

جامعة الجزائر -3-

معهد التربية البدنية و الرياضية

دالي ابراهيم

أطروحة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في نظرية و منهجية

التربية البدنية و الرياضية

تخصص: النشاط البدني الرياضي المكيف

فاعلية الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة التنافسية في تحقيق التوافق
النفسي الاجتماعي لدى المعاقين حركيا

دراسة ميدانية لبعض نوادي كرة السلة على الكراسي المتحركة

اشراف البروفيسور:

كرفس نبيل

اعداد الطالب الباحث:

مشيد يسين

السنة الجامعية 2018/2017

مقدمة:

تعد الأنشطة الرياضية عاملاً مهماً وبارزاً في حياة الفرد، وذلك من خلال إسهامها في الارتقاء به من الناحية الجسمية والنفسية وحتى العقلية، كما تعمل على تعديل وتصحيح وحتى تغيير الكثير من العادات السلبية في حياة الفرد، كما نجدها عامل من عوامل التقدم و الرقي و الازدهار في المجتمعات الحديثة، حيث لا يقتصر القول على فئة معينة بل يشمل جميع فئات المجتمع سواء كانوا أسوياء أو من ذوي الاحتياجات الخاصة.

تهدف ممارسة ذوي الاحتياجات الخاصة للأنشطة الرياضية إلى تشجيعهم لتحسين لياقتهم و كفاءتهم من خلال تنافسهم مع زملائهم، و كذا اعتمادهم على أنفسهم ليتمكنوا من مقاومة الإرهاق، إضافة إلى متعة الممارسة و الشعور بالاسترخاء و الراحة، ومن فوائد ممارسة هذه الأنشطة أنها تنمي الشجاعة والثقة في النفس من خلال الاعتماد على أنفسهم وتنمية سمات الشخصية، و بالتالي إلى تكوين مفهوم إيجابي خاص لذاتهم، وكذا تسهم في زيادة الاسترخاء و الثقة بالنفس.

و إذا كان النشاط الرياضي يشكل محوراً جوهرياً من حياة الأفراد العاديين فإن الأنشطة الرياضية المكيفة أجدراً بأن تكون مجالاً هاماً في تربية و رعاية الأفراد المعاقين، إذ نجد جميع العمليات التربوية و الأساليب المستخدمة في تربية هذه الفئة تقوم أساساً على اللعب و النشاط و الحركة لأجل الترويح و التخلص

من المكبوتات و خاصة في النوادي الخاصة التي وضعت المادة التعليمية التي تتناسب مع مستوياتهم.

و الجزائر كغيرها من الدول اهتمت بهذه الشريحة و عملت على محاولة ادماجها في المجتمع، و لكن للأسف تم غياب الاهتمام بالنواحي النفسية و الاجتماعية للفرد المعاق، بدليل قلة الدراسات التي تهتم بهذه الجوانب، فلا شك أن الفرد المعاق يتأثر كثيرا من هذه النواحي نظرا للأثار السلبية التي تتركها الاعاقة و هذا ما يؤثر على توافقه النفسي الاجتماعي.

و يعتبر النشاط الرياضي المكيف التنافسي احد الوسائل الحديثة و الأساسية في تنمية الفرد المعاق الممارس له، و تأثير هذا النشاط يكون في مختلف الجوانب و المستويات سواء من حيث قدرات و استعدادات الفرد البدنية و الذهنية و استرجاع بعض العضلات التي تعتبر تقريبا ضامرة، و كذا في جلب السرور و المتعة له، و تتميته من الناحية النفسية التي تتميز غالبا عند ذوي الاحتياجات الخاصة بالإحباط و الشعور الزائد بالنقص و عدم الشعور بالأمان و غيرها من السمات التي ذكرها الدكتور " كليمك " في تعداده للسمات السلوكية التي تنتج عن الإصابة بالإعاقة، و تؤدي ممارسة النشاط الرياضي الى الخروج من حالة الثبات و الانطواء و العزلة، و كذا يساهم في إدماج المعاق في مجتمعه بطريقة فعالة و هذا ما أكدته العديد من الدراسات الحديثة .

فالنشاط الرياضي المكيف التنافسي يجعل المعاق يشعر بالقدرات التي يتمتع بها خاصة و أن رياضة ذوي الاحتياجات الخاصة تعتمد على التصنيف في وضع

المجموعات المتقاربة من حيث القدرات و الاستعدادات لضمان التنافس العادل و تكافؤ الفرص، و هذا ما يجعل مقارنة الفرد مع أقرانه تكون ايجابية و ممكنة و هذا ما يضمن تناسق بين شخصية الفرد المصاب و بيئته و الوسط الذي يعيش فيه.

وإن علم النفس الاجتماعي أحد فروع علم النفس العام و الذي يهتم بدراسة سلوك الفرد مع نفسه، ومع الآخرين في ضوء العلاقة التبادلية، وأن السلوك الإنساني ما هو إلا نتاج للتفاعلات الديناميكية الصادرة عن الفرد، و التي تُعبر عن ميوله، و حاجاته البيئية، وإن مجال علم النفس التوافقي و الاجتماعي واسع، و هو لا يفتأ يتزايد اتساعاً باضطراد مستمر وخاصة في علم النفس الإعاقة، كما أن التوافق النفسي الاجتماعي للمعاق و مدى رضاه عن نفسه، و خاصة بعد حدوث الإعاقة، و مدى أثرها على نفسه، و على من حوله من البيئة المحيطة، حتى يُصَف المعاق حركياً بالمتوافق نفسياً واجتماعياً، وبشخصية متكاملة، قادرة على التنسيق بين حاجاته و سلوكه الهادف و تفاعله مع بيئته، و تحمل عناء الحاضر من أجل المستقبل، و بالعكس أيضاً نجد أن المعاقين حركياً الغير متوافقين مع أنفسهم، و مع مجتمعهم محظمين، و فاشلين، و لا يتحملون المسؤولية، و يفضلون العزلة و الانطواء، و من هنا جاءت دراسة التوافق النفسي الاجتماعي الذي ينطلق منه المعاق الحركي إلى ممارسة حياته الخاصة، و العامة دون عوائق، و يعرف التوافق النفسي الاجتماعي بأنه " العملية الديناميكية المستمرة التي يقوم بها الفرد، مستهدفا تغيير سلوكه، ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه و بين نفسه من جهة، و بينه و بين البيئة من جهة أخرى، و

يتضمن التوافق النفسي الاجتماعي الانسجام مع البيئة المحيطة و القدرة على اشباع حاجاته و مواجهة معظم المتطلبات الجسمية و الاجتماعية و لتنظيم حياته و حل صراعاته، وصولا الى السواء و التناغم مع نفسه و مع الاخرين، و من هنا أصبح من حق المعاقين أن ينالوا الرعاية النفسية و الاجتماعية ما يناله غيرهم من الأسوياء على أساس من العدل و تكافؤ الفرص، و ان يندمجوا في مجتمعهم مع بقية أفرادهم و جماعاتهم، وأن يشاركوا في حياة مجتمعهم بقدر ما تسمح به قدراتهم و امكاناتهم، و أن يحافظ على شعورهم و كرامتهم، و أن تلبى حاجاتهم الجسمية، و النفسية و الاجتماعية، و التعليمية، و الثقافية، و أن يتمتع المعاق بالحماية الكاملة و غيرها من الحقوق بناء على إعلان حقوق الإنسان الصادر عن (الأمم المتحدة، 1971) للمعاقين، كنقطة تحول هام في اتجاهات المجتمعات نحو أبنائها، و أن أحد الأهداف التي يرمى لها السيكولوجي هو أن يجعل صاحب الإعاقة يتقبل إعاقته في حدودها الحقيقية، لكي يتجنب الوقوع في المواقف المتطرفة، مثل: زيادة الاعتماد على الآخرين، أو الاحتفاء في موقف شبيه بموقف الطفل الضعيف، أو التذمر الدائم من إعاقته، و سيطرة شعوره بالعجز و النقص، و قد يؤدي هذا إلى التشاؤم و القنوط، أو الإفراط الزائد على النفس، أو يؤدي إلى القيام بحركات مطبوعة بطابع التهور و عدم التبصر، و عندما يعالج السيكولوجي أثر الإعاقة الحركية يبحث كيف يؤدي النقص إلى طبع التفكير و الشعور بطابع خاص قد يحول دون تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي الناجح مع بيئته، هذه الاعتبارات و غيرها ترسم الخطة للسيكولوجي لوضع منهج خاص لمساعدة صاحب الإعاقة من جميع النواحي الشخصية و

النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية، وكذلك سيبقي السيكولوجي يقاوم ميل صاحب الإعاقة المتجه نحو الانطواء على نفسه، أو الانزواء في عالم وهمي، فيشير السيكولوجي على الأهل و الرفقاء بضرورة تقبل صاحب الإعاقـة و الترحيب به، وبذل الجهد في إدماجه قدر المستطاع في وسطه الاجتماعي، حتى لا تعوق قدرته على الإنتاج.

من كل هذا ارتأينا التطرق إلى هذه الدراسة المتواضعة و المتمحورة حول فاعلية ممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة التنافسية في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأشخاص المعاقين حركيا، و إيماننا منا بمدى الدور المهم و الفعال لهذه الأنشطة في مد يد العون لذوي الاحتياجات الخاصة، و بعد اطلاعنا على كل ماله من علاقة بموضوع بحثنا هذا، من بحوث و منشورات و مراجع، قمنا ببناء بحثنا هذا متبعين خطوات منهج البحث العلمي حيث قسمنا بحثنا إلى ثلاث جوانب رئيسية وهي:

الجانب التمهيدي: تطرقنا فيه إلى الإشكالية و الفرضيات و كذا أسباب اختيار الموضوع تم إلى أهمية البحث مع تحديد المفاهيم والمصطلحات وفي الأخير تطرقنا إلى الدراسات السابقة.

الجانب النظري: و يشمل الخلفية المعرفية النظرية و يحتوي على ثلاث فصول و هي:

الفصل الاول: تعرضنا في هذا الفصل إلى النشاط البدني الرياضي المكيف من خلال التطرق إلى نبذة تاريخية حول رياضة المعاقين في العالم ثم في الجزائر،

كما تطرقنا إلى تعريف هذه الأنشطة و طرق تعديلها و كذا مجالاتها و أسسها وصولا إلى أهميتها و أنواعها و دورها، و كذا النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف .

الفصل الثاني: تطرقنا في هذا الفصل الى موضوع التوافق النفسي الاجتماعي، من خلال تعريف التوافق، معايير التوافق، النظريات المفسرة للتوافق، مستويات التوافق، أبعاد التوافق، مؤشرات التوافق.

الفصل الثالث: تطرقنا فيه الى نبذة تاريخية عن المعاقين، المعاقين في العالم و الجزائر، رعاية المعاقين صحيا و اجتماعيا في الجزائر، بعد ذلك تطرقنا الى الاعاقة الحركية، تعريفها، أسباب الاعاقة، تصنيف الاعاقة، أنواع الاعاقات الحركية، الآثار الناتجة عن الاعاقة الحركية، الوقاية من الاعاقة، و أخيرا عوامل التنمية النفسية للمعاقين.

أما الجانب التطبيقي فتطرقنا فيه إلى فصلين الرابع و الخامس على التوالي، حيث عالجتنا في الفصل الرابع المنهجية المتبعة و كذا الادوات المستعملة في الدراسة و الأساليب الإحصائية المستعملة بينما جاء الفصل الخامس لعرض ومناقشة و تحليل النتائج المتوصل إليها.

فصل التمهيدى

-اشكالية:

لا يكاد أي مجتمع من المجتمعات يخلو من وجود أفراد معاقين، إلا أن الفرق يظهر في طبيعة نضرتها و تعاملها مع هذه الفئة، فلكل خصوصياته و منظوماته القيمية و المعايير الاجتماعية التي تحكم سلوكيات و تفاعل أفرادها، و تحدد نضرتها إلى مختلف شؤون الحياة، و يتعرض مختلف الأفراد إلى مشاكل و صعوبات يومية، إلا أن حجم و نوعية المشاكل تختلف من فئة إلى أخرى، و من الفئات التي تواجه مشاكل متعددة و ضغوطات متراكمة فئة المعاقين حركيا.

إن نظرة المجتمعات أو الآخرين إلى المعاقين قد تختلف من فترة إلى أخرى وفقا لمجموعة من العوامل و المتغيرات و المعايير، فتقدم وسائل الحياة و تعقدتها أبرز واقعا صعبا إلى المعاقين و أسرهم خاصة على المستوى النفسي الاجتماعي، و بهذا يرى "كوفمان" أن الإعاقة وصمة اجتماعية و ثقافية، يحاول المعنيون اخفائها، لكن مجرد وجودها يجعلهم في موقف ضعف في تفاعلهم مع الآخرين، و قد يؤدي الى انسحاب جزئي أو كلي من العلاقات الاجتماعية، و يضع المعاقين في موقف غير ملائم و غير طبيعي.

و ينظر الى الشخص المعاق على أنه ذلك الفرد الذي لديه اعاقه في حركته و أنشطته الحيوية نتيجة فقدان أو خلل أو اصابة في مفاصله او عظامه أو أعضائه، مما يؤثر على وظائفه الحيوية، و تعد الاعاقه الجسمية من مظاهر الاعاقه الحركية بصفة عامة، حيث لها أهمية و ذلك أن كل فرد لديه صورة ذهنية عن جسمه و شكله و هيئته و بالتالي فان حدوث أي خلل أو نقص في هذه الصورة يؤدي الى ظهور مشكلات نفسية و اجتماعية.

تبذل الهيئات و المنظمات الرياضية الإنسانية جهودا كبيرة في سبيل الحد من الإعاقة، و توفير الظروف الأكثر صحة لتنشئة الإنسان المعاق و الحد من بعض مسببات الإعاقة عبر وسائل الوقاية.

و من المؤكد أن النشاط الرياضي قطع أشواطاً كبيرة خلال القرنين الأخيرين و شهدت مختلف جوانبه و وسائله تطوراً معتبراً، خاصة فيما يتعلق بطرق و مناهج التعليم و التدريب. (السيد رمضان، 1984، ص17)

و في وقتنا الحاضر ما فتئ الخبراء و الباحثون في ميدان الرياضة و غيرهم، يمدوننا بأحدث الطرق و المناهج التربوية الرياضية، مستندين في ذلك إلى جملة من العلوم و الأبحاث الميدانية التي جعلت الفرد الممارس لنشاطاته موضوعاً لها، و هو ما جعل الدول المتقدمة تشهد تطوراً مذهلاً في هذا المجال و بلغت المستويات العالية و أصبح الآن يمكن التعرف على الأدوات و الوسائل التي تستخدمها في الرياضة و الترويح. (السيد رمضان، 1984، ص 17)

يعد النشاط الرياضي من الأنشطة البدنية الأكثر انتشاراً في أوساط الشباب خاصة في المؤسسات و النوادي و المدارس التربوية، و مما يساعد على ذلك أن النشاط الرياضي يعد عاملاً من عوامل التوافق الايجابي للمعاق. (السيد رمضان، 1984، ص 18)

وفي هذا يشير عبد الله عسكر إلى أن التوافق يحدد مسار النمو النفسي و الاجتماعي للمعاق، و يلعب دوراً هاماً في حياة المعاق و شعور المعاق بالوحدة النفسية و انخفاض تقديره لذاته، من شأنه أن يخفف الشعور بالأمن الخارجي و الأمان الداخلي، فتزداد الحاجة إلى الهروب و الانعزال عن المجتمع. (عبد الله عسكر، 1996، ص10)

و في هذا المجال يؤكد كل من بدر الدين كمال و محمد حلاوة (2001، ص 55-56) أن الشعور الزائد بالنقص لدى المعاقين يحملهم على الاستجابة بالخوف الشديد و القلق و الاكتئاب و شعور الفرد بأنه دون غيره، و ميله إلى التقليل من تقديره لذاته، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تنطوي على التنافس و النقد، و قد تتكون لدى المعاق حركياً عقدة النقص، و هي الاستعداد اللاشعوري المكبوت الذي ينشأ من تعرض الفرد لمواقف

كثيرة و متكررة تشعره بالعجز و الدونية و الفشل، و السلوك الصادر من عقدة النقص غالباً ما يكون سلوكاً غير مفهوم، هذا إلى جانب طابعه القهري الذي يؤدي إلى العدوان و الاستعلاء و الإسراف في عدم توافقه النفسي و الاجتماعي.

و استنادا الى ما سبق ذكره نطرح التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى فاعلية الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة التنافسية في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لدى المعاقين حركياً؟

اندرجت تحت هذا التساؤل العام عدة تساؤلات فرعية كالتالي:

1- هل هناك فروق دالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الشخصي بين المعاقين حركياً الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة؟

2- هل هناك فروق دالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الصحي بين المعاقين حركياً الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة؟

3- هل هناك فروق دالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الأسري بين المعاقين حركياً الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة؟

4- هل هناك فروق دالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الاجتماعي بين المعاقين حركياً الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة؟

2-الفرضيات:

1-2الفرضية العامة:

تلعب الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة التنافسية دورا هاما في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لدى المعاقين حركيا.

-2-2- الفرضيات الجزئية:

* هناك فروق دالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الشخصي بين المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة.

* هناك فروق دالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الصحي بين المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة.

* هناك فروق دالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الأسري بين المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة.

* هناك فروق دالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الاجتماعي بين المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة.

-3- أسباب اختيار الموضوع:

إن الدوافع التي أدت بنا إلى القيام بهذا البحث هو الفضول العلمي قصد المعرفة التي تتبع من شعور و إحساس الباحث بهذه الفئة (المعاقين حركيا) و السعي وراء توصيل آهاتهم و معاناتهم و محاولة منا مد يد العون لهذه الشريحة المنسية و الاقتراب منها و مقاسمتها هذه المعاناة وكذا توفير سبل الراحة لها.

إبراز أهمية ممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة داخل النوادي و أثره على تحقيق التوافق لدى المعاق حركيا من النواحي الجسمية والاجتماعية وحتى المعرفية و كذا إشباع حاجاته و ميوله إلى اللعب.

لفت الانتباه إلى ضرورة الاهتمام و رعاية الأفراد المعاقين حركياً بما أنهم جزء لا يتجزأ من المجتمع قدر لها أن تعاني عجزاً، كما هي نسبة لا يستهان بها في المجتمع، و محاولة مساعدتها لتحقيق وتقدير ذاتها إيجابياً وتكييفها داخل محيطها الاجتماعي مع تسطير وتكييف برامج تساير إمكانياتهم وقدراتهم.

4- أهمية الموضوع:

على الرغم من أن الإحصائيات المحلية و العالمية تؤكد على تزايد نسبة المعاقين بشكل كبير تبعا للتطور الصناعي لمناحي الحياة المختلفة، فإن مؤشرات العديد من الدراسات تؤكد نقص البرامج و الخدمات التأهيلية و التدريبية ذات الأبعاد التربوية و العلاجية و الوقائية و حتى الترويحية التي يحتاجها المعاقون حركياً، مما يستدعي الاهتمام و التكفل بهذه الفئة لتذليل العقبات خاصة مع تعقد الحياة، و صعوبة تكيف هؤلاء مع هذه التطورات التي تتطلب إعادة النظر في البرامج و المناهج المتبعة في رعاية هذه الفئة لتواكب و تساير التطورات التي تحدث في العالم.

و عليه فإن هذه الدراسة تقوم على العديد من المؤشرات التي تؤكد نتائج البحوث و الدراسات الميدانية على ما تملكه البرامج الرياضية المكيفة، من وسائل قادرة على إحداث تطور إيجابي في البعد الحسي الحركي والنفسي الاجتماعي و المعرفي .

و تبرز أهمية هذه الدراسة في توضيح و إبراز أهمية و دور الأنشطة الرياضية المكيفة كوسيلة تربوية، علاجية و وقائية في التخفيف من المظاهر السلبية التي يعاني منها المعاقون حركياً فيما يخص نمو الحركات الأساسية والمهارات الاجتماعية.

5-تحديد المفاهيم والمصطلحات:

1-5الفاعلية:

هي القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً و تزداد الكفاءة أو الفاعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً. (بدوي احمد زكي، 1982، ص13)

2-5الأنشطة الرياضية:

تعريف قاسم حسين: ميدان من ميادين التربية و التربية الرياضية خصوصاً، و يعد عنصراً فعالاً في إعداد الفرد من خلال تزويده بمهارات و خبرات حركية تؤدي إلى توجيه نموه البدني و النفسي و الاجتماعي و الخلفي، و الوجهة الإيجابية لخدمة الفرد نفسه من خلال خدمة المجتمع. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص16)

تعريف أمين أنور خولي: " تعبير شامل لكل ألوان النشاطات البدنية و الرياضية التي يقوم بها الإنسان، و التي يستخدم فيها البدن بشكل عام، و هو مفهوم انتروبولوجي أكثر منه اجتماعي لأنه جزء مكمل، و مظهر رئيسي لمختلف الجوانب الثقافية و النفسية و الإجتماعية لبني الإنسان. (أمين أنور الخولي، 1990، ص56)

التعريف الإجرائي: النشاط الرياضي هو مجموعة من التمرينات و الألعاب و المباريات و المسابقات التي يؤديها الفرد داخل النوادي أو خارجها، قصد تنمية مهاراته الحركية و البدنية، أو قصد الترفيه و الترويح عن النفس في أوقات الفراغ.

-3-5 الأنشطة الرياضية المكيفة :

تعريف حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات: يعني الألعاب و الرياضات و البرامج التي يتم تعديلها لتلائم حالات الإعاقة وفقاً لنوعها و شدتها، و يتم ذلك وفقاً لاهتمامات الأشخاص غير القادرين و في حدود قدراتهم. (حلمي إبراهيم- ليلي السيد فرحات، 1998، ص51)

تعريف ستور (Stor) نعني به كل الحركات و التمرينات و كل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية، النفسية، العقلية، و ذلك بسبب أو بفعل تلف أو إصابة من بعض الوظائف الجسمية الكبرى (A.Stor,1993, P10).

التعريف الإجرائي: النشاط الرياضي المكيف هو مجموعة من الأنشطة الرياضية المختلفة و المتعددة و التي تشمل التمارين و الألعاب الرياضية التي يتم تعديلها و تكيفها مع حالات الإعاقة و نوعها و شدتها، بحيث تتماشى مع قدراتهم البدنية والاجتماعية والعقلية .

-4-5 التوافق النفسي الاجتماعي :

-التوافق: هو حالة من التوافق و الانسجام بين الفرد و قدرته على ارضاء أغلب حاجاته و تصرفاته ازاء مطالب البيئة المادية و الاجتماعية. (الديب، 1988، ص113)

-التوافق النفسي: هو حالة من الاتزان الداخلي للفرد، بحيث يكون الفرد راضياً عن نفسه متقبلاً لها، مع التحرر النسبي من التوترات و الصراعات التي ترتبط بمشاعر سلبية عن الذات و حالة الاتزان الداخلي يمكن أن يصاحبها التعامل الايجابي مع الواقع و البيئة. (الشحومي، 1989، ص21)

-التوافق الاجتماعي: هو تلك التغييرات التي تحدث في سلوك الفرد أو في اتجاهاته و عاداته بهدف مواءمة البيئة و اقامة علاقات منسجمة معها اشباعاً لحاجات الفرد و متطلبات البيئة. (الحفني، 1975، ص57)

-التوافق النفسي الاجتماعي: هو حالة من التوافق و الانسجام (علاقة متناغمة) مع البيئة تتطوي على قدرة الفرد على اشباع معظم حاجاته و تصرفاته بشكل مرضي ازاء مطالب البيئة المادية و الاجتماعية أو تجيب عن معظم المتطلبات الفيزيائية و الاجتماعية التي يعانها الفرد. (الديب، 1988، ص117)

-التعريف الاجرائي: هو حالة من الرضى و القبول النابع من داخل الفرد و ينعكس ذلك سلوكيا مع الآخرين في ضوء العلاقة المتبادلة بينهما. أي بين الفرد و نفسه و بين الفرد و الآخرين .

-5-5-الاعاقة الحركية:

-الاعاقة لغة: ورد في المعجم الوسيط في شرح مادة (عوق) عاقه عن شيء أي منعه منه و شغله، فهو عائق و الجمع عوق للعاقل و لغيره عوائق، و هي عائقة و عوائق الدهر، شواغله و أحداثه. (عبد الرحمن العيسوي، 1997، ص42)

و كما يقال: تعوق الرجل، تريض و أبطأ و تعوقه أخر اذا حبسه و ثبطه. (المعتمد، 2000، ص27)

-اصطلاحا: يشير عبد السلام زهران الى الاعاقة و مشتقاتها اللفظية بالعاهة أو العجز و الاعاقة بمعنى وجود العطب و تعدد الاعاقات بتعدد الجوانب التي يصيبها، فهناك الاعاقة الجسمية، الاعاقة اللغوية، الاعاقة البصرية، و هناك الاعاقة المتعددة التي تحدث في جوانب متعددة. (عبد الرحمن العيسوي، 1997، ص43)

كما يعرفها (محمد غباري، 2003) هو ذلك النقص أو القصور المزمّن، أو العلة المزمّنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقا، سواء كانت هذه الاعاقة جسمية أو نفسية أو

عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد و بين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية أو المهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها. (محمد غباري، 2003، ص16)

-الاعاقة الحركية: هي عائق جسدي يمنع الفرد من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو اصابة أدت الى ضمور العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معا في الأطراف العليا أو السفلى مصحوب باختلال في التوازن الحركي و يحتاج الفرد المصاب الى برامج نفسية و طبية و اجتماعية و تربوية و مهنية لمساعدته على تحقيق أهدافه في الحياة. (سعيد العزة، 2000، ص48)

-6الدراسات السابقة و المشابهة:

-1-6الدراسات التي تطرقت الى موضوع النشاط الرياضي المكيف:

*الدراسة الجزائرية:

-دراسة الباحث بوسكرة أحمد 2008 :

موضوع الدراسة: "النشاط البدني الرياضي المكيف لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في المراكز الطبية البيداغوجية."

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على واقع السلوك التكيفي عند المتخلفين عقليا و بالتالي التعرف على أثر ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف لدى الأطفال المتخلفين عقلياً تبعا لعدد المتغيرات المستقلة و ذلك من خلال البحث عن الإجابة عن التساؤلات الآتية:

-ما واقع النشاط البدني الرياضي المكيف لدى الأطفال المتخلفين عقليا في المراكز الطبية البيداغوجية من حيث (المنشآت ، البرامج ، المرين....)؟

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

-هل أن اقتراح برنامج بدني رياضي مكيف يؤثر على نمو المهارات الإجتماعية (مهذب و اجتماعي، المبادرة، أنشطة وقت الفراغ، الممتلكات الشخصية، المسؤولية، التعاون، مراعاة شؤون الآخرين، التفاعل الاجتماعي، الأنشطة الجماعية، الأناية) لدى الأطفال المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا في المراكز الطبية البيداغوجية؟

-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 عقليا تخلفا بسيطا في المراكز الطبية البيداغوجية؟

أجريت الدراسة على عينة تتكون من 60 طفلا من الأطفال المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا موزعة على ثلاث مجموعات (تجريبية، ضابطة، مراقبة).
اعتمد الباحث في هذه الدراسة على أدوات البحث التالية:

-اختبار المهارات الحركية الأساسية (المهارات الحركية الإنتقالية، المهارات الحركية غير الإنتقالية، مهارات التعامل مع الأداة).

-اختبار المهارات الإجتماعية (مقياس السلوك التكيفي).

و بعد إجراءات الميدانية التجريبية خلصت هذه الدراسة إلى أن الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة تعد وسيلة تربوية علاجية و وقائية إذا تم استغلالها بصفة منتظمة و مستمرة، إذ يسهم في تكوين شخصية الأفراد من جميع الجوانب (البدنية، الإجتماعية، النفسية). كما استخلص الباحث من هذه الدراسة أن التطور الذي حققته العينات التجريبية راجع لفعالية البرامج الخاصة بالنشاط البدني الرياضي المكيف.

-دراسة بن قناب (2007):

موضوع الدراسة: "دور النشاط الرياضي المكيف في تعديل بعض السلوكيات السلبية عند الجانحين الأحداث."

حيث اعتمد الباحث على المنهج المسحي الوصفي و كما استخدم مجموعة من أدوات جمع البيانات مثل المقابلة وشبكة الملاحظة، و جاءت العينة في هذه الدراسة مقصودة و المتمثلة في جناح الأحداث بمركز صيادة لإعادة التربية حيث بلغ عددهم (42) فرد يمثلون 100% من المجتمع الاصلي و توصل إلى جملة من النتائج و هي:

*للنشاط الرياضي دور إيجابي في تعديل السلوكيات الخلقية لهذه الفئة المتمثلة في العدوان و الانطواء.

*عجز المراكز عن تقديم برامج رياضية متنوعة داخل هذه المراكز مما يجعلها تعاني نقص فادح في المجال الرياضي، كما هناك نقص مختصين في هذا المجال.

-دراسة هشام لوح 2004/2003:

موضوع الدراسة: "أثر النشاط الحركي المكيف في تحسين الاتزان العضلي للمعاقين حركيا."

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر النشاط الحركي المكيف في تحسين الإلتزان العضلي للمعاقين حركيا حيث بحثت عن الإجابة عن التساؤلات التالية:

-هل أن التمرينات البدنية المستهدفة ضمن وحدات النشاط الحركي المكيف لها أثر في تحسين الإلتزان العضلي الناتجة عن الإعاقة لعينات البحث (إعاقة شديدة، متوسطة، بسيطة)؟

-هل أن إقتراح و معاينة بطارية إختبارات خاصة بمعوقي الشلل الدماغي يساعد في حل المشكلة؟

-أي من العينتين التجريبية أو الضابطة تحقق نتائج أفضل في تحسين الإلتزان العضلي؟

أجريت الدراسة على عينة تتكون من 34 طفلا من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مقسمة إلى مجموعات تجريبية و ضابطة على حسب شدة الإعاقة (شديدة، متوسطة، بسيطة).

إعتمد الباحث في هذه الدراسة على أدوات البحث التالية:

-الإختبارات البدنية لقياس مؤشرات الإلتزان العضلي.

-المقابلات الشخصية مع أساتذة و أطباء مختصين.

وبعد إجراء الدراسة الميدانية التجريبية خلصت هذه الدراسة إلى أن وحدات النشاط الحركي المعادلة لفئة المعاقين بالشلل الدماغي و التي تتضمن في جوهرها تمارين بدنية مستهدفة قد أسهمت بشكل فعال في تحسين مؤشرات الإلتزان العضلي (تحمل القوة العضلية، الإطالة للمجاميع العضلية الرئيسية، التوازن و التوافق) و إستخلص الباحث من هذه الدراسة أن التطور الذي حققته العينات التجريبية راجع لفعالية وحدات النشاط الحركي المكيف.

*الدراسات الأجنبية و العربية:

-دراسة الباحثة سبأ نجيب محمود أبو عزيزة:

موضوع الدراسة "أثر الأنشطة الرياضية المعدلة على البعد النفسي للمعوقين حركيا"

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على واقع البعد النفسي عند المعوقين حركيا و بالتالي

التعرف على أثر ممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة تبعا لعدد المتغيرات المستقلة و ذلك من

خلال البحث في الإجابة عن التساؤلات الآتية:

-بما يتصف المعوقين حركيا في مجال البعد النفسي؟

-هل هناك فرق ذات دلالة إحصائية لممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة على بعد النفسي

للمعوقين حركيا؟

-هل هناك فرق ذات دلالة إحصائية لممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة على

مجال (الاكتئاب، الشخصية، الذات الاجتماعية) عند المعوقين حركيا؟

-هل هناك فرق ذات دلالة إحصائية لممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة على الدعم

الاجتماعي عند المعوقين حركيا؟

-هل هناك فرق ذات دلالة إحصائية لممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة على العدوان عند

المعوقين حركيا؟

أجريت الدراسة على عينة تتكون من 96 طفلا معاق حركيا متوسط عمرهم 22 سنة

مقسمة إلى مجموعتين وقامت الباحثة باختيار 36 معوق ضمن المجموعة التجريبية بإتباع

المنهج التجريبي للتحقق من صحة الفرضيات، و إعتمدت في جمع المعلومات و البيانات على إختيار نفسي تم تصميمه و تطويره من قبل الباحثة يقيس الأبعاد المراد قياسها.

أظهرت نتائج الدراسة حدوث تطور البعد النفسي، كان مرتبط إلى حد كبير بالعمر التدريبي المتراوح بين خمسة و ستة أشهر أي في الحالات التي إكتسب فيها المعوق خبرة جديدة، و إن متغيرات سبب و نوع الإعاقة لم يعطي الدلالة المتوقعة و التي تؤكد عليها الكثير من الدراسات، و بالمقابل توصلت الدراسة إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لممارسة الأنشطة الرياضية المعدلة على البعد النفسي، في حين لم تظهر دلالات إحصائية على باقي متغيرات الدراسة الأخرى و خلصت الدراسة إلى الدور الإيجابي الذي تلعبه الأنشطة الرياضية المعدلة في سبيل الحد من المظاهر السلبية لهذه الحالات و تطوير النواحي الإيجابية في مشاعر و سلوكيات المعوق و بالتالي تخليصه من المظاهر السلبية المرتبطة بالإعاقة.

2-6 الدراسات التي تطرقت الى موضوع التوافق النفسي الاجتماعي:

*الدراسات الجزائرية:

-دراسة ميهوبي مراد (2011):

موضوع الدراسة: "أثر النشاط البدني المكيف على التوافق النفسي و الاجتماعي لدى المراهق المسعف."

هدفت الى التعرف على أثر النشاط البدني المكيف كوسيلة علاجية و ترويحوية على التوافق النفسي و الاجتماعي لدى المراهق المسعف، حيث اثبتت الدراسة انه يعاني الكثير من المشاكل النفسية و الاجتماعية من ابرزها سوء التوافق. و للتحقق من هدف البحث اقترح الباحث فرضية عامة هي:

للنشاط البدني المكيف أثر ايجابي على التوافق النفسي الاجتماعي لدى المراهق المسعف.

و ثلاث فرضيات جزئية هي:

-وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة التوافق النفسي و الاجتماعي بعد ممارسة النشاط البدني المكيف بين المجموعتين التجريبية و الضابطة.

-وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة التوافق النفسي و الاجتماعي بين القياس القبلي و البعدي لدى المجموعة التجريبية.

-وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة التوافق النفسي و الاجتماعي بين القياس القبلي و البعدي لدى المجموعة الضابطة.

أجريا البحث على عينة من المراهقين المسعفين بمركز عين توتة للطفولة المسعفة بولاية باتنة، تتراوح أعمارهم بين 12 و 15 سنة، ليس لديهم أيما ناع في ممارسة النشاط البدني، و صل عددهم الى 42 مراهق، استخدم الباحث المنهج التجريبي لملائمته لطبيعة البحث حيث تم تقسيم أفراد العينة الى مجموعتين متساويتين في العدد، المجموعة الأولى ضابطة و الأخرى تجريبية، تم تحقيق التجانس و التكافؤ بين المجموعتين في متغير السن و مستوى التوافق النفسي و الاجتماعي.

و توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

-للنشاط البدني المكيف اثر ايجابي على التوافق النفسي و الاجتماعي لدى المراهق المسعف، و ذلك في ظل:

*وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية التي مارست النشاط البدني المكيف و المجموعة الضابطة التي تركت في ظروفها الاعتيادية.

*وجود فروق ذات دلالة احصائية بين نتائج القياس القبلي و نتائج القياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية، لصالح القياس ذو المتوسط الأكبر القياس البعدي.

*عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة التوافق النفسي و الاجتماعي بين القياس القبلي و البعدي لدى المجموعة الضابطة.

*الدراسات الأجنبية و العربية:

-دراسة ناجي السعيدة و اخرون (2010):

موضوع الدراسة: "التوافق الاجتماعي و علاقته بالعمر و شدة الاعاقة لدى الطلبة المعاقين سمعيا بمراكز التربية الخاصة" في الأردن.

هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى التوافق الاجتماعي و علاقته ببعض المتغيرات لدى الطلبة المعاقين سمعيا في الأردن، و قد تكونت عينة الدراسة من 100 طالب و طالبة من طلبة مراكز التربية الخاصة للمعوقين سمعيا، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة و تم استخدام مقياس التوافق الاجتماعي للمعاقين سمعيا من اعداد ال موسى بدر (2004) للبيئة السعودية. و توصلت الى النتائج الاتية:

*مستوى التوافق الاجتماعي لدى الطلبة المعاقين سمعيا في محافظة البلقاء مرتفع.

*لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التوافق الاجتماعي تعزي لمتغير العمر.

*وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التوافق الاجتماعي تعزي لمتغير الشدة الاعاقة و لصالح ذوي الاعاقة السمعية البسيطة.

3-6 الدراسات التي تطرقت الى الاعاقة الحركية:

-دراسة بيتوس (1996):

موضوع الدراسة: "صورة الجسم و مفهوم الذات عند المعاقين حركيا المصابين بالشلل"

هدفت إلى استكشاف صورة الجسم ومفهوم الذات وكذا العوامل المؤثرة في التكيف مع الإعاقة لدى المعاقين بإصابات النخاع الشوكي و مقارنة مع الأفراد المعاقين بإصابات أسفل الظهر و الأفراد العاديين، تكونت عينة الدراسة من (21) معاق بالشلل النصفي السفلي وت تراوحت أعمارهم بين (18-66) سنة و (25) معاق بالشلل الرباعي تراوحت أعمارهم ما بين (19-57) سنة و (22) معاق مصاب بمرض أسفل الظهر تراوحت أعمارهم بين (29-80) سنة و (30) من الشباب غير المعاق تراوحت أعمارهم بين (20-44) سنة، حيث طبقت الأدوات التالية: مقياس صورة الجسم، مفهوم الذات و تصور الجسم، و كذا مقياس الاكتئاب و التكيف مع الإعاقة..

فأظهرت النتائج: عدم وجود اختلاف بين الأفراد المعوقين المصابين بالشلل النصفي السفلي مع أقرانهم المصابين بالشلل الرباعي في تقديرهم لصورة الجسم و مفهوم الذات، كما أظهرت وجود علاقة دالة بين المتغيرات المستقلة و التكيف مع الإعاقة، كما اعتبر تقدير الذات كمتغير هام في التنبؤ للتكيف مع الإعاقة.

-دراسة لامبورس (1997):

موضوع الدراسة: "صورة الجسم عند المعاقين حركيا المصابين بشلل الأطفال"

هدفت إلى معرفة تكوين صورة الجسم عند المعاقين حركيا، و تكونت العينة من 12 شخص موزعين على 4 رجال و 8 نساء تتراوح أعمارهم من 26 إلى 35 سنة، حيث كانت نوع الإعاقة الحركية المصابين بها الأشخاص الذين ينتمون الى عينة الدراسة من نوع شلل الأطفال، فتمثلت أدوات الدراسة في استخدام الباحث لاختبار إسقاطي للروشاخ و كان المنهج المتبع في هذه الدراسة هو منهج دراسة حالة، و توصلت نتائج الدراسة المتحصل عليها أن نسبة (+f) على اختبار الروشاخ نتيجة غير عادية و هي توحى بأن الذات متدني و ذلك لقصور تكوين الصورة الجسمية و التي نستدل من خلال الآليات الدفاعية الضعيفة لدى هؤلاء المعاقين.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول:

النشاط البدني

الرياضي المكيف

لقد تغيرت نظرة المجتمع إلى الشخص المعاق تغيراً ملحوظاً والسبب الرئيسي المؤدي إلى هذا التغير هو الرقي الحضاري و الفكري و حتى العلمي، لذلك أصبح للمعاق دوراً هاماً في المجتمع من خلال إدماجهم و تفاعلهم معهم، و ذلك راجع إلى البرامج التأهيلية للجوانب النفسية و العقلية و الاجتماعية و لا سيما البدنية منها، و عليه يظهر لنا جلياً أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف كوسيلة لتحقيق النمو الحركي و البدني للمعاقين.

تلعب الممارسة الرياضية للمعاقين دوراً هاماً في الحفاظ على الوظائف البيولوجية (الصحية) و اللياقة البدنية و القدرة على أداء الأعمال بكفاءة، و قد زاد الاهتمام بالمعاقين جراء الحرب العالمية الثانية و ذلك إثر إصابة الملايين من الاشخاص بإصابات مختلفة، الأمر الذي استدعى ضرورة الاهتمام بهم و تأهيلهم نفسياً و اجتماعياً و بدنياً بما يتلاءم و قدراتهم و إمكانياتهم و درجة إعاقاتهم.

يعتبر المجال الرياضي خصب بأنشطته المتنوعة حيث تمثل كرة السلة على الكراسي المتحركة إحدى أهم الطرق المساعدة في تأهيل المعاقين و علاجهم لما تحويه من فوائد وظيفية و نفسية و هذا من خلال مشاركة مختلف أجزاء الجسم في المجهود و خاصة الأجهزة العصبية و العضلية و الجهاز الدوري التنفسي.

من كل هذا سنتطرق في هذا الفصل لدراسة النشاط البدني الرياضي المكيف من خلال التطرق إلى تاريخه في العالم والجزائر، ثم مفهومه وطرق تعديل هذه الأنشطة وكذا مجالاته وأساسه وأهميته و أنواعه و دوره و حتى النظريات المرتبطة به وكذا الألعاب الرياضية الخاصة بالمعاقين حركياً .

- 1نبذة تاريخية حول رياضة المعاقين في العالم:

تعود نشأة رياضة المعاقين إلى الطبيب الإنجليزي لودفينج جوتمان بمستشفى ستوك مانديفل بإنجلترا، حيث كانت في مختلف العصور السابقة لذلك تتضمن العلاج الطبي للمعاقين بالاعتماد على العلاج البدني و التمرينات الرياضية التأهيلية، و تطور مفهومها و مجال استعمالها خلال العصور ليقصد بها التمرينات البدنية العادية أو العلاج التأهيلي و هذا كما ذكرها أرسطو (305، 250 ق م)، و استخدمها العالم الكبير ابن سينا (970م)، حيث أشار أن العلاج الطبي يلزم أن يتضمن في حالات عديدة التمرينات البدنية لتحسين صحة الفرد، أما في القرون الوسطى فقد نشر ميركو ريال (1530، 1607 م) كتاب في التمرينات الرياضية يؤيد به فكرة الأهمية العلاجية بالتمارين الرياضية لفئة المعاقين، إلا أن المراحل السابقة لم تكن سوى أفكار و آراء حول مدى إسهام المجال الرياضي في تنمية شخصية المعاق، إلى أن جاء الطبيب الإنجليزي السير لودفينج جوتمان الذي ترجم تلك الأفكار بشيء ملموس في الواقع، و كان ذلك إبان الحرب العالمية الثانية، و بعدها بدأ بتجسيد الفكرة عندما لاحظ فقدان الثقة و اليأس من الحياة عند المصابين بالشلل و المقيمين بمستشفى ستوك مانديفل بإنجلترا، ففكر حينها بإنشاء ألعاب رياضية للمشلولين سنة 1948م و هذا ليساعد المعاقين على رفع معنوياتهم و توازنهم النفسي و الجسمي، و إعادة إدماجهم

الاجتماعي بواسطة نشاطات رياضية تتناسب وقدراتهم البدنية والحركية. (أحمد تركي، 2004، 102)

و من بين الأسباب الأخرى التي ساعدت على ظهور رياضة المعاقين هو تغير نظرة المجتمع و اتجاهاتهم نحوهم، و هذا بعد الحرب العالمية الثانية و ما خلفته من ملايين المعاقين، حيث تجاوز عدد المعاقين في فرنسا وحدها (05 ملايين معاق) من جراء الحرب، فتغيرت النظرة للشخص المعاق على أنه شخص عادي يمكن له أن يدمج في المجتمع و يتمتع بكافة الحقوق التي تضمن له سبل العيش الكريم، كما أدت الطفرة في مجال الطب و تطور أساليب العلاج الطبيعي بالنهوض بحركة التأهيل البدني و تطوير أجهزة التعويض، مما سمح بالارتقاء بمستوى رياضة المعاقين، فضلا عن ظهور تشريعات دستورية و اجتماعية خاصة بالمعوقين.

لم تتأخر التربية البدنية و الرياضية كنظام تروي و لا سيما المكيفة منها على تقديم خدمات للمعاقين في مجال إعادة التكيف و التأهيل البدني و النفسي و التحسين الحركي، فهي تعمل على التقليل من الآثار السلبية الناجمة عن الإعاقة، و بالتالي تعتبر الرياضة كعامل تعويض أساسي بالنسبة لهذه الفئة من المجتمع. (رواب عمار، 2007، 14)

و بتطور الاهتمام العالمي بمنظمات الرعاية الرياضية للمعاقين، و هذا بتنظيم المسابقات بين أكبر عدد منهم، زاد الاهتمام بإنشاء نوادي خاصة بهذه الفئة، فأنشأ أول نادي رياضي بألمانيا يدعى بنادي الصم، حيث مارس فيه المعاقون أنواعا مختلفة من الرياضات، و بزيادة الاهتمام أكثر أنشأ في إنجلترا نادي للمعاقين، و الذي بدوره نظم العديد من المسابقات و المنافسات الرياضية السنوية بمستشفى ستوك ماندفيل، و خاصة مسابقات البتر بأنواعه المختلفة، و توسع مجال المنافسات ليشمل أنواعاً مختلفة من الإعاقات مع ظهور التصنيف الطبي لتقسم المعاقين حتى و لو كانت نفس الإعاقة، و هذا لإعطاء هذا النمط من

المنافسات صبغة الأهمية من خلال المنافسة العادلة و المتكافئة بين المعاقين من نفس نوع الإعاقة.

إن انتشار رياضة المعاقين في عدد كبير من الدول ساهم في دخول هذا النوع من الرياضات مجال المنافسات العالمية، و ذلك بنفس الأهمية التي تحضي بها رياضة الأصحاء، و فيما يلي يمكن أن نوجز أهم المراحل التي مرت بها رياضة المعاقين من خلال تأسيس المنظمات و الاتحاديات و النوادي و البطولات و هي كما يلي:

□ 1944م: أدخل السير لودفينج جوتمان رياضة المعاقين بمستشفى ستوك ماندفيل الإنجليزي.

□ 1947م: أول بطولة تنافسية للمعاقين بالشلل و البتر (مستخدمو الكراسي المتحركة) بمناسبة إقامة الدورة الأولمبية الصيفية بلندن في مستشفى ستوك ماندفيل تحت إشراف الدكتور جوتمان.

□ 1960م: إنشاء الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين مرتبطا باتحادات المحاربين القدماء في فرنسا.

□ 1964م: تأسيس المنظمة الدولية لرياضة المعاقين برعاية الاتحاد الدولي لمصابي الحروب.

□ 1970م: أول بطولة عالمية لمختلف أنواع الإعاقة (المكفوفون، الصم .. إلخ) تحت رعاية الاتحاد الفرنسي لرياضة المعاقين.

□ 1972م: إجراء الدورة الأولمبية للمعاقين بالشلل بألمانيا مواكبة للدورة الأولمبية الصيفية للأصحاء.

□ 1974م: إجراء بطولة العالم لمختلف أنواع الإعاقة في إنجلترا (شاركت فيها 26 دولة).

□ 1980م: الدورة الأولمبية للمعاقين بهولندا (مختلف أنواع الإعاقة)، كما توفي في نفس السنة السير لودفيج جوتمان و بدأت الاتحاديات الرياضية للمعاقين في الانفصال.

□ 1981م: و تم في هذه السنة:

□ تأسيس اتحاد منفصل لرياضة المكفوفين .

□ تأسيس اتحاد منفصل لرياضة الشلل التشنجي.

□ 1984م: إجراء الدورة الأولمبية السابعة للمعاقين (مختلف أنواع الإعاقة) في الولايات المتحدة الأمريكية و أفتتحها الرئيس رونالد ريجان.

ثم توالى إنشاء اتحادات أوروبية و عربية لرياضة المعاقين، و قد شملت نشاطات تلك الاتحاديات رياضات لذوي الإعاقة الشديدة و المركبة، كما ظهرت أيضا القواعد الدولية المعدلة للمنافسات الرياضية للمعاقين، وأعيد انضمام الهيئات في لجنة عمل مشترك تدعى "اللجنة الدولية للتعاون" و كان هدفها تنظيم مواجهات عالمية موحدة لرياضة المعاقين. (أسامة رياض، 2000، ص30،31)

- 2نبذة تاريخية حول رياضة المعاقين في الجزائر:

لقد عانى المعوق قبل الاستقلال الكثير من المشاكل و التهميش كباقي أفراد الشعب الجزائري في جميع المجالات بسبب السياسة المتعفنة للمستعمر الذي حاول طمس هوية الشعب الجزائري.

و بعد الاستقلال بدأ الاهتمام بوضعية المعوقين يتحسن تدريجيا من خلال البرامج المختلفة التي تهدف إلى إعادة إدماج هذه الفئة بإنشاء مراكز التكوين المهني و إعادة التكفل بهم بطريقة منظمة، و بعد ظهور فكرة إنشاء الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين و ذوي العاهات في 19 فيفري 1979 تم اعتمادها كهيئة مكلفة بالتنظيم عام 1981، فبدأ العمل لتحسين و تطوير الرياضة عند فئة المعوقين حيث توجد 36 رابطة ولائية مسجلة و 116 جمعية تضم ما يفوق الـ 2000 رياضي معاق و تمارس عدة أنواع من الرياضات منها ألعاب القوى، كرة السلة، الثقافة البدنية، السباحة، تنس الطاولة، كرة الطائرة بالجلوس، كرة الهدف (الجرس).

و بالرغم من المشاكل التي تعاني منها فئة المعوقين اليوم إلا أن النتائج تدعو إلى المزيد من الاهتمام و بذل الجهد في سبيل الوصول إلى ضمان حقوق المعاق، و أحقيته بأن ينعم بالراحة و الأمان في وطنه و بين أفراد أسرته على أساس أنه مواطن عادي له حقوقه و عليه واجبات، و هذا يضمن له التكيف النفسي والاجتماعي انطلاقا من تقبله لما له و تقديره الإيجابي لما لديه من قدرات و إمكانيات، و من أجل تحقيق ذلك ظهرت الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين (fashi) و التي كان هدفها:

1. تنمية النشاطات التربوية و الرياضية الخاصة بالمعوقين.

2. العمل التحسسي والإعلامي:

أ- نحو السلطات العمومية.

ب- نحو الرأي العام و بالخصوص المعاقين و عائلاتهم.

ج- و يتجسد هذا من خلال:

0 التظاهرات الرياضية و الثقافية بالتعاون مع وسائل الإعلام و مختلف مسؤولي القطاعات.

0 تنظيم مراكز العطل للأشخاص المعوقين من خلال مؤطرين متكونين في الفيدرالية كما تهدف الفيدرالية من جهة أخرى إلى تجسيد الشعار "المشاركة الجماعية و المتكافئة" .

Boutaiba Noureddine, 1996)

كما تعتبر الفيدرالية أن الرياضة و الأنشطة التربوية الموجهة نحو المعوقين هي وسيلة هامة لإدماج هذه الفئة اجتماعيا.

3-نبذة تاريخية عن الانشطة الرياضية المكيفة:

إن الهدف الأساسي لرياضة المعوقين هو إعادة الاتصال بالأشخاص المعوقين و مساعدتهم للاندماج بالمجتمع بشكل ينمي و يطور ميولتهم النفسية و قدراتهم العقلية و الجسمانية، و لا نعني بالرياضة هنا مجال التدريب الرياضي بل نتخطى ذلك إلى مفهوم شامل للتربية الرياضية التي تتخطى أهداف التدريب البدني لتصل إلى كل أهداف التربية الرياضية بشكل عام و رياضة المعوقين بشكل خاص، هذا ما كتبه الطبيب السيد لودفيج كوتمان مؤسس الألعاب الرياضية للمعوقين عام 1956م في الرسالة المعلقة في الصالة الرئيسية في الملعب ستوك مانديفيل و التي تنص على ما يلي: إن هدف ألعاب ستوك مانديفيل هو انتظام المشلولين الرجال والنساء من جميع أنحاء العالم في حركة رياضة عالمية و إن روح الرياضة الحلقة التي تسودهم اليوم سوف تزج الأمل و الإلهام إلى آلاف المشلولين. و ليس هناك أعظم عونا يمكن تقديمه للمجتمع من المشلولين أكثر من مساعدتهم من خلال المجال الرياضي لتحقيق الصداقة و التفاهم بينهم، لقد قام الطبيب

"كوتمان" بتنظيم بطولة للرمية لبعض المعوقين من المحاربين القدماء، وكان عددهم 181 شخصا بينهم امرأتان كانوا في مستشفى ستوك مانديفل في إنجلترا و قد كان تنظيم البطولة يعد حدثا مهما في تلك السنة 1948م، التي صادفت أيضا افتتاح الدورة الأولمبية بلندن و التي افتتحها الملك جورج السادس.

اكتسب هذا الحدث أهمية من كونه يجمع عدد من الأشخاص ممن فقدوا بعض من أجزاء أجسامهم في معارك الحرب العالمية الثانية، و ممن فقدوا الأمل في الاندماج مع المجتمع العادي الذي يضم الناس الأسوياء المتكاملي الأجسام، و أصبح التنافس سبيلا في مسابقات الرمي بالقوس و السهم من على الكراسي المتحركة، و تشجيع أهاليهم و أصدقائهم في الحديقة الصغيرة لمستشفى "ستوك مانديفل" ثم سرعان ما أنشأ ملعب كبير و خاص لتنظيم البطولات الخاصة بالمعوقين "ستوك مانديفل" و ساعدت هولندا في إنشاء الملعب وكذلك تم تأسيس اتحاد دولي لألعاب ستوك مانديفل للمعوقين عام 1948. (محمد رفعت حسن، 1977، ص51)

و كانت بريطانيا هي البلد المضيف و هولندا ساعدت على تأسيس الاتحاد من خلال الأطباء الموجدين في مستشفى "ستوك مانديفل"، و لهذا فقد أعدت الدولتين هما المؤسستان للاتحاد الدولي لألعاب ستوك مانديفل للمعوقين مما أعطاهما الحق بالاحتفاظ بالعضوية في هذا الاتحاد مدى الحياة.

و قد أضيفت ألعاب أخرى في السنوات اللاحقة مثل لعبة البولينغ و كرة السلة و ألعاب القوى و الميدان و المبارزة و السباحة و تنس الطاولة و رفع الاثقال، كانت ألعاب ستوك مانديفل قد تعددت و توسعت فيقام في مدينة ستوك مانديفل عدة لقاءات رياضية كبرى هي :

□ مباريات ألعاب ستوك مانديفل الدولية .

□ مباريات ستوك مانديفل القومية -الوطنية .

□ مباريات الأطفال المصابين بعاهات متنوعة.

□ مباريات الكبار المصابين بعاهات متنوعة.

تقام بطولة أولمبية للمعوقين في كل سنة تقام فيها البطولة الأولمبية الاعتيادية و في البلد نفسه الذي تنظم فيه و ذلك ابتداء من عام 1960م، و تعد مصر أول دولة عربية تشترك في هذه الألعاب الرياضية الخاصة بالمعوقين و المقامة في مدينة ستوك مانديفيل و ذلك عام 1972م، و اشتركت جمهورية السودان عام 1975م بلاعب واحد و بصفة غير رسمية، يحمل شعار المعوقين الرياضي صورة ثلاث عجلات متشابكة لكرسي متحرك تحمل شعار الصداقة، الوحدة - الروح الرياضية. (رغان محمد الصادق، فريق عبد المحسن، 1990، 16)

4-النشاط البدني الرياضي المكيف في الجزائر :

تم تأسيس الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين وذوي العاهات في 19 فيفري 1979م، و تم اعتمادها رسميا بعد ثلاثة سنوات من تأسيسها في فيفري 1981م، و عرفت هذه الفيدرالية عدة صعوبات بعد تأسيسها خاصة في الجانب المالي و كذا من انعدام الإطارات المتخصصة في هذا النوع من الرياضة، و كانت التجارب الأولى لنشاط الفيدرالية في (CHU) في تقصرين و كذلك في مدرسة الشبان المكفوفين في العاشور و كذلك في (CMPP) في بوسماعيل، و تم في نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية و هذا بإمكانيات محدودة جدا، و في سنة 1981م انضمت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين للاتحادية الدولية (ISMGF) و كذلك للفيدرالية الدولية للمكفوفين كليا و جزئياً (IBSA) ، و في سنة 1983م تم تنظيم الألعاب الوطنية في وهران من 24 إلى 30 سبتمبر حيث تبعتها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتها في مختلف أنحاء الوطن.

و شاركت الجزائر في أول ألعاب إفريقية سنة 1991م في مصر، كما كانت أول مشاركة للجزائر في الألعاب الاولمبية الخاصة بالمعوقين سنة 1992م في برشلونة بفوجين أو فريقين يمثلان ألعاب القوى و كرة المرمى، و كان ظهور عدائين ذوي المستوى العالمي دافعاً قوياً لرياضة المعوقين في بلادنا، و هناك 36 رابطة ولائية تمثل مختلف الجمعيات تظم أكثر من 2000 رياضي لهم إجازات وتتراوح أعمارهم بين (16- 35) سنة.

و تمارس حوالي 10 اختصاصات رياضية مكيفة من طرف المعوقين كل حسب نوع إعاقته و درجتها و هذه الاختصاصات هي حسب نوع الإعاقة:

ألعاب القوى، كرة المرمى، كرة السلة فوق الكراسي المتحركة، كرة القدم بلاعبين، السباحة، رفع الأثقال، الجودو، التندام (الاستعراضية)، تنس الطاولة، كرة الطائرة

و قد سطرت الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين و ذوي العاهات عدة أهداف متكاملة من بينها و على رأسها تطوير النشاطات البدنية و الرياضية المكيفة الموجهة لكل أنواع الإعاقات باختلافها و يتم تحقيق هذا الهدف عن طريق:

-العمل التحسسي والإعلام الموجه:

-السلطات العمومية .

-مختلف الشرائح الشعبية وفي كل أنحاء الوطن وخاصة منهم الأشخاص المعوقين .

-العمل على تكوين إطارات متخصصة في هذا الميدان (ميدان النشاط البدني و الرياضي المكيف) و هذا بالتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية و الوزارات.

و الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين منخرطة في عدة فيدراليات دولية وعالمية منها:

-اللجنة الدولية للتنسيق والتنظيم العالمي للرياضات المكيفة.(I.C.C)

-اللجنة الدولية للتنظيم العالمي لرياضة المعوقين ذهنيا.(IPC)

-الجمعية الدولية لرياضة المتخلفين والمعوقين ذهنيا.(INAS-FMH)

-الفيدرالية الدولية لرياضات الكراسي المتحركة.(ISMW)

-الفيدرالية الدولية لكرة السلة فوق الكراسي المتحركة.(IWPF)

-الجمعية الدولية للرياضات الخاصة للأشخاص ذوي إعاقات حركية مخية .(CPISRA)

وفيهما من الفيدراليات والجمعيات واللجان الدولية العالمية.

و قد كان للمشاركة الجزائرية في مختلف الألعاب على المستوى العالمي و على رأسها الألعاب الأولمبية سنة 1992م في برشلونة و سنة 1996م في أطلنطا نجاحا كبيرا و ظهور قوي للرياضيين المعوقين الجزائريين و خاصة في اختصاص ألعاب القوى و منهم علاق محمد في اختصاص (100-200-400) متر وك ذلك بوجليطية يوسف في صنف B3 (معوق بصري) و في نفس الاختصاصات و بلال فوزي في اختصاص (5000 متر و 800 و 1500) متر. (أحمد تركي، 2004، 92)

-5تعريف النشاط البدني الرياضي المكيف:

هو عملية تطوير و تعديل في طرق ممارسة الأنشطة الرياضية بما يتلاءم و قدرات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، و يتناسب مع نوع و درجة الإعاقة لديهم.

كما تعتبر الأنشطة البدنية المكيفة بمثابة مجموعة من الإجراءات التي تتخذ في بعض الأنشطة الرياضية سواء من حيث التعديل في الأداء البدني، أو التعديل في بعض النواحي

القانونية، أو في بعض الخطوات التعليمية و النواحي المهارية حتى يمكن للمعاقين ممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية بصورة آمنة و فعالة.

و تعرفها الجمعية الأمريكية للصحة و التربية البدنية و الترويح بأنها عبارة عن مجموعة من البرامج المتطورة و المتنوعة من الأنشطة و الألعاب الرياضية التي تتناسب مع قدرات المعاقين، إذ يمكنهم ذلك من إشباع رغباتهم في ممارسة أنشطة رياضية تعود عليهم بالنفع، و تساهم في استغلال قدراتهم. (طه سعد علي، أحمد أبو الليل، 2006، 24)

و بهذا يمكن اعتبار الأنشطة البدنية المكيفة بمثابة الدافع الأساسي لجميع أفراد المجتمع حيث يتفق هذا مع الطبيعة الذاتية للأفراد و التي تميل بطبيعتها للنشاط الحركي، و النشاط الحركي أساس النشاط البدني في برامج الأنشطة الرياضية على مستوى المناهج الدراسية و الجامعية، خاصة و أن مفهوم الرياضة قد تحول من المفهوم الضيق و النظر إليه على اعتبار أنه من أنواع الترفيه و التسلية و الترويح عن النفس، بالإضافة إلى أن ممارسة الأنشطة المختلفة تحتاج إلى مجهود بدني و حركي يعود بفوائد فيزيولوجية تتمثل في:

- التخلص من الضعف العصبي.
- تعتبر من أفضل الوسائل للراحة و الاسترخاء.
- تعمل على رفع كفاءة أجهزة الجسم المختلفة.
- تعمل على الاستفادة من الطاقة الزائدة واستثمارها في أعمال مفيدة. (محمد كامل عفيفي عمر، 1998، 103)

6- طرق تعديل الأنشطة الرياضية :

تتضمن الأنشطة البدنية و الرياضية المعدلة إجراءات قد تتخذ في بعض الأنشطة الرياضية، سواء في تعديل الأداء الفني، أو تعديل بعض النواحي القانونية حتى يمكن لذوي الاحتياجات الخاصة ممارسة هذه الأنشطة، و يتمكن القائمون على التدريب من الارتقاء بالمهارات الحركية و القدرات البدنية لهؤلاء المعاقين، و يمكن أيضا تحقيق أكبر قدر من الوقاية حسب درجة الإعاقة، مما يسهم في المشاركة بفاعلية في برامج الأنشطة الرياضية و بالتالي تحقيق الأهداف المرجوة من الممارسة الرياضية، و بهذا فإن طرق تعديل الأنشطة الرياضية يختلف حسب الجزء المكيف، و تتنوع التعديلات كما يلي :

6-1-التعديل في النواحي القانونية:

هناك قوانين تحكم كل نشاط رياضي و تنظم ممارسته، و يمكن للمدرب أو المدرس أن يقوم أثناء التدريب بتعديل بعض نواحي القانون و نأخذ على سبيل المثال:

- يمكن إلغاء قاعدة التسلل في كرة القدم.
- يمكن إلغاء التماس بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنيا في المدرسة.
- يمكن السماح بلمس الكرة باليد للمعاقين ذهنيا في المدرسة.

6-2-التعديل في عدد اللاعبين:

كل نشاط رياضي له عدد محدد من اللاعبين، يمارس من خلالهم النشاط، و يمكن أن نزيد عدد اللاعبين أو نقل منهم فمثلا:

- يمكن أن نزيد عدد اللاعبين في كرة السلة للتلاميذ في المدرسة.
- يمكن أن نقل من عدد اللاعبين في مباراة لكرة القدم.

6-3-التعديل في الأداء المهاري للحركة:

لكل مهارة حركية في كل الأنشطة الرياضية طرق فنية في الأداء، و عند عملية التعلم لا بد أن نطبق هذه الطرق الفنية، و لكن يمكن تعديل ذلك مع التلاميذ أو اللاعبين المعاقين و ذلك بالاستغناء عن بعض الخطوات و على سبيل المثال:

- يمكن ممارسة رياضة الوثب الطويل من الثبات بدلا من الحركة.
- يمكن ممارسة مهارة دفع الجلة من المواجهة، أو من على الكرسي لحالات بتر الطرف السفلي.
- يمكن الاستغناء عن مهارة تنطيط الكرة في كرة السلة للمعاقين على الكراسي المتحركة.

-4-6 التعديل في الأدوات:

لكل نشاط رياضي أدوات نستخدمها أثناء الممارسة فعلى سبيل المثال نأخذ رياضة تنس الطاولة حيث تمارس بواسطة مضرب و على طاولة من الأدوات يمكن التعديل فيها باستخدام أدوات أخرى مساعدة في الأداء الرياضي مثل:

- تعديل في وضع شبكة كرة الطائرة بالنسبة لحالات الشلل و بتر الطرف السفلي عند ممارسة كرة الطائرة من وضع الجلوس.
- زيادة قطر حلقة كرة السلة للمعاقين ذهنيا داخل المدرسة.
- استخدام كرسي ثابت أثناء دفع الجلة لحالات بتر الطرف السفلي. (طه سعد علي، أحمد أبو الليل: 2005، 27-28)

و بهذا يمكن تلخيص أساليب تعديل الأنشطة البدنية في النقاط التالية:

- تقليل الزمن الكلي للأداء و ساحة اللعب.

- التعديل في قواعد اللعبة.
 - تبسيط التمارين البدنية.
 - التقليل من وزن و طول و ارتفاع الأدوات المستعملة.
 - زيادة عدد أفراد الفريق و ذلك لتقليل المسؤولية.
 - السماح بالتغير المستمر أثناء اللعب.
 - تقسيم النشاط على اللاعبين تبعاً للفروق الفردية.
- كما يجب على المدرب أو المدرس السماح لأي لاعب بالخروج من المباراة عند التعب أو ظهور أي أعراض الإرهاق نتيجة لاشتراكهم في اللعب أو لزيادة حمل التدريب عليهم، و على المدرب التقييم المستمر للبرنامج و اللاعبين ليتعرف على نواحي الضعف و القوة و تشخيص الحالة التدريبية وإجراء التعديلات الملائمة على البرنامج.

7-مجالات النشاط البدني الرياضي المكيف:

7-1-المجال العلاجي:

تمارس في الأوساط الطبية والمصحات ومراكز إعادة التأهيل وفي المؤسسات الخاصة (التعليم الخاص والمصحات التنفسية) ويراعى في اختيار نوع النشاطات البدنية والرياضية كل من السن والاهتمام والرغبة، ويمكن استعمال النشاط البدني والرياضي في عدة أشكال، نجد منها حركات رياضية وحركات كلية نشيطة موجهة ودقيقة، وعند تنفيذها وممارستها تقتضي تعلم تقني وهدفها الرئيس اكتساب الشخص المعوق أكثر فاعلية حركية ممكنة، وتخضع عند استعمالها العلاجية لبعض الشروط وعلى سبيل المثال:

• في كرة السلة نجد مهارة تصويب الكرة نحو السلة يسمح بإعادة تأهيل كلي للأطراف العلوية.

• في السباحة نجد حركة الرجلين (السباحة الحرة) تمثل صورة حقيقية للخطوة.

• تصويب الكرة عند المعاقين ذهنياً (إعاقة عقلية، ذهنية) يمثل برنامج عقلي، والكرة تمثل وسيلة للاتصال وأداة توصيل.

التصويب بالقوس عن قرب، يمثل تقوية عضلية للمنطقة الكتفية والأطراف العلوية، ويسمح في نفس الوقت للضبط والتحكم في التوازن للمعوق في الأطراف السفلية فوق الكرسي المتحرك. وفي المرحلة الأولى من إعادة التكيف تسمح هذه الحركات الرياضية بجلب السرور وتشجيع المعوق، وتمثل حصة ثبات، وإعادة التربية وإعادة بعث الحياة في الشخص وإعادة الأمل.

-2-7 العلاج باللعب:

(الألعاب الرياضية) وهو امتداد للفعل والحركة الرياضية يغلب عليه طابع التسلية والتأثير العام على الجهاز التنفسي، وتعد بعض النشاطات البدنية والرياضية مثل الجري أو الرمي، الألعاب المائية وتمثل اهتمام البحث الانتقائي لصفة نفسية حركية محددة بالقوة والدقة أو الرشاقة والسرعة أو المداومة.

الرياضات المحصورة (المضبوطة)

وهذا النوع من الأنشطة تمارس في مرحلة إعادة التكيف البدني تتغير بالنسبة للجهد المبذول، وهدفها تجديد الطاقة للوظائف الكبرى لهذا المستوى.

• تنس الطاولة أو المسابقة: تحسن وتعيد وتأهيل التنسيق. رد الفعل التوازن قدرة المداومة على بذل الجهد.

- ألعاب القوى بمختلف اختصاصاتها:
- الجري يحسن من قدرة وصفة المداومة.
- الرمي يحسن التنسيق والدقة.
- كرة الطائرة: على مستوى الجسم: تسمح بتنمية مختلف الوظائف.
- التنفس.
- الجهاز الدوراني.
- الجهاز الكلوي.
- تحسين التحكم في الجسم.

وعلى مستوى التحليل: عمل الأطراف العلوية والجذع والرأس والأطراف السفلية، الاتصالات الاجتماعية مع الفريق، وفي بعض الحالات تستعمل سرعة الكرة لبعض المعاقين في الأطراف العلوية والأصابع تكون محددة، وعموماً فالتكيفات الخاصة بالمعاقين تكون دائماً ممكنة. وسير الأنشطة يتطلب قوانين مدققة، تحكيم يكون أقرب بالنسبة لرياضات العادين، وفي معظم الحالات هناك فقط تكيفات صغيرة مثل مساحة اللعب التي نستطيع تقليصها.

-3-7 المجال الترويحي:

النشاط الترويحي هو نشاط بناء يقوم به الفرد من تلقاء نفسه مدفوعاً بالسعادة النفسية التي يشعر بها قبل وأثناء وبعد ممارسته لذلك النشاط الترويحي الذي يشبع بعض حاجات الفرد كالحاجة إلى الانتماء والشعور بالذات، والابتكار وهي سمات نفسية المعوق بحاجة كبيرة إلى اكتسابها وتعزيزها، ولا يحقق النشاط الترويحي (النشاط البدني الرياضي) الأهداف المنتظرة

منه إلا إذا وجد الأفراد المجال المناسب والإمكانيات المادية والهياكل المخصصة لذلك، وكذا الأفراد المؤهلون لتنظيم النشاط البدني والرياضي الترويحي.

-4-7 المجال التنافسي:

ممارسة نوع أو اختصاص رياضي أو أكثر من طرف المعوق وخاصة المعوقين بدنيا ذو طابع المنافسة والمسابقة له عدة فوائد وأهداف:

- استرجاع بدني يكون إلى أقصى حد ممكن للوظائف والعضلات المختلفة في الجسم.
- إعادة التوازن النفسي للمعوق.
- زوال ونقص العقد الدونية ومحو صورة الإعاقة لدى الفرد.

والنشاط الرياضي له تأثير إيجابي على إعادة التأهيل المهني للمعوق يوجد في كل بلدان العالم وخاصة منها المتطورة وهناك علاقة وطيدة بين النشاط البدني والرياضي والعمل.

والتظاهرات الرياضية الخاصة بالمعوقين تسمح بـ:

- تحسيس الجمهور بأن المعوقين يستطيعون ممارسة النشاط الرياضي والممارسة بقدر معين من الاندفاع والمتعة وروح الفور مثل العاديين.
- البرهان للعاديين على أنه بواسطة التدريب المستمر وبالإرادة، المعوقين يستطيعون الوصول وتحقيق نتائج معينة في مختلف الاختصاصات الرياضية والتنافس بدون أي عقدة خجل.
- يظهر لكل الناس أن المعاق يتميز بميزات الرياضي العادي من حيث الدقة والتركيز والتحكم في النفس.

• يبرهن بواسطة النشاط البدني الرياضي بأن الإعاقة ليست حاجز يستحيل تجاوزها لكون أن المعاق يعيش التظاهرات الرياضية وهو مثقل لإعاقته والاستعراض بها بدون أي مركب نقص. ومهما يكون نوع النشاط الرياضي الممارس فالمنافسة تثير اندفاع وصدام شعوري معين وعند المعوقين يساعد هذا العامل بدون أي شك في تنمية الثقة في نفسه ويمكنه من إعادة تقييم نفسه ثانية. ويقيم نفسه أيضا بالنسبة للعالم الخارجي ودور الرياضة التنافسية في هذا الميدان هو كبير، فالمعوق يتخلص من الصور العالقة في ذهنه ويصبح فرد له نصيب كامل وتقدير مثل أي شخص عادي والنشاط الرياضي يسمح باستغلال كل استعدادات الشخص المعوق الذي يمتلك شيئا فشيئا بواسطة المتعة والترويح وسهولة الحركة ودقة أكبر ويفضل الاستقلالية الحركية وهذا ما يعني الاندماج الاجتماعي. (لطي بركات، 1984، ص116)

8- أسس النشاط البدني والرياضي المكيف :

يعمل النشاط البدني والرياضي المكيف إلى حد معين على تحقيق أهداف التربية العامة وتتلخص هذه الأسس حسب "عادل خطاب" وكما حددها معظم العلماء التربويين في إتاحة الفرصة للأفراد والجماعات للتمتع بالنشاط البدني الذي يدفعهم إلى شحذ الفكر وبث الروح الاجتماعية الحقة.

وبمعنى آخر أن النشاط الرياضي جزء من التربية العامة يهدف إلى مساعدة الفرد على النمو الكامل حتى يقابل احتياجاته المعيشة للمجتمع التعاوني وسط عالم يتآزر بعضه مع البعض الآخر، ومن المسلم به أن هذه الأسس لا تتحقق إلا عن طريق اختبار الخبرات الملائمة في هذا المجال و توجيهها نحو صالح الفرد.

و على هذا الأساس يدخل في تحقيق هذه الأسس النقاط التالية:

1-8-النشاط البدني المكيف كوسيلة ترويحية :

لرياضة المعاقين جوانب عميقة تفوق كونها علاجاً بدنياً لهم فيتعدى الأمر كونها وسيلة ناجحة للترويح عن نفس المعاق، كما تشكل جانباً مهماً من استرجاعه لعنصر الدافعية الذاتية والصبر والرغبة في اكتساب الخبرة و التمتع بالحياة.

وقد ظهر أن الأنشطة البدنية الترويحية كما يقول "عباس رملي" ذات قيمة مرتفعة للمعاقين في الاحتفاظ وتحسين أقصى حالة بدنية، ولزيادة الطاقة والحفاظ على الاسترخاء، وأيضاً كوسيلة مساعدة للتعبير عن الذات والتزويد بخبرات ذات أشياء ملموسة، وذلك بالتعرض لمواقف واقعية وإتاحة الفرصة لهؤلاء المتطوعين للاختلاط بالمجتمع، وبضيف أيضاً أن النشاط الرياضي يخدم عدة وظائف نافعة إذ أن النشاط العضلي الحر يمنح الأفراد إشباعاً عاطفياً، كما يزودهم بوسائل التعبير عن النفس والابتكار والإحساس بالثقة والقدرة على الإنجاز وذلك للشعور بالسعادة والرفاهية .

2-8-النشاط البدني المكيف كوسيلة علاجية:

تعد ممارسة النشاط الحركي للمعاقين وسيلة طبيعية للعلاج على هيئة تمارين علاجية تأهيلية، وكأحد المكونات الهامة للعلاج الطبيعي والتي تساهم بدرجة كبيرة لاستعادة اللياقة البدنية للمعاق، مثل استعادة للقوة العضلية و المهارة و التوافق العضلي العصبي التحمل، المرونة، السرعة وبالتالي استعادة لكفاءته ولياقته العادية في الحياة.

3-8-النشاط البدني كوسيلة لإدماج المعاق حركياً داخل المجتمع:

من الأهداف النبيلة لممارسة النشاط الحركي للمعاقين إعادة تأقلمهم والتحاقهم بالمجتمع المحيط بهم، بمعنى تسهيل وسرعة استفادتهم وإفادتهم للمجتمع، ويقول "راجع أحمد عزة" إن النشاط الرياضي يلعب دوراً في التأثير على الفرد للتخلص من الانطوائية والعدوانية والأزمات

النفسية، إضافة إلى بعض الأمراض الأخرى كعدم الانتباه وعدم التركيز وعدم تقدير المسافة أو عدم تقدير الزمن... إلخ.

و إضافة إلى كل ما تقدم فالنشاط الحركي المكيف يكون فعالا أيضا في علاج بعض الأمراض الاجتماعية ويعمل على لم شمل الأفراد وجعلهم جماعة واحدة تعزز بنفسها مما يحقق العمل الجماعي واحترام الذات كما أنه مبني على أساس الاختلاط ببعضهم البعض كلاعبين أو مشاهدين. (محمد عوض بسيوني، فيصل ياسين الشاطي، 1992، ص111، 112)

ومنه ومما سبق نستنتج أن الأسس الأساسية التي يبنى عليها النشاط البدني والرياضي المكيف تختلف حسب حاجات المعاق انطلاقا من درجة ونوع إعاقته، والهدف المراد تحقيقه وفق خصائص الممارسة والوسائل المراد الوصول إليها، وتتفق في كونها تخدم أهداف التربية العامة، و بهذا يمكن إيجاز هذه الأسس في النقاط التالية :

- تحسين كفاية الفرد البدنية والعضوية.
- تنمية التوافق العضلي والعصبي والمهاري في الألعاب، والتقدم في النشاط التوقيتي وذلك من خلال الاتجاهات الرياضية المعروفة.
- تنمية الاتجاهات الاجتماعية السليمة والسلوك المرغوب فيه عن طريق إتاحة الفرص المتعددة التي تبرزها مواقف اللعب.
- تنمية قدرة الفرد على تقدير أهمية ممارسة النشاط الرياضي وعلاقته باستثمار وقت فراغه وراحته.
- التمتع بالحياة عن طريق الانتفاع بمقوماتها و إمكانياتها. (لطي بركات، 1984، ص123)

-9 أهمية النشاط البدني الرياضي المكيف:

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

-1-9 الأهمية البيولوجية:

إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة حيث أجمع علماء البيولوجيا المتخصصين في دراسة الجسم البشري على أهميتها في الاحتفاظ بسلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص العادي، أو الشخص الخاص، برغم اختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فإن أهميته البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة. (لطي بركات، 1984، ص61)

يؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي، حيث تزداد نحافة الجسم وتقل سمنته 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. (امين انور الخولي، اسامة كمال راتب، 1992، 150)

-2-9 الأهمية الاجتماعية:

إن مجال الإعاقة يمكن للنشاط الرياضي أن يشجع على تنمية العلاقة الاجتماعية بين الأفراد ويخفف من العزلة و الانغلاق (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، ويبدوا هذا جليا في البلدان الأوربية الاشتراكية حيث دعت الحاجة الماسة إلى الدعم الاجتماعي خلال أنشطة أوقات الفراغ لإحداث المساواة المرجوة و المرتبطة بظروف العمل الصناعي .

فقد بين قبلن Veblen في كتاباته عن الترويح في مجتمع القرن التاسع عشر بأوربا أن ممارسة الرياضة كانت تعبر عن انتماءات الفرد الطبقية، أو بمثابة رمز لطبقة اجتماعية خصوصا للطبقة البورجوازية، إذ يتمتع أفرادها بقدر أوفر من الوقت الحر يستغرقونه في اللهو واللعب منفقون أموالا طائلة وبذخا مسرفا متنافسون على أنهم أكثر لهوا وإسرافا .
(R.sue: le Loisir. OP. cit, P63)

و قد استعرض كوكيلي الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة والترويح فيما يلي: الروح الرياضية التعاون تقبل الآخرين بغض النظر عن الآخرين، التنمية الاجتماعية، المتعة والبهجة، اكتساب المواطنة الصالحة، التعود على القيادة والتبعية، الارتقاء والتكيف الاجتماعي. (لطي بركات، 1984، ص64)

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

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

-3-9 الأهمية النفسية:

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

1. السماح لصغار السن للتعبير عن أنفسهم خصوصا خلال اللعب.

2. أهمية الاتصالات في تطوير السلوك، حيث من الواضح أن الأنشطة الترويحية تعطي

فرصا هائلة للاتصالات بين المشترك والرائد، والمشارك الآخر.

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

ترويحية مثل هواية الطبخ، فهناك احتمال لتقوية ما سمي التذوق والشم، لذلك فإن الخبرة الرياضية والترويحية هامة عند تطبيق مبادئ المدرسة الجشطالتيّة.

أما نظرية ماسلو تقوم على أساس إشباع الحاجات النفسية، كالحاجة إلى الأمن والسلامة، وإشباع الحاجة إلى الإنتماء وتحقيق الذات وإثباتها، والمقصود بإثبات الذات أن يصل الشخص إلى مستوى عال من الرضا النفسي والشعور بالأمن والانتماء، ومما لا شك فيه أن الأنشطة الترويحية تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته من خلاله. (حزام محمد رضا القزوني، 1978، ص20)

-4-9 الأهمية الاقتصادية:

لا شك أن الإنتاج يرتبط بمدى كفاءة العامل ومثابرتة على العمل واستعداده النفسي والبدني، وهذا لا يأتي إلا بقضاء أوقات فراغ جيدة في راحة مسلية، وان الاهتمام بالطبقة العاملة في ترويحها وتكوينها تكوينا سليما قد يتمكن من الإنتاجية العامة للمجتمع فيزيد كميتها ويحسن نوعيتها، لقد بين "فرنارد" في هذا المجال أن تخفيض ساعات العمل من 96 ساعة إلى 55 ساعة في الأسبوع قد يرفع الإنتاج بمقدار 15 % في الأسبوع. (محمد نجيب توفيق، 1967، ص560)

فالترويح إذا نتاج الاقتصادي المعاصر، يرتبط به أشد الارتباط ومن هنا تبدو أهميته الاقتصادية في حياة المجتمع، لكن مفكرين آخرين يرون أهمية الترويح نتجت من ظروف العمل نفسه، أي من آثاره السيئة على الإنسان، كالاغتراب والتعب والإرهاق العصبي، مؤكداين على أن الترويح يزيل تلك الآثار ويعوضها بالراحة النفسية والتسليّة (R.sue: le Loisir. OP. cit, P63).

-5-9 الأهمية الترويحية:

بالرغم من أن الرياضة والترويح يشملان الأنشطة التلقائية فقد أجمع العلماء على أن هناك فوائد تربوية تعود على المشترك، فمن بينها ما يلي :

-تعلم مهارات وسلوك جديدين: هناك مهارات جديدة يكتسبها الأفراد من خلال الأنشطة الرياضية على سبيل المثال مداعبة الكرة كنشاط تروحي تكسب الشخص مهارة جديدة لغوية ونحوية، يمكن استخدامها في المحادثة والمكاتبة مستقبلا.

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

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

-اكتساب القيم: إن اكتساب معلومات وخبرات عن طريق الرياضة والترويح يساعد الشخص على اكتساب قيم جديدة إيجابية، مثلا تساعد رحلة على اكتساب معلومات عن هذا النهر، وهنا اكتساب لقيمة هذا النهر في الحياة اليومية، القيمة الاقتصادية، القيمة الاجتماعية كذا القيمة السياسية. (حزام محمد رضا القزوني، 1978، ص22)

-6-9 الأهمية العلاجية :

يرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن الرياضة والترويح يكاد يكون المجال الوحيد الذي تتم فيه عملية "التوازن النفسي" حينما تستخدم أوقات فراغنا استخداما جيدا في الترويح:

(تلفزيون، موسيقى، سينما، رياضة، سياحة) شريطة ألا يكون الهدف منها تمضية وقت الفراغ، كل هذا من شأنه أن يجعل الإنسان أكثر توافقاً مع البيئة وقادراً على الخلق والإبداع. و قد تعيد الألعاب الرياضية والحركات الحرة توازن الجسم، فهي تخلصه من التوترات العصبية ومن العمل الآلي، وتجعله كائناً أكثر مرحاً وارتياحاً فالبيئة الصناعية تعقد الحياة وقد يؤديان إلى انحرافات كثيرة، كالإفراط في شرب الكحول والعنف، وفي هذه الحالة يكون اللجوء إلى ممارسة الرياضة والبيئة الخضراء والهواء الطلق والحمامات المعدنية وسيلة هامة للتخلص من هذه الأمراض العصبية، وربما تكون خير وسيلة لعلاج بعض الاضطرابات العصبية (A . Domart & al, 1986, P589) .

10- أنواع النشاطات البدنية والرياضية المكيفة:

تنقسم النشاطات البدنية والرياضية بصفة عامة إلى قسمين رئيسيين وهما النشاطات البدنية والرياضية الفردية والنشاطات البدنية والرياضية الجماعية وكل قسم يتضمن العديد من الاختصاصات الرياضية، ولدى المعوقين بمختلف أنواعها ودرجة إعاقاتهم، مختلف هذه الاختصاصات ولكن بعد تكييفها من حيث الوسائل والقوانين.

-الأنشطة الفردية: من بين النشاطات البدنية والرياضية الفردية التي يمارسها المعوقين نجد

:

ألعاب القوى (جري - رمي - قفز)

السباحة	سباق الدرجات	الجيدو	رفع الأثقال
تنس الطاولة	المسابقة	اليوقا	الرمي بالقوس

التزلق على الثلج الرمي بالسلاح

وغيرها من الأنواع الرياضية الفردية وتختلف في بعض الأحيان باختلاف الثقافات والمناخ من بلد لآخر.

-الأنشطة الجماعية: من بين النشاطات البدنية والرياضية الجماعية التي يمارسها المعوقون نجد :

كرة السلة	كرة الطائرة	كرة اليد	كرة المرمى
الهوكي	التجديف	كرة القدم بـ 5 و 7 لاعبين وغيرهما	

من الرياضات الجماعية.

بعض الأمثلة عن النشاطات البدنية والرياضية المكيفة.

السباحة: التعلم والتدريب في السباحة للأشخاص المعوقين يتطلب معرفة الحالة الخاصة وإليك التوجيهات البيداغوجية الرئيسية فيها :

- نوع باستمرار تقنيات التكيف للمعاق وكمن راض عن أداء غير جيد إذا كانت الحركة المراد تنفيذها صعبة.

-انظر دائما للسباح المعاق إجمالاً، وتذكر دائماً أن السباحة عنصر هام للتطور الكلي.

-الكثير من المعاقين يحبون الأوساط الآمنة وهو بحاجة للكثير من الإثارة للتغلب على قلقهم في الماء ولكي لا يحس للعمق الذي يسبح فيه.

-المعاقين ذهنياً لا يفهمون دائماً الشروحات المتعلقة بالمراحل البينية والتطويرية، وفي هذه الحالة يجب أساساً التحفيز والإثارة وإعطاء أوامر بسيطة يمكن إنجازها .

-ركز دائما على ما يريد الشخص المعوق أن يفعله، وراقبه جيدا في الماء، واستعلم من عائلته.

-استعمال اللوازم مع المعرفة الأساسية حسب النماذج أو التوجيهات التعليمية.

-ابحث عن الحركات البسيطة التي تؤدي إلى الفوز أكثر من الخسارة للتشجيع.

-حضر جيدا الأشخاص المعاقين وتجنب ردود الأفعال العنيفة.

-وإذا أمكن تكوين جو تربيوي، وفيه يحس السباح المعاق بأكثر متعة بعد إنجازه للتمرين.

-ارفع من تقديرك للأشخاص المعاقين ، وكون علاقات الثقة معهم.

-وعلى المستوى الميثودولوجي نؤكد على أن التمرين يتطلب مستو عالي من التنسيق

الحركي الذي يعتبر صعب التنفيذ من طرف الأشخاص المعاقين ذهنياً أو حركياً أو حسيًا،

ومن هذا اللجوء للتمارين التي تكون فيها السباحة يجب الأخذ بعين الاعتبار دائما درجة

الإعاقة بمختلف أنواعها.

الجدول رقم (01): يبين ألعاب الكرة و الألعاب الجماعية .

النشاط المكيف التعديلات (نوع التكيف)

تقنيات كرة القدم

لعبة كرة القدم

تقنيات كرة الطائرة

لعبة كرة الطائرة تمرين - تصويب - دفع الكرة بالرجل على مستوى مائل.

وضع خطوط خاصة- استعمال مستويات مرتفعة للقذف.

لمس و ضرب الكرة المعلقة.

زميل يلتقط الكرة و الآخر كل 3 ثواني يأخذ الكرة وي ضربها.

في الجدول وضعنا بعض الأمثلة للنشاطات المكيفة المناسبة للعمر الزمني (طفل، مراهق، شاب بالغ) بالموازاة مع سلسلة من التكيفات الممكنة.

وفي رياضات الفرق تطبق بعض المبادئ العامة مثل يجب الأخذ بعين الاعتبار المستوى الوظيفي للأشخاص المعوقين خصوصا عند انتقاء التقنيات، والتعديلات يجب أن تكون متنوعة حسب الأماكن، ويجب أن ترجع بفائدة على كل اللاعبين وعلى النتائج الإيجابية، وعلى سبيل المثال لعبة كرة السلة عند المتخلفين ذهنيا، على الفريقين في الدفاع أن يلعبا لعب سهل ولا يسمح بخطف الكرة أثناء التنطيط وأثناء الهجوم.

على كل لاعب في الفريق لمس الكرة ولو مرة على الأقل قبل التصويب ولا يسمح لأي لاعب التصويب مرتين، وفي هذه التكيفات تعتبر بسيطة لكنها تنمي قدرات الشخص المعاق. (كمال درويش، أمين الخولي، 1990، ص160)

-11 دور النشاط البدني الرياضي المكيف:

النشاط البدني الرياضي يعتبر منبع أساسي لصحة الإنسان ويجلب له المتعة والسرور ويضمن له أحسن اندماج وخاصة للشخص المعوق، ولهذا فإن دور النشاط البدني والرياضي يتجلى في ثلاث مستويات رئيسية :

-1-11 من الناحية الاجتماعية :

النشاط الرياضي يساعد بلا شك كثير في إعادة تأهيل الأشخاص المعوقين ويجده في نفس الوقت كدعم معنوي.

والمعوق الذي يملك إرادة وطاقة التنافس والاستقلالية، وهذه الاستقلالية تأتي بعد مدة معتبرة من إعادة التكيف الوظيفي وكذا إعادة التكيف المهني له الحق في الإدماج في الحياة المهنية العادية والحياة العامة ويستفيد من كل الامتيازات الحياتية الاجتماعية الحديثة لحضارتنا.

فالمعوق هو فرد مثل الآخرين لكن بوسائل مختلفة والنشاط الرياضي بالنسبة إليه له نفس الأهداف مثل العاديين والمتمثل في تنمية قدراته البدنية والنفسية ، ويستطيع دائما إيجاد نشاط رياضي ملائم لإعاقته مهما تكن طبيعتها ودرجتها.

ويجب أن تعطي للمعوق نفس الفرص مثل العاديين لإعادة العزة والكرامة له كفرد مثل الجميع ، وبهذا يضمن اندماج اجتماعي في مجتمعه.

-2-11 من الناحية النفسية:

من الناحية النفسية يعتبر النشاط الرياضي وسيلة فعالة لبعث البشاشة والانشراح في الفرد ويعتبر أيضا كعامل للإدماج وبصفة خاصة الرياضات الجماعية، ويساعد النشاط الرياضي والبدني المعوق للتغلب على عواطفه وإحساسه بالانعزال والدونية الذي يقابلها في بعض الأحيان بالإنكار وعدم القبول.

وممارسة النشاط البدني والرياضي الذي يكون موجه بطريقة سليمة وتكون حملته مكلفة للمعوق يؤثر على السلوك الاجتماعي للمعوق بصفة عامة مثل:

-منح الثقة بالنفس.

-تطوير روح المنافسة والإرادة والانضباط والتحكم في النفس، والمعرفة الجيدة للنفس (الإمكانيات والحدود) ويحول شيئاً فشيئاً النواحي السلبية لديه بالنواحي الإيجابية وكذا تحويل مفهوم الثبات عند المعوق ويعوضه بمفهوم الحركة وثبات الأفكار لها مفهوم سلبي مرتبطاً بالأحداث المتوالدة والظروف لدى المعوق وهي متداخلة مع هدف الإدماج وإعادة الإدماج.

-يجب أن تستعمل في مكانها من حيث المفهوم والأفكار الإيجابية.

والنشاط البدني الرياضي يعمل على كل هذه التغييرات وهو يعرض كخلاصة للسيطرة والإدراك (العلم) والإرادة وهذه العواقب الثلاثة للحركة الإرادية توهم من طرف المرضى، والإعاقة والنشاط الرياضي يحقق التحكم في الجسم والوسط ومختلف العلاقات.

-3-11 من الناحية الفيزيولوجية (البدنية):

النشاط البدني الرياضي يدفع المحدودية المفروضة من طرف الإعاقة وكل تمرين بدني رياضي له تأثير على البدن، فهو يحسن من الوظائف الحيوية للجسم عند الفرد سواء كان معوقاً أم كان سليماً، ولكن في العديد من الحالات التي يعاني فيها المعوق من المعاناة الناتجة عن التحولات التي حدثت له بفعل إعاقته، نجد أن النشاط البدني الرياضي يؤثر فيه على المستوى الفيزيولوجي فيما يلي :

-تأثير إيجابي على الوظائف الجسمية المختلفة (الجهاز القلبي ،التنفس، الهضم تمثيل الغذاء والطرح).

-التأثير على الأعصاب وكذلك التحكم في الإفرازات الداخلية .

-التأثير الإيجابي على الإحساسات العضوية.

-تأثير إيجابي خاص بنشاط التوقع ومحااربة البدانة والسيطرة على مشاكل القعاد.

-النشاط البدني الرياضي ينتج عنه زيادة البيوتغذية الرجعية وكذلك المداومة الشخصية الخاصة ومنع ظهور الأمراض والأضرار في الجسم.

-تنمية العمل العقلي مع حسن تحكم في الجسم بالتوازن في حالة الثبات أو الحركة.

و يعتبر النشاط الرياضي جزء من الادمج الاجتماعي والاقتصادي للأفراد الذين تعرقلهم الإعاقة التي يعانون منها، والأهداف المرجوة من استعمال هذه الأنشطة هو تسهيل عملية الإدماج وتحسين العلاقة مع الآخرين والاتصال معهم وتنمية الجانب الصحي والقوة البدنية مع إمكانية استعمال الجسم كوسيلة اتصال وإقامة علاقات مع الآخرين، وينمي بواسطة النشاط الرياضي التسيير الطاقوي بواسطة تطوير الوظائف الجسمية الكبرى الفيزيولوجية للجهاز القلبي، التنفسي، وكذلك التحكم في الجسم مثل استغلال الفراغ ووضع التجهيزات و تنمية القدرات الوظيفية، فالنشاط الرياضي له قيمة تربوية واجتماعية وإدماجية وهذه العوامل الثلاثة تعتبر متكاملة وكلية تكمل الإدماج الاجتماعي والاقتصادي للفرد المعوق. (عطيات محمد خطاب، 1982، ص77)

-12 النظريات المرتبطة بالنشاط البدني الرياضي المكيف:

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

-1-12 نظرية الطاقة الفائضة (نظرية سينسر وشيلر):

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

وتشير هذه النظرية إلى أن الكائنات البشرية قد وصلت إلى قدرات عديدة، ولكنها لا تستخدم كلها في وقت واحد، وكنتيجة لهذه الظاهرة توجد قوة فائضة ووقت فائض، لا يستخدمان في تزويد احتياجات معينة، ومع هذا فإن لدى الإنسان قوى معطلة لفترات طويلة، وأثناء فترات التعطيل هذه تتراكم الطاقة في مراكز الأعصاب السليمة النشطة ويزداد تراكمها وبالتالي ضغطها حتى يصل إلى درجة يتحتم فيها وجود منفذ للطاقة واللعب وسيلة ممتازة للاستفاد هذه الطاقة الزائدة المتراكمة. (محمد عادل خطاب، 1984، ص56،57)

و من جهة ثانية إن اللعب يخلص الفرد من تعب المتراكم على جسده، ومن تأثيراته العصبية المشحونة من ممارسة واجباته المهنية والاجتماعية، ويعتبر وسيلة ضرورية للتوازن الإنساني النفسي وموافقة مع البيئة التي يعيش فيها (Seray moyenca, 1982,P 163).

-2-12 نظرية الإعداد للحياة:

يرى كارل جروس "Karl Gros" الذي نادى بهذه النظرية بأن اللعب هو الدافع العام لتمارين الغرائز الضرورية للبقاء في حياة البالغين، وبهذا يكون قد نظر إلى اللعب على أنه شيء له غاية كبرى، حيث يقول أن الطفل في لعبه يعد نفسه للحياة المستقبلية، فالبنيت عندما تلعب بدميتها تتدرب على الأمومة، والولد عندما يلعب بمسدسه يتدرب على الصيد كمظهر للرجولة.

وهنا يجب أن ننوه بما قدمه كارل جروس خاصة في العلاقة بين الأطفال في مجتمعات ما قبل الصناعة.

أما في المجتمعات الصناعية يقول رايت ميلز "R. Mills" يعوض الترويج للفرد ما لم يستطع تحقيقه في مجال عمله، فهو مجال لتنمية مواهبه والإبداعات الكامنة لديه منذ طفولته الأولى والتي يتوقف نموها لسبب الظروف المهنية، كما أنه يشجع على ممارسة الهوايات المختلفة الرياضية، الفنية أو العلمية ويجد الهاوي من ممارسة هواياته، فرصة للتعبير عن طاقاته الفكرية وتنميتها يصاحبه في ذلك نوع من الارتياح الداخلي، بعكس الحياة المهنية التي تضرر نمو المواهب والإبداعات عامة وخاصة في مجال العمل الصناعي.

-3-12 نظرية الإعادة والتخليص:

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

من خلال هذه النظرية يكون ستانلي هول قد اعترض لرأي كارول جروس وبيبر ذلك بأن الطفل خلال تطوره يستعيد مراحل تطور الجنس البشري، إذ يرى أن الأطفال الذين يتسلقون الأشجار هم في الواقع يستعيدون المرحلة القرديّة من مراحل تطور الإنسان. (كمال درويش، أمين الخولي، 1990، ص227)

-4-12 نظرية الترويج:

يؤكد "جتسي مونس" القيمة الترويحية للعب في هذه النظرية ويفترض في نظريته أن الجسم البشري يحتاج إلى اللعب كوسيلة لاستعادته حيويته فهو وسيلة لتنشيط الجسم بعد ساعات العمل الطويلة. والراحة معناها إزالة الإرهاق أو التعب البدني والعصبي وتتمثل في عملية الاستراحة، الاسترخاء في البيت أو في الحديقة أو في المساحات الخضراء أو على الشاطئ... الخ.

كل هذه تقوم بإزالة التعب عن الفرد، وخاصة العامل النفسي، لهذا نجد السفر والرحلات والألعاب الرياضية خير علاج للتخلص من العمل النفسي والضجر الناتجين عن الأماكن الضيقة والمناطق الضيقة ومزعجاتها (f.balle, 1975, P221) . & al,

-5-12 نظرية الاستجمام :

تشبه هذه النظرية إلى حد كبير نظرية الترويح، فهي تذهب إلى أن أسلوب العمل في أيامنا هذه أسلوب شاق وممل، لكثرة استخدام الفضلات الدقيقة للعين واليد، وهذا الأسلوب من العمل يؤدي إلى اضطرابات عصبية إذا لم تتوفر للجهاز البشري وسائل الاستجمام واللعب لتحقيق ذلك.

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

-6-12 نظرية الغريزة :

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

فالطفل لا يستطيع أن يمنع نفسه من الجري وراء الكرة وهي تتحرك أمامه شأنه شأن القطة التي تندفع وراء الكرة وهي تجري، ومن ثم فاللعبة غريزي، وجزء من وسائل التكوين العام للإنسان، وظاهرة طبيعية تبدو خلال مراحل نموه.

-13 نبذة تاريخية لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة في العالم:

تعد لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة رياضة حركية على قدر كبير من الفائدة الوظيفية و النفسية لمن يمارسها حيث يشارك في جهودها أجهزة الجسم جميعا خاصة الجهاز العضلي العصبي و الجهاز الدوري التنفسي فضلا عن التحكم في الكرة، و يأتي التحكم في الحركة و مناورات الكرسي المتحرك للاعب بجانب المهارة و التوافق العضلي العصبي و السرعة و المرونة، كما يأتي التحمل فضلا عما تحتاجه هذه الرياضة نفسيا من العامل الجماعي فيما يسمى بروح الفريق و رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة ذات طابع علاجي خاص بالأشخاص الذين يشكون من ضعف في النخاع الشوكي و قد تطورت هذه المعالجة و أصبحت رياضة جد مشوقة و إحدى أوجه رياضة المعوقين لما فيها من اصرار و عزيمة.

و قد بدأت منافسات رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة منذ عام 1945 في استاد ستوك مانديفيل بإنجلترا و هذا بعدما ابتكرت هذه اللعبة من قبل لاعبي كرة السلة السابقين من (الولايات المتحدة الأمريكية) الذين أصيبوا بعاهات مستديمة جعلتهم مقعدين و ذلك بعد الحرب العالمية الأولى و الثانية و هذا من أجل أن يخوضوا تجربة الانتعاش الرياضي ضمن مناخ جماعي .

تمارس لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين في أكثر من 75 دولة من قبل 25 ألف شخص (رجال ، نساء ، أطفال) من ذوي العاهات التي تمنعهم إعاقته من

اللعب باستخدام أرجلهم، و يتم اللعب ضمن الأندية التي يمكنها المشاركة في المباريات الوطنية و الدولية.

إن الإتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين هو الجهة الوحيدة المسؤولة عن كرة السلة على الكراسي المتحركة دوليا، لكن في عام 1993 أصبح الاتحاد مستقلا و يضم 50 عضوا بعد 20 سنة من تبعيته، و إعتبره جزءا من إتحاد ستوك مانديفيل الدولي لرياضة الكراسي المتحركة.

أما اليوم فإن الإتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة يمثل من طرف الاتحاد الدولي لكرة السلة fiba و الهيكل الأولمبية الدولية لرياضة المعاقين ipc و اتحاد ستوك مانديفيل الدولي لرياضة الكراسي المتحركة ismwsf ، و تطورت حاليا لتمارس بعدة دول حيث بدأت هذه الرياضة بالانتشار في بلدان كثيرة منها فرنسا و الأرجنتين و مصر و السعودية و الكويت و معظم الدول العربية.

و أول ما يستدعي الإهتمام به في رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة ذات العجلات هو الكفاءة في إستخدام الكراسي المتحركة، حيث يكون هناك فروق فردية في الاستخدام توافقها المهارة أثناء المنافسات الرياضية.

إن إنتشار ممارسة هذا النوع من النشاط في عدة دول يستدعي تعميمها، و الرقي بها لتحل مكانة مرموقة لدى فئة المعاقين حركيا، مما أدى إلى تنوع المنافسات و البطولات المقامة لهذا النوع من النشاط يمكن أن نوجزها فيما يلي :

-1-13 بطولات الاتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة:

إن مصادقة الإتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة خطوة ضرورية في البطولات على مستوى المناطق، و هذا للقيام بالتصفيات التأهيلية لبطولة كأس العالم للكأس الذهبية

أو الألعاب الأولمبية و كذلك بطولة كأس السلة للرجال و السيدات في الألعاب الأولمبية للكراسي المتحركة.

-2-13 بطولة العالم للكأس الذهبية :

لقد أضيفت بطولة العالم للكأس الذهبية أول مرة في مدينة بروج في بلجيكا حيث قدمت هذه الأخيرة عام 1957 الفرصة للمنافسة الدولية لرجال النخبة كل أربع سنوات، و في عام 1990 أضيفت بطولة كأس العالم للكرة الذهبية سيدات في مدينة سانت إيتيان بفرنسا بحيث تتم كذلك كل أربع سنوات.

-3-13 الألعاب الأولمبية بالكراسي المتحركة :

و تعتبر كرة السلة بالكراسي المتحركة واحدة من تلك الرياضات المتمتعة بشعبية كبيرة، حيث لعبت هاته الرياضة دورا كبيرا في الألعاب الأولمبية للكراسي المتحركة من بدايتها في روسيا 1960، و قد قامت عدة منافسات و مباريات بالكراسي المتحركة بإستقطاب 12500

مشاهد في الألعاب الأولمبية التي أقيمت ببرشلونة عام 1962 و أستحوذت على اهتمام عالمي واسع من خلال تغطية إعلامية دامت 10 أيام. (عدنان أبو حجاب، لينا أبو ناموس، 1996، ص 3،4،5)

-14 أهمية الكراسي المتحركة و كيفية التدريب عليها:

-1-14 أهمية الكرسي المتحرك:

أهمية الكرسي المتحرك بديهية من وظيفته و دوره، فهو بمثابة القدمين للاعب المعاق، لهذا ينبغي ألا يعاق اللاعب بأي شكل من الأشكال و أن يكون سببا في تعطيله أو التقليل من كفاءته الحركية و العضلية و على اللاعب الذي يريد أن يزاول لعبة من الألعاب أن يتقن أولا إستخدام الكرسي المتحرك إتقانا تاما، حيث أن إتقان مهارة إستخدام الكرسي المتحرك لها الأهمية القصوى في إحراز التقدم و النصر في كثير من المنافسات، و يرجع الفضل فيما يمكن أن يحققه اللاعب من سرعة و مناورة وتحكم و توازن إلى الكفاءة في استخدام الكرسي المتحرك، لذلك فإن التدريب عليه يجب أن ينال إهتماما خاصا حتى يصبح الكرسي المتحرك جزءا من اللاعب لا يحتاج إلى تفكير و تركيز، أي أن اللاعب يجب أن يصل إلى الآلية و البراعة في التعامل مع الكرسي.

كما تلعب التمارين و الألعاب الرياضية دورا حاسما لإضافة مهارات أخرى يمارسها اللاعب المعاق أثناء حركته بالكرسي كالتدريب على موانع مبتكرة و المنعرجات الملتوية...إلخ ، و لهذا يجب على اللاعب المعاق حركيا أن يجد الطريقة المثلى للتدريب على هذه الوسيلة المساعدة على الحركة و الإنتقال خلال المنافسات الرياضية، و الوصول بالحركة البسيطة إلى درجة المهارة، و بهذا يمكن أن نذكر بعض الطرق التي يعتمد عليها المعاق للوصول إلى درجة التنسيق الأمثل مع الكرسي ليكون بمثابة العضو البديل للأطراف السفلية.

2-14 طرق التدريب على الكرسي المتحرك:

تتبع طريقة التدريب عدة خطوات للوصول المعاق حركيا لمستوى المهارة في الأداء و التعامل الجيد مع الكرسي المتحرك، و تتمثل هذه التقنيات في:

-*الإنتقال من وإلى الكرسي من وضعيات مختلفة.

-*التدريب على التقدم بالكرسي المتحرك في خط مستقيم.

- *التدريب على التقدم بالكرسي المتحرك في خط متعرج.
- *التدريب على الجري في خط مستقيم بالكرسي المتحرك.
- *التدريب على الوقوف المفاجئ على الكرسي.
- *التدريب على الجري في خط متعرج.
- *المشي ثم الجري في خط مستقيم بالكرسي المتحرك.
- *المشي ثم الجري للخلف في خط متعرج بين القوائم بواسطة الكرسي.
- *التدريب على الدوران بواسطة الكرسي.
- *التدريب على التوازن (الوقوف على العجلات الخلفية) بمساعدة صديق أو بدون مساعدة حسب درجة التحكم و مستوى الأداء لدى المعاق.
- *الوقوف على العجلات الخلفية فقط و التقدم للأمام و التقهقر إلى الخلف.
- *الوقوف على العجلات الخلفية و الدوران بالكرسي.
- *نزول و صعود الأرصفة بواسطة الكرسي المتحرك.
- *نزول درجة ثم درجتين ثم ثلاث درجات على الأكثر من السلالم بمساعدة الآخرين ثم بدون مساعدة، للوصول بالمعاق حركيا لدرجة الإستقلالية في الأداء.
- *إكتساب القوة و الجهد خلال التدريبات بتنوع أراضي التدريب من الصالات إلى المضمار، مع إلزامية التدريب المبكر. (مروان عبد المجيد ابراهيم، 2002، ص127،12)

15- الخطوات التعليمية لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة:

من الضروري أن تولى عناية خاصة بالمهارات الأساسية في كرة السلة للمقعدين كحركات الإنتقال بالكرة و بدونها و الإحتكاك البدني و الأخطاء الشخصية بالكراسي، و تعلم المبادئ الأساسية للعب من الثبات ثم من الحركة لإتقان مهارات اللعب، و هي كما يلي:

1-15 إتقان المبادئ الأساسية من الثبات :

-*تعليم مهارة مسك الكرة.

-*إستعمال الكرة و مسكها.

-*التطيط بالكرة من الثبات.

-*إتقان أنواع المناولات من الوضع الثابت (المناولة الصدرية ، فوق الرأس باليدين من فوق الكتف بيد واحدة، المناولة المرتدة، المناولة الخطافية من الجهتين).

-*التهدف على السلة من الثبات بيد واحدة و باليدين و من جوانب مختلفة.

2-15 إتقان المبادئ الأساسية من الحركة :

-*التدبيب على الرمية الحرة للكرة من الحركة بالكرسي.

-*إلتقاط الكرة من الجري.

-*مسك الكرة أثناء الحركة.

-*التحرك بالكرة بوضعها على الفخذين و دفع العجلات.

-*القيام بإتقان جميع أنواع التميريرات أثناء الحركة بالكرسي.

-*التدريب على التصويب أثناء الحركة من جميع الزوايا.

-* إتقان حركات المراوغة و الخداع و الدفاع.

-* خطف و قطع الكرات من على الكرسي المتحرك.

-* التدريب على إتقاط الكرات المتدحرجة على الأرض أثناء الحركة بالكرسي.

-3-15 إتقان تكتيك اللعب :

-* إكتشاف المهارات الفردية للاعبين و وضعها في الإعتبار.

-* وضع اللاعبين تبعا لكفاءتهم في المراكز المناسبة.

-* التدريب المستمر على اللعب بمجموعات و بروح الفريق المتكامل.

-* تلقين الخطط و التدريب على اللاعبين أثناء التمرين المنتظم خلال الموسم الرياضي.

-* مشاهدة الأفلام و عروض الفيديو لخطط الدفاع و الهجوم للتعلم بالملاحظة و تصحيح بعض الأوضاع الخاطئة إن وجدت.

و منه فإن هناك العديد من الخطط في رياضة كرة السلة، منها الخطط الهجومية و الخطط الدفاعية، و على سبيل المثال يستطيع المرء أن يلاحظ و بكل وضوح أثناء حوادث المباراة أن الفريق المهاجم الذي يفقد الكرة يصبح عرضة لمناورات خصمه المدافع الذي يستحوذ على الكرة و تحول تكتيكيا إلى الفريق المهاجم الذي بإستطاعة أفراد العمل السريع على غزو سلة منافسيهم، على أن يأخذوا زمام المبادرة بهجوم خاطف مرتد سريع ضد دفاع لم ينتظم بعد و العكس صحيح، فالفريق الذي يهمل الجانب الدفاعي كليا يبقى عرضة لمناورات و تكتيكات خصمه المهاجم، و التي تسفر عادة عن نجاح المهاجمين في إصابة سلة خصومهم و العودة السريعة للخطوط الدفاعية، مما يتيح لهذا الفريق المهاجم المدافع أكبر قدر من فرص الفوز بالمباراة.

وبناء على ما سبق تجزئة مبادئ وتقسيمات التكتيك إلى ما يلي:

-التكتيك الفردي:

-*التكتيك الفردي الهجومي.

-*التكتيك الفردي الدفاعي.

-التكتيك الجماعي:

-*التكتيك الهجومي الفرقي.

-*التكتيك الدفاعي الفرقي.

-التكتيك الفرقي :

و منه فإن التكتيك الناجح في كرة السلة هو ذلك التكتيك الذي يعتمد في المقام الأول على العمل الجماعي و الفرقي للاعبين، في حين أنه لا يغفل أبدا العمل الفردي كلما سنحت الفرصة لذلك، لأن الفروق الفردية غالبا ما تكون هي الحل لبعض المواقف.

إذا عن طريق وحدة الفريق الرياضي (العمل الجماعي) يحترم اللاعبون بعضهم البعض كما تختفي روح الأنانية و تسود بدلا منها الروح الرياضية الحقة و تبرز معها روح الفريق و هذا كل ما نبتغيه في رياضات المعوقين. (مروان عبد المجيد ابراهيم، 1997، ص292،293)

-16القواعد و القوانين الأساسية لرياضة كرة السلة على الكراسي:

-16-1القواعد الأساسية للعبة :

-تتضمن رياضة كرة السلة الممارسة من طرف المعاقين حركيا جملة من القواعد الأساسية

تتمثل في:

- القاعدة الأولى: التعريف باللعبة.
- القاعدة الثانية: الكرسي المتحرك.
- القاعدة الثالثة: الأبعاد و أدوات اللعب.
- القاعدة الرابعة: الإداريون و واجباتهم.
- القاعدة الخامسة: اللاعبين و البدلاء و المدربون.
- القاعدة السادسة: قواعد التوقيت.
- القاعدة السابعة: قواعد اللعب.
- القاعدة الثامنة: المخالفات.
- القاعدة التاسعة: الأخطاء الشخصية.
- القاعدة العاشرة: الأخطاء الفنية.
- القاعدة الحادية عشر: قواعد عامة.
- القاعدة الثانية عشر: إرشادات الحكام.

إن التحكم في القواعد السابقة سواء من طرف الرياضي المعاق أو المدرب يتطلب في الكثير من الأحيان الإلتزام بالقوانين الرسمية الموضوعة لتسير هذا النمط من الرياضات، و ما دامت الرياضة مكيفة حسب الإعاقة (الإعاقة الحركية) فإنها تخضع لبعض التعديلات سواء من حيث الملعب أو عدد اللاعبين أو الوقت المخصص للعبة.....إلخ، و فيما يلي يمكن التطرق للقوانين الخاصة برياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة لفئة المعاقين. (مروان عبد المجيد ابراهيم، 1997، ص292،293)

-2-16 قانون كرة السلة على الكرسي المتحرك للمعوقين حركيا:

أ - القوانين التي يجب معرفتها:

-تمثل القوانين العامة التي يجب معرفتها حول رياضة كرة السلة على الكراسي فيما يلي:

*الملعب:

إن مواصفات الملعب و ارتفاع السلة عن الأرض هي نفسها المعتمدة من قبل في جميع المنافسات و الوقت المحدد هو أربعون دقيقة (fiba) الإتحادية الدولية لكرة السلة.

*الكرسي المتحرك:

يجب أن يكون الكرسي المتحرك ضمن مقاييس معينة ليضمن للاعب المنافسة و الأمان الأمان و يجب أن يكون للكرسي ثلاثة عجلات، إثنان في مؤخرة الكرسي و واحدة أو اثنتان صغيرتان في المقدمة، و يجب أن يكون قطر العجلات الخلفية (66 سم) كحد أقصى و يكون لها ممسك واحد لليد على كل عجلة، و يكون أقصى ارتفاع لمقعد الكرسي (53 سم) عن الأرض و يجب ألا يزيد ارتفاع مسند القدمين عن الأرض (11 سم) عندما تكون العجلات الأمامية الصغيرة في وضعها إلى الأمام، و يجب أن يكون الجزء السفلي من مسند القدمين مصمما بشكل يمنع إتلاف أرضية الملعب، كما يمكن إستخدام وسادة مصنوعة من مادة مرنة يضعها اللاعب على مقعد الكرسي بحيث تكون بنفس طول و إتساع الكرسي و لا يزيد سمكها عن (5 سم).

و يمكن إستخدام أحزمة أو أربطة واقية تساعد الجسم على الإلتصاق بالكرسي أو لربط الرجلين معا كما يمكن لباس الأعضاء الصناعية و المساعدة، و يمنع إستخدام الاطارات

السوداء و أدوات القيادة و الفرامل أو ناقل السرعة على الكرسي، حيث يقوم الحكام بفحص الكرسي للتأكد من مطابقته للمواصفات المعتمدة عند بداية كل مباراة.

*اللاعبون و الإحتياط والمدرّبون:

يجب أن يكون رقم اللاعب واضحاً على بذلته من الأمام وكذلك على الكرسي المتحرك أو على بذلة اللاعب من الخلف، أبعاد الرقم لا تقل عن (20 سم) من الخلف و لا تقل عن (10 سم) من الأمام و تستعمل الأرقام من 01 إلى 15.

إن تثبيت الرقم على الكرسي المتحرك مسموح به فقط في أسفل الركبتين، و قبل أن تبدأ المباراة على المدرّب أن يخبر مسجل النقاط بأسماء و تصنيف اللاعبين و كذلك إسم و رقم قائد الفريق.

يعاقب المدرّب بالخطأ التقني في حالة إرتكاب سلوك غير رياضي برميتين حرتين إضافة إلى الإستيلاء على الكرة و العودة إلى الملعب من خط التماس عند خط الوسط.

*الحكام و مساعدوهم:

يجب أن يكون هناك حكم أول و حكم ثاني و يساعدهما ميقاتي، مسجل، مسجل مساعد، حكم الطاولة، حكم 30 ثانية و منصف في كل مباريات الإتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة و يقوم هؤلاء الحكام بتطبيق تعليمات الإتحاد الدولي، و يجب على الحكام أن يخضعوا للتدريبات و الإختبارات الخاصة بكرة السلة على الكراسي المتحركة ليتم الموافقة عليهم من قبل الإتحاد الدولي للقيام بتحكيم مبارياته، و عليهم حضور دورات تنشيطية للتأكد من المحافظة على مهاراتهم، و الإطلاع على كل ما هو جديد في مجال عملهم.

*كرة البداية:

تتم رمية البداية بقذف الحكم للكرة بين لاعبين من الفريقين و خلال عملية قذف الكرة عاليا يكون اللاعبان بكرسيهما في منتصف الدائرة بعجلة واحدة قرب منتصف خط الوسط الذي بينهما حيث لا يمكن لأحدهما الوصول إلى الكرة قبل وصولها لأعلى نقطة، كما يجب أن تلمس الكرة بواسطة واحد أو أكثر من اللاعبين بعد و وصولها لأعلى نقطة و إذا لمست الأرض بدون أن يلمسها أحدهما على الأقل فتعاد الرمية لأعلى و لكل من اللاعبين المشتركين في عملية القفز أن يلمس الكرة مرتين فقط، و بعد اللمسة الثانية من اللاعب لا يجوز له لمس الكرة حتى تلمس أحد اللاعبين الغير مشتركين في القفز أو تلمس الأرض أو السلة أو لوحة الهدف، وعلى اللاعبين الثمانية الغير مشاركين في عملية القفز البقاء خارج الدائرة حتى تلمس الكرة، و لا يسمح للاعب أثناء القفز بمغادرة الكرسي أو الإرتفاع عنه.

*الوقت المستقطع:

تحدد المباراة بشوطين لكل منهما عشرون دقيقة و لكل فريق وقتين مستقطعين في الشوط الأول و ثلاث أوقات مستقطعة في الشوط الثاني و يدوم الوقت المستقطع دقيقة واحدة و مدرب الفريق هو الذي يطلبه من أجل التغيير في خطة اللعب أو إعطاء ملاحظات و توصيات للاعبيه، و طلب الوقت المستقطع يكون من الأفضل عندما تكون الكرة خارج الملعب أو يكون الميقاتي متوقف أو بعد نجاح الهدف من قبل الخصم.

ب- المخالفات التي يجب معرفتها:

توجد عدة مخالفات خاصة بكرة السلة على الكراسي المتحركة يجب على كل من اللاعب و المدرب و حتى المتفرج معرفتها و هي:

*حيازة الكرة:

المخالفات هي خرق لقواعد اللعب حيث أن الفريق المنافس و من خلال رمية التسجيل لإدخال الكرة من خارج خطوط الملعب أو من أقرب نقطة لمكان حدوث الخطأ حيث تحتسب المخالفة إذا سقط اللاعب من على الكرسي إذا لمس الأرض بأي جزء في أجزاء جسمه أو ينحني إلى الأمام بكرسيه ليميل به، أو عند لمسه بمساند القدمين الأرض (Fédération Française Handisport : 2000).

Française Handisport : 2000)

*مخالفات تجاوز حدود الملعب:

يعتبر اللاعب خارج حدود الملعب إذا كان جسمه أو أي جزء من كرسيه على التماس مع الأرض أو خارج خطوط الملعب الخارجية، و تعتبر مسؤولية إخراج الكرة خارج الملعب من قبل آخر لاعب يلمسها أو تعرض للمسا قبل ذهابها خارج الملعب، لكن اذا قام اللاعب برمي الكرة بصورة معتمدة على اللاعب المنافس من الفريق الآخر فإن حيازتها تكون للفريق المنافس.

*مخالفات المشي:

للتنقل بالكرة في أي إتجاه يجب على اللاعب دفع عجلات كرسيه مرتين فقط قبل التنطيط أو التميرير أو التهديد بعد وضع الكرة على فخذه، أما إذا قام بثلاث دفعات تحتسب على اللاعب مخالفة المشي بالكرة.

*مخالفة الثلاث ثواني:

لا يسمح البقاء لمدة تزيد عن ثلاث ثواني في المنطقة المحرمة الخاصة بفريق الخصم و هذا التقيد لا يسري عندما تكون الكرة في الهواء خلال التصويب أو عند لمس الكرة أو

يكون اللعب متوقفاً، كما أن اللاعبين الذين يبقون في المنطقة المحرمة لما يزيد عن ثلاث ثواني تحتسب لديهم مخالفة ثلاث ثواني.

*مخالفة الخمس و العشر ثواني:

تعلن حالة الكرة الممسوكة عندما يقوم اللاعب المراقب جيداً بالإحتفاظ بالكرة و عدم تمريرها أو ترمى و تقذف أو تدرج أو تتطط خلال مدة أقصاها 05 ثواني، و كذلك يجب على الفريق الذي بحوزته الكرة في نصف ملعبه الخلفي أن يتقدم بالكرة إلى النصف الأمامي خلال 10 ثواني من لحظة الحيازية على الكرة، و أي وقت زائد في أي من الحالتين يسبب مخالفة و تعاد الكرة في النصف الأمامي للملعب عندما تلمس الملعب خلف خط الوسط أو تلمس لاعبا من الفريق الذي لا يلامس جزء من جسمه أو كرسيه أرض الملعب خلف خط الوسط (Fédération Française Handisport : 2000) .

ج- الأخطاء التي يجب معرفتها:

الأخطاء هي إختراق القواعد فيما يتعلق بالإحتكاك الشخصي مع الخصم أو بأسلوب غير رياضي، حيث يتم إحتساب الخطأ ضد المتسبب به و تتراوح العقوبة بين فقدان حيازة الكرة أو أكثر من رمية حرة يؤديها المنافس و ذلك حسب طبيعة الخطأ الواقع، و يسمح لكل لاعب بارتكاب خمس أخطاء في المباراة الواحدة، و عند إرتكابه الخطأ الخامس على اللاعب أن يغادر المباراة مباشرة، و تتمثل أغلب الأخطاء في:

*رجوع الكرة إلى الخلف:

عند المرور عن خط المنتصف إلى منطقة الخصم لا يجوز للاعب إرجاع الكرة إلى منطقتة الخلفية.

*تجاوز قاعدة خارج الحد:

يمنع أي لاعب من وضع أي جزء من جسمه أو كرسيه المتحرك على خط حدود الملعب قبل أن تكون الكرة قد رميت عبر الخط و أن يلعب الكرة عندما يكون الحكم قد منحها إلى الفريق الخصم، كما يجب على اللاعب الذي يرمي الرمية الحرة أن يقف خلف خط الرمية مباشرة شرط أن تكون العجلتان الكبيرتان خلف هذا الخط كما يستطيع أن يختار الطريقة التي يرمي بها الكرة و لكن ليس له الحق أن يلمس خط الرمية الحرة أو جزء الساحة إلا بعد أن تلامس الكرة الهدف.

*الأخطاء الشخصية:

لعبة كرة السلة هي لعبة بدون إحتكاك لدى المعاقين و يكون سبب الخطأ الشخصي ضد اللاعب الذي يمنع، يمسك، يدفع، يهاجم أو يعيق تقدم المنافس سواء بجسمه أو بكرسيه كما يعتبر العنف غير الضروري و الزائد عن حده خطأ شخصي، و في جميع الحالات السابقة يعتبر الكرسي المتحرك جزءا من اللاعب و لذلك يعتبر أي إحتكاك غير عرضي بين الكرسيين خطأ شخصيا، و إذا ارتكب خطأ شخصي على اللاعب أثناء قيامه بمحاولة التصويب و نجح في المحاولة فإنه ينال رمية حرة واحدة أما إذا كانت محاولة التصويب لتسجيل نقطتين أو ثلاث نقاط غير ناجحة فإن اللاعب ينال رميتين أو ثلاث رميات حرة على التوالي.

*الأخطاء الفنية:

الخطأ الفني يحتسب عندما يصدر عن اللاعب سلوكا غير رياضيا متعمدا أو عندما يرفع اللاعب جسمه عن مقعد الكرسي للحصول على ميزة غير عادلة على الخصم للمساعدة في قيادة الكرسي، و عندما يتم إحتساب الخطأ الفني فإنه يتم إعطاء الفريق الخصم رميتين حرتين و يتم إختيار منفذ الرميتين من قبل رئيس الفريق (Fédération Française Handhisport : 2000)

17-التصنيف الرياضي للمعاقين حركيا في رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة:

1-17لمحة تاريخية لنظام التصنيف في رياضة كرة السلة للمعاقين حركيا:

نظمت لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة كمسابقتين منفردتين سميتا في بادئ الأمر (تامة) و (غير تامة)، حيث خصص القسم التام للاعبين الذين أصيبوا بحوادث أضرت الحبل الشوكي، أما القسم غير التام فقد خصص للاعبين المصابين بشلل الأطفال، و لكن و في عام (1966) إنتهت الحقبة الأولى لكرة السلة لدى مستخدمي الكراسي المتحركة للتخلص من التقسيم التام و غير التام، و بدأ بعدها بتطبيق نظام التصنيف الطبي و الذي طبق في الإتحاد الدولي لألعاب ستوك مانديفل.

بعد ذلك ظهر نظام تصنيف متطور للاعبين قدمه الدكتور هورست شترو و كندل من ألمانيا الغربية، و سمي هذا النظام بنظام التصنيف الوظيفي لكرة السلة بالكراسي المتحركة، و في الألعاب الأولمبية للمعوقين و التي أقيمت في ستوك مانديفل سنة 1984 حيث تمت ممارسة هذه اللعبة لأول مرة وفق نظام التصنيف الوظيفي، و كان الهدف من هذا النظام الموضوع بقطاع كرة السلة في ألعاب ستوك مانديفل العالمية هو المحافظة على مشاركة الأفراد ذوي الإعاقات الجسدية الشديدة للمهتمين و القادرين على ممارسة كرة السلة على

الكرسي المتحرك، و هو نظام يرتكز بشكل أولي على قدرة الرياضي على إدراك القدرة الجسدية لإنجاز المهارات الأساسية للعبة. (مروان عبد المجيد ابراهيم، 2002، ص311)

17-2- التصنيف الطبي في كرة السلة على الكراسي المتحركة:

من أجل أن تكون المنافسة الرياضية عادلة، فلا بد من تصنيف اللاعبين مجموعات أو فئات متساوية في قدراتهم الحركية طبقاً لنوع و درجة و طبيعة الإعاقة.

1-17-2-1. التصنيف:

يعتمد التصنيف لكرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين نظاماً يعتمد القدرة الوظيفية على أداء مهام أساسية لهذه اللعبة بمعزل عن مستوى المهارة، حيث أن قواعد التصنيف هي جزء من القواعد الفنية لرياضة كرة السلة و التي يتم النظر إلى اللاعبين الذين يخضعون للتصنيف على أن لهم مكانة متساوية.

2-17-2-2. التنافس في الصنف:

قد يتنافس الرياضي في لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين في صنف يحتوي على رياضيين معاقين بدرجة أقل إذا لم يحدد بخلاف ذلك في قواعد الرياضات المعينة (كل على حدى)، وفي تلك الحالات يتعين على الرياضي البقاء في نفس الصنف و طول فترة المنافسة.

3-17-2-3. أهلية المتنافسين:

إن الرياضي المؤهل للمشاركة في لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين بسبب عوق وظيفي لديه جراء إعاقة دائمة، يكون مشمولاً بالتصنيف، يتم تحديد المعاق بأدنى حد في كل رياضة من الرياضات، و بواسطة معايير خاصة إعتقاداً على عناصر وظيفية.

4-2-17 تحديد الإعاقة:

يتم اللجوء إلى طرق إختبار مختلفة إعتقادا على حالة الإعاقة و نوع الرياضة لدى الرياضي المعاق حركيا.

5-2-17 نموذج التصنيف:

يكون للرياضيين نموذج تصنيف تصدره اللجنة التنفيذية لمجالس رياضة النخبة الأولمبية الدولية لألعاب المعاقين (SAEC) على التوالي، ويكون لكل رياضة من الرياضات سجل بأسماء المصنفين المؤهلين على أن ترسل طلبات التصنيف إلى اللجنة التنفيذية لمجلس رياضات اللجنة الأولمبية الدولية لألعاب المعاقين (Fédération Française Handhisport : 2000)

و الجدول التالي يوضح أكثر التقسيمات الفنية للمصابين بالبتير في الرياضات التنافسية:

جدول رقم (02): يبين التقسيمات الفنية للمعاقين حركيا في المنافسات الرياضية

الرقم درجة الاعاقة نوع الاعاقة

01 الدرجة الأولى بتر تحت الركبة + بتر القدم الأخرى أو بتر من خلال القدم في

جهة + بتر القدم من الجهة الأخرى.

02 الدرجة أ 1 بتر تحت الركبة في الطرفين أو بتر من خلال القدمين، أو بتر تحت

الركبة في الطرف + بتر من خلال قدم في الطرف الأخر.

03 الدرجة ب بتر فوق الركبة في طرف + بتر القدم الثاني أو بتر فوق الركبة في طرف + بتر من خلال القدم في طرف آخر.

04 الدرجة ب 1 بتر فوق الركبة في الطرفين أو بتر فوق الركبة في طرف + بتر تحت الركبة في الطرف الآخر.

05 الدرجة ج بتر تحت المرفق أو بتر تحت المرفق + بتر من خلال القدم.

06 الدرجة ج 1 بتر مزدوج تحت المرفق أو تحت المرفق + فوق المرفق.

07 الدرجة د بتر فوق المرفق أو بتر فوق المرفق + بتر القدم من الجهة

الأخرى.

08 الدرجة د 1 بتر مزدوج فوق المرفق.

09 الدرجة هـ بتر تحت الركبة + بتر تحت المرفق أو بتر تحت المرفق + بتر من خلال القدم.

10 الدرجة هـ 1 بتر تحت الركبة + بتر فوق المرفق أو بتر فوق المرفق + بتر من خلال القدم.

11 الدرجة و بتر فوق الركبة + بتر تحت المرفق.

12 الدرجة و 1 بتر فوق الركبة + بتر فوق المرفق.

-3-17 التصنيف الفني للفحص الطبي:

يجب الإحتفاظ بسجل يتضمن تصنيفات جميع اللاعبين الدوليين، لذلك تقوم الهيئة الادارية بتوفير ما لا يقل عن طبيب واحد لكل خمسة أفراد، و يكون رئيس المجموعة مرتبطا بالمسؤول الطبي الذي يكون عضوا في الهيئة الإدارية للإتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة.

1-3-17 الإجراءات الفني للفحص الطبي:

يتم الإجراءات الفني للفحص الطبي وفق الخطوات التالية:

-*تعطى أسماء اللاعبين المزمع فحصهم إلى رئيس كل فريق قبل الوصول إلى مكان اجراء المباريات.

-*يقتصر الحضور في غرفة الفحص على اللاعب ذي العلاقة و عضو من اللجنة و مترجم عند الضرورة.

-*يزود كل من مكان ويوم موعد الفحص إلى الفرق من خلال إستعلامات الدوري.

2-3-17 الحد الأدنى للتصنيف الرياضي للمعاق:

لقد تم تعريف الحد الأدنى من الإعاقة بحيث يتأكد من عدم ممارسة لعبة كرة السلة بالكراسي المتحركة إلا من قبل هؤلاء اللاعبين و الذين لم يتمكنوا أبدا من اللعب بحالة الوقوف، حيث يعطي اللاعب نقاطا من 1 إلى 4.5 نقطة حسب درجة مقدرته الجسمية و التوازن، مقدرته على المناورة بالكراسي، فلا يستطيع الفريق أن يتخطى مجموع الأربعة عشر نقطة في اللعب بأي وقت من الأوقات.

يتم العمل بنظام التصنيف للاعبى كرة السلة على الكراسي المتحركة لتوفير تصنيف

كل لاعب تبعا لحركة الجذع خلال أداء مهارات كرة السلة مثل:

(دفع الكرسي، التنطيط، التميرير و الإستقبال، التصويب، لمس الكرة)، و هذه الفئات هي (1-1، 2-2-5، 3-3-5، 4-4-5، 5) و كل لاعب ينال درجة مساوية لتصنيفه حيث أن مجموع درجات التصنيف للاعبين الخمسة داخل الملعب تعطينا نقاط الفريق و التي لا يجب أن تزيد عن 14 نقطة في المباريات الأولمبية، أو كأس العالم، و بطولات المناطق و الدورات التأهيلية للبطولات المذكورة.

3-3-17 التصنيف الوظيفي للرياضي المعاق:

يقوم المصنفون بمراقبة أداء اللاعبين خلال المباريات و هذا بإعطاء اللاعب تصنيفا معيناً بناء على ملاحظاتهم، لذلك فإن ملاحظة حركة الجذع و التوازن خلال اللعب يشكل الأساس لتحديد تصنيف اللاعب و ذلك أفضل من التشخيص الطبي أو فحص وظائف الأعضاء سرىا حيث أن إختلاف طبيعة الأداء العضلي للاعب في كرة السلة على الكرسي المتحرك بشكل واضح في حركات الجذع متفاوتة خلال أداء الفعاليات المختلفة مثل التصويب، التميرير، لم الكرة، دفع الكرسي، تنطيط الكرة، لذلك فالتصنيف يتم إستنادا على ذلك.

4-3-17 التصنيف الحركي للرياضي المعاق:

إن فحص إختبار حركي يجب أن يجري بموجب تعريف مدى الحركة الموجودة في طريقة الصفر (المبدأ المحايد) فالقياسات طبقا لهذه الطريقة تجعل من الممكن بالنسبة لنا أن نعرف في أي وضع يكون للمفصل تقلص:

و منه فهذا التقسيم المبني على قياس مدى الحركة الإيجابي (الفعال) و ليس مدى الحركة السلبي (غير الفعال) فهو عمود الإختبارات لتصلب المفصل و تقلص الأطراف و العمود الفقري و وضعهما الخاطئ. (مروان عبد المجيد ابراهيم، 2001، ص42، 43)

خلاصة

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل يتبين لنا دور وأهمية الأنشطة البدنية والرياضية المكيفة للمعاقين عموماً وذلك من خلال احتكاكه بالآخرين و التفاعل معهم بطريقة تمكنه من تحقيق الراحة البدنية و النفسية و العقلية، و كذا قدرته على العطاء و التعبير عن الذات فضلاً عن التحرر من الشعور بالنقص و العزلة و الانطواء، و كذا التحكم في السلوك و بالتالي تحسين الأداء في ميادين الحياة.

يساعد النشاط البدني الرياضي المكيف المعوقين في تحسن صورته الجسدية و تعلمه الصبر و الهدوء و الإستقرار و حتى ضبط تصرفاته، كما يساعده في اكتساب الثقة بالنفس، و قد تطرق المختصين في أنه يساعد على التوازن الحركي و الإستقلالية و الرفع من مستوى التوافق لدى المعاق كما يجعله أكثر حيوية و خفة بفضل إرادته و تحفيزه على الأداء.

و للنشاط البدني الرياضي المكيف دوراً هاماً و فعال في تنمية قدرات المعاقين إما نفسياً أو اجتماعياً أو بدنياً و يتيح لهم الفرصة من أجل المشاركة مع الأسوياء في التظاهرات الرياضية أو حتى المسابقات، كما يبرز لهم دورهم الفعال في المجتمع مثلهم مثل الأشخاص العاديين.

الفصل الثاني:

التوافق النفسي

الاجتماعي

تمهيد:

تعتبر عملية التوافق من العمليات الهامة في حياة الإنسان بمراحلها المختلفة من الطفولة إلى الشيخوخة، كما أنها الهدف الأساسي الذي يصبو إليه ليعيش في سلام، مع نفسه ومع المحيطين به في جميع المؤسسات الاجتماعية، انطلاقاً من الأسرة مروراً بالمدرسة والمجتمع بوجه عام، ذلك أن انعدام هذه العملية تجعل الفرد يتخبط في مشكلات توافقه تعيقه عن بلوغ أهدافه.

حيث لا يمكن للإنسان المكون من النوازع المادية والروحية والحاجات النفسية والاجتماعية، الوصول إلى مستوى مقبول من التوافق وما ينتج عنه من راحة نفسية، إلا إذا استطاع تحقيق أكبر إشباع ممكن لحاجاته الفطرية والمكتسبة على حدّ سواء، وذلك سواء بمواجهته المباشرة للمواقف والمشاكل مواجهة علنية، أو بلجونه إلى استخدام الميكانيزمات الدفاعية التي تهدف إلى تحقيق عملية التوافق.

وسنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف التوافق وتحديد أبعاده ومعاييره، وكذا إلى العوامل المؤثرة في التوافق النفسي الاجتماعي للمراهق، ثم إلى الميكانيزمات الدفاعية التي تلجأ إليها لتحقيق عملية التوافق.

1-تعريف التوافق:

تذهب أغلب التعاريف الواردة في علم النفس إلى أن مفهوم وأصل التوافق مشتق من علم الأحياء والبيولوجيا، ويؤكد على ذلك "لازاروس" في قوله: "أن مفهوم التكيف انبثق من علم الأحياء"، وهو ما يؤكد داروين في نظرية "النشوء والارتقاء"، وقد عدّله من قبل علماء النفس ويسمى التوافق بدل التكيف، ويؤكد على كفاح الفرد من أجل العيش والبقاء". (قريشي عبد الكريم، 1988، ص45)

ويثير هذا التعريف نقطة هامة تتمثل في الاختلاف حول مدلول كل من مفهومي التكيف والتوافق عند بعض علماء النفس، والمهتمين بالسلوك الانساني.

فالتكيف كما يقول "جون بياجيه" هو عملية تتم عن طريق تحقيق التوازن بين مظهرين من مظاهر التفاعل بين الفرد والبيئة، فالفرد إما أن يُدخل على سلوكه التعديل، مما يساعده على تحقيق التوازن بين سلوكه، وبين ظروف البيئة المحيطة به بكل مطالبها، إما أن يحاول التأثير في البيئة والوسط المحيط به حتى تستجيب هذه البيئة بدورها لرغباته وحاجاته في الاتجاه الذي يريده. (جمال محمد صقر، 1965، ص83)

أما التوافق فهو مفهوم خاص بالإنسان في سعيه لتنظيم حياته وكل صراعاته، ومواجهة مشكلاته من إشباعات وإحباطات وصولاً إلى ما يسمى بالصحة النفسية أو السواء أو

الإنسجام، أو التناغم مع الذات ومع الآخرين في الأسرة، والعمل وفق التنظيمات التي ينخرط فيها الإنسان، وعليه فالتوافق هو مفهوم إنساني. (حسن صالح الدهري، 1999، ص55)

وبناء على ما سبق يمكن القول بأن التوافق والتكيف مفهومان مختلفان فيما بينهما، لكنهما مكملان لبعضهما، فالإنسان يتكيف بيولوجياً ويتوافق نفسياً واجتماعياً، إذ يبدأ التكيف وهو جنين في بطن أمه ويستمر ذلك بعد الولادة وطول حياته، في حين يبدأ التوافق النفسي والاجتماعي مع تكوين ذاته في السنوات الأولى من حياته، وبهذا ترتبط العمليتان، التكيف والتوافق ارتباطاً وثيقاً بمراحل النمو المختلفة التي يمر بها الإنسان، انطلاقاً من خصائص كل مرحلة ومطالب النمو فيها، علماً بأن هذه المطالب تختلف من مرحلة لأخرى، ابتداءً من الطفولة و انتهاءً بالشيخوخة، وعموماً فإن الشخص المتوافق هو الذي يشغل جميع قدراته النفسية والاجتماعية، والانفعالية إلى أقصى درجة ممكنة في مواجهة مشكلاته حتى يحقق الصحة النفسية المرغوبة في أية مرحلة يعيشها. (حامد عبد السلام زهران، 1978، ص33)

و هناك الكثير من مراجع علم النفس التي لم تطبق الفرق بين المفهومين، وظلت الكلمتان مستعملتين للدلالة على نفس المعنى، ومصطلحات التوافق والتكيف، التلاؤم، الانسجام والاتزان الانفعالي والسواء، العقل السوي يقصد به في الغالب التعبير عن حالة الصحة النفسية للفرد.

و في هذا السياق، يرى مصطفى فهمي أن علم النفس استعار المفهوم البيولوجي للتكيف، والذي أطلق عليه علماء البيولوجيا مصطلح الموائمة، واستخدمه في المجال النفسي الاجتماعي تحت مصطلح التكيف والتوافق، فالإنسان كما يتلاءم مع البيئة الطبيعية يستطيع مع الظروف الاجتماعية والنفسية، والتي تتطلب منه باستمرار أن يقوم بموائمات بينها وبينه، وظروف الحياة نفسها تدفعه إلى هذا التكيف، وما يساعده على ذلك ما لدى الفرد من القدرة على التطبيع الاجتماعي والذكاء. (مصطفى فهمي، 1987، ص44)

وتماشيا مع وجهة النظر هذه، فإننا نشير إلى أن استعمال كلمة التكيف في هذه الدراسة يقصد بها التوافق والعكس صحيح.

و يعرف التوافق ضمن ثلاثة اتجاهات رئيسية، هي:

*الاتجاه النفسي (الشخصي):)

ويعرف التوافق أو التكيف ضمن هذا الاتجاه بأنه إشباع الفرد للقدر الأكبر من حاجاته الجسمية، النفسية والاجتماعية.

التوافق لا يكون إلا إذا أحس الفرد بأن جميع حاجاته النفسية الأولية منها والمكتسبة مشبعة، ويتمثل ذلك في إشباع الحاجة إلى الطعام والشراب والجنس، (بطريقة شرعية)، وكل ما يتعلق بحاجاته البيولوجية والفسولوجية، وكذلك الأمن، وهي حاجة نفسية ضرورية، وإحساسه بأنه محبوب من الآخرين، وأن لديه القدرة على الحب. (حسن صالح الدهري، 1999، ص56)

و يذكر سعد جلال أن تكيف الفرد يتوقف على مدى إشباع حاجته لتأكيد ذاته عن طريق إشباع الحاجات الأخرى النفسية و الاجتماعية، إلا أنه قد تعترض سبيل هذا الفرد عقبات تحول دون إشباع هذه الحاجات، فتؤدي إلى عدم تكيف الفرد. (سعد جلال، 1971، ص487)

ويذكر أيضا أن الحاجة تؤدي إلى استثارة الدافع، والدافع ما هو إلا حالة توتر إلى عدم استقرار الكائن الحي واختلال توازنه، فيقوم بنشاط قصد التوصل إلى إشباع الحاجة والتخفيف من الدوافع لإعادة التوازن وإزالة التوتر، ولما كان الإنسان في عملية تفاعل مستمر مع بيئته المادية والاجتماعية، وهذا التفاعل عملية ديناميكية، فعمليات التكيف مستمرة، و توازن الإنسان دائما في حالة تذبذب بين الاتزان وعدمه. (سعد جلال، 1971، ص483)

و انطلاقا من أن الإنسان اجتماعي بطبعه، فإنه لا يمكننا أن نتصرف دون إطار اجتماعي وثقافي معين ونقول عنه أنه متوافق، وعليه وانطلاقا من التعاريف السابقة فإن أنصار هذا الاتجاه قد بالغوا في إشباع الحاجات، تناسوا الجانب الطبيعي والاجتماعي الذي يؤثر ويعدل من سلوك الفرد، حيث أن عملية التوافق أو التكيف لا تتوقف على الفرد فقط، بل هناك معايير أخرى تتحكم وتتدخل فيها، كالمعايير الاجتماعية والثقافية والطبيعية، فالفرد لا يعيش بمعزل عن هذه المعايير والعوامل التي تؤثر فيه ويتأثر بها ويؤثر فيها.

*الاتجاه الاجتماعي:

حسب هذا الاتجاه، فإن تحقيق التوافق والتكيف على مسايرة الفرد لمعايير وثقافة مجتمعه. وفي هذا السياق يرى مصطفى فهمي، أن كل مجتمع إنساني ينظم مجموعة من القواعد والنظم التي تضبط علاقات الفرد بالجماعة وتحكمها وفقا لمعايير التطبيع الاجتماعي، يتعرف على هذه القواعد وتلك القوانين ويمثلها حتى تصبح جزءا من تكوينه الاجتماعي ونمطا محددًا لسلوكه داخل الجماعة. (مصطفى فهمي، 1987، ص13)

كما يرى أحمد عزت راجح أن التوافق حالة من الانسجام والتلاؤم بين الفرد وبيئته التي تبدو في قدرته على إرضاء أغلب حاجاته، وتصرفه التصرف المرضي إزاء مطالب البيئة المادية والاجتماعية والثقافية، ويتضمن التوافق قدرة الفرد على تغيير سلوكه وعاداته عندما يواجه موقفا جديدا أو مشكلة مادية أو اجتماعية أو خلقية أو صراعا نفسيا، تغييرا يناسب الظروف الجديدة. (أحمد عزت راجح، 1976، ص10)

و يتضح من هذا العرض أن الاتجاه الاجتماعي يعاكس الاتجاه النفسي بتركيزه على المجتمع و مكوناته المختلفة، و يرى أن الشخصية المتوافقة هي التي تساير المجتمع و ثقافته ومعاييرها، غير أنه قلل من قيمة الفرد وطاقته المبدعة و التي غالبا ما تقف في وجه تلك المعايير.

*الاتجاه التكاملي (النفسي الاجتماعي):

التوافق أو التكيف حسب هذا الاتجاه عملية حيوية مركبة من قطبين أساسيين، هما: الفرد و ما به من حاجات و دوافع و طموحات، و المجتمع أو البيئة المحيطة بالفرد بأبعادها المختلفة المادية و الاجتماعية و الثقافية، فالتوافق لا يحدث حسب هذا الاتجاه إلا بتكامل و تفاعل الفرد و محيطه الاجتماعي.

و ترى سمية فهمي في هذا الصدد أن التكيف يتضمن تفاعلا مستمرا بين الشخص و بيئته، فالشخص حاجات، و للبيئة مطالب وكل منهما يفرض مطالبه على الآخر، ويتم التكيف أحيانا عندما يرضخ الشخص ويتقبل الظروف البيئية التي لا يقوى على تغييرها، ويتحقق التكيف أحيانا أخرى عندما يبذل الشخص إمكانياته البناءة، فيعدل الظروف البيئية التي تقف في سبيل تحقيق أهدافه، وفي أغلب الأحيان يكون التكيف حلا وسطا بين هذين الطرفين، وينشأ سوء التكيف عندما يفشل الشخص في تحقيق مثل هذا الحل الوسط، فتسوء صحته النفسية، فالصحة النفسية إذاً هي قدرة الشخص على التوفيق بين رغباته وأهدافه من جهة، وبين الحقائق المادية والاجتماعية التي تعيش في وسطها من جهة أخرى. (سمية أحمد فهمي، 1989، ص80)

ومن هنا فإن التوافق في نظر هذا الاتجاه (التوفيقي) يعتمد على الفرد وما ينطوي عليه من بناء نفسي وحاجات ودوافع (المحيط النفسي للفرد)، كما يعتمد على المحيط الخارجي، ويقصد به المحيط الذي يقع فيه الفرد سواء كان الطبيعي أو الاجتماعي أو الثقافي.

و بناء على ما سبق، فإن هذا الاتجاه هو الأكثر قبولا واستعمالا، لأنه يمثل نظرة أكثر موضوعية لعملية التكيف أو التوافق، فهذا الأخير عملية حيوية في حياة الفرد وتمثل سلسلة من محاولات التوفيق بين حاجات الفرد ومطالب البيئة ولا تكون السيطرة المطلقة أو الدائمة لأي منها.

-2معايير التوافق:

-1-2المعيار الإحصائي:

و هو نظرة موضوعية لا تصدر أحكاما قيمية على السواء أو الشذوذ، الشخص السوي هو المتوسط الذي يمثل الشطر الأكبر من مجموعة الناس وفق المنحنى الاعتدالي، وبعبارة أخرى فإن الشخص السوي حسب هذا المعيار من لا ينحرف عن المتوسط أو الشائع، يتطلب هذا المعيار أن تكون الأدوات التي نقيس بها التوافق أدوات موضوعية وموثوق بها حتى يمكننا من تصنيف الأشخاص إحصائيا، كما أن هذا المعيار يصلح لتقييم الأشياء المحسوبة كالتطول مثلا، بينما يصعب عنه قياس بعض سمات الشخصية أو بعض الاتجاهات وما إلى ذلك.

-2-2المعيار المثالي:

و هو عبارة عن أحكام قيمية تطلق على الأشخاص ويستمد أصوله من الأديان المختلفة، السواء حسب هذا المعيار هو الاقتراب من كل ما هو مثالي، والشذوذ هو الانحراف عن المثل العليا، و من الصعوبة الاعتماد على هذا المعيار في أحكامنا، وذلك أن المثالية ليست محددة تحديدا دقيقا، كما أننا كأشخاص لسنا بالمثاليين حسب هذا المعيار.

-3-2المعيار القيمي الثقافي:

يستخدم المنظور القيمي مفهوم التوافق لوصف مدى اتفاق السلوك مع المعايير الأخلاقية وقواعد السلوك السائدة في المجتمع أو الثقافة التي يعيش الفرد بها. وعلى هذا النحو ينظر للتوافق على أنه مسايرة، أي اتفاق السلوك مع الأساليب أو المعاني التي تحدد التصرف أو المسلك السليم في المجتمع. ولذلك فالشخص المتوافق هو الذي يتفق سلوكه مع القيم الاجتماعية السائدة في جماعته، وقد ينظر للتوافق بنظرة أخلاقية، وذلك في ضوء مبادئ أخلاقية أو قواعد سلوكية تقرها ثقافة المجتمع.

-4-2 المعيار الإكلينيكي:

ويصف الأشخاص حسب الأعراض الإكلينيكية التي تظهر لديهم، وهكذا فإن المعيار يعتمد أساساً على الأعراض الإكلينيكية، أي على الأشخاص الذين تظهر عليهم مثل هذه الأعراض، أو بمعنى آخر يعتمد على الأشخاص غير المتوافقين أساساً، ومن هنا فإنه لا يستطيع أن يحدد الدرجة التي نقف عندها ونحكم منها أن هذا السلوك سوي أو غير سوي، وعليه يتحدد مفهوم التوافق أو الصحة النفسية في ضوء المعايير الإكلينيكية لتشخيص الأعراض المرضية، فالصحة النفسية تتحدد على أساس غياب الأعراض والخلو من مظاهر المرض.

-5-2 المعيار الطبيعي:

السواء حسب هذا المعيار كل ما يعتبر طبيعي من الناحية الفيزيائية أو الإحصائية، والسلوك السوي هو الذي يساير الأهداف، والشاذ هو الذي يناقضها، وهكذا فإن هذا المعيار لا يختلف عن النظرية الاجتماعية والمثالية، وذلك أن ما هو طبيعي في المجتمع ما قد يكون عكس ذلك في مجتمع آخر، ويرى فرج عبد القادر طه أن المعيارين المثالي والإحصائي، يعتبران أهم المعايير المستخدمة والأكثر قبولاً وأشملها في وصف السواء والشذوذ، وأكثرها فائدة في الاستخدام التطبيقي في حياتنا اليومية. (سعد جلال، 1989، ص25، 26)

والشخص المتوافق طبقاً هنا هو من لديه إحساس بالمسؤولية الاجتماعية، كما أن اكتساب المثل والقدرة على ضبط الذات طبقاً لهذا المعيار من معالم الشخصية المتوافقة. (شاذلي عبد الحميد، 2001، ص101)

-6-2 معيار المفهوم الذاتي:

هو التوافق كما يدركه الشخص ذاته، فبصرف النظر عن المسايرة التي قد يبديها الفرد على أساس المعايير السابقة، فالمحك الهام هنا ما يشعر به الشخص وكيف يرى في نفسه الاتزان أو السعادة. أي أن السواء هنا إحساس داخلي وخبرة ذاتية، فإذا كان الشخص وفقاً لهذا المعيار يشعر بالقلق أو التعاسة فهو يعد غير متوافق.

-7-2 معيار النمو الأمثل:

أدى قصور المعيار الإكلينيكي إلى تبني نظرة أكثر إيجابية في تحديد الشخصية المتوافقة، يستند إلى حالة من التمكن الكامل من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض.

-8-2 المعيار النظري:

يعتمد تحديد التوافق وسوء التوافق على الخلفية النظرية لمستخدم المعيار، فعلى سبيل المثال يحدد التحليليون سوء التوافق بدرجة معاناة الفرد من الخبرات المؤلمة المكبوتة، في حين ينظر السلوكيون إلى التوافق وسوء التوافق من خلال ما يتعلمه الفرد من سلوكيات مناسبة أو غير مناسبة.

-3- النظريات المفسرة للتوافق:

تعددت التفسيرات والأطر النظرية لمفهوم التوافق، وسنركز على النظريات النفسية بدايةً بالتحليل النفسي ثم المدرسة السلوكية فالإنسانية كالآتي:

1-3-1 نظرية التحليل النفسي:

1-1-3 فرويد :

يرى فرويد أن الشخصية فرضيا تتكون من ثلاثة منظومات هي الهو (ID) ، الأنا (Ego) ، والأنا الأعلى (Super égo). يمثل الهو اللذة، والذي يظهر مع ولادة الإنسان وعمله إشباع الغرائز. ويمثل الأنا الأعلى مبدأ المثل والقيم، ويكتسبها الفرد من خلال التنشئة، وعملها إشباع الجانب القيمي والأخلاقي لدى الفرد بأعلى درجة، ويمثل الأنا مبدأ الواقع. (نبيل سفيان، 2004، ص163)

ولا تكون موجودة عند الميلاد، وإنما تنمو مع تفاعل الفرد مع البيئة، ووظيفتها هي تنمية السيطرة العضلية الحسية على الجسم، وتضيف فهم العالم الخارجي للفرد. (صلاح الدين أحمد الجماعي، 2008، ص94)

يتكون هذا الجهاز من الدوافع البيولوجية التي تنقسم إلى نوعين: دوافع الحياة وهي الدوافع الجنسية أساسا، وهذه تكون بدورها الطاقة الأساسية للحياة ويطلق عليها مفهوم الليبيدو، أما النوع الثاني من الدوافع فهي دوافع الموت والتحطيم مثل الدوافع العدوانية. (صلاح الدين أحمد الجماعي، 2008، ص93)

ويرى فرويد أن الشخص المتوافق هو من تعمل أجهزته النفسية الثلاث (Id, Ego, Super Ego) (Ego) بانسجام، وأن تكون الأنا قوية. (صالح الدايري و وهيب الكبيسي، 1999، ص204)

فالأنا تجعل من الفرد متوافقا أو غير متوافق. فالأنا القوية التي تسيطر على الهو والأنا الأعلى وتحدث توازنا بينهما وبين الواقع. أما الأنا الضعيفة فتضعف أمام الهو وتسيطر على الشخصية، فتكون الشخصية شهوانية تحاول إشباع غرائزها دون مراعاة الواقع أو المثل، مما يؤدي بصاحبها إلى الانحراف وعدم مراعاة الواقع مما ينعكس عليها سلبا، ومن ثم إلى

الاضطراب، وإما أن تسيطر الأنا الأعلى فتجعل الشخصية متشددة بالمثل إلى درجة عدم المرونة وتكون بكبت الرغبات والغرائز الطبيعية أو تشعر بالذنب المبالغ فيه، وتؤدي إلى الاضطراب النفسي وسوء التوافق. (نبيل سفيان، 2004، ص163، 164)

وقد اعتبر فرويد الأنا الأعلى مكوناً من نظامين فرعيين هما الضمير و الأنا المثالي. فالضمير هو ذلك الجزء من الأنا الأعلى الذي يمثل الأشياء التي يعتقد الفرد أنه لا يجب عليه أن يعملها. و الأنا المثالي يمثل الأشياء التي يودّ الفرد أن يكونها. وغالبا ما يجد واحد من هذين النظامين نفسه في صراع مع دفعات الهو. ويجب التركيز هنا على أن جانبا كبيرا من هذا المحكم يحدث في الجزء اللاشعوري من العقل، وبذلك لا يكون داخلا في وعي الإنسان. (صلاح الدين أحمد الجماعي، 2008، ص95، 96) و يعتبر فرويد أن التوافق نادر لدى الإنسان. كما يعتبر أن بداية سوء التوافق غالبا ما ترجع إلى مرحلة الطفولة وخاصة في السنوات الخمس الأولى حينما تنمو الأنا نمو غير سليم. فالنمو السليم يؤدي إلى نشوء الأنا القوية، ويواجه الفرد حالات التوتر والقلق عن طريق حيل الدفاع اللاشعورية، ولكن إذا بالغ في استخدام هذه الحيل فإنه يؤدي إلى سوء التوافق. (نبيل سفيان، 2004، ص164)

2-1-3 أدلر:

يرى أدلر أن الشعور بالنقص يقود إلى عدم التوافق أو أن الكفاح من أجل التفوق يقود إلى التوافق. (صالح الداھري ووهيب الكبيسي، 1999، 205) فقد أعطى الشعور بالنقص بالغ الأهمية، إذ يرى أن الفرد يولد ضعيفا عاجزا نسبةً للكبار، فيحدث لديه شعور بالنقص، يحاول التغلب عليه طوال حياته. وتنتج عقدة النقص أيضا بسبب وجود عيوب أو قصور جسمية أو خلقية أو اجتماعية أو اقتصادية أو عقلية، فتؤثر هذه العيوب على نفسية الفرد وتشعره بالنقص. واعتمد أدلر أسلوب الحياة وهو الأسلوب الذي يتخذه الفرد لتحقيق أهداف الحياة، التي هي بالتالي تحقيق لذاته، ويختلف الأفراد في الأساليب التي يتبعونها،

فالبعض يختار الاقتصاد فيكون رجل أعمال، والبعض يختار العلم فيكون عالما، والبعض الأدب والفن ... الخ. وهنا تلعب قدرات الفرد وإمكاناته الوراثية المكتسبة دورا هاما في تحديد أسلوب حياته، إلا أن أساليب التعويض تتخذ إحدى ثلاث طرق التالية:

- التعويض المباشر وهو البحث عن القوة في مجال الضعف.
- التعويض غير المباشر أي في مكان آخر غير المكان الذي شعر فيه بالضعف.
- الهروب إلى الخيال بعيدا عن الواقع. (نبيل سفيان، 2004، ص164-165)

وقد تحدث أدلر عن مركب النفس، ويعتقد أن هذا المركب هو المفسر الوحيد من سلوكيات مشاهدة الفرد الذي يجد ويجتهد بشكل مبالغ فيه، يحاول أن يعوض نقصا خلقيا أو اجتماعيا أو اقتصاديا. (صلاح الدين الجماعي، 2008، ص97)

3-1-3 سولفيان:

تعد نظرية "هاري استاك سولفيان" من النظريات التفاعلية. فهو يتحدث عن كيفية نمو الشخصية منذ الطفولة وكيف تكتسب التوتر والقلق. ويقول أن كل ذلك يتم من خلال التفاعل مع الآخرين، وأن شخصية الفرد هي نتاج عملية التنشئة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي بوجه عام. كما يرى سولفيان أن للسلوك الانساني هدفين هما:

- الإشباع الجسمي ويتمثل بالطعام والنوم والزواج.
- الشعور بالأمن ويتحقق عندما يستطيع أن يصل إلى توقعاته الاجتماعية التي تمثل مطالب تحقيق الذات لديه في إطار الجماعة.

و الذات لديه: أساليب سلوكية يكتسبها الفرد تجعله آمنا لأن هذه الأساليب ينتج عنها التوافق. فوجود الذات المتوافقة تعدّ بمثابة حماية الفرد من التعرّض للعقاب وما يصاحبه من قلق، بينما وجود الذات غير المتوافقة الشريرة تعد مصدرا لا ينصب للقلق والمعاناة. كما يرى

سولفيان أن وجود توتر داخلي محكوم بحاجات الفرد، وإشباع هذه الحاجات يخفض هذا التوتر. وهناك نوع آخر من التوتر محكوم بالقلق، وقد ينتج القلق المصاحب نتيجة مخاوف أو أخطار واقعية أو خيالية وتؤدي إلى عدم إشباع حاجة الفرد للأمن مما ينعكس بالضرورة على علاقة الشخص بالآخرين. يرى أن القلق ينشأ خلال مواقف التفاعل مع الآخرين خلال عملية التنشئة الاجتماعية. (نبيل سفيان، 2004، ص165، 166)

4-1-3 هورني:

أوضحت هورني أن التوافق وعدم التوافق يرجعان إلى عملية التنشئة الاجتماعية، وإلى علاقة الشخص بذاته والتي تعدّ أساساً للصحة النفسية. (صالح الداھري ووهيب الكبيسي، 1999، ص205) فقد اهتمت بالجانب الاجتماعي، فالشخص الذي يدرك ذاته من وجهة نظرها ويحس بمشاعره وإرادته، ويقر بمسؤوليته نحو تصرفاته هو صاحب شخصية سوية، واعتبرت سوء التوافق يرجع إلى عملية التنشئة الاجتماعية والثقافية. ويتمثل لديها في ثلاث أنواع: التمركز نحو الناس - البعد عن الناس - التمرد حول الذات. (نبيل سفيان، 2004، ص166)

5-1-3 فروم:

ركز فروم على الجانب الاجتماعي والإنساني، وبشكل عام فقد أكد أن الإنسان اجتماعي بطبعه وأن مشاكله في أغلبها ناتجة عن انفصاله عن مجتمعه، لأن الإنسان بحاجة إلى الانتماء لأخيه الإنسان، وبخاصة إلى القدرة على الإبداع والابتكار، وبخاصة إلى السيطرة على الطبيعة وليس ضحية مستسلمة أو مسيطر عليها من قبلها، وبخاصة إلى شعوره بالاستقلال الذاتي، وبخاصة إلى فلسفة وعقيدة عن الحياة. وأن سوء التوافق والاضطراب الانفعالي يأتيان من عدم إشباع هذه الحاجات، أو حتى إشباع نوعي لها بغض النظر عن المجتمع الذي ينتمي إليه. وقد نظر فروم إلى الفرد نظرة إنسانية عامة دون النظر للثقافات

التي يعيش في إطارها، وهو هنا متأثر بالفلسفة التي انتهجها. (نبيل سفيان، 2004، ص166-167)

6-1-3 إريكسون:

ارتبط مفهوم التوافق لدى إريكسون بالنمو، فالشخصية تمرّ عبر نموّها بأزمات، وعلى الفرد أن يجتاز هذه الأزمات وأن نجاحه في اجتياز أزمة في مرحلة ما يؤدي إلى التوافق، ومن ثم مواجهة أزمة أخرى، وهكذا إلى أن تنتهي الأزمات التي يواجهها خلال مراحل نموه، وإن فشل في اجتياز أزمة من الأزمات أصيب بسوء التوافق. (نبيل سفيان، 2004، ص167) والنقطة المركزية في نظريته هي البحث عن الذات وتحقيق الهوية، وقد قسم حياة الإنسان إلى ثمان مراحل من التطور النفسي الاجتماعي أطلق عليها الأعمار الثمانية للإنسان وهي (المرحلة الفمية الحسية، المرحلة الشرجية العضلية، المرحلة القضيبية الحركية، مرحلة الكمون، المراهقة، الرشد المبكر، الرشد، تمام النضج). (عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص37)

فمرحلة المراهقة عنده تبدأ من سن اثني عشر سنة إلى ثماني عشر (بداية المرحلة التناسلية عند فرويد)، وتحدث خلالها أزمة الهوية. (Crisis Identity) وإذا لم تحل هذه الأزمة يواجه الفرد (خلط الأدوار)، فعلى المراهق أن يجمع بين تصورات عديدة للذات مثل (شاب، صديق، طالب، قائد، تابع، عامل، رجل وامرأة) في تصور واحد ويختار مهنة ونمطاً معيناً للحياة، وعندما يحرز الشباب الثقة الأساسية والاستقلال الذاتي والمبادئ والكفاية يمكن أن يجدوا ذواتهم على نحو أكثر سهولة. أمّا إذا تغلبت هذه الأزمة فيُظهر الأفراد إحساساً لمحاولة معرفة من هم، وعن أي شيء يبحثون. ويعتقد إريكسون أن البحث عن الهوية يفسّر أنماطاً كثيرة من سلوك المراهق. (عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص39)

و التحليل النفسي هنا يتصوّر الشخصية سوية التوافق فيما يمكن أن يجمله في أنها القادرة على الحب والعمل، والقادرة على عقد علاقات مناسبة مع العالم ومع الذات، والقادرة على الإدراك السليم للواقع. (فرج طه، 1980، ص31)

-2-3 النظرية السلوكية:

من المبادئ العامة لهذه المدرسة والتي تركز عليها، هي أن معظم سلوك الإنسان متعلم، وأن الفرد يتعلم السلوك السوي وغير السوي، والمتوافق وغير المتوافق. ومن أهم مفاهيمها (المثير والاستجابة)، وهو أن لكل سلوك مثير، وإذا كانت العلاقة بينهما سليمة كان السلوك سليماً. والشخصية في نظرهم هي مجموعة أساليب سلوكية متعلمة ثابتة نسبياً، والتي تميز الفرد عن غيره، وبما أن السلوك غير السوي متعلم فالتعزيز يقويه. (نبيل سفيان، 2004، ص167-168)

و يعتبر أصحاب هذه النظرية أن الاضطرابات النفسية هي نتيجة النظام أو صراع بين الاستجابات الإيجابية أو الاستجابات السلبية، أو بين العمليات المؤدية إلى الكف عن النشاط. كما يرون أن سوء التوافق في مواجهة الموقف الجديد يرجع إلى عدم القدرة على الاستجابات القديمة وتعلم استجابات أكثر مواءمة مع حياة الفرد. (صلاح الدين الجماعي، 2008، ص98-99)

لكن الكائن الحي ليس آلة، ولا يمكن أن تعرّف على أنها أشياء فيزيائية لا مثيرات ولا ردود الفعل. فمثلاً المثيرات ليست هي ذاتها لدى كل فرد. إذ أن للمثير معنى وله قيمة تختلف باختلاف الأفراد. ومن هنا جاءت المدرسة السلوكية الحديثة لتخفف من النزعة الميكانيكية في تفسير السلوك وفي الاستجابة العضوية. فقد أدخل السلوكيون المحدثون مفاهيم جديدة هي: ليس الوسط فيزيائياً صرفاً ولا يوصف كما توصف الأشياء الفيزيائية، بل هو وسط ذو قيم ومعان. إنه ذاتي نفساني كسلوك العالم المحيط. ثم إن كلمة محيط هذه هي تجاوز

نفساني لا فيزيائي- ليست العلاقة بين المثير والاستجابة علاقة ميكانيكية، بالعكس هي بنظر السلوكيين المحدثين علاقة بين مشكلة وبين حل لكل سلوك معني- ويتكيف كل سلوك حسب متطلبات موقف ما تكيفا بصورة ذات مغزى وذات معنى. فحتى الانتماء ليس سلوكا ميكانيكيا صرفا، وليس رد فعل حتى عند الحيوان ردا أعمى وميكانيكيا ... فالسلوك يبدأ بمثابة مجموعة ردود فعل متكيفة حسب موقف كل جزء من رد الفعل، يخضع لكل وللجملة من التكيف للكائن الحي. (صلاح الدين الجماعي، 2008، ص100-101) و لقد رفض باندورا (1977) التفسير السلوكي الكلاسيكي، والذي يقول بتشكيل طبيعة الإنسان بطريقة آلية ميكانيكية، حيث أكد بأن السلوك وسمات الشخصية نتاج للتفاعل المتبادل بين ثلاثة عوامل هي (المثيرات وخاصة الاجتماعية منها (النماذج)، السلوك الإنساني، والعمليات العقلية والشخصية). كما أعطى وزنا كبيرا للتعلم عن طريق التقليد ولمشاعر الكفاية الذاتية حيث يعتقد أن لمشاعر الكفاية أثرها المباشر في تكوين السمات التوافقية أو غير التوافقية المؤدية إلى الكف عن النشاط. (يامن مصطفى، 2010، ص92)

ولقد حدث تطور في أفكار المدرسة السلوكية الكلاسيكية أيضا مع ظهور كل من "سكندر" - "ميللر" - "هل" وغيرهم، فقد راجع هؤلاء العلماء الاستجابة في المدرسة السلوكية الكلاسيكية. وعليه فإن المعادلة السلوكية بالنسبة لهم لا بد أن تتكون من ثلاث أبعاد وهي (المثير - الكائن الحي - الاستجابة). فهذه الإضافة تعيد للإنسان دوره الأساسي في الناتج النهائي للسلوك. فالسلوك المضطرب ليس نتاجا ميكانيكيا لظروف بيئية، إنما هو نتاج تفاعل ديناميكي بين الفرد وإمكانات البيئة. (صلاح الدين جماعي، 2008، ص101)

-3-3 النظرية الإنسانية:

تقدم هذه النظرية نظرة متفائلة عن الإنسان وحياته ومستقبله، وترى أن الإنسان كائن خير بطبيعته، وإن أتى بشر يكون نتيجة رد فعل لما يواجهه من صعوبات وتحديات وإحباطات. فالفرد حرّ يختار من الحياة الأسلوب الذي يتناسب معه والذي ينفرد به عن غيره

(صلاح الدين جماعي، 2008، ص102). فقد أوضح ماسلو بأن الشخص المتوافق هو الذي يستطيع إشباع حاجاته الفسيولوجية والنفسية حسب أولوياتها (صالح الداھري ووهيب الكبيسي، 1999، ص205). حيث أشار إلى الحاجات في صورة تدرج هرمي للحاجات، يميز فيه على أساس أهميتها كلياً بإشباع حاجاتها للأمن أو السلامة. وهذا الترتيب الهرمي لا لكي نبين منه الحاجات فحسب، ولكن لأنه يوضح الأساس العريض للعوامل الفسيولوجية وعوامل الأمن الضرورية التي ينبغي أن توضع في الاعتبار قبل أية حاجات أخرى يحتمل وجودها معها. كذلك يكشف التصور الهرمي عن الفئات العريضة لحاجات الشخصية تتلوها الحاجات الاجتماعية، ثم تأتي في أعلى السلم الهرمي الحاجات العقلية. وكذلك يشير إلى أنه لا يحقق التقدم إلى حاجة تقع في مستوى أعلى على هذا المدرج الهرمي، إلا بعد إشباع الحاجات الأكثر أهمية بما يقع في المستوى الأدنى منها. (محمد أحمد، 1996، ص30) و الشكل الآتي يمثل هرم الحاجات حسب ماسلو:

عقلية أفكرية	حاجات
	الفهم والمعرفة
	حاجات تحقيق الذات
اجتماعية	حاجات تقدير الذات
	حاجات الحب والانتماء
	حاجات الأمن والسلامة

الحاجات الفسيولوجية

شخصية

شكل رقم (01) مدرج ماسلو الهرمي للحاجات

فالإنسان يحاول أن يشبع حاجاته وذلك من خلال التخطيط لأهداف يرى أن يحققها في سبيل إشباع لهذه الحاجات وإذا لم تتحقق هذه الأهداف فهذا يؤدي إلى الإحباط وبطبيعة الحال إلى سوء التوافق. (محمد أحمد، 1996، ص31،32)

أما روجرز فإن نظريته للإنسان تتسم بالإيجابية فهو فعال ذو إرادة يحكم عقله ويتدخل في تحديد مصيره ويندفع نحو أهداف إيجابية وتتكون الشخصية عنده من ثلاثة مفاهيم: (الكائن العضوي، المجال الظاهري والذاتي)، فالكائن العضوي يعني الفرد بكليته وسلوكه ووجوده الجسماني. وأما المجال الظاهري فيشير إلى كل ما يخبره الفرد أي الخبرات التي يمر بها الفرد، والخبرة موقف يعيشه الفرد ويتفاعل معه ويتأثر ويؤثر به ويحوّل الفرد خبراته إلى رموز يدركها ويقومها في ضوء مفهوم الذات والمعايير الاجتماعية. فإن تطابقت معها فسوف تؤدي إلى الراحة وعدم التوتر، وإن تعارضت أدت إلى التوتر والقلق وسوء التوافق. أما الذات فتعني الكل التصوري الثابت والمنظم والمؤلف من مدركات الفرد وعلاقته بالآخرين والقيم المرتبطة بهذه المدركات. (نبيل سفيان، 2004، ص169-170)

ولقد أشار إلى أن ذات الإنسان هي المحرك الأساسي للسلوك لأنها تعتبر حجر الزاوية في بناء شخصية الفرد والتي تتكون من:

- الذات الواقعية: وهي مجموعة القدرات والإمكانات التي تحدد الصورة الحقيقية للفرد.

- الذات الاجتماعية: هي مجموعة مدركات وتصورات يحملها الفرد من خلال تعامله مع المجتمع.

- الذات المثالية: وهي مجموعة أهداف وتصورات مستقبلية يسعى الفرد للوصول إليها.

فإذا ما اتفقت الذات الواقعية للفرد مع الذات الاجتماعية والذات المثالية، فإنه يشعر بالتوافق مع نفسه ومع المحيط الذي يعيش فيه الفرد. أما إذا كان هناك تنافر وعدم تطابق بين الذات الثلاث، فإن سوء التوافق وعدم الاتزان هو الذي يسود حياة الإنسان، مما يدفعه إلى إيجاد أسلوب أو طريقة قادرة على تبني التوافق داخل الفرد. (صلاح الدين الجماعي، 2008، ص103) كما أن سوء التوافق ينتج من احتمال قيام حالة عدم اتساق بين الذات وخبرات الكائن فلا يعود الفرد قادرا على التصرف كوحدة، لأن مدركاته الذاتية تتناقض مع الصورة التي لديه عن ذاته. (نبيل سفيان، 2004، ص169،170)

إن يقوم مفهوم التوافق عند أصحاب الاتجاه الإنساني على تحقيق الفرد لذاته وإنسانيته. فالفرد إذا شعر بالتهديد والعجز عن إشباع حاجاته ومواجهة مشكلاته، فإنه لا يستطيع أن يحقق ذاته ويصبح سيء التوافق. (صلاح الدين الجماعي، 2008، ص108)

وتخلص الباحثة إلى أن جميع النظريات المفسرة للتوافق تناولت المفهوم بمظهره الإيجابي و السلبي. كل وفق الأساس الذي اعتمدت عليه في بناء فكرتها والجانب الذي ركزت عليه من جوانب حياة الإنسان. فعلى الرغم من الاختلاف الواضح بينهما في تحديد هذا المفهوم، إلا أنها كلها اتفقت على حقيقة أن الدوافع والحاجات هي التي تحرك الأفراد في سلوكياتهم، وكذلك على ضرورة الإشباع لهذه الدوافع والحاجات، سواء الفسيولوجية منها أو النفسية أو الاجتماعية للوصول إلى حالة التوافق. كما ولم تتجاهل ما للبيئة والمحيط من أثر بالغ في إحداث التوافق النفسي والاجتماعي، فنظرية التحليل النفسي أكدت على أن الفرد يكون قادرا على التوافق، عندما يتحكم في رغباته المكبوتة ومسيطر عليها، بما يناسب الأنا الأعلى وقيم

المجتمع. ففرويد ركز على قوة الأنا في السيطرة على الهو والأنا الأعلى وضمان الانسجام بينهما. وقد رأى أن التوافق عملية لاشعورية، وتلخصت الدوافع عنده في دوافع الحياة والموت ورأى أن الوصول إلى التوافق أمر نادر. وأن سوء التوافق يرجع أساساً إلى مرحلة الطفولة وخاصة في الخمس سنوات الأولى. أما أدلر فقد ركز على عقدة الشعور بالنقص وأرجع سوء التوافق إلى ذلك. وإن الكفاح من أجل التفوق يقود لا محال إلى التوافق. في حين اتفقت كل من هورني وسوليفان وفروم على دور الجانب الاجتماعي في إحداث التوافق وخاصة التنشئة الاجتماعية. أما إريكسون فقد تمحورت وجهة نظره في أزمنة مراحل النمو المختلفة. فنجاح الفرد في تحطيم أزمة المرحلة التي هو فيها يؤدي إلى التوافق السوي، والعكس إذا ما أخفق في تجاوزها فإن ذلك سينعكس لا محال على توافقه. وتناول أزمة الهوية في مرحلة المراهقة حيث أكد على أن البحث عن الهوية يفسر أنماطاً كثيرة من سلوك المراهقين. أم محور اهتمام المدرسة السلوكية فهي البيئية التي تعمل على تكوين شخصية الفرد، فالسلوك الإنساني سلوك متعلم يظهر فيه دور البيئة في تكوين شخصية الفرد. كما وانصب اهتمامهم على التفاعل بين الفرد وإمكانيات البيئة وكذا خبرات الفرد والتعزيز. في حين أن النظرية الإنسانية رأت أن الإنسان خير بطبعه وأنه يحقق ذاته بإشباع حاجاته الفطرية. وردود أفعاله في شدوذاها ما هي إلا نتيجة لما يواجهه من تحديات وإحباطات. فقد ركز ماسلو على أولوية الحاجات وترتيبها في الإشباع حسب المدرج الهرمي الذي وضعه، بداية بالحاجات الفسيولوجية وصولاً إلى الحاجات العقلية وتحقيق الذات. أما روجرز فقد أعطى لمفهوم الذات اهتماماً بالغاً، ورأى أنه إذا ما اتفقت كل من الذات الثلاث (الواقعية، الاجتماعية والمثالية) للفرد، فإنه سيشعر بالتوافق مع نفسه ومع مجتمعه وسيصل بدوره إلى تحقيق ذاته.

وعليه فمن الضروري الأخذ بجميع وجهات النظر، ذلك لأنه ليس من السهل تفسير التوافق الإنساني وسلوكه من وجهة نظر واحدة.

4-مستويات التوافق:

يشمل التوافق جميع مجالات حياة الإنسان البيولوجية والاجتماعية والنفسية، لأن الكيان الإنساني يعمل في وحدة متناسقة ومتكاملة ومترابطة في نظام فريد يشهد على إعجاز الخالق، وفيما يلي توضيح للمستويات الرئيسية للتوافق التي تشتمل عليها شخصية الإنسان، وهي:

1-4التوافق على المستوى البيولوجي:

يقرر شافر و شوبين (Shaffer & Shoben) أن الكائن الحي يحاول إشباع دوافعه بأسرع الطرق وإذا ما واجه صعوبات بدأ في البحث عن أشكال جديدة للاستجابة، فيلجأ إلى تعديل البيئة أو تعديل هذه الدوافع نفسها، وبهذا المعنى تكون الحياة كلها عبارة عن عملية توافق مستمرة وهي عملية ضرورية لبقائه. (عن عبد الحميد، بدون سنة، ص30)

كما يتضمن التوافق البيولوجي استجابة الفرد الفسيولوجية للمؤثرات الخارجية عن طريق استخدام أعضاء الحس، وهي أعضاء من جسم الإنسان تخصصت في الإحساس بأنواع معينة من تغيرات البيئة دون غيرها كالعين التي تستقبل الإحساسات بالموجات الضوئية والأذن المجهزة من أجل التقاط الأصوات والأنف للشم واللسان للتذوق. (الدسوقي، 1974، ص106)

نستنتج أن التوافق على المستوى البيولوجي يتضمن تعامل الكائن الحي بمرونة مع الظروف المتغيرة في بيئته، وذلك بتغييرها إن أمكنه ذلك أو بتغيير دوافعه هو لتتلاءم معها.

2-4التوافق على المستوى السيكولوجي:

يقصد به قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة بطريقة بناءة تحقق له الإشباع ولا تعوقه عن الإنتاج، فالتوافق النفسي يقوم على نوع من الرضا العام بالنسبة للشخص ككل،

أكثر من استناده إلى إشباع دافع معين على حساب الدوافع الأخرى، فالإنسان السوي يتعلم إرجاء الإشباع العاجل في سبيل ما سيحققه من إشباع أجل، وهو شخص يتمتع بالنضج الانفعالي والقدرة على تحمل المسؤولية والاعتماد على الذات في مواجهة العقبات التي تعترضه على مدى الحياة. (أحمد، 1999، ص33)

-3-4 التوافق على المستوى الاجتماعي:

يرى روش أن التوافق على المستوى الاجتماعي هو أسلوب الفرد في مقابله لظروف الحياة وحل مشاكله، لذلك ينبغي أن تكون أساليب الفرد أكثر مرونة مع قابلية شديدة للتشكيل والتوليد، أي أن التوافق عملية يشترك في تكوينها كل من عناصر البيئة والتنشئة الاجتماعية وأن هناك فروقا في سرعة التوافق بين الأفراد راجعة إلى الفروق الفردية والثقافية. (عن بلحاج، 2011، ص113)

و التوافق على المستوى الاجتماعي عملية طرفها الفرد والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها وهما يتبادلان التأثير والتأثر، بحيث يستطيع الفرد أن يغير من المؤثرات الاجتماعية التي يتعرض لها كي تصبح ملائمة لمطالبه وأن يعدل من تلك المطالب والحاجات، لكي يوائم بينها وبين هذه المؤثرات، وبهذا فإن الفرد يسعى لإيجاد توازن بين حاجاته ودوافعه الداخلية وبين مطالب بيئته الاجتماعية. (عبد الحميد، بدون سنة، ص30)

نستخلص أن التوافق على المستوى الاجتماعي حالة من الانسجام بين الفرد والبيئة الاجتماعية، والإنسان السوي هو الذي يملك القدرة على القيام باستجابات متنوعة تلائم المواقف، وتتجح في تحقيق دوافعه وتتفق مع الأساليب والمعايير السائدة في مجتمعه، وتكون مرنة وقابلة للتشكيل وفقا للمعايير الثقافية.

بناء على ما سبق يمكن القول أن التوافق عملية يقوم بها الإنسان والكائن الحي عموما على مدار حياته إذا أراد البقاء، وهي تتم على ثلاثة مستويات هي المستوى البيولوجي الذي

يضمن الاستجابة للبيئة المادية بظروفها المتغيرة، والمستوى السيكولوجي الذي يتضمن التحكم في الدوافع الداخلية وإشباعها بطريقة تؤدي إلى خفض التوتر، وأخيرا المستوى الاجتماعي الذي يتضمن إشباع الحاجات الفردية بالتنسيق مع المتطلبات الاجتماعية.

-5 أبعاد التوافق:

اختلفت الآراء حول تحديد أبعاد التوافق تبعا لنظرة العلماء إلى المعنى الحقيقي لهذا المصطلح، فالبعض أشار إلى وجود بعدين فقط للتوافق، هما البعد الشخصي والبعد الاجتماعي (فهيمى، 1978، ص29)، والبعض أشار إلى وجود ثلاثة أبعاد للتوافق هي التوافق الشخصي، التوافق الاجتماعي و التوافق المهني (زهران، 1997، ص29)، وهناك من حدد أربعة أبعاد و هي التوافق الشخصي، التوافق الاجتماعي، التوافق التعليمي، التوافق الأسري، وهناك من حدد خمسة أبعاد هي التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي والتوافق المنزلي والتوافق المدرسي والتوافق الجسمي. (الصويط، 2008، ص54)

والبعض الآخر عده بأنه يقوم على أساس الشعور بالأمن الذاتي ويتضمن عدد من الأبعاد كالا اعتماد على النفس، والإحساس بالقيمة والحرية والانتماء، بالإضافة إلى عدم الميل للإنفراد والخلو من الأعراض العصائية. (سليمان، 2008، ص44)

و هناك من الباحثين من يقتصر على عرض الأبعاد التي يتناولها في دراسته فقط.

ولقد حاولت الباحثة عرض أهم الأبعاد التي تغطي التوافق النفسي وتشمل الصحة النفسية للفرد وهي على النحو التالي:

-1-5 التوافق الشخصي الانفعالي:

يتمثل التوافق الانفعالي في إدراك الشخص للجوانب المختلفة للمواقف التي تواجهه، ثم الربط بين هذه الجوانب وما لديه من دوافع وخبرات وتجارب سابقة من نجاح وفشل، تساعد على تعيين وتحديد نوع الاستجابة التي تتفق ومقتضيات الموقف الراهن، وتسمح له بتكييف استجابته تكييفاً ملائماً ينتهي به الفرد إلى التوافق مع البيئة والمساهمة الإيجابية في نشاطها، وفي نفس الوقت ينتهي إلى حالة من الشعور بالرضا والسعادة. (الصويط، 2008، ص55)

كما يقصد أيضاً بالتوافق الشخصي قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة توفيقاً يرضيها جميعاً إرضاءً متزاناً، ولا يعني ذلك طبعاً الخلو من الصراعات النفسية، إذ لا يخلو منها إنسان أبداً، وإنما يعني القدرة على حسم هذه الصراعات والتحكم فيها بصورة مرضية والقدرة على حل المشاكل حلاً إيجابياً إنشائياً بدلاً من الهروب منها أو التمويه عليها.

وتتمثل أهم مظاهر التوافق الشخصي والانفعالي في الاعتماد على النفس والإحساس بالقيمة والحرية الذاتية والشعور بالانتماء وعدم الميل للانفراد وكذا الخلو من الأعراض العصابية. (سليمان، 2008، ص44)

نستخلص أن التوافق الشخصي هو قدرة الفرد على تحقيق حاجاته مع التحكم في صراعاته وانفعالاته، فالشخص المتوافق انفعالياً هو شخص متزن غير متهور يعبر عن انفعالاته بطريقة مقبولة، ويستطيع ضبط نفسه في المواقف التي تثير الانفعال إلى جانب تقبله لذاته والرضا عنها وشعوره بقيمته الذاتية، وأنه ذو قيمة في هذه الحياة وكذا خلوه من الاضطرابات العصابية وتمتعه بالاتزان الانفعالي والهدوء النفسي.

-2-5 التوافق الاجتماعي:

يرى زيدان أن التوافق الاجتماعي هو التفهم الكفء للتغيرات الاجتماعية، سواء كانت أفكاراً أو عادات أو ابتكارات أو ظروف، بحيث يتمكن الفرد من إيجاد صيغة للتفاهم المشترك بينه

وبين التغيرات الحادثة وبحيث تتضح له فكرته عن نفسه وبحيث تتماشى أهدافه مع أهداف الجماعة. (زيدان، 1987، ص55)

ويشير جمال أبو دلو إلى أن التوافق الاجتماعي أو التوافق مع البيئة الاجتماعية أو الوسط الاجتماعي يعني قدرة الفرد على التكيف مع البيئة الخارجية - المادية والاجتماعية، والمقصود بالبيئة المادية كل ما يحيط الفرد من عوامل وظروف طبيعية ومادية مثل وسائل المواصلات، الأجهزة والآلات ... الخ، أما البيئة الاجتماعية فتشمل العلاقات مع الآخرين في إطار التعامل الإنساني، الألفة، الثقافة والتبادل الفكري، المعايير الاجتماعية، القيم والعادات والأهداف العامة والمصالح الإنسانية المشتركة. (أبو دلو، 2009، ص228)

وتعرفه شقير بأنه القدرة على المشاركة الاجتماعية الفعالة وشعوره بالمسؤولية الاجتماعية وامتناله لقيم الجماعة، وشعوره بقيمته ودوره الفعال في تنمية مجتمعه وقدرته على تحقيق الانتماء والولاء للجماعة من حوله، والدخول في منافسات اجتماعية بناءة مع الآخرين، والقدرة على إقامة علاقات طيبة إيجابية مع أفراد المجتمع بما يحرص على حقوق الآخرين في جو من الثقة والاحترام المتبادل معهم، والشعور بالسعادة والامتنان لانتمائه للجماعة واحتلاله مكانة متميزة من خلال ما يؤديه من عمل اجتماعي تعاوني. (شقير، 2003، ص04)

وتتمثل أهم مظاهر التوافق الاجتماعي في تقبل الفرد للآخرين ومسامحتهم والتغاضي عن مساوئهم وإقامة علاقات طيبة معهم، وكذا شعوره بالمسؤولية الاجتماعية وجعل أهدافه وسلوكاته تتماشى مع المعايير السائدة في المجتمع، وتحرره من الميول المضادة للمجتمع كالعراك و تخريب ممتلكات الغير ... الخ. (الشاذلي، 2001، ص65)

بناء على ما سبق يمكن القول أن التوافق الاجتماعي هو قدرة الفرد على الوصول إلى حالة من التوازن بينه وبين بيئته الاجتماعية، وذلك من خلال الالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة

معاييره والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغيير الاجتماعي والعمل لخير الجماعة مما يؤدي إلى الشعور بالسعادة مع الآخرين وبالتالي تحقيق الصحة الاجتماعية.

-3-5 التوافق الأسري:

هو مدى قدرة الفرد على التعايش في الجو الأسري بعيدا عن المشاكل العائلية والقدرة على تحمل المسؤولية فيه مع الاحتفاظ بعلاقات حميمة مع الوالدين والإخوة وبقية أفراد الأسرة الآخرين. (الصويط، 2008، ص56)

ويرى عبد الخالق أن التوافق الأسري هو تمتع الفرد بحياة سعيدة داخل أسرة تحبه وتقدره وتحنو عليه وتحترمه مع تمتعه بدور حيوي وفعال فيها، وأن يكون أسلوب التفاهم هو الأسلوب السائد في أسرته وأن توفر له إشباع حاجاته وحل مشكلاته الخاصة وتساوده على تحقيق أكبر قدر من الثقة بالنفس. (عبد الخالق، 1993، ص23)

نستخلص أن التوافق الأسري هو حالة من الانسجام بين الفرد وأسرته تتجلى في تمتعه بعلاقات وثيقة وصادقة مع أفرادها بحيث يقوم كل منهم بواجبه نحو الآخر.

-4-5 التوافق الصحي:

تشير شقير إلى أن التوافق الصحي هو تمتع الفرد بصحة جيدة خالية من الأمراض الجسمية والعقلية والانفعالية مع تقبله لمظهره الخارجي والرضا عنه، وخلوه من المشاكل العضوية المختلفة، وشعوره بالارتياح النفسي تجاه قدراته وإمكانياته تمتعه بحواس سليمة وميله إلى النشاط والحيوية معظم الوقت، وقدرته على الحركة والالتزان وسلامة في التركيز مع الاستمرارية في النشاط والعمل دون إجهاد أو ضعف لهتمته ونشاطه. (شقير، 2003، ص05)

أما نجاتي فيرى أن التوافق الصحي هو القدرة على التكيف مع الأمراض المختلفة والتوتر المصاحب لها من خلال اتباع الأساليب والتعليمات الصحية بشكل يسمح بممارسة الحياة بشكل طبيعي، ويمكن القول بأن التوافق الصحي يعطي مؤشرا عن الحالة الصحية للفرد مما يوجب العناية الصحية به عند سوء التوافق الصحي. (نجاتي، بدون سنة، ص21)

نستخلص أن التوافق الصحي هو إما خلو الفرد من الأمراض المختلفة أو قدرته على التكيف والتعامل معها في حالة إصابته بها بشكل يسمح له بممارسة نشاطاته وعيش حياته بشكل طبيعي قدر الإمكان.

-5-5 التوافق الزوجي:

يعرف حسن مصطفى عبد المعطي ورواية محمود التوافق الزوجي بأنه قدرة الزوجين على حل الصراعات ومواجهة الصعوبات والتفاعل بإيجابية في مواجهة ضغوط الحياة. (عبد المعطي و حسين، 1993، ص32)

ويتحدد التوافق الزوجي من خلال سلوكيات الزوجين في المواقف الحياتية، مثل التعاون والتفاهم والمساندة وتجنب النقد والتعبير عن المشاعر والتواصل الجيد والقدرة على ضبط المشاعر السالبة ودرجة الصراحة ووضوح الأهداف.

تعرفه سوزان إسماعيل بأنه إشباع الحاجات الأولية والبيولوجية ووسيلة للتعاون الاقتصادي والتجاوب العاطفي، بالإضافة إلى القدرة على نمو شخصية كلا من الزوجين معا في إطار التفاني والإيثار والاحترام والتفاهم والثقة المتبادلة، وهو أيضا قدرة الزوجين على تحمل مسؤوليات الزواج وحل مشكلتهما ثم القدرة على التفاعل مع الحياة. (الطاهرة، 2004، ص12)

نستنتج أن التوافق الزوجي هو نوع من التفاعل الاجتماعي الإيجابي بين الزوجين تتجلى مظاهره في تحمل المسؤوليات الزوجية ومواجهة المشكلات وإشباع الرغبات الجنسية

ولتحقيقه ينبغي أن يتسم الزوجين بعدد من الصفات كالأيثار واحترام الطرف الآخر والثقة فيه ... الخ.

-6-5 التوافق المهني:

التوافق المهني هو العملية الدينامية المستمرة التي يقوم بها الفرد لتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة المهنية، المادية والاجتماعية والمحافظة على هذا التلاؤم، وينبغي أن يكون في الحسبان أن قدرة الفرد على التكيف لظروف ومطالب العمل، إنما تعني أن يتكيف مع الآلة ومع روتين العمل ومع زملائه ومع مزاج رئيسه ومع الظروف الفيزيائية التي تحيط به، وأن يدرك أن رغبته الصادقة في العمل وقدرته على أداءه أداء مرضيا ليس دائما ضمانا لقبوله من زملائه أو ترقية من رئيسه.

ولا ينبغي أن نتصور أن التوافق المهني هو توافق الفرد لواجبات عمله المحددة، ذلك أن التوافق المهني يعني توافق الفرد لبيئة العمل، وهذا يتضمن توافقه لكل العوامل البيئية المحيطة به في عمله ولكل التغيرات التي تحدث لهذه العوامل خلال فترات الزمن، كما يتضمن توافقه مع صاحب العمل ورئيسه في العمل ومع متطلبات العمل نفسه ومع الظروف الاقتصادية للعمل وكذا مع استعداداته وميوله الذاتية. (عوض، 2006، ص54)

نستخلص أن التوافق المهني هو قدرة الفرد على الانسجام مع البيئة المهنية بما فيها طبيعة العمل والظروف المادية والفيزيائية المحيطة به وكذا الزملاء والرؤساء.

-6 مؤشرات التوافق:

فيما يلي سنتعرض إلى أهم المؤشرات التي تدل على توافق الفرد في الحياة وهي:

1-6- النظرة الواقعية في الحياة:

كثيرا ما نلاحظ حالات تعاني من عدم قدرتها على تقبل الواقع المعيشي، ونجد أن الفرد الذي يعاني متشائما رافضا كل شيء، فإن هذا يشير إلى سوء التوافق أو اعتلال الصحة النفسية له، وفي المقابل نجد أشخاصا يقبلون على الحياة بكل ما فيها من أفراح وأحزان واقعيين في تعاملهم مع الآخرين، ويشير هذا إلى توافق هؤلاء الأشخاص في المجال الاجتماعي الذي ينخرطون فيه.

2-6- مستوى طموح الفرد:

لكل فرد مطامح وآمال، وبالنسبة للفرد المتوافق تكون طموحاته المشروعة عادة في مستوى إمكاناته الحقيقية ويسعى إلى تحقيقها من خلال دافع الإنجاز، ويشير هذا إلى توافق الفرد، بينما نجد أن الآخر الذي يطمح في أن يصل ويحلق ويحقق مطامح وآمال بعيدة تماما عن إمكاناته، ويلجأ إلى المضاربة والمقامرة ربما بأسرته أو بعمله أو آماله، وإذا لم يتحقق شيء يحدث له الانهيار أو يعاني من عدائية الحياة له وسوء الحظ، وبظل ناقما على الحياة حقودا على الآخرين وكلها مؤشرات تشير إلى سوء توافقه مع المجتمع الذي ينخرط فيه. (الداهري صالح والعبيدي ناظم، 1999، ص57)

3-6- الإحساس بإشباع الحاجات النفسية:

يتمثل ذلك في إحساس الفرد بالأمن، وهي حاجة نفسية ضرورية بالإضافة إحساس الفرد بالود وأنه محبوب من الآخرين وأن لديه القدرة على الحب، والقدرة على الإنجاز، كما أن المرء في حاجة إلى الشعور بالتقدير والحرية والانتماء ، وبالتالي إذا أحس الفرد بأن كل هذه

الحاجات مشبعة لديه، فإن هذا يعد أحد المؤشرات المهمة لتوافقه، ويحدث العكس إذا ما أحس بأن حاجاته غير مشبعة وبالتالي محبطة.

4-6-4-1-توافر مجموعة من سمات الشخصية:

خلال مراحل نمو الإنسان تتشكل له مجموعة من السمات ذات الثبات النسبي ويمكن أن تلاحظ من خلال مواقف الحياة كما يمكن قياس هذه السمات ومن أهم السمات الشخصية التي تشير إلى التوافق والتي تعد أيضا أحد المؤشرات للصحة النفسية للفرد ما يلي:

1-4-6-1.الثبات الانفعالي:

وتعد بمثابة سمة مهمة تميز الشخص المتوافق وتتمثل هذه السمة في قدرة الفرد على تناول الأمور بأناة وصبر وعدم انفعال، كما أن الشخص الثابت لا يستفز أو يستثار من أحداث ومواقف تافهة، فيتسم حامل السمة بالرزانة، يثق به الناس عقلا في مواجهته للأمور والمواقف لا يثور بسرعة أو يغضب أو يخاف، ومن الطبيعي أن الشخص لا يولد ومعه هذه السمة ولكنها تنمو (تكتسب) في ظل ظروف بيئية واجتماعية مناسبة، كأن تكون العلاقات في الأسرة متناغمة يسود أفرادها التعاطف والثقة بالنفس، وقد ثبت أن الآباء العصائيين تتكون لدى أبنائهم سمة القلق الانفعالي مما يشير إلى أن البيئة العصابية المشحونة بالتوتر والانزعاج تولد في الأفراد عدم الثبوت الانفعالي أي القلق الانفعالي.

2-4-6-2.اتساع الأفق:

تساهم هذه السمة أيضا في توافق الفرد مع الآخرين ويتسم الفرد الذي يتحلى بهذه السمة بقدرة عالية على تحليل الأمور وفرز الإيجابيات من السلبيات، وكذلك يتسم بالمرونة ويميل إلى القراءة المنوعة ويتابع المستحدثات في مجالات العلم، وهو نقيض الشخص الذي يوصف بضيق الأفق المنغلق على ذاته الذي لا يرى إلا ما تحت أنفه، وهذا الأخير يصعب التعامل معه ويعاني من سوء التوافق.

3-4-6 التفكير العلمي:

يتسم الشخص الذي يوصف بهذه السمة بقدرته على تفسير الظواهر والأحداث تفسيراً علمياً قائماً على الأسباب الكامنة وراء أو الحدث، وكذلك يستطيع هذا الشخص أن يكتشف القوانين العلمية التي تحكم هذه الظواهر والأحداث، وبهذا فهو يبتعد عن التفكير الخرافي وابتعد عن التواكلية والقدرية والحظ، كذلك لا يؤمن بالصدفة وكل ما هو غيبي أو ميتافيزيقي وكل ذلك يقترب به من التوافق.

4-4-6 تحقيق الذات:

الشخصية السوية تسعى إلى النمو والتحسين والتعبير عن الذات، أي رغبة الشخص في أن يكون إيجابياً نشيطاً يحقق إمكاناته ويستفيد من قدراته لخيره وخير الآخرين، وذلك لكي يحقق ذاته، فالشخص المحقق لذاته هو الذي يتصف بالشخصية كاملة الوظائف، ويعني ذلك أن الإمكانيات الكامنة في الشخص المحقق لذاته تكون في حالة من التوظيف الكامل.

5-4-6 تحمل المسؤولية:

الفرد الذي يتمتع بقدر عالٍ من الصحة النفسية هو الفرد الذي يمكنه تحمل المسؤولية تجاه نفسه، ويتحملها في مجال أسرته وعمله ومجتمعه، وعادة ما يتقدم لتحمل المسؤولية حتى لو لم تكن مفروضة عليه، وعلى العكس فإن عدم تحمل المسؤولية واللامبالاة يعتبران من مظاهر انحراف الصحة النفسية لدى الفرد أي سوء التوافق. (مختار وفيق صفوت، د.ت، ص22)

6-4-6 المرونة:

وهي نقيض التعصب أو عدم الجمود، فالفرد الذي يتقبل المثيرات الجديدة في المواقف الحياتية عامة، وتصدر منه استجابات ملائمة نحوها فإنه يكون أكثر توافقاً وتكيفاً مع الوسط

البيئي والاجتماعي الذي يعيش فيه، أكثر من الفرد الذي يتصف بالجمود العقلي والفكري الذي يؤدي به إلى التوتر والاضطراب النفسي والاجتماعي وعدم قدرته على التكيف والتوافق في إطار الوسط البيئي والاجتماعي الجديد. (عطية محمد نوال، 2001، ص14)

وفي الأخير نجد أن هناك عوامل كثيرة تتكاثف فيما بينها لتعطينا شخصا أكثر توافقا وانسجاما مع ذاته ومع البيئة المحيطة به، في البيت أو المدرسة أو المجتمع بوجه عام، فمنها عوامل خاصة بالشخص نفسه، وعوامل أخرى خاصة بأسرته ومدرسته وثقافته وتفكيره، إذ لا يمكن حدوث التوافق وربطه بعامل واحد دون العوامل الأخرى، فالتوافق يحدث نتيجة اتحاد مجموعة من المؤثرات.

الخلاصة:

التوافق عملية كلية مستمرة دينامية وظيفية لا تنتهي بإنتهاء فترة معينة من الزمن، وأن قدرة الفرد على التوافق بأبعاده يكسبه إستمتاعا بالحياة و العمل و بالأسرة، ويشعر بالطمأنينة و السعادة و الراحة النفسية، كل ذلك يعمل على زيادة الكفاءة و العمل، كما أن التوافق يساعد على أن يكون الفرد ناجحا في وظائفه و واجباته بالرغم من أن المستوى العالي في الأداء يتطلب مقومات أساسية منها الصحة و سلامة الجسم.

إذن التوافق عملية مستمرة يهدف بها الشخص إلى تغيير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه و بين البيئة المادية و الإجتماعية حيث تعتبر عاملا هاما في تشكيل شخصيته، و تكوين أسلوبه في التكيف مع نفسه و مع مجتمعه لتحقيق التفوق في سياق الحياة.

الفصل الثالث:

الإعاقة الحركية

تمهيد:

تلعب المهارات الحركية دورا بالغ الأهمية في حياة الإنسان فهي ضرورية لتأدية كافة النشاطات في الحياة اليومية، وتعتبر أساسية في تأدية الواجبات الحياتية و المهنية كذلك فإنها تلعب دورا حيويا في النمو المعرفي الذي يعتمد على قدرة الفرد على التنقل، و الحركة و التعامل مع المحيط بكل تعقيداته و تناقضاته، فحدوث الإعاقة الحركية يعني أن المعوق قد فقد القدرة على القيام ببعض الأعمال حيث لا تقتصر فقط على صعوبة التنقل، بل تشمل وظائف الأطراف التي تعتمد على عملية التحرك، فتؤثر الإعاقة الحركية على سلوك الفرد و تصرفاته، حيث يصبح الشعور بالنقص و العجز عاملا فعالا في النمو النفسي للفرد، و تنشأ عنها اضطرابات نفسية مختلفة تعيق الحياة الطبيعية للفرد .

و سنتناول في هذا الفصل مفهوم الإعاقة الحركية عند العديد من الباحثين، و تصنيفاتها و جهود الدولة لرعاية هذه الفئة، كما نتناول مختلف المشاكل و الصعوبات التي يلاقيها المعوقين و نظرة المجتمع إليهم .

1-المعاقين وتطور نظرة المجتمع إليهم عبر التاريخ:

1-1- نبذة تاريخية عن المعاقين:

لم يكن الاهتمام الذي أبداه العالم حديثا لموضوع الإعاقة وُلِد الصدفة أو بدافع الرغبة في دمج المعوقين في المجتمعات شفقة عليهم، بقدر ما كان استفاقة من سبات طويل، وتصحيحا لمجموعة من الأخطاء التي تراكمت عبر قرون عديدة من الزمن.

ومما لاشك فيه عبر كل العصور أن التعوق لم يكن أمرا مقبولا من الإنسان ولا مرغوبا فيه لذا حارب الإنسان التعوق حربا شعواء منذ القدم، ولم يختلف هذا المبدأ جيلا بعد جيل، وإنما اختلفوا في الأسلوب، فالليونانيون منذ ثلاثة آلاف سنة أقاموا دعائم حضارتهم على القوة الجسدية، كانوا لا يتورعون في إلقاء الأطفال الضعفاء والمرضى وناقصي النمو في العراء لتجد الوحوش فرصتها للفتك بهم، وفي روما القديمة وجدوا حلا آخرًا للمعوقين، حيث اتخذ الرومان من المتخلفين عقليا مادة للترفيه والتسلية في عصر المجون والانحلال التي سادت الحضارة الرومانية في فترة من الفترات.

وقد سمحت بعض الشعوب القديمة بالقضاء على المعاقين إذ كانوا يرون فيهم عبئا على المجتمع، فكان المعاق يعزل بحيث لا يمكنه الخروج إلا بإذن خاص، وأحيانا أخرى كانوا لا يخرجون من معتقلاتهم بدون الآلات الصوتية التي تنبه الأصحاء لكي يبتعدوا عن طريقهم، وكانوا يلزمون بوضع قفازات في أيديهم خوفا من انتقال العدوى إلى الغير.

ففي أثينا كان أفلاطون يرى أن المعاقين يشكلون ضررا للدولة والسماح لهم بالتنازل يؤدي إلى إضعاف الدولة، لاسيما وأنه كان يطمح بإنشاء جمهورية مثالية قادرة على حماية نفسها، وتمهيدا فقد دعا أفلاطون إلى نفيهم خارج الدولة، وعدم السماح لهم بدخولها حتى ينقرضوا بخارجها، ولا يبقى بالدولة سوى الأذكى والقادرين على الدفاع على الوطن، أما في اسبرطة التي كانت تهتم بالأمور الحربية والعسكرية فلم يكن يصلح بين أبنائها الضعيف

والمريض والمعاق، فكان القانون الاسبرطي ينص على التخلص منهم عن طريق تعرضهم للبرد القارس، أو إلقائهم في نهر (أورناس) لكي يموتوا غرقا. (مروان عبد المجيد، 1997، ص20).

وعند الدولة الرومانية فقد كانت التقاليد الدينية تنص على وضع الطفل عقب ولادته مباشرة عند قدمي والده، فإما أن يرفعه من الأرض وبهذا يصبح الطفل عضوا نافعا في أسرته، أو يعرض عنه بسبب تشوه خلقته أو إصابته بعجز، فيلقى به إلى الطريق ليصبح من الرقيق أو المضحكين إذا كتب له الاستمرار في الحياة.

وقد ذكر "أرسطو" المعلم والفيلسوف اليوناني بأن الطفل الأصم الأبكم غير مجدي تعليمه لعدم قدرته على الكلام، أو فهم ما يدور حوله من حيث اعتقاد هذا الفيلسوف بأن الكلام هو الوسيلة الهامة للتعلم، لذلك كان يرى أن الأعمى أقدر بكثير من الأصم الأبكم.

وتعتبر العصور الوسطى بأوروبا بما صاحبها من مظاهر الجمود الفكري، وطمس الأفكار المعارضة لاتجاهات الكنيسة، عصر نكبة حقيقية للمعاقين، فكانت النظرة إليهم نظرة خوف، لاعتقادهم بأنهم أشخاص غير جديرين بالاختلاط، ويجب الابتعاد عنهم وعدم الاحتكاك بهم، حيث عملت محاكم التفتيش على اضطهادهم وإيذائهم بدعوى تقمص الشياطين لأجسامهم، لهذا سجونهم وكبلوهم وأذاقوهم ألوانا من العذاب لعل الشيطان يهرب من الجسد المعذب. (مروان عبد المجيد، 1997، ص. 21)

وعندما جاء الإسلام وما حمله من تعاليم المحبة والتسامح والإخاء بين البشر، فقد تميز المجتمع الإسلامي بالاهتمام الشديد برعاية المعوقين، وخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل وأحسن المسلمون على حسن معاملتهم للمعاقين، واعتبرت حالة التعوق اختبارا من الله سبحانه وتعالى ففي الحديث الشريف عن الرسول (ص) قال: "إن الله إذا أحب عبده ابتلاه فإذا صبر اجتباه وإن رضي عنه اصطفاه وإن يئس نفاه وأقصاه". وقال

تعالى : " ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج ". (سورة الفتح، الآية 17)

و قد دعا الإسلام إلى حسن معاملة المعاق، والاهتمام به، قال تعالى في كتابه العزيز: "عبس وتولى أن جاءه الأعمى وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فنتفعه الذكرى". (سورة عبس، الآيات 1-2-3-4).

ولم يكتفِ الإسلام عن حد الأذى المادي عن المسلم دون تفرقة ما بين معاق وسوي، وإنما طلب كف الأذى المعنوي المتمثل في النظرة والكلمة والإشارة، وغيرها من وسائل التحقير أو التصغير أو الاستهزاء، وذلك وفق تعاليم الدين الإسلامي، قال تعالى : "يا أيها الذين آمنوا لا يسخر قوم من قوم عسى أن يكونوا خيرا منهم". (سورة الحجرات، الآية 11)

وفي العصر الحديث عملت الثورات الاجتماعية على الاهتمام بالإنسان، والاهتمام بحقوقه وتخليصه من الظلم، مما وُلد الاهتمام بالضعفاء والمعوقين والبحث عن وسائل لرعايتهم، وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى كانت الأعداد الهائلة من المعوقين الذين تخلفوا عن الحرب عاملاً هاماً في البحث عن وسائل لرعايتهم، فبدأ التأهيل مصحوباً بصبغة اقتصادية تدعو إلى الاستفادة بطاقات المعوقين المهنية في الإنتاج، مما أدى إلى إنشاء أولى معاهد التأهيل المهني في الولايات المتحدة الأمريكية عام (1920)، فقد تطورت الأساليب والنظريات التي تبحث في هذا المجال، وذلك لتطور النظريات التربوية والاجتماعية والنفسية، حيث بدأت المجتمعات المتحضرة تنظر إلى المعاق بنظرة تفاؤلية وإنسانية. (مروان عبد المجيد، 1997، ص 22 - 26)

واستمرت هذه النظرة إلى أعقاب الحرب العالمية الثانية، وصحب ذلك التطور الهائل في الجراحة الذي جاء نتيجة للتدمير البشري خلال الحرب العالمية الأولى، والتطور في صناعة الأجهزة التعويضية الذي صحب التطور التكنولوجي بصفة عامة، كما عمل الأطباء

والمهندسون، والرياضيون، والاجتماعيون على البحث فيما يساعد الفرد المعاق من وسائل
تكنولوجية، واجتماعية ونفسية، كي يحيا في بيئته حياة مناسبة، ويقوم بأنشطته اليومية بأقل
جهد ممكن. (مروان عبد المجيد، 1997، ص. 27-28)

وفي هذا العصر كما يقول "حلمي إبراهيم" إن حضارة الأمم تقاس الآن بمقدار ما تقدمه من
رعاية للمعاقين، وقد أمكن في هذا القرن تحقيق الانتصارات العلمية في العديد من العلوم
المرتبطة بمجال المعاقين كالطب والعلاج الطبيعي وعلم النفس... الخ، كما أجريت الأبحاث
على الإعاقات المختلفة، وخاصة بعد الحروب الأخيرة في هذه الحقبة الزمنية، والتي
ترتب عنها زيادة عدد المعاقين فأصبحوا بالملايين في العالم فكان لابد من الجهود المنظمة
والعلمية للعناية بغير القادرين، وتختلف درجة العناية فيما بين المجتمعات وفقا للأسس
الفكرية السائدة، ومستواها الاقتصادي كما أصبحت رعاية المعاقين حقا مشروعاً لهم وواجبا
حتميا على الدول.

وقد أصدرت المنظمة الدولية وهيئاتها موثيق تحدد حقوق الإنسان والحدود الدنيا لمستوى
معيشة الفرد العادي والمعاق وفيما يلي ما يخص المعاقين:

*كفالة حق المعوق في الحياة الكريمة مهما بلغت درجة الإعاقة .

*يجب استغلال قدرات المعاق حتى لا يحرم من حقوقه الطبيعية والإنسانية .

*فضل إنشاء مجتمعات خاصة بالمعاقين حفاظا على حياتهم وتأكيدا على ممارستهم
للحياة العادية .

*يجب على المجتمعات الاستفادة من البحوث العلمية لرعاية المعاقين.

*عجز الإنسان نسبيا وليس كليا، ولكل إنسان سمات قوة وضعف في شخصيته سواء كانت
عقلية أو نفسية أو جسمية أو اجتماعية .

*يجب تدريب المعاق ورعايته حيث أن العناية بالمعاقين ذات قيمة اقتصادية وأخلاقية ذلك لكي يعتمد على نفسه، ولا يصبح عالة على المجتمع. (حلمي إبراهيم، 1998، ص. 23-24).

ومما سبق يظهر تغيير نظرة المجتمعات اتجاه المعاقين، وذلك بالاهتمام بالرعاية الكاملة لهم باعتبارهم أعضاء قادرين على الإنتاج في المجتمع كما سنت المنظمات والهيئات والقوانين لرعايتهم .

-2-1 المعاقين في العالم:

إنه من الصعب التحديد الإحصائي الدقيق لعدد المعاقين، وذلك لتقدير حجم مشكلة الإعاقة، وتوزيعهم بالنسبة للجنس أو السن أو الحالة الاقتصادية أو تصنيفهم لكل إعاقة، وقد قدرت هيئة الصحة العالمية عدد المعاقين في العالم عام(1992) بحوالي 530 مليون معاق تقريبا من سكان العالم منهم 122 مليون طفل يعيشون في بلدان العالم الثالث كما قدرت نسبة هؤلاء المعاقين بحوالي 11-15 % من مجموع سكان هذا العالم، ونجد أن هذه النسبة تقل في المجتمعات المتقدمة إلى 10% وتزداد في المجتمعات النامية لتصل نسبة المعاقين فيها إلى 15.8 % من تعداد أفراد المجتمع كما تختلف تلك النسبة من مجتمع إلى آخر حسب التوزيع العمري للسكان، كذلك وفقا للمستوى الاقتصادي أو الاجتماعي، وقد يرجع ذلك إلى خصائص ذلك المجتمع.

ولعلنا نجد أن نسبة المعاقين في العالم العربي بين الأطفال أكثر من كبار السن، وذلك نتيجة الحوادث، وانتشار الأمراض أو إلى سوء التغذية، وربما إلى قصور الوعي الصحي أو التطعيم ضد الأمراض أو إلى عدم توفر الخدمات العلاجية، ونضيف إلى ما سبق اتساع قاعدة الهرم السكاني حيث تتراوح نسبة الأطفال دون سن 15 عاما بين 45-50% من التعداد

العام للسكان، أما في المجتمعات المتقدمة فتصل نسبة الأطفال دون خمسة عشر عاما إلى 25%. (حلمي إبراهيم، 1998، ص.37)

-3-1 المعاقين في الجزائر:

إذا كانت وثائق الأمم تشير إلى أن عدد المعاقين في كل مجتمع يتراوح ما بين 10 إلى 15% من جملة عدد السكان، فإن عددهم في الجزائر ربما يفوق هذه النسبة وذلك بسبب الحرب الطويلة التي خاضها الشعب الجزائري، بجميع فئاته الاجتماعية، ونتج عنها ضحايا كثيرون ما بين معطوبين، مكفوفين، أصماء...الخ، ومصابين بأمراض عقلية ونفسية أو هما معا، وكان أحد أهم الأسباب التي أدت إلى ظهور هذه العاهات هي انفجار بعض القنابل، التي تسبب تشوهات عديدة للإنسان، ومن هنا وجدت الجزائر نفسها بعد الاستقلال تواجه مشاكل اجتماعية، ونفسية وصحية، بالنسبة لعدد كثير من المواطنين، حيث قدر عدد المعاقين في الجزائر حوالي 540.000 ألف معاق موزعين كما يلي:

80.000 أصم أبكم، 80.000 مكفوف، 18.000 متخلف ذهني، 20.000 معوق بدني، وهم يمثلون 03% من جملة مجموع الشعب الجزائري، ويلاحظ أن هذا العدد لا يدخل فيه المعاقين الآخرون، من ذوي العاهات مثل المقعدين، الأفراد الذين بترت أطرافهم وغيرهم، فإذا أضفنا إلى العدد المذكور، فإن النسبة العامة سوف ترتفع إلى 10% أو 15% كما تؤكد ذلك التقديرات الدولية للأمم المتحدة. (تركي رابح، 1982، ص.116)

أما حاليا، فحسب نتائج المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة (2006) للأفراد المعاقين، فإنه يشير إلى أن عددهم يصل إلى 1.711.000 فردا معاق، حيث نجد من بين هذا العدد 752.840 فردا من ذوي الإعاقة الحركية ما يمثل نسبة 44% من مجموع السكان المعاقين ((Office national des statistiques, 2008, p.08).

فرغم الجهود التي تبذلها بلادنا في الاعتناء بالمعاقين من خلال تقدمها في مجال الطب والصحة، مازال عدد هؤلاء المعاقين في تزايد مستمر من سنة لأخرى، والجدول الموالي يبين النسب المئوية للأسباب الرئيسية في حدوث الإعاقة بالجزائر.

جدول رقم (03): يمثل الأسباب الرئيسية للإعاقة في الجزائر حسب إحصائيات سنة 2006

السبب التقديرات

العدد النسبة المئوية

أسباب وراثية	487.635	28.5%
حوادث - جروح	285.737	16.7%
أمراض وبائية معدية	242.962	14.2%
الشيخوخة	213.875	12.5%
العنف السيكولوجي و الجسدي	135.169	7.9%
رضوض الولادة	34.220	2%
أسباب أخرى	217.297	12.7%
لا يعرف	95.816	5.6%
المجموع	1.711.000	100%

1-3-1. رعاية المعاقين صحيا و اجتماعيا في الجزائر :

أولت الجزائر في السنوات الأخيرة كما يوضح " تركي رابح " اهتماما كبيرا بالأشخاص المعاقين وعملت على محاولة إدماجهم في الحياة الاجتماعية والاقتصادية، ليصبحوا قوة منتجة أولا، ثم الشعور بمكانتهم في المجتمع ثانيا، وبالتالي إدماجهم مع الآخرين، وهو شيء مهم في حياة المعوق.

1-3-1-1. العلاج المجاني لجميع المواطنين بما فيهم المعاقين:

إن العلاج والدواء في الجزائر مجانا لكافة المواطنين منذ عدة أعوام إذ تتكفل الدولة بكل أنواع العلاج في المستشفيات الكبيرة والصغيرة على حد سواء وترعى العجزة والمعاقين جسديا أو ذهنيا وقد جاء في الميثاق الوطني بخصوص كفالة الدولة الجزائرية لعلاج المواطنين أو ما يطلق عليه اسم الطب المجاني ما يلي :

تتكفل الدولة في ميدان الصحة بحماية وصيانة وتحسين مستوى صحة السكان بالإضافة إلى ذلك فان نشاط الصحة العمومية يجب أن يساهم في رقي الإنسان وإعداده لان يعيش في عالم هو في تحول مستمر نفسيا واجتماعيا وثقافيا.

كما يمثل الطب المجاني قاعدة نشاط الصحة العمومية في الجزائر، وإن تطبيقه الفعلي على مستوى مجموع السكان، يستلزم توسيع الهياكل الصحية، وتوزيعها توزيعا عادلا عبر كل أنحاء البلاد، كما يستلزم تنظيم مهنة الطب وتوزيع الأدوية التي يجب أن توجه أساسا نحو القضايا الصحية للمجتمع، ويتطلب أيضا متابعة الجهود المعتبرة الجارية من أجل تخريج الأطباء، وتكوين عمال الصحة، وبناء المستشفيات، وإنتاج الأدوية وتوفيرها. (تركي رابح، 1982، ص 101)

1-3-1-2. حماية الأمومة والطفولة والرقابة الصحية في المدارس :

تطوير حماية الأمومة، والطفولة والوقاية الصحية في المدارس، والنشاطات المتعلقة بالتغذية، طب العمل ومكافحة الآفات الاجتماعية، ونشرا للطب الوقائي بكيفية تسمح بإعطاء الصحة العمومية .

3-1-3-1-3-1 طب العمل :

توضع في نطاق طب العمل هياكل مختصة متصلة بمشاكل جديدة التي تظهر مع زيادة الإصابات البدنية مثل الحرائق الخطيرة أو النفسية مثلا تلك التي تترتب على حوادث الشغل.

4-1-3-1-4-1 منح عناية خاصة في الرعاية الاجتماعية للمسنين و المعاقين :

في نطاق سياسة البلاد الاجتماعية تمنح عناية خاصة إلى الأشخاص المسنين أو المعاقين الذين ليست لهم مداخل بصورة تجعلهم مؤمنين من البؤس والتشرد مما يسمح بالمساهمة في القضاء على جميع عوامل التسول.

5-1-3-1-5-1 المعاقين عقليا أو بدنيا:

تتدخل الدولة لصالح المتخلفين عقليا أو بدنيا بكيفية تهدف علاجهم، وإعادة دمجم اجتماعيا، بفضل تعليم وتكوين مكيفين حسب ظروفهم الخاصة، ويجب أن يراعي التشريع فيما يضعه من إجراءات تتعلق باليد العاملة المتخلفين عقليا أو بدنيا، ويجب أن تنشأ مراكز تكوين مهنية ملائمة لتعليم هؤلاء الأفراد، حيث تضمن المرسوم رقم 80-59 المؤرخ في 11 ربيع الثاني سنة 1400 الموافق لـ 08 مارس 1980 إحداث المراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعاقين وتنظيمها وسيرها، وقد جاء في المادة الأولى والثانية منه ما يلي:

*المادة الأولى: تعد المراكز الطبية التربوية والمراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعوقين المنصوص عليها في قانون الصحة العمومية الصادرة في 23 أكتوبر 1976 مراكز عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية، والاستقلال المالي.

*المادة الثانية: تنشأ في كل ولاية مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المتخلفين عقليا، ومركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المعاقين حركيا، ومركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد الانفعاليين، ومركز تعليم تخصصي أو أكثر للأولاد المعاقين بصريا، ومركز تعليم تخصصي أو أكثر للأولاد المعاقين سمعيا. (تركي رابح، 1982، ص 103-104)

-2- الإعاقة الحركية:

-1-2- تحديد مفهوم الإعاقة:

الإعاقة الحركية شلل إنساني ليس حركيا على فئة دون الأخرى، بل تمس كل الفئات أطفال، مراهقين، وراشدين، كما أنها تمس كلا الجنسين، ومن بين أهم التعارف التي تطرقت للإعاقة الحركية ما يلي:

ذهب "عبد الرحمن سيد سليمان وزملاؤه" (2001) في نفس اتجاه التعريف اللغوي للإعاقة، وعرفوها بالمفاهيم الآتية:

*الضعف (Impairment): الخلل أو العيب الحادث من الإصابة أو العيب الخلقي أو التكويني، والذي يتعرض له الطفل أثناء أو بعد الميلاد.

*العجز (Disability): النقص في مستوى أداء الوظيفة أو الوظائف التي تأثرت بالمسبب أو بالإصابة الحادثة مقارنة بالعاديين.

*الإعاقة (Handicap): العسر أو الصعوبة التي يقابلها الفرد من جراء عدم القدرة على تلبية متطلباته، في أداء دوره الطبيعي في الحياة الذي يفترضه عمره وجنسه، أو تبعا لخصائصه الاجتماعية، والثقافية المهنية. (عبد الرحمن سيد سليمان وآخرون، 2001، ص

)12

وحسب المفهوم الطبي فإن المعاقين حركيا أشخاص مصابون في الجهاز المحرك ويعانون قصور وظيفي والشيء الذي يميزهم هو صعوبة التحرك أو استحالتة. (عبد العزيز جلال، 1980، ص 121)

ويعرف "Oleron" الأفراد المصابون بعجز حركي أنهم يتصفون بعدم القدرة أو صعوبة استخدام أحد أو عدة أطراف وتنتج حالتهم بسبب إصابة في الجهاز العظمي "شذوذ في الهيكل العظمي أو المفاصل" أو عن إصابة في العضلات، والسيطرة العصبية أو كليهما أو قد تنتج عن عيب في عضو مصدره خلقي أو ناتج عن قطع لأحد الأطراف.

وتتاول آخرون الإعاقة على أنها ذلك النقص أو القصور أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معاقا، سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين قدرات الفرد الكاملة من الخبرات التعليمية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما يحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين في المجتمع، ولذا فهو في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية والتأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراته، حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين، بقدر المستطاع، ويندمج معهم في الحياة التي هي حق طبيعي للمعاق. (محمد عبد المؤمن حسين، 1986، ص 12)

ويرى (عبد الغفار والشيخ، 1966) أن فئة الإعاقة البدنية تضم مجموعات تختلف عن بعضها اختلافا واضحا غير أنها تشترك جميعا في صفة واحدة تميزهم عن غيرهم من فئات غير العاديين، وهذه الصفة التي تضمهم في مجموعة واحدة هي أنهم يعانون من عجز بدني وأما الاختلالات الموجودة بينهم والتي تضمهم إلى مجموعات متباينة فهي نوع العاهة أو العجز الذي يعانون منه، وتضم فئة المعاقين المكفوفون وضعاف البصر، الصم وضعاف السمع، المقعدون. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2000، ص. 46)

وعليه يمكن تعريف المقعد بأنه الشخص الذي يقل عمره عن 21 سنة، ولديه عائق خلقي أو مكتسب تؤثر في استخدامه لأطرافه وعضلاته، بحيث يصبح غير قادر على استخدام جسمه بطريقة فعالة. (غريب سيد أحمد، 1995، ص. 39)

-2-2 أهم تعاريف الإعاقة:

حسب "تركي رابح" يطلق تعبير "شخص معاق" على كل شخص لا يستطيع تأمين حاجاته الأساسية بشكل تام أو جزئي في حياته الاجتماعية كنتيجة لعاهة خلقية وغير ذلك تؤثر في أهليته الجسمية والعقلية. (تركي رابح، 1982، ص. 55)

ويرى "مصطفى نصرأوي" و"عبد الله معاوية" (1982)، أنه يعتبر معاق كل شخص ليست لديه مقدرة كاملة على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة أساسية للحياة العادية، نتيجة إصابة وظائفه الحسية أو العقلية أو الحركية، إصابة ولد بها أو لحقت به بعد الولادة.

ويعرف "صالح هيشان" 1983، المعاق بأنه الشخص الذي ينحرف عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الانفعالية، أو الاجتماعية بحيث يحتاج إلى خدمات خاصة، لعدم قدرته على إشباع حاجاته. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2000، ص. 32)

أما "فهيم" فقد عرف المعاق انه الشخص الذي لديه عيب ينتج عنه عامة أو يتسبب في عدم قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية، وتكون هذه الحالة إما خلقية أو ناتجة عن مرض أو حادث، وتزداد خطورتها بسبب الجهل أو الإهمال أو المرض بالجهاز الحركي، والذي يحد من استقلالية الشخص و يحد من إمكانيات نشاطه في الحياة العادية (العائلية، المدرسية، المهنية). (ماجدة السيد عبيد، 1999، ص. 45)

-3 أسباب الإعاقات الجسمية:

تتنوع أسباب الإعاقات الجسمية كتتنوع الإعاقات ذاتها، فإما أن تكون ولادية تكون منذ لحظة الولادة، أو بعدها بفترة وجيزة، وإما أن تكون مكتسبة، بمعنى أنها تحدث لاحقا في حياة الإنسان، فالإعاقات الجسمية والصحية الولادية الناتجة عن أسباب مرتبطة بمرحلة قبل الولادة قد تكون وراثية، إذا كان لدى الأب أو الأم أو كليهما تشوه أو عيب جيني، وانتقل إلى المولود، وتلك التشوهات أو العيوب قد لا تكون ظاهرة لدى الوالدين، بل يكونا ناقلين لها دون أن تظهر الأعراض المرضية عليهما.

وقد يولد الطفل ولديه إعاقة أو حالة مرضية دون أن تكون الأسباب وراثية، ففي مرحلة الحمل، قد يتعرض الجنين وهو في الرحم لجملة من العوامل الخارجية المرتبطة ببيئة الرحم، وقد تكون تلك العوامل خطرة وتحدث لدى الجنين تشوهات أو عيوباً مختلفة، ومن الأمثلة على ذلك العوامل، عوامل الأشعة السينية، والأمراض لدى الأم، وتناول الأم للعقاقير الطبية والكحول أو التدخين... الخ. (جمال الخطيب، 1998، ص. 21)

أما الأسباب المكتسبة فقد ترجع إلى تعرض الأفراد للحوادث والأمراض التي تؤدي إلى نقص في قدراته، كالحوادث بأنواعها سواء في المنزل أو الطريق أو السيارات أو السقوط من ارتفاعات، حوادث المنشآت والمصانع والمهن، والإصابة بالأمراض كشلل الأطفال وغيره مما يؤدي إلى إصابات تؤثر على الأعصاب أو المخ، إضافة إلى الأمراض المعدية المزمنة والاختراعات العلمية نتيجة للتجارب الذرية والإشعاعات، والحروب وما تسببه من دمار وإعاقات مختلفة لدى الأفراد. (حلمي إبراهيم، 1998، ص. 40)

4- تصنيف الإعاقات:

تختلف تصنيفات الإعاقة باختلاف طبيعتها والأثر التي تحدثه في الجسم وعلى النشاط اليومي للفرد، ويمكن ذكر بعض التصنيفات كما يلي:

4-1- حسب الأسباب و الأعراض: وتضم

4-1-1- الإعاقة بدون تأثير البناءات العصبية: وتتمثل في كل ما هو عظمي أو مفصلي،

أيضا التشوهات الخلقية، وآثار الأمراض المعدية.

4-1-2- الإعاقة ذات التأثير العصبي: والناجمة عن إصابات الجهاز العصبي المحيطي

عند الولادة و تتمثل في الشلل بأنواعه ، والإعاقة الناتجة عن الخدوش، والإصابات أثناء

الولادة ، أو الناتجة عن الأمراض الولادية والخلقية.

4-1-3- الإعاقة ذات التأثير العصبي والناجمة عن الجهاز العصبي: وتتمثل في الإعاقة

الحركية الدماغية والتي تعد نتاجا لبعض الأمراض الدماغية أو التهابات دماغية أثناء مرحلة

الطفولة الأولى، أو ناتجة عن بعض الأورام.

4-2- حسب التربية الخاصة: وتضم ما يلي:

*الاضطرابات والقصور في مجالات التواصل وتضم من لديهم قصور في التعلم، والذين

يعانون من إعاقات في النطق.

*الخلل في القدرات العقلية وتضم الأطفال المتخلفين عقليا.

*الانحرافات والقصور في القدرات الحسية، وتتضمن الذين لديهم إعاقات سمعية، والذين

لديهم إعاقات بصرية.

*أشكال القصور العصبي أو القصور في الحركة والأشكال الأخرى المشابهة لها.

*اضطرابات السلوك الانفعالي والاجتماعي .

4-3- حسب مجال العجز:

*فئة العجز الظاهر: كالمكفوفين والصم أو المصابين بإعاقات بدنية كالشلل والبتير والمتخلفين عقليا.

*فئة العجز غير الظاهر: كالمرض بأمراض مزمنة مثل مرض القلب، مرض السكر، الربو.

1-3-4 الإعاقة الحسية:

صنفت الإعاقة الحسية تحت تصنيف الإعاقة الجسدية أو المنفصلة، و التعوق الحسي إما أن يكون بصريا يليه اللمس أو السمع ثم الشم، وأخيرا التذوق وتكون للإنسان قدرة على الإدراك نتيجة لما يحصل عليه من أحاسيس عن طريق هذه المستقبلات وإن أحاسيسنا وما نشعر به وما نقوم به من أعمال تعتمد كلها على الجهاز العصبي الذي يحصل على غذائه اليومي عن طريق حواسه المختلفة من طرف المستقبلات الخاصة.

1-3-1-4 المكفوفين :

التعريف اللغوي للكفيف مستمد من الكف، ومعناه حجب الأبصار، وباللغة العربية هناك الأعمى ويعرف المكفوف حسب "Scholl" هو الشخص الذي فقد بصره، و يشتمل هذا المصطلح على المكفوفين كليا وهم الذين لا يرون الضوء فقط وكذلك الذين يرون الضوء ولا يستطيعون تحديد مسقطه والأشخاص الذين يرون الأشياء دون تمييز كامل لها، وهؤلاء جميعا يعتمدون على طريقة "برايل" كوسيلة قراءة وكتابة.

2-3-1-4 الصم :

يعرف الأصم بأنه ذلك الشخص الذي لا يمكنه استخدام حاسة السمع في حياته اليومية ويمكن تصنيفه إلى فئتين :

*الأطفال الصم: هم أولئك الذين يولدون فاقدين للسمع تماما، وهذا ما يؤثر غالبا على وظيفة الكلام واللغة .

*ضعاف السمع: وهذه الاضطرابات نجدها غالبا عند كبار السن.

2-3-4 الإعاقة العقلية:

يرى الأطباء أن التخلف العقلي هو: عدم قدرة الفرد على الارتباط بشكل ملائم مع الأفراد الآخرين، أو بشكل ملائم مع الأفراد المحيطين به.

أما القانون الانجليزي للصحة النفسية فيعرفه بأنه حالة من التوقف الذهني، أو عدم اكتمال الارتقاء والنمو الذهني يحدث قبل سن الثامنة عشر، وينتج من الوراثة أو عوامل مكتسبة من البيئة.

أما الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي فقد عرفته بأنه حالة تشير إلى الأداء الوظيفي دون المتوسط، بشكل واضح من العمليات العقلية، حيث توجد متلازمة مع أشكال من القصور في السلوك التكيفي .

وحسب التصنيف السلوكي وفقا لمقياس "ستانفورد بينه" نجد ما يلي :

*التخلف العقلي الشديد:

وهم الأفراد الذين يقل نسبة ذكاؤهم عن(25) درجة بمقياس "ستانفورد بينه"، ويتوقف نموهم الذهني عند 3 سنوات ويحتاجون إلى رعاية مدى الحياة.

*التخلف العقلي المتوسط:

وهم الأفراد الذين تتراوح نسبة ذكاؤهم بين(49 و 25) درجة بمقياس "ستانفورد بينه" وهم قابلون للتعلم .

*التخلف العقلي الخفيف:

حاصل الذكاء يتراوح ما بين (50 و 70) درجة يمكن فيها التحصل على استقلالية

"Autonomie" بعد تربية خاصة. (حلمي إبراهيم، 1998، ص. 221)

3-3-4 الإعاقة الناتجة عن الأمراض المزمنة: وهي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر

إلى اختلال النمو الحركي السوي للفرد و منها:

1-3-3-4 السكري:

وهو مرض وراثي وفيه يعاني المصاب من ارتفاع نسبة السكر في الدم وذلك بسبب نقص هرمون الأنسولين، والذي مهمته مساعدة خلايا الجسم على امتصاص السكر في الدم، ويترتب على ذلك صعوبة امتصاص السكر في خلايا الجسم، ومنها شبكية العين مما يؤدي إلى فقدان البصر التدريجي كما قد تؤدي ارتفاع نسبة السكر في الدم إلى أعراض أخرى مثل الميل إلى التراخي والكسل و ضعف النشاط الحركي.

2-3-3-4 التهاب المفاصل:

وهو من الأمراض الجسمية التي يصعب تحديد أسبابها والتي تبدو في عدد من المظاهر مثل ألم المفاصل والأطراف والتهابها وتشنجها، وقد تحدث مثل هذه الالتهابات للفرد في أي عمر.

3-3-3-4 الربو:

وهو مرض مزمن يبدو في صعوبة عملية التنفس لدى الفرد، وقد يحدث ذلك نتيجة لعدد من الأسباب النفسية و الفيزيولوجية.

4-3-3-4.مرض السل:

كما يوضحه "الروسان فاروق" على أنه من الأمراض الجسمية التي تنتج عن بكتيريا السل، والتي قد تصيب الأفراد في أي عمر، ومن مظاهره إصابة الرئتين وأجزاء أخرى من الجسم، وقد تؤدي في النهاية إلى شكل ما من أشكال الإعاقة الحركية. (الروسان فاروق، 1998، ص245)

4-3-3-5.أمراض القلب:

تتمثل خطورتها في أنها تمس أهم عضو في جسم الإنسان، وأمراض القلب ترتبط بعوامل مختلفة منها العمر، والاستعداد الوراثي، والظروف الاجتماعية والشخصية للفرد، قسم منها أمراض ولادية، وقسم آخر أمراض مكتسبة، ولقد وضعت الجمعية الأمريكية لأمراض القلب أربعة أنواع رئيسية لأمراض القلب المنتشرة في العالم وهي:

*مرض روماتيزم القلب وهي الحالات التي تكون بسبب الحمى الروماتيزمية.

*مرض القلب الولادية، والتي تعرقل عمل قلب الجنين خلال فترة الحمل.

* مرض ارتفاع الضغط الدموي الشرياني، والذي يسبب ضغطا شديدا على الشرايين القلبية.

*مرض انسداد الشريان الأكليلي القلبي، وهو ما يعرف بتطبيق الشريان الإكليلي مما يؤدي إلى صعوبة مرور الدم فيه.

5-أنواع الإعاقة الحركية:

تختلف الإعاقة الحركية حسب أنواعها، فهناك الإصابة الجزئية للعضو أو لعضو بأكمله أو لعدة أعضاء أو إصابة كلية مثل الشلل أو سوء التماسك - التناسق - للحركات العادية، وهي تتمثل في القصور الوظيفي للجهاز الحركي، فالعائق الحركي هو عجز وظيفي تختلف نسبة أهميته، فقد يصيب المراهق في إحدى أجهزته المحركة أو أكثر ويصنفها " Reuchlin كالتالي:

*الإصابات الدماغية: كالعجز الحركي الدماغية.

*الإصابات النخاعية:

- 0 خلقية مثل استسقاء الرأس.
- 0 جرحية مثل الكساح و شلل الأطفال السفلى و العلوي بسبب الحوادث.
- 0 حموية مثل شلل الأطفال.
- 0 من سبب غير معروف مثل: أمراض الانحلال الخلوي للنخاع الشوكي أو الأعصاب الحركية.

*الإصابات القصلية: كالحثل الاغتذائي العضلي التدريجي.

*الإصابات العظمية المفصلية: مثل سوء التركيب الخلقي، مرض سل العظام، داء المفاصل والحثل الاغتذائي العظمي المختلف.

كما يصنف "رمضان القذافي" المعوقين حركيا إلى أربعة فئات:

*المصابون باضطرابات تكوينية: ويقصد بهم من توقف نمو الأطراف لديهم أو أثرت هذه الاضطرابات على وظائفها، وقدرتها على الأداء.

*المصابون بشلل الأطفال: وهم المصابون في جهازهم العصبي مما يؤدي إلى شلل بعض أجزاء الجسم، وخاصة الأطراف العليا والسفلى.

*المصابون بالشلل المخي: وهو اضطراب عصبي يحدث من وجهة نظرة بسبب الأعصاب التي تصيب بعض مناطق المخ، وغالبا ما يكون مصحوبا بالتخلف العقلي، على الرغم من أن كثير من المصابين به قد يتمتعون بذكاء عادي، كما قد يكون بإمكانهم العناية بأنفسهم للوصول إلى محتوى الكفاية الاقتصادية.

*المعاقون بسبب الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل : وهؤلاء قد يعانون من فقد طرف أو أكثر من أطرافهم وافتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة من أعضاء الجسم اختياريا بسبب عجز العضو المصاب عن الحركة أو بسبب فقد بعض الأنسجة أو بسبب الصعوبات التي قد تواجهها الدورة الدموية أو لأي سبب آخر. (ماجدة السيد عبيد، 1999، ص. 44-43)، وإنه من الصعب أن نقر طبيا أصنافا للمعاقين عن الحركة لأن الإعاقات الحركية تختلف كثيرا، وقد يجدر تصنيفها حسب الجهة أو الجهات المصابة من الجسم أو حسب الأصل للإصابة أي حسب أسبابها أو باعتبار الإصابة أو نوع الضرر: شلل، عدم تناسق "Incoordination"، تصلب العضلات "Maideur"، التجمد لقسط من المفصل أو المفاصل "Anleylos" أو حسب الجهاز المصاب العصبي العضلي أو العظمي ونكتفي بالإشارة إلى بعض الإعاقات الحركية شيوعا وانتشارا.

-1-5-الإعاقة الناتجة عن إصابة في المخ:

يقصد بها كل عجز حركي ناتج عن الخلل المخي، والذي سببه راجع إلى حادث أو مرض أثناء الحمل أو أثناء الولادة أو في حالة النضج قبل الأوان "Prématurité" مثل هذه الإصابات تظهر في صلابة الأعضاء أو في لا إرادية الحركات " Mouvements involontaires " أو خلل في اللفظ والكلام وقد يصاحب تلك الأعراض اضطرابات

عقلية حسية أو لاشعورية، فمنها ما يكثر في انقباض الأعضاء "Spasticité"، فتكون الحركات بطيئة جدا تتطلب إجهادا كبيرا لتنفيذها، أو في اضطرابات الحركة "Athétose" فمثلا حركات لا إرادية يتعذر كتبها من إخلال عام في وضع الجسم وتشويش في الحركات. إذن خلال عملية النمو يصاب المخ بخلل، الشيء الذي يؤدي إلى عدم انتظام حركات الطفل وعدم تقاوم القدرة العضلية بصفة نهائية، كما هو الحال في شلل الأطفال حيث نسجل استعمال العضلات بصفة غير منسقة خلال القيام بالحركات حيث تصبح هذه الأخيرة حلبة يسارية وبتيئة (Kong, 1970, P05).

-2-الإصابات ذات المنشأ العظمي المفصلي:

حسب "عبد السلام محمد" قد تكون هذه الإعاقة ولادية أو مكتسبة و تظهر على شكل اضطرابات مختلفة في أطراف الجسم، أو الظهر أو المفاصل ويواجه الأفراد المصابون بهذه الإعاقة صعوبات الجلوس، أو الوقوف، أو المشي. (محمد عبد السلام، 2000، ص. 62)

-3-الإعاقات ذات المنشأ العضلي:

يحدث كنتيجة لهذه الإعاقات ضمور عضلات الفرد، والتي تعني تدهور النمو في أحد أعضاء الجسم أو عضلاته، أو هزالها، نتيجة لإصابته بالأمراض أو لسوء التغذية، وهو مرض متطور ومنتشر في جميع عضلات الجسم، ويتصف بأنه يعمل على تحليل عضلات الجسم، واستبدالها بأنسجة لحمية تالفة .

وفي هذا المرض يحدث ضعف تدريجي لعضلات الطفل، حتى تفقد القدرة على أداء وظيفتها بصورة سليمة، وغالبا ما يرتبط هذا المرض بالعوامل الوراثية، فغالبا ما يرث الطفل المرض من أمه، التي يوجد لديها استعداد للإصابة به، ورغم اختلاف السن الذي يمكن تشخيص المرض عنده، إلا أنه ينحصر فيما بين الثانية والنصف من عمر الطفل، وسبع سنوات، ومن مؤشرات الأولى ضعف العضلات، وعدم رشاقة الجسم، تكرار السقوط والشعور بالتعب،

وفي المراحل المتأخرة يبدأ الطفل السير على مشط القدمين، كما يبدأ في الانحناء كي يعوض عدم القدرة على المشي، وقد تبدو عضلات الساقين كبيرة، إلا أنها تعتبر علامات زائفة، حيث لا تعبر عن قوة العضلات، وإنما يشير إلى تزايد الأنسجة الدهنية فقط للساقين فقط. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001، ص. 217)

-4-5 العاهات الحركية الدماغية:

تحدث هذه الإعاقة حسب "Maurice" على مستوى الدماغ، ولا تقتصر هذه الاضطرابات على مستوى التحركات الإدراكية بل تهدد العمل الذهني، وتحدث اضطرابات في السلوك .

(Maurice(M), 1972, P. 506)

وإن للخلل المخي نفس التأثيرات على العقل والنشاط عند الفرد العادي وعند المتأخر عقلياً، ولهذا فقد أعطت المنظمة العالمية للصحة مصطلح العجز الحركي ذو المنبع المخي (I.M.O.C) الذي يسمح بجمع كل الإصابات المخية التي تأتي قبل ستة سنوات، والعنصر المهم فيها هو العامل الحركي مهما يكن ظهور الإعاقات المضافة، الإعاقات العضلية، الحسية.

كما نسجل ظهور بعض الاضطرابات المصاحبة مثل اضطرابات اللغة، اضطرابات السمع، اضطرابات النمو العقلي، اضطرابات الطبع، اضطرابات الإدراك.

-5-5 الإعاقات الناتجة عن إصابات في النخاع الشوكي:

النخاع الشوكي هو حلقة الوصل بين الدماغ وأعضاء الجسم الأخرى، فهو ينقل المعلومات الحسية إلى الدماغ وينقل المعلومات الحركية إلى العضلات والجلد، لهذا فهو المسؤول عن العمليات الحسية والحركية، ويحافظ على العمليات الجسمية المختلفة، ولذلك فإصابة النخاع الشوكي تؤثر على هذه الوظائف، وطبيعة هذا الأثر تعتمد على موقع التلف في النخاع الشوكي، وأسباب التلف مختلفة منها الأمراض والحوادث والإصابات الرياضية...الخ،

وبعض التشوهات الخلقية، ويعاني هؤلاء الأشخاص عادة من مشكلات متعددة مثل التهاب المجاري البولية والتهابات الجهاز التنفسي، والتقرحات الجلدية وصعوبة تأدية المهارات الحياتية ومهارات العناية بالذات. (محمد عبد السلام، 2000، ص. 61)

وينتج عن هذا النوع من الإعاقة الحركية كما توضح "ماجدة السيد عبيد" كسر بالفقرات العنقية أو الظهرية أو القطنية، ويؤدي هذا الكسر بدوره إلى ضغط على الجملة العصبية، والنخاع الشوكي المغذية للأطراف، فإذا حصل الضغط على الفقرات الظهرية والقطنية، يحصل شلل بالأطراف العليا أو السفلى معا ويحدث شلل رباعي، ويوجد عدة أنواع من هذه الإصابة فقد تكون الإصابة مكتملة أي قطع كامل بالجملة العصبية فيسمى هذا شلل مكتمل، أو قطع جزئي ويسمى هنا شلل غير مكتمل أي أنه توجد بعض الحركات لبعض الخلايا العصبية التي لم تصاب، ويمكن للشلل أن يكون حركيا فقط أو حركيا وحسيا ويعتمد على مكان إصابة الجملة العصبية. (ماجدة السيد عبيد، 1999، ص. 79)

6-5 شلل الأطفال:

حسب "فاروق الروسان" يعتبر شلل الأطفال شكلا من أشكال الإعاقة الحركية، إذ تؤدي الإصابة بهذا المرض إلى اضطراب النمو الحركي للفرد، وتحدث مثل هذه الحالة نتيجة لفيروس الشلل الذي يصيب الدماغ أو الخلايا الحركية في العمود الفقري، وتبدو مظاهر هذه الحالة في الضعف العام، أو التشنج والشلل العام، وقد لا يؤدي فيروس مرض الشلل هذا إلى الإعاقة العقلية. (الروسان فاروق، 1998، ص. 102)

إن فيروس شلل الأطفال حسب "جمال الخطيب" يحدث تلفا في الجهاز العصبي فقط فالذكاء والإحساس والكلام والتحكم بوظائف المثانة والأمعاء لا تتأثر سلبا به، على أن معظم الأطفال الذين يعانون من عواقب شلل الأطفال يلتحقون بمدارس خاصة للأطفال المعاقين جسميا، حيث أن لديهم شللا في الأطراف السفلى وأحيانا في الجذع، ولذلك فإن المشكلات

الرئيسية التي يواجهها هؤلاء الأطفال تتعلق بالحركة والاستقلالية فقط. (جمال الخطيب، 1998، ص. 102)

1-6-5 الشلل النصفي السفلي:

يقصد بالشلل النصفي السفلي أو ضعف الساقين بسبب إصابة أو مرض في العمود الهرمي، وعادة يحدث ذلك في مستويات مختلفة من الجهاز العصبي، وغالبا في النخاع الشوكي، وأحيانا أخرى في عنق المخ أو التجويف المخي، وهو يصيب الإنسان في أي مرحلة عمرية في الطفولة أو متوسطي العمر أو كبار السن، وحسب "حلمي إبراهيم" يوجد نوعان من الشلل النصفي هما:

1-1-6-5 الشلل المخي:

والذي يحدث من أمراض مثل "المينوجوما"، أو انسداد في التجويف الهرمي العلوي، أو شلل تشنجي وراثي، وقد ينتج من حوادث تصيب الجمجمة.

2-1-6-5 الشلل في النخاع الشوكي :

وينتج من إصابة كحادث سيارة كما يحدث من التهاب أو تحلل أو ضمور كما ينتج من انسداد أو تجلط الأوعية الدموية أو نزيف، وربما يحدث من الضغط على النخاع الشوكي كالأورام أو النزيف الداخلي. (حلمي إبراهيم، 1998، ص. 109)

وقد يصاب أيضا الأطفال بهذا الأمراض كما توضحه " ماجدة السيد عبيد " ولكن لسبب هنا يختلف، فقد ينتج عن صدمات دماغية أثناء الولادة أو بعدها وحصول نزيف في حجيرات الدماغ، أو وجود تشوهات خلقية ولادية بالشرابين وفي بعض الأحيان نتيجة ارتفاع الحرارة الشديدة للأطفال أو وجود دمل دماغي. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص. 88)

3-1-6-5 شلل الأطراف السفلى الناتج عن تشوهات خلقية بالعمود الفقري:

كثيرا ما يحصل تشوهات خلقية ولادية في العمود الفقري نتيجة عدم اكتمال النمو الطبيعي للعمود الفقري لدى الجنين قبل الولادة مما يؤدي إلى ولادة طفل بوجود فتحة تصل الجملة العصبية بخارج الجسم، وكثيرا ما يحصل أن تكون الجملة العصبية مصابة مما يؤدي إلى شلل بالأطراف السفلية، يحصل هذا المرض بنسبة 03 في كل 1000 طفل وليد، وتكون نسبة الوفيات عالية بهذا المرض، وذلك لحصول تضخم بالرأس نتيجة إغلاق القنوات المبطنة للجملة العصبية وتجري لها عمليات معينة لمساعدة المريض للتخلص من السائل الزائد، وفي حالة نجاة الطفل فانه يبقى معوقا حركيا مدى الحياة. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص. 87)

ويعتبر "Spina-Bifida" كساحة خلقية نتيجة سوء تكوين النخاع الشوكي والفقرات، وغالبا ما يضاف لذلك الشلل اضطرابات العضلة العاصرة أو التهابات في الجهاز البولي أو تولد عنها ندوب وجراح جلدية.

6- الآثار الناتجة عن الإعاقة الحركية:

أظهرت الدراسات المتخصصة حول الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الجسدية، أن أثارها متعددة على شخصية المعاق، وعلى حياته الاجتماعية فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية من خلال تصوره لذاته الجسمية المتمثلة في الإعاقة تتمثل خاصة في الصورة الذهنية التي تنشأ لديه عن جسمه وشكله الخارجي، ووظيفته فمعظم الناس يكوّنون اتجاه في الحياة بناء على مفهومهم لذواتهم الجسمية، والقدرات التي تتميز بها و أي عجز أو إعاقة أو قصور في هذه القدرات يؤثر على اتجاهاتهم وتؤدي إلى اضطراب قدرته، والمهارات التي يتميز بها وتثير فيه الخوف والقلق والإحباط وتختلف هذه الحالات باختلاف طبيعة الإعاقة والأثر التي تحدثه فكلما ازدادت حدة الإعاقة الجسمية كلما ازدادت المشكلات النفسية والاجتماعية وسنذكر هذه المشكلات فيما يلي:

-1-6 الأثار النفسية:

1-1-6 الإحساس الدائم بالنقص :

يعد الشعور بالنقص من أهم الأثار التي تخلفها الإعاقة الجسمية، بغض النظر عن نوع الإعاقة أو درجاتها، فرغم أن "أدلر" يجعل الإحساس بالنقص من المشاعر العامة التي تثيرها الظروف المختلفة الموضوعية والذاتية التي يوجد فيها الإنسان، فإنه يعتبر هذا الشعور مرتبطا ارتباطا وثيقا بالإعاقة الجسمية، إذ يرى حسب ترجمة (1977) "Lanny" أن الشعور بالنقص ما هو إلا استجابة حتمية ناتجة عن العجز الجسمي، إلا أن "Van Roy" (1954) لا ترجع الشعور بالنقص إلى القصور الجسمي في حد ذاته، وإنما إلى العلاقة الموجودة بين قوة المثير وبين درجة العجز، فأهم ما يحدد خطورة القصور حسبها هو قيمة الشعور بالإحباط المترتب عن قوة المثير الذي يوقظ في الفرد إدراكه بالعجز. (فتاحين عائشة، 2004، ص. 31).

2-1-6 عدم الشعور بالأمن:

ويبدو ذلك في الإحساس العام بالقلق والخوف من المجهول، وتوقع الشر الدائم، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة، كالتوترات أو الأزمات الحركية أو التقلب الانفعالي، وأعراض غير ظاهرة كالأضطرابات الجسمية السيكوسوماتية. (حلمي إبراهيم، 1998، ص 41)

3-1-6 الشعور الدائم بالعجز:

وذلك بالاستسلام للعاهة وقبولها بواقعها، كما يتولد لدى الفرد الإحساس بالضعف والاستسلام له مع رغبة انسحابية شبه دائمة، وسلوك سلبي اعتمادي .

4-1-6 عدم المبالاة:

تضفي الإعاقة الجسدية على المعوق بعض العادات القاتلة التي تؤدي إلى عواقب وخيمة في بعض الأحيان فنجد الاستهتار بالأمر حتى الهامة جدا منها وعدم المبالاة والاكتراث وعدم إعطاء الأمور قيمتها الحقيقية بل تكون بصورة سطحية.

5-1-6 الاتجاهات السلوكية غير السوية:

في بعض الحالات نجد أن المعاق يتصرف تصرفا سلوكيا غير عادي بالنسبة للتعامل مع الآخرين معتقدا أن الحالة التي يتواجد عليها سند لهذه التصرفات، ويرجع هذا التصرف للشعور بالنقص وشعور المتعامل معه بنفس الشعور والإحساس وذلك إلى عدم التكيف الاجتماعي العادي.

6-1-6 صعوبة الانتقال:

خاصة لدى الأفراد الذين تتواجد لديهم إعاقات في الأطراف السفلى مما يجعل الحركة ضئيلة، وفي بعض الأحيان تنعدم عندهم الحركة والانتقال نهائيا، لذلك فهم في حاجة إلى مساعدة الآخرين، مما يؤدي إلى التعب النفسي الشديد الذي يرتبط بجميع النواحي الأخرى للمعوق. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص. 152-153)

ويعتبر المجتمع ببعض من خواصه وخصائصه الحواجز الموجودة فيه عاملا مساعدا للإعاقة الحركية، إذ أن أصعب المشاكل في التكيف الإيجابي للمعوق حركيا ليست نتيجة خلل في نمط السلوك التكيفي عنده، ولا عن عوامل سلبية في شخصيته بقدر ما هي نتاج لبناء اجتماعي قاس ينكر عليه بعضا من حقوقه الأساسية، وتتمثل هذه الحواجز كما توضحها " ماجدة السيد عبيد" في:

*الحواجر البنائية: تشكل حجر عثرة في طريق تكيف المعوق حركيا، وتعتبر من اشد العوامل المحيطة به فهي تمنعه من المشاركة في برامج التعليم أو الحصول على وظيفة، وتحدده في تفاعله الاجتماعي، مما يؤدي إلى النقص في الخبرات اليومية، وبالتالي نقص في القدرات العقلية والشعور باليأس والعزلة وربما الإصابة بمرض نفسي مزمن، والطبيعة الجغرافية للمنطقة وصعوبة الحركة بها، حتى الإنسان غير المصاب أحيانا تؤدي به إلى عدم تحقيق أهداف التأهيل الشامل وتجعله مبتورا في كثير من الأوقات، إذ ما أن تصل مراحل التأهيل إلى نهايتها، حتى نجد أنفسنا أمام هذا الحاجز الذي لا يمكن السيطرة عليه، وإن أمكن فهو يحتاج إلى نفقات عالية للتعديل البنائي، ويواجه المعاق حركيا هذا الحاجز في الطريق إلى بيته وداخل بيته، وأثناء انتقاله بين غرفته وأخرى، وفي الحمام ويواجهها في المدرسة والجامعة والبنك والمسجد.

*الاتجاهات السلبية: وهي من العوائق الرئيسية التي يفرضها المجتمع ممثلا بقطاعاته المختلفة تجاه المعوق حركيا، فليس هناك فهم هام لطبيعة الإعاقة وقدرات الفرد المتبقية، وهناك ميل للاعتقاد بأن الذي يستعمل الكرسي ذا العجلات أو من يمشي بجهاز خاص أو عكايز مريض، ويحتاج إلى عناية طبية مستمرة، بل يظن البعض بأنه بحاجة للمساعدة والشفقة والإحسان، ونظرا لان المعوق حركيا قادر على تمييز بعض الاتجاهات والسلوكات السلبية للآخرين، لأنه يستطيع أن يرى ويسمع ويفهم ما يقال عنه، فان ذلك يدفعه في بعض الأحيان إلى العزلة وعدم المبادرة في التفاعل الاجتماعي ويقلل من الخدمات المقدمة لهم وهناك بعض الملاحظات التي تؤكد الاتجاه السلبي نحو المعوقين حركيا:

0 أنهم يعاملون كالأطفال بالرغم من أنهم راشدون ويتمثل ذلك باستخدام بعض الكلمات التي تقال للأطفال أو تغيير نبرات الصوت.

0 تجنب الآخرين للحديث مع أولئك الذين أصيبوا بإعاقة واضحة .

- 0 عدم رغبة أرباب العمل في كثير من الأحيان تشغيلهم .
- 0 عدم تقبل العائلة لابنها المعاق و البحث عن السبل التي تبعده عنها أو تخفيه عن الآخرين. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص. 178-179)

-2-6 الآثار الاجتماعية:

نعني بالمشكلات الاجتماعية، المواقف التي تضرب فيها علاقات الفرد بمحيطة داخل الأسرة وخارجها، خلال أدائه لدوره الاجتماعي، أو ما يمكن أن نسميه بمشكلات سوء التوافق مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد.

1-2-6 المشاكل الأسرية:

إن إعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت، حيث أن الأسرة بناء اجتماعي، يخضع لقاعدة التوازن والتوازن الحي، والتوازن هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الايجابية التي تتميز بالتساند والتكامل والاستمرار.

كما أن سلوك المعوق المسرف في الغضب أو القلق أو الاكتئاب تقابل من المحيطين به سلوك مسرف في الشعور بالذنب، والحيرة مما يقلل من توازن الأسرة وتماسكها، وهذا يتوقف على مستوى تعليم الوالدين، وثقافتهما ومدى الالتزام الديني بين أفراد الأسرة.

2-2-6 مشاكل العمل:

وتتمثل فيما يلي:

- *المعارضة من قبل أرباب العمل في توظيف وتعيين المعاقين.
- *عدم تكيف جوانب العمل مع قدرات المعوقين.

*وفي حالة توفر العنصرين السابقين قد يطرد المعوق من عمله نظرا للخصائص الوظيفية والمهارات الحركية التي تتطلبها.

*عدم توفر مراكز التأهيل المهني لإعداد المعاق وتأهيله مهنيا لتقليل البطالة لهذه الفئة.

*عدم وجود القوانين والأنظمة التشريعية التي ترعى حقوق المعوق في مجال عمله وخارجه.

3-2-6 مشاكل الصداقة:

تمثل جماعة الصداقة حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر، ولا يستطيع أحد أن ينكر أثر علاقات الصحبة المباشرة على النمو الاجتماعي السليم، وبالقدر الذي تتجانس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذي يتحقق لكل عضو فيها النمو والشعور بالسعادة، ومن ثم يؤدي شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم إلى اتجاهات سلبية لينطوي المعوق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001، ص. 182 - 184)

4-2-6 المشاكل التعليمية:

يثير فئة المعوقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغاراً، ومشكلة تأهيلهم إذا صاروا كباراً، فكثيراً ما يفصل المعوق نفسه عن الآخرين، ليس فقط لأن مظهره الخارجي أو سلوكه غير ملائم، ولكن يجد صعوبة في مشاركة الآخرين خاصة في تصوراتهم وشعورهم وفي متابعة الآخرين، كما يتطلب ذلك تشجيعهم على الابتعاد عنه لأنه مختلف عنهم.

فالتحاق المعوقين حركياً بالمدارس العادية يترتب عليه عدد من العراقيل والآثار هي:

*الآثار النفسية التي يحدثها التحاق الطفل بالمدارس العادية والناجم عن قلة الوعي، لدى التلاميذ والطلاب العاديين في إثارة المعوق، وإلحاق به الأذى اللفظي والجسدي، كما أن كل مظهر حسي ظاهر غير سليم يمكن أن يؤدي إلى عزلة المعوق، وابتعاده عن الآخرين، كما

أن الإثارة اللفظية باستعمال التسميات، والسخرية والاستهزاء بإعاقة الفرد لها آثار نفسية كبيرة، وتؤدي إلى نشوء الأمراض النفسية.

* عدم مراعاة قدرات الإعاقة الجسمية والاضطرابات المصاحبة لمثل هذه الحالات في عملية التكيف المدرسي سواء بالمناهج ، أو المرافق العامة ووسائل المواصلات.

* غياب التشريع التربوي الذي ينص على تعلم المعوق وتأهيله أكاديميا ضمن البرامج التربوية العادية لفئات المعوقين، خاصة لذوي القدرات العقلية الطبيعية. (ماجدة السيد عبيد، 1999، ص. 45)

ومن خلال الدراسات النفسية والتربوية حول ردود أفعال ذوي العاهات تبين أنهم يتمتعون بحساسية مفرطة إزاء عاهاتهم، لذي ينصح المختصين في التربية العلاجية إلى عدم معاملتهم من خلال تلك العاهة، بل من خلال قدراتهم وكفاءتهم في الأداء من خلال التكيف والتعويض، هذا لاستعادتها والمشاركة بها في النشاطات اليومية ومواجهة المواقف والظروف التي تفرضها الحياة الاجتماعية.

-7- الوقاية من الإعاقة و برامجها:

تعتبر الإعاقة هاجسا وعبئا ثقيلا على العديد من المجتمعات خاصة منها التي لا تملك من الوسائل والإمكانيات المادية والبشرية ما يساعدها ويضمن لها التكفل بهاته الشريحة من مواطنيها، لهذا تبقى الوقاية من الإعاقة خطوة أولية وضرورية يجب على كل المجتمعات تبني برامجها والحرص على تنفيذها سواء من طرف الدولة أو الأسرة، وفيما يلي سنتطرق إلى مفهوم الوقاية من الإعاقة ونعرض برامجها فيما بعد:

-1-7 مفهوم الوقاية من الإعاقة:

تبنّت منظمة الصحة العالمية في عام (1979) مفهوماً جديداً للوقاية على أنها مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى التقليل من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى العجز في الوظائف الفيزيولوجية أو السيكولوجية، والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرص للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته بأقل درجة ممكنة، وتوفير الفرصة له لتحقيق حياة أخرى ما تكون إلا حياة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي. (القيروني وآخرون، 1995، ص. 205)

أما "الحيدري" (1985)، فتعرف الوقاية على أنها التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والتخفيف من آثارها إذا وقعت، أما "سميت" (1992) فتعرف الوقاية على أنها تجنب ظهور حالات الإعاقة وبشير "الراجحي" (1982)، إلى ثلاثة مستويات للوقاية:

*المستوى الأول ويتعلق باتخاذ الإجراءات والتدابير الوقائية التي تحول دون حدوث الأسباب المؤدية للإعاقة.

*المستوى الثاني ويتعلق باتخاذ الإجراءات والتدابير الوقائية التي تحول دون تطور الإصابة وذلك بعدد من الإجراءات الوقائية.

*المستوى الثالث: ويتعلق باتخاذ الإجراءات والتدابير الوقائية التي تعمل على التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة أثناء حدوثها. (الروسان فاروق، 1998، ص. 204)

وتبدو أهمية الوقاية من الإعاقة في تجنب كثير من الآثار النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية التي تحدث للفرد المعوق ولذويه، ومن هنا جاء اهتمام كافة الجهات والقطاعات ذات العلاقة ببرامج الإعاقة، خاصة إذا تذكرنا إمكانية تجنب العديد من حالات الإعاقة، إذا اتخذنا التدابير والبرامج الوقائية، التي تتطلب جهوداً وطنية واسعة يشارك فيها الفرد والأسرة

والمجتمع، فالإعاقة تفرض تدابير عديدة قبل الزواج وقبل الحمل وقبل الميلاد، أثناءه وبعده.

وعليه فلا بد من إعداد أفراد المجتمع للأبوة والأمومة، ونشر المعلومات حول عوامل الخطر الرئيسية وسبل تجنبها وتشجيع البحوث والدراسات التي تتناول أسباب الإعاقة وكيفية الوقاية منها. (جمال الخطيب، 1998، ص. 29)

-2-7 برامج الوقاية من الإعاقة:

1-2-7 برنامج الإرشاد الجيني:

ويتضمن هذا البرنامج في مساعدة الآباء والأمهات الذين هم في مقتبل الزواج، أو الذين حدثت لديهم حالات من الإعاقة على معرفة بعض المعلومات ذات العلاقة، ويقصد بذلك توعية الآباء والأمهات حول أثر العوامل الوراثية، أو أثر إصابة أحد الوالدين أو أقاربه على إنجاب أطفال معوقين.

2-2-7 برنامج العناية الطبية أثناء الحمل:

يهتم هذا البرنامج بمساعدة الأمهات والحوامل وتوعيتهم حول العوامل التي تؤثر على إنجاب أطفال معوقين، منها العوامل المرتبطة بالتغذية الجيدة على صحة الطفل، وبيان دور إصابة الأم بالأمراض، وخاصة أمراض الحصبة الألمانية، والزهري وأثر ذلك على الحمل، عدم التعرض للأشعة (Rayon x)، وبيان أثر ذلك على صحة الجنين، وخاصة في الأشهر الأولى للحمل، عدم تناول العقاقير والأدوية المضرة لصحة الجنين، وكذا توعية الأمهات الحوامل حول أثر العوامل النفسية على صحة الجنين.

3-2-7 برنامج توعية الآباء والأمهات حول التشخيص المبكر:

قد تبدو بعض مظاهر الإعاقة واضحة بطريقة ما، منذ الولادة وقد يشك في بعض المظاهر التي تبدو على الطفل الجديد، والتي تدل على احتمال حدوث الإعاقة، ومن هنا فإنه لا بد من توعية الأولياء حول المظاهر التي يجب الانتباه لها، من مثل تأخر بعض حالات النمو الحركي، لأن اكتشاف تلك الحالات قد يساعد على التخفيف أو القضاء عليها.

4-2-7 برنامج توعية الأولياء حول موضوع السلامة العامة:

ويتضمن هذا البرنامج توعية الأولياء حول كيفية استعمال الأدوات التي تشكل خطراً على حياة الأسرة أو إصابتها بإحدى مظاهر الإعاقة ويشمل هذا البرنامج أيضاً توعية الأسرة حول كيفية استعمال الغاز، الأدوات الكهربائية، الأدوات الحادة، وكيفية قطع الشوارع، احترام قوانين المرور، معرفة أولية للمساعدات أثناء الكوارث، احترام القواعد الوقائية في العمل. (الروسان فاروق، 1998، ص. 215)

هذا إلى جانب برامج وقائية أخرى كتوعية الأمهات حول السن المناسب للحمل، وكذا العناية الطبية والولادة في المستشفى، وموضوع التطعيم، ويبقى على عاتق الأطراف والجهات الوصية لتنفيذ البرامج للتصدي لمثل هذه الإعاقات التي تؤثر على المجتمع من جميع النواحي.

8- عوامل التنمية النفسية للمعاقين:

1-8 العوامل الذاتية:

الإنسان العاقل المؤمن لا يلجأ إلى الكبت وأحلام اليقظة والتبرير الجدلي، ولكن هو يرضى رضا قانعا بقدره، فيحقق التكيف الكامل بينه وبين نفسه، ثم هو أيضا يواصل شوطا جديدا في الحياة بالمعاناة السامية، وقهر العجز والتفاعل الحي مع البيئة والمجتمع، ولا يمكن أن ينجح الإنسان في تحقيق ذلك إلا إذا أعاد تنظيم الشخصية بأكملها بوعي ناضج على أساس جديد لتحقيق وحدتها وتكاملها بتأثير المثل العليا الأخلاقية والدينية أو الروحانية، وعليه أيضا القيام بعملية التربية الذاتية لتتقوية ميوله بما يشوبه من عوامل الضعف والاستسلام.

-2-8 العوامل الاجتماعية:

مما لا شك فيه أن نظرة المجتمع إلى المعوق، بل والفكرة السائدة اجتماعيا، عن الشلل بالذات تشكل جانبا من النظرة الاجتماعية للمعوق، فالشلل ليس بأقصى ما يصاب به الفرد وأن هذه الإصابة أو ذلك ينبغي اعتبار كلها مسائل نسبية ترجع إلى قدرة الفرد نفسه على استيعاب وتمثيل المشكلة في إطار الظروف الاجتماعية المحيطة به، وعلى المجتمع والأفراد أن يدركوا بأن الشلل قد يكون أهون من بعض ألوان الفقر والعوز والحرمان. (مروان عبد المجيد، 1997، ص. 46)

خلاصة:

مما سبق ذكره نتفق أن الإعاقة بصفة عامة والحركية بصفة خاصة تكون حاجزا أمام الشخص، بغض النظر عن أصلها، فتحد من إمكانيته العملية وخاصة العلاقات الاجتماعية، وتؤثر سلبا على سماته الشخصية، فنظرة المجتمع إليه والتركيز على إعاقته، كل هذا يحد من اندماجه في المجتمع الذي أصبح مادي في تفكيره، كذلك فإن مشاعر النقص والعجز التي تنتاب المعاق من حين لآخر قد تؤثر على مستوى تكيفه النفسي، فالإعاقة التي تفرض حدا للنشاط ، لها آثار سلبية على تطور الشخصية الإنسانية التي نتصف بالاتزان و التكامل.

الباب الثاني

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

منهجية البحث

و اجراءاته الميدانية

تمهيد:

لقد تناولنا في هذا الفصل منهج الدراسة المستخدم وكذلك اختيار ووصف العينة التي طبقت عليها هذه الدراسة كما تم عرض الأدوات المستخدمة، وأخيرا تناولنا الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل الإحصائي مع فروض الدراسة.

1- المنهج المتبع:

2- الدراسة الاستطلاعية:

كأساس جوهري لبداية البحث تبين لنا إجراء خطوات أولية لازمة وذلك باعتماد دراسة استطلاعية لإزالة اللبس و الغموض في هذه الدراسة، و لتكوين و أخذ نظرة عن الأشخاص المعاقين حركيا، و هل هي ملائمة مع طبيعة دراستنا و كذلك قصد تجربة بحثه لمعرفة صلاحيتها، و صدقها لضمان دقة وموضوعية النتائج المحصل عليها في النهاية، و تسبق هذه الدراسة الاستطلاعية العمل الميداني وتهدف لقياس مستوى صدق و ثبات الأداة المستخدمة في هذه الدراسة مقياس التوافق النفسي الاجتماعي و كذلك معرفة مختلف الظروف المحيطة بعملية التطبيق.

و كان الغرض من هذه الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

* معاينة و معرفة حجم المجتمع الأصلي و مميزاته وخصائصه.

* التأكد من صلاحية أداة البحث (مقياس التوافق النفسي الاجتماعي) و ذلك من خلال

التعرض للجوانب التالية:

- وضوح البنود و ملائمتها لمستوى العينة وخصائصها.

- التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس المستخدم(الصدق و الثبات).

- التأكد من وضوح التعليمات.

* المعرفة المسبقة لظروف إجراء الدراسة الميدانية الأساسية، و بالتالي تفادي الصعوبات و العراقيل التي من شأنها أن تواجهها.

3- مجالات الدراسة:

3-1- المجال الزمني للبحث:

3-2- المجال المكاني:

4- مجتمع البحث:

4-1- مجتمع العينة:

4-2- عينة البحث و كيفية اختيارها:

يواجه الباحث عند شروعه القيام ببحثه مشكلة تحديد نطاق العمل، أي اختيار مشكلة مجتمع البحث و العينة و من المعروف أن أحد أهداف البحث العلمي هو إمكانية إقامة تعميمات على الظاهرة موضوع الدراسة إلى غيرها من الظواهر، والذي يعتمد على درجة كفاية العينة المستخدمة في البحث.

" فالعينة إذاً هي ذلك الجزء من المجتمع يتم اختيارها وفق قواعد وطرق علمية بحيث تمثل المجتمع تمثيلاً صحيحاً ". (كامل محمد المغربي، 2002: 139)

وعلى هذا الأساس يتكون مجتمع بحثنا من مجموعة من الأشخاص المعاقين حركياً، ثم اختيار عينة منهم مقصودة من حيث الجنس و طبيعة الإعاقة (المعاقين حركياً)، و عشوائية من حيث الخصائص الفردية للمعوقين حركياً (السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، سن الإصابة بالإعاقة) و قد تم تطبيق الدراسة على مجموعة من الأشخاص المعاقين

حركيا، حيث كان عددهم 120 شخص موزعين على مجموعتين، مجموعة ممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة التنافسية ومجموعة غير ممارسة لهذه الأنشطة.

5- أدوات البحث:

إن أداة البحث وسيلة أو طريقة تستطيع من خلالها حل أو الإجابة عن مشكلة بحثنا بالاعتماد عليها وبالنسبة لبحثنا استخدمنا مقياس التوافق النفسي الاجتماعي.

كيفية تطبيق وتصحيح المقياس المطبق:

مقياس تقدير الذات:

قبل إجراء التطبيق الميداني النهائي لأداة البحث والمتمثل في توزيع مقياس التوافق النفسي الاجتماعي على أفراد العينتين أي المعاقين حركيا الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة كان لا بد من المرور بالمراحل والخطوات الأساسية التالية:

إبراز الخصائص السيكومترية للمقياس المطبق:

لقد تم التأكد من ثبات و صدق مقياس التوافق النفسي الاجتماعي من طرف العديد من الباحثين الذين طبقوه في الدراسات السابقة في البيئة العربية، و كنموذج لذلك نأخذ الدراسة التي قام بها الباحث مويبي فريد أثناء تناوله للموضوع تقدير الذات وعلاقته بدافع الانجاز عند لاعبي كرة القدم في الجزائر، حيث تبين له من خلال الدراسة أن معامل ثبات المقياس كان مقبولا و قد بلغ ثباته (0.65) و هذا باستعمال المقارنة الطرفية وهي درجة دالة إحصائيا.(مويبي فريد،2004: 84)

وبهدف التعرف على الخصائص السيكومترية للأداة المطبقة في بحثنا، و حساب معامل الثبات و معامل الصدق قمنا بتطبيقه على(20) معاق من أفراد العينة الإجمالية

حيث اخترنا (10) معاقين يمثلون عينة الممارسين و (10) معاقين يمثلون العينة الغير ممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة.

* الثبات:

يعتبر ثبات الاختبار صفة أساسية، يجب أن يتمتع بها الاختبار الجيد إذ يعرفه مقدم عبد الحفيظ (1993) "بأنه مدى الدقة والاتساق واستقرار النتائج عند تطبيق أدوات جمع المعلومات على عتبة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين". (مقدم عبد الحفيظ، 1993: 152)

أما في هذه الدراسة أعيد حساب ثبات مقياس التوافق النفسي الاجتماعي الذي أعده "للدكتور " والمطبق في بحثنا للتأكد من سلامته وملائمته لموضوع الدراسة، وذلك عن طريق تطبيق معامل α كرومباخ.

تم حساب معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار (Test.Retest) لأننا بصدد دراسة عينتين مختلفتين (ممارسة وغير ممارسة) وكانت المدة بين التطبيق الأول والثاني 15 يوم بين الدرجات الأولى والثانية لإيجاد الارتباط بين درجات المقياس ثم طبقنا علاقة معامل الثبات (α كرومباخ) من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة.

قمنا بتطبيق الخطوات السابقة مرة على العينة الممارسة (10) معاقين حيث بلغت قيمة (α كرومباخ) 0.95 وهي درجة دالة إحصائياً، ومرة على العينة الغير الممارسة (10) معاقين فكانت (α كرومباخ) 0.95 وهي كذلك درجة دالة إحصائياً على العينة الكلية (20) معاق حيث بلغت قيمة (α كرومباخ) الإجمالية 0,95 كذلك هي درجة دالة إحصائياً على معامل ثبات مرتفع يطمئن ثبات المقياس ككل.

* المراحل التي قمنا بها لحساب معامل الثبات وهي كما يلي:

الجدول رقم(1): يبين كيفية حساب معامل ثبات مقياس التوافق النفسي الاجتماعي للمعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة.

الرقم	درجات القياس الأول ص 1	درجات القياس الثاني ص 2	ص 1 × ص 2	ص (1) 2	ص (2) 2
01	198	196	38808	39204	38416
02	189	188	35532	35721	35344
03	161	160	25760	25921	25600
04	212	214	45368	44944	45796
05	197	198	39006	38809	39204
06	228	229	52212	51984	52441
07	216	215	46440	46656	46225
08	233	234	54522	54289	54756
09	232	230	53360	53824	52900
10	230	231	53130	52900	53361
∑	2096	2095	444138	444252	444043

أ- حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات القياسين

$$R = \frac{n \cdot \sum (ص 1 \cdot ص 2) - (\sum ص 1)^2 \cdot (\sum ص 2)^2}{\sqrt{[n \cdot \sum (ص 1)^2 - (\sum ص 1)^2] \cdot [n \cdot \sum (ص 2)^2 - (\sum ص 2)^2]}}$$

ب- حساب معامل ثبات α كرومباخ

$$\alpha \text{ كرومباخ} = 2(R) / 1 + (R)$$

الجدول رقم (١): يبين كيفية حساب معامل ثبات مقياس التوافق النفسي الاجتماعي للمعاقين حركيا غير الممارسين للأنشطة البدنية الرياضية المكيفة.

الرقم	درجات القياس الأول ص 1	درجات القياس الثاني ص 2	ص 1 × ص 2	ص (1) 2	ص (2) 2
01	140	141			
02	144	142			
03	150	152			
04	155	156			
05	151	150			
06	148	150			
07	143	145			
08	153	151			
09	158	157			
10	155	154			
Σ					

أ- حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات القياسين:

$$R = \frac{n \cdot \text{مج (ص 1} \cdot \text{ص 2)} - (\text{مج ص 1}) \cdot (\text{مج ص 2})}{\sqrt{[n \cdot \text{مج (ص 1)}^2 - (\text{مج ص 1})^2] \cdot [n \cdot \text{مج (ص 2)}^2 - (\text{مج ص 2})^2]}}$$

ب- حساب معامل ثبات α كرومباخ:

7- الأساليب الإحصائية المستعملة:

إن طبيعة الموضوع و الهدف منه يفرض أساليب إحصائية خاصة، تساعد الباحث في الوصول إلى نتائج و معطيات يفسر ويحلل من خلالها الظاهرة المراد دراستها، و قد تم الاعتماد في هذه الدراسة على جملة من الأساليب الإحصائية المناسبة و هي:

7-1- الإحصاء الوصفي : ويتضمن الأساليب التالية:

المتوسط الحسابي: يعتبر من أكثر الأساليب الإحصائية تداولاً وهو أحد مقاييس النزعة المركزية ويعني إبراز مدى انتشار الدرجات في الوسط. (محمود السيد أبو النيل، 1987: 101)
الانحراف المعياري: يعتبر من أهم مقاييس التشتت ويعرف على أنه الجذر التربيعي لمتوسط مربعات القيم عن متوسطها الحسابي و يفيدنا في معرفة طبيعة توزيع الأفراد أي مدى انسجام العينة. (مقدم عبد الحفيظ، 1993: 71)

يحسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري على الترتيب وفق المعادلتين:

$$ع =$$

النسبة المئوية:

استعملت في هذه الدراسة لغرض تقدير عدد أفراد العينة الاستطلاعية وكذا تقدير أفراد مجتمع الدراسة الأساسية حسب متغيرات البحث

6-6- الإحصاء الاستدلالي :

معامل الارتباط بيرسون:

و يستعمل للكشف عن دلالة العلاقات والارتباطات و تمت الاستعانة بهذا الأسلوب لمعرفة مدى فاعلية الأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة في الرفع من مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى المعاقين حركيا الممارسين والغير الممارسين لهذه الأنشطة.

يحسب معامل الارتباط وفق المعادلة:

$$R = \frac{n \cdot \text{مج} (ص1 \cdot ص2) - (\text{مج} ص1) (\text{مج} ص2)}{\sqrt{[n \cdot \text{مج} (ص1^2) - (\text{مج} ص1)^2] [n \cdot \text{مج} (ص2^2) - (\text{مج} ص2)^2]}}$$

الاختبار $T(\text{Test})$: ويستخدم هذا الأسلوب في حساب دلالة الفروق ما بين متوسطي العينتين

معامل الثبات (α كرومباخ):

تم استعمال معامل الارتباط لقياس الثبات لمختلف الأبعاد في المقياس من خلال توظيف القيم في المعادلة التالية:

معامل ثبات (α كرومباخ)

حيث r : معامل الارتباط بين قيم نصفي البعد

1 ، :2ثوابت

حجم التأثير: و للتعرف على أثر الأنشطة الرياضية المكيفة على تحسين وكذا الرفع من مستوى تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية قام الباحث باستخدام معادلة حجم التأثير،

حيث قام بحساب مربع ايتا "d" مع تحديد القيم المرجعية لضبط مستوى حجم التأثير بالنسبة لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس. وقد أعطى كوهن تفسيراً لقيمة "d" حجم التأثير.

معادلة حجم التأثير: مربع ايتا = $2t$

$2t$ + درجات الحرية

برنامج (SPSS):

وتعني كلمة SPSS الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وهي حزم حاسوبية متكاملة لإدخال البيانات وتحليلها، وتستخدم عادة في جميع البحوث العلمية التي تتمثل على العدد من البيانات الرقمية و لا تقتصر على البحوث الاجتماعية فقط بالرغم أنها أنشأت أصلاً لهذا الغرض، و لكن اشتمالها على معظم الاختبارات الإحصائية (تقريباً) و قدرتها الفائقة في معالجة البيانات و توافقها مع معظم البرمجيات المشهورة جعل منها أداة فعالة لتحليل شتى أنواع البحوث العلمية .

ويستطيع SPSS قراءة البيانات من معظم أنواع الملفات ليستخدمها لاستخراج النتائج على هيئة تقارير إحصائية أو أشكال بيانية اعتدالياً أو إحصائياً وصفيًا بسيطاً أو مركباً و تستطيع الحزم جعل التحليل الإحصائي مناسباً للبحث المبتدئ والخبير على سواء .

1- عرض و تحليل نتائج استمارة خصائص عينة الدراسة:

الجدول رقم (1):

المعاقين حركيا غير الممارسين		المعاقين حركيا الممارسين لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة		الجنس
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
71.66	43	100	60	ذكر
28.33	17	00	00	أنثى

نلاحظ من خلال الجدول رقم (1) أن كل أفراد العينة الممارسة لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة كانوا من جنس الذكور، بينما نجد في العينة غير الممارسة وجود الاناث بالنسبة (28.33%)، أما الذكور فكانوا يمثلون (71.66%) من العينة الكلية.

الجدول رقم (2): يوضح توزع أفراد العينة وفقا للسنة:

المعاقين حركيا غير الممارسين		المعاقين حركيا الممارسين لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة		الفئات بالسنوات
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
33.33	20	15	9	25-20
55	33	10	6	30-26
11.66	7	18.33	11	35-31
00	00	25	15	40-36
00	00	31.66	19	45-41

يبين لنا من خلال الجدول رقم (2) أنا (31,66%) من العينة الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة ينحصر سنهم بين (41-45 سنة) وهي أكبر نسبة، بينما نجد أن أكبر نسبة من العينة غير الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة تمثل (55%) و ينحصر سنهم بين (26-30 سنة)، أما أصغر نسبة من العينة الممارسة فهي (10%) و نجدها محصورة

بين (26-30 سنة)، و تقابلها من العينة غير الممارسة ب نسبة (00%) و ينحصر سنهم من (36-45 سنة).

- نستنتج مما سبق أن أغلب لاعبي النوادي الرياضية الخاصة بكرة السلة على الكراسي المتحركة تعتمد على اللاعبين الأكثر خبرة في مجال الممارسة نظرا لخصوصية هذا المجال الرياضي الذي يعتمد على عنصر الخبرة و اللياقة البدنية.

الجدول رقم (): يوضح توزيع أفراد العينة و فق عامل أصل الاعاقة.

المعاقين حركيا غير الممارسين		المعاقين حركيا الممارسين لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة		الحالة العائلية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
81.66%	49	31.66%	19	أعزب
18.33%	11	68.33%	41	متزوج
00%	00	00%	00	مطلق

يوضح لنا الجدول رقم(): يوضح لنا الجدول أنا نسبة كبيرة من المعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة متزوجون و قدرت نسبتهم ب (68.33%)، بينما نجدها عند العينة غير الممارسة بنسبة (18.33%)، في حين بلغت نسبة غير المتزوجون للعينة الممارسة ب (31.66%)، و تقابلها من الجهة الأخرى نسبة (81.66%) و هي نسبة كبيرة جدا.

- نستنتج من خلال هذا الجدول أنا أغلب أفراد العينة الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة متزوجون و هذا راجع لمعدل سنهم المرتفع، و كذا لتوفرهم على مناصب عمل و حصولهم على منح من خلال المباريات خاصة بالنسبة لفريقي نور حمادي و اتحاد الرياضي لبوفاريك اللذين ينافسون على الألقاب، في حين نجد أن نسبة

(81.66%) من العينة غير الممارسة للأنشطة الرياضية عزاب و هذا راجع لكون أغلب أفراد العينة مازالوا يزاولون تكوينهم في مراكز التكوين المهني للمعاقين.

الجدول رقم (): يوضح توزع أفراد العينة وفق عامل الحالة المهنية.

المعاقين حركيا غير الممارسين		المعاقين حركيا الممارسين لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة		الحالة المهنية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
15	09	61.66	37	عامل
85	51	38.33	23	بطل

يتبين لنا من خلال الجدول رقم () أن نسبة (61.66%) من المعاقين حركيا الممارسين لكرة السلة على الكراسي المتحركة هم من فئة العمال، في حين نجدها عند غير الممارسين (15%)، أما فيما يخص البطالة فنجدها عند الممارسين بنسبة (38.33%) أما عند غير الممارسين فنجدها (85%).

- نستنتج من خلال ما يبينه الجدول رقم () أن نسبة كبيرة من الممارسين لكرة السلة على الكراسي المتحركة هم من فئة العمال، وهذا راجع لكون أن الممارسين يقيمون علاقات مع رؤساء المصالح من خلال حضورهم المباريات وخاصة بالنسبة للنوادي التي تلعب على الألقاب، وكذا رؤساء النوادي اللذين لهم دور كبير في توظيف بعض اللاعبين، أما بالنسبة للفئة غير ممارسة فأغلبهم بدون عمل و هذا راجع لكون معظمهم مازالوا يزاولون تكوينهم في مراكز التكوين.

الجدول رقم (): يوضح توزيع أفراد العينة وفق عامل أصل الإعاقة.

المعاقين حركيا غير الممارسين		المعاقين حركيا الممارسين لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة		أصل الإعاقة
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
40	24	21.66	13	خلقية
60	36	78.33	47	مكتسبة

نلاحظ من خلال الجدول رقم () أن أغلب أفراد العينة الممارسة لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة هم من ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة، حيث بلغت نسبتهم (78.33%)، في حين نجدها عند غير الممارسين (60%)، أما فيما يخص الإعاقة الخلقية فنجدها عند الممارسين (21.66%) بالمقابل عند غير الممارسين نجدها تمثل نسبة (40%) من العينة.

الفصل الخامس:

تحليل و مناقشة

النتائج

2- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة:

* عرض و تحليل نتائج بعد التوافق الشخصي:

الجدول رقم (): يبين المقارنة بين المتوسط الحسابي الحقيقي و النموذجي لفقرات البعد الأول الخاص بالفرضية الأولى لفئة المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة:

الصفات مع الترتيب	درجات الممارسين	درجات غير الممارسين
01- هل لديك ثقة في نفسك بدرجة كافية	165	137
02- هل أنت متفائل بصفة عامة	164	117
03- هل لديك رغبة في الحديث عن نفسك و عن إنجازك امام الاخرين	158	118
04- هل انت قادر على مواجهة مشكلاتك بقوة و شجاعة	170	131
05- هل تشعر أنك شخص له فائدة و نفع في الحياة	168	116
06- هل تتطلع لمستقبل مشرق	162	113
07- هل تشعر بالراحة النفسية و الرضا في حياتك	168	106
08- هل أنت سعيد و بشوش في حياتك	157	91
09- هل تشعر أنك شخص محظوظ في الدنيا	151	105
10- هل تشعر بالاتزان الانفعالي و الهدوء أمام الناس	164	111
11- هل تحب الآخرين و تتعاون معهم	169	91
12- هل أنت قريب من الله بالعبادة و الذكر دائما	163	137
13- هل أنت ناجح و متوافق مع الحياة	158	114
14- هل تشعر بالأمن و الطمأنينة النفسية و أنك في حالة طبية	163	107
15- هل تشعر باليأس و تهبط همتك بسهولة	145	103
16- هل تشعر باستياء و ضيق من الدنيا عموما	148	106
17- هل تشعر بالقلق من وقت لآخر	152	112

90	154	18- هل تعتبر نفسك عصبي المزاج الى حد ما
93	159	19- هل تميل لأن تتجنب المواقف المؤلمة بالهرب منها
118	162	20- هل تشعر بنوبات صداع او غثيان من وقت لآخر
	53.26	المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة الممارسة
	36.91	المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة غير الممارسة
	40	المتوسط الحسابي النموذجي
		المقارنة بينهما

نلاحظ من خلال الجدول رقم () أن نتائج العبارات الخاصة ببعد التوافق الشخصي قد تفاوتت من خلال الدرجات المسجلة و التي قد انحصرت ما بين (151-170)، و عند ملاحظتنا للنتائج المسجلة في هذا المحور كانت أعلى درجة للعبارة رقم (04) و التي تشير الى قدرة المعاق على مواجهة مشكلاته بكل قوة و شجاعة، حيث بلغت درجتها (170)، في حين كانت أقل درجة للعبارة رقم (09) و التي تشير الى شعور المعاق بأنه شخص محظوظ في الدنيا، هذا عند الفئة الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة، أما عند الفئة غير الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة، نجد أن دراجتهم قد تراوحت على مستوى نفس البعد ما بين (90-137) و قد أخذت الفقرة رقم (01) التي تشير الى ثقة المعاق بنفسه بدرجة كافية أكبر درجة، حيث بلغت (137) في حين كانت أخفض درجة من نصيب العبارة رقم (18) التي تشير الى أن المعاق عصبي المزاج الى حد ما.

يبين لنا الجدول رقم () أن المتوسط الحسابي الحقيقي عند الفئة الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة قد قدر بـ (53.26)، في حين قدر المتوسط الحسابي الحقيقي عند الفئة غير الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة بـ (36.91)، و عند مقارنة المتوسطات الحسابية الحقيقية بالنموذجية نجد أن المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة أكبر من المتوسط الحسابي النموذجية، في حين نجد المتوسط الحسابي الحقيقي

للفئة غير الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة أصغر من المتوسط الحسابي النموذجي
(36.91<40<53.26).

دراسة دلالة الفروق الإحصائية بين المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين
للأنشطة الرياضية المكيفة:

الجدول رقم (1): يبين قيم المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعده التوافق الشخصي:

الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	درجة الحرية	قيمة ت t	قيمة الدلالة	التعليق
المعاقين الممارسين	160	4.05	60	59	25.87	0.000	دالة
المعاقين غير الممارسين	110.8	2.31	60				

تبين لنا نتائج الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لدرجات المعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة قد بلغ (160) و هذا بانحراف معياري قدر بـ (4.05) و هذا لصالح بعد التوافق الشخصي، بينما نجد المتوسط الحسابي للعينة غير الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة قد بلغ (110.8) و هذا بانحراف معياري قدر بـ (2.31). و عند مقارنة المتوسط الحسابي نجد أن المتوسط الحسابي للعينة الممارسة كان أكبر منه عند العينة غير الممارسة أي (110.8<160)، و كان الانحراف المعياري على نفس الاتجاه أي (2.31<4.05).

من خلال قراءتنا لهذه النتائج يتبين لنا أن التوافق الايجابي للمعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة على مستوى بعد التوافق الشخصي، كان أكبر مقارنة بفئة

المعاقين حركيا غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة، مما يؤكد مدى أهمية الممارسة الرياضية المكيفة لهاته الفئة على ذلك البعد المهم من التوافق الشخصي، هذا ما أكدته دراسة " ايمان عبد الأمير الخزرجي" حيث توصلت بأن ممارسة الأنشطة الرياضية تؤدي الى تحسين القدرات الحركية و الحسية و البدنية و الاجتماعية لفئة المعاقين بشكل خاص، من حيث أنها تكسب الفرد المعاق الثقة بالنفس بما تحتويه من ألعاب متنوعة و مهارات حركية أساسية، و بما تتجه من فرص متكررة للتعبير عن النفس و الذات و النجاح في المواقف المختلفة، و بالتالي تلعب دورا هاما في تكوين شخصية المعاق و تكيفه الشخصي.

(ايمان عبد الأمير الخزرجي:2001: 117)

يوضح كل من حلمي ابراهيم و ليلي السيد فرحات في كتابهم التربية الرياضية و الترويج للمعاقين (1998) أن للممارسة الرياضية المكيفة أهداف تفوق كونها علاجا بدنيا، اذ تساهم في تنمية الاتجاهات السليمة نحو الشخصية السوية و زيادة الثقة بالنفس و بالغير عن طريق استغلال القدرات و الامكانيات المتاحة للشخص صاحب الاعاقة، و تنمية قدراته و تكيف نزعاته و ميوله بطريقة تساعده على اكتساب المهارات أي الاعتماد على النفس في قضاء الحاجيات، و عدم الاعتماد على الغير مع امكانية العيش مستقبلا معتمدا على الذات فقط.

إذا نستنتج من خلال كل ما سبق وجود فروق دالة إحصائية بين المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية و هذا على مستوى بعد التوافق الشخصي حيث ساهمت الممارسة في ظهور آثار إيجابية وفق هذا البعد الهام من أبعاد التوافق النفسي و هذا ما يؤكد صحة الفرضية المقترحة كحل مؤقت في بداية الدراسة و بالتالي نقبل الفرضية التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى التوافق الشخصي بين المعوقين حركيا الممارسين للنشاط البدني الرياضي المكيف و غير الممارسين، و هذا لصالح عينة الممارسين .

* عرض و تحليل نتائج بعد التوافق الصحي:

الجدول رقم (): يبين المقارنة بين المتوسط الحسابي الحقيقي و النموذجي لفقرات البعد الثاني الخاص بالفرضية الثانية لفئة المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة

الفقرات مع الترتيم		
135	155	21- هل حياتك مملوءة بالنشاط و الحيوية معظم الوقت
132	163	22- هل لديك قدرات و مواهب متميزة
123	165	23- هل تتمتع بصحة جيدة و تشعر أنك قوي البنية
128	174	24- هل أنت راض عن مظهرك الخارجي
130	162	25- هل تساعدك صحتك على مزاوله الأعمال بنجاح
116	160	26- هل تهتم بصحتك جيدا و تتجنب الاصابة بالمرض
107	161	27- هل تعطي نفسك قدر من الاسترخاء و الراحة للمحافظة على صحتك في حالة جيدة
104	158	28- هل تعطي نفسك قدرا كافيا من النوم للمحافظة على صحتك
118	165	29- هل تعاني من بعض العادات مثل(قضم الأظافر- الغمز بالعين)
113	146	30- هل تشعر بصداع و ألم في رأسك من وقت لآخر
113	146	31- هل تشعر أحيانا بحالات برودة أو سخونة
116	152	32- هل تعاني من مشاكل و اضرابات الأكل (سوء الهضم- فقدان الشهية)
111	146	33- هل يدق قلبك بسرعة عند قيامك بأي عمل
109	143	34- هل تشعر بالإجهاد و ضعف الهمة من وقت لآخر
101	151	35- هل تتصبب عرقا أو ترتعش يدك عندما تقوم بعمل

104	144	36- هل تشعر أحيانا أنك قلق و أعصابك غير متزنة
115	152	37- هل يعوقك وجع ظهرك أو يدك عن مزاوله العمل
104	164	38- هل تشعر أحيانا بصعوبة في النطق و الكلام
105	161	39- هل تعاني من امسك (اسهال) كثيرا
111	154	40- هل تشعر بالنسيان أو عدم القدرة على التركيز من وقت لآخر
52.03		المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة الممارسة
38.25		المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة غير الممارسة
40		المتوسط الحسابي النموذجي
		المقارنة بينهما

يوضح لنا الجدول رقم () أن درجات المعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة قد تفاوتت من حيث القيم و هذا على مستوى بعد التوافق الصحي، حيث انحصرت بين (143-174) وقد سجلت أقل درجة وفقا للعبارة رقم (34) التي تشير الى أن المعاق يشعر بالإجهاد و ضعف الهمة من وقت لآخر حيث بلغت (143) أما أعلى درجة جاءت من نصيب العبارة رقم (24) التي تشير الى رضى المعاق عن مظهره الخارجي وقد بلغت (174)، أما الفئة غير الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة وهذا على مستوى بعد التوافق الصحي حيث جاءت النتائج متراوحة ما بين (101-135) وقد سجلت أعلى درجة في هذا البعد من نصيب العبارة رقم (21) التي تشير الى أن حياة المعاق مملوءة بالنشاط و الحيوية معظم الوقت حيث بلغت (135) و جاءت أقل درجة من نصيب العبارة رقم (35) التي أشارت الى تصيب المعاق عرقا أو ترتعش يداه عندما يقوم بعمل.

أما في ما يخص نتائج المتوسطات الحسابية نجد أن المتوسط الحسابي الحقيقي لدرجات المعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة على مستوى بعد التوافق الصحي قد قدر ب (52.03)، بينما جاء المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة غير الممارسة للأنشطة

الرياضية المكيفة ب (38.25)، فيما قدر المتوسط الحسابي النموذجي ب (40) و عند مقارنة المتوسطات، نجد أن المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة أكبر من المتوسط الحسابي النموذجي أي ($38,25 < 40 < 52,03$).

دراسة دلالة الفروق في مستوى بعد التوافق الصحي بين المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة:

الجدول رقم (): يبين قيم المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري ل بعد التوافق الصحي:

الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	درجة الحرية	قيمة ت t	قيمة الدلالة	التعليق
المعاقين الممارسين	156,1	4,95	60	59	22,69	0,000	دالة
غير الممارسين	109,5	3,07	60				

تبين لنا نتائج الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لدرجات المعاقين الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة قد بلغ على مستوى بعد التوافق الصحي (156,1) و ذلك بانحراف معياري قدر ب (4,95)، بينما نجد المتوسط الحسابي لعينة المعاقين حركيا غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة قد بلغ (109,5) و هذا بانحراف معياري قد بلغ (3,07).

عند مقارنة نتائج المتوسطات الحسابية، نجد أن المتوسط الحسابي للعينة الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة أكبر منه عند العينة غير ممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة أي ($109,5 < 156,1$).

من خلال ما سبق و عند قراءتنا للنتائج المحصل عليها يتضح لنا ان التوافق الايجابي لفئة المعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة كان أكبر منه عند الفئة غير

الممارسة، حيث يمكن تفسير هذه النتائج من جهة أن الشخص الأكثر توافقاً لصورة جسمه و شكله و صحته تجعله من أصحاب التوافق المرتفع، فعموماً الشخص الأكثر تقديراً لصورة جسمه المدركة يتصف بالإيجابية و السواء، فصورة الجسم و صحته هي جزء من توافق الفرد، و تقدير الفرد لها يرتبط إيجابياً بتوافقه الصحي و الاجتماعي و الانفعالي و هذا ما يجعل الفرد يقبل على ممارسة الأنشطة اليومية بدافعية و إيجابية.

كما يرى " مواهب ابراهيم عياد" في كتابه إرشاد الطفل وتوجيهه (بدون سنة) أن الذات الجسمية تتضمن الجسد وفعاليته البيولوجية و إرتقاء ومدى تعرف الذات وإدراكها لأجزاء الجسم، و وظيفة كل عضو وتنمية المهارات الحركية المتصلة بالعضلات الكبيرة والدقيقة والتي هي بين الأهداف التي تسعى الرياضة لبلوغها (مواهب ابراهيم عياد: ب س، 82)

لقد أثبت كل من "حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات" من خلال كتابهم التربية الرياضية والترويح للمعاقين (1998) أن تنمية المعاقين حركياً للياقتهم البدنية والمهنية الشاملة بما يتناسب ونوع الإعاقة ودرجاتها يساهم في عودة الجسم إلى قدراته الجسمية على العمل والرفع من كفاءته في مواجهة متطلبات الحياة، فالممارسة الرياضية حسبهم تؤدي إلى زيادة حيوية أجهزة الجسم وتصحيح الانحرافات القوامية وكذا الحد منها، وعلاج بعض الانحرافات التي توجد نتيجة للإعاقة حتى تتاح لأجهزة الجسم فرصة العمل على أكمل وجه للمساهمة في تقبل المعاق وتقديره الإيجابي لذاته الجسمية وتحسين نظرتهم لصورة وحالة مظهر جسمه. (حلمي ابراهيم وليلى السيد فرحات: 1998، 109)

أثبتت الدراسة التي قام بها الدكتور "سعد جلال" في كتابه المرجع في علم النفس 1985 حيث يرى أنه من أفضل الوسائل للإبقاء على الصحة الجيدة ممارسة الأنشطة الرياضية، فالحياة حسبها عبارة عن أمر جوهري لدى الإنسان، حيث تتطلب المحافظة عليها وجوب توفر الصحة والعافية والتي بدورها تعد من بين الأهداف السامية المرجوة من الممارسة الرياضية ليحظى الفرد بتقديره الإيجابي لذاته الجسمية، لأن الوصول بالجسم إلى العافية

يقابله الوصول بالفرد لدرجة الرضا على صورة جسمه ثم الرضا عن ذاته، ومن هنا يدرك المعاقين عوماً والمعاق حركياً خصوصاً حرصهم الدائم على صحة أجسامهم عن طريق ممارستهم للأنشطة البدنية المعدلة، ومحاولة جعلها تتمتع بالصحة والعافية لأن إشباع الحاجة الجسمانية والمحافظة على الذات الجسمية تعتبر وسيلة لإشباع الحاجات النفسية التي تسيورها الحاجة إلى تقدير الايجابي لمفهوم الذات في خدمتها لنفس الهدف. (سعد جلال، 1985: 477)

ويرى **حسين حسن سليمان** في كتابه الانسان والبيئة الاجتماعية بين النظرة والتطبيق أن (19 - 34) سنة تمثل الذروة في نمو القدرات الجسمية حيث يصل القلب والرئتين وبقية أجهزة الجسم إلى مرحلة التكامل الوظيفي، أي أن الإنسان يتفجر طاقة وحيوية ولكن هذه الأجهزة الجسمية يكون أداءها معرض إلى الانحدار نتيجة كثير من العوامل منها الظروف البيئية و التوترات الجسمية، و الانفعالية التي قد تسبب السمنة والتي تشعر الفرد بالقلق، والتوتر وعدم الراحة نتيجة لقلة التمثيل الغذائي مع احتياجات الجسم، إضافة إلى تأثير الراحة الذهنية والعقلية وكذلك قلة ممارسة الأنشطة البدنية و لذلك يجب الاهتمام بصحة من خلال الحفاظ على الوزن وذلك عن طريق ممارسة الأنشطة البدنية، فضلاً عن التغذية الصحية إضافة إلى الراحة النفسية التي تجعل الفرد دائماً يتفجر طاقة وحيوية، وبخلاف ذلك سوف تولد لدى الفرد مشاعر سلبية اتجاه جسده سواء كانت هذه المشاعر موجهة اتجاه الجسد كله أو اتجاه جزء معين منه، وعدم الرضا هو غالباً نتيجة لاختلال صورة جسده، مما يؤثر على حياة الفرد وعلى تفاعلاته الاجتماعية حيث يدفعه إلى تجنب المشاركة مع الآخرين ويسبب إحباطاً وبالتالي ينعكس على تصرفاته وسلوكه. وقد وجد براون " أن السمنة تعتبر عاملاً مؤثراً في مفهوم صورة الجسد وفي مفهوم الذات مما يولد لدى الفرد إحباطاً وبالتالي ينعكس على سلوكه".

إذاً من خلال كل ما تقدم ذكره وتحليله لنتائج محور بعد التوافق الصحي نستنتج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة وغير الممارسين لهذه الأنشطة وعلى مستوى هذا البعد، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثانية التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى بعد التوافق الصحي بين المعاقين حركياً الممارسين و غير الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة ولصالح فئة الممارسين .

* عرض و تحليل نتائج بعد التوافق الأسري:

الجدول رقم (): يبين المقارنة بين المتوسط الحسابي الحقيقي و النموذجي لفقرات البعد الثالث الخاص بالفرضية الثالثة لفئة المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة

درجات الممارسين غير الممارسين	درجات الممارسين	الفقرات مع الترتيم
138	157	41- هل أنت متعاون مع أسرتك
136	176	42- هل تشعر بالسعادة في حياتك و انت مع أسرتك
128	173	43- هل أنت محبوب من أفراد أسرتك
128	171	44- هل تشعر بان لك دور فعال و هام في أسرتك
119	171	45- هل تحترم أسرتك رأيك
116	162	46- هل تفضل أن تقضي معظم وقتك مع أسرتك
112	159	47- هل تأخذ حقاك من الحب و العطف و الحنان من أسرتك
107	166	48- هل التفاهم هو أسلوب التعامل بين أسرتك
117	163	49- هل تحرص على مشاركة أسرتك أفرانها و أحزانها
110	164	50- هل تشعر ان علاقتك مع أفراد أسرتك وثيقة و صادقة
103	166	51- هل تفتخر أمام الآخرين أنك تنتمي لهذه الأسرة
118	156	52- هل أنت راض عن ظروف الأسرة الاقتصادية
114	168	53- ها تشجعك أسرتك على اظهار ما لديك من قدرات و مواهب
116	166	54- هل أفراد أسرتك تقف بجوارك و تخاف عليك عندما تتعرض لمشكلة
112	164	55- هل تشجعك أسرتك على تبادل الزيارات مع الأصدقاء و

الجيران		
111	166	56- هل تشعر أنك أسرتك أنك عبئ ثقيل عليها
117	165	57- هل تتمنى أحيانا أن تكون لك أسرة غير أسرتك
113	157	58- هل تعاني من كثير من المشاكل داخل أسرتك
117	164	59- هل تشعر بالقلق و الخوف و أنت داخل أسرتك
113	167	60- هل تشعر بأن أسرتك تعاملك على أنك طفلا صغيرا
55,01		المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة الممارسة
39,08		المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة غير الممارسة
40		المتوسط الحسابي النموذجي
		المقارنة بينهما

يوضح لنا الجدول رقم () أن درجات المعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة قد تراوحت ما بين (156-176) وهذا على مستوى بعد التوافق الأسري، و عند ملاحظة نتائج كل عبارة نجد أن أكبر درجة سجلت للعبارة رقم (42) و التي تشير الى شعور المعاق بالسعادة في حياته مع أسرته حيث بلغت (176)، أما أدنى درجة سجلت للعبارة رقم (52) و التي تشير الى رضى المعاق عن ظروف الأسرة الاقتصادية و التي قدرت بـ (156)، أما عند الفئة غير الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة فقد تراوحت ما بين (103-138) اذ تم تسجيل أكبر درجة للعبارة رقم (41) و قد قدرت بـ (138) و التي تشير الى تعاون المعاق مع أسرته، كما تم تسجيل أدنى درجة من نصيب العبارة رقم (51) و التي تشير الى افتخار المعاق أمام الآخرين أنه ينتمي لهذه الأسرة.

كما يبين لنا الجدول رقم () أن المتوسط الحسابي الحقيقي للفئة الممارسة للأنشطة الرياضية لفقرات هذا البعد قد بلغ (55,01)، أما عند الفئة غير الممارسة فقد قدر المتوسط الحسابي الحقيقي بـ (39,08) وعند المقارنة نجد (39,08 < 40 < 55,01) وهذا يدل على

الدور الفعال و المهم الذي تلعبه الرياضة عموما و الأنشطة المكيفة و المعدلة خصوصا في توطيد الأسرية.

دراسة دلالة الفروق في مستوى بعد التوافق الأسري بين المعاقين حركيا الممارسين وغير ممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة:

الجدول رقم (): يبين قيم المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لبعء التوافق الأسري:

الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	درجة الحرية	قيمة ت t	قيمة الدلالة	التعليق
المعاقين الممارسين	165,05	2,70	60	59	26,41	0,000	دالة
المعاقين غير الممارسين	117,25	3,66	60				

يبين لنا الجدول رقم () من خلال نتائجه أن المتوسط الحسابي لدرجات المعاقين الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة قد بلغ على مستوى بعد التوافق الأسري (165,05) و هذا بانحراف معياري قد بلغ (2,70) في حين نجد أن المتوسط الحسابي للعينة غير الممارسة للأنشطة الرياضية المكيفة قد بلغ (117,25) وهذا بانحراف معياري (3,66).

من خلال قراءتنا لهذه النتائج يتبين لنا التقدير الإيجابي للمعاقين حركيا الممارسين للأنشطة الرياضية المكيفة على مستوى بعد التوافق الأسري كان أكبر من درجة المعاقين حركيا غير ممارسين، هذا يدل على الدور المنوط به الذي تلعبه الأنشطة الرياضية المكيفة في زيادة حجم العلاقات داخل المحيط الأسري، فالخصائص والمميزات الأسرية لها تأثير مباشر بمستويات التوافق الاجتماعي وهذا ما برهنت عليه النتائج التي توصل إليها كل من "فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون" (1998) حيث وجدوا أن الفرد المعاق الذي ينشأ في

أسرة تحيطه بالعناية والتقبل سيرفع ذلك من قيمته وتقديره لذاته ويجعله ذلك يدرك نفسه بطريقة أفضل مما إذا نشأ في أسرة تتبذه أو ترفضه، كما أن دراسة "Cooper Smith" (1967) قد بينت وجود علاقة إيجابية بين تقدير الفرد لذاته وبين إدراكه لتقبل والديه ورعايتهما وحبهما له.

كما توصل "حامد زهران" إلى أن التوافق يتأثر بالخصائص والمميزات الأسرية فالفرد الذي ينشأ في عائلة تحيطه بالتقبل يرفع ذلك من قدراته و دافعيته واهتمامه، وفي نفس الوقت يمكن أن يتسبب الوالدان في أن يدرك الفرد نفسه كشخص غبي أو غير موثوق به وذلك إذا اتبعا أسلوب خاطئ في التنشئة داخل الأسرة.

تعتبر التقديرات التي يتحصل عليها الفرد من أسرته ذات تأثير على تقديره الأسري وبالتالي التأثير على تقدير توافقه الكلي لأن الفرد بصفة عامة يتأثر بالتقديرات التي تمنحها له أسرته وكذا المحيط العائلي حوله وهذا ما يؤثر على طموح ورغبات هذا الفرد وكذا التأثير في مستوى مثابته وتنافسه، لأنه يدرك نفسه على أنه فاقد القدرات، وبالتالي لا تكون لديه الدافعية الكافية للإنجاز والتفوق، وعلى النقيض من ذلك فإن الفرد إذا رأى أن أسرته تقدره وتقبله فإن هذا يدعم نظريته الإيجابية لنفسه، وبالتالي تدفعه إلى الإنجاز والتفوق، وهذا بغية تأكيد ذاته وتقبلها، وإظهار الصفات التي يرى الفرد أنه يملكها انطلاقاً من آراء الآخرين. (حامد زهران، 1972: 321)

في نفس الصدد ذهب "عبد الفتاح دويدار" إلى القول بأن "المبالغة في تقييم الذات عند تقييمها من طرف الأسرة أو بخسها، يكونان مفهوم غير واقعي لذات، ويؤديان إلى سوء التكيف الشخصي وسوء التوافق الاجتماعي، ويصبح مستوى الطموح أعلى بكثير من إمكانياته، ولذلك فهو معرض للفشل والخيبة، والمفهوم الثاني يخلق شخصاً فاقد للثقة في نفسه حيث أن مستوى طموحه المنخفض، لا يتناسب مع حقيقة قدراته وإمكانياته.

و هذا ما يتفق مع الإطار النظري "عبد الطيف خليفة" الذي رأى " أن الدافع للإنجاز يتضمن الأداء في ظل معايير الامتياز والتفوق، وهي معايير يكتسبها الفرد من ثقافته، وبشكل أكثر تحديدا من والديه ممثلين لهذه الثقافة "، فإذا كان تقدير الفرد لمعايير التفوق يعطيه الثقة بنفسه، ومن طموح ما يجعل من أهدافه تتماشى مع قدراته الحقيقية، فإن دافعيته للإنجاز تكون مرتفعة، وهذا ما أكده " عبد الطيف خليفة " بأن الأسرة تلعب دورا هاما في تحديد مستوى التوافق لدى الفرد وتجعله طموحا أكثر كما تزيد رغبته في التفوق والتميز.

ويمكن الإشارة إلى أن تقدير التوافق الأسري لدى المعاقين يلعب دور مهم في الرفع من دافعية الانجاز لديهم، حيث أن المعاق إذا كان لديه توافق أسريا إيجابيا فإن هذا يحقق له نوع من التوافق النفسي ويجعله يحدد أهدافه بشكل واقعي، كما أن المثابرة والمنافسة تكون كذلك لأنه أدرك قدراته الحقيقية انطلاقا من تقدير الأسرة له.

لقد توصل كوبر سميث إلى أن تقدير الذات العائلي الأسري هو الأكثر تنبؤا للسلوك العدوانى، ويرى أيضا أن تقدير الفرد لذاته تكمن في عاملين رئيسيين أولها مدى الاهتمام والقبول و الاحترام الذي يلقاه الفرد من ذوي الأهمية في حياته، وهم يختلفون من مرحلة إلى أخرى من مراحل الحياة و الوالدين ثم الرفاق من ذوي المكانة أو التميز أو الأصدقاء، وثانيهما هو تاريخ نجاحات الفرد وفشله، بما في ذلك من الأسس الموضوعية لهذا النجاح والفشل، فالأطفال الذين يعيشون في نطاق أسري ينمو لديهم الشعور بالمسؤولية وحرية الحركة ويظهرون قدرا أكبر من التوافق المرتفع مما يقابله دافعية أكبر للإنجاز بعكس الأطفال الذين يعيشون في أسر تضيق الخناق على أبنائها بهدف توفير الحماية لهم، وحسب ليندا دافيدوف، فالأسرة لها تأثير حاجات الإنجاز الأكاديمي والعقلي والموجهة مهنيا، ويؤكد آباء الصبية الذين يحصلون على درجات عالية في اختبارات دافعية الإنجاز على أهمية النجاح و الاستقلال، وهم يكافئون أولادهم على الإنجازات، كأن يصبحوا روادا أو يكونوا

صداقات أو يحاولوا القيام بالمهام الصعبة بأنفسهم أو يثابروا في الأداء حتى يتم تحقيق الانتصار، وكل هذا راجع إلى الدور الفعال والمهم للأسرة التي تجعل من الشبل أسدا.

* عرض و تحليل نتائج بعد التوافق الاجتماعي:

الجدول رقم (١): يبين المقارنة بين المتوسط الحسابي الحقيقي و النموذجي لفقرات البعد الرابع الخاص بالفرضية الرابعة لفئة المعاقين حركيا الممارسين و غير الممارسين للأنشطة البدنية و الرياضية المكيفة

الفقرات مع الترتيم	
133	152 -61 هل تحرص على المشاركة الايجابية الاجتماعية و التروبية مع الاخرين
121	166 -62 هل تستمتع بمعرفة الآخرين و الجلوس معهم
118	174 -63 هل تشعر بالمسؤولية تجاه تنمية المجتمع مثل كل مواطن
123	154 -64 هل تتمنى أن تقضي معظم وقت فراغك مع الآخرين

121	167	65- هل تحترم رأي زملائك و تعمل به اذا كان رأيا صائبا
124	162	66- هل تشعر بتقدير الآخرين لأعمالك و إنجازاتك
105	166	67- هل تعتذر لزميلك اذا تأخرت عن الموعد المحدد
105	166	68- هل تشعر بالولاء و الانتماء لأصدقائك
110	166	69- هل تشعر بالسعادة لأشياء قد يفرح بها الآخرين كثيرا
106	166	70- هل تربطك علاقات طيبة مع الزملاء و تحرص على ارضائهم
112	154	71- هل تسعدك المشاركة في المناسبات و الحفلات
109	163	72- هل تحرص على حقوق الاخرين بقدر حرصك على حقوقك
110	170	73- هل تحاول الوفاء بوعدك مع الآخرين لأن وعد الحر دين عليه
111	162	74- هل تجد متعة كبيرة في تبادل الزيارات مع الأصدقاء و الجيران
117	160	75- هل تفكر كثيرا قبل أن تقدم على عمل قد يضر بمصالح الآخرين
107	158	76- هل تفتقد الثقة و الاحترام المتبادل مع الآخرين
110	153	77- هل يصعب عليك الدخول في منافسات مع الآخرين حتى لو كانوا في مثل سنك
99	160	78- هل تخجل من مواجهة الكثير من الناس
107	157	79- هل تتخلى عن اسداء النصح لزميلك خوفا من أن يغضب منك
114	148	80- هل تشعر بعدم قدرتك على مساعدة الآخرين في بعض الأمور البسيطة

--	--	--

الاستنتاج عام:

هدفت هذه الدراسة كما تبين لنا سابقا الى معرفة مدى فاعلية الأنشطة البدنية الرياضية المكيفة التنافسية في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لدى المعاقين حركيا حيث وزعت العينة على فئتين، فئة تمارس نشاط كرة السلة على الكراسي المتحركة في نوادي جزائرية، وفئة لا تمارس النشاط، و أسفرت هذه الدراسة على ما يلي :

تبين لنا أنه من خلال نتائج الفرضية الأولى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى العينتين على مستوى بعد التوافق الشخصي و الذي كان لصالح فئة الممارسين حيث ساهمت الممارسة بالرفع من مستوى التوافق الشخصي الذي يرغب الفرد لبلوغه لدى هذه الفئة، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الأولى.

كما تبين لنا من خلال نتائج الفرضية الثانية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين على مستوى بعد التوافق الصحي حيث كانت النتيجة لصالح عينة الممارسين حيث ساهمت الرياضة لما لها من ايجابيات في مساعدة المعاقين حركيا على الرفع من مستوى التوافق الصحي سعيا لتغلب على العقبات و المصاعب الصحية دون الشعور بالملل لدى هذه الفئة و هذا ما يؤكد صحة الفرضية الثانية.

أما فيما يخص نتائج الفرضية الثالثة فقد دلت النتائج المتحصل عليها على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين على مستوى بعد التوافق الأسري و هذا لصالح الفئة الممارسة، و هذا ما يبين أن للممارسة الرياضية دورها الفعال في زيادة حجم العلاقات داخل المحيط الأسري، فالخصائص و المميزات الأسرية لها تأثير مباشر بمستويات التوافق الكلي.

كما تبين نتائج الفرضية الرابعة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركيا

الممارسين للأنشطة البدنية و الرياضية و غير الممارسين و هذا على مستوى بعد التوافق الاجتماعي، و كانت النتيجة لصالح العينة الممارسة مما يوضح أن للممارسة الرياضية فوائد في الرفع من درجة التوافق الاجتماعي، و هذا ما يؤكد صحة الفرضية الرابعة.

و منه و مما سبق ذكره و بعد التحقق من صحة الفرضيات الجزئية المقترحة في بداية الدراسة نستطيع القول بأن الفرضية العامة و التي تقول بأن للأنشطة البدنية الرياضية المكيفة التنافسية دورا هاما في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي قد تحققت.