

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة



ميدان: علوم و تقنيات النشاطات البدنية والرياضية
فرع: النشاط البدني الرياضي المكيف

معهد: علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية
قسم: النشاط البدني الرياضي المكيف
رقم التسجيل: ط1: 1535071057

تخصص: النشاط البدني الرياضي المكيف

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

20153903396

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي
إعداد الطالبين: بن يطو فيجل- فادي حداد

تحت عنوان

دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تقبل الذات
لدى المعاقين

دراسة ميدانية على مراكز المعاقين بولاية- المسيلة -

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة.....	اسم ولقب الأستاذ(ة):.....
مشرفا	جامعة.....	اسم ولقب الأستاذ: عمرو زهير
مناقشا	جامعة.....	اسم و لقب الأستاذ(ة):.....

السنة الجامعية: 2020-2021م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



كلمة شكر

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على النبي محمد

خاتم الأنبياء والمرسلين

أما بعد :

أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساهم في إنجاز هذا

العمل وأخص بالشكر الأستاذ المشرف " د . عمرو زهير "

الذي لم يدر جهدا في فترة إنجاز هذا العمل .

وأشكر الله تعالى وأسأله التوفيق والنجاح

إهداء

إلى من حملتني وهنا على وهن، وكان دعاؤها سر ناجي أمي
الحبيبة أبي الذي علمني العطاء دون انتظار وأحمل اسمه بكل
انتظار أرجوا من الله عز وجل أن يحفظهما لتريا ثمارا قد حان
قطافها بعد طول انتظار

إلى كل من ساندني من قريب أو بعيد إلى جميع إخوتي
إلى كل من يسعم قلبي ولو يسعم قلبي إلى كل هؤلاء أهدي
هذا العمل .

فهرس المحتويات:

كلمة شكر

الإهداء

قائمة المحتويات

مقدمة.....أ-ب-ج

الجانب النظري إشكالية الدراسة

تمهيد.....05

1-إشكالية الدراسة.....06

2-التساؤلات الجزئية.....06

3-الفرضيات الجزئية.....06

4-أهمية الدراسة.....06

5-أهداف الدراسة.....06

6-أسباب اختيار الموضوع.....06

7-مصطلحات الدراسة.....07-08

8-الدراسات السابقة والمشابهة.....09-10

9-التعليق على الدراسات.....10

الفصل الأول: النشاط البدني الرياضي المكيف

تمهيد.....12

1-مفهوم النشاط البدني الرياضي المكيف.....13

2-النشاط البدني والرياضي في الجزائر.....13-14

3-أسس النشاط البدني والرياضي المكيف.....15-16

4-تصنيفات النشاط البدني والرياضي المكيف.....16-18

- 5- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف.....18-20
- 6- أهداف النشاط البدني المكيف.....20-21
- 7- معوقات النشاط البدني الرياضي المكيف.....21-23
- 24.....خلاصة الفصل

الفصل الثاني: تقدير الذات

- 26.....تمهيد
- 1-تعريف تقدير الذات.....27
- 2-أبعاد تقدير الذات.....27-28
- 3-تقبل الذات لدى المعاقين.....28-29
- 4-مفهوم الذات.....29
- 5-نظريات تقدير الذات.....29-30
- 6-كفاءة الذات.....30-31
- 7-تتمية الحاجة إلى تقديرات الذات.....31
- 8-أهمية تقدير الذات.....32
- 33.....خلاصة الفصل

الفصل الثالث: المعاقين حركيا

- 35.....تمهيد
- 1-تعريف الإعاقة.....36
- 1-2-تعريف المعاق.....37
- 1-3- خصائص الإعاقة.....37-38
- 1-4- أنواع الإعاقة.....38-39
- 2- الإعاقة الحركية.....39
- 2-1- مفهومها.....39
- 2-3 أسباب الإعاقة الحركية.....40
- 3-أنواع الإعاقة الحركية.....41-49

- 4- احتياجات المعوقين حركياً.....50-49
- 5- سيكولوجية المعوقين حركياً.....51-50
- خلاصة الفصل.....52

الفصل الرابع: الإعاقة البصرية

- 1- مفهوم الإعاقة البصرية وتعريفاتها المختلفة.....55-54
- 2- تعاريف الإعاقة البصرية.....56-55
- 3- أسباب الإعاقة البصرية.....56
- 4- أنواع الإعاقة البصرية.....58-57
- 5- الإعاقة البصرية وتأثيرها على النمو العقلي.....61-58
- 6- طرق التحصيل اللغوي عند المعاقين بصرياً.....63-61

الفصل الخامس: الإعاقة السمعية

- مفهوم الإعاقة السمعية.....65
- 2- تصنيف الإعاقة السمعية.....67-65
- 3- أسباب الإعاقة السمعية.....68-67
- 4- أعراض الإعاقة السمعية.....69
- 5- طرق وقياس وتشخيص القدرة السمعية.....69
- 6- أساليب التواصل مع الأصم.....70
- 7- الخصائص والحاجات الجسمية والعقلية والمعرفية للصم.....71-70
- 8- حاجات المعوقين سمعياً.....71
- 9- الخصائص السلوكية والتعليمية للمعاقين سمعياً.....72-71

الجانب التطبيقي

الفصل الاول: الإجراءات الميدانية للدراسة

- تمهيد.....74
- 1- الدراسة الاستطلاعية.....74
- 2- أهداف الدراسة الاستطلاعية.....74

75.....	3-منهج الدراسة
75.....	4-حدود الدراسة
75.....	5-مجتمع الدراسة
77-75.....	عينة الدراسة الاستطلاعية
77.....	7-أدوات الدراسة
77.....	8-الوسائل الإحصائية
78.....	خلاصة

الفصل الثاني: عرض وتحليل النتائج

80.....	عرض وتحليل النتائج
82-80.....	مناقشة الفرضيات
83.....	التوصيات والاقتراحات
85.....	الخاتمة
89-87	قائمة المصادر والمراجع
	قائمة الملاحق

مقدمة

مقدمة:

كان الإنسان وما زال هو محور اهتمام الباحثين في علم النفس، وذلك بهدف التعرف بشكل أفضل عليه ودراسته بالشكل الذي يؤدي في النهاية إلى محاولة الوصول به إلى أقصى درجات السوية إن استطاع، ومحاولة تجنب كل ما يؤثر عليه، وعلى أدائه في مختلف المجالات .

ونظرا لاختلاف الناس في القدرات والمهارات، تكون قدراتهم مختلفة في مستوى الأداء وكذلك قدراتهم على مواجهة المشكلات، وهناك العديد من العوامل التي تلعب أدواراً بارزة في ذلك، ولعل من هذه العوامل هو تعرض الشخص لإعاقة تجعله يشعر بهذا الاختلاف .

فوجود إعاقة لدى الفرد قد تدفعه إلى العديد من المشكلات النفسية التي تؤثر على حياته بشكل عام، إن لم يستطيع التكيف مع تلك الإعاقة .

فمفهوم الذات هو بمثابة ما يحمله الفرد من أفكار عن نفسه، وهو مجموعة الصفات التي تعتبر مهمة بالنسبة له، والتي تتضمن مجالات عديدة منها الجسمية، الاجتماعية العقلية الانفعالية، والأكاديمية، وكذلك فإن مفهوم الذات هو الأساس الذي تركز عليه الشخصية، ويتكون مفهوم الذات من تجارب الفرد وتفاعله مع الأفراد المحيطين به، ومع بيئته الخارجية، وتظهر الذات عندما يكون الفرد اجتماعياً (زياد بركات، 2008، ص222).

فهناك عوامل عديدة لها أثر في فهم الذات لدى الأفراد عامة والمعاق بصفة خاصة ومن أكثر هذه العوامل أهمية الأهل والأقران، وكذلك الأساليب التي يستخدمها الأهل في التنشئة الاجتماعية من ثواب وعقاب ومدح وذم، ومفهوم الذات هو نتاج لما يمر به الشخص المعاق من تجارب وخبرات، وحسب أريسكون فإن الشباب خلال تحقيقهم لذواتهم يواجهون العديد من العقبات التي قد ينجحون بتخطيها أو لا ولا بد للفرد من معرفة نواحي الضعف والقوة لديه حتى يكون قادراً على فهم ذاته، وتمتع الفرد بالصحة النفسية يتطلب قدراً من الاتزان العاطفي، التكيف الاجتماعي، والقدرة على التكيف مع متغيرات البيئة، وطريقة الفرد في تفسيره لما يتعرض له من خلال تفاعله مع بيئته التي لها أثر ودور مهم في تمتعه بالصحة النفسية (زياد بركات، 2008، ص223).

ومن خلال هذه المقدمة سنقوم بتقسيم موضوع البحث إلى جانبين:

جانب نظري: يتناول إشكالية البحث وتطرقنا أيضاً إلى التكلم عن النشاط البدني الرياضي المكيف وهذا من خلال الفصل الأول وأيضاً مررنا على الفصل الثاني الذي عالجننا فيه تقبل الذات، بالإضافة إلى التكلم عن المعاقين بصفة عامة في كل فصول الدراسة وهذا من خلال الفصل الثالث والرابع والخامس

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فعالجنا فيه مناقشة الفرضيات الدراسة وتحليل واستنتاج ثم مررنا على بعض التوصيات والاقتراحات .

وفي الأخير أنهينا موضوعنا بخاتمة تتكلم عن الإجابة عن السؤال المطروح في الدراسة.

إشكالية الدراسة

تمهيد:

يشكل إعداد الفرد المتمتع بالصحة النفسية هدفاً أساسياً يسعى أي نظام تربوي لتحقيقه لما له من آثار عظيمة في بناء الشخصية السوية للفرد التي تتصف بالاتزان النفسي والقدرة على التوافق الذاتي وتحقيق الحياة السعيدة مما يعود بالنفع على كل من الفرد والمجتمع على السواء.

ومن هنا تلبية الحاجات النفسية المدخل الرئيسي لتحقيق ذلك الهدف ويتفاوت مستوى تقبل الذات باختلاف مستوى الدافعية الداخلية لدى الفرد ووجد العلماء أن عدم تقبل الذات هي أساس مشاكل التكيف التي يعاني منها الفرد بمعنى أن الشخصية لا تتحقق لها الصحة النفسية السليمة إلا إذا كانت سليمة ومقبولة وشعر الفرد بذلك (Ryan & Deci, 2000). يمكن النظر إلى تقبل الذات على أنها حاجات نفسية داخلية موجودة لدى جميع الأفراد باختلاف الثقافات ترتكز أساساً على الحاجات البيولوجية عنده.

وبالنظر إلى صحة الأفراد النفسية وتقبلهم لذواتهم المستندة إلى الحاجات وفق نظرية تحديد الذات يظهر أنهما متساويتان فالمعاقين الذين يرون فاعلين ومؤثرين عبر إحساسهم بالاستقلالية والكفاءة والانتماء خلال خبرة النشاط التعليمي يكون لديهم دافعية مرتفعة الجودة في حين إن المعاقين الذين يشعرون بأنه هذا النقص وعدم تقبل الفرد المعاق لذاته مهملة أو محبطة عندهم خلال خبرة التدريس تكون لهم دافعية منخفضة الجودة (Reeve, 2012)

1- إشكالية الدراسة:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النشاط البدني الرياضي المكيف وتقبل الذات ؟

2- التساؤلات الجزئية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النشاط البدني المكيف و تقدير الذات ؟

2- ما مستوى النشاط البدني المكيف لدى تقبل الذات لدى المعاقين ؟

3- الفرضيات:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النشاط البدني المكيف وتقبل الذات لدى المعاقين

-مستوى النشاط البدني المكيف مرتفع لدة المعاقين بفعل تقبلهم لذواتهم وممارستهم لهذا النشاط

4-أهداف الدراسة يهدف بحثنا هذا إلى:

-التعرف على النشاط البدني المكيف على مستوى تقبل الذات عند المعاقين.

-تحديد تقبل الذات لدى المعاقين.

إظهار أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف في تقبل الذات.

-تشجيع الفئات الخاصة على ممارسة النشاط البدني المكيف لتقبل الذات عند المعاقين .

5-أهمية الدراسة:

تعتبر فئة المعاقين أكثر فئة تعاني من التهميش في مجتمعنا فهي الفئة الوحيدة المعرضة لمختلف

الإهمالات النفسية وحاجاتها مما يؤدي إلى نقص في تقدير ذواتهم ونقص في الثقة بالنفس .

6-أسباب اختيار الموضوع:

-محاولة إعطاء بعض الحلول والتوصيات في هذا الموضوع .

-نقص الاهتمام بهذه الفئة وعدم الاعتناء بها من قبل هيئة ومسؤولين في مختلف المجالات وخاصة

المجال الرياضي

7-مصطلحات الدراسة:

1-تعريف تقبل الذات:

1-1-لغويا:

لقد أخذ مصطلح تقدير الذات من الكلمة اللاتينية Self-Esteem وكلمة Self-Esteem عبارة عن كلمتين Self تصف الخصائص التي يكون عليها الشخص، Esteem هي تقييم لهذه الخصائص والصفات وبالتالي فمصطلح Self-Esteem تعني القيمة التي يعطيها الفرد لنفسه(صقر، 2008، 40).

وتشير مزيان زبيدة(2007) إلى أن تقدير الذات عرف لغة بمعنى اعتبر، ثمن، أعطي الخطوة (الغامدي، 2009، ص105).

1-2-اصطلاحاً:

يعد تقدير الذات من المفاهيم التي اهتم بها علماء النفس والباحثين على حد سواء، وهذا لأهميته في تكوين الشخصية السوية.

يعرف روزنبرغ(1965) Rosenberg تقدير الذات على أنه مجموع أفكار الفرد ومشاعره اللذين يعبران عن قيمته وأهميته، أو الاتجاهات الإيجابية والسلبية الكلية للفرد عندئذ(منصور، 2012، ص75).

وتشير زينب ملص (2007) أنبيرنستين Bernstein يعتبر تقدير الذات جزءاً من مفهوم الذات الذي يمكن تعريفه بأنه الطريقة التي ينظر بها الفرد إلى نفسه حيث أن مفهوم الذات يشمل كل الطرق التي يقارن بها الأشخاص أنفسهم مع الآخرين، وتشمل المقارنات الجسمية والعقلية والاجتماعية، في حين يعتبر تقدير الذات بعد من أبعاد مفهوم الذات.

1-3-إجرائياً:

مجموع الدرجات التي يحصل عليها المعاق على بنود مقياس تقدير الذات لروزنبرغ Rosenberg المستخدم في هذه الدراسة.

3-تعريف الإعاقة:

اختلفت وجهات النظر حول تحديد مفهوم الإعاقة، وذلك قد يرجع إلى عدة أسباب منها تعدد أنواع الإعاقة وتعدد أسبابها وتنوع التخصصات المهنية العاملة في مجال رعاية وتأهيل المعوقين فهناك على سبيل المثال تعريفات طبية، تربوية، اجتماعية، وقانونية لمصطلح الإعاقة منها:

-يعرفها جمال محمد سعيد الخطيب أنها حالة انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو الجسمي أو الحسي أو العقلي أو السلوكي أو اللغوي أو التعليمي.

أما ماهر أبو المعاطي فيرى أنها كل ضرر يمس فردا معينا، وينتج عنه اعتلال أو عجز يحد من تأدية دوره الطبيعي بحسب عوامل السن والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية، أو يحول دون تأدية هذا الدور بالنسبة لذلك الفرد.

كما يعرفها المجلس العربي للطفولة والتنمية بأنها حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسمية أو الذهنية ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية تعوق الفرد عن تعلم أو أداء بعض الأعمال التي يقوم بها الفرد السليم الممثل له في السن.

4-تعريف المعاق:

يعرف محمد عبد المنعم نور المعاق هو الشخص الذي استقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله في أمس الحاجة إلى عون خارجي واعي مؤسس على أسس علمية وتكنولوجية بعيدة إلى مستوى العادية أو على الأقل ما يكون إلى هذا المستوى.

أما قانون تأهيل المعاقين في مصر رقم 39 لسنة 1975 المادة رقم 2: فيرى أن المعاق هو كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولته عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، ونقصت قدراته على ذلك نتيجة عجز خلقي منذ الولادة.

8-الدراسات السابقة والمشابهة:

8-1- دراسة العتوم والمومني 1994

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر بعض المتغيرات الديموغرافية في سيكولوجية المعاقين في الأردن، حيث عمدت هذه الدراسة إلى معرفة أثر متغيرات سبب الإعاقة دوراني أم بيئي والوضع الاجتماعي (متزوج .أعزب) ومكان السكن (مدينة أم قرية) في مفهوم الذات على عينة تألفت من (340) معوق حركياً ممن ينتمون إلى مراكز اجتماعية خاصة بهم وقد استخدم الباحثان أداة الدراسة وهي مكونة من جزئين الأول اشتمل على معلومات عامة عن المعاقين حركياً تضمنت المتغيرات المستقاة في الدراسة وهي أسباب الإعاقة ومكان السكن والحالة الاجتماعية، أم الجزء الثاني فهو مقياس مفهوم الذات للمعوقين حركياً المشتق من مقياس بيري-هاوس لمفهوم الذات الذي قام المومني بتطويره كما استخدم الباحثان اختبار (ت).

وقد دلت النتائج إلى وجود فروق في درجات الأفراد تعرب إلى سبب الإعاقة ولصالح ذوي الإعاقات الوراثية، وبالنسبة للوضع الاجتماعي فلم تظهر النتائج وجود فروق دالة إحصائياً تعرب إلى الحالة الاجتماعية بينما كان فرق في مفهوم الذات على بعدي القلق والبعد الفكري لصالح المتزوجين وعلى بعد الشهرة والشعبية لصالح غير المتزوجين ولم تظهر فروق في مفهوم الذات تعرب إلى مكان السكن.

8-2- دراسة جبريل 1905

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في مفهوم الذات لدى المراهقين المعاقين وغير المعاقين وإلى التعرف على الفروق في مفهوم الذات بين المراهقين المعاقين استناداً إلى متغيرات الجنس ونوع الإعاقة وزمن حدوثها، حيث تألفت الدراسة من (256) مراهق نصفهم من المعاقين حركياً والنصف الآخر من غير المعاقين، واستخدم مقياس يعقوب لمفهوم الذات واستخدم اختبار (ت) وتحليل التباين الثلاثي للإجابة على أسئلة الدراسة وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين المراهقين المعاقين وغير المعاقين حركياً لما أظهرت وجود فروق في مفهوم الذات لدى المراهقين المعاقين تعرب إلى الجنس ونوع الإعاقة وزمن حدوثها.

8-3-دراسة التغيرات وبوعين 2001:

هدفت الدراسة إلى كشف العلاقة بين الدعم الاجتماعي المقدم للمعوقين جسدياً من (الأسرة، الأصدقاء، أفراد المجتمع) وبين مفهوم الذات لديهم وقد تكونت العينة (307) أشخاص من المعوقين جسدياً في الأردن وقد تم استخدام مقياسين هما: مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس آخر لمفهوم الذات وقد أشارت النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي المقدم من مصادره الثلاثة (الأسرة، الأصدقاء، المجتمع) يساعد في تكوين مفهوم إيجابي للذات لدى المعوقين جسدياً بشكل عام، ولدى المصابين ببتير في أخرى الأطراف والمصابين بإعاقة جسدية مختلفة وأن الدعم المقدم من الأصدقاء يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي للذات لدى المصابين ببتير في إحدى الأطراف أما الدعم المقدم من أفراد المجتمع يساعد في تكوين مفهوم إيجابي للذات لدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة.

8-التعليق على الدراسات السابقة:

هي دراسات من الدراسات القريبة من موضوعنا نظراً لأنها تتعلق بمستوى تقبل الذات والدراسات تطرقت إلى قياس مستوى تقدير الذات لدى المعاقين إلا أنها لم تطرق إلى الحلول أو السبل الممكنة للتخفيف من هذه الظاهرة بينما نحن سنحاول إيجاد سبل كفيلة من الرفع في مستوى تقبل الذات لدى المعاقين عن طريق ممارسة النشاطات البدنية والرياضية .

الفصل الأول النشاط البدني

الرياضي المكيف

تمهيد :

لقد تطورت نظرة المجتمع الى المعاقين تطورا واضحا في الآونة الأخيرة ويرجع ذلك الى الرقي الحضاري والفكري والعلمي الذي وصلت إليه البشرية ، حيث أصبح المعاق يتفاعل مع المجتمع تفاعلا ايجابيا وذلك عن طريق البرامج التأهيلية للجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية وبالأخص النفسية وعليه تبرز لنا أهمية النشاط البدني والرياضي المكيف كوسيلة لتحقيق النمو النفسي لفئة المعاقين سمعيا . كما قد أثبت بأن الممارسة الرياضية تعتبر بمثابة أحسن وسيلة للاحتفاظ بالصحة واللياقة والقدرة على أداء الأعمال بكفاءة والتخلص من الضغوطات والمشاكل والانفعالات التي تعيق الفرد المعاق (السمعى) ، وقد بدأت المجتمعات منذ حرب العالمية الثانية الاهتمام بالمعاقين اثر إصابة الملايين من الأشخاص بإصابات مختلفة استدعي ضرورة تأهيل هؤلاء المصابين بما يتلاءم وقدراتهم وإمكاناتهم ودرجة إعاقتهم . ومن أجل ذلك سنقوم في هذا الفصل بالتطرق الي نبذة تاريخية حول رياضة المعاقين في العالم بصفة عامة والجزائر بصفة محددة للخروج بعدها الى التعريف الأنشطة المكيفة وطرق تعديلها وأهميتها وأسسها وصولا الى خطوات التأهيل والتصنيف والاختيار حسب العضو المصاب للمعاق (نوع وشدة ودرجة الإعاقة) .

1- مفهوم النشاط البدني الرياضي المكيف :

إن الباحث في مجال النشاط البدني الرياضي المكيف يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي تداولها المختصون والعاملون في الميدان ، واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة ، فقد استخدم بعض الباحثون 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 التكيف ، فالبرغم من اختلاف التسميات من الناحية الشكلية يبقى الجوهر واحدا أي أنها أنشطة رياضية وحركية تفيد الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانوا معاقين متأخرين دراسيا أو موهبين أو مضطربين نفسيا وانفعاليا .

تعريف حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات : يعني الرياضات والألعاب والبرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدتها ، ويتم ذلك وفقا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين وفي حدود قدراتهم (السيد فرحات ، 1998، ص 223). تعريف ستور : نعني به كل الحركات والتمرينات وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية ، والنفسية ، العقلية ، وذلك بسبب أو بفعل تلف أو إصابة من بعض الوظائف الجسمية الكبرى . (10: 1993:....)

2-النشاط البدني والرياضي في الجزائر :

تم تأسيس الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعاقين وذوي العاهات في 19 فيفري 1979 م ، وتم اعتمادها رسميا بعد ثلاث سنوات من تأسيسها في فيفري 1981 م وعرفت هذه الفيدرالية عدة صعوبات بعد تأسيسها خاصة في الجانب المالي وكذا من انعدام الإطارات المتخصصة في هذا النوع من الرياضة وكانت التجارب الأولى لنشاط الفيدرالية في (في تقصرين وكذلك مدرسة المكفوفين في العاشور وكذلك في (CHU) في بوسماعيل وتم في نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية وهذا بإمكانيات محدودة (CMPP جدا ، وفي سنة 1981م انضمت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين للاتحادية الدولية (وكذلك للفيدرالية الدولية للمكفوفين كليا وجزئيا (ISMGF) وفي سنة 1983م تم تنظيم الألعاب الوطنية في وهران من 24 الي 30 IBSA) (سبتمبر حيث تبعتها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتها في مختلف أنحاء الوطن وشاركت الجزائر في أول ألعاب افريقية سنة 1991م في مصر ، وكانت أول مشاركة للجزائر في الألعاب الأولمبية الخاصة بالمعوقين سنة 1992 م 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 ولائية تمثل مختلف الجمعيات نظم أكثر من 2000 رياضي لهم إجازات وتتراوح أعمارهم بين (16-35) سنة وتمارس حوالي 10 اختصاصات رياضية مكيفة من طرف المعوقين كل حسب نوع اعاقته ودرجتها وهذه الاختصاصات هي نوع الإعاقة :

*المعوقين المكفوفين *المعوقين الحركيين * المعوقين الذهنيين.

-كرة المرمى-كرة السلة فوق الكراسي المتحركة -كرة القدم بلاعبين

-السباحة-رفع الأثقال -السباحة

الجيدو-السباحة -تنس الطاولة

-التندام (الاستعراضى) -تنس الطاولة-كرة الطائرة

وقد سطرت الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات عدة أهداف متكاملة في بينها على رأسها

*تطوير النشاطات البدنية والرياضية المكيفة الموجهة لكل أنواع الإعاقات باختلافها ويتم تحقيق هذا الهدف عن طريق :

العمل التحسيسى والإعلام الموجه للسلطات العمومية لمختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء العالم وخاصة منهم الأشخاص المعوقين .

العمل على تكوين إطارات متخصصة في هذا الميدان (ميدان النشاط البدني والرياضي المكيف) وهذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارات الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين منخرطة في عدة فيدراليات دولية وعالمية منها:

-اللجنة الدولية للتنسيق والتنظيم العالمي للرياضات المكيفة

-اللجنة الدولية للتنظيم العالمي لرياضة المعوقين ذهنيا

-الجمعية الدولية لرياضة المتخلفين والمعوقين ذهنيا

-الفيدرالية الدولية لرياضات الكراسي المتحركة

-الفيدرالية الدولية لكرة السلة فوق الكراسي المتحركة الجمعية الدولية للرياضات الخاصة للأشخاص ذوي إعاقات حركية

CP-ISRA وفيها من الفيدراليات والجمعيات واللجان الدولية العالمية .

وقد كان للمشاركة الجزائرية في مختلف الألعاب على المستوى العالمي وعلى رأسها الألعاب الأولمبية سنة 1992 م في برشلونة وسنة 1996 م في أطلنطا نجاحا كبيرا وظهور قوي للرياضيين المعوقين الجزائريين وخاصة في اختصاص ألعاب القوى ومنهم علاق محمد في اختصاص (100-200 متر وكذلك بوجليطية يوسف في صنف (معوق بصري) وفي نفس الاختصاصات وبلال فوزي في اختصاص (5000 متر B3 و800 و1500) متر

3-أسس النشاط البدني والرياضي المكيف :

إن أهداف النشاط البدني والرياضي للمعاقين ينبع أساسا من الأهداف العامة للنشاط الرياضي من حيث تحقيق النمو العضوي والعصبي والبدني والنفسي والاجتماعي ، حيث أوضحت الدراسات ان احتياجات الفرد المعاق لا تختلف عن احتياجات الفرد العادي ، فهو كذلك يريد أن يسبح ، ويرمي بقفز . يشير أنارينو وآخرون "إن كل ما يحتويه البرنامج العادي ملائم للفرد المعاق ، ولكن يجب وضع حدود معينة لمستويات الممارسة والمشاركة في البرنامج تلائم اصابة أو نقاط ضعف الفرد المعاق (الحماحمي والخولي ، 1990 ، ص194)

يرتكز النشاط البدني والرياضي للمعاقين على وضع برنامج خاص يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية للمعاقين على وضع برنامج خاص يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية و توقيتية تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون المشاركة في برنامج النشاط البدني والرياضي العام ، وقد تبرمج مثل هذه البرامج في المستشفيات أو المراكز الخاصة بالمعاقين ، ويكون الهدف الأسمى لها هو تنمية أقصى قدرة ممكنة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه ، بالإضافة الى الاندماج في الأنشطة الرياضية المختلفة .

ويراعي عند وضع أسس النشاط الرياضي المكيف مايلي.

- العمل على تحقيق الأهداف العامة للنشاط البدني الرياضي .
- إتاحة الفرصة لجميع الأفراد للتمتع بالنشاط البدني وتنمية المهارات الحركية الأساسية والقدرات البدنية.
- إن يهدف البرنامج الى التقدم الحركي للمعاق أو تأهيله أو علاجه .
- أن ينفذ البرنامج في المدارس الخاصة أو المستشفيات والمؤسسات العلاجية.
- أن يمكن البرنامج المعاق من التعرف على قدراته وإمكانية ، وحدود إعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية واكتشاف ما لديه من قدرات.
- أن يمكن البرنامج للمعاق 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 ، زيادة مساحة التهديف.
- تقليل الأنشطة ذات الاحتكاك البدني الى 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 وامكانيات كل فرد (ابراهيم فرحات ،1998م،ص50،47)

4-تصنيفات النشاط البدني والرياضي المكيف:

لقد تعددت الأنشطة الرياضية وتنوعت أشكالها فمنها التربوية والتنافسية ، ومنها العلاجية والترويحية أو الفردية الجماعية .
على أية حالة فان الباحث سيعرض الي أهم التقسيمات ، فقد قسمه أحد الباحثين الي:

4-1 النشاط الرياضي الترويحي:

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

يعتبر الترويح الرياضي من الأركان الأساسية في برامج الترويح لما يتميز به من أهمية كبرى في المتعة الشاملة للفرد ، بالإضافة الي 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 الي المستويات العالية ، يعتبر طريقا سليما 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 (رحمة ،1998 م،ص09)

يرى رملي عباس أن النشاط البدني الرياضي يخدم عدة وظائف نافعة ، اذا أن النشاط العضلي الحر يمنح الأطفال اشباعا عاطفيا كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس ، والخلق والابتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الانجاز وتمد الأغلبية بالترويح الهادف بدنيا وعقليا والغرض الأساسي هو تعزيز وظائف الجسم من أجل لياقة مقبولة وشعور بالسعادة والرفاهية .(رملي وشحاتة ، 1991 م ، ص 79)

كما أكد "مروان ع المجيد " أن النشاط البدني الرياضي والترويحي يشكل جانبا هاما في نفس المعاق إذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات والصبر ، والرغبة في اكتساب الخبرة ، والتمتع بالحياة ويساهم بدور ايجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق والتغلب علي الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة ، وتهدف الرياضة الترويحية الي غرس الاعتماد على النفس والانضباط وروح المنافسة

والصداقة لدى الطفل المعوق وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والعصبي لإخراج المعوق من عزلة التي فرضها على نفسه في المجتمع (إبراهيم ، 2002 ، ص 111،112). ويمكن تقسيم الترويح الرياضي كما يلي .

أ- الألعاب الصغيرة الترويحية :

هي عبارة عن مجموعة متعددة من الألعاب الجري، وألعاب الكرات الصغيرة وألعاب الرشاقة ، وما الى غير ذلك من الألعاب التي تتميز بطابع السرور والمرح والتنافس مع مرونة قواعدها وقلة أدواتها وسهولة ممارستها .

ب- الألعاب الرياضية الكبيرة:

هي الأنشطة الحركية التي تمارس باستخدام الكرة ويمكن تقسيمها طبقا لوجهات نظر مختلفة ألعاب فردية أو زوجية أو جماعية ، أو بالنسبة لموسم اللعبة ألعاب شتوية أو صيفية أو تمارس طول العام .

ج- الرياضات المائية :

وهي أنشطة ترويحية تمارس في الماء مثل السباحة ، كرة الماء ، أو التجديف ، اليخوت والزوارق .

4-2 النشاط الرياضي العلاجي :

عرفت الجمعية الأهلية للترويح العلاجي ، بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية الايجابية في بعض نواحي السلوك البدني أو الانفعالي أو الاجتماعي لأحداث تأثير مطلوب في السلوك ولتنشيط ونمو وتطور الشخصية وله قيمة وقائية وعلاجية لا ينكرها الأطباء . (محمد خطاب ، 1998م ، 64-65-66) فالنشاط الرياضي من الناحية العلاجية يساعد مرضى المعاقين على التخلص من الانقباضات النفسية ، وبالتالي استعادة الثقة بالنفس وتقبل الآخرين له، 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 وفي مراكز إعادة التأهيل والمراكز الطبية البيداغوجية وخاصة في الدول المتقدمة ، ويراعي في ذلك نوع النشاط الرياضي ، وطبيعة ونوع الإصابة ، فقد تستخدم حركات موجهة ودقيقة هدفها اكتساب الشخص المعوق تحكماً في الحركة واستخدام عضلات أو أطراف مقصودة .

(P5-61993oi randain)

4-3 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.

5- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف:

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

5-1 الأهمية البيولوجية :

ان البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم بضرورة 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 فان أهمية البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة .(أحمد ، 1984 م ، ص 61).

يؤثر 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 (الخولي وراتب ، 1992م ، ص 150).

5-2 الأهمية الاجتماعية :

إن مجال الإعاقة يمكن للنشاط الرياضي أن يشجع على تنمية العلاقات الاجتماعية بين الأفراد ويخفف من العزلة والانغلاق (أو الانطواء) 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 إخوة وتماسكا ، يبدوا هذا جليا في البلدان الأوروبية الاشتراكية حيث دعت الحاجة الماسة إلى الدعم الاجتماعي خلال أنشطة أوقات الفراغ لإحداث المساواة

المرجوة والمرتبطة بظروف العمل الصناعي ، فقد بين في كتاباته عن الترويح في مجتمع القرن التاسع عشر بأوروبا أن ممارسة veblen قبلن

الرياضة كانت تعبر عن انتماءات الفرد الطبقية ، أو بمثابة رمز لطبقة اجتماعية خصوصا للطبقة البورجوازية ، اذ يتمتع أفرادها بقدر أوفر من الوقت الحر يستغرقونه في اللهو واللعب منفقون أموالا طائلة وبذخا مسرفا متنافسون على أنهم أكثر لهو وإسرافا

وقد استعرض كوكيلي الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة والترويح فيما (Le loisirr.p63)

يلي : الروح الرياضية التعاون تقبل الآخرين بغض النظر عن الآخرين ، التنمية الاجتماعية ، المتعة والبهجة ، اكتساب المواطنة الصالحة ، التعود على القيادة والتبعية ، الارتقاء والتكيف الاجتماعي . (أحمد ، 1984 م ، ص 65)

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 إن للبيئة والمجتمع والأصدقاء الأثر الكبير على نفسية الفرد المعاق .

3-5 الأهمية النفسية :

بدأ الاهتمام بالدراسات النفسية منذ وقت قصير ، ومع ذلك حقق 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 للتغيير ، تحت ظروف معينة إذ أن هناك أطفالا لا يلعبون في حالات معينة عند مرضهم عضويا أو عقليا ، وقد اتجه الجيل الثاني الي 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 هامين :

*السماح لصغار السن للتعبير عن أنفسهم خصوصا خلال اللعب

*أهمية الاتصالات في تطوير السلوك ، حيث من الواضح أن أنشطة الترويحية تعطي فرصا هائلة للاتصالات بين المشترك والرائد ، والمشارك الآخر ، أما مدرسة الجشطالت حيث تؤكد على أهمية الحواس الخمس : اللمس -الشم-الذوق- النظر-السمع في التنمية البشرية، وتبرز أهمية الترويح في هذه النظرية في أن الأنشطة الترويحية تساهم مساهمة فعالة في اللمس والنظر والسمع اذ وافقنا على أن أنه

هناك أنشطة ترويحية مثل هواية الطبخ ، فهناك احتمال لتقوية ما سمي التذوق والشم ، لذلك فان الخبرة الرياضية والترويحية هامة عند تطبيق مبادئ المدرسة الجشطالتية .

أما نظرية ماسلو تقوم على أساس إشباع الحاجات النفسية ، كالحاجة الي الأمن والسلامة ، وإشباع الحاجة الي الانتماء وتحقيق الذات وإثباتها ، والمقصود بإثبات الذات أن يصل الشخص الى مستوى عال من الرضا النفسي والشعور بالأمن والانتماء ، ومما لاشك فيه أن الأنشطة الترويحية تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته من خلاله . (الفزوني ، 1978،ص20)

6-أهداف النشاط البدني المكيف:

تكمّن أهداف النشاط البدني المكيف فيما يلي:

- تنمية المهارات الحركية الأساسية لمواجهة متطلبات الحياة كالمشي والجري وتغير الاتجاه وحفظ التوازن والمتوافقات التي تساعد على المشاركة في أنشطة الحياة المتعددة.
- تنمية التوافق العصبي وذلك باستخدام أجهزة الجسم السليمة لأداء النمط الحركي المناسب والنعمة العضلية للعضلات السليمة، والاتزان لأجهزة الجسم الوظيفية .
- تنمية اللياقة البدنية والمهنية الشاملة بما يتناسب مع نوع الإعاقة ودرجتها وذلك لعودة الجسم إلى أقرب ما يكون طبيعياً بزيادة قدرته على العمل وكفاءته في مواجهة متطلبات الحياة.
- العمل على تقوية أجهزة الحيوية والاتزان لجميع أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز العضلي والدوري التنفسي وغيرها من الأجهزة .
- تصحيح الانحرافات القوامية والحد منها، وعلاج بعض الانحرافات التي توجد نتيجة للإعاقة، حتى تتاح لأجهزة الجسم الحيوية العمل على أكمل وجه.
- تنمية الإحساس بأوضاع الجسم المختلفة، كالإحساس بالمكان ومعرفة الحجم والمساحة التي يتحرك فيها الجسم وإمكانية حركته في البيئة المحيطة به.
- زيادة قدرات المعاق لممارسة الترويحية واستغلال وقت الفراغ في أنشطة ترويحية تعود عليه بالفائدة، مما يساعده على اكتساب السلوك السوي التعاوني، وتنمية حب الجماعة وحب الوطن ورفع الروح المعنوية.
- اكتساب مهارات حركية تساعد على زيادة الانتباه وحسن التصرف والتفكير في ممارسة الأنشطة الرياضية .
- تنمية الاتجاهات السلمية نحو الشخصية السوية والحساسية الزائدة، وزيادة الثقة بالنفس وبالغير، وتنمية قدراته وتكييف نزاعاته وميوله بطريقة تساعد على اكتساب المهارات

-الاعتماد على النفس في قضاء الحاجيات وعدم الاعتماد على الغير، مع إمكانية العيش مستقلاً معتمداً على الذات فقط (حلمي إبراهيم، ليلي السيد فرحات، 1998، ص50)

7- معوقات النشاط البدني الرياضي المكيف:

ثمة عوامل اجتماعية واقتصادية مؤثرة في النشاط الرياضي للمعوقين، فهو نتاج مجتمع يتأثر ويؤثر في الظروف الاجتماعية وتكفي الملاحظة العلمية للحياة اليومية من أن تكتشف عن متغيراته السوسولوجية والنفسية والبيولوجية والاقتصادية .

وتشير كل الدراسات التي جرت في بعض الدول الأوروبية لتقدير الوقت الذي يقضيه الأفراد في العديد من نشاطات الرياضة التروييح إلا أن كل من حجم الوقت والتروييح ونشاطاته يتأثر بالعديد من المتغيرات أهمها:

7-1- الوسط الاجتماعي:

إن العادات والتقاليد تعتبر عاملاً في انتشار كثير من نشاطات اللهو والتسلية واللعب، وقد تكون حاجزا أمام بعض العوامل الأخرى.

يرى " دومازودين" إن كثيرا من سكان المناطق الريفية لا يشاهدون السينما إلا قليلاً، لأن عادات هؤلاء الريفيين تمقت السينما (J.Dumazadier,1982,p26)

وقد جاء في استقصاء جزائري، أن شباب المدينة أكثر ممارسة للأنشطة الرياضية من شباب الأرياف، وتزيد الفروق أكثر من ناحية الجنس، ومن أسباب ذلك أن تقاليد الريف لا تشجع على هذا النشاط وخاصة عند الفتيات .

وتختلف أشكال اللهو في ممارسة الأفراد لهذا النوع من التسلية أو كرههم لها، بحسب ثقافة المجتمع ونظمه المؤثرة، فقد بين لوشن (Lushen) في دراسته للنشاط الرياضي وعلاقته بالنظام الديني، في دراسته على عينة بلغت 1880 شخص في ألمانيا الغربية تمارس ديانات مختلفة، إلى أن النشاط الترويحي يتأثر بعوامل ثقافية ودينية والوسط الاجتماعي عموماً .

7-2- المستوى الاقتصادي:

تعالج هذه النقطة من حيث استطاعة دخل العمال لإشباع حاجاتهم الترويحية في حياة اجتماعية يسيطر عليها لإنتاج المتنامي لوسائل الراحة والتسلية والترفيه.

يبدو من خلال كثير من الدراسات إن دخل العامل يحدد بدرجة كبيرة استهلاكه للسلع واختياراته لكيفية قضاء وقت الفراغ عند الموظفين أو التجار أو الإطارات السامية.

كما لاحظ " سوتش " أن هناك بعض الأنواع من الترويح ترتبط بكمية الدخل فكلما ارتفعت زادت المصاريف الخاصة بالترويح، كالخروج إلى المطاعم ومصروفات العطل والسياحية، أو تزايد الطلب على الحاجات الترويحية.

وجاء في دراسة مصرية أن نسبة كبيرة من العمال يفضلون قضاء وقت فراغهم في بيوتهم على الذهاب إلى السينما وذلك لتفادي مصاريف لا طائل منها في نظر العمال (الساعاتي، 1980م، ص319) والذي يمكن استنتاجه من خلال ما سبق أن اختيار الفرد لكيفية قضاء أوقاته الحرة أو أسلوب نشاطه الترويحي ونمطه يتأثر بمستوى مداخل الأفراد وقدرتهم المادية لذلك.

3-7 السن:

تشير الدراسات العلمية إلى أن ألعاب الأطفال تختلف عن ألعاب الكبار وأن الطفل كلما نمت وكبر في السن قل نشاطه في اللعب .

يشير سولينجر " Sullenger " إلى أن الأطفال في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية مرحلة المراهقة تأخذ نشاطاتهم أشكالاً أخرى غير التي كانوا يمارسونها من قبل، وذلك كالقيام بمشاهدة التلفزيون والاستماع للموسيقى والقراءة وممارسة النشاط الرياضي.

أن كل مرحلة عمر يمر بها الإنسان بها سلوكاته الترويحية الخاصة، فالطفل يمرح والشيخ يرتاح، في حين أن الشباب يتعاطون أنشطة حسب أذواقهم، ففي دراسة بفرنسا 1967" وجد أن مزاوله الرياضة تقل تدريجياً مع التقدم في العمر حتى تكاد تنعدم في عمر 60 عاماً.

4-7 الجنس:

تشير الدراسات العلمية إلى أن أوجه النشاط التي يمارسها الذكور تختلف عن تلك التي تمارسها البنات فالبنات في مرحلة الطفولة تفضل اللعب بالدمى والألعاب المرتبطة بالتدبير المنزلي، بينما يفضل البنين اللعب باللعب المتحركة وباللعب الآلية وألعاب المطاردة.

ولقد أوضحت دراسات هونزيك " Honzik " أن البنين يميلون إلى اللعب العنيف أكثر من البنات وأن الفروق بين الجنسين تبدو واضحة فيما يرتبط بالقراءة والاستماع إلى برامج الإذاعة ومشاهدة برامج التلفزيون .

كما أوضحت دراسة اليزابيث تشايلد " E.Child أن البنات والبنين في مرحلة الطفولة من سن 3-12 سنة يميلون إلى النشاطات البدنية والإبداعية والتخيلية.

إلا ترتيب تلك النشاطات لدى البنين تختلف حيث تأتي ممارسة النشاطات البدنية لدى البنات في الترتيب الأخير. (درويش والحماحي، 1997، ص 63)

7-5 درجة التعلم:

لقد أكدت كثير من الدراسات الاجتماعية إن مستوى التعليم يؤثر على أذواق الأفراد نحو تسليةهم وهواياتهم منها ما جاء بها "دوما زودبي" إذ بين أن التربية والتعليم توجه نشاط الفرد عموماً في اختياره لترويح.. خاص وأن إنسان اليوم يتلقى الكثير من التدريبات في مجال الترويح أثناء حياته الدراسية مما قد يربي أذواقاً معينة لهوايات ربما قد تبقى مدى الحياة.

كما أوضحت دراسة بلجيكية أن اختيار أفراد لأنواع البرامج إذاعية مقدمة تتنوع حسب المستوى التعليمي (ابتدائي، ثانوي، جامعي)

وأن الجامعيون يفضلون الموسيقى والحصص العلمية والأدبية بينما ذوي المستوى الابتدائي أكثر ولعاً بالمنوعات الغنائية والألعاب المختلفة والذي يمكن استنتاجه من خلال نتائج الدراسات أن هناك اختلاف واضح في كفايات قضاء الوقت الحر وممارسة ترويح بحسب مستوى تعليم الأفراد .

خلاصة:

من خلال ما سبق يتبين لنا أن الممارسة الرياضية المكيفة تمكن الممارس من أن يتكيف مع مجتمعه، وتجعله قادراً على أن يشكل حياته، حيث يلعب النشاط الحركي المكيف دوراً كبيراً في حياة المعاق بصفة عامة، حيث يتيح له الفرصة للاحتكاك مع الآخرين والتفاعل معهم بطريقة تمكنهم من تحقيق الراحة البدنية والنفسية والعقلية، من خلال الأنشطة والألعاب التي تبين مسؤولياته وقدراته على العطاء والتعبير عن الذات، فضلاً عن التحرر من الشعور بالنقص والتحكم في السلوك وبالتالي تحسين الأداء في ميادين الحياة.

-كما أن التأهيل السليم للمعاق يوفر له سبل الراحة ويجعله كفيلاً في نمو وبناء شخصيته، حيث أن التأهيل الرياضي للمعاق سواء بهدف العلاج أو من أجل الترويج يساعده على التكيف سواء مع نفسه أو مجتمعه أو حتى مع المهنة التي قد يزاولها في حياته، إذ تعتبر الرياضة عموماً الركيزة الأساسية والشاملة لإعادة التوافق النفسي والاجتماعي للمعاق وفي مختلف المجالات بدنياً ونفسياً واجتماعياً ... الخ

الفصل الثاني تقبل الذات

تمهيد:

اهتم علماء النفس في الآونة الأخيرة بالبحث عن قيمة الذات لدى الإنسان بالتحديد في شخصيته ومدى تأثيرها على مجريات حياته اليومية في الذات شيء يبدأ تعلمه سريعاً بعد الولادة من خلال الخبرة المتعلقة بالظروف ومن خلال الاحتكاك بالآخرين ومجاراتهم وتفاعلهم مع الحوادث المحببة وغير المحببة، فيعتبر تقدير الذات بنية أساسية يجب أن يقوم عليها البناء النفسي لشخصية الفرد وهناك العديد من البحوث التي تطرقت إلى موضوع الذات فعالجنا في موضوعنا هذا إلى مفهوم الذات وأبعادها ونظرياتها وكفاءتها ومدى تقبل الفرد لذاته.

1-تعريف تقدير الذات:

يعرفه زيلر(1973) بأنه يمثل في تلك المدركات الموجودة عن الشخص فيما يخص قيمته، وهذه القيمة شديدة الصلة بمدركات وردود أفراد الأشخاص المحيطين به، ويتطور تقدير الذات عن طريق عملية مقارنة اجتماعية تخص سلوك ومهارات الذات، الآخرين الذين لديهم مكانة معينة لدى المعوقين حركياً.

أما حسب (سيلير ونيبرون 1965) فإن تقدير الذات يعكس الإحساس بالرضا عن النفس الذي يتكون لدى الفرد وينطبق على العلاقة بين صورة الذات والصورة المثالية للذات.

ويعرفه كوهن 1987 بأنه درجة الموافقة أو مطابقة الذات المثالية للذات الواقعية وبالتالي كلما كانت المطابقة بينهما ارتفع تقدير الذات وكلما قلت المطابقة انخفض بالمقابل تقدير الفرد لذاته.

ويعرفه الدكتور عبد الرحمان صالح الأزرق: بأنه التقويم الذي يضعه الفرد عن نفسه وتتصل بخصائصه وأنماط سلوكياته الحسنة والبيئة التي تتوفر لديه وبعدها في حياته .

2-أبعاد تقدير الذات:**1-1-الذات الجسمية والمظهر العام:**

وهي الصورة الجسمية التي يعطيها المعوقون حركياً لذاتهم سواء بالتقبل أو الرفض نحو المظهر الجسدي العام.

2-1-الذات الاجتماعية والترويحية:

وهو التقييم الذي يبديه المعوقون حركياً حول طبيعة علاقاتهم الاجتماعية سواء مع زملاءهم المعوقين أو الأصحاء وبالتالي البيئة المحيطة بهم والميول نحو المجالات الترويحية الملائمة لرغباتهم حسب طبيعة الإعاقة .

3-1- الذات الأسرية:

وهي الصورة التي يعطيه المعوق حركياً حول طبيعة علاقاته الأسرية سواء مع الوالدين أو الإخوة والأقارب .

3-تقبل الذات لدى المعاقين:

تعد الإعاقة باختلاف أنواعها ودرجاتها من العوامل المؤثرة على مفهوم الذات لدى الأفراد ويتنوع هذا التأثير تبعاً لطبيعة الخبرات التي يتعرض لها الأفراد المعاقين ومفهوم الذات والقيادة والتفاعل الاجتماعي يتساوى في الأهمية بين الأفراد المعاقين وغير المعاقين ولكن المعاقين أكثر حاجة إلى تنمية المهارات الحركية واللياقة البدنية .

كما أن الأفراد المعاقين لديهم درجة عالية من السلبية لمفهوم الذات، حيث جاءت أنماط سلوكهم مرتبطة بمفهوم الذات السلبي متمثلاً في العدوانية والتواكل والجحود والدافعية غير المشفرة وأن الإعاقة لها التأثير السلبي على سلوكيات المعاق وتصرفاته حيث تزيد الإعاقة من شعوره بعدم الأمان .

وتذكر كل من جونشون وسينكلير أن ذوي الإعاقات يحرزون درجات أقل في مقاييس الذات المتأثرة بشكل مباشر بأي قسم، كما تشير أيضاً " SHERRILL " 1998 أن الأفراد ذوي الإعاقات الشلل الدماغية والمتخلف العقلي يكون تقبل الذات لديهم منخفضاً عن أقرانهم غير المعاقين، وكذلك توضح أن مفهوم الذات يكون أقل عندما تكون الإعاقة خلقية.

فغالباً ما ينتج عن الإعاقة آثار نفسية قد تحدث تغيرات كبيرة في شخصية الفرد، فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصوره لذاته ويخطط معظم الأفراد لحياتهم بناء على مفهومهم لذاتهم الجسدية وقدراتهم والقدرات الأخرى المرتبطة بها وأي علاقة في هذه القدرات تهدد الإنسان في حاضره ومستقبله وتؤدي إلى اضطراب قدراتهم الإنسانية وبالتالي إثارة مخاوفه وقلقه فقد يحدث ظهور العديد من الآثار النفسية مثل الشعور الزائد بالنقص والعجز وعدم الشعور بالأمان والإسراف في الوسائل الدفاعية(محروس محمود وآخرون، 2014، دون صفحة)

4-الذات الشخصية والثقة بالنفس: (عبد ربه شعبان، 2010، دون صفحة)

وهي التقييم الذي يعطيه المعوق حركياً لذاته، أي نحو شخصيته وقدراته ككل ومدى ثقته بهذه القدرات والإمكانات المتوفرة فيه .

5-مفهوم الذات:

يعد مفهوم الذات من السمات المهمة في الشخصية التي لها أثر كبير في سلوك الفرد وتصرفاته وذا أهمية كبيرة في التوجيه النفسي .

ويمثل مفهوم الذات أهمية في حياة الفرد، فهو الذي يوجه أفعالنا في المواقف المختلفة وينمو مفهوم الذات من خلال الخبرات التي يكتسبها الفرد في تفاعله مع المحيط الاجتماعي، فالفرد يؤثر في الآخرين ويتأثر بهم، وبمقدار هذا التأثير ونوعه تشكل ذاته، ولصورة الفرد عن ذاته وتحدد توقعاتنا في أنفسنا ومن الآخرين بالإضافة إلى ذلك فإن مفهوم الذات يعمل على تحقيق الاتساق بين أفعالنا ونظرتنا إلى أنفسنا سلبية كانت أم إيجابية (فريق عمونة، 2002، ص120)

6-نظريات تقدير الذات:

توجد الكثير من النظريات التي فسرت تقدير الذات ومن أبرزها:

*نظرية كارل روجرز (1902-1967):

تعتبر نظرية روجرز عن الذات من أهم النظريات المعاصرة أن تمثل مفهوم الذات جانباً أساسياً فيها يتحدد على أنه تنظيم عقلي معرفي مرن ومتماصك، وينطلق روجرز من فرضية أن لكل فرد عالمه المتغير أو مجاله الظاهري الذي يعرفه عن نفسه وهو يستجيب له كما يدركه، فالفرد بهذه الصفة أقدر الناس على أن يعطي المعلومات عنه، غير أن فكرته عن الواقع من حوله ليست فكرة حقيقية وإنما هي افتراض عن الواقع من حوله قد يصدق أو يكذب ويبقى الفرد هو الوحيد القادر على اختيار هذه الصورة بمقارنة المعلومات التي يتلقاها عن واقعه من مصادر مختلفة.

ويتجه روجرز إلى أن الكائن الحي يستجيب بمجاله الظاهري ككل منظم ويسعى دائماً إلى تحقيق ذاته وهو ما يمكنه من التغلب على المشكلات التي تواجهه ويتجه في نضجه نحو الاستقلال والتميز والاتساع ويصبح بذلك أكثر وعياً بذاته حيث يؤدي تطور الوعي بالذات حسب روجرز إلى نمو حاجتين مرتبطتين تهدفان إلى حفظ الذات وتدعيمها تمثل هاتان الحاجتان :

أ- الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين (Regard positif d'autrui)

ب- الحاجة إلى الاعتبار الذاتي (التقدير الذاتي) (Estime) (شهرزاد نوار، 2008، دون صفحة)

نظرية زيلر: (1969)

تفترض نظرية " زيلر " أن تقدير الذات ينشأ ويتطور بلغة الواقع الاجتماعي إذ ينشأ داخل الإطار الاجتماعي للمحيط الذي يعيش فيه الفرد، لذا ينظر " زيلر " إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، ويؤكد أن تقسيم الذات لا يحدث في معظم الحالات، إلا في إطار المرجعي الاجتماعي ويصف زيلر تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي، وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات بيئة الشخص الاجتماعية فإن تقدير الذات هو لعالم الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعاً لذلك، وتقدير الذات طبقاً لزيلر مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من جهة وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من جهة أخرى، ولذلك فإنه افترض أن الشخصية تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه أن تأكيد " زيلر " على العامل الاجتماعي جعله يسهم مفهومه ويوقفه النقاد على ذلك بأن تقدير الذات الاجتماعية حقها في نشأة ونمو تقدير الذات (الحميدي محمد القيدان، 2002، دون صفحة)

7- كفاءة الذات:

لقد أبان جهود علماء النفس في السنوات الأخيرة من القرن العشرين عدة مفاهيم كان لها أكبر الأثر في إثراء العديد من الدراسات والبحوث التي أدت بدورها إلى زخم التراث في المعرفي وتقديم العديد من التوصيات والمقترحات التي يمكن الاستفادة منها في مجال التربية والتعليم ومن هذه مصطلح الكفاءة الذاتية الذي ظهر على عالم النفس النظرية التعليم المعرفي الاجتماعي (ألبرت باندورا) في السبعينات من

القرن العشرين ويطلق على مصطلح الكفاءة الذاتية عدة تسميات باللغة العربية منها فعالية الذات، الفعالية الذاتية، الفاعلية الذاتية، الكفاءة الذات .

ويرى باندورا (BANDURA) أن مفهوم فعالية الذات من المفاهيم التي تحتل مركزاً رئيسياً في تحديد وتفسير القوة الإنسانية، ففعالية الذات المدركة تؤثر في أنماط التذكير والتصرفات والإثارة العاطفية تنعكس على مستوى الإنتاج إلى أنه كلما ارتفع مستوى فعالية الذات ارتفع مستوى الإنتاج وقد أشار باندورا BANDURA إلى أن مرتفعي فعالية الذات غالباً ما يتوقعون النجاح مما يزيد من مستوى دافعيتهم لتحقيق أفضل أداء ممكن والوصول إلى حلول فعالة وجيدة كما قد يعترضهم من مشكلات بعكس منخفضي الفعالية الذين يتوقعون الفشل في مختلف المهام التي يضطلعون بها مما قد يؤدي على كل أنماط السلوك والدافعية الأداء الاستشارة الانفعالية(عبود أحمد غانم النبلسي، 2002، ص156)

8- تنمية الحاجة إلى تقديرات الذات:

يشارك جميع النشء في حاجات أساسية للشعور بأنهم اعفاء وتحقيق النجاح وأنهم أشخاص لهم قيمة ويتعلم الناشئ من الصغر أن قيمة تعتمد على درجة كبيرة على مقدرته على تحقيق النجاح والإنجاز، ويترجم هذا المعنى على أن المكسب يعني النجاح، بينما الخسارة تعني الفشل.

ونتيجة للتفسير السابق تصبح المشاركة في الرياضة مصدراً كامناً لتهديد الناشئ، حيث أنه يقارن بين مدى إنجازهِ ويحدد على ضوء ذلك قيمته لذاته عندما يكسب المنافسة يعني أنه ناجح وكفى وله قيمة في المجتمع أما عندما يفشل فإن ذلك يعني أنه فاشل غير كفى وليس له قيمة .

وعلى ضوء مما سبق فإن خبرات الفشل والنجاح المبكرة في حياة الناشئ الرياضي يتوقع أن تؤثر في مدى قيمة لذاته، فعندما تتميز خبرات الممارسة بالنجاح فإن ذلك يدعم لديه الإحساس بالكفاءة ويقوي لديه المزيد من الحاجة إلى تحقيق النجاح والتفوق، أما عندما تتكرر خبرات الفشل فإن الناشئ يحاول حماية نفسه ويصون كرامته من خلال تجنب الفشل، وتكون النتيجة النهائية في العزوف عن ممارسة الرياضة(الظاهر قحطان أحمد، 2004، ص29)

9- أهمية تقدير الذات:

يحتاج الأطفال إلى تقدير الذات لأن تقديرهم الجيد لذاتهم يساعدهم على رفع رؤوسهم عالياً ويشعرهم بالفخر/كما أن تقدير الذات يعطي الطفل الشجاعة ليحرب كل شيء جديد ويمنحه القوة لتصديق نفسه مما يجعله يحترم نفسه حتى لدى وقوعه في الخطأ، كما أن لتقدير الذات تأثير عميق على جميع جوانب الحياة الاجتماعية فهو يؤثر على طريقة تفاعل مع الآخرين بتأثيرهم عليه أو تأثره بهم وكذا في مستوى الصحة النفسية وبذلك مفتاح لكل النجاح الذي يتلقاه الفرد .

وقد ذهب العديد من المنظرين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس بوجه عام إلى أن تقدير الذات حاجة إنسانية وضرورية لسلامة الإنسان نفسياً وعاطفياً حيث يؤدي تقدير الذات المتدني إلى جعل الحياة شاقة ومؤلمة مما يؤدي إلى إصابة الأشخاص الشعور بالحب والثقل والشفقة والإقبال على المحاولات الجديدة ويعني علاقات جيدة مع الآخرين ويعني حياة حسنة وبالتالي التقدير الذي يضعه الفرد لنفسه يؤثر بوضوح في تحديده لاتجاهاته وأهدافه(سليم مريم، 2005، ص140)

خلاصة:

من خلال ما جاء في هذا الفصل نستنتج أن تقدير الذات من الأشياء الضرورية لصحة الفرد العقلية والنفسية فإذا كان الفرد من النوع القلق غير المشفر فإن فكرته عن ذاته تكون منخفضة وبالتالي تقديره لذاته تنخفض مما يؤدي إلى فشله في تكوين صورة إيجابية عن ذاته ولذلك يجب الاهتمام بهذا الجانب من الشخصية منذ الطفولة.

المعاقين حركيا

تمهيد:

نال مجال الإعاقة الحركية اهتماما بالغاً في السنوات الأخيرة سواء من ناحية الدراسة العلمية أو من ناحية التقدم التكنولوجي، فمن ناحية قد يرجع هذا الاهتمام إلى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بأن المعاقين بصفة عامة، وذوي الإعاقات الحركية بصفة خاصة هم كغيرهم من أفراد المجتمع العاديين، لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما تمكنهم قدراتهم وطاقاتهم.

ومن ناحية أخرى يرى البعض أن الاهتمام بالمعاقين يرجع إلى تغيير نظرة أفراد المجتمع الذين أصبحوا يعتبرونهم كجزء من الثروة البشرية التي تحتاج إلى تنمية للاستفادة منها بعدما كانوا يعتبرونهم عبئاً اقتصادياً.

كما أن الإعاقات الحركية تعتبر مشكلات طبية في المقام الأول إضافة إلى أن هناك مشكلات نفسية واجتماعية تنجم عن الإعاقة الحركية وقد يكون أثرها على الفرد المعاق أكبر من حجم الإصابة نفسها.

وفي هذا الفصل سوف نتناول تعريف الإعاقة، تعريف المعاق، خصائص الإعاقة، أنواع الإعاقة، الإعاقة الحركية، أسباب الإعاقة الحركية، أنواع الإعاقة الحركية، احتياجات المعوقين حركياً، سيكولوجية المعوقين حركياً.

أولاً: الإعاقة

1-تعريف الإعاقة:

اختلفت وجهات النظر حول تحديد مفهوم الإعاقة، وذلك قد يرجع إلى عدة أسباب منها تعدد أنواع الإعاقة وتعدد أسبابها وتنوع التخصصات المهنية العاملة في مجال رعاية وتأهيل المعوقين فهناك على سبيل المثال تعريفات طبية، تربوية، اجتماعية، وقانونية لمصطلح الإعاقة منها:

-يعرفها جمال محمد سعيد الخطيب أنها حالة انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو الجسمي أو الحسي أو العقلي أو السلوكي أو اللغوي أو التعليمي.

أما ماهر أبو المعاطي فيرى أنها كل ضرر يمس فردا معيناً، وينتج عنه اعتلال أو عجز يحد من تأدية دوره الطبيعي بحسب عوامل السن والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية، أو يحول دون تأدية هذا الدور بالنسبة لذلك الفرد.

كما يعرفها المجلس العربي للطفولة والتنمية بأنها حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسمية أو الذهنية ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية تعوق الفرد عن تعلم أو أداء بعض الأعمال التي يقوم بها الفرد السليم الممثل له في السن.

أما معجم مصطلحات التنمية الاجتماعية فيرى أن الإعاقة هي قصور وعدم القدرة على البنين أو الاستعداد أو الوظائف وقد تكون بدنية Physique أو عقلية Mental أو خلقية Moral. (مدحت أبو النصر 2009، ص120-122).

وتعرف أيضا على أنها عبارة عن ضرر ناتج عن إصابة أو تصور يمنع الإنسان كلياً أو جزئياً من القيام بأعماله العادية المناسبة لسنه وجنسه ووضعيته الاجتماعية والثقافية. (Unicef,p53.54)

-وفي ضوء التعريفات السابقة يمكن تعريف الإعاقة بأنها حالة من القصور أو الضعف أو العجز أو النقص أو الخلل في القدرات الحسية أو الجسمية أو العقلية أو النفسية أو الاجتماعية، ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية أو الاثنين معاً، تحد من قدرة الشخص على القيام بأدواره في العمل والحياة بالشكل الطبيعي والمستقل.

2-تعريف المعاق: تعددت تعريفات الشخص المعاق نذكر منها على سبيل المثال:

يعرف محمد عبد المنعم نور المعاق هو الشخص الذي استقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله في أمس الحاجة إلى عون خارجي واعي مؤسس على أسس علمية وتكنولوجية بعيدة إلى مستوى العادية أو على الأقل ما يكون إلى هذا المستوى.

أما قانون تأهيل المعاقين في مصر رقم 39 لسنة 1975 المادة رقم 2: فيرى أن المعاق هو كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولته عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، ونقصت قدراته على ذلك نتيجة عجز خلقي منذ الولادة.

أما اللجنة القومية للدراسات التربوية بالو.م.أ: فتري أن المعاقون هم أولئك الذين ينحرفون عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية لأقرانهم بصفة عامة إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى خدمات تربوية ونفسية خاصة، تختلف عما يقدم للعاديين حتى يصل الفرد إلى أقصى إمكانياته.

أما مؤتمر السلام العالمي والتأهيل المهني فيعرف المعاق بأنه كل شخص يختلف عن يطلق عليه لفظ سوي أو عادي Normal جسماً أو حسياً أو عقلياً أو نفسياً أو اجتماعياً، إلى الحد الذي يستوجب معه عمليات تأهيلية خاصة حتى يتحقق أقصى قدر ممكن من التوافق تسمح به قدراته.

-وفي ضوء التعريفات السابقة يمكن تعريف المعاق بأنه كل شخص يعاني من إعاقة حسية أو جسمية أو عقلية أو نفسية أو اجتماعية، تحد من قدرته على القيام بأدواره في العمل والحياة بالشكل الطبيعي والمستقل.

3- خصائص الإعاقة: في ضوء التعريفات السابقة لمصطلحي الإعاقة والمعاق يمكن تحديد بعض خصائص الإعاقة في الآتي:

1- الإعاقة من التأخير والتعويق ومعناها باللغة الانجليزية Handicaped أي تكبيل اليدين أو Deformity بمعنى عاهة أو عيب أو تشوه بمعنى القصور .

2- الإعاقة نسبية وليست مطلقة تختلف من شخص لآخر ومن مجتمع لآخر ومن زمن لآخر.

3- الإعاقة جزئية وليست كلية أصابت جزء أو عضو أو حاسة أو قدرة أو وظيفة وليست كلية أو شاملة تجعل صاحبها عاجزا تماما.

4- الإعاقة ظاهرة طبيعية موجودة في كل المجتمعات سواء المتقدمة أو النامية أو المتخلفة.

5- زادت هذه الظاهرة في العصر الحديث نتيجة زيادة الحروب والكوارث والتصنع والحوادث والأوبئة واستخدام الكيماويات والجراثيم والذرة في الحروب.

6- الإعاقة مشكلة متعددة في أبعادها ومتداخلة في جوانبها، حيث يتشابك فيها الجانب الطبي والاجتماعي والنفسي والتعليمي والتأهيلي وذلك بصورة يصعب الفصل بينهم.

7- الإعاقة تنتج إما عن عوامل وراثية أو عوامل بيئية مثل (أمراض معدية، أمراض غير معدية، إصابات وحوادث أو من الاثنين معا).

8- للإعاقة أنواع عديدة ومن أوضح تصنيفات الإعاقة في الكتابات الحديثة التصنيف التالي: إعاقة حسية، جسمية، نفسية، عقلية واجتماعية.

9- الإعاقة عند ظهورها أو وجودها في بداية الأمر يمكن التغلب عليها بشكل كبير، إما تركها أو عدم الاهتمام بها إلا متأخرا فإن هذا يجعل الإعاقة تتأصل وتزداد لدى المعاق، ويجعل عمليات علاج وتأهيل المعاق طويلة وصعبة.

10- الإعاقة ليست فقط نقمة بل بالتأكيد نعمة على الشخص المعاق، فقد تكون اختبار من الله له، وقد تقوي إرادته وإصراره في الحياة وقد تكسبه حب الناس له وقد تزيد من درجة إيمانه، وقد تغفر له ذنوبه في الدنيا فيدخل الجنة بسببها وقد تجعله يحب مساعدة الآخرين وخاصة زملائه المعاقين، وقد تزيد من كفاءة حواسه وقدراته المتبقية بحيث تصبح ذات مستوى أعلى في الأداء والوظيفة عن حواس وقدرات الإنسان العادي.

4- أنواع الإعاقة:

4-1- **الإعاقة الجسمية:** وقد تكون حركية مثل: (المقعدين، الأقزام، ومبتوري الأطراف، شلل الأطفال وشلل الدماغ...) أو مرضية مثل (مرض الإيدز والسرطان والقلب، والسكر، والسلس والفشل الكلوي).

4-2: **الإعاقة الحسية:** مثل (كف البصر، الصم البكم، عيوب النطق والكلام...).

4-3- **الإعاقة النفسية:** وهم الذين يعانون من أمراض نفسية مثل الخوف المرضي، القلق، المرض

الهوسي، الاضطرابات السيكوسوماتية والعصابية)

4-4- **الإعاقة العقلية:** وقد تكون تخلفا عقليا أو مرضا عقليا (مثل مرض الذهن والصرع)، ومن

الإعاقات العقلية التي تم التعرف عليها حديثا (إعاقة التوحد التي تحدث نتيجة خلل وظيفي في المخ).

4-5- **الإعاقة الاجتماعية:** وهي الفئات التي تعاني من عدم قدرتهم على التوافق الاجتماعي مع

بيئاتهم ويمارسون سلوكات منحرفة مثل: الأحداث الجانحين والمنحرفين الكبار، ونزلاء السجون والمدمنين.

(مدحت أبو النصر 2009، ص 130-131).

ثانيا - الإعاقة الحركية:

1-1- مفهومها:

عرف 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.

وتعرفها الحكومة الفيدرالية بالو.م.أ 1997 بأنها إصابة بدنية شديدة تؤثر على الأداء الأكاديمي للطفل بصورة ملحوظة وتشمل هذه الفئة الإصابة الخلقية (مثل تشوه القدم، أو فقد أحد أعضاء الجسم... الخ). والإصابات الناتجة عن الأمراض مثل شلل الأطفال وسل العظام). وتلك الإصابات الناتجة عن أسباب أخرى (مثل الشلل الدماغي، أو بتر الأعضاء، والكسور، والتمزق أو الحروق التي إلى تقلص العضلات). (ماجدة السيد عبيدة 1999، ص 42-43).

أما السيد جمعة 1981 فقد أشار إلى الإعاقة هي التي تنتج بسبب الحوادث والحروب أو الأمراض الناتجة من الوراثة والبيئة وتؤدي إلى حرمان الفرد من الوظائف العادية لجهازه الحركي. (عبد الرحمن سيد سليمان، ص 17).

2- أسباب الإعاقة الحركية: هناك عدة أسباب للإعاقة الحركية وذلك حسب المرحلة التي يمر بها الفرد ومنها:

2-1- مرحلة ما قبل الحمل: إن العوامل الوراثية تحدد قدرا كبيرا 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 عددا من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالمورثات.

يتكون الزيجوت (الخلية الأولى للجنين) من ست وأربعين كروموسوم تنتظم في ثلاثة وعشرين زوجا، اثنا وعشرين زوجا من هذه الكروموسومات متشابهة تماما ويطلق عليها (الصفات العادية) في حين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكروموسومات ينتج منها إعاقات متنوعة، منها الإعاقة الحركية. (عصام الصفدي 2007، ص19).

2-2- مرحلة ما بعد الحمل: يكون الاهتمام في هذه المرحلة في 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:** فيكون الحمل مصحوبا بارتفاع ضغط الدم وتورم القدمين، وزيادة نسبة البروتين في البول في معظم هذه الحالات تكون الولادة قبل الموعد الطبيعي وتمثل عملية الوضع خطورة بالغة على الأم، فقد تسبب هذه الأعراض تسمم الحمل وقد تهدد حياة كل من الأم والجنين في الحالات الشديدة.

- **السكري:** فعندما تكون الأم مصابة بهذا الداء قد تتعرض للإجهاد وخاصة خلال ثلاثة أشهر أولى من الحمل وفي حال استمرار الحمل تحتاج الأم في الأشهر الأخيرة منه لأن تخضع لنظام غذائي صارم ودقيق.

-العامل الريزاسي RH.

-سوء التغذية.

2-3- عوامل تحدث أثناء الولادة وتسبب حالات من الإعاقة:

-الولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي).

-ميكانيكية عملية الوضع.

-وضع الجنين أثناء الولادة.

-وضع السخذ(المشيمة).

-العقاير والبنج) لما له من تأثير على الجهاز العصبي المركزي للوليد).

-الولادة المتعددة (ولادة التوأم).

2-4- عوامل ما بعد الولادة: هناك بعض الإعاقات يتعرف عليها الوالدان بعد ولادة أطفالهم لكنها

في الحقيقة حدثت قبل الولادة إلا أنه لم يتم اكتشافها إلا بعد الولادة بفترة ولكن هناك حالات تحدث بعد ولادة الطفل تكون لها آثار سلبية قد تؤدي إلى فقدان حياته ومن هذه الحالات:

-العجز الدائم نتيجة العدوى أو بعض الأمراض العصبية.

-تعرض الطفل لبعض الحوادث خصوصا في منطقة الرأس أو الحوادث التي تؤدي إلى بتر الأطراف.(عصام الصفدي 2007، ص19-20).

3-أنواع الإعاقة الحركية:

3-1: الإعاقة الحركية الناجمة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي:

3-1-1- الشلل المخي(الدماغي): يشير الشلل الدماغي إلى نوع من العجز الحركي ينتج عن

إصابة المخ بنوع من التلف وتوجد أنواع أخرى من الشلل ترجع إلى إصابة المخ،من هذه الأنواع الشلل الذي يصيب العمود الفقري الناتج عن التهاب النخاع الشوكي السنجابي أو الشلل الذي يصيب الأطراف من النوع الذي نلاحظه في التلف العضلي،وإن تلف المخ الذي ينتج عنه العجز الحركي الذي يطلق عليه الشلل المخي يمكن أن يترتب عليه أيضا اضطرابات في النطق أو الكتابة أو غير ذلك من الاضطرابات التي تصيب المخ يمكن أن ينتج عنها اضطرابات سيكولوجية،دون أن يؤثر على القدرة الحركية للفرد.

- كذلك يشير الشلل الدماغي إلى أنه تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عنه تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.

- كذلك الشلل الدماغي هو مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بيئة الجهاز العصبي المركزي أو نموه. والشلل الدماغي اضطراب نمائي ينجم عن الخلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصاحبه غالبا اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية.

- وهناك مصطلح علمي آخر يطلق للتعريف على عدة إصابات وتلف في الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى الشلل بالعضلات مع وجود حركات غير إرادية مفاجئة، وفقدان للتوازن وتسبب وتشنج بالعضلات في معظم المرضى المصابون، وقد يكون هذا المرض مصحوبا مع تخلف عقلي أو نوبات من الصرع أو الاختلال في الإحساس في الأجزاء المصابة، طبعا في حالة إصابة العضلات أو جزء منها بالشلل فإنها تؤدي إلى تشوه في الشكل العام للمريض وتحدد في حركة المفاصل ولعدم وجود توازن بين العضلات يصبح معها المريض معوقا حركيا بنسبة إصابته.

- إذن الشلل الدماغي هو الاصطلاح الذي يطلق على حالة الطفل الذي يتعرض إلى إصابة دماغه الطبيعي يعارض بسبب عدم اكتمال نموه أو تلف في خلايا النطق المسؤولة عن الحركة ومعرفة القوام والتوازن ذلك أثناء فترة نموه الطبيعي (وبعد تكونه جنينا وحتى اكتمال الثانية من العمر).

- وكلمة الشلل تشير إلى عدم تمكن الطفل من تحقيق التطور الطبيعي في الحركة مثل السيطرة على عضلات الرقبة والجذع واستعمال اليدين والجلوس والزحف والوقوف والمشي.

وكلمة الدماغي: تشير إلى أن السبب في ذلك يعود إلى عدم اكتمال نموه أو الخلل في خلايا المناطق المسؤولة عن الحركة والقوام والتوازن في الدماغ (الجهاز العصبي المركزي).

فإذن الشلل الدماغي مصطلح ذو مدلول واسع يستخدم عادة للإشارة إلى الشلل أو الضعف أو عدم توازن حركي ينتج عنه تلف دماغي ويصنف الشلل الدماغي إلى:

أ- الشلل الدماغي التشنجي: اكتشفه الدكتور Little في لندن عام 1961، ويظهر هذا المرض على الشكل التالي: يفقد الطفل توازنه وتظهر حركات لا إرادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الإصابة .

إذن تقلصي يعني وجود شد أو تقلص في العضلات، يجعل الحركات بطيئة وضعيفة والتعليمات القادمة من الجزء المصاب في الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة أو غير الطبيعية لذا فإن الطفل يجد صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الأوضاع وهذه بسبب فقدان أنواع مختلفة من الحركة فهم دائما يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة وبالتدرج ممكن أن تتكون تشوهات وضعيفة مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض أو الركبتين أو الأصابع أو القدمين.

كذلك فإن عضلات الجسم تصبح ضعيفة نتيجة عدم استخدامها وبقائها في الأوضاع معينة ولكونها ذي مدى حركي محدود وتطلب جهدا كبيرا وتؤدي الحركة المفاجئة إلى انقباض شديد في العضلات وهذا ما يطلق عليه اسم انعكاس الانبساط، وإذا كانت الأطراف السفلى مصابة فإنها تأخذ وضعًا خاصًا يسمى وضع المقص، في هذا الوضع تقترب الرجلان من بعضهما بسبب انقباض العضلات فيها، وقد يحدث دوران القدم إلى الداخل.

ب- الشلل الدماغي الالتوائي الكنعاني: ينتج عن إصابة الجزء الأمامي الأوسط من الدماغ ويترتب على هذا العجز درجة أكبر مما يحتوي عليه النوع التشنجي، وتبدو مظاهر الشلل الالتوائي واضحة من بعض الأعراض منها الاهتزاز المستمر، الحركة غير المعتدلة، سيلان اللعاب، التواء الوجه، عدم اتزان وضع الرأس والرقبة والكتفين، والتقلصات اللاإرادية في العضلات التي تنتج عن درجة واضحة عن عدم القدرة على التنسيق العضلي الحركي، وتكون على قدرتهم على الكلام محدودة لعدم مقدرة الطفل على ضبط العضلات المسؤولة عن الكلام مما يجعل كلام الطفل غير واضح وغير مفهوم وتعاني نسبة كبيرة من بعض أشكال الإعاقة السمعية، هذا ويصنف الشلل الدماغي الالتوائي بنوعين رئيسيين هما:

الشلل التوتري والشلل غير توتري، يتصف النوع التوتري بتوتر عضلي شديد، إلا أن هذا النوع من التوتر يختلف عن التوتر المصاحب للشلل التشنجي ففي الشلل الالتوائي التوتري تؤدي حركة الطرف بشلل متكرر إلى استرخائه في حين يؤدي ذلك إلى التشنج في حالة الشلل الدماغي التشنجي، أما بالنسبة للنوع غير التوتري فيتصف بحركات التوائية دون حدوث توتر عضلي شديد، وهذه الحركات أنواع عديدة منها الحركات الدورانية والأوضاع الخاطئة والحركات الراقصة.

ج: الشلل الدماغي التخليجي (اللاتوازني): ينتج عن إصابة المخيخ الذي هو مركز ومنسق حركات العضلات والتوازن وتكون حركات الطفل غير متزنة يسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن، كما أنه يؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه

الحركي المكاني، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشي ويده ممتدتان إلى الأمام، ليحافظ على توازنه لذا يتم وصفهم بالسكاري.

د- الشلل الدماغي الارتعاشي: يظهر في هذا النوع من الشلل الدماغي أشكال مختلفة من الارتعاش هذا الارتعاش قد يكون شديداً أو خفيفاً، كما قد يكون سريعاً أو بطيئاً. إلا أن الارتعاش يكون عادة قاصراً على مجموعات معينة من العضلات ويبدو على وتيرة واحدة ويكون لإراديا تماماً، وتحدث هذه الحالة نتيجة لعدم المقاومة لأي حركة للعضلات.

هـ- الشلل الدماغي التيبسي: يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف ونظراً لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، وتكون الإصابة رباعية وقد يصاحبها صغر الرأس وتخلف عقلي شديد وقد يحتوي الشلل الالتوائي، لذا يسمى الشلل المختلط وفي هذه الحالة تكون مصحوبة بأعراض النوعين من الأنواع السابقة وسببها إصابة أكثر جزء من أجزاء الدماغ. (عصام حمدي الصفدي 2007).

3-1-2- شلل الأطفال: ويعتبر شلل الأطفال من أشكال الإعاقة الحركية المسببة من فيروس خاص يصيب الأطفال، حيث يؤدي هذا المرض إلى اضطراب في النمو الحركي لدى الفرد والفيروس يصيب دماغ الطفل أو يصيب خلايا العمود الفقري ومن أهم مظاهر المرض الضعف العام والتشنج والشلل العام، وقد تكون الإصابة جزئية أو شاملة وذلك على ما يتركه التلف أو الخلل، ويعتمد ذلك على شدة الإصابة وإذا كانت الإصابة في الأطراف السفلى من جسم الطفل فإنه سيعاني من مشكلات في الحركة والتنقل المستقل الأمر الذي يستدعي طلبه للمساعدة، هذا المرض لا يؤثر على القوة العقلية عند الطفل أو قدراته على التعليم. (سعد حسين العزة 2000، ص70).

3-1-3- إصابة الحبل الشوكي: يعتبر النخاع الشوكي حلقة الوصل بين الدماغ وأعضاء الجسم الأخرى وتتمثل وظيفته في نقل المعلومات الحسية إلى الدماغ وأعضاء الجسم الأخرى وتتمثل وظيفته في نقل المعلومات الحسية إلى الدماغ ونقل المعلومات الحركية إلى العضلات الحسية داخل جسم الإنسان وتعتبر إصابة هذا الحبل بأي خلل أو تلف إعاقة وظيفية وتعتمد خطورة الإعاقة على موقع وشدة الضرر في الحبل الشوكي، ومن الإصابات التي قد يتعرض لها الحبل الشوكي ما يلي:

_الإصابات الرياضية.

-العبارات النارية.

-حوادث السيارات.

-التهاب السحايا والصلب المفتوح.

ويعاني أصحاب هذه الإصابة من مشكلات عديدة تتمثل في التهاب المجاري البولية والجهاز التنفسي والتقرحات الجلدية وصعوبة المهارات الحركية ومهارات العناية بالذات ومن مشكلات في التكيف الانفعالي.

3-1-4- العمود الفقري المفتوح: هو حالة تشوه ولادية خطيرة ناتجة عن عدم انسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التكون بشكل طبيعي وتبلغ نسبة انتشاره 0.002 حالة وهو غير معروف الأسباب تماما وأن نسبة قليلة من الإصابات ترجع إلى عوامل وراثية بحتة ومن أهم مظاهر هذه الحالة مايلي:

-تباعد فقرات العمود الفقري عن بعضها البعض.

- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي على أنسجة عصبية وترتبط هذه الحالة بحالة استسقاء الدماغ والتهاب الدماغ.

3-2- الإعاقة الحركية الناجمة عن حدوث عاهات بالهيكل العظمي:

3-2-1- بتر الأطراف: البتر يعني إزالة أو عدم نمو الأطراف أو أجزاء منها وقد يكون ولاديا أو مكتسبا أما في حالة البتر الولادي يولد الطفل مبتور الأعضاء إما بشكل جزئي أو كلي ويكون ذلك ناتجا عن تناول الأم الحامل لبعض العقاقير الطبية أو إصابتها ببعض الأمراض الفيروسية أو تعرضها للأشعة X أو لنقص اليود في أجسامها أو بسبب الحصبة الألمانية أو العامل الريزاسي، أما البتر المكتسب فيكون سبب التدخل الجراحي لإزالة الطرف المصاب نتيجة أمراض السكري ويحتاج المصاب إلى المعينات الحركية والى الأطراف الصناعية. (سعد حسين العزة 2000، ص77).

3-2-2- نقص العظام الغضروفي: هناك العديد من الظروف والأمراض التي يمكن أن تسبب قصر القامة بعض من هذه الظروف تتضمن حدوث اضطرابات في العظام، حيث أن العظام لا تنمو ولا

تتطور هذه الظروف تدعى عادة بنقص العظام الغضروفي، وهو مرض وراثي يتميز الأفراد المصابون به بقصر القامة ويشار إليهم عادة بأنهم أقزام ويؤدي هذا الاضطراب إلى قصر القامة ويكون هؤلاء الأطفال عرضة للموت بسبب تأثير الوضع على التنفس، وهناك اليوم أكثر من 300 شكل من أشكال التقزم، ويعد نقص العظام الغضروفي أحد هذه الأشكال، وهو الشكل الأكثر شيوعاً من قصر القامة وتبلغ نسبة المصابين به واحد من كل 10 ألف طفل ولادة تقريباً.

ومن صفات المصاب بهذا الاضطراب القصر بحيث يصل طوله الكلي بين 100-135 سم، وهذا القصر يكون ملحوظاً في الذراعين والأفخاذ العليا، والقوام غير المتكافئ، فحجم الرأس كبير والأذرع والأرجل قصيرة عند مقارنتها بطول الجذع، وبروز الجبهة والفك وانحناء الساقين وقصر أصابع اليد وتباعدها، وتشوهات في تركيب الأسنان أحياناً فتكون الأسنان متراسة وقد يكون ترتيبها ليس على استواء واحد واستواء قاعدة الأنف بين العيون وضيق الممرات الأنفية مما قد يسبب إصابات في الأذن الوسطى وعطل في القناة السمعية وإذا لم تعالج هذه الأمور فإنها قد تسبب فقدان السمع، وقد يعاني البعض من مشاكل في الحبل الشوكي بسبب القناة الشوكية الضيقة.

ومن صفات الأطفال المصابين بنقص العظام الغضروفي في ببطء التطور الحركي، وقد لا يستطيع السيطرة الجيدة على الحركات حتى يصل إلى عمر ثلاثة أو أربعة أشهر لأنه يحتاج إلى وقت أطول لتطوير القوة العضلية الضرورية للسيطرة على الرأس الكبير وبعض هؤلاء الأطفال يمشون في سن متأخرة، وفي أغلب الأحيان في سن 24-36 شهراً. (أسامة محمد البطاينة وآخرون 2007، ص413-417).

3-2-3- الحنف: هو عبارة عن حالة من ميلان العمود الفقري تظهر على شكل تقوس جانبي فيه ويكون أحد جانبي الجسم أعلى من الجانب الآخر وقد يكون بنائياً يصاحب اضطرابات ولادية مختلفة في المفاصل أو العضلات كالتقوس المفصلي أو الشلل الدماغي أو الحنك العضلي أو العمود الفقري المفتوح وقد يكون الحنف وظيفياً أي يكون سبب عن الجسم الخاطئ أو سبب قصر في إحدى الرجلين ومن أخطر المضاعفات لهذا الانحناء في العمود الفقري مرض الروماتيزم الأمر الذي يحتاج إلى التدخل الجراحي. (سعد حسين العزة 2000).

3-2-4- الخلع الوركي الولادي: يتكون مفصل الورك من عظمتين: التجويف المسمى بالتجويف الخفي والطرف العلوية لعظمة الفخذ، في الوضع الطبيعي تكون هاتين العظمتين ملتصقتين ببعضها

البعض ويزيد من محافظتهما على ذلك الوضع الأربطة والعضلات المحيطة بهما أما في حالة الخلع الولادي فإن رأس عظمة الفخذ يخرج من التجويف الحلقي.

-وهناك نوعان من الخلع الولادي الخلع الشائع والذي تفوق نسبة حدوثه 98% وغالبا ما يحدث في الفترة الأولى من الحمل وتصاحبه غالبا تشوهات عظيمة بالجسم وإذا لم يعالج خلع الورك الولادي ينتج عنه مشاكل مستديمة مثل العرج وقصر الرجل وربما قلة في حركة الحوض وألم الظهر. (أسامة محمد البطينة 2007).

3-2-5- الكساح أو لين العظام: العظام نسيج حي يحتاج للفيتامينات كما تحتاج إليها سائر أنسجة الجسم والكساح من أهم أمراض الطفولة، قد يصيب الأطفال في سن مبكرة قبل الحبو والمشي في الأشهر الستة الأولى من العمر وحتى الثانية وربما أكثر حسب درجة الإعاقة وسببها، والكساح قد يظهر بسبب نقص فيتامين D الذي يرسب الكالسيوم في العظام ليحافظ على صلابتها، ونقصه بسبب لين العظام عند الأطفال أي ما نسميه بالكساح وبالإضافة إلى نقص الفيتامين D نجد أن هناك أسباب أخرى يمكنها كذلك أن تؤدي إلى الكساح مثل نقص التعرض لأشعة الشمس وأيضا العادة الخاطئة للجلوس، فلين العظام يؤدي إلى تأخر الطفل في الحبو والمشي وكذلك إلى التشوهات العظمية المختلفة التي تنتج انثناءات العظام اللين وعدم صلابتها.

3-2-6- الكسور: نعني بالكسور تخلخل في تماسك النسيج العظمي يؤدي إلى انفصاله إما جزئيا أو كليا نتيجة الإصابات ميكانيكية وذلك لعدة أسباب نذكر منها:

-الإصابات الشديدة التي تحدث نتيجة لحوادث السير والسقوط من المرتفعات أو الارتطام بالمواد الصلبة أثر الزلزال وغيرها.

-الانقباضات العضلية الشديدة كما ينتج من مرض الكزاز.

-إصابة الشخص بأمراض العظام الهشاشة أو لين العظام .

-قد يعدل الكسر أو يثبت بواسطة جبيرة، ثم يتم إبقاء اليد مرفوعة أو القدم مثبتة والتأكد من سلامة التعديل ويتم الإلتام خلال 3 أو 4 أسابيع ثم تبدأ محاولة الحركة ببطء شديدة وحذر وبصورة تدريجية.

3-3: الإعاقات الحركية الناجمة عن الأعطاب في العضلات:

3-3-1- ضمور العضلات: يشير تعبير الضمور العضلي إلى تشكيلة من الاضطرابات الوراثية التي تؤدي إلى تدهور الألياف العضلية وضعف العضلات المختلفة الإرادية واللاإرادية في الجسم، وسببه افتقار العضلات إلى بروتين تحتاجه كي تعمل بشكل سليم وهو يؤثر على الأطفال في الأعمار المختلفة، كما أنه يؤثر على الكبار، وهو مرض موروث يؤثر على العضلات التي تسيطر على الحركة، وقد يؤثر على عضلات القلب وعلى العضلات اللاإرادية، ويؤدي عادة إلى الموت أو الإصابة بالإعاقة تتطلب استخدام كرسي المعوقين، بحيث يكون غير قادر على تنفيذ حتى أسهل النشاطات اليومية.

3-3-2- الوهن العضلي: يأتي اسم الوهن العضلي من كلمة لاتينية تعني عضلات ضعيفة بحدّة، وهو اضطراب يسبب ضعف في العضلات الإرادية التي تساعدنا على تحريك مقل عيوننا، جفوننا، ذراعينا، وساقينا ويؤثر أيضا على قدرتنا على التنفس بعمق، وعلى قدرتنا على الضحك، والبلع كما يؤثر على عضلات العين وفي هذا الاضطرابات تهاجم مستقبلات الاستيلكولين Actylcholine أغشية العضلات وتؤثر على وظيفتها سلبيا وهذا الاضطراب يحدث في أي عمر ولدى الجنين وهو من الأمراض المزمنة.

3-3-3- الرعاش: يعرف الرعاش على أنه الانكماش العضلي التلقائي غير المقصود الذي يظهر على شكل حركات إيقاعية ذهابا وإيابا في الرأس والأطراف والجذع وتراكيب فقط، والحبال الصوتية أو في أي عضو آخر في الجسم، وهو موجود بشكل عام في الأيدي وهناك عدة أشكال لتصنيف الرعاش، فالرعدة إما أن تكون منتظمة أو شاذة، ويمكن أن تتميز بالحركات الصغيرة أو الكبيرة ويمكن أن تؤثر على كلتا الأيدي أو على يد واحدة فقط والتصنيف الأكثر شيوعا، هو تصنيفها إلى خمسة أصناف:

أ- الرعدة المستقرة: معروفة كذلك بالرعدة الساكنة، وتحدث عندما تكون العضلات غير المستعملة، وعادة ما تكون الأيدي ثابتة والذراعين تترنح.

ب- الرعدة الموضعية: يعاني بعض الناس من الرعدة في بعض المواقع فقط مثل الذراعين.

ج- الرعشة الحركية: وتحدث عندما يتحرك المريض حركة هادفة كأن يضع الكأس إلى شفثيه ليشرب. (أسامة البطاينة 2007).

4- احتياجات المعوقين حركيا:

إذا كانت الحاجات الفسيولوجية ضرورية للمحافظة على بقاء الفرد ونوعه، فإن الحاجات الاجتماعية والنفسية ضرورية لسعادة الفرد وطمأنينته، فإحباطهما يثير في نفسه القلق ويؤدي إلى كثير من اضطرابات الشخصية، ويعرف قاموس علم الاجتماع الحاجة أنها حالة من التوتر أو عدم الإشباع يشعر بها الفرد وتدفعه إلى التصرف متجها نحو الهدف الذي يعتقد أنه سوف يحقق له الإشباع .

ويمكن تقسيم احتياجات المعوقين حركيا إلى:

4-1- احتياجات صحية وتوجيهية:

أ- احتياجات بدنية مثل استعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية وهي تشمل كل الخدمات والأنشطة التي تحسن الحالة الصحية للمعوق وتتضمن العلاج، وأجهزة تعويضية، تقوم الأعضاء أي المساعدات وتجهيزات أخرى تساعد المعوق واكتساب استقلالته البدنية.

ب- احتياجات إرشادية مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدات على التكيف والتنمية الشخصية. (بدر الدين كمال عبده 2001، ص 57)

4-2- احتياجات اجتماعية وتمثل في:

أ- العلاقة مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

ب- تدعيمية مثل الخدمات المساعدة التربوية والمادية واستمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات الضريبية.

ج- ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة.

د- أسرية مثل تمكين المعوق من الحياة الأسرية.

4-3- احتياجات مهنية وتمثل في:

أ- توجيهية مثل تهيئة سبل التوجيه المهني مبكرا والاستمرار فيه لحين انتهاء عملية التأهيل.

ب- تشريعية مثل إصدار التشريعات في المحيط، تشغيل المعوقون وتسهيل حياتهم.

ج- محمية مثل إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المعوقين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء.

د- اندماجية مثل توفير فرص الاحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين جنبا إلى جنب. (إقبال إبراهيم مخلوف 1991، ص 90-91).

5- سيكولوجية المعوقين حركيا:

إن المعاق حركيا قد يمر بأربعة مراحل حتى يتمكن من معايشة إعاقته والتكيف معها ويمكن أن نلخص هذه المراحل فيما يلي:

5-1- مرحلة الرفض: حيث في البداية عندما يكتشف المعوق إعاقته سوف يرفض حالته فينكر أنه غير قادر على المشي والحركة مثل الآخرين، فيقول "مستحيل أن أكون عاجزا وغير قادرا" فتبدأ تتهاطل عليه مجموعة من الأسئلة مثل لماذا أنا؟ لماذا هذا يحدث لي فقط؟ ما ذنبي في كل هذا؟

وهنا على المختص النفسي أن يتفهم المعوق وأن يساعده، ويجب كذلك أن يتدخل دون الضغط عليه وأن يتفهم غضبه ورفضه للمساعدة التي يقدمها له، وعلى المختص كذلك أن يتدخل ويساعد أسرة المعوق في تقبل إعاقة ولدها ويجب أن يوجهها ويرى لها الطريقة التي يجب أن تستعملها في تعاملها مع ابنها.

5-2- مرحلة المساومة: بعد الرفض والغضب واللعنة قد يجد المعوق أن حالته هي نفسها وأن الغضب لم يجدي به نفعا ولم يحسن من حالته، فهناك سوف يحاول المعوق للتحسين من حالته أن يأخذ ويسلك دربا آخر ألا وهو الإيمان بالله، حيث هنا سوف يبدأ في الدعاء لله، فيقول "ربي ساعدني"، "ربي حسن من حالتي"، "من فضلك يا إلهي اشفني". ولكن سوف يمر وقت طويل ولم تتغير حالته فهناك تبدأ تخيب آماله ويستسلم لواقعه فيدخل في حزن واكتئاب.

5-3-مرحلة الاكتئاب: إن بقاء المعوق على حالته بعد الدعاء والأمل سوف يدخل هذه الأخيرة في الحزن الشديد والإحباط والتشاؤم فيألف حزنه ويعتاده لمدة طويلة.

حيث هناك معاقين قد يعيشون الاكتئاب والحزن لمدة طويلة يمكن أن تبلغ سنتين فهذه الفترة تكون كافية ليعبر المعوق عن آلامه وإحباطاته وكل معاناته.

5-4-مرحلة التقبل: الاكتئاب الطويل تكون كافية لتعبير المعوق عن كل معاناته وتفرغ شحناته ليصل في الأخير إلى مرحلة تقبل إعاقته. (محمد عبد المؤمن حسين 1986، ص45-53).

خلاصة:

من خلال هذا الفصل تعرضنا إلى موضوع الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة وما يمكن استخلاصه من هذا الفصل هو أن الإعاقة الحركية عبارة عن كل نقص يمس أطراف الحركة عند الفرد مما يؤدي إلى عدم قدرته على الحركة بشكل عادي وذلك لعدة أسباب تكون قبل الولادة أو بعدها، والإعاقة الحركية عدة أنواع فهناك إعاقات حركية ناجمة عن إصابة الجهاز المركزي وإعاقات حركية راجعة إلى أعطاب في العضلات، فالإعاقة الحركية إذن تختلف من فرد لآخر وذلك حسب مكان ودرجة الإصابة وباختلاف مكان الإصابة ودرجة الإعاقة تختلف طرق التأهيل والعلاج.

الفصل الرابع المعاقين

بصريا

الإعاقة البصرية

1- مفهوم الإعاقة البصرية وتعريفاتها المختلفة:

أ/ التسميات المتداولة في اللغة العربية:

تستخدم ألفاظ كثيرة في اللغة العربية للتعريف بالشخص الذي فقد بصره. وهذه الألفاظ هي:

- الأعمى: وهي كلمة مأخوذة من أصل مادتها وهو العماء، والعماء هو الضلالة.

- الأكمه: وهي كلمة مأخوذة من الكمه، والكمه هو العمى قبل الميلاد.

- الأعمه من العمه: والعمه هي التحير والتردد، وقيل التردد في الضلالة. ويقال العمه في افتقاد البصر

والبصيرة، أما العمه في البصيرة فهي كالعمى في البصر.

- الضرير: تأتي هذه الكلمة بمعنى الأعمى، لأن الضرارة هي العمى، والرجل الضرير هو الرجل الفاقد

لبصره .

- العاجز: من العجز، وهو التأخر عن الشيء والقصور عن فعل شيء (خليل معاينة ومجد البواليز

وقمش، دس، ص31)

- الكفيف أو المكفوف: أصل هذه الكلمة من الكف ومعناها المنع. والمكفوف هو الضرير والأعمى ويقال

كفيف البصر وجمعها المكافيف (عبد السلام هارون، المعجم الوسيط، ص 798).

ب/ المفهوم اللغوي للإعاقة البصرية:

التعريف بالإعاقة البصرية يستلزم منا تجزئة العبارة إلى كلمتين وهما: " الإعاقة " و " البصرية "

- الإعاقة: كلمة إعاقة مأخوذة من مادة عوق: يقال رجل عوق لا خير فيه، تجمع على أعواق. وعاقه عن

الشيء يعوقه عوقاً: صرفه وحبسه، ومنه التعويق والاعتياق؛ والتعويق: تثبيط الناس عن الخير، وعوائق

الدهر: الشواغل، والتعوق: التثبيط والتعويق: التثبيط (ابن منظور، لسان العرب، ص476) فالمقصود

بالإعاقة-إذن -هو ذلك النقص، أو القصور المزمن، أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص

فيصبح معوقاً

-البصرية: هي صفة مأخوذة من مصدر " بصر " والبصر هو العين، وقيل حاسة الرؤية، والجمع

أبصار، ورجل بصير ومبصر خلاف الضرير، والبصر يأتي بمعنى العلم، وبصرت بالشيء أي علمته.

ج/ المفهوم الاصطلاحي للإعاقة البصرية:

تعرف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد الفرد فيها القدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية،

بما يؤثر سلباً في أدائه ونموه (ماجدة السيد عبيد، دس، ص142) كما يقصد بالمعاقين بصرياً

بالأشخاص الذين فقدوا حاسة البصر كلياً أو جزئياً (سيد خير الله ولطفي بركات، دس، ص7 و8).

د/العلاقة بين المفهوم اللغوي والاصطلاحي:

يتعين مما ذكرنا سابقاً أن "الإعاقة البصرية" مصطلح يشير إلى العبء الذي يُفرض اجتماعياً على الأفراد الذين فقدوا حاسة البصر نتيجة للأحكام والتقييمات التي يصدرها المجتمع على الانحرافات الجسمية والوظيفية (ماجدة السيد، دس، ص20).

2-تعريف الإعاقة البصرية:

أ/التعريف الطبي:

إن الإعاقة البصرية، من وجهة نظر الطب، هي الحالة التي يفقد فيها الكائن الحي القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض، وهو العين، إما لخلل طارئ كالإصابة بالحوادث، أو وُلادي، أي يولد مع الشخص. فالمعاق بصرياً، من وجهة نظر الأطباء هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إصابته عن 200/20 قدم في أحسن العينين، بل وباستعمال النظارة الطبية أيضاً.

وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في الظروف العادية على مسافة 200 قدم، يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدماً حتى يراه الشخص المعاق بصرياً (ماجدة السيد، دس، ص142) أما الأفراد ضعاف البصر فإنهم يعرفون من جانب السلطات القانونية بأنهم أولئك الأفراد الذين يمتلكون حدة إبصار تتراوح من 70/20 إلى 200/20 في العين الأفضل بعد التصحيح الممكن. وحدة الإبصار هي قدرة العين على تمييز تفاصيل الأشياء وتقدر حدة الإبصار العادية بـ 20/20 (فتحي السيد عبد الرحيم وبشاي، دس، ص54).

ب/التعريف التربوي:

يركز التعريف الطبي بصفة أساسية على حدة الإبصار، ولا يعطي معلومات ثابتة حول الطريقة التي يستطيع الفرد أن يؤدي بها وظائفه في الإطار الاجتماعي، كما يفشل في إيضاح درجة الكفاءة أو الفعالية التي يستخدم بها فرد من الأفراد الجزء المتبقي لديه من البصر، لذلك أصبح من الضروري تعريف الإعاقة البصرية بمنظور تربوي يركز على كيفية التحصيل اللغوي والعلمي لدى هذه الفئة (فتحي السيد وبشاي، دس، ص54).

الإعاقة البصرية بمنظور تربوي يركز على كيفية التحصيل اللغوي والعلمي لدى هذه الفئة (فتحي السيد وبشاي، دس، ص54).

فالمكفوف، بحسب التعريف الذي أقرته هيئة اليونسكو التابعة لجمعية الأمم المتحدة، هو الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة (محمد علي كامل، ص198). وبموجب هذا التعريف فإن الكفيف يستطيع الاستفادة من حواسه الأخرى، فهو يتعلم من خلال القنوات اللمسية والسمعية (كمال عبد الحميد، ص297)؛ فالتعريف التربوي يشير إلى أن الشخص الكفيف هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو في حاجة إلى تعديلات خاصة في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية بصفة عامة (ماجدة السيد، ص142)، وهناك من حصر التعريف

التربوي في الكيفية العملية التي يتعلم بها المعاق بصرياً، إذن - ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل (فاروق الروسان، دس، ص116).

2-أسباب الإعاقة البصرية:

للإعاقة البصرية أسباب عديدة قسمها المختصون باعتباريات مختلفة، إلى:

-أسباب خارجية تتعلق ببكرة العين نفسها، وتشمل العيوب التي تصاب بها الطبقات والأجزاء المكونة للعين.

-أسباب داخلية تتعلق بالعصب البصري الموصل وبالمراكز العصبية في الدماغ المخصصة لتلقي الإحساسات البصرية(محمد علي كامل، دس، ص198)

-أسباب متعلقة بزمن وقوع العاهة. وتنقسم إلى مجموعتين رئيسيتين هما:
أ-مجموعة أسباب ما قبل الميلاد:

ويقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام(فاروق الروسان، دس، ص119). وتأتي في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية، حيث أنها تمثل حوالي 65% من الحالات؛ ومنها- على سبيل المثال -العوامل الجينية، وسوء التغذية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، والعقاقير والأدوية، والأمراض المعدية، والحصبة الألمانية، والزهري... الخ .

وتعتبر من العوامل العامة المشتركة في إحداث أشكال مختلفة من الإعاقة ومنها الإعاقة البصرية.

لا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى عوامل تحدث فيما قبل الميلاد، ويرجع ذلك إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقة البصرية بشكل أفضل؛ فالمعلومات العلمية المتوفرة الآن قاصرة عن فهم العوامل الوراثية، والأمر يتطلب مزيداً من البحوث في هذا الميدان(فتحي السيد وبشاي، دس، ص289).

ب-مجموعة أسباب ما بعد مرحلة الميلاد:

ويقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية، أي الإبصار، كالعوامل البيئية والتقدم في السن وسوء التغذية والحوادث والأمراض التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإعاقة البصرية. ويُسجل في هذا الصدد أن ما يقرب من 16% من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب ترجع إلى عوامل غير محددة وتحدث فيما بعد الميلاد(فتحي السيد وبشاي، دس، ص289)، ومن هذه العوامل: المياح البيضاء، المياح السوداء، مرض السكري، أمراض الشبكية، أمراض العدسة، التهابات العين، الحول، الحوادث وأسباب أخرى.

4-أنواع الإعاقة البصرية:

للإعاقة البصرية مظاهر متعددة، نذكر منها:

أ/حالة قصر النظر:

تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية أمام الشبكية، ومرجع ذلك إلى أن كرة العين تكون أطول من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها(فاروق الروسان، دس، ص117).

ب/حالة طول النظر:

تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية، وذلك لأن كرة العين تكون أقصر من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.

ج/حالة صعوبة تركيز النظر (اللابؤية):

تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز؛ أي صعوبة رؤيتها بشكل واضح. ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع غير العادي، أو غير الطبيعي لقرنية العين أو العدسة. وفي هذه الحالة تستخدم النظارات الطبية ذات العدسات الأسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية(فاروق الروسان، دس،ص118) ومن الأمراض التي تنتسب إلى هذه الفئة نذكر:

-الجلاكوما:

يعرف مرض الجلاكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق، وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية (الرطوبة المائية)، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك، مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل مقلة العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر. ويعد هذا المرض سبباً من أسباب الإعاقة البصرية لدى كبار السن من المعاقين بصرياً، ونادراً ما يكون سبباً للإعاقة البصرية لدى صغار السن المعاقين بصرياً(كمال سالم، دس،ص45).

-عتامة عدسة العين:

ويشار لها في أحيان كثيرة باسم(الماء الأبيض)، وتنتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة، مما يفقدها شفافيتها. والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة. وتتخلص أعراض عتامة العدسة في عدم وضوح الرؤية والإحساس بغشاوة على العينين مما

يؤدي إلى الرمش المتكرر، أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر (يوسف القريوتي وآخرون، دس، ص194) .

الحول:

وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو أحدهما مما يعيق وظيفة الإبصار عن الأداء الطبيعي. ويكون الحول إما خلقياً أو وراثياً، وإما أن ينتج عن أسباب تتعلق بظهور الأخطاء الانكسارية في مرحلة الطفولة (طول النظر، قصر النظر، أو ضعف الرؤية في إحدى العينين) . وكثيراً ما يكون ضعف عضلات العين واحداً من الأسباب الرئيسية للحول.

-الرأفة:

وهي عبارة عن التذبذب السريع والدائم في حركة المقلتين مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع المرئي.

5-الإعاقة البصرية وتأثيرها على النمو العقلي:

الخصائص العقلية للمعاقين بصرياً:

أظهرت نتائج الدراسات الخاصة باختبارات الذكاء أنه توجد بعض الفروق بين مستوى ذكاء الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية مقارنة بالمبصرين، ومرجع ذلك إلى أن ذوي الإعاقة البصرية يواجهون مشكلات في مجال إدراك المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة، خاصة مفاهيم الحيز والمكان والمسافة (سيد خير الله، دس، ص35) . كما يعانون من قصور في معدل نمو الخبرات وتنوعها والقدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية .كل ذلك إلى جانب علاقة المعاق بصرياً ببيئته وعدم قدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها. (ماجدة السيد، دس، ص156).

لقد اتضح من تطبيق الاختبارات الخاصة بمجال قياس المعلومات العامة على فئتين متماثلتين من المعاقين بصرياً والمبصرين، أن الرصيد المعرفي لدى المعاقين بصرياً ضئيل مقارنة مع المبصرين، وهي نتيجة معقولة إذا ما علمنا أن مدى ما تطلع عليه العين، وما تستطيع إدراكه، أوسع وأرحب مما تستطيع الحواس الأخرى معرفته. ولهذا تكون حصيلة المبصر من المعلومات العامة أغنى مما عند المعاق بصرياً (سيد خير وبركات أحمد، دس، ص 35).

ومن جانب آخر، فإن الانتباه والذاكرة السمعية من العمليات العقلية التي يتفوق فيها المعاقون بصرياً على المبصرين، وليست هذه خاصية وراثية للمعاقين بصرياً، بل هي نتاج الاعتماد الكبير على حاسة السمع .

ومن جهة أخرى فإن القدرة على التصور والتخيل البصري قد يكون فائق الدقة لدى المعاقين بصرياً، إلا أنه قد لا يقابل الواقع المرئي الحقيقي، فقد يصف الكفيف السماء على أنها صافية دون أن يدرك هذا الإحساس البصري إلا عن طريق إحساس آخر يصاحبه أو يقترن به، وهو الإحساس بهدوء الجو وعدم وجود الرعد والعواصف (روحي عبادات، www.gulfkkids.com).

ب/ الخصائص النفسية للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية:

لا يمكن عادة الفصل بين نواحي القصور الجسمي والشعور النفسي، ذلك أن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين يسبب للفرد قلقاً نفسياً .

وهناك بعض البيانات التي تدل على أن " ارتفاع نسبة المصابين بالقلق بين المعاقين بصرياً أكثر من النسبة المعتادة، وكلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ " (مختار حمزة، دس، ص132)

ويرجع هذا القلق أساساً إلى عدم إدراك المعاق بصرياً لطبيعة النقص الذي يُعاني منه، كما أن الإعاقة البصرية تولد لدى صاحبها الشعور بالخوف وضرورة الاعتماد على غيره.

ولا شك أن هناك علاقة ذات دلالة بين زمن الإصابة بالإعاقة ونمو شخصية الطفل المعاق بصرياً، كما أن لدرجة الإعاقة الأثر البالغ في تكوين هذه الشخصية؛ فالشخص القصير النظر بشكل واضح جدا يكون عادة من النوع المنطوي الأناني الذي يركز اهتمامه حول نفسه، ويشغل دائماً بأنواع من النشاط لا تضطره إلى الاختلاط بالآخرين (خليل عبد الرحمان وآخرون، دس، ص 20)

وقد دلت الدراسات التي أجريت حول موضوع الانطواء والانبساط لدى المعاقين بصرياً على أربع

نتائج هامة هي:

- 1- إن الإناث من المعاقين بصرياً أكثر ميلاً للانطواء من الذكور .
- 2- إن ضعاف البصر من المعاقين بصرياً أكثر ميلاً للانطواء من المكفوفين كلياً.
- 3- إن ذوي الإعاقة الطارئة، أو المكتسبة أكثر ميلاً للانطواء من ذوي الإعاقة البصرية الولادية
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكفيف كلياً والمبصر على مقياس الانطواء والانبساط (كمال سالم، دس، ص80) .

ج/ الاستعدادات التربوية للمعاقين بصرياً:

هناك عوامل كثيرة تؤثر، مجتمعة أو منفردة، على طبيعة الخصائص التربوية للمعاق بصرياً، كدرجة الذكاء، وزمن الإصابة بالإعاقة (ولادية أو طارئة)، ودرجة الإعاقة (كلية أو جزئية)، وطبيعة الاتجاهات الاجتماعية (سالبة-موجبة) وطبيعة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والنفسية والصحية التي تقدم للمعاقين بصرياً في المجتمع (كمال سالم، دس، ص55) . وفي كافة الأحوال، فإن الطفل المعاق بصرياً الذي يتوجه إلى المدرسة لأول مرة، يوضع في موقف يحتم عليه أن يكون على صلة بعدد كبير من الأشخاص في وقت واحد . مثل هذا الموقف يتطلب من المرشدين والمعلمين والآباء اليقظة بالنسبة للمواقف التي يحتاج فيها هذا الطفل إلى عون في تكوين علاقات صداقة مع الآخرين (فتحي السيد، دس، ص315) .

من أجل ذلك فلا بد أن تحتوي البرامج التربوية للمعاقين بصرياً على تعليم وتدريب خاص على عدد من المهارات الأساسية، أهمها التدريب على التعرف على الأمكنة والتنقل في أجوائها، حيث تعتبر

مشكلة الانتقال من مكان إلى آخر من أهم المشكلات التكيفية التي تواجه المعاق بصرياً، ذلك أن الكفيف يعتمد على حاسة اللمس في معرفة اتجاهه. كما يجب أن يركز البرنامج على تطوير المفاهيم الصحيحة عن البيئة/ والمفاهيم الحركية، ومهارات استخدام وسائل المواصلات والأجهزة والأدوات المختلفة التي يستعملها المعاقون بصرياً، مثل الكلاب المدربة (في بعض المجتمعات)، أو العصا. وإلى جانب ذلك كله، يجب أن يتعرف المعاق بصرياً على البيئة الفيزيائية التي يعيش فيها، من خلال رسم هذه البيئة، سواء كانت المدرسة أو البيت أو غيرها، من خلال مجسمات لهذه البيئة حتى يتعود عليها من خلال حاسة اللمس (تيسير مفلح وفواز عبد العزيز، دس ص 90) .

د/كيفية قياس وتشخيص القدرة البصرية:

عادة ما يتم قياس وتشخيص القدرة البصرية بالطريقة التقليدية المعروفة بلوحة " سنلن"، التي تعتبر من أكثر المقاييس استعمالاً في قياس حدة الإبصار، حيث يتم بواسطتها قياس حدة إبصار كل عين بمفردها ثم قياس حدة العينين معاً.

تتكون لوحة " سنلن" من عدد من السطور تضم حروفاً هجائية ذات أحجام مختلفة، وقد تستخدم في بعض الأحيان أشكالاً بدلاً من الحروف للتعامل مع الأفراد الذين لا يجيدون القراءة. كما تمثل الحروف التي تتضمنها اللوحة ما يراه الشخص الذي يتمتع بدرجة عادية من الإبصار من مسافات مختلفة. فعلى سبيل المثال، إذا كان من ضروري أن يقف فرد ما على مسافة 20 قدماً من المقياس ليرى ما يستطيع الشخص العادي أن يراه من مسافة 100 قدم، فإن ذلك يعطينا حدة إبصار قدرها 100/20 (ماجدة السيد، ص 151) .

أما الطريقة الحديثة فتتمثل في قياس وتشخيص القدرة البصرية لدى الأخصائي البصري، الذي يحدد نوع ومدى المشكلة البصرية باستخدام الأجهزة الحديثة. وقد ظهرت في الآونة الأخيرة بعض الأجهزة التي تقيس القدرة على الإدراك البصري، وخاصة لذوي الإعاقة البصرية الجزئية، أو الذين يعانون من مشكلات في الإدراك البصري، كالأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم؛ ومن بين هذه الأجهزة نجد مقياس " بندر" البصري الإدراكي الكلي، ومقياس " بييري بكتيكا " للتأزر البصري الحركي، (فاروق الروسان، ص 308) وكذا مقياس " فروستج" للإدراك البصري، والذي يهدف إلى قياس وتشخيص مظاهر الإدراك البصري عند الفئات العمرية الدنيا، وخاصة في مرحلة رياض الأطفال والصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية؛ أي من 3 إلى 8 سنوات، وهو من المقاييس الفردية والجماعية المشهورة في مجال الإدراك البصري.

يتألف هذا المقياس من 57 فقرة موزعة على خمس اختبارات فرعية هي:

*مقياس التأزر البصري الحركي.

*مقياس التمييز بين الشكل والأرضية .

*مقياس ثبات الأشكال .

*مقياس إدراك مواقع الأشكال .

*مقياس إدراك العلاقات المكانية.

هـ/خطوات التعرف على المتعلم بصرياً:

للتعرف على المتعلم المعاق بصرياً يقوم فريق تقييم متعدد التخصصات بالخطوات التالية:
-إجراء تقييم تربوي شامل.

-الحصول على معلومات تشخيصية عن الإبصار من أخصائي العيون أو أخصائي قياس البصر .

-الأخذ بعين الاعتبار نتائج الفحوصات الجسمية، البصرية، السمع، النطق، اللغة، أسلوب التعلم، الدافعية، التكيف، القدرات، الخبرات السابقة و التحصيل الأكاديمي السابق..

-تحديد قدرة المتعلم على الحركة والتنقل .

-مراجعة التعريفات والإجراءات التي تخص التقييم التربوي للمعاقين بصرياً، والتحقق من مدى تطبيق تلك الإجراءات والحصول على المعلومات المطلوبة .

-مراجعة جميع البيانات التي يجب أن تستخدم لتحديد ما إذا كان المتعلم معاقاً أم لا(ماجدة السيد، ص150) .

6- طرق التحصيل اللغوي عند المعاقين بصرياً:

يرى الخبراء أن العمر العقلي المناسب لمباشرة القراءة هو ما بين السادسة والسادسة والنصف من العمر، إلا أنه ولأسباب بيئية وبيولوجية، يوجد أطفال كثيرون لا يطابق عمرهم العقلي عمرهم الزمني، مما يوجب تمييزهم واتخاذ الإجراءات اللازمة لأجل مساعدتهم على بلوغ النضج العقلي المناسب، كتزويدهم بالمؤثرات والخبرات المناسبة(حنا غالب، ص404)

فالمتعلم قبل أن يباشر عملية القراءة، يجب أن يختبر ما يحيط به من محسوسات بيئته اختباراً شخصياً مباشراً، من خلال محاكاته لبيئته الطبيعية والاجتماعية، فيستلهم منها بعض الظواهر كالأصوات -مثلاً-، وحينئذ فقط يمكنه أن يباشر سعيه وراء اكتساب الرموز المناسبة للتعبير عن المعاني المكتسبة، فيكون بذلك قاموس ألفاظ سمعية نطقية، ويستعملها استعمالاً صحيحاً في التعبير الشفهي. يكون هذا " القاموس السمعي عبارة عن مجموع الألفاظ الصوتية التي يدركها المتعلم عند إصغائه إليها، ويكون القاموس النطقي عبارة عن مجموع الألفاظ الصوتية التي يستطيع أن يعبر بها تعبيراً شفهياً صحيحاً عن معانيه" (حنا غالب، ص404) .

هذا عن التعليم بصفة عامة، أما عند المعاقين بصرياً فلا شك أن الأمر يختلف، بل نلمس هذا الاختلاف في أوساط المعاقين بصرياً أنفسهم، ذلك أن طرق التحصيل اللغوي تختلف من طفل لآخر، حسب البيئة اللغوية التي ترعرع في أحضانها، وطبيعة الإعاقة البصرية؛ فمنهم المعاق كلياً، أي بالولادة، ومنهم المعاق بالاكتساب، فهذه الفروق تؤثر تأثيراً مباشراً على طرق اكتساب اللغة .
والمؤكد منه، في كل الحالات، أن عملية اكتساب اللغة تمر بمرحلتين أساسيتين هما:

أ/مرحلة ما قبل المدرسة:

تتبنى الأسرة في البدء تلقين أبنها اللغة في مراحلها الأولى، كالمناغاة، ثم تليها مرحلة التقليد والمحاكاة. وتغلب على هذه المراحل الطريقة الشفوية، وذلك بواسطة انتقال الأصوات في شكل ألفاظ من مقطع أو مقطعين إلى ثلاثة مقاطع، تلتقطها الأذن بواسطة السماع .

يشارك في المرور بهذه المرحلة الكفيف والمبصر، ويتساويان بشرط أن تقوم أسرة المعاق بصرياً بوظيفتها كاملة دون تقصير أو إهمال، وخاصة حين يتعلق الأمر بفاقد البصر كلياً؛ فقد أثبتت الدراسات أن تخلي الأسرة عن رعاية ابنها المعاق بصرياً، من شأنه أن يدفع بهذا الطفل إلى التوقع والعزلة عن العالم الخارجي، مما يفقده القدرة على تعلم اللغة في مرحلتها الأولى، بعكس المعاق إعاقة مكتسبة، أو ما يسمى بضعيف البصر، فهو يعتمد على بقاياه البصرية في الحركة والتنقل داخل البيت وخارجه، والاحتكاك بمحيطه الخارجي، مما يتيح له تلقي أكبر عدد من الألفاظ ومعرفة أصواتها خاصة في مرحلة التقليد اللغوي ومرحلة المحاكاة، فيصبح رصيده اللغوي ثرياً بفضل هذه الممارسات اتجاه الأسرة والمحيط والطبيعة والحيوانات بتنوع أصواتها. فهذه العوامل الذاتية والبيئية جملة الأثر البالغ في اكتساب اللغة

ب/مرحلة التلقين المدرسي:

تعتمد المرحلة الأولى من تعليم المعاق بصرياً على السماع بغية إكسابه رصيذاً من الألفاظ الجديدة. ويتم ذلك -عادة- من خلال الأناشيد والقصص والأشرطة التعليمية المخصصة لهذا الغرض وتستخدم فيها على وجه الخصوص:

ب1/طريقة التعلم بالنماذج الحية:

يستخدم المعلمون الأشكال البارزة لإيصال معاني الكلمات، وتدريب المتعلمين المكفوفين على التحكم في مخارج الحروف وأصواتها، وإظهار دلالات الكلمات باستحضار المجسمات كنماذج يتعرف عليها المتعلم. وهذه مقارنة دلالية لتقريب المفاهيم من الأذهان.

ب2/استعمال ما تبقى من القدرة البصرية:

يُقصد بذلك تنمية مهارة ما تبقى لدى المعاق بصرياً من قدرة بصرية، إذ في إمكان نسبة من المعاقين بصرياً قراءة الكلمات المطبوعة بالقدرة البصرية المتبقية لديهم. ويتم ذلك باستخدام النظارات المكبرة (ماجدة السيد، ص168) . أما بالنسبة للكتابة، فمن الضروري لضعيف البصر أن يتعلم الكتابة اليدوية، وأن يعتمد عليها بشكل أساسي في تحصيله المدرسي، ولكن باستخدام الأقلام ذات الخط الأسود الغامق الكبير والورق ذي اللون البرتقالي أو الأصفر الفاتح والسطور الواضحة المتباعدة.

ب3/الاستماع وأجهزة التسجيل:

وهي من الروافد السمعية التي يستخدمها المعاقون بصرياً في تسجيل المواضيع الدراسية والاستماع إليها، بالإضافة إلى استخدامها في تسجيل الأسئلة والإجابة عليها، وفي أداء الواجب المدرسي كالمطالعة والتعبير وغيرها من الأنشطة المدرسية.

ب4/طريقة برايل:

وهي الكتابة والقراءة باستخدام لغة الرمزية، أو ما يسمى بالخط البارز أو اللغة الاصطناعية. وهي طريقة تقوم على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة التي تشكل بدلاً لتلك الحروف الهجائية. وتعتبر الخلية هي الوحدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة، حيث تتكون الخلية من ست نقاط، بين نقطة وأخرى توجد مسافة قصيرة . وترقم النقاط بالشكل التالي: 1، 2، 3 عمودياً من الجانب الأيسر، وباقي الأرقام 4، 5، 6 عمودياً من الجانب الأيمن .

ترمز النقاط داخل الخلية إلى حروف، أو أرقام، أو رموز لغوية، أو رياضية. ويتحدد ذلك بعد هذه النقاط وطريقة توزيعها داخل الخلية؛ فالنسبة للحروف، توزع النقاط في الخلية الواحدة على الأرقام من 1 إلى 6، فعلى سبيل المثال، يُكتب الحرف " لام" بالضغط على النقط (1-2-3)، أما الحرف " واو" فيكتب بالضغط على النقاط (2-4-5-6)، وتكتب " الألف" بالضغط على النقطة الأولى فقط؛ كما أن للهمزات والمدات علامتها الخاصة بها .

أما في يخص الأعداد فيجب استعمال خليتين متتاليتين تعبر الأولى على ما يسمى بـ " علامة العدد "، وتتكون من النقاط: (3-4-5-6)، أما الخلية الثانية فتشير إلى العدد المناسب، فمثلاً يُكتب العدد " 1" بتشكيل علامة العدد تليها خلية بنقطة " 1" وهلمّ جرّاً .

وفي ما يخص الرموز اللغوية، فمنها ما هو خاص بالحركات الإعرابية، والشدة، وعلامات التنقيط، وعلامة الشعر... أما الرموز الرياضية فهي عبارة عن علامات حسابية كالزائد+ " والناقص"- وعلامة " = تساوي"، وأصغر <، وما إلى ذلك مما يحتاجه المتعلم. فكل رمز أو علامة من تلك الرموز والعالمات تناسبها خلية أو خليتين تتشكل من مجموعة من النقاط بترتيب معين.

الفصل الخامس المعاقين

سمعيًا

رابعاً: الإعاقة السمعية

- مفهوم الإعاقة السمعية:

من أهم الحواس التي يتصل بها بعالمه الخارجي نجد حاسة السمع انطلاقاً من عالمه الذاتي الذي يعيش فيه بغية إدراك مختلف المعارف والخبرات التي يسعى إليها أو تصادفه فحاسة السمع من أهم الحواس التي تشكل جزءاً كبيراً من عملية الاتصال والتواصل فبدون هذه الحاسة يصعب على الإنسان قضاء مختلف حاجاته وبلوغ طموحاته بل صعوبة تكوين هذه الطموحات والتطلع إلى كل ما هو مطلوب. فنجد أن مصطلح القصور السمعي (hearing impairment) يطلق على من يعاني من مشكلة في السمع سواء كانت تلم المشكلة حادة أو محدودة أو مؤقتة ولكن توحيد مصطلحات أكثر تحديداً وتشخيصاً لتلك الإعاقة فمنها الصم وضعاف السمع والصم الجزئي (hard hearing) (النواصرة، 2006، ص174).

2- تصنيف الإعاقة السمعية: (حسب العمر، الموقع والشدة)

2-1- حسب العمر:

أ- الصم قبل اللغوي:

(perilingual Deafness) وهو الصم الذي يحدث قبل تعلم الكلام أو مرحلة تعلم اللغة وقد يكون ولادياً أو مكتسباً في مرحلة عمرية مبكرة وبالتالي عدم سمع الكلام من هذه المرحلة يعني عدم مقدرة الطفل على التقليد والكلام مع الآخرين .

ب- الصم بعد اللغوي:

(postlingual deafness) وعادة يسمى هذا بالصم المكتسب حيث يحدث في مرحلة عمرية لاحقة وقد يحدث فجأة وتدرجياً وبالتالي فقدان الأني للسمع أو التدريجي ويؤثر على الأشخاص من النواحي النفسية وهذا لفقدانهم التواصل السمعي مع الآخرين وفهم كلامهم .

2-2- حسب موقع الإصابة:

*الإعاقة السمعية التوصيلية (conductive hearing loss) أقصاها 60 ديسبل وهي إعاقة ناتجة عن خلل في الأذن الخارجية أو الوسطى (الصوان، قناة الأذن الخارجية، غشاء الطبلة، العظام الثلاث) والذي يحد من نقل الموجات أو الطاقة الصوتية إلى الأذن الداخلية .

*الإعاقة السمعية الحس عصبية: (Sens Cerveural Hearing loss) وهي ناتجة عن خلل في الأذن الداخلية أي في العصب السكعي أي خلل في القوقعة أو الجزء السمعي من العصب القحفي الثامن

فمن الصفات المميزة لهذا النوع هي اضطراب نغمات الصوت وكذلك ازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي وغير منتظم كما يصبح الصوت مشوشاً.

*الإعاقة المختلطة :

(Mixed Hearingloss) وهنا الإصابة تكون إعاقة توصيلية وإعاقة حس عصبية في الوقت

نفسه .

*الإعاقة المركزية:

(Central Hearingloss) وتنتج عن أي اضطراب في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو

في المراكز السمعية للدماغ . (الخطيب، 1998م، ص26-30)

2-3- حسب شدة فقدان للسمع:

*الإعاقة السمعية البسيطة جداً (Sliglent)

*الإعاقة السمعية البسيطة (Mild)

*الإعاقة السمعية المتوسطة (Moderrate)

*الإعاقة السمعية الشديدة (Severe)

*الإعاقة السمعية الشديدة جداً (Profound)

تقاس نسبة خسارة السمع بوحدة " الديسبل " كما هو موضح في الجدول رقم (01) (الخطيب، 1998، 33) .

الجدول رقم (01): نسبة خسارة السمع بوحدة " الديسبل "

مستوى الإعاقة حسب شدة فقدان السمع	مستوى الخسارة السمعية بالديسبل
بسيطة جداً	من 20 إلى 40
بسيطة	من 41 إلى 55
متوسطة	من 56 إلى 70
شديدة	من 71 إلى 90
شديدة جداً	أكثر من 90 .

2-4- تصنيف آخر للصم:**الصمم العصبي:**

ويحدث تحت تأثير الأذن الداخلية، العصب السمعي أو مركز السمع بالمخ بالمرض أو الإصابة فيحدث قصور في توصيل الصوت بين الأذن الداخلية والمخ .

الصمم التواصلي:

وحدث تحت تأثير إصابة مرض يؤثر على الكفاءة الوظيفية للأذن الوسطى أو الخارجية وقد يحدث هذا النوع تحت تأثير الإصابة بنقبة في طبلة الأذن كذلك إصابة عظام الأذن الوسطى، الانسداد، الالتهابات للأذن الوسطى... الخ (النواصرة ،2006،ص175)

3-أسباب الإعاقة السمعية:

تصنف العوامل المسببة للإعاقة السمعية تبعاً لأسس مختلفة من بينها طبيعة هذه العوامل (وراثية، مكتسبة) وزمن حدوث الإصابة(قبل الميلاد، أثناء الميلاد، وبعد الميلاد) وموضع الإصابة (في الأذن الخارجية، الأذن الوسطى والأذن الداخلية) .

3-1 العوامل الوراثية:

كثيراً ما تحدث الإعاقة السمعية الكلية أو الجزئية نتيجة انتقال بعض الصفات الحيوية أو الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهم عن طريق الوراثة ومن خلال الكروموزومات الحاملة لهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي ويقوى احتمال ظهور هذه الحالات مع زواج الأقارب الذين يحملون تلك الصفات، حيث تظهر الإصابة بالصمم الوراثي منذ الولادة (صم أو ضعف السمع الولادي) أو بعدها بسنوات حتى سن الثلاثين أو الأربعين كما هو الحال في مرض تصلب عظمة الركاب لدى الكبار مما يتعذر معه انتقال الموجات الصوتية للأذن الداخلية نتيجة التكوين الغير سليم والاتصال الخاطئ لهذه العظمة بنافاذة الأذن الداخلية ومرض ضمور العصب السمعي .

3-2-العوامل الغير وراثية(المكتسبة):**أ-إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض (قبل الولادة):**

من أهم الإصابات الخطيرة التي لها تأثير مباشر على حالة الجنين الصحية إصابة الأم الحامل بفيروسات كالحصبة الألمانية والزهري والأنفلونزا الحادة إضافة إلى أمراض أخرى تؤثر على نمو الجنين بشكل غير مباشر وعلى تكوين جهازه السمعي كمرض البول والسكري .

ب-تعاطي الأم بعض العقاقير:

يؤدي تعاطي الأم أثناء فترة الحمل بعض العقاقير دون استشارة الأخصائي إلى إصابة الجنين ببعض الإعاقات كالتخلف العقلي والإعاقة السمعية فضلاً عن التشوهات التكوينية ومن بين العقاقير "

التاليدوميد" و " الأسترتوماسين" وأنواع أخرى من العقاقير قد تستخدم لمدة طويلة كالأسبرين وعلاج الروماتيزم..

3-3 عوامل ولادية: (أثناء الولادة)

وترجع هذه العوامل إلى ظروف عملية الولادة وما يترتب عنها للوليد، ومن الولادات العسيرة أو الطويلة حيث يمكن أن يتعرض معها الجنين لنقص الأكسجين مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية وإصابته بالصمم وكذلك الولادات المبكرة قبل اكتمال قضاء الجنين سبعة أشهر على الأقل في رحم الأم مما يعرضه للإصابة ببعض الأمراض لنقص مناعته وعدم اكتمال نموه. (بطرس، 2010، ص174-175).

ج- إصابة الطفل ببعض الأمراض: (بعد الولادة)

غالباً ما تؤدي إصابة الطفل خصوصاً في السنة الأولى من حياته ببعض الأمراض إلى الإعاقة السمعية ومن بين هذه الأمراض الحميات الفيروسية والميكروبية كالحمى المخية الشوكية أو الالتهاب السحائي والحصبة والتيفويد والأنفلونزا والحمى القرمزية ويترتب على هذه الأمراض تأثيرات مدمرة في الخلايا السمعية والعصب السمعي وهناك أنواع أخرى من الأمراض تؤدي لظهور مشاكل عديدة كالتهاب الأذن الوسطى الذي يشعب بين الأطفال في سن مبكرة وأورام الأذن الوسطى أو تكسد بعض الأنسجة الجلدية بداخلها ويتأثر الجهاز السمعي لدى الطفل نتيجة لوجود بعض الأشياء الغريبة داخل الأذن في القناة السمعية مما يؤدي إلى انسداد الأذن فلا تسمح بمرور الموجات الصوتية بدرجة كافية أو يؤدي إلى وصولها مشوهة إلى طبلة الأذن .

د- الأطفال الذين ولدوا بدون حاسة السمع:

الطفل الذي لا يمكنه سماع أية أصوات لا يمكنه التكلم فهو لا يسمع كلام الناس ولا يعلم أن الناس يستعملون كلمات في تواصلهم ببعضهم البعض .

3-4 أسباب أخرى مختلفة:

***الصم الناتج عن الحوادث والصدمات:** مثل السقوط على الرأس وحوادث انشقاقات في العظم الصدغي الذي يحدث تشوه في بنيات الأذن الداخلية مما يعيق وظيفتها

***التعرض لأصوات قوية:** مثل الانفجارات القوية المفاجئة القريبة الأذن .

***الضجيج الناتج عن المصانع:** والذي يتعرض له عمال الورشات والذي يؤدي إلى الصم المهني .

***الكبار والشيخوخة:** أي نقص عدد الخلايا الهديبية وتباطؤ حركات العظام مع زيادة سمك غشاء الطبلة .

4- أعراض الإعاقة السمعية:

للتعرض على أمراض إعاقة الأصم فلا بد من التعامل معه أو بالملاحظة الدقيقة لبعض السلوكيات التي ترتبط بطبيعة ومتطلبات هذه الإعاقة .

4-1- ومن أهم هذه الأعراض نجد:

* عدم قدرة الطفل على النطق والكلام في التوقيت المناسب رغم أن النمو الجسمي والحركي ينمو بمعدلات طبيعية .

* القصور في تفهم واستيعاب كلام الآخرين .

* عدم الاستجابة للمتغيرات الصوتية المختلفة الشدة وعدم تمييز الأصوات بشكل عام.

* الإخفاق في تحديد مصدر واتجاه الصوت .

* تكرار طلب إعادة الحديث أو الكلمات المحدودة .

* الميل إلى المحاكاة سواء أثناء الرياضي أو في اليوم الدراسي فينتظر حركات زملاء أثناء النشاط البدني ليفعل مثلهم .

5- طرق وقياس وتشخيص القدرة السمعية:**1- طريقة الساعة (Wetch Test):**

لمعرفة مدى سماع الطفل دقائقها وعلى أي بعد أو مسافة يستطيع سماع دقائقها .

2- طريقة الهمس (Whispering Test):

نستعمل الهمس أمام الطفل أو خلفه لمعرفة مدى حدة السماع لدى الطفل .

3- الطريقة العلمية:

وغالبا ما يقوم بها أخصائي في قياس القدرة السمعية ونحد منها:

الأوديومتر الفردي أو الجماعي (Audiometer): ويتم قياس قصور السمع عن طريق الذبذبات التي تقاس بالديسبل

* طريقة القياس السمعي الدقيق (purtone-Audiometry)

* طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech-Audiometry)

طريقة تعتمد على استخدام مقياس (وينمن) للتمييز السمعي: (بطرس، 2010، ص176)

6- أساليب التواصل مع الأصم:

-الأسلوب الشفوي: بالكتابة أو القراءة

الإشارات اليدوية:

تتمثل في وضع اليدين على الأنف أو الفم أو الجديرة أو الصدر للتعبير عن طريقة مخرج الحروف من الجهاز الصوتي .

-قراءة الشفاه:مراقبة حركة الشفاه

-لغة التلميح: استخدام حركات اليد بمقربة الفم

-الحدية الأصابع الإشارية: تمثيل وضعيات الأصابع واليدين حرفاً من الحروف الأبجدية.

-طريقة اللفظ المنعم: وتستخدم فيه تعبيرات الجسم مثل الإيماءات وملح الوجه والإيقاع والنبرة مع خروج

الأصوات ويعتمد على استغلال البقايا السمعية عن طريق أجهزة خاصة معينة .

طريقة الاتصال الشامل (الكلي):

استخدام كل الطرق من حركات وتعبيرات وكتابة وأجهزة تسهيل عملية الاتصال

لغة الإشارة:وتعتمد على الإشارات والإيماءات وحركات الجسم التعبيرية والتي توضح لها الأفكار كحركات

الكتفين وتعبيرات الوجه والتعبيرات اليدوية (عوض الحربي، 2003، ص78) .

7-الخصائص والحاجات الجسمية والعقلية والمعرفية للصم:

*سرعة النسيان وصعوبة الاحتفاظ بالمعلومات والتوجيهات .

* تشتت الانتباه وصعوبة الإدراك للمؤثرات اللفظية المحددة .

*بطئ وتباين سرعة تعليمهم.

*انخفاض دافعيتهم ومقدرتهم لمواصلة التعلم خلال فترات طويلة فهم بحاجة إلى التعزيز المستمر وتنويع

الأنشطة القصيرة .

*تدني مستوى تحصيله الدراسي لتأخر النمو العقلي بنسبة تقدر بحوالي ثلاث سنوات عن مستوى نظيره

العادي .

*ميله إلى الانضواء والعصبية والعدوانية أحياناً .

*شعوره بنقص الاعتماد على النفس وقد يتجنب التفاعل مع الآخرين لنقص وتأخر نضجه الاجتماعي

* سرعة الاستشارة العصبية والإحباط لكثرة الفشل والخوف من العقاب.

* التبعية والاعتماد الشديد على الآخرين .

* كبت المشاعر والانفعالات لانعقاد اللسان والميل إلى الانسحاب

* الاندفاع والتسرع لعدم وضوح أحكام الخطط والحركات

* العناد والإصرار على تلبية حاجياته

* التشكيك في الذات خاصة أثناء المراحل الانتقالية من الطفولة إلى المراهقة .

8- حاجات المعوقين سمعياً:

* التدريب السمعي للاستفادة من بقايا الحالة السمعية، وتنمية القدرة على التمييز بين الأصوات .

* تعلم لغة الإشارة وتدريبهم على النطق لتنمية مهارات قراءة الشفاه وإخراج الأصوات

* الدعم النفسي لخفض مستويات القلق، والدمج مع أقرانهم العاديين في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والتعليمية والثقافية، ومواصلة التعليم الجامعي .

* حاجات تعليمية تتمثل في إجراء بعض التعديلات في المناهج مزودة بالرسوم والإيضاحات * تفهم المحيطين بهم لخصائصهم ولغتهم وتقبلهم كالعاديين. (حنفي، 2007، ص107)

* تعديلات بيئية الفصل من حيث الإضاءة التهوية، عدد الطلاب، موقع الطالب... الخ

9- الخصائص السلوكية والتعليمية للمعاقين سمعياً:

إن أصحاب الإعاقات السمعية لا يمثلون فئة متجانسة حيث إن لكل فرد خصائصه الفردية وترجع مصادر الاختلاف إلى نوع الإعاقة وعمر الفرد عند الإصابة بها وشدة الإعاقة وسرعة حدوثها ومقدار العجز السمعي وكيف يمكن إصلاحه واستثمار ما تبقى منه ووضع الوالدين السعي وبسبب الإعاقة والفئة الاجتماعية والاقتصادية التي تتصف بها أسرته وغيرها ولهذه الإعاقة تأثير ملحوظ على خصائصه النمائية المختلفة لأن مراحل النمو مترابطة ومتداخلة وفيما يلي شرح لهذه الخصائص:

9-1 الخصائص اللغوية:

يعتبر النمو اللغوي أكثر مظاهر النمو تتأثر الإعاقة السمعية، فالإعاقة السمعية تؤثر سلباً على جميع جوانب النمو اللغوي إذ يشير مصطلح الطفل الأصم والأبكم (The Dead Mute Child) إلى

ارتباط ظاهرة الصم بالكم إذ يؤدي الصم بشكل مباشر إلى حالة البكم أو خاصة لذوي الإعاقة السمعية الشديدة وهذا يعني أن هناك علاقة طردية واضحة بين درجة الإعاقة السمعية من جهة ومظاهر النمو اللغوي من جهة أخرى وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الشخص المعاق سمعياً مظاهر النمو اللغوي الطبيعية ومع أن الأطفال ذوي السمع العادي يتعلمون اللغة والكلام دون تعلم مبرمج، فالمعاقون سمعياً بحاجة إلى تعلم اللغة سواء كانت إشارات أو قراءة الشفاه والرد عليها .

الجانب التطيقي

الفصل الأول

الإجراءات الميدانية

للدراصة

الإجراءات الميدانية:

تمهيد :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية تمهيدا لأي بحث ميداني فهي تساعد الباحث على تطبيق أدوات بحثه كما يهدف الجانب التطبيقي إلى ترجمة ما هو موجود في الجانب النظري إلى بيانات إحصائية أخذت من مجتمع الظاهرة المدروسة، يتم تحليلها وتفسيرها بما يتماشى والمعطيات النظرية وتم التطرق في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الاستطلاعية .

1-الدراسة الاستطلاعية :

هي مرحلة مهمة في البحث وذلك لارتباطها بالميدان ، فمن خلالها تتحقق جملة من الأهداف تيسر طريقنا في الدراسة الأساسية ومعرفة العوائق والتفاصيل قبل البدء فيها .

2-أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى جملة من الأهداف من بينها ما يلي :

استكشاف ميدان الدراسة الأساسية بصورة عامة

معرفة الصعوبات التي تواجهنا أثناء التطبيق ومحاولة ضبطها وتجاوزها أثناء تطبيق الدراسة الأساسية .

دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات المقياس .

ضبط متغيرات الدراسة .

جمع المعلومات الضرورية للدراسة .

التأكد من جدوى الدراسة التي يرغب الطالب الباحث القيام بها.

توفر الفرصة للطالب الباحث لتقويم مدى مناسبة البيانات التي يحصل عليها للدراسة ، كما يتأكد من

صلاحية الأدوات التي يستخدمها لهذه الدراسة .

تمكن الدراسة الاستطلاعية الباحث من إظهار مدى كفاية إجراءات الدراسة والمقياس التي اختيرت لقياس

المتغيرات .

2- منهج الدراسة:

بما أن نمط الدراسة وصفية استطلاعية تهدف إلى استطلاع و اكتشاف دور النشاط البدني المكيف في تقبل وتقدير الذات لدى المعاقين ومن اجل الوصول إلى الأهداف المسطرة للدراسة تم اختيار المنهج الوصفي لأنه المناسب للدراسة الحالية

3- حدود الدراسة : اقتصرت الدراسة على الحدود والمجالات التالية:

المجال البشري : تم إجراء هذه الدراسة على عينة من أفراد المعاقين على مستوى ولاية -مسيلة.

المجال الزمني : تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الدراسي 25 فيفري 2021/2020.

المجال البشري : تم إجراء هذه الدراسة في مراكز المعاقين حركيا وسمعيًا وبصريًا على مستوى ولاية المسيلة.

4- مجتمع الدراسة:

بعد وضع الحدود البشرية والزمانية والمكانية للمجتمع الأصلي الذي يشمل أفراد المعاقين قدر عددهم حوالي 70 فرد حيث يمثلون المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة .

5- عينة الدراسة الاستطلاعية :

بعد تحديد مجتمع الدراسة تم اختيار عينة استطلاعية بلغت 42 فرد ووزعت عليهم أدواتي الدراسة واعتمدت أثناء حساب الخصائص السيكومترية

-تتوزع عبارات المقياس إلى أبعاد، ويحتوي كل بعد على جملة من الفقرات والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (01):

أبعاد المقياس والعبارات الموافقة له:

أبعاد مقياس تقدير الذات	الذات الجسمية والمظهر العام	الذات العقلية والأكاديمية	الذات الاجتماعية والترويحية	الذات الأسرية	الذات الشخصية والثقة بالنفس
رقم العبارة	15-10-5-	11-6-1-	12-7-2-	13-8-3-	14-4-9-

-19-17	28-23-18	-22-16	-26-21	25-20	
-29-24		-31-27	33-30		
35-32		-36-34			
		39-38-37			
09	06	-12	07	05	المجموع

وصف المقياس:

1- مقياس تقبل او تقدير الذات:

عبارة عن مقياس موضوعي لقياس درجة تقدير الذات حيث اعتمده العديد من الباحثين في مجال علم النفس وذلك في مختلف البيئات العربية، ولكون فقرات المقياس ذات طبيعة موجبة وأخرى سالبة كان لزاماً على المفحوص أن يقرأها بتمعن، حيث يمكن تطبيق المقياس فردياً أو جماعياً، وعلى المجيب أن يجب على كل عبارة بوضع علامة X في الخانة الموجبة أمام كل عبارة التي يراها تنطبق عليه أو لا تنطبق (فاروق عبد الفتاح، 1902، ص 29) حيث اعتمدنا في دراستنا على مقياس تقدير الذات للدكتور عبد الرحمان صالح الأزرق والذي اعتمد في استقصائه على:

مقياس تقدير الذات: من إعداد حسن دريين، محمد سالمة 1984

مقياس مفهوم الذات لحامد زهران

اختبار تقدير الذات لطلاب الجامعة محمود عبد الحميد المنسي

اختبار روزنبرغ لتقدير الذات 1979

وقد توصل الدكتور عبد الرحمان صالح الأزرق للصورة النهائية لهذا المقياس الذي يشمل في صورته على تسعة وثلاثين 39 عبارة صيغت في مجال تقريرية بما يحس ويشعر به المستجيب، نصفها سالب والنصف الآخر موجب، موزعة على خمس أبعاد والتي من خلالها تم صياغة الفرضيات الجزئية المذكورة سابقاً، وتتمثل هذه الأبعاد في:

الذات الجسمية والمظهر العام

الذات العقلية والأكاديمية

الذات الاجتماعية والترويحية

الذات الأسرية

الذات الشخصية والثقة بالنفس

تم اختيار عينة الدراسة من مجتمع أصلي قدر بـ 70 فرد حيث بلغ حجم العينة الأساسية 42 فرد من فئة المعاقين ، واختيروا بطريقة عشوائية.

7- أدوات الدراسة:

بعد اطلاعنا على الدراسات السابقة

10- الوسائل الإحصائية :

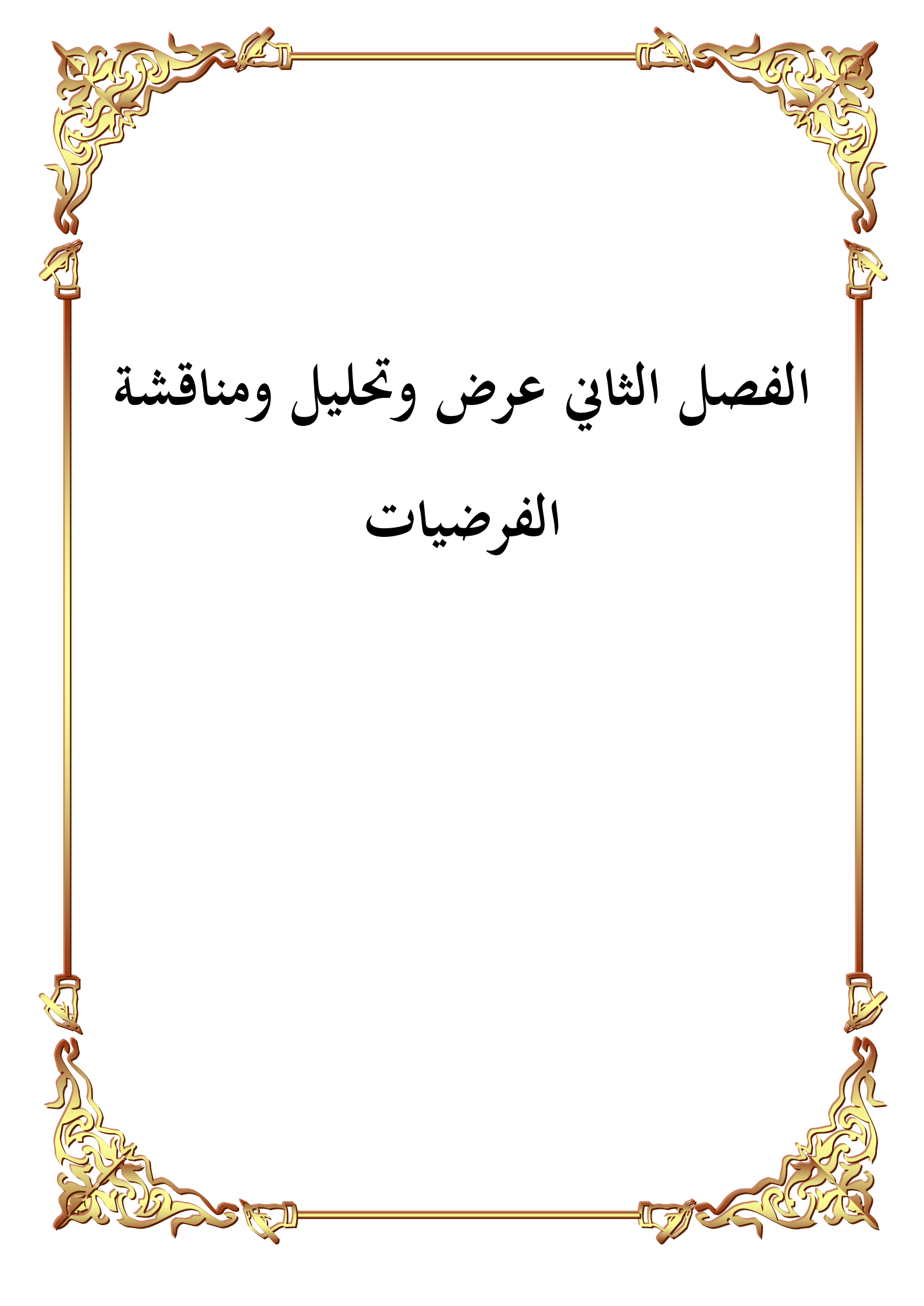
اعتمدت على مجموعة من الوسائل الإحصائية لمعالجة البيانات وإظهار النتائج وفيما يلي عرض

لتلك الوسائل:

1- استمارة استبيان وهي مجموع الأسئلة التي تحدد لنا نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها في الأخير وهي من ضمن الأساليب المستخدمة بكثرة خاصة في هذا المجال

خلاصة :

تطرقنا في الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال تبني المنهج المناسب ، وكذلك حصر لمجتمع الدراسة لاختيار عينة الدراسة الأساسية ، كما تم إجراء دراسة استطلاعية بهدف التأكد من صلاحية أدوات الدراسة للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية وحساب خصائصها السيكومترية ، والتي تتمثل في الصدق والثبات حيث تبين بعد تطبيق أدوات الدراسة على العينة الاستطلاعية صلاحية الأدوات للتطبيق في العينة الدراسة الأساسية، كما تمت الإشارة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة الفرضيات التي سوف يتم عرضها ومناقشتها في الفصل اللاحق .



الفصل الثاني عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات

-عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية على أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العلاقة بين النشاط البدني المكيف وتقدير الذات لدى المعاقين. لدى أفراد عينة الدراسة. وللتحقق من صحة هذا لفرض استخدم تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للكشف عن قيم معامل لارتباط بين المتغيرين والجدول رقم (1111) يوضح نتائج ذلك.

الجدول رقم (01): يوضح مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد النشاط البدني المكيف والدرجة الكلية وأبعاد تقدير الذات والدرجة الكلية

متغيري الدراسة	الذات الجسمية	الذات العقلية والاكاديمية	الذات الاجتماعية والترويحية	الذات الاسرية	الذات الشخصية الثقة بالنفس	تقدير الذات
بعد الاستقلالية	R	0,484**	0,578**	0,686**	0,726**	0,689**
	SIG	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	42	42	42	42	42
بعد الانتماء	R	0,711**	0,657**	0,774**	0,590**	0,803**
	SIG	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	42	42	42	42	42
بعد الكفاءة	R	0,587**	0,605**	0,604**	0,586**	0,690**
	SIG	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	42	42	42	42	42
النشاط البدني المكيف	R	0,652**	0,666**	0,747**	0,628**	0,791**
	SIG	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	42	42	42	42	42

* دال عند مستوى الدلالة 0,05.

** دال عند مستوى الدلالة 0,01.

تشير نتائج الجدول أعلاه الى ما يلي:

1- وجود علاقة موجبة وقوية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للنشاط البدني المكيف والدرجة الكلية لتقبل الذات حيث بلغت قيمة العلاقة بين المتغيرين ($0,791^{**}$) عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$).

2- وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد النشاط الرياضي (الاستقلالية/الانتماء/الكفاءة) والدرجة الكلية لتقبل الذات حيث بلغت قيم العلاقة على التوالي: ($0,689^{**}/0,803^{**}/0,690^{**}$) حيث جاءت قيم معاملات ارتباطها مع الدرجة الكلية لتقدير الذات دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)

وعليه نستنتج تحقق الفرضية البحثية التي نصت على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين النشاط الرياضي وتقدير الذات لدى المعاقين .
وعليه كلما ارتفعت الدرجة الكلية لممارسة النشاط البدني المكيف أي كلما زاد تحقيق تقبل الذات لدى المعاقين كلما ارتفع معه مستوى تقدير الذات .

2- ينص الفرض الثاني على: أن " مستوى تقبل الذات للمعاقين مرتفع.. وللتأكد من هذه الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعيار الحكم للتعرف على مستوى تقدير الذات لدى المعاقين ، وفيما يلي وصف نتائج استجابات أفراد العينة على المتغير فكانت النتائج كالاتي:

جدول رقم (02) يوضح المتوسطات الحسابي والانحراف المعياري ومعيار الحكم لاستجابات أفراد العينة

على مقياس تقدير الذات

المستوى	المجال	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		المتغير
متوسط	11.66- 8.33]	2,66696	10,0952	42	الذات الجسمية
متوسط	[16.33- 11.66]	2,31442	14,0952	42	الذات العقلية والاكاديمية
متوسط	[28.00- 20.00]	5,03138	22,6190	42	الذات الاجتماعية والترويحية
متوسط	[14.00- 10.00]	2,26574	11,8095	42	الذات الأسرية
متوسط	[21.00- 15.00]	3,52789	16,5714	42	الذات الشخصية الثقة بالنفس
متوسط	[91,00- 65.00]	14,39722	75,1905	42	تقدير الذات

وللتعرف على مستوى تقدير الذات لدى المعاق تم معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من تطبيق الاستبيان على العينة المؤلفة من (42) وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقياس حيث تبين أن متوسط درجات افراد العينة في مقياس تقدير الذات بلغ (75,1905) درجة وبانحراف معياري قدره (14,39722) درجة، وعند اجراء

المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) مع معيار الحكم نلاحظ أن المتوسط المحسوب ينتمي الى [من 65,00-91,00]، أي المجال المتوسط.

وعليه نستنتج أن مستوى تقدير الذات لدى المعاق متوسط.

أما بالنسبة لأبعاد مقياس تقدير الذات (الذات الجسمية / الذات العقلية والاكاديمية /

الذات الاجتماعية والترويحية / الذات الاسرية / الذات الشخصية الثقة بالنفس) فقد بلغت

المتوسطات الحسابية على التوالي

(16,5714/11,8095/22,6190/14,0952/10,0952)، وعند اجراء المقارنة بين

المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) مع معيار الحكم نلاحظ أن المتوسطات المحسوبة

للأبعاد الخمسة تنتمي الى المجالات المتوسطة

وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية البحثية التي نصت على أن مستوى تقدير الذات

للمعاقين مرتفع .

وعليه نستنتج أن مستوى تقدير الذات لدى المعاقين متوسط.

النتائج والفرضيات:

دور النشاط البدني الرياضي المكيف في تقبل الذات لدى المعاقين حيث وبعد المعالجة

الإحصائية توصلنا الى بعض الفرضيات

1- عينة الدراسة يؤكدون بأن المسؤول عن النشاط الرياضي في مراكز المعاقين (مركز الأطفال المعاقين سمعيا) أستاذ تربية بدنية متعاقد.

2- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن عدد ساعات النشاط الرياضي في الأسبوع هي أقل من ساعتين.

3- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن البرامج والأنشطة الرياضية المكيفة بالمركز تُطبق حسب توفر الأجهزة والوسائل.

4- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن الأنشطة الرياضية المكيفة الأكثر مزاولة في المركز هي الرياضات الجماعية.

5- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن الأنشطة الرياضية المكيفة تساعد في اندماج المعاق اجتماعيا.

6- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المركز شارك في منافسات جهوية ووطنية.

النتائج:

تتفق نتائج الفرضيات مع ما توصلت إليه دراسة (عزوني سليمان بعنوان " أطفال الصم بين ممارسة النشاطات البدنية والرياضية وتقديرهم لذواتهم 2011) التي أكدت افتقار المراكز الطبية البيداغوجية إلى مرين مختصين في النشاط البدني الرياضي المكيف حيث أوصت الدراسة باقتراح برنامج بدني رياضي مكيف يؤثر إيجابياً على نمو المهارات الحركية الأساسية والمهارات الاجتماعية.

كما توصلت دراسة الدكتور عبد المجيد المطر وآخرون 1996: بعنوان «واقع رياضة المعوقين في المملكة العربية السعودية الى عدم وجود الوعي بأهمية ممارسة الأنشطة الرياضية للمعوقين وهو ما يتجلى في الدراسة الحالية بالتركيز على الرياضات الجماعية فقط وعد إعطاء الوقت اللازم لممارسة الرياضة حيث أكد أفراد عينة دراستنا بأن عدد ساعات النشاط الرياضي في الأسبوع هي أقل من ساعتين. كما أكد أفراد العينة بأن البرامج والأنشطة الرياضية المكيفة بالمركز تُطبق حسب توفر الأجهزة والوسائل وأن الأنشطة الرياضية المكيفة تساعد في اندماج المعاق اجتماعياً وهو ما أكدته العديد من الدراسات السابقة.

التوصيات والاقتراحات:

- 1- ضرورة أن يعمل كل من الآباء والمجتمع بشكل عام، على توفير الأجواء المناسبة لأبنائهم كي يستطيعوا تقبل ذواتهم بشكل سليم.
- 2- أن تعمل الأسرة ومؤسسات المجتمع بشكل عام على تدعيم أفرادها ومساعدتهم على تكوين مفهوم إيجابي عن ذواتهم.
- 3- العمل من قبل الأهل والمدرسين ومؤسسات المجتمع المدني على دعم الأبناء في سبيل تحقيقهم لطموحهم، من خلال مساعدتهم على تخطي ما يواجههم من عوائق ومصاعب في طريق تحقيق ذلك الطموح، بما يساعد في تمتعهم بالصحة النفسية.
- 4- أن تعمل الجامعات على تقديم كل ما يلزم لطلبتها من خدمات تساعد على معرفة إمكانياتهم الحقيقية، وتدريبهم على كيفية وضع الخطط المستقبلية التي تتناسب مع طموحهم، كي يستطيعوا تحقيق ذلك الطموح بشكل سليم .
- 5- قيام الجامعات الجزائرية بتوفير أجواء أكاديمية سليمة وصحية، تساهم في خلق روح التنافس الشريف بين طلابها، وتعمل على تقبل ذواتهم بشكل يعزز من فكرتهم عن ذاتهم، ويساهم في سعيهم بشكل جاد نحو تحقيق آمالهم ورغباتهم المستقبلية .

الخاتمة