي أقره مؤتمر العمل سنة 1955 المعوق بأنه "كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نفصا فعليا ونتيجة لعاهة جسمية أو عقلية". (كمال عبده، 2001، صفحة 52)

3- نبذة تاريخية عن المعاقين:

3-1. في العصور القديمة:

تعتبر الإعاقة مفهوما قديما عرفته الإنسانية منذ آلاف السنين ولم تكن قضية المعاقين محببة عند القدماء لذا حاربوا هذا المفهوم ومارس القدماء أبشع الطرق للتخلص من المعاقين سواء كان في العهد اليوناني أو في عهد روما القديمة أو العهد الأثيني، فمثلا دعا أفلاطون إلى نفي المعاقين خارج الدولة والخلص منهم وقال بأن الدولة هي للأقوياء والأذكيا القادرين على الدفاع عن الوطن.

3-2. في العصور الوسطى:

لقد كانت النظرة للمعاقين في هذه الحقبة من الزمن نظرة خوف وخطر من المعاق، وكانت الكنيسة تصدر أحكاما بسجن وتعذيب هؤلاء، وكانوا يعتبرونهم بمثابة الغضب الذي حل بالمجتمع وطالبوا بالابتعاد عنهم ومحاربتهم وطالبوا بعدم مساعدتهم وتقديم العون لهم، لذا فان النظرة العامة لهؤلاء كانت جهل وتخلف بحق المعاقين. (صالح عبد الله الزعبي، 2000، صفحة 16)

3-3. النظرة الدينية للمعاقين:

لقد حثت الديانات على معاملتهم معاملة إنسانية، ومن ثم رد الاعتبار للإنساني لهم، واستتكرت الطريقة الوحشية التي عومل بها المعوقون في المجتمعات البدائية، فحسب محمد عبد المنعم: "إن الديانات أكدت على ضرورة الاهتمام بالفئات الاجتماعية المحتاجة وتقديم لها

يد المساعدة للمحافظة على كرامتها ووقايتها من الإهمال وفي مقدمة هذه الفئات نجد المرضى والمعوقين". (ليلى السيد فرحات، 1998، صفحة 22)

3-4. نظرة الإسلام إلى المعاق:

باعتباره آخر الكتب السماوية وبما يحمله من تعاليم المحبة والتسامح بين البشر، فلقد كان حسب "محمد عبد المنعم" يدعو إلى الرفق بالمرضى حيث أمر بزيارة المرضى وعدم إرهابهم وإلى حسن معاملة الضعفاء والمعوقين معاً.

وحسب صالح عبد الله الزغبى وأحمد سليمان العواملة: "إن المجتمع الإسلامي تميز بالاهتمام الشديد برعاية المعوقين وخص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل وحث المسلمين على حسن معاملتهم للمعوقين واعتبرت حالة المعوق اختبار من الله سبحانه وتعالى". ويمكن أن نبين هذا بقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "إن الله إذا أحب عبداً ابتلاه، فإذا صبر اجتبه، وإن رضي اصطفاه، وإن سخط نفاه وأقصاه" (حديث شريف للرسول صلى الله عليه وسلم).

وقوله تعالى: في سورة الفتح: "ولنبلوكم بالشر والخير فتنة وإلينا ترجعون"، وقوله تعالى "ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج" (قوله تعالى: سورة الفتح، الآية 17، الحزب 52).

وقوله تعالى: في سورة عبس: "عبس وتولى أن جاءه الأعمى وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فتنعه الذكرى". (قوله تعالى: سورة عبس، الآية من 1 إلى 4، الحزب 59). هنا دعا الإسلام إلى حسن معاملة المعوق والاهتمام به وأن العمى الحقيقي لا يكمن في فقدان البصر بل في القلب، وذلك لقوله تعالى: "فإنها لا تعمى الأبصار ولكن تعمى القلوب التي هي في الصدور" (قوله تعالى: سورة الحجرات، الآية 13، الحزب 52).

وقد يبتلي الله عبده بالإعاقة وهذا ليرى مقدرة صبره وطاعته له، فإن صبر اصطفاه في الجنة وإن يشأ أسكنه جهنم، وأنه ليس في الإعاقة والمرض حرج.

وقد اعتنى الخلفاء الراشدون بالمعوقين وكان ذلك واضحاً من خلال اهتمام "عمر ابن الخطاب" رضي الله عنه بتوفير الرعاية للمعوقين، وقد كتب الخليفة الأموي "عمر ابن عبد العزيز" إلى مصر والشام: "أن رافعوا إلى كل أعمى أتى الديوان أو مقعد أو من به فالج أو من به زمانه داء مزمن يحول بينه وبين الصلاة فرفعوا إليه فأمر لكل أعمى بقائد وأمر لكل اثنين من الزمنى بخادم". (صالح عبد الله الزعبي، 2000، صفحة 22)

3-5. المعاق في العصر الحديث:

يرى صالح عبد الله الزعبي: "أن الثورات الاجتماعية عملت على الاهتمام بالإنسان الفرد والاهتمام بحقوقه وتخليصه من الظلم، مما وُجد الاهتمام بالضعفاء والمعوقين والبحث عن وسائل لرعايتهم". وفي هذا العصر دعوا إلى الاستفادة من إمكانيات المعوقين فطوروا وسائل لتعليم الأطفال المعوقين، وطرق تناسبهم، فكانت طريقة "برايت Priete" لتعليم المكفوفين وطريقة قراءة الشفاه لتعليم الصم البكم، فلقد بدأت فرنسا تربية الأطفال المعوقين ووجهت العناية أولاً إلى ذوي العاهات الحسية (المكفوفين، الصم البكم) ثم إلى المتخلفين عقلياً.

وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى كانت الأعداد هائلة من المعوقين الذين خلفتهم هذه الحرب، فكانت عاملاً في البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم، فبدأ التأهيل مصحوباً بطبقة اقتصادية تدعوا إلى الاستفادة من طاقات المعوقين المهنية في الإنتاج مما أدى إلى إنشاء أول معاهد التأهيل المهني للمعوقين في أمريكا عام 1920.

فلقد تطورت الأساليب والنظريات التي تبحث في هذا المجال وذلك لتطوير النظريات التربوية الاجتماعية والنفسية، وأصبحت نظرة المجتمعات المتحضرة إلى المعاق نظرة تفاؤلية، ثم جاء

إعلان حقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة فكان نقطة تحول هامة في اتجاهات المجتمعات نحو أبنائها وحلت النظرية الاجتماعية محل النظرة الاقتصادية، كما تضافرت جهود العلماء والمفكرين في سبيل توفير برنامج تأهيل يساعد الفرد المعوق على استرداد أقصى ما يمكن من إمكانياته في الحياة. (صالح عبد الله الزعبي، 2000، الصفحات 27-28)

4- المعاقون في الجزائر:

أبدت الجزائر شأنها شأن سائر دول العالم إحساسها بمشكلة الإعاقة نظرا لانتشارها وتفاقمها في أوساط الشعب الجزائري وذلك لأسباب مختلفة تعود نسبة منها لمخلفات الحقبة الإستعمارية وما تركته من عاهات جسمية و عقلية، كما أن دخول الجزائر في فترة ما بعد الإستقلال ومتطلبات التنمية، وكذا البناء والتعمير خلف العديد من الإصابات بحوادث العمل والطرق، هذا وكان للأمراض الطبيعية المختلفة دور كبير في زيادة عدد المعوقين، إذ تشير آخر إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء 2003 أنه قدر عدد المعوقين في الجزائر أكثر من 5.2 مليون معاق. (الديوان الوطني للإحصاء، 2003)

ويمكن اعتبار الجزائر من البلدان التي لا تهتمش أي شريحة من أبنائها، فعلى غرار الجهود المبذولة في الصحة والتعليم قامت أيضا بمجهودات معتبرة لتأهيل وإدماج المعوقين للحياة العملية، وتجلى ذلك في تشريع نصوص وقوانين للتكفل بهم في مختلف الميادين بهدف رد الإعتبار لهم، وإعطائهم جميع الحقوق الاجتماعية والمهنية، كما أنشأت عدة جمعيات ومنظمات في الفترة الممتدة بين "1963- 1981" وكان هدفها التكفل بالمعاقين من الناحية الاجتماعية. ومع تجاوز الجزائر لتلك المرحلة الإستثنائية التي كان فيها مفهوم الإعاقة متعلقا بالإستعمار الفرنسي، فقد تطورت المفاهيم والذهنيات حيث أصبح للمعاق حقوق وواجبات اتجاه

وطنه ومجتمعه وهذا اعتمادا على المبادئ الأساسية للثورة التحريرية وطبقا لمقررات المؤتمر الخامس لحزب جبهة التحرير الوطني الذي جاء فيه ما يلي:

- القيام بإنشاء هياكل نفسية بيداغوجية للاستجابة لطلب مختلف أنواع الإعاقة.
- تشجيع إنشاء مصالح مختصة من أجل إعادة تكيف الأشخاص المعاقين وإعادة الاعتبار لهم.

- كما أنشأت وزارة الحماية الاجتماعية والتي كانت قبل عام 1984 مجرد كتابة للدولة مكلفة بالخصوص عن طريق توجيه القيادة السياسية وذلك ببذل جهود قصد تحقيق المشاركة الكاملة والفعالية للمعاقين في الحياة بشتى مجالاتها، كما كلفت بنفس المهام وزارة الصحة العمومية والشبيبة والرياضة.

وقد تجسدت هذه الرؤية نحوهم بتشريع متكامل خاص بحمايتهم وترقيتهم سنة 2002 م، واعتبر يوم 14 مارس من كل سنة يوما وطنيا لهم (الجريدة الرسمية الجزائرية 2002)، وبهذا تعد الجزائر من البلدان السبّاقة في مجال سن القوانين الخاصة بهذه الفئة، إذ سبقت تشريعاتها بخصوصهم، صدور الاتفاقية الدولية لذوي الإعاقة، الصادرة عن الجمعية العامة سنة 2006، والتي دخلت حيز التنفيذ سنة 2008م. و قد صادقت الجزائر عليها في 12 ماي 2009، وهذه المصادقة تترتب عنها التزامات الدولة بتأهيل الشخص المعاق للاندماج في الحياة العامة، وضمان حقه في التمدرس والصحة والشغل، والانخراط في المقاربة العالمية التي تعتبر حقوق الأشخاص ذوي المعاقين جزء لا يتجزأ من حقوق الإنسان. (فاصولي، 2021)

5- تعريف الإعاقة الحركية:

تمثل الإعاقة الحركية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي

ويستدعي الحاجة إلى برامج التربية الخاصة. ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية منها: حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، ووهن أو ضمور العضلات، والتصلب المتعدد، والصرع... الخ

وهناك من يعرف الإعاقة الجسمية بأنها: العجز في وظيفة أعضاء الجسم، سواء كانت أعضاء مرتبطة بالحركة كالأطراف، أو أعضاء متصلة بالحياة كالقلب، وتكون صفة دائمة تؤثر على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية. ومنهم من يعرف الإعاقة الحركية بأولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات حركية حسية سمعية أو بصرية والتي قد تؤثر في سلوكهم المدرسي إلى درجة تستدعي معها الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة. (سيد سليمان، 2001، صفحة 55)

ويعرف الروسان الإعاقة الحركية بأنها: حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة. (الروسان، 2001، صفحة 169)

وتعرف الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية 1977 الإعاقة الحركية بأنها: إصابة جسمية شديدة تؤثر على قدرة الفرد على استخدام عضلاته وتؤثر على أدائه الأكاديمي بشكل ملحوظ ومنها ما هو خلقي ومنها ما هو مكتسب. (العزة، 2002، صفحة 194)

فهم الذين يختلفون أو ينحرفون عن الأفراد العاديين في النواحي الحسية والحركية، وغير قادرين على تحصيل أكبر عائد ممكن من استخدام مجهوداتهم العضوية إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى خدمات طبية وتأهيلية وتربوية ونفسية واجتماعية". (أبو مصطفى، 2000، صفحة 29)

ومنه نستنتج أن الإعاقة الحركية تنتج عن أسباب مختلفة، تختلف في حدتها وأعراضها تبعاً لحدة ونوع المرض المسبب لها، وقد دلت إحصائيات نشرت في مجلة علمية أمريكية أن نسبة الأمراض المسببة للإعاقة تكون من الأكبر إلى الأقل درجة كما يلي:

أولاً: شلل الأطفال. ثانياً: شلل العظام. ثالثاً: شلل تشنجي. رابعاً: عاهات خلقية. خامساً: أمراض القلب. سادساً: حوادث. سابعاً: أسباب أخرى. (بوحمد، 1985، صفحة 45)

6- أسباب الإعاقة الحركية:

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة إلى سببين رئيسيين هما:

6-1. الأسباب الوراثية الجينية:

هي مجموعة الأمراض والعاهات التي تنتقل عن طريق الجينات الموجودة في كرموزومات الخلية من الآباء إلى الأجداد إلى الأبناء والأحفاد، أي تنتقل من جيل إلى جيل حسب قوانين الوراثة، ومن أمثلة ذلك الإستعدادات الموجودة عند بعض الأسر لسيولة الدم (عدم توقف النزيف)، والإستعداد للإصابة بمرض السكر، وكذلك ضمور العصب البصري وبعض حالات أمراض القلب، ونقص إفرازات الغدة الدرقية، وحالات الصم والأمراض العقلية، والضعف العقلي.

وبصفة عامة يمكن القول أن حالات الإعاقة الراجعة إلى أسباب الوراثة الجينية أقل من حالات الإعاقة التي ترجع إلى الأسباب البيئية والاجتماعية.

6-2. الأسباب البيئية والاجتماعية:

وهي حصيلة المؤثرات الخارجية التي بدأت تلعب دوراً هاماً منذ الحمل حتى الوفاة وتسير مع قوى الوراثة الجينية منذ نشأتها في علاقة تفاعلية، وتشمل عدة مؤثرات منها ما قبل الحمل ومنها ما بعده، ومنها الولادة وأخيراً ما بعد الولادة، وهي بالتفصيل كما يلي:

أولاً. مرحلة ما قبل الحمل (العوامل الوراثية):

إن العوامل الوراثية تحدد قدراً أكبر من طبيعة العمليات النمائية للجنين وللطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف أن المكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا (الحيوان المنوي والبويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عدد من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالمورثات (الجينات). ويتكون الزيجوت (الخلية الأولى للجنين) من 46 كروموسوم تنتظم في 23 زوجاً، 12 زوجاً من الكروموسومات متشابهة تماماً ويطلق عليه كروموسوم الجنس، احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكروموسومات ينتج عنها إعاقات متنوعة منها الإعاقة الحركية.

ثانياً. مرحلة ما بعد الحمل:

في هذه المرحلة يكون الاهتمام منصبا على وقاية الجنين من:

- حالة تسمم الحمل نتيجة تورم القدمين عند الأم وارتفاع ضغط الدم، ووجود كمية كبيرة من البروتين في البول في الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل.
- المرض الكلوي المزمن.
- السكري، فعندما تكون الأم مصابة بهذا الداء قد تتعرض للإجهاد خاصة خلال الأشهر الأولى من الحمل، وفي حالة استمرار الحمل تحتاج الأم في الأشهر الأخيرة منه لأن تخضع لنظام غذائي صارم ودقيق.
- عامل RH (العامل الرايزيسي).
- سوء التغذية.

ثالثاً. عوامل تحدث أثناء الولادة:

- الولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي).

- ميكانيكية عملية الوضع.
- وضع الجنين أثناء الولادة.
- وضع السخذ (المشيمة).
- العقاقير (ماله من تأثير على الجهاز العصبي المركزي للوليد).
- الولادة المتعددة (ولادة التوأم).

رابعاً. عوامل ما بعد الولادة:

هناك حالات تحدث بعد الولادة وتكون لها آثار سلبية قد تؤدي إلى فقدان حياته ومن هذه

الحالات:

- العجز الدائم نتيجة العدوى أو بعض الأمراض العصبية.
- تعرض الطفل لبعض الحوادث خصوصاً في منطقة الرأس أو الحوادث التي تؤدي إلى بتر الأطراف. (حمدي الصفدي، 2007، الصفحات 20-21)

7- أنواع الإعاقة الحركية:

7-1. الشلل:

هو مرض طارئ ومفاجئ يؤدي الإصابة به إما إلى شلل خفيف لعضو أو لعدة أعضاء، أو للأعضاء الأربعة ويحتاج المصابون بالشلل إلى مجموعة من الخدمات المتعددة منها الطبية والاجتماعية والنفسية والتعليمية، مما يستدعي إقامة المصاب في المستشفيات والمصحات والخضوع لبرنامج طبي علاجي من أجل تدريب العضلات وتقويتها، أو بالتصحيح الجراحي للعظام مع العلاج الطبي فيما بعد.

7-2. العجز الحركي الدماغى (الشلل المخبى):

ىتمثل فى صلابة الأعضاء أو فى الحركات اللاإرادية، فمنها ما ىكثف فىه انقباض الأعضاء فتكون الحركات بطيئة جدا وتتطلب جهدا كبىرا، أو فىه اضطرابات الحركة athétose مثل حركات لاإرادية ىتعذر كبثها مع إخلال عام فى وضع الجسم، وعدم التنسقى مع الحركات، وتختلف الأعراض الإكلنىكفة للعجز الحركى الدماغى المخبى باختلاف الجزء أو أجزاء المخ التى أصابها التلف، وىتضمن هذه الأعراض إصابة بعض أعضاء الجسم على النحو التالى:

- الشلل المنفرد: ىكون طرف واحد فى الجسم الذى تأثر بالإصابة.
- الشلل الجانبى: ىكون جانب واحد من الجسم الذى تأثر بالإصابة.
- الشلل الثلاثى: تشمل الإصابة ثلاثة أطراف عادة الساقىن وأحد الذراعىن.
- الشلل النصف السفلى: تحدث الإصابة فى الساقىن فقط.
- شلل الجانبىن: تتأثر الأطراف الأربعة، إلا أن الإصابة فى الساقىن تكون بدرجة أشد من الذراعىن.

- الشلل المزدوج: تتأثر الأطراف الأربعة إلا أن الإصابة فى أحد جانبى الجسم تكون بدرجة أشد من الجانب الأخر. (القذافى، 1994 ، صفحة 180)

قسّم الشلل المخبى أو العجز الحركى الدماغى إلى أنواع حسب مظاهره الخارجفة فىرى بعض العلماء تقسىم الشلل المخبى إلى ثلاثة أنواع كما ىلى:

- أ-الشلل المخبى المصحوب بتشنجات.
- ب-الشلل المخبى المصحوب بأعراض شبة حركات الرقص: بحدى تلعب الحركات الراقصة على الحركات التشنجفة.
- ج-الشلل المخبى المصحوب بالتخلج (عدم الانتظام). (القذافى، 1994 ، صفحة 180)

7-3. سوء التركيب الخلقي:

- تشوه في الهيكل العظمي (كسر عظمي أو كسور متكررة سببها هشاشة مرضية للعظام)
- تشوه القدم
- تشوه اليد
- الاجتذاب (cyphose)
- العناية: توقف النمو في عضو الجنين منها استسقاء النخاع الشوكي (spinabifide).

7-4. الكساح:

شلل يصيب النصف السفلي من الجسد، أو أربعة أعضاء ناجم عن رضوض تسبب ضرر في النخاع الشوكي.

7-5. الفالج الشقي:

وتتمثل في إصابة الذراع والساق في الجهة التي يكون مصدرها جرحي، وعند الشباب يتسبب في هذا النوع من الإعاقات حوادث الدراجات النارية.

7-6. البتر للعضو:

ويكون خلقيا أو مكتسبا، وينجر عنه العائق الحركي، ويتطلب إعداد الأجهزة الملائمة للتعويض والتدريب. (المرزوقي، 1982، صفحة 131)

"وفي الأخير يمكننا القول أنه تتفاوت أنواع الإعاقة الحركية و الإثارة المترتبة عليها والمشاكل التي يواجهها الأفراد المعوقون من مجتمع لآخر تبعا للخدمات الوقائية المتوفرة، إذ يمكن أن يحول ذلك دون تحويلها إلى عجز دائم".

8- تصنيفات الإعاقة الحركية:

وتصنف الإعاقة الحركية تبعاً لأسبابها إلى: إعاقات الجهاز الحركي (العظمي - العضلي)، إعاقات الجهاز العصبي، وإعاقات مرضية.

8-1. إصابات عصبية:

وهي حالة تتجم عن الإصابات التي تصيب الجهاز العصبي المركزي المكون من الدماغ والنخاع الشوكي، وتتراوح هذه الإصابات من البسيطة إلى الشديدة حسب موقع الإصابة، ومن أمثلتها: الشلل الدماغي، الصرع، الاستسقاء الدماغي، شلل الأطفال، التصلب المتعدد للأنسجة العضوية، إصابات النخاع الشوكي وإصابات العمود الفقري.

8-2. إصابات عضلية وعظمية:

هي إصابة العضلات والعظام بدرجة تؤثر على قدرة الشخص المصاب على الحركة والتنقل باستقلالية، وغالبا ما تحدث هذه الإصابات في الأطراف أو في العمود الفقري، وقد تكون ولادية أو مكتسبة، ومن أمثلة هذا النوع من الاضطرابات: الوهن العضلي، الضمور العضلي، الروماتيزم، هشاشة العظام، انحناءات العمود الفقري، اضطرابات القدم، بتر الأطراف و/أو تشوهها، تصلب عظام الورك، تشوه مكونات العظام، التهاب عظام المفاصل، الخلع الخلقي (الولادي) للفخذين، التهاب المفاصل، والتهاب المفاصل الروماتزمي.

8-3. إعاقات مرضية:

هي تلك الأمراض المزمنة التي تحول والفرد عن الحركة ومنها: الروماتيزم، مرضى السكري، مرضى القلب، أمراض الكلى، مرضى الربو، ومرضى التهاب الكيس التليفي أو الحويصلي. إن الغرض من التصنيفات السابقة ليس وضع مسميات لكي تلتصق بالأفراد ذوي الإعاقة الحركية وإنما الهدف منه هو مواجهة الاحتياجات التربوية والتأهيلية للمعوقين حركيا على

اختلاف درجة الإعاقة لديهم وعلى اختلاف احتياجاتهم. (محمد مسعود، 2002، الصفحات 71-72)

9- درجات الإعاقة الحركية:

للإعاقة الحركية درجات متفاوتة الخطورة وتتمثل فيما يلي:

9-1. الإعاقة الخفيفة :

يكون الشخص فيها مستغنيا عن مساعدة الآخرين وهذا بسبب امكانيته على تلبية حاجاته بمفرده، ويخص هذا النوع من الإعاقة الأشخاص الذين يعانون من آلام في العظام وفي المفاصل دون النقاط العصبية وعلى سبيل المثال: انحراف العمود الفقري (scolioses) وانفصال العظام (luxation).

9-2. الإعاقة المتوسطة:

تكون للشخص هنا فرصة لإعادة تكيفه المهني والاجتماعي بواسطة متخصصين ويخص هذا النوع من الإعاقة الأشخاص الذين يعانون من النقص في المناطق العصبية المحاطة بعصب أو عدة أعصاب ويكون مصحوبا بانخفاض في القوة العضلية، مثل شلل الأطفال.

9-3. الإعاقة الخطيرة :

هذه الإعاقة تمنع الأشخاص من أن يحصلوا على درجة كافية من الحركة، فالمعوق هنا دائما في حاجة الى مساعدة الآخرين لقضاء حاجاته حتى الضرورية منها، وذلك لأن هذه الإعاقة خطيرة تعيب المناطق العصبية المركزية كالنخاع الشوكي أو الممر الحركي العصبي أو مناطق أخرى وهذا يؤدي إلى الشلل مثل مرض الميوباتي (myopathe) الذي يصيب الأطراف الأربعة، ومرض (spinabifide) الذي يصيب نخاع العظام. (بن جعفر، 1982، صفحة

10- مشكلات الإعاقة:

المشكلات التي يواجهها المعاقون متعددة في نوعيتها وحدتها من شخص إلى آخر حسب فردية الإعاقة، وفردية الحالة نفسها وبيئتها ومجتمعها، وتختلف أوجه الرعاية التي تبذل لهم حسب هذه الفروق الفردية التي على أساسها توضع لهم الخطط المناسبة لإشباع احتياجاتهم، وتعد البرامج المناسبة حسب المواصفات الفردية والآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة. ومن أهم مشكلات الإعاقة:

10-1. المشكلات النفسية:

المشكلات النفسية التي يواجهها المعوقون من أكثر المشاكل تعقيدا وخاصة إذا نجم عن هذه الإعاقة تشوهات أو عاهات ظاهرة قد تجعله معرضا للسخرية أو العطف، فكما تم إظهار أساليب الشفقة أو الرفض أو الإحسان من المجتمع نحو المعوقين، كلما برزت استجابات سلبية من المعوقين نحو إعاقتهم ونحو المجتمع الذي يعيشون فيه. (علي محمد، 2005، صفحة 80)

ومن أهم الآثار النفسية نذكر ما يلي:

- الشعور بالنقص والإحساس بالدونية.
- الانطوائية لما لها من آثار سيئة على التكيف والتوافق.
- العجز الخلفي وأثره على شخصية المصاب بالشلل.
- عدم القدرة على الاعتماد على النفس، والاتكالية، وعدم القدرة على القيادة والرغبة الدائمة في الاعتماد على الآخرين، جميعها لها علاقة بسوء التكيف.
- ضعف الشعور بالانتماء مما يجعل المعوق في حالة عدم توافق مع المجتمع.
- عدم الشعور بالأمن والخوف من المستقبل.

- صعوبة تكوين علاقات مع الآخرين وتجنب المحيطين لانعدام الثقة بالنفس والتي تجعل المعاق يشعر بأنه أقل مرتبة من الأشخاص العاديين. (عبد المجيد، 2002، صفحة

(33)

10-2. المشكلات الاجتماعية:

إن للعلاقات الاجتماعية أهمية خاصة، حيث تساعد على تدعيم شخصية المعوق في بيئته الأسرية والمجتمعية، وهي التي تهئ له الجو الهادئ والشعور بالأمن الذي يساعده على الشعور بالثقة بالنفس والثقة في العالم الذي يتفاعل معه، فإذا ضعفت علاقات المعوق مع الناس الذين يتعاطون معه فإنها تؤثر في كيانه وفي شخصيته، وخاصة علاقته بأسرته. وإذا ما ضعفت علاقاته بمحيطه فإنه يفقد أمنه العائلي ويختفي شعوره بالانتماء مما يشعره بالحرمان من المحبة والتعاطف والهدوء والثبات والاستقرار، وإذا ما تمزقت شبكة العلاقات بين المعوق ومن يتعامل معه ترتب عليه عدم تقبله له أو السخرية منه أو معايرته بعايته أو عجزه، فسيكون ذلك مردوداً بسلوك عدواني تعويضي سلبي ومبالغ فيه، وهذا الشعور يدفعه إلى الانطواء أو السلبية أو الخجل، وتتتابه الحساسية الشديدة الثائرة والناقمة على كل من حوله وكل ذلك يجعل منه شخصية لا اجتماعية، وهكذا، فإن انهيار شبكة العلاقات ستجعل المعاق عاجزاً عن التوافق مع نفسه أو التكيف مع مجتمعه ولن يتحقق التوافق النفسي الاجتماعي للمعوق إلا إذا توفرت له شبكة قوية من العلاقات الاجتماعية والانفعالية مع بيئته الأسرية المجتمعية، لذلك يحتاج إلى العديد من الخدمات المختلفة. (عبد المجيد، 2002، صفحة 34)

وتبرز المشكلات الاجتماعية بوضوح في الآتي:

10-2-1. مشكلات أسرية:

وهي كل ما يصدر عن أسرة المعوق (الوالدين، الإخوة، الأخوات) من ردود أفعال نحو الإعاقة، فالأسرة من أشد الجوانب تأثيراً في تنشئة الفرد في سلوكه الاجتماعي وفي بناء

شخصيته، فهي التي تهذب السلوك وتجعله إما مقبولاً أو مرفوضاً من قبل المجتمع. وللروابط والعلاقات الاجتماعية أهمية خاصة بالنسبة للمعوقين، فهي التي تساعد على تدعيم شخصية المعوق في بيئته الأسرية والمجتمعية، وهي التي تهئ لها الجو الهادئ، والشعور بالأمن الذي يساعد المعوق على الشعور بالثقة بالنفس، والثقة بالعالم الذي يتفاعل معه. فإذا أضعفت الإعاقة علاقات المعوق بمن يتعاملون معه، فإنها تهز وتؤثر تأثيراً سلبياً على شخصيته وخاصة علاقاته بأسرته، فإذا أضعفت الإعاقة هذه العلاقات وانهارت، تهتز ثقته بأسرته، ويفقد أمنه العائلي، ويختفي شعوره بالانتماء، مما يشعره بالحرمان من المحبة والتعاطف، والهدوء والثبات والاستقرار. (السنهوري وآخرون، 1998، صفحة 22)

وضعف علاقات المعوق مع جماعته الأسرية أو الاجتماعية ينعكس سلبياً على مكانته الاجتماعية، ويسبب لها الاهتزاز، أو الانهيار، وفي ذلك يقول "وليم شوتز C. Schutz " William أن كل إنسان يعيش في جماعة لا بد أن يقيم علاقات تتصف بالتوازن بينه وبين بيئته الإنسانية، الذي يدفعه لتحقيق حاجة معينة والتي يجب أن يحقها بدرجة ما، وفي نفس الوقت يتجنب ما من شأنه أن يهدد مكانته في الجماعة. (غيث، 1998، صفحة 127)

إن فقدان المعوق لمكانته الاجتماعية والأسرية، نتيجة عجزه عن القيام بواجباته، خاصة إذا فرضت عليه حماية زائدة عن حدها، يجعله في حالة قلق مستمر عن وضعه الأسري والاجتماعي، مما قد يؤدي به إلى الانسحاب من ممارسة دوره في الأسرة، وشعوره بعدم الانتماء إليها، نتيجة التنشئة والتربية الخاطئة من جهة والإعاقة من جهة أخرى، فالأسرة مسؤولة إلى حد كبير عن سمات الفرد الشخصية من عناد وعدوان واستقلال وانطواء وانسباط، ويمكن للأسرة كذلك إكساب ابنها نوعاً من السمات الاجتماعية. (دويدار، 1994، صفحة 100)

10-2-2. مشكلات الرفاق:

لكل فرد جماعة من الرفاق والأصدقاء يركن إليهم، يجالسهم ويحدثهم ويشاركهم ويشاركونه في جميع المناشط المختلفة، ولكن عندما تسيطر على المعوق مشاعر النقص وعدم المساواة مع أصدقائه ورفاقه، أو شعور أصدقائه بعدم كفايته لهم، فإن ذلك يؤدي إلى استجابات سلبية من قبل المعوق فنجدته ينسحب من هذه الجماعة وينطوي على نفسه وتسيطر عليه العزلة والانكماش.

إن الإحساس بالعجز عن التوافق والاندماج مع الآخرين من رفاق السن، يؤدي إلى نوع من التشاؤم والإحساس بسوء الحظ الذي يسوق في حالته المتطرفة إلى نوع من كراهية الحياة والتخلص من هذا الواقع المسميء. (سلمى جمعة، 2001، صفحة 246)

10-3. مشكلات العمل:

قد تؤدي الإعاقة إلى فقدان الوظيفة أو التقليل من أهميتها، وذلك عند الإصابة بالشلل مثلاً أو فقدان البصر الذي تتطلبه المهنة، ويزداد الأمر سوءاً في وظائف القطاع الخاص والشركات التي لا توفر قدرًا ضامانيًا مناسباً للفرد عن إصابته بإعاقة تمنعه من الاستقرار في عمله، وهذا ما يجعل العملية ضرورية لضمان استمرار حياة الفرد وأسرته، حياة كريمة ومستقرة. كذلك تغير وظيفة المعوق من وضع لآخر، أي قبل وبعد الإصابة، يتطلب وقتاً لكي يشعر بأنه قادر على الاستمرار في وظيفته الجديدة، وفق إمكانياته وقدراته المتبقية لديه بعد الإصابة. وقد يترتب على هذا التغير مشكلات مهنية خاصة بين الفرد والموظفين أو العمال الآخرين، كأن ينظروا إليه بأنه عديم الفائدة ولا يستطيع مجاراتهم في العمل مما يحد من طموحات ومواهب الإبداع لديه. (محمود صالح، 1998، صفحة 82)

هذا كما تظهر مشكلات أخرى أمام المعوق قد تمنعه من الاستمرار في عمله تسمى بالعوائق البيئية، والمرتبطة بتصميم المباني والمرافق العامة، إذ يجد المعوقون صعوبة في ارتيادها، ونلاحظ قصوراً كبيراً في تصميم المباني والمرافق العامة في مجتمعاتنا في توفير أدنى متطلبات المعوق لاستعمال هذه الأماكن، وهذا بدوره يؤدي إلى قلة الدخل، وصعوبة في وجود الأعمال المناسبة، وضعف القدرة على متطلبات العمل.

10-4. مشكلات الزواج:

ومنها رغبة البعض في الزواج مع وجود عوائق في سبيل تحقيق هذه الرغبة وإقلاع البعض وعدم تفكيرهم في الزواج لكونهم معوقين، والزواج من شريك حياة له نفس الإعاقة أو الزواج من شريك حياة غير معوق وهي فرص نادرة، وكذلك الخوف من تأثير عامل الوراثة على الأولاد ومشكلات تربيتهم، وأيضاً مشكلات الأعمال المنزلية. ويلاحظ أن مشكلات الزواج أكثر حدة في حالات الإناث المعوقات نسبياً عنها في حالات الذكور. (مخوف، 1991، صفحة 57)

10-5. المشكلات الترويحية:

الترويح عامل مهم جداً وضروري لا بد من توفيره، لأنه يؤدي إلى خلق جو فيه راحة وهدوء والابتعاد عن هموم الحياة، فعلى كل العائلات توفير سبل الترويح وذلك لمساعدة الفرد المعاق للحصول على راحة نفسية وبالتالي تحقيق نوع من الاستقرار النفسي، لأن هناك بعض العاهات تمنعه من التمتع بأوقات الفراغ مما يؤدي إلى الانطواء على النفس، حيث يمكن إخراجه من هذه الحالة بملء أوقات فراغه باللعب أو العمل بما يتناسب مع حالته بتوفير مثلاً أجهزة مساعدة لذلك. (نصر الله، 2002، صفحة 36)

رغم الأهمية البالغة لجانب الترويح في حياة المعاق وانعكاساته الإيجابية على المجتمع، إلا أنه يبقى من بين أهم المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة الحركية نظراً لعدم الاهتمام

بالبرامج الترويحية داخل مؤسسات رعاية المعوقين، وعدم وجود المتخصصين الأكفاء لتصميم برامج الترويح المناسب لقدراتهم المتبقية مع اختلافها وتعددتها، وعدم وجود المؤسسات الترويحية التي تسمح للمعوقين بالاستفادة من خدماتها، وقلّة الأنشطة والبرامج التي تصمم للترويح عنهم وعدم استغلال وقت فراغ المعوقين وشغله بصورة إيجابية. مع أهميتها القوية لهم. (مصطفى فرحات، 2014)

10-6. المشكلات الاقتصادية :

قد تتسبب الإعاقة في كثير من المشاكل الاقتصادية التي قد تدفع المعاق إلى ترك العلاج والتأهيل ومنها :

أ- تحمل الكثير من نفقات العلاج خاصة الإصابة بالشلل الدماغي وهي حالة تتطلب الكثير من الأموال ومن نفقات العلاج.

ب- انخفاض الدخل أو البطالة خاصة إذا كان المعاق هو المسؤول الوحيد على الأسرة فإن الإعاقة تؤثر على الأدوار التي يقوم بها.

ج- قد تحول الحالة الاقتصادية دون الخضوع إلى العلاج. (عمار سالم، 2007، صفحة 39)

10-7. المشكلات الصحية أو الطبية:

إن المرض الذي يخلف آثاراً جانبية تلحق بالفرد فتفقده أو تعطل أحد أجزاء جسمه الخارجية مثل الشلل، أو تسبب له مرضاً مزمناً يصعب الشفاء منه، أو تفقده إحدى حواسه مثل كف البصر أو الصم البكم، إن هذه الإصابات تقلل من كفاية الفرد الجسمية والعقلية وتضعف من قدرته على المثابرة ومواصلة العمل ومواجهة الأزمات، مما يؤدي به إلى فقدان التوافق النفسي والاجتماعي السليم. (عبد الرؤوف، 2008، صفحة 55)

وتصبح الإعاقة مشكلة صحيحة عندما لا يرجى منها الشفاء، وتزداد حدة المشكلات الطبية عند الآتي:

- نقص الرعاية الصحية والطبية للمعوقين وعدم وجود الأماكن العلاجية الخاصة بهم، وإن كانت هناك فهي لا تسع الأعداد الهائلة لهذه الفئة على اختلاف درجاتها.
- عدم وجود الوسائل التعويضية المناسبة، وعدم قدرة المعوقين على اقتنائها عندما لا توفر لدى المؤسسات الاجتماعية.
- عدم معرفة الأسباب القطعية لبعض الإصابات بالشلل الدماغي والإعاقة الحركية ككل.
- طول فترة العلاج مما يحسب المعوق بعدم وجود فائدة مرجوة من ذلك هذا بالإضافة إلى ارتفاع تكاليفه في العيادات والمستشفيات الخاصة، الأمر الذي يؤدي بالمصاب إلى ترك حالته كما هي عليه، والتي قد تزداد سوءا وانتشارا في الجسم، خاصة لمن ليس لهم مصادر دخل تؤمن لهم نفقات العلاج. (المليجي، 1991، صفحة 270)

10-8. المشكلات التعليمية :

تعاني فئة المعاقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغارا أو مشكلة تأهيلهم إذا كانوا كبارا، فكثيرا ما يعزل المعوق نفسه عن الآخرين ليس فقط لأن مظهره الخارجي أو سلوكه غير ملائم، ولكن لأنه يجد أيضا صعوبة في مشاركة الآخرين في تصوراتهم وشعورهم وفي متابعتهم، مما يشجعهم على الابتعاد عنه بحيث يرونه مختلفا عنهم. فتعليم المصابين بالشلل الدماغي خاصة تصطدم بعدة مشاكل أهمها :

- عدم توفر مدارس خاصة وكافية للفئات العقلية المتوسطة، كذلك عدم توفر الكوادر التعليمية المتخصصة.
- نقص المناهج والوسائل التعليمية اللازمة لهذه الفئات.

أما المعاقين حركيا الذين يتمتعون بقدرات عقلية جيدة فيترتب على التحاقهم بالمدارس العادية العديد من العراقيل والآثار وهي :

- الآثار النفسية التي يحدثها التحاق الطفل بالمدارس العادية والناجم عن قلة الوعي لدى التلاميذ والطلاب العاديين الذين يلحقون بالمعاق الضرر والأذى اللفظي والجسدي مما يؤدي إلى عزله وابتعاده عن الآخرين، كما أن الإثارة اللفظية باستعمال التسميات، والسخرية والاستهزاء بإعاقة الفرد لها آثار نفسية كبيرة وتؤدي إلى نشوء الأمراض النفسية.
- عدم مراعاة قدرات الإعاقة الجسمية والاضطرابات المصاحبة لمثل هذه الحالات في عملية التكيف المدرسي سواء بالمناهج أو المباني أو المرافق العامة ووسائل المواصلات.
- غياب التشريع التربوي الذي ينص على تعلم المعاق وتأهيله أكاديميا ضمن البرامج التربوية العادية لفئات المعاقين خاصة لذوي القدرات العقلية الطبيعية. (عبيد، 1999، صفحة 45)

10-9. الحواجز البنائية :

تعتبر طرق البناء و تشييد الهياكل من العوامل التي تحد من عملية تكيف المعاق حركيا فهي تحيط به وتمنعه من التحصيل العلمي أو الحصول على وظيفة وتقلص من تفاعله الاجتماعي، مما يضعف من خبراته الحياتية و تقلص من قدراته العقلية كذلك وتشعره باليأس والعزلة وتؤدي به إلى الإصابة بمختلف الاضطرابات النفسية الحادة ويواجه المعاق حركيا هذه الحواجز في الطريق إلى بيته وداخل بيته وفي الحي وفي المدرسة والجامعة والبريد والمسجد والحديقة، فكل التصاميم الهندسية لم يراعى فيها التصاميم الخاصة بالمعاقين التي تسهل من عملية تنقلهم وتخفف من معاناتهم اليومية.

يعاني المعاق حركيا أيضا من غياب المنحدرات عند مداخل المباني (بنوك، مصالح تأمين، بلديات، مدارس ... الخ) ما يجعل عملية ولوجه إليها صعبا إن لم نقل مستحيلا خاصة أصحاب الكراسي المتحركة. كما أن جل هذه المؤسسات تفتقر إلى شبابيك خاصة بفئة المعاقين

حركيا، والتي تتسم بانخفاض مستوى الشباك ليسمح بسهولة تواصل الموظف مع المقعد حركيا ما يتيح له إنهاء معاملاته الإدارية أو المالية بسرعة وسهولة كما هو الحال بالنسبة للبنوك وبعض الهيئات الأخرى.

وتعاني هذه الفئة (المعاقون حركيا) أيضا من غياب مواقف حافلات مكيفة لأصحاب الكراسي المتحركة لتسهيل عملية تنقلهم، وعدم تهيئة الأرصفة وافتقادها لمنحدرات بداية الحركة ونهايتها متناسبة مع علو الرصيف، وكذا ازدحامها بأشجار الزينة وأعمدة الكهرباء، والافتات الاشهارية... الخ.

هذه الوقائع على جملتها، تؤدي إلى حرمان قطاع عريض من المعاقين حركيا الراغبين في تحدي إعاقتهم والمضي قدما في مسار حياتهم من ذلك، وبالتالي التسبب في تذليل إرادتهم وإبقائهم في دائرة المعاناة والاحساس بالعجز، على ما يجره ذلك عليهم من شعور بالنقص العضوي وتدني المكانة الاجتماعية. (صالح ع.، 2011، صفحة 18)

10-10. مشاكل التأهيل المهني للمعاقين :

إن تحليل العمل من الناحية النفسية يؤكد أنه ليس مجرد جهود يبذلها العامل من أجل تحقيق منفعة فقط، بل أكثر من ذلك، فهو يمكن الفرد من تحقيق ذاته ويمنعه من الاضطراب والانحراف، فالفرد عندما يعمل يخرج من دائرة الإحباط ويتجنبه خاصة إذ كان العمل متوافقا مع ما كان يريده، ويقوى نموه النفسي ويزيد من قدراته ومهاراته الحركية، وعليه فإن الفرد المعاق الذي يتمكن من العمل ويبرز فيه قدراته يتخلص من العجز ويقوم بالتعويض الناجح.

إن العمل عند المعاق ذو أهمية اجتماعية واقتصادية ونفسية أكثر من الآخرين، فهو عامل من العوامل الذي يستخدمها للتخلص من عقدة النقص اتجاه الآخرين ويمكنه من التفاعل الإيجابي والاندماج وتحقيق بعض اتجاهاته وأهدافه في الحياة.

إن التوظيف يتطلب التأهيل، والتأهيل يستلزم التكوين الوظيفي والمهني، ويمكن أن نميز بين أسلوبين في التأهيل :

1- أسلوب تدريجي بحيث يركز انتباهه وجهده حول تكوين مرحلي، وهو تخصص مهني أو تعليمي يتبعه عبر مراحل عديدة ومحددة، إلى أن يكتسب الخبرة و المهارات اللازمة لأدائه.

2- أسلوب يوضع فيه المعاق في وسط مهني فعلي بدون أي خبرات، يقوم من خلالها بمجهودات لأداء مختلف المهام التي تتطلبها الوظيفة. وهذا الأسلوب الأخير هو أكثر فاعلية لتوظيف قدرات المعاق ونشاطاته، لكن الاستجابة الفعلية للمؤسسات لهذا الاتجاه ضعيف جدا ومرتبب بمجال العلاقات الغير رسمية.

أما بالنسبة لمراكز التكوين والتأهيل فان الاستجابة لاحتياجات التكوين بالنسبة لهذه الفئة محدودة وتستوعب اختصاصات محددة لا تلبي في الغالب اتجاهات المعاقين، خاصة الذين لم تتضرر قدراتهم الجسمية والعقلية كليا. ونظريا يمكن أن نقول إن من شروط التأهيل المهني والتشغيل لذوي الإعاقات المختلفة ما يلي :

- يجب أن تحدد الفروق الموجودة في استعدادات وقدرات الأفراد المعاقين على حدا، إذ أن القدرات تختلف من معاق إلى آخر وتتفاعل مع شخصيته والطموحات التي يصبو إليها. كذلك لكل تخصص أو حرفة أو وظيفة خصائصها، فقد تتفاوت متطلبات المهن من جهد عضلي أو عقلي أو مهاري ...

- يدرس الطبيب مع المختص النفسي القدرات الخاصة لدى كل فرد، أما المهنة المقترحة فيقدمها المسؤول المهني وتنال موافقة الطبيب والمختص النفسي، وتقدم المهنة المقترحة في فترة تجريبية إلى المعاق ويتم تقييم أدائه المهني من حيث تكيفه في عمله ومع زملاءه ومسؤوليته. (فهمي، 2005، صفحة 80)

لكن هذه الإجراءات نادرا ما يتم إتباعها والعمل بها في مجتمعاتنا العربية خاصة إذا علمنا أن التشغيل مرتبط بالمردودية التي يحققها العامل خاصة في القطاع الخاص، فالغالبية تتجنب تشغيل المعاقين، فرؤية هؤلاء للإعاقة أنها تتناقض ومتطلبات الشغل والإنتاج والتسويق، خاصة إذا علمنا أن نسبة كبيرة من الأفراد العاديين رغم ما يملكون من مؤهلات لم يتمكنوا من الحصول على وظيفة أو عمل مستقر، وهذا ما يزيد من حدة أوضاع المعاقين خاصة ذوي الإصابات الحادة والمزمنة.

خلاصة:

تعتبر ظاهرة الإعاقة من المشاكل التي تعاني منها المجتمعات الإنسانية قديما وحديثها وهي ظاهرة عامة تشترك فيها المجتمعات المتطورة والمتخلفة على حد سواء بنسب مختلفة، والإعاقة تعني النقص أو القصور المزمّن الذي يؤثر على قدرات الشخص، الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية وغيرها والتي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، وتتعدد مظاهر الإعاقة الحركية كما قد تختلف درجاتها وأثرها من شخص لآخر ويعاني غالبية هذه الفئة من الشعور بالنقص وذلك كون أن المعاق حركيا يعاني من عجز بدني.

وعليه فإن الارتقاء بمستوى اللياقة البدنية وعناصرها من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية المختلفة وما يصاحبها من نشاط عقلي وذهني، يساعد حتما على الاعتماد على النفس ويزيد من الثقة لدى الفرد ويشجع هذه الفئة على التكيف والاندماج مع المجتمع وزيادة المرح والسرور، ونمو العلاقات الاجتماعية ومواجهة تحديات الحياة المختلفة وبالتالي التقبل التدريجي للإعاقة وهو ما يترتب عليه ضرورة توفير الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة.

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الأول

الإجراءات الميدانية

1 - منهج البحث:

ارتبط المنهج الوصفي منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الإنسانية، وما زال هذا هو الأكثر استخداماً في الدراسات الإنسانية حتى الآن. (أبو سليمان، 1993، صفحة 33) ويعرف على أنه طريقة التحليل والتفسير بشكل علمي منظم، من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية أو مشكلة اجتماعية أو سكان معينين. (بوحوش، 1999، صفحة 139)

باعتبار أن طبيعة المشكلة التي طرحها الباحث تعالج قضية اجتماعية إنسانية تتمثل في القلق لدى فئة المعاقين حركياً، وبما أن المنهج الوصفي هو الأنسب لدراسة مثل هذه المشكلات، فقد قمت باستخدامه في هذه الدراسة التي تهدف إلى الكشف عن مدى تأثير ممارسة النشاط البدني المكيف على نسبة القلق العام لدى فئة المعاقين حركياً.

2 - مجتمع البحث :

يتكون مجتمع هذه الدراسة من 63 معاقاً حركياً يشمل مركزاً لذوي الإعاقة الحركية وناديين رياضيين بولاية وهران.

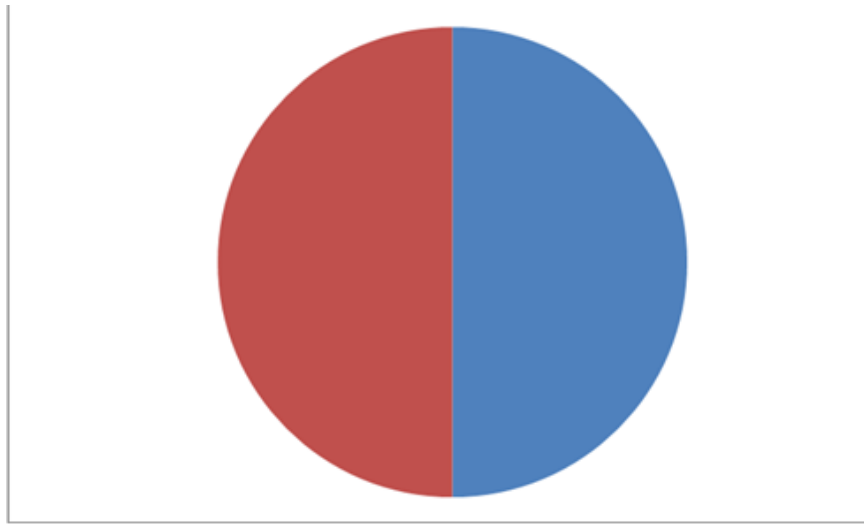
3 - عينة البحث:

طبقت هذه الدراسة على عينة مكونة من 40 مبحوثاً من فئة المعاقين حركياً تتراوح أعمارهم ما بين 25-30 سنة، تم اختيارها بطريقة قصديه وتتمثل في: فئة الممارسين للنشاط البدني المكيف مكونة من 20 معاقاً حركياً (إعاقة أطراف سفلية) 11 منهم ينتمون إلى النادي الرياضي الهاوي أسود وهران لكرة السلة على الكراسي المتحركة، و09 معاقين حركياً ينتمون إلى النادي الرياضي الهاوي محمد بوضياف لكرة الطائرة جلوس بوهان. وفئة الغير ممارسين للنشاط البدني المكيف مكونة من 20 معاقاً حركياً (إعاقة أطراف سفلية) من مركز ذوي الإعاقة الحركية بالحاسي ولاية وهران.

جدول (01) يمثل عينة الدراسة

النسبة	التكرارات	الاحتمالات
% 50	20	ممارس للنشاط البدني المكيف
% 50	20	غير ممارس للنشاط البدني المكيف
% 100	40	المجموع

شكل (01) يمثل عينة الدراسة



■ غير الممارسين للنشاط الرياضي

■ الممارسين للنشاط الرياضي

4- متغيرات البحث:

- 4-1. المتغير المستقل: وهو المتغير الرئيسي الذي يفترض أنه المؤثر في المتغير التابع، وهو النشاط الرياضي المكيف.
- 4-2. المتغير التابع: هو الذي يتأثر بالمتغيرات المستقلة. في بحثنا هذا يتمثل المتغير التابع في مستوى القلق العام.

5- مجالات البحث:

5-1. **المجال البشري:** تمثل المجال البشري لدراستنا في عينة مكونة من 40 مبحوثًا تضم فئة المعاقين حركيا (إعاقة في الأطراف السفلية أحادي أو ثنائي) الممارسين وغير ممارسين للنشاط البدني المكيف.

5-2. **المجال المكاني:** أجريت هذه الدراسة بولاية وهران.

5-3. **المجال الزمني:** أجريت هذه الدراسة خلال الموسم الدراسي 2022/2023، وامتدت من تاريخ 2023/02/01 إلى غاية 2023/05/18.

6- أدوات البحث:

قصد الوصول إلى حلول أولية لإشكالية البحث المطروحة، وللتحقق من صحة أو عدم صحة فرضيات بحثنا لزم علينا إتباع أنجع الطرق والوسائل وذلك من خلال الدراسة والتفحص وهذا باستخدام الأدوات التالية:

6-1. الدراسة النظرية:

ويصطلح تسميتها كذلك بالمعطيات البليوغرافية أو المادة الخبرية، حيث تتمثل في الاستعانة بالمصادر والمراجع (كتب، مذكرات، مجلات، جرائد) من أجل تدعيم الجانب النظري للموضوع قيد الدراسة بمحاوره الثلاثة وهي: النشاط البدني والرياضي المكيف، القلق، والإعاقة الحركية.

6-2. مقياس تايلور للقلق:

تمت الاستعانة في هذه الدراسة بمقياس تايلور للقلق الصريح للعالمية د. جانيت تايلور والذي يعتبر من بين أهم الاختبارات التي تقيس بدرجة كبيرة من الموضوعية مستوى القلق الذي يعانيه الأفراد، وهو مشتق من اختبار مينيسوتا للشخصية المتعدد الأوجه، وتم تطويره على يد العالم

جانيت تايلور ليُسمى باسمها عام 1953، ويحتوي المقياس على (50) عبارة تقيس القلق الصريح

3-6. طريقة التطبيق:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من 10 سنوات فأكثر.
- من بين العبارات هناك 10 عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي:

3-13-14-20-22-29-30-38-48-50.

- كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم الاختيار بينهما.

4-6. طريقة التصحيح:

- العبارات الإيجابية: نعم تأخذ درجة واحدة (01) لا: تأخذ صفر (00)
- العبارات العكسية: نعم تأخذ صفر (00) لا: تأخذ درجة واحدة (01)

ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقا للجدول التالي:

الدرجة	المستوى
16-0	قلق منخفض جدا
19-17	قلق منخفض
24-20	قلق متوسط
29-25	قلق فوق المتوسط
30 فم افوق	قلق مرتفع

جدول (02) مفتاح مقياس تايلور للقلق الصريح.

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

تعتبر الأساليب الإحصائية من أهم وسائل تحليل البيانات الخامة إلى نتائج ذات معنى، والتي تساعد في تحليل وتفسير موضوع الدراسة ثم الحكم عليها بكل موضوعية، ولقد اعتمدنا في هذه الدراسة على الأساليب الإحصائية التالية:

- برنامج الحزمة الاحصائية (spss): الذي يعطي النتائج بطريقة سهلة وسريعة.
- معادلة سبيرمان براون.
- معامل ألفا كرومباخ.
- اختبار ت ستيودنت T Test.
- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.

8- التجربة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة وضرورية يجب القيام بها في أي بحث علمي، باعتبارها القاعدة الأساسية للبحث الميداني، وتعمل على تعميق المعرفة بالموضوع المراد دراسته، والكشف عن جوانبه المختلفة، وبالتالي تحدد الإطار العام الذي تجري فيه الدراسة الميدانية. وفي هذه الدراسة تم توزيع مقياس تايلور للقلق بتاريخ 11 أبريل 2023 على عينة استطلاعية مكونة من 10 أفراد من مجتمع الدراسة تم اختيارهم عشوائيا، وكان الغرض معرفة ما إذا كان هذا المقياس مناسباً لمجتمع الدراسة. ولأجل ذلك قمنا بدراسة مدى صدق وثبات مقياس تايلور بالاستعانة بمعاملات ثبات بطرية ألفا كرونباخ ومعاملات ثبات بطرية سبيرمان براون، وبعد تحليل النتائج توصلنا إلى أن أداة الدراسة بأبعادها المختلفة تتمتع بدرجة عالية من الثبات تقدر بـ 0,97 على بطرية ألفا كرونباخ ودرجة تقدر بـ 0.98 على بطرية سبيرمان براون، وبهذا

يمكن القول أن المقياس يتمتع بدلالات صدق وثبات عالية تبرر استخدامها في الدراسة الأساسية.

8-1. أهداف التجربة الاستطلاعية:

من خلال الدراسة الاستطلاعية نريد أن نحقق مجموعة من الأهداف تتمثل في :

- الإطلاع ميدانيا على ممارسة المعاقين حركيا للنشاط البدني المكيف من أجل التعرف عن كثب على مجتمع الدراسة.
- التعرف على ما إذا كانت عبارات أداة الدراسة (مقياس تايلور للقلق) واضحة ومناسبة للعينة قيد الدراسة أو ما إذا كانت تحتاج إلى تكيف.
- اختبار مدى ملائمة مكونات المقياس وصلاحيته.
- تعديل بعض بنود المقياس إذا استدعى الأمر.

9- الأسس العلمية للاختبارات المستخدمة:

دائما يسعى الباحث أن يكون موضوعيا صادقا فيما يقوم به من جهود بحثية ولذا فهو يلتجئ إلى استخدام وسائل بها يتم الاحتكام على ما قام به من جهد علمي، ولذا فإن الصدق والثبات وسائل متفق على استخدامها لقياس استمارة الاستبيان أو أي وسيلة من وسائل المعترف بها في تجميع المعلومات من مجتمع البحث أو العينة المأخوذة منه. (عقيل، 2010، صفحة 152)

9-1. الصدق الظاهري:

هناك عدة أنواع للصدق ومنها الصدق الظاهري الذي يقوم على فكرة مدى مناسبة الاختبار لما يقيسه، ولمن يطبق عليهم، ويبدووا هذا الصدق في وضوح البنود، ومدى علاقتها بالقدر أو السمة أو البعد الذي يقيسه. (سعد عبد الرحمن، 1998، صفحة 22)

ومن هذا المنطلق تم عرض المقياس على ستة أساتذة محكمين، مشهود لهم بمستواهم العلمي وتجربتهم الميدانية في المجالات الدراسية ومناهج البحث العلمي بغرض تحكيمه، ولقد تمت الموافقة بالإجماع على ملائمة لهذه الدراسة.

9-2. دراسة الصدق والثبات:

أ- الثبات:

يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة أو الاتساق أو استقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين. (مقدم، 1993، صفحة 193)

كما يقول فان فالين (Valin Van) عن ثبات الاختبار "إن الاختبار يعتبر ثابتاً إذا كان يعطي نفس النتائج باستمرار إذا ما تكرر على نفس المفحوصين وتحت نفس الشروط". (حسانين، 1995، صفحة 193)

ب- الصدق:

صدق الاختبار أو المقياس يشير إلى الدرجة التي يمتد إليها في قياس ما وضع من أجله، فالاختبار أو المقياس الصادق هو الذي يقيس بدقة كافة الظاهرة التي صمم لقياسها. (حسانين، 1995، صفحة 193)

لمعرفة مدى صدق وثبات أداة البحث المستخدمة في هذه الدراسة اعتمدت على قياس الاتساق الداخلي للمقياس بالاستعانة بمعاملات ثبات بطرية ألفا كرونباخ ومعاملات ثبات بطرية سبيرمان براون وذلك بتوزيع استبيان مقياس القلق على عينة استطلاعية مكونة من 10 أفراد من مجتمع الدراسة، وبعدها قمت بتحليل النتائج كما هو موضح بالجدول أدناه:

جدول رقم (03) يوضح معاملات ثبات بطرية ألفا كرونباخ لاستبيان مقياس القلق

المتغير	معامل ألفا كرونباخ
مقياس القلق العام	0.97

تشير المعطيات الواردة في الجدول أن أداة الدراسة بأبعادها المختلفة تتمتع بدرجة عالية من الثبات تقدر بـ 0,97 بهذا يمكن القول إن الأداة تتمتع بدلالات صدق وثبات مقبولة تبرر استخدامها في الدراسة الأساسية.

جدول رقم (04) يوضح معاملات ثبات بطرية سبيرمان براون

المتغير	معادلة سبيرمان براون
مقياس القلق العام	0,98

تشير المعطيات الواردة في الجدول أن أداة الدراسة بأبعادها المختلفة تتمتع بدرجة عالية من الثبات بقيمة سبيرمان براون التي تقدر بـ 0.98 وبهذا يمكن القول إن الأداة تتمتع بدلالات صدق وثبات مقبولة تبرر استخدامها في الدراسة الأساسية.

10- التجربة الأساسية:

قام الباحث بتوزيع مقياس تايلور لقياس القلق الصريح على عينة مكونة من 40 معاقا حركيا تتراوح أعمارهم ما بين 25-30 سنة، تم اختيارها بطريقة قصديه وتتمثل في:

أ- فئة الممارسين للنشاط البدني المكيف: مكونة من 20 معاقا حركيا (إعاقة أطراف سفلية) ينتمون إلى النادي الرياضي الهاوي أسود وهران لكرة السلة على الكراسي المتحركة والنادي الرياضي الهاوي محمد بوضياف لكرة الطائرة جلوس بوهران.

ب- فئة غير الممارسين للنشاط البدني المكيف: مكونة من 20 معاقا حركيا (إعاقة أطراف سفلية) من مركز ذوي الإعاقة الحركية بالحاسي ولاية وهران.

تم توزيع المقياس على فئة الممارسين بتاريخ 17-04-2023 ثم قمنا بجمعه في نفس اليوم، أما فيما يخص فئة غير الممارسين فقد تم توزيع المقياس بتاريخ 18-04-2023 واستلامه في نفس اليوم. بعدها قام الباحث بتفريغ الاستبيانات وحساب التكرارات ثم النسب المئوية، وبالإستعانة بمفتاح مقياس تايلور لقياس القلق توصلنا إلى النتائج التالية:

• فئة الممارسين للنشاط البدني المكيف:

وجد أن درجة الإجابة قد بلغت 9.15، وهي قيمة منحصرة في التصنيف 0-16، مما يعني وجود قلق منخفض جدا لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف.

• فئة غير الممارسين للنشاط البدني المكيف:

وجد أن درجة الإجابة قد بلغت 39.8، وهي قيمة منحصرة في التصنيف 30 فما فوق، مما يعني وجود قلق مرتفع لدى المعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط البدني المكيف.

الفصل الثاني

عرض ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل النتائج:

جدول رقم (05) يمثل نتائج فئة غير الممارسين على مقياس تايلور

مقياس تايلور للقلق الصريح لفئة غير الممارسين			
رقم العبارة	البديل	تكرار	النسبة المئوية
.1	نعم	16	80
	لا	04	20
.2	نعم	17	85
	لا	03	15
.3	نعم	08	40
	لا	12	60
.4	نعم	10	50
	لا	10	50
.5	نعم	14	70
	لا	06	30
.6	نعم	12	60
	لا	08	40
.7	نعم	13	65
	لا	07	35
.8	نعم	12	60
	لا	08	40
.9	نعم	18	90
	لا	02	10
.10	نعم	15	75
	لا	05	25
.11	نعم	14	70
	لا	06	30
.12	نعم	15	75
	لا	05	25
.13	نعم	04	20
	لا	16	80

50	10	نعم	.14
50	10	لا	
90	18	نعم	.15
10	02	لا	
95	19	نعم	.16
05	01	لا	
15	03	نعم	.17
85	17	لا	
90	18	نعم	.18
10	02	لا	
80	16	نعم	.19
10	04	لا	
15	03	نعم	.20
85	17	لا	
80	16	نعم	.21
20	04	لا	
15	02	نعم	.22
85	18	لا	
70	14	نعم	.23
30	06	لا	
85	17	نعم	.24
15	03	لا	
90	18	نعم	.25
10	02	لا	
95	19	نعم	.26
05	01	لا	
85	17	نعم	.27
15	03	لا	
85	16	نعم	.28
15	04	لا	
10	02	نعم	.29

90	18	لا	.30
90	18	نعم	
10	02	لا	
80	16	نعم	.31
20	04	لا	
25	05	نعم	.32
75	15	لا	
85	17	نعم	.33
15	03	لا	
85	17	نعم	.34
15	03	لا	
80	16	نعم	.35
20	04	لا	
75	15	نعم	.36
25	05	لا	
85	17	نعم	.37
15	03	لا	
20	04	نعم	.38
80	16	لا	
90	18	نعم	.39
10	02	لا	
85	17	نعم	.40
15	03	لا	
80	16	نعم	.41
20	04	لا	
75	15	نعم	.42
25	05	لا	
80	16	نعم	.43
20	04	لا	
85	17	نعم	.44
15	03	لا	

75	15	نعم	.45
25	05	لا	
90	18	نعم	.46
10	02	لا	
80	16	نعم	.47
20	04	لا	
10	02	نعم	.48
90	18	لا	
80	16	نعم	.49
20	04	لا	
15	03	نعم	.50
85	17	لا	

مفتاح المقياس:

التصنيف	الدرجة
قلق منخفض جدا	16-0
قلق منخفض	19-17
قلق متوسط	24-20
قلق فوق المتوسط	29-25
قلق مرتفع	30 فما فوق

تصنيف القلق = مجموع الدرجات ÷ عينة البحث

$$39.8 = 20 \div 796$$

جدول رقم (06) يبين درجة وتصنيف القلق لفئة غير الممارسين

التصنيف	درجة الإجابة	مجموع الإجابات	المجموعة الأولى
مرتفع	39.8	796	غير الممارسين للنشاط الرياضي

من خلال تفريغ بيانات المقياس الخاص بعينة المعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن مجموع الإجابات قد بلغ 796 درجة، وبعد أن تم حساب تصنيف درجة القلق وفق مفتاح مقياس تايلور المستخدم في الدراسة نجد أن درجة الإجابة قد بلغت 39.8 وهي قيمة منحصرة في التصنيف 30 فما فوق، مما يعني وجود قلق مرتفع لدى المعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط البدني المكيف.

جدول رقم (07) يمثل نتائج فئة الممارسين على مقياس تايلور

مقياس تايلور للقلق الصريح لفئة الممارسين			
رقم العبارة	البديل	تكرار	النسبة المئوية
.01	نعم	04	20
	لا	16	80
.02	نعم	03	15
	لا	17	85
.03	نعم	16	80
	لا	04	20
.04	نعم	02	10
	لا	18	90
.05	نعم	04	20
	لا	16	80
.06	نعم	02	10
	لا	18	90
.07	نعم	03	15

85	17	لا	
20	04	نعم	.08
80	16	لا	
15	03	نعم	.09
85	17	لا	
20	04	نعم	.10
80	16	لا	
10	02	نعم	.11
90	18	لا	
25	05	نعم	.12
75	15	لا	
85	17	نعم	.13
15	03	لا	
25	05	نعم	.14
75	15	لا	
40	08	نعم	.15
60	12	لا	
45	09	نعم	.16
55	11	لا	
40	08	نعم	.17
60	12	لا	
40	08	نعم	.18
60	12	لا	
15	03	نعم	.19
85	17	لا	
80	16	نعم	.20
20	04	لا	
25	05	نعم	.21
75	15	لا	
65	13	نعم	.22
35	07	لا	

35	07	نعم	.23
65	13	لا	
15	03	نعم	.24
85	17	لا	
05	01	نعم	.25
95	19	لا	
10	02	نعم	.26
90	18	لا	
05	01	نعم	.27
95	19	لا	
15	03	نعم	.28
85	17	لا	
85	17	نعم	.29
15	03	لا	
15	03	نعم	.30
85	17	لا	
15	03	نعم	.31
85	17	لا	
85	17	نعم	.32
15	03	لا	
10	02	نعم	.33
90	18	لا	
15	03	نعم	.34
85	17	لا	
25	05	نعم	.35
75	15	لا	
40	08	نعم	.36
60	12	لا	
10	02	نعم	.37
90	18	لا	
75	15	نعم	.38

25	05	لا	
05	01	نعم	.39
95	19	لا	
10	02	نعم	.40
90	18	لا	
10	02	نعم	.41
90	18	لا	
10	02	نعم	.42
90	18	لا	
15	03	نعم	.43
85	17	لا	
25	05	نعم	.44
75	15	لا	
15	03	نعم	.45
85	17	لا	
15	03	نعم	.46
85	17	لا	
25	05	نعم	.47
75	15	لا	
95	19	نعم	.48
05	01	لا	
25	05	نعم	.49
75	15	لا	
80	16	نعم	.50
20	04	لا	

مفتاح المقياس:

التصنيف	الدرجة
قلق منخفض جدا	16-0
قلق منخفض	19-17
قلق متوسط	24-20
قلق فوق المتوسط	29-25
قلق مرتفع	30 فما فوق

$$\text{تصنيف القلق} = \text{مجموع الدرجات} \div \text{عينة البحث}$$

$$9.15 = 20 \div 183$$

جدول رقم (08) يبين درجة وتصنيف القلق لفئة الممارسين

التصنيف	درجة الإجابة	مجموع الإجابات	المجموعة الأولى
منخفض	9.15	183	الممارسين للنشاط البدني المكيف

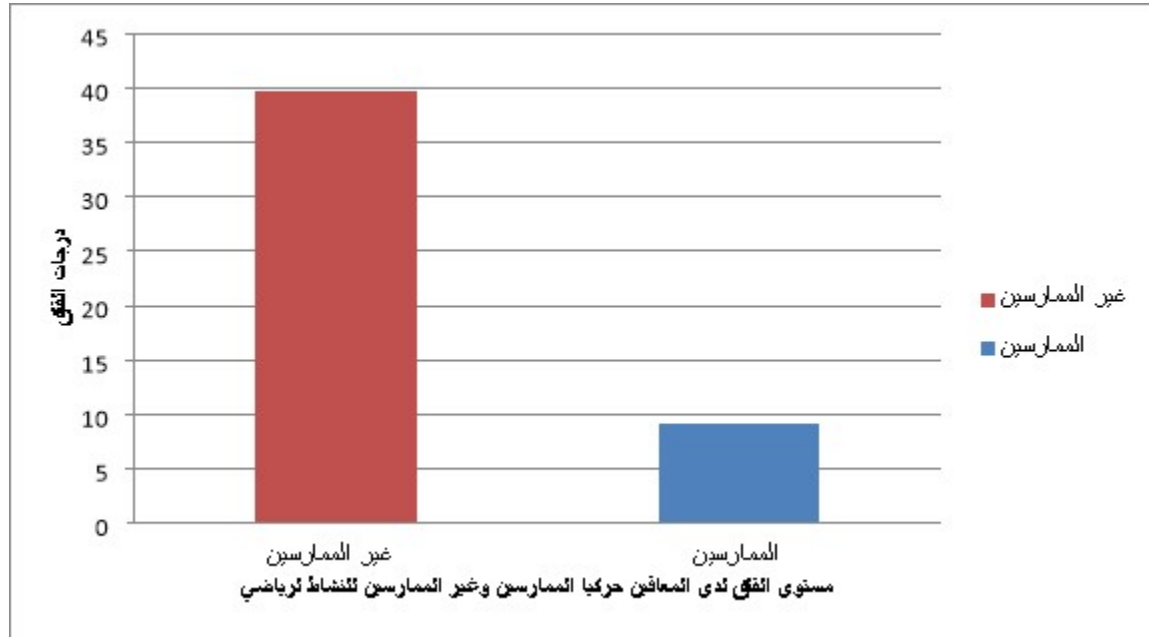
من خلال تفريغ بيانات المقياس الخاص بعينة المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف نجد أن مجموع الإجابات قد بلغ 183 درجة، وبعد أن تم حساب تصنيف درجة القلق وفق مفتاح مقياس تايلور المستخدم في الدراسة نجد أن درجة الإجابة قد بلغت 9.15، وهي قيمة منحصرة في التصنيف 16-0، مما يعني وجود قلق منخفض جدا لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف.

جدول رقم (09) يبين الفروق فيا لقلق العام لدى الممارسين وغير الممارسين

الدالة	درجة الحرية	قيمة T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0.000	38	-6,862	15,16740	8,4500	ممارس	ممارسة
			15,11047	41,3000	غير ممارس	النشاط الرياضي

يتبين من خلال الجدول رقم (09) أن قيمة "ت المحسوبة" قدرت بـ 6.82 وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.000، وهي ما تفسر وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وهذا ما يؤكد وجود فروق في القلق العام لدى المعاقين حركيا الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه و حسب نتائج التحليل الإحصائي لاختبار ت ستيودنت نلاحظ أن قيمة "ت المحسوبة" بلغت 6.86 عند درجة الحرية ف=38 ومستوى الدلالة 0.01، وهذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدور النشاط البدني المكيف في خفض نسبة القلق العام لدى المعاقين حركيا تعزى لصالح الممارسين.

شكل رقم (02) يبين مستوى القلق العام لدى الممارسين وغير الممارسين



2- مناقشة النتائج بالفرضيات:

كما سبق وأن ذكرنا في الفصل التمهيدي أننا نفترض وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركيا الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف في متغير القلق، ومن خلال نتائج التحليل الإحصائي المتوصل إليها تبين أن قيمة "ت المحسوبة" بلغت 7.29 وهي أعلى من قيمة "ت الجدولية" التي بلغت 1.68 عند درجة الحرية ف=38 ومستوى الدلالة 0.05 وهذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدور النشاط البدني المكيف في خفض نسبة القلق العام لدى المعاقين حركيا تعزى لصالح الممارسين.

ومن خلال الجدولين رقم (06 و 07) اللذين يبينان درجات وتصنيف القلق على مقياس تايلور للقلق الصريح يتبين أن درجة القلق لفئة المعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط البدني المكيف قد بلغت 39.8 وهي حصيلة قسمة مجموع الإجابات الذي بلغ 796 درجة على عينة البحث (20)، أما درجة القلق لفئة المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف فقد

بلغت 09.15 وهي حصيلة قسمة مجموع الإجابات الذي بلغ 183 درجة على عينة البحث (20)، وبعد أن تم حساب تصنيف درجة القلق وفق مفتاح مقياس تايلور المستخدم في الدراسة وجدنا أن درجة القلق لغير الممارسين والتي تساوي 39.8 هي قيمة منحصرة في التصنيف 30 فما فوق، مما يعني وجود قلق مرتفع لدى المعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط البدني المكيف. في حين نجد أن درجة القلق للممارسين والتي تساوي 09.15 هي قيمة منحصرة في التصنيف 00 - 16، مما يعني وجود قلق منخفض جدا لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف. ومن خلال ما سبق يتضح أن النتائج المتحصل عليها تصب في اتجاه فرضية الدراسة المبنية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركيا الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف في مستوى القلق العام على مقياس تايلور تعزى لصالح الممارسين. ومن بين الدراسات القديمة التي تدعم نتائج دراستنا دراسة كل من (فرويد) و(ميلاني كلين)، وكذا كل من (سيموندس) و(هرمين هيوغ هلموث) الذين استخدموا اللعب كإستراتيجية للتخفيف من الاضطرابات النفسية عامة والقلق بصفة خاصة. أما حديثا فهناك عدة دراسات دعمت نتائج بحثنا نذكر منها:

دراسة (هزرشي سليمان 2022) بعنوان "دور النشاط البدني المكيف في تخفيف القلق العام لذوي الاحتياجات الخاصة (ذوي الإعاقة الحركية)" والتي هدفت إلى معرفة أهمية النشاط الرياضي المكيف وانعكاساته الإيجابية على القلق بشكل عام للفرد المعاق حركيا. حيث توصل الباحث إلى أن فئة المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف يتميزون بنسبة قلق أخف من فئة المعاقين حركيا غير الممارسين.

كما تتشابه نتائج دراستنا مع دراسة (محمد عباس محمد عرابي 2020) بعنوان "دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية". هدفت الدراسة إلى معرفة مدى

فاعلية برنامج اللعب في خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف. وتوصلت الدراسة على أن (برنامج الألعاب المقترح) قد أدى إلى إحداث تعديلات جوهرية في سلوك المعاقين حركيا، كما ساعد على التنفيس الانفعالي وإخراج ما عند الطفل من مشاعر ومكبوتات. وهذا بدوره يؤكد مدى صحة فرضية بحثنا.

وتتناسب هذه النتائج مع ما تطرقت إليه الدكتورة (هدى شهاب جاري 2019) في مداخلة بعنوان "أثر ممارسة الأنشطة الترويحية في تنمية الثقة بالنفس لدى المعاقين حركيا-جلوس"، أقيمت بالمؤتمر العلمي الدولي الأول في كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة بمدينة بغداد. حيث أشارت الدكتورة الباحثة إلى أن للأنشطة الترويحية دور في تنمية الثقة بالنفس والتقليل من الاكتئاب لدى المعاقين حركيا على الكراسي المتحركة، إذ أنهم يستجيبون بصورة إيجابية وتتحسن حالاتهم النفسية والمزاجية عند اشتراكهم في الأنشطة الرياضية الترويحية، خاصة إذا كانت مبنية وفق أسس علمية دقيقة بما يتناسب ويتلاءم مع نوع ومستوى وشدة إعاقة هؤلاء الأفراد.

ومما يزيد من تأكيد النتائج التي توصلنا إليها، آراء الكتاب والباحثين في هذا المجال مثل دراسة (عثمان إ. بابار وآخرون 2022). قام بهذه الدراسة فريق من الدكاترة والأساتذة الباحثين تحت عنوان "مستوى النشاط البدني وارتباطه بالاكتئاب بين مرضى إصابات النخاع الشوكي المزمنة". أجريت الدراسة بمركز الشلل النصفي في مدينة بيشاور - باكستان، وكان الهدف منها معرفة علاقة النشاط البدني بالاكتئاب بين مرضى إصابات النخاع الشوكي المزمنة، حيث توصل الباحثون إلى أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين الاكتئاب ونسبة الأنشطة البدنية، وأشارت الدراسة إلى أن المرضى الذين يعانون من الاكتئاب كانت ممارستهم للأنشطة البدنية

محدودة ونادرة في حين أن المرضى الذين يمارسون الأنشطة البدنية بمستوى معتدل أو مرتفع لم يعانون من الاكتئاب. وهذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا.

وأيضاً دراسة (ميغال جاسينتو وآخرون 2021)، حيث قام بهذه الدراسة فريق من الباحثين من دولة البرتغال يمثلون أربع جامعات حكومية وكان عنوان الدراسة "آثار برامج التمرين الرياضي على القلق لدى الأفراد ذوي الإعاقة". وهدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان لبرنامج التمارين الرياضية دور في التقليل من أعراض القلق لدى فئة المعاقين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن لبرامج التمرين الرياضي دور فعال في خفض القلق لدى العديد من الإعاقات من بينها الإعاقة الحركية، وهذه النتائج تتشابه مع نتائج دراستنا.

ومن بين الدراسات التي تصب في نفس مسار دراستنا دراسة (بيتر جياكوبي وآخرون 2008) بعنوان "النشاط البدني وجودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقات الجسدية". تمت الدراسة بالتنسيق بين أربعة باحثين يمثلون ثلاث جامعات أمريكية: (جامعة فلوريدا، جامعة ألباما وجامعة كانساس) وكان الهدف من الدراسة إبراز الروابط بين النشاط البدني وجودة الحياة لدى ذوي الإعاقات الجسدية. وتوصلت الدراسة إلى أن الأفراد الذين يمارسون النشاط البدني أدركوا عددًا من الفوائد النفسية والاجتماعية والصحية المرتبطة بالمشاركة في النشاط البدني منها: الكفاءة الذاتية، الثقة بالنفس، والدافع للاستمرار في المشاركة. وهذا يدل على صدق النتائج التي توصلنا إليها.

3- الاستنتاجات:

من خلال النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة نستنتج أن:

- ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة أثرت إيجاباً على خفض مستوى القلق العام لدى المعاقين حركياً.

- مستوى القلق العام لدى المعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط البدني المكيف مرتفع.
- مستوى القلق لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط البدني المكيف منخفض جدا.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركيا الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني المكيف في مستوى القلق العام على مقياس تايلور للقلق لصالح الممارسين.

4- المقترحات:

- بناءً على نتائج البحث واستنتاجاته المتعلقة بمدى تأثير ممارسة النشاط البدني المكيف على مستوى القلق العام لدى المعاقين حركياً، يمكن تقديم التوصيات والاقتراحات التالية:
- ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي للمعاقين حركيا من خلال توفير برامج الأنشطة المكيفة المناسبة لتخفيف مستوى القلق لدى هذه الفئة.
 - إقامة تظاهرات وأيام تحسيسية للتعريف بأهمية ممارسة الأنشطة البدنية المكيفة في خفض القلق لدى المعاقين حركيا.
 - في النهاية، يجب أن يتم تكريس الجهود لزيادة الوعي حول أهمية النشاط البدني المكيف للمعاقين حركيا وفوائده الصحية والنفسية والاجتماعية.

5- الخاتمة:

سلطت هذه الدراسة الضوء على الدور المهم الذي تلعبه الأنشطة البدنية المكيفة في التقليل من القلق لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، وبوجه الخصوص فئة المعاقين حركيا بحكم أن المعاق حركيا في مجتمعنا يقع عرضة للكثير من الضغوطات الحياتية والتحديات التي ينبغي عليه التعامل معها في سياق حياته الاسرية والاجتماعية والدراسية والشخصية، ما يسبب له اضطرابات نفسية.

ولقد أصبح من الواضح أن الأنشطة البدنية المكيفة توفر فوائد عديدة للأفراد المعاقين حركيا في مختلف الجوانب البدنية، النفسية والاجتماعية. وعلى غرار الأهمية الصحية، فهي تساهم أيضاً في الرفاهية العقلية والعاطفية. فقد أثبتت البحوث أن المشاركة المنتظمة في الأنشطة البدنية المكيفة تقلل من أعراض القلق، وتحسن الحالة المزاجية، وتعزز احترام الذات، وتزيد من جودة الحياة بشكل عام. علاوة على ذلك، كشفت الدراسة أن الأنشطة البدنية المكيفة توفر بيئة فريدة وشاملة تعزز التفاعل الاجتماعي والدعم النفسي حيث أفاد المشاركون عن شعورهم بالانتماء والقبول أثناء ممارسة الأنشطة الجماعية مما ساهم بشكل أكبر في الحد من أعراض القلق والشعور بالارتياح.

وفي الختام، لا يسعنا إلا أن ننوّه بضرورة تكريس الجهود لزيادة الوعي حول أهمية النشاط البدني المكيف للمعاقين حركيا وفوائده الصحية والنفسية والاجتماعية.

قائمة المصادر والمراجع

المصادر:

- القرآن الكريم
- الحديث النبوي الشريف

المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم رحمة. (1998). تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي . عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- إبراهيم المليجي. (1991). الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- إبراهيم مروان عبد المجيد. (2002). الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة تربويا و نفسيا، رياضيا و تأهليا. عمان: دار الوراق للخدمات الحديثة.
- ابن منصور جمال الدين. (1993). لسان العرب. مصر: مطبعة بولاق. ط.
- احمد سليمان العواملة صالح عبد الله الزعبي. (2000). التربية الرياضية للحالات الخاصة. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- أحمد عبد الرحيم و شيخ إدريس، زهير السباعي. (1991). القلق وكيف تتخلص منه. دمشق: دار القلم.
- أحمد عبدالخالق، أحمد حافظ. (1988). حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية. مجلة العلوم الاجتماعية ، المجلد السادس، جامعة الكويت، صفحة العدد الثالث.
- أحمد لطفي بركات. (1984). الرعاية التربوية للمعوقين عقليا. الرياض: دار المريخ للنشر.
- أحمد محمد السنهوري وآخرون. (1998). ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة. حلوان: مركز السوق الريادي.
- أحمد محمد عبد الخالق. (1994). الدراسة التطورية للقلق. الكويت: حوليات كلية الآداب.

- آرون بيك. (2000). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية*، ترجمة عادل مصطفى. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- أسامة راتب. (1997). *قلق المنافسة: ضغوط التدريب، احتراق الرياضي*. مصر: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- أسامة كمال راتب، أمين أنور الخولي. (1992). *التربية الحركية للطفل*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- إقبال مخلوف. (1991). *الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- الاتحادية-الجزائرية. (1996). *منشورات الاتحادية الجزائرية للمعاقين وذو العاهات*.
- الديوان الوطني للإحصاء. (2003). *عدد المعاقين في الجزائر*. *الجريدة الرسمية الجزائرية*، العدد 34.
- السيد عبد الحميد عطية، وسلمى جمعة. (2001). *الخدمة الاجتماعية وذوي الاحتياجات الخاصة، المواجهة والتحدي*. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- السيد عثمان فاروق. (2001). *القلق وإدارة الضغوط النفسية*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- السيد فهمي علي محمد. (2005). *الإعاقات الحركية بين التشخيص و التأهيل*. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- الشاذلي بن جعفر. (1982). *قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعاقين*. تونس: مجلة ادارة التربية.
- أمين الخولي. (1996). *الرياضة والمجتمع* ، ، الكويت: عالم المعرفة.
- أمين الخولي، كمال درويش. (1990). *الفنون الترويحية والاستعراضية*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- أمين أنور الخولي، أسامة كمال راتب. (1992). *التربية الحركية للطفل*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- أمين أنور الخولي، محمد الحماحي. (1990). *أسس بناء برامج التربية الرياضية* . القاهرة : دار الفكر العربي.
- بهج شعبان. (1992). *التغلب على الخوف*. بيروت : الموسوعة النفسية.
- بوعلو الأزرق. (1993). *الإنسان و القلق*. مصر : سيناء للنشر.

- بيوكر تشارلز . (1964). أسس التربية البننية ترجمة كمال صالح . القاهرة: الانقلو مصرية.
- جاد محمود البناء . (1983). يسألونك عن القلق. المجلة العربية - الرياض، صفحة العدد 136.
- حابس العواملة. (2003). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، الإعاقة الحركي. عمان: الأهلية للنشر و التوزيع.
- حافظ نوري. (1995). المراهق، ط2. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات و النشر .
- حامد عبد السالم زهران. (1979). الصحة النفسية و العلاج النفسي، ط2 . القاهرة : عالم الكتب.
- حزام محمد رضا القزوني. (1978). التربية الترويحوية. بغداد: دار العربية للطباعة.
- حلمي إبراهيم، ليلي فرحات. (1998). التربية الرياضية والترويح للمعاقين. القاهرة: دار الفكر العربي.
- حنان عبد المجيد العناني. (2018). اللعب عند الأطفال الأسس النظرية والتطبيقية. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- د. زينب فاصولي. (2021). الواقع الصحي و الاجتماعي لذوي الإعاقات في الجزائر مفارقات بين التشريعات و الواقع المعاش. مجلة الباحث للعلوم الرياضية والاجتماعية، المجلد، 4 العدد 7، ص 216.
- زهير السباعي. (1986). القلق. ظاهرة العصر المرضية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- زهير السباعي و أحمد عبدالرحيم شيخ إدريس. (1991). القلق وكيف تتخلص منه. دمشق: دار القلم.
- سعاد مصطفى فرحات. (2014, 03 27). المشكلات التي يواجهها المعوقون وبعض الحلول المقترحة. مجلة كليات التربية، مجلة علمية محكمة، صفحة العدد 01.
- سعد عبد الرحمن. (1998). القياس النفسي النظرية والتطبيق، ط3. القاهرة: دار الفكر العربي.
- سعيد حسني العزة. (2002). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. عمان-الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

- سليم بدير، ريان الخزرجي، عمار سالم. (2007). هم أحق بالرعاية (الطفل المعاق). لبنان: دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، ط1.
- عادل علي حسن. (1995). الرياضة والصحة" عرض لبعض المشكلات الرياضية وطرق علاجها. الاسكندرية: منشأة المعارف.
- عباس ع الفتاح رملي، محمد إبراهيم شحاتة. (1991). اللياقة والصحة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد الحفيظ مقدم. (1993). الاحصاء والقياس النفسي والتربوي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- عبد الحي محمود صالح. (1998). الممارسات المهنية في المجال الطبي. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الرحمن سيد سليمان. (2001). الإعاقات البدنية المفهوم - التصنيفات - الأساليب العلاجية. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد الفتاح دويدار. (1994). علم النفس الاجتماعي. بيروت: دار النهضة العربية.
- عبد المطلب أمين القريطي. (1998). مقياس الصحة النفسية للشباب "المعايير المصرية والسعودية". مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- عبدالورهاب إبراهيم أبو سليمان. (1993). كتابة البحث العلمي ومصادر الدراسات الإيسالمية. جدة: دار الشروق.
- عصام حمدي الصفدي. (2007). الاعاقة الحركية والشلل الدماغى. عمان: دار اليازورى العلمية للنشر والتوزيع.
- عطيات محمد الخطاب. (1990). أوقات الفراغ و الترويح، ط5. القاهرة : دار المعارف.
- عقيل حسين عقيل. (2010). كتاب خطوات البحث العلمى من تحديد المشكلكة إلى تفسير النتيجة. دمشق: دار ابن كثير.

- علاوي محمد حسن. (1992). *سيكولوجية التدريب والمنافسات*. القاهرة: مؤسسة المعارف للطباعة والنشر.
- علي محمد السيد فهمي. (2005). *الإعاقات الحركية بين التشخيص و التأهيل*. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- عماد فاروق محمد صالح. (2011). *مؤشرات تمكين المعوقين من الاندماج الاجتماعي*. سلطنة عمان: كلية الآداب والعلوم الاجتماعية.
- عمار بوحوش. (1999). *مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية*.
- عمر عبد الرحيم نصر الله. (2002). *الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع*. عمان: دار وائل للنشر.
- فاروق الروسان. (2001). *سيكولوجية الأطفال غير العاديين : مقدمة في التربية الخاصة*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- فاروق السيد عثمان. (2001). *القلق وإدارة الضغوط النفسية*. القاهرة : دار الفكر العربي.
- فخري الدباغ. (1983). *أصول الطب النفسي، ط3*. بيروت: دار الطليعة للطباعة.
- فؤاد البهي السيد. (1975). *الأسس النفسية للنمو*. القاهرة : دار الفكر العربي.
- فيصل محمد خير الزراد. (1984). *الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية*. بيروت: دار القلم.
- كاظم ولي أغا. (1981). *علم النفس الفيزيولوجي، ط11*. بيروت: دار الأفاق الجديدة .
- كامل محمد المغربي. (2002). *أساليب البحث العلمي في العلوم الإنسانية والاجتماعية*. عمان: دار الثقافة للنشر و التوزيع، ط 1.
- ماجدة السيد عبيد. (1993). *مقدمة في تأهيل المعاقين*. عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع، ط 1.

- ماجدة السيد عبید. (1999). *الإعاقات الحسية والحركية*. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- محسن علي الدلفي. (2001). *تطور شخصية الإنسان والتعامل مع الناس في ضوء التربية وعلم النفس والاجتماع*. عمان: دار الفرقان.
- محمد الحماحي. (1999). *فلسفة اللعب، ط 1*. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- محمد السيد حلاوة، بدر الدين كمال عبده. (2001). *رعاية المعاقين سمعيا وحركيا*. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- محمد حسن علاوي. (1992). *علم النفس الرياضي، ط 8*. القاهرة: دار المعارف.
- محمد حسن غانم. (2005). *الأمراض النفسية و العلاج الإسلامي*. مصر: المكتبة المصرية.
- محمد رمضان القذافي. (1994). *سيكولوجية الإعاقة*. ليبيا: منشورات الجامعة المفتوحة.
- محمد شفيق. (1985). *البحث العلمي، الخطوات المنهجية إعداد البحوث الاجتماعية*. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- محمد صبحي حسانين. (1995). *القياس والتقويم في التربية البدنية والرياضية*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- محمد عادل خطاب. (1962). *النشاط الترويحي وبرامجه*. القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة.
- محمد عادل عبدالله. (2000). *العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات*. القاهرة : دار الرشد.
- محمد عاطف غيث. (1998). *علم الاجتماع*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- محمد عامر، ربيع عبد الرؤوف. (2008). *الإعاقة الحركية*. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- محمد عبد المؤمن حسين. (1986). *مشكلات الطفل النفسية، ط 1*. الإسكندرية : دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- محمد نجيب توفيق. (1967). *الخدمات العمالية بين التطبيق والتشريع*. القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة.
- مرعي توفيق، أحمد بلقيس. (2001). *الميسر في سيكولوجية اللعب، ط 4*. عمان: دار الفرقان.

- مروان ع المجيد إبراهيم. (1997). الألعاب الرياضية للمعوقين. عمان , الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- مصطفى غالب. (1980). الاسلام و القلق و الخجل . منشورات دار الهلال .
- منال منصور بوحמיד. (1985). المعوقين. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم.
- منصف المرزوقي. (1982). تاريخ الطب للأطفال. تونس: دار أليف للنشر.
- ناهد أحمد عبد الرحيم، أسامة رياض. (2001). القياس والتأهيل الحركي للمعاقين، ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- نظمي ابو مصطفى. (2000). مدخل للتربية الخاصة. فلسطين: مكتبة القادسية.
- وآخرون حلمي محمد إبراهيم. (1988). التربية الرياضية والترويح للمعاقين. القاهرة: دار الفكر العربي.
- وائل محمد مسعود. (2002). الأجهزة التعويضية و الوسائل المساعدة لذوي ا لإحتياجات الخاصة. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

المراجع باللغة الأجنبية:

- A.Domart, & a. (1986). *Nouveau Larousse Médical*. Paris: Librairie Larousse.
- A.Stor. (1993). *Activité physique et sportives adaptées pour personne handicapes mentale*. Belgique: Print marketing sprl.
- F.Balle, & a. (1975). *Ecyelopédie de la sociologie* . Paris: Librairie Larousse.
- Moyenca, S. (1982). *Sociologie et action sociale*. Bruxelles : Editions labor.
- Randain, R. (1993). *Sur le chemin de sport avec les personnes handicapes physique*. Plint marketing sport

الملاحق

مقياس تايلور للقلق الصريح

إعداد/ د. جانيت تايلور

نبذة عن المقياس:

مشتق من اختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه، ويتكون المقياس من (50) عبارة تقيس القلق الصريح.

طريقة التطبيق:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من 10 سنوات فأكثر.
- من بين العبارات هناك 10 عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي:
3-13-14-20-22-29-30-38-48-50.
- كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم الاختيار بينهما.

طريقة التصحيح:

- العبارات الإيجابية: نعم تأخذ درجة واحدة (01) لا: تأخذ صفر (00)
العبارات العكسية: نعم تأخذ صفر (00) لا: تأخذ درجة واحدة (01)

ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقا للجدول التالي:

الدرجة	المستوى
16-0	قلق منخفض جدا
19-17	قلق منخفض
24-20	قلق متوسط
26-25	قلق فوق المتوسط
30 فما فوق	قلق مرتفع

مقياس تايلور للقلق الصريح

ضع علامة (x) أمام الإجابة التي تنطبق عليك (نعم / لا)

أجب على كل الأسئلة من فضلك...

م	العبرة	نعم	لا
١	نومي مضطرب ومتقطع	نعم	لا
٢	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق	نعم	لا
٣	مخاوفي قليلة جداً بالمقارنة بأصدقائي	نعم	لا
٤	اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس	نعم	لا
٥	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي	نعم	لا
٦	لدي متاعب أحياناً في معدتي	نعم	لا
٧	غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما	نعم	لا
٨	أعاني أحياناً من نوبات إسهال	نعم	لا
٩	تثير قلقي أمور العمل والعمال	نعم	لا
١٠	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)	نعم	لا
١١	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً	نعم	لا
١٢	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً	نعم	لا
١٣	أثق في نفسي كثيراً	نعم	لا
١٤	أتعب بسرعة	نعم	لا
١٥	يجعلني الانتظار عصبياً	نعم	لا
١٦	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي	نعم	لا
١٧	عادةً ما أكون هادئاً	نعم	لا
١٨	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي	نعم	لا

لا	لا	نعم	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت	١٩
لا	لا	نعم	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما	٢٠
لا	لا	نعم	أشعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريباً	٢١
لا	لا	نعم	لا أتهيب الأزمات والشدائد	٢٢
لا	لا	نعم	أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخريين	٢٣
لا	لا	نعم	كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما	٢٤
لا	لا	نعم	أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	٢٥
لا	لا	نعم	أشعر أحياناً أنني أتمزق	٢٦
لا	لا	نعم	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	٢٧
لا	لا	نعم	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	٢٨
لا	لا	نعم	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	٢٩
لا	لا	نعم	إنني حساس بدرجة غير عادية	٣٠
لا	لا	نعم	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحياناً تتهيج نفسي	٣١
لا	لا	نعم	لا أبكي بسهولة	٣٢
لا	لا	نعم	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي	٣٣
لا	لا	نعم	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً	٣٤
لا	لا	نعم	كثيراً ما أصاب بصداع	٣٥
لا	لا	نعم	لا بد أن أعتزف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	٣٦
لا	لا	نعم	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	٣٧
لا	لا	نعم	لا أرتبك بسهولة	٣٨
لا	لا	نعم	اعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمرّة	٣٩
لا	لا	نعم	أنا شخص متوتر جداً	٤٠
لا	لا	نعم	أرتبك أحياناً بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جداً	٤١
لا	لا	نعم	يحمر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	٤٢

لا	نعم	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	٤٣
لا	نعم	مررت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	٤٤
لا	نعم	أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما	٤٥
لا	نعم	يدي وقدماي باردتان في العادة	٤٦
لا	نعم	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى	٤٧
لا	نعم	لا تنقصني الثقة بالنفس	٤٨
لا	نعم	أصاب أحيانا بالإمساك	٤٩
لا	نعم	لا يحمر وجهي أبداً من الخجل	٥٠

	الاسم
	الدرجة
	التصنيف

صدق وثبات أداة الدراسة

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,569
		N of Items	26 ^a
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	,978
		N of Items	25 ^b
		Total N of Items	51
Correlation Between Forms			,969
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	,984
		Unequal Length	,984
Guttman Split-Half Coefficient			,746

a. The items are: 1س, 2س, 3س, 4س, 5س, 6س, 7س, 8س, 9س, 10س, 11س, 12س, 13س, 14س, 15س, 16س, 17س, 18س, 19س, 20س, 21س, 22س, 23س, 24س, 25س.

b. The items are: 25س, 26س, 27س, 28س, 29س, 30س, 31س, 32س, 33س, 34س, 35س, 36س, 37س, 38س, 39س, 40س, 41س, 42س, 43س, 44س, 45س, 46س, 47س, 48س, 49س, 50س.

اختبار t test

COMPUTE

=القلق

س+21س+20س+19س+18س+17س+16س+15س+14س+13س+12س+11س+10س+9س+8س+7س+6س+5س+4س+3س+2س+1س
 س+40س+39س+38س+37س+36س+35س+34س+33س+32س+31س+30س+29س+28س+27س+26س+25س+24س+23س+22
 . 50س+49س+48س+47س+46س+45س+44س+43س+42س+41

EXECUTE .

T-TEST GROUPS=) 2 1 (الممارسة)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=القلق

/CRITERIA=CI (.95) .

Test T

Remarques

Sortie obtenue		01-JUN-2023 19:41:02
Entrée	Données	C:\Users\mic\Downloads\الطبيب.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	40
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques de chaque analyse sont basées sur les observations ne comportant aucune donnée manquante ou hors plage pour aucune variable de l'analyse.

Syntaxe	T-TEST GROUPS=2 1) (الممارسة)		
	/MISSING=ANALYSIS		
	/VARIABLES=القلق		
	/CRITERIA=CI(.95).		
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02	
	Temps écoulé	00:00:00,02	

Statistiques de groupe

الممارسة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
القلق ممارس	20	8,4500	15,16740	3,39153
غير ممارس	20	41,3000	15,11047	3,37880

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variannes		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl					
الفق Hypothèse de variannes égales	,050	,824	6,86	38					
Hypothèse de variannes inégales			6,86	37,99					

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes			
		Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
القلق	Hypothèse de variances égales	,000	-32,85000	4,78736	-42,54150
	Hypothèse de variances inégaies	,000	-32,85000	4,78736	-42,54151

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes
		Intervalle de confiance de la différence à 95 %
		Supérieur
القلق	Hypothèse de variances égales	-23,15850
	Hypothèse de variances inégales	-23,15849