

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
تخصص: النشاط البدني الرياضي المكيف

معهد: علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية
قسم: التربية البدنية
رقم:

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

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي
إعداد الطالب: حامدي سفيان

تحت عنوان

واقع النشاط البدني الرياضي المكيف بمراكز
المعاقين بولاية -المسيلة-

دراسة ميدانية على مراكز المعاقين بولاية- المسيلة -

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة.....	اسم ولقب الأستاذ(ة):.....
مشرفا	جامعة.....	اسم ولقب الأستاذ: مجيلي صالح
مناقشا	جامعة.....	اسم و لقب الأستاذ(ة):.....

السنة الجامعية: 2019-2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوَدَّعَةَ
وَالْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوَدَّعَةَ



إهداء

إلى من حملتني وهنا على ومن، 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:

إهداء

شكر وعران

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

مقدمة.....أ-ب-ج

الفصل التمهيدي: إشكالية الدراسة

تمهيد.....05

1- إشكالية الدراسة.....06

2- التساؤلات الجزئية.....06

3- الفرضيات الجزئية.....06

4- أهمية البحث.....06

5- أهداف البحث.....06-07

6- مصطلحات الدراسة.....07-08

7- الدراسات السابقة والمشابهة.....08-12

8- نقد الدراسات المشابهة والسابقة.....12-13

الفصل الأول: النشاط البدني الرياضي المكيف

تمهيد.....15

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

2- النشاط البدني والرياضي في الجزائر.....16-17

3- أسس النشاط البدني والرياضي المكيف.....18-19

- 4-تصنيفات النشاط البدني والرياضي المكيف.....19-21
5- أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف.....21-23
6-أهداف النشاط البدني المكيف.....23-24
7-معوقات النشاط البدني الرياضي المكيف.....24-26
خلاصة الفصل.....27

الفصل الثاني: الإعاقة الذهنية

- تعريف الإعاقة العقلية.....29-

31

- 2-أسباب الإعاقة العقلية.....31
3-انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية.....32
4- العوامل المؤثرة في نسبة حدوث الإعاقة العقلية.....32-33
5- الاتجاهات في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية.....33
6-مناهج وأساليب تدريس المعوقين عقلياً.....33-34
7- المبادئ العامة في تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً.....34
8- الوقاية من الإعاقة العقلية.....35
9- العلاج من الإعاقة العقلية.....35

الفصل الثالث: الإعاقة البصرية

- 1-مفهوم الإعاقة البصرية وتعريفاتها المختلفة.....37-38
2-تعريف الإعاقة البصرية.....38-39
3-أسباب الإعاقة البصرية.....39
4-أنواع الإعاقة البصرية.....40-41
5-الإعاقة البصرية وتأثيرها على النمو العقلي.....41-44
6-طرق التحصيل اللغوي عند المعاقين بصرياً.....44-46

الفصل الرابع: الإعاقة السمعية

- مفهوم الإعاقة السمعية.....48
2-تصنيف الإعاقة السمعية.....48-50

- 3-أسباب الإعاقة السمعية.....51-50
- 4-أعراض الإعاقة السمعية.....52
- 5-طرق وقياس وتشخيص القدرة السمعية.....52
- 6- أساليب التواصل مع الأصم.....53
- 7-الخصائص والحاجات الجسمية والعقلية والمعرفية للصم.....54-53
- 8- حاجات المعوقين سمعياً.....54
- 9-الخصائص السلوكية والتعليمية للمعاقين سمعياً.....55-54

الفصل الخامس: فئة مرضى التوحد

- 1-مفهوم التوحد: " الأوتيزم.....57
- 2-النظريات المفسرة لاضطراب التوحد.....59-57
- 3-العوامل والأسباب التي تؤدي إلى اضطراب التوحد.....61-59
- 4-الخصائص المميزة للأطفال التوحديين.....63-62
- 5-تشخيص اضطراب التوحد.....65-63
- 6-البرامج العلاجية والتربوية المبنية على أسس علمية للأطفال التوحديين.....66-64

الجانب التطبيقي: الإجراءات الميدانية

- تمهيد.....68
- 1-الدراسة الاستطلاعية.....68
- 2- أهداف الدراسة الاستطلاعية.....68
- 3-منهج الدراسة.....69
- 4-حدود الدراسة.....69
- 7-أدوات الدراسة.....69
- 8-الوسائل الإحصائية.....69
- خلاصة.....70

الفصل الثاني: عرض وتحليل النتائج

- عرض وتحليل النتائج.....90-72
- مناقشة الفرضيات.....91-90

93.....خاتمة

99-95.....قائمة المصادر والمراجع

قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الجدول رقم (1) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص72
2	الجدول رقم (2) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص73
3	الجدول رقم (3) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص74
4	الجدول رقم (4) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص76
5	الجدول رقم (5) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص77
6	الجدول رقم (6) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص78
7	الجدول رقم (7) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص79
8	الجدول رقم (8) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص80
9	الجدول رقم (9) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص81

10	الجدول رقم (10) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص83
11	الجدول رقم (11) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص84
12	الجدول رقم (12) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص85
13	الجدول رقم (13) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص86
14	الجدول رقم (14) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال	ص87

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	شكل رقم (1) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص73
2	شكل رقم (2) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص74
3	شكل رقم (3) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص75
4	شكل رقم (4) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص76
5	شكل رقم (5) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص77
6	شكل رقم (6) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص79
7	شكل رقم (7) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص80
8	شكل رقم (8) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص81
9	شكل رقم (9) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	ص82

ص84	شكل رقم (10) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	10
ص85	شكل رقم (11) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	11
ص86	شكل رقم (12) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	12
ص87	شكل رقم (13) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	13
ص88	شكل رقم (14) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة	14

مقدمة

مقدمة البحث

يعتبر ميدان التربية الخاصة أو الإعاقة بشكل عام أحد الميادين الحديثة التي لاقت اهتماماً متزايداً من قبل المختصين والعاملين في هذا المجال. وقد شهد تطور هذا الميدان انطلاقة قوية وسريعة نتيجة لعوامل ومتغيرات اجتماعية عديدة منها عوامل إنسانية وأخلاقية وخاصة نفسية، فالإعاقة تجعل الإنسان مضطرباً نفسياً وجسدياً، لذلك ما يزيد من تدهور حالته فيكتسب مع الزمن سمات مرضية كالحزن، الشعور بالنقص وذلك لاختلافه عن غيره داخل الوسط الذي يعيش فيه فقد يجدانه غير مرغوب فيه بين أسرته حتى وإن بذلت الأسرة وكذلك مربيه داخل المركز ما بوسعهم من أجل إسعاده فهو يقرؤها على أساس الشفقة .

كما عرف الإنسان منذ القدم القيمة الإيجابية للممارسة الرياضية كعلاج للمرض والمعاقين، حيث أن حركة الجسم ذو تأثير فعال في تخفيف الألم، كما أن لها دوراً في علاج كثير من الأمراض في مختلف مراحل العمر للأصحاء والمعاقين، إذ يثبت أنها أحسن وسيلة للاحتفاظ بالصحة واللياقة والقدرة على أداء الأعمال بكفاءة. بدأت المجتمعات منذ الحرب العالمية الثانية في الاهتمام بالمعاقين عندما أصيب ملايين من الأفراد بإعاقات مختلفة نتيجة للحروب، وأصبح هناك ضرورة لتأهيل هؤلاء الأفراد حتى تتلاءم مع قدراتهم ودرجة إعاقتهم، لذلك بدأ الاهتمام بالتأهيل الطبي والاجتماعي المهني للمعاقين وبدأت الحكومات تهتم برعايتهم وتأهيلهم من خلال الهيئات الحكومية والأهلية، وذلك بتوفير العديد من المجالات الرياضية والبدنية .

نجد أن المجال الرياضي خصب بأنشطته المتنوعة حيث يجد المعاق ما يتناسب مع قدراته وإمكانياته، وهناك حقيقة هامة وهي يجب ألا تسبب له الممارسة أي أعراض جانبية تزيد من حالته سوءاً بحيث يصعب علاجه، لذلك يجب أن تتم الممارسة لكل نوع من الإعاقة سوياً، يستفيد المعاق من تأثير الرياضة البدني والنفسي والاجتماعي والحركي، كما ترتبط الرياضة بالجانب الخلفي حينما يحترم اللاعب الخصم والحكم وأصول اللعب، لذلك فهي تؤدي إلى صقل اللاعب وتنمية قدراته (مجلة علمية جوان، 2010، ص29)

وفي وقتنا الحاضر ما فتئ الخبراء والباحثون في ميدان الرياضة والترويح وغرهم يمدوننا بأحدث الطرق والمناهج التاريخية، مستنديين في ذلك إلى جملة من العلوم والأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطه موضوعاً لها، هذا ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطوراً مذهلاً في مجال الترويح من أجل ذلك يأخذ الترويح قيمة وأهمية في الحياة المجتمعات الحديثة، وفي مخططاتها لمستقبل أفضل. إن النشاط البدني الرياضي الترويحي يعد وسيلة ناجحة للترويح النفسي للمعاق فهو يكتسب خبرات تساعده على التمتع بالحياة والتخلص من عقدة الشعور بالنقص والتخفيف من حدة درجة العقل ويتعدى أثر

المهارات الترويحية إلى الاستمتاع بوقت الفراغ في تنمية الثقة بالنفس والاعتماد على ذات الروح الرياضية والعمل والصدقات تخرجه من عزلته وتدمجه وفي المجتمع، فيجب إعطاء الأهمية الكبيرة للنشاط البدني الرياضي الترويحي وذلك للدور الذي يمكن أن يلعبه في التغلب على المشاكل النفسية وقد تضمن البحث ثلاثة جوانب وهي:

الفصل التمهيدي: الذي تناولنا فيه حول تعريف بالبحث مروراً بطرح الإشكالية العامة ثم أهمية البحث وأهدافه بعد ذلك الفرضيات ثم مجالات البحث ثم الدراسات المشابهة

الجانب النظري: تناولنا فيه خمسة فصول حيث تكلمنا في الفصل الأول حول النشاط البدني الرياضي المكيف ثم الإعاقة الذهنية والبصرية ثم مروراً بالإعاقة السمعية و مصابي التوحد .

الجانب التطبيقي: عالجتنا في هذا الجانب ثلاثة فصول حيث تكلمنا في الفصل الأول إجراءات البحث الميدانية ثم الفصل الثاني الذي يتكلم حول عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها، أما فيما يخص الفصل الثالث تكلمنا فيه على بعض الاستنتاجات والاقتراحات ثم انهيينا بحثنا بخاتمة .

الجانب النظري

الفصل التمهيدي

تمهيد:

عرف الإنسان منذ القدم القيمة الإيجابية للممارسة الرياضية كعلاج للمرض والمعاقين، حيث حركة الجسم ذو تأثير فعال في تخفيف الآلام، كما أن لها دور في علاج كثير من الأمراض في مختلف مراحل العمر للأصحاء والمعاقين، إذ ثبت أنها أحسن وسيلة للاحتفاظ بالصحة واللياقة والقدرة على أداء الأعمال بكفاءة. بدأت المجتمعات منذ الحرب العالمية الثانية في الاهتمام بالمعاقين عندما أصيب ملايين من الأفراد بإعاقات مختلفة نتيجة للحروب، وأصبح هناك ضرورة لتأهيل هؤلاء الأفراد حتى تتلاءم مع قدراتهم ودرجة إعاقاتهم، لذلك بدأ الاهتمام بالتأهيل الطبي والاجتماعي المهني للمعاقين وبدأت الحكومات تهتم برعايتهم وتأهيلهم من خلال الهيئات الحكومية والأهلية، وذلك بتوفير العديد من المجالات الرياضية والبدنية .

نجد أن المجال الرياضي خصب بأنشطته المتنوعة حيث يجد المعاق ما يتناسب مع قدراته وإمكانياته، وهناك حقيقة هامة وهي يجب ألا تسبب له الممارسة أي أعراض جانبية تزيد من حالته سوء بحيث يصعب علاجه، لذلك يجب أن تتم الممارسة لكل نوع من الإعاقة سوياً، يستفيد المعاق من تأثير الرياضة البدني والنفسي والحركي، كما ترتبط الرياضة بالجانب الخلفي حينما يحترم اللاعب الخصم والحكم وأصول اللعب، لذلك فهي تؤدي إلى صقل اللاعب وتنمية قدراته.

1- إشكالية الدراسة:

التساؤل العام:

ما واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين ؟

2- التساؤلات الجزئية:

1. ما واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين من حيث المنشآت الرياضية القاعدية؟
2. ما واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين من حيث الوسائل والأجهزة الرياضية؟
3. ما واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين من حيث البرامج الرياضية المطبقة؟

3- الفرضيات الجزئية:

1. مراكز المعاقين تحتوي على المنشآت الرياضية القاعدية المناسبة لممارسة النشاط الرياضي المكيف.

2. مراكز المعاقين لديها الوسائل والأجهزة الرياضية لمزاولة النشاط الرياضي المكيف.

3. مراكز المعاقين بها العديد من البرامج الرياضية المطبقة في النشاط الرياضي المكيف.

4- أهمية البحث:

1- إبراز أهمية النشاط البدني المكيف في إدماج والاعتناء بذوي الاحتياجات الخاصة خصوصاً على الجانب النفسي .

2- دراسة واقع النشاط البدني المكيف في مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة.

3- الكشف عن أسباب عزوف المعاقين من ممارسة النشاط البدني الرياضي .

4- إعطاء صورة على تأثير ممارسة النشاط الرياضي الإيجابي على المعاق من كل الجوانب (البدنية، النفسية، الاجتماعية والتربوية)

5- يعد العمل مع المعاقين قضية إنسانية وخدمة تحتاج إلى وعي دقيقين، حيث يتم من خلالها توجيههم وتقديم لهم يد العون لهم والمساعدة من أجل الانتفاع من مواهبهم وقدراتهم المختلفة، وهنا يبرز دور النشاط البدني الرياضي لتحسين لياقتهم البدنية، وتغلبهم على الآثار النفسية التي تتركها الإعاقة، كما يزيد من راحتهم النفسية وتوافقهم النفسي والاجتماعي.

5- أهداف البحث:

-الهدف العام:

يهدف البحث إلى معرفة واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين بالمسيلة.

الأهداف الجزئية:

1. معرفة واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين من حيث المنشآت الرياضية القاعدية؟
2. معرفة واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين من حيث الوسائل والأجهزة الرياضية؟
3. معرفة واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين من حيث البرامج الرياضية المطبقة؟

6-مصطلحات الدراسة:

تعريف النشاط البدني المكيف لغة:

لغويًا: يقصد بها التمرينات العلاجية في تأهيل المرضى والمعاقين والتي انضمت بشكل عام إلى الجوانب التقليدية ما بعد الحرب العالمية الأخيرة، وخاصة في تأهيل مصابي العمود الفقري والنخاع الشوكي .

اصطلاحًا: هي كل الحركات والتمارين وأنواع الرياضات التي يستطيع ممارستها الفرد المحدود القدرات من الناحية البدنية أو النفسية أو العقلية .

إجرائيًا: هو مجموعة الأنشطة الرياضية المختلفة والمتعددة والتي تشمل التمارين و الألعاب الرياضية والتي سوف أقوم بتوعية الطفل المتوحد في بحثي عمى ممارستها والتي تتناسب وقدراتهم البدنية والاجتماعية العقلية .

تعريف الإعاقة الذهنية لغة:

الإعاقة كلمة مأخوذة من مادة عوق: يقال رجل عوق لا خير فيه، تجمع فيه على أعواق وعاقاة عن الشيء يعوقه عوقاً: صرفه وحبسه، ومنه التعويق والاعتياق: تثبيط الناس عن الخير، وعوائق الدهر: الشواغل، والتعوق: التثبط(ابن منظور، لسان العرب،ص476)، فالمقصود بالإعاقة إذن هو ذلك النقص أو القصور المزمّن، أو العلة المزمّنة التي تؤثر على قدرات الشخص العقلية والذهنية بشكل سلبي .

اصطلاحاً: تعرف الإعاقة الذهنية على أنها حالة من النقص الذهني ناتجة عن سوء التغذية أو عن مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي وقد تكون هذه الإصابة قبل أو بعد أو أثناء الولادة

إجرائياً: تعرف الإعاقة بأنها تأثير سلبي على قدرة العقل وعلى نمو الشخص في اللغة والانفعالات والحركات وسلوكياته العامة، اجتماعياً، ولا يوجد مستوى محدد للإعاقة فمنها الإعاقة الخفيفة والمتوسطة والإعاقة الشديدة .

تعريف الإعاقة البصرية لغة: الإعاقة كلمة مأخوذة من مادة عوق: يقال رجل عوق لا خير فيه، تجمع فيه على أعواق وعاقاة عن الشيء يعوقه عوقاً: صرفه وحبسه، ومنه التعويق والاعتياق: تثبيط الناس عن الخير، وعوائق الدهر: الشواغل، والتعوق: التثبط(ابن منظور، لسان العرب،ص476)، فالمقصود بالإعاقة إذن هو ذلك النقص أو القصور المزمّن، أو العلة المزمّنة 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 الضير، والبصر يأتي بمعنى العلم، وبصرت بالشيء أي علمته

اصطلاحاً: حالة يفقد الفرد فيها القدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية، بما يؤثر سلباً في أدائه ونموه(ماجدة السيد عبيد، د.س ، ص142.)، كما يقصد بالمعاقين بصرياً بالأشخاص الذين فقدوا حاسة البصر كلياً أو جزئياً (سيد خير الله ولطفي بركات، د س، ص7 و8).

تعريف الإعاقة السمعية لغة:

اصطلاحاً: هي حرمان الشخص من حاسة السمع تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جدا (المختار، 2002، ص27)

إجرائياً: هي عدم المقدرة على التواصل مع الزملاء، المدرس بالطريقة الطبيعية والتي تحتاج إلى وسائل طبية أو إشارات بسيطة لكي يتم التفاعل والتواصل مع بقية الأفراد وتختلف الإعاقة السمعية حسب شدة ودرجة الإعاقة (خفيفة، متوسطة، شديدة).

تعريف فئة مصابي التوحد لغة:

لغويًا: إن مصطلح التوحد (Autisme) هو كلمة إغريقية مشتقة من اللفظ اليوناني (Autes) وتعني النفسي أو الذاتي وتعبّر عن حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال (إيمان عباس، 2011، ص417) .

اصطلاحاً: هو حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال مع الآخرين والتعامل معهم، ويتميز الطفل التحدي عن المختلف عقلياً بالقصور اللغوي الحاد وعدم الوعي بالآخرين (أسامة فاروق وآخرون، 2011، ص25) .

إجرائياً: هي حالة اضطراب ذاتي بيولوجي عصبي يتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية، المعرفية، الانفعالية والاجتماعية أو فقدانها بعد تكوينها والتي سوف أقوم بها في بحثي من خلال توعية هذه الفئة من الأطفال ممارسة النشاط البدني الرياضي .

7-الدراسات السابقة والمشابهة:

1-دراسة الدكتور عبد المجيد المطر وآخرون 1996:

موضوع الدراسة: "واقع رياضة المعوقين في المملكة العربية السعودية"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع رياضة المعوقين في المملكة العربية السعودية ناحية برامجها ومستوياتها والمشاركين فيها ووسائل تطويرها، حيث بحثت هذه الدراسة في الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ما أهداف ممارسة المعوقين لهذه الرياضات، وما مدى إلمام المدرسين لهذه الأهداف ؟
- ما أهداف برامج التربية البدنية والرياضية في مراكز المعاقين، وما مدى وجود برامج زمنية لتحقيقها ؟
- ما البرامج التي يشارك فيها المعوقين في المملكة العربية السعودية، وما مدى مشاركتهم فيها ؟

- ما الهيئات التي تدعم رياضة المعوقين في المملكة العربية السعودية ؟
- ما الرياضات التي يمارسها المعوقون في المملكة العربية السعودية من خلال هذه البرامج، وما مدى الإقبال عليها ؟
- ما أماكن ممارسة المعوقين الأنشطة الرياضية في المملكة العربية السعودية ؟
- ما البطولات الرياضية للمعوقين التي تشارك فيها المملكة العربية السعودية على المستوى الإقليمي والعربي والعالم، وما مدى مشاركتهم فيها ؟
- من المشرفين على البرامج الرياضية في المملكة العربية السعودية، وما هي كفاءاتهم ؟
- ما الإمكانيات المادية المتاحة لرياضة المعوقين في المملكة العربية السعودية ؟
- ما الصعوبات التي تواجه رياضة المعوقين في المملكة العربية السعودية ؟
- ما الحلول المقترحة للتغلب على هذه الصعوبات والوسائل الممكنة لتطوير رياضة المعوقين في المملكة العربية السعودية ؟

أجريت الدراسة على عينة قوامها 46 مديراً لمركز المعوقين و 82 مدرساً للتربية البدنية والرياضية في مراكز المعوقين، 1224 معوق تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مراكز المعوقين ذكور فقط، ومن أجل الوصول إلى الإيجابية عن الأسئلة قيد الدراسة صمم الباحثون ثلاث استمارات استبيان موجهة لكل من المدراء المرين، المعوقين، وإجراء مقابلة شخصية مع بعض المسؤولين عن شؤون المعوقين من وزارتي المعارف والعمل والشؤون الاجتماعية، وبعض مديري مراكز المعوقين ذكور، بالإضافة إلى الملاحظة الميدانية والتي تمت من خلال زيارة بعض مراكز المعوقين وملاحظة ما تتضمنه من منشآت وتسهيلات وإمكانيات مادية وبشرية، وما يتم فيها من نشاطات بغرض التأكد لما ورد في الاستبيان واستكمال نواقصه.

أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

هناك أربع هيئات فقط تدعم برامج رياضة المعوقين وهي:

- الرئاسة العامة لرعاية الشباب، جامعة الملك سعود .

- وزارة المعارف، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

- تحتل كرة القدم المرتبة الأولى من حيث الممارسة لدى المعاقين عدى المعوقين بصرياً حيث تعتبر كرة الهدف رياضتهم الأكثر شعبية .

أهم أهداف ممارسة المعوقين للرياضة، الترويح والتسلية واكتساب اللياقة البدنية والمحافظة على الصحة وتعلم واكتساب مهارات حركية واكتساب صداقات وإقامة علاقات اجتماعية .

- قلة عدد البطولات الرياضية للمعوقين ومحدودية عدد المشاركين فيها .
- انخفاض عدد مدرسي التربية البدنية والرياضية للمعوقين في المراكز، وقصور تأهيلهم .
- عدم توفر الإمكانيات المادية الضرورية لتنفيذ البرامج الرياضية .
- عدم وجود الوعي بأهمية ممارسة الأنشطة الرياضية للمعوقين .

الدراسة الثانية: دراسة أحمد بوسكرة 2008

موضوع الدراسة " واقع النشاط البدني المكيف للأطفال المتخلفين عقلياً بالمراكز الطبية البيداغوجية"

وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع النشاط البدني المكيف للأطفال المتخلفين عقلياً بالمراكز الطبية البيداغوجية من ناحية برامجها ووسائلها والمشاركين فيها بحثت هاته الدراسة الإجابة عن التساؤلات التالية:

1-ما واقع النشاط البدني الرياضي المكيف لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في المراكز الطبية البيداغوجية من حيث (المنشآت الرياضية القاعدية، البرامج الرياضية المطبقة، المرين المشرفين على تنفيذ برامج النشاط الرياضي)؟

2-هل أن اقتراح برنامج بدني رياضي مكيف يؤثر على نمو المهارات الحركية الأساسية (الحركات الأساسية الانتقالية، الحركات الأساسية غير الانتقالية، مهارات حركات التعامل مع الأداة) لدى الأطفال المتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً في المراكز الطبية البيداغوجية ؟

3-هل أن اقتراح برنامج بدني رياضي مكيف يؤثر على نمو المهارات الاجتماعية (مهذب واجتماعي المبادرة أنشطة وقت الفراغ، الممتلكات الشخصية، المسؤولية، التعاون، مراعاة شؤون الآخرين، التفاعل الاجتماعي، الأنشطة الجماعية، الأناية) لدى الأطفال المتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً في المراكز الطبية البيداغوجية ؟

الدراسة الثالثة: علي عبد إبراهيم الربيعات 2004 بعنوان " اتجاهات ذوي الاحتياجات الخاصة نحو ممارسة النشاط الرياضي البدني في الجامعات الحكومية

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة ذوي الاحتياجات الخاصة نحو ممارسة النشاط الرياضي البدني تبعاً للمتغيرات الجنس، المستوى الدراسي، الجامعة التي يدرسون فيها، نوع الإعاقة الممارسة، فقد استخدم الباحث المنهج المستخدم وهو المنهج الوصفي لمناسبه وطبيعة هذه الدراسة حيث طبقت هذه الدراسة على مجتمع الدراسة والذي قدر 331 حسب إحصائيات عمادات شؤون الطلبة في تلك الجامعة، تكونت من 150 طالب وطالبة، أي بنسبة 48 % ولقد استعمل هنا الباحث بتصميم استبانة خاصة تقيس اتجاهات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الجامعات الحكومية نحو ممارسة النشاط الرياضي البدني تشمل على مجالات الدراسة وفي الأخير خرجنا بعدة نتائج أهمها:

-وجود اتجاهات إيجابية للطلبة للجامعات الحكومية نحو ممارسة النشاط الرياضي البدني لكل مجالات الدراسة

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لاتجاهات ذوي الاحتياجات الخاصة في المجالات المذكورة تعزى لمتغيرات الجنس .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات عينة الدراسة بين فئة الإعاقة السمعية والحركية في المجال الترويحي لصالح الإعاقة السمعية، تعزى لمتغير نوع الإعاقة .

الدراسة الرابعة: الدوسري (2002) وكان عنوانها التعرف على اتجاهات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة (سمعي بصري)، نحو ممارسة النشاط البدني وأثرها على أمنهم النفسي.

فقد قام الباحث باستعمال استمارة الاستبيان أما فيما يخص العينة فقد تكونت من 30 طالب مكفوف من طلاب معهد النور الثانوي للمكفوفين بالرياض، و70 طالب أصم من طلاب معهد الأمل للصم البكم الثانوي بالرياض، وفي الأخير خرجنا بعدة نتائج تمثلت فيما يلي:

- إن اتجاهات الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة نحو ممارسة النشاط الرياضي البدني تتسم بالإيجابية وأشارت أيضاً إلى أنه يوجد اختلاف في الأمن النفسي لدى أفراد العينة نحو ممارسة الأنشطة الرياضية .

الدراسة الخامسة: الشلعوط 1994 وكان عنوان الدراسة " اتجاهات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة (سمعي، بصري) نحو ممارسة النشاط الرياضي البدني وأثره على أمنهم النفسي

ولقد استعمل هنا الباحث كأداة للدراسة هي عبارة عن مجموعة من الأسئلة التي تمثلت في استمارة استبيان، أما فيما يخص عينة الدراسة تتكون من 106 لاعب ولاعبة من اللاعبين المنتسبين للاتحاد الأردني لرياضات المعوقين .

وفي الأخير نخرج بعدة نتائج واقتراحات تتمثل فيما يلي:

أظهرت الدراسة أن مستوى دوافع ممارسة النشاط الرياضي البدني على المجالات الكلية للدراسة جاءت مهمة، وتعتبر عن درجة دافعية كبيرة، حيث وصل متوسط النسب المئوية إلى 73.78% وكان دوافع ممارسة النشاط الرياضي البدني حسب أهميتها كما يلي: دوافع عقلية، دوافع السمات الخلقية والإرادية، دوافع اللياقة البدنية والصحية، دوافع ترويحية، دوافع اجتماعية، دوافع الميولة الرياضية، دوافع نفسية، دوافع مهنية، دوافع فنية.

الدراسة السادسة: عزوني سليمان وكانت بعنوان " أطفال الصم بين ممارسة النشاطات البدنية والرياضية وتقديرهم لذواتهم 2011

دراسة قام بها الباحث عزوني سليمان وتحت إشراف الأستاذ الدكتور بوعجناق كمال في إطار التحضير لنيل شهادة الماجستير بمعهد التربية البدنية والرياضية بسيدي عبد الله، الجزائر، دفعة 2011 كان عنوان البحث " أطفال مركز الصم بين ممارسة النشاطات البدنية والرياضية وتقديرهم لذواتهم " اختار الطالب المنهج الوصفي كمنهج لبحثه، واختار عينة متكونة من 30 رياضي معاق، قسم عليهم أداة

الاستبيان بعد التحليل والمناقشة توصل الطالب إلى أن هناك عدة نقائص منقسمة بين الإمكانيات التي توفرها الدولة وكذلك على مستوى التسيير الإداري، إلا أنه يجب الإشارة إلى أن النشاطات الرياضية دور فعال في دمج فئة ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع، كما أن هناك تأثير جد إيجابي بين ممارسة النشاط البدني الرياضي ومستوى تقدير الذات عند عينة الدراسة .

2-فرضيات الدراسة:

تتبع فرضيات هذه الدراسة من الملاحظات الميدانية ومن القراءات والدراسات والأبحاث التي دارت في سيكولوجية الأطفال غير العاديين وطرق تعلمهم ومن مدارس علم النفس الرياضي والترويج للخواص .

تتألف هذه الفرضيات من ثلاث محاور أساسية سنحاول التحقق منها من خلال التجربة الميدانية التي سنقوم بها وهي على التوالي:

1-تتوفر المراكز الطبية البيداغوجية المتكفلة بتربية ورعاية الأطفال المتخلفين عقلياً إلى منشآت رياضية قاعدية وبرامج رياضية مكيفة، وإلى مربين مختصين في النشاط البدني الرياضي المكيف .

2-اقتراح برنامج بدني رياضي مكيف يؤثر إيجابياً على نمو المهارات الحركية الأساسية(الحركات الأساسية الانتقالية، الحركات الأساسية غير الانتقالية، مهارات حركات التعامل مع الأداة) لدى الأطفال المتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً في المراكز الطبية البيداغوجية .

3-اقتراح برنامج بدني رياضي مكيف يؤثر إيجابياً على نمو المهارات الاجتماعية (مهذب واجتماعي المبادرة أنشطة وقت الفراغ، الممتلكات الشخصية، المسؤولية، التعاون، مراعاة شؤون الآخرين، التفاعل الاجتماعي، الأنشطة الجماعية، الأناية) لدى الأطفال المتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً في المراكز الطبية البيداغوجية

نقد الدراسات المشابهة والسابقة:

حسب ما تم عرضه من دراسات سابقة، لاحظ الطلبة على النقاط التالية والتي تكمن في أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات وهذه الدراسة محل البحث:

1-أوجه التشابه:-في كل الدراسات تم التطرق إلى دور النشاط الحركي المكيف في حياة ذوي الإعاقة باختلاف أنواعها.

-في الدراساتين المحليتين تم انتهاج المنهج الوصفي وذلك باستعمال أداة الاستبيان كأداة لمعالجة النتائج إحصائياً، وهذا ما يتطابق مع المنهج المتبع من قبل الطلبة في معالجة هذا البحث .

- في كل الدراسات شمل مجتمع البحث على مجموعة من المعاقين

2-أوجه الاختلاف:

-الدراسات السابقة وبحثنا يختلف من حيث المضمون فنحن بصدد البحث في واقع النشاط الحركي أي نقد للمراكز وطريقة تسييرها من الجانب البيداغوجي الرياضي، أما في بعض الدراسات فالمضمون كان حول أهمية النشاط الحركي وإبراز أهميته في حياة ذوي الإعاقة باختلاف نوعها بالتأكيد سوف يكون هناك اختلاف في مجتمع البحث من حيث النوع والكم .

-كذلك تجدر الإشارة إلى أداة الإحصاء التي سيتم اعتمادها في حساب الفروق فمقابل ت ستيودنت، لدينا

كا²

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 تقيد 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 ، ص1990 ، 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 والترفيهية أو الفردية الجماعية .
على أية حالة فإن 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 الترويحي الرياضي من الأركان الأساسية في برامج الترويحي 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 ،1998م،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 بالترويحي 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 عزلته 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 تحكم 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، كإحساس 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 الترويحية إلا أن كل من حجم الوقت والترويج 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، ص63)

7-5 درجة التعلم:

لقد أكدت كثير من الدراسات الاجتماعية إن مستوى التعليم يؤثر على أذواق الأفراد نحو تسلياتهم 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:

الإعاقة الذهنية

أولاً:

1-الإعاقة الذهنية:

الإعاقة العقلية:

* تعريف الإعاقة العقلية:

تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ويصاحبها قصور في السلوك التكيفي الاجتماعي، وتظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18 سنة.
* التعريف الطبي للإعاقة العقلية :

الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية في الدماغ كالأسباب الوراثية والبيئية.
(الروسان،2008).

* التعريف السيكومترية للإعاقة العقلية:

الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 درجة على منحنى التوزيع الطبيعي معوقين عقلياً.

* التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية:

يركز على مدى نجاح الفرد أو فشله في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية. (الخطيب وآخرون، 2011)
التعريف التربوي للإعاقة العقلية:

التدني الواضح في التحصيل المدرسي وخاصة في مهارات القراءة والكتابة والحساب.(الروسان 2008).

* تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلية:

- اعتمدت الجمعية الأمريكية تعريف هيبير بعد مراجعته عام 1961م. وينص على "تمثل الإعاقة العقلية مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد ، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي ، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18".

لكن تعريف هيبير تعرض للانتقاد ؛ لاعتماده انحرافاً معيارياً واحد في نسبة الذكاء.

- قدم جروسمان تعريف آخر في عام 1973م. وينص على " تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ، ويصاحب ذلك قصور في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18".

- ظهر تعريف جديد أشار إليه كل من هنت ومارشيل والجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1449م. وينص على " تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون

سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (70 درجة) وقصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل مهارات: الاتصال اللغوي، العناية الذاتية، الحياة اليومية، الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الخدمات الاجتماعية، الصحة والسلامة، والمهارات الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل". (الخطيب وآخرون، 2011)

الفروق بين تعريف (هبر) و(جروسمان) تظهر فيما يلي:

1) نسبة الذكاء التي تعتبر الحد الفاصل بين الأفراد العاديين وغير العاديين حسب تعريف (هيبر) 85 أو 84 وحسب تعريف (جروسمان) 70 أو 69.
 2) نسبة الأفراد المعوقين في تعريف (هيبر) هي 15.86% أما في تعريف (جروسمان) هي 2.27%.
 3) كان سقف العمر النمائي لدى (هيبر) هو سن 16 أما (جروسمان) هو 18 عام. ويعتبر تعريف (جروسمان) من أكثر التعريفات قبولاً لدى أوساط التربية الخاصة وتم تبني هذا التعريف منذ عام 1973-1992. وبهذا اعتبرت معايير نسبة الذكاء والسلوك التكيفي أبعاداً رئيسية في تعريف الإعاقة العقلية. وظهر تعديل جديد لهذا التعريف عام (1993) وينص التعديل على عدد من التغيرات في التعريف التقليدي السابق للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والتي أشار لها (هنت) و(مارشيل) عام (1994) وتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ينص على مايلي:
 تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء يصابها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل مهارات: الاتصال اللغوي والعناية الذاتية، الحياة اليومية، الاجتماعية، والتوجه الذاتي، والخدمات الاجتماعية، الصحة والسلامة، الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل. (الشناوي، 1997)

الفروق بين تعريف (هبر) و(جروسمان) تظهر فيما يلي:

1) نسبة الذكاء التي تعتبر الحد الفاصل بين الأفراد العاديين وغير العاديين حسب تعريف (هيبر) 85 أو 84 وحسب تعريف (جروسمان) 70 أو 69.
 2) نسبة الأفراد المعوقين في تعريف (هيبر) هي 15.86% أما في تعريف (جروسمان) هي 2.27%.
 3) كان سقف العمر النمائي لدى (هيبر) هو سن 16 أما (جروسمان) هو 18 عام. ويعتبر تعريف (جروسمان) من أكثر التعريفات قبولاً لدى أوساط التربية الخاصة وتم تبني هذا التعريف منذ عام 1973-1992. وبهذا اعتبرت معايير نسبة الذكاء والسلوك التكيفي أبعاداً رئيسية في تعريف الإعاقة العقلية. وظهر تعديل جديد لهذا التعريف عام (1993) وينص التعديل على عدد من التغيرات في التعريف التقليدي السابق للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والتي أشار لها (هنت) و(مارشيل) عام (1994) وتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ينص على مايلي:

تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء يصابها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل مهارات: الاتصال اللغوي والعناية الذاتية، الحياة اليومية، الاجتماعية، والتوجه الذاتي، والخدمات الاجتماعية، الصحة والسلامة، الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل. (الشناوي ، 1997)

2-أسباب الإعاقة العقلية :

(1) الالتهابات والتسمم.

(2) الرضوض والعوامل الجسمية .

(3) اضطرابات عملية الأيض .

(4) الأمراض الدماغية العامة .

(5) الاضطرابات الكروموسومية .

(6) الاضطرابات في مرحلة ما قبل الولادة .

(7) اضطرابات الحمل . (الخطيب ، الحديدي ، 2011)

* وذكر (الخطيب وآخرون ، 2011) أن أسباب الإعاقة العقلية:

- أسباب مرحلة ما قبل الولادة : تنقسم إلى مجموعتين (أ- العوامل الجينية أو الوراثية. ب- العوامل غير الجينية.)

- أسباب أثناء الولادة: أسبابها (أ- نقص الأكسجين. ب- الصدمات الجسدية. ج- الالتهابات).

- أسباب ما بعد الولادة: أسبابها (أ- الاضطرابات الغذائية. ب- الحوادث والصدمات).

- إن الأطفال المتخلفين عقلياً ليسوا قابلين للتعلم فغالبيتهم لديهم القابلية للتعلم والنمو.

- في المرحلة العمرية المبكرة لا تركز البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال على المهارات الأكاديمية وإنما على مهارات الاستعدادات العامة والسلوك الاجتماعي و الشخصي .

- إنهم أطفال يتعلمون إذا اعتقدنا أنهم قادرين على التعلم وحاولنا تعليمهم بالطرق المناسبة لهم وليس بالطرق التي يتعلم بها الأطفال الآخرون . (الخطيب ، الحديدي ، 2011)

3- انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية :

نسبة حدوث الإعاقة العقلية : تختلف نسبة الإعاقة العقلية من مجتمع إلى آخر كما تختلف تبعاً لعدد من المتغيرات في ذلك المجتمع، فهي تختلف باختلاف متغير درجة الإعاقة العقلية، والجنس، والعمر والمعيار المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، كما تختلف تلك النسبة باختلاف البرامج الوقائية من الإعاقة العقلية ومهما يكن من اختلاف تلك النسبة فإنها تتراوح من الناحية النظرية ما بين 2.5%- 3% من سكان المجتمع. ومن الضروري الإشارة إلى مصطلحات رئيسية ذات علاقة بموضوع انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية في أي مجتمع. وهي : مصطلح نسبة حدوث الإعاقة العقلية في زمن معين أو فترة زمنية معينة وقد تزيد أو تنقص حالات الإعاقة العقلية تبعاً لمجموعة من العوامل الخاصة بفترة زمنية معينة، (من 1% - 5%) وفق هذا المصطلح، وأما المصطلح الثاني فهو نسبة انتشار حالات الإعاقة العقلية في المجتمع بشكل عام بغض النظر عن العوامل أو الفترة الزمنية وتكون نسبة انتشار هذه الحالة ثابتة تقريباً (2% - 3%).

4- العوامل المؤثرة في نسبة حدوث الإعاقة العقلية :

هناك العديد من العوامل تساهم في رفع نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية أو خفضها، في دول العالم المختلفة وعلى ذلك فليس من المستغرب أن نجد اختلافاً واضحاً بين دول العالم في نسبة انتشار هذه الظاهرة، وممن هـذـه العوامـل :

- 1- المعيار المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية
- 2- معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية .
- 3- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية .
- 4- العوامل النفسية والصحية والثقافية.

* توظيف نظريات التعلم :

* توظيف نظرية التعلم الشرطية الكلاسيكية في ميدان الإعاقة العقلية :
تظهر تطبيقات هذه النظرية في تعلم الأطفال المعاقين عقلياً الكثير من أشكال السلوك مثل مهارات الحياة اليومية أو مهارات القراءة أو مهارات الأرقام الحسابية وكذلك تعلم كفا الاستجابات غير المرغوب فيها مثل النشيط الزائد أو مـصـ الأصبـاع .

* توظيف نظريات التعلم الإجرائية في ميدان الإعاقة العقلية :
تبدو قيمة هذه النظرية في نقطتين : الأولى هي تفسيرها لظاهرة الإعاقة العقلية ، والثانية هي توظيفها للمعززات الإيجابية والسلبية في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً .
وتفسر هذه النظرية الإعاقة العقلية على أنها ظاهرة تمثل نقصاً في التعلم والخبرة بمعنى أن الفرق في

الأداء بين الطفل العادي والطفل المعاق عقليا يرجع ذلك إلى النقص في كل من التعلم والخبرة وقد فسرت هذه النظرية ذلك النقص بأنه يعود إلى صعوبة ربط الطفل المعاق عقليا بين الأحداث البيئية (المثيرات) والاستجابة المناسبة .

5- الاتجاهات في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

1) الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية :

- ظهر الاتجاه التكاملي نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المقاييس السيكومترية .
- خلاصة الاتجاه التكاملي " مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية وليس الفرد معاق إذا أظهر قدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية"
- مقاييس الاتجاه التكاملي : (مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي ، مقياس كيبين ولينين للكفاية الاجتماعية).

2) الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية :

- يهدف إلى قياس وتشخيص الجوانب التحصيلية للمعاقين عقلياً .
- مقاييس الاتجاه التربوي التحصيلي : (مقاييس المهارات اللغوية ، مقاييس القراءة والكتابة)

3) الاتجاه البعد الطبي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية :

- من أقدم الاتجاهات وأهمها . (الروسان، 2008)

6- مناهج وأساليب تدريس المعوقين عقليا :

س: ما الذي ندرسه الأطفال المعوقين عقلياً ؟

1-المهارات الاستقلالية (وتتضمن هذه المهارات):

أ- مهارات الحياة اليومية.ب- المهارات الذاتية .

2) المهارات الحركية (وتتضمن هذه المهارات):

أ-المهارات الحركية العامة .ب-المهارات الحركية الدقيقة .

3)المهارات اللغوية (وتتضمن هذه المهارات):

أ- مهارات اللغة الاستقبالية .ب- المهارات اللغة التعبيرية.

4)المهارات الأكاديمية (وتتضمن هذه المهارات):

- أ- مهارات القراءة.
- ب-مهارات الكتابة.
- ج- مهارات الرياضيات .

(5) المهارات المهنية.

(6) المهارات الاجتماعية .

(7) مهارات السلامة.

(8) المهارات الاقتصادية. (الخطيب وآخرون ، 2011) .

7- المبادئ العامة في تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً :

- (1) الفوز بانتباه الطفل.
- (2) الانتقال تدريجياً من المهارات البسيطة إلى المهارات الأكثر تعقيداً.
- (3) تحديد مستوى إتقان الطفل لمهارات المطلوبة منه .
- (4) تعزيز الاستجابات الصحيحة للطفل .
- (5) تأكيد المحاولات الناجحة وعدم التركيز على خبرات الفشل .
- (6) استخدام المواد والأدوات الطبيعية في عملية التدريب كلما كان ذلك ممكناً .
- (7) تطوير قدرات الطفل على التذكر .
- (8) توزيع التدريب. (الخطيب و الحديدي ، 2011)

* تعليم ضعاف العقول:

يمكن استخدام طرق نعتمد عليها في تعليم ضعاف العقول:

- 1- التعليم عن طريق النشاط وعن طريق خبرات يعيشها الطفل.
- 2- الاهتمام بتدريب الحواس على الملاحظة وإدراك الألوان والأشكال عن طريق العمل الجماعي.
- 3- مراعاة الحاجات الفردية عن طريق التعلم الفردي كلما تطلب حالة بعض ضعاف العقول ذلك.
- 4- الاهتمام بالطرق التي تساعد على تنمية القدرة على النطق للتصحيح والقراءة والإملاء والحساب .
- 5- الاهتمام بالوسائل التعليمية .
- 6-تعليم موضوعات علمية ويدوية تفيد الطفل في حياته اليومية.
- 7-توجيه العناية إلى الصحة والمظهر وبعض العادات الضرورية للتكيف مع البيئة والأطفال الآخرين ومع حياة المستقبل.

8- الوقاية من الإعاقة العقلية :

إن الكشف عن السبب الحقيقي في معظم حالات التخلف العقلي يعتبر أمراً صعباً أما إذا عرف سبب التخلف العقلي فإنه يمكن علاجه ويوجد العديد من الاستراتيجيات الوقائية من التخلف العقلي منها :-

- (1) الإرشاد الجيني .
- (2) اتجاهات الناس نحو الوقاية من الإعاقة العقلية .
- (3) اتجاهات المعلمين نحو المعاق عقلياً .
- (4) اتجاهات الرفاق نحو المعاق عقلياً .
- (5) اتجاهات الوالدين نحو الأبناء المعاقين عقلياً .
- (6) اتجاهات المعاقين عقلياً نحو أنفسهم .

9- العلاج من الإعاقة العقلية :

ذكر الكاتب أنواعاً من العلاج منها (العلاج الطبي - العلاج النفسي - العلاج التربوي - العلاج الاجتماعي) . (العزة ، 2000)

الفصل الثالث

الإعاقة البصرية

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 إبصاره 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: المياه البيضاء، المياه 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 الرموش 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، ص35).

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 عبدات، 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:

ا/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 الرابع

الإعاقة السمعية

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 جدا (Sliglent)

*الإعاقة السمعية البسيطة (Mild)

*الإعاقة السمعية المتوسطة (Moderrate)

*الإعاقة السمعية الشديدة (Severe)

*الإعاقة السمعية الشديدة جدا (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 جدا	من 20 إلى 40
بسيطة	من 41 إلى 55
متوسطة	من 56 إلى 70
شديدة	من 71 إلى 90
شديدة جدا	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 أوتكدس 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:

وغالباً 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 حرفا 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 أحيانا .

*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 والترويحية 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 .

الفصل الخامس

فئة مرضى التوحد

فئة اضطراب التوحد

1- مفهوم التوحد: " الأوتيزم Autism "

لقد تعددت وتنوعت تعريفات لتعدد النظريات والأبحاث العلمية التي تحدثت عن هذا الاضطراب من معايير مختلفة، إلا أن معظم التعريفات تركز على وصف الأعراض والخصائص.

التوحد (Autism) هو مصطلح يستخدم في وصف حالة إعاقة من إعاقات النمو الشاملة، وهو نوع من الإعاقات التطورية سببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي (المخ) يتميز بقصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي والقدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتفاعل الاجتماعي يصاحب هذه الأعراض نزعة انطوائية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن وسطه المحيط به بحيث يعيش منعقداً على نفسه لا يكاد يحس بما حوله وما يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر، ويصاحبه أيضاً اندماج في حركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لأي تغيير في الروتين. (الجراح وآخرون، 2009، 574)

وعرف (عليوات، 2007، ص07) التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات، ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط، وخلق علاقات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ.

كما تعرف منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) التوحد بأنه إعاقة اضطراب شديد يشمل نواحي نمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاثة أعراض أساسية هي: قصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل، والتواصل اللفظي، والسلوكيات النمطية ومحدودية النشاطات، وتظهر هذه الأعراض قبل بلوغ سن الثالثة (القيطي، 2011، 437)

وعرفت مارينا (1990) التوحد بأنه مجموعة أعراض سلوكية تعبر عن الانغلاق على النفس، والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط (القمش، 2015، ص22)

2- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

ترى نظرية التحليل النفسي في الأوتيزم مؤشراً على خلل في التوازن بين عناصر الشخصية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، وحالة عدم التوازن هذه نتائج عن صراعات نفسية داخلية وعليه فإن معالجة الأوتيزم تتطلب تحديد تلك الصراعات، وإخراجها إلى حيز الوعي حيث يستطيع الفرد مواجهتها، ويقترح هذا الاتجاه التعامل مع الحالة فدياً إلى أقصى حد ممكن. (العزیز وعودة، 2009، 42).

وفسر بعض الأطباء النفسيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل، وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده. وفسر العالم النفسي برنو بيتلهم (1976) أن التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين وما تشير إليه هذه النظرية هو أن أمهات الأطفال التوحديين لا يستجبن لحاجات أبنائهم لذا أطلق عليهم لقب الأم الثالجة. لكن تم دحض هذا الاعتقاد من قبل ليرنار ريملاند ومايكل راتر بأنه لا دخل لتربية الوالدين في تنشئة طفل التوحد (الشامي، 2004، ص38).

ثانياً-النظرية السلوكية :

تتعامل مع الحالة باعتبارها محصلة لتعليم الطفل استجابات غير مناسبة، وعدم تعلمه استجابات مناسبة وبالتالي يتم استخدام أساليب تعديل السلوك والتي تشمل على تغيير بيئة الطفل أو إعادة تنظيمها وتوظف أساليب القياس المباشرة والمتكررة للسلوك، واستخدام تصاميم البحث التجريبية للتحقق من نجاح الأساليب العلاجية المستخدمة (العزيز وعودة، 2009، ص45)

ثالثاً-النظرية المعرفية:

إن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات معرفية شديدة، تؤثر على قدراتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل، وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات، والنظرية المعرفية تقترض أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية، وتسبب مشكلات اجتماعية ومن خلال هذه النظرية المعرفية فإن العلماء المعرفيين يحاولون تسليط الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين، وهناك عدة فرضيات معرفية ومنها من يرى أن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم لأسباب تُعزي إلى عيب إدراكي، فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد بصرياً وسمعياً وغير ذلك، لأنهم يركزون بشكل مباشر على كل جزء ولا يتغير بسبب الصورة الكلية، إلا أنهم يقومون باشتقاق المعاني من المثيرات لأجزاء كثيرة، وهناك نظريات معرفية أخرى تبرهن على أن التوحد ليس نتيجة لعيوب إدراكية رئيسية، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة. (المغلوث، 2006، ص58)

رابعاً-نظرية العقل:

تعد نظرية العقل امتداد للنظرية المعرفية فهي تتبنى الجانب النفسي المعرفي المتعلق بعدم اكتمال الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم الإدراكية والمعرفية التي تنمو بشكل طبيعي جنباً إلى جنب مع هذه الأفكار، إن عدم نمو الأفكار بشكل طبيعي يؤدي إلى حصول مشكلات للطفل يعجز من خلالها على مواجهة متطلبات الحياة والمواقف الاجتماعية، وتجعله عاجزاً عن التواصل وقراءة تعبيرات الآخرين ومشاعرهم (الزارع،2014، ص51)

وتشير نظرية العقل إلى قدرة الشخص على معرفة أن الآخرين يمتلكون معتقدات، ورغبات تختلف عما يمتلكه الشخص نفسه، وهذا النوع من المعرفة يساعد الشخص على فهم بيئته من خلال قدرته على فهم سلوكيات الأشخاص الآخرين وعلى التنبؤ بها، حيث يواجه الأشخاص التوحديين مصاعب باللغة في معرفة أن لغيرهم من الناس أفكار تختلف عن أفكارهم، فالأطفال التوحديين قد يعتقدون بانك تعرف تماماً ما يعرفونه هم ويفكرون فيه، وهذه الصعوبة تحول دون قدرة الشخص التوحدي على فهم ما يفكرون به الآخرون والتنبؤ بتصرفاتهم، ومعرفة كيفية تأثير سلوكه على من حوله، حيث تتفاوت شدة غياب نظرية العقل من شخص توحدي إلى آخر، وقد رأى بعض الباحثين أن انعدام نظرية العقل لدى الأشخاص التوحديين هو سبب مصاعبهم الاجتماعية واللغوية (الشامي، 2004، 332)

خامساً- نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن خصائص التوحديين تكون نتيجة لفشل عمليات التعلم الاجتماعي والقصور في الجانب المعرفي يكون في التشفير، وفي النوعية في إطار تشكيل التمثيلات الذاتية الأخرى، والقصور المعرفي منخفض المستوى يعلن عن نفسه في قصور التقليد الاجتماعي، وقصور الطفل عن التقليد في المرحلة المبكرة من حياته يؤثر سلباً على قدرته على النمو الاجتماعي. كما أنه في الحالات الشديدة يعاق التواصل الاجتماعي أو لا يكون هناك تواصل على الإطلاق وعلى هذا فإن الكائنات الإنسانية يتم تجاهلها أو التعامل معها على أنها أشياء، والقصور في قدرة الفرد على المشاركة في تبادلات اجتماعية مثل التحية أو الفشل في تكوين علاقات مع الآخرين الأسوياء، وتطوير السلوك الاجتماعي السوي في مرحلة الطفولة والاستمرار في العلاقات الاجتماعية غير السوية في الحياة والقصور في بناء علاقات اجتماعية والمعرفية المكتسبة والقصور في اللغة فإنها مطمورة في جذور التوحد (مصطفى والشربيني، 2014، 60-61)

3-العوامل والأسباب التي تؤدي إلى اضطراب التوحد :

لقد أجريت دراسات حول أسباب اضطراب التوحد تهدف إلى معرفة الأسباب المرتبطة بهذا الاضطراب، ويمكن القول بأن العلماء لم يتوصلوا إلى معرفة دقيقة فيما يتعلق بالخلل الدماغي لدى الأطفال التوحديين، إلا أن معظمهم يجمع على أن السبب متعلق بالأعصاب في حين يرى البعض أنها تعود إلى عوامل وأسباب بيئية أو وراثية، إلا أنه لا يوجد حتى الآن سبب محدد أو مؤكد لاضطراب التوحد بشكل عام، أنه لم يثبت حتى الآن سبباً ما بعينه هو السبب الرئيس يُعزى له اضطراب التوحد، وذلك لعدة عوامل منها: تعدد أنواع وأشكال اضطراب التوحد، وعدم الاتفاق بين المختصين والعاملين في المجال على طبيعة الإصابة ومميزات هذه الإصابة والخطأ في التشخيص (الزارع، 2014، ص34)

وقد تطرقت العديد من الدراسات والبحوث إلى مجموعة من الأسباب التي يحتمل أن تكون مسؤولة عن الإصابة بالتوحد والتي من أهمها:

3-1- العوامل الجينية الوراثية:

وقد تزايدت الشواهد التي تشير إلى الوراثة كعامل مساهم في التوحد، حيث أن هناك من يرجع هذا الاضطراب إلى ضعف في الكر وموسوم الهش ويرون أنه المسؤول عن حدوث هذا الخلل من الناحية العقلية ويؤدي إلى التوحد، ويظهر ذلك في (15.16 %) من حالات اضطراب التوحد، كما أن هناك سبباً آخر، وهو التحجر: (التصلب) في بعض الخلايا التي تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية، وربما يؤدي ذلك إلى حدوث حالات التوحد (الخفاف، 2011، ص427)

ورغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقين: (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم غير المتطابقين: (من بيضتين مختلفتين) ومن المعروف بأن التوأمن المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية، كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، وفي حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا، ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه يجري في الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب (بطرس، 2014، 152)

3-2 العوامل البيئية:

ومن العوامل البيئية التي ارتبطت بحدوث اضطراب التوحد، ظروف الحمل والولادة، واللقاح، والفيروسات والأمراض المعدية والكيميائيات السامة، واضطرابات التمثيل الأيضي، والجهاز المناعي (الشامي، 2004، ص150) وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهر الثلاثة الأولى على الجنين، كما أن المواد الموجودة في بطن الجنين والسائل المحيط بالجنين قد وجد في تاريخ الأطفال التوحديين أكثر من الأطفال العاديين، حيث يصاب الطفل التوحدي بعد الولادة بمتاعب التنفس (خطاب، 2005، ص45)

كما أن العدوى الفيروسية وبخاصة في المرحلة المبكرة من الحمل تؤدي إلى الإصابة باضطراب التوحد، ومن بين هذه الأمراض المعدية المرتبطة بهذا الاضطراب فيروس الحصبة الألمانية وفيروس الهربس والفيروسات التي تؤدي إلى تكاثر الخلايا. وقد زادت المخاوف حول المطاعيم، وخصوصاً المطعوم الثلاثي مطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR بأن تكون سبباً للإصابة باضطراب

التوحد، وهذا المطعوم مصمم للوقاية من الأمراض التي تنتج عن هذه الفيروسات الثلاثة إلا أن الدراسات أثبتت عكس ذلك. (الإمام والجوالده، 2010، ص96)

وأوضحت بعض الدراسات أن الاعراض التي نراها في الأطفال المصابين بالتوحد من المحتمل أن تكون ناتجة عن العدوى، حيث أوضحVojdani أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد تشير إلى أن لديهم أجساماً مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب، وهما عدوتان شائعتان. والمشكلة أن هذه الأجسام المضادة التي تتفاعل مع البروتين ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي مسببة تلفاً لخلايا المخ. (عسليّة، 2006، ص276)

حيث أن إصابة الأم الحامل أو الطفل بعد الولادة بالتلوث البيئي الكيميائي من خلال التلوث بالمعادن المختلفة كالزئبق والرصاص أو التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدي إلى الإصابة باضطراب التوحد (محمد، 2011، ص31) وفي الوقت الحاضر يتنامى اهتمام الباحثين بمادة التوكسين (Toxin) وهي مادة سامة تؤثر على الدماغ وجهاز المناعة، وهذه المادة أدت إلى زيادة نسبة انتشار اضطراب التوحد في المدن التي تكثر فيها مداخن المصانع وعوادم السيارات والزئبق والمبيدات المختلفة التي تؤثر على جهاز المناعة (القمش والمعايطة، 2007، ص172-173) الذي يحمي الطفل عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضاء على الفيروسات والتخلص منها فإذا حدث له إصابة أو ضعف يكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية التي ينتج عنها اضطرابات في نمو الطفل، وقد يصاحبها إصابة بالتوحد (القمش، 2015، ص37)

3-4 العوامل العصبية

ولقد وجه نحو هذا المجال اهتماماً بحثياً كبيراً، لأن ظهور اضطراب التوحد خلال الأشهر الأولى من الحياة، وتأثيره المنتشر في كل المظاهر التطور واستمراره طول الحياة معاً، يوحي بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، والذي أصبح من الأمور الثابتة (الجراح وأخرون، 2009، ص597)

وتشير نتائج البحوث في هذه المجموعة من الأسباب والعوامل العضوية العصبية، حيث لاحظ الباحثون بعض الاختلافات في تركيب المخ أو في مظهر قشرة المخ لدى حالات التوحد نتيجة لتلف أو تشوه أو عدم اكتمال نمو أجزاء معينة من المخ أو المخيخ، مما يؤدي إلى قصور في العمليات النفسية المرتبطة بها، كالانتباه والذاكرة، واللغة والكلام، ومعالجة المعلومات، والتفاعل الاجتماعي، وترجمة الانفعالات والعواطف. (القريطي، 2011، ص451).

4- الخصائص المميزة للأطفال التوحديين:

تتعدد خصائص الأفراد المصابين بالتوحد، فالتوحديين مجموعة غير متجانسة من حيث الخصائص والصفات. فربما يكون الاختلاف بين طفل توحدي، وآخر أكبر من التشابه بينهما، فهناك عدد من الخصائص العامة التي تشترك بين جميع الأفراد التوحديين، وهذه الخصائص هي التي تساعد الأخصائيين في تشخيص التوحد الذي يُعرف أصلاً بالمظاهر السلوكية، بحيث تظهر هذه الخصائص لدى الطفل التوحدي منذ الأشهر الأولى، ولكنها تتضح بعد سنتين أو ثلاثة من العمر، وتستمر إلى مرحلة البلوغ وما بعدها، وفيما يلي الخصائص العامة التي يظهرها التوحديون (الصامدي وآخرون، 2009، ص 323)

4-1- الخصائص السلوكية:

ضعف استخدام الكلمات وظهور أصوات ونغمات صوتية غير مفهومة، ويتميز سلوكهم بأنه محدود وضيق، وتظهر نوبات غضب، وسلوكهم مزعج للآخرين، كما يتميز أيضاً سلوكهم بالعزلة والاحتفاظ بالروتين، وفقدان القدرة على الكلام والنشاط والخمول أو الحركات الجسمية الغريبة (العزير وعودة، 2009، ص 80) وسلوكهم العدواني الذي ينطوي على شيء من القصد أو النية يأتي به الفرد في مواقف الغضب والإحباط الذي يعاق فيها إشباع دوافعه أو تحقيق رغباته، ويجعله يأتي من السلوك بما يسبب أذى له وللآخر ون نتيجة الإحباط. (سالم، 2014، ص 286)

4-2- الخصائص الاجتماعية:

هناك قصور واضح في هذا الجانب في عدم قدرة أطفال التوحد على إقامة علاقات مع العالم المحيط بهم، وعجزهم عن تكوين صداقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين، وعدم استجابتهم لانفعالات المحيطين بهم ومشاعرهم وأحاسيسهم، وغياب رغبتهم بالاتصال بهم، والانغلاق على الذات، والاستغراق في أنشطة انعزالية، وممارسة سلوك نمطي، والافتقار إلى اللعب التخيلي، وضعف في التواصل البصري وعجز عن ترجمة وإدراك مشاعر الآخرين وانفعالاتهم (القيطي، 2011، ص 539)

4-3- الخصائص التواصلية:

تعتبر المشكلات المتعلقة بالتواصل لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد من الدلائل المهمة في تمييز هؤلاء الأفراد. حيث يعتقد البعض أن 50% من هؤلاء الأطفال بكم أو خرس أي لا يستخدمون اللغة على الإطلاق، أم الأطفال الذين يكون بوسعهم التحدث لتعلم بعض الكلمات فيبدوون أوجه شذوذ في لغة الصوت، وقد يكون كلامهم ألياً، كما يقومون بتريديد الكلام لما يسمعون، كما يقلبون الضمائر مستخدمين الضمير أنت بدلاً من أنا. واستخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي أمراً صعباً بالنسبة

للتوحيدين، ونجد أنهم إذا اكتسبوا بعض المفردات اللغوية فإنهم يجدون صعوبة باستخدام هذه المفردات في التفاعلات الاجتماعية المختلفة، لأنهم لا يدركون ردود أفعال الأفراد الذين يستمعون إليهم. (هالاهانوكوفمان، 2008، ص653).

4-4- الخصائص المعرفية:

يعد اضطراب النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي، لما يترتب عليها نقص في التفاعل الاجتماعي، ونقص في الاستجابات الانفعالية للمحيطين. حيث أن الانتباه والتفكير والإدراك واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الأطفال في حال اضطرابها، كما يعانون من اضطرابات في وظائف التفكير خاصة في الكلام والاستجابات التكرارية غير المناسبة، وعدم الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر لفترة طويلة، وانعدام القدرات البصرية والذهنية وإدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات، كما أكدت الدراسات وجود قصور أو اضطراب في إحدى الوظائف المعرفية، يؤثر بالضرورة على الوظائف الأخرى (المغلوث، 2006، ص36)

5- تشخيص اضطراب التوحد:

أولاً-توفر ستة أعراض على الأقل من المجموعات الثلاث التالية، على أن تتكون الأعراض من اثنين من المجموعة الأولى وواحدة من كل المجموعتين الثانية والثالثة على الأقل، وهذه المجموعات هي :

مجموعة(01)- القصور النوعي في التفاعل الاجتماعي، يتوفر ظهور اثنين من الأعراض التالية:

-قصور في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل تحديق العينين، الإيماءات، والتعبيرات الوجهية.

-الفشل في تكوين علاقات مع الآخرين

قصور القدرة على مشاركة الأطفال الآخرين في اللعب

-الافتقار المشاعر الوجدانية والتعبير عن المشاعر

مجموعة(02)-القصور النوعي في التواصل، ويظهر في واحدة على الأقل من الأعراض التالية:

-تأخر في اللغة المنطوقة مع عدم مصاحبتها للتعريض من خلال وسائل التواصل الأخرى مثل الإشارة والإيماءات.

-صعوبة المناقشة أو الاستمرار في الحديث مع الآخرين في حالة عدم وجود اللغة

-النمطية والتكرار في استخدام اللغة.

- غياب القدرة على اللعب التخيلي أو الافتقار إلى اللعب الاجتماعي مع الآخرين " ممن هم في عمره الزمني نفسه"

مجموعة (03) النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات، ويجب أن يظهر في واحدة على الأقل من الأعراض التالية:

- الانشغال بوحدة أو أكثر من مظاهر السلوك النمطي والاهتمامات غير العادية

- المرونة والاندماج في أعمال وطقوس روتينية

- حركات جسمية نمطية مثل " ررفة اليدين "

- الانشغال المستمر بأجزاء الموضوعات

ثانياً: - التأخر في ظهور وظيفة غير عادية قبل ثلاث سنوات في واحدة على الأقل في الحالات التالية:

- التفاعل الاجتماعي.

- استخدام اللغة في التفاعل الاجتماعي

- اللعب التخيلي أو الرمزي

ثالثاً: - غياب أعراض اليرت أو غيرها من اضطرابات النمو

6- البرامج العلاجية والتربوية المبنية على أسس علمية للأطفال التوحديين:

هناك العديد من البرامج والأساليب العلاجية التي يتم من خلالها التعامل مع الطفل التوحد لإكسابه المهارات والخبرات الاجتماعية والمعرفية واللغوية والحركية، وكل برنامج يهدف إلى مجموعة من الأهداف الحركية، وفيما يلي بعض هذه البرامج التي تناولت الأنشطة الحركية واللعب

اولاً- برنامج تيتش TEACCH –Treatment and Education of AutismRelated Communication HandicappedChildren-

ويشمل برنامج تيتش على تعليم مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية واللعب والمهارات الإدراكية والمهارات الحركية، ومهارات أكاديمية، كما وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل التوحد (مصطفى والشربيني، 2014، ص252) وتقوم فكرة البرنامج على أن البيئة يجب أن تكيف لكي تلائم الطفل التوحد، وتستخدم طرقاً من شأنها أن تساعد الطفل التوحد على الفهم والتنبؤ والتعلم في البيئة المحيطة، كما ويهتم البرنامج ببيئة الطفل،

فيبحث عن مشكلات تلك البيئة، وكيفية معالجتها بالشكل الذي يحقق الطمأنينة، وهناك العديد من المهارات الحركية التي اهتم بتنميتها البرنامج ومنها: ثني الجذع للأمام من وضع الوقوف، تمرير الكرة بالقدم، نزول وصعود الدرج، الجري المتعرج والوثب الطويل من الثبات (Ozonoff et .al.2002 :83)

ثانياً-برنامج علاج الحياة اليومية " هيجاشي " Daily Life Therapy "

يقوم هذا البرنامج على أنشطة حركية منظمة وموجة ضمن المجموعة، كما يستخدم برنامج الحياة اليومية الأنشطة الحركية لخفض السلوكيات النمطية، كما أن استخدامه جنباً إلى جنب مع طرق ضبط السلوكيات المناسبة يساعد في خفض السلوكيات غير المناسبة مثل السلوكيات العدوانية وإثارة الذات والنشاط المفرط (الزريقات، 2004، ص460) وتركز طريق علاج الحياة اليومية على طرق رئيسية قليلة ومبسطة لما هو متوقع من الطفل، فالأنشطة منظمة لتأكيد التعلم المنقول من طفل إلى آخر من خلال التقليد والتزامن، كما يركز البرنامج على الأنشطة الجسمية في المجموعات والركض ثلاث مرات يومياً، بواقع 20 دقيقة في كل مرة والجمانيزيوم لمرة واحدة، وأنشطة رياضية خارجية يومية، مثل كرة القدم وكرة السلة لمدة ساعة يومياً، والمعروف أن المستوى العالي من التمرينات الجسمية يمكن أن يستفاد منه لدى الأفراد التوحديين، وخصوصاً خفض السلوكيات غير المناسبة وتحسين الانتباه وإمكانية التعلم. (المغلوث، 2006، ص140)

ثالثاً-العلاج باللعب: Play Therapy

يعد اللعب جزء مهم في حياة الأطفال بصفة عامة وأطفال التوحد بشكل خاص لأنه ينمي لديهم الإدراك بالأشياء وبالأشخاص من حولهم، وعن طريق اللعب يمكن للطفل التوحدي معرفة قوانين المجتمع والبيئة التي يعيش فيها وإكسابهم سلوكيات ومهارات اجتماعية، كما أكدت الدراسات أن اللعب يمكن أن يحدث تحولاً كبيراً في حياة طفل التوحد حيث يركز على إخراج الطفل من التوقع داخل ذاته، وينمي الاتصال والتواصل مع مثيرات البيئة الخارجية، ومن خلال اللعب يمكن الكشف عن القدرات الكامنة لأطفال التوحد، وتنميتها وإكسابهم مهارات اللعب الأخرى التي يفتقدونها وهذا يقوى سلوكياتهم الإيجابية ويخلصهم من العديد من السلوكيات غير المرغوبة، والتي تعوق تفاعلهم وتواصلهم مع الآخرين (إبراهيم، 2011، ص138)

رابعاً-العلاج بالتمرينات الرياضية Physical Exerce :

تعد الأنشطة الرياضية محورية لأسلوب الحياة الصحي للأفراد التوحديين وغير التوحديين، حيث أن ممارسة الأنشطة الرياضية من قبل الأطفال التوحديين يساعدهم على جني فوائد صحية وتربوية متنوعة، وبسبب ضعف أطفال التوحد على إنتاج اللعب بأنفسهم اقتضت الضرورة على إيجاد طرق وأساليب لتفعيل برامج اللعب وتنميتهم، كتشجيعهم على ممارسة الرياضة الملائمة لهم ضمن قدراتهم

ومهاراتهم الحركية، حيث تؤثر ممارسة الأنشطة الرياضية على اطفال التوحد من خلال " زيادة فترة الانتباه، وضبط السلوكيات غير المناسبة كالعدوان وفرص النشاط، وضبط السلوكيات النمطية، (عواد، 2011، ص173)

خامساً-العلاج بالتكامل الحسي: SensoryIntegrationTherapy

يقوم العلاج بالتكامل الحسي على أساس أن الجهاز العصبي يربط جميع الأحاسيس وتكاملها " مثل حواس الشم، والسمع، والبصر، واللمس، و التوازن، والتذوق " وقد يؤدي إلى أعراض توحدية. ويقوم هذا النوع من العلاج على تحليل هذه الأحاسيس، ومن ثم العمل على توازنها، ومن محتويات هذا البرنامج قيام المدرب بالتعرف إلى المتغيرات التي تدفع طفل التوحد للانخراط في أنشطة معينة ثم توجيه الطفل إلى أنشطة مفيدة، وتتمحور هذه الأنشطة حول استخدام اللعب بوصفه وسيلة لرفع البرنامج إلى تنمية الدمج الحسي، وتطويره مما يجعل الفرد أكثر ثقة بنفسه، وأكثر تكيفاً مع المثيرات الحسية من حوله. (المغلوث، 2006، ص127)

ويخلص الباحث: مما سبق أن هناك العديد من البرامج العلاجية والتربوية تستخدم مع أطفال التوحد، فتلك البرامج تتعامل مع التوحد من خلال رؤى وفرضيات مختلفة، حيث يجب أن تدار هذه البرامج بطريقة متناسقة وشاملة حتى توفر الجو والدعم النفسي والاجتماعي لهؤلاء الأطفال، وأن هذه البرامج العلاجية والتربوية ذات أهمية في علاج وتدريب أطفال التوحد لما تشمله من أنشطة، وتدريب يتم اختيارها لتلبية احتياجات الطفل التوحدي في ضوء قدراته، فهي تقوم على نظريات تعديل السلوك التي أثبتت فاعليتها وملاءمتها للأطفال التوحديين، وبهذا يتبنى الباحث برنامج هيجاشي " علاج الحياة اليومية" فهو يقوم على أنشطة حركية منظمة وموجهة ضمن مجموعات تعمل على خفض السلوكيات العدوانية والنشاط المفرط من خلال استخدام إجراءات التقليد والتعزيز والتزامن للسلوك البديل، حيث يركز البرنامج على الأنشطة الجسمية الحركية للطفل التوحدي وأنشطة رياضية متنوعة، فالتمرينات الرياضية يمكن أن يستفاد منها لدى الطفل التوحدي في خفض سلوكياته غير المناسبة وتحسين إمكانية التعلم لديه .

الجانب التطبيقي

الفصل الأول

الإجراءات المنهجية

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 .

3- منهج الدراسة:

بما أن نمط الدراسة وصفية استطلاعية تهدف إلى استطلاع و اكتشاف واقع النشاط البدني الرياضي المكيف بمراكز المعاقين ومن اجل الوصول إلى الأهداف المسطرة للدراسة تم اختيار المنهج الوصفي لأنه المناسب للدراسة الحالية

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

المجال البشري : تم إجراء هذه الدراسة على عينة من أفراد والمتمثلة في استمارة استبيان وزعت على أساتذة المركز للمعاقين سمعياً على مستوى ولاية -مسيلة.

المجال الزمني : تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الدراسي 2020/2019.

المجال البشري : تم إجراء هذه الدراسة في مركز المعاقين سمعياً على مستوى ولاية المسيلة.

4-مجتمع الدراسة:

بعد وضع الحدود البشرية و الزمانية والمكانية للمجتمع الأصلي الذي يشمل الطاقم الإداري وبعض الأساتذة وأفراد المعاقين حركياً قدر عددهم حوالي 60 فرد حيث يمثلون المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة

5-عينة الدراسة الاستطلاعية :

بعد تحديد مجتمع الدراسة تم اختيار عينة استطلاعية بلغت 22 فرد ووزعت عليهم أداتي الدراسة واعتمدت أثناء حساب الخصائص السيكومترية

6-العينة الأساسية :

تم اختيار عينة الدراسة من مجتمع أصلي قدر ب60 فرد حيث بلغ حجم العينة الأساسية 22 فرد من فئة الأساتذة العاملين في المركز ، واختيروا بطريقة عشوائية.

7-أدوات الدراسة:

بعد اطلاعنا على الدراسات السابقة قمنا باستعمال أداة والمتمثلة في استمارة استبيان وزعت على الأساتذة بطريقة عشوائية .

8-الوسائل الإحصائية:

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

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

تحليل ومناقشة

الفرضيات

المحور الأول: مراكز المعاقين تحتوي على المنشآت الرياضية القاعدية المناسبة للممارسة النشاط الرياضي المكيف.

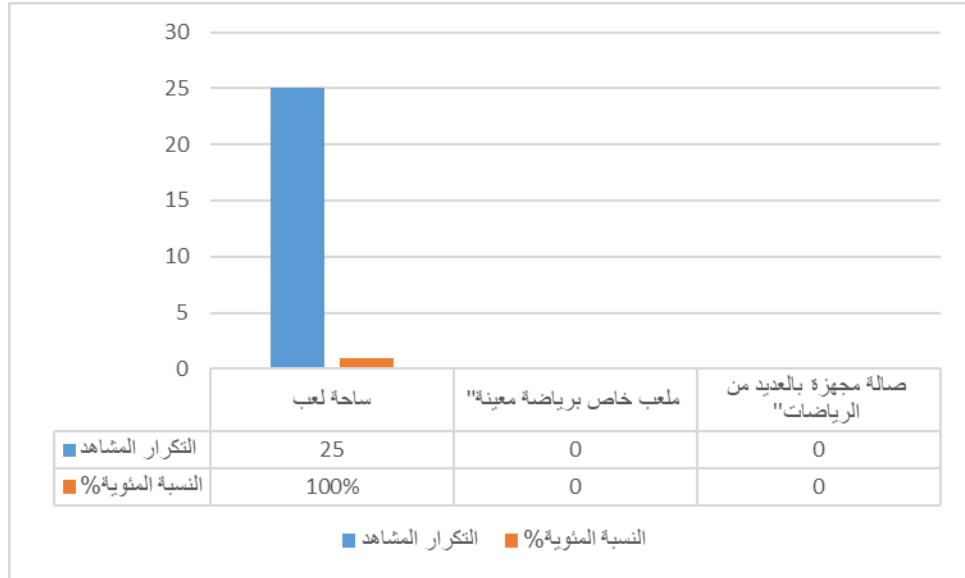
1- ما هي المرافق الرياضية التي يتوفر عليها المركز ؟ وللإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (1) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (1)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المتوقع والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 01
دال عند مستوى 0.01	0,000	50,000 ^a	2	16,7	8,3	%100	25	ساحة لعب
				-8,3	8,3	%00	00	ملعب خاص برياضة معينة"
				-8,3	8,3	%00	00	صالة مجهزة بالعديد من الرياضات"
				//////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى ثلاث مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل "ساحة لعب" وقد بلغ عددهم (25) فرداً بنسبة مئوية بلغت 100%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "ملعب خاص برياضة معينة" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "صالة مجهزة بالعديد من الرياضات" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (2) قدرت بـ 50,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الثلاث لصالح المجموعة الأولى الأعلى تكرار (ساحة لعب) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المرافق الرياضية التي يتوفر عليها المركز هي ساحة لعب.. كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (1) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (1)

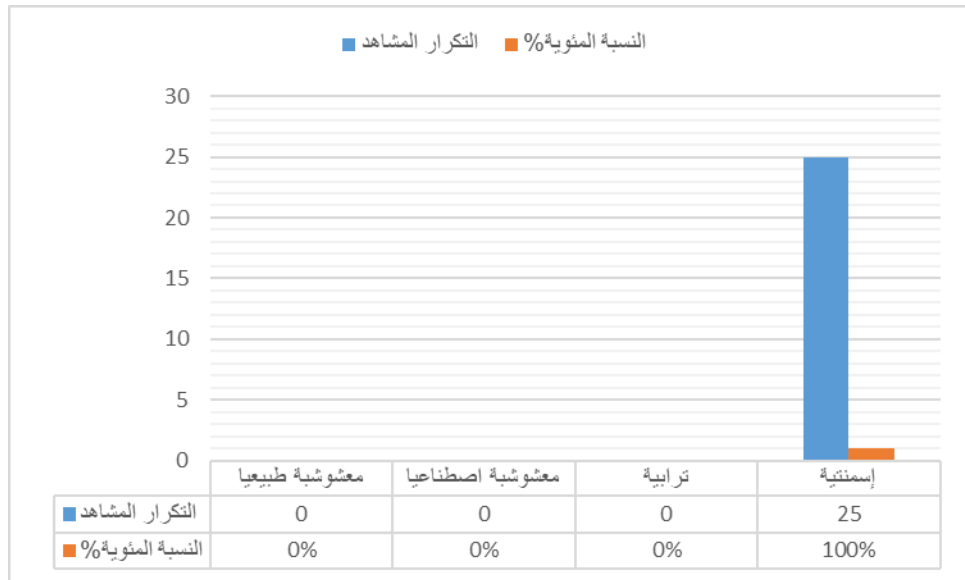
2- ما نوع أرضية ساحة اللعب ؟ وللاجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (2) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (2)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 02
دال عند مستوى 0.01	0,000	75,000 ^a	3	-6,3	6,3	%00	00	معشوشبة طبيعيا
				-6,3	6,3	%00	00	معشوشبة اصطناعيا
				-6,3	6,3	%00	00	ترايبية
				18,8	6,3	100%	25	إسمنتية
				//////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى أربع مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل "معشوشبة طبيعياً" وقد بلغ عددهم (00) فرداً بنسبة مئوية بلغت 00%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "معشوشبة اصطناعياً" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "ترايبية" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "إسمنتية" والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%،

وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (3) قدرت بـ 75,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الأربع لصالح المجموعة الرابعة الأعلى تكرار (اسمنتية) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%. بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن نوع أرضية ساحة اللعب هي اسمنتية.. كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (2) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (2)

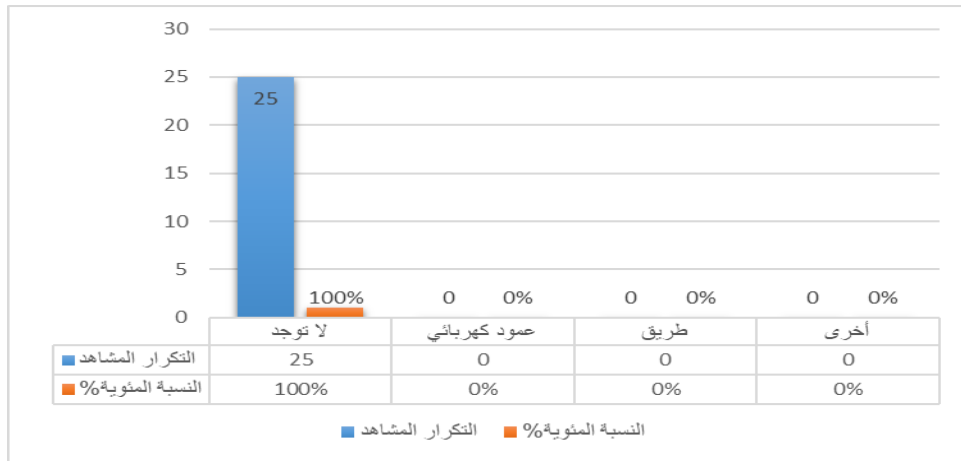
3- ما هي أهم المخاطر الموجودة في محيط اللعب؟ وللإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (3) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (3)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية%	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 03
دال عند مستوى 0.01	0,000	75,000 ^a	3	18,8	6,3	100%	25	لا توجد
				-6,3	6,3	00%	00	عمود كهربائي
				-6,3	6,3	00%	00	طريق
				-6,3	6,3	00%	00	أخرى
				//////		100%	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى أربع مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل " لا توجد" وقد بلغ عددهم (25) فرداً بنسبة مئوية بلغت 100%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "عمود كهربائي" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "طريق" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "أخرى" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (3) قدرت بـ $75,000^a$ وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الأربع لصالح المجموعة الأولى الأعلى تكرار (لا توجد) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأنها لا توجد المخاطر في محيط اللعب. كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (3) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (3)

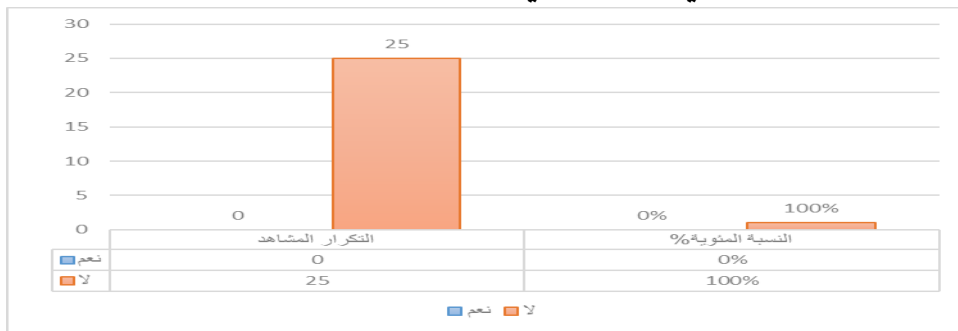
4- هل المرافق الرياضية تكفي لسد احتياجات جميع المعاقين؟ وللاجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (4) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (04)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 4
دال عند مستوى 0.01	0,000	25,000 ^a	1	-12,5	12,5	%00	00	نعم
				12,5	12,5	%100	25	لا
				////////////////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى مجموعتين، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل "نعم" وقد بلغ عددهم (00) فرداً بنسبة مئوية بلغت 00%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "لا" والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (1) قدرت بـ 25,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الثلاث لصالح المجموعة الثانية الأعلى تكرار (لا) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المرافق الرياضية لا تكفي لسد احتياجات جميع المعاقين. . كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (4) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (4)

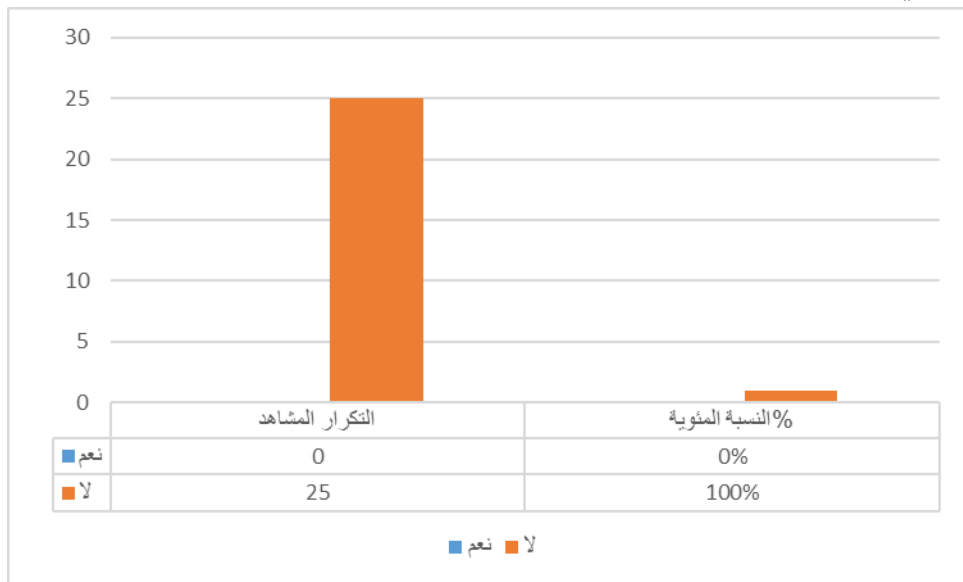
5- هل المرافق الرياضية مناسبة لجميع الفئات العمرية للمعاقين ؟ وللاجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (5) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (05)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 05
دال عند مستوى 0.01	0,000	25,000 ^a	1	-12,5	12,5	%00	00	نعم
				12,5	12,5	%100	25	لا
				//////////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى مجموعتين، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل "نعم" وقد بلغ عددهم (00) فرداً بنسبة مئوية بلغت 00%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "لا" والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (1) قدرت بـ 25,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الثلاث لصالح المجموعة الثانية الأعلى تكرار (لا) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المرافق الرياضية ليست مناسبة لجميع الفئات العمرية للمعاقين.



شكل رقم (5) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (5)

المحور الثاني: مراكز المعاقين لديها الوسائل والأجهزة الرياضية لمزاولة النشاط الرياضي المكيف.

6- ما هي الوسائل والأجهزة الرياضية التي يتوفر عليها المركز؟ ولإجابة على السؤال تم استخدام التكرارات والنسب المئوية وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (6) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (06)

النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 06
100%	25	وسائل وأدوات تعليمية
100%	25	كرات مختلفة الأنواع
100%	25	مستلزمات رياضية
100%	25	أجهزة رياضية

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى أربع مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل " وسائل وأدوات تعليمية" وقد بلغ عددهم (25) فرداً بنسبة مئوية بلغت 100%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "كرات مختلفة الأنواع" والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "مستلزمات رياضية" والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%، أما المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "أجهزة رياضية" والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المركز يتوفر على الوسائل والأجهزة الرياضية التالية:

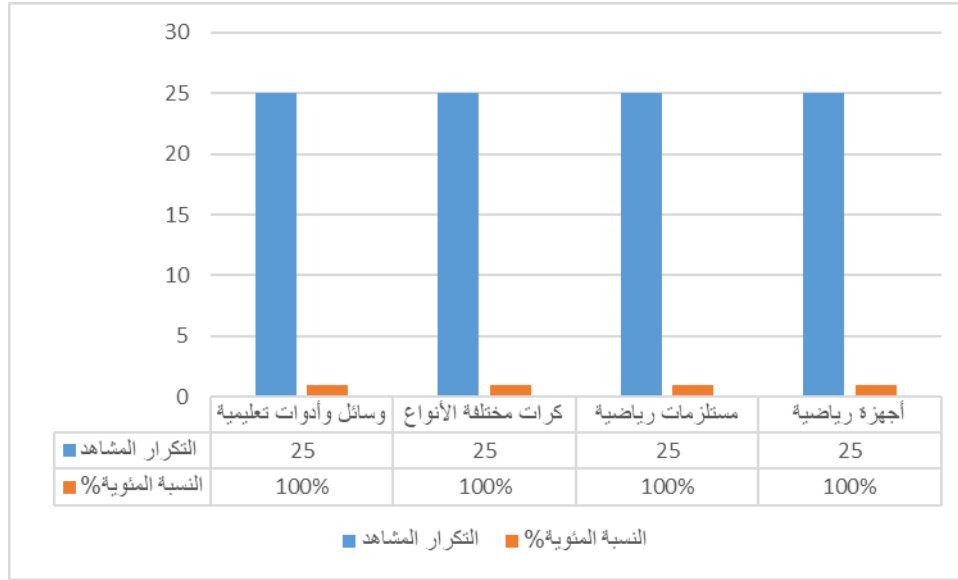
- وسائل وأدوات تعليمية

- كرات مختلفة الأنواع

- مستلزمات رياضية

- أجهزة رياضية.

كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (6) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (6)

7- كم تدوم فترة تجديد الوسائل والأجهزة الرياضية الموجودة بالمركز؟ وللإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

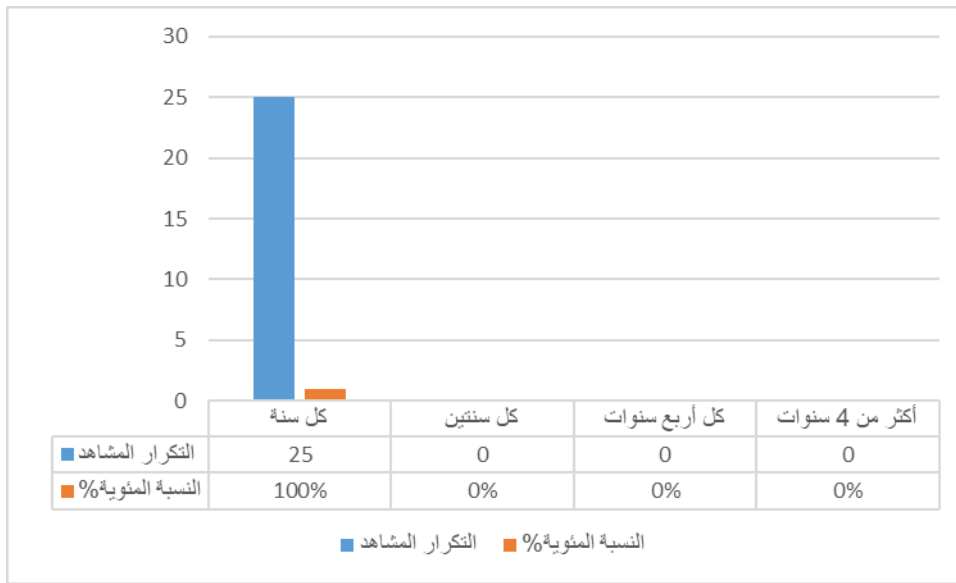
الجدول رقم (7) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (07)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المتوقع والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية%	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 07
دال عند مستوى 0.01	0,000	75,000 ^a	3	18,8	6,3	%100	25	كل سنة
				-6,3	6,3	%00	00	كل سنتين
				-6,3	6,3	%00	00	كل أربع سنوات
				-6,3	6,3	%00	00	أكثر من 4 سنوات
				///////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى أربع مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل " كل سنة" وقد بلغ عددهم (25) فرداً بنسبة مئوية بلغت 100%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "كل سنتين" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "كل أربع سنوات" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين كانت

إجابته على هذا السؤال بالبديل 'أكثر من 4 سنوات' والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (3) قدرت بـ 75,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الأربع لصالح المجموعة الأولى الأعلى تكرر (كل سنة) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن فترة تجديد الوسائل والأجهزة الرياضية الموجودة بالمركز تقريبا كل سنة. . كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (7) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (7)

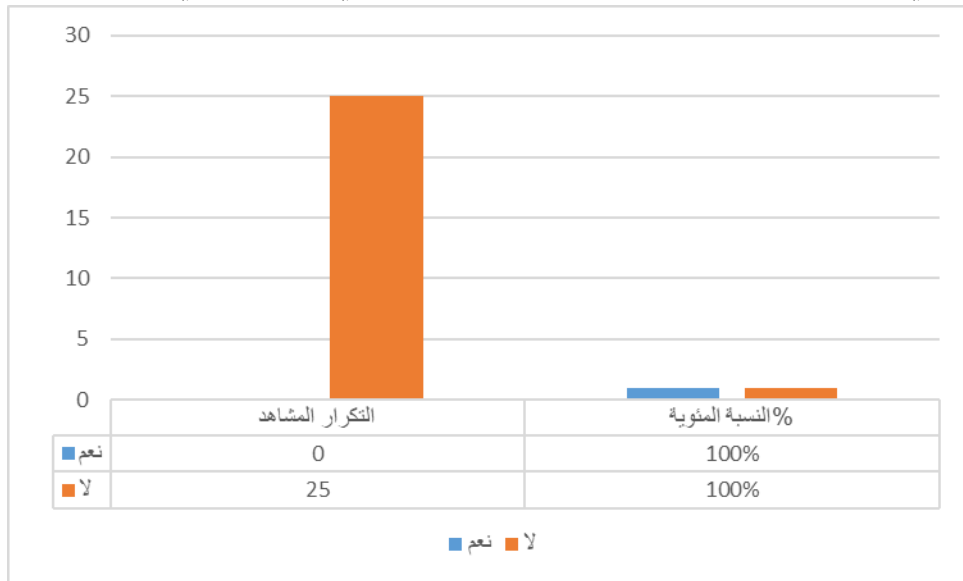
8- هل الوسائل والأجهزة الرياضية الموجودة بالمركز تغطي احتياجات جميع المعاقين؟ وللإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (8) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (08)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية%	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 08
دال عند مستوى 0.01	0,000	25,000 ^a	2	-12,5	12,5	100%	00	نعم
				12,5	12,5	100%	25	لا
				//////////		100%	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى مجموعتين، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبدل " نعم " وقد بلغ عددهم (00) فرداً بنسبة مئوية بلغت 00%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبدل "لا" والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (ك²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (1) قدرت بـ 25,000³ وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعتين لصالح المجموعة الثانية الأعلى تكرر (لا) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن الوسائل والأجهزة الرياضية الموجودة بالمركز لا تغطي احتياجات جميع المعاقين. . كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (8) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (8) المحور الثالث: مراكز المعاقين بها العديد من البرامج الرياضية المطبقة في النشاط الرياضي المكيف.

9- من المسؤول عن النشاط الرياضي في مراكز المعاقين؟ وللإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

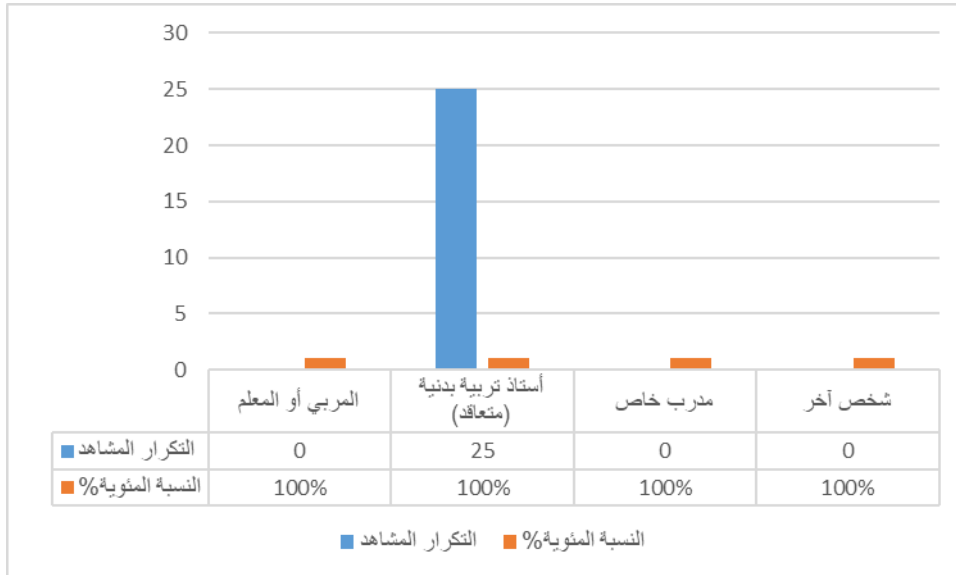
الجدول رقم (9) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (09)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 09

دال عند مستوى 0.01	0,000	75,000 ^a	3	6,3	-6,3	%100	00	المربي أو المعلم
				6,3	18,8	%100	25	أستاذ تربية بدنية (متعاقد)
				6,3	-6,3	%100	00	مدرب خاص
				6,3	-6,3	%100	00	شخص آخر
				//////////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى أربع مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل "المربي أو المعلم" وقد بلغ عددهم (00) فرداً بنسبة مئوية بلغت 00%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "أستاذ التربية البدنية" والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "مدرب خاص" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "شخص آخر" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (3) قدرت بـ 75,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الأربع لصالح المجموعة الثانية الأعلى تكرر (أستاذ تربية بدنية متعاقد) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المسؤول عن النشاط الرياضي في مراكز المعاقين (مركز الأطفال المعاقين سمعياً) أستاذ تربية بدنية متعاقد. . كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (9) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (9)

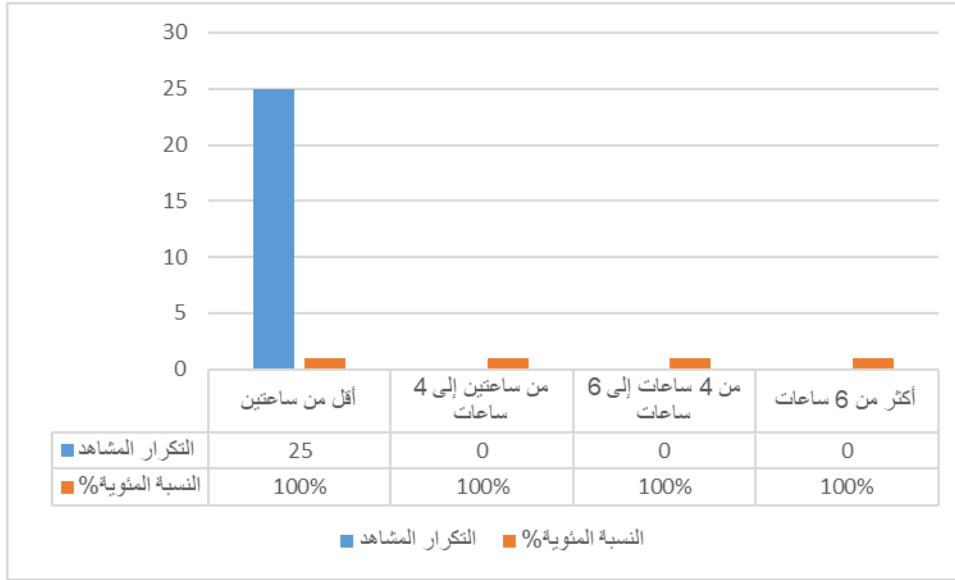
10- كم عدد ساعات النشاط الرياضي في الأسبوع؟ وللإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (10)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 10
دال عند مستوى 0.01	0,000	75,000 ^a	3	18,8	6,3	%100	25	أقل من ساعتين
				-6,3	6,3	%100	00	من ساعتين إلى 4 ساعات
				-6,3	6,3	%100	00	من 4 ساعات إلى 6 ساعات
				-6,3	6,3	%100	00	أكثر من 6 ساعات
				//////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى أربع مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل " أقل من ساعتين" وقد بلغ عددهم (25) فرداً بنسبة مئوية بلغت 100%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "من ساعتين إلى 4 ساعات" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "من 4 ساعات إلى 6 ساعات" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "أكثر من 6 ساعات" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (3) قدرت بـ 75,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الأربع لصالح المجموعة الأولى الأعلى تكرار (أقل من ساعتين) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن عدد ساعات النشاط الرياضي في الأسبوع هي أقل من ساعتين. . كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (10) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (10)

11- هل البرامج والأنشطة الرياضية المكيفة بالمركز تُطبق: وللإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

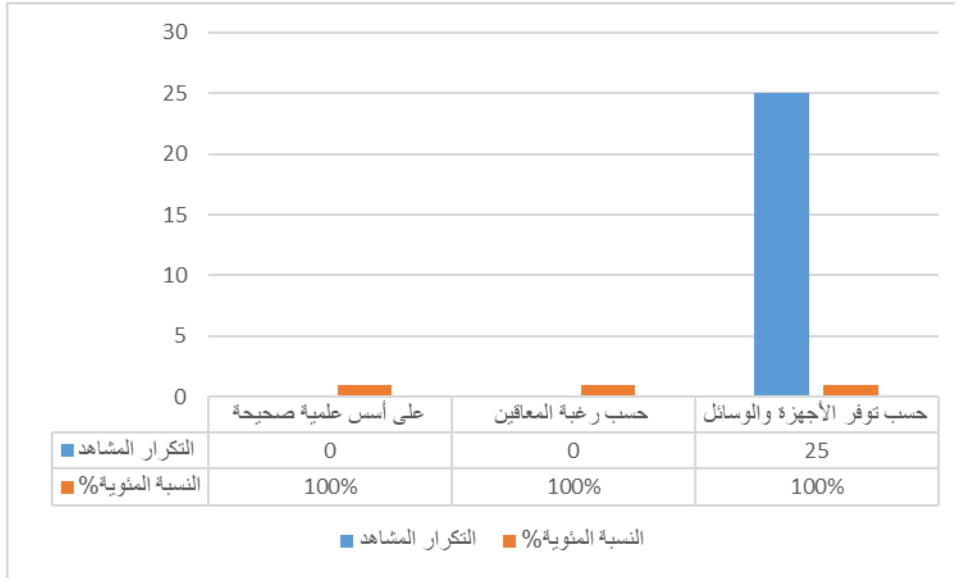
الجدول رقم (11) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (11)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية%	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 11
دال عند مستوى 0.01	0,000	50,000 ^a	2	-8,3	8,3	%100	00	على أسس علمية صحيحة
				-8,3	8,3	%100	00	حسب رغبة المعاقين
				16,7	8,3	%100	25	حسب توفر الأجهزة والوسائل
				//////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى ثلاث مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل " على أسس علمية صحيحة " وقد بلغ عددهم (00) فرداً بنسبة مئوية بلغت 00%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "حسب رغبة المعاقين" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل 'حسب توفر الأجهزة والوسائل' والبالغ عددهم (25) بنسبة مئوية قدرت بـ 100%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (2) قدرت بـ 50,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً

عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الثلاث لصالح المجموعة الثالثة الأعلى تكرر (حسب توفر الأجهزة والوسائل) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن البرامج والأنشطة الرياضية المكيفة بالمركز تُطبق حسب توفر الأجهزة والوسائل. كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (11) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (11)

12- ما هي الأنشطة الرياضية المكيفة الأكثر مزاولة في المركز؟ ولإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

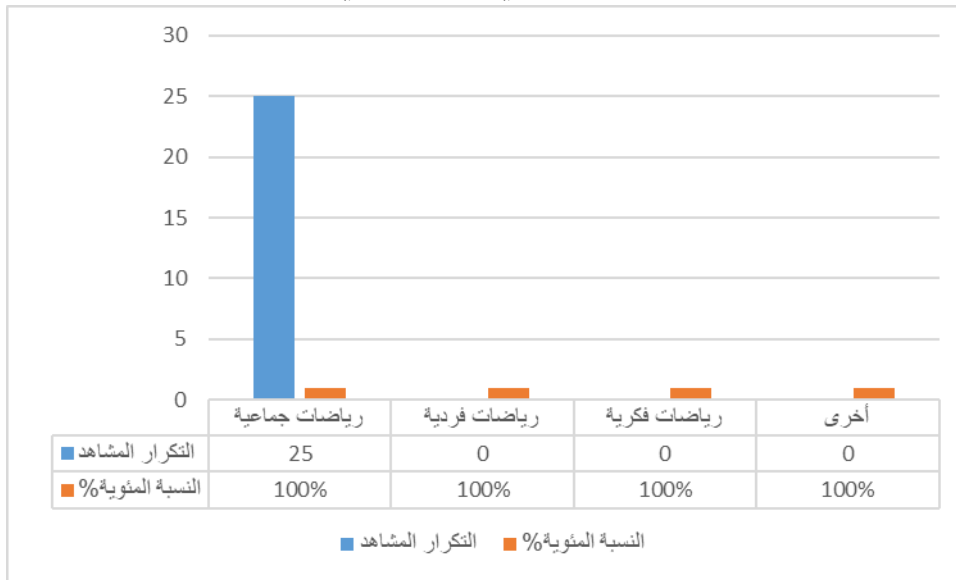
الجدول رقم (12) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (12)

بدائل الإجابة على السؤال رقم 12	التكرار المشاهد	النسبة المئوية %	التكرار المتوقع	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	درجة الحرية	K ² قيمة	مستوى الدلالة	القرار
رياضات جماعية	25	100%	6,3	18,8	3	75,000 ^a	0,000	دال عند مستوى 0.01
رياضات فردية	00	100%	6,3	-6,3				
رياضات فكرية	00	100%	6,3	-6,3				
أخرى	00	100%	6,3	-6,3				
الإجمالي	25	100%	25	//////				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى أربع مجموعات، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال

بالبديل "رياضات جماعية" وقد بلغ عددهم (25) فردا بنسبة مئوية بلغت 100%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجابتهم على هذا السؤال بالبديل "رياضات فردية" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين كانت إجابتهم على هذا السؤال بالبديل "رياضات فكرية" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، أما المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين كانت إجابتهم على هذا السؤال بالبديل "أخرى" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (K^2) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (3) قدرت بـ $75,000^a$ وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعات الأربع لصالح المجموعة الأولى الأعلى تكرر (رياضات جماعية) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن الأنشطة الرياضية المكيفة الأكثر مزاولة في المركز هي الرياضات الجماعية. . كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (12) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (12)

13- هل ترون أن الأنشطة الرياضية المكيفة تساعد في اندماج المعاق اجتماعياً؟ ولإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (13) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (13)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد	التكرار المتوقع	النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 13

				والمتوقع					
دال عند				12,5	12,5	%100	25	نعم	
مستوى	0,000	25,000 ^a	1	-12,5	12,5	%00	00	لا	
0.01				////////////////		%100	25	الإجمالي	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى مجموعتين، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل "نعم" وقد بلغ عددهم (25) فرداً بنسبة مئوية بلغت 100%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "لا" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (1) قدرت بـ 25,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعتين لصالح المجموعة الأولى الأعلى تكرر (نعم) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن الأنشطة الرياضية المكيفة تساعد في اندماج المعاق اجتماعياً. . كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (13) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (13)

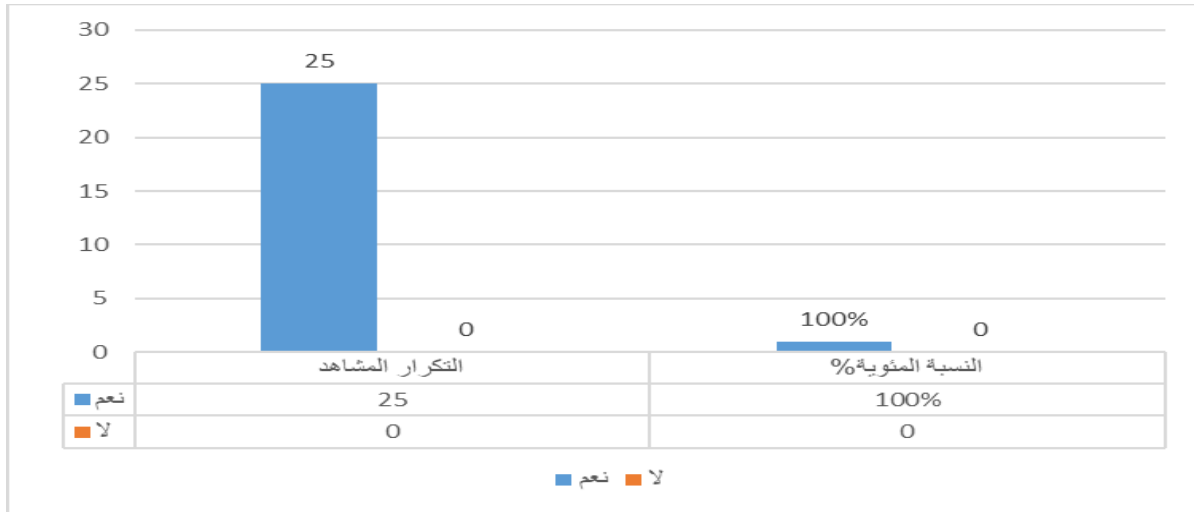
14- هل يشارك المركز في منافسات جهوية أو وطنية؟ وللإجابة على السؤال تم استخدام اختبار كا مربع لجودة التطابق وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (14) يوضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (14)

القرار	مستوى الدلالة	K ² قيمة	درجة الحرية	الفرق بين التكرار المشاهد والمتوقع	التكرار المتوقع	النسبة المئوية %	التكرار المشاهد	بدائل الإجابة على السؤال رقم 14
دال عند	0,000	25,000 ^a	1	12,5	12,5	%100	25	نعم

مستوى 0.01				-12,5	12,5	00	00	لا
				////////////////		%100	25	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (25) فرداً قد انقسمت إلى مجموعتين، تمثلت المجموعة الأولى في الأفراد الذين تمحورت إجاباتهم على السؤال بالبديل "نعم" وقد بلغ عددهم (25) فرداً بنسبة مئوية بلغت 100%، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد الذين كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالبديل "لا" والبالغ عددهم (00) بنسبة مئوية قدرت بـ 00%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (1) قدرت بـ 25,000^a وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعتين لصالح المجموعة الأولى الأعلى تكرار (نعم) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1% . كما بمعنى أن كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأنالمركز شارك في منافسات جهوية و وطنية. . كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (14) أعمدة بيانية توضح توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على السؤال رقم (14)

1-مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

-التي نصت على: مراكز المعاقين تحتوي على المنشآت الرياضية القاعدية المناسبة لممارسة النشاط الرياضي المكيف. حيث وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا الى النتائج التالية:

1- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المرافق الرياضية التي يتوفر عليها المركز هي ساحة لعب.

2- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن نوع أرضية ساحة اللعب هي اسمنتية.

3- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأنه لا توجد المخاطر في محيط اللعب

4- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المرافق الرياضية لا تكفي لسد احتياجات جميع المعاقين

5- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المرافق الرياضية ليست مناسبة لجميع الفئات العمرية للمعاقين.

وبنا على النتائج المتوصل إليها نستنتج عدم تحقق الفرضية الأولى أي أن مراكز المعاقين لا تحتوي على المنشآت الرياضية القاعدية المناسبة لممارسة النشاط الرياضي المكيف.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات حيث تتفق مع دراسة الدكتور عبد المجيد المطر وآخرون 1996 التي توصلت الى عدم توفر الإمكانيات المادية الضرورية لتنفيذ البرامج الرياضية وعدم وجود الوعي بأهمية ممارسة الأنشطة الرياضية للمعوقين. على الرغم من تأكيد العديد من الدراسات السابقة ومنها الشلغوط 1994 بعنوان الدراسة " اتجاهات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة (سمعي، بصري) نحو ممارسة النشاط الرياضي البدني وأثره على أمنهم النفسي. على الاتجاهات الإيجابية لذوي الاحتياجات الخاصة نحو ممارسة الرياضة حيث أظهرت الدراسة أن مستوى دوافع ممارسة النشاط الرياضي البدني على المجالات الكلية للدراسة جاءت مهمة، وتعتبر عن درجة دافعية كبيرة، حيث وصل متوسط النسب المئوية إلى 73.78% وكان دوافع ممارسة النشاط الرياضي البدني حسب أهميتها كما يلي: دوافع عقلية، دوافع السمات الخلقية والإرادية، دوافع اللياقة البدنية والصحية، دوافع ترويحية، دوافع اجتماعية، دوافع الميولة الرياضية، دوافع نفسية، دوافع مهنية، دوافع فنية. كما أظهرت دراسة الدوسري (2002) بعنوان اتجاهات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة (سمعي بصري)، نحو ممارسة النشاط البدني وأثرها على أمنهم النفسي. إن اتجاهات الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة نحو ممارسة النشاط الرياضي البدني تتسم بالإيجابية وأشارت أيضاً إلى أنه يوجد اختلاف في الأمن النفسي لدى أفراد العينة نحو ممارسة الأنشطة الرياضية.

أيضا تتفق مع دراسة عزوني سليمان بعنوان " أطفال الصم بين ممارسة النشاطات البدنية والرياضية وتقديرهم لذواتهم 2011 والتي أكدت أن المراكز الطبية البيداغوجية المتكفلة بتربية ورعاية الأطفال المتخلفين عقلياً تنقل إلى منشآت رياضية قاعدية وبرامج رياضية مكيفة، وإلى مربين مختصين في النشاط البدني الرياضي المكيف.

2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

- التي نصت على: مراكز المعاقين لديها الوسائل والأجهزة الرياضية لمزاولة النشاط الرياضي المكيف. حيث وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا إلى النتائج التالية:

1- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن المركز يتوفر على الوسائل والأجهزة الرياضية التالية:

- وسائل وأدوات تعليمية

- كرات مختلفة الأنواع

-مستلزمات رياضية

-أجهزة رياضية.

2- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن فترة تجديد الوسائل والأجهزة الرياضية الموجودة بالمركز تقريبا كل سنة.

3- كل أفراد عينة الدراسة يؤكدون بأن الوسائل والأجهزة الرياضية الموجودة بالمركز لا تغطي احتياجات جميع المعاقين.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات حيث تتفق مع دراسة الدكتور عبد المجيد المطر وآخرون 1996 التي أظهرت نتائجها إلى أن هناك أربع هيئات فقط تدعم برامج رياضة المعوقين في السعودية وهي:- الرئاسة العامة لرعاية الشباب، جامعة الملك سعود. -وزارة المعارف، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية. -تحتل كرة القدم المرتبة الأولى من حيث الممارسة لدى المعاقين لدى المعوقين بصرياً حيث تعتبر كرة الهدف رياضتهم الأكثر شعبية وعدم توفر الإمكانيات المادية الضرورية لتنفيذ البرامج الرياضية.

3-مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

-التي نصت على:واقع النشاط الرياضي المكيف في مراكز المعاقين من حيث البرامج الرياضية المطبقة. حيث وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا الى النتائج التالية:

1-عينة الدراسة يؤكدون بأن المسؤول عن النشاط الرياضي في مراكز المعاقين (مركز الأطفال المعاقين سمعياً) 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 بأنالأنشطة الرياضية المكيفة الأكثر مزاولة في المركز هي الرياضات الجماعية.

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

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

المناقشة:

تتفق نتائج الفرضية الثالثة 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 مربين 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.

خاتمة

الخاتمة:

من خلال موضوع البحث الذي كان في إطار معرفة واقع النشاط الحركي المكيف بمراكز المعاقين سمعيا و حركيا، و رغم أننا نعلم أنه لم نغطي الموضوع من كل الجوانب و بما يليق بأهمية النشاط الرياضي المكيف، إلا أننا وقفنا عند تجربة تدعو إلى البحث أكثر و بذل جهد اكبر في سبيل تطوير رياضة المعاقين في الجزائر سواء كانت متعلقة بالمعاقين سمعيا و حركيا بما أننا تخصصنا في هذا البحث على هذه الشريحة، أو إعاقة أخرى. الجدير بالذكر في هذا المقام أن كثرة هي الرياضات التي حققت أحسن النتائج بأدنى الإمكانيات الرياضية المادية دون أن يثير ذلك فضول المتابعين والأوساط الرياضية بالبلاد لا لشيء سوى لأن الطبقة أما البلاد لا تم إلا بتتبع خطوات كرة القدم، فمن بين هذه النشاطات المتألقة نجد رياضة المعاقين التي انفكت تحظى باحترام كبير في السنوات الماضية بعدما سجلت نتائج باهرة وجد إيجابية على المستوى الاعترافات الدولية فاقت كل التوقعات ولم تستطع حتى أعرق الرياضات الخاصة بالأسوياء والمعروفة بإمكانات تسجيل مثلها، ولا أدل على ذلك ما فعلته رياضة ألعاب القوى للمعاقين التي كانت المنفذ دائما للتمثيل الرياضي الجزائري خارجيا خاصة في الأولمبياد حيث كان المعاقون دائما يعوضون انتكاسات الأسوياء في هذه التظاهرة العالمية بفضل نخبة من الأطفال العالميين يتقدمهم العداء الظاهرة **محمد علاق** ونادية **مجمع** والآخرين.

نرى كطلبة أنه من الواجب الإشارة إلى مجموعة من النقاط، خرجنا بعد إعدادنا لهذه الدراسة، وهي:

* يجب التعرف على واقع رياضة المعاقين في الجزائر و القيام بدراسات وأعمال بحث في مجال الأنشطة البدنية والرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة (المتخلفين عقليا ، المعاقين حركيا ، المعاقين بصريا ، الصم البكم ، المضطربين نفسيا وانفعاليا ، كبار السن ، الموهوبين ، ذو الأمراض المزمنة ، المدمنين).
-تصميم برامج رياضية مكيفة للمتخلفين عقليا في المراكز الطبية البيداغوجية ، و إعداد برامج للتحضير النفسي للاعبين المعاقين حركيا في الرياضات.

-اقتراح برامج رياضية حركية لتطوير المهارات الحركية الأساسية القاعدية: المشي، الجري، القفز والحجل
-تعليم المهارات الحركية الانتقالية ومهارات غير انتقالية ومهارات حركات التعامل مع الأداة

أخيرا إن الوصول إلى إعداد وتصميم وانجاز وتكييف برامج رياضية تتماشى مع خصائص ومميزات كل فئة تتطلب التحكم في المفاهيم والمصطلحات المرتبطة والمتداخلة فيما بينها وتحديد بدقة الأهداف المتوقع انجازها بدقة وموضوعية من خلال هذه البرامج خصوصا في المجالات الثلاثة (المجال الحسي الحركي، المجال الاجتماعي العاطفي، المجال المعرفي) من خلال الاطلاع على الدراسات والبحوث المتخصصة في الأنشطة البدنية والرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة.

قائمة المصادر والمراجع

الملاحق

بسم الله الرحمن الرحيم

سيدي / سيدتي السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

فنحن نقوم بإجراء دراسة بعنوان : واقع النشاط الرياضي المكيف بمراكز المعاقين

على مستوى ولاية -المسيلة

لذا نرجو تعاونكم بالإجابة على جميع الأسئلة الواردة بعد قراءتها

علما بأن هذه الإجابات ستعامل بسرية تامة لأغراض البحث العلمي فقط

شاكرين لكم حسن تعاونكم .

المحور الأول: مراكز المعاقين تحتوي على المنشآت الرياضية القاعدية المناسبة للممارسة النشاط الرياضي المكيف.

1. ماهي المرافق الرياضية التي يتوفر عليها المركز ؟

- ساحة لعب
- ملعب خاص برياضة معينة
- صالة مجهزة بالعديد من الرياضات

2. ما نوع أرضية ساحة اللعب ؟

- معشوشبة طبيعيا
- معشوشبة اصطناعيا
- ترابية
- إسمنتية

3. ما هي أهم المخاطر الموجودة في محيط اللعب ؟

- لا توجد
- عمود كهربائي
- طريق
- أخرى

4. هل المرافق الرياضية تكفي لسد احتياجات جميع المعاقين ؟

- نعم
- لا

5. هل المرافق الرياضية مناسبة لجميع الفئات العمرية للمعاقين ؟

- نعم
- لا

المحور الثاني: مراكز المعاقين لديها الوسائل والأجهزة الرياضية لمزاولة النشاط الرياضي المكيف.

6. ماهي الوسائل والأجهزة الرياضية التي يتوفر عليها المركز ؟

- وسائل وأدوات تعليمية

- كرات مختلفة الأنواع
- مستلزمات رياضية
- أجهزة رياضية

7. كم تدوم فترة تجديد الوسائل والأجهزة الرياضية الموجودة بالمركز؟

- كل سنة
- كل سنتين
- كل أربع سنوات
- أكثر من 4 سنوات

8. هل الوسائل والأجهزة الرياضية الموجودة بالمركز تغطي احتياجات

جميع المعاقين؟

- نعم
- لا

المحور الثالث: مراكز المعاقين بها العديد من البرامج الرياضية المطبقة في النشاط الرياضي المكيف.

9. من المسؤول عن النشاط الرياضي في مراكز المعاقين؟

- المربي أو المعلم
- أستاذ تربية بدنية
- مدرب خاص
- شخص آخر

10. كم عدد ساعات النشاط الرياضي في الأسبوع؟

- أقل من ساعتين
- من ساعتين إلى 4 ساعات
- من 4 ساعات إلى 6 ساعات
- أكثر من 6 ساعات

11. هل البرامج والأنشطة الرياضية المكيفة بالمركز تُطبق

- على أسس علمية صحيحة

- حسب رغبة المعاقين
 - حسب توفر الأجهزة والوسائل
12. ماهي الأنشطة الرياضية المكيفة الأكثر مزاولة في المركز ؟

- رياضات جماعية
- رياضات فردية
- رياضات فكرية
- أخرى

13. هل ترون أن الأنشطة الرياضية المكيفة تساعد في اندماج المعاق اجتماعيا ؟

- نعم
- لا

14. هل يشارك المركز في منافسات جهوية أو وطنية ؟

- نعم
- لا